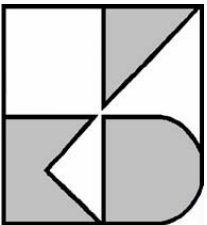




## Praxisbericht aus dem Universitätsklinikum Tübingen

VKD-Frühjahrstagung 5./6. März 2012 in Stuttgart

Peter Petersen  
Ltd. Transplantationsbeauftragter



**: ORGANSPENDE**  
**AKTIONSBÜNDNIS** BADEN-WÜRTTEMBERG



# Organspende - eine gesellschaftliche Aufgabe?

## Bis 2005

- In der öffentlichen Wahrnehmung Partikularinteresse von Patientenverbänden und Transplantationsmedizinern
- In der internen Diskussion „Gemeinschaftsaufgabe“ ohne klare Verantwortlichkeiten, Schuldzuweisungen

## Seit 2006

- Landtag beschließt Einführung von Transplantationsbeauftragten an allen Krankenhäusern mit Intensivstationen
- Sozialministerium unterstützt Öffentlichkeitsarbeit, ruft das Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg ins Leben

## Heute

- Parteiübergreifender Konsens auf Bundesebene zur Novellierung des Transplantationsgesetzes

# Spenderzahlen der letzten 5 Jahre unverändert

Organspender <sup>1</sup> in Deutschland Januar bis Dezember								
DSO-Region	p 95-2004 <sup>2</sup>	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nord	198	183	213	206	195	191	213	193
Nord-Ost	130	177	161	150	140	146	144	129
Ost	126	152	174	171	167	159	155	166
Bayern	169	226	184	224	182	196	192	189
Baden- Württemberg	121	138	165	161	136	127	134	115
Mitte	131	148	146	162	120	139	202	165
Nordrhein- westfalen	193	196	216	239	258	259	256	243
<b>Deutschland</b>	<b>1.068</b>	<b>1.220</b>	<b>1.259</b>	<b>1.313</b>	<b>1.198</b>	<b>1.217</b>	<b>1.296</b>	<b>1.200</b>

Transplantationszentrum Tübingen    35            40            47            43            46            48            46

# Ablehnungen erklären den Organmangel nicht allein

- Beispiel Spanien: Zustimmungsquote\* 83%  
Spender pro Mill. Einwohner und Jahr **35**
- Beispiel Deutschland: Zustimmungsquote 61%  
Spender pro Mill. Einwohner und Jahr **15**

Im Falle gleicher Voraussetzungen der Krankenhäuser bei der Realisierung möglicher Organspenden könnte trotz niedrigerer Zustimmungsquote in Deutschland eine deutlich höhere Spenderzahl von **25** pro Millionen Einwohner und Jahr erzielt werden.

\*) auch in den europäischen Ländern mit gesetzlicher Widerspruchsregelung werden Organe nur mit Zustimmung der Angehörigen entnommen

# Maßnahmen am UKT

- **Benennung von Transplantationsbeauftragten an allen Kliniken mit Intensivstationen**
- Regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter zum Thema Organspende, Erstellen von Merkblättern und verbindlichen Ablaufschemata
- Vollständige Erfassung und Auswertung aller Todesfälle am Klinikum, regelmäßige Falldiskussionen
- Teilnahme am Projekt Inhouse-Koordination von DKI und DSO
- Kommunikationsseminare für Intensivmediziner zur Verbesserung der Angehörigenbetreuung
- Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit in und außerhalb des Klinikums  
Mitarbeit im Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg
- Implementierung eines Erhebungsbogen für Sterbefälle auf Intensivstationen in die elektronische Patientendokumentation

# Transplantationsbeauftragte am UKT

*Vorstandsbeschluß vom 26.4.2006*

1. Leitender Transplantationsbeauftragter des Gesamtklinikums
2. Transplantationsbeauftragter der Medizinischen Klinik (R. Riessen)
3. Transplantationsbeauftragter der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin (A. Döbele)
4. Transplantationsbeauftragter der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (I. Gerbig)
5. Transplantationsbeauftragter der Klinik für Neurochirurgie (B. Will)
6. Transplantationsbeauftragter der Neurologischen Klinik (A. Melms)
7. Transplantationsbeauftragter Intensivpflege der Medizinischen Klinik
8. Transplantationsbeauftragter Intensivpflege der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
9. Transplantationsbeauftragter Intensivpflege der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

# Maßnahmen am UKT

- Benennung von Transplantationsbeauftragten an allen Kliniken mit Intensivstationen
- **Regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter zum Thema Organspende, Erstellen von Merkblättern und verbindlichen Ablaufschemata**
- Vollständige Erfassung und Auswertung aller Todesfälle am Klinikum, regelmäßige Falldiskussionen
- Teilnahme am Projekt Inhouse-Koordination von DKI und DSO
- Kommunikationsseminare für Intensivmediziner zur Verbesserung der Angehörigenbetreuung
- Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit in und außerhalb des Klinikums  
Mitarbeit im Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg
- Implementierung eines Erhebungsbogen für Sterbefälle auf Intensivstationen in die elektronische Patientendokumentation

### Wann kommt die Möglichkeit einer Organspende nach dem Tode in Frage?

Bei allen Patienten, bei denen es primär (Unfall, Blutung, Schlaganfall) oder sekundär (Reanimation, Schock, Hypoxie) zu einer schweren Hirnschädigung gekommen ist, mit eingetretenem oder zu erwartendem Verlust von Spontanatmung, Pupillenreaktion, Corneal- und Hustenreflex, bei denen keine weiteren Therapieoptionen bestehen.

