

# **Das Transplantationsgesetz im Zusammenspiel mit ethischen Maßstäben**

## **Bachelorarbeit**

an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Rechtspflege (FH),  
Fortbildungszentrum des Freistaates Sachsen  
zum Erwerb des Hochschulgrades  
Bachelor of Laws (LL.B.)

Vorgelegt von

**Sarah Schmidt**

aus Leipzig

Meißen, 30. März 2020

*„Organspende geht uns alle an. Jeder von uns kann plötzlich durch eine schwere Krankheit oder einen Unfall auf ein neues Organ angewiesen sein. Doch obwohl die meisten Deutschen eine Organspende für sinnvoll halten, hat nur etwa jeder siebte einen Organspendeausweis. Dabei ist der für alle Menschen wichtig, für Spender aber auch für Menschen, die nur ganz bestimmte oder gar keine Organe spenden möchten. Denn in dem Ausweis können Sie Ihre individuelle Entscheidung festhalten. Und bedenken Sie, jede Wahl, die Sie zu Lebzeiten treffen, erspart Ihren Angehörigen eine schwierige Entscheidung. Ich bitte Sie, treffen Sie für sich eine Wahl und dokumentieren Sie diese in einem Organspendeausweis.“*

**Angela Merkel**

**Bundeskanzlerin und Schirmherrin der Initiative „Fürs Leben. Für Organspende.“**

**2009**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>5</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Geschichte der Transplantationsmedizin</b> .....	<b>9</b>
<b>3 Das Transplantationsgesetz</b> .....	<b>11</b>
3.1 Entstehungsgeschichte .....	11
3.2 Ziel des Gesetzes.....	12
3.3 Anwendungsbereich .....	13
3.4 Begriffsbestimmungen.....	13
3.5 Postmortale Spende .....	14
3.5.1 Zulässigkeitsvoraussetzungen.....	14
3.5.1.1 Einwilligung des Organ- und Gewebespenders .....	15
3.5.1.2 Feststellung des Hirntodes .....	17
3.5.1.3 Eingriff durch einen Arzt .....	33
3.5.2 Ablauf einer postmortalen Spende.....	33
3.6 Lebendspende.....	35
3.7 Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen .....	37
3.7.1 Entnahmekrankenhäuser .....	38
3.7.2 Transplantationsbeauftragter.....	39
3.7.3 Transplantationszentren .....	40
3.7.4 Koordinierungsstelle .....	42
3.7.5 Organvermittlung .....	43
3.8 Transplantationsregister .....	45
<b>4 Organspende in Deutschland</b> .....	<b>46</b>
4.1 Entscheidungsmöglichkeiten .....	46
4.1.1 Zustimmungslösung .....	46
4.1.2 Entscheidungslösung .....	47
4.1.3 Widerspruchslösung .....	47
4.2 Möglichkeiten zur Dokumentation der persönlichen Entscheidung .....	48
4.2.1 Organspendeausweis.....	48
4.2.1.1 Zugang zum Organspendeausweis .....	48
4.2.1.2 Inhalt eines Organspendeausweises .....	49
4.2.2 Patientenverfügung .....	50
4.2.3 Informationskarte Verfügungen .....	52

<b>5</b>	<b>Aktueller Diskussionsstand .....</b>	<b>54</b>
5.1	Argumente der Befürworter und Gegner der Organspende .....	54
5.1.1	Was für eine Organspende spricht .....	55
5.1.2	Weshalb die Organspende abgelehnt wird .....	56
5.2	Bundestagsdebatte zur Zukunft der Organspende in Deutschland .....	57
5.2.1	Für die Widerspruchslösung .....	57
5.2.2	Gegen die Widerspruchslösung .....	58
5.2.3	Entscheidung des Parlaments .....	59
5.3	Ausblick .....	60
5.3.1	Was wird sich ändern? .....	60
5.3.2	Chancen und Möglichkeiten .....	61
<b>6</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>62</b>
	<b>Kernsätze .....</b>	<b>64</b>
	<b>Anhangsverzeichnis .....</b>	<b>65</b>
	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>78</b>
	<b>Rechtsquellenverzeichnis .....</b>	<b>84</b>
	<b>Eidesstattliche Versicherung .....</b>	<b>85</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Entscheidung zur Organspende (Deutschland 2018) .....	17
Abbildung 2 – Gehirnabschnitte .....	20
Abbildung 3 – Großhirn (Ansicht von oben) .....	20
Abbildung 4 – Bestandteile des Hirnstammes .....	21
Abbildung 5 – Drei Stufen der Hirntod-Diagnostik .....	22
Abbildung 6 – Mögliche Ursachen einer primären Hirnschädigung (1) .....	22
Abbildung 7 – Mögliche Ursachen einer primären Hirnschädigung (2) .....	23
Abbildung 8 – Elektroenzephalographie (EEG) .....	29
Abbildung 9 – Hirnperfusions-Szintigraphie .....	30
Abbildung 10 – Organspendeausweis (Vorderseite) .....	49
Abbildung 11 – Organspendeausweis (Rückseite) .....	50
Abbildung 12 – Informationskarte Verfügungen (Vorderseite) .....	52
Abbildung 13 – Informationskarte Verfügungen (Rückseite) .....	52
Abbildung 14 – Twitter-Beitrag von Jens Spahn am 16.01.2020 .....	63

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Erläuterung</b>
°C	Grad Celsius
AMG	Arzneimittelgesetz
BÄO	Bundesärzteordnung
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
i. V. m.	in Verbindung mit
KfH	Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V.
mmHg	Millimeter Quecksilbersäule
Rn.	Randnummer
SächsAGTPG	Sächsisches Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
TPG	Transplantationsgesetz

# 1 Einleitung

Die wenigsten Menschen setzen sich gern mit dem eigenen Tod auseinander. Und dennoch gehört der Tod zum Leben eines Jeden. So sehr mit dem Thema der Organspende oftmals der Tod assoziiert wird, darf umso weniger vergessen werden, wie oft dadurch auch Leben geschenkt werden kann. Es geht hier also buchstäblich nicht nur um Leben und Tod, sondern vielmehr noch um Tod *oder* Leben.

Die Transplantationsmedizin und damit die Thematik der Organspende ist nicht nur gesellschaftlich ein umstrittenes Fachgebiet. Auch in der Politik wird die Organspende in Deutschland ganz aktuell diskutiert. So debattierte der Deutsche Bundestag im Januar 2020 über eine Reform und die Einführung der sogenannten doppelten Widerspruchslösung. In dieser Bachelorarbeit soll daher unter anderem untersucht werden, was sich für die Bürgerinnen und Bürger auf Grund der jüngsten Bundestagsentscheidung ändern wird. Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob die Entscheidungs- und gegebenenfalls die Spenderbereitschaft der deutschen Bevölkerung wieder zum Anstieg gebracht werden kann und welche Maßnahmen zur Herstellung des Vertrauens der Bürger getroffen werden sollten.

Die Bachelorarbeit lässt sich in drei größeren Themenbereichen betrachten. Wie bereits der Titel hervorbringt, wird das Hauptaugenmerk auf das Transplantationsgesetz gelegt. Zu Beginn erfolgt ein kurzer historischer Abriss zur Entwicklung der Transplantationsmedizin im Allgemeinen – vom Wunschdenken und der Vorstellung über den Austausch einzelner Körperteile, über die ersten Versuche der Organtransplantation bis hin zum heutigen Stand der Medizin. Das dritte Kapitel dieser Arbeit stellt den Schwerpunkt dar und befasst sich umfassend mit der aktuellen Fassung des Transplantationsgesetzes. Zunächst wird auch hier ein kurzer Einblick in die Entstehungsgeschichte des Gesetzes verschafft. Zwar kann auf Grund des vorgegebenen Umfangs der Bachelorarbeit nicht jede Vorschrift des Transplantationsgesetzes einzeln beleuchtet werden. Jedoch werden die wichtigsten Regelungen, auch vor dem Hintergrund der sich im letzten Teil befindlichen aktuellen Diskussionslage, ausführlich betrachtet.

Des Weiteren befasst sich diese Bachelorarbeit mit der Thematik der Organspende in Deutschland. Es wird erörtert, welche Möglichkeiten es zur Dokumentation der persönlichen Entscheidung zur Organ- und Gewebespende gibt und welche Lösungsmöglichkeiten neben der in Deutschland geltenden Regelung außerdem bestehen.

Der dritte Themenbereich beschäftigt sich mit dem aktuellen Diskussionsstand zum Thema Organspende in Deutschland und den oben genannten Fragestellungen. Die Thematik gewinnt immer mehr an Bedeutung, sowohl in der Politik, als auch in der Gesellschaft und nicht zuletzt auch in der Medizin und der Forschung.

Diese Bachelorarbeit wird als Prüfungsleistung für das Modul BaAV-26 Bachelorarbeit erstellt.

Die Informationen wurden hauptsächlich aus den Veröffentlichungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen Stiftung Organtransplantation sowie der Bundesärztekammer gewonnen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Verlauf dieser Bachelorarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewandt. Soweit es für die entsprechende Aussage erforderlich ist, werden weibliche und andere Geschlechteridentitäten dabei ausdrücklich mitgemeint.

## 2 Geschichte der Transplantationsmedizin

„Der Wunsch, verletzte oder verlorene Körperteile einfach auszutauschen, begleitet die Menschheit schon seit Jahrtausenden. So finden sich [ab 5000 v. Chr.] Transplantationen als Gegenstand von Mythen und Legenden.“<sup>1</sup>

Der Beginn der plastischen Chirurgie lässt sich bis zum Ende des 16. Jahrhunderts zurückverfolgen. In den nachfolgenden Jahrhunderten entwickelte sich die moderne Anästhesie, wodurch immer größere Operationen möglich wurden. Ende des 19. Jahrhunderts bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts fanden erste Experimente zur Organ- und Gewebetransplantation weltweit statt.<sup>2</sup> Im Jahr 1933 wurde erstmals eine menschliche Niere durch den ukrainischen Chirurg Voronoy transplantiert.<sup>3</sup> Die Empfängerin überlebte jedoch nur vier Tage, da zu diesem Zeitpunkt noch keine ausreichenden Informationen zur Gewebekompatibilität und Abstoßungsreaktionen bekannt waren.<sup>4</sup> Die erste erfolgreiche Lebendorganspende fand im Jahr 1954 in Boston statt. Hier gelang Joseph E. Murray eine Nierentransplantation zwischen eineiigen Zwillingen.<sup>5</sup> Die erste erfolgreiche postmortale Transplantation einer Niere gelang erst 1962 durch das Verabreichen von Immunsuppressiva<sup>6,7</sup>. „1963 wurde in Berlin erstmals in Deutschland eine Niere zwischen nicht verwandten Personen verpflanzt.“<sup>8</sup> In den folgenden Jahren desselben Jahrzehnts erfolgten weiterhin die ersten Transplantationen von Leber, Lunge, Pankreas/Bauchspeicheldrüse und Herz.<sup>9</sup>

Der niederländische Professor Jon J. van Rood gründete 1967 die Stiftung Eurotransplant. Transplantationszentren aus drei europäischen Ländern stellten zunächst Informationen ihrer Transplantationskandidaten zur gegenseitigen Verfügung, wodurch eine bessere patientenorientierte Zuordnung der Organe möglich wurde. Bereits Ende 1970 war die Stiftung Eurotransplant für sechs europäische Länder (Belgien, Bundesrepublik Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Österreich und Schweiz) aktiv.<sup>10</sup>

Am 7. Oktober 1984 wurde Neu-Ilseburg (Hessen) die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) gegründet. Diese ist nach dem heutigen Transplantationsgesetz die „beauftragte Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende in Deutschland“<sup>11</sup>.

---

<sup>1</sup> BZgA: Die Geschichte der Organ- und Gewebetransplantationen beginnt vor vielen Jahrtausenden.

<sup>2</sup> Vgl. ebd.

<sup>3</sup> Vgl. Roche Deutschland Holding GmbH: Geschichte.

<sup>4</sup> Vgl. BZgA: Die Geschichte der Organ- und Gewebetransplantationen beginnt vor vielen Jahrtausenden.

<sup>5</sup> Vgl. Roche Deutschland Holding GmbH: Geschichte.

<sup>6</sup> **Immunsuppressiva** sind Medikamente die das Immunsystem unterdrücken. Dadurch kann ein Spenderorgan im Körper des Empfängers funktionieren.

<sup>7</sup> Vgl. BZgA: Die Geschichte der Organ- und Gewebetransplantationen beginnt vor vielen Jahrtausenden.

<sup>8</sup> BZgA: Organspende – Eine persönliche und berufliche Herausforderung, S. 7.

<sup>9</sup> Vgl. BZgA: Die Geschichte der Organ- und Gewebetransplantationen beginnt vor vielen Jahrtausenden.

<sup>10</sup> Vgl. Eurotransplant: History and timeline.

<sup>11</sup> DSO: Die DSO im Überblick.

„[D]ie Organtransplantation [hat sich] zu einem medizinischen Routineverfahren entwickelt. Heute werden weltweit jedes Jahr mehr als 100.000 Organtransplantationen durchgeführt.“<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> BZgA: Die Geschichte der Organ- und Gewebetransplantationen beginnt vor vielen Jahrtausenden.

### 3 Das Transplantationsgesetz

Im folgenden Kapitel dieser Arbeit geht es um die Entstehungsgeschichte und Inhalte des derzeit in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Transplantationsgesetzes. Auf Grund des vorgegebenen Umfangs für Bachelorarbeiten, wird nur auf ausgewählte Vorschriften und Inhalte des Gesetzes vertieft eingegangen.

#### 3.1 Entstehungsgeschichte

In den Siebzigerjahren des 20. Jahrhunderts wurde ein Gesetzgebungsversuch zur Regelung der Transplantationen in Deutschland eingeleitet, der jedoch zu Beginn der Achtzigerjahre wieder verworfen wurde.<sup>13</sup>

Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Transplantationszentren verfasste 1987 den Transplantationskodex. Dadurch sollten die juristischen, ethischen und medizinischen Grundsätze der Transplantationsmedizin durch die deutschen Transplantationszentren gewahrt und sichergestellt werden.<sup>14</sup> Dieser Kodex brachte jedoch noch keine Rechtssicherheit und -verbindlichkeit mit sich. Vielmehr stellte er eine Art Selbstverpflichtung für die Transplantationszentren dar.<sup>15</sup>

„[A]ufkommende Unsicherheiten über Kriterien und Zeitpunkt der Todesfeststellung, neue Möglichkeiten der Lebendspende unter Nichtverwandten, Gefahren einer Kommerzialisierung der Organspende, die zunehmende Zahl von Mehrorganentnahmen und die als belastend empfundenen Aufklärungsgespräche hierüber“<sup>16</sup> stellten einige Gründe für erneute Diskussionen über ein Gesetz zu Beginn der neunziger Jahre dar. In der Bundesrepublik Deutschland gab es im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern noch kein Transplantationsgesetz.<sup>17</sup> Problematisch war diesbezüglich die fehlende Rechtssicherheit. Verschiedene Organisationen, Institutionen, Bundestagsfraktionen und Bundesländer arbeiteten daraufhin verschiedene Gesetzesentwürfe aus. Ein Landestransplantationsgesetz war jedoch zu keiner Zeit erlassen worden.<sup>18</sup>

Mit dem Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 27.10.1994 wurde „die Gesetzgebungskompetenz für ‚Regelungen zur Transplantation von Organen und Geweben‘ (Art. 74 Abs. 1 Nr. 26 GG)“<sup>19</sup> in die Verfassung aufgenommen. Der letzte Gesetzesentwurf zum ersten Transplantationsgesetz in Deutschland wurde von den Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP im Jahr 1996 erstellt. Am 25. Juni 1997 beschloss der

---

<sup>13</sup> Vgl. Höfling: Kommentar zum Transplantationsgesetz, Einführung, Rn. 1.

<sup>14</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 113.

<sup>15</sup> Vgl. ebd.

<sup>16</sup> Höfling: Kommentar zum Transplantationsgesetz, Einführung, Rn. 1.

<sup>17</sup> Vgl. ebd.

<sup>18</sup> Vgl. ebd.

<sup>19</sup> Ebd.

Bundestag mit einer großen Mehrheit (629 abgegebene Stimmen: 449 Ja-Stimmen, 151 Nein-Stimmen, 29 Enthaltungen bei insgesamt 672 Abgeordneten) die Annahme des Gesetzes.<sup>20</sup> „Der Bundesrat stimmte dem Gesetz zu [...] [und] [d]er Bundespräsident fertigte das Gesetz am 5. November 1997 aus.“<sup>21</sup> Am 1. Dezember 1997 trat schließlich das Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) in Kraft. Damit hat der Gesetzgeber „einen sicheren Rechtszustand geschaffen“<sup>22</sup>.

Im Jahr 2012 wurde das erste Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes erlassen. Damit wurde beispielsweise der Posten des Transplantationsbeauftragten (siehe 3.7.2) geschaffen und Änderungen in den Zuständigkeiten und Abläufen in der Organspende festgeschrieben.<sup>23</sup> Im Zuge dessen wurde die bisherige „erweiterte Zustimmungslösung“ durch die „Entscheidungslösung“ ersetzt.<sup>24</sup> Demnach soll jede Person ihre eigene Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende überdenken und schriftlich festhalten. Dazu stellen die Krankenkassen in regelmäßigen Abständen Organspendeausweise und Informationsmaterialien zur Verfügung. Letztlich besteht jedoch keine Verpflichtung sich zu entscheiden.<sup>25</sup> Sollte der Wille einer Person zu Lebzeiten nicht abgegeben, dokumentiert worden oder nach dem Tod nicht bekannt sein, entscheiden die nächsten Angehörigen über den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen.<sup>26</sup>

Am 01.04.2019 ist das zweite Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes in Kraft getreten. In diesem wird eine Regelung über die Einrichtung eines Rufbereitschaftsdienstes aufgenommen. Dieser unterstützt die Entnahmekrankenhäuser bei der Feststellung des Hirntods eines Patienten. Des Weiteren wird die Koordinierungsstelle (siehe 3.7.4) im Sinne des § 11 Abs. 1 TPG dazu befugt, im Anschluss an eine Organspende eine Angehörigenbetreuung anzubieten.

### **3.2 Ziel des Gesetzes**

Das Transplantationsgesetz definiert in § 1 Abs. 1 als erstes Ziel in die Förderung der Bereitschaft zur Organspende in Deutschland. Jeder Mensch soll sich regelmäßig mit der Frage seiner eigenen Spenderbereitschaft auseinandersetzen und darüber hinaus aufgefordert werden, die jeweilige Erklärung auch zu dokumentieren. Das Gesetz zielt daher nach § 1 Abs. 1 TPG auch auf eine „breite Aufklärung der Bevölkerung zu den Möglichkeiten der Organ- und Gewebespende“ ab. Dadurch soll Klarheit, Transparenz,

---

<sup>20</sup> Vgl. Höfling: Kommentar zum Transplantationsgesetz, Einführung, Rn. 2.

<sup>21</sup> Ebd., Rn. 3.

<sup>22</sup> Bundesärztekammer: Referat auf dem 110. Deutschen Ärztetag 2007 in Münster.

<sup>23</sup> Vgl. Die Patientenverfügung (DIPAT): Organspende: Welche Gesetzesentwürfe zur Neuregelung gibt es?

<sup>24</sup> Vgl. DSO: Transplantationsgesetz.

<sup>25</sup> Vgl. ebd.

<sup>26</sup> Vgl. ebd.

Sicherheit und Chancengleichheit aller Personen auf der Warteliste geschaffen sowie Interessenkonflikten auf ärztlicher Seite vorgebeugt werden.<sup>27</sup>

### **3.3 Anwendungsbereich**

Vom Anwendungsbereich des Transplantationsgesetzes sind laut § 1 Abs. 2 TPG die Spende und Entnahme von menschlichen Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung der Organe oder Gewebe einschließlich der Vorbereitung dieser Maßnahmen umfasst. Es regelt die Voraussetzungen einer Spende sowie die Entnahme von Organen und Geweben bei toten und bei lebenden Spendern. Des Weiteren werden Regelungen zu den verschiedenen organisatorischen und personellen Zuständigkeiten in den Bereichen der Organexplantation (Entnahme), Organvermittlung und Organtransplantation bzw. Übertragung von Organen und Geweben getroffen.<sup>28</sup>

Das Gesetz gilt nach § 1 Abs. 2 Satz 2 TPG außerdem für das Verbot des Handelns mit menschlichen Organen oder Geweben. Der dritte Absatz des § 1 beinhaltet die Ausnahmetatbestände. Vom Anwendungsbereich des TPG sind daher Blut und Blutbestandteile sowie Gewebe, die einer Person entnommen und im selben chirurgischen Eingriff wieder rückübertragen werden ausgeschlossen.

### **3.4 Begriffsbestimmungen**

Um zwischen verschiedenen Arten von Organ- und Gewebespenden differenzieren zu können, sollten zunächst grundlegende Begriffe definiert werden. Die entsprechenden Begriffsbestimmungen sind in § 1a TPG enthalten.

Organe im Sinne des § 1a Nr. 1 TPG sind, „mit Ausnahme der Haut, alle aus verschiedenen Geweben bestehenden, differenzierten Teile des menschlichen Körpers, die in Bezug auf Struktur, Blutgefäßversorgung und Fähigkeit zum Vollzug physiologischer Funktionen eine funktionale Einheit bilden, einschließlich der Organteile und einzelnen Gewebe eines Organs, die unter Aufrechterhaltung der Anforderungen an Struktur und Blutgefäßversorgung zum gleichen Zweck wie das ganze Organ im menschlichen Körper verwendet werden können, mit Ausnahme solcher Gewebe, die zur Herstellung von Arzneimitteln für neuartige Therapien [...] bestimmt sind“.

Zu den vermittlungspflichtigen Organen zählen nach § 1a Nr. 2 TPG die Organe Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und der Darm.

Gewebe im Sinne des § 1a Nr. 4 TPG sind „alle aus Zellen bestehenden Bestandteile des menschlichen Körpers, die keine Organe nach Nummer 1 sind, einschließlich

---

<sup>27</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 113.

<sup>28</sup> Vgl. BZgA: Organspende – Eine persönliche und berufliche Herausforderung, S. 10.

menschlicher Zellen“. Gewebetransplantate ermöglichen schwer kranken Menschen nicht nur sehr häufig eine Verbesserung der Lebensqualität, sie können in einigen Fällen sogar lebensrettend sein. Ein Mensch kann verschiedene Gewebe spenden. Dazu zählen zum Beispiel die Augenhornhaut, Haut, Herzklappen, Gefäße, komplette Knochen, Knorpelgewebe oder Weichgewebe wie der Meniskus, Sehnen oder Faszien.<sup>29</sup>

Das Transplantationsgesetz enthält bezüglich der Gewebespende Regelungen über die Entnahmevoraussetzungen, Spenderkriterien und besondere Pflichten für Einrichtungen, die die Gewebe entnehmen.<sup>30</sup> Neben dem Transplantationsgesetz werden auch im Arzneimittelgesetz (AMG) „Regelungen für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschliche[m] Gewebe und Zelle[n]“<sup>31</sup> getroffen. Darüber hinaus regelt das AMG die Bestimmungen für das Gewebe entnehmende Personal sowie das Inverkehrbringen und die Ein- und Ausfuhr von Gewebe.

Man unterscheidet im Allgemeinen zwischen einer Spende von Organen und Geweben von toten Spendern (postmortale Spende; siehe 3.5) und einer Spende von Organen und Geweben von lebenden Spendern (Lebendspende; siehe 3.6).

### **3.5 Postmortale Spende**

Der Abschnitt 2 des Transplantationsgesetzes befasst sich mit der Entnahme von Organen und Geweben bei toten Spendern. Hierbei unterscheidet man die Entnahme von Organen und Geweben mit Einwilligung des Spenders (§ 3), mit Zustimmung anderer Personen (§ 4) und die Entnahme bei toten Embryonen und Föten (§ 4a). Auf Letztere wird im weiteren Verlauf dieser Arbeit nicht eingegangen. Vielmehr liegt der Schwerpunkt auf den §§ 3 und 4 TPG.

#### **3.5.1 Zulässigkeitsvoraussetzungen**

Die Entnahme von Organen und Geweben bei toten Spendern ist nach § 3 Abs. 1 TPG nur unter den drei genannten Voraussetzungen zulässig:

1. Der Organ- oder Gewebespende hat in die Entnahme eingewilligt.
2. Der Tod des Organ- oder Gewebespenders ist nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt worden.
3. Der Eingriff wird von einem Arzt vorgenommen.

---

<sup>29</sup> Vgl. BZgA: Gewebespende, S. 6 f.

<sup>30</sup> Vgl. ebd., S. 19.

<sup>31</sup> Vgl. ebd.

### 3.5.1.1 Einwilligung des Organ- und Gewebespenders

Diese Voraussetzung ist erfüllt, wenn der Spender zu Lebzeiten beispielsweise in einem Organspendeausweis (siehe 4.2.1) oder einer Patientenverfügung (siehe 4.2.2) ausdrücklich festgehalten hat, dass er einer Entnahme von (bestimmten) Organen und Geweben zustimmt. Die Entscheidung kann aber auch formlos auf einem Blatt Papier festgehalten werden.<sup>32</sup> Die Aufnahme der persönlichen Entscheidung in einem Testament hingegen ist wirkungslos, da das Testament zeitlich versetzt zum Tod eröffnet wird und es zu diesem Zeitpunkt für eine Organ- und Gewebespende bereits zu spät ist.<sup>33</sup>

Die Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende ist daher der Ausdruck des eigenen Selbstbestimmungsrechts.

Nicht jede Person hält jedoch zu Lebzeiten seine Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende schriftlich fest. Dann liegt den Ärzten weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des Verstorbenen bzw. möglichen Organ- und Gewebespenders im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 TPG vor. In diesem Fall wird dessen nächster Angehöriger befragt, ob ihm von diesem eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende bekannt ist (§ 4 Abs. 1 Satz 1 TPG).

Wer „nächster Angehöriger“ ist, wird in § 1a Nr. 5 a) – e) TPG in Form einer Rangfolge definiert. Dazu zählen:

- a) der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner,
- b) die volljährigen Kinder,
- c) die Eltern oder, sofern der mögliche Organ- oder Gewebespende zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Eltern- teil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber,
- d) die volljährigen Geschwister und
- e) die Großeltern.

„Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme [...] nur zulässig, wenn ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine in Frage kommende Organ- oder Gewebeentnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat.“ (§ 4 Abs. 1 Satz 2 TPG). In diesem Fall wird der Angehörige also nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen befragt und entsprechend gebeten, in diesem Sinne zu entscheiden. Der nächste Angehörige entscheidet nur dann nach seinen persönlichen Wertevorstellungen, wenn der mutmaßliche Wille des möglichen Organ- oder Gewebespenders nicht eindeutig festzustellen ist.<sup>34</sup> Die Einholung der Entscheidung zur

---

<sup>32</sup> Vgl. BZgA: Pflegeprofessionalität im Organspendeprozess, S. 14.

<sup>33</sup> Vgl. BZgA: Aufklärung zur Organ- und Gewebespende, S. 57.

<sup>34</sup> Vgl. BZgA: Meine Erklärung zur Organ- und Gewebespende, S. 11.

