



# Good Practice Richtlinien

im  
Organs-  
pende-  
prozess



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD



## Good-Practice-Richtlinien im Organspendeprozess

Nationale Organisation für Transplantation (ONT), 2011

*Spanien ist in der Organspende weltweit führend. Unser Organspendewesen hat inzwischen hinreichende Beweise für seine Effektivität und Solidität geliefert, so dass unsere Aktivitäten auf dem Gebiet der Organspende und Transplantation international als Referenzmaßstab gelten. Hierauf können wir alle und insbesondere die in diesem Bereich Tätigen stolz sein. Für den Erfolg maßgeblich sind die kontinuierliche Evaluierung und das Streben nach weiteren Verbesserungen.*

*Während die Organspende- und –transplantationsaktivitäten in Spanien in absoluten Werten zunehmen, zeigt sich relativ betrachtet innerhalb der letzten 10 Jahre keine weitere Steigerung. Nicht wenige Patienten müssen lange auf ein geeignetes Spenderorgan warten, und je nach Organ sterben sechs bis acht Prozent der Patienten auf der Warteliste bevor ein geeignetes Organ für sie gefunden wird.*

*Zur Zeit gibt es epidemiologische Entwicklungen, aber auch einen anderen gesellschaftlichen Umgang mit dem Tod, die unser erreichtes Niveau an potenziellen Spendern nach Hirntod gefährden könnten.*

*Vor diesem Hintergrund ist die Initiative zu dem hier vorgestellten Projekt entstanden, nämlich der Anwendung des „Benchmarking“ auf die Organspende, genauer auf die Organspende nach Hirntodfeststellung. Zwar ist Benchmarking ein moderner Begriff, er bezeichnet jedoch Praktiken, die so alt sind wie der Mensch selbst: Von Natur aus richten wir uns nach denjenigen, die etwas am besten machen, und sind bestrebt von ihnen zu lernen. Ziel des vorliegenden Projekts war es daher herauszufinden, welche Faktoren im Organspendeprozess zu besseren Ergebnissen führen.*

*In diesem Dokument sind die ermittelten Faktoren zusammengefasst, mit dem einzigen und wie wir glauben aner kennenswerten Zweck, unser gesamtes Koordinationssystem dabei zu unterstützen, die Effizienz des Spendeprozesses weiter zu verbessern. In diesem Zusammenhang möchte ich die phantastische Arbeit aller an der Koordination beteiligten Mitarbeiter und ihren unermüdlichen Enthusiasmus für die gemeinsame Sache hervorheben und ihnen für die Unterstützung des vorliegenden Projekts danken.*

Rafael Matesanz  
Direktor, Nationale Organisation für Transplantationen (ONT)

## Inhaltsübersicht

- I. Einleitung
- II. Empfehlungen zur Zusammensetzung des Transplantationskoordinationsteams im Krankenhaus
- III. Empfehlungen zum Idealprofil von Krankenhaustransplantationskoordinatoren
- IV. Empfehlungen zur Effizienzsteigerung in der Phase der Verlegung möglicher Organspender auf die Intensivstation
- V. Empfehlungen zur Verbesserung in der Phase der Betreuung möglicher Organspender auf der Intensivstation
- VI. Empfehlungen zur Verbesserung des Angehörigengesprächs zur Erlangung der Zustimmung zur Organspende
- VII. Appendix 1: Mitglieder des Benchmarking-Ausschusses

## I. EINLEITUNG

Im Rahmen des Projekts der spanischen *Nationalen Organisation für Transplantationen (ONT)* zur weiteren Verbesserung der Organspende und Transplantationsmedizin („*Plan Donación 40*“) wird in Spanien eine Zahl von 40 Spendern pro Million Einwohner angestrebt. Eine vorgeschlagene Strategie besteht darin, bessere Praktiken in den verschiedenen Phasen des Spendeprozesses nach Hirntod zu identifizieren, zu verbreiten und umzusetzen.

Hierzu wurde die *Benchmarking-Methodik*<sup>1</sup> eingesetzt. Dabei werden zunächst Prozesse und/oder Unterprozesse definiert, für die anschließend Indikatoren aufgestellt werden, mit denen die Effizienz in diesen Bereichen gemessen werden kann. Im nächsten Schritt werden anhand der gemessenen Indikatoren die Entitäten (im Rahmen dieses Projekts Krankenhäuser, die in Spanien postmortal Organe entnehmen dürfen) mit den jeweils besten Ergebnissen (Referenzen bzw. Benchmarks) ermittelt. Abschließend wird analysiert, welche Praktiken für die guten Ergebnisse verantwortlich sind. Diese sollten dann idealerweise allgemein umgesetzt werden, ggf. unter Anpassung an die jeweiligen Bedürfnisse und Rahmenbedingungen in anderen Krankenhäuser.

Zur Durchführung dieses Projekts wurde ein Ausschuss von Krankenhauskoordinatoren und regionalen Koordinatoren sowie ONT-Mitarbeitern ins Leben gerufen. Der Ausschuss entwickelte den Projektplan und war an der Ausarbeitung der sich daraus ergebenden Empfehlungen beteiligt. Die Mitglieder des Benchmarking-Ausschusses sind in *Appendix I* aufgeführt.

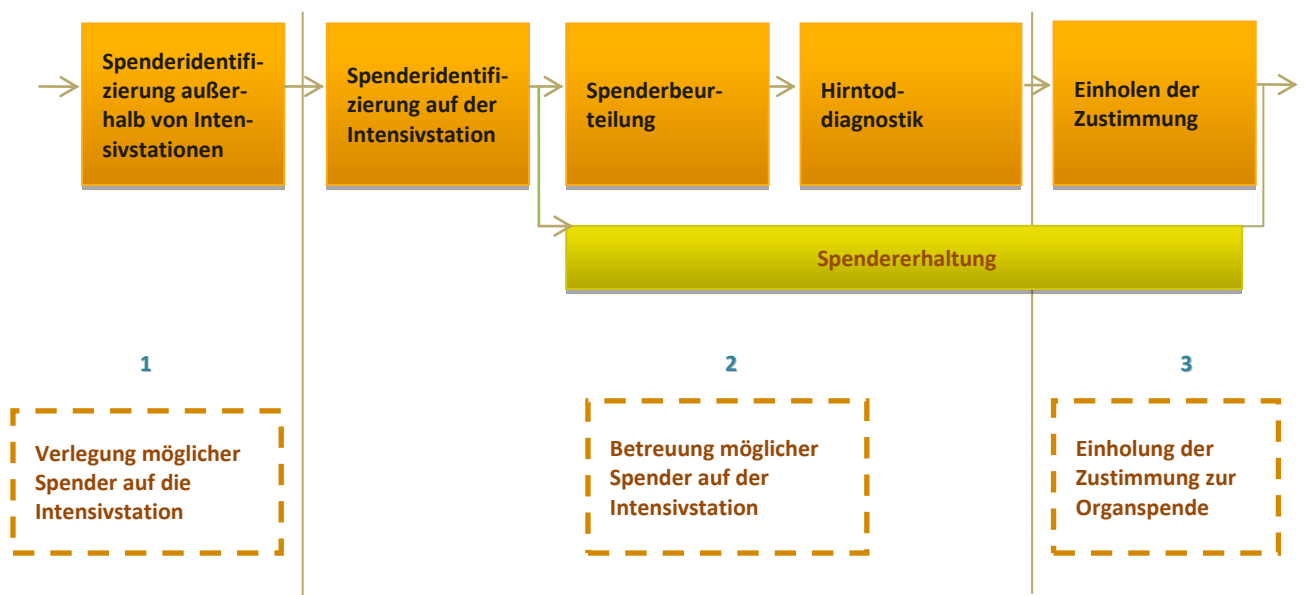


Abb. 1: Prozessschritte der Organspende nach Hirntod

<sup>1</sup> Camp RC. *Benchmarking: The search for industry best practices that lead to superior performance.* Milwaukee: Quality Press, American Society for Quality Control; 1989.

Im Rahmen dieses Projekts wurde der Prozess der Organspende nach Hirntod im Krankenhaus in drei Unterprozesse aufgeteilt (Abb. 1):

### 1. Verlegung möglicher Spender auf die Intensivstation:

Die Identifizierung von möglichen Spendern außerhalb von Intensivstationen gehört nicht zu den Kernbereichen unserer Aktivitäten, zumindest nicht in einem generellen Sinne. Es ist jedoch denkbar, dass die frühzeitige Spendererkennung und anschließende Verlegung von möglichen Spendern auf eine Intensivstation einen wichtigen Beitrag zur *Steigerung des Spenderpools nach Hirntod* leisten kann. Ein möglicher Spender ist definiert als ein *Patient mit schwerer Hirnschädigung, die mutmaßlich innerhalb kurzer Zeit zum Hirntod führt*. Als Indikator für die Effizienz dieser Phase des Organspendeprozesses wurde der Anteil von Todesfällen auf der Intensivstation gemessen an allen Sterbefällen des Krankenhauses mit mindestens einer Haupt- oder Nebendiagnose aus dem Spektrum der ICD-9-Diagnosen berechnet. Bei 95% aller Hirntodfälle in Spanien liegt eine ICD-9-Diagnose vor.<sup>2</sup>

### 2. Betreuung möglicher Spender auf der Intensivstation:

Hierbei handelt es sich um einen Unterprozess, der wiederum aus mehreren Phasen besteht. Diese umfassen die Identifizierung eines möglichen Spenders auf der Intensivstation, die klinische Diagnostik und Aufrechterhaltung von Herz- und Kreislauffunktion bei hirntoten Patienten sowie die Hirntoddiagnostik selbst. Als Indikator für die Effizienz dieses Unterprozesses wurde der Anteil der für die Organentnahme in Frage kommenden Spender (bei noch ausstehender Zustimmung durch die Angehörigen) an der Gesamtzahl von Patienten auf der Intensivstation mit klinischen Zeichen des Hirntods berechnet. Die Daten hierfür stammen aus dem Qualitätssicherungsprogramm für den Organspendeprozess in Spanien.<sup>3</sup>

### 3. Einholung der Zustimmung zur Organspende:

Die Effizienz dieser Phase wurde als Prozentsatz an Zustimmungen zur Organspende gemessen an der Gesamtzahl aller in Frage kommenden Spender (vor Erteilung der Zustimmung) errechnet. Auch diese Daten stammen aus dem bereits zitierten Qualitätssicherungsprogramm.<sup>3</sup>

In die Studie wurden alle Krankenhäuser einbezogen, die in Spanien für die Organentnahme autorisiert sind. Als weiteres Einschlusskriterium für die Studie musste das Krankenhaus von 2003 bis 2007 (Studienzeitraum) für mindestens 3 Jahren am *Qualitätssicherungsprogramm für den Organspendeprozess* teilgenommen haben. Es wurden schließlich 104 Krankenhäuser einbezogen (dies entspricht 68% der in Spanien für die Organentnahme zugelassenen

<sup>2</sup> Cuende, N, Sánchez, J, Cañón, JF, et al. Mortalidad hospitalaria en unidades de críticos y muertes encefálicas según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades. *Med Intensiva*, 2004; 23(1): 1-10.

