

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Vogler, Dr. Martina Bunge, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/14434 –**

### **Thema Hirntod**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Das Vertrauen in das System der Organtransplantation in Deutschland wurde in den letzten Jahren nicht nur durch Missstände innerhalb der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und durch die Skandale um Manipulationen der Wartelisten für Organempfängerinnen und -empfängern beschädigt. In der Bevölkerung, bei Fachmedizinerinnen und -medizinern sowie bei Ethikerinnen und Ethikern besteht Skepsis gegenüber der Hirntodkonzeption und der Hirntoddiagnostik (siehe z. B. Veranstaltung des Deutschen Ethikrats vom 21. März 2012 [www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org) oder Fernsehbericht von „Report München“ vom 20. November 2012 [www.br.de](http://www.br.de)). Für diese Vorbehalte gibt es eine Reihe von Gründen:

#### I. Zweifel an der Hirntodkonzeption

Mit der Entwicklung der Intensiv- und besonders der Transplantationsmedizin wurde der Begriff „Hirntod“ vor knapp einem halben Jahrhundert eingeführt, da seit Verwendung der Herz-Lungen-Maschine Herzversagen und Hirnversagen zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden können. Damals herrschte die Überzeugung vor, dass ein funktionierendes Gehirn unerlässlich dafür sei, dass der Körper mehr als nur kurze Zeit (d. h. Stunden bzw. maximal Tage) überleben könne. So wurde dieser Zeitpunkt mit dem biologischen und rechtlichen Tod des Menschen gleichgesetzt.

Nach § 3 des Transplantationsgesetzes (TPG) ist bis heute die Feststellung der Diagnose „Hirntod“ Voraussetzung zur Organentnahme. Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer definierte 1997 den Hirntod als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, und legte eine entsprechende Richtlinie zur Feststellung des Hirntods fest. Somit können Organe dann für eine Transplantation geeignet sein, wenn die Durchblutung nicht bzw. nicht zu lange unterbrochen wurde.

Die Zweifel an der Hirntodkonzeption verstärken sich bei vielen Fachleuten aufgrund der Beobachtungen, dass auch bei hirntoten Menschen Herzschlag wahrnehmbar sei, die Fähigkeiten zu Ausscheidung und Temperaturregulierung erhalten bleiben, Schwangerschaften ausgetragen werden und der Abstand zwi-

schen Hirntod und Eintritt des Herzstillstands Wochen bis mehrere Jahre betragen kann.

Auch von renommierten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern wie dem US-amerikanischen Neurologen Prof. D. Alan Shewmon, der selbst lange Jahre Befürworter der Hirntodkonzeption war, oder dem Potsdamer Ethik-Professor Ralf Stoecker werden inzwischen große Zweifel vorgetragen, da es sich zum Zeitpunkt der Hirntodfeststellung ihrer Meinung nach zwar um sterbende Menschen handele, aber nicht schon um Tote (vgl. [www.ethikrat.org](http://www.ethikrat.org)).

Das Pendant zum Deutschen Ethikrat in den USA, das „President’s Council on Bioethics“ vertritt ebenfalls die Einschätzung, dass eine Gleichsetzung von Hirntod und Tod nicht mehr aufrechtzuhalten sei ([www.zeit.de](http://www.zeit.de) „Wann ist ein Mensch tot“ vom 6. April 2012).

## II. Skepsis bezüglich Hirntoddiagnostik

Nicht nur an der Hirntodkonzeption, sondern auch an der Hirntoddiagnostik in Deutschland wird Kritik geübt. Diese Kritik betrifft mehrere Aspekte, die Unsicherheiten bei der Feststellung des Hirntods mit sich bringen.

- a) Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer ist nur der Nachweis klinischer Kriterien wie der Verlust des Bewusstseins und einer Reihe von Reflexen sowie der Verlust der Spontanatmung (Apnoe) verpflichtend vorgeschrieben. Apparative Kriterien zur Messung der elektrischen Aktivität oder der Durchblutung des Gehirns, die auch im europäischen Ausland gängig sind, wie ein Null-Linien-Elektroenzephalogramm (EEG), zerebrale Hirnperfusionsszintigraphie oder Doppler-Sonographie, müssen in Deutschland in den meisten Fällen nicht grundsätzlich angewendet werden.
- b) Die deutsche Physikerin und Philosophin Sabine Müller, Leiterin der Arbeitsgruppe Neurophilosophie, Neuroethik und Medizinethik an der Charité Universitätsmedizin Berlin, bezweifelt zudem, dass wirklich der irreversible Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen festgestellt werden könne, wo nur Teilbereiche des Gehirns, jedoch Funktionen des Mittelhirnes, des Kleinhirns und der Großhirnrinde gar nicht untersucht würden (vgl. Beitrag von Sabine Müller „Wie tot sind Hirntote? Alte Frage – neue Antworten“ in der Beilage „Aus Politik und Zeitgeschichte“ der Zeitschrift DAS PARLAMENT, Ausgabe 20-21; 2011 [www.das-parlament.de](http://www.das-parlament.de)).
- c) Die in Deutschland vorgeschriebenen Wartezeiten zwischen der ersten und zweiten neurologischen Untersuchung werden von einigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern eher als unzuverlässig und daher nur als grober Erfahrungswert angesehen, weshalb gefordert wird, in jedem Fall eine geeignete apparative Zusatzdiagnostik einzusetzen.
- d) Die Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) schreiben für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte zwar eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Hirnschädigungen vor. Doch ist dies nach Ansicht von Skeptikerinnen und Skeptikern keine ausreichende Qualifizierung: An die Stelle der in den BÄK-Richtlinien vorgesehenen Erfahrungen müsse eine qualifizierte Ausbildung in der Hirntoddiagnostik treten, mit Nachweis der Befähigung durch Prüfung und Zertifizierung, vorzunehmen durch die Ärztekammern. Derzeit gibt es kein spezifisches Zertifikat für Hirntoduntersuchungen, das die Befähigung nachweist.