### Was ist zu tun?

1. Meldung bzw. Anfrage über das Transplantationsbüro oder direkt bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation (beide täglich 24 Std. erreichbar), ob bei eingetretenem Hirntod im vorliegenden Fall eine Organspende möglich wäre, ggf. Einleitung der Hirntoddiagnostik.
2. Spätestens nach Abschluß der Diagnostik Kontaktaufnahme mit den Angehörigen durch den behandelnden Arzt bzw. die zuständige Pflegekraft. Ggf. Hinzuziehung weiterer Mitarbeiter (Transplantationsbeauftragter, Koordinator, Seelsorger) zum Gespräch mit den Angehörigen.

Nach Vorliegen des Einverständnisses werden die weiteren Vorbereitungen zur Organentnahme von der DSO in Zusammenarbeit mit dem Transplantationsbüro koordiniert.

### Kontakt:

(29) 86600	<u>Aktuelle Funk- und Handynummern zu jeder Zeit im Transplantationsbüro erhältlich</u>
(29) 80322	Dr. P. Petersen (Leitender Transplantationsbeauftragter des UKT)
(29) 82762	PD Dr. R. Riessen (Stellv. lfd. und Transplantationsbeauftragter der Med. Klinik)
(29) 85559	Dr. A. Döbele (Transplantationsbeauftragter Anästhesiologie und Intensivmedizin)
(29) 85802	Dr. I. Gerbig (Transplantationsbeauftragte der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin)
(29) 86571	PD Dr. B. Will (Transplantationsbeauftragter der Klinik für Neurochirurgie)
(29) 85556	Prof. A. Melms (Transplantationsbeauftragter der Neurologischen Klinik)
(29) 84761	Dr. E. Yörük (Leiter der Hornhautbank, Augenklinik, Abteilung I)
(29) 86522	Evangelische Klinikseelsorge
(29) 83280	Katholische Klinikseelsorge
0800-8050888	DSO Stuttgart (Deutsche Stiftung Organtransplantation)



### Ablaufschema für Organspenden

#### 1. Voraussetzungen zur Möglichkeit der Organspende

Neurologisch – neurochirurgisch infauste Prognose, fehlende Hirnstammreflexe:  
Kontaktaufnahme zur DSO Stuttgart, Tel. 0800-8050888, Koordinator verlangen  
(Herr Dr. Fischer-Fröhlich, Herr Hadlich, Frau Hossfeld, Frau Schimmer, Frau Weber).

#### 2. Neurologische Hirntoddiagnostik (entsprechend Richtlinien Bundesärztekammer):

- primärer Hirnschaden oberhalb vom Tentorium, Lebensalter über 2 Jahre -> 2 x Klinische Untersuchung mit 12h Beobachtungszeit oder 1 x Klinische Untersuchung und technisch apparatives Messverfahren zur Abkürzung der Beobachtungszeit.
- primärer Hirnschaden unterhalb vom Tentorium, Lebensalter über 2 Jahre -> immer 1 x Klinische Untersuchung und transkranieller Doppler oder EEG oder Hirnperfusionsszintigraphie zum Beweis des Großhirnausfalls.
- sekundären Hirnschädigungen, Lebensalter über 2 Jahre -> 2 x Klinische Untersuchung mit 72h Beobachtungszeit oder 1 x Klinische Untersuchung und technisch apparatives Messverfahren zur Abkürzung der Beobachtungszeit.
- Kinder von 2 Monaten bis 2 Jahre -> immer Klinische Untersuchung plus technisch apparatives Messverfahren, dann 24h Beobachtungszeit, dann Klinische Untersuchung plus technisch apparatives Messverfahren
- Kinder von 0 Monaten bis 2 Monate -> immer Klinische Untersuchung plus EEG, dann 72h Beobachtungszeit, dann Klinische Untersuchung plus EEG.
- Unreife Neugeborene: keine Hirntoddiagnostik möglich.

#### 3. Gespräch mit Angehörigen:

Spätestens nach Hirntodfeststellung Kontaktaufnahme durch den behandelnden Arzt bzw. die zuständige Pflegekraft, Hinzuziehung weiterer Gesprächspartner nach Bedarf: DSO-Koordinator, Transplantationsbeauftragter, Klinikseelsorger oder Dolmetscher.  
Dokumentation in Krankenakte bzw. Care-View (vgl. Formblätter Ordner Organspende falls schriftliche Bestätigung gewünscht)

#### 4. Unnatürliche oder ungeklärte Todesursache:

Information an Staatsanwalt/Polizei übernimmt DSO-Koordinator (Kriminalpolizei bzw. Verkehrsdienst Tübingen), Staatsanwaltschaft übermittelt fernmündlich Entscheidung, Dokumentation in Akte / Care-View.

#### 5. Organprotektive Therapie:

Entsprechend den Standards der Intensivstation.

Cave: Diabetes insipidus, Elektrolytverschiebungen und Hyperglykämie, ab Hirntoddiagnose: Hydrocortison 300 mg/24 h im Perfusor wegen SIRS.

#### 6. Laboruntersuchungen:

Routinelabor plus Urinsediment, Blutgruppe, HbA1c; weitere Diagnostik ggf. nach Rücksprache mit DSO, Virologie und HLA veranlasst Koordinator.

#### 7. Apparative Zusatzuntersuchungen:

Sono Abdomen (wenn vorhanden aktuelles CT / MRT), EKG, Röntgen-Thorax grundsätzlich (Fragestellung: Organmorphologie, Tumorausschluss).  
Echokardiographie und Bronchoskopie erst nach Zustimmung zur Entnahme thorakaler Organe (Fragestellung siehe Formblätter im Ordner Organspende).