<sup>3</sup> Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de la Donación. Página web de la Organización Nacional de Trasplantes <http://www.ont.es/infesp/Paginas/ProgramadeGarantiadeCalidad.aspx>. Ultimo acceso: Noviembre 2010.

Krankenhäuser). Dabei stammten ca. 80% aller Organspender im genannten Studienzeitraum aus diesen Krankenhäusern.

Nach Errechnung der Indikatoren für jedes der teilnehmenden Krankenhäuser, jeden der Unterprozesse und jedes Jahr des Studienzeitraums wurden die Zentren mit den besten Ergebnissen für die einzelnen Phasen ermittelt. Hier wurde dann nach krankenhausspezifischen Faktoren gesucht, die zu den guten Ergebnissen beigetragen haben könnten. Zur Vergleichbarkeit wurden die Krankenhäuser nach diesen Faktoren in Gruppen eingeteilt. Anschließend wurde ein Fragebogen zur Erfragung der Praktiken der auf diese Weise identifizierten Krankenhäuser an die jeweiligen Transplantationskoordinationsteams versandt. Die Krankenhäuser wurden von zwei Mitgliedern des Benchmarking-Ausschusses besucht, die dann gemeinsam mit den Krankenhauskoordinatoren den Fragebogen ausfüllten. Anschließend wertete der Benchmarking-Ausschuss die Fragebögen aus und diskutierte die Ergebnisse. Auf diese Weise wurden die Praktiken ermittelt, die jeweils zu den besten Ergebnissen geführt haben.

Anhand der Ergebnisse erarbeitete der Ausschuss abschließend eine Reihe von Empfehlungen zur Verbesserung der Organspende nach Hirntod, die hier vorgestellt werden. Zu jeder Empfehlung wird eine Begründung gegeben sowie ggf. eine Beschreibung der Vorgehensweise des oder der Krankenhäuser, die aufgrund ihrer Ergebnis in dem jeweiligen Teilbereich als exzellent eingestuft wurden. Hervorzuheben ist, dass es nicht Ziel dieser Darstellung ist, jeden Unterprozess mit seinen einzelnen Phasen im Detail zu beschreiben. Vielmehr wurden diejenigen Praktiken herausgearbeitet, in denen sich die Krankenhäuser mit exzellenten Ergebnissen von anderen Krankenhäusern unterscheiden und die mutmaßlich wesentlich zu diesem besseren Ergebnis beigetragen haben.

Die anhand der Ergebnisse des Projekts ausgearbeiteten Empfehlungen richten sich an das gesamte Koordinationswesen in Spanien, an Krankenhausverwaltungen und die Leitungen von Krankenhausabteilungen, die direkt oder indirekt am Organspendeprozess beteiligt sind.<sup>4</sup> Unser Anliegen ist es, diese Praktiken zu kommunizieren und zu verbreiten, so dass alle Zielgruppen diese im Hinblick auf eine mögliche Übernahme, ggf. unter Vornahme entsprechender Anpassungen an die lokalen Gegebenheiten, zur Verbesserung der Organspende im eigenen Hause überprüfen können.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> *Leser, die ausführlichere Informationen zur Methodik der Studie und den Praktiken, Protokollen oder Richtlinien der in dieser Studie identifizierten Krankenhäuser mit den besten Ergebnissen wünschen oder Interesse an sonstigen weiteren Informationen haben, wenden sich bitte an: [ont@mpsi.es](mailto:ont@mpsi.es)*

## II. EMPFEHLUNGEN ZUR ZUSAMMENSETZUNG DES TRANSPLANTATIONSKOORDINATIONSTEAMS IM KRANKENHAUS

### EMPFEHLUNG 1:

**DIE ANZAHL DER MITGLIEDER SOWIE DIE ZUSAMMENSETZUNG DES KOORDINATIONSTEAMS ORIENTIEREN SICH AM BEDARF AN ORGANSPENDEKOORDINATION DES JEWEILIGEN KRANKENHAUSES**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, Verantwortliche von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren*

Die Anzahl der Transplantationskoordinatoren und die Zusammensetzung des Teams variieren in den ausgewählten Krankenhäusern je nach Bedarf.

Die zuständigen regionalen Koordinatoren und das Koordinationsteam müssen über detaillierte Kenntnisse der lokalen Gegebenheiten und Bedürfnisse des jeweiligen Krankenhauses verfügen. Weiterhin sind sehr gute Beziehungen zur Krankenhausverwaltung aufzubauen, um dort optimal für die Belange der Organspende und Transplantationsmedizin eintreten zu können und so das entsprechende Personal und sonstige Ressourcen zur Erfüllung dieser Aufgaben zur Verfügung gestellt zu bekommen.

In der Mehrzahl der ausgewählten Zentren bestehen die Koordinationsteams aus Ärzten und Pflegekräften, wobei der Anteil der Ärzte in den ersten beiden Unterprozessen (Verlegung auf die Intensivstation, Spenderbetreuung auf der Intensivstation) größer ist. Bei den Ärzten handelt es sich überwiegend um Intensivmediziner. Während am ersten Unterprozess auch Notfallmediziner beteiligt sind, sind am zweiten Unterprozess ausschließlich Intensivmediziner beteiligt. In den dritten Unterprozess sind gelegentlich Nephrologen und Anästhesisten involviert. Beim beteiligten Pflegepersonal findet sich eine größere Bandbreite an Fachdisziplinen; hier sind häufiger Schwestern und Pfleger chirurgischer Stationen am zweiten Unterprozess sowie nephrologische Kräfte am dritten Unterprozess beteiligt.

**EMPFEHLUNG 2:**

**ALLE TEAMMITGLIEDER SOLLTEN SCHULUNGEN ZUR TRANSPLANTATIONSKOORDINATION SOWIE KOMMUNIKATIONSTRAINING ERHALTEN**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Krankenhaustransplantationskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren

Nahezu sämtliche Mitglieder der Koordinationsteams in den ausgewählten Krankenhäusern haben Fortbildungen als Transplantationskoordinatoren sowie Kommunikationskurse absolviert. Viele Teammitglieder halten selber entsprechende Kurse ab.

**EMPFEHLUNG 3:**

**ES SOLLTE EIN ÜBER EINEN LÄNGEREN ZEITRAUM FEST ZUSAMMENGESTELLTES KOORDINATIONSTEAM VORHANDEN SEIN**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Krankenhauskoordinatoren, regionale Koordinatoren

Die meisten Koordinationsteams haben wenigstens ein *Mitglied mit über zehnjähriger Erfahrung in der Koordination von Organspenden*, wobei sich größere Erfahrung insbesondere im dritten Unterprozess als förderlich erweist und hier wiederum insbesondere bei den Schwestern und Pflegern. Eine gewisse Kontinuität im Koordinationsteam ist dementsprechend ein wichtiger Faktor. Erfahrung spielt in allen Phasen des Organspendeprozesses eine wesentliche Rolle, insbesondere jedoch bei der Einholung der Zustimmung zur Organspende im Angehörigengespräch.

**EMPFEHLUNG 4:**

**WENIGSTENS EIN MITGLIED DES KOORDINATIONSTEAM SOLLTE EINE LEITENDE FUNKTION INNERHALB DES KRANKENHAUSES INNEHABEN**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Krankenhauskoordinatoren, regionale Koordinatoren

In mehreren der Krankenhäuser mit herausragenden Ergebnissen fanden sich unter den ärztlichen Mitgliedern des Transplantationskoordinationsteams Ärzte mit Leitungsfunktion (Abteilung, Bereich). Etwas geringer ist ihr Anteil bei Unterprozess 1, während dies in etwa der Hälfte der Krankenhäuser für die Unterprozesse 2 und 3 der Fall ist. Unter den Pflegekräften im Team finden sich auch leitende Schwestern oder Pfleger, insbesondere in den Unterprozessen 2 und 3 des Organspendeprozesses.



Die gegebene Empfehlung soll nicht besagen, dass eine leitende Position innerhalb des Krankenhauses eine notwendige Voraussetzung ist, sich der Aufgabe der Transplantationskoordination zu widmen. Nach den Erfahrungen der Zentren zeigt sich jedoch, dass eine derartige Konstellation Entscheidungsprozesse vereinfachen kann und damit die Effizienz des Organspendeprozesses verbessert.

**EMPFEHLUNG 5:**

**ES IST EMPFEHLENSWERT, DASS KOORDINATOREN IHRE KOORDINATIONSTÄTIGKEIT NICHT IN VOLLZEIT AUSÜBEN**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, Krankenhauskoordinatoren, regionale Koordinatoren*

Die meisten Mitglieder der Koordinationsteams in den ausgewählten Zentren üben die Koordinationsaufgaben in Teilzeit aus; dies ist für alle Koordinatoren im Unterprozess 2 der Fall. Wenn ein Krankenhaus einen Vollzeitkoordinator beschäftigt, ist dies üblicherweise wegen der erhöhten Arbeitsbelastung durch die Koordinationstätigkeit der Fall. *Es wird daher empfohlen, dass in Krankenhäusern mit einem hohen Zeitbedarf für Transplantationsaktivitäten wenigstens ein Teil der Mitglieder des Koordinationsteams diese Tätigkeit in Vollzeit ausübt.*

In allen Fällen, in denen Teammitglieder die Koordinationstätigkeit in Teilzeit ausüben, steht diese mit ihrer sonstigen fachlichen Ausrichtung im Zusammenhang.

