

Frau
Dr. Tanja Machalet
Stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Hannover, den 13.10.2026

Initiativstellungnahme zur Ausschussberatung: Änderung des Transplantationsgesetzes

Sehr geehrte Frau Dr. Machalet,

als Mitglieder des Vorstands vom Verein Kritische Aufklärung über Organtransplantation (KAO)¹ bitten wir um Berücksichtigung unserer Stellungnahme zur Einführung der Widerspruchsregelung in das Transplantationsgesetz.

Wir haben den Verein KAO als betroffene Eltern gegründet, weil wir unsere Kinder für eine Organ- und Gewebeentnahme im Schock freigegeben hatten, ohne über das genaue Prozedere und die damit verbundenen medizinischen Eingriffe aufgeklärt gewesen zu sein. Dass wir unser Kind auf seinem letzten Lebensweg nicht begleiten durften, ahnten wir nicht. Es musste bis zum Ende der Organentnahmen intensivmedizinisch weiterbehandelt werden. Erst nach der Explantation unserer Kinder wussten wir, dass es einen drastischen Unterschied zwischen ‚Hirntod‘ und Tod gibt.

Auf Grundlage unseres Erfahrungshintergrunds verwehren wir uns mit Nachdruck gegen die im Gesetzentwurf (Drucks. 21/7570) wiederholt aufgestellte, ja anmaßende Behauptung, die Widerspruchsregelung würde zu einer „Entlastung“ der Angehörigen führen. Das Gegenteil ist der Fall. Denn den Angehörigen von Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung und der Prognose eines irreversiblen Hirnversagens (‚Hirntod‘) wäre es in einer traumatischen Situation gesetzlich untersagt, dem sterbenden, liebsten Menschen bis zum letzten Atemzug beizustehen – es sei denn, er hätte einen Widerspruch gegen eine Organspende dokumentiert. Die Familie wäre regelrecht entrechtet. Außerdem steht die geplante Neuregelung nicht in Einklang mit der Totenfürsorgeberechtigung² der Angehörigen und mit § 168 Abs. 1 StGB, der auch Rechte der Hinterbliebenen schützt.

Unseres Erachtens geht die erneut geführte parlamentarische Diskussion über die Einführung der Widerspruchsregelung an der hochkomplexen medizinischen Behandlungssituation von hirngeschädigten Intensivpatienten als potenzielle Organspender vorbei. Stattdessen wird der geforderte Systemwechsel mit dem Appell an ein **hypothetisches Wir-Gefühl** gerechtfertigt: „Wir alle könnten eines Tages auf ein Organ angewiesen sein.“ Diese Problemstellung ignoriert die von der Widerspruchsregelung juristisch unmittelbar betroffenen Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung und deren Angehörige. Der Gesetzentwurf (Drucks. 21/7570) lenkt den Blick auf eine andere, relativ kleine Patientengruppe mit einer einzigen politischen Zielsetzung – die Gewinnung von mehr Organen. Ein solch staatlich erhobener Anspruch gegenüber allen Bürgern kann jedoch nur durch die Instrumentalisierung bestimmter, im Sterben begriffener Komapatienten für die Interessen anderer erfüllt werden.

Da ein Systemwechsel an erster Stelle **die Rechtssituation der Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung und die ihrer Angehörigen** verändern würde, fordern wir den Gesetzgeber auf, sich auf Fragen der eigentlichen, von der Widerspruchsregelung betroffenen Zielgruppe zu konzentrieren: Welche rechtlichen Rahmenbedingungen umgrenzen den individuellen, ärztlichen und familiären Handlungsspielraum, wenn mein Großvater, meine Mutter, mein Bruder, meine Tochter, meine Enkelin oder ich selbst z.B. aufgrund einer Hirnblutung, eines Schlaganfalls, eines Hirntumors oder einer schweren Kopfverletzung auf der Intensivstation als potenzieller Organspender identifiziert würde? Wie unterscheidet sich die große, mehrstündige Entnahme-Operation im Rahmen einer ‚spendezentrierten‘ Intensivtherapie von einer ärztlichen und familiären Sterbebegleitung eines Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung? Welche Differenz besteht zwischen einer Organ- und einer Gewebeentnahme? Und kann es tatsächlich zukünftig gesetzlich erlaubt sein, dass ohne dokumentierte Einwilligung der betroffenen Patienten und ohne Zustimmung der nächsten Angehörigen Organe (z.B. Herz, Leber Lunge) und Gewebe (z.B. Augäpfel, ganze Knochen, Muskeln) umfangreich entfernt werden dürfen?

In diesen Grundsatzfragen sollten sich alle Bundestagesabgeordneten präzise auskennen, bevor sie über die rechtliche Neuregelung der medizinischen Behandlungsweise von Intensivpatienten als potenzielle Organspender abstimmen. Dazu nennen wir hier folgende Fakten:

1. Nicht „nach meinem Tod“, sondern zu Lebzeiten beginnt der sog. Organspendeprozess

Bei der Abstimmung im Januar 2020 wusste die Mehrheit des Deutschen Bundestages die oben gestellten Fragen leider nicht wirklich zu beantworten. Denn schon zwei Tage nach Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende teilte die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensivmedizin- und Notfallmedizin (DIVI) in einer Presseerklärung mit, die gerade beschlossene Reform ließe sich nicht in die Praxis umsetzen.³ Der Gesetzgeber war nämlich fälschlicherweise davon ausgegangen, dass erst **NACH der Hirntodfeststellung** („nach dem Tod“) die Entscheidung über die medizinische Sonderbehandlung von Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung als potenzielle Organspender fallen und bei einer dokumentierten Organspendebereitschaft beginnen würde. Aufgrund dieser Fehlannahme pochte die DIVI auf eine sofortige Änderung. Denn **ausschließlich Patienten, die als Organspender** in Frage kommen, müssen aus zwei Gründen zum Zweck der Organentnahme lebensverlängernd intensivmedizinisch behandelt werden:

- Bei ihnen ist im Gegensatz zu Patienten ohne eine vorliegende Organspendebereitschaft **das unumkehrbare Hirnversagen („Hirntod“) abzuwarten**, um die rechtliche Voraussetzung für eine Organentnahme erfüllen und den diagnostischen Nachweis für das irreversible Hirnversagen (Hirntodfeststellung) erbringen zu können. Daher ist nur **bei Intensivpatienten, wenn sie als potenzielle Organspender in Frage kommen, das fremdnützige „Therapieziel Hirntod“⁴ geboten**.
- Auch **NACH** der Hirntoddiagnostik ist die Durchblutung des Körpers von Organspendern durch eine intensivmedizinische Maximaltherapie zu gewährleisten, damit die zu gewinnenden Organe transplantierbar sind. D.h.: der mit dem Todeseintritt sofort beginnende Verwesungsprozess ist medizinisch zu verhindern, indem das Sterben von Organspendern verlängert wird. Selbst die chirurgischen Organentnahmen werden von einem Anästhesisten-Team bis zum Eintritt des Herztodes betreut (z.B. Gabe von Opioiden, Schmerzmitteln, muskelentspannenden Medikamenten).⁵

2. Verzicht auf palliative Sterbebegleitung – stattdessen spendezentrierte Intensivtherapie

Zwar hatte der Gesetzgeber lange auf eine strikte **Trennung** zwischen der **patientenorientierten Behandlung** und der **von Fremddinteressen geleiteten Organgewinnung** größten Wert gelegt: Auskünfte über mögliche Organspender an die organentnehmende Seite waren daher erst nach der Hirntodfeststellung erlaubt (§ 7 Abs. 1 TPG-1997)⁶. Doch entsprechend der Forderung der DIVI sind seit 2021 die Auskunftspflicht der Entnahmekrankenhäuser gegenüber der Transplantationsmedizin vorverlegt (§ 7 Abs. 3 S. 4 TPG-2021)⁷ und die Zugriffsberechtigung auf das digitale Abrufportal des Organ- und Gewebespenderegisters bereits bei einem zu **erwartenden irreversiblen Hirnversagen** gestattet, also **VOR dem nachgewiesenen ‚Hirntod‘** (Art. 1 § 2a Abs. 4 S. 2 Nr. 2 TPG-2021).⁸

Diese Änderungen entsprechen der gängigen Praxis auf einer Intensivstation. Schließlich würde, wie von der DIVI dem Gesetzgeber anlässlich der Reform von 2020 erklärt, „**die Einleitung einer palliativmedizinischen Behandlung [...] eine Organspende verhindern**“.⁹ Daher ist bei einem absehbaren unumkehrbaren Hirnversagen zu Lebzeiten zu entscheiden:

- ob die betreffenden Patienten einer **spendezentrierten Intensivtherapie** bis zum Ende der Organentnahme-Operation unterzogen werden, **oder**
- ob ihnen eine **symptomlindernde, ärztliche Sterbebegleitung** zugute kommt, an der auch die Familie mitwirken kann.

Die Widerspruchsregelung würde darauf hinauslaufen, die **alternative Therapieform zu einer Organspende – die palliative Sterbebegleitung** – auf Intensivstationen rechtlich **möglichst zu unterbinden**, so dass am Ende mehr Organspender für die Behandlung anderer Patienten zur Verfügung stünden. Damit aber umgeht der geplante Systemwechsel das sog. Patientenverfügungsgesetz, das den **Anspruch auf Patientenautonomie und eine individuelle Selbstbestimmung** für medizinische Eingriffe garantiert. Es betrifft – wie im Falle der Organentnahme – Situationen der **Einwilligungsunfähigkeit am Lebensende**.¹⁰ Dann ist der mutmaßliche Patientenwille zu ermitteln und durchzusetzen. Hingegen suggerieren Verfechter der Widerspruchslösung, der medizinische und soziale Umgang mit sterbenskranken Patienten könne in der Transplantationsgesetzgebung unabhängig vom BGB und Grundgesetz geregelt werden.

3. Sterbende haben das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG)

Patienten mit **der Prognose** eines unumkehrbaren Hirnversagens sind genauso wie Patienten mit einem absehbaren Herzversagen als noch lebende Menschen durch das Grundgesetz geschützt. Sie genießen das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Im Falle der Widerspruchsregelung dürfte bei diesen Patienten, wenn sie volljährig sind und gegen eine Organspende zuvor kein Veto eingelegt haben, die spendezentrierte Therapie „**bereits mit der Diagnose einer schweren Hirnschädigung**“¹¹ **beginnen**. Im Gegensatz zu der **Alternative einer ärztlichen und familiären Sterbebegleitung** greift die extra für Spender entwickelte, **fremdnützige Behandlungsform** in den Sterbeprozess ein, um durchblutete Organe ohne abgestorbenes Gewebe gewinnen zu können. Sie umfasst Medikamentengaben z.B. gegen Entzündungen oder zur Thromboseprophylaxe und kann im Sinne der sog. Organprotektion höchst invasiv sein – z.B. Bluttransfusion, Operation, Reanimation bei Herz-Kreislauf-Stillstand.¹²

4. Entrechtung der Angehörigen und Kommerzialisierung von menschlichem Gewebe

Im Gegensatz zu Organen (z.B. Herz, Lungen, Leber) wird Gewebe nicht für die Lebensrettung, sondern zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen genutzt. Außerdem unterliegt **Gewebe** dem Arzneimittelgesetz, also nicht dem Handelsverbot wie Organe. Es kann bis zu drei Tagen nach dem Tod entnommen, konserviert, im industriellen Verfahren als Therapeutikum verarbeitet, kommerzialisiert und teilweise auch vermarktet werden (z.B. Knochenspäne) (§ 17 Abs. 1 Nr. 2 TPG; § 21 Arzneimittelgesetz).¹³

Von der Widerspruchsregelung wäre ein sehr viel größerer Kreis Verstorbener als potentielle Gewebespende betroffen. Denn über Organspende hinaus (nur etwa 0,3 Prozent aller Verstorbenen) bezieht sich der Gesetzentwurf auf Menschen, die auch außerhalb der Intensivstationen in Kliniken, Hospizen, Alten- oder Pflegeheimen sterben. Immerhin kämen zirka 80 Prozent aller Toten ab 18 Jahren bis ins hohe Alter für Gewebeentnahmen in Frage. Ist kein aktiver Widerspruch registriert, dürfte ihnen – selbst ohne Zustimmung der Angehörigen – Knochen, Bänder, Muskeln, Blutgefäße, Herzklappen, Haut, Augäpfel usw. entnommen werden.

Die Autoren des Gesetzentwurfs machen eine vermeintlich hohe Organ- und Gewebespendebereitschaft zur Grundlage, um auch die **Gewebegewinnung ohne vorherige individuelle Einwilligung** zu rechtfertigen. Damit missachten sie das postmortale Persönlichkeitsrecht auf Totenruhe, dessen Verletzung mit Gefängnis oder einer Geldstrafe geahndet wird (ugs.: ‚Leichenschändung‘). Außerdem berücksichtigt nach juristischer Auffassung § 168 Abs. 1 StGB das Pietätsgefühl der Hinterbliebenen. **Das Recht der nahen Angehörigen, in Würde und Frieden trauern zu können**, ebenso ihre durch das BGB geschützte Rolle als Totenfürsorgeberechtigte wären beschnitten.

5. Strategien zur Vergrößerung des ‚Spenderpools‘:

5a. Organgewinnung nach Herzstillstand wird Realität

Verfechter der Widerspruchsregelung und selbst Vertreter des Antrags auf Beibehaltung der Freiwilligkeit der Organspende haben in der parlamentarischen Debatte auf einen deutschlandspezifischen Organmangel hingewiesen und Spanien als Vorbild für eine optimal organisierte sog. Spenderdetektion in Krankenhäusern genannt. Dabei wird eines systematisch verschwiegen: In Spanien, aber auch in anderen Ländern mit deutlich höheren Spenderquoten, wie z.B. in Belgien oder den Niederlanden, wurden die klassischen Hirntodkriterien für Organentnahmen nach Herzstillstand aufgegeben (Donation after circulatory death: DCD genannt).¹⁴ Damit konnten die Spenderzahlen teilweise mehr als verdoppelt werden – auch im Rahmen der dort legalisierten Euthanasie bzw. des assistierten Suizids. So gab es 2025 z.B. in Belgien 205 Spender auf Grundlage einer Hirntoddiagnose und 217 Organspende nach Herzstillstand, darunter befanden sich 14 DCD-Spende in der **Eurotransplant-Kategorie V „Euthanasia“** (2025 in Holland: 34 „Euthanasia“-Organspende).¹⁵

In Deutschland ist diese medizinethisch umstrittene Nutzung von Patienten¹⁶ für die Organgewinnung als Tötung¹⁷ noch verworfen – zu Recht: Denn Menschen, die einen Herzstillstand erleiden, sind – wie aus Erste-Hilfe-Kursen bekannt – wiederbelebbar. Sie verfügen weiterhin über Hirnaktivitäten und selbst das Bewusstsein muss nicht erloschen sein (Nahtoderfahrungen).¹⁸ Neuerdings deuten Bestrebungen darauf hin, dass auch in Deutschland diese Strategie zur Vergrößerung des ‚Spenderpools‘ verfolgt wird.¹⁹ Es liegt die Vermutung nahe: Sollte die Widerspruchsregelung eingeführt werden, könnte sich eine öffentliche Debatte um diese medizinethisch heikle Form der Organgewinnung erübrigen und auf eine Fachdiskussion beschränkt bleiben.

5b. Verpflanzung von Organen vorerkrankter und älterer Menschen

Die Anwendung der DCD-Entnahme-Technologie geht einher mit einer noch umfangreicheren Nutzung älterer Menschen mit Vorerkrankungen als Organspender. Bisher wurde in der parlamentarischen Diskussion die Illusion erzeugt, **jede** mit schweren Nebenwirkungen verbundene Ultima Ratio Operation einer Transplantation (z.B. Organabstoßungen, erhöhtes Krebsrisiko)²⁰ würde automatisch und langfristig „Leben retten“. Überlebensraten von Transplantationspatienten sind weder in der parlamentarischen Debatte noch im Gesetzentwurf aufgeführt. Auch bleiben das Alter, die Krankenvorgeschichte, der Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten-, Drogen- und Nahrungsmittelkonsum von potenziellen Spendern unter dem Stichwort „neues Organ“ ausgeblendet. Indessen aber steigt der Anteil von sog. marginalen Organen (z.B. Fettlebern, Organe mit Konservierungsschäden, Raucher- oder Wasserlungen), die den Verpflanzungskriterien für sog. solide Organe nicht entsprechen,²¹ ebenso die Zahl von hochbetagten Spendern (Eurotransplant „Old-for-Old-Program“). 2025 lag das Medianalter von Spendern in Ländern des Eurotransplant-Verbundes wie z.B. Belgien bei 60, der Slowakei bei 62, in Deutschland bei 59 Jahren.²² Hier betrug 2025 das Höchstalter von Lungenspendern 84 Jahre, von Nierenspendern 89 und das von Leberspendern 91 Jahre.²³ Angesichts dieser Entwicklung wird in tierexperimentellen Studien die kostenintensive ex-vivo-Gentherapie zur Optimierung ‚marginaler‘ Organe angestrebt.²⁴