#### 8. Organisation der Organentnahme:

DSO-Koordinator informiert OP-Koordinator CRONA sowie Explantationsteams über Transplantationszentrum und koordiniert den Zeitplan. Der DSO-Koordinator ist auch im OP über das Transplantationszentrum erreichbar (86600).

#### 9. Transport des Spenders in den OP:

Entsprechend Standards für den Transport von beatmeten Intensivpatienten zum OP. Akte mit Blutgruppenbefund, Hirntodprotokoll plus Kopie der unterschriebenen Todesbescheinigung (grüner Durchschlag) mitgeben. Transfer der Patientendaten im Care-View wie bei OP.

#### 10. Transport des Leichnams postoperativ:

Nach Wundverschluss im OP Entfernung aller Fremdkörper (sofern keine anderen Vorgaben durch die Staatsanwaltschaft), Transport durch Lagerungspfleger in Kühlraum CRONA bei Erwachsenen. Falls Angehörige noch einmal Verstorbenen sehen möchten Abstimmung mit dem DSO-Koordinator vor OP-Beginn. Bei Spender von A8West erfolgt der Transport in den Aufbahrungsraum der Kinderklinik unter Abstimmung mit Station A8West. Die Originalakte bringt DSO-Koordinator auf Station zurück, Carve-View schließt zuständiger Anästhesist ab. OP-Dokumentation durch Chirurgen. Original-Todesbescheinigung wird wie jede andere an Verwaltung weitergeleitet. Falls Angehörige Verstorbenen zeitnah über Bestatter abholen wollen wird Transport in die Pathologie durch DSO-Koordinator über die Verwaltung CRONA veranlasst. Bei geplanter Verabschiedung nach Organentnahme Transport des Leichnams in den Verabschiedungsraum (Raum 622 Ebene 01), Begleitschein gut sichtbar am Bett befestigen mit Datum und Uhrzeit der Verabschiedung sowie Telefonnummer der Kontaktperson (Koordinator / Seelsorger).

#### 12. Care-View-Anwendung UKT Tübingen Sonderregelung:

Die Dokumentation in Care-View von allen Vorgängen entsprechend den Standards der Station ersetzt die handschriftliche Akte. *Ausnahme:* Die Protokolle der Hirntodfeststellung werden handschriftlich von den Untersuchern ausgefüllt, ebenso Todesbescheinigung.

#### 13. Kostenerstattung für Aufwand des UKT bei Organspenden:

Entsprechend der Rahmenvereinbarung wird die Zentrale Verwaltung des UKT von der DSO angeschrieben und um Rechnungsstellung gebeten.

#### 14. Hornhautspende bei Multiorganspende:

Information des Augenarztes durch DSO-Koordinator. Bulbientnahme erfolgt nach Absprache entweder zeitnah nach der Organentnahme im OP oder in der Pathologie. Die Daten werden der Hornhautbank durch DSO-Koordinator zu gefaxt.

# Maßnahmen am UKT

- Benennung von Transplantationsbeauftragten an allen Kliniken mit Intensivstationen
- Regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter zum Thema Organspende, Erstellen von Merkblättern und verbindlichen Ablaufschemata
- **Vollständige Erfassung und Auswertung aller Todesfälle am Klinikum, regelmäßige Falldiskussionen**
- Teilnahme am Projekt Inhouse-Koordination von DKI und DSO
- Kommunikationsseminare für Intensivmediziner zur Verbesserung der Angehörigenbetreuung
- Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit in und außerhalb des Klinikums  
Mitarbeit im Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg
- Implementierung eines Erhebungsbogen für Sterbefälle auf Intensivstationen in die elektronische Patientendokumentation

P. Petersen<sup>1</sup>, C.-L. Fischer-Fröhlich<sup>2</sup>, R. Riessen<sup>3</sup>, A. Döbele<sup>4</sup>, A. Melms<sup>5</sup>, B.E. Will<sup>6</sup>, A. Bosk<sup>7</sup>, W. Steurer<sup>1</sup>, A. Königsrainer<sup>1</sup>

Department of <sup>1</sup> General and Transplant Surgery, <sup>3</sup> Internal Medicine, <sup>4</sup> Anesthesiology and Intensivecare Medicine, <sup>5</sup> Neurology, <sup>6</sup> Neurosurgery, <sup>7</sup> Pediatrics, University of Tübingen; <sup>2</sup> Deutsche Stiftung Organtransplantation, Stuttgart; Germany

## Introduction

In order to improve donor detection and realization in-house coordinators (Transplantationsbeauftragte) were introduced in all hospitals with intensive care units in Baden-Württemberg in the year 2006 by law. In cooperation with the external organ procurement organisation (DSO) we started to analyze the factors that might lead to under-detection or loss of potential donors in the hospitals.

