

DIVI e.V. | Luisenstr. 45 | 10117 Berlin

Herrn

Rudolf Henke, MdB

Stellvertretender Vorsitzender des Gesundheitsausschuss

Deutscher Bundestag

Platz der Republik 1

11011 Berlin

16. Oktober 2019

*Betreff: Reform der Organspende*

Sehr geehrter, lieber Herr Henke,

die Erkennung eines potenziellen Organspenders, die Feststellung des Willens des potenziellen Spenders und die daraus resultierenden Maßnahmen obliegen den intensivmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten. Schwerkranke Patienten kommen auf die Intensivstationen, um dort mit dem Therapieziel, das Krankenhaus gesundet oder zumindest mit verbessertem Gesundheitszustand zu verlassen, behandelt zu werden. Das bedeutet für das Behandlungsteam auf der Intensivstation einen Therapieerfolg. Dieses Behandlungsteam stellt somit die einzige Gruppierung im Prozess der Organspende und der nachfolgenden Organtransplantation dar, für welche kein Interessenskonflikt im Bereich der Organtransplantation und Organspende konstruiert werden kann.

Erst wenn dieses primäres Therapieziel nicht erreichbar ist, denken die behandelnden Ärzte bei einem Patienten ohne Spontanatmung mit schwerer Hirnschädigung über eine Organspende nach, prüfen die Erfüllung der Rahmenbedingungen und ergreifen die notwendigen Maßnahmen.

Insofern ist die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) verwundert, dass bei der Weichenstellung der Rahmenbedingungen für die Organspende von den Ärztinnen und Ärzten für Intensivmedizin - diejenigen, die eine Organspende initiieren und realisieren - keine Stellungnahme der Entscheidungsgremien im Deutschen Bundestag eingeholt oder als hilfreich erachtet wurde.

**Präsident**

Prof. Dr. med. U. Janssens

**Vizepräsidenten**

Prof. Dr. med. Dr. h.c. S. Schwab

Prof. Dr. med. G. Marx, FRCA

**Generalsekretär**

Prof. Dr. med. F. Walcher

**Schatzmeister**

Prof. Dr. med. B. Böttiger

**Schriftführer**

PD Dr. med. F. Hoffmann

**Vertreterin der**

**außerordentlichen Mitglieder**

Frau Dr. med. J. Haunschild

**Vertreter der**

**nichtärztlichen Mitglieder**

Th. van der Hooven

**Beisitzer**

PD Dr. med. A. Hübler

Prof. Dr. med. S. Kluge

Frau PD Dr. med. H. Niehaus

Prof. Dr. med. A. Unterberg

**Kongresspräsident**

**2019**

Prof. Dr. med. B. Böttiger

**2020**

Prof. Dr. med. E. Rickels

**Geschäftsstelle der DIVI**

Prof. Dr. med. A. Markewitz

med. Geschäftsführer

**Volker Parvu, Dipl. Inf.**

Geschäftsführer

Luisenstraße 45

10117 Berlin

Tel +49 30 4000 5607

Fax +49 30 4000 5637

**Eingetragen im Vereinsregister**

Düsseldorf VR5548

St.Nr. 27/640/59133

**Bankverbindung**

Deutsche Bank Köln

IBAN DE06 3707 0060 0252 0344 00

BIC DEUTDE33XXX

Ärztinnen und Ärzte aller Disziplinen sind gemeinsam mit den Pflegenden in der Intensivmedizin - einmalig in Deutschland- mit 2.819 Mitgliedern in der DIVI organisiert. Entscheidende Hinweise für das Setzen von Rahmenbedingungen der Organspende könnten unserer Meinung nach von denjenigen kommen, die Organspende in den Krankenhäusern umsetzen müssen.

Als DIVI möchten wir im Hinblick auf die notwendigen Erfordernisse für den Ablauf einer Organspende im Krankenhaus auf einige konkrete Inhalte aus beiden Gesetzesentwürfen eingehen. Dabei liegen für die DIVI die Hindernisse für die Verwirklichung der Organspenden nicht ausschließlich auf der Ebene der Gesetzgebung.

