

Richtlinien zur Organtransplantation gem. § 16 TPG

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 26.10.2007 auf Empfehlung der Ständigen Kommission Organtransplantation folgende Richtlinie beschlossen:

Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG zur ärztlichen Beurteilung nach § 11 Abs. 4 S. 2 TPG

Präambel

Transplantationen sind häufig die einzige erfolgversprechende Behandlung von Organerkrankungen im Endstadium. Ziel der Ärzteschaft muss es deshalb sein, die Zahl der Organspenden zu erhöhen. Daher müssen bei allen Todesfällen auf Intensivstationen die medizinischen und die rechtlichen Voraussetzungen für eine Organspende geprüft werden. Die Mitteilung von verstorbenen Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommen, gehört gemäß § 11 Abs. 4 S. 2 TPG zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses.

Die Entnahme vermittlungspflichtiger Organe (§ 9 TPG) ist nicht nur nach § 11 Abs. 1 TPG eine Gemeinschaftsaufgabe der Transplantationszentren, der anderen Krankenhäuser und der Koordinierungsstelle. Vielmehr gehören die enge Zusammenarbeit dieser Institutionen, die ärztliche Hilfsbereitschaft, das Verständnis für trauernde Angehörige und das Engagement für Patienten auf der Transplantations-Warteliste zu den Grundlagen der Behandlung durch eine Transplantation postmortal gespendeter Organe.

Die folgende Richtlinie will Ärzten für ihre gemäß § 11 Abs. 4 S. 2 TPG erforderliche Beurteilung, ob ein Verstorbener als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommt, die notwendige Sicherheit geben. Die ärztliche Beurteilung potenzieller Organspender und die Mitteilungspflicht der Krankenhäuser nach § 11 Abs. 4 S. 2 TPG bedingen einander. Insofern soll die folgende Richtlinie auch dazu beitragen, dass die Krankenhäuser ihrer gesetzlichen Mitteilungspflicht nachkommen können. Sie können sich dabei außer an medizinischen Kriterien an Empfehlungen und Hinweisen der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Koordinierungsstelle zur Zusammenarbeit bei der postmortalen Organspende orientieren.

1. **Ärztliche Konsile zu transplantationsmedizinischen Fragen und Mitteilungen möglicher Organspender**

Ärztliche Konsile können dazu beitragen, individuellen Willensäußerungen des Patienten zu entsprechen und frühzeitig medizinische Kontraindikationen einer Organspende zu erkennen. Diese Konsile sind ergebnisoffen. Wenn bei einem solchen Konsil eine spätere Organspende möglich erscheint, stellt dies noch keine Entscheidung dar. Die Entscheidungsfreiheit und die Verantwortung der behandelnden Ärzte für alle Therapiemaßnahmen bleiben unberührt.

§ 11 Abs. 4 S. 2 TPG schreibt die Mitteilung eines Verstorbenen vor, der nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommt. Die Mitteilung wird von der regional zuständigen Stelle der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) als Koordinierungsstelle entgegengenommen, kann aber auch – wie vom TPG vorgesehen – an das zuständige Transplantationszentrum erfolgen, das sie an die DSO weiterleitet.

2. **Hirntodfeststellung als Bedingung postmortaler Organspenden**

Die Verlaufsbeobachtung und -dokumentation des Hirnbefunds gehört zu den ärztlichen Pflichten und zur Praxis der Intensivbehandlung mit Beatmung. Im Verlauf akuter schwerer Erkrankungen und Schäden des Gehirns mit intrakranieller Drucksteigerung (s. **Anlage 1**) muss der intensivmedizinisch behandelnde Arzt

- auch auf die Möglichkeit der Entwicklung zum Hirntod achten (s. **Anlage 2**) und
- bei Vorliegen der klinischen Ausfallsymptome des Gehirns
 - die Voraussetzungen für die Diagnose des Hirntods überprüfen,
 - entscheiden, ob die für die Diagnose und Dokumentation des Hirntods erforderlichen Untersuchungen durchgeführt werden sollen und wie dies bei den jeweiligen personellen und apparativen Möglichkeiten des Krankenhauses geschehen soll,
 - dokumentieren, warum zur Hirntodfeststellung erforderliche Untersuchungen nicht erfolgt sind.

