Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.

Initiative-KAO.de

PRESSEMITTEILUNG Hannover, 25.11.2026

Einspruch gegen die Entrechtung von Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung und ihren Angehörigen

Der Verein Kritische Aufklärung über Organtransplantation (KAO) appelliert an die Verantwortung aller Medien, die Bevölkerung über das von 254 Bundestagsabgeordneten unterschriebene Gesetzesvorhaben (Drs. 21/7570) zur Einführung der Widerspruchsregelung in das deutsche Transplantationsgesetz und seine medizinethischen sowie rechtlichen Konsequenzen umfassend zu informieren.

Immerhin geht es um nichts Geringeres als um eine demnächst zur Abstimmung in Aussicht gestellte Transplantationsgesetzgebung, die im Grundgesetz geschützte Rechte verletzt und bestehende Rechte aus dem BGB mehrfach einschränkt: Alle volljährigen Bürgerinnen und Bürger sollen automatisch zu potenziellen ‚Spendern' gemacht und einer Entnahme von bis zu sieben Organen und anschließend außerdem einer unbegrenzten Gewebeentnahme unterzogen werden können – alle, die zuvor nicht aktiv widersprochen haben. Noch im Rahmen einer öffentlich geführten und medial begleiteten Debatte hatte 2020 das Parlament die Widerspruchsregelung mit einer deutlichen Mehrheit eine solche Entrechtung von Menschen als potenzielle Organ- und Gewebespender abgelehnt – aus guten Gründen.

Denn der geforderte Systemwechsel ist **nicht** mit dem

- im BGB verankerten **Selbstbestimmungsrecht für medizinische Eingriffe** abgestimmt. Die Widerspruchsregelung kollidiert mit dem Grundgesetz (Art 2 Abs. 2 S 1 GG) durch den seit 2021 gesetzlich erlaubten Beginn der fremdnützigen „spendezentrierten Therapie" von Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung **VOR dem nachgewiesenen unumkehrbaren Hirnversagen (‚Hirntod')** (Art. 1 § 2a Abs. 4 S. 2 Nr. 2 TPG-2021).
- Die Widerspruchsregelung missachtet das vom Weltärztebund anlässlich der Medizinverbrechen im Nationalsozialismus verfasste **Genfer Gelöbnis**, das ärztliches Handeln darauf verpflichtet, bei **jeder medizinischen Maßnahme die Würde, die Autonomie und das „Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten zu meinem obersten Anliegen"** zu machen, um fremdnützige Interessen auszuschließen.
- Vor dem Hintergrund dieses ethischen Gebots überrascht eines nicht: Trotz der **Mitwirkungspflicht der Intensivmedizin bei der Meldung von ihren Patienten als potenzielle Organspender** wird die vorgeschriebene Kooperation der Intensivstationen mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation nur unzureichend umgesetzt: 2022 beklagte der Präsident der Bundesärztekammer Klaus Reinhardt, dass **„weit über 70 Prozent" der Krankenhäuser keine Spendermeldungen erstatten**.
- Die geplante Gesetzesänderung verletzt das **postmortale Persönlichkeitsrecht**, das sich aus dem Grundgesetz ableitet (Art.1 Abs. 1 GG: Menschenwürde).
- Sie steht nicht in Einklang mit der **Totenfürsorgeberechtigung der nächsten Angehörigen**.
- Auch wird das strafrechtlich geschützte **Recht auf Totenruhe** schlichtweg ignoriert**.**

Verfechter der Widerspruchsregelung machen zugunsten einer staatlichen Organbeschaffungspolitik glauben, die **Patientenautonomie und das individuelle Selbstbestimmungsrecht** dürften in der Entscheidungssituation bei einer **Einwilligungsunfähigkeit am Lebensende** für das politische Ziel, mehr Organe zur Verfügung zu haben, problemlos geopfert werden. Und sie suggerieren, der medizinische sowie soziale Umgang mit sterbenskranken Patienten sei im Transplantationsgesetz unabhängig vom BGB und Grundgesetz zu regeln.

