

ORGAN PATEN

WIE EIN ZWEITES LEBEN

Informationen der Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur
Organ- und Gewebespende



BZgA

Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Organspende
schenkt Leben.

A Wie ein zweites Leben

| | |
|-----------------------|---|
| Eine Einführung | 3 |
|-----------------------|---|

B Vom Wunder zum Therapieverfahren

| | |
|--|----|
| Organ- und Gewebetransplantationen – vom medizinischen Wunder zum etablierten Therapieverfahren | 4 |
| Durch Organ- und Gewebetransplantationen erhalten viele Menschen ihre Lebensqualität zurück | 7 |
| „Warum gerade ich?“ (Ein Erfahrungsbericht) | 13 |

C Der Organspendeausweis

| | |
|---|----|
| Die Erklärung zur Organ- und Gewebespende | 14 |
| Das Transplantationsgesetz schafft Sicherheit | 23 |

D Wann ist ein Mensch tot

| | |
|--|----|
| Wann ist ein Mensch tot? | 25 |
| „Ich konnte mich nicht daran erinnern, wie meine Frau zur Organspende stand.“ (Ein Erfahrungsbericht) | 30 |

E Vor und nach einer Spende

| | |
|---|----|
| Der Ablauf der Organ- und Gewebespende | 33 |
| „Manchmal erfragt man die Todesursache ...“ (Ein Erfahrungsbericht) | 38 |
| Die Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende ist keine Frage von „richtig oder falsch“ | 42 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| F Fragen und Antworten | 46 |
|-------------------------------------|----|

| | |
|---|----|
| G Adressen und Ansprechpartner | 49 |
|---|----|

Für manche Menschen gilt nicht nur der im Pass vermerkte Geburtstag. Sie feiern jedes Jahr an einem weiteren Datum ihren „zweiten“ Geburtstag. Es ist der Tag, an dem sie mit einem neuen Herz, einer neuen Leber, einer neuen Lunge oder einer neuen Augenhornhaut ein „zweites“ Leben beginnen konnten.

Viele Menschen, die eine Spenderniere erhalten, feiern – nach einer meist mehrjährigen leidvollen Dialysebehandlung – diesen Tag als Erlösung von der Maschine. Andere wiederum können den Gewinn an Lebensqualität, den eine Organ- oder Gewebetransplantation bietet, buchstäblich mit eigenen Augen sehen: Sie verdanken die wiedergewonnene Sehkraft einer gespendeten Hornhaut.

Verständlicherweise empfinden all diese Menschen Freude und Dankbarkeit. Sie kennen zwar den verstorbenen Spender oder die verstorbene Spenderin „ihres“ Organs oder Gewebes nicht, doch sie wissen, dass sie das Glück, ein rettendes Transplantat bekommen zu haben, der Spendebereitschaft eines anderen Menschen verdanken. Sie wissen auch, dass dieses Geschenk mit dem Tod eines anderen Menschen verbunden ist. Diese Verknüpfung von Leben und Tod hebt das Thema Organ- und Gewebespende über die rein medizinischen Aspekte einer ärztlichen Behandlung hinaus. Es fordert jeden Menschen dazu heraus, eine sehr persönliche Entscheidung zu treffen.

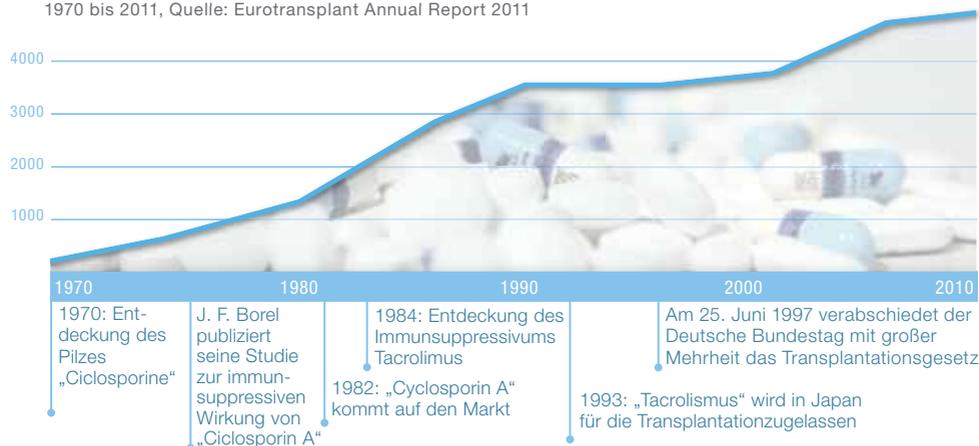


ORGAN- UND GEWEBETRANSPLANTATIONEN – VOM MEDIZINISCHEN WUNDER ZUM ETABLIERTEN THERAPIEVERFAHREN

Die erste erfolgreiche Organtransplantation ist bald 50 Jahre her. 1954 verpflanzten Ärzte in Boston einem Menschen erfolgreich eine Niere. Umgab die Transplantationsmedizin zunächst der Nimbus medizinischer Großtaten, so gehören Transplantationen inzwischen zum anerkannten Verfahren der medizinischen Versorgung. In Deutschland gibt es rund 50 Kliniken, die jedes Jahr Organverpflanzungen bei Tausenden von Patienten und Patientinnen vornehmen. Insgesamt wurden bis heute mehr als 103.000 Organe übertragen. 5.083 waren es allein im Jahr 2010. Doch nicht nur die Zahl der übertragenen Organe ist gestiegen, sondern auch die langfristige Erfolgsrate der Organverpflanzungen.

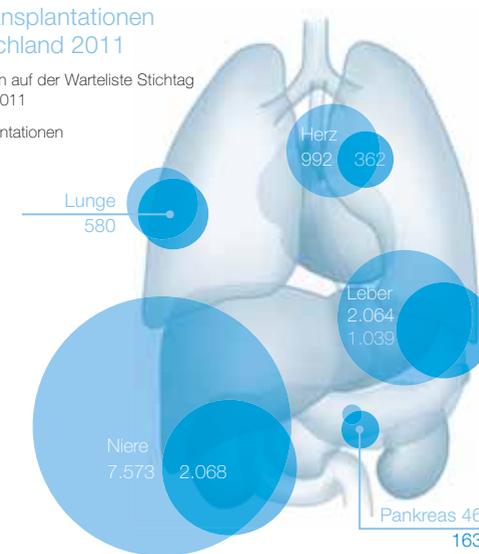
Bei der Übertragung von Spendernieren etwa – sie machen mehr als die Hälfte aller transplantierten Organe aus – ist die Erfolgsquote besonders hoch: Ein Jahr nach der Operation funktionieren bis zu 88 Prozent der übertragenen Nieren, nach fünf Jahren arbeiten bis zu 74 Prozent der Spenderorgane. Noch erfolgreicher lassen sich Gewebe übertragen: So geben etwa Augenhornhäute den Empfängern oft über Jahrzehnte hinweg die Sehkraft wieder.

Mit der Entwicklung von Immunsuppressiva stieg die Transplantationsrate signifikant an
Nierentransplantationen von lebenden und verstorbenen Organspendern im Eurotransplantgebiet
1970 bis 2011, Quelle: Eurotransplant Annual Report 2011



Organtransplantationen in Deutschland 2011

- Patienten auf der Warteliste Stichtag 31.12. 2011
- Transplantationen 2011



lang einnehmen muss, ist z. B. einer erheblich größeren Infektionsgefahr ausgesetzt als andere Menschen. Trotz dieser Einschränkung ist es unbestritten, dass die Verpflanzung von Organen und Geweben für Hunderttausende von Patienten und Patientinnen auf der Welt die optimale medizinische Behandlung darstellt. Und jeder Mensch, in dessen Körper ein fremdes Herz schlägt, eine Spenderleber oder eine neue Lunge arbeitet, weiß, dass er sein Weiterleben dem verpflanzten Organ und der Spendebereitschaft eines anderen Menschen verdankt.

Ein Mann, der ein fremdes Herz erhalten hatte, fasste einmal seine Gedanken im Nachhinein so zusammen: „Alle Schmerzen, aller Aufwand haben sich gelohnt! Auch wenn meine Lebenserwartung durch die Nebenwirkungen der lebenslangen Medikation eingeschränkt ist, habe ich doch eine gute Lebensqualität. Wertigkeiten in der Lebensplanung verschieben sich; ich lebe intensiver.“

Entscheidend für das Anwachsen eines Spenderorgans im Körper des Empfängers bzw. der Empfängerin ist neben dem Grad der Gewebeverträglichkeit vor allem die medikamentöse Unterdrückung der Abstoßung, mit der der menschliche Körper normalerweise auf fremdes Gewebe reagiert. Einen enormen Fortschritt brachten hier die sogenannten Immunsuppressiva, mit denen seit vielen Jahren Transplantationspatienten und -patientinnen behandelt werden. Dank dieser Arzneimittel haben sich die Aussichten deutlich verbessert, dass ein Spenderorgan im Körper des Empfängers oder der Empfängerin über viele Jahre hinweg gut funktioniert.

Wie alle anderen haben auch diese Medikamente Nebenwirkungen. Eine Person, die – etwa nach einer Nierentransplantation – diese Mittel ihr Leben

Am 3. Dezember 1967 transplantierte im Groote-Schuur-Krankenhaus in Kapstadt eine 30-köpfige medizinische Gruppe unter Leitung von Dr. Christiaan N. Barnard dem 55 Jahre alten Patienten Louis Washkansky das Herz eines anderen Menschen. 18 Tage nach der Herztransplantation verstarb der Patient, weil sein Körper das fremde Organ abstieß. Aufgrund der Weiterentwicklung der immunsuppressiven Therapie zur Verringerung der stets entstehenden Abstoßung ist die 5-Jahres-Überlebensrate heute auf über 62% – bei entsprechender Indikation – angewachsen.



DURCH ORGAN- UND GEWEBETRANSPLANTATIONEN ERHALTEN VIELE MENSCHEN IHRE LEBENSQUALITÄT ZURÜCK

Meist stehen lebensbedrohliche Krankheiten im Vordergrund, wenn man an eine Organtransplantation denkt. In der Tat geht es bei einer schweren Herz- oder Lebererkrankung, die zu einem Organversagen führen kann, um Leben oder Tod der betroffenen Person. Doch nicht in jedem Fall liegen die Dinge derart dramatisch. Immer ist jedoch der Verlust eines Organs oder eines Gewebes mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden: Eine Person, die durch Unfall oder Krankheit eine Beschädigung oder Trübung der Augenhornhaut erlitten und dadurch ihre Sehkraft verloren hat, könnte mit einer gespendeten Hornhaut wieder sehen.

Besonders bei Kindern und Jugendlichen lassen sich angeborene Herzklappenerkrankungen oft gut behandeln, wenn eine passende Herzklappe eines verstorbenen Spenders oder einer Spenderin zur Verfügung gestellt werden kann. Die Spenderherzklappe wächst im Gegensatz zur künstlichen Herzklappe in der Regel mit.

Jugendliche Diabetiker und Diabetikerinnen, deren Bauchspeicheldrüse (Pankreas) aufgrund eines erblichen Defekts kein Insulin bildet, können sich diesen Stoff als Medikament spritzen. Trotz dieser lebenslang notwendigen Behandlung treten aber oft Spätschäden auf.

Die Netzhaut verändert sich, so dass die Sehkraft nachlässt. Die Niere ist bei Diabetes meist ebenfalls geschädigt. Daher profitieren gerade diese Menschen von einer kombinierten Verpflanzung der Niere und der insulinproduzierenden Bauchspeicheldrüse.

Nierenschädigungen: Ein Schwerpunkt der Transplantationsmedizin

Wenn es die Nieren nicht mehr schaffen, Schlackenstoffe des Stoffwechsels aus dem Blut herauszufiltern, muss diese Aufgabe von nun an eine künstliche Niere – ein Dialysegerät – übernehmen. Die maschinelle Blutwäsche ist lebensrettend, aber dennoch ersetzt der Apparat die defekten Nieren nicht völlig. Gesunde Nieren befreien den Körper nicht nur von schädlichen Schlackenstoffen, sie regulieren auch den Wasser- und Salzhaushalt. Zudem produzieren sie eine ganze Reihe lebenswichtiger Hormone. Eines davon regt zum Beispiel die Bildung von roten Blutzellen an. Deshalb leiden Menschen mit funktionsuntüchtigen Nieren auch an Blutarmut, die entweder medikamentös – durch die Gabe des Blutwachstumshormons – oder durch Bluttransfusionen ausgeglichen werden muss. Trotz solcher zusätzlicher Maßnahmen ist die Leistungsfähigkeit von Dialysepatienten und -patientinnen deutlich herabgesetzt.

§ Auszug Transplantationsgesetz (TPG):

§ 10 Transplantationszentren

(1) Transplantationszentren sind Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern, die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Übertragung von Organen verstorbener Spender sowie für die Entnahme und Übertragung von Organen lebender Spender zugelassen sind. Bei der Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Schwerpunkte für die Übertragung dieser Organe zu bilden, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern.

(2) Die Transplantationszentren sind verpflichtet,

1. Wartelisten der zur Organübertragung angenommenen Patienten mit den für die Organvermittlung nach § 12 erforderlichen Angaben zu führen sowie unverzüglich über die Annahme eines Patienten zur Übertragung von vermittlungspflichtigen Organen und seine Aufnahme in die Warteliste zu entscheiden und den behandelnden Arzt darüber zu unterrichten, ebenso über die Herausnahme eines Patienten aus der Warteliste,
 2. über die Aufnahme in die Warteliste nach Regeln zu entscheiden, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht einer Organübertragung,
 3. die auf Grund des § 11 getroffenen Regelungen zur Organentnahme sowie bei vermittlungspflichtigen Organen die auf Grund des § 12 getroffenen Regelungen zur Organvermittlung einzuhalten,
 4. vor der Organübertragung festzustellen, dass die Organ- und Spendercharakterisierung nach § 10a abgeschlossen und dokumentiert ist und die Bedingungen für die Konservierung und den Transport eingehalten worden sind,
 5. jede Organübertragung unverzüglich so zu dokumentieren, dass eine lückenlose Rückverfolgung der Organe vom Empfänger zum Spender ermöglicht wird; bei der Übertragung von Organen verstorbener Spender ist die Kenn-Nummer (§ 13 Abs. 1 Satz 1) anzugeben, um eine Rückverfolgung durch die Koordinierungsstelle zu ermöglichen,
 6. die durchgeführten Lebendorganspenden aufzuzeichnen,
 7. vor und nach einer Organübertragung Maßnahmen für eine erforderliche psychische Betreuung der Patienten im Krankenhaus sicherzustellen und
 8. nach Maßgabe der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auch einen Vergleich mit anderen Transplantationszentren ermöglichen, im Rahmen ihrer Tätigkeit nach diesem Gesetz durchzuführen; dies gilt für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 entsprechend.
- § 9a Absatz 2 Nummer 2 und 3 gilt entsprechend.

