

## Bekanntmachungen

## Änderung der Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG zur ärztlichen Beurteilung nach § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG (RL BÄK Spendererkennung)

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 11.10.2024 auf Empfehlung der Ständigen Kommission Organtransplantation die

**Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG  
zur ärztlichen Beurteilung nach § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG  
(RL BÄK Spendererkennung)**

beschlossen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat am 06.01.2025 der Richtlinie zugestimmt. Sie tritt am 08.02.2025 in Kraft. Die Richtlinie samt zugehöriger Begründung ist auf der Internetseite der Bundesärztekammer abrufbar unter:

**[www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/  
BAEK/Ueber\\_uns/Richtlinien\\_Leitlinien\\_Empfehlungen/  
RiliSpendererkennung\\_20250208.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Ueber_uns/Richtlinien_Leitlinien_Empfehlungen/RiliSpendererkennung_20250208.pdf)**

DOI: 10.3238/arztebl.2025.rili\_baek\_spendererkennung\_2025

Die geltenden Richtlinien zur Organtransplantation sind abrufbar unter [www.bundesaerztekammer.de/organtransplantation](http://www.bundesaerztekammer.de/organtransplantation).

### A. RICHTLINIENTEXT

#### I Einleitung

##### I.1 Auftrag

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

##### I.2 Anwendungsbereich

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

##### I.2.1 Ziel

Die Richtlinie trifft Festlegungen mit Auswirkungen auf

- a. die ärztliche Beurteilung potenzieller Organspender
- b. die erforderlichen organerhaltenden Maßnahmen
- c. die in diesem Zusammenhang notwendigen Abläufe bis zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls<sup>3</sup>
- d. die Einbeziehung der Koordinierungsstelle
- e. die Einbeziehung des Patientenvertreters und der Angehörigen

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

##### I.2.2 Verfahrensgrundsätze und Rahmenbedingungen

Wenn der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, müssen das Therapieziel und damit die Indikation zu einer intensivmedizinischen Therapie im Einklang mit dem Patientenwillen überprüft werden. Dabei muss auch der Wille zur Organspende beachtet werden. Zur Erkennung von potenziellen Organspendern und Umsetzung des Patientenwillens müssen alle Ärzte für die Möglichkeit einer Organspende sensibilisiert sein. Ein Organspendewunsch des Patienten muss frühzeitig erkundet werden, spätestens vor Einleitung therapiebegrenzender Maßnahmen. Solange eine Organspende nicht ausgeschlossen ist, müssen intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung

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

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

<sup>3</sup> Gemeint ist hier wie im Folgenden die Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG. Richtlinie der Bundesärztekammer [online]. Verfügbar unter: <https://www.wbbaek.de/richtlinien-leitlinien/irreversibler-hirnfunktionsausfall>.

der Organfunktionen erfolgen. Im Falle eines Organspendewunsches sind diese darüber hinaus bis zur Organentnahme fortzuführen, da ansonsten eine Organspende unmöglich wird.

## II Erkennen eines potenziellen Spenders

II.1 Voraussetzung des Erkennens eines potenziellen Spenders  
Beatmungspflichtige Patienten mit akuter primärer oder sekundärer Hirnschädigung, bei denen der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, können – wenn sie eine Organspende nicht ausgeschlossen haben – grundsätzlich unabhängig vom Lebensalter als Organspender in Betracht kommen. Ob und welche Organe eines potenziellen Spenders sich tatsächlich zur Transplantation eignen, ist im Zweifelsfall durch das Entnahmekrankenhaus unter Hinzuziehung des Transplantationsbeauftragten und gemeinsam mit der Koordinierungsstelle zu klären.

II.2 Verlaufsbeobachtung – klinische Symptome

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

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

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

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

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

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

II.3 Therapieoptionen bei wahrscheinlichem Todeseintritt

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

In Behandlungssituationen, in denen der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet wird, stellt sich die Frage nach der Indikation einer intensivmedizinischen Therapie. Unter Aufrechterhaltung der

Funktion der Organe muss bei potenziellen Organspendern das Therapieziel neu bewertet werden.