Kritische Aufklärung über Organtransplantation KAO e.V.
Adolfstr. 2
D-30169 Hannover

VORSITZENDE
Renate Greinert
Dr. Martin Stahnke
Amtsgericht Koblenz
Register-Nr.: VR 20157

SPENDENKONTO
DE68 3206 1414 0526 5740 10
GENODED1KMP (BIC)
Volksbank Kempen-Grefrath eG

KONTAKT
+49 (0) 171 – 7 88 56 33
kontakt@Initiative-KAO.de
Initiative-KAO.de

Presseerklärung
Einspruch gegen die Entrechtung von Intensivpatienten
mit einer schweren Hirnschädigung und ihren Angehörigen

25.11.2026

Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.
Initiative-KAO.de

Mit Nachdruck verwehren wir uns als Organspender-Familien gegen die im Gesetzentwurf aufgestellte Behauptung, die Widerspruchsregelung würde Angehörige entlasten. Das Gegenteil ist der Fall, denn **Angehörige wären in mehrfacher Hinsicht entrechtet**:

1. Der Familie von volljährigen Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung und der Prognose eines irreversiblen Hirnversagens wäre es nach dem vorliegenden Gesetzentwurf **untersagt, dem liebsten Menschen bis zum letzten Atemzug beizustehen**, es sei denn, er hätte einer Organentnahme widersprochen.
2. Angehörigen wäre **das Recht genommen, den mutmaßlichen Willen des betreffenden Patienten zur Geltung zu bringen**, wenn es konkrete Hinweise (z.B. Patientenverfügung, Gespräche) dafür gibt, dass eine Organ- und Gewebeentnahme nicht gewünscht war.
3. Das **Totenfürsorgerecht der Hinterbliebenen** sowie **das Recht, in Würde und Frieden trauern zu können,** wären beschnitten.

Wir fordern die Medien auf, die Berichterstattung über den geplanten Systemwechsel auf die Frage zu konzentrieren, **wie sich die Rechtssituation der Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung und die ihrer Angehörigen durch die Einführung der Widerspruchsregelung verändern würde**:

- Welche rechtlichen Rahmenbedingungen umgrenzen den individuellen, ärztlichen und familiären Handlungsspielraum, wenn meine Großmutter, mein Vater, meine Schwester, mein Sohn, meine Enkelin oder ich selbst z.B. aufgrund einer Hirnblutung, eines Schlaganfalls, Hirntumors oder einer schweren Kopfverletzung auf der Intensivstation als potenzieller Organspender identifiziert würde?
- Wie unterscheidet sich die **große Entnahme-Operation** im Rahmen der **‚spendezentrierten' Intensivtherapie** von einer **dazu alternativen palliativen und familiären Sterbebegleitung** eines Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung?
- Wie unterscheiden sich die Kriterien für die Diagnostik eines irreversiblen Hirnversagens (‚Hirntod') bei intensivmedizinisch behandelten Patienten von den Vorschriften für eine ärztliche Todesfeststellung nach dem endgültigen Tod (Totenflecke, Leichenblässe, Herz- und Atemstillstand etc.).
- Kann es in einer Demokratie tatsächlich gesetzlich erlaubt sein, **ohne dokumentierte Einwilligung** der betroffenen Patienten sowie ohne Zustimmung der Angehörigen **bis zu sieben Organe** (z.B. Herz, Leber) und **zusätzlich** noch bis zu drei Tage nach den Organentnahmen **umfangreich Gewebe** (z.B. ganze Knochen, Muskeln) **zu entfernen,** zumal Gewebe als Arzneimittel kommerzialisierbar ist und nicht zum Lebensrettungsversuch todkranker Menschen entnommen wird?

Der Verein KAO fordert: Die Transplantationsgesetzgebung darf nicht über bestimmte Grundrechte und medizinethische Verpflichtungen hinweggehen. Die Patientenautonomie, das ärztliche Gelöbnis, das postmortale Persönlichkeitsrecht, das Recht auf Totenruhe, die Totenfürsorgeberechtigung der nächsten Angehörigen, das im Grundgesetz verankerte Recht auf körperliche Unversehrtheit müssen gewahrt bleiben.

