

1

2

3

Beschlussempfehlung

4

für einen Vorschlag der

5

Ständigen Kommission Organtransplantation

6

zur Änderung des Allgemeinen Teils der

7

8

Richtlinien für die Wartelistenföhrung und

9

Organvermittlung gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2

10

und 5 TPG

11

12

1. Lesung

13

14

Stand: 15.09.2021

15

Hinweis:

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

16	A.	RICHTLINIEN-ÄNDERUNGSTEXT	4
17	I	Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation	
18		4	
19	II	Allgemeine Grundsätze für die Vermittlung postmortal gespendeter Organe.....	8
20	II.1	Rechtliche Grundlagen, medizinische Definitionen und Leitgedanken	8
21	II.2	Verfahren der Organvermittlung	9
22	II.3	Verfahren der Organkonservierung und -aufbewahrung	11
23	II.4	Allokation von eingeschränkt vermittelbaren Organen	11
24	II.4.1	Ausgangssituation.....	11
25	II.4.2	Kriterien für die Einschränkung der Vermittlungsfähigkeit	12
26	II.4.3	Besondere Vermittlungsverfahren.....	12
27	II.4.4	Evaluation.....	13
28	II.5	Sanktionen.....	14
29	B.	BEGRÜNDUNG GEMÄSS § 16 ABS. 2 S. 2 TPG	15
30	I	Rechtsgrundlagen	15
31	II	Eckpunkte der Entscheidung zur Richtlinienfortschreibung.....	15
32	II.1	Zielsetzung und Notwendigkeit einer Richtlinienänderung.....	15
33	II.2	Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse.....	16
34	II.2.1	Die Regelungen im Einzelnen	16
35	II.3	- Literatur	18
36	III	Verfahrensablauf.....	19
37	III.1	Beratungsablauf in den Gremien.....	19
38	III.1.1	Verfahren	19
39	III.1.2	Beratungsablauf in der Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Allgemeiner Teil.....	19
40	III.1.3	Beratungsablauf in der Ständigen Kommission Organtransplantation der	
41		Bundesärztekammer	20
42	III.1.4	Beratungsablauf im Vorstand der Bundesärztekammer.....	20
43	III.2	Beteiligung von Experten an den Beratungen.....	20

44	III.3	Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen Stellungnahmeverfahren.....	22
45	IV	Fazit.....	22
46			

ENTWURF

47 **A. RICHTLINIEN-ÄNDERUNGSTEXT**

48 **I Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur** 49 **Organtransplantation**

- 50 1. Für die Aufnahme von Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation wird der
51 Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2
52 des Transplantationsgesetzes (TPG) von der Bundesärztekammer in Richtlinien
53 festgestellt.
- 54 2. Über die Aufnahme in die Warteliste legt § 13 Abs. 3 Satz 1 TPG fest: „Der behandelnde
55 Arzt hat Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe medizinisch
56 angezeigt ist, mit deren schriftlicher Einwilligung unverzüglich an das
57 Transplantationszentrum zu melden, in dem die Organübertragung vorgenommen
58 werden soll.“
59 Vermittlungspflichtige Organe sind nach § 1 a Nr. 2 TPG das Herz, die Lungen, die Leber,
60 die Nieren, die Bauchspeicheldrüse und der Darm postmortalen Spender.
- 61 3. Eine Organtransplantation kann medizinisch indiziert sein, wenn Erkrankungen
62 – nicht rückbildungsfähig fortschreiten oder durch einen genetischen Defekt
63 bedingt sind und das Leben gefährden oder die Lebensqualität hochgradig
64 einschränken und
65 – durch die Transplantation erfolgreich behandelt werden können.
- 66 4. Kontraindikationen einer Organtransplantation können sich anhaltend oder
67 vorübergehend aus allen Befunden, Erkrankungen oder Umständen ergeben, die das
68 Operationsrisiko erheblich erhöhen oder den längerfristigen Erfolg der Transplantation
69 in Frage stellen wie
70 – nicht kurativ behandelte bösartige Erkrankungen, soweit sie nicht der Grund für
71 die Transplantation sind,
72 – klinisch manifeste oder durch Immunsuppression erfahrungsgemäß sich
73 verschlimmernde Infektionserkrankungen,
74 – schwerwiegende Erkrankungen anderer Organe,
75 – vorhersehbare schwerwiegende operativ-technische Probleme.

