



VERBAND DER  
UNIVERSITÄTSKLINIKA  
DEUTSCHLANDS

## STELLUNGNAHME

zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende“ (BT- Drucksache 19/6915)

Januar 2019

---

© Verband der Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD), 2019

**Kontakt**

Verband der Universitätsklinika  
Deutschlands e.V. (VUD)

Ralf Heyder  
Alt-Moabit 96  
10559 Berlin  
info@uniklinika.de  
www.uniklinika.de  
Tel. +49 (0)30 3940517-0

# Inhalt

I.	Vorbemerkung	4
II.	Zu den Regelungen im Einzelnen	4
III.	Weiterer Handlungsbedarf	12

## I. Vorbemerkung

Der VUD begrüßt den Gesetzentwurf der Bundesregierung - **Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende** (BT- Drucksache 19/6915). Die Zielsetzung dieses Gesetzentwurfs ist es, die Strukturen in Bezug auf die Organspende in den Entnahmekrankenhäusern zu verbessern und diese angemessen zu vergüten.

Durch diesen Gesetzentwurf werden wichtige Impulse gesetzt, um die Rahmenbedingungen und Strukturen bei der Organspende zu verbessern. Die vorgesehenen Neuregelungen bieten eine sehr gute Grundlage, um bei der Organspende in den Krankenhäusern spürbare Verbesserungen zu erreichen.

Mit dem Gesetzentwurf wird die Grundlage geschaffen, dass die kostenintensiven Leistungen und Vorhaltungen, die im Rahmen des Organspendeprozesses notwendig sind, künftig nicht mehr zu Lasten der Krankenhäuser gehen. Künftig wird eine Kostendeckung für den gesamten Organspendeprozess möglich. Dies ist aus Sicht des VUD durch die nun im Gesetzentwurf vorgesehenen differenzierten Pauschalen und den zweifachen Ausgleichszuschlag im Organspendeprozess sowie die Refinanzierung der – für die festgelegten Aufgaben – freigestellten Transplantationsbeauftragten gewährleistet und wird sehr begrüßt.

## II. Zu den Regelungen im Einzelnen

Im Folgenden werden ausgewählte Einzelaspekte des Gesetzentwurfs kommentiert.

### 1) Verpflichtungen der Entnahmekrankenhäuser - § 9a Absatz 2:

#### Geplante Regelung des Gesetzentwurfs:

Mit der Streichung von „§ 3 oder § 4“ in § 9a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 soll gemäß Gesetzesbegründung klargestellt werden, dass die ärztliche Beurteilung, ob ein Patient als Organspender in Betracht kommt, nicht zugleich das Vorliegen der Einwilligung des potentiellen Organspenders nach § 3 oder der Zustimmung einer Person nach § 4 erfordert. Lediglich der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass die Feststellung des nicht behebbaren Ausfalls der Gesamthirnfunktion unterbleibt, wenn dem Entnahmekrankenhaus bekannt ist, dass einer Organspende widersprochen wurde.

#### Stellungnahme:

Nach dem Wortlaut des Gesetzentwurfes ist allerdings die Verpflichtung einer Hirntodfeststellung normiert, unabhängig davon, ob bekannt ist, dass der Patient

einer Organspende widersprochen hat. Somit erfolgt durch die Gesetzesbegründung eine Einschränkung des Gesetzestextes. Um zu verhindern, dass nach dem Gesetzentwurf, das Entnahmekrankenhaus selbst bei vorliegender schriftlicher Ablehnung einer Organspende (z.B. durch eine Patientenverfügung) verpflichtet wäre, dennoch den Hirntod festzustellen und die Daten unverzüglich an die Koordinierungsstelle zu übermitteln, ist diese Präzisierung auch im Gesetzentwurf selbst erforderlich.

