



1  
2  
3  
4  
5 **Beschlussempfehlung für einen**  
6 **Vorschlag der**  
7 **Ständigen Kommission Organtransplantation**  
8 **für eine Änderung der**  
9 **Richtlinie gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG**  
10 **für die Wartelistenführung und**  
11 **Organvermittlung zur Darmtransplantation**  
12 **und zu kombinierten Transplantationen unter**  
13 **Einschluss des Darms (RL BÄK Darm)**  
14  
15

16 Stand: 26.06.2024  
17  
18

19 **Hinweis:**

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

## 20 **Inhalt**

21	Inhalt.....	2
22	A. RICHTLINIENTEXT .....	5
23	I    Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation	
24	5	
25	II   Allgemeine Grundsätze für die Vermittlung postmortal gespendeter Organe.....	9
26	II.1   Rechtliche Grundlagen, medizinische Definitionen und Leitgedanken .....	9
27	II.2   Verfahren der Organvermittlung.....	11
28	II.3   Verfahren der Organkonservierung und -aufbewahrung.....	12
29	II.4   Allokation von eingeschränkt vermittelbaren Organen.....	13
30	II.4.1   Ausgangssituation .....	13
31	II.4.2   Kriterien für die Einschränkung der Vermittlungsfähigkeit.....	13
32	II.4.3   Besondere Vermittlungsverfahren.....	14
33	II.4.3.1 Modifiziertes Vermittlungsverfahren.....	14
34	II.4.3.2 Beschleunigtes Vermittlungsverfahren.....	14
35	II.4.4   Evaluation.....	15
36	II.5   Sanktionen.....	15
37	III  Besondere Regelungen zur Darmtransplantation und kombinierten	
38	Transplantationen unter Einschluss des Darms.....	15
39	III.1  Gründe für die Aufnahme in die Warteliste .....	15
40	III.1.1  Indikationen.....	16
41	III.1.2  Festlegung der zu transplantierenden Organe .....	17
42	III.2  Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste .....	20
43	III.3  Zusammensetzung der interdisziplinären Transplantationskonferenz.....	21
44	III.4  Kriterien für die Allokation des Darms und kombinierter Transplantate.....	22
45	III.4.1  Blutgruppenkompatibilität (A-B-0-System).....	22
46	III.4.2  Immunologische Voraussetzungen .....	22

47	III.4.2.1 Allgemeine Regelungen.....	22
48	III.4.2.2 Durchführung des Crossmatches.....	23
49	III.4.3 Kriterien für die Allokation zur Darmtransplantation .....	23
50	III.4.3.1 Allgemeine Bestimmungen .....	23
51	III.4.3.2 Status „transplantabel“ (T), elektiver Patient.....	23
52	III.4.3.3 Status „nicht transplantabel“ (NT).....	24
53	III.4.3.4 Hochdringlichkeitsstatus für ein Darmtransplantat.....	24
54	III.4.3.5 Hochdringlichkeitsstatus für ein Lebertransplantat im Rahmen einer Darm-	
55	Lebertransplantation .....	24
56	III.4.3.6 Kombinierte Transplantation im geprüften ACO (Approved Combined	
57	Organ)-Status .....	24
58	III.4.3.7 Kombinierte Nieren- und Darmtransplantation.....	25
59	III.4.3.8 Isolierte Lebertransplantation.....	25
60	III.4.3.9 Reihenfolge zur Organvermittlung für isolierte Darmtransplantation,	
61	kombinierte Darm- und Nierentransplantation und modifizierte	
62	Multiviszeraltransplantation .....	25
63	III.4.3.10 Transplantation des Darms und von kombinierten Organtransplantaten	
64	unter Einschluss des Darms bei Kindern und Jugendlichen .....	26
65	III.4.4 Regelungen zur Entnahme.....	26
66	III.4.4.1 Allgemeines Vorgehen.....	26
67	III.4.4.2 Spendergefäße.....	26
68	III.4.4.3 Allofaszie des Spenders.....	27
69	III.4.4.4 Allogene Bauchwandtransplantate .....	27
70	III.4.4.5 Transplantation des rechten Hemicolons und des Magens.....	27
71	III.4.4.6 Entnahme von Darm und Pankreas .....	27
72	III.4.5 Ischämiezeit.....	28
73	III.5 Akzeptanzkriterien für Darmtransplantate .....	28
74	III.6 Aufgaben der Auditgruppen und Verfahren .....	28
75	III.6.1 Kombinierte Darmtransplantation – Approved Combined Organ-Status .....	29

76	III.6.2	Hochdringlichkeitsstatus Darmtransplantation .....	29
77	III.6.3	Hochdringlichkeitsstatus für ein Lebertransplantat im Rahmen einer	
78		kombinierten Darmtransplantation.....	29
79	III.6.4	Hochdringlichkeitsstatus für ein isoliertes Lebertransplantat.....	29
80	III.6.5	Sachverständigengruppe präemptive Nieren- und Darmtransplantation .....	30
81	IV	Inkrafttreten.....	30
82	B.	BEGRÜNDUNG GEMÄSS § 16 ABS. 2 S. 2 TPG.....	31
83	I	Rechtsgrundlagen.....	31
84	II	Eckpunkte der Entscheidung der Richtlinienfortschreibung.....	31
85	II.1	Ziel der Richtlinienüberarbeitung.....	31
86	II.2	Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse .....	31
87		Zu Kapitel A.III.4.3.10 - Transplantation des Darms und von kombinierten	
88		Organtransplantaten unter Einschluss des Darms bei Kindern und Jugendlichen .....	31
89	III	Verfahrensablauf .....	32
90	III.1	Beratungsablauf in den Gremien.....	32
91	III.1.1	Verfahren .....	32
92	III.1.2	Beratungsablauf in der Arbeitsgruppe RL BÄK Leber/Darm .....	32
93	III.1.3	Beratungsablauf in der Ständigen Kommission Organtransplantation der	
94		Bundesärztekammer .....	32
95	III.1.4	Beratungsablauf im Vorstand der Bundesärztekammer .....	32
96	III.2	Beteiligung von Experten an den Beratungen.....	32
97	III.3	Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen Stellungnahmeverfahren.....	33
98	IV	Fazit.....	33
99			

## 100 **A. RICHTLINIENTEXT**

### 101 **I Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur** 102 **Organtransplantation**

- 103 1. Für die Aufnahme von Patienten in die Warteliste zur Organtransplantation wird der  
104 Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2  
105 des Transplantationsgesetzes (TPG) von der Bundesärztekammer in Richtlinien  
106 festgestellt.
- 107 2. Über die Aufnahme in die Warteliste legt § 13 Abs. 3 Satz 1 TPG fest: „Der behandelnde  
108 Arzt hat Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe medizinisch  
109 angezeigt ist, mit deren schriftlicher Einwilligung unverzüglich an das  
110 Transplantationszentrum zu melden, in dem die Organübertragung vorgenommen  
111 werden soll.“  
112 Vermittlungspflichtige Organe sind nach § 1 a Nr. 2 TPG das Herz, die Lungen, die Leber,  
113 die Nieren, die Bauchspeicheldrüse und der Darm postmortalen Spender.
- 114 3. Eine Organtransplantation kann medizinisch indiziert sein, wenn Erkrankungen  
115 – nicht rückbildungsfähig fortschreiten oder durch einen genetischen Defekt  
116 bedingt sind und das Leben gefährden oder die Lebensqualität hochgradig  
117 einschränken und  
118 – durch die Transplantation erfolgreich behandelt werden können.
- 119 4. Kontraindikationen einer Organtransplantation können sich anhaltend oder  
120 vorübergehend aus allen Befunden, Erkrankungen oder Umständen ergeben, die das  
121 Operationsrisiko erheblich erhöhen oder den längerfristigen Erfolg der Transplantation  
122 in Frage stellen wie  
123 – nicht kurativ behandelte bösartige Erkrankungen, soweit sie nicht der Grund für  
124 die Transplantation sind,  
125 – klinisch manifeste oder durch Immunsuppression erfahrungsgemäß sich  
126 verschlimmernde Infektionserkrankungen,  
127 – schwerwiegende Erkrankungen anderer Organe,  
128 – vorhersehbare schwerwiegende operativ-technische Probleme.

129 Die als Beispiele genannten möglichen Kontraindikationen gelten insbesondere dann nur  
130 eingeschränkt, wenn die Transplantation eines weiteren Organs indiziert ist.  
131 Auch unzureichende oder sogar fehlende Adhärenz, d. h. die mangelnde

132 Übereinstimmung des Verhaltens des Patienten mit den vereinbarten Behandlungszielen  
133 und -wegen, kann eine Kontraindikation begründen. Adhärenz eines potentiellen  
134 Organempfängers erfasst über seine Zustimmung zur Transplantation hinaus seine  
135 Bereitschaft und Möglichkeit, an den erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen  
136 und -behandlungen mitzuwirken. Die Adhärenz kann im Laufe der Zeit schwanken, wofür  
137 es unterschiedliche krankheitsbezogene, therapiebezogene, gesundheitssystembedingte,  
138 sozioökonomische und patientenbezogene Gründe geben kann, die nicht allein in der  
139 Verantwortung des Patienten liegen. Bei Hinweisen auf Non-Adhärenz muss  
140 ärztlicherseits das Thema offen und vorwurfsfrei angesprochen werden. Mögliche  
141 Barrieren sind zu identifizieren und die Verbesserung der Adhärenz ist als gemeinsames  
142 Ziel zu definieren. Gemeinsam mit dem Patienten sind individuell passende Strategien  
143 festzulegen, regelmäßig zu evaluieren und ggf. anzupassen. Anhaltende Non-Adhärenz  
144 schließt die Transplantation aus. Bevor die Aufnahme in die Warteliste aus diesem Grund  
145 durch die Transplantationskonferenz endgültig abgelehnt wird, ist die Stellungnahme  
146 eines Mental Health Professionals<sup>1</sup> einzuholen und in die Entscheidung zur Aufnahme in  
147 die Warteliste durch die interdisziplinäre Transplantationskonferenz einzubeziehen.  
148 Auch nach der Aufnahme in die Warteliste sowie nach der Transplantation muss die  
149 Adhärenz im Rahmen der Kontrolluntersuchungen evaluiert werden. Die behandelnden  
150 Ärzte müssen stets auf die Adhärenz achten und Behandlungsziele und -wege ggf. erneut  
151 ansprechen.

152 5. Die Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste, ihre Führung  
153 sowie über die Abmeldung eines Patienten trifft eine ständige, interdisziplinäre und  
154 organspezifische Transplantationskonferenz des Transplantationszentrums. Dies erfolgt  
155 im Rahmen des jeweiligen Behandlungsspektrums und unter Berücksichtigung der  
156 individuellen Situation des Patienten. In der interdisziplinären  
157 Transplantationskonferenz muss neben den direkt beteiligten operativen und  
158 konservativen Disziplinen mindestens eine weitere von der ärztlichen Leitung des

---

<sup>1</sup> 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-)Ärzte/(Fach-)Ärztinnen mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie (-fachgebunden-), wenn seit mehr als 3 Jahren eine Tätigkeit überwiegend im Bereich der Transplantationsmedizin besteht; Psychologische Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-psychotherapeutinnen; Diplom-Psychologen/-Psychologinnen bzw. Master of Science-Psychologen/-Psychologinnen mit Schwerpunkt Klinische Psychologie (und Psychotherapie); Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen. Die genannten Fachkräfte sollen über hinreichende theoretische Kenntnisse und klinische Erfahrung im Hinblick auf psychologische/psychosomatische/psychiatrische Fragestellungen und Problemlagen in der Transplantationsmedizin verfügen.

159 Klinikums benannte medizinische Disziplin vertreten sein, die nicht unmittelbar in das  
160 Transplantationsgeschehen eingebunden ist. Die Mindestanforderungen an die  
161 Zusammensetzung dieser Konferenz sind in den besonderen Regelungen dieser Richtlinie  
162 festgelegt.

163 Die Mitglieder der interdisziplinären Transplantationskonferenz sind der  
164 Vermittlungsstelle namentlich zu benennen und sind für alle vermittlungsrelevanten  
165 Meldungen und Entscheidungen verantwortlich. Sie unterzeichnen insbesondere die  
166 Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste und übermitteln das  
167 Dokument als Grundlage für die Anmeldung der Vermittlungsstelle. Die ärztliche Leitung  
168 des Klinikums ist darüber zugleich schriftlich, einschließlich eventuell abweichender  
169 Stellungnahmen, in Kenntnis zu setzen. Diese kann ggf. ein Votum einer externen  
170 Transplantationskonferenz einholen.

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

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

181 6. Über die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation ist insbesondere nach  
182 Notwendigkeit und Erfolgsaussicht zu entscheiden (§ 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG). Patienten  
183 können dann in die jeweilige Warteliste aufgenommen werden, wenn die  
184 Organtransplantation mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Lebensverlängerung oder  
185 eine Verbesserung der Lebensqualität erwarten lässt als die sonstige Behandlung. Bei der  
186 Entscheidung über die Aufnahme ist jeweils zu prüfen, ob die individuelle medizinische  
187 Situation des Patienten, sein körperlicher und seelischer Gesamtzustand den  
188 erwünschten Erfolg der Transplantation erwarten lassen: das längerfristige Überleben,  
189 die längerfristig ausreichende Transplantatfunktion und die verbesserte Lebensqualität.  
190 Für diese Beurteilung sind die Gesamtumstände zu berücksichtigen. Dazu gehört auch die  
191 Adhärenz.

192 7. Vor Aufnahme in die Warteliste zur Transplantation ist der Patient über die  
193 Erfolgsaussicht, die Risiken und die längerfristigen medizinischen, psychologischen und

- 194 sozialen Auswirkungen der bei ihm vorgesehenen Transplantation aufzuklären. Hierzu  
195 gehört auch die Aufklärung über die notwendige Immunsuppression mit den potentiellen  
196 Nebenwirkungen und Risiken sowie die Notwendigkeit von regelmäßigen  
197 Kontrolluntersuchungen. Zudem ist der Patient darüber zu unterrichten, an welche  
198 Stellen seine personenbezogenen Daten übermittelt werden. Gegebenenfalls ist der  
199 Patient über die Möglichkeiten der Aufnahme in die Warteliste eines anderen Zentrums  
200 zu informieren.
- 201 8. Bei der Aufnahme in die Warteliste ist der Patient darauf hinzuweisen, dass  
202 ausnahmsweise ein ihm vermitteltes Organ aus zentrumsinternen organisatorischen oder  
203 personellen Gründen nicht rechtzeitig transplantiert werden kann. Vorsorglich für diese  
204 Situation muss der Patient entscheiden, ob er in diesem Fall die Transplantation in einem  
205 anderen Zentrum wünscht oder ob er auf das angebotene Organ verzichten will. Die  
206 Entscheidung des Patienten ist zu dokumentieren. Gegebenenfalls empfiehlt sich eine  
207 vorherige Vorstellung des Patienten mit seinen Behandlungsunterlagen im vertretenden  
208 Zentrum.
- 209 9. Besteht bei einem auf der Warteliste geführten Patienten vorübergehend eine  
210 Kontraindikation gegen die Transplantation, wird er als „nicht transplantabel“ (NT)  
211 eingestuft und bei der Organvermittlung nicht berücksichtigt. Besteht die  
212 Kontraindikation nicht mehr, ist der Patient umgehend wieder in der Warteliste mit der  
213 dann aktuell gegebenen Dringlichkeit als transplantabel zu melden. Der Patient ist jeweils  
214 über seinen Meldestatus auf der Warteliste von einem Arzt des Transplantationszentrums  
215 zu informieren.
- 216 10. Ist das Aufsuchen des Transplantationszentrums aufgrund der dynamischen Ausbreitung  
217 einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit für Patienten mit einem erheblichen  
218 gesundheitlichen Risiko verbunden, können die in dieser Richtlinie nach der Aufnahme in  
219 die Warteliste vorgesehenen Reevaluierungsintervalle<sup>2</sup> im Einzelfall mit Zustimmung des  
220 Patienten für die jeweilige Dauer des Intervalls verlängert werden. Erneute  
221 Verlängerungen der Intervalle sind bei anhaltendem Vorliegen der in Satz 1 genannten  
222 Voraussetzungen zulässig. Diese Feststellungen trifft die Transplantationskonferenz. Der  
223 Patient ist über diese Möglichkeit und die damit verbundenen Auswirkungen rechtzeitig  
224 aufzuklären. Dies ist zu dokumentieren. Die Entscheidung trifft die

---

<sup>2</sup> Dies bezieht sich auch auf Aktualisierungs- und Rezertifizierungsintervalle.



225 Transplantationskonferenz auf Grundlage einer zu dokumentierenden Risiko-Nutzen-  
226 Abwägung.

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

## 236 **II Allgemeine Grundsätze für die Vermittlung postmortal gespendeter** 237 **Organe**

### 238 **II.1 Rechtliche Grundlagen, medizinische Definitionen und Leitgedanken**

239 a) Vermittlungspflichtige Organe (Herz, Lungen, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse und  
240 Darm postmortalen Spender) werden zur Transplantation in einem deutschen  
241 Transplantationszentrum gemäß dem Transplantationsgesetz (TPG) und dem von der  
242 Bundesärztekammer in Richtlinien festgestellten Stand der Erkenntnisse der  
243 medizinischen Wissenschaft (§ 16 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 TPG) vermittelt. Dabei sind die  
244 Wartelisten der Transplantationszentren für das jeweilige Organ als bundeseinheitliche  
245 Warteliste zu behandeln. Die Richtlinien sind für die Vermittlungsstelle, die  
246 Vermittlungsentscheidungen für die Transplantationszentren verbindlich.

247 b) Die vermittlungspflichtigen Organe dürfen nur  
248 – gemäß den §§ 3 und 4 TPG entnommen,  
249 – nach Vermittlung durch die Vermittlungsstelle und  
250 – in dafür zugelassenen Transplantationszentren transplantiert werden (§ 9 Abs. 1  
251 und § 10 TPG).

252 c) Die Vermittlung muss insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit erfolgen (§ 12  
253 Abs. 3 Satz 1 TPG) und dem Grundsatz der Chancengleichheit entsprechen. Der  
254 Chancengleichheit dient insbesondere, dass die Wartelisten der Transplantationszentren

- 255 für das jeweilige Organ bei der Vermittlung als bundeseinheitliche Warteliste zu  
256 behandeln sind (§ 12 Abs. 3 Satz 2 TPG).
- 257 d) Kriterien des Erfolgs einer Transplantation sind die längerfristig ausreichende  
258 Transplantatfunktion und ein damit gesichertes Überleben des Empfängers mit  
259 verbesserter Lebensqualität. Die Erfolgsaussichten unterscheiden sich nach Organen,  
260 aber auch nach definierten Patientengruppen.
- 261 e) Der Grad der Dringlichkeit richtet sich nach dem gesundheitlichen Schaden, der durch die  
262 Transplantation verhindert werden soll.  
263 Patienten, die ohne Transplantation unmittelbar vom Tod bedroht sind, werden bei der  
264 Organvermittlung vorrangig berücksichtigt.  
265 Bei Kindern, Jugendlichen und Heranwachsenden wird berücksichtigt, dass ihre  
266 Entwicklung ohne Transplantation in besonderer Weise beeinträchtigt oder anhaltend  
267 gestört wird.
- 268 f) Chancengleichheit der Organzuteilung bedeutet zum einen, dass die Aussicht auf ein  
269 vermitteltes Organ insbesondere nicht von Wohnort, sozialem Status, finanzieller  
270 Situation und der Aufnahme in die Warteliste eines bestimmten  
271 Transplantationszentrums abhängen darf. Zum anderen sollen schicksalhafte Nachteile  
272 möglichst ausgeglichen werden. Dem dienen unter anderem die Berücksichtigung der  
273 Wartezeit und die relative Bevorzugung von Patienten mit einer seltenen Blutgruppe oder  
274 bestimmten medizinischen Merkmalen wie seltene Gewebeeigenschaften und  
275 Unverträglichkeiten.
- 276 g) Die Transplantationszentren sind verpflichtet, der Vermittlungsstelle die für die  
277 Vermittlungsentscheidung und deren Auswertung benötigten Daten zu übermitteln.
- 278 h) Zur Überprüfung bisheriger und Gewinnung neuer Erkenntnisse der medizinischen  
279 Wissenschaft auf dem durch diese Richtlinie geregelten Gebiet kann nach vorheriger  
280 Unterrichtung der Vermittlungsstelle und der Bundesärztekammer im Rahmen  
281 medizinischer Forschungsvorhaben für eine begrenzte Zeit und eine begrenzte Zahl von  
282 Patienten von dieser Richtlinie abgewichen werden, sofern durch die Vermittlungsstelle  
283 keine Einwände erhoben werden. Die Bewertung der zuständigen Ethik-Kommission oder  
284 die Entscheidung der zuständigen Genehmigungsbehörde bleiben unberührt. Die

285 Vermittlungsstelle, die Bundesärztekammer und ggf. die Koordinierungsstelle sind nach  
286 Abschluss der jeweiligen Studie zeitnah über das Ergebnis zu unterrichten.

## 287 **II.2 Verfahren der Organvermittlung**

288 Das einzelne Transplantationszentrum kann im Rahmen seines Behandlungsspektrums der  
289 Vermittlungsstelle allgemeine Akzeptanzkriterien für die Annahme von Spenderorganen für  
290 die in die jeweilige Warteliste aufgenommenen Patienten mitteilen (Zentrumsprofil). Darüber  
291 hinaus kann das Transplantationszentrum mit dem einzelnen Patienten nach angemessener  
292 Aufklärung persönliche Akzeptanzkriterien absprechen (Patientenprofil). Das  
293 Patientenprofil kann sich im Laufe der Wartezeit ändern und ist gegenüber der  
294 Vermittlungsstelle unverzüglich zu aktualisieren. Die Weitergabe der für den Patienten  
295 wesentlichen Akzeptanzkriterien des Patientenprofils setzt die informierte Einwilligung des  
296 Patienten oder seines bevollmächtigten Vertreters voraus.

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

302 Für die Allokation vermittlungspflichtiger Organe gilt die Reihenfolge: thorakale Organe,  
303 Leber, Dünndarm, Pankreas, Niere.

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

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

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

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

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

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

- 324 – über die Annahme eines Organangebots jederzeit und unverzüglich entscheiden  
325 kann, und zwar bei der Transplantation allein der Niere in der Regel innerhalb von  
326 60 Minuten, in allen anderen Fällen in der Regel innerhalb von 30 Minuten, und
- 327 – ein akzeptiertes Organ unverzüglich transplantiert, um die Ischämiezeit möglichst  
328 kurz zu halten; dies schließt ein, dass der Patient, dem das Organ transplantiert  
329 werden soll, in angemessener Zeit für die Transplantation vorbereitet und  
330 gegebenenfalls in das Zentrum transportiert werden kann.

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

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

### 336 **II.3 Verfahren der Organkonservierung und -aufbewahrung**

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

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

## 346 **II.4 Allokation von eingeschränkt vermittelbaren Organen**

### 347 **II.4.1 Ausgangssituation**

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

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

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

### 362 **II.4.2 Kriterien für die Einschränkung der Vermittlungsfähigkeit**

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

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

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

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

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

### 379 **II.4.3 Besondere Vermittlungsverfahren**

#### 380 **II.4.3.1 Modifiziertes Vermittlungsverfahren**

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

#### 385 **II.4.3.2 Beschleunigtes Vermittlungsverfahren**

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

- 389 – durch eine Kreislaufinstabilität des Spenders oder
- 390 – aus logistischen oder organisatorischen Gründen oder
- 391 – aus spender- oder aus organbedingten Gründen

392 ein Organverlust droht.

393 Dabei ist das folgende abgestufte Vorgehen zu beachten:

- 394 1. Um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten, wird ein Organ im beschleunigten  
395 Vermittlungsverfahren allen Zentren einer Region der Koordinierungsstelle, in der sich  
396 das Organ zum Zeitpunkt des Angebotes befindet, sowie anderen nahegelegenen Zentren  
397 angeboten. Die Zentren wählen aus ihrer Warteliste bis zu zwei geeignete Empfänger aus  
398 und melden diese an die Vermittlungsstelle. Die Vermittlungsstelle vermittelt dann das  
399 Organ innerhalb der Gruppe der so gemeldeten Patienten entsprechend der Reihenfolge,  
400 wie sie sich aus den im besonderen Teil der Richtlinie beschriebenen Verteilungsregeln  
401 ergibt. Für jedes Nierenangebot gilt eine Erklärungsfrist von maximal 60 Minuten, für  
402 jedes andere Organangebot gilt eine Erklärungsfrist von maximal 30 Minuten. Wenn die  
403 Erklärungsfrist überschritten wird, gilt das Angebot als abgelehnt.
- 404 2. Gelingt eine Vermittlung nach diesem Verfahren nicht, kann die Vermittlungsstelle das  
405 Organ auch weiteren Zentren anbieten. Die Zentren teilen ggf. der Vermittlungsstelle den  
406 gegenwärtig am besten geeigneten Empfänger mit. Wenn Patienten aus mehr als einem  
407 Zentrum in Betracht kommen, wird das Organ dem Patienten zugeteilt, für den die

408 Akzeptanzerklärung des zuständigen Zentrums als erste bei der Vermittlungsstelle  
409 eingegangen ist.

410 Die Zentren müssen die Gründe für ihre Auswahlentscheidung dokumentieren.

411 3. Gelingt eine Vermittlung des Organs innerhalb des Zuständigkeitsbereichs der  
412 Vermittlungsstelle nicht, kann diese das Organ auch anderen  
413 Organaustauschorganisationen anbieten, um den Verlust des Organs möglichst zu  
414 vermeiden.

#### 415 **II.4.4 Evaluation**

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

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

#### 423 **II.5 Sanktionen**

424 Bei einem Verstoß gegen die Richtlinien zur Organvermittlung entfallen die Voraussetzungen  
425 für die Zulässigkeit der Transplantation (§ 9 Abs. 1 Satz 2 TPG), und es liegt eine  
426 Ordnungswidrigkeit vor (§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG). Wird der Vermittlungsstelle ein Verstoß  
427 bekannt oder hat sie zureichende tatsächliche Anhaltspunkte dafür, unterrichtet sie die nach  
428 § 12 Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 TPG gebildete Prüfungskommission. Diese entscheidet über die  
429 Information der zuständigen Bußgeldstelle.

### 430 **III *Besondere Regelungen zur Darmtransplantation und kombinierten*** 431 ***Transplantationen unter Einschluss des Darms***

#### 432 **III.1 Gründe für die Aufnahme in die Warteliste**

433 Von einem irreversiblen chronischen Darmversagen kann ausgegangen werden, wenn  
434 sämtliche Möglichkeiten der intestinalen Rehabilitation ausgeschöpft sind und weiterhin der  
435 Bedarf zur intravenösen Substitution von Mikro- und Makronährstoffen sowie Flüssigkeit  
436 besteht. Dies kann eine Aufnahme in die Warteliste begründen.

437 Die folgenden Ätiologien können einem solchen irreversiblen chronischen Darmversagen  
438 zugrunde liegen:

- 439 – Kurzdarmsyndrom
- 440 – funktionelle oder strukturelle Störungen des Darms
- 441 – invasiv wachsende bindegewebige Tumore (z. B. Desmoide) inklusive Gardner-
- 442 Syndrom
- 443 – portomesenterische Thrombose dritten bis vierten Grades

444 Bei bindegewebigen Tumoren des Peritoneums und Mesenteriums und portomesenterischen  
445 Thrombosen kann die Indikation bereits vor Einsetzen des irreversiblen chronischen  
446 Darmversagens bestehen.

### 447 **III.1.1 Indikationen**

448 Die Indikation zur Darmtransplantation oder zu einer kombinierten Transplantation unter  
449 Einschluss des Darms (kombinierte Darm-/Lebertransplantation, kombinierte Darm- und  
450 Nierentransplantation, Multiviszeraltransplantation, modifizierte Multiviszeral-  
451 transplantation) besteht bei einem irreversiblen chronischen Darmversagen mit drohendem  
452 Scheitern der parenteralen Ernährung.

453 Das irreversible chronische Darmversagen ist definiert als die funktionell begründete  
454 dauerhafte Notwendigkeit zur regelmäßigen parenteralen Substitution, um die Protein-,  
455 Energie- und/oder die Elektrolyt- und Flüssigkeitsbilanz aufrechtzuerhalten.

456 Voraussetzung für die Aufnahme eines Patienten<sup>3</sup> mit chronischem Darmversagen in die  
457 Warteliste ist, dass die folgenden therapeutischen Optionen zur Verbesserung der  
458 Resorptionsleistung des Darms ausgeschöpft wurden:

- 459 – Optimierung der parenteralen Substitution und der enteralen Teilernährung,
- 460 – Verbesserung der anatomischen Situation (Rekonstruktion ausgeschalteter oder
- 461 dysfunktioneller Darmanteile und/oder darmverlängernde Operationen),
- 462 – Ausschöpfung der dem aktuellen Stand des Wissens entsprechenden
- 463 medikamentösen Therapie.

464 Das drohende Scheitern der parenteralen Substitution ist durch einen oder mehrere der  
465 folgenden Zustände gegeben:

---

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



- 466 – beginnende oder bestehende, progrediente Lebererkrankung, die mit einem  
467 chronischen Darmversagen assoziiert ist (IFALD =  
468 Intestinal-Failure-associated-Liver-Disease),  
469 – bestehende, progrediente Lebererkrankung, die mit einer Microvillus-  
470 Inklusionserkrankung assoziiert ist,  
471 – drohender oder manifester Verlust zentraler Zugangswege (in der Regel zwei oder  
472 mehr) für geeignete zentralvenöse Katheter zur parenteralen Substitution,  
473 – häufige bzw. schwere Schübe (z. B. Endokarditis, Hirnabszess, Spondylodiszitis,  
474 u. a.) einer systemischen Infektion über zentralvenöse Zugänge in begründeten  
475 Einzelfällen,  
476 – Entwicklung von anderen Komplikationen der parenteralen Substitution (z. B.  
477 Flüssigkeits- und Elektrolytentgleisungen, akutes und chronisches  
478 Nierenversagen, u. a.), die zu wiederholten intensivmedizinischen Behandlungen  
479 führen,  
480 – Entwicklung weiterer sekundärer Organkomplikationen des Darmversagens in  
481 begründeten Einzelfällen.

482 Eine IFALD soll bei Patienten mit einem Darmversagen diagnostiziert werden, wenn erhöhte  
483 Leberwerte und/oder radiologisch bzw. histologisch Leberveränderungen nachgewiesen  
484 werden und keine anderen primären Leberparenchymschäden, keine anderen  
485 hepatotoxischen Faktoren und keine Gallengangsobstruktionen bestehen. Der Nachweis  
486 einer pathologischen Leberhistologie ist nicht obligat für die Diagnose einer IFALD.

487 Patienten mit einem chronischen Darmversagen, die eine IFALD entwickeln, sollen frühzeitig  
488 an einem spezialisierten Zentrum vorgestellt werden, um die Indikation zur Darm- bzw.  
489 kombinierten Leber-Darm-Transplantation zu prüfen.

490 Als gesicherte Indikation zur Darm- und Leber-Transplantation, entweder als kombinierte  
491 oder als Multiviszeraltransplantation, gelten:

- 492 – Nicht reversible Bilirubinerhöhung > 100 µmol/l  
493 – Zeichen des irreversiblen Leberumbaus und der portalen Hypertension gemäß  
494 aktueller einschlägiger Definitionen (beim IFALD in der Regel Splenomegalie oder  
495 Stoma-Blutung, plus ggf. Thrombozyten < 150.000/µl).

### 496 **III.1.2 Festlegung der zu transplantierenden Organe**

497 Folgende Verfahren können im Kindes- und Erwachsenenalter bei irreversiblen chronischen  
498 Darmversagen angewendet werden:

499 1. isolierte Transplantation von Dünndarm mit bzw. ohne Dickdarm,  
500 Eine isolierte Darmtransplantation kann in gut begründeten Einzelfällen als Lebendspende  
501 erfolgen.

502 2. kombinierte Transplantation unter Einschluss des Darms:

503 a. kombinierte Leber- und Darmtransplantation (als voneinander separierte  
504 Organe oder en-bloc unter Einbezug des pankreoduodenalen Komplexes),

505 b. Multiviszeraltransplantation (Kombination mehrerer abdomineller Organe  
506 unter obligatem Einbezug des Magens, Pankreas, Duodenum, Darm und Leber,  
507 fakultativ des rechten Hemicolons),

508 c. modifizierte Multiviszeraltransplantation (wie unter 2a. beschrieben, jedoch  
509 ohne Leber),

510 3. kombinierte Transplantationen gemäß 2a bis c unter Einschluss der Niere.

511 Folgende weitere Verfahren der Transplantation können in der Regel v. a. im Kindesalter bei  
512 chronischem Darmversagen angewendet werden:

513 4. eines der oben genannten Verfahren mit Größenreduktion des Leber- und  
514 Darmtransplantats,

515 5. isolierte Lebertransplantation oder Split-Lebertransplantation im Rahmen einer  
516 postmortalen Spende oder einer Lebendspende.

517 Die Auswahl des Transplantationsverfahrens gleicht sich in kindlichen und erwachsenen  
518 Empfängern unter Berücksichtigung besonderer Gegebenheiten im Kindesalter. Individuelle  
519 Kriterien und die voraussichtliche Erfolgsaussicht bestimmen das gewählte Vorgehen:

520 – isolierte Darmtransplantation mit bzw. ohne Dickdarm:

521 chronisches, irreversibles Darmversagen ohne oder mit reversibler IFALD,

522 – kombinierte Leber- und Darmtransplantation:

523 chronisches, irreversibles Darmversagen mit irreversibler bzw. schwerwiegender  
524 IFALD bzw. portomesenterischer Thrombose oder Multiorganmanifestation einer  
525 Erkrankung, insbesondere bei Microvillus-Inklusionserkrankung,

526 – modifizierte Multiviszeraltransplantation:

527 Erkrankungen, die zu chronischem, irreversiblen Darmversagen unter  
528 Mitbeteiligung des Magens und Duodenums führen, jedoch ohne IFALD (z. B.  
529 Motilitätsstörungen wie chronisch intestinale Pseudoobstruktion), sowie invasive

- 530 intraabdominelle Desmoide unter Mitbeteiligung des Pankreas/oberen  
531 Gastrointestinaltrakts,
- 532 – Multiviszeraltransplantation:
- 533 chronisches, irreversibles Darmversagen mit schwerer IFALD und
- 534 – mit komplexen Gefäßverschlüssen der viszerale Arterien (Truncus coeliacus  
535 und Arteria mesenterica superior) oder
- 536 – mit hochgradiger Verwachsung des Abdomens (sog. „frozen abdomen“) oder  
537 – mit portomesenterialer Thrombose und technischer Unmöglichkeit einer  
538 kombinierten Leber- und Darmtransplantation oder
- 539 – im Rahmen einer Re-Transplantation nach Versagen des primären  
540 Darmtransplantats, mit irreversibler Funktionsstörung weiterer abdominaler  
541 Organe (z. B. chronische Pankreatitis, Niereninsuffizienz im Rahmen eines  
542 Megacystis-Microcolon-Intestinal-Hypoperistalsis-Syndroms – MMIHS).
- 543 – kombinierte Transplantationen unter Einschluss der Niere (simultan oder  
544 sequentiell):
- 545 chronisches, irreversibles Darmversagen mit:
- 546 – nicht rückbildungsfähigem, terminalem Nierenversagen, das zur Erhaltung des  
547 Lebens eine chronische Dialysebehandlung erforderlich macht,
- 548 – nicht rückbildungsfähigem, terminalem Nierenversagen als präemptive  
549 Transplantation in begründeten Einzelfällen,
- 550 – den o. g. Konditionen zur Verbesserung der Resorptionsleistung des Darms  
551 nach Optimierung der therapeutischen Optionen (s. III.1.1),
- 552 – der intraoperativen Notwendigkeit zur Nephrektomie.
- 553 Die Voraussetzungen eines Einschlusses der Niere sind auch in der Richtlinie gem.  
554 § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und Organvermittlung  
555 zur Nierentransplantation abgebildet.
- 556 – isolierte Lebertransplantation
- 557 ist dann bei einem Patienten mit schwerer IFALD und Kurzdarmsyndrom indiziert,  
558 wenn die intestinale Anpassung mit dem Ziel der enteralen Autonomie vermutlich  
559 nur durch portale Hypertension verhindert wird. Die Prüfung der Indikation  
560 erfolgt anhand von Kriterien der intestinalen Rehabilitation:

- 561 – Patient hat ein gesichertes chronisches Darmversagen und eine damit  
562 assoziierte Lebererkrankung (IFALD), im Stadium der Leberzirrhose  
563 – höchstens 50 % des täglichen Energiebedarfs wird über die parenterale  
564 Ernährung appliziert und führt zu einem ausreichenden Gedeihen (beurteilt  
565 anhand von altersentsprechenden Perzentilen)  
566 – die intestinale Adaptation wird nach begründetem fachlichem Ermessen durch  
567 den portalen Hypertonus verhindert.

568 Weitere Kriterien zur Durchführung dieser Therapie sind:

- 569 – Patienten sind in aller Regel bis zu 18 Jahre alt, jedoch können in  
570 Ausnahmefällen auch Erwachsene betroffen sein.  
571 – Die Allokation im Kindes-/Jugendalter entspricht den Kriterien aller anderen  
572 Kinder/Jugendlichen mit fortgeschrittenem chronischen Leberversagen  
573 (pMELD, ab Alter 18 Jahre MELD).

574 Die Voraussetzungen einer isolierten Lebertransplantation sind auch in der  
575 Richtlinie gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 u. 5 TPG für die Wartelistenführung und  
576 Organvermittlung zur Lebertransplantation abgebildet.

### 577 **III.2 Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste**

578 Als Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste gelten die im Allgemeinen  
579 Teil genannten Kriterien (vgl. A.I.4).

580 Darüber hinaus können weitere patientengruppenspezifische Gründe zu einer Ablehnung  
581 führen, welche die Transplantationsfähigkeit in Frage stellen bzw. aufheben und die  
582 schriftlich im Votum der Transplantationskonferenz dokumentiert werden müssen. Dazu  
583 können gehören:

- 584 – unzureichende zentralvenöse Zugangsmöglichkeit (z. B. Vena-cava-  
585 superior-Verschluss mit fehlender Vorlaststeuerung bei Abklemmen der Vena  
586 cava) zur Durchführung der perioperativen intravenösen Therapie,  
587 Nierenersatztherapie bzw. einer parenteralen Ernährung über einen Zeitraum von  
588 mindestens sechs Monaten nach Transplantation,  
589 – schwere kongenitale oder erworbene Immundefizienz und Multisystem-  
590 Autoimmunerkrankungen als Sonderformen nicht-gastrointestinaler Ursachen  
591 eines chronischen Darmversagens

592 – Besiedlung bzw. Infektionen mit multiresistenten Erregern nach Risikobewertung.

### 593 **III.3 Zusammensetzung der interdisziplinären** 594 **Transplantationskonferenz**

595 Der interdisziplinären Transplantationskonferenz nach Abschnitt A.I.5 des Allgemeinen Teils  
596 dieser Richtlinie gehören an:

597 – als Vertreter der beteiligten operativen und konservativen Disziplinen (Leiter  
598 oder Vertreter) mit Erfahrung in der intestinalen Rehabilitation und  
599 Transplantation, ein:

600 – FA/FÄ für Viszeralchirurgie und Zusatz-Weiterbildung (Spezielle  
601 Viszeralchirurgie) mit Erfahrung in der Transplantationsmedizin oder  
602 Zusatzweiterbildung Transplantationsmedizin

603 – FA/FÄ für Innere Medizin und Gastroenterologie mit Erfahrung in der  
604 Transplantationsmedizin oder bei pädiatrischen Patienten FA/FÄ für Kinder-  
605 und Jugendmedizin mit Zusatz-Weiterbildung (Kindergastroenterologie) mit  
606 Erfahrung in der Transplantationsmedizin oder Zusatzweiterbildung  
607 Transplantationsmedizin

608 – FA/FÄ für Anästhesiologie oder FA/FÄ mit Zusatz-Weiterbildung  
609 Intensivmedizin (Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Kinder- und  
610 Jugendmedizin) mit Erfahrung in der Transplantationsmedizin oder  
611 Zusatzweiterbildung Transplantationsmedizin

612 sowie

613 – ein Vertreter einer weiteren von der ärztlichen Leitung des Klinikums benannten  
614 medizinischen Disziplin, die nicht in das Transplantationsgeschehen eingebunden  
615 ist (vgl. A.I.5.).

616 Der Transplantationskonferenz können Vertreter weiterer medizinischer Disziplinen (Leiter  
617 oder Vertreter) angehören. Es kommen insbesondere in Betracht ein:

618 – Fachimmungenetiker/Transplantationsimmunologe,

619 – FA/FÄ für Transfusionsmedizin,

620 – FA/FÄ für Laboratoriumsmedizin,

621 – FA/FÄ für Neurologie,

622 – FA/FÄ für Pathologie,

623 – FA/FÄ für klinische Pharmakologie,

624 – Mental Health Professional<sup>4</sup>

625 – FA/FÄ für Radiologie

626 Darüber hinaus können an der Transplantationskonferenz ein Vertreter der Pflege oder der  
627 Transplantationskoordination beratend teilnehmen.

628 Die allokatonsrelevanten Befunde einschließlich der vom Laborarzt bestätigten Laborwerte  
629 müssen von der regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Transplantationskonferenz auf  
630 Plausibilität geprüft und bestätigt werden.

### 631 **III.4 Kriterien für die Allokation des Darms und kombinierter** 632 **Transplantate**

#### 633 **III.4.1 Blutgruppenkompatibilität (A-B-0-System)**

634 Voraussetzung für die Organtransplantation ist die Blutgruppenkompatibilität zwischen  
635 Spender und Empfänger. Die Verteilung der Spenderorgane erfolgt grundsätzlich zunächst  
636 blutgruppenidentisch.

637 Sollte ein postmortal zu vermittelndes Spenderorgan nicht blutgruppenidentisch  
638 transplantiert werden können, kann eine blutgruppenkompatible Vermittlung erfolgen.

#### 639 **III.4.2 Immunologische Voraussetzungen**

##### 640 **III.4.2.1 Allgemeine Regelungen**

641 Organempfänger müssen vorbereitend auf die Transplantation eine Gewebetypisierung  
642 erhalten und – wenn möglich – auf das Vorhandensein von präformierten HLA-Antikörpern  
643 untersucht werden. Die hierfür notwendigen Qualitäts- und Sicherheitsstandards der  
644 Gewebeverträglichkeitsdiagnostik werden ausführlich in Kapitel IV der Richtlinie gem. § 16  
645 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a) und 4b) TPG (RL BÄK Empfängerschutz) beschrieben. Da die einzelnen  
646 Organsysteme physiologische und immunologische Besonderheiten aufweisen, können sich

---

<sup>4</sup> 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-)Ärzte/(Fach-)Ärztinnen mit Zusatz-Weiterbildung Psychotherapie (-fachgebunden-), wenn seit mehr als 3 Jahren eine Tätigkeit überwiegend im Bereich der Transplantationsmedizin besteht; Psychologische Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-psychotherapeutinnen; Diplom-Psychologen/-Psychologinnen bzw. Master of Science Psychologen/-Psychologinnen mit Schwerpunkt Klinische Psychologie (und Psychotherapie); Psychotherapeuten/Psychotherapeutinnen. Die genannten Fachkräfte sollen über hinreichende theoretische Kenntnisse und klinische Erfahrung im Hinblick auf psychologische/psychosomatische/psychiatrische Fragestellungen und Problemlagen in der Transplantationsmedizin verfügen.

647 aus den Befunden zur Gewebeverträglichkeit für die einzelnen Organe unterschiedliche  
648 Handlungsanweisungen oder Handlungsempfehlungen ergeben.

649 Bei positivem Nachweis von HLA-Antikörpern gilt ein Patient als immunisiert. Bei  
650 immunisierten Patienten definiert das Transplantationszentrum mit Unterstützung des  
651 Labors für den Patienten nicht akzeptable HLA-Antigene (NAHA) und meldet diese der  
652 Vermittlungsstelle.

653 Voraussetzung für die Durchführung einer Darmtransplantation bei immunisierten Patienten  
654 im Erwachsenenalter ist der Ausschluss spenderspezifischer zytotoxischer Antikörper durch  
655 eine negative Kreuzprobe als Verträglichkeitsprobe zwischen Empfänger-Serum und  
656 Spender-Lymphozyten (Crossmatch). Ein positives Crossmatch stellt bei einem kindlichen  
657 Organempfänger einer Darmtransplantation nicht grundsätzlich eine Kontraindikation dar.  
658 Dies gilt nicht, wenn ein Nierentransplantat kombiniert transplantiert wird.

#### 659 **III.4.2.2 Durchführung des Crossmatches**

660 Bei Empfängern mit nicht akzeptablen HLA-Antigenen (NAHA) wird ein virtuelles  
661 (Allokations-)Crossmatch durchgeführt. Das Transplantations-Crossmatch für einen  
662 immunisierten Patienten erfolgt in dem von der Koordinierungsstelle beauftragten HLA-  
663 Labor, das dem Entnahmekrankenhaus zugeordnet ist. Die Darmtransplantierenden  
664 Einrichtungen senden hierfür repräsentatives Serum der potentiellen Empfänger an alle  
665 assoziierten HLA-Spender-Labore im Bereich der Vermittlungsstelle, um die zeitgerechte  
666 Durchführung des Crossmatches zu ermöglichen. Bei nicht immunisierten Patienten kann die  
667 Durchführung in dem von der Koordinierungsstelle beauftragten Labor, das dem  
668 Transplantationszentrum zugeordnet ist, erfolgen. Einzelheiten sind in der Richtlinie gemäß  
669 § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a) und b) betreffend die Anforderungen an die im Zusammenhang mit  
670 einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen (RL BÄK  
671 Empfängerschutz) geregelt.

#### 672 **III.4.3 Kriterien für die Allokation zur Darmtransplantation**

##### 673 **III.4.3.1 Allgemeine Bestimmungen**

674 Die Auswahl potentieller Empfänger beruht in der Regel auf der Blutgruppenidentität  
675 bzw. -kompatibilität, Alter, Dringlichkeit und Wartezeit.

##### 676 **III.4.3.2 Status „transplantabel“ (T), elektiver Patient**

677 Der Dringlichkeitsstatus „T“ wird für Patienten in der Warteliste zur Darmtransplantation in  
678 transplantablem Zustand vergeben.

679 **III.4.3.3 Status „nicht transplantabel“ (NT)**

680 Patienten, die aus medizinischen oder anderen Gründen zeitweise nicht transplantabel sind,  
681 müssen im Status „nicht transplantabel“ (NT) gelistet werden. Die zuvor angesammelte  
682 Wartezeit bleibt in jedem Fall erhalten. Patienten im Status „NT“ erscheinen in der nationalen  
683 Warteliste, nehmen jedoch nicht an Allokationsprozeduren teil.

684 **III.4.3.4 Hochdringlichkeitsstatus für ein Darmtransplantat**

685 Falls nur noch eine venöse Zugangsmöglichkeit besteht, die als geeignet nachgewiesen sein  
686 muss, kann ein Hochdringlichkeitsstatus zur isolierten Darmtransplantation, kombinierten  
687 Darm- und Nierentransplantation bzw. modifizierten Multiviszeraltransplantation beantragt  
688 werden. Die Patienten werden damit in der Dringlichkeit den Patienten mit Approved-  
689 Combined-Organ (ACO-)-Status vorangestellt. Der Status wird nach entsprechender  
690 Anmeldung bei der Vermittlungsstelle durch eine Auditgruppe geprüft und nach Zustimmung  
691 gewährt. Die Zusammensetzung der Auditgruppe ist unter Abschnitt III.6.2 geregelt.

692 **III.4.3.5 Hochdringlichkeitsstatus für ein Lebertransplantat im Rahmen einer Darm-  
693 Lebertransplantation**

694 Ein Hochdringlichkeitsstatus für eine Lebertransplantation kann Patienten zur kombinierten  
695 Leber- und Darmtransplantation sowie Multiviszeraltransplantation zuerkannt werden,  
696 wenn eine diffuse ischämische Nekrose der von der Durchblutungsstörung betroffenen  
697 Organe auftritt bzw. wenn in Folge des Auftretens eines Darmversagens ein subakutes bzw.  
698 akutes Leberversagen eintritt. Die Patienten werden damit in der Dringlichkeit für eine  
699 Lebertransplantation den elektiven Patienten und Patienten im ACO-Status vorangestellt. Der  
700 Status wird nach entsprechender Anmeldung bei der Vermittlungsstelle durch eine  
701 Auditgruppe geprüft und nach Zustimmung gewährt. Die Zusammensetzung der Auditgruppe  
702 ist unter Abschnitt III.6.3 geregelt.

703 **III.4.3.6 Kombinierte Transplantation im geprüften ACO (Approved Combined  
704 Organ)-Status**

705 Unter Berücksichtigung von Indikation und Erfolgsaussicht kann Patienten eine vorrangige  
706 Allokation für ein Darmtransplantat in Kombination mit anderen Organen  
707 (Multiviszeraltransplantation, modifizierte Multiviszeraltransplantation, kombinierte Leber-  
708 und Darmtransplantation) erteilt werden. Sie können den Status „Approved Combined  
709 Organ“ erhalten und werden damit in der Allokation vorangestellt. Der Status ACO wird nach  
710 entsprechender Anmeldung bei der Vermittlungsstelle durch eine Auditgruppe geprüft und  
711 nach mehrheitlicher Zustimmung gewährt. Die Zusammensetzung der Auditgruppe ist unter  
712 Abschnitt III.6.1 geregelt.



### 713 **III.4.3.7 Kombinierte Nieren- und Darmtransplantation**

714 Chronisch dialysepflichtige Patienten, die in die Warteliste für eine kombinierte Darm-/  
715 Nierentransplantation aufgenommen wurden, können simultan oder sequentiell  
716 nierentransplantiert werden, wobei die sequentielle Nierentransplantation nach  
717 Darmtransplantation zu bevorzugen ist. In medizinisch begründeten Einzelfällen kann nach  
718 Beschluss der interdisziplinären Transplantationskonferenz Darm und nach Beschluss der  
719 interdisziplinären Transplantationskonferenz Niere eine Listung zur kombinierten  
720 Transplantation des Darms mit einer präemptiven Nierentransplantation erfolgen.  
721 Voraussetzung hierfür ist zusätzlich das positive Votum einer Sachverständigengruppe der  
722 Vermittlungsstelle. Die Sachverständigengruppe umfasst Experten aus den Bereichen Darm-  
723 bzw. Multiviszeraltransplantation und Nierentransplantation. Die Einzelheiten zu weiteren  
724 Voraussetzungen zur Listung und Transplantation der Niere im Rahmen der  
725 Darmtransplantation und kombinierten Transplantation unter Einschluss des Darmes sind  
726 gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 a) und b) TPG in der Richtlinie für die Wartelistenführung und  
727 Organvermittlung zur Nierentransplantation beschrieben. Die Zusammensetzung der  
728 Sachverständigengruppe ist unter Abschnitt III.6.5 geregelt.

### 729 **III.4.3.8 Isolierte Lebertransplantation**

730 Bei Patienten im chronischen Darmversagen, jedoch mit Potential für eine intestinale  
731 Adaptation nach Besserung der Leberfunktion, kann der Status zur isolierten  
732 Lebertransplantation unter definierten Umständen entsprechend der Richtlinie der  
733 Bundesärztekammer zur Lebertransplantation erteilt werden. Die Einzelheiten werden in der  
734 Richtlinie gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG für die Wartelistenführung und  
735 Organvermittlung zur Lebertransplantation geregelt.

### 736 **III.4.3.9 Reihenfolge zur Organvermittlung für isolierte Darmtransplantation, 737 kombinierte Darm- und Nierentransplantation und modifizierte 738 Multiviszeraltransplantation**

739 – Zuerst Hochdringlichkeitsstatus Darmtransplantat (HU-Intestine-Status)

740 dann kombinierte Transplantation im geprüften ACO-Status

741 – dann elektive Patienten in transplantablem (T)-Status; national (AB0-identisch vor AB0-  
742 kompatibel, dann entsprechend der akkumulierten Wartezeit)

743 – dann Empfänger in transplantablem (T)-Status; in anderen Eurotransplant-  
744 Mitgliedsstaaten (AB0-identisch vor AB0-kompatibel, dann entsprechend der  
745 angesammelten Wartezeit)

746 **III.4.3.10 Transplantation des Darms und von kombinierten Organtransplantaten**  
747 **unter Einschluss des Darms bei Kindern und Jugendlichen**

748 Bei Kindern und Jugendlichen unter ~~16~~18 Jahren muss die Wartezeit möglichst kurz gehalten  
749 werden. Wegen der problematischen Größenverhältnisse sollen zunächst alle Organe von  
750 Spendern unter 46 kg Körpergewicht primär für die Darmtransplantation bzw. kombinierte  
751 Transplantationen unter Einschluss des Darmes von Kindern und Jugendlichen unter ~~16~~18  
752 Jahren vermittelt werden.

753 **III.4.4 Regelungen zur Entnahme**

754 **III.4.4.1 Allgemeines Vorgehen**

755 Das allgemeine Vorgehen bei der Entnahme von Dün- und/oder Dickdarm bzw.  
756 kombinierten Organtransplantaten unter Einschluss des Darms erfolgt entsprechend der  
757 einschlägigen Standards. Allerdings bedingt die individuelle Ausgangssituation des  
758 Empfängers einer Darmtransplantation aufgrund der sehr unterschiedlichen  
759 Grunderkrankungen und vorausgegangener abdomineller Operationen eine sehr hohe  
760 anatomische Varianz. Dem Empfängerzentrum sollte daher durch die Koordinierungsstelle  
761 und aufgrund der geringen Ischämietoleranz des Darms zeitlich und logistisch die  
762 Möglichkeit eingeräumt werden, die Entnahme des isolierten oder kombinierten  
763 Darmtransplantats selbst durchzuführen. Grundsätzlich ist die Terminierung der  
764 Explantation zwischen Koordinierungsstelle, Entnahmekrankenhaus und Entnahmeteams  
765 abzustimmen (siehe Regelungen in der Richtlinie gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4a und 4b TPG  
766 betreffend die Anforderungen an die Organentnahme und zum Schutz der Organempfänger  
767 erforderlichen Maßnahmen (RL BÄK Empfängerschutz)).

768 **III.4.4.2. Spendergefäße**

769 Die zur Transplantation notwendigen Spendergefäße gelten als Teil des Transplantates und  
770 notwendiges Instrumentarium und dienen der Rekonstruktion der  
771 Transplantatgefäßversorgung im Empfänger. Bei gleichzeitiger Entnahme mehrerer  
772 viszeraler Organe (Leber, Pankreas, Darm) gilt folgende standardisierte Regelung bezüglich  
773 der Mitentnahme des Minimums von geeigneten Spendergefäßen:

- 774 – Darmtransplantat: unilaterale Arteria und Vena iliaca und deren Bifurkationen
- 775 – Pankreastransplantat: unilaterale Arteria und Vena iliaca und deren Bifurkationen
- 776 – Lebertransplantat: Arteria hepatica communis und Truncus coeliacus

777 Dazu muss die Kanülierung zur Perfusion der Organe im Bereich der distalen Aorta erfolgen.  
778 Im Falle einer Entnahme aller drei oben genannten Organe muss die die Leber

779 transplantierende Einrichtung über die möglicherweise beschränkte Anzahl bereitstehender  
780 Spendergefäße frühestmöglich informiert werden.

#### 781 **III.4.4.3 Allofaszie des Spenders**

782 Für Patienten im chronischen Darmversagen mit komplexen Voroperationen sowie stark  
783 retrahierter bzw. fehlender Bauchdecke mit Verlust der Peritonealhöhle kann eine simultane  
784 Transplantation der die Rektusmuskulatur umhüllenden Muskelfaszie („Allofaszie“)   
785 notwendig sein. Diese zur Transplantation notwendige Allofaszie gilt als Teil des  
786 Transplantates und notwendiges Instrumentarium zur Wiederherstellung einer  
787 Peritonealhöhle.

#### 788 **III.4.4.4 Allogene Bauchwandtransplantate**

789 In seltenen Fällen kann zur Wiederherstellung einer Peritonealhöhle eine  
790 Bauchwandtransplantation notwendig werden. Das Bauchwandtransplantat gilt sowohl per  
791 se als komplexes vaskularisiertes Organtransplantat als auch als Teil des  
792 Gesamttransplantates, so dass es in der Aufklärung der Angehörigen zur entsprechenden  
793 Organentnahme eingeschlossen werden muss.

794 Das für die Darmentnahme bzw. kombinierte Organentnahme unter Einschluss des Darms  
795 verantwortliche Team muss den fachgerechten und würdevollen Verschluss des Abdomens  
796 und der Bauchdecke sicherstellen. Gegebenenfalls muss die Rekonstruktion der Bauchdecke  
797 durch ein artifizielles Bauchdeckeninterponat erfolgen.

#### 798 **III.4.4.5 Transplantation des rechten Hemicolons und des Magens**

799 Der Magen als definierendes Organ eines Multiviszeraltransplantates und das rechte  
800 Hemicolon sind integraler Bestandteil eines isolierten bzw. kombinierten  
801 Darmtransplantates, so dass sie in der Aufklärung der Angehörigen zur entsprechenden  
802 Organentnahme eingeschlossen werden müssen.

#### 803 **III.4.4.6 Entnahme von Darm und Pankreas**

804 Bei einer Organentnahme, bei der Darm und Pankreas unterschiedlichen Empfängern  
805 zugeteilt werden, muss sowohl dem Darm- als auch dem Pankreasempfängerzentrum von der  
806 Koordinierungsstelle die Möglichkeit geboten werden, einen qualifizierten Chirurgen zu  
807 entsenden, um an der Entnahme des Darms bzw. Pankreas während des Spenderverfahrens  
808 teilzunehmen (siehe Regelungen in der Richtlinie gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und 5 TPG für die  
809 Wartelistenführung und Organvermittlung zur Pankreastransplantation und kombinierten  
810 Pankreas-Nierentransplantation). Die Darm- und Pankreastransplantierenden Zentren  
811 haben eine jederzeitige Verfügbarkeit entsprechender Teams vorzuhalten.

#### 812 **III.4.5 Ischämiezeit**

813 Die kalte Ischämiezeit des Darmes sollte auf 6 Stunden begrenzt werden. Die Organisation des  
814 Organtransports und die Auswahl des Transportmittels erfolgt daran orientiert gemäß den  
815 Vorgaben der Anlage 6 der Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 a) und b) TPG betreffend  
816 die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der  
817 Organempfänger erforderlichen Maßnahmen (RL BÄK Empfängerschutz).

#### 818 **III.5 Akzeptanzkriterien für Darmtransplantate**

819 Zur Beurteilung der Akzeptanz werden in der Regel u. a. folgende Spenderkriterien (mit  
820 absteigender Evidenz) herangezogen:

- 821 – Alter
- 822 – Body-Mass-Index (BMI) bzw. Bauchumfang
- 823 – Intensivaufenthalt
- 824 – Serum-Natrium
- 825 – hochdosierte Katecholamin-Therapie
- 826 – Reanimationsereignis und -dauer
- 827 – enterale Ernährung während der Intensivzeit

828 Organe von Spendern, die folgende Kriterien erfüllen, gelten als Organe mit erweiterten  
829 Spenderkriterien:

- 830 – Alter > 50 Jahre
- 831 – BMI > 28
- 832 – Intensivbehandlungszeit > 1 Woche
- 833 – Aktuelles Serum-Natrium  $\geq 155$  mmol/l

834 Hochdosierte Katecholamin-Therapie mit mehr als zwei Vasopressoren, Reanimationsdauer  
835 länger als 15 Minuten und fehlende enterale Ernährung über mehr als 24 Stunden während  
836 der intensivmedizinischen Behandlungszeit können weitere Faktoren zur Einstufung eines  
837 Transplantates als Organ mit erweiterten Spenderkriterien sein.

#### 838 **III.6 Aufgaben der Auditgruppen und Verfahren**

839 Für die Verfahren:

- 840 – Kombinierte Darmtransplantation (Approved-Combined-Organ-Status – ACO),
- 841 – Hochdringlichkeitsstatus Darmtransplantation,
- 842 – Hochdringlichkeitsstatus für ein Lebertransplantat im Rahmen einer
- 843 kombinierten Darmtransplantation,

844 – Hochdringlichkeitsstatus für ein isoliertes Lebertransplantat

845 führt die Vermittlungsstelle Auditverfahren durch. Die Auditgruppen bestehen aus in der  
846 Transplantation erfahrenen Fachärzten aus verschiedenen Zentren im Vermittlungsbereich  
847 der Vermittlungsstelle, nicht jedoch aus dem anmeldenden Zentrum.