Das Zertifikat sollte einen Nachweis über qualitative Inhalte sowie über eine Mindestzahl von unter Anleitung durchgeführten Untersuchungen (analog zum OP-Katalog für Chirurgen) und über die Kenntnis der Richtlinien der BÄK und gesetzlicher Vorgaben enthalten.

- e) Ohne entsprechende spezielle Qualifizierung könnten unter Umständen nicht ausreichend erfahrene Ärztinnen und Ärzte Komapatientinnen und -patienten für tot erklären, obwohl „deren Hirnrinde noch bei Bewusstsein“ sei (vgl. [www.tagesspiegel.de](http://www.tagesspiegel.de)).

Ein ehemaliger Leiter eines regionalen Konsiliarteams für die Hirntoddiagnostik konnte den Hirntod in 30 Prozent der Fälle nicht bestätigen, obwohl die Erst-Untersucher in der Klinik von ihrer Diagnose überzeugt waren (vgl. [www.br.de](http://www.br.de)). Da viele Krankenhäuser insbesondere an Wochenenden und im Nachtdienst ein Problem haben, geeignetes eigenes Personal für die gesetzlich vorgeschriebene zweite Untersuchung zur Hirntodfeststellung zu finden, wurde von der DSO in einigen Regionen das Angebot eines Konsiliardienstes eingerichtet. Allerdings hat die DSO seit 2006 keine festen Teams mehr zusammengestellt, sondern rekrutiert zum Teil auch niedergelassene Neurologen ohne aktuelle Erfahrungen mit der Arbeit auf Intensivstationen und mit Beatmungsgeräten rekrutiert (vgl. [www.mobile.aerzteblatt.de](http://www.mobile.aerzteblatt.de)).

Unsicherheiten bei der Feststellung des Hirntods werden auch von US-amerikanischen Wissenschaftlern der renommierten Mayo Clinic berichtet (vgl. [www.faz.net](http://www.faz.net)). Zahlreiche Studien im Ausland belegen große Unsicherheiten bei der Hirntodbestimmung auch bei medizinischem Fachpersonal. Für Deutschland wird Ähnliches vermutet (vgl. [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)).

- f) Eine geplante Organentnahme nach Hirntodfeststellung macht schon im Vorfeld des „Hirntods“ eine intensivmedizinische Maximaltherapie erforderlich. Schon weit vor der Hirntodfeststellung müssen Maßnahmen zur Organentnahme sowohl in der Klinik des Spenders als auch gleichzeitig Vorbereitungen für die Einpflanzung des Organs beim Empfänger in die Wege geleitet werden, damit eine geplante Entnahme und Verpflanzung funktionstüchtiger Organe überhaupt mit Aussicht auf Erfolg stattfinden kann.

An den Patientinnen und Patienten, deren Organe entnommen werden sollen, werden in dieser Phase trotz infauster Prognose, also ohne Aussicht auf Heilung oder Aufhalten des Sterbeprozesses, sogenannte organerhaltende Maßnahmen durchgeführt. Dazu gehören maschinelle Beatmung genauso wie kreislaufstabilisierende Maßnahmen bis hin zu Wiederbelebung trotz der ärztlichen Einschätzung, dass eine Heilung nicht mehr möglich und mit dem konsekutiven Tod zu rechnen sei.

Außerdem wird vor allem vor der Entnahme sogenannter marginaler Organe, also von Organe mit eingeschränkter Langzeitfunktion, ein Qualitätscheck dieser Organe durchgeführt, zum Beispiel durch eine Koronar- oder Nierenangiographie.

An den sterbenden Patientinnen und Patienten werden somit medizinische Maßnahmen ausgeführt, die nicht deren eigenem gesundheitlichem Wohl, sondern allein dem Interesse der zukünftigen Empfängerinnen und Empfänger dienen.

- g) Desweiteren dürfen den Patientinnen und Patienten, bei denen eine Hirntoddiagnostik geplant ist, keine Schmerz- und Beruhigungsmittel mehr verabreicht werden, weil sonst eine Hirntoddiagnostik kaum mehr möglich ist. Da in Deutschland standardmäßige toxikologische Untersuchungen nicht stattfinden, könnte die Gabe von Schmerz- und Beruhigungsmitteln bei einer Hirntodfeststellung zu falschen Beurteilungen führen. Normalerweise werden Patienten in einer aussichtslosen Situation vertieft sediert.
- h) Diese oben geschilderten Maßnahmen können mit ggf. abgegebenen Patientenverfügungen kollidieren oder dem Wunsch und Verständnis der sterbenden Person und seiner Angehörigen nach einem „menschenwürdigen Sterbeprozess“ widersprechen (vgl. auch Stellungnahme des Sachverständigen Oliver Tolmein für die Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 29. Juni 2011, [www.bundestag.de](http://www.bundestag.de) sowie den Be-

richt von „Report München“ am 19. Mai 2013 „Verwirrung für Organspende: Der Konflikt mit der Patientenverfügung“ [www.br.de](http://www.br.de)).

- i) Für viele der Beteiligten ist die Situation während der Organentnahme sehr belastend und schwer auszuhalten, weil die für „hirntot“ Erklärten oft wie Patientinnen und Patienten behandelt werden (dazu gehören maschinelle Beatmung, Gabe von Muskelrelaxantien und Schmerzmitteln) und für manche der Anwesenden diese nicht tot erscheinen.

Die Fraktion DIE LINKE. hat in einem Entschließungsantrag zur Änderung des Transplantationsgesetzes (Bundestagsdrucksache 17/9778) schon im Mai 2012 darauf aufmerksam gemacht und Änderungen gefordert. Doch haben die Fraktionen der CDU/CSU, FDP und SPD diesen Entschließungsantrag abgelehnt.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Zu I.

Der Begriff „Hirntod“ wurde gemäß dem 1959 in der „Revue Neurologique“ erstmals publizierten Obduktionsbefund einer am Gehirn weiter als an den anderen Organen fortgeschrittenen Gewebezersetzung nach dem Tod geprägt. Der Befund zeigte, dass das Gehirn vor dem übrigen Körper abgestorben war.

Mit der Feststellung des Hirntodes ist naturwissenschaftlich-medizinisch ein sicheres Todeszeichen zweifelsfrei festgestellt. Es handelt sich dabei nicht um eine Prognose über den zukünftigen Zustand des Patienten. Vielmehr stellen die für die Hirntoddiagnose erforderlichen zwei Ärzte unabhängig voneinander nach standardisierten Kriterien fest, dass die Gehirnfunktionen unwiderruflich erloschen sind.

Das Transplantationsgesetz (TPG) beschreibt den Hirntod zweifelsfrei und eindeutig. Gemäß § 3 Absatz 1 Nummer 2 TPG ist Voraussetzung für die Zulässigkeit der Entnahme von Organen oder Geweben, dass der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist. Nach Maßgabe von § 3 Absatz 2 Nummer 2 TPG ist die Entnahme von Organen oder Geweben unzulässig, wenn nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespende der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist. Somit hat der Gesetzgeber die wesentlichen Inhalte der Feststellung des Todes bestimmt und den Rahmen für die Richtlinienerstellung gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 TPG normiert. Auf dieser gesetzlichen Grundlage hat die Feststellung des Hirntodes nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu erfolgen, welcher in Richtlinien der Bundesärztekammer festgestellt wird (§ 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 TPG).

Die Feststellung, dass „auch bei hirntoten Menschen Herzschlag wahrnehmbar sei, die Fähigkeiten zu Ausscheidung und Temperaturregulierung erhalten bleiben, Schwangerschaften ausgetragen werden“, ist richtig. Denn Körperfunktionen können bei Hirntoten u. a. durch Beatmung und künstlich aufrechterhaltene Herz-Kreislauf-Funktion ermöglicht werden. Der Organismus ist in diesem Fall zu einer Selbststeuerung nicht mehr in der Lage. Jede Möglichkeit, beispielsweise der bewussten Wahrnehmung, d. h. auch der Schmerzempfindung, des Antriebs zur und der Steuerung der Atmung sowie der Stoffwechselregulation, auch des Denkens, ist unwiederbringlich verloren. Eine Wiedererlangung des Bewusstseins und der zentralen Steuerungsfähigkeit für die gesamten Körperfunktionen ist ausgeschlossen. Das Gehirn wird nicht mehr durchblutet, so dass seine Zellen zerfallen, auch wenn der übrige Körper noch künstlich durchblutet wird.

Dass „der Abstand zwischen Hirntod und Eintritt des Herzstillstandes Wochen bis mehrere Jahre betragen kann“, ist naturwissenschaftlich-medizinisch lange bekannt. Weltweit ist dabei keine Erholung der Hirnfunktion eines Menschen nachgewiesen worden, der nach richtliniengemäß festgestelltem und dokumentiertem Ausfall der Gesamtfunktion seines Gehirns, wie lange auch immer, weiterbehandelt wurde. Demzufolge haben die Publikationen von Prof. D. Alan Shewmon in keinem Land der Welt eine andere Beurteilung des Hirntodes als sicheres Todeszeichen als bislang bewirkt. Auch ist weltweit keine wissenschaftliche Fachgesellschaft der Auffassung von Prof. D. Alan Shewmon gefolgt, dass ein hirntoter Mensch lebe.

Zu unterscheiden von der unveränderlichen, weil naturgegebenen Bedeutung des Hirntodes sind methodische Detailfragen einer eventuellen weiteren Fortschreibung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, ob und ggf. unter welchen Bedingungen die Irreversibilität der Ausfallsymptome des Gehirns durch noch andere als die bisherigen Verfahren nachgewiesen werden kann.

Zu II.

Zu den Buchstabe a bis c

Zur Diagnose des Hirntodes ist – wie in den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes festgelegt – der Nachweis klinischer Kriterien ausreichend, wenn die Voraussetzungen zur Hirntoddiagnostik erfüllt, die Feststellung der klinischen Symptome Bewusstlosigkeit (Koma), Hirnstammreflexie und Atemstillstand (Apnoe) erbracht sowie die Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome durch Verlaufsbeobachtung über normierte Zeiten nachgewiesen ist. Nach § 5 TPG stellen unabhängig voneinander zwei qualifizierte Ärzte die standardisierten Kriterien des Hirntodes fest. Die Diagnose des Hirntodes ergibt sich aus der Übereinstimmung der getrennten Feststellungen der zwei Ärzte, dass die Gesamtfunktionen des Gehirns bereits unwiderruflich erloschen sind.

Für die Hirntoddiagnose anhand dieser Kriterien ist folglich die Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome des Gehirns eine zentrale Bedingung. Sie kann entweder durch die rein klinische Verlaufsbeobachtung mit ausreichenden, in den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes definierten Beobachtungszeiten oder durch klinische Verlaufsbeobachtung mit ergänzender apparativer Diagnostik nachgewiesen werden. Die Richtlinien legen auch fest, bei welchen Hirnschäden und in welchen Lebensaltern, z. B. bei Neugeborenen, die ergänzende apparative Diagnostik unerlässlich ist; sonst ist sie fakultativ.

Zu Buchstabe d

Die Fähigkeit zur Feststellung, ob ein Patient lebt oder verstorben ist, gehört zu den Grundlagen ärztlichen Handelns und ist somit eine wesentliche Qualifikation zur ärztlichen Berufsausübung.

Die Hirntoddiagnostik wird von insbesondere intensivmedizinisch erfahrenen Ärzten durchgeführt. Die Qualifikation zur Feststellung des Hirntodes ist Bestandteil verschiedener ärztlicher Weiterbildungen und wird durch das Ablegen der Weiterbildungsprüfung nachgewiesen. Nach den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes wird in jedem Falle gefordert, dass die den Hirntod feststellenden und dokumentierenden Ärzte über eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen verfügen.

Zu Buchstabe e

Die Formulierung, dass in 30 Prozent der Fälle der Hirntod nicht bestätigt wurde, ist nicht korrekt. Die Hirntoddiagnostik wird immer von zwei Ärzten unabhängig voneinander und im Ergebnis übereinstimmend gestellt. Jeder Untersucher der neurologischen Konsiliardienste hat gegenüber der Deutsche Stif-

tung Organtransplantation (DSO) seine fachliche Eignung entsprechend den in den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes an die fachliche Qualifikation gestellten Anforderungen vertraglich bestätigt. Sollten die zwei für die Hirntoddiagnose erforderlichen Ärzte zu verschiedenen Ergebnissen kommen, ist der Hirntod nicht festgestellt.

Zu Buchstabe f

Alle (intensiv-)medizinischen Maßnahmen, die vor Feststellung des Hirntodes durchgeführt werden, dienen der Behandlung des Patienten und der Wiederherstellung seiner Gesundheit, nicht der Ermöglichung einer Organ- oder Gewebespende. Das heißt: Der Tod wird zwar vor einer möglichen Organ- oder Gewebespende, nicht aber für eine mögliche Organ- oder Gewebespende festgestellt. Mit der Organ- bzw. Gewebeprotektion wird die zunächst zum Wohl des Patienten begonnene Intensivbehandlung über dessen Tod hinaus fortgesetzt.

Zu Buchstabe g

Bei Hirntoten ist – wie bei allen Verstorbenen – die Möglichkeit, beispielsweise der bewussten Wahrnehmung, d. h. auch der Schmerzempfindung, der Steuerung der Atmung sowie der Stoffwechselregulation, auch des Denkens, unwiederbringlich verloren. Daher ist eine Sedierung bzw. Schmerzmedikation bei Hirntoten nicht erforderlich.

Bei Patienten, bei denen eine Hirntoddiagnostik durchgeführt werden muss, ist die kurzfristige Unterbrechung der Sedierung bzw. Schmerzmedikation alternativlos, um diagnostizieren zu können, dass diese Patienten nicht hirntot sind. Würden diese Patienten sediert bleiben bzw. analgetisch behandelt werden, könnte nicht sicher zwischen einer krankheitsbedingten und einer medikamentös verursachten Bewusstlosigkeit unterschieden werden. Die „Bewusstlosigkeit“ bei sedierten bzw. mit Schmerzmitteln behandelten Patienten ist daher kein hinreichendes Kriterium.

Zu Buchstabe h

Sowohl Patientenverfügung als auch die Organspendeerklärung sind Mittel, um dem eigenen Willen Ausdruck zu verschaffen. Bei der Verfügung ist darauf zu achten, dass sich die Erklärungen nicht widersprechen. Der eigene Wille, welche ärztlichen Maßnahmen durchgeführt oder unterlassen werden sollen, sollte möglichst klar zum Ausdruck kommen. Zur Vermeidung sich widersprechender Erklärungen sind die Krankenkassen und die Versicherungsunternehmen aufgrund des mit breiter Mehrheit im Sommer 2012 vom Deutschen Bundestag beschlossenen Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung (§ 2 Absatz 1a Satz 5 TPG) verpflichtet, ihren Versicherten gegenüber fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen zur Organ- und Gewebespende sowie zur Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung, zu benennen. Dessen ungeachtet hat auch die allgemeine Aufklärung der Bevölkerung nach § 2 Absatz 1 TPG das Verhältnis zwischen Erklärung zur Organ- und Gewebespende und Patientenverfügung zum Gegenstand.

Die Organspende ist für alle betroffenen Personen, Angehörige wie ärztliches und pflegerisches Personal ein extrem belastender Prozess. Die Bundesregierung spricht allen Beteiligten ihren höchsten Respekt und ihre größte Anerkennung aus.

1. Sind der Bundesregierung die in der Feststellung der Fragesteller benannten Kritikpunkte an der Hirntoddiagnostik bekannt?

Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Der Bundesregierung sind die Kritikpunkte an der Hirntoddiagnostik bekannt. Der zuständige Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer überprüft und bewertet den in den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes festgestellten Stand der Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft. In diese Prüfung fließen auch die national und international vorgebrachten Kritikpunkte ein. Die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, die Deutsche Gesellschaft für Neurologie und die Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin haben im August 2012 in einer gemeinsamen Erklärung zur Todesfeststellung mittels neurologischer Kriterien (Hirntod) die „Erklärung Deutscher Wissenschaftlicher Gesellschaften zum Tod durch völligen und endgültigen Hirnausfall“ aus dem Jahr 1994 bekräftigt und festgestellt, dass der nachgewiesene vollständige und unumkehrbare Ausfall der Hirnfunktionen auch bei intensivmedizinisch aufrechterhaltener Herz-Kreislauf-Funktion, ein wissenschaftlich belegtes sicheres Todeszeichen bedeutet. Diesbezüglich geäußerte Bedenken und Zweifel hielten einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht Stand. Vor diesem Hintergrund kommt die Bundesregierung zu dem Schluss, dass die Kritikpunkte einer wissenschaftlichen Diskussion nicht standhalten.

2. Beabsichtigt die Bundesregierung, ggf. zusammen mit dem Deutschen Ethikrat, die Debatte um die Hirntodkonzeption aufzugreifen und öffentlich zu führen?
3. Würde die Bundesregierung Änderungen des Transplantationsgesetzes vorschlagen, wenn im Rahmen einer solchen Debatte die Richtigkeit kritischer Positionen nicht auszuschließen wäre?

Die Fragen 2 und 3 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Deutsche Ethikrat ist ein unabhängiger Sachverständigenrat, der seine Stellungnahmen aufgrund eigenen Entschlusses im Auftrag des Deutschen Bundestages oder im Auftrag der Bundesregierung erarbeitet. Zu seinen Aufgaben gehören auch die Information der Öffentlichkeit und die Förderung der Diskussion in der Gesellschaft unter Einbeziehung der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen. Im März vergangenen Jahres hat der Deutsche Ethikrat das Thema Hirntodkonzeption im Rahmen seiner Veranstaltungsreihe „Forum Bioethik“ öffentlich zur Diskussion gestellt. Er beabsichtigt, hierzu eine Stellungnahme abzugeben und hat entsprechende Arbeiten aufgenommen. Ob er in diesem Rahmen weitere öffentliche Veranstaltungen durchführen wird, ist der Bundesregierung nicht bekannt. Die Bundesregierung prüft kontinuierlich den gesetzgeberischen Handlungsbedarf. Sie wird in diesem Zusammenhang auch die Stellungnahme des Deutschen Ethikrates in ihre Überlegungen mit einbeziehen.

4. Welche Alternativen zur Hirntodkonzeption kennt die Bundesregierung?

Nach Auffassung der Bundesregierung gibt es nach derzeitigem wissenschaftlichen Erkenntnisstand keine Alternativen zum Hirntodkonzept. Mit der Feststellung des Hirntodes ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen durch Nachweis eines der sicheren Todeszeichen zweifelsfrei festgestellt. Der bloße Herz- und Kreislaufstillstand ist kein sicheres Todeszeichen. Dagegen folgt auf den Hirntod ohne intensivmedizinische Behandlung (einschl. maschinell kontrollierter Beatmung) unausweichlich der Herzstillstand, da mit dem

Hirntod unter anderem die Fähigkeit zur selbständigen Atmung unwiederbringlich erloschen ist und das Herz keinen Sauerstoff mehr erhält. Die Organentnahme nach Todesfeststellung allein durch Herzstillstand (non heart beating donor – NHBD) wurde demzufolge von der verfassten Ärzteschaft abgelehnt (vgl. Beschluss 110. DÄT, Drucksache II-01).

5. Welchen Einfluss haben die Bundesregierung und nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesregierungen und die Bevölkerung auf die Ausgestaltung der Richtlinien zur Hirntodfeststellung?
6. Wie könnten die Bundesregierung und nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesregierungen Änderungen der derzeitigen Regelungen durchsetzen, wenn diese in einer breiten gesellschaftlichen Debatte gewünscht und gefordert würden?

Die Fragen 5 und 6 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Kritikpunkte und Änderungsvorschläge können jederzeit gegenüber dem Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer vorgebracht werden. Ferner wurde durch die Änderung des Transplantationsgesetzes vom 15. Juli 2012 in § 16 Absatz 2 Satz 2 TPG festgelegt, dass bei der Erarbeitung der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes die angemessene und nach Lage der Dinge selbstverständliche Beteiligung von Sachverständigen einschließlich der zuständigen Behörden der Länder vorzusehen ist. Darüber hinaus hat sich der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer zur Erstellung von Richtlinien auf Verfahrensregelungen verständigt, die unter anderem die grundsätzliche Beratung jeder Richtlinienänderung in jeweils einer Lesung im Vorstand des Wissenschaftlichen Beirats sowie im Plenum des Wissenschaftlichen Beirats vorsieht. Insofern besteht für alle Beteiligten ein ausreichender zeitlicher Spielraum zur sorgfältigen Prüfung von vorgeschlagenen Richtlinienänderungen, bevor die Richtlinien dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Beratung und Beschlussfassung vorgelegt werden. Durch die letzte Änderung des Transplantationsgesetzes vom 15. Juli 2013 stehen die Richtlinien der Bundesärztekammer seit dem 1. August 2013 zudem unter einem Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit.

7. Hält es die Bundesregierung für verfassungsrechtlich unbedenklich, dass eine solche Frage, bei der es um Entscheidungen über Leben und Tod geht, an einen privaten Verein, wie die Bundesärztekammer, delegiert wird und so weder Parlament noch Regierung direkten Einfluss auf diese Richtlinien mehr haben bzw. eine Änderung nicht aktiv herbeiführen oder gar erzwingen können?

Das Transplantationsgesetz bestimmt ausdrücklich, dass sich die Todesfeststellung nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft richtet, und normiert in diesem Zusammenhang die Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, d. h. den Gesamthirntod als zwingende Voraussetzung einer postmortalen Organentnahme (§ 3 Absatz 1 Nummer 2 in Verbindung mit Absatz 2 Nummer 2 TPG). Damit hat der Gesetzgeber die wesentlichen Inhalte zur Feststellung des Todes selbst geregelt und den Rahmen für die Richtlinienerstellung gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 TPG normiert. Insofern bleibt es der Bundesärztekammer lediglich im Nachvollzug der gesetzlichen Regelung überlassen, in Richtlinien nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 TPG die Verfahrensregeln festzulegen, nach denen das gesetzlich hinreichend präzise normierte Kriterium

Hirntod festzustellen ist. Durch die letzte Änderung des Transplantationsgesetzes vom 15. Juli 2013 stehen diese Richtlinien der Bundesärztekammer seit dem 1. August 2013 nunmehr zudem unter einem Genehmigungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit. Mit dem Genehmigungsvorbehalt wird sichergestellt, dass die staatliche Aufsicht über diese Richtlinien effektiv wahrgenommen werden kann. Die demokratische Legitimation der Richtlinienerstellung durch die Bundesärztekammer ist jedenfalls durch diesen Genehmigungsvorbehalt hinreichend gesichert.

8. Hält die Bundesregierung die derzeitigen Kontrollmechanismen (auch bezüglich der Vollständigkeit der gesetzlich vorgeschriebenen Hirntodprotokolle) für ausreichend?

Die Bundesregierung hält die in § 5 TPG verankerten verfahrensrechtlichen Anforderungen an den Nachweis des unwiderruflichen Ablebens des Organspenders für ausreichend. Die Überprüfung der Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen ist Aufgabe der Überwachungskommission und der zuständigen Landesbehörden. Vertreter der Länder sind in der vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft eingesetzten Überwachungskommission vertreten.

9. Erachtet es die Bundesregierung als eine in der Bevölkerung vertrauenerweckende Maßnahme, wenn trotz fehlender Unterschriften unter Hirntodprotokolle Organentnahmen stattfinden und die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte dafür nicht zur Verantwortung gezogen werden, sondern im Gegenteil Whistleblower und Journalistinnen und Journalisten, die dies der Öffentlichkeit überhaupt erst zur Kenntnis bringen, befürchten müssen, gekündigt oder verklagt und vor Gericht gezogen werden (siehe [www.taz.de](http://www.taz.de))?

Die Einhaltung von bestehenden rechtlichen Regelungen ist in allen Bereichen Grundvoraussetzung für deren Akzeptanz und das in diese gesetzte Vertrauen. Dies gilt in besonderem Maße für die Organspende. An den in den Medien geführten Diskussionen und Spekulationen beteiligt sich die Bundesregierung nicht.

10. Welche Erkenntnis hat die Bundesregierung hinsichtlich einer Verunsicherung und Skepsis bezüglich Hirntodkonzeption und -feststellung auch bei den mit der Organentnahme befassten Fachkräften?

Im Rahmen der Studie „Einstellung, Wissen und Verhalten von Pflegekräften zur Organspende“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2010 wurden Pflegekräfte aus Krankenhäusern mit Transplantationsabteilungen mit Pflegekräften aus Krankenhäusern ohne Transplantationsabteilungen verglichen. Hinsichtlich der Fragen zum Hirntod gab es keine Unterschiede in den beiden Gruppen. Fast alle Pflegekräfte (99 Prozent) wissen, dass das Vorliegen des Hirntodes die medizinische Voraussetzung für eine Organ- und Gewebeentnahme ist. 99,2 Prozent definieren korrekt, dass es sich beim „Hirntod“ um den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms handelt. Die Ergebnisse der Studie lassen nicht erkennen, dass bei den mit der Organentnahme befassten Fachkräften eine große Unsicherheit und Skepsis hinsichtlich des Hirntodkonzepts und der Hirntodfeststellung besteht.

Der BZgA liegen darüber hinaus Erkenntnisse zur Bewertung des Hirntodes in der Allgemeinbevölkerung durch Ergebnisse aus einer Repräsentativbefragung

aus dem Jahr 2012 vor. Dass der Hirntod das medizinische Kriterium für eine mögliche Organspende ist, ist mehr als drei Viertel aller Befragten (78 Prozent) bekannt. Der Mehrheit der Bevölkerung (87 Prozent) ist bekannt, dass der Hirntod ein sicheres Todeszeichen darstellt.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass das Thema Hirntod in an das Bundesministerium für Gesundheit und an die BZgA gerichteten Bürgeranfragen eine untergeordnete Rolle spielt. In dem Jahresbericht der DSO „Organspende und Transplantation in Deutschland 2012“ wird auf Seite 15 ausgeführt, dass Zweifel an der Hirntoddiagnostik selten in den Angehörigengesprächen als Ablehnungsgrund für die Organspende angeführt werden.

11. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung hinsichtlich der Qualität der Hirntodfeststellungen?

Die Hirntodfeststellung und -dokumentation ist in Deutschland seit 1982 standardisiert. Die Anforderungen an die Feststellung des Hirntodes sind in den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes festgelegt.

Nach Angaben der Bundesärztekammer liegen weltweit keine Feststellungen über getroffene Fehldiagnosen vor, soweit der Hirntod nach den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes bzw. nach den in einzelnen Staaten geltenden Vorschriften festgestellt wurde. Nach Angaben der nach § 11 Absatz 3 TPG eingesetzten Überwachungskommission ist eine einzige Hirntodfeststellung bekannt, für die eines von vier Protokollen fehlt, die gemäß dem gewähltem Verfahren zum Irreversibilitätsnachweis der klinischen Ausfallsymptome des Gehirns erforderlich sind. In einem anderen Fall einer Hirntodfeststellung war nach Mitteilung der DSO an die Überwachungskommission eine formale Vorschrift der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes nicht als erfüllt anzusehen. Die Überwachungskommission ist zu dem Ergebnis gelangt, dass bei keiner dieser beiden Hirntodfeststellungen gegen materielle Anforderungen verstoßen wurde. Der Hirntod wurde in beiden Fällen durch die innere Leichenschau bestätigt. Die Überwachungskommission hat ihre jeweiligen Feststellungen und Beurteilungen an alle zuständigen Stellen übermittelt.

12. Sind der Bundesregierung diesbezügliche Umfragen, Untersuchungen, Überprüfungen, Studien oder ähnliches bekannt, die Aufschluss über die Qualität der Hirntodfeststellungen und der Fehlerhäufigkeit geben könnten, und wenn ja, welche?
13. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich eine Überprüfung zurückliegender Hirntoddiagnostiken in ganz Deutschland auf Sorgfältigkeit und Zweifelsfreiheit?

Die Fragen 12 und 13 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung sind keine strukturierten Untersuchungen zu diesem Thema bekannt.

14. Ist der Bundesregierung bekannt, dass die DSO im letzten Jahr eine solche Überprüfung gemacht hat, wie dies im Artikel der „taz. die tageszeitung“ „Fehler bei der Feststellung“ vom 14. Dezember 2012 (vgl. [www.taz.de](http://www.taz.de)) berichtet wird, demzufolge laut Protokoll einer DSO-Vorstandstagung vom 27. September 2012 der Vorstand die Geschäftsführenden Ärzte bittet, „alle nicht korrekt durchgeführten Hirntoddiagnostiken zu melden“, wogegen DSO-Vorstand Dr. Rainer Hess bei der Befragung im Rahmen

der Öffentlichen Anhörung zur Organspende im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages sagte, dass ihm eine solche Abfrage der DSO nicht bekannt sei (vgl. Videomitschnitt der öffentlichen Anhörung Minute 83/84 [www.bundestag.de](http://www.bundestag.de))?

Falls nein,

- a) welche Ergebnisse, Aufträge und Beschlüsse von Vorstandstagen der DSO werden dem Stiftungsrat auf Anfrage bzw. auch ohne Anfrage bekannt gemacht,
- b) haben sämtliche Mitglieder des Stiftungsrats zeitnah Einblick in die Protokolle des DSO-Vorstands,
- c) haben die Vertreter des Bundes und der Länder somit bereits Einsichtsmöglichkeit in das Protokoll der DSO-Vorstandstagung vom 27. September 2012 sowie in eine dort laut Zeitungsberichten in Auftrag gegebene Überprüfung der Hirntoddiagnostiken gehabt (bitte wenn möglich bei den Vertretern des Bundes, der Länder und der Krankenkassen im Stiftungsrat der DSO abfragen)?

Falls ja, kann die Bundesregierung per Abfrage bei der DSO oder über die Vertreter von Bund und Ländern im Stiftungsrat in Erfahrung bringen,

- a) welche Ergebnisse diese Überprüfung erbrachte,
- b) ob diese Ergebnisse schon veröffentlicht wurden, bzw. warum diese Ergebnisse bislang der Öffentlichkeit vorenthalten wurden?

Nach Angaben der DSO sind in dem zitierten Artikel der „taz.die tageszeitung“ vom 14. Dezember 2012 aus dem der „taz.die tageszeitung“ offensichtlich vorliegenden Protokoll der Sitzung des erweiterten Vorstandes der DSO vom 27. September 2012 zwei protokollierte Aussagen von Prof. Dr. Günter Kirste, damaliger medizinischer Vorstand der DSO, miteinander vermischt worden. Es könne daher der Eindruck entstanden sein, dass eine Überprüfung zurückliegender Hirntoddiagnostiken auf Sorgfältigkeit und Zweifelsfreiheit in Auftrag gegeben worden sei. Die in dem Artikel der „taz.die tageszeitung“ zitierte Anweisung von Prof. Dr. Günter Kirste bezöge sich jedoch nicht auf die Überprüfung zurückliegender Hirntoddiagnostiken. Eine nachträgliche Überprüfung aller Hirntoddiagnostiken sei der DSO nicht möglich, da die Hirntodprotokolle als Dokumente in der im Krankenhaus verbleibenden Krankenakte archiviert werden. Die in dem betreffenden Artikel der „taz.die tageszeitung“ angesprochene von Prof. Dr. Günter Kirste angeordnete Überprüfung bezöge sich ausschließlich auf die Prüfung von Sorgfältigkeit und Zweifelsfreiheit der internen Dokumentation im DSO-System (ISYS) durch die DSO-Koordinatoren.

Die in dem Artikel der „taz.die tageszeitung“ ebenfalls zitierte Bitte richte sich an die Geschäftsführenden Ärzte, alle nicht korrekt durchgeführten Diagnostiken zu melden. Nach Angaben der DSO wurden von diesen bisher keine Verstöße gemeldet.

Darüber hinaus hat die DSO mitgeteilt, dass die Protokolle über die Vorstandssitzungen entsprechend ihrer Zwecksetzung an den Kreis der teilnahmeberechtigten Personen als Basis für deren Arbeit weitergeben werden. Es bestünden nach Auffassung der DSO auch keine Bedenken dagegen, Mitgliedern des Stiftungsrates Einsicht in diese Protokolle zu geben. Dem neu zu berufenden Stiftungsrat werde auf seiner konstituierenden Sitzung der entsprechende Auszug aus dem Protokoll der Sitzung vom 27. September 2012 zur Kenntnis gegeben.

15. Erachtet die Bundesregierung entsprechende Untersuchungen zur Sorgfältigkeit und Zweifelsfreiheit der Hirntoddiagnostik als sinnvoll und notwendig, und sollten diese in Auftrag gegeben werden, sofern sie derzeit nicht vorliegen?

Aufgrund der vorgenannten Ausführungen sieht die Bundesregierung keinen Anlass, entsprechende Untersuchungen in Auftrag zu geben.

16. Wie kann die Bundesärztekammer nach Auffassung der Bundesregierung die Richtlinie zur Hirntoddiagnostik zielführend überarbeiten, wenn solche Studien und Untersuchungen nicht vorlägen und somit kaum verlässliche Daten und Angaben zu abzustellenden Mängeln existierten?

Die methodischen Details der Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes werden im Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer beraten, um den Stellenwert neuer technischer Verfahren für die Hirntoddiagnostik in der Richtlinie umzusetzen. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 11 bis 15 verwiesen.

17. Hält die Bundesregierung angesichts der vorliegenden Berichte über Mängel bei der Hirntoddiagnostik die derzeitige Qualifikation der mit der Hirntodfeststellung beauftragten Ärztinnen und Ärzte für ausreichend, oder würde es die Bundesregierung begrüßen, wenn in den Richtlinien der Bundesärztekammer die Vorschriften für die Eignung verschärft und eine entsprechende Ausbildung bzw. Qualifizierung vorgesehen würde?
18. Falls ja, welche Qualifizierung erachtet die Bundesregierung als wünschenswert, welchen zeitlichen Rahmen würde die Bundesregierung hinsichtlich einer Umsetzung für geeignet halten, und würde die Bundesregierung bei der zuständigen Bundesärztekammer darauf hinwirken?

Die Fragen 17 und 18 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung hält die derzeitige Qualifikation der mit der Hirntodfeststellung beauftragten Ärztinnen und Ärzte für ausreichend. Die Hirntoddiagnostik wird von insbesondere intensivmedizinisch erfahrenen Ärzten durchgeführt. Die Qualifikation zur Feststellung des Hirntodes ist Bestandteil verschiedener ärztlicher Weiterbildungen und wird durch das Ablegen der Weiterbildungsprüfung nachgewiesen. Nach den Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes wird in jedem Fall gefordert, dass die den Hirntod feststellenden und dokumentierenden Ärzte über „eine mehrjährige Erfahrung in der Intensivbehandlung von Patienten mit schweren Hirnschädigungen verfügen“.

19. Sind der Bundesregierung die von der Europäischen Akademie zur Erforschung von Folgen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen Bad Neuenahr-Ahrweiler formulierten Anforderungen an die Struktur des Organspendesystems und insbesondere hinsichtlich der Struktur der Koordinierungsstelle bekannt ([www.idw-online.de](http://www.idw-online.de)), und welche Rückschlüsse hat die Bundesregierung daraus gezogen?

Der Bundesregierung sind die von der Europäischen Akademie zur Erforschung von Folgen wissenschaftlich-technischer Entwicklungen Bad Neuenahr-Ahrweiler formulierten Anforderungen an die Struktur des Organspendesystems und insbesondere hinsichtlich der Struktur der Koordinierungsstelle bekannt. Diese finden sich ursprünglich dargelegt in der im Jahr 2006 von Breyer et al. vorgelegten wissenschaftlichen Publikation „Organmangel – Ist der Tod auf der

Warteliste unvermeidbar?“ und werden in der Fachwelt seit langem und zum Teil kontrovers diskutiert. Aktuell sind aus Sicht der Bundesregierung daraus keine Rückschlüsse zu ziehen.

20. Warum sind Koordinierung und Vermittlung von Organspende nicht europaweit ausgeschrieben, und warum gibt es kein Anforderungsprofil für diese Organisationen?

Zur Koordinierung und Vermittlung von Organspenden errichten oder beauftragen gemäß § 11 Absatz 1 Satz 1 und § 12 Absatz 1 Satz 2 TPG der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung. Die grundsätzliche gesetzliche Pflicht zur Durchführung einer europaweiten Ausschreibung für öffentliche Aufträge im Sinne des § 99 Absatz 1 Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) ist nicht einschlägig. Die Verträge nach § 11 Absatz 1 Satz 1 und § 12 Absatz 1 Satz 2 TPG sind keine öffentlichen Aufträge im Sinne des § 99 Absatz 1 GWB. Öffentliche Aufträge sind entgeltliche Verträge von öffentlichen Auftraggebern mit Unternehmen über die Beschaffung von Leistungen. In diesem Fall wird durch die Beauftragenden (s. o.) jedoch keine ihnen gegenüber zu erbringende Dienstleistung beschafft. Gegenstand der Verträge (Beauftragung) aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung nach dem TPG ist die Organisation der zu Gunsten der Patienten gesetzlich vorgesehenen Aufgaben der Koordinierung und Vermittlung.

21. Kennt die Bundesregierung den Vorschlag des ehemaligen Vorstandsvorsitzenden des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), Jörg Rüdiger Siewert, ein staatliches Institut für die Koordinierung der Organspende in Analogie zum Robert Koch-Institut mit einer Angliederung eines unabhängigen Instituts für die Durchführung der Hirntoddiagnostik einzurichten, und wie unterstützt die Bundesregierung solche Vorschläge (bitte begründen)?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass sich das bestehende Organspendesystem bewährt hat. Für Änderungen an diesem System wird kein Bedarf gesehen.

22. Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus der Personalsituation an den Krankenhäusern zur qualifizierten Durchführung einer Hirntoddiagnostik vor dem Hintergrund, dass die DSO den Krankenhäusern die Unterstützung durch Konsiliarteams anbietet, damit keine Organe verloren gehen, wenn aufgrund von Personalmangel keine Hirntodfeststellung erfolgen kann?
23. Hält die Bundesregierung es für angemessen, dass mit den Konsiliarteams ausgerechnet die DSO – also die Organisation, die für die Organentnahme verantwortlich ist – die Hirntoddiagnostiker in die Kliniken entsendet?

Die Fragen 22 und 23 werden aufgrund ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In § 5 TPG sind die gesetzlichen Anforderungen für die Feststellung des Hirntodes normiert. Danach stellen unabhängig von einander zwei qualifizierte Ärzte die standardisierten Kriterien des Hirntodes fest. Die Diagnose des Hirntodes ergibt sich aus der Übereinstimmung der getrennten Feststellungen der zwei Ärzte, dass die Gesamtfunktionen des Gehirns bereits unwiderruflich erloschen

sind. Darüber hinaus dürfen die an den Untersuchungen beteiligten Ärzte weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe oder Gewebe beteiligt sein. Sie dürfen auch nicht den Weisungen eines Arztes unterstehen, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. Diese Unabhängigkeit der den Hirntod diagnostizierenden Ärzte von der Organentnahme und -übertragung gilt auch für die neurologischen Konsiliarärzte. Sie unterstützen die Krankenhäuser zudem nur dann, wenn keine in der Hirntoddiagnostik ausreichend erfahrenen Ärzte vor Ort sind. Die Bundesregierung hat keine Bedenken hinsichtlich des Verfahrens, nach dem die DSO mobile neurologische Konsiliardienste für die Hirntoddiagnostik vermittelt, soweit dies nicht durch das jeweilige Entnahmekrankenhaus selbst sichergestellt werden kann.

24. Kann und will die Bundesregierung darauf hinwirken, dass die Untersuchung zur Hirntodfeststellung kostenneutral und unabhängig vom Ergebnis bezahlt wird?

Die Untersuchungen zur Hirntodfeststellung werden unabhängig vom Ergebnis vergütet. Nach Mitteilung der DSO werden die vereinbarten Pauschalen aufgrund der Einsätze und Rufdienste in der Vergangenheit kalkuliert.

25. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung darüber, ob die Erst- und Zweituntersuchung wirklich, wie vorgeschrieben, unabhängig und getrennt erfolgen?

Nach § 5 Absatz 1 Satz 1 TPG sind die Feststellungen des Hirntodes durch zwei dafür qualifizierte Ärzte zu treffen, die den Organ- und Gewebespender unabhängig voneinander untersucht haben. Zudem sind nach § 5 Absatz 2 Satz 3 TPG die Feststellungen der Untersuchungsergebnisse und ihr Zeitpunkt von den Ärzten unter Angabe der zugrunde liegenden Untersuchungsergebnisse unverzüglich jeweils in einer Niederschrift aufzuzeichnen und zu unterschreiben. Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die gesetzlichen Anforderungen ausreichend sind, um die Unabhängigkeit der Erst- und Zweituntersuchung zu gewährleisten. Im Übrigen haben die nächsten Angehörigen nach § 5 Absatz 2 Satz 4 und 5 TPG das Recht auf Einsichtnahme in die Krankenakte und können dabei eine Person ihres Vertrauens – z. B. einen Arzt – hinzuziehen.

Erkenntnisse darüber, dass die gesetzlichen Anforderungen nicht eingehalten werden, liegen der Bundesregierung nicht vor.



