Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)122(7)
gel. VB zur öffent. Anh. am
04.11.2026 - Organspende
02.11.2026

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Einführung einer Widerspruchsregelung- am 04.11.2026 im Deutschen Bundestag.

Winfried Hardinghaus

Organisationsethische Defizite

Die Widerspruchslösung führt allein nicht zu erhöhten Verfügbarkeit von Organen für eine postmortale Spende. Jedenfalls ist nicht zuverlässig nachgewiesen, dass deren Einführung für sich genommen die postmortalen Organspenderaten erhöht. (Längsschnittstudie von Dallacker et al. (2024) oder es lässt sich kein ursächlicher Effekt nachweisen (Rithalia 2009). Auch für das sogenannte Paradebeispiel Spanien mit seinen wie bekannt weltweit führenden Spenderaten gibt es keinen entsprechenden Nachweis mehr bereitstehender Organe infolge einer Widerspruchslösung.

Folgen des Fachpersonalmangels wirken sich besonders bei verbliebenen Mitarbeitenden auf Intensivstationen durch Überforderung aus. Ärzt*innen und Pflegende geben an, nicht ausreichend geschult zu sein in organprotektiven Maßnahmen oder Hirntodkriterien sowie im Umgang mit Angehörigen. Sie sehen sich trotz vorliegender Zustimmung des Betroffenen nicht selten gegen das Einverständnis der Angehörigen handeln. Wörtliches, wenn auch sehr zugespitzt klingendes, Zitat eines Oberarztes: „Intensivmedizinisches Personal wird genötigt, den gesellschaftlichen Normalfall einer Organspende zu exekutieren.“ Immerhin nachdenklich stimmt in diesem Zusammenhang eine 2012 in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift publizierte Befragung, wonach ca. ein Drittel der Pflegekräfte selbst nicht zur späteren Organspende bereit ist.
Die psychische Belastung für die Mitarbeitenden steigt mit zunehmendem Lebensalter noch an, was zwei ältere Studien aus Kanada bzw. Australien zeigen. Neuere Arbeiten dazu sind mir nicht bekannt. Es fehlt also auch an Forschung, erst recht prospektiv im Hinblick auf mögliche Weiterungen infolge einer Widerspruchslösung.

Öffentlich beginnen die allermeisten Organspende-Diskussionen mit den wartenden Empfängern, menschlich und logisch beginnt es aber mit einem sterbenden Spender. Diesem Spender gebührt angesichts des komplexen Sterbegeschehens und der leidenden Angehörigen unsere volle Aufmerksamkeit inklusive palliativmedizinscher Begleitung bis zum Tode und für die Angehörigen darüber hinaus.
Im internationalen Schrifttum wird empfohlen, palliativmedizinische Expertise systematisch in den Organspendeprozess einzubinden – in Deutschland geschieht das bislang kaum. Im Rahmen einer aktuell im September 2026 auf dem Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) veröffentlichten Auswertung u.a. aus meiner Klinik von Krankenkassen-Daten von fast 3.000 Fällen mit Hirntoddiagnostik fanden sich praktisch keine kodierten spezialisierten palliativmedizinischen Behandlungen. Das heißt: Gerade in der extrem sensiblen Phase der Organprotektion sind viele sterbende Menschen, ihre Angehörigen – und auch die Teams – palliativmedizinisch nicht begleitet.

Wenn wir das Vertrauen der Bevölkerung in die Organspende stärken wollen, sollten wir vor der Überlegung zur Einführung einer Widerspruchslösung die bestehenden organisationsethischen Defizite beheben: Transparente Prozesse, gute Aufklärung, bessere Bedingungen auf Intensivstationen mit optimierten Schulungen und Begleitungen der Mitarbeitenden, Forschungsförderung und auch eine Einbindung der Palliativmedizin.

Zur besonderen Rolle der Angehörigen

In über 35 Jahren als aktiver Palliativmediziner Jahren habe ich erfahren, wie bedeutsam für die menschlich-zugewandte Begleitung sterbender Menschen auch die Betreuung der Angehörigen ist. Das bedeutet, sie in vertrauensvoller ruhiger Atmosphäre auf Augenhöhe fachlich und menschlich mitzunehmen. Eine solche Umsorgung_kann tatsächlich zu ihrer momentanen Entlastung und Unterstützung bei späterer Trauerarbeit beitragen.