Wenn zum Zeitpunkt der für die Feststellung und Dokumentation des Hirntods erforderlichen Untersuchungen keine Umstände bekannt sind, die eine postmortale Organspende ausschließen, können jederzeit Konsiliardienste zur Unterstützung bei der Diagnose des Hirntods über den regionalen Telefondienst der Koordinierungsstelle zugezogen werden. Dieses Ersuchen um Vermittlung konsiliarärztlicher Unterstützung stellt weder eine „Spendermitteilung“ noch eine Vorentscheidung für eine Organspende dar.

3. Beurteilung und Mitteilung von Verstorbenen als mögliche Organspender

Die Möglichkeit einer postmortalen Organspende ist unabhängig vom Lebensalter zu prüfen. Willensäußerungen des Verstorbenen zur postmortalen Organspende sind stets zu erkunden. Verstorbene kommen als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht und müssen mitgeteilt werden, wenn

- akute schwere Hirnerkrankungen oder -schäden oder zerebrale Komplikationen extrazerebraler Erkrankungen mit intrakranieller Drucksteigerung (s. **Anlage 1**) zum Hirntod geführt haben
und
- der Hirntod richtliniengemäß festgestellt ist
und
- bis dahin keine Gründe bekannt sind, die eine Organspende ausschließen (s. u.).

Auch Verstorbene, denen nach der Hirntodfeststellung kein Organ entnommen wird, weil

- a) sie zu Lebzeiten jeder Organentnahme widersprochen hatten (§ 3 Abs. 2 Nr. 1 TPG)
oder
- b) von ihnen keine Willensäußerung zu Lebzeiten über eine postmortale Organspende bekannt ist und dann zur Entscheidung befugte Personen (§ 4 Abs. 2 und 3 TPG) eine Organentnahme abgelehnt haben
oder
- c) eine spenderbedingte medizinische Kontraindikation gegen die Transplantation vorliegt,

sollen gemäß dem Koordinierungsstellen-Vertrag (vgl. § 3 Abs. 3) unter Angabe der Gründe, im Fall von Buchstabe c) unter Angabe der Diagnose, die eine Organspende verhindert haben, mitgeteilt werden. Die Angaben unter den Voraussetzungen nach den Buchstaben a) und b) sind zu anonymisieren, die Angaben unter den Voraussetzungen nach Buchstabe c) mindestens zu pseudonymisieren.

Bei Zweifeln daran, ob ein Verstorbener als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommt, etwa bei gemäß der Richtlinie nach § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 TPG anzugebenden medizinischen Einwänden oder bei hirneigenen Tumoren, empfiehlt sich eine Rücksprache mit dem regionalen Telefondienst der Koordinierungsstelle über eine im Einzelfall möglicherweise doch gerechtfertigte Organentnahme.

4. Akzeptanz von Verstorbenen als Organspender

Die Akzeptanz des Verstorbenen als Organspender ist zu unterscheiden von der Entscheidung des transplantierenden Arztes über die Annahme oder Ablehnung des einzelnen für einen bestimmten Wartelisten-Patienten vermittelten Organs.

Die medizinischen Entscheidungen darüber, ob und welche Organe eines Verstorbenen zur Transplantation entnommen werden können, erfolgen durch Abstimmung der Koordinierungsstelle mit den intensivmedizinisch behandelnden Ärzten sowie mit den für die jeweilige Transplantation zuständigen Ärzten. Bei diesen Entscheidungen gilt immer der Arztvorbehalt. Gegebenenfalls muss der Rat weiterer Ärzte eingeholt und beachtet werden, die für die tödlich verlaufene oder für eine bestimmte frühere Erkrankung fachlich zuständig sind.