Unter Berücksichtigung des Patientenwillens bestehen in dieser Situation folgende Therapieoptionen:

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

## III Therapiezielfindung bei potenziellen Organspendern

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

III.1 Therapie-, Therapieziel- und Prognosegespräche

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

In den in einem angemessenen Rahmen stattfindenden Gesprächen muss zunächst thematisiert werden, dass der Tod als Folge der schweren Hirnschädigung nach ärztlicher Beurteilung höchstwahrscheinlich ist (infauste Prognose). Weiterhin sollte u. a. auf folgende Punkte hingewiesen werden:

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

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

Teilnehmer, Inhalt und Ergebnis dieser Gespräche sind zu dokumentieren.

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

#### IV Feststellung des Todes und Mitteilung an die Koordinierungsstelle

Die Frage nach dem eingetretenen irreversiblen Hirnfunktionsausfall stellt sich, wenn die während der Intensivbehandlung regelmäßig überprüften Hirnfunktionen erloschen sind, während der Gasaustausch durch kontrollierte Beatmung (ggf. zusätzlich durch extrakorporale Oxygenierung, z. B. extrakorporale Membranoxygenierung (venovenöse ECMO – vvECMO)) sowie die Herz- und Kreislauffunktion ggf. durch Pharmaka und/oder extrakorporale Unterstützungssysteme (z. B. venoarterielle ECMO – vaECMO/ Extracorporeal-Life-Support-Systeme – ECLS) noch künstlich aufrechterhalten werden<sup>4</sup>. In der Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG stellt die Bundesärztekammer den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG einschließlich der dazu jeweils erforderlichen ärztlichen Qualifikation fest. Mit der Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (irreversibler Hirnfunktionsausfall) ist nach der Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt.

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

#### V Entscheidung über Organspende

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

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

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

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

- a. Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner
- b. volljährige Kinder
- c. Eltern, Vormund, Pfleger
- d. volljährige Geschwister
- e. Großeltern

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

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

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

#### VI Intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen

Das TPG legt weder den Behandlungsbedarf noch den Zeitraum für intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen bei potenziellen Organspendern fest. Bei nach ärztlicher Beurteilung unmittelbar bevorstehendem oder vermutetem irreversiblen Hirnfunktionsausfall ist die Aufrechterhaltung der Organfunktionen bis zur Feststellung des bekundeten oder mutmaßlichen Willens notwendig, um eine gewollte Organspende ermöglichen zu können.

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

- Irreversibler Hirnfunktionsausfall
- Organspendewunsch
- Wille zur Therapiebegrenzung
- Eingriffsintensität der erweiterten Behandlungsmaßnahmen
- Wahrscheinlichkeit der erfolgreichen Organprotektion

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

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

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

## VII Verpflichtungen des Entnahmekrankenhauses

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

Spezielle Dokumentationspflichten ergeben sich aus den Regelungen des § 9a Abs. 2 Nr. 7 TPG. Die Entnahmekrankenhäuser müssen sicherstellen, dass alle Todesfälle mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung sowie die Gründe für eine nicht erfolgte Feststellung oder für eine nicht erfolgte Meldung oder andere der Organentnahme entgegenstehende Gründe erfasst und die Daten der Koordinierungsstelle mindestens einmal jährlich anonymisiert übermittelt werden.

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

## VIII INKRAFTTRETEN

Die Richtlinienänderung tritt nach Bekanntgabe im Deutschen Ärzteblatt und Veröffentlichung auf der Internetseite der Bundesärztekammer am 08.02.2025 in Kraft.