6. Widerspruchsregelung ohne Wissen über Hirntod und spendezentrierte Intensivtherapie verletzt die Patientenautonomie

Ein Schlüsselargument für die Einführung der Widerspruchsregelung bezieht sich auf eine hohe Organspendebereitschaft in der Bevölkerung (rund 85 Prozent). Diese Zahl beruht auf nur wenig belastbaren Umfrageergebnissen. Vor allem aber fehlt bei der Ermittlung dieser positiven Einstellung die Grundvoraussetzung für eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende: eine fundierte Information über alle konkreten medizinischen Eingriffe im Rahmen von Organ- und Gewebeentnahmen. So ergab eine Studie zum Aufklärungsstatus über die Organspende bei Senioren,²⁵ die auch in Deutschland mit etwa 50 Prozent eine beachtlich große Gruppe der Spender repräsentieren (60-98-Jährige),²⁶ dass die Hälfte der Befragten nicht einmal mit dem ‚Hirntod‘ vertraut war. Lediglich 22 Prozent wussten, dass eine Organspende nur unter Bedingungen einer Intensivtherapie realisierbar ist.

Solch gravierende Wissenslücken spiegeln das niedrige Aufklärungsniveau in der Bevölkerung zum Thema ‚Organspende‘ wider, gleichwohl die **Krankenkassen** und **das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit gesetzlich verpflichtet** sind, darüber umfassend zu informieren. Seit 2012 gilt dies auch für die **Organspende „im Verhältnis zu einer Patientenverfügung“** (§ 2 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG-2012). Im Deutschen Ärzteblatt erläutern Rechtsmediziner die Ursache für diese Unwissenheit. Sie kommen zu dem Ergebnis: Aus den Aufklärungsbroschüren der beiden Institutionen ist über die spendezentrierte Therapie „so gut wie nichts [zu] entnehmen“. Sie fragen: „Warum wohl?“ Ihre Antwort: „Gut informierte Patienten würden ein solches Prozedere vielleicht ablehnen“.²⁷

Auch wir zählen zu jenen Menschen, die uninformatiert in die traumatische Behandlungssituation unserer sterbenden Kinder geworfen waren. Wir müssen mit unserer Zustimmung von damals und dem letzten Anblick unserer ausgenommenen Kinder für immer leben.

Als betroffene Eltern appellieren wir daher an die Verantwortung aller Bundestagsabgeordneten, einer Entrechtung von Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung und ihrer Angehörigen nicht zuzustimmen. Die Patientenautonomie (§ 1827 BGB), das Recht auf Totenruhe (§ 168 Abs. 1 StGB), die Totenfürsorgeberechtigung der nächsten Angehörigen und das im Grundgesetz verankerte Recht auf körperliche Unversehrtheit müssen gewahrt bleiben. **In einer Demokratie sollten sich staatlich verordnete medizinische Eingriffe für die fremdnützige Gewinnung von Organen und menschlichem Gewebe ohne dokumentierte Einwilligung der betreffenden Patienten verbieten.**

Sehr geehrte Frau Dr. Machalet, als betroffene Eltern von Organspendern setzen wir unsere ganze Hoffnung darauf, dass unsere auf Erfahrungen beruhenden Kritikpunkte vor der Entscheidung im Deutschen Bundestag Gehör finden.

Mit freundlichen Grüßen



Renate Greinert
1. Vorsitzende KAO

gez. Dr. med. Martin Stahnke
2. Vorsitzender KAO

Facharzt für Anästhesiologie
und Intensivmedizin

gez. Jobst Meyer

Facharzt für Chirurgie,
Facharzt für Allgemeinmedizin

¹ANMERKUNGEN

<https://initiative-ka0.de/kritische-aufklaerung-ueber-organtransplantation-ka0-ev/#wer-wir-sind>

