

Die Zahl der
Organspenden erhöhen –
Zu einem drängenden
Problem der
Transplantationsmedizin
in Deutschland

STELLUNGNAHME

Die Zahl der
Organspenden erhöhen –
Zu einem drängenden
Problem der
Transplantationsmedizin
in Deutschland

STELLUNGNAHME

Inhaltsverzeichnis

A ANLASS UND GEGENSTAND DER STELLUNGNAHME	7
B ZUR SITUATION DER TRANSPLANTATIONSMEDIZIN IN DEUTSCHLAND	9
C GRÜNDE FÜR DEN ORGANMANGEL	18
1. Ausgangspunkt: Nichtausschöpfung des Spendepotentials ____	18
2. Organisatorische Gründe für den Organmangel	20
3. Die Auswirkungen der in Deutschland geltenden Zustimmungsregelung	24
D DAS SPEKTRUM VON ALTERNATIVEN ZUR GELTENDEN ZUSTIMMUNGSREGELUNG	27
E VORSCHLAG: STUFENMODELL ALS KOMBINATION VON ERKLÄRUNGS- UND WIDERSPRUCHSREGELUNG	33
1. Ethische Aspekte	33
2. Verfassungsrechtliche Zulässigkeit	41
2.1. Die betroffenen Grundrechte	41
2.2. Abwägungen	43
2.2.1. Menschenwürde und Glaubensfreiheit	43
2.2.2. Selbstbestimmung	44
3. Zusammenfassung	49
F EMPFEHLUNGEN	53
Literaturverzeichnis (Auswahl)	57
Mitglieder	59

Herausgegeben vom Nationalen Ethikrat

Vorsitzende: Kristiane Weber-Hassemer
Jägerstraße 22/23 · D-10117 Berlin
Telefon: +49/30/203 70-242 · Telefax: +49/30/203 70-252
E-Mail: kontakt@ethikrat.org
www.ethikrat.org

© 2007 Nationaler Ethikrat, Berlin
Alle Rechte vorbehalten
Eine Abdruckgenehmigung wird auf Anfrage gern erteilt
Gestaltung: Bartos Kersten Printmediendesign, Hamburg
Herstellung: Druckhaus Berlin-Mitte

A ANLASS UND GEGENSTAND DER STELLUNGNAHME

Organtransplantationen gehören seit etwa zwei Jahrzehnten zum therapeutischen Standard bei einer Reihe schwerer Erkrankungen, die mit Organversagen verbunden sind. Viele Patienten¹ verdanken seitdem der Transplantationsmedizin ihr Leben oder eine entscheidende Verbesserung ihrer Lebensqualität. Jahr für Jahr sterben jedoch Patienten, die durch eine Organtransplantation vermutlich hätten gerettet werden können, für die aber nicht rechtzeitig ein Organ zur Verfügung stand. Organmangel ist zwar ein chronisches Problem der Transplantationsmedizin in allen Ländern, in Deutschland ist das Problem jedoch besonders ausgeprägt. Vergleiche zeigen, dass es in Deutschland bezogen auf die Zahl der Einwohner weniger Organspenden gibt als in anderen Ländern. Die Hoffnung, dass das deutsche Transplantationsgesetz (TPG) von 1997 zu einer Steigerung der Organspenden führen würde, hat sich nicht erfüllt. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass die Gründe nicht nur in organisatorischen Defiziten des Gesundheitssystems liegen, sondern auch in der gesetzlichen Regelung, die die postmortale Organspende von der ausdrücklich erklärten Zustimmung der Spender beziehungsweise ihrer Angehörigen abhängig macht.

In der hier vorgelegten Stellungnahme werden die ethischen und rechtlichen Fragen der Lebendorganspende nicht näher behandelt, weil das größere Potential einer ethisch vertretbaren Linderung des Organmangels in organisatorischen Verbesserungen und bei der Ausweitung der postmortalen Organspende gesehen wird.² Im Blick auf die postmortale Organspende steht

¹ Die männliche Form wird im Folgenden aus Gründen der leichten Lesbarkeit verwendet.

² Während für die Lebendorganspende nur wenige Organe oder Teile davon in Frage kommen (Niere, Leber-, Lungen- sowie Pankreassegmente), können einem Verstorbenen prinzipiell alle transplantierbaren Organe entnommen werden. Mit der Lebendorganspende, die stets mit einem gewissen gesundheitlichen Risiko für den Spender verbunden ist, verbinden sich außerdem besondere ethische Probleme.

die Frage im Zentrum, ob es ethisch und verfassungsrechtlich vertretbar ist, die geltende gesetzliche Regelung hinsichtlich der erforderlichen ausdrücklich erklärten Zustimmung der Spender beziehungsweise ihrer Angehörigen zu ändern, um den Organmangel zu lindern. Zur Diskussion stehen verschiedene Vorschläge, die alle einen Ausgleich suchen müssen zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des potentiellen Organspenders, dem Wunsch nach Lebensrettung und Leidensminderung anderer Menschen sowie etablierten Prinzipien des Gesundheitssystems wie zum Beispiel dem gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen. Im Ergebnis schlägt der Nationale Ethikrat ein Stufenmodell vor, das Elemente einer Erklärungsregelung mit Elementen einer Widerspruchsregelung verbindet. Danach ist der Staat verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Bürger

1. in einem geregelten Verfahren zu einer persönlichen Erklärung darüber aufgefordert werden, ob sie zur Organspende bereit sind, und
2. darüber informiert sind, dass die Organentnahme bei unterbliebener Erklärung gesetzlich erlaubt ist, sofern die Angehörigen ihr nicht widersprechen.

B ZUR SITUATION DER TRANSPLANTATIONSMEDIZIN IN DEUTSCHLAND

Die ersten Organtransplantationen wurden in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts durchgeführt. Sie waren Experimente (Heilversuche), die wegen der immunologischen Gewebeanverträglichkeit nur Erfolg haben konnten, wenn Spender und Empfänger des Transplantats genetisch identisch, also eineiige Zwillinge waren. In den sechziger Jahren gelang es dann zunehmend, die Immunabwehr zu kontrollieren und Abstoßungsreaktionen zu verhindern. Damit wurden auch Transplantationen zwischen genetisch verschiedenen Individuen möglich. Die Empfänger eines Spenderorgans bleiben allerdings auch heute noch ihr Leben lang auf Medikamente zur Immunsuppression angewiesen, die nicht nur belastende Nebenwirkungen haben, sondern auch sekundäre Erkrankungen begünstigen können. Gleichwohl entscheidet sich die große Mehrheit der Patienten bei der Abwägung der Vor- und Nachteile für eine Organtransplantation.

Die Transplantationsmedizin hat ihre experimentelle Phase seit etwa zwei Jahrzehnten hinter sich gelassen und ist inzwischen in allen Ländern als Standard ärztlichen Handelns professionell etabliert. In Deutschland wurden seit 1963 insgesamt ca. 79.000 Organe transplantiert. Die Organtransplantation wird von einer großen Mehrheit der Bevölkerung als normale medizinische Behandlung akzeptiert und erwartet. In Umfragen sehen mehr als drei Viertel der Befragten die Organspende (Organverpflanzung) als positiv an.³

Rechtliche Grundlage der Organtransplantation in Deutschland ist das TPG vom 5. November 1997. Danach ist Voraussetzung für eine Organentnahme, dass der Tod des Organspenders „nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen“, festgestellt wurde.

³ Umfragen in Deutschland. Genauer unten, bei Anmerkung 25.

Die Aufgabe, diese Regeln niederzulegen, obliegt der Bundesärztekammer. Zusätzlich ordnet das TPG an, dass die Organentnahme unzulässig ist, wenn nicht zuvor der Gesamthirntod, das heißt der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms, festgestellt wurde (Kriterium des Hirntods). Das TPG beschränkt sich also darauf, den Hirntod als Voraussetzung einer Organentnahme zu benennen, und enthält sich einer eigenen näheren Bestimmung des Zeitpunkts, zu dem ein Mensch als tot anzusehen ist. In den einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer wird allerdings der Gesamthirntod mit dem Tod im naturwissenschaftlich-medizinischen Sinne gleichgesetzt.⁴ Das Hirntodkriterium ist zwar immer wieder Gegenstand von Debatten über das richtige Verständnis vom Tod des Menschen und die angemessene anthropologische Bedeutung des Gehirns als des Organs, das die einzelnen Organfunktionen zur Gesamttätigkeit des Organismus integriert. Es besteht aber derzeit ein weitgehender gesellschaftlicher Konsens zumindest darüber, dass diese Art der Todesfeststellung legitim ist. Der Hirntod gilt dabei nicht deshalb als Zeichen für den Tod des Menschen, weil die Bewusstseinsleistungen im Gehirn lokalisierbar sind, sondern weil die Funktionsfähigkeit des Gehirns unabdingbare Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der leibseelischen Einheit des Menschen ist.

Das TPG hat eine rechtliche Grundlage für die Organspende und die Organtransplantation in Deutschland geschaffen. Eine ausreichende Versorgung mit Spenderorganen ist damit aber entgegen den Hoffnungen, die mit dem Gesetz verknüpft wurden, nicht erreicht worden. Im Jahr 2006 standen 1.259 Verstorbene für eine postmortale Organspende zur Verfügung (3,9 Prozent mehr als 2005);⁵ ihnen wurden insgesamt 3.925 Organe entnommen (2005: 3.777).⁶ Implantiert wurden 2006

⁴ Vgl. Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer 1998: A 1861.

⁵ Deutsche Stiftung Organtransplantation 2007.

⁶ Ebd.

aber mehr Organe, als in Deutschland selbst gewonnen werden konnten (4.032);⁷ die fehlenden zusätzlichen Organe wurden im Rahmen des Eurotransplant-Verbundes aus anderen Ländern zur Verfügung gestellt.⁸ Es gibt in Deutschland also einen gravierenden Mangel an Spenderorganen. Dieser führt dazu, dass pro Jahr etwa 1.000 Personen, die auf der Warteliste für eine Transplantation stehen, sterben, weil ihnen nicht rechtzeitig ein geeignetes Spenderorgan zur Verfügung gestellt werden kann.⁹

Die Mangelsituation betrifft, wenn auch in unterschiedlichem Maße, alle nach dem TPG vermittlungspflichtigen Organe, das heißt Niere, Leber, Herz, Lunge, Pankreas (Bauchspeicheldrüse) und Darm: Bei allen diesen Organen liegt die Zahl der im Jahr 2005 neu zu einer Transplantation angemeldeten Patienten deutlich über den tatsächlich durchgeführten Transplantationen.¹⁰ Hinsichtlich der medizinischen Voraussetzungen und des zu erwartenden Erfolgs einer Transplantation muss jedoch zwischen den einzelnen Organen differenziert werden.

Die Nierentransplantation ist ebenso wie die Dialyse (Blutwäsche) mittlerweile ein Standardverfahren der Nierenersatztherapie; beide können ein jahre- beziehungsweise jahrzehntelanges Überleben der Patienten ermöglichen. Eine Nierentransplantation ist bei chronischem Nierenversagen in fortgeschrittenem Stadium indiziert. Ursächliche Ersterkrankungen für durchgeführte Transplantationen sind bei Erwachsenen Diabetes Typ 2 (Altersdiabetes; ca. ein Drittel aller Transplantationsfälle), Bluthochdruck (mit Nierensklerose, ca. ein Viertel aller Fälle), chronische Nierenentzündung (ca. ein Viertel aller Fälle). Angeborene Fehlbildungen sowie sogenannte Systemerkrankungen stellen außer bei Kindern nur in einer kleinen Anzahl von Fällen die Ersterkrankung dar. Der medizinische

⁷ Ebd.

⁸ Eurotransplant gehören neben Deutschland Belgien, die Niederlande, Österreich sowie Slowenien an.

⁹ Insgesamt standen in Deutschland zum Stichtag 31. Dezember 2005 rund 11.500 Personen auf der Warteliste für eine Organtransplantation; vgl. Eurotransplant International Foundation 2006.

¹⁰ Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2006: passim.

Erfolg einer Nierentransplantation hängt neben dem Ausmaß der Gewebeübereinstimmung zwischen Spender und Empfänger von der Art der Organspende ab: Hier erweist sich gegenüber der postmortalen Spende die Lebendspende als vorteilhaft; ihr Anteil an den Nierentransplantationen hat 2005 fast 20 Prozent betragen.¹¹ Ferner spielt die Häufigkeit vorheriger Transplantationen eine Rolle – Ersttransplantationen führen zu besseren Ergebnissen als Zweittransplantationen usw.

