

Bekanntmachungen

Richtlinie gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und die Organvermittlung zur Nierentransplantation

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 12.12.2025 auf Empfehlung der Ständigen Kommission Organtransplantation beschlossen, die

Richtlinie gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Nierentransplantation

in der Fassung vom 12.04.2024 (Bekanntgabe in Dtsch Ärztebl 122, Heft 5 [07.03.2025]: A 304) zu ändern.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 02.06.2026 der Richtlinienänderung zugestimmt. Sie tritt am 13.07.2026 in Kraft. Die Richtlinie samt zugehöriger Begründung ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar unter:

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Richtlinien_Leitlinien_Empfehlungen/RiliOrgaWIOVNierenTx20260713.pdf

DOI: 10.3238/arztebl.2026.RiliOrgaWIOvNiereTx20260713

Die geltenden Richtlinien zur Organtransplantation sind abrufbar unter www.bundesaerztekammer.de/organtransplantation.

A Richtlinientext

I Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation

1. Für die Aufnahme von Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation wird der Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des Transplantationsgesetzes (TPG) von der Bundesärztekammer in Richtlinien festgestellt.
2. Über die Aufnahme in die Warteliste legt § 13 Abs. 3 Satz 1 TPG fest: „Der behandelnde Arzt hat Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe medizinisch angezeigt ist, mit deren schriftlicher Einwilligung unverzüglich an das Transplantationszentrum zu melden, in dem die Organübertragung vorgenommen werden soll.“ Vermittlungspflichtige Organe sind nach § 1a Nr. 2 TPG das Herz, die Lungen, die Leber, die Nieren, die Bauchspeicheldrüse und der Darm postmortalen Spender.
3. Eine Organtransplantation kann medizinisch indiziert sein, wenn Erkrankungen

- nicht rückbildungsfähig fortschreiten oder durch einen genetischen Defekt bedingt sind und das Leben gefährden oder die Lebensqualität hochgradig einschränken und
 - durch die Transplantation erfolgreich behandelt werden können.
4. Kontraindikationen einer Organtransplantation können sich anhaltend oder vorübergehend aus allen Befunden, Erkrankungen oder Umständen ergeben, die das Operationsrisiko erheblich erhöhen oder den längerfristigen Erfolg der Transplantation in Frage stellen wie
 - nicht kurativ behandelte bösartige Erkrankungen, soweit sie nicht der Grund für die Transplantation sind,
 - klinisch manifeste oder durch Immunsuppression erfahrungsgemäß sich verschlimmernde Infektionserkrankungen,
 - schwerwiegende Erkrankungen anderer Organe,
 - vorhersehbare schwerwiegende operativ-technische Probleme.

Die als Beispiele genannten möglichen Kontraindikationen gelten insbesondere dann nur eingeschränkt, wenn die Transplantation eines weiteren Organs indiziert ist.

Auch unzureichende oder sogar fehlende Adhärenz, d. h. die mangelnde Übereinstimmung des Verhaltens des Patienten mit den vereinbarten Behandlungszielen und -wegen, kann eine Kontraindikation begründen. Adhärenz eines potentiellen Organempfängers erfasst über seine Zustimmung zur Transplantation hinaus seine Bereitschaft und Möglichkeit, an den erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen und -behandlungen mitzuwirken. Die Adhärenz kann im Laufe der Zeit schwanken, wofür es unterschiedliche krankheitsbezogene, therapiebezogene, gesundheitssystembedingte, sozioökonomische und patientenbezogene Gründe geben kann, die nicht allein in der Verantwortung des Patienten liegen. Vor einer Aufnahme in die Warteliste ist die Adhärenz anhand der Angaben und des Verhaltens des Patienten zu evaluieren und das Ergebnis der Evaluation zu dokumentieren. Hinweisen auf Non-Adhärenz, insbesondere aufgrund psychosozialer Belastungssituationen und psychischer Störungen, ist unter Beteiligung eines Mental Health Professionals¹ nachzugehen. Gegenüber dem Patienten muss das Thema offen und vorwurfsfrei angesprochen werden. Mögliche Barrieren sind zu identifizieren und die Verbesserung der Adhärenz ist als gemeinsames Ziel zu definieren. Gemeinsam mit dem Patienten sind unter Beteiligung des Mental Health Professionals individuell passende Strategien

¹ Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Facharzt/Fachärztin für Nervenheilkunde; Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie; (Fach-)Arzt/(Fach-)Ärztin mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie (-fachgebunden-), wenn seit mehr als 3 Jahren eine Tätigkeit überwiegend im Bereich der Transplantationsmedizin besteht; Psychologische/r Psychotherapeut/Psychotherapeutin; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-psychotherapeutin; Diplom-Psychologe/-Psychologin bzw. Master of Science-Psychologe/-Psychologin mit Schwerpunkt Klinische Psychologie (und Psychotherapie); Psychotherapeut/Psychotherapeutin; Fachpsychotherapeuten und Fachpsychotherapeutinnen; Die genannten Fachkräfte sollen über hinreichende theoretische Kenntnisse und klinische Erfahrung im Hinblick auf psychologische/psychosomatische/psychiatrische Fragestellungen und Problemlagen in der Transplantationsmedizin verfügen.

festzulegen, regelmäßig zu evaluieren und ggf. anzupassen. Anhaltende Non-Adhärenz schließt die Transplantation aus. Soll die Aufnahme in die Warteliste aus diesem Grund endgültig abgelehnt werden, hat die interdisziplinäre Transplantationskonferenz den beteiligten Mental Health Professional bei ihrer Entscheidung in beratender Funktion hinzuzuziehen. Auch nach der Aufnahme in die Warteliste sowie nach der Transplantation muss die Adhärenz im Rahmen der Kontrolluntersuchungen evaluiert und Hinweisen auf Non-Adhärenz unter Beteiligung eines Mental Health Professionals nachgegangen werden. Die behandelnden Ärzte müssen stets auf die Adhärenz achten und Behandlungsziele und -wege ggf. erneut ansprechen.

5. Die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste, ihre Führung sowie über die Abmeldung eines Patienten trifft eine ständige, interdisziplinäre und organ-spezifische Transplantationskonferenz des Transplantationszentrums. Dies erfolgt im Rahmen des jeweiligen Behandlungsspektrums und unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Patienten. Die interdisziplinäre Transplantationskonferenz besteht aus drei stimmberechtigten Mitgliedern. Dies sind ein Vertreter der direkt beteiligten operativen, ein Vertreter der direkt beteiligten konservativen und ein Vertreter einer weiteren von der ärztlichen Leitung des Klinikums zu benennenden medizinischen Disziplin, die nicht unmittelbar in das Transplantationsgeschehen eingebunden ist. Alle Mitglieder müssen in der betreffenden Disziplin als Fachärzte qualifiziert sein, die Vertreter der direkt beteiligten operativen und konservativen Disziplinen sollten über die Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin und müssen über klinische Erfahrung in der Transplantationsmedizin verfügen. Die Transplantationskonferenz kann je nach Krankheitsbild Vertreter weiterer Disziplinen sowie der Pflege in beratender Funktion hinzuziehen. Im Besonderen Teil der Richtlinien können für diese Hinzuziehung ergänzende Regelungen vorgesehen werden. Die Mitglieder der interdisziplinären Transplantationskonferenz und ihre Stellvertreter werden auf Vorschlag der Leitung der jeweiligen Disziplin durch die ärztliche Leitung des Klinikums berufen. Für jedes Mitglied ist mindestens ein Stellvertreter zu berufen. Die Mitglieder bzw. im Verhinderungsfall ihre Stellvertreter streben eine einstimmige Entscheidung an. Kommt diese nicht zustande, so entscheiden sie mit einfacher Mehrheit. Ist zwischen den turnusgemäß stattfindenden Sitzungen der Transplantationskonferenz eine Eilentscheidung notwendig, so kann ohne den Vertreter der von der ärztlichen Leitung des Klinikums zu benennenden weiteren, nicht unmittelbar in das Transplantationsgeschehen eingebundenen medizinischen Disziplin entschieden werden, wenn dieser nicht rechtzeitig erreichbar ist. Eine solche Eilentscheidung bedarf der nachträglichen Bestätigung durch die Transplantationskonferenz. Die Mitglieder der Transplantationskonferenz und ihre Stellvertreter sind der Vermittlungsstelle namentlich zu benennen. Sie unterzeichnen insbesondere die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste und übermitteln das Dokument als Grundlage für die Anmeldung der Vermittlungsstelle. Die ärztliche Leitung des Klinikums ist darüber zugleich schriftlich, einschließlich eventuell abweichender Stellungnahmen, in Kenntnis zu setzen. Diese kann ggf. ein Votum einer externen Transplantationskonferenz einholen. Soweit in diesen Richtlinien nichts anderes bestimmt ist, legt

die Vermittlungsstelle Form und Inhalt der mit der Anmeldung und fortgesetzten Führung einzureichenden medizinischen Angaben eines Patienten sowie den hierfür namentlich zu benennenden verantwortlichen Personenkreis fest.

Nach Aufnahme eines Patienten in die Warteliste sind alle für die Organvermittlung relevanten Behandlungen, Ergebnisse und Entscheidungen, insbesondere der Zuteilung von eingeschränkt vermittelbaren Organen, von dem jeweils verantwortlichen Arzt nachvollziehbar zu dokumentieren und der interdisziplinären Transplantationskonferenz unverzüglich bekannt zu geben. Die Mindestanforderungen an die Dokumentation sind in den besonderen Regelungen dieser Richtlinie festgelegt.

