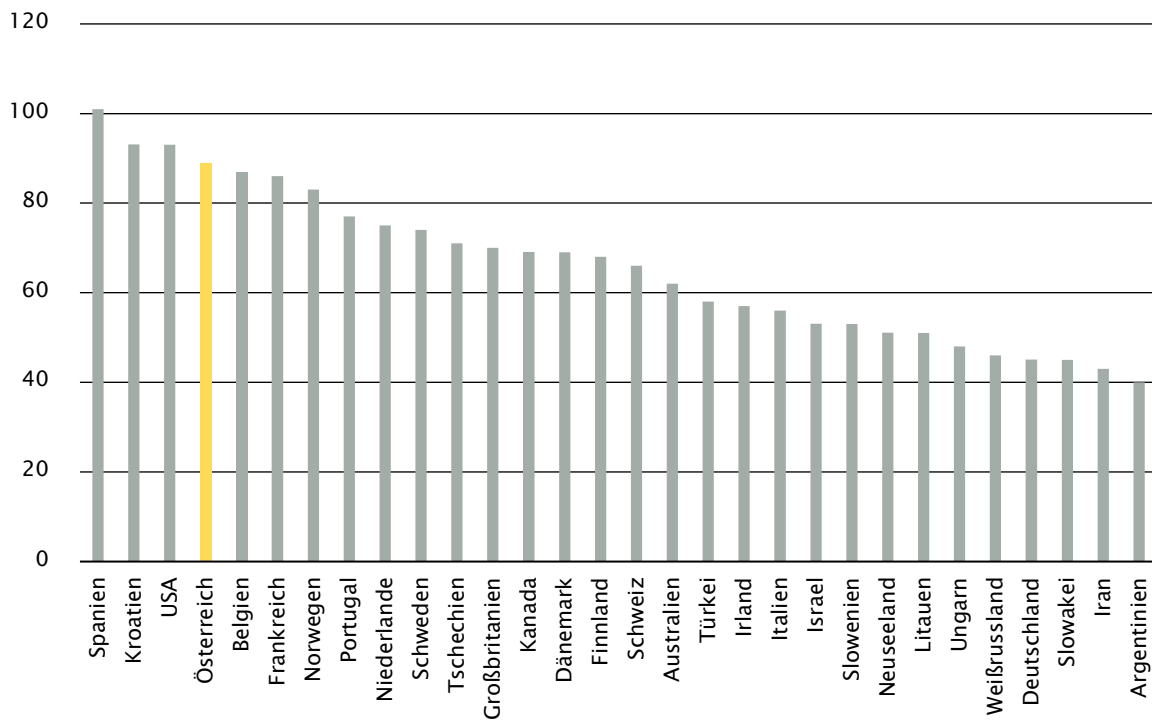


Programm zur Förderung der Organspende: aktuelle Herausforderungen und Zukunftsperspektiven

Stand: November 2017

Im Bereich Organtransplantation weist Österreich im internationalen Vergleich traditionell hohe Werte auf. Im Jahr 2015 lag Österreich nach Spanien, Kroatien und den USA an 4. Stelle (siehe Abbildung 1). Im Jahr davor führte Österreich sogar die Statistik an.¹

Abbildung 1:
Transplantierte Organe pro Mio. EW im internationalen Vergleich 2015

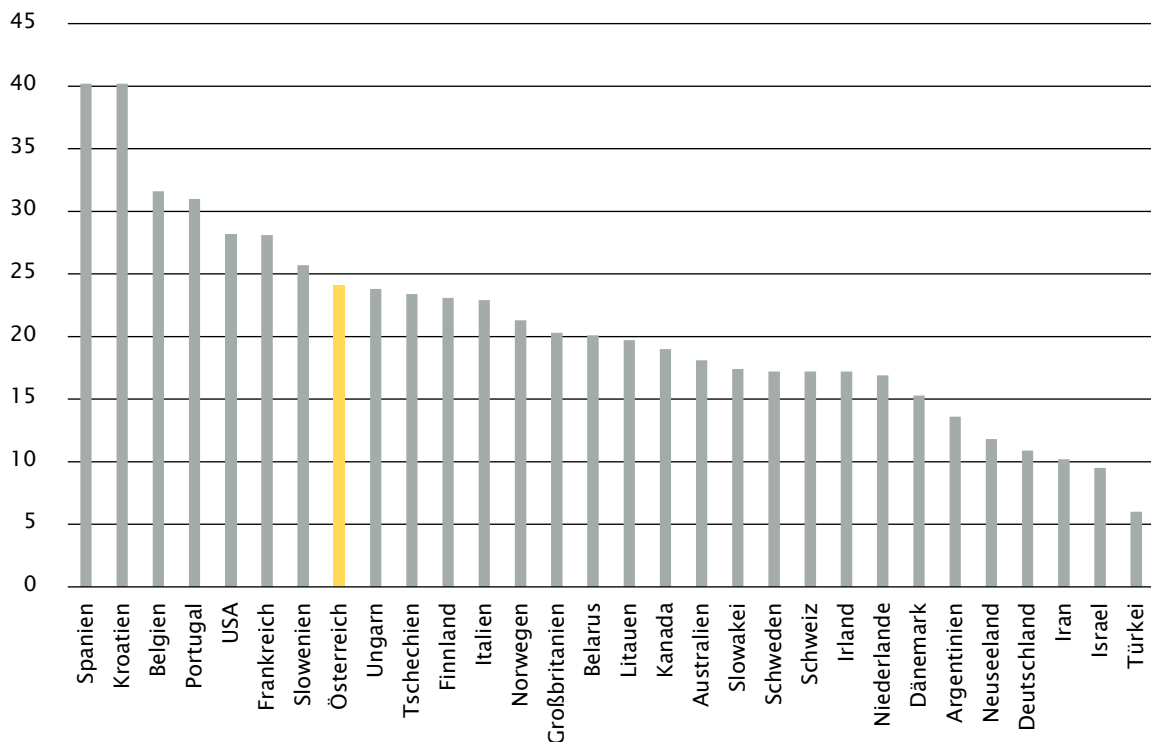


Quelle: Organización Nacional de Trasplantes (ONT) – Spain; Darstellung: ÖBIG-Transplant

Auch die Anzahl an Organspendern ist in Österreich vergleichsweise hoch. Bzgl. der sogenannten „Actual Donors“ (= potenzielle Organspender, bei denen eine Explantation zumindest begonnen wurde) lag Österreich im Jahr 2015 an achter Stelle (siehe Abbildung 2). Im Jahr 2016 ist diese Zahl noch geringfügig gestiegen, und zwar von 24,2 auf 24,9 Spender pro Mio. EW.

