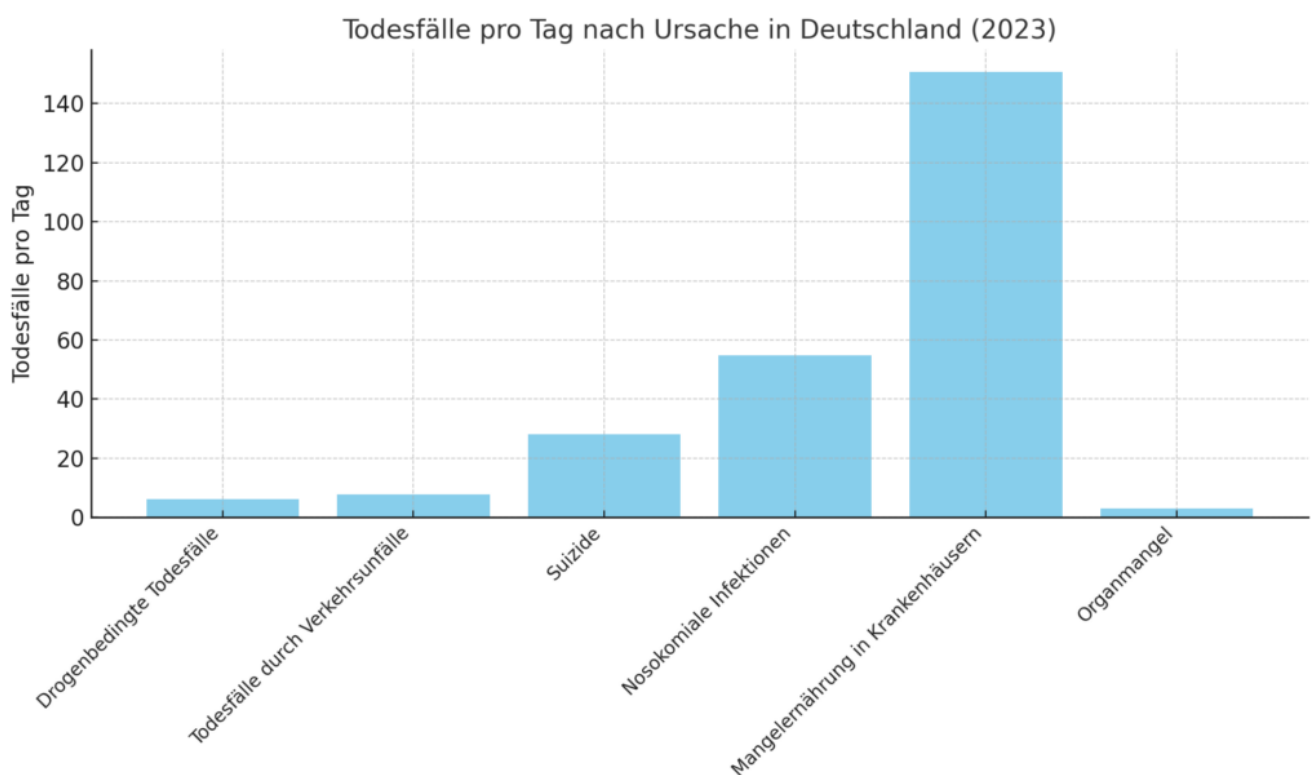


# „3 Menschen sterben pro Tag, weil keine Organe zur Verfügung stehen“

Die Zahl „3 Menschen pro Tag sterben, weil keine Organe zur Verfügung stehen“ ist korrekt, aber isoliert betrachtet wenig aussagekräftig. Sie blendet andere wichtige Kontexte aus, wie etwa die höhere Sterblichkeit durch Suizide, Verkehrsunfälle, Drogen oder Mangelernährung. Die Diskussion sollte darauf abzielen, alle Todesursachen differenziert zu betrachten, ihre tatsächliche Vermeidbarkeit zu analysieren und die gesellschaftlichen Prioritäten entsprechend auszurichten. Jeder Todesfall ist tragisch, doch Zahlen sollten stets in einem umfassenderen Kontext verwendet werden, um fundierte Entscheidungen in der Gesundheitspolitik zu treffen.



Die Aussage, dass täglich drei Menschen in Deutschland sterben, weil keine Organe zur Verfügung stehen, wird häufig in der öffentlichen Diskussion um die Einführung der

Widerspruchslösung zitiert. Diese Zahl basiert auf Daten der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und anderer Organisationen. Ein kritischer Vergleich mit anderen Todesursachen zeigt jedoch, dass diese Zahl in Relation gesetzt und differenziert betrachtet werden sollte, um die Dringlichkeit und das gesellschaftliche Gewicht richtig einzuordnen.