6. Über die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation ist insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht zu entscheiden (§ 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG). Patienten können dann in die jeweilige Warteliste aufgenommen werden, wenn die Organtransplantation mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Lebensverlängerung oder eine Verbesserung der Lebensqualität erwarten lässt als die sonstige Behandlung. Bei der Entscheidung über die Aufnahme ist jeweils zu prüfen, ob die individuelle medizinische Situation des Patienten, sein körperlicher und seelischer Gesamtzustand den erwünschten Erfolg der Transplantation erwarten lassen: das längerfristige Überleben, die längerfristig ausreichende Transplantatfunktion und die verbesserte Lebensqualität. Für diese Beurteilung sind die Gesamtumstände zu berücksichtigen. Dazu gehört auch die Adhärenz.
7. Vor Aufnahme in die Warteliste zur Transplantation ist der Patient über die Erfolgsaussicht, die Risiken und die längerfristigen medizinischen, psychologischen und sozialen Auswirkungen der bei ihm vorgesehenen Transplantation aufzuklären. Hierzu gehört auch die Aufklärung über die notwendige Immunsuppression mit den potentiellen Nebenwirkungen und Risiken sowie die Notwendigkeit von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen. Zudem ist der Patient darüber zu unterrichten, an welche Stellen seine personenbezogenen Daten übermittelt werden. Gegebenenfalls ist der Patient über die Möglichkeiten der Aufnahme in die Warteliste eines anderen Zentrums zu informieren.
8. Bei der Aufnahme in die Warteliste ist der Patient darauf hinzuweisen, dass ausnahmsweise ein ihm vermitteltes Organ aus zentrumsinternen organisatorischen oder personellen Gründen nicht rechtzeitig transplantiert werden kann. Vorsorglich für diese Situation muss der Patient entscheiden, ob er in diesem Fall die Transplantation in einem anderen Zentrum wünscht oder ob er auf das angebotene Organ verzichten will. Die Entscheidung des Patienten ist zu dokumentieren. Gegebenenfalls empfiehlt sich eine vorherige Vorstellung des Patienten mit seinen Behandlungsunterlagen im vertretenden Zentrum.
9. Besteht bei einem auf der Warteliste geführten Patienten vorübergehend eine Kontraindikation gegen die Transplantation, wird er als „nicht transplantabel“ (NT) eingestuft und bei der Organvermittlung nicht berücksichtigt. Besteht die Kontraindikation nicht mehr, ist der Patient umgehend wieder in der Warteliste mit der dann aktuell gegebenen Dringlichkeit als transplantabel zu melden. Der Patient ist jeweils über seinen Meldestatus auf der Warteliste von einem Arzt des Transplantationszentrums zu informieren.
10. Ist das Aufsuchen des Transplantationszentrums aufgrund der dynamischen Ausbreitung einer bedrohlichen übertrag-

baren Krankheit für Patienten mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko verbunden, können die in dieser Richtlinie nach der Aufnahme in die Warteliste vorgesehenen Reevaluierungsintervalle² im Einzelfall mit Zustimmung des Patienten für die jeweilige Dauer des Intervalls verlängert werden. Erneute Verlängerungen der Intervalle sind bei anhaltendem Vorliegen der in Satz 1 genannten Voraussetzungen zulässig. Diese Feststellungen trifft die Transplantationskonferenz. Der Patient ist über diese Möglichkeit und die damit verbundenen Auswirkungen rechtzeitig aufzuklären. Dies ist zu dokumentieren. Die Entscheidung trifft die Transplantationskonferenz auf Grundlage einer zu dokumentierenden Risiko-Nutzen-Abwägung.

11. Soll zur Überprüfung bisheriger und Gewinnung neuer Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft auf dem durch diese Richtlinie geregelten Gebiet im Rahmen medizinischer Forschungsvorhaben von dieser Richtlinie abgewichen werden, so sind sowohl die Vermittlungsstelle als auch die Bundesärztekammer vorab zu unterrichten. Die Abweichung ist für eine begrenzte Zeit und eine begrenzte Zahl von Patienten zulässig, sofern die Vermittlungsstelle keine Einwände erhebt. Die Verpflichtung zur Einholung eines Ethikvotums oder einer Genehmigung wird hierdurch nicht berührt. Stellungnahmen der Vermittlungsstelle oder der Bundesärztekammer zu dem Forschungsvorhaben sind der zuständigen Ethikkommission und einer zuständigen Genehmigungsbehörde so rechtzeitig vorzulegen, dass sie bei der Bewertung des Forschungsvorhabens bzw. der Entscheidung über dessen Genehmigung berücksichtigt werden können. Die Vermittlungsstelle und die Bundesärztekammer sind nach Abschluss der jeweiligen Studie zeitnah über das Ergebnis zu unterrichten.

II Allgemeine Grundsätze für die Vermittlung postmortal gespendeter Organe

II.1 Rechtliche Grundlagen, medizinische Definitionen und Leitgedanken

- a) Vermittlungspflichtige Organe (Herz, Lungen, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse und Darm postmortalen Spender) werden zur Transplantation in einem deutschen Transplantationszentrum gemäß dem Transplantationsgesetz (TPG) und dem von der Bundesärztekammer in Richtlinien festgestellten Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft (§ 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 TPG) vermittelt. Dabei sind die Wartelisten der Transplantationszentren für das jeweilige Organ als bundeseinheitliche Warteliste zu behandeln. Die Richtlinien sind für die Vermittlungsstelle, die Vermittlungsentscheidungen für die Transplantationszentren verbindlich.
- b) Die vermittlungspflichtigen Organe dürfen nur
 - gemäß den §§ 3 und 4 TPG entnommen,
 - nach Vermittlung durch die Vermittlungsstelle und
 - in dafür zugelassenen Transplantationszentren transplantiert werden (§ 9 Abs. 1 und § 10 TPG).
- c) Die Vermittlung muss insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit erfolgen (§ 12 Abs. 3 Satz 1 TPG) und dem Grundsatz der Chancengleichheit entsprechen. Der Chancengleichheit dient insbesondere, dass die Wartelisten der Transplantationszentren für das jeweilige Organ bei der Vermittlung als bundeseinheitliche Warteliste zu behandeln sind (§ 12 Abs. 3 Satz 2 TPG).

- d) Kriterien des Erfolgs einer Transplantation sind die längerfristig ausreichende Transplantatfunktion und ein damit gesichertes Überleben des Empfängers mit verbesserter Lebensqualität. Die Erfolgsaussichten unterscheiden sich nach Organen, aber auch nach definierten Patientengruppen.

- e) Der Grad der Dringlichkeit richtet sich nach dem gesundheitlichen Schaden, der durch die Transplantation verhindert werden soll.

Patienten, die ohne Transplantation unmittelbar vom Tod bedroht sind, werden bei der Organvermittlung vorrangig berücksichtigt.

Bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden wird berücksichtigt, dass ihre Entwicklung ohne Transplantation in besonderer Weise beeinträchtigt oder anhaltend gestört wird.

- f) Chancengleichheit der Organzuteilung bedeutet zum einen, dass die Aussicht auf ein vermitteltes Organ insbesondere nicht von Wohnort, sozialem Status, finanzieller Situation und der Aufnahme in die Warteliste eines bestimmten Transplantationszentrums abhängen darf. Zum anderen sollen schicksalhafte Nachteile möglichst ausgeglichen werden. Dem dienen unter anderem die Berücksichtigung der Wartezeit und die relative Bevorzugung von Patienten mit einer seltenen Blutgruppe oder bestimmten medizinischen Merkmalen wie seltene Gewebeeigenschaften und Unverträglichkeiten.

- g) Die Transplantationszentren sind verpflichtet, der Vermittlungsstelle die für die Vermittlungsentscheidung und deren Auswertung benötigten Daten zu übermitteln.

- h) Soll zur Überprüfung bisheriger und Gewinnung neuer Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft auf dem durch diese Richtlinie geregelten Gebiet im Rahmen medizinischer Forschungsvorhaben von dieser Richtlinie abgewichen werden, so sind sowohl die Vermittlungsstelle als auch die Bundesärztekammer vorab zu unterrichten. Die Abweichung ist für eine begrenzte Zeit und eine begrenzte Zahl von Patienten zulässig, sofern die Vermittlungsstelle keine Einwände erhebt. Die Verpflichtung zur Einholung eines Ethikvotums oder einer Genehmigung wird hierdurch nicht berührt. Stellungnahmen der Vermittlungsstelle oder der Bundesärztekammer zu dem Forschungsvorhaben sind der zuständigen Ethikkommission und einer zuständigen Genehmigungsbehörde so rechtzeitig vorzulegen, dass sie bei der Bewertung des Forschungsvorhabens bzw. der Entscheidung über dessen Genehmigung berücksichtigt werden können. Die Vermittlungsstelle und die Bundesärztekammer sowie ggf. die Koordinierungsstelle sind nach Abschluss der jeweiligen Studie zeitnah über das Ergebnis zu unterrichten.

II.2 Verfahren der Organvermittlung

Das einzelne Transplantationszentrum kann im Rahmen seines Behandlungsspektrums der Vermittlungsstelle allgemeine Akzeptanzkriterien für die Annahme von Spenderorganen für die in die jeweilige Warteliste aufgenommenen Patienten mitteilen (Zentrumsprofil). Darüber hinaus kann das Transplantationszentrum mit dem einzelnen Patienten nach angemessener Aufklärung persönliche Akzeptanzkriterien absprechen (Patientenprofil). Das Patientenprofil kann sich im Laufe der Wartezeit ändern und ist gegenüber der Vermittlungsstelle unverzüglich zu aktualisieren. Die Weitergabe der für den Patienten wesentlichen Akzeptanzkri-

² Dies bezieht sich auch auf Aktualisierungs- und Rezertifizierungsintervalle.

terien des Patientenprofils setzt die informierte Einwilligung des Patienten oder seines bevollmächtigten Vertreters voraus.

Jedes Organ wird nach spezifischen Kriterien unter Verwendung eines Allokationsalgorithmus vermittelt. Die Gewichtung der Allokationsfaktoren wird fortlaufend gemäß dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft überprüft und angepasst. Jede Vermittlungsentscheidung und ihre Gründe sind zu dokumentieren. Dies gilt auch für die Ablehnung eines angebotenen Spenderorgans.

Für die Allokation vermittlungspflichtiger Organe gilt die Reihenfolge: thorakale Organe, Leber, Dünndarm, Pankreas, Niere. Im Rahmen kombinierter Organtransplantationen erfolgt die Allokation gemäß den Regeln des nach dieser Reihenfolge führenden Organs.

Darüber hinaus werden die Voraussetzungen bevorzugter kombinierter Transplantationen nicht-renaler Organe jeweils im Besonderen Teil geregelt; in jedem Fall ist dafür ein Auditverfahren bei der Vermittlungsstelle durchzuführen.

Änderungen bei der Organklassifikation, die sich erst nach erfolgtem Organangebot gegenüber einem Transplantationszentrum ergeben, werden nicht mehr berücksichtigt, auch wenn diese zu einer anderen Zuteilung geführt hätten. Das Zentrum wird über diese Änderungen informiert. Entscheidet es sich – gegebenenfalls in Absprache mit dem vorgesehenen Empfänger –, das Angebot daraufhin abzulehnen, wird die Allokation unter Verwendung der neuen Organklassifikation wieder aufgenommen.

