



## Wortprotokoll der 137. Sitzung

### Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 29. Januar 2025, 18:00 Uhr  
als Kombination aus Präsenzsitzung  
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und  
Zoom-Meeting\*.

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

## Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

### Einzigster Tagesordnungspunkt

Seite 7

- a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Sabine Dittmar, Gitta Connemann, Dr. Armin Grau, Christian Bartelt, Dr. Petra Sitte, Dr. Karl Lauterbach, Jens Spahn, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Christoph Hoffmann und weiterer Abgeordneter

**Federführend:**  
Ausschuss für Gesundheit

**Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Einführung einer Widerspruchsregelung im Transplantationsgesetz**

**BT-Drucksache 20/13804**



b) Gesetzentwurf des Bundesrates

**Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des  
Transplantationsgesetzes und Einführung der  
Widerspruchslösung**

**BT-Drucksache 20/12609**

**Federführend:**

Ausschuss für Gesundheit

**Mitberatend:**

Rechtsausschuss

Haushaltsausschuss (mb und § 96 GO)

**Mitglieder des Ausschusses**

<b>Fraktionen</b>	<b>Ordentliche Mitglieder</b>	<b>Stellvertretende Mitglieder</b>
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Koß, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Föhr, Alexander Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Janssen, Anne Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Dr. Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid Weiss, Dr. Maria-Lena
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Bsirske, Frank Ganser, Tessa Heitmann, Linda Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Bartelt, Christian Lütke, Kristine Teutrine, Jens Ullmann, Dr. Andrew	Alt, Renata Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kuhle, Konstantin Westig, Nicole
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Schneider, Jörg
Die Linke	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Sitte, Dr. Petra
BSW	Hunko, Andrej	



---

## Öffentliche Anhörung „Änderung des Transplantationsgesetzes“

Mittwoch, 29. Januar 2025  
Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal E 300

---

### Verbände/Institutionen

- Bundesärztekammer (BÄK)<sup>1</sup>
- Bündnis ProTransplant<sup>1</sup>
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)<sup>1</sup>
- Eurotransplant<sup>1</sup>
- Junge Helden<sup>1</sup>

### Namentlich benannte Sachverständige

- Prof. Dr. Steffen Augsberg  
(Professor für öffentliches Recht, Justus-Liebig-Universität Gießen)<sup>2</sup>
- Prof. Dr. Bernhard Banas  
(Direktor der Abteilung für Nephrologie, Universitätsklinikum Regensburg)<sup>1</sup>
- Dr. Paolo Bavastro  
(Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie)<sup>3</sup>
- Prof. Dr. Peter Dabrock  
(Professor für Systematische Theologie (Ethik) am Fachbereich Theologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg)<sup>2</sup>
- Prof. Dr. Kai-Uwe Eckhardt  
(Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Nephrologie und Internistische Intensivmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Auf Vorschlag der Gesetzesinitiantinnen und -initianten zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>2</sup> Auf Vorschlag weiterer Abgeordneter zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

<sup>3</sup> Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



- Dr. Anne Gidion  
(Bevollmächtigte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union)<sup>2</sup>
- Prof. Dr. Winfried Hardinghaus  
(Vorstandsvorsitzender des Deutschen Hospiz- und PalliativVerbands (DHPV) und der Deutschen Hospiz- und PalliativStiftung)<sup>2</sup>
- Prof. Dr. Ralph Hertwig  
(Direktor des Forschungsbereichs Adaptive Rationalität, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin)<sup>2</sup>
- Prof. Dr. Josef Franz Lindner  
(Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Medizinrecht und Rechtsphilosophie, Universität Augsburg)<sup>1</sup>
- Ulla Schmidt  
(Bundesministerin a. D., Bundesvorsitzende der Bundesvereinigung Lebenshilfe)<sup>2</sup>
- Priv.-Doz. Dr. Kevin Schulte  
(Stellvertretender Klinikdirektor, Oberarzt am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel)<sup>2</sup>
- Ulrike Sommer  
(Empfängerin eines Spenderorgans)<sup>2</sup>
- Selina Schulze Spüntrup  
(ifo Institut Dresden)<sup>1</sup>
- Andreas Weber  
(Doctors Against Forced Organ Harvesting (DAFOH))<sup>3</sup>
- Prof. Dr. Claudia Wiesemann  
(Universitätsmedizin Göttingen)<sup>2</sup>



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



### **Einziger Tagesordnungspunkt**

a) Gesetzentwurf der Abgeordneten Sabine Dittmar, Gitta Connemann, Dr. Armin Grau, Christian Bartelt, Dr. Petra Sitte, Dr. Karl Lauterbach, Jens Spahn, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Christoph Hoffmann und weiterer Abgeordneter

#### **Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Einführung einer Widerspruchsregelung im Transplantationsgesetz**

**BT-Drucksache 20/13804**

b) Gesetzentwurf des Bundesrates

#### **Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes und Einführung der Widerspruchslösung**

**BT-Drucksache 20/12609**

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen, liebe Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertreter der Bundesregierung – die gleich kommen wird, einige sind auch online dabei –, liebe Kolleginnen und Kollegen. Zunächst darf ich um Verständnis bitten und dafür danken, dass Sie so flexibel waren als Sachverständige, weil wir diese Anhörung heute um zwei Stunden verschoben haben, von ursprünglich 16 Uhr auf 18 Uhr. Sie haben das verfolgt, heute ist wirklich ein historischer Tag in Deutschland, der aus meiner Sicht eine Zäsur dokumentiert in unserer demokratischen Ordnung. Wie das ausgeht, war, als wir verschoben haben, nicht klar, jetzt wissen wir das. Nichtsdestotrotz haben wir uns entschieden, diese Anhörung durchzuführen. Die Gruppe, die sich für eine Widerspruchsregelung einsetzt, hat ein Recht darauf und das machen wir dann auch. Ich möchte erst einmal alle Sachverständige und Teilnehmerinnen, die online dazugeschaltet sind, bitten, darauf zu achten, dass ihre Mikrofone ausgeschaltet sind – soweit wir das hier überblicken, ist das der Fall – und sich mit vollem Namen anzumelden, damit wir wissen, wer Sie sind. Es sind einige Kolleginnen und Kollegen aus den Bundestagsfraktionen auch online dabei, auch das ist der Tatsache geschuldet, dass wir verschieben mussten. Manche sind schon unterwegs zu anderen Terminen, schalten sich dann aber von unterwegs zu dieser Anhörung zu. Das haben wir uns auch alles

etwas ruhiger vorgestellt. Aber das haben historische Tage so an sich, dass Dinge eben etwas anders sind.

In der heutigen Anhörung geht es um einen Gesetzentwurf der Abgeordneten Dittmar, Connemann, Dr. Grau, Bartelt, Dr. Sitte, Dr. Lauterbach, Spahn, Dr. Dahmen, Dr. Hoffmann und weiterer Abgeordneter und dieser trägt den Titel „Entwurf eines vierten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Einführung einer Widerspruchsregelung im Transplantationsgesetz“ auf der Drucksache 20/13804 verbunden mit einem Gesetzentwurf des Bundesrates zu einem „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes und Einführung der Widerspruchslösung“. Das finden Sie auf der Drucksache 20/12609. Im Kern wird es heute darum gehen, wie es möglich sein kann, die realisierten Organspenden in unserem Land zu verbessern. Denn an dem Punkt sind sich alle Abgeordneten, zumindest die uns bekannten, im Deutschen Bundestag einig, dass es den Wunsch gibt, die realisierten Organspenden zu erhöhen. Über den Weg allerdings gibt es unterschiedliche Auffassungen. Es gibt die Auffassung, die Widerspruchsregelung würde hier einen relevanten Beitrag leisten. Eine andere Gruppe vertritt die Auffassung, dass das kein geeigneter Weg ist.

Wir haben uns dazu im Vorhinein entschieden, das ist eine Vereinbarung mit der Gruppe und den Personen im Gesundheitsausschuss, dass wir immer im Wechsel fragen lassen – Abgeordnete, die grundsätzlich die Widerspruchsregelung befürworten und Abgeordnete, die dem eher skeptisch gegenüberstehen. Es wird auch die Möglichkeit geben, für einen fraktionslosen Abgeordneten, der noch eine offene Frage stellen möchte, hier eine Frage zu stellen. Die Reihenfolge und wie sich das verzahnt, unterliegt einer Vereinbarung, die wir im Vorfeld getroffen haben. Für die Anhörung stehen uns, wenn die erste Frage gestellt sein wird, insgesamt 120 Minuten zur Verfügung. Alle, die schon häufig bei Anhörungen dabei waren, wissen, dass üblicherweise Frage und Antwort drei Minuten umfassen. Wir haben uns im Vorfeld darauf verständigt, dass hier vier Minuten möglich sind und innerhalb dieser Zeit Nachfragen erlaubt sind, aber die vier Minuten nicht überzogen werden sollen und auch nicht dürfen. Dass wir diese vier Minuten vereinbart haben, folgt dem Gedanken, dass man bei einem so komplizierten Sachverhalt mal etwas ausholen muss und möglichst nicht unterbrochen



werden sollte. Darum bitte ich Sie – die Uhr läuft auf dem Würfel im Saal mit –, dass Sie so selber bei drei Minuten 30 langsam zum Schluss kommen, weil sonst werde ich Sie doch unterbrechen müssen und das würde ich sehr ungern tun. Ich mache dann, wenn es wirklich knapp wird, so eine Geste und das heißt dann auch bitte wirklich zum Ende kommen, damit alle gleichermaßen Zeit haben für Fragen und Antworten. Falls es Sachverständige bei Ihnen gibt, wo es etwaige finanzielle Interessen im Zusammenhang mit dem Anhörungsgegenstand gibt, müssten Sie das bei Ihrem ersten Aufruf bekannt machen. Ansonsten brauchen Sie sich nicht nochmal vorzustellen. Ich rufe Sie alle einzeln auf, wenn Sie adressiert werden. Vielen Dank all Ihnen, dass Sie gekommen sind, so flexibel waren und dass Sie Ihre Stellungnahmen schriftlich eingereicht haben. Das haben viele getan und diese Möglichkeit genutzt. Die Anhörung wird jetzt live im Internet übertragen und ist später auch in der Mediathek abrufbar. Das Wortprotokoll der Anhörung wird wie immer auf der Internetseite unseres Gesundheitsausschusses veröffentlicht. Bitte Handys, Mobiltelefone ausstellen. Wenn es klingelt, kostet es fünf Euro für einen guten Zweck. Guter Zweck ist ja an sich ganz schön, aber das Klingeln stört. Also deshalb bitte ausmachen und die Gäste auf der Besuchstribüne, auch Sie begrüße ich ganz herzlich. Sie weise ich darauf hin, dass Sie weder Beifalls- noch Unmutsbekundungen mitteilen dürfen, auch nicht filmen oder fotografieren. Sie können das Material nachher, wenn gewünscht, verwenden, das in der Mediathek abrufbar ist. Ansonsten freuen wir uns sehr, dass Sie da sind und über Ihr Interesse. Jetzt beginnen wir mit der Anhörung und zunächst für die SPD ... Nein, Entschuldigung, für die Widerspruchsregelung darf ich Kollegin Dittmar das Wort geben.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Danke schön, Frau Vorsitzende. Ich habe erst mal eine ganz allgemeine Frage an die DSO. Ich würde Sie bitten, die Situation rund um die Organspende in Deutschland darzustellen, also insbesondere die Organspendezahlen und die Veränderungen in den vergangenen Jahren und vor allem, das auch in Vergleich und Kontext zu den europäischen Ländern zu stellen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Rahmel, bitte.

**Dr. Alex Rahmel** (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Ja, vielen Dank für die Gelegenheit, hier zu berichten. Einen wesentlichen Teil der Zahlen habe ich auch tatsächlich in der schriftlichen Stellungnahme schon dargestellt. Die Zahl der Organspenden in Deutschland stagniert seit über zehn Jahren auf niedrigem Niveau, sie unduliert trotz zahlreicher gesetzlicher Maßnahmen, die ergriffen worden sind. Um eine Vergleichbarkeit zwischen europäischen Ländern herzustellen: Es ist in der Regel so, dass man das auf die Anzahl der Einwohner bezieht und dann sagt, wie viele Spenden haben wir pro eine Million Einwohner. Da liegt Deutschland – und das ist, denke ich, hinreichend bekannt – regelmäßig, auch schon vor mehr als zehn Jahren, im unteren Drittel mit aktuell etwa 11 Spendern pro eine Million Einwohner. Wenn man das international betrachtet, ist die Bandbreite sehr groß. Die führenden Länder – bekannt ist Spanien und wird auch immer zitiert mit über 40 Spendern pro eine Million Einwohner – aber auch das Gros aller anderen europäischen Länder liegt bei einer Rate von mehr als 20 bis 25 Spendern pro eine Million Einwohner. Also insofern gibt es hier fundamentale Unterschiede. Die sind zum Teil, das ist in den Stellungnahmen auch angeführt worden, darauf zurückzuführen, dass unterschiedliche Vorgehensweisen existieren, also Organspende nach Herz-Kreislauf-Tod oder nach dem irreversiblen Hirnfunktionsausfall existiert. Aber wenn man die Daten betrachtet, sieht man sehr eindeutig: Wir sind inzwischen eins der wenigen Länder im europäischen Vergleich, die noch keine Widerspruchsregelung haben. Die meisten europäischen Länder haben diese Regelung. Wenn man es statistisch betrachtet, gibt es schon einen Zusammenhang bei dieser Regelung. Man kann sicherlich trefflich über einzelne Aspekte diskutieren. Was mir aber noch wichtig ist als jemand, der seit vielen Jahren in vielen europäischen Gremien tätig ist, dass gegen die Wahrnehmung, die hier immer wieder mal artikuliert wird, dass die Widerspruchslösung eine Pflicht zur Organspende darstellen würde oder gar den Körper, wie es in einer in der Debatte nicht wortwörtlich, aber nahezu wortwörtlich geheißen hat, eine Verstaatlichung des Körpers darstellt, sich alle Länder, die eine Widerspruchslösung haben, mit Vehemenz dagegen wehren würden. Auch dort gilt es selbstverständlich – und das findet ja auch statt –, dass man seinen Widerspruch äußern kann und keineswegs eine Pflicht zur Organspende





existiert. Auch in den Ländern mit Widerspruchslösung wird selbstverständlich der Wille des Verstorbenen, der Verstorbenen berücksichtigt. Das ist mir ganz wichtig, weil ich glaube, dass die meisten europäischen Länder sehr unglücklich wären, wenn hier eine andere Wahrnehmung gemacht würde. Auch dort wird die Organspende selbstverständlich als Geschenk, als das größte Geschenk über den Tod hinaus angesehen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Dr. Rahmel. Frau Baehrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Zunächst möchte ich mich dafür entschuldigen, dass wir personell hier heute so schwach vertreten sind. Aber das hängt einfach damit zusammen, dass wir nach den aktuellen Entscheidungen im Plenum nicht so einfach zur Tagesordnung übergehen können. Es tut mir leid jetzt auch für Sie, dass wir in so kleiner Zahl hier präsent sind. Meine Frage geht an Prof. Dr. Dabrock. Wie bewerten Sie aus ethischer Sicht den vorliegenden Gesetzentwurf? Braucht eine Organspende die Zustimmung der spendenden Person oder reicht es dafür aus, lediglich nicht widersprochen zu haben?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Dabrock, bitte.

**Prof. Dr. Peter Dabrock** (Professor für Systematische Theologie (Ethik) am Fachbereich Theologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg): Vielen Dank für die Frage. Vielen Dank, dass ich hier sprechen darf. Es ist eigentlich ganz interessant, dass diese Frage zuerst an einen Ethiker geht. Wenn wir sonst zusammenkommen, sind es meistens de lege ferenda-Fragen und dann geht es zuerst an einen Juristen, an Juristinnen, vor allem an Verfassungsrechtlerinnen, Verfassungsrechtler. Aber ich glaube, in dieser Frage müssen wir tatsächlich vor allem die ethischen Gesichtspunkte berücksichtigen. Diesseits oder auch jenseits der Frage, ob es verfassungsrechtlich möglich oder nicht möglich ist, das ist nicht mein Punkt. Mein Punkt ist tatsächlich, wie die Vorsitzende gerade gesagt hat: Die allermeisten hier im Raum wollen auch, dass die Zahl der Organspenden steigt. Die

Frage ist eben die, welchen Weg man geht, der dann auch ethisch sinnvoll und klug ist. Dazu zählt nämlich genau die von Ihnen aufgeworfene Frage, Frau Baehrens, ob hier tatsächlich in einem ethischen Sinne das Selbstbestimmungsverständnis getroffen wird oder nicht getroffen wird. Im Grunde ist das, was ich Ihnen noch mal sagen möchte und in der Stellungnahme auch ausgeführt habe, in dem Satz von Hermann Gröhe in der Debatte zusammengefasst. Ich erläutere das Ganze nur. Das Selbstbestimmungsrecht ist ein Geburtsrecht und deshalb kann Schweigen in dieser fundamentalen Frage keine Zustimmung bedeuten und ist auch nicht durch einen Verwaltungsakt zu begründen. Das bedeutet, die Widerspruchsregelung widerspricht dem weitverbreiteten Gebrauch von freiwilliger Gabe. Man muss, auch wenn es einem nicht gefällt, sich ehrlich machen und sagen, dass es am Ende so ist, dass aus einer freiwilligen Gabe eine verpflichtende Abgabeerwartung wird, der man dann ohne Zweifel leicht widersprechen kann. Aber es ist zunächst erst mal die Default-Position geändert. Und das ändert auch unser Verständnis von relationaler Autonomie, indem wir auf der einen Seite die Selbstbestimmung im Mittelpunkt haben, eingebettet in das familiäre und Freundeskreiszusammenleben. Angehörige werden sicherlich nicht entlastet durch dieses Modell, wie es immer behauptet wird. Zur Selbstbestimmung gehört auch im vielgepriesenen Spanien, dass dort den Angehörigen ein genuines Widerspruchsrecht zukommt. So viel zum Verständnis von Autonomie als relationaler Autonomie. Wir sollten unseren Hintergrund der Geschichte ernst nehmen. Informed Consent heißt, dass wir tatsächlich von der Geschichte der Nürnberger Ärzte-Prozesse her denken sollen. Nur einmal im Leben selbstbestimmt entscheiden – das geht niedrigschwelliger, da können wir sicherlich noch darüber reden. Als letztes Zitat komme ich noch einmal zu Ihrem Gespräch, dass Lars Castellucci gesagt hat, wer ärmer ist, hat das gleiche Recht auf Selbstbestimmung. Und das sollte eingehalten werden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Prof. Dabrock. Frau Connemann hat jetzt das Wort.

