



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

**Der Einfluss der divergierenden politischen
Organspendestrukturen und -prozesse in
Deutschland und Spanien auf die
Spendenbereitschaft und -praxis: Ein vergleichendes
Scoping-Review**

Bachelorarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften

Vorgelegt von
Annika Karcher

Hamburg, den 26.08.2024

1. Gutachter: Prof. Dr. York Zöllner
2. Gutachter: Prof. Dr. Dr. Michael Haufs

Abstract

Hintergrund: Die Bachelorarbeit untersucht den Einfluss divergierender politischer Institutionsstrukturen und -prozesse auf die Organspendenbereitschaft und -praxis in Deutschland und Spanien. Es wird analysiert, wie gesetzliche Regelungen, administrative Hierarchien und organisatorische Formen zu den unterschiedlichen Organspendenraten beitragen. Der Fokus liegt auf der postmortalen Organspende von vermittlungspflichtigen Organen, einschließlich gesellschaftlicher Akzeptanz, Aufklärung und medizinischer Voraussetzungen.

Methoden: Zur Darstellung der Ergebnisse wurde das Format des vergleichenden, systematischen Scoping-Reviews gewählt, um die umfassende Thematik ganzheitlich zu erfassen. Eine systematische Literaturrecherche in PubMed nach dem PICO-Modell identifizierte 288 Datensätze. Nach Anwendung von Ein- und Ausschlusskriterien gemäß PRISMA wurden sieben relevante Datensätze aus PubMed sowie neun weitere Datensätze durch narrative Suche und Überprüfung von Referenzlisten eingeschlossen.

Ergebnisse: Spanien verzeichnete 2023 mit 2.346 postmortalen Organspenden (48,9 Spenden pro Million Einwohner) einen Anstieg von 39,4 Prozent seit 2014. Deutschland erreichte mit 965 Spenden (11,4 Spenden pro Million) nur einen Zuwachs von 11,7 Prozent. Spanien zeigt höhere Effizienz bei der Umwandlung potenzieller Spender*innen in tatsächliche Spender*innen, dank zentraler Koordination und effektiven Krankenhausprozessen. In Deutschland beeinträchtigen organisatorische Defizite, Unwissenheit und negative Medienberichterstattung die Spendenrate. Die Unterschiede in den gesetzlichen Rahmenbedingungen (Opt-In vs. Opt-Out) haben einen geringeren Einfluss auf die Spendenbereitschaft als die praktische Umsetzung und Verwaltung der Spendenprozesse.

Schlussfolgerungen: Die Organspende ist von multikausalen und komplexen Faktoren innerhalb eines ethisch-sensiblen Bereiches abhängig, wodurch Vertrauen und die Betrachtung des Gesamtbildes essenziell sind. Die höheren Spendenraten in Spanien sind auf effizientere organisatorische Strukturen zurückzuführen, während in Deutschland Defizite in der Identifizierung und Kommunikation potenzieller Spendenden bestehen. Diese Ergebnisse sind wichtig für zukünftige Strategien zur Steigerung der Organspendenraten.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
2 Physiologische und medizinische Voraussetzungen für eine Organspende	4
2.1 Hirntod und Hirntoddiagnostik	5
2.2 Herztod	9
3 Institutionsstrukturen und -prozesse der Organspende	10
3.1 Transplantationsgesetze	11
3.1.1 Entscheidungslösung in Deutschland	11
3.1.2 Widerspruchsregelung in Spanien	13
3.2 Das deutsche Gesundheitssystem im Kontext der Organspende	15
3.2.1 Organisation der Organspende in Deutschland	16
3.2.2 Rolle der / des Transplantationsbeauftragten im deutschen System	18
3.3 Das spanische Gesundheitssystem im Kontext der Organspende	19
3.3.1 Das spanische Organspende-Modell	20
3.3.2 Die Organización Nacional de Trasplantes (ONT)	22
3.3.3 Rolle der / des Transplantationskoordinator*in im spanischen System	23
4 Methodik	24
5 Ergebnisse: Vergleich und Analyse der Unterschiede	29
5.1 Deskriptive Analyse	31
5.2 Auswirkungen der divergierenden Gesetzeslage auf die Spendenbereitschaft und -praxis	35
5.3 Einfluss der divergierenden Organisationsstrukturen und -prozesse auf die Spendenbereitschaft und -praxis	39
5.4 Auswirkungen von sekundären institutionellen Faktoren auf die Spendenbereitschaft und -praxis	46
6 Diskussion	48
7 Fazit und Ausblick	55
Literaturverzeichnis	57
Rechtsquellenverzeichnis	65
Glossar	68
Anhang	70
Eidesstattliche Erklärung	74

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die drei Schritte der Hirntoddiagnostik im Flussdiagramm von der Website Organspende-info.de (Organspende-info.de, o.J.c)	7
Abbildung 2: Die Organisation der Organspende in Deutschland mit der Darstellung aller beteiligten Akteur*innen nach der DSO (DSO, o.J.b).	17
Abbildung 3: PRISMA-Flow-Chart zur Eingrenzung und Auswahl der Ergebnisse aus der Literaturrecherche - eigene Darstellung.....	28
Abbildung 4: Verlauf der absoluten Anzahl an Organspenden in den Jahren 2014 bis 2023 in Spanien und Deutschland (ONT, 2024, S.9 & DSO, 2024d, S.6) - eigene Darstellung	31
Abbildung 5: Vergleich der Bereitschaft zur postmortalen Organspende in der spanischen und deutschen Bevölkerung (Scandroglio et al, 2011, S.159 & Zimmering & Hammes, 2023, S.104) - eigene Darstellung.....	34

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Die Asystolie-Klassifikationen nach spanischen Vorgaben der ONT - eigene Darstellung (ONT, 2012, S.12-13).....	9
Tabelle 2: Darstellung der Schlagworte für Suchstring nach dem PICO-Schema - eigene Darstellung	26
Tabelle 3: Differenzierte politische Institutionsstrukturen und -prozesse in Deutschland und Spanien im Rahmen der Organspende - eigene Darstellung.....	29
Tabelle 4: Darstellung der Analyse der deutschen Krankenhausaufenthalte zwischen 2010 bis 2015 in Bezug auf die Organspende (Schulte et al., 2018, S.464-465) - eigene Darstellung	42
Tabelle 5: Darstellung der Analyse der deutschen Krankenhausdaten in Bezug auf die Organspende im Jahr 2016 (Esser et al., 2020, S.5-6) – eigene Darstellung....	43

Abkürzungsverzeichnis

BÄK	Bundesärztekammer
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DBD	Donation after Brain Death
DCD	Donation after Cardiocirculatory Death
DKG	Deutschen Krankenhausgesellschaft

DSO	Deutsche Stiftung Organtransplantation
EEG	Elektroenzephalographie
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HLW	Herz-Lungen Wiederbelebung
ICP	Intrakranieller Druck
IHA	Irreversibler Hirnausfall
MeSH	Medical Subject Headings
NHBD	Non-Heart-Beating Donors
NLM	National Library of Medicine
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
PaCO ₂	Kohlenstoffdioxid-Partialdruck
PMC	PubMed Central
Ppm	Parts per million (Anzahl pro einer Millionen)
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
SHT	Schädel-Hirn-Trauma
SNS	Sistema Nacional de Salud
TPG	Transplantationsgesetz
TxB	Transplantationsbeauftragte*r
u.a.	Unter anderem
WHO	World Health. Organization

1 Einleitung

Als Organspende wird die freiwillige Entnahme und Übertragung eines Organs oder Teile eines Organs von einer spendenden Person auf eine empfangende Person verstanden (Machetanz, 2022). Dabei wird zwischen der postmortalen Spende und der Lebendspende unterschieden. Die erste erfolgreiche Organentnahme und -transplantation fand 1954 in den USA statt. Seitdem hat sich dieses medizinische Verfahren weltweit etabliert und zählt zu den bedeutendsten Fortschritten der modernen Medizin im 20. Jahrhundert (Scholz, 2020, S. 2). Organtransplantationen sind die Standardbehandlung bei chronischem Organversagen und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung von Lebenserwartung und Lebensqualität. Allerdings besteht ein kritischer Engpass bei der Verfügbarkeit von Spender*innenorganen. Aufgrund der Knappheit entsteht in einem unvollkommenen Markt ein anhaltendes Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage (Qu et al., 2024, S.1). Daher erfolgt die Verteilung von Organen anhand einer Priorisierung auf Basis von Indikatoren und Kennzahlen, die in einer Warteliste zusammengefasst sind (Fuchs, 2009). Dennoch ist es keine Seltenheit, dass Menschen unter den direkten Folgen des Organmangels auf der Warteliste versterben (Qu et al., 2024, S.1).

In den deutschen Medien rückt das Thema Organmangel zunehmend in den Fokus. Jedoch sorgen diese Nachrichten über das deutsche System eher für Besorgnis. So titelte die WELT im Mai 2024: *„Experte: Immer noch zu wenig potenzielle Organspender“* (WELT, 2024). Die Problematiken des Organmangels haben dazu geführt, dass die gesetzliche Widerspruchslösung zunehmend in den Fokus der politischen Entscheidungstragenden rückt (Arshad et al., 2019, S.1454). So berichtete die ZEIT im Juni 2024: *„Organspende: Bundesrat debattiert über Widerspruchslösung“* (Zeit Online, 2024). Der niedersächsische Gesundheitsminister betonte, dass die Widerspruchslösung Menschleben rette (NDR, 2024) und auch sein Amtskollege aus Nordrhein-Westfalen sieht für die Etablierung deutliche Erfolge voraus (Aertzeblatt, 2024a). Diese intensiven Diskussionen und Initiativen verdeutlichen die Bedeutung, die der Steigerung der Organspendenbereitschaft und der Verbesserung der Organspendenpraxis beigemessen wird. Die angestrebten Änderungen und Lösungen werden oft mit dem spanischen Modell begründet, welches als Vorbild dient. Die Erfolge Spaniens im Bereich der Organspende werden in Veröffentlichungen immer wieder hervorgehoben, etwa mit Aussagen wie:

„Spanien hat 2023 erneut seinen eigenen Rekord bei Organspenden gebrochen. Im vergangenen Jahr wurden dort 5.861 Organtransplantationen durchgeführt, das sind 16 pro Tag und etwa neun Prozent mehr als 2022“ (Aerzteblatt, 2024b). Damit verzeichnete Spanien mit 48,9 Spenden pro eine Millionen Einwohner*innen (ppm) die höchste Anzahl an Organspenden in Europa. Deutschland hingegen lag mit 11,4 Spenden ppm im unteren Drittel der Vergleichsliste (ONT, 2024a, S.10). Die World Health Organization (WHO) empfiehlt daher ausdrücklich, die Prinzipien des spanischen Modells zu übernehmen, um die Organspendenraten zu steigern und die nationalen Systeme zu verbessern (Rodríguez-Arias et al., 2010, S.1109). Dabei wird jedoch häufig der Unterschied auf die divergierenden Gesetzgebungen reduziert, wie die Bestrebungen der deutschen Regierung bestätigten, ohne das Gesamtkonzept umfassend zu berücksichtigen. Mit einer Organspende ist jedoch eine Reihe von medizinischen, rechtlichen, religiösen, kulturellen und ethischen Grundsätzen verbunden (Scholz, 2020, S.2). Dennoch ist es unklar, in welchem Ausmaß die länderspezifischen Verhältnisse das Verhalten hinsichtlich der Spendenbereitschaft und -praxis beeinflussen. Während religiöse, kulturelle und ethische Grundsätze jedem Individuum obliegen und unverändert bleiben sollten, gibt es gesetzliche Rahmenbedingungen, medizinische Voraussetzungen und Strukturen, die veränderbar sind. Diese Anpassungen sollten jedoch gezielt gestaltet werden, um die öffentliche Gesundheit sicher und nachhaltig zu stärken.

Daraus resultierend ergeben sich mehrere zentrale Ziele für die vorliegende Bachelorarbeit. Eine umfassende Beschreibung und Analyse der politischen Institutionsstrukturen und -prozesse in Deutschland und Spanien sollen die Auswirkungen auf die Bevölkerung detailliert darstellen. Im Mittelpunkt steht dabei die Ausarbeitung der gesetzlichen und administrativen Unterschiede zwischen den beiden Ländern. Ein weiteres Ziel besteht darin, die Hauptursachen für die unterschiedlichen Organspendenzahlen zu identifizieren, indem die Wirksamkeit der jeweiligen Gesetzeslagen und Organisationsstrukturen untersucht wird. Zudem werden weitere Einflussfaktoren berücksichtigt, welche sich aus diesen gesetzlichen Regelungen und organisatorischen Rahmenbedingungen ableiten, wie etwa gesellschaftliche Akzeptanz, Aufklärung, Informiertheit, Kommunikation und medizinische Voraussetzungen. Die Untersuchung, inwieweit und auf welche Weise die politischen Institutionsstrukturen und -prozesse die Spendenbereitschaft und -praxis beeinflussen, ist entscheidend für mögliche Systemänderungen zur Steigerung der Organspendenzahlen und unterstützt die aktuellen Debatten. Diese Zielsetzung

führt daher zur zentralen Forschungsfrage der Thesis: „**Welchen Einfluss haben die divergierenden politischen Institutionsstrukturen und -prozesse der Organspende in Deutschland und Spanien auf die Spendenbereitschaft und -praxis?**“

Dabei bezieht sich die Arbeit ausschließlich auf die postmortale Organspende und auf vermittlungspflichtige Organe, wie Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse und Darm (§ 1a Abs.2 TPG & Gesetz 2070/1999, 1999, Art.3 Abs.1). Der Schwerpunkt liegt auf dem Bereich der Spende, da hier die Ursachen für eine hohe oder niedrige Spendenbereitschaft als auch für eine effiziente oder ineffiziente Spendenpraxis vermutet werden. Der Transplantationsprozess wird daher nicht erläutert. Gesetze, Koordinierungsstellen, beteiligte Akteur*innen und Umsetzung werden im Kontext der politischen Institutionsstrukturen und -prozesse verstanden.

Zunächst werden im ersten Teil des theoretischen Hintergrunds die physiologischen und medizinischen Voraussetzungen für eine Organspende erläutert, wobei detailliert das Konzept des Hirntodes und dessen Diagnose behandelt werden. Weiterhin wird der Herztod erläutert, welcher in Spanien von Bedeutung ist. Im zweiten Teil des theoretischen Hintergrunds wird das Verständnis der Ergebnisse durch die Beschreibung der relevanten divergierenden Institutionsstrukturen und -prozesse in Deutschland und Spanien vertieft. Hierbei werden die Gesundheitssysteme beider Länder im Kontext der Organspende beleuchtet, einschließlich der organisatorischen Zuständigkeiten in Deutschland im Vergleich zum umfassenderen spanischen Organspende-Modell. Abschließend wird die Rolle der zuständigen Personen in den Krankenhäusern vor Ort differenziert betrachtet. Im Anschluss folgt eine detaillierte Beschreibung der Methode der systematischen Literaturrecherche zur Erstellung des vergleichenden Scoping-Reviews. Im Ergebnisteil vertieft eine deskriptive Analyse die relevanten statistischen Daten, die zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen und sowohl direkten als auch indirekten Einfluss auf die Spendenbereitschaft und -praxis haben können. Danach werden die divergierenden Gesetzeslagen, die unterschiedlichen Organisationsstrukturen und weitere resultierende sekundäre Faktoren analysiert, die Einfluss auf die Spendenbereitschaft und -praxis ausüben. In der Diskussion wird das methodische Vorgehen sowie die Ergebnisse kritisch reflektiert. Zudem werden Stärken und

Limitationen der Arbeit herausgearbeitet. Die Arbeit schließt mit einem Fazit, welches die Forschungsfrage beantwortet, ab.

2 Physiologische und medizinische Voraussetzungen für eine Organspende

Grundsätzlich sind die medizinischen Voraussetzungen für eine Organspende in Deutschland und Spanien ähnlich definiert. Eine physiologische Altersgrenze gibt es nicht, vielmehr ist der Gesundheitszustand der verstorbenen Person entscheidend (Organspende-info.de, o.J.a & ONT, 2015, S.9). Potenzielle Spender*innen kommen unter anderem in akuten Zuständen, wie einem schweren Multiorganversagen oder einem therapierefraktärem Kreislaufschock für eine Entnahme nicht in Frage (Hahnenkamp, 2022, S.11f.). Weiterhin bilden „*unbehandelte oder unkontrollierte schwere systemische Infektionen*“ (ebd., S.12) mit Erregern, wie *Acinetobacter baumannii*, HIV, aktiver Tuberkulose oder Infektionen mit Keimen unbekannter Herkunft eine absolute Kontraindikation (ebd., S.12 & ONT, 2015, S.9). Auch akute und vergangene pathogenetische Tumorerkrankungen der Spendenden stellen ein Hindernis dar. Zwar sind aktive, metastasierte Neoplasien zunächst ein Ausschlusskriterium für den / die Spender*in, jedoch müssen diese immer auf individueller Basis beurteilt werden (Hahnenkamp, 2022, S.11 & ONT, 2015, S.9). „*Die medizinische Nutzen-Risiko-Analyse für den Empfänger ist abschließend nur als Einzelfallentscheidung in der Gesamtschau aller Befunde im Transplantationszentrum organspezifisch zu bestimmen*“ (Hahnenkamp, 2022, S.11). Dies ist ein allgemein geltender Vorsatz für alle Spendenden-Evaluationen (ebd., S.12). Die wichtigste physiologische Voraussetzung für eine Organspende in Deutschland ist das Einsetzen des Hirntods der potenziell spendenden Person (Organspende-info.de, o.J.a). Auch in Spanien ist dies der Fall, allerdings werden hier gleichfalls zu den ‚Heart-beating Donors‘ (Spender*innen mit diagnostiziertem Hirntod) auch die ‚Non-heart-beating Donors‘ (Spender*innen mit Herztod) als Voraussetzung für eine Organspende akzeptiert (Deutscher Ethikrat, 2015, S.113).

Im Folgenden wird der Zustand des Hirntodes und die spezifische Diagnostik, sowie der Herztod als medizinische Voraussetzung für eine Organspende näher definiert und erläutert.

2.1 Hirntod und Hirntoddiagnostik

Das Konzept des Hirntods und der Hirntoddiagnostik stellt einen komplexen und aufwendigen Prozess dar, welcher nach Prüfung diverser wissenschaftlicher Quellen in Deutschland und Spanien nach ähnlichen Kriterien abläuft. Daher wird das Vorgehen in Einem erläutert und nicht Länderspezifisch differenziert.

Als Hirntod wird der vollständige und irreversible Hirnfunktionsausfall definiert (Hahnenkamp, 2022, S.13), welcher entweder auf einem intrakraniellen oder extrakraniellen Geschehen beruht (WHO, 2014, S.3). Im pathophysiologischen Kontext bedeutet der Hirntod, dass die Hirnzellen als Reaktion auf einen Sauerstoffmangel oder eine direkte Kompression geschädigt werden und in der Folge anschwellen. Die Hirnschwellung und die eingeschränkte bis mangelnde Blutversorgung verursachen eine Zunahme des intrakraniellen Drucks (ICP). Durch die Inflexibilität des Schädelknochens kann dieser dem steigenden Druck nicht nachgeben, sodass der Prozess der mangelnden Durchblutung weiter voranschreitet. Es folgt die Kompression der drei groben Abschnitte des Gehirns: Das Großhirn, das Kleinhirn und der Hirnstamm. Steigt der Druck so weit an, dass das Gehirn nicht mehr durchblutet wird, setzt der irreversible Untergang der Hirnmasse und damit der Hirntod ein (Organspende-info.de, o.J.b & Yoshikawa et al., 2021, S.2542). Auf den Hirntod folgen unmittelbar der Herzstillstand und der Ausfall der weiteren Organe. Dieser vollkommene, körperliche Funktionsverlust ist für einen kurzen Zeitraum durch maschinelle Beatmung und Kreislaufunterstützende Medikamente aufzuhalten. Eine Wiederaufnahme der selbstständigen Funktionen bzw. die Rückkehr ins Leben in einer körperlich-geistigen Einheit ist jedoch ausgeschlossen (Organspende-info.de, o.J.b & Rickels & Förderreuther, 2022, S.50).

Die Hauptursache für einen extrakraniellen, sekundären Hirntod ist *„ein Herzstillstand ohne angemessene Wiederbelebung, der zu einem verminderten intrakraniellen Blutfluss und einer ischämischen Hirnschädigung führt“* (Yoshikawa et al., 2021, S.3543). Dies hat zur Folge, dass das geschädigte Gewebe anschwillt und den intrakraniellen Druck erhöht. Die primären intrakraniellen Mechanismen, welche zu einem Hirnfunktionsausfall (IHA) führen, sind differenzierter zu klassifizieren:

- Global (u.a. Hirnödem, generalisierte Schwellung, Entzündungen, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumor)
- Lokal / Ischämisch (u.a. Schlaganfall, Infarkte, Thrombosen)
- Hämorrhagisch (u.a. Subarachnoidalblutung, Intraventrikulären Blutung, Subdurales Hämatom) (Organspende-info.de, o.J.b & Yoshikawa et al., 2021, S.3543 & Förderreuther, 2022, S.128)

Klinische Symptome, wie eine schwere strukturelle Hirnschädigung, ein komatöser Zustand, ein unkontrollierbarer ICP, eine Pupillenerweiterung, sowie ein fehlender Hustenreflex und Atemantrieb bieten einen hinreichenden Verdacht eines drohenden IHA (Förderreuther, 2022, S.129). Zudem können eine Bradykardie und eine systolische Hypertension auftreten (Briegel, 2022, S.155). Die endgültige Feststellung des IHA „erfolgt nach speziellen, reglementierten Verfahren, die über die grundlegenden ärztlichen Kompetenzen für die Feststellung des Todes durch eine sorgfältige Leichenschau hinausgehen“ (Rickels & Förderreuther, 2022, S.50). Der Nachweis des IHA erfolgt durch mindestens zwei qualifizierte Ärzt*innen, welche die Diagnostik unabhängig durchführen und zum gleichen Ergebnis kommen müssen. Beide untersuchende Fachärzt*innen müssen eine mehrjährige intensivmedizinische Erfahrung vorweisen. Zusätzlich muss einer der Untersuchenden, Neurolog*in oder Neurochirurg*in sein, dürfen jedoch nicht die Rolle des Transplantationsbeauftragten innehaben (ebd., S.51).

Der gesamte Prozess beinhaltet zunächst die Prüfung der Voraussetzungen für eine reibungslose Durchführung der Diagnostik (Organspende-info.de, o.J.c). Dies bedeutet die Überprüfung der Abwesenheit von reversiblen Funktionsstörungen, welche die Hirnaktivität beeinflussen können. Hierzu zählt der Ausschluss von reversiblen äußeren physikalischen Einwirkungen, wie einer induzierten Hypothermie von $< 32^{\circ}\text{C}$. Es wird eine Normtemperatur des / der Spender*in von mindestens 35°C empfohlen. Weiterhin darf der / die potenzielle Spender*in nicht unter dem Einfluss von toxischen, neurodepressiven oder lähmenden Medikamenten stehen (WHO, 2014, S.8 & Ostabal Artigas, 2002, S.22). Auch schwerwiegende hydroelektrolytische Störungen und Verschiebungen des Säure-Basen-Haushaltes sollten zuvor medikamentös behoben werden (WHO, 2014, S.8). Nachdem andere Ursachen der klinischen Ausfallssymptome ausgeschlossen wurden, folgt die tatsächliche Feststellung des Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (siehe Abbildung 1). Die zu untersuchende klinische Symptomatik des IHA lässt sich in drei Bereiche differenzieren: Die tiefe Bewusstlosigkeit, der Ausfall der Hirnstammreflexe und der Ausfall der Spontanatmung (Organspende-info.de, o.J.c).

Die schwerste Form der Bewusstlosigkeit ist das tiefe Koma, wobei der / die Patient*in auf keinerlei äußere Reize reagiert. Dies wird mit der Hilfe von geeigneten Schmerzreizen und dem Ausbleiben von Abwehrreaktionen und Grimassieren, sowie

einem fehlenden Anstieg von Blutdruck und Puls überprüft (Organspende-info.de, o.J.c & Yoshikawa et al., 2021, S.3544).



Abbildung 1: Die drei Schritte der Hirntoddiagnostik im Flussdiagramm von der Website Organspende-info.de (Organspende-info.de, o.J.c)

Der Ausfall der Hirnstammreflexe findet durch die folgenden Prüfungen statt:

- **Pupillenreaktion auf Licht:** Keine Reaktion auf Licht, Pupillen sind weit und starr.
- **Korneal Reflex:** Kein Reflex bei Berührung der Hornhaut.
- **Oculozephaler Reflex:** Keine Augenbewegung bei Kopfbewegung.

- **Okulovestibulärer Reflex:** Keine Augenbewegung bei Spülung der Ohren mit kaltem Wasser (Kalorische Prüfung).
- **Husten- und Würgereflex:** Keine Reaktion auf Reizung des Rachens oder der Bronchien (Yoshikawa et al., 2021, S.3544 & ONT, 2017, S.30ff. & Ostabal Artigas, 2002, S.22f.).