**EMPFEHLUNG 6:**

**ES MUSS STÄNDIG EIN KOORDINATOR MIT ENTSCHEIDUNGSBEFUGNIS FÜR DEN FALL EINER MÖGLICHEN ORGANSPENDE ERREICHBAR SEIN (DIENSTLICHE ANWESENHEIT ODER RUFBEREITSCHAFT)**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, Krankenhauskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren*

Die Zahl der Rufbereitschaften für Koordinatoren richtet sich nach der Anzahl der Teammitglieder. Im Allgemeinen geht es um die Erreichbarkeit und nicht um tatsächliche physische Anwesenheit. Dem Koordinator obliegt die Verantwortung im Fall einer möglichen Organspende. Gelegentlich müssen Koordinationsaufgaben zeitgleich mit pflegerischen Tätigkeiten wahrgenommen werden (z.B. routinemäßige intensivmedizinische Pflege während der üblichen Dienstzeiten); wenn in dieser Situation ein möglicher Spender identifiziert wird, treten diese Routinetätigkeiten in den Hintergrund.

Für den zweiten Unterprozess steht wenigstens ein Arzt in ständiger Rufbereitschaft zur Verfügung.

**EMPFEHLUNG 7:**

**KRANKENHAUSKOORDINATOREN MÜSSEN VOLLE ENTSCHEIDUNGSBEFUGNIS HABEN**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Krankenhauskoordinatoren, regionale Koordinatoren

Für den erfolgreichen Abschluss einer möglichen Organspende ist es wichtig, dass das Koordinationsteam volle Entscheidungsbefugnisse bezüglich des möglichen Spenders während aller Phasen des Prozesses hat. Idealerweise sollte das Koordinationsteam an der Entscheidung zur Verlegung eines möglichen Spenders auf die Intensivstation beteiligt sein und befugt sein, die notwendigen Tests anzufordern, OP-Zeiten zu buchen, etc.. Die Aufgabenverteilung innerhalb des Koordinationsteams richtet sich nach dessen Zusammensetzung. Wenn das Team aus einem Arzt und einer Pflegekraft besteht, übernimmt der Arzt die klinischen Aufgaben, während sich die Pflegekraft um die logistische Abwicklung kümmert.

**EMPFEHLUNG 8:**

**DIE KOORDINATIONSTÄTIGKEIT MUSS ANERKANNT UND IN GEEIGNETER WEISE HONORIERT UND BEI AUFSTIEGSCHANCEN BERÜCKSICHTIGT WERDEN**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Krankenhauskoordinatoren, regionale Koordinatoren

In praktisch allen analysierten Zentren fühlten sich die Koordinationsteams auf die eine oder andere Weise für die zusätzliche erhebliche Arbeitsbelastung durch die Koordinationstätigkeit anerkannt und honoriert. Wichtig ist, dass die Krankenhausverwaltung sich der Bedeutung der Transplantationskoordination innerhalb des Krankenhauses bewusst ist. In diesem Sinne muss diese Tätigkeit sowohl finanziell honoriert als auch bei Aufstiegsmöglichkeiten berücksichtigt werden.

**EMPFEHLUNG 9:**

**DAS KOORDINATIONSTEAM MUSS GUTE KOLLEGALE BEZIEHUNGEN ZU ALLEN KRANKENHAUSMITARBEITERN AUFBAUEN UND PFLEGEN**

**Adressaten:** Krankenhauskoordinatoren, Krankenhausverwaltung, Leiter anderer Abteilungen

Das Koordinationsteam sollte für alle Fragen von Kollegen im Krankenhaus ein offenes Ohr haben und Unterstützung bei der Lösung möglicher Probleme anbieten. Die Teammitglieder sind die Problemlöser und Unterstützer für sämtliche Aspekte rund um die Organspende und Transplantation. Das Team sollte im ganzen Krankenhaus bekannt sein und als Ansprechpartner für alle Probleme und Bedenken im Zusammenhang mit der Organspende zur Verfügung stehen.

Die Teammitglieder müssen gute Beziehungen zum übrigen Krankenhauspersonal pflegen. Das gesamte Personal sollte für das Thema Organspende und Transplantation sensibilisiert sein und einen reibungslosen Ablauf von Organspenden unterstützen. Es hat ein Wandel dahingehend stattgefunden, dass zunehmend mehrere Abteilungen eines Krankenhauses am Organspendeprozess beteiligt sind. Eine Entwicklung hin zu einem Kollaborationsmodell verschiedener Bereiche gilt als erstrebenswert, da auf diese Weise die Organspende stärker in das Bewusstsein aller Krankenhausmitarbeiter rückt.

Während es als wichtig angesehen wird, gute Beziehungen zum gesamten Krankenhauspersonal zu haben, betonen einige der ausgewählten Koordinationsteams die Bedeutung besonders guter Beziehungen zur Krankenhausverwaltung und zu den Abteilungen, mit denen sie bei einer Organspende am häufigsten zusammenarbeiten. Diesen sollte auch ein Feedback in Form statistischer Daten zu den erfolgten Organspenden gegeben werden (u.a. Labors, Pathologie, Radiologie, Notaufnahme, Innere Medizin, Neurologie).

### III. EMPFEHLUNGEN ZUM IDEALPROFIL VON KRANKENHAUSTRANSPLANTATIONSKOORDINATOREN

Als Gemeinsamkeit der drei Bereiche des Spendeprozesses in den ausgewählten Krankenhäusern hat sich herauskristallisiert, dass der Koordinator eine zentrale Achse bildet, um die herum der gesamte Ablauf der Organspende organisiert ist. Während in den drei Unterprozessen durchaus unterschiedliche Kompetenzen gefragt sind, hat sich eine Reihe gemeinsamer Merkmale und Fähigkeiten gezeigt, die sich häufig in den Profilen der Mitglieder der Koordinationsteams der ausgewählten Krankenhäuser finden. Diese gelten als wesentliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Koordinationsarbeit.

In diesem Zusammenhang ist es schwierig, von Empfehlungen zu sprechen; allerdings sollten dieses Anforderungsprofile bei der Auswahl von neuen Transplantationskoordinatoren berücksichtigt und die gefragten Kompetenzen in Fortbildungen vertieft werden. Hervorzuheben ist hier die Weichenstellerfunktion des regionalen Transplantationskoordinators und der Krankenhausverwaltung.

#### **EMPFEHLUNG 10: IDEALPROFIL DES KRANKENHAUSKOORDINATORS**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Krankenhauskoordinatoren, regionale Koordinatoren

Motivation, Engagement und Belastbarkeit sind Begriffe, die in den Interviews mit den Koordinatoren oft im Zusammenhang mit der Koordinationstätigkeit gefallen sind. Der Einsatz für die Aufgaben der Organspende und die Fähigkeit, auch andere hierfür zu motivieren, sind wichtige Voraussetzungen, um die Koordinationstätigkeit mit den bestmöglichen Resultaten auszuüben und trotz des Drucks in der akuten Situation Angehörigengespräche mit dem gewünschten Erfolg zu führen.

Eine weitere sehr hoch einzuschätzende Fähigkeit ist es, sich rasch auf andere Personen und neue Situationen einstellen zu können. Die Mitglieder des Teams sollten problemlösungsorientiert vorgehen können, wozu gute Kenntnisse der Krankenhausstruktur sowie des Ablaufs des Organspendeprozesses wichtig sind. Neben didaktischem Geschick müssen die Koordinatoren daher auch eine gründliche einschlägige Fortbildung durchlaufen haben.

Flexibilität ist gefragt, da jeder Organspendeprozess einzigartig ist. Im jeweiligen Fall die situativ beste Lösung zu finden, erfordert sehr viel Kreativität und Improvisationstalent. Ein Koordinator muss mit jeder sich ergebenden neuen Situation umgehen können.

Weiterhin sind Führungsqualitäten für die Mitglieder des Koordinationsteams sehr wichtig, verbunden mit Anwesenheit und Verfügbarkeit als Ansprechpartner für das übrige Krankenhauspersonal. Dies erfordert kommunikative Kompetenzen, gute Fähigkeiten, Beziehungen zu anderen aufzubauen, und Empathie.

#### IV. EMPFEHLUNGEN ZUR EFFIZIENZSTEIGERUNG IN DER PHASE DER VERLEGUNG MÖGLICHER ORGANSPENDER AUF DIE INTENSIVSTATION

##### **EMPFEHLUNG 11:**

**EIN SPEZIELLES PROGRAMM ZUR BESTMÖGLICHEN BEHANDLUNG VON PATIENTEN MIT SCHWERER HIRNSCHÄDIGUNG ERHÖHT DIE VERLEGUNGSRATE MÖGLICHER SPENDER AUF DIE INTENSIVSTATION**

*Adressaten: Krankenhausverwaltung, Verantwortliche anderer Stationen, auf denen Patienten mit schwerer Hirnschädigung außerhalb von Intensivstationen behandelt werden, Verantwortliche von Intensivstationen, Krankenhauskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren*

Die Krankenhäuser mit den besten Ergebnissen für diese Phase des Organspendeprozesses zeichnen sich dadurch aus, dass sie Programme zur Optimierung der Behandlung von Patienten mit schwerer Hirnschädigung etabliert haben, nicht aber ein spezielles Programm für die Verlegung möglicher Organspender auf die Intensivstation.

Im Rahmen der bestmöglichen Versorgung dieser Patienten gilt die Identifizierung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen mit einer klar geregelten frühzeitigen Meldung an die Intensivstation des Hauses zur anschließenden Beurteilung des Falls sowie eine mögliche Übernahme auf die Intensivstation als wesentlicher Schritt.

Zur detaillierten Erläuterung wird im Folgenden eine Reihe von Empfehlungen zur Entwicklung, Implementierung und Durchführung solcher Programme gegeben.

##### **Empfehlung 11.1:**

**Die Erarbeitung, Implementierung und Durchführung eines derartigen Programmes zur Versorgung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen muss alle Stationen einbeziehen, auf denen diese Patienten außerhalb der Intensivstation versorgt werden**

*Adressaten: Krankenhausverwaltung, Verantwortliche anderer Stationen, auf denen Patienten mit schwerer Hirnschädigung außerhalb von Intensivstationen versorgt werden, Verantwortliche von Intensivstationen*

Die Entwicklung, Implementierung und Durchführung eines Programms zur bestmöglichen Versorgung von Patienten mit schwerer Hirnschädigung erfordert die Mitarbeit aller Stationen, auf denen diese Patienten üblicherweise außerhalb der Intensivstation versorgt werden.

Eine wichtige Rolle spielt die Notaufnahme. Darüber hinaus kommen hierfür, je nach Krankenhaus, folgende weitere Abteilungen in Betracht:

- Neurochirurgie
- Neurologie (einschließlich der im Aufbau befindlichen Stroke Units)
- Innere Medizin

Erwogen werden sollte auch die Option, weitere private oder öffentliche Krankenhäuser, die ebenfalls schwer hirngeschädigte Patienten behandeln, in ein derartiges Programm einzubeziehen.