## Methods

Review of all hospital deaths in 2006:

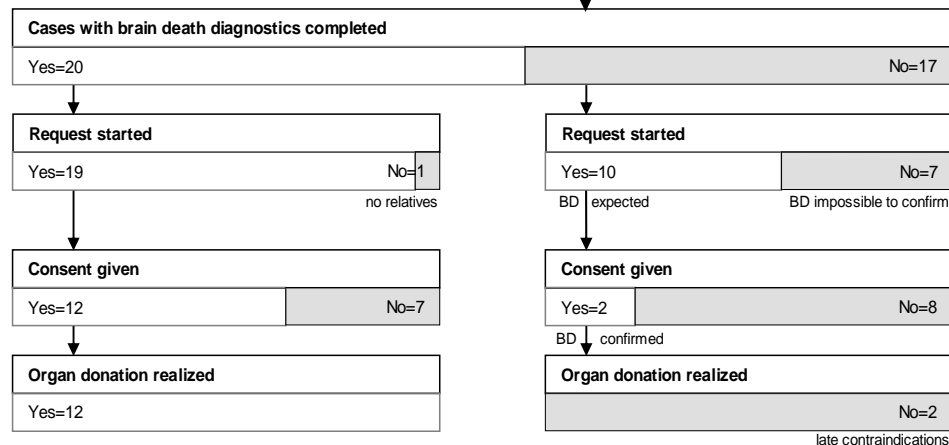
- causes of death
- additional diseases
- neurological findings
- donation requests
- donations realized

Stepwise examination of each case:

- hospital patient database (SAP) N=648
- medical record review N=136
- personal interview with physician N=74
- Cross check with OPO-data (DSO) N=36

## Results

- In 7 cases with (77-86 years) and 9 without (60-96 years) artificial ventilation death due to cerebral complications occurred within 48 hours, but medical records were not conclusive in terms of exclusion criteria for organ donation.
- In further 6 cases resuscitation from shock or cardiac failure was aborted in case of questionable haemodynamic stability (16-77 years)



## Summary

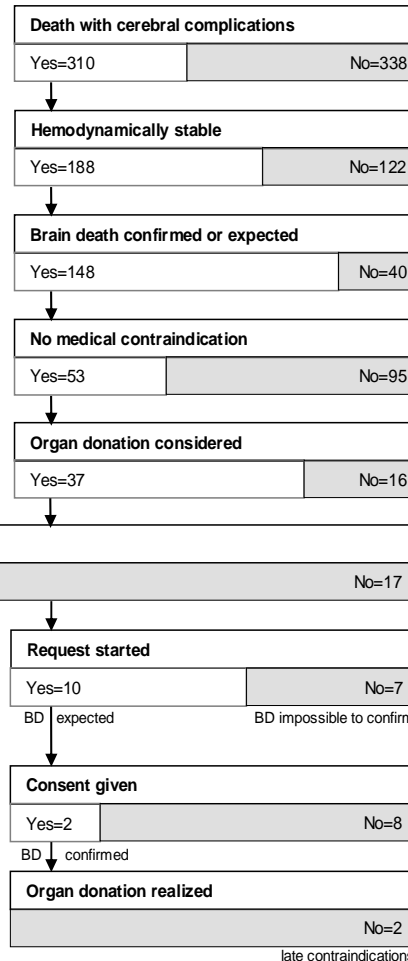
The detection of donors in patients below 77 years ventilated on ICU was acceptable. The consent rate after confirmed brain death (63%) was as low as national average (61%)

Hemodynamic stabilisation in order to enable an organ donation was omitted in several cases of patients

- above 77 years with artificial ventilation and
- above 60 years without artificial ventilation as well as
- independent of age after resuscitation from cardiac failure or shock

## Aim of the study

1. Internal audit and quality assurance by retrospective identification of undetected or not realized donors.
2. Evaluation of patient characteristics on risk for being undetected or not realized as donors



## Conclusions

- > Continued analysis and discussion of all lost cases with physicians in charge and in mortality conferences of complete ICU staff.
- > Training courses at regular intervals in order to improve communication skills with donor relatives

# Maßnahmen am UKT

- Benennung von Transplantationsbeauftragten an allen Kliniken mit Intensivstationen
- Regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter zum Thema Organspende, Erstellen von Merkblättern und verbindlichen Ablaufschemata
- Vollständige Erfassung und Auswertung aller Todesfälle am Klinikum, regelmäßige Falldiskussionen
- **Teilnahme am Projekt Inhouse-Koordination von DKI und DSO**
- Kommunikationsseminare für Intensivmediziner zur Verbesserung der Angehörigenbetreuung
- Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit in und außerhalb des Klinikums  
Mitarbeit im Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg
- Implementierung eines Erhebungsbogen für Sterbefälle auf Intensivstationen in die elektronische Patientendokumentation

LA LIMITACION DEL ESFUERZO TERAPEUTICO ES LA RAZON MAS FRECUENTE PARA NO PLANTEAR LA SOLICITUD DE DONACION



Peter Petersen<sup>1</sup>, Kasimir Müller<sup>1</sup>, Alfred Königsrainer<sup>1</sup>  
Carl-Ludwig Fischer-Fröhlich<sup>2</sup>, Werner Lauchart<sup>2</sup>  
1. Hospital Universitario de Tübinga, Alemania  
2. Deutsche Stiftung Organtransplantation, Stuttgart



## LIMITING THERAPY IS THE MOST FREQUENT REASON FOR OMITTING DONATION REQUESTS

### Introduction

Retrospective analysis of deaths has been done at the University Hospital of Tübingen (UKT) during the past five years in order to detect lost organ donations. It became evident, that in the initial situation limitation of therapy in patients with devastating brain lesions was a frequent circumstance when nobody asked for organ donation, even if there was no medical contraindication.

For this analysis an algorithm has been developed including all hospital deaths, that was applied to the "inhouse-coordination project" of the german organ procurement organisation DSO (Deutsche Stiftung Organtransplantation).

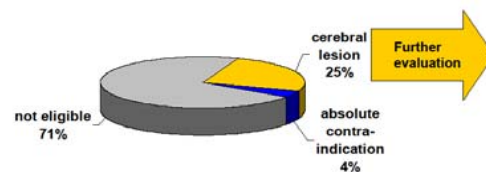
### Methods

All death records of our university hospital from 1.1. to 31.12.2009 were retrospectively scanned by the ICD-10 diagnosis filtering software tool Transplant Check (TC). All identified cases were further evaluated according to the above cited algorithm.