² Vgl. <https://www.juraforum.de/lexikon/totenfuersorge>

³ Pressemeldung der DIVI vom 22. Januar 2020: <https://www.divi.de/pressemeldungen/pm-neues-gesetz-zur-organ-und-gewebespende-der-zeitpunkt-der-einsichtnahme-in-das-register-muss-veraendert-werden> (28.09.2026); vgl. auch: Intensiv-mediziner wollen Änderungen am Gesetz zur Organ- und Gewebsspende. In: Deutsches Ärzteblatt vom 22. Januar 2020 <https://www.aerzteblatt.de/news/intensivmediziner-wollen-aenderungen-am-gesetz-zur-organ-und-gewebespende-da7e4293-be64-45cb-be54-1c83da184f04> (28.09.2026). Darin heißt es: „Grundsätzlich stelle sich daher bei einem Patienten mit einer erwarteten oder vermuteten IHA [irreversible Hirnfunktionsausfall] die Frage, **ob die Weiterführung intensivmedizinischer Maßnahmen bis zur Feststellung des IHA überhaupt vom Patientenwillen gedeckt sei.** „Denn alle intensivmedizinischen Maßnahmen dienen zu diesem Zeitpunkt eigentlich nicht mehr dem Zweck der Gesundung des Patienten, **sondern einem Fremdzweck – der Spende von Organen**“ [...]. Die Realisierung einer Organspende sei ohne die Aufrechterhaltung intensivmedizinischer Maßnahmen unmöglich, weil ohne diese Behandlungsmaßnahmen eine ausreichende Durchblutung der Organe nicht mehr sichergestellt wäre.. [...] **„Ergibt aber die Einsichtnahme in das geplante Register, dass der Patient eine Organspende ablehnt, würden die intensivmedizinischen Maßnahmen an diesem Punkt beendet und ein palliatives Konzept mit Sterbebegleitung umgesetzt werden“.** (Hervorhebung d. Verf.)

⁴ Erbguth, Frank/Dietrich, Wenke: Therapieziel Hirntod? Soll ein potenzieller Organspender mit aussichtsloser Prognose zugunsten einer möglichen Transplantation lebensverlängernd behandelt werden? In: Bayerisches Ärzteblatt (2014), H. 3, S. 116-119. https://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2014/03/einzelpdf/BAB_3_2014_116_119.pdf

⁵ Vgl. Englbrecht, Jan Sönke et al.: Perioperatives Management der postmortalen Organspende. Anästhesie zwischen Ethik und Evidenz. In: Anästhesist 71 (2022), S. 384-391 hier, S. 389. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-021-01065-9>

⁶ <https://www.gesetze-im-internet.de/tpg/BJNR263100997.html>

⁷ <https://dejure.org/gesetze/TPG/7.html>

⁸ https://www.buzer.de/10_GVWG.htm

⁹ DIVI Schreiben vom 16. Oktober 2019 an den Stellvertretenden Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages MdB Rudolf Henke, S. 3. <https://www.divi.de/component/edocman/publikationen-dokumente/anschreiben-mdb-rudolf-henke-organspende-pdf>

¹⁰ Vgl. auch Duttge, Gunnar/Neitzke, Gerald: Zum Spannungsfeld zwischen Intensivtherapie und Organtransplantation. In: DIVI. Mitgliederzeitschrift der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (4/2015), S. 144-149. DOI 10.3238/DIVI.2015.0144-0149; Mersmann, Jan et al.: Handreichung zum Vorgehen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit schwerster Hirnschädigung bei zu erwartendem Hirntod und Organspendewunsch. In: Anästhesiologie und Intensivmedizin 59 (2018), S. 90-98. https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2018/02-2018/2018_2_90-98_Universitaetsklinikum%20Frankfurt%20Main%20%20Handreichung%20zum%20Vorgehen%20bei%20erwachsenen%20Patient.pdf; Schöne-Seifert, Bettina et al.: Behandlung potenzieller Organspender im Präfinalstadium. Ethische Fragen. Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Universität Münster. https://www.medin.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/egtm/pbsurvey/Forschung/BSS_ST_red_27.09.Schoene-Seifert_et_al.Positiionspapier.pdf

¹¹ Vgl. Kuhn, Sven-Olaf/Hahnenkamp, Klaus: CME – Zertifizierte Fortbildung. Intensivtherapie bei potenziellen Organspendern. Empfehlungen für Erwachsene. In: Zeitschrift für Herz- und Thoraxchirurgie 35 (2021), S. 23-34, hier S. 25. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00398-020-00408-9>; vgl. auch Michalski, Dominik et al.: Organprotektive Intensivtherapie und intensivmedizinische Maßnahmen bei Personen mit schwerer Hirnschädigung und unmittelbar bevorstehendem bzw. eingetretenem irreversiblen Hirnfunktionsausfall. In: Anästhesiologie 74(2025) Nr. 9, S. 587-602. <https://doi.org/10.1007/s00101-025-01573-y>; Tzagogiorgas, Charalambos et al.: Neue Wege der Spender-Präkonditionierung in der Intensivmedizin – von Nerven und Botenstoffen. In: Anästhesiologie und Intensivmedizin 61 (2020), S. 492-502. https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2020/11-2020/AI_11-2020_Uebersichten_Tzagogiorgas.pdf