In einer Demokratie sollten sich staatlich verordnete medizinische Eingriffe zur fremdnützigen Beschaffung von Organen und menschlichem Gewebe ohne dokumentierte Einwilligung der betreffenden Patienten verbieten.

Zur Beantwortung der oben gestellten Fragen geben wir in der Anlage vier Tatsachen zu bedenken.

Pressekontakt

Renate Greinert
1. Vorsitzende
Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.
Telefon: +49 (0) 171 – 7 88 56 33
E-Mail: renate.greinert@t-online.de
Online lesen: https://initiative-kao.de/kao-pressemitteilung-einspruch-gegen-die-entrechtung-von-intensivpatienten-mit-einer-schweren-hirnschaedigung-und-ihren-angehoerigen/

25.11.2026

Kritische Aufklärung über
Organtransplantation e.V.
Initiative-KAO.de

Anlage

1. Nicht ‚nach meinem Tod', sondern zu Lebzeiten beginnt die ‚spendezentrierte Therapie'

Bei einer Organspendebereitschaft ist im Gegensatz zu anderen Patienten mit einer schweren Hirnschädigung **das unumkehrbare Hirnversagen abzuwarten,** um den Nachweis für den ‚Hirntod' durch seine Diagnostik erbringen zu können. Daher ist allein bei **Intensivpatienten, die als potenzielle Organspender identifiziert sind, das fremdnützige „Therapieziel Hirntod"**[1] **erforderlich – nur sie werden der neurologischen, herausfordernden Hirntodfeststellung** (u.a. Stich in die Nasenwurzel, Eiswasserspülung der äußeren Gehörgänge) unterzogen.

Auch nach der Hirntoddiagnose ist die Durchblutung der Körper von Spendern durch eine intensivmedizinische Therapie zu gewährleisten, damit die zu gewinnenden Organe transplantierbar sind. Der mit dem Todeseintritt sofort beginnende Verwesungsprozess kann nur verhindert werden, wenn das Sterben von Organspendern intensivmedizinisch verlängert wird. Selbst ein Anästhesisten-Team betreut die Organentnahmen bis zum endgültigen Tod der Spender auf dem OP-Tisch (z.B. Gabe von Opioiden, Schmerzmitteln, muskelentspannenden Medikamenten oder einer Narkose).[2]

Es entspricht der Praxis auf einer Intensivstation, bei einem absehbar unumkehrbaren Hirnversagen noch zu Lebzeiten der betreffenden Patienten zu entscheiden, ob sie einer sog. **spendezentrierten Intensivtherapie** bis zum Ende der Organentnahme-Operation ausgesetzt werden, **oder** ob ihnen eine **symptomlindernde, ärztliche Sterbebegleitung** zugute kommt, an der auch die Familie mitwirken kann.[3]

Die Widerspruchsregelung zielt darauf ab, die **palliative Sterbebegleitung** als Alternative zu Organentnahmen **möglichst zu unterbinden**, um mehr Organspender als bloße Objekte zur Behandlung anderer Patienten zur Verfügung zu haben.

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

Wie alle sterbenden Menschen sind genauso Patienten mit **der Prognose** eines irreversiblen Hirnversagens durch das Grundgesetz geschützt. Sie genießen das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Im Falle eines Systemwechsels 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"**[4] beginnen. Im Gegensatz zu der **Alternative einer ärztlichen und familiären Sterbebegleitung** greift die extra für Spender entwickelte, **fremdnützige Behandlungsform** in den Sterbeprozess ein. Sie umfasst zwecks ‚Organprotektion' etwa Medikamentengaben zur Prophylaxe von Thrombosen und kann höchst invasiv sein – z.B. Operation, Reanimation bei Herz-Kreislauf-Stillstand.[5]

3. Beträchtliche Wissensdefizite zum ‚Hirntod' und zur spendezentrierten Intensivtherapie

Ein Schlüsselargument für die Widerspruchsregelung bezieht sich auf eine hohe Organspendebereitschaft in der Bevölkerung (ca. 85 Prozent). Diese Zahl beruht auf einer Umfrage, in der die **Grundvoraussetzung für eine selbstbestimmte Entscheidung erst gar nicht** ermittelt wurde: **die Kenntnis über alle medizinischen Eingriffe im Rahmen einer Organ- und Gewebeentnahme.** So ergab eine Studie zum Aufklärungsstatus über die Organspende bei Senioren, [6] die auch in Deutschland mit etwa 50 Prozent eine beachtlich große Gruppe der Spender repräsentieren (60-98-Jährige),[7] 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 zur ‚Organspende' wider.

Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.
Initiative-KAO.de

4. Strategien zur Vergrößerung des Spenderpools:

a. Das Modell Spanien

In der aktuellen Debatte wird Spanien als Vorbild für eine optimal organisierte ‚Spenderdetektion' in Krankenhäusern genannt. Doch wie alle Länder mit erhöhten Spenderquoten verdankt auch Spanien seine Spitzenposition der Tatsache, dass dort die klassischen Hirntodkriterien für Organentnahmen nach Herzstillstand nicht gelten (DCD Donation after circulatory death; nach ‚Hirntod': DBD Donation after Brain Death).[8] Nur darum konnten hier, ebenso wie z.B. in Belgien oder den Niederlanden die Spenderzahlen mehr als verdoppelt werden – sogar im Rahmen der Euthanasie (z.B. 2025 Holland**: 97 DBD Spender**, **211 DCD Spender**, davon **34 DCD-Spender der Eurotransplant-Kategorie V „Euthanasia")**.[9] Bis jetzt ist in Deutschland die DCD als „Tötung"[10] ethisch verworfen und gesetzlich verboten**.** [11] Denn Menschen sind nach einem Herzstillstand – wie aus Erste-Hilfe-Kursen bekannt – reanimierbar. Die Hirnaktivitäten sind nicht erloschen, selbst das Bewusstsein kann für eine gewisse Zeit erhalten bleiben (Nahtoderleben).[12]

b. Das „Old-for-Old Program" – Transplantation: ein „altersmedizinischer Eingriff"

Die Anwendung der DCD-Technologie geht einher mit einer noch umfangreicheren Nutzung von Organen älterer Menschen mit Vorerkrankungen als dies seit Jahrzehnten ohnehin weltweit der Fall ist. Diese Entwicklung relativiert das Kernvorhaben des Gesetzentwurfes, mehr „lebensrettende Organe" verpflanzen zu können: **Da das Alter aller Spender wie Empfänger stetig ansteigt** (Eurotransplant:„Old-for-Old Program"), liegt mittlerweile ein Schwerpunkt der Transplantationsmedizin auf dem äußerst kostenintensiven Versuch, **den Lebensabend** von Menschen durch eine risikoreiche Ultima-Ratio-Transplantation mithilfe „marginaler Organe"[13], die den Kriterien sog. solider Organe nicht entsprechen (z.B. Raucherlungen, Fettlebern), **zu verlängern**.[14] So hat sich, wie der Pneumologe Prof. Dr. Jens Gottlieb erklärt, die **Lungentransplantation** „zu **einem altersmedizinischen Eingriff** entwickelt"[15]. Entsprechend beträgt auch in Deutschland das Medianalter von Spendern momentan 60 Jahre.[16] Das Höchstalter von Lungenspendern lag 2025 bei 84 Jahren, von Nierenspendern 89 und das von Leberspendern bei 91 Jahren.[17]

Anmerkungen

[1] 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

[2] Vgl. Piegeler, Tobias et al.: Perioperatives anästhesiologisches Management der postmortalen Organspende in Deutschland – eine prospektive Querschnittstudie mittels Online-Fragebogen. In: Anaesthesiologie 75 (2026), S. 175-184, hier S. 178. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12917051/pdf/101_2026_Article_1647.pdf; 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;

[3] Vgl. 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%20

bei%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.medizin.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/egtm/pbsurvey/Forschung/BSS_ST_red_27.09.Schoene-Seifert_et_al.Positiospapier.pdf

[4] 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 ; Tsagogiorgas, 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_Tsagogiorgas.pdf

[5] 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 (DGIIN). 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

[6] 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

[7] 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

[8] 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

[9] Vgl. Eurotransplant: DCD Donors used in 2025, by country, by DCD category. https://web.archive.org/web/20260508141836/https://statistics.eurotransplant.org/reportloader.php?report=11255-32916&format=pdf&download=1 In Spanien waren im Jahre 2025 56 Prozent Organspendern nach Herzstillstand. 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.

