



aus: Friedrich Balck/Fritz A. Muthny (Hrsg.), *Psychonephrologie*, Lengerich 2015

Grundlagen des deutschen Transplantationsrechts

Adrian Schmidt-Recla, Josefine Noack

1 Einleitung

Seit 15 Jahren regelt das Transplantationsgesetz (TPG) das Organspendewesen in Deutschland. An der für Deutschland seit langem beklagten Organmangelsituation hat sich seitdem nichts Grundlegendes geändert. Das 1997 in Kraft getretene und inzwischen mehrfach ergänzte TPG stellt einerseits einen ordnenden Rechtsrahmen für die Organspende bereit. Andererseits hat sich gezeigt, dass damit

allein dem Organmangel nicht abgeholfen werden können. Auch ist die Medizin und insbesondere die Nephrologie ein - wirtschaftlich gesprochen - „Nachfragetreiber“, der Wartelisten produziert hat: Die Nachfrage ist durch die Transplantationsmöglichkeiten so erhöht worden, dass das Angebot in einer dem individuellen Rechtsgüterschutz verpflichteten Rechtsordnung nicht einmal ansatzweise ausreichen konnte. Dieser Beitrag soll nicht Abhilfestrategien entwickeln, sondern das aktuell geltende normative Recht der Organspende in einem kurzen, notwendigerweise auf die Grundstrukturen beschränkten Abriss darstellen und auf einige den Organmangel lindernde Steuerungsmechanismen hinweisen. Dabei geht es auch um Verteilungskriterien und Spendeverweigerungen.

2 Grundlagen des Transplantationsrechts

Das Transplantationsrecht (das Transfusionsrecht wird hier nicht betrachtet) ist ein Teil des aus zivil-, straf- und öffentlich-rechtlichen Normen zusammengesetzten Medizinrechts. Dieses bewertet (u. a.) den zu Heilzwecken vorgenommenen Eingriff des Arztes am Körper des Patienten. Die rechtliche Grundbewertung geht davon aus, dass der ärztliche Heileingriff nur dann gerechtfertigt ist, wenn er medizinisch indiziert ist, der Patient in die Vornahme des Eingriffs nach ausreichender Aufklärung eingewilligt hat und wenn der Eingriff standardgerecht durchgeführt wurde. Bereits an diesen Grundlagen werden die Probleme des Transplantationsrechts hinreichend deutlich: Die Entnahme von Organen und Geweben ist in den allermeisten Fällen für die Person, der Organe oder Gewebe entnommen werden, nicht unmittelbar nützlich, sondern vielmehr nachteilig. Eine

medizinische Indikation ist nur für die Fälle der Retransplantation beim Spender gegeben. Deswegen ist im Bereich des Transplantationsrechts eine zweite rechtliche Grundwertung besonders wichtig: Effektiver Rechtsgüterschutz orientiert sich am besten am Willen des betroffenen Rechtsgutsinhabers: *volenti non fit iniuria*. Für Interventionen bedarf es darüber hinaus immer einer Begründung, die nachweisen muss, dass das Rechtsgut, zu dessen Gunsten die Intervention erfolgen soll, ihrer gerade bedarf (Hirsch, G., Schmidt-Didczuhn, A., Transplantation und Sektion. Die rechtliche und rechtspolitische Situation nach der Wiedervereinigung, Heidelberg 1991, S. 56).

Das TPG folgt, ausgehend von diesen Koordinaten, einer einfachen, dem Indikationsproblem verpflichteten Differenzierung. Nach allgemeinen Vorschriften in §§ 1 und 2 unterscheidet es fundamental zwischen der postmortalen Organspende einerseits (§§ 3-7 TPG) und der Lebendspende (§ 8-8c TPG) andererseits. Beide werden im Folgenden behandelt. In den §§ 9-12 werden Entnahme und Vermittlung geregelt, in den §§ 13-16 geht es um Meldungen, Datenschutz, Fristen und um den medizinischen Standard, bevor in den §§ 17-20 Verbots-, Straf- und Bußgeldvorschriften folgen.

3 Rechtsrahmen der postmortalen Organspende: Die „erweiterte Zustimmungslösung mit Frage-recht“

3.1 Rechtsgutsverletzung und Indikation

Bei der Totenspende lässt sich das Indikationsproblem scheinbar einfach umgehen, denn durch die Explantation bei einem Toten wird kein Rechtsgut beeinträchtigt: Leben und körperliche Unversehrtheit sind fortgefallen, die Totenruhe wird nicht gestört, wenn derjenige, der am Leichnam den Gewahrsam innehat (das Krankenhaus) auf den Körper einwirkt; auch gehört der Leichnam nicht in den Nachlass - ein Recht eines Erben kann also nicht beeinträchtigt werden. Wer aber bedenkt, dass das europäische Recht seit je berücksichtigt, dass der Wille des Menschen am Tod keine totale Grenze findet, weiß, dass das nur die halbe Wahrheit ist. Ein vor dem Tod gebildeter Wille gebietet auch danach Achtung – und was, wie das Erbrecht zeigt, für das Vermögen gilt, das muss auch für den Körper gelten. Zumeist wird das auf das postmortale Persönlichkeitsrecht und damit auf Art. 1 Abs. 1 GG – die Menschenwürdegarantie – gestützt.

Gleichwohl muss der tote Spender aus Rechtsgründen weniger geschützt werden als der lebende. Sicher muss nur sein, dass er wirklich tot ist und dass das postmortale Persönlichkeitsrecht beachtet wird. Genau das ist der Kern der Regeln der §§ 3-7 TPG und der Angelpunkt des Streits um den Hirntod als Entnahmevoraussetzung, denn die Transplantationsmedizin benötigt bei der postmortalen Spende „warme Leichen“, also Personen, die so tot wie nötig, aber so lebendig wie möglich sind./S. 219/