Abg. **Gitta Connemann** (CDU/CSU): Vielen Dank. Es geht natürlich uns allen, egal welcher Lösung wir angehören, auf der einen Seite um die



Erhöhung der Anzahl an Organen. Aber es geht auch um die Situation der Empfänger, der Angehörigen, die wir versuchen, mit der Widerspruchslösung zu entlasten. Das ist vor diesem Hintergrund die Frage an Herrn Prof. Eckhardt, auch gegebenenfalls die DSO, wenn noch Zeit ist: Welche positiven Veränderungen würden sich durch die Einführung einer Widerspruchslösung auf Seiten der Organspender und deren Angehöriger ergeben? In diesem Sinne als Entlastung, weil nicht mehr unter Beachtung eines mutmaßlichen Willens eine Entscheidung getroffen wird, sondern nur noch eine Begrenzung darauf, ob ein Widerspruch explizit bekannt ist. Führt das zu einer Entlastung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Eckhardt, bitte, Sie haben das Wort.

**Prof. Dr. Kai-Uwe Eckhardt** (Direktor der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Nephrologie und Internistische Intensivmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin): Frau Connemann, Frau Vorsitzende, die kurze Antwort ist: Ich bin fest davon überzeugt und offensichtlich auch im Gegensatz zu meinem Vorredner, dass es eine erhebliche Entlastung bringen würde. Ich möchte daran erinnern, in welchen Situationen nach der jetzigen Gesetzeslage eine Organspende überhaupt möglich ist. Der Begriff ist schon gefallen. Es handelt sich um den dissoziierten Hirntod, irreversibler Hirnfunktionsausfall. Das ist eine Situation, die plötzlich eintritt, die immer plötzlich eintritt. Es handelt sich um Fälle von einem Schlaganfall, einer schweren interzerebralen Blutung. Es handelt sich um Fälle von akuten Unfallereignissen und es handelt sich manchmal auch um Fälle, wo es zu einem Kreislaufstillstand kommt und es gelingt, den Kreislauf wieder herzustellen durch entsprechende medizinische Maßnahmen, die Maßnahmen aber nicht ausreichend waren, um die Durchblutung des Gehirns aufrecht zu halten und dann festgestellt werden muss, dass es zu einer Schwellung des Gehirns gekommen ist und irreversible Schädigung da ist. Alles Zustände, die nicht planbar sind. Das heißt, die Angehörigen werden in allererster Linie erst einmal mit einer völlig unerwarteten Todesnachricht konfrontiert. Und der Abstand zwischen dieser Todesnachricht oder dem Hinweis darauf, dass sich hier das Versterben anwarnt, wenn man es etwas nach vorne verlagert, und der Frage, ob der Betroffene einer

Organspende oder die Betroffene zugestimmt hätte, liegt zeitlich extrem beieinander. Eine höhere Belastungssituation kann man sich, glaube ich, gar nicht vorstellen. Deshalb bin ich fest davon überzeugt, auch auf der Basis von vieljähriger Erfahrung, dass wir hier zu einem nicht geringen Anteil ein der Dynamik dieser Situation geschuldetes arbiträres Zufallselement in den Entscheidungen für die Organspende haben. Entscheidungen, die dann einfach zeitlich getroffen werden müssen, die keinen Aufschub erlauben und dann mal so und mal so in solch einer Situation – wie bei anderen Entscheidungen, die unter Druck getroffen werden – getroffen werden. Mich wundert immer so ein bisschen in der Diskussion über die Widerspruchsregelung und das, was jetzt geplant ist, dass man glaubt, man würde dann dem Willen desjenigen, der betroffen ist, nicht entsprechen. Wer sagt uns denn, dass die jetzige Regelung wirklich den Willen des Betroffenen wiedergibt? Ich glaube, das ist in vielen Fällen nicht der Fall, sondern es wird, obwohl jemand vielleicht bereit gewesen wäre zur Organspende, es aber nicht dokumentiert hat, in dieser Situation dann im Zweifel dagegen entschieden. Noch ein zweiter Punkt in dem Zusammenhang: Es ist in der Regel nicht so, dass eine Ansprechperson da ist, sondern wir reden von der Familie, der Gruppe der An- und Zugehörigen. Und dann wird nicht abgestimmt und nach einer Mehrheit gesucht. Eine kritische Stimme, woher sie auch immer kommen mag, mehr aus der eigenen Überzeugung als aus der Kenntnis der Person, und die Entscheidung fällt dagegen aus.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön. Herr Dr. Pilsinger, bitte.

**Abg. Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Prof. Dr. Steffen Augsberg. Wie beurteilen Sie den Gesetzentwurf aus verfassungsrechtlicher Sicht? Ist es aus Ihrer Meinung grundgesetzkonform, in das Selbstbestimmungsrecht des Menschen durch die Verpflichtung zum Widerspruch einzugreifen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Augsberg, Sie sind hier im Würfel im Saal zu sehen. Bitte.



**Prof. Dr. Steffen Augsberg** (Professor für öffentliches Recht, Justus-Liebig-Universität Gießen): Vielen Dank für die Einladung, die Gelegenheit, mit Ihnen zu reden und dafür, dass Sie die Kraft finden, nach dem langen Tag auch interfraktionell das noch zu diskutieren. Es sind zwei Dinge zu unterscheiden aus verfassungsrechtlicher Sicht. Das eine ist die Frage: Muss der Gesetzgeber das machen? Und die andere Frage lautet: Darf er das machen? Das „Muss er das machen?“ wird bisweilen ein Schutzaspekt behauptet ... *technische Störung* ... Die Schutzpflicht ist aber relativ einfach, glaube ich, abzulehnen, schlicht deshalb, weil die Vorgaben, die das Bundesverfassungsgericht insoweit in ständiger Rechtsprechung macht, eindeutig darauf hinweisen, dass der Gesetzgeber, wenn er, wie es im TPG [Transplantationsgesetz] getan hat, ein ausdifferenziertes, komplexes System schafft, und damit ein Mindestmaß geschaffen hat, um entsprechend den Patientinnen und Patienten zu helfen. Verfassungsrechtlich ist er dann nicht gehalten, noch zusätzliche andere kleinteilige Schritte zu gehen. Die andere Frage ist, ob der Gesetzgeber das tun darf. Das ist komplexer, weil wir uns natürlich damit auseinandersetzen müssen, dass hier unterschiedliche grundrechtlich geschützte Positionen ins Spiel kommen und tatsächlich ein Konflikt von Interessen besteht zwischen denen, die als Organspender in Betracht kommen und denjenigen, die auf ein Organ dringend warten. Vor dem Hintergrund ist in der Tat die zentrale verfassungsnormative Position zu sagen: Wie können wir eine Selbstbestimmung, Kollege Dabrock hat es eben schon gesagt, eine relationale Selbstbestimmung tatsächlich angemessen abbilden? Das tun wir üblicherweise in der Medizinethik, aber ebenso eben auch im Gesundheitsrecht dadurch, dass wir eine bewusste, informierte, vorab erfolgte Einwilligung verlangen. Dieses Opt-in-Modell stellt dann sicher, dass das tatsächlich Maßnahmen sind, die dem Willen der Patientin, des Patienten entsprechen. Davon weicht die Widerspruchslösung ab. Sie stellt jetzt darauf ab, dass nur nicht eine entsprechende gegenteilige Auffassung grundgetan wurde und nimmt damit in Kauf bzw. baut sogar darauf, dass es Personen geben wird, die sich nicht äußern und damit in Betracht kommen, überhaupt als potenzielle Organspender. Das ist in doppelter Hinsicht problematisch. Zum einen deshalb, weil man selbstredend dieses Grundmodell der informierten Einwilligung damit untergräbt. Das ist Schweigen, was Zustim-

mung bedeutet. Das ist ein juristischer Truism, dass man das so sagen kann. Das sollte sich aber mit Sicherheit nicht auf Konstellationen beziehen, die in dieser Weise höchstpersönliche und in höchstem Maße grundrechtssensible Bereiche betreffen. Das kann auch nicht zur Seite gewischt werden mit dem Argument, dass es hier um hirntote Personen geht. Es gibt auch eine postmortale Wirkung der Grundrechte und im Übrigen bräuchten wir, wenn wir das so sehen, überhaupt keine Widerspruchskonstellation. Das hat auch postmortal seine Relevanz. Das Zweite, was Probleme aufwirft, ist, dass schon die Pflicht, sich damit zu befassen, Probleme aufwirft. Herr Rahmel hat gesagt, es gibt keine Pflicht zur Spende. Das stimmt in gewisser Weise, aber Pflicht ist eben auch nicht gleich Pflicht. Es gibt unterschiedliche Maße an Zwang und Drang, eine entsprechende gesellschaftliche, staatlich formulierte Erwartungshaltung zu erfüllen. In jedem Falle ist damit verbunden die Pflicht, sich mit einem Thema, das man aus unterschiedlichen Gründen vielleicht persönlich sich nicht zu eigen machen möchte, sich damit auseinandersetzen möchte, näher zu befassen. Schon das ist grundrechtlich problematisch. Also in doppelter Hinsicht, sowohl was die Selbstbestimmung mit Blick auf die Folge als auch mit Blick auf die bloße Auseinandersetzung, ist das verfassungsrechtlich durchaus heikel.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Prof. Dr. Augsberg. Jetzt Herr Prof. Dr. Grau, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Lindner und möchte Sie fragen, wie Sie unter verfassungsrechtlichen und ethischen Aspekten den vorliegenden Gesetzentwurf zur Widerspruchslösung beurteilen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Lindner, bitte.

**Prof. Dr. Josef Franz Lindner** (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Medizinrecht und Rechtsphilosophie, Universität Augsburg): Vielen Dank für die Möglichkeit, hier Stellung zu nehmen und für die Frage. Um die These vorwegzunehmen: Ich halte



beide Gesetzentwürfe für verfassungskonform. Ich würde meinem Vorredner, dem Kollegen Augsberg auch darin zustimmen, dass der Gesetzgeber nicht verpflichtet ist, gerade die Widerspruchslösung einzuführen. Soweit geht die Schutzpflicht des Staates für das Leben und die Gesundheit auch derjenigen, die auf eine Organspende angewiesen sind, nicht. Aber der Gesetzgeber hat natürlich eine Schutzpflicht aus Artikel 2 Absatz 2 [Grundgesetz] für das Leben und die Gesundheit. Zu Zeiten der Corona-Pandemie war das das entscheidende verfassungsrechtliche Argument für die Maßnahmen. Wir erinnern uns. Das gilt natürlich auch für die Organspende. Das hat das Bundesverfassungsgericht auch schon entschieden. Das heißt, der Gesetzgeber muss tätig werden. Die gegenwärtige Regelung, die gegenwärtige Mangelsituation, die ja eklatant ist – wir haben es gehört vom Herrn Rahmel –, stellt meines Erachtens einen Verstoß gegen die Schutzpflicht und gegen das Untermaßverbot dar. Der Gesetzgeber hat nicht genügend getan. Die Widerspruchslösung ist jetzt eine verfassungskonforme Möglichkeit, hier für einen Fortschritt zu sorgen. Die Widerspruchslösung oder Widerspruchsregelung verstößt nicht gegen die Menschenwürde. Der Mensch wird hier nicht zum Objekt des Verfahrens, sondern das Selbstbestimmungsrecht bleibt vollumfänglich erhalten unter der Voraussetzung, dass ein Widerspruch niederschwellig möglich ist, was ja nach den Gesetzentwürfen der Fall ist. Widersprechen möchte ich Herrn Augsberg darin, dass wir hier eine Beeinträchtigung des Rechts auf Nichtbefassung haben. Es ist schon sehr fraglich, ob das Recht, sich mit einer bestimmten Sache nicht zu befassen, also mit Krankheit, Organspende und Tod, überhaupt grundrechtlich geschützt ist. Wenn man das als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts ansieht, was vertretbar ist, dann läge vielleicht ein Eingriff vor. Dieser Eingriff lässt sich aber dadurch rechtfertigen, dass hier höchststrangige Rechtsgüter auf der anderen Seite in der anderen Waagschale liegen, nämlich Leben und körperliche Unversehrtheit und auch die Entlastung der Angehörigen von einer extrem schwierigen Entscheidungssituation. Wenn man noch genauer hinschaut, liegt eigentlich gar kein Eingriff in ein angebliches Recht auf Nichtbefassen vor. Denn ich muss mich ja auch nach der Widerspruchserklärung, nach den Gesetzen, mit dieser Frage nicht befassen. Ich kann einfach sagen: Ich befasse mich jetzt damit nicht. Ich sehe mich dazu aus welchen

Gründen auch immer nicht in der Lage. Das Einzige, was ich tun muss, ist vorerst oder vorsorglich für den Fall, dass ich dann später anders entscheide, einen Widerspruch einlegen. Der einzige Grundrechtseingriff, den wir also haben, ist bei Lichte gesehen die Widerspruchslast. Das ist ein niederschwelliger Eingriff, noch nicht mal in das allgemeine Persönlichkeitsrecht, sondern in die allgemeine Handlungsfreiheit, die sich aus meiner Sicht mühelos rechtfertigen lässt mit den dahinterstehenden Rechtsgütern.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Heitmann, bitte.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ganz herzlichen Dank. Meine Frage richtet sich an Dr. Anne Gidion. Ich würde Sie gerne fragen: Wie bewerten Sie den vorliegenden Gesetzentwurf dahingehend, ob er vulnerable Gruppen ausreichend vor einer nicht selbstbestimmt entschiedenen Organentnahme wirklich schützt? Können Sie uns im Zuge dessen auch einmal darlegen, welche vulnerablen Gruppen wir bei der Betrachtung besonders in den Fokus nehmen müssen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Gidion, bitte sehr.

**Dr. Anne Gidion** (Bevollmächtigte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union): Frau Vorsitzende, liebe Fragestellerinnen, verehrte Damen und Herren, ich bedanke mich sehr für die Gelegenheit, hier sprechen zu dürfen. Wie unserer Stellungnahme zu entnehmen ist, ist es explizit eine ökumenische Stellungnahme, die in Absprache mit Judentum und Islam stattgefunden hat. Also insofern ist es ein interreligiöser Blick auf die Organspende als Akt der Nächstenliebe. Und da kommen wir schon zu diesem Punkt. Wir sind als Kirchen- und Religionsgemeinschaften sehr dafür, dass Organe gespendet werden, ermutigen dazu total, tragen auch dazu bei, dass es eine Kultur der Organspende gibt, auf ganz unterschiedlichen Ebenen von Bildung und auch in den Einrichtungen, die kirchlich betrieben werden. Zugleich ist uns aber dieser Gesichtspunkt, dass das ein „informed Consent“ ist, also



eine persönliche Einwilligung ist – im Sinne auch einiger Vorredner –, besonders wichtig. Die Frage der vulnerablen Gruppen stellt sich zum Beispiel bei Menschen mit Behinderungen, bei Menschen, die nicht Muttersprachler sind, bei Menschen, die keinen Zugang zu Digitalität haben, bei Menschen, die keine Gelegenheit haben, sich in dieser Weise und auf dem Bildungsniveau, das dies bedeutet, zu informieren. Die Gefahr, dass dies eine Zustimmung ist, die quasi nur vorausgesetzt wird, ohne aktiv die Chance dazu gehabt zu haben, hebelt dieses Argument aus, dass man die Möglichkeit gehabt hätte, zu widersprechen, wenn man sie eben aus den genannten Gründen de facto nicht hat. Deswegen ist diese Freiwilligkeit statt Zwang etwas, was für die Gabe und für die Spende extrem wichtig ist. Es braucht ein Vertrauen in das System, auch in das Gesundheitssystem. Und es braucht eine Einbindung statt einer Ausgrenzung. Also die vulnerablen Gruppen, etwa Einwilligungsunfähige, Schutzsuchende und Menschen, die aus den genannten Gründen keinen Zugang zu den Informationen haben oder eben Menschen mit Behinderungen, die die kognitiven Fähigkeiten nicht unbedingt haben, sich zu jedem Zeitpunkt ohne fremde Hilfe mit dieser Entscheidung auseinanderzusetzen, werden aus unserer Sicht nicht zureichend geschützt. Was es also bräuchte, ist eine Kultur, gerade in den Einrichtungen oder Hilfsgruppen für vulnerable Gruppen, sich mit dieser Frage frühestmöglich [zu beschäftigen], um, wenn ein Fall eintritt, mit dem man in dem Fall vielleicht nicht rechnen kann, informiert zu sein und auch nicht ein Tabu zu haben, darüber zu sprechen, sondern früh und gut darüber zu sprechen, im Sinne von „Wir sind für Organspenden“.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Herr Dr. Hoffmann.

Abg. **Dr. Christoph Hoffmann** (FDP): Sehr geehrte Frau Vorsitzende, herzlichen Dank, dass ich hier teilnehmen darf. Wir haben die Situation, wir haben es ja vorher gehört: zehn Jahre Stagnation, Deutschland auf unterem Niveau in der Organspendenanzahl. Wir haben auch die Situation, dass einige auf der Warteliste sterben müssen, weil wir zu wenige haben. Und wir müssen feststellen, dass wir von Spendenregelungen in anderen Ländern profitieren. Das ist für mich als Politiker einfach

unbefriedigend. Wir haben eine Diskrepanz, dass die Menschen eigentlich sehr spendebereit sind, aber wir es nicht schaffen, die entsprechenden Zahlen hochzubekommen. Deshalb war die Frage jetzt auch noch mal, gibt es Erfahrungen im Ausland, wie ein Wechsel zu einer Widerspruchslösung sich tatsächlich in den Spenderzahlen auswirkt? Diese Frage ginge an Frau Selina Schulze Spüntrup. Sie haben, glaube ich, darüber gearbeitet.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Schulze Spüntrup, Sie haben das Wort.

**Selina Schulze Spüntrup** (ifo Institut Dresden): Vielen Dank für die Frage. In der Tat habe ich mir zwei Länder angeschaut, die eben genau diesen Wechsel vorgenommen haben in der Vergangenheit: Argentinien und Wales. Die haben diesen Wechsel von der Zustimmungsregelung zur Widerspruchsregelung meinen Analysen nach erfolgreich umsetzen können. Ein grundsätzliches Problem bei solchen Analysen ist, dass wir nicht beobachten können, wie sich die Organspenderaten entwickelt hätten, wenn sie bei der Zustimmungsregelung geblieben wären. Um das Problem zu lösen, habe ich eine in der empirischen Wirtschaftsforschung relativ neue, aber schon etablierte Methode, die sogenannte synthetische Kontrollmethode angewendet und habe mir quasi eine Vergleichsgruppe berechnet auf Basis von Daten von zwölf weiteren Ländern, die bei der Zustimmungslösung geblieben sind, darunter zum Beispiel auch Deutschland. Es ist dann wichtig zu sehen, dass vor Einführung der Widerspruchsregelung diese Art von statistischem Zwilling relativ ähnlich war im Hinblick auf die Organspenderate und auch andere Charakteristika. Wir können aber eben sehen, dass mit Einführung der Widerspruchsregelung diese Entwicklungen der Organspenderaten auseinanderdriften. Das zeigt uns, dass diese beiden Länder deutlich und signifikant höhere Organspenderaten erreichen konnten mit Einführung der Widerspruchsregelung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Hoffmann, eineinhalb Minuten. Wie wollen Sie die nutzen?



Abg. **Dr. Christoph Hoffmann** (FDP): Können Sie es vielleicht noch genauer sagen? Sie haben zum Beispiel das Beispiel Wales schon genannt. Aber da haben Sie, glaube ich, exakte Zahlen auch ermittelt, um wie viel Prozent das gesteigert werden konnte.

**Selina Schulze Spüntrup** (ifo Institut Dresden): Genau. Also man kann es beziffern auf durchschnittlich 34 Prozent Steigerung in Wales, in Argentinien waren es sogar 40 Prozent. Also wirklich große, große Effekte.

Abg. **Dr. Christoph Hoffmann** (FDP): Danke dafür.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Helling-Plahr ist digital dabei. Sie haben jetzt das Wort.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Vielen Dank. Ich möchte gerne Herrn Prof. Dr. Hertwig fragen. Ihre Studie hat für ausgewählte Länder belegt, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Einführung der Widerspruchslösung und einer Erhöhung der Spenderzahlen gibt. Können Sie dazu ausführen? Was halten Sie gegebenenfalls auch Kritikern entgegen, die die Länderauswahl bemängeln?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Hertwig, bitte.

**Prof. Dr. Ralph Hertwig** (Direktor des Forschungsbereichs Adaptive Rationalität, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin): Ganz herzlichen Dank erstmal auch für die Einladung und dafür, dass ich hier sprechen darf und auch für die Frage. Vielleicht ganz kurz was wir gemacht haben: Wir haben ganz ähnlich auch eine empirische Untersuchung gemacht, weil neben den verfassungsrechtlichen und ethischen Überlegungen spielt natürlich auch die Empirie eine Frage. Macht das überhaupt den Unterschied, den wir uns erhoffen? Wir haben eine Langzeitstudie gemacht. Das heißt, wir haben geguckt, wie verhalten sich die Verhältnisse vor und nach der Umstellung und was finden wir über fünf Länder hinweg? Diese Länder sind Argentinien, Chile, Schweden, Uruguay und Wales, da finden wir, dass die Umstellung selbst keinen

kausalen Effekt hat. Das bedeutet nicht, dass in den Ländern nicht die Organspenderate zugenommen hat. Die hat das in allen fünf Ländern, aber das ist nicht ursächlich zurückzuführen auf die Umstellung der Regelung. Die Frage ist, das habe ich jetzt öfters gehört, warum denn gerade diese Länder? Der Grund dafür ist, wir wollen kein Rosinenpicken betreiben. Das heißt, ich kann im Zweifelsfall immer bestimmte Länder raussuchen, wie zum Beispiel Spanien oder andere Länder, und diese deuten. Ich könnte auch auf die USA deuten, wo ein Zustimmungssystem besteht und die Zahlen sehr hoch sind. Was wir gemacht haben: Wir haben uns selbst einen Kriterienkatalog entwickelt und der beinhaltet zum Beispiel, dass wir uns nur Länder angeguckt haben, die die Umstellung vor Ende 2019 gemacht haben, damit wir genügend Daten haben, um das überprüfen zu können. Wir haben gleichzeitig uns Länder angeguckt, die die Umstellung nicht vor 1996 gemacht haben, weil davor gab es praktisch gar keine Daten. Wir haben insgesamt vier verschiedene Kriterien verwendet. Wenn man diese vier verschiedenen Kriterien anwendet, dann reduziert sich das von Schritt zu Schritt zu Schritt, sodass am Ende diese Länder übrig bleiben. Ich denke, der wichtige Punkt ist der, das es darum geht, in dieser empirischen Debatte eben kein Rosinenpicken zu betreiben, sondern wir müssen replizierbare und objektive Kriterien vorlegen und das ist genau das, was wir versucht haben in der Studie. Vielleicht eine Bemerkung zu meiner Vorrednerin, weil da ja offensichtlich eine Diskrepanz besteht. Ich denke, so interessant ich diese Analyse finde, ein Problem in der Analyse in meinen Augen ist, dass es darum geht: Wie stelle ich diesen Zwilling her und wer geht in diesen Zwilling ein? In der Analyse von Wales beispielsweise geht Deutschland mit nahezu 40 Prozent ein und Rumänien mit 36 Prozent. Das heißt, es ist im Wesentlichen ein Zwilling, der aus Deutschland und Rumänien besteht. Deutschland hat in den Jahren, nachdem Wales umgestellt hat 2015, tatsächlich eine Abnahme der Organspenden erlebt. Der Hintergrund dafür ist der Organspendeskandal in Deutschland. Das heißt, das Auseinanderdriften ist jetzt nicht notwendigerweise darauf zurückzuführen, dass wir die Umstellung gemacht haben in Wales, sondern hängt möglicherweise damit zusammen, dass der Zwilling so zusammengestellt wurde, wie er zusammengestellt wurde. Das ist zumindest eine Vermutung, die ich habe. Diese Vermutung könnte auch erklären, wie



diese unterschiedlichen Resultate zustande kommen. Ich kann es aber noch mal zusammenfassen. Das Fazit für uns ist: Wir müssen objektivierbare Kriterien vorlegen. Aufgrund dessen sind wir zu diesen Ländern gekommen und in diesen Ländern finden wir keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen der Umstellung auf der einen Seite und den Organspendezahlen auf der anderen Seite. Danke.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Prof. Hertwig. Herr Sichert, bitte.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ja, vielen Dank. Meine Frage geht an den Facharzt Andreas Weber. In Broschüren, Flyern und anderen Veröffentlichungen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist zu lesen, dass nur Verstorbene Organe spenden können. Im Organspendeausweis der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung findet sich auch die Formulierung für den Fall, dass nach meinem Tod eine Spende von Organen und Geweben zur Transplantation infrage kommt. Inwiefern entsprechen diese Aussagen der medizinischen Realität? Und wird die Öffentlichkeit mit dieser Art der Darstellung über die Umstände einer Organentnahme wahrheitsgemäß informiert?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Weber, bitte, Sie haben das Wort.

**Andreas Weber** (Doctors Against Forced Organ Harvesting (DAFOH)): Ja, vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank, Herr Sichert. Ich komme von meinem Hintergrund aus einem Spannungsfeld. Als praktisch tätiger Chirurg kenne ich beide Seiten der Medaille. Ich kenne das ganze Organspende-System, weil ich an mehreren Organspende-Stellen schon gearbeitet habe, sowohl DSO und so weiter. Aber ich kenne auch die Probleme zwischen den organgebenden Personen und den organempfangenden Personen. Ich wähle diese Begriffe sehr bewusst, weil eine Spende im eigentlichen Sinne in dem Sinne nicht stattfindet, weil eine Spende sich auf Sachgegenstände und Geld bezieht. Aber Ihre Frage bezüglich des Todes: Ich muss ehrlich zugeben, ich hatte ein bisschen Angst vor dieser Frage, weil es ein sehr kontroverses Thema ist. Ich möchte mich ganz kurz darauf beziehen, dass es immer

wieder Fälle gibt, wo Menschen Anzeichen von Leben gezeigt haben nach der Hirntoddiagnostik. Das heißt nicht, dass die Hirntoddiagnostik im eigentlichen Sinne falsch ist und verkehrt, obwohl es auch Schwächen gibt, weil einfach manche Dinge nicht überprüft werden anhand der wissenschaftlichen Technik, die uns zur Verfügung steht. Aber sie ist fehlerbehaftet im Sinne der ausführenden Personen. Das ist ein Fakt. Wenn dann Menschen Lebensanzeichen zeigen, kurz vor den Prozeduren, dass im Sinne der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient, die ganz wesentlich ist in dieser Debatte, das schwächt. Ich finde, da muss man offen und transparent eine Debatte führen in der Gesellschaft und die Menschen darüber aufklären, dass auch die Hirntoddiagnostik nicht perfektioniert ist im eigentlichen Sinne. Was das Thema Leben angeht, ich habe auch schon bemerkt, während Organentnahmen im chirurgischen Entnahmeteam, dass es zum Beispiel zum Tränenfluss der Patienten kam. Gut, die ärztlichen Kollegen würden jetzt natürlich wissen, dass es auch durch den Kornealreflex beispielsweise gesteuert werden könnte. Aber es gibt auch andere Ursachen für Tränenfluss, die einfach nicht untersucht werden. Deswegen will ich diese Frage offen beantworten und zur Debatte stellen, dass wirklich eine definitiv bessere Aufklärung in der Gesellschaft stattfinden sollte zu diesen Themen, bevor wir wieder ein neues Gesetz einführen. Ich finde, das ist wesentlich.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Weber. Sie hätten noch eine Minute. Wollen Sie die noch nutzen?

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ja, eine kurze Nachfrage an der Stelle. Also verstehe ich Sie richtig, der Spender ist vor und bei der Operation am Leben und noch nicht final tot? Oder kann man von einem Verstorbenen auch Organe transportieren?

**Andreas Weber** (Doctors Against Forced Organ Harvesting (DAFOH)): Nein, also ein hirntoter Patient ist ja in dem Sinne nicht körperlich tot. Die Organe müssen vital sein, sonst wären sie nicht transportabel. Das ergibt sich von selber. Wenn ein Mensch stirbt, in dem Moment wird ein Zelltötungsprogramm ausgelöst im Körper, das innerhalb von Millisekunden durch alle Zellen des Körpers



geht. Das ist bei dem Hirntod nicht der Fall und davon profitieren die Organempfänger. Also das ist wieder genau diese juristische Frage, die schon seit 1968 diskutiert wird. Der Patient ist per Definition im Hirn irreversibel geschädigt und die Organe, der Körper des Patienten ist lebendig. Anders wäre die Organtransplantation frustan, also nicht erfolgreich.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Sitte, bitte.

Abg. **Dr. Petra Sitte** (Gruppe Die Linke): Ja, besten Dank. Meine Frage geht an Junge Helden und ProTransplant. Vielleicht können Sie sich die Antwort teilen. Können Sie uns kurz von der Situation der Patientinnen und Patienten auf der Warteliste berichten? Halten Sie die Einführung einer Widerspruchsregelung angesichts der anhaltend niedrigen Organspendezahlen in Deutschland für erforderlich und geboten? Natürlich geht es uns um die Begründung.

**Zazie Knepper** (Bündnis ProTransplant): Zazie Knepper, ich spreche für die Patienten hier. Ich bin, glaube ich, die einzige Patientenvertreterin. Wir vertreten über 30 Selbsthilfegruppen und ich bin auch selbst betroffen. Ich bin selbst vier Jahre in der Dialyse gewesen und in meiner Verzweiflung ins Ausland gegangen. Ich kann nur sagen, vier Minuten werden überhaupt nicht ausreichen, um das Ausmaß des Elends zu beschreiben, was wir in Deutschland haben. Ehrlich gesagt, ich hatte das lange vorbereitet, wollte auch über mich persönlich reden. Das wird in den vier Minuten nicht funktionieren. Da oben sitzen Patienten, uns erreichen ständig Patienten, die uns herzzerreißende Geschichten erzählen: Herzpatienten, die, bevor sie sterben, sich eine Pumpe implantieren lassen, dann nicht mehr high urgent gelistet werden, jahrelang auf Organe warten, mit Sepsis im Krankenhaus liegen. Das sind unfassbare Geschichten, die ich selber erlebt habe. Auch ich habe erlebt, wie meine Leistungsfähigkeit abnimmt – die Dialyse ersetzt nur einen Teil der Nierenfunktion –, wie ich nachts schreiend mit Schmerzen aufgewacht bin, mit Krämpfen, die nicht mehr weggehen. Also ehrlich gesagt, diese ganze Debatte hier fällt mir wahnsinnig schwer, weil wir als Patienten derart leiden und wir sind viele. Wir sind nicht nur 8 500 Menschen

auf der Warteliste, sondern es gibt noch mehrere Tausend, die nicht transplantabel gelistet sind, weil sie gerade einen Infekt haben, im Urlaub sind oder sonstiges. Dann gibt es in Deutschland 100 000 Dialyse-Patienten. In Spanien ist mehr als die Hälfte transplantiert. Man könnte sicherlich 30 000 bis 50 000 dieser Menschen mit einer Transplantation helfen. Die Warteliste wird bewacht wie von Schießhunden, damit sie so klein ist. Wir müssten eigentlich viel mehr Patienten auf der Warteliste haben. Und ehrlich gesagt, wir Patienten sind es ein bisschen leid, dass wir seit Jahren Spielball sind zwischen Politik und Gesundheitssystem. Die Politik sagt, die Ursache liegt im Gesundheitssystem. Das Gesundheitssystem sagt, wir brauchen eine Widerspruchsregelung. Unserer Meinung nach ist die Widerspruchsregelung eine Grundlage, ein Fundament, auf das wir aufbauen müssen. Ein Fundament, mit dem wir als Gesellschaft sagen: Wir wollen das. Und ja, wir finden das positiv, dass Organspende stattfindet. Die Bürgerinnen und Bürger sind viel weiter als wir hier alle, weil die sind mehrheitlich nicht nur für Organspende, sondern auch für eine Widerspruchsregelung, weil das all die Menschen entlastet, die natürlich Angst vorm Tod haben, wie wir alle Angst vorm Tod haben. Aus mehreren der Statements, unter anderem von Herrn Dabrock, lese ich Angst vorm Tod. Um aber noch mal die Dimensionen klarzumachen und die Verhältnismäßigkeiten: Wir haben letztes Jahr, glaube ich, 950 Organspender gehabt. Wir diskutieren auf hochakademischem Niveau darüber, ob darunter ein Asylbewerber ist, der vielleicht die Regelung nicht verstanden hat, ob darunter Behinderte sind, die hätten spenden wollen, obwohl sie ausgeschlossen sind. Ehrlich gesagt, es ist kaum erträglich, weil wenn wir jetzt die Patienten, die ich eben aufgezählt habe, zusammenzählen, dann reden wir nicht nur über 8 500, sondern dann reden wir über 50 000 bis 60 000 Patienten. Jeder dieser Patienten hat ungefähr 10 Leute, mindestens, in seinem nahen Umfeld, die sehr betroffen sind davon. Angehörige, die unter großem psychischen Druck stehen, weil sie sich eventuell doch zu einer Lebendspende hinreißen lassen, weil die Wartezeit auf eine Niere – das muss man sich einfach mal anhören – ist 10 bis 12 Jahre. Ich war 52, als ich an die Dialyse kam. Das ist eine Wand. Und das möchte ich wirklich noch mal ins Verhältnis setzen. Wir reden bei den Betroffenen von über einer halben Million Menschen, die täglich leiden. Und wir reden





auf der anderen Seite über 950 Menschen, die, ehrlich gesagt, wenn wir evidenzbasiert argumentieren, tot sind.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Jetzt ist leider keine Zeit mehr für Frau Sum. Das Frage-recht geht an Frau Vogler.