Organ- und Gewebespende soll, auch für den Fall, dass mehrere Organe oder Gewebe zur Entnahme in Betracht kommen, in *einem* Gespräch erfolgen (vgl. § 4 Abs. 1 Satz 3 TPG). Damit soll verhindert werden, dass „Angehörige nicht mehrfach mit der Frage der Spenderbereitschaft belastet werden“<sup>35</sup>.

Im § 4 Abs. 2 TPG werden weitere Voraussetzungen für die Entscheidungen der nächsten Angehörigen geregelt. Danach darf der nächste Angehörige die Entscheidung lediglich treffen, wenn er in den letzten zwei Jahren vor dem Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders einen persönlichen Kontakt zu diesem hatte. Bei mehreren nächsten Angehörigen muss lediglich einer beteiligt werden und entscheiden. Sollte ein vorrangiger nächster Angehöriger nicht erreichbar sein, so ist es ausreichend, den zuerst erreichbaren nächsten Angehörigen zu beteiligen. Eine volljährige Person, die dem möglichen Spender bis zu seinem Tod offenkundig besonders nahegestanden hat, wird einem nächsten Angehörigen gleichgestellt. Wurde die Entscheidung darüber hinaus einer anderen bestimmten Person übertragen, indem diese auf dem Organspendeausweis notiert wurde, so tritt diese nach § 4 Abs. 3 TPG an die Stelle des nächsten Angehörigen. Der Ablauf sowie Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der nächsten Angehörigen bzw. gleichgestellten Personen sind gemäß § 4 Abs. 4 TPG vom Arzt aufzuzeichnen. Die genannten Personen haben das Recht auf Einsichtnahme in die Dokumentationen des Arztes.

Liegt eine Einwilligung des Verstorbenen in eine Entnahme im Sinne des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 TPG vor, muss der Arzt den nächsten Angehörigen nach § 3 Abs. 3 Satz 1 TPG über die beabsichtigte Organ- oder Gewebeentnahme unterrichten. Die Person, welche die Entnahme durchführt, hat den Ablauf und den Umfang der Organ- oder Gewebeentnahme aufzuzeichnen. Auch hier haben die nächsten Angehörigen das Recht auf Einsichtnahme und können gegebenenfalls eine Person ihres Vertrauens hinzuziehen.

Die DSO veröffentlicht jährlich einen Bericht zur Organspende und Transplantation in Deutschland. Laut dem Jahresbericht 2018 liegt bei einer Zustimmung zur Organspende nur in 17,6 Prozent der Fälle ein schriftlicher Wille der verstorbenen Person vor.<sup>36</sup> Etwas mehr als ein Viertel der Organspender (25,4 Prozent) hat seinen Willen zu Lebzeiten mündlich zum Ausdruck gebracht. Am häufigsten haben die nächsten Angehörigen nach dem vermuteten Willen des Verstorbenen entschieden und einer Organspende zugestimmt (45,5 Prozent). Nur in 11,6 Prozent der Fälle haben sich die Angehörigen im Jahr 2018 nach ihren eigenen Wertevorstellungen für eine Organspende entschieden.

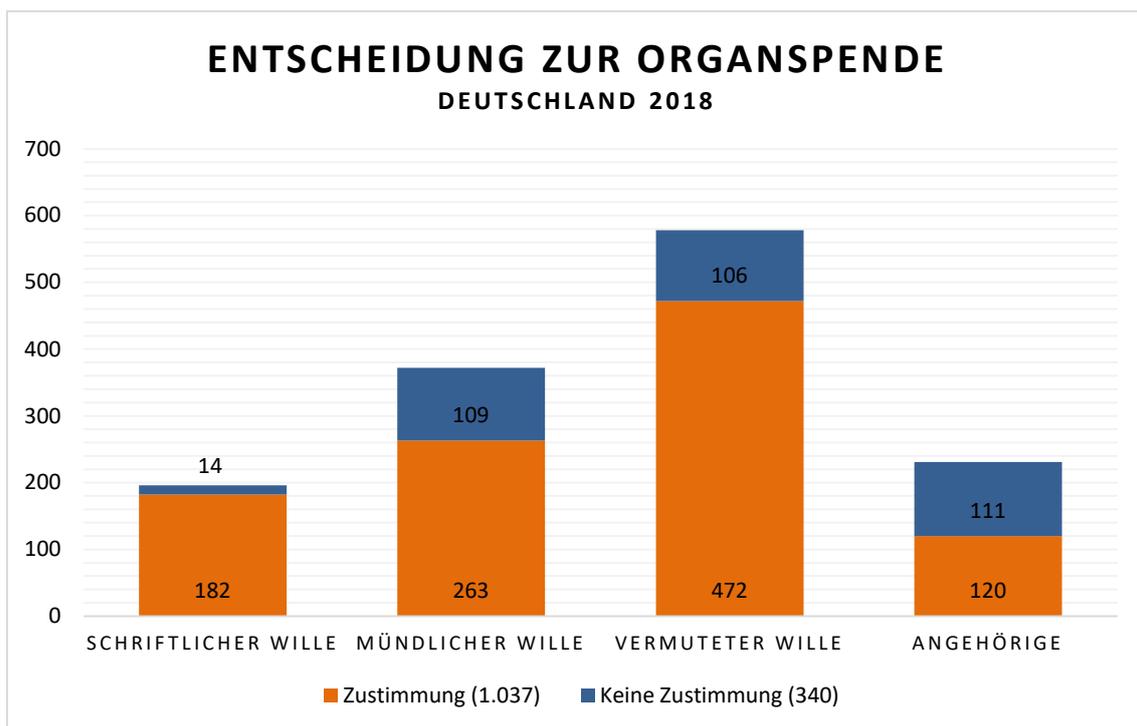
---

<sup>35</sup> BZgA: Meine Erklärung zur Organ- und Gewebespende, S. 10.

<sup>36</sup> Vgl. DSO: Jahresbericht 2018, S. 58.

Insgesamt gab es im Jahr 2018 340 Fälle in denen keine Zustimmung zu einer Organspende erteilt wurde. Schriftlich wurde dieser Wille in 4,1 Prozent der Fälle festgelegt. Der mündliche Wille hingegen wurde von knapp einem Drittel der Verstorbenen (32,1 Prozent) noch zu Lebzeiten geäußert. Auch hier wurde die Entscheidung gegen eine Organspende in mehr als 60 Prozent der Fälle von den Angehörigen nach dem vermuteten Willen des Verstorbenen (31,2 Prozent) bzw. nach den persönlichen Wertevorstellungen (32,6 Prozent) getroffen.<sup>37</sup>

**Abbildung 1 – Entscheidung zur Organspende (Deutschland 2018)**<sup>38</sup>



Eine Organentnahme ist unzulässig, „wenn der potenzielle ‚Organspender‘ der Entnahme widersprochen hatte (§ 3 Abs. 2 Nr. 1 [TPG])“<sup>39</sup>.

### 3.5.1.2 Feststellung des Hirntodes

Neben der Einwilligung des Organ- oder Gewebespenders in eine Entnahme, ist die Organspende in Deutschland nur zulässig, wenn dieser am sogenannten Hirntod verstirbt. Unter Hirntod versteht man auch den „nicht behebbare[n] Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ (§ 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG) oder den unumkehrbaren/irreversiblen Hirnfunktionsausfall. Das bedeutet, dass das Gehirn seine Funktionsfähigkeit für immer verloren hat und der Mensch somit tot ist. Dieser Ausfall der gesamten Hirnfunktionsfähigkeit muss nach streng vorgeschriebenen Regeln

<sup>37</sup> Vgl. DSO: Jahresbericht 2018, S. 58.

<sup>38</sup> Vgl. ebd., S. 59.

<sup>39</sup> Höfling: Kommentar zum Transplantationsgesetz, § 3, Rn. 4.

festgestellt werden. Nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 TPG soll der Hirntod nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt werden. Gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 TPG stellt die Bundesärztekammer „den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien fest“. Das TPG erteilt der Bundesärztekammer als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung somit die Richtlinienkompetenz.

„Eine Richtlinie der Bundesärztekammer basiert jeweils auf einer gesetzlichen Grundlage, die insbesondere den Inhalt, Umfang und das Verfahren einschließlich der Beteiligung von Institutionen oder Personen vorschreibt. Richtlinien stellen generell abstrakte Handlungsanweisungen dar; sie spiegeln den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt wider. Die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wird (widerlegbar) vermutet, wenn die jeweilige Richtlinie beachtet worden ist [vgl. § 16 Abs. 1 Satz 2 TPG].“<sup>40</sup>

Die entsprechende Richtlinie zur Feststellung des Hirntodes ist die „Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Vierte Fortschreibung“. Diese „wurde vom Arbeitskreis „Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer unter Beteiligung und Anhörung u. a. von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise, der zuständigen Behörden von Bund und Ländern sowie Mitgliedern der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer innerhalb von zwei Jahren erstellt, vom Vorstand und vom Plenum des Beirats im Dezember 2014 beschlossen und vom Vorstand der Bundesärztekammer im Januar 2015 verabschiedet.“<sup>41</sup> Somit entspricht die Vierte Fortschreibung dieser Richtlinie dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft vom Oktober 2014.<sup>42</sup>

Zwar wird in der vorliegenden Arbeit zur einfacheren Lesbarkeit und Verständlichkeit des Textes häufig der Begriff „Hirntod“ verwendet. Jedoch verzichtet die Richtlinie indes bewusst auf diesen Begriff. Stattdessen wird nun mit den medizinisch-naturwissenschaftlich präzisen Formulierungen „irreversibler Ausfall der Hirnfunktionen“ bzw. „nicht behebbarer Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ gearbeitet.<sup>43</sup>

---

<sup>40</sup> Bundesärztekammer: Verbindlichkeit von Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen.

<sup>41</sup> Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG, S. 1.

<sup>42</sup> Vgl. ebd., S. 2.

<sup>43</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 10.

In der Bevölkerung führen die Bezeichnungen „Hirntod“ und „Herztod“ immer wieder zu Missverständnissen. Oftmals stellt sich dann die Frage, ob der Hirntod auch den tatsächlichen Tod des Menschen bedeutet, da das Herz-Kreislauf-System im Falle eines Hirntodes noch weiter künstlich aufrechterhalten werden kann. „Der vollständige und auch durch Wiederbelebungsmaßnahmen nicht behebbare Ausfall der Herz- oder Lungenfunktion (Herz-Lungen-Tod) bedeutet [aber] genauso den Tod des Menschen wie der unumkehrbare Ausfall der Hirnfunktionen (Hirntod).“<sup>44</sup> Auf den Eintritt des Herztodes folgt ohne einen ärztlichen Eingriff innerhalb kurzer Zeit zwangsläufig der Hirntod. Umgekehrt erfolgt nach Ausfall der gesamten Hirnfunktionen innerhalb kurzer Zeit der Ausfall der Herz-Kreislauf-Funktion. Letztere kann nur durch intensivmedizinische Maßnahmen (z. B. künstliche Beatmung) für einen begrenzten Zeitraum künstlich aufrechterhalten werden.<sup>45</sup>

„Der irreversible Hirnfunktionsausfall kann bei Patienten ab Beginn des dritten Lebensjahres [...] auf jeder Intensivstation [...] festgestellt werden.“<sup>46</sup> Für Kinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr gelten besondere Vorschriften in der Richtlinie. Auf eine ausführlichere Darstellung dieser Abläufe wird im folgenden Verlauf jedoch verzichtet. Bei Frühgeborenen (bis zur 37. Schwangerschaftswoche) ist die Richtlinie nicht anwendbar.

Bevor im weiteren Verlauf dieser Arbeit auf die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms eingegangen wird, erfolgt zunächst ein kurzer Einblick in den Aufbau und die Funktionen des Gehirns.

Das zentrale Nervensystem eines Menschen besteht aus dem Großhirn, dem Kleinhirn, dem Hirnstamm und dem Rückenmark. Es ist von den Hirnhäuten umgeben und wird vom sogenannten Nervenwasser umspült. Der Schädelknochen sowie der Wirbelkanal schützen das Gehirn und das Rückenmark nach außen.<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 11.

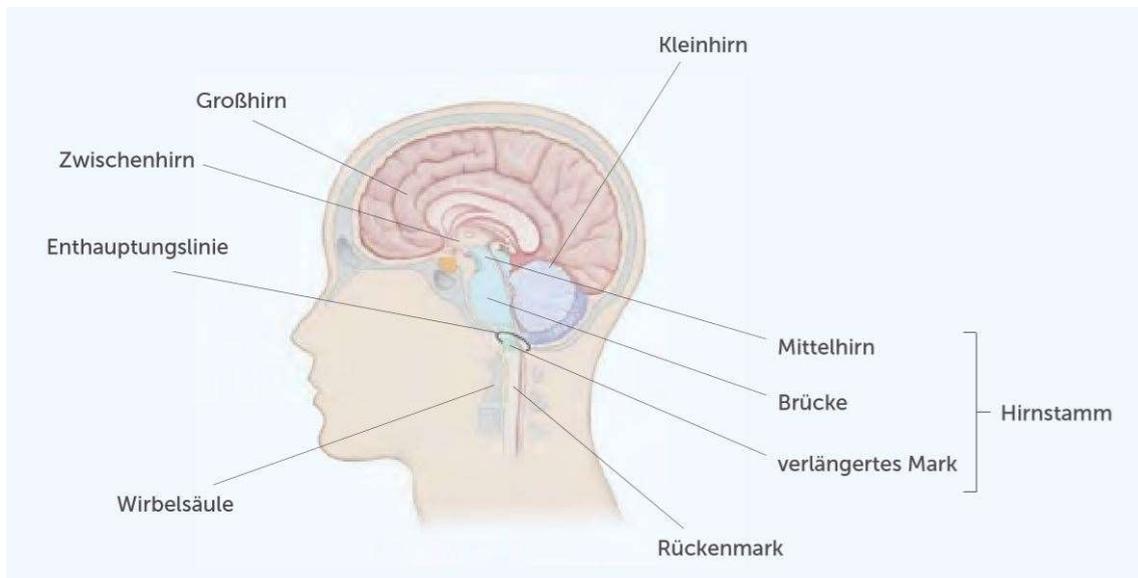
<sup>45</sup> Vgl. ebd.

<sup>46</sup> Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG, S. 2.

<sup>47</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 62.

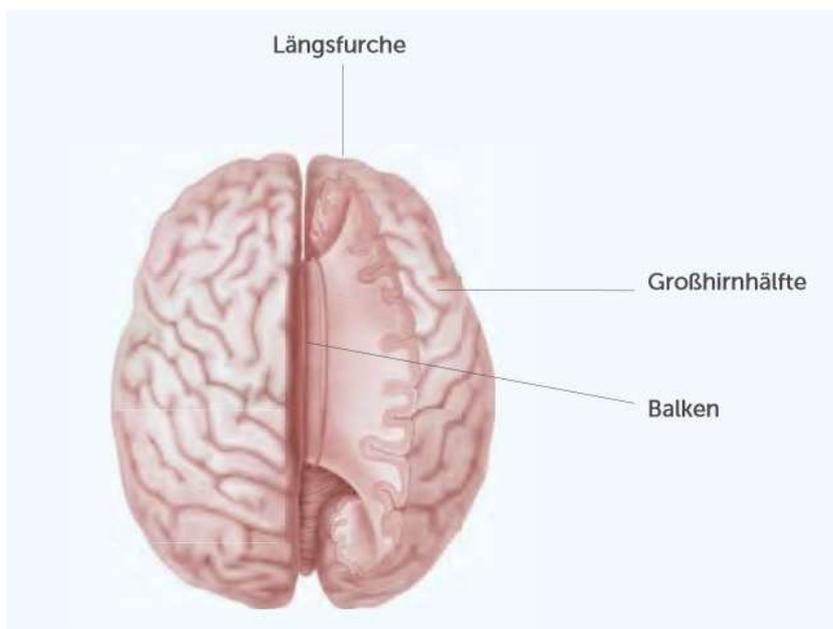
Das Gehirn lässt sich grob in den Abschnitten Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm betrachten (siehe Abbildung 2).

**Abbildung 2 – Gehirnabschnitte**<sup>48</sup>



Das Großhirn ist, mit ca. 80 Prozent der gesamten Gehirnmasse, der größte und der höchst entwickelte Abschnitt des menschlichen Gehirns.<sup>49</sup> Es besteht aus zwei Hälften, die durch eine quer verlaufende Verbindung aus Nervenfasern (Balken) miteinander verbunden sind (siehe Abbildung 3).

**Abbildung 3 – Großhirn (Ansicht von oben)**<sup>50</sup>



<sup>48</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 65.

<sup>49</sup> Ebd., S. 65 f.

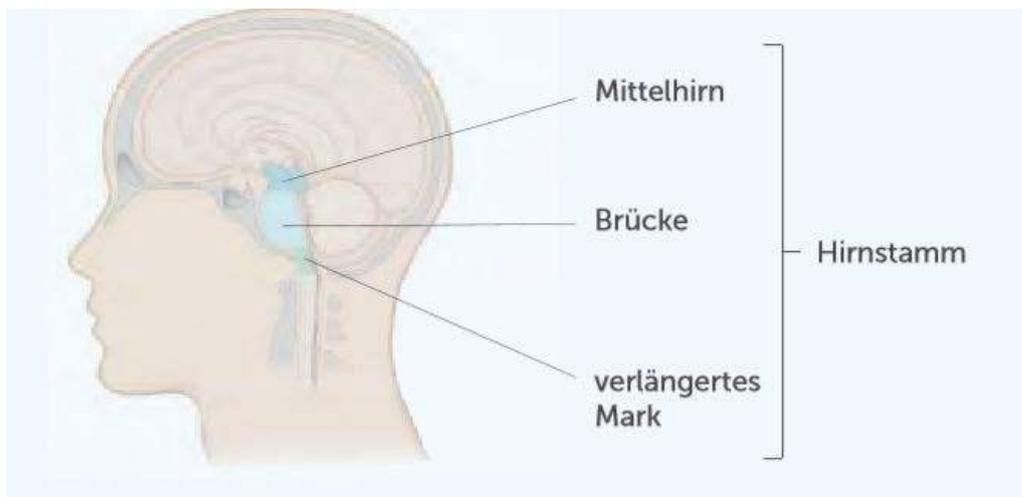
<sup>50</sup> Ebd., S. 66.

„Das Großhirn ist wesentlich für die höheren Gehirnleistungen wie Willen und bewusstes Empfinden, Denken und Fühlen sowie Kreativität und Gedächtnis. Ihm kommt damit eine zentrale Rolle für das menschliche Bewusstsein zu.“<sup>51</sup>

Das Kleinhirn hingegen nimmt nur ca. ein Siebtel des Volumens des Großhirns ein und ist somit wesentlich kleiner.<sup>52</sup> Das in zwei Hälften unterteilte Kleinhirn ist mit dem Rückenmark, dem Mittelhirn, dem Großhirn und dem Gleichgewichtsorgan verbunden.<sup>53</sup> Durch diese Vielzahl an aus Nervenbahnen bestehenden Verbindungen ist das Kleinhirn wesentlich für Bewegungsabläufe und -folgen, Gleichgewicht, komplexe Bewegungen und Körperstellungswahrnehmungen.<sup>54</sup>

Der Hirnstamm als dritter Abschnitt des Gehirns lässt sich mittig in der Tiefe des Schädels lokalisieren und wird gleichermaßen in drei Anteile gegliedert (Mittelhirn, Brücke und verlängertes Rückenmark) (siehe Abbildung 4).<sup>55</sup>

**Abbildung 4 – Bestandteile des Hirnstammes<sup>56</sup>**



Der Hirnstamm bildet die zentrale Schnittstelle zwischen Großhirn, Kleinhirn und Rückenmark und ist für das Funktionieren des Gehirns und das Überleben des gesamten Organismus unverzichtbar.<sup>57</sup> „Der Hirnstamm selbst [...] steuert die Atmung und das Schwitzen und nimmt Einfluss auf Herzfrequenz, Blutdruck, Rhythmus von Wachen und Schlafen und den Salz und Flüssigkeitshaushalt. Zudem ist er für wichtige Reflexe wie den Pupillen-, Lidschluss-, Grimassier-, Schluck-, Würge- oder Husten-Reflex verantwortlich.“<sup>58</sup>

---

<sup>51</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 66.

<sup>52</sup> Vgl. ebd.

<sup>53</sup> Vgl. ebd.

<sup>54</sup> Vgl. ebd.

<sup>55</sup> Vgl. ebd. S. 67.

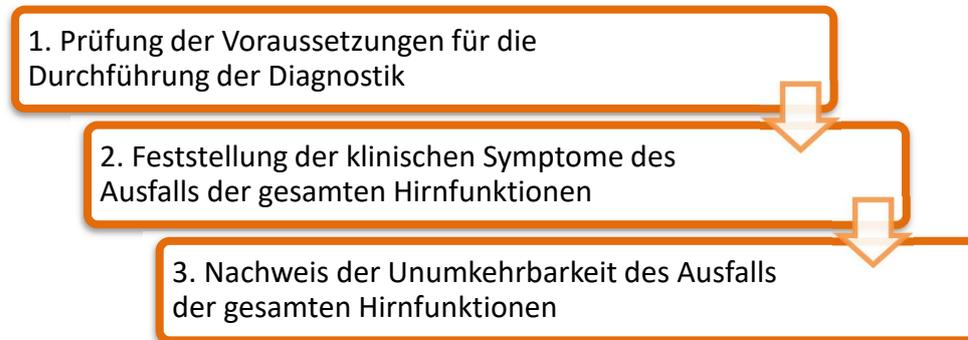
<sup>56</sup> Ebd.

<sup>57</sup> Vgl. ebd.

<sup>58</sup> Ebd.

Die Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen ab Beginn des dritten Lebensjahres erfolgt in einem dreistufigen Verfahren (siehe Anhang 1 und Anhang 2 sowie Abbildung 5).

**Abbildung 5 – Drei Stufen der Hirntod-Diagnostik<sup>59</sup>**

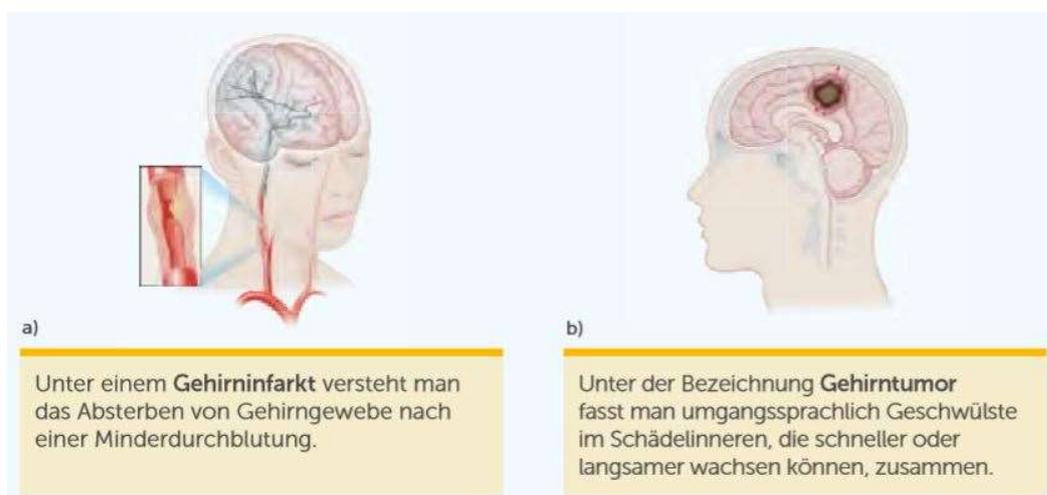


### **1. Prüfung der Voraussetzungen für die Durchführung der Diagnostik**

Um einen irreversiblen Hirnfunktionsausfall zweifelsfrei feststellen zu können, muss zunächst eine akute schwere primäre oder sekundäre Hirnschädigung vorliegen. „Hierzu müssen Art und Ursache der Hirnschädigung bekannt sein [und] [m]ögliche vorübergehende Ursachen für den Ausfall der Hirnfunktionen müssen ausgeschlossen werden.“<sup>60</sup>

Bei einer *primären Hirnschädigung* ist das Gehirn selbst bzw. die Struktur des Gehirns unmittelbar betroffen. Zu diesen Schädigungen zählen Blutungen, Durchblutungsstörungen im Gehirn (Hirninfarkt), Tumore, schwere Schädel-Hirn-Verletzungen sowie Gehirnentzündungen.<sup>61</sup>

**Abbildung 6 – Mögliche Ursachen einer primären Hirnschädigung (1)<sup>62</sup>**



<sup>59</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 82.

<sup>60</sup> Ebd.

<sup>61</sup> Vgl. ebd., S. 70.

<sup>62</sup> Ebd.

Abbildung 7 – Mögliche Ursachen einer primären Hirnschädigung (2)<sup>63</sup>



Je nach Lage im Gehirn unterscheidet man außerdem zwischen infratentoriellen und supratentoriellen Schädigungen. „Primäre *infratentorielle Schädigungen* betreffen das Kleinhirn und Anteile des Hirnstamms [und] [p]rimäre *supratentorielle Schädigungen* betreffen das Großhirn und das Zwischenhirn“<sup>64</sup>. Von dieser Unterscheidung sind entsprechend „die bei der Diagnostik zu beachtenden Verfahrensschritte abhängig“<sup>65</sup>.

Im Gegensatz zur primären Hirnschädigung ist das Gehirn bei einer *sekundären Hirnschädigung* nur mittelbar, also indirekt betroffen. Ein Kreislaufstillstand, eine Unterversorgung des Körpers mit Sauerstoff oder Zucker oder ein langandauernder Schock können mögliche Ursachen für eine Störung im Körper sein und somit zu einer sekundären Hirnschädigung führen, welche innerhalb von Minuten, aber auch Tage nach der Körperschädigung auftreten kann.<sup>66</sup>

Insgesamt „sind kombinierte primäre supra- und infratentorielle sowie primäre und zusätzliche sekundäre Hirnschädigungen zu beachten“<sup>67</sup>.

Neben dem Vorliegen einer schweren Hirnschädigung müssen weiterhin alle umkehrbaren (reversiblen) Ursachen der Symptome des Hirnfunktionsausfalls ausgeschlossen werden. Verschiedene umkehrbare Einflüsse, wie z. B. Vergiftungen, Medikamentenwirkungen, Entzündungen, Unterkühlungen, Kreislaufschocks oder zu niedriger Blutdruck, können das klinische Bild des Ausfalls der Hirnstamm-Reflexe hervorrufen.<sup>68</sup> Diese Einflüsse müssen ausdrücklich ausgeschlossen werden.

<sup>63</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 71.

<sup>64</sup> Ebd., S. 70.

<sup>65</sup> Ebd., S. 82.

<sup>66</sup> Vgl. ebd. S. 72.

<sup>67</sup> Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG, S. 3.

<sup>68</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 84.

Erst wenn die oben genannten Voraussetzungen (schwere Hirnschädigung und keine anderen umkehrbaren Ursachen der Ausfallsymptome des Gehirns) vorliegen, werden die klinischen Symptome des Hirnfunktionsausfalls und deren Unumkehrbarkeit geprüft.

