

## E-Learning „Postmortale Organspende“

Fortbildung der regionalen Transplantationsreferenten  
und des Österreichischen Organisationsbüros für das  
Transplantationswesen (ÖBIG-Transplant)





### **Autorin und Autoren:**

Prim. Priv.-Doz. Dr. Stephan Eschertzhuber, regionaler Transplantationsreferent West,  
Leiter der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin, Landeskrankenhaus Hall

OA Dr. Hubert Hetz, regionaler Transplantationsreferent Ost / Wien, Abteilung für  
Anästhesiologie und Intensivmedizin, Traumazentrum Wien der Allgemeinen  
Unfallversicherungsanstalt, Standort Meidling

Prim. Assoc. Prof. Dr. Christoph Hörmann, regionaler Transplantationsreferent Ost / Nieder-  
österreich und Burgenland, Leiter der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin,  
Universitätsklinikum St. Pölten

ÄD Priv.-Doz. Dr. Karl-Heinz Stadlbauer, regionaler Transplantationsreferent Nord,  
Ärztlicher Direktor, Kepler Universitätsklinikum, Linz

Mag.<sup>a</sup> Theresia Unger, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), ÖBIG-Transplant

Prim. Priv.-Doz. Dr. Michael Zink, regionaler Transplantationsreferent Süd, Leiter der Ab-  
teilungen für Anästhesiologie und Intensivmedizin, A. ö. Krankenhaus der Barmherzigen  
Brüder St. Veit an der Glan und A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt GmbH

### **Lecture Board**

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc., Vorstand der Abteilung für Anästhesiologie und  
Intensivmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee

Prim. Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin, MBA, Vorstand der 1. Medizinischen Abteilung,  
Klinik Donaustadt, Wien

Prim. Univ.-Prof. Dr. Jörg R. Weber, Vorstand der Neurologischen Abteilung, Klinikum  
Klagenfurt am Wörthersee

Die Fortbildung wurde im Rahmen des von der Bundesgesundheitsagentur (BGA) finanzierten  
Projekts zur Förderung der Organspende erstellt.

Wien, im September 2025

# Inhalt

1	Einleitung und rechtliche Rahmenbedingungen.....	3
2	Identifikation potenzieller Organspender:innen.....	5
3	Diagnose des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (Todesfeststellung vor Donation after Brain Death, DBD) .....	7
4	Organspende nach irreversiblen Hirnfunktionsausfall durch Kreislaufstillstand (Donation after Circulatory Determination of Death, DCD).....	9
5	Angehörigengespräch.....	12
6	Intensivtherapie potenzieller Organspender:innen.....	15
	Referenzen.....	19
	Weitere Links.....	21

# 1 Einleitung und rechtliche Rahmenbedingungen

848 Patientinnen und Patienten standen am 31. 12. 2024 auf den Wartelisten der vier österreichischen Transplantationszentren in Graz, Innsbruck, Linz und Wien und warteten auf das lebensrettende Organ einer oder eines Verstorbenen. Dem stehen 637 Organtransplantationen gegenüber, die im Jahr 2024 durchgeführt wurden, 58 davon mit den Organen von Lebendspende-rinnen und Lebendspendern und 579 mit den Organen Verstorbener. Im Vergleich zum Vor-jahr ist die Zahl der Transplantationen im Jahr 2024 gesunken (2023: 648). Umgekehrt ist die Zahl der Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten gegenüber dem Jahr 2023 um rund fünf Prozent gestiegen. Die durchschnittliche Wartezeit bis zur Transplantation lag – abhängig vom benötigten Organ – zwischen rund zwei Monaten für Leber, Lunge oder Herz und ca. sechzehn Monaten für eine Niere ab dem Auf-die-Warteliste-Setzen bzw. bei ca. 41 Monaten ab der ersten Dialyse. Für ein Pankreas betrug die Wartezeit sechs Monate (mittlere Verweildauer auf der War-teliste, Median, Datenbasis 2019–2024, ÖBIG-Transplant 2025). Ein gewisser Anteil der Patien-tinnen und Patienten muss allerdings deutlich länger auf ein passendes Organ warten oder kann gar nicht zeitgerecht transplantiert werden. 69 Personen wurden 2024 aufgrund ihres Todes von der Warteliste gestrichen; zusätzlich muss man aber auch noch jene Patientinnen/Patienten be-denken, die zum Todeszeitpunkt nicht aktiv gelistet waren, weil sie wegen einer Verschlechte-rung ihres Gesundheitszustands schon zuvor von der Warteliste genommen worden waren.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Organspende und -transplantation sind im Bundesge-setz über die Transplantation von menschlichen Organen (Organtransplantationsgesetz – OTPG) definiert. Die Entnahme von Organen Verstorbener zum Zweck der Transplantation ist dort in § 5 geregelt. Demnach ist es zulässig, „Verstorbene einzelne Organe zu entnehmen, um durch de-ren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wie-derherzustellen. [...] Die Entnahme ist unzulässig, wenn den Ärztinnen/Ärzten eine Erklärung vor-liegt, mit der die/der Verstorbene oder, vor deren/dessen Tod, ihr/sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat. Eine Erklärung liegt auch vor, wenn sie in dem bei der Gesundheit Österreich GmbH geführten Widerspruchsregister eingetragen ist.“ Der Ein-trag im Widerspruchsregister ist somit eine mögliche, aber nicht die einzige Form, den Wider-spruch zu dokumentieren.

Die Modalitäten betreffend die Führung des Widerspruchsregisters sind in § 6 OTPG ausgeführt. Im Jahr 2024 ließen sich 4.747 Personen in das Widerspruchsregister aufnehmen und 318 Perso-nen aus dem Widerspruchsregister streichen. Die Gesamtzahl der per Ende 2024 aktiv eingetra-genen Personen – abzüglich Streichungen und Todesfällen – betrug 66.192. Von diesen Perso-nen hatten 55.335 ihren Wohnsitz in Österreich, was einer Eintragsrate von 0,57 Prozent der österreichischen Wohnbevölkerung entspricht. Gemäß § 7 OTPG sind alle Transplantationszen-tren verpflichtet, vor einer Organentnahme eine Abfrage im Widerspruchsregister durchzuführen.