Schließlich sollte auch die Beteiligung von sonstigen externen medizinischen Notversorgungseinrichtungen wie Ärztlichen Notdiensten gefördert werden.

**Empfehlung 11.2:**

**Auf Intensivstationen sollten Teamarbeit und Konsensentscheidungen gefördert werden, insbesondere bei Entscheidungen zur Behandlung von Patienten mit schwerer Hirnschädigung, die als mögliche Organspender in Betracht kommen.**

**Adressaten:** Verantwortliche von Intensivstationen, Intensivmediziner und Intensivpflegekräfte

Teamarbeit mit Konsensentscheidungen kann durch regelmäßig stattfindende klinische Besprechungen aller Mitarbeiter der Intensivstation gefördert werden. Reibungslose Kommunikationsabläufe unter den Mitarbeitern der Station sollten auch außerhalb dieser Besprechungen gewährleistet sein. Hierdurch können sich bestimmte Vorgehensweisen und Haltungen auch in Bezug auf die Organspende festigen.

**Empfehlung 11.3:**

**Die Organspende sollte in den Leistungskatalog von Intensivstationen aufgenommen werden**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, regionale Transplantationskoordinatoren, Verantwortliche von Intensivstationen

Um zu einer einvernehmlichen Haltung zur Organspende innerhalb eines Krankenhauses und auf der Intensivstation zu kommen, müssen Krankenhäuser die Organspende als eine medizinische Leistung im Angebotspektrum einer Intensivstation anerkennen.

#### **Empfehlung 11.4**

**Empfohlen wird die Implementierung eines Protokolls zur Identifizierung von Patienten mit schwerer Hirnschädigung und deren frühzeitige Meldung an die Intensivstation**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Verantwortliche anderer Stationen, auf denen Patienten mit schwerer Hirnschädigung außerhalb von Intensivstationen behandelt werden, Verantwortliche der Intensivstation, Krankenhaustransplantationskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren, Ethikkommission für Behandlungsfragen

Im Krankenhaus sollte ein Protokoll zur frühzeitigen Identifizierung von Patienten mit schwerer Hirnschädigung und zur umgehenden Meldung an die Intensivstation existieren. Dies bedeutet nicht, dass ein gemeldeter Patient zwangsläufig auf die Intensivstation verlegt wird. Vielmehr wird der Patient zunächst beurteilt und dann entschieden, ob aufgrund des Zustands oder der Prognose eine Verlegung therapeutisch oder im Hinblick auf eine mögliche Organspende indiziert ist. Folgende Aspekte sind für ein solches Protokoll von Belang:

- Das Protokoll ist als Behandlungskonzept mit dem expliziten Ziel der Optimierung der Betreuung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen in die Praxis umzusetzen und mit der Prämisse, dass diese Patienten Priorität haben.
- Alle Abteilungen, die Patienten mit schwerer Hirnschädigung betreuen, sollten an der Ausarbeitung des Protokolls beteiligt werden, denn es ist wichtig, dass über ein solches Protokoll Konsens besteht.
- Es müssen klare klinische Parameter definiert sein (klinische Trigger), die zur Meldung an die Intensivstation führen. Insbesondere sollte ein genauer Glasgow-Score festgelegt sein, ab dem diese Meldung erfolgen soll (z.B.  $\leq 8$ ). Wichtig ist auch, dass die Meldung ausnahmslos erfolgt, und zwar unabhängig vom Alter, sonstigen Erkrankungen und der Prognose des Patienten.
- Das Protokoll muss ferner spezifizieren, auf welchem Wege die Meldung erfolgen soll.
- Ebenfalls muss das Protokoll die Möglichkeit der sofortigen Meldung an das Transplantationskoordinationsteam vorsehen für den Fall, dass ein möglicher Spender identifiziert worden ist. Hierbei kann auch festgelegt sein, dass die Benachrichtigung des Transplantationskoordinators bei allen Patienten mit schwerer Hirnschädigung erfolgen soll und nicht ausschließlich bei möglichen Organspendern. Der Anruf beim Transplantationskoordinator kann direkt von der Station aus erfolgen, die den Patienten identifiziert hat, oder von der Intensivstation aus,

nachdem diese informiert worden ist. Der Transplantationskoordinator sollte zu der Entscheidung, ob ein möglicher Spender auf die Intensivstation verlegt wird, hinzugezogen werden. Dies ist besonders wichtig, wenn Zweifel bezüglich möglicher absoluter oder relativer Kontraindikationen zur Organspende bestehen. Auf diese Weise kann ein Transplantationskoordinator frühzeitig zu einem Urteil im jeweiligen Einzelfall kommen und hierdurch die Entscheidungsfindung der anderen Beteiligten erleichtern. Auf jeden Fall aber muss klargestellt sein, dass die Hinzuziehung des Transplantationskoordinators im Einvernehmen mit allen Beteiligten erfolgt.

- Das Protokoll sollte unabhängig davon Anwendung finden, ob sich der mögliche Spender im Krankenhaus oder außerhalb befindet (Aufnahmebereich, Notaufnahme, peripheres Krankenhaus usw.).
- Das Protokoll sollte in schriftlicher Form vorliegen.
- Im Protokoll sollte die Möglichkeit einer Organspende als medizinische Indikation für die Aufnahme eines Patienten auf die Intensivstation vorgesehen sein.
- Die Information von Familienangehörigen über die Prognose und Aufnahme auf die Intensivstation als möglicher Organspender sollte wahrheitsgemäß und in klaren Worten erfolgen; dabei sollte den Angehörigen allerdings die nötige Zeit gelassen werden, zunächst die Situation zu verarbeiten. Wann und wie die Familie hierüber in Kenntnis gesetzt wird ist also von Fall zu Fall verschieden.
- Das Angebot von Fortbildungsmaßnahmen mit dem Ziel der praktischen Umsetzung eines solchen Protokolls für Ärzte und Pfleger von Stationen, die Patienten mit schwerer Hirnschädigung betreuen (sowie periphere Krankenhäuser und ggf. Notdienste) sollte unterstützt werden. Auch kann der Koordinator Schulungsmaterialien zu dem Protokoll verteilen. Diese Materialien müssen einfache und klar verständliche Entscheidungsalgorithmen enthalten.

**Empfehlung 11.5:**

**Es sollte auch in einem Protokoll festgelegt sein, wann lebenserhaltende Maßnahmen eingestellt werden**

**Adressaten:** *Ad-hoc-Kommissionen von Intensivstationen, Ethikkommission für Behandlungsfragen*

Auch über diese Protokolle muss Einvernehmen aller Mitarbeiter der Intensivstation bestehen. Eine interdisziplinäre Kommission sollte das Protokoll erarbeiten, darunter auch Pflegekräfte und Bioethiker.

Das Protokoll muss besonders hervorheben, wie wichtig es ist, dass die Entscheidung zur Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Konsens aller an der Behandlung des jeweiligen Patienten Beteiligten erfolgt.



Das Vorliegen eines solchen Protokolls hilft Ärzten und Pflegekräften bei der klinischen Entscheidung bezüglich der Verlegung eines möglichen Spenders auf die Intensivstation, der systematischen Zusammenstellung der Informationen, die den Angehörigen gegeben werden sollen, und der Entscheidung, was geschehen soll, wenn es nach Verlegung nicht zum Hirntod kommt.

#### **Empfehlung 11.6**

**Überprüfungen zur Evaluierung und Überwachung der Effektivität der Spenderdetektion auf anderen Stationen und der Verlegung möglicher Spender auf die Intensivstation sowie zur Aufdeckung von Verbesserungspotential sind empfehlenswert**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, Verantwortliche der Intensivstation, Verantwortliche anderer Stationen, auf denen Patienten mit schwerer Hirnschädigung außerhalb von Intensivstationen behandelt werden, Krankenhaustransplantationskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren*

Regelmäßige Überprüfungen von Stationen, auf denen Patienten mit schweren Hirnschädigungen außerhalb von Intensivstationen behandelt werden, sind zur Beurteilung und Überprüfung der effizienten Arbeitsweise in diesem Bereich des Organspendeprozesses und zur Identifizierung von Verbesserungspotential erforderlich. Diese Überprüfungen bestehen in der retrospektiven Auswertung der Krankenunterlagen und sollten ebenfalls im Einvernehmen mit den betroffenen Abteilungen erfolgen. Diese Überprüfungen erfolgen zu dem alleinigen Zweck der kontinuierlichen Effizienzsteigerung.

Solche Überprüfungen können auch auf periphere weitere Krankenhäuser (und deren Intensivstationen), die mit einem Referenzzentrum assoziiert sind, ausgeweitet werden.

#### **Empfehlung 11.7:**

**Der Einsatz der auf der Intensivstation verfügbaren Ressourcen sollte die Betreuung möglicher Organspender erleichtern**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, Verantwortliche der Intensivstation, Verantwortliche anderer Stationen, auf denen Patienten mit schwerer Hirnschädigung außerhalb von Intensivstationen behandelt werden, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Das Fehlen von Betten für die Aufnahme eines möglichen Spenders auf die Intensivstation gilt als die wichtigste Einschränkung, die einer bestmöglichen Effektivität dieser Phase des Spendeprozesses entgegensteht. Wesentlich für eine Verbesserung in diesem Bereich ist die Verbreitung der Auffassung, dass Patienten mit schwerer Hirnschädigung (einschließlich möglicher Spender) Priorität haben. Ergänzend hierzu ist ein optimierter Einsatz von

Intensivbetten notwendig, was in der Regel ausreicht, um dieses mögliche Problem zu lösen, sowie die Zurverfügungstellung von Betten auf Zwischenstationen. Hierbei ist die Unterstützung der Organspende durch die Krankenhausverwaltung ganz entscheidend. Wenn auf der Intensivstation kein Bett zur Verfügung steht und ein möglicher Spender auf einer anderen Station identifiziert wird, stehen folgende Alternativen zur Verfügung:

- Abwicklung des Spendeprozesses außerhalb der Intensivstation; dies kann durch entsprechende Kooperation der betroffenen Stationen mit dem Koordinationsteam der Intensivstation gefördert werden.
- Wenn dies nicht möglich ist, sollte versucht werden, den möglichen Spender auf der Intensivstation eines Krankenhauses in der Umgebung mit verfügbarer Bettenkapazität unterzubringen.

