

VERGLEICH DES ORGANSPENDEWESENS IN DER SCHWEIZ UND SPANIEN

SCHLUSSBERICHT ZUHANDEN DES BUNDESAMTES FÜR GESUNDHEIT, SEKTION TRANSPLANTATION UND FORTPFLANZUNGSMEDIZIN

Bern, 24. Januar 2011

Projektbearbeitung:

Anita Manatschal, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern

Eva Thomann, Büro Vatter AG, Bern

Projektleitung:

Prof. Dr. Adrian Vatter, Institut für Politikwissenschaft, Universität Bern

Christian Rüefli, Geschäftsführer Büro Vatter AG, Bern

Inhaltsverzeichnis

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	6
TABELLENVERZEICHNIS	6
ABKÜRZUNGEN	7
DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE.....	9
1 EINLEITUNG.....	16
1.1 AUSGANGSLAGE UND FRAGESTELLUNGEN	16
1.2 VORGEHEN UND METHODIK	18
1.2.1 <i>Prozessschema und Terminologie</i>	<i>18</i>
1.2.2 <i>Vorgehen und Forschungsmethodik.....</i>	<i>20</i>
1.2.3 <i>Gliederung des Berichts und Leseanleitung</i>	<i>22</i>
2 AUSGANGSPUNKT: DEFINITION, KLÄRUNG UND ANALYSE DER LEICHENSPENDERRATEN IN SPANIEN UND DER SCHWEIZ	23
2.1 ART UND CHARAKTERISTIKA DER ORGANSPENDER	23
2.2 VERGLEICHBARKEIT.....	25
2.2.1 <i>Messung Spender p.m.p.....</i>	<i>25</i>
2.2.2 <i>Regionale Variationen in der Spenderrate</i>	<i>26</i>
2.2.3 <i>Kontextfaktoren: Kapazitäten.....</i>	<i>28</i>
2.3 VORHANDENER SPENDERPOOL	31
2.4 AUSSCHÖPFUNG DES SPENDERPOOLS.....	34
2.4.1 <i>Verhältnis von tatsächlichen zu möglichen Spendern.....</i>	<i>34</i>
2.4.2 <i>Spenderdetektion</i>	<i>35</i>
2.4.3 <i>Ablehnungsrate durch die Angehörigen.....</i>	<i>36</i>
2.4.4 <i>Effizienz.....</i>	<i>37</i>
3 ÜBERBLICK ÜBER ORGANSPENDEWESEN UND AKTEURE IN SPANIEN UND DER SCHWEIZ	39
3.1 KOORDINATION	44
3.2 SYSTEMISCHER KONTEXTFAKTOR: GESUNDHEITSSYSTEM.....	45
4 KERNPROZESS DER ORGANSPENDE	48
4.1 SPENDERIDENTIFIKATION	49

4.1.1	<i>Auf welchen Abteilungen werden Spender entdeckt?</i>	50
4.2	WILLENSBEKUNDUNG DURCH DIE ANGEHÖRIGEN	51
4.2.1	<i>Rechtliche Regelung der Willensbekundung</i>	51
4.2.2	<i>Angehörigengespräch</i>	53
4.2.3	<i>Verzicht auf Anfrage</i>	54
4.2.4	<i>Reapproach</i>	54
4.2.5	<i>Gründe für Ablehnungen</i>	55
4.3	SPENDERERHALTUNG	56
4.4	ORGANALLOKATION UND -ENTNAHME	57
4.5	KOSTENDECKUNG DES SPENDEPROZESSES UND ENTSCHÄDIGUNG DER SPENDEARBEIT	60
4.5.1	<i>Ausblick: Fallbezogenes Spitalvergütungssystem (SwissDRG)</i>	62
4.6	NICHT-MONETÄRE (FEHL-)ANREIZE ZUR SPENDEARBEIT	63
4.7	QUALITÄTSKONTROLLE	64
4.8	GEORTETE PROBLEMBEREICHE IM KERNPROZESS ORGANSPENDE	66
5	ORGANISATORISCHE FAKTOREN IM BEREICH ORGANSPENDE	69
5.1	ORGANISATORISCHE FAKTOREN I: KOORDINATION AUF SPITALEBENE	70
5.1.1	<i>Die Spitalkoordinatoren Spaniens</i>	70
5.1.2	<i>„Donor key persons“ und Tx-Koordinatoren: „lokale Koordination“ auf Spitalebene in der Schweiz</i>	72
5.1.3	<i>Kompetenzen der donor key persons</i>	74
5.1.4	<i>Kompetenzen der Tx-Koordinatoren auf Spitalebene</i>	75
5.1.5	<i>Ärzte oder Pflegefachpersonen als Spitalkoordinatoren?</i>	76
5.2	ORGANISATORISCHE FAKTOREN II: INTRAREGIONALE KOORDINATION	79
5.2.1	<i>Spanien: autonome Koordinatoren auf Ebene der Regionen</i>	79
5.2.2	<i>Schweiz: Netzwerke um die Tx-Zentren auf überkantonaler Ebene</i>	80
5.2.3	<i>Das Programme Latin de Don d’Organes (PLDO) als „example of best practice“ in der Schweiz</i>	82
5.3	ORGANISATORISCHE FAKTOREN III: INTERREGIONALE KOORDINATION	85
5.4	ORGANISATORISCHE FAKTOREN IV: NATIONALE KOORDINATION	87
5.5	STAATLICHE UNTERSTÜTZUNG DER ORGANSPENDE IN GESETZ UND PRAXIS	91
5.6	GEORTETE PROBLEMBEREICHE IN ORGANISATORISCHEN FAKTOREN	92

6	KONTEXTPROZESSE IM ZUSAMMENHANG MIT DER ORGANSPENDE: SENSIBILISIERUNG	95
6.1	WAHRNEHMUNG DER ORGANSPENDE UND MOTIVATION DES SPITALPERSONALS	95
6.2	WEITERBILDUNGSANGEBOTE FÜR DAS MEDIZINISCHE PERSONAL IM BEREICH ORGANSPENDE.....	97
6.3	INFORMATION DER ÖFFENTLICHKEIT	100
6.4	FINANZIELLE DECKUNG VON WEITERBILDUNG UND INFORMATION DER ÖFFENTLICHKEIT	104
7	VERGLEICHENDE ANALYSE	106
7.1	IN- UND OUTPUTFAKTOREN	106
7.2	KERNPROZESS DER ORGANSPENDE	109
7.3	MONETÄRE UND NICHT-MONETÄRE ANREIZE DER SPENDEARBEIT	111
7.4	KOORDINATION AUF SPITAL- UND INTRAREGIONALER EBENE.....	111
7.5	ORGANISATION AUF INTERREGIONALER UND NATIONALER EBENE.....	114
7.6	KONTEXTPROZESSE	115
7.7	ÜBERTRAGUNG DES SPANISCHEN MODELLS AUF ANDERE LÄNDER.....	117
8	FOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	119
8.1	EMPFEHLUNGEN FÜR DIE KERN- UND KONTEXTPROZESSE DER ORGANSPENDE.....	120
8.1.1	<i>Optimierung der Organspendeprozesse</i>	<i>120</i>
8.1.2	<i>Finanzierung der Spendearbeit</i>	<i>123</i>
8.1.3	<i>Kontextfaktor Sensibilisierung.....</i>	<i>123</i>
8.2	HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DEN BEREICH KOORDINATION	125
8.2.1	<i>Donor key persons.....</i>	<i>125</i>
8.2.2	<i>Regionale Ebene.....</i>	<i>127</i>
8.2.3	<i>Nationale Ebene.....</i>	<i>128</i>
8.3	DIE KOORDINATIONSEBENEN ÜBERGREIFENDE HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	130
9	LITERATUR.....	132
	GESETZLICHE GRUNDLAGEN.....	141
10	ANHANG.....	142
	FRAGEBOGEN (GESAMTRASTER)	142
	ABLEHNUNGSGRÜNDE AUS SPANISCHEM QUALITÄTSPROGRAMM	149

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1-1 Organspende und Transplantationen in der Schweiz und in Spanien 2006-2009	17
Abbildung 1-2 Prozessschema des Organspende- und Transplantationswesens	19
Abbildung 2-1 Procurement Efficiency Index (PEI) 2005	38
Abbildung 3-1 Überblick Organspendewesen und Akteure in Spanien	40
Abbildung 3-2 Überblick Organspendewesen und Akteure in der Schweiz	43
Abbildung 4-1 Kernprozess der Organspende	48
Abbildung 5-1 Organisatorische Faktoren der Organspende	69
Abbildung 5-2 Koordinationsteams, Qualifikation und Beschäftigungsgrad 2008, Spanien	77
Abbildung 5-3 Transplantationszentren und Netzwerke der Schweiz	81
Abbildung 5-4: Infrastruktur des Programme Latin de Don d'Organes (PLDO)	83
Abbildung 6-1 Kontextprozesse der Organspende	95
Abbildung 7-1 Zunahme der Leichenspender in Lateinamerika nach Übernahme des Spanischen Modells (2006)	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1-1 Auswahl der Interviewpartner: Ort und Funktion	21
Tabelle 2-1 Transplantationen Organe von Leichenspendern nach Typ 2008	24
Tabelle 2-2 Charakteristika der Organspender 2008	25
Tabelle 2-3 Schweiz: Anteil der Sprachregionen an der nationalen Leichenspenderzahl, 2007-2009	27
Tabelle 2-4 Nationale Kontextfaktoren im Vergleich	28
Tabelle 2-5 Vergleich Infrastruktur und Spenderzahlen Andalusien – Schweiz 2009	29
Tabelle 2-6 Vorhandener Spenderpool 2007 und 2009	32
Tabelle 2-7 Potentielle und effektive Spender 2007 und 2009	35
Tabelle 2-8 Potentielle Spender und Angehörigengespräche 2007 und 2009	36
Tabelle 2-9 Ablehnungsrate durch die Angehörigen 2008	36
Tabelle 2-10 Verhältnis von transplantierten zu entnommenen Organen 2008	37
Tabelle 2-11 Transplantierte Organe pro Spender 2009	38
Tabelle 3-1 Drei Koordinationsebenen im Vergleich	45
Tabelle 7-1 Vergleich der Inputfaktoren	107

Tabelle 7-2 Vergleich der Outputfaktoren	108
Tabelle 7-3 Zuständigkeiten der Akteure im Organspendeprozess (Spitalebene, regional, national): Kernprozess.....	113
Tabelle 7-4 Zuständigkeiten der Akteure im Organspendeprozess (Spitalebene, regional, national): Kontextprozesse	116

Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
CAPDO	communication avec les proches pour le don d'organes
CH	Schweiz
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois Lausanne
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
CNDO	Comité National de Don d'Organes
CPT	Comisión Permanente de Trasplantes
CURT	Centre Universitaire Romand Transplantation
DRG	Diagnosis Related Groups
EDHEP	European Donor Hospital Education Programme
ESP	Spanien
GRSP	Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPS	Intensivpflegestation
MSPS	Ministerio Nacional de Salud y Política Social
NHBD	non-heart-beating donor
OCATT	Organización Catalana de Trasplantes
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
p.m.p.	per million people
PEI	Procurement Efficiency Index
PGC	Programa de Garantía de Calidad del Proceso de Donación

PLDO	Programme Latin de Don d'Organes
SGI	Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin
SOAS	Swiss Organ Allocation System
ST	Swisstransplant
STATKO	Swisstransplant Arbeitsgruppe Transplantationskoordination
SVK	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer
SwiCos	Swiss Collaborative Organ Donor Survey
TPM	Transplant Procurement Management
Tx	Transplantation
TxG	Transplantationsgesetz

Das Wichtigste in Kürze

Eine rasche Entwicklung der Transplantationsmedizin über die letzten Jahrzehnte liess die Nachfrage nach Spenderorganen global in die Höhe schnellen. Das Angebot an Organspenden hinkt diesem Trend hinterher, weshalb weltweit ein Mangel an Spenderorganen konstatiert wird. Im Bereich der Leichenspenderrekrutierung ist Spanien seit Jahren weltweit führend. Mit 34.4 Spendern pro Million Bevölkerung beträgt die Leichenspenderrate Spaniens im Jahr 2009 gut das zweieinhalbfache der Leichenspenderrate der Schweiz, die im selben Jahr bei 13.3 Leichenspendern lag. Im Zuge der Einführung des Transplantationsgesetzes (TxG) im Jahr 2007 wurde das schweizerische Organspende- und Transplantationswesen neu und erstmals auf nationaler Ebene geregelt. Seit 2007 lässt sich in der Schweiz auch ein Anstieg der Leichenspenderraten verzeichnen.

Vor diesem Hintergrund untersucht der vorliegende Bericht die Erfolgsfaktoren des „Spanischen Modells“ der Organspende und Transplantation und prüft eine Übertragbarkeit dieser Elemente auf die Schweiz. Die vergleichende Studie basiert schwerpunktmässig auf teilstrukturierten Experteninterviews, die mit insgesamt 28 Personen in der Schweiz und in Spanien geführt wurden. Ergänzt wurden diese durch eine umfassende Literaturrecherche, Analysen der relevanten Gesetzestexte sowie deskriptive Statistiken.

Das Spanische Modell wird gemeinhin als Massnahmenbündel umschrieben, das in erster Linie auf dem organisatorischen Faktor einer dreistufigen Transplantationskoordination auf Spital-, regionaler und nationaler Ebene basiert und durch diverse strukturelle und rechtliche Aspekte (hoher Professionalisierungsgrad des medizinischen Personals, permanente Registrierung des Spenderpotentials in den Spitälern, finanzielle Entschädigung der Spendearbeit, Widerspruchslösung, öffentliches Gesundheitswesen) begleitet wird.

Hinsichtlich der Frage nach der Übertragbarkeit des Spanischen Modells auf die Schweiz lässt sich festhalten, dass eine solche bezüglich der zentralen organisatorischen Faktoren, welche primär in der dreistufigen Koordination bestehen, realistisch und auch sinnvoll erscheint. Dies umso mehr, nachdem die Strukturen für die lokale Spitalkoordination mit dem TxG ausgebaut wurden (Einsetzung von „donor key persons“) und eine regionale Koordinationsebene auch in der Schweiz im Aufbau befindlich ist. Ähnlich empfehlenswert und realistisch erscheint eine Orientierung am Spanischen Modell hinsichtlich einer systematischeren Erfassung des Spenderpotentials in den Spitälern, sowie damit zusammenhängend einer Professionalisierung der Spenderdetektion, welche über eine breite und zugleich umfassende Schulung des Spitalpersonals ermöglicht wird.

Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser ländervergleichenden Studie für die Kern- und Kontextprozesse sowie die Koordination der Organspende aufgeführt. Basierend darauf werden Schlussfolgerungen für das schweizerische Organspendewesen gezogen, die auf eine Optimierung der Leichenspenderrate in der Schweiz abzielen.

Spenderpool

Die Messung der Leichenspenderraten der beiden Länder erfolgt identisch. Die rund zweieinhalbmal höhere Spenderrate Spaniens wird jedoch durch eine grössere Lebendspenderrate in der Schweiz sowie eine höhere Effizienz bei der Verwertung der Spenderorgane in der Schweiz etwas relativiert. Das schweizerische Spenderpotential, gemessen an der Anzahl hirntoter Patienten, ist in Bezug zur Gesamtbevölkerung kleiner als in Spanien: 2007 verzeichnete Spanien 51.8 potentielle Spender auf eine Million Menschen, in der Schweiz kamen verglichen dazu 2009 30.5 potentielle Spender auf eine Bevölkerungsmillion. Zwar ist der Anteil der Verkehrstoten mit 87.5 pro Bevölkerungsmillion in Spanien 2007 höher als in der Schweiz, wo derselbe Kennwert 50.6 Verkehrstote pro Bevölkerungsmillion beträgt. Gemäss spanischen Angaben stellen Verkehrstote im Jahr 2008 mit 8.2 Prozent jedoch nur einen geringen Anteil potentieller Spender¹, womit sich Länderunterschiede bezüglich Verkehrstoten nur marginal in nationalen Organspenderraten niederschlagen dürften.

Die aufgezeigten Unterschiede können die starke Diskrepanz in den nationalen Spenderraten nicht vollständig erklären. Was die Ausschöpfung dieses Spenderpotentials betrifft, so scheinen in der Schweiz etwa eineinhalb mal so viele potentielle Spender nicht zu effektiven Spendern zu werden wie in Spanien. Die tiefere Gewinnung von effektiven aus potentiellen Spendern lässt sich in der Schweiz vor allem durch eine höhere Ablehnungsrate der Familienangehörigen erklären.

Spendearbeit

Die rechtliche Grundlage der Spenderdetektion ist in Art. 56 des TxG und Art. 45, 46 und 47 der Transplantationsverordnung festgehalten. Mit Ausnahme kleiner Schweizer Spitäler, die ihr bereits geringes Spenderpotential nur schwach ausschöpfen, hat die Schweiz im Bereich Spenderdetektion inzwischen annähernd dasselbe Niveau erreicht wie Spanien. Ein Indikator hierfür ist der Anteil Familiengespräche an potentiellen Spendern. 2007 betrug dieser in Spanien 75.1 Prozent; 2009 hat sich die Schweiz mit 71.1 Prozent dem spanischen Wert angenähert. Verglichen hierzu hat in kleinen Schweizer Spitälern bei nur 31.6 Prozent aller potentiellen Spender ein Familiengespräch stattgefunden.

Dennoch verdeutlicht der direkte Vergleich klare Länderunterschiede bezüglich des Ablaufes der Spenderdetektion: In Spanien existiert in jedem Spital mit einer anerkannten Intensivpflegestation (IPS) ein Spitalkoordinator, der dafür angestellt ist und dafür bezahlt wird, mögliche Spender zu identifizieren. Diese Spenderidentifizierung findet als selbstverständlicher Teil des Spitalalltags anders als in der Schweiz systematisch nicht nur auf den Intensivstationen, sondern auch auf Unfall- und Notfallstationen und neurochirurgischen Abteilungen statt. Dadurch ist eine bestmögliche Spenderidentifizierung rund um die Uhr im ganzen Spital sichergestellt. Eine systemati-

¹ Zahlen zum Anteil von Verkehrsunfallopfern an Organspendern sind für die Schweiz nicht erhältlich.

sche, bezahlte Spenderdetektion auf allen relevanten Abteilungen sollte auch in Schweizer Spitälern, insbesondere auch in kleinen Spitälern, etabliert werden.

Todesfeststellung und Familiengespräch

In gewissen kleinen Spitälern der Schweiz steht nicht rund um die Uhr ein Neurologe oder Neurochirurg zur Hirntoddiagnose zur Verfügung. Entsprechend wird empfohlen, Neurologen oder Neurochirurgen für die Hirntoddiagnose bereitzustellen, indem zum Beispiel mit Transplantationszentren oder grösseren Spitälern zusammengearbeitet wird, eine personelle und zeitliche Trennung zwischen der Todesmitteilung und der Ermittlung des mutmasslichen Spendewillens der verstorbenen Person zu etablieren, und die Resultate der Qualitätskontrolle möglichst transparent zu kommunizieren.

Hat sich die verstorbene Person nicht zu Lebzeiten zum Thema Organspende geäussert, gestaltet sich die Anfrage um eine Organspende, die im Verlaufe der Hirntoddiagnose erfolgt, als anspruchsvoll. Anders als in Spanien, wo entsprechend der rechtlichen Widerspruchslösung lediglich gefragt wird, ob sich der Tote zu Lebzeiten explizit gegen eine Spende ausgesprochen hat, erfordert die erweiterte Zustimmungslösung in der Schweiz, dass der mutmassliche Spendewille des Verstorbenen ermittelt wird. Der Moment des Angehörigengesprächs ist entscheidend dafür, ob ein hirntoter Patient Organspender wird oder nicht. Ein Vergleich der Qualitätskontrollen für das Jahr 2008 hat gezeigt, dass die Angehörigen eine Organspende in der Schweiz mit 42.3 Prozent mehr als doppelt so häufig (Faktor 2.36) ablehnen als in Spanien, wo sich die Ablehnungsrate auf 17.9 Prozent beläuft. In kleinen Schweizer Spitälern beträgt die Ablehnungsrate mit 71.4 Prozent gar das Vierfache der spanischen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass die Angehörigen einer Organspende zustimmen, steigt nachweislich, wenn nicht dieselbe Person um die Organspende bittet, welche bereits die Todesmitteilung überbracht hat und wenn Todesmitteilung und Anfrage zeitlich getrennt erfolgen. Die personelle Trennung wird in Spanien konsequent praktiziert, in der Schweiz hingegen nicht.

Verlegung und Entnahme

In Spanien gibt es keine Hinweise auf eine Praxis der Verlegung von Leichenspendern. In aller Regel kommen Entnahmeteams zur Organentnahme in die Spitälern. Eine höhere Dichte an Entnahmespitälern (Verhältnis 2:1)² ist denn auch der einzige die Infrastruktur betreffende Punkt, in dem Spanien die Schweiz übertrifft. In der Schweiz werden immer mehr Leichenspender in Nicht-Tx-Zentren entdeckt (Anstieg von 25 Prozent im Jahr 2005 auf 40 Prozent 2009), auch die Zahl der potentiellen Entnahmespitälern ist gestiegen. Der Anteil der Verlegungen ist 2009 höher als in den Vorjahren (13.5 Prozent aller Leichenspender), 2010 zeichnet sich jedoch eine deutlich sinkende Tendenz von Verlegungen ab (Stand Juli 2010: 5 Prozent aller Leichenspender). Eine

² Dieses Verhältnis betrifft den Vergleich der Schweiz mit der Region Andalusien, die bevölkerungsmässig mit der Schweiz vergleichbar ist.

solche Verlegung bedeutet oft eine psychische Belastung für die Angehörigen. Schliesslich wird sie offenbar teilweise durch eine Knappheit an Intensivbetten in den Entnahmezentren erschwert. Es empfiehlt sich daher, Verlegungen von Organspendern nach Möglichkeit zu vermeiden, indem mobile Entnahmeteams eingesetzt werden. Bei der Bereitstellung von Intensivbetten in Transplantations (Tx)- und Entnahmezentren sollte zudem stärker als bislang üblich der mögliche Pool potentieller Organspender mitberücksichtigt werden.

Finanzierung der Spendearbeit

Bei der Finanzierung des Kernprozesses der Organspende lassen sich in der Schweiz, anders als in Spanien, wo eine umfassende Kostendeckung durch das öffentliche Gesundheitswesen gewährleistet ist, klare Kostendeckungslücken identifizieren: Einerseits gibt es hierzulande keine Deckung der Spendearbeit von der Spenderdetektion bis hin zur Spendererhaltung durch die privaten Krankenkassen oder die Kantone. Zum anderen kommt es zu einem Kostendeckungsausfall durch Krankenkassen und Kantone, wenn ein Organ zwar entnommen, aber letztendlich nicht transplantiert wird. Gerade im zentralen Bereich der Spendearbeit bestehen also für die Spitäler in finanzieller Hinsicht Fehlanreize, wodurch die Spenderrekrutierung weiter an Stellenwert verliert. Es empfiehlt sich eine umfassende finanzielle Abdeckung der Spendearbeit von der Spenderdetektion über die Todesfeststellung, die Betreuung der Angehörigen bis hin zur Spendererhaltung. Hinsichtlich der Einführung des fallbezogenen Spitalvergütungssystems SwissDRG im Jahr 2012 wird die Definition einer Fallpauschale für die Spendearbeit durch SwissDRG nahegelegt. Im Falle einer ausbleibenden Transplantation wird zur Deckung der bis dahin entstandenen Kosten die Schaffung eines Fonds empfohlen, etwa durch den Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK), der mit Beiträgen der Krankenkassen und der Kantone gespeist wird.

Sensibilisierung für das Thema Organspende

Weiterbildung des medizinischen Personals

In beiden Ländern gibt es ein breites Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten, darunter auch spezifische Kurse im Bereich Angehörigengespräch. In Spanien ist das Weiterbildungsangebot jedoch inklusiver als in der Schweiz, da es nebst den Spitalkoordinatoren das gesamte Intensiv- und Notfallpersonal umfasst. Ähnlich wie in Spanien wird die Weiterbildung und Sensibilisierung in der Schweiz nicht nur als nationale Aufgabe, sondern auch als Angelegenheit der Netzwerk- und Spitalebene gesehen.

Zur Professionalisierung der Spenderdetektion bedarf es einer möglichst umfassenden Sensibilisierung und Weiterbildung des medizinischen Personals. Sie beinhaltet die nicht wertende Vermittlung der Organspende als alltäglichen Aspekt der Spitaltätigkeit sowie das Wissen um die Spenderkriterien und die einzuhaltenden Protokolle. Vor allem soll diese Weiterbildung aber die Fähigkeit vermitteln, angemessen mit den Angehörigen zu kommunizieren.

Art. 56 Ziffer 2b des TxG formuliert die Pflicht der Kantone, die Durchführung der erforderlichen Fort- und Weiterbildungsprogramme für das medizinische Personal vorzusehen. Die bestehenden Weiterbildungsangebote auf lokaler, Netzwerk- und nationaler Ebene sollten jedoch im Sinne der Subsidiarität besser aufeinander abgestimmt werden. Da Netzwerke als direkte Ansprechpartner der Spendespitäler deren Bedürfnisse im Bereich Sensibilisierung des Spitalpersonals optimal ausloten können, sollten Anstrengungen der Netzwerke im Bereich lokale Weiterbildung unterstützt und gefördert werden. Die Weiterbildung des Spitalpersonals sollte schliesslich möglichst inklusiv sein und nebst donor key persons und Transplantationskoordinatoren auch das Intensivpflegepersonal sowie die Notfalldienste mit einbeziehen.

Information der Öffentlichkeit

Ein grosser Unterschied im Bereich Information der Öffentlichkeit besteht in der Nutzung der Informationskanäle. In Spanien erfolgt diese Information hauptsächlich über die Medien, zu denen die nationale Koordinationsstelle ONT intensiven und engen Kontakt pflegt. Zudem engagieren sich in Spanien neben der nationalen Ebene auch die regionale - und die Spitalebene aktiv an der Information der Öffentlichkeit. Es wird empfohlen, vermehrt Medienkanäle, insbesondere auch das Fernsehen, für die Information der Öffentlichkeit zu nutzen, zumal Studien und Interviewaussagen belegen, dass die Bevölkerung über das Fernsehen am umfassendsten und direktesten erreicht werden kann (vgl. López et al. 2006). Zudem sollten sich, im Sinne der Subsidiarität, neben der nationalen Ebene auch die Netzwerke und die lokalen Koordinatoren (donor key persons, Transplantationskoordinatoren) stärker an der Information der Öffentlichkeit beteiligen.

Koordination der Organspende

Donor key persons auf Spitalebene

Unterschiede in der Spitalkoordination betreffen das Anstellungs- und Entlohnungsmodell wie auch das Rollenverständnis der Spitalkoordinatoren. Der Vergleich mit Spanien lässt es nicht notwendig erscheinen, noch mehr Personal für die lokale Koordination zu rekrutieren. Je nach Region und Spital haben sich in der Schweiz verschiedene Profile durchgesetzt, nach denen die donor key persons entweder Pflegefachpersonen oder Ärzte sind. Ärzte als donor key persons kümmern sich schwerpunktmässig um die medizinischen Kernprozesse der Organspende, spezifisch um die Spenderidentifizierung. Dieses Profil eignet sich gut für grosse Spitäler. Pflegefachpersonen als donor key persons sorgen in kleinen Spitälern über Information, Sensibilisierung und Kontrolle dafür, dass das medizinische Personal für das Thema sensibilisiert wird und die medizinischen Kernprozesse angemessen wahrnimmt.

Die Ausgestaltung der Spendekoordination richtet sich in Spanien nach der Funktion und Grösse des Spitals. Sie ist, anders als in der Schweiz, mittels einer genauen Benennung der jeweiligen Kompetenzen und definierten Anstellungs- und Entlohnungsmodellen landesweit klar geregelt. Ausserhalb des „Programme Latin de Don d’Organes“ (PLDO), wo den donor key persons

zwanzig Stellenprozente finanziert werden, werden diese im Rest der Schweiz, ausser in Spitälern mit Tx-Zentren, nicht für ihre Funktion als donor key person entschädigt.

Die Aufgabe der donor key persons innerhalb des Spitals sollte deshalb eindeutig definiert, anerkannt und von einer entsprechenden Autorität begleitet sein, um die Umsetzung von Art. 47 der Transplantationsverordnung sicherzustellen. Die Anstellung und Entlohnung der donor key persons sollte nach Massgabe dieses Profils klar im Spitalorganigramm geregelt sein.

Regionale Ebene

Da sich in der Schweiz, anders als in Spanien, nebst den Transplantationen auch die Organentnahmen auf wenige Zentren konzentrieren, übernehmen Transplantationskoordinatoren (Tx-Koordinatoren) die Koordination und Organisation der diese Vorgänge betreffenden medizinischen Kernprozesse. In Spanien sind die Kompetenzen der donor key persons und der Tx-Koordinatoren in der Person des Spitalkoordinators auf Spitalebene vereint. Um die Schweizer Tx-Zentren haben sich überkantonale Netzwerke von Spendespitälern gebildet, deren Betreuung mit Ausnahme des PLDO ebenfalls die Tx-Koordinatoren wahrnehmen, die somit eine Doppelrolle innehaben. Die Leitung dieser Netzwerke obliegt Intensivmedizinerinnen. Die Schweizer Netzwerke sind vergleichbar mit den autonomen Regionen Spaniens, in denen autonome Koordinationsbüros die Betreuung der Spitäler wahrnehmen; jedoch mit dem grossen Unterschied, dass diese spanischen Büros ausserhalb der medizinischen Kernprozesse stehen und eine rein administrative Coaching- und Kontrollfunktion gegenüber den Spendespitälern haben.

Es ist fraglich, ob Tx-Koordinatoren zusätzlich zu ihren medizinischen Koordinationsaufgaben in der Lage sind, die umfassende Funktion der Netzwerkkoordination wahrzunehmen, und ob sie die Spendespitäler zur nötigen Kooperation bewegen können. Die Tx-Koordinatoren sollten deshalb von Aufgaben befreit werden, welche nicht die Organisation und Koordination der Organentnahme und Transplantation betreffen. Die Netzwerke sollen, als ideal angepasste Lösung für die föderale Struktur der Schweiz und als Hauptansprechpartner für die Spendespitäler, gestärkt werden. Als einzige organisatorische Neuerung wird empfohlen, in jedem Netzwerk eine Netzwerkkoordination nach dem Vorbild des PLDO einzusetzen. Diese sollte ausserhalb der medizinischen Kernprozesse stehen und ihre Aufgabe vollamtlich wahrnehmen.

Organisation auf nationaler Ebene

Die nationale staatliche Koordinationsinstanz Spaniens, die „Organización Nacional de Trasplantes“ ONT ist die unbestrittene Führungsinstanz auf nationaler Ebene, bei der alle Fäden zusammenlaufen und deren Kompetenz unangefochten ist. Anders als die ONT übernimmt die Sektion Transplantation und Fortpflanzungsmedizin (TFM) des BAG keine aktive Rolle im Organspendeprozess. Operative Aufgaben werden in der Schweiz durch die Stiftung Swisstransplant wahrgenommen. Sowohl die Sektion TFM wie auch Swisstransplant werden in ihrem Tätigkeitsbereich weitgehend als kompetent wahrgenommen, wobei an der Spitalbasis bisweilen Unsicherheiten vorherrschen, welcher Akteur genau wofür zuständig ist. Für eine grössere Kohärenz und ein

einheitlicheres Auftreten auf nationaler Ebene dürfte eine bessere gemeinsame Abstimmung der Positionen des BAG und von Swisstransplant bezüglich des Themas Organspende sowie eine Klärung des Kompetenzbereiches letzterer im Schweizerischen Organspendewesen gegen aussen hin klare Verantwortlichkeiten schaffen sowie bestehendes Konfliktpotential entschärfen.

Aufsicht über Umsetzung des TxG

Die Interviews haben gezeigt, dass der Beitrag der Kantone zur Umsetzung des TxG, mit Ausnahme des PLDO und des Kantons Zürich, sich bisher weitgehend auf die Einsetzung lokaler Koordinatoren (donor key persons) beschränkt hat. Ansonsten wird diese Umsetzung offenbar als Aufgabe der Spitäler angesehen. Die Grundlage für eine finanzielle oder auch logistische Initiative der Kantone findet sich in Art. 56 des TxG und Art. 45 der Transplantationsverordnung. Das Beispiel des PLDO illustriert, wie ein solcher Beitrag aussehen kann und dass er Früchte trägt. Hier unterstützen die Kantone die lokale - sowie die Netzwerkkoordination finanziell. Im Rahmen seiner durch den Föderalismus eingeschränkten Einflussmöglichkeiten soll der Bund verstärkt überprüfen, ob und inwiefern die Kantone ihre im TxG definierten Verpflichtungen umsetzen. Die Kantone ihrerseits sollen dem Bund über ihre Aktivitäten zur Umsetzung des TxG regelmässig Bericht erstatten.

Die Koordinationsebenen übergreifende Aspekte

Anders als in der Schweiz zeichnet sich die dreistufige Koordination in Spanien durch eine starke interne Kohäsion und Kohärenz aus. Ein zentraler Faktor ist in diesem Zusammenhang der reibungslose und permanente Kommunikations- und Informationsfluss über alle Ebenen hinweg. Zudem wird jede Ebene über ein interregionales Gremium, die „Comisión Permanente de Trasplantes“ (CPT), in die gemeinsame Entscheidungsfindung mit einbezogen, woraus Konsensdokumente resultieren, welche im ganzen Land befolgt werden. In der Schweiz sind mit der Schaffung des „Comité National de Don d'Organes“ CNDO die notwendigen Strukturen zu einem Einbezug der Spenderseite bereits vorhanden. Auf ihnen basieren unsere Empfehlungen, die Kohärenz, den Zusammenhalt und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen zu verbessern und alle relevanten Akteure in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Auf intraregionaler Ebene kann dies über regelmässige Treffen aller donor key persons und der Netzwerkkoordination in den Netzwerken erfolgen. Zur Stärkung der nationalen Kohäsion und des gesamtschweizerischen Austauschs wird ein repräsentatives Gremium empfohlen, in dem neben dem BAG und dem CNDO auch das „Comité Médical“ vertreten sind. Auf diese Weise würde die Berücksichtigung aller Interessen gewährleistet. Aus diesem inklusiven Gremium könnten schliesslich auch konsensbasierte nationale Richtlinien für relevante Themen aus dem Bereich der Organspende und Transplantation hervorgehen.

1 Einleitung

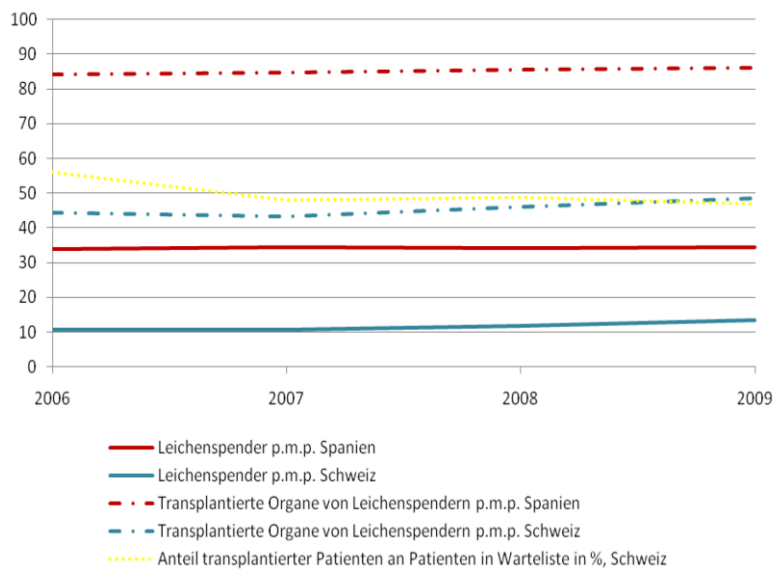
1.1 Ausgangslage und Fragestellungen

Eine rapide Entwicklung der Transplantationsmedizin über die letzten Jahrzehnte und eine mittlerweile sehr gute Erfolgsbilanz von Transplantationen liess die Nachfrage nach Spenderorganen weltweit in die Höhe schnellen. Gleichzeitig kann das Angebot an Organspenden diese rasch steigende Nachfrage immer weniger befriedigen (EU-Kommission 2009). Entsprechend stellt der Mangel an Spenderorganen heute eine globale Herausforderung dar. Als Organspender kommen in erster Linie Patienten in Frage, bei denen der Hirntod diagnostiziert wurde und deren Organe noch durchblutet werden, was zahlenmässig einer kleinen Gruppe von Patienten entspricht. Darauf gründet die Relevanz von Massnahmen, die sicherstellen, dass alle Patienten, die als Organspender in Frage kommen und ihre Einwilligung dazu gegeben haben, als solche erkannt werden und ihre Organe gespendet werden können (Europarat 2009).

Was das Ziel einer optimalen Spendererkennung betrifft, lassen sich international beträchtliche Unterschiede feststellen. Spanien gilt hierbei als erfolgreichstes Land im Bereich der Totspende. Seit Jahren weist das Land global die höchsten Leichenspenderraten pro Million Einwohner (p.m.p.) auf (Europarat 2009). Während die Schweiz im Bereich der Transplantationsmedizin zu den führenden Ländern in Europa gehört, ist die Zahl der Leichenspender hierzulande traditionellerweise eher tief (EU-Kommission 2009).

In der Schweiz wurde im Jahre 2007 das Transplantationswesen im Transplantationsgesetz (TxG, SR 810.21) umfassend geregelt. Darin sind auch Massnahmen zur Erfassung von möglichen Organspendern vorgesehen. Infolgedessen wurde in allen Spitälern mit einer anerkannten Intensivpflegestation (IPS) eine für die lokale Koordination der Spendeprozesse verantwortliche Person („donor key person“) eingesetzt, welche sicherstellen soll, dass mögliche Organspender erkannt und als solche gemeldet werden. Die Spenderraten sind seither von 10.8 p.m.p. auf 13.3 Leichenspender p.m.p. (Spender) im Jahre 2009 gestiegen, und es wurden mehr Transplantationen durchgeführt (siehe Abbildung 1-1). Obwohl also auf der Angebotsseite mehr Spenderorgane zur Verfügung stehen, wuchsen auf der Nachfrageseite die Wartelisten proportional stärker an, so dass im Jahre 2009 zehn Prozent weniger Patienten auf Wartelisten Organe transplantiert wurden als noch 2006. Für Spanien liegen keine Daten zur Warteliste vor. Spaniens Spenderraten sind jedoch mit 34.4 p.m.p. (2009) zweieinhalbmal so hoch, und es werden fast doppelt so viele Organe von Leichenspendern transplantiert als in der Schweiz (2009: ESP 86.2 p.m.p., CH 48.4 p.m.p.).

Abbildung 1-1 Organspende und Transplantationen in der Schweiz und in Spanien 2006-2009



Quellen:

Transplantationen und Warteliste: Schweiz: Jahresberichte Swisstransplant 2006-2009. Stand Warteliste: Jeweils 31.12. Transplantierte *Patienten* inkl. Lebendspenden.

Spanien: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/GraficaHistoricaNacional.aspx> [Stand: 28.6.2010]. Aus der Statistik der Transplantationen Spaniens geht nicht zweifelsfrei hervor, ob Lebendspender mit eingeschlossen sind.

Spenderzahlen p.m.p.: Transplant Newsletter European Council 2007-2009; Evolución de la Actividad de Donación y Trasplante en España (ONT 2009); Jahresbericht Swisstransplant 2009

Bevölkerungszahlen: Bundesamt für Statistik (Erhebungszeitpunkt: Ende des vorangehenden Jahres), Instituto Nacional de Estadística (Erhebungszeitpunkt: 1. Januar des Jahres)³

Vor diesem Hintergrund beauftragte die Sektion Transplantation und Fortpflanzungsmedizin des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) das Institut für Politikwissenschaft der Universität Bern gemeinsam mit der Büro Vatter AG mit der Durchführung der vorliegenden Studie. Aufgabe der Studie ist es, das „Spanische Modell“ der Organspende zu analysieren und mit dem schweizerischen Organspende- und Transplantationswesen zu vergleichen, um Kernpunkte und hauptsächliche Unterschiede herauszuarbeiten und Gründe für seine Überlegenheit in der Organrekrutierung zu eruieren. Ausgehend davon sollen Massnahmen formuliert werden, über welche die positiven Effekte des Spanischen Modells auch in der Schweiz ihre Wirkung entfalten können.

Folgende Aspekte sollten im Rahmen der Untersuchung des Spanischen Modells der Organspenderrekrutierung geklärt werden:

- Gesetzliche, politische und finanzielle Grundlagen
- Organisation des Systems und der Abläufe
- Beachtenswerte Kontextfaktoren
- Finanzielle Abgeltung der Spendearbeit

³ Sofern Kennzahlen p.m.p. in diesem Bericht auf eigenen Berechnungen basieren, können sie aufgrund der Wahl des Erhebungszeitpunktes der Einwohnerzahl geringfügig von den in anderen Publikationen veröffentlichten Kennzahlen abweichen.

- Rechtliche Widerspruchslösung, Praxis der „erweiterten Zustimmungslösung“
- Berechnung der Kennzahlen p.m.p.

Die Analyse der schweizerischen Organspendewesen konzentriert sich vor dem Hintergrund dieses Vergleichs gemäss Auftrag auf folgende Fragen:

- Aktuell praktizierte Abgeltung der Spendearbeit in der Schweiz, Auswirkungen und Optimierungsbedarf
- Übertragbarkeit des Spanischen Modells in die Schweiz, insbesondere in organisatorischer Hinsicht, unter Berücksichtigung des föderalistischen Systems und der gesetzlichen Situation.

1.2 Vorgehen und Methodik

Einleitend werden hier die konzeptuellen Grundlagen vorgestellt, auf denen die vergleichende Untersuchung aufbaut. In einem zweiten Schritt wird das wissenschaftliche Vorgehen des Berichts erläutert.

1.2.1 Prozessschema und Terminologie

Das *Organspende- und Transplantationswesen* umfasst die Institutionen und Akteure (mit Ausnahme der Patientenseite), welche in den Prozessen der Organspende, -entnahme und Transplantation beteiligt sind.⁴ Es kann zu heuristischen Zwecken in verschiedene Prozessbereiche unterteilt werden. Als Basis unserer Analyse hat sich eine schichtenartige Darstellung dieser Prozesse bewährt (vgl. Abbildung 1-2).

Im Zentrum dieser Darstellung steht der *Kernprozess* der Organspende, der die Phasen der *Organrekrutierung* und der *Organallokation* umfasst und in die Transplantationsphase mündet. Letztere fällt nicht mehr in den Bereich der vorliegenden Untersuchung und bleibt deshalb in diesem Bericht ausgeklammert. Zentrale Aspekte in der Phase der Organrekrutierung sind die *Spenderidentifizierung* (Erkennung eines Patienten, der sich aus medizinischer Sicht als Organspender eignet), die Feststellung des Hirntods⁵, das Angehörigengespräch sowie die Organerhaltung. Diese Aktivitäten werden auch als „*Spendearbeit*“ bezeichnet. Bei der Allokation geht es um die Zuteilung eines Organs an einen geeigneten Empfänger in Abstimmung mit der nationalen Warteliste und mit gesetzlich definierten Allokationskriterien, gefolgt von der Organentnahme.

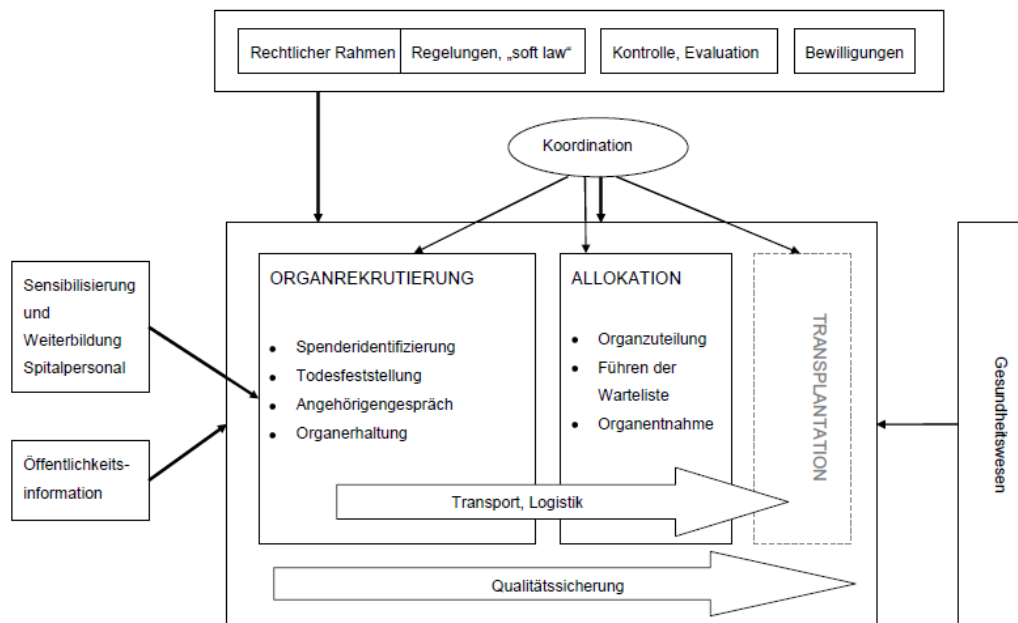
Die verschiedenen Phasen des Organspende- und Transplantationsprozesses sind delikate Prozesse, die in hohem Masse voneinander abhängig sind und unter einem grossen Zeitdruck erfol-

⁴ Die Organentnahme (Entnahme) bezeichnet die Entfernung eines Organs aus dem Körper eines Patienten (des Organspenders) zum Zweck einer Transplantation (Tx). Bei letzterer wird das Organ einer anderen Person eingepflanzt.

⁵ Unter Hirntod wird das vollständige und nicht mehr umkehrbare Erliegen aller Hirnaktivitäten des gesamten Hirns einschliesslich des Hirnstamms verstanden, bei der die Herz-Kreislauf-Funktion künstlich aufrecht erhalten wird. Siehe <http://www.bag.admin.ch/transplantation/10023/10027/index.html?lang=de> [Stand: 2.7.2010], sowie SAMW (2005: 5).

gen, weshalb eine sorgfältige und genaue Abstimmung und Koordination derselben unerlässlich ist. Entsprechend verorten wir in einer zweiten Schicht um den engen, medizinischen Kernprozess herum den *organisatorischen Aspekt* der *Koordination*. Die Koordination erstreckt sich über den gesamten Organspende- und Transplantationsprozess und ist in beiden untersuchten Ländern schwerpunktmässig auf drei Ebenen organisiert: Lokal im Entnahme- oder Transplantationsspital, national in Form einer nationalen Koordination oder Leitung des Organspendewesens, sowie intermediär auf einer regionalen Ebene.

Abbildung 1-2 Prozessschema des Organspende- und Transplantationswesens



Quelle: Eigene Darstellung

Schliesslich haben diverse *Kontextfaktoren* einen wichtigen Einfluss auf die Funktionsweise des Organspendewesens. Diese Kontextfaktoren kommen in einer weiteren, dritten Schicht um den Kernprozess der Organspende zu liegen. Von besonderer Bedeutung ist hier der Aspekt der *Sensibilisierung* für das Thema Organspende. Zentral sind dabei die Frage der Sensibilisierung des Spitalpersonals, über Weiterbildung, sowie die Information der breiten Bevölkerung betreffend die Option der Organspende. Nebst strukturellen Faktoren wie der Bewilligungen, Kontrolle und Evaluation im Organspende- und Transplantationswesen bilden schliesslich die rechtlichen Grundlagen ein wichtiges Fundament, das der Ausrichtung des Organspendewesens zugrunde liegt. Im Mittelpunkt steht hierbei die Frage nach der rechtlichen Regelung der Einverständniserklärung zur Spende (*Widerspruchs- oder Zustimmungslösung*). Als systemischer Kontextfaktor definiert das jeweilige *Gesundheitswesen* (staatlich/privat; dezentralisiert/föderalistisch) schliesslich den Kontext, innerhalb dessen sich die Organspendewesen herausgebildet haben. Diesem Kontext wiederum vorgelagert sind die allgemeinen politischen Strukturen und Entscheidungsprozesse.

In der vorliegenden Studie steht eine Analyse der Prozesse und Strukturen im Bereich der Organspende von Leichenspendern im Mittelpunkt. Die Transplantationsprozesse sowie Spenden von Geweben und Zellen, von Patienten im Herzstillstand statt Hirntod („non-heart beating donors“, NHBD), oder von lebenden Personen (Lebendspende) werden nicht oder nur am Rande behandelt.

Das *Spanische Modell* der Organspende wird weltweit mit seinem Gründer, dem nationalen Koordinatoren Rafael Matesanz, in Verbindung gebracht. Zusammengefasst basiert es auf folgenden sechs Prinzipien (Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 181): 1. einem dichten Transplantations-Koordinationsnetzwerk auf drei Ebenen, 2. der permanenten Registrierung von Hirntoten und Spenderraten auf den Intensivstationen von Entnahme-Spitälern, 3. einem zentralen Koordinations-Büro, welches zudem die Funktion einer zentralen Support-Stelle bezüglich allen Prozessen der Organspende wahrnimmt, 4. dem grossen Einsatz im Bereich medizinische Weiterbildung, 5. einer finanziellen Entschädigung der Spitäler und 6. auf einem bewussten Umgang mit den Medien.

1.2.2 Vorgehen und Forschungsmethodik

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurden im Sinne einer Methodentriangulation qualitative und quantitative Vorgehensweisen kombiniert. Mittels einer vertieften Analyse der relevanten Literatur aus Praxis und Wissenschaft und der Rechtsgrundlagen wurden in einem ersten Schritt die verfügbaren Informationen zu den beiden Ländern zusammengetragen.

Darauf aufbauend führten wir in einem nächsten Schritt als Hauptpfeiler der Untersuchung in beiden Ländern teilstrukturierte Experteninterviews durch.⁶ Dazu wurde basierend auf der Literaturrecherche und einem Sondierungsinterview ein Fragebogen erarbeitet, welcher je nach Funktion der Gesprächspartner zwischen 26 und 46 Fragen enthielt (siehe Gesamtfrageraster in Anhang). Akteuren in vergleichbarer Funktion wurden jeweils dieselben Fragen gestellt. Die Interviews verfolgten drei Ziele:

1. Detaillierte Erfassung der Prozesse und Strukturen vor Ort in beiden Ländern,
2. Erfassung der Wahrnehmungen und Einstellungen der Akteure zu verschiedenen im Forschungsauftrag enthaltenen Aspekten,
3. Klärung von Detailfragen.

Bei der Auswahl der Interviewpartner liessen wir uns von fünf grundsätzlichen Überlegungen leiten. Erstens wurde gemäss dem Wunsch der Auftraggeberin ein besonderes Gewicht auf die Situation in den Spitälern gelegt, in denen Spender rekrutiert werden, um die tatsächliche Situation vor Ort zu erfassen. Zweitens sollte die Vergleichbarkeit zwischen den zwei Ländern mög-

⁶ Wenn in diesem Bericht die männliche Form verwendet wird (Interviewpartner, Spender, Koordinator, Arzt, etc.), so sind damit, sofern nicht anders expliziert, ebenfalls alle weiblichen Personen erfasst, welche die entsprechende Funktion wahrnehmen.

lichst gewährleistet sein. Drittens musste regionalen und organisatorischen Unterschieden (Art und Grösse des Spitals) innerhalb der Länder Rechnung getragen werden. Viertens wurden sowohl Intensivmediziner als auch Pflegefachpersonen befragt, welche die Spende- und Transplantationskoordination in den Spitälern wahrnehmen. Fünftens besuchten wir Regionen und Spitäler, die sich in ihren Spenderraten unterscheiden.

Die resultierende Auswahl beinhaltet Akteure der Spital- und regionalen Ebene in drei Netzwerken der Schweiz und zwei autonomen Regionen Spaniens, sowie Vertreter der Organisationen auf nationaler Ebene: Der „Organización Nacional de Trasplantes“ (ONT) in Spanien, und von Swisstransplant und dem BAG in der Schweiz (siehe Tabelle 1-1). Zusätzlich erfolgten gegen Ende der Untersuchungsphase zwei ergänzende telefonische Interviews, in Spanien mit Rafael Matesanz (ONT-Direktor) und in der Schweiz mit Diane Moretti, Netzwerkkoordinatorin des „Programme Latin de Don d’Organes“ (PLDO). Dabei wurden in erster Linie Fragen der Übertragbarkeit gewisser Elemente des Spanischen Modells geklärt. Insgesamt führten wir damit in Spanien 6 Interviews mit 12 Personen, und in der Schweiz 11 Interviews mit 16 Personen⁷, was einer Gesamtzahl von 28 Interviewpartnern entspricht.

Tabelle 1-1 Auswahl der Interviewpartner: Ort und Funktion

<i>Land</i>	<i>Spanien</i>		<i>Schweiz</i>		
<i>Region</i>	<i>Region 1</i>	<i>Region 2</i>	<i>Netzwerk 1</i>	<i>Netzwerk 2</i>	<i>Netzwerk 3</i>
<i>Spitalebene</i>	Spital 1 2 Spital-koordinatoren (Pflegefachpersonen)	Spital 2 2 Spital-koordinatoren (1 Pflegefachperson, 1 Arzt)	Spital 3 1 donor key person (IPS-Chefarzt)	Spital 4 2 donor key persons (1 IPS-Chefarzt, 1 Pflegefachperson)	Spital 5 2 donor key persons (Pflegefachpersonen) Spital 6 1 IPS-Chefarzt Spital 7 1 donor key person+ Tx-Koordinator (Pflegefachperson)
<i>Regionale Ebene</i>	Autonomes Koordinationsbüro 3 autonome Koordinatoren	Autonomes Koordinationsbüro 2 autonome Koordinatoren	Spital 8 1 Tx-Koordinator	Spital 9 1 Tx-Koordinator	Spital 10 1 Tx-Koordinator
<i>Nationale Ebene</i>	ONT 2 nationale Koordinatoren		Swisstransplant : 3 Personen Sektion Transplantation und Fortpflanzungsmedizin, BAG: 2 Personen		
<i>Experten</i>	Dr. Rafael Matesanz, Direktor ONT		Diane Moretti, coordinatrice générale PLDO		

Die Interviewauswertung erfolgte anhand eines Analyserasters. Dabei wurden die die jeweilige Fragestellung betreffenden Aussagen zusammengetragen. Dies ermöglichte es, die Kernprozesse

⁷ Um die Anonymität der befragten Personen zu gewährleisten, wird auf die Veröffentlichung der Namen der Regionen, Spitäler und Interviewpartner verzichtet.

und organisatorischen Strukturen beider Länder nachzuvollziehen und systematisch darzustellen. Auch konnten dadurch die Resultate der Literaturanalyse ergänzt und eine Beurteilung der Relevanz einzelner Aspekte in der Praxis vorgenommen werden. Besonders hilfreich waren die Interviews, um mögliches Problem- und Optimierungspotential aufzuzeigen.

In einem dritten Schritt bedienten wir uns deskriptiver statistischer Angaben zum Organspende- und Transplantationswesen in den beiden Ländern, um möglichst viele Unterschiede und Gemeinsamkeiten insbesondere im Bereich der Kontextfaktoren und des Spenderpotentials zu objektivieren und ihre zahlenmässige Relevanz zu bestimmen.

