

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

Ergebnis Fachanhörungsverfahren, Stand 13.08.2024

<b>1</b>	E-Mail vom 15.07.2024	Dipl.-Sozialw. Univ. T. Rhaïem Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
<b>2</b>	E-Mail vom 19.07.2024	Prof. Dr. P. Berlit Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
<b>3</b>	E-Mail vom 24.07.2024	PD Dr. A. Rogge Paracelsus – Nordseeklinik Helgoland
<b>4</b>	E-Mail vom 08.08.2024	Prof. Dr. P. Maier, Prof. Dr. C. Cursiefen Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft (DOG)
<b>5</b>	E-Mail vom 09.08.2024	Dr. A. Rahmel, Thomas Biet, MBA, LL.M. Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)
<b>6</b>	E-Mail vom 13.08.2024	Prof. Dr. J. Gottlieb, Prof. Dr. C. Taube, Prof. Dr. N. Kneidinger, Prof. Dr. J. Behr Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

---

**Von:** Tina Rhaiem <[REDACTED]>  
**Gesendet:** Montag, 15. Juli 2024 10:46  
**An:** Transplantationsmedizin  
**Cc:** 'Pannen'; Hahnenkamp, Klaus; Alexander Schleppers  
**Betreff:** [EXTERN]WG: [EXTERN] WG: Richtlinie BÄK Spendererkennung // Beteiligung der Fachöffentlichkeit  
**Anlagen:** 2024-07-12\_Ab-Pannen\_DGAI\_RL-BÄ„K-Spendererkennung-FA.pdf  
**Kategorien:**

Sehr geehrte Frau Dr. Abel,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Ich darf Ihnen im Auftrag von Herrn Prof. Pannen mitteilen, dass die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. mit dem vorliegenden Richtlinienänderungsvorschlag einverstanden ist und die vorgenommenen Änderungen begrüßt.

Mit freundlichen Grüßen  
Tina Rhaiem

**Dipl.-Sozialw. Univ. Tina Rhaiem**  
**Leitung Geschäftsstelle BDA/DGAI**

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)  
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

Neuwieder Straße 9  
90411 Nürnberg  
Tel. 0911-933 78 21  
www.bda.de  
www.dgai.de



Diese E-Mail enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder diese E-Mail irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie diese Mail. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieser Mail ist nicht gestattet.

**Von:** Peter Berlit <berlit@dgn.org>  
**Gesendet:** Freitag, 19. Juli 2024 15:44  
**An:** Transplantationsmedizin  
**Cc:** Lars Timmermann  
**Betreff:** [EXTERN]Re: Richtlinie BÄK Spendererkennung // Beteiligung der Fachöffentlichkeit

**Priorität:**

**Kennzeichnungsstatus:**

**Kategorien:**

Sehr geehrte Frau Fritz,

es gibt eine wichtige Anmerkung.

In Zeile 202 wird noch die alte Richtlinie (4. Fortschreibung) für die Feststellung des IHA zitiert. Wir sind seit 2022 bei der 5. Fortschreibung. Es wäre dabei auch wichtig, dass die IHA-Richtlinie in der Literaturliste erscheint und nicht nur in einer Fußnote. Ihre Kolleginnen von Dezernat 6 BÄK werden das vermutlich auch ansprechen.

Mit herzlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Peter Berlit  
Generalsekretär  
Schriftleiter DGNeurologie  
Deutsche Gesellschaft für Neurologie  
Friedrichstraße 88, 10117 Berlin  
E: [berlit@dgn.org](mailto:berlit@dgn.org)

---

**Von:** Annette Eva Maria Rogge <annette.rogge@pkd.de>  
**Gesendet:** Mittwoch, 24. Juli 2024 17:54  
**An:** Transplantationsmedizin  
**Betreff:** [EXTERN]Änderung RL BÄK Spendererkennung

**Kategorien:**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich erlaube mir folgende kleineren Kommentierungen und Vorschläge zur Diskussion der vorgeschlagenen Änderung der RL Spendererkennung.

Zeile 93-95: *Frühzeitig* könnte zum Beispiel auch bedeuten, dass bei jeder Aufnahme in die Klinik alle Patienten zum Vorhandensein eines Organspendeausweises/Registereintrages routinemäßig befragt werden. Vielleicht ist die Nennung dieser Option in der Richtlinie hilfreich? Das würde auch in das Kapitel V passen.