Der Ausfall der Spontanatmung wird mit Hilfe eines Apnoe-Tests dokumentiert. Für eine adäquate Durchführung und Evaluierung sollten der Blutdruck, der Volumenstatus und der Gasaustausch in einem physiologischen Zustand sein. Weiterhin sollten relevante Vorerkrankungen, welche zu einer CO₂-Retention führen, ausgeschlossen werden. Zunächst wird der / die potenzielle Spender*in mit 100 Prozent Sauerstoff beatmet, danach werden die Atemfrequenzen auf eine unphysiologische Frequenz reduziert. Im Verlauf wird der / die Patient*in vom Beatmungsgerät getrennt. Der komplette Ausfall der Spontanatmung wird bei fehlender Atembewegung und Atemantrieb bei einem im Blut gemessenen Anstieg des PaCO₂ von ≥ 60 mmHg bestätigt (Förderreuther, 2022, S.136 & Yoshikawa et al., 2021, S.3544).

Der Gesamtprozess (siehe Abbildung 1) schließt mit der Prüfung der Unumkehrbarkeit ab. Dies bedeutet, dass das Verfahren von der Art und Lage der Hirnschädigung abhängig ist. Folglich „*werden die klinischen Untersuchungen nach einer festgelegten Wartezeit (12 Stunden beziehungsweise 72 Stunden) wiederholt oder es erfolgen apparative Zusatzuntersuchungen*“ (Organspende-info.de, o.J.c & DSO, 2024a). Dies bedeutet bei fehlendem erforderlichen Beobachtungszeitraum von 12 Stunden bei einer primären Hirnschädigung und 72 Stunden bei einer sekundären Hirnschädigung kann der IHA mit folgenden Untersuchungen nachgewiesen werden:

- Null-Linien EEG
- Nachweis des zerebralen Zirkulationsstillstandes durch eine CT-Angiographie, einer Dopplersonographie / Duplexsonographie, eine Perfusionsszintigraphie oder eine konventionelle Angiographie
- Erlöschen oder der Ausfall evozierter Potentiale durch elektrische, visuelle und auditive Reizprovokationen (DSO,2024a).

Die Hirntoddiagnostik endet mit der länderspezifischen Dokumentation des Prozesses, welche die klinischen und ergänzenden apparativen Untersuchungsbefunde, sowie Datum, Uhrzeit und Name der untersuchenden Ärzt*innen beinhalten (DSO,2024a & Gesetz 2070/1999, 1999, Anhang).

2.2 Herztod

Der Begriff des Herztodes beschreibt den irreversiblen Verlust der Herz-Kreislauf Funktion (ONT, 2012, S.11) und ist gekennzeichnet durch fehlende Reaktionsbereitschaft, fehlende Ansprechbarkeit, fehlendes Bewusstsein und dem Ausbleiben der Atmung, sowie einem nicht-messbarem Puls und Blutdruck (WHO, 2014, S.5). Die Organspende ohne schlagendes Herz (Non-Heart-Beating Donor, NHBD) wird als Basis des Eintretens des sekundären Hirntods begründet (De Jonge et al., 2016, S.152). An eine potenzielle Herztod-Spende werden diverse Bedingungen gestellt. Der Zeitrahmen zwischen einem Herzstillstand und der professionellen Herz-Lungen Wiederbelebung (HLW) für eine Erhaltung der transplantierbaren Organe darf nicht die 15 Minuten überschreiten. Weiterhin sollte die Zeit zwischen der begonnenen HLW und der Ankunft im Krankenhaus nicht länger als 120 Minuten andauern. Der Verdacht auf ein Trauma oder eine massive Blutung als Todesursache müssen ausgeschlossen werden. Auch darf das äußere Erscheinungsbild nicht auf eine injizierende Drogenabhängigkeit hinweisen (Gomez-de-Antonio & Varela, 2011, S.2 & ONT, 2012, S.14).

Die Einteilung der Asystolie-Spender*innen werden international weitestgehend nach dem Maastricht-Protokoll durchgeführt. Benannt wurde diese Klassifikation nach der Uniklinik der niederländischen Stadt, in der seit den 80er-Jahren die NHBD umgesetzt wird (Siegmond-Schultze & Zylka-Menhorn, 2008). Jedoch hat Spanien im Verlauf dieses System angepasst und die Asystolie heterogener differenziert. Die Maastricht-Kategorien wurden hierbei modifiziert und an die Realität auf der Basis von Erfahrungen erweitert (ONT,2012, S.12). Die Spender*innen werden in zwei Hauptkategorien eingeteilt, den unkontrollierten und den kontrollierten Spender*innen (siehe Tabelle 1), wobei hier weiter geclustert wird. Trotzdem wird im spanischen Recht nicht zwischen den Arten der Herz-Kreislauf-Stillstände unterschieden, sodass der allgemeine Beobachtungszeitraum zur Sicherstellung der Irreversibilität auf 5 Minuten festgelegt wurde (ebd., S.14).

Tabelle 1: Die Asystolie-Klassifikationen nach spanischen Vorgaben der ONT - eigene Darstellung (ONT, 2012, S.12-13)

Art der Asystolie	Kategorie	Definition	Lokalisation
Nicht-Kontrolliert	I	Plötzlicher Tod ohne Wiederbelebung (z.B. Trauma)	Außerhalb des Krankenhauses

	II	Erfolgreiche Wiederbelebung	Außerhalb oder Im Krankenhaus (Notaufnahme)
Kontrolliert	III	Anstehender Herzstillstand	Im Krankenhaus (Intensivstation)
	IV	Herzstillstand bei Hirntod	Im Krankenhaus (Intensivstation)

In der vorliegenden Klassifikation wird der Nicht-Kontrollierte Typ I in der Regel nicht zum Spendenden, da der Herz-Stillstand auf einem offensichtlich traumatischen Ereignis basiert. Der Typ II wird in zwei Unterkategorien aufgeteilt. So tritt bei Typ IIa der spontane Herzstillstand außerhalb des Krankenhauses auf und wird vom Rettungsdienst versorgt. Der / die Patient*in wird unter Herzdruckmassage und Beatmaßmaßnahmen in ein Krankenhaus verlegt. Bei Typ IIb wird der spontane Herzstillstand im Krankenhaus durch Fachpersonal beobachtet und die sofortige HLW eingeleitet. Wenn in beiden Fällen die Maßnahmen erfolglos bleiben, sodass kein spontaner Kreislauf mehr zustande kommt, wird der potenzielle Spendende bis zur Entnahme mithilfe einer Herz-Lungen-Maschine therapiert. Die kontrollierten Arten werden in Krankenhäusern lokalisiert (ONT, 2012, S.12). Typ III definiert den anstehenden Herzstillstand, wobei die potenzielle Organspende vor der Begrenzung der lebenserhaltenden Behandlung mit den Angehörigen abgesprochen wird. Der vierte definierte Typ beschreibt den Herzstillstand während einer Hirntod Diagnose, sodass das Verfahren bei frustraner Wiederbelebung in eine Asystolie-Spende geändert werden kann (ebd., S.13).

Grundsätzlich sollte der Tod als integraler Bestandteil der Betreuung am Lebensende verstanden werden, sodass das System jederzeit darauf vorbereitet ist, dass eine Organspende nach Typ III ermöglicht wird (ebd., S.20).

3 Institutionsstrukturen und -prozesse der Organspende

Neben den medizinischen und physiologischen Voraussetzungen (siehe Kapitel 2) müssen institutionelle und organisatorische Zusammenhänge für einen erfolgreichen Organspendeprozess erfüllt werden. Hierbei gibt es grundlegende Unterschiede zwischen Deutschland und Spanien in Bezug auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen. Zudem spielen die Hierarchien und die Priorisierung der

Organspende in den Gesundheitssystemen eine wesentliche Rolle. Daher werden in den folgenden Unterkapiteln diese länderspezifischen Gegebenheiten sachlich und ohne Wertung erläutert.

3.1 Transplantationsgesetze

Bei der Organspende handelt es sich um eine ethisch-sensible und äußerst komplexe Thematik. Daher ist eine exakte Auflistung aller Voraussetzungen und Umsetzungsmechanismen im gesetzlichen Rahmen unabdingbar. Im internationalen Vergleich unterscheidet man zwischen Opt-In- und Opt-Out-Gesetzen zur Organspende. Opt-In-Gesetze erfordern eine ausdrückliche Zustimmung zur Organspende, wie es bei der Entscheidungslösung in Deutschland der Fall ist. Im Gegensatz dazu implizieren Opt-Out-Gesetze eine mutmaßliche Zustimmung, wenn keine ausdrückliche Ablehnung erfolgt. In Spanien gilt eine weiche Widerspruchslösung, da die Angehörigen im Falle eines fehlenden Widerspruchs die endgültige Entscheidung über die Organspende treffen. Bei harten Opt-Out-Systemen hingegen werden die Organe von Patient*innen, die zu Lebzeiten keinen Widerspruch eingelegt haben, automatisch gespendet (Scholz, 2020, S.4f.).

Sowohl in Deutschland als auch in Spanien wurden die Gesetze mehrfach ergänzt und geändert, um Organspendenraten zu steigern und Qualitätsstandards zu sichern. Relevante Anpassungen für die Entwicklungen im Ergebnisteil werden im Folgenden aufgezeigt. Da sich die vorliegende Arbeit ausschließlich mit der postmortalen Organspende und der Spende von Organen beschäftigt, werden die Anteile bezogen auf Lebendspende, Gewebetransfer und Transplantation nicht erläutert.

3.1.1 Entscheidungslösung in Deutschland

Durch die Verabschiedung des Transplantationsgesetzes (TPG) im Jahr 1997 wurden die rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Organspende geschaffen (Siepmann, 2022, S.36). Es regelt bis heute die Vorgaben zur „Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen, die nach dem Tod oder zu Lebzeiten gespendet werden“ (DSO, 2024b). Kennzeichnend für das deutsche TPG ist die komplexe und strikte Aufgabentrennung der vorgesehenen Strukturen (Rahmel, 2022, S.4). Für die Gewährleistung eines hohen Qualitätsstandards und das Einhalten von EU-Richtlinien wurde das TPG über die Jahre mehrfach angepasst (Siepmann, 2022, S.36). Nachdem im Jahr 2012 das Gesetz zur Änderung des TPGs verabschiedet wurde, wurden verbindliche Standards zur Verbesserung der Sicherheit und Qualität des

Transplantationssysteme aufgenommen. Die Krankenhäuser wurden verpflichtet mindestens eine Person als Transplantationsbeauftragten zu bestellen (ebd., S.37). Überdies wurde mit dieser Gesetzesänderung *„die bisherige erweiterte Zustimmungslösung durch die Entscheidungslösung ersetzt. Alle Bundesbürger sollen ihre eigene Bereitschaft zur Organ- und Gewebespende auf Grundlage fundierter Informationen prüfen und schriftlich festhalten“* (DSO, o.J.a). Der charakteristische Unterschied ist die aktive Forderung der Bürger*innen zu einer Entscheidung zu Lebzeiten, indem die gesetzlichen Krankenkassen ihren Mitglieder*innen alle zwei Jahre Fachmaterialien und Organspendeausweise zur Verfügung stellen. Eine Entscheidung ist jedoch nicht verpflichtend (DSO, o.J.a). Da sich die Organspende Statistik im Verlauf nicht verbesserte, wurde im Jahr 2020 das ‚Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende‘ verabschiedet (BMG, 2024a). Im Grundsatz der erweiterten Entscheidungslösung änderte dieses Gesetz nichts, dennoch wurde die Einführung eines nationalen Organspende-Registers durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) beschlossen (BMG, 2024b & §2a TPG). Zudem sollen in Zukunft auch Hausärzt*innen und Erste-Hilfe-Kurse stärker in die Informationsvermittlung einbezogen werden (BMG, 2024b & §2 TPG).

In Deutschland wird das TPG durch eine erlassene TPG-Verordnung, den Landesausführungsgesetzen, den Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) und den Verfahrensanweisungen der Deutschen Stiftung Organspende (DSO) erweitert. Diese Ergänzungen basieren auf der Grundlage des geltenden TPG und dienen der Anpassung auf den aktuellen wissenschaftlichen Standard, geographischen und infrastrukturellen Gegebenheiten, sowie der Entnahme und des sicheren Transports der Organe (DSO, 2024b).

Das oberste Ziel des deutschen TPGs ist es, die Bereitschaft zur Organspende zu fördern, indem die Bevölkerung aktiv und ergebnisoffen informiert wird. Die Menschen sollen eine unabhängige Entscheidung zu Lebzeiten dokumentieren. Zudem wird der Organhandel strikt verboten (§1 Abs. 1,2 TPG). Die Grundlage der Entscheidungslösung wird in §3 Abs.2 TPG definiert. So müssen bei fehlender Entscheidung für oder gegen eine Organspende der / des hirntoten Patient*in zu Lebzeiten die nächsten Angehörigen des potenziellen Organspendenden unterrichtet werden (§3 Abs.3 TPG). Die nächsten Angehörigen sind in folgender Reihenfolge zu ermitteln:

- Ehegatte / Ehegattin oder eingetragene Lebenspartner*in

- Volljährige Kinder
- Eltern
- Volljährige Geschwister
- Großeltern (§1a Abs.5 TPG).

Sollte der / die Patient*in die Entscheidung zu Lebzeiten einer bestimmten Person übertragen haben, tritt diese an Stelle der nächsten Angehörigen (§4 Abs.3 TPG). „Maßgebend ist für die Angehörigen der (mutmaßliche) Wille des Verstorbenen, nicht ihre persönliche Auffassung der Organspende“ (BMG, 2024a). Ist dieser Wille nicht bekannt stimmen die Angehörigen nach Aufklärung durch das Behandlungsteam für oder gegen die Organspende (§4 Abs.1 TPG). Weiterhin darf die Organspende nur nach dem Feststellen des Hirntods mit einer vollständigen Hirntoddiagnostik, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, durchgeführt werden (§3 Abs. 2 TPG & §5 Abs.1 TPG).

Weitere relevante Aspekte des TPG, die den organisatorischen Prozess der Organspende maßgeblich definieren, sind die Definition der Rolle des Transplantationsbeauftragten, sowie die Beauftragung der DSO im Jahr 2000 als Koordinierungsstelle der Organspende in Deutschland (§9b TPG & §11 TPG). So muss jedes Entnahmekrankenhaus seit 2012 nach §9a TPG mindestens einen Transplantationsbeauftragten bestellen, welcher durch die ärztliche Approbation qualifiziert ist (§9b Abs.1 TPG). Weitere Bedeutung, Aufgaben und Funktionen dieser Position werden in Kapitel 3.2.2 erläutert. Weiterhin wird in §11 definiert, wie die Gemeinschaft aus dem GKV-Spitzenverband, der BÄK und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die Rolle der DSO kontrollieren und die Einhaltung aller Pflichten überprüfen (§11 Abs.1, 2 TPG). Weitere Angaben zur DSO werden in Kapitel 3.2.1 dargestellt.

3.1.2 Widerspruchsregelung in Spanien

Das spanische Transplantationsgesetz wurde im Jahr 1979 verabschiedet und legt die Bedingungen für die Übertragung, die Entnahme, die Konservierung und die Transplantation von Organen und Geweben fest. Die Einführung dieses rechtlichen Rahmens bildet die Basis für die die Prinzipien der mutmaßlichen Zustimmung (Gesetz 30/1979, 1979). Im königlichen Erlass des Jahres 1999 wurden neue Aspekte, wie die Spende nach dem Tod durch Herz- und Atemstillstand, aufgenommen (Erlass 2070/1999, 1999). Die Aktualisierung dieses Gesetzes aus dem Jahr 2012 berücksichtigte ethisch-rechtliche, terminologische, verfahrenstechnische Aspekte, welche die Asystolie Spende stärken sollte. Zudem

wurde die Rolle der / des Transplantationsbeauftragten konkretisiert (Erlass 1723/2012, 2012). Weitere Anpassungen und Ergänzungen stärkten die Informationspflichten gegenüber Patient*innen (Gesetz 41/2002, 2002) und präzisierten die Rolle der Organización Nacional de Trasplantes (ONT) als oberste Organisations- und Koordinationseinheit (Erlass 2070/1999, 1999). Das Gesetz über die Regulierung des Transfers von Geweben und Zellen menschlichen Ursprungs aus dem Jahr 2014 wurde ebenfalls nach der Aktualisierung der EU-Richtlinien von 2010 verabschiedet, um eine bessere Kontrolle und Qualitätssicherung der Spendenprozesse zu gewährleisten (Erlass 2630/2014, 2014).

Die Widerspruchslösung des spanischen TPGs besagt, dass Organe von Verstorbenen zu therapeutischen und wissenschaftlichen Zwecken entnommen werden dürfen, wenn sich die betroffene Person nicht ausdrücklich dagegen ausgesprochen hat (Gesetz 30/1979, 1979, Art.5 Abs.2). Dennoch besteht keine harte Widerspruchslösung, da in der Praxis bei fehlender Dokumentation zu Lebzeiten immer die Angehörigen nach den Wünschen und dem Willen des potenziell Spendenden befragt werden. Die Entscheidung der Angehörigen wird immer respektiert, sodass eine Organentnahme nur mit der Zustimmung und Unterschrift der Familie stattfindet (ONT, o.J.a). Wobei bei Minderjährigen oder geschäftsunfähigen Personen, der Zu- oder Widerspruch von denen zu ihren Lebzeiten gesetzlichen Vertreter*innen geäußert werden (Erlass 2070/1999, 1999, Art.10 Abs.1). Weiterhin werden die physiologischen Voraussetzungen für eine Entnahme festgelegt. So ist in Spanien der Hirntod (Gesetz 30/1979, 1979, Art. 5 Abs. 1) oder der irreversible Ausfall der kardiorespiratorischen Funktionen (Erlass 2070/1999, 1999, Art.10 Abs.3) Leitliniengerecht festzustellen, um eine*n Patient*in für die Organspende freizugeben.

Im Gesetz von 1979 wurde die Gründung von Organisationen zur nationalen Koordination und dem Management von Organ- und Gewebespenden beschlossen (Gesetz 30/1979, 1979, Art.7 Abs.1). Wobei die Rolle und die Befugnisse der ONT im Königlichen Erlass von 1999 konkretisiert wurden. Die ONT wird als zuständige Organisation dem Ministerium für Gesundheit direkt unterstellt. Zudem werden ihre genauen Aufgaben definiert und aufgelistet (Erlass 2070/1999, 1999, Art.19 Abs.1-5), welche in Kapitel 3.3.2 näher erläutert werden. Weiterhin wird durch den Königlichen Erlass zur Beschaffung und klinischen Verwendung von menschlichen Organen aus dem Jahr 2012 der Beruf der / des Transplantationsbeauftragten gesetzlich als eigene Berufsgruppe anerkannt. Auch die Aufgaben,

Verantwortlichkeiten und die zentrale Rolle im Organspendeprozess werden sichergestellt (Erlass 1723/2012, 2012, Art.3 Abs. 9). Weitere Details in Bezug auf diese Position werden in Kapitel 3.3.3 definiert.

3.2 Das deutsche Gesundheitssystem im Kontext der Organspende

Das deutsche Gesundheitssystem basiert auf dem Solidaritätsprinzip, was die Finanzierung durch die Sozialversicherungsabgaben aller gesetzlich Versicherten gewährleistet (BMG, 2022, S.12). Etwa 85 Prozent der Bevölkerung sind über die gesetzliche Krankenkasse (GKV) pflichtversichert. Die weiteren Personen sind aufgrund ihres höheren Einkommens aus der GKV ausgetreten und Mitglied einer privaten Krankenversicherung (PKV) geworden (Salvador Comino et al., 2015, S.132). Alle Versicherten haben den gleichen Anspruch auf medizinische Versorgung unabhängig des Einkommens (BMG, 2022, S.12). Zudem gilt die freie Ärzt*innenwahl, wodurch sich die Patient*innen direkt an Spezialist*innen wenden dürfen. Außerdem gibt es eine klare Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Diese Gegebenheiten ermöglichen zwar eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung mit moderner Medizintechnik und gut ausgebildeten Fachkräften, verursachen jedoch gleichzeitig sehr hohe Kosten (Salvador Comino et al., 2015, S.132f.).

Weiterhin ist das komplexe System durch das Selbstverwaltungsprinzip gekennzeichnet. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist innerhalb der Bundesregierung federführend für den Bereich der Gesundheitspolitik und „*ist damit für die Ausarbeitung der entsprechenden Gesetzesvorhaben, Verordnungen und Verwaltungsvorschriften zuständig*“ (BMG, 2022, S.19). Die Organisation und Ausgestaltung dieser Rahmenbedingungen werden jedoch in der Selbstverwaltung von Vertreter*innen aus den medizinischen Fachbereichen übernommen (ebd., S.12). So wurde das TPG von der Bundesregierung geschaffen und liegt in deren Verantwortungsbereich für fortlaufende Aktualisierungen und Anpassungen. Allerdings werden z.B. die tatsächlichen Kriterien für die Voraussetzung und Bestätigung des Hirntods, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, durch die BÄK festgelegt (DSO, 2024b). Weiterhin spielt das föderale System eine Rolle, da sich die Länder zum einen durch den Bundesrat an Gesetzesänderungen beteiligen (BMG, 2022, S.15). Zum anderen gestalten sie weitere Kriterien der Organspende auf Basis ihrer geographischen Gegebenheiten und Ressourcen in den Landestransplantationsgesetzen (DSO, 2024b). Am Ende dieser Hierarchie steht die konkrete Versorgung durch diverse Gesundheitsberufe, Krankenhäuser und

Apotheken (BMG, 2022, S.18). Insgesamt gibt es in Deutschland 1893 registrierte Krankenhäuser (Destatis, 2022), was in Bezug auf die Organspende bedeutet, dass es in Deutschland „rund 1300 Entnahmekrankenhäuser und ca. 50 Transplantationszentren“ gibt (BMG, 2024). Diese Organspende-Kliniken werden in drei Kategorien differenziert: Universitätskliniken (A), Krankenhäuser mit Neurochirurgie (B) und Krankenhäuser ohne Neurochirurgie (C) (Braun & Rahmel, 2020, S.906).

Das BMG hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) als nachgeordneten Geschäftsbereich mit der gesundheitlichen Aufklärung und Erziehung der Gesellschaft beauftragt. Zu ihren gesetzlichen Pflichten nach §2 TPG (siehe Abschnitt 3.1.1) gehört hierzu auch die Aufklärung zum Thema Organ- und Gewebespende (BZgA, o.J.). Daher führt das Bundesinstitut seit 1996 informationsdichte, bundesweite Aufklärungskampagnen mit Plakaten, Werbespots und Social-Media Beiträgen durch (Hansen, 2022, 3f.). Zudem ist die Krankheitsprävention ein großer Aufgabenbereich der BZgA und aller weiteren Akteur*innen im Gesundheitswesen. Diese fokussiert sich eher allgemein auf alle Lebenswelten, sowie die primäre Prävention in denen alle Bürger*innen unabhängig des Einkommens eine gerechte gesundheitliche Versorgung erhalten. Jedoch fehlen in Deutschland präventive Maßnahmen im Kontext der zielgerichteten Vermeidung von Organversagen (Siegmund-Schultze, 2009).

3.2.1 Organisation der Organspende in Deutschland

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist eine gemeinnützige Stiftung, welche nach dem TPG (siehe Kapitel 3.3.1) als Koordinierungsstelle für die postmortale Organspende in Deutschland beauftragt wurde (DSO, 2024c). Wie in Abbildung 2 aufgezeigt steht die DSO in der Mitte des Prozesses und organisiert die Zusammenarbeit aller beteiligten Akteur*innen. „Dazu gehören alle Schritte beginnend mit den notwendigen vorbereitenden Maßnahmen bis zum Transport und der Übergabe der Organe in die Transplantationszentren“ (Braun & Rahmel, 2020, S.905).

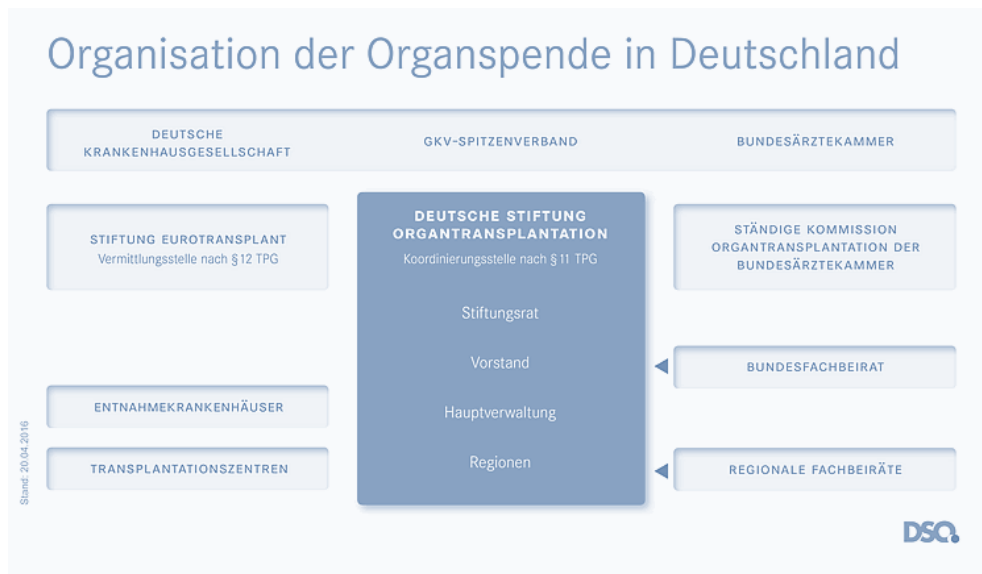


Abbildung 2: Die Organisation der Organspende in Deutschland mit der Darstellung aller beteiligten Akteur*innen nach der DSO (DSO, o.J.b).