## B. Anlagen

### Anlage 1

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

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

- a. Primäre intrakranielle Tumoren (ICD-Nrn. C70.0, C70.9, C71.-, D32.0, D32.9, D33.0-D33.3),
- b. Verschluss der Liquor-ableitenden Wege, Hydrocephalus (ICD-Nrn. G91.1, G91.3, G91.8, G91.9, G94.0, G94.1\*, Q03.0, Q03.1, Q03.9),
- c. ischämisch-hypoxische Hirnschäden (ICD-Nr. G93.1) unabhängig von ihrer Ätiologie und Pathogenese, damit auch infolge von Epilepsie (ICD-Nrn. G41.0, G41.8, G41.9), Intoxikationen (ICD-Nrn. T40.-, T41.-, T42.3, T42.4, T42.7, T48.1, T51.0, T51.1, T51.9; T58, T59.7), Status asthmaticus (ICD-Nr. J46), von Komplikationen bei Schwangerschaften (ICD-Nrn. O29.1, O29.2, O74.2, O74.3, O87.3, O89.1, O89.2) oder infolge von chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung (ICD-Nrn. T88.8, T88.9) sowie infolge Strangulation (ICD-Nr. T71), Ertrinkens (ICD-Nr. T75.1), Stromtod (ICD-Nr. T75.4), Aspiration (ICD-Nr. P24.-, J69.0, X59.9!, T17.2-T17.9), oder eines Herzstillstands mit primär erfolgreicher Wiederbelebung (ICD-Nr. I46.0),
- d. intrakranielle Blutungen, spontan oder als Komplikationen anderer Erkrankungen oder von Therapiemaßnahmen (ICD-Nrn. I60.0-I60.9, I61.0-I61.9, I62.00, I62.01, I62.1, I62.9),
- e. Hirninfarkte (ICD-Nrn. I63-I64, I67),
- f. Hirnödem (ICD-Nr. G93.6),
- g. Sinus- und Hirnvenenthrombosen (ICD-Nrn. G08, O22.5),
- h. perinatale Hirnschäden (ICD-Nrn. P10.-, P11.0-P11.2, P52.-),
- i. Hirnfehlbildungen (ICD-Nrn. Q01.-, Q02, Q03.-, Q04.-),
- j. Schädel-Hirn-Verletzungen (ICD-Nr. G93.5; S06.1, S06.2-, S06.3-, S06.4, S06.5, S06.6, S06.8, S06.9, S07.-, S08.8, S08.9, S09.7, S15.0-, S15.1, S15.2, S15.3, S15.7, S18),
- k. infektiöse Erkrankungen des Zentralnervensystems (ICD-Nrn. G00.-, G01\*, G02.-\*, G03.-, G03.-, G05.-\*, G06.0, G07\*, G94.0\*).

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

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

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

**Anlage 2**

Glossar zur allgemeinen Lesbarkeit

Begriff	Erläuterung
Analgosedierung	medikamentöse Schmerzausschaltung und Beruhigung
Ätiologie	Lehre von den Ursachen von Erkrankungen
Bradykardie	langsamer Herzschlag
Cushing-Reflex	vom Anstieg des Hirndrucks abhängiger Blutdruck-Anstieg
endotracheal	innerhalb der Luftröhre
Epilepsie	„Krampfleiden“, ausgelöst durch pathologische Erregungsbildung und fehlende Erregungsbegrenzung in den Nervenzellverbänden des Gehirns
Hirnödem	Schwellung des Gehirns
Hydrocephalus	krankhafte Erweiterungen der mit Liquor gefüllten Flüssigkeitsräume des Gehirns
Hypothermie	Unterkühlung
intrakraniell	innerhalb des Schädels
Irreversibler Hirnfunktionsausfall	der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms („Hirntod“)
ischämisch-hypoxische Hirnschäden	Hirnschädigungen in Folge Durchblutungs- und Sauerstoffmangels
Klinische Ethikberatung	Beratung durch Mitglieder eines krankenhausinternen Ethik-Gremiums
Liquor	Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit
Muskelhypotonie	niedrige Muskelspannung
Patientenvertreter	Gerichtlich bestellter Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigter für die Gesundheitsfürsorge
Pathogenese	Entstehung und Entwicklung von Erkrankungen
Polyurie	übermäßige Urinausscheidung
postmortal	nach dem Tod
prä mortal	vor dem Tod
Reanimation	Herz-Lungen-Wiederbelebung
Relaxierung	Muskelentspannung durch Medikamente
Sinus- und Hirnvenenthrombosen	Auftreten von Blutgerinnseln in venösen Blutgefäßen des Gehirns
somatosensibel evozierte Potentiale	Nervenantworten auf Reize im Bereich der Berührungs- und Schmerzempfindung
Spastik	erhöhte Eigenspannung der Muskulatur
Status asthmaticus	anhaltender schwerer Asthma-Anfall
subsidiär	untergeordnet
zentraler Diabetes insipidus	durch Mangel an antidiuretischem Hormon verursachte übermäßige Urinproduktion