**EMPFEHLUNG 12:**

**DIE ERARBEITUNG VON FORTBILDUNGEN SOWIE SENSIBILISIERUNGS- UND AUFKLÄRUNGSMASSNAHMEN ZUR ORGANSPENDE UND TRANSPLANTATION FÜR ÄRZTE UND PFLEGEKRÄFTE AUF INTENSIVSTATIONEN UND ANDEREN STATIONEN, DIE PATIENTEN MIT SCHWEREN HIRNSCHÄDIGUNGEN BEHANDELT, WIRD EMPFOHLEN**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Verantwortliche der Intensivstation, Verantwortliche anderer Stationen, auf denen Patienten mit schwerer Hirnschädigung außerhalb von Intensivstationen betreut werden, Krankenhaustransplantationskoordinatorinnen

Die Organspende muss gefördert werden als

- eine medizinische Maßnahme, die zur üblichen Betreuung am Ende des Lebens gehört
- eine medizinische Indikation für die Aufnahme auf eine Intensivstation
- eine gemeinsame Aufgabe aller Ärzte und Pflegekräfte und nicht nur des Transplantationskoordinators.

Im Folgenden werden detaillierte Empfehlungen gegeben, wie die Akzeptanz dieser Konzepte im Krankenhaus allgemein und insbesondere auf betroffenen Stationen außerhalb der Intensivstation gefördert und gefestigt werden kann.

### **Empfehlung 12.1**

**Die Erarbeitung von Fortbildungseinheiten zum Bereich Organspende und Transplantation für Krankenhausmitarbeiter, die außerhalb von Intensivstationen mit der Betreuung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen betraut sind, ist sehr empfehlenswert.**

**Adressaten:** Verantwortliche anderer Stationen, auf denen Patienten mit schwerer Hirnschädigung außerhalb von Intensivstationen betreut werden, Krankenhaustransplantationskoordinatoren, Krankenhausverwaltung

Fortbildungen zur Organspende und Transplantation für Krankenhausmitarbeiter von Stationen, die außerhalb von Intensivstationen Patienten mit schweren Hirnschädigungen betreuen (sowie ggf. auch für Mitarbeiter peripherer Krankenhäuser oder Notfalleinrichtungen), sind sehr wichtig. Diese Fortbildungsmaßnahmen sollten systematisch alle ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter der entsprechenden Abteilungen einbeziehen.

Ein wichtiger Aspekt, der im Rahmen der Fortbildungen behandelt werden sollte, betrifft den Sterbeprozess und die Trauerbegleitung von Angehörigen. Hierin sind die Mitarbeiter des Koordinationsteams besonders geschult und erfahren, und dieser Bereich ist auch für Mitarbeiter, die außerhalb der Intensivstation schwerkranke Patienten betreuen, in ihrer täglichen Arbeit sehr wichtig.

Ergänzend zu den Fortbildungsveranstaltungen können Informationsmaterialien zur Organspende und Transplantation in den einschlägigen Abteilungen verteilt werden. Aktuelle Materialien des Krankenhauses sowie der regionalen und nationalen Koordinatoren sollten den betroffenen Mitarbeitern außerhalb von Intensivstationen regelmäßig zur Verfügung gestellt werden.

### **Empfehlung 12.2:**

**Mitglieder des Transplantationskoordinationsteams sollten den Stationen, die außerhalb von Intensivstationen Patienten mit schwerer Hirnschädigung betreuen, regelmäßige Besuche abstatten.**

**Adressaten:** Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Regelmäßige Besuche durch Mitglieder des Transplantationskoordinationsteams auf den Stationen, die außerhalb von Intensivstationen Patienten mit schwerer Hirnschädigung betreuen, sind wichtig. Hierdurch wird die Kommunikation gefördert und den Ärzten und Pflegekräften wird so immer wieder ins Bewusstsein gerufen, dass sie einen wichtigen Beitrag zur frühzeitigen Identifizierung und Verlegung möglicher Organspender auf die Intensivstation leisten.

**Empfehlung 12.3:**

**Kontinuierliches Feedback über Organspenden und Transplantationen an die betroffenen Abteilungen außerhalb von Intensivstationen ist wichtig**

**Adressaten:** *Krankenhaustransplantationskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren*

Ein regelmäßiges Feedback zu stattgehabten Organspenden und Transplantationen an die einschlägigen Abteilungen außerhalb der Intensivstation wird für sehr wichtig erachtet; dieses Feedback kann entweder im Rahmen der bereits genannten Fortbildungsmaßnahmen erfolgen oder auf informellere Weise. Zu diesem Feedback gehören Informationen zu folgenden Bereichen:

- Allgemeine Informationen zu Organspendeaktivitäten und Transplantationsergebnissen.
- Spezifische Informationen zu möglichen Spendern, die im eigenen Krankenhaus auf die Intensivstation verlegt worden sind: Informationen, ob es tatsächlich zu einer Organspende gekommen ist oder nicht, die Gründe hierfür sowie Angaben zu Patienten, denen mit der Organspende geholfen werden konnte.

Derartige Rückmeldungen sind wichtig, damit das Personal, das außerhalb von Intensivstationen mögliche Spender meldet, sich voll in den Organspendeprozess integriert fühlt und stolz auf den eigenen aktiven Beitrag hierzu sein kann.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie dieses Feedback aussehen kann: Beispielsweise kann ein Mitarbeiter des Transplantationskoordinationsteams im Falle einer erfolgten Organspende zeitnah in einem Brief an die Station, die den Spender gemeldet und damit die Verlegung auf die Intensivstation ausgelöst hat, über den Ausgang der Organspende informieren.

## V. EMPFEHLUNGEN ZUR VERBESSERUNG IN DER PHASE DER BETREUUNG MÖGLICHER ORGANSPENDER AUF DER INTENSIVSTATION

### **EMPFEHLUNG 13:**

**ALLE INTENSIVMEDIZINER MÜSSEN AKTIV AN DER IDENTIFIZIERUNG VON MÖGLICHEN ORGANSPENDERN AUF DER INTENSIVSTATION MITARBEITEN**

**Adressaten:** *Intensivmediziner, Verantwortliche der Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Bezüglich der Spendererkennung sollten sich alle auf Intensivstationen tätigen Ärzte aktiv an der Identifizierung von Patienten mit schwerer Hirnschädigung im Allgemeinen sowie insbesondere von möglichen Organ Spendern beteiligen. Dies kann durch folgende Maßnahmen gefördert werden:

- Hierzu muss die Auffassung, dass die Organspende zu den Aufgaben der Intensivstation und der Patientenbetreuung in der Endphase des Lebens gehört, weitere Verbreitung findet. Dies setzt voraus, dass das Krankenhaus selbst die Organspende als Teil des Leistungsspektrums von Intensivstationen anerkennt.
- Nützlich wäre es auch, klinische Besprechungen auf der Intensivstation abzuhalten, in denen die Neuaufnahmen des Krankenhauses erörtert werden, um so beispielsweise Patienten, bei denen sich ein Hirntod abzeichnet, frühzeitig zu identifizieren. Bei derartigen Besprechungen sollten Konsensentscheidungen hinsichtlich des klinischen Vorgehens, der Möglichkeit einer Organspende sowie der möglichen Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen für den jeweiligen Einzelfall angestrebt werden.

### **EMPFEHLUNG 14:**

**ZUR VERBESSERTEN IDENTIFIZIERUNG MÖGLICHER SPENDER IST ES EMPFEHLENSWERT, DASS DER KRANKENHAUSKOORDINATOR DEN VERLAUF ALLER PATIENTEN MIT SCHWEREN HIRNSCHÄDIGUNGEN WEITER MITVERFOLGT**

**Adressaten:** *Intensivmediziner, Verantwortliche der Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Von Seiten mehrerer Krankenhäuser mit besseren Ergebnissen in dieser Phase des Spendeprozesses wird es als ratsam angesehen, dass der Transplantationskoordinator (sofern es sich um einen Intensivmediziner handelt) zur verbesserten Spenderidentifizierung auf der Intensivstation immer einen Überblick über den weiteren Verlauf bei sämtlichen Patienten mit schweren Hirnschädigungen behält.

**EMPFEHLUNG 15:**

**WICHTIG IST, DASS SÄMTLICHE INTENSIVMEDIZINER VERANTWORTUNG FÜR DIE HIRNTODDIAGNOSTIK SOWIE DIE KLINISCHE BEURTEILUNG UND SPENDERERHALTUNG ÜBERNEHMEN, ALLERDINGS IMMER IN ABSTIMMUNG MIT DEM TRANSPLANTATIONSKOORDINATOR**

**Adressaten:** *Intensivmediziner, Verantwortliche der Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Es ist wichtig, dass Ärzte auf Intensivstationen Verantwortung für einen möglichen Spender während aller Phasen des Organspendeprozesses übernehmen und sich dabei auf entsprechend geschultes Pflegepersonal und den Transplantationskoordinator stützen können.

Die Entscheidung, einen Spender abzulehnen, sollte immer im Einvernehmen mit dem Transplantationskoordinator getroffen werden. Es ist zwar einerseits wichtig, dass alle Ärzte der Intensivstation an der Beurteilung möglicher Spender teilnehmen und dass sie mit den absoluten Kontraindikationen einer Organspende vertraut sind, dennoch sollte die Beurteilung immer in enger Abstimmung mit dem Transplantationskoordinator erfolgen. So lassen sich Verluste wegen falscher medizinischer Kontraindikationen vermeiden bzw. minimieren.

**EMPFEHLUNG 16:**

**DIENTS- UND BEREITSCHAFTSPLÄNE VON FACHÄRZTEN FÜR NEUROLOGIE, NEUROCHIRURGIE UND/ODER NEUROPHYSIOLOGIE FÜR DIE HIRNTODDIAGNOSTIK MÜSSEN BEKANNT SEIN**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, Krankenhaustransplantationskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren*

Wenn in einem Krankenhaus diese Fachdisziplinen nicht rund um die Uhr an 365 Tagen/Jahr zur Verfügung stehen, sollten Dienstpläne vorhanden sein mit den jeweiligen Anwesenheitszeiten. Ebenso sollten Telefonlisten vorhanden sein, die für sämtliche Mitarbeiter der Intensivstation leicht zugänglich sind, damit diese Fachärzte bei Bedarf hinzugezogen werden können.

**EMPFEHLUNG 17:  
IM KRANKENHAUS SOLLTE DIE MÖGLICHKEIT ZUR DURCHFÜHRUNG TRANSKRANIELLER  
DOPPLERUNTERSUCHUNGEN GEGEBEN SEIN**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, Verantwortliche von Intensivstationen*

Im Rahmen der Hirntodfeststellung muss die Möglichkeit gegeben sein, transkranielle Blutflussmessungen vorzunehmen. Daher sollten in Zentren, die Organentnahmen vornehmen dürfen, die Ausrüstung für transkranielle Doppleruntersuchungen sowie entsprechend geschulte Mitarbeiter vorhanden sein, die diese Diagnostik durchführen können.