¹ Vgl. EDQM: Newsletter Transplant. International figures on donation and transplantation, Volume 20, 2015

Abbildung 2:
Actual Donors pro Mio. EW im internationalen Vergleich 2015



Quelle: Organización Nacional de Trasplantes (ONT) – Spain; Darstellung: ÖBIG-Transplant

Für die Versorgung relevanter ist die Zahl der sogenannten „Utilised Donors“ (= Organspender, von denen zumindest ein Organ für eine Transplantation verwendet wurde), hier liegen allerdings nicht von allen Ländern Daten vor. In Österreich betrug die Zahl der Utilised Donors im Jahr 2016 23,8 Spender pro Mio. EW (207 Organspender). Pro Organspender wurden 2016 durchschnittlich 3,4 Organe für eine Transplantation verwendet.

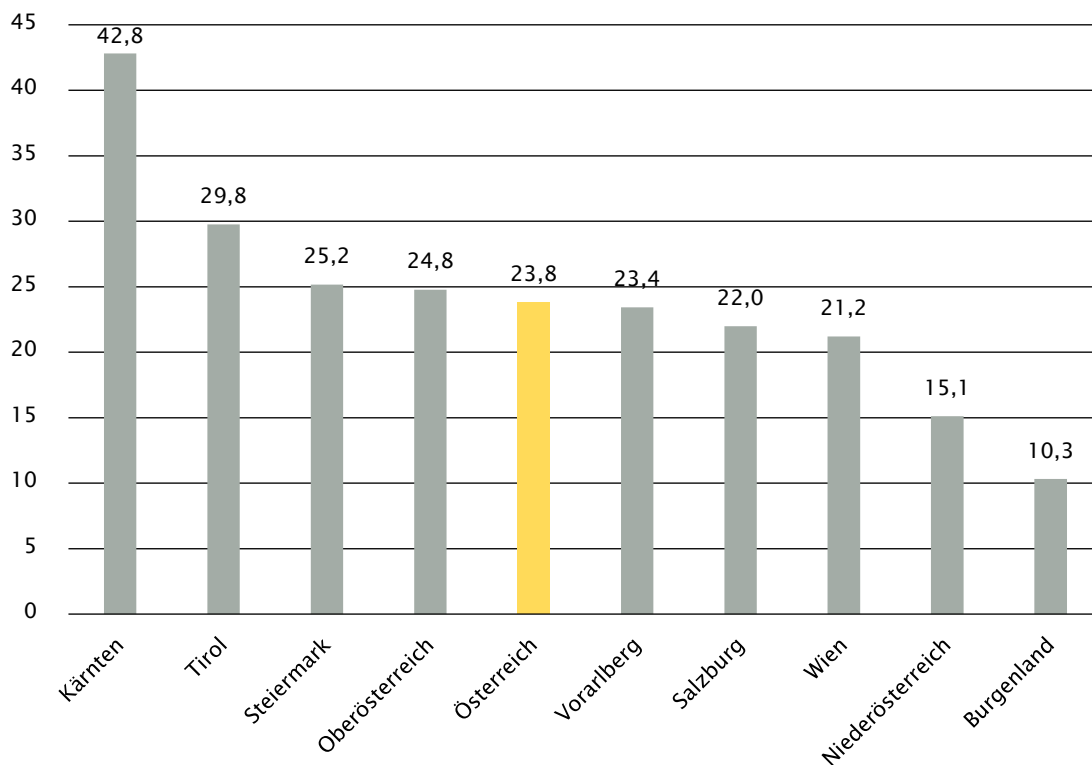
Auf den Wartelisten für ein Organ waren in Österreich mit Stichtag 31.12.2016 791 Patientinnen/Patienten registriert. Um eine gute Versorgung jener, die auf eine Transplantation warten, zu gewährleisten, wird seit 2001 ein Förderprogramm umgesetzt mit dem Ziel, die jährliche Zahl an Organspendern auf 30 Spender pro Mio. EW zu erhöhen. Das Förderprogramm weist die folgenden Kernelemente auf:

- » Förderung der Kosten für Organspenderbetreuung in Krankenanstalten
- » Förderung der Kosten für Hirntoddiagnostik bzw. Bereitstellung von mobilen Hirntoddiagnostik-Team
- » 24/7-Verfügbarkeit von derzeit fünf regionalen Transplantationsreferentinnen/-referenten, insbesondere zur flächendeckenden Information über Organspende in Krankenanstalten und zur Unterstützung beim konkreten Ablauf von Spendermeldung und -betreuung
- » Einrichtung von lokalen Transplantationsbeauftragten in derzeit 21 Schwerpunktkrankenanstalten, die vor Ort Aufklärungsarbeit leisten, die Abläufe optimieren und retrospektiv alle Todesfälle mit Hirnschädigung auf ihr Potenzial für Organspende analysieren

- » Förderung der finanziellen Aufwendungen für Transplantationskoordinatorinnen/-koordinatoren und Transporte von Explantationsteams und Organen
- » Durchführung von Schulungsmaßnahmen (Kommunikationsseminare für das Gespräch mit Angehörigen, Schulungen für Pflegepersonal sowie Transplantationskoordinatorinnen/-koordinatoren)
- » Förderung der internationalen Zusammenarbeit

Trotz dieses Maßnahmenpakets, das seit 2001 regelmäßig angepasst und erweitert wurde, ist es bislang nur in einzelnen Bundesländern und auch dort nur für einen begrenzten Zeitraum gelungen, den Zielwert von 30 Organspendern pro Mio. EW zu erreichen. Lediglich in Kärnten wird dieser Wert bereits seit mehreren Jahren in Folge übertroffen: im Jahr 2016 betrug die Anzahl an Utilised Donors 42,8 pro Mio. EW.

Abbildung 3:
Utilised Donors pro Mio. EW in Österreich nach Bundesländern 2016



Quelle: Spenderprotokolle der Transplantationszentren; Darstellung: ÖBIG-Transplant

Im Folgenden soll herausgearbeitet werden, dass durch medizinischen Fortschritt und demografische Entwicklung immer weniger postmortale Organspenden möglich sind, da Verstorbene älter werden und daher weniger für eine Organspende infrage kommen.

Zur Bewertung der Effektivität der Fördermaßnahmen muss primär die Zahl der Spendermeldungen betrachtet werden, da das Förderprogramm darauf abzielt, dass in den Krankenanstalten potenzielle Organspender erkannt und dem zuständigen Transplantationszentrum gemeldet werden und das Personal bereit und in der Lage ist, Organspender bis zur Explantation zu betreuen. Ob in der Folge eine Transplantation zustande kommt, hängt von Umständen ab, die nur bedingt vom Förderprogramm

beeinflusst werden können. Auf diese Gründe wird weiter unten eingegangen. Für die Versorgung der Patientinnen/Patienten auf den Wartelisten ist jedoch die Zahl der Utilised Donors entscheidend. Es muss daher auch daran gearbeitet werden, dass es bei möglichst vielen gemeldeten potenziellen Spendern zur Organentnahme und in der Folge zur Transplantation der entnommenen Organe kommt.