#### Änderungsvorschlag in § 9a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1:

*Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet,*

- 1. den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommen **und bei denen keine eine Organspende ausschließende Gründe bekannt sind**, nach § 5 festzustellen und der Koordinierungsstelle nach § 11 unverzüglich mitzuteilen; kommen diese Patienten zugleich als Gewebespender in Betracht, ist dies gleichzeitig mitzuteilen,*

#### **2) Entnahmekrankenhäuser (§ 9a Abs. 3) (i.V.m. der Finanzierungsregelung über die Koordinierungsstelle (§ 11 Abs. 2 Nr. 4)):**

##### Geplante Regelung im Gesetzentwurf:

Der Gesetzentwurf sieht eine differenzierte Vergütungsregelung für die einzelnen Prozessschritte im Rahmen einer Organspende vor:

1. Grundpauschale für die Hirntodfeststellung
2. Pauschale für Leistungen der intensivmedizinischen Versorgung
3. Pauschale für die Leistungen bei der Organentnahme
4. Ausgleichszuschlag (z.B. für die Bindung von Intensivbetten, Operationssälen und entsprechendem Fachpersonal)
5. Ersatz der Aufwendungen für die Freistellung der Transplantationsbeauftragten (gemäß Freistellungsquote und mit Nachweis)

##### Stellungnahme:

Der Ansatz, differenzierte Pauschalen im Rahmen der unterschiedlichen Organspendeprozesse (Hirntodfeststellung, intensivmedizinische Leistungen und Organentnahme) vorzusehen, wird sehr begrüßt. Durch diese Differenzierungen können erstmals die sehr unterschiedlichen Zeiten sowie die sehr unterschiedlichen Personal- und Sachaufwände entsprechend berücksichtigt werden. Allerdings fehlt – im Unterschied zum Referentenentwurf – die Betrachtung der im Zusammenhang

mit der Hirntodfeststellung erbrachten Leistungen einschließlich der diagnostischen Leistungen. Die Inanspruchnahme der Infrastruktur beim Entnahmekrankenhaus ist sehr unterschiedlich und ist entsprechend des Aufwands auch zu erstatten (z.B. neuroradiologische Leistungen, etc.).

#### Änderungsvorschlag in § 9a Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 TPG-E:

*„Die Entnahmekrankenhäuser erhalten eine pauschale Abgeltung für die Leistungen, die sie im Rahmen der Organentnahme und deren Vorbereitung erbringen. Die pauschale Abgeltung besteht aus*

1. *einer Grundpauschale für die* **im Zusammenhang mit den „Feststellungen nach Absatz 2 Nummer 1“ erbrachten Leistungen einschließlich der diagnostischen Leistungen,**

#### **3) Transplantationsbeauftragter (TX-B) - zu § 9b Absatz 1 Satz 7 TPG-E:**

##### Geplante Regelung im Gesetzentwurf:

Im Gesetzentwurf ist – im Unterschied zum Referentenentwurf - folgender Satz eingefügt worden: *„Die Kosten für fachspezifische Fort- und Weiterbildungen der Transplantationsbeauftragten sind von den Entnahmekrankenhäusern zu tragen.“*

##### Stellungnahme:

Fortbildungskosten setzen sich für (Entnahme-)Krankenhäuser aus folgenden Kostenblöcken zusammen:

- direkte Kosten (Kosten des Fort- und Weiterbildungskurses selbst)
- indirekte Kosten durch die Teilnahme der Transplantationsbeauftragten

Gleichzeitig ist in § 9b Abs. 3 S. 1 TPG-E geregelt: *„Transplantationsbeauftragte sind soweit freizustellen, wie es zur ordnungsgemäßen Durchführung ihrer Aufgaben und zu ihrer Teilnahme an fachspezifischer Fort- und Weiterbildung erforderlich ist.“* Um durch diesen Satz keine Interpretations- und Abgrenzungsfragen auf Ortsebene in direkte und indirekte Kosten zu generieren, empfehlen wir zur Klarstellung diesen Satz zu streichen und die Fortbildungskosten zu übernehmen:

##### Änderungsvorschlag in § 9b Abs. 1 Satz 7 TPG-E:

Streichung dieses Satzes: ~~*Die Kosten für fachspezifische Fort- und Weiterbildungen der Transplantationsbeauftragten sind von den Entnahmekrankenhäusern zu tragen.*~~