Voraussetzung für die Organvermittlung an einen Patienten ist seine Aufnahme in die Warteliste eines Transplantationszentrums und seine Registrierung bei der Vermittlungsstelle mit den für die Vermittlung notwendigen aktuellen medizinischen Daten. Die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation verpflichtet das Transplantationszentrum sicherzustellen, dass ein für ihn alloziertes Organ transplantiert werden kann, soweit keine medizinischen oder persönlichen Hinderungsgründe auf Seiten des Empfängers vorliegen.

Deshalb muss jedes Transplantationszentrum dafür sorgen, dass es selbst oder ein es vertretendes Zentrum

- über die Annahme eines Organangebots jederzeit und unverzüglich entscheiden kann, und zwar bei der Transplantation allein der Niere in der Regel innerhalb von 60 Minuten, in allen anderen Fällen in der Regel innerhalb von 30 Minuten, und
- ein akzeptiertes Organ unverzüglich transplantiert, um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten; dies schließt ein, dass der Patient, dem das Organ transplantiert werden soll, in angemessener Zeit für die Transplantation vorbereitet und gegebenenfalls in das Zentrum transportiert werden kann.

Ist das Transplantationszentrum dazu nicht in der Lage, muss es dies der Vermittlungsstelle unter Angabe der Gründe unverzüglich mitteilen.

Lässt sich das Transplantationszentrum länger als eine Woche zusammenhängend vertreten, hat es alle Patienten der betroffenen Warteliste, die sich nicht für eine bedarfsweise Transplantation in einem anderen Zentrum entschieden haben, zu informieren.

II.3 Verfahren der Organkonservierung und -aufbewahrung

Die Verfahren der Organkonservierung und -aufbewahrung sind grundsätzlich geregelt in der Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 a) und b) TPG betreffend die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen (RL BÄK Empfängerschutz).

Zugelassene maschinengestützte Konservierungsverfahren können für den Organtransport oder im Transplantationszentrum angewendet werden, sofern in den besonderen Regelungen dieser Richtlinie nichts abweichendes bestimmt ist. Grundsätzlich soll der Einsatz zugelassener maschinengestützter Konservierungsverfahren durch Studien begleitet werden.

II.4 Allokation von eingeschränkt vermittelbaren Organen

II.4.1 Ausgangssituation

Die Vermittlungsfähigkeit postmortal gespendeter Organe kann durch Funktionsminderungen oder durch Vorerkrankungen der Spender eingeschränkt sein. Eine exakte Definition von Kriterien für diese unter bestimmten Umständen dennoch gut funktionsfähigen Organe ist wegen der Vielfalt von Ursachen und Einzelheiten nicht möglich. Viele dieser Organe können unter den besonderen Bedingungen, wie sie das modifizierte und das beschleunigte Vermittlungsverfahren (s. II.4.3) vorsehen, erfolgreich transplantiert werden. Damit kann ein Organverlust verhindert werden.

Voraussetzung für die Vermittlung nach einem der beiden besonderen Verfahren sind die Angabe der allgemeinen Akzeptanzkriterien durch das einzelne Zentrum gegenüber der Vermittlungsstelle und die mit dem einzelnen Patienten abgesprochenen persönlichen Akzeptanzkriterien.

Generell ist die Vermittlungsstelle verpflichtet, auch für eingeschränkt vermittelbare Organe ein Vermittlungsverfahren durchzuführen und dabei die Zentrums- und Patientenprofile zu berücksichtigen.

II.4.2 Kriterien für die Einschränkung der Vermittlungsfähigkeit

Die Vermittlungsfähigkeit von Organen wird unter anderem durch schwerwiegende Erkrankungen in der Vorgeschichte des Spenders oder durch Komplikationen im Verlauf seiner tödlichen Erkrankung oder Schädigung oder durch Komplikationen vor oder bei der Organentnahme eingeschränkt, insbesondere durch

- Maligne Tumoren in der Anamnese,
- Drogenabhängigkeit,
- Virushepatitis (jeweils alternativ HBS Ag+, anti-HBC+ oder anti-HCV+),
- Sepsis mit positiver Blutkultur,
- Meningitis.

In den besonderen Regelungen dieser Richtlinie können weitere, organspezifische Kriterien für die Einschränkung der Vermittelbarkeit genannt sein.

Im Einzelfall muss die Einschränkung der Vermittlungsfähigkeit von den an der Organentnahme, -verteilung oder -übertragung beteiligten Ärzten beurteilt werden.

Auch Domino-Transplantate gelten als eingeschränkt vermittelbar. Domino-Transplantate sind Organe, die einem Empfänger im Rahmen der Transplantation eines Spenderorgans entnommen werden und anderen Patienten übertragen werden können.

II.4.3 Besondere Vermittlungsverfahren

II.4.3.1 Modifiziertes Vermittlungsverfahren

Organe sollen unter den in Abschnitt II.2 beschriebenen Voraussetzungen nur solchen Transplantationszentren für solche Patienten angeboten werden, für die sie nach dem Zentrums- und dem Patientenprofil in Betracht kommen. Im Übrigen erfolgt die Vermittlung nach den allgemeinen Regeln für das jeweilige Organ.

II.4.3.2 Beschleunigtes Vermittlungsverfahren

Die Vermittlungsstelle entscheidet über die Einleitung des beschleunigten Vermittlungsverfahrens auf der Grundlage aller vorhandenen Informationen. Dieses Verfahren wird insbesondere durchgeführt, wenn

- durch eine Kreislaufinstabilität des Spenders oder
- aus logistischen oder organisatorischen Gründen oder
- aus spender- oder aus organbedingten Gründen

ein Organverlust droht.

Dabei ist das folgende abgestufte Vorgehen zu beachten:

1. Um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten, wird ein Organ im beschleunigten Vermittlungsverfahren allen Zentren einer Region der Koordinierungsstelle, in der sich das Organ zum Zeitpunkt des Angebotes befindet, sowie anderen nahegelegenen Zentren angeboten. Die Zentren wählen aus ihrer Warteliste bis zu zwei geeignete Empfänger aus und melden diese an die Vermittlungsstelle. Die Vermittlungsstelle vermittelt dann das Organ innerhalb der Gruppe der so gemeldeten Patienten entsprechend der Reihenfolge, wie sie sich aus den im besonderen Teil der Richtlinie beschriebenen Verteilungsregeln ergibt. Für jedes Nierenangebot gilt eine Erklärungsfrist von maximal 60 Minuten, für jedes andere Organangebot gilt eine Erklärungsfrist von maximal 30 Minuten. Wenn die Erklärungsfrist überschritten wird, gilt das Angebot als abgelehnt.
2. Gelingt eine Vermittlung nach diesem Verfahren nicht, kann die Vermittlungsstelle das Organ auch weiteren Zentren anbieten. Die Zentren teilen ggf. der Vermittlungsstelle den gegenwärtig am besten geeigneten Empfänger mit. Wenn Patienten aus mehr als einem Zentrum in Betracht kommen, wird das Organ dem Patienten zugeteilt, für den die Akzeptanzerklärung des zuständigen Zentrums als erste bei der Vermittlungsstelle eingegangen ist. Die Zentren müssen die Gründe für ihre Auswahlentscheidung dokumentieren.
3. Gelingt eine Vermittlung des Organs innerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Vermittlungsstelle nicht, kann diese das Organ auch anderen Organaustauschorganisationen anbieten, um den Verlust des Organs möglichst zu vermeiden.

II.4.4 Evaluation

Neben der Dokumentation der Auswahlentscheidung sollen die Ergebnisse der Transplantation aller eingeschränkt vermittelbaren Organe von der Vermittlungsstelle fortlaufend besonders dokumentiert und jeweils in Abständen von zwei Jahren auf der Grundlage eines gemeinsamen Berichts der Vermittlungs- und der Koordinierungsstelle evaluiert werden, soweit die organspezifischen Richtlinien nichts anderes bestimmen.

Die Transplantationszentren sind verpflichtet, der Vermittlungsstelle die für die Evaluation benötigten Daten zu übermitteln.

II.5 Sanktionen

Bei einem Verstoß gegen die Richtlinien zur Organvermittlung entfallen die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der Transplantation (§ 9 Abs. 1 Satz 2 TPG), und es liegt eine Ordnungswidrigkeit vor (§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG). Wird der Vermittlungsstelle ein Verstoß bekannt oder hat sie zureichende tatsächliche Anhaltspunkte dafür, unterrichtet sie die nach § 12 Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 TPG gebildete Prüfungskommission. Diese entscheidet über die Information der zuständigen Bußgeldstelle.

III Besondere Regelungen zur Nierentransplantation

III.1 Gründe für die Aufnahme in die Warteliste

Indikation zur Nierentransplantation und Voraussetzung zur Aufnahme in die Warteliste ist das nicht rückbildungsfähige, terminale Nierenversagen, das zur Erhaltung des Lebens eine chronische Dialysebehandlung erforderlich macht.

Als Ausnahme kann eine Listung zu einer präemptiven postmortalen Nierentransplantation nur bei Kindern (siehe auch III.4.10) und im Rahmen einer kombinierten Pankreas-Nierentransplantation (siehe auch III.6) erfolgen sowie zur Aufnahme in die Warteliste im Rahmen der Vorbereitung einer Lebendnierentransplantation. Als Voraussetzung muss eine nicht rückbildungsfähige Nierenschädigung vorliegen und die abgeschätzte glomeruläre Filtrationsrate (berechnet nach der CKD-EPI-Formel für Erwachsene bzw. nach der Schwartz-Formel für Kinder) folgende Grenzwerte unterschreiten:

- Kindernierentransplantation: 20 ml/min/1,73m²
- kombinierte Pankreas-Nierentransplantation: 30 ml/min/1,73m²

Für den Sonderfall der Konstellation einer chronischen Dialysepflichtigkeit und des nicht sicher zu führenden Beweises einer nicht rückbildungsfähigen Nierenschädigung (insbesondere hepatorenales oder kardiorenales Syndrom) bei ansonsten indizierter, zweizeitiger kombinierter Organtransplantation (z. B. sequentielle Nieren-nach-Leber- oder Nieren-nach-Herz-Transplantation) kann eine Listung für die zweizeitige kombinierte Organtransplantation erfolgen. In diesem Fall wird der Patient³ für die Nierentransplantation als „nicht transplantabel“ geführt.