Daraus ergab sich ein umfassendes Bild des Organspendewesens in beiden Ländern. Die systematische vergleichende Analyse dieser Resultate ermöglichte es uns, die Forschungsfragen zu beantworten, Schlussfolgerungen zu ziehen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

1.2.3 Gliederung des Berichts und Leseanleitung

In einem ersten Schritt nehmen wir in Kapitel 2 dieses Berichts eine Definition, Klärung und Analyse der Leichenspenderraten der beiden Länder anhand deskriptiver Statistiken und Literaturangaben vor. Daraufhin werden die Organspendewesen Spaniens und der Schweiz basierend auf einer qualitativen Analyse der relevanten Gesetzestexte kurz vorgestellt, wobei auch auf den Kontextfaktor des Gesundheitwesens eingegangen wird (Kapitel 3). Die nächsten drei Kapitel zeichnen die Prozesse der beiden Organspendewesen dann im Detail nach. Als Datengrundlage dienen hier die qualitativen teilstrukturierten Experteninterviews und ergänzende Literaturangaben. Das in Abbildung 1-2 dargelegte Prozessschema dient zur Strukturierung des komplexen Organspendewesens. Der Bericht folgt diesem schichtenartigen Aufbau grösstenteils von innen nach aussen: Begonnen wird mit dem Kernstück des Organspendeprozesses in Kapitel 4, dann werden in Kapitel 5 organisatorische Faktoren aus der zweiten Schicht diskutiert, und schliesslich wird in Kapitel 6 auf verbleibende Kontextfaktoren der dritten Schicht eingegangen. Da Spanien uns als Benchmark dient, wird es jeweils als erstes betrachtet. Die umfassende vergleichende Analyse der beiden Länder in Kapitel 7 fasst schliesslich die wichtigsten Länderunterschiede über alle Prozessphasen hinweg zusammen. Ausgehend davon werden in Kapitel 8 Schlussfolgerungen gezogen und entsprechende Handlungsempfehlungen für die Schweiz formuliert.

Dieser Aufbau des Berichts ermöglicht zwei Lesarten: Eine detaillierte, die alle Kapitel umfasst, sowie eine kursive, die nach den Kapiteln 1 bis und mit 3 direkt zur Synthese der Erkenntnisse und die daran anschliessenden Folgerungen in den Kapiteln 7 und 8 übergeht.

2 Ausgangspunkt: Definition, Klärung und Analyse der Leichenspenderraten in Spanien und der Schweiz

Ziel dieses Kapitels ist es, das tatsächliche Ausmass und die Beschaffenheit der zu erklärenden Unterschiede in den Organspenderraten zwischen den beiden Ländern zu bestimmen. In einem ersten Schritt wird ein detaillierter Blick auf die Situation bezüglich der Organspende in der Schweiz und Spanien geworfen.

Hierzu haben wir unsere Interviewpartner nach möglichen Gründen für diese Unterschiede in den Spenderraten befragt. In einem zweiten Schritt versuchen wir die genannten Aspekte zu validieren, indem wir statistische Angaben der beiden Länder einander gegenüberstellen und streckenweise mit Interviewaussagen ergänzen. Die Auswahl der Indikatoren und ihres Erhebungszeitpunkts ist stark beeinflusst vom Kriterium der unmittelbaren Vergleichbarkeit zwischen den zwei Ländern.

2.1 Art und Charakteristika der Organspender

Eine wichtige Relativierung der unterschiedlichen Spenderaten der beiden Länder ergibt sich aus der viel grösseren Anzahl an Lebendspenden in der Schweiz. Die Lebendspende eignet sich für die Organe Nieren und Leber. Seit 2006 übertreffen in der Schweiz die Lebendspender die Leichenspender. Jedoch steigen hierzulande seit 2007 auch die Organentnahmen bei Leichenspendern (Swisstransplant 2009b: 11).

Die Massnahmen des Spanischen Modells zielen in erster Linie auf eine Erhöhung der Leichenspenderrate ab. Die Lebendspende wird in Spanien nicht explizit gefördert. Sie wird vielmehr ausdrücklich auf Situationen beschränkt, in denen eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit bei der geplanten Transplantation vorliegt. Die Anforderungen an Lebendspender scheinen zudem strikter zu sein als an Leichenspender (Real decreto 2070/1999, art. 9, párr. 2,4). Umfassende Daten zu Lebendspenden in Spanien sind nicht erhältlich. Der Anteil der von Lebendspendern stammenden Organen an allen transplantierten Nieren und Lebern betrug 2009 7.7 Prozent (ONT 2009: 1). Der Lebendspende wird also in Spanien im Vergleich zur Schweiz ein eher marginaler Stellenwert eingeräumt. Auch Matesanz sieht im Bereich der Lebendspende in Spanien noch viel Wachstumspotential. Diese sollte jedoch immer als komplementäre Aktivität zur Leichenspende betrieben werden, nicht als konkurrierende (Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 187).

Ein Blick auf internationale Daten zu Lebend- und Totspendern vermittelt den Eindruck, dass diese sich gegenseitig zu ergänzen scheinen: In Ländern mit hoher Lebendspenderrate gibt es wenige Leichenspender und umgekehrt (EU-Kommission 2009: Daten 2006/7). Berücksichtigt man Lebend- und Totspender, so verdoppelt sich die Spenderrate der Schweiz im Jahre 2009 auf 27.5 Spender p.m.p (eigene Berechnung).

Entsprechend dieser unterschiedlichen Gewichtung beobachtet man in Spanien gegenüber der Schweiz mehr Transplantationsaktivitäten bei Lebern und Nieren, wenn sie von Leichenspendern stammen (siehe Tabelle 2-1, absolute Summe der erfassten Fälle jeweils mit „N“ angegeben). Im Verhältnis zur Bevölkerung werden in Spanien etwa doppelt so viele dieser Organe transplantiert. In der Schweiz wird dafür ein etwas grösseres Gewicht auf Transplantationen von Herz und Pankreas gelegt. Einzig bei der Anzahl Lungentransplantationen übertrifft die Schweiz Spanien.

Tabelle 2-1 Transplantationen Organe von Leichenspendern nach Typ 2008

<i>Organ</i>	<i>Spanien</i>		<i>Schweiz</i>	
	<i>Transplantationen von Leichenspendern p.m.p.</i>	<i>% aller Transplantationen von Leichenspendern</i>	<i>Transplantationen von Leichenspendern p.m.p.</i>	<i>% aller Transplantationen von Leichenspendern</i>
Niere	44.9	55.2	22.6	51.8
Leber	23.4	28.8	9.4	21.7
Herz	6.3	7.8	3.8	8.8
Lunge	4.2	5.1	5.3	12.2
Pankreas	2.3	2.8	2.2	5.2
Dünndarm	0.3	0.4	0.1	0.3
N	3755		331	

Quelle: ONT 2008c

Ein genauerer Blick auf die Charakteristika der Leichenspender zeigt, dass sie in beiden Ländern überwiegend männlich sind (siehe Tabelle 2-2). In Spanien sind sie durchschnittlich leicht älter, und immerhin fünf Prozent der Spender starben an Herzstillstand („Non-Heart-Beating Donor“, NHBD), statt dass bei ihnen der Hirntod diagnostiziert wurde. Diese Spenderkategorie kam in der Schweiz seit 2007 aufgrund einer Rechtsunsicherheit nicht mehr zur Anwendung. Nachdem eine rechtliche Klärung ergab, dass Organspenden von NHBDs rechtlich unproblematische Spender sind, wurde diese Spenderkategorie Anfang 2010 wieder aufgenommen.⁸ Eine detaillierte Analyse der Anwendung von erweiterten Spenderkriterien („expanded donor criteria“) kann hier aufgrund der Datenlage nicht vorgenommen werden (vgl. Kapitel 4.7). In der Schweiz gibt es mehr Multiorganspender als in Spanien. Auffallend ist zudem, dass in Spanien bedeutend mehr Spender an einer Hirnblutung verstarben. Bei den Hirntraumata gibt es hingegen keinen Unterschied (vgl. Kapitel 2.3).

⁸ Siehe <http://www.swisstransplant.ch/11/news.php> [Stand: 5.5.2010].

Tabelle 2-2 Charakteristika der Organspender 2008

	<i>Spanien</i>	<i>Schweiz</i>
Durchschnittliches Spenderalter (Jahre)	54	52
<i>% aller Leichenspender</i>		
Männlich	61	57
NHBD	4.9	0
Multiorganspender	84	100
<i>Todesursachen</i>		
Hirnblutung	65.4	52
Hirntrauma	19.5	18
Andere	15.1	30
N	1577	90

Quellen: ONT 2008b, 2008c; Jahresbericht Swisstransplant 2008a

2.2 Vergleichbarkeit

In den Interviews wurde auf eine nur bedingte Vergleichbarkeit der beiden Länder hingewiesen. Möglicherweise sei die Messung der Leichenspenderrate p.m.p. in den beiden Ländern nicht identisch. Die niedere nationale Spenderrate der Schweiz gebe die beträchtlichen regionalen Unterschiede im Lande selbst nicht angemessen wieder. Ausserdem unterschieden sich die beiden Länder bezüglich verschiedener Kontextfaktoren, vor allem hinsichtlich der vorhandenen Infrastruktur des Gesundheitssystems. Es wurde denn auch verschiedentlich die Notwendigkeit betont, nicht die eigentlichen Spenderzahlen miteinander zu vergleichen, sondern zu fragen, wie viele mögliche Spender es gebe, und wie dieses Potential genutzt werde.

2.2.1 Messung Spender p.m.p.

Wird in Spanien mit der Leichenspenderrate pro Million Einwohner etwas anderes gemessen als in der Schweiz? Die Spenderraten p.m.p. entstammen dem „Transplant Newsletter International: Figures on Organ Donation and Transplantation“ des Europarates, die Daten dazu werden von nationalen Datenverantwortlichen zur Verfügung gestellt. Die nationalen Spenderzahlen werden zur Einwohnerzahl in Relation gesetzt. Als Spender wird gemäss der im Transplant Newsletter enthaltenen Definition jemand betrachtet, *der in einen Operationsaal gebracht und dem mindestens ein*

*solides Organ entnommen wurde, unabhängig von einer späteren Transplantation*⁹. Hirntote Leichenspender fallen genauso unter diese Definition wie NHBDS (ONT 2008c: 3).

Diese Art der Messung wurde uns in beiden Ländern durch Vertreter der offiziellen Organisationen auf nationaler Ebene (Schweiz: BAG und Swisstransplant, Spanien: ONT) bestätigt (siehe auch Matesanz 2003: 737). Demgemäss gibt es auch in der Schweiz keine regionalen Unterschiede in der Erfassung dieser Spenderraten. Damit darf die unmittelbare Vergleichbarkeit dieser Messzahl zwischen den beiden Ländern als gegeben betrachtet werden.¹⁰

Schliesslich gibt es Hinweise auf eine unterschiedliche Verwendung der Terminologie in den zwei Ländern. Gemäss Swisstransplant gelten in der Schweiz als „potential donors“ solche, die bis in den Operationssaal gelangt sind, um ihnen das Organ zu entnehmen.¹¹ Dies kann dann in gewissen Fällen aus medizinischen Gründen nicht erfolgen. Als „effective donors“ gelten anders als in Spanien (dort werden Spender dieser Kategorie „reelle Spender“ genannt) jene, denen das Organ effektiv *entnommen* wurde. Diejenigen Spender, deren Organ dann auch *transplantiert* wurde, werden „utilized donors“ (in Spanien „effektive Spender“) genannt. Es finden auf internationaler Ebene Bemühungen um eine Vereinheitlichung der Terminologien statt.

In unserer Studie orientieren wir uns an der Terminologie des Europarates. Demgemäss sind *potentielle Spender* Patienten, bei denen der Hirntod diagnostiziert wurde, und die theoretisch für eine Organspende in Frage kommen. *Effektive Spender* sind jene, bei denen mindestens ein Organ entnommen wurde. Potentielle Spender werden gemäss Interviewaussagen nicht zu effektiven Spendern, weil sie nicht als solche erkannt wurden oder weil die Spende nicht stattfinden konnte, entweder aus medizinischen Gründen oder wegen dem Verweigern der Zustimmung durch die Angehörigen.

2.2.2 Regionale Variationen in der Spenderrate

In der Schweiz wiesen die Interviewpartner oft darauf hin, dass die Leichenspenderraten, aber auch die Ablehnungsraten der Angehörigen je nach Sprachregion stark variieren würden. Die nationale Rate bilde also die Realität nicht adäquat ab; in der lateinischen Schweiz befänden sich die Spenderraten im oder über dem europäischen Durchschnitt, und man rekrutiere für die Deutschschweiz mit. Tatsächlich lassen sich in der Schweiz bei der Zahl identifizierter Spender deutliche Unterschiede zwischen den Sprachregionen beobachten, welche zusätzlich über die Jahre stark schwanken.

⁹ “Every potential donor transferred to the operating theatre from whom, at least, one solid organ has been retrieved”.

¹⁰ Es sei jedoch angemerkt, dass umfassende Daten zu Lebendspenden für Spanien nicht erhältlich sind. Zumindest in den Zahlen für erfolgte Transplantationen sind offenbar von Lebendspendern stammende Organe ebenfalls enthalten; der Anteil von Organen von Lebendspendern wird darin als Untergruppe angegeben. Anhand der uns vorliegenden Daten konnte nicht zweifelsfrei geklärt werden, ob die Spenderrate in Spanien auch Lebendspender umfasst. In den Interviews wurde dies verneint.

¹¹ Mündliche Auskunft von Dagmar Vernet, Swisstransplant vom 30.11.2009.

Die Daten aus Tabelle 2-3 bestätigen den Eindruck der Befragten, wonach die lateinische Schweiz deutlich, und seit der Bildung des PLDO zunehmend mehr Spender rekrutiert als die Deutschschweiz. 2009 betrug der Anteil der lateinischen Schweiz an der Gesamtbevölkerung 28.6 Prozent, sie rekrutierte jedoch über 40 Prozent aller Leichenspender. Auch innerhalb der Sprachregionen variieren die Spenderzahlen je nach Netzwerk oder Kanton erheblich. Das Tessin etwa generierte bis 2006 sehr viele Spender, fiel dann zurück und scheint nun wieder zu diesem Muster zurückzukehren. 2009 haben das PLDO und das Netzwerk Basel/Aarau zusammen knapp 60 Prozent aller Leichenspender gemeldet; Zürich meldete einen Spender, Bern 20 (Swisstransplant 2009b: 19). Die Spenderzahlen schwanken aber auch zentrumsintern saisonal stark (Swisstransplant 2008a: 13-4).

Tabelle 2-3 Schweiz: Anteil der Sprachregionen an der nationalen Leichenspenderzahl, 2007-2009

Region	2007 ¹	Spender p.m.p. 2007 ¹	2008 ²	2009 ³	Spender p.m.p. 2009 ⁴	Durchschnitt 2007-2009
Deutschschweiz	60.5%	9	66.7%	58.3%	12	61.7%
Romandie	35.8%	15	18.9%	32%	19.6 ⁵	28.8%
Tessin	3.7%	9	14.4%	9.7%		9.5%
N		81	90		103	274

Quellen: ¹Jahresbericht Swisstransplant 2007

²Jahresbericht Swisstransplant 2008a

³Jahresbericht Swisstransplant 2009

⁴Berechnung anhand Bevölkerungsstatistik des BFS.

⁵Im nach 2007 gegründeten PLDO rekrutierte Spender

Auch in Spanien gibt es regionale Variationen bezüglich der Organspende, jedoch weniger ausgeprägt und systematisch. Ein Blick auf die regionalen Leichenspenderraten zeigt auf, dass in 15 der insgesamt 17 Regionen die Raten über 30 Leichenspendern p.m.p. liegen. Ausreisser gibt es nur vereinzelt. Auffallend sind die hohen Spenderraten auf den Inselgruppen, den kanarischen Inseln sowie den Balearen, und, dass die nördlichen Regionen höhere Spenderzahlen aufweisen (ONT 2008b). In den Interviews wurden diese Unterschiede primär mit der Grösse der Regionen begründet. Jedes Spital verliere ein bis zwei Spender im Jahr. Diese Verlustrate multipliziert sich in bevölkerungsreichen Regionen mit vielen Spitälern; auch fallen einzelne Spender in kleinen Regionen stärker ins Gewicht. Zudem seien das Durchschnittsalter und damit die Mortalitätsrate in den nördlichen Regionen des Landes höher.

Für die regionalen Unterschiede in den Spenderraten der Schweiz verweisen Studien auf unterschiedliche Gründe, die in den Interviews bisweilen in Frage gestellt wurden: Schulz et al. (2006) haben deutliche Unterschiede zwischen den Schweizer Sprachregionen in der *Einstellung* zur Organspende und der Spendebereitschaft festgestellt, welche die abweichenden Spenderraten erklären. Einzelne Interviewpartner standen der Mentalitätsthese eher skeptisch gegenüber. Sie hielten Unterschiede in der *Organisation* der Spitäler, der lokalen Koordination und der Netzwerke und in

den zur Verfügung stehenden Mitteln für ausschlaggebend. Nett et al. (2003) machten schliesslich eine andere „Organspendekultur“ in Folge eines engagierten Programms der Intensivmediziner sowie Ausbildungen, Kongresse, Instruktionen und Zusammenarbeit für die damals höheren Spenderraten im Tessin geltend. Auch die hohe *Motivation* und das *Engagement* der beteiligten Fachpersonen scheinen eine Rolle gespielt zu haben (Seiler et al. 2006: 147: 149).

2.2.3 Kontextfaktoren: Kapazitäten

In der Literatur werden verschiedene Kontextfaktoren erwähnt, die einen Einfluss auf die Spenderrate haben könnten (Quigley et al. 2008: 224; Matesanz 2004: 740f; 2007: 184f). Dazu zählen nebst Kennzahlen zu den Verhältnissen in den Spitälern auch finanzielle Faktoren. Während in Spanien etwa ein Einfluss des Ärztelohns auf die Verfügbarkeit von motivierten Spendekoordinatoren postuliert wurde, scheint in der Schweiz vor allem ein Mangel an Intensivbetten als Problem wahrgenommen zu werden, wenn ein potentieller Spender vorliegt. Auch führe die bessere medizinische Versorgung in der Schweiz dazu, dass es weniger Hirntote und damit weniger Spender gebe.

Ein Blick auf Tabelle 2-4 verdeutlicht, dass die Gesundheitsversorgung in der Schweiz tatsächlich eine individuellere medizinische Betreuung sicherstellt. Es stehen im Vergleich mit der Bevölkerungsgrösse grundsätzlich mehr Spitalbetten und etwa gleich viel Ärzte zur Verfügung. Die Spitaldichte ist im Verhältnis zur Bevölkerung in der Schweiz doppelt so hoch wie in Spanien. Dies stützt die These, dass hierzulande die Wahrscheinlichkeit kleiner sein könnte, dass ein Patient aufgrund mangelnder oder zu später Versorgung hirntod wird.

Tabelle 2-4 Nationale Kontextfaktoren im Vergleich

	<i>Spanien</i>	<i>Schweiz</i>
Spitalbetten pro 1000 Einwohner 2008 ^{1,2}	3.6	5.2
Praktizierende Ärzte pro 1000 Einwohner ³	3.7	3.9
Einwohner pro Spital 2008, Durchschnitt ^{1,2}	57'463	23'584
Ärztelohn 2008, in Euro pro Jahr ⁴ (im Verhältnis zum BIP nach Kaufkraftparität ⁵)	40'000 – 62'000 (1.4 - 2.1)	106'000 - 128'000 (2.5 - 3)

Quellen: ¹Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Catálogo Nacional de Hospitales. ²BFS

³OECD in Figures 2009 – OECD 2009 Demography and health > Health spending and resources ⁴elEconomista.es (13.08.2008)¹² ⁵www.imf.org

Ein grosser Unterschied besteht bezüglich des Ärztelohns: Das Einkommen der spanischen Kollegen ist im Vergleich zum Lebensstandard nur etwa zwei Drittel so hoch wie das der Schweizer

¹² <http://www.economista.es/economia/noticias/698860/08/08/Las-autonomias-suben-hasta-un-35-el-sueldo-a-los-medicos-para-evitar-su-fuga.html> [Stand: 23.11.2009].

Ärzte. Laut Matesanz ist der verhältnismässig tiefe Lohn der spanischen oder auch italienischen Ärzte vorteilhaft für die Sache der Organspende, da er Anreize für Zusatzverdienste schafft (Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 184).

Aufgrund der dezentralen Autorisierungsregelung (vgl. Kapitel 3 und 5.2.1) liegen uns keine gesammelten Informationen zu autorisierten Organentnahme- und Transplantationszentren in ganz Spanien vor. Aus diesem Grund, und da ein solcher Vergleich sinnvollerweise relativ zur Bevölkerungsgrösse erfolgt, wird exemplarisch die Situation der Spitäler der Region Andalusien beschrieben. Mit knapp 8.2 Mio. Einwohnern weist Andalusien eine ähnliche Bevölkerungsgrösse wie die Schweiz auf. Im Vergleich zum Rest Spaniens, wo es nebst der nationalen und der Spitalkoordination meist nur eine intermediäre Ebene, diejenige der regionalen Koordination gibt, besteht in Andalusien mit der provinziellen Koordination eine zusätzliche intermediäre Koordinationsstufe. Die acht provinziellen Koordinatoren sind für zwischen drei und fünf Spitäler und ihre Spitalkoordinatoren zuständig.

Tabelle 2-5 Vergleich Infrastruktur und Spenderzahlen Andalusien – Schweiz 2009

	<i>Andalusien^{1, 2}</i>	<i>Schweiz³</i>
Bevölkerungszahl 2009 (Mio.)	8.2	7.7 ⁴
Potentielle Spendespitäler ⁶	56	76 ⁵
Effektive Spendespitäler	22	22
Entnahmespitäler	22	14
Transplantationszentren	5	6
Spitalkoordinatoren	45	104 ⁵
Leichenspender p.m.p.	36	13.3
Spitäler mit 0-2 Spendern (pro Jahr)	40	66
Anteil der Nicht-Tx-Zentren an Gesamtspenderzahl (in %)	43.7	40.8

Quellen:

¹http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_servicios_sanitarios3 [Stand: 17.5.2010] ²„listado de centros autorizados para la extracción y/o implante de órganos y tejidos en Andalucía“ (2009)¹³ ³Jahresbericht Swisstransplant 2009 ⁴BFS ⁵Swisstransplant ⁶Andalusien: Autorisierte Entnahmezentren, Schweiz: Spitäler mit einer donor key person.

Tabelle 2-5 zeigt, dass es in der Schweiz mehr potentielle Spendespitäler gibt. Die Zahl gibt in beiden Ländern diejenigen Spitäler wieder, in denen Koordinatoren für die Organspende existieren. In Andalusien deckt ein Spendehospital fast eineinhalbmal so viele Einwohner ab. Das Ver-

¹³ http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/trasplantes/ListadoAutorizados_u.pdf [Stand: 25.11.09].

hältnis mit einem Transplantationszentrum auf 1'640'000 Personen fällt für die Andalusier geringfügig ungünstiger aus. Ein deutlicher Unterschied zeigt sich bei den Entnahmespitälern: Von insgesamt 56 für Organ- und/oder Gewebespende autorisierten Spitälern Andalusiens wurden im Jahre 2009 in 22 Spitälern Organentnahmen vorgenommen (1 Entnahmespital auf gut 370'000 Personen). In der Schweiz ist die Organentnahme nicht bewilligungspflichtig. Obwohl gemäss Interviewpartner die meisten Spitäler theoretisch zu einer Organentnahme in der Lage wären, fanden 2009 nur in 14 Spitälern Entnahmen statt (1 Entnahmespital auf gut 550'000 Einwohner). Die in den restlichen acht Spitälern detektierten Spender wurden für die Organentnahme verlegt. In der Schweiz stehen demgegenüber doppelt so viele Spitalkoordinatoren (nur donor key persons) zur Verfügung als in Andalusien.

Obwohl also die Infrastruktur für die Organspende bezüglich Personal und Spitäler in der Schweiz besser ausgebaut ist als in Andalusien, generiert diese spanische Region mehr als zweieinhalb Mal so viele Leichenspender.

Leider kann in der vorliegenden Studie kein Vergleich der vorhandenen Infrastruktur bezüglich der Anzahl der Betten auf den Intensivstationen, noch bezüglich des Personals, welches in ihnen beschäftigt ist, erfolgen. Einerseits konnten dafür weder für Spanien noch für die Region Andalusien Daten gefunden werden.¹⁴ Andererseits sind in der Schweiz die vorhandenen Daten dazu unzuverlässig, oder werden gar nicht erhoben.¹⁵

Die Rolle der kleinen Spitäler

In den besuchten peripheren Schweizer Spitälern herrscht der Eindruck vor, dass man als Spital zu klein sei, weswegen der Fall einer Organspende praktisch nie eintreffe und man gar nicht mehr Spender generieren könne. Grundsätzlich rekrutieren in beiden Ländern die Tx-Zentren gemäss mit rund 60 Prozent die Mehrheit der Spender. Der Prozentsatz der Spendespitäler, welche 2009 zwischen null und zwei Spendern rekrutierten, ist mit 71 zu 87 Prozent in der Schweiz deutlich höher. Tatsächlich stehen derselben Bevölkerungsgrösse in Andalusien doppelt so viele Entnahmespitäler zu Verfügung als in der Schweiz (siehe Tabelle 2-5). Dies ist ein Hinweis darauf, dass kleine Spitäler in der Schweiz „kleiner“ sind als diejenigen Spaniens, in Bezug auf ihre Bevölkerungsabdeckung und somit auch das ihnen zur Verfügung stehende Spenderpotential.

Die Situation in Spanien steht an sich der „zu klein für eine Spende“ These entgegen. 2006 wurden in 80 Prozent der theoretischen Spendespitäler auch Spender entdeckt. Knapp die Hälfte der Teilnahmespitäler war „klein“ in dem Sinne, dass sie weder über eine neurochirurgische Station noch über ein Tx-Programm verfügten. Sie generierten 16.4 Prozent aller Leichenspender, im Schnitt vier pro Spital, was einem Fünftel des Durchschnitts eines grossen Spitals entspricht. In kleinen Spitälern war der Anteil der Hirntoten an allen Todesfällen, und damit der potentielle

¹⁴ Angaben existieren nur für sogenannte Akutbetten (Notfall- und Unfallstationen), und beim Personal nicht auf Intensivstationen bezogen.

¹⁵ Telefonische Angaben vom 17.5.2010 von Anthony Francis, Bundesamt für Statistik.

Spenderpool, jedoch fast dreimal kleiner als in grossen Spitälern (Matesanz 2008: 36-37; vgl. zur Nutzung des Spenderpotentials Kapitel 2.4).

2009 verzeichnete Swisstransplant 76 Spitäler mit einer donor key person, jedoch wurden nur in 21 Prozent davon Spender generiert; ein deutlicher Unterschied zu Spanien. In der überwiegenden Mehrheit der peripheren Spitäler wurden also keine Spender gefunden. Die Bedeutung der Nicht-TxZentren für die Spenderdetektion ist jedoch in den vergangenen Jahren stark angestiegen: Wurden 2005 lediglich 25 Prozent aller Spender in kleinen Spitälern entdeckt, beläuft sich dieser Anteil 2009 bereits auf knapp 40 Prozent. 2009 wurden nach wie vor 13.5 Prozent der Spender für die Entnahme verlegt, also wohl vorwiegend in peripheren Spitälern entdeckt (Swisstransplant 2009b: 18), wobei die Tendenz zu Verlegungen 2010 klar sinkend ist. Der Spenderanteil der kleinen Schweizer Spitäler entspricht ungefähr dem in Spanien, allerdings sind die absoluten Spenderzahlen deutlich tiefer in der Schweiz, so dass ein verlorener oder gewonnener Spender stärker ins Gewicht fällt (vergleiche dazu die Ausführungen im nachfolgenden Abschnitt 2.3).

2.3 Vorhandener Spenderpool

In der Wahrnehmung der Befragten ist der vorhandene Pool an möglichen Leichenspendern in der Schweiz kleiner als in Spanien. Aufgrund der höheren Qualität der Gesundheitsversorgung und der grösseren Verkehrssicherheit auf den Strassen gebe es hierzulande weniger hirntote Patienten als in Spanien.

Besonders wurde hier die Rolle der Verkehrsunfälle hervorgehoben. Als internationales Phänomen lässt sich festhalten, dass eine tendenziell zunehmende Sicherheit auf den Strassen zu immer weniger Autounfällen und damit auch weniger Hirntoten als potentielle Organspendern geführt hat (Lindsay 2001: 132; Müller et al. 2005: 438; Snoeijs 2007: 225). In Ländern mit mehr Verkehrsunfallopfern ist auch die Organspenderrate höher (Abadie und Gay 2006: 608-609).

2008 machten in der Schweiz Verkehrsunfälle 0.63 Prozent aller Todesursachen aus (Niemann et al. 2009). In Spanien betrug 2007 der Anteil der Verkehrsunfälle an allen Todesursachen mit 1.03 Prozent¹⁶ deutlich mehr. In diesem Jahr verzeichnete Spanien 87.5 Verkehrstote p.m.p., die Schweiz wesentlich weniger mit 50.6 Verkehrstoten p.m.p (ibid). Zahlen bezüglich des Anteils von Verkehrsunfallopfern an den Organspendern sind für die Schweiz nicht erhältlich. In Spanien waren 2008 8.2 Prozent der Hirntode von Leichenspendern durch Verkehrsunfälle bedingt (ONT 2008b: 4). Verkehrsunfallopfer bilden also in Spanien keine zahlenmässig ausschlaggebende Spendergruppe, welche die dreimal höhere Spenderrate erklären könnte.

Im Allgemeinen wird das Spenderpotential als der Anteil von Patienten, bei denen der *Hirntod diagnostiziert* wurde, an allen gestorbenen Patienten definiert. Die Daten zum vorhandenen Pool an potentiellen Spendern stammen in beiden Ländern aus den Programmen zur Qualitätskontrol-

¹⁶ <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/seriesTablas.htm> [Stand: 25.11.09].

le (vgl. Kapitel 4.7).¹⁷ Dementsprechend beziehen sich die Zahlen in Tabelle 2-6 nur auf die Spitäler, welche am Programm teilgenommen haben (dasselbe gilt für die Zahlen in Kapitel 2.4.1, 2.4.2 und 2.4.3). Die entsprechenden Daten sind für *beide* Länder ausschliesslich für das Jahr 2007 vorhanden. In diesem Jahr haben vier Universitätsspitäler an dem Schweizer Qualitätsprogramm teilgenommen. Zwei Tx-Zentren fehlen demnach, wodurch die Verallgemeinerbarkeit der Zahlen eingeschränkt ist. 15 regionale Spitäler aus der lateinischen Schweiz und 17 aus der Deutschschweiz sind in dem Datensatz enthalten. Von den total 36 Schweizer Teilnahmespitälern verfügten sieben über eine Neurochirurgie-Station („grosse“ Spitäler), und 29 über keine („kleine“ Spitäler). In Spanien sind die kompletten Daten von 126 Spitalern erhoben worden, von denen 70 eine neurochirurgische Station aufwiesen und 56 nicht.

Um ein vollständigeres Bild der Situation in der Schweiz zeichnen zu können, werden zusätzlich die Zahlen des Jahres 2009 diskutiert. Zu diesem Zeitpunkt waren alle fünf Universitätsspitäler an der Studie beteiligt, total 31 Spitäler, davon acht mit Neurochirurgie und 23 ohne Neurochirurgie. Es nahmen 14 regionale Spitäler der lateinischen Schweiz und 17 der Deutschschweiz teil.

Tabelle 2-6 Vorhandener Spenderpool 2007 und 2009

	<i>Spanien 2007¹</i>	<i>Schweiz 2007²</i>	<i>Schweiz 2009⁵</i>
<i>Anteil an allen Todesfällen³ in %</i>			
Potentielle Spender	11.5	7.2	10.6
Spitäler mit Neurochirurgie	12.3	10.8	14.2
Spitäler ohne Neurochirurgie	9.3	3.1	2.8
Potentielle Spender p.m.p. ⁴	51.8	21.4	30.5
N	2343	179	235

Quellen: ¹ONT 2007: 9. 126 Spitäler

²Donor Action. 36 Spitäler (4 Universitätsspitäler). Patienten, bei denen alle formalen Kriterien für eine Hirntoddiagnose erfüllt sind.

³Nur kritische Einheiten

⁴Hochrechnung anhand Teilnahmespitäler.

Bevölkerungszahlen: BFS, INE

⁵Donor Action. 31 Spitäler (5 Universitätsspitäler)

In beiden Ländern wurden alle Todesfälle auf kritischen Einheiten (Spanien) respektive IPS (Schweiz) erfasst, unabhängig davon, ob medizinische Kontraindikationen für eine Organspende gegeben waren. Als potentielle Spender gelten Patienten, bei denen der Hirntod aufgrund der formalen Kriterien von einem Arzt diagnostiziert wurde. In der Schweiz wird damit der Zeit-

¹⁷ Ausgewählte, anonymisierte Resultate der Donor Action Studie für die Jahre 2007-2009 wurden uns von Swisstransplant zur Verfügung gestellt.

punkt der ersten Hirntoddiagnose erfasst.¹⁸ Die unmittelbare Übereinstimmung der Messungen in beiden Ländern wurde uns von der ONT und von Swisstransplant bestätigt.

Folgende Faktoren beeinträchtigen jedoch die Vergleichbarkeit der Zahlen zu Patienten mit diagnostiziertem Hirntod in beiden Ländern in Tabelle 2-6: Erstens verunmöglicht es die nicht repräsentative Auswahl an Spitälern, definitive Schlüsse bezüglich des Spenderpotentials der beiden Länder zu ziehen. Zweitens werden in Spanien die Zahlen auf allen „kritischen Einheiten“¹⁹ erhoben, während in der Schweiz ausschliesslich die Intensivstationen erfasst sind. Drittens geben die Zahlen zu Spanien die Ergebnisse der internen Evaluation wieder, welche oftmals optimistischer sind als diejenigen der externen Evaluation (vgl. Kapitel 4.7).

Dennoch spricht einiges für die Annahme, dass der ursprüngliche Pool an potentiellen Spendern in Spanien grösser ist als in der Schweiz. In Bezug auf die Gesamtzahl von auf kritischen Einheiten gestorbenen Patienten verfügt Spanien über etwas mehr mögliche Organspender als die Schweiz. Setzt man das Spenderpotential ins Verhältnis zur Gesamtbevölkerung, so stehen in der Schweiz nur etwa halb bis zwei Drittel so viele potentielle Spender zur Verfügung als in Spanien. Die eingangs erwähnte These, dass in der Schweiz aufgrund der hohen Qualität des hiesigen Gesundheitswesens bei weniger Patienten die formalen Hirntodkriterien erfüllt sind und diese damit als Organspender in Frage kommen, scheint durch diese Daten bestätigt zu werden.

Diese Zahlen sind insbesondere in Bezug auf die Rolle der kleinen Spitäler aufschlussreich. So zeigt sich, dass der Unterschied zwischen den beiden Ländern bei Spitälern ohne Neurochirurgie wesentlich stärker ins Gewicht fällt als bei den grossen Spitälern, wo sie kaum bestehen. Kleine Schweizer Spitäler haben annäherungsweise zwei Drittel weniger Hirntote unter jenen Patienten, welche auf ihren Intensivstationen sterben, als kleine Spitäler in Spanien. Eine Vergleichbarkeit der kleinen Spitäler zwischen den beiden Ländern ist also nicht nur wegen ihrer unterschiedlichen Bevölkerungsabdeckung nicht gegeben, sondern in erster Linie deshalb, weil das Spendervorkommen in diesen Spitälern hierzulande schlicht viel kleiner ist. Diese Aussage trifft auf die knapp 50 Prozent aller Schweizer Spenderspitäler zu, welche sich am Qualitätsprogramm beteiligt haben.

Inwieweit diese Zahlen tatsächliche Unterschiede im Spendervorkommen wiedergeben, kann an dieser Stelle nicht abschliessend beurteilt werden. In den Interviews in peripheren Spitälern der Schweiz wurde verschiedentlich geschildert, dass das Fehlen einer Genesungsperspektive das Einstellen der Behandlung im Einverständnis mit den Angehörigen zur Folge haben könne. Trifft diese Aussage zu, dann wäre damit ein Verlust an potentiellen Spendern in der Schweiz verbunden, der nur schwer beziffert werden kann. Vor allem können die Unterschiede zwischen kleinen

¹⁸ Die offizielle Bestätigung des Hirntodes durch die zweite Hirntoddiagnose erfolgt in der Schweiz oft nicht, wenn keine Aussicht auf eine Organspende besteht. Telefonische Auskunft von Caroline Spaight (Swisstransplant) vom 21.6.2010.

¹⁹ Als kritische Einheiten werden diejenigen Stationen des Spitals bezeichnet, auf denen theoretisch ein Patient hirntod werden könnte, auf denen die Möglichkeit besteht, ihn an eine Beatmungsmaschine anzuschliessen, und auf denen Patienten mindestens 12 Stunden verweilen können. (<http://www.ont.es/infesp/Paginas/ProgramadeGarantiadeCalidad.aspx>). In der Schweiz sind damit ausschliesslich die Intensivstationen erfasst.

und grossen Spitälern in der Schweiz wohl mit der Praxis zusammenhängen, besonders kritische Patienten zur optimalen Behandlung in grössere Zentren zu verlegen (vgl. Kapitel 4.4). Auf internationaler Ebene wird ausserdem ein Mangel an Einheitlichkeit beim Prozess der Hirntoddiagnose festgestellt. Die ONT empfiehlt deshalb, international einheitliche Richtlinien für die Hirntoddiagnose anzustreben (CIDT 2007: 4).

Nachdem sich diese deutlichen Unterschiede im Spendervorkommen im Bezug zur Gesamtbevölkerung abzeichnen, stellt sich dir Frage, inwiefern sich die Umwandlung von potentiellen in tatsächliche Spender in den beiden Ländern unterscheidet.

2.4 Ausschöpfung des Spenderpools

Gemäss den Befragten wird das vorhandene Spenderpotential in der Schweiz anders als in Spanien genutzt. Es bestünden beträchtliche kulturelle Unterschiede zwischen den zwei Ländern bezüglich der Einstellung in der Bevölkerung zum Tod und zur Organspende und das Wissen bezüglich letzterer. Als Konsequenz seien in Spanien die Zustimmungsraten der Angehörigen zur Organspende viel höher als in der Schweiz. Ferner wurden erhebliche Unterschiede in der Qualität der Spenderdetektion festgestellt; in Spanien würden mehr der potentiellen Spender auch tatsächlich als solche identifiziert als in der Schweiz. Die unterschiedlichen Spenderraten würden jedoch durch eine höhere Effizienz der Schweiz bei der Verwertung von Organspendern relativiert, da hier bei Vorliegen eines Spenders mehr Organe entnommen und transplantiert würden als in Spanien.

Der folgende Abschnitt widmet sich der Nutzung des vorhandenen Pools an potentiellen Spendern. Wie viele davon werden zu effektiven Spendern, und welche Rolle spielen die Ablehnungsraten durch die Angehörigen?

2.4.1 Verhältnis von tatsächlichen zu möglichen Spendern

Wurden potentielle Spender durch die Hirntoddiagnose als solche definiert, werden nicht alle davon auch zu effektiven Spendern. Die Differenz zwischen potentiellen und effektiven Spendern misst hauptsächlich zwei Dinge: einerseits, ob ein Patient, bei dem der Hirntod diagnostiziert wurde, auch tatsächlich als potentieller Spender erkannt wurde, und damit die Qualität der Spenderidentifizierung. War dies der Fall, so werden die Angehörigen um ihre Zustimmung zur Organspende befragt. Nur wenn diese erfolgt, wird aus dem potentiellen ein effektiver Spender.

In Tabelle 2-7 fällt als erstes auf, dass sich die Ausschöpfung des Spenderpotentials in der Schweiz seit 2007 deutlich verbessert hat. Gemäss diesen Resultaten nutzt die Schweiz ihr Spenderpotential dennoch deutlich weniger als Spanien. Gegenüber Spanien wurden in der Schweiz 2007 über 20 Prozent, und 2009 etwas weniger als 20 Prozent weniger potentielle zu effektiven Spendern. Die Ursachen für die unterschiedlichen Spenderraten liegen demnach klar in der deutlich tieferen Ausschöpfung des Spenderpotentials grosser Spitälern, sowie der minimalen Ausschöpfung dieses Potentials durch kleine Spitälern der Schweiz begründet.

Tabelle 2-7 Potentielle und effektive Spender 2007 und 2009

	<i>Spanien 2007¹</i>	<i>Schweiz 2007²</i>	<i>Schweiz 2009³</i>
Anteil der effektiven an den potentiellen Spendern (in %)	58	32.3	40
Spitäler mit Neurochirurgie	59.4	39.5	43.1
ohne Neurochirurgie	52.9	3.1	5.3
Deutschschweiz	--	21	30.8
Romandie	--	39.5	52.7
Tessin	--	15	61.1
N (effektive Spender)	1359	52	94

Quellen: ¹ONT 2007: 9. 126 Spitäler ²Donor Action. 36 Spitäler (4 Universitätsspitäler). ³Donor Action. 31 Spitäler (5 Universitätsspitäler). In den nicht erfassten Spitälern wurden 14 Spender entdeckt.

Der Spenderpool, der in der Schweiz in kleinen Spitälern ohnehin kleiner ist als in Spanien (vgl. Abschnitt 2.3), wird in diesen Spitälern ohne neurochirurgische Station markant weniger ausgeschöpft als in den kleinen Spitälern Spaniens, und auch als in den grossen Spitälern der Schweiz.

Auch bei der Nutzung des Spenderpotentials gibt es Unterschiede zwischen den Schweizer Sprachregionen. Der lateinischen Schweiz gelingt diese deutlich besser als der Deutschschweiz. Das Tessin weist grössere Unterschiede, aber auch geringe Fallzahlen auf.

2.4.2 Spenderdetektion

Spielt die Qualität der Spenderdetektion eine Rolle, um die Unterschiede in der Nutzung des Spenderpotentials in den beiden Ländern zu erklären? Dazu vergleichen wir, bei wie vielen der Patienten, bei denen der Hirntod diagnostiziert wurde, die Familie um die Organspende gebeten wurde. Die Annahme ist, dass damit ausgedrückt wird, wie viele potentielle Organspender als solche erkannt wurden.

Gemäss diesen Resultaten werden in Spanien etwa 75 Prozent der potentiellen Spender als solche erkannt (vgl. Tabelle Tabelle 2-8). Im Vergleich mit Spanien wird in der Schweiz bei etwas weniger potentiellen Organspendern um eine Spende gebeten. Wiederum fällt auf, dass die Spenderdetektion in der Schweiz seit 2007 offenbar optimiert wurde. Es sei jedoch daran erinnert, dass im Jahre 2007 nur vier Universitätsspitäler an der Studie beteiligt waren. So lässt sich 2009 für die Schweiz nur noch wenig Potential gegenüber Spanien erkennen, die Spenderidentifizierung zu optimieren.

Allfällige Unterschiede zwischen den Sprachregionen scheinen sich ausgeglichen zu haben. Insbesondere werden in der Deutschschweiz kaum weniger Spender entdeckt als in der lateinischen Schweiz. Einzig in den kleinen Spitälern der Schweiz zeigt sich im Vergleich zu den kleinen Spitälern Spaniens und zu den grossen Spitälern der Schweiz ein äusserst deutlicher Unterschied. In ihnen werden nur etwa in einem Drittel bis in halb so vielen Fällen von potentiellen Spendern um

eine Organspende gefragt wie in den Spitälern mit Neurochirurgie der Schweiz. Letztere entdecken wie Spaniens Spitäler rund drei Viertel ihrer potentiellen Spender.

Tabelle 2-8 Potentielle Spender und Angehörigengespräche 2007 und 2009

	<i>Spanien 2007¹</i>	<i>Schweiz 2007²</i>	<i>Schweiz 2009³</i>
Anteil Familiengespräche an potentiellen Spendern (in %)	75.1	59.6	71.1
Spitäler mit Neurochirurgie	75.7	69	74.5
ohne Neurochirurgie	73	21.9	31.6
Deutschschweiz	--	50.6	71.3
Romandie	--	73.3	70.3
Tessin	--	55	72.2
N (Familienanfragen)	1759	96	167

Quellen: ¹ONT 2007: 39-50. 126 Spitäler

²Donor Action. 36 Spitäler (4 Universitätsspitäler).

³Donor Action. 31 Spitäler (5 Universitätsspitäler).

2.4.3 Ablehnungsrate durch die Angehörigen

Nachdem sich die beiden Länder im Bereich Spenderdetektion nicht stark unterschieden, bleibt als letzter Erklärungsfaktor für die starken Unterschiede in der Ausschöpfung des Spenderpotentials die Ablehnung in Angehörigengesprächen. In den Interviews wurden Ablehnungen durch Angehörige als weitaus wichtigster Grund genannt, weshalb aus einem potentiellen kein effektiver Spender wird. Mit der Ablehnungsrate wird der Anteil negativer Antworten an der Gesamtzahl aller durchgeführten Familienanfragen erfasst.

Tabelle 2-9 Ablehnungsrate durch die Angehörigen 2008

	<i>Spanien¹</i>	<i>Schweiz²</i>
Anteil der Ablehnungen an allen Anfragen an die Familie (in %)	17.9	42.3
Spitäler mit Neurochirurgie	--	40.7
ohne Neurochirurgie	--	71.4
Deutschschweiz	--	46.2
Romandie	--	36.7
Tessin	--	31.6
N (Ablehnungen)	343	60

Quellen: ¹ONT 2008b: 6. Alle Spitäler

²Donor Action. 35 Spitäler (5 Universitätsspitäler). In den nicht berücksichtigten Spitälern wurden 14 Spender entdeckt.

Ein Blick auf Tabelle 2-9 verdeutlicht, dass die Ablehnungsraten in der Schweiz tatsächlich zweieinhalb Mal so hoch sind wie in Spanien. In Spanien schwankten die Ablehnungsraten im Jahre 2008 in allen Spitälern des Landes je nach Region zwischen 11.42 und 30 Prozent (ONT 2008b: 7), liegen aber im nationalen Mittel mit 17.86 Prozent eher tief. Für die Schweiz liegen wiederum die Daten des Qualitätsprogrammes vor. In den 35 teilnehmenden Spitälern wurden 76 von 90 Spendern entdeckt. In ihnen war die Ablehnungsrate durch die Angehörigen mit 42.3 Prozent mehr als doppelt so hoch als in Spanien. Auffällig ist die hohe Ablehnungsrate in kleinen Spitälern der Schweiz, welche diejenige Spaniens um ein Vierfaches übertrifft.

In der Deutschschweiz ist die Ablehnungsrate um zehn Prozentpunkte höher als in der Romandie, und im Tessin ist sie am niedrigsten. In den Interviews wurden allerdings Unterschiede von bis zu 80 Prozent zwischen einzelnen Tx-Zentren erwähnt. Detaillierte Ausführungen zu den Gründen für eine Ablehnung durch die Familie folgen in Kapitel 4.2.5.

2.4.4 Effizienz

Spender ist, wem mindestens ein Organ entnommen wurde. Doch werden diese Organe später auch transplantiert? Und wie viele Organe eines Spenders werden verwertet?

Tabelle 2-10 Verhältnis von transplantierten zu entnommenen Organen 2008

	<i>Spanien</i> ¹	<i>Schweiz</i> ²
Anteil der transplantierten an den entnommenen Organen ³ (in %)	78.3	96.4

Quellen: ¹ONT 2008b: 6
Lunge.

²Jahresbericht Swisstransplant 2008a: 8

³Niere, Leber, Herz,

Tabelle 2-10 zeigt, dass sich in diesem Aspekt die beiden Länder deutlich voneinander unterscheiden. Während in der Schweiz fast alle entnommenen Organe auch transplantiert werden, werden in Spanien über 20 Prozent der entnommenen Organe nicht verwertet. Die spanische Rate von „utilized“ (respektive in Spanien „effektiven“) Spendern betrug 2008 29.6 Leichenspender p.m.p; das entspricht einer Reduktion von den „effective“ (respektive „reellen“) Spendern um 13.5 Prozent (ONT 2008b: 1). Als Gründe dafür, weshalb Organe nach der Entnahme nicht transplantiert werden können nannte man uns in beiden Ländern überwiegend medizinische Kontraindikationen. Liegt ein Spender vor, so werden in der Schweiz auch deutlich mehr seiner Organe tatsächlich transplantiert.

Diese Vergleichszahlen deuten darauf hin, dass sich die beiden Länder in ihrer Praxis unterscheiden, gespendete Organe auch zu transplantieren. Betrachtet man aus der Perspektive eines Patienten auf der Warteliste das Durchführen einer Transplantation als Endziel der Organspende, so erweist sich das Schweizer System als wesentlich effizienter als das spanische.

Tabelle 2-11 Transplantierte Organe pro Spender 2009

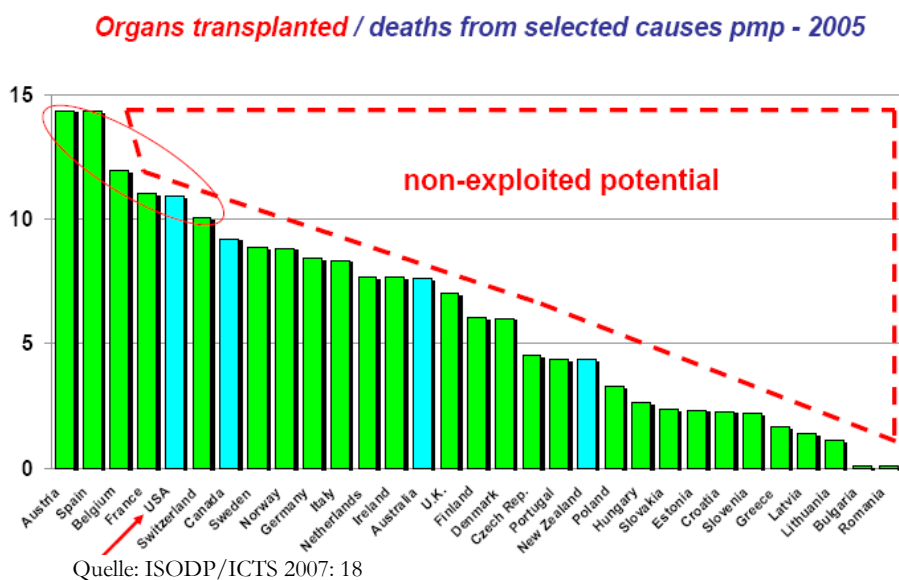
	Spanien ¹	Schweiz ²
Transplantierte Organe pro Leichenspender (ohne NHBD), Durchschnitt	2.51	3.42

Quellen: ¹ONT 2009: 1

²Swisstransplant 2009b: 12

Um diesem Gedanken der Effizienz besser Rechnung zu tragen, wurde ein alternativer Indikator entwickelt, um die Spenderzahlen zu messen. Dieser „Procurement Efficiency Index“ (PEI) setzt die Zahl der *transplantierten* Organe in Relation zu den an relevanten Todesursachen²⁰ gestorbenen Personen (ISODP/ICTS 2007).

Abbildung 2-1 Procurement Efficiency Index (PEI) 2005



Aus Abbildung 2-1 wird ersichtlich, dass auch unter Berücksichtigung des Ausgangspools an potentiellen Spendern sowie den tatsächlich erfolgten Transplantationen Spanien in der Spenderrekutierung international führend ist. Setzt man diesen Massstab an, hatte aber auch die Schweiz bereits 2005, also noch vor Inkrafttreten des TxG, sehr gute Resultate vorzuweisen und lag etwa auf gleicher Höhe mit den USA und Frankreich.

²⁰ Hierzu zählen Apoplexie, Verkehrsunfälle, Stürze, andere Verletzungen und Tötungsdelikte.

3 Überblick über Organspendewesen und Akteure in Spanien und der Schweiz

Als Einstieg in die Thematik bietet dieses Kapitel einen vergleichenden Überblick darüber, wie das Organspende- und Transplantationswesen auf der Spenderseite, von der Detektion bis und mit Organentnahme und Allokation, in Spanien und der Schweiz auf gesetzlicher Stufe geregelt ist. Ausgehend von diesem auf rechtlichen Grundlagen basierenden Überblickskapitel werden wir in den Kapiteln 4 bis 6 vertieft auf die einzelnen Prozesse sowie Kompetenzen von Akteuren im Organspende- und Transplantationsalltag der beiden Länder eingehen, wie er uns in den Interviews im Detail beschrieben wurde. Eine systematische Gegenüberstellung der Organspendewesen Spaniens und der Schweiz erfolgt entlang des in der Einleitung unter Abbildung 1-2 eingeführten Prozessschemas in Abbildung 3-1 für Spanien beziehungsweise in

Abbildung 3-2 für die Schweiz.

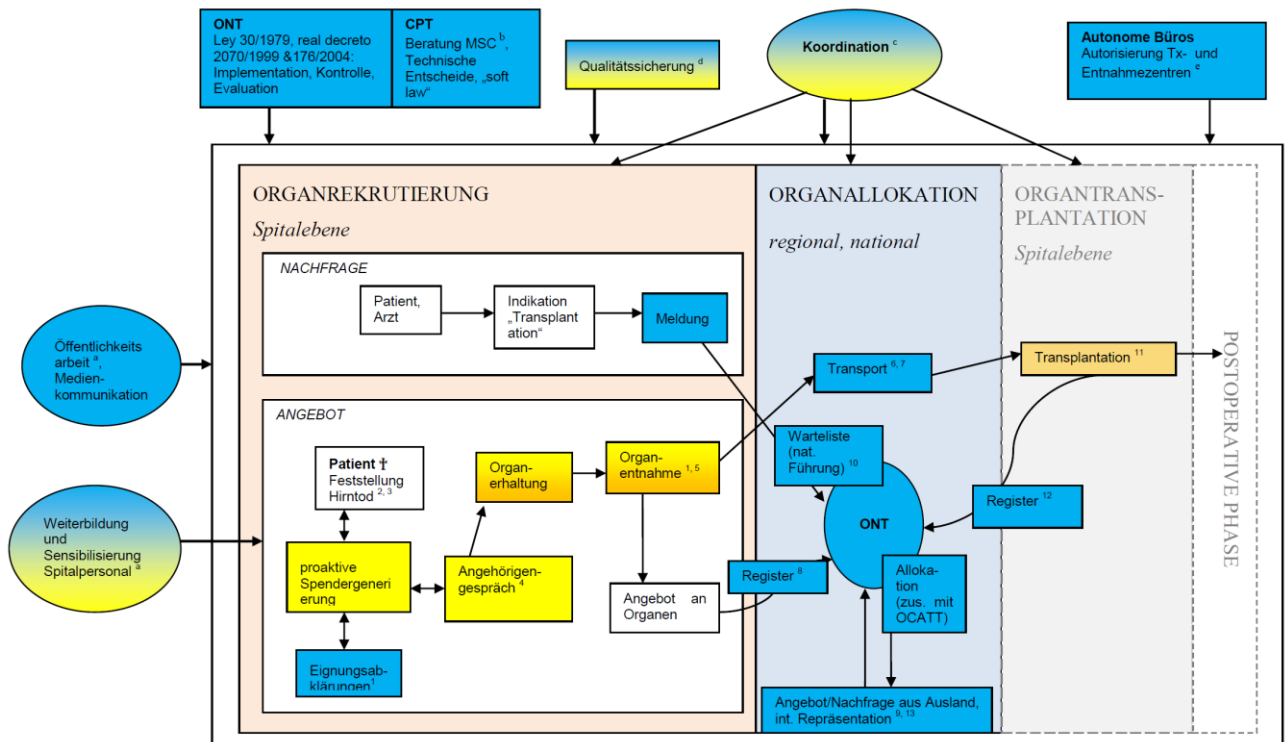
Spanien

Im Jahre 1979 wurde mit dem spanischen Transplantationsgesetz, der „Ley 30/1979 sobre extracción y trasplante de órganos“, das Transplantationswesen Spaniens national geregelt. Die nationale Gesundheitsbehörde Spaniens („Ministerio de Sanidad y Política Social“, MSPS) nimmt im Organspendewesen keine aktive Rolle ein, sondern delegiert alle mit der Organspende- und Transplantationsthematik zusammenhängenden Aktivitäten (Politikformulierung, Implementation, Kontrolle und Evaluation) an eine spezialisierte staatliche Unterorganisation, die „Organización Nacional de Trasplantes“ (ONT). Bereits im Transplantationsgesetz von 1979 wird in Artikel sieben die Bildung entsprechender Organismen auf nationaler und autonomer Ebene angeregt, die für die Koordination des Organspende- und Transplantationswesens zuständig sein sollen. Die ONT, gegründet 1989, gilt als technische Organisationseinheit, deren Hauptaufgabe in der nationalen Koordination aller Aktivitäten um die Organspende und Transplantation besteht (Real decreto 2070/1999, Art. 19, Absatz 1). Ihr Status wird im Real decreto 176 von 2004 als öffentliche aber eigenständige Organisation rechtlich deklariert sowie ihr Aufgabenbereich, namentlich die Koordination, Leitung und Förderung von Spaniens Transplantationspolitik, definiert.²¹ Die Struktur der ONT basiert auf einer netzwerkartigen Organisation, welche drei Ebenen der Koordination umfasst: Die ONT als nationale Koordinationsinstanz, die autonomen Koordinationsbüros in den 17 autonomen Regionen Spaniens (Real decreto 2070/1999, Art. 20), sowie die Spitalkoordinatoren auf Spitalebene (ibid).²²

²¹ Im entsprechenden Dekret ist noch vom „Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa“ die Rede. Gemäss Interview-Auskunft der ONT habe sich jedoch mittlerweile der Name ONT durchgesetzt und obige Benennung werde nicht mehr zur Bezeichnung der ONT verwendet.