¹² Neitzke, Gerald et al.: Entscheidungshilfe bei erweitertem intensivmedizinischem Behandlungsbedarf auf dem Weg zur Organspende. Positionspapier der Sektion Ethik und der Sektion Organspende und -transplantation der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIIN). In: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 114 (2019), S. 319-326, hier 323. Onlinepublikation: 11. April 2019. <https://doi.org/10.1007/s00063-019-0578-3>

¹³ Fröhlich, Anne: Die Kommerzialisierung von menschlichem Gewebe: Eine Untersuchung des Gewebegesetzes und der verfassungs- und europarechtlichen Rahmenbedingungen. Hamburg 2012. <https://www.deutsche-digitale-bibliothek.de/item/NYABZQRWTWJD4BNV4QJHRJGVTZZKKMY2>; Böhnke, Ocka Anna: Die Kommerzialisierung der Gewebespende. Eine Erörterung des Ressourcenmangels in der Transplantationsmedizin unter besonderer Berücksichtigung der Widerspruchslösung. Frankfurt am Main u. a. 2010; Kirchner, Katja: Der Einfluss institutioneller Faktoren auf die Bereitschaft zur Gewebespende. Diss. Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät Universität Bayreuth 2023.

¹⁴ Vgl. z.B. Herztransplantation. Neue Methoden erleichtern Organentnahme nach Herztod. In: Deutsches Ärzteblatt vom 1. August 2025. <https://www.aerzteblatt.de/news/herztransplantation-neue-methoden-erleichtern-organentnahme-nach-herztod-a55f2972-0e85-42da-b234-a51e73244c17>

¹⁵ Vgl. Eurotransplant: Donors used in 2025, by country, by donor type <https://statistics.eurotransplant.org/reportloader.php?report=10692-32916&format=pdf&download=1>; vgl. Organentnahmen nach Herzstillstand unter Bedingungen der Euthanasie: DCD Donors used in 2025, by country, by DCD category <https://statistics.eurotransplant.org/reportloader.php?report=11255-32916&format=pdf&download=1>. In Spanien betrug im Jahre 2025 die Relation von Organspender nach Herzstillstand 56 Prozent zur Organgewinnung von Spendern nach unumkehrbaren Hirnversagen 44 Prozent. Vgl. <https://dtifoundation.com/the-power-of-generosity-that-saves-lives-the-donation-and-transplantation-results-in-spain-for-2025/>. Auch in Spanien werden Spender im Rahmen des assistierten Suizids genutzt: <https://www.springermedizin.de/assistierter-suizid/organspende-nach-assistiertem-suizid/25874922>.

¹⁶ Vgl. z.B. zu der höchst umstrittenen normothermen Maschinenperfusions-Technologien der DCD-Spende: American College of Physicians: Ethics, Determination of Death, and Organ Transplantation in Normothermic Regional Perfusion (NRP) with Controlled Donation after Circulatory Determination of Death (cDCD): American College of Physicians Statement of Concern vom 17. April 2021: https://www.acponline.org/sites/default/files/documents/clinical_information/resources/end_of_life_care/ethics_determination_of_death_and_organ_transplantation_in_nrp_2021.pdf; 2022 forderte das American College of Physicians – die größte medizinische Fachgesellschaft in den USA mit 163 000 Mitgliedern – einen Stopp der Organgewinnung durch die normothermische Perfusion. Vgl. Opole, Isaac O./Deep, Noel N./Sulmasy, Lois S.: On the ethics of NRP and the American College of Physicians NRP statement. In: American Journal of Transplantation 2 (2022), H. 6, S. 1725-26. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ajt.17014>

¹⁷ Erklärung der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Tötung durch Organentnahme widerspricht ärztlicher Ethik. Abgedr. in: Deutsches Ärzteblatt 94 (1997), H. 28/29, S. A1963. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/toetung-durch-organentnahme-widerspricht-aerztlicher-ethik-erklaerung-der-zentralen-ethikkommission-bei-der-bundesaerztekammer-dc6393ce-12da-4869-a590-2f9f42167adf>

¹⁸ Vgl. Parnia, Sam et al.: AWAreness during RESuscitation - II: A multi-center study of consciousness and awareness in cardiac arrest. In: Resuscitation 191 (2023), 109903: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(23\)00216-2/abstract](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(23)00216-2/abstract)

¹⁹ Vgl. Pressemeldung der DIVI vom 16. September 2026: Neues Positionspapier – Wenn ein klares Ja zur Organspende nicht genügt: <https://www.divi.de/pressemeldungen/pm-neues-divi-positionspapier-wenn-ein-klares-ja-zur-organspende-nicht-genuegt>

