



1
2
3
4
5 **Beschlussempfehlung für einen**
6 **Vorschlag der**
7 **Ständigen Kommission Organtransplantation**
8 **für eine Änderung der**
9 **Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG zur**
10 **ärztlichen Beurteilung nach § 9a Abs. 2 Nr. 1**
11 **TPG (RL BÄK Spendererkennung)**

12
13
14
15 Stand: 26.06.2024

16
17
18 **Hinweis:**

Die gegenüber der geltenden Fassung vorgenommenen Änderungen sind im Korrekturmodus ausgewiesen.

19	A. RICHTLINIENTEXT	4
20	I Einleitung.....	4
21	I.1 Auftrag	4
22	I.2 Anwendungsbereich.....	4
23	I.2.1 Ziel.....	4
24	I.2.2 Verfahrensgrundsätze und Rahmenbedingungen	5
25	II Erkennen eines potenziellen Spenders	5
26	II.1 Voraussetzung des Erkennens eines potenziellen Spenders	5
27	II.2 Verlaufsbeobachtung – klinische Symptome.....	5
28	II.3 Therapieoptionen bei wahrscheinlichem Todeseintritt	6
29	III Therapiezielfindung bei potenziellen Organspendern.....	7
30	III.1 Therapie-, Therapieziel- und Prognosegespräche.....	7
31	IV Feststellung des Todes und Mitteilung an die Koordinierungsstelle	8
32	V Entscheidung über Organspende.....	9
33	VI Intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen ...	10
34	VII Verpflichtungen des Entnahmekrankenhauses	11
35	VIII INKRAFTTRETEN	12
36	B. ANLAGEN	13
37	Anlage 1 Möglicherweise zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall führende akute schwere	
38	Erkrankungen oder Schäden des Gehirns.....	13
39	Anlage 2 Glossar zur allgemeinen Lesbarkeit.....	15
40	C. BEGRÜNDUNG GEMÄSS § 16 ABS. 2 S. 2 TPG.....	17
41	I Rechtsgrundlagen.....	17
42	II Eckpunkte der Entscheidung zur Richtlinienfortschreibung	17
43	II.1 Zusammenfassung und Zielsetzung	17
44	II.1.1 Verfahren zur Feststellung des Novellierungsbedarfs.....	17
45	II.1.2 Ziel der Richtlinienüberarbeitung.....	17
46	II.2 Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse	18

47	II.2.1	Zu den einzelnen Überschriften	18
48	II.2.1.1	Zu Abschnitt II – Erkennen eines potenziellen Spenders.....	18
49	II.2.1.2	Zu Abschnitt III – Therapiezielfindung bei potenziellen Organspendern	18
50	II.2.1.3	Zu Abschnitt V – Entscheidung über Organspende	19
51	II.3	Literatur.....	20
52	III	Verfahrensablauf.....	20
53	III.1	Beratungsablauf in den Gremien.....	20
54	III.1.1	Verfahren.....	20
55	III.1.2	Beratungsablauf in der Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Spendererkennung.	20
56	III.1.3	Beratungsablauf in der Ständigen Kommission Organtransplantation der	
57		Bundesärztekammer.....	21
58	III.1.4	Beratungsablauf im Vorstand der Bundesärztekammer.....	21
59	III.2	Beteiligung von Experten an den Beratungen.....	21
60	III.3	Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen Stellungnahmeverfahren.....	21
61	IV	Fazit.....	22
62			

63 **A. RICHTLINIENTEXT**

64 **I Einleitung**

65 **I.1 Auftrag**

66 Gegenstand dieser Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 des „Gesetzes über die Spende,
67 Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG)“ ist die Erkennung
68 von Patienten¹, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender in Betracht kommen
69 (potenzielle Organspender², § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG). In die ärztliche Beurteilung fließen die
70 medizinischen Kriterien sowie der Wille des Patienten zur Organspende ein.

71 **I.2 Anwendungsbereich**

72 Diese Richtlinie regelt die Spendererkennung in den Entnahmekrankenhäusern gemäß § 9a
73 TPG. Sie richtet sich an die Ärzte in den Entnahmekrankenhäusern sowie die
74 Transplantationsbeauftragten gemäß § 9b TPG.

75 **I.2.1 Ziel**

76 Die Richtlinie trifft Festlegungen mit Auswirkungen auf

- 77 a. die ärztliche Beurteilung potenzieller Organspender
- 78 b. die erforderlichen organerhaltenden Maßnahmen
- 79 c. die in diesem Zusammenhang notwendigen Abläufe bis zur Feststellung des
80 irreversiblen Hirnfunktionsausfalls³
- 81 d. die Einbeziehung der Koordinierungsstelle
- 82 e. die Einbeziehung des Patientenvertreters und der Angehörigen

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

² Kommt ein potenzieller Organspender zugleich als Gewebespender in Betracht, so soll die Gewebespende, auch wenn im Folgenden nicht mehr explizit erwähnt, zusammen Beachtung finden. Die mögliche Entnahme und Übertragung eines Organs hat allerdings Vorrang vor der Entnahme von Geweben; sie darf nicht durch eine Gewebeentnahme beeinträchtigt werden (§ 9 Abs. 3 TPG).

³ Gemeint ist hier wie im Folgenden die Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG. Richtlinie der Bundesärztekammer [online]. Verfügbar unter: doi:10.3238/arztebl.2015.rl_hirnfunktionsausfall_01.

83 Rechtssicherheit, Vertrauen und Transparenz sind in dieser sensiblen Situation für alle
84 Beteiligten, insbesondere die Angehörigen und das Behandlungsteam, von größter
85 Bedeutung. Im Mittelpunkt steht die Umsetzung des Patientenwillens. Damit soll
86 gewährleistet werden, dass einem Organspendewunsch entsprochen werden kann.