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

78 Auch unzureichende oder sogar fehlende Adhärenz, d.h. die mangelnde Übereinstimmung

79 des Verhaltens des Patienten mit den vereinbarten Behandlungszielen und -wegen, kann
80 eine Kontraindikation begründen. ComplianceAdhärenz eines potentiellen
81 Organempfängers ~~bedeutet~~erfasst über seine Zustimmung zur Transplantation hinaus
82 seine Bereitschaft und Möglichkeit—~~Fähigkeit~~, an den erforderlichen Vor- und
83 Nachuntersuchungen und -behandlungen mitzuwirken. Die AdhärenzCompliance ist kein
84 unveränderliches Persönlichkeitsmerkmal, sondern kann ~~aus verschiedenen Gründen~~ im
85 Laufe der Zeit schwanken, wofür es unterschiedliche krankheitsbezogene,
86 therapiebezogene, gesundheitssystembedingte, sozioökonomische und
87 patientenbezogene Gründe geben kann, die nicht allein in der Verantwortung des
88 Patienten liegen. Bei Hinweisen auf Non-Adhärenz muss ärztlicherseits das Thema offen
89 und vorwurfsfrei angesprochen werden. Mögliche Barrieren sind zu identifizieren und die
90 Verbesserung der Adhärenz ist als gemeinsames Ziel zu definieren. Gemeinsam mit dem
91 Patienten sind individuell passende Strategien festzulegen, regelmäßig zu evaluieren und
92 ggf. anzupassen. Deren Fehlen kann auch auf sprachlichen und somit überbrückbaren
93 Schwierigkeiten beruhen. Anhaltende fehlende ComplianceNon-Adhärenz schließt die
94 Transplantation aus. Bevor die Aufnahme in die Warteliste aus diesem Grund durch die
95 Transplantationskonferenzärztlich endgültig abgelehnt wird, ist ~~der~~ie Stellungnahme Rat
96 einer weiteren, psychologisch erfahrenen Person einzuholen. Auch nach der Aufnahme in
97 die Warteliste sowie nach der Transplantation muss die Adhärenz im Rahmen der
98 Kontrolluntersuchungen evaluiert werden. Die behandelnden Ärzte müssen ~~sowohl bei~~
99 ~~der Aufnahme in die Warteliste als auch nach der Transplantation~~stets auf die
100 ComplianceAdhärenz achten und Behandlungsziele und -wege ggf. erneut
101 ansprechenhinwirken.

102 5. Die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste, ihre Führung
103 sowie über die Abmeldung eines Patienten trifft eine ständige, interdisziplinäre und
104 organspezifische Transplantationskonferenz des Transplantationszentrums. Dies erfolgt
105 im Rahmen des jeweiligen Behandlungsspektrums und unter Berücksichtigung der
106 individuellen Situation des Patienten. In der interdisziplinären
107 Transplantationskonferenz muss neben den direkt beteiligten operativen und
108 konservativen Disziplinen mindestens eine weitere von der ärztlichen Leitung des
109 Klinikums benannte medizinische Disziplin vertreten sein, die nicht unmittelbar in das
110 Transplantationsgeschehen eingebunden ist. Die Mindestanforderungen an die
111 Zusammensetzung dieser Konferenz sind in den besonderen Regelungen dieser Richtlinie
112 festgelegt.

113 Die Mitglieder der interdisziplinären Transplantationskonferenz sind der

114 Vermittlungsstelle namentlich zu benennen und sind für alle vermittlungsrelevanten
115 Meldungen und Entscheidungen verantwortlich. Sie unterzeichnen insbesondere die
116 Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste und übermitteln das
117 Dokument als Grundlage für die Anmeldung der Vermittlungsstelle. Die ärztliche Leitung
118 des Klinikums ist darüber zugleich schriftlich, einschließlich eventuell abweichender
119 Stellungnahmen, in Kenntnis zu setzen. Diese kann ggf. ein Votum einer externen
120 Transplantationskonferenz einholen.

121 Soweit in diesen Richtlinien nichts anderes bestimmt ist, legt die Vermittlungsstelle Form
122 und Inhalt der mit der Anmeldung und fortgesetzten Führung einzureichenden
123 medizinischen Angaben eines Patienten sowie den hierfür namentlich zu benennenden
124 verantwortlichen Personenkreis fest.

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

131 6. Über die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation ist insbesondere nach
132 Notwendigkeit und Erfolgsaussicht zu entscheiden (§ 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG). Patienten
133 können dann in die jeweilige Warteliste aufgenommen werden, wenn die
134 Organtransplantation mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Lebensverlängerung oder
135 eine Verbesserung der Lebensqualität erwarten lässt als die sonstige Behandlung. Bei der
136 Entscheidung über die Aufnahme ist jeweils zu prüfen, ob die individuelle medizinische
137 Situation des Patienten, sein körperlicher und seelischer Gesamtzustand den
138 erwünschten Erfolg der Transplantation erwarten lässt: das längerfristige Überleben, die
139 längerfristig ausreichende Transplantatfunktion und die verbesserte Lebensqualität. Für
140 diese Beurteilung sind die Gesamtumstände zu berücksichtigen. Dazu gehört auch die
141 [Compliance](#)[Adhärenz](#).

142 7. Vor Aufnahme in die Warteliste zur Transplantation ist der Patient über die
143 Erfolgsaussicht, die Risiken und die längerfristigen medizinischen, psychologischen und
144 sozialen Auswirkungen der bei ihm vorgesehenen Transplantation aufzuklären. Hierzu
145 gehört auch die Aufklärung über die notwendige Immunsuppression mit den potentiellen
146 Nebenwirkungen und Risiken sowie die Notwendigkeit von regelmäßigen
147 Kontrolluntersuchungen. Zudem ist der Patient darüber zu unterrichten, an welche
148 Stellen seine personenbezogenen Daten übermittelt werden. Gegebenenfalls ist der

149 Patient über die Möglichkeiten der Aufnahme in die Warteliste eines anderen Zentrums
150 zu informieren.

151 8. Bei der Aufnahme in die Warteliste ist der Patient darauf hinzuweisen, dass
152 ausnahmsweise ein ihm vermitteltes Organ aus zentrumsinternen organisatorischen oder
153 personellen Gründen nicht rechtzeitig transplantiert werden kann. Vorsorglich für diese
154 Situation muss der Patient entscheiden, ob er in diesem Fall die Transplantation in einem
155 anderen Zentrum wünscht oder ob er auf das angebotene Organ verzichten will. Die
156 Entscheidung des Patienten ist zu dokumentieren. Gegebenenfalls empfiehlt sich eine
157 vorherige Vorstellung des Patienten mit seinen Behandlungsunterlagen im vertretenden
158 Zentrum.

159 9. Besteht bei einem auf der Warteliste geführten Patienten vorübergehend eine
160 Kontraindikation gegen die Transplantation, wird er als „nicht transplantabel“ (NT)
161 eingestuft und bei der Organvermittlung nicht berücksichtigt. Besteht die
162 Kontraindikation nicht mehr, ist der Patient umgehend wieder in der Warteliste mit der
163 dann aktuell gegebenen Dringlichkeit als transplantabel zu melden. Der Patient ist jeweils
164 über seinen Meldestatus auf der Warteliste von einem Arzt des Transplantationszentrums
165 zu informieren.

166 9.10. Sind in einer vom Deutschen Bundestag nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG)
167 festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite oder infolge eines von den
168 zuständigen Stellen der Länder festgestellten Ausnahmezustandes (z. B.
169 Gesundheitsnotstand, Katastrophenfall) von regionaler Tragweite Arzt-Patienten-
170 Kontakte auf ein unbedingt notwendiges Maß zu beschränken, können die in dieser
171 Richtlinie nach der Aufnahme in die Warteliste vorgesehenen Reevaluierungsintervalle
172 im Einzelfall mit Zustimmung des Patienten verlängert werden. Der Patient ist über diese
173 Möglichkeit und die damit verbundenen Auswirkungen rechtzeitig zu informieren. Dies
174 ist zu dokumentieren. Die Entscheidung trifft die Transplantationskonferenz auf
175 Grundlage einer zu dokumentierenden Risiko-Nutzen-Abwägung.

176 40.11. Zur Überprüfung bisheriger und Gewinnung neuer Erkenntnisse der medizinischen
177 Wissenschaft auf dem durch diese Richtlinie geregelten Gebiet kann nach vorheriger
178 Unterrichtung der Vermittlungsstelle und der Bundesärztekammer im Rahmen
179 medizinischer Forschungsvorhaben für eine begrenzte Zeit und eine begrenzte Zahl von
180 Patienten von dieser Richtlinie abgewichen werden, sofern durch die Vermittlungsstelle
181 keine Einwände erhoben werden. Die Bewertung der zuständigen Ethik-Kommission oder
182 die Entscheidung der zuständigen Genehmigungsbehörde bleiben unberührt. Die

183 Vermittlungsstelle und die Bundesärztekammer sind nach Abschluss der jeweiligen
184 Studie zeitnah über das Ergebnis zu unterrichten.

185 **II Allgemeine Grundsätze für die Vermittlung postmortal gespendeter** 186 **Organe**

187 **II.1 Rechtliche Grundlagen, medizinische Definitionen und Leitgedanken**

188 a) Vermittlungspflichtige Organe (Herz, Lungen, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse und
189 Darm postmortalen Spender) werden zur Transplantation in einem deutschen
190 Transplantationszentrum gemäß dem Transplantationsgesetz (TPG) und dem von der
191 Bundesärztekammer in Richtlinien festgestellten Stand der Erkenntnisse der
192 medizinischen Wissenschaft (§ 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 TPG) vermittelt. Dabei sind die
193 Wartelisten der Transplantationszentren für das jeweilige Organ als
194 bundeseinheitliche Warteliste zu behandeln. Die Richtlinien sind für die
195 Vermittlungsstelle, die Vermittlungsentscheidungen für die Transplantationszentren
196 verbindlich.

197 b) Die vermittlungspflichtigen Organe dürfen nur
198 – gemäß den §§ 3 und 4 TPG entnommen,
199 – nach Vermittlung durch die Vermittlungsstelle und
200 – in dafür zugelassenen Transplantationszentren transplantiert werden (§ 9 Abs. 1
201 und § 10 TPG).

202 c) Die Vermittlung muss insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit erfolgen
203 (§ 12 Abs. 3 Satz 1 TPG) und dem Grundsatz der Chancengleichheit entsprechen. Der
204 Chancengleichheit dient insbesondere, dass die Wartelisten der
205 Transplantationszentren für das jeweilige Organ bei der Vermittlung als
206 bundeseinheitliche Warteliste zu behandeln sind (§ 12 Abs. 3 Satz 2 TPG).

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

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

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

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

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

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

228 h) Zur Überprüfung bisheriger und Gewinnung neuer Erkenntnisse der medizinischen
229 Wissenschaft auf dem durch diese Richtlinie geregelten Gebiet kann nach vorheriger
230 Unterrichtung der Vermittlungsstelle und der Bundesärztekammer im Rahmen
231 medizinischer Forschungsvorhaben für eine begrenzte Zeit und eine begrenzte Zahl
232 von Patienten von dieser Richtlinie abgewichen werden, sofern durch die
233 Vermittlungsstelle keine Einwände erhoben werden. Die Bewertung der zuständigen
234 Ethik-Kommission oder die Entscheidung der zuständigen Genehmigungsbehörde
235 bleiben unberührt. Die Vermittlungsstelle, die Bundesärztekammer und ggf. die
236 Koordinierungsstelle sind nach Abschluss der jeweiligen Studie zeitnah über das
237 Ergebnis zu unterrichten.

238 **II.2 Verfahren der Organvermittlung**

239 Das einzelne Transplantationszentrum kann im Rahmen seines Behandlungsspektrums der
240 Vermittlungsstelle allgemeine Akzeptanzkriterien für die Annahme von Spenderorganen für
241 die in die jeweilige Warteliste aufgenommenen Patienten mitteilen (Zentrumsprofil). Darüber
242 hinaus kann das Transplantationszentrum mit dem einzelnen Patienten nach angemessener
243 Aufklärung persönliche Akzeptanzkriterien absprechen (Patientenprofil). Das
244 Patientenprofil kann sich im Laufe der Wartezeit ändern und ist gegenüber der
245 Vermittlungsstelle unverzüglich zu aktualisieren. Die Weitergabe der für den Patienten
246 wesentlichen Akzeptanzkriterien des Patientenprofils setzt die informierte Einwilligung des
247 Patienten oder seines bevollmächtigten Vertreters voraus.

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

253 Für die Allokation vermittlungspflichtiger Organe gilt die Reihenfolge: thorakale Organe,
254 Leber, Dünndarm, Pankreas, Niere.

255 Im Rahmen kombinierter Organtransplantationen erfolgt die Allokation gemäß den Regeln
256 des nach dieser Reihenfolge führenden Organs.

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

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

266 Voraussetzung für die Organvermittlung an einen Patienten ist seine Aufnahme in die
267 Warteliste eines Transplantationszentrums und seine Registrierung bei der
268 Vermittlungsstelle mit den für die Vermittlung notwendigen aktuellen medizinischen Daten.

269 Die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation verpflichtet das
270 Transplantationszentrum sicherzustellen, dass ein für ihn alloziertes Organ transplantiert
271 werden kann, soweit keine medizinischen oder persönlichen Hinderungsgründe auf Seiten
272 des Empfängers vorliegen.

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

275 – über die Annahme eines Organangebots jederzeit und unverzüglich entscheiden
276 kann, und zwar bei der Transplantation allein der Niere in der Regel innerhalb von
277 60 Minuten, in allen anderen Fällen in der Regel innerhalb von 30 Minuten, und

278 – ein akzeptiertes Organ unverzüglich transplantiert, um die Ischämiezeit möglichst
279 kurz zu halten; dies schließt ein, dass der Patient, dem das Organ transplantiert

280 werden soll, in angemessener Zeit für die Transplantation vorbereitet und
281 gegebenenfalls in das Zentrum transportiert werden kann.

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

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

287 **II.3 Verfahren der Organkonservierung und -aufbewahrung**

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

292 Zugelassene maschinengestützte Konservierungsverfahren können für den Organtransport
293 oder im Transplantationszentrum angewendet werden, sofern in den besonderen
294 Regelungen dieser Richtlinie nichts abweichendes bestimmt ist. Grundsätzlich sollte der
295 Einsatz zugelassener maschinengestützter Konservierungsverfahren durch
296 Forschungsvorhaben begleitet werden.

297 **H.3II.4 Allokation von eingeschränkt vermittelbaren Organen**

298 **H.3.1II.4.1 Ausgangssituation**

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

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

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

313 **H.3.2-II.4.2 Kriterien für die Einschränkung der Vermittlungsfähigkeit**

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

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

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

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

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

330 **H.3.3-II.4.3 Besondere Vermittlungsverfahren**

331 **Modifiziertes Vermittlungsverfahren**

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

336 **Beschleunigtes Vermittlungsverfahren**

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

- 340 – durch eine Kreislaufinstabilität des Spenders oder
- 341 – aus logistischen oder organisatorischen Gründen oder
- 342 – aus spender- oder aus organbedingten Gründen

343 ein Organverlust droht.

344 Dabei ist das folgende abgestufte Vorgehen zu beachten:

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

366 II.3.4 II.4.4 **Evaluation**

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

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

374 **H.4II.5 Sanktionen**

375 Bei einem Verstoß gegen die Richtlinien zur Organvermittlung entfallen die Voraussetzungen
376 für die Zulässigkeit der Transplantation (§ 9 Abs.1 Satz 2 TPG), und es liegt eine
377 Ordnungswidrigkeit vor (§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG). Wird der Vermittlungsstelle ein Verstoß
378 bekannt oder hat sie zureichende tatsächliche Anhaltspunkte dafür, unterrichtet sie die nach
379 § 12 Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 TPG gebildete Prüfungskommission. Diese entscheidet über die
380 Information der zuständigen Bußgeldstelle.

ENTWURF

381 **B. BEGRÜNDUNG GEMÄSS § 16 ABS. 2 S. 2 TPG**

382 **I *Rechtsgrundlagen***

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

388 **II *Eckpunkte der Entscheidung zur Richtlinienfortschreibung***

389 **II.1 Zielsetzung und Notwendigkeit einer Richtlinienänderung**

390 Die Überarbeitung der Richtlinie dient der Anpassung an den Stand der Erkenntnisse der
391 medizinischen Wissenschaft und an transplantationsmedizinische Entwicklungen. Dies
392 betrifft im Wesentlichen Aspekte der Einhaltung von vereinbarten Behandlungszielen
393 und -wegen, Verfahrensregelungen für den Einsatz maschinengestützter Verfahren zur
394 Organkonservierung oder -aufbewahrung sowie die Umsetzung einer verfahrenstechnischen
395 Übereinkunft hinsichtlich der Erklärungsfrist der Transplantationszentren bei
396 Nierenangeboten.

397 Eine weitere wesentliche Änderung betrifft den Fall einer bundes- oder landesweit
398 festgestellten gesundheitlichen Notlage, bei der Arzt-Patienten-Kontakte auf ein unbedingt
399 notwendiges Maß beschränkt werden müssen, um die besonders vulnerable Gruppe der für
400 eine Transplantation gelisteten Patienten sachgerecht zu schützen. Für den Fall einer
401 derartigen pandemischen Notlage ist daher ausnahmsweise vorgesehen, dass die in den
402 Richtlinien nach § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG nach der Aufnahme in die Warteliste
403 vorgesehenen Reevaluierungsintervalle im Einzelfall mit Zustimmung des Patienten
404 verlängert werden können, um den besonders vulnerablen Patienten auf der Warteliste die
405 Risiken der Anreise ins Transplantationszentrum sowie die Risiken der im
406 Transplantationszentrum notwendigen Kontakte mit den behandelnden Ärzten sowie dem
407 Pflegepersonal zu ersparen.

408 Die medizinische Notwendigkeit dieser Regelung ergibt sich aus einer im Falle pandemischer
409 Notlagen erforderlichen Risiko-Nutzen-Abwägung. Diese kann im Einzelfall dazu führen, dass
410 das mit der Ansteckungsgefahr für den Patienten auf der Warteliste verbundene zusätzliche

411 gesundheitliche Risiko eines Präsenztermins im Transplantationszentrum aus medizinischen
412 Gründen nicht zumutbar erscheint.

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

414 **II.2.1 Die Regelungen im Einzelnen**

415 **II.2.1.1 Zum Kapitel A.I.4 - Adhärenz**

416 Der Begriff der Compliance wurde abgelöst durch den Begriff der Adhärenz, weil er im
417 Gegensatz zum Begriff Compliance deutlicher macht, dass ärztliche Behandlungsziele und -
418 wege mit dem Patienten abzusprechen sind und seiner Zustimmung bedürfen. Gemäß
419 Definition der WHO bedeutet Adhärenz das Ausmaß, mit dem das Verhalten einer Person –
420 Einnahme von Medikamenten, Folgen einer Diät, Umsetzen von Lebensstiländerungen – mit
421 den vereinbarten Empfehlungen übereinstimmt [1].

422 Adhärenz bezieht sich auf Medikamente und eine Vielzahl von gesundheitsrelevanten
423 Verhaltensweisen. Die therapeutische Beziehung mit dem Behandlungsteam ist eine wichtige
424 Determinante für Adhärenz. Die Folgen einer geringen Adhärenz bei Langzeittherapien
425 können schlechte Therapieergebnisse und hohe Gesundheitskosten sein. Insgesamt erhöht
426 die Adhärenz die Patientensicherheit.

427 **II.2.1.2 Zum Kapitel A.I.10 - Notstandsregelung**

428 Die bisherigen Erkenntnisse der COVID-19-Pandemie haben gezeigt, dass das SARS-CoV-2-
429 Virus hochansteckend ist und insbesondere durch menschliche Kontakte
430 (Tröpfcheninfektionen, Aerosolinfektionen) übertragen wird. In die Gefahr
431 lebensbedrohlicher Krankheitsverläufe geraten insbesondere Personen mit gravierenden
432 Vorerkrankungen. Zu dieser vulnerablen Personengruppe können insbesondere Patienten
433 gehören, die in die Warteliste für eine Transplantation aufgenommen worden sind. Mit der
434 Regelung wird im Falle insbesondere pandemischer Gesundheitsnotlagen ein zusätzlicher
435 Handlungsspielraum geschaffen, Arzt-Patienten-Kontakte von Wartelistenpatienten im
436 Einzelfall ausnahmsweise reduzieren zu können.

437 Die Regelung kommt als Ausnahmeregelung grundsätzlich nur dann zur Anwendung, wenn
438 der Deutsche Bundestag nach § 5 Abs. 1 S. 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine
439 epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat. Ebenfalls anwendbar ist die
440 Bestimmung, wenn ein oder mehrere Länder jeweils für Teile oder das vollständige Gebiet
441 ihres Landes nach den jeweiligen landesrechtlichen Rechtsvorschriften einen
442 gesundheitlichen Ausnahmezustand (Gesundheitsnotstand, Katastrophenfall) förmlich
443 festgestellt haben. Der festgestellte gesundheitliche Ausnahmezustand muss dabei zur Folge
444 haben, dass Arzt-Patienten-Kontakte aufgrund erhöhter Ansteckungsgefahr und damit

445 verbundener Gefahr schwerer bzw. lebensbedrohlicher Erkrankung auf ein unbedingt
446 notwendiges Maß beschränkt werden.

447 Liegen diese beiden Voraussetzungen vor, können die in dieser Richtlinie nach der Aufnahme
448 in die Warteliste vorgesehenen Reevaluierungsintervalle im Einzelfall mit Zustimmung des
449 Patienten verlängert werden. Gegen den Willen des Patienten ist folglich eine Verlängerung
450 des Reevaluierungsintervalls, auch wenn diese aufgrund des für ihn mit der Reevaluierung
451 verbundenen gesundheitlichen Risikos in seinem wohlverstandenen Sinne wäre, nicht
452 möglich. Es obliegt daher in letzter Konsequenz dem Patienten zu entscheiden, ob er das
453 gesundheitliche Risiko eines Präsenztermins zu tragen bereit ist, um aktuelle Werte für den
454 Allokationsprozess verfügbar zu haben, oder im Fall der Zustimmung zur Verlängerung des
455 Reevaluierungsintervalls bereit ist, im Gesamtallokationsgefüge temporär die ursprünglichen
456 Werte zu perpetuieren und damit ein möglicherweise etwas schlechteres Allokationsranking
457 zu riskieren. Deshalb sieht die Neuregelung ausdrücklich vor, dass der Patient über diese
458 Möglichkeit und die damit verbundenen Auswirkungen rechtzeitig und vollständig zu
459 informieren ist. Nur in diesem Fall ist eine erteilte Zustimmung rechtswirksam. Diese
460 Aufklärung des Patienten ist vom Transplantationszentrum zu dokumentieren.

461 Die Entscheidung, dem Patienten eine Verlängerung der Reevaluierungsintervalle unter
462 diesen Vorgaben nahe zu legen, trifft die Transplantationskonferenz auf der Grundlage einer
463 Risiko-Nutzen-Abwägung. Aufgrund des Ausnahmecharakters der Regelung kann eine
464 Entscheidung für eine Verlängerung der Reevaluierungsintervalle grundsätzlich nur in
465 Betracht kommen, wenn das Risiko für den Patienten den zu erwartenden Nutzen erheblich
466 übersteigt. Die konkrete Risiko-Nutzen-Abwägung ist einzelfallbezogen zu treffen und
467 nachvollziehbar zu dokumentieren. Insbesondere im Falle der Feststellung eines
468 gesundheitlichen Ausnahmezustandes von nur regionaler Tragweite ist für den Fall, dass
469 zwar das Transplantationszentrum im räumlichen Geltungsbereich des gesundheitlichen
470 Ausnahmezustandes liegt, nicht aber der Wohnort des Wartelistenpatienten, stets in die
471 Entscheidung miteinzubeziehen, ob die entsprechenden Untersuchungen nicht an einem
472 anderen, durch den festgestellten Ausnahmezustand nicht betroffenen Transplantations-
473 zentrum in zumutbarer Weise durchgeführt werden können.

474 Wird von der Möglichkeit der Verlängerung der Reevaluierungsintervalle Gebrauch gemacht,
475 gelten aufgrund der getroffenen Regelung die der Vermittlungsstelle bis dahin übermittelten
476 und im ENIS dokumentierten Befunde weiter fort.

477 **II.2.1.3 Zum Kapitel A.II.3 - Verfahren der Organkonservierung und -aufbewahrung**

478 Mit der Änderung der RL BÄK Empfängerschutz wurde durch eine Rahmenklausel geregelt,
479 dass zugelassene maschinengestützte Konservierungsverfahren angewendet werden
480 können, sofern dies in den organbezogenen Richtlinien vorgesehen ist. In Umsetzung dieser
481 Bestimmung enthält der vorliegende Richtlinienvorschlag eine Verfahrensklausel zur
482 grundsätzlichen Ermöglichung der maschinengestützten Organkonservierung und
483 -aufbewahrung. Diese Verfahrensklausel kann im Besonderen Teil, d.h. in den jeweils
484 organbezogenen Regelungsabschnitten, konkretisiert werden.

485 Nach dem Symposium der Bundesärztekammer vom 29.01.2020 wurde in den Arbeits-
486 gruppen der Ständigen Kommission Organtransplantation über den Einsatz der maschinen-
487 gestützten Organkonservierung beraten. Die Beratung in den Arbeitsgruppen hat ergeben,
488 dass der Einsatz der maschinengestützten Organkonservierung für den Organtransport oder
489 die -aufbewahrung im Transplantationszentrum durch die Ergebnisse internationaler
490 Forschungsvorhaben gestützt wird (für den Einsatz bei der Niere [2–5], für den Einsatz bei
491 der Leber [6, 7]). Um die Datenbasis für die spezifische Situation in Deutschland zu
492 verbreitern, soll der Einsatz von maschinengestützter Organkonservierung grundsätzlich
493 durch Forschungsvorhaben begleitet werden.

494 **II.2.1.4 Zum Kapitel A.II.4.3 - Beschleunigtes Vermittlungsverfahren**

495 Die Änderung beruht auf der ET-Policy P-KAC02.18. Sie dient der Umsetzung einer
496 verfahrenstechnischen Übereinkunft im Verbund der Vermittlungsstelle. Einheitlich gewähr-
497 leistet werden soll ein ausreichender Zeitraum, um auch unter Berücksichtigung der bei der
498 Nierentransplantation erforderlichen immunologischen Diagnostik den am besten
499 geeigneten Empfänger auszuwählen.

500 **II.3 - Literatur**

- 501 1. WELTGESUNDHEITSORGANISATION. Adherence to long-term therapies. Evidence for
502 action. *Geneva*, 2003. ISBN 9241545992.
- 503 2. MOERS, C, SMITS, J M, et al. Machine Perfusion or Cold Storage in Deceased-Donor
504 Kidney Transplantation. *New England Journal of Medicine*, 2009, 360(1), 7-19.
505 Verfügbar unter: doi:10.1056/NEJMoa0802289.
- 506 3. MOERS, C, PIRENNE, J, et al. Machine Perfusion or Cold Storage in Deceased-Donor
507 Kidney Transplantation. *New England Journal of Medicine*, 2012, 366(8), 770-771.
508 Verfügbar unter: doi:10.1056/NEJMc1111038.

- 509 4. HUSEN, P, BOFFA, C, et al. Oxygenated End-Hypothermic Machine Perfusion in
510 Expanded Criteria Donor Kidney Transplant: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*
511 *Surgery*, 2021, 156(6), 517-525. Verfügbar unter: doi:10.1001/jamasurg.2021.0949.
- 512 5. JOCHMANS, I, BRAT, A, et al. Oxygenated Versus Standard Cold Perfusion Preservation
513 in Kidney Transplantation (Compare): A Randomised, Double-Blind, Paired, Phase 3
514 Trial. *The Lancet*, 2020, 396(10263), 1653-1662. Verfügbar unter: doi:10.1016/S0140-
515 6736(20)32411-9.
- 516 6. NASRALLA, D, COUSSIOS, C C, et al. A Randomized Trial of Normothermic Preservation
517 in Liver Transplantation. *Nature*, 2018, 557(7703), 50-56. Verfügbar unter:
518 doi:10.1038/s41586-018-0047-9.
- 519 7. CZIGANY, Z, PRATSCHKE, J, et al. Hypothermic Oxygenated Machine Perfusion (HOPE)
520 Reduces Early Allograft Injury and Improves Post-Transplant Outcomes in Extended
521 Criteria Donation (ECD) Liver Transplantation from Donation After Brain Death (DBD):
522 Results from a Multicenter Randomized Controlled Trial (HOPE ECD-DBD). *Annals of*
523 *Surgery*, 2021, Publish Ahead of Print. Verfügbar unter:
524 doi:10.1097/SLA.0000000000005110.