Die medizinischen Gründe für die Entscheidung zur oder gegen die Entnahme eines jeden Organs sind vom Vertreter der Koordinierungsstelle, der mit den medizinischen Daten des Verstorbenen befasst ist, zu dokumentieren.

5. Maßnahmen in der Zeit zwischen der abgeschlossenen Todesfeststellung und der Entscheidung über eine Organentnahme

Die intensivmedizinischen Maßnahmen sind über den festgestellten Hirntod hinaus bis zur Entscheidung über eine Organentnahme fortzuführen. Nur so lässt sich der Wille des Verstorbenen oder entsprechend entscheidungsbefugter Personen erkunden und verwirklichen. In dieser Phase können Mitarbeiter der Koordinierungsstelle sich mit den medizinischen Unterlagen des Verstorbenen befassen, die Auskünfte gemäß § 7 TPG einholen und Empfehlungen zur Aufrechterhaltung oder zur Wiederherstellung der Homöostase geben. Ausstehende medizinisch notwendige invasive Untersuchungen einzelner Organe sollen noch nicht vorgenommen werden. Für Laboruntersuchungen, die zur Klärung der Frage benötigt werden, ob und für welche Organe der Verstorbene als Spender in Betracht kommt, dürfen Blutproben verwendet werden, die vor der Feststellung des Hirntods für andere Untersuchungen oder danach zur Überwachung der Homöostase entnommen wurden.

6. Gespräch mit Angehörigen von Verstorbenen über medizinisch mögliche postmortale Organspenden

Um ein für alle Beteiligten hilfreiches Vertrauensverhältnis zu schaffen, sollte den Angehörigen möglichst stets derselbe erfahrene Arzt zur Verfügung stehen. Zudem sollten vor Abschluss der Diagnose und Dokumentation des Hirntods geführte Besprechungen unterschieden werden von dem Gespräch, in dem über eine Entscheidung des Verstorbenen

informiert wird (§ 3 TPG) oder eine Entscheidung gemäß § 4 TPG getroffen wird. Dabei muss sowohl die besondere Situation der Angehörigen berücksichtigt als auch auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften einschließlich der Dokumentationsverpflichtungen gemäß §§ 4 und 5 TPG geachtet werden. Die Entscheidung über den geeigneten Zeitpunkt und die Führung des Gesprächs über die mögliche Organspende eines verstorbenen Patienten erfordern ärztliche Erfahrung. Zu diesem Gespräch sollte ein Mitarbeiter der Koordinierungsstelle hinzugezogen werden.

7. Maßnahmen nach der Zustimmung zur Organspende

Die Koordinierungsstelle ist gesetzlich und vertraglich beauftragt (§ 11 Abs. 1 u. 2 TPG), die Organentnahme zu organisieren. Demgemäß erfolgt die Organentnahme in Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Personal des Krankenhauses durch von der Koordinierungsstelle beauftragte Ärzte. Die Dringlichkeit postmortaler Organentnahmen für Transplantationen entspricht der von Notfalleingriffen. Während und nach der Organentnahme ist die Würde des Verstorbenen gemäß § 6 TPG und gemäß dem ärztlichen Ethos zu wahren.