Auch andere Länder sind von ähnlichen demografischen Entwicklungen, wie im Folgenden dargestellt, betroffen. Es soll daher am Erfolgsmodell Spanien dargestellt werden, welche Strategien ergriffen werden können, um die Organspenderzahlen dennoch hoch zu halten. Ergänzend soll auch das innerösterreichische Erfolgsmodell Kärnten näher beleuchtet werden, um die dortigen Erfolgsfaktoren herauszuarbeiten.

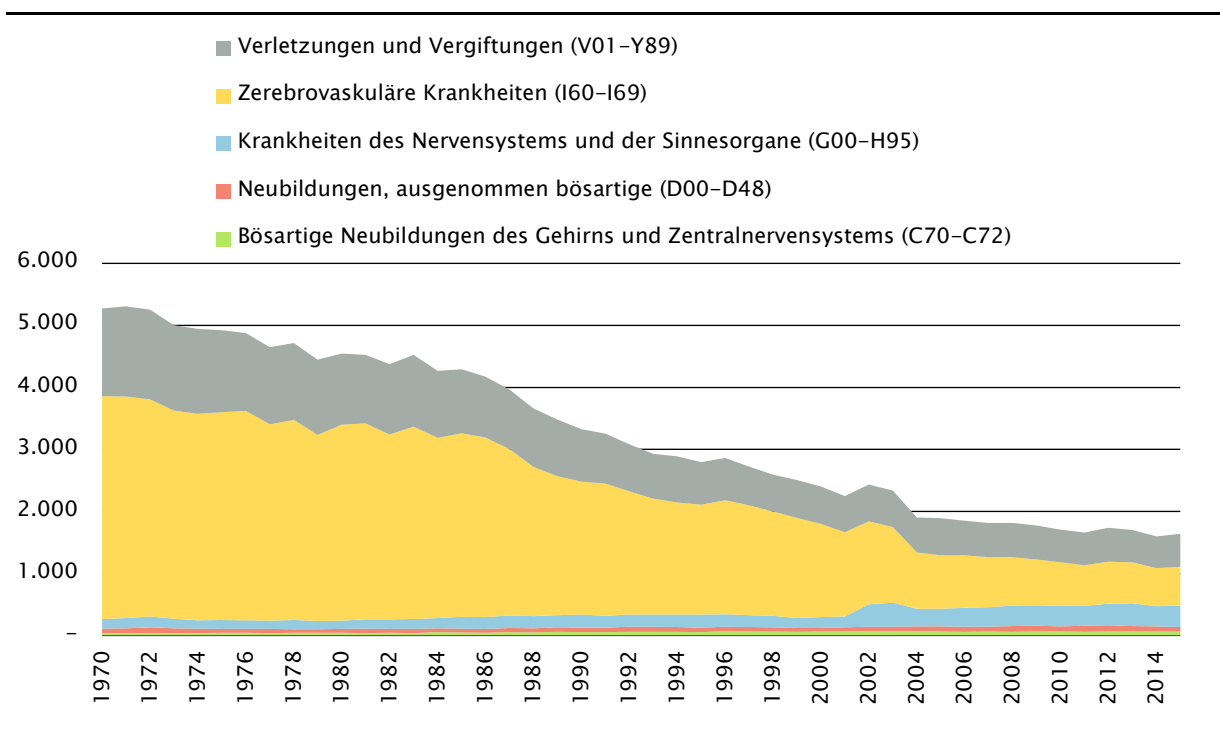
Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Diskurs über künftige Fördermaßnahmen zu forcieren, da ohne eine Weiterentwicklung des Programms bzw. ergänzende Veränderungen in den Krankenanstalten und seitens der involvierten Akteurinnen/Akteure mit einem Rückgang der Organspenderzahlen und somit einer schlechteren Versorgung der Patientinnen/Patienten auf den Wartelisten zu rechnen ist.

Medizinische und demografische Entwicklungen

Die Anzahl der Verstorbenen, die aufgrund ihrer Diagnosen für Organspende infrage kommen, ist in Österreich seit den 1970er-Jahren kontinuierlich gesunken.

Abbildung 4:

Insgesamt in Österreich Verstorbene nach ausgewählten Diagnosen pro Mio. EW seit 1970

