

Stellungnahmen nicht geladene Sachverständige



ZdK

Zentralkomitee
der deutschen Katholiken e. V.

Stellungnahme zur Anhörung zur Widerspruchsregelung bei der Organspende am 29. Januar 2025

Das Zentralkomitee der deutschen Katholiken (ZdK e.V.) ist als bundesweite Vereinigung der katholischen Lai*innen einer der größten zivilgesellschaftlichen Akteure in Deutschland. Als demokratisch gewählter Zusammenschluss von Vertreter*innen von katholischen Organisationen, Bistümern und Persönlichkeiten aus Politik und Gesellschaft setzen wir uns seit vielen Jahren mit politischen und ethischen Fragen auseinander und beschäftigen uns mit dem Themenkomplex der Organspende intensiv.

Gerne möchten wir Ihnen angesichts der Anhörung unseren aktuellen Beschluss zu diesem Thema zur Beachtung zukommen lassen.

Leben retten. Transplantationszahlen steigern. Freiwilligkeit der Spende gewährleisten.

Stellungnahme des ZdK-Hauptausschusses – 17. Januar 2025

Eine fraktionsübergreifende Gruppe von Abgeordneten hat kurzfristig eine Änderung des Transplantationsgesetzes zur Beratung und zur Beschlussfassung in den Deutschen Bundestag eingebracht. Im Zentrum steht eine neue gesetzliche Regelung für die „Voraussetzungen für die Entnahme“ sowie für das „Verfahren zur Klärung der Spendenbereitschaft“. In Zukunft sollen grundsätzlich alle volljährigen und einwilligungsfähigen Erwachsenen als spendenbereit gelten, die entweder in die Organ- und Gewebeentnahme eingewilligt oder ihr zumindest nicht widersprochen haben. Diese Widerspruchsregelung soll die bisher geltende Einwilligungslösung ergänzen. Von dieser Änderung erhoffen sich deren Befürworter*innen, die Zahl der postmortalen Organ- und Gewebetransplantationen in Deutschland substantiell zu erhöhen. Mit Blick auf diese Gesetzesinitiative unterstreicht das ZdK folgende Grundsätze:

1. Leben retten

Postmortale Organ- und Gewebespenden können Leben retten. Die Zahl von Patient*innen, die in Deutschland lange und teils vergeblich auf ein Spenderorgan oder -gewebe warten, ist besorgniserregend hoch. In der Regel geht es nicht allein um eine spürbare Verbesserung der Lebensqualität, sondern um die Abwendung oder zumindest um die deutliche Reduzierung einer Todesgefahr. Das ist ein hohes moralisches Gut. Deshalb stehen die Gesellschaft und auch jede*r Einzelne in der Pflicht, alles *Erforderliche* und *Zumutbare* in die Wege zu leiten, um diesem beklagenswerten Zustand abzuhelpfen. Das Schicksal tausender Patient*innen kann niemandem

gleichgültig sein – weder aus allgemein menschlicher und noch weniger aus christlicher Sicht.

2. Transplantationszahlen steigern

Bereits 2019 hat der Deutsche Bundestag mit dem *Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen bei der Organspende* (GZSO) strukturelle Ursachen für eine unzureichende Identifikation von potentiellen Spender*innen, mangelhafte Prozeduren im Entnahmekrankenhaus (unzureichende Finanzierung der Organentnahme, mangelnde Freistellung bzw. Beteiligung von Transplantationsbeauftragten, Konsiliardienst bei der Hirntoddiagnostik usw.) sowie das Fehlen eines zentralen Melderegisters zu beheben versucht. Mit diesem Gesetz folgte der Bundestag einer empirisch gestützten und in der Fachwelt weitgehend geteilten Einschätzung, dass die geringe Zahl erfolgreicher Organspenden bzw. Transplantationen vor allem strukturelle Ursachen hat und nicht auf eine mangelnde Spendenbereitschaft in der Bevölkerung zurückzuführen ist. Im Gegenteil, die grundsätzliche Bereitschaft ist mit empirisch erhobenen, über 80% der Bevölkerung erstaunlich hoch und eigentlich ausreichend. Die *Deutsche Stiftung Organtransplantation* (DSO) geht davon aus, dass in Deutschland weit über einem Drittel der in Frage kommenden Bevölkerung einen Organspendeausweis besitzen, der ihre Spendenbereitschaft für bestimmte oder sogar alle Organe (beziehungsweise Gewebe) dokumentiert.

Internationale Vergleichsstudien, die die Effekte eines Wechsels von Einwilligungs- zu Widerspruchsregelungen untersuchen, wiesen jüngst erneut darauf hin, dass dieser Wechsel keinerlei messbaren Einfluss auf die Zahl von Transplantationen hat. Die teils deutlichen Unterschiede in den untersuchten Ländern resultieren vielmehr aus den unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen zur Organ- bzw. Gewebeentnahme. Insofern erscheint der beabsichtigte Wechsel von der Einwilligungs- zur Widerspruchsregelung weder erforderlich noch geeignet, um die Zahl erfolgreicher postmortalen Entnahmen von Organen und Geweben signifikant zu erhöhen.

Wichtige Teile des 2019 beschlossenen Gesetzes konnten – auch bedingt durch die Corona-Pandemie – erst mit deutlichen Verzögerungen umgesetzt werden. Auch das zentrale Organspende-Register – ein unzweifelhaft wichtiges Instrument zur schnellen und sicheren Identifizierung von spendenbereiten Verstorbenen – befindet sich erst seit dem Frühjahr 2024 im Aufbau, der erst im kommenden Jahr abgeschlossen sein soll. Zudem ist der Zugang für Spendenwillige technisch anspruchsvoll und hoch. Insofern sollten Staat und Gesellschaft alles daransetzen, diese strukturellen Hemmnisse effektiv und nachhaltig zu beseitigen und damit eine signifikante Steigerung von Transplantationen zu ermöglichen.

3. Freiwilligkeit der Spende gewährleisten

Jede Spende ist ihrem Wesen nach an die ausdrückliche Freiwilligkeit der Spendenden geknüpft. Das gilt nicht minder für die postmortale Spende eines Organs oder Gewebe(-teils). Ansonsten handelte es sich faktisch um eine staatlich auferlegte Pflichtabgabe, der widersprochen werden kann. Viele Menschen mögen sich zu einer Spende moralisch verpflichtet fühlen. Dazu gibt es gerade mit Blick auf die postmortale Organ- oder Gewebespende gute Gründe. Sie tun dies aber aus innerer Einsicht und Überzeugung: Ihre Spende ist Ausdruck einer freiwilligen Solidarität mit dem Schicksal eines schwererkrankten Menschen.

Mit ihrer Spendenbereitschaft stellen sie damit andere wichtige Aspekte ihres Sterbens, ihres Todes und des Umgangs mit ihrem Leichnam hinten. Auch für diese Aspekte gibt es gute Gründe – gerade im Hinblick auf ihre Hinterbliebenen. Möglicherweise überwinden manche mit ihrer Spendenbereitschaft auch ihre Vorbehalte, die sie gegenüber einem nicht sonderlich für alle transparenten System der Organentnahme und -verteilung hegen. Die in der Vergangenheit bekanntgewordenen Missstände und Skandale haben keinesfalls das Vertrauen in das System und in alle handelnden Akteur*innen der Transplantationsmedizin gestärkt. Gleiches gilt für die immer wieder aufflammenden Debatten um einen angemessenen Indikator für den Tod eines Menschen (Hirntod, anhaltender Herzstillstand), auch wenn diese Debatten aus medizinischer Perspektive durchaus nachvollziehbar und erforderlich sein mögen.

Die Freiwilligkeit einer Spende kann deshalb nur durch ausdrückliche Erklärung gewährleistet werden. Alles andere wäre eine Abkehr vom medizinethischen Prinzip des „informed consent“, das für den Schutz der Patientenautonomie fundamental ist. Angesichts des vorhandenen Problemdrucks können zwar einwilligungsfähige Erwachsene immer wieder zu einer Entscheidung aufgefordert werden. Die Freiwilligkeit einer Spende aber als gegeben zu unterstellen, nur weil ein Mensch ihr nicht ausdrücklich formell oder gegenüber einem nahestehenden An- oder Zugehörigen widersprochen hat, missachtet den Kern einer freiwilligen Spende in dieser für alle Beteiligten existentiell bedeutsamen Lebensfrage. Dies ist bei allem Respekt für die Not der bedürftigen Patient*innen aus unserer Sicht unzumutbar.

Unbeschadet der Kontroversen zu den unterschiedlichen gesetzlichen Regulierungen zur Feststellung der Spendenbereitschaft gilt: Für das gemeinsame Ziel, die Zahl der Organspenden wirksam zu erhöhen, müssen in den nächsten Jahren die strukturellen Hindernisse effektiv abgebaut werden.

Berlin, 25. Januar 2025



Kritische Aufklärung über
Organtransplantation e.V.

Frau
Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Stellvertretende Vorsitzende des Gesundheitsausschusses
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Hannover, den 17.01.2025

Initiativstellungnahme zur öffentlichen Anhörung „Änderung des Transplantationsgesetzes“

Sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther,
sehr geehrte Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages,
als Vorsitzende des Vereins Kritische Aufklärung über Organtransplantation KAO bitten wir um Berücksichtigung unserer Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung „Änderung des Transplantationsgesetzes“.

Angesichts der medizinethischen und rechtlichen Tragweite der geplanten Gesetzesreform ist aus Sicht des Vereins [Kritische Aufklärung über Organtransplantation](#) die juristische Prüfung der hochkomplexen Rechtssituation von potenziellen Organspendern unter Bedingungen der Widerspruchslösung dringend geboten. Denn die Rechtslage der als Spender in Frage kommenden Intensivpatienten bildet schon jetzt eine Grauzone zwischen dem im BGB verankerten Betreuungsrecht und der Transplantationsgesetzgebung [1, 16].

Schließlich beginnt die fremdnützige Behandlung von potenziellen Spendern – die sog. Spenderkonditionierung – auf der Intensivstation „**bereits mit der Diagnose einer schweren Hirnschädigung**“ [2, 25], also **vor** Eintritt des irreversiblen Hirnversagens (sog. Hirntod), wie in den Fortbildungsempfehlungen für die Intensivtherapie bei Organspendern erklärt. Die Rechtslücke zwischen Betreuungs- und Transplantationsrecht wird in der Fachdiskussion [3, 1, 6, 8, 16] immer wieder problematisiert. Auch der Deutsche Ethikrat hat 2015 in seiner Stellungnahme „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ darauf hingewiesen [4]. Doch bisher hat der Gesetzgeber diese Kritik nicht aufgegriffen.