(Weitere) spezielle bzw. ergänzende Regelungen für kombinierte Transplantationen von Nieren mit anderen soliden Organen finden sich unter III.5 bis III.8.

III.2 Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste

Als Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste gelten die im Allgemeinen Teil genannten Kriterien.

III.3 Zusammensetzung der interdisziplinären Transplantationskonferenz

Die Zusammensetzung der interdisziplinären Transplantationskonferenz ist in Kapitel I. Ziff. 5 des Allgemeinen Teils dieser Richtlinie geregelt.

III.4 Kriterien für die Allokation von Nieren

Eine Allokation von postmortalen Spendernieren erfolgt nach drei unterschiedlichen Verfahren:

1. Allokation nach Punktwert entsprechend III.4.1 – III.4.8
2. Allokation im Verfahren für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre („Alt für Alt“) gemäß III.4.8 und III.4.12
3. Allokation für hochimmunisierte Patienten im sogenannten Acceptable-Mismatch(AM)-Programm gemäß III.4.7.

III.4.1 Blutgruppenkompatibilität (A-B-0-System)

Voraussetzung für die postmortale Nierentransplantation ist die Blutgruppenkompatibilität zwischen Spender und Empfänger. Um eine gleichmäßige Verteilung der Spenderorgane zu gewährleisten, erfolgt die Allokation grundsätzlich blutgruppenidentisch nach den folgenden Regeln:

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
0	0
A	A
B	B
AB	AB

Als Ausnahme für hochimmunisierte Patienten, die in das Acceptable-Mismatch(AM)-Programm aufgenommen wurden (s. III.4.7), gelten die folgenden Blutgruppenregeln:

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
0	0, B
A	A, AB
B	B
AB	AB

Im Rahmen von kombinierten Transplantationen von Nieren mit anderen soliden Organen hat im Falle einer abweichenden Blutgruppenregelung des führenden, nicht-renalen Organs die Nierentransplantation zweizeitig zu erfolgen, damit die Vorgabe der Blutgruppenidentität für die Nierentransplantation gewahrt bleibt.

Sollte eine postmortal zu vermittelnde Spenderniere nicht blutgruppenidentisch transplantiert werden können, kann eine blutgruppenkompatible Vermittlung erfolgen. Hierfür gelten die folgenden Blutgruppenregeln:

Spender Blutgruppe	Empfänger Blutgruppe
0	A, B, AB
A	AB
B	AB
AB	nicht möglich

III.4.2 Grad der Übereinstimmung der HLA-Merkmale

Im Hinblick auf den langfristigen Transplantationserfolg ist eine möglichst weitgehende Übereinstimmung der HLA-Merkmale anzustreben.

Berücksichtigt und in einer Punktzahl ausgedrückt wird bei der Organzuteilung die Summe der „Mismatches“ (Nicht-Übereinstimmungen) der Antigene des HLA-A-, HLA-B- und HLA-DR-Locus bzw. die Anzahl der zwischen Spender und Empfänger übereinstimmenden HLA-Antigene. Die Punktzahl wird wie folgt berechnet:

$$400 \times [1 - (\sum \text{broad HLA-A, -B, split HLA-DR Mismatches} / 6)]$$

Dabei entspricht die Anzahl der nicht übereinstimmenden Merkmale folgenden Punktwerten:

Anzahl der HLA-A, -B, -DR -Mismatches	Punkte
0	400
1	333.33
2	266.67

Anzahl der HLA-A, -B, -DR -Mismatches	Punkte
3	200.00
4	133.33
5	66.67

Patienten mit einer 0-Mismatch-Konstellation in der HLA-Typisierung im HLA-A-, HLA-B- und HLA-DR-Locus zwischen Spender und Empfänger erhalten bevorzugt vor allen anderen Patienten ein Organangebot mit Ausnahme der hochimmunisierten Patienten im Acceptable-Mismatch-Programm (AM-Programm) (s. III.4.7). Handelt es sich bei dem Spender um einen bzgl. der berücksichtigten HLA-Antigene homozygoten Spender, erfolgt die Zuteilung bevorzugt an bzgl. der berücksichtigten HLA-Antigene homozygote Empfänger. Darüber hinaus ergibt sich die Reihenfolge innerhalb der Gruppe mit einer 0-Mismatch-Konstellation aus dem Gesamtpunktwert.

III.4.3 Mismatch-Wahrscheinlichkeit

Die Mismatch-Wahrscheinlichkeit (Mismatch Probability (MMP)) bezeichnet die errechnete Wahrscheinlichkeit, ein weitgehend in den HLA-Merkmalen übereinstimmendes Organ (maximal ein Mismatch) angeboten zu bekommen. Grundlage für die Berechnung ist die Verteilung der HLA-Merkmale in der Bevölkerung unter Berücksichtigung der Blutgruppen-Allokationsregeln. Basierend auf der berechneten Mismatch-Wahrscheinlichkeit wird ein Punktwert zwischen 0 und 100 Punkten zugeteilt und wie folgt berechnet:

$$\text{MMP} = 100 \times (1 - (\text{AB0-match Häufigkeit} \times (1 - (\% \text{PRA} / 100))) \times (\text{MMP0} + \text{MMP1})) / 1000$$

$$\text{MMP0} = (a1+a2)^2 \times (b1+b2)^2 \times (dr1+dr2)^2$$

$$\text{MMP1} = \text{MMP0} \times$$

$$\begin{aligned} & (((2 \times (a1+a2) \times (1 - a1 - a2)) - a1^2 - a2^2 \\ & + \sum (\text{all HLA-A Ag Häufigkeiten}^2)) / ((a1+a2)^2)) \\ & + (((2 \times (b1+b2) \times (1 - b1 - b2)) - b1^2 - b2^2 \\ & + \sum (\text{all HLA-B Ag Häufigkeiten}^2)) / ((b1+b2)^2)) \\ & + (((2 \times (dr1+dr2) \times (1 - dr1 - dr2)) - dr1^2 - dr2^2 \\ & + \sum (\text{all HLA-DR Ag Häufigkeiten}^2)) / ((dr1+dr2)^2)) \end{aligned}$$

Parameter	Häufigkeit von
a1	1 st HLA-A-Antigen
a2	2 nd HLA-A-Antigen
b1	1 st HLA-B-Antigen
b2	2 nd HLA-B-Antigen
dr1	1 st HLA-DR-Antigen
dr2	2 nd HLA-DR-Antigen

III.4.4 Wartezeit

Die Wartezeit beginnt mit dem ersten Tag der chronischen Dialysebehandlung (Hämo- oder Peritonealdialyse). Die Wartezeit wird in Tagen berechnet und in einer Punktzahl ausgedrückt. Die Punktzahl wird wie folgt berechnet:

$$\text{Punkte pro Jahr: } 33 \text{ (d. h. pro Tag Wartezeit: } 0.091)$$

Bei Retransplantationen beginnt die Wartezeit mit dem Tag der ersten Dialyse nach Verlust der Transplantatfunktion.

Besteht nach der Transplantation weiterhin eine chronische Dialysepflichtigkeit oder tritt der Transplantatfunktionsverlust innerhalb von 365 Tagen nach der Transplantation auf, gelten folgende Regelungen für die Anrechnung der vor der Transplantation bestehenden Wartezeit:

- Anrechnung von 100 % der vorbestehenden Wartezeit bei Eintritt einer chronischen Dialysepflichtigkeit im Zeitraum von 0 – 91 Tagen nach Nierentransplantation,
- Anrechnung von 75 % der vorbestehenden Wartezeit bei Eintritt einer chronischen Dialysepflichtigkeit im Zeitraum von 92 – 183 Tagen nach Nierentransplantation,
- Anrechnung von 50 % der vorbestehenden Wartezeit bei Eintritt einer chronischen Dialysepflichtigkeit im Zeitraum von 184 – 275 Tagen nach Nierentransplantation,
- Anrechnung von 25 % der vorbestehenden Wartezeit bei Eintritt einer chronischen Dialysepflichtigkeit im Zeitraum von 276 – 365 Tagen nach Nierentransplantation,
- Anrechnung von 0 % der vorbestehenden Wartezeit bei Eintritt einer chronischen Dialysepflichtigkeit ab 366 Tagen nach Nierentransplantation.

Patienten, die nach einer Lebendnierentransplantation ein terminales Nierentransplantatversagen erleiden und die die in III.1 genannten Voraussetzungen zur Listung für eine postmortale Re-Nierentransplantation erfüllen, wird die Wartezeit angerechnet, die zum Zeitpunkt der vorangegangenen Lebendnierentransplantation bestand.

III.4.5 Festlegung von nicht-akzeptablen humanen Leukozyten-Antigendifferenzen (NAHA)/transplantationsrelevanten Antikörpern beim Empfänger

Bezugnehmend auf und ergänzend zu den Regelungen der Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 a) und b) TPG betreffend die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen (RL BÄK Empfängerschutz) legt die interdisziplinäre Transplantationskonferenz des Transplantationszentrums NAHA für alle zur Nierentransplantation vorgesehenen Patienten nach folgenden Prinzipien fest:

- Ein Screening der Patientenserum auf das Vorhandensein von HLA-Antikörpern findet vierteljährlich statt.
- Antikörperspezifitäten und davon abgeleitete NAHA werden zum Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten in die Warteliste bestimmt, regelmäßig (nach Immunisierungsereignissen bzw. mindestens einmal jährlich) aktualisiert und bei der Vermittlungsstelle gemeldet. Immunisierungsereignisse werden im Transplantationszentrum dokumentiert. Zu berücksichtigende Immunisierungsereignisse umfassen im Wesentlichen stattgehabte Transfusionen von Blut und Blutbestandteilen, Schwangerschaften und allogene Transplantationen.
- Alle Antikörperspezifitäten, die mittels Lymphozytotoxizitätstest (LCT) unter Verwendung eines Zusatzes von Dithiothreitol (DTT) eindeutig ermittelt wurden, gelten als Kontraindikation für eine Nierentransplantation und müssen als NAHA gemeldet werden.
- Alle HLA-Antikörperspezifitäten, die in Festphasentesten nachweisbar, im LCT jedoch negativ sind, sind als Risikofaktoren für ein verkürztes Transplantatüberleben nach Nierentransplantation anzusehen. Bei der Entscheidung, welche Spezifitäten als NAHA gemeldet werden, muss zwischen den Konsequenzen der Meldung (potentiell Verlängerung der Wartezeit, aber reduziertes immuno-

gisches Risiko) und den Konsequenzen einer Nicht-Meldung (potentiell kürzere Wartezeit, aber erhöhtes immunologisches Risiko) abgewogen werden.