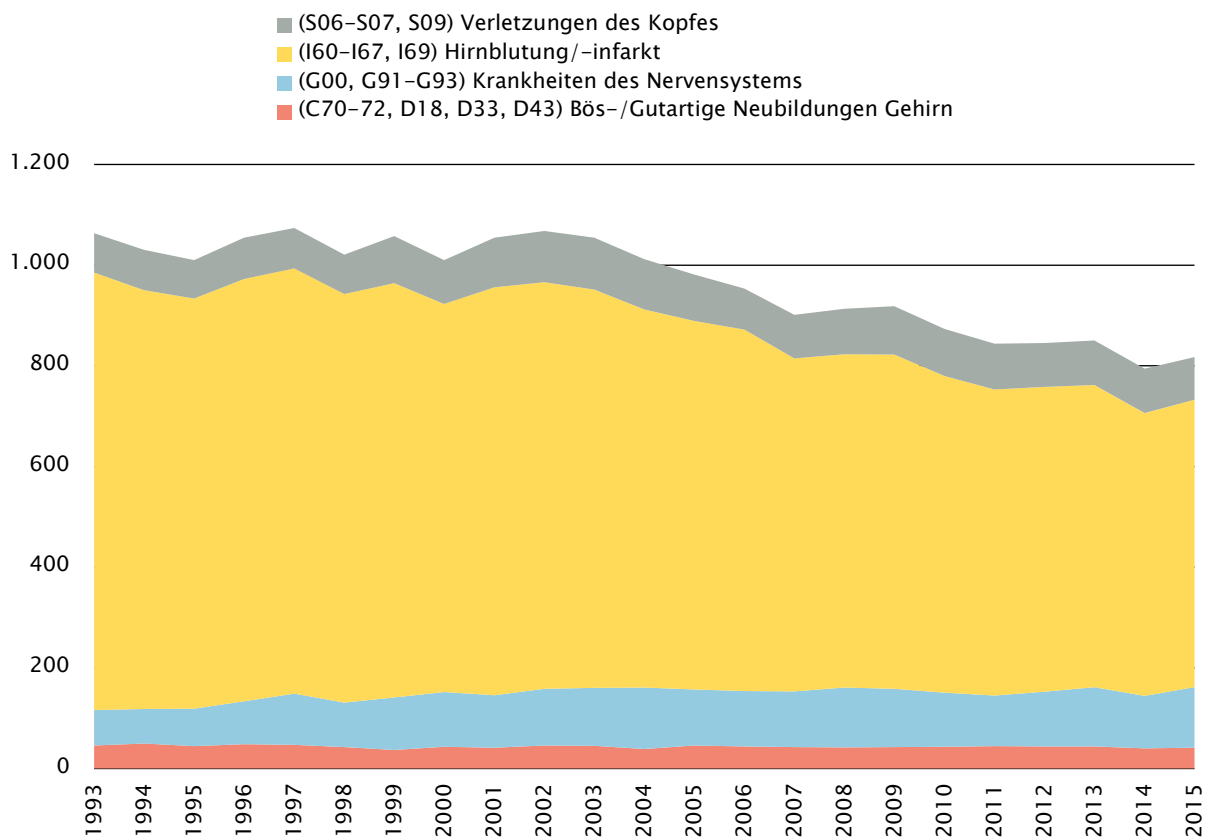


Quelle: Statistik Austria; Darstellung: ÖBIG-Transplant

Auch bei den Personen, die in Krankenanstalten verstorben sind, ist diese Tendenz sichtbar, wobei die meisten Organspender der Diagnosegruppe I (I60-I67, I69) zuzuordnen sind (2016: 62 Prozent).

Abbildung 5:

In Krankenanstalten dokumentierte Haupt- und Nebendiagnosen von Verstorbenen mit Hirnschädigung pro Mio. EW seit 1993¹



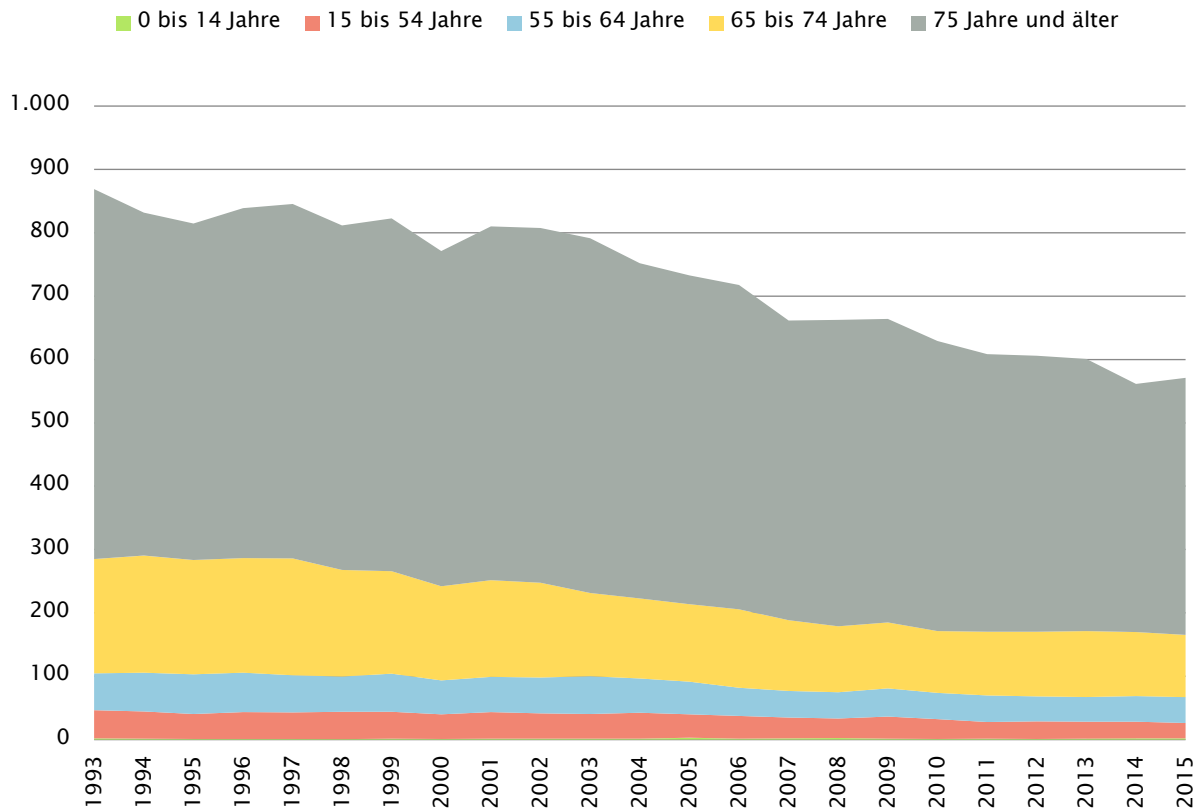
¹ Valide Daten sind erst ab 1993 verfügbar

Quelle: BMGF, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Darstellung: ÖBIG-Transplant

Der weitaus größte Teil der in Krankenanstalten Verstorbenen mit Hirnschädigung ist 75 Jahre und älter. Dieser Anteil ist seit 1993 um fünf Prozent gestiegen und lag 2015 bei 64 Prozent.

Abbildung 6:

In Krankenanstalten Verstorbene mit Hirnschädigung der Diagnosegruppen I60–I67 und I69 pro Mio. EW seit 1993