Nieren-Telefon
0800/248 48 48
jeden Mittwoch 16 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

Besonders für Kinder, die aufgrund einer schweren Nierenschädigung auf die Dialyse angewiesen sind, ist eine Transplantation von unschätzbarem Vorteil. Die jungen Patienten und Patientinnen sind noch in der Wachstumsphase. Für ihre körperliche Entwicklung ist es entscheidend, dass sie ausreichend mit den Hormonen der Niere versorgt sind. Ein Ausfall der Nieren wirkt sich daher besonders negativ aus. Dazu belastet die Dialyse Kinder ganz besonders. Die Notwendigkeit, mehrmals wöchentlich über Stunden hinweg bei der Dialyse zu verbringen, hemmt ihre schulische und psychische Entwicklung.



Das Dialysegerät kann die defekten Nieren nicht völlig ersetzen. Selbst wenn eine Dialyse bei entsprechender technischer Einrichtung in wenigen Fällen zu Hause vorgenommen werden kann, ist die Leistungsfähigkeit von Dialysepatienten und -patientinnen deutlich herabgesetzt.

Das Problem:

Zu wenig Spenderorgane

Derzeit hoffen in Deutschland etwa 12.000 schwer kranke Menschen auf ein Spenderorgan. Die Wartelisten, auf denen diese Patienten und Patientinnen eingetragen sind, wurden in den letzten Jahren immer länger. So werden gegenwärtig in Deutschland pro Jahr etwa 2.800 Nieren transplantiert. Mindestens die zweifache Anzahl wäre notwendig, damit die Wartezeiten verkürzt werden könnten. Doch es fehlt an einer ausreichenden Anzahl von Spenderorganen. Zudem hat sich der Kreis der Patienten, die von einer Organtransplantation profitieren könnten, dank des medizinischen Fortschritts vergrößert.

Durchschnittlich vergehen heute vier bis fünf Jahre, bis für einen Patienten oder eine Patientin auf der Warteliste ein geeignetes Organ verfügbar ist. Dies ist nicht nur eine quälend lange Zeit; es steigt ab einer bestimmten Anzahl von Dialysejahren auch das Risiko, dass außer der Niere noch andere Organe Schaden nehmen.

Dennoch werden und lassen sich nicht alle der etwa 61.000 Dialysepatienten und Dialysepatientinnen auf die Warteliste für ein Spenderorgan eintragen. Entweder weil sie aus medizinischen Gründen nicht oder noch nicht für eine Transplantation infrage kommen, oder sie verzichten wegen der geschilderten Nebenwirkungen der lebenslang einzunehmenden Medikamente darauf. Einige Patienten und Patientinnen fürchten auch das Versagen des Transplantationsorgans und somit einen erneuten operativen



Eingriff. Andere wiederum lehnen eine postmortale Organspende ab und bevorzugen eine Lebendspende.

So treffen auch Patienten und Patientinnen als potenzielle Organempfänger sehr unterschiedliche persönliche Entscheidungen darüber, wie sie mit einer chronischen Krankheit und auch dem Tod umgehen, oder welchen Therapieweg sie bevorzugen.

Aufnahme auf die Warteliste

Die Bundesärztekammer hat Richtlinien verabschiedet, nach denen entschieden wird, welche Patienten und Patientinnen auf die Warteliste zu setzen sind und welche Kontraindikationen es dafür gibt. Eine Expertengruppe aus jeweils drei Ärztinnen und Ärzten in ständiger Bereitschaft entscheidet darüber, ob diese Personen auf der Warteliste für Herz und Lunge nach medizinischen Kriterien zu Recht in der höchsten Dringlichkeitsstufe gemeldet sind. Für die Aufnahme auf die Warteliste gilt, dass die medizinische Gesamtsituation des einzelnen Patienten bzw. der einzelnen Patientin einen längerfristigen Erfolg der Transplantation erwarten lassen muss. Über den persönlichen

Status auf der Warteliste ist der oder die Betroffene zu informieren.

Augenhornhautschädigung: Ein Beispiel für die Bedeutung der Gewebemedizin

Die durchsichtige Augenhornhaut ist die äußere Begrenzung des Auges. Sie wird auch als „Fenster des Auges“ bezeichnet. Jede Veränderung ihrer Klarheit oder auch ihrer Wölbung zieht eine Verschlechterung des Sehvermögens nach sich.

Wenn die Hornhaut beispielsweise durch eine rheumatische Erkrankung oder durch eine Infektion des Auges mit Herpesviren geschädigt wird, ist die Funktion des Auges bedroht. Sind erst einmal Trübungen, Verformungen oder Schädigungen der Augenhornhaut entstanden, bilden sich diese in der Regel nicht wieder zurück. In diesem Fall ist ein Austausch der Hornhaut, eine sogenannte Augenhornhauttransplantation, notwendig.

Die Augenhornhauttransplantation ist heute ein Routineeingriff. Sie kann in Allgemeinnarkose oder in örtlicher Betäubung durchgeführt werden. Eine geübte Augenärztin bzw. ein geübter Augenarzt benötigt ungefähr 30 Minuten. Die Fäden

Fortschritte der Transplantationsmedizin erlauben es mittlerweile, die Auswirkungen sehr unterschiedlicher Erkrankungen durch Organverpflanzung zu beheben: von erblich bedingten Defekten über erworbene Stoffwechselerkrankungen bis hin zu Infektionen, bei denen Krankheitserreger ein Organ zerstört oder funktionsuntüchtig gemacht haben.

werden erst 12 bis 18 Monate nach der Operation entfernt, da die Wunden an der Augenhornhaut nur sehr langsam heilen. Sie stören oder schmerzen aber nicht. Bei unkomplizierter Ausgangslage, wenn eine Entzündung also beispielsweise bereits ausgeheilt ist, liegt die Erfolgsrate einer Augenhornhauttransplantation bei über 90 Prozent.

Die Abstoßungsreaktionen, die bei allen Übertragungen fremder Organe oder Gewebe vorkommen können, sind bei der Augenhornhaut vergleichsweise

selten. Denn in der klaren Augenhornhaut sind keine Blutgefäße vorhanden, was zu einer immunologischen Sondersituation führt. Im Gegensatz zu anderen Transplantationen müssen die Patientinnen und Patienten daher in der Regel keine Medikamente einnehmen, die durch die Schwächung des körpereigenen Abwehrsystems potenzielle Abstoßungsreaktionen vermeiden sollen.

Die erste erfolgreiche Augenhornhauttransplantation gelang bereits 1905. Gegenwärtig stellt die Augenhornhauttransplantation die weltweit häufigste Transplantation beim Menschen dar. Pro Jahr werden in Deutschland mehrere tausend Augenhornhäute übertragen. Bei der Erprobung und Erforschung künstlicher Augenhornhäute wurden in den letzten Jahren Fortschritte erzielt. Allerdings ist der breite Einsatz dieser Technik bislang noch nicht möglich – die meisten Menschen sind weiterhin auf die Spende einer Augenhornhaut



von einem bzw. einer Verstorbenen angewiesen.

Herzklappenersatz: Wie durch Gewebetransplantation Leben gerettet werden kann

In den 50er- und 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurden die ersten klinischen Untersuchungen zur Übertragung menschlicher Gefäße und Herzklappen in Großbritannien durchgeführt. Seitdem wurden neue Operationstechniken und auch neue Materialien entwickelt. Herzklappen und Gefäße mensch-

lichen Ursprungs sind trotz der Entwicklung von Prothesen aus Kunststoff und aus biologischen Materialien aber weiterhin wichtig bei der Behandlung schwerer Herz- und Gefäßerkrankungen.

So lassen sich Herzklappen und große Blutgefäße, die durch Entzündungen zerstört wurden, oft nur durch die Herzklappe bzw. die Hauptschlagader von Verstorbenen ersetzen. Künstliche Herzklappen bzw. Gefäße sind zur Behandlung in diesen Fällen oft nicht geeignet, da sie leicht mit den im Körper der Patientin oder des Patienten befindlichen Krankheitserregern befallen werden können. Herzklappen und Gefäße menschlichen Ursprungs weisen dagegen einen eigenen Schutz gegen diese Besiedlung mit Krankheitserregern auf. Menschen mit schweren entzündlichen Erkrankungen sind daher oft auf die Spende einer passenden menschlichen Herzklappe bzw. eines Gefäßes angewiesen.

Auch bei der Behandlung von Herzklappenfehlern heranwachsender (Klein-) Kinder und Jugendlicher werden menschliche Herzklappen eingesetzt. Denn die gespendeten menschlichen Herzklappen haben die besondere Fähigkeit, mit dem Gewebeempfänger bzw. der -empfängerin mitzuwachsen. Dadurch reicht oft eine Operation, während künstliche Herzklappen in wiederholten Operationen ausgetauscht werden müssen, um sie der veränderten Körpergröße anzupassen.



WARUM GERADE ICH?

„Es fing eigentlich alles recht harmlos an. Schluckbeschwerden und Halsschmerzen machten mir zu schaffen. Als es auch nach mehreren Wochen nicht besser werden wollte, ging ich schließlich zum Arzt. Er stellte eine chronische Mandelentzündung fest und teilte mir mit, dass das Ergebnis der Urinuntersuchung zusätzlich auf eine Nierenschädigung hinwies. Ich fühlte mich zunehmend elender und kraftlos, mein Blutdruck spielte verrückt und ich lagerte viel Wasser in den Beinen ein. Schließlich stand die Diagnose fest: ‚irreversible Niereninsuffizienz‘.

Es dauerte einige Zeit, bis mir klar wurde, was sich hinter dem Fachbegriff verbarg: Die Krankheitskeime hatten meine Nieren so stark geschädigt, dass sie es nicht mehr schafften, die Schlackenstoffe des Stoffwechsels aus dem Blut herauszufiltern. Erst kam ich damit überhaupt nicht klar. Warum passierte das gerade mir? Freunde halfen mir in der Anfangszeit über meine Verzweiflung hinweg.

Seit nunmehr zwei Jahren fahre ich dreimal pro Woche zur Blutwäsche ins Dialysezentrum. Ich richte meinen gesamten Lebensrhythmus auf diese Termine ein. Jede Blutwäsche dauert zwischen vier und sechs Stunden. Neben der Dialyse muss ich diverse Präparate einnehmen, damit mein Hormonhaushalt nicht völlig durcheinander gerät.

Mit der Zeit habe ich gelernt, mit meinem Leben klarzukommen. Wenn da nicht die vielen kleinen Begleiterscheinungen wären. So fühle ich mich immer müde. Ich leide unter den ständigen psychischen und zeitlichen



Belastungen der Behandlung und dem Wissen, dass es trotz Blutwäsche zu Komplikationen kommen kann.

Auf Anraten meiner Ärzte in der Klinik habe ich mich jetzt auf die Warteliste für eine Nierentransplantation nehmen lassen. Zuvor mussten einige medizinische Untersuchungen durchgeführt werden. Die für die Organvermittlung erforderlichen medizinischen Angaben wurden inzwischen an die Organvermittlungsstelle Eurotransplant weitergegeben.

Fast jeden Morgen wache ich mit dem Gedanken auf, dass vielleicht heute das Transplantationszentrum anruft. Mein Arzt sagt, dass dies bereits morgen geschehen, aber auch noch einige Jahre dauern könnte. Die Möglichkeit, dass es irgendwann so weit sein wird, gibt mir Mut und Hoffnung.“

(Auszug aus dem schriftlichen Bericht einer 38-jährigen Dialysepatientin)

DIE ERKLÄRUNG ZUR ORGAN- UND GEWEBESPENDE

Viele Bundesbürger stehen der Organ- und Gewebespende positiv gegenüber.

Eine Umfrage aus dem Jahr 2010 belegt, dass ca. drei Viertel aller Bürgerinnen und Bürger in Deutschland nach ihrem Tod zur Organ- und Gewebespende bereit wären. Aus Sicht der Menschen, die auf ein Transplantat warten, ist dieses Votum für die Spende ein erfreuliches Ergebnis.

Doch trotz breiter Zustimmung zur Organ- und Gewebespende halten nur sehr wenige Menschen ihre Entscheidung schriftlich fest. Im Jahr 2010 lag lediglich bei 7,3 % der postmortalen Spender und Spenderinnen ein Organspendeausweis vor. Bei 21,8 % der Organspender und Organspenderinnen war den Angehörigen der mündlich geäußerte Wille der verstorbenen Person bekannt.



Viele Angehörige, die von der Ärzteschaft in der Klinik um die Einwilligung zur Organ- und Gewebeentnahme bei einem verstorbenen Menschen gebeten werden, sind daher unsicher, mit welcher Entscheidung sie dem Willen des verstorbenen Menschen wirklich entsprechen.

Sich informieren und dann entscheiden!

Daher ist es sehr wichtig, sich zu Lebzeiten mit der Organ- und Gewebespende zu beschäftigen. Für viele Menschen ist dies ein Tabuthema, das auf sie bedrohlich wirkt, weil es eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod bedeutet. Sie verdrängen solche Gedanken und vermeiden das Gespräch darüber im Familienkreis.

Dabei ist es nicht nur wichtig, sondern auch relativ einfach, sich über das Thema zu informieren und einen Organspendeausweis zu bekommen.



In vielen Apotheken, in Arztpraxen und in Einwohnermeldeämtern sind Organspendeausweise erhältlich. Das Ausfüllen dieser Erklärung ist ein völlig unbürokratischer Vorgang, der kaum Mühe erfordert.



Das Transplantationsgesetz sieht vor, dass auch die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen ihre Mitglieder zum Thema Organ- und Gewebespende informieren. Ebenfalls sollen sie Organspendeausweise zur Verfügung stellen, mit der Bitte, durch das Ausfüllen eine persönliche Erklärung zur Organ- und Gewebespende abzugeben. Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen Stiftung Organtransplantation (Adressen im Anhang) sowie in vielen Apotheken, in Arztpraxen und in Einwohnermeldeämtern sind Organspendeausweise erhältlich.

Das Ausfüllen dieser Erklärung ist ein völlig unbürokratischer Vorgang, der kaum Mühe erfordert. Es ist auch möglich, seine Erklärung einfach nur auf einem Bogen Papier formlos festzuhalten. Eine testamentarische Erklärung zur Spendebereitschaft wäre jedoch nutzlos, da ein Testament zu einem Zeitpunkt eröffnet wird, an dem es für eine Organ- und Gewebeentnahme zu spät ist.

Die Entscheidung zur Organ- und Gewebespende kann aber auch in einer Patientenverfügung erfolgen. Dort können Sie schriftlich für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchten. Das Gesetz (§ 1901a Bürgerliches Gesetzbuch – BGB) definiert die Patientenverfügung als schriftliche Festlegung einer volljährigen Person, ob sie in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen ihres Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt.

Eine Patientenverfügung sollte so verwahrt werden, dass insbesondere Ihre Ärztinnen und Ärzte, Bevollmächtigte, Betreuerinnen oder Betreuer, aber gegebenenfalls auch das Betreuungsgericht, möglichst schnell und unkompliziert Kenntnis von der Existenz und vom Aufbewahrungsort einer Patientenverfügung erlangen können. Dazu kann es sinnvoll sein, einen Hinweis bei sich zu tragen, wo die Patientenverfügung aufbewahrt wird. Bei der Aufnahme in ein Krankenhaus oder Pflegeheim sollten Sie auf Ihre Patientenverfügung hinweisen. Wenn Sie eine Vertrauensperson bevollmächtigt haben, sollte auch diese informiert sein.

Sie können die Patientenverfügung auch dazu nutzen, ihre Entscheidung für oder gegen eine Organ- und Gewebespende zu dokumentieren. Hierzu wird folgende Formulierung empfohlen:

Ich stimme einer Entnahme meiner Organe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken zu (ggf.: Ich habe einen Organspendeausweis ausgefüllt). Komme ich nach ärztlicher Beurteilung bei einem sich abzeichnenden Hirntod als Organspender in Betracht und müssen dafür ärztliche Maßnahmen durchgeführt werden, die ich in meiner Patientenverfügung ausgeschlossen habe, dann (Alternativen)

- geht die von mir erklärte Bereitschaft zur Organspende vor.
- gehen die Bestimmungen in meiner Patientenverfügung vor.

oder

Ich lehne eine Entnahme meiner Organe und Gewebe nach meinem Tod zu Transplantationszwecken ab.

Weitere Informationen zur Patientenverfügung finden Sie in der vom Bundesministerium der Justiz herausgegebenen Broschüre: „Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?“ unter www.bmj.de.

Keine ärztliche Voruntersuchung notwendig!
Wenn sich eine Person durch Ausfüllen eines Organspendeausweises oder einer Patientenverfügung zur Spende von Organen und/oder Geweben für den Todesfall entschließt, ist eine Untersuchung unnötig. Sie wäre zu diesem Zeitpunkt auch nicht sinnvoll.

§ Auszug Transplantationsgesetz (TPG):

§ 3 TPG: Entnahme mit Einwilligung des Spenders

(1) Die Entnahme von Organen oder Geweben ist, soweit in § 4 oder § 4a nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn

1. der Organ- oder Gewebespende in die Entnahme eingewilligt hatte,
2. der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist und
3. der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird. [...]

§ 4 TPG: Entnahme mit Zustimmung anderer Personen

(1) Liegt dem Arzt, der die Organ- oder Gewebeentnahme vornehmen oder unter dessen Verantwortung die Gewebeentnahme nach § 3 Abs. 1 Satz 2 vorgenommen werden soll, weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organ- oder Gewebespenders vor, ist dessen nächster Angehöriger zu befragen, ob ihm von diesem eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende bekannt ist. Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme unter den Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3, Satz 2 und Abs. 2 Nr. 2 nur zulässig, wenn ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine infrage kommende Organ- oder Gewebeentnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat. Kommt eine Entnahme mehrerer Organe oder Gewebe in Betracht, soll die Einholung der Zustimmung zusammen erfolgen. Der nächste Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organ- oder Gewebespenders zu beachten. Der Arzt hat den nächsten Angehörigen hierauf hinzuweisen. Der nächste Angehörige kann mit dem Arzt vereinbaren, dass er seine Erklärung innerhalb einer bestimmten, vereinbarten Frist widerrufen kann; die Vereinbarung bedarf der Schriftform.

(2) Der nächste Angehörige ist nur dann zu einer Entscheidung nach Absatz 1 befugt, wenn er in den letzten zwei Jahren vor dem Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders zu diesem persönlichen Kontakt hatte. Der Arzt hat dies durch Befragung des nächsten Angehörigen festzustellen. [...] Die erweiterte Zustimmungslösung Das Transplantationsgesetz sieht die sogenannte erweiterte Zustimmungsmöglichkeit vor: Demnach dürfen Verstorbene nur dann Organe und Gewebe entnommen werden, wenn sie selbst die Einwilligung dazu im Organspendeausweis dokumentiert haben. Liegt keine schriftliche Erklärung zur Spende vor, sind die nächsten Angehörigen zu befragen, ob der oder die Verstorbene sich ihnen gegenüber zu Lebzeiten zur Frage der Organ- und Gewebespende erklärt hat. Falls den Angehörigen hierzu nichts bekannt ist, werden sie nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen oder der Verstorbenen gefragt und gebeten, in seinem bzw. ihrem Sinne zu entscheiden.

Keine Entscheidung für immer

Dabei muss niemand fürchten, sich ein für alle Mal festzulegen: Wer – aus welchen Gründen auch immer – seine Einstellung zur Organ- und Gewebespende ändert, muss lediglich die alte Erklärung vernichten. Auf einem neuen Ausweis bzw. in einer neuen Patientenverfügung kann dann angegeben werden, dass man der Entnahme von Organen und/oder Geweben zustimmt oder widerspricht. Außerdem ist es sinnvoll, die Angehörigen oder eine andere Vertrauensperson über den geänderten Entschluss zu informieren. Im Organspendeausweis und in der Patientenverfügung kann das Einverständnis auf bestimmte Organe oder Gewebe eingeschränkt werden, d. h. bestimmte Organe oder Gewebe von der Entnahme auszuschließen oder die Entnahme nur für bestimmte Organe und Gewebe zu gestatten.

Man kann darin auch eine namentlich benannte Person seines Vertrauens mit der Entscheidung betrauen.

Es mag aber noch andere Gründe geben, weshalb viele Menschen, die der Organ- und Gewebespende positiv gegenüberstehen, dennoch zögern, ihre Spendebereitschaft schriftlich festzuhalten. Dies sind oft auch jene Gründe, die bei manchen Menschen zu einer unentschiedenen oder gar ablehnenden Haltung führen: Da ist der Verdacht, dass mit Organen und Geweben zur Transplantation ein krimineller Handel getrieben wird, oder das ungute Gefühl, dass es bei der Vergabe von Organen und Geweben nicht immer mit rechten Dingen zugeht. Und mancher Mensch befürchtet, als möglicher Spender keine optimale medizinische Behandlung zu erhalten und zu früh „für tot erklärt“ zu werden.





Transplantationsgesetz entzieht Handel mit Organen und Geweben den Boden

Presseberichte liefern hin und wieder Hinweise darauf, dass beispielsweise in Indien kommerzieller Handel mit Nieren betrieben wird. Dort könnten sich reiche Patienten bzw. Patientinnen für viel Geld eine Spenderniere einpflanzen lassen. Hinter diesen Meldungen steckt ein gutes Stück Wahrheit. Leider gab es auch schon einige Fälle, in denen deutsche Patienten und Patientinnen im sogenannten Transplantationstourismus eine Lösung für ihr Problem sahen. Skrupellose Vermittler machen sich die wirtschaftliche Not armer Bevölkerungsschichten in der Dritten Welt zunutze. Einzelne Patienten bzw. Patientinnen wiederum, die nicht mehr länger auf eine Niere warten wollen, sind in ihrer gesundheitlichen Not zu einem derartigen Geschäft bereit. Wer sich jedoch eine erkaufte Spenderniere im Ausland einpflanzen lässt, geht ein hohes gesundheitliches Risiko ein; so sind etwa die Gefahren einer Abstoßungsreaktion oder einer Infektion besonders hoch.

Die 2012 erhobenen Manipulationsvorwürfe in den Transplantationszentren der Universitätsmedizin Göttingen und des Universitätsklinikums Regensburg hinsichtlich der Verteilung von Spenderorganen waren Anlass, um die Kontrollen in den Transplantationszentren zu intensivieren und durch verstärkte Transparenz in die Abläufe des Transplantationsprozesses das Vertrauen der Bevölkerung in die Organspende zu stärken. Zu den konkreten Maßnahmen siehe: www.organspende-info.de



Die Entscheidungslösung

In Deutschland gilt seit dem 1. November 2012 die sog. Entscheidungslösung, die eine Weiterentwicklung der bis dahin geltenden erweiterten Zustimmungslösung darstellt. Ziel der Entscheidungslösung ist die Förderung der Organspendebereitschaft, um mehr Menschen die Chance zu geben, ein lebensrettendes Organ erhalten zu können. Dies soll durch eine neutrale und ergebnisoffene Information aller Bürgerinnen und Bürger erfolgen; jede Bürgerin und jeder Bürger soll regelmäßig in die Lage versetzt werden, sich mit der Frage der eigenen Spendebereitschaft ernsthaft zu befassen und eine Erklärung auch zu dokumentieren, um somit die Angehörigen zu entlasten. Die Entscheidung für oder gegen eine Organspende sowie eine diesbezügliche Erklärung ist und bleibt freiwillig und wird nicht registriert.

Verstorbenen dürfen nur dann Organe und Gewebe entnommen werden, wenn sie selbst die Einwilligung dazu im Organspendeausweis oder einer Patientenverfügung dokumentiert haben. Liegt keine schriftliche Erklärung zur Spende vor, sind die nächsten Angehörigen zu befragen, ob der oder die Verstorbene sich ihnen gegenüber zu Lebzeiten zur Frage der Organ- und Gewebespende erklärt hat. Falls den Angehörigen hierzu nichts bekannt ist, werden sie nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen oder der Verstorbenen gefragt und gebeten, in seinem bzw. ihrem Sinne zu entscheiden.

§ Auszug Transplantationsgesetz (TPG):

§ 17 TPG: Verbot des Organ- und Gewebehandels

(1) Es ist verboten, mit Organen oder Geweben, die einer Heilbehandlung eines anderen zu dienen bestimmt sind, Handel zu treiben. Satz 1 gilt nicht für

1. die Gewährung oder Annahme eines angemessenen Entgelts für die zur Erreichung des Ziels der Heilbehandlung gebotenen Maßnahmen, insbesondere für die Entnahme, die Konservierung, die weitere Aufbereitung einschließlich der Maßnahmen zum Infektionsschutz, die Aufbewahrung und die Beförderung der Organe oder Gewebe, sowie
2. Arzneimittel, die aus oder unter Verwendung von Organen oder Geweben hergestellt sind und den Vorschriften über die Zulassung nach § 21 des Arzneimittelgesetzes, auch in Verbindung mit § 37 des Arzneimittelgesetzes, oder der Registrierung nach § 38 oder § 39a des Arzneimittelgesetzes unterliegen oder durch Rechtsverordnung nach § 36 des Arzneimittelgesetzes von der Zulassung oder nach § 39 Abs. 3 des Arzneimittelgesetzes von der Registrierung freigestellt sind, oder Wirkstoffe im Sinne des § 4 Abs. 19 des Arzneimittelgesetzes, die aus oder unter Verwendung von Zellen hergestellt sind.

(2) Ebenso ist verboten, Organe oder Gewebe, die nach Absatz 1 Satz 1 Gegenstand verbotenen Handelstreibens sind, zu entnehmen, auf einen anderen Menschen zu übertragen oder sich übertragen zu lassen.

§ 18 TPG: Organ- und Gewebehandeln

(1) Wer entgegen § 17 Abs. 1 Satz 1 mit einem Organ oder Gewebe Handel treibt oder entgegen § 17 Abs. 2 ein Organ oder Gewebe entnimmt, überträgt oder sich übertragen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Viele dieser Meldungen sind jedoch auflagensteigernde Sensationsberichte ohne Wahrheitsgehalt. So hat z. B. eine amerikanische Studie gezeigt, dass Horrorberichte über den Organhandel in Südamerika nicht der Überprüfung standhielten.

Das Deutsche Transplantationsgesetz hat klare Regelungen erlassen, um den Organ- und Gewebehandeln zu verhindern. Jede Art von Kommerzialisierung der Organspende und der Organtransplantation wird abgelehnt. Der kommerzielle Organhandel sowie die Entnahme, die Übertragung und der Empfang eines gehandelten Organs werden nach §§ 17

und 18 unter Androhung hoher Strafen verboten.

Auch der Handel mit Geweben, die zur Behandlung beim Menschen eingesetzt werden sollen, wird durch das Transplantationsgesetz verboten. Darüber hinaus sind die Entnahme, die Übertragung und das Empfangen gehandelten Gewebes verboten. Nur Gewebe, die in aufwändigen industriellen Verfahren weiterbe- oder verarbeitet werden, dürfen nach einer arzneimittelrechtlichen Prüfung und Zulassung wie andere Arzneimittel vertrieben werden.

Lebendspenden von Organen nur unter sich nahestehenden Angehörigen

Für Lebendspenden sieht das Transplantationsgesetz bewusst erhebliche Einschränkungen vor. Am häufigsten kommt die Niere für eine Lebendspende infrage. Dieses Organ existiert im Körper paarweise, und es ist möglich – gesunde Nieren und ein allgemein guter Gesundheitszustand vorausgesetzt –, einem Spender oder einer Spenderin eine Niere zu entnehmen, ohne dass diese Person ihre Nierenfunktion einbüßt. Das Gesetz erlaubt die Lebendspende von Organen,

die sich nicht wieder bilden können (nicht regenerierungsfähige Organe), nur unter Verwandten ersten oder zweiten Grades (z. B. Eltern oder Geschwister des Empfängers oder der Empfängerin), unter Ehepartnern, Verlobten oder anderen Personen, die dem Empfänger bzw. der Empfängerin in besonderer persönlicher Verbundenheit nahestehenden.

Seit wenigen Jahren besteht auch die Möglichkeit, Kindern mit schwersten Leberschäden einen Teil der Leber eines Elternteiles zu übertragen. Unter günstigen Bedingungen wächst dieser



Besonders für Kinder, die aufgrund einer schweren Nierenschädigung auf die Dialyse angewiesen sind, ist eine Transplantation von unschätzbarem Vorteil. Da sie sich noch in der Wachstumsphase befinden, ist es für die körperliche Entwicklung entscheidend, dass sie ausreichend mit den Hormonen der Niere versorgt sind. Dazu belastet die Dialyse Kinder ganz besonders. Die Notwendigkeit, mehrmals wöchentlich über Stunden hinweg bei der Dialyse zu verbringen, hemmt ihre schulische und psychische Entwicklung.