#### 4) § 9c TPG-E - Neurochirurgischer und neurologischer konsiliarärztlicher Rufbereitschaftsdienst, Verordnungsermächtigung

##### Geplante Regelung des Gesetzentwurfs:

Zur Organisation eines neurochirurgischen oder neurologischen konsiliarärztlichen („neuro-konsiliarärztlichen“) Bereitschaftsdienstes sollen die TPG-Auftraggeber eine geeignete Einrichtung bestellen. Diese muss organisatorisch gewährleisten, dass regional jederzeit Ärzte, die für die Hirntodfeststellung qualifiziert sind, auf Anfrage eines Entnahmekrankenhauses zur Verfügung stehen.

Nach Abs. 2 nehmen Krankenhäuser mit neurochirurgischen oder neurologischen Fachabteilungen auf Anfrage an dem neuro-konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst teil. Die sich beteiligenden Ärzte haben Anspruch auf eine angemessene Vergütung einschließlich der Einsatzpauschale.

##### Stellungnahme:

Die Bestellung einer neuen, unabhängigen Einrichtung ist positiv zu bewerten. Die unterschiedlichen Aufgaben im Rahmen eines Organ spendeprozesses werden durch nun eigenständige organisatorische Strukturen abgebildet. Somit werden Interessenskonflikte vermieden.

Während in § 9c Abs. 2 Satz 3 TPG-E für Ärzte, die sich am neuro-konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst beteiligen, nach § 9c Abs. 2 Satz 3 TPG-E „*ein Anspruch auf eine angemessene Vergütung einschließlich einer Einsatzpauschale*“ normiert ist, fehlt ein entsprechender Vergütungsanspruch für die Krankenhäuser, die sich an dem neurochirurgischen oder neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst beteiligen.

Der VUD geht davon aus, dass sich die Teilnahme von Krankenhäusern, die Fachärzte für diese neuro-konsiliarärztlichen Dienste entsenden können, aus unterschiedlichen Gründen<sup>1</sup> auf wenige Standorte (Krankenhäuser der Maximalversorgung) konzentrieren wird. Für diese Standorte wird die Beteiligung ihrer Ärzte am neuro-konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst zu erheblichen organisatorischen Herausforderungen führen und mit erheblichen zusätzlichen Aufwendungen einhergehen, die zu refinanzieren sind.

Beteiligen sich Krankenhäuser an dem neuro-konsiliarärztlichen Dienst und stellen sicher, dass Ober- bzw. Fachärzte in deren Arbeitszeit-, Ruf- oder Bereitschaftsdienst kurzfristig für ein neuro-konsiliarärztliches Konsil abgerufen werden können, entstehen hierdurch u. a. folgende erhebliche Kosten durch

---

<sup>1</sup> z. B. durch die Qualifikationsanforderungen der Fachärzte für die Hirntodfeststellung nach der BÄK-Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG

- Kurzfristiger Ausfall mit Verschiebung von diagnostischen Tätigkeiten
- Kurzfristiger Ausfall mit Verschiebung von (Spezial-)Operationen (Neurochirurgie)
- Kurzfristiger Ausfall mit Verschiebung von Spezialleistungen und oberärztlichen Visiten
- Kurzfristiger Ausfall mit Verschiebung der Erbringung persönlich gebundener Leistungen
- Folgekosten durch Verlängerung der Patientenverweildauern durch verschobene Untersuchungen
- Kurzfristiger Ausfall mit Verschiebung von ambulanten Sprechstunden,
- etc.

#### Lösungen:

Wie in der Gesetzesbegründung beschrieben, sind die Ursachen für die niedrigen Organspenderzahlen zahlreich und komplex. Daher sollte der Gesetzgeber die Gesetzesänderung auch als Chance nutzen, um klarzustellen, dass die Aufwände, die den Krankenhäusern durch die Beteiligung seiner Ärzte an den neuro-konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdiensten entstehen, entsprechend erstattet werden müssen.