### **Notwendige Rahmenbedingungen für den Ablauf einer Organspende**

Der Ablauf einer Organspende kann in die Zeiträume VOR Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA) und NACH Feststellung des IHA eingeteilt werden. In der ersten Phase erkennt das Team aus den intensivmedizinisch behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dass für einen Patienten keine Aussicht auf Heilung mehr besteht und dieser Patient ohne Spontanatmung mit akuter primärer oder sekundärer Hirnschädigung, als Organspender in Betracht kommt. Dieser Zeitraum VOR Feststellung des IHA erscheint uns wesentlich komplizierter und entscheidender für die Verwirklichung von Organspenden:

In dieser Phase steht der IHA bei dem betroffenen Patienten unmittelbar bevor oder ist bereits eingetreten, jedoch noch nicht festgestellt (erwarteter oder vermuteter irreversibler Hirnfunktionsausfall).

30% der Visitenzeit auf einer deutschen Intensivstation wird für den Themenkomplex Therapielimitierung, Behandlungswillen und – auftrag, gemeinhin der Patientenautonomie, aufgewendet. Dies ist Ergebnis eines langjährigen Entwicklungsprozesses in der deutschen (Intensiv)Medizin, der die Patientenautonomie und den Patientenwillen im Zentrum einer patientenzentrierten Versorgung und Betreuung sieht.

Grundsätzlich stellt sich daher bei einem Patienten mit erwartetem oder vermutetem IHA die Frage, ob die Weiterführung intensivmedizinischer Maßnahmen bis zur Feststellung des IHA überhaupt vom Patientenwillen gedeckt ist.

Diese intensivmedizinischen Maßnahmen dienen nämlich nicht mehr dem Zweck der Gesundung des Patienten, sondern einem Fremdzweck, der Spende von Organen. Die Realisierung einer Organspende ist aber ohne die Aufrechterhaltung intensivmedizinischer Maßnahmen unmöglich, weil ohne diese Behandlungsmaßnahmen eine ausreichende Durchblutung der Organe nicht mehr sichergestellt ist.

Die **Einführung einer (doppelten) Widerspruchslösung** in Deutschland würde diesen Konflikt auflösen: Von jedem Patienten darf angenommen werden, dass Organe gespendet werden können, es sei denn, ein Widerspruch ist bekannt oder wurde in einem Register, welches in beiden Gesetzesentwürfen vorgesehen ist, festgehalten. Beides, Widerspruchslösung und die Möglichkeit der Einsichtnahme in ein Register würde generell den Ablauf einer Organspende in den Krankenhäusern erleichtern. Ergibt die Einsichtnahme, dass der Patient Widerspruch eingelegt hat, würden die intensivmedizinischen Maßnahmen beendet und ein palliatives Konzept mit Sterbebegleitung umgesetzt werden.

Aus dem oben skizzierten Ablauf wird aber deutlich, dass der Zeitpunkt der Einsichtnahme wesentlich ist. Eine Registereinsicht erst nach Feststellung des IHA wäre inakzeptabel und mit den meisten Patientenverfügungen inkompatibel. Intensivmedizinische Maßnahmen würden ohne Zustimmung des Patienten durchgeführt werden, die Durchführung einer – im Falle eines Widerspruchs entbehrlichen - Diagnostik zur Feststellung des IHA wäre in jedem Fall notwendig. Die Reaktion in der öffentlichen Wahrnehmung dieses Aspektes ist schwer vorhersehbar und daher dem Ziel, Organspende zu ermöglichen, nicht zuträglich.