Zeile 143-145: Die Frage nach einer Indikation für Intensivtherapie ist immer zu stellen. Bei vermutetem unmittelbar bevorstehenden IHA könnte zB auch eine neurochirurgische Intervention zur Druckentlastung eine zu diskutierende Option darstellen. Bei nur vermutetem IHA oder zeitnah erwartetem IHA könnte auch ein Fortsetzen der intensivmedizinischen Maßnahmen eine Therapieoption darstellen. Zumindest wäre daher hier m.E. als 3. Option ein begrenzter Therapiversuch mit Reevaluation zu nennen.

Zeile 180: in der beschriebenen Situation eines Therapiezielgespräches ist ein IHA nicht in allen Fällen *notwendig*. Falls keine Organspende realisiert werden soll, kann ein palliatives Therapieziel auch ohne erfolgte IHA Diagnostik verfolgt werden.

Zeile 183: Vorschlag: der *anzunehmende* zeitliche Rahmen. Begründung: Da insbesondere bei zeitnah vermutetem, aber noch nicht eingetretenem IHA eine Ungewissheit über den zeitlichen Rahmen besteht, sollte diese Unsicherheit möglichst früh kommuniziert werden.

Zeilen 184-186: Die Formulierung ist zumindest missverständlich. Für welchen Eingriff besteht das Risiko eines "apallischen Syndroms?" Vermutlich ist der Verbleib in einer chronischen Bewusstseinsstörung unter fortgesetzter Intensivtherapie gemeint. Intensivtherapie erfolgt in der beschriebenen Gesprächssituation bereits und kann nur fortgesetzt werden, wenn sie auch vom Patientenwillen (hier durch gesetzlichen Vertreter vermittelt) gedeckt wird. Eine Beendigung von Intensivtherapie kann also umgehend oder auch später im Verlauf (nach Diagnosestellung eines zB "apallischen Syndromes") erfolgen. Der Begriff des "apallischen Syndromes" könnte nochmals diskutiert werden.

Zeile 245: Im Falle eines Dissens zwischen gleichrangigen Angehörigen kann die Beteiligung einer klinischen Ethikberatung erwogen werden.

Zeilen 268-272: Hierzu fehlt das Zitat der Original-Quelle: Neitzke, G., Rogge, A., Lücking, K.M. *et al.* Entscheidungshilfe bei erweitertem intensivmedizinischem Behandlungsbedarf auf dem Weg zur Organspende. *Med Klin Intensivmed Notfmed* **114**, 319–326 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00063-019-0578-3>

Ich hoffe, dass diese Vorschläge als hilfreich erachtet werden und verbleibe  
mit freundlichen Grüßen  
Ihre

PD Dr. Annette Rogge  
Chefärztin Neurologie

=====

Paracelsus - Nordseeklinik  
Invasorenpfad 1040  
27498 Helgoland  
T 04725 803-135

[annette.rogge@pkd.de](mailto:annette.rogge@pkd.de)

[www.paracelsus-kliniken.de/helgoland](http://www.paracelsus-kliniken.de/helgoland)

Betriebsstätte der Park-Hospital GmbH

Sitz der Gesellschaft: Helgoland

Amtsgericht Pinneberg. HRB 17329

**Geschäftsführer:**

Sten Wessels



**DOG**  
Deutsche Ophthalmologische  
Gesellschaft

Gesellschaft  
für Augenheilkunde

**Via Mail:** [transplantationsmedizin@baek.de](mailto:transplantationsmedizin@baek.de)

Bundesärztekammer  
Frau Dr. jur. Wiebke Abel, LL.M.  
Bereichsleiterin und Stellvertretende Leiterin der  
Geschäftsstelle Transplantationsmedizin  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

**Geschäftsstelle**  
DOG Deutsche Ophthalmologische  
Gesellschaft e.V.  
Platenstraße 1  
80336 München  
Telefon: +49 89 5505768-0  
Telefax: +49 89 550576811  
[geschaeftsstelle@dog.org](mailto:geschaeftsstelle@dog.org)  
[www.dog.org](http://www.dog.org)

**Richtlinie gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG zur ärztlichen Beurteilung nach § 9a Abs. 2  
Nr. 1 TPG (RL BÄK Spendererkennung) - Beteiligung der Fachöffentlichkeit**  
**Aktenzeichen: 854.053 – Ihr Schreiben vom 12.07.2024**  
Düsseldorf/München, 08.08.2024

Sehr geehrte Frau Dr. Abel,  
sehr geehrte Damen und Herren,

mit Interesse haben wir Ihren Entwurf der Beschlussempfehlung für einen Vorschlag der  
Ständigen Kommission Organtransplantation für eine Änderung der Richtlinie gemäß § 16  
Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG zur ärztlichen Beurteilung nach § 9a Abs. 2 Nr. 1 11 TPG (RL BÄK  
Spendererkennung) gelesen.