#### Änderungsvorschlag:

§ 9c Abs. 2 TPG-E wird wie folgt gefasst:

*„(2) Die Einrichtung nach Absatz 1 muss gewährleisten, dass regional und flächendeckend jederzeit Ärzte, die für die Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms bei einem Patienten qualifiziert sind, auf Anfrage eines Entnahmekrankenhauses zur Verfügung stehen. Krankenhäuser mit neurochirurgischen oder neurologischen Fachabteilungen beteiligen sich auf Anfrage der nach Absatz 1 beauftragten Einrichtung an dem neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst. ~~Die sich beteiligenden Ärzte haben Anspruch auf eine angemessene Vergütung einschließlich einer Einsatzpauschale.~~“*

**Die Aufwände der Krankenhäuser<sup>2</sup> für die Beteiligung am neurochirurgischen und neurologischen konsiliarärztlichen Rufbereitschaftsdienst werden von der Organisation nach Abs. 1 den Krankenhäusern erstattet.**

## **5) Angehörigenbetreuung (§ 12a TPG-E)**

### Geplante Regelung des Gesetzentwurfs:

In § 12a TPG-E wird die Angehörigenbetreuung erstmals geregelt.

---

<sup>2</sup> In die Gesetzesbegründung aufnehmen: Die Aufwände der Krankenhäuser umfassen beispielsweise die Vergütungen für neu einzurichtende Rufbereitschaftsdienste. Sollten die Einsätze für den neuro-konsiliarärztlichen Dienst in die Rufbereitschaftsdienste fallen, erhalten die Ärzte zudem die Vergütung der entsprechenden Arbeitszeiten bei tatsächlichen Einsätze.



Absatz 5 enthält für die Transplantationszentren zahlreiche Pflichten: Mit ausdrücklicher Einwilligung der Organempfänger unter Angabe der Kenn-Nummer darf das Transplantationszentrum:

- „1. das Ergebnis der Organtransplantation in anonymisierter Form der Koordinierungsstelle mitteilen,
2. anonymisierte Schreiben des Organempfängers an die Koordinierungsstelle übermitteln und
3. von der Koordinierungsstelle übermittelte anonymisierte Schreiben der nächsten Angehörigen (...) an den Organempfänger weiterleiten.“

Nach Abs. 6 hat „das Transplantationszentrum (...) die Koordinierungsstelle über die ausdrückliche Einwilligung des Organempfängers unter Angabe der Kenn-Nummer ... in anonymisierter Form zu unterrichten.“

Nach Abs. 7 hat das Transplantationszentrum „sicherzustellen, dass Rückschlüsse auf die Identität des Organempfängers und des Organspenders sowie auf die Identität der nächsten Angehörigen ausgeschlossen ist.“

#### Stellungnahme:

Für diese Aufgaben nach § 12 TPG-E (u.a. Aufklärung der Patienten über diese Möglichkeit und Einholung der Einwilligung, Prüfung von Schreiben auf Anonymität, Weiterleitung der anonymisierten Schreiben, Speicherung der Einwilligungserklärungen, etc.), stehen in einem Transplantationszentrum keine entsprechend qualifizierten Personen und/oder Ressourcen zur Verfügung, die dies zusätzlich leisten könnten. Zudem wäre es erforderlich, dass sämtliche Schreiben fotokopiert und bei mehrfachen Briefwechseln jeweils neu analysiert werden müssten, um den Anonymitätsgrundsatz zu garantieren und auszuschließen, dass kontinuierlich mehr Informationen über die Identität des Organspenders respektive des Organempfängers herausgefunden werden können. Eine Finanzierung dieser Aufgaben ist nicht in den Leistungsentgelten enthalten.