In § 10 OTPG ist ergänzend festgelegt, dass die GÖG unter Einbindung des bei ihr zur Beratung in Transplantationsfragen eingerichteten Beirats wissenschaftliche Empfehlungen für alle Phasen des Transplantationsprozesses von der Identifikation potenzieller Organspende:innen über die Organspende bis zur Transplantation zu erarbeiten und im Internet zu veröffentlichen hat. Expli-zit genannt wird dort das Thema „Überprüfung des Fehlens eines Widerspruches einer/eines

Verstorbenen“. Somit sind auch die Inhalte dieser Verfahrensanweisung zu beachten. Das Dokument, das gemeinsam mit weiteren einschlägigen Verfahrensanweisungen auf der Website der GÖG veröffentlicht ist<sup>1</sup>, beinhaltet folgende Empfehlungen:

- Von einer Organentnahme ist auch dann abzusehen, wenn dem Krankenanstaltenpersonal eine Erklärung (z. B. Eintrag in der Krankengeschichte, mitgeführtes Schreiben, Patientenverfügung) vorliegt, dass sich die verstorbene Person zu Lebzeiten gegen eine solche ausgesprochen hat. Der Widerspruch muss der Entnahmeeinrichtung zum Zeitpunkt der Organentnahme vorliegen, d. h. proaktiv in den Verfügungs- bzw. Empfangsbereich der Ärztin / des Arztes gelangt sein. Das OTPG verpflichtet nicht zu – über die Abfrage des Widerspruchsregisters (§ 7 Abs. 1 OTPG) und die Sichtung der anstaltsinternen Dokumentation sowie der mitgeführten Personalpapiere hinausgehenden – Nachforschungen. Im Gesetz ist auch keine Ermittlung des mutmaßlichen Willens der Organspenderin / des Organspenders (etwa durch Befragung der Angehörigen nach dem Tod) vorgesehen.
- Wenn anwesende Angehörige glaubhaft machen können, dass die verstorbene Person zu Lebzeiten eine Organspende abgelehnt hat, ist diese Information als Widerspruch der/des Verstorbenen zu akzeptieren. Einzig rechtsrelevant sind Widersprüche, die ausdrücklich zu Lebzeiten geäußert wurden. Widerspruchsberechtigt sind neben dem/der Organspender:in auch jeweilige gesetzliche Vertreter:innen (das sind bei Minderjährigen i. d. R. die Eltern, bei nicht einwilligungsfähigen Erwachsenen die Erwachsenenvertreter:innen, nicht aber die Angehörigen ohne Vertretungsbefugnis). Auch diesen kommt das Widerspruchsrecht nur zu Lebzeiten der/des Vertretenen zu. In diesem Zusammenhang sieht das OTPG keine proaktive Ermittlung des Willens seitens der Entnahmeeinrichtung vor. Eine ausdrückliche ablehnende Willensbekundung ist vielmehr eine „Bringschuld“ der Betroffenen. Das OTPG stellt daher nach seinem expliziten Wortlaut weder vor noch nach dem Tod auf den mutmaßlichen Willen der Organspenderin / des Organspenders ab (vgl. Kopetzki, Organmangel zwischen Widerspruchslösung und Persönlichkeitsschutz, RdM 2024, 169).
- Eine von den gesetzlichen Vorgaben abweichende strengere Praxis (etwa aufsuchende Angehörigengespräche) ist nicht verboten, sollte jedoch nicht dazu führen, dass der Unterschied zwischen einer Widerspruchs- und einer Einwilligungslösung ein bloß begrifflicher ist.

Trotz der vom Gesetzgeber intendierten „engen Widerspruchslösung“ ist es in Österreich gelebte Praxis, dass Angehörige potenzieller Organspender:innen über die geplante Organspende informiert werden und in Bezug auf die Organspende ein einvernehmliches Vorgehen angestrebt wird. Dies hat allerdings auch zur Folge, dass ein beträchtlicher Teil der potenziellen Organspenden nicht weiterverfolgt wird. Dem empathisch und professionell geführten Gespräch mit den Angehörigen kommt daher ein großer Stellenwert zu, um zu erwirken, dass möglichst alle Organspenden, bei denen zu Lebzeiten kein Widerspruch formuliert wurde, auch realisiert werden (siehe auch Kapitel „Angehörigengespräch“).

---

<sup>1</sup> siehe <https://transplant.goeg.at/verfahrensanweisungen>

## 2 Identifikation potenzieller Organspender:innen

Um ein funktionierendes Organtransplantationswesen in Österreich aufrechtzuerhalten, ist es unerlässlich, bei jeder Person, die auf einer Intensivstation verstirbt, an die Möglichkeit einer Organspende zu denken.

Jede:r Verstorbene oder jede Person, bei welcher der in Kürze eintretende Tod trotz Ausschöpfung aller medizinischen Maßnahmen nicht abwendbar ist, ist als potenzielle Organspenderin / potenzieller Organspender zu werten.

Bei postmortalen Organspenden wird prinzipiell zwischen zwei Hauptkategorien unterschieden:

- 1.) Tod bei erhaltenem Kreislauf = Donation after Brain Death (DBD)
- 2.) Tod nach persistierendem Kreislaufstillstand = Donation after Circulatory Determination of Death (DCD)

Eine Organspende ist nur dann nicht möglich, wenn ein Widerspruch der/des Verstorbenen gegen die Organspende bekannt ist oder wenn medizinische Kontraindikationen zu einer Organspende vorliegen. So muss bei jedem/jeder potenziellen Organspender:in vor einer Organentnahme sowohl das Vorliegen eines Widerspruchs als auch die Möglichkeit des Vorhandenseins einer medizinischen Kontraindikation sorgfältig geprüft werden.

Das steigende Durchschnittsalter sowie die damit assoziierten Komorbiditäten der Verstorbenen, aber auch die Fortschritte der Transplantationsmedizin in Bezug auf die Organbeurteilung und die Organkonditionierung führten zu einer Liberalisierung der Spenderkriterien. Neben den idealen Spenderinnen/Spendern („standard criteria donors“) werden auch sogenannte „extended criteria donors“ für Organspenden akzeptiert. So werden Organspenden bei Verstorbenen mit einem Alter von bis zu 90 Jahren oder bei Spenderinnen und Spendern mit akuten oder chronischen Organinsuffizienzen regelmäßig durchgeführt.

Medizinische absolute Kontraindikationen zur Organspende sind

- aktiv metastasierende Karzinome,
- unkontrollierbare Sepsis,
- schwer oder nicht behandelbare Infektionskrankheiten (Rabies, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit etc.).

Keine medizinischen absoluten Kontraindikationen zur Organspende sind

- Tumorerkrankungen in der Anamnese,
- behandelbare Infektionskrankheiten,
- erhöhte Entzündungsparameter (CRP, Procalcitonin, Leukozytose, IL-6 etc.),
- Hepatitiden (A–C),
- HIV,
- Zustand nach Reanimation/Asphyxie,
- akute oder chronische Organinsuffizienzen (Niere, Leber, Lunge, Herz),
- Katecholamintherapie.

Die Beurteilung der Organqualität der potenziell transplantablen Organe und des Risikos der Übertragung infektiöser oder neoplastischer Erkrankungen ist komplex und obliegt dem zuständigen Transplantationszentrum. Daher ist die Meldung einer jeden potenziellen Organspenderin / eines jeden potenziellen Organspenders an das Transplantationszentrum zur Einschätzung der Möglichkeiten einer Organentnahme mit anschließender erfolgreicher Transplantation unerlässlich.