Wie bereits in Kapitel 3.3.1 erwähnt, sind die DKG, der GKV-Spitzenverband und die BÄK für die Überwachung der DSO verantwortlich, welche vertraglich mit ihren Tätigkeiten beauftragt wurde. Die Einhaltung wird von eigens dafür gegründeten nationalen und regionalen Fachbeiräten überwacht. Die Verantwortung für die Vermittlung und Zuteilung der Organe erfolgt durch die Stiftung Eurotransplant, welche im Verbund von Deutschland, Belgien, Kroatien, Luxemburg, Österreich, Niederlande, Ungarn und Slowenien die Vergabe koordiniert. Auch diese Institution wurde vertraglich mit ihren Tätigkeiten beauftragt. Die Richtlinien und medizinischen Kriterien für die Organvergabe werden wiederum durch die BÄK festgelegt (Rahmel, 2022, S.5f.).

Die DSO selbst wurde 1984 gegründet und hat in einem dezentralen System sieben Regionen in Deutschland gebildet, welche jeweils ein oder mehrere Bundesländer umfassen. In der Hauptverwaltung arbeiten 77 Mitarbeitende, 117 weitere in den regionalen Standorten. Das Team wird durch eine Vielzahl von Studierenden und Entnahmekirurg*innen ergänzt (DSO, o.J.b). Die regionalen Mitarbeitenden sind die direkten und beratenden Ansprechpartner*innen für die Transplantationsbeauftragten in den Entnahmekrankenhäusern, die Zentrale organisiert alle weiteren Aktivitäten (Rahmel, 2022, S.5). Zu den allgemeinen Aufgaben gehören die Begleitung der Entnahmekrankenhäuser innerhalb des gesamten Prozesses. Die Stiftung bietet organisatorische Unterstützung bei der Diagnostik, Erkennung und Logistik (DSO, 2024c). Sie übertragen die Untersuchungsergebnisse an Eurotransplant und organisieren bei positiver Rückmeldung gemeinsam mit der Klinik die

Organentnahme (Organspende-info.de, 2023). Überdies gewährleisten sie eine hohe Qualität in der Betreuung, der Entnahme, der Konservierung und dem Transport der Organe. Auch der Dialog mit der Öffentlichkeit, die Förderung des Wissenstransfers, sowie die Begleitung und Unterstützung von Angehörigen zählen zu dem Tätigkeitsspektrum (DSO, 2024c). Zusammenfassend organisiert die DSO alle Schritte des Ablaufs von der Mitteilung eines möglichen Spendenden im Krankenhaus bis zur Übergabe der Organe an die Transplantationskliniken (DSO, o.J.b). Die Transplantationszentren sind im Prozess für die Indikationsstellung, die Führung der Wartelisten, Durchführung der Transplantationen einschließlich der Qualitätssicherung verantwortlich (Rahmel, 2022, S.5).

3.2.2 Rolle der / des Transplantationsbeauftragten im deutschen System

Jedes Entnahmekrankenhaus in Deutschland ist, wie in Kapitel 3.3.1 erläutert, verpflichtet, mindestens eine*n Transplantationsbeauftragte*n (TxB) zu benennen. Diese Person übt ihren normalen klinischen Alltag aus, wird jedoch für Aufgaben im Zusammenhang mit der Organspende von ihren regulären Tätigkeiten freigestellt oder zusätzlich vergütet. Hierfür zählt die Maßgabe nach der Zahl der Intensivbetten, so wird der Stellenanteil pro 0,1 je zehn Betten berechnet (Sinner & Schweiger, 2021, S.912). Die beauftragte Person ist der ärztlichen Leitung unterstellt und kann bei Bedarf weitere ärztliche oder pflegende Mitarbeitende rekrutieren (Sinner & Schweiger, 2021, S.916). Die Sicherstellung des Auftrags des / der TxB wird durch die Entnahmekrankenhäuser selbst überwacht (Rahmel & Dorsel, 2022, S.88).

Für die Arbeit als TxB müssen die benannten Fachärzt*innen entsprechende fachliche Qualifikationen besitzen, welche in den Landesgesetzen festgelegt sind (DSO, 2022 & Rahmel & Dorsel, 2022, S.88). So muss die benannte Person in Bayern Intensivmediziner*in sein und kann bei dauerhaft fehlendem Auftreten potenzieller Spender*innen die Arbeit niederlegen (Art. 6 AGTPG Bayern). Auch die Beauftragten in Hamburg müssen die Qualifikation als Intensivmediziner*in besitzen und „*darüber hinaus an einer Fortbildung im Umfang von mindestens 40 Stunden gemäß dem Curriculum „Transplantationsbeauftragter Arzt“ der Bundesärztekammer teilgenommen haben*“ (§4 Abs.1 HmbAGTPG). Weiterhin besteht die Verpflichtung sich mindestens jährlich im Umfang eines Tages zur Thematik fortzubilden (§4 Abs.3 HmbAGTPG). Die / Der TxB in Berlin hingegen muss nur eine sechsmonatige Erfahrung auf einer Intensivstation vorweisen (§2 Abs.2 BlnTPG) und verlangt die Sicherstellung der kontinuierlichen Erreichbarkeit (§3 Abs.3 BlnTPG). In Sachsen ist die Intensivmedizinische Erfahrung oder Ausbildung keine Voraussetzung (§2 Abs.1

SächsGVBI). Diese punktuellen Beispiele geben einen Einblick in die unterschiedlichen Anforderungen und Qualifikationen in Deutschland.

Die Aufgaben sind jedoch einheitlich durch das nationale TPG definiert und beinhalten die Meldung möglicher Organspender*innen an die DSO. Die Transplantationsbeauftragten sind die wichtigsten Ansprechpersonen für die regionalen Koordinator*innen der DSO (DSO, 2022). Weiterhin zählen zu den zentralen Tätigkeiten „*die Erkennung, Bewertung und Prognoseabschätzung von Patienten mit primärer und sekundärer Hirnschädigung*“ (Sinner & Schweiger, 2021, S.912), sowie die Analyse und Dokumentation von nichterfolgten Meldungen, Organentnahmen oder Inzidenzen von Todesfällen (ebd., S.916). Sie sind verantwortlich für die Fort- und Weiterbildung ärztlicher und nicht-ärztlicher Mitarbeitenden und die Erstellung von standardisierten Verfahrensanweisungen (Rahmel & Dorsel, 2022, S.89). Weiterhin unterstützen die Beauftragten das intensivmedizinische Personal über den gesamten Prozess (Sinner & Schweiger, 2021, S.916). Die Aufklärung, Befragung und Unterstützung der Angehörigen bei der Entscheidungsfindung wird durch das Behandlungsteam geführt, der / die TxB wird in vereinzelt Fällen hinzugezogen (ebd., S.917).

3.3 Das spanische Gesundheitssystem im Kontext der Organspende

Das spanische Gesundheitssystem basiert auf dem Prinzip der universellen Gesundheitsversorgung, welches durch Steuergelder finanziert wird. Etwa 96,5 Prozent der Bevölkerung werden durch das öffentliche Gesundheitssystem, bekannt als Sistema Nacional de Salud (SNS), abgedeckt. Das SNS bietet allen Bürger*innen Zugang zu medizinischer Versorgung unabhängig des Einkommens (Ministerio de Sanidad, 2022, S.55f. & Bernal-Delgado et al., S.12f.). Private Versicherungen dienen als Ergänzung für schnellere oder spezialisierte Behandlungen (López-Casasnovas & Pifarré I Arolas, 2021, S.194). Es gibt keine strikte Trennung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung, vielmehr führen integrative Versorgungszentren zu einer flexibleren Patientenorientierung. Das öffentliche System erlaubt jedoch nur eine begrenzte Wahlfreiheit bei Ärzt*innen, es findet eine Zuweisung statt (Salvador Comino et al., 2015, S.132f.). Diese Gegebenheiten sorgen für eine hohe Qualität der Gesundheitsleistungen und eine flächendeckende Versorgung unter nachhaltiger Nutzung der Ressourcen, sowie einer effizienten Kostenkalkulation der Gesundheitsausgaben. Zudem wird das Krankenpflegepersonal stärker in ärztlichen Tätigkeiten ausgebildet (Salvador

Comino et al., 2015, S.132f.). Im Hinblick auf die Organspende bietet dies höhere personelle Ressourcen und eine stärkere Einbindung aller Berufsgruppen (ONT, o.J.d).

Das spanische System ist geprägt von einer weitreichenden Dezentralisierung und organisiert sich auf der nationalen und regionalen Ebene. Zwar liegt die Verantwortung für landesweite, gesundheitsbezogene Gesetze, der Planung und der Regulierung bei den Gesetzgebern und dem nationalen Gesundheitsministerium (Bernal-Delgado et al., 2018, S.20). Dennoch sind die Zuständigkeiten und die Leistungserbringung auf die 17 autonomen Gemeinschaften übertragen. Diese sind selbst verantwortlich für die Planung, Finanzierung und Verwaltung aller Gesundheitsdienste. Dies kann es zu einer heterogenen Versorgung zwischen den Autonomiegebieten führen (ebd., S.15). Im Kontext der Organspende ist das System dennoch zentralisiert, da die dem Gesundheitsministerium unterstellte Einrichtung ONT mit eigener Rechtspersönlichkeit die nationale Koordination, Aufklärung, sowie Standardisierung der Organspende in Spanien übernimmt. Gleichzeitig fungiert die ONT als Bindeglied zwischen den autonomen Gemeinschaften (ONT, o.J.b). Insgesamt gibt es in Spanien 835 registrierte Krankenhäuser (Idem, 2022) wobei rund 179 Entnahmekrankenhäuser für die Erkennung, Diagnose und Pflege hirntoter Patient*innen zugelassen sind, 43 weitere Krankenhäuser dürfen und können Transplantationen durchführen (Perez-Villares et al., 2013, S.225).

Im Bereich der Prävention weist Spanien breit angelegte gesundheitspolitische Maßnahmen und spezialisierte Versorgungsmodelle zur Bekämpfung von Niereninsuffizienz im Endstadium vor. Hierdurch soll z.B. der Bedarf an Spender*innennieren durch tertiäre Prävention reduziert werden. Ähnliche Programme gibt es für Lebererkrankungen im Endstadium durch die Einführung eines Strategieplans. Dennoch fokussiert sich die Prävention in Spanien auf ein starkes, vernetztes Primärversorgungssystem, wodurch Organversagen und die Belastung des Organtransplantationssystem verringert werden sollen. Ausbaufähig wird die Sekundärprävention im Hinblick auf die verzögerte Facharzt-Überweisung bei z.B. Diabetes-Erkrankten Personen, welche vor einer Nierenschädigung bewahrt werden sollten (Streit et al., 2023, S.7).

3.3.1 Das spanische Organspende-Modell

Das spanische Organspende-Modell ist von einer dreistufigen Verwaltungsstruktur geprägt, welche eine enge und kooperative Beziehung zu den Medien inklusive

Aufklärung und Kommunikation, spezielle berufliche Funktionen und maßgeschneiderte Schulungsprogramme für alle Mitarbeiter*innen pflegt (Streit et al., 2023, S.1 & Rodríguez-Aria et al., 2010, S.1109). Die kontinuierliche Entwicklung des Gesamtprogramms wird von einer Kultur der Forschung, der Innovation und dem stetigen Engagement getragen (ebd., S.1f.).

Die oberste nationale Ebene des Transplantationskoordinationsnetzes wird durch die ONT vertreten und ist die Stütze des gesamten Modells (ONT, o.J.c). Die Organisation arbeitet eng auf regionaler Ebene mit den 17 Koordinierungsstellen der autonomen Gemeinschaften zusammen (ONT, 2019, S.6f). Diese beiden Stufen fungieren als Schnittstelle zwischen der technischen und der politischen Ebene. Die unterste Stufe ist die Krankenhausebene, wobei ein*e oder mehrere Transplantationskoordinator*innen (siehe Kapitel 3.3.3) durch ein Netz der offiziellen zugelassen Entnahmekrankenhäuser diese repräsentieren (Matesanz et al., 2011, S.334).

Ein weiterer Aspekt des spanischen Modells ist die Etablierung eines auf Organspende ausgerichtetes Qualitätsmanagement. Spanische Krankenhäuser, die für die Organbeschaffung zugelassen sind, nehmen am jährlichen Qualitätsbewertungsprogramm der ONT für die Erkennung von Spender*innenorganen teil. Ein internes Audit erhebt Indikatoren und bewertet die theoretischen Kapazitäten hinsichtlich von potenziellen Organspendenden, welche nicht zu Spendenden wurden mit Angaben der Gründe. Folgend von einem externen Audit, welches die gleichen Faktoren bewertet und mit den internen Ergebnissen vergleicht (Rodríguez-Aria et al., 2010, S. 1109 & Matesanz et al., 2011, S.335). Diese standardisierte Auswertung und Berichterstattung über die Spendentätigkeit sind Teil der Strategie zur Qualitätsverbesserung (Streit et al., 2023, S.6).

Auch die Lehre, Ausbildung und berufliche Entwicklung von medizinischen Fachkräften kennzeichnet den spanischen Umgang mit der Thematik. So spielt zwar das Team der Transplantationskoordination eine entscheidende Rolle, dennoch werden alle Fachkräfte im Gesundheitswesen hinsichtlich der Kommunikationsfähigkeit und der Beratung von potenziellen Spender*innen-Familien ausgebildet. Überdies werden in der Fortbildung nicht nur die spezifischen Schritte entlang des klinischen Weges der Organspende gelehrt, vielmehr wird ergänzend der Umgang mit den Medien trainiert. Die Schulungsmaßnahmen finden in privaten Ausbildungseinrichtungen, aber auch auf nationaler Ebene statt (Streit et al., 2023, S.7). Dadurch ist es allen

Fachkräften des Krankenhauses möglich potenzielle Spender*innen zu erkennen und eine Organspende zu initiieren (ONT, 2015, S.10). Zusätzlich wird die Innovationskultur mit einem Fokus auf Strategien und Technologien gefördert. Dies führte zur Entwicklung und Etablierung neuer standardisierter Protokolle und Programme für die Durchführung von NHBD. Infolgedessen konnte, wie in Kapitel 2.1 beschrieben, die Anzahl der Herztod-Spenden erhöht werden (ebd., S.8). Zudem werden durch diese detaillierten Protokolle, die Ursache für eine Ablehnung durch die Familien ermittelt und angepasste Maßnahmen erarbeitet (Rodríguez-Aria et al., 2010, S.1109).

Abschließend ist das Modell durch eine enge Verbindung zwischen der Transplantationspolitik und den Medien charakterisiert. Spanien verzichtet auf herkömmliche, breitangelegte Werbekampagnen, die sich an die gesamte Bevölkerung richten. Eine 24-Stunden verfügbare Telefonleitung zur ONT liefert Individuen Informationen über den Prozess der Organspende oder beantwortet die Klärung differenzierter Aspekte. Dieser Kontakt ist darüber hinaus jederzeit für Medienvertreter*innen erreichbar. Zudem finden regelmäßige Treffen zwischen Journalist*innen und nationalen Expert*innen statt, um die Bedeutung einer angemessenen Behandlung der Nachrichten im Zusammenhang mit der Organspende zu vermitteln. Diese Aktivitäten ermöglichen die Förderung einer positiven Berichterstattung und einer fundierten Aufklärung der Bevölkerung (ONT, o.J.d).

3.3.2 Die Organización Nacional de Trasplantes (ONT)

Die nationale Transplantationsorganisation ist eine öffentliche Einrichtung, die 1989 gegründet wurde und von 44 Mitarbeiter*innen organisiert wird. Die Kernaufgaben der zentralen Organisation übernehmen neun Ärzt*innen und 12 Pflegefachkräfte. Die autonome, dem Gesundheitsministerium unterstellte Einrichtung erfüllt ihre definierten Ziele der Transplantationspolitik nach dem spanischen Transplantationsgesetz (siehe Kapitel 3.1.2) (ONT, o.J.b). Die ONT verfolgt die Mission, die Gerechtigkeit bei der Spende und Transplantation durch die Großzügigkeit der Gesellschaft zu gewährleisten, sowie den Zweck der Arbeit für eine solidarische und geeinte Gemeinschaft zu erfüllen. Wobei die Werte der Transparenz, der Innovation, der Teamarbeit und der ständigen Fortbildung aller medizinischen Fachkräfte an oberster Stelle stehen (ONT, o.J.c).

Zu den Aufgaben der ONT zählen u.a. die Koordination und Verwaltung von Organen, was die Organisation der Beschaffung, sowie die Logistik des Transports, unter Einhaltung ethischer Grundsätze, beinhaltet. Zudem führt und verwaltet sie die nationalen Wartelisten, sowie das Verzeichnis der Entnahme- und Transplantationszentren. Auch am Pfeiler des spanischen Systems, welcher die Förderung der Forschung, sowie die Verbesserung und Sicherstellung der Qualität des Prozesses beinhaltet (siehe Kapitel 3.3.1), ist die Einrichtung beteiligt. Überdies liegt die Aufklärungsarbeit und die Verwaltung von Projekten in der Verantwortung der ONT. Die Mitarbeiter*innen planen, entwickeln, koordinieren und pflegen die Spendeninformationen und betreuen die Öffentlichkeitsarbeit. Für die Aufrechterhaltung der Transparenz erstellt die Organisation adressierte Empfehlungen an die zuständigen Gesundheitsbehörden zu den Programmen, Bewertungskriterien, Akkreditierungs- und Inspektionsmaßnahmen, sowie Berichte, welche die Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit der Transplantationsverfahren behandeln. Weiterhin ist die Kooperation mit Organisationen und die Vertretung durch Mitarbeiter*innen der ONT im Interesse der spanischen Regierung auf internationaler Ebene essenziell (ONT, o.J.b & Erlass 2070/1999, 1999, Art.19 Abs.1-5).

3.3.3 Rolle der / des Transplantationskoordinator*in im spanischen System

Die Figur der / des Transplantationskoordinator*in ist ein Schlüsselement im spanisch Organspende-Modell. Die benannten Personen sind für die Entwicklung der proaktiven Spendererkennungsprogrammen und die effektive Umwandlung von potenzielle in tatsächliche Spender*innen verantwortlich (Matesanz et al., 2011, S.335 & Erlass 1723/2012, 2012). Erstmals eingeführt wurde die Position in den achtziger Jahren im autonomen Gebiet Katalonien und wurde durch Fachärzt*innen der Nephrologie besetzt. Weiterentwickelt wurde das Profil durch das Erkennen der vorrangigen Rolle der auf Intensivmedizin spezialisierten Ärzt*innen nach Gründung der ONT (ONT, o.J.d.).

Als eigenständige, hauptamtliche Berufsgruppe unterstehen die Transplantationskoordinator*innen direkt der Krankenhausleitung (Matesanz et al., 2011, S.335). Die hierarchische Nicht-Abhängigkeit zum Transplantationsteam, welches die Hirntoddiagnostik und Transplantation durchführen, trägt zum proaktiven System bei (ONT, o.J.b). Gebunden an die Größe des Krankenhauses variieren die Anzahl der Mitglieder*innen und es gibt vielmehr ein Team aus Transplantationskoordinierenden (Rodríguez-Aria et al., 2010, S.1109). Es besteht aus Intensivmediziner*innen und Pflegepersonal, wobei die Leitung in den meisten

Fällen den ärztlichen Vertretenden obliegt. Weiterhin führen Ärzt*innen die Koordinierungsstelle meist in Teilzeit und das Pflegepersonal in Vollzeit aus (ONT, o.J.d). Ihre Hauptaufgaben bestehen aus der Identifizierung und Bewertung von Spender*innen, der Unterstützung bei der Betreuung der potenziellen Spendenden auf der Intensivstation, sowie die Befragung der nächsten Angehörigen. Ihr Zugang, ihre Vertrautheit und ihre Autorität verhindern den Verlust von Spenden aufgrund von fehlender Identifizierung oder mangelnder Motivation (Rodríguez-Aria et al., 2010, S.1109). Die / der Koordinator*innen planen und überwachen die Hirntoddiagnose, dürfen jedoch nicht aktiv an der Diagnostik beteiligt sein. Sollte eine richterliche Genehmigung zur Entnahme bei einem Unfalltod notwendig werden, beantragen sie auch diese. Durch die Überwachung und Dokumentation aller Schritte des Organspendeprozesses eignen sie sich für die jährliche Durchführung des internen Audits (siehe Kapitel 3.3.1). Sie analysieren mögliche Fehler und legen die theoretische Organspende Kapazität fest (Elizalde & Lorente, 2006). Weiterhin gehört die kontinuierliche Aufklärungsarbeit für medizinisches und nicht-medizinisches Personal zu ihren Aufgaben, um eine positive Einstellung des gesamten Krankenhauses zur Spende zu bewirken (o.J.d). Die Beauftragten übernehmen zudem die Vorbereitungen für die gesamte Logistik einer Entnahme. Sie nehmen den Kontakt zur ONT auf und werden durch die Organisation unterstützt das Fachpersonal aus verschiedenen Transplantationskrankenhäusern, Flughäfen, Krankenwägen und Polizei zu koordinieren. Nach der Entnahme ist die / der Koordinator*in für die Wiederherstellung des äußeren Erscheinungsbildes des Toten für die Angehörigen verantwortlich (Elizalde & Lorente, 2006).

4 Methodik

Als methodische Darstellungsweise der Bachelorarbeit wurde ein systematisches, vergleichendes Scoping-Review gewählt. Dies erschien aufgrund der breiten und komplexen Thematik sinnvoll, um den aktuellen Forschungsstand darzustellen. Zudem gibt ein Scoping-Review einen Überblick über die vorhandene Evidenz, unabhängig von ihrer Qualität und dem Forschungsdesign. Durch den Einschluss aller Studiendesigns können sowohl quantitative als auch qualitative Evidenzlücken besser identifiziert werden, um gezielte Lösungsstrategien zu entwickeln. Die Vorgehensweise beinhaltete eine strukturierte Literaturrecherche, -analyse und -auswertung unter Einhaltung der wissenschaftlichen Standards (Mak & Thomas, 2022, S.564 & Von Elm et al., 2019, S.2). Für den theoretischen Hintergrund und die deskriptive Analyse wurden vorwiegend Gesetze und Berichte der länderspezifischen

Regierungen und Koordinierungsstellen verwendet. Wobei die spanischen Quellen mit Hilfe des ‚DeepL Translator‘ übersetzt wurden.

Das Vorgehen der systematischen Literatursuche hat sich an den zehn Schritten zur Systematischen Literaturrecherche von reffhunter.org orientiert (Nordhausen, 2022). Zudem wurden 106 gelistete Datenbanken nach Themen, Dokumententyp, Forschungsdesign, Zugang, Land/Region, Aktualisierung und Oberflächensprache überprüft. Daraus ergab sich eine Volldatenbank, welche für die Thematik der Bachelorarbeit als geeignet erschien:

MEDLINE via Pubmed (Frei)

- Thema: Breites Spektrum Gesundheitsbereich; Breites Spektrum angrenzende / andere Bereiche
- Dokumententyp: Alle Studiendesigns
- Forschungsdesign: Breites Spektrum an Forschungsdesigns
- Land/Region: International
- Aktualisierung: Täglich
- Oberflächensprache: Englisch

Die PubMed-Datenbank ist seit 1996 online zugänglich und wird vom ‚National Institutes of Health‘ (NIH) betrieben. Sie bietet umfassende Referenzen, insbesondere aus den Bereichen Biomedizin und Gesundheit. PubMed erleichtert die Suche in verschiedenen Sammlungen der ‚National Library of Medicine‘ (NLM), einschließlich der bedeutendsten Komponente MEDLINE, die Artikel nach ‚Medical Subject Headings‘ (MeSH) indexiert. Zusätzlich bietet PubMed den Zugang zu PubMed Central (PMC), einer Sammlung von Artikeln aus wissenschaftlichen Zeitschriften. Vereinzelt bestehen auch Verlinkungen zu Fachbüchern (PubMed, 2023). Daher bietet diese vielfältige Datenbank, die ein breites Spektrum an Sammlungen abdeckt, einen umfassenden Überblick über die vorhandene Evidenz. Dennoch wurde zur vollständigen Erfassung der vorhandenen Literatur und zur Entwicklung eines gezielten Suchstrings im Vorfeld eine narrative Literaturrecherche auf SpringerLink, PubMed, PubPsych, Google Scholar und Livivio durchgeführt. Dabei wurden ausgewählte Schlagwörter aus Tabelle 2 mithilfe des Booleschen Operators ‚AND‘ kombiniert. Zudem wurden für die deskriptive Analyse relevanter, statistischer Kennzahlen zur Organspende die offiziellen Jahresberichte 2023 der deutschen und spanischen Koordinationsorganisationen herangezogen. Für die

Entwicklung des Suchstrings und einer präzisen Beantwortung der Forschungsfrage wurde das PICO-Schema verwendet (siehe Tabelle 2). Die Komponenten des Schemas wurden durch den Booleschen Operator ‚AND‘ miteinander verknüpft, um sicherzustellen, dass in den Suchergebnissen Begriffe aus allen Bereichen – Population, Intervention, Vergleich und Outcome – enthalten sind. Innerhalb der einzelnen Kategorien wurden die Schlagworte hingegen mit dem Operator ‚OR‘ kombiniert, da das Vorhandensein lediglich eines der Suchbegriffe pro Kategorie ausreichte. Die Schlagworte innerhalb des Suchstrings wurden gezielt auf Titel/Abstract der Artikel beschränkt, um die Relevanz der Suchergebnisse zu erhöhen (siehe Anhang).