3.2 Hirntod, § 3 Abs. 1 TPG

Die Streitfrage, wann der Spender für eine Organentnahme tot genug ist, bestimmte das Gesetzgebungsverfahren zum TPG. Das TPG stellt in § 3 Abs. 1 Nr. 2 auf den Hirntod als Voraussetzung für eine erlaubte Organentnahme ab. Darüber, wie und durch wie viele Ärzte der Hirntod diagnostiziert wird, ist hier nicht zu berichten. Das Diagnoseverfahren ist in § 5 TPG vorgegeben. Die gesetzgeberische Entscheidung für den Hirntod als Entnahmevoraussetzung wird jedoch noch immer nicht einhellig befürwortet. Anhänger des so genannten Organismustodkonzepts verfechten die Ansicht, dass der hirntote potentielle Spender nicht tot sei. Sie gehen, um die Organentnahme trotzdem ermöglichen zu können, davon aus, dass der Hirntote zu Lebzeiten in die dann den Tod herbeiführende Explantation ausdrücklich eingewilligt haben müsse. Anderenfalls würde sich der Arzt wegen Totschlages strafbar machen. Diese Ansicht führt konsequent zur so genannten „engen“ Zustimmungslösung. Nach überwiegender und auch hier vertretener Ansicht ist aber die vom TPG gewählte Lösung die einzige strafrechtlich vertretbare Lösung des in der Einleitung skizzierten, durch die Transplantationsmedizin aufgeworfenen Verfügbarkeitsproblems (dazu Schmidt-Recla, A., in: MedR 2004, S. 673-677 mit den weiteren Nachweisen). Dass der Gesetzgeber seiner Steuerungsaufgabe im Wesentlichen gerecht geworden ist, kann nicht bestritten werden. Das verbindliche Steuerungssignal an die Medizin ist jedenfalls in § 3 Abs. 2 Nr. 2 TPG im Sinne der Transplantationsmedizin gegeben.

3.3 Zustimmungs- oder Widerspruchslösung

Die Entscheidung für den Hirntod als Entnahmevoraussetzung beseitigt aber nicht die Anschlussprobleme. Der Hirntote kann entweder ganz verfügbar gemacht werden oder aber vor einer totalen Inanspruchnahme geschützt werden. Zwar geht es bei diesem möglichen Schutz vorrangig um den Toten selbst. Daneben sind aber auch die Interessen der Angehörigen des Toten zu berücksichtigen. In den teilweise hitzig geführten Debatten um das TPG hat sich herausgestellt, dass die Ansicht, die Entnahme sei immer dann zulässig, wenn der Spender zu Lebzeiten nicht widersprochen habe (Widerspruchslösung), mehrheitlich nicht konsensfähig war. Die postmortale Organspende wird mit der Widerspruchslösung zur Bürgerpflicht. In Deutschland hatte diese transplantationsfreudige, maximal interventionistische Ansicht keine Chance. Das lag einerseits an der bis zum Inkrafttreten des TPG geübten medizinischen Praxis, andererseits an der Debatte um den Hirntod, dessen Kritiker die enge Zustimmungslösung favorisieren mussten, wenn sie die Transplantationsmedizin nicht ganz abschaffen wollten (zum Zusammenhang vgl. Schmidt-Recla, in: MedR 2004, S. 676; Diettrich, S., Organentnahme und Rechtfertigung durch Notstand, Frankfurt/M. 2003, S. 42.).

Die faktisch bereits vor 1997 angewandte „erweiterte Zustimmungslösung“ stellte sich als kleinster gemeinsamer Nenner dar, obwohl es auch in der Bundesrepublik letztlich gescheiterte Versuche gegeben hatte, die Widerspruchslösung zu normieren (z. B. in Rheinland-Pfalz; vgl. Deutsch, E., in: NJW 1998, S. 777). Zustimmungslö/S. 220/sung heißt, dass die Explantation nur dann zulässig ist, wenn der Verstorbene selbst zu Lebzeiten eingewilligt hat, § 3 Abs. 1 Nr. 1 TPG, etwa durch Erklärung in einem Organpendeausweis. Minderjährige sind insoweit geschützt, als sie erst mit der Vollendung des 16. Lebensjahres selbst in eine postmortale Organspende einwilligen können. Sie können aber schon mit Vollendung des 14. Lebensjahres einer postmortalen Organspende widersprechen. Das ist Ausdruck eines auch ansonsten im Medizinrecht bekannten Vetorechts Minderjähriger gegen ärztliche Eingriffe.

Liegt dem Arzt eine solche Einwilligung bzw. eine ausdrückliche Verweigerung nicht vor, ist der nächste Angehörige (nicht der Erbe) dazu zu befragen, § 4 Abs.1, S. 1 TPG. Wer nächster Angehöriger ist, ist in § 4 Abs. 2 TPG in einer gesetzlich vorgegebenen Rangfolge definiert (Ehegatte/Lebenspartner - volljährige Kinder - Eltern - volljährige Geschwister - Großeltern - Person mit offenkundiger besonderer persönlicher Verbundenheit zum potentiellen Spender). Das Gesetz fordert ferner, dass der Angehörige des potentiellen Spenders in den letzten zwei Jahren vor dessen Tod persönlichen Kontakt mit diesem hatte. Die Befragung kann ergeben, dass der potentielle Spender etwa gesprächsweise gegenüber einem Angehörigen kundgetan hat, er habe gegen eine postmortale Organspende nichts einzuwenden. Auch dann liegt eine eigene Erklärung vor, der Spender muss vor einer Organentnahme nicht geschützt werden und die Explantation ist rechtlich zulässig. Erst dann, wenn auch einem Angehörigen eine solche Willenskundgabe des Verstorbenen nicht bekannt ist, kommt es zur „Erweiterung“ der (ohne diese Erweiterung „engen“) Zustimmungslösung, indem der nächste Angehörige des potentiellen Spenders selbst und aus eigenem Recht zustimmen kann, § 4 Abs. 1, S. 2 TPG, wobei der Angehörige bei dieser Zustimmung den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zu beachten hat, § 4 Abs. 1, S. 3 TPG. Der Arzt muss den Angehörigen hierauf hinweisen, § 4 Abs. 1 S. 4 TPG. Diese Erweiterung ist ein rechtsdogmatisches Kardinalproblem, geht es doch bei ihr nicht darum, dass der nächste Angehörige den Willen des potentiellen Spenders durchsetzt, sondern *cum grano salis* faktisch darum, dass er in den Fällen, in denen ein solcher Willen nicht ermittelt werden kann, seine eigene Entscheidung an die Stelle der Entscheidung des potentiellen Spenders setzt. Das Gesetz fordert zwar eine Beachtung des mutmaßlichen Willens, verbietet aber gerade nicht die eigene Entscheidung in den *non liquet*-Fällen. Die Grenze zur generellen Sozialpflichtigkeit des Körpers wird nur insofern nicht überschritten, als es Personen aus dem individuellen Nahfeld des Spenders sind, die für entscheidungsbefugt gehalten werden. Damit scheiden Ärzte, Vermittlungsorganisationen und Krankenversicherungsträger als Entscheider aus.

Problematisch erscheint jedoch, dass der Pflicht des Angehörigen, den mutmaßlichen Willen des potentiellen Spenders zu beachten, eine Sanktion für den Fall der Pflichtverletzung fehlt.