Auch das Vorliegen des Verdachts auf eine nicht natürliche Todesursache der potenziellen Spenderin / des potenziellen Spenders ist kein Hinderungsgrund, eine Organspende durchzuführen (Erlass des Bundesministeriums für Justiz vom 2. September 2014, GZ: BMJ-S425.005/0005-IV 3/2014). Da für eine Organentnahme nur gesunde Organe infrage kommen, die in keinem ursächlichen Verhältnis zum Tod der Patientin / des Patienten stehen, schließt das Erfordernis einer gerichtlich angeordneten Obduktion die Durchführung einer Organentnahme nicht aus. Im Bedarfsfall kann der/die mit der Obduktion beauftragte Gerichtsmediziner:in den Operationsbereich der Explantation anfordern.

### 3 Diagnose des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (Todesfeststellung vor Donation after Brain Death, DBD)

Bis auf wenige Ausnahmen tritt der Tod nicht schlagartig ein, sondern erst nach einem Sterbeprozess, welcher sich über einen unterschiedlich langen Zeitraum erstrecken kann. Am Ende steht der vollständige und irreversible Ausfall der Gesamtfunktionen des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms (IHA = irreversibler Hirnfunktionsausfall), der identisch mit dem Individualtod des Menschen ist. Dabei ist es unerheblich, ob der IHA durch primäre irreversible Schädigung des Gehirns oder durch sekundäre irreversible hypoxisch-ischämische Schädigung des Gehirns nach Herz-Kreislauf-Stillstand entstanden ist.

Das Bundesgesetz über die Transplantation von menschlichen Organen (Organtransplantationsgesetz – OTPG) erlaubt es, Verstorbenen einzelne Organe und Organteile zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben anderer Menschen zu retten oder deren Gesundheit wiederherzustellen. Weil das Gesetz nur vorschreibt, dass die Entnahme erst durchgeführt werden darf, „wenn eine/ein zur selbständigen Berufsausübung berechnigte/berechnigter Ärztin/Arzt den eingetretenen Tod festgestellt hat“ (§ 5 Abs. 2 OTPG), wurden Empfehlungen zur Durchführung der Todesfeststellung bei erhaltenem Kreislauf (keines der sicheren Todeszeichen ist erkennbar) erarbeitet. Erstmals wurden die Empfehlungen im Jahr 1997 publiziert, seither wurden drei Revisionen durchgeführt, in denen jeweils Anpassungen an den State of the Art vorgenommen wurden, das grundsätzliche Vorgehen mit zwei klinisch-neurologischen und einer ergänzenden Untersuchung aber beibehalten wurde. Die aktuelle Version der Empfehlungen zur Feststellung des Todes infolge eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA) bei erhaltenem Kreislauf („Hirntoddiagnostik-Empfehlungen“) wurde am 2. Juli 2025 vom Obersten Sanitätsrat beschlossen<sup>2</sup>.

#### Einschluss- und Ausschlusskriterien

Auch die Voraussetzungen für die Durchführung der Todesfeststellung sind in den o. g. Empfehlungen geregelt. Die Diagnostik soll demnach ausschließlich bei Vorliegen einer akuten primären oder sekundären Hirnschädigung durchgeführt werden. Weiters sollen vor Beginn der Untersuchungen Intoxikationen mit direkt oder indirekt das zentrale und das periphere Nervensystem beeinflussenden Substanzen, neuromuskuläre Blockaden, eine Hypothermie (< 35 °C), eine Hypotension (MAP < 60 mmHg) sowie ein metabolisches Koma ausgeschlossen werden. Das Vorliegen einer Medikation zentral wirksamer Substanzen im Rahmen der Intensivtherapie stellt keinen generellen Ausschlussgrund dar (siehe unten).

#### Klinisch-neurologische Untersuchung

Die klinisch-neurologische Untersuchung beginnt mit der Überprüfung des Komats bei schlaffer Tetraplegie (Glasgow Coma Score 3), anschließend wird das Fehlen der Hirnstammreflexe nachgewiesen. Der Atropintest (fehlender Anstieg der Herzausgangsfrequenz nach Atropinapplikation)

---

<sup>2</sup> siehe <https://transplant.goeg.at/todesfeststellung>

wird einmalig durchgeführt; bei Vorliegen eines positiven Befunds im Sinne des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ist eine Wiederholung nicht erforderlich. Dasselbe gilt für den Apnoetest, der als letzte klinisch-neurologische Untersuchung bei nachgewiesener sonstiger Hirnstamm-Areflexie und schlaffer Tetraplegie durchgeführt wird.

### **Ergänzende Untersuchungen**

Das EEG hat als elektrisches Korrelat der kortikalen Aktivität als ergänzende Untersuchung eine vorrangige Stellung. Für die Bewertung soll eine mindestens 30-minütige kontinuierliche, einwandfrei auswertbare EEG-Kurve vorliegen, welche lediglich eindeutig identifizierte Artefakte enthält und eine bioelektrische Nullaktivität (sog. Nulllinie) aufweist.

Zum Nachweis eines zerebralen Zirkulationsstillstands kann die transkranielle Dopplersonografie, die farbcodierte Duplexsonografie oder eine CT-Angiografie (computertomografische Angiografie, CTA) durchgeführt werden.

### **Vorliegen einer Medikation zentral wirksamer Substanzen**

Im Fall des Vorliegens einer Medikation zentral wirksamer Substanzen ist eine klar definierte Vorgehensweise vorgesehen, die neben dem Stopp der Medikamentengabe und dem Einhalten einer zwölfstündigen Wartezeit auch eine Antagonisierung bei Benzodiazepinen beziehungsweise eine Spiegelbestimmung bei Barbituraten beinhaltet. Wenn der erforderliche Grenzwert bei Barbituraten überschritten wird, soll entweder mit der Hirntoddiagnostik zugewartet oder der intrakranielle Zirkulationsstillstand nachgewiesen werden, da Barbiturate sowohl die klinische Beurteilung als auch das EEG beeinflussen können.

### **Neuerungen in den Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats vom 2. Juli 2025**

In der nunmehr dritten Revision der Empfehlungen wurde die Terminologie – der internationalen Literatur entsprechend – durchgängig von „Hirntoddiagnostik“ auf „Feststellung des Todes infolge eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA) bei erhaltenem Kreislauf“ geändert. Um dem Charakter von Empfehlungen besser gerecht zu werden, wurde durchgängig auf „soll“-Formulierungen Wert gelegt, mit der Empfehlung, Abweichungen vom empfohlenen Prozedere zu dokumentieren.