²⁰ Vgl. z. B. Siegmund-Schultze, Nicola: Krebsrisiko bei Organempfängern und bei Menschen mit HIV: Immunsuppression allein erklärt erhöhte Inzidenzen nicht, vielleicht sind manche Medikamente onkogen. In: Deutsches Ärzteblatt 121 (2024), H. 18, S. A 1178. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=241062>

²¹ Vgl. z.B. Höfer, Daniel u. a.: Der potentielle Organspender – Evaluierung unter besonderer Berücksichtigung der Herzentnahme. In: Wiener klinische Wochenschrift 122 (2010), S. 441-451. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7102121/pdf/508_2010_Article_1407.pdf; Schultz, Hans Henrik et al.: Donor Smoking and Older Age Increases Morbidity and Mortality after Lung Transplantation. In: Transplantation Proceedings 49 (2017), H. 9, S. 2161-2168.

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29149977/> ; Pratschke, Johann/Mittler, Jens/Neuhaus, Peter: Ausweitung des Spenderpools unter Verwendung marginaler Organe. In: Der Chirurg 79 (2008), H. , S. 130-134.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00104-007-1458-6>; Michel, Sebastian et al.: Lungentransplantation: aktueller Stand und Entwicklungen. In: Chirurgie 95 (2024), S. 108-114. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00104-023-02023-4>; Jordan, Stephanie Henriette: Einfluss der Organqualität von Spenderorganen nach normothermer Maschinenperfusion auf den postoperativen Verlauf nach Lebertransplantation. Med. Diss der Medizinischen Fakultät der Universität Münster 2024, S. 70; Tautenhahn, Hans-Michael et al.: Lebertransplantation bei alten Patient:innen. In: Die Chirurgie 94 (2023), S. 28-35. <https://www.proquest.com/openview/321ae8aae6351e2ad345c41296bd5db2/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=7434370> Vgl. Schröder, Ines/Wassilowsky, Dietmar/Irlbeck, Michael: Intensivmedizinische Besonderheiten nach soliden Organtransplantationen. In: Anästhesiologie & Intensivmedizin 65 (2024), S. 435-445, hier S. 443. DOI: <https://doi.org/10.19224/ai2024.435>. Vgl. auch für das Folgende: Zwaan de, Martina et al: Psychosoziale Diagnostik und Behandlung vor und nach Organtransplantation. In: Deutsches Ärzteblatt 120 (2023), H. 24, S. 413-419, hier S. 417. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/pdf/76766024-1636-422f-8bbe-ff8bf784a675>
- ²² Vgl. Eurotransplant: Deceased Donors used in 2025, median age, by donor, by country, by organ used: https://statistics.eurotransplant.org/index.php?search_type=donors&search_organ=&search_region=by+country&search_period=2025&search_characteristic=&search_text
- ²³ Vgl. DSO: Jahresbericht 2025. Organspende und Transplantation in Deutschland. Frankfurt am Main 2026, S. 69. https://dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht_2025.pdf.
- ²⁴ Vgl. Vorschlag für eine RICHTLINIE DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES zur Änderung der Richtlinien 2001/18/EG und 2010/53/EU hinsichtlich des Inverkehrbringens von genetisch veränderten Mikroorganismen und der Aufbereitung von Organen: <https://op.europa.eu/de/publication-detail/-/publication/01a48f3f-df1e-11f0-8439-01aa75ed71a1/language-de>
- ²⁵ Vgl. Wagner, Elias/Marckmann, Georg/Jox, R. J.: Koinzidenz von Patientenverfügung und Zustimmung zur Organspende: Was wünschen die Betroffenen? Eine Befragung deutscher Senioren. Stuttgart/New York 2019. Online Publikation. DOI <https://doi.org/10.1055/a-0837-0882>
- ²⁶ Ältere Organspender. Durchaus keine Seltenheit. In: Deutsches Ärzteblatt 123 (2026), S. A 834. <https://www.aerzteblatt.de/search/result/a0413e3a-be02-48cc-9d66-37786ffd0abc?q=%C3%84ltere+Organspender>
- ²⁷ Parzeller, Markus/Zedler, Barbara/Verhoff, Marcel A.: Rechtliche Grauzone. Zu dem Beitrag: Organprotektive Intensivtherapie beim Organspender. In: Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), H. 8, S. 137. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/186404/Rechtliche-Grauzone>