

Deutscher Ethikrat

Äußerungspflicht zur Organspende:

Sollte der Staat verlangen, dass sich jeder erklärt?

Forum Bioethik

27. Oktober 2010

18:00 Uhr

Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften

Leibniz-Saal, Markgrafenstraße 38, 10117 Berlin

Begrüßung	2
Prof. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig, Vorsitzender des Deutschen Ethikrates	2
Einführung	3
Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel, Mitglied des Deutschen Ethikrates	3
Vorträge	4
Prof. Dr. med. Peter Neuhaus, Charité Berlin	4
Prof. Dr. phil. Weyma Lübbe, Mitglied des Deutschen Ethikrates	12
Dr. med. Dipl.-Biol. Thomas Breidenbach, Deutsche Stiftung Organtransplantation.....	23
Podium	30
Moderation: Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel, Mitglied des Deutschen Ethikrates	30
Marita Donauer, Angehörige eines Organspenders	32
Annette Widmann-Mauz, MdB, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit	33
Prof. Dr. iur. Hans Lilie, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtsvergleichung und Medizinrecht, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg	34
Jutta Riemer, Lebertransplantierte Deutschland e. V.	38
Prof. Dr. phil. Weyma Lübbe, Mitglied des Deutschen Ethikrates	40

Begrüßung

**Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig,
Vorsitzender des Deutschen
Ethikrates**

**Prof. Dr. Edzard Schmidt-Jortzig
[Vorsitzender des Deutschen
Ethikrates]:**

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
Pünktlichkeit ist die Höflichkeit der Könige
und des Deutschen Ethikrates erst recht.
Ich begrüße Sie also für den Deutschen
Ethikrat vielmals zu unserem heutigen
Forum Bioethik beziehungsweise zur
heutigen Veranstaltung in dieser Reihe
und setze darauf, dass wir eine
interessante Diskussion haben werden.

Im Vorfeld dieses Abends und dieser
Veranstaltung hat es zum Teil mehr oder
weniger empörte Zuschriften an den
Ethikrat bzw. an den Vorsitzenden
gegeben, dass wir mit dem, was heute
behandelt werden soll, ja schon völlig
massiv illegitim Stellung bezögen. Ich
habe immer kühl darauf hingewiesen,
dass man die Dinge erst einmal
unvoreingenommen lesen sollte.
Äußerungspflicht zur Organspende ist
eine schlagwortartige Behandlung des
Themas, und die erläuternde Unterzeile
hat deutlich ein Fragezeichen. Wie immer
wir uns positionieren wollen in dieser
Frage, es ist jedenfalls eine offene

Diskussion, und das ist dem Thema ja
auch wirklich angemessen.

Die Frage der Organtransplantation ist
wieder in den Fokus gerückt durch
prominente Organtransplantationsfälle
zum einen, aber zum anderen auch, weil
in der öffentlichen Wahrnehmung
deutlicher geworden ist, dass die Zahl der
Organerwartenden steigt und die Zahl der
spendebereiten, der organspendewilligen
Menschen stagniert, sich also die Schere
zwischen beiden Seiten auftut. Und in
dieser Situation ist es wichtig, dass sich
wieder einmal neu mit der Thematik
befasst wird, der Nationale Ethikrat hat
dazu ja schon einmal Stellung
genommen, und wir wollen uns heute
mindestens in dieser
Diskussionsveranstaltung damit
beschäftigen.

Da werden dann auch ganz
grundsätzliche Fragen zu stellen sein, die
Frage etwa: Warum wird das
Funktionsversagen von Organen heute
nicht mehr als gottgewolltes Schicksal
hingenommen, als gottgegebenes, zu
Ende gehendes Leben oder jedenfalls der
Gesundheit? Wahrscheinlich weil uns
einfach die medizinische Wissenschaft,
aber auch die medizinisch-chirurgische
Fähigkeit Möglichkeiten an die Hand gibt,
weiter in menschlicher Verantwortung zu
agieren, als das bisher möglich war. Und
da muss sich wahrscheinlich auch das

ethische Urteil weiter entwickeln oder zumindest darauf reagieren.

Zweitens: Reicht die Solidarität in der Gemeinschaft zwischen Gesunden und Kranken, zwischen Organersehern und organisch Unversehrten soweit, dass die Organbedürftigen einen Anspruch auf Bereitstellung haben, nicht juristisch gemeint? Und vielleicht sogar, dass der Staat sich dazu fürsorglich und reglementarisch einschalten muss.

Diesen Fragen wollen wir heute nachgehen. Wir werden also dieses Thema umfassend diskutieren, und ich bedanke mich vielmals bei unserem Kollegen Herrn Prof. Dr. Eckhard Nagel für die Regie in diesem Forum Bioethik und überreiche jetzt Ihnen, nein, ich übergebe Ihnen, ich kann es ja nicht überreichen, weil es nicht mobil ist, also ich übergebe Ihnen das Podium und Sie werden die weiteren Dinge ansagen. Herzlich willkommen jedenfalls, und ich hoffe auf eine interessante und uns zum Nachdenken bringende Diskussion.

Danke.

(Beifall)

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Meine sehr verehrten Damen und Herren, auch von meiner Seite aus ein herzliches Grüß Gott zu dieser Veranstaltung, ich –

das hat Prof. Dr. Schmidt-Jortzig gerade gesagt – werde durch die Veranstaltung für den Ethikrat moderieren, Sie haben in der Einladung gesehen, dass wir verschiedene Experten aus unterschiedlichen Bereichen und Professionen eingeladen haben, bei denen ich mich jetzt schon an dieser Stelle ganz herzlich bedanke, dass sie zu uns gekommen sind und mit uns heute über das Thema diskutieren.

Der Ablauf ist folgendermaßen geplant: Wir werden drei Vorträge hören und zwar zu unterschiedlichen Bereichen, einmal zum Bereich der Organtransplantationen und seinen medizinischen Möglichkeiten, danach unter ethischen Gesichtspunkten zu der Frage, die wir ja hier gestellt haben, nämlich inwieweit es unter Umständen eine Pflicht zur Äußerung gibt, und dann auch zu dem Bereich, der ja viele Menschen im Kontext der Organtransplantation besonders beschäftigt, nämlich die Frage nach der Konkrektion der Organspende, also die Abläufe der Organspende, die Abläufe in diesem Bereich werden uns vorgestellt. Ich darf den ersten Redner herzlich begrüßen, es ist Prof. Dr. Peter Neuhaus, Professor an der Charité und wohl einer der, wenn man so sagen darf, profiliertesten Transplantationsmediziner in unserem Land. Er ist seit 1988 Leiter der Abteilung für Visceral- und Transplantationschirurgie im Virchow-

Klinikum und hat wahrscheinlich in der internationalen Reputation das größte und nachhaltigste Ansehen der deutschen Transplantationschirurgen zu dieser Zeit. Ich freue mich sehr, lieber Herr Prof. Neuhaus, dass Sie gekommen sind, und ich darf Sie zu Ihrem Einführungsvortrag über die medizinischen Möglichkeiten der Organtransplantation und dem aktuellen und künftigen Bedarf an Spendeorganen bitten.

(Beifall)

Prof. Dr. Peter Neuhaus [Charité Berlin]:

Vielen Dank Herr Nagel, meine sehr geehrten Damen und Herren, ich bin hier – wie Sie wissen – als Transplantationsmediziner, und für mich ist die Frage der Organspende heute nicht im Fokus, ich soll Ihnen eigentlich einen Überblick geben, welche Erfolge, Möglichkeiten, Perspektiven in der Transplantationsmedizin in den letzten Jahren, Jahrzehnten realisiert worden sind, und wo das in etwa hingehen könnte in den nächsten Jahren. Nun, wenn wir einmal schauen, welche Organe transplantiert werden können, dann sehen Sie hier eine riesige Liste, man muss eigentlich sagen, diese, die hier oben stehen, die wichtigen und die lebenswichtigen Organe, das sind auch

gleichzeitig die vermittlungspflichtigen Organe, und es sind experimentelle und teilweise eben auch bereits schon klinisch sehr ausgedehnte Transplantationsaktivitäten – hier zum Beispiel bei der Kornea, bei Herzklappen, Gehörknöcheln, bei Blut natürlich – gemacht worden, aber weniger intensive Arbeiten, also weitgehend noch klinisch experimentelle Arbeiten in diesem Bereich.

Hier sehen Sie Eurotransplant, wir hier in Deutschland sind große Vertreter und Verfechter von Eurotransplant. Die Stiftung Eurotransplant beschäftigt sich mit der Vermittlung von Organen.

Nun kurz zu diesem, weil das auch dazu gehört, wir sind in Deutschland mit der Organspende nicht so gut wie andere europäische Länder, das sehen Sie hier, 30 Prozent Ablehnung in Deutschland, das ist ja auch das Thema der heutigen Zusammenkunft. Wir sind dort auch in Gesellschaft mit anderen Ländern Europas wie die Niederlande und die Schweiz.

Wenn Sie schauen, wie sich die einzelnen Organtransplantationszahlen in den letzten Jahren entwickelt haben, dann sehen Sie, dass bei der Nierentransplantation ein moderater Zuwachs war, bei der Lebertransplantation ein sehr deutlicher, und dass insbesondere bei der

Herztransplantation eine Stagnation zu beklagen ist, weil letztlich die jungen Organspender, die für die Herztransplantation erforderlich sind, eigentlich erfreulicherweise immer weniger werden.

Potenzielle Organspender gibt es eine ganze Reihe mehr als dann wirklich realisiert werden, ich will das nur mal als Beispiel zeigen, Ablehnung – das hatte ich bereits

gesagt – etwa 30 Prozent, aber dann auch Ablehnung nach der Hirntotfeststellung, während der Organentnahme, medizinische Gründe usw., das sind Dinge, an denen unsere Stiftung Organtransplantation, die DSO, arbeitet, und in den letzten Jahren hat es hier durchaus Fortschritte gegeben.

Wenn man sich die Todesursachen von Organspenden anschaut, dann sehen Sie, dass es nicht mehr wie früher häufig vorwiegend Verkehrsunfallopfer sind, das sind nur noch 15 Prozent, sondern in aller Regel sind es Blutungen, hypoxische und ischämische Hirnschäden, Infarkte, also alles Dinge, die vornehmlich die älteren Menschen betreffen, und deshalb ist auch das Alter der Organspender deutlich angestiegen.

Sie sehen hier, wie die verschiedenen Organtransplantationen, hier exemplarisch an der Lebertransplantation gezeigt von 1990, wo wir etwa 26 Jahre

hatten, bis heute eine Verdopplung des mittleren Organspendealters, weil die Leber ein regenerierendes Organ ist und deshalb auch ältere Organspender genommen werden können, während beim Herzen hier der Anstieg nicht so ist, denn mit Alterung und weiterem Fortschritt der Arterienverkalkung an den Herzkranzgefäßen sind diese Organe dann nur noch eingeschränkt verwendbar.

Die häufigste Organtransplantation ist die Nierentransplantation, hier sehen Sie schematisch den Anschluss einer Niere an ein Becken, und – das kann man hier nicht gut sehen, weil das Licht zu hell ist – hier sehen Sie ein solches Organ nach dem Wiederanschluss, hier die Arterie, der Harnleiter, das ist mal ein OP-Foto.

Was erreichen wir mit der Nierentransplantation? In der ersten Zeit, in den ersten drei Monaten nach einer Nierentransplantation ist das Risiko des Organempfängers zu sterben höher als ohne Organtransplantation, das liegt an der Chirurgie, an den möglichen Komplikationen während der Operation usw., nach drei Monaten fällt diese Kurve aber stetig ab und ist nach einem Jahr schon bei einem Drittel des Wertes angelangt, den jemand an der Dialyse hat. Das heißt: Die Organempfänger haben mit dieser Operation eine bessere Chance zu überleben als ohne, und sie

haben natürlich eine ungleich höhere Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und Lebensfreude, weil sie nicht ständig an die Maschine müssen usw.

Wenn man dann schaut, wie das Überleben des Transplantates mit dem Alter des Spenders immer wieder ansteigt, dann sieht man, dass von einem jungen Spender von bis zu 30 Jahren die Organe selbstverständlich länger leben als von einem alten Spender von über 70 Jahren, zum Beispiel von einem Spender, der einen Schlaganfall gehabt hat. Das sind gute 20 Prozent Unterschied.

Weiterhin unterscheiden wir nach medizinischen Kriterien natürlich so genannte ideale Spender und solche, die marginal genannt werden, die zum Beispiel einen Herzstillstand hatten für einige Zeit, die Infektionen haben und andere Bedingungen. Und Sie sehen auch hier, dass 20 Prozent Unterschied im Überleben der Organe nach bereits 5 Jahren vorhanden sind.

Aber nicht nur das Spenderalter, sondern auch das Empfängeralter ist gestiegen bei uns, und Sie sehen, auch das hat eine Auswirkung auf das Ergebnis. Junge Empfänger haben ein besseres Überleben als alte, und wenn man das über 10 Jahre macht und 70-jährige aussucht, ist es natürlich völlig klar, dass die Menschen nicht alle 80 werden aus anderen Gründen, aber Sie sehen hier

ein starkes Votum dafür, dass man genau diese Gruppe auch besonders bevorzugen sollte, um – wie es im TPG auch steht – Dringlichkeit und Erfolgsaussichten angemessen zu berücksichtigen.

Wenn man sich die Nierentransplantation weiter ansieht, dann ist die aktive Warteliste inzwischen nicht mehr angestiegen, sondern eher zurückgegangen. Und Sie müssen wissen, dass wir etwa 60.000 Nierenpatienten in Deutschland haben, die an der Dialyse behandelt werden, aber sehr viele alte Menschen, ich weiß die Zahl nicht genau, die lieber dialysiert werden wollen, also lieber an der Dialyse bleiben wollen, als sich dem Risiko einer Organtransplantation zu unterziehen.

Hier Sie sehen einen Anstieg der Nierentransplantation, der ist moderat, und Sie sehen hier: 21 Prozent sind bereits Lebendspenden. In den Vereinigten Staaten sind das 45-50 Prozent, weil der Organmangel einfach dieses große Loch nicht schließen kann, weil wir einfach viele Patienten haben, die fünf oder sechs Jahre warten und kein Organ bekommen. Das ist der eine Grund für die Lebendspende, und der andere ist aber auch, dass das Ergebnis besser ist. Mit einer Lebendspende weiß man, dass man eine gesunden Spender hat, der gut untersucht ist, an dem alle Dinge, die

man testen kann, normal sind. Bei einem verstorbenen Organspender mit einem Unfall oder einem Hirnarterienproblem weiß man das natürlich nicht, und deshalb ist hier auch ein Unterschied zu sehen.

Spezielle Gruppen, die heute immer häufiger werden – Sie wissen, Zuckerkrankheit ist in unserer Gesellschaft eine stetig ansteigende Erkrankung –, haben besondere Probleme. Wenn ein Diabetes-mellitus-Patient zu der Erkrankung, die er primär hat, als Komplikationen noch eine Niereninsuffizienz, also eine Dialysepflichtigkeit erfährt, dann steigt sein Risiko zu sterben. Hier sehen wir, wenn der Patient an der Dialyse ist, dann sind pro 100 Jahre 20 Todesfälle zu verzeichnen, das heißt also 20 Prozent Wahrscheinlichkeit, dass der Mensch in einem Jahr stirbt. Wenn er auf der Warteliste ist, dann ist sie geringer. Warum? Weil sich auf der Warteliste nur Patienten befinden, die wirklich in einem guten transplantationsfähigen Zustand sind, während die erste Säule alle Patienten mit Diabetes umfasst. Aber aus dieser Warteliste rekrutieren sich die Patienten, die transplantiert werden, und die haben nur noch die Hälfte der Todesrate, das heißt ganz besonders die Diabetiker profitieren von einer Nierentransplantation, insbesondere von einer frühen Nierentransplantation. Und

sie profitieren noch mehr von einer Nierentransplantation plus einer Pankreastransplantation, also einer Insulin produzierenden Bauchspeicheldrüse, das sehen Sie hier, da ist eine sehr gute Überlebenskurve, hier ist die für Diabetiker mit einer Lebendspende, und hier ist die Kurve mit einem Organ von einem verstorbenen Spender. Das heißt, wir Mediziner wissen also ganz genau, wenn der Patient eine simultane Nieren- und Bauchspeicheldrüsentransplantation bekommt, hat er die besten Überlebenschancen.

Soviel mal schlaglichtartig, weil man ja in der kurzen Zeit nicht alles vermitteln kann, was einem zu Nierentransplantationen im Kopf herum geht.

Und ich möchte jetzt noch etwas zur Lebertransplantation sagen, Herz und Lunge lasse ich etwas zurück, weil ich glaube, das schaffen wir nicht in der kurzen Zeit. Hier sehen Sie ein solches zerotisches Organ, einen Knoten, das ist ein Tumorknoten, also ein primärer Leberzelltumor, das ist die eine große Indikation, und zum anderen die Komplikation der Leberzirrhose, wir teilen die ein in A, B und C, dies ist eine fortgeschrittene Leberzirrhose. Die Leberzirrhosen sind meistens durch eine Virusentzündung oder eben auch durch

Alkohol oder unbekannte Ursachen toxisch entstanden.

Und wenn man die Ergebnisse der Lebertransplantation anschaut, dann sind wir sehr stolz, dass wir in 20 Jahren einen Fortschritt gemacht haben. Als ich in Hannover angefangen habe mit der Lebertransplantation unter der Leitung von Prof. Pichlmayr, da waren wir bei 30 oder 40 Prozent, jetzt waren wir in Berlin bei 90 Prozent Einjahresüberleben, das hat eine Menge wissenschaftlichen und klinischen Aufwand und viele Erfolge und viele schöne Erlebnisse bedeutet, die ich persönlich nicht missen möchte

Wenn man sich anschaut warum, kann man sehen: In der Anfangszeit sind die Hälfte unserer Patienten praktisch innerhalb von drei Monaten gestorben, das hatte zur Ursache schlechte Organkonservierung, chirurgisch-technische Probleme, intensivmedizinische Probleme mit dem Herzen und der Lunge, schlechte Immunsuppression usw.

An diesen Dingen haben wir kontinuierlich gearbeitet, und wir sind heute soweit, dass praktisch nur noch 3, 4 oder 5 Prozent in der frühen postoperativen Phase an diesen Problemen versterben müssen. Das Problem heute ist, dass der Patient, der transplantiert wird, in einem Finalzustand

zu uns kommt und dann natürlich sekundäre Komplikationen entwickelt.

Wenn man sich die Ergebnisse anschaut am Beispiel unseres eigenen Zentrums, dann sieht man, dass die sogenannten cholestatischen Erkrankungen die besten Prognosen haben, Langzeitüberlebenschancen von über 80 Prozent, daneben sieht man die alkoholische Zirrhose, die Frage habe ich deshalb exemplarisch ausgewählt, weil alle sagen, Alkoholiker – soll man die überhaupt transplantieren. Wir hatten lange Diskussionen, aber Alkoholkrankheit ist eine Krankheit und wird als Krankheit betrachtet, und alle unsere Patienten werden sehr intensiv psychosomatisch und anderwärtig untersucht, bevor sie gelistet werden. Also nur ein kleiner Teil der Alkoholkranken findet sich hier wieder.

Und hier sehen dann Sie die Tumorerkrankungen mit einem Fünfjahresüberleben um 70-75 Prozent.

Schaut man sich hier wiederum das Alter der Spender an, ist das nicht so gravierend wie bei den Nieren, weil die Leberzellen sich regenerieren, sie wachsen nach – das wissen Sie, Prometheus – , aber trotzdem gibt es einen Unterschied, wenn wir alte Spender über 65 haben, und die haben wir heute vornehmlich, dann ist das Ergebnis eben

um 15 Prozent schlechter, als wenn es sich um jüngere Spender handelt.

Und wenn Sie ein kompromentiertes Organ durch eine längere Intensivmedizin, Herzstillstand usw. bekommen, dann ist das Ergebnis auch eben in der frühen Phase schlechter als bei denen mit einem guten Ergebnis, hier ist der Abfall, wir verlieren diese Patienten oder die Organe in der frühen Zeit nach der Operation.

Nun – ich zeigte Ihnen bereits dieses Bild mit dem Bauchwasser und dem Muskelschwund und den Krampfadern in der Haut – , das sind die typischen Zeichen solch einer fortgeschrittenen Leberzirrhose, und wir haben heute einen Messparameter, den so genannten MELD Score, der *Model of End Stage Liver Disease*, das kommt natürlich wie alles aus Amerika, mit Laborwerten, Kreatinin als Nierenfunktionswert, Gerinnungswert und Gallefarbstoff, und daran machen wir Scores zwischen 0 und 40

fest. Und eine solche Patientin wäre hier bei ungefähr 32. Und dieser MELD Score zeigt uns relativ klar, dass diese Patientin ein 80-prozentiges Risiko hat, innerhalb von drei Monaten zu versterben. 80 Prozent statistisch gesehen, wenn Sie 100 Patienten dieser Art mit diesen entsprechenden Parametern und einem MELD Score von 32 nehmen, dann

sterben von denen 80 innerhalb von drei Monaten.

Das sind praktisch unsere Patienten, die wir heute transplantierten, oder sie sind zum Teil noch kränker. Da wir ja sehr viele Leberkranke in Deutschland haben, manche Leute schätzen 2 Millionen Leberkranke, davon 200.000 mit Leberzirrhose, aber das sind natürlich auch viele alte Leute, die gar nicht jemals etwas davon wissen oder auch nicht in Frage kommen, ist der Bedarf sehr groß, und wenn der Erfolg gut ist, wollen es auch immer mehr Leute haben.

Und hier sehen Sie die ansteigenden Transplantationszahlen über die Zeit, aber Sie sehen eine noch viel stärker ansteigende Warteliste. Nun ist das ein statischer Ausschnitt, man darf nicht vergessen, dies ist eigentlich ein falsches Bild, man müsste wissen, wie viele Patienten pro Zeiteinheit neu auf die Liste kommen, und das ist dadurch nur unvollständig gesagt.

Sie sehen hier unten eine kleine Zahl mit gelben Balken, das stellt die Lebendspende dar, die wir auch analog zur Nierenspende gemacht haben. Und wenn man diese ganze Misere auf der Warteliste anschaut in unserem eigenen Zentrum, dann sehen Sie, dass immer eine erhebliche Zahl von Patienten auf der Warteliste stirbt, das sind in Berlin mindestens 10 Prozent.

Nun, ich sagte Ihnen, je kränker die Patienten sind, desto schwieriger wird das auch mit der Transplantation. Sie sehen hier: Dieser MELD Score, ist er geringer, unter 30, dann haben wir ein relativ gutes Ergebnis nach einem Jahr, da ist er über 30, das ist aus Amerika, dann haben wir ein schlechteres Ergebnis, nämlich um ungefähr 20 Prozent schlechter, das muss man wissen. In je schlechterer Verfassung die Patienten zum Zeitpunkt der Transplantation sind, desto weniger gut wird das Ergebnis sein. Das heißt, wir haben unseren Auftrag des Gesetzgebers, nach Dringlichkeit und Erfolgsaussichten zu transplantieren, nach der Dringlichkeit zwar erfüllt, aber nicht unbedingt nach den Erfolgsaussichten.

Und dann haben wir in das Allokationssystem – so wie wir das nennen – besondere Bedingungen für Patienten eingearbeitet, die – wie ich Ihnen gezeigt habe – einen Leberkrebs in der Leberzirrhose haben, und da die etwas Besonderes sind und einen Vorzug bekommen, sind die Zahlen dieser Transplantationen massiv angestiegen in Amerika und auch bei uns. Erst waren das immer so 5 Prozent, und da die jetzt vorgezogen werden, sind es plötzlich 30 Prozent geworden. Woran liegt das? Das liegt daran, dass die Ärzte wissen, aha, der ist ein Kandidat, der bekommt ein

Organ, aber die Transplantationszentren wissen auch, wir können Organe transplantieren, das heißt, ich möchte in meinem Zentrum Organe transplantieren, weil ich Wissenschaft machen möchte, weil meine Klinik den finanziellen Umsatz erwartet, weil die Operation ein wichtiger wissenschaftlicher Faktor ist und und und, und deswegen werde ich, wenn ich Patienten mit HCC bekomme, diese auch besonders nehmen.

Dann muss man Kriterien finden, die auch den Erfolg möglich machen, Sie sehen hier, da gibt es sogenannte Mailandkriterien, die Größe und die Anzahl der Tumorknoten etwa, 75 Prozent Fünfjahresüberleben. Geht man darüber hinaus, sinkt das Ergebnis auf 50 Prozent ab. Und das ist nach unserem Kriterium nicht mehr akzeptabel, und deshalb werden diese Patienten nicht bevorzugt gelistet.

Man kann das aufdröseln mit einem DNA-Index und kann dann sehr genau sagen, DNA-Index niedrig – gutes Ergebnis, DNA-Index hoch – schlechtes Ergebnis, das ist also eine Möglichkeit, darauf will ich jetzt im Einzelnen nicht näher eingehen wegen der Zeit.

Technische Innovationen sind zum Beispiel die Teilung der Leber, wie Sie es hier sehen, für ein Kind und einen Erwachsenen oder für zwei Erwachsene, hier sehen Sie das in natura, wie die

Leber nach Kaltperfusion geteilt wird oder im Körper, und hier sehen Sie ein Bild von einer Lebendspende, wenn der rechte Leberlappen des Spenders abgeschnitten wird, wächst die linke Leber wieder nach. Aber das führt zu einer ganzen Anzahl von Komplikationen und unter anderem auch zum Tod, das kann zum Tod des Spenders führen, man schätzt einer von zweihundert solcher Organspender stirbt an den Komplikationen einer solchen Operation weltweit, das heißt also, es ist eine relative aggressive Angelegenheit, und das muss man sich sehr genau überlegen. Aber wenn ich kleine Kinder hätte – sage ich immer bei solchen Vorträgen – , und man kann die Mutter retten, und die hat sonst keine Chance, dann wird man sich einen guten Chirurgen suchen und nicht über einen von zweihundert philosophieren, aber da kann jeder seine eigene Meinung haben. Die Lebertransplantation in Deutschland mit Organen von lebenden Spendern ist zurückgegangen, weil – wie Sie vielleicht zum Teil wissen – auch in Deutschland Todesfälle aufgetreten sind, die die ganze Sache ein bisschen heruntergefahren haben, aber ich denke – analog zur Nierenspende – werden wir nicht umhin kommen, dieses Thema zu reaktivieren.

Und lassen Sie sich ganz zum Schluss noch sagen, experimentelle Sachen wie die

Hand- , die Arm- und die Gesichtstransplantation gibt es auch im Bauch. Hier ist die kompakte Transplantation von Leber, Dünndarm, Bauchspeicheldrüse und anderen Organen, und das muss in einem wissenschaftlichen Umfeld passieren.

Ich zeige Ihnen als letztes Bild die Anzahl der Organtransplantationen in Deutschland und ich möchte Sie einfach nur auf diese letzte Spalte verweisen. Wenn wir es nicht schaffen, in Deutschland die Transplantationsaktivitäten in Schwerpunkten für die Versorgung der Patienten und für die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Themas zu konzentrieren, dann werden wir unsere Ziele nicht erreichen. Wenn wir hier 25 Herztransplantationszentren haben und 13 davon weniger als 10 machen im Jahr, und hier bei Pankreas 24 Zentren ganz wenige machen, dann können wir keine wissenschaftliche Weiterentwicklung dieses Themas haben. Das ist eine Aufgabe, die die Politik mit uns zusammen angehen muss, die können wir nicht alleine lösen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

(Beifall)

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Lieber Herr Prof. Neuhaus, vielen herzlichen Dank für diese Einführung. Ich denke, man hat als jemand, der sich mit dem Thema noch nicht so intensiv auseinandergesetzt hat, die Bandbreite der verschiedenen Aspekte, der Indikationsstellung zur Transplantation, der Frage des Alters, des Erfolges, die unterschiedlichen Implikationen usw. deutlich herausgehört.

Es wird so sein, dass wir aufgrund der Zeit und der Konzentration auf die Frage, die im Mittelpunkt steht, nämlich die Äußerungspflicht zur Organspende, die Vorträge nicht noch mit Fragen ergänzen, sondern später auf der Podiumsdiskussion unter Ihrer Beteiligung Fragen zum Vortrag von Prof. Neuhaus und später zu Herrn Dr. Breidenbachs Vortrag dann noch einmal mit diskutieren können.

Die nächste Vortragende, Frau Prof. Dr. Weyma Lübbe, wird selber mit auf dem Podium sein. Sie ist Mitglied des Deutschen Ethikrates, und der Ethikrat hat sie gebeten zu der Grundfrage, die hier heute im Raum steht, einen Einführungsreferat zu halten. Wir haben eine intensive Diskussion gehabt bei der Vorbereitung dieses Abends, nämlich mit der Frage, ob es denn konkret Pflichten, wenn es auch immer wieder Rechte für

Bürgerinnen und Bürger gibt, die sich im Kontext des Gesundheitswesens und gerade dann eben in diesem Beispiel, das wir heute ausgewählt haben, der Organtransplantation definieren lassen, und sie wird in einem etwas ausführlicheren Vortrag von 30 Minuten versuchen, uns die ethischen Implikationen dieser Frage nahe zu bringen, damit wir sie nachher mit in die Diskussion aufnehmen können. Bitte.

(Beifall)

Prof. Dr. Weyma Lübbe [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Ich sollte vielleicht vorweg sagen, dass der Inhalt des Vortrages nicht abgesprochen ist mit dem Rat oder mit der Vorbereitungsgruppe, ich spreche für mich selbst als Mitglied des Ethikrates, aber nicht für den Ethikrat.

Wie Sie sehen, will ich mich nicht auf das Thema Äußerungspflicht beschränken, sondern die Widerspruchsregelung mit einbeziehen, also im Grunde den Gesamtregelungsvorschlag des Nationalen Ethikrates aus dem Jahr 2007 diskutieren, der hatte dies beides gekoppelt. Diese Weiterauffassung meiner Themenstellung hat seinen Grund zunächst im Stand der aktuellen Debatte. 2007 wurde die Widerspruchsregelung von politischer Seite durchweg abgelehnt,

ebenso von der Bundesärztekammer. Inzwischen ist das nicht mehr der Fall. Widerspruchsregelung ist heute im öffentlichen und im politischen Raum eine ernst genommene Option, auch wenn sie im Unterschied zu einer Äußerungspflicht derzeit nicht auf der Gesetzgebungsagenda steht.

Es gibt aber auch einen systematischen Grund, das beides zusammen zu diskutieren. Man kann den Vorschlag der Etablierung einer Äußerungspflicht gar nicht kommentieren ohne die Frage zu stellen, was soll im Fall der Nichtäußerung geschehen? Eine Aufforderung zur Äußerung bei der, wenn man ihr nicht nachkommt, einfach gar nichts geschieht, das ist keine Verpflichtung, sondern ein bloßer Appell. Das wäre nichts Neues, solchen Appellen, sich zur Organspende zu äußern, sind die Bürger seit vielen Jahren ausgesetzt. Selbstverständlich kann man sich andere Folgen der Nichtäußerung denken, als das vom Nationalen Ethikrat für diesen Fall vorgesehene Greifen der Widerspruchsregelung, also die Erlaubnis, die Organe ohne die Zustimmung desjenigen zu entnehmen. Die Äußerungspflicht könnte etwa an das Verfahren zum Erwerb des Führerscheins gekoppelt werden, und man könnte verfügen, dass der Führerschein nicht ausgestellt wird, wenn das behördliche Formular nicht vollständig ausgefüllt

wurde. Von solchen Sanktionsformen hört man in der Debatte nichts, irgendwelche Folgen der Nichtäußerung müssen aber mitgeregelt werden, wenn man die Äußerung tatsächlich als Pflicht etablieren will.

Insofern war der Vorschlag des Rates, ich meine hier und im Folgenden immer den damaligen Rat, den Nationalen Ethikrat, also den Autor der Stellungnahme, die Äußerungspflicht mit der Widerspruchsregelung zu koppeln durchaus keine fakultative Zutat des Konzepts, dieser Punkt gehörte schon ganz wesentlich dazu. Dem Rat lag aber daran, das eigene Konzept mit der Widerspruchsregelung nicht einfach gleichgesetzt zu sehen, es bestehe nämlich ein wesentlicher Unterschied zwischen einer sozusagen sang- und klanglosen Einführung der Widerspruchsregelung und einer Vorbereitung dieser Umstellung durch ein Verfahren, in dessen Rahmen die Bürger veranlasst werden sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, unter dieser Bedingung, so der Rat, aber nur unter dieser Bedingung, dürfe man die Zustimmung eines Bürgers, der sich nicht geäußert habe, vermuten.

Ich zitiere aus der damaligen Stellungnahme:

„Eine gesetzliche Vermutung der Zustimmung zur Organspende ist

gerechtfertigt, weil nach gründlicher Information der Öffentlichkeit über die Widerspruchsregelung vieles dafür spricht, dass jede ernsthafte Ablehnung in einem Widerspruch zum Ausdruck gebracht werden wird.“ Auf diesen Punkt legte die Stellungnahme besonderen Wert, der Grund dafür ist das Bemühen des Rates, nicht den Vorwurf auf sich zu ziehen, er optiere für eine Übergehung des Selbstbestimmungsrechtes.

Nochmals ein Zitat:

„Dabei liegt die Rechtfertigung für die Entnahme nach der Widerspruchsregelung nicht in einer Solidarpflicht zur Organspende, sondern, sofern durch geeignete Maßnahmen eine Vermutungsbasis geschaffen wird, in der vermuteten Zustimmung des potenziellen Organspenders. Eine Pflicht zur Organspende lässt sich nicht rechtfertigen.“ Die These der Vermutbarkeit der Zustimmung bei Schweigen ist der am meisten kritisierte Punkt der Stellungnahme gewesen. Ich selbst halte diese Kritik für berechtigt, der Rat – so mein Eindruck – hatte versucht, in einer schwierigen Debatte auf halber Strecke Position zu beziehen mit Argumenten im Gepäck, deren Logik einen Stillstand an der vorgeschlagenen Stelle nicht gestattet. Diese Einschätzung möchte ich im Folgenden belegen, Sie werden sehen, dass das Resultat

unmittelbar für die Frage der Äußerungspflicht relevant ist, auch wenn diese, wie es derzeit der Fall ist, als separater Vorschlag diskutiert wird.

Für die Vermutung, wer schweigt, stimmt zu, argumentiert der Rat so: Diejenigen, die vom Rat einen ernsthaften Ablehnungsgrund haben, werden sich unter Geltung der Widerspruchsregelung erklären, denn nur so können sie absichern, dass ihre Organe nicht entnommen werden, wer sich nicht äußert, dem kommt es offenbar nicht darauf an, was nach dem Tod mit seinen Organen geschieht, er hat keinen ernsthaften Ablehnungsgrund und sein Selbstbestimmung wird dann durch die Entnahme auch nicht tangiert.

Nun mag es aber noch diejenigen geben, die zwar einen vom Rat sogenannten ernsthaften Ablehnungsgrund haben, sich aber dennoch nicht äußern wollen, zum Beispiel weil sie befürchten, dass ein dokumentierter Widerspruch ihnen früher oder später Nachteile bei der Organzuteilung einbringen wird, wenn sie selbst einmal ein Transplantat benötigen. Bei solchen Personen kann das Schweigen selbstverständlich nicht als Zustimmung ausgelegt werden. Wenn man die Stellungnahme auf diesen Punkt hin genau liest, wird das dort auch nicht behauptet, ich zitiere:

„Darüber hinaus kann die Zustimmung sowohl faktisch wie normativ erwartet werden. Normativ ist sie erwartbar, weil die meisten Menschen im Bedarfsfall selbst ein Organ haben wollen und die moralische Norm der Goldenen Regel akzeptieren, dass man zu Leistungen, die man von anderen erwartet oder zumindest erhofft, auch selbst bereit sein sollte.“

Auch hier behauptet der Rat nicht eine Pflicht zur Organspende, er behauptet aber, die Organspende sei normativ erwartbar, das heißt einforderbar, sofern man andere Organe anderer im Bedarfsfall gerne haben möchte. Die Pflicht der Bürger, hierin Reziprozität zu wahren, Gegenseitigkeit zu wahren, diese Pflicht nennt der Rat eine moralische Norm, nicht eine Rechtspflicht. Er koppelt aber den Versuch im Ergebnis, den Versuch, sich der Goldenen Regel des Schweigens zu entziehen, mit der Folge, dass das Selbstbestimmungsrecht in diesem Falle übergangen wird.

An dieser Stelle möchte man vielleicht anmerken, dass die Goldene Regel ein elementarer Grundsatz unserer Moral ja auch tatsächlich sei und dass das Selbstbestimmungsrecht kein Vehikel darstelle, auf dessen Rädern man sich der Geltung moralischer Regeln entziehen dürfe. Dass die Goldene Regel ein fundamentaler moralischer Grundsatz

ist, dieser Auffassung bin ich auch, aber ihre Anwendung auf konkrete Fragestellungen ist oft nicht einfach, so auch hier. Ich meine, dass eine Pflicht, die eigenen Organe zu spenden, wenn man Organspenden anderer annehmen würde, keineswegs aus der Goldenen Regel folgt. Dafür, dass eine Person, die nicht spenden will, im Rahmen der Goldenen Regel bleibt, ist lediglich erforderlich, dass sie jederzeit auch anderen Personen zugesteht, nicht zu spenden.

Die zu wahrende Reziprozität ist die Wechselseitigkeit des Respekts für die persönliche Entscheidung, nicht die Wechselseitigkeit der Spendebereitschaft. Das jedenfalls gilt, wenn man auf dem Standpunkt des Selbstbestimmungsrechtes steht. Ob der Rat das wirklich tut, ist also nicht ganz eindeutig. Eindeutig ist lediglich, dass der Rat im Ergebnis nicht für eine Rechtspflicht zur Organspende votiert, auch nicht für diejenigen Personen, die im Bedarfsfall eine Organspende entgegennehmen würden. Von einer moralischen Pflicht zu solcher Reziprozität ist aber ausdrücklich die Rede in der Stellungnahme. Was der Rat vorbringt, um zu begründen, dass das zweierlei sei, die moralische Pflicht und die Rechtspflicht, das kommentiere ich im nächsten Abschnitt.

Unterdessen halte ich Folgendes zum Bisherigen fest: Meines Erachtens hat der Rat nicht plausibel gemacht, dass man die Zustimmung jedenfalls vermuten könne, wenn sich jemand zur Organspendefrage nicht erklärt, insbesondere kann es sein, dass die Bürger Hemmungen haben sich zu erklären, weil sie befürchten, dass ein Widerspruch ihnen als unmoralisches Verhalten ausgelegt wird. Und die Stellungnahme des Rates ist ein Beleg dafür, dass diese Sorge nicht aus der Luft gegriffen ist.

Die Bereitschaft zur postmortalen Organspende bezeichnet der Rat als „praktische Bewährung jener Solidarität, die einem von schwerer Krankheit oder Tod bedrohten Mitmenschen geschuldet ist“, praktische Bewährung geschuldeter Solidarität. Anschließend stellt der Rat in der Stellungnahme die Frage, ob die Zustimmung zur Organspende und die Verweigerung als gleichrangige moralische Möglichkeiten zu betrachten seien. Das Ergebnis – so der Rat – sei deutlich. Die Bereitschaft zur postmortalen Organspende ist ethisch als die objektive, vorzugswürdige Alternative anzusehen.

Im unmittelbaren Anschluss heißt es:

„Gleichwohl bleibt es dabei, dass niemand rechtlich oder moralisch zu der Entscheidung genötigt werden darf.“

Hier stellen sich zwei Fragen, erstens möchte man meinen, dass das ethische Urteil des Rates nichts anderes als eine öffentliche Form der moralischen Nötigung zur postmortalen Organspende ist. Zu diesem nahe liegenden Einwand schweigt der Text. Und zweitens möchte man wissen, wieso der Rat, wenn er die Zustimmung zur Spende objektiv als ethisch vorzugswürdig ansieht, wieso er denn überhaupt der Ansicht ist, dass dazu nicht genötigt werden darf, um das zu begründen, greift der Rat auf folgenden Grundsatz zurück:

„Der sittliche Wert jeder Handlung hängt davon ab, dass sie freiwillig ausgeführt und nicht erzwungen wird.“

Umgekehrt formuliert bedeutet dieser Grundsatz, dass eine zu Lebzeiten dokumentierte Willensäußerung zur Organspende, Zustimmung oder Widerspruch, aus Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Verstorbenen beachtet werden muss. Das ist die Begründung dafür, warum moralische Pflicht und Rechtspflicht auseinander fallen. Diese Passage scheint mir nicht überzeugend. Auch das Gebot, an einem soeben verunglückten Autofahrer nicht achtlos vorbeizufahren, benennt eine moralische Pflicht. Wir sind ganz zufrieden damit, dass sie zugleich als Rechtspflicht niedergelegt ist, ihre Einhaltung also erzwungen wird, denn es

kommt uns darauf an, dass bei Unfällen geholfen wird, ob das Helfen sittlichen Wert hat, ist nicht so wichtig. Wenn dies nun bei der Organspende anders sein soll, dann müsste der Rat erklären warum, der bloße Bezug auf den zitierten Grundsatz ist dafür keine Erklärung. Er muss erklären, warum es hier auf die Freiwilligkeit ankommen soll.

Die uneindeutige Haltung des Rates in der Frage des Selbstbestimmungsrechtes zeigt sich auch in einem anderen Punkt, der in der Praxis besonders wichtig ist. Im Abschnitt über die sogenannten organisatorischen Gründe des Organmangels, berichtet der Rat über die Hemmungen der Ärzte, die erforderlichen Angehörigengespräche zu führen, ich zitiere:

„Zudem werden an den Verlauf und das Ergebnis des Gespräches widersprüchliche Anforderungen gestellt. Einerseits ist es ethisch geboten, es ergebnisoffen zu führen und die Angehörigen nicht in eine bestimmte Richtung zu drängen, andererseits hegen diejenigen, die am Transplantationsprozess beteiligt sind, die Erwartung, dass eine möglichst hohe Zustimmungsraten bei den Angehörigen erzielt wird.“

Wäre es nicht Aufgabe des Rates gewesen, diesen Widerspruch aufzulösen, also entweder den am

Transplantationsprozess Beteiligten ins Stammbuch zu schreiben, dass sie die Zustimmungsraten nicht zu steigern, sondern genauso hinzunehmen haben, wie sie sich nach strikt nondirektiver Beratung ergeben, oder zu sagen, dass man ethisch verpflichtet sei, die Angehörigen zur Zustimmung zu bewegen.

Später im Text erläutert der Rat hierzu, es gäbe achtenswerte Beweggründe für die Verweigerung der Spende, diese werden wie folgt benannt:

„Neben dem Wunsch, dass Angehörige und Freunde in Ruhe sollen von dem Toten Abschied nehmen können, was allerdings auch im Rahmen einer Organspende durchaus möglich ist, spielt dabei vor allem die Hirntoddebatte eine Rolle. Auch wenn die wissenschaftlichen Fragen zum Hirntod weithin als geklärt gelten, muss respektiert werden, dass nicht wenige Menschen dem Augenschein, dass der Hirntote noch Bewegungen und Reaktionen zeigt, mehr glauben als wissenschaftlichen Aussagen über die Irreversibilität des Hirntodes.“

Was bedeutet das? Insbesondere für die Ärzte auf den Intensivstationen, die sich – wie Experten immer wieder urteilen – nicht genügend um das Spenderaufkommen bemühen. Beraten sie nach Auffassung des Rates noch in der ethisch gebotenen Weise

ergebnisoffen, wenn sie im Angehörigengespräch – ganz wie der Rat es in der Stellungnahme tut – erklären, dass Zweifel am Hirntodkriterium wissenschaftlich obsolet seien? Respektieren die Ärzte den Wunsch der Angehörigen, in Ruhe Abschied zu nehmen, wenn sie ihnen mitteilen – ganz wie es der Rat in seiner Stellungnahme tut – , dass ein ungestörter Abschied durchaus auch im Rahmen einer Organspende möglich sei? Darf ein Arzt – so geschehen nach dem Bericht betroffener Eltern – das Gespräch mit dem Satz einleiten: „Ihr Sohn war doch ein sozialer Mensch, nicht wahr?“? Nachdem doch auch der Ethikrat mitteilt, die postmortale Organspende sei eine praktische Bewährung der geschuldeten Solidarität.

Fragen über Fragen, der Grund dafür: Der Rat stellt nicht klar, warum er dafür optiert, am Selbstbestimmungsrecht festzuhalten. Der Rat will unter diesem Stichpunkt offenbar nicht x-beliebige Verweigerungsgründe schützen, nicht das Desinteresse am Leiden anderer, nicht Verstöße gegen die Goldene Regel, nicht die Unlust, sich mit dem Thema zu befassen, nicht Pietät und Totenruhe, die er mit der Spende als vereinbar ansieht, nicht die Kritik an Hirntodkriterien, die er für obsolet hält. Warum dann eigentlich nach Auffassung des Rates keine Pflicht zur Organspende?

Wenn man die Pressemeldungen der letzten Wochen durchsieht, gewinnt man den Eindruck, dass manche die Idee einer Pflicht zur Organspende vor allem deshalb nicht diskutieren möchten, weil sie den Widerstand der Bevölkerung fürchten. Einige empfehlen solche Vorsicht auch für die näher am sogenannten Politisch-Durchsetzbaren liegende Widerspruchsregelung, und selbst für die Äußerungspflicht. Ich zitiere aus einem Zeitungsbericht:

„Die Bereitschaft zur Organspende dürfe nicht verordnet werden.“, sagte Rösler. „Schon wenn man verlange, dass sich jeder auf seiner Versichertenkarte für oder gegen eine Organspende entscheiden müsse“, das ist die Äußerungspflicht, „baue man emotionale Hürden auf.“ Auch die Bundesärztekammer ist vorsichtig: „Schon die Debatte um eine Widerspruchsregelung verstärke bestehende Ressentiments.“

Solche Äußerungen zeichnen das Bild einer trotz aller Aufklärungsbemühungen zum Systemmisstrauen neigenden Bevölkerung, deren mimosenhafte Spendebereitschaft man besser mit Zeitungsberichten über prominente Spender anregt, als sie konflikträchtigen Diskussionen über mögliche Gesetzesänderungen auszusetzen.

In dieser Weise mag die Debatte führen wer will, der Ethikrat – hier meine ich jetzt auch den gegenwärtigen Rat – sollte das nach meiner Auffassung nach nicht tun, der Ethikrat sollte die Bürger als Diskussionsteilnehmer behandeln, nicht als Objekte von mehr oder weniger geschickten Kommunikationsstrategien zur Steigerung des Spendeaufkommens.

Einige Gedanken dazu, in welche Richtung eine respektvolle Deutung der sogenannten emotionalen Hürden in der Bevölkerung gehen könnte. Das möchte ich meinem vorletzten Abschnitt vorstellen. Ich mache da zunächst einen Abstecher zu einem nur scheinbar entfernten Thema – zu Überkreuzspenden. Das ist eine Form der Lebendspende, eine Person spendet dabei einem der Person nichtangehörigen Menschen, für den die Organe aus medizinischen Gründen nicht in Frage kommen, sondern einem ihr fremden Menschen. Ein Angehöriger des Empfängers stellt sich umgekehrt als Spender für den Angehörigen der ersten Person zur Verfügung. In manchen Ländern, zum Beispiel in der Schweiz, ist das erlaubt, in Deutschland nicht, offiziell. Hier dürfen Lebendspenden nur an Personen gehen, die dem Spender selbst nahe stehen. Eine diesbezügliche Liberalisierung des Transplantationsrechtes wird aber immer wieder gefordert für unser Land, zum

Beispiel Ende August in einer Pressemitteilung der FDP-Fraktion. Der Grund für das Verbot der Überkreuzspende ist, weil es sich um ein Tauschgeschäft handelt. Nicht Niere gegen Geld, aber Niere gegen Niere. Nicht die Sorge um die Gesundheit des Empfängers motiviert den Spender, sondern die Erwartung der Gegenleistung durch dessen Angehörigen. Das zeigt sich auch an dem Umstand, dass die Entnahmeoperationen zeitlich parallel durchgeführt werden, obgleich das medizinisch gar nicht nötig wäre. Nötig ist es, weil der zweite Spender seine Zustimmung zur Entnahme zurückziehen könnte, wenn die erste Spende statt gefunden hat und der eigene Angehörige versorgt ist. Natürlich verstieße er damit gegen die Abmachung, er darf dann aber trotzdem zur Durchführung der Spende nicht gezwungen werden, natürlich auch in der Schweiz nicht. Das liegt – wie oben entwickelt – nicht daran, dass pflichtgemäße Handlungen wegen des fehlenden sittlichen Wertes generell nicht erzwungen werden dürften. Es liegt daran, dass die Abmachung nicht rechtsgültig ist. Verträge, deren Gegenstand die Entnahme oder die Übernahme von Organen gegen Gegenleistung ist, sind sittenwidrig.

Wenn man den Ausdruck Selbstbestimmungsrecht wörtlich nimmt, könnte man meinen, dass dieses Recht,

das Selbstbestimmungsrecht, die Verfügung über die eigenen Organe einschließlich vertraglicher Verfügungen doch gerade ins persönliche Belieben stellt. So wird das Selbstbestimmungsrecht von Autoren, die sich als liberal begreifen, auch immer wieder ausgelegt. Tatsächlich ist das aber eine ganz systemfremde Deutung. Auch für eine Spende zwischen sich Nahestehenden reicht ja nicht etwa die bloße Willensäußerung aus. Die Spendermotivation bei der Lebendspende wird in jedem Einzelfall von einer Kommission geprüft. Stellt sich bei einem Gespräch zum Beispiel heraus, dass ein Mann spenden will, um auf diese Weise seine sich auf dem Absprung befindliche Lebensgefährtin an sich zu binden, dann kann die Spende abgelehnt werden. Die gesetzliche Erlaubnis zur Lebendspende dient der Ermöglichung eines Aktes der Zuwendung, nicht der Ermöglichung des Tausches von Organen gegen Zuwendung. Ebenso wenig dient sie dem Tausch von Organen gegen Organe.

Das jedenfalls ist die Logik hinter der aktuellen Rechtslage, diese Logik würde mit der Zulassung der Überkreuzspende durchbrochen. Sie würde auch mit einigen anderen Regelungen durchbrochen, die in diesem Sommer öffentlich diskutiert worden sind, übrigens in mehreren Fällen im Wirtschaftsteil der betreffenden Zeitungen, der sonst nicht

der klassische Ort für bioethische Kommentare ist. Das Spektrum reicht von einem Beitrag, der unter der Titelzeile: „Ein bisschen mehr Marktwirtschaft würde Leben retten“ den wörtlich piffigen Vorschlag präsentiert, die Spendebereitschaft durch erhöhte Chancen beim Organempfang zu belohnen, bis hin zu einem Beitrag, der den Ökonomen Charles Blankert zitiert:

„Einem regulierten Markt an Organen stehen im Moment ethische Bedenken entgegen, aber wer diese Bedenken vorträgt, müsste meines Erachtens rechtfertigen, inwieweit ihm Ethik wichtiger ist als die tausend Menschen, die in Deutschland jedes Jahr sterben, weil sie keine Spendeorgane finden.“

Halten wir kurz inne. Wie sind wir auf den Flügeln der Debatte dieses Sommers so schnell von der Widerspruchsregelung zum Organhandel gelangt? Der Zusammenhang ist dieser:

Wir haben gesehen, dass der Nationale Ethikrat die Erlaubnis zur postmortalen Organentnahme nicht streng auf die vermutete Zustimmung, sondern auch auf die moralische Pflicht zur Zustimmung gestützt hatte. Er hatte diese moralische Pflicht zur Zustimmung insbesondere mit der These begründet, dass es im Bereich der postmortalen Spende Reziprozitätsgebot gebe, wie du mir, so ich dir, wer ein Organ haben wolle,

müsse seine eigenen auch hergeben, die Goldene Regel. Damit hat der Rat einen ersten Schritt zur Umstellung des Spendewesens von der Logik des Helfenwollens auf die Logik des Tauschenwollens zugetan. Wenn man diesen Schritt tut, also sagt, dass es ein Reziprozitätsgebot gibt, wenn man diesen Schritt tut, dann wird es wirklich schwierig zu begründen, warum spendebereite Personen beim Organempfang nicht bevorzugt werden sollten? Schon ist man bei der Anreizdiskussion oder Clublösung, anschließend ist nur noch der Schritt von den nichtfinanziellen zu den finanziellen Anreizen zu tun, und der ist über die Zwischenstufe des nur scheinbar pietätvollen Vorschlages, bei postmortalen Spendern die Beerdigungskosten zu übernehmen, dann auch nicht mehr so schwierig.

Ich vermute für diese Zusammenhänge hat die angeblich so unaufgeklärte Bevölkerung ein Gespür, und deshalb bin ich gar nicht so unglücklich, dass sie mit Widerständen reagiert, wenn all die pfiffigen Vorschläge zur Belebung des Spendewesens mal wieder auf den Tisch kommen.

Die technischen Möglichkeiten zur Verwertung des menschlichen Körpers, hirntot oder lebendig, sind ständig im Wachstum begriffen. Starke Interessen, und keineswegs nur von Firmen oder

Forschern, sondern auch die Interessen von kranken Menschen begehren den Zugriff auf diese Ressource. Das Erfordernis der Zustimmung seitens des Spenders ist eine Schranke für diese Verwertungsprozesse. Als Ausfluss eines Freiheitsrechtes ist es falsch charakterisiert, tatsächlich sind die aktuellen Bestimmungen ein Ausfluss des Gebotes, den Menschen nicht zum Tauschobjekt zu machen, auch nicht sich selbst. Das sieht man daran, dass die Freiheit derer, die vor der Verwertung des hirntoten Körpers gefragt werden müssen, sich darauf beschränkt zu sagen, ob und gegebenenfalls was gespendet werden soll, nicht wem und auch nicht, was sie dafür haben möchten. Nur darauf beschränkt sich die Spende, ob gespendet werden soll oder nicht.

Was nun die Einführung der Äußerungspflicht angeht, so spüren die Menschen, dass das Interesse dahinter nicht der Wunsch ist, ihre Meinung in der Spendefrage zu erfahren, das wirkliche Interesse ist der Wunsch nach mehr Ressourcen. So zeigt es ganz offen auch der Titel der Stellungnahme des Nationalen Ethikrates.

Ich habe diese Stellungnahme hier exemplarisch diskutiert als Beispiel für den Stand der öffentlichen Kommunikation zu diesen Fragen. Nach meiner Auffassung kommen die aktuellen

Kommunikationsverhältnisse einer massiven öffentlichen moralischen Nötigung gleich, sich zur postmortalen Organspende bereit zu erklären. In dieser Lage eine Äußerungspflicht zu etablieren mit der offiziellen Botschaft, dass jedermann selbstverständlich auch nein sagen dürfe und das auch gar nicht weiter erläutern müsse, das ist der Inbegriff einer Doppelbotschaft. Auf Doppelbotschaften reagieren die vernünftigsten Leute mimosenhaft.

Ich schlage daher vor, dass die öffentliche und die politische Debatte, bevor man irgendwelche Pflichten zum Zweck der Steigerung des Organaufkommens etabliert, zunächst einmal klärt, ob man eigentlich noch Respekt vor Nichtspendern hat und wenn ja, warum? Vielen Dank.

(Beifall)

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Weyma Lübbe, vielen Dank für die Erläuterungen, die sich nun insbesondere auf die Tatsache, und ich schaue mal auf die ehemaligen Mitglieder des Nationalen Ethikrates, auf die Kritik der Stellungnahme des Ethikrates bezogen haben, da können Sie ein lebendiges Beispiel der Diskussion sehen und der Art und Weise, wie im Nationalen und nun im Deutschen Ethikrat diskutiert und

debattiert wird. Meine sehr verehrten Damen und Herren, zum Abschluss der Informationsweitergabe zu dem Thema, was wir dann auf der Podiumsdiskussion besprechen wollen, soll nun noch Dr. Thomas Breidenbach von der Deutschen Stiftung Organtransplantation, die von Herrn Neuhaus schon erwähnt wurde, als die Institution, die beauftragt ist, sich in Deutschland um den Bereich der Organspende zu kümmern, den jetzt verschiedentlich angesprochenen schwierigen Bereich der Organspende selbst darstellen, damit wir noch einmal von der Praxis aus gesehen eine Darstellung bekommen, wie sich letztendlich die Erfahrung bei den organisatorischen und sozialen, sicher aber auch bei den ethischen Herausforderungen im Alltag die Spendeorgananlage darstellt.

Dr. Thomas Breidenbach ist geschäftsführender Arzt der Region Mitte, die DSO ist nach spezifischen Regionen unterteilt, sozusagen föderal organisiert, wenn auch nicht eindeutig mit den jeweiligen Grenzen, die wir in unserem Bundesstaat haben. Er hat dementsprechend Erfahrungen aus Mitteldeutschland zu uns zu bringen, er ist aber als jemand, der primär als Transplantationschirurg selbst tätig war und auch im Transplantationszentrum leitende Aufgaben übernommen hat, jemand, der beide Seiten kennt, also

auch die Realität der Patientinnen und Patienten, die auf ein Organ warten, und deren Angehörige, wie eben jetzt auch seit 2008 als geschäftsführender Arzt im Bereich der Organspende. Thomas, wir freuen uns auf deinen einleitenden Vortrag zum Thema der Praxiserfahrung.

Dr. Thomas Breidenbach [Deutsche Stiftung Organtransplantation]:

Lieber Eckhard, vielen Dank, meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich soll Ihnen von der Praxiserfahrung im Bereich der Organspende berichten, das ist ein bisschen schwierig in einer Viertelstunde. Ich werde versuchen, es auf einige wenige Bereiche zu fokussieren.

Prof. Nagel hat schon gesagt, die Aufgaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation ist unter anderem die Koordinierung der Organspende. Was wir uns als ein Ziel gesetzt haben, ist auch die Förderung der Transplantationsmedizin, das ist aber nicht die uns eigentlich vom Gesetzgeber zugetragene Aufgabe. Die Transplantationsmedizin ist von den Verantwortlichkeiten in drei Teile aufgeteilt, das sind zum einen die Transplantationszentren, die die Warteliste führen und die Transplantationen durchführen; die DSO, die die Organspende koordiniert, dazu werde ich gleich mehr sagen; und dann

Eurotransplant, die die Organallokation durchführt.

Zu den Aufgaben der DSO gehören die Betreuung der Spenderangehörigen, die Unterstützung der Krankenhäuser, die Organisation eines internationalen Erfahrungsaustausches und vor allem die Koordinierung der Organspenden. Das sind relativ viele. Ich will kurz nennen zum einen die Klärung der Spendereignung – Kommt jemand überhaupt als Spender infrage, wenn das Krankenhaus bei uns anfragt? – , die Klärung rechtlicher und organisatorischer Fragen sowie die Organisation von mobilen Hirntoddiagnostik-Teams in kleinen Krankenhäusern – wobei wir selbst von der DSO mit der HTD nichts zu tun haben – , die Unterstützung beim Angehörigengespräch und die Begleitung des gesamten Spendeprozesses, das ist hier aufgeführt. Das will ich im Einzelnen aber gar nicht durchgehen.

Ein wichtiger Punkt ist die Angehörigenbetreuung, darauf werde ich später noch eingehen, das wurde mir speziell zum Thema gestellt. Wir machen Fortbildungen und Öffentlichkeitsarbeit, aber zunehmend auch – wie im Krankenhaus – Qualitätssicherung und eine zunehmende Verwaltungstätigkeit.

Prof. Neuhaus hat Ihnen das im Prinzip schon gezeigt, wenn man die Jahre seit 2000 aufteilt bis jetzt 2010, sehen wir

eine leichte Steigerung der Organspende, aber keine wirklich signifikante, und auch das hat Prof. Neuhaus schon gezeigt, aber nicht so erwähnt, diese leichte Steigerung beruht darauf, dass wir immer mehr ältere Spender und immer kränkere Spender akzeptieren. In der älteren Spendergruppe über 65 entnehmen wir mittlerweile nicht mehr nur die Leber, sondern auch die Nieren und zum Teil die Lunge usw.

Ich hatte schon gesagt, worauf die Steigerung zurückzuführen ist, und wir haben etwas, das wir erweiterte Spenderkriterien nennen. Der ideale Spender, jeder denkt an den klassischen Motorradfahrer oder den sonst Gesunden, der plötzlich bei einem Unfall verstirbt, diese Spender haben wir maximal 3 Prozent, zum Glück muss man natürlich sagen, dass diese Patienten seltener versterben, aber wir haben immer mehr ältere und kränkere Spender und wir akzeptieren auch bestimmte Bereiche, die wir sonst nicht akzeptiert hätten.

Prof. Neuhaus hat Ihnen schon zwei Sachen dazu gesagt, das Eine sind die Leberergebnisse, die in den letzten zwei, drei Jahren drastisch zurückgegangen sind, von den Ergebnissen der Einjahresüberlebenden, das liegt an dem MELD-Kriterium, das selbe Phänomen sehen wir bei der Herztransplantation.

Die Ergebnisse des internationalen Vergleiches, hier sehen Sie Deutschland weit zurückliegen, wo inzwischen 80 Prozent aller Patienten auf der sogenannten HU-Liste sind, das sind Patienten, die auf Hochdringlichkeit gemeldet sind, wo man eigentlich davon ausgehen muss, dass der Patient noch ein, zwei Tage zu leben hat. Die Wartezeit bei den HU-Patienten sind mittlerweile mehrere Wochen.

Und was bringt das mit sich? Die immer älteren und kränkeren Spender haben auch viele Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes, Gefäßerkrankungen, koronare Herzerkrankungen, Tumore, aber auch häufiger Infekte, gerade ältere Spender haben häufiger Tumore, die oft schwer zu entdecken sind. Das sind besondere medizinische Voraussetzungen. Aber es gibt auch ethische und logistische Herausforderungen, mit denen wir uns momentan befassen müssen.

Die Transplantation von Extremitäten ist sehr, sehr selten, Prof. Neuhaus hat es berichtet, das ist der Patient aus München, der vor zwei Jahren transplantiert wurde mit einer kompletten Armtransplantation beidseits, das ist ja auch durch die Medien gegangen.

Hier die Teilgesichtstransplantation, das stellt ganz andere ethische und

logistische Voraussetzungen, nicht nur an die DSO.

Wie ist so ein Ablauf im Groben? Zuerst ist die Spendererkennung im Krankenhaus, was die Ärzte vor Ort beachten müssen, dass jemand, der an einer primären oder sekundären Hirnschädigung verstirbt, als Spender infrage kommt, dann die Hirntoddiagnostik einleitet und durchführt, und dann kommt die DSO ins Spiel, das heißt der Koordinator, der eventuell dazu kommt, wenn er gerufen wird. Dann muss man die Therapie des Verstorbenen begleiten, dass die Organe in funktionsfähigen Zustand gehalten werden, und dann kommt ein ganz wichtiger Prozess, auf den ich später noch eingehe, das Gespräch mit den Angehörigen, und wie man damit umgeht. Dazu kommen viele Voruntersuchungen, Datentransfer, Austausch mit Eurotransplant, dann evtl. die Organentnahme und der Transport zu den verschiedenen Transplantationszentren. Nur kurz, dass Sie einmal sehen, bei diesem gesamten Prozess einer Multiorganentnahme sind etwa 50-150 Menschen beteiligt. Es gibt dabei zum Teil auch logistische Herausforderungen, ein Beispiel sehen Sie hier – den Vulkan in Island, da sind sehr viele Flüge storniert worden, das ist natürlich ein sehr seltenes Ereignis, aber häufig kommt vor, dass wir eine positive

Kreuzprobe oder Entnahmeprobleme haben, oder dass der Empfänger nicht erreichbar oder nicht transplantabel ist, das stellt uns bei einer Multiorganentnahme, wo es um sechs, sieben Organe geht, vor logistische Herausforderungen, das muss dann gelöst werden.

Die Realität werden Sie kennen, das ist die Realität, wie wir sie heute teilweise in Krankenhäusern haben, nicht ganz so drastisch, aber so ähnlich. Wir haben eine Arbeitsüberlastung der Ärzte in den Krankenhäusern, das ist ein Grund, warum sie sich wenig um das Thema kümmern, wir haben in Deutschland 1300 Krankenhäuser und 50 Transplantationszentren. Prof. Neuhaus hat schon angedeutet, dass das evtl. zu viele sind. Sie alle müssen betreut werden. Und ich möchte Ihnen noch eine Zahl nennen: Wir haben 68 Koordinatoren in Deutschland, die für diese fast 1400 Krankenhäuser zuständig sind. Das ist eine ganz wichtige Zahl, das möchte ich Ihnen noch zeigen, wir werden noch auf das Beispiel Spanien zurückkommen, das ist ja immer ein Land, das genannt wird, das Land mit den höchsten Spenderzahlen, und das liegt nicht nur an der Widerspruchslösung in Spanien, sondern da spielen auch ganz viele andere Faktoren eine Rolle. Zuallererst möchte ich einmal die Anzahl der Koordinatoren für die Krankenhäuser

nennen. Spanien hat weniger Krankenhäuser, aber deutlich mehr Koordinatoren, ungefähr 14 Koordinatoren pro eine Million Einwohner, wir in Deutschland liegen hier bei 1,4 Koordinatoren pro eine Million Einwohner.

Was gibt es noch für Faktoren, die die Organspende ganz maßgeblich beeinflussen? In einer Publikation von 2001 stand, der limitierende Faktor in der Organspende ist die niedrige Zustimmungsrage, Prof. Neuhaus hat auch schon darauf hingewiesen, 30 Prozent, zum Teil liegt sie bei uns höher, zum Teil um 50 Prozent Ablehnung durch die Angehörigen.

Was steht im TPG? Im TPG steht: Entweder hat der Verstorbene zu Lebzeiten der Organspende zugestimmt, in der Regel dokumentiert durch den Organspendeausweis.

Nach den neuesten Umfragen der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung wissen wir, dass die Zahl der Leute mit Organspendeausweis sich leicht erhöht hat, das sind

25 Prozent. Der allerhäufigste Fall ist allerdings dieser, dass jemand zu Lebzeiten nicht zugestimmt hat, das heißt der nächste Angehörige muss entscheiden, und er soll entscheiden – so steht es im Gesetz – nach dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen. Das ist relativ schwierig, und wir sehen,

dass wir hier in ungefähr nur 20 Prozent überhaupt den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen haben, entweder schriftlich oder evtl. mündlich geäußert. Und jetzt kommt ein Punkt, wo ich mit Ihnen nicht übereinstimme, Frau Lübke. Sie hatten gesagt, die Gesetzgebung, wie wir sie jetzt haben, erachten Sie als gut im Bereich der Zustimmungslösung. Dem möchte ich ganz klar widersprechen, wenn wir uns diese Zahlen anschauen, wir haben ungefähr 70 Prozent, wo man nicht weiß, wie der Angehörige gedacht hat, und egal was die Angehörigen dann entscheiden, kann man nie sichergehen, eigentlich überhaupt nicht sicher gehen, dass sie im Sinne des Verstorbenen entscheiden. Insofern wäre eine andere Lösung allein aus diesem Grunde sinnvoll für mich.

Was sind jetzt die Ursachen für die hohe Ablehnungsquote? Das ist zum Teil die Angst davor – das ist das häufigste, was genannt wird – , dass die Ärzte nicht mehr alles für mich tun, wenn ich einen Organspendeausweis habe, zum Teil auch der Missbrauch durch Organhandel. Im Falle des Todes – und der Hirntod wurde ja auch schon angesprochen – kommt etwas Besonderes zum Tragen, der Unterschied zwischen rationaler und emotionaler Wahrnehmung. Früher war das relativ einfach, da ist der Mensch an Herz-Kreislauf-Stillstand verstorben, kurz danach ist das Gehirn abgestorben, der

Leichnam war blass, kalt und jeder konnte begreifen, dass der Tod eingetreten ist. Wenn man heutzutage von Hirntod, redet ist es schwierig. Wenn der Mensch gestern noch lebte, und heute wird den Angehörigen gesagt, ihr Angehöriger ist gestorben, das wurde festgestellt durch eine Untersuchung, das ist schwer vermittelbar. Und darum sind die Angehörigengespräche ganz wichtig, sie müssen sich auf bestimmte Dinge konzentrieren. Es ist wichtig, dass man einen passenden Ort hat, in Ruhe und vertrauensvoll mit den Angehörigen umgeht. Es ist wichtig, dass eine Fachkompetenz da ist. Leider – das wissen wir heute – haben die Kollegen sehr häufig auf den Intensivstationen nicht nur eine Arbeitsüberlastung, sondern kennen sich, vor allem in kleinen Krankenhäusern, mit dem Thema Organspende nicht aus, woher auch? Sie haben es ja nicht gelernt und sind deshalb häufig überfordert, und sie erzählen den Angehörigen zum Teil – so erleben wir das in unserer täglichen Praxis – falsche Dinge. Wichtig ist, dass man den Angehörigen vermittelt, dass alles zur Rettung des Verstorbenen getan wurde, und dass es nicht primär um das Thema Organspende geht. Ganz wichtig ist auch, dass die Angehörigen den Tod begriffen haben, den Hirntod als Tod des Menschen, wenn sie das nicht begriffen haben, dann ist eine Zustimmung nicht

nur schwierig, sondern auch nicht auf tragenden Säulen. Dass man auf alle Fragen antwortet, sollte selbstverständlich sein, aber das ist heute in der Medizin leider nicht mehr so selbstverständlich.

Die Rechtmäßigkeit der Frage nach der Organspende ist auch ein wichtiger Punkt, das hatten Sie ja angesprochen, dass das häufig nicht so ist, dass man die Meinung der Angehörigen respektiert, wenn jemand eine Organspende nicht möchte. Das ist ein ganz, ganz wichtiger Punkt, finde ich. Und das Wichtigste in diesen Gesprächen – wie es in jedem ärztlichen Bereich sein sollte – ist ein vertrauensvoller Umgang mit den Angehörigen, und dass die Koordinatoren eben nicht darauf drängen, eine Organspende zu haben, sondern das, was wir haben wollen, ist eine stabile Entscheidung.

Es gibt für uns und den Koordinator, der das Gespräch in der Regel vor Ort mit den Ärzten und den Angehörigen zusammen führt – so ist eigentlich das optimale Setting –, zwei Bereiche: zum einen haben wir die Familie, deren lieber Angehöriger gerade gestorben ist, und im ungünstigsten Fall wissen sie nicht, wie er gedacht hat. Aber auf der anderen Seite haben wir auch die Familie, die darauf angewiesen ist, dass man diese Fragen stellt. Nicht, dass es eine

moralische Verpflichtung dazu gibt, die gibt es meiner Meinung nach nicht, aber es gibt die moralische Verpflichtung diese Frage zu stellen, denn nur so kann man diesen Menschen helfen. Und was ganz wichtig ist, worauf unsere Leute achten, dass wir so genannte Nachentscheidungsdissonanzen vermeiden, das heißt ein zu schnelles Ja kann genauso falsch sein wie ein zu schnelles Nein. Das wissen wir aus unseren Umfragen, da gehe ich gleich noch einmal darauf ein, dass es wichtig ist, dass man mit den Angehörigen eine vernünftige Entscheidung bespricht. Wenn jemand sagt: Ja, ich stimme zu, dann kann er es hinterher genauso bereuen, als wenn er zu schnell nein sagt. Ein berühmtes Beispiel ist der Herr Kinkel, unser Ex-Außenminister, der bei seiner verstorbenen Tochter relativ schnell geantwortet hat, dass er keine Organspende möchte, und der heute immer noch sagt, dass er es später bitter bereut hat.

Aber auch bei den Ärzten und Pflegepersonal ist eine große, große Unsicherheit. Es gibt eine Befragung aus Regensburg von Herrn Prof. Bein, da wurden das Personal, Ärzte und Pflegekräfte nach ihrer Einstellung gefragt, und man hat festgestellt, dass die Betreuung der trauernden Angehörigen als extrem belastend empfunden wird, dass immerhin 40 Prozent der Personen

gesagt haben, sie sind mit der Angehörigenbetreuung nicht zufrieden. Und das ist das Wichtigste: Es besteht die Befürchtung, mit der Frage nach Organspende den Trauerprozess zu erschweren, zu verlängern, deshalb traut man sich nicht, diese Frage zu stellen.

Wir haben in den letzten 10 Jahren, speziell in der Region Mitte, aber auch in der ganzen DSO, Angehörige befragt, wir haben inzwischen zu 1300 Spenderfamilien Kontakt aufgenommen. Wir haben erstaunlicherweise eine extrem hohe Rücklaufquote von 60 Prozent. Wir haben inzwischen 34 Angehörigentreffen mit über 700 Teilnehmern durchgeführt, da gab es Raum für persönlichen Erfahrungsaustausch, die Beantwortung von Fragen, aber auch den Dank von transplantierten Patienten und Diskussionen. Und die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammen gefasst: Erschwert die Organspende die Trauerzeit? In 90 Prozent der Fälle entweder „nein“ oder „weiß nicht“, das heißt dann nicht unbedingt, sie hat sie erschwert, und immerhin sagen ein Drittel der Angehörigen, dass die Trauer sie sogar erleichtert hat. Und die überwiegende Zahl der Menschen, die wir befragt haben, würde einer Organspende wieder zustimmen, ausgedrückt hat das hier Marlene Probst, und das sagen viele Angehörige, dass sie dem sonst so

sinnlosen Tod eventuell noch einen kleinen Sinn geben kann.

Ganz wichtig finde ich die Aussage der Eltern der kleinen Paula, die bei einer banalen Mandeloperation verstorben ist, die gesagt haben, das ist auch das, was die Frau Probst eben schon gesagt hat: Diese absolut sinnlose Situation muss einer anderen Familie doch erspart bleiben. Noch wichtiger ist das, was der Vater gesagt hat, dass es eine Katastrophe für ihn gewesen wäre, wenn man eine Organspende, wenn sie möglich ist, nicht durchgeführt hätte. Er hat die Ärzte im Krankenhaus selbst auf die Organspende angesprochen, der Chefarzt war eigentlich gegen Organspende, und er hat darauf gedrängt, dass eine Organspende durchgeführt wird, so etwas finde ich eine Katastrophe heutzutage. Es muss die Möglichkeit geben, zumindest danach zu fragen.

Zur Zusammenfassung ganz kurz: Die Spenderfamilien brauchen eine langfristige Unterstützung und die gesellschaftliche Würdigung ihrer Entscheidung. Dankbriefe von Empfängern können das Organspendeklima befürworten. Die Äußerungspflicht bzw. die Widerspruchslösung kann entlastend sein für die Angehörigen. Und ich möchte noch kurz zwei Sachen sagen, das ist für

mich ein ganz wichtiger Punkt. Ich möchte Ihnen in den letzten drei Folien, ich weiß, ich bin mit der Zeit am Ende, aber noch kurz diese zwei Sachen sagen: Diese Zahlen kennen wir alle, 12.500 Patienten stehen auf der Warteliste, 60.000 Patienten sind an der Dialyse, 8000 sind gelistet, diese Zahl sollte eigentlich erschrecken. Nach neuesten Untersuchungen weiß man, dass mindestens ein Drittel dieser Patienten auf die Warteliste gehören und von einer Transplantation profitieren würden. Nach konservativen Schätzungen – andere Schätzungen gehen von 50 Prozent aus – sollten eigentlich 20-30.000 Patienten, denen eine Transplantation zusteht, auf der Warteliste stehen.

Letzte Woche auf einem Kongress hat das jemand sehr provokant formuliert: Es besteht ein gesellschaftliches Unvermögen, dass unsere Gesellschaft das akzeptiert, dass mehrere Menschen am Tag sterben, denen eigentlich geholfen werden könnte. Und dass das geht, das zeigen andere Beispiele, wir sagen, auch das hat Prof. Neuhaus gesagt, Deutschland ist im Bereich der Organspende Entwicklungsland. Ich glaube, wir brauchen neue Ideen, und wir müssen davon weggehen, dass es den einen Schalter für die Organspende gibt, Widerspruchslösung oder sonstige Sachen. Es gibt nicht den einen Schalter, es gibt viele verschiedene Bereiche, das

ist einerseits die Gesetzgebung, aber auch die Bevölkerung, die wir anfassend müssen. Das ist einerseits die Gesetzgebung, das ist aber auch die Bevölkerung, die Aufklärung, aber auch die Spendererkennung in den Krankenhäusern. Wir müssen den Umgang mit den Angehörigen weiter professionalisieren. Es gibt verschiedene Punkte, die sind auch schon angesprochen worden, wie die Clublösung, wie die Inhouse-Koordination, ausreichende Finanzierungen müssen besprochen werden, und der Fall Steinmeier, er hat sich gestern dazu geäußert, auch er plädiert mittlerweile für eine Widerspruchslösung. Das ist ja auch schon mehrfach genannt worden in Ihrem Vortrag, die Zahl der Organspenden erhöhen – ein drängendes Problem der Transplantationsmedizin in Deutschland, das ist jetzt zwei Jahre her, das drängende Problem ist genauso drängend wie jemals zuvor, und ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall)

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielen herzlichen Dank, Thomas Breidenbach.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, im weiteren Ablauf – das habe ich ja

vorher gesagt – werden wir jetzt auf dem Podium zuerst einmal mit den noch anderen anwesenden Expertinnen und Experten, in welcher Hinsicht sie das sind, werde ich gleich vorstellen, diskutieren zu den Themen, die angesprochen worden sind. Immer unter der Maßgabe unseres Themas natürlich: Äußerungspflicht, und gibt es eine solche Äußerungspflicht zur Organspende? Wir haben alle Gruppen, die in den Vorträgen auch schon angesprochen worden sind, eingeladen und können von deren Seite aus noch einmal eine besondere Würdigung beziehungsweise Sichtweise zu diesem Thema hören. Ich glaube, das ist auch ganz wesentlich, denn dass es Differenzen gibt und unterschiedliche Sichtweisen dazu, das sollte in den Vorträgen ja deutlich werden. Ich freue mich sehr, dass unserer Einladung gefolgt sind einmal Marita Donauer. Wenn wir von Expertin sprechen, dann sind Sie es dahingehend, dass Sie eine Angehörige eines Organspenders sind, Sie kennen also wahrscheinlich als einer der ganz wenigen Menschen in diesem Saal diese Situation. Vielen Dank, dass Sie gekommen sind.

(Beifall)

Wir haben mit Frau Jutta Riemer die Vorsitzende eines Patientenverbandes der Lebertransplantierten in Deutschland e.V., in diesem Verband sind die meisten

Patienten, die lebertransplantiert sind, in einer Selbsthilfegruppe aktiv. Sie vertreten diejenigen, die auf eine Organspende warten bzw. hinter sich haben, auch Ihnen vielen herzlichen Dank, dass Sie heute da sind.

(Beifall)

Zu meiner Rechten sitzt die Bundesregierung, liebe Frau Widmann-Mauz als parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, sind Sie heute Abend die immer wieder angesprochene Rechtsinstanz, diejenige Institution, die letztendlich für das Transplantationsgesetz verantwortlich zeichnet. 1997 ist es entschieden worden, ursprünglich war es ja mal auf Länderebene zu organisieren. Der Deutsche Bundestag konnte erst entscheiden, als es eine entsprechende Gesetzesänderung gegeben hat. Dementsprechend sind natürlich viele Fragen an Sie gerichtet bzw. werden in der Diskussion an Sie gerichtet. Vielen Dank, dass Sie gekommen sind.

(Beifall)

Und zu ihrer Rechten wiederum sitzt Prof. Lilie. Herr Prof. Hans Lilie vertritt die auch schon angesprochene Bundesärztekammer, aber nun nicht aus Sicht der Ärzteschaft direkt von der Profession, denn sein Professorentitel gehört zu dem Bereich der

Rechtswissenschaft. Prof. Lilie ist Direktor eines Lehrstuhls für Rechtswissenschaft an der Universität in Halle, ein Gründungsprofessor dort und mittlerweile auch Leiter eines Instituts für Ethische Fragen in den Wissenschaften. Aber im Hinblick auf die Bundesärztekammer ist er im Vorsitz der Ständigen Kommission der Organtransplantation bei der Bundesärztekammer, die Institution, die vom Gesetz aus damit beauftragt ist, sich mit den Fragen der Organisation und der Abläufe der Organtransplantation in Deutschland zu beschäftigen. Wie schwierig das ist, welche verantwortungsvollen Punkte dort entschieden werden, hat Prof. Neuhaus gezeigt, wie sind die Verteilungsregeln, das sind die Aufgaben, die diese ständige Kommission organisiert und entscheidet, vielen Dank dass Sie heute Abend zu uns gekommen sind.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, Prof. Weyma Lübke möchte ich nicht noch einmal vorstellen, sie hat ihren Vortrag ja schon gehalten. Ich würde gerne in einer ersten kurzen Runde den Gästen, die wir hier eingeladen haben, die Möglichkeit geben, sich zu der Frage selbst zu äußern. Ich darf mit Ihnen anfangen, Frau Donauer. Sie haben ja tatsächlich persönliche Erfahrungen zu der Frage: Wie wird oder ist eine Anfrage zur Organspende im Hinblick auf einen

Menschen selber, wie ist sein Entscheidungsprozess zu werten? Wenn Sie die Diskussion verfolgen insbesondere zu der Frage einer Äußerungspflicht, sollte zu Lebzeiten jeder von uns aufgefordert sein, sich dazu zu äußern, wie würden Sie aufgrund Ihrer eigenen persönlichen Erfahrung darauf reagieren?

Marita Donauer [Angehörige eines Organspenders]:

Aufgrund meiner persönlichen Erfahrung würde ich absolut dafür plädieren, dass sich jeder äußern soll, denn ich habe es selbst erfahren wie es ist, wenn man für einen Menschen, der plötzlich verstorben ist, auf einmal eine Entscheidung treffen soll, der bis dahin seine Entscheidungen selbst getroffen hat. Man ist total in einem Dilemma, es ist sehr schwierig aus Respekt vor der Würde des Verstorbenen eine Antwort auf eine Frage zu finden, in dem Fall auf die Organspende. Ich kann dann nicht *nicht* antworten. Die Frage steht nun mal im Raum, wenn der Wille des Verstorbenen nicht bekannt ist, dann zu entscheiden, das ist ganz schwierig, zumal man sich ja in einem emotionalen Ausnahmezustand befindet.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Also Sie haben die Frage nach Organspende als eine Pflicht zur Äußerung empfunden, Sie hatten gar keine Möglichkeit, sich dieser Frage dann noch zu entziehen, weil eben hier eine solche Frage im Raum stand?

Marita Donauer [Angehörige eines Organspenders]:

Genau.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Frau Widmann-Mauz, das ist sozusagen die Realität. Sie haben gerade, Ihr Minister, Ihr Haus hat gerade mit der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung eine Organspendekampagne gestartet, hat dabei auch noch mal eine Umfrage dargestellt, die deutlich macht, dass einmal die Zahl der Organspendeausweisträger, die wir in der Bundesrepublik haben, sich offensichtlich gesteigert hat. Es ist erwähnt worden, 25 Prozent aller Menschen in diesem Land tragen mittlerweile einen Organspendeausweis. Das bedeutet aber immer noch im Hinblick auf die Situation, von der Frau Donauer gerade berichtet hat, dass dreiviertel aller Betroffenen nicht wissen, wie sie sich verhalten oder verhalten hätten oder es zumindest nicht dokumentiert haben, aber bei der Frage

der generellen Zustimmung eben doch auch dreiviertel aller Menschen sagen würden, wir sind für die Organspende. Ergibt sich aus dieser Diskussion, die ja parallel dem gegenüberzustellen ist, dass diese Frage eben doch immer wieder gestellt wird, nicht schon allein aus dieser Tatsache heraus eine Pflicht zur Frage, zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben sich zu äußern, ist man für oder gegen eine Organspende, oder würden Sie sagen, dass kann man daraus nicht ableiten?

Annette Widmann-Mauz [Mitglied des Deutschen Bundestages]:

Zunächst einmal bin ich dankbar, Prof. Nagel, dass hier dargestellt wurde, dass wir nicht nur einen Prozentsatz haben von 25 Prozent, die einen Organspendeausweis tragen, sondern dass wir eine Zustimmung zur Organspende von über 70 Prozent haben, das heißt, dass wir durchaus Kriterien für Angehörige haben, wenn sie in Kontakt mit ihren Angehörigen zu Lebzeiten gestanden haben, um feststellen zu können, wie die Haltung des Angehörigen gewesen ist, dass es nicht nur eine Entscheidung im völlig freien Raum ist. Natürlich gibt es auch die Fälle, dass man es nicht weiß, oder dass sich der Angehörige zu Lebzeiten nicht eindeutig geäußert hat, und deshalb halte ich es für absolut richtig, dass wir

Möglichkeiten schaffen, dass Menschen sich mit der Frage auseinandersetzen.

Aber zwischen Möglichkeiten und der Verpflichtung ist ein deutlicher Unterschied. Die Bundesregierung ist der festen Überzeugung, dass die Regelung, die wir heute haben, nämlich eine wirklich freie Entscheidung treffen zu können, eine selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können, die unter keinem gesellschaftlichen Druck oder sonstigem Druck abläuft, erstens dem Thema angemessen ist, aber auch der Individualität der Person, um die es geht, am Ende angemessen ist.

Wir sind der festen Überzeugung – und da schließe ich mich eindeutig meinem Vorredner an –, dass wir die Steigerung, die Frage, wie viele Organspender haben wir am Ende, in der Bundesrepublik nicht ausschließlich von dieser Frage einer Äußerungspflicht oder einer Widerspruchsregelung abhängig machen. Denn das zeigt uns ja durchaus der europäische Vergleich, wir sind zwar mit der Spendenzahl nicht im oberen Bereich angesiedelt, das ist nachvollziehbar, nur umgekehrt kennen wir auch Länder, die ihre Regelungen zum Beispiel verändert haben. Denken wir an die Schweden, die haben eine Zeit lang eine Widerspruchsregelung gemacht, dann sind sie wieder zu einer Einwilligungslösung gekommen, da kann

man durchaus Vergleiche zu den Zahlen in der Bundesrepublik heranziehen.

Oder schauen wir uns Österreich an, die haben eine Widerspruchsregelung und dennoch keine gravierend höheren Zahlen. Wir haben in Deutschland erhebliche Unterschiede in den verschiedenen Bundesländern und in den Regionen, obwohl wir eine einheitliche Regelung der Zustimmungslösung haben, das zeigt, dass wir durchaus mit anderen Instrumenten die Organspende fördern können in einem Klima mit Strukturen und Voraussetzungen, die es Menschen erleichtern, eine Entscheidung zu treffen, die Bedingungen schaffen, dass diejenigen, die positiv die Entscheidung für sich oder ihre Angehörigen treffen, dann auch wirklich zur Organspende kommen. Aber auf der anderen Seite ist es ein so sensibler, persönlicher Bereich, dass wir überzeugt sind, dass es weder eine Pflicht zur Spende noch eine Pflicht zur Äußerung geben darf.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Herr Prof. Lilie, Sie haben im Rahmen der Bundesärztekammer diese Frage verschiedentlich diskutiert, auch der Deutsche Ärztetag hat sich an verschiedenen Deutschen Ärztetagen mit dem Thema beschäftigt und dazu auch votiert. Wie ist es im Hinblick auf die

Frage der Pflicht, die ja in eindeutiger Weise unterstreicht, dass es sich um die Ausübung eines Selbstbestimmungsrechtes handeln soll. Pflicht schließt ja gerade nicht aus, dass man sozusagen über den Willen des Einzelnen hinweggeht. Wie ist die Haltung der Ständigen Kommission, gibt es dazu eine Haltung und der wichtige Punkt, den Prof. Weyma Lübbe aufgegriffen hat, das Auseinanderfallen der moralischen Pflicht von der rechtlichen Pflicht, ist das etwas, was im Kontext der Organspende von besonderer Thematik ist?

Prof. Dr. Hans Lilie [Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg]:

Wenn ich jetzt hier spreche, fällt es schwer, weil ich nicht die Befugnis habe, für die Bundesärztekammer zu sprechen, sondern ich bin nur Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation, und ich muss Ihnen zunächst ganz schlicht und einfach sagen, das Thema ist dort höchst umstritten. In den Debatten, wenn das Thema angesprochen wird, hören wir gerade aus den Kreisen der Ärzte und der Ärztinnen, die in der Kommission sind, dass sie sich in jüngster Zeit massiv für die Widerspruchslösung einsetzen, es gibt andere Stimmen, die zu mehr Zurückhaltung mahnen. Unsere

Kommission wird sich ab Freitag drei Tage zum Abschluss dieser Amtsperiode treffen, und wir werden dort als eines der größten Themen genau diese Fragen diskutieren und die Nachfolgekommission, deren Amtszeit im Januar beginnt, wird sich gleich am Anfang ganz zentral damit befassen müssen.

Worauf ich kurz hinweisen muss, wir sind hier alle, die in diesem Raum sind, ein Kreis, der mit diesem Thema vertraut ist. Aber auf vielen, vielen Veranstaltungen, die ich aus meinem Amt heraus in der Öffentlichkeit wahrnehme, muss ich die Erfahrung machen, dass, obwohl das Thema in unserer Wahrnehmung so bekannt ist, viele Menschen nicht einmal Grundkenntnisse haben von dem, worum es geht, und das müssen wir bei allem, was wir in der Folgezeit diskutieren, immer wieder berücksichtigen.

Ich glaube dieser respektvolle Umgang, die respektvolle Deutung, die Sie angesprochen haben, Frau Lübke, ist da etwas ganz Zentrales. Dann glaube ich, was die Frau Staatssekretärin gesagt hat, da möchte ich auch noch mal anschließen, bei einer großen Veranstaltung bei Eurotransplant, die sehr breit besetzt war, da waren es die Spanier, die gerade zu uns Deutschen gesagt haben: Erstens: Verändert nicht euer Modell! Die Veränderung des

Modells ändert zunächst einmal nichts an der Einstellung der Menschen. Und schauen Sie sich die Bilder an, die wir von medizinischer Seite gesehen haben. Unsere Spender, meine Generation, die einen Schlaganfall erleidet und unter schlechten medizinischen Bedingungen zum Spender wird, durch eine Veränderung des Modells ändern wir nicht die Population der Organspender, das müssen wir uns klar machen. Die Spanier haben uns auch gesagt: Ändert die Strukturen. Und da möchte ich jetzt mal ganz öffentlich etwas sagen, was ich öffentlich nicht so sagen darf. Ich habe mir die Zahlen extra noch mal ausgedruckt. Deutsche Universitätskliniker, die ja nun um Spenden und Forschung bemüht sein müssten, kommen selten über 20 Spenden pro Jahr hinaus, wir haben aber auch über zehn deutsche Universitätskliniker, die in der Organspendefrequenz unter fünf Organspendern pro Jahr liegen. Meine Damen und Herren, das ist ein Punkt, an dem wir arbeiten müssen.

Ein anderer Punkt, den ich für sehr wichtig halte, wenn man sich die Zahlen der DSO anguckt, führt dieses schwierige Gespräch nur die Intensivstation alleine, so haben wir eine Ablehnungsquote, die wir gesehen haben, von über 42 Prozent. Ist an diesem Gespräch von vorneherein der erfahrene Koordinator beteiligt, sinkt

die Ablehnungsquote um weitere 25 Prozent. Wir haben auch die Zahlen gesehen, die Herr Breidenbach an die Tafel geworfen hat. Ich weiß nicht, ob Sie das so genau sehen konnten, wir haben ganz interessante Entwicklungen in einzelnen Bereichen in der Bundesrepublik Deutschland. Wenn man sich mal anschaut, dass im Jahr 2004 in der Region Mitte die Organspendezahlen unter zehn pro eine Million Einwohner waren, dass die jetzt bei knapp 20 liegen, dann sieht man, wenn wir bestimmte organisatorische Dinge verändern, wenn wir vor Ort Menschen haben, die sich dieses Themas annehmen, kommen wir plötzlich an Zahlen heran, die das Organspendewunderland Spanien sehr schnell berühren. Wir müssen dann eine sehr sachliche Debatte führen. Oft wurde als Musterland ja die Region Nord-Ost erwähnt, die sehr nah an spanische Zahlen herankommt, und wenn dann in der Sachdebatte gesagt wird, das liegt an den langen Alleen, an der schlechten Versorgung mit Krankenhäusern. Das sind die Argumente, aber das stimmt nicht, meine Damen und Herren. Wenn man sich die Strukturen vor Ort in der Region Nord-Ost angeguckt hat, dann war das an Personen festzumachen, die sich für die Organspende organisiert haben. Und wenn Sie meine persönliche Meinung wissen wollen, ich bin inzwischen davon überzeugt, dass es

gleichgültig sein wird, ob wir eine Widerspruchslösung oder eine Zustimmungslösung haben, solange wir diese Strukturen uns nicht vornehmen. Und ich glaube, wenn ich meine verfassungsrechtlich arbeitenden Kollegen richtig verstanden habe, eine Solidaritätspflicht zur Erklärung kann es sowieso verfassungsrechtlich nicht geben, es kann verfassungsrechtlich nur eine Handlungspflicht geben, sein eigenes Persönlichkeitsrecht zu schützen. Das mag jetzt sehr eng aussehen, aber ob das dann tatsächlich eine Äußerungspflicht deckt, werden wir diskutieren müssen, ich bin da gespannt, was die Ständige Kommission Organtransplantation organisieren wird, und was das Ergebnis wird.

(Beifall)

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Da würde ich gern noch einmal nachfragen, weil das ja der Punkt ist, der uns besonders interessiert. Wir wollen ja hier und jetzt nicht darüber diskutieren, wie man die Organspendezahlen erhöhen kann, sondern wir wollen darüber diskutieren, ob es sich tatsächlich ableiten lässt, entweder aus ethischen oder aus rechtlichen Perspektiven heraus, oder aber aus der Erfahrung heraus, dass es eine Pflicht zur Äußerung

am Ende ja doch gibt, dass man die Menschen in diesem Land auch unter der Maßgabe des Erhalts ihrer Persönlichkeitsrechte dazu auffordern kann und sollte, eine entsprechende Äußerung durchzuführen. Können Sie vielleicht diesen Punkt der verfassungsrechtlichen Differenzierung noch einmal kurz dem Publikum erläutern.

Prof. Dr. Hans Lilie [Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg]:

Ich schaue auf Ihren Herrn Vorsitzenden, der von diesen Dingen sehr viel mehr versteht als ich. Ich bin nur ein schlichter Strafrechtler, aber ich glaube, die Dinge sind strukturell so, dass man bei den allgemeinen verfassungsrechtlichen Abwägungen Bedenken hat, eine Äußerungspflicht zur Organspende wirklich verankern zu können. Was man nur kann, ist, dass man sagt, jeder, der seine Persönlichkeitsrechte wahrnehmen will, sollte dies auch tun, und das ist dann auf einer niedrigeren Ebene angesiedelt und nicht eine Erklärungspflicht zur Spende, sondern nur eben eine Solidaritätspflicht hinsichtlich der Wahrung der eigenen Persönlichkeitsrechte. Und wir kommen ja dann in eine Debatte, die für mich auch nah an der Patientenverfügungsfrage

dran ist, da haben wir das Gleiche in grün diskutiert.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Das ist noch mal ein wichtiger Punkt, das ist ja die Frage der Pflicht zur Äußerung, nicht nur, und das war ein Thema im Deutschen Ethikrat, den Aspekt der Organspende zu diskutieren, sondern es können viele verschiedene andere Bereiche betroffen sein. Und wenn wir davon ausgehen, dass wir eine gesetzliche Krankenversicherung haben in der Bundesrepublik, die uns keineswegs Freiheit erlaubt in der Frage, sollen wir uns versichern oder sollen wir uns nicht versichern, sondern wir sind alle pflichtversichert, weil wir unter Solidaritätsgesichtspunkten eben auch für Kranke einzustehen haben, dann ist dieser Aspekt der Gegenstand unserer heutigen Diskussion.

Frau Riemer, Sie haben gehört, wie die Frage auch der Selbstbestimmung ganz im Vordergrund steht, des Schutzes der eigenen Äußerungspflicht. Im Hinblick auf die Patientenseite, diejenigen, die sozusagen hier als jene gelten, die auf der einen Seite lebensgefährlich erkrankt sind, unter Umständen auf der Warteliste sterben, auf der anderen Seite aber natürlich eine Hoffnung darauf haben, dass gegebenenfalls die Solidarität eines

Menschen ihnen helfen kann mit einer Organspende. Wie stellt sich diese Frage nach der Pflicht, sind die Menschen verpflichtet, sich auch im Hinblick auf diese Patienten zu äußern? Wie stellt sich das aus Ihrer Sicht, aus Sicht der Patienten dar?

Jutta Riemer [Lebenstransplantierte Deutschland e.V.]:

Ich bin selbst transplantierte Patienten und lebe seit 13 Jahren mit einer Spenderleber und habe in meiner ehrenamtlichen Arbeit täglich, nicht nur ich, sondern mit vielen Mitstreitern, mit Patienten auf der Warteliste zu tun, die akut vom Tode bedroht sind, die wir mitbetreuen, wo wir allzu oft von den Angehörigen hören, sie oder er hat es nicht geschafft und ist verstorben. Das ist eine ganz dramatische Situation. Also wir bekommen den Organmangel nicht als Schlagwort und als Prozente oder Zahlen mit, sondern hautnah, auch in unserem eigenen Erleben vor der Transplantation. Wenn man weiß, dass es eine Therapie gibt, eine sehr gute Therapie, eine etablierte Therapie, die in einem guten ethischen, rechtlichen Rahmen durchgeführt wird, die gesellschaftlich allgemein akzeptiert ist, aber man gar nicht genau weiß, ob man rechtzeitig Zugang zu dieser Therapie haben wird, das ist ein großes Dilemma.

Bei den Patienten gibt es naturgemäß auch die unterschiedlichsten Meinungen zum Thema Widerspruchslösung, zum Thema Äußerungspflicht, zum Thema Gesetzesänderung. Es wird so ganz schnell gerne mal gesagt, ja, wenn wir die Widerspruchsregelung hätten, wäre alles gut. Aber im Endeffekt müssen wir als transplantierte Patienten auch mit diesem Organ leben, wir müssen es akzeptieren, dazu gehört natürlich auch die Frage: Wie ist diese Organspende zustande gekommen? Für mich persönlich und auch für viele andere ist es sehr wichtig, dass dieser Teil unseres Lebens, und es ist ein Teil unseres Lebens, was Sie auch erlebt haben, Frau Donauer, das Angehörigengespräch -. Und ich wünsche mir eigentlich schon, dass es auf jeden Fall, was ja in Deutschland auch gewährleistet ist, auf Basis der Freiwilligkeit zustande kommt, diese Spende, dieses Geschenk, und dann kann ich das Geschenk auch annehmen.

Die Wahrnehmung in unserer Arbeit ist sogar bei Transplantierten und ihren Angehörigen so, dass man die Transplantation und die Organspende manchmal nicht unter ein Dach kriegt, dass da irgendwo ein Realisierungsdefizit ist. Auf der einen Seite wird heftig über Organspende diskutiert und auf der anderen Seite die Transplantation sieht und beides nicht auf sich selbst bezieht. Ich denke, alles was hilft, den

persönlichen Willen zu ermitteln, und ich bin Herrn Dr. Breidenbach extrem dankbar, dass er noch das Bild gezeigt hat mit diesen Kreisen, diese 70 Prozent der Menschen, die dann am Totenbett sitzen und eigentlich nicht wissen, was derjenige gewollt hätte. Alles, was dazu dient, diese Unsicherheit von den Angehörigen zu nehmen, und uns als Empfänger noch sicherer zu machen, dass das eine ganz freiwillige Spende war, ist sicher etwas sehr Vernünftiges. Also bei der Äußerungspflicht könnte ich mir vorstellen, nicht als ein Schalter, Sie haben so viele Schalter vorhin gezeigt, nicht als ein Schalter, der eine ganz zentrale Bedeutung hat, aber als einer der vielen Schalter, die vielleicht etwas nutzen könnten, dass man sagt, irgendwann im Leben wird ein jeder mal mit der Frage konfrontiert. Warum soll das nicht zulässig sein? Immer in Verbindung mit ganz guter Information, also ich denke an die Führerscheinneulinge, die zum Roten-Kreuz-Kurs müssen, an einen Lehrgang: Was ist eine Organspende, warum diskutieren wir darüber, wie sicher ist das? Das ist das, was heute auch in den Vorträgen war. Vielleicht auch mit einer dritten Möglichkeit: Nein, ich möchte mich eigentlich jetzt nicht entscheiden, so dass man jeden Verdacht, der vielleicht im Raum schwebt, man will nur das Organaufkommen erhöhen, nur

deswegen machen wir das mit der Äußerungspflicht, dass man diesen Verdacht auf jeden Fall nimmt und man wirklich ergebnisoffen fragt, aber dafür vielleicht ein paar mehr Leute anregt, zu sagen, ja stimmt, ich wollte mich ja schon lange einmal damit beschäftigen.

Ein Schalter sicherlich, auf der anderen Seite denke ich, Prof. Lilie hat das eigentlich schon sehr gut gesagt, die Verhältnisse in Deutschland haben noch so viele Schalter, die zu bewegen sind. In einem sehr guten Gesetz, auf dessen Umsetzung wir noch warten, das Gesetz ist von 1997, und bei Weitem haben es noch nicht alle Bundesländer geschafft, verpflichtend Transplantationsbeauftragte an ihren Kliniken zu installieren, das wäre ein Punkt, der mal dringend angegangen werden müsste. Dazu müssen wir kein Gesetz ändern, sondern wir müssen nur das Gesetz, das wir jetzt haben, umsetzen. Die Aufklärungspflicht, dass die ernst genommen wird in den Ländern, noch ernster genommen wird, als sie mittlerweile überall schon mal ernst genommen wird. Aber ein flächendeckendes Konzept, ein abgestimmtes Konzept der Aufklärung mit den gleichen Begrifflichkeiten, mit einer guten, sauberen Information, das wäre auch etwas, wo man sagt, eine bundesweite Allianz für die Organspende, wo viele Partner miteinander arbeiten und der Bevölkerung eben diese

Zusammengehörigkeit von Transplantation und Organspende und vielleicht auch die mögliche eigene Betroffenheit näher zu bringen.

Auf dieser Basis würde ich auch diese Äußerungspflicht als einen Weg sehen.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielen Dank. Es ist in allen Stellungnahmen und Vorträgen deutlich geworden, denke ich, dass das Selbstbestimmungsrecht, von dem Weyma Lübbe gesprochen hat, als eines der Kriterien, das in der Stellungnahme, die Sie zitiert haben, hervorgehoben war, dass das etwas ist, was scheinbar, offensichtlich auch als Konsens – kann man sagen – die Grundlage für die Organspende sein soll. Gerade auch im Hinblick auf die Besonderheit des Instrumentalisierungsverbotes des menschlichen Organismus. Prof. Weyma Lübbe hat das dargestellt, dass es unter Umständen im Hinblick auf die moralische Pflicht, die sich für die Organspende im Sinne der Hilfe für einen Kranken darstellen könnte, unter Umständen einen Widerspruch gibt. Der ist in der damaligen Stellungnahme angesprochen worden.

Im Vorfeld zu dieser Veranstaltung habe ich einen Brief bekommen von einem jungen Deutschen, 25 Jahre alt, der nach

Spanien ausgewandert ist nach seinem Abitur, weil er dialysepflichtig war und die Hoffnung hatte, dort schneller transplantiert zu werden. Er hat tatsächlich nur zwei Jahre gewartet und ist auch transplantiert worden. Er hat mir auch relativ emotional über die Situation in Deutschland geschrieben, dass ihn letztendlich die Situation einer mangelnden Hilfe – wie er es formuliert – praktisch dazu getrieben hat, in ein anderes Land zu gehen. Das wäre meine Frage an Frau Lübbe, er schreibt nämlich oder stellt die Frage, inwieweit es eine unterlassene Hilfeleistung von Kollektiven gibt? Du hast selbst den Aspekt der Hilfeleistung bei Unfällen angesprochen, die notwendigerweise eine moralische und eine rechtliche Pflicht ergibt, hast aber im Hinblick auf diese Frage des Betroffenen dann eher diesen Instrumentalisierungsgedanken nach vorne geschoben. Das war für mich nicht ganz verständlich. Aber vielleicht kannst Du auf diese Frage noch antworten: Gibt es eine unterlassene Hilfeleistung von Kollektiven?

Prof. Weyma Lübbe [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Ja, der entscheidende Unterschied ist ja der gerade von Dir noch mal angesprochene und von den Anwesenden generell akzeptierte

Gesichtspunkt, dass es ein Selbstbestimmungsrecht der Spender gibt. Dann kann man nicht fordern, dass gespendet werden soll aus Gründen der Solidarität. Das widerspricht sich ja. Natürlich haben wir alle möglichen Solidaritätspflichten, wir bezahlen Sozialabgaben, viele von uns sind pflichtversichert, es gibt den Paragraf 323c im Strafrecht, der sagt, dass man bei Notfällen, die einem unmittelbar begegnen, nicht ohne Hilfe vorbei marschieren darf, und dergleichen. Wenn man das in diese Schiene rückt, dann weiß ich nicht, wie man das mit dem Selbstbestimmungsrecht noch verstehen soll, dann habe ich eine Pflicht zu helfen, dann sprechen wir über die Pflicht zur Organspende aus Gründen der Solidarität mit kranken Personen. Da gibt es eine Menge kranker Menschen, die sterben, man könnte helfen, wenn man seine Organe spenden würde, die Technik dafür ist da, und das scheint viele zu irritieren. Mich irritiert das überhaupt nicht, denn ich denke, die Technik ist da, aber die Organe sind nicht da. Und ob die Organe da sind oder nicht, das hängt schlicht und ergreifend davon ab, ob sich derjenige entscheidet, zu spenden oder nicht.

Meines Erachtens muss man die Widerstände dagegen, man muss sich viel intensiver und stärker darum bemühen, diese Widerstände zu deuten,

bevor man mit Verrechtlichungen und Pflichten kommt, auch bevor man moralische Pflichten ausspricht in diesem Bereich.

Ich möchte vielleicht mal ein konkretes Problem erwähnen, das ich habe, wie mit Umfragen in diesem Bereich umgegangen wird. Es ist hier mehrfach gesagt worden, generelle Zustimmung zur Organspende 75 Prozent, wenn man sich das anschaut, wie lautet die Frage, auf die in dieser Weise geantwortet wurde? Wären Sie grundsätzlich damit einverstanden, dass man Ihnen nach Ihrem Tod Organe und Gewebe entnimmt, oder wären Sie damit nicht einverstanden? Was bedeutet das Wort grundsätzlich? Das kann bedeuten grundsätzlich ja, wenn ich nicht misstrauisch dem System gegenüber wäre, grundsätzlich ja, wenn ich nicht Sorge hätte, dass das meinen Angehörigen Kummer macht, grundsätzlich ja, wenn und so weiter.

Das zweite Problem, das dahinter steckt bei diesen Umfragen, ist, dass es bei Umfragen auch ganz andere Ergebnisse gibt. Eine Eurobarometerumfrage, die noch nicht mal das „grundsätzlich“ drin hat, die Frage lautet: *Would you be willing ... after your death?* Zustimmung in Deutschland 47 Prozent, bitte, wie kommt das, dass manche Fragen bei 74 Prozent liegen und manche bei 47 Prozent?

Ähnlich bei der Frage: Haben Sie einen Organspendeausweis?

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Ich würde mich gerne auf die Frage konzentrieren und nicht generell diskutieren: Organspende, ja oder nein? Also auf die Frage, die man ja wirklich an die Ethik, an den Ethikrat stellen kann: Gibt es im Hinblick auf das, was ja hier auch artikuliert wurde, wir haben die Situation, die Frau Donauer beschrieben hat, es gibt an einem bestimmten Punkt kein Entkommen vor der Frage: Sind Sie für Organspende oder dagegen, beziehungsweise war der Verstorbene, Ihr Angehöriger dafür oder dagegen, wie hat er sich dazu geäußert? Diese Frage steht ja im Raum, die ist ja nicht fiktiv, der kann ich mich auch nicht entziehen, sondern das ist eine schicksalhafte Situation, in die ich geraten kann, und die uns alle treffen kann. Das ist sozusagen die Lebensrealität, in der wir uns befinden, und die Frage an die Ethik und an das Recht und damit an den Gesetzgeber ist ja: Gibt es eine Lösung für diese Situation? Und gleichzeitig: Lässt sich diese Lösung damit verbinden, dass wir Menschen haben, die von einer Organspende profitieren würden im Sinne einer Lebensrettung? Das ist ja auch kein kleines Gut, Du hast das im Hinblick auf

den Verunfallten ja noch einmal dargestellt, warum darf ich-, warum gibt es den Paragrafen und das Gesetz? Weil es hier um das Leben des Verunfallten geht, und es geht konkret um das Leben von Menschen, die letztlich durch ein Organversagen bedroht sind. Die Frage mal ganz konkret: Kann die Ethik hier helfen, oder aber kann man sagen, zwischen Selbstbestimmungsrecht auf der einen Seite und der Goldenen Regel oder einer moralischen Pflicht auf der anderen Seite gibt es im Hinblick auf die Ethik keine Vermittlungsposition, die zum Beispiel in einer Äußerungspflicht zu sehen wäre oder in anderen möglichen Organisationsfragen? Das ist ja die konkrete Frage, um die es geht.

Prof. Weyma Lübke [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Was meinst Du denn genau mit einer Äußerungspflicht? Worin besteht der Pflichtcharakter? Bedeutet das einfach Appelle an die Bevölkerung, sich zu äußern, vielleicht die Zusendung eines entsprechenden Fragebogens oder dergleichen. Wenn Du meinst Pflicht, was passiert, wenn jemand sich nicht äußert?

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Wir haben ja den Vorschlag gehört, man kann ankreuzen, ja, nein oder ich weiß nicht. Letztendlich ist es aber der Aspekt des Sich-äußern-Müssens. Wir haben gehört von Herrn Lilie, wie viele Menschen am Ende trotz der Aufwendungen-, der Bundesgesundheitsminister hat in seiner Rede betont, Organspende wird besonders gefördert, auch im Haushalt des Bundesgesundheitsministeriums, also es gibt eine gesellschaftliche Initiative, ein gesellschaftliches Engagement, die Leute zu informieren, sie in die Lage zu versetzen, tatsächlich eine eigene Entscheidung zu treffen. Nun die Frage: Kann man das konkretisieren und zum Beispiel auf der Krankenkassenkarte und in anderen Kontexten eine solche Frage stellen? Ist das möglich und auch ethisch geboten aufgrund dieser Aspekte, die wir diskutiert haben, oder nicht? Darauf hätte ich jetzt gerne noch eine Antwort.

Prof. Weyma Lübke [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Ja, deswegen habe ich mich auf die Umfragen bezogen. Ich rechne mit einem großen Anteil von Personen, die sich nicht äußern wollen. Dagegen, den Leuten Zettel zuzuschicken, wo drauf steht: Kreuzen Sie an, ja, nein, oder ich möchte mich nicht äußern, dagegen ist

überhaupt nichts einzuwenden. Das ist aber keine Äußerungspflicht, denn ich kann ja auch sagen: Ich äußere mich nicht. Ich dachte, es wäre mehr gemeint. Wenn nur das gemeint ist, meines Wissens gibt es sowieso die Pflicht der Krankenkassen, im Transplantationsgesetz festgelegt, ihre Versicherten regelmäßig mit solchen Aufforderungen zu versorgen, das gibt es doch immer schon. Wo ist denn da die Neuigkeit?

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Da hätte ich wiederum eine Frage an den Gesetzgeber. Die Krankenkassenkarte ist ja in vieler Diskussion. Wir kennen die Diskussion, zum Beispiel darüber, dass dort, wo ich meine persönlichen Daten aufschreibe, unter Umständen auch genau diese Frage gestellt werden sollte. Sie haben noch einmal betont von Seiten des Ministeriums, dass gerade das Selbstbestimmungsrecht einen ganz wichtigen Aspekt darstellt. Gleichzeitig wurde erwähnt, die Krankenkassen haben die Pflicht zur Aufklärung der Versicherten zum Thema Organspende. Wäre das eine Lösung zwischen den verschiedenen Erwartungshaltungen, um – und das ist jetzt mal meine persönliche Sicht – auch für die Betroffenen, die mir in meinem medizinischen Alltag immer

wieder begegnet sind, um auch die Belastung zu nehmen, dass man in eine Situation kommt, wo man überfordert ist, mit der Frage, das hat Frau Donauer gerade noch mal dargestellt. Wäre das eine Möglichkeit?

Annette Widmann-Mauz [Mitglied des Deutschen Bundestages]:

Zunächst einmal spricht nichts dagegen, auf der Krankenversichertenkarte – wenn sie neu ist – eine Rubrik einzuführen, die eine Bereitschaft zur Organspende darauf dokumentiert. Dagegen spricht nichts. Die Frage, ob eine verpflichtende Belegung eines Ja-, Nein- oder Ich-weiß-nicht-Feldes damit verbunden ist, die ist noch nicht entschieden, aber allein die Tatsache, dass wir – und da bin ich sehr bei Frau Riemer – in einem normalen Leben häufiger über Organspendeausweise, über diese Fragen stolpern und die Chance bekommen, sie für uns zu entscheiden, das ist ein Ansatz, den wir verfolgen, und den wir ja durch die entsprechenden Kampagnen nach vorn bringen. Es gibt ja die Bundesländer, die beim Zusenden des Führerscheins entsprechende Unterlagen auslegen, die bei Behördengängen entsprechend Organspendeausweise mit zur Verfügung stellen, damit immer wieder diese Beschäftigung stattfindet. Und wie

gesagt, die Krankenversicherungskarte kann ein solcher Ort sein, wo eine positive oder eine negative Entscheidung vermerkt wird. Die Frage ist nur, wenn man nicht vermerkt werden will, weil man sich nicht damit befassen will, dann finde ich, haben wir das auch zu respektieren.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Darf ich das noch einmal genau nachfragen, weil es ja eben um die Frage der moralischen oder rechtlichen Pflicht geht, und wir uns also genau an dieser Grenze bewegen. Also von Ihrer Seite aus würden Sie sagen, auch als Rechtswissenschaftlerin und Politikwissenschaftlerin, diese moralische und die rechtliche Pflicht fallen aufgrund des Selbstbestimmungsrechtes auseinander, kann man das so sagen?

Annette Widmann-Mauz [Mitglied des Deutschen Bundestages]:

Also ganz offen gesagt, mit der moralischen Pflicht habe ich so meine Schwierigkeiten. Ich selbst will das auch zum Ausdruck bringen, ich selbst habe einen Organspendeausweis, nicht, weil ich mich dem moralischen Druck schon aussetze. Ich will aber durchaus damit zum Ausdruck bringen: Wenn wir von Spende reden, es ist Altruismus, und in

dem Maße, wie wir immer stärker einen freiwilligen Akt einer Spende, Sie haben das aus Empfängersicht so schön ausgedrückt als ein Geschenk, desto mehr wir verpflichten und verrechtlichen, dass ein Geschenk schon von mir erwartet wird, zumindest die Frage, ob ich schenke, desto stärker glaube ich, und ich bin der festen Überzeugung, dass es auch diejenigen bewegt und motiviert hat, als sie das Transplantationsgesetz verabschiedet haben, dass dann die moralische Unbedenklichkeit dieses Geschenkes immer weniger infrage kommt. Deshalb so wenig Druck wie möglich, so viel Information wie möglich und die Möglichkeit der Beschäftigung, aber so wenig Formalisierung im Sinne: Du musst dich entscheiden, du musst tun. Das halte ich für ganz, ganz schwierig, wenn wir die Akzeptanz bei denjenigen steigern wollen, die eine Grundoffenheit haben und die sich eigentlich auch bereitwillig entscheiden wollen.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Frau Donauer, wenn Sie im Nachhinein noch einmal reflektieren und Ihre eigene Situation und auch diese Diskussion hören, Sie haben selber gerade gesagt, Ihnen hätte eine solche Pflicht, dass man mit dieser Frage schon einmal konfrontiert gewesen wäre, geholfen,

auch aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrung, würden Sie, da Sie dieser Frage ja nicht aus dem Wege gehen konnten, im Nachhinein für sich doch sagen, nicht nur die Aufklärung, nicht nur Ihre eigenständige Möglichkeit, sich mit dem Thema zu beschäftigen, war ausreichend, weil ja diese Frage automatisch auf Sie zukommt, oder denken Sie, dass man mit dieser Situation, so wie sie jetzt ist, auch weiterleben kann und weitergehen sollte?

Marita Donauer [Angehörige eines Organspenders]:

Also ich finde das sehr schwierig, und ich möchte auch noch mal darauf eingehen, was Herr Prof. Lilie gesagt hat. Sie haben gesagt, wir sind alle mit dem Thema Organspende vertraut. Ich war es nicht und bin von jetzt auf gleich in eine Situation hinein gestolpert, hinein gestürzt, die mich völlig überfordert hat. Es war sehr schwierig, und ich empfand es fast als Zumutung meines verstorbenen Bruders mir gegenüber, also bitte nicht von Seiten des Krankenhauses, sondern von seiner Seite, mich dermaßen im Regen stehen zu lassen und für ihn eine Entscheidung treffen zu müssen, nach seinem mutmaßlichen Willen zu entscheiden. Letztendlich habe ich dann im Grunde nach meinem Willen entschieden, denn

ich kannte seinen Willen nicht. Ich wusste, wie er eingestellt ist und habe gedacht, er wird wahrscheinlich nichts dagegen gehabt haben, aber ob es wirklich so war – na ja. Das war schon sehr schwierig.

Was mir allerdings sehr geholfen hat in der Situation, das war eine umfassende Information seitens des Krankenhauses und das, denke ich, ist wirklich das Schlüsselwort: Information, Information für die Bevölkerung und auch in der akuten Situation, das ist das Nonplusultra. Und kein Drängen, das habe ich auch nicht erlebt, es war einfach eine Aufklärung. Man hatte genug Zeit, eine Entscheidung zu treffen. Wir haben gleich gesagt, gut, wir werden das machen, und dann hat der Arzt gesagt, überlegen Sie es sich, Sie haben alle Zeit der Welt, Sie haben mindestens noch zwei Tage Zeit, diskutieren Sie das Thema mit Ihrer Familie, und kommen Sie dann mit einer Entscheidung, mit der Sie auch weiterleben können. Das war sehr wichtig und ich hätte mir gewünscht, dass dieses Thema im Vorfeld auch publik gemacht worden wäre, dass man mehr Information in der Öffentlichkeit gehabt hätte, um sich zu Hause oder in der Familie damit auseinander zusetzen und dann zu wissen, wie die Familienangehörigen darüber denken.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

So dass man zumindest daraus ableiten kann, das wäre jetzt mein Fazit unserer Runde, es gibt offensichtlich, und die wird auch eingehalten, eine gesellschaftliche Pflicht zur Information. Das ist deutlich geworden aufgrund der Entwicklung, die wir haben. Den anderen Punkt, den wollen wir mit Ihnen noch diskutieren, wir haben drei Mikrofone im Saal aufgestellt. Wir würden Sie bitten, wenn Sie Fragen an das Plenum haben, sich dorthin zu begeben und Ihre Fragen zu stellen. Wir würden gerne versuchen, drei Fragen zu bündeln, Fragen, bitte keine Zusatzkommentare oder Vorträge, weil wir mit Blick auf die Uhr und das Veranstaltungsende noch 25 min Zeit haben. Dementsprechend wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie sich mit Ihren Fragen kurz halten.

Dr. Jürgen Schmude [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Jürgen Schmude, Mitglied des Ethikrates, wir haben uns jetzt von der Äußerungspflicht ein Stück entfernt und uns der Werbung und der Fragepraxis zugewendet. Ich frage konkret: Ist es vorstellbar, dass man ein geregeltes formales Frageverfahren praktiziert, bei dem in etwa im Antrag für einen Führerschein eine Spalte existiert mit der

Überschrift: Ausfüllung freiwillig, in der genau diese Frage gestellt wird, die, durch ein Faltblatt hinzugefügt, auch noch erklärt wird. Ist das zulässig, Herr Prof. Lilie, hätten Sie Bedenken, Frau Lübbe, dass man das in dieser formalen Weise macht? Mit der Überschrift: Ausfüllung freiwillig? Man kann es auch lassen, das gibt es in vielen Formularen.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Gut, wir sammeln drei Fragen, bitte sagen Sie kurz Ihre Namen.

Herr Bär:

Bär mein Name. Ich bin der alleingelassene Applauder für den einen Herren, der vorne etwas gesagt hat. Zu den letzten Staatstreuen nur eine kleine Information vorab. Solange Bundeseinrichtungen -

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Fragen, bitte nur Fragen, keine zusätzlichen Kommentare.

Herr Bär:

Das wäre eine gute Überleitung zu meiner Frage, es ist leichter verständlich, glauben Sie es mir. Also solange

Bundeseinrichtungen wie die Bundesärztekammer sozusagen unsere gesamten staatlichen Verwaltungseinrichtungen Fehler und Unredlichkeiten in ihrer Arbeit oder Praktik nicht öffentlich machen und auch nicht beenden, solange ist das kein Partner für keinen von uns. Und insofern muss jeder mal selber anfangen, sein Gehirn in Aktion zu setzen und die kognitive Leistung aufbringen, sich ernsthaft um das Thema dann selbst zu bemühen, somit wird es auch niemals irgendwelche Äußerungs- oder Entscheidungspflichten geben, die kann es gar nicht geben. Meine wirkliche Frage ist, für denjenigen, der sich der Tatsache dann stellen möchte, das geht eigentlich an Herrn Prof. Neuhaus, ich weiß nicht, ob das jemand auf dem Podium kann, inwieweit sind denn die Daten, die nötig und wichtig sind, gründlich erfasst und von welcher Stelle, wenn es darum geht, das jemand einer Transplantation zustimmen möchte oder eine Organspende leisten möchte? Inwieweit wird das überhaupt erfasst? Oder ist das ein Flickwerk, das bei uns in der deutschen Landschaft stattfindet? Ich habe schon zwei, drei Veranstaltungen erlebt und gestatten Sie mir, in den Pausen habe ich den Fachleuten simpelste Fragen gestellt, die sind da reihenweise umgefallen, weil sie die Fragen nicht beantworten konnten.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielen Dank, ich glaube die Frage ist angekommen. Herr Neuhaus wird sie gleich beantworten, wenn wir die dritte Frage gehört haben. Ich darf die Dame auf dieser Seite bitten.

Dr. Sabine Müller:

Mein Name ist Dr. Sabine Müller, ich arbeite an der Charité. Meine Frage bezieht sich auf die Information der Öffentlichkeit, das war jetzt der einzige Punkt, in dem Einigkeit bestanden hat, dass die Öffentlichkeit informiert werden muss. Muss die Öffentlichkeit denn nicht auch mit kontroversen Diskussionen informiert werden? In den letzten Jahren hat es doch immer nur einseitige Informationen, im Grunde mehr Werbekampagnen als wirkliche Aufklärung gegeben. Daran koppelt sich auch die Frage an den Umgang mit den Angehörigen von hirntoten Spendern. Wenn jetzt die Forderung erhoben wird, dass mehr Koordinatoren mit den Angehörigen zu tun haben und nicht die behandelnden Klinikärzte, Intensivmediziner usw., ist damit doch auch impliziert, dass eine einseitige Information gegeben wird, nämlich keine ergebnisoffene Beratung, sondern eine

Beeinflussung im Sinne der Transplantationsfreigabe.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielen Dank. Ich würde beginnen mit der Frage von Herrn Schmude, Frau Widmann-Mauz, würden Sie vielleicht beginnen?

Annette Widmann-Mauz [Mitglied des Deutschen Bundestages]:

Die Frage haben wir natürlich auch diskutiert, die hat zwei Seiten. Eine organisatorisch-technische, die auch eine inhaltliche Problematik beinhaltet. Ein Führerschein – wir haben es im Übrigen auch für den Personalausweis angeschaut –, die Kärtchen werden leider immer kleiner, und die Felder, die man frei belegen kann, sind eigentlich nicht mehr vorhanden. Das ist kein durchschlagendes Argument, man könnte sagen, da muss man den Ausweis anders gestalten. Aber wenn Sie eine Entscheidung darauf dokumentieren – das ist zumindest meine Meinung –, Sie können Ihre Entscheidung im Laufe des Lebens ja auch ändern, Sie müssen sie auch ändern können, und Sie müssen so flexibel sein, dass Sie im Grunde von heute auf morgen Ihre Entscheidung

ändern können müssen. Das ist natürlich ein erheblicher Aufwand auf genau diesen beiden neuen Karten. Wenn man Felder vorsieht – eine weitere Argumentation – für eine freiwillige Dokumentation, glaube ich, dass die Krankenversichertenkarte die bessere ist, auch vor dem Hintergrund des Datenschutzes. Einen Führerschein, den lege ich vor, wenn ich mir einen Mietwagen miete. Die Frage ist, ob die Dame hinter dem Schalter wissen muss – eine höchstpersönliche Entscheidung –, wie ich mich ethisch zu dieser Frage verhalte, das sei mal dahin gestellt. Die Krankenversicherungskarte nutze ich in der Regel gegenüber Heilberuflern, die eine entsprechende Verschwiegenheitspflicht haben, und das ist auch noch ein Thema meiner Gesundheit. Ich glaube, wenn man eine solche Rubrik vorsieht, dann ist die Krankenversicherungskarte die sachgerechte, und wenn man sie dann auch so gestaltet, dass man bei einem Arztbesuch die Entscheidung relativ leicht wieder verändern kann, dann ist das glaube ich sachgerecht und dort richtig aufgehoben.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielen dank für die Information. Herr Lilie, Sie waren auch noch gefragt worden im

Hinblick auf die rechtliche Vertretbarkeit, wenn ich es richtig sehe.

Prof. Dr. Hans Lilie [Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg]:

Mit der rechtlichen Vertretbarkeit, da habe ich relativ geringe Probleme, aber die Kernfrage ist, Herr Schmude, da müssten wir beide uns ganz gut dran erinnern, dass wir die gleiche Debatte mit dem Führerschein in den siebziger Jahren gehabt haben, wo dann vom Städteverbund gesagt wurde, dass wäre ja noch schöner, jeder könnte jederzeit in seinem Personalausweis herum schmieren. Da ist dann eine so komische Debatte geführt worden, und da ist das dann auch bei der Dokumentation – damals war das in diesem grauen Heftchen mit mehreren Seiten – blockiert worden. Das Problem bei all diesen Dokumentationen – auch auf Ihrer Versichertenkarte – ist, und wenn es nur eine Laune ist, ich muss Sonntagabend 20:00 Uhr meine Meinung irgendwie ändern können. Gut, da kann ich dokumentieren: Das gilt so nicht mehr. Aber wir haben da immer praktische Probleme und mit der Versichertenkarte – das möchte ich mal ganz vorsichtig andeuten – da gehe ich ja auch und lege sie jeder Sprechstundenhilfe auf den Tresen. Da muss man auch gucken, in welcher Spur man das unterbringt, ob

man das irgendwo hinterlegt in einer verdeckten Spur. Da haben wir eine sehr komplizierte Debatte auch bei uns in der Ständigen Kommission Organtransplantation gehabt, und wir haben eigentlich nicht den richtigen Weg gefunden, das optimal zu dokumentieren. Da sind wir auch, glaube ich, nicht einer Meinung, Ihr Haus und unsere Kommission.

Jürgen Schmude [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Es geht nicht um die Dokumentation, sondern um das Frageverfahren, das Zentralregister und ein extra Ausweis.

Prof. Dr. Hans Lilie [Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg]:

Das ist kein Problem, Herr Schmude, da wäre ich auf Ihrer Seite.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Wir wollen versuchen bei den Inhalten der Frage zu bleiben, nicht bei den organisatorischen Aspekten. Es neigt natürlich immer wieder stark dazu, auf die organisatorischen Aspekte einzugehen, aber zu der ethischen Vertretbarkeit dieser Frage.

Prof. Weyma Lübke [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Da steht drauf: Ausfüllung freiwillig, das wäre für mich ein Mindestanfordernis, auch dass garantiert wird, dass die Meinungsänderung jederzeit möglich ist natürlich. Und ich sehe dennoch folgendes moralisches, ethisches Problem, glaube aber, dass damit im Grunde die Bevölkerung dann selber fertig wird, indem sie das dann einfach nicht ausfüllt. Das Problem ist das, was ich genannt habe im Vortrag, nämlich die gegenwärtig bestehende öffentliche, massive moralische Nötigung zu spenden. Ich würde mir wünschen, dass ein solcher Vorgang, die Leute zu fragen: Wollt Ihr das Ausfüllen? – und die Ausfüllung ist freiwillig – , dass das vorher etwas gleichgewichtiger dargestellt würde, die Gründe, die offenbar viele Leute haben, sich keinen Organspendeausweis zu beschaffen oder so etwas nicht auszufüllen oder dann auch nicht zu spenden; dass nicht einfach unterstellt wird, dass diese 75 Prozent angeblich-, wir haben nicht 25 Prozent mit einem Organspendeausweis, wir haben 25 Prozent, die in einer Umfrage behaupten, sie hätten einen Organspendeausweis, wir wissen nicht wie viele es sind.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Bleibe bitte bei der Beantwortung der Frage.

Prof. Weyma Lübbe [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Ganz wichtig ist auch im Zuge der Herstellung dieses Gleichgewichtes in der Tat, dass wurde vorhin gesagt, dass die öffentliche Information darüber auch gleichgewichtig sein muss. Es muss erwähnt werden, auch in solchen Aufklärungen, wie sie gerade die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung macht, in den Kampagnen, da müsste eigentlich auch erwähnt werden, dass es Initiativen gibt von Angehörigen von Spendern, die traumatisiert worden sind durch den Vorgang, das kann man dann vielleicht zahlenmäßig machen, aber es muss erwähnt werden, dass es so etwas gibt, die Widerstände müssen erwähnt werden, sonst wirkt das – und das spürt die Bevölkerung – nicht objektiv. Ich muss erwähnen, was Gewebespende bedeutet. Die meisten Menschen wissen nicht, dass nach dem Transplantationsgesetz Gewebe alles ist, was nicht Organ ist, was man da alles nehmen kann. Solche Dinge müssen mitgeteilt werden.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Frau Müller, das ist schon ein bisschen die Beantwortung Ihrer Frage. Ich möchte diese Frage aber auch noch mal an Frau Riemer weitergeben. Wir haben ja über die Informationsnotwendigkeit gesprochen. Frau Müller hatte noch mal gefragt, inwieweit die Information aus ihrer Sicht, aus Sicht der Betroffenen, nur in eine Richtung geht? Oder inwieweit wird die Öffentlichkeit sozusagen über die konflikträchtigen und die problematischen Aspekte hinreichend und intensiv informiert in der öffentlichen Debatte. Wie ist Ihre Wahrnehmung dazu?

Jutta Riemer [Lebertransplantierte Deutschland e.V.]:

Die Öffentlichkeitsarbeit ist – glaube ich – extrem wichtig, und zwar unter dem Aspekt, dass ganz sauber Fakten dargestellt werden. Man muss Menschen dort abholen, wo sie sind, wo Ängste sind, man muss diese Ängste ernst nehmen. Wenn ich bei Lehrern oder Schülern eine Fortbildung mache oder in der Kirchengemeinde bin oder auf der Straße oder im Bekanntenkreis mit Menschen spreche, dann spürt man bald, wo sind die Ängste. Das wiederholt sich immer sehr stark.

Ein Punkt ist der, vielleicht – wenn man einen Organspendeausweis hat – , vielleicht tut man nicht mehr genug für mich, also es sind nicht die Ängste, dass ich sage, das Hirntodkonzept lehne ich ab, sondern wenn dann Organe entnommen werden, vielleicht würde ich ja noch weiterleben können. Und dann würde ich wirklich sachlich korrekt darstellen, was ist eigentlich der Hirntod, warum tun wir uns damit so schwer, was ist er biologisch und medizinisch, eine gute Sachinformation geben. In welchem Zustand befindet sich der Mensch, wenn er hirntot verstorben ist?

Und dann beginnt die Arbeit meines Gegenübers, das ist nicht mehr meine Sache, was mache ich damit? Möchte ich in diesem Zustand Organe spenden, oder möchte ich das lieber nicht, ist das dann was für mich? Ich denke, die Aufklärungsarbeit soll nicht die Problembewältigung meines Gegenübers vorwegnehmen, sondern wir klären auf über sachliche Vorgänge, der Ablauf einer Organspende, was passiert im Krankenhaus, bis zu welchem Alter darf man Organe spenden, welche Lebensqualität haben Organempfänger, mit welcher Wahrscheinlichkeit wird man selbst zum Organempfänger, mit welcher zum Organspender. Solche Dinge muss man fragen, und sie müssen beantwortet werden, aber die Aufgabe desjenigen, der die Information dann aufgesogen hat, ist

dann, sich persönlich damit auseinanderzusetzen.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Frau Donauer, Sie wollten auch dazu noch etwas sagen.

Marita Donauer [Angehörige eines Organspenders]:

Es ging mir noch einmal um die Frage, ob die Anwesenheit eines Koordinators bei dem Angehörigengespräch irgendeinen Einfluss hat auf die Entscheidung der Angehörigen. In unserem Fall war kein DSO-Koordinator anwesend, ich habe den DSO-Koordinator erst nach der Organentnahme kennengelernt, aber es war sehr gut geschultes Krankenhauspersonal da. Die Ärzte konnten auf alle Fragen eine Antwort geben, und es ging in keine Richtung, weder pro noch kontra Organspende. Ich wusste auch nicht so genau, was hirntot eigentlich ist, ich konnte aber alle Fragen stellen, wir wurden umfassend und sehr gut und auch für den Otto Normalverbraucher verständlich aufgeklärt. Das war in der Situation sehr wichtig. Ich bin heute sehr dankbar, und auch das Drumherum hat gestimmt. Wir durften uns dann auch verabschieden von unserem Verstorbenen, Rituale

waren möglich, und das hat uns alles das gut geschulte Personal ermöglicht, und ich denke, dass ist sehr, sehr wichtig.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Herr Neuhaus, die zweite Frage steht noch aus, wollen Sie kurz noch etwas dazu sagen? Wir müssen allerdings auf die Zeit achten.

Prof. Dr. Peter Neuhaus [Charité Berlin]:

Zur Dokumentation? Also es gibt eine Dokumentationspflicht vom Gesetzgeber her. Patienten, die auf die Warteliste aufgenommen werden sollen, entweder mit Gründen schriftlich niedergelegt anzunehmen, oder Gründe anzugeben, warum nicht. Das wird natürlich in allen Transplantationszentren gemacht. Die Frage der Auswertung dieser Daten ist natürlich etwas problematischer, wir haben die Transplantationsdaten, die zum Beispiel von den zentralen Instituten analysiert werden, und das bezieht sich auf ganz banale Sachen wie Überleben, Komplikationen. In den Universitätskliniken wird, zwar in unterschiedliche Weise, aber sehr intensiv das ganze Verfahren analysiert, Psychosomatiker publizieren darüber. Ich glaube, da sind wir wesentlich weiter, als

der Gesetzgeber das je vorschreiben kann.

Ich möchte vielleicht, wenn ich darf, einen Kommentar zur bisherigen Diskussion machen. Ich glaube, es ist eine sehr gute Diskussion, und ich bin als Chirurg heute ja nicht mehr in diesen Prozess des Befragens beziehungsweise der Aufklärung der Angehörigen involviert. Ich habe damit vor 35 Jahren angefangen, und da haben wir Chirurgen das gemacht, das war eine ganz andere Situation. Ich habe dann in der Folgezeit oft gesagt, als wir damals als Transplantationschirurgen die Angehörigen gefragt haben, da haben wir damals zu 100 Prozent Zustimmung bekommen, weil wir auch anders als heute sehr geworben haben, wir haben mit den Angehörigen geredet und haben gesagt, schaut mal dieses Kind an, das kann leben, wenn Ihr zustimmt, und wenn Ihr ablehnt, muss dieses Kind sterben. Etwas, das ich damals als junger Arzt als legitim empfunden habe, was Sie mir heute wahrscheinlich zum Vorwurf machen würden, dass das nicht fair ist, einen Menschen unter einen solchen Druck zu setzen zuzustimmen, Organe zu entnehmen. Das akzeptiere ich, weil ich älter und weiser geworden bin.

Es geht uns um Folgendes: Nur wenige potenzielle Organspender haben einen Ausweis, und das ist sehr klar: Eine noch

geringere Zahl hat aktiv gesagt, ich will das nicht, wir haben also dieses große Segment von 80 Prozent oder noch mehr Menschen, die sich nie klar geäußert haben und auch das Recht haben aus meiner Sicht, sich nicht mit 20 Jahren mit dieser Frage auseinanderzusetzen und da ein schlüssige Antwort für ewig zu geben, das hat Herr Lilie ja gesagt, am Sonntagabend habe ich dann plötzlich das Gefühl, ich will das nicht. Mit dieser Situation muss man leben, ich habe schon vor Jahren gesagt, die Krankenkasse könnte immer einen kleinen Organspendeausweis dazulegen, mit Namen und alles schon ausgefüllt, etwas, das ich von einer Werbefirma bekommen habe, kostet nicht viel, den kann man vernichten und dann ist die Sache erledigt. Ich kann ihn aber auch behalten. Die Frage, die wir uns doch immer stellen müssen, ist – diese Äußerungspflicht zur Organspende, da stimme ich Ihnen zu, die kann man sehr zurückhaltend betrachten, ich würde das persönlich nicht für richtig halten – , die Frage ist, wie gehe ich mit denen um, die sich nicht äußern wollen, die sich nicht geäußert haben, und wo die Angehörigen es nicht wissen? Da muss ich Ihnen allen sagen, wenn wir in einem christlichen Land – so bin ich aufgewachsen – nicht in der Lage sind, mitmenschlich zu denken und zu sagen, wenn ich denn tot bin, dann soll man auch durchaus einem

anderen die Chance zum Leben eröffnen, dann ist irgendetwas bei mir jedenfalls im Hinterkopf nicht ganz in Ordnung, aber ich gebe jedem das Recht, sich so zu entscheiden.

Die Frage ist wie machen wir das schließlich und endlich? Die Österreicher sagen, sie haben eine Widerspruchslösung, machen aber genau wie wir bei jedem Angehörigen eine komplette Aufklärung, besprechen das mit den Angehörigen und sagen: Sie können sagen, wir wollen das nicht, oder Sie sagen, wir wissen das nicht, wir stimmen dem nicht zu, dann wird es nicht gemacht. Aber die Angehörigen sagen: Wir wissen den Willen des Verstorbenen nicht, aber machen Sie es, wie Sie es für richtig halten, dann kann man auch Organe entnehmen, und das ist der Unterschied.

(Beifall)

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielen Dank noch mal für den Kommentar und auch für die Beantwortung der Fragen. Wir werden uns auf dem Podium auch knapper halten. Wir werden mit Blick auf die Uhr, es ist 20:25 Uhr, 20:30 Uhr war ursprünglich das Ende vorgesehen. Wir werden etwas überziehen, auch wenn wir wissen, dass Prof. Lilie und Frau Widmann-Mauz

aufstehen müssen. Wir müssen sehen, dass wir jetzt noch ganz kurze Fragen kriegen. Für alle diejenigen, die eine stellen wollen, dass wir die noch mit einbeziehen, und dass diejenigen, die gehen wollen, auch gehen dürfen. Bitte schön, fangen Sie außen an, gut, dann in der Mitte bitte.

Dr. Michael Wunder [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Michael Wunder, ich bin auch Mitglied des Deutschen Ethikrates, ich mache es auch ganz kurz angesichts der Zeit. Wenn ich es richtig sehe, wir diskutieren jetzt eine erweiterte Äußerungspflicht mit ja, nein, will mich nicht äußern und ist freiwillig. Meine Frage an das Podium ist, ist denn nicht die Kategorie: Ich will mich nicht damit beschäftigen, ich will mich auch jetzt nicht damit beschäftigen, vielleicht später, noch mal etwas anderes? Etwas, das außerhalb dieses Verfahrens ist, wie soll damit bitte umgegangen werden, ganz davon abgesehen, dass ich bezweifle, dass es sich bei diesen Erweiterungen noch um eine Äußerungspflicht handelt? Ich möchte an Folgendes erinnern, Herr Prof. Lilie hat gesagt, er hat Ähnlichkeiten mit der Patientenverfügungsdiskussion entdeckt, ich entdecke die auch. Ich möchte daran erinnern, dass wir bei dem Gesetzgebungsverfahren die Diskussion

hatten über eine Erzwingung einer Patientenverfügung für bestimmte Einrichtungen, die an der Pforte sagen: Du wirst hier nur behandelt, wenn... Es war ein großer Konsens, so etwas nicht ins Gesetz aufzunehmen, und es gab zwei Gründe dafür: So etwas lässt sich nicht erzwingen, das ist eine höchst persönliche Entscheidung, und man muss offenhalten, dass Menschen sich damit auch nicht beschäftigen wollen und trotzdem behandelt werden müssen. Ich denke, das ist ein gutes Modell, und es sollte bei der nicht erzwungenen Freiwilligkeit bleiben.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Das ist auch schon die Antwort auf Ihre Frage, jetzt kommt Herr Sengler.

Herr Sengler:

Ich wollte eigentlich Herrn Prof. den Vortritt lassen, aber mir ist es egal. Also vorweg: Ihre Unterfrage würde ich klar mit Ja beantworten. Natürlich sollte der Staat etwas verlangen dürfen, dass die Menschen sich zu Lebzeiten erklären. Aber die Schlussfolgerung, dieses Verlangen würde eine Äußerungspflicht im Rechtssinne auslösen, dürfte wohl letztlich nicht mit dem Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen

vereinbar sein. Dabei lasse ich dahingestellt, ob die Haltung: Ich möchte mich vorab nicht mit dem Thema befassen, ob die rechtlich schutzwürdig ist gegenüber der Verpflichtung des Staates? Und das ist jetzt meine Frage: Halten Sie es für rechtlich zulässig, dass der Staat gesetzliche Rahmenbedingungen so setzt, dass sich möglichst viele Menschen zu Lebzeiten in dieser Frage entscheiden, das heißt, dass die Frage von denjenigen beantwortet wird, die sie selber betrifft, und nicht von den Angehörigen im Todesfall? Und in diesem Zusammenhang ganz konkret die Frage: Ist es rechtlich vertretbar, auch letztlich ethisch, moralisch vertretbar, dass diejenigen, die aufgeklärt sind über eine gesetzliche Regelung, die meiner Meinung nach eine erweiterte Widerspruchslösung als Überschrift hat, dann, wenn sie sich nicht entschieden haben, sich explizit zu äußern, aber genau wissen, dass das Gesetz in einem solchen Fall, im Todesfall, sie als potenzielle Organspender ansieht, ist das verfassungsrechtlich zulässig, eine solche Regel zu treffen als Mittel, um – bei aller Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes und aller auch selbstverständlich datengeschützten Erklärung eines Widerspruches, der niemandem bekannt wird, erst im Todesfall abfragbar ist – , um Ihren

Einwand, Frau Lübke, zu konterkarieren, der eigentlich keiner ist, wegen irrationaler Befürchtungen, man würde vielleicht schlecht behandelt oder nicht mehr gut behandelt werden, wenn man sich nicht als Organspender äußert. Ist ein solches Mittel verfassungsrechtlich vertretbar? Es ist ein sanfter Zwang, sich zu äußern, um ein Ergebnis zu bekommen, dass die Entscheidung dort fällt, wo sie hingehört, nämlich zu Lebzeiten.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Ich glaube, es ist deutlich geworden jetzt mit Blick auf die Uhr, als Vertreter des Gastgebers, des Deutschen Ethikrates, muss ich unseren Gästen natürlich die Möglichkeit geben, wirklich gehen zu können, wenn sie gehen müssen, um ihre Nachfolgetermine noch zu erreichen. Jetzt würde ich Frau Widmann-Mauz, von der ich weiß, dass sie gehen muss, und Herrn Lilie fragen, ob Sie zu den beiden Punkten, die angesprochen worden sind, noch direkt etwas sagen wollen, nicht unbedingt ...

Prof. Dr. Hans Lilie [Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg]:

Herr Sengler ist ein Fuchs, das weiß ich ja. Herr Sengler, Ihr Problem liegt bei

einer kleinen Nebenbemerkung. Sie haben gesagt, wenn es die Menschen genau wissen, und diesen Nachweis des genauen Wissens, den werden Sie nicht führen können, und ich bin dankbar, dass Sie an dieser Stelle nicken.

Annette Widmann-Mauz [Mitglied des Deutschen Bundestages]:

Ich fand, dass Herr Prof. Wunder das sehr schön beschrieben hat: die nicht herbeigeführte Freiwilligkeit.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Der Vergleich sozusagen zu dem Aspekt der Freiwilligkeit. Vielen Dank. Jetzt wirklich mit der Bitte um ganz kurze Fragen.

Volker Loeschner:

Volker Loeschner, Rechtsanwalt für Medizinrecht, ich habe eine Frage zu folgender These: Eine Widerspruchslösung ist europarechtskonform, in Deutschland ist zur Regelung der Widerspruchslösung verfassungsrechtlich eine sogenannte Konkordanz möglich. Sehen Sie eine Chance, dass diese Debatte auch im Bundestag geführt wird?

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Das muss ich direkt an die Bundestagsabgeordnete, an die Staatssekretärin weitergeben.

Annette Widmann-Mauz [Mitglied des Deutschen Bundestages]:

Ich muss ganz offen sagen, ich verstehe Ihre Frage nicht. Also wir können jede Debatte im Deutschen Bundestag führen, die Frage ist – also ich verstehe sie andersherum – wenn es in anderen Ländern möglich ist, warum debattieren wir sie, oder warum ist vermeintlich unter rechtlichen Gesichtspunkten in Deutschland eine solche Regelung fragwürdig? Zunächst einmal: Wir haben in diesem Bereich nationale Souveränität, eindeutig, und insofern ist eine Regelung, die in einem anderen Mitgliedstaat möglich und denkbar ist, in Deutschland durchaus auch durch die Souveränität und durch die Verfassung auch anders zu gewichten. Das steht uns frei, und der Gesetzgeber hat hier eine wertvolle Entscheidung, zumindest was den Stellenwert der Freiwilligkeit und des Selbstbestimmungsrechtes anbelangt, getroffen.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Danke für die Klarstellung. Herr Taupitz bitte.

Prof. Dr. Jochen Taupitz [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Jochen Taupitz, Mitglied des Deutschen Ethikrates, ich möchte die Frage stellen, was aus verfassungsrechtlicher Sicht und aus ethischer Sicht gegen eine echte Solidaritätspflicht zur Organspende spricht. Verfassungsrechtlich – deshalb gefragt, weil wir haben ja Solidaritätspflichten von Verstorbenen. Der Verstorbene kann obduziert werden, wenn er Opfer eines Verbrechens ist, und weder der Verstorbene zu Lebzeiten kann dem widersprechen, noch die Angehörigen können dem widersprechen, das dient allein der Aufklärung eines Verbrechens, selbst wenn das potenzielle Opfer sagt, es ist mir doch ganz egal, warum ich zu Tode gekommen bin.

Bestattungspflicht auf Friedhöfen usw., da wird auch das Selbstbestimmungsrecht der Menschen nicht geachtet, sondern die Menschen werden dort bestattet, wo der Staat es gebietet. Also, es gibt Solidaritätspflichten nach dem Tode, warum dann nicht auch die Solidaritätspflicht zur Organspende? Zweite Frage: Selbst zu Lebzeiten gibt es ja eine ganze Menge Solidaritätspflichten, die Frau Lübke ja genannt hat, man muss dem Unfallopfer helfen usw., warum ist

dann diese geringe Solidaritätspflicht sich zu äußern so unvereinbar mit dem Selbstbestimmungsrecht der Menschen, dass das Ganze von vornherein abgelehnt wird?

(Beifall)

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielleicht nehmen wir die nächsten beiden Fragen noch hinzu.

Claus Wesslau, Deutsche Stiftung Organtransplantation:

Ich werde meinen Kommentar in Fragen kleiden. Also mein Name ist Claus Wesslau, ich bin geschäftsführender Arzt der DSO in den Regionen Berlin-Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, die ja über Jahre sehr erfolgreich ist.

An die Staatssekretärin die Frage: Macht Sie dieses Umfrageergebnis, erfüllt Sie dieses Umfrageergebnis, 75 Prozent sind für die Organspende, nicht ein bisschen mit Skepsis, wenn Sie von Herrn Breidenbach und von mir hören, dass mehr als 80 Prozent der im Akutfall betroffenen Angehörigen nicht wissen, wie sich der Verstorbene zu Lebzeiten entschieden hat? Das ist die erste Frage. Dann die Frage an Herrn Lilie: Glauben Sie nicht, weil Sie sich vorhin etwas

kritisch über Spanien geäußert haben, dass es ein Unterschied ist, wenn der Arzt oder Koordinator Angehörige befragt oder die Frage stellt: Hat Ihr verstorbener Mann und, und, und zu Lebenszeiten einen Widerspruch gegen die Organspende eingelegt, oder hat er sich gegen eine Organspende geäußert, dann kriegen Sie dann in dem Fall die Antwort von der Frau: Nein. Also ja. Umgedreht die Frage: Haben Sie schon einmal über Organspende gesprochen, hat Ihr Mann einer Organspende zugestimmt, da kommt dann: Nein. Und dann werden Sie in der Beziehung die ganze Kiste wieder umgedreht im Sinne eines Werbens am falschen Platz führen müssen.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Und die letzte Frage bitte.

Dr. Detlef Bösebeck [Deutsche Stiftung Organtransplantation]:

In 60 Sekunden, Detlef Bösebeck von der DSO. Ich möchte die Experten einladen, sich 60 Sekunden in die Lage eines betroffenen Menschen hinein zu versetzen, der lebensbedrohlich erkrankt ist, der auf eine Organspende wartet. Und Sie sind heute Abend hier, Sie sitzen hier und hören die Diskussion über das Selbstbestimmungsrecht, das – wie es

scheint – über dem Lebensrecht anzusiedeln ist. Gleichzeitig werden aber 80 Prozent in der Krankenkasse pflichtversichert, wenn sie nicht genügend verdienen. Und Sie hören von den vorhandenen Möglichkeiten des Gesetzes, das wir seit dreizehn Jahren haben, und da möchte ich Sie fragen, wenn seit dreizehn Jahren die Meldepflicht in Paragraf 11 Absatz 4 von niemandem kontrolliert wird, ob die Krankenhäuser mitmachen oder nicht, wenn die Transplantationsbeauftragten in eigenen Bundesländern nicht implementiert werden, aber gleichzeitig dieses Gesetz zulässt, dass Organe aus Ländern mit einer Widerspruchslösung – wie schrecklich – importiert werden und deutschen Patienten transplantiert werden, ich frage Sie, wie Sie sich dann fühlen?

(Beifall)

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielen Dank. Wir danken den Fragenden für ihre Beteiligung, und wir geben jetzt Frau Widmann-Mauz als erstes noch einmal die Möglichkeit, vielleicht auf die letzte Frage direkt zu antworten.

Annette Widmann-Mauz [Mitglied des Deutschen Bundestages]:

Bei der vorletzten bin ich ja direkt angesprochen worden, der will ich ja nicht ausweichen. Also wenn Sie mein Eingangsstatement gehört haben, haben Sie wohl mitbekommen können, dass ich gesagt habe, dass es sehr wichtig ist, genau diese Diskrepanz in den Mittelpunkt zu rücken, nämlich genau stärker über eine grundsätzliche Einstellung – wie Frau Lübbe beschrieben hat – stärker auch in der Familie mit den Angehörigen zu sprechen und Gelegenheiten zu schaffen, dies zu tun, um den wirklichen Willen zu erfahren. Das halte ich für absolut richtig und notwendig, und ich sage ja nicht: Befassung mit dem Thema soll nicht sein. Das Gegenteil tut die Bundesregierung. Wir schaffen Möglichkeiten auf den verschiedensten Wegen, und ich bin da auch für unkonventionelle Zugänge nicht nur aufgeschlossen, sondern wir gehen sie. Aber an der einen Stelle ist es – glaube ich – schon noch einmal wichtig, die Unterschiede, die es, Herr Taupitz, zu Fragen der Obduktion und zu anderen Bereichen gibt zu erwähnen, die sind ja auch schon hinlänglich diskutiert worden. Die Debatte ist natürlich hoch spannend, aber sie trifft aus meiner Sicht den Punkt nicht.

Letzter Punkt: die Meldepflichten überwachen. Ja, die zuständigen Überwachungsbehörden haben es in der Hand, es zu tun, der Bund ist das nicht,

das befriedigt uns im Föderalismus nicht immer, aber dafür gibt es Länderministerien, die die Überwachung machen. Das Bundesland, aus dem ich stamme – man hört es – , ist nicht gerade der Spitzenreiter an der Stelle, aber ich erlebe durchaus, wie die Transparenz der Dokumentation und der Statistik der DSO durchaus dazu führt, dass auch direkte Gespräche mit den Kliniken geführt werden. Und unser Modellprojekt, das die DSO ja gemeinsam mit den Inhouse-Koordinatoren durchführt, das ist ein Ansatz zu sehen, wo sind die strukturellen Mängel, und wo können wir wirklich ganz konkret Verbesserungen vor Ort, nämlich da wo transplantiert wird, durchführen. Wie können wir hier die Voraussetzungen deutlich verbessern? Da können wir sehr, sehr viel machen, und da brauchen wir nicht Spanien zu zitieren, wenn es uns recht ist, oder wenn es uns nicht recht ist, da können wir hier in Deutschland schauen, wir können hier viel, viel mehr tun, und ich finde, in einer Kaskade, bis wir zu einer Ultima Ratio kommen, ist da noch viel möglich.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielen Dank. Herr Lilie.

Prof. Dr. Hans Lilie [Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg]:

323c: Die unterlassene Hilfeleistung ist begrenzt für jedermann an dem Kriterium der Zumutbarkeit. In 323c steht drin, dass man die zumutbare Hilfe leisten muss, und die kann an Hindernissen scheitern. Die Sektionspflicht ist beherrscht von dem Gedanken eines Allgemeininteresses, nämlich der allgemeinen Verbrechensaufklärung und nicht eines Individualinteresses, und die Bestattungspflicht auf Friedhöfen ist ausschließlich beherrscht von dem Gedanken der Hygiene, das sind Kriterien, die können wir für unser Problem – glaube ich – nicht heranziehen.

Und – ich kann nur unterstreichen, was meine verehrte Vorrednerin gesagt hat – wir haben hier das Problem, dass in vielen Fällen der Vollzug, also die Kontrolle der Meldepflichten von Organspendern, die im Transplantationsgesetz vorgesehen ist und in der Praxis nicht passiert, das ist von den Ländern zu vollziehen. Das ist eine Sache, die muss man an die Gesundheitsministerkonferenz herantragen. Das ist eine Frage des praktischen Lebens und weniger der Struktur zur Festschreibung einer Pflicht, die wir nicht verpflichtend machen können, weil wir sie nicht sanktionieren können. Das ist nämlich genau das Gleiche, wir landen dann da, wo wir jetzt über die Meldepflicht klagen, dass die

Krankenhäuser nicht melden, aber sie haben keine Sanktionen. Wir wissen aber auch, für die Pflicht zur Erklärung – am Ende keine Sanktion für die Menschen, die es nicht tun, und an dem Vergleich sehen wir, dass das leer läuft, wenn man es regeln würde.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Frau Riemer bitte.

Jutta Riemer [Lebertransplantierte Deutschland e.V.]:

Ich bin natürlich keine Juristin, und mir fiel vorhin schon – als Sie die unterlassene Hilfeleistung von Gruppen ansprachen – genau dieser Paragraf 11 ein, den Dr. Bösebeck zitiert hat. Da fielen mir eigentlich die Kliniken und die Ärzte ein, die einfach einen Paragrafen 11 ignorieren, ich weiß nicht genau wie viele, aber 40 oder 50 Prozent der Krankenhäuser machen einfach nicht mit. Das hat gar nichts damit zu tun, dass die Entscheidungsfreiheit der Spender oder Angehörigen beschränkt wird, sondern diese Angehörigen haben nicht einmal die Gelegenheit ja oder nein zu sagen, denen wird sogar diese individuelle Entscheidung genommen. Eine Dame, die vorhin abgebildet war, von ihr kenne ich die Geschichte, die in einem

Krankenhaus trommeln musste und sagte: Wir sind für Organspende. Und im Krankenhaus wurde gesagt, da machen wir als Krankenhaus aber eigentlich nicht mit, das gibt es bei uns nicht. So etwas darf nicht passieren. Dass dann an die Länder zu verweisen, ist zwar juristisch richtig, und wir machen eine hilflose Handbewegung, aber ich denke, da müssen wir wirklich den Zorn kriegen und müssen die Länder in die Pflicht nehmen, und den Ländern in irgendeiner Form sagen: Die Länder müssen das regeln, die müssen das Gesetz umsetzen, was wir seit 1997 haben.

(Beifall)

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Frau Donauer, ein Abschlusswort noch von Ihnen.

Marita Donauer [Angehörige eines Organspenders]:

Ich kann dem nur zustimmen, was Frau Riemer gesagt hat, und auch noch einmal darauf verweisen, wie schwierig es ist für Angehörige, die plötzlich in eine Situation wie diese hinein geraten und nicht wissen, wie der Angehörige dazu stand zu dem Thema, und wie wichtig die umfassende Betreuung der Angehörigen in diesem Zusammenhang ist, im

Krankenhaus und auch danach, dass man weiß, dass man eine Entscheidung getroffen hat, zu der man nach Jahren noch stehen kann, und mit der man gut leben kann. Dazu ist eine umfassende Betreuung der Angehörigen existenziell wichtig.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielen Dank, mit Blick auf die Uhr, ich weiß, dass Frau Weyma Lübke zu den Fragen noch etwas sagen soll. Ich würde aber Sie beide gerne vorher entlassen, dass Sie – gut, Ihr Zug ist weg, aber Frau Widmann-Mauz –, nur, dass Sie sich nicht mehr gebunden fühlen, sondern wirklich die Möglichkeit haben zu gehen, dass Sie Ihre Anschlusstermine noch schaffen. Weyma Lübke.

Prof. Weyma Lübke, Mitglied des Deutschen Ethikrates:

Ich glaube, dass in der letzten Fragerunde noch eine ganze Menge sehr wichtiger Punkte angesprochen worden sind, die wir unbedingt im Detail diskutieren müssen, natürlich auch durch Sie, Herr Taupitz. Es wurde schon teilweise geantwortet durch meine Vorredner. Ich glaube, dass – anders als die Obduktion nach einer Straftat, die an dieser Person vorgenommen wurde – die

Organentnahme die Nutzung eines Menschen als Mittel und als Ressource viel stärker symbolisiert, und das Einzige, was das erlaubt und in Ordnung machen kann, ist die explizite Information, dass der Spender das gewollt hat. Das hebt den Instrumentalisierungsschaden auf.

Der Mensch – das ist der Hintergrund, und daran wollen wir festhalten – , der Mensch und seine Teile sind kein Arzneimittel, und wenn es noch so hilfreich ist für andere Personen. Einige Fragen gingen dahin, ob man daran wirklich festhalten will, ob man nicht sagen möchte bezüglich des hirntoten Körpers, können wir sagen, nachdem der so gut nutzbar ist, für so viele wichtige Zwecke lebensdienlich ist, ob wir da nicht sagen, gut, dann erklären wir ihn eben zur Ressource. Der lebendige Mensch sozusagen, da haben wir ein Instrumentalisierungsverbot, aber der tote Körper, na gut, da erklären wir den eben zur Ressource. Diese Frage muss man sich letztlich stellen, wenn man das nicht möchte, dann muss man daran festhalten, dass die Leute zugestimmt haben müssen. Ich könnte noch eine Menge weiteres zu der Frage sagen, warum man meines Erachtens den Menschen die Möglichkeit offen lassen sollte, zu sagen: Ich möchte, dass meine Angehörigen das entscheiden, nachdem ich gestorben bin. Aber die Zeit ist knapp.

Prof. Dr. Eckhard Nagel [Mitglied des Deutschen Ethikrates]:

Vielen Dank. Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich darf mich im Namen des Deutschen Ethikrates recht herzlich für Ihre Aufmerksamkeit bedanken, für ihre Fragen, besonders bedanken, aber natürlich auch bei unseren Experten, lieber Herr Breidenbach, lieber Herr Neuhaus, auf dem Podium, vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, dass Sie mit uns diskutiert haben. Es war nicht zu erwarten, dass wir auf die Frage: „Sollte der Staat verlangen, dass sich jeder erklärt? Äußerungspflicht zur Organspende“ mit einer eindeutigen Antwort hinausgehen, das ist auch nicht unbedingt die Aufgabe des Deutschen Ethikrates. Er will informieren über die ethischen und auch im Verhältnis zu den rechtlichen Aspekten relevante Fragestellungen unseres alltäglichen Lebens, in diesem Fall im Kontext mit der Organtransplantation und der Organspende, die Wahrnehmung der Solidarität mit denjenigen Menschen, die an Krankheiten leiden, die Selbstbestimmungsrechte, die gewahrt werden müssen. Das waren die zentralen Punkte, und inwieweit die Ethik und letztendlich eben auch die Moral hier eine Wegweisung geben kann, das ist in den

unterschiedlichen Stellungnahmen
meines Erachtens relativ deutlich
geworden. Wir würden uns freuen, Sie
würden beim nächsten Forum Bioethik
wieder dabei sein. Herzlichen Dank,
Ihnen allen einen guten Abend und einen
guten Nachhauseweg.

(Beifall)