## **2. Feststellung der klinischen Symptome des Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen**

Nach der Richtlinie der Bundesärztekammer für die Regeln zur Feststellung des Todes und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen Hirnfunktionsausfalls müssen die nachfolgend erläuterten klinischen Symptome des Ausfalls der Hirnfunktion überprüft und festgestellt werden (entsprechende Abbildungen befinden sich im Anhang 3):

- 2.1. Bewusstlosigkeit (Koma);
- 2.2. Lichtstarre beider Pupillen (Pupillen- bzw. Licht-Reflex);
- 2.3. Beidseitiges Fehlen des okulo-zephalen bzw. des vestibulo-okulären Reflexes;
- 2.4. Beidseitiges Fehlen des Hornhaut-Reflexes (Kornealreflex);
- 2.5. Fehlende Schmerzreaktionen im Gesicht;
- 2.6. Fehlen des Würge-Reflexes (Pharyngeal-Reflex) und des Husten-Reflexes (Tracheal-Reflex);
- 2.7. Ausfall der Spontanatmung (Apnoe-Test).

### **Bewusstlosigkeit (Koma)**

Das Bewusstsein ist die Fähigkeit des Menschen, seine Umwelt wahrzunehmen und mit ihr zu kommunizieren.<sup>69</sup> Durch Beeinträchtigungen oder Schädigungen des Gehirns entstehen Bewusstseinsstörungen. Je stärker diese Schädigungen sind, umso größer ist auch die Bewusstseinsstörung. Ein Koma ist somit eine schwere Form der Bewusstseinsstörung und gekennzeichnet durch die Bewusstlosigkeit ohne eine Augenöffnung, das Fehlen von Abwehrreaktionen sowie das fehlende Grimassieren auf wiederholte Schmerzreize.<sup>70</sup> Das Koma ist daher nicht gleichzusetzen mit dem Hirntod, sondern nur ein Symptom dessen. Ein komatöser Patient kann, je nach Schwere der Gehirnschädigung wieder vollständig genesen, in einen Zustand von einem Wachkoma<sup>71</sup> oder einem Locked-in-Syndrom<sup>72</sup> fallen oder aber auch den Hirntod erleiden.

---

<sup>69</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 76.

<sup>70</sup> Vgl. ebd., S. 85.

<sup>71</sup> **Wachkoma** oder auch Apallisches Syndrom ist der ganzheitliche Verlust des Bewusstseins und der Kommunikationsfähigkeit. Patienten reagieren nicht mehr auf Reize und können nicht sprechen. Jedoch atmen Wachkoma-Patienten noch selbstständig und halten gelegentlich die Augen offen.

<sup>72</sup> Beim **Locked-in-Syndrom** ist der Patient wach und bei klarem Bewusstsein, jedoch vollständig gelähmt und nicht in der Lage sich zu verständigen. Er ist gewissermaßen in seinem eigenen Körper eingesperrt.

### **Lichtstarre beider Pupillen (Pupillen- bzw. Licht-Reflex)**

Der Pupillen- bzw. Licht-Reflex gehört zu den Hirnstamm-Reflexen. Der Hirntod ist eingetreten, sobald jeder dieser Reflexe ausgefallen oder erloschen ist. Im Normalfall verengen sich die Pupillen eines Menschen bei Lichteinfall auf beiden Seiten. Bei der Prüfung auf Ausfall des Reflexes werden beide Pupillen nacheinander mit einer hellen Lichtquelle von der Seite beleuchtet. Im Zustand des Hirntodes entfällt die Verengung der Pupillen. Vielmehr sind diese mittelweit oder weit und zum Teil nicht mehr rund.<sup>73</sup>

### **Okulo-zephaler-Reflex**

„Der okulo-zephaler Reflex steuert beim wachen Menschen die Augenbewegungen in Abhängigkeit von Kopfbewegungen. Er dient der Blickstabilisierung bei Kopfbewegungen, sodass die Augen auf das fixierte Objekt gerichtet bleiben.“<sup>74</sup>

Bei der Überprüfung dieses Reflexes wird der Kopf, vorausgesetzt es besteht keine Verletzung der Halswirbelsäule, in schnellen Bewegungen von rechts nach links und von unten nach oben bewegt. Dabei löst jede Bewegung des Kopfes eine Gegenbewegung der Augen aus. Wird der Kopf beispielweise nach unten bewegt (Nickbewegung), müssen sich die Augen nach oben drehen.<sup>75</sup>

Beim Ausfall der gesamten Hirnfunktion „verharren die Augäpfel reaktionslos in ihrer Ausgangsposition. Die Gegen- und Rückstellbewegung der Augen fehlt.“<sup>76</sup>

### **Vestibulo-okulärer Reflex**

Beim vestibulo-okulären Reflex wird der Gleichgewichtssinn im Innenohr in Verbindung mit dem Sehsinn und bestimmten Augenbewegungen überprüft. „Hierzu wird der Kopf der bewusstlosen Person um 30° angehoben. Danach erfolgt die Spülung des äußeren Gehörgangs mit 50 ml Eiswasser (4°C) seitengetreunt. Die Wartezeit zwischen den Spülungen beider Seiten beträgt mindestens fünf Minuten. Bei intaktem Hirnstamm führt dies zu einer langsamen Blickbewegung zur gereizten Seite.“<sup>77</sup> Im Zustand des Hirntodes verharren die Augäpfel auch hier reaktionslos in ihrer Ausgangsposition.

### **Hornhaut- bzw. Korneal-Reflex**

Das menschliche Auge wird durch den Hornhaut-Reflex geschützt. Wird die Augenhornhaut nur leicht berührt, sei es mit dem Finger oder beispielsweise einem Wattestäbchen, schließen sich Ober- und Unterlid sofort. Bei der Überprüfung des Hornhaut- bzw.

---

<sup>73</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 87.

<sup>74</sup> Ebd., S. 92.

<sup>75</sup> Vgl. ebd.

<sup>76</sup> Ebd.

<sup>77</sup> Ebd., S. 93.

Korneal-Reflexes wird „[d]ie Hornhaut eines jeden Auges [...] vorsichtig mit einem Wat-teststäbchen berührt. [...] Ist die Hirnstammfunktion erloschen, reagiert die Person auf die Berührung der Hornhaut nicht mehr mit einem Lidschluss.“<sup>78</sup>

### **Schmerzreaktionen im Gesicht**

„Schmerzreize im Gesicht [...] oder am Körper [...] führen im Allgemeinen auch bei tiefer Bewusstlosigkeit mit allerdings erhaltener Hirnstamm-Funktion zu erkennbaren Muskelzuckungen oder Abwehrreaktionen bzw. einem Anstieg von Blutdruck oder Herzfrequenz.“<sup>79</sup> Zum einen wird durch je einen starken Fingerdruck auf den inneren Augenlidwinkel ein Schmerzreiz gesetzt. Außerdem wird die Schmerzreaktion im Gesicht durch Kneifen in die Nase oder Reizung der Nasenscheidewand und Traktierung des Unterlippen- und Mund-Bereiches überprüft.<sup>80</sup> Damit wird der Reflex des sogenannten Nervus Trigeminus (lateinisch für Drilling) getestet. Dies ist der fünfte Hirnnerv, der sich in drei Trigeminus-Äste aufgabelt.<sup>81</sup> Bei einem intakten Reflex des Nervus Trigeminus erfolgen auf die Schmerzreize entweder Muskelzuckungen oder Abwehrreaktionen. Im Zustand des unumkehrbaren Ausfalls der Hirnfunktion hingegen lösen die verschiedenen Schmerzreize keine Reaktionen beim Patienten aus.<sup>82</sup>

### **Würge-Reflex (Pharyngeal-Reflex)**

Ein Würgereiz wird in der Regel durch Berührung der hinteren Rachenwand, der Mandeln oder des Zungengrundes ausgelöst. Bei der Überprüfung dieses Reflexes werden diese Bereiche mit Hilfe eines Beatmungsschlauches beidseitig bestrichen oder mit einem behandschuhten Finger entsprechend gereizt.<sup>83</sup> Ist der Reflex nicht mehr intakt, kommt es bei dem Patienten zu keinem Würgereiz mehr.

### **Husten-Reflex (Tracheal-Reflex)**

Ein weiterer Hirnstamm-Reflex ist der Husten- bzw. Tracheal-Reflex. Dieser wird ausgelöst, wenn die Atemwege in der Luftröhre gereizt werden. Um den Reflex zu überprüfen, wird in den Beatmungsschlauch des Patienten „ein Absaug-Katheter bis zur Luftröhrengabelung in die beiden Hauptbronchien vorgeschoben. Dort besteht dann ein direkter Kontakt des Absaugschlauchs mit der hochempfindlichen Schleimhaut der Bronchien.“<sup>84</sup> Im Normalfall kommt es dann zum Husten-Reflex. Beim Ausfall der Hirnfunktionen

---

<sup>78</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 88.

<sup>79</sup> Ebd., S. 89.

<sup>80</sup> Vgl. ebd.

<sup>81</sup> Vgl. Höbel: Trigeminusneuralgie.

<sup>82</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 89.

<sup>83</sup> Vgl. ebd., S. 91.

<sup>84</sup> Ebd., S. 94.

entfällt die entsprechende Reaktion des Körpers und der Patient hat keinen Husten-Reflex mehr.

### **Ausfall der Spontanatmung (Apnoe-Test)**

Erst wenn alle Hirnstamm-Reflexe (Pupillen- bzw. Licht-Reflex, Okulo-zephaler-Reflex, Vestibulo-okulärer Reflex, Hornhaut- bzw. Korneal-Reflex, Schmerzreaktionen im Gesicht, Würge-Reflex (Pharyngeal-Reflex) und Husten-Reflex (Tracheal-Reflex)) unter künstlicher Beatmung überprüft wurden und auf jeweils beiden Seiten ausgefallen und somit nicht mehr intakt sind, wird letztlich noch der Ausfall der Spontanatmung überprüft. Dies schreibt auch die Richtlinie der Bundesärztekammer entsprechend vor.

Mit Hilfe des sogenannten Apnoe-Tests wird der Atem-Reflex des Patienten untersucht. „Mit der Atmung wird Sauerstoff ins Blut aufgenommen und Kohlendioxid abgeatmet; das Kohlendioxid verbindet sich im Blut mit Wasser zur Kohlensäure. Wird die Atmung unterbrochen, wird Kohlendioxid nicht mehr abgeatmet und es kommt zu einem messbaren Anstieg des Kohlendioxidgehalts bzw. der Kohlensäure im Blut. [...] Der Atem-Reflex wird durch den Kohlendioxidgehalt im Blut gesteuert. [...] Je weiter der Kohlendioxidgehalt ansteigt, umso stärker wird der Drang zu atmen.“<sup>85</sup>

Bei der Überprüfung der Spontanatmung wird der Patient zunächst maschinell mit 100-prozentigem Sauerstoff beatmet. Dabei sollte die Kohlensäure-Spannung zu Beginn des Apnoe-Tests zwischen 35 und 45 mmHg<sup>86</sup> liegen. Durch eine Blutabnahme kann dieser Wert überprüft werden.<sup>87</sup> Das Beatmungsvolumen des Patienten wird reduziert. Im nächsten Schritt wird der Patient vom Beatmungsgerät getrennt. Durch diese Trennung wird die im Körper anfallende Kohlensäure nicht mehr vom Beatmungsgerät entfernt, wodurch der Kohlendioxidgehalt im Blut ansteigt. Die Ärzte warten ab, bis die Kohlensäure-Spannung im Blut den Wert von 60 mmHg erreicht. Dies sollte nach ca. 10-15 Minuten der Fall sein, wenn die Kohlensäure-Spannung pro Minute um durchschnittlich 2 bis 3 mmHg steigt. Ab dem Wert von 60 mmHg ist der maximale Atemreiz gegeben und die Spontanatmung sollte einsetzen.<sup>88</sup> Die Untersuchenden beobachten während des gesamten Tests den unbekleideten Oberkörper des Patienten.<sup>89</sup> Tritt in dieser Situation jedoch kein spontaner Atemzug auf, gilt dies als Nachweis für den Atemstillstand der Person. Anschließend wird die Person wieder mit dem Beatmungsgerät verbunden. In manchen Fällen können nicht alle klinischen Ausfallsymptome geprüft werden. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn der Patient ein Glasauge hat. In diesen Fällen ist eine

---

<sup>85</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 95.

<sup>86</sup> Millimeter Quecksilbersäule (**mmHg**) ist eine Maßangabe für den Blutdruck.

<sup>87</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 95.

<sup>88</sup> Vgl. ebd.

<sup>89</sup> Vgl. ebd., S. 96.

ergänzende apparative Untersuchung erforderlich (siehe nachfolgend 3. Nachweis der Unumkehrbarkeit des Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen).

Die Ergebnisse der Überprüfung der klinischen Ausfallsymptome werden von zwei dafür qualifizierten Fachärzten in entsprechende Protokollbögen (siehe Anhang 4 bzw. Anhang 5) eingetragen. Sollte einer der beiden Ärzte Zweifel an dem Befund haben, wird die Diagnose des Hirntodes zu diesem Zeitpunkt nicht gestellt.<sup>90</sup>

### **3. Nachweis der Unumkehrbarkeit des Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (bei Erwachsenen und bei Kindern ab Beginn des dritten Lebensjahres)**

Abschließend muss im dreistufigen Verfahren geprüft werden, ob der zuvor festgestellte Ausfall der gesamten Hirnfunktionen unumkehrbar/irreversibel ist. Dieser Schritt wird daher auch als Irreversibilitätsnachweis bezeichnet. Das weitere Verfahren ist von der Art der Hirnschädigung abhängig. Bei primären supratentoriellen oder sekundären Hirnschädigungen kann zur Feststellung der Unumkehrbarkeit die Wiederholung der Feststellung der klinischen Symptome erfolgen. Hierfür ist jeweils eine Wartezeit definiert. Bei primären supratentoriellen Hirnschädigungen beträgt diese mindestens 12 Stunden, bei sekundären Hirnschädigung mindestens 72 Stunden. Diese Mindestwartezeiten sind in der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntodes explizit vorgeschrieben. Die Ergebnisse der erneuten Untersuchung müssen mit denen der ersten Untersuchung übereinstimmen. Nur dann können der irreversible Hirnfunktionsausfall und damit der Tod nachgewiesen werden.

Alternativ ist zu den beiden genannten Arten der Hirnschädigung auch die ergänzende apparative (Zusatz-)Untersuchung (sofort, d. h. ohne Wartezeit) möglich. Bei primären infratentoriellen Hirnschädigungen ist die ergänzende apparative Untersuchung zwingend vorgeschrieben. Diese Untersuchung beinhaltet das Verfahren zum Nachweis der elektrischen Gehirnaktivität und das Verfahren zum Nachweis der Gehirndurchblutung. Diese Untersuchungen können direkt im Anschluss an die Untersuchung der klinischen Symptome erfolgen.

#### **Verfahren zum Nachweis der elektrischen Gehirnaktivität**

Die Verfahren zum Nachweis der elektrischen Gehirnaktivität werden als elektrophysiologische Verfahren bezeichnet. Sie messen die Nervenaktivität. „Aktive Nervenzellen erzeugen elektrische Spannungsänderungen (Potenziale). Durch die Messung dieser Potenziale ist indirekt ein Rückschluss auf die Funktionsfähigkeit der Nervenzellen möglich.“<sup>91</sup>

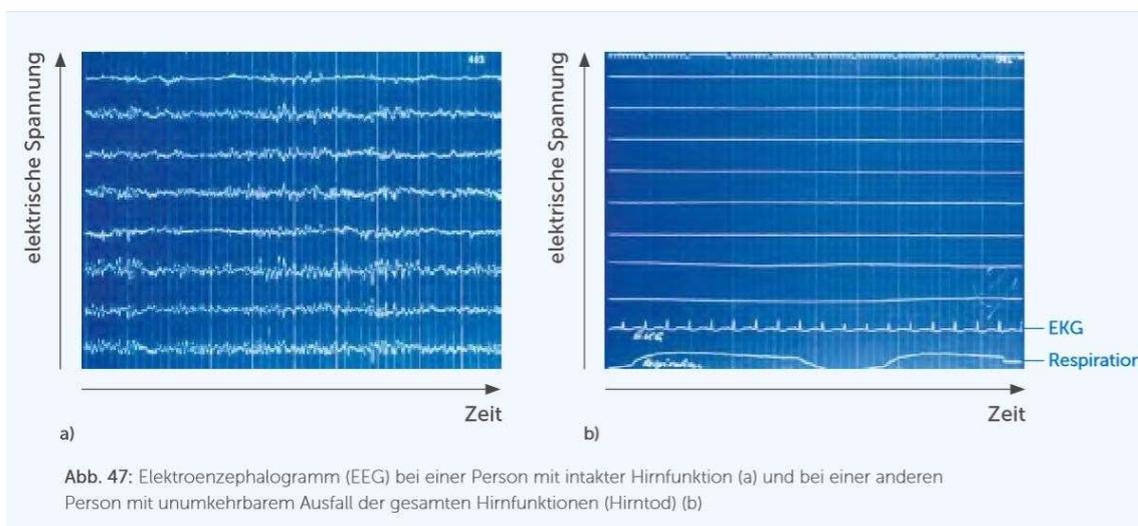
---

<sup>90</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 85.

<sup>91</sup> Ebd., S. 98.

Durch die sogenannte Elektroenzephalographie (EEG) wird die elektrische Hirnaktivität grafisch aufgezeichnet (siehe Abbildung 8). An der Kopfhaut eines Patienten werden Elektroden angebracht. Anschließend werden im Gesicht mehrfach Schmerzreize ausgeübt. Dadurch können Potenzialschwankungen (bis zu 2 cm unter der Kopfhaut) erfasst werden. Die EEG-Registrierung wird für mindestens 30 Minuten durchgeführt. Außerdem muss die EEG-Registrierung von einem erfahrenen Facharzt kontrolliert und beurteilt werden. Sollten nach „mindestens 30 Minuten in allen Ableitungen keine hirneigenen Potenziale erkennbar [sein] [...], ist die Unumkehrbarkeit des Hirnfunktionsausfalls nachgewiesen.“<sup>92</sup>

**Abbildung 8 – Elektroenzephalographie (EEG)<sup>93</sup>**



Sogenannte evozierte Potenziale (EP) sind die provozierten Antworten der Nervenzellen auf bestimmte Reize. Evoziert bedeutet dabei so viel wie ausgelöst. Diese Potenziale geben die Funktionsfähigkeit der Nervenbahnen wieder. Wird ein Patient einem bestimmten Sinnesreiz ausgesetzt, kann durch die Verarbeitung des Reizes im Gehirn eine Spannungsänderung registriert werden. Diese Spannungsänderung führt wiederum zur Potenzialänderung, welche mittels des EEG visualisiert wird.<sup>94</sup> „Für den Nachweis der Unumkehrbarkeit [des Ausfalls der gesamten Hirnfunktion] sind sogenannte somatosensorisch evozierte Potenziale (SEP) und frühe akustisch evozierte Potenziale (FAEP) bedeutsam. Die Verfahren sind bei primären supratentoriellen und sekundären Gehirnschädigungen anwendbar“.<sup>95</sup> An dieser Stelle soll jedoch nicht weiter vertiefend auf die beiden genannten Verfahren (SEP und FAEP) eingegangen werden.

<sup>92</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 98.

<sup>93</sup> Ebd.

<sup>94</sup> Vgl. ebd., S. 99.

<sup>95</sup> Ebd.

## Verfahren zum Nachweis der Gehirndurchblutung

Neben dem Durchblutungsgrad lassen Verfahren zum Nachweis der Gehirndurchblutung auch indirekt Rückschlüsse auf die Funktionsfähigkeit des Gehirns zu.<sup>96</sup> In die Blutgefäße des Gehirns kann über einen Katheter Kontrastmittel eingeführt werden, damit diese besser dargestellt werden können. Über die zeitliche und räumliche Verteilung dieses Kontrastmittels lassen sich Rückschlüsse auf die Durchblutung des Gehirngewebes ziehen.<sup>97</sup> Diese Untersuchung nennt man selektive Angiographie.

Darüber hinaus kann die sogenannte Hirnperfusions-Szintigraphie durchgeführt werden. Dabei wird dem Patienten eine schwach radioaktive Substanz in eine Vene gespritzt. „Diese reichert sich unter anderem im Gehirngewebe an und kann mithilfe einer speziellen Kamera aufgenommen werden. Die Perfusions-Szintigraphie liefert Informationen zur Durchblutung und zum Stoffwechsel. Bei einer Person mit erhaltener Gehirnfunktion lässt sich die radioaktive Substanz über mehrere Stunden in den durchbluteten Gehirnabschnitten nachweisen.“<sup>98</sup>

**Abbildung 9 – Hirnperfusions-Szintigraphie<sup>99</sup>**



Wenn der Schädel schwarz oder dunkel erscheint (siehe Abbildung 9, links), ist die Gehirndurchblutung erhalten. Erkennt man auf dem Szintigramm (bildliche Darstellung) jedoch einen hellen oder leeren Schädel, wie in der obigen Abbildung rechts, ist die Durchblutung ausgefallen und der Ausfall der gesamten Hirnfunktionen nachgewiesen.

<sup>96</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 100.

<sup>97</sup> Vgl. ebd.

<sup>98</sup> Ebd., S. 101.

<sup>99</sup> Ebd.

Weitere apparative Untersuchungsmethoden sind spezielle Ultraschalluntersuchungen (sog. Doppler- und Duplex-Sonographie<sup>100</sup>) und spezielle Röntgenverfahren (sog. Computertomographische Angiographie/CT-Angiographie<sup>101</sup>).

### **Weitere Vorgaben der Richtlinie der Bundesärztekammer**

Gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 TPG müssen die Feststellungen über den Hirntod des Organ- oder Gewebespenders (vgl. § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 TPG) von zwei dafür qualifizierten Ärzten getroffen werden, die den Spender jeweils unabhängig voneinander untersucht haben. Ausnahmsweise kann die Feststellung auch durch einen Arzt getroffen werden, wenn der endgültige und nicht behebbare Herz-Kreislauf-Stillstand eingetreten ist und seitdem nicht mehr als drei Stunden vergangen sind (vgl. § 5 Abs. 1 Satz 2 TPG).

„Die Feststellung des Todes gehört zu den grundlegenden ärztlichen Aufgaben und ist somit Bestandteil der ärztlichen Berufsausübung.“<sup>102</sup>. Typische Todeszeichen sind Totenflecken oder die Leichenstarre. Die Feststellung des Hirntodes ist jedoch ein sehr spezielles Verfahren in der Intensivmedizin. An die beiden feststellenden und dokumentierenden Ärzte werden daher besondere Anforderungen gestellt. Diese müssen „Fachärzte sein und über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit akuten schweren Hirnschädigungen verfügen. Sie müssen die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzen, um die Indikation zur Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls zu prüfen, die klinischen Untersuchungen durchzuführen und die Ergebnisse der angewandten apparativen Zusatzdiagnostik [...] beurteilen zu können.“<sup>103</sup> In der Richtlinie der Bundesärztekammer wird weiterhin festgelegt, dass mindestens einer der beiden feststellenden Ärzte ein Facharzt der Neurologie<sup>104</sup> oder Neurochirurgie<sup>105</sup> sein muss. Soll der Hirntod bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr festgestellt werden, muss einer der beiden Ärzte zusätzlich ein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sein. Ist dieser Kinder- und Jugend-Facharzt gleichzeitig ein Facharzt mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie<sup>106</sup>, muss der zweite untersuchende Arzt kein Facharzt für Neurologie oder Neurochirurgie sein.<sup>107</sup>

---

<sup>100</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 102.

<sup>101</sup> Vgl. ebd., S. 103.

<sup>102</sup> Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG, S. 4.

<sup>103</sup> Ebd.

<sup>104</sup> **Neurologie:** Wissenschaft und Lehre des Nervensystems, dessen Erkrankungen und der entsprechenden medizinischen Behandlung.

<sup>105</sup> **Neurochirurgie:** Teil der Chirurgie und der Neurologie, bei der operative Behandlungen am Nervensystem stattfinden.

<sup>106</sup> **Neuropädiatrie:** Teilgebiet, welches sich mit den möglichen Erkrankungen des Nervensystems von Kindern und Jugendlichen beschäftigt.

<sup>107</sup> Vgl. Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG, S. 5.

Die an den Untersuchungen zum Hirntod beteiligten Ärzte dürfen nach § 5 Abs. 2 TPG weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe oder Gewebe des Spenders beteiligt sein. Außerdem dürfen sie nicht den Weisungen eines Arztes unterliegen, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. In dieser gesetzlichen Regelung ist somit eine konkrete Zuständigkeitsabgrenzung der verschiedenen Ärzte enthalten.

Zusätzlich sind in der Richtlinie zur Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktion die Anforderungen an die Dokumentation enthalten. Damit wird eine korrekte Durchführung der Ärzte nachvollziehbar und überprüfbar. Es wird festgehalten, dass der Nachweis des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls stets unabhängig von einer danach medizinisch möglichen Organ- oder Gewebeentnahme erfolgt.<sup>108</sup> Die Untersuchungsbefunde müssen mit Hilfe der dafür vorgesehenen Protokolle (siehe Anhang 4 und Anhang 5) dokumentiert und mit Datum, Uhrzeit und Namen der untersuchenden Ärzte versehen werden. „Die abschließende Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls muss immer durch zwei Ärzte dokumentiert werden.“<sup>109</sup> Auch hier sind jeweils beide Unterschriften notwendig. Damit ist die Dokumentation des Hirntodes letztlich abgeschlossen und „die Protokollbögen sind in der Patientenakte zu archivieren.“<sup>110</sup> Sollte es zu einer Organ- oder Gewebeentnahme kommen, sind die Protokollbögen und auch der Nachweis des Todes gemäß § 15 Abs. 1 TPG mindestens 30 Jahre aufzubewahren, um eine lückenlose Rückverfolgung der Organe zu ermöglichen.

Nach der Richtlinie wird bezüglich des Todeszeitpunktes nicht der Zeitpunkt des eintretenden, sondern der Zustand des bereits eingetretenen Todes festgestellt. Das heißt, es „ist objektiv nicht feststellbar, WANN genau der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen eingetreten ist. Festgestellt wird vielmehr, DASS er zweifelsfrei eingetreten ist.“<sup>111</sup> Daher wird als Todeszeit die Uhrzeit festgehalten, zu der die Diagnose und die Dokumentation des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls abgeschlossen sind.<sup>112</sup> Diese Zeit gilt auch juristisch als Todeszeitpunkt. Mit dem Hirntod ist außerdem die Rechtsfähigkeit des Menschen beendet. Die weitere Behandlung der Ärzte ist ab diesem Zeitpunkt zu beenden und die Angehörigen sind über die Folgen ausführlich zu informieren und aufzuklären.<sup>113</sup> Letztlich bestehen zwei Optionen, wie der hirntote Mensch weiter zu „behandeln“ ist (obwohl man hier nicht mehr von „Behandlungen“ spricht): zum einen können die intensivmedizinischen Maßnahmen, z. B. die künstliche Beatmung, eingestellt werden, „sodass das bis dahin künstlich aufrecht-erhaltene Herz-Kreislauf-System

---

<sup>108</sup> Vgl. Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG, S. 5.

<sup>109</sup> Ebd.

<sup>110</sup> Ebd.

<sup>111</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 81.

<sup>112</sup> Vgl. Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG, S. 5.