**C. Begründung gemäß § 16 Abs. 2 S. 2 TPG****I Rechtsgrundlagen**

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

**II Eckpunkte der Entscheidung zur Richtlinienfortschreibung****II.1 Zusammenfassung und Zielsetzung**

Das Selbstbestimmungsrecht eines Patienten ist ein hohes und verpflichtendes Gut. Daher muss grundsätzlich in jede medizinische Maßnahme durch den Patienten bzw. durch seinen Patientenvertreter eingewilligt werden. In ausweglos erscheinenden Situationen bei beatmungspflichtigen Patienten mit schwerer Hirnschädigung stellt sich die Frage, ob eine weitere Behandlung fortzuführen oder aus medizinischen, ethischen und rechtlichen Gründen zu beenden ist. Bei unmittelbar bevorstehendem oder vermutetem irreversiblen Hirnfunktionsausfall muss in der Diskussion zu Therapieentscheidungen und Therapiezielen auch ein möglicher Organspendewille berücksichtigt werden; dazu ist bei potentiellen Organspendern durch den auskunftsberechtigten Arzt oder Transplantationsbeauftragten eine Anfrage an das Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende (OGR) zu stellen (§ 2a Abs. 4 S. 2 Nrn. 1 und 2 TPG). Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund einer Therapiezieländerung mit der Einleitung einer palliativen Behandlung, vor der ein Organspendewille eruiert werden muss. Ziel dieser Richtlinie ist die Feststellung des aktuellen Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur ärztlichen Beurteilung von potenziellen Organspendern sowie die Beschreibung guter medizinischer Behandlungsstandards von der Spendererkennung bis zur Spendermeldung im Rahmen einer Organspende unter Beachtung von rechtlichen, medizinischen und insbesondere ethischen Aspekten.

**II.2 Novellierungsbedarf der Richtlinie****II.2.1 Ziel der Richtlinienüberarbeitung**

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

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

**II.3 Darstellung der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse****II.3.1 Zu den einzelnen Überschriften****II.3.1.1 Zu Abschnitt II – Erkennen eines potenziellen Spenders**

Die Erkennung potenzieller Spender ist ein Schlüsselprozess in der Organspende.

Statt „beatmet“ wird nun durchgängig der Begriff „beatmungspflichtig“ genutzt, dieser umfasst auch den seltenen Fall von Patienten mit Verfahren zur extrakorporalen Membranoxygenierung/extrakorporalen Zirkulation (z. B. „Wach“-ECMO). Der Begriff stellt eine Präzisierung der Pathophysiologie der Atmung des zerebral schwer beeinträchtigten Patienten dar. Dem Willen

eines Patienten zur Organspende muss nachgekommen werden können, unabhängig davon, ob ein künstlicher Luftweg etabliert und die Beatmung bereits eingeleitet wurde.