In der Augenheilkunde ist die Transplantation der Augenhornhaut eine etablierte,  
erfolgreiche und häufige Therapie. Im Sinne der Festlegungen des § 4 Abs. 1 des  
Transplantationsgesetzes soll die Einholung der Zustimmung zur Organ- und  
Gewebespende gemeinsam erfolgen, wenn die Entnahme mehrerer Organe und Gewebe in  
Betracht kommt. Wir würden es daher begrüßen, wenn diese Einzügigkeit in die  
Formulierung dieser BÄK Richtlinie aufgenommen werden würde (insbesondere im Abschnitt  
V Entscheidung über Organspende). In der Praxis erleben wir leider sehr häufig die  
Situation, dass bei Organspendern nicht nach der Zustimmung zu einer Gewebespende,  
obwohl diese medizinisch möglich wäre, gefragt wird und diese potentiellen Spenden damit  
verloren gehen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Philip Maier  
Leiter der Sektion  
DOG-Gewebetransplantation  
und Biotechnologie

Prof. Dr. Claus Cursiefen  
Generalsekretär der DOG

DSO · Deutschherrnufer 52 · 60594 Frankfurt

Herrn  
Professor Torsten Verrel  
Bundesärztekammer  
Vorsitzender der  
Ständigen Kommission Organtransplantation  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
**- Per Email -**

**VORSTAND**

Deutschherrnufer 52  
60594 Frankfurt am Main  
Telefon: +49 69 677328 9001  
Telefax: +49 69 677328 9009  
Internet: [www.dso.de](http://www.dso.de)

09.08.2024/ND

**Anpassungsgesuch RL BÄK Spendererkennung**

Sehr geehrter Herr Professor Verrel,  
sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersenden wir einen Vorschlag zur Anpassung der o.g. Richtlinie, der sich aus den ersten Erfahrungen mit dem obligaten Abfragen des Organspende-Registers ergeben hat.

In der Praxis gibt es immer wieder Fälle, in denen die Klinik mit den Angehörigen über Therapiezieländerungen bei infauster Prognose (aber nicht unbedingt unmittelbar bevorstehenden irreversiblen Hirnfunktionsausfall), gesprochen hat. Mitunter gibt es dann aus dem Gespräch schon eine Ablehnung der Organspende durch die Angehörigen, aber ohne dass vorher in das Organspende-Register geschaut wurde. Wir erfahren davon erst dadurch, dass die Therapie bereits beendet wurde. Auch ist es schwierig, erst in das Register zu schauen, wenn man schon mit den Angehörigen eine Entscheidung besprochen hat, und muss die Diskussion dann erneut beginnen.

Diese Thematik wurde bereits in der Videokonferenz am 16.07.2024 zum Thema Organspende-Register thematisiert und als Lösungsoptionen eine Anpassung der Richtlinie Spendererkennung diskutiert. Der beiliegende Text enthält einen Entwurf, wie man diese Problematik möglicherweise angehen könnte. Dabei habe ich mich an einen Satz in der Richtlinie im Abschnitt III (Therapiezielfindung bei potentiellen Organspendern) durchgehend orientiert:

„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.“

Mit freundlichen Grüßen

DEUTSCHE STIFTUNG  
ORGANTRANSPLANTATION



Dr. Axel Rahmel  
Medizinischer Vorstand



Thomas Biet, MBA, LL.M.  
Kaufmännischer Vorstand

Anlagen:

- 2024-08-09\_Anlage Schreiben BÄK\_RiliSpendererkennung Stellungnahme\_DSO





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

12  
13  
14  
15 Stand: 26.06.2024

16  
17  
18 **Hinweis:**

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

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

## 87 **I.2.2 Verfahrensgrundsätze und Rahmenbedingungen**

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

## 99 **II Erkennen eines potenziellen Spenders**

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

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

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

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

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

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

### 154 **III Therapiezielfindung bei potenziellen Organspendern**

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

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

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

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

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

### 371 ***I Rechtsgrundlagen***

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

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

#### 378 **II.1 Zusammenfassung und Zielsetzung**

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

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

#### 396 **II.1.2 Ziel der Richtlinienüberarbeitung**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Stellungnahme

### der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) zur Beschlussempfehlung für einen Vorschlag der Ständigen Kommission Organtransplantation zur 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)

Es wurde im Rahmen des Fachanhörungsverfahrens die Richtlinie Spendererkennung gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 TPG zur ärztlichen Beurteilung nach § 9a Abs. 2 Nr. 1 TPG vorgelegt. Nach Prüfung des Entwurfs möchten wir Ihnen diesbezüglich folgende Anmerkungen zukommen lassen