Viele Patienten gewinnen durch eine Nierentransplantation – auch gegenüber der Alternative einer oftmals jahrelangen Dialyse mit den damit verbundenen Einschränkungen – erheblich an Lebensqualität. Bei vielen Empfängern einer Spenderniere erreicht sie ein Niveau, das hinter dem der Allgemeinbevölkerung nicht zurücksteht.¹² Nierentransplantationen wirken sich in der Mehrzahl der Fälle nicht nur auf das körperliche Empfinden und die Leistungsfähigkeit der Patienten nachweislich positiv aus; sie ermöglichen auch eine regere Teilnahme am sozialen Leben und führen insgesamt zu einer Steigerung des psychischen Wohlbefindens.¹³ Zudem bedeutet eine Nierentransplantation im Gegensatz zu einer jahrelangen Dialyse einen klaren Überlebensvorteil: Ein Patient nach Nierentransplantation lebt länger als ein Patient an der Dialyse. Positiv fällt bei Nierentransplantationen auch die ökonomische Bilanz aus: Eine dauerhafte Dialysebehandlung ist erheblich teurer als eine Transplantation einschließlich der entsprechenden Nachsorge. Viele Organempfänger sind wieder in der Lage, ihrem Beruf nachzugehen.

Wie alle Transplantationen sind allerdings auch diejenigen der Niere nicht frei von mitunter erheblichen Risiken für die Patienten. An erster Stelle ist hier der Verlust des verpflanzten Organs zu nennen. Die Ursachen eines Transplantatversagens können in einer chronischen Abstoßungsreaktion, in den schädigenden Nebenwirkungen der immunsuppressiven Medikamente (Nephrotoxizität) sowie in der Wiederkehr der Grund-

¹¹ Vgl. ebd.: 28.

¹² Vgl. Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt 2003: 28.

¹³ Vgl. Schulz et al. 2002: 791.

erkrankung liegen, die zur Notwendigkeit der Ersatztherapie führt. Die Fünf-Jahres-Transplantatfunktionsrate lag 2005 nach der Transplantation von Organen Verstorbener bei 71 Prozent, im Fall der Lebendspende bei 84 Prozent.¹⁴

Die Differenz zwischen den benötigten und den für eine Transplantation zur Verfügung stehenden Nieren ist erheblich. Im Jahr 2005 wurden 2.712 Nierentransplantationen durchgeführt, allerdings sind auch 2.730 Personen neu in die Warteliste aufgenommen worden. Insgesamt betrug die Anzahl der Patienten, die auf eine neue Niere warteten, 8.853.¹⁵ Es warteten also nach wie vor mehr als dreimal so viele Menschen auf eine neue Niere, wie Organe pro Jahr vermittelt werden konnten. Daran dürfte sich seither nichts Wesentliches geändert haben.

Auch für lebertransplantierte Patienten lässt sich eine deutliche postoperative Verbesserung der Lebensqualität feststellen, die sich sowohl auf die objektiv feststellbare körperliche Funktionsfähigkeit als auch auf die subjektive Einschätzung der sozialen Aktivitäten, der körperlichen Gesundheit, der Sexualität, der Ausübung täglicher Aktivitäten sowie der psychischen Gesundheit erstreckt.¹⁶ Als hauptsächliche Indikationen einer Lebertransplantation sind weit fortgeschrittene Leberzirrhosen, akutes Leberversagen, Lebertumoren und Stoffwechselerkrankungen zu nennen. Der Handlungsdruck ist insbesondere im Fall eines akuten Leberversagens hoch, da sich alternative Behandlungsverfahren wie die „künstliche Leber“ noch im experimentellen Stadium befinden. Entscheidend für den Erfolg einer Transplantation sind die Grunderkrankung und der klinische Zustand des Patienten vor dem Eingriff – das Ein-Jahres-Überleben schwankt hierbei zwischen 90 Prozent bei relativ stabiler Ausgangssituation und 70 bis 80 Prozent bei notfallmäßiger Transplantation. Chronische Abstoßungen führen im Fall der Lebertransplantation eher selten zu einem Verlust des transplantierten Organs.

¹⁴ Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2006: 28.

¹⁵ Vgl. ebd.: 26.

¹⁶ Vgl. Breyer et al. 2006: 18 ff.

Im Jahr 2005 wurden 976 Lebertransplantationen in Deutschland durchgeführt.¹⁷ Auch bei der Leber ist eine Lebendspende möglich; hierbei werden einzelne Lebersegmente des Spenders auf den Empfänger übertragen. Der Anteil dieser Teilleber-Lebendspenden lag 2005 bei acht Prozent. Die Fünf-Jahres-Transplantatfunktionsrate der postmortal gespendeten Organe lag 2005 in Deutschland bei 60 Prozent, die Drei-Jahres-Transplantatfunktionsrate bei Transplantationen nach Lebendspende bei 66 Prozent.

Transplantationen des Herzens, die der Natur der Sache nach nur mittels postmortalen Spenden möglich sind, sind insbesondere bei den unterschiedlichen Ausprägungen der fortgeschrittenen Herzinsuffizienz angezeigt. Als Alternative zu einer Herztransplantation können zur kurz- oder mittelfristigen Unterstützung der Herzfunktion mechanische Verfahren eingesetzt werden, die die komplette Herzfunktion für mehrere Monate übernehmen können. Insgesamt lassen sich auch im Fall der Herztransplantation deutliche Verbesserungen der Lebensqualität für die betroffenen Patienten nachweisen. Zum Teil wurden von herztransplantierten Patienten erstaunliche körperliche Leistungen wie die Besteigung des Kilimandscharo und des Matterhorns erbracht. Trotz einer positiven Beurteilung von Gesundheit und körperlicher Leistungsfähigkeit – insbesondere vor dem Hintergrund leidvoller präoperativer Erfahrungen – ist der Alltag der transplantierten Patienten bei Aufgaben wie Einkaufen, Treppensteigen oder Hausarbeit aber oftmals durch deutliche Einschränkungen geprägt.¹⁸ Aufgrund der nicht nur physiologischen, sondern auch symbolischen Bedeutung des Herzens für den Menschen erfordert eine Herztransplantation zudem besondere postoperative psychische Anpassungsleistungen.

Im Jahr 2005 wurden in Deutschland 396 Herztransplantationen – davon 15 kombinierte Herz-Lungen-Transplantationen –

bei etwa doppelt so vielen Neuanmeldungen durchgeführt. Langfristig ist ein Absinken der Herztransplantationen festzustellen.¹⁹ Diese Entwicklung ist einerseits dem Mangel an postmortalen Herztransplantaten geschuldet, andererseits aber auch auf eine Veränderung in der Indikationsstellung zur Herztransplantation, die Verbesserung bei der medikamentösen Therapie in der Behandlung von Herzkrankheiten sowie die Routineanwendung von Herzunterstützungssystemen zurückzuführen. In der ersten Zeit nach einer Herztransplantation wird die Überlebensrate maßgeblich durch Abstoßungsreaktionen und Infektionen bestimmt, auf lange Sicht treten die Nebenwirkungen der Immunsuppression sowie die Gefahr einer koronaren Herzerkrankung in den Vordergrund. Die Fünf-Jahres-Funktionsrate nach einer Herztransplantation liegt bei etwa 69 Prozent.²⁰

Eine Lungentransplantation ist bei einer Reihe weit fortgeschrittener Erkrankungen des Lungengerüsts oder der Lungengefäße indiziert, die zu einem nicht therapierbaren terminalen Lungenversagen führen. Es kommen je nach Erkrankung sowohl Transplantationen eines als auch beider Lungenflügel in Frage; in manchen Fällen ist eine kombinierte Herz-Lungen-Transplantation erforderlich. Mit Ausnahme einer Spende für Kinder, bei denen auch eine Transplantation mittels einer Lebendspende einzelner Lungensegmente realisiert werden kann, werden Lungen(teile) nur postmortal gespendet. 2005 wurden in Deutschland 262 Lungentransplantationen bei knapp 400 Neuanmeldungen durchgeführt. Die Tendenz ist hier steigend, so dass nach wie vor eine deutliche Differenz zwischen der Zahl der angemeldeten Patienten und der Zahl der Transplantationen, die durchgeführt werden können, besteht.²¹

Das Risiko postoperativer Infektionen ist hoch, da die Lunge mit ihrer großen Oberfläche der Umgebung ausgesetzt ist und der natürliche Hustenreflex wegen der fehlenden Nervenversorgung

¹⁷ Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2006: 35.

¹⁸ Vgl. Schulz et al. 2002: 785 ff.

¹⁹ Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2006: 32.

²⁰ Vgl. ebd.: 34.

²¹ Vgl. ebd.: 39.

des transplantierten Organs entfällt. Die Auswahl geeigneter Organe stellt daher einen entscheidenden Faktor für den Erfolg einer Transplantation dar. Die Fünf-Jahres-Funktionsrate des Transplantats lag 2005 bei 54 Prozent.

Patienten, die auf eine Lungentransplantation warten, haben einen langen und beschwerdereichen Krankheitsverlauf mit stark geminderter Belastbarkeit hinter sich. Postoperativ weisen lungentransplantierte Patienten im Allgemeinen eine deutlich verbesserte gesundheitsbezogene Lebensqualität auf. Dies gilt zumindest für diejenigen Patienten, die nicht unter einer Bronchiolitis obliterans, das heißt einer fibrösen Vernarbung des Spenderorgans, leiden. Diese chronische Erkrankung, die eine deutliche Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach sich zieht, befällt fast die Hälfte aller Langzeitüberlebenden nach einer Lungentransplantation. Zudem lässt sich nachweisen, dass bei Lungentransplantierten trotz einer deutlichen Verbesserung der postoperativen Lebensqualität Einschränkungen bezüglich Selbstwertgefühl, psychischen Wohlbefindens, emotionaler Rollenfunktion und Körperbild bestehen bleiben.²²

Eine Transplantation des Pankreas ist zum Ersatz der hormonproduzierenden Funktion des Organs zwar bereits zu einem frühen Zeitpunkt einer Insuffizienz indiziert; sie wird wegen des Mangels an Spenderorganen und der Nebenwirkungen der Immunsuppression im Augenblick aber nur nach weiteren Organkomplikationen wie Nierenfunktions-, Nerven- oder Sehstörungen in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung und bei Problemen der Insulintherapie und in der Regel in Kombination mit einer Nierentransplantation durchgeführt. Normalerweise erfolgen Pankreastransplantationen nach postmortalen Spenden, auch wenn bereits einzelne Teiltransplantationen nach Lebendspende durchgeführt worden sind.

Da das technische Risiko einer Pankreastransplantation wegen der Produktion großer Mengen aggressiver Verdauungs-

sekrete hoch ist, gibt es in jüngster Zeit Bestrebungen, nur die insulinproduzierenden Inselzellen zu transplantieren – bislang allerdings nur mit begrenztem Erfolg.²³ Insgesamt ist das Risiko im unmittelbaren Zusammenhang mit der Operation wegen der verschiedenen Komplikationen des Diabetes deutlich höher als bei Transplantationen anderer Organe; die Fünf-Jahres-Funktionsrate des Transplantats liegt bei 66 Prozent. 2005 wurden in Deutschland 165 Pankreas- und kombinierte Pankreas-Nieren-Transplantationen durchgeführt. Trotz der genannten Risiken bewerten Patienten den Eingriff als förderlich für ihre soziale Interaktion und Vitalität.

Transplantationen des Dünndarms sind selten: In Deutschland wurden 2005 lediglich zwei Eingriffe vorgenommen. Hierbei handelt es sich um eine experimentelle Form der Transplantation, die mit Versorgungstransplantationen nicht zu vergleichen ist. Angezeigt sind Dünndarmtransplantationen in erster Linie bei bestimmten Formen von Kurzdarmerkrankungen als Folge von Operationen bei entzündlichen Darmerkrankungen, aber auch bei kompletten Thrombosen der Dünndarmvenen.²⁴ Ähnlich wie bei Transplantationen der Lunge bestehen hier ein hohes Infektionsrisiko wegen der großen Oberfläche des Dünndarms sowie die Gefahr der Abstoßung des transplantierten Organs.

²² Vgl. Schulz et al. 2002: 787 ff.

²³ Vgl. Breyer et al. 2006: 22.

²⁴ Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2006: 41.

C GRÜNDE FÜR DEN ORGANMANGEL

1. Ausgangspunkt: Nichtausschöpfung des Spendepotentials

Es ist davon auszugehen, dass in Gesellschaften mit vergleichbaren Lebensbedingungen der Prozentsatz derjenigen Verstorbenen, die nach den Kriterien der Transplantationsmedizin für eine postmortale Organspende in Betracht kommen, nur unwesentlich schwankt. Daher belegt schon die Tatsache, dass in Deutschland (pro eine Million Einwohner) bei weniger Verstorbenen Organe entnommen werden als in europäischen Nachbarländern, dass das bei uns vorhandene Spendepotential nicht ausgeschöpft wird. Theoretisch könnte dies dadurch zu erklären sein, dass in Deutschland Organentnahmen, die medizinisch möglich und sinnvoll wären, deshalb nicht durchgeführt werden können, weil es an der notwendigen Bereitschaft zur Organspende fehlt. Die verfügbaren Daten sprechen jedoch nicht für diese Erklärung.

Zwar gibt es in der Bevölkerung durchaus Vorbehalte gegen eine Organspende. Manche Menschen legen Wert darauf, dass ihr Körper unversehrt bestattet wird, und manche möchten ihren Angehörigen nicht zumuten, dass die Phase des Abschiednehmens und der Trauer durch die Prozeduren der Organentnahme belastet wird. Auch wird das Hirntodkriterium nicht von allen akzeptiert, und es gibt Misstrauen, dass für Patienten vielleicht nicht das medizinisch Mögliche getan werden könnte, wenn sie als Organspender in Betracht kommen. Diese Vorbehalte sind ernst zu nehmen und zu respektieren, und sie werden sich auch durch Aufklärungskampagnen oder die Erhöhung der Transparenz der Transplantationsmedizin nicht vollständig ausräumen lassen. Aber sie führen nur bei etwa 20 Prozent der Bevölkerung dazu, dass sie erklären, selbst nicht Organspender sein zu wollen. Dagegen befürworten mehr als 80 Prozent der Menschen in Deutschland die Organspende im Allgemeinen

und zwei Drittel erklären sich grundsätzlich bereit, selbst Organspender zu sein; etwa zehn Prozent sind jeweils unentschieden.²⁵ Diese in den Umfragen erklärte Spendebereitschaft liegt zwar auf den ersten Blick nur wenig über der faktisch für die Organspende konkret erreichten Zustimmungsrate: 2005 konnten von 61 Prozent der von den Krankenhäusern gemeldeten potentiellen Spender Organe entnommen werden.²⁶

Diese Zahl ist jedoch irreführend. Sie ist deshalb hoch, weil potentielle Spender, bei denen sich aus Gesprächen mit den Betroffenen oder ihren Angehörigen oder aus anderen Anhaltspunkten ergibt, dass keine Spendebereitschaft besteht, meist von vornherein gar nicht gemeldet werden. Legt man die Gesamtzahl der potentiellen Spender (einschließlich der nichtgemeldeten) zugrunde, machen die realisierten Organspenden weniger als 61 Prozent aller möglichen Organspenden aus. Das spricht dafür, dass die erklärte Spendebereitschaft von 68 Prozent tatsächlich nicht ausgeschöpft wird.

Es gibt weitere Gründe, warum man davon ausgehen muss, dass die Spendebereitschaft der Bevölkerung durch die gegenwärtige Praxis nicht ausgeschöpft wird. Die persönliche Spendebereitschaft ist nämlich keine feste Größe. Nach einer Forsa-Erhebung von 1999 lag sie bei Befragten, die sich nach eigenem Bekunden intensiv mit dem Thema Organspende befasst hatten, bei 78 Prozent, während sie bei denjenigen, die sich gar nicht mit dem Thema beschäftigt hatten, nur bei 44 Prozent

²⁵ In einer Forsa-Umfrage gaben 2003 85 Prozent der Befragten an, dass sie der Organspende als solcher „eher positiv“ gegenüberstehen; sieben Prozent waren „eher negativ“, acht Prozent „neutral“. 68 Prozent waren grundsätzlich damit einverstanden, dass man ihnen selbst nach dem Tode Organe entnimmt, 21 Prozent waren dagegen, elf Prozent waren unschlüssig. Vgl. Breyer et al. 2006: 143 und 151, mit weiteren Nachweisen und Diskussionen zu Umfrageergebnissen.

²⁶ In knapp sechs Prozent der Fälle aufgrund eines vorliegenden Organspendeausweises, in etwa 90 Prozent nach dem mündlich geäußerten oder von den Angehörigen vermuteten Willen des Verstorbenen; in etwa vier Prozent der Fälle entschieden die Angehörigen selbständig über die Organspende, weil keine schriftliche oder mündliche Willenserklärung und auch keine Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen vorlagen; vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2006: 10.

lag.²⁷ Es ist anzunehmen, dass sowohl aus der Gruppe der Unentschiedenen als auch von denjenigen, die sich in Umfragen ablehnend äußern, viele unter geeigneten Bedingungen (insbesondere bei weiterer Aufklärung der Bevölkerung) für eine Organspende gewonnen werden können.

Die Einstellung der Bevölkerung gegenüber der Transplantationsmedizin und der Organspende ist daher nicht der entscheidende Grund dafür, dass es in Deutschland weniger postmortale Organspenden gibt als in europäischen Nachbarländern. Für die Erklärung des Organmangels in Deutschland wird man vor allem zwei Gründe in Betracht ziehen müssen: Zum einen gibt es organisatorische Defizite und Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem, die zu Problemen bei der Erkennung und Meldung möglicher Spender in den Krankenhäusern führen; zum anderen begrenzt die rechtliche Regelung in Deutschland den Kreis möglicher Organspender stärker als in anderen Ländern, indem sie eine Entnahme von Organen nur mit ausdrücklich erklärter Zustimmung des Spenders oder seiner Angehörigen zulässt.

2. Organisatorische Gründe für den Organmangel

Engpässe bei der Organisation des Transplantationsprozesses ergeben sich vor allem bei der Erkennung und Meldung potentieller Spender in Krankenhäusern. Im Jahr 2005 haben sich trotz der im TPG niedergelegten Meldepflicht nur 45 Prozent der Krankenhäuser mit Intensivstationen an der Organspende beteiligt, das heißt mindestens Kontakt mit der zuständigen Koordinierungsstelle aufgenommen.²⁸ Dieser Missstand ist sowohl auf mangelnde Anreize für Krankenhäuser, sich an der

Organspende zu beteiligen, als auch auf mangelnde Sanktionen für die Nichtbeteiligung zurückzuführen.

Unter den fehlenden Anreizen sind in erster Linie die geltenden pauschalierten Refinanzierungsregelungen zu nennen. Die Neuregelung für die Aufwandsentschädigung der Spendenkrankenhäuser aus dem Jahr 2004 sieht eine Refinanzierung vor, die die Vergütung je nach Fortschritt des Entnahmevergangs staffelt. Die darin festgelegten Erstattungen sind aber nicht in allen Fällen dazu geeignet, die tatsächlich entstehenden Kosten zu decken. Kommt es nach der aufwändigen Hirntoddiagnostik nicht zur Feststellung des Hirntods, so dass von einer Entnahme Abstand genommen werden muss, kommt keine weitere „transplantationsinduzierte“ Refinanzierung in Frage. Die Pauschalen decken ferner keine zusätzlichen Maßnahmen ab, die von den Transplantationszentren oftmals zur Feststellung der Qualität und Verbesserung der Transportfähigkeit von Organen gewünscht werden. Um die damit verbundenen finanziellen Risiken zu vermeiden, können Krankenhäuser sich veranlasst sehen, von einer Meldung potentieller Spender Abstand zu nehmen.

Ein Problem stellen Explantationen vor dem Hintergrund der geschilderten finanziellen Situation insbesondere für kleinere und mittlere Häuser dar. Da Organentnahmen häufig in der Nacht vorgenommen werden müssen und kaum in den Dienstplänen berücksichtigt werden können, führen sie zwangsläufig zu nicht unerheblichen organisatorischen Umschichtungen. Da das medizinische Personal wegen des Dienstausgleichs am Folgetag nicht zur Verfügung steht, müssen angesetzte Operationen entfallen. Dies führt nicht nur zu einem unmittelbaren finanziellen Ausfall sowie zu Verunsicherung und Unzufriedenheit bei den anderen Patienten, sondern kann mittelbar auch einen Ansehensverlust des Hauses bewirken.

Neben finanziellen und organisatorischen Aspekten stellt auch die Motivation der Ärzte und Pflegekräfte auf der Intensivstation eine nicht unerhebliche Einflussgröße für die Beteiligung eines Krankenhauses an der Organspende dar. Die primäre

²⁷ Das traf für 32 Prozent der Befragten zu. Die Ablehnungsrate betrug 14 Prozent, acht Prozent wussten es nicht. Vgl. Gold et al. 2001: 21, zitiert in Breyer et al. 2006: 152.

²⁸ Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2006: 8.

und für das eigene Berufsverständnis leitende Aufgabe des medizinischen Personals auf einer Intensivstation ist es, Leiden zu lindern und Leben zu retten. Da bei einem potentiellen Organspender beides nicht mehr möglich ist, stehen seine Identifikation und Vorbereitung auf eine mögliche Organentnahme hinter der Behandlung „aussichtsreicher“ Patienten eher zurück. In einer Situation, in der Patienten mit Aussicht auf Heilung und potentielle Spender um das knappe Gut der Aufmerksamkeit des Pflegepersonals konkurrieren, finden Letztere strukturell weniger Beachtung. Dies wird spätestens dann ins Gewicht fallen, wenn konkrete explantationsvorbereitende Schritte einzuleiten wären. Die „normalen“ Patienten auf der eigenen Station stehen den Ärzten und Pflegekräften mit ihren Krankheiten und ihrer Hoffnung auf Gesundung zudem Tag für Tag konkret vor Augen. Patienten auf der Warteliste hingegen, die am Ende eines aufwändigen Prozesses von einer Transplantation profitieren könnten, sind in dieser Perspektive eine abstrakte Größe, deren Leiden fern ist und deren Heilung nur mittelbar mit den Leistungen des explantierenden Krankenhauses in Verbindung steht.

Eine weitere Schwierigkeit, die sich für das klinische Personal im Zusammenhang mit der Organspende ergibt, sind die Gespräche mit den Angehörigen der potentiellen Organspender. Das TPG schreibt solche Gespräche für den Fall vor, dass keine schriftliche Erklärung des potentiellen Spenders zur Frage der Organentnahme vorliegt. Allerdings werden auch dann, wenn es ein positives schriftliches Votum gibt, die Angehörigen zu Rate gezogen. Eine solche Begegnung findet immer in einer emotional schwierigen Situation statt. Nachdem die Ärzte den Kampf um das Leben des Patienten verloren geben mussten und den Angehörigen die Todesnachricht überbracht haben, bleibt ihnen angesichts des hohen Zeitdrucks für eine bevorstehende Organentnahme nur eine kurze Spanne, sie mit der Bitte um die Einwilligung zu diesem Schritt zu konfrontieren. Hierbei ist ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen erforderlich, das der Trauer der Angehörigen gerecht werden muss. Zu-

dem werden an den Verlauf und das Ergebnis des Gesprächs widersprüchliche Forderungen 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 Zustimmungsrate bei den Angehörigen erzielt wird.

Zur Verbesserung dieser unbefriedigenden Situation sind unterschiedliche Vorschläge unterbreitet worden, die aus einer Mischung aus positiven Anreizen und negativen Sanktionen bestehen. Unter den positiven Anreizen ist vor allem an finanzielle Rahmenbedingungen zu denken, die die volle Deckung der in einer explantierenden Klinik anfallenden Kosten garantieren. Darunter sollten alle gesondert anfallenden Einzelleistungen erfasst werden; darüber hinaus sollte sichergestellt werden, dass ein Abbruch explantationsvorbereitender Maßnahmen, zu welchem Zeitpunkt auch immer, nicht zu einer Unterdeckung der entsprechenden Aufwendungen führt.

Es wäre auch durchaus denkbar, dass Krankenhäusern für die Meldung potentieller Organspender Anreize geboten werden. Voraussetzung für diese Maßnahme ist allerdings, dass sie keine Auswirkungen auf die lebenserhaltende Versorgung der jeweiligen Patienten hat. Ergänzende negative Sanktionen für kooperationsunwillige Krankenhäuser sind ebenfalls nicht von vornherein zu verwerfen.

Ein weiterer wichtiger Akzent ließe sich durch die Bestellung von Transplantationsbeauftragten in den jeweiligen Kliniken setzen, wie dies in einigen Bundesländern bereits geschieht. Ein solcher Ansatz gründet auf der Einsicht, dass der persönliche Einsatz Einzelner und die personelle und regionale Vernetzung der handelnden Akteure zwischen Krankenhäusern, Koordinierungsstelle und Transplantationszentren für den Erfolg der Organspende eine entscheidende Rolle spielt. Zudem kann ein speziell für die Belange der Transplantationsmedizin bestellter Beauftragter, dessen Stimme maßgebliches Gewicht sowohl bei grundlegenden Entscheidungen in der Klinik als

auch bei Entscheidungen am Krankenbett zukommt, die ethischen, psychologischen, juristischen und organisatorischen Aspekte des Transplantationsprozesses integrieren und zu einem angemessenen Ausgleich bringen.