²² Siehe <http://www.ont.es/home/Paginas/LaONT.aspx> [Stand: 5.5.2010].

Abbildung 3-1 Überblick Organspendewesen und Akteure in Spanien



Zuständigkeit: ■ MSC, ONT, autonome Büros, CPT ■ Spitalkoordinatoren (in Entnahme- und TxZentren) ■ IPS Ärzte und Pfleger, Tx-Chirurgen

MSPS = Ministerio de Sanidad y Política Social (Äquivalent zu BAG)
 ONT = Organización Nacional de Trasplantes (alternativer Name : Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa)
 CPT = Comisión Permanente de Trasplantes
 OCATT = Organización Catalana de Trasplantes

Gesetzliche Grundlagen

- ¹ Real decreto 2070/1999, art. 10: Vorabklärungen bei Leichenspendern
- ² Real decreto 2070/1999, art. 10, párr. 2-5: Bedingung der medizinischen Todesdiagnose.
- ³ Real decreto 2070/1999, Anexo I. Kriterien der Todesdiagnose (Hirntod und NHBD)
- ⁴ Real decreto 2070/1999, art. 10, párr. 1: Information der Angehörigen.
- ⁵ Real decreto 2070/1999, art. 12., párr. 2: Anforderungen und Prozesse in Organentnahmezentren (Leichenspenden). Unter anderem müssen diese über einen Spitalkoordinatoren verfügen, der die Organspende und -Entnahme koordiniert (b.).
- ⁶ Real decreto 2070/1999, art. 13: Transport von Entnahme ins TxZentrum
- ⁷ Real decreto 2070/1999, art. 19, párr. 5: Aufgaben der ONT, u.a. Koordination der Transportlogistik von Organen und Tx-Teams (c.)
- ⁸ Real decreto 2070/1999, art. 19, párr. 5: Aufgaben der ONT, u.a. Führen eines nationalen Registers aller Organspendefälle (f.)
- ⁹ Real decreto 2070/1999, art. 19, párr. 5: Aufgaben der ONT, u.a. Kooperation im internationalen Bereich (j.)
- ¹⁰ Real decreto 2070/1999, art. 19, párr. 5: Aufgaben der ONT, u.a. Aktualisierung und nationale Führung der Wartelisten (b.)
- ¹¹ Real decreto 2070/1999, art. 15. Bedingungen für die Autorisierung der Transplantation: Einverständnis-Erklärung des Organempfängers
- ¹² Real decreto 2070/1999, art. 11 und 12: Tx-Zentren müssen alle Transplantationsaktivitäten registrieren. Aufgrund dieses Registers sollten die Tx-Aktivitäten sowie die erzielten Resultate evaluiert werden können.
- ¹³ Real decreto 176/2004, art. 4: Beratung und internationale Repräsentation des MSC im Bereich Organspende und Tx

^a Real decreto 2070/1999, art. 6: Weiterbildung und Bevölkerungsinformation Aufgabe der jeweiligen Gesundheitsbehörde; sowie art. 19, párr. 5: ONT überdies hinaus für Förderung von Weiterbildung und Öffentlichkeitsarbeit zuständig.
^b Real decreto 2070/1999, art. 21: CPT als beratende Kommission des MSC
^c Real decreto 176/2004, Präambel: Nationale Koordination durch ONT
^d Real decreto 176/2004, art. 3, párr. 2: Qualitätskontrolle durch ONT; sowie Real decreto 2070/1999, art.22: autonome Regionen für Überwachung und Inspektion zuständig
^e Real decreto 2070/1999, art. 12, párr. 1: Autorisierung von Entnahmezentren durch jeweilige regionale Gesundheitsbehörde; sowie art.16, párr.1: Autorisierung von TxZentren durch jeweilige regionale Gesundheitsbehörde

Quelle: Eigene Darstellung

Organentnahmen und Transplantationen finden in Spanien in eigens dazu autorisierten Organ-Entnahmespitälern und Transplantationszentren statt. Die Autorisierung von Entnahme- und Transplantationsspitälern ist dezentralisiert und obliegt den regionalen Gesundheitsbehörden. Die autorisierten Entnahme- und Transplantationspitäler aller Regionen werden vom MSPS in

einem zentralen Register („Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios“) gesammelt (Real decreto 2070/1999, art.12, párr. 5, bzw. Art. 16, párr. 6).

Entsprechend der proaktiven Ausrichtung von Spaniens Organspenderrekrutierung wird die ONT explizit mit der Förderung und Verbreitung von Aktivitäten in den Bereichen Spende und Transplantation von Organen und Geweben beauftragt (Real decreto 2070/1999, Artikel 19, Real decreto 176/2004). Bei Leichenspendern dürfen die Ärzte und Neurologen bzw. Neurochirurgen, die den Tod des potentiellen Spenders feststellen, nicht an der entsprechenden Organentnahme beteiligt sein (Ley 30/1979, Artikel 5).

Ausser im Falle der Nieren, die meist über regionale Transplantationsprogramme zugeteilt werden, erfolgt die Allokation aller Organe zentralisiert über die ONT. Die nationale Allokation sowie die Koordination des internationalen Organaustauschs erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Transplantations-Büro in Barcelona, welches durch die katalanische Transplantationsorganisation OCATT geführt wird.²³ Der ONT obliegt die nationale Führung der Wartelisten, und sie sammelt alle Daten zu Organspende- und Transplantationsaktivitäten, die in den entsprechenden Institutionen registriert werden müssen (Matesanz 2004: 740). Zudem kümmert sich die ONT um den Transport, führt nationale Statistiken und fungiert als zentrale Auskunftsstelle für die regionale und Spitalebene. Das nationale Gesundheitsministerium MSPS stellt die benötigten Mittel zur Verfügung, damit die ONT ihren Auftrag so effizient wie möglich ausführen kann (Real decreto 2070/1999, Artikel 19, Abschnitt 3). Mittlerweile gilt die ONT deshalb weit über ihre Koordinationsfunktion hinaus als zentrale Support-Instanz für alle Phasen des Organspendeprozesses (Matesanz 2007: 181). Des Weiteren ist die ONT laut Gesetz auch zu Öffentlichkeitsinformation und Förderung der fortwährenden Weiterbildung des medizinischen Personals verpflichtet und ist die direkte Ansprechpartnerin für die Medien.

Die staatliche Förderung von Öffentlichkeitsinformation und Weiterbildung erfolgt über Subventionen, die die Regionen jährlich beim MSPS beantragen (in Orden SCO/3685/2004 geregelt, siehe hierzu detailliert Kapitel 6.4). Die regionale Umsetzung von Weiterbildung und Öffentlichkeitsinformation erfolgt dezentralisiert und fällt in den Zuständigkeitsbereich der regionalen Gesundheitsbehörden. Zusammen mit den autonomen Büros bildet die ONT über die permanente Transplantationskommission („Comisión permanente de Trasplantes“, CPT) schliesslich die Schnittstelle zwischen Politik und Spitälern (Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 181). Seit 1990 wird die spanische Politik im Bereich Organspende- und Transplantation massgeblich über die CPT artikuliert.²⁴ Der ONT obliegt ferner die Qualitätskontrolle und -sicherung der gesamten Prozesse im Bereich Organspende und Transplantation (zum externen Qualitätsprogramm der ONT siehe Kapitel 4.7), sowie der damit einhergehenden Forschung. Konkret soll die ONT aktiv neue Erkenntnisse und Technologien im Zusammenhang mit der Organspende und Transplantation fördern. Zu diesem Zweck ist die ONT zur Sammlung, Analyse, Aufbereitung sowie Diffu-

²³ <http://www.ont.es/home/Paginas/Empiezala.aspx> [Stand: 5.5.2010].

²⁴ <http://www.ont.es/home/Paginas/ComisionpermanentedeTrasplantes.aspx> [Stand: 5.5.2010]

sion von Daten zu Spende- und Transplantationsaktivitäten beauftragt (Real decreto 2070/1999, art. 19, párr. 5, d & e).

Schweiz

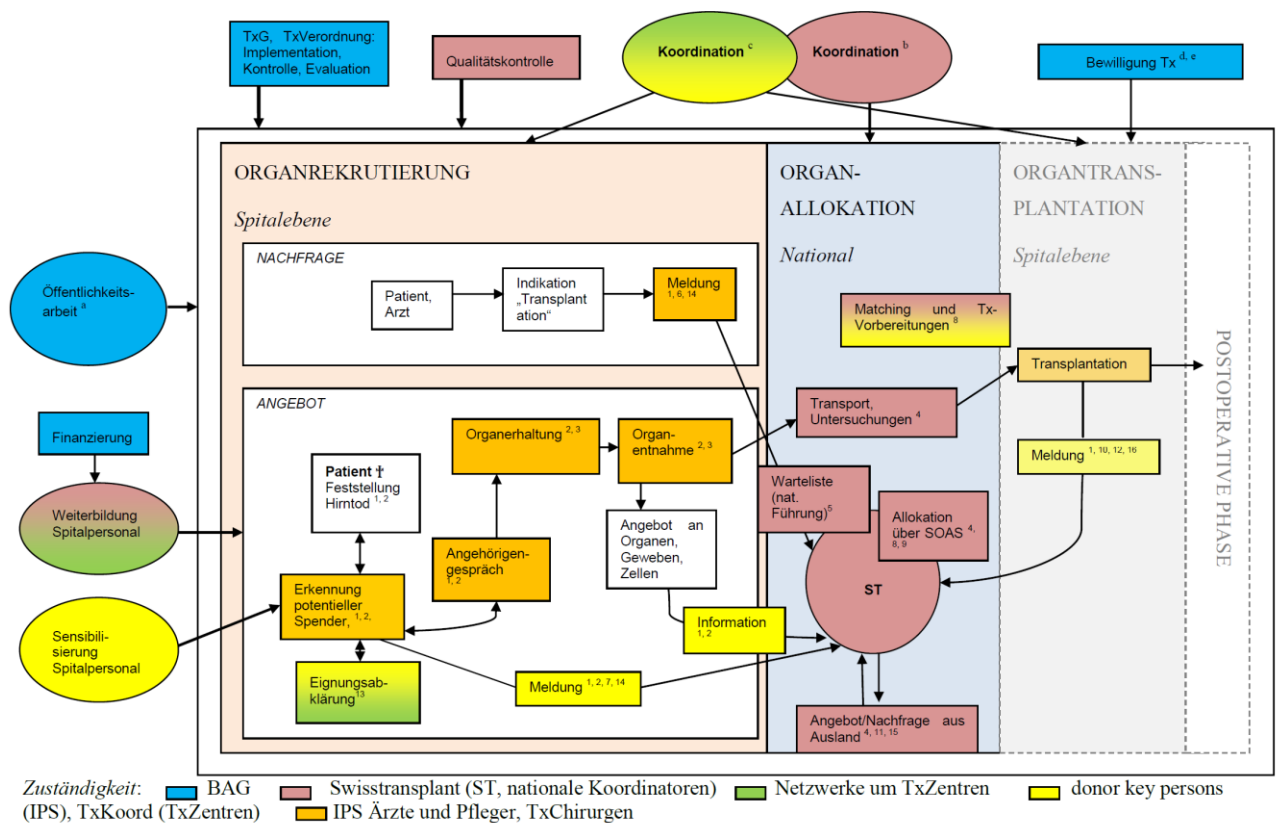
Mit Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes (TxG, SR 810.21) und dessen Verordnungen am 1. Juli 2007 wurde das Organspende- und Transplantationswesen in der Schweiz erstmals auf nationaler Ebene geregelt (BAG 2006: 5). Anders als in Spanien ist in der Schweiz das Bundesamt für Gesundheit BAG die Vollzugsbehörde im Organspende- und Transplantationswesen (BAG 2006: 9). Der Bund vollzieht das Transplantationsgesetz soweit es nicht die Kantone für den Vollzug verantwortlich erklärt. In die Praxis des Organspende- und Transplantationsalltags ist das BAG hingegen kaum involviert.

Art. 54 TxG hält fest, dass der Bundesrat Organisationen und Personen des öffentlichen oder des privaten Rechts Vollzungsaufgaben übertragen kann, wofür diese finanziell entschädigt werden. Nachdem die Organallokation mit dem TxG zentralisiert wurde (Art. 19 TxG), übernimmt die 1985 gegründete private Stiftung Swisstransplant im Auftrag des BAG, unterstützt durch eine Software (SOAS), die Führung der nationalen Zuteilungsstelle. Die Stiftung übernimmt in diesem Zusammenhang auch die nationale Führung der Warteliste, die Organisation des Austauschs von Organen mit ausländischen Zuteilungsorganisationen, und ganz allgemein die Organisation und nationale Koordination aller mit der Zuteilung zusammenhängenden Tätigkeiten wie z. B. den Transport der Organe. Daneben kümmert sich Swisstransplant um das Erstellen und Archivieren von Statistiken (BAG 2008a: 15f).

Zur Umsetzung von Artikel 56 des TxG, der die Kantone mit der Einsetzung lokaler Koordinationspersonen in den Intensivstationen beauftragt, wurden in den vergangenen Jahren entsprechende Stellen von „donor key persons“ in allen Spitälern der Schweiz geschaffen. Keine gesetzlichen Vorgaben finden sich für den Bereich der Koordination auf regionaler Ebene. Die entsprechende Koordination hat sich informell über regionale Netzwerke institutionalisiert, die sich kantonsübergreifend um die sechs Transplantationszentren (Tx-Zentren) der Schweiz gebildet haben. In den Tx-Zentren, welche für die Durchführung von Transplantationen autorisiert sind, arbeiten nebst donor key persons auch Transplantationskoordinatoren (Tx-Koordinatoren, bisweilen in Personalunion). Auch sie sind „lokale Koordinationspersonen“ im Sinne von Artikel 56 TxG.

Die Todesfeststellung und Eruierung möglicher Spender kann in jedem Spital mit einer Intensivstation geschehen. Wer den Tod des Patienten festgestellt hat, darf auch in der Schweiz weder an der Entnahme noch an der Transplantation beteiligt sein (Art. 11 TxG). Nach erfolgreichem Abgleich zwischen Spender und Empfänger („Matching“) werden die Organe durch Swisstransplant zugeteilt (BAG 2006: 3).

Abbildung 3-2 Überblick Organspendewesen und Akteure in der Schweiz



BAG = Bundesamt für Gesundheit
 ST = Schweizerische Stiftung für Organspende und Transplantationen (Swisstransplant)
 SOAS = Swiss Organ Allocation System (internetbasiertes Computerprogramm)

Gesetzliche Grundlagen

- ¹ Art. 46 Transplantationsverordnung: Aufgaben in Transplantationszentren (allgemeiner: Art. 45 Transplantationsverordnung: Aufgaben der Kantone und der für die lokale Koordination zuständigen Personen; Art. 56 TxG: Kantone, Organisation und Koordination)
- ² Art. 47 Transplantationsverordnung: Aufgaben in Spitälern (allgemeiner: Art. 45 Transplantationsverordnung: Aufgaben der Kantone und der für die lokale Koordination zuständigen Personen; Art. 56 TxG: Kantone, Organisation und Koordination)
- ³ Art. 11 Transplantationsgesetz (TxG): Wer den Tod der Person festgestellt hat, darf nicht an der Entnahme oder Transplantation beteiligt sein. Meist wird der Spender deshalb ins TxZentrum verlegt. Selten wird das Transplantationsteam des TxZentrums für die Organentnahme ins Entnahmespital versetzt.
- ⁴ Art. 19 TxG: Nationale Zuteilungsstelle. Art. 38 Organzuteilungsverordnung: Übertragung der Aufgaben der Nationalen Zuteilungsstelle an Swisstransplant.
- ⁵ Art. 8 Organzuteilungsverordnung: Führung der Warteliste. Art. 38 Organzuteilungsverordnung: Übertragung der Aufgaben der Nationalen Zuteilungsstelle an Swisstransplant
- ⁶ Art. 7 Organzuteilungsverordnung: Meldung von Patientendaten an die nationale Zuteilungsstelle
- ⁷ Art. 27 Organzuteilungsverordnung: Meldung von Spenderdaten
- ⁸ Art. 28 Organzuteilungsverordnung: Ermittlung der Empfängerin oder des Empfängers
- ⁹ Art. 30 Organzuteilungsverordnung: Zuteilung des Organs
- ¹⁰ Art. 34 Organzuteilungsverordnung: Meldung der Transplantationszentren
- ¹¹ Art. 37 Organzuteilungsverordnung: Vereinbarungen über den internationalen Organ austausch
- ¹² Art. 20 Transplantationsverordnung: Pflichten der Transplantationszentren
- ¹³ Art. 23 Transplantationsverordnung: Beurteilung der Spendetauglichkeit
- ¹⁴ Art. 22 TxG: Meldung von Spenderinnen und Spendern; sowie Art. 56, Abschnitt 3 TxG: Spendermeldung Aufgabe der lokalen Koordinationsperson.
- ¹⁵ Art. 23 TxG: Internationaler Organ austausch
- ¹⁶ Art. 29 TxG: Meldepflicht

- ^a Art. 61 TxG: Information der Öffentlichkeit durch BAG und Kantone
- ^b Art. 19 TxG: nationale Organisation und Koordination der Organzuteilung durch nationalen Zuteilungsstelle
- ^c Art. 56 TxG: Kantone kümmern sich um die Einführung lokaler Koordinatoren in den Spitälern
- ^d Art. 16 Transplantationsverordnung: Bewilligung für die Transplantation von Organen (+ Anhang 6 Ziffer 1, 2 und Anhang 2 Ziffer 1)
- ^e Art. 27 TxG: Bewilligungspflicht, Transplantationszentren; Art. 28 TxG: Beschränkung der Anzahl Transplantationszentren

Quelle: Eigene Darstellung

Die Meldung von Personen, bei denen die Voraussetzungen zu einer Organentnahme erfüllt sind, an die nationale Zuteilungsstelle, obliegt den lokalen Spitalkoordinatoren. Organentnahmen sind in der Schweiz nicht bewilligungspflichtig. Transplantationszentren müssen hingegen durch das BAG bewilligt werden (Art. 27 TxG, Kap. 7 TxVerordnung). Wie Organentnahmen unterstehen

auch Organtransplantationen der Meldepflicht und müssen dem BAG und der nationalen Zuteilungsstelle gemeldet werden (Art. 29 TxG). Als Inhaber einer Bewilligung sind Transplantationszentren schliesslich verpflichtet, die Ergebnisse ihrer Transplantationsaktivitäten wie Überlebensraten oder wichtigste Erkenntnisse über Wirkungen und Nebenwirkungen zu veröffentlichen und an das BAG weiterzuleiten (Art. 20 TxVerordnung). Nach erfolgreichem Abgleich zwischen Spender und Empfänger („Matching“) durch Swisstransplant werden die Organe zugeteilt, entnommen und die Transplantation durchgeführt (BAG 2006: 3).

In seiner Funktion als Vollzugsbehörde beaufsichtigt das BAG den Vollzug des TxG durch die Kantone (Artikel 51 TxG) und sorgt für die wissenschaftliche Evaluation über Vollzug und Wirkungen desselben (Artikel 55 TxG). Ferner obliegt dem Bundesamt wie bereits erwähnt das Melde- und Bewilligungswesen. Im Bereich Sensibilisierung und Information ist das BAG für die neutrale Information der Öffentlichkeit zuständig, während es Weiterbildungsprogramme für das medizinischen Personal finanziell unterstützt (Art. 53 TxG). Die jüngsten Weiterbildungsseminare für lokale Koordinatoren, zu deren Inhalten Swisstransplant beitrug, wurden in Zusammenarbeit mit H+ Bildung und Espace Compétences realisiert (Swisstransplant 2008b: 7). In einzelnen regionalen Netzwerken (von den im Rahmen dieser Studie besuchten Zürich und PLDO²⁵) werden zudem auf eigene Initiative Kurse für donor key persons angeboten (siehe hierzu detailliert Kapitel 6.2).

3.1 Koordination

Alle spanischen Befragten sind sich darin einig, dass der Erfolg des Spanischen Modells hauptsächlich auf organisatorische Faktoren zurückzuführen ist. In diesem Zusammenhang ist das dreistufige enge Koordinationsnetzwerk Spaniens, welches nationale, regionale und Spitalkoordinatoren direkt miteinander verbindet, von zentraler Bedeutung. In der Schweiz haben sich seit Einführung des TxG im Jahre 2007 ähnliche Strukturen der nationalen, regionalen und lokalen Koordination herausgebildet. Angesichts der zentralen Bedeutung des organisatorischen Elements der Koordination wird an dieser Stelle eine systematische Gegenüberstellung der entsprechenden Akteure in den beiden Ländern präsentiert. Ein Blick auf Tabelle 3-1 verdeutlicht, dass in Spanien für jede Ebene nur ein Akteur definiert ist, während in der Schweiz häufig mehrere Akteure auf derselben Ebene agieren.

Auf der nationalen Ebene ist dies nebst dem BAG als staatlicher Akteur mit Swisstransplant ein privater Akteur, während sich die Akteure auf den darunterliegenden Ebenen meist entweder der Spender- oder der Tx-Seite zuordnen lassen. Anders als in der Schweiz, wo sich die lokalen Spitalkoordinatoren in ihren Kompetenzen und Aufgaben klar unterscheiden lassen (donor key persons in Spende- oder Entnahmezentren und Tx-Koordinatoren in Tx-Zentren), existiert in Spanien diese Aufteilung von Akteuren auf Spender- oder Tx-Seite nicht. Von der Spitalebene bis

²⁵ Zum Netzwerk der lateinischen Schweiz, dem „Programme Latin de Don d’Organes“ PLDO, siehe ausführlich Kapitel 5.2.3.

hin zur interregionalen Transplantationskommission CPT agieren die jeweiligen Akteure auf beiden Seiten gleichermaßen. So wird in Spanien kein Unterschied zwischen den Koordinatoren in Entnahme- und Transplantationszentren gemacht. Es handelt sich in beiden Fällen um Spitalkoordinatoren (bisweilen auch einfach Tx-Koordinatoren genannt).

Tabelle 3-1 Drei Koordinationsebenen im Vergleich

<i>Koordinationsebene</i>		<i>Land</i>	
		CH	ESP
<i>national</i>	Staatlich	BAG	ONT
	Privat	Swisstransplant (ST)	-
<i>interregional</i>	Tx-Seite	Comité Médical (ST)	CPT
	Spenderseite	CNDO (ST)	
<i>intraregional</i>	extrahospitalär, Spenderseite	coordinatrice générale (PLDO)	autonome Koordinatoren
	spitalintern, Tx-Seite	Tx-Koordinatoren als Netzwerkkoordinatoren	
<i>Spitalebene</i>	Tx-Seite	Tx-Koordinatoren im Spende und Tx-Prozess	Spitalkoordinatoren
	Spenderseite	donor key person	

Quelle: Eigene Darstellung

Als weiterer Unterschied stellen die Tx-Koordinatoren in der Schweiz einerseits auf Spitalebene die zentrale Koordinationsfigur im Organspende- und Transplantationsprozessen dar, während einige von ihnen zudem auf intraregionaler Netzwerkstufe als Netzwerkvertreter agieren. In Spanien sind diese Ebenen über separate Akteure (Spitalkoordinatoren und autonome Koordinatoren) deutlich voneinander getrennt.

Schliesslich gibt es auf interregionaler Ebene seit der Gründung des „Comité National de Don d’Organes“ (CNDO) 2008 in der Schweiz einen neuen Akteur für die Spenderseite, dessen Äquivalent auf Tx-Seite das „Comité Médical“ bildet. Beide Akteure sind in Swisstransplant eingegliedert. Um alle Koordinationsakteure im Weiteren klar identifizieren und unterscheiden zu können, wird fortan die differenzierte Terminologie aus Tabelle 3-1 zu ihrer Bezeichnung verwendet.

3.2 Systemischer Kontextfaktor: Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem zählt zu denjenigen Kontextfaktoren, die in einem Land mittel- bis längerfristig als gegeben zu betrachten sind. Sowohl der Typ des Gesundheitswesens als auch der Staatsaufbau der beiden Länder unterscheidet sich grundlegend. Nachfolgend wird deshalb ge-

nauer darauf eingegangen, inwiefern diese unterschiedlichen Ausgangslagen das jeweilige Organspendewesen beeinflussen.

Ein grundsätzlicher Unterschied zwischen Spanien und der Schweiz besteht darin, dass *Spanien* ein öffentliches Gesundheitssystem hat, während die Schweiz im internationalen Vergleich eines der am stärksten privatisierten Gesundheitssysteme aufweist. Betrachtet man den öffentlichen Anteil der beiden Länder an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen, so ist dieser in Spanien im Jahr 2007 rund zehn Prozentpunkte höher als in der Schweiz.²⁶ Die Verstaatlichung des spanischen Gesundheitswesens geht auf das nationale Gesundheitsgesetz („ley general de sanidad“) von 1986 zurück (Reuter und Zippan 2009: 185; Rodríguez et al. 1999: 166). Heute sind gut 70 Prozent aller Spitalbetten staatlich. Nur 10 Prozent der Bevölkerung sind privat versichert. Durch dieses System wird eine nahezu vollständige staatliche Abdeckung aller Gesundheitskosten, auch im Bereich der Transplantationsmedizin, ermöglicht. Finanziert wird das spanische Gesundheitswesen hauptsächlich über Steuern (Reuter und Zippan 2009: 185; 193; Rodríguez et al. 1999: 164). Auf mögliche Auswirkungen des Gesundheitswesens auf das Organspendewesen befragt, meinten diverse Interviewpartner, dass ein einheitliches, egalitäres System einer staatlichen Krankenversicherung, welche für alle gleich viel koste und dieselben Leistungen anbiete, Gerechtigkeit und Vertrauen schaffe und somit die Spenderbereitschaft in der Bevölkerung positiv beeinflussen dürfte. Der Qualität des Gesundheitssystems wurde insofern Bedeutung beigemessen, als eine genügende Anzahl an Intensivbetten für die Spendearbeit wichtig sei.

Die späte Dezentralisierungsreform des spanischen Gesundheitswesens, die als eine der wesentlichsten Reformen in den letzten 20 Jahren gilt, hat grundlegend zur internen Kohärenz und Homogenität des spanischen Organspendewesens beigetragen. Diese Reform versah die Regionalverwaltungen mit umfassenden Kompetenzen, womit die 17 Regionen Spaniens heute, ähnlich wie die Kantone, weitgehend selbst für ihr Gesundheitssystem verantwortlich sind (Reuter und Zippan 2009: 185, 193; Rodríguez et al. 1999: 166). Die relativ späte Dezentralisierung des spanischen Gesundheitswesens wird von einem Interviewpartner als klarer Vorteil bezüglich der nationalen Kohärenz des spanischen Organspendewesens gesehen. Indem diese Dezentralisierung erst vollzogen wurde, nachdem sich das Spanische Modell der Organspende und Transplantation bereits etabliert hatte, sei es einfacher gewesen, letzteres auf eine einheitliche Art und Weise in die Regionen zu exportieren. Das Resultat ist eine sehr homogene Struktur des Organspendewesens in allen 17 Regionen Spaniens. Unterschiede bestünden lediglich bezüglich der Organisation des regionalen Gesundheitswesens sowie der durch die staatliche Versicherung abgedeckten Leistungen. Die ONT werde in diesem mittlerweile dezentralisierten System als Instanz betrachtet, welche die Zusammenarbeit zwischen den Regionen erleichtere. Diese homogene und hochgradig vernetzte Struktur des spanischen Organspende-Netzwerkes weist jedoch nach wie vor eine

²⁶ Die genauen Prozentangaben des öffentlichen Anteils an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen betragen 59.3 Prozent für die Schweiz und 71.8 Prozent für Spanien (Quelle: OECD in figures 2009, Link: http://www.oecd.org/document/47/0,3343,en_2649_34489_43896303_1_1_1_1,00.html, Stand: 18.5.2010).

zentralisierte Prägung auf und erleichtert so die Konsensfindung im Bereich der Organspende- und Transplantationspolitik.

In der *Schweiz* ist das Gesundheitssystem geprägt von den drei Strukturmerkmalen Föderalismus, Liberalismus und Subsidiarität (Achtermann und Berset 2006). Die Leistungen der Gesundheitsversorgung und die Durchführung der Krankenversicherung werden vorwiegend von privaten Akteuren sichergestellt. Der Staat hat demgegenüber relativ geringe Steuerungsmöglichkeiten und interveniert vor allem über Rahmenregelungen. Auf staatlicher Seite sind die Zuständigkeiten für die Sicherstellung und Finanzierung der Gesundheitsversorgung zwischen dem Bund, den Kantonen und Gemeinden aufgeteilt. Grundsätzlich obliegt die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – insbesondere im stationären Bereich – den Kantonen. Diese sind in ihrer Gesundheits- und Spitalpolitik weitgehend autonom und regeln diese in spezifischen kantonalen Gesetzen. Die gesundheitsbezogenen Aufgaben des Bundes betreffen primär den Gesundheitsschutz und die Regelung der Ausbildung von Gesundheitsberufen (Achtermann und Berset 2006: 29ff; Kocher 2007). Über das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das historisch und konzeptionell eher dem Sozialversicherungswesen als dem Gesundheitswesen zuzuordnen ist, verfügt der Bund allerdings auch über die Kompetenz zur Regelung von wichtigen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung. So wird mehr als ein Drittel der Kosten des gesamten Gesundheitswesens direkt über die obligatorische Krankenversicherung finanziert. Der staatlich – hauptsächlich von den Kantonen – finanzierte Anteil an den Gesundheitskosten beträgt rund einen Sechstel. Die verbleibende Hälfte der Kosten wird über die Kostenbeteiligung der Versicherten, private Versicherungen und andere Sozialversicherungen finanziert (BFS 2009: 38).

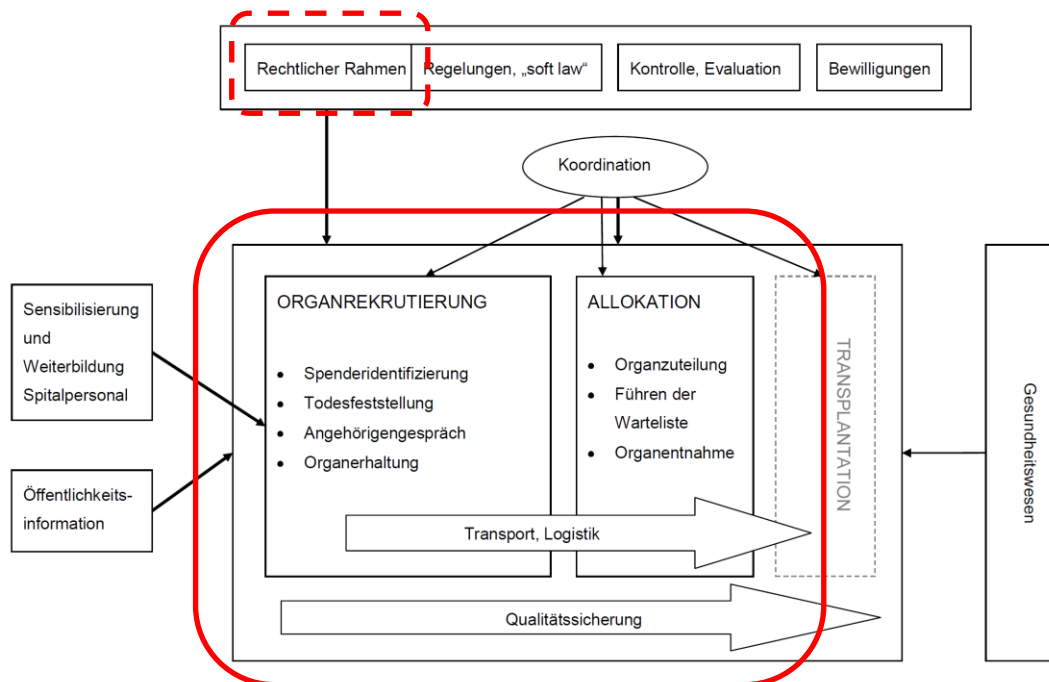
Von spanischer Seite her wurde der ausgeprägte Föderalismus des Gesundheitswesens als eine der grössten Herausforderungen für ein nationales schweizerisches Organspendemodell bezeichnet. Die etablierten kantonalen Strategien in einem gemeinsamen Handlungsstrang zu vereinigen wurde als sehr viel schwieriger erachtet als in Spanien, wo ein etabliertes Modell im Nachhinein dezentralisiert und auf die Regionen übertragen werden konnte.²⁷ Die traditionell starke Stellung der Kantone im Gesundheitswesen gegenüber dem Bund wurde auch in den Interviews mit Schweizer Akteuren deutlich. Ein Interviewpartner sieht im Föderalismus einen klaren Nachteil für eine Übernahme eines Systems mit einer national einheitlichen Linie wie in Spanien. Die starke föderale Prägung des schweizerischen Gesundheitswesens, welche die Möglichkeiten der Einflussnahme des Bundes massiv beschränkt, spiegelte sich auch im Empfinden der Interviewpartner wieder, welche Vorgaben von Seiten des BAG häufig als Eingriff in die Kompetenzen bzw. Autonomie der Spitäler empfinden.

²⁷ Vgl. ähnliche Einschätzung von Rafael Matesanz in Interview in *Tribune de Genève* vom 11.05.2009, S. 26.

4 Kernprozess der Organspende

Im Folgenden gehen wir vertieft auf den Kernprozesse der Organspende mit seinen verschiedenen Phasen (rot umrandet in Prozessschema in Abbildung 4-1) sowie auf ihre Ausgestaltung in den beiden Ländern ein, wie sie uns in den Interviews geschildert wurden.

Abbildung 4-1 Kernprozess der Organspende



Die Beschreibung der Phasen des Kernprozesses folgt der Reihenfolge, in der diese in der Praxis ablaufen: Spenderidentifizierung, Angehörigengespräch, Spendererhaltung, Allokation und Organentnahme. Für die einzelnen Phasen der Spendearbeit existieren in der Schweiz die Richtlinien des „Swiss Donation Pathway“ (FSOD; SGI und Swisstransplant 2006).²⁸ Da die Ausgangsbedingung für das Angehörigengespräch massgeblich durch die rechtliche Regelung der Willensbekundung (Zustimmungs- oder Widerspruchslösung) beeinflusst wird, wird zunächst dieser Teilaspekt des rechtlichen Rahmens geklärt. Sodann werden der Aspekt der Kostendeckung sowie allgemeine Anreizstrukturen und Fehlanreize diskutiert. In engem Zusammenhang mit dieser Frage stehen der Aspekt der Qualitätskontrolle und die in den Interviews erwähnten Gründe für die Nichtentdeckung von Spendern, die im Anschluss an die Kernprozesse erläutert werden. Das Kapitel schliesst mit einer Zusammenfassung der Problembereiche, welche die Interviewpartner im Kernprozess der Organspende geortet haben.

²⁸ Der Swiss Donation Pathway basiert auf den fünf Stufen Spendererkennung und Spendermeldung, Behandlung des Spenders, Organ- und Gewebeentnahme, Angehörigenbetreuung und Kommunikation sowie Kommunikation innerhalb des Behandlungsteams (Debriefing).

4.1 Spenderidentifikation

In der Phase der Spenderdetektion geht es in erster Linie darum, in Spitälern Patienten zu entdecken, bei denen der Hirntod eingetreten ist oder aufgrund der Anzeichen mit grosser Wahrscheinlichkeit bald eintreten wird. Sowohl spanische als auch Schweizer Interviewpartner betonten, dass die Sensibilisierung des Personals hierfür die wichtigste Voraussetzung sei. Es müsse das Wissen vorhanden sein, wer Organspender sein könne, und es müsse in einer solchen Situation überhaupt an die Organspende gedacht werden. Während die Hirntoddiagnose im Falle einer Organspende in der Schweiz stets zu zwei Zeitpunkten und durch verschiedene Ärzte erfolgt, wovon einer ein Spezialist für Neurologie oder Neurochirurgie sein muss (SAMW 2005: 7), ist eine zweite Hirntoddiagnose in Spanien nur in denjenigen Fällen erforderlich, in denen die erste klinische Hirntoddiagnose erschwert ist (Real decreto 2070/1999, Anexo I). Da die zweite Hirntoddiagnose in der Schweiz nur erfolgt, wenn tatsächlich die Aussicht auf eine Organspende besteht²⁹, ist die formale erste Diagnose in der Schweiz am ehesten vergleichbar mit der klinischen Hirntoddiagnose Spaniens (vgl. Abschnitt 2.3).

In *Spanien* besteht die wichtigste Aufgabe des Spitalkoordinators in der Spenderdetektion. Für eine optimale Spenderidentifizierung werden in Spanien „Wachpersonen“ eingesetzt. In den von uns besuchten Spitälern war der Spitalkoordinator zuständig für die Organisation und Durchführung dieser Wachen. Aufgabe und Ziel der Wache haltenden Person (Spitalkoordinator, andere Ärzte oder Pflegepersonal) ist es, möglichst alle Patienten mit entsprechenden Krankheitsbildern im eigenen Spital zu identifizieren und zur genaueren Prüfung ihrer Eignung als Organspender dem Spitalkoordinatoren zu melden. Der Einsatz als Wache findet zusätzlich zu der normalen Tätigkeit der behandelnden Ärzte statt. Letztere sind jedoch auf die Möglichkeit der Organspende sensibilisiert und kontaktieren den lokalen Koordinatoren, der dafür rund um die Uhr erreichbar ist, wenn ein potentieller Spender auftritt.

In der *Schweiz* ist es jeweils der behandelnde Arzt vor Ort, welcher bei den ersten Anzeichen eines Hirntodes die für eine Organspende nötigen Schritte einleitet. Die Spenderidentifikation ist also Aufgabe des behandelnden Intensivmediziners. Eine permanente und systematische Wache im Sinne einer Person, die speziell für die Spenderdetektion zuständig ist, wie in Spanien, gibt es in der Schweiz nicht. Auch in Spitälern des PLDO, die dem Spanischen Modell bezüglich Sensibilisierung des Spitalpersonals gesamtschweizerisch am nächsten kommen, gibt es keine permanenten Wachen. In zwei besuchten Spitälern wurden solche als unrealistisch erachtet.

Nachdem der behandelnde Mediziner die Hirntoddiagnose vorgenommen und mit den Angehörigen gesprochen hat und der Spender als solcher identifiziert wurde, kontaktiert er die Tx-Koordinatoren. Der Spender muss auch an Swisstransplant gemeldet werden, was je nach

²⁹ Wird die Organspende etwa durch Angehörige abgelehnt, besteht keine Notwendigkeit mehr für eine zweite Hirntoddiagnose. Telefonische Auskunft von Caroline Spaight (Swisstransplant), vom 21.6.2010.

Netzwerk durch den Tx-Koordinator, den behandelnden Arzt oder die donor key person erfolgt. Der Zeitpunkt der Involvierung der Tx-Koordinatoren variiert je nach Netzwerk. Meist sind die erfolgte erste Hirntoddiagnose und Zustimmung der Familie Voraussetzung für eine Kontaktaufnahme mit den Tx-Koordinatoren. Die zweite Hirntoddiagnose erfolgt bei einer Verlegung erst im Tx-Zentrum, ansonsten wird sie im Spendespital vorgenommen. Die Abklärung der Spendereignung mittels der medizinischen Daten sowie die Eingabe letzterer in das Allokationssystem SOAS erfolgt durch donor key persons oder Tx-Koordinatoren. Medizinische Tests zur Spendereignung sowie die eigentliche Allokation der Organe finden erst nach der zweiten Hirntoddiagnose statt.

4.1.1 Auf welchen Abteilungen werden Spender entdeckt?

In beiden untersuchten Ländern konzentriert sich die Spendererkennung auf die Intensivstationen, wo es üblicherweise die meisten Hirntoten gibt, die potentielle Spender sein könnten. Die Ausweitung der Detektion auf weitere Abteilungen wie den Notfall hat sich in Spanien etabliert, während sie in der Schweiz weniger üblich ist.

Die *spanischen Spitäler* unterhalten eine routinierte Kollaboration mit den Notfallstationen. Ein Teil des Profils des Spitalkoordinators ist es, in regelmässigen Abständen in anderen relevanten Stationen des Krankenhauses, etwa dem Notfall, der Neurochirurgie oder der Neurologie, nachzusehen, ob sich anhand der Krankenakten Patienten eruieren lassen, welche gegebenenfalls in absehbarer Zeit als Organspender in Frage kommen könnten. Die Spitalkoordinatoren unterhalten den Kontakt mit dem Personal dieser Einheiten und halten sie dazu an, sie zu benachrichtigen, wenn ein potentieller Spender auftreten sollte. Alle Einheiten des Spitals müssen wissen, dass es ein Koordinationsteam gibt und wie es erreichbar ist. Der Spitalkoordinator besucht die Einheiten in regelmässigen Abständen, um den Kontakt aufrechtzuerhalten. In gewissen Spitälern kontrolliert er auf der Radiologie täglich die Röntgenbilder der Patienten mit zerebralen Krankheitsbildern. Begründet wird dieses Vorgehen damit, dass der Auftrag zur Organspenderrekrutierung das gesamte Spital betreffe.

In der *Schweiz* findet die Spenderrekrutierung in den von uns besuchten peripheren Spitälern ausschliesslich auf den IPS statt. In Regional- oder Universitätsspitalern wurde vereinzelt eine Zusammenarbeit mit der Notfallstation erwähnt: In diesen Fällen scheint auch das Notfallpersonal auf das Thema der Organspende sensibilisiert zu sein. In zwei weiteren Tx-Zentren ist diese Kollaboration wenig bis gar nicht etabliert. In grossen Spitälern mit mehreren Intensivstationen gibt es entsprechend pro Intensivstation lokale Koordinatoren, die für die Spenderentdeckung ihrer Station zuständig sind.

4.2 Willensbekundung durch die Angehörigen

Wie aus Kapitel 2.4.3 deutlich wurde gehen in grossen Spitälern der Schweiz mehr als doppelt so viele potentielle Spender über eine Ablehnung durch Familienangehörige verloren als in Spanien; in kleinen Schweizer Spitälern beträgt dieser Verlust an potentiellen Spendern aufgrund des Angehörigengesprächs gar das Vierfache des spanischen. Aufgrund dieser relevanten Unterschiede widmet sich das vorliegende Kapitel einer detaillierten Analyse des Ablaufs des Angehörigengesprächs in den beiden Ländern. Als erstes wird auf die unterschiedliche rechtliche Regelung bezüglich Willensbekundung in den beiden Ländern, die Widerspruchslösung in Spanien sowie die Zustimmungslösung in der Schweiz, eingegangen.

4.2.1 Rechtliche Regelung der Willensbekundung

Die Einverständniserklärung zur Organspende kann grundsätzlich explizit (Zustimmungslösung, „opting-in“) oder implizit (Widerspruchslösung, „opting-out“) erfolgen. Wird die Einverständniserklärung auf die nächsten Angehörigen ausgeweitet, dann spricht man von einer erweiterten Zustimmung- bzw. Widerspruchslösung. Länderübergreifende Studien haben gezeigt, dass Länder mit Widerspruchslösung tendenziell höhere Spenderraten aufweisen (Abadie und Gay 2006; Mossialos et al. 2008: 9). Mögliche Gründe dafür werden in der Art der Zustimmung gesehen: Während die Zustimmungslösung eine aktive Anstrengung des Spendewilligen erfordere, namentlich, eine Entscheidung zu fällen, sei eine Reaktion auf die Widerspruchslösung, oder eine Akzeptanz derselben, mit weniger Aufwand verbunden (Mossialos et al 2008: 8).

De iure gilt in *Spanien* die Widerspruchslösung bereits seit 1979 (art. 5, párr. 2, 3). *De facto* wird jedoch vor jeglicher Organentnahme bei Leichenspendern immer auch ausdrücklich die Zustimmung der Familie erfragt, was der Praxis einer Zustimmungslösung entspricht (Quigley et al. 2009: 223; Matesanz 2007: 181; 2004: 740, Real decreto 2070/1999, art. 10). Trotz Widerspruchslösung wird in Spanien also über das Angehörigengespräch, ähnlich wie in der Schweiz, die Spendeabsicht des Verstorbenen zu Lebzeiten eruiert (Real decreto 2070/1999, Artikel 10, Abschnitt 1). Anders jedoch als in der Schweiz, wo die Angehörigen unterzeichnen, dass der Verstorbene einer Spende zugestimmt hätte (Gasche und Revelly 2009: 9), unterschreiben diese in Spanien lediglich eine Bestätigung, dass der Tote sich zu Lebzeiten nicht explizit gegen die Spende ausgesprochen hat.

Ungeachtet des signifikanten Zusammenhangs zwischen Widerspruchslösung und tieferen Ablehnungsraten, wie er in oben erwähnten Studien nachgewiesen wurde, erachtet Matesanz die rechtliche Situation eines Landes als kaum relevant für den Erfolg in der Organrekrutierung (Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 179). In Spanien gelte schon seit 1979 die Widerspruchslösung, die starke Zunahme an Organspenden erfolgte jedoch erst nach der Gründung der ONT ab 1990 (Matesanz 2004: 740). Diese Einschätzung wird von sämtlichen befragten Interviewpartnern in Spanien geteilt. Gleichzeitig wurde verschiedentlich betont, es sei sehr wichtig, dass die rechtliche

Regelung im Einklang mit der lokalen Kultur stehe, da sie sonst einen gegenteiligen Effekt haben könne. Als Negativbeispiele, wo die Widerspruchslösung von der Bevölkerung als Affront empfunden wurde, wurden Singapur, Mexiko und Grossbritannien genannt. Gemeinhin wurde die Ansicht vertreten, dass die rechtliche Lösung in Spanien sehr gut der Mentalität angepasst sei. Es wurde aber als undenkbar erachtet, die Widerspruchslösung radikal durchzusetzen, ohne die Ansicht der Angehörigen einzuholen und zu berücksichtigen.

Bis 2007 war in der *Schweiz* die Zustimmung zur Organspende kantonal uneinheitlich geregelt, in der Praxis galt aber in der ganzen Schweiz die erweiterte Zustimmungslösung (Bundesrat 2001: 79). In Artikel 8 TxG wurde nun national das Modell der erweiterten Zustimmungslösung verankert.³⁰ Ist der Spenderwille eines potentiellen Spenders nicht bekannt (keine Spendekarte oder Patientenverfügung), wird der „mutmassliche Spenderwille“ des Verstorbenen erfragt. Die Option der Widerspruchslösung wird für die Schweiz gelegentlich diskutiert.³¹ Anders als die spanischen Interviewpartner erachtete eine Mehrheit der Schweizer Befragten die Widerspruchslösung als wichtigen Faktor für den Erfolg des Spanischen Modells. Auch wurde von fast allen Interviewpartnern von einem positiven Einfluss der Widerspruchslösung auf die Spenderraten ausgegangen. Ein Zusammenhang wurde damit begründet, dass bei der Widerspruchsregelung der Staat eine Position zur Frage der Organspende beziehe und dem Bürger die Verantwortung für den Entscheid für oder wider die Organspende gewissermassen abnehme und diese ihm so erleichtere. Zudem mache es einen wichtigen psychologischen Unterschied, zu fragen, ob jemand wohl für oder gegen die Organspende gewesen sei (Zustimmungslösung) bzw. sich Zeit seines Lebens explizit gegen eine Organspende ausgesprochen hat (Widerspruchslösung).

Gleichzeitig wurde aber auch hierzulande von der Hälfte der Interviewpartner betont, dass eine rechtliche Regelung unbedingt an die lokale Kultur und Mentalität angepasst sein müsse. Die Zustimmungslösung entspreche dem hiesigen Demokratieverständnis, gemäss welchem der Staat die Entscheidung dem Bürger überlasse und sich nicht einmische. In der Schweiz herrsche eine Kultur vor, in der man gerne nach seiner Meinung gefragt werde. Entsprechend wurde eine Einführung der Widerspruchslösung von einer Mehrheit der Interviewpartner abgelehnt, da diese der hiesigen Mentalität und dem Rechtsempfinden widersprechen und von der Bevölkerung als Affront oder Bevormundung empfunden würde. Gemäss einem Interviewpartner dürfte ein solcher Regelungswechsel Verunsicherungen in der Bevölkerung auslösen, welche wiederum dazu führen könnte, dass die Leute sich noch stärker zurückziehen und ihren Willen bezüglich Organspende noch weniger kundtun.

³⁰ <http://www.bag.admin.ch/transplantation/06518/06519/index.html?lang=de> [Stand: 18.05.2010].

³¹ Siehe etwa NZZ-Artikel „Widerspruch statt Zustimmung. Braucht die Organspende ein neues Regime?“, vom 23.9.2009; S.17.

4.2.2 Angehörigengespräch

Für die Angehörigengespräche stehen in beiden Ländern in grösseren Spitälern spezielle Räumlichkeiten zur Verfügung. Beide Länder weisen eine gewisse Flexibilität bezüglich der nächsten Bezugspersonen auf, wenn dies nicht die Familie ist. In solchen Situationen kann das Angehörigengespräch auch mit „therapeutischen Bezugspersonen“ (in der Schweiz Vertrauenspersonen) erfolgen, die der Patient zu Lebzeiten als solche bestimmt hat. Sämtliche Befragten gaben an, für die Situation des Familiengesprächs gut ausgebildet worden zu sein, zumeist in EDHEP-Kursen (siehe dazu ausführlich Kapitel 6.2). Ungeachtet des länderspezifischen rechtlichen Kontexts wird die Befragung der Angehörigen durch das schwer zu verstehende Konzept des Hirntodes zusätzlich erschwert, zumal der Kreislauf eines Hirntoten künstlich aufrechterhalten wird und er deshalb nicht den Anschein macht, tot zu sein. Diese Tatsache scheint sich auch in den Ablehnungsraten niederzuschlagen, wie eine Studie aus Madrid gezeigt hat, wonach die Ablehnungsrate bei hirntoten Patienten viermal höher ist als bei Todesfällen durch Herzstillstand (NHBD).³²

Die Praxis des Familiengesprächs wird laut allen spanischen Interviewpartnern in *Spanien* immer durchgeführt. Das Gespräch findet immer erst statt, nachdem der Hirntod durch den Spezialisten (Neurologen oder Neurochirurgen) diagnostiziert wurde. Nach der Todesmitteilung durch den behandelnden Arzt an die Familie tritt der Spitalkoordinator hinzu und bittet um die Spende. Der behandelnde Arzt ist manchmal beim Gespräch anwesend, was aber nicht erforderlich ist. Dasselbe gilt für das Pflegepersonal. In Spitälern, welche sowohl Organspenden wie auch -entnahmen durchführen, kümmert sich der Spitalkoordinator um das Familiengespräch, die Organspende, die Organentnahme und Transplantation. Während diesen Prozessen betreut er auch die Familie.

In der *Schweiz* führt in allen von uns besuchten Spitälern der behandelnde Intensivmediziner die Anfrage für die Organspende durch. Das Angehörigengespräch ist also nicht Teil des Pflichtenscheins der donor key person oder des Transplantationskoordinators. Meist erfolgt die Anfrage durch dieselbe Person, welche auch die Todesmitteilung machte. Je nach Spital und Situation ist beim Gespräch auch Pflegepersonal anwesend. Aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen Trennung der Spender- und Empfängerseite sind die Tx-Koordinatoren nie aktiv in das Angehörigengespräch involviert, bisweilen aber (in drei von vier der besuchten Spitäler) passiv anwesend. In einem Interview wurde die Ansicht geäußert, es sei aus ethischen Gründen für die Zustimmung sehr wichtig, dass das Spenderteam vom Empfängerteam unabhängig sei.

Der Zeitpunkt, zu dem die Anfrage durchgeführt wird, variiert je nach Spital. Meist erfolgt dies nach der ersten Hirntoddiagnose. Laut Swisstransplant (2009a: 8) sollte der Zeitpunkt des Familiengesprächs einschlägigen Empfehlungen folgend erst nach der ersten Hirntoddiagnostik erfolgen; gemäss eigener Erfahrung dränge sich ein solches Gespräch aber häufig schon bei sich ab-

³² Untersuchungszeitraum 1996-2009, N=3248. Daten aus Präsentation „Promoción de la Donación“ des autonomen Transplantationsbüros der Region Madrid, S.27.

zeichnender infauster Prognose, also vor der ersten Hirntoddiagnose, auf. Nur in einem Schweizer Spital wurde berichtet, dass das Gespräch vorher erfolgt. Im Falle einer Verlegung kümmert sich in den von uns besuchten Spitälern das behandelnde IPS-Personal um die Betreuung der Angehörigen des Spenders, bis dieser ins Entnahmezentrum verlegt wird. Danach kümmern sich die Tx-Koordinierenden um die Angehörigen. Der Wechsel der Bezugsperson wurde vereinzelt als eine der Verlegung inhärente Problematik beschrieben, die verunsichernd auf die Angehörigen wirke. In einem Spital des PLDO überlassen die donor key persons die Familienbetreuung bewusst der bereits für Patient und Familie zuständigen Pflegeperson, da diese schon eine Beziehung zu diesen Personen aufgebaut haben und sie sich hier nicht einmischen oder aufdrängen wollen. Sie stehen dem Personal jedoch jederzeit beratend zur Seite, falls dies erwünscht wird.

4.2.3 Verzicht auf Anfrage

Die Frage, ob es Situationen gebe, in denen auf eine Angehörigenanfrage verzichtet werde, wurde in *Spanien* ausnahmslos verneint. Solange der Patient aus medizinischer Sicht als Spender in Frage käme, würde situationsunabhängig immer mit der Familie geredet.

In der *Schweiz* hingegen scheint die Bitte um eine Organspende als ethisch heikler wahrgenommen zu werden und diesbezüglich mehr Hemmungen zu bestehen. So wurden von vier Akteuren Situationen erwähnt, in denen man die Angehörigen nicht frage. Drei Akteure nannten als Grund, man wolle kein zusätzliches Leid zufügen. Die menschliche Zumutbarkeit müsse jeweils abgeschätzt werden. Auch als Hindernis angeführt wurden ein zu hohes Alter des Patienten, Schuldgefühle des Arztes, dessen Behandlung versagt hätte, komplizierte Familienverhältnisse und Uneinigkeit innerhalb der Familie, oder ein sehr schwerwiegendes Familienunglück. In einem Spital des PLDO gab es 2009 keine solchen Fälle. Uns wurde hier auch mitgeteilt, dass es eigentlich keine solchen Fälle geben sollte.