### Results

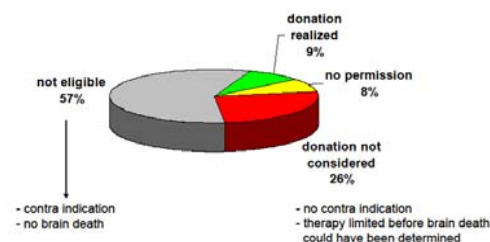
Out of 718 death records 180 were identified by TC as cases with an intracranial complication. Out of them 150 cases were without medical contraindication for organ donation. After review of the medical records 64 cases were identified with fatal cerebral lesions: In 39 of them therapy was limited without further consideration of organ donation. In the other 25 cases brain death diagnostics was completed in 19 and organ donation realized in 13. In 12 cases no permission was granted.

Transplant Check: Primary filter  
(death records: n=718, 2009)



All death records were included without regard of receiving respirator therapy or not and being admitted to emergency room, intensive care unit or peripheral wards.

Detailed analysis of death records  
(electronic archive: n=150, 2009)



### Algorithm for the analysis of death records:

- **Cerebral complication?** All cases with any devastating cerebral diagnosis are included
- **Hemodynamically stabilized?** All cases with sufficient circulation after resuscitation are included
- **Brain death to be expected?** All cases without probability for persisting cerebral activity are included
- **No contraindication?** All cases without contraindication for donor-transmittable diseases are included in the further analysis, all following questions must be answered
- **Donation considered?**
- **Request possible?**
- **Consent exists?**
- **Donation realized?**

Transplant Proc. 2009, 41:2053-4

### Conclusion

The fundamental precondition for realizing organ donation in patients with limitation of therapy is, that this option and all associated mandatory procedures are included in the communication with the relatives before.

For this an interdisciplinary consensus is recommended. In the investigated hospital the ethics committee endorsed this approach in 2009 approving stabilizing procedures like artificial ventilation or invasive haemostasis in patients with limited therapy when an informed consent exists.

# Maßnahmen am UKT

- Benennung von Transplantationsbeauftragten an allen Kliniken mit Intensivstationen
- Regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter zum Thema Organspende, Erstellen von Merkblättern und verbindlichen Ablaufschemata
- Vollständige Erfassung und Auswertung aller Todesfälle am Klinikum, regelmäßige Falldiskussionen
- Teilnahme am Projekt Inhouse-Koordination von DKI und DSO
- **Kommunikationsseminare für Intensivmediziner zur Verbesserung der Angehörigenbetreuung**
- Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit in und außerhalb des Klinikums  
Mitarbeit im Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg
- Implementierung eines Erhebungsbogen für Sterbefälle auf Intensivstationen in die elektronische Patientendokumentation



# Das Gespräch mit den Angehörigen

## ÖBIG-Seminare

Kommunikationsseminare  
in Zusammenarbeit mit  
dem Österreichischen  
Bundesinstitut im  
Gesundheitswesen



## EfA-Workshops

„Entscheidungsbegleitung für  
Angehörige“ in Zusammenarbeit  
mit der Deutschen Stiftung  
Organtransplantation (DSO)

# Maßnahmen am UKT

- Benennung von Transplantationsbeauftragten an allen Kliniken mit Intensivstationen
- Regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter zum Thema Organspende, Erstellen von Merkblättern und verbindlichen Ablaufschemata
- Vollständige Erfassung und Auswertung aller Todesfälle am Klinikum, regelmäßige Falldiskussionen
- Teilnahme am Projekt Inhouse-Koordination von DKI und DSO
- Kommunikationsseminare für Intensivmediziner zur Verbesserung der Angehörigenbetreuung
- **Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit in und außerhalb des Klinikums  
Mitarbeit im Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg**
- Implementierung eines Erhebungsbogen für Sterbefälle auf Intensivstationen in die elektronische Patientendokumentation



# Informationsveranstaltungen



Schulen und öffentliche Einrichtungen



Ärzte- und Lehrerfortbildungen







# Kunstaussstellungen



**ByHeart - Dein Herz  
entscheidet**

Wanderausstellung  
mit Unterstützung  
der Landesstiftung  
Baden-Württemberg



# Öffentlichkeitswirksame Aktionen

Transplantationszentrum  
Tübingen



Sport für Transplantierte  
und Dialysepatienten



## Neckar-Bodensee-Tour 2007

Transplantierte Sportler radeln für Organspende  
15.-17. Juni 2007  
Stuttgart – Tübingen – Rottweil – Überlingen

Samstag 16.6. Teil-Etappe für Jedermann  
von Tübingen bis Hechingen

Treffpunkt: 9 Uhr Holzmarkt vor der Stiftskirche,  
Abfahrt 9.30 Uhr zum gemeinsamen Imbiss  
im Sparkassen Carré, Mühlbachackerstraße 2.  
Alle Interessierten sind herzlich eingeladen!  
(Fahrtstrecke ca. 22 km, Rücktransport mit der Bahn möglich)



**: ORGANSPENDE**  
**AKTIONSBUNDNIS** BADEN-WÜRTTEMBERG

Mit freundlicher Unterstützung durch den Sparkassenverband Baden-Württemberg sowie die Firmen Novartis, Roche, Wyeth und Astellas  
Organisation: Dr. Peter Petersen, Ltd. Transplantationsbeauftragter UKT 07071-2980322, Klaus Zinnecker, Stellv. Vorsitzender TransDia e.V. 06423-963990