Abg. **Kathrin Vogler** (Gruppe Die Linke): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an Ulrike Sommer. Die InitiatorInnen der Widerspruchsregelung sagen, die Tatsache, dass der Mensch sich zumindest einmal im Leben mit der Frage beschäftigen muss, ob er oder sie Spender sein will, sei zumutbar. Und Sie haben ja selbst eine Organspende empfangen. Teilen Sie bitte Ihre Geschichte mit uns. Wie stehen Sie vor dem Hintergrund zu dieser Aussage?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Sommer, bitte.

**Ulrike Sommer** (Empfängerin eines Spenderorgans): Ganz herzlichen Dank, Frau Vorsitzende, meine Damen und Herren. Ich bin Ulrike Sommer. Ich bin Journalistin. Ich bin Autorin. Ich habe 1994 erfahren, dass ich zwei Zystennieren und eine Zystenleber habe. Um die Zystenleber kümmert sich niemand, aber die Zystennieren würden, sagte man mir, zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr versagen. Ich hatte also 20 Jahre lang Zeit, mir darüber Gedanken zu machen, was ich denn tun wollte. Wollte ich mit einem Organ eines Toten leben? Wollte ich mich auf die Warteliste setzen? Hätte ich selbst gespendet, wenn ein Angehöriger in Not gewesen wäre? Meine Tochter war damals vier Jahre alt. Und weil ich Fantasie habe, habe ich mir überlegt, sie liegt in ihrem Bettchen nach einem schweren Unfall und das Herzchen klopft und die Ärzte sagen, sie ist tot und wir würden gerne anfangen. Und ich konnte das nicht. Ich konnte nicht Ja sagen. Ich finde Organspenden wichtig. Ich finde, dass man sie braucht. Aber ich finde auch, man kann nicht einfach ohne Zustimmung so etwas machen. Das Problem ist doch, dass wir im Fall der Organspende den Tod vorverlegen. Heute stellen Maschinen fest, ob das Gehirn tot ist. Übrigens, künftig müsste ich auch über meine vierjährige Tochter entscheiden. Da ändert die Widerspruchslösung gar nichts dran. In Umfragen ist eine

Mehrheit der Deutschen für die Organspende. Dass sich die meisten oder viele im Ernstfall dann aber doch dagegen entscheiden, wenn es um ihre Angehörigen geht, müsste uns doch allen zu denken geben. Zum Glück hat mein Mann mir eine seiner beiden Nieren geschenkt. Ich bin seine Wander-niere. Das ist elf Jahre her, aber wenn diese Niere versagt, muss ich an die Dialyse. Ganz klar. Denn ich kann nicht nehmen, was ich nicht geben will. Das ist für mich ganz klar, auch wenn es anders im Gesetzentwurf steht. Eine Transplantation ist körperlich und emotional eine unfassbare Herausforderung. Der Alltag wird auf den Kopf gestellt, jedenfalls bei uns, inklusive heftiger Gefühle von Schuld bis Dankbarkeit für beide Seiten. Mein Mann und ich haben einen guten Weg gefunden, aber das ist nicht selbstverständlich. Nach einer Transplantation ist noch nicht alles schön. Auch deshalb ist für mich eine Körperteilentnahme keine normale OP. Die Widerspruchsregelung spekuliert darauf, dass möglichst viele Menschen nicht über die konkreten Umstände ihres Todes nachdenken und dann nichts sagen zur Zustimmung. Das ist heute schon mehrfach gesagt worden. Ich finde aber, dass jeder das Recht haben muss, anders als ich, ein Leben zu leben, ohne darüber nachzudenken, wie er stirbt. Eine Organspende im Leben oder im Tod ist für mich ein unfassbares Geschenk. Und ich finde, man muss wenigstens fragen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Frau Sommer. Einmal gefragt, ist Herr Hunko digital dabei? Das ist nicht der Fall. Dann hat jetzt Herr Seitz das Wort.

Abg. **Thomas Seitz** (fraktionslos): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Auch ich richte mich an Herrn Prof. Dr. Lindner. Sie hatten eingeräumt im Hinblick auf das Recht auf Nichtbefassung, dass zumindest ein geringfügiger Eingriff vorliegt. Jetzt ist meine Frage: Müsste der Gesetzgeber, bevor er diesen nicht geringfügigen Eingriff vornimmt, nicht erstmal nach Alternativen suchen, mit denen ein solcher Eingriff vermieden wird? Da käme für mich in erster Linie in Betracht, eine erweiterte Lebendspende zu ermöglichen. Und das Zweite: Wäre der Gesetzgeber nicht auch gehalten, darüber nachzudenken, eine Art Organhandel in regulierter Form zu ermöglichen, bevor er hier in Individualrechte eingreift. Was ist dazu Ihre Meinung?



Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Lindner.

**Prof. Dr. Josef Franz Lindner** (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Medizinrecht und Rechtsphilosophie, Universität Augsburg): Vielen Dank. Ich habe das nur hilfsweise gewissermaßen angenommen. Aus meiner Sicht liegt kein Eingriff in das Recht auf Nichtbefassen vor. Ich gehe nicht davon aus, dass es ein solches Recht eigentlich überhaupt gibt. Aber wenn man es annimmt, liegt trotzdem kein Eingriff vor, weil man die Möglichkeit hat, sich damit nicht zu befassen. Man muss halt dann einen Widerspruch erheben für den Fall, dass man sagt: Ich lasse mich damit in Ruhe. Ich möchte das nicht, später mal. Das Einzige, was man machen muss, ist, den Widerspruch zu hinterlegen. Das ist, was ich als Widerspruchslast bezeichnet habe. Das ist aber kein Eingriff ins allgemeine Persönlichkeitsrecht, sondern ein Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit und mühelos zu rechtfertigen. Was Sie jetzt angesprochen haben, prüft man dann hilfsweise für den Fall, dass man einen Eingriff vornimmt. Dann müsste man natürlich im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung und auch bei der Erforderlichkeit gewissermaßen, das wäre der dogmatisch richtige Anknüpfungspunkt, frage: Gibt es ein gleich geeignetes milderer Mittel? Das ist immer das Entscheidende. Es kommt nicht darauf an, ob es irgendein milderer Mittel gibt. Mildere Mittel gibt es immer. Ein gleich geeignetes milderer Mittel gibt es. Nur wenn man das annimmt, und da hat der Gesetzgeber noch einen Einschätzungsspielraum, ob er der Auffassung ist, ob das ein gleich geeignetes Mittel ist, ob die Ausweitung der Organlebenspende tatsächlich ein gleich geeignetes Mittel ist, das kann man so ex ante gar nicht sagen, kann der Gesetzgeber mit seiner Einschätzungsprärogative durchaus davon ausgehen, dass er der Widerspruchslösung zunächst eine größere Eignung zuspricht. Das mit dem regulierten Organhandel, also das würde ich jetzt nicht als milderer Mittel ansehen, denn das wirft natürlich ganz andere verfassungsrechtliche Fragen auf. Ich würde diese Diskussion um die Widerspruchslösung, Widerspruchsregelung nicht mit einem solchen Gedanken, wo man ja im Grunde ein neues Fass aufmacht, belasten. Es ist eigentlich ein Tabu, dass man sagt, wir machen Organhandel. Also damit würde ich die Diskussion nicht belasten. Da kann man lange verfassungsrechtlich darüber diskutieren, ob man so etwas verfassungsrechtlich

ausgestalten könnte. Das ist sicherlich sehr schwierig und wahrscheinlich sehr aufwendig und bürokratisch.

Die **amtierende Vorsitzende**: Wollen Sie die 40 Sekunden noch nutzen?

Abg. **Thomas Seitz** (fraktionslos): Ganz kurz noch zum Thema Information und Aufklärung im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht. Wie ist das jetzt zum Beispiel mit einer Personengruppe, etwa Personen ohne festen Wohnsitz? Wird das durch den Gesetzentwurf gewährleistet oder kann man das vernachlässigen?

**Prof. Dr. Josef Franz Lindner** (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Medizinrecht und Rechtsphilosophie, Universität Augsburg): Das ist eine gute Frage, mit der ich mich auch schon mal befasst habe in einer Veröffentlichung. Das muss der Gesetzgeber natürlich nicht regeln. Der Gesetzgeber muss sagen und regeln, dass eine intensive Aufklärungskampagne zu erfolgen hat. Wie das umgesetzt wird, insbesondere auch bei Personen ohne festen Wohnsitz – da könnte man an Streetworker denken, die diese Personengruppen aufsuchen –, ist eine Frage letztlich des Vollzugs. Diesen Vollzug kann der Gesetzgeber oder kann die Verwaltung auch durch Verwaltungsvorschriften konkretisieren.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Rudolph, bitte.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Vielen Dank. Hier würde ich ganz kurz neben der juristischen noch die ärztliche Perspektive ergänzen, weil man sich jetzt fragt, ob eine Ausweitung der Lebenspende eine akzeptable Alternative sein kann. Man muss das, glaube ich, einmal in dieser Anhörung ausführen, dass das natürlich nur eine Option ist für bestimmte Organe, nämlich Lebern und Nieren; ganz viele andere Organe können gar nicht als Lebenspende transplantiert werden. Eigentlich wollte ich aber meine Frage an Prof. Dr. Guba von Eurotransplant richten, und zwar anknüpfend an die Ausführungen von Prof. Hertwig. Sie leiten die globale Feststellung, die Widerspruchsregelung habe keinen Effekt aus der selektiven Betrachtung von fünf



Staaten und das über einen selektiven Zeitraum unter anderem während der Corona-Pandemie ab. Deswegen würde ich gerne aus der Expertise von Eurotransplant um eine Einschätzung bitten, wie das aussieht, wenn man sich die Länder im Eurotransplant-Verbund anguckt, ob man vielleicht andere Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Widerspruchsregelung ableiten kann, wie es sich damit verhält, dass die anhaltend niedrigen Spendezahlen aus Deutschland auch eine Auswirkung haben auf die Zusammenarbeit bei Eurotransplant und was das für Auswirkungen auf die vielleicht anhaltende Solidarität in diesem Verbund hat. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Guba, bitte sehr.

**Prof. Dr. med. Markus Guba** (Eurotransplant): Vielen Dank für die Frage, sehr geehrte Vorsitzende. Eurotransplant ist keine Organspendeorganisation, sondern wir sind für die Zuteilung der Organe zuständig. Natürlich ist da eine gewisse Dysbalance. Wenn man sich die Spenderzahlen in Eurotransplant anschaut, dann ist es 2024 so gewesen, dass Österreich 18 [Spender] pro einer Million Einwohner, Belgien 31, Deutschland 10, Ungarn 16, Kroatien 30 und die Niederlande 20 hat. Sie sehen an den Zahlen, dass alle anderen Eurotransplant-Mitgliedsländer natürlich deutlich höhere Spendezahlen haben. Das führt dazu, dass natürlich Deutschland von den anderen Mitgliedsländern in gewisser Weise profitiert, weil wir ein Netto-Importland sind von Organen. Ich nenne mal kurz die Zahlen: 2023 haben wir 27 Herzen, 49 Lebern, 26 Nieren und 7 Pankreas aus unseren Eurotransplant-Mitgliedsländern bekommen. Zweifelsohne ist es so, dass das vielleicht Organe sind, die aufgrund ihrer Qualität in den Ländern nicht transplantiert worden sind und wir diese aufgrund unseres massiven Mangels akzeptieren. Wir können froh und dankbar sein, dass wir in diesem Verbund sind und auch davon profitieren.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Darf ich das zusammenfassen damit, dass in Deutschland die Widerspruchsregelung de facto schon gilt, weil wir auch hier Organe transplantieren, die unter der Widerspruchsregelung nach Deutschland kommen?

**Prof. Dr. med. Markus Guba** (Eurotransplant): Ja, so könnte man das nennen. Wenn man diesen Link machen will, dann profitiert man natürlich von der Widerspruchslösung der Mitgliedsländer. Ob das aber die ursächliche Sache ist ... Ich bin auch der Meinung, dass die Widerspruchslösung positive Effekte haben kann. Da gehört natürlich ein ganzes Armamentarium dazu. Ich habe die zwei Kollegen über die Papers diskutieren gehört. Es gibt da ein sehr schönes Paper – auch erst kürzlich veröffentlicht, ich weiß nicht, ob Sie das gelesen haben –, wo Wales und England verglichen wurden im Head-to-Head-Vergleich. Dabei hat natürlich Wales aufgrund der Umstellung eine erhöhte Spenderate gehabt. Aber das ist gar nicht mein Thema für Eurotransplant.

Die **amtierende Vorsitzende**: Da können Sie jetzt nicht mehr darauf antworten. Jetzt geht das Wort an Prof. Castellucci, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Lars Castellucci** (SPD): Frau Vorsitzende, meine sehr verehrten Damen und Herren, ich will an die Frage der wissenschaftlichen Betrachtung nochmal anschließen, auch an die Ausführungen von Herrn Hertwig, denn es ist ja eine Sehnsucht, endlich etwas zu verbessern. Die teilen wohl alle hier und auch eine Sehnsucht, eine Lösung zu haben, auf die man draufspringen kann und sagen kann, die ist es jetzt oder die probieren wir dann mal. Aber wenn man sieht, dass der Eingriff stark wäre, dann müsste man sicher sein, dass es wirklich einen eindeutigen Zusammenhang gibt zwischen der Einführung einer Widerspruchsregelung und der Steigerung von Organspendezahlen in einem Land. Ich möchte die Frage jetzt einfach nochmal an eine weitere Sachverständige richten, an Frau Prof. Wiesemann von der Universitätsmedizin Göttingen. Was sind denn Ihnen für Daten und Studien bekannt zu diesem Zusammenhang?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Wiesemann, Sie haben das Wort.

**Prof. Dr. Claudia Wiesemann** (Direktorin des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen): Vielen Dank, dass ich hier online zu Ihnen sprechen darf. Ich möchte vorausschicken, dass mich das Leid der Menschen auf



der Warteliste und auch ihrer Angehörigen sehr betroffen macht und ich aus eigener Erfahrung aus dem engsten Freundeskreis weiß, wie segensreich Organspenden sind. Dennoch muss die zentrale Frage, bevor es tatsächlich zu einem solchen rechtlichen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht von Menschen kommt, klar beantwortet werden, dass die Einführung der Widerspruchsregelung auch einen Anstieg der Organe mit einer gewissen Sicherheit erwarten lässt. Dazu sind nun erst mal, ich bin Ethikerin, empirische Studien relevant. Wir haben hier schon von einigen gehört. Ich möchte anführen, die noch nicht genannte Studie von Adam Arshad, 2019 erschienen. Die hat also nicht den Bias der Corona-Pandemie. 35 Länder, Europa, Nordamerika und Australien wurden hier untersucht. Es konnte keine klare Tendenz gezeigt werden, die zu Gunsten einer Widerspruchsregelung sprechen würde. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt die Studie von Shepherd von 2014 – etwas älter –, mit 48 Ländern in diesem Fall, die zwar einen leichten Anstieg der Organspendezahlen in den widerspruchsgeregelten Ländern zeigen kann, dafür aber eine Abnahme der Lebendorganspende. Wenn wir uns ein ganz aktuelles Beispiel anschauen, nämlich das United Kingdom, das 2020 mit der Widerspruchsregelung begonnen hat, dann kann man, selbst wenn man Pandemie-Effekte hier einmal mitberücksichtigt, nicht erkennen, dass es eine Steigerung der Spendezahlen in den letzten zwei Jahren, also 2022 und 2023 gegeben hätte. Im Gegenteil, die Zahlen nehmen ab, und zwar tatsächlich wegen einer verringerten Zahl der Lebendorganspende. Holland hat zum gleichen Zeitraum die Widerspruchsregelung eingeführt. Auch hier wieder kein klarer Hinweis auf eine Steigerung der Zahl der Organspenden nach Hirntod.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Prof. Dr. Wiesemann. Jetzt Herr Aumer, bitte.

Abg. **Peter Aumer** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage wäre an Prof. Dr. Banas. Kann man aus Sicht der Transplantationsmedizin schildern, wie groß das Problem der niedrigen Organspenderate für deutsche Patienten wirklich ist? Wie ordnet man das international ein? Dann zweitens: Welche Erfahrungen berichten Ihnen internationale Kolleginnen und Kollegen nach Einführung der Widerspruchsregelung in

ihren Ländern? Gibt es Hinweise für Nachteile durch Einführung einer Widerspruchslösung? Eine dritte kurze Frage zu dem Punkt gerade vorher: Wären mehr Lebendspenden die Alternative?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dr. Banas, bitte sehr.