<sup>113</sup> Vgl. BZgA: Was ist der Hirntod? S. 107.

bald zum Stillstand kommt, oder es erfolgt eine begrenzte Zeit die Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen, um Organe und/oder Gewebe zu entnehmen.“<sup>114</sup>

Um eine erfolgreiche Organ- oder Gewebeübertragung auf den Empfänger vorzubereiten, ist es das Ziel, das Herz-Kreislauf-System und die Funktionsfähigkeit und Durchblutung der Spenderorgane bestmöglich zu sichern und aufrecht zu erhalten. Dies ist die sogenannte organprotektive Therapie bzw. Spenderkonditionierung, das heißt die Behandlung zum Schutz der Organe.<sup>115</sup>

### **3.5.1.3 Eingriff durch einen Arzt**

Die Entnahme von Organen oder Geweben ist neben den ersten beiden Voraussetzungen (Einwilligung des Organ- oder Gewebespenders und Feststellung dessen Hirntodes) nur zulässig, wenn der Eingriff, also die Organ- oder Gewebeentnahme von einem Arzt vorgenommen wird (§ 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG). Abweichend von dieser Regelung darf nach § 3 Abs. 1 Satz 2 TPG auch eine andere dafür qualifizierte Person unter der Verantwortung und nach fachlicher Weisung eines Arztes den Eingriff vornehmen.

Im deutschen Recht bezieht sich der Begriff des Arztes auf die Vorschriften der Bundesärzteordnung (BÄO). Die Ausübung des Ärztlichen Berufs ist gemäß § 2 Abs. 5 BÄO die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“. Die Berufsbezeichnung des Arztes darf nach § 2a BÄO nur derjenige führen, der als Arzt approbiert oder nach § 2 Abs. 2, 3 oder 4 BÄO zur Ausübung des ärztlichen Berufs befugt ist. Ein Arzt im Sinne des TPG ist jeder nach dem deutschen Approbationsrecht approbierter Arzt. „Nicht erforderlich für das Arzt-Sein im Sinne des TPG ist eine bestimmte Facharztausbildung. Auch müssen grundsätzlich für das Arzt-Sein im Sinne des TPG keine besonderen, etwa transplantations-chirurgischen Qualifikationen nachgewiesen werden. [...] Typischerweise werden aber an Transplantationen nur Ärzte mit entsprechender Qualifikation bzw. fachärztlicher Ausrichtung teilnehmen.“<sup>116</sup>

### **3.5.2 Ablauf einer postmortalen Spende**

Der grobe Ablauf einer postmortalen Organspende lässt sich an einem Ablaufschema der DSO (siehe Anhang 6) erläutern. Zunächst muss der potenzielle Spender eine akute Hirnschädigung erleiden. Die Grunderkrankung wird durch eine Intensivtherapie behandelt. Im Rahmen der Hirntod-Diagnostik werden die klinischen Symptome des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (wie bereits zuvor in 3.5.1 beschrieben) getestet. Sollten diese vollständig erfüllt sein, kann der irreversible Hirnfunktionsausfall festgestellt werden. An

---

<sup>114</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 107.

<sup>115</sup> Vgl. ebd. S. 110.

<sup>116</sup> Höfling: Kommentar zum Transplantationsgesetz, § 4, Rn. 3.

dieser Stelle ist fraglich, ob der Tod des Patienten nachgewiesen ist oder nicht. Ist der Tod noch nicht nachgewiesen, werden die zuvor genannten Schritte wiederholt. Ist der Tod jedoch nachgewiesen, wird geklärt, ob der Patient ein möglicher Organspender ist. Hier werden mit Hilfe der DSO die medizinischen und juristischen Voraussetzungen einer Organspende geklärt. Stellt sich heraus, dass der Patient kein möglicher Spender ist, erfolgt entsprechend auch keine Organentnahme. Im Fall, dass der Patient aber ein möglicher Organspender ist, erfolgt eine Spendermeldung an die DSO. Es muss unterschieden werden, ob der Tod auf eine natürliche Art oder durch Fremdeinwirkungen eingetreten ist. Sollte der Patient nicht eines natürlichen Todes gestorben sein, erfolgt eine Meldung an die zuständige Polizeidienststelle und die Staatsanwaltschaft. Aufgabe der Staatsanwaltschaft ist es an dieser Stelle, den möglichen Organspender für das weitere Verfahren freizugeben. Wird dies verweigert, erfolgt auch hier keine Organentnahme.

Nach der Feststellung des natürlichen Todes bzw. der Freigabe durch die Staatsanwaltschaft erfolgt das Gespräch mit den Angehörigen. Bis zu diesem Punkt ist es immer noch möglich die Organspende abzulehnen. Sollte aber die Zustimmung durch den potenziellen Spender selbst oder die nächsten Angehörigen erteilt worden sein, folgen bis zum Abschluss der Spende noch mehrere Schritte.

Das Herz-Kreislauf-System des Spenders wird durch organprotektive Maßnahmen aufrechterhalten. Ergänzend hierzu werden weitere vorbereitende Zusatzuntersuchungen (z. B. Überprüfung der Organfunktionen, Ausschluss des Vorliegens von Infektionskrankheiten oder Feststellung der Blutgruppe<sup>117</sup>) durchgeführt. Die Operation für die Entnahme der Organe oder Gewebe wird geplant und es erfolgt eine Meldung des Spenders an Eurotransplant. Die Vermittlung und Allokation der Organe erfolgt schließlich durch Eurotransplant. Die Organe bzw. Gewebe können nun vom Spender operativ entnommen und untersucht werden. Nach der Entnahme schließt sich der unmittelbare Organversand in die entsprechenden Transplantationszentren an. Der Spender wird nach der Entnahme-Operation versorgt und schließlich für die Abschiednahme mit den Angehörigen vorbereitet. Damit ist die postmortale Organspende endgültig abgeschlossen. Gegebenenfalls schließt sich eine Nachbetreuung der Angehörigen an.

Das Transplantationsgesetz beinhaltet einen eigenen Paragraphen zur Würdigung des Organ- und Gewebespenders. Demnach müssen die Organ- und Gewebeentnahme bei verstorbenen Personen und alle mit der Entnahme zusammenhängenden Maßnahmen unter Achtung der Würde des Organ- oder Gewebespenders in einer der ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprechenden Weise durchgeführt werden (vgl. § 6 Abs. 1 TPG). „Die ‚Würde‘ [...] ist erst verletzt, wenn der weite Rahmen der transplantationschirurgisch

---

<sup>117</sup> Vgl. BZgA: Organspende – Eine persönliche und berufliche Herausforderung, S. 21.

vertretbaren Eingriffe überschritten wird. [...] [D]as Verhalten muss als Missachtung der Würde des Organspenders, also als pietätlos zu deuten sein. [...] Pietätlos ist mithin jede Verhaltensweise, die transplantationschirurgisch nicht angezeigt ist<sup>118</sup>. „So ist es beispielsweise pietätlos und ein Verstoß gegen § 6 Abs. 1 TPG, sich bei Anwesenheit des Leichnams im OP oder anderen Räumlichkeiten abfällig über die Biografie des Verstorbenen, den Anlass des Versterbens, über das Aussehen des Körpers oder über mögliche Missgestaltungen zu äußern. Auch Witzeleien oder auf den Toten oder den toten Körper bezogener (vermeintlich) ‚schwarzer Humor‘ in Gegenwart des Leichnams sind pietätlos und verstoßen gegen § 6 Abs. 1 TPG.“<sup>119</sup>

Nach § 6 Abs. 2 TPG ist der Leichnam des Organ- und Gewebespenders in einem würdigen Zustand zur Bestattung zu übergeben. Vorher ist den nächsten Angehörigen die Gelegenheit zu geben, den Leichnam der verstorbenen Person zu sehen.

### **3.6 Lebendspende**

Neben der postmortalen Organspende steht die sogenannte Lebendspende. Der dritte Abschnitt des Transplantationsgesetzes befasst sich mit der Entnahme von Organen und Geweben bei lebenden Spendern.

„Im Jahr 2018 wurden bundesweit 3.959 Organe transplantiert. 17,4 Prozent aller transplantierten Organe wurden nach einer Lebendspende übertragen.“<sup>120</sup> Damit stehen den im Jahr 2018 3.264 postmortal gespendeten Organen lediglich 690 „Lebendspenden“ gegenüber. Gleichwohl ist die Lebendspende gleichbedeutend mit der postmortalen Organspende anzusehen.

#### **Zulässigkeitsvoraussetzungen**

Das Transplantationsgesetz regelt die grundsätzlichen Zulässigkeitsvoraussetzungen für eine Lebendspende in § 8. Demnach ist eine Entnahme von Organen oder Geweben bei einer lebenden Person zum Zwecke der Übertragung auf andere nur unter den in Absatz 1 genannten Voraussetzungen zulässig.

Zum einen muss die Person volljährig und einwilligungsfähig sein (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 a) TPG). Das heißt, dass die Person das 18. Lebensjahr vollendet haben muss und eigenständig den eigenen Willen äußern können muss. Außerdem ist die Einwilligung in die Entnahme gefordert. Darüber muss der Spender entsprechend durch einen Arzt aufgeklärt werden (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 b) i. V. m. Abs. 2 Satz 2 TPG). Dieser Arzt hat den Spender darüber hinaus unter anderem über Zweck und Art des Eingriffs, die

---

<sup>118</sup> Höfling: Kommentar zum Transplantationsgesetz, § 6, Rn. 4, 6.

<sup>119</sup> Ebd., § 6, Rn. 7.

<sup>120</sup> DSO: Jahresbericht 2018, S. 78.

Untersuchungen, Schutzmaßnahmen für den Spender, mögliche (Spät-)Folgen, die ärztliche Schweigepflicht, die Erfolgsaussicht der Organ- oder Gewebeübertragung und über den Datenschutz aufzuklären (vgl. § 8 Abs. 2 Satz 1 TPG).

Die Aufklärung muss nach § 8 Abs. 2 Satz 3 TPG in Anwesenheit eines Arztes und gegebenenfalls anderer sachverständiger Personen erfolgen. Dazu ist entsprechend eine Niederschrift anzufertigen, welche von allen an der Aufklärung beteiligten Personen zu unterschreiben ist.

Die spendende Person muss nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet sein und darf voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt werden (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 c) TPG).

Das Organ oder Gewebe, welches übertragen werden soll, muss nach ärztlicher Beurteilung geeignet sein, das Leben des Empfängers zu erhalten oder bei ihm eine schwerwiegende Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Beschwerden zu lindern (§ 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 TPG).

Sollte ein geeignetes Organ eines postmortalen Spenders nach § 3 oder § 4 TPG im Zeitpunkt der Organentnahme zur Verfügung stehen, dann ist die Lebendspende nach § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG an dieser Stelle subsidiär.

Letztlich muss auch hier der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen werden (§ 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 TPG).

Nach § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG ist die Entnahme einer Niere, des Teils einer Leber oder anderer nicht regenerierungsfähiger Organe unter eine weitere Zulässigkeitsvoraussetzung gestellt. Nicht regenerierungsfähige Organe sind Organe, die sich beim Spender nach der Entnahme nicht wieder bilden können (vgl. § 1 a Nr. 3 TPG). Weitere Beispiele für solche Organe sind Lungenlappen oder Teile der Bauchspeicheldrüse.<sup>121</sup> „Zu den von der Regelung *nicht* umfassten Lebendübertragungen (regenerierungsfähiger Organe) sind hingegen z. B. die Explantation von Knorpel und Lebersegmenten zu nennen.“<sup>122</sup> Die Übertragung dieser nicht regenerierungsfähigen Organe ist insoweit nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf die in § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG genannten Personengruppen. Dazu zählen Verwandte ersten oder zweiten Grades. „Unerheblich ist es nach der Regelung des Transplantationsgesetzes, ob es sich um eine Verwandtschaft in gerader oder in Seitenlinie handelt. In Anlehnung an die Vorschrift des § 1589 BGB sind Verwandte *ersten* Grades die Eltern und Kinder des Spenders. Verwandte zweiten Grades sind die Großeltern, die ehelichen und nichtehelichen Geschwister sowie die

---

<sup>121</sup> Vgl. Höfling: Kommentar zum Transplantationsgesetz, § 8, Rn. 64.

<sup>122</sup> Ebd., § 8, Rn. 65.

Enkel des Spenders.“<sup>123</sup> Weiterhin werden die Ehegatten, die eingetragenen Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen vom Personenkreis des § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG mit umfasst.

Eine weitere Voraussetzung der Lebendspende wird in § 8 Abs. 3 TPG definiert. Demnach darf die Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, nachdem sich Spender und Empfänger zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt haben. Bei einer Gewebespende genügt die Bereitschaftserklärung durch den Spender.

Außerdem ist für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden vorzusetzen, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 TPG ist (§ 8 Abs. 3 Satz 2 TPG). Im Freistaat Sachsen errichtet die Sächsische Landesärztekammer eine rechtlich unselbstständige Kommission für solche gutachtliche Stellungnahmen (vgl. § 4 Abs. 1 SächsAGTPG). Diese Kommission setzt sich aus einem ärztlichen Mitglied (das weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist), einer Person mit der Befähigung zum Richteramt, einer in psychologischen Fragen erfahrenen Person sowie jeweils zwei Stellvertretern zusammen (§ 8 Abs. 3 Satz 3 TPG i. V. m. § 4 Abs. 2 SächsAGTPG).

Die §§ 8a – 8c TPG beinhalten besondere Regelungen über die Entnahme von Organen und Geweben bei lebenden Spendern. So ist in § 8a TPG beispielsweise vorgeschrieben, dass die Verwendung des Knochenmarks von minderjährigen Personen nur für Verwandte ersten Grades oder die Geschwister der minderjährigen Person vorgesehen ist (vgl. § 8a Satz 1 Nr. 1 TPG). Außerdem wird in § 8b TPG die Entnahme von Organen und Geweben in besonderen Fällen und in § 8c TPG die Entnahme von Organen und Geweben zur Rückübertragung geregelt.

### **3.7 Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen**

Der vierte Abschnitt des TPG befasst sich mit der Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen sowie der Zusammenarbeit bei der Entnahme von Organen und Geweben.

Gemäß § 9 Abs. 1 TPG darf die Organentnahme bei verstorbenen Spendern nur in Entnahmekrankenhäusern (siehe 3.7.1) durchgeführt werden. Die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie die Entnahme und Übertragung von Organen lebender

---

<sup>123</sup> Höfling: Kommentar zum Transplantationsgesetz, § 8, Rn. 67 – 69.

Spender (Lebendspende) darf nach § 9 Abs. 2 TPG nur in Transplantationszentren (siehe 3.7.3) durchgeführt werden.

Die Organentnahme muss von der Koordinierungsstelle (siehe 3.7.4) organisiert und durch die von ihr beauftragten Ärzte durchgeführt werden (vgl. § 9 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. § 11 Abs. 4 Satz 5 TPG).

Die Übertragung von vermittlungspflichtigen Organen im Sinne des § 1a Nr. 2 TPG ist darüber hinaus nur zulässig, wenn die Organe durch die Vermittlungsstelle nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten vermittelt werden (§ 9 Abs. 2 Satz 3 i. V. m. § 12 Abs. 3 Satz 1 TPG).

In § 9 Abs. 3 TPG ist der Vorrang der Organspende geregelt. Gewebeentnahmen sind daher immer nachrangig und dürfen die Entnahme und Übertragung von Organen nicht beeinträchtigen. Die Gewebeentnahme ist erst dann zulässig, wenn eine von der Koordinierungsstelle beauftragte Person dokumentiert hat, dass eine Organentnahme oder -übertragung nicht möglich ist bzw. durch die Gewebeentnahme nicht beeinträchtigt wird.

### **3.7.1 Entnahmekrankenhäuser**

Gemäß § 9a Abs. 1 Satz 1 TPG müssen Entnahmekrankenhäuser nach § 108 SGB V oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen zugelassene Krankenhäuser sein. Die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser sind anerkannte Hochschulkliniken, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Die Entnahmekrankenhäuser müssen nach ihrer räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sein, Organentnahmen von möglichen Spendern zu ermöglichen (§ 9a Abs. 1 Satz 1 TPG). Die Entnahmekrankenhäuser sind bei der Koordinierungsstelle gemeldet.

Die Pflichten der Entnahmekrankenhäuser regelt § 9a Abs. 2 TPG. Demnach müssen sie den Hirntod bei potenziellen Organspendern feststellen und dies der Koordinierungsstelle unverzüglich mitteilen. Zuständigkeiten und Handlungsabläufe zur Erfüllung der gesetzlichen Pflichten des TPG müssen in Verfahrensanweisungen festgelegt und eingehalten werden. Die Entnahmekrankenhäuser müssen sicherstellen, dass die Entnahme in einem Operationssaal durchgeführt wird, der dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entspricht, um die Qualität und Sicherheit der entnommenen Organe zu gewährleisten. Zu den Verpflichtungen zählt weiterhin, dass das eingesetzte medizinische Personal für seine Aufgaben entsprechend qualifiziert sein muss. Die

Regelungen des § 11 TPG zur Organentnahme sind stets einzuhalten. Außerdem sind die Entnahmekrankenhäuser dazu verpflichtet, alle Todesfälle mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung sowie Gründe für eine nicht erfolgte Feststellung oder für eine nicht erfolgte Meldung an die Koordinierungsstelle oder andere der Organentnahme entgegenstehende Gründe zu erfassen und diese Daten der Koordinierungsstelle mindestens einmal jährlich anonymisiert zu übermitteln.

Zur bundesweiten Vergleichbarkeit der Organspende-Ergebnisse teilt die DSO die Entnahmekrankenhäuser in drei Kategorien ein: Kategorie A (Universitätsklinik), Kategorie B (Krankenhaus mit Neurochirurgie) und Kategorie C (Krankenhaus ohne Neurochirurgie).<sup>124</sup> „2018 gab es in Deutschland 35 Krankenhäuser der Kategorie A, 123 der Kategorie B und 1.090 der Kategorie C.“<sup>125</sup>

Mit der Änderung des TPG vom April 2019 wurde eine neue Vergütungsregelung in das Gesetz aufgenommen. Gemäß § 9a Abs. 3 TPG erhalten Entnahmekrankenhäuser demnach eine pauschale Abgeltung für die Leistungen, die sie im Rahmen der Organentnahme und deren Vorbereitung erbringen. Diese pauschale Abgeltung setzt sich aus drei Pauschalen zusammen, die jeweils „so ausgestaltet werden [müssen], dass die einzelnen Prozessschritte im Zusammenhang mit einer Organspende ausreichend differenziert abgebildet werden.“<sup>126</sup> Die Entnahmekrankenhäuser haben damit einen Anspruch auf eine Pauschale für die Abgeltung der Leistungen der intensivmedizinischen Versorgung, eine Pauschale für die Abgeltung der Leistungen bei der Organentnahme und eine Grundpauschale für die Leistungen, die im Zusammenhang mit der Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms entstehen. „Die Höhe der Pauschalen bemisst sich nach dem jeweiligen sächlichen und personellen Gesamtaufwand. Zusätzlich zu den Pauschalen erhalten die Entnahmekrankenhäuser [nach § 9a Abs. 3 Satz 2 TPG] einen Zuschlag als Ausgleich dafür, dass ihre Infrastruktur im Rahmen einer Organspende in besonderem Maße in Anspruch genommen wird.“<sup>127</sup>

### **3.7.2 Transplantationsbeauftragter**

Jedes Entnahmekrankenhaus muss nach § 9b Abs. 1 Satz 1 TPG mindestens einen ärztlichen Transplantationsbeauftragten bestellen. Dieser muss für die Erfüllung seiner Aufgaben fachlich qualifiziert sein. Die Position des Transplantationsbeauftragten ist seit dem Jahr 2012 im TPG vorgesehen. Das jeweilige Landesrecht kann außerdem Näheres zur Qualifikation und Stellung des Transplantationsbeauftragten bestimmen. Im

---

<sup>124</sup> Vgl. DSO: Jahresbericht 2018, S. 41.

<sup>125</sup> Ebd.

<sup>126</sup> Ebd.

<sup>127</sup> Ebd.

sächsischen Landesrecht ist der § 2 des SächsAGTPG für die Transplantationsbeauftragten im Freistaat Sachsen einschlägig.

Nach § 9b Abs. 3 TPG ist der Transplantationsbeauftragte bei bis zu je zehn Intensivbehandlungsbetten im Entnahmekrankenhaus für einen Stellenanteil von 0,1 Stellen freizustellen. Ist ein Entnahmekrankenhaus gleichzeitig ein Transplantationszentrum, muss die Freistellung eine ganze Stelle betragen. Hat ein Entnahmekrankenhaus mehr als eine Intensivstation, soll für jede dieser Stationen nach § 9b Abs. 1 Satz 2 TPG mindestens ein Transplantationsbeauftragter bestellt werden.

Der Transplantationsbeauftragte ist bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unabhängig und unterliegt keinen Weisungen, jedoch ist er unmittelbar der ärztlichen Leitung des Entnahmekrankenhauses unterstellt (§ 9b Abs. 1 Satz 3 und 4 TPG). Das jeweilige Entnahmekrankenhaus hat sicherzustellen, dass der Transplantationsbeauftragte seine Aufgaben ordnungsgemäß wahrnehmen kann und unterstützt ihn dabei. Dazu zählt insbesondere, dass der Transplantationsbeauftragte hinzugezogen wird, wenn ein Patient als Organspender in Betracht kommt und dass er entsprechenden Zugang zu den Intensivstationen des Entnahmekrankenhauses bekommt. Außerdem soll er „alle erforderlichen Informationen zur Auswertung des Spenderpotentials erhalten“<sup>128</sup>. Durch geeignete Vertretungsregelungen soll die Verfügbarkeit des Transplantationsbeauftragten sichergestellt werden.

Der Transplantationsbeauftragte „hat dafür Sorge zu tragen, dass das Entnahmekrankenhaus seiner Pflicht zur Meldung möglicher Organspender an die DSO nachkommt. Außerdem gehört es zu seinen Aufgaben sicherzustellen, dass Angehörige von Spendern in angemessener Weise begleitet werden. [...] [Er] kümmert sich darum, dass im Entnahmekrankenhaus die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe des TPG festgelegt werden sowie das ärztliche und pflegerische Personal über die Bedeutung und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert wird.“<sup>129</sup>

### **3.7.3 Transplantationszentren**

Transplantationszentren im Sinne des § 10 TPG sind Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern, die für die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie für die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender zuständig sind. Das TPG sieht hier vor, dass die Transplantationszentren entsprechend dafür zugelassen sein müssen. Es handelt sich also „um Einrichtungen einer chirurgischen Klinik mit einem oder mehreren Transplantationsprogrammen.“<sup>130</sup> Im Jahr 2018 gab es bundesweit

---

<sup>128</sup> DSO: Jahresbericht 2018, S. 42.

<sup>129</sup> Ebd.

<sup>130</sup> Ebd., S. 44.

Transplantationsprogramme für die Organe Herz, Lunge, Niere, Leber, Pankreas/Bauchspeicheldrüse und Dünndarm. „Die Transplantation ist ein etabliertes Behandlungsverfahren, das in 46 Kliniken [Stand: 2018] in Deutschland praktiziert wird.“<sup>131</sup>

Bei der Zulassung der Transplantationszentren nach § 108 SGB V sind Schwerpunkte für die Übertragung der jeweiligen Organe zu bilden, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern (§ 10 Abs. 1 Satz 2 TPG).

Die Transplantationszentren sind dazu verpflichtet, über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht einer Organübertragung zu entscheiden und diese Warteliste nach den Regelungen des Gesetzes zu führen (vgl. § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 TPG). Die entsprechenden medizinischen Daten und erforderlichen Angaben sind von einem Arzt oder einer von diesem beauftragten Person an die Vermittlungsstelle (Eurotransplant) zu übermitteln (§ 10 Abs. 3 Satz 1 TPG). Diesen Personen ist es verboten, die Meldung über den Gesundheitszustand eines Patienten unrichtig zu erheben, zu dokumentieren oder einen unrichtigen Gesundheitszustand an die Vermittlungsstelle zu übermitteln, um Patienten, welche sich auf der Warteliste befinden, zu bevorzugen (§ 10 Abs. 3 Satz 2 TPG).

Die Regelungen zur Organentnahme nach § 11 TPG sowie zur Organvermittlung nach § 12 TPG müssen ebenfalls von den Transplantationszentren eingehalten werden (§ vgl. § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 TPG).

Vor einer Organentnahme haben die Transplantationszentren festzustellen, dass eine Organ- und Spendercharakterisierung im Sinne des § 10a TPG stattgefunden hat und dass die Bedingungen für die Konservierung und den Transport eingehalten worden sind (vgl. § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 TPG).

Weiterhin sind die Transplantationszentren dazu verpflichtet, jede Organentnahme unverzüglich so zu dokumentieren, dass eine lückenlose Rückverfolgung der Organe vom Empfänger zum Spender ermöglicht wird und auch die Lebendspenden sind entsprechend aufzuzeichnen (vgl. § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 und Nr. 6 TPG).

Vor und nach einer Organübertragung haben die Transplantationszentren sicherzustellen, dass Maßnahmen für eine erforderliche psychische Betreuung der Patienten im Krankenhaus durchgeführt werden (vgl. § 10 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 TPG).

---

<sup>131</sup> DSO: Jahresbericht 2018, S. 44.

### 3.7.4 Koordinierungsstelle

Gemäß § 11 Abs. 1 TPG ist die Entnahme von Organen verstorbener Spender sowie die Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung die gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der Entnahmekrankenhäuser. Zur Organisation dieser Aufgaben errichten bzw. beauftragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine geeignete Einrichtung (§ 11 Abs. 1 Satz 2 TPG). Dies ist die sogenannte Koordinierungsstelle. Die Koordinierungsstelle in Deutschland ist die **Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)** mit Hauptsitz in Frankfurt am Main. Diese wurde durch § 1 des „Koordinierungsstellenvertrages“<sup>132</sup> mit der Organisation der o. g. Aufgaben beauftragt.

„Die Stiftung wurde am 7.10.1984 vom Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. (KfH) in Neu-Isenburg gegründet. Die DSO ist eine gemeinnützige Stiftung des bürgerlichen Rechts, die 1.080 Mitarbeiter, davon 216 in hauptberuflicher Tätigkeit, beschäftigt. Ihre Funktion als bundesweite Koordinierungsstelle für Organspende hat die DSO im Juni 2000 übernommen.“<sup>133</sup>

Die DSO „gewährleistet, dass bundesweit rund um die Uhr jede Spenderanfrage und Spendermeldung zügig bearbeitet wird und alle Schritte bis hin zur Transplantation gesichert sind. Übergeordnetes Ziel der DSO ist es, jede medizinisch mögliche und rechtlich zulässige Organspende zu verwirklichen. [...] [Sie] organisiert die Zusammenarbeit zur Organentnahme und die Durchführung aller bis zur Transplantation erforderlichen Maßnahmen außer der Organvermittlung.“<sup>134</sup> Die Koordinierungsstelle klärt gemäß § 11 Abs. 4 Satz 2 TPG, ob die Voraussetzungen für eine Organspende vorliegen. Die genauen Aufgaben der Koordinierungsstelle sind im Koordinierungsstellenvertrag festgehalten. Zu den Dienstleistungen der DSO gehören beispielsweise:

- „Beratung und Unterstützung der Krankenhäuser mit Intensivstation in allen Fragen der Organspende,
- die Entlastung des Krankenhauspersonals im Fall einer Organspende,
- die Achtung des Willens und der Würde der [...] Organspender sowie
- die Unterstützung und die Begleitung der Angehörigen von [...] Organspendern [vgl. § 12a TPG].“<sup>135</sup>

---

<sup>132</sup> Bundesministerium für Gesundheit: Koordinierungsstellenvertrag.

<sup>133</sup> DSO: Jahresbericht 2018, S. 18.

<sup>134</sup> BZgA: Organspende – Eine persönliche und berufliche Herausforderung, S: 45 f.

<sup>135</sup> BZgA: Pflegeprofessionalität im Organspendeprozess, S. 63.

Weiterhin ist die DSO für die Transportlogistik der postmortal gespendeten Organe in die bundesweit etwa 50 Transplantationszentren zuständig. Diese sind neben den mehr als 1.300 Krankenhäusern mit Intensivstation die wichtigsten Partner der DSO. Nach § 11 Abs. 4 Satz 1 TPG sind die Transplantationszentren und die Entnahmekrankenhäuser verpflichtet, untereinander und mit der Koordinierungsstelle zur Entnahme von Organen und Geweben zusammenzuarbeiten.

„Mit Hinblick auf eine flächendeckende Betreuung der Organentnahme und die gleichzeitig notwendige organisatorische Trennung der Organvermittlung und -übertragung ist das Bundesgebiet vertragsgemäß in sieben Organisationsregionen (siehe Anhang 7) eingeteilt. Diese orientieren sich an den Grenzen der Bundesländer, an der Bevölkerungsdichte und den Infrastrukturen. Jede dieser Regionen hat eine eigene DSO-Organisationszentrale [...] mit einem Geschäftsführendem Arzt [...], Koordinatoren [...] sowie einem 24-Stunden-Telefondienst.“<sup>136</sup>

Die zusätzlichen Einrichtungen der DSO, wie z. B. DSO Organisationsschwerpunkte und -stützpunkte, welche zum Teil in den Krankenhäusern vor Ort untergebracht sind, sind jedoch organisatorisch von diesen Kliniken getrennt und unabhängig. Dadurch wird eine basisnahe und stabile Betreuung der Krankenhäuser gewährleistet.<sup>137</sup>

### 3.7.5 Organvermittlung

Für die Vermittlung von vermittlungspflichtigen Spenderorganen (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Darm) ist die Vermittlungsstelle zuständig. Diese Zuständigkeit ergibt sich aus § 12 TPG. Demnach wird eine geeignete Einrichtung vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit der Organvermittlung beauftragt. Die Aufgaben werden in einem Vertrag geregelt (vgl. § 12 Abs. 4 TPG). Diese Einrichtung muss finanziell und organisatorisch unabhängig sein und Gewähr dafür bieten, dass die Organvermittlung nach den Vorschriften des TPG erfolgt.

In Deutschland ist die gemeinnützige **Stiftung Eurotransplant**, welche 1967 in der niederländischen Stadt Leiden gegründet wurde, für die Organvermittlung zuständig. Weitere Mitglieder von Eurotransplant sind die Länder Belgien, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Ungarn und Slowenien. Die Stiftung arbeitet „eng mit den Organspende-Organisationen, Transplantationszentren, Laboratorien und Krankenhäusern zusammen. [...] Eurotransplant ist demokratisch organisiert mit einer Mitgliederversammlung, einem Vorstand, einem Aufsichtsrat, zwei Beiräten und acht Beratungskommissionen. Damit wurde eine Struktur geschaffen, die auf die Wünsche und Bedürfnisse

---

<sup>136</sup> BZgA: Organspende – Eine persönliche und berufliche Herausforderung, S: 47.

<sup>137</sup> Vgl. ebd.

der Eurotransplant-Mitglieder ausgerichtet ist und die Zentren und das medizinische Fachpersonal wirkungsvoll unterstützt, um den aktuellen und künftigen Herausforderungen zu begegnen.“<sup>138</sup> Durch den Zusammenschluss der acht Länder haben die Patienten, die auf ein oder mehrere Spenderorgane warten, eine größere Chance, ein passendes Organ zu erhalten.

Die Organvermittlung hat gemäß § 12 Abs. 3 Satz 1 TPG nach den Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu erfolgen. Dabei hat die Stiftung Eurotransplant die Wartelisten der Transplantationszentren als eine einheitliche Warteliste zu behandeln (§ 12 Abs. 3 Satz 2 TPG). „Auf der zentralen Warteliste stehen gegenwärtig ungefähr 14.000 Patienten. [...] Eurotransplant bezieht bei der Zuteilung von Organen verschiedene Merkmale, wie z. B. die Blutgruppe und den Gewebetyp des Spenders und des Empfängers, mit ein. Die Resultate von Transplantationen werden auf diese Weise optimiert und Patienten wird eine höhere Lebensqualität ermöglicht.“<sup>139</sup>

Können Organe von Spendern aus Deutschland gespendet werden, leitet die DSO als Koordinierungsstelle die entsprechenden Daten weiter. Nach einer erfolgten Spendermeldung kann ein computergesteuertes Programm bei Eurotransplant einen passenden Empfänger von der Warteliste ermitteln, indem die Daten vom Spender mit den Daten der Patienten auf der Warteliste verglichen werden.

Die Vermittlungskriterien für die verschiedenen Organe sind unterschiedlich. Daher hat die Bundesärztekammer für Deutschland entsprechende Richtlinien für die Organvermittlung erlassen. Neben den medizinisch bedingten Verteilungskriterien muss Eurotransplant außerdem die jeweiligen gesetzlichen Vorschriften der Mitgliedsländer beachten. Nach deutschem Recht dürfen demnach Organe nur vermittelt werden, wenn sie im Einklang mit den am Ort der Entnahme geltenden Rechtsvorschriften entnommen worden sind, soweit deren Anwendung nicht mit den wesentlichen Grundsätzen des deutschen Rechts, insbesondere den Grundrechten unvereinbar ist (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 4 TPG).

Bei der Suche nach einem Organempfänger zählt jede Minute, „damit die Patienten [...] und Transplantationsteams rechtzeitig benachrichtigt und die entsprechenden Vorbereitungen getroffen werden können.“<sup>140</sup> Ist ein Empfänger gefunden, informiert Eurotransplant anschließend das zuständige Transplantationszentrum. Über die tatsächliche Transplantation entscheidet letztlich der behandelnde Arzt des Patienten.<sup>141</sup> „Wenn der

---

<sup>138</sup> Eurotransplant: Über Eurotransplant.

<sup>139</sup> Ebd.

<sup>140</sup> BZgA: Organspende – Eine persönliche und berufliche Herausforderung, S. 58.

<sup>141</sup> Vgl. BZgA: Organspende?! – Ich habe mich entschieden, S. 41.

an erster Stelle genannte Wartepatient [...] nicht operiert werden kann (z. B. auf Grund einer akuten Erkrankung), rückt die nächste Person auf der Liste vor. Sollte einmal innerhalb der Eurotransplant-Region kein geeigneter Empfänger vorhanden sein, setzt sich Eurotransplant mit einer seiner Schwesterorganisationen wie z. B. UK Transplant oder Scandiatransplant in Verbindung.“<sup>142</sup>

Organe die materiell entgolten wurden, dürfen nicht durch Eurotransplant vermittelt werden, da hierbei ein Organhandel vorliegen würde. Gemäß § 17 TPG ist es verboten mit Organen und Geweben Handel zu treiben. Wer gegen dieses Verbot verstößt, wird nach § 18 Abs. 1 TPG mit einer Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

### **3.8 Transplantationsregister**

Das Transplantationsgesetz beinhaltet im Abschnitt 5a (§§ 15a bis 15i) Regelungen zum Transplantationsregister. Es soll zur Verbesserung der Datengrundlage für die transplantationsmedizinische Versorgung und Forschung sowie zur Erhöhung der Transparenz und Qualität in der Transplantationsmedizin dienen (vgl. § 15a Abs. 1 TPG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragen gemäß § 15b Abs. 1 TPG eine geeignete Stelle als Transplantationsregisterstelle. In Deutschland gibt es derzeit noch keine zentrale Einrichtung, welche die Daten der Spender und Empfänger sowie über die Organspende und Transplantationen zusammenführt. Durch die Zusammenführung dieser Daten in einem einheitlichen Register kann jedoch eine „verlässliche Grundlage geschaffen [werden], um die Transplantationsmedizin weiter zu verbessern und die Patientensicherheit in Deutschland zu erhöhen. So kann das Register beispielsweise fundierte Informationen darüber liefern, welches Spenderorgan für welchen Organempfänger am besten geeignet wäre.“<sup>143</sup>

Das Transplantationsregister besteht aus der Transplantationsregisterstelle (§ 15b TPG) und einer davon unabhängigen Vertrauensstelle (§15c TPG). Bei der Transplantationsregisterstelle wird darüber hinaus ein Fachbeirat (§ 15d TPG) eingerichtet, welcher die Transplantationsregisterstelle und die Vertrauensstelle berät und unterstützt.

Die Daten der Patienten bzw. Organspender und -empfänger werden nur mit deren Einwilligung in das Transplantationsregister übermittelt (vgl. § 15e Abs. 6 TPG). Ein direkter Personenbezug soll nach der Speicherung der Daten nicht mehr hergestellt werden können, das heißt, dass auch die Angaben auf dem Organspendeausweis nicht erfasst werden (vgl. § 15e Abs. 8 TPG).

---

<sup>142</sup> BZgA: Organspende – Eine persönliche und berufliche Herausforderung, S. 58 f.

<sup>143</sup> Geschäftsstelle der Transplantationsregisterstelle: Über das Transplantationsregister.

## 4 Organspende in Deutschland

### 4.1 Entscheidungsmöglichkeiten

Nicht jedes Land hat die Entscheidungsmöglichkeit zum Thema Organspende gleich geregelt. „Während in Deutschland die Entscheidungslösung gilt [siehe 4.1.2], haben andere Länder unterschiedliche gesetzliche Regelungen der Organ- und Gewebespende. Sie regeln, wann und unter welchen Umständen die Organe oder Gewebe einer verstorbenen Person entnommen werden dürfen.“<sup>144</sup> Die Regelungen zur Organ- und Gewebespende gelten in der Regel nicht nur für die jeweiligen Staatsangehörigen des Landes, sondern auch für alle Menschen, die sich gerade in dem Land aufhalten.<sup>145</sup> Verstirbt also beispielsweise ein Deutscher in Frankreich, wird für ihn das französische Recht und somit die in Frankreich geltende Regelung zur Organ- und Gewebespende (Widerspruchslösung) angewendet.

Die am häufigsten vorkommenden Regelungen sind die Zustimmungslösung (siehe 4.1.1), die Entscheidungslösung (siehe 4.1.2) und die Widerspruchslösung (siehe 4.1.3).

#### 4.1.1 Zustimmungslösung

Die Zustimmungslösung sieht vor, dass Organe und Gewebe einer verstorbenen Person nur dann entnommen werden dürfen, wenn diese Person zu Lebzeiten der Organspende zugestimmt hat. Liegt diese Zustimmung nicht vor, dürfen folglich auch keine Organe oder Gewebe entnommen werden. Bei der Zustimmungslösung gibt es keinen Entscheidungszwang, das heißt, dass jede Person frei darin ist, eine Entscheidung über die Organspende zu treffen oder nicht. Innerhalb des Eurotransplan-Verbunds gibt es keine reine Zustimmungslösung. „In diesen Ländern gilt die so genannte erweiterte Zustimmungslösung. Das heißt: Falls keine Dokumentation der Entscheidung der verstorbenen Person vorliegt, werden die nächsten Angehörigen oder Bevollmächtigten im Fall der Fälle gebeten, im Sinn der verstorbenen über eine Organ- und Gewebespende zu entscheiden.“<sup>146</sup> Innerhalb Europas gilt die erweiterte Zustimmung beispielsweise in Dänemark, der Schweiz, in Irland, Island, Litauen, Rumänien und in Teilen des Vereinigten Königreichs.<sup>147</sup>

---

<sup>144</sup> BZgA: Die Entscheidungslösung in Deutschland und gesetzliche Regelungen in anderen europäischen Ländern.

<sup>145</sup> Vgl. ebd.

<sup>146</sup> Ebd.

<sup>147</sup> Vgl. ebd.

#### 4.1.2 Entscheidungslösung

In der Bundesrepublik Deutschland wird die Organ- und Gewebespende über die sogenannte Entscheidungslösung geregelt. Das heißt, dass Organe und Gewebe einer Person nur dann nach dem Tod entnommen werden dürfen, wenn diese Person zu Lebzeiten einer Entnahme zugestimmt hat. Sollte keine entsprechende Entscheidung der verstorbenen Person vorliegen, werden die nächsten Angehörigen danach gefragt und darum gebeten, eine Entscheidung zu treffen (siehe 3.5.1.1).

Die Entscheidungslösung ist insofern eine Abwandlung der (erweiterten) Zustimmungslösung, als dass die Bürger „regelmäßig mit neutralen und ergebnisoffenen Informationen versorgt werden, damit sie eine sichere Entscheidung für oder gegen die Organ- und Gewebespende treffen können.“<sup>148</sup> Dadurch sollen die Bürger in ihrer persönlichen Entscheidungsfindung unterstützt und begleitet werden. „Um das zu gewährleisten, erhalten alle bei einer deutschen Krankenversicherung versicherten Menschen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr alle zwei Jahre Informationsmaterialien sowie den Organspendeausweis kostenfrei zugeschickt.“<sup>149</sup>

In Europa ist Deutschland derzeit das einzige Land, in dem die Entscheidungslösung gilt.

#### 4.1.3 Widerspruchslösung

Eine weitere Lösungsmöglichkeit im Zusammenhang mit der Organ- und Gewebespende ist die sogenannte Widerspruchslösung. Diese Regelung findet in den meisten europäischen Ländern Anwendung (Belgien, Bulgarien, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Türkei und Ungarn)<sup>150</sup>

Die Widerspruchslösung geht vom umgekehrten Prinzip der Zustimmungslösung aus: Jede Person, die sich zu Lebzeiten nicht gegen eine Organ- oder Gewebespende ausspricht, ihr also nicht widerspricht, wird automatisch ein potenzieller Organ- bzw. Gewebespende. Der Widerspruch kann beispielsweise in einem Widerspruchsregister festgehalten werden. „In einigen Ländern haben die Angehörigen das Recht, einer Organentnahme bei der verstorbenen Person zu widersprechen, sollte keine Entscheidung der verstorbenen Person vorliegen.“<sup>151</sup>

---

<sup>148</sup> BZgA: Die Entscheidungslösung in Deutschland und gesetzliche Regelungen in anderen europäischen Ländern.

<sup>149</sup> Ebd.

<sup>150</sup> Vgl. ebd.

<sup>151</sup> Ebd.

## **4.2 Möglichkeiten zur Dokumentation der persönlichen Entscheidung**

Im Folgenden werden die verschiedenen Alternativen zur Dokumentation der persönlichen Entscheidung zur Organspende vorgestellt.

### **4.2.1 Organspendeausweis**

In Deutschland kann man sich nach geltendem Recht für oder gegen eine Organ- und Gewebespende entscheiden oder diese Entscheidung auf eine andere Person übertragen. Zur Dokumentation dieser persönlichen Entscheidung dient der Ausweis für die Erklärung zur Organ- und Gewebespende nach § 2 Abs. 1 Satz 2 TPG. Dieser Ausweis wird als Organspendeausweis bezeichnet und ist ein offizielles und rechtsgültiges Dokument. Personen die einen solchen Ausweis ausgefüllt haben, können somit sicherstellen, dass im Falle einer Organspende entsprechend in ihrem Sinne verfahren wird. Hilfreich ist es daher, den Ausweis immer bei den Personalpapieren mit sich zu führen bzw. seinen Angehörigen die persönliche Entscheidung und ggf. den Aufbewahrungsort des Organspendeausweises mitzuteilen.<sup>152</sup> Im Übrigen kann auch ein Hinweis in der Geldbörse hinterlegt werden, wo der Organspendeausweis gefunden werden kann.<sup>153</sup>

#### **4.2.1.1 Zugang zum Organspendeausweis**

Ein Organspendeausweis ist stets kostenfrei erhältlich. Es bestehen mehrere Möglichkeiten einen Organspendeausweis zu erhalten. Dieser kann beispielsweise online bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen Stiftung Organtransplantation oder dem Bundesministerium für Gesundheit ausgefüllt, als PDF-Datei heruntergeladen und gespeichert sowie ausgedruckt, aber auch bestellt werden. Die dabei eingegebenen Daten werden nicht registriert. Der Organspendeausweis kann in Form einer Plastikkarte (im Scheckkartenformat) oder als Papierdokument verwendet werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich diverse Informationsmaterialien zum Thema Organspende online zu bestellen. In verschiedenen Heften und Broschüren sind Organspendeausweise direkt enthalten. Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung lässt sich der Organspendeausweis aktuell in 28 Fremdsprachen<sup>154</sup> als PDF-Datei herunterladen<sup>155</sup>.

Über das Infotelefon Organspende können ebenfalls Organspendeausweise angefordert werden. Außerdem stellen die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungs-

---

<sup>152</sup> Vgl. BZgA: Antworten auf Wichtige Fragen, S. 50.

<sup>153</sup> Vgl. BZgA: Meine Erklärung zur Organ- und Gewebespende, S. 47.

<sup>154</sup> Arabisch, Bulgarisch, Dänisch, Englisch, Estnisch, Finnisch, Französisch, Griechisch, Irisch, Italienisch, Kroatisch, Lettisch, Litauisch, Maltesisch, Niederländisch, Niedersorbisch, Obersorbisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Schwedisch, Slowakisch, Slowenisch, Spanisch, Tschechisch, Türkisch und Ungarisch.

<sup>155</sup> Vgl. BZgA: Der Organspendeausweis in verschiedenen Sprachen.

unternehmen ihren versicherten Personen und Mitgliedern, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, nach § 2 Abs. 1a TPG Organspendeausweise zur Verfügung und informieren in regelmäßigen Abständen über die Thematik.

Darüber hinaus sind die Ausweise auch in Einwohnermeldeämtern, Krankenhäusern, Apotheken und bei verschiedenen Ärzten erhältlich.<sup>156</sup>

#### 4.2.1.2 Inhalt eines Organspendeausweises

Der Organspendeausweis enthält die persönliche Erklärung zur Organ- und Gewebespende. Nach § 2 Abs. 2 TPG kann eine Person in eine Organ- und Gewebeentnahme einwilligen, dieser widersprechen oder die Entscheidung einer namentlich benannten Person seines Vertrauens übertragen. Dabei kann die Erklärung ausdrücklich auf bestimmte Organe beschränkt werden. „Das Ausfüllen des Organspendeausweises ist nicht an die Volljährigkeit gebunden.“<sup>157</sup> Der Widerspruch zur Organ- und Gewebespende kann gemäß § 2 Abs. 2 Satz 3 TPG ab dem vollendeten 14. Lebensjahr, die Einwilligung und Übertragung der Entscheidung ab dem vollendeten 16. Lebensjahr erklärt werden. Eine Pflicht zur Abgabe der Erklärung zur Organ- und Gewebespende gibt es nach § 2 Abs. 2a TPG nicht.

Abbildung 10 – Organspendeausweis (Vorderseite)

The image shows the front side of an organ donation certificate form. It has a blue header with the text 'Organspendeausweis' and 'nach § 2 des Transplantationsgesetzes'. To the right is the German national eagle emblem. Below the header, the word 'Organspende' is written in large, light orange letters. The form contains several input fields: 'Name, Vorname' and 'Geburtsdatum' in the first row, and 'Straße' and 'PLZ, Wohnort' in the second row. At the bottom left is the logo for 'BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung'. At the bottom right is the logo for 'Organspende schenkt Leben.' Below the logos, there is a line of text: 'Antwort auf Ihre persönlichen Fragen erhalten Sie beim Infotelefon Organspende unter der gebührenfreien Rufnummer 0800 / 90 40 400.'

Auf der Vorderseite des Organspendeausweises sind die personenbezogenen Daten einzutragen (Name, Vorname, Geburtsdatum und Adresse).

<sup>156</sup> Vgl. BZgA: Meine Erklärung zur Organ- und Gewebespende, S: 46.

<sup>157</sup> Ebd., S. 44.

**Abbildung 11 – Organspendeausweis (Rückseite)**

**Erklärung zur Organ- und Gewebespende**

Für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben zur Transplantation in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, dass nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meinem Körper Organe und Gewebe entnommen werden.

oder  JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

oder  JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

oder  NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben.

oder  Über JA oder NEIN soll dann folgende Person entscheiden:

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Platz für Anmerkungen/Besondere Hinweise \_\_\_\_\_

DATUM \_\_\_\_\_ UNTERSCHRIFT \_\_\_\_\_

Auf der Rückseite erfolgt die Erklärung zur Organ- und Gewebespende. Hier stehen fünf Entscheidungsmöglichkeiten zur Auswahl, wovon letztlich eine auszuwählen und anzukreuzen ist:

1. Einer Entnahme von Organen und Geweben wird uneingeschränkt zugestimmt.
2. Einer Entnahme von Organen/Geweben wird zugestimmt, aber es werden bestimmte Organe/Gewebe ausgeschlossen. Diese müssen ausdrücklich benannt werden.
3. Die Erlaubnis für die Entnahme von Organen/Geweben wird nur für bestimmte Organe/Gewebe erteilt. Diese müssen ausdrücklich benannt werden.
4. Die Entnahme von Organen und Geweben wird gänzlich abgelehnt.
5. Die Entscheidung über die Entnahme von Organen/Geweben wird auf eine andere Person übertragen. Der Name sowie der Vorname dieser Person müssen, die übrigen persönlichen Daten (Adresse und Telefonnummer) sollten auf dem Ausweis notiert werden. Darüber hinaus sollte diese Person vorher darüber informiert werden.

Zusätzlich befindet sich eine Zeile für Anmerkungen oder besondere Hinweise auf dem Organspendeausweis. Letztlich muss dieser mit dem Datum und der eigenhändigen Unterschrift versehen werden. Erst dann ist er gültig.

#### **4.2.2 Patientenverfügung**

Neben der Option die Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende mit Hilfe eines Organspendeausweises zu dokumentieren, besteht alternativ die Möglichkeit, diese auch in einer Patientenverfügung festzuhalten.

Durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, welches 2009 in Kraft getreten ist, ist die gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung gegeben. Dieses Betreuungsrechtsänderungsgesetz vom 29. Juli 2009 beinhaltet die Aufnahme des § 1901a zur Patientenverfügung in das Bürgerliche Gesetzbuch. Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) definiert demnach in § 1901a was eine Patientenverfügung ist. Nach Absatz 1 kann ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festlegen, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt. Auch Anweisungen zur Auslegung und Umsetzung der Patientenverfügung können schriftlich festgehalten werden.<sup>158</sup> Für Ärzte ist die Patientenverfügung damit „eine rechtlich verbindliche Willenserklärung.“<sup>159</sup> Mit einer Patientenverfügung kann somit das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende gewahrt werden. Mit einer entsprechenden Vollmacht kann festgelegt werden, welche Vertrauensperson mit der Durchsetzung der Patientenverfügung beauftragt wird, da die Familienangehörigen nicht automatisch als Vertreter agieren können.<sup>160</sup>

Ebenso wie beim Organspendeausweis ist es sinnvoll, einen Hinweis bei sich zu tragen, wo die Patientenverfügung zu finden ist. Diese „sollte so verwahrt werden, dass insbesondere [...] Ärzte, Bevollmächtigte, [...] Betreuer, aber gegebenenfalls auch das Betreuungsgericht, möglichst schnell und unkompliziert Kenntnis von der Existenz und vom Aufbewahrungsort [der] Patientenverfügung erlangen könnten.“<sup>161</sup>

Eine Patientenverfügung ist wirksam, wenn neben den Krankheitszuständen auch der jeweilige Wille konkret beschrieben wird.<sup>162</sup> Außerdem sollte sie immer die personenbezogenen Daten enthalten (Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift). Die Patientenverfügung muss schriftlich verfasst und mit Datum und der eigenhändigen Unterschrift versehen sein. Außerdem kann eine notarielle Beglaubigung erfolgen. Auch mündliche Willensäußerungen sind für Ärzte bindend.<sup>163</sup>

Die Patientenverfügung und der Organspendeausweis schließen sich nicht gegenseitig aus. Für die Ärzte ist rechtlich und ethisch immer der Wille des Patienten bzw. des Verstorbenen maßgeblich. Bei der Ermittlung des Patientenwillens müssen also auch beide Varianten berücksichtigt werden, sofern eine Person beide Erklärungen abgegeben hat. Dabei hat keines der beiden Dokumente einen generellen Vorrang.<sup>164</sup> Folglich ist es sinnvoll, sich bezüglich der Erstellung einer Patientenverfügung von fachkundigen

---

<sup>158</sup> Vgl. BZgA: Meine Erklärung zur Organ- und Gewebespende, S. 51.

<sup>159</sup> Ebd., S. 52.

<sup>160</sup> Vgl. ebd., S. 51.

<sup>161</sup> BZgA: Pflegeprofessionalität im Organspendeprozess, S. 14.

<sup>162</sup> Vgl. BZgA: Meine Erklärung zur Organ- und Gewebespende, S. 51.

<sup>163</sup> Vgl. ebd., S. 52.

<sup>164</sup> Vgl. ebd., S. 57.

Personen, wie z. B. Ärzten oder Notaren beraten zu lassen, damit die Inhalte des Organspendeausweises und der Patientenverfügung letztlich auch übereinstimmen.

#### 4.2.3 Informationskarte Verfügungen

Eine zusätzliche Möglichkeit, um auf seine persönlichen Verfügungen und Entscheidungen hinzuweisen, bietet die „Informationskarte Verfügungen“ der BZgA.

Abbildung 12 – Informationskarte Verfügungen (Vorderseite)<sup>165</sup>

**Hausarzt**

Praxis  
  
 Name, Vorname  
  
 Straße  
  
 PLZ, Ort  
  
 Telefon  
  
 E-Mail

**Bemerkungen**

**Informationskarte Verfügungen**

Herausgeberin: BZgA, 50819 Köln  
 Druck: Warlich Druck Meckenheim GmbH  
 Best.-Nr.: 60284001 | Auflage: 1.220.11.19

**BZgA**  
 Bundeszentrale  
 für  
 gesundheitliche  
 Aufklärung

**DEUTSCHER  
 HAUSÄRZTEVERBAND**

Abbildung 13 – Informationskarte Verfügungen (Rückseite)<sup>166</sup>

**Persönliche Daten**

Name, Vorname  
  
 Geburtsdatum  
  
 Straße  
  
 PLZ, Ort  
  
 Telefon  
  
 E-Mail

**Verfügungen**

Ich habe eine/n

- Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- Organspendeausweis

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Sonstiges**

**Zugang zu den Originalen meiner Verfügungen hat**

Name, Vorname oder Institution  
  
 Geburtsdatum  
  
 Straße  
  
 PLZ, Ort  
  
 Telefon  
  
 E-Mail

Die Informationskarte ist ein Falblatt, welches man kostenlos bestellen oder als PDF-Datei herunterladen kann. Dieses Falblatt passt in die Geldbörse und sollte dort auch aufbewahrt bzw. mit sich geführt werden. Auf dieser Karte kann man ankreuzen, ob man eine Vorsorgevollmacht, eine Patientenverfügung oder einen Organspendeausweis besitzt. Die persönlichen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse usw.) sollten

<sup>165</sup> BZgA: Informationskarte Verfügungen (6-Seiter).