Eröffnung der ersten Transplantierten-Radtour durch D. Hillebrand  
MdL, Staatssekretär im Ministerium für Arbeit und Soziales



# Maßnahmen am UKT

- Benennung von Transplantationsbeauftragten an allen Kliniken mit Intensivstationen
- Regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter zum Thema Organspende, Erstellen von Merkblättern und verbindlichen Ablaufschemata
- Vollständige Erfassung und Auswertung aller Todesfälle am Klinikum, regelmäßige Falldiskussionen
- Teilnahme am Projekt Inhouse-Koordination von DKI und DSO
- Kommunikationsseminare für Intensivmediziner zur Verbesserung der Angehörigenbetreuung
- Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit in und außerhalb des Klinikums  
Mitarbeit im Aktionsbündnis Organspende Baden-Württemberg
- **Implementierung eines Erhebungsbogen für Sterbefälle auf Intensivstationen in die elektronische Patientendokumentation**

**Erhebungsbogen von Verstorbenen mit primärer oder sekundärer  
Hirnschädigung auf Intensivstationen Version vom 07.07.04**

1. Krankenhaus: Universitätsklinikum Tübingen      2. Fachabteilung: Intensivmedizin  
3. kein Verstorbener im Monat:      4. Aufnahme-Nr./Krankenblatt-Nr: 0002607716  
5. Geschlecht:      männlich  
6. Alter: 23  
7. ICD-Diagnosen wie auf dem Totenschein: S08.33, S38.03  
8. Hirnschädigung traumatisch: Ja  
9. Verweildauer auf Intensivstation: Stunden 4 (bei <1 Tag)  
10. Verstorben: (Monat/Jahr) 4/2008  
11. Bestanden medizinische Kontraindikationen zur Organspende ?

Ja

Nicht kurativ behandeltes Malignom: k.A.      Floride Tuberkulose: k.A.      HIV-Infektion: k.A.  
Nachweis multiresistenter Keime oder Pilze im Blut: k.A.  
Systemische Infektion mit Multiorganversagen: k.A.

12. Wurde die Hirntodfeststellung eingeleitet ?

Nein

Nicht zu stabilisierender Kreislauf <= 6 h nach ITS Aufnahme

Plötzliches und unerwartetes Kreislaufversagen während der Therapie: k.A.  
Kreislaufversagen b.infauster Prognose der Hirnschädigung m.zusätzl. Komplikationen (z.B.Pneumonie): k.A.

13. Wurde die Hirntodfeststellung abgeschlossen ?

Kreislaufversagen während Hirntodfeststellung: k.A.  
Kein zweiter Untersucher: k.A.  
Keine apparative Zusatzdiagnostik: k.A.

14. Wurde mit den Angehörigen über eine Organspende gesprochen ?


Personallen des Patienten nicht feststellbar: k.A.  
Keine Angehörigen feststellbar: k.A.  
Angehörige nicht erreicht: k.A.  
Frage Angehörigen nicht zumutbar: k.A.

15. Wer hat das Gespräch mit den Angehörigen geführt ?

16. Wurde eine Organspende realisiert ?

Ablehnung durch Angehörige: k.A.  
Verstorbener hat mündl. seinen Willen bekundet: k.A.  
Verstorbener hat schriftl. seinen Willen bekundet (z.B. Spendeausweis): k.A.  
Kreislaufversagen nach Hirntodfeststellung: k.A.  
Keine Freigabe durch den Staatsanwalt: k.A.

## DSO Erhebung anlegen: M.Hundertmark, Status: AN

 Daten holen

Erhebungsbogen von Verstorbenen mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung  
auf Intensivstationen - Version vom 07.07.04

[E-Mail an DSO](#)

1. Krankenhaus  2. Fachabteilung   
3. Kein Verstorbener im Monat  4. Aufnahme-Nr./Krankenblatt-Nr.   
5. Geschlecht ☒ weiblich ☐ männlich  
6. Alter   
7. ICD-10 Diagnosen wie auf dem Totenschein

8. Hirnschädigung traumatisch ☐ Ja ☒ Nein  
9. Verweildauer auf Intensivstation  Stunden (bei <1 Tag)  Tage Anzahl

10. Verstorben  Monat  Jahr

11. Bestanden medizinische Kontraindikationen zur Organspende ?

☒ Nein ☐ Ja

12. Wurde die Hirntodfeststellung eingeleitet ?

☐ Ja ☐ Nein

13. Wurde die Hirntodfeststellung abgeschlossen ?

☐ Ja ☐ Nein

14. Wurde mit den Angehörigen über eine Organspende gesprochen ?

☐ Ja ☐ Nein

15. Wer hat das Gespräch mit den Angehörigen geführt ?

☐ CA ☐ OA ☐ Stationsarzt ☐ Schwester ☐ Koordinator

(Mehrfachnennungen sind möglich)

16. Wurde eine Organspende realisiert ?

☐ Ja ☐ Nein

Erfasst von

Funktion

Datum

# DSO Erhebung anlegen: M.Hundertmark, Status: AN

Daten holen

Erhebungsbogen von Verstorbenen mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung  
auf Intensivstationen - Version vom 07.07.04

E-Mail an DSO

1. Krankenhaus  2. Fachabteilung   
3. Kein Verstorbener im Monat  4. Aufnahme-Nr./Krankenblatt-Nr.   
5. Geschlecht ☒ weiblich ☐ männlich  
6. Alter   
7. ICD-10 Diagnosen wie auf dem Totenschein