## Vergleich mit anderen Todesursachen

### Organversagen und Wartelisten

- **2023** gab es laut DSO **965 Todesfälle aufgrund von Organversagen**, was einem täglichen Durchschnitt von **2,6 Personen** entspricht.
- Laut der **BZgA** verstarben im Jahr **2022** insgesamt **743 Menschen**, die auf ein Spenderorgan warteten. Die Differenzierung zwischen diesen Zahlen – ob alle Todesfälle tatsächlich auf fehlende Spenderorgane zurückzuführen sind oder ob andere medizinische Gründe eine Rolle spielen – ist unklar.

### Andere Todesursachen in Deutschland 2023:

- **Drogenbedingte Todesfälle:** 2.227 Menschen (6,1 pro Tag).
- **Todesfälle durch Verkehrsunfälle:** 2.830 Menschen (7,8 pro Tag).
- **Suizide:** 10.300 Menschen (28,2 pro Tag).
- **Mangelernährung in Krankenhäusern:** Laut Schätzungen des Ärzteblatts sterben jährlich bis zu **55.000 Menschen** daran, das entspricht **150,7 Todesfällen pro Tag**.
- **Nosokomiale Infektionen**, also Infektionen, die sich Patienten während einer medizinischen Behandlung im Krankenhaus zuziehen. Laut Bundestag vom 20.10.2023 sind die jährlich geschätzt 20.000 Menschen pro Jahr, oder **54,7 Todesfällen pro Tag**.

**Die Argumentation, dass täglich drei Menschen in Deutschland**

sterben, weil keine Organe zur Verfügung stehen, wirft bei genauerer Betrachtung mehrere kritische Fragen auf. Die Zahl „3 pro Tag“ vermittelt eine außergewöhnliche Dramatik und hebt die Organspende-Problematik aus anderen, teilweise gravierenderen Gesundheits- und Sozialproblemen heraus. Diese Dringlichkeit relativiert sich jedoch, wenn man die Zahl im Verhältnis zu anderen Todesursachen betrachtet. Beispielsweise liegt die Zahl der Suizide mehr als zehnmal höher, während die Todesfälle durch Mangelernährung in Krankenhäusern ein Vielfaches davon ausmachen.

Die Ursachen für Organversagen oder das Scheitern einer Transplantation sind vielfältig. Es ist nicht gerechtfertigt, alle Todesfälle auf der Warteliste ausschließlich auf einen Mangel an Spenderorganen zurückzuführen. Häufig spielen auch medizinische Komplikationen oder andere Vorerkrankungen eine entscheidende Rolle. Es erscheint daher irreführend, die gesamte Verantwortung für diese Todesfälle auf die unzureichende Spendenbereitschaft in der Bevölkerung abzuwälzen.

Die öffentliche Diskussion vernachlässigt oft die Verhältnismäßigkeit und Priorisierung anderer vermeidbarer Todesursachen. Probleme wie Mangelernährung, Drogenabhängigkeit oder Suizide führen jährlich zu weit mehr Todesopfern als das Fehlen von Spenderorganen. Eine stärkere Fokussierung auf Präventionsmaßnahmen und öffentliche Gesundheitsinitiativen könnte potenziell mehr Leben retten als die ausschließliche Konzentration auf die Förderung der Organspende.

Die Verwendung emotional aufgeladener Zahlen wie „3 Menschen sterben pro Tag“ ist zudem manipulativ und beeinflusst den politischen Diskurs einseitig. Eine sachliche, faktenbasierte Diskussion sollte die gesamte Problematik der Gesundheitsversorgung berücksichtigen. Anstatt isolierte Zahlen hervorzuheben, wäre es zielführender, die Ursachen von Organversagen und anderen vermeidbaren Todesursachen

differenziert zu betrachten.