Literatur

- [1] Bernat J L, D'Alessandro A, Port F, Bleck T, Heard S, Medina J, Rosenbaum S, DeVita M, Gaston R, Merion R, Barr M, Marks W, O'Connor K, Nathan H, Rudow D, Leichtman A, Schwab P, Ascher N, Metzger R, McBride V, Graham W, Wagner D, Warren J, Delmonico W: Report of a National Conference on Donation after Cardiac Death; American Journal of Transplantation 2006; 6: 281-91.
- [2] Bundesärztekammer, Empfehlungen für die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Transplantationszentren bei der postmortalen Organentnahme, Dtsch Arztebl 1999, 96(31-32): A 2044-6.
- [3] Bundesärztekammer, Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, Dtsch Arztebl 1998, 95(53): A 1861-8.
- [4] Estimating Potential Cadaveric Organ Donors for Canada and its Provinces, 1992 to 1998: A discussion paper; Canadian Institute for Health Information 2001 (ISBN 1-896104-52-5).
- [5] Gridelli B, Remuzzi G: Strategies for Making More Organs Available for Transplantation; New England Journal 2000; 6; 343; 404-10.
- [6] Klein K: Intensivmedizinische Betreuung eines Organspenders; intensiv 2004; 12: 61-67.
- [7] Marks W, Wagner D, Pearson T, Orlowski J, Nelson P, McGowan J, Guidinger M, Burdick J: Organ Donation and Utilization, 1995-2004: Entering the Collaborative Era; American Journal of Transplantation 2006; 6 (Part 2): 1101-10.
- [8] Mauer D, Gabel D: Intensivmedizin und Management bei Organspende und Transplantation; Steinkopf Verlag Darmstadt 2006.
- [9] Ojo A, Pietroski R, O'Connor K, McGowan J, Dickinson D: Quantifying organ donation rates by donation service area; American Journal of Transplantation 2005; 5 (Part 2): 958-66.
- [10] Rosendale J, Chabalewski F, McBride M, Garrity E, Rosengard B, Delmonico F, Kauffman H: Increased Transplanted Organs from the Use of a Standardized Donor Management Protocol; American Journal of Transplantation 2002; 2: 761-8.
- [11] Sheehy E, Conrad S, Brigham L, Luskin R, Weber P, Eakin M, Schkade L, Hunsicker L: Estimating the Number of Potential Organ Donors in the United States; New England Journal 2003; 349; 667-74.
- [12] Siminoff L, Gordon N, Hewlett J, Arnold R: Factors Influencing Families Consent for Donation of Solid Organs for Transplantation; JAMA, 2001; 286; 1; 71-7.
- [13] Wesslau C, Grosse K, Krüger R, Küçük O, Mauer D, Nitschke F, Norba D, Manecke A, Polster F, Gabel D: How large is the organ donor potential in Germany?; Transplant International 2006; European Society for Organ Transplantation 20 (2007); 147-55.
- [14] Wood K, Becker B, McCartney J, D'Alessandro A, Coursin D: Care of the Potential Organ Donor; New England Journal 2004; 351; 2730-9.
- [15] Zaroff J, Rosengard B, Armstrong W, Babcock W, D'Alessandro A, William G, Edwards N, Higgins R, Jeevanandam V, Kauffmann M, Kirklin J, Large S, Marelli D, Peterson T, Ring W, Robbins R, Russel S, Taylor D, van Bakel A, Wallwork J, Young J: Consus Conference Report: Maximizing Use of Organs Recovered From the Cadaver Donor; Cardiac Recommendations March 28-29, 2001, Crystal City, Va.

Anlage 1

Möglicherweise zum Hirntod führende akute schwere Erkrankungen oder Schäden des Gehirns

Dem Hirntod als vollständigem und unabänderlich endgültigem Ausfall der Gesamtfunktion des Gehirns unter intensivmedizinischer Behandlung mit maschineller Beatmung liegt vor allem die Erhöhung des intrakraniellen Drucks über den zerebralen Perfusionsdruck hinaus und damit die bis zum Stillstand der Hirnzirkulation fortschreitende Beeinträchtigung der Hirndurchblutung zugrunde. Daher ist an die Möglichkeit des Hirntods bei allen Erkrankungen und Schäden des Gehirns sowie bei allen zerebralen Komplikationen extrazerebraler Krankheiten mit intrakranieller Drucksteigerung zu denken.

Zum Hirntod können u. a. folgende beispielhaft genannten Erkrankungen und Schäden führen. Sie bedürfen bei der Beurteilung, ob der Verstorbene als Organspender in Betracht kommt, teilweise der Einzelfallentscheidung durch erfahrene Spezialisten.