### II.3.1.2 Zu Abschnitt III – Therapiezielfindung bei potenziellen Organspendern

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

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

Sind Patientenvertreter und nächste Angehörige unterschiedliche Personen, ist der Patientenvertreter bis zur Feststellung des Todes für die Einwilligung in Therapieentscheidungen verantwortlich. Er ist für seine Entscheidungen an den expliziten Willen des Patienten nach § 1827a Abs. 1 BGB, seinen mutmaßlichen Willen nach § 1827a Abs. 2 BGB bzw. sein Wohl nach § 1827 Abs. 2 S. 1 BGB gebunden. Zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens soll der Patientenvertreter gem. § 1827b Abs. 2 BGB den Angehörigen „Gelegenheit zur Äußerung“ geben. Dabei kann es sich um ein Gespräch handeln, dessen Führung und Gestaltung grundsätzlich dem Patientenvertreter obliegt. Er kann dabei den behandelnden Arzt einbeziehen, ist dazu aber nicht verpflichtet. Das Transplantationsgesetz macht keine Vorgaben, wann erstmalig ein Gespräch über einen Organspendewunsch geführt werden kann. Damit ggf. der Wille des Patienten zur Organspende erfüllt werden kann, führt die Bundesärztekammer aus: „Das Gespräch mit den Angehörigen über die Möglichkeit der Organspende sollte bereits stattfinden, wenn der Eintritt des Hirntods wahrscheinlich ist. [...] Die Patientenvertreter sind darüber zu informieren, wenn eine Fortführung der intensiv-medizinischen Maßnahmen nicht mehr primär zum Wohle des Patienten, sondern zur Realisierung einer möglichen Organspende erwogen wird.“ („Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung“ [1]). Auch der Deutsche Ethikrat stellt fest, „dass die Gespräche und die Beratung der Personen, die eine Entscheidung über eine Organspende und über die organprotektiven Maßnahmen treffen müssen, bereits vor der Feststellung des Hirntodes begonnen werden dürfen“ (B2, Stellungnahme Deutscher Ethikrat zum Hirntod und Entscheidung zur Organspende [2]). Die Gespräche sollen ergebnisoffen und non-direktiv erfolgen [2, 3].

### II.3.1.3 Zu Abschnitt V – Entscheidung über Organspende

Zu Lebzeiten setzt jede medizinische Maßnahme in der Regel die Einwilligung des Patienten voraus. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist eine Einwilligung eines Patientenvertreters einzuholen, soweit keine schriftliche Willensbekundung des Patienten die Maßnahme gestattet oder untersagt. Nach dem TPG

erfolgt die Zustimmung zur postmortalen Organspende nach § 3 mit Einwilligung des Patienten oder subsidiär nach § 4 durch Angehörige oder gleichgestellte Personen.

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

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

### II.4 Literatur

1. BUNDESÄRZTEKAMMER, ZENTRALE ETHIKKOMMISSION BEI DER BUNDESÄRZTEKAMMER. Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung [online]. Deutsches Ärzteblatt, 110, 2013(12), A572-A574. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=135909>, zuletzt geprüft am 24.01.2025.
2. DEUTSCHER ETHIKRAT. Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme. Berlin: Dt. Ethikrat, 2015. ISBN 9783941957664. Verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf>, zuletzt geprüft am 24.01.2025.
3. DEUTSCHER BUNDESTAG. Gespräche mit Angehörigen bei postmortalen Organspende. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 18. April 2012. Drucksache 17/9334. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/093/1709334.pdf>, zuletzt geprüft am 24.01.2025.

## III Verfahrensablauf

### III.1 Beratungsablauf in den Gremien

#### III.1.1 Verfahren

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

#### III.1.2 Beratungsablauf in der Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Spendererkennung

Die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Spendererkennung (AP 2023–2026) tagte in der Zeit vom 11.04.2024 bis 29.08.2024 und führte 3 Sitzungen in pleno sowie ergänzend 1 Arbeitstreffen durch:

- 11.04.2024 (Arbeitstreffen)
1. 24.04.2024
2. 10.06.2024
3. 29.08.2024

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

Der Richtlinienänderungsvorschlag einschließlich Begründung wurde in der Sitzung der Ständigen Kommission Organtransplantation (StäKO) vom 26.06.2024 in 1. Lesung und in der Sitzung vom 25.09.2024 in 2. Lesung beraten.