NAHA definieren das Ergebnis der virtuellen Allokationskreuzprobe, davon unberührt wird im Rahmen jeder Allokation final eine LCT-Transplantationskreuzprobe (bei immunisierten Patienten vor der Transplantation, bei nicht immunisierten Patienten vor, während oder nach der Transplantation) durchgeführt.

Im Rahmen einer Desensibilisierungstherapie sind zuvor festgelegte NAHA neu zu beurteilen, dies hat Einfluss auf die virtuelle Allokationskreuzprobe. Voraussetzung jeder Transplantation nach Desensibilisierung ist unverändert eine negative LCT-Transplantationskreuzprobe.

III.4.6 Ischämiezeit

Eine sofortige und adäquate Funktionsaufnahme des Transplantats ist ein entscheidender Vorteil für einen langfristigen Transplantationserfolg. Daher ist eine möglichst kurze Ischämiezeit anzustreben und bei der Organallokation zu berücksichtigen.

Hierzu erhält der Empfänger folgende Zusatzpunkte:

Spender aus einem anderen ET-Land:	0 Punkte
Spender aus Deutschland:	100 Punkte
Spender innerhalb derselben Organentnahmeregion zusätzlich	200 Punkte
Die Niere muss nach Ankunft im Transplantationszentrum unverzüglich implantiert werden.	

III.4.7 Hochimmunisierte Patienten

Hochimmunisierte Patienten werden im Rahmen des Acceptable-Mismatch-Programms (AM-Programm) wegen ihrer sonst sehr viel schlechteren Chancen für die Zuteilung eines Spenderorgans bevorzugt berücksichtigt. Diese Patienten erhalten ein Organangebot vor allen anderen Patienten. In diesem Programm gelten besondere Blutgruppenregelungen (s. III.4.1). Bei Listung im AM-Programm ist eine Organallokation über die anderen Verfahren ausgeschlossen. Patienten im AM-Programm dürfen nicht im beschleunigten Vermittlungsverfahren (s. II.3.3.2) transplantiert werden.

III.4.8 Hohe Dringlichkeit (High Urgency – HU)

In Einzelfällen, in denen eine lebensbedrohliche Situation vorliegt bzw. absehbar ist, besteht eine besondere Dringlichkeit zur Transplantation, die eine vorrangige Organzuteilung rechtfertigt. Unter diese Regelung fallen insbesondere Patienten, die keine weitere Shuntmöglichkeit oder die Möglichkeit zur Peritonealdialyse haben. Darüber hinaus besteht eine besondere Dringlichkeit zur Nierentransplantation nach vorausgegangener Pankreastransplantation mit Drainage des Pankreassekretes in die Blase, wenn es bei funktionierendem Pankreastransplantat zu einem Ausfall der Nierenfunktion kommt.

Diese Einzelfälle müssen besonders begründet und durch zwei unabhängige, von der Vermittlungsstelle beauftragte Auditoren überprüft werden. Bei Uneinigkeit wird ein dritter Auditor hinzugezogen, dessen Stimme dann entscheidet. Damit diese Patienten bevorzugt transplantiert werden können, erhalten die Patienten 500 Zusatzpunkte bei der Allokation nach Punktwert bzw. Priorität im Programm für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre („Alt für Alt“). Bei mehreren HU-Patienten im Programm für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre erfolgt die Reihenfolge der Angebote nach der HU-Wartezeit.

Die Vermittlungsstelle berichtet über diese Fälle regelmäßig der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer.

III.4.9 Maschinenperfusion

Für Nieren von Spendern mit erweiterten Spenderkriterien ist für den Organtransport grundsätzlich ein hypothermes maschinengestütztes Organkonservierungsverfahren anzuwenden. Ausnahmen, die ein Abweichen von einem hypothermen maschinengestützten Organkonservierungsverfahren begründen, sind insbesondere logistische Gründe, wie etwa eine mangelnde apparative Verfügbarkeit, eine Allokation in das lokale Transplantationszentrum oder eine Allokation in das Ausland.

Erweiterte Spenderkriterien sind:

- Spenderalter ≥ 60 Jahre
- Spenderalter 50–59 Jahre und zusätzliches Vorliegen von mindestens 2 der folgenden Kriterien:
 - a. zerebrovaskuläre Todesursache,
 - b. arterieller Hypertonus,
 - c. Serum Kreatinin $\geq 1,5$ mg/dl (bzw. ≥ 132 $\mu\text{mol/l}$).

III.4.10 Nierentransplantation bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche sind wegen der erheblichen Auswirkungen eines irreversiblen Nierenversagens auf ihre Gesundheits- und Entwicklungschancen besonders zu berücksichtigen. Deshalb erhalten Kinder und Jugendliche, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres in die Warteliste aufgenommen wurden oder dialysepflichtig geworden sind, pädiatrische Zusatzpunkte. Diese bestehen aus 100 Zusatzpunkten sowie einer Verdoppelung der für die Übereinstimmung der HLA-Merkmale vergebenen Punkte. Mit Vollendung des 18. Lebensjahres entfallen die pädiatrischen Zusatzpunkte sowie die Möglichkeit zur präemptiven Aufnahme in die Warteliste, bereits präemptiv aufgenommene Patienten müssen von der Warteliste genommen werden.

III.4.11 Ermittlung der Allokationsreihenfolge (für die Nierenallokation)

Für die Bestimmung der Allokationsreihenfolge wird für alle transplantablen, gemäß den Blutgruppenregeln (s. III.4.1) und dem zentrums- und patientenspezifischen Spenderprofil geeigneten Patienten auf der Warteliste ein Gesamtpunktwert aus der Summe der Punktwerte der unter III.4.2, III.4.4 und III.4.6 bis III.4.8 und III.4.10 genannten Allokationskriterien gebildet. Die Allokationsreihenfolge ergibt sich aus der absteigenden Reihenfolge des so berechneten Gesamtpunktwertes. Werden beide Nieren eines Spenders zur Organtransplantation vermittelt, wählt das Transplantationszentrum des höher gelisteten Patienten, ob dieser Patient die linke oder die rechte Spenderniere erhalten soll.

Im Falle eines Spenders, der jünger als 18 Jahre alt ist, werden Empfänger mit pädiatrischen Zusatzpunkten direkt nach Patienten mit vollständiger Übereinstimmung der HLA-Typisierung im HLA-A, HLA-B und HLA-DR-Locus zwischen Spender und Empfänger (0-Mismatch-Allokation) gelistet. Die Rangfolge unter diesen Empfängern ergibt sich aus dem oben angegebenen Gesamtpunktwert.

III.4.12 Allokationsregelung für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre („Alt für Alt“)

Empfänger im Alter ab 65 Jahren können von folgender Allokationsregelung zur Transplantation von Spenderorganen ab 65 Jahren Gebrauch machen:

Hinsichtlich der Blutgruppenkompatibilität gelten die Regelungen unter III.4.1. Die Übereinstimmung der HLA-Merkmale zwischen Spender und Empfänger wird in diesem Fall nicht berücksichtigt. Das innerhalb des Bereichs einer Organisationszentrale oder eines Organisationsschwerpunkts der Koordinierungsstelle entnommene Organ eines Spenders ab 65 Jahre ist von der Vermittlungsstelle zuerst demjenigen Patienten ab 65 Jahre zuzuordnen, der auf den Wartelisten eines der Transplantationszentren im Bereich dieser Organisationszentrale oder dieses Organisationsschwerpunkts steht, diesem Programm zugestimmt hat und bei der Allokation die höchste Punktzahl für die Wartezeit erzielt. Findet sich innerhalb des Bereichs dieser Organisationszentrale oder dieses Organisationsschwerpunkts kein geeigneter Empfänger, ist das Allokationsverfahren auf alle Patienten ab 65 Jahre auf den Wartelisten der Transplantationszentren in der betreffenden Organentnahmeregion auszudehnen. Konkret werden postmortal entnommene Nieren von Spendern ab 65 Jahre nach folgender Reihenfolge alloziert:

- 1. Allokation gemäß den hier unter III.4.12 genannten Bedingungen
- 2. Allokation im beschleunigten Vermittlungsverfahren gemäß II.4.3.2

Patienten werden in dieses Programm nur aufgenommen, wenn sie sich nach Aufklärung durch das Transplantationszentrum dafür ausdrücklich entschieden haben. Diese Entscheidung ist jederzeit widerruflich. Die Teilnahme an diesem Programm schließt die Teilnahme am normalen Verteilungsverfahren und die Vergabe eines postmortal gespendeten Organs im Rahmen der 0-Mismatch-Allokation aus. Die Wartezeit bleibt bei jedem Wechsel erhalten.

III.5 Kombinierte Leber-Nierentransplantation

Patienten, die in die Warteliste für eine kombinierte Leber-Nierentransplantation aufgenommen wurden, können simultan oder sequentiell transplantiert werden. Für die bevorzugt durchzuführende sequentielle Transplantation erhalten die gelisteten Patienten nach erfolgreicher alleiniger Lebertransplantation einmalig 500 Zusatzpunkte bzw. zweite Priorität im Programm für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre (nach den HU-gelisteten Patienten im Programm für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre) ab dem 90. Tag nach der Lebertransplantation, sofern auch nach der Lebertransplantation durchgehend ein terminaler Nierenfunktionsverlust mit chronischer Dialysepflichtigkeit vorliegt. Bei mehreren Patienten, die im Programm für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre für die kombinierte Transplantation gelistet sind, erfolgt die Reihenfolge der Angebote nach der Wartezeit.

Wurde ein Patient nicht zur kombinierten Leber-Nierentransplantation gemeldet, können die Zusatzpunkte für die Nierentransplantation auch nachträglich beantragt werden, sofern bei diesem Patienten bereits vor der Lebertransplantation eine chronische Dialysepflichtigkeit vorlag.

Die Voraussetzungen zur Lebertransplantation im Rahmen der kombinierten Transplantation sind in der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation beschrieben.

III.6 Kombinierte Pankreas-Nierentransplantation

Die Pankreastransplantation erfolgt überwiegend kombiniert mit einer Nierentransplantation vom gleichen Spender bei Patienten mit Diabetes mellitus und fortgeschrittener bzw. terminaler Niereninsuffizienz.

