

Stellungnahme
des AOK-Bundesverbandes zum
Fragenkatalog zur öffentlichen
Anhörung

**„Organisation der postmortalen
Organspende in Deutschland“**

der Enquete-Kommission „Ethik
und Recht der modernen Medizin“
am 14.3.2005

Allgemeine Vorbemerkung

Die Fragestellung der postmortalen Organspende und Transplantationsmedizin berührt einen breiten Themenkomplex, der ethische, religiöse, juristische, medizinische, organisatorische und finanzielle Fragen einschließt. Diese Komplexität spiegelt sich in dem aufgefächerten Fragenkatalog wieder. Für etliche der Fragestellungen fehlen dem AOK-Bundesverband die fachlichen Kompetenzen oder ein Mandat. Dennoch soll im Sinne einer konstruktiven Beteiligung der AOK an der Diskussion zu diesem vielschichtigen Thema versucht werden, nicht nur zu Fragen der Finanzierung im Zusammenhang mit der Organtransplantation Stellung zu beziehen, sondern zu möglichst vielen Aspekten eine Einschätzung zu geben.

Grundsätzlich bewertet die AOK das Transplantationsgesetz von 1997 sehr positiv, da hierdurch in Deutschland eine einheitliche gesetzliche Grundlage für Spende, Entnahme und Übertragung von Organen geschaffen wurde. Mit den entsprechenden Verträgen der Selbstverwaltung über die Einzelheiten der Umsetzung wurde die größtmögliche Sicherheit für Organempfänger und –spender gewährleistet. Die seither steigende Zahl der Transplantationen hat auch gezeigt, dass die hiermit verbundene Transparenz der richtige Weg ist.

Vor allen Überlegungen, wie die Lücke zwischen Bedarf und Angebot an Spenderorganen durch Änderung der bestehenden Gesetze geschlossen werden kann, sollte aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zunächst sorgsam geprüft werden, ob alle im heutigen Rechtsrahmen bestehenden Potentiale zur Förderung der Organspende wirksam und anhaltend genug ausgeschöpft worden sind.

1. Grundlagen

1.1 **Gibt es Defizite im aktuellen Transplantationsgesetz und Mängel beim Gesetzesvollzug? Welches sind diese und was ist nachbesserungswürdig?**

Im wesentlichen schafft das bestehende Transplantationsgesetz geeignete Regelungen, die sowohl den Bedürfnissen der potentiellen und tatsächlichen Organempfänger als auch der Selbstbestimmung der Organspender und ihrer Angehörigen gerecht werden.

1.2 **Sind die bestehenden Ausführungsgesetze der Bundesländer überarbeitungsbedürftig bzw. optimierbar? In welchen Bundesländern? Wie beurteilen Sie die Praxis in den Ländern, die keine Ausführungsgesetze haben?**

Die Ausführungsgesetze der Bundesländer regeln vornehmlich die Lebendspende-Kommissionen. In den Ausführungsgesetzen in Bayern, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen und Sachsen-Anhalt wird zudem die Bestellung von Transplantationsbeauftragten geregelt. Ob hierdurch günstigere Bedingungen für die Bereitschaft zur postmortalen Organspende geschaffen werden, lässt sich aus den von der DSO veröffentlichten bundeslandbezogenen Zahlen nicht ableiten.

1.3 **Woran liegt es, dass Deutschland im Vergleich zu vielen anderen europäischen Ländern ein geringeres Organspendeaufkommen pro 1 Million Einwohner hat?**

Die im Vergleich zu anderen europäischen Ländern niedrigere Bereitschaft kann kulturelle, religiöse, rechtliche, organisatorische oder gesellschaftliche Gründe haben. So wird zum Beispiel die deutlich höhere Organspendebereitschaft in Österreich u.a. auf die Regelungen zur Obduktion zurückgeführt, die noch auf einem Dekret der Kaiserin Maria Theresia beruhen. In Spanien, wo ebenso wie in Deutschland eine erweiterte Zustimmungslösung für die Organspende besteht, besitzt die Organspende

auf breiter gesellschaftlicher Basis ein besonders hohes Ansehen. Dies veranlasste die öffentliche Hand vor Jahren ein Netz von Transplantationskoordinationsstellen an jedem Schwerpunktkrankenhaus zu schaffen, akzeptiert und integriert in den Klinikbetrieb.¹

Die Akzeptanz der Organspende ist ferner in hohem Maße abhängig von der Berichterstattung in den Medien. So hat zum Beispiel in Italien das äußerst positive Medien-echo, das auf den Fall eines in Süditalien ermordeten amerikanischen Kindes folgte und dessen Eltern der Organspende zustimmten, zu einer deutlichen Zunahme der Zustimmung zur Organspende geführt.²

Detaillierte Ausführungen zu möglichen in der Organisation der Organspende in Deutschland liegenden Gründen für das vergleichsweise geringe Spendeaufkommen finden sich in den Antworten auf die spezifischen Fragenkomplexe 2 und 3.

1.4 Was sind die Gründe, dass das Spendeaufkommen in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgeprägt ist? Gibt es Erkenntnisse, dass dies mit einer unterschiedlichen (dokumentierten/nur geäußerten) Organspendebereitschaft zusammenhängt?

Die Gründe für das unterschiedliche Spendeaufkommen in den einzelnen Bundesländern sind wahrscheinlich vielschichtig. Sie können mit der Umsetzung des Transplantationsgesetzes, dem kulturellen Erbe der historisch gewachsenen Regionen, der Aktivität und Aufklärungsarbeit der einzelnen Transplantationszentren und deren Zusammenarbeit mit anderen Kliniken sowie mit der allgemeinen Information der Bevölkerung zusammenhängen. Ähnlich wie in Österreich lag aufgrund einer anderen Gesetzeslage in der ehemaligen DDR die Obduktionsquote mit 30-70% deutlich höher als in den alten Bundesländern³, die damit verbundene veränderte Einstellung zur Eröffnung eines Leichnams erleichtert anscheinend die Akzeptanz der Organentnahme zu Transplantationszwecken.

2. Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit

2.1 Welche Vorbehalte gegen die Organspende (Todeskriterium, Integrität des Körpers etc.) sind in der Bevölkerung vorhanden und wie kann man diese berücksichtigen bzw. entkräften? Gibt es dazu Erhebungen und Forschungen? Sind zusätzliche Erhebungen und Forschungen notwendig?