Eine weitere wesentliche Änderung betrifft die Ergänzung um drei neue Kapitel, die auf die Todesfeststellung bei speziellen Konstellationen eingehen:

- Besonderheiten der Todesfeststellung bei Kindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr
- Voraussetzungen für die Todesfeststellung nach Temperaturmanagement mit therapeutischer Senkung der Körpertemperatur
- Durchführung des Apnoetests unter extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO).

## 4 Organspende nach irreversiblen Hirnfunktionsausfall durch Kreislaufstillstand (Donation after Circulatory Determination of Death, DCD)

Bei persistierendem Kreislaufstillstand tritt ein irreversibler Hirnfunktionsausfall (IHA) – und damit der Individualtod – nach wenigen Minuten ein. In den meisten Ländern wird nach einer fünf- bis zehnminütigen Beobachtung des Kreislaufstillstands der Tod festgestellt; in Österreich hat man sich hier für eine zehnminütige Beobachtungszeit entschieden. Die Verifizierung des IHA-Syndroms erfolgt durch eine klinische Untersuchung im Vier-Augen-Prinzip (siehe Empfehlungen zur Durchführung der Todesfeststellung bei einer geplanten Organentnahme nach Hirntod durch Kreislaufstillstand entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 16. November 2013<sup>3</sup>). Danach ist eine Organentnahme – falls kein Widerspruch zu Lebzeiten vorliegt – erlaubt.

Fortschritte bei Organbeurteilung, Organpräservierung und Transplantationstechnik haben zu einer Zunahme der DCD geführt. Inzwischen werden Herz, Lunge, Leber, Niere und Pankreas nach DCD erfolgreich transplantiert. 2023 wurden laut WHO weltweit 9.723 DCDs – das sind rund 23 Prozent aller postmortalen Organspenden – durchgeführt (siehe WHO-ONT 2025<sup>4</sup>).

### Geeignete Organspender:innen

#### *Unkontrollierte DCD*

Als unkontrollierte DCD wird die Organspende nach Abbruch einer kardiopulmonalen Reanimation bezeichnet. „Unkontrolliert“ beschreibt die nicht planbare Notfallsituation. Diese Spenden sind nur in oder sehr nahe an Transplantationszentren möglich. Geeignete Spender:innen sind Patientinnen und Patienten ohne offensichtliche Organschäden, wenn es trotz Reanimation nicht zum Wiedereinsetzen des Spontankreislaufs kommt und die Einstellung der Maßnahmen indiziert ist. Diese Form der DCD-Organ spende verliert zunehmend an Bedeutung. Im Unterschied zu den Anfängen von DCD-Spenden in Österreich (die erste DCD ist 1994 dokumentiert) liegt der Schwerpunkt seit den letzten Jahren auf kontrollierten DCD. Im Jahr 2024 fielen sämtliche DCDs, von denen in weiterer Folge mindestens ein Organ verwendet wurde, in diese Kategorie (siehe auch GÖG 2025, 42).

#### *Kontrollierte DCD*

Wenn nach geplanter Beendigung einer lebenserhaltenden Intensivtherapie der Tod festgestellt wird und danach Organe entnommen werden, spricht man von kontrollierter DCD. Diese Spenden können in jedem Krankenhaus erfolgen. Geeignete Spender:innen sind Patientinnen und Patienten, welche von künstlicher Beatmung und/oder Kreislaufunterstützung abhängig sind

---

<sup>3</sup> siehe <https://transplant.goeg.at/todesfeststellung>

<sup>4</sup> siehe <https://www.transplant-observatory.org/export-database> (Zugriff am 14.08.2025)

und bei denen das Behandlungsteam eine Beendigung dieser Therapien wegen Aussichtslosigkeit oder aufgrund des Patientenwillens beschlossen hat. Ist der Tod solcher Patientinnen/Patienten innerhalb weniger Minuten nach Therapiereduktion zu erwarten, liegt kein Widerspruch gegen eine Organspende vor, und ist die Funktion transplantabler Organe ausreichend, kann eine DCD erwogen werden.

#### **Ablauf einer kontrollierten DCD (siehe auch ÖGARI 2020)**

##### *Therapiezieländerung*

Therapiezieländerungen sind in der modernen Intensivmedizin häufig notwendig. Es gibt dafür Leitlinien der einschlägigen Fachgesellschaften, die eine strukturierte Entscheidungsfindung unterstützen und deren Einhaltung Patientinnen/Patienten, Angehörigen und Behandelnden Sicherheit gewährt. Essenziell ist hier, dass die Entscheidung zur Therapiereduktion unabhängig vom Vorhaben einer Organspende erfolgt.

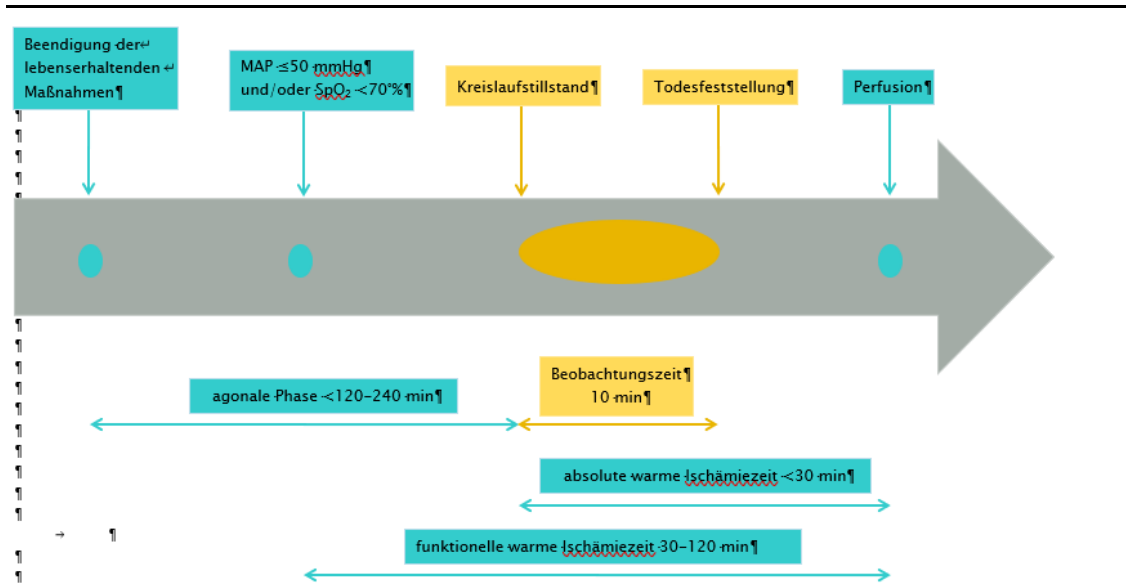
##### *Planung der Organspende*

Falls das rasche Eintreten des Todes zu erwarten ist (siehe Wisconsin Score in: Lewis et al. 2003), sollte mit dem Transplantationszentrum Kontakt aufgenommen werden und gemeinsam mit den Angehörigen ein Termin für die Therapiereduktion gefunden werden. Es wird empfohlen, die Angehörigen detailliert über den Ablauf der DCD zu informieren und ihnen ausreichend Gelegenheit zur Verabschiedung einzuräumen.