87 **I.2.2 Verfahrensgrundsätze und Rahmenbedingungen**

88 Wenn der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar bevorsteht oder als bereits
89 eingetreten vermutet wird, müssen das Therapieziel und damit die Indikation zu einer
90 intensivmedizinischen Therapie im Einklang mit dem Patientenwillen überprüft werden.
91 Dabei muss auch der Wille zur Organspende beachtet werden. Zur Erkennung von
92 potenziellen Organspendern und Umsetzung des Patientenwillens müssen alle Ärzte für die
93 Möglichkeit einer Organspende sensibilisiert sein. Ein Organspendewunsch des Patienten
94 muss frühzeitig erkundet werden, spätestens vor Einleitung therapiebegrenzender
95 Maßnahmen. Solange eine Organspende nicht ausgeschlossen ist, müssen
96 intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen erfolgen. Im
97 Falle eines Organspendewunsches sind diese darüber hinaus bis zur Organentnahme
98 fortzuführen, da ansonsten eine Organspende unmöglich wird.

99 **II Erkennen eines potenziellen Spenders**

100 **II.1 Voraussetzung des Erkennens eines potenziellen Spenders**

101 ~~Beatmete~~Beatmungspflichtige Patienten mit akuter primärer oder sekundärer
102 Hirnschädigung, bei denen der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar bevorsteht oder
103 als bereits eingetreten vermutet wird, können – wenn sie eine Organspende nicht
104 ausgeschlossen haben – grundsätzlich unabhängig vom Lebensalter als Organspender in
105 Betracht kommen. Ob und welche Organe eines potenziellen Spenders sich tatsächlich zur
106 Transplantation eignen, ist im Zweifelsfall durch das Entnahmekrankenhaus unter
107 Hinzuziehung des Transplantationsbeauftragten und gemeinsam mit der
108 Koordinierungsstelle zu klären.

109 **II.2 Verlaufsbeobachtung – klinische Symptome**

110 Ärztliches wie pflegerisches Personal sowie Transplantationsbeauftragte sollen bei
111 beatmungspflichtigen ~~beatmeten~~–Patienten mit akuter primärer oder sekundärer
112 Hirnschädigung auf klinische Zeichen achten, die auf einen irreversiblen Hirnfunktionsausfall
113 hindeuten können.

114 Die Verlaufsbeobachtung/-untersuchung und -dokumentation der Hirnfunktion gehören zur
115 ärztlichen und pflegerischen Routine in der Behandlung von beatmungspflichtigen
116 Patienten mit akuter Hirnschädigung.

117 Befunde, die für die Entwicklung oder den Eintritt eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls
118 sprechen können, sind u. a.:

- 119 a. die nicht pharmakologisch verursachte Erweiterung und Lichtstarre der
120 Pupillen
- 121 b. das nicht pharmakologisch verursachte Erlöschen der Hirnstammreflexe
- 122 c. die fehlende Reaktion beim endotrachealen Absaugen
- 123 d. das nicht durch Relaxierung verursachte Erlöschen einer Spastik oder das
124 Auftreten einer Muskelhypotonie
- 125 e. ein Ausfall der Temperaturregulation mit Hypothermie
- 126 f. eine Polyurie in Folge eines zentralen Diabetes insipidus
- 127 g. ein plötzlicher, deutlicher Blutdruckanstieg bei gleichzeitiger Bradykardie
128 (Cushing-Reflex)
- 129 h. ein therapieresistenter Hirndruckanstieg
- 130 i. Ausfall der Spontanatmung

131 Weitere Hinweise können sich aus der bildgebenden Diagnostik und deren Verlauf sowie
132 weiteren diagnostischen Methoden (somatosensibel evozierte Potentiale,
133 Elektroenzephalografie, Dopplersonographie u. a.) ergeben.

134 Zur ärztlichen Beurteilung potenzieller Organspender ist der Transplantationsbeauftragte
135 hinzuzuziehen (§ 9b Abs. 1 S. 6 Nr. 1 TPG). Kommen Patienten als Organspender in Betracht,
136 kann die Koordinierungsstelle auch bereits vor Feststellung des irreversiblen
137 Hirnfunktionsausfalls informiert werden.

138 **II.3 Therapieoptionen bei wahrscheinlichem Todeseintritt**

139 Alle Therapieentscheidungen erfolgen zum Wohle des Patienten und respektieren seinen
140 Willen. Jede intensivmedizinische Therapie hat hierbei zum Ziel, die Organsysteme in ihren
141 komplexen Wechselwirkungen zu stabilisieren und den dauerhaften Ausfall einzelner
142 Organsysteme zu verhindern.

143 In Behandlungssituationen, in denen der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar
144 bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, stellt sich die Frage nach der
145 Indikation einer intensivmedizinischen Therapie. Unter Aufrechterhaltung der Funktion der
146 Organe muss bei potenziellen Organspendern das Therapieziel neu bewertet werden.