Zur echten eigenen Entscheidung des Angehörigen – und sie allein ist das Kriterium, weswegen es sich um eine „erweiterte“ Zustimmungslösung handelt – ist nach dem Wortlaut des § 4 TPG nur zu gelangen, wenn kein mutmaßlicher Wille des Verstorbenen erkundet werden kann. Der Angehörige hat daher in diesem Fall eine schwierige Doppelaufgabe zu erfüllen. Ganz allein entscheidet der Angehörige immer dann, wenn der potentielle Spender auch zu Lebzeiten einwilligungsunfähig (infolge Min-/S. 221/derjährigkeit oder Krankheit) war. Eine echte normative Erweiterung der Möglichkeiten zur postmortalen Organspende liegt hierin nicht. Ob die Motivation für diese verschränkte Stufung der Entscheidungsprozesse für den Gesetzgeber darin gelegen hat, deutlich zu machen, jeder einzelne solle selbst entscheiden, um seinen Angehörigen nach seinem (Hirn-) Tod die Entscheidungszwickmühle zwischen eigener Ansicht und mutmaßlichem Willen des Verstorbenen zu ersparen, lässt sich dem TPG nicht ablesen.

Seit die erweiterte Zustimmungslösung Gesetz geworden ist, hat die frühere Diskussion um die Rechtfertigung einer nicht genehmigten Organentnahme durch den rechtfertigenden Notstand, § 34 StGB (vgl. dazu noch Hirsch/Schmidt-Didczuhn, Transplantation und Sektion, S. 19 f.; abschließend Breyer u. a., Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?, 2006, 112 f., 212 f.) aufgehört. Kaum noch vertreten wird seither, dass das TPG den Rückgriff auf das allgemeine Strafrecht im Bereich der Explantation zu Spendezwecken zwar grundsätzlich verstelle, dass in extremen Ausnahmefällen aber ein solcher Rückgriff zur Rechtfertigung des Arztes möglich sein solle, denn das Problem besteht darin, dass die Anwendung der allgemeinen Rechtfertigungsnorm des § 34 StGB nicht dazu führen darf, durch „die Hintertür“ zur Widerspruchslösung oder zur unbegrenzten Lebendspendemöglichkeit zu gelangen (Diettrich, Organentnahme und Rechtfertigung durch Notstand, S. 136, 156), die der Gesetzgeber des TPG gerade vermieden hat. Richtigerweise ist davon auszugehen, dass das TPG nicht zu einer Erweiterung, sondern zu einer Beschränkung der Rechtfertigungsmöglichkeiten führen sollte. Ein Rückgriff auf § 34 StGB scheidet daher aus.

In den zwischenzeitlichen Revisionen des TPG ist die Widerspruchslösung nicht wieder diskutiert worden. Die außerparlamentarischen Rufe nach ihr sind dennoch nicht verstummt (vgl. Breyer u. a., Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?, S. 113 u. ö). In der gesetzgeberischen Zurückhaltung liegt angesichts der Kenntnis um diese Forderungen ein deutliches Signal. Eine andere Frage ist es, ob die erweiterte Zustimmungslösung dem gesetzgeberischen Ziel – Überwindung der Zurückhaltung bei der Organspende (so BT-Drs. 13/4355, S. 11) – nicht entgegenarbeitet. Doch Linderung wurde nicht durch einen Systemwechsel, sondern innerhalb der seit 1997 vorgegebenen Struktur gesucht.

3.4 Reform des Meldeverfahrens bei der postmortalen Organspende, § 11 TPG

Eines der Hauptprobleme der Totenspende war und ist seit 1997 die Einhaltung der Meldepflicht in § 11 Abs. 4, S. 2 TPG aF. Oft wurde berichtet, dass Krankenhäuser mit ITS die Meldung von hirnto-

ten, potentiellen Organspendern an die Transplantationszentren nachlässig handhaben, wenn nicht gar bewusst unterlassen (zum bisherigen Recht vgl. Schmidt-Recla, in: ZMedPsychol 2008, S. 31, 35 mit den weiteren Nachweisen). Entweder wurde so die Auseinandersetzung mit den Angehörigen anlässlich der Frage nach einer möglichen Organspende vermieden – also Arbeit umgangen – oder aber, wenn schon nicht die ganze Transplantationsmedizin, so doch [/S. 222/](#) der Hirntod und seine Diagnostik abgelehnt. Diese Situation ist so misslich, dass der Gesetzgeber eingreifen muss.

Durch eine weitere Reform des TPG wird derzeit versucht, dem dadurch abzuhelpfen, dass bestimmte Krankenhäuser in einem neuen § 9a TPG zu „Entnahmekrankenhäusern“ erklärt und den Transplantationszentren (§ 10 TPG) an die Seite gestellt werden. Solche Entnahmekrankenhäuser müssen einen Transplantationsbeauftragten bestellen, der nach einem ebenfalls neuen § 9b TPG unmittelbar der ärztlichen Leitung des Krankenhauses unterstellt sein soll. Weisungsbefugt sein soll er dem Personal gegenüber nicht - er ist aber dafür verantwortlich, dass das ärztliche und pflegerische Personal im Entnahmekrankenhaus über die Bedeutung und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert wird (§ 9b Abs. 2 Nr. 4 TPG). Entnahmekrankenhäuser sind, so der geplante § 9a Abs. 2 Nr. 4 TPG, verpflichtet, die auf Grund des § 11 TPG getroffenen Regeln zur Organentnahme einzuhalten. Die Meldepflicht selbst wird insofern modifiziert, als künftig die Entnahmekrankenhäuser verpflichtet sind, die Personalien möglicher Organspender und weitere für die Durchführung der Organentnahme und -vermittlung erforderliche personenbezogene Daten an die Koordinierungsstelle zu melden, § 11 Abs. 4 S. 4 TPG. Eine direkte Sanktion gegen Meldepflichtverletzungen wird es aber auch mit dieser Neuregelung nicht geben. Immerhin kann einem Krankenhaus aber wohl der Status eines Entnahmekrankenhauses entzogen werden, wenn es seiner Meldepflicht nicht genügt. Durch ein Verzeichnis bei der Koordinierungsstelle und einen jährlich daraus erstellten Bericht nach einem ebenfalls geplanten § 11 Abs. 5 TPG entsteht immerhin ein indirekter Druck. Effektiv wird das alles jedoch erst, wenn das Landesrecht Zuweisungskürzungen bei der Krankenhausfinanzierung vornimmt.

3.5 Befragungsverfahren

Die jüngst vollendete Reform des TPG, die im Mai des Jahres 2012 durch den Gesetzgeber ins Werk gesetzt wurde, hat die Struktur der postmortalen Organspende nicht verändert. Der besseren Aufklärung halber wurde jedoch ein „Befragungsverfahren“ in das TPG implementiert. Die §§ 1 und 2 TPG wurden dazu (der Neigung des Gesetzgebers zu lindwurmartigen Vorschriften folgend) erweitert. § 1 TPG erhielt einen neuen Abs. 1, in dessen S. 1 nun geregelt ist, dass jede Bürgerin und jeder Bürger aufgefordert werden soll, eine Erklärung zur postmortalen Organspende abzugeben. Dass es sich hierbei nicht um eine Pflicht handelt, stellt der ebenfalls neue § 2 Abs. 2a klar, wonach niemand verpflichtet werden kann, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abzugeben.