3. Die Auswirkungen der in Deutschland geltenden Zustimmungsregelung

Nach der im TPG festgeschriebenen erweiterten Zustimmungsregelung ist in erster Linie die zu Lebzeiten schriftlich (vorzugsweise im Organspendeausweis) dokumentierte Erklärung des potentiellen Organspenders, also seine Einwilligung oder sein Widerspruch, maßgeblich für die Zulässigkeit einer möglichen Organentnahme. Wenn solche schriftlichen Zeugnisse nicht herangezogen werden können – weil es sie nicht gibt oder weil sie nicht auffindbar sind –, obliegt es dem nächsten Angehörigen zu klären, ob sich der Verstorbene mündlich zur Frage einer Organentnahme geäußert hat; die Zustimmungen zur oder gegebenenfalls auch Widersprüche gegen die Organspende werden nicht in einem zentralen Register erfasst. Wenn der Verstorbene zu Lebzeiten keine Erklärung abgegeben hat, ist sein mutmaßlicher Wille ausschlaggebend. Hierbei haben die Angehörigen alle Hinweise zu berücksichtigen, die über diesen Willen Aufschluss geben können. Erst in einem dritten Schritt können die Angehörigen eine eigene Ermessensentscheidung auf der Grundlage ihres Totensorgerechts treffen.

Diese Regelung unterstreicht das Selbstbestimmungsrecht und gewährleistet, dass jedweder Grund, den man haben mag, eine postmortale Organspende für die eigene Person auszuschließen, unmittelbar zur Geltung kommt. Zugleich aber führt sie dazu, dass aus der Bereitschaft zur Organspende nicht unmittelbar folgt, dass die Organentnahme zulässig ist. Denn wer eigentlich seine Organe spenden will oder zumindest nichts dagegen hat, dass sie ihm nach dem Tode entnommen werden, dies aber nicht ausdrücklich erklärt, wird nur dann

Organspender, wenn seine Angehörigen die Spende verfügen. Mit einem hohen Anteil passiver Bereitschaft ist aber bei der Organspende zu rechnen. Nur etwa ein Fünftel derjenigen, die angeben, dass sie zur Organspende bereit sind, hat dies auch in einem Organspendeausweis dokumentiert. Diese Diskrepanz kann nicht damit erklärt werden, dass in Umfragen keine wirkliche Spendebereitschaft erhoben wird, weil die Befragten nur Antworten geben, die von ihnen als sozial erwünscht angesehen werden. In ihr spiegeln sich eher vielfältige Gründe, etwas nicht zu tun, obwohl man es im Grunde nicht ablehnt: Man scheut den Aufwand, der mit dem Organspendeausweis verbunden ist, verschiebt die Entscheidung, vergisst oder verdrängt sie, weil man sich nicht gerne mit Gedanken an den eigenen Tod befassen und keine konkreten Festlegungen im Voraus dazu treffen möchte. Im Ergebnis fehlt dann immer die Voraussetzung dafür, dass eine Organspende, die eigentlich gewollt ist oder jedenfalls nicht abgelehnt wird, aufgrund einer eigenen Erklärung des Verstorbenen auch rechtlich zulässig wird.

Die Einbeziehung der Angehörigen im Rahmen der erweiterten Zustimmungsregelung kann die Folgen der Passivität potentieller Organspender nicht vollkommen ausgleichen. Wenn kein Spenderausweis und auch keine sonstige Erklärung vorliegen, werden manche Angehörigen eher davon ausgehen, dass der Verstorbene eine Organentnahme nicht gewollt hat. Sofern sie dem folgend keine ausdrückliche Zustimmung erklären, ist die Organentnahme auch dann unzulässig, wenn der Verstorbene die Erklärung aus anderen Gründen unterlassen hat. Für die Angehörigen kann es zudem sehr belastend sein, dass ihnen zugemutet wird, den mutmaßlichen Willen des Verstorbenen zur Organspende zu ermitteln oder eine eigene Entscheidung zu treffen. Sie werden im Zweifel der Logik folgen, die das Transplantationsgesetz mit der Zustimmungsregelung vorgibt, und die Organentnahme ablehnen, wenn die Zustimmung des Spenders fehlt.

Es ist zu erwarten, dass organisatorische Verbesserungen die nachteiligen Auswirkungen der Zustimmungsregelung auf

die Verfügbarkeit von Organen nicht vollkommen aufheben können; umgekehrt wird eine Änderung der rechtlichen Zulassungsregeln den Organmangel ebenfalls nicht allein beheben können. Deshalb erscheint es nicht angemessen, bei der Frage, was man tun kann, um den Organmangel zu verringern, die möglichen organisatorischen Verbesserungen gegen eine mögliche Änderung der Regelung der Zulässigkeit der Organspende auszuspielen. Ein Indiz für den Einfluss rechtlicher Zulassungsregeln ist der Umstand, dass es in den Ländern, in denen eine postmortale Organentnahme bereits zulässig ist, wenn der Verstorbene beziehungsweise seine Angehörigen ihr nicht widersprochen haben (Widerspruchsregelung), im Durchschnitt mehr Organspenden gibt als in Ländern, in denen – wie in Deutschland – die Zustimmungsregelung gilt. So werden zum Beispiel in Belgien und Österreich deutlich über 20 postmortale Organspenden pro eine Million Einwohner erreicht, in Spanien sogar über 30, während die Spenderate in Deutschland bei etwa 15 stagniert. An diesem Befund kommt man auch nicht mit dem Hinweis vorbei, dass es in Deutschland starke regionale Schwankungen gibt und in einigen Bundesländern unter der Geltung der Zustimmungsregelung deutlich höhere Organspenderaten erzielt wurden, in Mecklenburg-Vorpommern sogar mehrfach in der Größenordnung der Werte für Spanien.²⁹ In den Ländern, in denen eine Widerspruchsregelung gilt, gibt es ebenfalls regionale Schwankungen, aber um einen insgesamt höheren Mittelwert als bei uns. Angesichts dessen erscheint es angezeigt, die in Deutschland geltende gesetzliche Regelung zu überdenken. Im Folgenden sollen Alternativen einer ethischen Bewertung unterzogen und auf ihre rechtliche Zulässigkeit hin überprüft werden.

²⁹ Vgl. Deutsche Stiftung Organtransplantation 2006: 18.

D DAS SPEKTRUM VON ALTERNATIVEN ZUR GELTENDEN ZUSTIMMUNGSREGELUNG

Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, den Kreis der Personen, die als Organspender in Anspruch genommen werden dürfen, anders als bisher abzugrenzen, um die Zahl der verfügbaren Organe zu steigern. Die in Betracht kommenden Alternativen entfernen sich unterschiedlich weit von der bislang geltenden Zustimmungsregelung, die das Selbstbestimmungsrecht des Spenders in das Zentrum stellt.

Die größte Klarheit über den Willen des Betroffenen würde erreicht, wenn alle Bürger verpflichtet würden zu erklären, ob sie einer postmortalen Organentnahme zustimmen oder widersprechen (*Erklärungspflichtregelung*). Außer der Entscheidung für oder gegen die Organspende könnte im Rahmen einer weniger streng gefassten *Erklärungsregelung* auch die Möglichkeit eingeräumt werden, sich nicht zu äußern. In diesem Fall müsste allerdings von Rechts wegen entschieden werden, ob im Falle unterlassener Äußerung die Organentnahme zulässig ist oder nicht.

Im Rahmen der sogenannten Widerspruchsregelung könnte jeder nach seinem Tod als Organspender in Anspruch genommen werden, sofern er dem nicht widersprochen hat. Diese Lösung bürdete im Gegensatz zur Zustimmungsregelung demjenigen die Erklärungslast auf, der nicht Organspender sein möchte. Eine enge Form der Widerspruchsregelung läge vor, wenn es nur auf den Widerspruch des Verstorbenen ankäme; bei der erweiterten Widerspruchsregelung könnten dagegen auch die Angehörigen der Organentnahme widersprechen.³⁰

³⁰ Die enge Widerspruchsregelung gilt zum Beispiel in Italien, Luxemburg, Portugal, Slowenien, Tschechien und Ungarn, die erweiterte Widerspruchsregelung zum Beispiel in Belgien, Finnland, Norwegen und einigen Kantonen der Schweiz. In einigen Ländern, in denen die enge Widerspruchsregelung gesetzlich verankert ist, wird aber die erweiterte Widerspruchsregelung praktiziert, so etwa in Österreich und Spanien (vgl. unten).

Eine dritte Gruppe von Lösungen, die in unterschiedlichen Varianten zum Beispiel als „Clublösung“, „Solidarmodell“ oder als „Reziprozitätsmodell“ bezeichnet werden, beruht auf der Überlegung, dass es unfair sei, wenn sich jemand selbst als Organspender verweigere, für den Fall eigener Bedürftigkeit aber sehr wohl auf die Spendebereitschaft anderer vertraue. Um einer derartigen „Trittbrettfahrermentalität“ entgegenzuwirken, schlagen die Befürworter solcher Lösungen vor, denjenigen, die einer Organspende im Sinne der Zustimmungsregelung nicht zustimmen oder ihr gemäß der Widerspruchsregelung widersprechen, im Bedarfsfall von Gesetzes wegen entweder überhaupt kein Organ zur Verfügung zu stellen oder sie jedenfalls auf der Warteliste nachrangig zu behandeln. Zumindest sollten diejenigen, die sich selbst als Organspender zur Verfügung stellen, einen Bonus auf der Warteliste erhalten. Auch könnte eine Bevorzugung potentieller Spender dadurch erreicht werden, dass allen Organspendern das Recht eingeräumt würde, den Kreis der potentiellen Empfänger ihrer Organe dergestalt einzuschränken, dass potentielle Spender im Falle eigener Bedürftigkeit bei der Organzuteilung bevorzugt würden. Alle diese Vorschläge wahren letztlich das Selbstbestimmungsrecht potentieller Spender – allerdings um den Preis, dass bestimmte Entscheidungen nur unter Inkaufnahme eigener Nachteile getroffen werden könnten.

Ebenfalls auf der Ebene von „Anreizen“ zur Organspende liegt der Vorschlag, potentiellen Spendern finanzielle Vergünstigungen bis hin zur Bezahlung anzubieten. Dabei muss eine solche Lösung keineswegs auf einen freien Markt für Organe hinauslaufen, bei dem Reiche bevorzugt und Arme zum Ausverkauf ihrer Gesundheit gedrängt werden. Vorgeschlagen wird etwa, von Seiten der Krankenkassen festgelegte Beträge für die jeweiligen Organe zu zahlen oder die Beerdigungskosten im Falle einer postmortalen Organspende zu übernehmen.

Die radikalste Alternative wäre zweifellos, alle Bürger ohne Rücksicht darauf, ob sie dies wollen oder nicht, zur postmortalen Organspende zu verpflichten. Diese Lösung wird oft als

„Notstandsregelung“ bezeichnet. Präziser wäre der Ausdruck „Sozialpflichtregelung“, denn der tragende Grundgedanke ist hier, dass die postmortale Organspende eine Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft darstelle und es daher gerechtfertigt sei, dass die Gemeinschaft zum Wohl bedürftiger Patienten über den Leichnam Verstorbener zum Zweck der Organspende verfüge. Bei dieser Lösung werden weder die vorausverfügende Selbstbestimmung des Verstorbenen noch die Bedürfnisse und Wünsche seiner Angehörigen berücksichtigt.

Alle genannten Alternativen zur Zustimmungsregelung dürften prinzipiell geeignet sein, den Organmangel zu mildern. Das folgt bei der Sozialpflichtregelung schon daraus, dass eben jeder, der aus medizinisch-technischer Sicht als Organspender in Betracht kommt, auch rechtlich als solcher in Anspruch genommen werden darf. Eine Lösung, die jedem Bürger eine Erklärung auferlegt, wird bislang in keinem Land praktiziert. Deshalb liegen keine Erfahrungen über ihre möglichen Auswirkungen auf die erreichte Zahl von Organspenden vor. Da nach Umfragen die Spendebereitschaft in der Bevölkerung hoch ist, erscheint die Erwartung nicht unbegründet, dass ein hoher Anteil die persönliche Zustimmung ausdrücklich erklären würde. Allerdings wäre auch denkbar, dass sich die Aufforderung zu einer expliziten Erklärung negativ auf die Spendebereitschaft auswirkt, weil Menschen, die an sich offen für eine Organspende sind, eine Abwehrhaltung einnehmen können, wenn sie unter Druck gesetzt werden, sich festzulegen. Diese Abwehr würde vermieden, wenn die Betroffenen in geregelter Form zu einer Erklärung aufgefordert werden, eine solche Erklärung aber auch sanktionsfrei unterlassen können. Für eine bloße Aufforderung spricht auch, dass eine echte Rechtspflicht zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand führen würde, insbesondere im Hinblick auf mögliche Sanktionen, aber auch im Hinblick auf zu erfassende Willensänderungen des Betroffenen.

Die Widerspruchsregelung führt zu höheren Spenderaten, weil die Zahl derjenigen, die einer postmortalen Organentnahme ausdrücklich widersprechen, tatsächlich sehr gering ist.