147 Unter Berücksichtigung des Patientenwillens bestehen in dieser Situation folgende
148 Therapieoptionen:

- 149 – Fortführung der intensivmedizinischen Therapie zur Aufrechterhaltung der
150 Organfunktionen bis zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls und
151 weiterer Klärung der Option einer Organspende
- 152 – Therapiebegrenzung mit Symptomlinderung und Sterbebegleitung im Sinne der
153 Palliativmedizin

154 **III Therapiezielfindung bei potenziellen Organspendern**

155 Der Wille zur Organspende hat einen wesentlichen Einfluss auf weitere Entscheidungen und
156 Zielsetzungen bei potenziellen Organspendern. Deshalb muss vor der Entscheidung zur
157 Therapiebegrenzung der Wille zur Organspende erkundet werden. Ärztliches Personal in der
158 Intensivmedizin sowie Transplantationsbeauftragte sollten spätestens bei unmittelbar
159 bevorstehendem oder vermutetem irreversiblen Hirnfunktionsausfall bereits erste
160 orientierende Gespräche („Therapie-, Therapieziel- und Prognosegespräche“) mit den
161 Patientenvertretern hinsichtlich einer Therapiezielfindung suchen. Bereits bei unmittelbar
162 bevorstehendem oder vermutetem irreversiblen Hirnfunktionsausfall sollte zudem durch
163 den auskunftsberechtigten Arzt oder Transplantationsbeauftragten eine Anfrage an das
164 Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende (OGR) gestellt werden.

165 **III.1 Therapie-, Therapieziel- und Prognosegespräche**

166 Um dem Patientenwillen entsprechen zu können, muss bei potenziellen Organspendern das
167 Therapieziel mit den Patientenvertretern besprochen und das weitere Vorgehen festgelegt
168 werden. Das Vorgehen muss dem erklärten (dokumentierten, z. B. OGR-Eintrag,
169 Organspendeausweis, Patientenverfügung, oder mündlich geäußerten) oder mutmaßlichen
170 Patientenwillen entsprechen. Sind Patientenvertreter und nächste Angehörige
171 unterschiedliche Personen und müssen prä mortal Vorentscheidungen zur Organspende
172 getroffen werden, obliegt es dem Patientenvertreter, dem Gesamtwillen des Patienten
173 Ausdruck und Geltung zu verschaffen und hierzu eine harmonisierende Interpretation aller
174 Willensäußerungen herbeizuführen. Eine klinische Ethikberatung kann hierbei hilfreich sein.
175 Im Zweifel ist das Betreuungsgericht anzurufen (§ 1829 BGB).

176 In den in einem angemessenen Rahmen stattfindenden Gesprächen muss zunächst
177 thematisiert werden, dass der Tod als Folge der schweren Hirnschädigung nach ärztlicher

178 Beurteilung höchstwahrscheinlich ist (infauste Prognose). Weiterhin sollte u. a. auf folgende
179 Punkte hingewiesen werden:

- 180 – die Notwendigkeit der Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls
- 181 – die zur Realisierung einer Organspende erforderlichen intensivmedizinischen
- 182 Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen
- 183 – den zeitlichen Rahmen
- 184 – und die mit den oben genannten Maßnahmen ggf. verbundenen Risiken (z. B.
- 185 apallisches Syndrom), insbesondere wenn der irreversible Hirnfunktionsausfall
- 186 nicht eintritt

187 Ebenso können Festlegungen für das Vorgehen z. B. bei Auftreten eines akuten Herz-/
188 Kreislaufversagens erörtert werden (siehe auch Abschnitt VI: Intensivmedizinische
189 Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen).

190 Teilnehmer, Inhalt und Ergebnis dieser Gespräche sind zu dokumentieren.

191 Es erfordert ein hohes Maß an ärztlicher Erfahrung, fachlicher Expertise, kommunikativen
192 Fähigkeiten, Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme, den geeigneten Zeitpunkt und
193 Inhalt für diese Gespräche vor und nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls
194 zu finden. Förderlich für das Vertrauensverhältnis ist es, wenn diese Gespräche möglichst
195 durch einen der behandelnden Ärzte oder den Transplantationsbeauftragten geführt werden.
196 Die Koordinierungsstelle kann unterstützend hinzugezogen werden.

197 ***IV Feststellung des Todes und Mitteilung an die Koordinierungsstelle***

198 Die Frage nach dem eingetretenen irreversiblen Hirnfunktionsausfall stellt sich, wenn die
199 während der intensivmedizinischen Behandlung regelmäßig überprüften Hirnfunktionen
200 erloschen sind, während die maschinelle Beatmung oder die extrakorporale Oxygenierung
201 den Gasaustausch sowie die Herz- und Kreislauffunktion noch aufrechterhalten⁴. In der
202 Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG stellt die Bundesärztekammer den Stand der
203 Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für die Regeln zur Feststellung des Todes nach
204 § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht
205 behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms

⁴ Vgl. Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr.2 TPG, Vierte Fortschreibung.

206 nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG einschließlich der dazu jeweils erforderlichen ärztlichen
207 Qualifikation fest. Mit der Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der
208 Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (irreversibler
209 Hirnfunktionsausfall) ist nach der Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG
210 naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt.

211 Kommt ein Patient, von dem kein Widerspruch bekannt ist, nach ärztlicher Beurteilung als
212 Organspender in Betracht und wurde der irreversible Hirnfunktionsausfall festgestellt, muss
213 die Mitteilung an die Koordinierungsstelle unverzüglich erfolgen.

214 ***v Entscheidung über Organspende***

215 Im Idealfall hat sich ein Patient zu Lebzeiten zur postmortalen Organspende und den dazu
216 notwendigen organerhaltenden Maßnahmen in einer Patientenverfügung oder einer anderen
217 vorsorglichen Willensbekundung (z. B. OGR-Eintrag, Organspendeausweis) sowie dem
218 Verhältnis von Organspende zu palliativmedizinischen Maßnahmen schriftlich eindeutig und
219 aufeinander abgestimmt geäußert. Nach Feststellung des Todes hat die Abfrage des OGR
220 regelmäßig zu erfolgen. Neben dieser schriftlichen Entscheidung kann der Wille aber auch
221 mündlich mitgeteilt worden sein. Ist dies nicht der Fall, ist der mutmaßliche Wille des
222 Patienten anhand von konkreten Anhaltspunkten, zu Lebzeiten geäußerten Überzeugungen
223 oder individuellen Wertvorstellungen zu erkunden. Liegen mehrere sich widersprechende
224 Willensbekundungen vor, gilt die zuletzt erklärte. Ist auch durch die Befragung der
225 Angehörigen nicht festzustellen, welche Erklärung zuletzt abgegeben worden ist, gilt
226 diejenige Erklärung mit der geringsten Eingriffstiefe.

