

**Meldebogen zur Abrechnung der Aufwandserstattung für Organspende  
(ab 01.01.2023)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

für den am \_\_\_\_\_ entstandenen Aufwand im Rahmen einer Organspende bitten wir gemäß der Vereinbarung zwischen der DKG, dem GKV-Spitzenverband, der Bundesärztekammer sowie der DSO um Erstattung folgender Beträge (zutreffende bitte ankreuzen):

**Grundpauschale IHA-Diagnostik**

Die Vergütung für die IHA-Diagnostik erfolgt im Zusammenhang mit einer möglichen Organspende bei vollständig durchgeführter Diagnostik, auch wenn diese nicht zu dem Ergebnis der Feststellung des Hirntodes geführt hat.

Folgende Kriterien müssen erfüllt sein, damit Entnahmekrankenhäuser für ihre Leistungen bei der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls einen Vergütungsanspruch gegenüber der DSO haben:

- *Kein Vorliegen von Anzeichen, dass der mögliche Organspender zu Lebzeiten einer Organspende widersprochen hat.*
- *Zum Zeitpunkt der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalles kein Vorliegen medizinischer Kontraindikation, die einer Organspende entgegenstehen.*
- *Zeitnahe Benachrichtigung der DSO*

Durchführung der IHA-Diagnostik durch Ärzte des Krankenhauses ohne Inanspruchnahme von Konsil-Ärzten, die einen Vergütungsanspruch gegenüber der DSO haben. € 1.200,-

Durchführung der IHA-Diagnostik durch Ärzte des Krankenhauses mit Inanspruchnahme von Konsil-Ärzten, die einen Vergütungsanspruch gegenüber der DSO haben € 700,-

**Intensivpauschale** nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalles

Während der Intensivstationsphase nach Zustimmung (auch bei Abbruch auf Intensivstation nach erfolgter Zustimmung) € 1.787,-

Abbruch während der Intensivstationsphase wegen Ablehnung € 577,-

**Entnahmepauschale**

Einorganentnahme € 3.018,-   
Mehrorganentnahme € 4.365,-   
Abbruch im OP € 2.856,-

**A: Summe aus Grund-, Intensiv und Entnahmepauschale**  
(Unter Erfüllung der jeweiligen Kriterien) € \_\_\_\_\_

**B: Ausgleichszuschlag**  
(das Zweifache der ermittelten Summe von A) € \_\_\_\_\_

**C: Gesamtbetrag Aufwandserstattung**  
(Summe aus A und B) € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift