

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
46. Sitzung

Berlin, den 29.06.2011, 14:00 Uhr
Sitzungsort: Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
10557 Berlin, Sitzungssaal: Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Dr. Carola Reimann, MdB

Öffentliche Anhörung

T a g e s o r d n u n g

Organspende - Block II

(ausschließlich zu den ethischen und rechtlichen Aspekten)

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Henke, Rudolf
Hennrich, Michael
Koschorrek, Rolf, Dr.
Maag, Karin
Michalk, Maria
Monstadt, Dietrich
Riebsamen, Lothar
Rüddel, Erwin
Spahn, Jens
Stracke, Stephan
Straubinger, Max
Vogelsang, Stefanie
Zöllner, Wolfgang
Zylajew, Willi

Bär, Dorothee
Bilger, Steffen
Brehmer, Heike
Gerig, Alois
Heinrich, Frank
Ludwig, Daniela
Luther, Michael, Dr.
Middelberg, Mathias, Dr.
Philipp, Beatrix
Rief, Josef
Selle, Johannes
Singhammer, Johannes
Tauber, Peter, Dr.
Zimmer, Matthias, Dr.

SPD

Bas, Bärbel
Franke, Edgar, Dr.
Graf, Angelika
Lauterbach, Karl, Dr.
Lemme, Steffen-Claudio
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Volkmer, Marlies, Dr.

Ernstberger, Petra
Ferner, Elke
Gerdes, Michael
Gleicke, Iris
Kramme, Anette
Meßmer, Ullrich
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald
Tack, Kerstin

FDP

Ackermann, Jens
Aschenberg-Dugnus, Christine
Lanfermann, Heinz
Lindemann, Lars
Lotter, Erwin, Dr.
Molitor, Gabriele

Dyckmans, Mechthild
Kauch, Michael
Knopek, Lutz, Dr.
Kolb, Heinrich L., Dr.
Luksic, Oliver

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Senger-Schäfer, Kathrin
Vogler, Kathrin
Weinberg, Harald

Binder, Karin
Höger, Inge
Möhring, Cornelia
Tempel, Frank

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Bender, Birgitt
Klein-Schmeink, Maria
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Göring-Eckardt, Katrin
Kekeritz, Uwe
Kuhn, Fritz
Kurth, Markus

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister

Die Vorsitzende, Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	5
Die Vorsitzende	37
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	15
Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP)	8
Abg. Dr. Frank-Walter Steinmeier (SPD)	6, 30
Abg. Dr. Gregor Gysi (DIE LINKE.)	8
Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	23, 33
Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD)	11, 34
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	18, 36
Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	13, 33
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	10
Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	9, 29
Abg. Gabriele Molitor (FDP)	32
Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.)	28
Abg. Jens Ackermann (FDP)	12
Abg. Kathrin Vogler (DIE LINKE.)	21, 22
Abg. Mechthild Rawert (SPD)	26
Abg. Michael Kauch (FDP)	19, 27
Abg. Stefanie Vogelsang (CDU/CSU)	24
Abg. Volker Kauder (CDU/CSU)	5
Abg. Wolfgang Zöllner (CDU/CSU)	17
SV Dr. Oliver Tolmein	9, 22, 23, 30
SV Dr. Reinhard Pregla	11
SV Dr. Ulrich Montgomery	16, 32, 34
SV Prof. Dr. Dr. Dr. Eckard Nagel	6, 12, 19, 25, 29, 33, 35
SV Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Huber	5, 9, 24
SV Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig	8, 20, 24, 27
SV Prof. Dr. Günter Rolf Kirste	14, 32, 34, 36
SV Prof. Dr. Heinz Angstwurm	7, 13, 16
SV Prof. Dr. Peter Neuhaus	6, 31, 36
SV Prof. Dr. Thomas Gutmann	17, 21, 27
SV Prof. Dr. Ulrich Frei	18, 26, 27, 31
SV Weihbischof Dr. Dr. Anton Losinger	17
SVe Prof. Dr. Alexandra Manzei	13, 15, 29

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Meine sehr geehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste, ich darf Sie, die Sachverständigen sowie die Vertreter der Bundesregierung ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung „Ethische und rechtliche Aspekte von Organspenden“ begrüßen. Das Thema wird derzeit sehr kontrovers diskutiert. In den nächsten vier Stunden wollen wir uns u. a. mit der Feststellung des Todeszeitpunktes und der Widerspruchslösung sowie weiteren Aspekten der Organspende beschäftigen. In der letzten Anhörung haben wir uns bereits mit den organisatorischen Fragen der Organspende beschäftigt. Das Fragerecht der Fraktionen ist wie immer kontingiert, allerdings wechselt es dieses Mal nach jeder gestellten Frage. Damit möglichst viele Fragen beantwortet werden können, sollten maximal zwei Fragen an einen Sachverständigen oder eine Frage an zwei Sachverständige gestellt werden. Es beginnt die CDU/CSU-Fraktion, dann folgen die Fraktionen der SPD und FDP sowie die Fraktion DIE LINKE. Beendet wird eine Fragerunde durch die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Ich bitte alle Beteiligten, sich bei den Fragen und den Antworten möglichst kurz zu fassen. Die Sachverständigen sollten, wenn Sie aufgerufen wurden, die Mikrofone benutzen und ihren Namen nennen. Das erleichtert die Aufzeichnung. Ich bitte alle, die Mobilfunkgeräte auszuschalten. Es beginnt die CDU/CSU-Fraktion und der erste Fragende ist der Kollege Kauder.

Abg. **Volker Kauder** (CDU/CSU): Ich habe Fragen an Prof. Huber und an Prof. Nagel. Wir wissen, dass in Deutschland 12.000 Personen auf ein Spenderorgan warten. Deshalb beschäftigen wir uns mit der Frage, ob die in Deutschland praktizierte erweiterte Zustimmungslösung mit der Dokumentation der Spendenbereitschaft im Organspendeausweis ausreicht, um die entsprechende Spendebereitschaft zu mobilisieren. Halten Sie es für vertretbar, alle Bürgerinnen und Bürger einmal in ihrem

Leben konkret mit dem Thema Organspendebereitschaft zu konfrontieren? Wie bewerten Sie eine Entscheidungslösung, die auch die Möglichkeit beinhaltet, dass bewusst keine Entscheidung getroffen wird? Wie würden Sie die Abgrenzung zur Widerspruchslösung beurteilen?

SV Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Huber: Das Ziel muss darin bestehen, die Bereitschaft zur Organspende zu steigern und dabei den Grundsatz der Freiwilligkeit nicht aufzugeben. Die Organspende ist aus christlicher Perspektive ein Akt der Nächstenliebe und kann nicht erzwungen werden. Unser Anliegen ist die Organspende und nicht die Organbereitstellungspflicht. Diese Unterscheidung muss aufrecht erhalten werden. Das kann gelingen, wenn klare, eindeutige und eindringliche Situationen geschaffen werden, in denen die Bürgerinnen und Bürger vor die Entscheidung gestellt und sich dadurch auch ihrer ethischen Entscheidungspflicht bewusst werden. Diese Entscheidungspflicht kann durch entsprechende gesetzliche Regulierungen erleichtert werden. Die Grenze verläuft genau in dem Bereich, in dem die ethische Entscheidungspflicht in eine rechtliche Entscheidungspflicht übergehen würde, bei der die Nichtentscheidung sanktioniert würde. Diese Grenze muss vorher gezogen werden. Es gibt keine rechtliche Sanktionierung für die Nichtentscheidung. Diese bleibt genauso eine Möglichkeit wie die Entscheidung für oder gegen die Organspende. Die Rechtsgemeinschaft hat die Pflicht, die drei möglichen Entscheidungen in gleicher Weise als Ausdruck der Selbstbestimmung des Einzelnen zu achten. Die Zielsetzung sollte sein, die vorhandene Lücke zwischen der bereits im Organspendeausweis dokumentierten Spendebereitschaft und der noch nicht dokumentierten, aber grundsätzlich vorhandenen Spendebereitschaft so weit wie möglich zu schließen. Dadurch kann auch die Lücke zwischen denjenigen, die auf Organe warten, und denjenigen, die Or-

gane zur Verfügung stellen, teilweise geschlossen werden.

SV Prof. Dr. Dr. Eckard Nagel: Sie fragen nach der Notwendigkeit, das bestehende Transplantationsrecht zu reformieren. Diese Frage würde ich eindeutig mit „ja“ beantworten.

Seit 1997 gibt es das Transplantationsgesetz, das im Vorfeld seiner Entstehung lange und intensiv diskutiert wurde. Ich durfte gemeinsam mit Prof. Pichelmayr diesen Prozess begleiten. Damals wie heute war entscheidend, dass die Beantwortung der Frage der Organspende, so wie Prof. Huber gerade erläuterte, eine selbstbestimmte Äußerung sein muss. Nur so trägt der Begriff Organspende auch inhaltlich das, was sie sein soll. Ich teile ebenfalls die Ansicht von Prof. Huber, dass es sich bei der Organspende um einen Akt der christlichen Nächstenliebe unter christlichem Verständnis handelt. Ein wesentlicher Punkt ist, ob die Notwendigkeit oder Möglichkeit besteht, diese Entscheidung von staatlicher Seite einzufordern. Meines Erachtens gibt es, auch das hat Prof. Huber bereits ausgeführt, eine ethische Entscheidungspflicht. Deshalb hat der Nationale Ethikrat 2007 seine Stellungnahme „Die Zahl der Organspenden erhöhen – Zu einem drängenden Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland“ veröffentlicht. Darin verweisen wir auf die Entscheidungspflicht. Denn es kann nicht sein, dass man sich bei einer gesellschaftlich dringenden Problematik durch ignorieren des Sachverhalts seiner „bürgerlichen Pflicht“ entzieht.

Das ist besonders problematisch, weil wir durch das Transplantationsgesetz im Prinzip bereits eine Entscheidungspflicht haben. Diese gilt für die Angehörigen von potenziellen Organspendern, denn sie werden über die eventuelle Zustimmung des Verstorbenen befragt. In dieser Situation können sich die Angehörigen keinesfalls darauf berufen, sich nicht jetzt, sondern eventuell später entscheiden zu wollen.

In dieser schwierigen, bedrückenden Situation, in der Menschen zumeist überra-

schend mit dem Tod eines Angehörigen konfrontiert werden, muss die Entscheidung für oder gegen die Organspende im Sinne des Verstorbenen getroffen werden. Diese Situation ist, das kann ich aus meiner beruflichen Praxis bestätigen, für alle Beteiligten, insbesondere für die Angehörigen, aber auch für die Menschen, die den Angehörigen nahestehen, höchst belastend. Denn am Ende bleibt immer die Frage, ob die Entscheidung richtig oder falsch war. Deshalb ist es notwendig, von dem einzelnen Bürger und der einzelnen Bürgerin bereits zu Lebzeiten diese Entscheidung zu verlangen. Ich gehe davon aus, dass die Pflicht zur Entscheidungspflicht nicht nur ethisch besteht, sondern auch gesellschaftlich wünschenswert ist. Eben weil durch das Transplantationsgesetz bereits Fakten geschaffen wurden. Diese müssen reformiert und weiterentwickelt werden.

Abg. Dr. Frank-Walter Steinmeier (SPD): Ich habe zwei Fragen an Prof. Neuhaus und Prof. Angstwurm. In der ersten Anhörung haben wir uns mit Fragen der Optimierung der Verfahrensabläufe bei der Organentnahme befasst. Dazu gehörte auch die Frage, wie die Verantwortlichkeiten gestärkt werden können. Ist die Optimierung der Verfahrensabläufe ausreichend oder benötigen wir eine Änderung des Rechtsrahmens? Wenn Sie diese Frage positiv beantworten, dann würde ich gerne wissen, mit welchen Maßnahmen den Bürgerinnen und Bürgern die Ängste genommen werden können und die Bereitschaft zur Spende gefördert werden kann?

SV Prof. Dr. Peter Neuhaus: Ich glaube, die Bedingungen in Europa zeigen eindeutig, dass es mehr Organspenden geben könnte und die Zahlen auf der Warteliste zeigen, dass dringend Organspenden gebraucht werden. Das sind keine anonymen Zahlen. Es sind Menschen, die auf eine Niere warten, um von der Dialyse weg zu kommen und damit ein fast normales Leben führen zu können und es sind Men-

schen, die sterben, wenn sie das benötigte Organ nicht transplantiert bekommen.

Wenn ich in anderen Ländern die Bereitschaft, Mitmenschen zu helfen, betrachte, dann besteht hier auch ein Zusammenhang mit den Versorgungssystemen. Aus Arztsicht hat Amerika ein schlechtes Gesundheitswesen, aber die Bereitschaft der Menschen, einander zu helfen, ist größer als bei uns. Ich weiß nicht, ob es einen kausalen Zusammenhang gibt, aber ich finde, in Deutschland wird sehr abstrakt diskutiert, obwohl mehr Mitmenschlichkeit und Solidarität angebracht wäre. Es werden theoretische, rechtsphilosophische Diskussionen geführt, die nicht zielführend sind. Wir benötigen ein Ziel und müssen sehen, auf welchen Wegen wir dieses Ziel erreichen können. Deutschland gehöre zu jenen Staaten Europas, die die niedrigsten Organspendezahlen aufweisen.

An diesem Sachverhalt müssen sowohl die Politiker als auch die Ärzte arbeiten. Aber es ist auch ein gesamtgesellschaftliches Thema. Deswegen ist es absolut richtig, die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende zu fördern. Es sollte ein ethischer Druck aufgebaut und ausgeübt werden, damit die Menschen sich mit der Thematik befassen und möglichst eine Entscheidung treffen. Das ist der erste Schritt. Ich habe dieses Thema auch mit meinen Kindern besprochen. Diese hatten einen Organspendeausweis, dann wurde er verlegt oder ging verloren, aber einen neuen Ausweis haben sie sich nicht besorgt. Wer kann über 60 Jahre diese Dinge mit sich führen? Irgendwann werden die Angehörigen die Entscheidung im Sinne des Betroffenen treffen müssen. Die Alternative wäre ein Register, in dem die Entscheidung dokumentiert wird. Das wäre meine favorisierte Lösung. Es wird aber immer noch genügend Menschen geben, die sich nicht entschieden haben oder sich nicht entscheiden wollen, die einer Entscheidung ausweichen oder sie als uninteressant empfinden, weil sie sich nicht davon betroffen fühlen. Man kann lange über Lösungswege philosophieren, letztendlich muss eine Regelung gefunden werden. Diese Menschen können dann der

Gruppe zugeschlagen werden, bei der man keine Organe entnehmen darf oder zu der Gruppe, bei der man Organe entnehmen darf. Wir verlangen von den Bürgern eine Menge Dinge und bürden ihnen auch eine Menge Dinge auf. Warum soll es dann nach dem Tode, wenn kein Widerspruch vorliegt und auch die Angehörigen nicht widersprochen haben, nicht möglich sein Organe zu entnehmen. Ich finde, wenn sich trotz verstärkter Aufklärung die Spendenzahlen nicht ändern, sollte man als zweiten Schritt diese Möglichkeit in Betracht ziehen.

SV Prof. Dr. Heinz Angstwurm: Die wesentliche Frage ist zunächst, ob wir eine Gesetzesänderung benötigen. Das kann ich bejahen. Das geltende Gesetz ist 1997 mit der Intention verabschiedet worden, Rechtssicherheit zu schaffen. Dieses Ziel ist, soweit es aus ärztlicher Sicht beurteilbar ist, erreicht worden. Es wurden Strukturen geschaffen und Verträge geschlossen. In der Entwicklung hat sich nun gezeigt, dass das drängende Problem ganz offenkundig im Mangel an für eine Transplantation geeigneten Organen besteht. Das ist ein von der Akzentuierung her deutlich anderer Ansatz, der auch andere Regelungen erfordert, als sie im geltenden Gesetz enthalten sind. Daher kann ich die Frage, ob das Transplantationsgesetz fortgeschrieben oder geändert werden muss, eindeutig bejahen. Die viel schwierigere Frage an einen Arzt, der jahrelang mit der Todesfeststellung der Spender befasst war, ist die, wie den Menschen die Angst vor der Organspende genommen werden kann. Einer der wesentlichen Ansatzpunkte ist die Aufklärung der Bevölkerung. Hierzu ist ein Bündel von Maßnahmen erforderlich. Dem Bürger müssen die naturwissenschaftlich-medizinischen Grundlagen für seine Entscheidung gegeben werden. Es muss eine prinzipielle Klarstellung in dem Sinne erfolgen, dass die Organspende etwas Gutes ist. Auch auf religiöser Ebene muss verdeutlicht werden, dass die Organspende ein von den Kirchen gebilligter Akt der Nächstenliebe ist. Doch nicht nur

die Bürger, auch die Ärzte müssen intensiver aufgeklärt werden, weil es immer wieder sachlich unzutreffende Äußerungen zur Todesfeststellung gibt. Das sind schlicht neurologisch, neurophysiologisch sowie neuroradiologisch nicht zutreffende Behauptungen. Ein weiterer Punkt ist die Installation eines Transplantationsbeauftragten in den Krankenhäusern, der sich kompetent auch um die Angehörigen und das menschliche Leid, das mit entsprechenden Todesfällen verbunden ist, kümmert. Er sollte eine entsprechende Ausbildung und eine gewisse Erfahrung haben. In einigen Krankenhäusern gibt es bereits Transplantationsbeauftragte, aber diese Funktion ist noch längst nicht bundesweit etabliert. Den Menschen die Angst zu nehmen ist nahezu eine Generationenaufgabe. Aber wir können und sollten uns dieser Aufgabe stellen, indem die Fakten dargestellt werden und der Umgang mit den Fakten versachlicht wird.

Abg. Christine Aschenberg-Dugnus (FDP): Ich habe zwei Fragen zur Widerspruchslösung an Prof. Schmidt-Jortzig. Wie beurteilen Sie aus verfassungsrechtlicher Sicht eine Widerspruchslösung und gibt es Ihres Erachtens respektable Gründe, sich überhaupt nicht zu erklären?

SV Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig: Ich nehme nur zur verfassungsrechtlichen Dimension dieser Frage Stellung. Meiner Meinung nach wäre mit unserem deutschen Verfassungsverständnis eine reine Widerspruchslösung nicht vereinbar. Die Widerspruchslösung setzt nämlich als Grundtatbestand voraus, dass, wenn sich der Befragte aus welchen Gründen auch immer nicht äußert, er und sein Körper eo ipso der Allgemeinheit zur Verfügung stünden. In meinen Augen ist dies mit der Verfassungsgarantie der Einzigartigkeit des Menschen nicht vereinbar. Das Bundesverfassungsgericht hat zum Selbstbestimmungsrecht, namentlich in der Dimension der informationellen Selbstbestimmung, immer wieder betont, dass es einen letzten existenziellen Bereich geben

muss, der unreguliert bleibt und in dem man nicht gezwungen werden kann, sich in irgendeiner Weise zu dekuivieren. In diesem Kontext ist in meinen Augen der Zwang zur Entscheidung mit Konsequenzen bei einer Verweigerung auch aus Gründen des Selbstbestimmungsrechts nicht hinnehmbar. Die jetzt diskutierte Entscheidungslösung halte ich, losgelöst von politischen und ethischen Fragen, für verfassungskonform bzw. für verfassungskonform gestaltbar. Hierbei kommt es auf die einzelne Formulierung an, was aber keine grundsätzliche Hürde sein dürfte.

Abg. Dr. Gregor Gysi (DIE LINKE.): Herr Prof. Schmidt-Jortzig, Sie haben bereits früher ausgeführt, dass u. a. Intransparenz, Bürokratie und Nachlässigkeit Ursache für die niedrige Spendenbereitschaft in Deutschland sind. Könnten Sie diese Aussage konkretisieren? Meine zweite Frage bezieht sich auf die Entscheidungslösung und die Abfrage der Entscheidung. Müsste auch geregelt werden, dass innerhalb eines bestimmten Zeitraums, z. B. alle zehn Jahre, die Entscheidung erneut abgefragt wird, so dass der Bürger die Möglichkeit hat, sich jederzeit neu zu entscheiden?

SV Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig: Intransparenz, Reibungsverluste etc. liegen in dem aus ganz anderen Gründen auch verfassungsrechtlich bedenklichen System der gesamten Ressourcenverwaltung. Am Prozess der Organspende sind die unterschiedlichsten Akteure beteiligt, angefangen von der Bundesärztekammer über Eurotransplant und die Deutsche Gesellschaft Organtransplantation bis hin zu den Krankenkassen. Bereits der Informationsfluss zwischen diesen Institutionen ist geeignet, das System ineffektiv werden zu lassen. Ich persönlich habe beispielsweise noch nie Informationsmaterial mit der Bitte um Äußerung von meiner Krankenversicherung erhalten. Die Regelung in § 2 Absatz 1 Satz 3 Transplantationsgesetz schreibt aber vor, dass man mich in re-

gelmäßigen Abständen informiert. Man kann nur mutmaßen, woran das liegt. Vielleicht sind der Anreiz oder der rechtliche Druck nicht groß genug. Entscheidend ist aber auch wohl, es existiert keine effektive Aufsicht über den gesamten Apparat. Das liegt zum Teil daran, dass es privatrechtlich agierende Akteure sind. Bei der Beantwortung der Frage, ob es notwendig sein wird, nach einer bestimmten Zeit, erneut nachzufragen, bin ich eher zurückhaltend. Ich glaube, man kann vom Grundrechtsträger, der unter der Erwartung des Grundgesetzes selbstverantwortlich lebt, verlangen, dass er seine Entscheidung im Auge behält und diese, wenn sie sich ändert, von sich aus widerrufen wird. Wir haben die Diskussion auch bei der Patientenverfügung intensiv geführt. Ich glaube, dass manche Befindlichkeiten, wenn man den mündigen Bürger ernst nimmt, nicht verfassungsrechtlich geboten sind.

Abg. Elisabeth Scharfberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Dr. Tolmein und Prof. Huber. In der aktuellen Diskussion fallen Sätze, wie „Organspende müsse zum Teil des Lifestyles unserer Gesellschaft“ und die Verweigerung zur Organspende zum „gesellschaftlichen No-Go“ werden. Mich würde interessieren, wie Sie solche Aussagen bewerten, welcher moralische Druck dadurch ausgeübt werden kann und welche Folgen dies für die Spendenbereitschaft haben könnte.

SV Dr. Oliver Tolmein: Ich denke, im rechtlichen Bereich lohnt es, Prof. Schmidt-Jortzig hat gerade auf die Diskussion zur Patientenverfügung verwiesen, sich darüber Gedanken zu machen, welche Konsistenzen man für welche Zusammenhänge schafft. Bei der Patientenverfügungsdebatte war ein wesentlicher Diskussionspunkt, dass Menschen auf gar keinen Fall gezwungen werden dürfen, eine Patientenverfügung zu verfassen. Es wurde sogar eine entsprechende rechtliche Regelung in das dritte Betreuungs-

rechtsänderungsgesetz aufgenommen. Ich frage mich, wie der Gesetzgeber dies bei einer Organspendeverfügung, die eine Art Patientenverfügung darstellt, regeln will und ob dies das richtige Signal ist. Es sind Stichworte wie „Bürgerpflicht“ und man müsse sich als mündiger Bürger erklären, weil man eine „moralische Pflicht“ dazu habe, gefallen. Dies würde ich grundsätzlich akzeptieren. Allerdings muss man auch sehen, dass man sich als Bürger in dieser Welt zu sehr vielen, auch moralisch wichtigen Fragen, verhalten soll, ohne dass der Staat dies permanent einfordert. Ich erinnere an die Kampagne, die der mir gar nicht sympathische Euthanasiephilosoph Peter Singer, gerade gestartet hat und in der er fordert, jeder müsse, um den Welthunger zu bekämpfen, einen Teil seines Einkommens spenden. Das klingt zunächst moralisch sehr gut und könnte im Einkommensteuerrecht geregelt werden. Trotzdem wird man dies aus guten Gründen nicht tun, obwohl es auch um Menschenleben geht. Das heißt, man muss klären, wann Entscheidungen dringend erforderlich sind und durch den Staat eingefordert werden müssen. Ich glaube der Staat sollte eher zurückhaltend handeln. Gerade im Zusammenhang mit der Patientenverfügungsdebatte spricht meines Erachtens einiges gegen eine Erklärungspflicht. Zumal es, Prof. Schmidt-Jortzig hat bereits darauf hingewiesen, eine Regelung im Transplantationsgesetz gibt. Diese greift aber offenbar nicht, denn auch meine Krankenkasse hat mir noch nie Informationen zur Organspende zugeschickt. Für mich würde es merkwürdig klingen, wenn der Gesetzgeber, nur weil die Regelung nicht greift, anstelle der Krankenkassen die Führerscheinstelle beauftragt. Ganz abgesehen davon, dass die Krankenkassen näherliegend sind. Man sollte sich überlegen, wie man die Krankenkassen dazu bringen kann, das, was sie machen sollen, auch tatsächlich zu tun. Dafür benötigt man aber nicht unbedingt ein neues Gesetz.

SV Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Huber: Die Frage bezog sich auf den Sprachgebrauch

und damit auf den Stil und die Kultur der gesellschaftlichen Debatte. Organspende solle zum „Lifestyle“ gehören und nicht zu spenden solle ein „No-Go“ sein. Ich bin bei dieser Frage ganz entspannt, denn ich bin sicher, dass diese Sprachwahl in keinem Gesetz Niederschlag finden wird, egal, wie weitgehend die gesetzlichen Änderungen sein werden. Die damit verbundene Geschmacksfrage kann nur so beantwortet werden, dass man mit einer möglichst sachlichen Debatte versucht, die Menschen für das Thema Organspende zu gewinnen. Die letztjährige Debatte wurde, auch aus aktuellen Anlässen, verstärkt durch Beiträge geprägt, die die Tiefe und Ernsthaftigkeit des Problems widerspiegeln. Sprachliche Ausreißer wie „No-Go-Area“ sowie der verharmlosende Begriff „Lifestyle“ sind nicht charakteristisch für die Diskussionslage. Ich würde empfehlen, dass man sich an dem gehaltvolleren Teil der Diskussion beteiligt. Dieser hat zugenommen und muss mit der Zielsetzung, die Lücke, die Teil des Problems ist, zu verkleinern, weiter gestärkt werden. Diese Lücke kann durch die Bürgerinnen und Bürger geschlossen werden, die grundsätzlich bereit sind, postmortal Organe zu spenden, aber keinen Organspendeausweis besitzen. In meinen Augen geht es vorrangig um diese Differenz. Ich bin überzeugt, wenn diese Differenz verringert würde, dann gäbe es auch keine 12.000 Menschen auf der Warteliste. Deswegen würde ich mich nicht auf jene Bürger konzentrieren, die für sich selbst keine Entscheidung getroffen haben. Ich würde nicht versuchen, sie auf die Seite der Organspender zu ziehen, mit der Zwielfichtigkeit, ob Selbstbestimmung und Freiwilligkeit noch gewahrt sind. Ich würde vielmehr die potentiellen Spender ohne Organspendeausweis zum Ziel einer auch gesetzgeberischen Aktion machen. Ich würde mich voll und ganz darauf konzentrieren, diejenigen, die innerlich zur Organspende bereit sind, zu gewinnen, damit sie ihre Bereitschaft auch nach außen dokumentieren. Die Pflicht, die Bereitschaft in einem Ausweis zu dokumentieren, besteht auch gegenüber den Angehörigen. Andernfalls werden die

Angehörigen in eine Entscheidungssituation gebracht, für die sie nach der Todesnachricht in der denkbar schlechtesten Position sind. Insofern gibt es, wenn Sie so wollen, eine doppelte Barmherzigkeitspflicht jeder Bürgerin und jedes Bürgers: Gegenüber potenziellen Organempfängern, für die die Entscheidung lebensrettend sein kann, und gegenüber den Angehörigen, die nicht in eine unvorbereitete Entscheidungssituation kommen sollen. An dieser Stelle will ich mit Blick auf die von Dr. Tolmein gezogenen Parallelen zur Patientenverfügung ergänzen, dass für die Kirchen die Vorsorge des Patienten das wichtigste Element ist. Deshalb trägt der neue Text der Kirchen zur Patientenverfügung den Titel „Patientenvorsorge“. Im Hinblick auf eine Situation, in der man selbst nicht mehr äußerungs- und einwilligungsfähig ist, ist es das Beste, eine Vertrauensperson zu beauftragen, die Entscheidung zu treffen. Die Beauftragung kann sich natürlich auch auf die Organspende erstrecken. Man kann sagen: „Ich äußere meine grundsätzliche Bereitschaft und die Aktualisierung dieser Bereitschaft übertrage ich der Person meines Vertrauens“. Diese Person entscheidet dann auch darüber, welche Organe tatsächlich gespendet werden. Dies könnte den Menschen, die noch nicht bereit sind, eine solche Festlegung zu treffen, eine Brücke bauen. Nur durch Aufklärung wird sich die Bereitschaft zur Organspende steigern lassen. Durch den Anschein des Zwangs wird dem Thema nicht gedient. Soweit die anfänglich gemachten Äußerungen als eine Art gesellschaftlicher Zwang interpretiert werden, bin ich der Meinung, dass man alles tun muss, um diesen Ton aus der Debatte herauszunehmen. Es besteht aber sehr wohl Anlass, die menschlichen Situationen, die die Frage der Organspende so dringlich machen, anschaulich zu schildern.

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe zwei Fragen an Dr. Pregla. Sie sind mit Ihrer Stiftung ProOrganspende öffentlich sehr aktiv, um die Akzeptanz der Organspende zu steigern. Was kann aus Ihrer

Sicht getan werden, damit die Menschen, die sich in Umfragen zur postmortalen Organspende bereit erklärten, ihre Bereitschaft durch das Tragen eines Organspendeausweises oder eines anderen Nachweises dokumentieren? Welchen Lebensabschnitt oder welches Lebensalter halten Sie für geeignet, die Bürger mit dieser Frage zu konfrontieren?

SV Dr. Reinhard Pregla: Dazu haben wir in der „Langen Nacht der Wissenschaften“ eine große Befragung durchgeführt. Es hat sich bestätigt, was wir eigentlich schon wussten. Die meisten Menschen verdrängen die Entscheidung aus Angst vor dem eigenen Tod oder vor dem Tod von Angehörigen. Sie haben aber auch Angst, weil sie die Vorgänge bei einer Organspende nicht kennen und weil sie die Medienberichterstattung über negative Erlebnisse vor Augen haben. Deshalb sind Wissen und Aufklärung der Schlüssel zum Abbau dieser ernstzunehmenden Ängste. Ich finde Begriffe wie Lifestyle gar nicht schlecht, denn Lifestyle hat nichts mit Angst zu tun. Das Spenden von Organen muss genauso alltäglich werden wie unser Vertrauen darauf, dass man bei einer Erkrankung das Recht hat und die Wahrscheinlichkeit vorhanden ist, dass man ein Organ spendet und transplantiert bekommt. Wenn dies Lifestyle und Lebensgefühl im positiven Sinne bedeutet und nicht nur eine Modeerscheinung ist, dann verschwindet die Angst. Der Zeitpunkt, zu dem man mit diesem Thema konfrontiert und beschäftigt werden sollte, kann nicht früh genug gewählt werden. Je eher der Kontakt mit dieser Thematik hergestellt wird, umso weniger Berührungängste gibt es. Wir lassen gerade ein Kinderbuch zum Thema schreiben. Die derzeitige Regelungssituation ist nicht zumutbar. Angehörige werden in eine Situation gezwungen, in der sie eine Entscheidung treffen müssen, die sie aus verschiedenen Gründen nicht treffen möchten. Aus meiner persönlichen Erfahrung als Arzt, der derartige Gespräche führen musste, kann ich sagen, dass Angehörige immer alles im Sinne des Verstorbenen regeln wollen. Es

ist nicht gut, wenn sie nicht wissen, ob der Verstorbene Organspender sein wollte oder nicht. Für meine Begriffe stellt es keinen Zwang dar, Menschen darum zu bitten, zum Beispiel bei der Beantragung des Personalausweises, eine Entscheidung darüber zu treffen, ob er im Falle seines Todes seine Organe spenden möchte oder nicht, oder ob er die Entscheidung seinen Angehörigen übertragen möchte. Es wird in jedem Fall das Bewusstsein geweckt. Die Konsequenz ist, dass man die Angehörigen informiert und sagt: „Mutter, ich habe entschieden, du sollst nach meinem Tod die Entscheidung treffen“. Dann wird allerdings die Mutter fragen: „Wie soll ich denn entscheiden?“ Dadurch kommt ein Gespräch innerhalb der Familie zustande. Bereits die Euro2000 Studie hat gezeigt, dass die Bereitschaft zur Organspende nur durch das innerfamiliäre Gespräch nachhaltig gesteigert werden kann. Meiner Meinung nach ist es nicht so einfach, die Lücke zwischen der grundsätzlichen Spendenbereitschaft und dem Tragen eines Organspendeausweises zu schließen. Die Bereitschaft stellt sich erst dann heraus, wenn die konkrete Frage an den Einzelnen herangetragen wird. Der Einzelne wird aber nicht gefragt und die Menschen beschäftigen sich nicht selbst mit der Frage, weil Ängste vorhanden sind. Deswegen ist es wichtig, dass eine Entscheidung abverlangt wird. Das hat nichts mit Zwang zu tun, sondern befreit vom Zwang, unter den jeder geraten kann, wenn er plötzlich für jemanden anderes eine Entscheidung treffen muss.

Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD): Meine Frage geht an Herrn Prof. Nagel. Im Prinzip basiert unser Rechtssystem auf der philosophisch-ethischen Tradition der Vertragstheorie, also im weitesten Sinne Kant. Die Prinzipien, die abgelehnt werden dürfen, unterscheiden sich von denjenigen, die man akzeptieren muss. Akzeptiert werden müssen die Prinzipien, bei denen es keinen berechtigten Ablehnungsgrund gibt. Es existiert im Wesentlichen ein Einverständnis darüber, dass man den Menschen ein Prinzip zumuten kann,

wenn es keinen vernünftigen Grund gibt, dieses Prinzip abzulehnen. Aus meiner Sicht wäre die Organspende ein klassisches Beispiel für die Vertragstheorie. Ich kann niemandem zumuten, dass er automatisch Spender ist, wenn er sich möglicherweise nie mit diesem Thema beschäftigt hat. Aus meiner Sicht kann ich den Menschen aber zumuten, dass sie sich mit dieser Frage auseinandersetzen, wenn der Preis des Nichtauseinandersetzens wäre, dass entweder keine informierte Entscheidung getroffen werden kann oder dass zu wenige Organe zur Verfügung stehen und deshalb der Bedarf nicht gedeckt werden kann. So verstehe ich die theoretische Grundlage der von den Kollegen Kauder und Steinmeier vorgetragenen Entscheidungslösung. Es stellt sich die Frage, ob Sie mir zustimmen, dass die Entscheidungslösung in der Tradition unseres Rechtssystems, das sich an der Kantschen Vertragstheorie orientiert, stehen würde. Danach kann den Menschen eine Entscheidung zugemutet werden. Nicht zumutbar wäre, dass es eines Widerspruchs bedarf, wenn man nicht spenden wollte.

SV Prof. Dr. Dr. Dr. Eckard Nagel: Ich kann Ihnen nur zustimmen. Es ist evident, dass wir genau diesen Grundsatz in verschiedensten Konstellationen immer wieder im Gesundheitswesen vorfinden. Mit Blick auf die notwendige Selbstbestimmung haben wir auch eine Pflicht, uns zu äußern. Gerade im Kontext der Entwicklung der modernen Medizin stehen immer komplexere Sachverhalte zur Entscheidung. Diese Entscheidungen werden von den Bürgerinnen und Bürgern als belastend und schwierig gesehen. Daraus könnte man den Schluss ziehen, dass diese Sachverhalte nicht mehr der eigenen Entscheidung unterliegen sollten. Aber das ist falsch, es ist genau die gegenteilige Situation gegeben. Je komplexer die Entscheidungszusammenhänge werden, desto mehr Aufklärung kann der Einzelne erwarten, um eine selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können. Beim Transplantationsgesetz von 1997 war der

Gesetzgeber zu einer Regelung aufgefordert, weil durch die medizinische Entwicklung die Organtransplantation als Standard-Behandlungsmöglichkeit eingeführt wurde. Es wurde eine Regelung erforderlich, um dem grundlegenden, ethisch-moralischen Kontext einen rechtlichen Rahmen zu geben. Die Frage der Organspende bewegt sich zwischen den ethisch-moralischen Einschätzungssituationen der Selbstbestimmungsfähigkeit des Einzelnen und den Verpflichtungen, denen wir innerhalb einer Gemeinschaft unterliegen, wenn wir uns als Solidargemeinschaft empfinden, sowie der Möglichkeit, tatsächlich den modernen medizinischen Entwicklungen folgen zu können. Das Transplantationsgesetz sieht ebenfalls eine Informationspflicht vor, diese ist aber nicht umgesetzt worden. Die Beispiele der Sachverständigen haben gezeigt, dass eine ausreichende Aufklärung nicht stattfindet. Das bedeutet, dass wir uns in einer Situation befinden, in der wir nicht von selbstbestimmten Entscheidungen der Menschen ausgehen können. Nach meiner Meinung ist genau an dieser Stelle der Gesetzgeber nochmals gefordert. Er muss den einzelnen Bürger und die einzelne Bürgerin in die Lage versetzen, eine entsprechende selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können. Prof. Huber hat das eine Pflicht zur Barmherzigkeit genannt. Es mag natürlich die Situation geben, in der ich mich überfordert fühle. Das wurde bereits angesprochen. Dann muss aber die Möglichkeit geschaffen werden, die Entscheidung auf eine andere Person zu delegieren oder zu einem späteren Zeitpunkt erneut informiert zu werden. Derzeit ist es jedenfalls so, dass nur durch eine entsprechende Regelung selbstbestimmte Entscheidungen ermöglicht werden.

Abg. **Jens Ackermann** (FDP): Ich habe zwei Fragen an Prof. Angstwurm. Was gehört Ihres Erachtens zu den ethisch und rechtlich unerlässlichen Voraussetzungen, um eine postmortale Organentnahme durchführen zu können? Gibt es neue

wissenschaftliche Erkenntnisse, die die Hirntodkonzeption in Frage stellen?

SV Prof. Dr. Heinz Angstwurm: Die Todesfeststellung ist unerlässlich. Das gehört zu den im Transplantationsgesetz beschriebenen Grundbedingungen. Vor der Entnahme, vor allen Dingen eines unpaarigen Organs, muss der Tod des Spenders nach dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft festgestellt werden. Wichtig ist auch die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen. Zum Gesamtzusammenhang gehört aus ärztlicher Sicht, dass man sich um die nächsten Angehörigen des betroffenen Menschen kümmert. Man muss ihnen in dieser Situation helfen, soweit man als Arzt helfen kann. Seit Mitte der 90er Jahre bieten wir den Angehörigen an, bei den Untersuchungen zur Hirntodfeststellung anwesend zu sein. Dieses Angebot hat sich sehr bewährt und wird eigentlich immer dankbar angenommen. Es ist ein Instrument der Vertrauensbildung. Allerdings kann wahrscheinlich nicht von jedem Arzt verlangt werden, dass er die Angehörigen zur Hirntodfeststellung zulässt. Ärzte, die dies seltener machen, können leicht verunsichert werden, wenn ihnen quasi auf die Finger geschaut wird. Aber es ist erlern- und machbar und sehr zu empfehlen. Es wirkt überzeugend, wenn die Angehörigen sehen, dass z. B. keine Atmung mehr vorhanden ist. Seit es die Hirntoddiagnostik gibt, wird sie immer wieder angezweifelt. Diese Zweifel kann man gewissermaßen in zwei große Kategorien einteilen. Das ist zunächst der methodische Zweifel daran, dass man den völligen, unabänderlich endgültigen Hirnausfall wirklich feststellen kann. Dazu gibt es aber keine wissenschaftlich belegten neuen Erkenntnisse. Ohne die entsprechenden Informationen kann es schwierig sein, bestimmte Befunde, die dem äußeren Schein widersprechen, zu erklären und zu verstehen. Diese neurologischen Erscheinungen sind aber sicher erklärbar und sicher nichts Neues. Die zweite Gruppe der Einwände bezieht sich auf die Bedeutung des festgestellten Hirntodes als

ein sicheres Zeichen des Todes. Auch hier hat sich, entgegen den Behauptungen und Darstellungen in den Medien, nichts geändert. Bei der Publikation, die in diesem Zusammenhang häufig zitiert wird, handelt es sich um einen Bericht des President's Council on Bioethics. Beim Durchlesen dieses relativ umfangreichen Papiers werden Sie feststellen, dass sich nichts geändert hat. Die Bedeutung des Hirntodes als Todeszeichen wurde nicht relativiert. In dem Bericht werden allerdings auch jene Positionen berücksichtigt, die den Hirntod als sicheres Todeszeichen nicht akzeptieren, sondern infrage stellen. Der Council ist aber mehrheitlich der Auffassung, dass der Tod nach wie vor mit dem Verfahren des Hirntodnachweises festgestellt werden kann. Ich wiederhole es nochmals, auf diesem Gebiet es gibt keine neuen Erkenntnisse.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Meine Fragen richten sich an Frau Prof. Manzei und an Prof. Kirste. Frau Prof. Manzei, Sie weisen der erweiterten Zustimmungslösung eine wichtige gesellschaftliche Funktion im Rahmen der Selbstbestimmung zu. Jede Person könne frei und ohne Druck entscheiden, ob sie das Hirntodkonzept akzeptieren wolle. Für mich stellt sich die Frage, ob dies nicht im gleichen Maße für die Entscheidungslösung gilt, wenn sie nicht nur die zwei Antworten „ja“ oder „nein“ anbietet, sondern eine dritte Antwort „unentschieden“ oder „ich weiß nicht“ zulässt. Es ist bekannt, dass die Zahl der Organ Spenden innerhalb Deutschlands sehr unterschiedlich ist. Von Prof. Kirste, der gesicherte Erkenntnisse hierzu haben dürfte, würde ich gerne wissen, worauf dies zurückzuführen ist. Liegt es an der unterschiedlichen Spendebereitschaft oder der unterschiedlichen Infrastruktur oder an der Art der Information und des Informationsgrades? Oder gibt es eventuell in einer Region mehr Spenderausweise?

SVe Prof. Dr. Alexandra Manzei: Zunächst zu der Frage, ob der Entschei-

dungslösung eine ähnliche Bedeutung zukommt, wie der Zustimmungslösung 1997. Ich will nochmal daran erinnern, dass im Vorfeld der Transplantationsgesetzgebung die Auseinandersetzung um die Frage, ob Hirntote Tote sind oder nicht, erbittert geführt wurde. Dies war damals eine sehr offene parlamentarische und gesellschaftliche Diskussion. Meines Erachtens hat die erweiterte Zustimmungslösung, wie wir sie haben, eine ganz zentrale gesellschaftliche Funktion. Sie nimmt nämlich die Konflikte und Ängste der Menschen, wo auch immer diese angelegt sind, ernst. Deswegen denke ich, ist es unabdingbar, die Selbstbestimmung auch in einer veränderten Gesetzeslage ernst zu nehmen, so wie es beispielsweise im Rahmen der gesetzlichen Festlegungen zu den Patientenverfügungen getan wurde. Die Entscheidungslösung hat ein Stück weit eine ähnliche Funktion. Man kann darüber nachdenken, die Entscheidungslösung in Betracht zu ziehen, denn wenn sich Menschen nicht selbst entscheiden, bleibt es den Angehörigen überlassen, diese Entscheidung zu treffen. Dies ist, das kann ich aus meiner Klinikerfahrung berichten, eine ganz schwierige Situation für die Betroffenen. Es ist aber auch eine schwierige Situation für diejenigen, die über die Möglichkeit der Organspende aufklären müssen. Ich möchte den Ausführungen von Prof. Angstwurm widersprechen, denn meines Wissens, das auf neurologischen Studien aus den USA basiert, gibt es tatsächlich neue Infragestellungen des Hirntodkonzeptes. Es wäre deshalb die gesetzliche Pflicht, diese Frage, die von dem Kollegen der FDP gestellt wurde, medizinisch abzuklären. Es muss geprüft werden, ob es veränderte Kriterien gibt, die in die Feststellung des Hirntodes eingehen müssen. Die Diskussion um die Entscheidungslösung sollte auch aus einem anderen Blickwinkel geführt werden. Es gibt in Deutschland maximal rund 4.000 Hirntote im Jahr. Das heißt der Bedarf der Menschen, die auf Spenderorgane warten, wäre damit nicht gedeckt. Wir müssen deshalb über andere Lösungen nachdenken. Ich denke, es ist hilfreich, wenn man den Organmangel

nicht als Krankheit, sondern als ein Versorgungsproblem begreift, das auch mit anderen Lösungsansätzen behoben werden könnte. Man muss nach den Grunderkrankungen, die dem Organbedarf zugrunde liegen, fragen.

Hier wäre der medizinische Sektor gefragt, welche anderen kurativen Verfahren, welche anderen Therapien, z. B. Stammzellforschung oder das Kunstherz möglich sind. Darüber hinaus muss auch präventiv angesetzt werden, um solche gravierenden Erkrankungen zu verhindern. Denn in der Regel sind es Zivilisationserkrankungen, die zu einem Bedarf an Organen führen.

SV Prof. Dr. Günter Rolf Kirste: Wir haben tatsächlich unterschiedliche Spenderraten in Deutschland. Hierzu haben wir in der letzten Anhörung ausführlich Stellung genommen. Die unterschiedlichen Zahlen beruhen in erster Linie auf den unterschiedlich strukturierten Krankheitslandschaften in den Ländern. Ich möchte auf diesen Aspekt der Frage aber nicht näher eingehen, sondern den zweiten Aspekt beleuchten. Wir wissen, dass es keine nachvollziehbaren Unterschiede in der Verteilung von Ausweisen in den Ländern gibt. Wir wissen aber auch, dass in den Ländern die Spenderraten von Jahr zu Jahr starken Schwankungen unterworfen sind. Manche Länder, die im letzten Jahr sehr gut waren, waren im Jahr davor nicht unter den Top 10. Insofern kann man keine eindeutige Korrelation zwischen der Zahl der Ausweisträger und der tatsächlichen Organspende herstellen. Man kann aber versuchen festzustellen, wie hoch die Zustimmungsraten sind. Hier gibt es in der Tat Unterschiede. Die Zustimmungsraten hängen stark davon ab, ob die Gesprächsführung mit den Angehörigen vernünftig und sensitiv war. Leider sind viele Krankenhäuser, u. a. auch aus zeitlichen Gründen, nur eingeschränkt in der Lage, die Gespräche sensibel zu führen. In den Krankenhäusern fehlen zwischen 5.000 und 6.000 Ärzte. Wenn Mitarbeiter der DSO in diese Gespräche einbezogen werden, liegt die Zustimmungsraten bei etwa 75 Prozent. Das entspricht den Umfrage-

ergebnissen in der Bevölkerung. Wenn diese Möglichkeit aber nicht genutzt wird, liegt die Zustimmungsrates in einigen Krankenhäusern unter 20 Prozent. Deshalb ist die Zustimmung weniger von der Zahl der verteilten Ausweise als von der Art und Weise, wie das Thema angesprochen wird, abhängig. Das ist sicherlich ein ganz entscheidender Aspekt. Die Information ist extrem wichtig und die entscheidende Voraussetzung für die Einführung einer Entscheidungslösung. Wenn ich mich entscheiden soll oder will, dann benötige ich Informationen. Gerade wurden Beispiele angeführt, wo die Krankenkasse noch nie über die Organspende informiert hat. Ich will nun nicht zum Wechsel der Kasse aufrufen, aber es gibt Krankenkassen, die ihre gesetzliche Informationspflicht inzwischen sehr ernst nehmen. Ich glaube, es ist unabdingbar, dass die Bevölkerung umfassend über das Thema informiert wird, bevor man die Frage der Organspende zur Entscheidung stellt. Der Tag der Organspende, den die DSO Anfang Juni organisierte, hatte insgesamt ein Medienclipping von 66 Millionen Hits. Das ist eine gewaltige Zahl. Ich bin der Auffassung, dass wir auf diesem Wege weiter gehen und die Bevölkerung so umfangreich wie möglich informieren müssen. Ich denke, anders als eben behauptet, dass die Bedarfsdeckung möglich ist. Wir wissen, dass das Spenderpotenzial in Deutschland bei ungefähr 40 pro eine Million Einwohner liegt. Würden diese potentiellen Spender alle gewonnen, würde zusammen mit den Lebendspendern eine Bedarfsdeckung nahezu möglich sein. Diese Zahlen sind international gültig, bekannt und bewiesen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte an die Ausführungen von Prof. Manzei anknüpfen und sowohl Prof. Manzei als auch Dr. Montgomery bitten, zu erläutern, inwiefern bei der Organentnahme in den natürlichen Sterbeprozess eingegriffen wird, warum beispielsweise einige europäische Länder vorschreiben, dass Organe nur unter Vollnarkose entnommen werden dürfen

und was in diesem Zusammenhang die Aufgaben der Bundesärztekammer sein könnten.

SVe **Prof. Dr. Alexandra Manzei**: Ich halte es nicht grundsätzlich für problematisch, wenn medizinisch in den natürlichen Sterbeprozess eingegriffen wird. Denn das tun wir alle, z. B. wenn wir Schmerzmedikamente geben. Das ist teilweise sinnvoll und auch erwünscht. Entscheidend ist, in bestem Wissen und Gewissen im Sinne des Betroffenen, der sich entweder zu Lebzeiten selber oder dessen Angehörige sich für eine Organentnahme entschieden haben, zu verfahren. Ich habe hierzu neue medizinische Studien gelesen. Auch der Vatikan hat das Thema mittlerweile zur Kenntnis genommen und 2005 eine große Tagung veranstaltet. Es muss in jedem Fall sichergestellt sein, dass die Menschen beim Prozess der Organentnahme auf gar keinen Fall Schmerzen erfahren dürfen und es muss sichergestellt sein, dass sie sich am Ende des Lebensprozesses befinden. Es ist nach § 3 die gesetzlich festgelegte Aufgabe der Bundesärztekammer, die Kriterien zur Feststellung des Todes dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechend zu prüfen. Sie muss auch prüfen, ob die Kriterien der Diagnose des Hirntodkonzeptes noch angemessen sind oder ob sie beispielsweise um apparative Verfahren erweitert werden müssen. Das ist gerade bei der Diskussion um eine Gesetzesänderung von besonderer Bedeutung. Ich denke, wir haben hier einen Konsens dahingehend, dass man die Ängste der Betroffenen auf der einen wie auf der anderen Seite sehr ernst nehmen muss und dass man zur umfassenden Aufklärung verpflichtet ist, damit man der Selbstbestimmung gerecht wird. Deswegen müssen diese Ängste überprüft werden, ebenso wie die Frage, ob die Todesfeststellung von vor 14 Jahren noch dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entspricht. Nach meiner Erfahrung ist es für die Organempfänger ganz besonders wichtig, sich darauf verlassen zu können, dass das Organ unter angemessenen Bedin-

gungen gespendet wurde, dass also unfänglich aufgeklärt wurde, dass es sich um eine Gabe handelt und dass der Spender keine Schmerzen erfahren musste. Es gibt viele psychologische Studien dazu, dass Organempfänger große Probleme mit der Annahme ihres Organs haben. Deshalb muss man die Probleme von Organempfängern und Organspendern miteinander diskutieren.

SV Dr. Ulrich Montgomery: Es ist schon eine beeindruckende Dramaturgie, die identische Frage an Prof. Manzei und mich zu stellen. Ich bin aber in einem Punkt mit Prof. Manzei vollkommen einig. Wir müssen die Ängste der Menschen ernst nehmen. Da stimme ich Prof. Manzei zu. Deswegen verweigere ich in diesem Kontext alles, um die Ängste der Menschen zu schüren. Wir haben in der Diskussion um das Transplantationsgesetz 1997 und davor eindringlich erlebt, wie die Debatte um ethisch-moralische Grundprinzipien letztendlich zur Verwirrung und Verunsicherung der Bevölkerung führte. Dies war gänzlich kontraproduktiv für das Ziel, das wir uns gemeinsam auf die Fahne geschrieben hatten. Ich glaube, dass die Bundesärztekammer ihre Aufgabe gerade in der Erfüllung der §§ 3 und 16 ausgesprochen verantwortungsvoll und konstruktiv wahrnimmt und sie wird dies auch weiterhin in dem ihr zugewiesenen Rahmen tun. Es gibt in der seriösen, vorherrschenden Mehrheitsmeinung der Wissenschaft keine nachgewiesenen Änderungen zum Hirntodkonzept. Natürlich kann man immer wieder behaupten, dass es irgendetwas gebe, aber es ist unendlich schwer, etwas zu beweisen, was es nicht gibt. Die Frage, warum in manchen Ländern anästhesiert werden muss, bevor die Organentnahme stattfindet, kann ich nicht beantworten. Ich bin von Hause aus Radiologe, aber vielleicht kann einer der anwesenden Chirurgen diese Frage beantworten.

SV Prof. Dr. Heinz Angstwurm: Ich danke Frau Prof. Manzei, dass sie die Frage der

Aufgabenzuteilung an die Bundesärztekammer und die Frage, ob die entsprechenden Publikationen eine grundsätzliche Revision erfordern, angeschnitten hat. Eine solche Umfrage wurde unter den wissenschaftlichen Fachgesellschaften Deutschlands in anderem Zusammenhang bereits in der ersten Jahreshälfte 2011 durchgeführt. Das Ergebnis der Umfrage war, dass keine einzige deutsche Fachgesellschaft, weder die Chirurgie noch die Neurologie oder die Neurochirurgie, aber auch keine andere Fachgesellschaft einen Änderungsbedarf gesehen hat. Für mich selber kann ich sagen, dass man als Nervenarzt die Ängste der Menschen ernst nimmt. Die Frage, warum in einigen Staaten eine Narkose vorgeschrieben ist, wird häufig gestellt. Die Narkose im Sinn einer Schmerzausschaltung ist nach der Feststellung des Hirntods als des völligen und unabänderlich endgültigen Ausfalls der Gesamtfunktion des Gehirns nicht erforderlich. Denn ohne Gehirn ist eine Schmerzempfindung nicht möglich. Gleichwohl gibt es verschiedene Kollegen, die aus menschlichen, aber nicht aus sachlich notwendigen Gründen, eine Narkose befürworten oder durchführen. Ein Grund für die Narkose ist, dass das Rückenmark noch leistungsfähig ist und somit u. a. Bewegungen auslösen kann. Sie wissen wahrscheinlich, dass der Blutdruck ansteigt, sobald der Bauch chirurgisch geöffnet wird. Dieser Blutdruckanstieg ist nach entsprechenden Tierversuchen bereits 1945/46 geklärt worden: Es handelt sich dabei um eine Leistung des Rückenmarks und nicht um eine vom Gehirn gesteuerte Leistung. Das wurde sicher und zweifelsfrei nachgewiesen und ist bis heute gültig. Diese Rückenmarksphänomene sind psychisch belastend für die Kolleginnen und Kollegen und das Pflegepersonal. Die Organe werden unter Narkose entnommen, um behutsam handeln zu können und psychische Belastungen für die Anwesenden zu vermeiden, aber nicht, um bei korrekt diagnostiziertem Hirntod Schmerzen auszuschalten.

Abg. **Wolfgang Zöller** (CDU/CSU): Ich habe Fragen an die Sachverständigen, Seine Exzellenz Weihbischof Losinger und an Prof. Gutmann. Im Transplantationsgesetz ist derzeit nur die postmortale Spende geregelt. Hat sie Vorrang vor der Lebendspende? Der Schutz des Lebendspenders fällt unter die Regelung der gesetzlichen Unfallversicherung. Ist diese Absicherung aus Ihrer Sicht ausreichend oder sehen Sie Handlungsbedarf?

SV Weihbischof Dr. Dr. Anton Losinger: In der ethischen Bewertung durch die Kirchen gibt es eine Prävalenz der postmortalen Spende vor der Lebendspende, weil bei dem Prozess der Organspende gegenüber dem Spender Verpflichtungen bestehen, die seinem Lebensrecht und seiner Gesundheit geschuldet sind. Besteht die Alternative, dass einem Kranken oder von einem vom Tod bedrohten Menschen entweder durch eine postmortale Spende oder durch eine Lebendspende geholfen werden kann, dann wäre der postmortalen Spende der Vorzug zu geben. Dadurch wäre nach dem ärztlichen Handlungsprinzip „nihil nocere“ ein wie auch immer geartetes Risiko des Eingriffs in den Körper eines Lebendspenders ausgeschlossen. Inwieweit dies rechtlich ausgestaltet sein muss, um die Risiken beim Spender abzugelten und abzusichern, ist eine Frage, die möglicherweise durch ein weiteres Gesetz geregelt werden müsste. Auf jeden Fall muss der Rechts- und Gesundheitsschutz des Spenders durch geeignete Regelungen der gesetzlichen Unfallversicherung in genügendem Umfang sichergestellt werden.

SV Prof. Dr. Thomas Gutmann: Ihre erste Frage zielt auf den Subsidiaritätsgrundsatz. Ich halte die Ausführungen von Weihbischof Losinger für nicht richtig, weil der Spender in dieser Gleichung nicht vorkommt. Wir sollten angesichts der Möglichkeit einer postmortalen Spende, vor der Entscheidung eines Lebendspenders Respekt haben. Die Lebendspende kann angesichts von Wartezeiten

bis zu fünf Jahren viel schneller realisiert werden und ist medizinisch überzeugend und überlegen. Der Empfänger kann weltanschaulich begründete Vorbehalte haben, das Organ eines Toten zu erhalten. Wenn wir einem Empfänger die Lebendspende verweigern und ihn auf die Warteliste für eine postmortale Spende zwingen, wird natürlich eine andere Person, die ansonsten die postmortale Spende erhalten hätte, auf der Warteliste nach hinten verdrängt. Dafür gibt es aber keinen Grund. Wir sollten den Grundsatz der Subsidiarität der Lebendspende, soweit er nur dazu dient, dem einzelnen Spender-Empfänger-Paar Vorschriften zu machen, streichen. Auf der Makroebene müssen wir selbstverständlich versuchen, die Gewinnung postmortalen Organe zu verbessern, damit weniger Menschen in die Situation geraten, über eine Lebendspende nachdenken zu müssen. Die Subsidiaritätsregel im Transplantationsgesetz dient allerdings diesem Grundsatz nicht. Die zweite Frage betraf die versicherungsrechtliche Absicherung des Lebendspenders. Nach meiner Auffassung behandeln wir Lebendspender außerordentlich schäbig. Herr Steinmeier als Abgeordneter hat es wahrscheinlich nicht erleben müssen, aber die meisten Lebendspender in Deutschland erleben es. 1997 haben wir uns nämlich für die Billiglösung in der Versicherung entschieden, indem Lebendspender einfach gesetzlich unfallversichert werden. Es wurde aber übersehen, dass die Unfallversicherung nur bei einem Unfall eintritt. Lebendspender haben aber, im Gegensatz zu Ersthelfern am Unfallort, keinen Unfall, sondern z. B. Wundheilungsstörungen. Die Lebendspender sind somit zum überwiegenden Teil nicht versichert. Das halte ich für einen Skandal. Darüber hinaus ist völlig ungeklärt, sieht man einmal von der Beweisproblematik ab, ob die Folgeschäden, die aus der Einnierigkeit entstehen, von der Unfallversicherung gedeckt sind und übernommen werden. Außerdem verweigern die Krankenkassen auch heute noch regelmäßig die Erfüllung ihrer Rechtspflicht, den Verdienstaufschlag von Lebendspendern zu begleichen. In der

Regel ziehen sich die Krankenkassen auf die Behauptung zurück, alles sei durch die DRGs, durch die Pauschale für die Lebendspender, abgedeckt. Aus der Praxis sind mir viele Fälle von Lebendspendern bekannt, die an dieser Problematik scheiterten. Es gibt für Lebendspender weder eine Anschlussheilbehandlung noch Rehabilitationsleistungen. Das ist für mich eine Kultur der Schämigkeit, denn wir lassen die Lebendspender alleine. Wenn man den Lebendspendern wirklich helfen will, dann muss man zumindest den Fehler in der gesetzlichen Unfallversicherung, der seit 14 Jahren bekannt ist, beseitigen. In § 27 SGB V müsste deutlich geregelt werden, dass die Lebendspende einen eigenen Anspruch des Spenders gegenüber der Krankenkasse des Empfängers begründet. Dieser Anspruch muss auch definiert werden. Wenn wir großzügiger wären, würden wir eine Regelung nach dem Vorbild der Schweiz einführen. Dort ist jeder Lebendspender durch ein erstklassiges privatrechtliches Versicherungspaket abgesichert. Den Haftungsumfang hat die Schweizer Bundesregierung gesetzlich definiert. Eine solche Regelung könnte selbstverständlich auch in die deutsche Sozialversicherung integriert werden.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Ich habe zwei Fragen an Prof. Frei. Halten Sie die Entscheidungslösung bzw. die strenge Entscheidungslösung mit Entscheidungspflicht, wie es zum Beispiel der Ethikrat vorschlägt, mit dem Selbstbestimmungsrecht des Menschen vereinbar? Halten Sie es für tragbar, dass sich ein Mensch nur einmal im Leben mit der Frage der Organspende beschäftigt oder sollte eine Form der Erklärung gewählt werden, durch die sich die Menschen öfter mit dem Thema beschäftigen müssen? Zum Beispiel bei der Ausgabe eines Personalausweises, der alle zehn Jahre beantragt werden muss.

SV Prof. Dr. Ulrich Frei: Lassen Sie mich zunächst zur Frage, ob man jemanden eine

Entscheidung zumuten kann, festhalten, welchen Zumutungen die Betroffenen generell ausgesetzt sind. Das sind die Zumutungen für denjenigen, der auf der Warteliste steht und gegebenenfalls stirbt oder für denjenigen, der mehrere Jahre auf ein Organ wartet und Lebenszeit, Lebensglück und Entwicklungsmöglichkeiten verliert oder für denjenigen, der, weil kein Organ zur Verfügung steht, eine Lebendspende erhalten muss. Was kann diesem Lebendspender und was kann den Angehörigen zugemutet werden? Gespräche mit Angehörigen habe ich selbst geführt. Aus diesen Gründen ist es unabdingbar, dass das Gesetz fortentwickelt wird. Es muss eine Lösung gefunden werden, die einem mündigen Bürger, der sich der Solidarität der Gesellschaft sicher ist, wenn er selbst erkrankt, eine selbstbestimmte Entscheidung erlaubt. Das alte Transplantationsgesetz ging von der Autonomie des Spenders aus. Dieser sollte selbst entscheiden. Das Ergebnis ist, dass es nun den Angehörigen zugemutet wird, eine Entscheidung zu treffen. Deshalb muss die Selbstbestimmung herbeigeführt werden. Ich fordere nicht, dass die Entscheidung nur Ja oder Nein lauten kann. Es muss auch die Möglichkeit geben, dass man sich später entscheiden kann. Hierzu gibt es genügend Möglichkeiten. Die Personalausweise werden nicht an einem einzigen Tag ausgegeben, sondern man muss ein zweites Mal zur Ausgabestelle. Bis zu diesem Zeitpunkt hat man reichlich Zeit zu überlegen und eine Entscheidung zu treffen. Allerdings werden dazu Informationen benötigt. Dr. Pregla hat dies hervorragend herausgearbeitet. Informationen und die Diskussion auch in der Familie sind wesentlich. Ich verweise in diesem Zusammenhang gerne auf ein altes Phänomen, das ich den „Schwarzwaldklinikeffekt“ nenne. Mitte der 1980er Jahre gab es diese Serie und in der Klinik des berühmten Prof. Brinkmann gab es einen Organspender mit Spenderausweis. Allerdings war die Ehefrau gegen eine Spende, woraufhin auch keine Organe entnommen wurden. Dies hat damals eine große Debatte um die Bereitschaft der Organspende in den Familien vor den Fernsehapparaten

ausgelöst. Wir haben diesen Effekt zwei, drei Jahre gespürt. Es wurde also indirekt durch das Fernsehen eine Selbstbestimmungslösung herbeigeführt. Diese Debatte muss zum Beispiel im Kontext der Führerscheinausgabe entstehen und es muss dabei zur Selbstbestimmung des Einzelnen kommen, denn alles andere ist für die weiteren Betroffenen eine Zumutung. Ob diese Entscheidung mehrfach herbeigeführt werden muss, würde ich der Beliebigkeit des Souveräns überlassen. Der Deutsche macht seinen Führerschein auch nicht mehrfach, wobei diese Überprüfung vielleicht eher nötig ist. Wichtig ist, dass es zu einer Entscheidung und zu einer selbstbestimmten Entscheidung kommt.

Abg. **Michael Kauch** (FDP): Ich habe eine Frage an Prof. Nagel und eine an Prof. Schmidt-Jortzig. Prof. Nagel, wenn es eine Erklärungspflicht geben sollte, könnten Sie uns bitte Ihren Vorschlag erläutern? Welche Rechtsfolge sollte die Verweigerung haben? Prof. Schmidt-Jortzig, einige Vorschläge zur Erhöhung der Organspendebereitschaft sehen vor, dass die Organ- und Gewebespende nicht mehr in separaten Ausweisen dokumentiert wird, sondern in staatlichen Dokumenten wie beispielsweise Führerschein oder Personalausweis. Die Dokumentierung der Entscheidung wird dann zu einem Akt der Instanz, die solche Dokumente ausgibt. Sehen Sie Konflikte mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung bei einer sehr persönlichen Entscheidung, wenn solche Daten auf Dokumenten niedergelegt werden, die auch für Dritte, die nicht medizinisches Personal sind, einsehbar sind?

SV **Prof. Dr. Dr. Dr. Eckard Nagel**: Vielleicht sollte auch Prof. Schmidt-Jortzig als Jurist die Frage der Rechtsfolge mit betrachten und nicht nur ich als Mediziner. Der Nationale Ethikrat ist in seiner Stellungnahme von einer moralisch-ethischen und auf der Solidarität mit den wartenden Patientinnen und Patienten beruhenden Fragestellung und einer dadurch begrün-

deten Pflichtsituation ausgegangen. Es handelt sich nach unserer Auffassung nicht primär um eine rechtliche Pflicht. Im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens diskutieren wir vielmehr, inwieweit sich eine rechtliche Pflicht daraus ableiten lässt. Im Gesundheitswesen gibt es eine Reihe von Pflichten, die der Gesetzgeber eingeführt hat, um die Solidarität mit der Gemeinschaft zu realisieren. Dazu gehört die gesetzliche Krankenversicherungspflicht. Hieran lässt sich erkennen, dass es Bereiche gibt, in denen Bürgerinnen und Bürger zu etwas verpflichtet werden können. Die Autohaftpflichtversicherung, bei der der Schutz anderer Personen, die unter Umständen durch das Fahren geschädigt werden können, im Fokus steht, ist ähnlich einzustufen. Das heißt, aus unterschiedlichen ethisch-moralischen Kontexten können sich Pflichten begründen. Der Nationale Ethikrat hat sich aber ganz bewusst nicht zu den Rechtsfolgen, das heißt, inwieweit eine Verweigerung der Entscheidung sanktioniert werden soll, geäußert. Denn aus einer ethisch-moralischen Pflicht kann sich in aller Regel keine Rechtsfolge im Sinne einer „Bestrafung“ ergeben. Es entsteht letztendlich eine Situation, in der andere Menschen die negativen Auswirkungen der nicht erfolgten Entscheidung tragen müssen. Das ist auf der einen Seite in aller Regel ein Angehöriger, der dann dazu gezwungen ist, anstatt des Verstorbenen zu entscheiden. Auf der anderen Seite ist es derjenige, dem auf Grund der Nicht-Entscheidungssituation nicht geholfen wird. Insofern ist die Rechtsfolge eine andere. Sie ist in diesem Kontext ein nicht auf eine bestimmte Person bezogenes Ergebnis. Im Hinblick auf die Personen, die, aus welchen Gründen auch immer, keine Entscheidung treffen können und dies auch innerhalb einer bestimmten Frist nicht für möglich halten, muss natürlich darüber nachgedacht werden, was passiert, wenn eine Entscheidungslösung verabschiedet werden würde. Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten. Ich kann mich für „Nein“ entscheiden, weil ich die Abziehbarkeit einer Organspende für mich persönlich als negativ empfinde. Dann

wäre die konsequente Entscheidung ein „Nein“. Habe ich aber das Gefühl, dass ich dem „Nein“ gar nicht so nahe stehe, weil ich die Hilfsaspekte durchaus gerne mittragen würde, dann befinde ich mich unter Umständen in einer Situation, in der ich zwischen den positiven Aspekten und den in mir angstauselnden Aspekten keine Entscheidung treffen kann. Eine Lösung dieses Konflikts ist die Übertragung der Entscheidung auf eine andere Person. Diese Möglichkeit ist bereits beim derzeitigen Organspendeausweis gegeben. Was geschieht aber, wenn auch diese Entscheidung für mich nicht greift? In diesem Fall muss der Gesetzgeber regeln, ob keine Entscheidung, so wie bei der heute in Deutschland geltenden Zustimmungslösung, gleichbedeutend mit einem „Nein“ ist. Im Gesamtkontext der Organtransplantation und der gesellschaftlichen Sichtweise der Organspende kann der Gesetzgeber aber auch regeln, dass keine Entscheidung gleichbedeutend ist mit einem Ja, so wie es der Nationale Ethikrat in seinem Stufenkonzept vorgeschlagen hat. Der Ethikrat hat darauf hingewiesen, dass bei einer Nicht-Entscheidung in jedem Fall Angehörige mit einbezogen werden müssten. Das kommt ohnehin der Realität der Organspende nahe. Zusammenfassend denke ich, dass eine Entscheidungspflicht nicht automatisch eine Ordnungsstrafe zur Folge haben kann. Sie hat aber natürlich erhebliche Auswirkungen auf andere Personenkreise.

SV Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig: Ich stimme den Ausführungen von Herrn Kollegen Nagel weitestgehend zu. Aus juristischer Sicht will ich betonen, dass es bei dem „Entscheidungszwang“ nicht um einen rechtlichen Zwang gehen kann. Deshalb können auch keine rechtlichen Sanktionen mit einer Nicht-Entscheidung verbunden werden. Allerdings ist nichts dagegen einzuwenden, die Menschen an ihre moralische oder ethische Pflicht zu erinnern. Aus meiner Sicht würden rechtliche Sanktionen nicht nur gegen die negative Meinungsfreiheit in Artikel 5 Absatz 1 Satz 1 Grundgesetz – diese kann

man, allerdings unter strengen Verhältnismäßigkeitsaspekten, einschränken –, sondern auch gegen das Persönlichkeitsrecht verstoßen. Es kann niemand zu einer Entscheidung gezwungen werden, die er möglicherweise nicht treffen möchte, weil ihm die Frage vielleicht zu dicht an sein Selbstverständnis rückt und zu unangenehm wird. Das Bundesverfassungsgericht hat in vielfältiger Rechtsprechung darauf hingewiesen, dass ein letzter unantastbarer Bereich, in dem der Mensch sich selbst gehört und in den kein anderer eindringen darf, unbedingt geschützt bleiben muss. Wenn man sagt, eine Person müsse sich entscheiden, um juristische Konsequenzen zu vermeiden, würde man gegen diesen Grundsatz verstoßen. Ob die getroffene Entscheidung in anderen, mit der Organspende nicht unmittelbar in Zusammenhang stehenden Dokumenten dokumentiert werden soll, damit auch nicht-medizinisches Personal Einblick nehmen kann, hängt stark von der Art des Dokuments ab. Es ist eine Abwägungsfrage. In der Gesundheitskarte würde ich, ohne dies im Einzelnen auf die Goldwaage gelegt zu haben, sagen, gäbe es weniger Bedenken. Bei einer Hinterlegung im Führerschein oder in einem Sparkassenausweis hätte ich starke Bedenken. Fragen Sie sich selbst, denn Sie müssen es politisch entscheiden. Ob die Entscheidung dann der Abwägung der Karlsruher Richter entspricht, muss sich erweisen. Die Entscheidung grundsätzlich nur in einem separaten Ausweis für Organspender zu dokumentieren, halte ich jedenfalls für nicht zielführend genug. Gerade die Eingebundenheit in die Allgemeinheit und das gezielte in Kenntnis setzen, zum Beispiel bei einem Verkehrsunfall, lassen es durchaus als sinnvoll erscheinen, dass die Spendenbereitschaft in anders, d. h. weiterreichend zugänglichen Ausweisen vermerkt wird. Aber es muss in jedem Fall eindeutig sein, dass die Entscheidung „Nein“ oder „ich weiß nicht“ oder „ich will mich nicht äußern“ zu keinerlei juristischen Konsequenzen führt. Das scheint mir in der bisherigen Diskussion nicht immer klar genug geworden zu sein. In diesem Zusammenhang möchte ich

auch auf die Ausarbeitung der heute leider nicht anwesenden Kollegin, Frau Lübbe, verweisen.

Abg. **Kathrin Vogler** (DIE LINKE.): Ich hätte zunächst eine Frage an Prof. Gutmann. Das Transplantationsgesetz schreibt vor, dass die Organe „nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit“ vermittelt werden sollen. Ist die Auswahl der Empfänger nicht auch eine normative Frage und ist dann der Gesetzgeber nicht verpflichtet, genauere Vorgaben als im derzeitigen Transplantationsgesetz zu machen? Wie könnten diese genaueren Vorgaben lauten? Ich glaube, auch die Frage der Transparenz bei der Verteilung von Organen, die eine knappe Ressource sind, spielt ebenfalls eine große Rolle für die Spendenbereitschaft.

SV **Prof. Dr. Thomas Gutmann**: In der Rechtswissenschaft gibt es diesbezüglich die sehr gefestigte herrschende Meinung, dass das Organverteilungssystem nach dem Transplantationsgesetz aus einer Reihe von Gründen nachdrücklich verfassungswidrig ist. Zu dieser Auffassung gibt es mittlerweile nur noch wenige Gegenstimmen. Bei der Organverteilung steht der demokratische Rechtsstaat vor der Entscheidung, welcher Bürger weiterleben darf und welcher sterben muss, wem geholfen wird und wem nicht. Die Zuteilung von Organen ist die Zuteilung von Lebenschancen im wörtlichen Sinne. Es gibt die ständige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass das Parlament bei Entscheidungen, die die Zuteilung von Lebenschancen regulieren, die wesentlichen Grundlagen selbst formulieren muss. Es muss die anzuwendenden Kriterien und das Rangverhältnis dieser Kriterien selbst definieren und es muss das Verfahren zur weiteren Konkretisierung einer Verteilungsordnung in materieller und prozeduraler Hinsicht durch Gesetz regeln. Der Bundestag hat dies nicht getan. 1995, als ich als junger

Rechtswissenschaftler Sachverständiger beim Bundesministerium für Gesundheit war, habe ich dies angemahnt. Der zuständige Beamte, den ich sehr schätze, antwortete damals, dass man dieses Thema so lange wie möglich ignorieren werde. Ich habe relativ viel Zeit benötigt, um die „Weisheit“ dieser Überlegung zu begreifen: Es ist schwierig für den Bundestag, Entscheidungen über Leben und Tod zu treffen – aber er muss es tun. § 12 Absatz 3 Transplantationsgesetz bestimmt, dass die Organe nach Regeln, die dem Stand der Kenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit zu verteilen sind. Die Organverteilung ist aber, das weiß der Rest der Welt sehr genau, selbstverständlich keine medizinische, sondern eine normative Entscheidung. Sie können jede Entscheidung medizinisch erklären, z.B. ob Sie den hochdringlichen Patienten sterben lassen und die Leber dem noch gesünderen Patienten geben, der sie dafür viel länger hat und umgekehrt. Aber Sie können nicht mit Hilfe der medizinischen Wissenschaft zwischen diesen Patienten entscheiden. Es ist alles normativ; es handelt sich um Wertentscheidungen, um grundrechtliche Entscheidungen, deshalb ist die Begrifflichkeit in § 12 Absatz 3 TPG ein Kategorienfehler. Es wird durch sie nichts geregelt. Hinzu kommt, dass wenn es um Leben und Tod geht, beispielsweise bei der Leberallokation, Erfolgsaussicht und Dringlichkeit völlig gegenläufige Kriterien sind. es gibt Patienten, die nächste Woche sterben, wenn sie keine Leber erhalten. Diese haben eine extrem hohe Dringlichkeit, aber meist eine ganz schlechte Erfolgsaussicht und umgekehrt. Dass der Gesetzgeber nichts geregelt hat, hatte zur Folge, dass die Bundesärztekammer, die in ihren Richtlinien eigentlich nur medizinische Fakten feststellen soll, sich angemaßt hat oder vielleicht auch anmaßen musste, die Verteilungsregeln zu erlassen. Sie lenkt mit normativen Begründungen letztlich die Verteilung, ohne dass sie demokratisch legitimiert ist und ohne dass sie irgendwelche Vorgaben zum Verfahren und zur Berufung der Personen, die daran teil-

nehmen, hat. Dies ist unter der verfassungsrechtlichen Voraussetzung der demokratischen Legitimation ein Unding. Der Gesetzgeber ist natürlich entlastet. Er verschiebt das Problem zu dankbaren Abnehmern. Das vielleicht Schlimmste dabei ist, dass dadurch, dass die Allokationsfrage medizinisch fehletikettiert wird, die normative Diskussion, die wir führen müssten – wer darf leben, wenn nicht alle leben können? – , von vorne herein unterbunden wird. Dazu kommt, hier schließe ich mich der Ausführung von Prof. Schmidt-Jortzig an, dass es überhaupt keine Aufsicht gibt. Diese sollte es auch nie geben. Die Stakeholder tun und lassen was sie wollen. Es gibt keinerlei Rechtsschutz. Das Regelungsgewirr in der Allokation verhindert systematisch, dass die betroffenen Patienten, selbst bei der Entscheidung über Leben und Tod, diese Entscheidung in irgendeiner Weise in Frage stellen können. Die operativen Entscheidungsregeln der Stiftung Eurotransplant, in der, wie bei der Bundesärztekammer, viel medizinischer Sachverstand versammelt ist, sind geheim. Sie erhalten hierzu selbst als Abgeordnete des Deutschen Bundestages keine Auskunft. Ich erhalte sie jedenfalls nicht offiziell. Wir haben, anders als Frankreich oder die Schweiz, die per Gesetz einer Körperschaft des öffentlichen Rechts die Aufgabe der Organverteilung zugewiesen haben, ein eigenartiges privatrechtliches Modell. Wir haben eine privatrechtliche Institution im Ausland, die Stiftung Eurotransplant, mit einer Aufgabe betraut, die definitiv Ausübung hoheitlicher Gewalt ist, nämlich die Zuteilung von grundrechtlich geschützten Lebenschancen. Das verstößt gegen Artikel 24 Grundgesetz. Sie dürfen sich deshalb nicht wundern, wenn mittlerweile die Mehrzahl der deutschen Juristen, die sich hierzu äußern insbesondere auch die Verfassungsrechtler, der Auffassung sind, dass es nicht nur ethische, sondern primär verfassungsrechtliche Gründe gibt, das System der Organverteilung im Transplantationsgesetz zu novellieren. Im Moment ist dies ein Krebstumor im Gewebe des Rechtsstaates und ich glaube, Sie sollten diesen nicht weiter wuchern lassen.

Abg. **Kathrin Vogler (DIE LINKE.):** Meine zweite Frage geht an Dr. Tolmein. Sie fordern, dass im SGB zur Formulierung von Patientenverfügungen ein Beratungsanspruch festgeschrieben wird. Nach Ihrer Auffassung ist die Bereitschaft zur Organspende gleichbedeutend mit einer Patientenverfügung. Das hätte zur Folge, dass der Beratungsanspruch auch für die Organspende gelten würde. Könnten Sie Ihre Forderung und wie Sie sich die inhaltliche Ausgestaltung und die Qualifikation des Beratungspersonals vorstellen, näher erläutern? Könnten zum Beispiel die Ausweisstellen oder eine Fahrschule die Beratung sicherstellen?

SV **Dr. Oliver Tolmein:** Potenzielle Organspender haben einen hohen Informationsbedarf. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, einen Beratungsanspruch für die Bürgerinnen und Bürgern im Gesetz zu regeln. Dieser Anspruch war bereits bei der Patientenverfügung im Gespräch und war in sämtlichen Gesetzentwürfen, außer dem Entwurf, der letztendlich verabschiedet wurde, enthalten. Normiert werden müsste der Beratungsanspruch für die gesetzlich Krankenversicherten im SGB V, während die privaten Krankenversicherungen dies in ihren Allgemeinen Geschäftsbedingungen verpflichtend regeln müssten. Die Beratung muss genauso wie die Entscheidung ergebnisoffen erfolgen. Eine Beratung ist in der Regel dann ergebnisoffen, wenn die Berater unabhängig sind oder wenn ich mir den Berater oder die Beraterin selbst aussuchen kann. Selbstverständlich muss ein Berater besondere Kompetenzen besitzen. Ärzte denen man vertraut, könnten Berater sein. Wenn man die Auffassung vertritt, dass man Ärzten bei der Frage der Organspende nicht vertrauen kann, dann müssen andere Personen oder Berufsgruppen mit der Beratung beauftragt werden. Entscheidend ist die Formulierung des Beratungsanspruchs. Im Zuge der gesetzlichen Regelung des Beratungsanspruchs bei der Organspende sollte auch für die Patientenverfügung im Wege der Nachbesserung des dritten Betreuungsrechtsänderungsgeset-

zes ein solcher Rechtsanspruch geregelt werden. Durch das Beratungsgespräch können die Menschen sich über die Fragen klar werden, um die es bei der Organspende geht. Die Organspende selbst hat einen Vorlauf. Zunächst erfolgt die Diagnose des Hirntods, die einen medizinischen Eingriff im Sinne des Dritten Betreuungsrechtsänderungsgesetzes bzw. der Patientenverfügungsnorm darstellt. Organerhaltende Therapien werden in der Regel nicht erst nach dem Hirntod, sondern bereits vorher eingesetzt. Das bedeutet aber, der potenzielle, nicht mehr einwilligungsfähige Spender bzw. Intensivpatient muss in diese organerhaltende Therapie vor dem Hirntod eingewilligt haben. Was geschieht mit aussichtsreichen Spenderkandidaten in der Zeit, in der sie eindeutig noch leben und bevor sie zur Organspendern werden? Solche Fragen sind bei einer Beratung gut aufgehoben. Insgesamt müssen die Menschen durch ein Beratungsgespräch darüber informiert werden, was während des gesamten Prozesses geschieht. Wir befinden uns an einer Bruchstelle, die meines Erachtens nicht geklärt ist. Es geht um das Spannungsverhältnis zwischen Transplantations- und Betreuungsgesetz bzw. Patientenverfügung. Hier existiert eine Lücke, die vom Gesetzgeber durch eindeutige Regelungen geschlossen werden muss.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Mir geht es um die praktische Umsetzung der Erklärungspflicht. Dr. Tolmein, in der aktuellen Debatte wird von unterschiedlicher Seite angeregt, die Erklärung mit Personalausweis oder Führerschein zu verbinden. Zwar sollen rechtliche Sanktionen vermieden werden, allerdings müsste meines Erachtens durchaus moralischer Druck auf die Menschen ausgeübt werden, damit ein Erfolg sichtbar wird. Welche Schwierigkeiten sehen Sie, wenn die Erklärung beispielsweise in der Führerscheinstelle abgegeben werden müsste, insbesondere auch im Hinblick auf den moralischen Druck, der in solchen formalisierten Verfahren aufgebaut wird? Halten Sie diesen

Ort für geeignet, um die Entscheidung zu treffen und kann dort eine ausreichend qualifizierte Aufklärung stattfinden?

SV Dr. Oliver Tolmein: Über den moralischen Druck, der dort aufgebaut wird, wurde bereits gesprochen. Es gibt viele Menschen, die der Meinung sind, der Druck sei gerechtfertigt. Ich finde es gibt Gründe, die dafür sprechen, aber es gibt auch eine ganze Menge Gründe, die dagegen sprechen. Im Zusammenhang mit der rechtlichen Normierung ist der entscheidende Punkt tatsächlich die Frage der Freiwilligkeit. Bleibt diese gewahrt oder ist das Verfahren so gestaltet, dass es sich nur um eine formalisierte Freiwilligkeit handelt? Das heißt, hat er zwar die Möglichkeit sich frei zu entscheiden, erhält aber keinen Führerschein, wenn er das nicht tut, dann wäre es keine wirkliche Freiwilligkeit. Es geht also darum, ein Verfahren zu schaffen, das tatsächliche Entscheidungsfreiheit garantiert. Das wäre sozusagen die Bringschuld derjenigen, die eine Entscheidungslösung favorisieren. Bisher gibt es dazu noch keine konkreten Vorschläge. Da ich eher skeptisch bin, möchte ich eigentlich kein Verfahren vorschlagen. Die Führerscheinstelle ist sicherlich ein wenig geeigneter Ort, um zu beraten und eine Entscheidung zu treffen. Die jetzige Regelung im Transplantationsgesetz, nach der die Krankenkassen den Auftrag der Aufklärung übertragen bekommen haben, erscheint mir die bessere. Warum diese der Aufklärungspflichtung nur teilweise nachkommen, müsste allerdings näher beleuchtet werden. Das wäre aber besser als eine neue Institution zu beauftragen und eine staatliche Pflicht oder Bitte zu konstituieren. Die Gründe, die gegen die Delegation der Aufgaben an Führerschein- oder Personalausweisstellen sprechen, sind meines Erachtens in der Art der Entscheidung zu finden.

Diese tangiert das Persönlichkeitsrecht in erheblichem Maße, bereits vor dem Tod, im Sterbeprozess oder sogar noch davor, bei Gesundheitsentscheidungen.

Ich kann beispielsweise in der Patientenverfügung die Entscheidung treffen, dass ich in Würde sterben möchte, das heißt, nicht an Apparaten angeschlossen, sondern möglichst frei und natürlich. Habe ich aber gleichzeitig einen Organspendeausweis, dann liegen zwei Erklärungen vor, die sich eigentlich gegenseitig ausschließen. Man kann nämlich nicht natürlich sterben und anschließend Organspender sein. Über diesen Widerspruch und die Unvereinbarkeit der Regelungen müssen die Menschen aufgeklärt werden. Sie müssen erfahren, dass organerhaltende Maßnahmen erfolgen, bevor die Hirntoddiagnostik durchgeführt wird. Das kann nicht durch die Führerscheinstelle geschehen. Dort fehlt die erforderliche Qualifikation. Bei der Personalausweisstelle ist es ähnlich. Es muss ein Ort sein, an dem eine intensive und qualifizierte Aufklärung gewährleistet wird und wo letzten Endes auch die Entscheidung abgefragt werden kann.

Ich möchte an dieser Stelle auf einen weiteren Aspekt hinweisen. Nachdem der Hirntod diagnostiziert wurde, treffen nach dem geltenden Transplantationsgesetz die nächsten Angehörigen in einer klar definierten Reihenfolge die Entscheidung über die Organspende. Die Entscheidungen über medizinische Behandlungen bei einwilligungsunfähigen Menschen treffen Betreuer oder Bevollmächtigte. Das aber ist ein großer Unterschied.

Nach der gegenwärtigen gesetzlichen Regelung könnten wir eine Situation haben, in der ein Betreuer nicht in eine organerhaltende Therapie einwilligt, weil er dies für den mutmaßlichen Willen des Spenders hält. Die Ehefrau als nächste Angehörige, die solange der Patient lebt hinsichtlich der medizinischen Behandlung keine Entscheidungsbefugnis hatte, weil sie nicht Betreuerin war, entscheidet aber, dass es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, Organe zu spenden. In diesem Fall haben wir einen rechtlichen Wertungswiderspruch zwischen den Regelungen des Betreuungsrechtes und den Regelungen des Transplantationsgesetzes. Daraus können sich große Probleme ergeben. Deshalb muss das Transplantations-

gesetz mit dem Betreuungsrecht und dessen Selbstbestimmungsgedanken abgestimmt werden.

Abg. **Stefanie Vogelsang** (CDU/CSU): Meine erste Frage richte ich an den Juristen Prof. Schmidt-Jortzig und an den Theologen Prof. Huber. Angenommen der Deutsche Bundestag würde die Entscheidungslösung mit den Entscheidungsmöglichkeiten „Ja“, „Nein“ und „Ich kann mich nicht entscheiden.“ verabschieden. Was würde juristisch geschehen, wenn die Angehörigen trotz Vorhandenseins eines Organspendeausweises anders votierten und die Spende verweigerten, und wie wäre dieses Verhalten ethisch zu bewerten? Prof. Nagel bitte ich, die Ausführungen von Prof. Gutmann zur ärztlichen Willkür bei der Verteilung von Organen zu bewerten.

SV Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig: Die Frage ist verfassungsrechtlich relativ eindeutig zu beantworten. Die eigene Entscheidung hat immer Vorrang vor der Entscheidung Dritter, also in diesem Fall der Angehörigen. Ist der Wille eindeutig positiv, dann ist die Entscheidung anderer nicht maßgeblich. Aber der Teufel steckt möglicherweise im Detail, denn wann ist der Wille des potenziellen Spenders verbindlich? Hier würde ich sehr viel eindeutiger sein, als das in meinen Augen bei der Patientenverfügung der Fall ist. Die eigene Entscheidung gilt. Nur wenn es wirklich ernsthafte Zweifel gibt, dass die Entscheidung doch nicht so gemeint war, kann man versuchen, zu interpretieren. Aber wenn die Entscheidung eindeutig ist, dann ist sie verbindlich. Das ist das Selbstbestimmungsrecht.

SV Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Huber: Meistens ist das Recht komplizierter als die Ethik, manchmal kann es aber vorkommen, dass es umgekehrt ist. Das liegt daran, dass wir bei medizinisch-ethischen Fragen dem Grundsatz des Informed Consent folgen. Bei der bloß schriftlich

niedergelegten Entscheidung eines Patienten ist aber unbekannt, ob es sich um eine Informed Consent handelt. Das ist einer der Gründe, weshalb wir dafür plädieren, bei der Patientenverfügung grundsätzlich der Patientenvorsorge den Vorrang vor der einfachen, niedergelegten Verfügung einzuräumen. Denn hier wird eine Entscheidung getroffen, die normalerweise im Arzt-Patient-Gespräch auf der Grundlage von Informationen über die aktuelle Lage des Patienten und die aktuellen medizinischen Möglichkeiten getroffen würde. Das ist aber bei Nicht-Einwilligungsfähigkeit oder Nicht-Äußerungsfähigkeit nicht möglich. Deshalb tritt die vom Patienten getroffene Vorsorge oder die Verfügung an die Stelle. Ob allerdings die Verfügung die aktuelle Situation trifft, ist dann nach der gesetzlichen Lage nicht relevant, weil die Abfolge eintritt, die Prof. Schmidt-Jortzig geschildert hat. Deshalb kann es durchaus sein, dass ethisch betrachtet sehr wohl ein Konflikt auftreten kann. Zu meiner Erleichterung hat mir Prof. Kirste mitgeteilt, dass diese Konflikte äußerst selten sind. Es spricht aber vieles dafür, nicht generell festzulegen, wie oft jemand seine Organspendebereitschaft dokumentieren soll. Bei der Beratung sollte aber deutlich gemacht werden, dass durchaus die Möglichkeit besteht, die Entscheidung zu revidieren. Man sollte sich mit diesem wichtigen Thema generell ab und an beschäftigen. Ich würde gesetzlich keinen festen Zeitraum festlegen. Dies wäre für mein Gefühl eine Überregulierung, die das Recht wieder komplizierter machen würde als die Ethik. Mein Organspendeausweis ist inzwischen so alt, dass ich einen neuen benötigen. In diesem Zusammenhang werde ich auch über die Patientenvorsorge nachdenken.

SV Prof. Dr. Dr. Eckard Nagel: Die Position von Prof. Gutmann hat das Verfassungsgericht in Karlsruhe bislang nicht beschäftigt. Wenn die Situation so wäre, wie er sie gerade beschrieben hat, dann wäre das geltende Transplantationsgesetz verfassungswidrig. In diesem Falle hätte

sich aber das Bundesverfassungsgericht in den vergangenen 13 oder 14 Jahren sicherlich damit beschäftigt und eine entsprechende Entscheidung getroffen. Ich halte die Rechtssicht von Prof. Gutmann für widersinnig und verkehrt. Prof. Gutmann kennt meine Meinung dazu. Ein wichtiger Punkt geht aber verloren, wenn man von der ärztlichen Willkür bei Transplantationsindikationen ausgeht. Im Gesundheitswesen sind wir an vielen Stellen nicht in der Lage, alle Patienten in ausreichender Form zu versorgen. Die Dringlichkeit, also die Notwendigkeit zur Behandlung, steht immer an erster Stelle. Das gilt für den ärztlichen Behandlungsauftrag und im Bereich der Transplantation genauso, wie für alle anderen Bereiche. Die Dringlichkeit entscheidet bei der Zuordnung eines Intensivbetts oder bei der Frage, wann ein Operationssaal für einen Patienten zur Verfügung steht. Diese besondere Problematik wird immer dann deutlich, wenn wir mit dieser Entscheidung auch über das Leben eines Patienten entscheiden. Insofern sind solche Entscheidungen auch normative Entscheidungen. Aber sie basieren, wie alle ärztlichen Entscheidungen, auf einer medizinischen Indikation. Wenn ich das infrage stelle und daraus eine soziologische oder juristische oder womöglich auch eine ethische Entscheidung mache, dann entmündige ich die Möglichkeit einer naturwissenschaftlich basierten, auf die Erfolgsaussicht hin gelenkte Betreuung eines Patienten und die Wahrnehmung seiner Interessen. Im Arzt-Patienten-Verhältnis ist das Interesse des Patienten das entscheidende und nicht ein anderes übergeordnetes Ziel. Das gilt in der Transplantation wie in allen anderen Bereichen. Somit spielt bei der Zuordnung eines Organs auch kein anderer wartender Patient eine Rolle, sondern ausschließlich derjenige, dem das Organ zugeordnet wird. Es ist notwendig, um Gerechtigkeitskriterien und der Transparenz genüge zu tun, dass die Entscheidung dokumentiert wird. Ich habe 20 Jahre im Bereich der Transplantationsmedizin gearbeitet und kann konstatieren, dass es keinen anderen medizinischen Versorgungsbereich gibt, der im

Hinblick auf die Organentnahme, die Allokation und die Entscheidungsfindung so transparent und nachvollziehbar ist. Die gesamten Prozesse können über Jahre hinweg nachvollzogen werden. Für viele andere Bereiche gilt das überhaupt nicht. Das Transplantationsgesetz hat hier in einem Rahmen Rechtsicherheit geschaffen, der in dieser Form in keinem anderen Bereich der medizinischen Versorgung realisiert worden ist. Daran haben die Bundesärztekammer und die ständige Kommission Organtransplantation einen wesentlichen Anteil. Denn keine Regel wird ohne die Einbeziehung des Gesundheitsministeriums von den jeweiligen Gremien genehmigt. Meiner Meinung nach ist deshalb die Diskussion über Willkür, über fehlende oder falsche Zuteilungen, eine tatsächlich willkürliche und letztendlich, unter dem Gesichtspunkt der ärztlichen Realität, völlig irrelevante Diskussion.

Abg. Mechthild Rawert (SPD): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Frei. Wir haben jetzt häufiger gehört, dass Organspende auch als ein Akt der Barmherzigkeit begriffen werden könnte. In der Realität handelt es sich um eine Begrifflichkeit, die möglicherweise regional unterschiedlich verstanden wird, sowohl vor christlichem Hintergrund als auch zwischen den Generationen. Herr Frei, sie sind Initiator von „Old for Old“, einer Initiative, die sich für Patienten engagiert, die älter sind als 65 Jahre und dringend ein neues Organ benötigen. Sind Anpassungen nötig, also effektivere Organverteilungsmechanismen oder vermehrte Zulassungen? Und wie können solche Initiativen dazu beitragen, die Spendenbereitschaft zu erhöhen? Von Herrn Prof. Schmidt-Jortzig möchte ich wissen, ob eine Regelung, in der der Gesetzgeber diejenigen belohnt, die ihre Bereitschaft zur Organspende erklären, etwa durch eine Verkürzung der Wartezeit bei eigenem Organbedarf, durchsetzbar wäre.

SV Prof. Dr. Ulrich Frei: Eine wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft zur Organspende ist Vertrauen in die faire und gerechte Organverteilung. Ich glaube nichts wäre schädlicher für die Organspende, als wenn der Eindruck entstehen würde, dass die Organverteilung unfairen und nicht nachvollziehbaren Regeln folgen würde. Insofern befinde ich mich in einem heftigen inhaltlichen Widerspruch zu meinem Nachbarn, der eine fundamentale Kritik an der Organverteilung geäußert hat. Ich will es dahingestellt sein lassen, ob die Rechtswissenschaftler, die Staatsrechtler oder der Souverän die Frage entscheiden muss, wer ein Organ bekommt oder nicht. Ich bin Mediziner und würde mich fragen, wie der Souverän diese Methodik umsetzen würde. Im Gesetz wird festgehalten, dass Erfolgsaussicht und Dringlichkeit zu berücksichtigen sind. Der Gesetzgeber hat nicht gesagt zu welchem Prozentsatz das eine bzw. das andere Kriterium Beachtung finden soll. Insofern ist die Allokationsgerechtigkeit eine wichtige Voraussetzung für das Vertrauen der Bevölkerung in die Verteilung. Sie haben das Programm für die älteren Empfänger angesprochen. Das ist zum Beispiel ein Verfahren, um einer Bevölkerungsgruppe, die bei unseren heutigen Wartezeiten keine Chance hätte ein Organ zu bekommen, im Verteilungssystem eine Chance einzuräumen, nach dem Motto: „Wenn ein Spender 70 ist, dann müsste seine Niere auch für einen 70-jährigen Empfänger noch gut genug sein, denn wir wissen, in dieser Altersgruppe geht das Organ in der Regel nicht durch ein Organversagen, sondern durch den natürlichen Tod des Empfängers verloren. Was allerdings notwendig ist und das ist ein dringendes Plädoyer, die Organverteilungsgerechtigkeit kann nur auf Faktenbasis durchgeführt werden. Die Bundesärztekammer braucht Grundlagen für ihre Evidenz, gerade im Hinblick auf die Frage der Dringlichkeit und zu den Erfolgsaussichten, um das im Einzelfall auch beurteilen zu können. Wir haben in Deutschland große Mängel, weil wir keine Registerkultur haben. So bleibt offen, was tatsächlich aus dem individuellen Fall, der

nach diesem oder jenem Kriterium transplantiert wurde, wird. Hier muss das Gesundheitsministerium und müssen sich die entsprechenden Gremien überlegen, ob unsere Organallokation auf die Dauer nur auf amerikanischen Daten basieren soll oder ob man anfängt, die Ergebnisse in Deutschland gründlicher zu überprüfen.

SV Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig: Ich bin ein großer Anhänger richtiger Anreizsysteme, die das menschliche Verhalten lenken. Das geht in der Regel besser als wenn man eine rechtliche Pflicht festlegt. Aber in diesem Fall muss ich unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten eine dunkelrote Karte zeigen, denn die Zuteilung von Grundrechtsverwirklichungschancen von eigenen Vorleistungen oder ähnlichem abhängig zu machen wird vom Grundrecht her nicht möglich sein. Aber vielleicht gibt es andere Möglichkeiten Anreize zu schaffen. Von Herrn Prof. Gutmann wurde bereits ein Vorschlag für die Lebendspende gemacht. Ich könnte mir auch im Bereich der GKV für Spendenbereite durchaus etwas vorstellen. Aber das ist eine andere Perspektive als die von ihnen angesprochene.

Abg. Michael Kauch (FDP): Eine Frage habe ich an Herrn Prof. Frei. Es ist von Herrn Prof. Gutmann in einer Nebenbemerkung angesprochen worden, dass durch die Subsidiaritätsvorgabe des Transplantationsgesetzes, also postmortale Spende vor Lebendspende, dem Empfänger die beste Therapie verweigert wird. Könnten Sie darstellen, wie die Funktionsraten von transplantierten Organen bei der Lebendspende versus postmortaler Spende im Bereich von Niere und Leber sind, ein Bereich in dem beide Optionen bestehen? Darüber hinaus habe ich eine Frage an Herrn Prof. Gutmann im Hinblick auf die Überkreuzspende. Hier gibt es unterschiedliche Aussagen dazu, inwieweit nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes noch Regelungsbedarf besteht.

SV Prof. Dr. Ulrich Frei: Ich würde zwischen Niere und Leber differenzieren. Ich bin kein Experte für Lebertransplantationen, aber soweit ich weiß, ist dort die Lebendspende vor allem eine Frage des Überlebens des Empfängers. Bei der Niere ist die Situation anders. Im Bereich der Nierentransplantation ist die Lebendspende ein wesentlicher Bestandteil des gesamten Therapieverfahrens weltweit. Es gibt Länder, die bis zu 50 Prozent ihrer Organtransplantationen mit Hilfe von Lebendspenden darstellen. Ebenso gibt es Länder mit sehr erfolgreicher Gewinnung von Organen Verstorbener. Zum Beispiel die USA. Wir wissen heute, dass eine Lebendspende vor Eintritt der Dialysepflicht bei Nierenkranken sowohl deren Lebensqualität als auch ihr Leben signifikant verlängert. Je länger die Dialyse dauert, desto geringer sind die langfristigen Überlebenschancen. Das heißt auch eine Lebendspende zu einem späteren Zeitpunkt, auch wenn sie vom selben Empfänger kommt, ist im Hinblick auf das Überleben nicht so erfolgreich, als wenn sie zu einem Zeitpunkt gleich zu Beginn der Dialyse oder kurz davor erfolgt wäre. Die Subsidiarität ist in diesem Zusammenhang eine schwierige rechtliche Forderung. Ein Nierenempfänger, der gerade an die Dialyse kommt, bekommt innerhalb der nächsten Tage oder Monate kein Organ. Für die postmortale Organspende liegt die Wartezeit mit den Blutgruppen 0 und A im Mittel in der Größenordnung von derzeit fünf bis acht Jahren, so dass die Frage der Subsidiarität durch die Wartezeitproblematik schon klar beantwortet ist. Die Lebendspende ist verfügbar. Man muss sie rechtzeitig durch Aufklärung der Patienten anbieten, schon bevor sie an der Dialyse sind. Sie ist eine wesentliche Verlängerung des Lebens, nicht nur die Qualität, sondern auch die Dauer betreffend.

SV Prof. Dr. Thomas Gutmann: Wir haben darüber gesprochen, dass wir einem extremen Organmangel gegenüberstehen. Dieser führt dazu, dass Menschen einander mit Hilfe der Lebendspende zu helfen

versuchen. Das Bundesverfassungsgericht hat 1999 festgestellt, dass die Beschränkung des Spenderkreises in § 8 Absatz Satz 2 des Transplantationsgesetzes einen aktiven Eingriff in das Abwehrrecht auf Leben und Gesundheit der betroffenen Patienten darstellt, weil ihnen der Gesetzgeber eine Heilungschance, die medizinisch möglich ist, juristisch vorenthält. An dieser Beschränkung hängt zugleich ein Straftatbestand, der sich gegen den Arzt wendet. Er muss dieses Verbot also sehr ernst nehmen. Nun besteht die Möglichkeit, wenn ein Ehemann seiner Frau eine Niere spenden möchte, das aber nicht kann, weil die Blutgruppen nicht kompatibel sind oder die Frau sensibilisiert ist oder andere Gründe vorliegen, dieses Paar mit einem anderen Paar zusammen zu bringen und die Lebendspende kreuzweise durchzuführen. Das lässt sich vermeiden, wenn man, wie in vielen Transplantationszentren, mit erheblichem Aufwand gegen diese Blutgruppenschranke transplantiert. Nach allen Gesprächen, die ich mit den einschlägigen Transplantationszentren geführt habe, scheint mir dies nur die zweitbeste Alternative zu sein. Wir haben also Bedarf. Die Nachbarländer haben Überkreuzspendeprogramme. Insbesondere die Niederlande haben ein extrem erfolgreiches Programm, mit dem sehr viel mehr Menschen geholfen wurde, als wir es vorher statistisch für möglich hielten. Zahlenmäßig wäre derlei ein wesentlicher Beitrag dazu, den Patienten zu helfen. In Deutschland wird verlangt, dass Spender und Empfänger sich in einer besonderen persönlichen Verbundenheit nahestehen. Der Gesetzgeber hat dabei an lebenslange Freundschaft oder die dauerhafte, nicht eheliche Lebensbeziehung gedacht. Wenn sich zwei Paare jedoch durch eine Vermittlungsagentur kennenlernen, dann haben sie überhaupt keine Beziehung zueinander. Wir wissen aus Befragungen von überkreuzspendewilligen Patienten, dass diese eine solche auch gar nicht wollen. Das Bundessozialgericht ist genauso wie die große Mehrheit der Juristen und – wie ich vermute – auch der Transplantationsmediziner, der Auffassung, dass über-

haupt nichts dagegen spricht, die Überkreuzspende zu zulassen. Das BSG hat versucht, das Problem zu entschärfen, indem es das Transplantationsgesetz gegen seinen Sinn ausgelegt hat. Die Richter haben ausgeführt, die persönliche Verbundenheit müsse nicht bereits bestehen, es reiche schon, wenn wir glauben dürften, dass diese Verbundenheit künftig wachse. Das ist eine Auslegung, die mir sehr sympathisch ist, die aber gegen das Gesetz verstößt. Es steht dem Bundessozialgericht nicht zu, das Transplantationsgesetz auf den Kopf zu stellen, aus keinem Motiv heraus. Aufgrund des bestehenden Straftatbestandes rate ich keinem deutschen Transplantationsmediziner, Überkreuzspenden durchzuführen. Diese wären ohnehin nur darstellbar, wenn wir unsere Patienten systematisch zum Lügen anhielten. Das ist eine unwürdige Situation. Das heißt, die Überkreuzspende ist in Deutschland verboten. Es gibt jedoch keinen vernünftigen Grund für dieses Verbot und der § 8 Absatz 1 Satz 2 Transplantationsgesetz sollte ersatzlos gestrichen werden. Die Erfahrungen in der Schweiz, in den Niederlanden, in Kanada und in den USA zeigen, dass es keine besonderen Probleme hinsichtlich der Sicherheit der Freiwilligkeit der Organspende oder hinsichtlich des Kampfes gegen den Organhandel gibt, wenn der Spenderkreis liberalisiert wird. Es ist ein Grundrechtseingriff, für den jeder vernünftige Grund fehlt.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine erste Frage geht an Herrn Prof. Nagel. Es hat Vorwürfe der kommerziellen Verwendung gegeben. Diese haben in Deutschland dazu beigetragen, dass Gewebe noch seltener gespendet wird als Organe. Sind diese Vorwürfe aus Ihrer Sicht zu Recht erhoben worden und wie kann diesen begegnet werden? Meine zweite Frage richtet sich an Prof. Manzei. Sie sehen in Ihrer Stellungnahme ein Defizit in der derzeitigen Praxis der Organtransplantation, weil die Belange der Organempfänger im Mittelpunkt stehen. Was sollte aus Ihrer Sicht geschehen, um die Belange der Angehörigen, aber auch die

Belange und die besondere Belastung des Krankenhaus- und des Pflegepersonals besser zu beachten?

SV Prof. Dr. Dr. Eckard Nagel: Die Problematik der Kommerzialisierung der Organspende ist gravierend. Das Transplantationsgesetz enthält konkrete Strafanordnungen, um dieser Problematik zu begegnen. Obwohl es auch auf internationaler Ebene eine klare Positionierung gegen den kommerziellen Organhandel gibt, wird er in einer Reihe von Ländern betrieben. Dazu vorliegende Untersuchungen zeigen, dass die Folgen der Kommerzialisierung vor allem sozial schwache Gruppierungen und Frauen betreffen. Mit einer Kommerzialisierung des Organhandels schafft man einen strafrechtlich bewehrten Kontext. Also ist diese Maßgabe eine ganz wesentliche. Wir haben gerade über die Organverteilung und das Vertrauen in die Organverteilung sowie deren Wichtigkeit für die grundsätzliche Zustimmung im Hinblick auf die Organspenden und die Organtransplantation gesprochen. Es gibt in Deutschland, soweit es mir bekannt ist, keinen einzigen bekannten Fall einer kommerziellen Organspende. Das ist in einem Bereich, in dem es um existenzielle Bedrohungen geht, durchaus bemerkenswert. Das es zwar immer wieder Anfragen in diese Richtung gibt, letztendlich aber keine Gerichtsverfahren und keine Verurteilung in diesem Kontext, zeigt, dass wir dieses Problem hier in der Bundesrepublik im Griff haben.

Sve Prof. Dr. Alexandra Manzei: Zu den Belangen der Angehörigen und des Pflegepersonals möchte ich kurz ausführen, was ich in meiner Stellungnahme beschrieben habe. Wenn mit Hilfe des neuen Gesetzentwurfs versucht wird, Entnahmekrankenhäuser dazu zu verpflichten, potenzielle Organspender unverzüglich zu melden, dann ist das unter dem Gesichtspunkt des Organmangels verständlich. Aber man sollte daran denken, dass sowohl Angehörige als auch das

Pflegepersonal und die Ärzte, die Hirntote betreuen, extreme Schwierigkeiten bei dieser Betreuung haben. Viele Pflegenden erleben die Patienten, wenn sie auf die Station kommen noch lebendig, manchmal sind sie sogar ansprechbar. Dann werden sie somnolent, trüben ein und dann wird die Hirntoddiagnostik gestellt. Für die Pflegenden aber verändert sich am äußeren Erscheinungsbild dieser Patienten nichts. Das heißt, sie werden weiter gewaschen, sie werden ernährt, sie scheiden weiter aus, der Brustkorb hebt und senkt sich im Takt der Beatmungsmaschine, wie bei anderen Komapatienten auch. Und selbst wenn dem Betreuenden die Hirntoddiagnostik nicht fremd ist und sie wissen, dass die Patienten, wenn dieser diagnostiziert wird, tot sind, ist es extrem schwierig, mit diesem Sachverhalt umzugehen und zu realisieren, dass dieser Mensch, der so lebendig erscheint, tot ist. Noch größere Probleme haben das Pflegepersonal und das ärztliche Personal im OP-Trakt, weil sie sich dort einem lebendig erscheinenden Patienten gegenüber sehen. Sie betten ihn auf den OP-Tisch und wenn die Organe entnommen sind, sehen sie die kalte, blasse, nicht mehr atmende Erscheinung dieses Patienten. Das heißt, die Praxis der Organentnahme ist eine organisatorisch, aber auch ethisch sehr belastende Situation für das Personal der Entnahmekrankenhäuser. Deshalb halte ich es für problematisch den Umgang damit auf das Maß der Pflichterfüllung zu reduzieren. Die mangelnde Anschaulichkeit spiegelt die Problematik. Nicht jeder kann damit umgehen, dass Menschen, deren Gehirnfunktionen erloschen sind, als tot gelten. Für manche sind diese Menschen Sterbende. Man muss gucken, wie diese Problematik im Gesetz berücksichtigt werden kann.

Abg. Elisabeth Scharfenberg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zwei Fragen an Herrn Dr. Tolmein. Ist es Ihrer Ansicht nach verfassungsrechtlich zulässig, Bürgerinnen und Bürger gesetzlich dazu zu verpflichten, auch wenn keine negativen Rechtsfolgen zu befürchten sind, ihre Be-

reitschaft bzw. ihre Nichtbereitschaft zur Organspende zu erklären, d. h. ist der Staat befugt, in der Frage der Organspende eine Erklärung zu verlangen? Die zweite Frage bezieht sich auf die Dokumentation der Entscheidung. Es wurde mehrfach erwähnt, man könnte so eine Entscheidung auf dem Personalausweis oder dem Führerschein dokumentieren. Ein solches Dokument zeigt man aber nicht nur in einem verborgenen Raum, sondern an vielen Stellen. Würde diese Dokumentation eine Änderung des § 2 Transplantationsgesetz, wonach die Organspendeerklärung nur einem eng begrenzten Personenkreis offen zu legen ist, erfordern?

SV Dr. Oliver Tolmein: Die Frage, inwieweit das verfassungsrechtlich zulässig ist, hängt von der konkreten rechtlichen Ausgestaltung ab. Grundsätzlich hat der Staat eine Vielzahl von Möglichkeiten, in Persönlichkeitsrechte einzugreifen und den Bürger zu Erklärungen zu zwingen oder Erklärungen vorzuschreiben. Das hängt von der genauen Verfahrensgeschichte ab. Ich möchte noch einmal daran erinnern, dass sich der Gesetzgeber bei der Diskussion um das Patientenverfügungsgesetz entschieden hat, dass es keine Pflicht zur Abgabe einer Patientenverfügung geben kann. Dieser Entscheidung hat die Überlegung zugrunde gelegen, dass das Element des Zwangs zur Durchsetzung eines Instruments, das man befürwortet und unterstützen möchte, nicht geeignet ist. Ich finde es nicht einleuchtend, dass die Patientenverfügung nach § 1901a Absatz 4 BGB freiwillig ist und die Erklärung zur Organspendebereitschaft verpflichtend werden soll. Fraglich ist auch, ob damit das durch den Gesetzgeber verfolgte Ziel, dass mehr Menschen eine positive Organspendeerklärung abgeben, erreicht wird. Ungeklärt ist die Frage, ob die verpflichtende Abgabe einer Erklärung erforderlich ist, da es bestimmte Maßnahmen im Gesetz bereits gibt. Deren Wirksamkeit wurde bislang nicht überprüft und es ist auch nicht erkennbar, dass versucht wurde, vorhandene Regelungen in die

Praxis umzusetzen. Deshalb bin ich skeptisch. Es wurde hier verschiedentlich gesagt, es gebe eine Pflicht, die Angehörigen von einer solchen Entscheidung zu entlasten. Erstens haben Angehörige, wenn ihnen eine solche Frage nach dem Transplantationsgesetz gestellt wird, die Möglichkeit zu sagen, dass können wir nicht entscheiden. In dem Moment wo Angehörige sagen, dass sie die Frage nicht entscheiden können, kann die Organspende nicht stattfinden. Auch bei Patientenverfügungen werden Angehörige, die zum Beispiel Betreuer sind, vor die Notwendigkeit gestellt, über abschließende Behandlungsmaßnahmen oder den Abbruch einer medizinischen Behandlung, der dann zum Tode führt, zu entscheiden. Trotzdem hat der Gesetzgeber sich entschieden, das nicht gesetzlich festzulegen. Im Sinne einer konsistenten gesetzgeberischen Entscheidung kann die Organspende nicht anders beurteilt werden. Bei der Dokumentation einer Entscheidung ist das wie und wo entscheidend. Natürlich können auch verdeckte Mitteilungen im Führerschein und im Personalausweis von bestimmten Stellen gelesen werden. Das ist der Sinn von Dokumenten, die über den Kreis derer hinaus gehen, die klassischerweise nur die Organspendeerklärung kennen müssen. Auf der anderen Seite ist es ähnlich wie bei der Patientenverfügung sinnvoll, dass die getroffene Entscheidung dokumentiert wird. Hier muss es eine Verständigung über den Ort der Dokumentation geben. Je näher dieser der Organspende als solcher ist oder mit der Organentnahme zu tun hat, desto besser ist es. Es wurde der Vorschlag geäußert, die Einwilligung bzw. Ablehnung auf der Gesundheitskarte zu dokumentieren. Hier gibt es eine ganze Reihe von anderen datenschutzrechtlichen Problemen, auf die ich jetzt hier nicht eingehen kann. Insofern weiß ich nicht, ob dies der ideale Ort ist. Er scheint mir aber geeigneter als der Führerschein. Da stimme ich Herrn Prof. Schmidt-Jortzig zu.

Abg. Dr. Frank-Walter Steinmeier (SPD): Ich habe zwei Fragen. Die erste geht an

Prof. Neuhaus. Frau Prof. Manzei hat über die psychische Belastung des ärztlichen und pflegerischen Personals bei der Explantation berichtet. Könnten Sie das noch einmal aus Ihrer Erfahrung kommentieren und Hinweise darauf geben, wie Menschen in ärztlicher und pflegerischer Funktion auf solche Aufgaben vorbereitet werden. Die zweite Frage geht an Herrn Prof. Frei. Ziel unserer Bemühungen ist es, die Lebendspende durch die Steigerung der Zahl der postmortalen Spenden überflüssig zu machen. Gleichzeitig wissen wir, dass uns dies über einen geraumen Zeitraum noch nicht gelingen wird. Was muss aus Ihrer Sicht passieren, um die Bedingungen für die Lebendspende zu verbessern?

SV Prof. Dr. Peter Neuhaus: Es ist zu unterscheiden zwischen jenen Ärzten und Schwestern, die häufiger mit dem Fragenkomplex Organspende und Tod auf der Intensivstation befasst sind und jenen, die das nur sehr selten erleben. In Universitätskliniken werden beide Gruppen nicht nur mit der Organspende bzw. Transplantation konfrontiert, sondern dort gibt es auch neurochirurgische Intensivstationen. Das ist eine grundsätzlich andere Situation als in einem kleinen Krankenhaus. Schwestern und Ärzte sprechen über diese Situation und können mit dem Sachverhalt, dass sie einen Intensivpatienten behandeln und pflegen, dass die therapeutischen Maßnahmen nach einer Zeit X möglicherweise erfolglos sind und der Patient verstirbt, umgehen. Der Umgang mit Angehörigen gehört für Ärzte und Pflegepersonal von Intensivstationen mit zur täglichen Arbeit. Das erforderliche Wissen wird in der Ausbildung vermittelt und ergänzt durch die Erfahrung in der praktischen Arbeit. Hilfreich ist die Erfahrung im Bereich der Organtransplantation. Nichts ist besser als wenn man das Problem auch mit einer Hoffnung verknüpfen kann. Sowohl beim Pflegepersonal als auch bei den Ärzten ist die Bereitschaft, sich mit der Möglichkeit der Organspende auseinander zu setzen größer, wenn sie beispielsweise Kinder betreuen,

die an die künstliche Niere müssen. In kleineren Krankenhäusern, in denen zum Beispiel heute mehr und mehr Patienten mit Schlaganfall oder mit Hirnblutungen als mögliche Organspender in Frage kommen, bietet die DSO Unterstützung an. Diese Patienten können in größere Kliniken verlegt werden, die DSO unterstützt aber auch vor Ort, u. a. durch die Entsendung von Neurologen aus größeren Kliniken, die bei der Diagnostik behilflich sind. Das ist eine individuelle, ärztlich-pflegerische Situation, die auch Probleme aufwirft, aber das ist im menschlichen Bereich auf einer Intensivstation so. Die Bereitschaft und auch das Verständnis sind in den vergangenen Jahren sehr gewachsen. Die Schwestern oder Pfleger, die einen Intensivpatienten, der an die Beatmung angeschlossen ist, absaugen, und dabei bemerken, dass es keinen Hustenreflex mehr gibt und die Pupillen weit sind, wissen, dass das Zeichen des Hirntods sind. Sie reagieren dann auch entsprechend. Sie sind immer auch Betroffene und natürlich ist die Situation schwierig. Aus dem Zusammenkommen von medizinischem Wissen und Erfahrungen aus dem pflegerischen oder ärztlichen Bereich müssen Leit- oder Handlungslinien, an denen man sich orientieren kann, formuliert werden. Das erleichtert die Situation.

SV Prof. Dr. Ulrich Frei: Die Lebendspende ist im Grundsatz immer subsidiär. Das gilt nicht im Individualfall. Im Grundsatz ist das so, weil es Organempfänger gibt, für die die Lebendspende keine Möglichkeit ist. Sonst würden wir diejenigen Patienten, die ein Herz oder eine Lunge brauchen, in große Schwierigkeiten bringen. Die Lebendspende überflüssig zu machen, wäre ein schönes Ziel. Das zeigt sich in Ländern wie Spanien, wo die Organspende durch Verstorbene optimal funktioniert. Spanien hält den Spitzenwert in Europa und in der Welt. Dort spielt die Lebendspende eine untergeordnete Rolle, aber es gibt sie. Für unsere heutige Situation ist die Lebendspende unverzichtbar. Das hat zwei

Gründe. Erstens, weil sie den individuellen Empfängern eine Verkürzung der Wartezeit und eine bessere Lebensqualität verschafft und zweitens, weil sie natürlich gleichzeitig die Konkurrenz auf der Warteliste mindert. Das heißt, mit jeder Lebendspende wird die Chance für denjenigen, der auf die Spende eines Verstorbenen wartet, größer. Auch wenn ich in Grundrechtsfragen diametral anderer Meinung bin als Herr Prof. Gutmann, glaube ich, dass er das Paket schon benannt hat. Der Lebendspender muss versicherungsrechtlich in eine wirklich zufriedenstellende Situation gebracht werden. Es ist elend, dass solche Patienten wie Bittsteller behandelt und versicherungsrechtlich alleine gelassen werden. Lebendspenden können auch zehn Jahre später noch Konsequenzen haben. Ich hatte einen Patienten, der zehn Jahre nach der Spende seiner Niere einen Tumor in der ihm verbliebenen Niere bekam und dadurch zum Dialysepatienten wurde. Vom Ministerium bis zu den Krankenkassen und der Berufsgenossenschaft, die für den Arbeitsunfall zuständig waren, gab es keine Unterstützung. Nichts ist passiert. Erst als er sein Schicksal in einer Talkshow öffentlich machte, bekam er freiwillig einen Zuschuss. Die Versorgung des Lebendspenders bedarf einer deutlichen Verbesserung. Die genauen Inhalte und Anhaltspunkte hat Herr Prof. Gutmann schon genannt.

Abg. **Gabriele Molitor** (FDP): Mich interessiert noch einmal der Komplex Information und Beratung. Ich habe dazu eine Frage an Herrn Prof. Kirste und an Dr. Montgomery. Könnten wir mehr Spender gewinnen, wenn Information und Beratung standardisierter stattfinden würden? Würde sich die Bereitschaft zur Organspende erhöhen, wenn feststehen würde, dass vor der Erklärung automatisch ein Gespräch mit einem Arzt des Vertrauens stehen würde?

SV Prof. Dr. **Günter Rolf Kirste** : Zweifellos kann eine Systematisierung der Infor-

mationen dazu beitragen, dass die Menschen auf dieses Thema aufmerksam werden, zum Beispiel im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte. Ich kenne die datenschutzrechtlichen Probleme, die derzeit diskutiert werden. Dennoch bin ich der Ansicht, dass eine Festlegung dieses Themas primär in die elektronische Gesundheitskarte oder in eine Versicherungskarte hineingehört. Dies sind die Kontaktstellen zum Hausarzt und sie ermöglichen, anders als die Führerscheinstelle, ein informelles, vertrauensvolles Gespräch mit einem Fachmann. Darüber wurde bislang noch nicht diskutiert. Wir haben lediglich gesagt, dass die Organspenden gesteigert werden sollen. Dieses Ziel findet sich an keiner Stelle im Gesetz, obwohl es eigentlich in § 1 gehört. Daraus könnten dann eine Reihe von Konsequenzen gezogen werden, bis hin zu der Frage, wie die Informationen an die Menschen weitergegeben oder wo sie dokumentiert werden sollen. Ich lasse die ganzen organisatorischen und strukturellen Fragen, die wir in der letzten Anhörung besprochen haben, beiseite. Dieses Ziel sollte unbedingt erreicht werden, auch um zu verhindern, dass sich Tendenzen zum Organhandel verstärken. Diesbezüglich gibt es ein weltweites Problem. Es gibt Tausende von Transplantationen auf den Philippinen und in anderen Ländern der Welt. Dort ist die Organspende nicht so gut geregelt wie in Japan, Israel oder Saudi Arabien, wo sich die Menschen die Organe auf kommerziellem Wege beschaffen. Wenn die Regelungen, die wir einführen zu restriktiv sind und wir nicht erreichen, dass die Organspende in Deutschland deutlich gesteigert wird, dann besteht die große Gefahr, dass der eine oder andere sich einen anderen Ausweg sucht. Das muss vermieden werden. Deshalb das Plädoyer dafür, die Zielsetzung im Gesetz festzulegen und in jedem Fall zu informieren.

SV Dr. **Ulrich Montgomery**: Ich kann mich dem anschließen, was Herr Prof. Kirste gesagt hat. Ich möchte darauf hinweisen, dass die systematisierte Information lange

vor dem Kontakt mit dem Hausarzt beginnt. In vielen Bundesländern erfolgt die Aufklärung bereits durch Ärzte an den Schulen. Wir haben vorhin eindrucksvoll gehört, wie wichtig es ist, auch in der Familie über dieses Thema zu diskutieren. Der Speicherung der Erklärung auf der elektronischen Gesundheitskarte, die aus anderen Gründen hoch umstritten ist, können wir zustimmen. Diese wird im Hinblick auf ihre Stammdaten bei jedem Arztbesuch aktualisiert. In Verbindung mit der elektronischen Signatur auf einem modernen Personalausweis können Sie dem Patienten bei jedem Arztbesuch das Recht einräumen, seine Entscheidung für oder gegen die Organspende zu ändern. Wenn Sie mir gestatten, will ich Ihnen meine Erfahrungen mit dem Führerschein mitteilen. Ich habe zwei Kinder, die in der letzten Zeit den Führerschein gemacht haben. Beide sind von ihrer Grundstruktur völlig ungeeignet, mit achtzehn Jahren und dann möglicherweise für ein ganzes Leben, darüber zu entscheiden, ob sie auf ihrem Führerschein das Votum für oder gegen eine Organspende haben wollen. Ich halte den Führerschein für ein völlig ungeeignetes Instrument. Freiwillig geht niemand zur Führerscheinstelle, um das Kriterium Organspende eintragen oder ändern zu lassen.

Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Wir haben noch eine Frage an Prof. Nagel. Sie beschreiben in verschiedenen Publikationen und auch in Ihrer Stellungnahme, dass es Diskussionen darüber gibt, dass die Organspende eine ethische Pflicht wäre. Wie stehen Sie dazu?

SV Prof. Dr. Dr. Dr. Eckard Nagel : Es wäre ein Missverständnis, wenn das positive Votum zur Organspende generell als ethische Pflicht verstanden würde. Ich persönlich sehe das für mich so und kann aus meinem weltanschaulichen Kontext eine entsprechende Verpflichtung für mich ableiten. Aber, wie Dr. Montgomery schon deutlich gesagt hat, für meine Kinder könnte ich das nicht, geschweige denn

für andere Menschen um mich herum. Nein, es geht, wenn wir über ethische Pflichten sprechen, um die Frage der Äußerung und die Frage, ob ich mich entscheiden soll. Ich habe in verschiedenen Kontexten ausgeführt, dass ich persönlich glaube, dass es ethisch-moralische Pflichten im Kontext des Mitgliedseins einer Gemeinschaft gibt. Wir diskutieren über die Frage, ob in einer Gemeinschaft wie der Bundesrepublik Deutschland eine sich aus unseren ethisch-moralischen Vorstellungen ableitende Pflicht besteht, die durch den Gesetzgeber in Form einer Aufforderung, sich für oder gegen die Organtransplantation zu entscheiden, umgesetzt würde. Diese Ableitung würde ich aus meiner Einschätzung des Katalogs dessen, was wir als Bürgerinnen und Bürger an Pflichten haben, bejahen. Aber es bleibt auch ganz klar der Selbstbestimmung des Einzelnen überlassen. Es kann also unterschiedliche Kontexte geben. Ein Christ kann durchaus sagen, dass er gegen Organspende ist. Auch das Gebot der Nächstenliebe würde aus meiner persönlichen Sicht niemals dazu führen, dass ich mein christliches Selbstverständnis in Frage stellen würde, wenn ich nein zur Organspende sage. Die Ablehnung ist eine legitime und auch ethisch-moralisch fundierte Entscheidung. Wichtig ist nur, dass ich mich entscheide.

Abg. Dr. Harald Terpe (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zunächst habe ich eine Frage an Prof. Kirste zu einer in den letzten Wochen im Zusammenhang mit der heutigen Anhörung diskutierten Forderung nach der Einführung einer Widerspruchslösung, die sich auch im Antrag der Länder Bayern und Hessen wiederfindet. Diese verweisen in ihrer Begründung darauf, dass es eine solche Lösung in Spanien gibt. Können Sie darstellen, worauf der Erfolg des spanischen Modells beruht und was dieser Erfolg mit der Widerspruchslösung zu tun hat? Die zweite Frage geht an Dr. Montgomery. Wie bewerten Sie die Forderung nach Einführung eines Spendenregisters, wie es zum Beispiel in den Niederlanden existiert?

SV Prof. Dr. Günter Rolf Kirste: Ich kann nur das zitieren, was ich von den Kollegen in Spanien, die die dortige Spendenorganisation leiten, weiß. Dr. Rafael Matesanz betont in seinen Vorträgen immer wieder, dass der Erfolg des spanischen Modells nicht in der rechtlichen Regelung liegt, sondern auf die effektive Organisation zurückzuführen ist. In Spanien wird, genauso wie bei uns, in jedem einzelnen Fall mit den Angehörigen geredet. Wenn diese zögerlich sind oder gegen die Entnahme, wird darauf verzichtet. Vom Verfahren her handelt es sich eigentlich um eine Entscheidungslösung. Es wird erwartet, dass die Menschen sich dazu äußern und sich entscheiden. Aber es ist nicht so, dass das Widerspruchsrecht tatsächlich umgesetzt wird. Das gibt es nach meinem Wissen nur in Singapur. Dort wird nicht mit den Angehörigen gesprochen. Das, glaube ich, will hier niemand. Insofern muss ich die Frage, ob die Erfolgsbilanz in Spanien von einer rechtlichen Regelung abhängt, eindeutig mit nein beantworten. Es mag sein, dass die Atmosphäre der Gesprächsführung dadurch einfacher geworden ist. Herr Prof. Neuhaus hat in seiner schriftlichen Stellungnahme einen Vorschlag unterbreitet, den ich für sehr erwägenswert halte. Er hat den Weg aufgezeigt, wie wir ohne das formale Wort Widerspruchslösung, das möglicherweise schon Widerspruch hervorruft, eine Regelung finden können, um an die Angehörigen heranzutreten und ihnen diese manchmal sehr schwierige Entscheidung abzunehmen. Ganz abgesehen davon gibt es auch in Deutschland Regionen, im letzten Jahr war das zum Beispiel Hamburg, die sich mit einer Spendenzahl pro Millionen Einwohner fast auf spanischem Niveau befinden. Ich halte es durchaus für möglich, dieses Ziel durch strukturelle und organisatorische Maßnahmen zu erreichen.

SV Dr. Ulrich Montgomery: Wir bauen gerade zusammen mit der Bundesnotarkammer ein Patientenverfügungsregister auf, weil wir oft das Problem haben, dass Ärzte nicht wissen, ob eine Patientenverfügung existiert. Ich hätte kein Problem

damit, in diesem Rahmen ein Register auch für den Bereich der Organspende aufzubauen. Das löst aber das eigentliche Problem nicht, denn in dieses Register tragen sich nur diejenigen ein, die ihre Bereitschaft schon erklärt haben. Dies ist für den eher seltenen Fall nützlich, wenn die Erklärung zur Organspende nicht rechtzeitig gefunden wird. Wichtiger wäre es, sich auf die Information der Menschen, auf das Zurverfügungstellen von Spenderausweisen zu konzentrieren. Ein Register ist der zweite Schritt.

Abg. Dr. Karl Lauterbach (SPD): Ich bin wie Dr. Montgomery der Meinung, dass die elektronische Patientenakte eine vorzügliche Nutzungsmöglichkeit böte. Das könnte möglicherweise sogar die sinnvollste Nutzung sein, die bisher in der Diskussion ist. Denn das regelmäßige Aufrufen der Frage durch Gespräche mit dem Arzt macht die Nutzung dieses Instruments besonders attraktiv. Meine Frage richtet sich an Herrn Prof. Nagel. Es wurde schon von Herrn Dr. Tolmein darauf hingewiesen, dass man den Angehörigen in der akuten Situation im Prinzip eine Entscheidung nicht zumuten kann. Aber ist das nicht vielleicht eine Täuschung? Ist es nicht so, dass wir den Angehörigen genau die Entscheidung verpflichtend zumuten, die von den Gegnern der Entscheidungslösung in Abrede gestellt wird? Was bedeutet es für den Angehörigen, zu wissen, dass ohne seine Zustimmung kein Organ gespendet werden kann? Das bedeutet, dass ich als Angehöriger immer eine Entscheidung zu treffen habe. Das ist für mich eine sehr schwierige Entscheidung, und ich persönlich würde es vorziehen, für mich selbst zu entscheiden und dies nicht einem Angehörigen überlassen wollen. Ich glaube, eine Entscheidungspflicht haben wir bereits. Sie betrifft allerdings diejenigen, die diese Entscheidung am wenigsten treffen sollte, und es trifft sie, weil ich nicht für mich selber entscheide. Ist der Standard, den ich an die Patientenverfügung anlege, nicht ein anderer als der, den ich bei der Entscheidung zur Organspende anlegen

muss? Bei der Patientenverfügung ist es so, dass ich für mich entscheide, was ich mir zumuten will. Wenn ich über andere zu entscheiden habe, sind die Pflichten größer als mir selbst gegenüber. So ist es in unserer moralischen Tradition und auch für Nicht-Christen, die in einer christlich-moralischen Kultur leben. Mir scheint der Vergleich mit der Patientenverfügung nicht korrekt.

SV Prof. Dr. Dr. Eckard Nagel: Ich sehe das genau so, wie Sie es gerade geschildert haben. Eine der wesentlichen Differenzen zwischen der Patientenvorsorge und -verfügung und der Frage der Organspende ist, dass Letztere im Kontext zu einem Dritten steht, demjenigen, der als wartender Patient durch meine Organspende profitiert. Damit haben wir eine ganz andere Situation, als wenn ich für mich persönlich entscheide. Der Kontext der Patientenvorsorge soll pragmatisch regeln, wie man mit mir umgeht, wenn ich nicht mehr zustimmungsfähig bin. Der Kontext, in dem wir über Patientenverfügungen oder Patientenvorsorge sprechen, ist die Unsicherheit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder der Betreuungspersonen, Entscheidungen zu treffen, die für den Umgang mit mir, als nicht mehr entscheidungsfähigem Patienten, gelten sollen. Unter dieser Maßgabe muss man das genau voneinander trennen. Das betrifft auch die Frage der Einsetzung eines Betreuers, der in der Patientenvorsorge eine große Rolle spielt. Diese Person soll entscheiden, ob eine weitere intensivmedizinische Behandlung oder eine Steigerung von Behandlungsmaßnahmen, zum Beispiel Dialyse, Beatmung oder ähnliches, stattfinden soll. Da dies hoch komplexe Aufgaben sind, die ich für mich selbst kaum abschätzen kann, weil ich den Kontext einer möglichen Erkrankung nicht kenne, plädiere ich dafür, dass die Hilfe zur Entscheidung durch eine dritte Person sehr viel stärker im Vordergrund steht. Das ist bei der Organspende nicht der Fall. Dort geht es um eine überschaubare Entscheidung, um meine Haltung zu der Möglichkeit der Weitergabe meiner funk-

tionsfähigen Organe nach meinem Tod. Dies ist auch eine Entscheidung für die Unterstützung von dritten Personen. Auch der ethisch-moralische Gesamtzusammenhang ist ein anderer als bei der Frage der Patientenvorsorge. Eines der wesentlichen Argumente im Hinblick auf die Weiterentwicklung und die Notwendigkeit der Reform des Transplantationsgesetzes ist der Punkt, den Sie angesprochen haben, dass wir, wie bereits mehrfach erwähnt, eine Entscheidungspflicht haben. Bei allem Verständnis für die Argumentation von Herrn Dr. Tolmein, dass die Nicht-Entscheidung einen Widerspruch gegenüber der Organspende bedeutet. Wenn Sie mit Angehörigen sprechen, ist eines der gravierendsten Probleme, dass sie sich gerne zu einem Ja oder Nein durchringen würden, dies aber in der konkreten Situation nicht können. Aus dieser Situation kommen Sie auch nicht heraus, indem sie so tun, als hätten Sie die Frage nicht gehört. Die Nicht-Entscheidung hat Konsequenzen. Das führt zu Belastungen für die Angehörigen. Im Kontext aller Argumente, die heute genannt wurden ist deutlich geworden, dass bei der Frage, wie wir mit der Organspende umgehen sollen, Selbstbestimmung im Vordergrund stehen sollte. Dies setzt Information voraus. Diese Information kann und sollte von Krankenkassen bzw. Ärztinnen und Ärzten gegeben werden. Im nächsten Schritt ist es notwendig, die Entscheidung zu dokumentieren, für den Fall, dass eine Organspende durch einen plötzlich eintretenden Hirntod postmortal möglich wird. Damit werden unzumutbare Belastungen von Angehörigen vermieden, denn diese finden sich in aller Regel völlig unvorbereitet in einer Situation, in der keine andere vertragliche Regelung juristische Gültigkeit hätte, wenn die Angehörigen in dieser Situation etwas anders entscheiden würden. Die Entscheidung muss aus dieser Situation herausgenommen und entsprechend vorverlagert werden. Im Kontext der Selbstbestimmung kann sich daraus dann auch eine Entscheidungspflicht ableiten.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich habe noch eine Frage an Herrn Prof. Neuhaus und an Herrn Prof. Kirste. Unser Ziel ist es, die Spendenbereitschaft zu erhöhen. Die Menschen sollen sich entscheiden und sie sollen sich möglichst für eine Organspende entscheiden. Deshalb ist Aufklärung wichtig. Das ist die rationale Seite. Es gibt aber auch noch eine irrationale Seite. Diese hält Menschen unter Umständen davon ab, sich tatsächlich zu entscheiden. Gibt es eine Möglichkeit den Hirntod und das Prozedere zu visualisieren, indem man beispielsweise die Nulllinie im EEG oder den nicht mehr vorhandenen Blutfluss darstellt? Ich weiß aus vielen Gesprächen, dass Menschen Ängste haben. Das wäre möglicherweise eine Beruhigung.

SV Prof. Dr. Peter Neuhaus: Ich glaube Prof. Angstwurm hat dieses Thema bereits angesprochen. Ich glaube, das ist der Weg, den man gehen sollte. Der Neurologe gibt den Angehörigen die Möglichkeit, bei der Hirntodfeststellung dabei zu sein. Er hat dann die Möglichkeit, die Zeichen des Hirntods zu erklären. Das sind zunächst einmal einfache klinische Untersuchungsmethoden, die jeder Arzt am Krankenbett machen kann und die auch die Schwester kennt. Ich habe die Symptomatik bereits benannt. Dann kann man, wie Herr Prof. Angstwurm sagte, den Apnoe-Test machen, indem man, nachdem man die anderen Zeichen überprüft hat, das Beatmungsgerät abnimmt und dann kein Atemreiz mehr feststellbar ist. Auch die Hirnnerven kann man testen. Es gibt eine ganz Reihe verschiedenster Untersuchungen. Wenn der Neurologe so vorgeht, wie es in der Kaskade der Untersuchung vorgeschrieben oder empfohlen wird und die Objektivität eines über eine halbe Stunde geschriebenen EEGs hinzu kommt, das gemeinsam mit den Angehörigen angeschaut wird, dann entsteht bei den Angehörigen Vertrauen. Das haben wir erlebt. Es ist nicht ausreichend, wenn Angehörige unvermittelt mit der Nachricht über den Tod des Verwandten konfrontiert werden. Das ist auch nicht mehr der Stand der heutigen Vorgehensweise.

Das wird subtiler, menschenfreundlicher und begleitend gemacht. Das Problem ist auch nicht der mangelnde Kontakt mit Ärzten und Pflegepersonal, sondern dass sich die Menschen nicht mit der Frage der Organspende auseinandergesetzt haben und ihnen auch der Hirntod fremd ist. Für sie ist der Mensch tot, wenn das Herz stehen bleibt. Der Herzstillstand aber ist heute als Indiz für den eingetretenen Tod nicht mehr geeignet. Wenn man den Menschen verständlich erklärt, was die Zeichen des Todes sind, fühlen sie sich auch richtig informiert. Trotzdem bleibt der Punkt der Zustimmung. Ich arbeite seit 1975 in der Transplantationschirurgie. Früher haben wir Chirurgen die Angehörigen aufgeklärt und nach der Einwilligung zur Organspende gefragt. Dabei habe ich die Erfahrung gemacht, dass ein Angehöriger alleine diese Verantwortung häufig nicht tragen will und seine Zustimmung aus Unsicherheit vor der Reaktion der Familie verweigert. Nach der derzeitigen Gesetzeslage gibt es keine Organspende. Wenn § 4 des Transplantationsgesetzes, der die Zustimmung der Angehörigen zur Organentnahme fordert, dahingehend geändert würde, dass die Angehörigen eine Organentnahme ablehnen müssten, bestünde die Möglichkeit, die Organe zu nehmen. Das wüssten die Angehörigen und wenn sie es nicht wollten, dann könnten sie es im Moment der Befragung sagen.

SV Prof. Dr. Günter Rolf Kirste: Frau Dr. Volkmer, die Frage der rationalen und emotionalen Aufklärung ist sehr schwierig. Auf vieles hat Herr Prof. Angstwurm bereits hingewiesen. Die Beteiligung der Angehörigen an diesen Prozessen ist sicherlich hilfreich. Aber nicht jeder möchte das. Wir sehen das in Gesprächen, die wir mit Angehörigen von Organspendern führen. Wir betreuen diese Angehörigen manchmal über lange Zeit, über Jahre hinaus. Dabei stellen wir fest, dass der Informationsbedarf sechs Monate oder auch ein Jahr nach einer solchen Spende immer noch da ist. Es ist also auch eine Frage der Aufnahmebereitschaft und

Aufnahmefähigkeit in einer außerordentlichen Situation. Damit meine ich unter anderem auch die intellektuellen Möglichkeiten des Verstehens. Es gibt Dinge in der Medizin, die außerordentlich komplex und schwer zu verstehen sind. Dazu gehört das Phänomen Hirntod. Man muss aber, und da gebe ich Ihnen völlig recht, Wege suchen, die der Bevölkerung diese komplexen Sachverhalte näher bringt. Zum Beispiel gibt es Unterrichtsmaterialien für die Schulen. Da wird der Hirntod mit Hilfe sehr einfacher Skizzen erklärt. Aber natürlich gibt es Menschen, die tiefer

in diese komplexen Sachverhalte einsteigen möchten. Das erfordert andere und tiefer gehende Erläuterungen. Natürlich kann man den Angehörigen ein EEG zeigen und erläutern. Ich halte die Transparenz dieser Prozesse, die im Gesetz auch vorgesehen ist, für wichtig.

Die **Vorsitzende**: Ich darf mich ganz herzlich bei allen für die Fragen, aber noch mehr für die Antworten bedanken und schließe die Sitzung.