Dies zeigen die Erfahrungen aus anderen Ländern. Für das Unterlassen des Widerspruchs kann es mehrere Ursachen geben:

1. Auf ein Tätigwerden, also das Einlegen eines ausdrücklichen Widerspruchs, wird der allgemeinen Lebenserfahrung nach eher verzichtet als auf bloßes Untätigbleiben.
2. Eine Regelung, die als „Norm“ formuliert ist, wird auch als richtig akzeptiert.
3. Die Entscheidung wird aufgeschoben oder es wird der Aufwand gescheut, diese zu dokumentieren.
4. Die Widerspruchsmöglichkeit wurde nicht hinreichend zur Kenntnis genommen.

Nach der Widerspruchsregelung wird eine höhere Zahl von Organspenden als unter Geltung der erweiterten Zustimmungsregelung auch dann erreicht, wenn man die Angehörigen an der Entscheidung über die Organspende beteiligt. Dafür sprechen die Erfahrungen aus Spanien und Österreich. In diesen Ländern gilt zwar nach dem Wortlaut des Gesetzes die enge Widerspruchsregelung, praktiziert wird jedoch eine erweiterte Widerspruchsregelung. In Österreich werden die Angehörigen nur danach gefragt, ob ein nach dem Gesetz zu beachtender Widerspruch des Verstorbenen vorliegt; von der vorgesehenen Organentnahme wird jedoch auch abgesehen, wenn die Angehörigen ihr nachdrücklich widersprechen. In Spanien bemüht man sich offenbar sogar um eine ausdrückliche Zustimmung der Angehörigen.³¹ Dass auch bei der erweiterten Widerspruchsregelung eine höhere Zahl von Organspenden erreicht wird, dürfte daran liegen, dass auch den Angehörigen kein ak-

³¹ Laut Umfragen würde es etwa jeder zweite Spanier als Machtmissbrauch ansehen, wenn die Organe Verstorbener wirklich, wie nach dem Gesetz zugelassen, entnommen würden, ohne dass man die Angehörigen beteiligte. Angaben zu Spanien nach Auskünften von Beatriz Domínguez-Gil, Organización Nacional de Trasplantes, Madrid; Angaben zu Österreich nach Auskünften von Theresia Unger, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

tives Tun als Voraussetzung für eine zulässige Organentnahme abverlangt wird. In einer Situation, die für sie ohnehin äußerst belastend ist, haben sie die Möglichkeit, bei der Frage einer Organentnahme gewissermaßen den Dingen ihren Lauf zu lassen. Sie können die Tatsache, dass der Verstorbene nicht widersprochen hat, als Indiz dafür werten, dass er nichts gegen die Organspende gehabt hätte, und fühlen sich deshalb möglicherweise veranlasst, ebenfalls nicht zu widersprechen (beziehungsweise zuzustimmen).

Reziprozitätslösungen lassen sich mit allen vorgenannten Lösungsmodellen kombinieren. Sie setzen – anders als eine Erklärungs Pflichtlösung – nicht auf den Zwang, sich zu erklären, sondern auf die Motivation durch erwarteten Eigennutzen. Allerdings brechen sie mit einer in Deutschland und anderen Ländern lange geübten Tradition, nämlich mit dem Prinzip des gleichen Zugangs zu Gesundheitsressourcen, unabhängig vom eigenen Vorverhalten. Zudem machen sie die Organverteilung noch komplizierter, als sie bisher schon ist. Schließlich ist das Gerechtigkeitsproblem, das aus einem kurzfristigen Widerruf resultiert (der dem Betroffenen aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht verwehrt werden kann), kaum zu lösen: Wer zum Beispiel zeitlebens spendebereit war und dennoch kurz vor seinem Tod von der Möglichkeit des Widerrufs Gebrauch macht, der hätte zeitlebens die Option gehabt, bei eigener Bedürftigkeit bevorzugt ein Organ zu erhalten. Durch seine aktuelle Ablehnung scheidet er gleichwohl als Organspender aus. Wegen all dieser ethischen Probleme wird das Reziprozitätsmodell im Folgenden nicht weiter erörtert.

Das Gleiche gilt für eine Lösung, die die Zustimmung zur Organentnahme durch finanzielle Vergünstigungen zu erreichen versucht. Gegen diese Lösung sprechen verbreitete Vorbehalte gegen die Kommerzialisierung des menschlichen Körpers. Zudem ist denkbar, dass das Eindringen kommerzieller Überlegungen die altruistische Motivation, Organe zu spenden, schwächt und damit zumindest kurzfristig die Verfügbarkeit von Organen nicht erhöht, sondern eher verringert.

Die Solidarpflichtregelung (Notstandsregelung) sollte nicht als Mittel, das Organaufkommen zu steigern, in Betracht gezogen werden. Angesichts der Tatsache, dass der menschliche Leichnam nicht eine Sache ist wie jede andere, sondern die sterbliche Hülle der Person, wäre die Auferlegung einer solchen Solidarpflicht ein tiefer Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und möglicherweise darüber hinaus in ihre Glaubens- und Weltanschauungsfreiheit. Ein derartiger Eingriff ist schon deshalb fragwürdig, weil es weniger einschneidende Alternativen gibt, wie man dem bestehenden Organmangel abhelfen kann. Die Kombination einer Erklärungsregelung, also der Aufforderung, sich für oder gegen eine Organspende zu erklären, mit einer Widerspruchsregelung bietet eine solche Alternative.

Der Nationale Ethikrat wird daher im Folgenden lediglich diese Lösung näher ins Auge fassen. Nach seiner Auffassung ist sie geeignet, den Organmangel zu lindern. Sie wird im Folgenden einer ethischen und verfassungsrechtlichen Bewertung unterzogen. In Übereinstimmung mit der Praxis der Widerspruchsregelung in Spanien und Österreich wird dabei vorausgesetzt, dass die Angehörigen insoweit zu beteiligen sind, als auch ihr Widerspruch beachtlich ist.

E VORSCHLAG: STUFENMODELL ALS KOMBINATION VON ERKLÄRUNGS- UND WIDERSPRUCHSREGELUNG

1. Ethische Aspekte

Die vorliegende Stellungnahme behandelt nicht das gesamte Themenfeld der Organtransplantation, sondern konzentriert sich auf die Frage, wie der Mangel an postmortalen Organspenden überwunden oder jedenfalls gelindert werden kann, und schlägt ein Stufenmodell mit einer Kombination von Erklärungs- und Widerspruchsregelung vor. Dementsprechend werden hier auch nur diejenigen ethischen Aspekte behandelt, die für den zur Debatte stehenden Themenausschnitt relevant sind.

1. Der Mangel an postmortalen Organspenden hat derzeit die Konsequenz, dass nicht alle Leben erhaltenden oder die Lebensqualität signifikant verbessernden Organtransplantationen, die medizinisch angezeigt sind, stattfinden können. In dieser Situation ist es ethisch geboten, Maßnahmen zu ergreifen, die geeignet sind, den Mangel zumindest zu lindern. Dazu zählt der in dieser Stellungnahme gemachte Vorschlag, die bisherige Zustimmungsregelung durch eine Kombination von Elementen einer Erklärungs- und Widerspruchsregelung abzulösen. Denn es erscheint unververtretbar, Möglichkeiten des Helfens und Heilens wie die Organtransplantation nicht zu nutzen und sie erkrankten Mitmenschen vorzuenthalten – jedenfalls dann, wenn ihre Entwicklung oder Anwendung nicht ihrerseits auf schwerwiegende ethische Bedenken stößt.
2. Dem ethischen Gebot, auf der organisatorischen und der rechtlichen Ebene Möglichkeiten des Helfens und Heilens zu nutzen, entspricht auf der individuellen Ebene die Beistandspflicht, wie sie sich aus dem elementaren Gebot der Nächstenliebe oder der Mitmenschlichkeit ergibt. Die Bereitschaft

zur postmortalen Organspende ist in diesem Sinne als praktische Bewährung jener Solidarität anzusehen, die einem von schwerer Krankheit oder dem Tod bedrohten Mitmenschen geschuldet ist. Dieses Zeichen der Hilfsbereitschaft verdient Anerkennung und Hochschätzung.

Die dem Verstorbenen geschuldete Pietät und Ehrfurcht verlangen Respekt vor seiner körperlichen Integrität und verbieten, seinen Leichnam zur käuflichen Sache zu machen. Aber sie erfordern keinesfalls, den Leichnam unangetastet zu lassen. Pietät und Ehrfurcht äußern sich vorrangig im Andenken an den Verstorbenen. Sie sind eine Frage der Haltung, in der die Lebenden sich des Verstorbenen erinnern und ihm über den Tod hinaus Dankbarkeit erweisen. Die Umstände, unter denen eine Organentnahme durchgeführt wird, können allerdings im konkreten Fall gegen die Würde des Organspenders und auch gegen die Gefühle seiner Angehörigen verstoßen. Deshalb müssen alle im Zusammenhang mit der Organentnahme erforderlichen Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Sorgfaltspflicht durchgeführt werden, damit der Leichnam anschließend in würdevollem Zustand zur Bestattung übergeben werden kann.

Das Recht und der Wille der Angehörigen, von dem Verstorbenen in angemessener Weise Abschied nehmen zu können und seinen Leichnam zu sehen, müssen respektiert und sorgfältig beachtet werden. In jedem Fall sind sie in die Entscheidung über eine Organentnahme einzubeziehen. Insbesondere muss ihnen die Möglichkeit gegeben werden, ihre eigene Stellungnahme abzugeben. Erstrebenswert ist es, dass sie ihre Zustimmung zum Willen des Verstorbenen erteilen oder dessen mutmaßliche Einwilligung ausdrücklich bestätigen. Wenn sie eine geplante Organentnahme ablehnen, sollte ihr Widerspruch, sofern es sich um nächste Angehörige (Ehepartner, Eltern, Kinder) handelt, auch dann respektiert werden, wenn der Verstorbene nicht widersprochen hat.

Grundsätzlich kann der Widerspruch nächster Angehöriger nicht zum Zuge kommen, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten einer Organspende ausdrücklich zugestimmt hat. Alles andere würde dem erklärten Willen des Verstorbenen und damit seiner Selbstbestimmung zuwiderlaufen. Allerdings ist es auch nicht ratsam, die Organentnahme gegen den eindeutig geäußerten Widerstand der Angehörigen erzwingen zu wollen. Damit eine solche für die Ärzte und die Angehörigen unzumutbare Situation möglichst gar nicht erst eintritt, sollte jeder, der zu einer postmortalen Organspende bereit ist, darüber rechtzeitig und ausführlich mit seinen Angehörigen oder ihm nahestehenden Menschen sprechen. Sie sollten in die eigenen Überlegungen einbezogen werden und die Motive, die dem Entschluss zur Organspende zugrunde liegen, anerkennen oder zumindest verstehen können.

3. Wie verhalten sich die Zustimmung zur postmortalen Organspende und die Verweigerung derselben zueinander? Sind sie als gleichrangige moralische Möglichkeiten zu betrachten, unter denen jeder entsprechend seinen eigenen Präferenzen wählt, oder gibt es hinreichende Gründe, einer der beiden alternativen Möglichkeiten eine Vorzugswürdigkeit zuzusprechen?

a) Bei dieser Frage stoßen unterschiedliche moralische Ansichten aufeinander. Die einen sehen in der Organspende einen Testfall mitmenschlicher Solidarität und eine von jedem zu erwartende „Pflicht der Liebe“; ihr könne sich niemand mit moralisch achtenswerten Motiven entziehen; ein Handeln aus Mitmenschlichkeit, zu dem alle Menschen verpflichtet seien, könne nicht im Belieben jedes Einzelnen stehen. Andere hingegen beharren darauf, dass auch die Verweigerung der Organspende eine moralisch begründbare Entscheidung sein kann. Sie müsse als eine nicht diskriminierte Entscheidungsmöglichkeit gelten, die aus respektablen Gründen gewählt werden könne. Insbesondere könne

Rücksichtnahme auf die Angehörigen, die die Zeit unmittelbar nach dem Sterbefall häufig als große Belastung erleben, ein plausibles Motiv für die Nichtzustimmung zu einer Organspende sein; ein ungestörtes Abschiednehmen von dem Verstorbenen sei nicht möglich, wenn die Zeit von den zur Organentnahme notwendigen medizinischen Arbeitsvorgängen (künstliche Durchblutung des Körpers, operative Entnahme der Organe, notwendige Nachbehandlung des Leichnams) beansprucht werde.

b) In der Alternative zwischen einer allgemeinen Solidarpflicht und der ins freie Belieben gestellten individuellen Entscheidung muss an den obersten Grundsatz aller Ethik und Moral erinnert werden. Er ist auch für die Legitimation der Organspende von prinzipieller Bedeutung: Der sittliche Wert jeder Handlung – unabhängig davon, ob man zu ihr im strikten Sinn verpflichtet ist oder nicht – hängt davon ab, dass sie freiwillig ausgeführt und nicht erzwungen wird. Umgekehrt formuliert bedeutet dieser Grundsatz, dass eine zu Lebzeiten dokumentierte Willensäußerung zur Organentnahme (Zustimmung oder Widerspruch) aus Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Verstorbenen beachtet werden muss. Daraus folgt, dass die Organspende vorzugsweise einem eigenen, freien Entschluss entspringen sollte. Ihm steht von Seiten des Empfängers kein einklagbarer Anspruch gegenüber. Für ihn bleibt die großmütige Organspende durch einen ihm unbekanntem Menschen vielmehr ein Geschenk, das er nur in Dankbarkeit und mit Zuversicht entgegen- und annehmen kann.

c) Wie sich für den Empfänger einer Organspende das existentielle Angewiesensein auf ein gespendetes Organ und der Geschenkcharakter des Organs nicht ausschließen, so stellen auf Seiten des Spenders die sittliche Verpflichtung zu Mitmenschlichkeit und Nächstenliebe und die Freiwilligkeit der Organspende keine Gegensätze dar.