<sup>166</sup> Ebd.

ebenfalls eingetragen werden. Außerdem können die Kontaktdaten der Person notiert werden, welche Zugang zu den entsprechenden Verfügungen hat bzw. welche im Notfall informiert werden soll. Die Informationskarte bietet die Möglichkeit, die Kontaktdaten des eigenen Hausarztes einzutragen und darüber hinaus enthält sie Platz für sonstige Bemerkungen (z. B. einzunehmende Medikamente).

## 5 Aktueller Diskussionsstand

Für die meisten Menschen kostet die Auseinandersetzung mit Themen wie Krankheit oder Tod und in Verbindung damit der Organspende einiges an Überwindung. Oftmals werden die Gedanken unmittelbar wieder verworfen und die persönliche Positionierung wird vor sich hergeschoben. Dabei wird allerdings häufig vergessen, dass jede Person jederzeit durch z. B. eine Krankheit oder einen Unfall in die Situation geraten kann, in der ein Spenderorgan über das Über- und Weiterleben entscheidet.

Laut Jahresbericht der DSO aus dem Jahr 2018 wurden 3.113 Organe postmortal gespendet. Gleichzeitig wurden jedoch insgesamt 9.697 Organe benötigt (Warteliste Deutschland, Stand 31.12.2018). Von dieser Warteliste mussten letztlich 901 Namen gestrichen werden, da 82 Herzen, 70 Lungen, 427 Nieren, 288 Lebern und 34 Bauchspeicheldrüsen gefehlt haben, um das Leben dieser 901 Menschen zu retten. „Im vergangenen Jahr haben in Deutschland 932 Menschen nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe für eine Transplantation gespendet. Damit hat sich die Zahl der Organspender annähernd auf dem Niveau von 2018 (955 Organspender) gehalten. Der deutliche Anstieg vom vorletzten Jahr [(Anstieg der Organspender um 19,8 % von 2017 auf 2018)] hat sich demnach nach vielen Jahren des Rückgangs der Organspende konsolidiert. Allerdings bildet Deutschland mit einer bundesdurchschnittlichen Spenderrate von 11,2 Spendern pro eine Million Einwohner nach wie vor eines der Schlusslichter im internationalen Vergleich.“<sup>167</sup> „Im Vergleich zu anderen Mitgliedsstaaten des Eurotransplan-Verbands ist Deutschland das Land mit den meisten Patientinnen und Patienten auf der Warteliste.“<sup>168</sup>

Das Ziel und die Aufgabe der Politik ist es, diese Situation zu verbessern und durch neue Regelungen für mehr Menschen die Chancen auf ein überlebensnotwendiges Spenderorgan zu verbessern. Aber auch die Gesellschaft kann einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der aktuellen Lage in Deutschland leisten.

### 5.1 Argumente der Befürworter und Gegner der Organspende

Um sich persönlich zu der komplexen Thematik der Organspende zu positionieren, werden häufig zunächst die Gründe dafür und dagegen gegeneinander abgewogen. Hierbei lassen sich neben medizinischen und juristischen vor allem auch ethische Aspekte diskutieren. „Zentrale Themen der ethischen Debatte betreffen den Begriff und Zeitpunkt des Todes, Kriterien der gerechten Organallokation und die Freiwilligkeit der

---

<sup>167</sup> DSO: Zahl der Organspender 2019 nahezu unverändert.

<sup>168</sup> BZgA: Statistiken zur Organspende für Deutschland und Europa.

Organspende.“<sup>169</sup> Die nachfolgende Erörterung der einzelnen Argumente stellt lediglich einen Auszug dar und kann daher nicht als abschließend angesehen werden.

### 5.1.1 Was für eine Organspende spricht

Waren es im Jahr 2012 noch 22 Prozent der deutschen Bevölkerung, so besaßen im Jahr 2018 bereits 36 Prozent einen Organspendeausweis. Dies geht aus einer Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hervor. Auch wenn die Zahl 36 zunächst einen relativ geringen Wert darstellen mag, haben ca. 84 Prozent der Befragten in Deutschland eine positive Einstellung zum Thema Organ- und Gewebespende.<sup>170</sup>

Für viele Menschen ist die Bereitschaft zur Organspende eine Selbstverständlichkeit. Im Falle des eigenen Todes kann einer anderen Person über eine Organspende zu einem verlängerten Leben oder über eine Gewebespende zu einem besseren Leben verholfen werden. Die oftmals altruistische Denkweise dieser Personen ist davon geprägt, eine uneigennützig und selbstlose Entscheidung zu treffen und letztlich anderen Menschen helfen und „dem Tod damit einen Sinn“<sup>171</sup> geben zu wollen.

Personen die sich ausdrücklich für die Organ- und Gewebespende entscheiden und aussprechen, nehmen ihr Selbstbestimmungsrecht insofern wahr, als dass sie dazu bereit sind, Teile ihres Körpers nach ihrem Tod zu spenden. Personen die sich jedoch gegen eine Organspende nach ihrem Tod oder auch zu Lebzeiten entscheiden, machen allerdings ebenfalls von ihrem Selbstbestimmungsrecht gebrauch.

Häufig wird im Zusammenhang mit dem Thema Organspende geäußert, dass es einer Person schlichtweg gleich sei, was mit ihrem Körper nach dessen Tod passiert. In einem Interview mit dem Magazin *entscheiden*. spricht sich auch der bekannte Journalist und Nachrichtenmoderator Peter Kloeppele positiv für die Organspende aus: „Mein Körper hat nach meinem Ableben keine Funktion mehr und ob ich nun ohne Herz oder Lunge oder Leber begraben werde, spielt für mich keine Rolle – für einen Empfänger und seine Angehörigen aber umso mehr.“<sup>172</sup> Diese Ansicht wird von vielen Befürwortern der Organspende geteilt.

Ein weiteres Argument für die Organspende steht vor dem Hintergrund des „Geben und Nehmens“. Jeder Mensch kann zu jederzeit selbst auf ein passendes Spenderorgan angewiesen sein. Dieser Gedanke regt Menschen zum Nachdenken an und letztlich

---

<sup>169</sup> Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften: Organtransplantation, III. Ethische Aspekte.

<sup>170</sup> Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: Pressemitteilungen – Neue Daten der BZgA-Repräsentativbefragung.

<sup>171</sup> Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende, Stellungnahme, S.140.

<sup>172</sup> BZgA: *entscheiden*. – Das Magazin zur Organ- und Gewebespende, Ausgabe Januar 2020, S. 28.

entscheiden sich diese häufig für das entsprechende Kreuz auf dem Organspendeausweis, weil sie hoffen, dass sie im Ernstfall selbst ein Organ erhalten können.

Bei der Entscheidungsfindung wird außerdem an die Angehörigen gedacht. Diesen soll es schließlich nicht zugemutet werden, nach dem Tod einer verwandten oder einer nahestehenden Person über deren Körper entscheiden zu müssen.

### **5.1.2 Weshalb die Organspende abgelehnt wird**

Die Thematik der Organ- und Gewebetransplantation wäre nicht so umstritten, gäbe es nicht breitgefächerte Argumente von Organspendekritikern.

Ein ausschlaggebendes Kriterium für eine Entscheidung gegen eine Organspende ist die „Verunsicherung über den tatsächlichen Todeszeitpunkt“<sup>173</sup>. Die Bevölkerung ist dahingehend schlichtweg zu wenig aufgeklärt. Der Hirntod wird daher oftmals mit dem Herztod gleichgesetzt oder verwechselt. Über das Hirntodkriterium wird seit jeher kontrovers diskutiert. Während Befürworter des Kriteriums anführen, „dass mit dem Ausfall der Hirnfunktionen die den Menschen konstituierende körperlich-geistige Einheit für immer zerstört sei“<sup>174</sup>, gehen „Gegner des Hirntods als allgemeines Todeskriterium [...] indes davon aus, dass der Hirntod nur ein Zustand auf dem Weg zum Tod sei, in einer Phase, die noch dem erlöschenden Leben zugerechnet werden müsse.“<sup>175</sup>

Die Zulässigkeitsvoraussetzungen für eine Organspende sind häufig unbekannt oder nur in Form eines „gefährlichen Halbwissens“ in den Köpfen der Menschen verankert. Dass der Hirntod beispielsweise nach einem streng vorgeschriebenen Verfahren durch zwei voneinander unabhängige Ärzte festgestellt werden muss, führt teilweise zum Erstaunen. Es fehlt hier letztlich am Vertrauen in die Hirntoddiagnostik.<sup>176</sup>

„Ein weiterer Hinderungsgrund einen Organspendeausweis auszufüllen und bei sich zu tragen, mag die unterschwellige Angst sein, im Falle einer akuten Hirnschädigung und der Notwendigkeit einer Intensivbehandlung primär schon als ‚Organspender‘ und nicht als ‚Patient‘ betrachtet zu werden, und damit nicht mehr allen therapeutischen Möglichkeiten zugeführt zu werden.“<sup>177</sup> Hier besteht die Befürchtung, dass der eigene Körper „instrumentalisiert und zur Sache reduziert bzw. degradiert“<sup>178</sup> wird.

---

<sup>173</sup> Kalitzkus: Dein Tod, mein Leben, S. 78.

<sup>174</sup> Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften: Organtransplantation, III. Ethische Aspekte.

<sup>175</sup> Ebd.

<sup>176</sup> Vgl. Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende, Stellungnahme, S.141.

<sup>177</sup> Henne-Bruns: Klinische und ethische Probleme der Organtransplantation. in: Münk: Organtransplantation, S. 33.

<sup>178</sup> Bondolfi, Alberto: Transplantationsmedizin in der ethischen Diskussion. In: Münk: Organtransplantation, S. 68.

Auch die Angst vor Organhandel oder Missbrauchsbedürfnissen werden als Motive für eine Ablehnung angegeben.<sup>179</sup> Auch die Unwissenheit darüber, was mit den eigenen Organen geschieht, kann ein Ablehnungsgrund darstellen.

Angehörige eines Verstorbenen entscheiden sich „im Zweifelsfall eher ablehnend [...], da sie selbst mit der Belastung einer potentiellen Fehlentscheidung später umgehen und leben müssen.“<sup>180</sup> Bevor man sich in der Ausnahmesituation als Angehöriger zu einer Entscheidung genötigt fühlt und diese im Nachhinein gegebenenfalls sogar bereut, wird eher die Ablehnung der Organspende ausgesprochen.

Im Jahr 2012 wurde in Deutschland der Organspendeskandal bekannt. In mehreren Kliniken wurden Daten manipuliert, um Patienten bei der Vergabe von Organen zu bevorzugen. Die Manipulation von Daten schreckt Menschen ebenfalls ab, wodurch sie sich eher gegen die Organspende entscheiden.

## **5.2 Bundestagsdebatte zur Zukunft der Organspende in Deutschland**

Wie bereits in Punkt 4.1.2 erwähnt, gilt in Deutschland derzeit die Entscheidungslösung. Bereits in den letzten zehn Jahren wurde immer wieder diskutiert, ob diese Regelung noch zeitgemäß ist. Am 16. Januar 2020 debattierte der Deutsche Bundestag in seiner 140. Sitzung über einen Gesetzesentwurf zur Regelung der doppelten Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz von den Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach (SPD), Dr. Georg Nüßlein (CDU/CSU), Dr. Petra Sitte (Die Linke), Jens Spahn (CDU/CSU) und weiteren Abgeordneten sowie einen weiteren Gesetzesentwurf zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende. Dazu gab es insgesamt 24 Redebeiträge verschiedener Abgeordneter mit diversen Ansichten und Argumenten für oder gegen die Einführung der doppelten Widerspruchslösung, welche im folgenden Verlauf beispielhaft aufgeführt werden sollen.

### **5.2.1 Für die Widerspruchslösung**

Im Diskurs über die Einführung der Widerspruchslösung wird die Situation in Deutschland immer wieder mit denen anderer europäischer Länder verglichen. In 22 Ländern wurde im Laufe der letzten Jahre die Widerspruchslösung eingeführt. Seitdem sind die Spenderzahlen gestiegen. „In all diesen Ländern [sei] die Erkenntnis gereift, dass Aufklärungskampagnen und verbesserte Strukturen in den Krankenhäusern zwar notwendig, aber nicht hinreichend sind, um die Zahl der Organspenden zu erhöhen.“<sup>181</sup>

---

<sup>179</sup> Vgl. Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende, Stellungnahme, S.141 f.

<sup>180</sup> Henne-Bruns: Klinische und ethische Probleme der Organtransplantation. in: Münk: Organtransplantation, S. 34.

<sup>181</sup> Deutscher Bundestag: Plenarprotokoll 19/140, S. 25.

Für den Abgeordneten Dr. Karl Lauterbach (SPD) sei es „unethisch, ein Organ nehmen zu wollen, aber nicht bereit zu sein, zumindest Nein zu sagen, wenn man nicht bereit ist, zu spenden.“<sup>182</sup>

„Man macht [bei der Widerspruchslösung] nicht mehr von seinem Recht auf Zustimmung Gebrauch, sondern von seinem Recht auf Widerspruch“<sup>183</sup>, führt Dr. Hermann Otto Solms (FPD) aus. Für ihn stellt die Widerspruchslösung keine Einschränkung der persönlichen Entscheidungsfreiheit dar, da auch das Recht auf Widerspruch gelebte Freiheit ist.

Auch für den Abgeordneten Thomas Oppermann (SPD) stellt die Widerspruchslösung keine Beeinträchtigung des Selbstbestimmungsrechts der Menschen dar, vielmehr Sorge die Regelung für die Nutzung des Selbstbestimmungsrechts. Es sei, auch nach der Auffassung des deutschen Ethikrates zulässig, verhältnismäßig und zumutbar, einen formlosen Widerspruch zu verlangen, der weder begründet noch gerechtfertigt werden muss.<sup>184</sup> Die Widerspruchsregelung mache die Organspende zum gesetzlichen Regelfall und zur gesellschaftlichen Normalität und damit aus dem Paradigmenwechsel ein Einstellungswechsel.

Die Abgeordnete Gitta Connemann (CDU/CSU) plädiert für die Widerspruchslösung: „Die Entscheidung kann jederzeit widerrufen werden, ohne Angabe von Gründen. In Zweifelsfällen werden die Angehörigen befragt, ob ihnen ein Widerspruch bekannt ist. Das ist die doppelte Widerspruchslösung.“<sup>185</sup>

Angehörigen sollte die Last genommen werden, über den Willen eines Verstorbenen zu entscheiden, obwohl sie diesen Willen im Zweifelsfall gar nicht kennen. Daher wird die Organspende oft intuitiv abgelehnt. Darüber hinaus ginge es nach dem Abgeordneten und Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU/CSU) „nicht um das Recht der Angehörigen auf Entscheidung, sondern [...] um den Willen des Verstorbenen“<sup>186</sup>.

## 5.2.2 Gegen die Widerspruchslösung

Die Gegner der Widerspruchslösung sehen in dieser einen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen oder eine „faktische Enteignung des menschlichen Körpers“<sup>187</sup>. Die Organspende soll „ein aktiver, freiwilliger und selbstbestimmter Akt von Menschen [bleiben], die in einem Höchstmaß von Solidarität für andere Menschen etwas geben“<sup>188</sup>, meint die Abgeordnete Hilde Matheis (SPD). Bei der Widerspruchslösung

---

<sup>182</sup> Deutscher Bundestag: Plenarprotokoll 19/140, S. 11.

<sup>183</sup> Ebd., S. 15.

<sup>184</sup> Vgl. ebd., S. 21.

<sup>185</sup> Ebd., S. 23.

<sup>186</sup> Ebd., S. 35.

<sup>187</sup> Ebd., S. 12.

<sup>188</sup> Ebd., S. 11.

würde auch den Angehörigen die Möglichkeit genommen werden, den Willen des Verstorbenen zu artikulieren – damit degradiere man sie zu Zeugen.

Bei der Widerspruchslösung würden Menschen zu einer Entscheidung gezwungen und die persönliche Angst vor der Thematik würde ignoriert werden. Außerdem gäbe es einige Menschen, die die Informationen einer möglichen Gesetzesänderung hin zur Widerspruchslösung nicht erreicht oder die zu einer Entscheidung nicht in der Lage sind, wie z. B. wohnungslose Menschen, Analphabeten, Menschen mit Depressionen oder solche, die die deutsche Sprache nicht beherrschen.<sup>189</sup>

Die Entscheidung für oder gegen eine Organspende könne nicht innerhalb eines Tages getroffen werden. In der Zeit der Entscheidungsfindung, in der man sich mit dem Thema auseinandersetzt, dürfe man nicht automatisch Organspender nach der Widerspruchslösung werden. Zudem könnten Ärzte bei der Transplantation vor einer Dilemmasituation stehen, da sie letztlich nicht wüssten, ob eine Zustimmung vorliegt oder nicht.<sup>190</sup> Schweigen dürfe in diesen Fällen nicht als Zustimmung gelten.

Aus Sicht des Abgeordneten Thomas Rachel (CDU/CSU) sei es „zutiefst problematisch, wenn die Verfügungshoheit über die eigene körperliche Unversehrtheit erst und nur durch einen Widerspruchsakt zurückgewonnen werden kann. Das veränder[e] das Verhältnis zwischen Staat und Bürger grundlegend.“<sup>191</sup>

Mehrfach wird betont, dass ein Vergleich mit dem „Organspendeweltmeister“<sup>192</sup> Spanien nicht möglich sei, da die Zahl der Organspenden erst anstieg, nachdem dort die Abläufe und Strukturen geändert wurden. Die seit 1979 geltende Widerspruchslösung allein habe nicht zu einem Anstieg geführt. Für die Gegner der Widerspruchslösung muss letztlich nicht die Lösungsmöglichkeit, sondern vielmehr die Organisationsstruktur der Organspende in Deutschland geändert werden. Außerdem biete sie keine Garantie dafür, dass die Spenderzahl letztlich steigen würde.<sup>193</sup>

### **5.2.3 Entscheidung des Parlaments**

In einem Punkt waren sich wohl alle Abgeordneten des Deutschen Bundestages einig: die Organspendesituation, der Status Quo, muss verbessert werden und die Zahl der Organspenden in Deutschland soll steigen.

In der fraktionsoffenen und namentlichen Abstimmung stimmten 292 Abgeordnete für und 379 Abgeordnete gegen die Regelung der doppelten Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz. Bei der Abstimmung gab es drei Enthaltungen. Somit erhielt dieser

---

<sup>189</sup> Vgl. Deutscher Bundestag: Plenarprotokoll 19/140, S. 19.

<sup>190</sup> Vgl. ebd., S. 17.

<sup>191</sup> Ebd., S. 22.

<sup>192</sup> Ebd., S. 23.

<sup>193</sup> Vgl. ebd., S. 19.

Gesetzesentwurf keine Mehrheit, wodurch sowohl die dritte Beratung und die Schlussabstimmung entfiel.

Für den konkurrierenden Gesetzesentwurf und damit die sogenannte Entscheidungslösung votierten 432 Abgeordnete, 200 Abgeordnete stimmten dagegen und 37 Abgeordnete enthielten sich.

„Damit wurde beschlossen, dass die Abgabe einer Erklärung zur Organ- und Gewebespende künftig auch in Ausweisstellen möglich ist. Ferner ist vorgesehen, dass die Hausärzte ihre Patienten regelmäßig zur Eintragung in das zu errichtende Online-Register ermutigen sollten. Bürger sollen die Möglichkeit bekommen, ihre Entscheidung einfach zu dokumentieren, jederzeit zu ändern und zu widerrufen. Dazu soll ein bundesweites Online-Register eingerichtet werden.“<sup>194</sup>

## **5.3 Ausblick**

### **5.3.1 Was wird sich ändern?**

Durch das neu beschlossene Gesetz sollen eine bessere Information und Aufklärung gewährleistet und die regelmäßige Auseinandersetzung mit dem Thema der Organ- und Gewebespende gefördert werden. Ziel ist es weiterhin, die Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende zu stärken und die „bestehende Differenz zwischen der grundsätzlich eher positiven Einstellung der Menschen zur Organ- und Gewebespende und dem dokumentierten Willen zur Organ- und Gewebespende“<sup>195</sup> zu verringern.

Mit Hilfe eines Online-Registers, welches beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information eingerichtet werden soll, sollen Bürger zukünftig einfach, eigenständig und jederzeit eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende geben können. Für eine bessere Aufklärung der Bevölkerung müssen die entsprechenden Aufklärungs- und Informationsmaterialien der BZgA erweitert und angepasst werden.

Die Abgabe einer Erklärung wird künftig beispielsweise im Bürgeramt bei der Abholung des Personalausweises oder Reisepasses möglich sein. Dazu werden die Aufklärungs- und Informationsmaterialien aktiv mit ausgehändigt.

Außerdem sollen auch Hausärzte vermehrt in die Beratung zur Organ- und Gewebespende einbezogen werden. Die Ärzte sollen ihre „Patienten bei Bedarf aktiv alle zwei Jahre über die Organ- und Gewebespende [ergebnisoffen] beraten und sie zur Eintragung in das Online-Register ermutigen.“<sup>196</sup>

---

<sup>194</sup> Deutscher Bundestag: Organspenden: Mehrheit für die Entscheidungslösung.

<sup>195</sup> Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende, S. 3.

<sup>196</sup> Ebd.

### 5.3.2 Chancen und Möglichkeiten

Während die Politik mit Hilfe eines neu beschlossenen Gesetzes versuchen will, die Spenderbereitschaft und somit auch die Anzahl der Spenderorgane zu erhöhen, arbeitet nebenher auch die Forschung aktiv daran, die Situation zu verändern und zu verbessern. Wissenschaftler arbeiten derzeit parallel an zwei verschiedenen Ansätzen, um das Problem der Organknappheit abzuwehren. Zum einen gibt es das sogenannte Tissue-Engineering. Hierbei wird natürliches Gewebe im Labor nachgezüchtet, um es anschließend in der regenerativen Medizin einzusetzen. Dafür werden die entsprechenden Zellen vom Patienten selbst entnommen, sodass das Risiko der Abstoßung durch das Immunsystem entfällt. Der zweite Forschungsbereich beschäftigt sich mit der sogenannten Xenotransplantation. Sie stellt „den Versuch dar, Zellen, Gewebe oder Organe zwischen Individuen, die zu unterschiedlichen Arten gehören [bspw. Mensch und Tier] zu verpflanzen.“<sup>197</sup> Insbesondere Schweine werden als potenzielle Spendertiere in Betracht gezogen.

Weiterhin wird an der Möglichkeit geforscht, Organe mit einem 3D-Drucker herzustellen. In der Medizin kommt der 3D-Druck bereits sehr häufig zur Anwendung, indem z. B. medizinische Werkzeuge oder Implantate „gedruckt“ werden.

---

<sup>197</sup> Quante: Ethische Aspekte der Xenotransplantation. In: Quante/Veith: Xenotransplantation, S. 15.

## 6 Fazit

Organspende ist und bleibt ein umstrittenes Thema in allen Bereichen des Lebens. Dies zeigt nicht zuletzt die ausgedehnte und emotional geführte Bundestagsdebatte vom 16. Januar 2020. Eingangs wurde die Frage gestellt, ob sich in Zukunft etwas an der Spendersituation ändern wird bzw. kann. Mit dem Beschluss über das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende wurde ein erster Grundstein für eine Veränderung gelegt. Jedoch wurde mit der gleichzeitigen Ablehnung der doppelten Widerspruchslösung eine radikale Reform abgelehnt.

Das neue Gesetz wird zwei Jahre nach der Verkündung, voraussichtlich zu Beginn des Jahres 2022 in Kraft treten. Erst nach dem Inkrafttreten und der Anwendung und Umsetzung des Gesetzes wird sich zeigen, ob und inwiefern sich die Entscheidungsbereitschaft und somit auch die Spenderzahlen in Deutschland geändert haben.

Nach der öffentlichen Diskussion um die Organspende-Reform hat sich das Interesse an der Thematik insgesamt gesteigert. Trotz Scheitern der Widerspruchslösung erweckte das Thema stark die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit. So hat sich die Zahl der Bestellungen von Organspendeausweisen im Januar verdoppelt. Laut BZgA wurden im Januar 2020 ca. 740.000 Organspendeausweise bestellt; zuvor gab es durchschnittlich 330.000 monatliche Bestellungen. Bisher lassen sich im Zusammenhang damit jedoch noch keine Aussagen zu den tatsächlichen Spenderzahlen treffen.<sup>198</sup>

Sicher ist, dass sowohl Ausweisstellen, als auch Hausärzte in Zukunft häufiger mit der Thematik zu tun haben werden. Dadurch gelingt es hoffentlich, dass sich auch mehr Bürgerinnen und Bürger mit der Organ- und Gewebespende auseinandersetzen und – im besten Falle – eine Entscheidung für sich treffen und diese auch dokumentieren – sei es im Organspendeausweis, in der Patientenverfügung oder im Rahmen eines Gespräches mit den Angehörigen. Ein größeres Potenzial sehe ich in dem bundesweiten Online-Register, da die Entscheidung hier einfach dokumentiert und jederzeit geändert oder widerrufen werden kann. Besonders für Ärzte wird es dadurch (hoffentlich) leichter sein, die Entscheidung und den Willen des potenziellen Organspenders zu erfahren und dementsprechend zu handeln.

Jeder Mensch kann ein potenzieller Organspender und -empfänger sein. Im Vorfeld der Bearbeitung dieser Bachelorarbeit habe ich mich mit vielen Kommilitonen, Freunden, Bekannten, Kollegen und Familienmitgliedern über die Thematik der Organspende unterhalten und viele verschiedene Argumente und Positionen kennengelernt. Vermehrt musste ich dabei feststellen, dass Vorurteile und falsche Informationen dazu führen

---

<sup>198</sup> Vgl. Welt: Bestellungen von Organspende-Ausweisen im Januar mehr als verdoppelt.

können, dass entweder keine Entscheidung oder eine Entscheidung gegen die Organ-  
spende gefällt wurde.

Daher ist es meiner Meinung nach besonders wichtig, die Menschen aufzuklären und ihr  
Vertrauen zu gewinnen. Worin besteht der Unterschied zwischen Herztod und Hirntod?  
Wie wird der Hirntod festgestellt? Was sind die Voraussetzungen für eine Organspende?  
Wer ist für die Organentnahme, -allokation und -transplantation zuständig? Die Antwort-  
ten auf diese Fragen sollte jede Person kennen, die eine Erklärung zur Organspende  
abgibt, abgegeben hat oder abgeben möchte.