- a) Primäre intrakranielle Tumoren (ICD-Nrn. C70.0, C70.9, C71, D32.0, D32.9, D33.0-D33.3),
- b) Verschluss der Liquor-ableitenden-Wege, Hydrocephali (ICD-Nrn. G91.1, G91.8, G91.9, G94.0, G94.1, Q03.0, Q03.1, Q03.9),
- c) Ischämisch-hypoxische Hirnschäden (ICD-Nr. G93.1) unabhängig von ihrer Ätiologie und Pathogenese, damit auch infolge von Intoxikationen, Status asthmaticus (ICD-Nr. J46), von Komplikationen bei Schwangerschaften (ICD-Nrn. O29.2, O74.3, O87.3, O89.2) oder infolge von chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung sowie infolge Strangulation (ICD-Nr. T71), Ertrinkens (ICD-Nr. T75.1), Aspiration (ICD-Nr. W78),
- d) Intrakranielle Blutungen, spontan oder als Komplikationen anderer Erkrankungen oder von Therapiemaßnahmen (ICD-Nrn. G93.5, G93.6, I60.0-I60.9, I61.0-I61.9, I62.0, I62.9),
- e) Hirninfarkte (ICD-Nrn. I63-I67),
- f) Sinus- und Hirnvenenthrombosen (ICD-Nr. O22.5),
- g) perinatale Hirnschäden (ICD-Nrn. P10, P11, P52),
- h) Hirnfehlbildungen (ICD-Nrn. Q00-Q04),
- i) Schädel-Hirn-Traumen (ICD-Nrn. S06.1-S06.9, S07.1-S07.9, S09.7, S15.0-S15.3, S15.7, S18).

Auch antibiotisch beherrschte bakterielle Erkrankungen (ICD-Nrn. G00, G01) und virale Erkrankungen können zum Hirntod führen. Sie bedürfen aber bei der Beurteilung, ob der Verstorbene als Organspender in Betracht kommt, der Einzelfallentscheidung durch erfahrene Spezialisten.