Die offen geäußerten Vorbehalte in der Bevölkerung gegen die Organspende sind gering. Gemäß einer Umfrage in 2001 stehen ihr 85 Prozent der Deutschen positiv gegenüber, 68% wären bereit, nach dem Tod Organe zu spenden.⁴ Eine Befragung im Jahre 2003 ergab sehr ähnliche Ergebnisse. Da aber trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit der Krankenkassen, der BZgA, der DSO und der Selbsthilfeverbände nur 11%⁴ der über 16-jährigen einen Organspendeausweis haben, fällt die Entscheidung in den meisten Fällen den Angehörigen zu. Die Ablehnungsquote der Angehörigen auf Intensivstationen im Falle des Hirntodes ist mit bis zu 45% deutlich höher.¹²

Eine systematische Recherche der Literatur aus 2002⁵ zeigte als wichtigste Faktoren einer Ablehnung:

- ein fehlendes oder falsches Verständnis des Hirntodes
- kulturelle Faktoren
- den spezifischen Zeitpunkt der Frage nach der Organspende
- die äußeren Umstände der Frage nach der Organspende
- Charakteristika des Verstorbenen

Zusätzliche Erhebungen und Forschung auf diesem Gebiet und die Umsetzung der Ergebnisse beim Umgang mit den Angehörigen und bei der Information der Bevölkerung sind ein möglicher Schlüssel zur Steigerung der Akzeptanz der Organspende. Diese Forschung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

2.2 Wie hoch ist in etwa die Ablehnungsrate der Angehörigen? Welche Gründe für eine Zustimmung oder Ablehnung der Organspende werden von den Angehörigen genannt? Welche Möglichkeiten gibt es, um Ängste und Bedenken der Familienangehörigen zu berücksichtigen bzw. ihnen diese Ängste zu nehmen?

Da nur wenige Menschen zu Lebzeiten ihren Willen zu einer möglichen Organspende fixieren, wird in mehr als 80% der Fälle die Entscheidung auf die Angehörigen verlagert. Von den befragten Familien lehnen bis zu 45% die Organspende ab.⁶ Ein Kernaspekt für die Zustimmung zur Organspende liegt u.a. deshalb in den Einstellungen der Familien, da unabhängig von der gesetzlichen Regelung, also unabhängig davon, ob eine Zustimmungs- oder Widerspruchsregelung beziehungsweise wie in den USA lediglich Informationspflicht besteht, ein Konsens mit der Familie im Regelfall angestrebt wird. Die hohe Ablehnungsrate der Angehörigen in der konkreten Entscheidungssituation beim Tod eines Familienmitglieds wird dabei weltweit beobachtet und ist ein wichtiger Schlüssel für die Steigerung der Organspende. Sie ist Gegenstand von internationalen, prospektiven und populationsbezogenen Studien. Deren Ergebnisse zeigen, dass diese Ablehnung in erheblichem Maße davon abhängt, ob der Verstorbene mit seinen Angehörigen zu Lebzeiten über seine Bereitschaft zur Organspende gesprochen hat.^{7,8} Die initiale Reaktion der betroffenen Familie hat die größte Vorhersagefähigkeit für eine spätere Einwilligung in die Organspende,⁷ was die Bedeutung eines guten Kontaktes der behandelnden Ärzte zur Familie noch während des Kampfes gegen den Tod und die hohen Anforderungen an das Gespräch mit den Angehörigen über eine Organspende unterstreicht. Die frühzeitige Einbindung einer Organtransplantationsgesellschaft, wie sie die DSO darstellt, hat ebenso eine positive Wirkung auf eine Zustimmung. Ziel muss ein Angehörigengespräch sein, das sowohl den emotionalen Bedürfnissen der Angehörigen als auch ihrem konkreten Wunsch nach Informationen gerecht wird^{9,5}. Diese Angehörigengespräche müssen ergebnisoffen geführt werden. Eine durch empfundenen Druck erzeugte, später bereute Zustimmung kann zu einer lebenslangen Belastung der Angehörigen führen und schadet dem öffentlichen Ansehen der Organspende und Transplantation. Einzelfälle, in denen Angehörige zur Zustimmung gedrängt werden oder die Würde der Verstorbenen nicht bis zur letzten Hautnaht gewahrt wird, können ein hohes publizistisches Potential besitzen und langjährige positive Aufklärungsarbeit zunichte machen.

Prinzip des Hirntodes im Kontext der kulturellen Geschichte

Ein wichtiger Grund für die Vorbehalte von Angehörigen, die auf einer Intensivstation mit der Frage nach einer Organspende konfrontiert werden, hat möglicherweise Wurzeln im soziokulturellen und historischen Kontext. Die Trennung des Hirntodes vom Tod der anderen Organe ist eine kulturgeschichtlich sehr neue Entwicklung, die erst durch die moderne Intensivmedizin möglich wurde. Sie lässt sich nur schwer in das gewachsene und tief verwurzelte Verständnis vom Tod einfügen. Der Tod bei laufender Beatmung und schlagendem Herzen ist für viele Menschen nicht fassbar,¹⁰ selbst einige beteiligte Mediziner haben damit Probleme.¹¹ Eine fundierte und einfühlsame Vermittlung des Wissens über den Hirntod ist deshalb eine der wichtigsten Aufgaben der behandelnden Ärzte,⁹ die vor der Frage nach einer Organspende stehen muss. Die Diskrepanz zwischen der öffentlichen Zustimmung und der deutlich geringeren Zustimmung der Angehörigen auf Intensivstation zeigt, wie wichtig hier eine

umfassende Betreuung und Information ist. Beteiligte Ärzte müssen hierfür geschult werden, diese Schulungen müssen Teil der ärztlichen Fortbildung sein und können von den Ärztekammern, der DSO und den Transplantationszentren ausgehen. Auch muss dieses Thema in die universitäre Ausbildung der Ärzte integriert sein.

Das kompetente Angehörigengespräch als Schlüssel zur Zustimmung

Eine Schlüsselrolle für eine Steigerung der Zustimmung zur Organspende liegt demnach in einem ergebnisoffenen kompetenten Angehörigengespräch, möglicherweise auch unter Hinzuziehung eines Seelsorgers, der religiöse Bedenken ausräumen kann. Ferner dürfte es für die Angehörigen eine wichtige Rolle spielen, dass die Organentnahme unter Achtung der Würde des Organspenders erfolgt, wie sie vom Transplantationsgesetz vorgeschrieben wird, bis hin zu hohen ästhetischen Anforderungen an den Verschluss des Körpers.