227 Liegt eine Zustimmung zur Organspende vor, hat der Arzt den nächsten Angehörigen gemäß
228 § 3 Abs. 3 S. 1 TPG über die beabsichtigte Organentnahme zu unterrichten. Weist der
229 Angehörige oder eine diesem gleichgestellte Person auf eine Aktualisierung oder einen
230 Widerruf der vorliegenden Verfügung hin, so ist dies zu berücksichtigen. Dem nächsten
231 Angehörigen gleichgestellt ist eine volljährige Person, die dem Verstorbenen in besonderer
232 persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat, z. B. Verlobte/r oder Lebens-
233 gefährte/-in; sie tritt neben den nächsten Angehörigen (§ 4 Abs. 2 S. 5 TPG). Wurde die
234 Entscheidung über eine Organspende gemäß § 2 Abs. 2 TPG vom Verstorbenen zu Lebzeiten
235 auf eine namentlich benannte, dritte Person übertragen, so tritt diese an die Stelle des
236 nächsten Angehörigen.

237 Die Rangfolge der nächsten Angehörigen ist in § 1a Nr. 5 TPG festgelegt:

- 238 a. Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner
- 239 b. volljährige Kinder
- 240 c. Eltern, Vormund, Pfleger
- 241 d. volljährige Geschwister
- 242 e. Großeltern

243 Liegt keine Entscheidung über eine Organspende vor, genügt es bei mehreren gleichrangigen
244 nächsten Angehörigen, wenn einer von ihnen beteiligt wird und eine Entscheidung trifft. Der
245 Widerspruch einer gleichrangigen Person verhindert allerdings die Organspende. Ist ein
246 vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die
247 Beteiligung und Entscheidung des zuerst erreichbaren nächsten Angehörigen. Der
248 Angehörige bzw. die gleichgestellte Person muss in den vergangenen zwei Jahren
249 persönlichen Kontakt zum Verstorbenen gehabt haben. Der Arzt hat dies durch Befragung der
250 nächsten Angehörigen bzw. der gleichgestellten Person festzustellen.

251 Die entscheidungsbefugte Person hat bei ihrer Entscheidung den mutmaßlichen Willen des
252 Verstorbenen zu beachten. Ist der mutmaßliche Wille nicht ermittelbar, erfolgt eine
253 Entscheidung nach den Wertvorstellungen der entscheidungsbefugten Person.

254 Die Entnahme ist nicht zulässig, wenn keine Zustimmung vorliegt. Letzteres gilt auch, wenn
255 im Falle eines nicht dokumentierten Patientenwillens niemand zur Vertretung des Patienten
256 befugt ist oder die befugten Personen nicht in angemessener Zeit kontaktierbar sind.

257 ***VI Intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der*** 258 ***Organfunktionen***

259 Das TPG legt weder den Behandlungsbedarf noch den Zeitrahmen für intensivmedizinische
260 Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen bei potenziellen Organspendern
261 fest.

262 Bei nach ärztlicher Beurteilung unmittelbar bevorstehendem oder vermutetem irreversiblen
263 Hirnfunktionsausfall ist die Aufrechterhaltung der Organfunktionen bis zur Feststellung des
264 bekundeten oder mutmaßlichen Willens notwendig, um eine gewollte Organspende
265 ermöglichen zu können.

266 Für die Einschätzung des notwendigen Behandlungsbedarfs sind die folgenden Aspekte von
267 Relevanz:

- 268 – Irreversibler Hirnfunktionsausfall
- 269 – Organspendewunsch
- 270 – Wille zur Therapiebegrenzung
- 271 – Eingriffsintensität der erweiterten Behandlungsmaßnahmen
- 272 – Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen Organprotektion

273 Solange der irreversible Hirnfunktionsausfall noch nicht festgestellt ist, sollte mit dem
274 Patientenvertreter geklärt werden, ob Maßnahmen zur Wiederherstellung der Herz-
275 Kreislauffunktion dem Patientenwillen entsprechen. Dabei muss zwischen einem
276 Organspendewunsch und einem Willen zur Therapiebegrenzung abgewogen werden.

277 Auch nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls müssen intensivmedizinische
278 Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen erfolgen. Maßgeblicher
279 Ansprechpartner ist hier der nächste Angehörige. Intensivmedizinische Maßnahmen sind bis
280 zur endgültigen Entscheidung über eine Organspende bzw. bis zur Realisierung der
281 Organspende fortzuführen. Der medizinisch notwendige Behandlungsbedarf schließt hierbei
282 erweiterte Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktion (z. B. Maßnahmen zur
283 Wiederherstellung der Herz-Kreislauffunktion, Organersatzverfahren) nicht aus.

284 Bei Spendern mit Zustimmung zur Organspende und festgestelltem irreversiblen
285 Hirnfunktionsausfall sind Maßnahmen zur Wiederherstellung der Herz-Kreislauffunktion
286 (z. B. Herzdruckmassage) zulässig, um dem Patientenwillen zur postmortalen Organspende
287 zu entsprechen.