Anlage 2

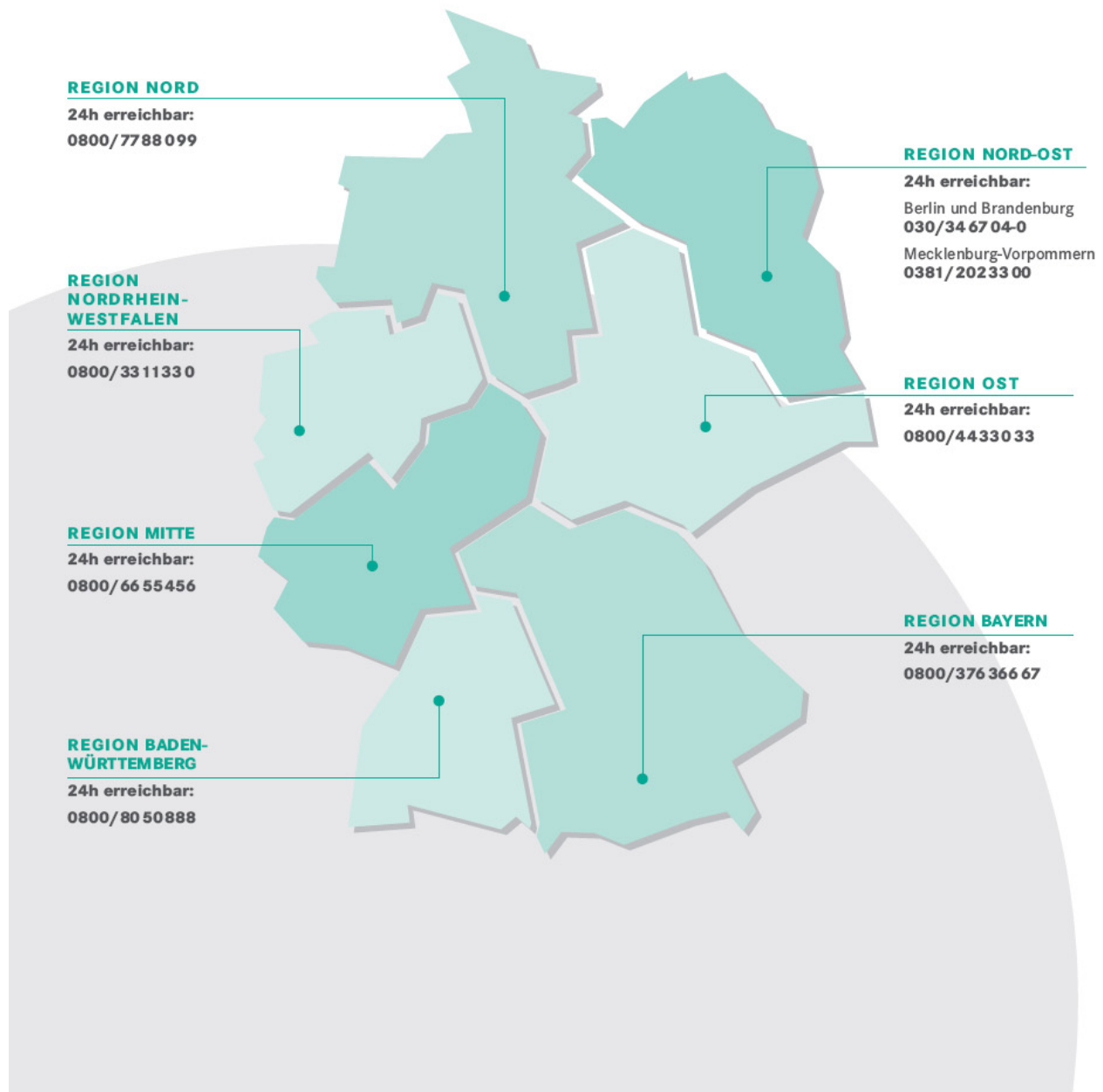
Neurologische Hinweise auf eine mögliche Hirntod-Entwicklung

Die möglicherweise bis zum Hirntod zunehmende intrakranielle Druckerhöhung kann sich bei strukturellen Erkrankungen und Schäden des Großhirns sowie bei zerebralen Komplikationen extrazerebraler Ursachen und Krankheiten als rostrocaudal fortschreitende Hirnstammläsion zeigen, u. a. durch:

- a) die (nicht medikamentös verursachte) Erweiterung und Lichtstarre der Pupillen,
- b) das (nicht medikamentös verursachte) Erlöschen anderer „Hirnnerven-Reflexe“ bis zur fehlenden Reaktion beim Absaugen,
- c) das (nicht durch Relaxierung verursachte) Erlöschen einer Spastik und Auftreten einer Muskelhypotonie,
- d) eine sekundäre, insbesondere eine progrediente Hypothermie sowie eine transiente Poikilothermie,
- e) einen zusammen mit anderen Hirnstamm-Symptomen eintretenden Diabetes insipidus,
- f) einen kontinuierlichen Blutdruckanstieg („Cushing-Reflex“) mit dann plötzlichem Blutdruckabfall und von da an nötiger medikamentöser Kreislaufunterstützung,
- g) einen (bei intrakranieller Druckregistrierung) therapieresistenten Hirndruck-Anstieg.

Für primär infratentorielle Läsionen und für entzündliche Erkrankungen lässt sich keine regelhafte Symptomentwicklung angeben.

DSO-Organspenderegionen



Inkrafttreten

Die Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt in Kraft.

[Hinweis: Der Wortlaut der Richtlinien ist abrufbar unter
<http://www.bundesaerztekammer.de/organtransplantation>]

Korrespondenzanschrift:

Bundesärztekammer

Dezernat VI

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin