

## **Richtlinie**

### **zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes**

#### **1 EINLEITUNG**

Diese Richtlinie dient der Umsetzung des Transplantationsgesetzes<sup>1</sup> und der „Leitlinie zur Organspende und Transplantation“ im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg. Sie wird durch Verfahrensanweisungen ergänzt. Die Richtlinie ist als Standard innerhalb des Evangelischen Krankenhauses für alle betroffenen Mitarbeiter<sup>2</sup> verbindlich.

#### **2 ORGANSPENDER**

Als Organspender kommen potentiell alle Patienten auf einer Intensivstation in Betracht, bei denen der Verlust der Gehirnfunktionen nach einer akuten primären oder sekundären Hirnschädigung unter kontrollierter Beatmung unbeeinflussbar und mit infauster Prognose fortschreitet.

Absolute Kontraindikationen sind nachgewiesene schwere Infektionskrankheiten (z. B. HIV, unbeherrschte Sepsis, nicht jedoch Hepatitis A, B und C) und maligne Erkrankungen (außer einigen primären Hirntumoren). Eine Altersgrenze zur Organspende existiert nicht.

Ein potentieller Organspender ist dann als definitiv zu betrachten, wenn der Hirntod festgestellt wurde, keine Kontraindikationen für eine Organspende vorhanden sind und eine Einwilligung vorliegt.

#### **3 FESTSTELLUNG DES HIRNTODES**

Der Nachweis des Hirntodes ist unabhängig von einer danach medizinisch möglichen Organentnahme und dient einzig zur Feststellung des eingetretenen Todes. Die Feststellung des Hirntodes erfolgt gemäß den gesetzlichen Vorgaben und nach den Richtlinien der Bundesärztekammer in der jeweils gültigen Fassung<sup>3</sup>. Sie wird von zwei von der ggf. folgenden Entnahme und Transplantation unabhängigen und in der Hirntoddiagnostik erfahrenen Ärzten vorgenommen. Die behandelnden und konsiliarisch hinzugezogenen Ärzte führen die Hirntoddiagnostik im Rahmen ihrer Dienstaufgaben durch.

#### **Zeitpunkt**

Die Untersuchungen zur Feststellung des Hirntodes sind bei allen Patienten der Intensivstation mit einer primären oder sekundären Hirnschädigung dann durchzuführen, wenn der klinische Verdacht auf einen eingetretenen Hirntod besteht. Der Verdacht besteht insbesondere beim Vorliegen der folgenden Symptome: tiefes Koma, lichtstarre mittelweite

---

<sup>1</sup> Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz -TPG) vom 5. November 1997, Bundesgesetzblatt I, S. 2631

<sup>2</sup> Die im Text verwendete männliche Schreibweise von Personen impliziert jeweils auch die weibliche.

<sup>3</sup> Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 30, 24. Juli 1998, A-1861

oder weite Pupillen, fehlender Kornealreflex, fehlender Okulo-zephaler Reflex (Puppenkopffphänomen), fehlende Reaktion auf Schmerzreize im Trigemusbereich, fehlender Hustenreflex beim Absaugen durch den Beatmungstubus.

### **Dokumentation**

Hinsichtlich des Todeszeitpunktes wird nicht der Zeitpunkt des eintretenden, sondern der Zustand des bereits eingetretenen Todes dokumentiert. Als Todeszeitpunkt wird die Uhrzeit registriert, zu der die Diagnose und die Dokumentation des Hirntodes abgeschlossen sind. Die zur Diagnose des Hirntodes führenden klinischen und apparativen ergänzenden Untersuchungsbefunde sowie alle Umstände, die auf ihre Ausprägung Einfluss nehmen können, müssen mit Datum, Uhrzeit sowie den Namen der untersuchenden Ärzte dokumentiert werden. Die Aufzeichnung der Befunde erfolgt anhand eines standardisierten Protokollbogens, der zusammen mit der amtlichen Todesbescheinigung (Leichenschau-schein) in der Krankenakte archiviert wird.

### **Indirekter Nachweis der Hirntodes**

Nach dem endgültigen, nicht behebbaren Stillstand von Herz und Kreislauf kann der Hirntod von jedem approbierten Arzt durch äußere Todeszeichen (z. B. Totenflecke, Totenstarre) indirekt nachgewiesen werden. Zur Durchführung von Organ- oder Gewebeentnahmen muss bei diesen Organ Spendern der indirekte Nachweis des Hirntodes durch äußere sichtbare Todeszeichen von zwei Ärzten bestätigt werden.

## **4 PATIENTENWILLE**

Der Wille des Verstorbenen hat oberste Priorität und ist durch das Persönlichkeitsrecht über den Tod hinaus geschützt. An dem klar geäußerten Willen des Verstorbenen kann niemand etwas ändern, auch die Angehörigen nicht!

Für die Durchführung der Organentnahme ist in jedem Fall eine Zustimmung erforderlich. Entscheidend ist dabei der Wille des Verstorbenen. Eine schriftliche Willenserklärung, zum Beispiel in Form eines Organspenderausweises oder einer Patientenverfügung, ist bindend.

Liegt eine solche Erklärung nicht vor, so wird der Kreis der Zustimmungsberechtigten auf die nächsten Angehörigen erweitert. Diese haben den früher ausdrücklich geäußerten Willen des Verstorbenen zu beachten. Ist dieser nicht bekannt, orientieren sie sich am mutmaßlichen Willen des Verstorbenen. Die nächsten Angehörigen im Sinne des TPG sind in der Rangfolge: Ehegatte/in, volljährige Kinder, Eltern, volljährige Geschwister, Großeltern. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass die Angehörigen in den letzten zwei Jahren persönlichen Kontakt mit dem Verstorbenen hatten. Den nächsten Angehörigen ist dabei eine Person gleichgestellt, die dem möglichen Organspender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat. Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen die Entscheidung trifft; andererseits ist der Widerspruch eines jeden von ihnen beachtlich. Hatte der potentielle Organspender die Entscheidung über eine Organentnahme einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.

Da eine eindeutige Willensäußerung notwendig ist, muss bei alleinstehenden Personen ohne ausdrückliche schriftliche Erklärung, bei denen keine Angehörigen gefunden werden, die Organentnahme unterbleiben.

## **5 ANGEHÖRIGENGESPRÄCHE**

Die Angehörigen eines Patienten werden stets ausreichend über die Grunderkrankung, Ihre Entstehung, Verlauf und Prognose, über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und über die Durchführung und das Ergebnis der Hirntoddiagnostik informiert. Gleichzeitig ist es eine ärztliche und pflegerische Aufgabe, den Angehörigen in diesen

schweren Stunden unterstützend und begleitend beizustehen. Eine angemessener seelsorgerischer Beistand ist zu ermöglichen.

Das Gespräch mit den Angehörigen über das Vorliegen einer Erklärung des Verstorbenen bzw. über die Einwilligung zur Organentnahme soll erst dann geführt werden, wenn die Angehörigen die Tatsache des eingetretenen Todes verstanden haben, außer wenn die Angehörigen die Frage nach der Organspende schon früher von sich aus ansprechen.

Ablauf, Inhalt und Ergebnis des Gesprächs mit den Angehörigen über die Einwilligung zur Organentnahme sind ausreichend zu protokollieren. Zur Dokumentation gehören: Ort und Datum, anwesende Personen, ihr Verwandtschaftsgrad und Kontakt zum Verstorbenen, der Hinweis auf die Beachtung des geäußerten oder mutmaßlichen Willens des Verstorbenen, die Aufklärung über Ablauf und Umfang der ggf. beabsichtigten Organentnahme, die Entscheidung der befugten Person für oder gegen eine Organentnahme und evtl. Widersprüche anderer Personen dagegen. Eine schriftliche Einwilligung der Angehörigen ist nicht erforderlich, jedoch die schriftliche Dokumentation über das geführte Gespräch. Zur Protokollierung des Gesprächs ist der Vordruck „Gesprächsprotokoll“ aus dem Info-Ordner zu benutzen. Die Angehörigen haben ein Recht auf Einsicht in die Aufzeichnungen der Hirntoddiagnostik, des Gesprächsprotokolls und ggf. der erfolgten Organentnahme und sind hierüber aufzuklären.

## **6 INTENSIVTHERAPIE**

Bei beatmeten Patienten mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung, bei denen der Verdacht auf das Vorliegen eines Hirntodes besteht, wird vor einer Therapiereduktion die Hirntoddiagnostik angestrebt.

Bei potentiellen Organspendern werden bis zur Entscheidung über eine Organentnahme und ggf. bis zu deren Durchführung die intensivmedizinischen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung eines regelrechten pulmonalen Gasaustausches, ausreichender Kreislaufverhältnisse sowie einer Homöostase in weitgehend physiologischen Grenzen fortgeführt. Eine konsequente Intensivtherapie beim Organspender dient der Sicherstellung einer optimalen Funktion der zur Transplantation vorgesehenen Organe. Empfehlungen hierzu werden in einem Merkblatt im Info-Ordner Organspende auf der Intensivstation bereitgehalten.

Untersuchungen zur Feststellung von Kontraindikationen gegen eine Organspende (z. B. Virus-Serologie) dürfen beim Verdacht des Hirntodes durchgeführt werden, Untersuchungen zur Vermittlung von Spenderorganen erst bei Vorliegen aller Voraussetzungen (abgeschlossene Hirntoddiagnostik und Vorliegen der Zustimmung).

## **7 MELDEPFLICHTEN**

Potentielle Spender vermittlungspflichtiger Organe sind vom behandelnden Arzt der Intensivstation dem Transplantationsbeauftragten, in dessen Abwesenheit dem diensthabenden Arzt oder Oberarzt der Anästhesie vor einer Therapiereduktion kurzfristig zu melden. Dieser teilt die als Spender in Betracht kommenden Patienten der Koordinierungsstelle (DSO/Region Nord)<sup>4</sup> mit und übermittelt ihr die notwendigen Informationen (TPG § 11, Abs. 4, Satz 2).

Darüber hinaus sind alle Sterbefälle von beatmeten Patienten auf einer Intensivstation nach primärer oder sekundärer Hirnschädigung als Todesursache mit dem hierfür vorgesehenen Erhebungsbogen unabhängig vom Vorliegen von Kontraindikationen an den Transplantationsbeauftragten unter Vorlage einer Kopie der amtlichen Todesbescheinigung zu melden. Der Transplantationsbeauftragte übermittelt die erhobenen Daten und Angaben

<sup>4</sup> DSO / Deutsche Stiftung Organtransplantation – Region Nord, Organisationszentrale Hannover, Tel.: **0800/7788099** oder 0511/555530

in regelmäßigen Abständen, jedoch mindestens jährlich bis zum 31. Januar in anonymisierter Form an die zuständige Koordinierungsstelle<sup>5</sup>.

Die behandelnden Ärzte der Intensivstationen werden vom Transplantationsbeauftragten auf diese Meldepflichten regelmäßig hingewiesen.

## **8 TRANSPLANTATIONSBEAUFTRAGTER**

### **Ziel**

Die Erkennung und Meldung aller potentiellen Organspender ist die Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung von Patienten mit chronischem oder akutem Organversagen. Sie erfordert krankenhauserne Festlegungen über Abläufe und Verantwortlichkeiten. Zur Erfüllung der Verpflichtungen des Krankenhauses aus dem Transplantationsgesetz und zur Qualitätssicherung in allen Belangen der Transplantation wird ein ärztlicher Transplantationsbeauftragter sowie ein pflegerischer Transplantationsbeauftragter bestellt.

### **Bestellung**

Das Anforderungsprofil für diese Aufgabe umfasst sowohl fachliche Kompetenz, als auch die Bereitschaft, mit Engagement und innerer Überzeugung die mit dieser Funktion verbundenen Aufgaben auszuführen. Wünschenswert ist die Berufung eines Facharztes/Fachärztin und einer Fachschwester/eines Fachpflegers für Intensivmedizin mit langjähriger Berufserfahrung auf dem Gebiet der Intensivmedizin.

Der Vorstand des Evangelischen Krankenhauses bestellt einen ärztlichen und einen pflegerischen Transplantationsbeauftragten und informiert die Mitarbeiter des Krankenhauses sowie die regionale Organisationszentrale die Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) über die Bestellung.

### **Aufgaben des ärztlichen Transplantationsbeauftragten**

Die Tätigkeit des Transplantationsbeauftragten dient der Erfüllung gesetzlicher Aufgaben im Rahmen der postmortalen Organspende.

1. Er berät den Vorstand bei der Umsetzung des TPG.
2. Er erarbeitet krankenhauserne grundsätzliche Regelungen über Abläufe und Verantwortlichkeiten (Richtlinien, Verfahrensanweisungen, Empfehlungen) zur Umsetzung des TPG, insbesondere zur Spendererkennung, Hirntoddiagnostik und zum Ablauf von Organentnahmen. Die Richtlinien werden vom Vorstand des Ev. Krankenhauses verabschiedet und den Mitarbeitern des Hauses bekanntgegeben.
3. Er ist Ansprechpartner für die Mitarbeiter des Krankenhauses, insbesondere für die der Intensivstation und des OP-Bereiches, sowie für die Organisationszentrale der DSO in allen Fragen auf diesem Gebiet. Er stellt für die Intensivstationen einen Info-Ordner zum Thema Transplantationsgesetz und Organspende zusammen und aktualisiert diesen bei Bedarf.
4. Er etabliert ein krankenhauserne Dokumentationssystem über die Inzidenz von Todesfällen nach primärer oder sekundärer Hirnschädigung auf Intensivstationen und über die Durchführung von Organentnahmen und deren Ergebnisse und erstellt nach den gesetzlichen Vorgaben die jährliche Meldung an die Koordinierungsstelle. Die Daten

<sup>5</sup> Vertrag zwischen Krankenkassen, Bundesärztekammer (BÄK), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Deutscher Stiftung Organtransplantation (DSO) nach § 11 TPG, Bundesanzeiger Nr. 131a vom 15.7.2000: § 3, Abs. 3 und § 6, Abs. 2

dienen der internen Qualitätssicherung, der Dokumentation des Versorgungsauftrages und der Analyse des Organspenderaufkommens.

5. Er leitet einen Qualitätszirkel aus den beteiligten Abteilungen und Berufsgruppen des Hauses und entwickelt ein Qualitätssicherungssystem mit dem Ziel,
  - durch retro- oder prospektive Analysen das Niveau der Organspende zu evaluieren,
  - die Struktur- und Prozeßqualität der Organspende zu optimieren.
6. Er organisiert Informations- und Fortbildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter, insbesondere zu den Themenkreisen: Möglichkeiten der Organspende und Transplantation, neurologisches Monitoring und Hirntoddiagnostik, Aufrechterhaltung der Homöostase im Hirntod und Intensivtherapie bei Organspendern, Krisenintervention und Gesprächsführung mit bzw. Betreuung von Angehörigen und operatives Vorgehen bei der Organentnahme.
7. Er erstellt einen Jahresbericht über die erhobenen Daten, Ergebnisse der Qualitätssicherung und durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen und stellt diesen dem Vorstand zur Verfügung.
8. Er nimmt an den regelmäßigen regionalen Arbeitstreffen der Transplantationsbeauftragten mit dem geschäftsführenden Arzt und den Koordinatoren der DSO teil.
9. Bei Bedarf wirkt der Transplantationsbeauftragte in individuellen Situationen mit
  - an der Erkennung potentieller Organspender
  - an der Organisation der Hirntoddiagnostik
  - an der Meldung potentieller Organspender
  - an dem Gespräch mit Angehörigen
  - an der weiteren Organisation der Organentnahme.

Bei Abwesenheit des Transplantationsbeauftragten und ggf. seines Stellvertreters gehen die Organisationspflichten auf den diensthabenden Arzt oder Oberarzt der Klinik für Anästhesie über.

*Die Mitwirkung an den erforderlichen medizinischen und organisatorischen Abläufen einer akuten Organspende bleibt weiterhin Aufgabe des gesamten Personals der Intensivstationen und des OP-Bereichs und kann grundsätzlich jedem Mitarbeiter als Dienstaufgabe angeordnet werden. Mit der Bestellung des Transplantationsbeauftragten werden die anderen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter nicht aus der Verantwortung der Umsetzung des Transplantationsgesetzes entpflichtet.*

### **Kompetenzen des ärztlichen Transplantationsbeauftragten**

Der Transplantationsbeauftragte untersteht bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben direkt dem Vorstand. Er ist gegenüber den Ärzten und dem Assistenzpersonal im Rahmen seiner Aufgaben weisungsbefugt. Ausgenommen hiervon sind die Ärzte bei der Feststellung des Hirntodes. Ihm ist uneingeschränktes Zugangsrecht zu den Intensivstationen zu gewähren. Alle Mitarbeiter sind gegenüber dem Transplantationsbeauftragten in seinen Belangen zur Auskunft verpflichtet. Die ihm zur Erfüllung der Aufgaben notwendigen Unterlagen und Daten aus den Krankenakten und dem Krankenhausinformationssystem sind ihm zur Verfügung zu stellen. Der Transplantationsbeauftragte wird für die Tätigkeit und Fortbildung im Rahmen seiner Aufgaben freigestellt.

### **Aufgaben und Kompetenzen des pflegerischen Transplantationsbeauftragten**

Die Tätigkeit des Transplantationsbeauftragten dient der Erfüllung gesetzlicher Aufgaben im Rahmen der postmortalen Organspende.

1. Er ist Ansprechpartner für die Mitarbeiter des Krankenhauses aus dem Bereich der Pflege, insbesondere für die der Intensivstation und des OP-Bereiches, sowie für die

Organisationszentrale der DSO in allen Fragen auf diesem Gebiet.

2. Er wirkt mit im Qualitätszirkel Organspende.
3. Er nimmt an den regelmäßigen regionalen Arbeitstreffen der Transplantationsbeauftragten mit dem geschäftsführenden Arzt und den Koordinatoren der DSO teil.
4. Bei Bedarf wirkt der Transplantationsbeauftragte in individuellen Situationen mit
  - an der Meldung potentieller Organspender
  - an dem Gespräch mit Angehörigen
  - an der weiteren Organisation der Organentnahme.

Alle Mitarbeiter sind gegenüber dem Transplantationsbeauftragten in seinen Belangen zur Auskunft verpflichtet. Der Transplantationsbeauftragte wird für die Tätigkeit und Fortbildung im Rahmen seiner Aufgaben freigestellt.

## **9 ORGANISATION DER ORGANSPENDE**

Die einzelnen aufeinanderfolgenden Schritte des Organspendeprozesses werden durch diese Richtlinie und zum Teil durch weiterführende Verfahrensanweisungen geregelt:

### **9.1 Detektion des potentiellen Organspenders**

Die Erkennung eines potentiellen Organspenders bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen hängt im wesentlichen von der fachlichen Qualifikation und Motivation des medizinischen Personals ab. Betriebsinterne Fortbildungsmaßnahmen dienen der Optimierung.

### **9.2 Meldung an den Transplantationsbeauftragten**

Der behandelnde Arzt ist zur kurzfristigen Meldung eines potentiellen Organspenders vor einer Therapiereduktion verpflichtet (siehe Abschnitt 6 und Dienstanweisung!). Ansprechpartner hierbei sind: der ärztliche Transplantationsbeauftragte, sein Stellvertreter, bei Abwesenheit der diensthabender Arzt oder Oberarzt der Klinik für Anästhesie. Diese werden im folgenden Text „organisierender Arzt“ genannt.

### **9.3 Organspende-Konsil**

In einem orientierenden Organspende-Konsil an die DSO können die Voraussetzungen einer Organspende geklärt und Absprachen über das weitere Vorgehen und ggf. über eine Unterstützung durch die DSO getroffen werden (siehe Info-Ordner).

### **9.4 Überprüfung von medizinischen Kontraindikationen**

Der organisierende Arzt überprüft ggf. mit Unterstützung der DSO das Vorliegen von medizinischen Kontraindikationen einer Organspende und veranlaßt nach den Umständen geeignete Untersuchungen.

### **9.5 Hirntoddiagnostik**

Die Feststellung des Hirntodes erfolgt gemäß Abschnitt 2 der Richtlinie und der Verfahrensanweisung unabhängig von einer ggf. möglichen Organspende.

### **9.6 Angehörigengespräch**

In Angehörigengesprächen wird die Feststellung des Todes mitgeteilt und nach einem angemessenen Zeitraum die Entscheidung über die Organentnahme gemäß des geäußerten oder mutmaßlichen Willens des Verstorbenen getroffen (siehe Abschnitt 3 und 4 dieser Richtlinie). Das Gespräch über die Zustimmung zur Organspende soll möglichst von darin besonders erfahrenen Ärzten und gemeinsam mit Mitarbeitern aus dem Pflegedienst und einem behandelnden Arzt, ggf. unter Hinzuziehen eines Seelsorgers geführt werden.

### **9.7 Staatsanwaltschaft**

Bei einer nicht-natürlichen Todesart (Unfall, Vergiftung, Gewalteinwirkung, Suizid) ist frühzeitig (d. h. bei einsetzenden klinischen Zeichen des Hirntodes) die Polizeidienststelle des Todesortes zu informieren, diese informiert die Staatsanwaltschaft (StA). Die Genehmigung der Organentnahme erteilt die Staatsanwaltschaft des Todesortes. Ein Antragsvordruck mit den notwendigen Angaben wird im Info-Ordner auf der Intensivstation bereitgestellt.

### **9.8 Intensivtherapie des Organspenders**

Die Aufrechterhaltung der Homöostase beim Hirntoten und die Intensivtherapie des Organspenders erfordern die Beachtung von spezifischen Besonderheiten, die in den Empfehlungen im Info-Ordner der Intensivstation beschrieben werden. Weitergehende Untersuchungen zur Vorbereitung der Organentnahme (Kontraindikationen, Eignung, Allokation) werden zeitgerecht durchgeführt (siehe Abschnitt 6).

### **9.9 Meldung an die Koordinierungsstelle**

Wenn bei einem Organspender die Voraussetzungen zur Organentnahme (Feststellung des Hirntodes, Einwilligung, ggf. Zustimmung der Staatsanwaltschaft) erfüllt sind, wird der Organspender vom organisierenden Arzt an die zuständige Koordinierungsstelle der DSO gemeldet. Von dort erfolgt die Weitergabe der Daten an die Vermittlungsstelle. Die Festlegung der geplanten OP-Anfangszeiten wird vom organisierenden Arzt in Absprache mit dem Koordinator des DSO vorgenommen.

### **9.10 Organisation der Entnahmeoperation**

Der organisierende Arzt ist verantwortlich für die Organisation des OP-Personals und der Ablaufplanung und wird hierbei durch die OP- und Anästhesiepflege-Leitungen unterstützt. Einzelheiten sind in einer Verfahrensanweisung geregelt. Bei der Entnahmeoperation sollen im Rahmen der Möglichkeiten vorrangig die Mitarbeiter eingesetzt werden, die diese Aufgabe freiwillig übernehmen möchten.

Oldenburg, den 24.03.2004

Ellerbeck  
Transplantationsbeauftragter

Dr. Sander  
Medizinischer Vorstand

Kempe  
Kaufmännischer Vorstand