Zudem kommen möglicherweise negative Auswirkungen auf die Organempfänger hinzu: Mit einer derart detaillierten gesetzlichen Normierung in § 12a TPG-E und den entsprechenden Informationspflichten der Krankenhäuser ggü. den Organempfängern könnten sich Organempfänger oder Angehörige von Organspendern nunmehr verpflichtet fühlen und der Erwartung ausgesetzt sehen, entsprechende Schreiben zu verfassen. Dies ist problematisch, da die Organempfänger häufig bereits unter erheblichen psychischen Belastungen stehen. Unklar ist deshalb, ob die Kenntnis des individuellen Schicksals des Organspenders bzw. seiner Angehörigen (inkl. der ggf. im Brief enthaltenen Trauer) die individuelle psychische Gesundheit des Organempfängers nicht stärker belastet als positiv beeinflusst. Möglicherweise kann auch die Information über den Tod eines Organempfängers die Angehörigen des Spenders belasten. Diese könnten sich beispielsweise fragen, ob die Entscheidung zur Organspende richtig war.

### Lösungen:

Die DSO praktiziert den Umgang mit Briefen der Organempfänger bzw. der Angehörigen der Organspender – nunmehr auf einer gesetzlichen Basis – weiter fort: Die Koordinierungsstelle veröffentlicht die anonymisierten Schreiben (oder Auszüge) sowohl der Organempfänger als auch der Angehörigen. Dies lässt die Trauer und die Wünsche der Angehörigen und die große Dankbarkeit der Organempfänger – im Gesamten – aufzeigen. Die entsprechenden anonymisierten Schreiben werden im Jahrbuch „Danke“ für Angehörige, auf der Internetseite (z.B. [www.dankesbriefe-organspende.de](http://www.dankesbriefe-organspende.de)) und Publikationen der DSO veröffentlicht und auf Veranstaltungen zur Organspende und auf Angehörigentreffen verwendet.

Hingegen werden die im Gesetzentwurf vorgesehenen individuellen Briefübermittlungen (Schreiben der Angehörige des Spenders an die Organempfänger, die dessen Organe erhalten haben bzw. Schreiben des Organempfängers an die Angehörigen von dem Spender, von dem sie die Organe erhalten haben) – auch zur Gewährleistung des im TPG verankerten Anonymitätsgrundsatzes (zur Gewährleistung des Organhandelsverbots) - nicht durchgeführt.

### Änderungsvorschläge:

1. Ergänzung in § 11 Abs. 1a Satz 2 von:  
„10. zur Angehörigenbetreuung“.
2. Streichung von §12a TPG-E

## **6) Transplantationsregister (§ 15e TPG-E) - Datenübermittlung an die Transplantationsregisterstelle und an die Vertrauensstelle**

### Geplante Regelung des Gesetzentwurfs:

Mit der Neuregelung in § 15e Abs. 1 S. 4 TPG-E wird den Datenlieferanten gemäß § 15e Abs. 1 S. 1 Nr. 1 – 5 TPG die Möglichkeit eingeräumt, die transplantationsmedizinischen Daten geschlossen und für ein vollständiges Kalenderjahr an die Transplantationsregisterstelle zu übermitteln. Hierdurch soll unverhältnismäßiger Aufwand vermieden werden.

### Stellungnahme:

Es wird darauf hingewiesen, dass **erst zum 01.01.2018** das erforderliche Einwilligungsfeld (Einwilligung der Patienten zur Übermittlung der transplantationsmedizinischen Daten an die Transplantationsregisterstelle) in den maßgeblichen Dokumentationsbögen des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen vorhanden war. Grund dafür ist, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Transplantationsregistergesetzes am 01.11.2016 die Beratungen bezüglich der maßgeblichen Qualitätssicherungs-Basispezifikation für Leistungserbringer für das Erfassungsjahr 2017 für die Dokumentationsbögen seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses bereits im Sommer 2016 abgeschlossen werden mussten. Entsprechend ist die in § 15e Abs. 1 S. 4 TPG-

E normierte Pflicht zur Datenübermittlung an die Transplantationsregisterstelle jedenfalls für das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen erst bezüglich derjenigen Daten möglich, die ab dem 01.01.2018 erhoben wurden. Um die bis dahin erhobenen Daten nicht zu verlieren und eine bestmögliche und umfassende Datenerfassung zu ermöglichen, sind die bis zum 31.12.2017 erhobenen Daten als „Altdaten“ im Sinne von § 15e Abs. 8 an die Transplantationsregisterstelle zu übermitteln.