**EMPFEHLUNG 18:  
ES MÜSSEN RUND UM DIE UHR MIKROBIOLOGISCHE UND PATHOLOGISCHE  
LABORUNTERSUCHUNGEN ANGEFORDERT WERDEN KÖNNEN**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, regionale Transplantationskoordinatoren, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Wenn im Krankenhaus selbst die entsprechenden mikrobiologischen und pathologischen Untersuchungen nicht rund um die Uhr durchführbar sind, sollte die Möglichkeit bestehen, Proben durch ein Referenzlabor untersuchen zu lassen. Auf diese Weise wird vermieden, dass das Personal bei komplizierter Sachlage oder besonderen Umständen im Rahmen der Spenderbeurteilung improvisieren muss. Die entsprechenden Informationen sollten für das gesamte Personal der Intensivstation leicht zugänglich sein.

**EMPFEHLUNG 19:  
WICHTIG SIND SCHRIFTLICHE PROTOKOLLE FÜR DIE IDENTIFIZIERUNG, BEURTEILUNG UND  
ERHALTUNG DER VITALFUNKTIONEN VON MÖGLICHEN SPENDERN SOWIE FÜR DIE  
HIRNTODDIAGNOSTIK**

**Adressaten:** *Verantwortliche von Intensivstationen, ärztliches Personal der Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Krankenhäuser, die als effizient für die Phase der Betreuung möglicher Spender innerhalb der Intensivstation herausragen, gehen nach schriftlich ausgearbeiteten Protokollen für die verschiedenen Phasen der Spenderbetreuung auf der Intensivstation vor.

Es reicht nicht, wenn solche Protokolle lediglich vorhanden sind; vielmehr sollten Ärzte und Pflegekräfte auf der Intensivstation auch inhaltlich mit ihnen vertraut sein. Weiterhin sollten diese Protokolle für alle am Organspendeprozess beteiligten Mitarbeiter leicht zugänglich sein. Die Protokolle sind regelmäßig zu aktualisieren.

Alle Mitarbeiter von Intensivstationen, die an der Umsetzung dieser Protokolle beteiligt sind, sollten entsprechend geschult sein.

**EMPFEHLUNG 20:**

**WICHTIG IST EIN GUTES ARBEITSKLIMA UND EINE GUTE KOMMUNIKATION INNERHALB DER INTENSIVSTATION**

**Adressaten:** *Verantwortliche auf Intensivstationen, Intensivärzte, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Die Analyse hat gezeigt, dass Intensivstationen mit einem guten Arbeitsklima unter sämtlichen am Organspendeprozess beteiligten Mitarbeitern die besten Ergebnisse erzielen. Ein gutes kollegiales Verhältnis fördert die aktive Beteiligung aller.

Folgende Schlüsselpunkte wurden diesbezüglich von den Mitarbeitern der Krankenhäuser mit den besten Ergebnissen genannt:

- Gutes Arbeitsklima zwischen Ärzten.
- Gute Kommunikationsverhältnisse/Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzten und Pflegekräften.
- Teamarbeit.

**EMPFEHLUNG 21:**

**WESENTLICH FÜR DEN ERFOLG SIND FORTBILDUNGSMASSNAHMEN FÜR ALLE MITARBEITER VON INTENSIVSTATIONEN, DIE AM ORGANSPENDEPROZESS BETEILIGT SIND**

**Adressaten:** *Verantwortliche der Intensivstationen, Intensivärzte, regionale Transplantationskoordinatoren, Krankenhauskoordinatoren*

Es sollten nach Möglichkeit für das gesamte pflegerische und ärztliche Personal von Intensivstationen gezielte Weiterbildungen für die Bereiche Organspende und Transplantation angeboten werden.

Weiterhin sollten Organspende und Transplantation in die einschlägige Facharztausbildung einbezogen werden.

Die entsprechenden Weiterbildungsmaßnahmen sollten auf nationaler und regionaler Ebene sowie auf Krankensebene gefördert werden.



## VI. EMPFEHLUNGEN ZUR VERBESSERUNG DES ANGEHÖRIGENGESPRÄCHS ZUR ERLANGUNG DER ZUSTIMMUNG ZUR ORGANSPENDE

### EMPFEHLUNG 22:

**DAS GESPRÄCH MIT DEN ANGEHÖRIGEN EINES POTENZIELLEN ORGANSPENDERS HAT EINEN FESTEN ABLAUF UND SOLLTE SO WEIT WIE MÖGLICH IM VORAUS GEPLANT WERDEN**

**Adressaten:** Verantwortliche auf Intensivstationen, Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Zwar ist jedes Angehörigengespräch anders, dennoch sollten die Gesprächsmoderatoren eine bestimmte Abfolge klar definierter Phasen einhalten und hiervon nicht abweichen.

### Empfehlung 22.1:

**Das Gespräch mit den Angehörigen sollte niemals unvorbereitet erfolgen. Zu den Vorbereitungen gehört, dass der Koordinator vorab Informationen über die Familie einholt und plant, wo das Gespräch stattfinden und wie die Todesmitteilung erfolgen soll. Der Koordinator sollte die Familie rechtzeitig im Voraus zu dem Gespräch bitten und dafür sorgen, dass die für das Gespräch vorgesehenen Mitarbeiter zur Verfügung stehen und die sonstigen Vorbereiten getroffen sind.**

**Adressaten:** Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Nach Empfehlungen der hierzu befragten Krankenhäuser soll der verantwortliche Koordinator sich auf sämtliche Aspekte des Gesprächs vorbereiten, die sich auf die Zustimmungsbereitschaft der Angehörigen auswirken könnten, damit während des Gesprächs so wenig wie möglich improvisiert werden muss.

Gemäß diesen Empfehlungen umfasst die Vorbereitung auf das Angehörigengespräch die folgenden Aspekte:

- Von den Ärzten und Pflegekräften, die den potenziellen Organspender betreut haben, können Informationen über die Familienangehörigen erfragt werden (ohne dadurch den Gesprächsausgang vorwegzunehmen). So lässt sich beispielsweise vorab erkennen, ob ein Dolmetscher oder sonstiger Vermittler, z.B. für interkulturelle Probleme, hinzugezogen werden muss, und wer die Befugnis hat, über die Organspende zu entscheiden.
- Gegenüber den nächsten Angehörigen sollte die Wichtigkeit des Gesprächs betont werden, damit sich alle im Krankenhaus einfinden, um über den Zustand und die Prognose des Patienten zu sprechen. Auf diese Weise erhält jeder Angehörige, der in die Entscheidung einbezogen werden sollte, die Möglichkeit der Teilnahme. Sätze wie

„Es ist wichtig, dass alle anwesend sind, und dass sie die Informationen und Erklärungen von mir erhalten.“ können gebraucht werden, um die Angehörigen von der Wichtigkeit zu überzeugen.

- Wenn soziale, kulturelle oder sprachliche Barrieren oder Schwierigkeiten zu erwarten sind, sollte die Hinzuziehung von Vermittlern, Dolmetschern oder besser integrierten engen Vertrauten des möglichen Spenders bzw. eines Seelsorgers, der den Angehörigen Beistand leisten kann, vorgesehen werden. Werden diese Personen hinzugezogen, sollten sie vorab über die angestrebte Organspende informiert werden, damit sie den Angehörigen zur Seite stehen und eine positive Haltung zur Organspende vermitteln können. Sie sollten sich nicht auf die reine Dolmetscher- bzw. Vermittlerrolle beschränken.
- Wichtig ist ein separater Raum, in dem das Gespräch mit den Angehörigen ungestört stattfinden kann; dieser sollte sich zudem in der Nähe des Spenders befinden, denn Angehörige möchten den oder die Verstorbene häufig noch einmal sehen.
- Das Gespräch sollte zusammen mit der Person vorbereitet werden, die die Todesnachricht überbringt. Dies ist üblicherweise der behandelnde Arzt; wenn dieser nicht zur Verfügung steht, sollte ein anderer Arzt derselben Station einspringen. Der Überbringer sollte eine Fortbildung zu Kommunikationstechniken absolviert haben. Bei der Gesprächsvorbereitung wird auch abgesprochen, welche Informationen die Familie erhalten soll und wie diese Informationen und auch die Todesmitteilung kommuniziert werden sollen.
- Wenn der Zustand des Spenders und die Verfügbarkeit der Familienangehörigen dies erlauben, sollte das Gespräch nach Möglichkeit nicht in der Nacht stattfinden. Familienangehörige sind üblicherweise am Tage ruhiger und offener (siehe Empfehlung 24.2).

#### **Empfehlung 22.2:**

**Eine Beschränkung der Zahl der Teilnehmer am Angehörigengespräch ist nicht angebracht. Alle für die Entscheidung wichtigen Personen sollten anwesend sein, und der Moderator sollte immer alle in die Diskussion einbeziehen**

**Adressaten:** Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Sämtliche Personen, die für die Entscheidung wichtig sind, sollten anwesend sein. Wenn jemand ausgeschlossen wird, besteht die Gefahr, dass gerade eine für die Entscheidung relevante Person nicht anwesend ist.

Die Gesprächsmoderatoren sollten versuchen auszumachen, wer aufgrund einer besonders engen Beziehung zum Spender oder aufgrund des Status innerhalb der Gruppe mehr Gewicht im Hinblick auf die Entscheidung der Gruppe hat.

Die Koordinatoren sollten während des gesamten Gesprächs den Kontakt zu allen Teilnehmern halten. Keiner der Angehörigen sollte das Gespräch vorzeitig beenden. Wenn jemand zwischendurch kurz den Raum verlassen möchte, kann er oder sie dies in Begleitung eines der Koordinatoren tun. Er oder sie sollte jedoch zurückkehren, denn es ist eine einvernehmliche Entscheidung aller anwesenden Familienmitglieder nötig.

#### **Empfehlung 22.3**

**Die Moderatoren sollten immer ergebnisoffen vorgehen und sich immer um eine Zustimmung zur Organspende bemühen (mit Ausnahme von Fällen, in denen bereits definitiv feststeht, dass keine Transplantation zustande kommen wird). Die Dauer des Gesprächs sollte nicht vorab begrenzt werden**

**Adressaten:** Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren

- Die befragten Krankenhäuser vertraten einhellig die Auffassung, dass grundsätzlich immer ein Gespräch mit den Angehörigen geführt werden sollte, außer wenn bereits feststeht, dass es nicht zu einer Transplantation kommen wird. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn bei einem Kleinkind als möglichem Organspender keine passenden Empfänger vorhanden sind.
- Die Länge des Angehörigengesprächs kann sehr stark variieren. Daher sollte vorab kein Zeitlimit gesetzt werden.