Bei der kombinierten Pankreas-Nierentransplantation kann eine Anmeldung zur präemptiven Nierentransplantation erfolgen, wenn von einer nicht rückbildungsfähigen Nierenschädigung ausgegangen werden muss und die abgeschätzte glomeruläre Filtrationsrate $< 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$ beträgt.

Die Voraussetzungen zur Pankreastransplantation im Rahmen der kombinierten Transplantation sind in der Richtlinie für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Pankreastransplantation beschrieben.

III.7 Kombinierte Nierentransplantation mit Transplantation thorakaler Organe (Herz, Lunge, Herz-Lungen)

Patienten, die in die Warteliste für eine kombinierte Nierentransplantation mit der Transplantation thorakaler Organe aufgenommen wurden, können simultan oder sequentiell nierentransplantiert werden. Für die bevorzugt durchzuführende sequentielle Nierentransplantation erhalten die gelisteten Patienten nach erfolgreicher alleiniger Transplantation thorakaler Organe einmalig 500 Zusatzpunkte bzw. zweite Priorität im Programm für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre (nach den HU-gelisteten Patienten im Programm für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre) ab dem 90. Tag nach der Transplantation des thorakalen Organs oder der thorakalen Organe, sofern auch nach der Transplantation durchgehend ein terminaler Nierenfunktionsverlust mit chronischer Dialysepflichtigkeit vorliegt. Bei mehreren Patienten, die im Programm für Empfänger und Spenderorgane ab 65 Jahre für die kombinierte Transplantation gelistet sind, erfolgt die Reihenfolge der Angebote nach der Wartezeit.

Wurde ein Patient nicht zur kombinierten Transplantation des thorakalen Organs mit der Nierentransplantation gemeldet, können die Zusatzpunkte für die Nierentransplantation auch nachträglich beantragt werden, sofern bei diesem Patienten vor der Transplantation des thorakalen Organs eine chronische Dialysepflichtigkeit vorlag.

Die Voraussetzungen zur Transplantation thorakaler Organe im Rahmen der kombinierten Transplantation sind in den Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Herztransplantation und Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lungentransplantation beschrieben.

III.8 Kombinierte Darm-Nierentransplantation

Patienten, die in die Warteliste für eine kombinierte Darm-Nierentransplantation aufgenommen wurden, können simultan oder sequentiell nierentransplantiert werden. Für die bevorzugt durchzuführende sequentielle Nierentransplantation erhalten die gelisteten Patienten nach erfolgreicher alleiniger Transplantation des Darms einmalig 500 Zusatzpunkte bzw. zweite Priorität im Programm für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre (nach den HU-gelisteten Patienten im Programm für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre) ab dem 90. Tag nach der Darmtransplantation, sofern auch nach der Transplantation durchgehend ein terminaler Nierenfunktionsverlust mit chronischer Dialysepflichtigkeit vorliegt. Bei mehreren Patienten, die im Programm für Empfänger und von Spenderorganen ab 65 Jahre für die kombinierte Transplantation gelistet sind, erfolgt die Reihenfolge der Angebote nach der Wartezeit.

Wurde ein Patient nicht zur kombinierten Darm-Nierentransplantation gemeldet, können die Zusatzpunkte für die Nierentransplantation auch nachträglich beantragt werden, sofern bei diesem Patienten bereits vor der Transplantation des Darms eine chronische Dialysepflichtigkeit vorlag.

In medizinisch begründeten Einzelfällen kann nach Beschluss der interdisziplinären Transplantationskonferenz Darm und nach Beschluss der interdisziplinären Transplantationskonferenz Niere eine Listung zur kombinierten Darmtransplantation bzw. kombinierten Transplantation unter Einschluss des Darms mit einer präemptiven Nierentransplantation erfolgen. Voraussetzung ist das positive Votum einer Auditgruppe der Vermittlungsstelle. Die Auditgruppe umfasst Experten aus dem Bereich Darm- bzw. Multiviszeraltransplantation und dem Bereich Nierentransplantation.

Die Voraussetzungen zur Transplantation des Darms im Rahmen der kombinierten Transplantation sind in der Richtlinie gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Darmtransplantation und zu kombinierten Transplantationen unter Einschluss des Darms beschrieben.

IV Inkrafttreten

Die Richtlinienänderung tritt nach Bekanntgabe im Deutschen Ärzteblatt und Veröffentlichung auf der Internetseite der Bundesärztekammer am 13.07.2026 in Kraft.

B a Begründung gemäß § 16 Abs. 2 S. 2 TPG Begründung für Kapitel I – Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation und Kapitel II – Allgemeine Grundsätze für die Vermittlung postmortal gespendeter Organe

I Rechtsgrundlagen

Die Bundesärztekammer stellt gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 1 bis 7 Transplantationsgesetz (TPG) den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft fest und legt gem. § 16 Abs. 2 S. 1 TPG das Verfahren für die Erarbeitung der Richtlinien und für die Beschlussfassung fest. Die vorliegende Richtlinienänderung beruht auf der Vorschrift des § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG.

II Eckpunkte der Entscheidung zur Richtlinienfortschreibung

II.1 Zielsetzung und Notwendigkeit einer Richtlinienänderung
Die Überarbeitung der Richtlinie dient der Anpassung an den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und an transplantationsmedizinische Entwicklungen. Dies betrifft im Wesentlichen die Beteiligung von Mental Health Professionals an der Beurteilung und Verbesserung der Adhärenz, die Neuregelung zur Zusammensetzung der Transplantationskonferenz sowie des Verfahrens bei allokatonsrelevanten medizinischen Forschungsvorhaben.

II.2 Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse

II.2.1 Die Regelungen im Einzelnen

II.2.1.1 Zum Kapitel A.I Nr. 4 – Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation

Die bisherige Fassung der Richtlinie sieht die Beteiligung eines Mental Health Professionals an der Beurteilung der für eine Transplantation notwendigen Adhärenz nur dann vor, wenn die Aufnahme in die Warteliste wegen anhaltender Non-Adhärenz abgelehnt werden soll. Die Expertise von Mental Health Professionals sollte jedoch auch dazu genutzt werden, um im Ergebnis unzutreffenden positiven Beurteilungen der Adhärenz entgegenzuwirken, weil solche Beurteilungen die betroffenen Patienten selbst gefährden können und unter den Bedingungen des

Organmangels notwendigerweise anderen Patienten Organe entziehen. Darüber hinaus ist diese Expertise nicht nur zur Beurteilung, sondern auch und vor allem zur Verbesserung der Adhärenz heranzuziehen. Die schon bisher in der Richtlinie vorgesehene Festlegung und Evaluierung individuell passender Strategien zur Verbesserung der Adhärenz erfordert eine entsprechende Fachkompetenz und muss deshalb stets unter Beteiligung eines Mental Health Professionals erfolgen.

Die neue Fassung der Richtlinie stellt zunächst klar, dass die Adhärenz aufgrund ihrer Bedeutung für die Erfolgsaussichten einer Transplantation vor der Aufnahme in die Warteliste stets zu evaluieren und das Ergebnis dieser Evaluation zu dokumentieren ist. Sie regelt sodann, dass Hinweisen auf Non-Adhärenz stets unter Beteiligung eines Mental Health Professionals nachzugehen ist. Dies zwingt nicht dazu, jeden Patienten vor der Aufnahme in die Warteliste einem Mental Health Professional vorzustellen. Aber wenn sich bei der Prüfung der Adhärenz Gesichtspunkte ergeben, die Bedenken begründen, ist eine solche Vorstellung notwendig, um Gefährdungen der Patienten und Fehlallokationen so weit wie möglich zu vermeiden. Entsprechendes gilt, wenn sich nach der Aufnahme in die Warteliste bei den durchzuführenden Kontrolluntersuchungen solche Gesichtspunkte ergeben.

Darüber hinaus sieht die neue Richtlinie nunmehr ausdrücklich vor, dass die individuell passenden Strategien, mit denen bestehende Bedenken gegen die Adhärenz des Patienten ausgeräumt werden sollen, nicht nur gemeinsam mit dem Patienten, sondern auch unter Beteiligung des Mental Health Professionals festzulegen, regelmäßig zu evaluieren und ggf. anzupassen sind. Dies dient vor allem den Interessen der betroffenen Patienten, weil sich aufgrund der Expertise der Mental Health Professionals die Chancen erhöhen, die bestehenden Bedenken auszuräumen.

Der besonderen Bedeutung einer Ablehnung der Aufnahme in die Warteliste wegen anhaltender Non-Adhärenz für die betroffenen Patienten ist nach der neuen Fassung der Richtlinie dadurch Rechnung zu tragen, dass die Transplantationskonferenz bei einer solchen Entscheidung den Mental Health Professional stets in beratender Funktion hinzuzuziehen hat. Diese Hinzuziehung gewährleistet eine direkte Kommunikation der Beteiligten und stellt damit sicher, dass die Expertise des Mental Health Professionals umfassend berücksichtigt wird.

II.2.1.2 Zum Kapitel A.I Nr. 5 – Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation

Die ständige, interdisziplinäre und organspezifische Transplantationskonferenz des Transplantationszentrums hat im Prozess der Allokation von Spenderorganen eine sehr zentrale Rolle. Sie entscheidet über die Aufnahme der Patienten in die Warteliste, die Abmeldung von Patienten und trifft in den Transplantationszentren auch alle übrigen Entscheidungen, die für die Führung der Warteliste von Bedeutung sind. Ungeachtet dessen ist die Transplantationskonferenz im Allgemeinen Teil der Richtlinien bisher nur rudimentär geregelt. Die Regelung ihrer Zusammensetzung wird den organspezifischen Teilen der Richtlinien überlassen. Deren Regelungen sind sehr heterogen, ohne dass die bestehenden Regelungsunterschiede aus organspezifischen Besonderheiten zu erklären wären. Deshalb sollen sie durch eine möglichst einfache und hinreichend flexible einheitliche Regelung im Allgemeinen Teil ersetzt und dabei zugleich Regelungslücken hinsichtlich des Verfahrens der Transplantationskonferenz geschlossen werden.