288 ***vii Verpflichtungen des Entnahmekrankenhauses***

289 Um dem Patientenwillen zur Organspende zu entsprechen, muss die Durchführung der
290 Organentnahme mit hoher Dringlichkeit erfolgen. Die Terminierung der Entnahme ist
291 zwischen Koordinierungsstelle, Entnahmekrankenhaus sowie Entnahmeteams
292 abzustimmen. Sind die organisatorischen Voraussetzungen für die Entnahme geschaffen
293 (Anwesenheit der Entnahmeteams), ist die Entnahme vordringlich und darf nicht durch
294 elektive Operationen verzögert werden.

295 Spezielle Dokumentationspflichten ergeben sich aus den Regelungen des § 9a Abs. 2 Nr. 7
296 TPG. Die Entnahmekrankenhäuser müssen sicherstellen, dass alle Todesfälle mit primärer
297 oder sekundärer Hirnschädigung sowie die Gründe für eine nicht erfolgte Feststellung oder
298 für eine nicht erfolgte Meldung oder andere der Organentnahme entgegenstehende Gründe

299 erfasst und die Daten der Koordinierungsstelle mindestens einmal jährlich anonymisiert
300 übermittelt werden.

301 Allgemeine Dokumentationspflichten der Behandlung ergeben sich als Nebenpflicht aus dem
302 Behandlungsvertrag und bestehen entsprechend § 630f BGB und § 10 der (Muster-)
303 Berufsordnung der Bundesärztekammer für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
304 bzw. der jeweiligen Landesverordnung. Im Speziellen sind bei der Entnahme mit Zustimmung
305 anderer Personen Ablauf, Inhalt und Ergebnis des Gesprächs zur Klärung der Organspende
306 sowie beteiligte Personen nach § 4 Abs. 4 S. 1 TPG vom gesprächsführenden Arzt zu
307 dokumentieren. Die Aufzeichnungen (u. a. die Dokumentation der Gespräche zum
308 Organspendewunsch, die Protokolle der Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls,
309 die Todesbescheinigung sowie alle im Krankenhaus erhobenen Befunde), welche für die
310 Beurteilung der Spendereignung nach § 10a Abs. 1 S. 2 TPG relevant sind, müssen mindestens
311 30 Jahre aufbewahrt werden (§ 15 TPG).

312 **VIII INKRAFTTRETEN**

313 Die Richtlinienänderung tritt nach Bekanntgabe im Deutschen Ärzteblatt und
314 Veröffentlichung auf der Internetseite der Bundesärztekammer am XX.XX.XXXX in Kraft.

315 **B. ANLAGEN**

316 ***Anlage 1***

317 ***Möglicherweise zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall führende akute*** 318 ***schwere Erkrankungen oder Schäden des Gehirns***

319 Zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall können u. a. folgende [im ICD-10-GM 2019
320 genannten] Erkrankungen und Schäden führen. Sie bedürfen bei der Beurteilung, ob der
321 Verstorbene aus ärztlicher Sicht als Organspender in Betracht kommt, teilweise der
322 Einzelfallentscheidung durch erfahrene Spezialisten.

- 323 a. Primäre intrakranielle Tumoren (ICD-Nrn. C70.0, C70.9, C71.-, D32.0, D32.9,
324 D33.0- D33.3),
- 325 b. Verschluss der Liquor-ableitenden-Wege, Hydrocephalus (ICD-Nrn. G91.1,
326 G91.3, G91.8, G91.9, G94.0, G94.1*, Q03.0, Q03.1, Q03.9),
- 327 c. ischämisch-hypoxische Hirnschäden (ICD-Nr. G93.1) unabhängig von ihrer
328 Ätiologie und Pathogenese, damit auch infolge von Epilepsie (ICD-Nrn. G41.0,
329 G41.8, G41.9), Intoxikationen (ICD-Nrn. T40.-, T41.-, T42.3, T42.4, T42.7, T48.1,
330 T51.0, T51.1, T51.9; T58, T59.7), Status asthmaticus (ICD-Nr. J46), von
331 Komplikationen bei Schwangerschaften (ICD-Nrn. O29.1, O29.2, O74.2, O74.3,
332 O87.3, O89.1, O89.2) oder infolge von chirurgischen Eingriffen und
333 medizinischer Behandlung (ICD-Nrn. T88.8, T88.9) sowie infolge
334 Strangulation (ICD-Nr. T71), Ertrinkens (ICD-Nr. T75.1), Stromtod (ICD-Nr.
335 T75.4), Aspiration (ICD-Nr. P24.-, J69.0, X59.9!, T17.2-T17.9), oder eines
336 Herzstillstands mit primär erfolgreicher Wiederbelebung (ICD-Nr. I46.0),
- 337 d. intrakranielle Blutungen, spontan oder als Komplikationen anderer
338 Erkrankungen oder von Therapiemaßnahmen (ICD-Nrn. I60.0-I60.9, I61.0-
339 I61.9, I62.00, I62.01, I62.1, I62.9),
- 340 e. Hirninfarkte (ICD-Nrn. I63-I64, I67),
- 341 f. Hirnödeme (ICD-Nr. G93.6),
- 342 g. Sinus- und Hirnvenenthrombosen (ICD-Nrn. G08, O22.5),
- 343 h. perinatale Hirnschäden (ICD-Nrn. P10.-, P11.0-P11.2, P52.-),
- 344 i. Hirnfehlbildungen (ICD-Nrn. Q01.-, Q02, Q03.-, Q04.-),

- 345 j. Schädel-Hirn-Verletzungen (ICD-Nr. G93.5; S06.1, S06.2-, S06.3-, S06.4, S06.5,
346 S06.6, S06.8, S06.9, S07.-, S08.8, S08.9, S09.7, S15.0-, S15.1, S15.2, S15.3, S15.7,
347 S18),
348 k. infektiöse Erkrankungen des Zentralnervensystems (ICD-Nrn. G00.-, G01*,
349 G02.-*, G03.-, G03.-, G05.-*, G06.0, G07*, G94.0*).