2.3 Welche Erfahrungen wurden mit den Aufklärungs- und Betreuungsprogrammen für Angehörige gemacht?

Die DSO bietet eine Teilnahme der Koordinatoren am Gespräch des behandelnden Arztes mit den Angehörigen an. Dieses wird laut Mitteilungen der DSO von den Angehörigen positiv im Sinne einer umfassenden Betreuung und Information wahrgenommen. Auch nach der Organspende steht die DSO den Angehörigen für Rückfragen zur Verfügung, bietet Informationsmaterial an und organisiert regionale Veranstaltungen, in denen Erfahrungen ausgetauscht werden können.¹²

2.4 Sind die Maßnahmen und Projekte, die die Organspendebereitschaft in der Bevölkerung erhöhen sollen, geeignet?

- **Bestehen Defizite bei Information und Aufklärung?**
- **Welche Altersgruppen werden angesprochen?**

Die mit einer Zustimmungquote von 82% zur Organspende hohe Akzeptanz in der Bevölkerung und die in Umfragen geäußerte Bereitschaft von 67% der Befragten zu einer Organspende nach dem Tod spiegeln den Erfolg der Aktivitäten der Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der DSO und der BZgA in der Aufklärung der Bevölkerung wieder. In wiederkehrenden Medienberichten, in denen der Hirntod mit dem apallischen Syndrom vermischt wird, wird deutlich, dass die Vermittlung der Endgültigkeit dieser Form des Todes und ihrer Abgrenzung von der Bewusstlosigkeit ein wichtiges Element der Information und Aufklärung der Bevölkerung sein sollte. Weiterhin ist eine ethische und religiöse Auseinandersetzung mit der Organtransplantation und die Information der Bevölkerung über die dringliche Situation der Patienten auf den Wartelisten notwendig.

Welche zusätzlichen Maßnahmen oder Projekte sind erforderlich?

- **Ist z.B. damit zu rechnen, dass die Aufnahme der Thematik „Organspende und Organtransplantation“ in den Schulunterricht, etwa im Rahmen von Fächern wie Ethik, Religion, Philosophie und Biologie, mehr Menschen die Entscheidung über eine Organspende ermöglichen würde?**

Eine Vermittlung des Wissens über das Hirntodsyndrom und über die Organspende und Organtransplantation ist eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe. Die Vermittlung des biologischen Wissens über Hirntod und Organspende und der damit zusammenhängenden ethischen Aspekte sollte auch in den Schulen und Universitäten erfolgen. Ein niederländisches Organspende-Informationsprogramm wurde bei Studenten

evaluiert und zeigte eine hohe Wirksamkeit hinsichtlich einer Steigerung der Spendebereitschaft und des Wissens über Organspende und –Transplantation.¹³

2.5 Welche Erkenntnisse liegen Ihnen über die Qualität der Beratung Spendewilliger vor Unterzeichnung des Spendeausweises vor?

Methodisch hochwertige Daten zur Qualität der Beratung Spendewilliger liegen uns nicht vor. Die AOK informiert ihre Mitglieder regelmäßig über die Organspende. Organspendeausweise liegen diesen Informationen bei. Informationsmaterial mit den Organspendeausweisen kann über alle Geschäftsstellen der AOK bezogen werden. In dem Informationsmaterial werden auch die Telefonnummern der kostenfreien Info-Telefone der BZgA und der DSO sowie des Arbeitskreises Organspende mitgeteilt. Jeder AOK-Versicherte hat zudem die Möglichkeit eine ärztliche Beratung zu diesem Thema über die Info-Hotline (Clarimedis, AOK Care Telefon, AOK Service Telefon, AOK Gesundheitskompass) zu erhalten.

2.6 Nach dem Transplantationsgesetz sind die Bundesländer, die Krankenkassen und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für die Aufklärung der Bevölkerung über die Organspende und die Organtransplantation verantwortlich. Sehen Sie Verbesserungsbedarf in der Zusammenarbeit, Abstimmung und Erfüllung der Aufgaben? Wenn ja, welchen?

Die o.g. hohe Zustimmungsquote in der Bevölkerung zeigt, dass die Information der Bevölkerung bereits gut funktioniert und die gemeinsamen als auch einzelnen Aktivitäten praktisch alle Bevölkerungsschichten erfassen. Es ist erforderlich, diese Aufklärungsaktivitäten kontinuierlich fortzusetzen und soweit nötig inhaltlich miteinander zu koordinieren. Ergänzend siehe auch Fragen 2.10 und 3.1.

2.7 Halten Sie Modellprojekte wie „Streetwork Organspende“ für Erfolg versprechend? Welche Projekte sollten gefördert werden?

Streetwork-Projekte für die Organspende sind ein wichtiger Baustein in der Information und Aufklärung der Öffentlichkeit über Organspende und Organtransplantation. Da das Ziel auch weiterhin darin liegen muss, möglichst breite Bevölkerungsschichten durch die Aufklärung und Information zu erfassen, können sie nur ein Baustein der Öffentlichkeitsarbeit sein.

2.8 Wie schätzen Sie die Arbeit der Selbsthilfegruppen ein, die auf dem Gebiet der Organspende tätig sind, um die Aufklärung der Bevölkerung zur Organspende zu fördern.

Eine Aufklärung breiter Bevölkerungsschichten über möglichst vielfältige Wege muss ein Hauptansatzpunkt der Aufklärungsarbeit sein. Hier nehmen Selbsthilfegruppen einen wichtigen Teil der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe wahr und werden in dieser Arbeit von den gesetzlichen Krankenkassen unterstützt.

2.9 Sollten die Aktivitäten der Selbsthilfegruppen bundesweit besser koordiniert werden?

Über die Möglichkeit der Verbesserung der Organspendebereitschaft in Deutschland durch eine verbesserte Koordination der Aktivitäten der Selbsthilfegruppen liegen uns keine Erkenntnisse vor.

2.10 Kommen die Krankenkassen ihrer Aufgabe, ihre Versicherten regelmäßig über das Thema Organspende und Transplantation zu informieren, genügend nach? Wie geschieht das? Wo gibt es Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten?

Die beigefügten Beispiele für Aktivitäten der AOK zur Förderung der Organspende zeigt, wie die Versicherten durch die Krankenkassen über Broschüren und andere Medien über die Organspende und -transplantation informiert und bei weiter gehenden Fragestellungen an die entsprechenden Stellen (BZgA, Info-Telefon u. a.) verwiesen werden. Jeder Versicherte hat damit auch die Möglichkeit, sich von Experten über alle, den dissoziierten Hirntod betreffenden Fragestellungen umfassend aufklären zu lassen. Unter dem politischen Druck zur Senkung der Verwaltungskosten der Krankenkassen sind Projekte mit einem hohen finanziellen Aufwand in diesem Bereich allerdings kaum zu realisieren, zumal die Aufklärung der Bevölkerung über die Organspende in erster Linie Aufgabe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist.

Nach § 2 Abs. 1 TPG ist die Aufklärung über die Möglichkeiten der Organspende, die Voraussetzungen der Organentnahme und die Bedeutung der Organübertragung eine Aufgabe der nach Landesrecht zuständigen Stellen, der Bundesbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit, insbesondere der BZgA, sowie der Krankenkassen. Sie sollen Organspendeausweise und geeignete Aufklärungsunterlagen bereithalten. Wie die beigefügte Übersicht der Aktivitäten der AOK zur Förderung der Organspende zeigt, kommen die Krankenkassen ihrer Aufgabe mit großem Engagement der verantwortlichen Mitarbeiter nach.

Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Herr Dr. Ahrens ging mit gutem Beispiel voran und bekannte sich öffentlich zu seiner Bereitschaft zur Organspende. Es wäre wünschenswert, dass auch z.B. aus der Politik mehr prominente Menschen hier eine Vorbildfunktion wahrnehmen.

2.11 Wie sehen die technischen und rechtlichen Möglichkeiten aus, die Zustimmung oder Ablehnung einer potentiellen Organspende in Zukunft auf der Versicherungskarte zu registrieren?

Grundsätzlich dürfte es sich bei der Organspendebereitschaft um eine Information handeln, die mit Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf dieser gespeichert werden kann. Die Speicherung bedarf der Einwilligung des Versicherten, die jederzeit widerruflich ist. Eingesehen werden kann diese Information nur von Ärzten, Zahnärzten und Apothekern, nicht jedoch von den Krankenkassen. Nach § 291a SGB V, der durch das GKV-Modernisierungsgesetz in das Gesetz eingefügt wurde, sind die Voraussetzungen der Datenspeicherung auf der elektronischen Gesundheitskarte geregelt. Die Frage, ob eine Zustimmung bzw. Ablehnung zur Erfassung einer Organspendebereitschaft auf der Karte registriert werden kann, ist unter Anwendung dieser Vorschrift zu bejahen, da die Information unter § 291 a Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 SGB V gefasst werden kann, wonach die Gesundheitskarte das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von durch den Versicherten selbst oder für sie zur Verfügung gestellten Daten ermöglicht. Die Organspendebereitschaft wäre eine Information, die vom Versicherten bereitgestellt würde.

Bezüglich der Daten nach Abs. 3 gibt es datenschutzrechtliche Vorschriften: Nach Abs. 3 Satz 2 darf mit dem Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten der Versicherten nach diesem Absatz erst begonnen werden, wenn die Versicherten jeweils gegenüber dem Arzt, Zahnarzt oder Apotheker dazu ihre Einwilligung erklärt haben. Diese Einwilligung ist auf der Karte zu dokumentieren; sie ist jederzeit widerruflich und kann auf einzelne Anwendungen - so auch z. B. auf die Information

über Organspendebereitschaft - beschränkt werden. Gemäß Abs. 4 Nr. 2 dürfen auf die Information nach § 291 a Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 nur Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und die Patienten selbst zugreifen. Des weiteren ist das Erheben, Verarbeiten und Nutzen von Daten mittels der elektronischen Gesundheitskarte nur mit dem Einverständnis des Versicherten zulässig. Durch technische Vorkehrungen ist zu gewährleisten, dass bei Informationen nach § 291 a Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 der Zugriff nur durch Autorisierung der Versicherten möglich ist. Schließlich müssen die Informationen nach § 291 a Abs. 3 Satz 1 Nr. 5 auf Verlangen des Versicherten gelöscht werden.

Gegen die Erfassung dieses Merkmals auf der Versichertenkarte gibt es auch Vorbehalte. Ein Hauptproblem der Organspende ist die Ablehnung der Angehörigen auf Intensivstation. Unabhängig von der gesetzlichen Regelung, also unabhängig von einer Zustimmung durch einen Organspendeausweis und auch unabhängig davon, ob eine Zustimmungs- oder Widerspruchsregelung beziehungsweise wie in den USA lediglich Informationspflicht besteht, wird von den beteiligten Ärzten im Regelfall ein Konsens mit der Familie angestrebt. Die Zustimmung der Familien zeigte sich in Studien mit 80% am höchsten, wenn der Verstorbene seine Bereitschaft zur Organspende mit seiner Familie besprochen hatte. Ohne diese Kommunikation betrug die Zustimmung nur ein Drittel.⁸ Ein elektronischer Eintrag wäre für Angehörige mutmaßlich deutlich weniger überzeugend als eine vom Verstorbenen unterschriebene Karte, so dass eine Abkehr vom Organspendeausweis zu dieser Form der Erfassung möglicherweise auch zu einem Absinken der Zustimmungsbereitschaft seitens der Angehörigen führen könnte. Die Rechtsverbindlichkeit eines solchen Eintrages müsste für diese vom Versicherten bereitgestellten Daten sichergestellt werden.

3 Zur Arbeit der DSO

3.1 In welchen Bereichen arbeitet die DSO als bundeszentrale Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zusammen? Besteht hier Verbesserungsbedarf?

BZgA und DSO haben in der Vergangenheit einzelne gemeinsame Projekte durchgeführt. Angesichts der eng bemessenen Finanzmittelausstattung der BZgA war deren Handlungsspielraum stark begrenzt. Die Zusammenarbeit der beiden Institutionen sollte in Zukunft intensiviert werden. Die BZgA ist neben den Krankenkassen nach § 2 Abs. 1 Satz 1 TPG verpflichtet, über Organspendemöglichkeiten, Voraussetzungen und die Bedeutung der Organtransplantation aufzuklären. Da die DSO hier nicht explizit genannt wird, besteht keine gesetzliche Verpflichtung, sich an einer an die Öffentlichkeit adressierten Aufklärung zu beteiligen. Allerdings ist die DSO gemäß dem Vertrag mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesärztekammer nach § 11 TPG (§ 2 Abs. 3 Nr. 2 des Vertrages nach § 11 TPG) und gemäß ihrer Satzung zur Öffentlichkeitsarbeit, zur Durchführung von Informationsveranstaltungen und zu einer engen Kommunikation mit den Leistungserbringern verpflichtet. Eine Einschränkung der Beratungs- und Informationstätigkeit zum Nutzen der an der Organspende beteiligten Krankenhäuser wäre vor diesem Hintergrund inakzeptabel und kontraproduktiv.