**Prof. Dr. Bernhard Banas** (Direktor der Abteilung für Nephrologie, Universitätsklinikum Regensburg): Sehr geehrter Herr Aumer, sehr geehrte Frau Vorsitzende, ich bedanke mich zuerst, dass ich wieder für die Deutsche Transplantationsgesellschaft, jetzt in Funktion als Vorsitzender der Ethikkommission, und langjähriger Transplantationsmediziner zu diesem Thema zu Ihnen sprechen darf in dieser Anhörung. Das Problem für unsere deutschen Patienten ist viel größer als allgemein bekannt. Die wichtigste Zahl für die Patientinnen und Patienten ist ganz einfach: Wie wahrscheinlich kann ich transplantiert werden? Und die Zahl, die man da nennen sollte, ist die Zahl der Transplantationen pro Million Einwohner pro Jahr. Hier liegen wir in Deutschland bei 40 und in den meisten unserer direkten Nachbarländer bei ungefähr 80. Das gilt für die Benelux-Länder, das gilt für Frankreich, das gilt für Tschechien, das gilt fast so für Österreich. Und die Schweizer machen sich gerade auf den Weg, in diesen Zahlenbereich zu kommen. Das heißt, in anderen Ländern in vergleichbarer Situation haben Patientinnen und Patienten die doppelte Wahrscheinlichkeit, transplantiert werden zu können. Sie sollten die Zahlen anschauen, die wir in Deutschland haben: Für 85 Millionen, fast 85 Millionen Einwohner haben wir letztes Jahr 330 Herztransplantationen durchführen können, 512 Lungentransplantationen und 816 Lebertransplantationen – alles lebensrettende Transplantationen; ohne Transplantation ist die Alternative Tod. Punkt. Wir müssen als Ärztinnen und Ärzte unseren Patienten das sagen. Wir listen immer weniger Patientinnen und Patienten, weil weder die Patienten noch wir selber überhaupt glauben, dass ein Großteil unserer Patienten die Transplantation erreichen wird. Von Frau Knepper ist schon gesagt worden, die wahren Zahlen, der wahre Bedarf für Transplantation wäre noch viel höher. Ich kann nur noch sagen: Sprechen wir mit Kolleginnen und Kollegen im befreundeten Ausland, dann verstehen die gar nicht mehr, was wir in Deutschland uns als Gesellschaft



selbst so antun. Die internationalen Erfahrungen zur Widerspruchsregelung sind durchweg positiv. Ich habe noch keinen einzigen Kollegen getroffen, der mir gesagt hat, das hätte irgendeinen nachteiligen Effekt; ganz im Gegenteil, alle – auch wenn das immer anders zitiert wird –, selbst die spanische Kollegin Dominguez Gil, sind froh, dass in diesen Ländern eine Widerspruchsregelung besteht. Daher: Einen Nachteil einer Widerspruchsregelung gibt es nicht. Die Erfahrungen sind gut. Was soll ich noch sagen zum Thema Lebendspende? Frau Rudolph hat es ja ein bisschen schon angedeutet: Lebendspende gibt es in erster Linie für die Niere, es sind um die 600 Transplantationen im Jahr. Wir hätten gern weniger Lebendspenden und nicht mehr, weil wir Lebendspender gefährden. Das können wir gern noch ausführlicher diskutieren, wenn wir Verbesserungen bei Lebendspendern wollen und dass wir sicherer transplantieren können und die Transplantationen mit einem besseren Outcome sind. Wir wollen nicht das Defizit der postmortalen Organspende damit ausgleichen. Bei der Leber geht es um ein paar Kinder, die man transplantieren kann, bei Herz und Lunge gibt es einfach keine Lebendspende. Nein, eine Lebensspende rettet uns nicht aus dem Defizit der postmortalen Organspende, in die wir uns in Deutschland im internationalen Vergleich gebracht haben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Pilsinger hat jetzt das Wort.

Abg. **Dr. Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Prälatin Dr. Anne Gidion von der EKD. Wie blicken Sie als Vertreterin einer der großen Religionsgemeinschaften auf den Sterbeprozess? Bitte geben Sie uns vor diesem Hintergrund eine Einschätzung zum vorliegenden Gesetzesentwurf.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Gidion, bitte sehr.

**Dr. Anne Gidion** (Bevollmächtigte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Union): Vielen Dank, Herr Dr. Pilsinger. Der Sterbeprozess ist natürlich sehr unterschiedlich, je nachdem, wie die Verletzung zustande kommt, also

ob es ein Alterssterben ist oder ein Unfallsterben. Aber in dem Moment, in dem es zumindest ein Sterben ist, das ein Element von Planbarkeit hat, ist das Sterben in jedem Fall Teil der Menschenwürde und auch Teil des Lebens. Den Religionen ist es außerordentlich wichtig, dass in dieser Phase die Menschenwürde nicht aufhört, im Gegenteil, dass auch dieses eine hochvulnerable Situation des Lebens ist. Das ist für die Person selbst der Fall, ob bewusst oder unbewusst, und ist natürlich vor allen Dingen auch für das Umfeld der Fall. Die Gefahr, dass diese Situation eine flächendeckende Hilflosigkeit ist, ist eine, die jeder kennt, der einmal in so einer Situation gewesen ist, Menschen zu begleiten; das tun alle Religionen, denen das Leben heilig ist am Anfang und am Ende. Diese Frage, wie eine Lösung für möglichst mehr Organe aussieht – ich habe es am Anfang schon gesagt, wir sind total dafür, wir sehen das Leid, gerade weil wir Kliniken betreiben, gerade weil wir Seelsorge am Krankenbett betreiben, es gibt einen ganz großen Empathiefaktor mit dem Leiden, was sie sehen –, ist: Wie kann ein antizipierter Eingriff oder die Notwendigkeit, dass es einen solchen Eingriff geben könnte, in den Sterbeprozess eingreifen? Da ist für mich das zentrale Wort: Vertrauen. Es braucht Vertrauen sowohl in das Gesundheitssystem, also in dem Sinne in den Staat, der etwas Gutes mit mir will, aber natürlich auch ein Vertrauen in die handelnden Personen drumherum, dass die nicht darauf warten, zuzugreifen oder darauf warten, jemanden künstlich lebendig zu halten, sondern dass es ein Vertrauen ist, dass hier Gutes passiert. Hier ist die Frage, ob Zustimmungs- oder Widerspruchsregelung, wie wir vielfältig schon gehört haben, nur ein Faktor von ganz vielen ist, bei denen wir nicht mit Sicherheit sagen können, dass dieser bei der Frage, ich vertraue darauf, dass hier Gutes mit mir passiert, ausschlaggebend ist. Insofern ist Bildung und Vertrauenskultur unendlich wichtig, auch in der Pflegesituation, um Menschen dazu zu überzeugen, freiwillig Organspenderin und -spender zu werden. Denn das ist ja das Ziel. Also das Ziel ist ja, dass möglichst viele Menschen sagen: Ich möchte das gerne. Ich möchte das für mich, ich möchte das für meine Angehörigen. Meine Hauptfrage wäre immer: Wie erreichen wir diesen Zustand? Jeder Gesetzesentwurf, der dem dient, ist ein guter Gesetzesentwurf, damit so viele Menschen wie möglich dem freiwillig zustimmen und wir dann so viele Organe wie möglich bekommen. Alle Menschen,



die einen Ausweis in ihrem Portemonnaie haben, sind doch freiwillig Organspender. Das meine ich. Dass ich einen Ausweis bei mir habe, heißt, in dem Moment, wo es soweit ist, stelle ich mich zur Verfügung. Das ist aus meiner Sicht das bestmögliche Ziel. Und für dieses Ziel braucht es ein Grundvertrauen, dass dann mit mir Gutes geschieht. Dankeschön.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön, Frau Dr. Gidion. Wollen Sie noch was nachfragen? Sie haben noch 45 Sekunden. Nein? In Ordnung. Dann geht das Fragerecht an Herrn Schwartze.

Abg. **Stefan Schwartze** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich möchte noch mal auf eine Frage zurückkommen, die von ProTransplant zwar schon erläutert wurde, aber ich hätte die Position der Jungen Helden gerne noch mal gehört zur Situation der Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten und wie ihre Position zur Einführung einer Widerspruchsregelung ist. Ich glaube, viele sind sich gar nicht bewusst, dass sie bei manchen Urlaubsreisen auch dieser Widerspruchsregelung unterliegen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Sum. Jetzt haben Sie das Wort.

**Anna Barbara Sum** (Junge Helden): Danke. Es gilt natürlich immer das Recht in dem jeweiligen Land. Grundsätzlich ist es tatsächlich so, wir haben es gerade gehört, die Situation auf den Wartelisten ist herzerreißend. Ich mache die Arbeit jetzt schon seit über 20 Jahren. Wir haben den Verein gegründet, weil unsere Hauptgründerin selbst auf ein Organ gewartet hat. Ich bin mit allen in dieser ganzen Community jeden Tag in Kontakt. Ich bin mit den Menschen in Kontakt, die auf ein Organ warten. Ich bin mit den Menschen in Kontakt, die die Organe der Angehörigen gespendet haben. Ich bin mit den Menschen in Kontakt, die sich mit dem Thema proaktiv auseinandersetzen wollen, weil sie sagen, hier passiert zu wenig in dem Land. Ich muss ehrlich sagen, der Stand, wie er jetzt ist – ich möchte es wirklich gerne glauben, dass wir alle für die Organspende sind und wirklich viel dafür machen wollen, dass die Zahlen sich erhöhen –, da sind die Zahlen miserabel. Wir müssen einfach einen anderen Weg gehen und wir müssen einen mutigen

Schritt gehen und zwar die Widerspruchsregelung einführen, wenn wir sehen, dass sie in den anderen Ländern, die Sie angesprochen haben, funktioniert. Das ist eine empirische Evidenz. Wir sehen, dass die Zahlen in anderen Ländern überall höher sind, dass sich dort keiner bevormundet fühlt. Ich habe lange in Österreich gelebt, ich bin in engen Kontakt mit Spanierinnen und Spaniern. Da fühlt sich keiner bevormundet, sondern im Gegenteil, für sie ist das der Normalfall. Es ist der Normalfall, davon auszugehen, in einem Staat, in einer Gesellschaft, in dem jeder ein Organ haben könnte, in der Theorie, wenn es zur Verfügung stünde, dass man auch spendet. Das ist eine Diskussion, die wir nur von hier kennen. Ehrlich gesagt, das beste Argument für die Widerspruchsregelung aus unserer Sicht, die wir das jetzt seit über 20 Jahren mit vielen anderen machen, ist, dass es keinen Gegenvorschlag gibt. Ich wüsste wirklich nicht, Stand jetzt, wie wir es verbessern sollen. Wir hören es hier, die vielen Aussagen und dass wir das Vertrauen erhöhen müssen. Das ist alles richtig. Wir müssen aufklären, wir müssen informieren, wir müssen gucken, dass vulnerable Gruppen alle diese Informationen bekommen. Nur wir können nicht so weitermachen wie bisher. Sie kennen alle die Zahlen. Wenn wir wirklich was verändern wollen, dann müssen wir jetzt etwas wirklich verändern – und das ist die Einführung der Widerspruchsregelung. Alle Fakten liegen auf dem Tisch. Das müssen wir machen, weil es einfach wichtig ist.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Schwartze, wollen Sie noch mal nachlegen?

Abg. **Stefan Schwartze** (SPD): Ja, ich frage noch mal nach. Sie haben auf die Erfahrungen aus den anderen Ländern verwiesen. Können Sie da noch ein paar Details nachliefern?

**Anna Barbara Sum** (Junge Helden): Wir sehen, dass in den anderen Ländern ... Wir haben es von Eurotransplant auch gehört und ich habe hier die Liste, ich könnte es jetzt noch mal vorlesen, aber wir haben es ja gehört und wir hören die Zahlen doch wirklich jedes Jahr. Wir argumentieren nicht in einem luftleeren Raum. Das sind alles wichtige Positionen und das es ist mit Verlaub auch gut, dass wir uns das hier anhören und von allen Seiten



beleuchten. Aber die Zahlen, die kennen wir jedes Jahr, seitdem ich angefangen habe. Seitdem wir angefangen haben, hören wir immer die gleichen Zahlen und sie sind eben so viel höher in unseren Nachbarländern, von denen wir die Organe schon in unser Land hineinbringen, aus Österreich, aus Kroatien. Und dort sind die Zahlen eben wirklich im Vergleich ... Man sieht es, es funktioniert, die Zahlen sind höher.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Baehrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht an Herrn Dr. Kevin Schulte. Ihre Studie legt nahe, dass die nicht ausreichende Verfügbarkeit von Spenderorganen mit einem Erkennungs- und Meldedefizit der Entnahmekrankenhäuser assoziiert ist. Ist der vorliegende Gesetzentwurf nach Ihrer Einschätzung aus klinischer Sicht geeignet, die Spenderzahlen signifikant zu erhöhen oder welche konkreten Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht notwendig?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Schulte, Sie haben das Wort.

**Priv.-Doz. Dr. Kevin Schulte** (Stellvertretender Klinikdirektor, Oberarzt am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel): Frau Baehrens, ganz herzlichen Dank für Ihre Frage. Wenn ich ehrlich bin, ich weiß nicht, ob die Einführung einer Widerspruchslösung zu einer signifikanten Zunahme der Organspendezahlen in Deutschland führen würde. Ich glaube, wer die Diskussion bis gerade verfolgt hat, der muss gestehen, niemand kann es wissen, weil die Datenlage eben uneinheitlich ist. Es gibt Studien, in denen einzelne Länder eine Zunahme der Organspendeaktivität nach Einführung der Widerspruchslösung gezeigt haben und es gibt Länder, in denen das nicht der Fall war. Ich glaube, uns sollten vor allem die zweiten Länder interessieren, weil die beweisen, dass die Einführung der Widerspruchslösung kein Garant dafür ist, dass die Zahlen zunehmen, sondern ganz offensichtlich mehr notwendig ist als die Widerspruchslösung, damit die Zahlen zunehmen. Ich habe meine Zweifel, dass in Deutschland dies das Problem ist. Wir haben uns in den letzten Jahren wissenschaftlich

damit beschäftigt, Kliniken miteinander vergleichbar zu machen. Und zwar haben wir durch einen Algorithmus, den auch die Deutsche Stiftung Organtransplantation mitentwickelt hat, deutsche Kliniken in den Jahren 2010 bis 2015 und nochmalig in dem Jahr 2022 miteinander verglichen. Das heißt, wir haben möglich gemacht, die Kliniken bezüglich ihrer Fallzahl und Morbidität miteinander vergleichbar zu machen. Wenn man das macht, sieht man, dass wir zwischen verschiedenen deutschen Kliniken erhebliche Unterschiede bei gleichem Organspendepotenzial haben. Prof. Dr. Wanners und die Uniklinik Regensburg sind das strahlende Vorbild. Da sind die Organspendeaktivitäten mehr als zehnmal höher als in anderen deutschen Unikliniken. Wenn man das hochrechnet und jetzt einfach mal davon ausginge, alle deutschen Unikliniken würden so viele Organspender finden, wie die Uniklinik Regensburg das tut, dann hätten wir im Jahr 2022 nicht 291 Organspender gehabt, sondern 785. Allein in den deutschen Unikliniken. Der Unterschied zwischen verschiedenen Unikliniken ist bei vergleichbarem Potenzial mehr als der Faktor 10. Auch wenn wir Regionen miteinander vergleichen, also wenn wir beispielsweise die DSO-Region NRW vergleichen mit der DSO-Region Ost, sehen wir erhebliche Unterschiede. Da ist der Unterschied mehr als 50 Prozent. Das alles kann man meines Erachtens nicht dadurch erklären, dass uns die Widerspruchsregelung fehlt, weil eine bundeseinheitliche Regelung kann ja nicht Ursache für diese Unterschiede sein, sondern die Unterschiede sind eben darin begründet, dass in den verschiedenen Kliniken das Thema unterschiedlich engagiert und professionell verfolgt wird und wir in manchen Kliniken sehen, dass es sehr gut gelingt. Regensburg ist ein gutes Beispiel und Berlin auch – interessant, dass wir gerade von diesen beiden Kliniken hier Vertreter haben. Andere Kliniken tun das eben nicht so. Das heißt, ich glaube, es ist eine gefährliche Situation, die Widerspruchsregelung einzuführen, ohne eine genaue Ursachenanalyse zu betreiben, weil hier droht eine große Chance für Politikverdrossenheit, wenn man eben nicht genau die Situation analysiert und sich fragt: Wo liegt eigentlich das Problem?

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Herr Dr. Schulte. Frau Baehrens, die letzten 10 Sekunden geben wir hin. Herr Dr. Luczak hat jetzt das Wort.