1. Die DGP begrüßt, dass der Organspende insbesondere der Entnahme-Operation - eine zentrale Rolle zugewiesen wird. Aus praktischen Erfahrungen besteht gelegentlich bei der Organentnahme nach Feststellung des Hirntodes in den Krankenhäusern bei den beteiligten medizinischen Personal Unsicherheit in dieser Situation. Zu unserem Bedauern ist diese Rechtssicherheit in der vorliegenden Form der Richtlinie im Abschnitt Zeilen 257-287 aber nicht vollständig erreicht. Es wird zwar in diesem Abschnitt auf das Thema Organerhaltung und intensivmedizinische Maßnahmen verwiesen, die Verabreichung von Medikamenten zur Optimierung der Organfunktionen (z.B. Glukokortikoide) wird aber nicht erwähnt. Es wird leider auch nicht zum Thema Stellung genommen, wie die Verabreichung von Anästhetika zum Zwecke der Organentnahme zu bewerten ist.
2. Vielfach wird in der Richtlinie (z.B. 101, 111, 115) als Voraussetzung zur Organspende von „beatmungspflichtigen Intensivpatienten“ gesprochen. Aus Sicht der DGP werden in der Intensivmedizin zunehmend extrakorporale Verfahren (z.B. das extrakorporale Membranoxygenierung ECMO) eingesetzt, die die Funktion von Herz und Lunge zum Teil auch ohne Beatmung ersetzen können. Diese Situation wird zwar in Zeile 200 erwähnt sollte aber im ganzen Dokument berücksichtigt werden. Außerdem können maschinelle Beatmung und extrakorporale Membranoxygenierung auch zusammen eingesetzt werden, nicht nur „oder“. Theoretisch kann bei Patienten

#### ANSCHRIFT

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie  
und Beatmungsmedizin e.V.  
Robert-Koch-Platz 9  
10115 Berlin

#### GESCHÄFTSFÜHRENDE VORSTAND

Prof. Dr. med. M. Pfeifer, Präsident  
Prof. Dr. med. T. T. Bauer, Stellv. Präsident  
Prof. Dr. med. W. J. Randerath, Generalsekretär  
PD Dr. med. T. Köhnlein, Schatzmeister  
Prof. Dr. med. K. F. Rabe, Pastpräsident

#### VEREINSREGISTER

Vereinsregister-Nr.  
Vereinsregister des Amtsgerichts  
Marburg: VR 622

#### STEUERNUMMER & GLÄUBIGER-ID

Steuernummer: 031 250 56643  
Gläubiger-ID: DE26ZZZ00000492746

an extrakorporalen Ersatzverfahren ein irreversibler Funktionsausfall auch ohne Be- Seite 2 | 2  
atmungspflichtigkeit bestehen. Der Begriff beatmungspflichtige Patienten sollte  
durch den Begriff „Patienten am mechanischen Ersatzverfahren“ ersetzt werden.

3. Einige im Glossar (Zeile 367) erwähnte Fremdwörter könnten im Text gleich durch  
laienverständliche Formulierungen ersetzt werden (z.B. Hirnödem, Reanimation,  
Pathogenese). Einige Begriffe (z.B. Diabetes insipidus) im Glossar werden selbst  
durch neue Fachbegriffe erklärt, die selbst wiederum nicht laienverständlich sind  
(z.B. Antidiuretisches Hormon).
4. Der Richtlinienentwurf enthält keine Regelungen zur Kostenübernahme für die Or-  
ganentnahme nach Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls. Hierbei  
sollte unseres Erachtens auf die gesetzlichen Regelungen verwiesen werden.
5. Auch wenn die Auflistung der Befunde in Zeile 117-130 nicht vollständig sein soll  
(„u.a.“) fehlt das wichtigste Symptom : Koma. Erstaunlicherweise taucht dieser Be-  
griff wie auch „Bewusstlosigkeit“ an keiner Stelle im Dokument auf. Das wirkt aus  
pneumologischer Sicht befremdlich.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Prof. Dr. med. Jens Gottlieb (Hannover)

[Redacted contact information]

Prof. Dr. med. Christian Taube (Essen)

[Redacted contact information]

Prof. Dr. med. Nikolaus Kneidinger (Graz, Österreich)

[Redacted contact information]

Prof. Dr. med. Jürgen Behr (München)

[Redacted contact information]

Vom Vorstand der DGP genehmigt am 13. August 2024