Letztlich handelt es sich bei solchen und ähnlichen „Soll-Vorschriften“ fast immer um symbolische Gesetzgebung. Das Verfahren, mit welchem diese Befragung ins Werk gesetzt werden soll, ist in den ebenfalls neuen Abs. 1 und 1a des § 2 geregelt. In Abs. 1 werden der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung einerseits und den nach Landesrecht zuständigen Stellen umfangreiche Aufklärungspflichten vorgegeben. Auch sollen die für die Ausgabe von (melderechtlichen) Ausweisdokumenten zuständigen Bundes- und Landesbehörden den Antragstellern zusammen mit den Ausweisdokumenten Organspendeausweise und dazugehörige Aufklärungsunterlagen aushändigen, die diese dann nutzen oder ignorieren können. Angesichts der Leichtigkeit, mit der auch bisher schon an die Papiere der DSO zu gelangen ist, ist das blanker Unsinn. Abs. 1a greift kaum härter zu. Er verpflichtet die Krankenkassen, ihren Verpflichteten solche Unterlagen auszuhandigen, wenn ihnen die elektronische Gesundheitskarte nach § 291a SGB V ausgestellt wird. Kommt die eGK, die ja schon mehrfach gescheitert ist, nicht bis zum Juni 2013, sind die Kassen verpflichtet, die entsprechenden Unterlagen ihren Versicherten in anderer Form zuzustellen. In beiden Fällen sind die Versicherten aufzufordern, sich zu erklären, ohne dass die Erklärung erzwungen werden könnte. Ob diese letztlich papierfressende „Reform“ der beinahe sprichwörtlichen deutschen „Organspendelethargie“ abzuhelfen imstande sein wird, bleibt abzuwarten.

3.6 Verteilungsfragen

Ein Zentralproblem der postmortalen Organspende ist der Verteilungsmodus der nicht bedarfsdeckend zur Verfügung stehenden Organe. Bekanntlich hat das TPG im Jahre 1997 hierzu die von Eurotransplant bereits entwickelte Wartelistenregelung übernommen. Geregelt ist das deutsche Verfahren in § 10 TPG. Dabei ist die Grundentscheidung des Gesetzes in Abs. 2 Nr. 2 zu finden: Die Entscheidung über die Aufnahme in die Warteliste ist nach Regeln zu fällen, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Eigentlich handelt es sich dabei um eine Banalität - wäre da nicht der Verweis in § 16 Abs. 1 Nr. 2 TPG, der die Bundesärztekammer damit beauftragt, den Stand der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien über Regeln zur Aufnahme auf die Warteliste festzustellen. Solche Richtlinien sind seit langem erlassen (aktuelle Fassungen auf www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=745.8858.8870). Problematisch daran ist weniger das Ergebnis als vielmehr das Verfahren: Das Bundesgesetz ermächtigt eine Institution, der jede korporationsrechtliche Basis fehlt (Taupitz, in: NJW 2003, S. 1145, 1147 f.), mit dem Erlass von offenbar für bindend und wirksam gehaltenen Regelwerken. Die Bundesärztekammer ist weder einer juristische Person des Privat- noch eine solche des öffentlichen Rechts. Sie bezeichnet sich selbst in ihrer „Satzung“ lediglich als „Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern“, deren Zweck der ständige Erfahrungsaustausch unter den Ärztekammern und die gegenseitige Abstimmung von Zielen und Tätigkeiten sei. Die Allgemeinheit bedient sich daher zur Erfüllung einer Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge einer sachverständigen „Unperson“ und übt über diese keinerlei

fachliche oder rechtliche Aufsicht aus. Das kann verfassungsrechtlich und legitimatorisch nicht genügen.

Inhaltlich enthalten die einzelnen Richtlinien zwar keine Definition, wann eine Transplantation notwendig sein soll. Sie stellen aber alle auf medizinische Kriterien ab (etwa auf das nicht rückbildungsfähige, terminale Nierenversagen, das zur Lebenserhaltung eine Dialysebehandlung erforderlich macht oder in Kürze erforderlich machen wird). Das ist noch kein Problem - problematisch wird es aber, wenn für gegen die Transplantation und damit gegen die Aufnahme auf die Warteliste sprechende Kontraindikationen auf nicht medizinische Parameter (wie unzureichende/S. 224/compliance etwa durch sorglosen Umgang mit Immunsuppressiva oder durch Nikotin-, Alkohol- oder Drogenabusus) abgestellt wird. Niemand wird die generelle Sinnhaftigkeit solcher Kriterien bestreiten, viele Transplantationszentren werden die Richtlinien gewissenhaft handhaben (Gegenbeispiel wird es freilich immer wieder geben) und auch die meisten Patienten werden sich compliant verhalten; die rechtliche Frage ist nur, ob dem behandlungsbedürftigen Patienten um den Preis seiner Nichtaufnahme auf die Warteliste durch Richtlinien einer zur Normgebung nicht legitimierten „Arbeitsgemeinschaft“ ein zukünftiges Wohlverhalten abverlangt werden darf. Das ist aller Kritik, aller Diskussion und aller Rufe nach dem Gesetzgeber seit 1997 (s. etwa Neft, in: NZS 2010, 16, 17; Gutmann/Fateh-Moghadam, in: NJW 2002, S. 3365, 3366 f.; Höfling/Esser, Kommentar zum Transplantationsgesetz, § 10 Rdnr. 39 ff.) zum Trotz leider noch immer der Fall, denn die Richtlinien enthalten durchgehend den Passus: „Anhaltend fehlende Compliance schließt die Transplantation aus“ (Bsp.: www.bundesaerztekammer.de/downloads/RiliOrgaNiere20101208.pdf). Hinzu kommt, dass die Richtlinien durchweg darauf abstellen, dass „Patienten dann in die jeweilige Warteliste aufgenommen werden“ können, „wenn die Organtransplantation mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Lebensverlängerung oder eine Verbesserung der Lebensqualität erwarten lässt als die sonstige Behandlung“ (www.bundesaerztekammer.de/downloads/RiliOrgaNiere20101208.pdf). Hieran lässt sich kritisieren, dass Patienten, deren Überlebensprognose länger und besser ausfällt, bevorzugt werden, während ältere oder multimorbide Patienten dann benachteiligt werden. Außerdem bietet weder das TPG noch ein sonstiges medizinrechtliches oder verwaltungsrechtliches Regelwerk eine Möglichkeit, gegen die Nichtaufnahme auf die Warteliste oder gegen die Zuteilung einer bestimmten Priorität Rechtsmittel einzulegen. Der Patient bleibt lediglich auf einen zivilrechtlichen Schadensersatzanspruch beschränkt, wenn die Entscheidung des Transplantationszentrums über die Aufnahme auf die Warteliste nachweislich fehlerhaft war, weil sie gegen den ärztlichen Standard verstieß und dem Patienten aus dieser Fehlentscheidung ein Gesundheitsschaden entstanden ist.

Das Transplantationsrecht weist hier auch in seiner aktuellen Gestalt insgesamt ein deutliches Rechtfertigungs-, Rechtsschutz- und Legitimationsproblem auf. Dass das Medizinrecht als noch junges Rechtsgebiet auch an anderer Stelle genau dieselbe Problematik aufweist (Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses), macht die Sache rechtlich nicht besser. Es führt

kein Weg daran vorbei: Der Gesetzgeber muss die Verantwortung für die Allokationsfragen selbst übernehmen.

4 Rechtsrahmen der Lebendspende: Positiv- und Negativkonnotationen

Lebt der Spender, fällt eine Reihe von Problemen weg. Zwar wurde die Lebendspende im Gegensatz zur Totenspende im Gesetzgebungsverfahren zum TPG eher am Rande behandelt, was daran lag, dass sie bis zur Mitte der 90er Jahre des 20. Jh. nur in wenigen Fällen durchgeführt wurde; sie hat sich aber, insbesondere was die Nierenspende betrifft, sehr positiv entwickelt. Die Hoffnung, eine Alternativchance zur [S. 225](#)/Verminderung des Organmangels erkannt und eröffnet zu haben, ist auch angesichts der Statistiken zur Lebendspende Realität geworden. In den vergangenen Jahren hat die Medizin auch das Problem der Blutgruppenunverträglichkeit zwischen Spender und Empfänger erheblich abgemildert und dadurch die bis etwa 2007 diskutierte Frage, ob die cross over-Spende rechtlich zulässig sei, implodieren lassen.

4.1 Allgemeines zur Lebendspende

Anders als die Toten- hat die Lebendspende einen Vorteil: Sie wird auch in der Allgemeinheit überwiegend positiv bewertet, denn die diffuse Befürchtung, nach dem eigenen Tod im Fremdin-teresse ausgebeint und ausgeschlachtet zu werden, spielt hier keine Rolle. Diesen Vorteil zieht sie ferner daraus, dass bei der korrekt ablaufenden Lebendspende der achtenswerte Wille eines Lebenden vollzogen wird – der Wille, einem anderen ungeachtet eigener Risiken in selbstloser Weise zu helfen. Um so negativer wird die Perversion der Lebendspende bewertet: das Ausnutzen von Zwangslagen, in denen sich der Spender eventuell befindet. Allerdings stellt sich bei der Lebendspende das Indikationsproblem mit besonderer Schärfe. Der Spender schadet sich nur selbst - insbesondere bei der Leberspende kann das noch immer ein Risiko darstellen, weswegen die Zahl von Lebendleberspenden gegenüber den Lebendnierenspenden gering ausfällt. Außerdem kommen für die Lebendspende nur regenerationsfähige Gewebe (etwa Knochenmark) und Organe (Teile der Leber) oder paarig angelegte Organe (Niere) in Betracht. Immerhin ist die Lebendspende für die Nephrologie auch für die Fälle zur Methode der Wahl geworden, in denen der Empfänger durch ein Ausschlusskriterium in den Richtlinien der Bundesärztekammer (noch) nicht zuteilungs-reif für ein Organ eines Toten ist. Sie kann somit auch der Diskussion um die Verteilungsgerechtigkeit etwas die Spitze nehmen.

Festzuhalten ist vorweg, dass die beiden Kriterien, mit denen die Lebendspende zur vom TPG erlaubten nicht anonymen, nicht kommerziellen und freiwilligen Spende wird – der Personenkatalog in § 8 Abs. 1, S. 1 TPG (als Spender kommen nur Ehegatten, eingetragene Lebenspartner und Verwandte ersten und zweiten Grades und Personen in Betracht, die dem Empfänger in besonderer

persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen, womit der Gesetzgeber primär die nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften, daneben aber auch alle anderen Nähebeziehungen, die von einer gemeinsamen Lebensplanung getragen sind, gemeint haben dürfte) und das Kriterium des besonderen, auf persönlicher Verbundenheit beruhenden Näheverhältnisses zwischen Spender und Empfänger, Ausdruck letztlich medizinischer Erwägungen sind: Der geeignete Spender wird in einem Kreis von Personen gesucht, der ausgehend vom Normalfall die größtmögliche Gewähr dafür bietet, dass (auch) die psychische Gesundheit des Spenders unter der Lebendspende nicht leiden wird.

Das stimmt auch unter Berücksichtigung der folgenden Überlegung: Zunächst verflüchtigt sich bei der anonymen Lebendspende auch der Hauch medizinischer Indiziertheit. Rechtlich handelt es sich um nichts anderes als eine vorsätzliche Selbstschädigung. Zwar ist die Selbstschädigung ebenso wie die Selbsttötung nicht strafbar, zwar verbietet das Strafrecht auch nicht etwa das Tätowieren und zwar setzt der/S. 226/Antipaternalismus hier das deutlichste Fragezeichen: Warum sollte es grundsätzlich nicht erlaubt sein, freiwillig auf ein Organ zum Nutzen einer beliebigen Person zu verzichten und sich zu schädigen, wenn der Spender in der Lage ist, die Folgen und Konsequenzen des Eingriffs abzuwägen und auf sich zu nehmen?

Es gibt von diesem Gebot nur eine Ausnahme: Es ist die Not, die kein Gebot kennt. So ist es anerkannt, dass der Arzt auch dann gerechtfertigt eingreifen darf, wenn der Wille des Patienten in Notfallsituationen nicht ermittelt werden kann. Eine vitale Indikation kann die Einwilligung dann ersetzen, wenn keine ausdrückliche Nichteinwilligung vorliegt. Ist das nicht auch der Fall bei der Lebendspende zugunsten eines Ehegatten, eines nichtehelichen Lebenspartners, eines Kindes oder eines Bruders/einer Schwester? Ist die Not des Empfängers nicht auch die Not des Spenders, wenn zwischen beiden eine derart enge Bindung besteht, dass der Staat immer verpflichtet ist, sie zu respektieren, wie das bei engen Familienangehörigen der Fall ist? Sind beide nicht in ihrer Not vereint, so dass das Minus an Indikation beim Spender aufgewogen wird durch das Plus an Indikation beim Empfänger, den der Spender nicht verlieren will? Ist das nicht unmittelbar verständlich in familiären Nähebeziehungen zwischen Eheleuten, zwischen Eltern und Kindern und unter Geschwistern, denen Gesellschaft und Gesetzgeber heute so gut wie vor 200, 500 oder 1.000 Jahren generell gegenseitige Liebe und gegenseitiges Füreinanderstehen unterstellt und zu Recht unterstellen darf? Bei intakter Familienbeziehung ist die Not des Kindes immer auch die unmittelbare Not der Eltern. Und wird das nicht zweifelhaft immer dann, wenn diese anthropologische Konstante der diskussionslosen Hilfsbereitschaft in der Kleinfamilie außerhalb derselben eben nicht unterstellt werden kann? Das scheint m. E. der wahre Grund für die gesetzgeberische Absage an die Jedermann-Spende zu sein. Die Entscheidung des deutschen Gesetzgebers ist mithin als eine in das Gesamtbild des Medizinrechts passende Entscheidung: Sie achtet das, was vom Arzt wegen seiner standesrechtlichen Bindungen verlangt werden kann.

4.2 Organhandelsver- und Freiwilligkeitsgebot

Das TPG verfolgt bei der Lebendspende vor allem das Ziel, die Positivkonnotation der Lebendspende aufrechtzuerhalten. Einerseits muss klar sein, dass der Organhandel unerwünscht ist. Das TPG gibt hier in § 18 das richtige Signal: Organhandel ist eine Straftat, die, wenn sie gewerbsmäßig betrieben wird, als Verbrechen bestraft wird. Da ein kriminalpolitisches Bedürfnis nach Verfolgung von bereits aufgetretenem (innerdeutschem) Organhandel bislang nachweislich nicht bestanden hat oder besteht, reagiert das TPG nicht auf ein bestehendes Kriminalitätsproblem, sondern setzt ein bewussteinsbildendes Signal, einen „Werteappell“ (so schon König, P., Strafbare Organhandel, Frankfurt/M. 1999, S. 134; Höfling/Rixen, Kommentar zum Transplantationsgesetz, § 18 Rdnr. 21.). Dieser Werteappell ist sinnvoll: Der Mensch und seine Teile sollten in der Wertordnung des Grundgesetzes *a priori* nicht kommerzialisiert werden. Der Grund für eine solche grundsätzliche Absage an die Kommerzialisierung liegt darin, dass das Recht bei Freigabe der Kommerzialisierung mit erheblichem Aufwand an Begründung dafür sorgen müsste, Handlungen zu inkriminieren, in denen die Gefahr der Ausnutzung einer (wirtschaftlichen) Zwangslage des Spenders besteht. Andererseits versucht das TPG dafür zu sorgen, dass die Freiwilligkeit der Lebendspende gesichert ist. Hierfür sieht das TPG in § 8 Abs. 3 vor allem ein Anhörungsverfahren vor einer unabhängigen Kommission vor und erklärt die unfreiwillige Spende in § 19 zusätzlich ebenfalls zu einer Straftat, die anders als der Organhandel unterhalb der Schwelle des Verbrechens bleibt. Auch diese Strafdrohung hat vorrangig generalpräventive Wirkung – bislang ist noch nicht darüber berichtet worden, dass es zu entsprechenden Verurteilungen gekommen ist. Sicher spielt hier die unabhängige Begutachtung vor den Lebendspendekommissionen der Landesärztekammern eine wesentliche, präventive Rolle. Sie sorgt vor allem dafür, dass den Transplantationszentren bei der Entscheidungsfindung über ein bestimmtes Spender-Empfänger-Paar vor der endgültigen Entscheidung zur Transplantation Rat und Sicherheit gegeben werden kann. Außerdem sorgt diese Begutachtung durch die mehrfache Kommunikation zwischen den Patienten, den behandelnden Ärzten und der Kommission dafür, dass ein endgültiger Spendeentschluss für reiflich überlegt gehalten werden kann.

Eine weitere (dem allgemeinen Medizinrecht entlehnte) Methode verfolgt das TPG auch bei den Aufklärungserfordernissen gegenüber dem lebenden Spender. § 8 TPG ordnet ein besonders gründlich geführtes Aufklärungsverfahren an und schreibt vor, dass der potentielle Spender nicht wie bei indizierten Heileingriffen lediglich durch den behandelnden Arzt, sondern durch zwei Ärzte aufgeklärt werden muss, bei denen die Gewähr besteht, dass der zur Aufklärung hinzugezogene Arzt dem Transplanteur gegenüber nicht weisungsgebunden ist. Damit versucht das Gesetz die mangelnde Indiziertheit des Eingriffs für den Spender durch gesteigerte Anforderungen an die aufgeklärte Einwilligung auszugleichen. Ob das ein überzeugender Weg ist, auch kontraindizierte

ärztliche Eingriffe zu rechtfertigen, ist eine Grundfrage des Medizinrechts. Das TPG weist jedenfalls in diese Richtung.

Das Indikationsproblem führt letztendlich nach der Wertung des Gesetzes auch dazu, dass die Lebendspende gegenüber der Totenspende im konkreten Fall subsidiär zu sein hat. Wenigstens diese rechtlichen Barrieren sind gegen die totale Inanspruchnahme fremder Gesundheit zwingend geboten. Überdies darf der Spender keine finanzielle Leistung des Empfängers annehmen. Das ist aber strittig und hier setzen Ansichten an, die die Eingrenzung des Personenkreises für eine (wohlwollende) Bevormundung halten (Gutmann, T., in: Schroth, U. u. a., Patientenautonomie am Beispiel der Lebendorganspende, S. 190 Fn. 3.).

4.3 Cross over: Eine erledigte Diskussion

Die primären Regelungszwecke des TPG lösen auch das Problem der Überkreuzlebendspende. Auch in solchen Situationen müssen sich Spender und Empfänger nach der Ansicht des Bundessozialgerichts in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen, § 8 Abs. 1, S. 2 TPG. Das Bundessozialgericht (MedR 2004, S. 330-334) hatte 2003 darauf hingewiesen, dass festgestellt werden müsse, *S. 228*/dass die Beziehung zwischen Spender und Empfänger hinreichend intensiv und gefestigt sein müsse, um die Gefahr von Organhandel, Unfreiwilligkeit und zwischenmenschlichen Problemen im Falle von Komplikationen zu minimieren, wobei die bis zur Operation zurückgelegte Dauer der Beziehung zwar bedeutsam, aber kein allgemein entscheidendes Kriterium sei.

Problematisch daran ist, dass diese Wertung dem Willen der Spenderpaare meist widersprechen dürfte und dass für die Transplantationszentren und die Lebendspendekommissionen ein gesteigerter Begründungsaufwand entsteht, wenn im Überkreuzfall das offenkundige Nahestehen in besonderer persönlicher Verbundenheit geprüft und nachgewiesen werden soll. Der Wille der Spender geht regelmäßig dahin, dem eigenen Ehegatten zu spenden, wenn dabei auch das Organ vertauscht wird. Es erscheint sophistisch, diesen Willen für sekundär gegenüber dem Austausch des Organs zu halten. Angemessener ist es, bei § 8 Abs. 1, S. 2 zweite Alternative TPG zu verweilen und das Merkmal des offenkundigen Nahestehens nicht „überkreuz“ zu prüfen. Dies lässt sich auch damit rechtfertigen, dass die Transplantationszentren und Lebendspendekommissionen dem generalpräventiven Zweck des TPG (Organhandelsverbot und Freiwilligkeitsgebot) auch in Überkreuzfällen Rechnung tragen können. Nicht anders als bei der direkten Spende z. B. unter Ehegatten kann auch bei der gekreuzten Spende geprüft werden, ob der Spender freiwillig handelt oder nicht oder ob im konkreten Fall Organhandel vorliegt.

Wie schon angedeutet, hat die Medizin hier aber das bessere Mittel gefunden. Spender und Empfänger müssen heute nicht mehr dieselbe Blutgruppe haben.

4.4 Erweiterungen des Spenderkreises?

Fraglich erscheint, ob die nichtkommerzielle und freiwillige Lebendspende auch dann möglich sein müsste, wenn Spender und Empfänger nicht zu dem in § 8 Abs. 1, S. 1 TPG enthaltenen Personenkreis gehören und wenn auch das Kriterium des in besonderer persönlicher Verbundenheit offensichtlich Nahestehens nicht erfüllt ist. Gemeint ist einmal die Vermittlung von potenziellen Spendern an Empfänger über öffentlich zugängliche Medien unter Ausschaltung des bisherigen Vermittlungsweges und ein andermal die völlig anonyme Lebendspende aus reinem Altruismus. Der Gesetzgeber hat sich solchen Überlegungen bislang zu Recht verschlossen.

Zwar sind tattooing, branding und piercing und auch die reine Schönheitschirurgie nicht verboten – ebenso wenig wie in Deutschland die bis zur völligen Selbsterniedrigung gehende berufliche, mediale oder sexuelle Prostitution verboten ist. Und niemand kann bestraft werden, der sich selbst absichtlich verstümmelt. Eben dieses Eigenhandeln aber ist bei der Lebendorganspende unmöglich. Der Spendewillige benötigt einen Arzt, der die Explantation vornimmt. Dieser seinerseits kann und darf als Angehöriger eines freien Berufes, der persönliches Vertrauen in hohem Maße in Anspruch nimmt, nicht handeln, wie es ihm und seinem Kunden gefällt. Ihm verbietet es der medizinische Heilauftrag (der seinen Berufsstand prägt und der auch ein öffentlicher ist), sowohl den Patienten gegen dessen Willen zu schädigen als auch zu gewollten Schädigungen das Skalpell zu führen. Anders als vom Tätowierer fordern/S. 229/von ihm sowohl das ärztliche Berufsrecht, als auch das öffentliche Strafrecht und das zivile Haftungsrecht, dass der Eingriff, den er vorzunehmen beabsichtigt, sowohl in der Person des Patienten selbst (nicht in einer dritten Person) medizinisch indiziert, von dessen Einwilligung nach Aufklärung gedeckt sein und standardgemäß ausgeführt werden muss. Zu verweisen ist hier auf die einfache haftungsrechtliche Beurteilung von nicht indizierten, gleichwohl gewünschten Schädigungen durch den Arzt.

Sodann besteht bei der nichtanonymen Spende an Fremde immer die Gefahr der Kommerzialisierung. Jede dem Wert des Einzellebens verpflichtete Rechtsordnung muss dem abgeneigt gegenüberstehen. Natürlich ist diese Position heteronom. Aber soll sie deswegen aufgegeben werden? Wo der Kommerzialisierung persönlicher Belange Rechnung getragen wird – etwa im Schadensrecht –, kann und darf es sich immer nur um Ausnahmetatbestände handeln. Außerdem ist in solchen Fällen die Gefahr der Ungleichbehandlung der Empfänger gegeben. Der Spender hätte es in der Hand, zu entscheiden, ob ein von ihm willkürlich ausgewählter Empfänger „seine“ Niere erhält. Deshalb ist der bisherige Vermittlungsweg beizubehalten – er sorgt für die erforderliche Transparenz des gesamten Transplantationsgeschehens. Außerdem ist in solchen Fällen die Gefahr der Ungleichbehandlung der Empfänger gegeben. Der Spender hätte es dann in der Hand, zu entscheiden, ob ein von ihm nach willkürlichen und nicht nach rein medizinischen Kriterien ausgewählter Empfänger „seine“ Niere erhält.

Noch weitergehend könnten dem Spender die finanziellen Nachteile ausgeglichen werden, die infolge der Spende entstehen (können). Dabei wird bei der Totenspende über die Auszahlung einer bestimmten Summe an die Angehörigen in der Art einer Lebensversicherung für den Fall der Realisierung der Explantation und bei der Lebendspende an eine Aufwandsentschädigung zugunsten des Spenders unter Berücksichtigung eines Ankaufmonopols des öffentlichen Gesundheitssystems erwogen (Breyer u. a., Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?, S. 120 f., 128-140, 233). Hierfür ist eine Änderung der bestehenden Rechtslage erforderlich. Politischer Realitätssinn wird das derzeit für ausgeschlossen halten.

Die geschilderten Sicherungen der Lebendspende, die eventuell auch als Einengungen verstanden werden können – insbesondere von Spendern, die sich sicher sind, dass das ganze behördliche Verfahren vor der Landesärztekammer in ihrem Fall doch sowieso entbehrlich sei – sind unverzichtbar. Anderenfalls droht die positive Bewertung der Lebendspende verloren zu gehen.

5 Zusammenfassung

Eine Gesamtschau über die Modalitäten der postmortalen Organspende und der Lebendspende zeigt, dass das deutsche Transplantationsrecht (noch immer) von der grundsätzlichen Freiwilligkeit der Organspende ausgeht. Diesem Grundgedanken ist alles untergeordnet. Er zeigt zunächst, dass die Rede von der „Spendeverweigerung“ in Deutschland unangebracht ist. Da es keine rechtliche Verpflichtung zur Organspende gibt, gibt es auch nichts zu „verweigern“. Das Transplantationsrecht missbilligt nicht die Nichtspende, sondern es versucht, den auf Altruismus aufbauenden Freiwilligkeitsgedanken dadurch zu stützen und zu stärken, indem es die überwiegend negativ bewerteten „Kollateralschäden“ der Transplantationsmedizin wie Kommerzialisierung, Ausbeutung und Organhandel durch Werteappelle und Strafdrohungen */S. 230/*gen zu verhindern versucht. Dazu sichert das TPG bei der postmortalen Organspende die Entscheidungshoheit des verstorbenen Spenders durch die erweiterte Zustimmungslösung und bei der Lebendspende die Freiwilligkeit des Spenders durch das Anhörungsverfahren. Ferner versucht es die fehlende Indikation für den Spender durch gesteigerte Aufklärungserfordernisse auszugleichen. Außerdem verbietet es für beide Varianten der Organspende den Organhandel. Auch das neue Befragungsverfahren durch die Krankenversicherungen hält sich an diesen Ordnungsrahmen.

6 Literatur

Kommentare zum Transplantationsgesetz

Erbs, G., Kohlhaas M. u. a., Strafrechtliche Nebengesetze, München 2012

Höfling, W., Eser D. u. a., Kommentar zum Transplantationsgesetz (TPG), Berlin 2003

Prütting, D., Fachanwaltskommentar Medizinrecht, Köln 2011
Nickel, L. u. a., Transplantationsgesetz. Kommentar, Stuttgart u. a. 2001
Schroth, U. u. a., Transplantationsgesetz. Kommentar, München 2005

Hand- und Lehrbücher, Monografien

Breyer, F. u. a., Organmangel: Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?, Heidelberg 2006
Dietrich, S., Organentnahme und Rechtfertigung durch Notstand, Frankfurt/M. 2003
Gutmann, T., Für ein neues Transplantationsgesetz: eine Bestandsaufnahme des Novellierungsbedarfs im Recht der Transplantationsmedizin, Berlin 2006
Hirsch, G., Schmidt-Didczuhn, A., Transplantation und Sektion. Die rechtliche und rechtspolitische Situation nach der Wiedervereinigung, Heidelberg 1991
Höfling, W., Die Regulierung der Transplantationsmedizin in Deutschland, Tübingen 2008
König, P., Strafbarer Organhandel, Frankfurt/M. 1999
Krüger, R., Die Organvermittlungstätigkeit Eurotransplants im Sinne des § 12 TPG, Frankfurt u. a. 2011
Middel, C., Novellierungsbedarf des Transplantationsrechts, München 2010
Nickel, L., Die Entnahme von Organen und Geweben bei Verstorbenen zum Zwecke der Transplantation, Bonn 1999
Norba, D., Rechtsfragen der Transplantationsmedizin aus deutscher und europäischer Sicht, Berlin 2009
Rosenberg, S., Die postmortale Organtransplantation, eine „gemeinschaftliche Aufgabe“ nach § 11 Abs. 1 S.1 Transplantationsgesetz; Kompetenzen und Haftungsrisiken im Rahmen der Organspende, Frankfurt 2008
Schroth, U. u. a., Patientenautonomie am Beispiel der Lebendorganspende, Göttingen 2006
Spickhoff, A., Medizinrecht, Heidelberg 2011
Wille, S., Die Organknappheit im Spannungsverhältnis zwischen Sozialpflicht und Selbstbestimmung, Hamburg 2005

Aktuelle Aufsätze

Bachmann, D., Bachmann, K., Aspekte zu Crossover-Transplantationen, in: MedR 2007, S.94-98
Bausch, S., Kohlmann, K., Die erklärte Spendenbereitschaft als verfassungsrechtlich zulässiges Kriterium der Organallokation, in: NJW 2008, S. 1562-1567
Besold, A., Rittner, C., Über die Alternativen zur Lebendspende im Transplantationsgesetz: Die Überkreuz-Lebendspende - warum nicht auch in Deutschland? in: MedR 2005, S. 502-510
Dannecker, G. u. a., Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, in: JZ 2012, S. 444-452

Deutsch, E., Das Transplantationsgesetz vom 5. 11. 1997, in: NJW 1998, S. 777-782/S. 231/

Eibach, U., Organ- und Gewebespende. Ethische und rechtliche Überlegungen zum beratenden Gespräch mit Angehörigen über Organentnahmen, in: MedR 2005, S. 215-223

Fangmann, J., Hauss, J., Bedeutung und Chancen der Lebendnierentransplantation, in: Ärzteblatt Sachsen 2002, S. 199

Fateh-Moghadam, B., Schroth, U. u. a., Die Praxis der Lebendspendekommissionen - Eine empirische Untersuchung zur Implementierung prozeduraler Modelle der Absicherung von Autonomiebedingungen im Transplantationswesen, Teil 1: Freiwilligkeit, in: MedR 2004, S. 19-34; Teil 2: Spender-Empfänger-Beziehung, Organhandel, Verfahren, in: MedR 2004, S. 89-90

Gutmann, T., Fateh-Moghadam B., Rechtsfragen der Organverteilung - Das Transplantationsgesetz, die „Richtlinien“ der Bundesärztekammer und die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht, in: NJW 2002, S. 3365-3372

Lang, H., Deregulierte Verantwortungslosigkeit? Das Transplantationsrecht im Spannungsfeld von Kostendruck, regulierter Selbstregulierung und staatlicher Funktionsverantwortung, in: MedR 2005, S. 269-279

Neft, H., Die Überkreuz-Lebendspende im Lichte der Restriktionen des Transplantationsgesetzes, in: NZS 2004, S. 519

ders., Novellierung des Transplantationsgesetzes - eine herkulische Aufgabe?, in: NZS 2010, S. 16-25

Rosenberg, S., Kampf gegen den Tod auf der Warteliste - auch rechtlich! Notwendige Änderungen im Transplantationsrecht, in: GesR 2009, S. 73-76

Rotondo, R., Transplantationsgesetz (TPG). Ist eine Gesetzesänderung zum Beheben des Organmangels notwendig?, in: BRJ 2009, S. 31-34

Schmidt-Recla, A., Tote leben länger: Ist der Hirntod ein ausreichendes Kriterium für die Organspende?, in: MedR 2004, S. 673-677

ders., Organmangel. Überlegungen zu Möglichkeiten und Grenzen rechtlicher Steuerung, in: Zeitschrift für medizinische Psychologie 17 (2008), S. 31-37

Taupitz, J., Richtlinien in der Transplantationsmedizin, in: NJW 2003, S. 1145-1150

Wille, S., Das Recht des Staates zur postmortalen Organentnahme, in: MedR 2007, S. 91-94