##### *Therapiebeendigung*

Da die eigentliche Operation zur Organentnahme sofort nach Todesfeststellung beginnen muss, sollte die Therapiebeendigung nach Möglichkeit im OP bei bereits steril gewaschenem und abgedecktem Körperstamm erfolgen. Die Angehörigen können der Prozedur der Therapiebeendigung trotzdem beiwohnen sowie Gesicht und Hände der Patientin / des Patienten berühren. Eine symptomorientierte, ausreichende Analgesie und gegebenenfalls Sedierung müssen gewährleistet sein. Dies ist nicht nur eine ethische Verpflichtung, sondern auch dem Ärztegesetz geschuldet und verfälscht die korrekte Diagnose des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls nicht, weil der direkte Nachweis der fehlenden Hirndurchblutung durch die Beobachtung des Kreislaufstillstands erfolgt.

Abbildung 1: Ablaufdiagramm einer kontrollierten DCD<sup>5</sup>



Quelle: GÖG, Version 2023\_4: Leitfaden 9: Ablauf kontrollierte DCD

<sup>5</sup> Die Entscheidung, ob ein Organ nach Überschreitung der definierten fWIT noch entnommen wird, liegt beim jeweiligen Entnahmeteam.

## 5 Angehörigengespräch

Entsprechend der in Österreich gültigen Gesetzeslage ist jeder Mensch, der in Österreich verstirbt, unabhängig von seiner Staatszugehörigkeit oder seinem religiösen Bekenntnis, eine potenzielle Organspenderin bzw. ein potenzieller Organspender. Um das Vorliegen eines Widerspruchs zu überprüfen, wird zum einen das Widerspruchsregister abgefragt, und zum anderen ist es gelebte Praxis, dass ein Gespräch mit den Angehörigen geführt wird. Bei diesem Gespräch wird überprüft, ob die/der Verstorbene zu Lebzeiten einen Widerspruch gegen Organspende artikuliert hat. Wichtig ist, dass die Angehörigen dabei nicht nach ihrer Erlaubnis für eine Organspende gefragt werden.

Um das Gespräch für die Angehörigen in dieser schwierigen Situation gut zu gestalten und nicht aufgrund von Kommunikationsfehlern eine Ablehnung zu erhalten, bedarf es gewisser Voraussetzungen.

### Strukturierte Gesprächsführung

#### *Gesprächsrahmen*

Es ist wichtig, dass dieses Gespräch an einem Ort stattfindet, an dem sich die Anverwandten der/des Verstorbenen auf den Inhalt des Gesprächs konzentrieren können und nicht abgelenkt werden. Üblicherweise wird das Gespräch darum in einem separaten Raum mit Tisch und Stühlen durchgeführt. Der Raum sollte ruhig sein. Es ist sinnvoll, dort Wasser und Taschentücher vorzuhalten.

#### *Gesprächsteam*

Das Gespräch soll von einer Ärztin oder einem Arzt – am besten von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt – zusammen mit der betreuenden Pflegekraft geführt werden. Dadurch, dass man zu zweit ist, hat man die Möglichkeit, allfällige Ressentiments einer/eines Angehörigen gegen eine der beiden Fachkräfte dadurch abzufedern, dass die/der andere im Team einspringt und das Gespräch unterstützt.

#### *Kenntnisstand*

Es ist von immens großer Wichtigkeit, dass das Team, welches die Kommunikation mit den Angehörigen durchführt, perfekt über die Erkrankung der Patientin / des Patienten und ihren Verlauf Bescheid weiß. Diesbezügliche Unsicherheiten führen dazu, dass die Angehörigen die medizinische Kompetenz der Behandelnden und damit auch die gestellten Diagnosen (insbesondere den irreversiblen Hirnfunktionsausfall) anzweifeln.

## *Einladung, Wissensvermittlung und Gesprächsablauf*

Zu Beginn des Gesprächs stellt sich – falls nicht schon bekannt – das Team vor. Hier ist es sinnvoll, die Funktion klar herauszustellen – beispielsweise: „Ich begrüße Sie herzlich, ich bin Dr. (...), die leitende Oberärztin der Intensivstation. Ich führe dieses wichtige Gespräch zusammen mit der betreuenden Intensivpflegerin, DGKP (...)“.

Mit dieser Einleitung des Gesprächs sind bereits die Kompetenzen der Fachkräfte und die Wichtigkeit der nun folgenden Nachricht klargestellt.

Zu Beginn des Gesprächs wird – unmittelbar und mit klaren, für die Angehörigen gut verständlichen Formulierungen – die wichtige Nachricht überbracht. Als Beispiel: „Ich habe leider eine sehr traurige Nachricht, ich muss Ihnen mitteilen, dass Ihr Sohn an den Folgen des schweren Autounfalls, an einer Hirnquetschung, verstorben ist.“

Eine Relativierung der „schlechten Nachricht“ oder deren Verschieben auf einen späteren Zeitpunkt im Gespräch verbessert die Situation weder für die Angehörigen noch für das Gesprächsteam. Ganz im Gegenteil erwartet die/der Angehörige eine Überbringung der wichtigen Nachricht und keinen „Small Talk“.

Nach dieser Einleitung mit der unmissverständlichen Überbringung der schlechten Nachricht kommt es für gewöhnlich zu Emotionen, denen man Raum geben muss. Die Reaktion auf diese Emotionen muss angemessen und authentisch sein, um bei der Verarbeitung des Gesagten zu helfen.

In weiterer Folge ist es nun wichtig, dass man diese schlechte Botschaft erklärt, bei den Erklärungen jedoch nie vom roten Faden abweicht. Eine Relativierung der Todesnachricht ist nicht sinnvoll, denn Tod ist und bleibt Tod und kann sich nicht in „ein bisschen tot“ oder „doch nicht ganz tot“ umwandeln lassen. Es ist wichtig, dass im weiteren Gespräch die Nachricht des Todes immer wieder überbracht wird. Als Beispiele seien hier Sätze genannt wie „Wir haben den Tod Ihres Sohnes heute um 11.46 Uhr festgestellt“ oder „Wenn Sie möchten, kann ich mit Ihnen gern noch einmal die CT-Bilder ansehen, auf denen man die tödliche Verletzung des Gehirns sehen kann“.

Ein guter Hinweis darauf, dass die Todesnachricht verstanden wurde, ist, wenn jemand über den Verstorbenen in der Vergangenheitsform spricht, beispielsweise: „Er war immer so ein hilfsbereiter Bub“.

Sobald die Todesnachricht verstanden ist, kann die Frage nach einem Widerspruch der/des Verstorbenen gegen Organspende eingebaut werden. Beispielsweise kann dafür ein Satz verwendet werden wie „Ich muss Ihnen in dieser schweren Situation nun eine Frage stellen: (...)“. In der weiteren Folge ist ein häufiger Ablehnungsgrund „Ich möchte aber nicht, dass der Verstorbene aufgeschnitten wird“. Hier ist zu bedenken, dass das Krankenanstaltengesetz die Obduktion in öffentlichen Krankenanstalten verstorbener Personen verlangt, wenn bei diesen u. a. ein operativer Eingriff vorgenommen wurde. Sehr häufig wird die Frage gestellt, welche Organe verwendbar sind. Hier muss man den Angehörigen mitteilen, dass erst zum Zeitpunkt der Organentnahme erkennbar ist, welche Organe verwendet werden können, weil man dies erst beurteilen kann, wenn die Organe betrachtet werden können, und dass häufig sogar zusätzlich histologische Untersuchungen notwendig sind.

Wenn man bemerkt, dass sich das Gespräch im Kreis dreht, ist es sinnvoll, es zu einem Ende zu bringen. Hier ist noch einmal wichtig, dass man das Gespräch zusammenfasst: beispielsweise mit dem Ausdruck des Beileids beginnen, dann über die zeitliche Abfolge der Organspende berichten und über das weitere Vorgehen hinsichtlich der Formalitäten informieren, die nach dem Tod einer/eines Angehörigen durchgeführt werden müssen. Schließen sollte man mit dem Angebot der Hilfestellung, indem man beispielsweise ein Kärtchen der Intensivstation mitgibt mit den Worten, dass die Angehörigen hier jederzeit anrufen können, wenn sie Fragen haben.

### Angehörigengespräch bei einer geplanten DCD

Im Vorfeld einer geplanten DCD sind beim Angehörigengespräch teilweise andere Aspekte von Relevanz als bei einer DBD. Das Gespräch hinsichtlich eines möglichen Widerspruchs der/des Verstorbenen wird bei DCD zu einem anderen Zeitpunkt geführt als bei DBD, nämlich nach der Information über die infauste Prognose und den geplanten Therapierückzug bzw. die geplante Therapiezieländerung (bei DBD i. d. R. nach der Todesfeststellung). Es muss dabei klar vermittelt werden, dass die Therapiezieländerung unabhängig von einer möglichen Organspende durchgeführt wird. Daher empfiehlt es sich, die Übermittlung der infausten Prognose und der geplanten Therapiereduktion in einem ersten Gespräch durchzuführen. Zeitlich getrennt davon werden die Möglichkeit der Organspende und die Vorgehensweise bei einer DCD angesprochen. Folgende Themen sollen Inhalt dieses zweiten Gespräches sein:

- Erklärung von Therapierückzug (Therapiezieländerung), Analgosedierung und Sterbeprozess
- Erklärung des Ablaufs der DCD
- Abklärung, ob die Angehörigen beim Sterbeprozess anwesend sein wollen
- Erklärung, dass in Ausnahmefällen, wenn der Sterbeprozess zu lange dauert, keine Organspende möglich ist
- Erklärung, dass im Vorfeld Untersuchungen durchgeführt werden, um die Eignung der Organe für eine Organspende zu prüfen, letztlich aber erst nach der Entnahme beurteilt werden kann, ob eine Transplantation möglich ist
- Verhaltensregeln im OP (z. B.: Welche Körperteile der Patientin / des Patienten können berührt werden?)
- Klärung, ob nach der Organspende nochmals eine Verabschiedung gewünscht ist, und ggf. Organisation der entsprechenden Räumlichkeiten
- Klärung, ob der Wunsch nach einer psychologischen und/oder seelsorgerischen Begleitung besteht

Weitere Fragen der Angehörigen können während des Sterbeprozesses auftreten und z. B. die Medikamentengabe oder das Monitoring betreffen. Ein Mitglied des primären Behandlungsteams soll nach der Organspende noch einmal ein Gespräch mit den Angehörigen führen und bei Bedarf weitere Gespräche anbieten.

## 6 Intensivtherapie potenzieller Organspender:innen

Die Intensivtherapie einer potenziellen Organspenderin / eines potenziellen Organspenders unterscheidet sich bis zum Zeitpunkt der Diagnose des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA) nicht von der Therapie einer Patientin / eines Patienten mit erhöhtem intrakraniellen Druck. Nach der Diagnose IHA werden sämtliche Maßnahmen mit Ausnahme der Therapie des intrakraniellen Drucks weitergeführt wie z. B. folgende:

- Stabilisierung des Kreislaufs
- lungenprotektive Beatmung
- Erhaltung einer ausreichenden Diurese
- Therapie des Diabetes insipidus
- Ausgleich von Elektrolytimbalancen
- Therapie des Zuckerstoffwechsels
- Temperaturhomöostase
- Ausgleichen des Säure-Basen-Haushalts
- antiinfektive Therapie
- Gerinnungshomöostase

Die Intensivtherapie einer potenziellen Organspenderin / eines potenziellen Organspenders ist mit der gleichen Sorgfalt durchzuführen wie bei jeder Intensivpatientin / jedem Intensivpatienten. Es ist bekannt, dass eine gute intensivmedizinische Betreuung der Organspenderin bzw. des Organspenders ein gutes Ergebnis der Transplantation nach sich zieht, eine mäßige Betreuung ein mäßiges Ergebnis. So ist zum Beispiel eine schwere Hybernatriämie ( $> 155$  mmol/l) zum Zeitpunkt der Explantation ein Risikofaktor bei einer Herztransplantation; ein entgleister Zuckerstoffwechsel kann ein vormals gutes Pankreasorgan schwer schädigen.

### Typische Probleme und deren Therapie

#### 1.) Hypertension

Ursache: Katecholaminstorm („autonomic storm“ durch Ischämie der Medulla oblongata)

Diagnose: hypertone RR-Werte, Tachykardie oder Bradykardie

Therapie: Urapidil, Clevidipin, Nitroglycerin, Landiolol (bei Tachykardie, wenn Hypovolämie ausgeschlossen)

#### 2.) Hypotension

Ursache: fast immer bedingt durch eine Hypovolämie

Diagnose: ZVD, ev. PCWP, TEE/TTE, Herzfrequenz, Hybernatriämie als Zeichen der Hypovolämie infolge eines Diabetes insipidus

Therapie: bei Hybernatriämie natriumreduzierte Infusionslösungen (z. B. ELO-MEL semiton mit Glukose – Infusionslösung®, Glucose 2,5 %). Bei ausreichendem Flüssigkeitsersatz und fortbestehender Hypotension Einsatz von Katecholaminen (Norepinephrin, Phenylephrin, Vasopressin). Frühzeitig Gabe von Hydrocortison i. v. (200 mg als Bolusgabe, anschließend 200 mg / 24 Stunden)

### 3.) kardiogene Hypotension

Ursache: Kardiokontusion, Myokardinfarkt (auch im Rahmen des „Sympathikussturms“), Tako-Tsubo-Kardiomyopathie

Diagnose: ZVD, TEE/TTE, HZV-Messung (PAK/PiCCO®/Vigileo®)

Therapie: inotropischer Support (Dobutamin, Isoproterenol, Levosimendan, Milrinon), eventuell Vasopressoren (Norepinephrin ...)

### 4.) Diabetes insipidus

Ursache: Ausfall der ADH-Sekretion

Diagnose: Harnmenge > 4 ml/kgKG/h, spezifisches Gewicht < 1005 g/l, Harn-Natrium < 60 mmol/l, Serum-Natrium > 145 mmol/l

Therapie: Desmopressin (z. B. Minirin®): 1–4 µg fraktioniert i. v. alle 6–8 h. Flüssigkeitssubstitution: natriumreduzierte (!) Infusionslösungen (z. B. ELO-MEL basis mit Glukose – Infusionslösung®, Glucose 2,5 %, Formel zur Abschätzung des fehlenden Wassers: fehlendes Wasser (Liter) =  $0,6 \times \text{kgKG} \times ([\text{Na}^+]/140-1)$ ); beträgt meist mehrere Liter!

### 5.) Poikilothermie

Diagnose: Körperkerntemperatur: kontinuierliche Messung

Therapie bei Hypothermie: gewärmte Infusionen (Hotline®, Level1® etc.), Wärmematten (Bair Hugger® etc.); keine Diagnostik des IHA bei Hypothermie < 35 °C; nach Feststellung des Hirnfunktionsausfalls kann eine milde Hypothermie (34–35 °C) in Betracht gezogen werden, denn sie verbessert die Funktion transplanteder Nieren (vgl. Niemann et al 2015)

### 6.) Hyperglykämie

Diagnose: Blutzuckerspiegel, Zielwert: 80–180 mg/dl

Therapie: Insulin i. v.: Perfusor 50 IE / 50 ml, Start mit 5 ml/h, regelmäßige BZ-Kontrollen und Adaption der Infusionsrate – CAVE: Hypokaliämie → Kalium – Substitution; Hypoglykämie → Insulinzufuhr stoppen, ggf. Glukose-Substitution.

## COVID-19 und Organspende

Eine abgelaufene COVID-19-Infektion per se stellt keine Kontraindikation gegen eine Organspende dar. Solche potenziellen Spender:innen sollen ebenfalls dem zuständigen Transplantationszentrum gemeldet werden. Die dort tätigen Mediziner:innen entscheiden dann in einer Nutzen-Risiko-Abwägung, ob die Organe dieser Spenderin / dieses Spenders für eine Transplantation infrage kommen. Gleiches gilt auch für potenzielle Spender:innen, die eine floride COVID-19-Infektion haben. In solchen Fällen kommen Einzelentscheidungen nach entsprechender Nutzen-Risiko-Abwägung durch das Transplantationszentrum zum Tragen. In den meisten Fällen werden solcherart positive Spender:innen aber abgelehnt.

Tabelle 1: Zielgrößen für die Therapie der potenziellen Organspenderin / des potenziellen Organspenders

Basisparameter	Zielgröße (Erwachsene)	vorgeschlagene Frequenz
Körperkerntemperatur	36 °C – 37 °C Nach Abschluss der Todesfeststellung kann eine milde Hypothermie (34–35 °C) in Betracht gezogen werden, um die Rate der verzögerten Transplantatfunktion bei Nierenempfängerinnen/-empfängern zu reduzieren.	kontinuierlich
mittlerer arterieller Druck (MAP)	60–75 mmHg	kontinuierlich
Herzfrequenz	70–100/min Aufgrund des Ausfalls des Vagusknötens wird eine Sinustachykardie zu beobachten sein; wenn keine tatsächlichen kardialen Komplikationen vorliegen oder zu erwarten sind, können Herzfrequenzen bis zu 120/min akzeptiert werden, insbesondere wenn Inotropika oder Katecholamine verabreicht werden.	kontinuierlich
Harnausscheidung	> 0,5–2 mL/kg/h	stündlich
zentraler Venendruck (ZVD)	6–12 mmHg	kontinuierlich
periphere arterielle Sauerstoffsättigung (SaO <sub>2</sub> )	> 95 %	kontinuierlich
zentralvenöse Sauerstoffsättigung (ScvO <sub>2</sub> )	> 70 %	kontinuierlich
arterieller Blut-pH-Wert	7,35–7,45	alle 2 bis 4 Stunden oder nach Bedarf
Serum-Natrium	135–145 mmol/L	alle 2 bis 4 Stunden oder nach Bedarf
Serum-Kalium	3,5–4,5 mmol/L	alle 2 bis 4 Stunden oder nach Bedarf
Blutzucker	80–180 mg/dL	alle 2 bis 4 Stunden oder nach Bedarf
Plasmabiochemie, Harnsediment, C-reaktives Protein		alle 12 Stunden oder nach Bedarf
Serum-Kalzium	normaler Bereich	alle 2 bis 4 Stunden oder nach Bedarf
Hämoglobin	≥ 7 g/dL	alle 6 Stunden oder nach Bedarf
Thrombozyten	> 50 x 10 <sup>3</sup> /μL	alle 12 Stunden oder nach Bedarf
Prothrombinzeit / partielle Thromboplastinzeit	im akzeptablen Bereich zur Vermeidung von Blutungen	alle 12 Stunden oder nach Bedarf

adaptiert nach: European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) 2025

Nicht immer lassen sich aufgrund der eventuellen Multimorbidität potenzieller Organspender:innen diese Zielgrößen erreichen bzw. einhalten. Dies ist jedoch kein Ausschlussgrund für eine Organspende. Probleme bei der Intensivtherapie potenzieller Organspender:innen treten häufig auf. Bei allen oben angeführten Dosierungen und Therapieempfehlungen handelt es sich lediglich um generelle Empfehlungen, die im Einzelfall entsprechend anzupassen sind. Die genannten Handelsnamen sind nur als Beispiele gedacht.