350 Medizinische absolute wie relative Kontraindikationen können eine Organspende und
351 -transplantation verhindern. Folgende [im ICD-10-GM 2019 genannten] Infektionen oder
352 bösartige Neubildungen sind beispielhaft zu beachten. Sie bedürfen bei der Beurteilung, ob
353 der Verstorbene aus ärztlicher Sicht als Organspender in Betracht kommt, teilweise der
354 Einzelfallentscheidung durch erfahrene Spezialisten.

- 355 a. Infektionen: ICD-Nrn. A15–A19, A31.-, A81-A82, B15-B17, B19, B20-24, R57.2,
356 A39.1, A40-A41, B25.1, B58.1, B90.-, J65, K23.0*, K93.0*, M49.0-*, M90.0-*,
357 O89.0, O89.4, O89.7, P35.1-P35.3, P35.9, P36.-, P37.0, P37.4, P37.4, R75, U60-
358 U61.-!, U80-U85!, Z03.0, Z11 , Z20.1, Z20.3, Z20.5, Z20.6, Z21, Z22.5, Z23.2,
359 Z24.3-Z24.5, Z25.0, Z25.8, Z27.4,
360 b. bösartige Neubildungen: ICD-Nrn. C00-C97!, Z03.1, Z08.-, Z12.-, Z13.0.

361

362 Gemäß den deutschen Kodierrichtlinien bezeichnen hierbei Sternschlüsselnummern („*“) und
363 Ausrufezeichenschlüsselnummern („!“) sekundäre (optionale) Schlüsselnummern,
364 welche nur zusätzlich in Kombination mit den jeweils angegebenen primären Codes
365 Anwendung finden können.

366

367 **Anlage 2**

368 **Glossar zur allgemeinen Lesbarkeit**

Begriff	Erläuterung
Analgosedierung	medikamentöse Schmerzausschaltung und Beruhigung
Ätiologie	Lehre von den Ursachen von Erkrankungen
Bradykardie	langsamer Herzschlag
Cushing-Reflex	vom Anstieg des Hirndrucks abhängiger Blutdruck-Anstieg
endotracheal	innerhalb der Luftröhre
Epilepsie	„Krampfleiden“, ausgelöst durch pathologische Erregungsbildung und fehlende Erregungsbegrenzung in den Nervenzellverbänden des Gehirns
Hirnödem	Schwellung des Gehirns
Hydrocephalus	krankhafte Erweiterungen der mit Liquor gefüllten Flüssigkeitsräume des Gehirns
Hypothermie	Unterkühlung
intrakraniell	innerhalb des Schädels
Irreversibler Hirnfunktionsausfall	der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms („Hirntod“)
ischämisch-hypoxische Hirnschäden	Hirnschädigungen in Folge Durchblutungs- und Sauerstoffmangels
Klinische Ethikberatung	Beratung durch Mitglieder eines krankenhausinternen Ethik-Gremiums
Liquor	Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit
Muskelhypotonie	niedrige Muskelspannung
Patientenvertreter	Gerichtlich bestellter Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter für die Gesundheitsfürsorge
Pathogenese	Entstehung und Entwicklung von Erkrankungen
Polyurie	übermäßige Urinausscheidung
postmortal	nach dem Tod
prä mortal	vor dem Tod
Reanimation	Herz-Lungen-Wiederbelebung

Relaxierung	Muskelentspannung durch Medikamente
Sinus- und Hirnvenenthrombosen	Auftreten von Blutgerinnseln in venösen Blutgefäßen des Gehirns
somatosensibel evozierte Potentiale	Nervenantworten auf Reize im Bereich der Berührungs- und Schmerzempfindung
Spastik	erhöhte Eigenspannung der Muskulatur
Status asthmaticus	anhaltender schwerer Asthma-Anfall
subsidiär	untergeordnet
zentraler Diabetes insipidus	durch Mangel an Antidiuretischem Hormon verursachte übermäßige Urinproduktion

ENTWURF

370 **C. BEGRÜNDUNG GEMÄSS § 16 ABS. 2 S. 2 TPG**

371 ***I Rechtsgrundlagen***

372 Die Bundesärztekammer stellt gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 1 bis 7 Transplantationsgesetz
373 (TPG) den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft fest und legt gemäß § 16
374 Abs. 2 S. 1 TPG das Verfahren für die Erarbeitung der Richtlinien und für die Beschlussfassung
375 fest. Die vorliegende Richtlinie beruht auf der Vorschrift des § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG i. V. m
376 § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG.

377 ***II Eckpunkte der Entscheidung zur Richtlinienfortschreibung***

378 **II.1 Zusammenfassung und Zielsetzung**

379 Das Selbstbestimmungsrecht eines Patienten ist ein hohes und verpflichtendes Gut. Daher
380 muss grundsätzlich in jede medizinische Maßnahme durch den Patienten bzw. durch seinen
381 Patientenvertreter eingewilligt werden. In ausweglos erscheinenden Situationen bei
382 beatmungspflichtigen Patienten mit schwerer Hirnschädigung stellt sich die Frage, ob eine
383 weitere Behandlung fortzuführen oder aus medizinischen, ethischen und rechtlichen
384 Gründen zu beenden ist. Im besonderen Fall eines unmittelbar bevorstehenden oder
385 vermuteten irreversiblen Hirnfunktionsausfalls muss in der Diskussion zu
386 Therapieentscheidungen und Therapiezielen auch ein möglicher Organspendewille
387 berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund einer
388 Therapiezieländerung mit der Einleitung einer palliativen Behandlung, vor der ein
389 Organspendewille eruiert werden muss. Ziel dieser Richtlinie ist die Feststellung des
390 aktuellen Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur ärztlichen
391 Beurteilung von potenziellen Organspendern sowie die Beschreibung guter medizinischer
392 Behandlungsstandards von der Spendererkennung bis zur Spendermeldung im Rahmen einer
393 Organspende unter Beachtung von rechtlichen, medizinischen und insbesondere ethischen
394 Aspekten.

395 **II.1.1 Verfahren zur Feststellung des Novellierungsbedarfs**

396 **II.1.2 Ziel der Richtlinienüberarbeitung**

397 Die Richtlinie hat zum Ziel, den in den Entnahmekrankenhäusern mit der Erkennung
398 potenzieller Organspender befassten Ärztinnen und Ärzten auf der Basis des aktuellen
399 Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft Verfahrensregeln zu bieten und
400 die im Kontext der Spendererkennung möglichen Therapieziele differenziert darzustellen.

401 Die Richtlinie wurde an wenigen Stellen überarbeitet, an gesetzliche Neuregelungen des TPG
402 angepasst und präzisiert.

403 **II.2 Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse**

404 **II.2.1 Zu den einzelnen Überschriften**

405 **II.2.1.1 Zu Abschnitt II – Erkennen eines potenziellen Spenders**

406 Die Erkennung potenzieller Spender ist ein Schlüsselprozess in der Organspende.

407 Statt „beatmet“ wird nun durchgängig der Begriff „beatmungspflichtig“ genutzt. Dies stellt
408 eine Präzisierung der Pathophysiologie der Atmung des zerebral schwer beeinträchtigten
409 Patienten dar. Dem Willen eines Patienten zur Organspende muss nachgekommen werden
410 können, unabhängig davon, ob bereits ein künstlicher Luftweg etabliert und die Beatmung
411 eingeleitet wurde.

412 **II.2.1.2 Zu Abschnitt III – Therapiezielfindung bei potenziellen Organspendern**

413 Berücksichtigt wurden die Änderungen des TPG zur Abfrage des Organ- und
414 Gewebespenderegisters (OGR).

415 Im Kontext einer Organspende müssen alle Maßnahmen nicht nur der ärztlichen Indikation,
416 sondern auch dem Patientenwillen entsprechen. Wann immer möglich, sollten daher bereits
417 bei nach ärztlicher Erfahrung aller Voraussicht nach unmittelbar bevorstehendem oder
418 vermutetem irreversiblen Hirnfunktionsausfall mögliche Therapieoptionen oder
419 Änderungen des Therapieziels durch geschäftserfahrene Ärzte mit den Patientenvertretern
420 besprochen werden. Im Rahmen dieser Gespräche soll auch darauf hingewiesen werden, dass
421 sich möglicherweise statt eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ein apallisches Syndrom
422 entwickeln könnte. Zum Zeitpunkt dieser Gespräche sollten die eventuell vorliegenden
423 dokumentierten Verfügungen (z. B. OGR-Eintrag oder Organspendeausweis) mit einbezogen
424 werden.

425 Sind Patientenvertreter und nächste Angehörige unterschiedliche Personen, ist der
426 Patientenvertreter bis zur Feststellung des Todes für die Einwilligung in Therapie-
427 entscheidungen verantwortlich. Er ist für seine Entscheidungen an den expliziten Willen des
428 Patienten nach § 1827a Abs. 1 BGB, seinen mutmaßlichen Willen nach § 1827a Abs. 2 BGB
429 bzw. sein Wohl nach § 1827 Abs. 2 S. 1 BGB gebunden. Zur Ermittlung des mutmaßlichen
430 Willens soll der Patientenvertreter gem. § 1827b Abs. 2 BGB den Angehörigen „Gelegenheit
431 zur Äußerung“ geben. Dabei kann es sich um ein Gespräch handeln, dessen Führung und
432 Gestaltung grundsätzlich dem Patientenvertreter obliegt. Er kann dabei den behandelnden
433 Arzt einbeziehen, ist dazu aber nicht verpflichtet.

434 Das Transplantationsgesetz macht keine Vorgaben, wann erstmalig ein Gespräch über einen
435 Organspendewunsch geführt werden kann. Damit ggf. der Wille des Patienten zur
436 Organspende erfüllt werden kann, führt die Bundesärztekammer aus: „Das Gespräch mit den
437 Angehörigen über die Möglichkeit der Organspende sollte bereits stattfinden, wenn der
438 Eintritt des Hirntods wahrscheinlich ist. [...] Die Patientenvertreter sind darüber zu
439 informieren, wenn eine Fortführung der intensiv-medizinischen Maßnahmen nicht mehr
440 primär zum Wohle des Patienten, sondern zur Realisierung einer möglichen Organspende
441 erwogen wird.“ („Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und
442 Organspendeerklärung" [1]). Auch der Deutsche Ethikrat stellt fest, „dass die Gespräche und
443 die Beratung der Personen, die eine Entscheidung über eine Organspende und über die
444 organprotektiven Maßnahmen treffen müssen, bereits vor der Feststellung des Hirntodes
445 begonnen werden dürfen“ (B2, Stellungnahme deutscher Ethikrat zum Hirntod und
446 Entscheidung zur Organspende [2]). Die Gespräche sollen ergebnisoffen und non-direktiv
447 erfolgen [2, 3].

448 **II.2.1.3 Zu Abschnitt V – Entscheidung über Organspende**

449 Zu Lebzeiten setzt jede medizinische Maßnahme in der Regel die Einwilligung des Patienten
450 voraus. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist eine Einwilligung eines Patientenvertreters
451 einzuholen, soweit keine schriftliche Willensbekundung des Patienten die Maßnahme
452 gestattet oder untersagt. Nach dem TPG erfolgt die Zustimmung zur postmortalen
453 Organspende nach § 3 mit Einwilligung des Patienten oder subsidiär nach § 4 durch
454 Angehörige oder gleichgestellte Personen.

455 Vor Eintritt des Todes obliegt es dem Patientenvertreter, dem Gesamtwillen des Patienten
456 Ausdruck und Geltung zu verschaffen und hierzu eine harmonisierende Interpretation aller
457 Willensäußerungen herbeizuführen. Weist der Angehörige oder eine diesem gleichgestellte
458 Person auf eine Aktualisierung oder einen Widerruf einer vorliegenden Verfügung hin, so ist
459 dies zu berücksichtigen. Liegen mehrere, sich widersprechenden Willensbekundungen gilt
460 die zuletzt erklärte. Ist auch durch die Befragung der Angehörigen nicht festzustellen, welche
461 Erklärung zuletzt abgegeben worden ist, gilt diejenige Erklärung mit der geringsten
462 Eingriffstiefe. Dies hat auch Gültigkeit im Hinblick auf einen Eintrag in das OGR. Eine klinische
463 Ethikberatung kann hierbei hilfreich sein. Im Zweifel ist das Betreuungsgericht anzurufen
464 (§ 1829 BGB).

465

466 Nach Feststellung des Todes sieht das Transplantationsgesetz eine regelhafte Abfrage des
467 OGR durch den abfrageberechtigten Arzt oder den Transplantationsbeauftragten vor (§ 4
468 Abs. 1 S. 1 TPG, § 2a Abs. 4 S. 2 Nrn. 1 und 2 TPG).

469 **II.3 Literatur**

- 470 1. BUNDESÄRZTEKAMMER, ZENTRALE ETHIKKOMMISSION BEI DER
471 BUNDESÄRZTEKAMMER. Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und
472 Organspendeerklärung [online]. Deutsches Ärzteblatt, 110, 2013(12), A572-A574.
473 Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=135909> [Zugriff am: 10.
474 November 2017].
- 475 2. DEUTSCHER ETHIKRAT. Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme.
476 Berlin: Dt. Ethikrat, 2015. ISBN 9783941957664. Verfügbar unter:
477 [http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organ spende.pdf)
478 [organ spende.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organ spende.pdf) [Zugriff am: 10. November 2017].
- 479 3. DEUTSCHER BUNDESTAG. Gespräche mit Angehörigen bei postmortalen Organspende.
480 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald
481 Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
482 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 18. April 2012. Drucksache 17/9334. Verfügbar unter:
483 <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/093/1709334.pdf> [Zugriff am: 10. November
484 2017].

485 **III Verfahrensablauf**

486 **III.1 Beratungsablauf in den Gremien**

487 **III.1.1 Verfahren**

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

490 **III.1.2 Beratungsablauf in der Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Spendererkennung**

491 Die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Spendererkennung (AP 2023-2026) tagte in der Zeit vom
492 11.04.2024 bis 24.04.2024 und führte 2 Sitzungen in pleno sowie ergänzend 1 Arbeitstreffen
493 durch:

494 11.04.2024 (Arbeitstreffen)

495 1. 24.04.2024

496 2. 10.06.2024

497 **III.1.3 Beratungsablauf in der Ständigen Kommission Organtransplantation der**
498 **Bundesärztekammer**

499 Der Richtlinienänderungsvorschlag einschließlich Begründung wurde in der Sitzung der
500 Ständigen Kommission Organtransplantation vom 26.06.2024 in 1. Lesung beraten.

501 **III.1.4 Beratungsablauf im Vorstand der Bundesärztekammer**

502 *[Teil III.1.4 des Begründungstextes wird nach Beratung im Vorstand der BÄK vervollständigt]*

503 **III.2 Beteiligung von Experten an den Beratungen**

504 Am 24.04.2024 konstituierte sich die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Spendererkennung
505 (Amtsperiode 2023-2026) der StäKO unter Herrn Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp als
506 Federführenden. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden ad personam berufen.

507 In der Arbeitsgruppe sind folgende Mitglieder vertreten:

- 508 – Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp, Direktor der Klinik für Anästhesiologie,
509 Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin, Universitätsmedizin Greifswald
- 510 – Prof. Dr. med. Eckhard Rickels, Medizinischer Leiter, Medizinisches
511 Versorgungszentrum, Allgemeines Krankenhaus Celle
- 512 – PD Dr. med. Christina Schleicher, Deutsche Stiftung Organtransplantation,
513 Geschäftsführende Ärztin der Region Baden-Württemberg, Stuttgart
- 514 – Prof. Dr. med. Hartmut Schmidt, Direktor der Klinik für Gastroenterologie,
515 Hepatologie und Transplantationsmedizin, Universitätsklinikum Essen
- 516 – Dr. med. Gerald Söffker, Oberarzt der Klinik für Intensivmedizin, Zentrum für
517 Anästhesiologie und Intensivmedizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- 518 – Dr. med. Andreas Totzeck, Oberarzt der Klinik für Neurologie,
519 Universitätsklinikum Essen

520 Als Gäste an den Beratungen haben teilgenommen:

- 521 – Dr. med. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung
522 Organtransplantation, Frankfurt (Main)
- 523 – PD Dr. med. Ana Paula Barreiros, Geschäftsführende Ärztin der DSO-Region Mitte,
524 Deutsche Stiftung Organtransplantation, Mainz

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

527 *Teil III.3 des Begründungstextes wird nach Beteiligung der Fachöffentlichkeit erstellt.*

528 **Fazit**

529 *Teil IV. des Begründungstextes wird nach Beteiligung der Fachöffentlichkeit erstellt.*

ENTWURF