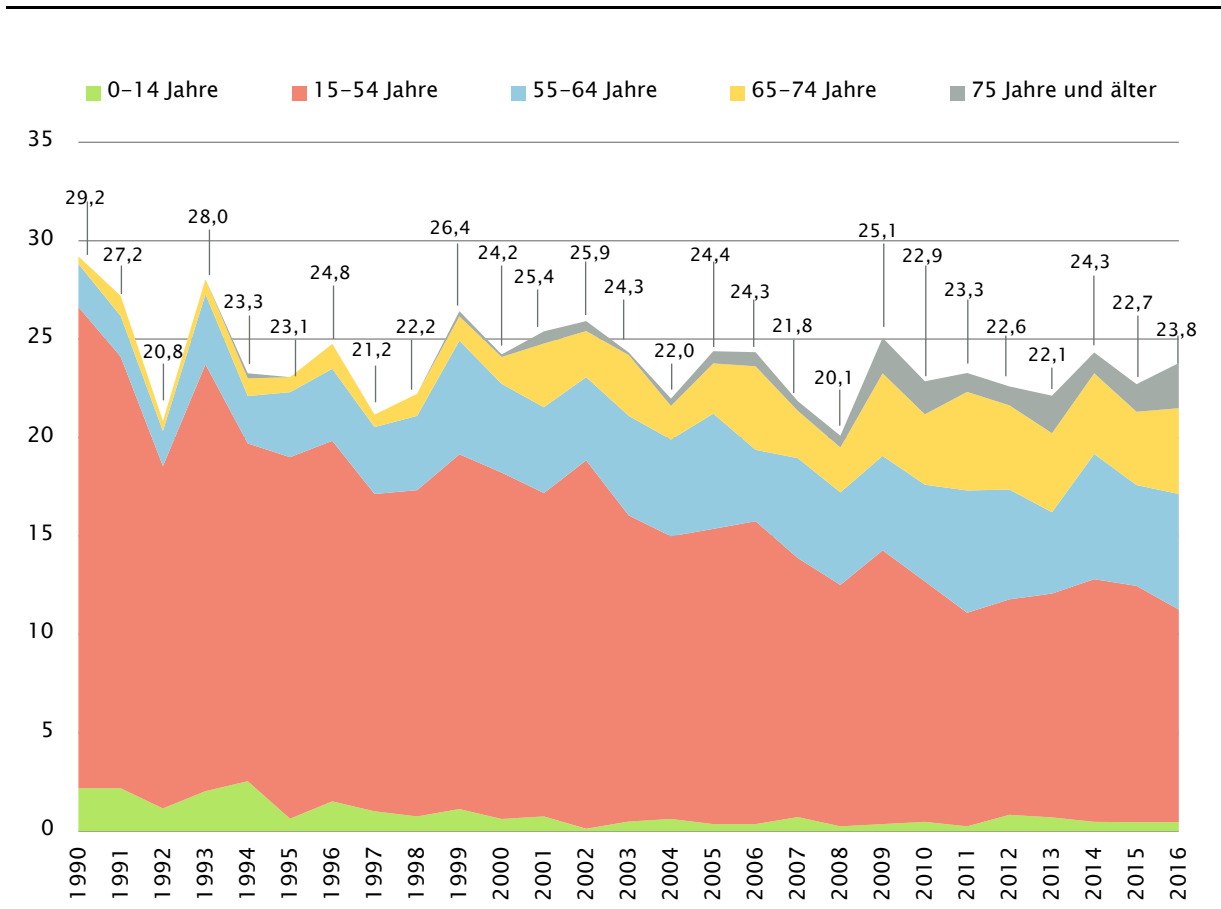


Quelle: BMGF, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Darstellung: ÖBIG-Transplant

In der Altersgruppe 75 Jahre und älter wird derzeit nur ein geringer Anteil der Verstorbenen zum Organspender. Der größte Anteil an Verstorbenen, die von den Transplantationszentren für eine Organspende akzeptiert werden, entstammt der Altersgruppe der 15– bis 54-Jährigen, die im Jahr 2015 nur circa acht Prozent aller in Krankenanstalten mit Hirnschädigung Verstorbenen ausmachte. Von diesen Patientinnen/Patienten verstirbt jedoch nur ein Teil auf der Intensivstation, was – mit Ausnahme der sehr seltenen Form der unkontrollierten DCD (Donation after Circulatory Determination of Death)² – eine Voraussetzung für Organspende darstellt.

² uDCD = Organentnahme nach Hirntod durch anhaltenden, nicht mit dem Überleben der Patientin / des Patienten zu vereinbarenden Kreislaufstillstand, welcher nach Abbruch der Reanimation wegen Erfolglosigkeit eingetreten ist

Abbildung 7:
Utilised Donors in Österreich pro Mio. EW nach Altersgruppen seit 1990



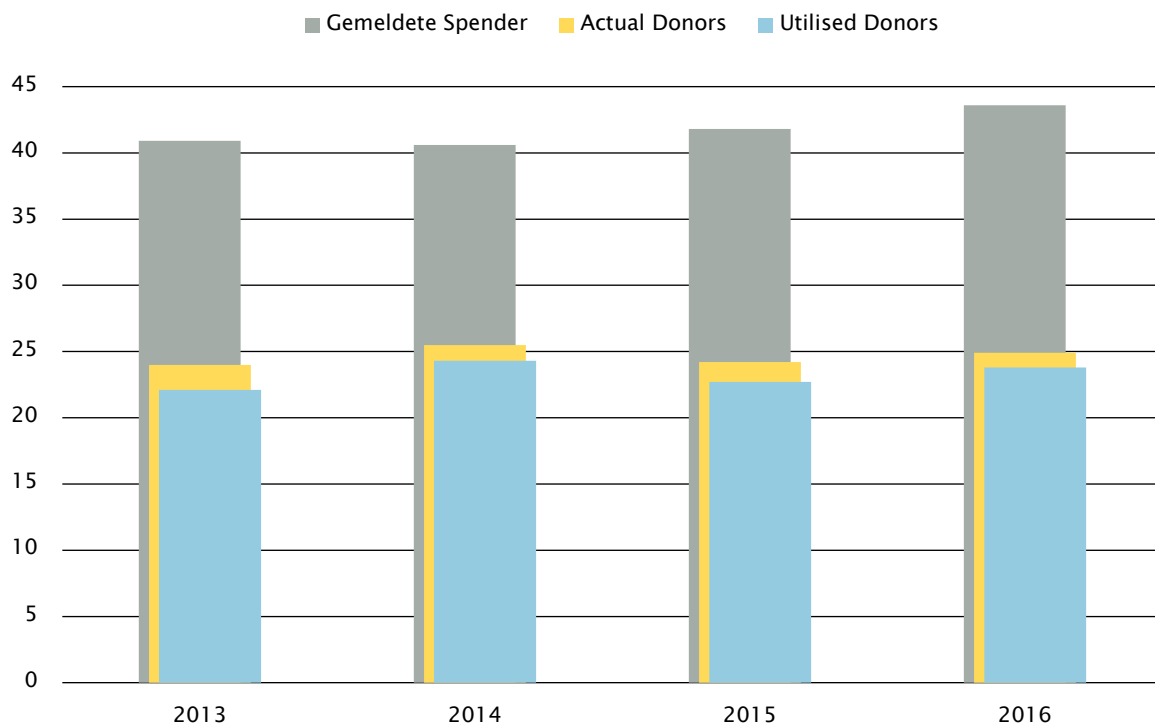
Quelle: Eurotransplant Foundation; Darstellung: ÖBIG-Transplant

Angesichts des eindeutigen demografischen Trends und der medizinischen Entwicklung wird es auch in Zukunft notwendig sein, mehr Organe älterer Verstorbener für eine Transplantation zu akzeptieren, um eine zumindest gleichbleibende Versorgung der Patientinnen/Patienten auf den Wartelisten zu gewährleisten.