3.2 Wie unterstützt die DSO die Arbeit der einzelnen Krankenhäuser und Transplantationszentren bei der Gemeinschaftsaufgabe? Besteht hier Verbesserungsbedarf?

Mit der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes (TPG) 1997 wurde in Deutschland ein komplexes System zur Spende, Entnahme, Vermittlung und Transplantation von Organen etabliert. Aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen hat dies zu einer beachtlichen Steigerung von Transparenz und Qualität in diesem Bereich geführt. Gravierende Defizite in Bezug auf die Umsetzung des § 2 Abs. 1 TPG können von der AOK nicht festgestellt werden; die Akzeptanz der Organspende in der Bevölkerung ist gut. Aus Sicht der AOK sind die Ursachen für die im Vergleich zum europäischen Durchschnitt geringe Organspenderate nicht vorrangig in den gesetzlichen Rahmenbedingungen zu suchen. § 2 TPG sieht umfangreiche Möglichkeiten zur Aufklärung der Bevölkerung vor. Wie Befragungen zeigen ist die Bereitschaft zur Organspende bei einem Großteil der Bevölkerung vorhanden. Auch die Diskussion um die Einwilligung zur Organspende - „Widerspruchslösung versus Zustimmungslösung“ - trifft deshalb nach unserer Auffassung nicht den Kern des Problems. In Spanien, wo ebenso wie in Deutschland eine „Zustimmungslösung“ besteht, ist die Zustimmung zur Organspende in der Bevölkerung nicht höher als in Deutschland und der Anteil der Menschen mit Organspendeausweis ist sogar geringer, und dennoch ist dort die Zahl der Organspender pro eine Million Einwohner in etwa doppelt so hoch. Im Gegensatz zu Deutschland existiert allerdings in Spanien ein gut organisiertes Strukturprogramm, das die Einbindung von zentralen Transplantationskoordinatoren, eine finanzielle Absicherung der Organspende und ein umfangreiches Qualitätssicherungsprogramm einschließt.¹⁴ Der Schlüssel für eine Steigerung der Organspende wird von den Experten der DSO in einer Verbesserung der aktiven Teilnahme der Krankenhäuser vermutet.¹² Zwar sieht § 11 Abs. 4 TPG eine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Meldung möglicher Organspender vor; jedoch ist diese Verpflichtung in der Praxis nur schwer durchsetzbar. Es ist daher sinnvoll, für diesen Bereich aussagekräftige Daten zu sammeln und auszuwerten, um gezielt die Ursachen für die mangelnde Kooperation der Krankenhäuser angehen zu können.

Weitere Aktivitäten, die der Förderung der Organspende in Deutschland dienen sollen, sind in der Planung. Beispielsweise können über die Ermittlung der Anzahl potentieller Organspender Aussagen darüber getroffen werden, wo Verbesserungspotentiale in der Arbeit der an der Organgewinnung beteiligten Organisationen bestehen und in welcher Stufe des Organgewinnungsprozesses mögliche Defizite behoben werden sollten. Nur durch weitere Transparenz und intensive Analyse eines validen Datenmaterials können Konsequenzen für einen Verbesserungsprozess angestoßen werden.

Die teilweise zu geringe Motivation mancher Krankenhäuser und Ärzte wurde in der bisherigen Diskussion vor allem auf das Fehlen einer leistungsgerechten und transparenten Aufwandserstattung für die Leistungen, die von den Krankenhäusern und Ärzten im Zusammenhang mit einer postmortalen Organentnahme vermittlungspflichtiger Organe nach § 9 TPG und deren Vorbereitung erbracht werden, zurückgeführt. Gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der DSO haben die Spitzenverbände der Krankenkassen erstmals für das Jahr 2004 ein leistungsgerechteres Vergütungsmodell entwickelt und vertraglich festgeschrieben. Über ein Modulsystem werden die Aufrechterhaltung der Herz-Kreislauf-Funktion des Spenders (Homöostase) auf der Intensivstation und die Mitwirkung des Krankenhauses bei der Organentnahme, aber auch nicht zum Abschluss gebrachte Organspendeversuche, die aufgrund der Ablehnung der Angehörigen oder anderer Komplikationen nicht erfolgreich sind, vergütet. Diese Anpassung ist mit erheblichen finanziellen Mitteln seitens der Krankenkassen verbunden und war nur über die Erwartung der Steigerungen der Organspenderate nach außen zu vertreten.

Seit dem Jahr 2004 erhalten Krankenhäuser, die sich an der Organspende beteiligen, eine Aufwandserstattungspauschale. Die Aufwandserstattungspauschale erhält die DSO zusätzlich zur Organisationspauschale und stellt für die DSO einen durchlaufenden Posten dar. Der Forderung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur finanziellen Besserstellung im Hinblick auf eine gesteigerte Organspendeanzahl wurde damit nachgekommen.

Die Koordinierungsstelle ist dazu verpflichtet, eine ausreichende Anzahl in der Hirntoddiagnostik erfahrener Untersucher zur Unterstützung der Leistungserbringer bei der Hirntodfeststellung bereit zu halten. Es wurde DSO-seitig Mitte des Jahres 2004 eine Umstrukturierung des bisherigen Modells der Rufbereitschaft vorgenommen. Experten befürchten aufgrund der Streichung der 24h-Rufbereitschaft der neurologischen Konsiliardienste einen erheblichen Rückgang der Organspenden. Die Koordinierung und Organisation von Organspenden basiert in erster Linie auf Vertrauen in die handelnden Personen. Der persönliche Kontakt zwischen den DSO-Koordinatoren und den Transplantationsbeauftragten / -verantwortlichen der Spenderkrankenhäuser stellt dabei ein unverzichtbares Fundament für die erfolgreiche Organgewinnung dar. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, dass die DSO nicht das Image einer anonymen Zentralorganisation besitzt, sondern durch präsente Koordinatoren vor Ort um Vertrauen wirbt und sichtbar für ein kooperatives Miteinander eintritt.

Eine Maßnahme, die der Steigerung der Identifizierung von möglichen Organ Spendern in den Krankenhäusern dient, ist in der Einführung eines Transplantationsbeauftragten/-verantwortlichen je Krankenhaus zu sehen. Zu seiner Funktion gehört auch, für die DSO als zentraler Ansprechpartner zur Verfügung zu stehen. Des Weiteren erscheint die regelmäßige Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen von Mitarbeitern der Intensivstation sowie die Hinzuziehung eines Psychologen oder Geistlichen bei Angehörigengesprächen zielführend.

3.3 Besteht in Zukunft die Notwendigkeit und Möglichkeit, die Anzahl der Regionalvertretungen der DSO zu erhöhen, um eine intensivere Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern in den einzelnen Bundesländern zu erreichen?

Die DSO ist seit Juli 2000 die verantwortliche Koordinierungsstelle für die Organspende in Deutschland. Sie stimmt die Zusammenarbeit zwischen den 1.400 Krankenhäusern mit Intensivstation und den ca. 50 Transplantationszentren bundesweit ab. Die Bundesregierung hat im Januar in ihrer Antwort auf die Große Anfrage der CDU-/CSU-Fraktion festgestellt, dass es durch die Beauftragung der DSO als Koordinierungsstelle für Organspende in Deutschland gelungen sei, ein hohes Maß an Professionalisierung im Ablauf der Organspende zu erreichen.

Im Jahr 2004 haben 1.081 Menschen (2003: 1.140) insgesamt 3.508 Organe (2003: 3.496) nach ihrem Tod gespendet. Dies entspricht 13 Organ Spendern pro eine Million Einwohner; im Jahr 2003 waren es 14 Menschen pro eine Million Einwohner. Die Anzahl der Transplantationen ging von 3.688 im Jahr 2003 auf 3.627 im Jahr 2004 zurück. Dies erklärt sich dadurch, dass im Jahr 2004 weniger Organe aus den Eurotransplant-Partnerländern (Belgien, Luxemburg, Österreich, Slowenien, Niederlande) für deutsche Patientinnen und Patienten vermittelt worden sind. Betrachtet man den Durchschnitt der drei Vorjahre 2001 - 2003 zum Jahr 2004, liegen die Zahlen zur Organspende etwa auf einem Niveau (Quelle: Deutsche Stiftung Organtransplantation, Digitale Pressemappe: <http://presseportal.de>).

Im Jahr 2004 beteiligten sich nur rund 40% der Krankenhäuser mit Intensivstation an der Gemeinschaftsaufgabe Organspende. Dieser Anteil ist nach Auffassung der AOK angesichts von 12.000 Menschen auf der Warteliste viel zu niedrig und wird in den

Budgetverhandlungen und im Rahmen der Kommissionen und Gremien der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer regelmäßig thematisiert.

Deutschland wurde von der DSO in 7 Regionen aufgeteilt, der je eine Regionalvertretung vorsteht. Die Aktivitäten und Intensität der Kommunikation zwischen Regionalvertretung und Krankenhaus sind in den Regionen unterschiedlich ausgeprägt und hängen insbesondere von Engagement der jeweiligen DSO-Mitarbeiter ab. Trotz des bestehenden Verbesserungspotentials besteht aus Sicht des AOK-Bundesverbandes kein Bedarf, die Anzahl der Regionalvertretungen zu erhöhen. Vielmehr müssten die Regionaldirektionen durch die DSO enger geführt werden. Dies stellt eine unternehmensinterne Herausforderung dar, welche die Auftraggeber nach TPG von außen nur unzureichend beeinflussen können.

3.4 Welche Weiterbildungsprogramme hat die DSO entwickelt, um die Klinikmitarbeiter (Ärzte, Pflegepersonal, etc.) sowie Mitarbeiter von Selbsthilfegruppen regelmäßig und umfassend fortzubilden?

Dem AOK-Bundesverband liegen hierzu keine Informationen vor.

4 Zur Mitwirkung der Krankenhäuser

4.1 Woran liegt es, dass bundesweit im Jahr 2004 nur etwa 40% der Krankenhäuser mit Intensivstation an der Gemeinschaftsaufgabe Organspende beteiligt waren?

Es gibt Hinweise, dass die unzureichende Organspenderate in Deutschland nicht in der mangelnden Bereitschaft der Bevölkerung zur Organspende, sondern in der vielfach unzureichenden Mitarbeit eines Teils der Krankenhäuser bei der Organspende begründet ist.¹² Die Zustimmung zur Organspende in der Bevölkerung und der Anteil der Menschen mit Organspendeausweis ist beispielsweise auch in Spanien nicht höher als in Deutschland, obgleich dort die Zahl der Organspender pro eine Million Einwohner doppelt so hoch ist. In Spanien existiert ein gut organisiertes Strukturprogramm, das die Einbindung von zentralen Transplantationskoordinatoren, eine finanzielle Absicherung der Organspende und – dies unterscheidet das spanische Modell vor allem von Deutschland – ein umfangreiches Qualitätssicherungsprogramm einschließt.¹⁴ Zwar sieht auch in Deutschland § 11 Abs. 4 TPG eine Verpflichtung der Krankenhäuser zur Meldung möglicher Organspender vor; jedoch ist diese Verpflichtung in der Praxis nur schwer durchsetzbar. Es ist daher sinnvoll, für diesen Bereich aussagekräftige Daten zu sammeln und auszuwerten, um gezielt die Ursachen für die mangelnde Kooperation eines Teils der Krankenhäuser angehen zu können. Nachdem immer wieder ein finanzieller Nachteil der Krankenhäuser, die die Organspender betreuen, als Ursache für die mangelnde Mitwirkung benannt wurde, wurde im Jahr 2004 eine Aufwandsentschädigung eingeführt, die den Aufwendungen der Krankenhäuser umfassender gerecht wird. Eine Steigerung der Zahl der Organspender liess sich allerdings in der Folge dieser Maßnahme nicht ablesen.