Zur Aufklärung dienen derzeit zum Beispiel verschiedenste Informationsmaterialien oder  
Internetauftritte und Kampagnen der BZgA. Meiner Meinung nach sollte das Thema in  
vielen verschiedenen Lebenssituationen aufgebracht werden – in Schulen (bspw. im  
Rahmen einer Projektwoche), in Erste-Hilfe-Kursen (bspw. für den Führerschein oder in  
sämtlichen Betrieben und Einrichtungen) oder im Rahmen des betrieblichen Gesund-  
heitsmanagements in Behörden oder Betrieben. Auch Krankenkassen sollten ihre Ver-  
sicherten häufiger informieren, indem sie zum Beispiel in regelmäßigen Abständen einen  
Organspendeausweis und entsprechende Aufklärungsmaterialien versenden.

Nur durch Informationen und Wissen kann man sich letztlich eine Meinung bilden und  
eine entsprechende Entscheidung für sich selbst und damit auch gegebenenfalls für an-  
dere treffen. Letztlich ist die Erklärung zur Organspende eine höchstpersönliche Ent-  
scheidung – und das soll sie auch bleiben.

Wäre ich selbst am 16. Januar 2020 eine Abgeordnete des Deutschen Bundestages  
gewesen, hätte ich für die Widerspruchslösung gestimmt. Der Bundesgesundheitsminis-  
ter Jens Spahn hat an diesem Tag folgendes getwittert:

**Abbildung 14 – Twitter-Beitrag von Jens Spahn am 16.01.2020<sup>199</sup>**



**Jens Spahn** ✓ @jensspahn · 16. Jan.

Wir haben Kinder, die in der Klinik leben müssen, weil sie auf ein  
Spenderherz warten. Aus meiner Sicht wiegt das so schwer, dass man den  
Bürgern die geringe Freiheitseinschränkung zumuten kann, sich mit dem  
Thema wenigstens beschäftigen zu müssen. [#Widerspruchslösung](#)

Dieser Aussage kann ich nur uneingeschränkt und ausdrücklich zustimmen.

---

<sup>199</sup> Spahn: Twitter-Beitrag vom 16.01.2020.

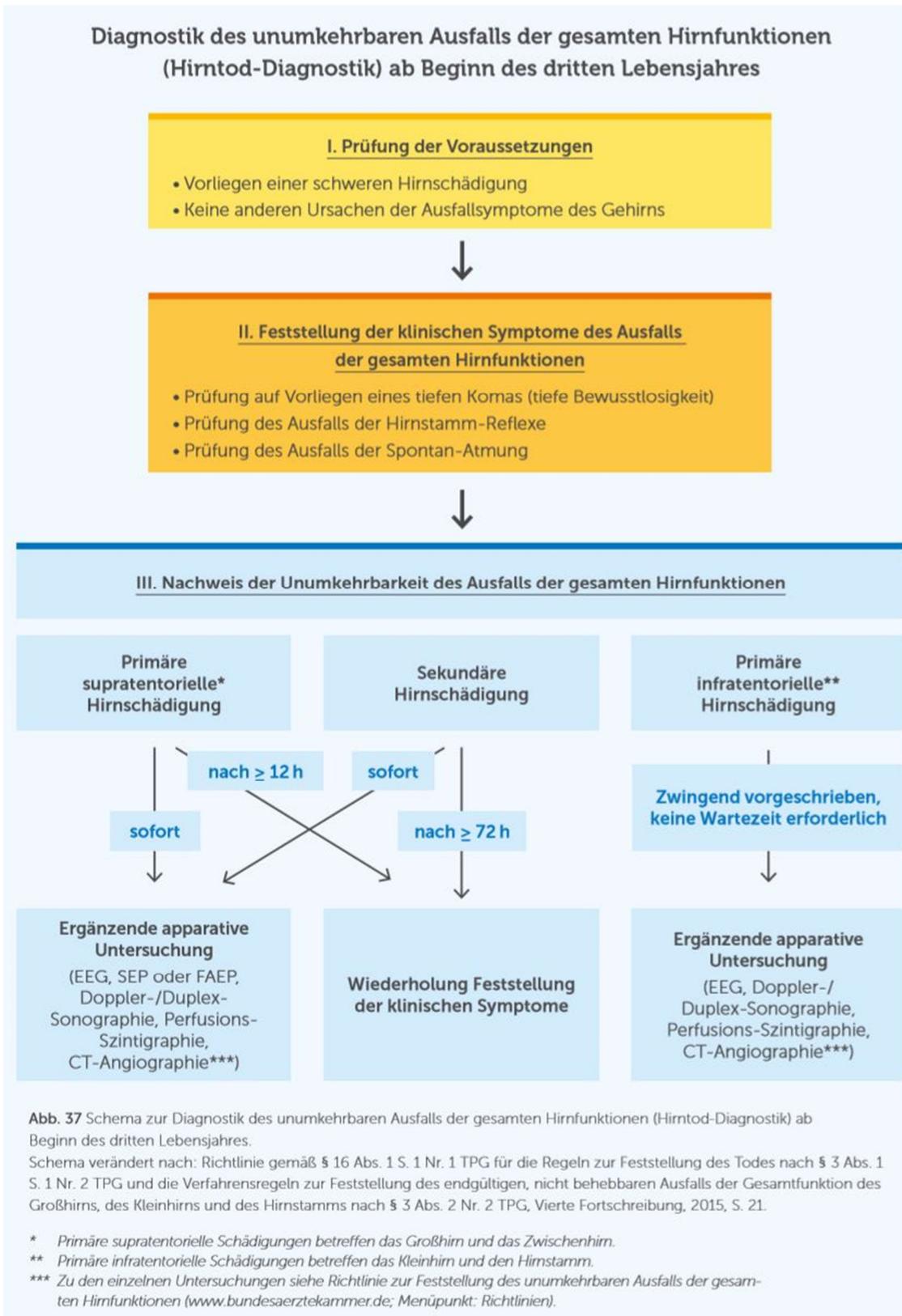
## **Kernsätze**

1. Die Angehörigen spielen im Prozess einer Organspende eine bedeutende Rolle, da sie im Zweifel die entscheidende Erklärung für oder gegen die Spende abgeben und damit über den Willen des Verstorbenen entscheiden.
2. Die Entscheidung über die Bereitschaft zur Organspende ist ein Ausdruck des eigenen Selbstbestimmungsrechts.
3. Für eine Organentnahme ist der Hirntod eines Menschen unabdingbar.
4. Durch die Bundestagsdebatte im Januar 2020 hat sich das öffentliche Interesse am Thema Organspende gesteigert.
5. Durch bessere Informationen und Aufklärung der Bevölkerung können Vorurteile ausgeräumt und Vertrauen geschaffen werden.
6. Die Spenderzahlen könnten sich erhöhen, wenn die Bevölkerung besser aufgeklärt wird.
7. Organspende ist ein Akt der Mitmenschlichkeit und des Vertrauens in die Medizin.
8. In Zukunft könnten mehr Leben durch alternative Organtransplantationen (z. B. Xenotransplantation) gerettet werden.

## **Anhangsverzeichnis**

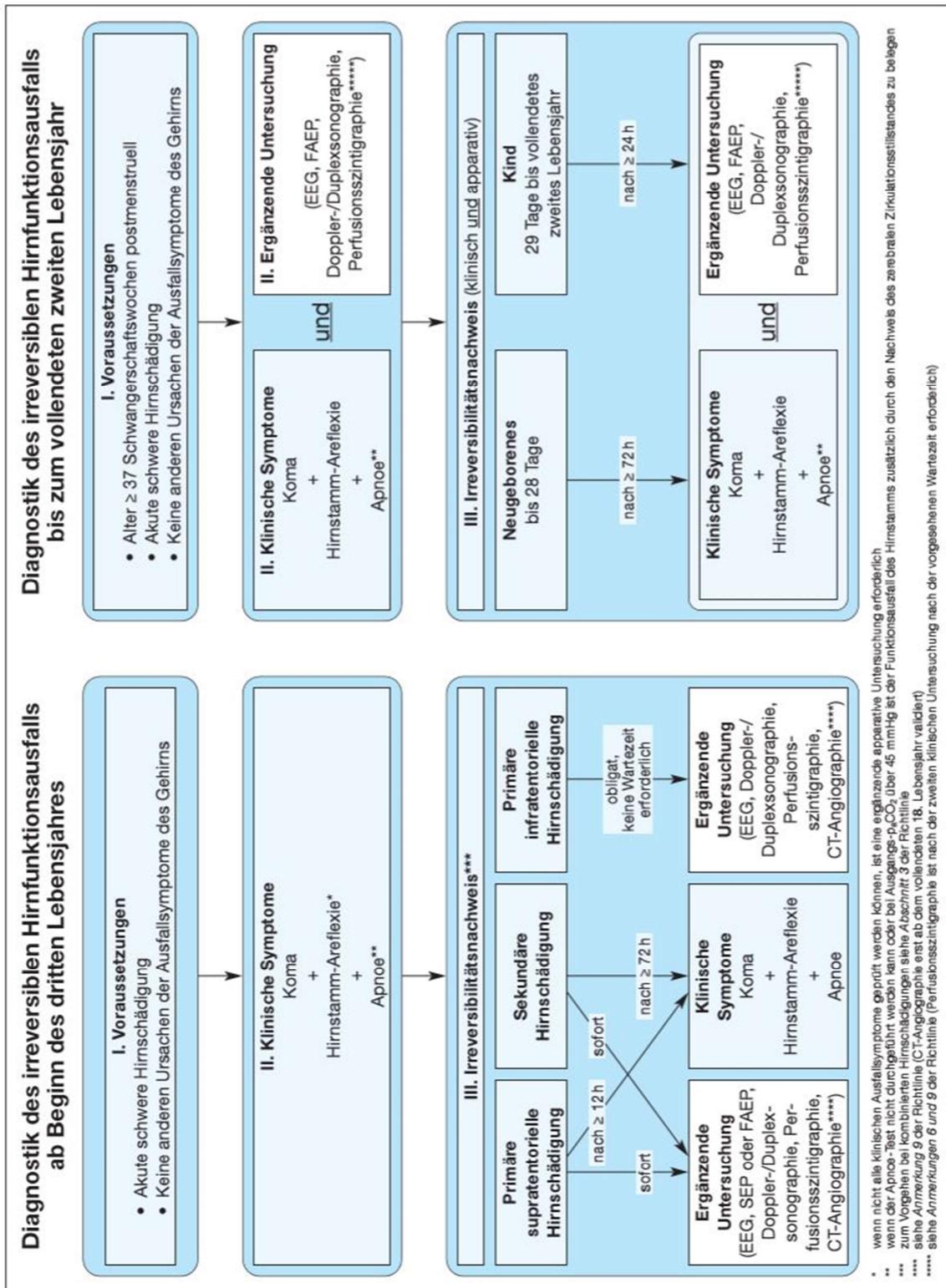
Anhang 1 – Schema zur Hirntod-Diagnostik (1) .....	66
Anhang 2 – Schema zur Hirntod-Diagnostik (2) .....	67
Anhang 3 – Abbildungen zu den Hirnstamm-Reflexen .....	68
Anhang 4 – Protokollbogen zur Feststellung des Hirntodes (ab 3 Jahre) .....	72
Anhang 5 – Protokollbogen zur Feststellung des Hirntodes (bis 3 Jahre).....	74
Anhang 6 – Ablauf einer postmortalen Organspende.....	76
Anhang 7 – DSO-Organisationsregionen.....	77

Anhang 1 – Schema zur Hirntod-Diagnostik (1)<sup>200</sup>



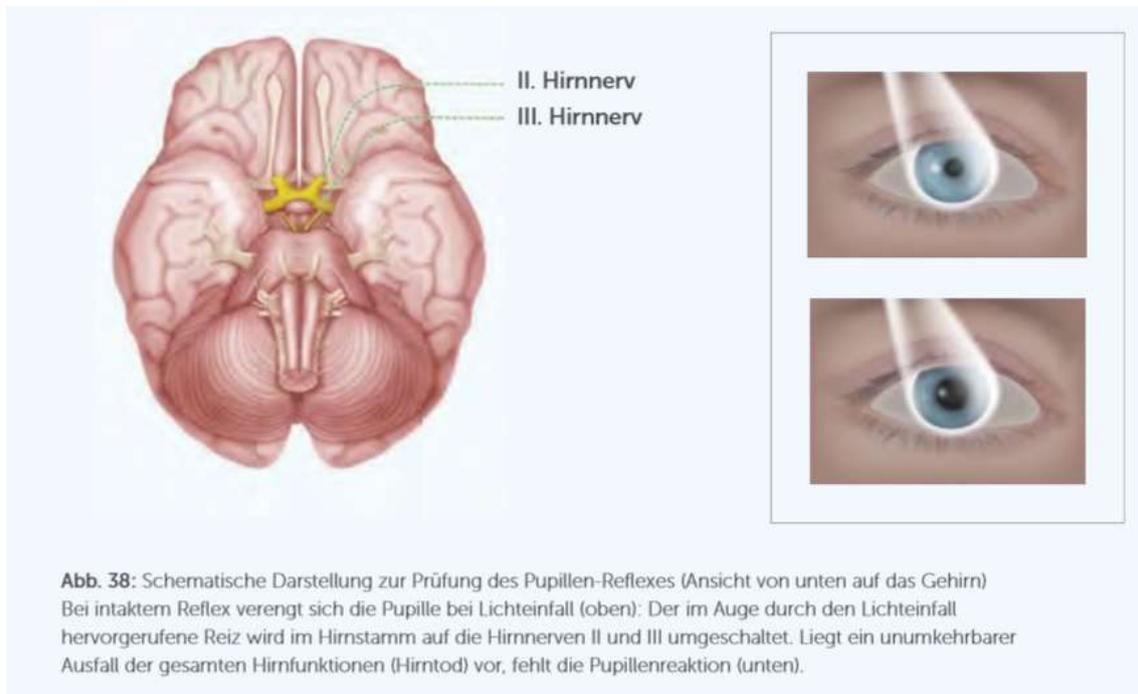
<sup>200</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 83.

Anhang 2 – Schema zur Hirntod-Diagnostik (2)<sup>201</sup>

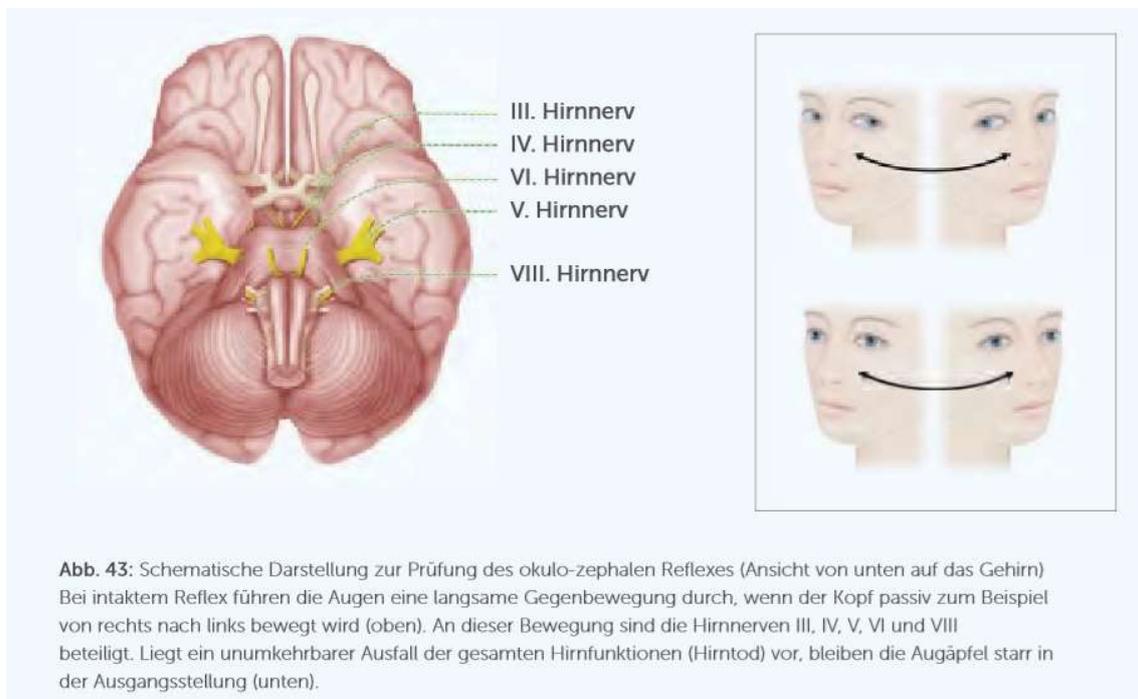


<sup>201</sup> Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG, S. 21.

**Pupillen-Reflex bzw. Licht-Reflex**

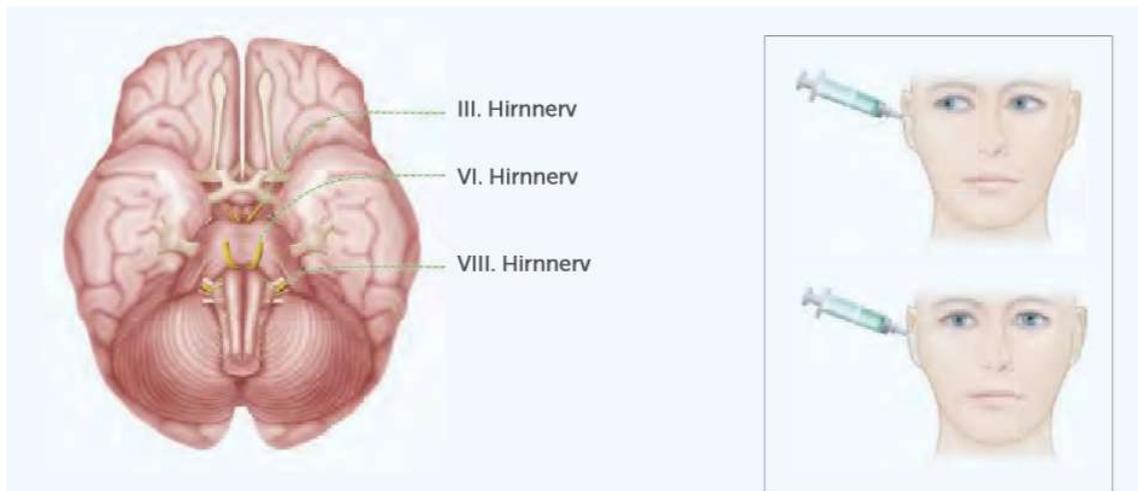


**Okulo-zephaler Reflex**



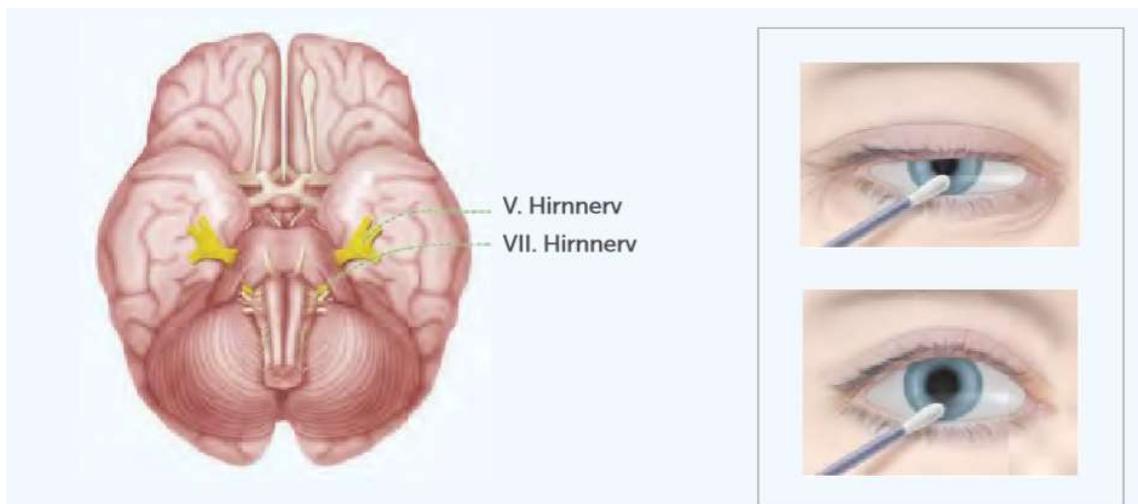
<sup>202</sup> BZgA: Was ist der Hirntod? S. 87 ff.

## Vestibulo-okulärer Reflex



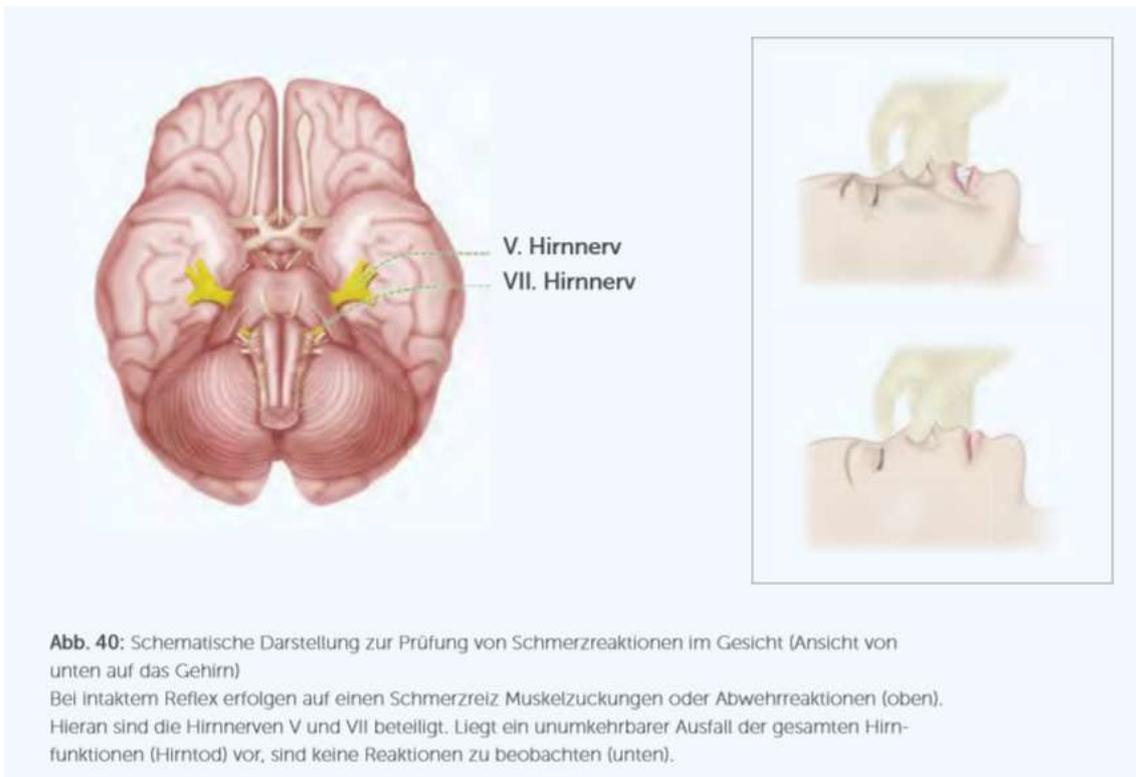
**Abb. 44:** Schematische Darstellung zur Prüfung des vestibulo-okulären Reflexes (Ansicht von unten auf das Gehirn). Bei intaktem Reflex bewegen sich die Augäpfel in Richtung des Reizes (oben): An dieser Bewegung sind der III., VI. und VIII. Hirnnerv beteiligt. Liegt ein unumkehrbarer Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) vor, verbleiben die Augäpfel unbeweglich im Ursprungszustand (unten).

## Korneal-Reflex bzw. Hornhaut-Reflex

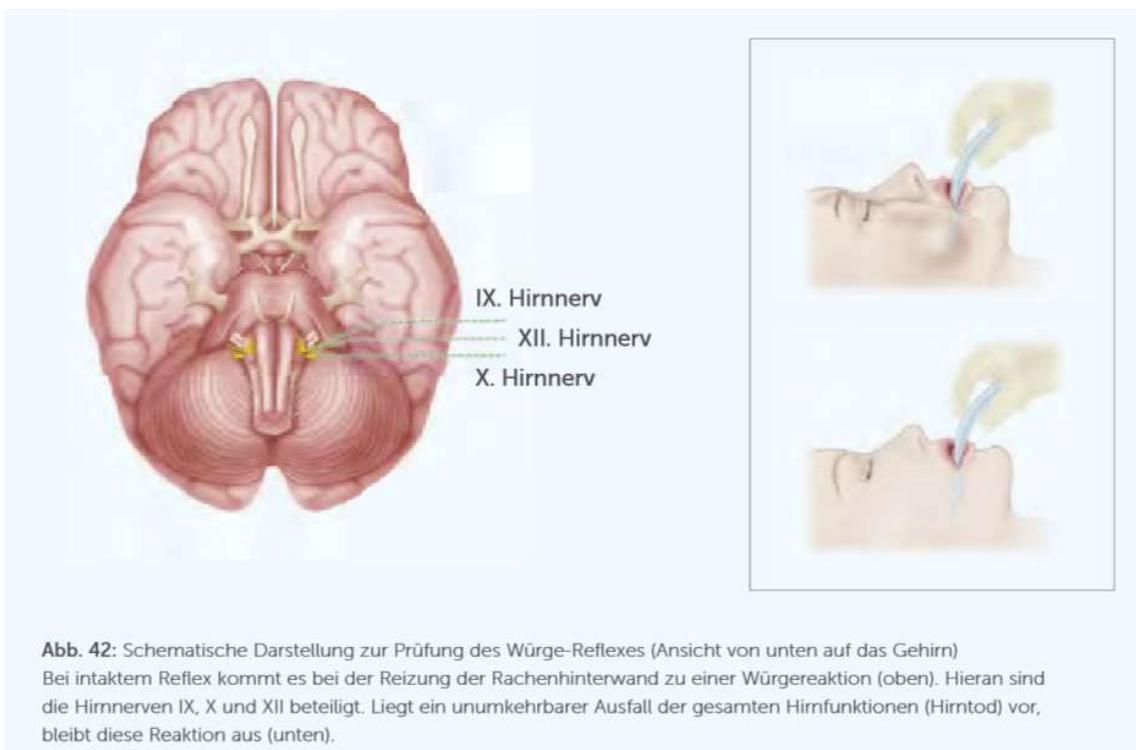


**Abb. 39:** Schematische Darstellung zur Prüfung des Hornhaut-Reflexes (Ansicht von unten auf das Gehirn). Bei intaktem Reflex schließt sich das Auge bei Berührung der Augenhornhaut (oben): Dieser Reiz wird im Hirnstamm auf die Hirnnerven V und VII umgeschaltet. Liegt ein unumkehrbarer Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod) vor, fehlt der Hornhaut-Reflex (unten).