Spendermeldungen aus österreichischen Krankenanstalten

Zur Beurteilung der Effektivität des Förderprogramms muss in erster Linie die Zahl der Meldungen potenzieller Organspender herangezogen werden. Diese Daten waren in der Vergangenheit nicht verfügbar. Erst seit Einführung des Organtransplantationsgesetzes im Dezember 2012 werden – zusätzlich zu den Utilised und Actual Donors – auch die Meldungen potenzieller Organspender an die Transplantationszentren zentral erfasst.

Abbildung 8:
Utilised und Actual Donors sowie gemeldete potenzielle Spender seit 2013 in Österreich pro Mio. EW



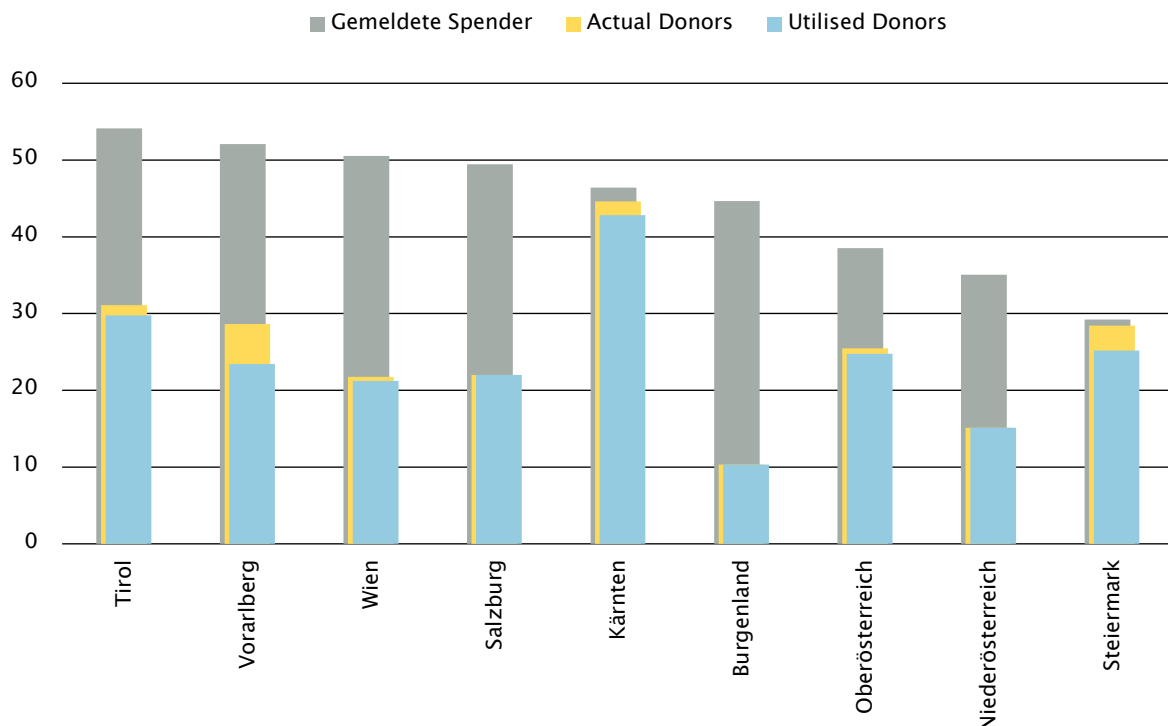
Quelle: Eurotransplant Foundation; Spenderprotokolle der Transplantationszentren; Darstellung: ÖBIG-Transplant

Abbildung 8 zeigt, dass die Fähigkeit, potenzielle Organspender zu erkennen und die Bereitschaft, diese an das Transplantationszentrum zu melden, grundsätzlich hoch ist (2016: 43,6 Meldungen pro Mio. EW). Durch die kontinuierliche Bewusstseinsbildung seitens der regionalen Transplantationsreferenten und der lokalen Transplantationsbeauftragten ist hier in den letzten Jahren sogar noch eine Steigerung zu verzeichnen. Allerdings kommt es nur bei etwas mehr als der Hälfte aller Meldungen (2016: 55 Prozent) auch tatsächlich zu einer Organtransplantation.

Wie Abbildung 9 zeigt liegt die Zahl der gemeldeten potenziellen Organspender in allen Bundesländern über der Zahl der Utilised Donors, wobei es bezüglich des Ausmaßes große Unterschiede gibt. Seitens des Transplantationszentrums in Graz, das für Organentnahmen in der Steiermark und in Kärnten zuständig ist, werden Organspendermeldungen im Vergleich zu anderen Transplantationszentren erst relativ spät entgegengenommen, wenn die Abklärung bezüglich einer möglichen Organspende bereits weit vorangeschritten ist. Dies muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

Abbildung 9:

Utilised und Actual Donors sowie gemeldete Spender pro Mio. EW pro Bundesland 2016



Quelle: Eurotransplant Foundation; Spenderprotokolle der Transplantationszentren; Darstellung: ÖBIG-Transplant

Von Seiten der lokalen Transplantationsbeauftragten wurden für das Jahr 2016 die folgenden Gründe dokumentiert, warum es nach Meldung eines potenziellen Organspenders nicht zur Transplantation kam:

- » mündlicher Widerspruch im Rahmen der Information der Angehörigen über die geplante Organentnahme³ (28 Prozent)
- » Einschätzung der (mangelnden) Organqualität durch das zuständige Transplantationszentrum (24 Prozent)
- » inkomplettes Bulbärhirnsyndrom (20 Prozent)
- » Vorliegen eines metastasierenden Malignoms bzw. anderer medizinischer Kontraindikationen (10 Prozent)
- » Kreislaufversagen vor, während oder nach der Hirntoddiagnostik (8 Prozent)

³ In Österreich gilt die Widerspruchslösung, das bedeutet, dass bei Verstorbenen, die zu Lebzeiten keinen Widerspruch gegen eine Organspende eingelegt haben, eine Organentnahme zulässig ist. Da der Widerspruch auch mündlich erfolgt sein kann, werden die mit dem Krankenhauspersonal in Verbindung stehenden Angehörigen über die geplante Organentnahme informiert und nach dem Willen der/des Verstorbenen befragt. Die Schwierigkeit für die informierenden Ärztinnen/Ärzte besteht darin, den Willen der/des Verstorbenen von jenem der Angehörigen abzugrenzen. Da das Krankenhauspersonal bestrebt ist, eine Organentnahme nur im Einvernehmen mit den Angehörigen zu veranlassen, wird in der Praxis dem Wunsch der Angehörigen entsprochen. Das Gespräch mit den Angehörigen wird von der / vom diensthabenden Ärztin/Arzt der Intensivstation geführt. Der Gesprächsausgang wird daher auch von deren/dessen Einstellung zu Organspende sowie kommunikativen Fähigkeiten beeinflusst.