4.2 Was sind die Ursachen für nicht erfolgte Meldungen potenzieller Organspender in Krankenhäusern?

Aus einer regionalen Analyse der Todesfälle nach einer primären oder sekundären Hirnschädigung geht hervor, dass die grundsätzliche Möglichkeit einer Organspende bei Patienten mit akuter Hirnschädigung und klinischen Zeichen einer Hirnstammreflexie nicht immer erkannt oder erwogen wird.¹² Die Scheu vor einer

Frage an die Angehörigen nach einer Organspende wird vermutlich ein weiterer Hinderungsgrund sein. In der Mitarbeit einer größeren Zahl von Krankenhäusern bei der Gemeinschaftsaufgabe Organspende ist wahrscheinlich ein gangbarer Weg für eine Erhöhung der Organspenden zu sehen. Patienten mit infauster Hirnschädigung werden immer häufiger nicht mehr in Kliniken der Maximalversorgung aufgenommen, sondern in den primär versorgenden Häusern ohne neurochirurgische Abteilung weiterbehandelt. Der Anteil der Menschen, die aufgrund eines Traumas einen Hirntod erleiden, hat in den letzten Jahren kontinuierlich abgenommen, in 77% der Fälle hat der festgestellte Hirntod eine andere Ursache.¹² Die Beschränkung der Einbindung auf die Krankenhäuser der Maximalversorgung in die Gemeinschaftsaufgabe Organspende ist deshalb nicht ausreichend.

4.3 Welche Einflussmöglichkeiten (ggf. Sanktionen?) gibt es, um eine stärkere Beteiligung der Krankenhäuser und Ärzte zu erreichen.

Aus der Beteiligung an der Organspende dürfen Krankenhäusern keine Nachteile entstehen. Um einem möglichen derartigen Hinderungsgrund zu begegnen, wurde 2004 eine leistungsgerechtere Pauschale eingeführt, die jedoch nicht zu einer Zunahme der Teilnahme der Krankenhäuser an der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der Organspende geführt hat. Sanktionen oder das Ausüben von Zwang auf die Krankenhausärzte wäre nach unserer Auffassung kein vertretbarer oder gangbarer Weg, um die Akzeptanz zu steigern. Ärzte, die die Angehörigen nach ihrer Zustimmung mit dem Hinweis fragen, dass sie dazu verpflichtet sind, erzielen deutlich geringere Zustimmungsraten als Ärzte, die von der Organspende selbst überzeugt sind.⁹

Neben den schon eingeführten Maßnahmen, die die DSO für die Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die DKG wahrnimmt - wie die Unterstützung der Kliniken durch erfahrene Teams in der Hirntoddiagnostik und in den Angehörigengesprächen bis hin zur Organisation der Organentnahmen und des Organtransports - ist eine bessere Einbindung aller Krankenhäuser erforderlich. Dies kann sowohl durch feste Ansprechpartner in den Krankenhäusern in Form eines Transplantationsbeauftragten gefördert werden als auch durch geeignete Schulungen und Fortbildungen des Klinikpersonals über die Kriterien des Hirntodsyndroms, die religiösen, ethischen und medizinischen Grundlagen der Organspende und die dringliche Situation der Patienten auf den Wartelisten. Eine enger und regelmäßiger Kontakt der DSO und der Transplantationszentren mit den Kliniken ist aus unserer Sicht von besonderer Bedeutung. Qualitätssichernde Maßnahmen und die Veröffentlichung von Qualitätsberichten über die Aktivität der Krankenhäuser hinsichtlich der Organspende sind ebenfalls notwendig.

4.4 Bestehen Informationsdefizite z.B. hinsichtlich Hirntodbestimmung und Organspende beim Klinikpersonal?

Hierüber sind uns keine aussagekräftigen Daten bekannt, eine systematische Erfassung des Informationsstandes des Klinikpersonal wäre allerdings im Sinne einer Qualitätsverbesserung ein wichtiger Baustein.

4.5 Finden regelmäßig fundierte Schulungen und Fortbildungen für das mit einer möglichen Organspende in Kontakt kommende Klinikpersonal statt?

Schulungen und Fortbildungen für Ärzte und Schwestern werden von der DSO, von den Ärztekammern und von Transplantationszentren durchgeführt. Ob diese in aus-

reichender Flächendeckung und Regelmäßigkeit durchgeführt werden, entzieht sich unserer Kenntnis.

4.6 Wie schätzen Sie die Arbeit der Transplantationsbeauftragten ein? Kann die verbindliche Einführung von Transplantationsbeauftragten die Organspende und die Kooperationsbereitschaft der Krankenhäuser erhöhen?

Das spanische Modell und das österreichische Modell binden Transplantationsbeauftragte in den Kliniken mit großem Erfolg ein. In den Ausführungsgesetzen in Bayern, Rheinland-Pfalz, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen und Sachsen-Anhalt wird die Bestellung von Transplantationsbeauftragten geregelt, Transplantationsbeauftragte sind aber auch in allen anderen Bundesländern in großem Umfang etabliert. Das bloße Vorhandensein eines Transplantationsbeauftragten alleine kann die Kooperationsbereitschaft von Krankenhäusern nur wenig beeinflussen. Wichtig ist, dass ein solcher Transplantationsbeauftragter seine Aufgabe aktiv lebt und in der Klinik um Zustimmung und Mitarbeit wirbt. Diese Arbeit muss durch qualitätssichernde Maßnahmen unterstützt werden. Durch eine verpflichtende Offenlegung der Aktivität bei der Organspende im Rahmen von Qualitätsberichten sollte die notwendige Transparenz erzielt werden. Denkbar wäre auch die Aufnahme dieses Parameters als Qualitätsindikator in die stationäre Qualitätssicherung z.B. im Rahmen der Datenerhebung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.

4.7 Gibt es Anhaltspunkte, dass in bestimmten Fällen hinter der Ablehnung von Spenderorganen durch ein Krankenhaus krankenhauserinterne Auseinandersetzungen um Personal und Betten stehen, in denen die Transplantationsabteilungen den Verzicht auf Transplantationen als Druckmittel gegenüber der Klinikleitung einsetzen? Wenn ja, welche Möglichkeiten müssen ergriffen werden, um diese Situation zu ändern?

Hierzu liegen uns keine konkreten Erkenntnisse vor.

4.8 Gibt es strukturelle und organisatorische Hinderungsgründe, um die Möglichkeiten postmortalen Organspende effektiv von Seiten der Krankenhäuser wahrnehmen zu können?

Hierzu liegen uns keine konkreten Erkenntnisse vor.

4.9 Wie hoch liegt schätzungsweise der Verlust potentieller Organspenden durch organisatorische Defizite oder aufgrund von Kapazitätsmangel?

Hierzu liegen uns keine konkreten Erkenntnisse vor.

4.10 Wie erfolgt nach den neuesten Regelungen die Finanzierung des gesamten Verfahrens der Organentnahme? Wird der Aufwand angemessen vergütet?