### 848 **III.6.1 Kombinierte Darmtransplantation – Approved Combined Organ-Status**

849 Die Auditgruppe setzt sich aus einem Auditor der leberspezifischen Arbeitsgruppe der  
850 Vermittlungsstelle, einem Auditor der darmspezifischen Arbeitsgruppe der  
851 Vermittlungsstelle und einem Auditor der pankreasspezifischen Arbeitsgruppe der  
852 Vermittlungsstelle zusammen. Bei modifiziert multiviszeraler Transplantation entfällt der  
853 Leber-Auditor. Im Falle einer uneinheitlichen Entscheidung wird ein weiterer Auditor der  
854 ablehnenden Fachgruppe hinzugezogen.

855 Ist im Rahmen einer kombinierten Transplantation das Pankreas aus anatomischen Gründen  
856 Teil des Transplantates, so muss dies gegenüber der Vermittlungsstelle begründet werden.  
857 Es erfolgt eine Information der pankreasspezifischen Arbeitsgruppe der Vermittlungsstelle.

### 858 **III.6.2 Hochdringlichkeitsstatus Darmtransplantation**

859 Der Hochdringlichkeitsstatus für isolierte Darmtransplantate, kombinierte Nieren- und  
860 Darmtransplantate und modifizierte Multiviszeraltransplantate wird nach Auditierung durch  
861 zwei von den Ländern benannte und durch die Vermittlungsstelle beauftragte Auditoren der  
862 darmspezifischen Arbeitsgruppe der Vermittlungsstelle, bevorzugt von außerhalb des  
863 Landes der anfragenden Einrichtung, erteilt.

### 864 **III.6.3 Hochdringlichkeitsstatus für ein Lebertransplantat im Rahmen einer** 865 **kombinierten Darmtransplantation**

866 Die Auditierung erfolgt durch einen Auditor der leberspezifischen Arbeitsgruppe der  
867 Vermittlungsstelle und einen Auditor der darmspezifischen Arbeitsgruppe der  
868 Vermittlungsstelle, bevorzugt von außerhalb des Landes der anfragenden Einrichtung. Im  
869 Falle einer uneinheitlichen Entscheidung wird ein weiterer Auditor aus der organspezifischen  
870 Arbeitsgruppe der Vermittlungsstelle ernannt, die die Anfrage abgelehnt hat.

### 871 **III.6.4 Hochdringlichkeitsstatus für ein isoliertes Lebertransplantat**

872 Zur Einstufung in die Dringlichkeitsstufe HU führt die Vermittlungsstelle zur Feststellung der  
873 Dringlichkeit ein Auditverfahren durch. Die Einzelheiten werden in der RL BÄK Leber  
874 geregelt.

### 875 **III.6.5 Sachverständigengruppe präemptive Nieren- und Darmtransplantation**

876 Zur Beurteilung der präemptiven Nieren- und Darmtransplantation wird bei der  
877 Vermittlungsstelle eine Sachverständigengruppe eingerichtet. Die Sachverständigengruppe  
878 besteht aus mindestens zwei sachverständigen Fachärzten (einem in der  
879 Darmtransplantation erfahrenen Transplantationschirurgen und einem Nephrologen  
880 [internistische und/oder pädiatrische Qualifikation je nach Alter des Patienten]) aus  
881 verschiedenen Zentren im Bereich der Vermittlungsstelle, nicht jedoch aus dem anmeldenden  
882 Zentrum. Die Mitglieder der Sachverständigengruppe werden von der Ständigen Kommission  
883 Organtransplantation benannt und von der Vermittlungsstelle zur Beurteilung von  
884 Ausnahmefällen herangezogen. Bei uneinheitlicher Entscheidung der Mitglieder der  
885 Sachverständigengruppe wird ein weiterer Sachverständiger der Fachdisziplin  
886 herangezogen, der ein negatives Votum abgegeben hat.

887 Damit die Vermittlungsstelle tätig werden kann, muss der Patient der Vermittlungsstelle  
888 gemeldet werden. Er erhält zu diesem Zwecke bis zur endgültigen Entscheidung über die  
889 Aufnahme in die Warteliste den Status „nicht transplantabel“ (NT).

890 Die gutachterliche Stellungnahme der Sachverständigengruppe erfolgt unverzüglich, wird  
891 durch die Vermittlungsstelle dokumentiert und von dieser der Ständigen Kommission  
892 Organtransplantation zugeleitet.

893 Die Sachverständigengruppe berichtet der Ständigen Kommission Organtransplantation  
894 regelmäßig über die von ihr begutachteten Ausnahmefälle. Basierend darauf werden  
895 Vorschläge zur Weiterentwicklung dieser Richtlinie erarbeitet.

### 896 **IV Inkrafttreten**

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

899

## 900 **B. BEGRÜNDUNG GEMÄSS § 16 ABS. 2 S. 2 TPG**

### 901 **I *Rechtsgrundlagen***

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

### 906 **II *Eckpunkte der Entscheidung der Richtlinienfortschreibung***

907 Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Kapitel A.III.4.3.10 - Transplantation des  
908 Darms und von kombinierten Organtransplantaten unter Einschluss des Darms bei Kindern  
909 und Jugendlichen.

#### 910 **II.1 Ziel der Richtlinienüberarbeitung**

911 Die Überarbeitung der Richtlinie dient der Anpassung an den aktuellen Stand der  
912 wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie der Harmonisierung mit den anderen  
913 organbezogenen Richtlinien gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und 5 TPG.

#### 914 **II.2 Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse**

##### 915 **Zu Kapitel A.III.4.3.10 - Transplantation des Darms und von kombinierten** 916 **Organtransplantaten unter Einschluss des Darms bei Kindern und Jugendlichen**

917 Die Volljährigkeit ist im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) geregelt und tritt gemäß § 2 BGB mit  
918 Vollendung des 18. Lebensjahres ein. Entsprechend erfolgt auch in diesem Zusammenhang  
919 eine Harmonisierung.

920 Kinder und Jugendliche mit chronischen Darm- und den häufig assoziierten  
921 Lebererkrankungen haben generell ein hohes, exklusives Risiko des irreversiblen Verlustes  
922 des altersentsprechend einzigartigen Entwicklungspotentials bis zum Abschluss der  
923 somatischen und psychischen Entwicklung. Diesbezüglich ist im Kindes- und Jugendalter  
924 neben dem Säuglings- und Kleinkindalter insbesondere die Pubertät von besonderer  
925 Relevanz. Daher ist gerade die Zeit zwischen dem 12. und vollendetem 17. Lebensjahr von  
926 herausragender Bedeutung, so dass die Anpassung auch aus medizinisch wissenschaftlicher  
927 Sicht erfolgt.

## 928 **III Verfahrensablauf**

### 929 **III.1 Beratungsablauf in den Gremien**

#### 930 **III.1.1 Verfahren**

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

#### 933 **III.1.2 Beratungsablauf in der Arbeitsgruppe RL BÄK Leber/Darm**

934 Die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Darm tagte in der Zeit von 17.10.2023 bis 17.04.2024 und  
935 führte 4 Sitzungen in pleno durch:

- 936 1. 17.10.2023
- 937 2. 09.01.2024
- 938 3. 19.02.2024
- 939 4. 17.04.2024

940 Die Richtlinienänderung war Gegenstand der Beratung in der Sitzung am 17.04.2024.

#### 941 **III.1.3 Beratungsablauf in der Ständigen Kommission Organtransplantation der** 942 **Bundesärztekammer**

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

#### 945 **III.1.4 Beratungsablauf im Vorstand der Bundesärztekammer**

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

### 947 **III.2 Beteiligung von Experten an den Beratungen**

948 Am 17.10.2024 konstituierte sich in Berlin die Arbeitsgruppe RL BÄK Leber/Darm der StäKO  
949 unter Herrn Prof. Dr. med. Andreas Pascher als Federführendem. Die Mitglieder der  
950 Arbeitsgruppe wurden ad personam berufen.

951 In der Arbeitsgruppe sind folgende Mitglieder vertreten:

- 952 – Prof. Dr. med. Susanne Beckebaum, FEBS, Klinik für Gastroenterologie,  
953 Hepatologie und Transplantationsmedizin, Universitätsklinikum Essen
- 954 – Prof. Dr. med. Thomas Berg, Bereichsleiter Hepatologie der Klinik und Poliklinik  
955 für Onkologie, Gastroenterologie, Hepatologie, Pneumologie und Infektiologie am  
956 Universitätsklinikum Leipzig



- 957 – Dr. med. Martina Kohl-Sobania, Leiterin Pädiatrische Gastroenterologie,  
958 Poliklinik, Kindernotaufnahme, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin,  
959 Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck
- 960 – Prof. Dr. med. Michael Melter, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und  
961 Jugendmedizin, Universitätsklinikum Regensburg
- 962 – Prof. Dr. med. Andreas Pascher, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und  
963 Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Münster
- 964 – Prof. Dr. med. Utz Settmacher, Direktor der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und  
965 Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Jena
- 966 – Prof. Dr. med. Martina Sterneck, Oberärztin der I. Medizinischen Klinik und  
967 Poliklinik des UKE, Leiterin der Lebertransplantationsambulanz des  
968 Ambulanzentrums des UKE, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

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

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

972 **IV Fazit**

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