4.2.4 Reapproach

Ein Punkt, in dem sich die beiden Länder stark unterscheiden, ist die Praxis des sogenannten „Reapproachs“. Wenn in *Spanien* bei der ersten Anfrage die Angehörigen die Organspende ablehnen, wiederholen die Koordinierenden diese gemäss Angaben aller Interviewten mehrere Male, solange es die Ischämiezeit zulässt oder keine eindeutig aggressive Reaktion vorkommt. Wird die ablehnende Haltung nicht mit dem Willen des Verstorbenen begründet, welcher respektiert werden müsse, wird das Gespräch gesucht, um die Gründe für die ablehnende Haltung der Angehörigen zu eruieren (vgl. erhobene Ablehnungsgründe im Anhang). Man versucht mittels Argumenten Zweifel und Unklarheiten zu beseitigen. Gemäss einem Interviewpartner habe sich die Praxis des Reapproachs durchgesetzt, da sie sehr häufig erfolgreich sei. In beiden besuchten Spitälern wurde in diesem Zusammenhang betont, wie wichtig es sei, den Angehörigen Zeit für ihre

Entscheidung zu lassen und dass die ursprünglich ablehnende Haltung nach einer Bedenkzeit häufig in eine Zustimmung umgewandelt werden könne.

In der *Schweiz* wird die Praxis des Reapproachs nicht angewandt. Vier der befragten Personen könnten sich vorstellen, in bestimmten Situationen nachzuhaken. Dies jedoch nur, wenn sie merken, dass die Angehörigen unsicher sind oder Zweifel haben. Dann würden sie darauf eingehen, und versuchen, offene Fragen zu klären. Teilweise wird der Reapproach als negativ und ethisch höchst kontrovers beurteilt. Man müsse die Antwort der Familie und ihre Trauer respektieren, die Angehörigen hätten das Recht, Nein zu sagen. Gemäss einem Interviewpartner würde ein Insistieren in der hiesigen Mentalität von den Angehörigen als anmassend und bedrängend empfunden werden.

4.2.5 Gründe für Ablehnungen

In *Spanien* wird bei jedem potentiellen Organspender vom Spitalkoordinator ein Formular ausgefüllt, welches neben medizinischen und logistischen Angaben unter anderem die Gründe für die Ablehnung durch die Familie dokumentiert. Auch die Ablehnungsraten in den Regionen werden, wie die Spenderraten, jährlich von der ONT publiziert.³³ Wir hatten Einblick in die Ablehnungsgründe in der Region Madrid (Erhebungszeitraum 1996-2009, N=702): Eine Mehrheit von 35 Prozent der Befragten gaben als Ablehnungsgrund an, dass sich der Verstorbene schon zu Lebzeiten gegen die Spende ausgesprochen habe. 30 Prozent nannten den Erhalt der Integrität des Körpers als Ablehnungsgrund. Weitere 23 Prozent haben ohne Begründung abgelehnt.³⁴ In der *Schweiz* werden diese Gründe nicht erhoben, dies ist jedoch in Planung (vgl. Kapitel 4.7). Ausserhalb der Donor Action-Studie sind also hierzulande bisher weder der Anteil der Ablehnungen durch die Familie noch die Motive dafür bekannt.

Die Ablehnungsgründe, welche die Interviewpartner angaben, deckten sich in den beiden Ländern hingegen weitgehend. Die Angehörigen hätten den Willen des Verstorbenen nicht gekannt und wären überfordert damit, für ihn eine Entscheidung zu treffen; sie seien der Organspende gegenüber aus Prinzip negativ eingestellt oder der abschlägige Wille des Verstorbenen sei ihnen bekannt gewesen. Bisweilen wurden kulturelle und religiöse Motive genannt, sowie der Wunsch, die körperliche Integrität der Leiche zu erhalten. Häufig wurde erwähnt, dass eine negative Haltung des Spitalpersonals zur Organspende die Entscheidung der Angehörigen beeinflusse. In beiden Ländern wurde das Unverständnis des Hirntod-Konzepts als Faktor genannt. In Spanien wurden als weitere Ablehnungsgründe genannt, dass die Angehörigen unzufrieden mit der Behandlung durch die Ärzte des Spitals waren oder die Kommunikation durch die Koordinierenden nicht gut war. In der Schweiz wurde zusätzlich die Trauer um den Angehörigen, Uneinigkeit un-

³³ Für die regionalen Ablehnungsraten im Jahr 2008 siehe ONT (2008a: 17, fig. 22).

³⁴ Daten aus Präsentation „Promoción de la Donación“ des autonomen Transplantationsbüros der Region Madrid, S.6. Eine Liste der in Spanien erfassten Ablehnungsgründe findet sich im Anhang.

ter den Angehörigen und generell eine zurückhaltende öffentliche Meinung zu diesem Thema genannt. Die Aussicht auf eine Verlegung der Leiche in ein Entnahmezentrum sei belastend. Vereinzelt wurde eine negative und vorwurfsvolle Präsentation der Organspende in der Öffentlichkeit, etwa über die Presse, als Grund für eine ablehnende Haltung genannt. Ein Interviewpartner führt die hohen Ablehnungsraten in seinem Spital explizit auf die negative und tabuisierende Haltung des Spitalpersonals gegenüber der Organspende zurück.

4.3 Spendererhaltung

Normalerweise werden mit dem Tod eines Patienten Therapie und Behandlung eingestellt. Beim Eintreten des Hirntodes wird dagegen die ganze Behandlung als organerhaltende Massnahme gleich intensiv weitergeführt, bis der Entscheid für oder gegen eine Organspende vorliegt, um die Organe für eine allfällige Transplantation nicht zu schädigen. Die Phase der Spendererhaltung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem der Tod gemäss SAMW Richtlinien festgestellt wurde (FSOD, SGI und Swisstransplant 2006: 6; vgl. Abschnitt 4.1). Sie spielt sich auf der Intensivstation ab, der potentielle Organspender besetzt also ein IPS-Bett und benötigt einen Arzt und Pflegepersonal, um ihn zu betreuen und zu überwachen. Die Betreuung eines solchen Patienten wird von Pflegefachpersonen als wesentlich aufwändiger beschrieben, da mit dem Hirntod jegliche Autoregulierung ausfalle. Während dieser Phase bedarf es intensiver therapeutischer Massnahmen, um eine ausreichende Organdurchblutung sicherzustellen. Kreislauf, Beatmung, Temperatur, Blutwerte sowie Flüssigkeitsgabe und Ausscheidung sind genauestens zu überwachen und wenn immer nötig zu korrigieren (Swisstransplant 2008b: 5). Die Spendererhaltung endet mit dem Abklemmen der Aorta und der Organentnahme (FSOD, SGI und Swisstransplant 2006: 6).

In *Spanien* setzt die Spendererhaltung ein, nachdem die Hirntoddiagnose durch den Neurologen oder Neurochirurgen erfolgt ist und die Familie befragt wurde. Der Spitalkoordinator, einmal herbeigerufen, evaluiert den Spender und redet mit der Familie. Entscheidet sich die Familie nicht gegen die Organspende, wird die ONT kontaktiert, die für die Allokation zuständig ist. Dann setzt auch die logistische Vorbereitung und Organisation der Entnahme ein. Laut spanischen Interviewpartnern übt das Intensivpersonal die Spendererhaltung als normalen Teil ihrer Tätigkeit aus. In gewissen Spitälern integriere sich die Spendererhaltung in die normale Routine der IPS, in anderen würden einem Spender ein eigenes, von der Einheit separiertes Bett und eine eigens für ihn zuständige Pflegeperson zugeteilt. Hier existieren somit spezielle, für die Spendererhaltung reservierte Betten. Finanziert wird diese zusätzliche Infrastruktur durch das öffentliche Gesundheitswesen MSPS. Die Phase der Spendererhaltung könne zwischen vier bis zwölf Stunden dauern. Die Überwachung der Spendererhaltung auf den IPS gehört zu den Aufgaben des Spitalkoordinators. Dank der hohen Investitionen des MSPS in das spanische Organspendewesen stünden genügend personelle und logistische Ressourcen für die Spendererhaltung zur Verfügung.

Auch in der Schweiz erfolgt die Spendererhaltung durch den behandelnden IPS-Arzt und sein Pflegeteam, integriert in die normale Infrastruktur und Routine auf der IPS. Ist die donor key person darin involviert, so nur, weil sie gleichzeitig zum behandelnden Personal gehört.

Die Arbeit der Spendererhaltung wurde uns in beiden Ländern von verschiedener Seite als für das Personal anspruchsvoll beschrieben. Einerseits sei es mit einem beträchtlichen Arbeitsaufwand vor allem für das Pflegepersonal verbunden. Gerade in Spitälern mit einer kleinen IPS und speziell zu Zeiten, wo diese stark ausgelastet sei, könne dies das IPS-Personal von der Behandlung anderer, noch lebender Patienten abhalten. Zweitens könne die Spendererhaltung für das Personal in psychologischer Hinsicht eine Herausforderung darstellen: Zum einen, weil in dieser Phase die trauernden Angehörigen anwesend seien und eine gewisse Betreuung benötigten, zum anderen, weil ein Toter behandelt werde. Selten wurde die Arbeit der Spendererhaltung als reibungslos und unproblematisch beschrieben.

4.4 Organallokation und -entnahme

Nachdem die Zustimmung der Familie gegeben wurde (Schweiz), bzw. diese sich nicht gegen die Organspende ausgesprochen hat (Spanien), und medizinische Abklärungen keine Kontraindikationen ergeben haben, wird der potentielle zu einem effektiven Spender. In beiden Ländern erfolgt die Organallokation (ausser bei Nieren in Spanien) zentralisiert auf nationaler Ebene. Als nächster Schritt folgt die Organentnahme. Dazu müssen medizinische Teams - meist dieselben, welche später auch die Transplantation durchführen - und Operationssäle organisiert werden, was einen beträchtlichen logistischen Aufwand darstellt.

Die nationale Allokationsstelle in *Spanien* ist die ONT. Alle Organe ausser den Nieren werden von ihr zugeteilt. Für Nieren existieren in den meisten Fällen regionale Nierentransplantationsprogramme und regionale Wartelisten. Erst wenn auf dieser kein geeigneter Empfänger gefunden wurde, kontaktiert die entsprechende Region die ONT und diese teilt die Niere einer anderen Region oder einer Koordinationszone³⁵ zu oder bietet sie international an (Coll 2008).

In Spanien kommt es kaum zu Verlegungen von Spendern. Dies würde gemäss Interviewpartnern für die Angehörigen nur unnötiges zusätzliches Leid bedeuten. Üblicherweise kommen externe Entnahmeteams aus dem Tx-Zentrum ins Entnahmehospital, um Organe zu entnehmen, und nehmen die Organe mit ins Tx-Zentrum. Die Entnahmeteams werden in Spanien von den Spitalkoordinatoren mit Hilfe der ONT organisiert und ins Spital bestellt. Auf diese Weise wurden

³⁵ Dabei handelt es sich um sechs Umgebungszonen („zonas de cercanía“), welche nach dem Kriterium der geographischen Nähe eingeteilt wurden: Zone I umfasst Galizien, Asturien, Kantabrien, das Baskenland, Navarra, La Rioja sowie den Norden von Castilla y León; Zone II Katalunien und die Balearen; Zone III die Region Valencia; Zone IV Madrid, die Extremadura, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha sowie den Süden von Castilla y León; Zone V Andalusien, Ceuta und Melilla und Zone VI die kanarischen Inseln (Coll 2008: 68).

2007 durch die ONT mehr als 1000 Entnahmeteams losgeschickt, davon 654 über den Land- und 352 über den Luftweg (Martín et al. 2008: 63).³⁶ Der Organtransport über den Luftweg etablierte sich ursprünglich in Kooperation mit der spanischen Luftwaffe.³⁷ Seit 2001 besteht für den Lufttransport ein Abkommen mit der spanischen Fluggesellschaft Iberia (Martín et al. 2008: 63f). Ein Entnahmespital muss aus seinem Personal ein Team von Spezialisten für das entsprechende Organ sowie Pflegepersonal zur Verfügung stellen können. Jedes Spital, das Organentnahmen oder Transplantationen ausführt, muss dazu vom autonomen Büro der Region autorisiert worden sein. Gemäss diversen befragten Personen wird in Spanien üblicherweise kein Organ entnommen, wenn dafür noch kein Empfänger gefunden wurde. Die Entnahme erfolgt erst nach der Allokation. Die einzige Ausnahme betreffe die Nieren, welche bisweilen schon vor der Zuteilung entnommen würden. Als Gründe, weswegen ein Organ schlussendlich nicht entnommen oder transplantiert werde, wurden uns in Spanien vorwiegend medizinische (das Organ erweist sich als untauglich) und in ganz seltenen Fällen logistische (Transport scheitert) Gründe genannt. Ein weiterer Grund könne gerade bei NHBD sein, dass die im Protokoll vorgegebenen Zeiträume überschritten wurden. In solchen Fällen werde ein Organ strikte nicht verwendet.

Ein Organ werde nicht entsorgt, bis sich der Chirurg nicht sicher sei, dass es ungeeignet ist; sonst würde man zu viele brauchbare Organe unnötig verlieren. Man versuche immer, die grösstmögliche Anzahl brauchbarer Organe zu entnehmen. Bei vielen Organen sei es so, dass sie erst abschliessend beurteilt würden, wenn man sie entnommen und eine Biopsie gemacht habe. Eine sich im Gang befindliche Organentnahme würde nicht abgebrochen, sondern man schaue sich das Organ auf jeden Fall an.

Zwar verfügen wir über keine repräsentativen Informationen, wir können jedoch an einem konkreten Fall aufzeigen, dass der Graubereich dessen, bis wann ein Organ noch entnommen wird, in Spanien sehr weit ausgelotet werden kann. In einem von uns besuchten Spital wurden einem jungen männlichen Verkehrsoffer (NHBD) die Nieren entnommen, obwohl das Zeitprotokoll um sieben Minuten überschritten worden war und somit zum Zeitpunkt der Entnahme bereits klar war, dass das Organ nicht transplantiert werden darf. Die Nieren wurden entnommen, aber nicht transplantiert. Begründet wurde das Vorgehen damit, dass das Protokoll schon in Gang war, die Familie bereits befragt, und man einen so guten Spender nicht von vornherein verwerfen wollte. Man habe die Nieren untersuchen wollen und daher entnommen. Es wurde auch eingewandt, dass die Protokolle Richtlinien seien, an die man sich zwar konsequent halte, welche aber nicht rechtlich verbindlich seien. Mit der Zeit, wenn neue medizinische Erkenntnisse vorlägen, würden aufgrund dieser die vorgeschriebenen Zeiten erweitert. Gemäss der befragten Person wurde dieser Patient also Spender, aber die Organe wurden nicht implantiert.

³⁶ 2007 gab es in Spanien insgesamt 1362 effektive Leichenspender (Organe entnommen und transplantiert; ONT 2008b). Da Nieren über regionale Programme zugeteilt werden, ist die ONT meist (ausser es gibt in der entsprechenden Region keinen passenden Spender) nicht an der Organisation des Nierentransports beteiligt. Zählt man diese regionalen Nieren-Entnahmeteams (zu denen keine Zahlen vorliegen), zu den mehr als 1000 durch die ONT organisierten Teams dazu, wird deutlich, dass fast alle Organe, die transplantiert werden, durch externe Teams entnommen wurden und es keine Verlegung des Leichenspenders gab.

³⁷ <http://www.ont.es/home/Paginas/Cuestiondeaviones.aspx> [Stand: 8.07.2010]

Mit dem TxG wurde in der *Schweiz* die bisherige patientenorientierte dezentrale Allokation durch eine auf nationaler Ebene zentralisierte Organallokation mit schweizweit gerechten Verteilkriterien ersetzt (Balthasar und Fässler 2009: 3; 14). Ein Interviewpartner aus einem Netzwerk, das eher hohe Spenderzahlen aufweist, kritisierte, dass dies ein negativer Anreiz sei, da man nun Organe für Spitäler generieren müsste, die selbst keine oder nur wenige Spender hätten. Gemäss nationalen Interviewpartnern habe sich die zentralisierte Allokation mittlerweile aber gut etabliert (siehe dazu auch Balthasar und Fässler 2009). Sie erfolgt über die Organzuteilungssoftware SOAS der nationalen Zuteilungsstelle. Hierzulande werden alle Organe praktisch immer zuerst alloziert, bevor sie entnommen werden.

In den von uns besuchten peripheren Spitälern werden potentielle Organspender in aller Regel noch vor der zweiten Hirntoddiagnose in ein Entnahmezentrum verlegt, wo Entnahme und Transplantation erfolgen. Im Jahre 2009 wurden von insgesamt 119 Organspendern 42 in Nicht-Tx-Zentren entdeckt. Davon wurden 16 für die Organentnahme in ein anderes Spital verlegt, was lediglich 13.5 Prozent aller Leichenspender entspricht (vgl. Kapitel 2.2.3). Von den 22 Spitälern, in denen Organspender entdeckt wurden, sind acht, also über ein Drittel, keine Entnahmespitäler, und die Spender wurden für die Entnahme verlegt (Swisstransplant 2009b: 18-19). Mitte 2010 verzeichnet Swisstransplant mit 5 Prozent aller Leichenspender jedoch deutlich weniger Verlegungen als im Vorjahr.³⁸ Für Spanien liegen zu den Verlegungen keine Zahlen vor, sie sind jedoch gemäss sämtlichen Interviewpartnern die seltene Ausnahme.

Zwar werden in der Schweiz mit 13.5 Prozent (2009) weniger als ein Siebtel aller Spender verlegt, eine solche Verlegung wird für die Angehörigen jedoch als psychologisch sehr anspruchsvoll beschrieben und scheint verschiedentlich ein Grund für eine fehlende Zustimmung zur Organspende zu sein (vergleiche Kapitel 4.2.5). In den Interviews wurden vereinzelt Probleme beschrieben, welche mit der Verlegung und dem Transport der Spender verbunden sind. Letzterer erfolge durch die REGA, welche oftmals nicht bereit sei, Tote zu transportieren, speziell, wenn sie sonst stark ausgelastet sei. Zudem sei es oftmals nicht einfach, ein freies Bett auf einer IPS im Entnahmespital zu organisieren.

In zwei der besuchten Netzwerke erfolgt die Entnahme der Organe im regionalen Spital (Zürich und im PLDO das Tessin), falls die Angehörigen, die ihre Zustimmung zur Spende gegeben haben, sich explizit gegen eine Verlegung des Spenders äussern. In diesem Fall kommt das Tx-Team ins Spital, entnimmt das Organ und kehrt mit dem Organ ins Tx-Zentrum zurück, um dieses dort zu transplantieren. Als mögliche Gründe, wieso ein Organ schlussendlich nicht entnommen oder transplantiert werde, wurden uns auch in der Schweiz fast ausschliesslich medizinische Gründe genannt. Ein weiterer Interviewpartner nannte juristische Gründe, wenn es sich beim potentiellen Spender etwa um ein Opfer eines Verbrechens gehandelt hat.

³⁸ Quelle: Liste aller Verlegungen vom 01.01.2007-30.06.2010, von Swisstransplant für diesen Bericht zusammengetragen.

4.5 Kostendeckung des Spendeprozesses und Entschädigung der Spendearbeit

In *Spanien* sind die Kosten des Organspendeprozesses umfassend durch das öffentliche Gesundheitswesen abgedeckt, und die Spendearbeit wird zusätzlich entschädigt. Alle Kosten, die im Spendeprozess anfallen, wie die Entdeckung, Erhaltung von Spendern, Organentnahme oder Transplantation, gelten als reguläre Spitalkosten und sind als solche auch umfassend durch das öffentliche Gesundheitssystem der jeweiligen Region gedeckt.³⁹ Das Budget zur Deckung von Spende- und Tx-Aktivitäten wird vom Spitaldirektor der jeweiligen regionalen Gesundheitsdirektion beim nationalen Gesundheitsministerium MSPS in Antrag gestellt und über das öffentliche Gesundheitswesen vergütet. Laut Interviewangaben werden Spitalbudgets in Spanien über ein sogenanntes Vorschussystem abgerechnet. Die Spitalbudgets basieren auf den Aktivitäten des Vorjahres und werden zu Beginn des neuen Jahres ausbezahlt. Nach Ablauf des Jahres wird überprüft, ob das Spital auch tatsächlich die entsprechenden Aktivitäten vorgewiesen hat, und die Bilanz wird im nächsten Budget berücksichtigt.

Entsprechend werden nicht Einzelfälle, sondern Prozesse finanziert. Das Spendespital übernimmt nur diejenigen Kosten, welche aus Prozessen entstehen, die innerhalb dieses Spitals ablaufen. Sämtliche Kosten, welche die Entnahme und Transplantation betreffen, werden durch das Spital, in welchem die Transplantation stattfindet, abgedeckt. Darunter fallen Personal (chirurgische Entnahme- und Tx-Teams), deren Transport sowie der Transport des Organs. Dies gilt auch für den Fall, dass die eigentliche Transplantation schlussendlich nicht stattfindet.

Das in die Spendearbeit involvierte IPS-Personal (von der Spenderentdeckung bis zur Organentnahme), sowie beteiligte Spitalkoordinatoren werden für diese Arbeit umfassend entschädigt. Die Arbeit an einem Spender wird als zusätzliche Aktivität zu den Pflichten des IPS-Personals angesehen und wird als solche speziell vergütet. Dabei existieren zwei verschiedene Modalitäten dieser zusätzlichen Entschädigung:

Gewisse Spitäler bezahlen die Spendearbeit nach Zeit, andere nach Spendeprozessen.⁴⁰ Eine Entschädigung der Spendearbeit nach Zeit bedeutet etwa, dass die Spitalkoordinatoren für ihre Arbeitszeit entschädigt werden (Wacheinsätze die über die reguläre Arbeitszeit hinausgehen, werden zusätzlich bezahlt), oder das IPS Personal für die Arbeitszeit an einem Spender, beispielsweise während der Spendererhaltung. Vergütung nach Spendeprozessen bedeutet, dass das gesamte Spender-Team (involviertes IPS-Personal und Spitalkoordinatoren) für jedes entnommene Organ eine fixe Pauschale zugesprochen bekommt. Diese Pauschalen fließen in einen gemeinsamen Ärzte- und Pflegerpool und kommen entsprechend direkt dem Personal zugute, das die Spendearbeit ausführt. Im Fall der Entschädigung nach entnommenen Organen kann man deshalb von einer Art leistungsbasierter Entschädigung ausgehen, womit man hier sogar von einem finanziellen Anreiz für die Spenderdetektion ausgehen kann. Gemäss Interviewpartnern werde dieser An-

³⁹ Die Entschädigung der Koordinationstätigkeit wird in den Kapiteln 5.1 und 5.2.3 erläutert.

⁴⁰ Siehe dazu auch <http://www.ont.es/home/Paginas/PerfileCoordinador.aspx> [Stand: 18.5.2010]

reiz durch die im internationalen Vergleich relativ niedrigen Ärztelöhne Spaniens noch verstärkt (siehe auch Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 184f; Matesanz 2004: 740f).⁴¹

Die Situation in der *Schweiz* gestaltet sich nicht zuletzt aufgrund der föderalen Vielfalt im Bereich der Deckung der Gesundheitskosten, sowie des privaten Krankenversicherungssystems um einiges komplexer. Eine Mehrheit der Interviewpartner in der Schweiz wusste denn auch nicht genau, wie die Kostendeckung im Bereich Organspende und Transplantation erfolgt. Klärung brachten letztlich die Informationen des Schweizerischen Verbands für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK), insbesondere der „Vertrag zwischen der SVK und den sechs schweizerischen Universitätsspitalern betreffend die Transplantation solider Organe“ (nachfolgend Transplantationsvertrag genannt) von 2005. Wie bereits in den Interviews verschiedentlich vermutet wurde, ist die Kostendeckung des Organspendeprozesses in der Schweiz nicht gleichermassen umfassend wie in Spanien, und bisweilen gar lückenhaft. Eine zusätzliche Entschädigung für das an der Spendarbeit beteiligte Personal wie in Spanien gibt es in der Schweiz nicht.

Die Kosten, die im Organspende- und Transplantationsprozess anfallen, werden grundsätzlich je etwa zur Hälfte von den privaten Krankenkassen und den Kantonen übernommen. Der SVK erledigt für die angeschlossenen Krankenversicherer die administrativen Abläufe im Bereich der Transplantationen von soliden Organen (Herz, Lungen, Nieren, Leber, Pankreas). Hierzu hat der SVK im Jahr 2005 mit allen sechs Transplantationszentren einen Transplantationsvertrag abgeschlossen, in dem die vereinbarten Fallpreispauschalen für die einzelnen Organe inklusive dem jeweiligen Anteil von Krankenkassen und Kantonen aufgeführt werden.⁴² Diese Fallpauschalen bewegen sich zwischen knapp 60'000 CHF für eine Nierentransplantation und rund 170'000 CHF für eine Herztransplantation (siehe Anhang 2 Transplantationsvertrag). Gemäss Interviewaussagen werden die Pauschalen direkt ans Spital entrichtet.⁴³ Abgegolten werden damit die Organentnahme bei Leichenspendern, ein allfälliger Transport, sowie sämtliche Leistungen während der Transplantationsphase. Ergänzend zum Transplantationsvertrag hat Swisstransplant eine Pauschale von 2000 CHF pro entnommenes und transplantiertes Organ festgelegt, welche die Spenderbetreuung auf der Intensivstation decken soll. Zudem stellt Swisstransplant die von ihr durchgeführte Organallokation dem Spital in Rechnung. Die Beiträge an Spenderbetreuung und Organallokation werden ebenfalls durch die Fallpauschale gedeckt (Artikel 4 Transplantationsvertrag).

⁴¹ Es gibt einzelne Stimmen, die die von Matesanz erwähnte leistungsbasierte Zusatzentschädigung für die Arbeit im Organspende- und TxBereich als völlig unverhältnismässig beziffern. So etwa der ehemalige Vizepräsident der Evaluationskommission des MSPS, Enrique Costas-Lombardía, gemäss welchem der Erfolg des Spanischen Modells einzig auf überzogen hohen und unmoralischen finanziellen Anreizen basiere. Costas-Lombardía gibt jedoch keine Quellen für seine Vermutung an (Mail-Information von Enrique Costas-Lombardía vom 5.7.2010).

⁴² Weitere Informationen unter <http://www.svk.org/?ln=de&menu=3&sub=4> [Stand: 17.05.2010], sowie Bundesrat (2010: 140).

⁴³ Bei Multiorgantransplantationen werden die Tarife der einzelnen transplantierten soliden Organe addiert und die Summe um 20 Prozent reduziert (Anhang 2, Ziffer 7 Transplantationsvertrag). Ein Interviewpartner kritisierte dieses Ungleichgewicht, wonach Spitäler bei Multiorganspendern eine viel grössere Rückvergütung für den Entnahmeprozess erhalten im Vergleich zu hirmtoten Patienten, denen nur ein Organ entnommen werden kann.

Die im Transplantationsvertrag aufgeführte Kostendeckung bestätigt die in den Interviews vermehrt geäusserte Vermutung, wonach die Spendarbeit erst ab der Spendererhaltung gedeckt sei. Nicht gedeckt durch diese Pauschalen sind die der Organentnahme vorgelagerte Schritte der Spendarbeit, wie die eigentliche Identifizierung des Spenders, die Todesfeststellung und die Betreuung der Angehörigen. Laut einem Interviewpartner der nationalen Ebene sei die mit der Spenderidentifikation verbundene Arbeit keine therapeutische Arbeit im engeren Sinn und deshalb laut Krankenversicherungsgesetz nicht abgedeckt. In einem anderen Kanton sei die Regelung dergestalt, dass sämtliche vom Spender generierten Kosten, solange er auf der IPS liege, durch eine Pauschale abgedeckt sei, welche das Spital pro IPS-Tag verrechne. Sämtliche Schweizer Interviewpartner auf peripherer Ebene bestätigten zudem, dass es über die Bezahlung der Prozesse durch die Krankenkassen hinaus keine zusätzlichen Gelder für die Entschädigung des IPS Personals für die Spendarbeit gebe.

Bis zur zweiten Hirntoddiagnose bezahlt die Kasse des potentiellen Spenders, ab der zweiten Hirntoddiagnose diejenige des Empfängers. Zu einer Kostendeckungslücke durch die Kassen kommt es, wenn ein Organ entnommen, aber nicht transplantiert wird. In diesem Fall müsse das Spital selbst die Kosten, etwa für den IPS-Aufhalt, Transport oder andere Zwischenkosten, übernehmen. Laut Interviewpartnern dürfte dies vor allem in kleinen, peripheren Spitälern problematisch sein. In grossen Universitätsspitälern stelle ein solcher Ausfall kein Problem dar. Zwei von vier Befragten auf peripherer Ebene hingegen gaben an, dass dieses Problem eine Phase betreffe, die zumeist erst nach der Verlegung des Spenders in ein grösseres Spital eintrete, und die kleinen Spitäler so kaum berühre. Die uns genannten Beispiele solcher Fälle betrafen ausschliesslich Universitätsspitäler.

4.5.1 Ausblick: Fallbezogenes Spitalvergütungssystem (SwissDRG)

Ab 2012 führt die Schweiz ein fallbezogenes Spitalvergütungssystem (Swiss Diagnosis Related Groups; kurz SwissDRG)⁴⁴ für den stationären Bereich ein. Dieses neue Tarifsysteem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen ersetzt die bis anhin geltende Vergütung pro Tag und einzelne Leistung. Beim Fallpauschalen-System SwissDRG wird jeder Spitalaufenthalt anhand von bestimmten Kriterien, wie Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Behandlungen und Schweregrad, einer Fallgruppe zugeordnet und pauschal vergütet, was schweizweit eine einheitliche Regelung der Vergütung der stationären Spitalleistungen nach Fallpauschalen ermöglicht. Gemäss SVK und SwissDRG werden auch Transplantationsprozesse ab 2012 neu unter dem DRG Tarifsysteem geregelt.⁴⁵ In Spanien befragten wir die Interviewpartner, ob zur Vergütung von Leistungen im Bereich Organspende und Transplantation DRGs verwendet werden. In der Schweiz teilten uns die Befragten mit, welche Erwartungen, Hoffnungen oder Befürchtungen sie bei der Einführung der DRGs in der Schweiz 2012 für den Bereich Organspende und Transplantation haben.

⁴⁴ Zu SwissDRGs siehe <http://www.swissdr.org/de/index.asp?navid=0> [Stand: 17.5.2010].

⁴⁵ Persönliche Auskunft von Gabriela Krähemann, Ressortleiterin DIA/TPL beim SVK vom 15.5.2010. Telefonische Bestätigung dieser Information durch Christopher Schmidt von SwissDRG am 31.5.2010.

In *Spanien* werden DRGs zwar verwendet, jedoch nur für die medizinische Diagnostik, etwa den Hirntod und seine Ursachen; sie dienen in keinem Fall dazu, medizinische Leistungen, also auch nicht die Organspendeprozesse, zu erfassen oder rückzuvorgüten. Im Bereich der Organspende fänden sie nur bei der Spenderidentifizierung und der Qualitätskontrolle für die Benennung von Krankheitsbildern Einsatz, welche auf eine mögliche Organspende hindeuten können.

In der *Schweiz* fielen die Reaktionen der Befragten, die auf die bevorstehende Einführung der DRGs angesprochen wurden, unterschiedlich aus. Mehrere Interviewpartner hatten noch nie von DRGs gehört. Zwei Interviewpartner glaubten nicht, dass ihre Einführung in Bezug auf die Abgeltung der Spendearbeit Konsequenzen haben würde. Zwei weitere Interviewpartner auf peripherer Ebene äusserten hingegen die Befürchtung, dass die Kosten der Spendearbeit bei Einführung der DRGs gar nicht mehr gedeckt sein würden, da dann ein Spital primär nach Diagnostik bezahlt würde. Entsprechend wurde verschiedentlich geäussert, dass mit den DRGs eine gesonderte Pauschale zur Deckung der Spendearbeit eingeführt werden sollte.

4.6 Nicht-monetäre (Fehl-)Anreize zur Spendearbeit

Gemäss Interviewangaben dürfte der interhospitaläre und internationale Vergleich in *Spanien* einen weiteren starken Anreiz für die Spendearbeit darstellen. Das Bewusstsein, dass Spanien weltweit führend ist im Bereich der Spenderaktivitäten, wird dabei als zentraler Antrieb gesehen. Die Spenderleistung in den Spitälern ist deswegen auch ein beliebtes Thema in den Medien. Weist eine Region in einem Jahr schlechte Zahlen auf, missfällt das den regionalen Politikern, und das Thema wird sofort von den Medien aufgegriffen, die nach den Gründen für die tiefen Raten fragen.

Eine weitaus direktere Kontrollmöglichkeit steht den Institutionen des Netzwerks zur Verfügung: Ist die Leistung im Bereich Spendergenerierung in einer Region oder einem Spital nicht zufriedenstellend, dann können sowohl der Spitalkoordinator als auch der autonome Koordinator sanktioniert werden, indem ihr Amt nicht weiter verlängert wird. Auch wenn kein repräsentativer Überblick über alle Spitäler Spaniens besteht, ist zu vermuten, dass diese Sanktionsdrohung für die entsprechenden Positionen einen wichtigen Anreiz für das Streben nach einer guten Leistung im Sinne hoher Spender- und tiefer Ablehnungsraten darstellen dürfte. In den Interviews wurden zudem vereinzelt persönliche altruistische Motive als Anreize genannt. Von einer Mehrheit der Interviewpartner wird die Rekrutierung von Organspendern in Spanien hingegen als alltägliche Dienstleistung eines Spitals betrachtet, welche keiner zusätzlichen Anreize bedürfe. Wenn ein Spital über die Bewilligung zur Organspende verfüge, werde es als selbstverständlich betrachtet, dass es auch Organspender rekrutiere.

Auch in der *Schweiz* wurde als persönliche Motivation genannt, dass ein gewisser Sinn in der Organspende gesehen werde, sowie die Bereicherung der persönlichen Bekanntschaft mit Menschen, welche ein Organ benötigten oder bereits erhalten hätten. Ein Interviewpartner meinte, dass der Ruf, viele Spender zu haben, wohl mittlerweile auch in der Schweiz ein Anreiz sein könne. Dies aber nur bei den Spitälern, die sowieso hohe Raten aufweisen. Bei den anderen wirke der Vergleich eher als negativer Anreiz. Auch in der Schweiz motiviert die Qualitätskontrolle die Akteure dazu, ihr Verbesserungspotential zu nutzen. Die Resultate der Donor Action-Studie (siehe Kapitel 4.7) werden aber nicht komparativ veröffentlicht. Indirekt schafft Swisstransplant neuerdings eine gewisse Vergleichsmöglichkeit, indem sie die Spenderzahlen der einzelnen Spitäler in ihrem Jahresbericht veröffentlicht. Ein Wettbewerb, wie er in Spanien herrscht, wird jedoch von den Befragten als zweifelhaft und eher demotivierend beurteilt.

Auf der anderen Seite brachten die Interviews in der Schweiz diverse Faktoren zutage, welche als Abreize für die Organspende interpretiert wurden. So bestehe in den peripheren Spitälern kein Interesse Organspender zu rekrutieren; es herrsche allgemeiner Sparzwang, die Kosten der Spende- und Koordinationstätigkeit seien in vielen Fällen nicht gedeckt, und die Mittel zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags seien nicht bereitgestellt worden. Die Anerkennung der Spendarbeit fehle; man sehe immer nur den Erfolg der Transplantationschirurgen in der Öffentlichkeit. Ein Akteur nannte schliesslich die Zentralisierung der Allokation als negativen Anreiz für die Spitäler, die viele Spender generieren würden.

4.7 Qualitätskontrolle

Die beschriebenen Kernprozesse der Organspendergewinnung sind komplex und die von den Interviewpartnern genannten Gründe für eine Nichtentdeckung von Spendern vielfältig. Angesichts der global zunehmenden Nachfrage und Knappheit an potentiellen Organspendern gibt es verschiedene nationale Bestrebungen, die Spenderzahlen zu optimieren.⁴⁶ Auch die Programme zur Qualitätskontrolle in der Schweiz und in Spanien dienen nicht zuletzt dazu, Verbesserungspotential im Bereich der Spenderdetektion aufzuzeigen. Diese Programme basieren auf der systematischen ex-post-Analyse von Krankenakten. Ihr Ziel wird folgendermassen umschrieben (Matesanz 2008: 20):

- Die theoretische Kapazität an potentiellen Organspendern eines Spitals zu definieren
- Die Verluste an potentiellen Spendern zu definieren, die nicht zu effektiven Spendern werden
- Diejenigen Faktoren im Spital zu identifizieren, welche darauf einen Einfluss hatten

In *Spanien* findet diese Qualitätskontrolle seit 1998 in zwei Etappen statt. Gemäss Interviewpartnern nehmen alle autorisierten Spendespitäler an diesem Programm teil; 2008 waren es 119 Spitäler. In diesem Zusammenhang registrieren die Spitalkoordinatoren in Organentnahmespitälern

⁴⁶ <http://www.ont.es/infesp/Paginas/ProgramadeGarantiadeCalidad.aspx> [Stand: 19.5.2010].

seit dem Jahr 2000 alle Hirntoten und Organspender ihres Spitals (Matesanz 2007: 182; 2004: 740). Die interne Evaluation wird vom Spitalkoordinatoren selber durchgeführt. Dazu analysiert er sämtliche Krankenakten der Todesfälle von Patienten in sogenannten „kritischen Einheiten“.⁴⁷ Für jeden Patienten im Hirntod erfasst er individuelle Daten, anhand derer ein allfälliger Unterbruch im Spenderprozess an drei kritischen Punkten festgestellt werden kann. Dazu gehört auch eine Ablehnung durch die Familie und deren Gründe. Die Daten werden trimestral dem autonomen Büro sowie der ONT übermittelt, weitere Daten einmal jährlich der ONT.

Die externe Evaluation erfolgt alle vier bis fünf Jahre durch zwei externe Evaluatoren der ONT. Ihr Ziel ist es, die Effizienz des Spitals in Bezug auf seine Spenderdetektions- und Organentnahmeaktivitäten zu bestimmen, sowie, ob die interne Evaluation die Daten adäquat erhoben hat und verbessert werden kann.⁴⁸ Zusätzlich lässt zumindest in gewissen Regionen das autonome Koordinationsbüro die Spitäler einmal im Jahr extern prüfen.

Die Resultate der externen Evaluationen weichen teilweise von denen der internen Evaluation ab. Im Jahre 2007 wurden in den Autoevaluationen der Spitäler oft medizinische Kontraindikationen angegeben, wo keine vorlagen, und etwas mehr potentielle Spender wurden nicht als solche erkannt als angegeben (ONT 2007: 39).

Die Resultate der Qualitätskontrolle werden von den autonomen Koordinatoren mit den Spitalkoordinatoren diskutiert und veröffentlicht und sind auf der Homepage der ONT einsehbar. Sie bilden die Basis der Arbeit der autonomen Koordinatoren mit den Spitälern. Der Nutzen dieser Qualitätskontrolle wird von den befragten Koordinatoren als gross beschrieben, um sich zu verbessern und das Personal fundiert informieren zu können. Speziell wird das anspornende Wettbewerbsklima betont, das durch die landesweite Veröffentlichung der Resultate und der „best practice“ zwischen den Spitälern entstehe.

Allgemein wurde von den spanischen Interviewpartnern betont, dass, wie auch die Qualitätsprogramme nachweisen würden, nur wenige Spender nicht entdeckt würden und dass Spanien das Spenderpotential schon fast maximal ausnutze. Als Hauptgrund, weshalb in Spanien Spender entgehen könnten, wurde eine mangelnde Sensibilisierung des Spitalpersonals genannt. So müsse man das Personal etwa dafür sensibilisieren, dass es für die Spende keine Altersobergrenze gebe. Entsprechend wichtig ist in Spanien deshalb die Fort- und Weiterbildung für die Sensibilisierung des Spitalpersonals (siehe hierzu Kapitel 6.2). Weiter nannte man uns strukturelle Gründe, wie etwa ein Mangel an IPS-Betten oder die Organisation auf der Intensivstation. Ferner könnten Fehler bei der Spendererhaltung auftreten.

In der *Schweiz* erfolgte die Qualitätskontrolle bis vor Kurzem über „Swiss Donor Action“. Dieses Programm wurde ebenfalls 1998 durch die Transplantationsmediziner eingeführt, heute wird es

⁴⁷ Als kritische Einheiten werden diejenigen Stationen des Spitals bezeichnet, auf denen theoretisch ein Patient in den Hirntod fallen könnte, auf denen die Möglichkeit besteht, ihn an eine Beatmungsmaschine anzuschliessen, und auf denen Patienten mindestens 12 Stunden verweilen können.

⁴⁸ <http://www.ont.es/infesp/Paginas/Metodologia.aspx> [Stand: 19.5.2010].

von Swisstransplant geleitet und ausgewertet. 2009 beteiligten sich 31 Spitäler am Donor Action-Programm, welche jedoch die Gesamtsituation im Land gut abbildeten. Die Resultate werden monatlich in einem Bericht zuhanden des Spitals dargestellt, der einen Überblick über das Potential und die Verluste gebe und Empfehlungen beinhalte. Am Ende des Jahres wird zusätzlich ein Gesamtbericht verfasst. Die Verantwortliche von Swisstransplant diskutiert mit der Person die Ergebnisse, die ihr die Daten geliefert hat. Wie die Resultate anschliessend spitalintern verwendet werden, sei aber nicht immer bekannt.

Zeitpunkt und Umfang der Durchführung der Donor Action-Studie variierte von Netzwerk zu Netzwerk, ebenso wie die Person, die die Daten tatsächlich erhebt. Dies können die donor key persons, Tx-Koordinatoren, IPS-Ärzte oder extern angestellte Personen sein. Die Resultate werden den Spitälern nicht umfassend mitgeteilt. Sie erhalten nur die eigenen Resultate, sowie den nationalen Durchschnittswert, zu dem sie sich in Verhältnis setzen könnten. Dies sei auf die Tatsache zurückzuführen, dass die Spitäler eine Geheimhaltung ihrer Resultate zur Bedingung für ihre Teilnahme an der Studie gemacht hätten. Die Donor Action-Resultate dienen also der rein internen Verwendung, werden nicht veröffentlicht, und es gibt kein schweizweites Benchmarking.

Nicht alle Spitäler kannten Donor Action, und auch nicht alle, die an der Studie teilgenommen hatten, kannten die eigenen Resultate. Die Evaluation der Spenderdaten wurde hingegen von sämtlichen Interviewpartnern als äusserst sinnvoll erachtet, da man sich nur so selbst beurteilen und Verbesserungspotential definieren könne. In zwei der von uns besuchten peripheren Spitäler erhoffte man sich von den Resultaten einen klärenden Effekt, um vom Vorwurf befreit zu werden, seine Arbeit schlecht zu machen. Vereinzelt wurde Kritik an der spezifischen Gestaltung des Programmes von Donor Action geübt.

Die Donor Action Studie soll durch eine neue, verbesserte und umfassendere Erhebung im Rahmen des CNDO offiziell auf den 1. September 2010 ersetzt werden: Die „Swiss Collaborative Organ Donor Survey SwiCos“, welche vom BAG initiiert wurde und mitfinanziert wird. Neben der Erfassung der Todesfälle auf den Intensivstationen werden neu auch strukturelle und logistische Aspekte der Intensivstationen, sowie der involvierten Spitäler erfasst (Swisstransplant 2009a: 15). Ebenfalls ist neu die Erhebung der Gründe für eine Ablehnung der Organspende durch die Angehörigen geplant.⁴⁹ Davon erhofft man sich ein besseres Verständnis der tiefer liegenden Ursachen für Dysfunktionen in der Spenderrekrutierung.

4.8 Geortete Problembereiche im Kernprozess Organspende

Als zusammenfassender Überblick über das Kapitel Kernprozess der Organspende folgt nun eine Sammlung der Problembereiche, wie sie in den Interviews für die einzelnen Phasen des Prozesses geortet wurden.

⁴⁹ Schriftliche Auskunft von Caroline Spaight (Swisstransplant) vom 7.6.2010.

Allgemein waren sich die spanischen Interviewpartner einig, dass das Spenderpotential in *Spanien* sehr gut ausgereizt werde. Geortete Problembereiche sind denn auch sehr spezifisch und werden in Form von konkreten Optimierungsplänen auf allen drei Koordinationsebenen formuliert: Auf Spitalebene ist man etwa bestrebt, die Spenderkriterien noch weiter auszudehnen, um noch weniger Spender zu verlieren. In einem der besuchten regionalen Büros wurden aufgrund hoher Ablehnungsraten in der Umgebung einzelner Spitäler der Region die Informations- und Sensibilisierungsaktivitäten in dieser Umgebung verstärkt. Auf nationaler Ebene wird die Optimierung schliesslich über nationale Pläne, etwa das Erreichen von 40 Spendern p.m.p. (siehe dazu Kapitel 5.3) oder nationale „best-practice“-Programme vorgegeben.

Im Gegensatz dazu sind die in der *Schweiz* georteten Problembereiche vielfältiger, oftmals grundsätzlicherer Natur als in Spanien und wesentlich zahlreicher. Sie deuten darauf hin, dass in allen Phasen des Kernprozesses der Organspende noch Verbesserungspotential steckt.

Die *hohen Ablehnungsraten* der Familienangehörigen in der Schweiz wurden verschiedentlich als problematisch erachtet. So wurde vereinzelt gewünscht, dass die Anfrage bei der Familie optimiert, sowie die Gründe für Ablehnungen erfasst werden sollten. Gemäss einem weiteren Vorschlag wäre es sinnvoll, wenn eine andere Person als der behandelnde Arzt, beispielsweise der Tx-Koordinator, das Familiengespräch führen würde. Diese Einschätzung wird durch wissenschaftliche Studien gestützt, wonach Familienangehörige einer Organspende bis zu drei Mal eher zustimmen, wenn die Person, die die Anfrage macht, nicht identisch ist mit der Person, die den Verstorbenen zu Lebzeiten behandelt hat (z.B. Siminoff et al. 2001). Nebst der Person ist auch das Timing der Anfrage entscheidend für deren Erfolg: Erfolgt diese zeitlich getrennt von der Todesmitteilung (vor oder nach), dann ist die Zustimmungswahrscheinlichkeit mehr als doppelt so hoch (62 Prozent bzw. 57 Prozent) als wenn die Anfrage zeitgleich mit der Todesmitteilung vorgebracht wird (nur 25 Prozent, siehe Simpkin et al. 2009: 3).

Die *Spendearbeit vor der Organentnahme*, insbesondere der Spenderdetektion, wird gemeinhin als grosse Investition gesehen, die viel Zeit, Personal, Ressourcen und hochstehende medizinische Infrastruktur erfordere. In diesem Bereich wurde es von vier Interviewpartnern als problematisch erachtet, dass die gesamte Spendearbeit in der Schweiz als medizinische Leistung nicht genügend anerkannt und auch finanziell nicht ausreichend abgedeckt würde. Die aktuellen Beiträge an die Entnahme- und Transplantationskosten seien nicht kostendeckend. Eine leistungsorientierte Entschädigung im Bereich Spendearbeit wurde jedoch für die Schweiz verschiedentlich als ethisch nicht vertretbar erachtet. Die Tatsache der *mangelnden Kostendeckung*, etwa wenn kein Empfänger bestehe, sowie der *fehlenden Entschädigung der Spendearbeit*, wurde vereinzelt als demotivierend und als Fehlanreiz für die Meldung potentieller Spender beschrieben.

Im Zusammenhang mit der bevorstehenden Einführung der *SwissDRGs* wurde deshalb die Forderung geäussert, man müsse im Rahmen der DRGs eine Kategorie für die Spendearbeit vorsehen. Zudem wurde mehrmals eine klare gesetzliche Regelung gewünscht, um Kostenlücken im Falle eines fehlenden Empfängers zu schliessen.

Im Bereich der für die Organspende verfügbaren *Infrastruktur* wurden vereinzelt Probleme festgestellt. Im Zusammenhang mit dem mehrfach konstatierten Mangel an IPS-Betten wurde vorgeschlagen, IPS-Betten für die Organspende zu reservieren. Ein weiterer Interviewpartner forderte staatliche Mittel, um die Verfügbarkeit von IPS-Betten für Organspender sicherzustellen. Die Verlegung der hirntoten Patienten zur Organentnahme bereite in psychologischer und logistischer Hinsicht Probleme. Zwei Interviewpartner empfahlen in diesem Zusammenhang, hierzulande vermehrt mobile Entnahmeteams einzusetzen, wie dies auch in Spanien gemacht wird.

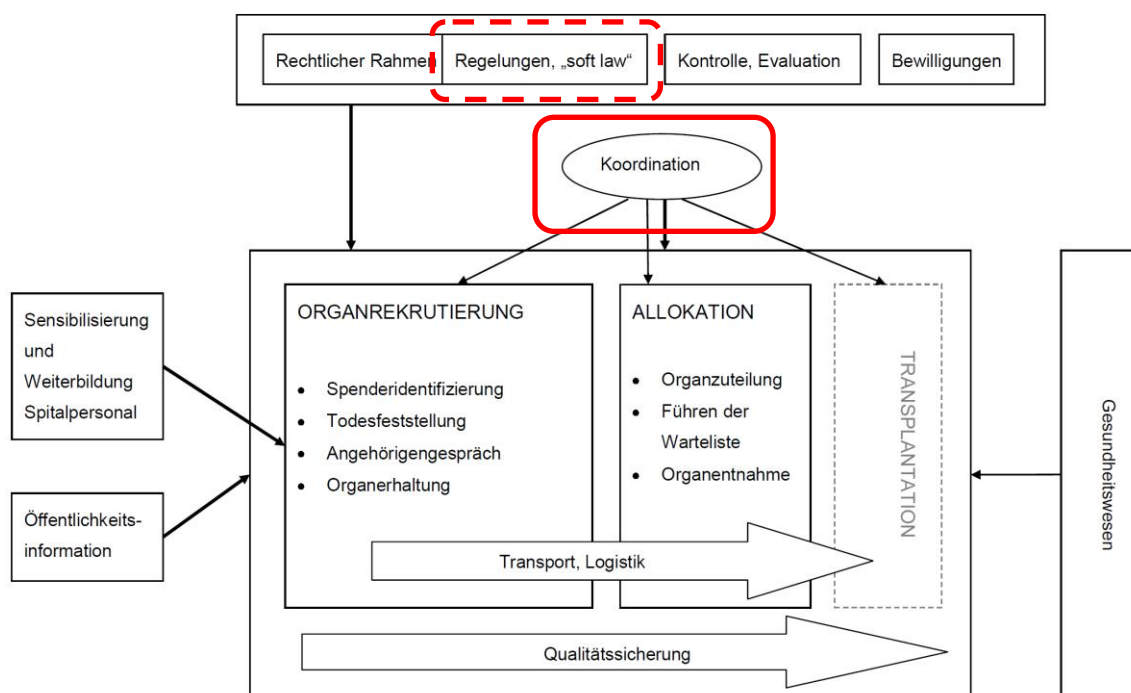
Die *Qualitätskontrolle* der Spendeprozesse durch Swisstransplant wurde allseits als klärender Beitrag begrüsst. In den peripheren Spitälern wurde teilweise ein deutlicher Unmut darüber geäußert, dass man „von oben“ ungerechtfertigterweise angeklagt würde, die Arbeit bezüglich Spenderrekrutierung nicht richtig zu machen. Da hierzulande die Resultate der Donor Action-Studie nicht veröffentlicht werden und gewisse Spitäler ihre eigenen Resultate noch nicht kennen, werden die Ausschöpfung des Spenderpools und ihre Ursachen nicht selten zu einer Glaubensfrage. Gleichzeitig wurde in den Interviews jedoch die Schaffung eines mit Spanien vergleichbaren Wettbewerbsklimas als unerwünscht und unangemessen bezeichnet.

Bezüglich der generellen *Sensibilisierung* für das Thema Organspende wurde mehrmals erwähnt, dass es in der Schweiz insbesondere beim Spitalpersonal, aber auch innerhalb der Bevölkerung offenbar noch an einer gewissen „Spenderkultur“ mangle. Vier Interviewpartner äusserten das Bedürfnis nach einer besseren Sensibilisierung, Information und Schulung des Spitalpersonals. Viele Befragte wünschen sich eine bessere Anerkennung der Spendearbeit, konkret werde dafür zu wenig gedacht, und man werde nicht (genug) über das Schicksal der Empfänger informiert. Grundsätzlich wurde die bisweilen negative und anklagende Kommunikation im Bereich Organspende kritisiert, in der häufig die Bevölkerung oder Spitäler bezichtigt würden, zu wenige Spender zu generieren. Vier Interviewpartner betonten, wie wichtig eine positive Kommunikation in diesem Bereich sei. Der Sensibilisierung wird also sowohl in den Interviews als auch in der Literatur ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt (ausführlicher in Kapitel 6.2).

5 Organisatorische Faktoren im Bereich Organspende

Im Folgenden wird die Organisation des Transplantationswesens der beiden Länder in den für die Organspende relevanten Bereichen vergleichend detailliert beschrieben. Auf unser Prozessschema bezogen betrifft dies den Bereich der Koordination, der sich über den gesamten Kernprozess der Organspende zieht (rot umrandet in Abbildung 5-1).

Abbildung 5-1 Organisatorische Faktoren der Organspende



Die Koordination findet auf den drei Ebenen lokal, regional und national statt, wobei sich die regionale Ebene nochmals unterteilen lässt. Erstens wickelt sich auf der Spitalebene die eigentliche Koordination der Organspenderidentifizierung und –Rekrutierung sowie der Organentnahme und –Transplantation ab. Zweitens findet sich in beiden Ländern eine intraregionale Koordinationsebene, in Spanien auf Ebene der autonomen Regionen, in der Schweiz auf Ebene der Tx-Zentren und der dazugehörigen Netzwerke. Drittens erfolgen in beiden Ländern auf interregionaler Ebene ein Austausch und eine Repräsentation in gewissen Gremien. In Spanien ist die interregionale Ebene entscheidend an der Entwicklung und Herausgabe von Richtlinien und Konsensdokumenten beteiligt, womit auch der Kontextaspekt Regelungen und „soft law“ angesprochen wird (Kapitel 5.3). Viertens wird die Koordination auf nationaler Ebene gebündelt.

Für all diese Ebenen werden nachfolgend die jeweils verantwortlichen Akteure mit der Funktion und den Kompetenzen, die sie innehaben, geschildert, wie sie sich uns vor Ort präsentiert haben. Gestützt auf Interviewaussagen und Hinweise aus der Literatur werden für die Organspenderrek-

rutierung relevante Aspekte genauer beleuchtet. Ein weiteres Kapitel widmet sich der staatlichen Unterstützung der Organspende. Darauf aufbauend werden geortete Problembereiche im organisatorischen Bereich dargelegt.

5.1 Organisatorische Faktoren I: Koordination auf Spitalebene

Als erstes soll die Gestaltung der Spendekoordination in den Spendespitälern in den beiden Ländern im Detail beschrieben werden. Ausgangspunkt ist dabei die Existenz von Spendekoordinierenden in den Spitälern mit IPS, in denen Spender rekrutiert werden können. Neben den dafür verantwortlichen Koordinatoren sind in die Prozesse auf Spitalebene auch die behandelnden Ärzte sowie das Pflegepersonal auf der IPS involviert und übernehmen einen Teil der in diesem Bereich anfallenden Aufgaben.

5.1.1 Die Spitalkoordinatoren Spaniens

Im Spanischen Modell wird auf Spitalebene zwischen Spitälern mit und ohne Neurochirurgie-Abteilung unterschieden, ausserdem zwischen Spitälern, welche auch Transplantationen (Transplantationsprogramme bestehen jeweils pro Organtyp) durchführen, und solchen, welche nur für die Organspende und –entnahme zuständig sind. Das Profil und der Kompetenzbereich der Spitalkoordinatoren variiert je nach Typ des Spitals, und entsprechend gibt es drei verschiedene Arten von Koordinationsteams.⁵⁰

Typ I: Spitaler mit Neurochirurgie-Abteilung und mit Transplantationsprogramm. Koordinationsteam mit einem Arzt in Teilzeit-Anstellung, sowie eine der Anzahl Transplantationsprogramme entsprechenden Zahl von Pflegefachpersonen in Vollzeit-Anstellung.

