

Universitätsmedizin Göttingen
Ethik und Geschichte der Medizin • Humboldtallee 36 • 37073 Göttingen

Ethik und Geschichte der Medizin
Komm. Direktorin: Prof. Dr. Silke Schicktanz

Prof. Dr. Claudia Wiesemann
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen
0551 / 39-69006 **Telefon Sekretariat**
cwiesem@gwdg.de **E-Mail**
<https://egm.umg.eu/> **Homepage**

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Universitätsmedizin Göttingen

Stellungnahme

Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags am 29. 1. 2025 zur Einführung der Widerspruchsregelung

Kurzfassung:

Die Widerspruchsregelung ist ein Eingriff in die Selbstbestimmung der Person über ihren eigenen Körper. Als solche muss sie besonders gerechtfertigt werden. Wichtigstes Rechtfertigungs-Argument ist die erhoffte deutliche Zunahme der Organspende-Zahlen. Aber diese Hoffnung kann empirisch nicht belegt werden. Im Gegenteil muss man sich sorgen, dass die Zahl der Lebendorganspenden parallel zurückgehen wird.

Die Widerspruchsregelung versucht das Problem an der falschen Stelle zu lösen. Hauptproblem in Deutschland ist nachgewiesenermaßen die mangelhafte Meldebereitschaft vieler Krankenhäuser. Das geringe Engagement mancher Krankenhäuser wird vermutlich durch organisationsethische Probleme verursacht. Lösungsversuche müssten hier ansetzen und nicht bei einem Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Bürgerinnen und Bürger.

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

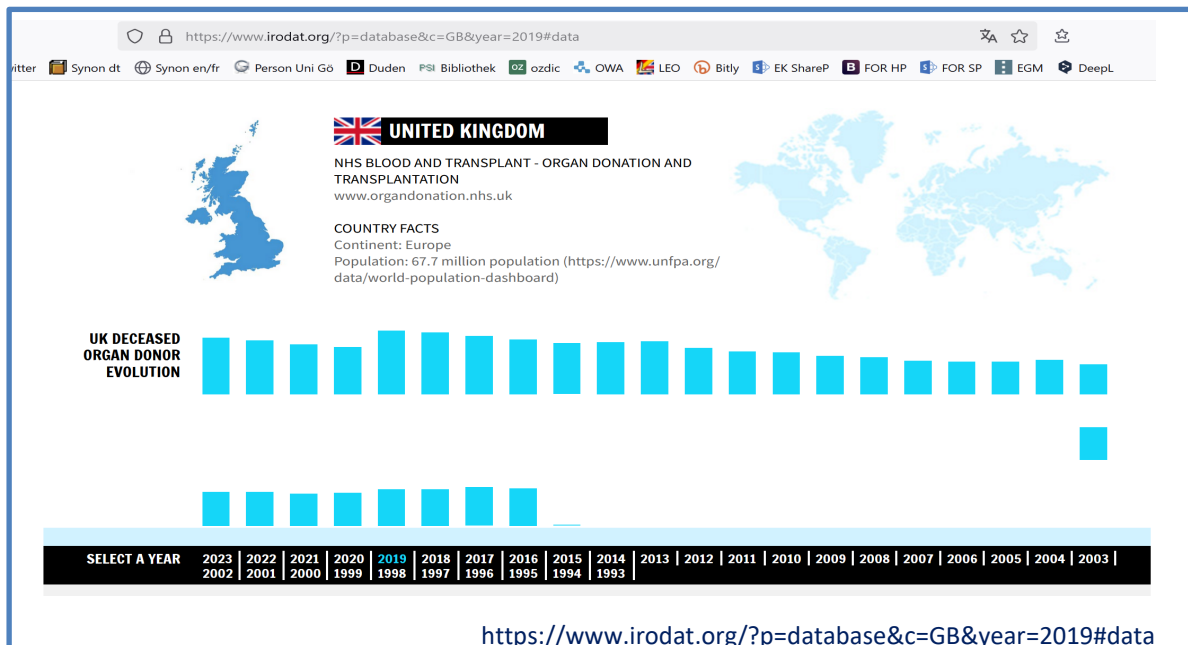
1. Wie wahrscheinlich ist eine Zunahme der Organspende-Zahlen nach Einführung der Widerspruchsregelung?

Ein solche Zunahme ist nicht wahrscheinlich.

Arshad et al. (2019) zeigen in einem Vergleich von Opt-out- und Opt-in-Modellen in 35 Ländern (Europa, Nordamerika, Australien): Es ergibt sich kein signifikanter Unterschied in den Organspende-Zahlen, jedoch eine Tendenz zu weniger Lebendorganspende in Opt-out-Ländern. Shepherd et al. (2014) kommen für 48 Länder zu dem gleichen Ergebnis.

Zwei aktuelle Beispiele (UK, Niederlande) bestätigen diese Ergebnisse. Sie zeigen ebenfalls, dass eine Zunahme nicht eintritt. Das **United Kingdom** führte 2020 die Widerspruchsregelung ein. Seitdem sind die Organspende-Zahlen gesunken. Sie haben sich noch nicht wieder auf das Niveau von 2019 eingependelt. Ein Grund ist der Rückgang der Lebendorganspenden.

Tabelle 1: Organspende-Zahlen in UK 1993-2023



In den **Niederlanden** trat ebenfalls 2020 die Widerspruchsregelung Kraft. Auch hier wurde keine Zunahme der Organspende-Zahlen nach Hirntod (DBD – *donation after brain death*) verzeichnet. Mehr Spender gab es nur durch die in Deutschland nicht erlaubte Spende nach Herztod (DCD – *donation after cardiac death*) und nach Euthanasie.

Tabelle 2: Organspende-Zahlen in den Niederlanden 2014-2023, nach Spendetyp

Donor type	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Deceased	271	265	235	244	273	250	251	271	285	292
Living	537	517	576	561	522	523	399	482	542	533
Total	808	782	811	805	795	773	650	753	827	825
Deceased donor type	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
DBD	150	126	117	108	116	103	100	99	120	110
DCD	121	139	118	136	157	147	151	172	165	182
Total	271	265	235	244	273	250	251	271	285	292

Quelle: Eurotransplant

2. Warum sind die Organspende-Zahlen in Deutschland so niedrig?

Sie sind nicht überall niedrig. Es gibt Bundesländer mit sehr guten und solche mit sehr schlechten Spendezeiten.

Bayern (9,4), NRW (9,1) und Schleswig-Holstein (8,8) verzeichnen nicht halb so viel Organspender je Million Einwohner wie Saarland (21,2), Mecklenburg-Vorpommern (17,8), Hamburg (25,3) oder Bremen (20,3). Hätten wir überall in Deutschland die Organspende-Zahlen von Saarland und Mecklenburg-Vorpommern, hätten wir kein Organspende-Defizit.

Zahlen für 2023: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/154765/umfrage/organspender-pro-mio-einwohner-in-deutschland/>

3. Warum haben manche Bundesländer schlechte Spendezeiten?

Die Meldezahlen der einzelnen am Organspende-System beteiligten Krankenhäuser schwanken stark. Manche engagieren sich nur sehr wenig – und das, obwohl die Organisation und Finanzierung der Organspende in den letzten Jahren deutlich verbessert wurde.

Laut DSO-TransplantCheck kamen 2023 pro Jahr 18.540 Patienten für eine Hirntodfeststellung in Frage. Eine konkrete Anfrage bei der DSO wurde aber nur selten gestellt, in 2023 etwa nur bei 1.651 Fällen, am seltensten von den Krankenhäusern ohne Neurochirurgie. Diese Zahlen haben sich über die letzten Jahre nicht wesentlich geändert, obwohl viele Aktivitäten und Fördermittel in Richtung Transplantationsbeauftragte in den Kliniken gingen. Bei 1.297 Fällen wurde die Organspende vor Ort gar nicht angesprochen. Hier erfolgte eine Therapielimitierung, ohne dass die Organspende überhaupt zum Thema wurde.

DSO-TransplantCheck: Bericht zur Tätigkeit der Entnahmekrankenhäuser (2023)
https://dso.de/EKH_Statistics/EKH-Berichte-Bundesweit/2023/Deutschland_2023.pdf, S. 9

3. Welche Gründe erschweren es den Mitarbeitenden von Krankenhäusern, sich am Organspende-System zu beteiligen?

Leider ist darüber nur wenig bekannt. Zu vermuten sind organisationsethische Gründe. Hier wäre allerdings dringend Forschung angezeigt. Sie unterbleibt, weil man das Problem irreführenderweise bei den Bürgerinnen und Bürgern verortet.

So betrifft ein Konflikt die professionell Handelnden am Bett des potenziellen Organspenders. Sie sind nach ihrer Berufsethik auf den individuellen Patienten und die Sorge für diese Person verpflichtet. Sie sollen nun plötzlich umschalten auf die Sorge für einen unbekanntes Dritten. Ein solcher Konflikt entsteht etwa, wenn es um organprotektive Maßnahmen geht, die nicht mehr im Interesse des Patienten, sondern nur noch im Interesse der Organentnahme stattfinden.

Ein weiterer Konflikt entsteht dadurch, dass Hirntote unter den Bedingungen der Intensivmedizin über einen lebendig wirkenden Leib verfügen, von dem grundsätzlich zunächst einmal ein Appell ausgeht, diesen Leib nicht zu verletzen. Es muss eine kognitive Einsicht

hinzutreten, dass dieser Mensch eigentlich tot sei und dass es deswegen auch gerechtfertigt sei, hier das Messer anzusetzen. Das ist nicht nur eine intellektuelle, sondern auch eine emotionale und moralische Leistung, die manchen Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften aus verständlichen Gründen schwerfällt. So ist z. B. bekannt, dass nicht wenige Anästhesisten bei der Entnahmeoperation ihrem Organspender Schmerzmittel verabreichen, obwohl das nach der Hirntodtheorie nicht notwendig wäre. Aus einer Befragung im Jahr 2012 von Teilnehmenden einer Tagung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin weiß man, dass von 679 Fach- und Oberärztinnen und -ärzten 16 Prozent nicht bereit waren, selbst Organe zu spenden. Bei den Fach-Pflegekräften betrug der Prozentsatz 25 Prozent. Die Mehrheit hat Zweifel, ob man in dieser Situation tatsächlich tot ist. Andere sorgen sich um einen Missbrauch der Organspende (Söffker et al 2014).

Schließlich entstand in Folge der verschiedenen Organspende-Skandale in den Jahren 2012-2015 für die Mitarbeitenden von Krankenhäusern auch ein spezifischer moralischer Konflikt, wenn diese den Eindruck hatten, dass Transplantationsmediziner oder gar die Krankenhaus-Organisation außermoralische Ziele verfolgten. Das kann die Motivation der Mitarbeitenden – die ohnehin groß sein muss – substanziell untergraben. Noch in den Nullerjahren dieses Jahrhunderts verzeichnete Deutschland vergleichsweise hohe Organspende-Zahlen. 2010 waren es fast 1.300 Organspender, die höchste in diesem Jahrhundert erreichte Zahl. Sie fiel danach dramatisch ab bis auf 797 im Jahr 2017. Seitdem erholt sie sich erst langsam wieder.

Die Widerspruchsregelung würde diese ethischen Konflikte der Krankenhausmitarbeitenden nicht abmildern, sondern eher noch verschärfen. Es käme dann ggf. noch hinzu, dass sie in solchen Konfliktsituationen ohne Einverständnis der Angehörigen handeln müssten.

Literatur

Arshad et al. (2019) Comparison of organ donation and transplantation rates between opt-out and opt-in systems. DOI: [10.1016/j.kint.2019.01.036](https://doi.org/10.1016/j.kint.2019.01.036), <https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538%2819%2930185-1/fulltext>

Shepherd et al. (2014). An international comparison of deceased and living organ donation/transplant rates in opt-in and opt-out systems: a panel study. BMC Med. DOI: [10.1186/s12916-014-0131-4](https://doi.org/10.1186/s12916-014-0131-4)

Söffker et al. (2014) Einstellung des intensivmedizinischen Fachpersonals zur postmortalen Organspende in Deutschland. Med Klin Intensivmed Notfmed 109, 41–47. <https://doi.org/10.1007/s00063-013-0271-x>