Teil im Körper des Kindes zu einer funktionstüchtigen Leber heran, und die Leber des Elternteiles kann den Verlust des gespendeten Teils durch Nachwuchs ausgleichen. In seltenen Fällen ist auch die Lebendspende eines Teils der Lunge oder der Bauchspeicheldrüse möglich, wobei der gespendete Teil nicht nachwächst.

Natürlich ist die Entscheidung zur Lebendspende ein besonders schwerer Entschluss. Auch wenn z. B. der Spender oder die Spenderin einer Niere – von der Operation selbst abgesehen – in der Regel keine unmittelbaren gesundheitlichen Einbußen hinnehmen muss, so ist er oder sie fortan auf das lebenslange Funktionieren der nunmehr einzigen Niere angewiesen. Nur die Sorge um einen geliebten, sehr nahestehenden Menschen darf Angehörige oder andere besonders nahestehende Personen bei ihrer Entscheidung leiten. Aber auch dann sind psychische Probleme nicht ausgeschlossen, und eine Betreuung ist notwendig. Finanzielle Erwägungen dürfen keine Rolle spielen. Um jeglichen Missbrauch zu verhindern, muss nach dem Gesetz eine Gutachterkommission vor der Organentnahme prüfen, ob begründete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Spende-

rin oder der Spender nicht freiwillig eingewilligt hat, oder ob das Organ gar Gegenstand verbotenen Handelstreibens ist. So soll sichergestellt werden, dass die Lebendspende ausschließlich ein Akt der Nächstenliebe und Fürsorge ist.

Im Krankenversicherungsrecht ist ausdrücklich festgelegt, dass Lebendorganspenderinnen und -spender unabhängig vom eigenen Versicherungsstatus gegen die gesetzliche Krankenkasse des Organempfängers / der Organempfängerin einen direkten Anspruch auf Krankenbehandlung haben. Dazu gehören die ambulante und stationäre Behandlung der Spender, medizinisch erforderliche Vor- und Nachbetreuung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Krankengeld und erforderliche Fahrtkosten. Zudem gehört die Versorgung von Lebendorganspendern (neben der Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation) auch zum Versorgungsbereich der sog. spezialfachärztlichen Versorgung. Dadurch kann eine qualitativ hochwertige, spezialisierte Diagnostik und Behandlung sowie strukturierte Nachsorge gewährleistet werden.

Das am 1. August 2012 in Kraft getretene TPG-Änderungsgesetz enthält deutliche Verbesserungen für die Lebendorganspenderinnen und -spender. Bei Lebendorganspenden an privat krankenversicherte Personen gewährleistet das private Versicherungsunternehmen des Organempfängers bzw. der Organempfängerin die Absicherung der Spender (ambulante und stationäre Krankenbehandlung, Rehabilitationsmaßnahmen, Fahrtkosten, entstandener Verdienstauf-

fall). Das haben die privaten Krankenversicherungsunternehmen in einer Selbstverpflichtungserklärung vom 9. Februar 2012 festgelegt. Ggf. kommt auch ein anderer Versicherungsträger, z.B. die Beihilfestelle, anteilig für die Kosten auf.

Eine Arbeitsverhinderung infolge einer Organspende stellt eine unverschuldete Arbeitsunfähigkeit dar. Die betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben folglich Anspruch auf Entgeltfortzahlung für sechs Wochen. Der Arbeitgeber hat einen Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse bzw. das private Krankenversicherungsunternehmen (ggf. anteilig die Beihilfe) des Organempfängers. Nach Ablauf der sechs Wochen oder wenn kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht, greift der Krankengeldanspruch gegen die Krankenkasse des Organempfängers bzw. das private Krankenversicherungsunternehmen des Organempfängers kommt für den entstandenen Verdienstaufschlag auf.

Eine Absicherung gibt es auch im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung: Der Unfallversicherungsschutz bezieht sich auf alle Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit einer Organspende. Umfasst sind gesundheitliche Schäden des Spenders bzw. der Spenderin, die über

die durch die Spende regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgehen und im ursächlichen Zusammenhang stehen. Der Eintritt eines solchen Gesundheitsschadens gilt als Versicherungsfall der Unfallversicherung. Auf den zeitlichen Abstand zwischen Spende und Gesundheitsschaden kommt es danach nicht an. Es wird grundsätzlich ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Ergebnis der Transplantation und dem späteren Gesundheitsschaden angenommen. Dieser Zusammenhang kann allerdings im Einzelfall widerlegt werden, wenn dieser ursächliche Zusammenhang klar erkennbar nicht besteht. Dieser erweiterte Unfallversicherungsschutz für Lebendorganspender erstreckt sich für die Zeit nach dem Inkrafttreten des TPG-Änderungsgesetzes vom 1. August 2012 auch auf Gesundheitsschäden, die bei den Spendern nach der Einführung des TPG im Jahre 1997 und noch vor Inkrafttreten des erweiterten Unfallversicherungsschutzes eingetreten sind.

Es ist sinnvoll, den Organspendeausweis bei den Personalpapieren mit sich zu tragen, da in einer Unfallsituation hier als Erstes nachgeschaut wird, um die Angehörigen verständigen zu können. Falls man den Ausweis nicht ständig mit sich führt, sollte man den Angehörigen den eigenen Willen zur Spende mitteilen und auf den vorliegenden Organspendeausweis hinweisen. Selbstverständlich kann man auch bei einer nicht verwandten Vertrauensperson den Organspendeausweis hinterlegen.





DAS TRANSPLANTATIONSGESETZ SCHAFFT SICHERHEIT

Die sensiblen Themen „Organ- und Gewebespende“ und Transplantation verlangen nach klaren Regeln, damit jegliche Form von Missbrauch effektiv ausgeschlossen werden kann. Diese Rechtssicherheit bietet das Transplantationsgesetz, das Bundestag und Bundesrat in breitem Konsens verabschiedet haben und das am 1. Dezember 1997 in Kraft getreten ist.

Durch das am 1. August 2007 in Kraft getretene Gewebegesetz wurden in Umsetzung der EU-Geweberichtlinie ergänzende Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Gewebe in das Transplantationsgesetz und das Arzneimittelgesetz aufgenommen.

Wie in den anderen europäischen Ländern gelten seit 1997 auch in der Bundesrepublik klare gesetzliche Regelungen für die Organspende und Organtransplantation. Mit dem Transplantationsgesetz werden die Rechte und Verpflichtungen der Beteiligten sowie die Bedingungen der Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben festgelegt.

Das Gesetz enthält folgende Kernpunkte:

- Transplantationen lebenswichtiger Organe wie Herzen, Lebern oder Nieren dürfen nur in dafür zugelassenen Transplantationszentren vorgenommen werden.
- Die Bereiche Organentnahme, Organvermittlung und Organtransplantation sind organisatorisch und personell voneinander zu trennen.
- Organe und Gewebe dürfen, abgesehen von einer Lebendspende, erst entnommen werden, nachdem der Tod des Spenders bzw. der Spenderin festgestellt wurde. In diesem Zusammenhang ist immer auch der Gesamthirntod des verstorbenen Menschen festzustellen.
- Den Tod müssen zwei erfahrene Ärzte oder Ärztinnen unabhängig voneinander feststellen und das Ergebnis ihrer Untersuchungen schriftlich dokumentieren.
- Seine Entscheidung zur Frage einer Organ- und Gewebespende sollte jeder Mensch zu Lebzeiten möglichst schriftlich dokumentiert haben (Organspendeausweis). Kommt im Todesfall nach ärztlicher Beurteilung eine Spende in Betracht, werden die Angehörigen befragt, ob der oder die Verstorbene sich zu Lebzeiten zur Frage der Spende schriftlich oder mündlich erklärt hat. Falls den Angehörigen nichts bekannt

ist, werden sie nach dem mutmaßlichen Willen des verstorbenen Menschen gefragt und gebeten, in seinem Sinne zu entscheiden, wie es das Gesetz vorsieht.

- Die Organspende hat Vorrang gegenüber der Gewebespende. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass die Entnahme vermittlungspflichtiger Organe durch eine Gewebeentnahme beeinträchtigt oder gar unmöglich wird.
- Für die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe haben die Transplantationszentren Wartelisten zu führen. Die Aufnahme in die Warteliste und die Vermittlung der Spenderorgane müssen dabei nach Regeln erfolgen, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen.

chen. Die Spenderorgane sind nach diesen Regeln bundeseinheitlich für geeignete Patienten und Patientinnen zu vermitteln. Die Lebendspende eines nicht regenerationsfähigen Organs ist nur zugunsten eines oder einer Verwandten ersten oder zweiten Grades, Ehepartners, Verlobten oder einer anderen dem Spender bzw. der Spenderin besonders nahestehenden Person möglich.

- Handel mit Organen oder Geweben zur Transplantation sowie das Übertragen und das Sichübertragenlassen gehandelter Organe und Gewebe werden unter Strafe gestellt.

Mit dem Tod verbinden sich verschiedenartige Fragen, die unter anderem von Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft, der Philosophie, der Psychologie und Theologie aus dem Blickwinkel der jeweiligen Fachwissenschaft betrachtet werden und teilweise – je nach Epoche – verschieden beantwortet worden sind. Das Todesverständnis des heutigen Menschen ist so vielfältig wie seine Geschichte und seine gegenwärtige Kultur. Die naturwissenschaftliche Medizin befasst sich mit dem Tod als biologisches Lebensende des Menschen – unabhängig von kulturellen, soziologischen und weltanschaulich-religiösen Umständen.

In der Medizin haben sich die Erkenntnisse über die Todeszeichen im Laufe der Zeit verändert. Noch vor rund 50 Jahren galt der Stillstand von Atmung und Herzkreislaufaktivität als untrügliches Zeichen für den Tod eines Menschen. Doch Fortschritte in der intensivmedizinischen Behandlung von Patienten und Patientinnen machten es notwendig, dieses bis dahin gültige Todeskriterium zu überdenken und zu ergänzen.

Herz- und Atemstillstand allein sind keine untrüglichen Todeszeichen

In den 50er-Jahren gelang es erstmals mit Hilfe medizinischer Geräte, Patienten, bei denen ein Atemstillstand eingetreten war, über längere Zeit künstlich zu beatmen. Mehr noch: Es geschah, dass solche Patienten wieder eigenständig zu atmen begannen. Der Atemstillstand war nicht mehr in jedem Fall ein sicheres Todeszeichen. Ähnliches gilt für die Herztätigkeit. Auch hier gelang es mit Hilfe von Geräten und durch manuelle Techniken wie der Herzmassage, einen Herzstillstand zu überwinden und das Herz wieder zum Schlagen zu bringen.

Diese Möglichkeiten führten dazu, dass Ärztinnen und Ärzte heute nicht mehr in jedem Fall den Herz- und Atemstillstand als untrügliches Todeszeichen werten können, auch wenn nach wie vor die meisten Menschen so sterben. Mit den heute verfügbaren intensivmedizinischen Maßnahmen ist es möglich, Patienten und Patientinnen unter Umständen längere Zeit künstlich zu beatmen und ihre Herztätigkeit aufrechtzuerhalten. Solche Menschen können manchmal wieder völlig genesen, vorausgesetzt das Gehirn hat keinen bleibenden Schaden erlitten.





Darstellung der Blutgefäße mittels Hirngefäß-Angiografie: Bei einem gesunden Menschen erkennt man den Verlauf und die Verzweigungen der Blutgefäße im Gehirn.



Beim Hirntod zeigt sich ein völlig anderes Bild: Das Gehirn ist vollständig von der Blutversorgung abgeschnitten. Durch die Schwellung des Gehirns stoppt der Blutzufluss an der Eintrittsstelle zur Schädelhöhle. Binnen weniger Minuten sterben die Hirnzellen aufgrund von Nähr- und Sauerstoffmangel unwiederbringlich ab.

Das Erlöschen aller Hirnfunktionen als sicheres Todeszeichen

Etwa zur selben Zeit – Ende der 50er-Jahre – erkannten Ärztinnen und Ärzte, dass bei Menschen, deren Gehirn z. B. aufgrund eines schweren Unfalls, eines Schlaganfalls oder eines Hirntumors selbst nur für wenige Minuten ohne Blut- und Sauerstoffversorgung ist, die Hirnfunktionen unwiederbringlich verloren sein können. Trotz künstlicher Beatmung und aufrechterhaltener Herzstätigkeit kann dann gegebenenfalls ihre Hirntätigkeit für immer erloschen sein. Der Organismus ist dann zu einer Selbststeuerung nicht mehr in der Lage. Jede Möglichkeit der bewussten Wahrnehmung, d. h. auch der Schmerzempfindung, des Denkens, der Steuerung der Atmung, der Stoffwechselregulation usw. ist unwiederbringlich verloren; eine Wiedererlangung des Bewusstseins und der zentralen Steuerungsfähigkeit für die gesamten Körperfunktionen ist ausgeschlossen. Das Gehirn ist von der Durchblutung abgekoppelt. Seine Zellen zerfallen, auch wenn der übrige Körper noch künstlich durchblutet wird. Diesen endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Groß- und Kleinhirns sowie des Hirnstamms bezeichnet man als Hirntod, präziser als Gesamthirntod. Er ist nach weltweit anerkanntem naturwissenschaftlich-medizinischen Erkenntnisstand ein sicheres Todeszeichen des Menschen. Denn die Bedeutung des Hirntods als sicheres inneres Todeszeichen des Menschen liegt darin, dass mit dem irreversiblen Ausfall der Gesamtfunktion des Gehirns die leiblich-seelische/körperlich-geistige/physisch-metaphysische Einheit

§ Auszug Transplantationsgesetz (TPG):

Nachweisverfahren

§ 3 TPG Abs. 1 Nr. 2:

(1) Die Entnahme von Organen oder Geweben ist, soweit in § 4 oder § 4a nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.

§ 3 TPG Abs. 2 Nr. 2:

(2) Die Entnahme von Organen oder Geweben ist unzulässig, wenn nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespende der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.

§ 5 TPG Abs. 1 Satz 1:

(1) Die Feststellungen nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 sind jeweils durch zwei dafür qualifizierte Ärzte zu treffen, die den Organ oder Gewebespende unabhängig voneinander untersucht haben.

§ 5 TPG Abs. 2 Satz 1–3:

(2) Die an den Untersuchungen nach Absatz 1 beteiligten Ärzte dürfen weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe oder Gewebe des Spenders beteiligt sein. Sie dürfen auch nicht Weisungen eines Arztes unterstehen, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. Die Feststellung der Untersuchungsergebnisse und ihr Zeitpunkt sind von den Ärzten unter Angabe der zugrunde liegenden Untersuchungsbefunde unverzüglich jeweils in einer Niederschrift aufzuzeichnen und zu unterschreiben.

unwiederbringlich beendet ist, die jeder lebende Mensch ist, unabhängig von allem, was lebende Menschen voneinander unterscheidet.

Im Transplantationsgesetz wurde festgeschrieben, dass – abgesehen von der unter engen Grenzen zulässigen Lebendspende – eine Organ- und Gewebeentnahme nur zulässig ist, wenn zuvor der Tod der Spenderin oder des Spenders festgestellt wurde. Die Feststellung des Todes obliegt den hierfür kompetenten Ärzten und Ärztinnen. Ihre Aufgabe ist es, den eingetretenen Tod mit geeigneten Methoden nachzuweisen, die dem

Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Das Gesetz bestimmt zusätzlich als unverrückbare Grenze, dass eine Organ- und Gewebeentnahme unzulässig ist, wenn nicht zuvor der Gesamthirntod ärztlich festgestellt ist. Auch damit definiert das Gesetz nicht den Tod, legt aber als Voraussetzung für eine Entnahme fest, dass im Zusammenhang mit der Feststellung des Todes der eingetretene Gesamthirntod nachzuweisen ist.

Die Feststellung des Hirntodes

Der Hirntod lässt sich durch verschiedene Untersuchungen zweifelsfrei feststellen. Es handelt sich dabei nicht um eine Prognose über den zukünftigen Zustand der Patientin oder des Patienten. Vielmehr stellt der Arzt bzw. die Ärztin fest, dass die Gehirnfunktionen bereits unwiderruflich erloschen sind. Damit ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen zweifelsfrei festgestellt. Das unwiderrufliche Erlöschen der Gehirnfunktion wird entweder durch die Hirntoddiagnostik oder durch das Vorliegen sicherer äußerer Todeszeichen wie Totenflecke oder Leichenstarre nachgewiesen (indirekter Hirntod). Die korrekt durchgeführte Hirntoddiagnostik gilt weltweit als völlig sicher. Sie lässt sich später überprüfen. Angehörigen ist nach dem Transplantationsgesetz Gelegenheit zur Einsichtnahme in die Unterlagen der Todesfeststellung zu geben.

Für die genaue Vorgehensweise bei der Hirntodfeststellung hat eine Expertenkommission der Bundesärztekammer Richtlinien erlassen, die jede Ärztin und jeder Arzt befolgen muss. Zwingend vorgeschrieben sind die Überprüfung von Voraussetzungen und Ursachen einer schweren Hirnschädigung und verschiedene körperliche Untersuchungen, die in definierten Zeitabständen zu wiederholen sind. Sie haben den Zweck,

unterschiedliche Funktionen in verschiedenen Hirnarealen zu prüfen und den Nachweis einer nicht umkehrbaren Schädigung des Hirns zu führen. Ergänzend dazu oder an Stelle der Verlaufsbeobachtung können die mit der Hirntodfeststellung betrauten Ärztinnen und Ärzte apparative Untersuchungen einsetzen, etwa die Elektroenzephalographie (EEG), mit der sich die Hirnströme registrieren und aufzeichnen lassen. Beim Hirntod zeichnet das Gerät keinerlei elektrische Hirnaktivität auf – es kommt zum sogenannten Nulllinienverlauf.

Auf den Hirntod – ohne intensivmedizinische Behandlung einschließlich maschineller Beatmung – folgt unausweichlich der Herzstillstand, weil mit dem Hirntod unter anderem die Fähigkeit zur selbstständigen Atmung unwiederbringlich erloschen ist und das Herz keinen Sauerstoff mehr erhält. Intensivmedizinische Maßnahmen bringen niemals die erloschenen Hirnfunktionen zurück, sie können nur den Eintritt des Herz- und Kreislaufstillstandes hinauszögern. Diese Möglichkeit, das Herz-Kreislauf-System unter bestimmten Voraussetzungen trotz eingetretenem Hirntod noch für eine begrenzte Zeit künstlich aufrechtzuerhalten, eröffnete die Chance, Organe bis zur Entnahme funktionstüchtig zu erhalten. Eine Chance, die die Transplantationsmedizin seit Ende der 60er-Jahre nutzen konnte. In den meisten Sterbefällen kommt die indirekte Hirntodfeststellung zur Anwendung. Gewebe können aufgrund ihrer geringeren Durchblutung in der Regel bis 48 Stunden, in einigen Fällen auch bis 72 Stunden nach der Todesfeststellung entnommen werden.

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerer Hirnschädigung gehört zum Alltag auf der Intensivstation. Bei einigen dieser Personen ist diese Schädigung so massiv und unbeeinflussbar, dass das Gehirn irreversibel und vollständig zerstört wird und nur durch die künstliche Beatmung die Funktion des restlichen Organismus noch aufrechterhalten werden kann.

Als zusätzliche Sicherheit fordert das Transplantationsgesetz, dass zwei erfahrene Ärzte oder Ärztinnen die Untersuchungen zur Hirntodfeststellung unabhängig voneinander vornehmen müssen. Damit ein Interessenkonflikt ausgeschlossen ist, darf ärztliches Personal, das den Hirntod einer Patientin oder eines Patienten feststellt, nicht selbst an der Organ- und Gewebeentnahmen oder Transplantationen beteiligt sein.

Nur wenige verstorbene Menschen können Organspender sein

Als Spender oder Spenderin von durchbluteten Organen kommen – mit der Ausnahme von Lebendspenden (s. Seite 20) – also hirtote Personen mit künstlich aufrechterhaltenem Herz-Kreislauf-System infrage. Da aber in den meisten Sterbefällen zuerst der Herzstillstand eintritt, kommen nur wenige verstorbene Menschen als potenzielle Organspender in Betracht – nämlich jene, bei denen der Hirntod dem endgültigen Herzstillstand vorausgeht und sich das Herz-Kreislauf-System künstlich aufrechterhalten lässt.

So sterben in den deutschen Krankenhäusern jährlich rund 400.000 Menschen, wovon bei vielleicht 1 % der Hirntod vor dem Herzstillstand eintritt und eine Organspende infrage kommt. Die wirkliche Häufigkeit ist jedoch nicht bekannt.

Die Bedeutung des Hirntodes als sicheres inneres Todeszeichen ist nicht ohne Weiteres selbstverständlich und daher bezweifelt worden: So wurde eingewendet, dass der Gesamthirntod zwar den unwiderruflichen Ausfall aller Hirnfunktionen bedeute, nicht aber, dass der Betreffende bereits tot sei. Der Hirntod markiert nach dieser Auffassung den Eintritt eines unumkehrbaren Abschnitts im Sterbeprozess des Menschen, sei aber nicht mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen. Für die Mehrheit der medizinischen Wissenschaft gibt es jedoch keine wissenschaftlichen Grundlagen für diese Annahme. (Unterschiedliche Positionen zum Thema Hirntod sind u. a. dargestellt in: N. Sigmund-Schultze, „Organtransplantation – Wissenswertes zu Medizin, Ethik und Recht“, 1999.)



„ICH KONNTE MICH NICHT DARAN ERINNERN, WIE MEINE FRAU ZUR ORGANSPENDE STAND.“

„Es war ein heißer Sommertag, mitten in den Ferien, als mich eine Mitarbeiterin meiner Frau anrief und mir mitteilte, dass Irene zusammengebrochen und bewusstlos ins Krankenhaus eingeliefert worden ist. Alles sei sehr schnell gegangen. Sie sei einfach ohnmächtig geworden und nicht mehr ansprechbar gewesen. Der Rettungswagen habe sie soeben ins Krankenhaus transportiert.“

Ich rief in der Klinik an. Der diensthabende Arzt der Intensivstation meinte, es sei ernst, vermutlich eine Gehirnblutung, das werde gerade abgeklärt, und ich solle möglichst rasch kommen.

Dann stand ich mit Isa und Stefan, unseren Kindern, vor ihm. Eigentlich waren sie ja noch sehr jung, aber ich bin heute froh, dass sie dabei waren. Der Arzt führte uns an das Bett von Irene. Sie hatte die Augen geschlossen und atmete friedlich. Im Gesicht wirkte sie nicht sehr anders als heute Morgen, als sie das Haus verlassen hatte. Allerdings hatte sie einen Schlauch im Mund und auch sonst hingen überall Schläuche herum.

Im Arztzimmer erklärte uns Dr. Stadler, dass er nur wenig Hoffnung habe, Irenes Leben retten zu können.

Ein Computertomogramm habe seinen Verdacht leider erhärtet, dass große Teile des Gehirns durch eine Blutung zerstört seien.

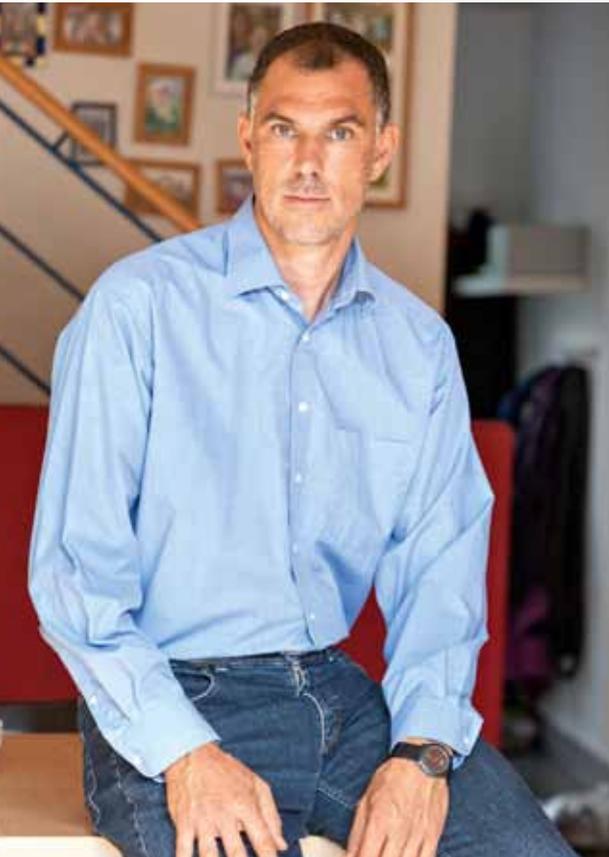
Wir konnten erst gar nicht richtig folgen. Meine Frau, unsere Mutter, quicklebendig, fröhlich und unternehmungslustig – sprach er wirklich von ihr? Sie ernährte sich gesund und war bis auf einen Wadenbeinbruch nie ernsthaft krank gewesen.

Dr. Stadler notierte sich das alles. Er erklärte uns, dass das ohne Vorwarnung jedem jederzeit passieren könne. Er sprach uns sein Mitgefühl aus und betonte, es werde alles getan, um Irene doch noch am Leben zu erhalten, aber seine Hoffnung sei gering. Meine Frau wirke nur noch lebend, weil sie beatmet würde. Und dann deutete er an, dass es bald zu Ende gehen könnte. Er bat uns zum Schluss, die Möglichkeit einer Organspende zu bedenken.

In mir herrschte Leere. Ich konnte mich nicht daran erinnern, wie denn meine Frau zur Organspende stand. Ich versicherte Dr. Stadler aber noch, dass wir völlig unvoreingenommen seien und uns rasch entscheiden würden. Er bremste mich und sagte, dies sei nur eine Frage für den Fall, dass sie den Hirntod bei meiner Frau feststellen sollten. Wir sollten nach Hause gehen und uns alle Zeit nehmen, die wir brauchen. Auf meine Nachfrage erklärte er noch, wie so etwas vor sich geht. Danach gingen wir nochmal zu Irene. Unverändert lag sie da.

Abends kamen Freunde bei uns vorbei. Nachts fuhr ich noch einmal in die Klinik. Später wurde bei Irene eine Hirntoddiagnostik vorgenommen. Es war eine furchtbare Nacht. Natürlich schliefen wir kaum. Die Kinder und ich waren hin und her gerissen zwischen Verzweiflung, Entsetzen, Elend und Jammer. Wir überlegten so gut wir konnten, was zu tun sei. Was hätte Irene gewollt? Dasselbe wie ich, nämlich aus der Situation das Beste machen? Isa fand, wenigstens könne jemand anders dann weiterleben, wenn schon ihre Mutter sterben müsse. Stefan glaubte auch, dass seine Mutter bestimmt dafür gewesen wäre, ihre Organe zu spenden. Und ich? Ich war derselben Meinung und bin es bis heute.

Ich möchte jetzt nicht weiter darauf eingehen. Am nächsten Tag sagten wir Dr. Stadler, dass wir der Klinik erlauben, Herz, Nieren, Leber, Lunge und auch die Hornhaut bei Irene zu entnehmen, um damit anderen Menschen zu helfen. Irenes Mutter reagierte im ersten Moment ablehnend. Wir erklärten ihr, warum wir und vermutlich auch Irene für die Organspende waren. Sie fragte sich dann, wie es wohl für jemand sein müsse, dessen Angehöriger auch so jung wie Irene sterben muss, weil niemand bereit ist, Organe zu spenden. Sie sagte, Irene habe immerhin einen Tod ohne Leiden gehabt. Dies sei ihr in allem Schmerz ein kleiner Trost. In diesem Moment waren wir uns alle sehr nah.





DER ABLAUF DER ORGAN- UND GEWEBESPENDE

Heute gehören Transplantationen zu den anerkannten Verfahren der medizinischen Versorgung.

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerer Hirnschädigung gehört zum Alltag auf der Intensivstation. Bei einigen dieser Menschen ist diese Schädigung so massiv und unbeeinflussbar, dass das Gehirn irreversibel und vollständig zerstört wird und nur durch die künstliche Beatmung die Funktion der restlichen Organe noch aufrechterhalten werden kann.

Wenn bei einem Patienten oder einer Patientin der Hirntod festgestellt worden ist, ist eine Fortsetzung der therapeutischen Bemühungen sinnlos geworden. Die künstliche Aufrechterhaltung der Herz-Kreislauf-Funktion muss dann abgebrochen werden. Kommt aus medizinischer Sicht eine Organ- und Gewebespende in Betracht, führt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt oder ein Koordinator bzw. eine Koordinatorin der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) bzw. ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin der Gewebereinrichtung oder auch alle gemeinsam das Gespräch mit den Angehörigen. Die künstliche Beatmung wird in dieser Zeit weiter aufrechterhalten. Liegt keine Erklärung des verstorbenen Menschen zur Organ- und Gewebespende vor, etwa in einem Spendeausweis, so entscheiden die Angehörigen nach seinem mutmaßlichen Willen.

Für den Fall, dass eine Zustimmung zur Organspende gegeben wurde, wird die nächstgelegene Organisationszentrale der DSO informiert. Die Koordinatorin oder der Koordinator der DSO veranlasst die erforderlichen Laboruntersuchungen des Spenderblutes: Blutgruppe und Gewebemerkmale, außerdem wird festgestellt, ob Infektionen vorliegen, die den Empfänger oder die Empfängerin gefährden könnten. Dann wird die Organentnahme vorbereitet, der Kontakt zu Eurotransplant hergestellt und die Koordinatorin oder der Koordinator gibt die für eine Organvermittlung notwendigen Daten weiter. Aufgrund dieser Informationen ermittelt Eurotransplant über seine Datenbank den Organempfänger bzw. die -empfängerin und informiert die entsprechenden Transplantationszentren. Diese treten in Kontakt mit den auf ein Organ wartenden Patienten bzw. Patientinnen und mit dem Koordinator oder der Koordinatorin, um weitere medizinische und organisatorische Fragen zu klären.

Wurde bei einem verstorbenen Menschen der Hirntod nachgewiesen, ist neben der Frage nach einem Einverständnis zur Organspende auch zu prüfen, ob eine Erklärung der verstorbenen Person zur Gewebespende vorliegt oder ob die Angehörigen deren mutmaßlichen Willen bezüglich der Gewebespende angeben können. Hat der verstorbene Mensch in eine Gewebespende eingewilligt, informieren die behandelnden Ärztinnen und Ärzte beispielsweise eine krankenhaus-

„Es wird häufig die Befürchtung ausgesprochen, dass man mit einem Organspendeausweis verfrüht ‚für tot erklärt‘ oder nicht ausreichend medizinisch behandelt wird.“



Dr. med. Walther Koehler,
Arzt für Neurologie

„Ich persönlich habe bei mittlerweile mehreren hundert Hirntoduntersuchungen nicht ein einziges Mal nach einem Organspendeausweis gesucht oder mich im Vorfeld darum gekümmert.“

Erst nach Behandlung und Hirntodfeststellung erhält nämlich der Ausweis seine entscheidende Bedeutung und Gültigkeit.

Nur in den Fällen, in denen der Hirntod festgestellt werden musste, hatten anschließend andere Ärzte oder z. B. der Transplantationskoordinator die Frage zu klären, ob der Verstorbene eine Organentnahme gewollt hätte oder nicht. Und dazu ist der Organspendeausweis nun mal die beste Möglichkeit. Zu diesem Zeitpunkt aber ist die medizinische Behandlung vorüber und der Tod festgestellt. Kein Ausweis kann daran mehr etwas ändern.“



Die Entnahmeoperation

Die Organ- und Gewebeernte wird mit der gleichen chirurgischen Sorgfalt wie jede andere Operation vorgenommen. Während die Organentnahme im Operationssaal erfolgt, kann die Gewebeernte auch noch bis 48 Stunden, in einigen Fällen auch bis 72 Stunden nach der Todesfeststellung, z. B. in einem pathologischen oder rechtsmedizinischen Institut, durchgeführt werden.

Von Gegnern und Gegnerinnen der Organspende wird eingewandt, dass bei der Entnahmeoperation eine Narkose gegeben werden müsse und dies ein Zeichen für noch vorhandene Schmerzwahrnehmung sei. Dies trifft nicht zu. Eine Schmerzwahrnehmung ist beim endgültigen Ausfall der Gesamthirnfunktionen nicht mehr möglich. Richtig ist aber, dass teilweise Medikamente zur Entspannung der Muskulatur verabreicht werden müssen. Denn nach Eintreten des Hirntodes können spontan oder als Reaktion auf äußere Reize durch die Rückenmarkstätigkeit noch Bewegungen der Extremitäten (Arme, Beine) auftreten. Diese Phänomene haben nicht nur bei Angehörigen, bei der Ärzteschaft und beim Pflegepersonal, sondern auch in den Medien immer wieder zu starken Verunsicherungen geführt.

eigene Gewebeernte oder eine selbstständige Gewebeernte, mit der das Krankenhaus für die Gewebeernte zusammenarbeitet. Die Gewebeernte einrichtet veranlasst die erforderlichen Laboruntersuchungen. Kommt ein verstorbener Mensch für die Entnahmen von Organen und Geweben in Betracht, so ist der im Transplantationsgesetz festgeschriebene Vorrang der Organspende gegenüber der Gewebeernte zu beachten.

Nur von der Spenderin bzw. vom Spender freigegebene Organe und Gewebe werden transplantiert

Im Organspendeausweis oder einer Patientenverfügung kann man ohne Begründung bestimmte Organe oder Gewebe von der Entnahme ausschließen oder die Entnahme nur für bestimmte Organe und Gewebe gestatten. Selbstverständlich ist es sinnvoll, auch über die eingeschränkte Spendebereitschaft mit den Angehörigen oder einer anderen Vertrauensperson zu sprechen. Der Koordinator oder die Koordinatorin stimmt die Entnahme der zur Spende freigegebenen und medizinisch für eine Transplantation infrage kommenden Organe und Gewebe mit den Chirurgen-Teams ab.

Im Organspendeausweis oder einer Patientenverfügung kann man ohne Begründung bestimmte Organe oder Gewebe von der Entnahme ausschließen oder die Entnahme nur für bestimmte Organe und Gewebe gestatten.

Erklärung zur Organspende

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 _____

Die in Anlehnung an den Bibeltext in Johannes 11, 14 „... und der Verstorbene kam heraus...“ auch als Lazarus-Zeichen benannten Bewegungen wie langsames Hochheben der Arme oder Gehbewegungen finden ihre Erklärungen in einem Wegfall hemmender Einflüsse des Gehirns auf das Rückenmark im Hirntod. Das Rückenmark gibt normalerweise Impulse z. B. an die Arm- und Beinmuskulatur weiter, die aus Arealen des Groß- und Kleinhirns kommen. Es gibt aber auch eigenständige Impulsbögen nur zwischen Rückenmark und Muskulatur. Im Hirntod fallen die kontrollierenden Einflüsse des Gehirns auf diese eigenständige Rückenmarkstätigkeit fort und sie kann ungehemmt ablaufen.

Diese Lazarus-Zeichen sprechen daher nicht gegen, sondern für den Hirntod. Es ist für diesen geradezu typisch, wenn die

Muskeleigenreflexe normal oder sogar gesteigert auslösbar sind. Zu entsprechenden Reaktionen kann es auch nach Abstellen des Beatmungsgerätes kommen; sie finden sich mitunter auch beim klassischen Herztod, wenn dieser besonders plötzlich eintritt. So irritierend derartige Phänomene sein mögen, sie entstehen zweifelsfrei außerhalb des Gehirns auf der Ebene von Rückenmark, Nerven und Muskulatur und haben mit dem personalen Leben des Menschen nichts zu tun und weisen auch nicht auf Schmerzempfindungen hin. Sie lassen sich neurologisch zweifelsfrei von hirnbedingten Erscheinungen/Bewegungen unterscheiden.

Erst zum Zeitpunkt der Entnahmeoperation kann letztlich entschieden werden, ob ein Organ wirklich zur Transplantation und für den zuerst vorgesehenen Empfänger bzw. die Empfängerin geeignet ist, andernfalls wird das Organ für den nächstgeeigneten Menschen freigegeben. Nach der Entnahme werden die Organe auf schnellstem Weg zu den Transplantationszentren gebracht. Dort sind die Organempfängerinnen und Organempfänger bereits auf die bevorstehende Transplantation vorbereitet worden, die unmittelbar nach Eintreffen des Organs durchgeführt wird.

Die entnommenen Gewebe werden – anders als Organe zur Transplantation – in der Regel nicht direkt übertragen. Gewebe können z. B. konserviert und zwischengelagert werden. Nach der Entnahme werden die Gewebe beispielsweise in einer Gewebereinrichtung untersucht, be- oder verarbeitet, verpackt und gela-

gert, bis eine geeignete Empfängerin oder ein geeigneter Empfänger gefunden werden kann. Aus diesem Grund ist zum Zeitpunkt der Gewebeentnahme in der Regel noch nicht entschieden, wann und bei wem das gespendete Gewebe eingesetzt werden kann.

Sowohl bei der Organ- wie bei der Gewebetransplantation wird der Name des Spenders oder der Spenderin dem Empfänger bzw. der Empfängerin nicht mitgeteilt. Umgekehrt gilt: Auch die Angehörigen der spendenden Person erfahren nicht, wer ein gespendetes Organ oder Gewebe erhalten hat. Diese Anonymität verhindert, dass wechselseitige Abhängigkeiten auftreten, die für alle Beteiligten belastend wären. Das Transplantationszentrum teilt den Angehörigen auf Wunsch jedoch mit, ob das Organ bzw. die Organe erfolgreich transplantiert werden konnten.

Nach der Organ- oder Gewebeentnahme wird der Leichnam in würdigem Zustand zur Bestattung übergeben, seine äußere Integrität ist wiederhergestellt.

Die Angehörigen können in jeder gewünschten Weise Abschied von dem verstorbenen Menschen nehmen.

Sie können dabei erkennen, dass die Operationswunde wie bei einem lebenden Menschen verschlossen worden ist.

Nach der Entnahmeoperation gelangen die Organe auf dem schnellsten Weg zu den Transplantationskliniken. So muss z. B. ein Herz binnen sechs Stunden wieder zum Schlagen gebracht werden.



„MANCHMAL ERFRAGT MAN DIE TODESURSACHE“ (EIN ERFAHRUNGSBERICHT)

„Ich arbeite seit Jahren als Pfleger an einem großen deutschen Krankenhaus. Jährlich werden in unserem Zentral-OP zwischen 20 und 30 Multiorganentnahmen durchgeführt. Oft genug bin ich sowohl als Springer als auch als Instrumentierender dabei.

Organspender unterscheiden sich äußerlich kaum von anderen Notfallpatienten, die intubiert und beatmet in den Operationssaal gebracht werden. Es sind meist jüngere Menschen, und es stimmt mich traurig zu wissen, dass es für sie keine Hilfe mehr gibt, da die Organfunktionen ohne technische Hilfe nicht mehr aufrechtzuerhalten sind. Manchmal erfragt man die Todesursache, will erfahren, welches Schicksal dahinter steckt. Aber meistens habe ich keine Zeit, mir über den Tod dieses Patienten Gedanken zu machen, denn ich muss, oft unter Zeitdruck, meine Tische und sterilen Instrumente aufbauen. Erst später, wenn die eigentliche Operation begonnen hat, während die Organe präpariert werden, habe ich manchmal ein wenig Zeit, über den Patienten, den ich überhaupt nicht kenne, nachzudenken.

Die Stimmung am Operationstisch ist ruhig, viel ruhiger als bei anderen Operationen, aber nicht verkrampft. Dieser Mensch vor mir ist tot, hirntot, es ist schade, dass er gehen musste. Eines habe ich in all den Jahren, die

ich nun schon als Krankenpfleger tätig bin, lernen müssen: Bei allem, was wir tun, bei allem Fortschritt in der Medizin, der die großen Operationen erst ermöglicht, gibt es eine höhere Instanz, die all unser Tun und Streben absegnet.

Die Präparation der Organe schreitet voran. Die Kanülen für die Perfusionslösung, die die Organe für kurze Zeit haltbar macht, werden in die Iliacalarterien eingelegt. Die Perfusionslösung hängt in Fünf-Liter-Beuteln an einem Infusionsständer, gleichzeitig bekomme ich in einer Metallschüssel, die auf einem Beistelltisch steht, sterile Kochsalzlösung. Die Herzchirurgen punktieren den Aortenbogen mit einer scharfen Kanüle und perfundieren das Herz von dieser Stelle aus. Sie beginnen, das Herz und manchmal auch die Lunge aus dem Thorax her auszutrennen, danach kommen die Allgemeinchirurgen und lösen die Leber aus, möglicherweise auch die Bauchspeicheldrüse. Ist dies geschehen, legen die Urologen die Nieren frei. Meist ist diese Situation so arbeitsintensiv, dass ich nicht einmal merke, wie der Anästhesist das Beatmungsgerät und danach den EKG-Monitor abstellt und geht.

Am Tisch bin ich jetzt allein mit dem Spender. Meine Kollegin gibt mir Nahtmaterial für den Verschluss von Thorax

und Abdomen des Patienten. Ich warte ein wenig. Die Chirurgen sind noch mit der Präparation der Organe beschäftigt, jede Gruppe für sich an einem extra dafür bereitgestellten Tisch. Die Herzchirurgen sind als Erste fertig und verpacken das Organ in sterile Tüten und in ihre weiße Styroporbox. Sie haben es immer am eiligsten, denn sie müssen dieses Herz binnen sechs Stunden wieder zum Schlagen bringen. Die anderen präparieren noch. Jetzt kommt einer der verbliebenen Chirurgen und verschließt den Operationssitus, ich helfe ihm dabei. Die Operation geht dem Ende entgegen. Ist die Hautnaht mit Wundpflaster bedeckt, werden auch die sterilen Abdecktücher entfernt. Alle Zugänge, Schläuche und Drainagen werden gezogen, das Kinn hochgebunden, die Hände gefaltet.

Ich bedecke den Organspender mit einem Tuch. Ich begleite ihn bis zum Vorplatz, wo er von der Hauptnachtwache übernommen wird; sie ist in unserem Haus für die letzten Wege zuständig.“



Der gemeinnützigen Stiftung Eurotransplant sind die Transplantationszentren in Belgien, Deutschland, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich, Slowenien und Kroatien angeschlossen. Seit der Gründung hat die Stiftung über 137.249 Spenderorgane vermittelt. Für diese Aufgabe benutzt Eurotransplant eine Computerdatenbank, in der die für die Vermittlung notwendigen medizinischen Daten von derzeit rund 15.000 Patientinnen und Patienten gespeichert sind, die auf ein Spenderorgan warten. Die Daten erhält Eurotransplant von den angeschlossenen Transplantationszentren

[Daten: Stiftung Eurotransplant].



Für die Verteilung von gespendeten Organen gelten strenge Kriterien

1967 wurde in der niederländischen Stadt Leiden die gemeinnützige Stiftung Eurotransplant ins Leben gerufen, deren Aufgabe es ist, die knappen Spenderorgane im Rahmen eines internationalen Organaustausches gerecht zu vergeben, also Organempfänger und -empfängerinnen ausschließlich nach medizinischen Kriterien auszusuchen und nicht etwa nach Ansehen, sozialem Status oder Geldbeutel. Diese Vermittlung umfasst die Spenderorgane Niere, Leber, Herz, Lunge, Darm und Bauchspeicheldrüse.

Bei Eurotransplant vergleicht der Computer die für den Erfolg einer Transplantation entscheidenden Daten des Spenders mit denen der Patientinnen und Patienten auf der Warteliste, um für die gespendeten Organe die optimalen Empfängerinnen und Empfänger zu finden.

Dieses computergestützte Verfahren ermöglicht es, dass nur solche Patienten und Patientinnen beispielsweise eine Niere erhalten, bei denen die Gefahr der Organabstoßung gering ist, oder solche Menschen ein Herz bekommen, die es aus medizinischen Gründen besonders dringend benötigen. Eurotransplant berücksichtigt bei der Vermittlung von Nieren auch die Kriterien Entfernung und Transportzeit, da die Zeitdauer zwischen Entnahme und Transplantation die Erfolgsaussichten einer Transplantation beeinflusst.

Gespendete Organe und Gewebe dienen nicht wissenschaftlichen Zwecken! Gespendete Organe und Gewebe dienen einzig dazu, kranke Menschen medizinisch optimal zu behandeln. Wer seinen Körper nach dem Tod wissenschaftlichen Zwecken zur Verfügung stellen möchte, sollte diese Verfügung gesondert festhalten, den Wunsch seinen Angehörigen mitteilen und sich an das anatomische Institut einer Universität wenden.

Da in der Vergangenheit deutsche Patientinnen und Patienten mehr Spenderorgane erhielten, als Spenderorgane aus Deutschland für Menschen in anderen Mitgliedsstaaten verfügbar waren, forderten die Transplantationszentren der anderen Länder eine gerechtere Verteilung. Deswegen geht seit März 1996 bei der Vermittlung von Nieren die sogenannte Austauschbilanz der Mitgliedsländer in die Vergabeentscheidung von Eurotransplant ein.

Für Dialysepatienten und -patientinnen in Deutschland heißt dies: Damit die Wartezeiten nicht noch länger werden, müssen sich mehr Menschen hierzulande für eine Organspende entscheiden. Das neue Transplantationsgesetz kann den bestehenden Mangel nicht – gewissermaßen mit einem Federstrich – beseitigen. Es schafft jedoch eine klare Rechtsgrundlage für die Aufklärung der Bevölkerung sowie die notwendige Zusammenarbeit zwischen den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern auf regionaler Ebene, damit die bestehenden Möglichkeiten der postmortalen Organspende und -entnahme besser als bisher wahrgenommen werden können. Es stellt ferner sicher, dass die knappen Spenderorgane möglichst gerecht – also nach medizinischen Kriterien – verteilt werden und dass die Organvermittlung mit größtmöglicher Transparenz geschieht.



Bei Eurotransplant laufen alle Informationen und die für die Organvermittlung notwendigen Daten zusammen. Eurotransplant ermittelt über seine Datenbank die Organempfänger und -empfängerin und informiert die entsprechenden Transplantationszentren.



Marilen Feichtinger entschied für Ihren Mann.

„Einen Sinn musste dieses Sterben doch haben. Mein Mann besaß zwar keinen Spendeausweis, aber wir hatten gerade in letzter Zeit hin und wieder über das Thema Organspende gesprochen. Ich hege überhaupt keine Zweifel, im Sinne meines Mannes entschieden zu haben.“

Eine freiwillige, humanitäre Entscheidung

Das Transplantationsgesetz schreibt zwingend vor, dass die Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende nicht von wirtschaftlichen Überlegungen abhängen darf. Sie soll ausschließlich auf einer freiwilligen, humanitären Entscheidung beruhen. Aus diesem Grund werden z. B. auch nicht die Bestattungskosten eines Spenders oder einer Spenderin übernommen. Andererseits kommen für sämtliche Kosten, die durch die Entnahme von Organen und Geweben nach dem Tod und die Transplantation entstehen, die Krankenkassen oder andere Träger auf. Die Übernahme von Kosten, die durch eine Lebendspende entstehen, sollten im Vorfeld schriftlich mit der Krankenkasse und dem Transplantationszentrum geklärt werden.

DIE BEREITSCHAFT ZUR ORGAN- UND GEWEBESPENDE IST KEINE FRAGE VON „RICHTIG ODER FALSCH“

„Es ist die schwierigste Frage zum schmerzlichsten Zeitpunkt an die unglücklichste Familie“, so beschrieb einmal ein Arzt diese Situation für die Angehörigen. Oft trifft sie das Unglück völlig unvorbereitet, und nicht selten sind es junge Menschen, um die eine Familie oder der Lebenspartner plötzlich trauert. Häufig sind es Patientinnen und Patienten, die einen schweren Unfall oder einen Schlaganfall erlitten haben, bei denen der Hirntod vor dem Herz- und Kreislaufstillstand eintritt.

Es gibt viele Gründe, sich für die Organ- und Gewebespende zu entscheiden. Doch es gibt auch Menschen, die nicht zur Spende bereit sind. Es ist selbstverständlich, dies zu respektieren und ebenso die Gründe – seien sie religiöser oder weltanschaulicher Natur. In der Frage für oder gegen die Organ- und Gewebespende gibt es kein „richtig oder falsch“. Jeder Mensch kann diese Frage nur für sich persönlich beantworten. Niemand hat das Recht, die getroffene Entscheidung zu kritisieren.

Angehörige nicht mit der Entscheidung belasten – selbst entscheiden

Wer diese Entscheidung für sich selbst trifft, erspart seinen Angehörigen unter Umständen erhebliche Belastungen. Aus diesem Grund sollte jeder, der dies noch nicht getan hat, über seine Haltung zur Organ- und Gewebespende nachdenken, zu einer Entscheidung kommen und diese dokumentieren, indem er einen Organspendeausweis ausfüllt.

Jeder kann sich vorstellen, wie schwierig es für die Angehörigen ist, sich für oder gegen die Einwilligung zur Organ- und Gewebespende zu entscheiden, wenn sie nicht genau wissen, welche Einstellung der verstorbene Mensch zur Spende gehabt hat. Die Verdrängung des Themas Tod aus dem Alltag führt oft dazu, dass solche wichtigen Fragen nicht besprochen werden.

Dabei schafft die schriftliche Erklärung im Organspendeausweis, in der Patientenverfügung oder das Gespräch darüber im Familienkreis die notwendige Klarheit. Das Wissen um den Willen des verstorbenen Menschen gibt den Angehörigen Sicherheit, tatsächlich in seinem Sinne zu handeln. Es erspart ihnen spätere Schuldgefühle oder Zweifel.

Die Entscheidung für oder gegen die Organ- und Gewebespende, aber auch der Entschluss, nur bestimmte Organe oder Gewebe zu spenden, berührt das

Selbstbestimmungsrecht eines jeden einzelnen Menschen. Diese persönliche Entscheidung ist vielleicht nicht leicht zu fällen. Gerade deshalb kann ein Gespräch im Familien- und im Freundeskreis hilfreich sein.

Im Organspendeausweis oder in der Patientenverfügung kann man die Einwilligung zur Spende festhalten, aber ebenso die Ablehnung oder die Entscheidung, die Spende zu begrenzen, d. h. bestimmte Organe oder Gewebe von der Entnahme auszuschließen oder die Entnahme nur für bestimmte Organe und Gewebe zu gestatten. Man kann darauf auch eine namentlich benannte Person seines Vertrauens mit der Entscheidung betrauen.

Und: Niemand muss befürchten, dass er sich unwiderruflich festlegt. Die getroffene Entscheidung lässt sich jederzeit wieder ändern.



VOM SPENDER ZUM EMPFÄNGER: DAS SYSTEM DER ORGANTRANSPLANTATION IN DEUTSCHLAND

Krankenhäuser mit Intensivstation melden potenziellen Spender:
Hirntod eines Menschen, durch zwei Ärzte bzw. Ärztinnen festgestellt

Koordinierungsstelle der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO)
Laboruntersuchungen, Einwilligung zur Organspende durch Ausweis/Patientenverfügung/Angehörige, Meldung an Eurotransplant, Organentnahme

Eurotransplant in Leiden/Niederlande
ermittelt auf der Warteliste die Empfänger, benachrichtigt die Transplantationszentren

Transplantationskliniken in Deutschland
Versorgung von schwer kranken Patienten bzw. Patientinnen auf der Warteliste, Transplantation von Organen

Richtlinien der Bundesärztekammer zu Vergabekriterien

Die Organvergabe erfolgt gemäß Transplantationsgesetz nach den Grundsätzen der Erfolgsaussicht, der Dringlichkeit und der Chancengleichheit. Der Erfolg einer Transplantation wird als Überleben des Empfängers sowie anhand der längerfristig gesicherten Transplantatfunktion definiert. Für Patienten auf der Warteliste in akut lebensbedrohlicher Situation besteht eine sogenannte hohe Dringlichkeit (high urgency – HU). Sie werden daher vorrangig vor allen anderen Patienten transplantiert. Die Zuordnung in der HU-Stufe muss besonders begründet werden, sie besteht organspezifisch zeitlich eng befristet und erfordert nach Fristablauf eine erneute Begründung. Die Aufnahme eines Patienten in die HU-Stufe der Warteliste erfolgt nach den Kriterien der Richtlinie und wird durch eine Expertengruppe überprüft. Organtransplantationen dürfen nur von dafür zugelassenen Transplantationszentren vorgenommen werden. Die Vermittlungsentscheidung ist für jedes Organ unter Angabe der Gründe zu dokumentieren. Jährlich ist zu klären, ob die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft eine Änderung der Kriterien oder ihrer Gewichtung erforderlich macht.

Jedes Jahr treffen sich organtransplantierte Sportlerinnen und Sportler aus aller Welt zu ihren Weltmeisterschaften.

Trotz der oftmals lebenslangen Medikation gewinnen Transplantierte einen guten Teil ihrer Lebensqualität zurück.

Viele sagen, sie lebten intensiver.



FRAGEN UND ANTWORTEN

Wie stehen die Kirchen zur Organspende?

Die (katholische) Deutsche Bischofskonferenz und der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland haben im Jahr 1990 eine gemeinsame Erklärung zur Organtransplantation herausgegeben. Seitdem haben in beiden Kirchen (parallel zu den Diskussionen über den Entwurf für ein Organtransplantationsgesetz) auf allen Ebenen Auseinandersetzungen über diese Thematik stattgefunden, besonders zur Frage des Todes. Eine abschließende Beantwortung der Frage ist bis heute nicht erreicht und augenblicklich auch nicht zu erwarten. Dennoch haben beide Kirchen die Verabschiedung des Transplantationsgesetzes 1997 begrüßt und nochmals betont, dass die Organspende ein Akt der Nächstenliebe sein kann. Keine der beiden Kirchen hat die grundsätzlichen Aussagen der gemeinsamen Erklärung zur Bedeutung des Hirntodes als Todeszeichen des Menschen und zur Organspende nach dem Tod eingeschränkt oder gar zurückgenommen. Für die katholische Kirche beantwortet zudem die von der Kongregation für die Glaubenslehre „vollständig und unverzüglich approbiert(e) und bestätigt(e) Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen“ (1995) diese Fragen eindeutig und übereinstimmend mit dem ökumenisch herausgegebenen Text der beiden Kirchen in Deutschland.

In der gemeinsamen Erklärung von 1990 heißt es unter anderem: „Nach christlichem Verständnis ist das Leben und da-

mit der Leib ein Geschenk des Schöpfers, über das der Mensch nicht nach Belieben verfügen kann, das er aber nach sorgfältiger Gewissensprüfung aus Liebe zum Nächsten einsetzen darf.“

„Wer für den Fall des eigenen Todes die Einwilligung zur Entnahme von Organen gibt, handelt ethisch verantwortlich, denn dadurch kann anderen Menschen geholfen werden, deren Leben aufs Höchste belastet oder gefährdet ist. Angehörige, die die Einwilligung zur Organtransplantation geben, machen sich nicht eines Mangels an Pietät gegenüber dem Verstorbenen schuldig. Sie handeln ethisch verantwortlich, weil sie ungeachtet des von ihnen empfundenen Schmerzes im Sinne des Verstorbenen entscheiden, anderen Menschen beizustehen und durch Organspende Leben zu retten.“

„Nicht an der Unversehrtheit des Leichnams hängt die Erwartung der Auferstehung der Toten und des ewigen Lebens, sondern der Glaube vertraut darauf, dass der gnädige Gott aus dem Tod zum Leben auferweckt.“

„Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten.“

Wo bekommt man einen Organspendeausweis?

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Einführung der Entscheidungslösung am 1. November 2012 werden jeder versicherten Person, die das 16. Lebensjahr

vollendet hat, durch ihre Krankenkasse bzw. ihr privates Versicherungsunternehmen ein Organspendeausweis zur Verfügung gestellt. Weitere Exemplare können bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutschen Stiftung Organtransplantation angefordert werden. Viele Apotheken, Einwohnermeldeämter und Arztpraxen sowie die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen halten ebenfalls solche Erklärungen bereit oder verschicken sie an ihre Versicherten. Der Organspendeausweis ist kostenlos und keinesfalls mit der Bitte um eine finanzielle Spende verbunden. Man kann seine Entscheidung auch formlos auf einem unterschriebenen Bogen Papier dokumentieren. Alle bisherigen „Erklärungen zur Organ- und Gewebespende“ behalten selbstverständlich ihre Gültigkeit. Der Organspendeausweis gilt auch im Ausland.

Benötigen Minderjährige die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten?

Nein, das Transplantationsgesetz sieht vor, dass auch Minderjährige ihre Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende ab dem vollendeten 16. Lebensjahr und einen Widerspruch ab dem vollendeten 14. Lebensjahr ohne Zustimmung eines Erziehungsberechtigten erklären können.

Bis zu welchem Alter kann man Organe und Gewebe spenden?

Eine feste Altersgrenze gibt es nicht, zumal nicht das kalendarische Alter der Person, sondern das biologische Alter, also der allgemeine Gesundheitszustand,

entscheidend ist. Einschränkungen gibt es bei der Haut sowie Weichteilgeweben (Sehnen, Bänder, Bindegewebe), deren Spende bis zum 75. bzw. 65. Lebensjahr möglich ist. Generell gilt, dass sich bei jüngeren verstorbenen Menschen mehr Organe zur Transplantation eignen als bei älteren. Doch auch die funktionstüchtige Niere einer mit über 70 Jahren verstorbenen Person kann einem Menschen wieder ein fast normales Leben schenken. Für Gewebe wie Gehörknöchelchen und Augenhornhäute gibt es keine Altersgrenze.