Ohne Einwilligung der Patienten: Die fremdnützige, lebensverlängernde spendezentrierte Intensivtherapie beginnt zu Lebzeiten und fällt in das Betreuungsrecht (BGB)

Der Gesetzentwurf (GE) vom 14.11.2024 sieht vor, die Behandlungssituation aller Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung rechtlich neu zu regeln [5]. Aber auf den beabsichtigten, massiven Eingriff in die Grundrechte von hirngeschädigten Intensivpatienten wird mit keinem Wort eingegangen. Diese Patientengruppe dürfte künftig schon zu Lebzeiten ohne Einwilligung der speziell für Organspender entwickelten Behandlung – der fremdnützigen, lebensverlängernden,

Seite 1 von 9

sog. spendezentrierten Intensivtherapie [6, 2, 8] – unterzogen werden. Eine solche Neuregelung würde gegen das Patientenverfügungsgesetz (§ 1827 BGB) und das Grundgesetz verstoßen. Denn die betreffenden Patienten befinden sich in dieser Phase als Sterbende im Rechtsstatus von lebenden Menschen. Unabhängig von ihren besonderen Eigenschaften, genießen sie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 Grundgesetz) [7].

Ebenso wäre es gestattet, ohne Einverständnis der betreffenden Patienten, unter Bedingungen der Spenderkonditionierung, das „Therapieziel Hirntod“ [8] anzustreben. Hervorzuheben ist: Die Hirntoddiagnostik ist ausschließlich bei potenziellen Organspendern durchzuführen, denn sie bildet die Voraussetzung für die Organentnahme. Und auch nach Feststellung des irreversiblen Hirnversagens dürfte ohne Zustimmung der Patienten sowie gegen das Totenfürsorgerecht ihrer Angehörigen die spendezentrierte Intensivbehandlung weitergeführt werden, bis Organspender im Zuge der körperzergliedernden (Multi-)Organentnahmen den Herztod erleiden.

Der überwiegende Teil aller Verstorbenen könnte ohne individuelle Zustimmung von kommerzialisierbaren Gewebeentnahmen betroffen sein

Hinsichtlich der Gewebeentnahme wären im Falle der Widerspruchslösung auch Menschen betroffen, die einen Herztod erleiden. Denn Gewebe ist bis zu 72 Stunden nach dem Tod explantierbar und nicht an ein irreversibles Hirnversagen gebunden. Wiederum ohne individuelle Einwilligung und ohne Rücksicht auf die Angehörigen dürfte Gewebe entnommen werden – z.B. Knochen (Beckenkamm, Röhrenknochen, ganze Gelenke), Haut, Bänder, Muskeln, Rippenknorpel, Blutgefäße (Arterien, Venen), Weichteilgewebe (Sehnen, Bindegewebe), Augenhornhäute, Herzklappen. Zu berücksichtigen ist, dass die mit einem industriellen Verfahren verarbeitete Gewebespende dem Arzneimittelgesetz (§ 4 Abs. 30 AMG) unterliegt und kommerzialisierbar ist (§§ 21, 21a AMG) [9].

„Justified Killing“ – International umstrittene Todesdefinitionen

Im Rahmen der sog. Spender-Präkonditionierung gegen potenzielle Schädigungen der zu gewinnenden Organe ist zu ihrer optimalen Durchblutung eine ständige medizinische Unterdrückung des Sterbeprozesses notwendig (z.B. Hormonersatztherapie, Dopamingaben, fortgesetzte Ernährung, Medikamente gegen den Abfall der Stoffwechselleistungen und einer Herzinsuffizienz) [10]. Im Falle eines Herzversagens ist eine Reanimation üblich [11, 2, 10, 22], um den sog. Organspendeprozess weiterführen zu können. Denn aus dem Körperinneren von Leichen entnommene Organe sind nicht verpflanzbar, sondern nur blutdurchströmte Organe aus einem lebenden Körper mit schlagendem Herzen, also nur unter der Voraussetzung ihrer lebensnotwendigen Versorgung mit Blut, Sauerstoff sowie weiteren Nährstoffen.

Entsprechend bezieht sich die 1968 eigens für die Transplantationsmedizin entwickelte Todesdefinition („brain death“) ganz allein auf das Versagen eines einzigen Organs: des Gehirns. Daher spricht die Transplantationsmedizin von einer „toten Person“ mit einem „noch überlebenden Körper“ [12]. Diese reduzierte, doppeldeutige Vorstellung über Sterben und Tod ist seit 1968 bis heute international umstritten.

Aber selbst in der Transplantationsmedizin wurde das Hirntodkriterium als Voraussetzung für Organexplantationen nicht aufrechterhalten und die Spenderkategorie nach Herzstillstand eingeführt: Die sog. Non Heart Beating Donors (NHBD: Spender ohne schlagende Herzen; aktueller Begriff: Donation after circulatory death: DCD). Doch diese Form der Organgewinnung wurde in Deutschland von der Zentralen Ethikkommission als Tötung ethisch verworfen [13], ebenso vom Deutschen Ethikrat mehrheitlich abgelehnt [4]. Denn Menschen sind nach einem Herzstillstand reanimierbar.

Vor diesem Hintergrund plädieren die Bioethiker Robert D. Truog von der Harvard University und Franklin G. Miller dafür, die ‚Tote-Spender-Regel‘ gänzlich aufzugeben und kommen zu dem Schluss: **„the ‚brain dead‘ are not really dead“** – „Hirntote sind nicht wirklich tot“ [14]. Truog und Miller kennzeichnen Organentnahmen nach irreversiblen Hirnversagen wie nach Herzstillstand als „justified killing“ [14], – als „gerechtfertigtes Töten“, um den weltweit herrschenden ‚Organmangel‘ beheben zu können. Entsprechend liegt der in verschiedenen Ländern (z.B. Spanien, Belgien, Großbritannien) durchgesetzten Legalisierung der NHBD-Organgewinnung ein einziges Motiv zugrunde: die Vergrößerung des sog. Spenderpools.

Insofern ist die Rhetorik von der Organspende „nach meinem Tod“ irreführend. Umso mehr bedarf die für transplantationsmedizinische Zwecke zugrundeliegende Todesvorstellung einer für Laien allgemeinverständlichen Aufklärung, ebenso über die z.B. von Mitgliedern des Deutschen Ethikrates kritisierte Gleichsetzung des irreversiblen Hirnversagens mit dem Tod des Menschen [4, 15, 16].

Allgemeine Wissensdefizite – Die Alternative zu einer Multiorganentnahme unter Bedingungen der intensivmedizinischen Spenderkonditionierung ist die ärztliche Sterbebegleitung in Kooperation mit den Angehörigen

Wie in der Werbung für ‚Organspende‘ üblich, werden auch in den Gesetzentwürfen Informationen über die für Explantationszwecke notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen zur Manipulation des Sterbeprozesses nicht problematisiert. Auch bleiben sie einer breiten Öffentlichkeit verschlossen. [15, 16, 17] Eine umfassende Aufklärung über die kulturellen, sozialen und medizinischen Dimensionen einer Organ- und Gewebeentnahme ist unerlässlich [17]. Doch zu keinem Zeitpunkt wurde in der bisherigen Diskussion thematisiert, dass

1. eine Organspende nur unter dem Verzicht auf eine ärztliche und familiäre Sterbebegleitung möglich ist, obwohl die informierte ärztliche Aufklärung dazu verpflichtet, alternative Behandlungsweisen aufzuzeigen (§ 630e Abs. 1 S. 3 BGB). Die Alternative zu einer Organspende ist die „Therapiebegrenzung mit Symptomlinderung und Sterbebegleitung im Sinne eines palliativen Behandlungskonzeptes“ [2, 1, 3, 6, 8, 1, 18, 19, 20], wie in den Fortbildungsempfehlungen für die Intensivtherapie bei potenziellen Spendern erklärt;
2. ein gravierender Unterschied besteht zwischen dem irreversiblen Hirnversagen unter Bedingungen der weitergeführten Intensivtherapie und dem Herztod (Atem- und Herzstillstand, Totenstarre, Totenflecke, Verwesung). Entsprechend werden die von diversen, externen Chirurgeteams vorzunehmenden Organentnahmen anästhesiologisch betreut. Bis der Herztod auf dem OP-Tisch eintritt und der Spender zu einer Leiche wird, verabreichen Anästhesisten Medikamente zur Unterdrückung von Bewegungen (Muskelrelaxanzien) und Schmerzmittel (Opioide), oder sie führen eine Narkose durch [21, 22].

Die Widerspruchslösung untergräbt die ärztliche Verantwortung der Intensivmedizin für ihre am Lebensende behandelten Patienten

Befürworter der Widerspruchslösung missachten das Genfer Gelöbnis, das nach den Medizinverbrechen im Nationalsozialismus ärztliches Handeln darauf verpflichtet hat, bei jeder medizinischen Maßnahme das Wohl des behandelten Patienten zum obersten Anliegen zu machen [23]. Diese ethischen Maxime erklärt auch die seit Jahrzehnten beobachtete Zurückhaltung in der Intensivmedizin, die eigenen Patienten als potenzielle Spender wahrzunehmen und die fremdnützige Spenderkonditionierung als ihre Aufgabe zu betrachten [24, 25, 26]. Um eine Verhaltensänderung des Intensivpersonals zu bewirken, wurde gegen die geringe Beteiligung der Intensivmedizin an der Spenderrekrutierung 2019 das Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende verabschiedet [27]. Damit hat man ein strengeres Kontrollsystem zur sog. **Spenderdetektion** etabliert. Gleichzeitig wurde eine höhere budgetäre Aufwandserstattung für die spendezentrierte intensivmedizinische Maximaltherapie, die Hirntoddiagnostik und die in der Regel nachts durchzuführenden Explantationen für die Entnahmekrankenhäuser gewährt. Doch die dürftige Bereitschaft zu Spendermeldungen seitens der Intensivmedizin blieb weitgehend unverändert. Z.B. erklärte 2022 der Präsident der Bundesärztekammer Klaus Reinhardt: **„Die fehlende Beteiligung von weit über 70 Prozent der Krankenhäuser erscheint bedenklich“**[28].

Die Widerspruchslösung würde die Autonomie der Intensivmedizin gegenüber der Transplantationsmedizin noch weiter einschränken.