Das DSO-Budget enthält folgende Bausteine:

- Aufwandsersatzpauschale für die Spenderkrankenhäuser bei Meldung eines Organspenders, auch bei nicht erfolgter Explantation
- zusätzliche Erstattung abhängig von der Zahl der gespendeten Organe
- Flugtransportkostenpauschale für Transport der Organe (Nieren werden in der Regel auf der Straße transportiert und sind daher aus dieser Pauschale ausgeschlossen)
- Organisationspauschale der DSO je transplantiertem Organ

Die finanzielle Ausstattung der DSO ist angesichts der stagnierenden Spenderzahlen ausreichend. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in der letzten

Budgetverhandlung gemeinsam mit der DSO, der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie der Bundesärztekammer eine Fortschreibung der verschiedenen Pauschalen für 2005 und 2006 vereinbart. Daraus ist zu erkennen, dass die Vertragspartner darüber einig sind, dass eine Budgeterhöhung zwingend an die Steigerung der Spender- und Organtransplantationszahlen geknüpft ist.

4.11 Welche Vergütungsmodelle könnten für den Mehraufwand bei der (auch erfolglosen) Organentnahme in Betracht gezogen werden, um die Motivation der mitwirkenden Krankenhäuser und Ärzte zu fördern?

Die bestehenden Vergütungsmodelle sind zielführend und ausreichend. Sowohl die Koordinierungsstelle gem. § 11 TPG als auch die Vermittlungsstelle gem. § 12 TPG sowie die an der Organspende beteiligten Krankenhäuser erhalten ausreichende Vergütungen für ihre Aufwendungen im Rahmen der Organgewinnung, -vermittlung und -allokation.

Transplantationen werden nicht mehr über Fallpauschalen/Sonderentgelte, sondern über DRGs entgolten. Durch die jährliche Neukalkulation der DRG wird das 'lernende' System kontinuierlich verbessert. Für das Jahr 2005 kann von leistungsgerechten Vergütungshöhen ausgegangen werden. Die DRG-Einführung weist keinerlei negative Auswirkungen auf die Organspende in Deutschland auf. Das lernende System der DRG-Kalkulation ermöglicht es, von Jahr zu Jahr leistungsgerechtere Vergütungshöhen je Leistung zu berechnen. Der Wechsel des Fallpauschalenkatalogs des Jahres 2004 zu 2005 zeigt eine deutliche Steigerung der Differenzierung des Systems bei gleichzeitiger Zunahme der Prozedurenorientierung. DRG-Einführung und Abnahme der Organspendeaktivität stellt lediglich eine zeitliche Koinzidenz dar. Eine inhaltliche Verbindung dieser beiden Bereiche besteht nicht. Dies ist insbesondere daran zu erkennen, dass die Organspenderrate seit 1995 nahezu konstant ist (vgl. Dt. Ärzteblatt, S. B 212, 2005). Ein Schwerpunkt der Überarbeitung des DRG-Katalogs für das Jahr 2005 waren die Transplantationsleistungen. In der DRG-Version 2005 wurden in diesem Zusammenhang die tagesbezogenen Langliegerzuschläge für die Prä-MDC-DRG (Transplantationen, Abstoßungsreaktionen, Langzeitbeatmung) gegenüber dem Vorjahr deutlich höher bemessen. Dies ist auf die verbesserte und breitere Datenbasis der Kalkulationsdatensätze der an der DRG-Kalkulation beteiligten Krankenhäuser zurückzuführen. Trotz der deutlichen Verbesserung der leistungs- und kostengerechten Abbildung der DRG im Vergütungssystem ist davon auszugehen, dass Transplantationsleistungen im Rahmen der folgenden Kalkulationen weiterer Differenzierungen bedürfen werden.

Ansprechpartner beim AOK-Bundesverband:

Dr. med. Bernhard Egger MA
Leiter Stabsbereich Medizin
AOK-Bundesverband
Kortrijker Str. 1
53177 Bonn

Tel (0228) 843-327
Fax (0228) 843-724

e-mail: bernhard.egger@bv.aok.de

- 1 European Transplant Coordinators Organisation(1995): ETCO Statistics Committee's 1994 Survey on Organ Donation and Transplantation. ETCO Newsletter 13; 3-5 und weitere Jahrgänge mit Mitteilungen des ETCO Statistics Committee
- 2 Costa, AN (1995): Reflection of the Nicholas Green Effect, Abstract. in: 9th Congress of European Transplant Coordinators Organisation Wien (1995) 13
- 3 Wittekind C, Gradistanac T (2004): Das älteste Werkzeug der Qualitätssicherung – die Obduktion - stirbt aus? ZaeFQ 98:715-720
- 4 Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung;
Untersuchungszeitraum 8. - 31. August 2001; computergestützte Telefoninterviews nach systematischer Zufallsauswahl mit 3.254 Befragten ab 14 Jahren in ganz Deutschland und BZgA;
Untersuchungszeitraum 22. - 3. April 2003; computergestützte Telefoninterviews nach systematischer Zufallsauswahl mit 1.001 Befragten zw. 14 und 24 Jahren in ganz Deutschland
- 5 West R, Burr G (2002): Why families deny consent to organ donation. Aust Crit Care 15:27-32
- 6 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung(Hrsg.): Repräsentativbefragung: forsa. Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH. Die Organspende in der Bundesrepublik Deutschland. Köln 2001
- 7 Siminoff LA, Arnold RM, Hewlett J (2001): The Process of organ donation and its effect on consent. Clin Transplant 15:39-47
- 8 Barcellos FC, Araujo CL, da Costa JD (2005): Organ donation: a population-based study. Clin Transplant 19:33-37
- 9 Siminoff LA, Gordon N, Hewlett J, Arnold RM (2001): Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. JAMA 286:71-77
- 10 Broschüre der KAO, Kritische Aufklärung über Organtransplantation
- 11 Leserbrief von Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Christoph J. G. Lang (2001). Deutsches Ärzteblatt 98:2097
- 12 Mauer D, Gabel D, Smit H, Kirste G (2005): Organspende: Der Schlüssel liegt im Krankenhaus. Deutsches Ärzteblatt 102: A260-A264
- 13 Reubsaet A, Brug J, Nijkamp MD, Candel MJ, Hooff JP, Borne HW (2005). The impact of an organ donation registration information program for high school students in the Netherlands. Soc Sci Med 60:1479-86
- 14 Schauenburg H, Hildebrandt A (2003): Organspendebereitschaft in Deutschland und Spanien – eine vergleichende Untersuchung. Psychotherapie - Psychosomatik - Medizinische Psychologie, Abstract 91