#### **Empfehlung 22.4**

**Ganz wichtig ist es, in dem Gespräch eine professionelle, helfende Beziehung herzustellen, damit die Angehörigen das für die Akzeptanz einer Organspende nötige Vertrauen aufbauen können. Die hierfür nötigen Kommunikationsstrategien muss der Gesprächsmoderator kennen und anwenden können**

**Adressaten:** Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Zum Aufbau einer guten Gesprächsbeziehung zu den Familienangehörigen sind Offenheit, Empathie, emotionale Unterstützung sowie eine professionelle, zugewandte Gesprächsführung äußerst wichtig. Eine derartige Beziehung muss vom Gesprächsbeginn an angestrebt und dann während der gesamten Dauer aufrechterhalten werden. Es wird daher empfohlen, entsprechende Kommunikationselemente wie offene Fragen, die Reflexion von Gefühlen, aktives Zuhören sowie Paraphrasierungen einzusetzen.

Während des Gesprächs soll man die Angehörigen immer aussprechen lassen und nicht unterbrechen. Auch Phasen des Schweigens müssen respektiert werden. Körperkontakt ist auch wichtig, wenn Familienmitglieder signalisieren, dass sie dies möchten.

Die helfende Beziehung muss bis zum Ende des Gesprächs aufrechterhalten werden. Unabhängig davon wie die Familie in Bezug auf die Organspende entscheidet, sollte das Gespräch mit Beileids- und Sympathiebekundungen ausklingen.

#### **Empfehlung 22.5**

**Das Angehörigengespräch ist strukturiert und läuft in mehreren aufeinanderfolgenden Phasen ab: Gesprächseröffnung, Todesmitteilung, Bitte um Zustimmung zur Organspende sowie Abschluss. Diese Reihenfolge sollte immer eingehalten werden, und es ist wichtig, dass die Familienangehörigen zunächst verstehen, dass ihr Angehöriger verstorben ist, bevor die Bitte um Zustimmung zur Organspende geäußert wird.**

**Adressaten:** Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Mehrere der befragten Koordinationsteams empfehlen, dass das Angehörigengespräch vom behandelnden Arzt des potenziellen Organspenders (oder ggf. einem anderen Arzt der Station) sowie zwei Mitgliedern des Koordinationsteams, üblicherweise einem Arzt und einer Pflegekraft, geführt werden sollte. Dabei obliegt dem behandelnden Arzt die Überbringung der Todesnachricht. Wenn nur zwei Gesprächsmoderatoren anwesend sein können, übernimmt eine Person die Todesmitteilung, während die andere Person um Zustimmung zur Organspende bittet.

Als sehr wichtig wird es erachtet, dass gleich zu Beginn des Gesprächs eine helfende Beziehung zu den Angehörigen etabliert und diese dann bis zum Gesprächsende durchgehalten wird. Hierdurch fühlt sich die Familie in ihrer schweren Situation unterstützt und ist eher bereit, einer Organspende zuzustimmen.

Der behandelnde Arzt sollte das Gespräch eröffnen und die Transplantationskoordinatoren mit Vor- und Nachnamen vorstellen, allerdings dabei zu diesem Zeitpunkt ihre Funktion noch nicht erwähnen. Hiervon kann in bestimmten Fällen abgewichen werden, beispielsweise wenn das Thema Organspende vorab bereits von den Angehörigen selbst angesprochen wurde.

Nachdem das Gespräch auf diese Weise eröffnet worden ist, kann der Intensivmediziner, mit Unterstützung der Koordinatoren, dazu übergehen, die Todesnachricht zu überbringen (siehe Empfehlung 22.6).

Nachdem die Familie über den Tod ihres Angehörigen informiert worden ist, können sich die Transplantationskoordinatoren stärker in das Gespräch einbringen. Der Arzt, der die Todesnachricht ausgesprochen hat, kann dann auch das Gespräch verlassen, sollte dies allerdings erklären.

Bevor die Koordinatoren die Bitte um Zustimmung zur Organspende äußern, müssen sie sich vergewissert haben, dass die Familie verstanden hat, dass ihr Angehöriger tot ist. Solange dies nicht der Fall ist, sollten sie durch weitere Erläuterungen den Angehörigen helfen, den Tod zu akzeptieren; hierbei muss immer die helfende Beziehung aufrechterhalten bleiben. Der Gesprächsfortgang wird von den Angehörigen bestimmt. Erst wenn die Familienmitglieder signalisieren, dass sie sich emotional wieder etwas gefasst haben und in der Lage sind, eine Entscheidung zu treffen, kann der Koordinator zur nächsten Gesprächsphase übergehen.

#### **Empfehlung 22.6**

**Die Todesmitteilung sollte durch den behandelnden Arzt erfolgen, der auch alle Fragen der Angehörigen beantwortet. Zur Form der Mitteilung gibt es keine klare Empfehlung, z.B. ob lediglich die Tatsache des Todes mitgeteilt oder ob gesagt werden soll, dass der Patient hirntot ist.**

**Adressaten:** Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Es wird empfohlen, die Todesnachricht mit bestimmten Formulierungen einzuleiten, beispielsweise „Wie Sie ja bereits wissen, war der Zustand Ihres Angehörigen sehr ernst“, „Leider haben wir schlechte Nachrichten für Sie“ oder „Bedauerlicherweise hat sich der Zustand verschlechtert“, bevor dann die eigentliche Mitteilung, dass der Patient verstorben ist, erfolgt. Dabei werden alle Fragen der Angehörigen beantwortet, und sie werden aktiv durch Nachfragen ermuntert, ihre Fragen, Zweifel, etc. offen auszusprechen.

Es gibt keine klare Empfehlung, ob in einer einfachen Aussage schlicht mitgeteilt werden soll, dass der Patient verstorben ist, oder ob gesagt werden soll, dass der Patient hirntot ist. Sobald die Information über den Tod erfolgt ist, sollten die Transplantationskoordinatoren die Gesprächsführung übernehmen und nach Problemen oder Wünschen fragen und Hilfe anbieten. Wie bereits erwähnt, ist die Anwesenheit des Arztes, der die Todesnachricht überbracht hat, ab diesem Zeitpunkt nicht mehr zwingend erforderlich.

#### **Empfehlung 22.7:**

**Die Bitte um Zustimmung zur Organspende sollte direkt, deutlich und in einfachen Worten erfolgen. Dabei kann der Koordinator die Organspende als Möglichkeit, Recht, Privileg oder Chance, anderen zu helfen, ansprechen. Die Bitte darf immer erst vorgetragen werden, wenn die Familienmitglieder verstanden haben, dass ihr Angehöriger tot ist**

**Adressaten:** Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Bevor die Zustimmung zur Organspende erbeten wird muss der Koordinator sicher sein, dass die Angehörigen den Tod akzeptiert haben und etwaige Probleme oder Bedenken, die einer Zustimmung entgegenstehen könnten, ausgeräumt sind. Dabei ist es wichtig, dass mögliche Bedenken vom Moderator aktiv durch Nachfragen, Anregungen etc. eruiert werden. Wie bereits erwähnt, ist es außerdem wichtig, dass die Angehörigen selbst das Gesprächstempo bestimmen. Erst wenn die Familienmitglieder signalisieren, dass sie ihre Gefühle allmählich wieder beherrschen und in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen, kann der Koordinator zur nächsten Gesprächsphase übergehen.

Die Bitte um Zustimmung zur Organspende selbst wird in einfachen, direkten und klaren Worten vorgetragen. Dabei sollte an Werte appelliert und hervorgehoben werden, dass die Organspende eine Möglichkeit, Recht, Privileg oder Chance bietet, anderen zu helfen.

**Empfehlung 22.8:**

**Bei Ablehnung der Organspende kann versucht werden, die Familie umzustimmen. Die Familie signalisiert, wann für sie das Gespräch beendet ist.**

**Adressaten:** *Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Bei einer ablehnenden Antwort wenden die befragten Zentren verschiedene Strategien an, um die Angehörigen doch noch zu einer Zustimmung zu bewegen:

- Sie bitten die Familie, ihre Gründe für die Ablehnung der Organspende zu nennen. Die Ablehnungsgründe können dann angemessen widerlegt werden. Hierbei kann an die Solidarität mit schwerkranken Patienten, die auf eine Organspende angewiesen sind, appelliert werden.
- Wird das Gespräch von zwei Koordinatoren geführt, von denen einer bis dahin eine aktivere Rolle hat, kann der zweite Koordinator den aktiveren Part übernehmen.
- Es wird den Angehörigen weitere Zeit gelassen, wobei die Moderatoren Aspekte ansprechen, die der Familie wichtig zu sein scheinen. Hierbei kann es hilfreich sein, nicht nur direkt über die Organspende zu sprechen, sondern sich vorübergehend auf andere Themen einzulassen.
- Der Gesprächsmoderator sollte sich auf diejenigen konzentrieren, von denen die ablehnende Haltung ausgeht, und ihren Status innerhalb der Gruppe abschätzen. Durch separate direkte Ansprache können diese sich nicht mehr hinter der Gruppe verstecken. Hierdurch kann die Unstimmigkeit minimiert und darauf hingearbeitet werden, dass alle an der letztendlichen Entscheidung beteiligt sind.

Das Gesprächsende wird durch die Familienmitglieder bestimmt. Die befragten Zentren geben an, dass sie sich nicht weiter um eine Zustimmung bemühen, wenn es Signale seitens

der Angehörigen gibt, dass keine Umstimmung zu erwarten ist, dass keine Empathie mehr gegeben ist und/oder dass das Gespräch für sie jetzt keinen Sinn mehr ergibt.

**Empfehlung 22.9:**

**Unabhängig vom Ausgang in Bezug auf die Organspende sollte das Gespräch mit Beileids- und Sympathiebekundungen ausklingen, wobei die helfende Beziehung bis zuletzt aufrechterhalten werden sollte.**

**Adressaten:** *Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Die helfende Beziehung stellt eine Unterstützung für die Familie dar und sollte bis zum Ende des Gesprächs aufrechterhalten werden.