Sterben, auch das erlebe ich täglich in meiner Arbeit, wie auch das Abschiednehmen der Angehörigen, sind Prozesse und keine punktuellen Ereignisse. Die Belastung von schockierten Angehörigen muss insbesondere im Kontext des plötzlichen Verlusts und der intensivmedizinischen Situation eingeordnet werden. Bedeutsam ist eine kognitiv-perzeptive Dissonanz: Der Mensch ist verstorben, wirkt durch Beatmung und Ersatz der Kreislauffunktion jedoch noch lebendig. Häufig finden Angehörige keine Gelegenheit zu einem letzten unmittelbaren

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Abschiednehmen in Würde, z.B. über ein schlichtes Berühren einer vielleicht noch warmen Hand. Durch Sauerstoffmangel des Gehirns ausgelöste unwillkürliche Gliederzuckungen beim Betroffenen verstören zusätzlich. Die Wahrung von Totenruhe und Pietät ist ein ethisch verbrieftes Recht der Angehörigen.

Auch wenn von dem Patient/ der Patientin eine (erweiterte) Widerspruchsregelung vorliegt und/oder in seiner/ihrer Patientenverfügung eine intensivmedizinische lebensverlängernder Maßnahme zwecks Organentnahme ausdrücklich beschrieben ist, sind Angehörige per bestehender Regelung „zu unterrichten und zu befragen". Zumindest werden sie gefragt, ob ihnen ein Wille des Betroffenen bekannt ist. Den Angehörigen können durchaus Zweifel kommen über seinen/ihren eigentlichen mutmaßlichen Willen, da ihm/ihr (wiewohl auch den Angehörigen selbst!) vielleicht die mögliche Tragweite organprotektiver Maßnahmen, z.B. im Rahmen der künstlichen Beatmung, nicht ausreichend bekannt war. Möglicherweise tragen die Angehörigen auch noch andere Grundwerte in sich als der/die Sterbende selbst hatte.
Ein Vorgehen ohne den konkreten Einbezug von Angehörigen hinweg wäre ethisch nicht vertretbar und wird aktuell nirgendwo in Deutschland so gehandhabt. Bei der Widerspruchslösung verschiebt sich die Rolle der Angehörigen zu einer Veto- oder Kontrollinstanz.

Aus meiner Sicht spricht in der derzeitigen Situation vieles dagegen, die Widerspruchsregelung , wie von ihren Befürwortern postuliert, als einen unumstößlichen Beschluss und damit schon als eine Entlastung von Angehörigen, der Sterbenden selbst und von Mitarbeitenden auf Intensivstationen und OP`s zu verstehen.

Bei einer verbindlichen Entscheidungsregelung zur postmortalen Organspende (Zustimmung, Ablehnung, Unentschiedenheit) werden die Angehörigen m.E. relativ entlastet, sie gibt Ihnen Klarheit über eine Haltung der verstorbenen Person, selbst wenn diese sich nicht festlegen mochte. Eine solche verbindlich-zielgerichtete Entscheidungsregelung senkt erwartungsgemäß die Hürde des Ausfüllens eines Organspendeausweises, im Übrigen auch die Gefahr eines vorschnellen Neins! Die Wahrnehmung der Wahlfreiheit zwingt anders als bei der Widerspruchslösung niemanden zur Spende, sondern schafft unterdessen Gelegenheit zu einer positiven Auseinandersetzung mit der Thematik und somit letztlich auch zu einer erhöhten Spendenbereitschaft.

Eine Einführung der Widerspruchslösung birgt das Risiko, Misstrauen und Konflikte unter den Beteiligten zu vergrößern – und damit am Ende genau das Gegenteil dessen zu bewirken, was sie beabsichtigt. Von der Erwartung einer wirklichen Entlastung im Rahmen einer Widerspruchslösung kann m.E. derzeit keine Rede sein, wohl aber bei einer verbindlichen Entscheidungslösung.

Prof. Dr. med. Winfried Hardinghaus
Chefarzt Klinik für Palliativmedizin Franziskus-Krankenhaus
Akadem. Lehrkrankenhaus Charite-Universitätsmedizin Berlin
Budapester Str. 15-19 // hardinghaus@joseph-Kliniken.de // 030 263836178

Ehren-Vorsitzender Deutscher Hospiz-und PalliativVerband
Mitglied Deutscher Ethikrat