Die neue Regelung sieht eine klare Trennung zwischen den stimmberechtigten Mitgliedern der Transplantationskonferenz und den Personen vor, die von Fall zu Fall beratend hinzugezogen werden. Die Transplantationskonferenz selbst ist lediglich mit drei Mitgliedern besetzt, hat aber uneingeschränkt die Möglichkeit, Vertreter weiterer Disziplinen einschließlich der Pflege bei ihren Beratungen hinzuzuziehen. Im Besonderen Teil der Richtlinie kann diese Hinzuziehung nach Maßgabe der organspezifischen Bedürfnisse näher geregelt werden. Die Konzentration der Entscheidungsbefugnis auf drei stimmberechtigte Mitglieder wahrt das im Spitzengespräch vom 27.08.2012 zwischen dem Bundesgesundheitsminister, dem Vorsitzenden der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, der Vertreterin der Kultusministerkonferenz und den Vertragspartnern nach § 12 TPG vorausgesetzte Sechsaugenprinzip. Sie dient der Effektivität des Gremiums, soll unnötigen bürokratischen Aufwand vermeiden und beugt einer Diffusion der Verantwortlichkeiten vor. Die Möglichkeit, sich durch Vertreter weiterer Disziplinen beraten zu lassen, gewährleistet, dass die Entscheidung ungeachtet dieser Konzentration stets mit dem im konkreten Fall notwendigen Sachverstand getroffen werden kann. Sie gibt den notwendigen Freiraum, allen Besonderheiten des Einzelfalls gerecht zu werden.

Stimmberechtigte Mitglieder der Transplantationskonferenz sind nach der neuen Regelung ein Vertreter der direkt beteiligten operativen Disziplin, ein Vertreter der direkt beteiligten konservativen Disziplin und ein Vertreter einer weiteren, von der ärztlichen Leitung des Klinikums zu benennenden medizinischen Disziplin, die nicht unmittelbar in das Transplantationsgeschehen eingebunden ist. Dies ist der Personenkreis, der bisher unabhängig von den organspezifischen Regelungen schon aufgrund der Vorgaben im Allgemeinen Teil der Richtlinien in jedem Fall Mitglied der Transplantationskonferenz ist.

Aus Gründen der Klarstellung wird nunmehr ausdrücklich geregelt, dass die Mitglieder der Transplantationskonferenz durch die ärztliche Leitung des Klinikums berufen werden. Dies ist notwendig, weil die Entscheidungen der Transplantationskonferenz dem durch die Leitung des Klinikums vertretenen Klinikträger rechtlich zuzurechnen und von diesem mitzuverantworten sind. Um eine Berücksichtigung der fachlichen Aspekte sicherzustellen, sieht die Regelung vor, dass die Berufung auf Vorschlag der Leitung der jeweiligen Disziplin erfolgt. Dies dürfte schon bisher der gelebten Praxis an den Transplantationszentren entsprechen. Die Berufung der Mitglieder der Transplantationskonferenz kann befristet oder unbefristet erfolgen. Eine Abberufung wird in der Praxis nur aus gewichtigen Gründen erfolgen, ist aber aufgrund der Verantwortung des durch die Leitung des Klinikums vertretenen Klinikträgers für die Entscheidungen der Transplantationskonferenz rechtlich jederzeit möglich.

Als Qualifikationsanforderungen setzt die Richtlinie für die stimmberechtigten Mitglieder der Transplantationskonferenz den Facharztstatus in der betreffenden Disziplin und für die Vertreter der direkt beteiligten operativen und konservativen Disziplinen zusätzlich klinische Erfahrung in der Transplantationsmedizin voraus. Wünschenswert wäre darüber hinaus die Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin. Sie ist jedoch noch wenig verbreitet und kann deshalb zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht zwingend eingefordert werden. Perspektivisch sollte diese obligat sein. Die Richtlinie beschränkt sich deshalb auf die Empfehlung, dass diese Zusatz-Weiterbildung vorhanden sein sollte. Da die fachliche Eignung in der Praxis auch durch das Vorschlagsrecht der Leitung der jeweiligen Dis-

ziplin sichergestellt wird, wurde auf eine weitergehende Spezifizierung der fachlichen Anforderungen, wie sie bisher in einigen der organspezifischen Regelungen enthalten ist, verzichtet. Dies gibt den Transplantationszentren die Möglichkeit, die aufgrund ihrer nach Qualifikation geeignetsten Personen ohne eine allzu starke Bindung an formelle Vorgaben auszuwählen.

Die Mitglieder der Transplantationskonferenz sollten sich stets darum bemühen, in ihren Beratungen zu einer übereinstimmenden Auffassung zu kommen und einstimmig zu entscheiden. Es lässt sich jedoch nicht ausschließen, dass dies ungeachtet aller Bemühungen im Einzelfall nicht gelingt. Für derartige Fälle bedarf es einer Regelung, wie zu verfahren ist. Die Notwendigkeit einer einstimmigen Entscheidung würde jedem Mitglied die Möglichkeit geben, eine von den beiden anderen für richtig erachtete Entscheidung zu blockieren. Um dies zu verhindern, sieht die Regelung die Entscheidung mit einfacher Mehrheit vor, die bei nur drei stimmberechtigten Mitgliedern stets auch eine Zweidrittelmehrheit ist. Das Mehrheitsprinzip gilt sowohl für die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste als auch für die Abmeldung eines Patienten und für alle sonstigen Entscheidungen der Transplantationskonferenz.

Die Transplantationskonferenz tagt in den Transplantationszentren zumeist in einem regelmäßigen, häufig wöchentlichen Turnus. Zwischen diesen regelmäßig stattfindenden Sitzungen kann es Eilfälle geben, in denen sofort über die Aufnahme in die Warteliste zu entscheiden ist. Insbesondere nachts und gegebenenfalls auch am Wochenende kann es vorkommen, dass der Vertreter der von der ärztlichen Leitung des Klinikums zu benennenden weiteren, nicht unmittelbar in das Transplantationsgeschehen eingebundenen medizinischen Disziplin für die zu treffende Entscheidung nicht rechtzeitig erreichbar ist. Die Richtlinie gibt deshalb den Vertretern der direkt beteiligten operativen und konservativen Disziplin die Befugnis, in diesem Fall ausnahmsweise ohne ihn zu entscheiden. Auch für eine solche Eilentscheidung gilt das Mehrheitsprinzip, so dass die Entscheidung von den beiden beteiligten Personen im Ergebnis nur im Konsens getroffen werden kann. Getroffene Eilentscheidungen sind von der Transplantationskonferenz nachträglich zu überprüfen und zu bestätigen.

Um die Funktions- und Beschlussfähigkeit der Transplantationskonferenz auch im Fall einer Verhinderung ihrer Mitglieder durch Krankheit, Urlaub oder sonstige Gründe formell sicherzustellen, sieht die Richtlinie nunmehr für jedes Mitglied die Bestellung mindestens eines stellvertretenden Mitglieds vor, das bei einer Verhinderung eines Mitglieds dessen Funktion übernimmt. Die stellvertretenden Mitglieder haben im Verhinderungsfall die gleichen Rechte und Pflichten wie die Mitglieder und müssen die gleichen Qualifikationsanforderungen erfüllen. Sie sind ebenso wie schon bisher die Mitglieder der Transplantationskonferenz der Vermittlungsstelle namentlich zu melden. Die bisherigen Regelungen zur Zusammensetzung der Transplantationskonferenz in den organspezifischen Teilen der Richtlinien sollen durch die einheitliche neue Regelung im Allgemeinen Teil abgelöst werden und sind daher aufzuheben. Sie sehen zum einen die Möglichkeit vor, fakultativ weitere Mitglieder der Transplantationskonferenz zu berufen. Die damit einhergehende Vergrößerung der Transplantationskonferenz ist jedoch aus den oben dargelegten Gründen nicht wünschenswert. Zum anderen enthalten sie die Möglichkeit, je nach Krankheitsbild Vertreter weiterer Disziplinen bei den Beratungen hinzuziehen. Dies wird zukünftig bereits durch die Regelung im Allgemeinen Teil umfassend gewährleistet. Welche Disziplinen bei

welchen Krankheitsbildern hinzuzuziehen sein könnten, muss nicht in den Richtlinien beispielhaft aufgezählt werden, sondern kann der Expertise der Mitglieder der Transplantationskonferenz überlassen werden.

- II.2.1.3 Zu den Kapiteln A.I Nr. 11 – Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation und A.II Nr. 1 h) – Allgemeine Grundsätze für die Vermittlung postmortal gespendeter Organe

Die Richtlinie sieht schon bisher die Möglichkeit vor, sowohl bei der Aufnahme in die Warteliste (Abschnitt A.I Nr. 11) als auch bei der Vermittlungsentscheidung (Abschnitt A.II Nr. 1 h)) im Rahmen medizinischer Forschungsvorhaben für eine begrenzte Zeit und eine begrenzte Zahl von Patienten von ihr abzuweichen, wenn die Bundesärztekammer und die Vermittlungsstelle davon vorab unterrichtet werden und die Vermittlungsstelle keine Einwände erhebt. Bisher erfolgt die Unterrichtung der Bundesärztekammer und der Vermittlungsstelle aber in vielen Fällen erst dann, wenn bereits das Ethikvotum und gegebenenfalls eine Genehmigung für das Forschungsvorhaben vorliegt. Dieser zeitliche Ablauf hat den Nachteil, dass die zuständige Ethikkommission und eine etwaige Genehmigungsbehörde bei ihren Entscheidungen die transplantationsrechtliche Expertise der Ständigen Kommission Organtransplantation bei der Bundesärztekammer und der Vermittlungsstelle nicht verwerten können. Um dies zu ändern, sollen in Zukunft zunächst die Ständige Kommission Organtransplantation und die Vermittlungsstelle über die betreffenden Forschungsvorhaben unterrichtet und deren Stellungnahmen der zuständigen Ethikkommission und einer etwaigen Genehmigungsbehörde vor deren Entscheidung vorgelegt werden. Ob und inwieweit diese sich in den Stellungnahmen enthaltene Anregungen zur Gestaltung des Forschungsvorhabens zu eigen machen, ist allein ihre Entscheidung. Die Entscheidungskompetenz von Ethikkommission und Genehmigungsbehörde bleibt also wie bisher unberührt.

III Verfahrensablauf

- III.1 Beratungsablauf in den Gremien

- III.1.1 Verfahren

Die Erarbeitung und Beschlussfassung der Richtlinie erfolgte gemäß der im Statut der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer geregelten Verfahren.