Die Konstruktion eines Schuldproblems zur Legitimation der Entrectung von sterbenskranken Intensivpatienten und ihren Angehörigen

Es gleicht einer unredlich politischen Strategie, wenn – wie im Gesetzentwurf dargelegt – das Leiden einer sterbenskranken Patientengruppe (potenzielle Organempfänger) gegen die Rechte von Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung ausgespielt wird. Sogar den Tod von schwerstkranken Menschen („auf der Warteliste“) führen die Autoren des GEs auf eine zu geringe Zahl der als Spender zur Verfügung stehenden Intensivpatienten **ursächlich** zurück und werfen den weltweit beklagten Organmangel als Frage eines speziell deutschen ‚Schuldproblems‘ auf.

Aus mehreren Gründen handelt es sich um eine Fehlinterpretation der Faktenlage:

1. Die im GE erwähnte höhere Spenderquote anderer Länder geht vor allem auf die dortige Nutzung von Spendern nach Herzstillstand zurück (z.B. Spanien, Belgien, Niederlande). So ist beispielsweise in den Verbundländern von Eurotransplant (ET) Belgien und den Niederlanden der Anteil von Spendern nach Herzstillstand mittlerweile größer als der von Organspendern nach irreversiblen Hirnversagen ([ET: Tabelle: 2.4.2.](#)) [29]. Auch darf in beiden Staaten die dort legalisierte Euthanasie mit einer DCD-Organentnahme verknüpft werden. 2023 waren in den Niederlanden von insgesamt 292 Spendern 182 Non Heart Beating Donors (54,20%), in Belgien von 369 sogar 200 Spender nach Herzstillstand (62,33%) [29]. Eurotransplant verzeichnet im selben Jahr für Deutschland hingegen 928 Spender ausschließlich nach irreversiblen Hirnversagen und könnte somit seine Organressourcen durch die DCD-Methode verdoppeln. Solche Zahlen legen den Verdacht nahe, dass die geplante Einführung der Widerspruchsregelung auch auf eine subtile Durchsetzung der Entnahmepraxis nach Herzstillstand hinauszulaufen droht, wie z.B. in Österreich oder Frankreich geschehen – also unter Verzicht auf eine öffentliche Meinungsbildung. So befürwortete bereits die SPD-Bundestagsabgeordnete Martina Stamm-Fibich im Zusammenhang der Lebendspende die Einführung der DCD in Deutschland [30], allerdings nicht so lautstark wie die FDP, die damit auf breite Kritik stieß.
2. Da nach Herzstillstand gewonnene Organe aufgrund des längeren Sterbeprozesses der Patienten eine mindere Qualität aufweisen (sog. Marginalorgane), müssen sie ohne weite Transportwege zeitnah und unverzüglich transplantiert werden. Abgesehen von ethischen Aspekten sind sie innerhalb des internationalen Eurotransplant-Verbundes nicht in andere Länder exportierbar. Berücksichtigen wir diese auf die jeweilige Nation beschränkte Verteilung der Organe von Spendern nach Herzstillstand und die oben genannten verdoppelten Spenderzahlen in den jeweiligen Staaten, so entbehrt der von NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann in der 1. Lesung am 5. Dezember 2024 erhobene Vorwurf, Deutschland sei ein (unsolidarisches) ‚Organ-„Nehmerland“‘[31], jeglicher Grundlage.

3. Der beklagenswerte Tod von auf der Warteliste stehenden Menschen, die z.B. aufgrund einer alkoholischen Leberkrankheit – der am häufigsten gestellten Indikation für das Setzen auf die Lebertransplantations-Warteliste [32] – oder an einem Krebsleiden der Leber sterben, ist ihrer schweren Grunderkrankung geschuldet, nicht aber einer diffus behaupteten fehlenden Zahl verfügbarer Spender [17].

Solche sachlich nicht korrekten kausalen Herleitungen erzeugen gleichsam die Illusion, **jede** mit schweren Nebenwirkungen verbundene Ultima Ratio Operation einer Transplantation (z.B. Organabstoßungen, erhöhtes Krebsrisiko) [33] würde automatisch und langfristig „Leben retten“. So werden keine Überlebensraten [34] von Organempfängern öffentlich genannt und auch nicht das Alter, die Krankenvorgeschichte, der Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten-, Drogen- und Nahrungsmittelkonsum von potenziellen Spendern in den Blick genommenen. Indessen steigt der Anteil von sog. marginalen Organen (z.B. Fettlebern, Organe mit Konservierungsschäden, Raucher- oder Wasserlungen) [35, 36, 37] stetig an [37], ebenso die Zahl von hochbetagten Spendern. 2023 lag das Medianalter in einzelnen Ländern des ET-Verbundes wie z.B. Belgien bei 59, der Slowakei bei 60, in Luxemburg bei 65 Jahren und das von Eurotransplant bei 57 Jahren [38]. Dies entspricht der Situation in Deutschland, wo ein Drittel aller Spender älter als 65 sind („[Old-for-Old Program](#)“) (ESP) [39, 40]. 2023 betrug hier das Höchstalter von Lungenspendern 87 und das von Leberspendern 89 Jahre [40].

Widerspruchslösung: Der medizinethische und rechtliche Dambruch

Für die hypothetische Lebensrettung von todkranken Patienten wird durch den Gesetzentwurf zwar nicht ausdrücklich, aber in der rechtlichen Konsequenz die im BGB verankerte Patientenautonomie letztlich ausgehöhlt (§ 1827 BGB; § 630e Abs. 1 S. 1 u. S. 2 u. S. 3 BGB). Ebenso wären ohne individuelle Zustimmung für eine Organ- und Gewebespende das über den Tod hinausreichende Persönlichkeitsrecht und der Schutz der Totenruhe (§ 168 StGB) eingeschränkt. All diese Rechte würden für sterbenskranke Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung nicht mehr gelten, sofern sie kein Verbot der spendezentrierten medizinischen Eingriffe sowie der mit einer Organ- und Gewebespende verbundenen Körperzergliederung eigenständig dokumentiert haben.

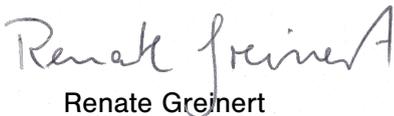
Obwohl die Einführung der Widerspruchslösung einer Entrechtung aller Intensivpatienten mit einer schweren Hirnschädigung und ihren Angehörigen gleichkäme, bleiben im GE die mit dieser Neuregelung verknüpften juristischen Kernfragen ausgeblendet, ja tabuisiert. Hingegen wird darin die Absicht betont, die Familien vor einer unzumutbaren Entscheidungssituation schützen zu wollen und eine „Entlastung der nächsten Angehörigen“ sowie der Ärzte zu bewirken. Tatsächlich aber wären allein die betroffenen Familien von dem gesamten Verfahren ausgeschlossen. Der

geliebten Person kann nicht die Hand bis zuletzt gehalten werden, was auf die Abschiednahme und Trauerbewältigung verheerende Auswirkungen für immer haben kann.

Die medizinethisch und rechtlich heikle Begründung für die Entrechtung von sterbenskranken Intensivpatienten und ihren Angehörigen, ebenso die damit einhergehende eingeschränkte Autonomie der Intensivmedizin widersprechen medizinrechtlichen sowie rechtsstaatlichen Prinzipien. Diese sind nicht hinnehmbar.

Sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther, KAO setzt seine Hoffnung darauf, dass die genannten Aspekte bei der Entscheidung im Deutschen Bundestag Gehör finden.

Mit freundlichen Grüßen



Renate Greinert

1. Vorsitzende KAO

gez. Dr. med. Martin Stahnke

2. Vorsitzender (KAO)



Dr. med. Jochen Ritz

Mitglied KAO

LITERATUR

1. Duttge, Gunnar/Neitzke, Gerald: Zum Spannungsfeld zwischen Intensivtherapie und Organtransplantation. In: DIVI. Mitgliederzeitung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (4/2015), S. 144-149. DOI 10.3238/DIVI.2015.0144-0149
2. Kuhn, Sven-Olaf/Hahnenkamp, Klaus: CME – Zertifizierte Fortbildung. Intensivtherapie bei potenziellen Organspendern. Empfehlungen für Erwachsene. In: Zeitschrift für Herz- und Thoraxchirurgie 35 (2021), S. 23-34.
3. Mersmann, Jan et al.: Handreichung zum Vorgehen bei erwachsenen Patientinnen und Patienten mit schwerster Hirnschädigung bei zu erwartendem Hirntod und Organspendewunsch. In: Anästhesiologie und Intensivmedizin 59 (2018), S. 90-98.
4. Deutscher Ethikrat: Hirntod und Entscheidung zur Organspende. Stellungnahme. Berlin 2015.
5. Deutscher Bundestag: Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Einführung einer Widerspruchsregelung im Transplantationsgesetz. 20. Wahlper., Drucks. 20/13803 vom 14.11.2024.
6. Schöne-Seifert, Bettina et al.: Behandlung potenzieller Organspender im Präfinalstadium. Ethische Fragen. Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Universität Münster. https://www.mezizin.uni-muenster.de/fileadmin/einrichtung/egtm/pbsurvey/Forschung/BSS_ST_red_27.09.Schoene-Seifert_et_al.Positiionspapier.pdf (23.08.2024)
7. Höfling, Wolfram: Tot oder lebendig – tertium non datur. Eine verfassungsrechtliche Kritik der Hirntodkonzeption. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 58 (2012), S. 163-172.
8. Erbguth, Frank/Dietrich, Wenke: Therapieziel Hirntod? Soll ein potenzieller Organspender mit aussichtsloser Prognose zugunsten einer möglichen Transplantation lebensverlängernd behandelt werden? In: Bayerisches Ärzteblatt (2014), H. 3, S. 116-119. http://www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2014/03/einzelpdf/BAB_3_2014_116_119.pdf
9. Fröhlich, Anne: Die Kommerzialisierung von menschlichem Gewebe: Eine Untersuchung des Gewebegesetzes und der verfassungs- und europarechtlichen Rahmenbedingungen. Hamburg 2012.
10. Tsagogiorgas, Charalambos et al.: Neue Wege der Spender-Präkonditionierung in der Intensivmedizin – von Nerven- und Botenstoffen. In: Anästhesiologie und Intensivmedizin 61 (2020), S. 492-502.
11. Neitzke, Gerald et al.: Entscheidungshilfe bei erweitertem intensivmedizinischem Behandlungsbedarf auf dem Weg zur Organspende. Positionspapier der Sektion Ethik und der Sektion Organspende und -transplantation der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN). In: Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin 114 (2019), S. 319-326, hier 323. Onlinepublikation: 11. April 2019. <https://doi.org/10.1007/s00063-019-0578-3>
12. Spittler, Johann Friedrich: Der Hirntod – Tod des Menschen. Grundlagen und medizinisch-ethische Gesichtspunkte. In: Ethik in der Medizin 7 (1995), S. 128-145, hier S. 130.
13. Erklärung der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer: Tötung durch Organentnahme widerspricht ärztlicher Ethik. Abgedr. in: Deutsches Ärzteblatt 94 (1997), H. 28/29, S. A1963.
14. Truog, Robert D./Miller, Franklin G: Rethinking the Ethics of Vital Organ Donations. In: Hastings Report 38 (2008), H. 6, S. 38-46, hier 41, 42.
15. Wagner, Elias/Marckmann, Georg/Jox, R. J.: Koinzidenz von Patientenverfügung und Zustimmung zur Organspende: Was wünschen die Betroffenen? Eine Befragung deutscher Senioren. Stuttgart/New York 2019. Online Publikation. DOI <https://doi.org/10.1055/a-0837-0882> (20.02.2023)
16. Parzeller, Markus/Zedler, Barbara/Verhoff, Marcel A.: Rechtliche Grauzone. Zu dem Beitrag: Organprotektive Intensivtherapie beim Organspender. In: Deutsches Ärzteblatt 114 (2017), H. 8, S. 137. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0137a
17. Maio, Giovanni: Moralische Appelle zur Organspende sind Gift für das Vertrauen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 43 (2013), S. 2187-2188. DOI: 10.1055/s-0033-1349582
18. Janssens, Uwe et al.: Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. In: Der Anästhesist 62 (2013), H. 1, S. 47-52. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-012-2126-x>
19. Müller-Busch, Hans Christof: Palliativmedizin und Sterben auf der Intensivstation – kein Widerspruch. In: DIVI 4 (2013), H. 1, S. 22-27. DOI: 10.3238/DIVI.2013.0022-0027
20. Nauck, Friedemann: Behandlungsstrategien in der Palliativmedizin. In: Aktuelles Wissen für Anästhesisten. Refresher Course Nr. 39 (2013), S. 113-120.
21. Englbrecht, Jan Sönke et al.: Perioperatives Management der postmortalen Organspende. Anästhesie zwischen Ethik und Evidenz. In: Anaesthesist 71 (2022), S. 384-391.

22. Baureithel, Ulrike/Bergmann, Anna: Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende. Stuttgart 1999.
23. Birnbacher, Dieter: Warum der Weltärztebund das „Genfer Gelöbnis“ veränderte. Interview mit dem Scientific Advisor der Arbeitsgruppe des Weltärztebundes, dem Tübinger Medizinethiker Prof. Dr. Urban Wiesing. In: h/pd Humanistischer Pressedienst vom 27. 12.2017. <https://hpd.de/artikel/warum-weltaerztebund-gener-geloebnis-veraenderte-15123>
24. Mauer, Dietmar et al.: Organspende. Der Schlüssel liegt im Krankenhaus. In: Deutsches Ärzteblatt 102 (2005), H. 5, S. B 212-B 214, hier B 213. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/45218/Organspende-Der-Schluesel-liegt-im-Krankenhaus>
25. Deutscher Bundestag (DB): Bericht zur Situation der Transplantationsmedizin in Deutschland zehn Jahre nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes. 16. Wahlper., Drucks. 16/13740 vom 30. Juni 2009.
26. Schulte, Kevin et al.: Rückgang der Organspenden in Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt 113 (2018), H. 27-28, S. 463-468.
27. Zweites Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende vom 22. März 2019. In: Bundesgesetzblatt 2019, Teil I Nr. 9, S. 352-356.
28. Reinhard, Klaus: Vorwort In: Hahnenkamp, Klaus et al. (Hg.): Praxisleitfaden Organspende. Umsetzung der BÄK-Richtlinie „Spendererkennung“ in der Praxis. Berlin 2022, S. VII f., hier S. VII.
29. Eurotransplant: Annual Report 2023. Leiden 2024. https://www.eurotransplant.org/wp-content/uploads/2024/06/ETP_AR2023_LowRes.pdf
30. Haarhoff, Heike: Ampel will Lebendspende reformieren. In: Tagesspiegel Background vom 15.07.2024. <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit-und-e-health/briefing/ampel-will-Lebendspende-reformieren>
31. Erste Beratung des Entwurfs eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Einführung einer Widerspruchsregelung im Transplantationsgesetz am 5. Dezember 2024. Redebeitrag von Karl-Josef Laumann in: <https://www.bundestag.de/mediathek?videoid=7618868#url=L21ZGhldGhla292ZXJsYXk/dmlkZW9pZD03NjE4ODY4&mod=mediathek>
32. Schroeder, Ines/Wassilowsky Dietmar/Irlbeck Michael: Intensivmedizinische Besonderheiten nach soliden Organtransplantationen. Anästhesiologie und Intensivmedizin 65 (2024), S. 435-445. https://www.ai-online.info/images/ai-ausgabe/2024/09-2024/AI_09-2024_CME_Schroeder.pdf
33. Siegmund-Schultze, Nicola: Krebsrisiko bei Organempfängern und bei Menschen mit HIV: Immunsuppression allein erklärt erhöhte Inzidenzen nicht, vielleicht sind manche Medikamente onkogen. In: Deutsches Ärzteblatt 121 (2024), H. 18, S. A 1178. <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=241062>
34. Höfer, Daniel u. a.: Der potentielle Organspender – Evaluierung unter besonderer Berücksichtigung der Herzentnahme. In: Wiener klinische Wochenschrift 122 (2010), S. 441-451. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7102121/pdf/508_2010_Article_1407.pdf
35. Schultz, Hans Henrik et al.: Donor Smoking and Older Age Increases Morbidity and Mortality after Lung Transplantation. In: Transplantation Proceedings 49 (2017), H. 9, S. 2161-2168.
36. Pratschke, Johann/Mittler, Jens/Neuhaus, Peter: Ausweitung des Spenderpools unter Verwendung marginaler Organe. In: Der Chirurg 79 (2008), H. , S. 130-134. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00104-007-1458-6>
37. Michel, Sebastian et al.: Lungentransplantation: aktueller Stand und Entwicklungen. In: Chirurgie 95 (2024), S. 108-114. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00104-023-02023-4>
38. Eurotransplant Report 2023: [Deceased donors used, median age, by year, by donor country](#); Eurotransplant: Annual Report 2023. Leiden 2024. https://www.eurotransplant.org/wp-content/uploads/2024/06/ETP_AR2023_LowRes.pdf
39. Eurotransplant: Organ match characteristics: <https://www.eurotransplant.org/organ-match-characteristics/?highlight=ESP>
40. [DSO: Organspende und Transplantation in Deutschland. Jahresbericht 2023. Frankfurt am Main 2024.](#) <https://www.dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht%202023.pdf>

Organentnahme und das Recht auf freie Entscheidung

Gesetze sollen **Wertvorstellungen** einer Gesellschaft ausdrücken und normieren; vorausgehen sollte jeweils eine breite gesellschaftliche Debatte. Im **Schnellverfahren** – nämlich noch vor der vorzeitigen Bundestagswahl am 23. Februar 2025 – soll der Bundestag nun über zwei kürzlich eingebrachte Gesetzentwürfe (BT-Drucksachen 20/12609 + 20/13804) beraten und abstimmen. **Beide erklären „Organspende“ zum neuen Normalfall** in Deutschland – bedeutet konkret: Alle Menschen sollen so lange als potenzielle Organspender*innen angesehen werden können, bis sie ihren Widerspruch ausdrücklich dokumentiert haben. **Schweigen soll auch als Zustimmung gewertet werden dürfen.**

BioSkop lehnt solche übergriffigen Vorhaben ab. Sehr problematisch finden wir auch den kaum diskutierten Gesetzentwurf zur Ausweitung von „**Lebendorganspenden**“ (BT-Drucksache 20/13252). BioSkop plädiert dafür, Organentnahmen nur dann zuzulassen, wenn der/die Betroffene zuvor nach dokumentierter seriöser Aufklärung eingewilligt hat. Eine Neuregelung im Sinn einer solchen engen Zustimmungslösung haben wir wiederholt gefordert, **um jegliche Fremdbestimmung ausschließen** zu können; sie ist überfällig und sollte in der nächsten Legislaturperiode endlich eingeführt werden.

Einige **Kritikpunkte** und **Anregungen** sowie notwendige **Alternativen** stellen wir hier zur Diskussion; Sie können unsere kurze Stellungnahme **gern weiterverbreiten.**

I Fragwürdige Begriffe: „Organspende“ und „Organmangel“

Der Begriff „Organspende“ ist in der politischen, medizinischen, werbenden Kommunikation allgegenwärtig, wenn es darum geht, chirurgische Eingriffe zu umschreiben, bei denen Menschen Körperstücke entnommen werden, etwa Nieren, Leber, Herz, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Darm. Eine Spende ist, zivilrechtlich gesehen, eine Schenkung. Der Begriff meint laut § 516 BGB eine freiwillige, unentgeltliche, einvernehmliche „Zuwendung, durch die jemand aus seinem Vermögen einen anderen bereichert“. Gespendet bzw. verschenkt werden also Geld und Sachen. Vor diesem Hintergrund ist der ständig kommunizierte, emotionalisierende **Begriff der „Organspende“ grundsätzlich zu hinterfragen**: Gehören der Körper, seine Teile und Materialien tatsächlich zum Vermögen des Einzelnen, die nach Belieben verschenkt oder auch verkauft werden können?

Das Transplantationsgesetz (TPG) untersagt zwar den Handel mit menschlichen Organen und Geweben, geht aber faktisch davon aus, dass sie eine dispositive Sache seien. Und § 1 TPG enthält eine eindeutige wie einseitige Zweckbestimmung: „Ziel des Gesetzes ist es, die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern.“ **Auch diese – nicht neutrale – politische Positionierung zu einer höchstpersönlichen Thematik ist fragwürdig.** Zumal ja unstrittig ist, dass von einer „Spende“ nur gesprochen werden kann, wenn sie unentgeltlich und freiwillig gewährt wurde.

In Appellen und Werbekampagnen pro „Organspende“ wird regelmäßig auch auf den so genannten „**Organmangel**“ verwiesen, den es zu beheben oder zu lindern gelte. Auch dieses sprachliche Bild, das offensichtlich emotionalisieren soll, ist irreführend. **Menschliche Organe sind keine beliebig beschaffbaren Produkte.** Sie sind auch keine Arzneimittel oder Medizinprodukte, die auf Bestellung produziert werden können und auf die jede/r Krankenversicherte zeitnah einen Anspruch hat.

II Fremdbestimmung ist nach geltender Rechtslage möglich – und überwiegt in der Praxis

Grundsätzlich gilt im Arzt-Patienten-Verhältnis: Ein Eingriff, von der Blutentnahme bis zur Operation, darf **nur mit ausdrücklicher Einwilligung nach seriöser Aufklärung** der einwilligungsfähigen Patient*innen erfolgen. Im Transplantationsbereich läuft es oft anders: Zum einen sind die potenziellen Organgeber*innen zum Zeitpunkt der Entnahme-Entscheidung „hirntot“, sie können dann gar nicht mehr persönlich informiert werden und unmittelbar in den Eingriff einwilligen. Zum anderen sind Organentnahmen ohne dokumentierte schriftliche Vorab-Einwilligung der Patient*innen nach wie vor die in Deutschland überwiegende Praxis, **Fremdbestimmung** ist hier also verbreitet – und nach geltendem Transplantationsgesetz (TPG) gemäß § 4 dann zulässig, wenn Angehörige des „Hirntoten“ stellvertretend einer Explantation zustimmen. Gemäß eigenen Wertvorstellungen oder wenn sie erklären, die Organentnahme entspreche dem mündlichen oder vermuteten Willen des für „hirntot“ erklärten Patienten. „In der Praxis liegt sogar bei **weniger als 20 Prozent der Fälle möglicher Organspenderinnen und -spender ein schriftlich dokumentierter Wille zur Organspende** vor. In der ganz überwiegenden Zahl der Fälle müssen **die Angehörigen entscheiden**“. So liest man es auch im Gesetzentwurf des Bundesrates zwecks „Einführung der Widerspruchslösung“ (BT-Drucks. 20/12609). Das derzeit geltende Verfahren wird „erweiterte Zustimmungslösung“ genannt.

III Die geplanten Widerspruchsregelungen und mögliche Effekte

Nun gibt es zwei Gesetzentwürfe zwecks Änderung der geltenden Einwilligungsregeln im TPG, über die noch vor der vorgezogenen Bundestagswahl am 23. Februar 2025 abgestimmt werden soll. Der erste, eingebracht vom Bundesrat, will eine **Widerspruchslösung** (BT-Drucks. 20/12609) im TPG eingeführt sehen, der zweite, eingebracht von Bundestagsabgeordneten aus mehreren Fraktionen, begehrt eine **Widerspruchsregelung** (BT-Drucks. 20/13804). Beide Entwürfe kommunizieren im Kern die gleichen Ziele: Künftig sollen alle Menschen in Deutschland grundsätzlich als Organspender gelten, solange sie dem nicht ausdrücklich widersprechen. Gibt jemand keine Erklärung ab, zu dokumentieren möglichst in dem im März 2024 gestarteten, bislang aber kaum befüllten, zentralen Organspende-Register (rund 210.000 eingetragene Erklärungen, Stand: 25.11.2024), soll sein/ihr **Schweigen auch als Zustimmung** zur Organentnahme im Fall des „Hirntods“ gewertet werden dürfen. Entscheidend bleibt aber weiterhin, ob Angehörige der Organentnahme zustimmen oder nicht.

Der politisch erhoffte Effekt solch subtilen Drucks ist es, Menschen zur Abgabe einer Erklärung zur „Organspende“-Bereitschaft zu bewegen. Sie sollen es **offenbar als Pflicht empfinden**, ihre Haltung zu offenbaren. Und wenn viele (oder auch nur wenige) Menschen tatsächlich eine Erklärung im digitalen Organspenderegister dokumentiert haben, könnte der Gesetzgeber irgendwann geneigt sein, nachzuhelfen und derartige Einträge, die bislang freiwillig sind, zur Pflicht zu erklären – auch wenn ein Zwang, sich erklären zu müssen, zu zahlreichen Verfassungsbeschwerden führen dürfte.

Den Gesetzesmacher*innen geht es offensichtlich um **Symbolik**; sie wollen die höchstpersönliche **Bereitschaft zur Organentnahme gesellschaftlich und moralisch als „normal“ aufgewertet** sehen: „Mit der Einführung einer Widerspruchslösung würde die Organspende der Normalfall und nicht mehr der durch ausdrückliche Zustimmung herbeizuführende Sonderfall“, heißt es im Gesetzentwurf des Bundesrates. Im interfraktionellen Entwurf, unterschrieben von rund 220 Parlamentarier*innen,

steht, mit der Einführung einer Widerspruchsregelung solle es „zu einer Selbstverständlichkeit werden, sich zumindest einmal im Leben mit dem Thema Organ- und Gewebespende auseinanderzusetzen und dazu eine Entscheidung zu treffen“. Es solle „perspektivisch eine gesellschaftliche Kultur der Organ- und Gewebespende in Deutschland geschaffen werden“.

Am praktischen Vorgehen im Ernstfall des „Hirntods“ würden beide Gesetzentwürfe im Kern aber kaum was ändern. Sie bedeuten jedenfalls nicht, dass Menschen, die keine Erklärung zur Organentnahme abgegeben haben, nach Feststellung des „Hirntods“ zwecks Organentnahme quasi automatisch explantiert würden. **Vielmehr würde auch künftig im Prinzip so gehandelt werden müssen, wie das nach geltender – Fremdbestimmung ja ermöglichenden – Rechtslage vorgeschrieben ist.** Liegt keine Erklärung des potenziellen, volljährigen Organgebers vor, müssten auch gemäß der vorgeschlagenen Widerspruch-Konzepte **letztlich die Angehörigen entscheiden.**

IV Kaum bemerkt, aber brisant: Gesetzentwurf zur Ausweitung der „Lebendorganspende“

Lässt sich ein gesunder Mensch eine Niere oder ein Teilstück der Leber herausoperieren, um es von Transplanteur*innen auf einen Patienten übertragen zu lassen, nennen Fachleute dieses Vorgehen „**Lebendorganspende**“. Dass solche fremdnützigen Eingriffe, die ja nicht die Heilung der Organgeber*innen bezwecken, für diese „**mit Risiken verbunden**“ sein können, steht auch auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Bisher ist die Organentnahme bei gesunden Menschen gemäß TPG nur zulässig, wenn im Zeitpunkt der Explantation kein geeignetes Organ eines „hirntoten“ Menschen verfügbar ist. Diese von Fachleuten als „**Subsidiaritätsgrundsatz**“ bezeichnete Regel könnte auch noch kurz vor der Bundestagswahl ohne großes Aufsehen **gestrichen** werden – wenn ein Gesetzentwurf der Ex-Ampelregierung aus SPD, Grünen, FDP zwecks massiver Förderung von „Lebendorganspenden“ (BT-Drucks. 20/13252), vorgelegt von Gesundheitsminister Karl Lauterbach, eine Mehrheit im Bundestag finden sollte. Zudem will Lauterbach den **Kreis möglicher Spender*innen und Empfänger*innen fremder Nieren erheblich ausweiten**. Bisher ist laut TPG die Lebendorganspende nur erlaubt unter Verwandten, Eheleuten und anderen Menschen, die sich offensichtlich persönlich nahestehen. Nun soll per Gesetz ein „nationales Programm für die Vermittlung und Durchführung“ von bisher nicht erlaubten „**Überkreuzlebendnierenspenden**“ aufgebaut werden. Damit würde laut BMG „ermöglicht, dass die Niere einer Spenderin/eines Spenders nicht nur an den Partner/die Partnerin gehen kann, sondern an eine Empfängerin/einen Empfänger eines zweiten Paares, das seinerseits eine Niere spendet“.

Eine **gesellschaftliche und parlamentarische Debatte zu diesen und weiteren Ausweitungen im** (mit Begründung) 80 Seiten langen Gesetzentwurf **ist notwendig, steht aber noch aus** – und ist bis zur Bundestagswahl im Februar 2025 auch nicht mehr seriös zu führen. Unter die Lupe zu nehmen wären vor einer solchen Entscheidung zum Beispiel: **gesundheitliche Risiken** und (Spät-)Folgen von „Lebendorganspenden“ für die Organgeber*innen, Qualität der **Nachsorge**, wissenschaftliche Untersuchungen über die **Praxis der Aufklärung** potenzieller Organgeber*innen und -empfänger*innen, **Sicherung der Freiwilligkeit** von Entscheidungen, **Vermeidung subtilen Drucks**, faktischer Ausschluss einer möglichen **Kommerzialisierung** von Organentnahmen bei Gesunden.

V Die notwendige Alternative: Fremdbestimmung ausschließen, Neutralität wahren

Wir fordern: Fremdbestimmte Explantationen darf es nicht mehr geben! § 4 TPG, der die Organentnahme „mit Zustimmung anderer Personen“ regelt, muss ersatzlos gestrichen werden.

Wer zu Lebzeiten sein oder ihr „nein“ zur Organentnahme nicht dokumentiert hat oder zu seiner/ihrer Haltung geschwiegen hat, darf auf keinen Fall (nach Eintritt des „Hirntods“) explantiert werden, eine **stellvertretende Entscheidung durch andere Personen darf nicht mehr zulässig sein**. Der Gesetzgeber sollte endlich beschließen, dass Organentnahmen **ausnahmslos nur dann legal sind, wenn der betroffene Patient zuvor schriftlich eingewilligt hatte** – und zwar nach dokumentierter, ergebnisoffener, ausführlicher, kostenfreier Aufklärung durch anerkannte unabhängige Stellen. Um sicherzustellen, dass eine solche Erklärung möglichst dem aktuellen Willen entspricht, sollte eine **schriftliche Vorab-Einwilligung in die Organentnahme maximal drei Jahre alt** sein, wenn sie rechtsverbindlich sein soll. Wer seine Bereitschaft zur Organentnahme erklären und bestätigen will, müsste dann jeweils aktiv werden und seine Erklärung pro Organentnahme regelmäßig aktualisieren. Das kann auch dazu beitragen, sich über aktuelle Entwicklungen in der Transplantationsmedizin auf dem Laufenden zu halten, was eine informierte Entscheidung stützen kann. Eine Verpflichtung oder gar **Zwang, die persönliche Haltung zur Organentnahme zu dokumentieren, darf es nicht geben**.

Der Gesetzgeber muss zudem Sorge dafür tragen, dass Kampagnen zum Thema Organentnahme und Transplantationsmedizin nur noch dann aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, wenn sie **neutral aufklären** und nachweislich die **Ergebnisoffenheit** einer Entscheidung für oder gegen eine Organentnahme betonen. **Emotionalisierung** ist gerade bei diesem sensiblen Thema zu **vermeiden**, der sachlich nicht korrekte Begriff der „**Spende**“ sollte hier nicht weiter benutzt werden. Die Qualität der staatlichen **Aufklärungskampagnen und -materialien** ist unabhängig, unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft, regelmäßig zu **evaluieren**. Moralische Bewertungen, denen zufolge die individuelle Bereitschaft pro „Organ spende“ die gesellschaftliche „Normalität“ sein soll, sind schon angesichts der tatsächlichen Transplantationszahlen nicht korrekt. Sie polarisieren und untergraben das Vertrauen, dass der Staat in dieser sehr persönlichen Frage neutral sei.

Vor diesem Hintergrund sollte das in **§ 1 TPG** benannte Ziel des Gesetzes, „**die Bereitschaft zur Organ spende in Deutschland zu fördern**“, **korrigiert werden**. Neutral wäre eine Formulierung wie diese: „Zweck des Transplantationsgesetzes ist es, die Rechtsgrundlagen für Organentnahmen und Transplantationen in Deutschland zu regeln.“

> Weitere Informationen

<https://www.bioskop-forum.de/bioskop-themen/koerper-als-rohstoff/transplantationsmedizin>

> Kontakt

BioSkop e.V. * Telefon (0201) 5366706 * info@bioskop-forum.de * www.bioskop-forum.de



Deutsche Stiftung Patientenschutz
für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende

Stellungnahme zur Anhörung „Änderung des Transplantationsgesetzes“ des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 29. Januar 2025 zu den Bundestagsdrucksachen (BT-Drs.) 20/13804 und 20/12609

Inhalt

1. Einführung	2
1.1. Widerspruchsregelung führt nicht zu signifikant mehr Organspendern.....	2
1.2. Vergleich mit anderen europäischen Ländern.....	3
1.3. Organprotektive Maßnahmen.....	4
1.4. Patientenrechte wahren.....	4
1.5. Angehörige dürfen nicht zu Statisten gemacht werden.....	5
1.6. Wesentliche Konstruktionsfehler des Transplantationssystems beheben – Verteilungskriterien brauchen eine demokratische Legitimation.....	6
1.7. Effektiver Rechtsschutz für Patienten im Transplantationssystem	7

Impressum

Patientenschutz Info-Dienst wird verlegt von der Deutschen Stiftung Patientenschutz
Redaktion: Berit Leinwand, Nisrin Nouri, Annette Simon, Elke Simon, Dr. Stephan Terhorst, Vorstand: Eugen Brysch (V. i. S. d. P.)
Informationsbüro Berlin: Telefon 030 28444840, Telefax 030 28444841
info@stiftung-patientenschutz.de, www.stiftung-patientenschutz.de

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist eine Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie ist vom Finanzamt Dortmund-Ost
mit Steuerbescheid vom 27.12.2023, 31759413835, als gemeinnützige und mildtätige Körperschaft anerkannt.

1. Einführung

Seit dem Jahr 2012 gilt in Deutschland die Entscheidungslösung. Im Mittelpunkt steht dabei der freie Entschluss des Menschen. Nur so ist es auch möglich, in der Wortbedeutung von einer Organspende zu reden. Demnach dürfen Personen nur Organe und Gewebe entnommen und transplantiert werden, wenn diese zu Lebzeiten zugestimmt haben. Fehlt eine solche Erklärung, können auch Angehörige den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zur Organspende übermitteln. Unter diesen Voraussetzungen wurden im vergangenen Jahr 953¹ Menschen Organe transplantiert. Die Zahl der Organspenden in Deutschland stagniert seit Jahren. Gleichzeitig ist die Anzahl der Menschen rückläufig, die auf der Warteliste stehen. Derzeit warten in Deutschland rund 8.500 Menschen auf ein Spenderorgan. Um diesen schwerstkranken Menschen zu helfen, sind Organisations- und Strukturveränderungen im deutschen Transplantationssystem im April 2019 und Januar 2020 mit breiter Mehrheit im Bundestag beschlossen worden. Bis heute wurden diese gesetzlichen Maßnahmen jedoch nicht vollständig umgesetzt. Deshalb haben die Länder endlich dafür zu sorgen, dass die gesetzlich geforderte Anbindung der Pass- und Ausweisstellen an das Organspende-Zentralregister steht. Dafür sind in jeder Kommune datenschutzsichere Terminals für die direkte und barrierefreie Eingabe aufzustellen.

Es ist zutiefst irritierend, dass jetzt ein Teil der Abgeordneten² auf eine Widerspruchslösung drängt, ohne die Wirkung der Änderungen von 2020 abzuwarten. Derzeit liegen zwei Gesetzentwürfe zur Einführung der Widerspruchsregelung bzw. Widerspruchslösung vor. Die Befürworter behaupten, ohne empirische Daten zu kennen bzw. zu nennen, dass damit deutlich mehr Organe im deutschen Transplantationssystem zur Verfügung stünden.

1.1. Widerspruchsregelung führt nicht zu signifikant mehr

Organspendern

Die vorgeschlagene Widerspruchsregelung bzw. Widerspruchslösung hat keinen Einfluss auf die Zahl der Hirntoten. Der diagnostizierte Hirntod gilt aber als Voraussetzung für eine Organspende in Deutschland. Rechtlich dürfen Organe oder Gewebe erst transplantiert werden, wenn dieser Befund vorliegt. Daran ändert auch die Zunahme der

¹ DSO: <https://dso.de/organspende/statistiken-berichte/organspende>

² Hinweis: Sofern bei Personenbezeichnungen nur die männliche Form gewählt wurde, beziehen sich die Angaben jeweils auf Angehörige aller Geschlechter.

organspenderbezogenen Kontakte nichts. Hier werden auf den Intensivstationen potentielle Organspender identifiziert und die Deutsche Stiftung Organtransplantation kontaktiert. In 2023 gab es 3.421 organspendebezogene Kontakte, die noch vor der Hirntoddiagnose stattfanden. Diese Zahl ist deutlich höher als noch vor einigen Jahren. Konstant hingegen bleibt seit Jahren jedoch die Zahl der Hirntoten. Ausschlussgründe, warum keine Spende zustande kam, waren Ablehnung der Organspende, keine Feststellung des Hirntods möglich und andere Gründe. Immerhin konnten von 965 Organspendern so 2.877 Organe gespendet werden.³ An diesen Zahlen würde sich mit der Einführung der Widerspruchsregelung bzw. Widerspruchslösung signifikant kaum etwas ändern. Es besteht sogar die Gefahr, dass mit der Einführung der Widerspruchslösung die Organspende-Zahlen wie in Großbritannien zurückgehen.⁴

1.2. Vergleich mit anderen europäischen Ländern

Im Zusammenhang mit der Widerspruchsregelung bzw. Widerspruchslösung wird oftmals auf den vermeintlichen Erfolg in anderen europäischen Länder verwiesen. Vor allem Spanien wird von den Befürwortern oft als leuchtendes Vorbild ins Feld geführt. Dieser Vergleich ist jedoch in mehrfacher Hinsicht irreführend bzw. spiegelt nur einen Teil der Wahrheit wider. So gab der Gründer und ehemalige Leiter der spanischen Organisation für Organtransplantation (ONT), Rafael Matesanz, zu bedenken, dass eine Widerspruchsregelung „kein Zaubermittel zur Spendenerhöhung“⁵ sei. Würde eine solche Regelung als Zwang empfunden, könne mehr Schaden als Nutzen entstehen. Allein durch die Einführung der Widerspruchsregelung änderte sich auch in Spanien nichts an den Organspendezahlen. Erst organisatorische und strukturelle Maßnahmen brachten die Wende. Auch entscheidend war die Einführung des Herztodkriteriums als Voraussetzung für die Organentnahme. Aber selbst Spanien hat den Angehörigen ein Mitspracherecht eingeräumt. Eine solche Regelung findet sich in keinem der beiden vorliegenden Gesetzesentwürfe.

Neben der Beibehaltung der Entscheidungslösung fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz, die Adaption organisatorischer und struktureller Maßnahmen aus anderen europäischen Ländern. Dazu gehören finanzielle Anreize für die Krankenhäuser, ein

³ <https://dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht%202023.pdf>

⁴ <https://www.irodat.org/?p=database&c=GB&year=2019#data>

⁵ Vgl. Swissinfo.com, Januar 2013.

Transplantations-Netzwerk, das die Ablauffeffizienz erhöht, Bildungsprogramme, öffentliche Aufklärungskampagnen und die Schulung von Koordinatoren, die sich Zeit nehmen, um mit den Angehörigen zu sprechen.

1.3. Organprotektive Maßnahmen

Durch die Widerspruchslösung verschärft sich die Problematik bei der Anwendung sogenannter organprotektiver Maßnahmen. Solche Maßnahmen werden häufig beim Vorliegen einer schweren Hirnschädigung mit ungünstiger Prognose eingeleitet, einige Tage noch bevor der Hirntod festgestellt wird. In diesen Fällen werden intensivmedizinische Maßnahmen fortgesetzt, die nicht mehr therapeutisch indiziert sind, sondern allein die Organfunktionen für eine mögliche Organspende erhalten sollen. Diese Vorgehensweise steht im Widerspruch zur in diesem Stadium indizierten Behandlungsbegrenzung, um ein Sterben mit gegebenenfalls palliativen bzw. hospizlichen Maßnahmen zu ermöglichen. Nach den Erfahrungen der Deutschen Stiftung Patientenschutz wird das auch in Patientenverfügungen oft so festgelegt. Organprotektive Maßnahmen ohne Zustimmung bedeuten einen erheblichen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit und strafrechtlich eine Körperverletzung. Die medizinische Versorgung dient in diesen Fällen nicht mehr dem Wohl des Patienten, sondern der Aufrechterhaltung der Organfunktionen im Interesse potenzieller Organempfänger. Organprotektive Maßnahmen können Patienten bei einer Widerspruchslösung nur noch verhindern, wenn sie aktiv mittels eines Widerspruches dagegen vorgehen. Das ist aber ethisch und rechtlich unzulässig.⁶

Dringend notwendig ist daher, dass der Gesetzgeber festlegt, ob, welche und wie lange organprotektive Maßnahmen – über die aufgeklärt werden muss – vor der Hirntod-Feststellung stattfinden dürfen. Es ist fahrlässig, dass die beiden vorliegenden Gesetzesentwürfe zu diesen zentralen Fragen schweigen.

1.4. Patientenrechte wahren

Jahrelang wurde für die Stärkung der Patientenrechte gekämpft. Wenn einer der vorliegenden Gesetzesentwürfe des Bundestags oder des Bundesrates nun verabschiedet wird, wäre das ein herber Rückschlag für die Grundrechte der Patienten. Denn an der Freiwilligkeit bei der

⁶ Vgl. Höfling (2019): Widerspruchslösung – „ein Segen“? in: medstra, S. 65f.



Entscheidung für oder gegen die Organspende festzuhalten, ist richtig und wichtig. Schließlich trifft niemand einen solchen Entschluss leichtfertig. Hier kein Votum abzugeben, darf nicht grundsätzlich mit Bequemlichkeit gleichgesetzt oder automatisch als Zustimmung gewertet werden.

Ebenso verbietet es sich, Grundrechte von sterbenden und schwerstkranken Menschen gegeneinander aufzuwiegen. Die Rechtsgüter sind hier gleichwertig. Mit der Einführung der Widerspruchsregelung ist die Autonomie der Bürger bedroht.

1.5. Angehörige dürfen nicht zu Statisten gemacht werden

Eine Vielzahl der Organspenden kommt erst zustande, weil Angehörige auf Basis des vermuteten Willens zustimmen. Das macht deutlich, welche zentrale Bedeutung sie hier haben. Daher gilt es, sie einzubeziehen und nicht auszugrenzen.

Allerdings sehen die vorliegenden Gesetzentwürfe vor, dass die nächsten Angehörigen im Vergleich zur bestehenden Rechtslage das Entscheidungsrecht unter Beachtung des mutmaßlichen Willens des potentiellen Spenders verlieren. Nun soll der für die Organ- oder Gewebeentnahme verantwortliche Arzt zunächst verpflichtend prüfen, ob im Register eine Willensäußerung hinterlegt ist oder eine andere schriftliche Erklärung vorliegt. Nur wenn dies nicht der Fall ist, soll der nächste Angehörige befragt werden, ob ihm ein schriftlicher Widerspruch oder ein der Spende entgegenstehender Wille bekannt ist. Weitergehende Nachforschungen sind nicht vorgesehen. Der mutmaßliche Wille und die Entscheidungen der Angehörigen spielen dann keine Rolle mehr. Durch dieses Außenvorlassen im Mitwirkungsprozess werden die Angehörigen zudem noch mehr emotional belastet. Von der im Gesetzentwurf versprochenen Entlastung der Angehörigen kann keine Rede sein.

Es ist daher völlig unverständlich, warum mit den vorliegenden Gesetzentwürfen das Mitwirkungsrecht der Angehörigen aus dem Transplantationsgesetz (TPG) gestrichen werden soll.

1.6. Wesentliche Konstruktionsfehler des Transplantationssystems beheben – Verteilungskriterien brauchen eine demokratische Legitimation

Organisations- und Verfahrensstrukturen, Steuerung durch Richtlinien sowie die Kontrolle transplantationsmedizinischer Versorgung, all dies liegt immer noch in den Händen von privatrechtlichen Akteuren wie der Bundesärztekammer, der Deutschen Stiftung Organtransplantation und der niederländischen privatrechtlichen Stiftung Eurotransplant. Ein hohes Maß an Intransparenz ist die Folge.

Die seit 2012 aufgedeckten Organspendeskandale haben sowohl in der Öffentlichkeit als auch in den Kliniken zu großer Verunsicherung und Vertrauensverlusten geführt. Dies wirkt bis heute nach. Vor diesem Hintergrund ist insbesondere bei der Kontrolle ein Höchstmaß an Transparenz geboten, um Vertrauen zurückzugewinnen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert daher, schnellstmöglich ein Konzept zur erarbeiten, auf dessen Grundlage die Kontrolle in die Verantwortung einer unabhängigen staatlichen Behörde gelegt wird. Dazu sollte das Bundesministerium für Gesundheit umgehend eine Expertenkommission berufen.

Die Zuteilung von Organen und damit von Lebenschancen können nicht an privatrechtliche Akteure wie die Bundesärztekammer delegiert oder alleine mit Verweis auf den Stand der medizinischen Forschung getroffen werden. Der Deutsche Bundestag muss grundlegende Entscheidungen selbst treffen. Dies gilt auch für die Gewichtung der bereits im TPG gemachten Vorgaben „Erfolgsaussicht“ und „Dringlichkeit“. Sie sind widersprüchlich und müssen normativ so konzipiert werden, dass sie in der Praxis anwendbar, nachvollziehbar und gerecht sind. Dies gilt nicht zuletzt für die in erheblichem Umfang – außerhalb der Warteliste – praktizierende Zuteilung von Organen im beschleunigtem Verfahren. Daher muss die Expertenkommission zusätzlich damit beauftragt werden, zu klären, welche wesentlichen Fragen zur Verteilungsgerechtigkeit sowie zur Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen einer demokratischen Legitimation durch den Gesetzgeber bedürfen.



1.7. Effektiver Rechtsschutz für Patienten im Transplantationssystem

Immer wieder kommt es vor, dass sich Patienten bei Entscheidungen auf der Warteliste ungerecht behandelt fühlen und dagegen rechtlich vorgehen wollen. Dabei ist unklar, an welches Gericht sich Patienten wenden müssen, um die getroffenen Entscheidungen juristisch überprüfen zu lassen. Auch insofern bedarf es der Nachbesserung durch den Gesetzgeber.

Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Transplantationsbeauftragten der Universitätsklinika in NRW zur Einführung einer Widerspruchsregelung zur postmortalen Organspende in Deutschland

Die Arbeitsgemeinschaft

Unsere Arbeitsgemeinschaft besteht aus einer Gruppe von interprofessionellen Transplantationsbeauftragten (TXB) der neun Universitätsklinika in Nordrhein-Westfalen. Unsere Mitglieder verfügen über ein hohes Maß an Erfahrung in der klinisch-praktischen Umsetzung der Organspende in Deutschland. Transplantationsbeauftragte sind an ihren Kliniken fachlich und organisatorisch für den gesamten Prozess der Organspende verantwortlich. Um rechtliche Probleme sowie ethisch-moralische Interessenkonflikte grundsätzlich auszuschließen, besteht dabei eine klare Abgrenzung zum Bereich der Vermittlung und Transplantation der gespendeten Organe. Zu den konkreten Aufgaben als TXB gehören die Identifikation potenzieller Organspender* sowie die adäquate Begleitung der Angehörigen. Bei Bedarf beraten und unterstützen sie die zuständigen Intensivmediziner bei der spezifischen Spenderbehandlung. Sie sind für die Aus- und Fortbildung von ärztlichem und pflegerischem Personal rund um die Erkennung und Betreuung von Organspendern verantwortlich. Unsere Arbeitsgemeinschaft generiert und publiziert wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Organspende und engagiert sich im Bereich Öffentlichkeitsarbeit. Ziel ist die neutrale, fachlich kompetente Beratung, um die Menschen bei ihrer fundierten Entscheidung zu unterstützen.

Aufgrund ihrer Expertise für den gesamten Prozess der Organspende möchte unsere Arbeitsgemeinschaft wie folgt Stellung zu der aktuell diskutierten Einführung einer Widerspruchsregelung bezüglich der postmortalen Organspende in Deutschland beziehen.

Aktuelle Problematik und Reformbedarf

Grundsätzlich begrüßt unsere Arbeitsgemeinschaft die Initiativen zur Änderung der rechtlichen Regelungen zur Organspende in Deutschland und hält den daraus resultierenden politischen aber insbesondere auch gesellschaftlichen Diskurs zu diesem Thema für immens wichtig. Die Notwendigkeit einer Änderung rechtlicher Rahmenbedingungen ergibt sich aus der seit vielen Jahren konstant niedrigen Zahl an postmortalen Organspenden. Mit unter 1000 Spenden pro Jahr, bzw. einer Rate von ca. 10-12 Organspenden pro einer Million Einwohner (2024: 953 Spenden entsprechend 11,4 Spenden pro einer Million Einwohner)¹ liegt die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich kontinuierlich im unteren Drittel. Dies führt im Vergleich zu längeren Wartezeiten für die Patienten auf den Wartelisten zur Transplantation. Grundsätzlich gilt es bei Vergleich und Interpretation derartiger Statistiken zu beachten, dass die Organspendezahlen in Deutschland nur sehr eingeschränkt mit denen unserer Nachbarländer vergleichbar sind. Grund hierfür sind u.a. die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen. In Deutschland ist – anders als in vielen unserer Nachbarländer - eine Organspende nur nach Versterben im sogenannten Irreversiblen Hirnfunktionsausfall (IHA) möglich, der umgangssprachlich auch als Hirntod bezeichnet wird. Dieser wird bei uns jedoch nur in weniger als 0,1% der Todesfälle festgestellt. Wird eine Spende durch die Feststellung des IHA grundsätzlich möglich, kommt in Deutschland die erweiterte Zustimmungsregelung zum Tragen. Hierbei ist zur Umsetzung einer Spende die zu Lebzeiten erfolgte Zustimmung des Verstorbenen oder, falls eine solche nicht vorliegt, die der Angehörigen notwendig. Letztere sollte, wenn möglich, auf dem mutmaßlichen Patientenwillen beruhen. Falls dieser nicht zu eruieren ist, können die Angehörigen aber auch nach ihren eigenen Wertvorstellungen entscheiden.

Die aktuelle gesetzliche Regelung führt also häufig dazu, dass Angehörige unter dem Einfluss der massiven emotionalen Belastung durch den Verlust eines nahestehenden Menschen eine Entscheidung

* Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Text das generische Maskulinum verwendet.

Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich - sofern nicht anders kenntlich gemacht - auf alle Geschlechter.

zum Thema Organspende treffen müssen. Eine Studie unserer Arbeitsgemeinschaft (Ärzteblatt 2023)² ergab, dass in nur 31% der mit den Angehörigen geführten Gespräche zur Evaluation eines möglichen Organspendewunsches, diesen ein zu Lebzeiten geäußertes Wille des Verstorbenen bekannt war. Somit musste die überwiegende Zahl der Entscheidungen durch die Hinterbliebenen getroffen werden. Dabei sprach sich insgesamt nur ein Drittel der Angehörigen für eine Organspende aus. Besonders hoch war die Ablehnungsrate bei Fällen, in denen kein mutmaßlicher Patientenwille ermittelbar war, sondern die Familien basierend auf ihren eigenen Wertvorstellungen eine Entscheidung treffen mussten. In dieser Situation entschieden sich 90% der Hinterbliebenen gegen eine Organspende.

Diese hohen Ablehnungsraten durch Angehörige stehen in deutlicher Diskrepanz zu regelmäßigen, repräsentativen Umfragen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)³. Im Jahr 2022 äußerten 84% der Befragten eine positive Einstellung zur Organspende und nur 6% gaben eine ablehnende Haltung an. Es ist davon auszugehen, dass diese Meinungsäußerungen auf persönlichen Wert- und Moralvorstellungen oder rationalen Abwägungen basieren. Wurden diese Grundlagen der individuellen Haltung zur Organspende jedoch nie mit den Angehörigen besprochen, stehen diese unter dem Druck, eine Entscheidung für eine andere Person treffen zu müssen, die sich nicht mehr äußern kann. Hier berichten Angehörige häufig davon, dass sie von der Angst geleitet werden, eine falsche Entscheidung zu treffen. Dementsprechend kann zumindest angezweifelt werden, dass die in der Mehrzahl der Fälle durch die Angehörigen letztendlich ausgesprochene Ablehnung dem eigentlichen Patientenwillen entspricht.

Diese Diskrepanz konnte auch durch das im Januar 2020 beschlossene Maßnahmenpaket zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft in der Bevölkerung (häufig als Entscheidungslösung bezeichnet) nicht verringert werden. Die im Wesentlichen auf eine verstärkte Aufklärung und eine vereinheitlichte Dokumentation getroffener Entscheidungen fokussierten Maßnahmen haben in Bezug auf die Zahl der postmortalen Organspenden in Deutschland keine messbaren Auswirkungen entfaltet. Insbesondere die Einführung des Organ- und Gewebespenderegisters (OGR) im März 2024 hat bis zum jetzigen Zeitpunkt die Zahl der in der relevanten klinischen Entscheidungssituation vorliegenden Willensbekundungen nicht steigern können.

Dementsprechend sieht unsere Arbeitsgemeinschaft dringenden Bedarf an einer weitergehenden Reformierung der rechtlichen Rahmenbedingungen für die postmortale Organspende in Deutschland.

Vorteile einer Widerspruchsregelung

Eine Neufassung des Transplantationsgesetzes (TPG) sollte zum einen dem konkreten Willen des Einzelnen so gut wie möglich Rechnung tragen. Zum anderen sollten die Angehörigen von der Entscheidung für oder gegen eine Organspende entlastet werden. Die aktuell anhand vorliegender Änderungsanträge für das TPG diskutierte Einführung einer Widerspruchsregelung würde beidem in gleichem Maße gerecht. Bei vertretbarem Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand bliebe - im Gegensatz zu einer allgemeinen Entscheidungspflicht - die individuelle Freiheit, sich nicht mit dieser Frage auseinandersetzen zu müssen, unberührt, ohne die Angehörigen in die Entscheidungspflicht zu nehmen. Es würde lediglich die Notwendigkeit der Entscheidungsdokumentation auf diejenigen verlagert, die eine Organspende für sich ablehnen. Unsere Arbeitsgemeinschaft plädiert für die Einführung einer „weichen“ Widerspruchsregelung, die den Angehörigen die Möglichkeit einräumt, einer Organspende in begründeten Ausnahmefällen zu widersprechen. Diese Option wäre zum Beispiel dann von Bedeutung, wenn ein Patient zu Lebzeiten im persönlichen Gespräch einen Widerspruch glaubhaft geäußert, diesen jedoch weder im OGR noch anderweitig schriftlich dokumentiert hat. In jedem Fall sollte unserer Überzeugung nach den behandelnden Ärztinnen und Ärzten keinesfalls die gesetzliche Durchsetzungspflicht gegen einen bestehenden Einspruch der Angehörigen auferlegt werden. Diese Konstellation

würde den grundlegenden Prinzipien zu partizipativen Entscheidungsprozessen am Lebensende widersprechen.

Ein weiterer Vorteil der Widerspruchsregelung läge in der Harmonisierung der gesetzlichen Regelungen in Deutschland mit denen unserer Nachbarländer. Insbesondere gilt dies für die Länder aus dem Eurotransplant-Raum⁴. Deutschland ist in diesem, durch die grenzüberschreitende Vermittlung der Spenderorgane gekennzeichneten Verbund die einzige Nation, die keine Widerspruchsregelung hat, und regelmäßig vergleichsweise mehr Organe aus ausländischen Spenden transplantiert (Netto-Importland). Der langfristige Fortbestand dieser, für die zeitnahe Vermittlung benötigter Spenderorgane wichtigen Kooperation, erscheint ohne eine entsprechende Reformierung des deutschen Transplantationsgesetzes fraglich.

Flankierende Maßnahmen

Grundsätzlich muss im Rahmen einer konstruktiven Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten einer gesetzlichen Neuregelung konstatiert werden, dass jegliche Änderung für sich genommen nicht automatisch eine relevante Steigerung der Anzahl von postmortalen Organspenden nach sich ziehen wird. Dies spiegelt sich in der sehr heterogenen Datenlage zu einer möglichen Steigerung der Organspendezahlen durch die Einführung einer Opt-out Regelung (i.S. einer Widerspruchsregelung) wieder^{5,6,7,8}. Dementsprechend geht unsere Arbeitsgemeinschaft davon aus, dass flankierend zu einer Gesetzesänderung weitere Maßnahmen ergriffen werden müssten, um die bestmögliche Steigerung der Organspendezahlen in Deutschland erreichen zu können. So ist es unserer Meinung nach wesentlich, ein erhöhtes Bewusstsein in der Bevölkerung für die Bedeutung der Organspende zu schaffen. Hierzu sind weitergehende Kampagnen notwendig, die unter Nutzung verschiedener, v.a. auch digitaler Medien, eine breite Sichtbarkeit erreichen. Diese sollten sowohl motivierend wirken, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und zeitgleich niederschwellig leicht verständliche Informationen bereitstellen. Inhaltlich sollte dazu vor allem die Abhängigkeit der Transplantationsmedizin von einer funktionierenden Solidargemeinschaft und einer breiten Spendebereitschaft in der Bevölkerung verdeutlicht werden. Gerade vorbereitend zur Einführung einer Widerspruchsregelung müssten die Existenz des Organ- und Gewebespenderegisters und die möglichen Zugangswege dazu breitflächig in die Bevölkerung kommuniziert werden. Der technische Zugriff auf das Register sollte für alle Nutzer (Eintragende und Auslesende) vereinfacht werden, um eine sichere und niederschwellige Nutzung zu ermöglichen. Letzteres wäre entscheidend für die Akzeptanz einer solchen Regelung in der Bevölkerung.

Zusammenfassung

Die Zahl postmortalen Organspenden in Deutschland liegt seit vielen Jahren kontinuierlich unter denen anderer Nationen mit vergleichbaren Gesundheitssystemen. Das im Jahr 2020 im Rahmen der Änderungen des TPG initiierte Maßnahmenpaket hat bislang keine relevante Verbesserung dieser Situation bewirkt. Das zentrale Problem der erweiterten Zustimmungsregelung ist unserer Erfahrung nach die bei potentiellen Organspendern nach wie vor sehr geringe Zahl dokumentierter Willensbekundungen. Dies führt in der klinischen Praxis häufig dazu, dass die Angehörigen trotz der regelhaft vorliegenden akuten Trauersituation zur Entscheidungsfindung herangezogen werden müssen. Unter diesen Bedingungen kommt es letztendlich in einem hohen Prozentsatz zur Ablehnung einer Organspende. Dies entspricht, vor dem Hintergrund der wiederholt in Umfragen nachgewiesenen positiven Grundhaltung der deutschen Bevölkerung zur Organspende, einer relevanten Unterschätzung der anzunehmenden Zustimmungen. Unserer Ansicht nach stellt die Einführung einer Widerspruchsregelung einen geeigneten Weg dar, die Auflösung dieser Problematik voranzubringen. Dadurch würden der Patientenwille in den Mittelpunkt gerückt und die Angehörigen davor bewahrt, in die Entscheidungspflicht genom-

men zu werden. Die Harmonisierung mit den gesetzlichen Regelungen unserer Nachbarländer, insbesondere unserer Partner im Eurotransplant-Verbund, trüge dazu bei, die für alle benefizielle, grenzübergreifende Organvermittlung dauerhaft zu erhalten. Eine solche Gesetzesänderung müsste unserer Einschätzung nach jedoch von weiteren Maßnahmen flankiert werden, die das Bewusstsein in der Bevölkerung dafür wecken, dass die Organspende einen essentiellen Teil der solidarischen Gesundheitsfürsorge darstellt, ohne den die Transplantationsmedizin auf absehbare Zeit nicht auskommen wird. Hierbei könnten umfassende Informationskampagnen unter Nutzung klassischer als auch digitaler Medien die öffentliche Meinungsbildung unterstützen. Die Dokumentation des individuellen Willens im bereits eingeführten Organ- und Gewebespenderegister müsste als wichtige Voraussetzung für die gesellschaftliche Akzeptanz einer Widerspruchsregelung zukünftig deutlich vereinfacht und somit für alle niederschwellig möglich sein.

Für die Arbeitsgemeinschaft der Transplantationsbeauftragten der Universitätsklinik in Nordrhein-Westfalen:

Jörg Benedict Alders ^b, Dr. Friedhelm Bach ^h, Dr. Jan Englbrecht ^g, Nicole Hick ^a, Dr. Rainer Kram ^d, Holger Kraus ^e, Dorothee Lamann ^g, Juliane Langer ^c, PD Dr. Felix Lehmann ^c, Andrea Mondon ^c, Dr. Melanie Schäfer ^a, Dr. Dirk Schedler ^f, Daniel Schrader ^d, Prof. Dr. Martin Söhle ^c, Dr. Gabriele Wöbker ⁱ

^a Uniklinik RWTH Aachen

^b Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

^c Universitätsklinikum Bonn

^d Universitätsklinikum Düsseldorf

^e Universitätsmedizin Essen

^f Uniklinik Köln

^g Universitätsklinikum Münster

^h Universitätsklinikum Ostwestfalen-Lippe

ⁱ Universitätsklinikum Wuppertal

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Martin Söhle, MHBA, DESA
Transplantationsbeauftragter des Universitätsklinikums Bonn
Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Universitätsklinikum Bonn
Venusberg-Campus 1
53127 Bonn
Tel.: 0228 / 287 - 14123 bzw. 0151 / 58 233 575
Email: martin.soehle@ukbonn.de

¹ Deutsche Stiftung Organtransplantation, Pressemeldung vom 10.01.2025:

<https://dso.de/dso/presse/pressemittelungen/>

² Englbrecht JS et al., Deutsches Ärzteblatt 2023; 120 (8): 133-134

³ <https://www.organspende-info.de/zahlen-und-fakten/die-repraesentativbefragung/>

⁴ Niederlande, Belgien, Luxemburg, Österreich, Ungarn, Slowenien und Kroatien

⁵ Dallacker M et al., Public Health 2024; 236:436-440

⁶ Ahmad MU et al., World J Surg 2019; 43: 3161–71

⁷ Coträu P et al., Applied Medical Informatics 2020; 42: 36–41

⁸ Madden S et al., Anaesthesia 2020; 75: 1146–52