Angesichts der Möglichkeit, einem Mitmenschen in der extremen Notlage schwerer Krankheit aussichtsreich und wirksam helfen zu können, kann die Verweigerung der Organspende nicht voll und ganz in das Belieben des Einzelnen gestellt werden. Ihm ist zumindest zuzumuten, sich selbst Rechenschaft darüber abzulegen, warum er diese Möglichkeit nach reiflicher Überlegung ausgeschlagen hat. Dabei hat er nicht nur zu berücksichtigen, dass die aufgrund des Organmangels nicht nutzbaren Möglichkeiten der Transplantationsmedizin für viele Menschen schwerwiegende Konsequenzen – im äußersten Fall den Tod – nach sich ziehen können. Er sollte auch Überlegungen darüber anstellen, wie er die Möglichkeiten der Transplantationsmedizin beurteilen würde, wenn er ihnen nicht in der Rolle eines potentiellen Spenders, sondern als möglicher Organempfänger gegenüberstünde.

Insofern die Transplantationsmedizin dem Menschen Verfügungsmöglichkeiten über seinen Körper eröffnet, die ihm früher nicht gegeben waren, stellt sie auch seine moralische Urteilsfähigkeit und seine persönliche Entscheidungsfindung vor neue Herausforderungen. Leben und Tod liegen hier in bisher unbekannter Weise beieinander. Denn jeder weiß: Der eigene Tod, zumal der durch Unfall oder unheilbare Krankheit verursachte frühe Tod, schafft die Möglichkeit, einem kranken Mitmenschen durch die Spende eines Organs zu helfen, eine schwere Lebensbeeinträchtigung zu überwinden und in Familie und Beruf ein neu geschenktes Leben zu führen. Auch wenn die Organspende keine moralische Pflicht im strikten Sinne ist – schon das Wissen darum, dass diese Möglichkeit der Hilfe unter Umständen gegeben sein kann, fordert die persönliche Urteilsbildung heraus. Das bloße Fernhalten des Gedankens an den eigenen Tod oder der Aufschub einer bewussten Entscheidung für oder gegen eine Organspende stellen keine menschlich befriedigende Antwort dar. Von der bloßen Möglichkeit, durch die Zustimmung zur Organspende zur

Rettung des Lebens anderer beizutragen, geht vielmehr ein Appell aus, zu einer verantwortlichen und frühzeitigen eigenen Urteilsbildung zu kommen.

d) Eine wichtige Hilfe, um in Übereinstimmung mit den eigenen Wünschen und Präferenzen zu einer konsistenten Urteilsbildung zu gelangen, ist in der Goldenen Regel (etwa in der Fassung: „Alles, was ihr wollt, dass euch die Leute tun sollen, das tut ihnen auch“) oder dem Verfahren einer fiktiven Rollenübernahme enthalten. Beide laden zu einem gedanklichen Platztausch ein, bei dem sich jeder fragt, was er von den anderen erwarten würde, wenn er ihrer Hilfe bedürfte. Das existentielle Vertrautsein mit eigenen Notlagen lässt entdecken, was man für einen der gleichen Not ausgesetzten Mitmenschen tun kann. Wer durch die Fügung seines Lebens in eine Lage gerät, in der er zur Hilfe für andere aufgefordert ist, sollte zu dieser Hilfe bereit sein, ebenso wie er umgekehrt erwarten würde, von ihnen in ähnlicher Lage Hilfe zu erhalten.

Eine verantwortliche, wohlüberlegte Gewissensentscheidung ist gerade in dem sensiblen Bereich unabdingbar, in dem der Tod des einen und die neu gewonnenen Lebenschancen des anderen aufs engste miteinander verbunden sind. Wenn jemand als potentieller Organempfänger hofft, durch den hochherzigen Einsatz eines fremden Mitmenschen beschenkt zu werden, sollte er im umgekehrten Fall bereit sein, eigene Organe für das Leben anderer zur Verfügung zu stellen. Die Verweigerung der Organspende bleibt nur dann konsequent, wenn sie beide Seiten, die von einer solchen Entscheidung betroffen werden, einbezieht. Die Verweigerung wird unfair, wenn sie mit der heimlichen Hoffnung einhergeht, im Falle einer schweren Erkrankung aufgrund der Großmut anderer einseitig die Möglichkeiten der Transplantationsmedizin nutzen zu können. Dennoch ist sowohl im Falle der Unentschlossenheit als auch im Falle der Weigerung sicherzustellen, dass dem Einzelnen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung keine Nachteile entstehen.

e) Ausgangspunkt der in diesem Abschnitt angestellten Überlegungen war die Frage: Wie verhalten sich die Zustimmung zur postmortalen Organspende und die Verweigerung derselben zueinander? Das Ergebnis ist deutlich: Die Bereitschaft zur postmortalen Organspende ist ethisch als die objektiv vorzugswürdige Alternative anzusehen.

Gleichwohl bleibt es dabei, dass die Zustimmung zur postmortalen Organspende ein großmütiges Geschenk darstellt und deshalb niemand rechtlich oder moralisch zu dieser Entscheidung genötigt werden darf. Für die Verweigerung der Organspende gibt es achtenswerte Beweggründe. Neben dem Wunsch, dass Angehörige und Freunde in Ruhe von dem Toten sollen Abschied nehmen können – was allerdings auch im Rahmen einer Organspende durchaus möglich ist –, spielt dabei vor allem die „Hirntoddebatte“ eine Rolle. Auch wenn im Rahmen der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes eine Übereinkunft gefunden wurde und 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.

4. Die rechtliche Regelung der Organspende sollte aus ethischer Sicht einen Ausgleich zwischen zwei konkurrierenden Zielsetzungen herstellen: Sie sollte einerseits das Prinzip zur Geltung bringen, dass die freie und informierte Zustimmung des Organspenders und seiner Angehörigen die vorzuziehende ethische Legitimationsbasis der Transplantationsmedizin darstellt. Andererseits sollte sie die vorhandene hohe Organspendebereitschaft in der Bevölkerung stärker, als es bisher gelungen ist, ausschöpfen. Wenn der Gesetzgeber aufgrund der ernüchternden Erfahrungen, die in Deutschland mit der erweiterten Zustimmungsregelung gemacht wurden, Elemente der Widerspruchsregelung in Betracht zieht, sind diese aus ethischer Sicht danach zu beurteilen, wie weit sie mit

dem Prinzip der Freiwilligkeit vereinbar sind. Die Annahme eines allgemeinen Verfügungsrechts der Gesellschaft über den menschlichen Körper – und darauf läuft eine Sozialpflichtregelung für die Organentnahme hinaus – bleibt jedenfalls mit dem Prinzip der Selbstbestimmung, das unsere Kultur prägt, unvereinbar.

Die Kombination von Elementen einer Erklärungsregelung mit solch einer Widerspruchsregelung wird den hier beschriebenen ethischen Anforderungen am ehesten gerecht. Der Staat wird verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Bürger in einem geregelten Verfahren (zum Beispiel bei der Ausstellung einer Gesundheitskarte oder beim Erwerb des Führerscheins) zu einer persönlichen Erklärung darüber aufgefordert werden, ob sie zur Organspende bereit sind. Festzulegen ist auch, welche Dokumente (zum Beispiel die Krankenversicherungskarte beziehungsweise Gesundheitskarte, der Organspendeausweis oder ein zentrales Register) zur Aufnahme der persönlichen Erklärung in Betracht kommen und darum vom Krankenhauspersonal in jedem Fall zu prüfen sind.

In der hier vorgeschlagenen Lösung kommt zum Ausdruck, dass die freie Zustimmung des Organspenders die vorzuziehende ethische Legitimationsbasis der Organtransplantation ist. In einem solchen Kontext ist die ergänzende Anwendung einer Widerspruchsregelung ethisch vertretbar. Die unerlässliche Ausübung des Selbstbestimmungsrechts des Organspenders wird hierbei zwar auf das Minimum reduziert, dass weder er selbst noch seine Angehörigen widersprochen haben. Aber das vorauslaufende Verfahren, möglichst viele ausdrückliche Erklärungen der Zustimmung zu einer Organspende zu generieren, macht dies in Verbindung mit der Verpflichtung des Staates, über die Widerspruchsregelung eingehend und nachhaltig zu informieren und nicht insgeheim auf die Unkenntnis der Bürger zu setzen, akzeptabel.

Zwar ist es möglich, dass der potentielle Organspender, selbst wenn er die Regelung kennt, zum Beispiel aus Desinteresse oder aus Unentschlossenheit nicht widerspricht, al-

so in der Sache kein Einverständnis mit der Organspende zugrunde liegt. Angesichts des legitimen Ziels, die Möglichkeit des Helfens und Heilens mit Hilfe einer Organtransplantation so weit wie ethisch vertretbar in Anspruch zu nehmen, ist es jedoch legitim, wenn der Gesetzgeber das beschriebene unschlüssige Verhalten als Hintanstellen von Bedenken gegen die Organentnahme wertet und deshalb der möglichen Lebensrettung beziehungsweise Leidensminderung den Vorrang einräumt.

5. Ein solcher Weg ist zugleich geeignet, weiter gehende Forderungen nach finanziellen Anreizen zur Organspende abzuwehren, wie sie zur Beseitigung praktischer Nachteile der geltenden Zustimmungsregelung erhoben werden. Aus ethischer Sicht ist es nicht wünschenswert, wenn die Freiwilligkeit einer Organspende durch finanzielle Anreize in Frage gestellt wird. Der Grundsatz der Nichtkommerzialisierbarkeit des menschlichen Körpers schützt einen individuellen Freiraum, in dem die persönliche Entscheidung zugunsten der Organspende vom Druck materieller Erwägungen bewahrt bleibt. Die Kultur freiwillig geübter Solidarität gehört zu den wichtigsten moralischen Ressourcen der Gesellschaft. Es ist nicht wünschenswert, dass alle zwischenmenschlichen Beziehungen, besonders in dem sensiblen Bereich von Leben und Tod, der Logik des Marktes unterworfen und von den Regeln ökonomischer Tauschprozesse bestimmt werden.

2. Verfassungsrechtliche Zulässigkeit

2.1. Die betroffenen Grundrechte

Die Grundrechte des Organspenders sind der wichtigste Prüfstein für die staatliche Regulierung der postmortalen Organspende, weil der Schutz, den eine Reihe dieser Grundrechte gewähren, auch Situationen nach dem Tod eines Menschen erfasst. Die

Verpflichtung des Staates nach Artikel 1 Abs. 1 GG, die Würde eines jeden Menschen zu achten, endet nicht mit dem Tod des Menschen; sie erstreckt sich auch auf den Umgang mit seinem Leichnam. Das Recht auf Selbstbestimmung, das aus Artikel 2 Abs. 1 Satz 1 GG in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 GG abgeleitet wird, garantiert dem Einzelnen, dass er in seinem persönlichen Lebensbereich Regelungen treffen kann, die erst nach seinem Tod wirksam werden sollen. Des Weiteren gewährleistet Artikel 4 Abs. 1 und 2 GG dem Einzelnen das Recht, den eigenen Glauben oder die eigene weltanschauliche Überzeugung bei der Entscheidung, wie mit dem Leichnam nach seinem Tode verfahren werden darf, zur Geltung zu bringen.

Die Widerspruchsregelung greift in verschiedenen Hinsichten in das Selbstbestimmungsrecht ein. Ein Eingriff liegt bereits darin, dass jemand ohne seine Zustimmung schon dann als Organspender in Anspruch genommen werden kann, wenn er nicht ausdrücklich widersprochen hat. Eingeschränkt wird die Selbstbestimmung auch dadurch, dass denjenigen, die nicht Organspender sein möchten, sondern nach ihrem Tode die Unversehrtheit ihres Leichnams gewahrt sehen wollen, die Last auferlegt wird, sich entsprechend zu erklären.