- III.1.2 Beratungsablauf in der Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Allgemeiner Teil

Die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Allgemeiner Teil (Amtsperiode 2023 – 2026) tagte in der Zeit vom 22.09.2023 bis 11.11.2025 und führte 6 Sitzungen in pleno durch:

1. Sitzung vom 22.09.2023
2. Sitzung vom 31.01.2024
3. Sitzung vom 14.05.2024
4. Sitzung vom 15.10.2024
5. Sitzung vom 09.01.2025
6. Sitzung vom 11.11.2025

- III.1.3 Beratungsablauf in der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer

Der Richtlinienänderungsvorschlag einschließlich Begründung wurde in der Sitzung der Ständigen Kommission Organtransplantation vom 01.10.2025 in 1. Lesung und in der Sitzung vom 26.11.2025 in 2. Lesung beraten.

III.1.4 Beratungsablauf im Vorstand der Bundesärztekammer
Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in seiner Sitzung vom 12.12.2025 mit der vorbezeichneten Richtlinie befasst und den Richtlinienentwurf und seine Begründung verabschiedet.

III.2 Beteiligung von Experten an den Beratungen
Am 22.09.2023 konstituierte sich die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Allgemeiner Teil (Amtsperiode 2023 – 2026) der StäKO unter Herrn Prof. Dr. jur. Helmut Frister als Federführendem. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden ad personam berufen.

In der Arbeitsgruppe waren folgende Mitglieder vertreten:

- Prof. Dr. med. Bernhard Banas, Direktor der Abteilung Nephrologie, Universitätsklinikum Regensburg
- Prof. Dr. jur. Helmut Frister, Seniorprofessur Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- Prof. Dr. med. Markus Kamler, Klinik für Thorax- und Kardiovaskuläre Chirurgie, Universitätsklinikum Essen, Leitender Arzt der Herzchirurgie Huttrop, Herzzentrum Essen-Huttrop
- Prof. Dr. med. Georg Marckmann, Vorstand des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München
- Lt. MinRat Dr. jur. Hans Neft, Leiter des Referats 25 – Versorgungsschwerpunkte, Organtransplantationen, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, München
- Prof. Dr. med. Nathanael Raschzok, Geschäftsführender Oberarzt, Stellv. Bereichsleitung Leberchirurgie, Charité Berlin
- Prof. Dr. med. Hartmut Schmidt, Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Transplantationsmedizin, Universitätsklinikum Essen
- Prof. Dr. med. Martina de Zwaan, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

Außerdem haben an den Sitzungen der AG RL BÄK Allgemeiner Teil als Gäste teilgenommen:

- Dr. med. Michael Berchtold-Herz, Oberarzt der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie, Universitäts-Herzzentrum Freiburg – Bad Krozingen
- Prof. Dr. med. Michael Melter, ehem. Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Regensburg

III.3 Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen Stellungnahmeverfahren

Im Zuge der Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurde der Richtlinienentwurf einschließlich des Begründungstextes am 02.10.2025 im Internetaufruf der Bundesärztekammer mit der Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme bis zum 31.10.2025 veröffentlicht. Im Deutschen Ärzteblatt vom 03.10.2025 (Jahrgang 122, Heft 20) wurde die Veröffentlichung bekannt gegeben und auf die Möglichkeit der Abgabe von Stellungnahmen bis zum 31.10.2025 hingewiesen. Des Weiteren wurde die Fachöffentlichkeit (Akademie für Ethik in der Medizin, Bundesverband der Organtransplantierten, Deutsche Transplantationsgesellschaft, Vereinigung der deutschen Medizinrechtslehrer) mit Schreiben vom 02.10.2025 über diese Möglichkeit informiert.

Im Rahmen des Fachanhörungsverfahrens gingen acht Stellungnahmen ein. Im Einzelnen handelt es sich um Stellungnahmen folgender Personen bzw. Institutionen und Verbände (in alphabetischer Reihenfolge):

- Prof. Dr. med. Florian Grahmer, Universitäres Transplantations Centrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
- Prof. Dr. med. Martina Koch, Prof. Dr. med. Mario Schiffer, Prof. Dr. med. Lars Pape, Prof. Dr. med. Barbara Suwelack, Dr. med. Johanna Wagner, Deutsche Transplantationsgesellschaft
- Dr. med. Michael Lücking, Dr. med. Gerold Söffker, Prof. Dr. med. Tobias Piegeler, Sektion Organspende und Organtransplantation der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
- Prof. Dr. med. Gernot Marx, Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin
- PD Dr. med. Mariel Nöhre, PD Dr. med. Daniela Eser-Valerie, DTG-Kommission Psychologie/Psychosomatik
- PD Dr. med. Mariel Nöhre, Prof. Dr. med. Martina de Zwaan, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie
- Prof. Dr. med. Tobias Piegeler, Dr. med. Jan-Sönke Englbrecht, Dr. med. Gero Frings, Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp, Prof. Dr. med. Björn Nashan, Dr. med. Uta-Carolin Pietsch, Prof. Dr. med. Martin Söhle, Dr. med. Svitlana Ziganshyna, Arbeitsgruppe Anästhesiologie & Intensivmedizin der Deutschen Transplantationsgesellschaft
- Prof. Dr. med. Dirk Stippel, Universitätsklinik Köln

Die Arbeitsgruppe hat die eingegangenen acht Stellungnahmen in ihrer Sitzung vom 11.11.2025 beraten.

IV Fazit

Mit der Überarbeitung der Richtlinie wird zum einen das Ziel erreicht, eine noch stärkere Beteiligung von Mental Health Professionals an der Beurteilung und Verbesserung der Adhärenz zu gewährleisten. Zum anderen wird mit der Neuregelung der interdisziplinären Transplantationskonferenz organübergreifend eine weitgehende Vereinheitlichung der Zusammensetzung und des Verfahrens geschaffen. Schließlich wird das Vorgehen bei allokationsrelevanten medizinischen Forschungsvorhaben im Hinblick auf eine möglichst frühzeitige Unterrichtung der Ständigen Kommission Organtransplantation präzisiert.

b Begründung für Kapitel III – Besondere Regelungen zur Nierentransplantation

I Rechtsgrundlagen

Die Bundesärztekammer stellt gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 1 bis 7 Transplantationsgesetz (TPG) den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft fest und legt gem. § 16 Abs. 2 S. 1 TPG das Verfahren für die Erarbeitung der Richtlinien und für die Beschlussfassung fest. Die vorliegende Richtlinienänderung beruht auf der Vorschrift des § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG.

II Eckpunkte der Entscheidung zur Richtlinienfortschreibung

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Kapitel III.3 – Zusammensetzung der interdisziplinären Transplantationskonferenz. Diese Überarbeitung der Richtlinie ist notwendig aufgrund der Änderung in Abschnitt A.I.5 des Allgemeinen Teils.

III Verfahrensablauf**III.1 Beratungsablauf in den Gremien****III.1.1 Verfahren**

Die Erarbeitung und Beschlussfassung der Richtlinie erfolgte gemäß der im Statut der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer geregelten Verfahren.

III.1.2 Beratungsablauf in der Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Niere
Die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Niere (Amtsperiode 2023 – 2026) tagte in der Zeit vom 05.06.2023 bis 28.02.2025 und führte 9 Sitzungen in pleno sowie ergänzend 1 Arbeitstreffen durch:
05.06.2023 (Arbeitstreffen)

1. 26.07.2023
2. 05.09.2023
3. 13.11.2023
4. 05.03.2024
5. 08.04.2024
6. 06.05.2024
7. 28.05.2024
8. 22.11.2024
9. 28.02.2025

III.1.3 Beratungsablauf in der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer

Der Richtlinienänderungsvorschlag einschließlich Begründung wurde in der Sitzung der Ständigen Kommission Organtransplantation vom 01.10.2025 in 1. Lesung und in der Sitzung vom 26.11.2025 in 2. Lesung beraten.

III.1.4 Beratungsablauf im Vorstand der Bundesärztekammer

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in seiner Sitzung vom 12.12.2025 mit der vorbezeichneten Richtlinie befasst und den Richtlinienentwurf und seine Begründung verabschiedet.

III.2 Beteiligung von Experten an den Beratungen

Am 26.07.2023 konstituierte sich die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Niere (Amtsperiode 2023 – 2026) der StÄKO unter Herrn Prof. Dr. med. Georg Lurje und Herrn PD Dr. med. Fabian Halleck als Federführende. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden ad personam berufen.

In der Arbeitsgruppe waren folgende Mitglieder vertreten:

- PD Dr. med. Fabian Halleck, Geschäftsführender Oberarzt Transplantation, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Nephrologie und Internistische Intensivmedizin, Charité, Berlin

- Prof. Dr. med. Georg Lurje, Ärztlicher Direktor, Chefarzt der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Krankenhaus der Augustinerinnen – Severinsklösterchen, Köln
- Prof. Dr. med. Michael Fischereder, Leiter Nephrologische Abteilung, Transplantationszentrum München, Klinikum der Universität München
- Prof. Dr. med. Christian Hugo, Leiter Bereich Nephrologie der Medizinischen Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
- Prof. Dr. med. Bernhard Krämer, ehem. Direktor der V. Medizinischen Klinik, Universitätsmedizin Mannheim
- Dr.-Ing. Nils Lachmann, Institut für Transfusionsmedizin, Gewebetypisierungslabor, Charité, Berlin
- Prof. Dr. med. Mario Schiffer, Direktor der Medizinischen Klinik 4, Universitätsklinikum Erlangen

Als Gast hat an den Beratungen teilgenommen:

- Prof. Dr. med. Lars Pape, Direktor der Kinderklinik II, Universitätsmedizin Essen

**III.3 Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen
Stellungnahmeverfahren**

Im Zuge der Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen Stellungnahmeverfahren wurde der Richtlinienentwurf einschließlich des Begründungstextes am 02.10.2025 im Internetauftritt der Bundesärztekammer mit der Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme bis zum 31.10.2025 veröffentlicht. Im Deutschen Ärzteblatt vom 03.10.2025 (Jahrgang 122, Heft 20) wurde die Veröffentlichung bekannt gegeben und auf die Möglichkeit der Abgabe von Stellungnahmen bis zum 31.10.2025 hingewiesen. Des Weiteren wurde die Fachöffentlichkeit (Akademie für Ethik in der Medizin, Bundesverband der Organtransplantierten, Deutsche Transplantationsgesellschaft, Vereinigung der deutschen Medizinrechtslehrer) mit Schreiben vom 02.10.2025 über diese Möglichkeit informiert.

Im Rahmen des Fachanhörungsverfahrens sind keine Rückmeldungen eingegangen.

IV Fazit

Mit der Neuregelung der interdisziplinären Transplantationskonferenz wird organübergreifend eine weitgehende Vereinheitlichung der Zusammensetzung und des Verfahrens geschaffen.