Für medizinische Fragestellungen betreffend das Erkennen und Betreuen einer potenziellen Organspenderin / eines potenziellen Organspenders stehen in ganz Österreich rund um die Uhr **fünf regionale Transplantationsreferenten** zur Verfügung<sup>6</sup>. Zur weiteren Unterstützung sind in mehr als 30 Krankenanstalten zusätzlich **lokale Transplantationsbeauftragte** tätig<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Kontakt: <https://transplant.goeg.at/tx-referenten>

<sup>7</sup> Kontakt: <https://transplant.goeg.at/ltxb>

## Referenzen

- A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA. 1968 Aug 5;205(6):337-40. PMID: 5694976.
- Bundesgesetz über die Transplantation von menschlichen Organen (Organtransplantationsgesetz – OTPG), BGBl. I Nr. 108/2012 i. d. g. F.
- de Jonge J, Kalisvaart M, van der Hoeven M, Epker J, de Haan J, IJzermans JN, Grüne F. Organ-spende nach Herz- und Kreislaufftod [Organ donation after circulatory death]. Nervenarzt. 2016 Feb;87(2):150-60. German. doi: 10.1007/s00115-015-0066-9. PMID: 26810404.
- European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM). Guide to the quality and safety of organs for transplantation. 9th Edition. Strasbourg 2025.
- Heiland R. Weil Worte wirken. Wie Arzt-Patienten-Kommunikation gelingt. Theorie – Praxis – Übungen. Kohlhammer-Verlag 2018.
- Kopetzki C, Organmangel zwischen Widerspruchslösung und Persönlichkeitsschutz, RdM 2024/35.
- Lewis J, Peltier J, Nelson H, Snyder W, Schneider K, Steinberger D, Anderson M, Krichevsky A, Anderson J, Ellefson J, D'Alessandro A. Development of the University of Wisconsin donation After Cardiac Death Evaluation Tool. Prog Transplant. 2003 Dec;13(4):265-73. doi: 10.7182/prtr.13.4.w48g8051530058q3. PMID: 14765718.
- Martin-Loeches I, Sandiumenge A, Charpentier J, Kellum JA, Gaffney AM, Procaccio F, Westphal GA. Management of donation after brain death (DBD) in the ICU: the potential donor is identified, what's next? Intensive Care Med. 2019 Mar;45(3):322-330. doi: 10.1007/s00134-019-05574-5. Epub 2019 Feb 28. PMID: 30820584.
- McKeown DW, Bonser RS, Kellum JA. Management of the heartbeating brain-dead organ donor. Br J Anaesth. 2012 Jan;108 Suppl 1:i96-107. doi: 10.1093/bja/aer351. PMID: 22194439.
- Niemann CU, Feiner J, Swain S, Bunting S, Friedman M, Crutchfield M, Broglio K, Hirose R, Roberts JP, Malinoski D. Therapeutic Hypothermia in Deceased Organ Donors and Kidney-Graft Function. NEJM. 2015 Jul;373(5):405-414. doi: 10.1056/NEJMoa1501969
- ÖBIG-Transplant. Transplant-Jahresbericht 2024. Gesundheit Österreich. Wien 2025.
- ÖGARI. Positionspapier der ÖGARI zur DCD (Donation after Circulatory Determination of Death), Maastricht III in Österreich. 16. Dezember 2020. [https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/dcd\\_01.11\\_final\\_positionspapier\\_gari\\_briefkopf\\_unterschriften-liste\\_feb2021\\_final.docx.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/dcd_01.11_final_positionspapier_gari_briefkopf_unterschriften-liste_feb2021_final.docx.pdf). (Download am 29.08.2025).
- Smith M, Dominguez-Gil B, Greer DM, Manara AR, Souter MJ. Organ donation after circulatory death: current status and future potential. Intensive Care Med. 2019 Mar;45(3):310-321. doi: 10.1007/s00134-019-05533-0. Epub 2019 Feb 6. PMID: 30725134.

Thuong M, Ruiz A, Evrard P, Kuiper M, Boffa C, Akhtar MZ, Neuberger J, Ploeg R. New classification of donation after circulatory death donors definitions and terminology. *Transpl Int.* 2016 Jul;29(7):749-59. doi: 10.1111/tri.12776. Epub 2016 May 4. PMID: 26991858.

WHO-ONT. Global Observatory on Donation and Transplantation, <https://www.transplant-observatory.org> (Download am 29.08.2025).

## Weitere Links

- **Leitfäden:** Zum Thema Organspende hat ÖBIG-Transplant in Zusammenarbeit mit den regionalen Transplantationsreferenten mehrere Leitfäden erstellt, die intensivmedizinischem Personal als Hilfestellung dienen sollen: <https://transplant.goeg.at/leitfaeden>
- **Verfahrensanweisungen nach § 10 OTPG:** Laut dem Organtransplantationsgesetz (OTPG) hat die Gesundheit Österreich, gemeinsam mit vom Transplantationsbeirat nominierten Expertinnen und Experten, Verfahrensanweisungen für alle Phasen des Transplantationsprozesses von der Organspende bis zur Transplantation zu erarbeiten und im Internet zu veröffentlichen – mit dem Ziel einer Standardisierung der Prozesse innerhalb Österreichs im Sinne der Qualitätssicherung: <https://transplant.goeg.at/verfahrensanweisungen>
- **Empfehlungen des Obersten Sanitätsrats zur Todesfeststellung** vor einer geplanten Organentnahme (DBD und DCD) inkl. Protokollen: <https://transplant.goeg.at/todesfeststellung>
- **FAQ-Dokument zur kontrollierten DCD:** <https://transplant.goeg.at/FAQcDCD>
- **Erlass des Bundesministeriums für Justiz** vom 2. September 2014 über die Verfahrensanweisungen „Organentnahme bei Verdacht auf eine gerichtlich strafbare Handlung“, BMJ-S425.005/0005-IV 3/2014: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Erlaesse&Titel=&VonInkrafttredatum=&BisInkrafttredatum=&FassungVom=26.01.2021&Einbringer=&Abteilung=&Fundstelle=&GZ=&Norm=&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSeite=100&Suchworte=organspende&Position=1&SkipToDocumentPage=true&ResultFunctionToken=4674593c%E2%80%90d5c3%E2%80%904c5e%E2%80%908a61%E2%80%90fc31be29a065&Dokumentnummer=ERL\\_BMJ\\_20140902\\_BMJ\\_S425\\_005\\_0005\\_IV\\_3\\_2014](https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Erlaesse&Titel=&VonInkrafttredatum=&BisInkrafttredatum=&FassungVom=26.01.2021&Einbringer=&Abteilung=&Fundstelle=&GZ=&Norm=&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSeite=100&Suchworte=organspende&Position=1&SkipToDocumentPage=true&ResultFunctionToken=4674593c%E2%80%90d5c3%E2%80%904c5e%E2%80%908a61%E2%80%90fc31be29a065&Dokumentnummer=ERL_BMJ_20140902_BMJ_S425_005_0005_IV_3_2014)  
[letzter Zugriff: 29.08.2025]
- **digitaler Leitfaden zur Organspende:** <https://www.kages.at/digitaler-leitfaden-zur-organspende> [letzter Zugriff: 29.08.2025]