Wie werden in Deutschland Organspende und -transplantation organisiert und finanziert?

Steht nach durchgeführter Hirntoddiagnostik fest, dass sich auf der Intensivstation einer Klinik ein am Hirntod verstorbener Mensch befindet, der nach ärztlicher Beurteilung als mögliche Organspenderin oder möglicher Organspender in Betracht kommt, informieren die Ärzte und Ärztinnen die nächstgelegene Organisationszentrale der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Im Falle einer Zustimmung zur Organspende – entweder durch das Vorliegen eines Organspendeausweises oder durch die Bekanntgabe des Willens des verstorbenen Menschen durch die Angehörigen – veranlasst die Organisationszentrale die erforderlichen Laboruntersuchungen und medizinischen Tests. Dann wird die Organentnahme vorbereitet und die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant informiert. Die gemeinnützige Stiftung Eurotransplant ist für die Vermittlung der entnommenen Organe nach

medizinisch begründeten Regeln zuständig. Ist eine geeignete Empfängerin oder ein geeigneter Empfänger ermittelt, werden die entnommenen und konservierten Organe in die betreffenden Transplantationszentren transportiert und dort verpflanzt. Die DSO erstattet die Personal- und Sachkosten, die durch eine Organspende anfallen; sie bezahlt die Untersuchungen und den Transport der Spenderorgane zu den Transplantationszentren. Das entsprechende Budget wird der DSO über die Spitzenverbände der Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Die Kosten für die Transplantation des Spenderorgans übernimmt die Krankenversicherung des Empfängers bzw. der Empfängerin.

Wie wird in Deutschland die Spende und Übertragung von Geweben organisiert und finanziert?

Gewebe werden in Deutschland in Einrichtungen der stationären und der ambulanten Krankenversorgung entnommen und verwendet. Der Gesetzgeber hat im Transplantations- und Arzneimittelrecht für alle Gewebe und Gewebezubereitungen einheitliche Vorgaben für die Qualität

und Sicherheit, insbesondere für die Gewebeentnahme, die Be- oder Verarbeitung, das Inverkehrbringen und die Verwendung des Gewebes festgeschrieben. Die Kosten für die Transplantation des gespendeten Gewebes übernimmt in der Regel die Krankenversicherung der empfangenden Person.

Mit wem kann man über das Thema Organ- und Gewebespende reden?

Grundsätzlich mit jeder Person, mit der man dieses Thema besprechen möchte, z. B. im Freundes- und Familienkreis, mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin oder dem Seelsorger bzw. der Seelsorgerin. Darüber hinaus kann man auch Kontakt aufnehmen zum nächstgelegenen Transplantationszentrum oder den Selbsthilfegruppen und Betroffenenverbänden von transplantierten Menschen sowie zum kostenfreien Infotelefon Organspende 0800/90 40 400 der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation.

Woher bekommt man ein Muster einer Patientenverfügung?

Das Bundesministerium für Justiz hat die Broschüre „Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin?“ herausgegeben. Hier finden Sie Formulierungshilfen, wie die Entscheidung zur Organ- und Gewebespende in die Patientenverfügung eingefügt werden kann. Weitere Informationen finden Sie unter www.bmj.de.

ADRESSEN UND ANSPRECHPARTNER

Transplantationszentren

Klinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen
Pauwelsstraße 30
52057 Aachen
Niere, Herz

Zentralklinikum Augsburg
Stenglinstraße 2
86156 Augsburg
Niere

Kerckhoff-Klinik GmbH
Benckestraße 4–6
61231 Bad Nauheim
Herz

Herz- und Diabeteszentrum NRW Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum
Georgstraße 11
32545 Bad Oeynhausen
Herz

Deutsches Herzzentrum Berlin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Herz, Lunge

Universitätsklinikum Charité Campus Virchow-Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
Niere, Leber, Pankreas

Universitätsklinikum Benjamin Franklin der FU Berlin
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin
Niere

Knappschafts-Krankenhaus Chirurgische Universitätsklinik
In der Schornau 23–25
44892 Bochum
Niere, Pankreas

Chirurgische, Medizinische und Urologische Universitätsklinik
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
Niere, Leber, Pankreas

Kliniken der Freien Hansestadt Bremen
Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Straße
St.-Jürgen-Straße 1
28205 Bremen
Niere

Herzzentrum Dresden GmbH Universitätsklinik
Klinik für Herzchirurgie
Fetscherstraße 76
01307 Dresden
Herz

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden
Klinik und Poliklinik für Urologie
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Niere

Medizinische und Chirurgische Klinik der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Moorenstraße 5
40225 Düsseldorf
Niere, Leber

Infotelefon
Organspende
0800/90 40 400
Montag bis Freitag 9 bis 18 Uhr · Gebührenfrei

**Klinikum der
Friedrich-Alexander-Universität**

Erlangen-Nürnberg
Krankenhausstraße 12
91054 Erlangen
Niere, Herz, Leber

Universitätsklinikum Essen

Hufelandstraße 55
45122 Essen
Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas

**Klinikum der Johann-Wolfgang-
Goethe-Universität**

Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt am Main
Niere, Herz, Leber, Lunge

Chirurgische Universitätsklinik

Sektion Transplantationschirurgie
Hugstetter Straße 55
79106 Freiburg i. B.
Niere, Herz, Pankreas, Lunge

Städtisches Klinikum Fulda

Pacelliallee 4
36043 Fulda
Niere, Herz

Universitätsklinikum Gießen

Med. Klinik und Poliklinik II
Klinikstraße 36
35392 Gießen
Niere, Herz, Pankreas

Universitätsklinikum Göttingen

Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen
Niere, Herz, Leber

Martin-Luther-Universität

Halle-Wittenberg
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle
Niere, Herz

Universitätsklinikum

Hamburg-Eppendorf
Chirurgische und Urologische Klinik
Martinstraße 52
20246 Hamburg
Niere, Herz, Leber, Pankreas

Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas

Nephrologisches Zentrum

Niedersachsen
Vogelsang 105
34346 Hann. Münden
Niere

**Klinikum der Universität
Chirurgische Universitätsklinik**

Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg
Niere, Herz, Leber, Pankreas

Universitätsklinikum des Saarlandes

Innere Medizin IV
Gebäude Nr. 40
66421 Homburg
Niere, Herz, Lunge, Leber

**Klinikum der
Friedrich-Schiller-Universität Jena**

Lessingstraße 1
07740 Jena
Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas

WESTPFALZ-Klinikum GmbH

Hellmut-Hartert-Straße 1
67655 Kaiserslautern
Niere, Herz

Universitätsklinikum

Schleswig-Holstein
Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 7
24105 Kiel
Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas,
Dünndarm

Universitätsklinikum Köln

Anstalt des öffentlichen Rechts
Kerpener Straße 62
50937 Köln
Niere, Herz, Leber, Pankreas

Städtisches Krankenhaus

Köln-Merheim
Ostmerheimer Straße 200
51109 Köln
Niere, Pankreas

Universitätsklinikum Leipzig

Chirurgische Klinik und Poliklinik II
Liebigstraße 20
04103 Leipzig
Niere, Leber, Pankreas

Herzzentrum Leipzig GmbH

Strümpellstrasse 39
04289 Leipzig
Herz, Lunge

Universitätsklinikum Lübeck

Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Niere

Otto-von-Guericke-Universität

Magdeburg
**Klinik für Allgemein-,
Viszeral- und Gefäßchirurgie**
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
Leber

Klinikum der

Johannes-Gutenberg-Universität
I. Medizinische Klinik, Geb. 605
Langenbeckstraße 1
55101 Mainz
Niere, Herz, Leber, Lunge

Klinikum Mannheim

V. Medizinische Klinik
Theodor-Kutzer-Ufer 1–3
68167 Mannheim
Niere, Pankreas

Klinikum der

Philipps-Universität Marburg
Baldinger Straße
35033 Marburg
Niere, Pankreas

Deutsches Herzzentrum München

Lazarettstraße 36
80636 München
Herz

Klinikum Großhadern der

Ludwig-Maximilians-Universität
Marchioninistraße 15
81377 München
Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas,
Dünndarm

**Chirurgische Klinik und Poliklinik
der Technischen Universität München**

Klinikum Rechts der Isar
Ismaninger Straße 22
81675 München
Niere, Leber, Pankreas

**Klinikum der Universität
Medizinische Poliklinik
Chirurgische Klinik**
Albert-Schweitzer-Straße 33
48149 Münster
Niere, Herz, Leber, Pankreas, Lunge

Klinikum der Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
Niere, Herz, Leber, Pankreas

Universitätsklinikum Rostock
Anstalt öffentlichen Rechts
Postfach 10 08 88
18055 Rostock
Niere, Herz, Leber, Pankreas

**Klinikum Stuttgart
Katharinenhospital**
Kriegsbergstr. 60
70174 Stuttgart
Niere

**Med. Einrichtungen der
Universität Tübingen
Chirurgische Universitätsklinik**
Hoppe-Seyler-Straße 3
72076 Tübingen
Niere, Leber, Pankreas, Herz

Klinikum der Universität Ulm
Steinhövelstraße 9
89070 Ulm
Niere, Pankreas, Herz

**Klinikum der
Julius-Maximilians-Universität
Zentrum Innere Medizin**
Oberdürrbacher Straße 6
97080 Würzburg
Niere, Leber, Pankreas, Herz

**Selbsthilfegruppen, Betroffenen-
verbände und bundesweite tätige
Gruppen, auch solche, die dem
Thema Organspende kritisch
gegenüberstehen**

**Arbeitsgruppe
Organspende Bayern e.V.**
Nonnengasse 4
86720 Nördlingen

**BioSkop e.V.
Forum zur Beobachtung der
Biowissenschaften e.V.**
Bochumer Landstraße 144 a
45276 Essen

**Bundesverband Herzranke
Kinder e.V.**
Kasinostr. 84
52066 Aachen

**Bundesverband der
Organtransplantierten (BDO) e.V.**
Paul-Rücker-Straße 20–22
47059 Duisburg

Deutsche Herzstiftung e.V.
Vogtstraße 50
60322 Frankfurt am Main

Bundesverband Niere e.V.
Weberstraße 2
55130 Mainz

**Kuratorium für Dialyse und Nieren-
transplantation e.V. (KfH)**
Martin-Behaim-Straße 20
63263 Neu-Isenburg

Deutsche Nierenstiftung e.V.
Postfach 3
69491 Hirschberg

**Gemeinnützige
Interessengemeinschaft
Organspende e.V. (GIOS)**
Bruchweg 22
34369 Hofgeismar

**Leberliga zur Förderung
und Unterstützung chronisch
Lebererkrankter e.V.**
Bertha-von-Suttner-Straße 30
40595 Düsseldorf

Herztransplantation Südwest e.V.
Alte Eppelheimer Str. 38
69115 Heidelberg

**Kritische Aufklärung über
Organspende (KAO)**
Wulkenriedstr. 7
38442 Wolfsburg

**Landesarbeitsgemeinschaft
Nierenranke NRW e.V.**
Zu den Brüchen 4
59427 Unna

Lebertransplantierte Deutschland e.V.
Maiblumenstraße 12
74626 Bretzfeld

**Transplantations-Kooperations-
Gruppe**
Baden-Württemberg e.V.
Blumenstraße 3
78194 Immendingen

**Verband Organtransplantiertes
Deutschlands (VOD) e.V.
Transplantationsstation
Herz- und Diabeteszentrum NRW**
Waldteichstraße 93
46149 Oberhausen

Verein Leberkrankes Kind e.V.
Böttcherstraße 5
31008 Elze

**Verein zur Förderung von Organ-,
Knochenmark- und Blutspende
in Thüringen**
Albert-Schweitzer-Straße 15
98527 Suhl

Verein Sportler für Organspende e.V.
Mainzer Landstraße 151 / DLZ 1
60261 Frankfurt am Main

Institutionen

Bundesministerium für Gesundheit

Rochusstr. 1
53123 Bonn
Dienstsz Berlin:
Friedrichstr. 108
10117 Berlin
Telefon: 030/206 40-0
Telefax: 030/206 40-49 74

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Straße 220
51109 Köln

Paul-Ehrlich-Institut

Paul-Ehrlich-Str. 51-59
63225 Langen

Bundesärztekammer Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)

Deutschherrnufer 52
60594 Frankfurt am Main

Stiftung Eurotransplant

Postfach 2304
2301 CH Leiden
Niederlande

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bittet, Änderungen oder Ergänzungen zu den Adressen für zukünftige Auflagen mitzuteilen.
Vielen Dank!

Ihre Bestellung von Organspendeausweisen richten Sie bitte an:
schriftlich: BZgA, 51101 Köln
per Fax: 02 21/89 92-257
per Internet: www.organspende-info.de
per E-Mail: order@bzga.de

Adressangaben ohne Gewähr

WWW.ORGANSPENDE-INFO.DE

Informationen zur Organ- und Gewebespende im Internet

Informationen zur Organ- und Gewebespende bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auf www.organspende-info.de und www.organpaten.de an.

Wer noch keinen offiziellen Organspendeausweis hat, kann ihn hier bestellen oder

sich direkt per Download auf seine Festplatte laden und anschließend ausdrucken. In einer Literaturliste sind wichtige Quellen zur Organ- und Gewebespende allgemein und zu speziellen Randthemen zusammengestellt. Eine Liste mit Adressen und Links ermöglicht die Kontaktaufnahme zu weiteren Organisationen und Einrichtungen aus den Bereichen Organ- und Gewebespende sowie Transplantation.



ORGAN PATEN werden

WIE EIN ZWEITES LEBEN

Herausgeberin:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 51101 Köln,
im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Alle Rechte vorbehalten.

Konzept: www.projekt-pr.de/Pinger

Gestaltung: www.punkt4.eu

Fotos: AP, BZgA, DSO, Eurotransplant, Prof. Dr. Fröbisch, L. Schmidt, Fotolia
Bildnachweis: B. Petershagen, A. Schlumbom, R. Rosendahl

Auflage: 2.140.11.12

Erscheinungsdatum: November 2012

Druck: Kunst- und Werbedruck, Bad Oeynhausen

Diese Broschüre wird von der BZgA, 51101 Köln, kostenlos abgegeben.

Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder
Dritte bestimmt.

Bestell-Nr.: 60190200



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