Typ II: Spitaler mit Neurochirurgie-Abteilung, aber ohne Transplantationsprogramm. Koordinationsteam aus einem Arzt und einer Pflegefachperson, jeweils in Teilzeit-Anstellung.

Typ III: Spitaler ohne Neurochirurgie-Abteilung und ohne Transplantationsprogramm. Ein Arztkoordinator in Teilzeit-Anstellung.

In Spanien werden Spitalkoordinatoren durch die Spitalleitung, jedoch im Konsens mit dem regionalen Koordinationsbüro und dem abtretenden Spitalkoordinatoren ernannt. Ein Spitalkoordinator sollte berufliche Erfahrung mit neurologischen Krankheitsbildern und eine hohe Motivation im Bereich der Organspende und Transplantation mitbringen (Matesanz 2008: 28-29). Es gibt also in jedem Spital einen verantwortlichen Hauptkoordinator, mit ganz wenigen Ausnahmen sind dies IPS-Ärzte, denen Pflegefachpersonen oder auch weitere Ärzte zur Seite gestellt werden. Für die Spitalkoordinatoren werden Stellvertreter für den Fall ihrer Abwesenheit bestimmt. Die hierarchische Unabhängigkeit der Spitalkoordinatoren von der Transplantationschirurgie (sie

⁵⁰ <http://www.ont.es/home/Paginas/EquiposdeCoordinacion.aspx> [Stand. 9.7.2010].

unterstehen direkt der Spitalleitung) wird als weiteres wichtiges Element des spanischen Modelles bezeichnet (Matesanz 2008: 17).

Die Spitäler verfügen über weitreichende Autonomie in der Ausgestaltung der Kompetenzen der Spitalkoordinatoren. Obwohl ihre Funktion immer gleich bezeichnet wird, erfüllen die Spitalkoordinatoren in denjenigen Spitätern, welche auch Transplantationen durchführen, zusätzlich zu der Koordination der Organspende auch die Funktion, die in der Schweiz den Tx-Koordinatoren in den Tx-Zentren zugeordnet wird. Damit ist die personelle Trennung der Organspende- und der Transplantationsseite in Spanien nicht immer vollumfänglich gewährleistet. Ein weiterer Unterschied zur Schweiz besteht darin, dass die meisten Spendespitäler gleichzeitig auch Entnahmespitäler sind. Im Rahmen dieser Studie wurden nur Spitäler des Typs I besucht, es konnten also keine Spitalkoordinatoren befragt werden, welche sich nur mit der Organspende beschäftigen. Anhand der Angaben aus der Literatur und den Interviews lassen sich jedoch diejenigen Kompetenzen identifizieren, welche den Spitalkoordinatoren in allen Spitätern gemeinsam sind (Matesanz 2008: 29, 38-39):

Identifizierung möglicher Spender

Im Sinne einer proaktiven Suche nach potentiellen Organspendern ist der Spitalkoordinator für die Spenderidentifizierung zuständig, also der Entdeckung von Patienten mit Hirntodsymptomen, auf der IPS wie auch auf anderen Stationen (siehe Kapitel 4.1). Das erfordert auch, dass immer ein Spitalkoordinator auf Wache ist, wodurch die Spenderidentifizierung rund um die Uhr gewährleistet ist. Dies scheint jedoch in kleinen Spitätern mit nur einer Koordinationsperson nicht immer der Fall zu sein.

Kontrolle der Hirntoddiagnose

Der Spitalkoordinator beaufsichtigt die Erfüllung der strengen Voraussetzungen bei der Hirntoddiagnose.

Familiengespräch

Gibt es einen potentiellen Spender, so führen die Spitalkoordinatoren das Angehörigengespräch, nachdem der behandelnde Arzt die Todesmitteilung gemacht hat. Die Angehörigen werden während des ganzen Prozesses im Spital vom Spitalkoordinatoren betreut.

Spendererhaltung und –bewertung

Liegt ein potentieller Spender vor, klärt der Spitalkoordinator seine Eignung als Organspender ab und betreut die Spendererhaltung auf der IPS mit. Ausserdem meldet er den Spender der ONT.

Logistik der Organentnahme und –zuteilung

Der Spitalkoordinator koordiniert die spitalinterne Logistik der Organentnahme (Teams, Operationssäle, etc.), der Vorbereitung, Erhaltung, Aufbewahrung und des Transports der Organe.

Weiterbildung und Sensibilisierung des medizinischen Personals

Des Weiteren informieren und motivieren die Spitalkoordinatoren die beteiligten Teams und das restliche Spitalpersonal. Sie sorgen dafür, dass die entsprechenden Direktiven und Protokolle umgesetzt werden.

Promotion der Organspende im Spital und in der Öffentlichkeit

Sie informieren auch die Öffentlichkeit zu diesem Thema, etwa in Form von Präsentationen in Schulen oder Vereinen. Solche Tätigkeiten werden ihnen nicht speziell vergütet, werden jedoch während der normalen Arbeitszeit als Koordinator ausgeführt. Die Spitalkoordinatoren sind auch Ansprechpartner für die Medien (Matesanz 2008: 39).

Organisation und Durchführung eines Programms zur Qualitätskontrolle

Die Spitalkoordinatoren erheben alle Daten des Spitals bezüglich potentieller und effektiver Spender, Organentnahmen (und Transplantationen) und leiten sie an das regionale Büro weiter.

Führt ein Spital zusätzlich auch Transplantationen durch, so erweitern sich auch die Kompetenzen des Spitalkoordinators. Die Koordinationsteams sind grösser, und mindestens ein Koordinator muss Vollzeit arbeiten. Der Spitalkoordinator koordiniert den gesamten Prozess der Organentnahme und der Transplantation. Für den Teilbereich der Nierentransplantation führt er auch die lokale Nieren-Warteliste und übernimmt die Allokation der Nieren. Im Übrigen unterhalten Tx-Spitäler eine 24h-Hotline für die Spendespitäler der Umgebung.

5.1.2 „Donor key persons“ und Tx-Koordinatoren: „lokale Koordination“ auf Spitalenebene in der Schweiz

Der im TxG verwendete Begriff „lokale Koordination“ nimmt keine Unterscheidung zwischen Tx-Koordinatoren und donor key persons vor, wie sie sich in der Praxis herausgebildet hat. In den Schweizer Spitälern sind die donor key persons zumeist die leitenden Intensivmediziner. Alle Leiter der Intensivstationen wurden bei Einführung des TxG im Jahre 2007 seitens der Gesundheitsdirektion der Kantone oder der für den Vollzug des TxG zuständigen Person für die Erfüllung dieser Aufgabe angefragt, und die donor key persons wurden der nationalen Zuteilungsstelle gemeldet.

Das Gesetz umschreibt die Kompetenzen der lokalen Koordinatoren in Spendespitälern und Tx-Zentren weitgehend deckungsgleich. Gemäss Art. 56 des TxG muss die lokale Koordination sicherstellen, dass in einem Spital potentielle Spender identifiziert und gemeldet und die Angehörigen angemessen betreut werden. Die Aufgaben in IPS-Spitälern (Art. 47 Transplantationsverordnung) gelten gemäss Art. 46 der Transplantationsverordnung auch für die Transplantationszentren, welcher ihnen aber noch einige zusätzliche Verantwortlichkeiten zuweist. Ein Merkblatt des Bundesamtes für Gesundheit aus dem November 2008 präzisiert die Aufgabenumschreibung. Gewisse Koordinationsaufgaben müssen demgemäss in allen Spitälern mit einer anerkannten IPS sichergestellt werden. Die donor key persons in den peripheren Spitälern sind dafür verantwortlich, dass alle Prozesse im Bereich Spendererkennung, Spender- und Angehörigenbetreuung und

dem Spendermanagement umgesetzt werden, sowie für die Förderung des Bewusstseins und die Verbreitung von Informationen im eigenen Spital (BAG 2008b). Die Transplantationskoordination des Zentrums unterstützt die donor key persons in der Peripherie.

Diese im TxG und seinen Verordnungen vorgesehenen Strukturen für die lokale Koordination sind relativ neu, und dementsprechend verdient der Stand ihrer Umsetzung im Frühjahr 2010, wie er sich in den Interviews präsentierte, ein besonderes Augenmerk.

In der Praxis übernehmen die donor key persons in allen Spitälern, auch den Tx-Zentren, ausschliesslich diejenigen Koordinationstätigkeiten, welche die Organspende betreffen (Balthasar und Fässler 2009). Die Kompetenzaufteilung zwischen donor key persons und Tx-Koordinatoren hat sich anscheinend pragmatisch ergeben. Sie war ausnahmslos allen Interviewpartnern klar und bereitet keine Probleme, auch in den Spitälern, wo sowohl donor key persons wie auch Tx-Koordinatoren arbeiten. Gleichzeitig lässt sich für die Ebene der donor key persons festhalten, dass das Aufgabenverständnis derselben regional und nach Funktion (Arzt oder Pflegepersonal) sehr stark variiert (siehe nachfolgende Ausführungen unter 5.1.3), sodass sich aus der Praxis im Gegensatz zu Spanien noch kein einheitliches klares Profil der donor key person für die Schweiz ablesen lässt.

Es gibt in der Schweiz keine Vorschriften, wie viele lokale Koordinatoren pro Spital tätig sein müssen. In den Tx-Zentren existieren sowohl donor key persons als auch Tx-Koordinatoren. Gibt es mehrere Intensivstationen, dann gibt es für jede IPS eine mit gewissen Stellenprozenten angestellte donor key person. In den besuchten Spitälern haben wir diesbezüglich im Mai 2010 ganz unterschiedliche Anstellungsmodelle gefunden. In grossen Universitätsspitalern werden die Stellenprozente häufig auf mehrere Personen verteilt, meistens ein Arzt und ein bis mehrere Pfleger, um die Aktivitäten zu diversifizieren.⁵¹

Die Situation in den besuchten peripheren Spitälern präsentiert sich leicht anders. Hier verfügen die donor key persons über keine spezifischen Stellenprozente für diese Tätigkeit, die Spendekoordination integriert sich in ihre normale Arbeitstätigkeit, ausser im PLDO, wo ihnen allen 20 Stellenprozente bezahlt werden. Im Kantonsspital Glarus ist der Chefarzt der IPS zugleich die donor key person. Im Spital Thun teilen sich die Chefärztin der IPS und eine Pflegefachfrau die Spendekoordination. In peripheren Spitälern des PLDO (Jura, Tessiner Spitäler) sind donor key persons in der Regel Pflegepersonen, die die Koordinationstätigkeit auf Teilzeitbasis (20 Prozent)

⁵¹ Stand Mai 2010 gemäss Auskunft der Interviewpartner: Im Universitätsspital Zürich hat es auf den Intensivstationen 3 leitende IPS-Ärzte als donor key persons, die diese Funktion als weiteren Teil ihrer Tätigkeit ausüben, ohne dafür speziell bezahlt zu werden. Zudem sind 6 Tx-Koordinatoren, allesamt Pflegefachpersonen, zu total 530 Stellenprozenten angestellt. Im Inselspital Bern gibt es 3 Tx-Koordinierende mit einer Ausbildung zu Pflegefachpersonen, die zu insgesamt 230 Stellenprozenten angestellt sind. Als donor key persons fungieren der Chefarzt der IPS und sein Stellvertreter zu je 20 Stellenprozenten, welche ebenfalls vom Inselspital bezahlt sind. Im PLDO hat das HUG in Genf 4 donor key persons; 1 Chefarzt (20 Prozent) und 3 Krankenschwestern (2x20 Prozent, 1x40 Prozent) teilen sich 100 Stellenprozente für die Spendekoordination, ausserdem betreibt ein weiterer Arzt freiwillig Spenderidentifikation. Weiter teilen sich 6 Pflegefachpersonen 530 Stellenprozente für die Tx-Koordination, von denen 75 Prozent vom PLDO bezahlt werden. Das CHUV Lausanne verfügt über 3 donor key persons, davon zwei IPS-Pflegefachfrauen zu je 25 Stellenprozenten und ein IPS-Chefarzt zu 100 Stellenprozenten. Für die Tx-Koordination stehen 280 Stellenprozente zur Verfügung. Die Stellenprozente der donor key persons werden im PLDO von den Kantonen bezahlt, sie stehen aber beim Spital unter Vertrag.

ausführen. Besondere Konstellationen trafen wir Ospedale Civico in Lugano an. Vor Einführung des TxG war das Ospedale Civico das einzige Nicht-Transplantationszentrum, welches über zwei lokale Koordinatoren verfügte (FSOD, SGI und Swisstransplant 2007: 1). Ähnlich wie Tx-Koordinatoren waren diese für alle Spitäler des Kantons Tessin für die Koordination der Organspende - Meldungen, Empfängerkoordination, Spendermanagement zusammen mit dem IPS-Arzt, Unterstützung Explantationsteams - bis und mit der Organentnahme (alle Tx-Zentren liegen nördlich der Alpen) zuständig. Diese Strukturen haben sich erhalten, heute übernehmen im Ospedale Civico zwei Pflegefachpersonen, die gleichzeitig donor key persons sind, die Funktion des Tx-Koordinators bis und mit der Organentnahme.⁵²

5.1.3 Kompetenzen der donor key persons

Die tatsächlichen Kompetenzen der donor key persons variieren in der Schweiz je nach Netzwerk, ob es sich um einen Arzt oder eine Pflegefachperson handelt, und teilweise auch nach Spital deutlich, so dass den Interviews nur schwer ein gemeinsames Muster zu entnehmen ist. Ebenfalls hatten einige der befragten donor key persons noch kaum je oder nie tatsächlich mit einer Organspende zu tun gehabt. Der untenstehende Versuch einer Systematisierung unterscheidet zwischen Kompetenzen, welche den donor key persons als behandelnden IPS-Ärzten obliegen, allen befragten donor key persons gemeinsamen Aufgaben und regional unterschiedlichen Kompetenzen. Er bezieht sich nur auf die drei von uns untersuchten Netzwerke und hat somit keinen Anspruch auf Repräsentativität.

Die eigentlichen Kernprozesse der Organspende - Spenderidentifizierung, Hirntoddiagnose (zumindest die erste), Angehörigengespräch und -betreuung, Spendererhaltung, die Spendermeldung wie auch die Abhaltung von Pikettdiensten (im Sinne, dass rund um die Uhr jemand erreichbar ist für den Fall einer Organspende) - liegen in der Schweiz im Kompetenzbereich der behandelnden IPS-Ärzte und teilweise des IPS-Pflegepersonals (Identifizierung, Angehörige betreuen, Spendererhaltung), welche diese als weiteren Teil ihrer normalen Arbeitstätigkeit ausüben. Gemäss diversen Interviewangaben ist eine donor key person nur wenn sie als behandelnder IPS-Arzt oder -Pflegeperson tätig ist, für diese Bereiche zuständig. Sie wird jedoch nicht in ihrer Funktion als donor key person spezifisch für das Ausführen dieser Arbeit in seinem Spital angestellt und bezahlt, wie dies in Spanien der Fall ist.

Gewisse Aufgaben sind einigen donor key persons gemeinsam, insbesondere, wenn sie Pflegepersonen sind:

Sensibilisierung des medizinischen Personals in Bezug auf die Organspende

Die donor key persons sollen das Bewusstsein schaffen, wer potentieller Organspender sein kann und dass diese gemeldet werden müssen. Sie motivieren und unterstützen das IPS-Team.

⁵² Auf einer Liste von Swisstransplant sind alle donor key persons der Schweiz erfasst (Stand Ende 2009). Die beiden dkp-Pflegefachpersonen des Ospedale Civico werden auf dieser Liste auch „Tx-Koordinatoren“ genannt.

Verbreitung und Durchsetzung der Protokolle im Spital

Die donor key persons informieren das Personal über die Prozesse und Protokolle, die beim Vorkommen eines Organspenders zu befolgen sind.

Meldung der potentiellen Spender an nächstes Entnahmespital oder Tx-Zentrum

Potentielle Spender müssen dem nächsten Entnahme- oder Tx-Zentrum gemeldet werden (FSOD, SGI und Swisstransplant 2007: 1). Bei Unsicherheiten bezüglich Beurteilung eines Spenders kann der Tx-Koordinator des Netzwerks über die Hotline um Hilfe gebeten werden (vgl. Ausführungen unter 5.2.2).

Ausserdem unterhalten die donor key persons die Beziehungen zum Tx-Zentrum, dem Netzwerk und zu Swisstransplant. Ansonsten variiert die Ausgestaltung der Tätigkeit der donor key persons je nach Netzwerk erheblich.

In den besuchten Spitälern der *Deutschschweiz* führen die donor key persons keine Datenerhebung und auch keine Qualitätskontrolle (Donor Action) durch; die befragten Personen sehen ihre Funktion als donor key persons darin, die Spenderidentifizierung und -rekrutierung im Spital zu gewährleisten, einerseits durch ihre normale Tätigkeit als IPS-Ärzte, andererseits durch die Sensibilisierung des Personals und als Ansprechpartner im Falle einer Organspende.

In der *Romandie* (PLDO), wo die meisten donor key persons Pflegepersonen sind, haben die donor key persons zwei Hauptaufgaben: Einerseits die Sensibilisierung und Weiterbildung des Personals vor Ort. Zudem kümmern sie sich um den Eintrag der Daten in die Datenbasis von Donor Action. Gibt es zusätzlich einen Mediziner als donor key person, dann übernimmt dieser explizit den gesamten medizinischen Bereich der Spendarbeit. Im Tessin hingegen sind die donor key persons nur für die Entdeckung von Spendern zuständig.

Die donor key persons im PLDO sollen nicht selbst die Spenderidentifizierung betreiben, sondern für ihre Umsetzung im Spital sorgen, indem sie das Spitalpersonal für die Spendererkennung ausbilden und sensibilisieren. Dieser vom Spanischen Modell abweichende Ansatz wurde bewusst gewählt, da die Spitäler in der Schweiz in der Regel zu klein seien, als dass sich die Anstellung einer Person speziell für die Sicherstellung der Spenderrekrutierung rund um die Uhr lohnen würde.

5.1.4 Kompetenzen der Tx-Koordinatoren auf Spitalebene

Die Tx-Koordinatoren in den Tx-Zentren sollen gemäss BAG sicherstellen, dass alle Abläufe und Aufgaben von der Organentnahme bis hin zur Transplantation reibungslos funktionieren. Sie betreuen potentielle Organempfänger, führen Statistiken und Archive und sind verantwortlich für Weiterbildung und Öffentlichkeitsinformation. Die Anforderungen an die Ausbildung der Transplantationskoordinatoren sind wesentlich höher als an die donor key persons (BAG 2008b).

Sie sind zumeist Pflegefachpersonen und Teilzeit oder Vollzeit spezifisch als Transplantationskoordinatoren angestellt.

Die Kompetenzen der Tx-Koordinatoren, wie wir sie vorgefunden haben, ähneln sich in den verschiedenen Spitälern. Sie decken zum einen auf Spitalebene den Teil der Kernprozesse zwischen Organspende und Transplantation ab, der in Spanien noch von den Spitalkoordinatoren wahrgenommen wird.

Die aktive Arbeit der Tx-Koordinatoren setzt gemäss übereinstimmender Beschreibung der Interviewpartner bei der zweiten Hirntoddiagnose ein. Vorgängig können Tx-Koordinatoren bei Unsicherheiten bei der Spenderidentifikation durch Netzwerkspitäler kontaktiert werden (zur entsprechenden Praxis im Netzwerk Zürich siehe 5.2.2). Ab dem Moment, in dem es einen Spender gibt, bis zur Transplantation koordinieren die Tx-Koordinatoren den gesamten Prozess. Sie melden den Spender an Swisstransplant und interagieren mit der Stiftung während den Prozessen, organisieren die ganze Logistik der Verlegung des Spenders, der Entnahme und der Transplantation, führen die notwendigen Abklärungen hinsichtlich der zu transplantierenden Organe durch und kümmern sich um die Datenaufnahme in SOAS. Schliesslich organisieren die Tx-Koordinatoren die ganzen Transporte, bestellen die Empfänger ein, organisieren die Entnahme- und Transplantationsteams, Anästhesisten, die OPs und den Entnahmechirurgen. Die Arbeit des Tx-Koordinatoren kann über den Spende- und Transplantationsakt hinausgehen, etwa bei der *nachträglichen* Betreuung der Angehörigen des Spenders, welche er auch während des Aufenthalts des Spenders im Tx-Zentrum wahrnimmt (die Aufgabe, die Angehörigen um die Organspende zu bitten, obliegt jedoch immer dem behandelnden IPS-Arzt). Damit sind die Tx-Koordinatoren in erster Linie für die Logistik und die Koordination von Organspende und Transplantation zuständig, und nicht die donor key persons.

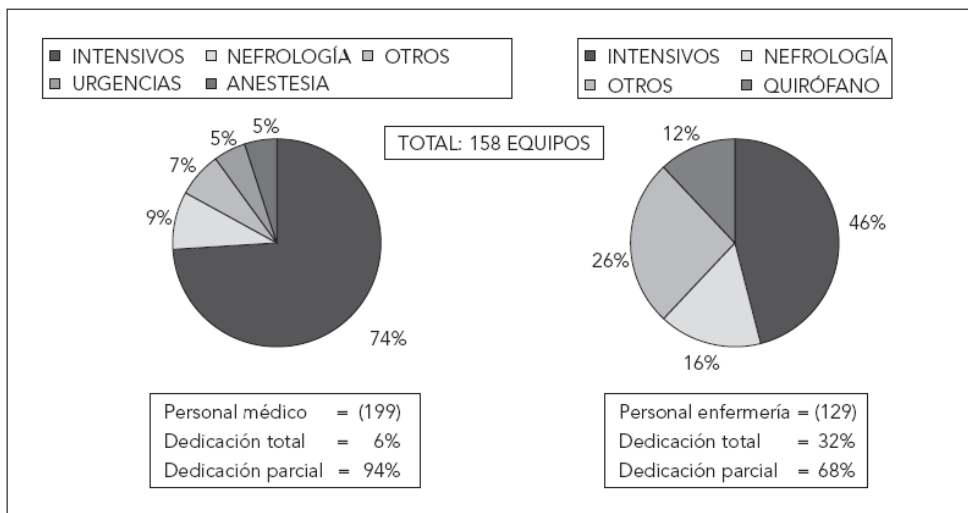
Auch bei der Tx-Koordination gibt es regionale Unterschiede, diese fallen allerdings im Vergleich zu den Variationen bei donor key persons nur geringfügig aus. Der Spezialfall Tessins wurde bereits erwähnt, in welchem eine Tx-Koordination nur für die Entnahmeseite operativ ist (vgl. Ende Kapitel 5.1.2). Im PLDO und in Bern (Thun) führen die Tx-Koordinatoren nachträglich systematische Debriefings mit den beteiligten Teams durch. Das Ausmass des Kontaktes des Tx-Koordinators mit den Angehörigen des Spenders variiert je nach Netzwerk.

5.1.5 Ärzte oder Pflegefachpersonen als Spitalkoordinatoren?

In *Spanien* ist es Teil des erwünschten Profils der Spitalkoordinatoren, dass sie Intensivmediziner sein sollen, da sie auf der Intensivstation tätig sind und so in engem Kontakt mit den anderen Abteilungen des Spitals stehen, und auf der IPS die meisten Organspender rekrutiert werden. Ausserdem verfügen sie über eine grosse Erfahrung im Überbringen schlechter Nachrichten, was das Familiengespräch erleichtert (Matesanz 2008: 28-29). Dieses Modell wird auch konsequent umgesetzt.

2008 gab es in Spanien 158 Koordinationsteams, welche 199 Ärzte und 129 Pflegefachpersonen beschäftigten (siehe Abbildung 5-2). 74 Prozent der Arztkoordinatoren waren Intensivmediziner, neun Prozent waren Nephrologen, und fünf Prozent von ihnen arbeiteten auf Notfallstationen (Grafik links). Unter den Pflegefachpersonen waren 46 Prozent in der Intensivmedizin und 16 Prozent in der Nephrologie tätig, zudem 12 Prozent im Operationssaal (Grafik rechts). Während Ärzte zu 94 Prozent Teilzeit arbeiteten, widmete sich ein Drittel der Pflegefachpersonen vollzeitlich der Koordinationstätigkeit.

Abbildung 5-2 Koordinationsteams, Qualifikation und Beschäftigungsgrad 2008, Spanien



Quelle: Matesanz 2008: 23

Die Spitäler sind frei in der Ausgestaltung der Kompetenzaufteilung zwischen Arztkoordinatoren und Pflegerkoordinatoren; das Gesetz schreibt hier nichts vor. In einem besuchten Spital erfüllten die Pfleger - als Ausnahme - exakt dieselben Aufgaben wie die Ärzte, wenn sie als Spitalkoordinatoren im Einsatz waren. In den meisten Spitälern jedoch, in denen sowohl Ärzte wie auch Pflegepersonal als Spitalkoordinatoren arbeiten, kümmert sich das Pflegepersonal um die sogenannten administrativen Koordinationstätigkeiten. Diese beinhalten die ganze Logistik, die Koordination des Pflegepersonals für die Operation und der Operationssäle, die Betreuung der Familie, die Nachbereitung des Spendeprozesses sowie weitere Administration (etwa Datensammlung). Die Ärzte übernehmen die medizinischen Koordinationstätigkeiten: Die eigentliche Spenderdetektion, die Wachen, das Angehörigengespräch (zusammen mit dem behandelnden Arzt) sowie die medizinische Spendererhaltung.

In der Schweiz gibt es diesbezüglich unterschiedliche Modelle. Im PLDO sind die lokalen Koordinatoren in den peripheren Spitälern zumeist Pflegefachpersonen der Intensivpflege. In Universitätsspitälern herrscht, ähnlich wie in Spanien, eine Kombination eines leitenden IPS-Arztes mit Pflegefachpersonen vor. In der Deutschschweiz findet man häufig die Kombination eines Arztes mit einer Pflegefachperson, oder in kleinen Spitälern entweder (zumeist) einen leitenden Arzt der

Intensivstation oder eine Pflegefachperson als donor key person. Gemäss einer Liste von Swiss-transplant der gemeldeten donor key persons⁵³ sind davon 79 Intensivmediziner, und 25 Pflegefachpersonen, was knapp einem Viertel entspricht. Von den 25 Pflegepersonen stammt mit 17 Personen die Mehrheit aus dem PLDO. Die Aussagen der Befragten weisen allerdings darauf hin, dass es vereinzelt Diskrepanzen zwischen der auf der Liste aufgeführten donor key persons und den Personen gibt, die in der Praxis die Aufgaben der donor key persons wahrnehmen.

In der Schweiz haben die donor key persons, wenn sie dem Pflegepersonal angehören, alle oben beschriebenen Aufgaben ausser diejenigen, welche als medizinische Koordinationstätigkeiten den IPS-Ärzten zugerechnet werden, unabhängig davon, ob es noch einen Arztkoordinatoren im Spital gibt oder nicht. Konkret bedeutet dies: Sie kümmern sich um die Sensibilisierung und Schulung des medizinischen Personals und verbreiten die Protokolle. Im PLDO kümmern sie sich zusätzlich um die nachträglichen Debriefings und um Donor Action.

Sind die donor key persons Ärzte, so nehmen sie ebenfalls die oben beschriebenen Aufgaben mit den regionalen Unterschieden wahr. Als behandelnde Ärzte übernehmen sie zusätzlich die medizinischen Koordinationstätigkeiten, wenn sie im Dienst sind. In dieser Funktion führen sie auch das Angehörigengespräch.

Dass in der Schweiz bisweilen Pflegefachpersonen die Spendeoordination wahrnehmen, wurde seitens der ONT in Spanien als problematisch erachtet. Nicht ein Mangel an Kompetenz, sondern an Autorität im Vergleich zu einem Arzt könnte ihnen die Durchsetzung der Anliegen der Organspende erschweren. Aufgrund der hohen Ärztelöhne könnte es hierzulande jedoch schwieriger sein als in Spanien, über einen finanziellen Anreiz Ärzte für diese Aufgabe zu gewinnen. Auch in der Schweiz scheint die Meinung vorzuherrschen, dass die Funktion der donor key person von der ärztlichen Leitung der Intensivstation ausgeübt werden sollte. Dadurch sei eine optimale Spendererkennung und -betreuung sichergestellt. Leitende Ärzte verfügten über die nötigen Entscheidungskompetenzen. Auf hiesiger nationaler Ebene wurde als ausschlaggebend erachtet, dass die donor key person über die Kompetenzen verfüge, den Spendeprozess einzuleiten und sich durchzusetzen.

Im Rahmen der Interviews wurden Hinweise gefunden, die die These einer beschränkten Rolle von Pflegepersonal als donor key persons untermauern. In den peripheren Spitälern, welche sowohl über einen Arzt wie auch eine Pflegefachperson als donor key person verfügen, wurde uns die Funktion letzterer in der Praxis als äusserst marginal beschrieben (Donor Action, mitdenken). Nur die Hälfte der Befragungen von Pflegefachpersonen konnte ohne die Anwesenheit der ärztlichen IPS-Leitung durchgeführt werden. In einem Fall war dafür deren Einverständnis erforderlich.

Gleichzeitig wurde jedoch in den Interviews durchgehend betont, welche ausserordentlich gute Resultate das Modell der Pflegefachpersonen als donor key persons gerade im PLDO produziere. Die Pflegefachpersonen hätten hier mehr Zeit als Ärzte, sich der Sache der Organspende zu widmen. Dass ein solches Modell gewählt wurde, begründet dessen Netzwerkkoordination zu-

⁵³ Stand: November 2009.

sätzlich damit, dass sie motivierter als IPS-Ärzte seien; für diese besitze die Organspende keine Priorität.

Einen Überblick über die variierenden Profile der Schweizer donor key persons (Arzt, Pflegeperson, regionale Unterschiede) und Tx-Koordinatoren im Vergleich zu den Spitalkoordinatoren Spaniens bietet Kapitel 7.4.

5.2 Organisatorische Faktoren II: Intraregionale Koordination

Auf intraregionaler Ebene ist das Organspende- und Transplantationswesen in Spanien in den autonomen Regionen gebündelt, in der Schweiz überkantonale auf Netzwerkebene.

5.2.1 Spanien: autonome Koordinatoren auf Ebene der Regionen

Die autonomen Koordinationsbüros in Spanien sollen die Akteure im Transplantationswesen einer Region koordinieren sowie in nationalen Gremien repräsentieren. So dienen sie als Bindeglied zwischen den Spitälern, dem regionalen Gesundheitsministerium und der nationalen Ebene. Bei den regionalen oder autonomen Koordinatoren in Spanien handelt es sich meist um ehemalige Spitalkoordinatoren, die aufgrund ihrer Eignung für das Amt durch den regionalen Gesundheitsminister nominiert wurden und dieser Tätigkeit meist auf Vollzeitbasis nachgehen (Matesanz 2008: 41). Sie können jederzeit wieder abgewählt werden. Die autonomen Koordinationsbüros befinden sich ausserhalb der Spitäler, und die Funktionen der autonomen Koordinatoren sind rein technokratischer Natur. Das Personal des autonomen Büros hat den Status von Angestellten des Gesundheitswesens, wird entsprechend entlohnt und ist der regionalen Gesundheitsbehörde Rechenschaft pflichtig, wenn etwa Daten oder Informationen verlangt werden.

Die Grösse der regionalen Koordinationsteams hängt von der Einwohnerzahl der Region ab. In einer besuchten Region mit rund zwei Millionen Einwohnern besteht es aus zwei autonomen Koordinatorinnen, beides ehemalige Spitalkoordinatorinnen (eine Intensivmedizinerin und eine Pflegefachfrau), sowie einer Sekretärin.

Im Allgemeinen kümmert sich das regionale Büro um die optimale Gestaltung der Kontextprozesse, damit die eigentlichen Kernprozesse in den Spitälern möglichst reibungslos vonstatten gehen können. In Bezug auf die Spitalebene haben die regionalen Büros folgende Aufgaben (siehe auch Matesanz 2008: 41ff.):

Die Prozesse im Bereich Organspende und Transplantation kontrollieren

Die regionalen Büros erheben alle Daten zu den Spender und Tx-Aktivitäten in den Spitälern der Region, verfassen Studien und einen jährlichen Leistungsbericht.

Qualität sichern

Auch die Sammlung und Analyse der Daten für das nationale Qualitätsprogramm erfolgt durch die Spitäler. Diese Daten ermöglichen es den autonomen Koordinatoren, die Leistung der Spitä-

ler zu analysieren, zu evaluieren und zu kontrollieren. Weist ein Spital hohe Ablehnungsquoten oder tiefe Spenderraten auf, interveniert der regionale Koordinator und kann korrigierende Massnahmen ergreifen. Er kann sogar den Spitalkoordinatoren aufgrund mangelnder Leistung ersetzen.⁵⁴

Spende- und Transplantationstätigkeit organisieren und Programme formulieren.

Auf regionaler Ebene wird schliesslich mit Vierjahresplänen gearbeitet, in welchen spezifische Schwerpunkte und Ziele der Region für die kommenden Jahre festgelegt werden.

Vergabe von Bewilligungen

Die regionalen Büros sind zudem zuständig für die Vergabe sowie die Aktualisierung der alle vier Jahre fälligen Autorisierungen von Spitälern als Entnahme- oder Tx-Zentren, und verfassen Expertenberichte. Dies gibt ihnen eine weitere Kontrollmöglichkeit.

Diese übergeordnete, neutrale Kontrollfunktion der regionalen Büros wird von den Interviewpartnern als zentral erachtet, um die Spitäler, welche in einem natürlichen Wettbewerb stehen, überhaupt zur Koordination im Organspende- und Transplantationsbereich bewegen zu können.

Information und Sensibilisierung des medizinischen Personals und der Öffentlichkeit

Schliesslich haben die regionalen Büros den Auftrag, die Bevölkerungsinformation, öffentliche Sensibilisierung und Weiterbildung des Spitalpersonals zu fördern. Dazu gehören etwa Medienkampagnen, das Verteilen von Informationsmaterial und Spendekarten, sowie die Vergabe von Subventionen für Vereine oder andere Akteure, welche die Organspende fördern wollen. Sie unterhalten eine 24h-Informationshotline für die Öffentlichkeit und die Spitäler.

Nieren-Transplantationsprogramm: Allokation und Führen der Warteliste

Die regionalen Büros sind für die Zusammenführung und Übersicht über alle Nieren-Wartelisten in der Region zuständig.

Austausch und Repräsentation

Die autonomen Koordinatoren treffen sich zwei- bis dreimal jährlich mit allen Spitalkoordinatoren der Region sowie dem regionalen Gesundheitsminister. In dieser Kommission werden regelmässig alle Qualitäts-Kontrolldaten präsentiert, Verbesserungspotential ausgelotet, zukünftige Ziele formuliert, sowie die Aktivitäten evaluiert.

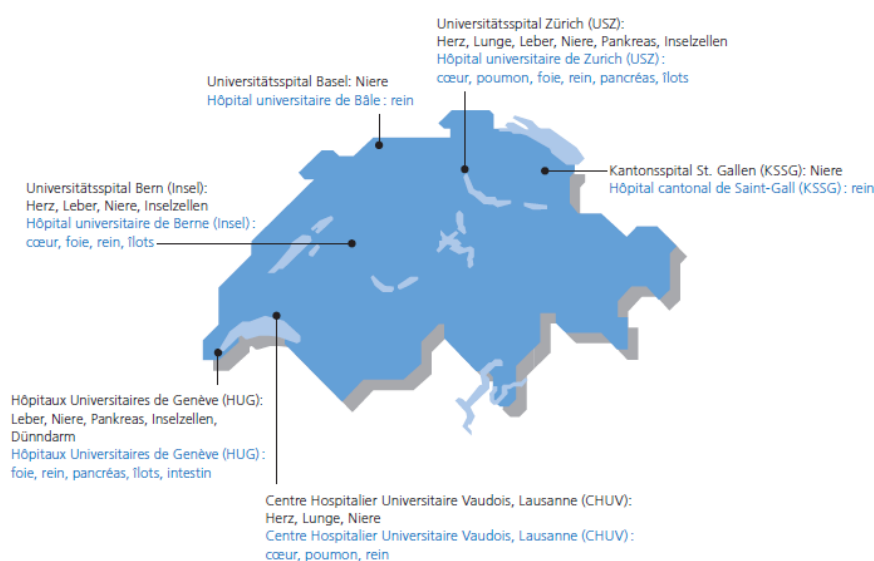
5.2.2 Schweiz: Netzwerke um die Tx-Zentren auf überkantonaler Ebene

Die sechs Netzwerke der Schweiz haben sich um die Tx-Zentren respektive das Luzerner Kantonsspital gebildet und vereinen in sich die Spitäler verschiedener Kantone, die jeweils eine weitgehende Kompetenzhoheit in ihrem Gesundheitswesen haben (vgl. Abbildung 5-3)

⁵⁴ Zwar haben die Spitalkoordinatoren keinen direkten Auftrag, Spender zu entdecken, aber ihre Ernennung zum Koordinator ist auf zwei Jahre befristet, und sie können auch wieder abberufen werden.

Ausser im PLDO nehmen die Tx-Koordinatoren in ihrer Rolle als Vorsteher und Vertreter dieser Netzwerke zusätzlich verschiedene Aufgaben in Bezug auf die Spendespitäler wahr. Als Drehscheibe im komplexen Zusammenspiel der verschiedenen Akteure, die für einen lückenlosen Informationsfluss sorgt, sind sie eine wichtige Anlaufstelle für Netzwerkspitäler bei der Spendererkennung und der -arbeit (BAG 2008b). Innerhalb ihres Netzwerkes haben die Tx-Koordinatoren die Übersicht über alle Netzwerkspitäler, im Tessin über die Spitäler des Kantons.

Abbildung 5-3 Transplantationszentren und Netzwerke der Schweiz



Netzwerke	Kantone
Bern	BE, SO, eventuell Oberwallis
Basel	BS, BL und Kantonsspital Aarau
St. Gallen	SG, eventuell AG, GR, LU, TG
Zürich	GL, SZ, ZG, ZH, eventuell AG, GR, LU, TG
PLDO	FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS
Luzern	LU, UR

Quellen: Swisstransplant 2009b: 13, Balthasar und Fässler 2009: 10; Angaben von Diane Moretti (PLDO)

Begleitung und Ansprechpartner für die Spendespitäler

Die Tx-Koordinatoren stehen vor allem über die donor key persons mit allen Spitälern in Kontakt und als deren Hauptansprechpartner mit Auskünften zur Verfügung; sie unterhalten eine 24h-Hotline, die kontaktiert wird, sobald es in den peripheren Spitälern Spender gibt. Die gemeinsame telefonische Beurteilung eines potentiellen Spenders durch den Tx-Koordinator und die donor key person erfolgt etwa im Netzwerk Zürich über ein sogenanntes „prospektives Screening“. Es werden telefonisch die nächsten Schritte besprochen und die Tx-Koordination klärt ab, ob sie das entsprechende Spital noch weiter unterstützen kann. Sie spricht sich mit den Koordinatoren der nationalen Zuteilungsstelle ab.

Optimierung der Spenderprozesse

Die Tx-Koordination regt eine Vereinheitlichung der spitalinternen Protokolle und Prozeduren an, die klare Anweisungen und Regelungen für alle Phasen des Organspende- und Tx-Prozesses sowie für deren Koordination beinhalten. In zwei der drei besuchten Netzwerke wurde eine solche bereits bewirkt, in einem ist dies noch am Entstehen. Die Existenz einheitlicher Protokolle wurde in verschiedenen Interviews auf peripherer Ebene als sehr hilfreich beschrieben. In einem Fall resultierte dies in Verfahrensleitungen, die an jedes Spital des Netzwerkes verteilt wurden.

Sensibilisierung und Weiterbildung des Spitalpersonals

Die Netzwerkkoordination organisiert Weiterbildungskurse zum Thema Organspende und Transplantation, die den donor key persons und dem medizinischen Personal offenstehen (vgl. Kapitel 6.2). Sie schafft in den Spendespitalern ein Bewusstsein für die Organspende.

Die Netzwerke unterschieden sich in ihrem Angebotsprofil deutlich voneinander. Das Zürcher Netzwerk bietet seinen Koordinationsservice auch Entnahmespitalern des Netzwerkes an. Die Zürcher Tx-Koordinatoren übernehmen dann vor Ort dieselben Koordinationstätigkeiten, wie wenn sich der Spender im Zürcher Universitätsspital befände. Auch sonst unterstützt dieses Netzwerk periphere Spitäler mit seinen Dienstleistungen, etwa indem es Spezialisten für die Durchführung der Hirntoddiagnose zur Verfügung stellt, wo diese fehlen. Ausserdem kümmert sich hier die Tx-Koordination um die Durchführung der Donor Action-Studie in den Spitalern. Im Netzwerk Bern finden regelmässige Zusammenkünfte der donor key persons statt. Dies wurde in einem Interview als gute Gelegenheit zum gegenseitigen Austausch und Networking geschätzt. Als Vorbildmodell wurde verschiedentlich das PLDO genannt, weshalb nachfolgend ausführlicher darauf eingegangen wird.

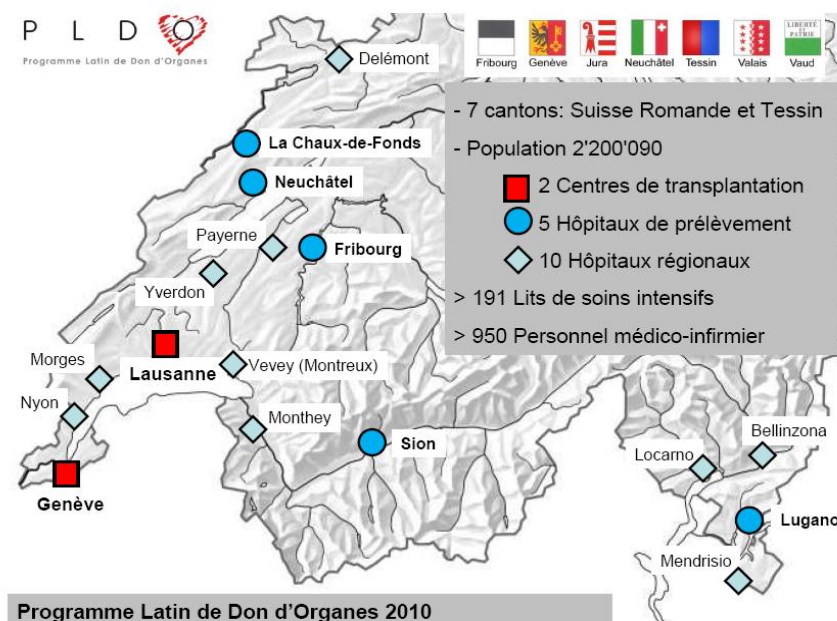
5.2.3 Das Programme Latin de Don d'Organes (PLDO) als „example of best practice“ in der Schweiz

Gemäss Interviewaussagen ist das PLDO in drei Aspekten gegenüber anderen Netzwerken führend: Erstens bei der Spenderidentifizierung, zweitens im Aufbau eines Teamgeists und einer Motivation beim beteiligten Personal, und drittens durch die Etablierung einer Finanzierung der Koordinationstätigkeit durch die Kantone. Die Besonderheit dieses Netzwerkes besteht in der Existenz einer separaten Netzwerkkoordination in der Person einer „coordinatrice générale“, welche sich ausschliesslich mit den Belangen der peripheren Spitäler und der Organspende befasst. Dieses Modell soll im Folgenden genauer vorgestellt werden. Die Beschreibung stützt sich auf Aussagen und zur Verfügung gestellte Unterlagen der Netzwerkkordinatorin Diane Moretti und anderer Interviewpartner aus der lateinischen Schweiz, sowie die Website des PLDO.⁵⁵

⁵⁵ <http://pldo.hug-ge.ch/>

Schon früh wurde die Netzwerkkoordinatorin in die Netzwerkbildung mit einbezogen. Als zur IPS-Pflegefachperson ausgebildete, ehemalige nationale Koordinatorin verfügt sie über langjährige Berufserfahrung im Bereich Organspende und Transplantation. Unter anderem war sie während sechs Jahren Unterrichtsperson in TPM-Kursen in Spanien, weshalb sie gut vertraut ist mit dem Spanischen Modell. Das Programm befindet sich unter der Autorität der „Association Vaud-Genève“, die sich aus Vertretern der Spitalleitung des HUG und des CHUV sowie der Gesundheitsdirektionen der Kantone Genf und Waadt zusammensetzt. Der Projektbescheid und das Budget mussten seitens der Kantone vom „Groupement des services de santé publique des cantons romands, de Berne et du Tessin“ (GRSP) sowie der „Conférence latine des affaires sanitaires et sociales“ (CLASS) genehmigt werden. Nach einer 18 Monate dauernden Konstituierungsphase wurde das PLDO am 1. Juli 2008 offiziell ins Leben gerufen.

Abbildung 5-4: Infrastruktur des Programme Latin de Don d'Organes (PLDO)



Quelle: Power Point-Präsentation, zur Verfügung gestellt von Diane Moretti, 4.5.2010, Bern

Das PLDO umfasst zwei Transplantationszentren und fünf Entnahmezentren. Daran angeschlossen sind 10 regionale Spitäler in sieben Kantonen, alles reine Spendespitäler (siehe Abbildung 5-4). Die zentrale Struktur des PLDO setzt sich zusammen aus einer Direktion, der die leitenden Intensivmediziner der Referenzspitäler sowie des „Centre Universitaire Romand Transplantation“ (CURT) angehören, eines „comité de gestion“ der betroffenen Berufsleute, und der Netzwerkkoordinatorin (coordinatrice générale).

Das PLDO unterstützt die Spitäler bei allen Problemen in Bezug auf die Organspende, bei der Ausbildung und Information des medizinischen Personals, und bei der Durchführung der Qualitätskontrolle. Zu diesem Zweck unterhält das Netzwerk eine 24h Hotline, die von den Wachen auf den Intensivstationen des CHUV und des HUG bedient wird. Die Tx-Koordinatoren dieser

Zentren begeben sich auf Anfrage in die Spendespitäler, um sie während des Koordinationsprozesses zu unterstützen. Die Aufgaben der donor key persons sind in Kapitel 5.1.3 beschrieben.

Die Tätigkeit der Netzwerkkoordinatorin, welche sie zu 100 Prozent wahrnimmt, ist vorwiegend administrativer Natur. Im Zuge der Etablierung des Netzwerks umfasste sie:

Einsetzung von donor key persons in den Spendespitalern

In einer ersten Phase hat sich die Netzwerkkoordinatorin in alle Netzwerkspitäler begeben, um deren Infrastruktur und Bedürfnisse zu erfassen. Es wurden Schulungstage in den Spitalern abgehalten und Arbeitsgruppen in den Universitätsspitalern gegründet.

Sicherstellung der Finanzierung der Spendertätigkeit

Die Netzwerkkoordination hat es erreicht, dass das PLDO das einzige Schweizer Netzwerk ist, in dem jede donor key person vom jeweiligen Kanton 20 Stellenprozent für diese Tätigkeit bezahlt werden. Dazu waren laut Interviewaussagen langwierige Verhandlungen mit den kantonalen Gesundheitsdirektionen notwendig. Die Kantone wurden mit Verweis auf ihre gesetzlichen Pflichten zu einer finanziellen Beteiligung aufgefordert. Die Finanzierung erfolgt auf zwei Ebenen: Ein gewisser Betrag wird von den Kantonen der Association Vaud-Genève für die Finanzierung der zentralen Struktur überwiesen. Das Salär der donor key persons bezahlen die Kantone direkt den Spitalern. Die Verlängerung der Finanzierung der Koordinationstätigkeit steht demnächst zur Diskussion.

Diese Finanzierung wurde in den Interviews als eine zentrale Errungenschaft hervorgehoben. Damit gebe man der Spendearbeit eine Anerkennung und verleihe den donor key persons eine gewisse Autorität in Bezug auf die Ausübung ihrer Tätigkeit. In einem Interview wurde erwähnt, dass in anderen Netzwerken niemand vorhanden sei, der dafür zuständig sei und genügend Zeit habe, um die notwendigen Verhandlungen mit den Kantonen zu führen.

Die Netzwerkkoordinatorin erachtet die folgenden drei Bereiche als Hauptsäulen ihrer momentanen Tätigkeit:

Schulung

Um gemäss Aussagen der Netzwerkkoordinatorin etwa 1000 Personen in den IPS auszubilden, organisiert die Netzwerkleitung Kurse (vgl. Kapitel 6.2). Die Netzwerkkoordinatorin begibt sich dafür eigens in die Spitäler, die Teilnahme ist freiwillig und wird den Teilnehmenden nicht vergütet, dennoch bestehe ein grosses Interesse.

Einführung von Prozessen und Protokollen in den Spendespitalern

Die Netzwerkkoordinatorin stellt sicher, dass die donor key persons in ihrem Spital die einzuhaltenden Prozesse und Protokolle einer Organspende etablieren und verbreiten.

Organisation und Verwaltung der Daten und Qualitätskontrolle

Die Resultate der Donor Action Studie dienen in diesen Prozessen als Grundlage, um die Bedürfnisse der Spitäler bezüglich Infrastruktur und Schulung zu erkennen und allfällige Probleme zu korrigieren.

Unterstützung und Information des IPS-Personals sicherstellen

Weiter nimmt die Netzwerkkoordinatorin die einem Netzwerk eigene Unterstützungs- und Austauschfunktion wahr. Sie arbeitet direkt mit den Intensivstationen zusammen. Sie begibt sich regelmässig in alle Netzwerkspitäler, um sich mit den donor key persons zu treffen und auszutauschen und ihnen bei allfälligen Anliegen Hand zu bieten. Auch regelmässige Debriefings mit den Spenderteams finden im PLDO statt.

In einem Interview wurde darauf hingewiesen, dass das Netzwerk Zürich ein ähnlich gut ausgebautes Angebot an Dienstleistungen für die peripheren Spitäler anbiete wie das PLDO. Der Unterschied bestehe vor allem im Aufbau eines Teamgeists und einer veritablen Spenderkultur, was im PLDO offenbar innert kurzer Zeit gelang. Die Netzwerkkoordinatorin des PLDO betonte, dass die Persönlichkeit und Motivation der Person, welche diese Aufgaben wahrnehme, entscheidend sei. Es brauche dazu Erfahrung, um zu erkennen, welche Punkte ausschlaggebend seien. Ausserdem erfordere die Netzwerkkoordination viel Zeit und Energie. Folgende Dinge sollten beim Aufbau eines Netzwerkes beachtet werden: Der Kontakt und der Austausch mit den peripheren Spitälern sei wichtig, sowie, dass man ihnen zuhört. Es müsse ein Zusammengehörigkeitsgefühl als Netzwerk geschaffen werden. Ferner sollten deren Vertreter in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden, anstatt ihnen Lösungen „von oben“ aufzuzwingen. Dadurch werde die Akzeptanz der Entscheidungen und damit die Qualität der Zusammenarbeit, etwa bei der Anwendung der Protokolle, erhöht.

5.3 Organisatorische Faktoren III: Interregionale Koordination

In beiden Ländern existieren Gremien, in denen die Akteure des Tx- und Organspendewesens repräsentiert sind und der Austausch zwischen den Regionen (Spanien) bzw. Netzwerken (Schweiz) sowie mit der nationalen Ebene stattfindet.

Die 17 autonomen Koordinatoren *Spaniens* bilden zusammen mit dem nationalen Koordinatoren, Rafael Matesanz, die Comisión Permanente de Trasplantes CPT (Real decreto 2070/1999, Art. 21; auch „Comisión Nacional“ genannt). Die CPT berät die nationale Gesundheitsbehörde (MSPS) und formuliert Ziele für die regionalen Transplantationseinheiten. Sie untersteht dem regionalen Gesundheitsrat. Die CPT ist ein technisches Expertengremium, das drei- bis fünfmal pro Jahr zusammentritt und Themen von nationaler Relevanz diskutiert, etwa Verteilungskriterien. Das Resultat sind oftmals sogenannte Konsensdokumente. Die Konsensdokumente gelangen dann zum „consejo interterritorial del sistema de salud“, der ein politisches Organ ist und aus

den Gesundheitsministern der Regionen und dem nationalen Gesundheitsminister besteht. Er muss die Vorschläge der CPT genehmigen, folgt dabei aber üblicherweise ihren Vorschlägen. Dies erlaubt allen Regionen ein politisches Mitspracherecht im Bereich der Organspende- und Transplantationspolitik und gewährleistet, dass keine Region vernachlässigt wird (Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 181f; 2004: 739).

In den Konsensdokumenten des CPT werden Aktivitäten im Bereich Organspende- und Transplantationsprozesse definiert und geregelt, etwa wenn neue Themen auftauchen, die nach Vorgaben verlangen, wie aktuell das Thema der Gesichtstransplantation. Sie können aber auch Pläne und prospektive Ziele zum Gegenstand haben, so z.B. den sogenannten „plan cuarenta“, der sich zum Ziel setzt, dass Spanien eine Spenderrate von 40 Spendern p.m.p. erreicht. Diese Regelungen sind nicht verpflichtend, sie werden eher als „soft law“ verstanden. Gemäss den Interviewpartnern herrscht jedoch ein bemerkenswert grosser Konsens zwischen den Regionen im Bereich Organspende und Transplantation. In der Regel halten sich alle Beteiligten grösstenteils an diese Vorgaben, es gibt nur geringfügige regionale Differenzen bei der Umsetzung (siehe auch Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 181f; 2004: 739). Dadurch wurde es möglich, dass die Kernprozesse der Organspende und Transplantation in Spanien weitgehend einheitlich geregelt und ausgeführt werden.

In der *Schweiz* gibt es zwei nationale Gremien, welche die Basis in die Entscheidungsprozesse innerhalb von Swisstransplant einbinden sollen. Schon länger existiert das Comité Médical, welches aus Vertretern der Transplantationsmediziner der Tx-Zentren besteht. Pro Organtyp und Zentrum sind bis zu zwei Ärzte oder Chirurgen vertreten. Die Tx-Koordinatoren treffen sich zweimal jährlich in der Swisstransplant Arbeitsgruppe Transplantationskoordination (STATKO), um sich auszutauschen (siehe auch FSOD, SGI und Swisstransplant 2007: 1). Das Comité Médical wird in die Entscheidungsfindung, etwa bei den Allokationskriterien, miteinbezogen.

Im Oktober 2008 wurde zudem das Comité National de Don d'Organes gegründet (CNDO, nationaler Ausschuss für die Organspende). Es soll die Intensivmediziner auf der Spenderseite einbinden und zur Zusammenarbeit einladen und umfasst zwölf Mitglieder. Jedes der sechs Netzwerke hat einen Netzwerkchef, im Allgemeinen die Leiter der Intensivstation, nicht notwendigerweise donor key persons, delegiert. Alle Universitätsspitäler sowie die Kantonsspitäler Sion (Wallis) und Luzern sind vertreten. Zusätzlich finden sich im CNDO eine Vertretung der Transplantationskoordination, eine Ausbildungsverantwortliche sowie eine Vertretung des Intensivpflegepersonals.

Das CNDO setzt verschiedene in Art. 56 des TxG formulierte Aufgaben im Auftrag der Kantone um (Swisstransplant 2009b: 14-15):

- gesamtschweizerische Koordination der Spendearbeit
- Informationsaustausch unter den Spendernetzwerken und Swisstransplant zur Optimierung der organisatorischen Abläufe

- Weiterführung und gesamtschweizerische Koordination der lokalen Koordinatoren/innen in den Spitälern mit einer Intensivstation in einer nationalen Schulung in Zusammenarbeit mit den regionalen Netzwerken
- Unterstützung und Förderung der Zusammenarbeit unter den regionalen Spendernetzwerken

So konnte das Gremium im Jahr 2009 in den Bereichen Schulung, Entscheidfällung, Optimierung von Konzepten und Abläufen und mit verschiedenen Projektanstössen schon diverse Erfolge verbuchen (Swisstransplant 2009b: 14-15). Da das Gremium neu gebildet wurde, haben jedoch für die Befragten in den Spitälern noch nicht viele sichtbare Aktivitäten stattgefunden.