Durch die Einführung einer Aufforderung, sich zur Organspende zu erklären, ist zunächst das Grundrecht auf Selbstbestimmung berührt, da der Einzelne gezwungen wird, sich – unter Umständen gegen den eigenen Willen – mit Fragen der Organspende und dem eigenen Tod zu beschäftigen. Zudem wäre die Glaubens- und Weltanschauungsfreiheit berührt, wenn die Erklärungsregelung auf einen Zwang hinausläufe, seine Überzeugungen zu Fragen von Religion und Weltanschauung zu offenbaren.

Neben den Grundrechten der potentiellen Organspender sind möglicherweise auch Grundrechte der Angehörigen von Verstorbenen berührt. So könnte man einen Eingriff in die Glaubens- und Weltanschauungsfreiheit annehmen, wenn den Angehörigen durch staatliche Regelung verwehrt wird, mit einem Verstorbenen nach den Regeln und Riten ihrer Religion zu

verfahren. Das Recht der Angehörigen auf Selbstbestimmung könnte betroffen sein, wenn von ihnen erwartet wird, an Stelle des Verstorbenen eine Entscheidung für oder gegen die Entnahme von Organen aus seinem Körper zu treffen.

Verfassungsrechtlich geschützt sind aber nicht nur die Rechte potentieller Organspender und ihrer Angehörigen, sondern auch die Belange derjenigen, die für ihr Überleben oder die Behandlung ihrer Krankheit auf ein Spenderorgan angewiesen sind. Zwar kann niemand aus seinen Grundrechten auf Leben und körperliche Unversehrtheit einen subjektiven Rechtsanspruch gegen den Staat ableiten, ein Spenderorgan zu bekommen. Aber die Grundrechte sind von der Verfassung vorgegebene Werte, deren Schutz dem Staat objektiv aufgegeben ist – unabhängig davon, ob der Einzelne ihn einklagen kann. Der objektiv-rechtliche Gehalt von Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG verpflichtet daher den Staat, sich schützend vor das Leben eines jeden Menschen zu stellen. Die Verfassung legt allerdings nicht fest, in welcher Form diese Schutzpflicht einzulösen ist; dies bleibt weitgehend gesetzgeberischer Entscheidung überlassen. Aus der Schutzpflicht für das Leben und die körperliche Unversehrtheit folgt aber, dass der Staat medizinische Behandlungsmöglichkeiten jedenfalls nicht ohne hinreichenden Grund behindern darf. Diese Verpflichtung ist auch bei der Regelung der Organspende zu berücksichtigen.

2.2. Abwägungen

2.2.1. Menschenwürde und Glaubensfreiheit

Ein Verstoß gegen die Menschenwürde als Folge der Widerspruchsregelung scheidet nach allgemeiner Auffassung schon deshalb aus, weil dem Einzelnen das Recht verbleibt, darüber zu entscheiden, ob er nach seinem Tod als Spender zur Verfügung stehen will oder nicht. Es bedarf in diesem Fall gar nicht der Prüfung, ob es eine die Menschenwürde verletzende Instrumentalisierung wäre, wenn man, ohne die Möglichkeit

zu widersprechen, hinnehmen müsste, dass man nach dem Tode als Organspender in Anspruch genommen wird, um das Leben anderer Menschen zu retten. Wenn die eigene Entscheidung unbedingt Vorrang hat, liegt eine solche Instrumentalisierung jedenfalls nicht vor. Auch ein Verstoß gegen die Glaubens- und Weltanschauungsfreiheit ist nicht gegeben. Jeder kann nach Maßgabe seiner höchstpersönlichen Überzeugungen der Organentnahme widersprechen oder den Widerspruch unterlassen. Und weil der Widerspruch nicht begründet werden muss, braucht niemand zu offenbaren, aus welchen religiösen oder weltanschaulichen Gründen er widerspricht.

Ebenso wird die Glaubens- oder Weltanschauungsfreiheit nicht verletzt, wenn der Einzelne durch eine rechtliche Regelung genötigt wird zu erklären, ob er als Organspender zur Verfügung stehen will oder nicht. Da man sich für seine Erklärung nicht rechtfertigen muss, ist mit ihr ein relevanter Bekenntniszwang nicht verbunden.

2.2.2. Selbstbestimmung

Für die verfassungsrechtliche Beurteilung eines mit der Widerspruchsregelung verbundenen Ansinnens, sich zur Organspende zu erklären, kommt es entscheidend darauf an, ob der mit solchen Regelungen verbundene Eingriff in die Selbstbestimmung zulässig ist. Jenseits eines gewissen unaufgebbaren Kerns von Selbstbestimmung, der der Menschenwürde zuzuordnen ist, steht das Recht auf Selbstbestimmung gemäß Artikel 2 Abs. 1 GG unter ausdrücklichem Gesetzesvorbehalt. Das bedeutet, dass das Recht auf Selbstbestimmung durch Gesetz, das Teil der verfassungsmäßigen Ordnung ist, eingeschränkt werden kann. Solche Einschränkungen gelten auch bisher schon für die Verfügung über den eigenen Leichnam nach dem Tode. Das postmortale Selbstbestimmungsrecht ist nicht nur durch die Bestattungsgesetze der Länder in erheblichem Ausmaß eingeschränkt, indem der Ort der Bestattung und die sonstige Art des Umgangs mit dem menschlichen Leichnam nicht dem Be-

lieben des Verstorbenen und seiner Angehörigen überlassen sind, sondern auch durch das geltende Obduktions- und Infektionsschutzrecht. In den letztgenannten Rechtsbereichen kann der Betroffene einem unter Umständen erheblichen Eingriff in die körperliche Integrität noch nicht einmal widersprechen, sofern eine Obduktion oder sonstige Untersuchung im Interesse der Aufklärung von Straftaten oder aus Gründen des Schutzes anderer vor ansteckenden Krankheiten geboten ist.

Auch eine Beschränkung der Selbstbestimmung durch die Pflicht, Dritten Hilfe zu leisten, ist dem deutschen Recht nicht fremd. So macht sich nach § 323c StGB wegen unterlassener Hilfeleistung strafbar, wer einem anderen Menschen, der sich in Not befindet, nicht hilft, obwohl ihm dies nach den Umständen des Einzelfalls zuzumuten ist. Als unzumutbar gilt die Hilfeleistung nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nur dann, wenn sie mit einer erheblichen eigenen Gefahr für den Hilfeleistenden einherginge.³² Eine Pflicht zur Hilfeleistung wird auch in der Regelung des rechtfertigenden Notstands gemäß § 34 StGB zugrunde gelegt, der die Duldung eines Eingriffs in die eigene Interessenssphäre verlangt, sofern der Eingriff zur Rettung eines weit gewichtigeren Interesses eines anderen Menschen erforderlich ist.

Diese Regelungen, deren Verfassungsmäßigkeit nicht in Zweifel gezogen wird, sind zwar nicht unmittelbar auf die Situation der postmortalen Organspende anwendbar.³³ Sie belegen allerdings den breiten Spielraum, den das Grundgesetz dem Staat einräumt, vom Einzelnen zu verlangen, eigene Interessen zugunsten der Hilfe für Menschen in Not zurückzustellen.

³² BGHSt 36, 166.

³³ Aus § 323c StGB lässt sich eine Pflicht des Einzelnen, die eigenen Organe nach dem Tod zu spenden, schon deshalb nicht ableiten, weil sich danach nur lebende Menschen strafbar machen können. Nach der Notstandsregelung des § 34 StGB könnte eine postmortale Organentnahme ohne die an sich erforderliche Zustimmung des Spenders oder der Angehörigen allenfalls gerechtfertigt sein, wenn sie dazu dient, eine gegenwärtige und anders nicht abwendbare Gesundheitsgefahr für andere abzuwenden. Ob diese Voraussetzung erfüllt ist, wenn die Organe nicht für einen konkreten Patienten entnommen werden, sondern wie üblich Eurotransplant zur Vermittlung zur Verfügung gestellt werden, ist umstritten.

Gleichwohl sollten diese Regelungen nicht als Modell herangezogen werden, um die Zulässigkeit der Widerspruchsregelung zu begründen. Dagegen sprechen nicht nur Zweifel, ob eine Pflicht, nach dem Tode Organe zu spenden, wirklich mit den genannten Fällen einer Pflicht zur Hilfeleistung für Dritte vergleichbar wäre. Vor allem aber sollte der Widerspruchsregelung nicht eine gegebenenfalls auch gegen den Willen des Betroffenen durchzusetzende Pflicht zur Hilfeleistung zugrunde gelegt werden, sondern die vermutete Zustimmung zu dieser Hilfe. Nur wenn man von einer vermuteten Zustimmung ausgeht, ist verständlich, warum nach der Widerspruchsregelung dem erklärten Willen potentieller Organspender bedingungsloser Vorrang eingeräumt wird. Die gesetzliche Vermutung der Zustimmung zur Hilfe mag man jederzeit durch einfachen Widerspruch ohne Begründung außer Kraft setzen können; für die Verpflichtung zur Hilfe gilt dies nicht.

Die Vermutung der Zustimmung zur postmortalen Organspende ist naheliegend, weil es in der Bevölkerung eine hohe erklärte Spendebereitschaft gibt. Eingebettet in die Widerspruchsregelung schränkt sie die Selbstbestimmung der Betroffenen nur geringfügig ein; sie mutet ihnen lediglich eine Erklärungslast zu. Allerdings kann die Widerspruchsregelung im Ergebnis dazu führen, dass jemandem nach seinem Tode Organe entnommen werden, obwohl er dies tatsächlich nicht gewollt hat, nur eben diesen Willen nicht zu erkennen gegeben hat. Wenn man allerdings durch geeignete Maßnahmen dafür sorgt, dass möglichst viele Bürger eine ausdrückliche Erklärung darüber abgeben, ob sie Organspender sein wollen oder nicht, und wenn die Bürger im Übrigen hinreichend darüber informiert sind, dass ein unterlassener Widerspruch die Organentnahme zur Folge haben kann, dann ist der Gesetzgeber befugt, den Willen der Betroffenen als Legitimationsgrundlage für die Organentnahme anzusehen, insofern sich dieser auch in einem nicht eingelegten Widerspruch zeigen kann.

Die Aufforderung, eine Erklärung zur Organspende abzugeben, und die Information über die Widerspruchsregelung

drängen dazu, sich mit der Transplantationsthematik und damit auch mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen. Dies kann als Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht angesehen werden, denn dieses umfasst auch das Recht, sich mit etwas nicht zu befassen und nicht zu entscheiden. Aber dieser Eingriff ist begrenzt und eher geringer als Eingriffe, die dem Einzelnen ansonsten im Rahmen der verfassungsmäßigen Ordnung im öffentlichen Interesse auferlegt werden. Dasselbe gilt für die durch eine Widerspruchsregelung auferlegte Verpflichtung, sich ausdrücklich zu erklären, wenn man nicht Organspender sein will. Das Bundesverfassungsgericht hat dazu lapidar festgestellt, es sei „nicht ersichtlich“, dass potentielle Organspender „in ihren Grundrechten bereits dadurch verletzt werden, dass sie zur Abwehr der behaupteten Grundrechtsverletzungen [nämlich der Verletzung ihrer Würde und ihres Selbstbestimmungsrechts] einen Widerspruch erklären müssen“.³⁴ Im Lichte dieser Entscheidung kann es auch nicht als verfassungswidrig gelten, dass nach der Widerspruchsregelung die Zustimmung vermutet, mithin als gegeben unterstellt wird, wenn potentielle Organspender nicht widersprochen haben. Dass der ausgebliebene Widerspruch im Einzelfall möglicherweise nicht auf Zustimmung, sondern auf Unkenntnis oder Desinteresse beruht, darf der Gesetzgeber dabei in Kauf nehmen, sofern sichergestellt ist, dass die Bevölkerung hinreichend über die Folgen eines unterlassenen Widerspruchs informiert ist. Der mit der Widerspruchsregelung verbundene Eingriff in die körperliche Integrität des Verstorbenen ist durch die höherwertigen Rechtsgüter der Erhaltung des Lebens und der Gesundheit von Patienten gerechtfertigt.

Nach dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist die Widerspruchsregelung nur zulässig, wenn sie geeignet ist, das angestrebte Ziel zu erreichen, also die Zahl der verfügbaren Organe zu steigern. Ungeachtet der Schwierigkeiten einer Prognose dürfte diese Bedingung erfüllt sein. Es ist auch kein mildereres, aber gleich wirksames Mittel als die Widerspruchsregelung zur

³⁴ BVerfG (Erste Kammer des Ersten Senats), NJW 1999: 3403, 3404.

Erreichung dieses Ziels ersichtlich. Insbesondere haben die Erfahrungen in Deutschland gezeigt, dass die Aufklärung der Bevölkerung und öffentliche Appelle zur Organspende allein nicht zu einer ausreichenden Deckung des Organbedarfs führen.