[10] 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

[11] Vgl. z.B. zur 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 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

[12] 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

[13] 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; 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; 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

[14] Auch der Gesetzentwurf des Bundesrates zur Einführung der Widerspruchsregelung (Drs. 21/2738) begründet unter dem Titel „Demografie“ den geforderten Systemwechsel damit, dass speziell für Menschen im höheren Alter genügend ‚lebensrettende‘ Organe verfügbar sein sollten: „Ziel der Einführung der Widerspruchslösung ist es, mehr Menschen, die auf eine Organ- oder Gewebespende angewiesen sind, die Möglichkeit zu geben, ein lebensrettendes Organ zu erhalten. Dazu sollen die Personen, die der Organspende positiv gegenüberstehen, ihre Entscheidung aber bisher nicht dokumentiert haben, als zukünftige Organspenderin beziehungsweise Organspender erfasst werden. Damit berücksichtigt der Gesetzentwurf auch eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung durch den demographischen Wandel: **Es ist zu erwarten, dass mit dem steigenden Lebensalter der Bevölkerung auch immer mehr Menschen auf die Wartelisten für ein postmortal gespendetes Organ aufgenommen werden, weil sie wegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung ein Organ benötigen**.“ Deutscher Bundestag, 21. Wahlper., Gesetzentwurf des Bundesrates vom 12.11.2025, Drs. 21/2738, S. 16 f.

[15] „**Die Lungentransplantation hat sich in den vergangenen Jahrzehnten immer mehr zu einem zunehmend altersrmedizinischen Eingriff entwickelt.** In den USA sind mittlerweile knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten zur Lungentransplantation 65 Jahre und älter, in einzelnen Zentren sogar zwei Drittel. Auch in unserem Zentrum in Hannover stellt der Anteil von Menschen dieser Altersgruppe, die zur Lungentransplantation vorgestellt und anschließend transplantiert werden, die am schnellsten wachsende Kohorte dar“, so Jens Gottlieb, der stellvertretende Direktor der Klinik für Pneumologie und Infektiologie der Medizinischen Hochschule Hannover. Weiter erläutert er die besonderen Risiken für ältere Organempfänger: „**Ältere Transplantationskandidatinnen und -kandidaten haben unter anderem ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Malignome. Zudem treten Knochenmarktoxizitäten im Alter häufiger auf, und die Nierenfunktion ist in der Regel niedriger. Letzteres ist besonders relevant, da die Nierenfunktion nach einer Lungentransplantation im ersten Jahr durchschnittlich um etwa 50 % abnimmt – vor allem infolge der Nephrotoxizität der Calcineurininhibitoren [Medikament zur Unterdrückung des Immunsystems], der wichtigsten Substanzgruppe der medikamentösen Immunsuppression**.“ In: „Eine starre Altersgrenze gibt es bei der Lungentransplantation nicht.“ In: Deutsches Ärzteblatt vom 18. September 2026. https://www.aerzteblatt.de/news/eine-starre-altersgrenze-gibt-es-bei-der-lungentransplantation-nicht-69b87214-bf07-4a85-bba6-d4b2945b0b93

[16] Vgl. Richter-Kuhlmann, Eva: Deutschland steht erneut vor einer Weichenstellung. In: Deutsches Ärzteblatt 123 (2026), H. 23, S. A 1382-1386, hier S. 1384. https://www.aerzteblatt.de/archiv/organspende-deutschland-steht-erneut-vor-einer-weichenstellung-7239adb2-dade-4325-a74f-3dcdfd80ef48?utm_medium=email&utm_source=CR&utm_campaign=NL-DAE_Digital-Ausgabe&utm_content=Mailing_20261111

[17] Vgl. DSO: Jahresbericht 2025. Organspende und Transplantation in Deutschland. Frankfurt am Main 2026, S. 69. https://dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht_2025.pdf.