8. Hirnschädigung traumatisch ☐ Ja ☐ Nein  
9. Verweildauer auf Intensivstation  Stunden (bei <1 Tag)  Tage Anzahl

10. Verstorben  Monat  Jahr

11. Bestanden medizinische Kontraindikationen zur Organspende ?

☐ Nein ☐ Ja

12. Wurde die Hirntodfeststellung eingeleitet ?

☐ Ja ☐ Nein

13. Wurde die Hirntodfeststellung abgeschlossen ?

☐ Ja ☐ Nein

14. Wurde mit den Angehörigen über eine Organspende gesprochen ?

☐ Ja ☐ Nein

15. Wer hat das Gespräch mit den Angehörigen geführt ?

☐ CA ☐ OA ☐ Stationsarzt ☐ Schwester ☐ Koordinator

(Mehrfachnennungen sind möglich)

16. Wurde eine Organspende realisiert ?

☐ Ja ☐ Nein

Erfasst von


Funktion

Datum

Unterstützung des  
Arztes durch  
größtmögliche  
Vorbelegung der  
Felder




## DSO Erhebung anlegen: M.Hundertmark, Status: AN

 Daten holen

3. Kein Verstorbener im Monat
4. Aufnahme-Nr./Krankenblatt-Nr.
5. Geschlecht ☒ weiblich ☐ männlich
6. Alter
7. ICD-10 Diagnosen wie auf dem Totenschein
8. Hirnschädigung traumatisch ☐ Ja ☒ Nein
9. Verweildauer auf Intensivstation  Stunden (bei <1 Tag)  Tage Anzahl
10. Verstorben Monat  Jahr
11. Bestanden medizinische Kontraindikationen zur Organspende ?  
☐ Nein ☒ Ja  
☐ Nicht kurativ behandeltes Malignom  
☐ Floride Tuberkulose  
☐ HIV-Infektion  
☐ Nachweis multiresistenter Keime oder Pilze im Blut  
☐ Systemische Infektion oder Multiorganversagen  
Andere Gründe/Bemerkungen
12. Wurde die Hirntodfeststellung eingeleitet ?  
☐ Ja ☒ Nein  
☐ Nicht zu stabilisierender Kreislauf <=6 h nach ITS Aufnahme  
☐ Plötzl.u. unerwartetes Kreislaufversagen während d. Therapie  
☐ Kreislaufversagen bei infauster Prognose der Hirnschädigung  
mit zusätzlichen Komplikationen (z.B. Pneumonie)
13. Wurde die Hirntodfeststellung abgeschlossen ?  
☐ Ja ☒ Nein  
☐ Kreislaufversagen während Hirntodfeststellung  
☐ Kein zweiter Untersucher  
☐ Keine apparative Zusatzdiagnostik
14. Wurde mit den Angehörigen über eine Organspende gesprochen ?  
☐ Ja ☒ Nein  
☐ Personalien des Patienten nicht feststellbar  
☐ Keine Angehörigen feststellbar  
☐ Angehörige nicht erreicht  
☐ Frage Angehörigen nicht zumutbar

## DSO Erhebung ändern: M.Hundertmark, Status: AN

 Daten holen Folgestatus Folgestatus

Erhebungsbogen von Verstorbenen mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung  
auf Intensivstationen - Version vom 07.07.04

E-Mail an DSO

1. Krankenhaus UKT 2. Fachabteilung Innere Medizin 8 Intern  
3. Kein Verstorbener im Monat 4. Aufnahme-Nr./Krankenblatt-Nr. 0000008129  
5. Geschlecht ☒ weiblich ☐ männlich  
6. Alter 49  
7. ICD-10 Diagnosen wie auf dem Totenschein C18.4

8. Hirnschädigung traumatisch ☐ Ja ☒ Nein  
9. Verweildauer auf Intensivstation Stunden (bei <1 Tag) Tage 621 Anzahl

10. Verstorben Monat 2 Jahr 2012

11. Bestanden medizinische Kontraindikationen zur Organspende ?

☐ Nein

E-Mail an DSO



E-Mail wurde versandt

Weiter

12. Wurde die Hirntodfeststellung eingereitet ?

☐ Ja☒ Nein☐ Nicht zu stabilisierender Kreislauf <= 6 h nach ITS Aufnahme☒ Plötzl. u. unerwartetes Kreislaufversagen während d. Therapie☐ Kreislaufversagen bei infauster Prognose der Hirnschädigung  
mit zusätzlichen Komplikationen (z.B. Pneumonie)

13. Wurde die Hirntodfeststellung abgeschlossen ?

☐ Ja☒ Nein☒ Kreislaufversagen während Hirntodfeststellung☐ Kein zweiter Untersucher☐ Keine apparative Zusatzdiagnostik

14. Wurde mit den Angehörigen über eine Organspende gesprochen ?

Übertragung der (anonymen)  
Daten an die DSO und den  
Transplantationsbeauftragten  
per E-Mail

## Anzeige der gefundenen Einträge

Zu durchsuchende Tabelle Y000004I PMD: UKBDSO Erhebungsbogen v.Verstorbenen mit Hirnschäd