III.1.4 **Beratungsablauf im Vorstand der Bundesärztekammer**  
Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in seiner Sitzung vom 11.10.2024 mit der vorbezeichneten Richtlinie befasst und den Richtlinientext und seine Begründung verabschiedet.

III.2 **Beteiligung von Experten an den Beratungen**  
Am 24.04.2024 konstituierte sich die Arbeitsgruppe Richtlinie BÄK Spendererkennung (Amtsperiode 2023–2026) der StäKO unter Herrn Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp als Federführenden. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden ad personam berufen. In der Arbeitsgruppe sind folgende Mitglieder vertreten:

- Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin, Universitätsmedizin Greifswald
- Prof. Dr. med. Eckhard Rickels, Medizinischer Leiter, Medizinisches Versorgungszentrum, Allgemeines Krankenhaus Celle
- PD Dr. med. Christina Zezios, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Geschäftsführende Ärztin der Region Baden-Württemberg, Stuttgart
- Prof. Dr. med. Hartmut Schmidt, Direktor der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Transplantationsmedizin, Universitätsklinikum Essen
- Dr. med. Gerold Söffker, Oberarzt der Klinik für Intensivmedizin, Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Dr. med. Andreas Totzeck, Oberarzt der Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen

Als Gäste an den Beratungen haben teilgenommen:

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

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

Im Zuge der Beteiligung der Fachöffentlichkeit im schriftlichen Stellungsverfahren wurde der Richtlinienentwurf einschließlich des Begründungstextes am 12.07.2024 im Internetauftritt der Bundesärztekammer mit der Möglichkeit der schriftlichen Stellungnahme bis zum 09.08.2024 veröffentlicht.

Im Deutschen Ärzteblatt vom 12.07.2024 (Jahrgang 121, Heft 14) wurde die Veröffentlichung bekannt gegeben und auf die Möglichkeit der Abgabe von Stellungnahmen bis zum 09.08.2024 hingewiesen. Des Weiteren wurde die Fachöffentlichkeit (Akademie für Ethik in der Medizin, Bundesverband der Organtransplantierten, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, Deutsche Transplantationsgesellschaft, Vereinigung der deutschen Medizinrechtslehrer) mit Schreiben vom 12.07.2024 über diese Möglichkeit informiert.

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

- Prof. Dr. med. Peter Berlit, Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Prof. Dr. med. Jens Gottlieb, Prof. Dr. med. Christian Taube, Prof. Dr. med. Jürgen Behr, Prof. Dr. med. univ. Dr. biol. hom. Nikolaus Kneidinger, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)
- Prof. Dr. med. Philip Maier, Prof. Dr. med. Claus Cursiefen, Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)
- Prof. Dr. med. Benedikt Pannen, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
- Dr. med. Axel Rahmel, Thomas Biet, MBA, LL.M., Deutsche Stiftung Organtransplantation
- PD Dr. med. Annette Rogge, Paracelsus-Nordseeklinik Helgoland

Die Arbeitsgruppe hat die eingegangenen sechs Stellungnahmen in ihrer Sitzung vom 29.08.2024 beraten.

Zwei Stellungnahmen bezogen sich auf Abschnitte, die nicht Gegenstand des Verfahrens waren.

#### IV **Fazit**

Die vorliegende Richtlinie regelt die Spendererkennung in den Entnahmekrankenhäusern gemäß § 9a TPG. Es wurden Anpassungen an die Rechtsentwicklung (Änderungen des TPG zur Abfrage des Organ- und Gewebespenderegisters (OGR)) sowie an Entwicklungen der medizinischen Wissenschaft und Praxis vorgenommen. Mit der Anpassung wurden Entwicklungen in der medizinischen Wissenschaft und der transplantationsmedizinischen Praxis nachvollzogen.