Im Rahmen des Förderprogramms werden Maßnahmen gesetzt, die darauf abzielen, diese Ausschlussgründe möglichst gering zu halten: z. B. Schulungen für das Angehörigengespräch bzw. die Unterstützung der Intensivstationen durch die regionalen Transplantationsreferenten und die lokalen Transplantationsbeauftragten bei der Betreuung eines potenziellen Organspenders.

Andere Faktoren wie die Akzeptanz von Organen für eine Transplantation können durch das Förderprogramm kaum beeinflusst werden. Hier spielen primär die Erfahrungen der Transplantationszentren im Umgang mit „Expanded Criteria Donors“ (Organspender aus höheren Altersgruppen) und „Nonstandard Risk Donors“ (Organspender mit höheren Risiken bzgl. Krankheitsübertragung), die Einschätzung der zuständigen Transplantationsmediziner/innen, ob die Transplantation der betreffenden Organe akzeptable Ergebnisse nach sich ziehen würde, und die Verfügbarkeit von Ex-vivo-Verfahren zur Beurteilung und Konditionierung von Organen vor der Transplantation eine Rolle.

Im Jahr 2016 waren rund 98 Prozent der Utilised Donors in Österreich Donors after Brain Death (DBD). Eine Organspende kann allerdings auch bei Personen durchgeführt werden, bei denen der Hirntod nach irreversiblen Kreislaufstillstand festgestellt wurde (DCD). Die Zahl der Organspender könnte erhöht werden, wenn bei Patientinnen/Patienten mit inkomplettem Bulbärhirnsyndrom postmortal DCD zum Einsatz käme. Derzeit gibt es nur im Einzugsbereich des Transplantationszentrums Wien ein entsprechendes Programm, die anderen Transplantationszentren arbeiten teilweise am Aufbau von DCD-Programmen. Im Jahr 2015 verzeichnete Österreich nur 0,7 Actual Donors pro Mio. EW nach DCD. In Ländern, die DCD forcieren, liegen die Werte zwischen 6 und 10 Actual Donors pro Mio. EW (Spanien, Belgien, Niederlande, Großbritannien).

Erfahrungen in Kärnten

Die unterschiedlichen Organspenderzahlen in den österreichischen Bundesländern legen nahe, dass es Optimierungspotenzial gibt. In Kärnten zeigt sich, dass durch strukturelle Verbesserungen eine deutliche und nachhaltige Steigerung der Anzahl an Organspendern erreicht werden konnte. Vorausgeschickt werden muss, dass in Kärnten eine zentrale medizinische Versorgung gegeben ist, wodurch der größte Anteil an potenziellen Organspendern im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee betreut wird. Im Krankenhaus selbst wurde die Struktur dahingehend optimiert, dass sämtliche Intensivbetten zentral vergeben werden und auch ein Großteil der Notfälle in diese Struktur eingebunden ist. Da jene Person, die für die Steuerung der Intensivbetten zuständig ist, gleichzeitig die Funktion des lokalen Transplantationsbeauftragten innehat, gibt es eine hohe Aufmerksamkeit in puncto Organspende. Auf diese Weise kann sichergestellt werden, dass trotz hoher Auslastung der Intensivstationen (über 90 Prozent) stets ein Intensivbett für einen potenziellen Organspender vorhanden ist. Hinzu kommt ein gut geschultes und motiviertes Intensivpersonal, das den Nutzen der Organspende erkennt und darauf achtet, dass jeder Verstorbene, der für eine Organspende infrage kommt, auch tatsächlich gemeldet wird.

Erfahrungen in Spanien

Weitere Impulse für das Förderprogramm ergeben sich, wenn man Erfahrungen aus dem Ausland miteinbezieht. In Spanien wurde vor dem Hintergrund ähnlicher medizinischer und demografischer

Entwicklungen im Jahr 2009 der „40 Donors pmp Plan“ veröffentlicht.⁴ Dieser beinhaltet drei konkrete Zielsetzungen:

1. frühzeitige Identifikation und Meldung potenzieller Organspender außerhalb von Intensivstationen, um bei Patientinnen/Patienten mit infauster Prognose eine Intensivtherapie einzuleiten und eine Organspende zu ermöglichen
2. vermehrte Transplantation von Organen, die aufgrund von Alter und/oder Vorerkrankungen des Spenders unter erweiterte Spenderkriterien fallen
3. Beendigung des Moratoriums gegen kontrollierte DCD (cDCD)⁵ und gezielte Förderung der Einleitung des Organspendeprozesses nach einer Entscheidung zum Therapierückzug (Therapiezieländerung in Richtung „end-of-life-care“)

Dass diese Strategien erfolgreich waren, zeigt sich daran, dass bereits 2015 das Ziel von 40 Actual Donors pro Mio. EW erreicht wurde. Die Zahl der Utilised Donors ist nicht veröffentlicht, allerdings wurde auch bei den Transplantationen die Marke von 100 pro Mio. EW überschritten (in Österreich lag dieser Wert 2016 bei 90).

Bezüglich der ersten Zielsetzung handelt es sich um Patientinnen/Patienten zwischen 70 und 90 Jahren, bei denen zum Zweck der Organspende eine Intensivtherapie eingeleitet wird. Die spanischen Zahlen zeigen, dass es bei rund 40 Prozent im weiteren Verlauf nicht zur Organentnahme kommt. Dennoch gehen Schätzungen davon aus, dass die auf diese Weise identifizierten Actual Donors rund 24 Prozent der Gesamtzahl ausmachen. Die Mehrkosten für den Aufenthalt auf der Intensivstation werden vom öffentlichen Gesundheitssystem getragen, wobei das Vorgehen als kosteneffizient angesehen wird. Die mediane Dauer der Bettenbelegung auf der Intensivstation beträgt gemäß den spanischen Erfahrungen einen Tag und ermöglicht geschätzte 7,3 qualitätsadjustierte Lebensjahre pro Intensivbett und Tag.

Ein derartiges Vorgehen ist in Österreich derzeit wenig üblich. So heißt es etwa in den Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen, dass Patientinnen/Patienten nur dann an einer Intensivstation aufgenommen werden dürfen, wenn eine potenziell positive Prognose für das Weiterleben besteht.⁶ Die Empfehlungen stammen aus dem Jahr 2004 und behandeln das Thema Organspende dezidiert nicht, eine Auseinandersetzung im Zuge eines Updates wäre wünschenswert.