Für die Befragten steht die integrierende Funktion des CNDO im Vordergrund. Die Standpunkte und Probleme der Spendespitäler und ihre Arbeit sollen anerkannt und ein nationaler Konsens gefunden werden. Der Austausch und die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Netzwerken soll gefördert werden. Die Einbindung der Intensivmediziner sowie die Vereinheitlichung von Prozessen (etwa der „critical donation pathway“) wurde von den Gesprächspartnern als äusserst wichtig erachtet. Hingegen wurde auf peripherer und regionaler Ebene mehrfach Kritik an der Vielfalt von Akteuren auf nationaler Ebene in der Schweiz geübt. Es mangle an Klarheit und Information bezüglich deren Zuständigkeiten. Auf nationaler Ebene wurde positiv erwähnt, dass mit dem Comité Médical und dem CNDO sich die Transplantations- und die Organspenderseite zusammensetzen und austauschen können.

5.4 Organisatorische Faktoren IV: Nationale Koordination

Im Folgenden wird die Funktion der Akteure auf nationaler Ebene in den beiden Ländern beschrieben, und wie die Zusammenarbeit mit ihnen von den am Organspende- und Transplantationswesen beteiligten Akteuren wahrgenommen wird.

Auf nationaler Ebene gilt in *Spanien* die Organizacion Nacional de Trasplantes (ONT) als zentrales Koordinations- und Regelungsgremium im Bereich Organ- und Transplantationspolitik in allen Phasen des Transplantationsprozesses. Dabei beeinträchtigt die ONT keine regionalen Kompetenzen, sondern koordiniert ihre Aktivitäten mit existierenden Koordinationsstrukturen auf regionaler Ebene (Real decreto 2070/1999, Art. 19, párr. 5; Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 181f; 2004: 739). Die ONT wurde 1989 als harmonisierendes technisches Gremium auf Initiative des nationalen Gesundheitsministeriums MSPS hin gegründet und im Jahre 2000 offiziell im Gesetz als Autorität im Transplantationswesen anerkannt (Matesanz 2008: 21).

Zudem ist sie zuständig für die internationale Kooperation, die Förderung der fortwährenden Weiterbildung des medizinischen Personals und die Information der Öffentlichkeit (Real decreto 2070/1999, art.19, párr.5). In diesem Zusammenhang ist die ONT die direkte Ansprechpartnerin für die Medien.

Die ONT ist für diverse Aspekte im Spende- und Transplantationsprozess verantwortlich (siehe auch Matesanz 2008: 11ff, 61ff):

Organzuteilung und Führen der Wartelisten

Die ONT übernimmt die Allokation aller Organe ausser der Nieren. Daneben führt und aktualisiert die ONT die nationalen Wartelisten für diese Organe sowie die Spender- und Tx-Register.

Logistik der extrahospitalären Prozesse

Dazu gehört vor allem die Organisation des Transports der Organe und Gewebe, sowie der Entnahme- und Transplantationsteams und ihre Verpflegung während der Reise.

Betreuung und Unterstützung der Spendespitäler

Die Unterstützung der ONT besteht in erster Linie in ihrer Expertise, die sie landesweit rund um die Uhr zur Verfügung stellt, sowie darin, dass sie bei der Entwicklung von Massnahmen mithilft, die eine Leistungsoptimierung im Bereich Organspende- und Transplantation ermöglichen (Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 183). Über eine 24h-Hotline steht sie den Spendespitalern für alle denkbaren Informationen zur Verfügung, etwa bei Unklarheiten über die Eignung eines Spenders.

Statistiken und Qualitätskontrolle

Die ONT sammelt auf nationaler Ebene sämtliche Daten betreffend die Organspende, Entnahmen und Transplantationen in Spanien. Darauf basierend veröffentlicht sie Berichte und erstellt Indizes. Zudem ist sie zuständig für die externe Evaluation der Spitäler (vgl. Kapitel 4.7).

Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Experten

Die Hotline der ONT steht nicht nur den Spitalern, sondern auch der Öffentlichkeit und den Medien für Auskünfte aller Art zur Verfügung. Für die Betreuung der Medien beschäftigt sie spezielle Kommunikationsexperten. Die ONT betreibt Öffentlichkeitsarbeit, um die Sache der Organspende zu fördern (Real decreto 2070/1999, art.19, párr.5), und informiert regelmässig über ihre Tätigkeiten. Ausserdem organisiert sie Kurse und Seminare für die Weiterbildung des medizinischen Personals und anderer interessierter Personen.

In Spanien wurde die Zusammenarbeit mit der ONT von allen Befragten als gut beschrieben. Die Wichtigkeit ihrer Koordinationstätigkeit wurde betont. Ihre Steuerungs- und Koordinationskompetenz im Bereich der Organspende und Transplantation war unter den Befragten unbestritten. Es bestehe ein gewisses Zusammengehörigkeitsgefühl, und alle verfolgten ein gemeinsames Ziel. Seitens der ONT bekomme man Hilfe und Unterstützung in den Bereichen Information und Logistik. Die gute Zugänglichkeit und Erreichbarkeit rund um die Uhr wurde herausgestrichen.

Seit in Kraft treten des Transplantationsgesetzes im Jahre 2007 in der *Schweiz* hat das Bundesamt für Gesundheit eine aktivere Rolle im Bereich der Organspende und Transplantationsmedizin übernommen, da es für die Aufsicht und den Vollzug dieses Gesetzes verantwortlich ist (soweit das Gesetz nicht die Kantone für zuständig erklärt). Die Rolle der Sektion Transplantation und

Fortpflanzungsmedizin innerhalb des BAG⁵⁶ als vollziehende Bundesbehörde im schweizerischen Transplantationswesen besteht entsprechend vorrangig im Erteilen von Bewilligungen, der Kontrolle des Vollzugs, der Evaluation und der Information der Öffentlichkeit sowie der Finanzierung von Weiterbildungen. Der starke Föderalismus und die betriebliche Autonomie der Spitäler stecken einer Einflussnahme des BAG auf die Praxis des Organspende und Transplantationswesens enge Grenzen. Als vollziehende Bundesbehörde schlägt das BAG dem Bundesrat Regelungen vor, die diese nach kritischer Durchsicht dem Parlament zum Erlass unterbreitet. Dem BAG kommt dabei die zentrale Rolle des Vordenkers vor, der Entwicklungen im Bereich Organspende und Transplantation antizipiert und aktiv nach Lösungen für neue Herausforderungen sucht.

Sämtliche Interviewpartner auf nicht-nationaler Ebene sagten aus, dass sie kaum je in Kontakt mit dem BAG stünden und von daher die Zusammenarbeit mit ihm nicht beurteilen können. Sofern eine solche bestehe, sei sie gut. Die Informations- und Weiterbildungsangebote im Rahmen der Einführung des TxG wurden allseits geschätzt. Es wurde verschiedentlich seitens der Spitalebene mehr Kontakt zum BAG als Ansprechpartner gewünscht, sowie, dass man künftig bei der Gestaltung von Informationskampagnen mehr mit einbezogen werde.

Im Sinne von Art. 54 des TxG hat das BAG der 1985 gegründeten privaten Stiftung Swisstransplant verschiedene Aufgaben zugewiesen:

Nationale Zuteilungsstelle: Organzuteilung und Führen der Wartelisten

Swisstransplant ist als nationale Zuteilungsstelle im Auftrag des Bundes für die gesetzeskonforme Zuteilung der Organe an die Empfänger zuständig und führt die Warteliste. Sie organisiert und koordiniert auf nationaler Ebene alle mit der Organzuteilung zusammenhängenden Tätigkeiten. Dazu gehört auch die Organisation von extrahospitalären Prozessen, etwa der Logistik eines Organtransportes. Die Stiftung arbeitet mit den ausländischen Zuteilungsorganisationen zusammen.

Statistiken und Qualitätskontrolle

Als Nationale Zuteilungsstelle ist Swisstransplant für die mit dieser Tätigkeit zusammenhängenden Datenauswertungen und die Dokumentation der erfolgten Organzuteilungen zuständig. Sie leitet das Programm zur Qualitätskontrolle, Swiss Donor Action (vgl. Kapitel 4.7).

Die Stiftung nimmt ausserdem, analog zur ONT, folgende mit der Organspende zusammenhängende Aufgaben auf nationaler Ebene wahr:

Betreuung und Unterstützung der Spendespitäler

Swisstransplant bezeichnet sich selbst als „Drehscheibe“ zwischen Spendespitalern und Empfängerspitälern. Zunächst gilt eine gesetzliche Meldepflicht an die nationale Zuteilungsstelle, wenn ein potentieller Spender gemeldet wurde. Danach übernimmt Swisstransplant die Übermittlung und Überwachung der relevanten Informationen der Spender und der Empfänger an die beteiligten Akteure. Auch Swisstransplant bietet eine 24h-Hotline, um die Spendespitäler in sämtlichen Prozessen von der Hirntoddiagnose bis zur Überweisung in ein Tx-Zentrum zu begleiten und beraten zu können.

⁵⁶ Innerhalb des BAG sind 10 Personen der Sektion Transplantation und Fortpflanzungsmedizin beschäftigt.

Information und Sensibilisierung der Öffentlichkeit und Experten

Im Übrigen betreibt Swisstransplant Information der Öffentlichkeit (BAG 2008a: 15, 16), indem sie an Konferenzen und anderen Anlässen mit Ständen und Promotionen präsent ist. Die Spendekarte (vgl. Kapitel 6.3) wird ebenfalls von Swisstransplant vertrieben. Über das CNDO beteiligt sie sich an der Organisation von Weiterbildungskursen für das Personal der Intensivstationen.

Arbeitsgruppen und andere Gremien

Sowohl das Comité Médical wie auch das CNDO, welches sich explizit mit der Förderung der Organspende befasst, sind organisatorisch in Swisstransplant integriert. Im Übrigen unterhält die Stiftung zahlreiche Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themenbereichen rund um die Organspende und Transplantation, sowie für jeden Organtyp.

Ausserdem führt die nationale Koordination nach eigenen Angaben verschiedene administrative Aufgaben aus, wie etwa die Nachbereitung und Fakturierung einer Organspende.

In den Tx-Zentren hat man mehr Kontakt zu Swisstransplant als zum BAG. Die Zusammenarbeit wurde generell als gut bezeichnet und die Unterstützung als Anlaufstelle für spezifische Fragen geschätzt.

In den peripheren Spitälern besteht offenbar auch zu Swisstransplant kaum je Kontakt. Ansprechpartner seien die Koordinatoren im Rahmen der Netzwerke. Die Einschätzung der Arbeit von Swisstransplant variiert. Auf der einen Seite werden die bestehenden Kontakte als gut und die Organisation als kompetent beschrieben. Andererseits wurde aber in zwei peripheren Spitälern die Beobachtung geschildert, dass (unter anderem) von Swisstransplant der ungerechtfertigte Vorwurf komme, man generiere zu wenig Spender. In einem dieser Spitäler wurde ein inhärentes Interesse der Stiftung an Transplantationen, und damit mangelnde Neutralität, angenommen.

Die Existenz zweier Akteure auf nationaler Ebene wirft die Frage nach ihrem Verhältnis und die Qualität ihrer Zusammenarbeit auf. Beides wurde von ihnen prinzipiell als gut bis sehr gut bezeichnet. Gleichzeitig wurde drauf hingewiesen, dass in gewissen Bereichen noch Verbesserungspotential bestehe. So verfügten die beiden Akteure über divergierende Ansichten, was die Ausrichtung und das Ausmass der Information der Öffentlichkeit betreffe. Während das BAG gemäss Gesetzgeber zu einer neutralen Information der Öffentlichkeit verpflichtet ist, ist Swisstransplant als private Stiftung bei ihren Informationsaktivitäten weniger an dieses Neutralitätsprinzip gebunden. Ausserdem scheint es nicht abschliessend geklärt zu sein, inwiefern sich der Leistungsauftrag von Swisstransplant auf den Bereich der Organspende erstreckt. Das BAG sieht die Rolle von Swisstransplant tendenziell auf die nationale Zuteilungsstelle beschränkt. Von Swisstransplant wurde demgegenüber geltend gemacht, dass sie auch in anderen als die reine Organallokation betreffenden Bereichen mangels einer dafür zuständigen Instanz eine nationale Koordinationsrolle wahrnehme. Mehrere Interviewpartner bemängelten, die Koexistenz zweier Akteure auf nationaler Ebene führe zu Unklarheit bezüglich der Zuständigkeiten und der Kompetenzverteilung.

5.5 Staatliche Unterstützung der Organspende in Gesetz und Praxis

Dieser Abschnitt widmet sich der Frage, inwiefern eine Unterstützung von staatlicher Seite für die Arbeit im Bereich der Organspende einerseits im Gesetz vorgesehen ist, und andererseits in der Wahrnehmung der Befragten tatsächlich besteht. Damit kann Unterstützung seitens der Akteure auf nationaler Ebene, der regionalen Gesundheitsministerien Spaniens oder der Kantone in der Schweiz gemeint sein.

Die Förderung der Spendearbeit ist in *Spanien* auf gesetzlicher Stufe als staatliche Aufgabe festgehalten, und es wird die Bildung von geeigneten staatlichen Organismen angeregt (Art. 7 Ley 30/1979, Präambel des Real Decreto 2070/1999, Real Decreto 176/2004, vgl. Kapitel 3). Als Unterorganisation des staatlichen Gesundheitssystems übernimmt die ONT diese fördernde Funktion auf nationaler Ebene, und die autonomen Koordinationsbüros auf regionaler Ebene.

Anders als in der Schweiz und entsprechend dem zentralistischen Staatsaufbau des Landes liegen die Handlungskompetenzen in Spanien eher bei der nationalen Ebene: Die ONT berücksichtigt zwar die Kompetenzen der Regionen, ist aber in erster Linie zuständig für die Koordination im Bereich Organspende und -transplantation und allen damit verbundenen Aktivitäten (Real decreto 2070/1999, Art 19). Laut Interviewpartnern besteht die wichtigste Unterstützungsfunktion der ONT und der regionalen Büros in der Bereitstellung von Informationen und in ihrer Problemlösungskapazität, die landesweit angeboten wird. Schliesslich unterstützt die ONT gerade kleine Spitäler im Bereich Logistik und Transport, wo auch das regionale Büro eine Koordinationsfunktion hat. Sämtliche Interviewpartner fühlten sich durch die ONT sehr gut in der Spendearbeit unterstützt, sofern sie überhaupt damit in Berührung kommen. Die Existenz eines staatlichen Gesundheitswesens ermöglicht es dem spanischen Gesundheitsministerium MSPS zudem, grosszügig Geld in die Unterstützung und Förderung der Spenderseite zu investieren, etwa über die Subventionen für Öffentlichkeitsinformation und Weiterbildung (siehe hierzu ausführlich Kapitel 6.4), vor allem aber durch eine umfassende Entschädigung der Spendearbeit und der dazu benötigten Infrastruktur. Anders als in der Schweiz, wo tendenziell gar eher ein negativer finanzieller Anreiz beobachtet werden konnte, stellt das Amt des Spitalkoordinators in Spanien sogar einen positiven finanziellen Anreiz dar.

Ein eigentlicher gesetzlicher Auftrag, aktiv Organspender zu rekrutieren, ist in der *Schweiz* nicht definiert. Das Transplantationsgesetz soll jedoch dazu beitragen, dass Organe, Gewebe und Zellen zur Transplantation zur Verfügung stehen z.B. durch Unterstützung der Umsetzung von Prozessen der Identifikation und Betreuung potenzieller Spender/-innen und ihrer Angehörigen und einer regelmässigen und umfassenden Information der Schweizer Bevölkerung zur Transplantationsmedizin. Der Bund vertritt bezüglich der Organspende eine neutrale Haltung. So wird es zwar als wünschenswert erachtet, dass sich möglichst viele Personen zu Lebzeiten gestützt auf die abgegebene Information mit der Frage der Organspende auseinandersetzen. Nicht Zweck dieser Information ist die Förderung der Spendebereitschaft (Bundesrat 2001: 177). Die Schweizer Bevölkerung soll motiviert werden ihre Haltung zur Organspende mündlich oder schriftlich zu

kommunizieren. Allerdings verlangt das Gesetz vom Bund und den Kantonen die Einführung von Prozessen, die die Spenderate positiv beeinflussen.

Gemäss Artikel 50 des TxG vollzieht der Bund dieses Gesetz, soweit er nicht die Kantone für zuständig erklärt. Insofern ist der Handlungsbereich des BAG klar eingeschränkt. Im selben Gesetzesartikel wird ihm die Beaufsichtigung des Vollzugs übertragen, was das Recht beinhaltet, den Kantonen Massnahmen für einen einheitlichen Vollzug vorzuschreiben und sie zu verpflichten, es über diese Massnahmen zu informieren. Für die Einsetzung der lokalen Koordinatoren in den IPS-Spitälern sind gemäss Art. 56 des TxG die Kantone zuständig. Bund und Kantone tragen jeweils in ihrem Zuständigkeitsbereich die Kosten für den Vollzug des Gesetzes (Art. 66 TxG).

Abgesehen von einigen Informationsanlässen im Zuge der Einführung des TxG sowie den Kursen für die donor key persons, die es finanziell und mit Dozierenden unterstützt, leistet das BAG in der Wahrnehmung der Befragten auf peripherer Ebene keine Unterstützung der Spendearbeit. In einem Interview wurde erwähnt, dass die Kantone und Spitäler Aktivitäten des BAG schnell als Eingriff in ihren Kompetenzbereich interpretierten.

Kantone

Der Beitrag der Kantone an den Vollzug des TxG kann hier nicht abschliessend beurteilt werden. Die Einsetzung von für die lokale Koordination zuständigen Personen wurde durch alle Kantone in sämtlichen Spitälern vollzogen. Im Kanton Zürich und in allen Kantonen des PLDO engagieren sich die kantonalen Gesundheitsdirektionen mit finanziellen Beiträgen für die Umsetzung des TxG (vgl. Kapitel 5.2.3 und 6.2). Ansonsten gibt es keine Hinweise auf eine finanzielle Unterstützung durch die Mehrheit der Kantone. Mehrere Interviewpartner weisen darauf hin, dass zwischen den Kantonen und den Spitälern Uneinigkeit darüber herrsche, wer die Kosten der Umsetzung des TxG tragen müsse. Die Kantone hätten wichtigere Sorgen und stünden, ebenso wie die Spitäler, unter Sparzwang. Eine Mehrzahl der Interviewpartner, darunter alle an der Peripherie, bezeichnete die Unterstützung der Spendearbeit durch die Kantone als inexistent. Die Kantonsärzte und Gesundheitsdirektoren stünden der Organspende indifferent gegenüber. Eine Ausnahme sei das PLDO.

5.6 Geortete Problembereiche in organisatorischen Faktoren

Nach der Abhandlung der organisatorischen Faktoren im Organspende- und Transplantationswesen in Spanien und der Schweiz sollen nun diesbezügliche Problembereiche vorgestellt werden, welche in den Interviews angesprochen wurden.

Während die Organisation des Organspende- und Transplantationswesens in Spanien bereits über längere Zeit etabliert ist und sich seit 1989 weiterentwickelt und bewährt hat, sind die Strukturen in der Schweiz zu einem grossen Teil neu im Zuge der Einführung des TxG 2007 entstanden. Dementsprechend selbstverständlich und unproblematisch wurden die organisatorischen Faktoren des Organspendewesens durch alle Befragten in Spanien beurteilt. In der Schweiz hin-

gegen scheint gemäss der beteiligten Akteure in verschiedenen Punkten noch Verbesserungspotential zu bestehen.

Grundsätzlich wird das in der Schweiz etablierte dreistufige Modell als vielversprechend betrachtet. Man müsse den neu etablierten Strukturen Zeit geben, um sich zu bewähren. Spender dürften hingegen nicht aufgrund organisatorischer Mängel unentdeckt bleiben.

Seitens der ONT wurde auf allen drei Ebenen in der Schweiz Verbesserungspotential geortet. Zentral sei hierbei der Aspekt der Autorität und des Einflusses, der auf allen drei Ebenen eine wichtige Rolle spiele, um den Bereich der Organspende gezielt fördern zu können.

Auf *Spitalebene* wird die Figur des *Spendekoordinators* von allen Befragten ein zentraler Stellenwert eingeräumt. Seine Arbeit werde zurzeit nicht nur in finanzieller und personeller Sicht noch zu wenig anerkannt. So wurde in der Deutschschweiz verschiedentlich gefordert, dass die donor key persons für ihre Koordinationstätigkeit entschädigt werden sollten. Es wurde die Ansicht geäussert, dass über Stellenprozente auch die Spendearbeit aufgewertet und die Position der lokalen Koordinatoren gestärkt werden könne. Sie würden generell zu wenig mit einbezogen.

In einigen Interviews, auch von spanischer Seite, wurde der Umstand, dass in der Schweiz gerade im PLDO Pflegefachpersonen die Spendekoordination wahrnehmen, als Nachteil gesehen, da diese nicht über die nötige Autorität verfügen würden, um etwas zu verändern. Andere Befragte wiederum betrachten dies explizit als Vorteil (vgl. Kapitel 5.1.5). Einige Befragte empfinden die Teamarbeit und den Informationsfluss zwischen den verschiedenen organisatorischen Ebenen in Bezug auf die Spendespitäler noch als ungenügend.

Auf *interregionaler Ebene* wurde die Doppelrolle der *Tx-Koordinatoren* als problematisch beschrieben (vgl. Kapitel 6.1). Besonders geschätzt wurde hingegen das Konzept einer externen Motivationsfigur (z.B. Netzwerkkordinatorin des PLDO), die nicht an ein Spital angegliedert ist oder von der Transplantationsseite her kommt, und sich ausschliesslich für die Sache der Organspende einsetzt. Die grosse Leistung der Netzwerkkoordination des PLDO wurde von vielen Befragten darin gesehen, dass sie in den Spendespitälern eine Motivation und ein Engagement für die Organspenderrekrutierung und einen starken Teamgeist geschaffen habe (vgl. auch Kapitel 5.2.3).

Die Netzwerke kümmerten sich in den Augen einiger Befragter noch zu wenig um die Spendespitäler und pflegten den Kontakt nicht genug. So wird verschiedentlich noch Bedarf geortet, die Strukturen der *Netzwerke* nach dem Vorbild des PLDO zu optimieren, wofür jedoch die Mittel fehlten. Um diese zu beschaffen, könne es ein Problem darstellen, wenn ein Netzwerk sich über mehrere Kantone erstreckte, da man mit jedem von ihnen verhandeln müsse.

Auf *interregionaler Ebene* fehlt einigen Befragten noch eine intermediäre Instanz, um die Interessen der Organspendeseite besser durchsetzen zu können. Die Aktivitäten des CNDO werden noch kaum wahrgenommen.

Sämtliche Interviewpartner bemängelten ausnahmslos, die *Kantone* kämen ihrer Vollzugspflicht in Bezug auf das TxG in finanzieller und logistischer Hinsicht nicht genügend nach.

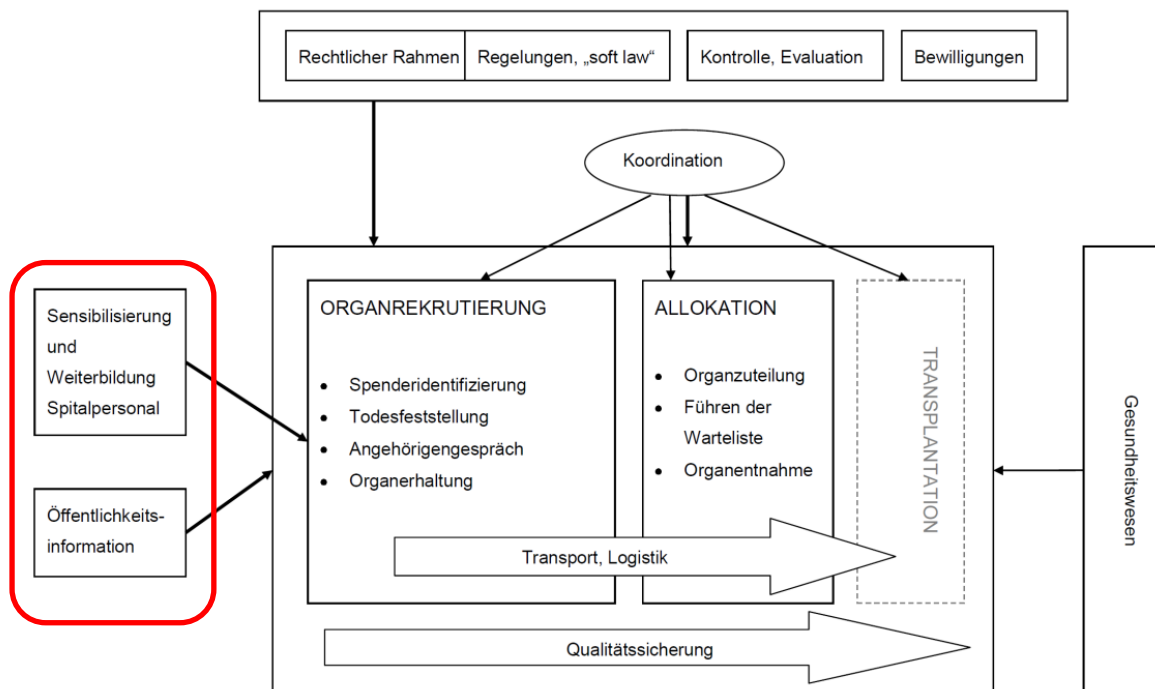
Seitens von Akteuren auf *nationaler Ebene* in beiden Ländern wurde das Problem angesprochen, dass *Swisstransplant* als nicht-staatliche Institution über zu wenig Autorität verfüge, um als zentrale Führungsinanz fungieren zu können. Seitens der ONT wurde darauf hingewiesen, dass ein solches Modell mit einem privaten Akteur auf nationaler Ebene noch in keinem Land erfolgreich gewesen sei. Bei Swisstransplant wird es, gerade im Vergleich zu Spanien, als gewichtiges Problem wahrgenommen, dass die Stiftung für das Erfüllen allfälliger Führungsaufgaben über zu wenige Ressourcen verfügt. Das BAG wiederum hält die Stiftung für ungeeignet für das Wahrnehmen einer solchen umfassenden Führungsrolle, da ihre mangelnde Unabhängigkeit von der Transplantationsseite und deren Interessen mit dem im TxG formulierten Neutralitätsgebot des Staates unvereinbar sei.

Bezüglich der nationalen und interregionalen Ebene wurde schliesslich von diversen peripheren Akteuren bemängelt, dass es zu viele Akteure gebe, was eine Übersicht über die Zuständigkeiten erschwere und in Form von Unklarheit oder sogar mangelnder Unterstützung als Problem wahrgenommen wird.

6 Kontextprozesse im Zusammenhang mit der Organspende: Sensibilisierung

Nachdem nun die wichtigsten Aspekte und Abläufe rund um die Organspende in den beiden Ländern präsentiert wurden, wird nachfolgend auf den zentralen Kontextaspekt der Sensibilisierung eingegangen. Nebst der Sensibilisierung des Spitalpersonals über Weiterbildung umfasst dies auch die Sensibilisierung der Bevölkerung über Informationen zum Thema Organspende (rot umrandet in Abbildung 6-1).

Abbildung 6-1 Kontextprozesse der Organspende



6.1 Wahrnehmung der Organspende und Motivation des Spitalpersonals

Alle Akteure wurden befragt, welche Bedeutung ihrer Ansicht nach die persönliche Einstellung und Motivation des Spitalpersonals und die Zusammenarbeit aller am Organspendeprozess beteiligten Akteure habe, und wie sich diese Faktoren in ihrem Spendealltag gestalten. Dies erlaubte uns, die Wahrnehmung der Interviewpartner zur Organspende und die Stimmung in der Zusammenarbeit der einzelnen Akteure herauszufiltern.

Gemäss eigenen Angaben besteht das Hauptziel der ONT in *Spanien* darin, die „altruistische Organspende zu fördern“, damit jeder spanische Bürger, der ein Organ braucht, optimale Aussich-

ten hat, ein solches zu bekommen.⁵⁷ Ob das Selbstverständnis im Umgang mit dem Thema Organspende mit der proaktiven Förderung der Organspende durch die ONT zusammenhängt, können wir nicht abschliessend beantworten. Heutzutage wird die Organspende in Spanien jedenfalls von allen Interviewpartnern als eine normale weitere Dienstleistung eines Spitales angesehen, die dieses seinen Patienten anbieten kann.

In Beschreibungen des spanischen Modells, insbesondere von Seiten der ONT, wird immer wieder die grosse Bedeutung einer intrinsischen Motivation der lokalen Koordinatoren betont.⁵⁸ Die Motivation des Teams wurde auch von mehreren Interviewpartnern als Schlüsselement für den Erfolg des Systems genannt. Ein anderer Interviewpartner relativierte dieses Bild hingegen mit einem pragmatischen Blick auf die Praxis: Es sei nicht realistisch, anzunehmen, dass all die vielen Personen, die an Organspendeprozessen beteiligt seien, nur aus altruistischen Motiven handeln würden. Wenn man verlange, dass Mediziner Wache halten und um vier Uhr morgens ins Spital kommen, um einen potentiellen Spender zu beurteilen, müsse man diese dafür angemessen entschädigen. Alle Interviewpartner waren sich jedoch darin einig, dass die zentrale Aufgabe des Spitalkoordinators in Spanien darin bestehe, alle anderen im Team zu motivieren.

Die Interviews vermittelten den Eindruck, dass im spanischen Organspende- und Transplantationswesen grundsätzlich eine gute Stimmung herrscht. Die Zusammenarbeit zwischen und innerhalb der verschiedenen Ebenen gestaltet sich für die Akteure zufriedenstellend und weitgehend unproblematisch. Dies hänge auch damit zusammen, dass die Netzwerkkoordination eine funktionale sei, und die Verknüpfung zwischen den einzelnen Ebenen nicht hierarchisch strukturiert. Das gemeinsam zu erreichende Ziel besteht darin, die Spenderzahlen weiter zu erhöhen. Die Akteure an der Basis fühlen sich von der nationalen und regionalen Koordination gut unterstützt und in die Entscheidungsfindung mit einbezogen. Diese zwischenmenschlichen Faktoren wurden von den Befragten immer wieder als wichtiges Erfolgselement für das Spanische Modell genannt.

Auch in der *Schweiz* erachteten alle Interviewpartner die Motivation und eine gute Zusammenarbeit im Bereich Organspende und Transplantation als zentral. Gleichzeitig wurde verschiedentlich bemängelt, dass Missstimmungen vorherrschen würden, welche eine gute Zusammenarbeit im Organspendewesen erschwerten. Im PLDO wurde die Spendearbeit hingegen viel stärker als fast schon alltägliche medizinische Arbeit angesehen. Die regionale Zusammenarbeit innerhalb des PLDO wurde von einer Mehrheit der betroffenen Akteure als sehr gut und motivierend bezeichnet.

Der Organspende würde in der Schweiz vielerorts noch negativ begegnet. Die donor key persons stünden insbesondere in den peripheren Spitälern dem Transplantationsprozess wohl eher kritisch gegenüber, da sie vorwiegend mit der anspruchsvollen und traurigen Arbeit der Familienbefragung und Organentnahme konfrontiert würden. Von der Empfängerseite seien sie gänzlich

⁵⁷ Siehe Profilbeschreibung der ONT unter <http://www.ont.es/home/Paginas/LaONT.aspx> [Stand: 18.05.2010].

⁵⁸ Siehe <http://www.ont.es/home/Paginas/PerfildeCoordinador.aspx> [Stand: 18. 5.2010].

getrennt, weshalb sie auch den Nutzen der Organspende nicht unmittelbar erfahren würden. Dies schmälere die Motivation zur Spendearbeit. Unter dem medizinischen Personal sei zwar ein Umdenken spürbar, aber es herrsche nach wie vor eine grosse Zurückhaltung, die Angehörigen anzusprechen.

In einem Tx-Zentrum wird die Haltung des Spitalpersonals als sehr kritisch gegenüber der Organspende beurteilt. Ein möglicher Grund sei, dass das Thema der Organspende lange Zeit tabuisiert wurde, und man nicht gerne über das Thema sprach. In den anderen Spitälern wurde die Einstellung des eigenen Personals zur Organspende als soweit bekannt gut bezeichnet.

Mehrere Interviewpartner erachteten die Einstellung des Spitalpersonals als grundlegend dafür, wie die Angehörigen auf die Anfrage reagierten. Hohe Ablehnungsquoten wurden nicht selten als Folge der negativen Haltung des Spitalpersonals zur Organspende gesehen (vgl. Kapitel 4.2.5).

6.2 Weiterbildungsangebote für das medizinische Personal im Bereich Organspende

Die Mehrheit der Interviewpartner in beiden Ländern betonte den grossen Stellenwert, den die Weiterbildung des medizinischen Personals für die Förderung der Sache der Organspende besitze. Die kontinuierliche Weiterbildung des Personals wurde verschiedentlich als Schlüsselfaktor für den Erfolg des spanischen Modells bezeichnet, da diese überhaupt erst das Bewusstsein und eine positive Grundhaltung gegenüber der Frage der Organspende schaffen konnte (siehe hierzu auch Martín Escobar 2008: 101).

In einer kürzlich erschienenen Studie (Roels et al. 2010) konnten starke Zusammenhänge zwischen der Haltung des Spitalpersonals zur Organspende und der Spitalleistung im Bereich Spenderrekrutierung (gemessen anhand des „Procurement Efficiency Index“ PEI, vgl. Kapitel 2.4.4) aufgezeigt werden. Nachgewiesen wurden etwa positive Korrelationen zwischen der durchschnittlichen Unterstützung der Organspende durch das Spitalpersonal und dem PEI ($R=0.700$, $p=0.014$), sowie negative Korrelationen zwischen dem durchschnittlichen Bedarf an Weiterbildung im Bereich Organspende und dem PEI ($R=-0.661$, $p=0.025$).⁵⁹ Dieser direkte negative Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis an Weiterbildung und der Spenderrekrutierungsleistung eines Spitals belegt den hohen Stellenwert, der der Weiterbildung der Ärzte und des sonstigen medizinischen Personals in der Fachwelt eingeräumt wird, um die Organspenderrekrutierung zu verbessern (Müller et al. 2005; Swisstransplant 2007; Nett et al. 2003). Nachfolgend werden deshalb die bestehenden Weiterbildungsangebote in Spanien und in der Schweiz beschrieben und deren Beurteilung durch die Interviewpartner wiedergegeben.

⁵⁹ Die Studie basiert auf den zwei Datenbasen „Donor Action“ und „Hospital Survey Data“. Erfasst sind darin die Einstellungen von 19537 Spitalangestellten in 11 Ländern.

In *Spanien* ist die ONT auf nationaler Ebene mit der Förderung der Weiterbildung beauftragt (Real Decreto 2070/1999, Artikel 19). Auf regionaler Ebene sind die autonomen Regionen für die Weiterbildung von medizinischem Personal auf ihrem Gebiet zuständig (Real Decreto 2070/1999, Artikel 6). Vor dem Hintergrund der starken Professionalisierung der Organspende und –transplantation auf lokaler Ebene nimmt die Weiterbildung in Spanien einen sehr hohen Stellenwert ein. Diese betrifft prinzipiell das gesamte medizinische Personal, das direkt oder indirekt mit der Organspende zu tun hat, allen voran die Spitalkoordinatoren.

So wird grundsätzlich zwischen allgemeinen und spezifischen Weiterbildungskursen im Bereich Organspende und Spenderkoordination unterschieden (siehe auch Matesanz 2004: 740; 2007: 183). Zu ersteren gehört etwa das „Transplant Procurement Management“-Programm (TPM). Dieses internationale Programm existiert seit sechzehn Jahren, ist schwerpunktmässig an Spitalkoordinatoren gerichtet und deckt alle Phasen des Spendeprozesses ab. Primäres Ziel des TPM ist es, Qualität, Quantität und Effizienz der Organspende zu optimieren, sowie das an der Organspende beteiligte Personal in diesen Themen weiterzubilden (Páez et al. 2008: 77-81). Daneben gibt es weitere allgemeine Weiterbildungskurse, die an ein breiteres Spitalpersonal gerichtet sind und zum Ziel haben, dieses für einen optimalen Ablauf des Organspendeprozesses zu sensibilisieren (Santiago und Gómez 2008a: 83-88).

Zudem widmen sich zwei Kursprofile dem Schwerpunkt Angehörigengespräch, die sich ebenfalls an ein breites medizinisches Publikum wenden: „Familie und Organspende“ („familia y donación“) und die Kurse des „European Donor Hospital Education Program“ EDHEP (Santiago und Gómez 2008b: 83-88; Segovia und Serrano 2008: 95-98).

Alle obengenannten allgemeinen Weiterbildungskurse Spaniens werden mittlerweile auch in anderen Ländern wie Italien und Mexiko angeboten. Ein spezialisierter Lehrgang ist der internationale zweijähriger Master für Transplantationskoordinatoren („Master Alianza“), der sich schwerpunktmässig an lateinamerikanische Kandidaten richtet, die sich in Spanien zum Spitalkoordinatoren ausbilden lassen können (Matesanz 2007: 186; Martín Escobar 2008: 103).

Laut ONT basiert das Spanische Modell sehr stark auf der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitspersonal. In den 20 Jahren, in denen die ONT existiert, seien zwischen 9000 bis 10'000 Personen aus dem medizinischen Sektor im Bereich Organspende- und Transplantation aus- und weitergebildet worden. Neben den Koordinatoren nehmen viele Intensivmediziner und –pfleger sowie Notfallpersonal an diesen Schulungen teil, um für den Fall einer Organspende gerüstet zu sein. Alle Spitalkoordinatoren haben mindestens einen EDHEP-Kurs absolviert und bilden sich kontinuierlich weiter. Die Spitalkoordinatoren organisieren selbst auch Kurse, sowohl auf regionaler wie auch auf Spitalebene. Die verfügbaren und angebotenen Weiterbildungsangebote werden von allen Interviewpartnern als sehr gut und wichtig erachtet und würden rege genutzt.

In der *Schweiz* besagen Art. 53 und 54 TzG, dass der Bund Fort- und Weiterbildungsprogramme durchführen oder unterstützen kann, welche das medizinische Personal befähigen, Spender und deren Angehörige angemessen zu betreuen. Er kann Personen des öffentlichen oder privaten

Rechts solche Vollzugsaufgaben übertragen. Art. 56 des TxG überträgt den Kantonen die Durchführung von Fort- und Weiterbildungsprogrammen, welche für die Einführung lokaler Koordinationsstellen erforderlich sind. Die lokalen Koordinatoren sind schliesslich zuständig für die Förderung des Bewusstseins und Verbreitung von Informationen im eigenen Spital (BAG 2008b).

Das BAG finanziert seit 2007 diverse Weiterbildungskurse für lokale Koordinationspersonen. Ein erster Grundkurs für lokale Koordinatoren wurde von H+ Bildung und Espace Compétences im Auftrag des BAG, welches den Kurs finanzierte, budgetiert, organisiert und durchgeführt. Die Inhalte dieses Grundkurses wurden von Swisstransplant geplant (siehe auch Swisstransplant 2008b: 7). Der zweitägige Grundkurs umfasste ein Modul zum Thema der Organspende, sowie ein weiteres mit dem Schwerpunkt Angehörigengespräch (EDHEP). Aktuell werden „Refresher“-Kurse angeboten, Vertragspartner ist hier das CNDO; die Bezahlung erfolgt wiederum durch das BAG. Gemäss Angaben von nationaler Ebene werden diese Kurse jedoch – ausser im PLDO - nicht sehr rege besucht.

Die EDHEP-Kurse wurden bis anhin vom BAG mitfinanziert, wurden aber mittlerweile vielerorts eingestellt. Unter den Interviewpartnern erfreuen sich die EDHEP Kurse grosser Beliebtheit, weshalb die Einstellung des Programms vielerorts auf Unverständnis gestossen ist. In zwei der besuchten Netzwerke, in denen die EDHEP Kurse weitergeführt werden, werden diese von der jeweiligen kantonalen Gesundheitsdirektion bezahlt. In zwei anderen Netzwerken wurden sie hingegen eingestellt, weil niemand mehr für die Finanzierung aufkam. Swisstransplant entwickelt und plant zurzeit ein eigenes Folgeprogramm für EDHEP für die Weiterbildung im Bereich des Angehörigengesprächs, das 2011 starten soll.

Auf regionaler Ebene bieten alle befragten Netzwerkkoordinatoren mehrmals im Jahr zusätzliche Schulungen für das IPS-Personal der Spitäler des Netzwerks an. Im Netzwerk Zürich werden zweimal pro Jahr zweistündige Weiterbildungen in den Netzwerkspitälern vor Ort angeboten. Die Durchführung der Kurse vor Ort wurde damit begründet, dass das Personal nicht an Schulungen komme, wenn es ins Tx-Zentrum eingeladen werde, weshalb man entschieden habe, zu den Leuten hinzugehen. Die Weiterbildungen vor Ort seien jeweils sehr gut besucht. Im Netzwerk Bern wurde 2009 eine ganztägige Weiterbildung zum Thema Organspende angeboten, 2010 sei ein Kurs zum Thema Angehörigengespräch für donor key persons geplant.

Das weitaus grösste Angebot im Bereich Weiterbildung des Spitalpersonals findet sich im PLDO (vgl. hierzu auch Kapitel 5.2.3). Hier werden verschiedene Module der kontinuierlichen Weiterbildung angeboten, die je nach angesprochenem Personal oder Spital zwischen eineinhalb bis vier Stunden dauern.⁶⁰ Zudem wurde im PLDO ein dem EDHEP-Kurs ähnliches Angebot etabliert, das CAPDO („communication avec les proches pour le don d’organes“). Die entsprechenden Kurse sind für lokale Koordinatoren, im Tessin sogar für das gesamte IPS-Personal in allen Spitälern obligatorisch. Jede donor key person wird auch ausgebildet, um eine Grundlage für effiziente Arbeit zu schaffen. Daneben werden die lokalen Koordinatoren im PLDO auch im Bereich Qualitätskontrolle weitergebildet. Die Netzwerkkoordinatorin besucht zudem zwei- bis dreimal jähr-

⁶⁰ Siehe <http://pldo.hug-ge.ch/formation/modules.html> [Stand: 25. 5.2010].

lich freiwillig Spitäler des PLDO, um sich beim Spitalpersonal vorzustellen und dieses für den Aspekt der Organspende zu sensibilisieren.

Der gesetzliche Auftrag der donor key persons zur Sensibilisierung des Spitalpersonals wird im PLDO gewissenhaft umgesetzt. In einem besuchten Universitätsspital des PLDO erfolgt diese Sensibilisierung in Form von zwanzigminütigen Informationsveranstaltungen über die Organspende, die Kriterien des Hirntods, das Protokoll der Hirntoddiagnose und die Spendererhaltung. Bei dieser Information gehe es auch darum, die Sichtbarkeit der donor key persons zu verstärken, damit das Personal genau wisse, an wen es sich bei Fragen wenden könne.

Den Tx-Koordinatoren steht ein breites Weiterbildungsangebot zur Verfügung; auch auf internationaler Ebene. Sie können selbst entscheiden, inwiefern und ob sie diese Angebote nutzen möchten. Alle befragten Tx-Koordinatoren haben den TPM-Kurs in Barcelona besucht.

Sämtliche befragten lokalen Koordinatoren (donor key person und Tx-Koordinatoren) hatten eine Ausbildung erhalten, um die delicate Situation der Familiengespräche meistern zu können. Meist handelte es sich dabei um EDHEP-Kurse. Das Aus- und Weiterbildungsangebot in der Schweiz wurde bezüglich Qualität und Quantität durchgehend als umfassend, gut und hilfreich beschrieben. Die meisten Interviewpartner erachteten eine Teilnahme möglichst des gesamten IPS-Personals an entsprechenden Schulungen für sinnvoll.

6.3 Information der Öffentlichkeit

In den Interviews wurde verschiedentlich von einem positiven Zusammenhang zwischen dem Informationsgrad der Bevölkerung und deren Spendebereitschaft ausgegangen. Für diese Annahme liessen sich jedoch bislang keine wissenschaftlichen Belege finden. Gleichzeitig wurde in den Interviews in beiden Ländern deutlich, dass gut informierte Angehörige sowie hirntote Patienten, die zu Lebzeiten klar Stellung zum Thema Organspende bezogen haben, das Angehörigengespräch wesentlich vereinfachen. Die Rolle der Information der Öffentlichkeit für die Sensibilisierung auf das Thema Organspende wird auch von der Fachwelt betont (Abadie und Gay 2006; Müller et al. 2005; Nett et al. 2003; Schulz et al. 2006; Seiler et al. 2006: 150). In beiden Ländern gibt es die Option, den Spendewillen bzw. –unwillen explizit auf einer Spendekarte festzuhalten. Diese Karten werden in beiden Ländern auf nationaler Ebene vertrieben,⁶¹ und sind in erster Linie als klärendes Zeichen an die Angehörigen zu verstehen. Zudem sind sie ein gutes Mittel, um die Diskussion in der Familie oder mit Freunden anzuregen (BAG 2007). Der Anteil derjenigen, die eine Spendekarte besitzen, ist in der Schweiz mit 19 Prozent deutlich höher als in Spanien (7 Prozent), weshalb hier nicht näher auf diesen Aspekt eingegangen wird.⁶² Laut ONT verfügt Spanien über kein nationales Register, wie beispielsweise Belgien, in dem der Spen-

⁶¹ In Spanien erfolgt der Vertrieb über die ONT, in der Schweiz finanziert und produziert das BAG die Spenderkarten und Swisstransplant ist für den Vertrieb zuständig.

⁶² Dies sind die Zahlen für das Jahr 2007. Für Spanien stammen sie aus einer Spezialausgabe des Eurobarometer (EU-Kommission 2007:18), diejenigen für die Schweiz aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (siehe Balthasar und Fässler 2009: 12).

dewille bzw. –unwille vor dem Tod festgehalten werden kann. Die ONT registrierte nur, wie viele Spendekarten ausgegeben wurden, nicht hingegen die Personalien der Antragsteller. Es könne beispielsweise nicht kontrolliert werden, ob ein und dieselbe Person mehrere Spendekarten beantragt hat.⁶³

Interessanterweise hat sich die Haltung der *Spanier* gegenüber dem Thema der Organspende über die letzten 20 Jahre – ungeachtet der umfassenden Informations- und Sensibilisierungskampagnen durch die ONT – nicht wesentlich geändert (Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 183). Die stagnierenden Befürworterraten in der Bevölkerung bestärken den nationalen Koordinatoren Rafael Matesanz in seiner Folgerung, dass allen voran organisatorische Faktoren wie ein proaktiver Spenderrekrutierungsansatz und ein verbesserter Familienzugang, der nicht zuletzt dank der Weiterbildung des Personals ermöglicht wurde, für den starken Anstieg der Spenderraten verantwortlich sind (ibid.). Gemäss einer Spezialausgabe des Eurobarometer 2007 zum Thema Organspende wären 57 Prozent der Spanier bereit, ihre Organe nach ihrem Tod zu spenden, was in etwa dem EU-Durchschnitt (56 Prozent) entspricht (EU-Kommission 2007: 8).

Die Ausrichtung der Information der Öffentlichkeit ist in Spanien klar gesetzlich geregelt: Sie muss allgemein gehalten sein sowie den „freiwilligen, altruistischen und nicht-lukrativen“ Charakter der Spende betonen. Die Werbung für Organspende mit oder an konkreten Personen ist dabei verboten (Real decreto 2070/1999, art. 7). Während die autonomen Regionen für die Kontrolle der Öffentlichkeitsinformation zuständig sind (Real decreto 2070/1999, art. 7), ist ein direkter gesetzlicher Informationsauftrag an die ONT gerichtet (Real decreto 2070/1999, Art.19, Absatz 5). Die Öffentlichkeitsarbeit der ONT erfolgt systematisch über diverse Kanäle und ermöglicht eine klare und einheitliche Ausrichtung der offiziellen Informationen zum Thema Organspende und Transplantation. Den wichtigsten Informationskanal stellen in Spanien die Medien dar, zu denen die ONT eine direkte und enge Beziehung pflegt.⁶⁴

Eine länderübergreifende Studie stellt fest, dass die Bedeutung der Massenmedien bei der Sensibilisierung der Bevölkerung allzu häufig unterschätzt werde, diese jedoch gerade bei solch heiklen Themen eine grosse Rolle spiele (Alliance-O: 22; siehe auch Nett et al. 2003: 561).⁶⁵ Wie eine Studie aus der Region Madrid gezeigt hat (López et al. 2006), kommt dem Fernsehen hierbei eine herausragende Bedeutung zu. Nach ihren wichtigsten Informationskanälen zum Thema Organspende befragt (Mehrfachnennungen möglich) gaben mit 76.5 Prozent drei Viertel der Umfrage-

⁶³ Registriert werden in Spanien, ähnlich wie in der Schweiz, nur die Spende- und Transplantationsaktivitäten *ex posteriori*, also nach dem Tod des Spenders (Real decreto 2070/1999, art.19, párr. 5f).

⁶⁴ Besonders wichtig ist dabei das Fernsehen. In einer Umfrage der autonomen Universität Madrid, in der die spanische Bevölkerung befragt wurde, woher sie schwerpunktmässig ihr Wissen über Organspende und Transplantation habe, gaben rund drei Viertel der Befragten das Fernsehen an. Weniger als 10 Prozent wurden über öffentliche Kampagnen und Plakate darüber informiert. Siehe Präsentation „Promoción de la Donación“ des autonomen Transplantationsbüros der Region Madrid, S.4.

⁶⁵ An der Studie beteiligt sind Frankreich, Deutschland, Ungarn, Italien, Portugal, Grossbritannien und Spanien.

teilnehmer 2006 an, diese Information über das Fernsehen erhalten zu haben.⁶⁶ Demgegenüber nannten nur ein Viertel weitere Medienkanäle (Radio 27,4 Prozent, Presse oder Bücher 25 Prozent). Am wenigsten informierten sich die Befragten über öffentliche Plakatkampagnen (7,6 Prozent) oder das Internet (4,2 Prozent). Matesanz empfiehlt, dass Transplantationsorganisationen sowie staatliche Gesundheitsbehörden aktiv eine gute Beziehung zu den Massenmedien suchen sollten, um das Informationsniveau der Bevölkerung gezielt zu erhöhen. Dabei erachtet er die unmittelbare Reaktionsfähigkeit auf schlechte Medien-News zum Thema als zentral (Matesanz 2004: 740; Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 183f).

Entsprechend häufig wird über das Thema Organspende in der Presse berichtet, und es ist auch ein beliebtes Thema in spanischen TV-Serien und Filmen. Ein weiterer Informationskanal stellt die Webpage der ONT (www.ont.es) mit einer separaten Mediensektion dar, in der die gesamte Berichterstattung der Medien zum Thema eingesehen werden kann. Die Beziehungen zu den Medien und der öffentliche Diskurs zum Thema Organspende und Transplantation wird schliesslich über jährliche Meetings angeregt, zu denen sich Journalisten, Kommunikations- und Transplantationsexperten zusammenfinden.

Zudem organisiert die ONT regelmässige Informations- und Aufklärungskampagnen an Schulen und Universitäten, wozu entsprechende Lehrmittel eingesetzt werden. Die ONT organisiert auch Informationskampagnen, etwa zusammen mit der nationalen Motorradvereinigung zum Thema Blut- und Organspende. Der „Tag der Organspende“, der in Spanien jeweils am ersten Mittwoch im Juni gefeiert wird, dürfte die Sensibilisierung der Bevölkerung bezüglich des Themas Organspende zusätzlich stärken.⁶⁷

Die Informationskampagnen wurden von unseren spanischen Interviewpartnern als sehr wichtig beurteilt, um Vertrauen zu schaffen und die Leute zu animieren, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Die existierenden Angebote im Bereich Information der Öffentlichkeit wurden weitgehend als genügend und gut beurteilt. In den spanischen Interviews wurde verschiedentlich betont, dass die spanische Bevölkerung ein grosses Vertrauen ins Organspende- und Transplantationswesen des Landes habe und sehr gut sensibilisiert sei für das Thema.⁶⁸ Laut Interviewangaben konnte in einer besuchten Region in Spanien die Ablehnungsquote durch die Angehörigen im Verlaufe einer breit angelegten Bevölkerungsinformation von 45 auf 21 Prozent gesenkt werden. Ausschlaggebend für die Ablehnung seien nicht sozioökonomische Faktoren, sondern die Einstellung, die Unsicherheit aus Unwissenheit gewesen, die man mit der breit angelegten Informationskampagne positiv beeinflussen konnte. Die Medien wurden von den befragten Akteuren gemeinhin als zentraler Partner in der Öffentlichkeitsarbeit wahrgenommen.

⁶⁶ Studie der autonomen Universität Madrid. Umfragedaten für 1993, 1999, 2006 vorhanden. Jede Befragungswelle umfasst rund 1000 Befragte. Die Umfragerwerte erweisen sich über die Jahre als stabil. Für das Fernsehen waren diese in den vorgängigen Jahren mit deutlich über 80 Prozent für 1993 und 1999 sogar noch höher.

⁶⁷ Alle Informationen aus Präsentation „Promoción de la Donación“ des autonomen Transplantationsbüros der Region Madrid.

⁶⁸ Diese Einschätzung wird auch in wissenschaftlichen Studien untermauert, wonach die spanische Bevölkerung ein grosses Vertrauen in das spanische Gesundheitswesen habe. Siehe dazu etwa Reuter und Zippan (2009).

2007 waren 53 Prozent der *Schweizer* zur Organspende nach ihrem Tod bereit, das sind nur vier Prozent weniger als in Spanien. Das Bewusstsein zur Organspende variiert in der Schweiz stark zwischen den drei Sprachgruppen. Demnach sind die Deutschschweizer der Organspende gegenüber am kritischsten eingestellt. Im Tessin herrscht eine positive Grundstimmung zur Organspende; die Romands sind in der Mitte angesiedelt (Schulz et al. 2006: 297f; Balthasar und Fässler 2009: 13).

Vor Einführung des Transplantationsgesetzes wurde die Informationstätigkeit vor allem durch Swisstransplant vorgenommen. Dafür hatte die Stiftung jedoch nie einen gesetzlichen Auftrag oder staatliche Mittel. Art. 61 TxG erklärt nun primär Bund und Kantone als zuständig für die Information der Bevölkerung. Sie können dazu mit Personen des öffentlichen und privaten Rechts zusammenarbeiten und sich finanziell beteiligen; die Kommunikation muss sich indes auf Information beschränken. Die Informationstätigkeit von Swisstransplant soll dadurch nicht ersetzt werden. (Bundesrat 2001: 177). Über das Webportal www.swisstransplant.org informiert Swisstransplant über Themen der Organspende und Transplantation in der Schweiz.

Die Wahrnehmung des Informationsauftrags durch das BAG erfolgt aktuell über zwei Schwerpunkte: Erstens über eine breit angelegte Bevölkerungsinformation, deren Ziel es ist, die Bevölkerung zum Thema Organspende zu informieren, das Vertrauen in die Transplantationsmedizin zu stärken und den Meinungsbildungsprozess sowie die mündliche beziehungsweise schriftliche Willensäußerung im Bereich Organspende zu stärken (siehe Balthasar und Fässler 2009: 8). Im Zuge dieser Bevölkerungsinformation wird auch 2010 wieder eine Kampagne durchgeführt, welche Annoncen in Zeitschriften beinhaltet. Zweitens bietet das BAG ein Internetportal (www.transplantinfo.ch) als neutrale Informationsquelle an, welche auch eine Lernumgebung für Gymnasien und Berufsschulen anbietet. Das Thema der Kampagne lautet „Organspende Ja oder Nein“. Geworben wird mit den Slogans „Ich weiss, was ich will“, „Ich entscheide selbst“ oder „Weiss jemand, was du willst?“. Die offizielle Information von Seiten des BAG erfolgt objektiv und wertneutral. Ihr Zweck ist nicht die Förderung der Spendebereitschaft. Dies würde der neutralen Haltung des Staates in dieser Frage widersprechen, der die Pflicht hat, auch den individuellen Entscheid gegen eine Spende zu respektieren (BAG 2008a).