Im Übrigen ist auch die hier vorgeschlagene Verbindung der Widerspruchsregelung mit einer Aufforderung, sich zur Organspende zu erklären, ein geringerer Eingriff als die Widerspruchsregelung allein. Eine alternative Vorgehensweise, um die Zahl von Transplantaten ohne Abstriche am Selbstbestimmungsrecht zu erhöhen, müsste vermutlich auf erhebliche finanzielle Anreize setzen.³⁵ Eine solche Regelung würde jedoch den Altruismus der Organspende preisgeben, der ein bedeutendes gesellschaftliches Gut ist. Eine solche Preisgabe kann nicht als ein gegenüber der Widerspruchsregelung milderes Mittel zur Erhöhung der Zahl verfügbarer Organe angesehen werden.³⁶

Schließlich müssen die Erklärungslasten, die dem Einzelnen im Zuge der Feststellung, wer als Organspender in Betracht kommt, zugemutet werden, verfahrensrechtlich so ausgestaltet sein, dass die damit verbundenen Abstriche vom Selbstbestimmungsrecht minimiert werden. Dazu gehört, dass man seine Entscheidung schnell und unkompliziert dokumentieren kann, dass man eine einmal getroffene Entscheidung revidieren kann, dass man nicht gezwungen wird, seine Entscheidungen zu begründen, und dass man hinreichende Bedenkzeiten für die Abgabe einer Erklärung hat. Vor allem aber gehört dazu, dass der Staat Sorge trägt, die Bevölkerung umfassend darüber zu informieren, was die Widerspruchsregelung bedeutet, also dass bei einem Offenlassen oder Verschieben der Entscheidung die Zustimmung zur Organspende vermutet wird und dass jeder das Recht hat, dieser Vermutung durch Widerspruch entgegenzutreten. Der Staat sollte nicht darauf spekulieren, dass sich das Organaufkommen deshalb erhöht, weil die Bürger

über die Rechtsfolgen eines ausgebliebenen Widerspruchs im Unklaren gelassen werden.

Auch Angehörige haben schützenswerte Interessen, über den Umgang mit dem Körper des Verstorbenen mitzuentcheiden. Diesen Interessen sollte dadurch Rechnung getragen werden, dass auch sie einer Organentnahme widersprechen können (erweiterte Widerspruchsregelung). Unter dieser Voraussetzung ist allerdings nicht erkennbar, dass die Angehörigen in ihren Grundrechtspositionen in einer Weise betroffen sind, die eine verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Widerspruchsregelung in Frage stellen könnte.

3. Zusammenfassung

1. Ausgangspunkt der ethischen und verfassungsrechtlichen Bewertung ist, dass keine Regelung der Organentnahme das Prinzip der Freiwilligkeit der Organspende preisgeben darf. Organspende muss eine Gabe bleiben, zu der man weder rechtlich noch moralisch genötigt werden kann. Die Bereitschaft zur Organspende darf anerkannt und für sie darf geworben werden. Genauso muss aber vorbehaltlos und ohne Nachteile für die betroffene Person akzeptiert werden, wenn jemand nicht bereit ist, Organspender zu sein. Diesem Ausgangspunkt würde am besten die Bindung der postmortalen Organentnahme an eine ausdrückliche Zustimmung des Spenders gerecht.
2. Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht, wie sie eine Erklärungsregelung mit der Aufforderung zu einer persönlichen Entscheidung vorsieht, sind aus ethischer und verfassungsrechtlicher Sicht vertretbar. Organspenden sind Akte der Solidarität und Nächstenliebe, die Menschenleben retten. Zwar ist niemand zu solchen Akten verpflichtet, aber dem Appell, wenigstens zu prüfen, ob er dazu bereit ist, kann sich niemand mit gutem Grund entziehen.

³⁵ Vgl. Breyer et al. 2006: 125 ff.

³⁶ Umgekehrt kann die Einführung der Widerspruchsregelung geeignet sein, gesellschaftlichen Ansprüchen, das Gewinnverbot bei der Organspende zu relativieren, den Boden zu entziehen.

Ein solcher Appell berührt zwar die Selbstbestimmung, weil er dazu nötigt, sich mit der Frage einer möglichen Organspende auseinanderzusetzen. Wenn jedoch die Möglichkeit bleibt, sich nicht festzulegen, besteht kein Entscheidungs- und Äußerungszwang in der Sache. Die mit dem Appell verbundene Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts ist also gering. In der Abwägung verdient das legitime Ziel den Vorrang, die Zahl der verfügbaren Organe zu steigern. Die Erklärungsregelung ist ein verhältnismäßiges Mittel, mit dem der Staat innerhalb des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums zu diesem Ziel beitragen kann.

3. Die Widerspruchsregelung ist zumindest dann ethisch und verfassungsrechtlich vertretbar, wenn sie mit Elementen der Erklärungsregelung kombiniert wird. Ziel muss es sein, dass die Organentnahme in möglichst vielen Fällen auf eine ausdrückliche Zustimmung gestützt werden kann. Nach der Widerspruchsregelung ist eine Organentnahme zwar nicht gegen die eigene Entscheidung des potentiellen Organspenders erlaubt, wohl aber ohne sie.

Diese Regelung verstößt weder gegen die Menschenwürde noch gegen die Glaubens- oder Weltanschauungsfreiheit, weil sie das Recht, selbst zu entscheiden, ob man Organspender sein will oder nicht, im Kern unangetastet lässt, und weil sie nicht dazu zwingt, die Gründe für diese Entscheidung zu offenbaren. Allerdings greift die Widerspruchsregelung in die Selbstbestimmung ein, weil sie denen, die nicht Organspender sein wollen, die Last auferlegt, ihren Widerspruch zu erklären. Dieser Eingriff überschreitet jedoch nicht den Rahmen, den die Verfassung dem Gesetzgeber für mögliche Einschränkungen der Selbstbestimmung vorgibt. Er verfolgt nämlich nicht nur ein legitimes öffentliches Interesse, sondern löst auch eine dem Staat obliegende Schutzpflicht zugunsten des menschlichen Lebens ein, nämlich die Versorgung von Patienten mit Spenderorganen zu verbessern. Der Eingriff ist schließlich ein nach den

Prinzipien der Verhältnismäßigkeit zulässiges Mittel, dieses Ziel zu erreichen.

Dabei liegt die Rechtfertigung für eine Organentnahme nach der Widerspruchsregelung nicht in einer Solidarpflicht zur Organspende, sondern – sofern durch geeignete Maßnahmen eine hinreichende Vermutungsbasis geschaffen wird – in der vermuteten Zustimmung des potentiellen Organspenders. Eine Pflicht zur Organspende lässt sich nicht rechtfertigen; deshalb kann auch kein den Willen der Betroffenen überlagerndes Recht der Gemeinschaft angenommen werden, zur Versorgung von Patienten über die Organe Verstorbener zu verfügen. Eine gesetzliche Vermutung der Zustimmung zur Organspende lässt sich dagegen begründen. Sie 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. Darüber hinaus kann die Zustimmung sowohl faktisch wie normativ erwartet werden. Faktisch ist die Zustimmung erwartbar, weil die erklärte Bereitschaft, Organe zu spenden, in der Bevölkerung tatsächlich sehr hoch ist; normativ ist sie erwartbar, weil die meisten Menschen im Bedarfsfall selbst Zugang zu einem Spenderorgan 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.

Die Legitimation der Widerspruchsregelung hängt daran, dass die Bürger über die Konsequenzen eines unterlassenen Widerspruchs nicht im Unklaren gelassen werden. Darüber hinaus sollte die Widerspruchsregelung mit Regelungen verbunden werden, die darauf abzielen, die vermutete Zustimmung zur Organspende durch eine wirkliche zu ersetzen. Zu diesem Zweck sollte es eine allgemeine Aufforderung zu einer Erklärung geben, ob man als Organspender zur Verfügung steht oder nicht. Allerdings sollte es auch möglich sein zu erklären, dass man keine Entscheidung

treffen und es bei der gesetzlichen Lösung belassen will. Zudem muss ein Widerspruch auch in der Weise möglich sein, dass er sich auf bestimmte Organe beschränkt.

4. Das hier vorgeschlagene Modell ist in der Übergangsphase stufenweise einzuführen. Bevor die Widerspruchsregelung als solche in Kraft treten kann, muss die Bevölkerung hinreichend über die Folgen eines unterlassenen Widerspruchs informiert sein.

F EMPFEHLUNGEN

Der Nationale Ethikrat empfiehlt:

1. durch geeignete gesetzgeberische Maßnahmen dafür zu sorgen, dass die Krankenhäuser ihrer Pflicht zur Meldung potentieller postmortalen Organspender in höherem Ausmaß als bisher nachkommen;
2. für eine ausreichende Erstattung aller Kosten zu sorgen, die den Krankenhäusern im Zusammenhang mit der Meldung und Versorgung potentieller Organspender (auch im Falle der nicht realisierten Organentnahme) entstehen;
3. durch Gesetz ein Stufenmodell einzuführen, das im Hinblick auf die Zulässigkeit der postmortalen Organentnahme eine Erklärungsregelung in folgender Weise mit einer Widerspruchsregelung verbindet:

a) Danach wird der Staat verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Bürger in einem geregelten Verfahren zu einer persönlichen Erklärung darüber aufgefordert werden, ob sie der Organspende (gegebenenfalls bezogen auf bestimmte Organe) zustimmen oder ihr widersprechen, und darüber informiert sind, dass die Organentnahme bei unterbliebener Erklärung gesetzlich erlaubt ist, sofern die Angehörigen ihr nicht widersprechen.

b) Unter den Prämissen von (a) sollte eine Organentnahme bereits dann zulässig sein, wenn keine Anhaltspunkte für einen Widerspruch vorliegen und auch die Angehörigen des Verstorbenen der Organentnahme nicht widersprechen. Vorauszusetzen ist, dass vor der Organentnahme zumutbare Anstrengungen unternommen worden sind, den Willen des Verstorbenen beziehungsweise den Willen der Angehörigen zu ermitteln.

c) Zudem müssen Vorkehrungen dafür getroffen werden, dass eine ausreichende Information der Bürger über die Folgen eines unterlassenen Widerspruchs gegen die Organentnahme gewährleistet ist.

d) Das hier vorgeschlagene Modell ist in der Übergangsphase stufenweise einzuführen. Bevor die Widerspruchsregelung als solche in Kraft treten kann, muss die Bevölkerung hinreichend über die Folgen eines unterlassenen Widerspruchs informiert sein.

e) Für die Dokumentation der Erklärung nach (a) bieten sich neben dem Organspendeausweis zum Beispiel die Krankenversicherungskarte beziehungsweise die Gesundheitskarte oder ein zentrales Register an.

Literaturverzeichnis (Auswahl)

Breyer, F. et al. (2006). Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar? Berlin.

Deutsche Stiftung Organtransplantation (2006). Organspende und Transplantation in Deutschland. Bundesweiter Jahresbericht 2005. Neu-Isenburg.

Deutsche Stiftung Organtransplantation (2007). Erstmals über 4.000 Menschen durch Organspende gerettet – Anzahl der Transplantationen im Jahr 2006 auf Höchststand. Pressemitteilung vom 26. Januar 2007. <http://www.dso.de> (Zugriff: 10. April 2007).

Eurotransplant International Foundation (2006). Annual Report 2005. Leiden.

Robert-Koch-Institut/Statistisches Bundesamt (2003). Organtransplantation und Organspende. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 17.

Schulz, K.-H. et al. (2002). Lebensqualität nach Organtransplantation. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 45: 782–794.

Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer (1998). Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes. Deutsches Ärzteblatt 95: A 1861–1868.

Die Mitglieder des Nationalen Ethikrates

Staatssekretärin a. D. Kristiane Weber-Hassemer (Vorsitzende)
Prof. Dr. med. Jens Reich (Stellv. Vorsitzender)
Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff (Stellv. Vorsitzender)
Dr. theol. Hermann Barth
Prof. Dr. jur. Wolfgang van den Daele
Prof. Dr. jur. Horst Dreier
Prof. Dr. phil. Eve-Marie Engels
Prof. Dr. med. Detlev Ganten
Prof. Dr. phil. Volker Gerhardt
Prof. Dr. rer. nat. Regine Kollek
Dipl.-Ing. Christiane Lohkamp
Prof. Dr. med. Martin J. Lohse
Weihbischof Dr. theol. Dr. rer. pol. Anton Losinger
Prof. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel
Prof. Dr. rer. pol. Therese Neuer-Miebach
Prof. Dr. rer. nat. Christiane Nüsslein-Volhard
Prof. Dr. med. Peter Propping
Dr. phil. Peter Radtke
Dr. jur. Jürgen Schmude Bundesminister a. D.
Prof. Dr. med. Bettina Schöne-Seifert
Prof. Dr. theol. Dr. h. c. Richard Schröder
Prof. Dr. jur. Dres. h. c. Spiros Simitis
Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz
PD Dr. med. Christiane Woopen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle

Carola Böhm
Dr. Markus Braig
Ulrike Florian
Petra Hohmann
Dr. Rudolf Teuwsen M.A.
Andrea Weichert
Dr. Christina de Wit