**Empfehlung 22.10:**

**Wenn Angehörige ihre Zustimmung zur Organspende gegeben haben, sollte ihnen einige Tage später in einem Brief oder Anruf hierfür Dank ausgesprochen werden**

**Adressaten:** *Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Hierdurch wird die mit der Familie eingegangene Beziehung formal beendet, und der Dank bestärkt die Familie in der getroffenen Entscheidung.

**Empfehlung 22.11:**

**Das Angehörigengespräch wird dokumentiert und anschließend ausgewertet und zwar insbesondere im Fall einer Ablehnung**

**Adressaten:** *Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Durch die Dokumentation können Verbesserungsmöglichkeiten aufgedeckt werden, da sie die retrospektive Analyse der eingeschlagenen Vorgehensweise und möglicher Alternativen erleichtert. Weiterhin kann die Dokumentation als Grundlage für eine teaminterne Diskussion zum Umgang mit Ablehnungen dienen.

**EMPFEHLUNG 23:  
KOORDINATOREN MÜSSEN FÜR DAS MODERIEREN VON ANGEHÖRIGENGESPRÄCHEN  
GESCHULT SEIN**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Verantwortliche von Intensivstationen, Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren

Ärzte und Pflegekräfte, die Angehörigengespräche führen, müssen für diese Aufgabe geschult sein und bestimmte Einstellungen haben, um mit dieser schwierigen Situation angemessen umgehen zu können.

**Empfehlung 23.1  
Der Arzt, der die Todesnachricht überbringt, sollte mit Techniken zur Überbringung schlechter Nachrichten vertraut sein**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Verantwortliche von Intensivstationen, Intensivmediziner, Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Die interviewten Teams halten die Schulung im Überbringen von schlechten Nachrichten für ganz wesentlich. Wenn in ganz speziellen Ausnahmefällen der hierfür vorgesehene Arzt keine derartige Schulung hat, müssen sich die Transplantationskoordinatoren ganz besonders darauf vorbereiten, wie sie die Familienangehörigen ansprechen wollen, welche Informationen gegeben werden müssen und in welcher Form diese zu kommunizieren sind (siehe Empfehlung 22.1).

Es ist wichtig, dass sich die Koordinatoren für entsprechende Schulungen des Personals von Intensivstationen durch Kurse und Seminare vor Ort einsetzen.

**Empfehlung 23.2:  
Die Koordinatorenteams müssen über Erfahrungen im Moderieren von Angehörigengesprächen verfügen und Weiterbildungen zu allen Aspekten des Gesprächs durchlaufen haben**

**Adressaten:** Krankenhausverwaltung, Verantwortliche von Intensivstationen, Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren

Transplantationskoordinatoren, die im Gespräch die Zustimmung zur Organspende erbitten, sollten spezielle Schulungen zu Organspende und Transplantation, helfenden Beziehungen sowie zu Techniken im Überbringen schlechter Nachrichten aufweisen.



Wenigstens einer der am Gespräch teilnehmenden Koordinatoren sollte bereits über einschlägige Erfahrungen verfügen. Dies wird von den Zentren als wichtiger Punkt angesehen.

Ebenfalls wird von den konsultierten Zentren die aktive Teilnahme von Pflegekräften des Koordinationsteams am Angehörigengespräch betont und ihre Kompetenz anerkannt, sich in schwierigen Momenten auf Angehörige einzulassen und eine helfende Beziehung aufzubauen.

Ärzte und Pflegekräfte, die Angehörigengespräche führen, müssen auch gelernt haben, mit den sich aus dieser Tätigkeit ergebenden eigenen emotionalen Belastungen umzugehen.

#### **Empfehlung 23.3**

**Es gibt keine klaren Empfehlungen zum Idealprofil der als Vermittler hinzugezogenen Personen**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, Verantwortliche der Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren*

Nur eines der Krankenhäuser mit exzellenten Ergebnissen für die Phase der Einholung der Zustimmung zur Organspende verfügt über eigenes Personal, das zu den Angehörigengesprächen als Vermittler hinzugezogen werden kann. Idealerweise sollte ein Dolmetscher, der regelmäßig mit dem Koordinationsteam zusammenarbeitet, eine spezielle Schulung zu Organspende und Transplantation sowie zu helfenden Beziehungen haben und sich nicht auf die reine Dolmetscherrolle beschränken.

#### **EMPFEHLUNG 24**

**ES MÜSSEN DIE ENTSPRECHENDEN RÄUMLICHKEITEN UND SONSTIGE RESSOURCEN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG VON ANGEHÖRIGENGESPRÄCHEN VORHANDEN SEIN**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, Verantwortliche von Abteilungen außerhalb der Intensivstation, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

#### **Empfehlung 24.1**

**Das Gespräch sollte immer in einem separaten Raum stattfinden, und es sollten einige weitere Gegebenheiten erfüllt sein.**

**Adressaten:** *Krankenhausverwaltung, Verantwortliche von Intensivstationen, Verantwortliche von anderen Abteilungen außerhalb von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Eine ungestörte Gesprächsatmosphäre ist wichtig, damit die Angehörigen ihren Emotionen freien Lauf lassen können und offen miteinander und mit den gesprächsführenden Ärzten und Pflegepersonal reden können.

In dem Raum, in dem das Gespräch stattfindet, sollten ein Telefon, Papiertaschentücher, Getränke wie Wasser, etwas zu essen, etc. vorhanden sein.

Von einigen Zentren wird es als wichtig erachtet, dass mehrere Räume – ein Raum, in dem die Familienangehörigen informiert werden, und ein Trauerraum - zur Verfügung stehen, so dass diese, wenn der Koordinator es für angebracht hält, gewechselt werden können.

Es wird ferner empfohlen, das Gespräch an einem Ort in der Nähe des Angehörigen zu führen, denn es wird häufig der Wunsch geäußert, den Verstorbenen noch einmal zu sehen.

**Empfehlung 24.2:**

**Es wird empfohlen, das Angehörigengespräch am Morgen, bei Tageslicht, zu führen**

**Adressaten:** Intensivmediziner, Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Am Morgen sind die Angehörigen gewöhnlich ruhiger und offener. Dies ist jedoch aus verschiedenen Gründen nicht immer möglich, z.B. aufgrund der emotionalen Verfassung der Angehörigen oder längerer Anreise zum Krankenhaus. Wenn das Gespräch nicht am Morgen stattfinden kann, ist die Etablierung der helfenden Beziehung besonders wichtig.

**Empfehlung 24.3:**

**Wenn den Angehörigen weitere Unterstützung angeboten werden kann, darf dies nicht als Anreiz für eine Zustimmung zur Organspende oder zur Umstimmung im Falle einer Ablehnung der Organspende in Aussicht gestellt werden**

**Adressaten:** Krankenhaustransplantationskoordinatoren

Die konsultierten Zentren, die den Angehörigen weitere Unterstützung anbieten können, wie Überführung des Leichnams oder Übernahme eines Teils der Bestattungskosten, setzen dies nicht ein, um die Angehörigen zur Zustimmung zu bewegen. Vielmehr sollten derartige Unterstützungsangebote erst angesprochen werden nachdem die Zustimmung zur Organspende erteilt wurde.

**EMPFEHLUNG 25**  
**SONSTIGE EMPFEHLUNGEN ODER VORSCHLÄGE**

**Empfehlung 25.1:**  
**Wünschenswert wären Unterstützung und Beratung bei religiösen, sprachlichen und sonstigen Problemen im Angehörigengespräch**

**Adressaten:** *Krankenhaustransplantationskoordinatoren, regionale Transplantationskoordinatoren, Nationale Transplantationsorganisation*

Unbeschadet von Fortbildungsmaßnahmen sowie der Fähigkeit, sich auf andere einzulassen, wünschen die konsultierten Zentren Unterstützung in Form von Beratung bei kulturellen, sprachlichen oder sonstigen Problemen.

**Empfehlung 25.2**  
**Die helfende Beziehung bietet eine große Unterstützung für die Angehörigen. Sie sollte nicht nur in der Organspendesituation zur Anwendung kommen**

**Adressaten:** *Personal von Intensivstationen, Krankenhaustransplantationskoordinatoren*

Einige Zentren erachten die helfende Beziehung als nützlich und sind deshalb der Auffassung, dass sie nicht nur eingesetzt werden sollte, um die Zustimmung zur Organspende zu bekommen.

**APPENDIX MIT NAMEN DER MITGLIEDER DES AUSSCHUSSES UND DANKSAGUNG NICHT ÜBERSETZ**

<b>Arrález Jarque, Vicente</b>	Hospital General Universitario de Elche
<b>Bouzas Caamaño, Encarnación</b>	Coordinación Autonómica de Galicia
<b>Castro de la Nuez, Pablo</b>	Coordinación Autonómica de Andalucía
<b>Coll Torres, Elisabeth</b>	Organización Nacional de Trasplantes
<b>de la Concepción Ibáñez, Manuel</b>	Coordinación Autonómica de la Comunidad Valenciana
<b>de la Rosa Rodríguez, Gloria</b>	Organización Nacional de Trasplantes
<b>Domínguez-Gil González, Beatriz</b>	Organización Nacional de Trasplantes
<b>Elorrieta Goitia, Pilar</b>	Hospital de Cruces
<b>Fernández García, Antón</b>	Hospital Universitario A Coruña
<b>Fernández Renedo, Carlos</b>	Coordinación Autonómica de Castilla y León
<b>Galán Torres, Juan</b>	Hospital Universitario La Fe
<b>Getino Melián, María Adela</b>	Hospital Nuestra Señora de la Candelaria
<b>Gómez Marinero, Purificación</b>	Hospital General de Alicante
<b>Marazuela Bermejo, Rosario</b>	Organización Nacional de Trasplantes
<b>Martín Delagebasala, Carmen</b>	Organización Nacional de Trasplantes
<b>Martín Jiménez, Silvia</b>	Organización Nacional de Trasplantes
<b>Martínez Soba, Fernando</b>	Coordinación Autonómica de La Rioja
<b>Masnou Burallo, Núria</b>	Hospital de Vall d'Hebrón
<b>Rodríguez Hernández, Aurelio</b>	Coordinación Autonómica de Canarias
<b>Salamero Baró, Pedro</b>	Hospital de Vall d'Hebrón
<b>Sánchez Ibáñez, Jacinto</b>	Coordinación Autonómica de Galicia
<b>Serna Martínez, Emilio</b>	Organización Nacional de Trasplantes

Especial agradecimiento a **Adela Moñino Martínez**, psicóloga de la Diputación Provincial de Alicante, por su contribución al diseño y la elaboración del cuestionario para el estudio de la efectividad en la obtención del consentimiento a la donación, así como al contenido de las recomendaciones en el citado subproceso.