Bezüglich der zweiten Zielsetzung zeigt sich, dass in Spanien im Jahr 2015 bereits 30 Prozent der Organspender über 70 Jahre und 10 Prozent über 80 Jahre alt waren (in Österreich 18 bzw. 2 Prozent gemäß Daten aus 2016). Das Transplantationsergebnis mit Organen älterer Spender wird als schlechter, aber akzeptabel eingeschätzt. Laut einer katalanischen Registerstudie betrug das Organüberleben bei

⁴ Die Darstellung der spanischen Strategien und Ergebnisse stammt aus: Matesanz R. et al., How Spain Reached 40 Deceased Organ Donors per Million Population, in: American Journal of Transplantation 2017; XX: 1–8

⁵ cDCD = Organentnahme nach Hirntod durch anhaltenden, nicht mit dem Überleben der Patientin / des Patienten zu vereinbarenden Kreislaufstillstand, welcher nach Beendigung intensivmedizinischer Maßnahmen aufgrund einer aussichtslosen Situation eingetreten ist

⁶ Vgl. Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs in: Wien Klin Wochenschr (2004) 116/21–22: 763–767 (Leitsatz auf S. 764)

Nieren von Spendern, die 75 Jahre oder älter waren, nach 10 Jahren 68 Prozent (wobei Todesfälle, die nicht mit dem transplantierten Organ zusammenhängen, im Zuge der Analyse zensiert wurden). Vor allem aber wird betont, dass das Mortalitätsrisiko der Patientinnen/Patienten, die eine Nierentransplantation erhielten, weniger als halb so groß wie jenes der Vergleichsgruppe auf der Warteliste war. Bei Lebertransplantationen lag das Organüberleben von Spendern derselben Altersgruppe nach einem Jahr bei 78 Prozent und nach fünf Jahren bei 59 Prozent.

Zur besseren Einschätzung von Nonstandard Risk Donors wurde ein 24/7-verfügbares Ärzteteam zur Zweitbeurteilung der Organe eingerichtet. Die Beurteilung erfolgt streng evidenzbasiert und die nationalen Konsensuspapiere sind in die Empfehlungen des Europarats, den *Guide to the quality and safety of organs for transplantation*, eingeflossen. Weiters wurde ein nationales Register für das Follow-up von Empfängerinnen/Empfängern von Organen dieser Spendergruppe eingerichtet, und es zeigte sich, dass bei 430 Transplantierten nur eine einzige Krankheitsübertragung stattgefunden hat; hierbei handelte es sich um eine erwartete Übertragung einer Hepatitis-C-Infektion nach einer dringlichen Herztransplantation.

Im Bereich der kontrollierten DCD sind mittlerweile 50 spanische Krankenanstalten aktiv, und neben der unkontrollierten DCD, die in Spanien rund 6 Prozent aller postmortalen Spender ausmacht, sind weitere 11 Prozent dieser Kategorie zuzurechnen. Neben Nieren werden auch Lebern und Lungen für Transplantationen verwendet.

Schlussfolgerungen

Durch das Programm „Förderung der Organspende“ war es möglich, die Bereitschaft zur Meldung und Betreuung potenzieller Organspender in Österreich zu verbessern und somit die Zahl der Organspender auf einem vergleichsweise hohen Niveau zu halten. Dennoch konnte der Zielwert von 30 Utilised Donors pro Mio. EW bisher nicht flächendeckend und nachhaltig erreicht werden.

Aufgrund medizinischer Fortschritte und demographischer Entwicklungen sind die Mortalitätszahlen mit für Organspende relevanten Todesursachen rückläufig und es steigt der Anteil älterer Verstorbener. Um dennoch eine gute Versorgung der Patientinnen/Patienten auf den Wartelisten zu gewährleisten, müssen neue Strategien entwickelt werden.

Aus den Gründen, warum es derzeit nach Meldung eines potenziellen Organspenders nicht zur Organspende kommt, sowie aus den Erfahrungen aus Kärnten und Spanien können Anleihen dafür genommen werden. Dazu zählen

- » Maßnahmen zur besseren Gesprächsführung mit den Angehörigen bzw. Informationsmaßnahmen für die Allgemeinheit, um die Akzeptanz von Organspende zu steigern
- » Verbesserungen bezüglich der Intensivbettenvergabe, um sicherzustellen, dass für potenzielle Organspender ein Intensivbett vorhanden ist
- » Schulungsmaßnahmen für das Intensivpersonal hinsichtlich Organspendererkennung und -betreuung
- » Überlegungen hinsichtlich der Fortsetzung bzw. Einleitung der Intensivtherapie (ggf. mit elektiver nicht-therapeutischer Beatmung) bei Patientinnen/Patienten mit infauster Prognose, um die Möglichkeit einer Organspende in deren Therapie am Lebensende zu integrieren (ICOD)

die vermehrte Akzeptanz der Organe von Expanded Criteria Donors und Nonstandard Risk Donors seitens der Transplantationszentren sowie die Forcierung von DCD.

Die beschriebenen Strategien gehen über die derzeitigen Möglichkeiten des Förderprogramms hinaus und erfordern gemeinschaftlicher Anstrengungen der Stakeholder im Bereich Organspende und Transplantation.

Glossar

40 Donors pmp Plan	spanisches Programm, um 40 Actual Donors pro Mio. EW zu erreichen
Actual Donor	potenzieller Organspender, bei dem eine Explantation zumindest begonnen wurde (Hautschnitt), unabhängig davon, ob ein Organ für eine Transplantation verwendet wurde
DBD	Donor bzw. Donation after Brain Death (Spende nach Feststellung des Hirntodes bei erhaltenem Kreislauf)
DCD	Donor bzw. Donation after Circulatory Determination of Death (Spende nach Feststellung des Hirntodes nach irreversiblen Kreislaufstillstand)
Expanded Criteria Donor	Organspender aus einer höheren Altersgruppe
ICOD	Intensive care to facilitate organ donation
Kontrollierte DCD (cDCD)	Organentnahme nach Hirntod durch anhaltenden, nicht mit dem Überleben der Patientin / des Patienten zu vereinbarenden Kreislaufstillstand, welcher nach Beendigung intensivmedizinischer Maßnahmen aufgrund einer aussichtslosen Situation eingetreten ist (=Tod nach Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen)
Nonstandard Risk Donor	Organspender mit einem höheren Risiko bzgl. Krankheitsübertragung
Unkontrollierte DCD (uDCD)	Organentnahme nach Hirntod durch anhaltenden, nicht mit dem Überleben der Patientin / des Patienten zu vereinbarenden Kreislaufstillstand, welcher nach Abbruch der Reanimation wegen Erfolglosigkeit eingetreten ist
Utilised Donor	Organspender, von dem zumindest ein Organ für eine Transplantation verwendet wurde