Die Einsicht in das zukünftige Register **darf nicht erst nach** Feststellung des Todes (IHA) erfolgen, wie es in beiden Gesetzesentwürfen vorgesehen ist. Die Einsicht **muss vorher** stattfinden. Sobald das Team auf der Intensivstation davon ausgeht, dass der betreffende Patient keine Aussicht mehr auf Heilung hat und der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar bevorsteht oder vermutet wird (aber noch nicht festgestellt ist), muss der Wille des Patienten zweifelsfrei erkundet werden. Fazit: Die Einsichtnahme in ein zukünftiges Register erst NACH Feststellung des Todes als Folge des IHA ist nicht praktikabel und widerspricht einem spenderzentrierten Vorgehen unter Berücksichtigung der elementar wichtigen Patientenautonomie und der gelebten Praxis in der Intensivmedizin.

### **Sondersituation Organspende - Hindernisse im Krankenhaus**

Das Selbstbestimmungsrecht eines Patienten ist ein hohes und verpflichtendes Gut. Daher muss grundsätzlich in jede medizinische Maßnahme durch den Patienten bzw. durch seinen Vertreter eingewilligt werden. In ausweglos erscheinenden Situationen bei Patienten ohne Spontanatmung mit schwerer Hirnschädigung stellt sich die Frage, ob eine weitere Behandlung fortzuführen oder aus medizinischen, ethischen und rechtlichen Gründen zu beenden ist. Im besonderen Fall eines unmittelbar bevorstehenden oder vermuteten irreversiblen Hirnfunktionsausfalls muss aber in der Diskussion über Therapieentscheidungen und Therapieziele auch ein möglicher Organspendewille berücksichtigt werden.

Die Einleitung einer palliativmedizinischen Behandlung würde die Realisierung einer Organspende verhindern.

Die gelebte Praxis in der Intensivmedizin der letzten Jahre hat den Organspendewillen im Zusammenhang mit Patientenverfügungen und Patientenautonomie vermutlich in den Hintergrund verdrängt und dadurch unter Umständen unbewusst eine abnehmende Anzahl an Organspenden zur Folge gehabt.

In der neu gefassten Richtlinie zur ärztlichen Beurteilung nach §9aAbs. 2 Nr. 1 TPG (RL BÄK Spendererkennung) wurde unter der Führung und Mitwirkung von Intensivmedizinern der DIVI diesem Umstand Rechnung getragen. Mittlerweile wird die Richtlinie durch das Bundesministerium für Gesundheit nach jeweils einstimmigen Zustimmungen der Gremien geprüft.

In die Richtlinie eingeflossen sind die aktuelle Stellungnahmen des Deutschen Ethikrates zum Hirntod und Entscheidung zur Organspende 2015, der DIVI zu Entscheidungen bei potentiellen Organspendern 2015, Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin 2016 und Therapiezielbegrenzung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin 2012 sowie das Arbeitspapier der Bundesärztekammer zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung 2013.

**Inhalt der neuen Richtlinie:** Sowohl die ärztliche Beurteilung als auch der Patientenwille sind in der Richtlinie von zentraler Bedeutung, dem Ablauf einer Organspende im Krankenhaus wird Rechnung getragen. Auf ein palliativmedizinisches Konzept mit Sterbebegleitung darf bei einem potenziellen Organspender nur dann umgestellt werden, wenn im Vorfeld der Wille des Patienten zwingend erkundet wurde. Solange eine Organspende nicht ausgeschlossen ist, müssen intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktionen erfolgen, damit eine Organspende möglich bleibt.

Im Rahmen der bestehenden Gesetzgebung (**Entscheidungslösung**) muss nach Einführung dieser Richtlinie zu diesem entscheidenden Zeitpunkt also ein offenes Gespräch mit den Angehörigen über die Einstellung des Patienten zu einer Organspende erfolgen. Es muss erkundet werden, ob der Patientenwille sich für oder gegen eine Organspende richtet oder nach einem entsprechenden Dokument mit dem Patientenwillen in Bezug auf Organspende gesucht werden.