Auch in der *Schweiz* wurde von vier Interviewpartnern ein Einfluss von Informationskampagnen auf die Spendebereitschaft attestiert. Von nationaler Seite wurde die Ansicht vertreten, dass man prinzipiell offene Leute über Informationskampagnen beeinflussen könne, indem man das Thema enttabuisiere, entmystifiziere und Rechtssicherheit schaffe. Der Umgang der Bevölkerung mit dem Thema wurde von diversen Interviewpartnern als nach wie vor tabuisiert beschrieben.

Im Bereich Information der Öffentlichkeit wurde in diesem Zusammenhang verschiedentlich Verbesserungspotential geortet. Es wurde die Ansicht geäußert, dass eine gewisse Regelmässigkeit und Konstanz der Information notwendig sei, damit die Leute ernsthaft angeregt würden, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Als gutes Vorbild wurden Blutspende-Informationskampagnen und Aids-Kampagnen genannt. In der Schweiz waren sich alle Inter-

viewpartner einig, dass die Bevölkerungsinformation zum Thema Organspende auf verschiedenen Kanälen (Presse, Radio, Fernsehen) erfolgen sollte, da die Information so am meisten Leute erreichen könne. Sämtliche Interviewpartner waren der Meinung, dass das Fernsehen einen wesentlich grösseren Einfluss auf die öffentliche Meinung habe als Plakatkampagnen.

Gleichzeitig wurde auf die Gefahr verwiesen, dass negative Meldungen wie der Zwist zwischen dem Universitätsspital Zürich und dem Inselspital Bern das Vertrauen der Bevölkerung erschüttern würden. Diverse Interviewpartner meinten, dass vermehrt positive Meldungen verbreitet werden sollten, da diese sowohl beim Personal als auch innerhalb der Bevölkerung motivierender und eher vertrauensbildend wirken. Alle lokalen und regionalen Interviewpartner begrüsst das Format von Reportagen mit positiven Schicksalsberichten. Vorgeschlagen wurde in diesem Zusammenhang etwa die Sendung „Puls“ des Schweizer Fernsehens. Nebst dem Fernsehen wurde auch das Internet als wichtiger Informationskanal genannt, der je länger desto mehr genutzt werde. Während ein Tx-Koordinator regelmässigen Kontakt zu den Medien pflegt, haben die meisten Schweizer Tx-Koordinatoren gar keinen Kontakt zu den Medien.

6.4 Finanzielle Deckung von Weiterbildung und Information der Öffentlichkeit

Die Kosten für Weiterbildung und Öffentlichkeitsinformation werden in *Spanien* über „Subventionen zur Förderung der Organspende und –transplantation“ von Seiten des nationalen Gesundheitsministeriums MSPS gedeckt (geregelt in ORDEN SCO/3685/2004). Die Auszahlung dieser Subventionen an Regionen und Spitäler erfolgt über die ONT. Diese Gelder bemessen sich an den Spenderaktivitäten eines Spitals aus dem Vorjahr sowie der Bevölkerungsgrösse der Region (Siehe orden sco/3685/2004, Artikel 4, Abschnitt 1, sowie Matesanz 2003: 737; 2004: 740; 2007: 183). Gemäss den Befragten sind diese Subventionen nur für die Förderung der Sache der Organspende bestimmt und decken die gesamten Auslagen für die breite Öffentlichkeitsinformation und Weiterbildung des Spitalpersonals. Hierbei handle es sich jedoch mehr um symbolische Beträge. An Ende eines Jahres erhalte ein kleines Spital mit zwei bis drei Spendern im Jahr insgesamt rund 500 Euro für diese Spendertätigkeit. Ein grosses Spital mit etwa 25 Spendern und an die 30 Nierentransplantationen im Jahr erhalte 11'000 Euro. Die Subventionsbeträge an die autonomen Büros variieren laut Interviewaussagen zwischen 25'000 für kleinere und 60'-70'000 Euro für die grössten Regionen im Jahr. Einen Teil dieses vom Gesundheitsministerium zugesprochenen Geldes verwendet die ONT auch für die Unterstützung von Projekten, welche ihnen von den Spitälern zur Förderung der Organspende präsentiert werden. Diese für Schulungszwecke und Öffentlichkeitsinformation gesprochenen Gelder wurden von den meisten Interviewpartnern als ausreichend bemessen.

In der *Schweiz* verfügt das BAG seit Inkrafttreten des TxG über ein Budget von 1.5 Mio. CHF pro Jahr und eine fünfzig Prozent-Stelle. Swisstransplant ist zur Deckung seiner Öffentlichkeits-

arbeit auf Spendengelder angewiesen (82'669 CHF im Jahr 2008, Swisstransplant 2008a: 5). Von Seiten des BAG wurde festgehalten, dass für die Finanzierung der Weiterbildung durch den Bund genügend Gelder vorhanden seien. Das Problem wird auf nationaler Ebene eher darin gesehen, dass die Angebote des Bundes zur finanziellen Unterstützung im Bereich Weiterbildung nicht ausreichend durch das Spitalpersonal genutzt würden. Auf Spitalebene wurde bisweilen bemängelt, dass es nicht einfach sei, Gelder für eigene Initiativen im Bereich Information der Öffentlichkeit zu bekommen.

7 Vergleichende Analyse

Nach dieser umfassenden Darstellung der Organspendewesen der beiden Länder folgt nun eine systematisch vergleichende Analyse aller bislang behandelten Aspekte entlang des Aufbaus des Berichts. Anschliessend diskutieren wir, mit Blick auf internationale Erfahrungen, die Übertragbarkeit des Spanischen Modells auf die Schweiz.

7.1 In- und Outputfaktoren

Vergleicht man die beiden Länder in Bezug auf die Inputfaktoren (siehe Tabelle 7-1), lassen sich geringe bis grosse Unterschiede ausmachen. Dabei sind die Ausgangsbedingungen in der Schweiz in gewissen Aspekten günstiger; etwa, was die Infrastruktur in den Spitälern betrifft. Bei diesem Vergleich stützen wir uns aufgrund der vergleichbaren Bevölkerungsgrösse und Verfügbarkeit der Informationen auf die Region Andalusien (vgl. Abschnitt 2.2.3). So weist die Schweiz gemessen an der Bevölkerungsgrösse eine bessere Abdeckung durch Spitäler und Spitalbetten auf, und die Ärztelöhne sind viel höher. Laut Matesanz kann letzteres jedoch der Spitalkoordination abträglich sein, da bei hohen Ausgangslöhnen ein Zusatzverdienst über die Koordinationstätigkeit weniger attraktiv sei (siehe etwa Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 184). Was die Verfügbarkeit an Intensivbetten betrifft, die für die Phase der Spendererhaltung benötigt werden, scheint Spanien besser dazustehen: Im Gegensatz zu Spanien wurde in der Schweiz verschiedentlich ein Mangel an IPS-Betten konstatiert.⁶⁹ Schliesslich fällt auf, dass in der Schweiz in deutlich weniger Spitälern tatsächlich Organe entnommen werden als in Spanien. So wurden 2009 in über einem Drittel der Spitäler der Schweiz, welche Spender entdecken (Nicht-TxZentren), die Spender für die Organentnahme verlegt. In Spanien ist die Verlegung von Organspendern nicht üblich.

Auch regionale Unterschiede finden sich in beiden Ländern. Während diese in Spanien in erster Linie auf Grössenunterschiede und damit zusammenhängend auf die Anzahl Spenderspitäler der Regionen zurückgeführt werden, verweisen sie in der Schweiz auf sprachregionale Unterschiede: Die lateinische Schweiz weist seit Jahren deutlich höhere Spenderraten auf als die Deutschschweiz.

Es gibt zwar deutliche Unterschiede zwischen den zwei Ländern bezüglich der Häufigkeit von Verkehrsunfällen, und vermutlich auch bei ihrem Anteil an der Anzahl Leichenspender. Sie ist jedoch zu niedrig, um die Unterschiede in den Leichenspenderraten, welche in Spanien dreimal höher ist als in der Schweiz, zu erklären. Non-heart beating donors gibt es in der Schweiz im Gegensatz zu Spanien im untersuchten Zeitraum nicht, ihr Anteil ist jedoch nicht ausschlaggebend.

⁶⁹ Leider liegen laut BFS für die Schweiz keine verlässlichen Angaben zur Abdeckung an Intensivbetten vor (vgl. Kapitel 2.2.3).

Tabelle 7-1 Vergleich der Inputfaktoren

	<i>Spanien</i>	<i>Schweiz</i>
<i>Strukturelle Unterschiede</i>		
regionale Unterschiede in Spenderraten	kleine vs. grosse Regionen	Sprachregionen
<i>Infrastruktur 2009</i>		
	<i>Andalusien</i>	<i>Schweiz</i>
Tx- und Entnahmezentren	5 Tx-Zentren 22 Entnahmespitäler	6 Tx-Zentren 14 effektive Entnahmespitäler
Spitäler und Spitalbetten pro Einwohner	57'463 Einwohner pro Spital 3.6 Spitalbetten pro Einwohner	23'584 Einwohner pro Spital 5.2 Spitalbetten pro Einwohner
Ärztelohn im Verhältnis zum BIP nach Kaufkraftparität	1.4 - 2.1	2.5 - 3
Spitalkoordinatoren	45	104 ⁷⁰
<i>Zusammensetzung Spenderpool</i>		
	<i>Spanien</i>	<i>Schweiz</i>
Verkehrsunfallopfer: Anteil an Gesamt-Todesfällen und Kennzahl p.m.p. 2007	1.03% 87.5 p.m.p.	0.63% 50.6 p.m.p.
NHBD 2008	4.9%	--

Legende:

für die Schweiz zahlenmässig relevante Unterschiede

Hinsichtlich der Outputfaktoren verdeutlicht ein Blick auf Tabelle 7-2, dass die Messung des Anteils Leichenspenden p.m.p. gemäss unseren Abklärungen in beiden Ländern identisch erfolgt. Eine erste Relativierung der unterschiedlichen Spenderraten ergibt sich durch den Stellenwert der Lebendspende in der Schweiz. Während diese in Spanien immer noch einen kleinen Anteil an allen Organspenden ausmacht, gibt es in der Schweiz sogar mehr Lebend- als Totspenden.

Das Spenderpotential in der Schweiz ist im Bezug zur Gesamtbevölkerung etwa halb so gross wie in Spanien. Die These, dass in der Schweiz weniger Patienten in den Hirntod fallen und damit als Organspenden in Frage kommen als in Spanien, wurde folglich bestätigt. Da wir über keine repräsentativen gesamtschweizerischen Daten verfügen, müssen diese Zahlen jedoch mit Vorsicht interpretiert werden. Was die Ausschöpfung dieses Spenderpotentials betrifft, so scheinen in der Schweiz etwa eineinhalb mal so viele potentielle Spender nicht zu effektiven Spendern zu werden wie in Spanien. Dies, obwohl die Schweiz bei der Spenderdetektion, mit Ausnahme der kleinen Spitäler, inzwischen offenbar annähernd dasselbe Niveau wie Spanien erreicht hat. Die Ablehnungsrate durch die Angehörigen ist in der Schweiz jedoch mehr als doppelt so hoch als in Spanien.

⁷⁰ In Spanien sind Spitalkoordinatoren häufiger Vollzeit angestellt (32% der Pflegerkoordinatoren, 6% der Arztkoordinatoren, vgl. Tab. 5-2), in der Schweiz nebenamtlich. Vgl. Tabelle 2-5: In Andalusien kommen auf 56 mögliche Spenderspitäler 45 Koordinatoren; es hat nicht in jedem Spital einen Koordinator. Koordinatoren sind teils für mehr als ein Spital zuständig. In der Schweiz kommen auf 76 Spitäler 104 Koordinatoren.

Die Rolle der kleinen Spitäler

Bezüglich absoluter Spenderzahlen und der Grösse ihrer Einzugsbevölkerung sind Schweizer Spitäler tendenziell kleiner als spanische. Besonders fällt auf, dass der Pool an potentiellen Spendern in den kleinen Schweizer Spitälern viel kleiner ist als in Spanien, und auch als in den grossen Spitälern der Schweiz. Dieses geringere Potential wird in kleinen Schweizer Spitälern zudem viel weniger gut genutzt: So wird ein potentieller nur sehr selten auch zu einem effektiven Spender. In kleinen Spitälern der Schweiz werden nur bei etwa einem Drittel so vielen potentiellen Spendern die Angehörigen um die Organspende gebeten wie in grossen Spitälern. Auch die Ablehnungsraten durch die Angehörigen sind in den Schweizer Spitälern ohne Neurochirurgie auffallend hoch. Aus diesen Resultaten ergibt sich, dass ein Handlungsbedarf im Bereich der eigentlichen medizinischen Spendeprozesse überwiegend in den kleinen Spitälern der Schweiz besteht. In allen Spitälern wird zudem Handlungsbedarf im Bereich Angehörigengespräch geortet.

Tabelle 7-2 Vergleich der Outputfaktoren

	<i>Spanien</i>	<i>Schweiz</i>
Messung Leichenspender p.m.p.	Identisch	
Tot- vs. Lebendspende, NHBD 2008 (ESP) / 2009 (CH)	wenig Lebendspender, dafür NHBD (Anteil NHBD an Leichenspendern: 4.9%)	Mehr als Hälfte aller Spender Lebendspender: 109 Lebendspender 103 Leichenspender
<i>Potentielle vs. effektive Spender</i>		
potentielle Spender p.m.p. 2007	51.8	21.4
Prozentualer Anteil effektiver Spender an potentiellen Spendern 2007	58 Kleine Spitäler: 52.9	32.3 Kleine Spitäler: 3.1
Prozentualer Anteil Familienanfragen an potentiellen Spendern 2007 (ESP) / 2009 (CH)	75.1 Kleine Spitäler: 73	71.1 Kleine Spitäler: 31.6
Ablehnungsraten 2008 (in %)	17.9	42.3 Grosse Spitäler: 40.7 Kleine Spitäler: 71.4
effektive Spender (p.m.p.) 2009	34.4	13.3
resultierende Transplantationen	<ul style="list-style-type: none"> • 2.51 pro Spender • 78.3% der entnommenen Organe 	<ul style="list-style-type: none"> • 3.42 pro Spender • 96.4% der entnommenen Organe

Legende:

für die Schweiz zahlenmässig relevante Unterschiede

Wurde ein potentieller zu einem effektiven Spender, dann ist die Verwertungsrate der gespendeten Organe in der Schweiz deutlich höher als in Spanien: Pro Spender werden mehr Organe transplantiert (ESP 2.51 [ONT 2009: 1], CH: 3.42 [Swisstransplant 2009b: 12]), und entnommene

Organe werden hier mit einer wesentlich grösseren Wahrscheinlichkeit auch transplantiert (ESP: 78.3 Prozent [ONT 2008b: 6], CH: 96.4 Prozent [Swisstransplant 2008a: 8]). Die gute Effizienz der Schweiz bei der Verwertung effektiver Spenderorgane wird auch in alternativen Messindizes deutlich, die auf transplantierten Patienten basieren, wie dem „Procurement Efficiency Index“ PEI (vgl. Kapitel 2.4.4). Zwar kann die Diskrepanz der Spenderraten durch den PEI weiter relativiert werden; Spanien ist aber auch mit dem PEI immer noch führend im internationalen Vergleich, während die Schweiz laut PEI nur zwei Drittel der transplantierten Patienten Spaniens aufweist.

Systemischer Kontextfaktor Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen zählt zu den strukturellen Kontextbedingungen, die relativ stabil verankert sind und bei denen eine grundsätzliche Änderung entsprechend als schwierig umsetzbar erscheint. Ungeachtet dessen könnte die Tatsache, dass Spanien ein *staatliches Gesundheitswesen* besitzt, es verhältnismässig einfacher gestalten, Gelder in die Organspendeseite zu investieren, als dies in einem *ausgeprägt privaten Gesundheitssystem* wie demjenigen der Schweiz der Fall ist, dessen Finanzierungsmechanismen sich zu einem wesentlichen Teil an konkreten medizinischen Leistungen ausrichten und dadurch eher auf die Transplantationsseite fokussieren. Eine ähnliche Einschätzung vertritt Rafael Matesanz, gemäss dem die Organspende, anders als die Transplantation, wohl kaum je ein ernsthaftes Anliegen privater Leistungserbringer sein könne, weshalb er ein staatliches Gesundheitswesen als unerlässliche Bedingung für ein gutes Funktionieren des Spanischen Modells erachtet (siehe auch Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 184). Die *traditionelle föderale Vielfalt* im schweizerischen Gesundheitswesen dürfte es schliesslich schwieriger gestalten, einheitliche nationale Richtlinien im Bereich Organspende zu finden als in Spanien, wo die *Dezentralisierung des Gesundheitswesens* erst erfolgte, nachdem sich das Spanische Modell bereits etabliert hatte.

7.2 Kernprozess der Organspende

Zusammenfassend lassen sich in allen Phasen des Kernprozesses der Organspende klare Unterschiede zwischen Spanien und der Schweiz ausmachen. In Spanien ist der Spitalkoordinator explizit mit der *Spenderdetektion* beauftragt. Der Einsatz von Wachpersonen, eine umfassende Detektion auf allen Abteilungen, auf denen es Spender geben könnte, sowie eine permanente Registrierung aller Hirntoten und Spender ermöglichen, dass möglichst viele potentiellen Spender in Spanien auch entdeckt werden. In der Schweiz erfolgt die Spenderdetektion und -identifizierung nach wie vor hauptsächlich durch einen Intensivmediziner, der er nicht in seiner Funktion als donor key person nachgeht. Nach der Ansicht einer Mehrheit der Befragten sind donor key persons in erster Linie für die Förderung der Sensibilisierung des Spitalpersonals bezüglich des Themas zuständig, damit potentielle Spender im Ernstfall auch wirklich entdeckt werden und als Spender gewonnen werden können.

Das *Angehörigengespräch* findet in Spanien in einem anderen Kontext statt als in der Schweiz. Während in Spanien aufgrund der rechtlichen Widerspruchslösung lediglich abgeklärt werden muss, ob ein Verstorbener gegen eine Organspende war, muss in der Schweiz gemäss der erweiterten Zustimmungslösung explizit die Zustimmung der Angehörigen zur Organspende erfragt werden. Welche Implikationen diese unterschiedliche Ausgangslage hat, können wir nicht abschliessend beurteilen. In der Fachwelt wird ein Effekt dieser unterschiedlichen Frageformen vermutet (vgl. Ausführungen unter 4.2.1). Möglicherweise erleichtert die Widerspruchslösung die Anfrage und den Reapproach, die beide in Spanien immer durchgeführt werden, während in der Schweiz bisweilen auf die Anfrage verzichtet wird und es auch keinen Reapproach gibt. In den Interviews wurde betont, dass eine rechtliche Lösung jedoch immer auf die Mentalität zugeschnitten sein sollte, aus der sie hervorgeht. Wie diverse Länderbeispiele zeigten, könne ein radikaler Wechsel von der Zustimmungs- auf die Widerspruchsregelung nicht intendierte negative Auswirkungen zeitigen.

Ein weiterer wichtiger Unterschied im Angehörigengespräch betrifft die Tatsache, dass dieses in der Schweiz durch dieselbe Person vorgenommen wird, die die Todesmitteilung überbringt, d.h. durch den behandelnden Intensivmediziner. In Spanien führt das Angehörigengespräch immer der Spitalkoordinator. Die Ablehnungsgründe der Angehörigen sind in beiden Ländern vielseitig. Auffallend ist in der Schweiz jedoch die Ablehnung aufgrund eines negativen Bildes der Organspende, sei dies über die öffentliche Wahrnehmung oder diejenige des Spitalpersonals, was in Spanien nie als Ablehnungsgrund genannt wurde.

Auch wenn die Prozesse der Spenderhaltung und Organentnahme sich in den beiden Ländern ähneln, lassen sich in ihrem Ablauf in der Praxis, der in beiden Ländern bisweilen regional variiert, einige Unterschiede erkennen. Die *Spendererhaltung* wird beiderorts durch das reguläre IPS-Personal auf der Intensivstation vorgenommen. In Spanien wird dieser Prozess jedoch zusätzlich vom Spitalkoordinator betreut, und in einzelnen Spitälern steht dafür eine spezielle Infrastruktur zur Verfügung. Um eine Organentnahme vornehmen zu dürfen, braucht ein Spital in Spanien eine Bewilligung, in der Schweiz hingegen nicht.

Länderunterschiede bestehen auch bezüglich des *Orts der Organentnahme*. In Spanien findet diese in der Regel im Spendespital statt und die Entnahmeteams werden eingeflogen. In einzelne regionale Spitäler des Netzwerks Zürich und ins Ospedale Civico in Lugano werden bisweilen externe Teams zur Organentnahme ins Spital bestellt. Trotz einer Zunahme an potentiellen Entnahmespitälern betrug der Anteil an Verlegungen von Leichenspendern 2009 mit 13.5 Prozent mehr als in den Vorjahren. Für 2010 zeichnet sich jedoch mit nur 5 Prozent verlegten Spendern (Stand Juli 2010) eine klar rückläufige Tendenz an Verlegungen ab. In beiden Ländern ist die Voraussetzung zu einer Organentnahme, dass ein Empfänger gefunden wurde. In Spanien gilt dieses Kriterium jedoch für das meisttransplantierte Organ, die Nieren, nicht, da für dieses die Zuteilung regional geregelt ist.

7.3 Monetäre und nicht-monetäre Anreize der Spendearbeit

Im direkten Vergleich lassen sich klare Unterschiede in der Anreizstruktur bezüglich der Spendearbeit in den beiden Ländern beobachten. Während die Anreize zur Spendearbeit in Spanien sowohl auf der Ebene der Kostendeckung als auch der Entschädigung der Spendearbeit ausgeprägt sind und auch starke nicht-monetäre Anreize für diese Arbeit bestehen, dominieren in der Schweiz keine speziellen oder bisweilen sogar negative Anreize zur Spendearbeit.

Gemäss Interviewaussagen wird die Spendearbeit in Spanien *umfassend durch das staatliche Gesundheitswesen gedeckt*. Das IPS-Personal, aber auch die Spitalkoordinatoren, die an dieser Arbeit beteiligt sind, werden dafür zusätzlich *entschädigt*. In gewissen Spitälern erfolgt diese Bezahlung gar leistungsba-siert, womit in diesen Fällen von einem konkreten finanziellen Anreiz für die Spendearbeit ausgegangen werden kann.⁷¹ Mit dem Verweis auf Spaniens Erfolg im Bereich der Spenderrekrutierung vermerkten diverse Interviewpartner, dass sich die hohen Investitionen Spaniens in die Spendearbeit vollkommen ausbezahlt hätten. Im Gegensatz dazu lassen sich in der Schweiz *keine oder sogar negative finanzielle Anreize für die Spendearbeit* ausmachen. Gemäss diversen Interviewpartnern wird diese in der Schweiz nicht umfassend durch die privaten Krankenversicherer und Kantone abgedeckt. Kostendeckungslücken bestehen in der Phase von der Spenderidentifikation bis hin zur Organentnahme, oder für den seltenen Fall, dass Organe entnommen, aber nicht transplantiert werden.

Bezüglich der nicht-monetären Anreizstrukturen lässt sich festhalten, dass ein zentraler Anreiz zur Spenderrekrutierung in Spanien, der *Wettbewerb zwischen den Spitälern*, in der Schweiz im Bereich Organspende nicht ausgeprägt vorhanden ist. Gemäss einzelnen Interviewpartnern scheint ein solcher Wettbewerb auch nicht der schweizerischen Mentalität zu entsprechen. Auch wenn hierzulande aus institutioneller Sicht ein konkreter Auftrag zur Spenderdetektion für alle IPS-Spitäler existiert, wird dieser Tätigkeit noch lange nicht mit derselben *Selbstverständlichkeit* begegnet wie in Spanien, wo die Spendearbeit als normaler Bestandteil des Spitalalltags angesehen wird. Die persönliche *Motivation* des beteiligten Spitalpersonals, die in beiden Ländern eine starke Antriebsfeder darstellt, wird in der Schweiz durch verschiedene Fehlanreize, die in erster Linie mit fehlenden Mitteln und einer mangelnden Akzeptanz und Anerkennung der Spendearbeit zu tun haben, untergraben.

7.4 Koordination auf Spital- und intraregionaler Ebene

Mit Inkrafttreten des TxG sind in der Schweiz die Strukturen der lokalen Koordination ausgebaut worden: Wie in Spanien gibt es nebst den Tx-Koordinatoren in Tx-Zentren nun neu in jeder Intensivpflegestation donor key persons für den Bereich der Koordination der Organspende, die für die Spenderidentifizierung und –rekrutierung zuständig sind. Ein Blick auf die Praxis verdeut-

⁷¹ In den von uns besuchten spanischen Spitälern konnten wir beide Entschädigungsmodalitäten, nach Zeit und nach Spendeprozess, beobachten. Diverse Interviewpartner betonten, dass es in diesem Bereich eine grosse Vielfalt an spitalinternen Regelungen gebe, und es kaum möglich sei, eine national einheitliche Regelung zu finden.

licht jedoch umgehend, wie unterschiedlich die Funktion der lokalen Koordination in den beiden Ländern wahrgenommen wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl in Spanien als auch in der Schweiz viele Spitalkoordinatoren bzw. donor key persons ihre Funktion in Teilzeitanstellung ausüben und somit meist beide Rollen, IPS-Personal und Organspende-Koordination, in sich vereinigen. Es gilt jedoch zu berücksichtigen, dass in Spanien, anders als in der Schweiz, wo keine IPS-Pfleger der Tätigkeit der donor key person auf Vollzeitbasis nachgehen, gut ein Drittel der Pflegerkoordinatoren Spaniens (32 Prozent, vgl. Abbildung 5-2) vollzeit als Koordinatoren angestellt sind.



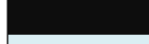


Die Sparte „Spitalebene“ in Tabelle 7-3 illustriert sehr deutlich, dass die Spenderarbeit von der Spenderidentifikation über alle Phasen bis hin zur Koordination der Organentnahme in Spanien zur zentralen Kompetenz der Spitalkoordinatoren gehört. Geht es um die Spenderarbeit, unterscheiden sich zudem die Kompetenzen von Spitalkoordinatoren in Entnahme- und Tx-Zentren in Spanien kaum. Diese klare Kompetenzverteilung wird noch deutlicher, wenn man die Sparte des IPS-Personals berücksichtigt: Dieses ist in Spanien, ausser bei medizinischen Aspekten wie der Hirntoddiagnose oder der Spendererhaltung, nicht für die Spenderarbeit zuständig.

Ein Blick auf dieselbe Sparte in der Schweiz verdeutlicht, dass hierzulande die Spenderarbeit nach wie vor hauptsächlich als Aufgabenbereich des IPS-Personals aufgefasst wird. Donor key persons und Tx-Koordinatoren haben, verglichen mit Spanien, einen sehr viel eingeschränkteren Kompetenzbereich, der sich zudem deutlich voneinander unterscheidet. Nicht nur zwischen donor key persons und Tx-Koordinatoren, vor allem auch innerhalb der Gruppe der donor key persons gibt es grosse Unterschiede im Aufgabenverständnis. In Spanien sind Spitalkoordinatoren meist Ärzte, denen Pfleger im Koordinationsteam zur Seite stehen können. Auch in der Schweiz sind donor key persons in der Mehrheit IPS-Ärzte, das Modell der Pflegepersonen als donor key person ist hierzulande jedoch noch stärker verbreitet als in Spanien. Während die Beobachtungen in den besuchten Spitälern die Annahme unterstützen, dass Pflegefachpersonen über weniger Autorität verfügen als Ärzte, um sich für die Sache der Organspende einzusetzen, scheint dieses Modell im PLDO ausserordentlich gut zu funktionieren. Weder bei Ärzten noch bei Pflegern als donor key persons lässt sich ein einheitliches Bild des Aufgabenverständnisses zeichnen, da dieses regional stark variiert (vgl. schraffierte Flächen in Tabelle 7-3). Mit der Koordination zusammenhängende Aspekte wie Spendermeldung, Koordination von Logistik und Transport, das Betreiben einer Hotline sowie die Eingabe von Daten ins Qualitätsprogramm wird nur in gewissen Regionen als Aufgabenbereich von donor key persons erachtet. Als kleinster, schweizweit gemeinsamer Nenner der Aufgabe einer donor key person kann der Aspekt der Spenderidentifizierung genannt werden. IPS-Ärzte als donor key persons können diese Aufgabe selbst wahrnehmen, die Aufgabe von Pflegepersonal-donor key persons beschränkt sich in diesem Zusammenhang auf die Sensibilisierung und Mahnung des weiteren Personals zur Wahrnehmung der Aufgabe der Spenderidentifizierung (siehe hierzu auch nachfolgend Tabelle 7-4 in Abschnitt 7.6). Während die Spitalkoordinatoren Spaniens umfassend für ihre Koordinationstätigkeit entlohnt werden, erhalten donor key persons in der Schweiz ausser im PLDO und in Tx-Zentren keine Entschädigung für diese zusätzliche Funktion.

Tabelle 7-3 Zuständigkeiten der Akteure im Organspendeprozess (Spitalebene, regional, national): Kernprozess

Land	Spanien				Schweiz						
Ebene	Spitalebene			regional	national	Spitalebene			regional	national	
Akteur	IPS; behandelnder Arzt / Pfleger	Spital-Koord. Spende-/Entnahmезentrum	Spital-Koord. Tx-Zentrum	Autonome Koord.	ONT	IPS; behandelnder Arzt / Pfleger	donor key persons	Tx-Koord. Bereich Entnahme und Tx	Tx-Koord als Netzwerker	Swissstransplant	BAG
Kernprozess der Organspende, Entnahme und Tx											
Spender-identifizierung											
Hirntoddiagnose											
Angehörigengespräch											
Angehörigenbetreuung											
Spendermeldung											
Spendererhaltung											
Spenderbewertung											
Allokation Warteliste											
Koordination Entnahme											
Koordination von Logistik und Transport											
Hotline											
Qualitätskontrolle, Datenauswertung											

Legende:

	Gehört zum Aufgabenbereich
	Gehört teilweise zum Aufgabenbereich
	Gehört nicht zum Aufgabenbereich
	Nur wenn Arzt
	Regional unterschiedlich

Quelle: Eigene Darstellung

Das schwache Profil insbesondere der Schweizer donor key persons lässt sich wohl teilweise noch mit der relativen Neuheit der Strukturen erklären, ihr Aufgabenverständnis dürfte sich mit der Zeit noch stärker herausbilden. Es widerspiegelt aber auch die nicht eindeutige Formulierung von Zuständigkeiten in den rechtlichen Grundlagen: Lokale Koordinatoren (donor key persons

und Tx-Koordinatoren) müssen demnach lediglich *sicherstellen*, dass die diversen Prozesse der Spendearbeit organisiert und koordiniert werden (Art. 46 und 47 Transplantationsverordnung). Laut Gesetz lässt sich also kein direkter Auftrag ableiten, dass lokale Koordinatoren diese Aufgaben selbst aktiv wahrnehmen sollen.

Auch die intraregionale Koordination gestaltet sich in den beiden Ländern *sehr unterschiedlich*. Die autonomen Koordinatoren Spaniens gelten als neutrale, technokratische Instanz. Sie sind nicht direkt in die Kernprozesse involviert, sondern betreuen, evaluieren, überwachen und motivieren die Spendespitäler und geben ihnen Leistungsvorgaben. In der Schweiz hingegen erfüllen die Tx-Koordinatoren sowohl Aufgaben innerhalb der Kernprozesse der Organspende und Transplantation, die in Spanien der peripheren Ebene zugeordnet sind, als auch solche auf Netzwerkebene, welche in Spanien der regionalen Ebene angehören.

So haben die Schweizer *Tx-Koordinatoren* eine Doppelrolle inne. Einerseits nehmen sie diejenigen *medizinischen Koordinationstätigkeiten* wahr, welche von den donor key persons nicht abgedeckt werden und welche in Spanien vollständig den Spitalkoordinatoren auf peripherer Ebene zufallen. In dieser operativen Funktion sind sie nicht für die Spendeseite, sondern für die Entnahme- und Transplantationsseite zuständig. Andererseits betreuen, führen und begleiten sie die peripheren Spendespitäler in ihrer Funktion als *Netzwerkvorsteher*, ohne jedoch wie die autonomen Koordinatoren in Spanien über institutionelle Autorität über jene zu verfügen und ausserhalb der medizinischen Kernprozesse zu stehen. Einzig im PLDO existiert eine spezielle, neutrale Netzwerkkoordination, deren Gestaltung der autonomen Koordination Spaniens ähnelt. Ihr wurde in den Interviews ein entscheidender Beitrag zu den guten Resultaten des PLDO bei der Spenderrekrutierung zugeschrieben.

7.5 Organisation auf interregionaler und nationaler Ebene

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass auf interregionaler Ebene die CPT in Spanien als technisches Gremium die autonomen Koordinatoren und die nationalen Koordinatoren als *Schnittstelle zwischen der operationellen und der politischen Ebene* sowohl der Organspende- wie auch der Transplantationsseite in sich vereint. Sie hat eine konkrete Konsensfindungs- und „agenda setting“-Funktion. In der Schweiz existieren *zwei Gremien getrennt* nebeneinander, welche einerseits die Transplantations- (Comité Médical) und andererseits die Intensivmedizinerseite (CNDO) bei Swisstransplant repräsentieren. Letzteres muss sich noch etablieren; ein institutionalisierter Beitrag des CNDO zur Entscheidungsfindung wie in Spanien scheint in Entwicklung begriffen. Die integrierende Funktion dieses Gremiums wird begrüsst und als notwendig erachtet.

Die Organisation auf nationaler Ebene in den zwei Ländern unterscheidet sich in einem zentralen Punkt: In Spanien existiert mit der ONT ein einziger Akteur, der in das Gesundheitsministerium integriert ist und unangefochten über ein gewisse Autorität und grosse Kompetenz verfügt, ohne jedoch im dezentralisierten Gesundheitswesen Spaniens institutionell der Vorgesetzte der Spendespitäler zu sein (diese Funktion nimmt die regionale Gesundheitsbehörde wahr). In diesem

Sinne betreibt die ONT Öffentlichkeitsarbeit, übernimmt die Schulung des medizinischen Personals, verwaltet die Daten und Statistiken und erlässt zusammen mit der CPT „soft law“. Die ONT übernimmt ausserdem alle operativen Aufgaben der nationalen Koordination.

In der Schweiz ist die nationale Führung im Organspende- und Transplantationswesen mit ihren Kompetenzen auf *zwei Akteure* verteilt. Swisstransplant übernimmt praktisch alle operativen Aufgaben der nationalen Koordination; in der Praxis ähnelt ihre Tätigkeit stark der der ONT. Laut Gesetz ist die Stiftung jedoch primär die nationale Zuteilungsstelle. Innerhalb des BAG ist die Sektion Transplantation und Fortpflanzungsmedizin für das Organspendewesen zuständig. In die Zuständigkeit des BAG fallen die Politikformulierung, die Rechtspflege, das Melde- und Bewilligungswesen, die Information der Öffentlichkeit sowie die Wirksamkeitsprüfung des Gesetzes (Monitoring und Evaluation). Zudem kann das BAG die Weiterbildung des medizinischen Personals finanziell unterstützen, für welche die Kantone zuständig sind. Das BAG ist also in keiner Weise direkt in den Kernprozess der Organspende involviert, sein Aufgabenbereich erstreckt sich auf die Regulierung und Gestaltung der Kontextprozesse.

Im Ländervergleich lassen sich deutliche Unterschiede bezüglich der Zusammenarbeit mit den nationalen Akteuren des Organspende- und Transplantationswesens und der Wahrnehmung derselben feststellen. Zwar wird die Zusammenarbeit in beiden Ländern grösstenteils als gut beschrieben. Die Spitäler in Spanien fühlen sich von der ONT unterstützt, und es wurden uns keine Konflikte genannt. In der Schweiz scheint generell, gerade an der Peripherie, weniger Kontakt zur nationalen Ebene zu bestehen. Das BAG wird als Akteur kaum wahrgenommen. Eine Zusammenarbeit mit Swisstransplant besteht vor allem auf regionaler Ebene, während die Bezugspersonen der peripheren Spitäler die Tx-Koordinatoren sind. Sowohl das BAG wie auch Swisstransplant werden von einzelnen Akteuren kontrovers wahrgenommen und als Autoritäten nicht vollständig akzeptiert. Die Kantone werden gemeinhin nicht als relevante Akteure im Organspendewesen wahrgenommen. Das Fehlen einer einheitlichen Steuerung wird in der Schweiz hingegen problematisiert. Im Gegensatz zu Spanien ist also die Zusammenarbeit mit der nationalen Führung in der Schweiz tendenziell *weniger eng*, und von mehr *Misstimnungen* geprägt.

7.6 Kontextprozesse

Bezogen auf die Kontextprozesse der Organspende wurde in den Interviews in beiden Ländern immer wieder die Relevanz der Sensibilisierung des Spitalpersonals über die Weiterbildung betont. Im Bereich der *Wahrnehmung der Organspende* durch das Spitalpersonal liessen sich deutliche Länderunterschiede ausmachen. Während die Organspende vom spanischen Spitalpersonal als altruistischer Akt angesehen wurde, der im normalen Spitalalltag dazugehört, wurde diese in der Schweiz tendenziell als seltener Ausnahmefall erachtet. Zudem wurde in der Schweiz vermehrt eine negative Grundeinstellung des Spitalpersonals gegenüber der Organspende beobachtet. Ähnlich präsentierte sich uns die Einstellung der Bevölkerung gegenüber der Organspende: Die Organspende wird in Spanien anscheinend von einem Grossteil der Bevölkerung als altruistischer

Akt wahrgenommen. Zudem haben die Spanier ein *grosses Vertrauen* in das spanische Gesundheitswesen im Allgemeinen, sowie das Organspendewesen im Speziellen.

Da das Spitalpersonal schlussendlich darüber entscheidet, ob Spender entdeckt und als solche gewonnen werden, wurde eine möglichst gute und umfassende Professionalisierung des Personals im Bereich Organspende, insbesondere auch im Umgang mit den Angehörigen bei der Nachfrage nach Organen, in beiden Ländern als sehr wichtig erachtet. In beiden Ländern gibt es *ein breites Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten* auf allen Ebenen. In Spanien ist dieses Angebot jedoch *inklusive* als in der Schweiz, da es das gesamte Personal anspricht, das aktiv oder passiv mit Organspendeprozessen in Berührung kommt. Neben den Spitalkoordinatoren umfasst dies das gesamte Intensiv- und Notfallpersonal. In der Schweiz findet sich eine solche Ausweitung des Weiterbildungsangebots auf das Intensivpersonal nur vereinzelt und insbesondere im PLDO. Tabelle 7-4 verdeutlicht, dass in der Schweiz, ähnlich wie in Spanien, Weiterbildung und Sensibilisierung nicht nur eine nationale Aufgabe, sondern auch eine Angelegenheit der Netzwerk- und Spitalebene (donor key persons und insbesondere Tx-Koordinatoren) ist.

Tabelle 7-4 Zuständigkeiten der Akteure im Organspendeprozess (Spitalebene, regional, national): Kontextprozesse

Land	Spanien				Schweiz						
	Spitalebene		regional	national	Spitalebene		regional	national			
Akteur	IPs: behandelnder Arzt / Pfleger	Spital-Koord. Tx-Zentrum	Spital-Koord. Tx-Zentrum	Autonome Koord.	ONT	IPs: behandelnder Arzt / Pfleger	donor key persons	Tx-Koord.: Bereich Entnahme und Tx	Tx-Koordinator als Netzwerkleiter	Swisstransplant	BAG
Kontextprozesse											
Weiterbildung / Sensibilisierung / Motivation Spitalpersonal	■					■	■				■
Information der Öffentlichkeit						▨	▨	■		■	
Bewilligungen	■	■			■	■	■	■	■	■	

Legende:

■	Gehört zum Aufgabenbereich
▨	Gehört teilweise zum Aufgabenbereich
■	Gehört nicht zum Aufgabenbereich
▨	Regional unterschiedlich

Quelle: Eigene Darstellung

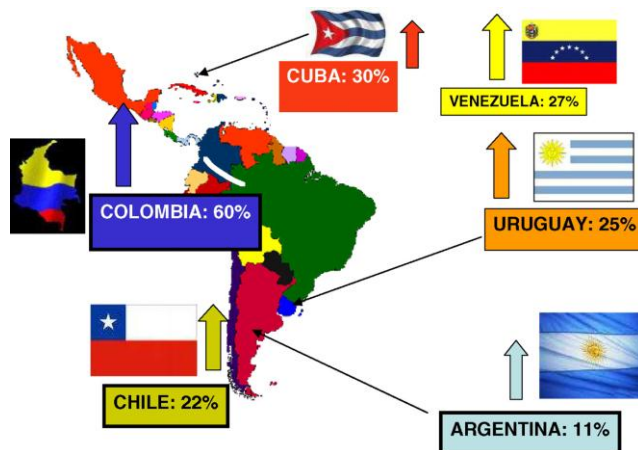
Zur *Information der Öffentlichkeit* werden in beiden Ländern verschiedene Kanäle genutzt, wobei in Spanien die *intensive Nutzung des Medienkanals* für die Sache der Organspende ins Auge fällt. Während in der Schweiz in erster Linie das BAG für die Öffentlichkeitsinformation zuständig ist und hierfür über die meisten Mittel verfügt, beteiligen sich in Spanien neben der ONT auch die regionale Ebene sowie die Spitalkoordinatoren aktiv am Auftrag der Information der Öffentlichkeit.

7.7 Übertragung des spanischen Modells auf andere Länder

Aufgrund seiner eindrucklichen Erfolgsquote wurde das Spanische Modell in verschiedene lateinamerikanische Staaten und auch einige europäische und angelsächsische Länder übertragen. Die Befragten beider Länder sowie Rafael Matesanz betonten die Notwendigkeit, bei der Übertragung einzelner Elemente des spanischen Organspendemodells auf die spezifischen Umstände und Eigenheiten des jeweiligen Landes einzugehen. Unsere Schweizer Interviewpartner waren überwiegend der Ansicht, dass vieles, was in Spanien funktioniert, in der Schweiz, vor allem aufgrund anderer Gepflogenheiten und Mentalitäten, nicht funktionieren würde. Zudem beeinflussen vielfältige Kontextfaktoren die Übertragbarkeit des Modells und ihre Wirkung: Etwa die Beschaffenheit des Gesundheitssystems, die ökonomischen Ressourcen, über die dieses verfügt, die Verfügbarkeit und Entlohnung der Ärzte, die Anzahl von Intensivpflegestationen und -betten, und nicht zuletzt auch die demographische Struktur der Bevölkerung (Matesanz 2007: 184 f, 2004: 740f.).

Matesanz selbst sieht den Erfolg des Spanischen Modells explizit als das Resultat einer *Kombination* von Massnahmen, welche sich gegenseitig ergänzen, wobei er die Organisation der Organspendekoordination eindeutig als wichtigsten Faktor erachtet (Matesanz 2007: 187). Die Erfolgsquote von Übernahmen des Spanischen Modells hängt laut Matesanz jedoch nicht zuletzt davon ab, wie tiefgreifend oder oberflächlich der Modelltransfer erfolgte. In Italien wurde 1999 etwa ein neues Transplantationsgesetz (Widerspruchslösung) erlassen, parallel dazu wurde eine Organisationsstruktur ähnlich der ONT mit einem Koordinationsnetzwerk über drei Ebenen eingeführt. Nicht alle Regionen Italiens haben diese organisatorischen Elemente auch umgesetzt, am stärksten hat sich die Region Toskana am Spanischen Modell orientiert. Laut Matesanz spricht der Erfolg für diese Strategie: Innerhalb von 10 Jahren konnte die Region Toskana ihre Leichenspenderrate vervierfachen (Quigley et al. 2009: 224; Matesanz 2007: 185f). Wie Abbildung 7-1 zeigt, ist auch in diversen lateinamerikanischen Staaten die Übernahme von Elementen des Spanischen Modells mit einer Erhöhung der Spenderraten einhergegangen.

Abbildung 7-1 Zunahme der Leichenspender in Lateinamerika nach Übernahme des Spanischen Modells (2006)



Quelle: Matesanz und Dominguez-Gil (2007: 186).

Ungeachtet der enormen Grössenunterschiede ist der Fall Australiens aufgrund seiner stark föderalistisch geprägten Struktur mit der Schweiz vergleichbar. Lindsay (2001: 130) kommt zum Schluss, dass eine nationale Konzentration von Koordination und Planung der Organspende und Transplantationspolitik im Stile der ONT vor dem föderalistischen politischen Hintergrund Australiens gar nicht möglich sei. Auch in Australien verzeichnen jedoch diejenigen Regionen die höchste Erfolgsquote, welche am meisten Elemente des Spanischen Modells übernommen haben (Lindsay 2001: 132).

Für den Fall der Schweiz lässt sich hinsichtlich der Frage nach der Übertragbarkeit des Spanischen Modells an dieser Stelle das Fazit ziehen, dass eine solche bezüglich der zentralen organisatorischen Faktoren, welche primär in der dreistufigen Koordination bestehen, realistisch und auch sinnvoll erscheint. Ähnlich machbar erscheint eine Orientierung am Spanischen Modell hinsichtlich der Professionalisierung der Spenderdetektion, und einer damit einhergehenden breiten und zugleich umfassenden Schulung des Spitalpersonals. Weniger umsetzbar scheint hingegen eine Übernahme von Aspekten, wie ein gewisser Wettbewerbscharakter oder rechtliche Regelungen, die mit den hiesigen Mentalitäten kollidieren könnten.

8 Folgerungen und Empfehlungen

Die nachfolgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen basieren einerseits auf den im Rahmen dieses Ländervergleichs gemachten Beobachtungen, andererseits auf den Aussagen unserer Interviewpartner. Untermauert werden sie mit dem TxG und seinen Verordnungen. Die Empfehlungen werden aufgegliedert auf die Prozessphasen Kern- und Kontextprozesse sowie Koordination. Beim organisatorischen Faktor der Koordination folgt die Diskussion der Empfehlungen den drei organisatorischen Ebenen, Spital, regional und national. Vor dem Hintergrund des Vergleichs mit Spanien berücksichtigen wir bei der Formulierung unserer Empfehlungen schliesslich die grundlegenden Erfolgselemente des spanischen Modells, genauer die sechs Prinzipien des Spanischen Modells nach Matesanz (Matesanz und Dominguez-Gil 2007: 181):

1. Dichtes, dreistufiges Transplantations-Koordinationsnetzwerk
2. Permanente Registrierung von Hirntoten und Spenderraten auf den Intensivstationen
3. Koordinations-Büro als zentrale Support-, Beratung- und Kontrollinstanz
4. Weiterbildung und Sensibilisierung des medizinischen Personals
5. Finanzielle Entschädigung der Spitäler
6. Medienstrategie

Die Formulierung der Empfehlungen wird von folgenden, grundsätzlichen Überlegungen geleitet: Zunächst einmal gilt es zu bedenken, dass mit der Einführung des TxG 2007 bereits starke Umwälzungen und Neuerungen im schweizerischen Organspende- und Transplantationswesen einhergegangen sind. Das wichtigste organisatorische Element des Spanischen Modells, die Existenz von Spitalkoordinatoren in allen potentiellen Spendespitalern, wurde somit bereits umgesetzt. Diesen neu etablierten Strukturen muss Zeit gegeben werden, sich zu bewähren. Insgesamt wird deutlich, dass diese Reformen im Zuge des TxG bei den beteiligten Akteuren gewisse Ermüdungserscheinungen hervorgerufen haben. Angesichts der Tatsache, dass diese rechtlichen Neuerungen diverse Entwicklungsprozesse ausgelöst haben, die noch im Gang sind, erscheint es ratsam, bei weiteren Massnahmen so weit wie möglich bei den bereits bestehenden Strukturen anzusetzen und darauf aufzubauen. Vor dem Kriterium der Machbarkeit konnte ein solches ergänzendes oder korrigierendes Handlungspotential vor allem auf operativer und organisatorischer Ebene ausgemacht werden.

Des Weiteren gilt es die Besonderheit der Schweiz zu berücksichtigen: Der ausgeprägte Föderalismus und die drei Sprachregionen machen es erforderlich, dass hierzulande stärker auf regionale Besonderheiten eingegangen werden muss als in Spanien. In diesem Zusammenhang gilt das PLDO als regionales Netzwerk, das, in Orientierung am Spanischen Modell, besonders gut auf die schweizerischen Verhältnisse zugeschnitten ist. Nicht zuletzt aufgrund seiner Erfolge im Bereich Spenderrekrutierung kommt dem PLDO Modellcharakter zu, indem es aufzeigt, welches

Verbesserungspotential in der Schweiz vorhanden und umsetzbar ist. Ein weiterer grundsätzlicher Unterschied zwischen den zwei Ländern besteht in der Mentalität der Bevölkerung und der Haltung des Staates zur Organspende und deren Förderung. Das Neutralitätsgebot des Gesetzgebers zu dieser Frage steht einer proaktiven Förderung der Organspende etwa mittels leistungsorientierter Anreize zur Organspenderrekrutierung, wie sie in Spanien teilweise bestehen, entgegen.

8.1 Empfehlungen für die Kern- und Kontextprozesse der Organspende

Während dem Kernprozess der Organspende entscheidet sich, ob ein potentieller Spender überhaupt entdeckt wird und ob dieser auch als effektiver Spender gewonnen werden kann. Nebst dem engen medizinischen Kernprozess haben aber auch gewisse Kontextfaktoren, wie die Professionalisierung des Personals, massgeblichen Einfluss darauf, ob die Spenderrekrutierung erfolgreich ist oder nicht. Entsprechend lassen sich für die verschiedenen Phasen des Kernprozesses sowie für Kontextprozesse im Bereich Sensibilisierung konkrete Empfehlungen formulieren, welche auf eine Optimierung der Spenderrekrutierung in der Schweiz abzielen.

8.1.1 Optimierung der Organspendeprozesse

Der Vergleich mit Spanien hat gezeigt, dass das Risiko, dass erstens potentielle Spender nicht entdeckt werden, und zweitens die Zustimmung zur Organspende aus potentiell vermeidbaren Gründen nicht erfolgt, in verschiedenen Etappen der Kernprozesse der Organspende minimiert werden könnte.

Die rechtliche Grundlage der Spenderdetektion ist in Art. 56 TxG und Art. 45, 46 und 47 Transplantationsverordnung festgehalten. In den entsprechenden Artikeln ist, ohne eine Förderung der Organspende zu postulieren, eine Verpflichtung der IPS-Spitäler formuliert, mögliche Organspender zu erkennen (Art. 45 Ziffer 1 Transplantationsverordnung) und die Todesfeststellung, die Einholung der Zustimmung der Angehörigen sowie ihre Betreuung und die des Spenders korrekt einzuleiten und zu koordinieren (Art. 46 und 47, jeweils Ziffer 1 Transplantationsverordnung).

Erkennung möglicher Organspender

In Spanien gibt es in jedem Spital mit einer anerkannten IPS einen Spitalkoordinatoren, der dafür angestellt ist und bezahlt wird, mögliche Spender zu identifizieren. Diese Spenderidentifizierung findet als selbstverständlicher Teil des Spitalalltags systematisch nicht nur auf den Intensivstationen, sondern auch auf Unfall- und Notfallstationen und neurochirurgischen Abteilungen statt. Dadurch ist eine bestmögliche Spenderidentifizierung rund um die Uhr im ganzen Spital sichergestellt. Diese zwei Elemente sind in der Schweiz in den meisten Spitälern nicht etabliert.

Empfehlungen:

1. In jedem Spital mit einer anerkannten Intensivstation sollte eine permanente Spenderidentifikation gewährleistet sein, die auch angemessen entschädigt wird. Sinnvollerweise übernehmen diese Arbeit IPS-Ärzte in ihrer Funktion als donor key persons (vgl. Empfehlung 14).
2. Die Spenderdetektion soll auf alle Stationen ausgeweitet werden, auf denen es potentielle Spender geben könnte. Nebst den Intensivstationen wären dies etwa Unfall- und Notfallstationen und neurochirurgische Abteilungen.

Todesfeststellung, Familiengespräch und Betreuung der Angehörigen

Offenbar steht gewissen Spitalern nicht rund um die Uhr ein Neurochirurg für die Hirntoddiagnose zur Verfügung. Die Feststellung und Mitteilung des Hirntodes bildet die Voraussetzung dafür, dass die Frage der Organspende thematisiert wird. Neben der Tatsache, dass die Anfrage um eine Organspende für alle Beteiligten äusserst belastend ist, ist dieser Moment entscheidend dafür, ob der Patient Organspender wird oder nicht. Hier besteht ein deutlicher Unterschied zwischen den zwei Ländern: In annähernd der Hälfte der Fälle (42.3 Prozent) lehnt die Familie in der Schweiz die Organspende ab, während die Ablehnungsquote in Spanien bei nur 17.9 Prozent liegt. Daraus ergibt sich ein eindeutiger Handlungsbedarf im Bereich des Familiengesprächs.

Sowohl die rechtliche Regelung der Widerspruchslösung, wie auch der in Spanien praktizierte Reapproach, erhöhen nachweislich die Wahrscheinlichkeit einer Zustimmung zur Organspende (Siminoff et al. 2001; Abadie und Gay 2006). Die überwiegende Mehrheit der Interviewpartner lehnt jedoch eine Praktizierung dieser beiden Regelungen in der Schweiz aus bisweilen ethischen Motiven ab.

Dennoch bestehen auch in der Schweiz noch Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich des Angehörigenesgesprächs. So steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Angehörigen einer Organspende zustimmen, nachweislich, wenn erstens nicht dieselbe Person um die Organspende bittet, welche bereits die Todesmitteilung überbracht hat, und zweitens die Anfrage um Organe von der Todesmitteilung getrennt wird, indem sie zeitlich versetzt erfolgt (siehe Siminoff et al. 2001; Simpkin et al. 2009). Die personelle und zeitliche Trennung der Todesmitteilung und der Organspendeanfrage wird in Spanien konsequent praktiziert. In der Schweiz übernehmen jedoch in der Regel die behandelnden IPS-Ärzte beide Gespräche. Auch die Betreuung der Angehörigen erfolgt meist durch das IPS-Personal. In Spanien ist diese Betreuung eine der Kernaufgaben der Spitalkoordinatoren, die sich dafür viel Zeit nehmen.

Empfehlungen

3. Die Tx-Zentren sollten, wie es bereits teilweise der Fall ist, Neurochirurgen bereithalten, welche sich auf Anfrage in die Spendespitäler begeben, um dort die Hirntoddiagnose vorzunehmen.
4. Wann immer es in personeller Hinsicht möglich ist, sollte nicht dieselbe Person die Angehörigen um eine Organspende bitten, welche ihnen bereits den Tod des Patienten mitgeteilt hat. Diese Anfrage sollte ferner nicht zeitgleich mit der Todesmitteilung, sondern zeitlich versetzt erfolgen. Der für die Anfrage zuständigen Person sollte auch die umfassende Betreuung der Angehörigen vor, während und nach dem Spendeakt obliegen.