Abg. **Dr. Jan-Marco Luczak** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne meine Frage an Herrn Lindner richten und nochmal die verfassungsrechtlichen Aspekte beleuchten. Sie hatten schon einiges dazu ausgeführt. Bislang war der Fokus sehr stark auf die Frage gelegt: Ist das ein Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht? Sie hatten ausgeführt, dass aus Ihrer Sicht möglicherweise noch gar kein Eingriff vorliegt. Ich würde dennoch jetzt die andere Perspektive stärker beleuchten wollen, auf diejenigen, die auf der Warteliste stehen und die auch Grundrechte haben. Sie haben zu Recht vorhin vom Untermaßverbot gesprochen und über die Frage, ob es nicht sozusagen eine staatliche Schutzpflicht sogar gebietet, eine solche Widerspruchslösung einzuführen oder wirksame Maßnahmen ins Werk zu setzen, damit eben mehr Organe gespendet werden können. Da würde ich Sie gerne nochmal bitten wollen ... Wenn man jetzt davon ausgeht, es ist ein Eingriff, dann muss man verfassungsrechtlich zu einer Abwägung kommen, also verschiedene Grundrechte in eine praktische Konkordanz bringen. Wenn man jetzt aber sieht, auf der anderen Seite steht eben das Leben und am Ende auch die Menschenwürde als vitale Basis, dann würde ich Sie bitten, vielleicht diesen Abwägungsprozess aus Ihrer Sicht verfassungsrechtlich nachzuzeichnen und auch vielleicht Ihr Ergebnis noch einmal zu verdeutlichen, wozu Sie am Ende bei einer verfassungsrechtlichen Abwägung kommen, was die Widerspruchslösung anbelangt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Lindner, bitte sehr.

**Prof. Dr. Josef Franz Lindner** (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Medizinrecht und Rechtsphilosophie, Universität Augsburg): Vielen Dank. Ich werde versuchen, es nochmal klarzumachen. Wenn man von einem Eingriff ausgeht, nicht in das Selbstbestimmungsrecht meines Erachtens, aber in die allgemeine Handlungsfreiheit, weil man die Widerspruchslast hat, dann ist der Eingriff verfassungsrechtlich nur zulässig, wenn er gerechtfertigt oder zu rechtfertigen ist. Dafür braucht man erstens einen verfassungsrechtlich legitimen Zweck. Und hier haben wir unstreitig zwei Zwecke, einmal das Recht der Patienten auf der Warteliste auf Leben und Gesundheit und die damit verbundene Schutzpflicht. Das Bundesverfassungsgericht hat seit der

ersten Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch, Band 39 Seite 1 fortfolgende, in ständiger Rechtsprechung immer wieder betont, dass den Staat hier eine Schutzpflicht trifft und dies auch in einer Kammerentscheidung auf die Organspende angewendet. Das ist der erste legitime Zweck. Der zweite legitime Zweck ist der Schutz der Angehörigen oder die Unterstützung der Angehörigen, die Entlastung der Angehörigen. Diesen Zweck darf man meines Erachtens nicht geringschätzen. Wenn man jetzt weiter prüft, kommt man über die Eigenschaft, das haben wir schon ausführlich diskutiert, über die Erforderlichkeit zur Angemessenheit, zur Verhältnismäßigkeit im engeren Sinn. Hier stellt man jetzt die beiden Rechtsgüter gegeneinander. Ich verkürze das jetzt etwas. Auf der einen Seite das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit der Patienten auf der Liste. Wir haben das eindrücklich gehört, dass dies bedroht ist und dies letztlich nach der Menschenwürde fast einen Höchstwert nach der Verfassung hat. Auf der anderen Seite steht das Interesse des Einzelnen, sich entweder nicht mit der Sache befassen zu müssen oder, wenn man den Eingriff, was ich tue, ablehnt, die Widerspruchslast, also zum Computer zu gehen und sich in die Liste einzutragen oder das sonst irgendwie festzuhalten. Das ist aus meiner Sicht ein niedrigschwelliger Eingriff. Wenn man die beiden Rechtsgüter gegeneinander setzt, gewinnt meines Erachtens, dass die Schutzpflicht des Staates für das Leben und die körperliche Unversehrtheit so lange – das muss ich noch ergänzend hinzufügen – bis durch den Vollzug dieser Widerspruchsregelung sichergestellt ist, dass der Widerspruch niedrigschwellig erhebbar ist, dass er verifiziert wird und dass die Aufklärungskampagne mit einer angemessenen Übergangsfrist vor allen Dingen auch ausgestattet ist.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Frau Dr. Mannes, Sie haben das Wort.

Abg. **Dr. Astrid Mannes** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Wiesemann. Wir haben gehört, der staatliche Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht wird bei der Widerspruchslösung mit der Verfolgung eines hohen moralischen Ziels, eines hochwertigen Ziels gerechtfertigt. Stellt eine Organspende, die Leben retten kann, nicht ein solches höherrangiges Ziel dar? Warum lehnen Sie





trotzdem die Widerspruchslösung ab? Welche alternativen mildereren Mittel sehen Sie, die derzeit noch nicht ausgeschöpft sind?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Prof. Wiesemann, bitte sehr.

**Prof. Dr. Claudia Wiesemann** (Direktorin des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen): Vielen Dank. Tatsächlich handelt es sich hier um ein sehr wichtiges, hochrangiges Ziel. Leben zu retten, das muss auch für einen aus der ethischen Perspektive ganz oben stehen. Aber die Selbstbestimmung darf dagegen nicht automatisch entwertet werden. Wir haben das hier schon von den JuristInnen gehört. Die große Frage, die ganz entscheidende Frage ist: Haben wir hier den einen Eingriff, der uns die Änderung bringt oder ist eher keine Verbesserung zu erwarten? Dafür habe ich schon argumentiert. Herr Schulte hat eben sehr überzeugende Zahlen genannt und noch mal darauf aufmerksam gemacht, dass es offensichtlich innerhalb der Krankenhäuser Schwierigkeiten gibt, diesen Organspendeprozess so zu organisieren, dass er in allen Häusern gleich erfolgreich ist. Wir müssen uns doch ernster fragen, warum das der Fall ist. Wir müssen Lösungen, mildere Mittel doch erst einmal in dem Bereich suchen, in dem das Problem verursacht wird. Es ist erstaunlich, wie wenig gute empirische Forschung wir zu der Frage haben: Was motiviert Mitarbeitende in den Krankenhäusern, sich in diesem außergewöhnlichen Prozess zu engagieren, und was hält sie konkret davon ab? Ich kann persönlich nur einige Vermutungen dazu anstellen. Ich finde es bitter, dass wir so wenig darüber wissen. Es gäbe gute sozial-empirische Forschung, aber nachdem wir immer und immer wieder das Problem bei den Bürgerinnen und Bürgern verorten, führen wir eine Scheindebatte, die es uns nicht möglich macht, die wirklichen Ursachen der Defizite in Deutschland zu erkennen und anzugehen. Das ist eigentlich die nahezu empörende Konsequenz dieser Debatte für mich.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Dr. Mannes, Sie könnten weiterfragen.

Abg. **Dr. Astrid Mannes** (CDU/CSU): Dann frage ich bei Prof. Dabrock nach. Sie haben niedrigschwelligere Lösungen gefunden, die funktionieren könnten. Welche wären das aus Ihrer Sicht?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dabrock, eine Minute.

**Prof. Dr. Peter Dabrock** (Professor für Systematische Theologie (Ethik) am Fachbereich Theologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg): Vielen Dank. Ich will das unterstützen, was Claudia Wiesemann und Kevin Schulte gesagt haben, und will noch auf zwei andere Sachen hinweisen. Das Organspenderegister wurde immer wieder auch in der Debatte erwähnt, dass das doch jetzt eingeführt worden sei. Wenn man sich das genauer anschaut, wird das in drei Stufen eingeführt. März 2024: erste Stufe; zweite Stufe, dritte ist noch gar nicht richtig eingeführt. Wir haben noch überhaupt nicht evaluiert. Ich verstehe einfach nicht, wie alle, die hier für Vertrauen in das System werben, den Eindruck erwecken, da sei alles gemacht worden. Das Organspenderegister kennen wir noch gar nicht. Das wäre doch genau der Punkt, wo wir ansetzen müssten. Transplantationsbeauftragter, letzter Punkt: 0,1 Vollkraft pro 10 Intensivbetten. Wenn Sie nach Spanien gehen, sehen Sie, was dort wirklich in diesem umfassenden strukturellen Sinn von Bildung bis hin zu einer unfassbar intensiven Infrastruktur auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene passiert. Das müssen wir erst machen, bevor wir an die Bürger gehen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Prof. Grau, bitte sehr. Sie haben jetzt das Fragerecht.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer. Der Deutsche Ärztetag hat sich 2018 für die Widerspruchslösung ausgesprochen und entsprechend ist auch Ihre heutige Stellungnahme pro Widerspruchslösung. Können Sie bitte die Gründe nennen, warum die deutsche Ärzteschaft die Widerspruchslösung unterstützt und inwiefern sie vereinbar ist mit dem ärztlichen Berufsethos? Dann zweitens: Wenn Sie bitte noch etwas zur Sicherheit der Hirntodfeststellung sagen können vor dem Hintergrund der



Zweifel, die vorhin gesät worden sind.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Prof. Middel, bitte sehr.

**Prof. Dr. Claus-Dieter Middel** (Bundesärztekammer (BÄK)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank auch für die Frage. Wenn man sich das Transplantationsgesetz anschaut, ist die Frage: Worum geht es hier eigentlich? Es geht um die Förderung der Bereitschaft zur Organspende. Das ist das Ziel des Gesetzes. Die Bundesärztekammer setzt sich – darauf ist hingewiesen worden – unverändert für die Einführung der Widerspruchsregelung ein, weil das eine Möglichkeit ist, wie wir denken, wie die verfasste Ärzteschaft denkt, die Organspende nachhaltig zu fördern. Was heißt Bereitschaft? Bereitschaft zur Organspende heißt, dass man bereit ist, sich die durchbluteten Organe entnehmen zu lassen, und zwar nach der Feststellung des Hirntodes, des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, mit dem medizinisch, naturwissenschaftlich klar der Tod des Menschen festgestellt ist. Das ist also der Punkt: Bereitschaft zur Organspende, Entnahme von durchbluteten Organen nach der Todesfeststellung, medizinisch, naturwissenschaftlich völlig klar und unstrittig. Die Bundesärztekammer, und Sie haben auf die Motive der Ärzteschaft abgehoben, versteht die Organspende als Gemeinschaftsaufgabe und zwar auch wieder im Sinne des Transplantationsgesetzes. Das bedeutet, für eine Gemeinschaftsaufgabe braucht es Solidarität. Solidarität besteht darin, dass man Dinge, denke ich, in einer Gesellschaft, wie wir Sie haben, auch zumuten kann. Dazu gehört doch wohl, dass man zumindest von den Menschen, von den Bürgerinnen und Bürgern, erwarten kann, dass sie sich zu dieser Frage verhalten: Was will ich? Was will ich nicht? Oder was möchte ich vielleicht einer anderen Person übertragen? Die Argumentation hat Herr Lindner eben schon geführt, wie man das machen kann. Die Bundesärztekammer hält es auch für zumutbar, das zu machen. Es ist auch keine Begründung erforderlich. Deswegen glaube ich, ist es eine relativ einfache Sache bei dieser ganzen Geschichte. Um das nochmal zusammenzufassen: Es geht eben auch um Patientenautonomie. Es ist ganz zu Beginn von Herrn Prof. Eckhardt darauf hingewiesen worden, dass sehr, sehr viele Organspendewünsche unwirklicht bleiben. Deswegen ist auch die Einfüh-

rung der Widerspruchslösung ein Garant, ein zusätzlicher Garant dafür, dass Patientenautonomie tatsächlich auch erfüllt wird. Es geht um Solidarität – gerade in diesen Zeiten, glaube ich, sehr, sehr wichtig – und es geht darum, die Bereitschaft zur Organspende zu fördern. Die Bereitschaft zur Organspende, das heißt nicht – und das ist aus meiner Sicht immer und aus Sicht der Bundesärztekammer immer etwas kurzschlüssig zu sagen –, mit der Widerspruchslösung muss es dann sofort zu einem Anstieg kommen. Darum geht es nicht. Es geht darum, eine andere Kultur zu schaffen. Das bedeutet das. Wenn wir dann auf die lange Sicht setzen oder sowas, dann zeitigt das vielleicht solche Effekte. Aber das ist etwas, was wir unter diesen Begriffen, die ich jetzt genannt habe und die im Gesetz so stehen [verstehen]. Ich glaube, wir sind gut beraten, uns an dieses Gesetz zu halten und es weiter auszuführen, weil es ein gutes Gesetz ist und deutsche Ärztinnen und Ärzte hier Hervorragendes leisten. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Die 30 Sekunden, was machen wir damit? Die schenken wir. Gut, dann Frau Klein-Schmeink, bitte.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Der Gesetzentwurf zur Widerspruchsregelung sieht vor, dass eine Organ- und Gewebespende grundsätzlich unzulässig ist bei Personen, die in einem erheblichen Zeitraum vor Feststellung des Todes nicht einwilligungsfähig waren und damit nicht in der Lage waren, eine selbstbestimmte Willenserklärung zu treffen. Wie bewerten Sie aus Sicht der Lebenshilfe diese Regelung?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Schmidt, bitte sehr.

**Ulla Schmidt** (Bundesministerin a. D., Bundesvorsitzende der Bundesvereinigung Lebenshilfe): Vielen Dank, dass ich mich dazu äußern kann. Ich will vorweg sagen, dass die Lebenshilfe sich immer aktiv beteiligt hat an den Diskussionen über eine Erhöhung, nicht nur der Spendebereitschaft, die ist in Deutschland wesentlich größer als die tatsächlich durchgeführten Organtransplantationen, sondern auch darüber, wie wir zu einer Erhöhung der tatsächlichen Spenden kommen. Wir waren in der



letzten Legislaturperiode sehr froh, dass es eine Diskussion gab und dann die erweiterte Entscheidungslösung auf den Weg gebracht wurde, weil diese erweiterte Entscheidungsmöglichkeit auch den Menschen mit geistigen und kognitiven Beeinträchtigungen die Möglichkeit gab, sich frei zu entscheiden, so wie jeder andere auch. Wir bedauern, dass von dieser erweiterten Entscheidungslösung eigentlich der Gesetzgeber noch kaum etwas umgesetzt hat, bei der ich glaube, dass sie wirklich die tatsächlich durchgeführten Spenden erhöht. Wenn man sich die Gesetzentwürfe ansieht und sieht, dass sie grundsätzlich davon ausgehen, dass eine Organspende als Voraussetzung die grundsätzliche Einwilligungsfähigkeit hat, dann muss man sagen, das wird schwierig im Bereich der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Ich möchte vorweg sagen, dass eine kognitive Beeinträchtigung nicht per se begründet, dass man nicht entscheidungsfähig ist, aber es ist manchmal schwierig. Menschen sind für eine positive Entscheidung, aber manchmal hängt es auch von Tagesaktualität ab und wie verfasst sie sind. Wir reden viel mit den Menschen, und ich sage Ihnen, bei den Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen gibt es eine große Reihe, die gerne spenden möchte, die aber vielleicht direkt eingestuft werden als jemand, der nicht einwilligungsfähig ist, weil sie an bestimmten Tagen oder auch bei bestimmten Fragen gegenüber den Ärztinnen ihre Bereitschaft nicht ausdrücken können. In der Regel führt es dazu oder kann es dazu führen, dass diejenigen, die bereit sind, vielleicht als einwilligungsunfähig angesehen werden und bei denen, die einwilligungsunfähig sind, aber dieses nicht äußern können, es vielleicht dann anders eingesehen wird. Wir glauben, dass diese Rechtsunsicherheit, die da entsteht, gegen das Selbstbestimmungsrecht verstößt und auch gegen das Benachteiligungsverbot. Die Behindertenrechtskonvention hat in Artikel 12 ausdrücklich gesagt, dass man bei einer kognitiven Beeinträchtigung grundsätzlich von einer Rechts- und Handlungsfähigkeit ausgeht. Deshalb glaube ich, und das ist auch unsere Position, dass die erweiterte Zustimmungslösung, wie sie derzeit ist, den Ansprüchen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen entgegenkommt, weil es auf ihre Freiwilligkeit setzt. Ich möchte dazu noch einmal sagen, es gibt Menschen mit geistiger Beeinträchtigung, die zwar für eine Organspende sind, aber beim zweiten Schritt, dies auch schriftlich niederzulegen, könnte es manchmal

passieren, dass das nicht geschieht. Deshalb bitte ich darum, dass man weiterhin alles tut, um die Organspendebereitschaft zu erhöhen, aber dann auch daran denkt, dass die Informationen barrierefrei sein müssen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Schmidt. Herr Bartelt hat jetzt das Wort.

Abg. **Christian Bartelt** (FDP): Frau Kollegin Rudolph hatte vorhin schon eine Frage gestellt, die konnte wegen der Zeit nicht mehr beantwortet werden, deswegen würde ich die gerne noch mal wiederholen. Und zwar: Wenn ein Land eine negative Organspendebilanz hat, inwieweit hat das Folgen für die Wartelisten bei uns? Gern an Eurotransplant bzw. die DSO.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Guba, bitte.

**Prof. Dr. med. Markus Guba** (Eurotransplant): Ich habe die Frage jetzt eigentlich nicht so ganz verstanden. Sagen Sie noch mal, was genau ...

Abg. **Christian Bartelt** (FDP): Wir in Deutschland, wir sind Mitglied bei Eurotransplant; wir haben eine negative Organspendebilanz. Hat das negative Folgen auch für die Leute auf der Warteliste hier in Deutschland? Können Sie das beantworten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Ich sehe, Dr. Rahmel macht sich bereit, Sie können sich einigen. Gut, Herr Dr. Rahmel.

**Dr. Alex Rahmel** (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Zunächst betrachten wir die Nierenallokation. Bei der Nierenallokation werden, wenn es eine negative Bilanz gibt, den deutschen Patienten auf der Wartelisten Punkte quasi abgezogen bzw. umgekehrt, den Patienten anderer Länder Zusatzpunkte gegeben, sozusagen als Ausgleich. Das heißt, die kriegen dadurch einen Vorteil. Das ist Punkt eins bei der Niere. Bei den anderen Organen ist es in der Tat so, dass es für jedes Organ, zum Beispiel den hochdringlichen Organen, Austauschbilanzen gibt. Das heißt in der Tat, dass die deutschen Patienten, das sehen wir immer wieder,



durch die negative Bilanz auch bei den hochdringlichen Patienten in der Reihenfolge zurückrutschen. Das heißt, die deutschen und gerade die hochdringlichen Patienten haben letztendlich durch diese negative Bilanz unter Umständen auch Nachteile insgesamt. In der Summe haben wir tatsächlich den Nettoimport von Organen, gar keine Frage. Aber in der Individualsituation, das ergibt sich aus diesen Bilanzregeln, kann es Nachteile für Patienten geben.

Abg. **Christian Bartelt** (FDP): Dankeschön. Ich hätte noch eine Nachfrage an Prof. Banas. Können Sie ausführen, warum die postmortale Spende medizinisch der Lebendspende vorzuziehen ist? Und weil auch in dieser Runde wieder versucht wurde, die Hirntoddiagnostik zu diskreditieren, können Sie vielleicht dazu noch etwas sagen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Banas, bitte.

**Prof. Dr. Bernhard Banas** (Direktor der Abteilung für Nephrologie, Universitätsklinikum Regensburg): Fangen wir mit dem Hirntod an. Da tut man sich schwer. Es ist schon gesagt worden, dass die Diskussionen natürlich seit 1954, seit Beginn der Transplantationsmedizin und den Komaerklärungen wissenschaftlich geführt sind. Der Hirntod ist der Tod des Menschen. Bei jemandem, bei dem der Hirntod diagnostiziert wird, kann man sagen, der ist bereits verstorben; noch nie hat ein Hirntoter ins Leben zurückgefunden. Wenn man da anders diskutiert, dann erinnert mich das an die Diskussionen von Galileo. Zum Thema Lebendspende: Wir müssen anerkennen, dass wir einem Lebendspender auch ein Risiko zumuten. Das Risiko ist absolut sehr, sehr gering, aber relativ kann man das zum Beispiel für Nierenpatienten beziffern. Jemand, der eine Niere spendet, hat gegenüber der Normalbevölkerung keinen Nachteil, aber gegenüber einem gleich Gesunden ein erhöhtes Risiko selbst an die Dialyse gehen zu müssen. Schon aus dem Grund sollte man mit Lebendspenden so sparsam umgehen, als man das nur kann. Wir kennen unseren Bundespräsidenten; ganz sicher hat er sich das gut überlegt und war gut aufgeklärt, bevor er eine Lebendspende seiner Frau angeboten hat. Aber er ist ein Risiko eingegangen. Ich bin mir nicht sicher, ob

er, wenn er in einem Land wie Österreich gelebt hätte, wo die Wartezeit bloß ein Fünftel unserer Wartezeit beträgt, die gleiche Entscheidung getroffen hätte. Es gibt aber eine Reihe von Transplantationen, für die ist eine Lebendspende schlichtweg nicht möglich. Da fällt das einfach vom Tisch. Ich komme noch mal kurz zur Lebertransplantation.

Die **amtierende Vorsitzende**: Leider nicht mehr. Vielleicht werden Sie gleich noch mal gefragt. Ich danke Ihnen. Frau Helling-Plahr, bitte.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Vielen Dank. Ich möchte gerne Herrn Prof. Augsberg fragen. Wir haben juristisch im Verlauf der Anhörung jetzt viel gehört, bis hin zu der These, eine staatliche Schutzpflicht gebiete die Einführung der Widerspruchslösung. Ich hätte vor dem Hintergrund der Tatsache, dass es einen belegbaren Zusammenhang zwischen der Einführung der Widerspruchslösung und steigenden Spendezahlen offenbar nicht gibt, Zweifel an der Möglichkeit zur verfassungsrechtlichen Rechtfertigung des Eingriffs, Stichwort mildere Mittel. Können Sie zu beidem noch mal ausführen? Und sollten Sie noch Zeit haben: Wie passt der Gesetzentwurf eigentlich zu dem sonst bei medizinischen Eingriffen anzulegenden Maßstäben für informierte Entscheidungen mündiger Patienten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Augsberg, bitte.

**Prof. Dr. Steffen Augsberg** (Professor für öffentliches Recht, Justus-Liebig-Universität Gießen): Das passt natürlich sehr gut zusammen, die beiden Fragen. Wir gehen grundsätzlich von dem Erfordernis aus, dass wir informiert einwilligen müssen. Das heißt, wir müssen uns darüber vorher aufklären lassen. Auf dieser Basis darf dann überhaupt nur etwas getan werden. Das betrifft in der gesundheitsrechtlichen wie medizinischen Debatte aber natürlich primär die Konstellation, dass am Patienten selbst etwas gemacht wird, was für den nützlich ist. Und selbst da wollen wir vorab eine informierte Einwilligung. Hier haben wir es mit der Konstellation zu tun, die rein fremdnützig ist, wo also überhaupt kein genuin eigener Nutzen für den Betroffenen da ist. Und dort soll jetzt umgestellt werden auf eine Nicht-Einwilligung, Nicht-Erklärung, bloße



Widerspruchsmöglichkeit. Das ist schon deshalb in sich widersprüchlich. Die ehrliche Antwort auf die Frage, warum das geschieht, ist doch nicht das, was der Kollege Lindner gesagt hat, das ist eine bloße Widerspruchslast. Dann wäre das Ganze völlig sinnlos, wenn jetzt alle Leute gewissermaßen vorab einen Widerspruch formulieren würden und das ist das Einzige, was wir denen zumuten. Dann würden wir mit der Widerspruchslösung der Transplantationsmedizin in beide Knie schießen. Das ist selbstverständlich nicht das, was gewollt ist, und das ist auch nicht das, was realistisch zu erwarten ist. Realistisch zu erwarten ist, dass eine Vielzahl von Personen aus unterschiedlichsten Gründen sich mit dieser Situation nicht auseinandersetzen wird, weil sie es nicht wollen, nicht können, nicht verstehen, warum auch immer. Diese Personen sind dann die, die wir über die Widerspruchslösung ergreifen werden. Das heißt, wir nehmen ganz bewusst in Kauf, dass es nicht nur Menschen gibt, die das eigentlich wollen – das ist eine merkwürdige paternalistische Perspektive, „du willst es doch eigentlich“ –, sondern wir nehmen in Kauf, dass wir auch eine Vielzahl von Menschen erfassen, die es nicht wollen, aber den Widerspruch nicht geäußert haben. Das ist das zentrale Problem an der Stelle. Dann muss man sich fragen: Warum machen wir das eigentlich? Gibt es keine anderen Möglichkeiten? Ob man das im Sinne eines milderer Mittels in der verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsprüfung wirklich so unterbringen kann, das mag man ein bisschen bezweifeln. Aber jedenfalls gibt es rechtspolitisch betrachtet andere Mittel, die erfolgversprechender sind. Wir haben einen Teil davon schon angesprochen. Wir sind immer noch in der organisatorisch-strukturellen Debatte. Was kann besser gemacht werden? Wie können wir dafür sorgen, dass der Entnahmeprozess als solcher besser organisiert wird? Wir sind aber natürlich auch in der Verpflichtung, darauf einzugehen, uns Gedanken darüber zu machen, wie wir die Zahl der Spender erhöhen können. Hier ist ein ganz wesentlicher Punkt, der noch nicht debattiert wurde, der aber im Ausland eine ganz große Rolle spielt, dass wir jenseits der klassischen, bei uns vorherrschenden Hirntodkonzeption natürlich auch Herz-Kreislauf-Tote als Spender in Betracht ziehen können. Das bringt in manchen unserer Nachbarländer signifikante Zugewinne. Darüber sollten wir auch in Deutschland ganz ehrlich und offen diskutieren.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Prof. Augsberg. Die letzten 20 Sekunden geben wir hin. Frau Rudolph, bitte.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Vielen Dank. Ich würde gerne Dr. Rahmel von der DSO fragen, bezugnehmend auf den Knackpunkt wahrscheinlich in dieser Debatte. Hat die Widerspruchsregelung einen Effekt? Hat sie einen eigenen Effekt, der nicht durch andere mildere Mittel oder durch Organisationsverbesserungen erreichbar wäre? Deswegen würde ich Sie bitten, vielleicht mal darzustellen, welchen Einfluss eine Widerspruchs- oder eben Zustimmungsregelung auf den Transplantationsprozess und vor allem auf den Prozess im Gespräch mit den Angehörigen hat und warum abzuleiten ist, dass eine Widerspruchsregelung auch einen eigens begründbaren Effekt innerhalb dieser Abläufe hat.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Rahmel, bitte sehr.

**Dr. Alex Rahmel** (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): In der Tat ist es so, dass die Widerspruchsregelung, wenn man sie einführt, denke ich, ganz unterschiedlich ist. Wir haben vorhin gehört, dass in einzelnen Ländern mit dem Zeitpunkt der Einführung vielleicht gar nicht ein unmittelbarer Zusammenhang festzustellen ist. Das ist auch für mich gar nicht verwunderlich, denn es gibt Diskussionen um die Einführung der Widerspruchsregelung. Es gibt dann eine Aufklärung der Bevölkerung. Wenn Sie die Niederlande betrachten, die haben genau das gemacht, was Herr Prof. Lindner angesprochen hat, nämlich über einen langen Prozess entsprechende Aufklärungen durchgeführt. Da sind ganz unterschiedliche Materialien zur Verfügung gestellt worden, damit auch Menschen mit vielleicht sprachlichen Hemmnissen oder intellektuellen Hemmnissen, das nachvollziehen können. Deswegen ist das natürlich ein kontinuierlicher Prozess, der sich da abzeichnet. Wenn wir jetzt zu der Gesprächssituation kommen, und das ist auch etwas, was in Spanien natürlich der entscheidende Punkt ist, aber auch in vielen anderen Ländern, dann ist die Ausgangslage in der Gesprächsführung tatsächlich eine Verschiebung der Last weg von den Angehörigen, die in einer Situation, wo sie, wie wir gehört haben, immer mit dem plötzlichen Tod



konfrontiert sind und Entscheidungen treffen müssen. In der Überforderungssituation sagen sie dann häufig Nein, obwohl sie in aller Ruhe abwägen können. Das ist aber tatsächlich so, dass in Spanien und in allen Ländern auch dann mit den Angehörigen gesprochen wird. Gegen den ausdrücklichen Willen der Angehörigen wird natürlich keine Organspende durchgeführt. Das ist in allen Ländern so. Wenn Sie die Gesetzesbegründungen ansehen, gibt es auch einen entsprechenden Passus genau zu diesem Gedanken. Natürlich muss abgewogen werden. Wenn wir jetzt hören, dass in den Niederlanden die Einführung der Widerspruchslösung angeblich keinen Effekt auf die Organspende hatte, dann wird es leider, Frau Wiesemann, durch einen Trick von Ihnen gemacht, indem Sie nur auf die Organspender nach irreversiblen Hirnfunktionsausfall hinweisen und so tun, als wäre die Zustimmung bei Organspende nach Herz-Kreislauf-Tod nicht erforderlich. Tatsächlich ist aber da genauso die Einwilligung notwendig. Und die Niederlande jagen in den letzten drei Jahren von einem Rekord der Organspende zum nächsten – wenn man nämlich die Gesamtzahl der Spender anguckt. Ich finde, das muss man der Fairness halber sagen und auch nicht selektive Daten hier vorstellen, die Ihnen in meinen Augen ein verzerrtes Bild geben können. Also die Kombination spielt eine große Rolle. Es gibt noch einen dritten Aspekt, der für die Kliniken von entscheidender Bedeutung ist. Wenn man nämlich eine Widerspruchslösung hat, dann geht man am Lebensende bei Patienten zunächst mal davon aus, dass dieser ein potenzieller Organspender ist. Das ändert die ganze Grundeinstellung und das Herangehen auch beim Personal in der Klinik. Deswegen bin ich der festen Überzeugung, so sehr ich das unterstütze, was Herr Schulte gesagt hat, was andere gesagt haben: organisatorische Maßnahmen, gar keine Frage. Da engagieren wir uns zusammen mit den Kliniken. Da engagiert sich die Bundesärztekammer. Wir führen entscheidende Maßnahmen dazu durch, um die Zusammenarbeit und die Aktivität der Kliniken zu fördern. Aber die Startvoraussetzung wird durch eine Widerspruchslösung, durch das automatische Denken an die Organspende deutlich verbessert.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank. Herr Dr. Castellucci, Sie haben das Wort.

Abg. **Prof. Dr. Lars Castellucci** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Jetzt war das Beispiel Spanien mit Blick auf die Angehörigen noch mal Thema. Das scheint mir relevant zu sein. Herr Prof. Hertwig, können Sie aus psychologischer Sicht über die Rolle der Angehörigen im Kontext von Widerspruchsregelungen etwas sagen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Hertwig, bitte.

**Prof. Dr. Ralph Hertwig** (Direktor des Forschungsbereichs Adaptive Rationalität, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin): Danke für die Frage. Das kann ich sehr gerne machen. Dazu kann man auch empirisch etwas sagen. Ich habe Ihnen eine Untersuchung mitgebracht aus dem Jahre 2012. Diese Untersuchung hat sich tatsächlich 54 Nationen angeschaut. Diese 54 Nationen teilen sich auf in 25 mit Widerspruchslösungen und 29 mit Zustimmungslösungen. Jetzt ist die Frage: Was ist eigentlich die Autorität der Familie? Die Autorität der Familie ist unglaublich groß. In 19 der 25 Länder mit einer Widerspruchslösung gibt es die Möglichkeit, dass man explizit sagt: Ich möchte gern mein Organ spenden. Was das medizinische Personal sagt, ist, dass in 15 dieser 19 Länder sie aufgrund eines Einspruchs der Familie den geäußerten Wunsch eines Verstorbenen übergehen würden. Das heißt in anderen Worten, die Meinung der Familie und die Sichtweise der Familie ist extrem wichtig. Jetzt kommen wir zu dem zweiten Punkt, warum das so eine wichtige Frage ist. Da kann ich auf psychologische Experimente rekurren. Das betrifft die Frage in der Widerspruchsregelung. Was ist das für ein kommunikatives Signal? Was wir aus Experimenten sagen können, ist, dass in der Widerspruchsregelung die erschlossene Zustimmung ein ganz schwaches Signal ist. Das heißt in anderen Worten: Menschen, besonders die Familien, sind sich nicht darüber im Klaren, was eigentlich die Präferenz des Angehörigen war; und sie sind sich deutlich weniger darüber im Klaren als bei einer Zustimmungsregelung. Das heißt in anderen Worten: Da ist ein systemisches Problem in der Widerspruchsregelung, nämlich dass das Signal, das kommunikative Signal, relativ schwach ist.



Die **amtierende Vorsitzende**: Dann können Sie noch mal nachfassen.

Abg. **Prof. Dr. Lars Castellucci** (SPD): Drehen wir das mal um. Was braucht es, dass sich diese Angehörigen nicht damit beschäftigen oder darüber vorher nicht gesprochen haben? Es ist die Frage, wie wir mit dem Thema umgehen. Was braucht es denn positiv, damit Menschen sich dem Thema zuwenden?

**Prof. Dr. Ralph Hertwig** (Direktor des Forschungsbereichs Adaptive Rationalität, Max-Planck-Institut für Bildungsforschung Berlin): Ich finde, das ist eine ganz tolle Frage. Es ist auch eine ganz zentrale Frage und ich gebe Ihnen noch ein paar Zahlen, die mich selber auch überrascht haben. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat 2022 eine repräsentative Umfrage gemacht und findet in der repräsentativen Umfrage, dass wir in Deutschland die Rate von Organspendern von 22 Prozent im Jahre 2012 auf heute 40 Prozent erhöht haben. Das bedeutet, dass wir Millionen mehr potenzielle Organspender haben; das hat aber gleichzeitig nicht dazu geführt, dass wir mehr Organspenden haben. Tatsächlich ist in dem gleichen Zeitraum die Organspende runtergegangen. Das ist ein Indiz dafür, dass wir Leute überzeugen können, dass wir sie informieren können, dass wir sie aufklären können und dass Leute dann auch eine Entscheidung treffen. Aber es ist auch ein Indiz dafür, dass die Hoffnung, die wir haben, nämlich, dass wir die Grundgesamtheit der potenziellen Organspende mit der Widerspruchsregelung erhöhen und dass das dann dazu führen würde, dass wir dieses große Problem – das ist unbestritten, wir haben ein großes Problem – lösen würde, möglicherweise eine Illusion ist. Die eigentlichen Probleme sind eher infrastrukturelle Probleme. Was man übrigens auch einem Editorial im Lancet, der einflussreichsten medizinischen Zeitung, aus dem Jahr 2024, entnehmen kann, das sich mit Spanien beschäftigt und wo genau auf diesen Sachverhalt hingewiesen wird, dass wir ein Well-Ressource-System brauchen, unter anderem einen Transplantationskoordinator vor Ort.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Frau Connemann, bitte.

Abg. **Gitta Connemann** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich möchte gerne Herrn Prof. Banas auf das Thema der Ethik der Widerspruchslösung ansprechen, denn in der Diskussion entsteht häufig der Eindruck, es entstünde eine Pflicht zur Spende. Tatsächlich geht es aber um die Abwägung dem Grunde nach auch zwischen Leben und Entscheidung. Vor diesem Hintergrund: Wie bewerten Sie die Diskussion? Wie ordnen Sie selbst die Ethik der Widerspruchsregelung ein? Wie bewerten Sie insbesondere die Situation der Angehörigen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Banas, bitte sehr.

**Prof. Dr. Bernhard Banas** (Direktor der Abteilung für Nephrologie, Universitätsklinikum Regensburg): Herzlichen Dank für diese wichtige Frage. Als allererstes: Auch wir Transplantationsmediziner denken ethisch. Wir sind keine Organräuber. Und mit keiner Regelung, die man einführt, auch nicht mit einer Widerspruchsregelung, wird Organspende Pflicht. Vielmehr trifft man unter anderen Voraussetzungen eine Abwägung zwischen Leben und Organspende; wie wir anderen ein Weiterleben ermöglichen oder nicht ermöglichen. Da stehen wir nicht alleine. Das ist die Ethikkommission der Deutschen Transplantationsgesellschaft. Das sind die Ethikkommissionen aller maßgeblichen Fachgesellschaften in dem Bereich in Deutschland. Das sind internationale Ethikkommissionen. Ich bin auch Member vom Eurotransplant Ethics Committee. Da muss man sich schon mal anschauen, was die Ethikmehrheitsmeinung ist. Wir haben auch in Deutschland von einem entscheidenden Gremium, vom Nationalen Ethikrat schon entsprechende Entscheidungen gehört und können nachlesen, dass es aus ethischer Warte keine Bedenken gegen eine einfache Widerspruchsregelung geben sollte. Wichtiger Punkt zum Thema Angehörige, der noch nicht zur Sprache kam, und auch zum Thema Selbstbestimmung: Im aktuellen Transplantationsgesetz steht es uns frei, keine Entscheidung für oder gegen eine Organspende postmortal treffen zu müssen. Im selben Transplantationsgesetz ist aber festgelegt, dass, liegt zum Zeitpunkt der potenziellen Organentnahme bei einem potenziellen Organspender, also bei einem Patienten im Hirntod, keine Information vor, dass die Angehörigen zu befragen sind. Das heißt, die Angehörigen haben die Pflicht, dass



sie das übernehmen, was wir uns bislang selber als Freiheit zugestehen. Natürlich kann in dieser Situation eine Widerspruchsregelung hilfreich sein. Mit einer Widerspruchsregelung weiß jeder Bescheid, um was es am Lebensende geht. Er trägt sich, wenn er keine Organspende haben will, ein. Es geht nicht darum, die Zahl der potenziellen Organspender künstlich zu erhöhen, sondern die potenziellen Organspenden möglich zu machen. Aber wenn einer das nicht will, dann sagt er Nein, dann dokumentiert er das. Im Fall der potenziellen Organentnahme fragt man das Register. Das Register sagt, der Patient hat sich dagegen entschieden. Damit ist das Thema Einbeziehung, Belastung der Angehörigen schon mal vorbei. Das heißt, wenn jemand zu Lebzeiten festgelegt hat, er wird kein Organspender, werden die Angehörigen überhaupt nicht belastet, sind zu 100 Prozent entlastet. In dem Fall, wo jemand nicht widersprochen hat, gehen Ärztinnen und Ärzte auf die Angehörigen zu und können die Information mitteilen: Es wurde nicht widersprochen. Damit ist eine Zustimmung zur Organentnahme viel leichter, als das unter den aktuellen Bedingungen des deutschen Transplantationsgesetzes bei uns ist. Das sage nicht ich, sondern das sagen die vielen Kolleginnen und Kollegen, mit denen wir uns international unterhalten, und die allein aus diesem pragmatischen Grund glücklich sind, dass in den entsprechenden Ländern die Widerspruchsregelung eingeführt worden ist.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Hüppe hat jetzt das Wort.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe eine kurze Frage an Herrn Dabrock. Sie sprachen von informed Consent. Jetzt haben wir die Situation, dass im Gesetzentwurf auch das Alter runtergesenkt wird, also man soll schon mit 14 entscheiden, ob man Organspender sein will oder nicht. Ist das damit vereinbar, dass wir erst ab 18 eine Patientenverfügung abgeben dürfen, die gültig ist? Bei der Organspende ist die Grenze wesentlich tiefer. In dem Zusammenhang wäre es auch wichtig ... Es wurde gerade gesagt, die Angehörigen sind zu befragen. Aber im Gesundheitsausschuss, als wir es beraten haben, wurde die Frage, ob sie wirklich ein Einspruchsrecht haben, negiert. Sie können zwar dagegen sein, aber das ist dann völlig egal.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Dabrock, bitte.

**Prof. Dr. Peter Dabrock** (Professor für Systematische Theologie (Ethik) am Fachbereich Theologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg): Vielen Dank für die wichtige Frage, die auch dem Ethiker die Gelegenheit gibt, an das anzuknüpfen, was Herr Hertwig gerade gesagt hat, welche enorme Bedeutung die Familie im Zusammenhang, übrigens auch des Vertrauens, in die Organspende hat. Das Beispiel, das Sie genannt haben, dass das Alter von 16 auf 14 runtergesenkt wird, zeigt noch einmal, dass diese enorme Relevanz der Familie nicht hinreichend berücksichtigt ist. Nochmal: Unser Transplantationsweltmeister Spanien hat nicht nur im Sinne des Nachfragens bei den Angehörigen, sondern genuin ein Widerspruchsrecht der Angehörigen gegen eine Organspende, selbst wenn der Spender das so geäußert hat. Mir scheint wichtig zu sein, dass wir genau aus diesem Grunde heraus die Bedeutung der Familie tatsächlich stärken, damit wir nicht in eine Situation kommen, wie es bei der letzten Runde 2018, 2019 Hilde Mattheis im Plenum erlebt hat, mit großem Protest im, als sie die Situation geschildert hat, dass ein junger Mann sich nicht geäußert hat und die Eltern am Bett des hirntoten Kindes stehen und weil keine Dokumentation vorliegt, tatsächlich dann juristisch die Lage gewesen wäre, dass explantiert worden wäre. Ich glaube, da tun wir uns kein Gefallen, damit generieren wir kein Vertrauen in das System. Deswegen würde ich an alle, egal auf welcher Seite Sie stehen, appellieren, dass Sie nicht sagen, dass die Widerspruchsregelung eine Entlastung für die Angehörigen ist. In manchen Situationen mag es eine Entlastung sein. In den von Hilde Mattheis geschilderten Fall ist es keine Entlastung. Es ist eine so existenzielle Situation, ich habe es letztes Jahr selber erlebt. Wir müssen den Angehörigen die Begleitung im Sterbeprozess ermöglichen. Das ist durch die Widerspruchsregelung so nicht möglich.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Weil ich noch eine Frage stellen wollte. Herr Prof. Middel, wenn ich den Hirntod feststellen muss, muss ich bestimmte Prüfungen machen, den Schmerz testen zum Beispiel mit dem Stich in der Nadel, wenn ich als Laie das richtig beurteile. Dazu muss ich vorher Medika-





mente absetzen. Wenn ich aber feststelle, der ist gar nicht hirntot, besteht dann nicht die Gefahr, dass ich durch das Absetzen und auch durch die Prozedur dem Patienten schade, wenn er gar nicht hirntot ist?

Die **amtierende Vorsitzende**: Ganz kurz, bitte.

**Prof. Dr. Claus-Dieter Middel** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ganz kurz: Nein.

Die **amtierende Vorsitzende**: Jetzt war ich gerade von der Kollegin Rudolph, die den Gesetzentwurf mit erarbeitet hat, gebeten worden, darauf hinzuweisen, dass hier eine Behauptung aufgetaucht ist, die von ihrem Gesetzentwurf so nicht gedeckt ist. Bitte, Sie haben das Wort, Frau Rudolph.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Vielen Dank. Mit dem Versprechen, dass ich aus Fairness nichts anderes Inhaltliches sagen werde, möchte ich klarstellen, weil das in der letzten Frage aufgetaucht ist, dass diese 14 Jahre, also die Herabsenkung des Alters, sich wahrscheinlich auf den Bundesratsgesetzentwurf beziehen, nicht auf den von uns vorgelegten. Da geht es darum, und das ist schon geltende Rechtslage, dass ein expliziter Widerspruch mit 14 erklärt werden kann, eine Zustimmung hingegen erst mit 16. Das nur zur Klarstellung.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke für die Klarstellung. Jetzt hat Herrichert das Wort.

Abg. **Martinichert** (AfD): Meine Frage geht an den Facharzt Andreas Weber. Ich habe die Frage: Gibt es aus Ihrer Sicht Personen in unserer Gesellschaft, die aufgrund medizinischer Probleme oder aufgrund von Bildungsdefiziten oder aber aufgrund von mangelnden Kenntnissen der deutschen Sprache gegebenenfalls gar nicht in der Lage sind, sich umfassend über die Umstände einer Organtransplantation zu informieren und demzufolge auch nicht widersprechen, obwohl sie dies bei umfassender Information und Unterstützung tun würden?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Weber, bitte sehr.

**Andreas Weber** (Doctors Against Forced Organ Harvesting (DAFOH)): Vielen Dank. Es ist sicherlich so, dass das eine sehr komplexe Frage ist, deren Ausführung sehr lange Zeit bedürfte. Ich würde mich gerne auf eine Menschen-, Patientengruppe beziehen, und zwar aus dem psychiatrischen Formkreis. Hier gibt es das Phänomen der sogenannten Prokrastination, also der, wie man volkstümlich sagt, „Aufschieberitis“. Das betrifft vor allen Dingen Menschen mit den F-Schlüsseln aus dem Katalog, die zum Beispiel unter endogener Depression oder Ähnlichem leiden. Diese affektiven Störungen sind heute sehr weit verbreitet in der Gesellschaft, betreffen ungefähr 7,9 Millionen Bürger. Man geht von einer Steigerung der Prävalenz von ca. 12,5 Prozent jährlich aus. Das heißt, wir haben es hier mit einer Kohorte von fast 10 Prozent der Bevölkerung zu tun, die sich nicht umfassend zu jeder Zeit in der Lage sehen und die auch definitiv aufgrund ihrer Diagnose nicht in der Lage sind, sich mit dem Thema adäquat auseinanderzusetzen. Das würde natürlich dazu führen, dass, wenn ein einmaliger Widerspruch ausreichend ist und wir keine Lösung haben, in der ein intervallartiger Widerspruch notwendig wäre, sagen wir alle drei, vier Jahre je nach Befindlichkeit der Patienten bzw. je nach Erkrankungszustand, weil ja auch die Depression durch verschiedene Phasen geht, ... Es gibt die verschiedensten Phasen, einmal bis zur Suizidalität, einmal ist die Welt wieder rosarot. Da kann man nicht erwarten, von dieser Patientengruppe zu jeder Zeit eine hundertprozentig selbstbestimmende Entscheidung zu treffen, die immer gilt. Deswegen wäre es auf jeden Fall sinnvoll, in diesem Bereich des Gesetzes der Widerspruchslösung nachzubessern und das aber auch auf längere Sicht mit in Betracht zu ziehen. Da möchte ich mich gerne noch mal auf die Frau Dr. Gidion beziehen, auf den Fakt der Güte, der Barmherzigkeit. Womit haben wir es denn hier zu tun? Wir haben es damit zu tun, mit Menschen in Not auf beiden Seiten. Für mich ist das so, ich habe beide Seiten schon gesehen in meiner ärztlichen Tätigkeit. Für beide Seiten besteht ein berechtigter Anspruch auf Heilung. Aber ist es notwendig, dass wir durch eine Widerspruchslösung diese Heilung bei manchen Bevölkerungsgruppen fast schon erzwingen würden? Ich halte das für fragwürdig und möchte gerne dazu motivieren, die Mechanismen zu stärken, die noch nicht ausgeschöpft worden sind. Schauen wir uns erst mal das Organspenderegister an. Wir haben unge-



fähr 300 000 Registrierte. Das ist noch gar nicht repräsentativ. Vielleicht ist es sinnvoll, dass wir da noch mal hinschauen und uns an grundlegenden Werten orientieren. Da möchte ich mich auch noch mal auf die Ökumene beziehen und vielleicht auch noch mal buddhistische Gruppen erwähnen, die bei Ihnen keine Rolle spielten. Die decken sich alle in ihrer Wertigkeit. Hier geht es um Wahrhaftigkeit. Was möchte der Patient individuell? Was möchte der potenzielle Organgeber? Hier geht es um Barmherzigkeit. Was können wir am besten tun für alle betroffenen Gruppen? Patienten, die Organe erwarten und Patienten, die Organe geben. Vielleicht müssen wir auch Nachsicht üben für die, die nicht in der Lage sind, sich sofort zu entscheiden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Weber. Die letzte Frage in dieser Anhörung stellt Prof. Grau. Bitte sehr.

Abg. **Prof. Dr. Armin Grau** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann möchte ich noch mal Prof. Lindner fragen. Es geht um die Organentnahme bei volljährigen, nicht einwilligungsfähigen Personen, die keine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgegeben haben. Ich möchte Sie fragen: Wie bewerten Sie die im Gesetzentwurf aus der Mitte des Bundestags vorgesehene Regelung für diesen Personenkreis, die Voraussetzung des erheblichen Zeitraums hier einzuführen. Kommt eine entsprechende Regelung für minderjährige Personen in Betracht?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Lindner, bitte sehr.

**Prof. Dr. Josef Franz Lindner** (Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Medizinrecht und Rechtsphilosophie, Universität Augsburg): Vielen Dank für diese Frage. Der Obersatz muss natürlich lauten, dass das Selbstbestimmungsrecht auch des nicht einwilligungsfähigen Menschen besteht. Ich kann nicht sagen: Wer nicht einwilligungsfähig ist, hätte kein Selbstbestimmungsrecht. Die Frage ist nur, wann sich das noch manifestieren kann. Man kann natürlich schon sagen, dass man, wenn man vor der Krankheit, die dann zum Hirntod führt, eine längere Zeit einwilligungsunfähig war, dann das irgendwo schon berücksichtigen muss. Das ist natürlich die Frage, wie der Gesetzgeber das auflöst. Um

das konkret zu machen mit dem erheblichen Zeitraum, da hätte ich im Hinblick auf den Bestimmtheitsgrundsatz, ehrlich gesagt, Bedenken. Weil was bedeutet, während eines erheblichen Zeitraums einwilligungsunfähig gewesen zu sein? Ist das ein halbes Jahr, ein Jahr, fünf Jahre? Hier wird man verfassungsrechtlich mit dem Bestimmtheitsgebot in einen gewissen Konflikt kommen. Wenn ich unmittelbar auf den Zeitpunkt vor der möglichen Organentnahme abstelle, schließe ich praktisch alle Personen aus. Wenn der Hirntod eintritt, ist man wahrscheinlich kurz vorher auch schon einwilligungsunfähig aus irgendeinem medizinisch-fachlichen Grund. Deswegen müsste man möglicherweise einen Mittelweg gehen und eine Frist bestimmen, dass man sagt: während eines Jahres vor der Erkrankung, die dann zum Hirntod führt. Das wäre vielleicht eine vertretbare Lösung. Aber der unbestimmte Rechtsbegriff während eines erheblichen Zeitraums, der ist verfassungsrechtlich angreifbar, würde ich mal sagen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Dann danke ich Ihnen allen sehr. Wir sind jetzt am Ende dieser sehr wichtigen Anhörung angekommen, an einem Tag, der möglicherweise ins historische Gedächtnis dieses Landes eingehen wird. So vermute ich das zumindest. Wir werden sehen, in welche Richtung sich das von heute aus entwickelt. Ihnen allen ganz herzlichen Dank für Ihre Expertise. Vielen Dank, dass es möglich war, trotz der politischen Turbulenzen des heutigen Tages, trotz der Verschiebung, hier doch sehr ernsthaft und ruhig und einander zuhörend miteinander zu sprechen. Dafür danke ich Ihnen ausdrücklich. Auch den Abgeordneten der verschiedenen Positionen für Ihre präzisen Fragen. Den Sachverständigen noch einmal mein, unser ausdrücklicher Dank. Kommen Sie jetzt alle gut nach Hause. Ich schließe die letzte Anhörung und die letzte Sitzung des Gesundheitsausschusses für diese Legislaturperiode. Auf Wiedersehen.

Schluss der Sitzung: 20:12 Uhr

gez.

Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, MdB

**Amtierende Vorsitzende**