Im Falle der Einführung der (doppelten) Widerspruchslösung müsste an diesem Punkt nun nur konkret nach Hinweisen auf einen Widerspruch gesucht werden. Dies würde wie im Falle der jetzigen Gesetzgebung in einem Gespräch oder durch Vorlage eines Dokumentes erfolgen, zusätzlich bestünde die Möglichkeit der Registereinsicht.

Sowohl im Rahmen der bestehenden Gesetzgebung als auch nach Einführung einer (doppelten) Widerspruchslösung, würde man an dieser Stelle bei a) erkennbarem Wunsch nach Organspende oder b) keinem bekannten Widerspruch die intensivmedizinischen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Organfunktion fortführen.

Aus unserer Sicht wurden mit dem Zweiten Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende vom 22. März 2019 (BGBl. I S. 352) bereits notwendige äußerliche strukturelle und finanzielle Voraussetzungen in den Entnahmekrankenhäusern geschaffen.

Die BÄK Richtlinie Spendererkennung adressiert nun die notwendigen inneren Voraussetzungen in den Entnahmekrankenhäusern zur Verbesserung der Durchführung von Organspendern.

Vor diesem Hintergrund kann aus Sicht der DIVI die Einführung einer (doppelten) Widerspruchslösung einen zusätzlichen Effekt bei zeitlich paralleler Einführung der Richtlinie BÄK Spendererkennung entfalten, wenn ein Organspendewunsch, der laut Richtlinie vor Beendigung von intensivmedizinischen Maßnahmen zwingend und strafbewehrt erkundet werden muss, nicht eruierbar ist. In diesem Fall darf das Behandlungsteam davon ausgehen, dass eine Organspende gewünscht ist und die intensivmedizinischen Maßnahmen fortführen. Grundsätzlich mag dies bei Unsicherheiten in Bezug auf den Patientenwunsch bezüglich einer Organspende auch zu einer Entlastung der nächsten Angehörigen führen.

### **Fazit:**

- **Die (doppelte) Widerspruchslösung vereinfacht generell den Ablauf einer Organspende im Krankenhaus**
- **Die Einsichtnahme in ein zukünftiges Register erst NACH Feststellung des Todes ist nicht praktikabel und widerspricht der gelebten Praxis der**

**Patientenautonomie. Sobald der betreffende Patient keine Aussicht mehr auf Heilung hat und der irreversible Hirnfunktionsausfall unmittelbar bevorsteht oder vermutet wird (aber noch nicht festgestellt ist) muss eine Einsichtnahme möglich sein**

- **Die Einführung einer (doppelten) Widerspruchslösung kann mit Inkrafttreten der Richtlinie BÄK Spendererkennung einen zusätzlichen Effekt auf die Anzahl der Organspenden entfalten**

Die DIVI hat zwischen dem 1.10.2019 und dem 8.10.2019 eine Online-Blitzumfrage bei seinen Mitgliedern anonymisiert bezüglich der zur Diskussion stehenden Gesetzesentwürfe durchgeführt.

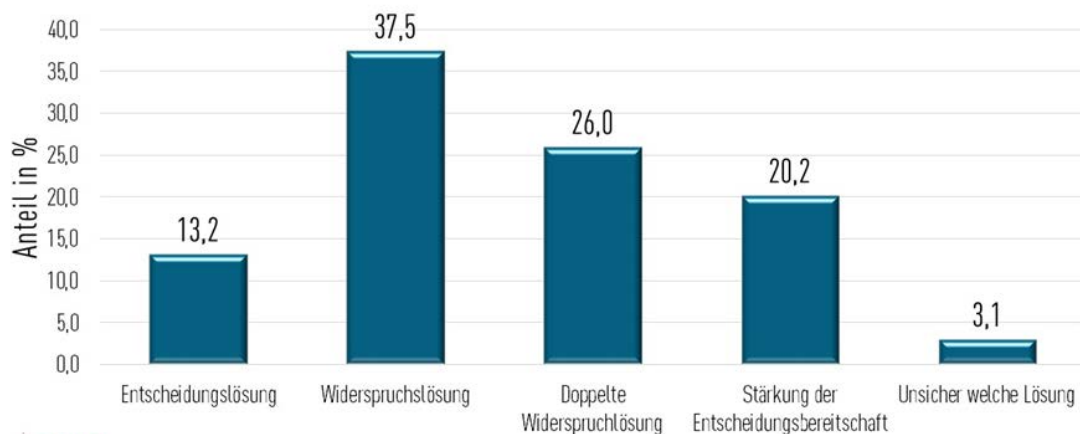
Dabei konnten die Befragten sich zwischen folgenden Antwortmöglichkeiten zur Frage „Welcher Regelung zur Organspende stimmen Sie zu?“ entscheiden:

- Entscheidungslösung (Aktuelle Regelung)
- Widerspruchslösung
- Doppelte Widerspruchslösung (Vorschlag einer Abgeordnetengruppe um Minister Spahn)
- Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende (Vorschlag einer Abgeordnetengruppe um Annalena Baerbock)
- Ich bin mir unsicher

Im Rahmen der Befragung konnten die Mitglieder über einen entsprechenden Link die Gesetzesentwürfe in vollem Wortlaut einsehen.

Es wurden 2.819 Mitglieder über die Umfragesoftware (EFS Survey Version 10.9, Questback GmbH, Köln) via E-Mail kontaktiert. Auf Grund von Spam-Filtern konnten nur 2.443 Personen schließlich erreicht werden. Von diesen nahmen 1.299 (51,2%) Mitglieder an der Umfrage teil. 68,6% waren Ärztinnen/Ärzte, 24,9% Pflegenden. 92,5% der befragten Ärzte besaßen Facharztstatus, 72,2% der Ärzte hatten die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

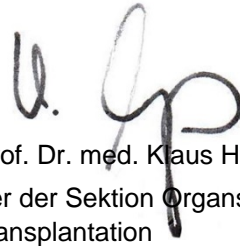
Die Umfrage ergab mehrheitlich ein Votum für die Widerspruchslösung bzw. die doppelte Widerspruchslösung (63,5%).



Sehr geehrter, lieber Herr Henke, die DIVI hofft Ihnen bei einer guten Entscheidung im Bundestag mit unseren Ausführungen geholfen zu haben.  
Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr.med. Uwe Janssens  
Präsident der DIVI



Univ.-Prof. Dr. med. Klaus Hahnenkamp  
Sprecher der Sektion Organspende und  
Organtransplantation

#### Literatur

Deutscher Ethikrat. Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme. Berlin: Dt. Ethikrat, 2015. ISBN 9783941957664. Verfügbar unter:

<http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende.pdf> [Zugriff am: 10. November 2017].

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.

Entscheidungen bei potentiellen Organspendern. Gemeinsames Positionspapier der Sektion Ethik und der Sektion Organspende und -transplantation der DIVI. Berlin, 2015. Verfügbar unter:

[http://www.divi.de/images/Dokumente/Sektionen/Organtransplant/Entscheidungen\\_bei\\_potentiellen\\_Organspendern.pdf](http://www.divi.de/images/Dokumente/Sektionen/Organtransplant/Entscheidungen_bei_potentiellen_Organspendern.pdf) [Zugriff am: 10. November 2017].

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI.

Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin, 2016. Verfügbar unter: doi:10.1007/s00063-016-0202-8.

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.

Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin.

Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI. Berlin, 2012. Verfügbar unter:

<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/ethik/357-therapiezielaenderung-und-therapiebegrenzung/file> [Zugriff am: 10. November 2017].

Bundesärztekammer, Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

Arbeitspapier zum Verhältnis von Patientenverfügung und Organspendeerklärung [online]. Deutsches Ärzteblatt, 110, 2013(12), A572-A574. Verfügbar unter:

<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=135909> [Zugriff am: 10. November 2017].

Erbguth F Zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge. Schwierige

intensivmedizinische Entscheidungen am Lebensende Der Anästhesist, 61, 2012, 521–528