Tabelle 2: Darstellung der Schlagworte für Suchstring nach dem PICO-Schema - eigene Darstellung

PICO-Schema	Schlagworte
Population (<i>Bevölkerung</i>)	Germany, German, Germans, Deutschland, Bundesrepublik, German Population, German Society, Spain, Spanish, Spanish Society, Spanish Population, Kingdom of Spain, Espana
Intervention (<i>Maßnahme</i>)	Organ Donation, Organ Transplantation, Organ Procurement, Tissue Donation
Comparison (<i>Vergleich</i>)	Acceptance, Education, Awareness, Awareness Campaign, Law, Transplantation Law, Act, Transplantation Policies, Health Policy, Public Policy, Health System, Government, Institutions, Organization, Political Institutions, Political Structures, Policy, Policies, Politics, Legislation, Regulations, System, Opt-In, Opt-Out, Brain Death, Cardiac Death, Religion, Culture, Trust
Outcome (<i>Ergebnis</i>)	Donor Willingness, Donation practice, Donation Behavior, Donation Rates, Donation Numbers

Die Bachelorarbeit untersucht die Unterschiede zwischen Deutschland und Spanien in Bezug auf die Organspende. Als Vergleichskriterien, die Einfluss auf die Spendenbereitschaft und -praxis haben, wurden die Legislation, institutionelle Strukturen, Hierarchien, Verantwortlichkeiten, interne Krankenhausprozesse sowie die Aufklärung und Informiertheit der Bevölkerung ausgewählt. Da das Thema Organspende insbesondere in Deutschland ein dynamischer und politisch oft diskutierter Prozess ist, wurden Studien im Rahmen der systematischen Literaturrecherche auf den Zeitraum vom 01.01.2014 bis zum 18.08.2024 eingegrenzt. Zudem wurde die Auswahl der Studien auf ‚Abstract‘ und ‚Free Full Text‘ eingestellt, die in deutscher, englischer oder spanischer Sprache verfügbar sein mussten. Es wurde keine Einschränkung oder Auswahl des Artikeltyps vorgenommen. Die Suchergebnisse wurden anschließend mithilfe eines Flussdiagramms bewertet und ausgewählt (siehe Abbildung 3), das ein zentrales Element der PRISMA-Methode (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) darstellt. Da es sich bei diesem Scoping-Review um eine vergleichende Literaturübersicht handelt, die unabhängig von der Qualität und Quantität der Studien erfolgt, wurden weitere PRISMA-Elemente zur Synthese der besten verfügbaren Evidenz nicht angewendet (Moher et al., 2011, S.9).

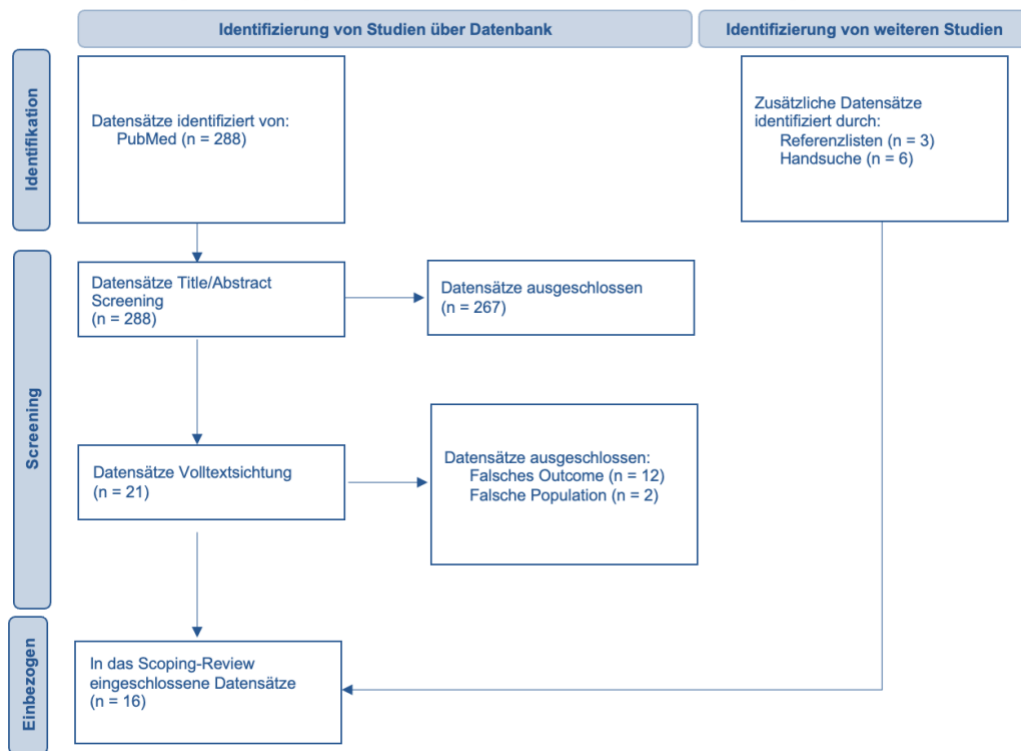


Abbildung 3: PRISMA-Flow-Chart zur Eingrenzung und Auswahl der Ergebnisse aus der Literaturrecherche - eigene Darstellung

Studien, die sich nicht auf die deutsche und / oder spanische Bevölkerung bezogen, wurden ausgeschlossen, um den Fokus der Analyse auf die relevanten Zielpopulationen zu richten. Zudem wurden Themen wie Stammzellspende, Blutspende, Lebendspende, Hornhautspende, Knochenspende, Hautspende, Samenspende sowie Aspekte der Transplantation und der Organspende im Zusammenhang mit COVID-19 gemäß den festgelegten Einschlusskriterien nicht berücksichtigt. Als Resultat wurden sieben Datensätze der systematischen Literaturrecherche in die Arbeit eingeschlossen. Durch die zuvor beschriebene narrative Literaturrecherche sowie die Auswertung der Referenzlisten der Studien konnten zusätzlich zehn relevante Datensätze identifiziert und in die Analyse aufgenommen werden. Anschließend wurden die Datensätze aufgrund ihrer Bezugsthematiken für die Unterkapitel des Ergebnisteils kategorisiert. Insgesamt wurden drei Artikel, eine Mixed-Methods Studie, vier qualitative und acht quantitative Studien verwendet. Eine detaillierte Auflistung der 16 verwendeten Datensätze ist im Anhang verfügbar.

Der Zitationsstil und das Literaturverzeichnis richten sich nach der American Psychological Association (APA) 7th Version und wurden manuell erstellt.

Aufgrund der methodischen Vorgehensweise wurde von einem Ethikvotum abgesehen.

5 Ergebnisse: Vergleich und Analyse der Unterschiede

Sowohl Deutschland als auch Spanien verfügen über umfassende Systeme und Prozesse zur Förderung der Organspendenbereitschaft und -praxis. Allerdings führen diese divergierenden Ansätze zu unterschiedlichen Erfolgsraten. In Tabelle 3 werden die Unterschiede, abgeleitet aus dem theoretischen Hintergrund, differenziert und vergleichend dargestellt. Wobei die Kriterien nach Relevanz für die Ergebnisse in der bisherigen Arbeit priorisiert erörtert wurden.

Tabelle 3: Differenzierte politische Institutionsstrukturen und -prozesse in Deutschland und Spanien im Rahmen der Organspende - eigene Darstellung

Aspekt	Deutschland	Spanien
Gesundheitssystem	Solidaritätssystem, in dem alle Bürger*innen unabhängig des Einkommens eine gerechte gesundheitliche Versorgung erhalten	Steuersystem, in dem alle Bürger*innen unabhängig des Einkommens eine gerechte gesundheitliche Versorgung erhalten
Rechtliche Rahmenbedingung	Entscheidungslösung (Opt-In): Wenn zu Lebzeiten keine Entscheidung getroffen wurde, obliegt es den Angehörigen, die Zustimmung oder Ablehnung zu übernehmen	Widerspruchslösung (Opt-Out): Wenn zu Lebzeiten kein Widerspruch eingelegt wurde, obliegt es den Angehörigen, die Zustimmung oder Ablehnung zu übernehmen
Spendenregistrierung	Freiwillig, durch Organspendeausweis, Patient*innenverfügung oder Organspende-Register	Automatisch, außer bei dokumentiertem Widerspruch

Medizinische Voraussetzungen	Hirntod	Hirntod oder Herztod
Koordinierungsstelle	DSO als dezentrale Organisation	ONT als zentrale Organisation
Institutionsebenen	Deutsche Organisation als umfassendes, nicht-hierarchisches System mit vielen Akteur*innen	Spanisches Modell als umfassendes, hierarchisches System mit wenigen Akteur*innen
Logistik	1300 Entnahmekliniken (68,67 Prozent der Kliniken)	179 Entnahmekliniken (21,44 Prozent der Kliniken)
Transplantationsbeauftragte	Individuelle Anforderungen je nach Bundesland Zusatzqualifikation	Einheitliche, Nationalanforderungen Eigenständige Berufsgruppe
Aufklärung	Bundesweite, informationsdichte Aufklärungskampagnen durch Bundesinstitut	Integrative Aufklärung durch ONT und Medien
Prävention	Prävention hat hohen Stellenwert, Fokus auf Primärprävention	Prävention hat hohen Stellenwert, Fokus auf Primärprävention und Tertiärprävention für Organversagen

Wie im theoretischen Hintergrund erläutert, verfolgen Deutschland und Spanien unterschiedliche Ansätze und Systeme in ihren Organspendeprozessen. Diese multifaktoriellen Aspekte haben in ungewissem Ausmaß Einfluss auf die Spendenbereitschaft und -praxis. Daher werden zunächst die vorliegenden Daten der beiden Länder ohne Wertung beschrieben. Anschließend liegt der Fokus des Ergebnisteils vor allem auf den tatsächlichen Auswirkungen der Gesetzeslage und der Organisationsstrukturen. Weitere sekundäre Aspekte, welche aus den divergierenden Systemen entstehen, werden abschließend ebenfalls im Kontext der Spendenbereitschaft und -praxis aufgezeigt.

5.1 Deskriptive Analyse

Die Anzahl der postmortalen Organspenden im Jahr 2023 lag in Spanien bei der absoluten Zahl von 2.346, was eine Rate von 48,9 Spendenden pro eine Millionen Einwohnenden (ppm) ergibt (ONT, 2024a, S.9f.). Dies bedeutet einen Zuwachs von 39,4 Prozent seit dem Jahr 2014. Im Vergleich dazu liegt die Anzahl der postmortalen Organspenden im Jahr 2023 in Deutschland bei der absoluten Zahl von 965, wobei die Rate bei 11,4 Spendenden ppm liegt (ebd., S.10 & DSO, 2024d, S.6). Dies bedeutet einen Zuwachs von 11,7 Prozent seit dem Jahr 2014. Diese Verläufe werden in Abbildung 4 verdeutlicht, wo die rote, gestrichelte Trendlinie einen kontinuierlich positiven Anstieg in Spanien zeigt. Die blaue, gestrichelte Trendlinie zeigt ein leichtes, dennoch stagnierendes Wachstum der deutschen Organspende Anzahl im Verlauf der Jahre. Zusätzlich fanden in Spanien 435 und in Deutschland 658 Lebendspenden statt (ONT, 2024a, S.1 & DSO, 2024d, S.80).

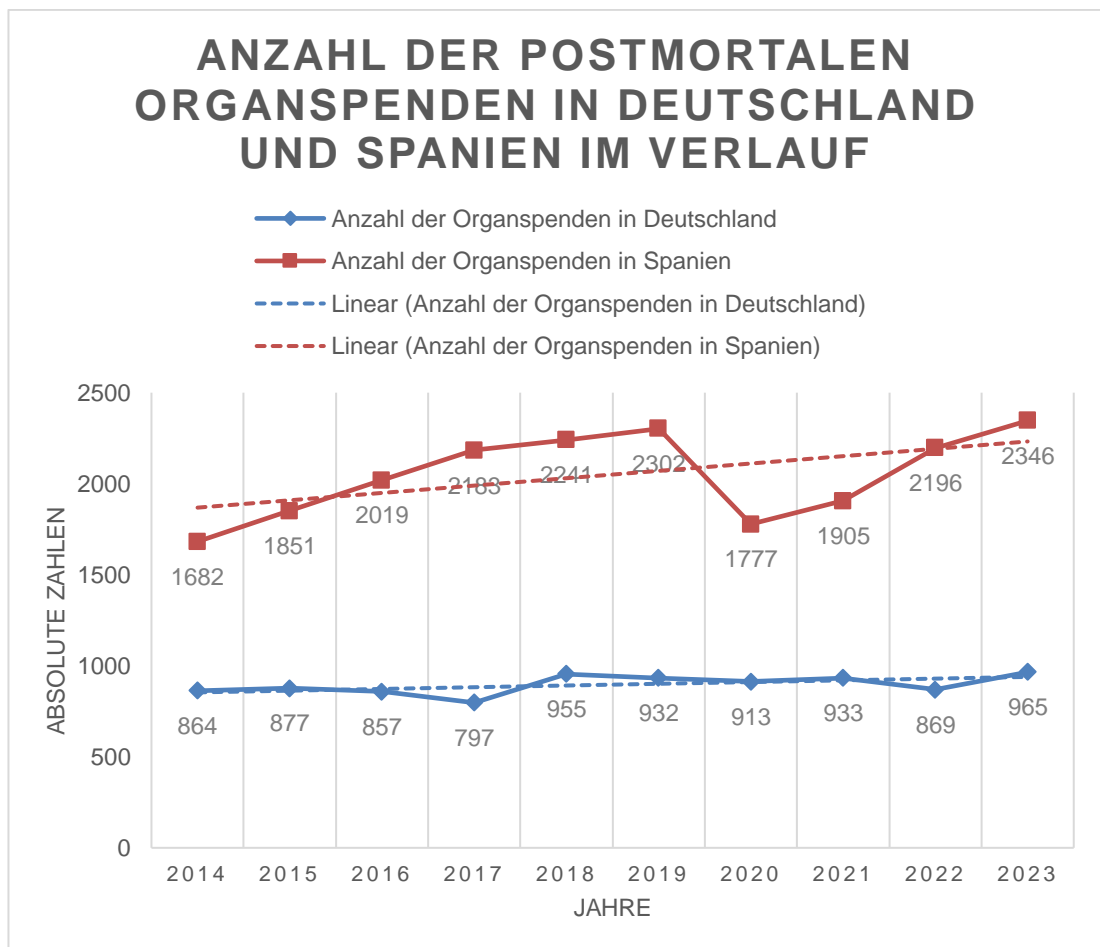


Abbildung 4: Verlauf der absoluten Anzahl an Organspenden in den Jahren 2014 bis 2023 in Spanien und Deutschland (ONT, 2024, S.9 & DSO, 2024d, S.6) - eigene Darstellung

Durch die rechtlichen Vorgaben und Bestimmungen sind in Deutschland 100 Prozent der postmortalen Organspende nach dem Hirntod. In Spanien hingegen waren 1050 Spenden im Jahr 2023 nach einem Herz-Kreislauf Tod, was 45 Prozent der Spendenden ausmacht. Inkludiert sind hierbei auch 90 Spendende, welche nach einem assistierten Tod (aktive Sterbehilfe) ihre Organe gespendet haben. Die Anzahl der Spendenden nach Hirntod machen somit 1.296 Personen aus (ONT, 2024a, S.4 & S.10).

Ebenfalls detailliert zu betrachten sind die Ursachen der Hirntode bei den diagnostizierten Spendenden im Jahr 2023. So liegt in Spanien die Hauptursache mit 54,8 Prozent bei einem ischämischen oder hämorrhagischen Schlaganfall, gefolgt von einem sekundären Hirnschaden durch Sauerstoffmangel mit 19,5 Prozent. Die Anzahl der Schädel-Hirn-Traumata (SHT) liegen bei 14,1 Prozent, wobei in SHT nach Verkehrsunfällen mit 4,7 Prozent und SHT nach Stürzen oder anderen Arten von Traumata mit 9,4 Prozent differenziert wird. Alle weiteren Ursachen werden unter sonstige Faktoren mit 11,6 Prozent zusammengefasst (ONT, 2024a, S.20). In Deutschland werden diese Daten unter ähnlichen Oberbegriffen aufgeführt, wobei hier die hämorrhagischen und ischämischen Schlaganfälle separiert werden. Das Äquivalent zum hämorrhagischen Schlaganfall sind die intrakraniellen Blutungen, welche mit 41,9 Prozent die Hauptursache bilden. Gefolgt vom sekundären Hirnschaden mit 28,3 Prozent und den SHTs mit 15,0 Prozent. Der ischämische Schlaganfall ist zu 12,0 Prozent die viert häufigste Ursache. Weitere Faktoren sind mit 1,8 Prozent entzündliche Hirnschäden, mit 0,7 Prozent primäre, intrakranielle Tumore und mit 0,3 Prozent der Hydrocephalus (DSO, 2024d, S.64). Zwar werden die Gründe für den Hirntod in den Statistiken anders benannt, dennoch liegt das Vorkommen der Hauptursachen in einem ähnlichen Bereich.

In Spanien zeigt sich bei den Organspender*innen im Jahr 2023 ein deutliches Altersprofil: Der älteste Spender war 92 Jahre alt. Insgesamt gehörten 56,8 Prozent der Spendenden zur Altersgruppe von über 60 Jahren. Nur 6 Prozent der Spender*innen waren jünger als 30 Jahre, 8,1 Prozent waren zwischen 30 und 44 Jahren alt, und 29,2 Prozent befanden sich im Alter von 45 bis 59 Jahren (ONT, 2024a, S.23). In Deutschland variieren die Altersgruppen der Organspender*innen je nach Organ. Der älteste Spender war hier 89 Jahre alt. Bei den Herzspenden waren 50 Prozent der Spendenden zwischen 31 und 53 Jahre alt, mit einem Median von 41

Jahren. Bei den Lungenspenden lag die Altersverteilung der Hälfte der Spender*innen zwischen 33,5 und 59 Jahren, mit einem Median von 45 Jahren. Für Nierenspendenden betrug die Altersgruppe der mittleren 50 Prozent 40 bis 66 Jahre, mit einem Median von 55 Jahren. Bei Lebertransplantationen lag die mittlere Altersgruppe bei 43 bis 67 Jahren, mit einem Median von 57 Jahren, und bei Pankreasspenden befanden sich die mittleren 50 Prozent der Spender*innen im Alter von 20 bis 40 Jahren, mit einem Median von 31 Jahren (DSO, 2024d, S.65). Zusammenfassend unterscheiden sich Altersstrukturen in den Ländern deutlich. In Spanien sind die Organspender*innen tendenziell älter, während in Deutschland die Altersverteilung je nach Organ erheblich variiert und dennoch eher unter 60 Jahren liegt.

In Deutschland und Spanien werden die organspendenbezogenen Kontakte zwischen Entnahmekrankenhäusern und Koordinierungsorganisationen systematisch erfasst, um mögliche Defizite in den Entnahmekrankenhäusern zu identifizieren und zu adressieren. Im Jahr 2023 verzeichnete Spanien 2.874 Kontaktaufnahmen und Meldungen potenzieller Spender*innen an die ONT. Davon wurden etwa 81,6 Prozent zu tatsächlichen Organspendenden (ONT, 2024b, S.21). Im Vergleich dazu gab es in Deutschland 3.421 Kontaktaufnahmen an die DSO. Hier wurden nur etwa 28 Prozent der potenziellen Spender*innen tatsächlich zu Organspendenden. Ursachen für den Ausschluss in Deutschland waren medizinische Kontraindikationen, fehlende Freigabe durch die Staatsanwaltschaft nach traumatischen Ereignissen oder einsetzende Herz-Kreislauf Dysfunktionen. Besonders hervorzuheben sind jedoch die Hauptursachen des Prozessabbruches: In Deutschland fehlte in 21,9 Prozent der Fälle die Hirntoddiagnostik und in 48,2 Prozent der Fälle wurde die Zustimmung der Angehörigen nicht erteilt. Lediglich 51,8 Prozent der Angehörigen stimmten der Organspende zu (DSO, 2024d, S.48; S.53). Im Vergleich dazu liegt die Zustimmung der Angehörigen in Spanien im Jahr 2024 bei 82 Prozent (Ensor, 2024). Es lässt sich festhalten, dass in Spanien die Umwandlung von potenziellen in tatsächliche Organspender*innen effektiver scheint.

Um die beschriebenen Werte adäquat einordnen zu können, ist die Bereitschaft zur Organspende in den Bevölkerungen zu betrachten. Eine repräsentative Zufallsstichprobe in Spanien befragte 1.206 Personen ab dem 18. Lebensjahr mittels eines standardisierten Fragebogens zur Erhebung von psychosozialen Aspekten der

Organspende. Unter anderem wurde in offenen und geschlossenen Fragen demographische Daten, Informationen und die Absicht zur Organspende erhoben (Scandroglio et al., 2011, S.159). Die deutschen Daten werden aus einer Repräsentativbefragung zur Organspende und-transplantation der BZgA entnommen. Im Zufallsverfahren wurde eine Kohorte von 4.004 Personen im Alter zwischen 14 und 75 Jahren rekrutiert (Zimmering & Hammes, 2023, S.9). Die Befragung erfolgte in Form von computergestützten Telefoninterviews und erhob mehrere Ebenen und Einstellungen zur Organ- und Gewebespende (ebd., S.11).

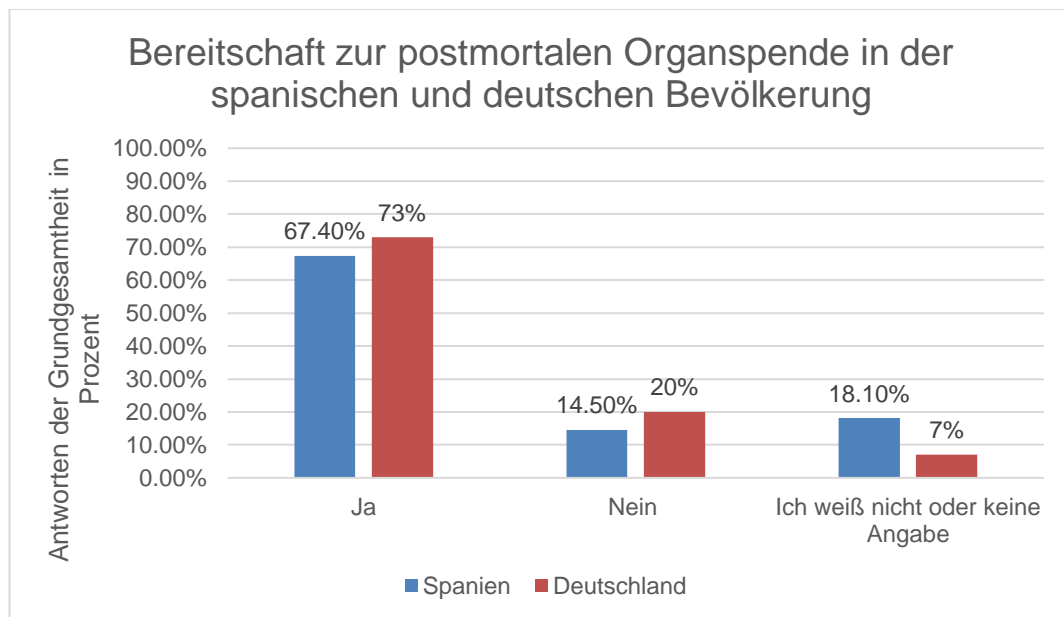


Abbildung 5: Vergleich der Bereitschaft zur postmortalen Organspende in der spanischen und deutschen Bevölkerung (Scandroglio et al, 2011, S. 159 & Zimmering & Hammes, 2023, S. 104) - eigene Darstellung

Die Ergebnisse beider Studien im Vergleich werden in Abbildung 5 dargestellt. So wurden alle zustimmenden Antworten unter ‚Ja‘ und alle ablehnenden Antworten unter ‚Nein‘ zusammengefasst. Fehlende Angaben oder die Antwort ‚Ich weiß nicht‘ wurden zusammengefasst. Es wird deutlich, dass die Bereitschaft zur Organspende in der Bevölkerung beider Länder ähnlich hoch ist, wobei Deutschland mit 73 Prozent eine höhere Zustimmung vorweisen kann. Gleichzeitig ist auch die Ablehnungsrate mit 20 Prozent höher als in Spanien mit 14,5 Prozent. Die spanische Bevölkerung zeigt sich mit 18,1 Prozent deutlich unentschlossener, was eine Entscheidung betrifft (Scandroglio et al., 2011, S.159 & Zimmering & Hammes, 2023, S.104).

Abschließend ist der Bedarf an Organen am 31.12.2023 zu betrachten. In Spanien werden zu diesem Zeitpunkt 4.794 Organe (ONT, 2024a, S.26) und in Deutschland 8.716 Organe benötigen (DSO, 2024d, S.9). Bei der Berechnung des Bedarfs pro

eine Millionen Einwohner*innen (ppm) unter Berücksichtigung der Bevölkerungsgrößen ergibt sich in Spanien ein Bedarf von 99,7 Organe ppm und in Deutschland bei 102,9 Organe ppm. Dies weist auf eine ähnliche Nachfrage nach Organen hin (Europäische Union, o.J. & Destatis, 2024).

5.2 Auswirkungen der divergierenden Gesetzeslage auf die Spendenbereitschaft und -praxis

In diesem Abschnitt werden die Auswirkungen, der in Kapitel 3.1 erläuterten, divergierenden Gesetzeslagen, auf die Spendenbereitschaft und -praxis untersucht. Im Mittelpunkt stehen dabei die Unterschiede zwischen Systemen der ausdrücklichen Zustimmung (Opt-In) und der mutmaßlichen Zustimmung (Opt-Out), sowie die Organspende nach Herztod aus Kapitel 2.2.

Eine quantitative Studie von Arshad et al. analysierte die Organspendenraten in Ländern mit unterschiedlichen Zustimmungssystemen. Die Untersuchung umfasste Daten aus 35 Ländern, wobei Spanien zunächst dem Opt-In-System und später dem Opt-Out-System zugeordnet wurde. Für die vorliegende Analyse wurde jedoch nur der zweite Ansatz berücksichtigt. Dabei wurden 18 Länder dem Opt-Out-System und 17 Länder dem Opt-In-System zugeordnet (Arshad et al., 2019, S.1454, S.1547). Im Rahmen der Studie wurde die Gesamtzahl der postmortalen Spendenden im Jahr 2016 untersucht. Der Median der Spender*innenzahlen lag in Opt-Out-Ländern (einschließlich Spanien) bei 20,6 (95% KI 14,0-25,9), während er in Opt-In-Ländern (einschließlich Deutschland) bei 14,7 (95% KI 10,3-20,3) lag. Ein Mann-Whitney-U-Test ergab jedoch, dass der Unterschied zwischen den Raten nicht signifikant war, da der p-Wert mit 0,062 über der Signifikanzgrenze von $p < 0,05$ lag. Nach der Stratifizierung der Organe, die zur Vermittlung vorgesehen sind, zeigten sich keine signifikanten Unterschiede bei der Spende von Leber, Herz, Lungen, Pankreas und Darm. Allerdings wurde ein signifikanter Unterschied bei den postmortalen Nierenspenden festgestellt: In Opt-Out-Ländern lag der Median bei 31,0 (95% KI 22,4-41,8), während er in Opt-In-Ländern bei 21,8 (95% KI 12,7-31,3) lag, was einen Signifikanzwert von $p = 0,038$ ergab (ebd., S.1457). Zusätzlich wurde eine multivariate lineare Regressionsanalyse durchgeführt, um den Einfluss von Opt-Out-System isoliert auf die Organspendenpraxis zu untersuchen. Der Effekt von $\beta = 6,71$ (95% KI -0,47-13,86) deutete zwar darauf hin, dass Länder mit Opt-Out-Systemen eine um 6,71 Einheiten höhere Anzahl an postmortalen Organspenden aufweisen konnten. Jedoch ist dieser Unterschied mit einem p-Wert von 0,070 nicht statistisch signifikant

(ebd., S.1457). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Studie keinen Einfluss der divergierenden gesetzlichen Zustimmungssystemen auf die Spendenpraxis zeigen konnte (ebd., S.1458).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine qualitative Studie aus dem Jahr 2023, die auf Interviews mit multidisziplinären Expert*innen basiert. Diese untersuchte unter anderem den Einfluss institutioneller Rahmenbedingungen auf die Spendenbereitschaft und prüfte, ob die Einführung der Widerspruchslösung einen wesentlichen Faktor zur Erhöhung der Organspendenrate darstellt (Kirchner et al, 2023, S.73). Um möglichst viele Perspektiven und Interessen abzudecken wurden 12 Expert*innen aus fünf unterschiedlichen Fachdisziplinen rekrutiert, darunter ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeitende von Gewebenetzwerken, Medizinethiker*innen, Juristen und Wissenschaftler*innen (ebd., S.74). Grundsätzlich musste sich die berufliche Tätigkeit mit der Organ- und Gewebespende in Deutschland befassen. Für die Befragungen wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, der in der Auswertung in Kategorien kodiert wurde (ebd., S.73). Die Befragungen wurden telefonisch oder online über Microsoft Teams durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten unterschiedliche Perspektiven: Während die Mehrheit der Expert*innen die Widerspruchslösung insgesamt nicht oder nur eingeschränkt als Erfolgsfaktor für die Steigerung der Spendenbereitschaft und -praxis ansah, argumentierten zwei Befragte, dass die Widerspruchslösung einen stärkeren Anreiz für die Meinungsbildung in der Gesellschaft schaffen und die Auseinandersetzung mit dem Thema intensivieren könnte (ebd., S.74). Die Studie identifizierte vor allem Defizite in den organisatorischen Bereichen und forderte eine Verbesserung der Prozesse und Strukturen. Solche Optimierungen könnten ein höheres Erfolgspotenzial bieten als eine bloße Gesetzesänderung (ebd., S.77).

Im Gegensatz dazu kommt die multivariate Panel-Daten Analyse von Qu et al. zu einem anderen Ergebnis. Die Studie untersuchte Faktoren, welche einen signifikanten Einfluss auf die Organspendenraten in OECD-Ländern (Spanien und Deutschland inkludiert) hatten, um effektive Strategien zur Steigerung der Zahlen zu entwickeln (Qu et al., 2024, S.1). Die Analyse bezog sich auf die jährlichen postmortalen Spender*innenquoten in den Jahren 2010 bis 2018 (ebd., S.2). Die untersuchten Länder wurden in 19 Opt-Out und 17 Opt-In Länder aufgeteilt, wobei hier nicht zwischen harten und weichen Opt-Out Regelungen differenziert wurde. Die Regressionsanalyse ergab einen Effektwert von $\beta = -4,724$ mit einem p-Wert von $< 0,001$. Dieser signifikant negative Koeffizient deutete darauf hin, dass Länder, die ein

Opt-In-System angewendet haben, im Durchschnitt eine um 4,724 Organspenden pro Million Bevölkerung niedrigere Rate aufwiesen als Länder mit einem Opt-Out-System, sofern alle anderen Variablen konstant gehalten wurden (ebd., S.4). Die Studie analysierte zudem die rechtlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf Länder, in denen ausschließlich Organspenden nach Hirntod (DBD) erlaubt waren (17 Länder), im Vergleich zu solchen, in denen sowohl Organspenden nach Hirntod als auch nach Herztod (DCD) gestattet waren (19 Länder) (ebd. S.3f.). Hierbei betrug der Regressionskoeffizient für Länder mit ausschließlicher DBD-Erlaubnis $\beta = -4,049$ bei einem p-Wert von 0,002. Dies bedeutet, dass Länder, die nur DBD-Spenden zulassen, im Durchschnitt 4,049 Organspenden pro Million Bevölkerung weniger verzeichneten als Länder, die auch DCD-Spenden ermöglichten. Dieser signifikante Unterschied deutete darauf hin, dass die Möglichkeit zur Organspende nach Kreislaufstillstand (DCD) die Organspendenrate positiv beeinflussen kann (ebd., S.4).

Die Panel-Studie von Shepherd et al. aus dem Jahr 2014 kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Der internationale Vergleich der Organspendenraten zwischen Opt-In- und Opt-Out-Systemen umfasste 48 Länder, die ihre Daten zwischen 2000 und 2012 mindestens drei Jahre lang im 'International Registry of Organ Donation and Transplantation' veröffentlicht hatten (Shepherd et al., 2014, S.3). Darunter befanden sich 25 Länder mit einem Opt-Out-System, einschließlich Spanien, und 23 Länder mit einem Opt-In-System, einschließlich Deutschland (ebd., S.4). Die Ergebnisse der Studie zeigten einen signifikanten Unterschied in den postmortalen Spendenzahlen zwischen Opt-In- und Opt-Out-Ländern. In Ländern mit einem Opt-In-System lag die durchschnittliche Anzahl der verstorbenen Spender*innen bei einem Mittelwert von 9,98 (SD=1,30), während in Opt-Out-Ländern der Mittelwert bei 14,24 (SD=1,28) lag. Der Unterschied zwischen den beiden Systemen war mit einem p-Wert von 0,029 statistisch signifikant. In der Stratifizierung wurden die transplantierbaren Organe einzeln betrachtet. Insbesondere hervorzuheben war, dass Nierenspenden von postmortalen Spendenden in Opt-Out-Ländern signifikant häufiger durchgeführt wurden (Nieren: $p = 0,044$). Bei allen weiteren Organen gab es keinen signifikanten Unterschied (ebd., S.8f.). Die Analyse wurde noch einmal unter dem Ausschluss des Landes Spanien durchgeführt, wobei die Ergebnisse konstant blieben. Daraus schlossen die Verantwortlichen, dass Aspekte des spanischen Modells, wie die hochspezialisierten Transplantationskoordinator*innen bereits zu einer Steigerung der Raten führen kann (ebd., S.11).

Die Mixed-Methods Studie von Molina-Pérez et al. untersucht mit Hilfe von empirischen und konzeptionellen Elementen die Auswirkungen von Opt-In- und Opt-Out-Systemen auf die Organspende. Es wurden drei Hauptkomponenten betrachtet: individuelle Präferenzen, Familienpräferenzen und Standardoptionen bei fehlenden Präferenzen. Es wurden neun Szenarien analysiert, die sich aus der Kombination dieser Faktoren ergaben. Zur Unterstützung des Modells wurden empirische Daten aus Peer-Reviewed Artikeln und grauer Literatur gesammelt. Die Daten wurden aus verschiedenen Datenbanken und Websites von Gesundheitsministerien und Transplantationsorganisationen gewonnen (Molina-Pérez et al., 2022, S.2f.). Die Untersuchung zeigte, dass Einwilligungsrichtlinien in zwei von drei Szenarien identische Organspendenresultate lieferten, bei ausdrücklicher Zustimmung oder Ablehnung des Verstorbenen. Der Unterschied trat nur auf, wenn der Verstorbene keine Präferenz geäußert hatte. Hier erlaubte Opt-Out eine Organspende, während Opt-In diese ausschloss. Wobei in Spanien, wie in Kapitel 3.1.2, eine weiche Opt-Out Regelung gilt, sodass die Berücksichtigung der Familienpräferenzen in diesem Zusammenhang zu betrachten waren (ebd., S.4f.). Dabei waren die Ergebnisse von Opt-In- und Opt-Out-Systemen in acht von neun Szenarien identisch. Empirische Daten aus 21 Ländern bestätigten, dass der Unterschied zwischen den Richtlinien in den meisten Fällen gering war. In vielen Ländern lag der Unterschied nicht über fünf Prozent (ebd., S.5). Die Untersuchung zeigte, dass Opt-In- und Opt-Out-Modelle in allen Situationen identische Ergebnisse lieferten, mit Ausnahme des Falls, wenn weder der Verstorbene noch die Familie Präferenzen geäußert hatten. In dieser Situation beeinflusste die gesetzliche Lösung, ob Organe entnommen werden konnten oder nicht. Ein Wechsel von Opt-In- zu einem harten Opt-Out-System könnte die Organspendenrate erheblich erhöhen, wenn der Verstorbene keine Präferenzen geäußert hatte (ebd., S. 7f). Die Studie verdeutlichte die Relevanz der gesetzlichen Entscheidungsbefugnis der Angehörigen, welche mögliche, resultierende Unterschiede der Zustimmungssysteme relativieren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Analyse der Auswirkungen divergierender Gesetzeslagen auf die Organspendenbereitschaft und -praxis zeigt, dass Opt-Out-Systeme tendenziell mit höheren Organspendenraten verbunden sind als Opt-In-Systeme. Während einige Studien keine signifikanten Unterschiede in den Gesamtspendenraten nachweisen konnten, deuten andere darauf hin, dass Opt-Out-Systeme insbesondere bei der Spende von Nieren und bei der Integration von Organspenden nach Kreislaufstillstand (DCD) effektiver sein können. Dennoch ist zu erwähnen, dass die Studien nicht zwischen harten und weichen Opt-Out-Systemen

unterscheiden, was in Bezug auf Spanien ein wichtiger Faktor ist. Im Allgemeinen zeigt sich, dass gesetzliche Änderungen allein nicht ausreichen, um die Spendenbereitschaft signifikant zu beeinflussen. Die Effektivität von Opt-Out-Systemen wird durch zusätzliche Faktoren wie organisatorische Maßnahmen und die spezifische Ausgestaltung der Regelungen beeinflusst. Daher ist es entscheidend, gesetzliche Regelungen als Teil eines umfassenderen Ansatzes zur Förderung der Organspende zu betrachten.

5.3 Einfluss der divergierenden Organisationsstrukturen und -prozesse auf die Spendenbereitschaft und -praxis

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Institutionsstrukturen und -prozesse untersucht, die möglicherweise Einfluss auf die Spendenbereitschaft und die praktische Umsetzung der Organspende in Deutschland und Spanien haben. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei den allgemeinen Auswirkungen der Strukturen innerhalb der Länder auf die Spendenbereitschaft der Bevölkerung, einschließlich Aspekten wie Informiertheit und möglichen Hindernissen. Zudem werden die Effekte der internen Krankenhausstrukturen und -prozesse beleuchtet, insbesondere die Rolle der / des Transplantationsbeauftragten, die Identifizierung potenzieller Spender*innen sowie die Schulung des medizinischen Personals. Ziel ist es, den Einfluss dieser organisatorischen Faktoren auf die Effektivität und Effizienz der Spendenpraxis zu verstehen.

Um den Einfluss der Institutionsstrukturen und -prozesse auf die deutsche Bevölkerung zu verstehen, wurde in einer Studie aus dem Jahr 2020 eine qualitative Analyse von Daten aus drei deutschen Internetforen durchgeführt. Thematisiert wurden die Einstellungen und Meinungen zur Organspende in einem Thread auf der ARD-Website zu einem Beitrag über Organspender*innen-Mangel von Januar 2018, einem Erfahrungsbericht einer Organempfängerin auf SPIEGEL ONLINE aus dem Jahr 2012 und eine allgemeine Diskussion zur Organspende auf ‚Kleiderkreisel‘. Diese Quellen boten unterschiedliche Perspektiven und Ansätze zur Thematik (Köhler & Sträter, 2020, S.131). In der Analyse wurden zunächst die ersten 100 von mehr als 3.400 Beiträgen berücksichtigt (ebd., S.133). Die Ergebnisse zeigten, dass Gegner*innen der Organspende häufig Bedenken hinsichtlich der Hirntoddiagnostik äußerten und befürchteten, dass potenzielle Organspendende möglicherweise nicht die notwendige Hilfe zuteilwerden, um ihren (Hirn-)Tod zu beschleunigen. Zudem gab es Sorgen, dass der Organspendeprozess und das Gesundheitssystem insgesamt stark gewinnorientiert und anfällig für Korruption sein könnten. Es wurde befürchtet,

dass die vermeintliche Gewinnorientierung der Krankenhäuser zu vorzeitiger Organentnahme ohne ausreichende Diagnostik führen könnten, da Organe als wertvoll angesehen werden (ebd., S.140). Die Begründungen von Nicht-Befürworter*innen ließen sich auch auf vermeintliche Verteilungsmechanismen der Organe zurückführen. Einige Äußerungen spiegelten eine generelle Auseinandersetzung mit der „Fairness“ der Verteilungsprinzipien wider, während andere durch Fehl- und Falschinformationen beeinflusst waren. So vermuteten manche Teilnehmende, dass finanzielle Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Zuteilung von Spenderorganen spielen könnten (ebd., S.141).

Diese qualitativen Ergebnisse finden Unterstützung in der quantitativen Studie der BZgA aus Kapitel 5.1. Laut dieser Studie gaben 24 Prozent der Befragten, die einen Widerspruch in ihrem Organspendeausweis vermerkt hatten, an, dass sie Bedenken hinsichtlich eines möglichen Missbrauchs und mangelndes Vertrauen in das System haben. Weitere 14 Prozent äußerten Sorgen oder Unsicherheit bezüglich der Feststellung des Todes bei der Organentnahme (Zimmering & Hammes, 2023, S.39). Unter den Befragten, die in ihrer Patient*innenverfügung widersprochen hatten, waren 31 Prozent grundsätzlich gegen Organspende, während 19 Prozent Angst vor Missbrauch und mangelndem Vertrauen sowie 9 Prozent Unsicherheit oder Angst bezüglich des Todes bei der Organentnahme angaben (ebd., S.40). Bei der Erhebung der subjektiven Informiertheit gaben 54 Prozent der Befragten an, sich gut bis sehr gut über das Thema Organspende informiert zu fühlen, während 45 Prozent sich als weniger gut bis schlecht informiert einschätzten (ebd., S.62). Im Vergleich dazu zeigte der tatsächliche objektive Wissensstand, gemessen durch einen Gesamtscore der Wissensdimensionen, dass lediglich 36 Prozent der Befragten gut informiert waren, während 64 Prozent als mäßig bis schlecht informiert eingestuft wurden (ebd., S. 66). Bei der Frage nach einer gerechten Verteilung von Organen waren 60 Prozent positiv und 20 Prozent negativ gestimmt, weitere 20 Prozent enthielten sich (ebd., S.111). Auch die Bedenken hinsichtlich der uneingeschränkten Lebensrettung durch potenzielle Spender*innen wurden untersucht. Dabei gaben 71 Prozent der Befragten an, ein eher bis sehr großes Vertrauen in die Mediziner*innen zu haben, während 29 Prozent mittelmäßiges bis geringes Vertrauen äußerten (ebd., S.112). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Institutionsstrukturen und -prozesse im Bereich der Organspende maßgeblich die Spendenbereitschaft in Deutschland beeinflussen. Bedenken über die Hirntoddiagnostik, mögliche Gewinnorientierung und die Fairness der Verteilung führen zu Misstrauen und Unsicherheit. Dies zeigte sich sowohl in den qualitativen als auch in den quantitativen Ergebnissen der Studien.

In Spanien wird zunehmend erkannt, dass die Spendenbereitschaft und -praxis der Bevölkerung eng mit dem Wunsch nach aktiver Teilnahme und einer positiven Grundeinstellung zur Organspende verknüpft sind. Gleichzeitig wird bewusst, dass mangelndes Vertrauen in die Gesundheitseinrichtungen den gesamten Organspendenprozess beeinträchtigen kann. Zur Bewertung der Auswirkungen von Institutionsstrukturen und -prozessen wurde daher das Siebte Bürger*innenpanel der Region Andalusien analysiert, in dem 813 Erwachsene ab 18 Jahren zu ihrem Bewusstsein und ihrer allgemeinen Haltung zur Organspende befragt wurden (Díaz-Cobacho et al., 2022, S.568). Die Befragung ergab folgendes Bild: 79 Prozent der Befragten gaben an, dem öffentlichen Gesundheitssystem Vertrauen zu schenken. Noch deutlicher zeigte sich das Vertrauen in das System für Spenden und Transplantationen, dem 93 Prozent der Befragten zustimmten, wobei 59 Prozent dieses als transparent bewerteten. Hinsichtlich des Opt-Out-Modells ergaben sich differente Reaktionen: 30 Prozent lehnten es ab, 27 Prozent befürworteten es, während 44 Prozent keine klare Meinung dazu äußern konnten (ebd., S.569f.).

Nachdem die Auswirkungen der Strukturen der Organspende auf die Gesamtzahl der Organspenden untersucht wurden, ist es entscheidend, auch die spezifischen internen Strukturen und Abläufe innerhalb der Kliniken genauer zu betrachten. Während die vorhergehenden Studien auf die generellen Herausforderungen und Effekte des Organspende-Systems eingehen, werden im folgenden Abschnitt die internen Prozesse und deren Einfluss auf die tatsächliche Spendenpraxis in den Krankenhäusern analysiert.

Die Analyse des Organspende-Potenzials in deutschen Krankenhäusern zeigt, dass interne Organisationsstrukturen und -prozesse einen erheblichen Einfluss auf die Spendenbereitschaft und -praxis haben. Ein Pilotprojekt von 2010 bis 2012 in 112 Kliniken führte zur Einführung standardisierter Abläufe, doch nur Universitätskliniken und einige teilnehmende Kliniken hielten konstante Spender*innenraten. Defizite in der Spendendenerkennung und komplexe Abläufe führten in anderen Krankenhäusern zu rückläufigen Raten (Braun & Rahmel, 2020, S.906). Die Organspende stellte besonders in kleineren Krankenhäusern eine Herausforderung dar. 2017 lag die durchschnittliche Zahl an Organspenden in A-Kliniken bei 7,5, in B-Kliniken bei 2,83 und in C-Kliniken bei 0,17. Viele C-Kliniken und einige B-Kliniken verzeichneten keine Organspenden (ebd., S.910). Eine Studie von 2018 bestätigte, dass organisatorische Mängel die Zahl realisierter Organspenden erheblich

verringerten. Trotz hoher Zustimmung zur Organspende in der Bevölkerung blieb die Umsetzung in Kliniken durch strukturelle Probleme eingeschränkt (ebd., S.906). Die Studie wertete zur Identifizierung potenzieller Organspender*innen die Krankenhausabrechnungsdaten in einem vierstufigen Prozess aus. Zunächst wurden alle Krankenhausaufenthalte im betreffenden Jahr ausgewählt, bei denen der dokumentierte Entlassungsgrund Tod war (Code 079). Im nächsten Schritt wurden Patient*innen herausgefiltert, bei denen eine Haupt- oder Nebendiagnose vorlag, die vermutlich zu einer IHA geführt hatte. Anschließend wurden Patienten ausgeschlossen, bei denen eine oder mehrere kodierte Diagnosen eine Kontraindikation für die Organspende darstellten (Schulte et al., 2018, S.464). Die Ergebnisse der bundesweiten Analyse der Krankenhausaufenthalte in Deutschland zwischen 2010 bis 2015 sind in Tabelle 4 aufgelistet.

Tabelle 4: Darstellung der Analyse der deutschen Krankenhausaufenthalte zwischen 2010 bis 2015 in Bezug auf die Organspende (Schulte et al., 2018, S.464-465) - eigene Darstellung

Kategorie	Änderung in Prozent (%)
<i>Krankenhausaufenthalte pro Jahr</i>	+6,7 %
<i>Stationäre Todesfälle</i>	+4,8%
<i>Todesfälle mit IHA</i>	+4,5%
<i>Patient*innen mit IHA und einer Indikation für die Organspende</i>	+12,7%
<i>Patient*innen mit IHA ohne Kontraindikation</i>	+3,5%
<i>Potenzielle Organspendende insgesamt</i>	+13,9%
<i>Kontakte mit der DSO</i>	-18,7%
<i>Tatsächliche Organspenden</i>	-32,3%
<i>Umwandlungsquotient</i>	-17%

Die Analyse verdeutlichte, dass trotz des Anstiegs der Krankenhausaufenthalte, der Todesfälle und der potenziellen Spendenden die Kontakte und die realisierten Spenden deutlich zurückgingen (ebd., S.465). Auch bei Betrachtung der Stratifizierung in die Klinikategorien ergab sich ein ähnliches Bild. In Universitätskliniken wiesen 24,1 Prozent eine IHA auf, die Zahl der potenziellen Organspendenden stieg um 19,2 Prozent. Trotz dieser Zunahme ging die Zahl der Kontakte mit der DSO um 21,4 Prozent zurück. Der Umwandlungsquotient, also die Anzahl der potenziellen Spenden im Vergleich zu der Anzahl der tatsächlichen Spenden verringerte sich um 11,7 Prozent. Die Analyse machte deutlich, dass

theoretisch bis zu 2.780 Organspenden hätten realisiert werden können. Tatsächlich wurden jedoch nur 877 Organspenden durchgeführt (ebd., S.465). Die Ergebnisse bestätigten, die in Kapitel 5.1 gezeigten Trends. In Deutschland bestehen eine hohe Bereitschaft zur Organspende und eine große Anzahl potenzieller Spender*innen in Kliniken. Dennoch entspricht die tatsächliche Anzahl der Spenden nicht diesen positiven Indikatoren. Es gibt erhebliche Defizite bei der Umwandlung von potenziellen Spendenden in tatsächliche Organspendende. Die Ursachen für diese Probleme liegen u.a. in der internen Koordination innerhalb der Krankenhäuser und in der Umsetzung des Prozesses. Es bleibt jedoch unklar, ob die Schwierigkeiten bei der Identifikation, der Meldung, der Diagnose des Hirntods, der Ausbildung des Personals oder der Kommunikation mit den Angehörigen auftreten (ebd., S. 465ff.).

Die Studie von Esser et al. verfolgte eine vergleichbare Methodik und analysierte ebenfalls die Krankenhausabrechnungsdaten aller deutschen Krankenhäuser für das Jahr 2016. Dabei wurden zunächst sämtliche Fälle ausgewählt, bei denen der Tod als Entlassungsgrund angegeben wurde. Als Einschlusskriterien galt der Nachweis eines IHA, während Kontraindikationen sowie das Fehlen invasiver Beatmung als Ausschlusskriterien dienten. Zudem unterteilten die Autor*innen die Krankenhäuser in ihre drei Kategorien (Esser et al., 2020, S.3f.). Es konnten insgesamt 20.063.689 stationäre Patient*innen identifiziert werden, wovon 2,1 Prozent mit dem Tod endeten (ebd., S.4). Bei 15,4 Prozent dieser wurde ein IHA diagnostiziert. Die Verteilung der potenziellen Organspendenden auf die Krankenhauskategorien: Universitätskliniken (A), Kliniken mit Neurochirurgie (B) und Krankenhäuser ohne Neurochirurgie (C) werden in Tabelle 5 dargestellt. Weitere 8,6 Prozent konnten nicht zugeordnet werden.

Tabelle 5: Darstellung der Analyse der deutschen Krankenhausdaten in Bezug auf die Organspende im Jahr 2016 (Esser et al., 2020, S.5-6) – eigene Darstellung

Anteil in Prozent (%)	Kategorie A	Kategorie B	Kategorie C
<i>Potenzielle Organspender*innen</i>	21,3%	28,0%	42,1%
<i>DSO-Kontakte</i>	28,8%	39,0%	32,1%
<i>Realisierungsquote</i>	4,6%	4,8%	1,7%

Es wurde deutlich, dass die meisten potenziellen Spendenden in Kategorie C-Krankenhäusern gefunden wurden. Trotz dieser hohen Anzahl war die

Kontaktaufnahme-Rate in diesen Einrichtungen jedoch niedriger als in den Kategorie B-Krankenhäusern. Zudem wies die Realisierungsquote, also das Verhältnis der tatsächlichen zu den potenziellen Spender*innen, mit nur 1,7 Prozent den niedrigsten Wert auf. Die Kontakt- und Realisierungsquoten in den Kategorie C-Krankenhäusern lagen signifikant unter denen der Kategorie A und B ($p < 0,001$) (ebd., S.5f.). Diese Studie visualisierte ebenfalls das erhebliche Defizit im Identifizierungsprozess von Organspender*innen in Deutschland. Zudem wurde hervorgehoben, wie entscheidend die Rolle kleinerer Krankenhäuser ist und zeigte das bestehende, ungenutzte Potenzial auf (ebd., S.6f).

Um die strukturellen Ursachen für die Unterschiede in den Organspendenzahlen besser zu verstehen, wurden halbstrukturierte Interviews mit Intensivmediziner*innen, Intensivkrankenschwestern, Entnahmechirurg*innen und Transplantationskoordinator*innen aus Österreich, Deutschland, Spanien und dem Vereinigten Königreich durchgeführt. Die Interviewpartner*innen mussten in einem Transplantationszentrum tätig sein und bestimmte Kriterien erfüllen. Insgesamt wurden 17 Interviews geführt, u.a. vier in Deutschland und vier in Spanien. Die Interviewleitfäden wurden speziell auf die jeweiligen Länder angepasst (Becker et al., 2020, S.2). Die Antworten der Expert*innen wurden in vier Kategorien unterteilt: Spendenprozess, Spender*innen Anzahl, Gesundheitssystem und Angehörige (ebd., S.4). Ein zentrales Thema, das von den Expert*innen aus Spanien besonders hervorgehoben wurde, war die herausragende Bedeutung der Rolle und Arbeit der Transplantationskoordinator*innen (siehe Kapitel 3.3.3). Diese übernehmen in Vollzeit die Spenderbewertung, Logistik und Koordination, wodurch das Intensivpersonal erheblich entlastet wird. Die Befragten aus Deutschland berichteten hingegen, dass die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben (siehe Kapitel 3.2.2) nicht wie vorgesehen von den Transplantationsbeauftragten übernommen werden. Stattdessen wird die Bewertung potenzieller Spender*innen überwiegend vom überlasteten Intensivpersonal durchgeführt, was durch einen Mangel an qualifizierten Fachkräften verschärft wird. Zudem fehlen standardisierte Screeningverfahren für potenzielle Spender*innen, sodass die Organspende stark vom Engagement einzelner Personen in den Krankenhäusern abhängt. Ein deutlicher Rückgang der Spendenrate ist zu verzeichnen, wenn eine engagierte Person das Krankenhaus verlässt. Intensivmediziner*innen aus beiden Ländern hoben hervor, dass die Kapazität der Intensivbetten ein erhebliches Hindernis für die Organspende darstellen kann, insbesondere wenn die Betten an oder nahe ihrer Kapazitätsgrenze sind. In solchen Situationen werden die Bedürfnisse der lebenden Patienten*innen innerhalb

der Einrichtung über die der potenziellen Organspendenden gestellt (ebd., S.6). Weiterhin ist in Spanien Teil des standardisierten Prozesses die Kommunikation mit den Angehörigen, so zieht die / der zuständige Intensivmediziner*in immer die / den Transplantationskoordinator*in hinzu, welcher die Familie auch über den Tod der spendenden Person informiert. In Deutschland gibt es keine standardisierten Verfahren für die Ansprache der Familie (ebd., S.7). In Deutschland fehlt es vielen Familien an Klarheit über den letzten Willen ihrer Angehörigen bezüglich der Organspende. Diese Ungewissheit fördert oft eine Ablehnung von Organspenden, da das Thema Tod und Organspende häufig gemieden wird. In Spanien hingegen wird das Thema Organspende offen besprochen, da es dort nicht als Tabu gilt. Die Bevölkerung ist stolz auf das spanische Modell, kennt die Vorteile der Transplantation und hat großes Vertrauen in ihr System (ebd., S.8). Zusammenfassend waren sich alle Expert*innen der Studie einig, dass eine effiziente Organisation der Organbeschaffung sowie ein breiter gesellschaftlicher Konsens über das Konzept des Hirntods und/oder der Organspende nach Herzstillstand entscheidend für den Erfolg des Prozesses sind. Ebenso ist eine positive Einstellung gegenüber Organspende und Transplantation unerlässlich für eine erfolgreiche Umsetzung (ebd., S.10). Auch die qualitative Studie von Kirchner et al., welche in Kapitel 5.2 erläutert wurde, kam zu ähnlichen Ergebnissen. Demnach resultiert die niedrige Spendenrate in Deutschland *„aus einer defizitären Organisation der Gewebespende [...], bei der eine zu geringe Anzahl potenzieller Spender*innen identifiziert und daraus resultierend zu wenig Aufklärungsgespräche mit Angehörigen geführt werden“* (Kirchner et al., 2023, S.74). Weiterhin würde durch Informationsmangel und Vorbehalte der Spendenpool nach Herztod nicht genutzt werden (ebd., S.75).

Es wird deutlich, dass bei der Infrastruktur der Organspende in Spanien und Deutschland weniger die Quantität, sondern vielmehr die Qualität im Vordergrund steht. Obwohl Spanien im Vergleich zu Deutschland deutlich weniger Entnahmekliniken besitzt (siehe Kapitel 3.2 & 3.3), spielen die Effektivität der ONT und das zentralisierte System eine viel entscheidendere Rolle (Qu et al., 2024, S.5). Die begrenzten Ressourcen werden optimal genutzt, da Transplantationskoordinator*innen hoch angesehen und spezialisiert sind und die Organspende als Gemeinschaftsaufgabe betrachtet wird. Zudem zeigt sich in der klinikinternen Organisation Spaniens eine deutlich höhere Effizienz. Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, werden in Spanien potenzielle Spender*innen viel häufiger in tatsächliche Spender*innen umgewandelt als in Deutschland, was auf eine überlegene interne Organisation und koordinierte Prozesse hinweist.

5.4 Auswirkungen von sekundären institutionellen Faktoren auf die Spendenbereitschaft und -praxis

Neben den direkten Einflüssen durch Gesetze und institutionelle Prozesse gibt es sekundäre Faktoren, die indirekt die Spendenbereitschaft prägen. Diese Veränderungen entstehen häufig als Reaktion auf gesellschaftliche Entwicklungen, das Vertrauen in Institutionen oder die Wirkung von Aufklärung und Information der Bevölkerung. Entsprechende Faktoren können maßgeblich beeinflussen, wie und warum Menschen spenden. In diesem Kapitel werden diese sekundären Einflüsse und ihre Wirkung auf das Spendenverhalten genauer betrachtet.

Bereits in Abschnitt 5.3 wurde das Thema Vertrauen in das System behandelt. Im Folgenden wird dieses Vertrauen weiter untersucht, insbesondere im Hinblick auf den politischen, medialen und gesellschaftlichen Umgang sowie die damit verbundene Notwendigkeit. In Spanien wird die Organspende als eine heldenhafte Tat angesehen. Dankesfeiern ehren die Familien der Spender*innen und gedenken denjenigen, die ihre Organe gespendet haben. Diese Feiern betonen die hohe gesellschaftliche Anerkennung und Wertschätzung der Toten für ihr selbstloses Handeln (Friedersdorff & Putz, 2020, S.17). In Deutschland gibt es hingegen ein weit verbreitetes Misstrauen gegenüber dem Transplantationssystem verursacht durch vergangene Skandale, welche von Unwissenheit bedingter Unsicherheit begleitet werden. Menschen fürchten sich vor Dingen, die sie nicht im Detail kennen und verstehen, verstärkt durch den Transplantationsskandal im Jahr 2012 (Becker et al., 2020, S.8). Dieser Allokationsskandal wurde durch Unregelmäßigkeiten und Manipulationen in mehreren deutschen Kliniken aufgedeckt. Patient*innen wurden mit Hilfe von systematisch veränderten Laborparametern als kränker deklariert, um auf den Wartelisten schneller ein Organ zu erhalten. Dadurch verloren dringendere Fälle die Chance, rechtzeitig ein Organ zu bekommen, was in einigen Fällen einem Todesurteil gleichkam. Folgend gab es eine breite mediale, negative Rezeption der Organspende, was im Kontrast einer nicht-vorhandenen positiven Berichterstattung z.B. bei Erfolgen, das Misstrauen der Bevölkerung verstärkt hat (Friedersdorff & Putz, 2020, S.17 & Rand et al, 2022, S.312). Daher untersuchte ein Artikel von Martínez-López et al. aus dem Jahr 2023 die Relevanz des Vertrauens in das System für eine hohe Spendenbereitschaft in der Bevölkerung. Vertrauen hat eine bedeutende moralische Dimension, da es eine asymmetrische Beziehung von Macht und Verletzlichkeit zwischen Vertrauensgebendem und Vertrauensnehmenden

beinhaltet. Im Kontext der Organspende hat die Politik, die Krankenhäuser und die Organspende Organisationen eine Machtposition gegenüber der Bevölkerung (Martínez-López, 2023, S.2). Überdies spielt das Objekt des Vertrauens, also die Organspende selbst, einen wichtigen Faktor. Für das Vertrauen in das System ist die Entwicklung einer Vertrauensbeziehung relevant (ebd., S.3). Beeinflusst wird das Vertrauen unter anderem durch die Medien. Besonders hervorzuheben ist dabei der offene und transparente Umgang mit den Medien in Spanien, wie in Kapitel 3.3.1 beschrieben. Dieser proaktive Ansatz wird als vorbildlich angesehen, da er effektiv dazu beiträgt, Vertrauen aufzubauen (ebd., S.5f.). Die Organspende sollte nicht ausschließlich als Objekt des Vertrauensnehmenden gesehen werden, welche ihre Prozesse bestmöglich umsetzen möchten. Vielmehr sollten auch die Vertrauensgebenden ihre Interessen und Bedürfnisse in dem Objekt erfüllt sehen (ebd., S.12). Die Organspende als eine gemeinsame gesellschaftliche Aufgabe. Weiterhin kann es durch das dezentrale System in Deutschland (siehe Kapitel 3.2.1) und die vielen beteiligten Akteur*innen schwieriger sein eine Vertrauensbeziehung aufzubauen als in im zentralen Systems Spaniens mit wenigen Akteur*innen und spezialisierten Transplantationskoordinator*innen (siehe Kapitel 3.3.2 & 3.3.3).

Zusätzlich zum offenen Umgang mit den Medien zeichnet sich Spanien, wie im theoretischen Hintergrund beschrieben, durch eine Kultur der integrativen Aufklärung aus. In Deutschland hingegen dominieren weitreichende Kampagnen zur Bewusstseinsbildung. Diese Unterschiede in der Mediennutzung und der Aufklärungskultur werfen Fragen über die Effektivität der jeweiligen Ansätze auf. Um die Mediennutzung und deren Einfluss genauer zu analysieren, untersuchte die Studie von Olsacher et al. die Vermittlung von Informationen zur Organspende über die sozialen Medien (Olsacher et al., 2023, S.3). Hierfür wurden alle Instagram-Posts in der ersten Jahreshälfte von 2022 mit dem Hashtag #organspende gesammelt. Die Stichprobe von 500 deutschen Beiträgen wurde kategorisiert und für die Wirkung das Like-Kommentar-Verhältnis berechnet (ebd., S.4). 57 Prozent der Posts stammten von institutionellen Autor*innen, wie Regierungsorganisationen oder Krankenhäusern, während 43 Prozent der Posts von Einzelpersonen veröffentlicht wurden. Die Regressionsanalysen zeigten, dass transformative Botschaften, positive Stimmung, Posts von Transplantationsempfänger*innen und die Verwendung von Bildern die Wirksamkeit der Posts signifikant erhöhten. Insbesondere hatten transformationale Botschaften einen besonders hohen Einfluss auf die Effektivität der Posts, mit einem p-Wert <0.001 und einer großen Effektstärke von 0.44 gemäß

Cohen's d. Diese Effektstärke zeigte, dass der Einfluss der transformationalen Botschaften, also der Inhalte, welche emotionale Reaktionen bei den Empfänger*innen hervorrufen sollten, auf die Anzahl der Likes als besonders bedeutsam angesehen wurde. Beiträge, die persönliche Erfahrungen thematisierten, hatten ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Wirksamkeit der Posts, mit einem p-Wert <0.01 und einer hohen Effektstärke von 0.59. Dies bedeutete, dass Posts mit persönlichen Erfahrungen besonders viele Likes erhielten und somit als sehr wirkungsvoll galten. Beiträge, die die Bedeutung für den Spendenden hervorhoben, zeigten ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Effektivität, mit einem p-Wert <0.05 und einer kleineren Effektstärke von 0.18. Diese kleinere Effektstärke deutete darauf hin, dass der Einfluss auf die Anzahl der Likes zwar signifikant, aber weniger stark ausgeprägt waren (ebd., S.5f.). Die Studie zeigte zum einen, dass soziale Medien ein effektives Mittel für eine positive und transparente Berichterstattung sowie zielgerichtete Aufklärung über Organspenden darstellen. Zum anderen wurde deutlich, dass das Teilen persönlicher Erfahrungen von Organempfänger*innen oder Familienangehörigen von Organspendenden einen positiven Einfluss auf die Spendenbereitschaft und die praktische Umsetzung von Organspenden haben kann (ebd., S.7).

Sekundäre institutionelle Faktoren wie das Vertrauen in das Transplantationssystem, die Medienberichterstattung und die Art der Aufklärung können die Organspendenbereitschaft und -praxis beeinflussen. In Ländern wie Spanien, wo Organspenden gesellschaftlich anerkannt und positiv dargestellt werden, ist die Spendenanzahl tendenziell höher. Im Gegensatz dazu kann bestehendes Misstrauen aufgrund von Skandalen und negativer Medienberichterstattung die Spendenbereitschaft und -praxis negativ beeinflussen. Informationskampagnen, insbesondere über soziale Medien, können durch transformative Botschaften und persönliche Erfahrungsberichte eine positive Wirkung auf die Organspende erzielen.

6 Diskussion

Die Methode des vergleichenden Scoping-Reviews erwies sich als zielführend zur Beantwortung der Forschungsfrage. Durch die Einbeziehung sowohl qualitativer als auch quantitativer Studien, einschließlich Mixed-Method-Ansätzen und Fachzeitschriftenartikeln, konnte ein umfassendes und differenziertes Bild der bestehenden Gegebenheiten gezeichnet werden. Der entwickelte Suchstring und die

systematische Literaturrecherche führten zu einer ausgewogenen Auswahl an Ergebnissen, die es ermöglichten, unterschiedliche Aspekte detailliert zu beleuchten und gegeneinander abzuwägen. Jedoch wurde durch die Eingrenzung auf die Verfügbarkeit von 'Free Full Text' und 'Abstract' in den verwendeten Datenbanken gegebenenfalls relevante Datensätze von Beginn an ausgeschlossen. Ein weiterer wesentlicher Aspekt der Vorgehensweise war die ausschließliche Verwendung von Primärquellen, wodurch eine unabhängige und unverzerrte Darstellung der Thematik sichergestellt wurde. Besonders hervorzuheben ist auch die Aktualität der verwendeten Studien, die bereits die 2012 in Deutschland geänderte Entscheidungslösung berücksichtigten. Die betrachteten Studien konzentrierten sich jedoch überwiegend auf defizitäre Systeme wie das deutsche, während Spanien als bewährtes und oft gelobtes Modell eher als positives Vorbild herangezogen wurde. Überdies gab es keine eigenständigen Studien, welche ausschließlich den Vergleich zwischen Spanien und Deutschland untersuchten. Stattdessen wurden Länder meist in Gruppen, wie Opt-In- und Opt-Out-Systeme zusammengefasst, wobei darauf geachtet wurde, dass Deutschland und Spanien immer eingeschlossen waren. In dieser Arbeit wurden nicht nur die primären politischen Institutionsstrukturen und -prozesse als Einflussfaktoren untersucht, vielmehr wurden auch die Auswirkungen dieser Strukturen auf die Bevölkerung und die daraus resultierenden Einflussfaktoren berücksichtigt. Dabei wurde ein umfassender Blick auf das Zusammenspiel zwischen politischen Rahmenbedingungen und den Reaktionen der Gesellschaft erstellt, um ein tieferes Verständnis der komplexen Wechselwirkungen zu ermöglichen. Wie bereits im Methodenteil erwähnt, wurden für den spanischen Anteil des theoretischen Hintergrunds und für die deskriptive Datenanalyse überwiegend offizielle Berichte, Gesetze und Quellen der spanischen Regierung sowie der ONT verwendet, die in der Landessprache verfasst waren. Zur Übersetzung dieser Dokumente wurde der 'DeepL Translator' genutzt, der sich durch präzise und qualitativ hochwertige Übersetzungen auszeichnet (DeepL, o.J.) und von der HAW Hamburg als unterstützende Künstliche Intelligenz anerkannt wird. Dennoch kann ein gewisses Risiko für Übersetzungs- und Verständnisbias nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Limitierende Aspekte, die in Bezug auf politische Institutionsstrukturen und -prozesse nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt wurden, betreffen unter anderem den Fokus auf die Möglichkeiten zur Registrierung der Entscheidung für oder gegen eine Organspende in Deutschland und Spanien. In Deutschland wurde das neue

Organspende-Register erst im März 2024 eingeführt und befindet sich bis Januar 2025 in einer Übergangsphase. Aufgrund dieser Tatsache wurde die Anwendung und Praxis dieses Tools als noch nicht hinreichend wissenschaftlich verwertbar für diese Arbeit eingeschätzt (Organspende-info.de, o.J.d). In Spanien hingegen existiert kein einheitliches Register, was eine differenzierte Analyse der Dokumentationsarten erschwert (Arshad et al., 2019, S.1458). Darüber hinaus wurden Aspekte der Finanzierung nicht untersucht, da diese auf grundlegenden Unterschieden in den Gesundheitssystemen basieren und den Fokus der Forschungsfrage verändert hätten. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, ist die Bereitschaft zur Organspende auch stark von kulturellen, religiösen und ethischen Faktoren abhängig, welche jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht berücksichtigt wurden, da sie als unveränderbare Verhältnisse angesehen werden. Dies stellt jedoch eine Einschränkung dar, da Religion einerseits als förderlich für die Organspende betrachtet wird, da sie mit altruistischen Lehren im Einklang steht. Andererseits begründen manche Menschen die Ablehnung einer Organspende damit, dass sie nicht in göttliche Entscheidungen eingreifen wollen (Lewis et al., 2021, S.6). Erfahrungsberichte zeigen zudem, dass muslimische Gläubige häufig die Organspende ablehnen (Becker et al., 2020, S.8). Darüber hinaus lehnen laut einer Studie von Díaz-Cobacho et al. politisch rechtsorientierte Personen und Katholik*innen die Organspende signifikant häufiger ab (Díaz-Cobacho et al., 2022, S.571ff.). Überdies spielen Aspekte der Differenzierung eine wichtige Rolle, die in dieser Arbeit unterschiedlich berücksichtigt wurden. Die Untersuchung beschränkt sich auf die postmortale Organspende und differenziert somit nicht zwischen verschiedenen Arten der Spenden. Zudem, wie bereits in der Einleitung erwähnt, fokussiert sich die Arbeit ausschließlich auf die Spende innerer Organe wie Herz, Lunge, Niere, Leber, Pankreas und Darm. Diese Organe wurden jedoch nicht weiter differenziert betrachtet, obwohl einige Studien signifikante organabhängige Unterschiede in der Spendenpraxis feststellen konnten. Eine weitere Einschränkung der Differenzierung liegt in der fehlenden Berücksichtigung der autonomen Regionen Spaniens sowie der Bundesländer in Deutschland, obwohl in den Abschnitten des Kapitels 3 Unterschiede innerhalb dieser Gebiete angesprochen wurden. Um einen fundierten und tiefgehenden Vergleich zu ermöglichen, der potenziell Einfluss auf zukünftige Gesetzesänderungen haben könnte, sollte auch die Qualität der medizinischen Behandlung und die Leitlinien für Hirnverletzungen, die zum Hirntod führen können, berücksichtigt werden. Ergänzend dazu sollten auch die Inzidenzen an Hirnblutungen, (Verkehrs-) Unfällen und ischämischen Schlaganfällen betrachtet werden. Es bleibt unklar, ob es in diesen Bereichen Unterschiede zwischen

Deutschland und Spanien gibt und ob diese Unterschiede möglicherweise zur geringeren Organspendenrate in Deutschland beitragen. Obwohl die in Kapitel 5.3 dargestellten Studien deutliche Defizite in den deutschen krankenhausinternen Prozessen und in der Identifikation potenzieller Spendenden aufzeigen, könnte auch eine unterschiedliche Behandlung der Vorerkrankungen eine Rolle spielen. Weiterhin ist zu erwähnen, dass diese Arbeit den Transplantationsskandal in Deutschland aus dem Jahr 2012 zwar anspricht, jedoch nicht umfassend analysiert. Daher bleibt der Einfluss dieser Aspekte weitgehend spekulativ und es bestehen ausschließlich Mutmaßungen über entscheidende Faktoren und Auswirkungen auf die Spendenbereitschaft und -praxis.

Die statistischen Werte aus Kapitel 5.1 zeigen einen klaren Unterschied in der Anzahl der durchgeführten Organspenden und der Organspendenrate zwischen Deutschland und Spanien, wobei Spanien deutlich überlegen ist. Dabei ist der Bedarf an Organen in beiden Ländern ähnlich hoch, was daraufhin hindeutet, dass die Unterschiede im präventiven Bereich (siehe Kapitel 3.2 & 3.3.1) keinen wesentlichen Einfluss auf den Bedarf haben und in beiden Ländern ausbaufähig sind. Auch wenn die Spendenbereitschaft der Bevölkerung in beiden Ländern vergleichbar hoch ist, weist Deutschland hier einen leichten Vorteil auf. Allerdings ist anzumerken, dass die Daten in Deutschland deutlich aktueller als die in Spanien sind. Trotzdem steht das Ergebnis im Widerspruch zu den beobachteten Spendenraten. Zur Erklärung dieser Diskrepanz wurden die Ursachen für Hirntod bei den Spendenden betrachtet, welche in beiden Ländern prozentual ähnlich verteilt sind. Dennoch zeigt sich, dass Spanien die Ressourcen älterer Spendenden wesentlich effektiver nutzt als Deutschland. Obwohl in beiden Ländern die Organspende unabhängig vom Alter erlaubt ist (siehe Kapitel 2), liegt der Altersdurchschnitt der Spendenden in Deutschland deutlich unter dem in Spanien. Dies deutet darauf hin, dass Spanien in der Lage ist, auch ältere Spender*innen effektiver in den Organspendeprozess einzubinden (Qu et al., 2024, S.6f.). Zusätzlich offenbaren die organbezogenen Kontakte zwischen Entnahmekrankenhäusern und Koordinierungsstellen, dass Spanien ein wesentlich effizienteres System aufweist als Deutschland. In Spanien erfolgt die Umwandlung potenzieller Spender*innen in tatsächliche Spenden drei bis viermal häufiger als in Deutschland. Diese Erkenntnis deutet darauf hin, dass die Defizite in der deutschen Organspendenpraxis weniger auf einer mangelnden Spendenbereitschaft beruhen, sondern vielmehr auf der Umsetzung der Rahmenbedingungen und Prozesse. Eine

detaillierte Analyse der Ursachen für diese Ineffizienzen wurde in Kapitel 5.3 durchgeführt.

Die Ergebnisse in Kapitel 5.3 zeigen deutlich, wie stark die Organisationsstrukturen und -prozesse den Umgang mit Organspenden beeinflussen. Insgesamt wird klar, dass die spanische Bevölkerung eine wesentlich positivere und vertrauensvollere Haltung gegenüber ihrem Organspendensystem hat als die deutsche Bevölkerung. Diese Erkenntnis wird durch die Ausführungen in Kapitel 5.4 weiter untermauert, wo der zentrale Stellenwert des Vertrauens in die Politik und die verantwortlichen Akteur*innen hervorgehoben wird. Fehlt dieses Vertrauen, sind die Menschen weniger geneigt, einer Organspende oder einer Organspende ihrer Angehörigen zuzustimmen. Ein transparenter, ehrlicher und offener Umgang, insbesondere durch die Medienkommunikation, kann entscheidend dazu beitragen, das Vertrauen in das System zu stärken, was wiederum zu einer höheren Bereitschaft zur Organspende führt. Die Betrachtung der Krankenhausinternen Abläufe verdeutlichen die erwähnten Defizite in diesem Bereich. Sowohl die Studie von Schulte et al. als auch die Studie von Esser et al. zeigen, dass in vielen deutschen Krankenhäusern Organspendende nicht ausreichend identifiziert und / oder nicht an die Koordinierungsstelle gemeldet werden. Dies bedeutet, dass oft unklar bleibt, ob die nicht erkannten Patient*innen bereit gewesen wären, Organe zu spenden oder nicht. Folglich wird der Prozess durch das deutsche Krankenhaussystem selbst blockiert. Eine zentrale Ursache hierfür, wie die Studie von Becker et al. verdeutlicht, ist die unzureichende Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben im Zusammenhang mit den Transplantationsbeauftragten (siehe Kapitel 3.2.2). Diese Beauftragten haben häufig keine einheitlich geregelte Qualifikation und ihre Tätigkeit wird oft als Zusatzaufgabe betrachtet. In der Praxis bedeutet dies, dass das ohnehin bereits stark belastete, Intensivpersonal oft den komplexen und aufwendigen Identifikations- und Organspendeprozess übernehmen muss, diesem jedoch nicht nachkommt. Dies führt nicht nur zu einer Überlastung des Personals und einem Mangel an spezifischer fachlicher Kompetenz, sondern auch zu dem Verlust an Spendenden. Im Gegensatz dazu ist in Spanien eine eigenständige Berufsgruppe für Organspenden etabliert (siehe Kapitel 3.3.3), die den gesamten Prozess als Hauptaufgabe übernimmt. Der Organspendeprozess wird dort als gesamtgesellschaftliche Aufgabe betrachtet, zudem wird darauf geachtet, dass alle Beteiligten umfassend geschult und fortgebildet werden. Dieser strukturierte Ansatz trägt dazu bei, dass Organspendende effizienter erkannt und gemeldet werden, was letztlich zu einer höheren Spendenrate führt (Becker et al., 2020, S.10). Diese Gesamtfaktoren sind möglicherweise eine

Konsequenz aus den Zentralisierungsansätzen der Länder. Die zentrale hierarchische Regulierung in Spanien mit weniger Akteur*innen sorgt für Transparenz und klare Zuständigkeiten im Gegensatz zu Deutschland, wo viele beteiligte Parteien Einfluss auf den Prozess und die Abläufe haben. Auch das auf Organspende ausgerichtete Qualitätsmanagement im umfassenden Konzept des spanischen Modells trägt maßgeblich dazu bei, dass Defizite bei der Erkennung von Spender*innen systematisch angegangen werden. In Spanien ermöglicht ein spezialisiertes und gut integriertes Qualitätsmanagement eine gezielte Identifikation und Behebung von Schwächen im Spender*innenerkennungsprozess (siehe Kapitel 3.3.1). In Deutschland hingegen werden zwar interne Audits durchgeführt und das Qualitätsmanagement ist gesetzlich verankert, doch das Programm ist weniger spezialisiert und nicht immer einheitlich mit externen Audits verknüpft. Dies führt zu Unsicherheiten darüber, ob die internen Audits tatsächlich alle bestehenden Defizite zuverlässig aufdecken und adressieren. Diese umfassenden Strukturen haben zudem einen wesentlichen Einfluss auf die Kommunikation mit den Angehörigen potenzieller Spender*innen, was sich deutlich in den Zustimmungsraten widerspiegelt und in den statistischen Werten niederschlägt. Zusammenfassend lässt sich vermuten, dass die hohe Spezialisierung und die routinierten Abläufe in Spanien eng mit der vergleichsweise geringeren Anzahl an Entnahmekliniken als in Deutschland zusammenhängen (siehe Kapitel 3.2 & Kapitel 3.3) (ebd., S.11 & Qu et al., 2024, S.5).

Die Interpretation der Ergebnisse zum Vergleich zwischen Opt-In- und Opt-Out-Systemen und deren Einfluss auf die Spendenbereitschaft und -praxis gestaltet sich weniger eindeutig als die Analysen zu den Strukturen und Abläufen. Diese Ambivalenz resultiert aus den vielfältigen und teils unscharfen Rahmenbedingungen, da beide Systeme oft hybride Funktionen aufweisen (Arshad et al., 2019, S. 1457). Die Studien von Qu et al. und Shephard et al. bestätigen, dass Länder mit mutmaßlicher Zustimmung eine signifikant höhere Organspendenrate aufweisen als Länder mit ausdrücklicher Zustimmung. Beide Studien sind sich jedoch einig, dass nicht nur das Zustimmungssystem selbst, sondern insbesondere das umfassende Konzept des spanischen Modells einen wesentlichen Einfluss auf die Organspendenraten hat (Shephard et al., 2014, S.11). Im Gegensatz dazu zeigen die Studien von Arshad et al. und Kirchner et al., dass die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen keinen signifikanten Einfluss auf die Spendenbereitschaft und -praxis haben. Die Mixed-Method-Studie von Molina-Pérez verdeutlicht, dass die Unterschiede in den Gesetzeslagen nur einen geringen Einfluss auf die tatsächliche Spendenbereitschaft und -praxis haben. Sie hebt zudem die Bedeutung der

gesetzlichen Entscheidungsbefugnis der Angehörigen hervor und zeigt den Unterschied zwischen „harten“ und „weichen“ Widerspruchslösungen auf. In Ländern mit „harten“ Opt-Out-Systemen, in denen Menschen ohne Widerspruch zu Lebzeiten automatisch als Spender*innen gelten, ist die Spendenrate tatsächlich höher. Im Gegensatz dazu relativieren sich in Ländern mit weichen Opt-Out-Systemen wie Spanien die Unterschiede der Zustimmungsraten, da Angehörige bei fehlendem Widerspruch über die Spende entscheiden müssen. Dies verdeutlicht, dass das System der mutmaßlichen Zustimmung praktisch kaum noch existiert (Arshad et al., 2019, S. 1458). Obwohl Deutschland und Spanien unterschiedliche gesetzliche Regelungen zur Organspende haben, gibt es eine wesentliche Gemeinsamkeit. In beiden Ländern entscheiden die Angehörigen, wenn zu Lebzeiten keine ausdrückliche Zustimmung oder Ablehnung geäußert wurde. Diese Tatsache zeigt sich als eine bedeutende Erkenntnis aus den Bemühungen und Debatten um die Widerspruchslösung, die bereits in der Einleitung angesprochen wurden. Die Analyse verdeutlicht, dass die Einführung einer Widerspruchslösung nach spanischem Modell keine wesentlichen Unterschiede im Vergleich zum bestehenden deutschen System mit sich bringen würde. Es wird deutlich, dass nur die Etablierung eines harten Opt-Out-Systems in Deutschland den Organspendeprozess verbessern könnte. Überdies ist zu erwähnen, dass Studien über Länder, die von einem etablierten Opt-In-System auf ein Opt-Out-System umgestellt haben, keine signifikanten Unterschiede in der Organspendenpraxis feststellen konnten. Organspendenraten in Ländern wie Belgien, Brasilien, Singapur und Wales sind entweder konstant geblieben oder sogar gesunken. Dies unterstreicht die Notwendigkeit eines Umdenkens und die Entwicklung neuer Strategien, um die Spendenraten zu verbessern. Ein erfolgreiches Beispiel ist Israel, das ein System zur vorrangigen Zuteilung von Organen für registrierte Spender*innen eingeführt hat. Erste Ergebnisse zeigen einen bemerkenswerten Anstieg sowohl der Zustimmungsraten als auch der tatsächlichen Organspenden (Arshad et al., 2019, S. 1458).

Grundsätzlich zeichnen die Methodik und Analyse der Ergebnisse eine klare Richtung für die zukünftige Entwicklungen und Bemühungen im Kontext der Organspende ab. Die Untersuchung hat sich unter Einhaltung der wissenschaftlichen Standards umfassend und kritisch mit allen relevanten Aspekten auseinandergesetzt und verschiedene Perspektiven beleuchtet. Dennoch ist es entscheidend, einen umfassenderen Vergleich mit unterschiedlichen Systemen und Vorgehensweisen anzustellen, um fundierte Handlungslösungen zu entwickeln. Nur durch eine vertiefte

Analyse und den Austausch mit internationalen Best Practices können effektive Strategien erarbeitet werden, die zu einer signifikanten Verbesserung der Organspendenpraxis in Deutschland führen.

7 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Bachelorarbeit hat sich mit der Frage befasst, **welchen Einfluss die unterschiedlichen politischen Institutionsstrukturen und -prozesse der Organspende in Deutschland und Spanien auf die Spendenbereitschaft und -praxis haben**. Im Kontext aktueller politischer Debatten über eine mögliche Anpassung der deutschen Gesetzgebung nach dem weltweit führenden Vorbild Spaniens, wurde untersucht, wie sich diese Unterschiede auf die jeweiligen Länder auswirken. Die Darstellung der gesetzlichen Rahmenbedingungen, der organisatorischen Ebenen sowie der strukturellen und prozessualen Unterschiede hat deutliche Diskrepanzen zwischen den beiden Ländern aufgezeigt. Besonders hervorzuheben sind die abweichenden Zustimmungsregelungen, die Zentralisierung in Spanien und die Dezentralisierung in Deutschland, sowie die krankenhausinternen Abläufe. Darüber hinaus wurde deutlich, dass in Spanien der Tod im Kontext der Organspende stärker anerkannt und akzeptiert wird als in Deutschland, was das gesellschaftliche Vertrauen der Organspende positiv beeinflusst. Zusammenfassend lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass die unterschiedlichen gesetzlichen Zustimmungsregelungen in Deutschland und Spanien, entgegen den Erwartungen, nur einen geringen Einfluss auf die Spendenbereitschaft und -praxis haben. Dies liegt vor allem daran, dass die Rolle der Angehörigen in beiden Ländern entscheidend ist und die grundlegenden Prinzipien der deutschen Entscheidungslösung und der spanischen Widerspruchsregelung dadurch weitgehend relativiert werden. Dennoch haben die gesetzlich regulierten medizinischen Voraussetzungen einen nennenswerten Einfluss auf die Spendenpraxis, da der Spendenpool in Spanien durch die anerkannte Spende nach Herztod deutlich vergrößert wird. Weiterhin haben die organisatorischen Strukturen und Prozesse innerhalb des Organspendensystems einen wesentlich größeren Einfluss, insbesondere in den Bereichen der Zuständigkeiten, der Identifizierung und Meldung potenzieller Spendenden sowie der Kommunikation mit den Beteiligten. In diesen Bereichen treten in Deutschland deutliche Defizite auf, die die Effektivität des Systems und die Spendenpraxis beeinträchtigen. Allerdings bleibt unklar, welche spezifischen Komponenten und Unterschiede des spanischen Modells gegenüber Deutschland tatsächlich für die Schwächen im deutschen System verantwortlich sind. Um diese Frage zu klären, sind

weitere Studien erforderlich, die die einzelnen Komponenten des spanischen Systems im Vergleich zur Umsetzung in Deutschland oder anderen Ländern detailliert untersuchen.

Die Organspende ist von multikausalen und komplexen Faktoren abhängig, die im ethisch-sensiblen Bereich des Organspendensystems Vertrauensprobleme hervorrufen können. Solche Vertrauenskrisen können sich auf das gesamte Gesundheitssystem ausweiten und letztlich zu einer Instabilität im Bereich der öffentlichen Gesundheit führen. Daher ist es insbesondere in Deutschland von entscheidender Bedeutung, den Organspendeprozess umfassend zu optimieren. Anpassungen der Verhältnisse sollten nicht allein auf einer Änderung der gesetzlichen Gegebenheiten beruhen, vielmehr muss das Gesamtbild betrachtet werden. Die Einführung eines schrittweisen nationalen Strategieplans, verbunden mit klar definierten Zielen, Kennzahlen und Indikatoren, könnte nicht nur zu einer Verbesserung des Systems führen, sondern auch ein effektives Monitoring ermöglichen. Eine kontinuierliche Evaluierung würden Fort- und Rückschritte transparent bewerten und ein zeitnahes Eingreifen ermöglichen, wobei die Kommunikation mit den Medien und Berichterstattung besser reguliert werden könnten. Gleichzeitig muss betont werden, dass sich die Anstrengungen sowohl in Deutschland als auch in Spanien derzeit überwiegend auf die Behandlung und das Management von Patient*innen mit Organversagen konzentrieren. Dennoch besteht, wie in der Einleitung beschrieben, in beiden Ländern ein anhaltendes Ungleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Organen. Trotz des umfassenden und erfolgreichen Systems in Spanien ist der Bedarf an Organen ähnlich hoch wie in Deutschland. Um diesen Herausforderungen langfristig zu begegnen, ist es unerlässlich, präventive Maßnahmen verstärkt zu fokussieren und eine intensivere Ursachenforschung zu den Gründen für Organversagen zu fördern. Nur durch eine umfassende und integrative Herangehensweise, die sowohl Prävention als auch Behandlung einschließt, kann die Inzidenz von Organversagen nachhaltig reduziert und das Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage verbessert werden.

Literaturverzeichnis

- Aerzteblatt (2024a). *Laumann: Initiative zu Widerspruchslösung bei Organspende könnte Erfolg haben.* URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/152359/Laumann-Initiative-zu-Widerspruchsloesung-bei-Organspende-koennte-Erfolg-haben>. [abgerufen am 13.08.24].
- Aerzteblatt (2024b). *Spanien verzeichnet erneut Organspenderekord.* <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/148699/Spain-verzeichnet-erneut-Organspenderekord>. [abgerufen am 01.05.24].
- Arshad, A., Anderson, B & Sharif, A. (2019). *Comparison of organ donation and transplantation rates between opt-out and opt-in systems.* (In: Kidney International (2019) 95, S.1453-1460). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.01.036>. S.1454-1458.
- Becker, F., Roberts, K.J., De Nadal, M., Zink, M., Stiegler, P., Pemberger, S., Pont Castellana, T., Kellner, C., Murphy, N., Kaltenborn, A., Tuffs., A., Amelung, V., Krauth, C., Bayliss, J. & Schrem, H.H. (2020). *Optimizing Organ Donation: Expert Opinion from Austria, Germany, Spain and de U.K.* DOI: [10.12659/AOT.921727](https://doi.org/10.12659/AOT.921727). S.2-11.
- Bernal-Delgado, E., García-Armesto, S., Oliva, J., Sánchez Martínez, F.I., Repullo, J.R., Pena-Longobardo, L.M., Ridao-López, M. & Hernández-Quevedo, C. (2018). *Spain. Health system review.* (In: Health Systems in Transition. Vol. 20 No.2 2018). URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330195/HiT-20-2-2018-eng.pdf?sequence=11&isAllowed=y>. [abgerufen am 02.08.24]. S.20, S.12-15.
- BMG (2022). *Das deutsche Gesundheitssystem. Leistungsstark. Sicher. Bewährt.* URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/Das-deutsche-Gesundheitssystem_bf.pdf. [abgerufen am 02.08.24]. S.12, S.15, S.18-19, S.39.
- BMG (2024a). *Fragen und Antworten zum Thema Organspende.* URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/organspende/faqs#collapse-control-734>. [abgerufen am 30.07.24].
- BMG (2024b). *Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende.* URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/entscheidungsbereitschaft-organspende#:~:text=Das%20Gesetz%20zur%20Stärkung%20der%2cJuli%202021%20in%20Kraft%20getreten>. [abgerufen am 30.07.24].
- Braun, F. & Rahmel, A. (2020). *Änderungen im Transplantationsgesetz und Auswirkungen auf das Spenderaufkommen in Deutschland.* (In: Chirurg. 2020; 91(11): 905-912.). DOI: <https://doi.org/10.1007%2Fs00104-020-01242-3>. S.905-906.
- Briegel, J. (2022). *Intensivmedizinische Maßnahmen bei irreversiblen*

Hirnfunktionsausfall (Hirntod). (In: Repetitorium Transplantationsbeauftragte. Hrsg. Rahmel, A., Hahnenkamp, K., Middel, C.-D.). Berlin: Springer-Verlag GmbH. S.155.

BZgA (o.J.). *Aufgaben und Ziele. Gesundheitliche Aufklärung in Deutschland*. URL: <https://www.bzga.de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/>. [abgerufen am 02.08.24].

DeepL (o.J.). *DeepL Pro – schnelle, präzise und sichere Übersetzungen*. URL: <https://www.deepl.com/de/pro/change-plan#team>. [abgerufen am 17.08.24].

De Jonge, J., Kalisvaart, M., Van der Hoeven, M., Epker, J., De Haan, J., Ijzermans, J.N.M. & Grüne, F. (2016). *Organspende nach Herz- und Kreislauftod*. (In: *Nervenarzt* 2016.87:150-160). DOI: [10.1007/s00115-015-0066-9](https://doi.org/10.1007/s00115-015-0066-9). S.152.

Deutscher Ethikrat (2015). *Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme*. URL: <https://www.ethikrat.org/mitteilungen/mitteilungen/2015/deutscher-ethikrat-veroeffentlicht-stellungnahme-zum-thema-hirntod-und-entscheidung-zur-organspende/?cookieLevel=not-set>. [abgerufen am 01.08.24]. S.113.

Destatis (2022). *Krankenhäuser 2022 nach Trägern und Bundesländern*. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html>. [abgerufen am 05.08.24].

Destatis (2024). *Bevölkerungsstand*. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/inhalt.html>. [abgerufen am 06.08.24].

Díaz-Cobacho, G., Cruz-Piqueras, M., Delgado, J., Hortal-Carmona, J., Martínez-López, M.V., Molina-Pérez, A., Padilla, Pozo, A., Ranchal-Romero, J. & Rodríguez-Arias, D. (2022). *Public Perception of Organ Donation and Transplantation Policies in Southern Spain*. (In: *Transplantation Proceedings*, 54, 567-574). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2022.02.007>. S.568-573.

DSO (2022). *Voraussetzungen*. URL: <https://dso.de/organspende/fachinformationen/informationen-für-transplantationsbeauftragte-und-krankenhausverwaltungen/voraussetzungen>. [abgerufen am 05.08.2024].

DSO (2024a). *Feststellung des Todes durch Nachweis des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls*. URL: <https://dso.de/organspende/fachinformationen/organspendeprozess/leitfaden-für-die-organspende/04-todesfeststellung>. [abgerufen am 29.07.24].

DSO (2024b). *Rechtsgrundlagen der postmortalen Organspende*. URL: <https://dso.de/organspende/fachinformationen/organspendeprozess/leitfaden-für-die-organspende/03-rechtsgrundlagen>. [abgerufen am 30.07.24].

DSO (2024c). *Aufgaben und Ziele*. URL:

- <https://dso.de/dso/über-die-dso/aufgaben-und-ziele>. [abgerufen am 04.08.24].
- DSO (2024d). *Jahresbericht. Organspende und Transplantation in Deutschland 2023*. URL: <https://dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht%202023.pdf>. [abgerufen am 06.08.24]. S.6, S.9, S.20, S.48, S.54, S.64-66, S.80.
- DSO (o.J.a). *Transplantationsgesetz*. URL: <https://dso.de/dso/über-die-dso/rechtlicher-rahmen>. [abgerufen am 30.07.24].
- DSO (o.J.b). *Die DSO im Überblick*. URL: <https://dso.de/dso/über-die-dso/die-dso-im-überblick>. [abgerufen am 04.08.24].
- Elizalde, J. & Lorente, M. (2006). *Coordinación y donación*. (In: Anales Sis San Navarra Vol.29 supl.2 Pamplona may.(ago.2006). URL: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000400005#:~:text=La%20labor%20del%20coordinador%20es,la%20legislación%20vigente%20al%20respecto.. [abgerufen am 04.08.24].
- Ensor, J. (2024). *Why does Spain lead the world in organ transplants?*. URL: <https://euroweeklynnews.com/2024/01/17/why-does-spain-lead-the-world-in-organ-transplants/>. [abgerufen am 06.08.24].
- Esser, G., Kolbrink, B., Borzikowsky, C., Kunzendorf, U., Feldkamp, T. & Schulte, K. (2020). *Evaluation of underidentification of potential organ donors in German hospitals*. (In: PLOS ONE 15(11): e0242724). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242724>. S.3-8.
- Europäische Union (o.J.). *Länderprofil Spanien*. URL: [https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/eu-countries/spain_de#:~:text=Bevölkerung%3A%2048%20085%20361\(2023\)](https://european-union.europa.eu/principles-countries-history/eu-countries/spain_de#:~:text=Bevölkerung%3A%2048%20085%20361(2023)). [abgerufen am 06.08.24].
- Förderreuther, S. (2022). *Die Feststellung des Todes*. (In: Repetitorium Transplantationsbeauftragte. Hrsg. Rahmel, A., Hahnenkamp, K., Middel, C.-D.). Berlin: Springer-Verlag GmbH. S.128-129, S.136.
- Friedersdorff, F. & Putz, J. (2020). *Organspende in Deutschland im Zeichen der neuen Gesetzgebung*. (In: Der Urologe 2020.59:17-20). DOI: <https://doi.org/10.1007/s00120-019-01092-w>. S.17.
- Fuchs, C., Nagel, E. & Raspe, H. (2009). *Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint?*. (In: Deutsches Ärzteblatt 2009; 106(12): A-554 / B-474 / C-458). URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/63854/Rationalisierung-Rationierung-und-Priorisierung-was-ist-gemeint>. [abgerufen am 02.08.24].
- Gomez-de-Antonio, D. & Varela, A. (2011). *Non-heart-beating donation in Spain*. (In: Gen Thoracal Cardiovascular Surgery (2011) 59:1-5). DOI: [10.1007/s11748-010-0661-4](https://doi.org/10.1007/s11748-010-0661-4). S.2.
- Hahnenkamp, K. (2022). *Erkennen eines potentiellen Spenders*. (In: Praxisleitfaden

Organspende. Hrsg.: Hahenkamp, K., Rickels, E., Abel, W. & Middel, C.-D.). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S.11-13.

Hansen, L.S. (2022). *Deutsche Organspende-Kampagnen zwischen 1996 und 2016: eine empirische-ethische Kontextanalyse*. (In: Gesundheitskommunikation und Geschichte: interdisziplinäre Perspektiven, Hrsg.: Reifegerste, D. & Sammer, C.) Stuttgart: Deutsche Gesellschaft für Publizistik- und Kommunikationswissenschaft e.V. DOI: <https://doi.org/10.21241/ssoar.81455>. S.3-4.

Idem, O. (2022). *Gesundheitssystem*. URL: <https://www.gtai.de/de/trade/spanien/branchen/gesundheitssystem-726602>. [abgerufen am 05.05.24].

Kirchner, L., Lauerer, M. & Nagel, E. (2023). *Die Widerspruchslösung – Erfolgs- oder Störfaktor für die Gewebespende? Eine qualitative Studie auf Basis multidisziplinärer Expert*inneninterviews*. (In: Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) 182–183 (2023) 71–78). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.08.001>. S.73-75, S.77.

Köhler, T. & Sträter, L.F. (2020). *Einstellungen zur Organspende – Ergebnisse einer qualitativ-empirischen (Pilot-)Studie auf der Basis von Diskussionsthreads im Internet*. (In: Symposium Qualitative Forschung 2018. Hrsg.: Raich, M. & Müller-Seeger, J.) Wiesbaden: Springer Nature Fachmedien. S.131-133, S.140-141.

Lewis, A., Koukoura, A., Tsianos, G.-I., Gargavanis, A.A., Ahlmann Nielsen, A. & Vassiliadis, E. (2021). *Organ donation in US and Europe: The supply vs demand imbalance*. (In: Transplantation Reviews 35(2021) 100585). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.trre.2020.100585>. S.6.

López-Casasnovas, G. & Piffaré i Arolas (2021). *The Spanish Health-Care System*. (In: The Sustainability of Health Care Systems in Europe, Volume 295). DOI: [10.1108/S0573-85552021295](https://doi.org/10.1108/S0573-85552021295). S.194.

Machetanz, L. (2022). *Organspende*. URL: <https://www.netdokter.de/therapien/organspende/>. [abgerufen am 13.08.23].

Mak, S. und Thomas, A. (2022). *Steps for Conducting a Scoping Review*. (In: Journal of Graduate Medical Education, Oktober 2022) DOI: <https://doi.org/10.4300%2FJGME-D-22-00621.1>. S.564.

Martínez-López, M.V., McLaughlin, L., Molina-Pérez, A., Pabisiak, K., Primc, N., Randhawa, G., Rodríguez-Arias, D., Suárez, J., Wöhlke, S. & Delgado, J. (2023). *Mapping trust relationships in organ donation and transplantation: a conceptual model*. (In: BMC Medical Ethics (2023) 24-93). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00965-2>. S.2-3, S.5-6, S.12.

Matesanz, R., Domínguez-Gil, B., Coll, E., De la Rosa, G. & Marazuela, R. (2011). *Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken?*. (In: Transplant International 2011. European Society for Organ Transplantation 24 (2011) 333-343. DOI: [10.1111/j.1432-2277.2010.01204.x](https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2010.01204.x). S.334-335.

Ministerio de Sanidad (2022). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022*.

URL:

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf. [abgerufen am 02.08.24]. S.55-56.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D.G. (2011). *Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement*. (In: Deutsche Medizinische Wochenschr 2011; 136: e9-e15). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag KG. DOI: [10.1055/s-0031-1272978](https://doi.org/10.1055/s-0031-1272978). S.9.

Molina-Pérez, A., Rodríguez-Arias, D. & Delgado, J. (2022). *Differential impact of opt-in, opt-out policies on deceased organ donation rates: a mixed conceptual and empirical study*. (In: BMJ Open 2022; 12: e057107). DOI: [10.1136/bmjopen-2021-057107](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057107). S.2-8.

NDR (2024). *Minister zu Organspende: Widerspruchslösung rettet Menschenleben*. URL: <https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/Minister-zu-Organ Spenden-Widerspruchslösung-rettet-Menschenleben,organspende798.html>. [abgerufen am 13.08.24].

Nordhausen, T., Hirt, J. (2022). *10 Schritte zur systematischen Literaturrecherche*. (In: Nordhausen, T., Hirt, J. RefHunter. Systematische Literaturrecherche). URL: https://refhunter.org/research_support/rechercheschritte/. [abgerufen am 12.08.24].

Olsacher, A., Bade, C., Ehlers, J., Freitag, B. & Fehring, L. (2023). *Messaging strategies for communicating health-related information in social media – a content and effectiveness analysis of organ donation posts on Instagram in Germany*. (In: BMC Public Health (2023) 23:867). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15736-2>. S.3-7.

ONT (2012). *DONACIÓN EN ASISTOLIA EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL Y RECOMENDACIONES*. URL: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/Doc-de-Consenso-Nacional-sobre-Donacion-en-Asistolia.-Ano-2012.pdf>. [abgerufen am 01.08.24]. S.11-14, S.20.

ONT (2015). *el profesional de urgencias y el proceso de donación*. URL: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/ELPROF1.pdf>. [abgerufen am 29.07.24]. S.9-10.

ONT (2019). *PROTOCOLO MARCO PARA EL DESARROLLO DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN CENTROS SANITARIOS DEL SECTOR PRIVADO EN COLABORACIÓN CON EL SECTOR SANITARIO PÚBLICO*. URL: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/PROTOC1.pdf>. [abgerufen am 03.08.24]. S.6-7.

ONT (2024a). *Actividad de donación y trasplante 2023*. URL: https://www.ont.es/wp-content/uploads/2024/01/BAANCE_2023_ONT_17012024.pdf. [abgerufen am 06.08.24]. S.1-26.

ONT (2024b). *ACTIVIDAD DE DONACIÓN Y TRASPLANTE ESPAÑA 2023*. URL: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2024/03/ACTIVIDAD-DE-DONACION-Y-TRASPLANTE-ESPANA-2023.pdf>. [abgerufen am 06.08.24]. S.21.

- ONT (o.J.a). *DONACIÓN DE ÓRGANOS*. URL: <https://www.ont.es/informacion-al-ciudadano-3/donacion-de-organos-3-4/>. [abgerufen am 31.07.24].
- ONT (o.J.b). *QUIÉNES SOMOS*. URL: <https://www.ont.es/la-organizacion-nacional-de-trasplante/quienes-somos/>. [abgerufen am 02.08.24].
- ONT (o.J.c). *MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y PROPÓSITOS*. URL: <https://www.ont.es/la-organizacion-nacional-de-trasplante/mision-vision-valores-y-propositos-1-2/>. [abgerufen am 03.08.24].
- ONT (o.J.d). *QUÉ ES EL MODELO ESPAÑOL*. URL: <https://www.ont.es/informacion-al-ciudadano-3/que-es-el-modelo-espanol-3-3/>. [abgerufen am 03.08.24].
- Organspende-info.de (2023). *DSO: Die Deutsche Stiftung Organtransplantation*. URL: <https://www.organspende-info.de/blog/dso-die-deutsche-stiftung-organtransplantation/#:~:text=Ihre%20Aufgaben%20sind%20durch%20das,Organe%20vom%20Entnahmekrankenhaus%20zum%20Transplantationszentrum>. [abgerufen am 04.08.24].
- Organspende-info.de (o.J.a). *Wichtige Voraussetzungen für eine Organspende sind Zustimmung zur Spende und Todfeststellung*. URL: <https://www.organspende-info.de/organspende/voraussetzungen/>. [abgerufen am 29.07.24].
- Organspende-info.de (o.J.b) *Definition und Ursachen des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod)*. URL: <https://www.organspende-info.de/organspende/hirntod/definition-und-ursachen/>. [abgerufen am 29.07.24].
- Organspende-info.de (o.J.c). *Hirntoddiagnostik: Feststellung des unumkehrbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen*. URL: <https://www.organspende-info.de/organspende/hirntod/hirntoddiagnostik/>. [abgerufen am 29.07.24].
- Organspende-info.de (o.J.d). *Das Organspende-Register*. URL: https://www.organspende-info.de/organspende-register/?mtm_campaign=organspende-sea-2024-register&qad_source=1. [abgerufen am 17.08.24].
- Osabal Artigas, M.I. (2002). *La muerte encefálica y el mantenimiento del donante de órganos*. (In: *Med Integral* 2002; 40(1): 21-6). URL: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13033376>. [abgerufen am 29.07.24]. S.21-25.
- Pérez-Villares, J.M., Lara-Rosales, R., Pino-Sánchez, F., Fuentes-García, P., Gil-Pinero, E., Osuna Ortega, A. & Cozar Olmo, y J.M. (2013). *Código alfa. Inicio de un nuevo programa de donación en asistolia*. (In: *Medicina Intensiva*. 2013; 37(4):224-231). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.07.009>. S.225.
- PubMed (2023). *PubMed Overview*. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/about/>. [abgerufen am 12.08.24].

- Qu, Z., Oedingen, C., Bartling, T., Schrem, H. & Krauth, C. (2024). *Factors influencing deceased organ donation rates in OECD countries: a panel data analysis*. (In: BMJ Open 2024; 14: e077765). DOI: [10.1136/bmjopen-2023-077765](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077765). S.1-7.
- Rahmel, A. (2022). *Organspende in Deutschland*. (In: Repetitorium Transplantationsbeauftragte. Hrsg.: Rahmel, A., Hahnenkamp, K., Middel, C.-D.). Berlin: Springer-Verlag GmbH. S.5-6.
- Rahmel, A. & Dorsel, D. (2022). *Verpflichtungen des Entnahmekrankenhauses*. (In: Praxisleitfaden Organspende. Hrsg.: Hahnenkamp, K., Rickels, E., Abel, W. & Middel, C.-D.). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S.88-89.
- Rand, A., Koch, T. & Ragaller, M. (2022). *Organspende – Nicht nur eine intensivmedizinische Aufgabe*. (In: Der Anaesthetist 2022.71:311-317). DOI: <https://doi.org/10.1007/s00101-021-01066-8>. S.312.
- Rickels, E. & Förderreuther, S. (2022). *Feststellung des Todes und Mitteilung an die Koordinierungsstelle*. (In: Praxisleitfaden Organspende. Hrsg.: Hahnenkamp, K., Rickels, E., Abel, W. & Middel, C.-D.). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S.50-51.
- Rodríguez-Arias, D., Wright, L. & Paredes, D. (2010). *Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation*. (In: The Lancet, Vol 376 September 25, 2010). DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)61342-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)61342-6). S.1109.
- Salvador Comino, M.R., Krane, S., Schelling, J. & Regife García, V. (2015). *Diferencias y similitudes en la Medicina de Familia de los sistemas sanitarios en Alemania y España*. (In: Aten Primaria. 2016; 48 (2): 131-135). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.06.008>. S.132-133.
- Scandroglio, B., Domínguez-Gil, B., López, J.D., Valentín, M.O., Martín, M.J., Coll, E., Martínez, J.M., Miranda, B., San Jose, M.C. & Matesanz, R. (2011). *Analysis of the attitudes and motivations of the Spanish population towards organ donation after death*. (In: Transplant International. 2010 European Society for Organ Transplantation 24 (2011) 158-166). DOI: [10.1111/j.1432-2277.2010.01174.x](https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2010.01174.x). S.159.
- Scholz, N. (2020). *Organ donation and transplantation. Fact, figures and European Union action*. URL: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/649363/EPRS_BRI\(2020\)649363_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2020/649363/EPRS_BRI(2020)649363_EN.pdf). [abgerufen am 13.08.24].
- Schulte, K., Borzikowsky, C., Rahmel, A., Kolibay, F., Polze, N., Fränkel, P., Mikle, S., Alders, B., Kunzendorf, U. & Feldkamp, T. (2018). *Decline in Organ Donation in Germany*. (In: Deutsches Ärzteblatt International 2018; 113; 463-8). DOI: [10.3238/arztebl.2018.0463](https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0463). S.S.464-467.
- Shepherd, L., O'Carroll, R.E. & Ferguson, E. (2014). *An international comparison of deceased and living organ donation / transplant rates in opt-in and opt-out systems: a panel study*. (In: BMC Medicine 2014, 12:131). URL: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0131-4>. [abgerufen am 08.08.24]. S.3-11.

- Siegmund-Schultze, N. & Zylka-Menhorn, V. (2008). *Non-Heart-Beating-Donors: „Herztote“ Organspender*. (In: Deutsches Ärzteblatt 2008; 105(16): A-832 / B-724 / C-712). URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59810/Non-Heart-Beating-Donors-Herztote-Organspender>. [abgerufen am 01.08.24].
- Siegmund-Schultze (2009). *Spenderorgan-Mangel: Sind finanzielle Anreize oder mehr Prävention die Lösung?*. (In: Ärztezeitung). URL: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Spenderorgan-Mangel-Sind-finanzielle-Anreize-oder-mehr-Praevention-die-Loesung-373979.html>. [abgerufen am 05.08.24].
- Siepmann, C. (2022). *Transplantationsgesetz, Länderausführungsgesetze, EU-Verordnungen*. (In: Repetitorium Transplantationsbeauftragte. Hrsg.: Rahmel, A., Hahnenkamp, K., Middel, C.-D.). Berlin: Springer-Verlag GmbH. S.36-37.
- Sinner, B. & Schweiger, S. (2021). *Rolle des Transplantationsbeauftragten*. (In: Anaesthesist 2021.70:911-921). DOI: <https://doi.org/10.1007/s00101-021-01023-5>. S.912-917.
- Streit, S., Johnston-Webber, C., Mah, J., Prionas, A., Wharton, G., Casanova, D., Mossialos, E. & Papalois, V. (2023). *Ten Lessons From the Spanish Model of Organ Donation and Transplantation*. (In: Transpl Int 36:11009). DOI: [10.3389/ti.2023.11009](https://doi.org/10.3389/ti.2023.11009). S.1-2, S.6-8.
- Von Elm, E., Schreiber, G. & Haupt, C.C. (2019). *Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie)*. (In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 143 (2019) 1-7). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.004>. S.2.
- WELT (2024). *Experte: Immer noch zu wenig potenzielle Organspender*. URL: https://www.welt.de/newsticker/dpa_nt/infoline_nt/wissenschaft_nt/article251790866/Experte-Immer-noch-zu-wenig-potenzielle-Organspender.html. [abgerufen am 13.08.24].
- WHO (2014). *Clinical Criteria for the Determination of Death. WHO Technical Expert Consultation*. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254737/WHO-HIS-SDS-2017.5-eng.pdf>. [abgerufen am 29.07.24]. S.3, S.5, S.8.
- Yoshikawa, M. H., Rabelo, N. N., Welling, L. C., Mota Telles, J.P., Figueiredo, E.G. (2021). *Brain death and management of the potential donor*. (In: Neurological Sciences (2021) 42:3541-3552). DOI: <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05360-6>. S.3542-3544.
- ZEIT Online (2024). *Bundesrat debattiert Initiative für Widerspruchslösung bei Organspende*. URL: <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2024-06/organspende-bundesrat-reform-antrag>. [abgerufen am 13.08.24].
- Zimmering, R. & Hammes, D. (2023). *Bericht zur Repräsentativstudie 2022 „Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende“*. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). S.9, S.11, S.39-40, S.62, S.66, S.104, S.111-112.

Rechtsquellenverzeichnis

Deutsche Gesetze

Bundesgesetz

Gesetz: Transplantationsgesetz – TPG. *Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben*. Ausfertigungsdatum: 05.11.1997. „Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S:2206), das zuletzt durch Artikel 8b des Gesetzes vom 22. März 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 101) geändert worden ist.“

§1 Abs.1	TPG
§1 Abs.2	TPG
§1a Abs.5	TPG
§2	TPG
§2a	TPG
§3 Abs.2	TPG
§3 Abs.3	TPG
§4 Abs.1	TPG
§4 Abs.3	TPG
§5 Abs.1	TPG
§9b	TPG
§9b Abs.1	TPG
§11	TPG
§11 Abs.1	TPG
§11 Abs.2	TPG

Berlin Landesgesetz

Gesetz: *Verordnung zu den Transplantationsbeauftragten in Entnahmekrankenhäusern im Land Berlin* (Berliner Transplantationsbeauftragtenverordnung - BlnTPBV)
Vom 2. November 2016.

§2

§3

Bayern Landesgesetz

Gesetz: *Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes – AGTPG* vom 24. November 1999 (GVBl. S. 464, BayRS 212-2-G), das zuletzt durch § 1 Abs. 28 der Verordnung vom 4. Juni 2024 (GVBl. S. 98) geändert worden ist

Art. 6

Hamburg Landesgesetz

Gesetz: *Hamburgisches Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes* (HmbAGTPG) Vom 5. Juni 2018.

§4

Sachsen Landesgesetz

Gesetz: *Sächsisches Transplantationsausführungsgesetz* vom 7. November 2005 (SächsGVBl. S. 274), das zuletzt durch das Gesetz vom 17. Mai 2018 (SächsGVBl. S. 284) geändert worden ist.

§2

Spanische Gesetze

Spanisch	Deutsch
<p><i>Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.</i></p> <p>Publicado en: Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 266, de 6 de noviembre de 1979, páginas 25742 a 25743 (2 págs.). Sección: I. Disposiciones generales Departamento: Jefatura del Estado</p>	<p><i>Spanisches Gesetz 30/1979 vom 27. Oktober 1979 über Organentnahme und -transplantation.</i> (Amtsblatt des spanischen Staates, Nr. 260, 29. Oktober 1979, S. 31788–31791.)</p>
<p><i>Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos.</i></p> <p>Publicado en: Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 3, de 4 de enero de 2000, páginas 179 a 190 (12 págs.). Sección: I. Disposiciones generales Departamento: Ministerio de la Presidencia</p>	<p><i>Königlicher Erlass 2070/1999 vom 30. Dezember 1999 über die Beschaffung und klinische Verwendung menschlicher Organe sowie die territoriale Koordinierung der Organ- und Gewebespende und -transplantation.</i> (Amtsblatt des spanischen Staates, Nr. 319, 31. Dezember 1999, S. 45552–45574.)</p>
<p><i>Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.</i></p> <p>Publicado en: Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. Entrada en vigor: 16 de mayo</p>	<p><i>Gesetz 41/2002 vom 14. November 2002 über die Regelung der Patientenautonomie und der Rechte und Pflichten in Bezug auf die klinische Information und Dokumentation.</i> (Amtsblatt des spanischen Staates, Nr. 274, 15. November 2002, S. 39680–39688.)</p>

<p>de 2003. Departamento: Jefatura del Estado</p>	
<p><i>Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre</i>, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen 67alidad67es de 67alidad y seguridad.</p> <p>Publicado en: Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 313, de 29 de diciembre de 2012. Entrada en vigor: 18 de enero de 2013. Departamento: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.</p>	<p><i>Königlicher Erlass 1723/2012 vom 28. Dezember 2012 über die Beschaffung und klinische Verwendung menschlicher Organe.</i> (Amtsblatt des spanischen Staates, Nr. 313, 31. Dezember 2012, S. 115287–115318.)</p>
<p><i>Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio</i>, por el que se establecen las normas de 67alidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.</p> <p>Publicado en: Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 163, de 5 de julio de 2014, páginas 52716 a 52763. Entrada en vigor: 6 de julio de 2014. Departamento: Jefatura del Estado.</p>	<p><i>Königlicher Erlass 9/2014 vom 6. Januar 2014 über die Festlegung der Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen für die Spende, Beschaffung, Beurteilung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen.</i> (Amtsblatt des spanischen Staates, Nr. 8, 08. Januar 2014, S. 151–169.)</p>

Glossar

<i>Acinetobacter baumannii</i>	Gramnegatives, aerobes Bakterium.
Angiographie	Radiologische Darstellung von Blutgefäßen.
Apnoe	Aussetzen der Atmung.
Asystolie	Herzstillstand.
Bradykardie	Verlangsamter Herzschlag.
CO ₂ -Retention	Erhöhte Konzentration von Kohlendioxid im Blut.
Doppler-Sonographie	Ultraschall Untersuchung, welche den Blutfluss hörbar macht.
Duplex-Sonographie	Ultraschall Untersuchung, welche mit einer Farbkodierung die Strömung des Blutes darstellt.
Elektroenzephalographie	Neurologische Messung zur Erfassung der elektrischen Aktivität des Gehirns.
Extrakraniell	Außerhalb des Schädels (Gehirn).
Evozieren	Hervorrufen.
Gasaustausch	Austausch von Sauerstoff und Kohlendioxid in der Lunge.
Hämorrhagisch	Blutungen betreffend.
Hirnödem	Schwellung des Gehirns.
Hirnstamm	Gehirnteil, welcher für die Regulierung der Atmung und der Herzaktivität verantwortlich ist.
Hydrocephalus	Aufstau von Liquor.
Hydroelektrolytisch	Wasser-Elektrolyte-Haushalt.
Hypertension	Kommt von der Hypertonie, erhöhter Blutdruck.
Hypothermie	Unterkühlung des Körpers.
Intrakraniell	Innerhalb des Schädels.
Intraventrikuläre Blutung	Einblutung in das Ventrikel System des Gehirns.
Ischämisch	Minderdurchblutung.
Kontraindikation	Umstand, welcher die Anwendung von Diagnostika oder Therapien verbietet.
Kreislaufchock	Schwere Kreislaufstörung, welche ein lebensbedrohlicher Zustand verursacht.
Liquor	Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit.
Metastasierend	Von einem Primärtumor ausgehende, bösartige Tochterneoplasien.
Multiorganversagen	Der Ausfall von mindestens zwei Organen.
Neoplasie	Neubildung von Körpergewebe.
Nephrologie	Nierenlehre.
Neurochirurgie	Fachgebiet, welches sich mit Krankheiten und Verletzungen des zentralen Nervensystems befasst.
Neurologie	Lehre vom Nervensystem.
Partialdruck	Druck im Gasgemisch (wird im Blut gemessen).
Pathogenetisch	Entstehung von Krankheiten.

Perfusionsszintigraphie	Nuklearmedizinische Untersuchung zur Beurteilung der Durchblutung.
Primärprävention	Prävention vor der Entwicklung einer Krankheit.
Säure-Basen-Haushalt	Physiologischer Regulationsmechanismus für den pH-Wert im Blut.
Sekundärprävention	Prävention im Frühstadium einer Krankheit.
Subarachnoidalblutung	Arterielle Blutung im Gehirn.
Subdurales Hämatom	Akute Blutung im Subduralraum des Gehirns.
Systolisch	Oberer Blutdruckwert während der Auswurfphase des Herzens.
Tertiärprävention	Prävention zum Fortschreiten einer Krankheit.
Therapierefraktär	Therapieresistent.
Thrombose	Blutgerinnsel in einem Blutgefäß.
Ventrikel	Hohlraumssystem im Inneren des Gehirns, gefüllt mit Liquor.
Volumenstatus	Wassergehalt des Körpers.

Anhang

PubMed-Suchstring

Ergebnisse: 915	<pre>(((((("Germany"[Title/Abstract] OR "German"[Title/Abstract] OR "Germans"[Title/Abstract] OR "Deutschland"[Title/Abstract] OR "Bundesrepublik"[Title/Abstract] OR "German population"[Title/Abstract] OR "German society"[Title/Abstract] OR "Spain"[Title/Abstract] OR "Spanish"[Title/Abstract] OR "Spanish society"[Title/Abstract] OR "Spanish population"[Title/Abstract] OR "Espana"[Title/Abstract] OR (Kingdom of Spain[Title/Abstract]) AND "organ donation"[Title/Abstract] OR "organ transplantation"[Title/Abstract] OR "organ procurement"[Title/Abstract] OR "tissue donation"[Title/Abstract]) AND "acceptance"[Title/Abstract] OR "education"[Title/Abstract] OR "awareness"[Title/Abstract] OR "awareness campaign"[Title/Abstract] OR "law"[Title/Abstract] OR "act"[Title/Abstract] OR "health policy"[Title/Abstract] OR "public policy"[Title/Abstract] OR (health system[Title/Abstract]) OR "government"[Title/Abstract] OR "institutions"[Title/Abstract] OR "organization"[Title/Abstract] OR "transplantation law"[Title/Abstract] OR "transplantation policies"[Title/Abstract] OR "political institutions"[Title/Abstract] OR "political structures"[Title/Abstract] OR "policy"[Title/Abstract] OR "policies"[Title/Abstract] OR "politics"[Title/Abstract] OR "regulations"[Title/Abstract] OR "legislation"[Title/Abstract] OR "system"[Title/Abstract] OR "cardiac death"[Title/Abstract] OR "brain death"[Title/Abstract] OR "religion"[Title/Abstract] OR "culture"[Title/Abstract] OR (trust[Title/Abstract]OR (opt- in[Title/Abstract])) OR (opt- out[Title/Abstract]) AND "donor willingness"[Title/Abstract] OR "donation practice"[Title/Abstract] OR "donation behavior"[Title/Abstract] OR "donation rates"[Title/Abstract] OR "donation numbers"[Title/Abstract]))))</pre>
----------------------------------	--

Eingrenzung der Jahre, Ergebnisse: 565	2014-2024
Text Verfügbarkeit, Ergebnisse: 289	Abstract Free Full Text
Artikel Sprache, Ergebnisse: 288	English, German, Spanish

Auflistung der einbezogenen Datensätze

Autor	Erscheinungsjahr	Titel	Studiendesign	Identifikationsmethode
Arshad et al.	2019	<i>Comparison of organ donation and transplantation rates between opt-out and opt-in systems</i>	Quantitativ	Narrative Literatursuche
Becker et al.	2020	<i>Optimizing Organ Donation: Expert Opinion from Austria, Germany, Spain and de U.K.</i>	Qualitativ	Systematische Literaturrecherche PubMed
Braun & Rahmel	2020	<i>Änderungen im Transplantationsgesetz und Auswirkungen auf das Spenderaufkommen in Deutschland</i>	Artikel	Narrative Literatursuche
Díaz-Cobacho et al.	2022	<i>Public Perception of Organ Donation and Transplantation Policies in Southern Spain</i>	Quantitativ	Referenzliste
Esser et al.	2020	<i>Evaluation of underidentification of potential organ donors in German hospitals</i>	Quantitativ	Systematische Literaturrecherche PubMed
Friedersdorff & Putz	2020	<i>Organspende in Deutschland im Zeichen der neuen Gesetzgebung</i>	Artikel	Narrative Literatursuche
Kirchner et al.	2023	<i>Die Widerspruchslösung – Erfolgs- oder</i>	Qualitativ	Narrative Literatursuche

		<i>Störfaktor für die Gewebespende? Eine qualitative Studie auf Basis multidisziplinärer Expert*inneninterviews</i>		
Köhler & Sträter	2020	<i>Einstellungen zur Organspende – Ergebnisse einer qualitativ-empirischen (Pilot-)Studie auf der Basis von Diskussionsthreads im Internet</i>	Qualitativ	Narrative Literatursuche
Martínez-Lopez et al.	2023	<i>Mapping trust relationships in organ donation and transplantation: a conceptual model</i>	Artikel	Systematische Literaturrecherche PubMed
Molina-Pérez et al.	2022	<i>Differential impact of opt-in, opt-out policies on deceased organ donation rates: a mixed conceptual and empirical study</i>	Mixed-Methods	Systematische Literaturrecherche PubMed
Olsacher et al.	2023	<i>Messaging strategies for communicating health-related information in social media – a content and effectiveness analysis of organ donation posts on Instagram in Germany.</i>	Qualitativ	Systematische Literaturrecherche PubMed
Qu et al.	2024	<i>Factors influencing deceased organ donation rates in OECD countries: a panel data analysis</i>	Quantitativ	Systematische Literaturrecherche PubMed
Schulte et al.	2018	<i>An international comparison of</i>	Quantitativ	Referenzliste

		<i>deceased and living organ donation / transplant rated in opt-in and opt-out systems: a panel study</i>		
Scrandroglio et al.	2011	<i>Analysis of the attitudes and motivations of the Spanish population towards organ donation after death</i>	Quantitativ	Referenzliste
Shepherd et al.	2014	<i>An international comparison of deceased and living organ donation / transplant rated in opt-in and opt-out systems: a panel study</i>	Quantitativ	Systematische Literaturrecherche PubMed
Zimmering & Hammes	2023	<i>Bericht zur Repräsentativstudie 2022 „Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende“</i>	Quantitativ	Narrative Literatursuche

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ausschließlich unter der Verwendung angegebener Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stelle, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche durch Anführungszeichen kenntlich gemacht und die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.

Hamburg, den 26.August 2024