Anzahl Treffer 12

Laufzeit 0 Maximale Trefferzahl 500

Art	Dokument	Vs	Teil	Krank...	Fachabteilung	DT-ID UKBDSO	kein Verstorb...	Aufnahme-Nr....	Feld zum A...	Feld zu...	Alter DT-I...	ICD-10 Dia...	ICD-10 ...	ICD-10 ...	Feld ...	Feld ...	Stunde...	Tage ...	Monat DT-I
UKB	10000039673	00	000	UKT	HNO		DEZEMBER		X		43								
UKB	10000039705	00	000	UKT	HNO-Heilkund			0000005281		X	43						14		
UKB	10000039706	00	000	UKT	Innere Med.8			0000004558	X		85	C50.9	N18.81	C92.00	X			31	6
UKB	10000039812	00	000	UKT	Innere Med.8			0000004210	X		46	R99	I64		X		18		2
UKB	10000040125	00	000	UKT	Innere Med.8			0000005388		X	24								3
UKB	10000040126	00	000	UKT	Innere Med.8			0000004203	X		60								3
UKB	10000040129	00	000	UKT	Innere Med.8			0000004202			54				X				3
UKB	10000040228	00	000	UKT	Innere Med.8			0000005388			24	Z03.4						1	3
UKB	10000042907	00	000	UKT	Innere Med.8			0000005388			24	I25.29	I10.01					1	3
UKB	10000043575	00	000	UKT	Innere Med.8			0000005388		X		I25.29	I10.01					1	3
UKB	10000044784	00	000	UKT	Innere Medizin 8 Intensiv			0000004371	X								14		
UKB	10000083014	00	000	UKT	Innere Medizin 8 Intensiv			0000008129	X			C18.4			X			621	2

Strukturierte und  
auswertbare Ablage  
der erfassten Daten in  
der SAP-Datenbank

# Rücklauf Organspende-Erhebungsbögen

## Krankenhäuser mit Intensivbetten in Baden-Württemberg

mit Neurochirurgie und elektronischer Dokumentation (n=2)

**103**

**101**

**44**

mit Neurochirurgie und handschriftlicher Dokumentation (n=14)

**10**

**45**

**22**

ohne Neurochirurgie mit handschriftlicher Dokumentation (n=120)

**1,5**

**2,5**

**1**

Durchschnittswerte pro Krankenhaus 2008-2011

# Implementierung an allen Krankenhäusern

## Elektronischer Erhebungsbogen

1. Sozialministerium und BWKG prüfen möglichen Einsatz an allen Krankenhäusern
2. Universitätsklinikum Tübingen stellt Software kostenlos zur Verfügung
3. Techniker Krankenkasse will die Implementierung finanziell unterstützen

Kontakt: [peter.petersen@med.uni-tuebingen.de](mailto:peter.petersen@med.uni-tuebingen.de)  
Telefon 07071-2980322 Fax -295439



24TH INTERNATIONAL CONGRESS OF  
THE TRANSPLANTATION SOCIETY  
JULY 15TH-19TH | BERLIN GERMANY

Abstract  
Submission  
System

### Abstract Preview - Step 3/4

- print version -

Topic: 10 Donation & Allocation - a. Donation, Allocation and Ethics

Title: **Electronically generated death reports improve collaboration between donor-hospitals and OPO**

Author(s): Petersen P.<sup>1</sup>, Riessen R.<sup>2</sup>, Doebele A.<sup>3</sup>, Hadlich U.<sup>4</sup>, Fischer-Froehlich C.-L.<sup>4</sup>, Rump N.<sup>5</sup>, Koenigsrainer A.<sup>1</sup>

Institute(s): <sup>1</sup>University Hospital, Department of Transplant Surgery, Tuebingen, Germany, <sup>2</sup>University Hospital, Department of Medicine, Intensive Care Unit, Tuebingen, Germany, <sup>3</sup>University Hospital, Department of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine, Tuebingen, Germany, <sup>4</sup>Deutsche Stiftung Organtransplantation, Stuttgart, Germany, <sup>5</sup>University Hospital, IT Management, Tuebingen, Germany

#### Text: Introduction

In order to analyze deaths of potential organ donors, all hospitals with intensive care units in Baden-Württemberg (n=136) are requested to send paper-based questionnaires to the German organ procurement organisation (DSO). In view of a poor participation in this practice we implemented the form into our electronic patient record (ISH-med). The form appears automatically on the screen in case of a documented death, asking for contraindications to donation, brain death diagnostics, consent of relatives and the final realization of the donation. A second hospital also implemented the questionnaire, the rest (n=134) continued with hand-written reports.

#### Methods

Over a period of 4 years we evaluated the number of completed electronic questionnaires in two hospitals with neurosurgery vs. the number of hand-written questionnaires in 14 hospitals with and 120 hospitals without neurosurgery. We also registered the number of prospective contacts to the OPO and of finally realized donations.

#### Results

2008-2011 the two hospitals with neurosurgery reporting electronically sent an average of 103 questionnaires per hospital plus 101 direct communications, resulting in 44 realized donors per hospital. The remaining 14 hospitals with neurosurgery reported manually an average of 10 questionnaires per hospital, plus 45 direct communications, resulting in 22 realized donors per hospital. Finally the hospitals without neurosurgery produced an average of 1,5 reports and 2,5 direct contacts resulting in only one donor per hospital in 4 years.

#### Conclusion

The implementation of a short questionnaire into the electronic patient record improves the communication between donor hospital and organ procurement organization and facilitates retrospective analyses of deaths. Whether higher donation rates are due to this fact has to be analyzed when more hospitals participate. The possible implementation of our system in all hospitals of Baden-Württemberg is currently examined by the Ministry of Health, supported by a German health insurance company.



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Über 300 Menschen haben am 2.10.2003 auf dem Stuttgarter Schloßplatz gegen den Beschluß des Landeskabinetts demonstriert, nachdem es abgelehnt hatte, einen ersten Gesetzentwurf zur Einführung von Transplantationsbeauftragten in den Landtag einzubringen.