525 **III Verfahrensablauf**

526 *Teile III. und IV. des Begründungstextes werden nach Beteiligung der Fachöffentlichkeit erstellt.*

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

528 **III.1.1 Verfahren**

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

531 **III.1.2 Beratungsablauf in der Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Allgemeiner Teil**

532 In der Amtsperiode 2019 – 2022 tagte die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Allgemeiner Teil
533 bislang 6-mal in pleno und führte ergänzend mehrere Redaktionssitzungen in
534 unterschiedlicher Zusammensetzung durch.

535 In folgenden Sitzungen hat sich die Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung des
536 Richtlinienvorschlags befasst und diesen zur ersten Lesung im Rahmen der Ständigen
537 Kommission Organtransplantation vorbereitet:

538 1. Sitzung vom 04.11.2019

539 Redaktionstreffen vom 10.06.2020

540 2. Sitzung vom 10.09.2020

541 3. Sitzung vom 19.11.2020

542 4. Sitzung vom 08.02.2021

543 5. Sitzung vom 29.04.2021

544 6. Sitzung vom 12.08.2021

545 Redaktionstreffen vom 31.08.2021

546 **III.1.3 Beratungsablauf in der Ständigen Kommission Organtransplantation der** 547 **Bundesärztekammer**

548 Der Richtlinienänderungsvorschlag einschließlich Begründung wurde in der Ständigen
549 Kommission Organtransplantation vom 15.09.2021 in 1. Lesung beraten.

550 *[Teil III.1.3 des Begründungstextes wird nach 2. Lesung in der StäKO vervollständigt.]*

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

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

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

554 In der Amtsperiode 2019-2022 konstituierte sich die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK
555 Allgemeiner Teil unter Prof. Dr. Pratschke als Federführendem und Lt. MinRat Dr. Neft, als
556 Stellvertreter. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden ad personam berufen. In der
557 Arbeitsgruppe sind folgende Mitglieder vertreten:

- 558 – Prof. Dr. jur. Helmut Frister, Lehrstuhl für Strafrecht und Strafprozessrecht,
559 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- 560 – Prof. Dr. med. Georg Marckmann, Vorstand des Instituts für Ethik, Geschichte und
561 Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München
- 562 – Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident des Ständigen Ausschusses
563 der Ärzte der Europäischen Union (CPME), Vorsitzender des Vorstandes des

564 Weltärztebundes (WMA), Ehren-Präsident der Bundesärztekammer und der
565 Ärztekammer Hamburg

566 – Lt. MinRat Dr. jur Hans Neft, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und
567 Pflege, München

568 – Prof. Dr. med. Johann Pratschke, Direktor der Chirurgischen Klinik CCM/CVK,
569 Charité Berlin

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

571 – Prof. Dr. jur. Karsten Scholz, Leiter der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer,
572 Berlin

573 – Prof. Dr. phil. Alfred Simon, Leiter der Geschäftsstelle Akademie für Ethik in der
574 Medizin, Göttingen

575 – Prof. Dr. med. Martina de Zwaan, Direktorin der Klinik für Psychosomatik und
576 Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover

577 Mit Fragen der Adhärenz/Compliance hatte sich bereits die Arbeitsgruppe in der
578 Amtsperiode 2015-2018 befasst. Folgende Experten waren damals in der AG RL BÄK
579 Allgemeiner Teil tätig:

580 – Thomas Biet, MBA, LL.M., kaufmännischer Vorstand der Deutschen Stiftung
581 Organtransplantation, Frankfurt

582 – Prof. Dr. med. Andreas Crusius, Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-
583 Vorpommern, Rostock

584 – Prof. Dr. med. Christian Hugo, Leiter des Bereichs Nephrologie, Klinik und
585 Poliklinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden

586 – Prof. Dr. med. Georg Marckmann, Vorstand des Instituts für Ethik, Geschichte und
587 Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

588 – Prof. Dr. med. Björn Nashan, ehem. Direktor der Klinik und Poliklinik für
589 Hepatobiliäre Chirurgie und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum
590 Hamburg-Eppendorf

591 – Lt. MinRat Dr. iur. Hans Neft, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und
592 Pflege, München

593 – Prof. Dr. med. Peter Neuhaus, em. Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
594 Transplantationschirurgie, Medizinische Fakultät Charité Universitätsmedizin
595 Berlin

596 – Jutta Riemer, Vorsitzende, Lebertransplantierte Deutschland e. V., Bretzfeld

- 597 – Prof. Dr. iur. Henning Rosenau, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und
598 Medizinrecht, Dekan der Juristischen und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät,
599 Geschäftsführender Direktor des Interdisziplinären Zentrums Medizin – Ethik –
600 Recht der Juristischen Fakultät Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
601 – Dr. med. Undine Samuel, ehem. Medical Director of Eurotransplant, Leiden

602 **III.3 Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen Stellungnahme-**
603 **verfahren**

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

605 **IV Fazit**

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