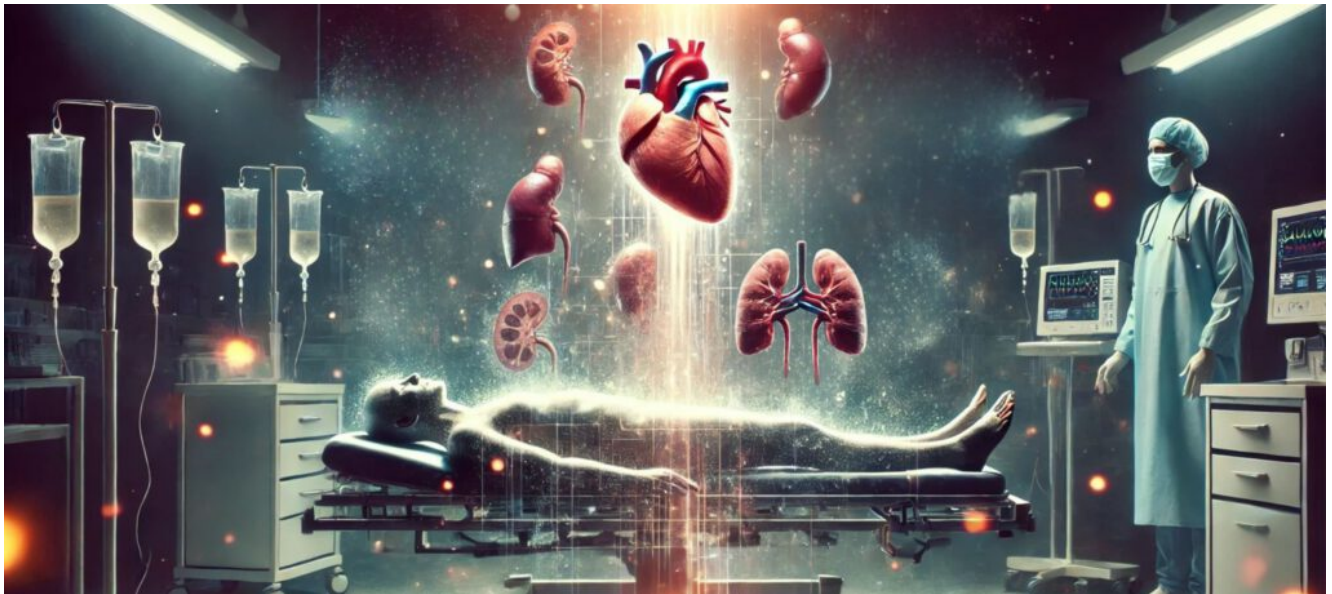
## Quellen:

- Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO): [www.dso.de](http://www.dso.de)
- BZgA: [www.organspende-info.de](http://www.organspende-info.de)
- Statista: [de.statista.com](http://de.statista.com)
- Ärzteblatt, 12. November 2024: Bericht zur Mangelernährung in Krankenhäusern

---

# Nicht widerspruchsfähige Menschen: Wer schützt sie vor diesem Systemzwang?

Die Widerspruchslösung steht im Zentrum ethischer, rechtlicher und gesellschaftlicher Kontroversen. Dieses System, das mittlerweile in vielen Ländern die Grundlage für die Organ- und Gewebespende bildet, verlangt, dass Personen ihren Widerspruch aktiv dokumentieren, wenn sie nicht als Spender infrage kommen wollen. Im Kern des Modells liegt die Annahme, dass Schweigen Zustimmung bedeutet. Doch diese Prämisse ignoriert eine wesentliche Gruppe: Menschen, die nicht widerspruchsfähig sind.



Das Versagen der Widerspruchslösung zeigt sich insbesondere im Umgang mit nicht widerspruchsfähigen Personen. Diese Menschen, etwa jene mit schweren kognitiven Einschränkungen, Demenz oder langfristigen Bewusstseinsverlusten, können ihren Willen nicht äußern. Der aktuelle Gesetzesentwurf verdeutlicht jedoch, dass die Entnahme von Organen oder Geweben bei Menschen, die „in einem erheblichen Zeitraum vor Feststellung des Todes“ nicht einwilligungsfähig waren und keine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende abgegeben haben, unzulässig ist. Diese Regelung soll einen Schutz für diese vulnerable Gruppe bieten, indem sie die Unzulässigkeit der Spende im Zweifelsfall betont.

Bei Personen, die nur „in einem kurzen Zeitraum vor Feststellung des Todes“ nicht einwilligungsfähig waren, soll die Widerspruchslösung weiterhin Anwendung finden. Dies muss natürlich so formuliert werden, denn ein Hirntoter war natürlich kürzere oder längere Zeit vor dieser Feststellung nicht einwilligungsfähig. Doch bestehen Zweifel an der Dauer oder der Feststellung der Nichteinwilligungsfähigkeit, ist auch in diesen Fällen von einer Unzulässigkeit der Spende auszugehen. Diese Differenzierung macht deutlich, wie schwierig es ist, eine klare Grundlage zu schaffen, die dem mutmaßlichen Willen der betroffenen Person gerecht wird.

Die Widerspruchslösung erzeugt darüber hinaus eine

strukturelle Ungleichheit. Nicht widerspruchsfähige Menschen werden de facto zur Spende genötigt, da sie keine aktive Möglichkeit haben, Nein zu sagen. Selbst wenn die Gesetzgebung hier Schutzmechanismen vorsieht, bleibt die Praxis mehr als anfällig für Unsicherheiten und subjektive Interpretationen. Denn wie soll festgestellt werden, ob ein Spender widerspruchsfähig (prinzipiell oder kurzfristig) war oder nicht? Dies steht auch in direktem Widerspruch zu grundlegenden Prinzipien der Autonomie und Menschenwürde.

Ein ethisch vertretbares Modell müsste sicherstellen, dass Spenden ausschließlich auf einer informierten und bewussten Entscheidung beruhen – was im Rahmen der Widerspruchslösung nicht zu gewährleisten ist. Zudem stellt sich die Frage, wie sicher festgestellt werden kann, ob der Hirntote zu einem relevanten Zeitpunkt vor dem Tod einwilligungsfähig war. Ohne klare und nachvollziehbare Kriterien bleibt diese Feststellung eine Grauzone, die das Vertrauen in das System untergräbt.

Darüber hinaus wirft die Widerspruchslösung hohe Anforderungen an die Gesellschaft auf. Sie setzt voraus, dass alle Menschen sich ausreichend über ihre Rechte informieren und rechtzeitig handeln. Doch wer übernimmt die Verantwortung für jene, die dies nicht können? Staatliche Aufklärungskampagnen reichen, wie die Regierung selbst einräumt, nicht aus, um die gesamte Bevölkerung zu erreichen. Menschen mit sprachlichen, kognitiven oder sozialen Barrieren bleiben uninformiert und damit schutzlos. Dieser Mangel an Chancengleichheit untergräbt das Vertrauen in das gesamte System.

Juristisch betrachtet birgt die stillschweigende Annahme von Zustimmung das Risiko, dass das Recht auf körperliche Unversehrtheit verletzt wird. Insbesondere bei nicht widerspruchsfähigen Personen fehlen klare Mechanismen, um sicherzustellen, dass ihre Grundrechte gewahrt bleiben. Die Abhängigkeit von Dritten – sei es durch gesetzliche Betreuer oder Angehörige – führt zu einem weiteren Problem: Die Entscheidungsfindung wird subjektiv und anfällig für externe

Einflüsse. Dies schwächt die Verbindlichkeit des Systems.

Auch aus psychologischer Perspektive ist die Widerspruchslösung fragwürdig. Sie beruht auf der Annahme, dass Zustimmung durch Inaktivität oder Schweigen gegeben wird. Doch Schweigen ist nicht gleich Zustimmung. Insbesondere bei Menschen, die sich aus Angst, Unwissenheit oder Unsicherheit nicht aktiv mit der Thematik auseinandersetzen, können falsche Schlussfolgerungen gezogen werden. In der Folge wird nicht nur das Vertrauen in das Gesundheitssystem sondern auch in unsere demokratische, freiheitliche Verfassung erschüttert, wenn Menschen das Gefühl haben, dass Entscheidungen über ihren Körper ohne ihre ausdrückliche Einwilligung getroffen werden.

Die Alternative zu diesem ethisch problematischen Ansatz liegt weiterhin in der Zustimmungs- oder Opt-in-Lösung. Diese stellt sicher, dass nur diejenigen als Spender registriert werden, die sich aktiv dafür entscheiden. Gleichzeitig wären intensive, neutrale und offene Aufklärungskampagnen und leicht zugängliche Registrierungsmöglichkeiten notwendig, um die Anzahl der potenziellen Spender zu erhöhen. Die Aufklärung zur Organspende kann ausschließlich die Belange des potentiellen Spenders berücksichtigen und keinesfalls die des Empfängers. In einem solchen System bleibt die Autonomie der Person gewahrt, und die Entscheidungsfindung erfolgt bewusst und informiert.

Quelle: [Gesetzentwurf zur Widerspruchslösung \(PDF\)](#)

---

**Erste Ergebnisse: Wie**

# inklusiv ist Baden- Württembergs Katastrophenschutz?



Image by Björn Habel from Pixabay

Eine Umfrage zur inklusiven Katastrophenvorsorge in Baden-Württemberg liefert wertvolle Erkenntnisse über die bestehenden Herausforderungen und den Handlungsbedarf. Initiiert wurde diese Untersuchung durch die Beauftragte für die Belange von Menschen mit Behinderungen, Simone Fischer, und den DRK-Landesverband Baden-Württemberg. Unter der Schirmherrschaft von Innenminister Thomas Strobl wurden Kommunen, Katastrophenschutzorganisationen, Selbstvertretungen marginalisierter Gruppen und weitere Akteure befragt.

In einer dreiwöchigen Umfrage im Juni dieses Jahres wurden Erwartungen, Vorwissen und bestehende Lücken im Bereich der

inklusive Katastrophenvorsorge erhoben. Die Teilnahme von 124 Akteuren, die die fünf Fragen umfassend beantworteten, unterstreicht das große Interesse an der Thematik. Der Geschäftsführer des DRK-Landesverbandes, Marc Groß, betonte die Dringlichkeit: „Weltweit wird nur einer von fünf Menschen mit Behinderung sicher aus einer Katastrophe gerettet. Zudem sind 75 Prozent der Menschen mit Behinderung von humanitärer Hilfe ausgeschlossen. Das müssen wir ändern.“

Die Umfrage zeigt klar, dass Menschen mit Behinderungen im Katastrophenmanagement bislang unzureichend berücksichtigt werden. Es fehlt an gezielter Sensibilisierung und Unterstützung für Eigenvorsorge. Kritisiert wurden unter anderem der Mangel an Informationsmaterialien, geeigneten Anlaufstellen und finanziellen Ressourcen. Diese Lücken behindern ein proaktives Handeln der betroffenen Gruppen.

Neben der Eigenvorsorge liegt ein weiterer Fokus auf der Ausbildung und Sensibilisierung von Einsatzkräften. Die Umfrage ergab, dass die Zielgruppen stärker in die Entwicklung von Konzepten eingebunden werden sollten. Vorgeschlagen wurden unter anderem mehr Schulungen für Einsatzkräfte, um ein besseres Verständnis der Unterstützungsbedarfe zu fördern. Ziel ist es, die Strukturen des Katastrophenschutzes inklusiver zu gestalten – sowohl durch externe Maßnahmen als auch durch die aktive Einbindung marginalisierter Gruppen in Entscheidungsprozesse.

Die Initiative „Inklusive Katastrophenvorsorge“ sieht sich in einer Schlüsselrolle, um Akteure des Katastrophenschutzes und Selbstvertretungsorganisationen besser zu vernetzen. Diese Zusammenarbeit soll helfen, die bestehenden Lücken zu schließen und konkrete Maßnahmen zu erarbeiten, die allen Menschen in Baden-Württemberg mehr Sicherheit in Notlagen bieten.

Mit den nun vorliegenden Ergebnissen der Umfrage wird die Grundlage für weitere Schritte geschaffen. Baden-Württemberg

hat damit die Chance, eine Vorreiterrolle bei der inklusiven Katastrophenvorsorge einzunehmen – ein Ziel, das angesichts der globalen Herausforderungen dringend notwendig ist.

---

## Therapeutische Wundversorgung: Bayern bleibt Vorbild

Therapeutische Wundauflagen finden in der Behandlung verschiedener Indikationen wie diabetischen Füßen, Verbrennungen oder Dekubitus Anwendung. Diese Produkte fördern den Heilungsprozess aktiv und tragen maßgeblich zur Genesung bei. Während bundesweit Unsicherheit und Regressrisiken durch die gesetzgeberisch versäumte Verlängerung der Erstattungsfähigkeit solcher „sonstiger Produkte zur Wundbehandlung“ bestehen, zeigt Bayern eine klare Linie.



### Bayern als positives Beispiel

Im Freistaat können „sonstige Produkte zur Wundbehandlung“

weiterhin bis zum 2. März 2025 zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. Diese Übergangsregelung wurde durch eine partnerschaftliche Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und den Krankenkassen des Bundeslands ermöglicht. Dazu gehören unter anderem die AOK Bayern, die Ersatzkassen, die Innungskrankenkassen sowie die Knappschaft und Landwirtschaftlichen Krankenkassen. Auch der BKK Landesverband Bayern unterstützt diese Regelung, betont jedoch die Eigenständigkeit der einzelnen Betriebskrankenkassen.

### **Ein sicherer Weg für Ärzte und Patienten in Bayern**

Im Gegensatz zu anderen Bundesländern, in denen Patienten oft auf Privatrezepte und individuelle Kulanzanfragen bei ihrer Krankenkasse angewiesen sind, bietet Bayern eine klare und sichere Lösung. Diese Regelung reduziert die Unsicherheiten für Ärztinnen und Ärzte sowie die betroffenen Patientinnen und Patienten erheblich.

Bayern zeigt, dass eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen möglich ist, um eine qualitativ hochwertige Versorgung trotz bundesweiter Herausforderungen sicherzustellen. Ärzten und Patienten bleibt so ein aufwendiger Weg über Privatrezepte und Kulanzgesuche erspart.

---

# **Selbsthilfe im Wandel: Vom Miteinander zur politischen**

# Vertretung

Ist Selbsthilfe noch zeitgemäß? Oder gerade heute wichtiger denn je? Diese Fragen bewegen sowohl den SHV-FORUM GEHIRN als auch die Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Baden-Württemberg. Die Antwort der engagierten Vorstandsmitglieder Bärbel Kehl-Maurer und Brigitte Stähle ist eindeutig: **Selbsthilfe ist heute nicht nur Lebenshilfe, sondern zunehmend auch selbstbewusste Selbstvertretung.**



Von links: Bärbel Kehl-Maurer Vorsitzende, Dr. Werner Jost Beisitzer, Hans-Jürgen Hillenhagen, Schatzmeister, Karlheinz Schneider Beisitzer, Brigitte Stähle stellvertretende Vorsitzende

Selbsthilfe bedeutet mehr als gegenseitige Unterstützung. Es geht um Empowerment und die aktive Wahrnehmung von Rechten durch Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen. „Wir gestalten unsere Lebensräume, teilen Probleme und Lösungen, begegnen uns auf Augenhöhe und schaffen soziale Netzwerke“, erklärt Kehl-Maurer. Aber die Selbsthilfe will mehr: Sie fordert Veränderungen und macht Missstände sichtbar.

Ein zentrales Thema ist dabei die gesellschaftliche Verantwortung für Herausforderungen wie Altersarmut durch lebenslange Pflegeleistungen. „Hier braucht es klare

politische Forderungen nach Entlohnung von Pflege, besseren Kurzzeitpflegemöglichkeiten und inklusiven Wohnangeboten für Erwachsene mit Behinderungen“, ergänzt Stähle. Der Fokus dürfe nicht auf den Kosten liegen, sondern müsse ehrlich beantworten, wie eine alternde Gesellschaft diese Herausforderungen meistern möchte.

„In den Regionalgruppen muss das Miteinander und die gegenseitige Unterstützung natürlich weiter gelebt werden, das ist doch der eigentliche Sinn und Zweck der Selbsthilfe“, so der Landes- und Bundesvorsitzende des SHV-FORUM GEHIRN e.V. Karl-Eugen Siegel und fährt fort: „Doch wir müssen uns noch viel stärker auch in die Landes- und Bundespolitik einbringen. Die Landespolitik ist enorm wichtig, da das Land für viele Bereiche zuständig ist.“ So zum Beispiel für die Ausgestaltung der Krankenhausreform (siehe dazu den Beitrag: [Rettet die Gehirne!](#))

---

## **DGNR-Kongress in Düsseldorf**

Ende November 2024 nahm der SHV Landesverband Baden-Württemberg als Aussteller an der 10. Gemeinsamen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. (DGNR) und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e. V. (DGNKN) im Congress Center Düsseldorf teil.



Landesverbandsvorsitzender K.E. Siegel am Stand auf dem DGNR-Kongress

Der Kongress bot eine hervorragende Gelegenheit, intensive Gespräche mit führenden Persönlichkeiten der neurologischen Rehabilitation zu führen. Ein zentrales Thema war dabei die aktuelle Krankenhausreform und ihre spezifischen Auswirkungen auf Baden-Württemberg. Wir diskutierten die Herausforderungen und möglichen Lösungsansätze, um die Versorgungssituation speziell in der neurologischen Frührehabilitation im Land zu verbessern.

Zudem konnten wir bestehende Kontakte zu Fachleuten der Neurorehabilitation auffrischen und neue Verbindungen knüpfen. Besonders wertvoll waren die Gespräche mit Experten aus der Neuropsychologie, die uns Einblicke in aktuelle Entwicklungen und Therapiemethoden gaben.

Die Jahrestagung bot ein vielfältiges Programm mit zahlreichen Vorträgen und Workshops. Besonders hervorzuheben sind die Beiträge baden-württembergischer Rehabilitationseinrichtungen, die innovative Ansätze in der Neuropsychologie präsentierten. Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen ermöglichte es uns,

unser Wissen zu vertiefen und neue Impulse für unsere Arbeit im Landesverband zu gewinnen.

Die Teilnahme am DGNR-Kongress in Düsseldorf war für den SHV Landesverband Baden-Württemberg ein großer Erfolg. Wir konnten unsere Netzwerke erweitern, wertvolle Informationen sammeln und die Sichtbarkeit unseres Verbandes erhöhen. Die gewonnenen Erkenntnisse und Kontakte werden unsere Arbeit in Baden-Württemberg nachhaltig bereichern und dazu beitragen, die Versorgung und Unterstützung von Menschen mit neurologischen Erkrankungen weiter zu verbessern.

---

# **Wichtig! Übergangsfrist für Wundauflagen endet am 02.12.2024**



Durch das Ende der Regierungskoalition konnte die Verlängerung der Übergangsregelung für bestimmte Wundauflagen nicht verabschiedet werden. Ab dem 02.12.2024 ist die Versorgung mit antimikrobiellen Wundauflagen, Hydrogelen oder honighaltigen Produkten in der ambulanten Pflege nicht mehr sichergestellt.

**Betroffene GKV-Versicherte sollten sich möglichst vor diesem Datum eine Verordnung durch ihre Ärztin oder ihren Arzt ausstellen lassen.** Alternativ müssen künftig andere Produkte, wie Antiseptika in Kombination mit reinigenden Wundauflagen, eingesetzt werden.

Ob es zu einer erneuten Verlängerung der Frist kommt, bleibt unklar. Die Infektionsprävention wird jetzt umso wichtiger.

---

# **Krankenhausreform: Gefahr für neurologische Frührehabilitation auch in Baden-Württemberg**



Die Krankenhausreform des Bundes, die gestern (21.11.2024) trotz heftiger Auseinandersetzung im Bundesrat durchgewunken wurde, sorgt nun für große Besorgnis in spezialisierten Versorgungsbereichen wie der neurologischen Frührehabilitation (Phase B). Während bundesweit über die Auswirkungen diskutiert

wird, betrifft dieses Problem auch Baden-Württemberg direkt. Besonders kritisch ist die geplante Verlagerung hochspezialisierter Leistungen aus Rehabilitationskliniken in Akutkrankenhäuser, die oftmals weder die notwendige Expertise noch die Kapazitäten besitzen, um diese anspruchsvolle Versorgung adäquat sicherzustellen.

Ein alarmierendes Beispiel liefert Nordrhein-Westfalen mit ihrer derzeit laufenden Krankenhausreform und -planung, wo der nordrhein-westfälische Landesverband des SHV-FORUM GEHIRN e.V. mit einer Petition gegen den Abbau der neurologischen Frührehabilitation kämpft. Ihre Forderung: den Erhalt spezialisierter Kliniken, die für die Genesung schwer neurologisch erkrankter Menschen unverzichtbar sind. Die Petition, die unter [shv-nrw.de](http://shv-nrw.de) und auf [Change.org](http://Change.org) unterstützt werden kann, warnt vor den Konsequenzen einer solchen Reform für Patienten und die gesamte Gesundheitsversorgung.

Auch in Baden-Württemberg steht die neurologische Frührehabilitation vor einer ungewissen Zukunft. Dennoch besteht Hoffnung, dass unser Gesundheitsminister gezielte Lösungen findet, um die Qualität dieser spezialisierten Versorgung zu sichern und drohende Defizite zu verhindern. Es bleibt zu hoffen, dass sich Baden-Württemberg gegen den bundesweiten Trend positioniert und eine Vorreiterrolle bei der Sicherung hochwertiger neurologischer Versorgung einnimmt.

---

# Organentnahme abgebrochen: Patient erwacht trotz Hirntod-Diagnose im OP



Wie die New York Post erst am 18. Oktober 2024 berichtete, ereignete sich im Oktober 2021 im Baptist Health Richmond Hospital in Kentucky ein schockierender Vorfall: Der 36-jährige Anthony Thomas „TJ“ Hoover wurde nach einer Überdosis Drogen ins Krankenhaus eingeliefert und dort für hirntot erklärt. Während der Vorbereitung zur Organentnahme zeigte er jedoch plötzlich deutliche Lebenszeichen.

Natasha Miller, eine Organpräparatorin, war an diesem Tag im Operationssaal anwesend. Sie berichtete, dass Hoover beim Hereinrollen in den Raum Anzeichen von Leben zeigte: „Er bewegte sich – er schlug um sich. Und als wir dann

hinübergangen, konnte man sehen, dass ihm die Tränen kamen. Er weinte sichtlich.“

Diese unerwarteten Reaktionen führten dazu, dass zwei der anwesenden Ärzte ihre Teilnahme an der Operation verweigerten. Dennoch versuchte die Fallkoordinatorin der Kentucky Organ Donor Affiliates (KODA), andere Ärzte zu finden, um den Eingriff fortzusetzen. Miller erinnerte sich: „Die Koordinatorin rief also die damalige Vorgesetzte an. Und sie sagte, er habe ihr gesagt, sie müsse ‚einen anderen Arzt dafür finden‘ – ‚wir würden diesen Fall übernehmen. Sie muss jemand anderen finden‘.“

Nyckoletta Martin, eine weitere KODA-Mitarbeiterin, entdeckte bei der Untersuchung von Hoovers Fall, dass er während einer Herzkatheteruntersuchung am selben Morgen aufgewacht war und sich auf dem Tisch gewälzt hatte. Trotz dieser Anzeichen von Bewusstsein wurde Hoover lediglich sediert, und die Vorbereitungen zur Organentnahme wurden fortgesetzt.

Dieser Vorfall führte zum Rücktritt mehrerer KODA-Teammitglieder. Martin äußerte ihre Besorgnis: „Ich habe mein ganzes Leben der Organspende und -transplantation gewidmet. Es macht mir große Angst, dass diese Dinge nun passieren dürfen und es keine besseren Maßnahmen zum Schutz der Spender gibt.“

Hoover überlebte den Vorfall und lebt nun bei seiner Schwester, Donna Rhorer, die als seine gesetzliche Vormundin fungiert. Obwohl er sich in vielerlei Hinsicht erholt hat, kämpft er weiterhin mit Gedächtnisproblemen sowie Schwierigkeiten beim Gehen und Sprechen.

Vertreter von KODA bestritten, dass ein Mitglied ihrer Organisation Ärzte angewiesen hätte, an einem lebenden Patienten eine Organentnahme durchzuführen. Sowohl der Generalstaatsanwalt von Kentucky als auch die US-amerikanische Gesundheitsbehörde Health Resources and Services Administration untersuchen derzeit den Vorfall.

Quellen: [New York Post](#), [The Guardian](#), [t-online](#)

### **Kommentar:**

Dieser Fall wirft erneut ernsthafte Fragen zur Zuverlässigkeit der Hirntod-Diagnose und zu den ethischen Praktiken bei der Organentnahme auf.

Es gibt keine wissenschaftlichen Studien, die belegen könnten, dass sterbende Menschen im Zustand des Hirnversagens (Hirntod) nichts mehr empfinden. Es ist eine Hypothese, eine Annahme, die die Transplantationsmediziner aufgestellt haben. Auch dieser Fall von Anthony Thomas Hoover zeigt, dass deutliche Zeichen des Lebens, bei einem „definierten Hirntod“ eben als Reflexe abgetan werden.

Auf meine Kritik an der Auffassung, dass Hirntote Tote sind und nicht, wie ich es, bei meiner Frau erlebt habe, eine Sterbende, wird immer wieder stereotypisch geantwortet: Wachkomapatienten sind keine Hirntote! – Ich glaube behaupten zu dürfen, dass ich nach über dreißig Jahren, in denen ich mich für Hirnverletzte und vielen Wachkomapatienten eingebracht habe, den Unterschied sehr wohl kenne. Doch es scheint, so auch der Fall Hoover, dass diese Unterscheidung den Transplantationsmedizinern bis heute nicht klar ist, bzw. die Verantwortlichen in Medizin und Politik nicht eingestehen wollen. Wie nah ein Wachkomapatient dem „Hirntod“ ist, zeigt doch dieser Fall wieder einmal ganz deutlich.

Ein „Hirntoter“ ist keine Leiche, kein Toter im gesellschaftlichen Sinn. Er ist ein Sterbender, der normalerweise nicht mehr ins bewusste Leben zurückkehren kann – es sei denn, er heißt Anthony Thomas Hoover.

---

# Diskussion über die Krankenhausreform – Baden-Württembergs Perspektive

In der anhaltenden Debatte über die geplante Krankenhausreform in Deutschland hat der baden-württembergische Gesundheitsminister Manne Lucha die Haltung seines Landes deutlich gemacht. Die Reform, die am Freitag im Bundesrat beraten werden soll, steht unter intensiver Beobachtung der Landesregierung, insbesondere im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Krankenhausplanung und -finanzierung.



## Fortschritte und Kritikpunkte aus Baden-Württemberg

Baden-Württemberg hat in den vergangenen Jahren bereits erhebliche Fortschritte in der Krankenhausstrukturierung erzielt. Kliniken wurden zusammengelegt und Strukturen konzentriert, um die medizinische Versorgung effizienter zu gestalten. In diesem Kontext betonte Lucha, dass das Land zwar nicht das gesamte Reformpaket grundsätzlich in der Lage sei, jedoch wesentliche Änderungen im Vermittlungsausschuss

durchsetzen wolle.

Zentrale Kritikpunkte Luchas betreffen insbesondere zwei Aspekte:

1. **Vorhaltevergütungen** : Lucha äußerte Bedenken hinsichtlich der geplanten Vorhaltevergütungen, die für den Betrieb von Krankenhäusern unabhängig von der tatsächlichen Auslastung gezahlt werden sollen. Diese Vergütungsstruktur stellt eine Herausforderung für die Finanzierungsplanung dar und muss überarbeitet werden.
2. **Konstruktion der Leistungsgruppen** : Auch die Einführung und Gestaltung von Leistungsgruppen, die für die Kategorisierung und Finanzierung von Krankenhausleistungen entscheidend sind, stieß auf Kritik. Lucha sieht darin eine potenzielle Einschränkung der Flexibilität und Effizienz in der Versorgung.

Ein besonders kontrovers diskutierter Punkt ist der geplante Eingriff in die Planungshöhe der Länder. Die Krankenhausplanung liegt traditionell in der Verantwortung der Bundesländer, und Lucha argumentierte, dass die Reform diese Hoheitsrechte in unzulässiger Weise beschneide. „Krankenhausplanung ist Länderhoheit. „Das, was uns vorliegt, greift in unser Hoheitsrecht ein – und das können wir nicht akzeptieren“, betonte er.

Baden-Württemberg wird im Bundesrat alles unternehmen, um die Reform im Vermittlungsausschuss anzupassen. Lucha machte deutlich, dass eine Ablehnung ohne vorherige Verhandlungen im Vermittlungsausschuss für sein Land keine Option sei. Falls dieser Ausschuss nicht angerufen wurde, kündigte er eine Protokollerklärung an, in der Baden-Württemberg auf notwendige Nachbesserungen durch eine künftige Bundesregierung hinweisen werde.

Die Diskussion um die Krankenhausreform zeigt, wie sensibel der Balanceakt zwischen bundesweiten Regelungen und der

Länderhoheit ist. Baden-Württemberg sieht sich bereits gut aufgestellt und warnt vor Reformelementen, die bestehende Strukturen gefährden könnten. Lucha unterstrich, dass eine konstruktive Auseinandersetzung im Vermittlungsausschuss notwendig sei, um die Reform auf eine tragfähige Grundlage zu stellen. Das Ergebnis der Bundesratssitzung am Freitag könnte entscheidend für die zukünftige Ausgestaltung des deutschen Gesundheitswesens sein.