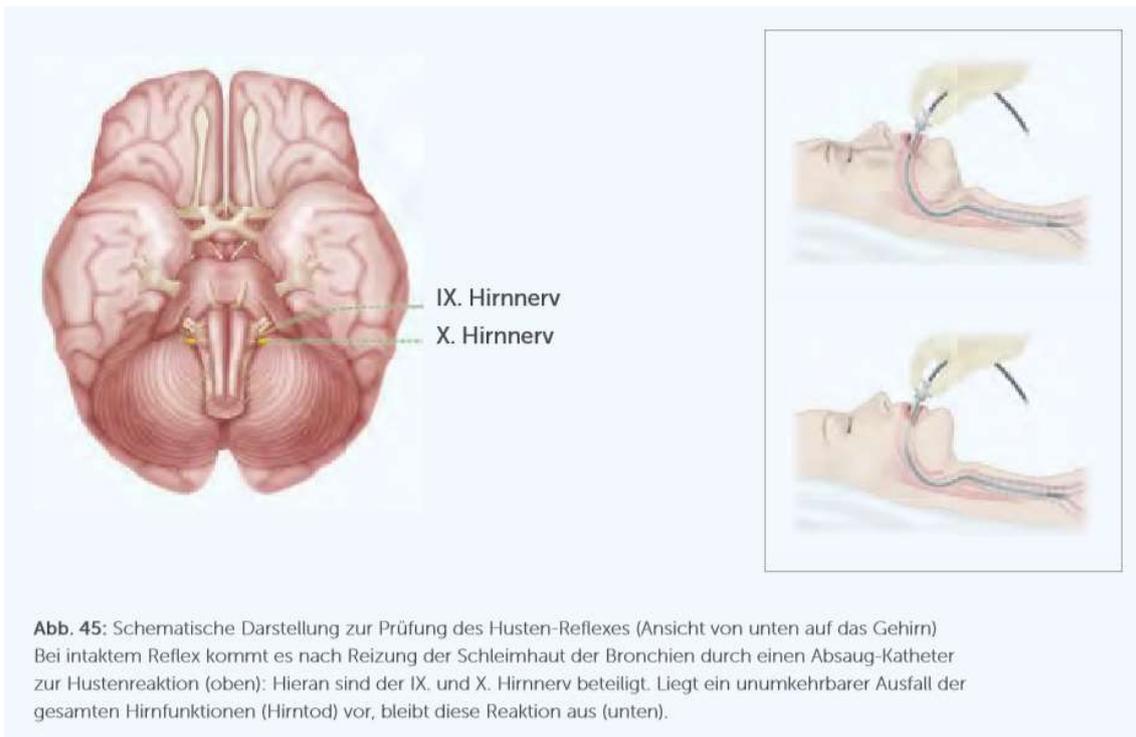
## Schmerzreaktionen im Gesicht



## Pharyngeal-Reflex bzw. Würge-Reflex



## Tracheal-Reflex bzw. Husten-Reflex



Anhang 4 – Protokollbogen zur Feststellung des Hirntodes (ab 3 Jahre)<sup>203</sup>

**A. Protokollbogen Nr.  1  2  3  4**  
**zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ab Beginn des dritten Lebensjahres**

**Patient** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_  
 Klinik \_\_\_\_\_

**Untersucher** Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Facharztbezeichnung \_\_\_\_\_  
 Richtliniengemäße Qualifikation erfüllt ja   
*(bitte in Druckschrift ausfüllen)*

**1. Voraussetzungen**  
 Diagnose \_\_\_\_\_  
 Primäre Hirnschädigung \_\_\_\_\_ supratentoriell \_\_\_\_\_ infratentoriell \_\_\_\_\_  
 Sekundäre Hirnschädigung \_\_\_\_\_  
 Zeitpunkt des Unfalls/Krankheitsbeginns \_\_\_\_\_

Als Ursache der aktuellen und unten protokollierten Untersuchungsbefunde sind ausgeschlossen

Intoxikation	ja <input type="checkbox"/>
Dämpfende Medikamente	ja <input type="checkbox"/>
Relaxation	ja <input type="checkbox"/>
Primäre/therapeutische Hypothermie	ja <input type="checkbox"/>
Metabolisches oder endokrines Koma	ja <input type="checkbox"/>
Kreislaufschock	ja <input type="checkbox"/>

Systolischer Blutdruck \_\_\_\_\_ mmHg  
 Temperatur \_\_\_\_\_ °C

**2. Klinische Symptome des Ausfalls der Hirnfunktion**

Bewusstlosigkeit (Koma) ja

	rechts	links	nicht prüfbar
Pupillen weit/mittelweit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichtreflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Okulo-zephaler/vestibulo-okulärer Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korneal-Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trigeminus-Schmerz-Reaktion fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharyngeal-/Tracheal-Reflex fehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apnoe-Test Ausgangs- $p_a\text{CO}_2$  (Temperatur-korrigiert) \_\_\_\_\_ mmHg/kPa  
 Apnoe bei  $p_a\text{CO}_2$  (Temperatur-korrigiert) \_\_\_\_\_ mmHg/kPa ja  nein   
 Apnoe-Test nicht möglich, weil \_\_\_\_\_

Datum und Uhrzeit der unter 1. und 2. dokumentierten Feststellungen: \_\_\_\_\_  
 Name (Druckschrift) \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bei den hier dokumentierten Feststellungen und Befunden handelt es sich um den ersten Untersuchungsgang.**  
 Für den Irreversibilitätsnachweis sind weitere Untersuchungen erforderlich, nämlich

- klinische Untersuchungen nach mindestens  12 Stunden /  72 Stunden (siehe 3.1.) oder
- ergänzende Untersuchungen (siehe 3.2.).

\_\_\_\_\_  
 Name (Druckschrift)                      Unterschrift                      Datum/Uhrzeit

<sup>203</sup> Bundesärztekammer: Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG, S. 22 f.

**3. Irreversibilitätsnachweis**

**3.1. Zweiter Untersuchungsgang nach Wartezeit**

Übereinstimmende Befunde wurden bereits vor \_\_\_\_\_ Stunden von 2 Untersuchern protokolliert ja  nein

Es liegt eine zweite Untersuchung nach der geforderten Wartezeit vor, die den hier protokollierten Befund bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Name (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum/Uhrzeit

**3.2. Ergänzende Untersuchung (Befund und Beurteilung gemäß beigefügtem unterschriebenen Befundbericht)**

EEG

Isoelektrisches (Null-Linien-)EEG,  
30 Minuten abgeleitet

ja

nein

FAEP

Frühe akustisch evozierte Hirnstamm-  
potentiale Welle III-V beidseits erloschen

ja

nein

SEP

Medianus-SEP beidseits erloschen

ja

nein

Zerebraler Zirkulationsstillstand untersucht mittels

Perfusionsszintigraphie

Doppler-/Duplexsonographie

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

CT-Angiographie

selektive zerebrale Angiographie

Zerebraler Zirkulationsstillstand festgestellt

ja

nein

Name des Arztes\* \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

\* Einzutragen (in Druckschrift) ist der Name des Arztes, der den Befund und die Beurteilung unterschrieben hat.

**4. Feststellung des Todes** (auszufüllen nach dem letzten und abschließenden Untersuchungsgang; ersetzt nicht die amtliche Todesbescheinigung [Leichenschauschein])

Hiermit wird bestätigt, dass obige Feststellungen und Befunde/Befundberichte mit denen von Protokollbogen Nr. \_\_\_\_\_ übereinstimmen und den irreversiblen Hirnfunktionsausfall als sicheres Todeszeichen belegen.

Damit ist der Tod des Patienten festgestellt am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

\_\_\_\_\_  
Name (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



**3. Ergänzende Untersuchung (Befund und Beurteilung gemäß beigefügtem unterschriebenen Befundbericht)**

EEG

Isoelektrisches (Null-Linien-)EEG,  
30 Minuten abgeleitet

ja

nein

FAEP

Frühe akustisch evozierte Hirnstamm-  
potentiale Welle III-V beidseits erloschen

ja

nein

Zerebraler Zirkulationsstillstand untersucht mittels

Perfusionsszintigraphie

Doppler-/Duplexsonographie

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

selektive zerebrale Angiographie

Zerebraler Zirkulationsstillstand festgestellt

ja

nein

Name des Arztes\* \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

\* Einzutragen (in Druckschrift) ist der Name des Arztes, der den Befund und die Beurteilung unterschrieben hat.

**Bei den hier dokumentierten Feststellungen und Befunden handelt es sich um den ersten Untersuchungsgang.**

Es sind erneute Untersuchungen erforderlich

nach mindestens 72 Stunden (Alter bis 28 Tage)

nach mindestens 24 Stunden (Alter 29 Tage bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr).

Die Diagnostik kann erst nach dieser Wartezeit abgeschlossen werden.

\_\_\_\_\_  
Name (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

**4. Irreversibilitätsnachweis**

**Bei den hier dokumentierten Feststellungen und Befunden handelt es sich um den zweiten Untersuchungsgang.**

\_\_\_\_\_  
Name (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

**5. Feststellung des Todes** (auszufüllen nach dem letzten und abschließenden Untersuchungsgang; ersetzt nicht die amtliche Todesbescheinigung [Leichenschauschein])

Hiermit wird bestätigt, dass obige Feststellungen und Befunde bei mindestens 4 klinischen Untersuchungen (je 2 beim ersten und je 2 beim zweiten Untersuchungsgang) und die Befunde/Befundberichte der ergänzenden Untersuchungen mit denen von Protokollbögen Nrn. \_\_\_\_\_ übereinstimmen und den irreversiblen Hirnfunktionsausfall als sicheres Todeszeichen belegen.

Damit ist der Tod des Patienten festgestellt am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr.

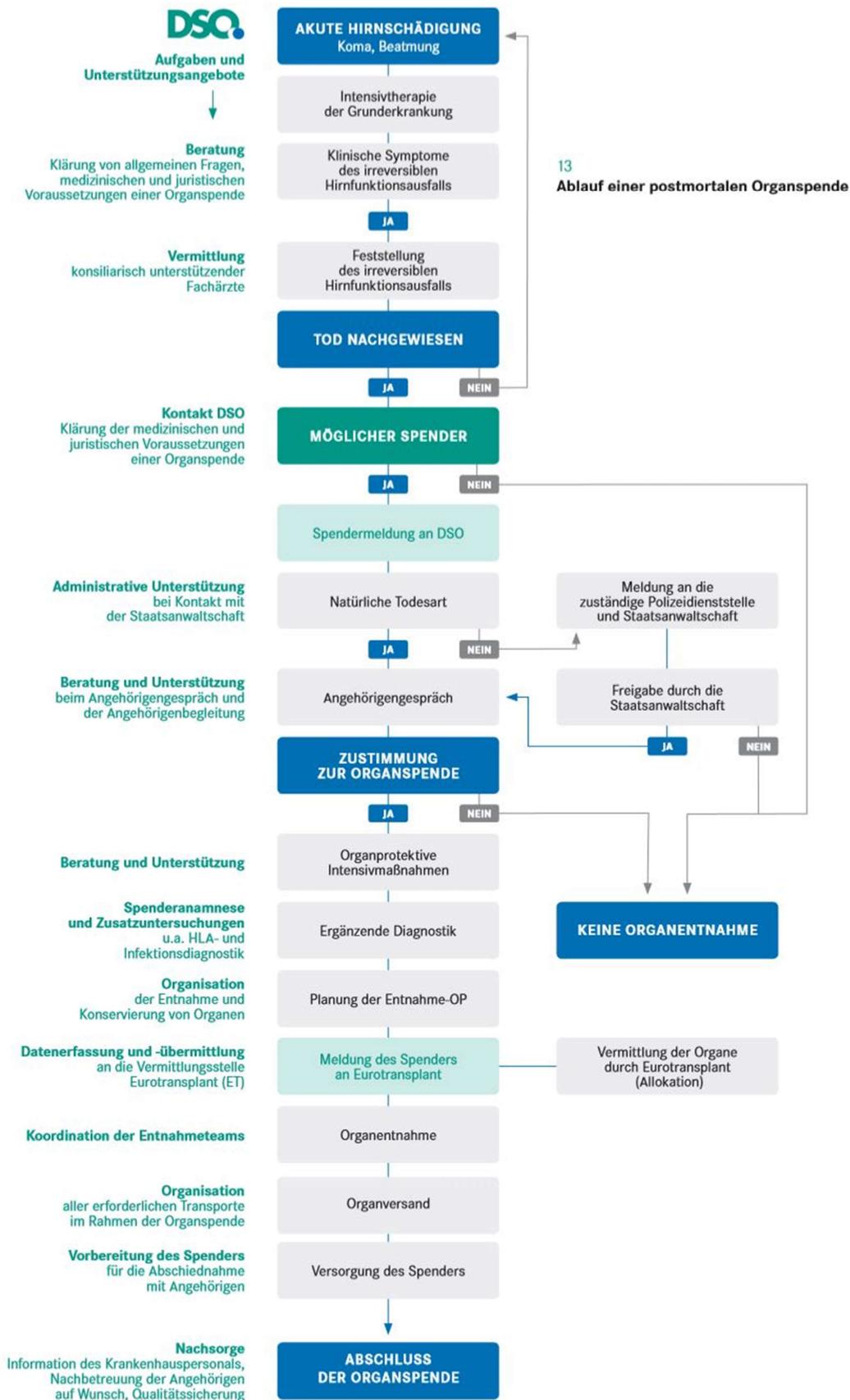
\_\_\_\_\_  
Name (Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name (Druckschrift)

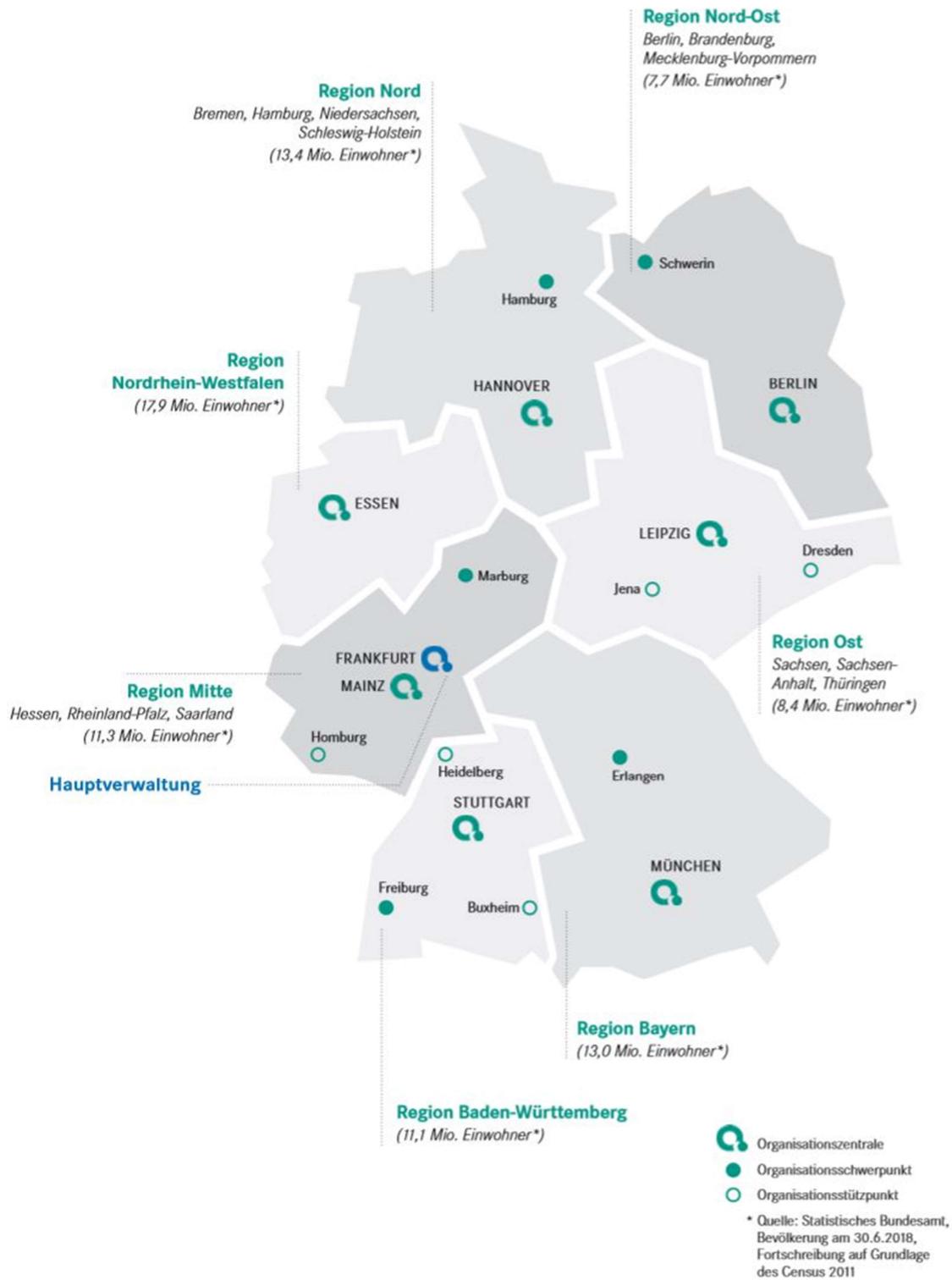
\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Anhang 6 – Ablauf einer postmortalen Organspende<sup>205</sup>



<sup>205</sup> DSO: Jahresbericht 2018, S. 48.

## Anhang 7 – DSO-Organisationsregionen<sup>206</sup>



<sup>206</sup> DSO: Jahresbericht 2018, S. 24.

## Literaturverzeichnis

**Bondolfi, Alberto:** Transplantationsmedizin in der ethischen Diskussion. In: Münk, Hans J.: *Organtransplantation – Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext*. Freiburg/Schweiz, Paulusverlag Freiburg Schweiz, 2002, S. 58 – 84.

**Bundesärztekammer:** *Referat auf dem 110. Deutschen Ärztetag 2007 in Münster – „10 Jahre Transplantationsgesetz – Verbesserung der Patientenversorgung oder Kommerzialisierung?“*. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/aerztetage-der-vorjahre/110-daet-2007-in-muenster/referate/lilie/> [Zugriff am 20.02.2020].

**Bundesärztekammer:** *Richtlinie gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG, Vierte Fortschreibung*. Verfügbar unter: [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/irrev.Hirnfunktionsausfall.pdf) [Zugriff am 22.03.2020].

**Bundesärztekammer:** *Verbindlichkeit von Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen*. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/> [Zugriff am 24.02.2020].

**Bundesministerium für Gesundheit:** *Bekanntmachung der Änderung des Vertrags nach § 12 Absatz 3 des Transplantationsgesetzes; Vertrag nach § 11 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes zur Beauftragung einer Koordinierungsstelle (Koordinierungsstellenvertrag)*. Verfügbar unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/transplantation/2015\\_09\\_23\\_Koordinierungsstellenvertrag\\_inkl\\_A1-7\\_BAnz\\_vom\\_18022016.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/transplantation/2015_09_23_Koordinierungsstellenvertrag_inkl_A1-7_BAnz_vom_18022016.pdf) [Zugriff am 06.03.2020].

**Bundesministerium für Gesundheit:** *Pressemitteilungen – Neue Daten der BZgA-Repräsentativbefragung.* Verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2018/2-quarteral/bzga-umfrage-organspende.html> [Zugriff am 19.03.2020].

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Antworten auf wichtige Fragen – Organ- und Gewebespende.* Auflage 5.170.04.19, Köln, 2019.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Aufklärung zur Organ- und Gewebespende – Ein Leitfaden für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte.* Auflage 4.3.10.18, Köln, 2018.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Der Organspendeausweis in verschiedenen Sprachen.* Verfügbar unter: <https://www.organspende-info.de/mediathek/infomaterialien/artikeldetail/der-organspendeausweis-in-verschiedenen-sprachen.html> [Zugriff am 17.02.2020].

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Die Entscheidungslösung in Deutschland und gesetzliche Regelungen in anderen europäischen Ländern.* Verfügbar unter: <https://www.organspende-info.de/gesetzliche-grundlagen/entscheidungsloesung.html> [Zugriff am 17.03.2020].

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Die Geschichte der Organ- und Gewebetransplantation beginnt vor vielen Jahrtausenden.* Verfügbar unter: <https://www.organspende-info.de/zahlen-und-fakten/geschichte.html> [Zugriff am 20.02.2020].

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *entscheiden. – Das Magazin zur Organ- und Gewebespende.* Ausgabe vom Januar 2020, Köln, 2019.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Informationskarte Verfügungen (6-Seiter).* Verfügbar unter: <https://www.organspende-info.de/mediathek/infomaterialien/artikeldetail/3342.html> [Zugriff am 06.03.2020].

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Meine Erklärung zur Organ- und Gewebespende – Möglichkeiten der Dokumentation in Organspendeausweis und Patientenverfügung.* Auflage 1.60.08.18, Köln, 2018.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Organspende – Eine persönliche und berufliche Herausforderung – Eine Information der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für Ärztinnen und Ärzte.* Auflage 4.100.04.13, Köln, 2011.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Organspende?! – Ich habe mich entschieden – Eine Information der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).* Auflage 4.30.04.19, Köln.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Pflegeprofessionalität im Organ spendeprozess – Denkanstöße zur Rolle der Pflege bei Organtransplantationen.* Auflage 2.200.11.12, Köln.

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Statistiken zur Organspende für Deutschland und Europa.* Verfügbar unter: <https://www.organspende-info.de/zahlen-und-fakten/statistiken.html> [Zugriff am 19.03.2020].

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA):** *Was ist der Hirntod? – Fallbeispiel – Informationen – Erklärungen zum unumkehrbaren Ausfall der gesamten Hirnfunktion (Hirntod).* Auflage 2.15.03.19, Köln.

**Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO):** *Die DSO im Überblick.* Verfügbar unter: <https://dso.de/dso/über-die-dso/die-dso-im-überblick> [Zugriff am 20.02.2020].

**Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO):** *Jahresbericht – Organspende und Transplantation in Deutschland 2018.* Frankfurt/Main, 2019.

**Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO):** *Transplantationsgesetz.* Verfügbar unter: <https://www.dso.de/Pages/Ueber-die-DSO/Transplantationsgesetz.aspx> [Zugriff am 20.02.2020].

**Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO):** *Zahl der Organspender 2019 nahezu unverändert.* Verfügbar unter:

<https://www.dso.de/dso/presse/pressemitteilungen/Zahl%20der%20Organspender%20in%202019%20nahezu%20unverändert/47> [Zugriff am 19.03.2020].

**Deutscher Bundestag:** *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende.* Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/110/1911087.pdf> [Zugriff am 21.03.2020].

**Deutscher Bundestag:** *Organspenden: Mehrheit für die Entscheidungslösung.* Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw03-de-transplantationsgesetz-674682> [Zugriff am 20.03.2020].

**Deutscher Bundestag:** *Plenarprotokoll 19/140, Stenografischer Bericht 140. Sitzung.* Verfügbar unter: <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/19/19140.pdf#P.17430> [Zugriff am 20.03.2020].

**Deutscher Ethikrat:** *Hirntod und Entscheidung zur Organspende – Stellungnahme.* Berlin 2015, verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf> [Zugriff am 20.03.2020].

**Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften:** *Organtransplantation, III. Ethische Aspekte.* Verfügbar unter: [www.drze.de/im-blickpunkt/organtransplantation/ethische-aspekte](http://www.drze.de/im-blickpunkt/organtransplantation/ethische-aspekte) [Zugriff am 20.03.2020].

**Die Patientenverfügung (DIPAT):** *Organspende: Welche Gesetzesentwürfe zur Neuregelung gibt es?* Verfügbar unter: <https://www.dipat.de/aktuelles/organspende-gesetzesentwuerfe-2019/> [Zugriff am 20.02.2020].

**Eurotransplant:** *Deutschland, Über Eurotransplant.* Verfügbar unter: <https://www.eurotransplant.org/patients/deutschland/> [Zugriff am 14.03.2020].

**Eurotransplant:** *History and timeline*. Verfügbar unter: <https://www.eurotransplant.org/about-eurotransplant/history-and-timeline/> [Zugriff am 20.02.2020].

**Geschäftsstelle der Transplantationsregisterstelle, Gesundheitsforen Leipzig GmbH:** *Über das Transplantationsregister*. Verfügbar unter: <https://transplantations-register.de/ueber-das-transplantationsregister> [Zugriff am 14.03.2020].

**Henne-Bruns, Doris:** Klinische und ethische Probleme der Organtransplantation. In: Münk, Hans J.: *Organtransplantation – Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext*. Freiburg/Schweiz, Paulusverlag Freiburg Schweiz, 2002, S. 23 – 57.

**Höbel, Anja, FOCUS-Online:** *Trigeminusneuralgie – Das hilft bei den Schmerzen im Gesicht*. Verfügbar unter: [https://www.focus.de/gesundheit/trigeminusneuralgie-heftige-schmerzattacken-im-gesicht\\_id\\_5722206.html](https://www.focus.de/gesundheit/trigeminusneuralgie-heftige-schmerzattacken-im-gesicht_id_5722206.html) [Zugriff am 29.02.2020].

**Höfling, Prof. Dr. Wolfram (Hrsg.):** *Kommentar zum Transplantationsgesetz (TPG)*. Berlin, Erich Schmidt Verlag GmbH & Co., 2003.

**Kalitzkus, Vera:** *Dein Tod, mein Leben – Warum wir Organspenden richtig finden und trotzdem davor zurückschrecken*. Erste Auflage, Frankfurt am Main, Suhrkamp Taschenbuch Verlag, 2009.

**Quante, Michael:** Ethische Aspekte der Xenotransplantation. In: Quante, Michael/Veith, Andreas (Hrsg.): *Xenotransplantation – Ethische und rechtliche Probleme*, Paderborn, mentis Verlag GmbH, 2001, S. 15 – 66.

**Roche Deutschland Holding GmbH:** *Geschichte*. Verfügbar unter: <https://www.roche.de/pharma/transplantation/organtransplantation/geschichte.html> [Zugriff am 20.02.2020].

**Spahn, Jens:** Twitter-Beitrag vom 16.01.2020. Verfügbar unter: <https://twitter.com/jensspahn> [Zugriff am 21.03.2020].

**Welt:** *Bestellungen von Organspende-Ausweisen im Januar mehr als verdoppelt.*

Verfügbar unter: <https://www.welt.de/politik/deutschland/article205720095/Organspende-Ausweis-Bestellungen-mehr-als-verdoppelt.html> [Zugriff am 22.03.2020].

## Rechtsquellenverzeichnis

**Arzneimittelgesetz (AMG)** in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 3c des Gesetzes vom 10. Februar 2020 (BGBl. I S. 148) geändert worden ist.

**Bundesärzteordnung (BÄO)** in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218), die zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 15. August 2019 (BGBl. I S. 1307) geändert worden ist.

**Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)** in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2911) geändert worden ist.

**Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)** – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1b des Gesetzes vom 4. März 2020 (BGBl. I S. 437) geändert worden ist.

**Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts (3. BtÄndG)** in der Fassung der Bekanntmachung vom 29. Juli 2009 (BGBl. I S. 2286).

**Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG)** in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 1001, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. November 2019 (BGBl. I S. 1546) geändert worden ist.

**Sächsisches Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz (SächsAGTPG)** vom 7. November 2005 (SächsGVBl. S. 274), das zuletzt durch das Gesetz vom 17. Mai 2018 (SächsGVBl. S. 284) geändert worden ist.

**Transplantationsgesetz (TPG)** in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 24 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist.

**Zweites Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende** in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. März 2019 (BGBl. I S. 352).

## Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere hiermit an Eides Statt, dass ich die vorgelegte Bachelorarbeit selbstständig verfasst, nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommen wurden, als solche kenntlich gemacht habe und die Bachelorarbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt worden ist.

Die gedruckte und digitalisierte Version der Bachelorarbeit sind identisch.



Meißen, 30. März 2020

Unterschrift

Sarah Schmidt