Verlegung und Entnahme

In Spanien ist die Verlegung der Spender kaum ein Thema, da zumeist die Entnahmeteams in die Spitäler kommen. Eine höhere Dichte an Entnahmespitälern ist denn auch der einzige die Infrastruktur betreffende Punkt, in dem Spanien die Schweiz übertrifft. Nicht-Transplantationszentren werden immer wichtiger bei der Entdeckung und Meldung von Leichenspendern in der Schweiz, auch der Anteil an potentiellen Entnahmespitälern hat zugenommen. Während der Anteil an Verlegungen von Leichenspendern hierzulande in den letzten Jahren schwach gestiegen ist, zeichnet sich für 2010 ein klar sinkender Trend an Verlegungen ab. Die Verlegung von Organspendern wurde uns in mehrerer Hinsicht als problematisch beschrieben. Vor allem aber bedeutet sie eine psychologische Belastung für die Angehörigen, was wiederum die Zustimmungstendenz zur Organspende beeinträchtigen könne. Schliesslich wird sie offenbar teilweise durch eine Knappheit an IPS-Betten in den Entnahmezentren erschwert. Gleichzeitig wären viele Spitäler nach Angaben der Befragten in der Lage, Organentnahmen vorzunehmen.

Empfehlungen

5. Verlegungen von Organspendern sind nicht zuletzt aus Rücksicht auf die Angehörigen nach Möglichkeit zu vermeiden. Eine sinnvolle Alternative wären mobile Entnahmeteams nach dem Vorbild Spaniens, welche sich in die Spendespitäler begeben und die Organentnahme vor Ort vornehmen. Die Finanzierung des Transportes solcher Entnahmeteams und der Organe muss entweder durch die Krankenkassen als integrierter Teil der Entnahmekosten, oder als finanzieller Beitrag der Kantone an die Netzwerke auf Basis von Art. 56 TxG erfolgen.
6. Bei der Bereitstellung von IPS-Betten in Tx- und Entnahmezentren sollte stärker als bislang üblich der mögliche Pool potentieller Organspender mitberücksichtigt werden. Eine Bedarfsabklärung in den einzelnen Spitälern ist diesbezüglich zu empfehlen.

8.1.2 Finanzierung der Spendearbeit

Bei der Finanzierung des Kernprozesses der Organspende lassen sich in der Schweiz, anders als in Spanien, wo diese Kosten umfassend durch ein Vorschuss-Pauschalensystem des staatlichen Gesundheitssystems gedeckt sind, klare Kostendeckungslücken identifizieren: Einerseits gibt es hierzulande keine Deckung der Spendearbeit von der Spenderdetektion bis hin zur Spendererhaltung durch die privaten Krankenkassen oder die Kantone. Zum anderen kommt es zu einem Kostendeckungsausfall durch Krankenkassen und Kantone, wenn ein Organ zwar entnommen, aber letztendlich nicht transplantiert wird. Gerade im zentralen Bereich der Spendearbeit bestehen also für die Spitäler nicht zu unterschätzende finanzielle Fehlanreize, wodurch die Spenderrekrutierung weiter an Stellenwert verliert. Wie diese Kostendeckung im Zuge der Einführung des fallbezogenen Spitalvergütungssystems (SwissDRG) in Jahr 2012 gestaltet wird, ist derzeit noch nicht abschliessend geklärt.

Empfehlungen

7. Für eine bessere Anerkennung der Spendearbeit, und um finanzielle Fehlanreize zu vermeiden, soll die Spendearbeit von der Spenderdetektion über die Todesfeststellung, die Betreuung der Angehörigen bis zur Spendererhaltung hin umfassend finanziell abgedeckt werden. Zu diesem Zweck wird die Aufnahme einer entsprechenden Kategorie für die Spendearbeit mit einer hierzu definierten Fallpauschale durch SwissDRG empfohlen.
8. Das Risiko, dass Spendespitäler im Falle einer ausbleibenden Transplantation die bis dahin entstandenen Kosten übernehmen müssen, muss minimiert werden. Zur Deckung solcher Einzelfälle wird die Schaffung eines Fonds empfohlen, etwa durch den Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK), der mit Beiträgen der Krankenkassen und der Kantone gespeist wird.

8.1.3 Kontextfaktor Sensibilisierung

Weiterbildung und Sensibilisierung des medizinischen Personals

Einer der zentralen Pfeiler für den Erfolg des Spanischen Modells besteht gemäss Rafael Matanzas in der Professionalisierung des Spitalpersonals. Einer möglichst umfassenden Sensibilisierung und Weiterbildung kommt in diesem Zusammenhang ein wichtiger Stellenwert zu, wie auch in den Interviews in beiden Ländern immer wieder bekräftigt wurde. Die nicht wertende Vermittlung der Organspende als normaler Teil der Spitaltätigkeit, das Wissen um die Spenderkriterien und die einzuhaltenden Protokolle, und die Fähigkeit, angemessen mit den Angehörigen zu kommunizieren, bilden auch die zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung der Empfehlungen 1, 2 und 4.

Art. 56 Ziffer 2b TxG formuliert die Pflicht der Kantone, die Durchführung von den erforderlichen Fort- und Weiterbildungsprogrammen für das medizinische Personal vorzusehen. In der

Schweiz konnten wir ein umfassendes Weiterbildungsangebot für das Spitalpersonal für den Bereich der Organspende ausmachen. Zwischen Netzwerk- und nationaler Ebene ist dieses jedoch kaum abgestimmt und es besteht schweizweit keine Übersicht über die Angebote der Netzwerke. Ferner richtet sich das Angebot hauptsächlich an lokale Koordinatoren (donor key persons und Tx-Koordinatoren).

Empfehlungen

9. Das CNDO soll die bestehenden Weiterbildungsangebote auf lokaler, Netzwerk- und nationaler Ebene besser aufeinander abstimmen.
10. Anstrengungen der Netzwerke im Bereich Weiterbildung des Spitalpersonals sollten unterstützt und gefördert werden, da diese als direkte Ansprechpartner der Spendespitäler deren Bedürfnisse im Bereich Sensibilisierung des Spitalpersonals optimal ausloten können.
11. Die Weiterbildung des Spitalpersonals sollte umfassend erfolgen und sich an all jene Personen richten, welche passiv oder aktiv mit Organspendeprozessen zu tun haben. Nebst den lokalen Koordinatoren betrifft dies in erster Linie das gesamte IPS-Personal sowie die Notfalldienste.

Information der Öffentlichkeit

Der grösste Unterschied im Bereich Information der Öffentlichkeit besteht in der Nutzung der Informationskanäle. In Spanien erfolgt diese Information hauptsächlich über die Medien, zu denen die ONT intensiven und engen Kontakt pflegt. Des Weiteren beteiligen sich in Spanien neben der nationalen auch die regionale und die Spitalebene viel systematischer und umfassender an der Information der Öffentlichkeit, als dies in der Schweiz der Fall ist.

Ohne den Neutralitätsanspruch des BAG im Bereich Organspende in Frage zu stellen, lässt sich aus den Interviewäusserungen ablesen, dass das BAG für eine neutrale Information der Öffentlichkeit vermehrt und regelmässiger auch alternative Informationskanäle nutzen könnte. Dabei wurde verschiedentlich betont, dass die Spendeoption die Bevölkerung eher über Emotionen als in Form von Gesetzestexten, wie etwa in der Kampagne 2007, anspreche und auf diesem Wege ein grösseres Potential habe, die Menschen anzuregen, über die Organspende nachzudenken und selbst Stellung dazu zu beziehen.

Empfehlungen

12. Die Information der Öffentlichkeit durch das BAG kann noch lebensnaher kommuniziert werden und gezielter erfolgen. In diesem Zusammenhang empfehlen wir, vermehrt den Medienkanal (Fernsehen) für die Information der Öffentlichkeit zu nutzen, da die Bevölkerung über diesen Kanal am umfassendsten und direktesten erreicht werden kann.
13. Im Sinne der Subsidiarität sollten sich neben der nationalen Ebene auch die Netzwerke und die lokalen Koordinatoren (donor key persons, Transplantationskoordinatoren) stärker für die Information der Öffentlichkeit engagieren. Für dieses Engagement sollten die entsprechenden Akteure entschädigt werden. Ferner müsste diese Information auf die nationale Ausrichtung der Information der Öffentlichkeit (BAG) abgestimmt sein.

8.2 Handlungsempfehlungen für den Bereich Koordination

8.2.1 Donor key persons

Die Spitalkoordinatoren sind das Herzstück des Spanischen Modells. Auch wenn diese Funktion in der Schweiz ebenfalls eingeführt wurde, so gibt es in der Praxis sehr grosse Unterschiede. Sie betreffen das Anstellungs- und Entlohnungsmodell wie auch das Rollenverständnis der Spitalkoordinatoren. Auffallend sind auch die starken regionalen Variationen diesbezüglich in der Schweiz. Ausschlaggebend ist jedoch, ob die donor key persons in der Lage sind, ihren in Art. 47 der Transplantationsverordnung formulierten Auftrag zu erfüllen, die korrekte Einleitung und Koordination der Spendeprozesse sicherzustellen.

Der Vergleich mit Spanien lässt es zunächst einmal nicht notwendig erscheinen, noch mehr Personal für die lokale Koordination zu rekrutieren. Je nach Region und Spital haben sich verschiedene Modelle durchgesetzt, nach denen die donor key persons entweder Pflegefachpersonen oder Ärzte sind. Eine solche Kompetenzaufteilung findet man auch in Spanien, wobei Spitalkoordinatoren in Spanien in der grossen Mehrheit IPS-Ärzte sind, denen je nach Spitalgrösse eine oder mehrere Pflegepersonen als Koordinationsteam zur Seite gestellt werden. Die Ausgestaltung der Spendeoordination richtet sich dort nach der Funktion und Grösse des Spitals. Diese Ausgestaltung ist jedoch, anders als in der Schweiz, mittels einer genauen Benennung der jeweiligen Kompetenzen und definierter Anstellungs- und Entlohnungsmodelle landesweit klar und einheitlich geregelt.

In Spaniens staatlichem Gesundheitssystem existiert eine Lohnkategorie für die Spitalkoordinatoren, die als solche angestellt und bezahlt werden. In der Schweiz üben die donor key persons ihre Tätigkeit hingegen auf unentgeltlicher Basis im Rahmen ihrer normalen Anstellung aus. Einzig im PLDO sowie in Tx-Zentren werden ihnen zwanzig Stellenprozente finanziert. Die Auferlegung neuer Pflichten bei der Einführung des TxG ohne eine entsprechende Bezahlung stellt keinen positiven Anreiz für die donor key persons dar, ihren Auftrag zur Spenderrekrutierung gemäss

Art. 47 Transplantationsverordnung wahrzunehmen. Zudem wurde in den Interviews deutlich, dass die Arbeit der donor key persons häufig nicht anerkannt wird und ihre Kompetenzen und ihr Tätigkeitsbereich marginal bleiben. Dass die donor key persons im PLDO für ihre Koordinationstätigkeit entschädigt werden, haben die Befragten als Schlüsselement für ihre Motivation und Legitimierung innerhalb des Spitals bezeichnet, der hauptverantwortlich für die guten Resultate des Netzwerkes bei der Spenderrekrutierung sei.

Ausgehend vom Beispiel Spaniens und des PLDO lassen sich zwei mögliche Profile der donor key person eruieren:

Profil 1: Ärzte als donor key persons

In ihrer Funktion als Ärzte und Spitalkoordinatoren kümmern sich die donor key persons schwerpunktmässig um die medizinischen Kernprozesse der Organspende wie in Kapitel 4 beschrieben, spezifisch um die Spenderidentifizierung (vergleiche auch Empfehlungen 1, 2 und 4). Im Übrigen sensibilisieren sie das medizinische Personal des Spitals auf die Organspende und bilden es weiter. Sie sorgen dafür, dass die Abläufe und Protokolle der Organspende im Spital bekannt sind und befolgt werden. Dieses Modell eignet sich besonders gut für grössere Spitäler, in denen es für eine lückenlose Spenderidentifizierung jemanden vor Ort braucht, der den Überblick über die Krankengeschichten hat und gegenüber den zahlreichen beteiligten Personen über eine gewisse Autorität verfügt. Ein Arztkoordinator sollte jedoch nicht, wie in den Interviews vereinzelt geschildert, die Spendeoordination und insbesondere die Betreuung der Angehörigen zusätzlich zu seinen bereits zahlreichen Aufgaben ausüben müssen, sondern dafür genügend Zeit zur Verfügung haben.

Profil 2: Pflegefachpersonen als donor key persons

In Anlehnung an das PLDO kümmern sich Pflegefachpersonen als donor key persons über Information, Sensibilisierung und Kontrolle darum, dass das medizinische Personal die medizinischen Kernprozesse angemessen wahrnimmt. Auch sie sorgen dafür, dass die Abläufe und Protokolle der Organspende im Spital bekannt sind und befolgt werden. Ein solches Modell scheint für kleine Spendespitäler geeignet, in denen die Organspende ein eher seltenes Ereignis darstellt und daher eine umfassende Sensibilisierung dringender ist als eine Präsenz rund um die Uhr. Der Vergleich mit Spanien lässt es jedoch wichtig erscheinen, dass gerade auch Pflegekoordinierende eine für die Spenderidentifizierung zuständige Person benennen und dafür sorgen können, dass auf potentielle Spender auch auf anderen Stationen geachtet wird (Empfehlungen 1 und 2).

Matesanz steht dem Modell der Spitaloordination durch Pflegepersonal skeptisch gegenüber. Tatsächlich liefern auch unsere Erfahrungen Hinweise, dass Pflegefachpersonen als donor key persons teilweise wesentlich weniger umfangreiche Kompetenzen haben und insbesondere gegenüber den Ärzten über wenig Autorität verfügen. Eine solche ist jedoch gerade dann vonnöten, wenn die Pflegefachpersonen die IPS-Ärzte dazu anhalten sollen, Spender zu identifizieren und angemessen zu betreuen.

Andererseits demonstriert das Beispiel des PLDO, dass das Pflegermodell sehr gut funktionieren und ausgezeichnete Resultate liefern kann. Die Begründung für diese Regelung erscheint für den Schweizer Kontext angemessen. Pflegefachpersonen haben häufig mehr Zeit, um sich der Sache der Organspende und ihrer Verbreitung im Spital zu widmen. Ausserdem zeigen die Zahlen zur Spitalgrösse und zum potentiellen Spenderaufkommen, dass es sich in *kleineren* Schweizer Spitälern kaum lohnt, eine Person spezifisch für die medizinischen Kernprozesse der Organspende anzustellen.

Empfehlungen

14. Die Ergebnisse unserer Studie lassen eine grössere Klarheit und Einheitlichkeit in der Schweiz wünschenswert erscheinen, was das Profil, die Zuständigkeiten und das Rollenverständnis der donor key persons betrifft. Insbesondere ist zu klären, ob und inwiefern Prozesse der Spendarbeit direkt in den Aufgabenbereich von donor key persons fallen, oder ob sich ihr Auftrag darauf beschränkt, das weitere Personal für diese Prozesse zu sensibilisieren (vgl. Artikel 47 Transplantationsverordnung)
15. Es wird keine Notwendigkeit gesehen, bezüglich des Profils (Pflegeperson oder Arzt) schweizweit einheitliche Vorgaben zu definieren. Dieses soll, angepasst an den Bedarf, durch die jeweiligen Netzwerke und die betroffenen Spitäler definiert werden. Personelle Änderungen sollten auf das notwendige Mindestmass beschränkt werden.
16. Die Anstellung und Entlohnung der donor key persons muss nach Massgabe dieses Profils klar im Spitalorganigramm geregelt sein. Kriterien sind hier die Grösse des Spitals und seine Funktion (Spendespital, Entnahmespital oder Tx-Zentrum). Gestützt auf Art. 56 Ziffer 2a TxG und Art. 45 Transplantationsverordnung sollten die Kantone für die Finanzierung der Koordinationstätigkeit der donor key persons aufkommen. Um dies zu erreichen, empfehlen wir, dass die Netzwerkkoordinatoren mit den jeweiligen kantonalen Gesundheitsdirektionen Verhandlungen aufnehmen.
17. Da alle donor key persons im Zuge ihrer Einsetzung eine entsprechende Ausbildung absolviert haben, empfehlen wir, das Angehörigengespräch und die Betreuung der Angehörigen (Empfehlung 4) ihrem Aufgabenbereich zuzuordnen.

8.2.2 Regionale Ebene

Deutliche Unterschiede in der Organisation der Organspende- und Transplantationskoordination zwischen den zwei Ländern finden sich auch auf regionaler Ebene. Da in der Schweiz, anders als in Spanien, die Organentnahmen und Transplantationen in wenigen Spitälern konzentriert sind, übernehmen Tx-Koordinatoren die Koordination und Organisation der diese Vorgänge betreffenden medizinischen Kernprozesse. In Spanien sind die Kompetenzen der donor key persons und der Tx-Koordinatoren in der Person des Spitalkoordinators auf Spitalebene vereint. Um die Schweizer Tx-Zentren haben sich überkantonale Netzwerke von Spendespitälern gebildet, deren

Betreuung mit der Ausnahme des PLDO ebenfalls die Tx-Koordinatoren wahrnehmen, die somit eine Doppelrolle innehaben. Die Netzwerke auf intermediärer Ebene entsprechen am ehesten dem Bedürfnis der Spendespitäler nach einem direkten Ansprechpartner, der für sie zuständig ist. Zudem ist die Koordination auf Netzwerkebene ideal dazu geeignet, der föderalen Vielfalt der Schweiz gerecht zu werden. Die Schweizer Netzwerke sind vergleichbar mit den autonomen Regionen Spaniens, in denen autonome Koordinationsbüros die Betreuung der Spitäler wahrnehmen; jedoch mit dem grossen Unterschied, dass diese Büros ausserhalb der medizinischen Kernprozesse stehen und eine rein administrative Coaching- und Kontrollfunktion gegenüber den Spendespitalern haben. Das PLDO hat sein Angebot als Netzwerk bisher am weitestgehenden etabliert, weshalb bei ihm als einzigem Netzwerk Empfehlungen 14, 15 und 16 erfüllt sind. Ermöglicht hat diese Neuerungen die neutrale „coordinatrice générale“ des PLDO, die sich vollzeitlich ausschliesslich der Netzwerkarbeit widmet. Die Netzwerkkoordination befände sich auch in der geeignetsten Position, um die Umsetzung unserer Empfehlungen 1-17 sicherzustellen.

Es ist fraglich, ob Tx-Koordinatoren zusätzlich zu ihren medizinischen Koordinationsaufgaben in der Lage sind, die umfassende Funktion der Netzwerkkoordination wahrzunehmen, und ob sie die Spendespitäler zur nötigen Kooperation bewegen können. Ausserdem ist ein Konflikt mit Artikel 11 TxG absehbar, welcher eine Beeinflussung des den Spender betreuenden medizinischen Personals durch an einer Organentnahme oder Transplantation beteiligte Personen untersagt.

Empfehlungen

18. Die Tx-Koordinatoren sollten nicht gleichzeitig als Vorsteher der Netzwerke fungieren und somit von Aufgaben befreit werden, welche nicht die Organisation und Koordination der Organentnahme und Transplantation betreffen.
19. Die Netzwerkstruktur soll, als ideal angepasste Lösung für die föderale Struktur der Schweiz, gestärkt und bei Bedarf weiter ausgebaut werden. Als einzige organisatorische Neuerung empfehlen wir in jedem Netzwerk eine Netzwerkkoordination nach dem Vorbild des PLDO einzusetzen. Diese nicht in einem Spital angesiedelte Netzwerkkoordination muss ausserhalb der medizinischen Kernprozesse stehen und ihre Aufgabe vollamtlich wahrnehmen.

8.2.3 Nationale Ebene

Auf nationaler Ebene lassen die Interviews einerseits Massnahmen sinnvoll erscheinen, um die Umsetzung des TxG besser zu gewährleisten. Andererseits verweist der Vergleich mit Spanien auf zusätzliches Verbesserungspotential auf organisatorischer Ebene.

Aufsicht über Umsetzung des TxG

Die Interviews haben gezeigt, dass der Beitrag der Kantone zur Umsetzung des TxG, mit Ausnahme des PLDO und des Kantons Zürich, sich bisher weitgehend auf die Einsetzung lokaler Koordinatoren beschränkt hat. Ansonsten wird diese Umsetzung offenbar als Aufgabe der Spitäler angesehen. Die Grundlage für eine Initiative der Kantone findet sich in Art. 56 TxG und Art. 45 der Transplantationsverordnung. Das Beispiel des PLDO illustriert, wie ein solcher Beitrag aussehen kann und dass er Früchte trägt.

Empfehlungen

20. Gestützt auf Artikel 51 des TxG sollte der Bund verstärkt überprüfen, ob und inwiefern die Kantone ihrer Vollzugspflicht des TxG nachkommen.
21. Die Kantone sollten ihrerseits den Bund regelmässig über ihre Aktivitäten zur Umsetzung des TxG informieren.

Organisation auf nationaler Ebene

Die ONT als zentrales Erfolgselement des Spanischen Modells ist die unbestrittene Führungsinstanz auf nationaler Ebene, bei der alle Fäden zusammenlaufen und deren Kompetenz unangefochten ist. Sie genießt in den Spitälern eine hohe Akzeptanz und das Personal fühlt sich von ihr unterstützt. In der Schweiz gibt es auf nationaler Ebene mit dem BAG und Swisstransplant zwei Akteure, welche im Bereich Organspende nicht immer geeint auftreten. Auch scheinen Kompetenzen und Zuständigkeiten bisweilen nicht restlos geklärt zu sein: Während Swisstransplant vom Bund in erster Linie mit der nationalen Koordination beauftragt ist, geht der Aktionsradius der Stiftung, ähnlich der ONT, weit über diesen Auftrag hinaus. Im Rahmen des CNDO nimmt Swisstransplant auch Führungsaufgaben wahr. Diverse Interviewpartner, insbesondere auf nationaler Ebene in Spanien, erachten private Akteure wie Swisstransplant jedoch aufgrund mangelnder Autorität und Neutralität als nicht geeignet für die nationale Leitung des Organspendewesens. Die Akzeptanz der beiden Akteure in den Spitälern ist teilweise weniger hoch als die der ONT in Spanien. Der Eindruck, von einer nationalen Autorität geführt und unterstützt zu werden, herrscht in Schweizer Spitälern deutlich weniger vor. Sowohl das BAG wie auch Swisstransplant werden jedoch in ihrem Tätigkeitsbereich grösstenteils als kompetent wahrgenommen. Wünschenswert wären aber eine grössere Kohärenz und ein einheitlicheres Auftreten auf nationaler Ebene. Das Beispiel der ONT zeigt wie wichtig es ist, dass diejenige nationale Organisation, welche mit den Spitälern in Kontakt ist, über eine grösstmögliche Autorität und Legitimität verfügt und eine konsistente Botschaft über alle Ebenen vermittelt. Hier kann eine bessere gemeinsame Abstimmung der Positionen des BAG und von Swisstransplant sowie eine Klärung des Kompetenzbereiches letzterer gegen Aussen hin klare Verantwortlichkeiten schaffen sowie bestehendes Konfliktpotential entschärfen.

Empfehlungen

22. Wir empfehlen, dass sich das BAG und Swisstransplant in folgenden Punkten einigen:

- Klare Definition des Aufgabenbereichs von Swisstransplant. Inwiefern verfügt die Stiftung über ihre nationale Koordinationsaufgabe hinaus über ein Mandat als Führungsinstanz im Bereich der Organspende? Wer nimmt diese Aufgaben sonst wahr? Inwiefern wird sie darin staatlich unterstützt?
- Beschlussfassung einer gemeinsamen Position in Bezug auf die Information der Öffentlichkeit.

8.3 Die Koordinationsebenen übergreifende Handlungsempfehlungen

Anders als in der Schweiz zeichnet sich die dreistufige Koordination in Spanien durch eine starke interne Kohäsion und Kohärenz aus. Ein zentraler Faktor ist in diesem Zusammenhang der reibungslose und permanente Kommunikations- und Informationsfluss über alle Ebenen hinweg. Zudem wird jede Ebene über die CPT in die gemeinsame Entscheidungsfindung mit einbezogen, woraus gemeinsame Positionen in Form von Konsensdokumenten resultieren, welche im ganzen Land befolgt werden. Dadurch wird nicht nur die Akzeptanz dieser Regelungen sowie ihre optimale Anpassung an die Gegebenheiten in den Regionen gefördert, sondern mittels regelmässiger Treffen auch die Zusammenarbeit, der Teamgeist und die Motivation in den Spitälern.

In der Schweiz sind die Spendeseite und die Transplantationsseite auf nationaler Ebene in zwei getrennten Gremien repräsentiert. Nationale Konsensdokumente als „soft law“ unter Einbezug aller Ebenen in die Entscheidungsfindung gibt es hierzulande nicht, jedoch wurde etwa das Comité Médical für die Formulierung von nationalen Allokationskriterien konsultiert.

Eine Vereinheitlichung von Prozessen und Protokollen sowie ein Einbezug in die Entscheidungsfindung wurden in mehreren Interviews gewünscht. Wo er existiert, wird der Austausch mit anderen donor key persons im Rahmen der Netzwerkaktivitäten sehr geschätzt. Mit der Schaffung des CNDO sind die notwendigen Strukturen zu einem Einbezug der Spenderseite bereits vorhanden. Auf ihnen basieren unsere Empfehlungen, die Kohärenz, den Zusammenhalt und die Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen zu verbessern und alle relevanten Akteure in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen.

Empfehlungen

23. Wir empfehlen, auf intraregionaler Ebene in den Netzwerken regelmässige Treffen aller donor key persons und der Netzwerkkoordination abzuhalten, in denen aktuelle Themen und die Bedürfnisse der Spitäler diskutiert werden.
24. Der interregionale Austausch zwischen den Netzwerken, wie er im CNDO oder über die STATKO stattfindet, ist begrüssenswert. Wir empfehlen, alle Netzwerkkoordinatoren ins CNDO zu integrieren, um eine angemessene Vertretung der Spendespitäler gewährleisten zu können.
25. Analog zur CPT Spaniens ist die Schaffung eines repräsentativen Gremiums wünschenswert, in dem das CNDO und das Comité Médical gemeinsame Positionen in Form von nationalen Konsensdokumenten formulieren, welche die für den Bereich der Organspende und Transplantation relevanten Themen behandeln und den Netzwerken als Richtlinien dienen. Um alle relevanten Akteure mit einzubeziehen, wäre auch eine Vertretung der Sektion Transplantation und Fortpflanzungsmedizin des BAG in diesem Gremium zu begrüssen.

9 Literatur

- Abadie, A. & Gay, S. (2006) The impact of presumed consent legislation on cadaveric donation: A cross-country study. *Journal of Health Economics*, 25, 599-620.
- Achtermann, W. & Berset, Ch. (2006) *Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1: Analyse und Perspektiven*. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- Alliance-O (2004-2007) *Promotion of Organ Donation*. Deliverable 2.3.
- BAG (2006) *Monitoring Transplantationsgesetz. Anhang 1: Monitoringkonzept*. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2007) *Spendekarte. Willensäußerung für oder gegen die Entnahme von Organen, Geweben und Zellen zum Zweck der Transplantation*. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008a) *Informationen des BAG zu Knochen- und Gewebetransplantationen*.
<http://www.novomedics.ch/cms/daten/file/Infos%20BAG%20804KB.pdf?PHPSESSID=5f9ff831c676c9c1366e252bb3e2bb94>. [Stand: 25.05.10]
- BAG (2008b) *Faktenblatt Transplantationskoordination und lokale Koordination*. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008c) *Monitoring Transplantationsgesetz, zusammenfassende Ergebnisse 2004-2007*. Bern, Bundesamt für Gesundheit.
- BAG (2008d) *Monitoring Transplantationsgesetz, Monitoringbericht 2004-2006*. Bern, Bundesamt für Gesundheit, Sektion Transplantation und Fortpflanzungsmedizin.
- BAG (2009) *Monitoring Transplantationsgesetz, zusammenfassende Ergebnisse 2004-2008*. Bern, Bundesamt für Gesundheit, Sektion Transplantation und Fortpflanzungsmedizin.

- BFS (2009). *Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2007*. Neuchâtel, Bundesamt für Statistik.
- Balthasar, A. & Fässler, S. (2009) *Vollzug des Transplantationsgesetzes. Ergebnisse der formativen Evaluation. Executive Summary*. Bern, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit.
- Beyeler, F., Wälchli-Bhend, S., Marti, H. & Immer, F. (2009) Wiedereinführung des Non-Heart-Beating-Programms in der Schweiz? *Schweizerische Ärztezeitung*, 90(23), 899-901.
- Bundesrat (2001) *Botschaft zum Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz) vom 12. September 2001*.
- Bundesrat (2010) *Wirksamkeitsbericht des Finanzausgleichs zwischen Bund und Kantonen 2008-2011*. Bern.
- Coll, E. (2008) Criterios de Distribución. IN Matesanz, R. (Ed.) *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes*. Madrid, Aula Médica Ediciones, 67-76.
- Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (CIDT) (2007): *Muerte Encefálica en América Latina*. Online XXX
- Dahm, F. e. a. (2006) Open and laparoscopic living donor nephrectomy in Switzerland: a retrospective assessment of clinical outcomes and the motivation to donate. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 21, 2563-2568.
- EU-Kommission (Stand: 2009) *Key facts and figures on EU organ donation and transplantation*.
http://ec.europa.eu/health/ph_threats/human_substance/oc_organ/docs/fact_figures.pdf [Stand: 25.05.10]
- EU-Kommission (2008) International figures on organ donation and transplantation 2007. *Newsletter Transplant*, Vol. 13, N° 1.
- EU-Kommission (2009) International figures on organ donation and transplantation 2008. *Newsletter Transplant*, Vol. 14, N°1.

Europarat (Stand 11/2009) *Meeting the Organ shortage: current status and strategies for improvement of organ donation - a European consensus document.*

Eurobarometer (2007) *Europeans and Organ Donation. Special Eurobarometer on Organ Donation.*
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272d_en.pdf.
[Stand: 25.05.10]

FSOD, SGI & Swisstransplant (2006) *The Swiss Donation Pathway. Modul 3: Behandlung des Spenders.*
http://www.sgi-ssmi.ch/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/Downloads/PDF/Behandlung_des_Spenders_20.09.20071.pdf&t=1279373481&hash=8b2418a1cfd6af1cfd27ba7f2c7418a8 [Stand: 16.07.10]

FSOD, SGI & Swisstransplant (2007) *Vorschlag zur Organisation von Organ- und Gewebespenden in der Schweiz.*
http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/Vorschlag_SWTx_Juni07-d.pdf [Stand: 25.05.10]

Gasche, Y. & Revelly, J.-P. (2009) *Protocole pour le diagnostique de la mort cérébrale dans le contexte de la transplantation d'organes.* CHUV, HUG.

GDK (2008) *Jahresbericht 2008.* Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -Direktoren.

Grabet, L. (2009) *La Suisse peut égaler l'Espagne en matière de don d'organes.* *Tribune de Genève*, 11.05.2009, 26-27.

ISODP & ITCS (2007) *Measuring Performance in Donation: the European Perspective.* International Society of Organ Donation and Procurement; International Transplant Coordinators Society.

Kocher, G. (2007) *Kompetenz- und Aufgabenverteilung Bund – Kantone – Gemeinden.* IN Kocher, Gerhard & Oggier, Willy (Eds.). *Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht.* Bern, Verlag Hans Huber, 109-118.

Lindsay, B. (2001) Translation of the Spanish model to Australia: pros and cons. *Nefrología*, XXI (Suplemento 4), 130-133.

Listado de Centros Autorizados para la Extracción y/o Trasplante de Órganos y Tejidos en Andalucía.

Actualizado: 14.07.2009.

[http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/trasplantes/Listado Autorizados_u.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/trasplantes/ListadoAutorizados_u.pdf) [Stand: 25.05.10]

López, J. S., Manuel Martínez, J., Martín, J., Scandroglio, B. & San José, C. (2006) *Análisis de las actitudes de la población española hacia la donación y el trasplante de órganos. Revisión 2006.*

Departamento de Psicología Social y Metodología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Marti, H. & Regli, B. (2008) *Funktion und Aufgabe des Transplantationszentrums im Rahmen des Transplantationsgesetzes. Präsentation des Inselspitals Bern.*

<http://www.transplantnet.ch/fileadmin/transplantnet/pdf/Marti-TxZentrum-11-09-2008-V5.pdf> [Stand: 25.05.10]

Martín Escobar, E. (2008) Cursos especializados de formación de coordinadores. IN Matesanz, R. (Ed.) *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes*. Madrid, Aula Médica Ediciones, 101-104.

Martín, S., Martínez, I. & Uruñuela, D. (2008) El papel de la enfermería en la Oficina Central de la ONT. IN Matesanz, R. (Ed.) *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes*. Madrid, Aula Médica Ediciones, 61-66.

Matesanz, R. (2003) Factors influencing the adaptation of the Spanish Model or organ donation. *Transplant International*, 16, 736-741.

Matesanz, R. (2004) Factors That Influence the Development of an Organ Donation Program. *Transplantation Proceedings*, 36, 739-741.

Matesanz, R. (2008; Ed.) *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes*, Madrid, Aula Médica Ediciones.

- Matesanz, R., Miranda, B. & Felipe, C. (1994) Organ procurement in Spain: Impact of transplant coordination. *Clinical Transplantation*, 8.
- Matesanz, R. & Miranda, B. (2001) Expanding the organ donor pool: The Spanish Model. *Kidney International*, 59, 1594-1598.
- Matesanz, R. & Dominquez-Gil, B. (2007) Strategies to optimize deceased organ donation. *Transplantation Reviews*, 21, 177-188.
- Monnier, M. & Weber, T. (2005) Das Transplantationsgesetz vom 8.Oktober 2004. *Therapeutische Umschau*, 62(7), 433-435.
- Mossialos, E., Costa-Font, J. & Rudisill, C. (2008) Does organ donation legislation affect individuals' willingness to donate their own or their relative's organs? Evidence from European Union survey data. *BMC Health Services Research*, 8(48).
- Müller, C. e. a. (2005) Organspende in der Schweiz. *Therapeutische Umschau*, 62(7), 437-442.
- Nett, P., Stüssi, G., Weber, M. & Seebach, J. (2003) Transplantationsmedizin: Strategien gegen den Organmangel. *Schweiz Med Forum*, 24, 559-568.
- Neubauer, G. & Beivers, A. (2010) Teure Spitalfinanzierung mit Fallpauschalen. *Neue Zürcher Zeitung* vom 11. Mai 2010, S.23.
- Neuhaus, T. J. e. a. (2005) Psychosocial impact of living-related kidney transplantation on donors and partners. *Pediatr Nephrol*, 20, 205-209.
- Niemann, S., Fahrni, S., Brügger, O. & Cavegn, M. (2009) *Unfallgeschehen in der Schweiz: bfu-Statistik 2008*. Bern, bfu - Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Niemann, S., Fahrni, S., Hayoz, R., Brügger, O. & Cavegn, M. (2009) *STATUS 2009: Statistik der Nichtberufsunfälle und des Sicherheitsniveaus in der Schweiz*. Bern, bfu - Beratungsstelle für Unfallverhütung.

ONT (2007) *Programa de Garantía de Calidad del Proceso de Donación (PGC). Memoria de Resultados de la Autoevaluación 1998-2007*. Madrid, Organización Nacional de Trasplantes.

ONT (2008a) *Donación y Trasplante España 2008*.

http://www.ont.es/Estadistica?id_nodo=19&accion=0&&keyword=&auditoria=F.

[Stand: 24.11.09]

ONT (2008b) *Actividad de Donación 2008*.

http://www.ont.es/Estadistica?id_nodo=19&accion=0&&keyword=&auditoria=F.

[Stand: 24.11.09]

ONT (2008c) *Memoria ONT 2008*.

http://www.ont.es/Estadistica?id_nodo=19&accion=0&&keyword=&auditoria=F.

[Stand: 24.11.09]

ONT (2009) *Evolución de la Actividad de Donación y Trasplante en España*.

<http://www.ont.es/Documents/Datos%20%20donacion%20y%20trasplante%202009%20revisada.pdf> [Stand: 25.05.10]

Páez, G., Valero, R. & Manyalich, M. (2008) Cursos generales de formación de coordinadores: Proyecto TPM. IN Matesanz, R. (Ed.) *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes*. Madrid, Aula Médica Ediciones, 77-82.

Promoción de la Donación. Presentación del Servicio Madrileño de Salud, Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes; Januar 2010.

Quigley, M. e. a. (2008) The organ crisis and the Spanish model: theoretical versus pragmatic considerations. *Journal of Medical Ethics*, 34(4), 223-224.

Reuter, W. & Zippan, N. (2009) Das spanische Gesundheitssystem im Überblick. IN Amelung, V., Deimel, D., Reuter, W., van Rooij, N. & Weatherly, J. (Eds.) *Managed Care in Europa*. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Rodríguez, E., Puelles, P. G. d. & Jovell, A. J. (1999) The Spanish health care System: lessons for newly industrialized countries. *Health Policy and Planning*, 14(2), 164-173.

- Roels, L., Spaight, C., Smits, C. & Cohen, B. (2010) Critical Care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor Action database. *Transplant International*.
- Rüefli, Ch. & Vatter, A. (2001) *Konstendifferenzen im Gesundheitswesen zwischen den Kantonen. Statistische Analyse kantonaler Indikatoren*. Bern, BBL.
- Sánchez-Fructuoso, A. I., Giorgi, M. & Barrientos, A. (2007) Kidney transplantation from non-heart-beating donors: a Spanish view. *Transplantation Reviews*, 21, 249-254.
- Santiago, C. & Gómez, P. (2008a) Cursos generales de formación de coordinadores: El proceso de donación y trasplante. IN Matesanz, R. (Ed.) *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes*. Madrid, Aula Médica Ediciones, 83-87.
- Santiago, C. & Gómez, P. (2008b) Cursos „Familia y donación“. IN Matesanz, R. (Ed.) *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes*. Madrid, Aula Médica Ediciones, 89-94.
- Schulz, P. J., Nakamoto, K., Brinberg, D. & Haes, J. (2006) More than nation and knowledge: Cultural micro-diversity and organ donation in Switzerland. *Patient Education and Counseling*, 64, 294-302.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaft SAMW (2005) Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. Genf.
- Segovia, C. & Serrano, M. (2008) Programa europeo para la promoción de la donación. IN Matesanz, R. (Ed.) *El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes*. Madrid, Aula Médica Ediciones, 95-100.
- Seiler, B., Bischoff, P., Nett, P. & Candinas, D. (2006) Abnehmende Organspendebereitschaft als nationales Problem: Im Engagement liegt der Lösungsansatz. *Schweizerische Ärztezeitung*, 87(4), 143-150.
- SGI (2008) Anerkannte Intensivstationen. Stand: 3.11.2008. Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin.

- Siminoff, L. A., Gordon, N., Hewlett, J. & Arnold, R. M. (2001) Factors Influencing Families' Consent for Donation of Solid Organs for Transplantation. *JAMA*, 286(1), 71-77.
- Simpkin, A. L., Robertson, L. C., Barber, V. & Duncan Young, J. (2009) Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review. *British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.b991
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2671586/pdf/bmj.b991.pdf>
 [Stand: 13.07.10]
- Snøeijls, M. G. J. e. a. (2007) Controlled donation after cardiac death: a European perspective. *Transplantation Reviews*, 21, 219-229.
- SVK (2005) *Vertrag über die Transplantation solider Organe*. Vertragspartner: Universitätsspital Basel, Inselspital Bern, Hôpitaux Universitaires de Genève (für das Hôpital Canonal Universitaire de Genève), Hospices cantonaux vaudois (für das Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), Kantonsspital St. Gallen, Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich (für das Universitätsspital Zürich) und dem Schweizerischen Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer SVK.
- Swisstransplant (2005) *Ergänzungen Vertrag SVK vom 01.01.2005, Vergütungen und Rechnungsstellung nach Organentnahme bei Leichenspendern*. Genf.
- Swisstransplant (2006) *Jahresbericht 2006*.
- Swisstransplant (2008a) *Jahresbericht 2008*.
- Swisstransplant (2008b) Organspende- und Transplantation. *Swisstransplant News*, Nr. 2.
<http://www.swisstransplant.org/pdf/SW7Tx-News-No2-D.ps.pdf> [Stand: 13.07.10]
- Swisstransplant (2009a) Organspende und Transplantation. *Swisstransplant News 2009*, Nr. 6.
www.swisstransplant.org/pdf/swisstransplant-06-D.pdf. [Stand: 24.11.09]
- Swisstransplant (2009b) *Jahresbericht 2009*.
- UZH (2005) *Tabellenband der Bevölkerungsbefragung zum Transplantationsgesetz*. Zürich, Sozialforschungsstelle der Universität Zürich.

Wirz, C. (2009) Widerspruch statt Zustimmung. Braucht die Organspende ein neues Regime?
Neue Zürcher Zeitung, 23.09.09, 17.

Gesetzliche Grundlagen

Schweiz

Bundesgesetz vom 8. Oktober 2004 über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsgesetz; SR 810.21), in Kraft seit 1. Juli 2007.

Verordnung vom 16. März 2007 über die Transplantation von menschlichen Organen, Geweben und Zellen (Transplantationsverordnung; SR 810.211), in Kraft seit 1. Juli 2007.

Verordnung vom 16. März 2007 über die Zuteilung von Organen zur Transplantation (Organzuteilungsverordnung; SR 810.212.4), in Kraft seit 1. Juli 2007.

Spanien

Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.

Orden/sco/3685/2004, de 2 de noviembre, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de subvenciones destinadas a Instituciones y Entidades sin ánimo de lucro para fomentar la donación y el trasplante de órganos y tejidos humanos.

Real decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.

Real decreto 176/2004, de 30 de enero, por el que se aprueba el Estatuto del Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa.

10 Anhang

Fragebogen (Gesamtraster)

Themenbereich	Land	befragte Akteure	Frage-Item	Frage-Nr.
Einleitende Fragen				
	CH & ESP	Alle	Können Sie uns einleitend kurz ihre Rolle im Transplantationsprozess näher beschreiben? In welchem Abschnitt des Transplantationsprozesses sind Sie tätig, und welches ist Ihre Funktion?	1
			Was halten Sie persönlich für den wichtigsten Grund dafür, dass die Organ-Leichenspenderrate in Spanien so hoch / in der Schweiz so niedrig ist (je nach Land)?	2
Abläufe im Tx-Prozess				
Spenderidentifizierung, Organrekrutierung	CH & ESP	Koord. Spital-ebene ⁷²	Können Sie uns detailliert beschreiben, wie die Erkennung und Meldung möglicher Organ-Leichenspender in Ihrem Spital typischerweise abläuft? Wer ist dabei wofür zuständig?	3
		Koord. Spital-ebene	Geschieht die Spendererkennung in Ihrem Spital nur auf den Intensivstationen, oder auch in anderen Abteilungen (Neurologie, Neurochirurgie, Notfallstationen)?	4
		Koord. Spital-ebene	Wie ist die Spendererhaltung zwischen Hirntoddiagnose und Allokation in ihrem Spital geregelt? Sind dafür genügend Ressourcen (abgesehen von den finanziellen Ressourcen – also Infrastruktur, Personal, Zeit) vorhanden?	5
		Alle	Gibt es gewisse Spitäler, welche erfolgreicher in der Rekrutierung von Organ Spendern sind als andere? Gibt es hier Anreize, um solche Unterschiede auszugleichen?	6
		Alle	Inwiefern hat Ihr (ein) Spital einen (gesetzli-	7

⁷² „Koordination Spitalebene“ umfasst Spitalkoordinatoren in Entnahme- und Tx-Zentren in Spanien sowie donor key persons und Tx-Koordinatoren in der Schweiz.

			chen/politischen) Auftrag zur Spendearbeit, d.h. Organspender zu rekrutieren und/oder Organe zu entnehmen? Was für Anreize gibt es dazu?	
		Koord. Spital- ebene	Welcher logistische und zeitliche Aufwand ist für Sie mit der Erkennung möglicher Organspender verbunden?	8
		Koord. Spital- ebene	Wie beurteilen Sie die Infrastruktur, die Ihnen dazu zur Verfügung steht?	9
		Koord. Spital- ebene	Welchen Stellenwert hat für Sie in Ihrem Arbeitsalltag die Rekrutierung von Organspendern im Vergleich zu anderen Tätigkeiten? Warum?	10
		Koord. Spital- ebene	Welche Gründe kann es haben, dass mögliche Organspender nicht erkannt und/oder gemeldet werden? Geschieht das oft?	11
		Alle	Wer ist in (LAND) für die Kontrolle und Evaluation der Prozesse im Bereich der Spenderidentifizierung/-rekrutierung zuständig? Was wird gemacht?	12
Angehörigengespräch	CH & ESP	Koord. Spital- ebene	Können Sie uns detailliert beschreiben, wie die Kontaktaufnahme mit den Angehörigen und das Einholen ihrer Zustimmung in so einem Fall vor sich geht? Durch wen erfolgt sie, Ablauf, Zeitpunkt?	13
	ESP	Koord. Spital- ebene	Nachfrage: Könnten wir Einsicht in einen solchen Gesprächsleitfaden erhalten?	14
	CH & ESP	Alle	gibt es eine klare Hierarchie der nächsten Angehörigen, welche die Reihenfolge der Kontaktierung zwecks Erfragung der Zustimmung regelt?	15
	CH & ESP	Koord. Spital- ebene	Welche Ausbildung haben Sie im Bereich Familienannäherung erhalten, um diese Situationen zu meistern? Wie beurteilen Sie diese?	16
		Koord. Spital- ebene	Welche Gründe kann es haben, dass die Angehörigen ihre Zustimmung nicht geben? Wie hoch ist die Ablehnungsquote durch Familienangehörige in ihrem Spital?	17
		Alle	Hat die rechtliche Regelung der Zustimmungslösung (CH) bzw. Widerspruchslösung (ESP) Ihrer Meinung nach einen Einfluss auf die Zustimmungsrates der Angehörigen?	18

			hörigen?	
		Koord. Spital-ebene	Gibt es Situationen, in denen Sie darauf verzichten, die Angehörigen auf die Möglichkeit einer Organspende anzusprechen? Weshalb?	19
	ESP	Nat. Koord.	Wie ist die Ausgabe der Spendekarte in Spanien genau geregelt? Werden die Angaben von den Spendekarten bei der ONT registriert? Wenn ja, wozu? Ist das Eintragen im Führerschein obligatorisch?	20
	CH & ESP	Koord. Spital-ebene	Werden die Angehörigen, im Falle einer negativen Antwort auf die Spenderanfrage, erneut angefragt („Re-approach“), evtl. auch von verschiedenen Personen?	21
		Alle	Wird die Spendearbeit (Aufdeckung und Gewinnung von Spendern) ihrer Ansicht nach ausreichend durch regionale oder nationale Autoritäten / private Akteure (Kantone/autonome Regionen bzw. BAG/ST/ONT) unterstützt?	22
		Alle	Sehen Sie im Bereich der Erkennung und Rekrutierung von Leichenspendern noch Verbesserungspotential?	23
Organentnahme	CH & ESP	Alle	Welche Voraussetzungen muss ein Spital erfüllen, damit in ihm eine Organentnahme von statten gehen kann (juristisch, medizinisch, personell, logistisch...)?	24
		Alle	Was für Gründe kann es haben, dass ein Organ nicht entnommen oder transplantiert wird?	25
	ESP	Alle	→ Nachfrage: wie erklären Sie es sich, dass in Spanien über 20% der entnommenen Organe nicht transplantiert werden?	26
		Alle	Laut ONT Webpage unterstützen die ONT sowie einige autonomen Büros kleine Spitäler, die alleine dazu nicht in der Lage wären, gezielt im Bereich „Organspende“. Welche Aktivitäten werden dabei genau unterstützt (Entdeckung, Rekrutierung, Entnahme etc.)? Wie (finanziell, logistisch, Infrastruktur, Transport)?	27
Koordinati-on	CH & ESP	Koord. Spital-ebene	Welche Rolle/Aufgaben haben Sie (CH: Tx-Koord., donor key person / ESP: autonome und Spital-Koord.) in der Koordination der oben beschriebenen Prozessen, sofern noch nicht besprochen?	28
		Koord.	Zu welchem Zeitpunkt werden die Tx-Koordinierenden	29

		Spital- ebene	kontaktiert und involviert?	
		Alle	Wissen Sie, ob das in anderen Spitälern (evtl. anderen Kantonen/autonomen Regionen) ähnlich ist? Wie frei sind die Spitäler in der Ausgestaltung dieser Prozesse?	30
		Alle	Wieviele Koordinatoren gibt es pro Spital (Entnahme und Transplantationszentren)? Wenn nur eine Koordinationsperson vorgesehen ist, wie wird die Koordinations-tätigkeit im Falle von deren Abwesenheit gewährleistet?	31
	CH	Alle	Können Sie uns Näheres über die Organisation der Spi-täler in den regionalen Netzwerken erzählen? Welche Aktivitäten oder Dienstleistungen gibt es im Rahmen dieser Netzwerke?	32
		Alle	Was sind für Sie die Vor- und Nachteile dieser Netzwer-ke in Bezug auf die Spenderrekrutierung?	33
	ESP	Nationale Ebene	Welche Bedeutung hat das starke dreistufige Netzwerk und die ONT für die Koordination der Organspende- und Transplantationsprozesse?	34
		Nationale Ebene	Welche Bedeutung, Kompetenz und Funktion hat die CPT?	35
		Nationale Ebene	Welche Bedeutung, Kompetenz und Funktion hat das CNTMR?	36
		Alle	Welchen Stellenwert haben die sechs nationalen Koordi-nationszonen in der Praxis? Inwiefern koordinieren sich diese untereinander?	37
		Alle	Wie grenzen sich die Kompetenzen der Koordinatoren in den IPS-Spitälern von denen in den Tx-Zentren ab? Wie funktioniert das im Alltag?	38
	CH	Koord. Spital- ebene	Was unterscheidet Ihre Koordinationstätigkeit von der einer donor key person / einem Transplantationskoordi-natoren (je nach Funktion befragter Person)?	39
	ESP	Autono- me Ko- ord.	Worin unterscheiden sich autonome Transplantations-koordinatoren von Spitalkoordinatoren?	40
		Koord. Spital-	Unterscheiden sich die Kompetenzen von Spitalkoordi-natoren in Tx-Zentren und Entnahmezentren? Wenn ja,	41

		ebene	inwiefern?	
	CH & ESP	Alle	Welche Rolle spielt die Qualität der Zusammenarbeit sowie die Einstellung aller Beteiligten im Bereich der Organspende... Innerhalb des Spitals selbst In Zusammenarbeit mit dem Tx-Zentrum	42
	CH	Alle	Welche Bedeutung, Kompetenz und Funktion hat der 2009 ins Leben gerufene Nationale Ausschuss für Organspende CNDO?	43
Kostendeckung	CH & ESP	Alle	Welche der Kosten, die in einer der folgenden Phasen anfallen, werden bezahlt und von wem (Staat, Krankenkassen)? Gibt es jeweils zusätzliche finanzielle Anreize? (Wenn ja, wie (Teilzeitbasis, Pauschale pro Spender/Transplantation)) Spenderidentifizierung/-rekrutierung Übrige Koordinationstätigkeiten	44
	ESP	Nat. Koord.	Was bedeutet „leistungsabhängige Entschädigung der Spitäler für ihre Spende und Tx-Aktivitäten des Vorjahres“ (orden sco/3685/2004) konkret?	45
		Koord. Spital-ebene, nat. Koord.	Erhalten die Koordinatoren eine fixe Teilzeitpauschale oder leistungsabhängige Abgeltungen? Wie wird die Entschädigung der Koordinatoren gedeckt?	46
	CH & ESP	Alle	Können Sie sich im Bereich der Abgeltung der Spende- arbeit Verbesserungsmöglichkeiten vorstellen?	47
	CH	Alle	Welche Folgen könnte Ihrer Ansicht nach die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG's) auf die Abgeltung der Spende- arbeit haben?	48
	CH & ESP	Nat. Koord.	Welche Rolle nimmt das BAG / die ONT / Swisstransplant in der Spende- arbeit ein?	49
Spezifische Fragen				
Kompetenz- verteilung	CH	Koord. Spital-	Mit welcher Instanz haben Sie in Ihrem Arbeitsalltag mehr zu tun: Swisstransplant oder das BAG? Wie wür-	50

		ebene	den Sie die Zusammenarbeit beschreiben? Hat dies einen Einfluss auf die Spenderrekrutierung?	
	ESP	Koord. Spital-ebene, autonome Koord.	Wie würden Sie die Zusammenarbeit mit der ONT beschreiben?	51
Aus-/ Weiterbildung	CH & ESP	Alle	Welche Weiterbildungs-Kurse werden für das medizinische Personal im Bereich Organspende und Transplantation angeboten? Von wem? Wie verbindlich ist ihr Besuch Koordinatoren auf Spitalebene?	52
		Alle	Wie beurteilen Sie diese Fort- und Weiterbildungsangebote? Gibt es Verbesserungsmöglichkeiten?	53
Statistiken und weitere Daten	CH	Alle	In der Schweiz variiert die Organspenderrate je nach Region deutlich. Welche Gründe sehen Sie hinter den hohen Spenderraten in der Lateinischen Schweiz?	54
	ESP	Alle	In Spanien variiert die Organspenderrate je nach Region deutlich, dabei fallen insbesondere die Inseln (Balearen und Kanaren) sowie Melilla mit sehr hohen Spenderraten auf. Welche Gründe sehen sie hierfür?	55
	ESP	Nat. Koord., autonome Koord.	Was wird in Spanien mit der nationalen Spenderate genau erfasst?	56
	ESP	Nat. Koord., autonome Koord.	Wie wird die Warteliste geführt? Zentralisiert oder regional? Wie viele Listen gibt es?	57
		Nat. Koord.	Könnten wir Einsicht in das „Registro General de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios“ erhalten?	58
		Nat. Koord.	Könnten wir erfahren, zu welchen Anteilen 2008 Organe aus welchen Institutionen gespendet wurden (Tx-Zentren vs. periphere Spitäler, Spenderanteil einzelner Abteilungen innerhalb der Spitäler)?	59
Umsetzbar-	CH &	Alle	Wenn Sie an eine Übertragung des Spanischen Modells	60

keit	ESP		auf andere Länder denken, welches sind für sie die zentralen Erfolgselemente des Modells? Sind diese ihrer Einschätzung nach in der Schweiz umsetzbar?	
		Alle	Inwiefern erachten Sie die föderalistische Struktur der Schweiz als Vor-/Nachteil für eine Übernahme des Spanischen Modells?	61
		Alle	Welchen Einfluss haben Ihrer Ansicht nach kulturelle und religiöse Faktoren auf das Spendeverhalten der Bevölkerung?	62
Schluss				
	CH & ESP	Alle	Gibt es Fragen oder Themen, die wir vergessen haben? Möchten sie gerne noch etwas ergänzen?	63

Ablehnungsgründe aus spanischem Qualitätsprogramm

Mögliche Gründe für eine Ablehnung der Organspende durch die Angehörigen, welche im Rahmen der Programme zur Qualitätskontrolle in Spanien nach jedem Angehörigengespräch in einem durch den Spitalkoordinatoren auszufüllenden Formular erhoben werden (ONT 2007: 18). In Klammern ihr Anteil an den Ablehnungen 1999-2007:

- | | |
|--|---------|
| 1. Ablehnung ohne Gründe | (41.1%) |
| 2. Zweifel bezüglich des Hirntodes | (1.4%) |
| 3. Erhaltung der körperlichen Unversehrtheit | (5.5%) |
| 4. Soziale Forderungen (Spanisch: reinvicación). Gemeint sind nach Angaben unserer Interviewpartner Situationen, in denen ein Teil der Angehörigen gegen eine Organspende sind und ihren Forderungen nachgegeben wird.
(1.1%) | |
| 5. Probleme mit dem medizinischen Personal | (2.8%) |
| 6. Religiöse Gründe | (3.9%) |
| 7. Der potentielle Spender lehnte eine Spende zu Lebzeiten ab | (34.5%) |
| 8. Ablehnung durch Angehörige (kein Grund auf Formular angekreuzt) | (9.8%) |

Total der Ablehnungen: 2406