Eine händische, individuelle Datenübermittlung der Transplantationszentren an das Transplantationsregister ist für diese mit erheblichem Aufwand verbunden. Da keine entsprechende Software zur Verfügung steht, müssten die Transplantationszentren die Daten aus den Patientenakten und aus ggf. mehreren Datenbanken etc. heraus-suchen. Dies ist mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verbunden.

Zudem müssten die entsprechenden, in Papier vorliegenden Daten geteilt und dann sowohl an die Vertrauensstelle und das IQTIG versendet werden. Beide müssten dann die Daten händisch eingeben und pseudonymisieren und dann an das Trans-plantationsregister versenden, das diese dann mit den entsprechenden Datensätzen des Pseudonyms verknüpfen, das von der Vertrauensstelle für diesen Datensatz ge-nannt wurde.

Es wird daher gefordert, die Frist für die „Neudaten“ nach Abs. 1 so zu gestalten, dass keine händische Übermittlung erfolgen muss und der bereits seit dem 01.01.2018 elektronisch etablierte Datenfluss verwendet werden kann. Im Gegenzug ist die Frist für die Verwendung der „Altdaten“ in Abs. 8 entsprechend anzupassen.

#### Änderungsvorschläge:

Die gesetzlichen Neuregelungen müssen entsprechend angepasst werden.

§ 15e Abs. 1 S. 4 und Abs. 8 S. 1 TPG werden wie folgt gefasst:

*„(1) Die Pflicht zur Übermittlung transplantationsmedizinischer Daten gilt für die Da-ten, die seit dem 1. Januar ~~2017~~ **2018** erhoben worden sind.“*

*„(8) Die Koordinierungsstelle nach § 11 Absatz 1 Satz 2, die Vermittlungsstelle nach § 12 Absatz 1 Satz 1 und der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind verpflichtet, die transplantationsmedizinischen Daten nach Absatz 2, die seit dem 1. Januar 2006 bis einschließlich 31. Dezember ~~2016~~ **2017** erhoben wurden, abweichend von Absatz 6 auf der Grundlage des bundesein-heitlichen Datensatzes nach Absatz 5 an die Vertrauensstelle zu übermitteln.“*

### III. Weiterer Handlungsbedarf

#### 1) Begriff „Transplantationsbeauftragter“

Der Begriff „Transplantationsbeauftragter“ ist irreführend und führt in der klinischen Praxis immer wieder zu Missverständnissen. Daher regt der VUD an zu prüfenden Begriff „*Transplantationsbeauftragter*“ durch den Begriff „Organspendebeauftragter“ zu ersetzen. Die Zuständigkeit des „Transplantationsbeauftragten“ endet spätestens mit der Organentnahme und betrifft nie die Organübertragung („Transplantation“). Dies würde verdeutlichen, dass der „Transplantationsbeauftragte“ keine Aufgabe bei der Organtransplantation hat, sondern die Aufgabe, die Organspende zu begleiten bzw. zu fördern.

#### Änderungsvorschlag:

Das Wort „*Transplantationsbeauftragter*“ wird in allen Textstellen im TPG durch das Wort „Organspendebeauftragter“ ersetzt.

#### 2) Begriff „Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung“

Um differenzieren zu können, ob der Hirntod oder der Herz-/Kreislauftod ursächlich war, ist der Begriff „*Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung*“ aus medizinischer Sicht nicht ganz korrekt. Alle Verstorbenen weisen letztendlich sowohl eine Hirnschädigung als auch ein Herz-/Kreislaufversagen auf. Der Begriff „*Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung*“ sollte durch den Begriff „Todesfälle aufgrund primärer oder sekundärer Hirnschädigung“ ersetzt werden.

#### Änderungsvorschlag:

Die Worte „*Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung*“ werden in allen Gesetzestextstellen im TPG durch die Worte „Todesfälle aufgrund primärer oder sekundärer Hirnschädigung“ ersetzt.

Zu allen weiteren Punkten schließt sich der VUD der Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft an.