

## **Beschlußempfehlung und Bericht** des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)

zu dem

1. **Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.**  
– Drucksache 13/4355 –

**Entwurf eines Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG)**

2. **Gesetzentwurf der Abgeordneten Monika Knoche, Gerald Häfner und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**  
– Drucksache 13/2926 –

**Entwurf eines Gesetzes über die Spende, die Entnahme und die Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG)**

3. **Antrag der Abgeordneten Dr. Wolfgang Wodarg, Dr. Herta Däubler-Gmelin, Horst Schmidbauer (Nürnberg), Manfred Opel, Robert Antretter, Wolfgang Behrendt, Hans-Werner Bertl, Anni Brandt-Elsweier, Dr. Eberhard Brecht, Eva-Maria Bulling-Schröter, Edelgard Bulmahn, Hans Martin Bury, Marion Caspers-Merk, Peter Conradi, Christel Deichmann, Dr. Marliese Dobberthien, Petra Ernstberger, Elke Ferner, Gabriele Fograscher, Dagmar Freitag, Katrin Fuchs (Verl), Arne Fuhrmann, Norbert Gansel, Günter Gloser, Günter Graf (Friesoythe), Dieter Grasedieck, Hans-Joachim Hacker, Manfred Hampel, Christel Hanewinkel, Alfred Hartenbach, Dr. Liesel Hartenstein, Dieter Heistermann, Reinhold Hemker, Rolf Hempelmann, Dr. Barbara Hendricks, Reinhold Hiller (Lübeck), Stephan Hilsberg, Frank Hofmann (Volkach), Eike Hovermann, Brunhilde Irber, Gabriele Iwersen, Jann-Peter Janssen, Sabine Kaspereit, Marianne Klappert, Nicolette Kressl, Eckart Kuhlwein, Konrad Kunick, Rolf Kutzmutz, Detlev von Larcher, Waltraud Lehn, Klaus Lennartz, Erika Lotz, Dr. Christine Lucyga, Heide Mattischeck, Ulrike Mehl, Angelika Mertens, Adolf Ostertag, Albrecht Papenroth, Georg Pfannenstein, Karin Rehbock-Zureich, Reinhold Robbe, Otto Schily, Dieter Schloten, Dagmar Schmidt (Meschede), Regina Schmidt-Zadel,**

Heinz Schmitt (Berg), Walter Schöler, Gisela Schröter,  
Reinhard Schultz (Everswinkel), Dr. R. Werner Schuster,  
Dr. Angelica Schwall-Düren, Rolf Schwanitz, Lisa Seuster, Erika Simm,  
Dr. Cornelia Sonntag-Wolgast, Wieland Sorge, Wolfgang Spanier,  
Joachim Tappe, Jella Teuchner, Wolfgang Thierse, Franz Thönnies,  
Uta Titze-Stecher, Adelheid Tröscher, Ute Vogt (Pforzheim), Hans Wallow,  
Reinhard Weis (Stendal), Matthias Weisheit, Hildegard Wester,  
Dr. Norbert Wiczorek, Heidemarie Wiczorek-Zeul, Hanna Wolf (München)  
– Drucksache 13/4114 –

#### Kriterien für die Spende, Entnahme und Übertragung von menschlichen Organen

4. Antrag der Abgeordneten Rudolf Dreßler, Rudolf Scharping, Klaus Kirschner, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Horst Seehofer, Dr. Wolfgang Schäuble, Dr. Dieter Thomae, Wolfgang Zöllner, Gerd Andres, Dr. Gisela Babel, Ernst Bahr, Doris Barnett, Dr. Sabine Bergmann-Pohl, Rudolf Bindig, Wolfgang Börnsen (Bönstrup), Rudolf Braun (Auerbach), Tilo Braune, Hans Büttner (Ingolstadt), Edelgard Bulmahn, Gertrud Dempwolf, Renate Diemers, Freimut Duve, Ilse Falk, Ulf Fink, Leni Fischer (Unna), Norbert Formanski, Paul K. Friedhoff, Erich G. Fritz, Anke Fuchs (Köln), Hans-Joachim Fuchtel, Arne Fuhrmann, Monika Ganseforth, Angelika Graf (Rosenheim), Dieter Grasedieck, Claus-Peter Grotz, Joachim Günther (Plauen), Dr. Karlheinz Guttmacher, Karl Hermann Haack (Extertal), Manfred Heise, Ernst Hinsken, Josef Hollerith, Dr. Dionys Jobst, Dr.-Ing. Rainer Jork, Dr. Egon Jüttner, Ulrich Junghanns, Dr. Harald Kahl, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Eva-Maria Kors, Volker Kröning, Christine Kurzhals, Werner Labsch, Robert Leidinger, Werner Lensing, Christian Lenzer, Editha Limbach, Sigrun Löwisch, Uwe Lühr, Dieter Maaß (Herne), Winfried Mante, Erwin Marschewski, Ingrid Matthäus-Maier, Dr. Jürgen Meyer (Ulm), Hans Michelbach, Jürgen W. Möllemann, Engelbert Nelle, Gerhard Neumann (Gotha), Günther Friedrich Nolting, Leyla Onur, Friedhelm Ost, Dr. Gerhard Päselt, Kurt Palis, Dr. Willfried Penner, Hans-Wilhelm Pesch, Anton Pfeifer, Beatrix Philipp, Ronald Pofalla, Christa Reichard (Dresden), Erika Reinhardt, Kurt J. Rossmanith, Dr. Hansjörg Schäfer, Gudrun Schaich-Walch, Dieter Schanz, Dietmar Schlee, Michael von Schmude, Dr. Mathias Schubert, Dr. Erika Schuchardt, Wolfgang Schulhoff, Volkmar Schultz (Köln), Frederik Schulze, Ilse Schumann, Bodo Seidenthal, Heinz-Georg Seiffert, Wieland Sorge, Bärbel Sothmann, Dr. Max Stadler, Ludwig Stiegler, Dr. Peter Struck, Dr. Bodo Teichmann, Jella Teuchner, Dietmar Thieser, Dr. Klaus-Dieter Uelhoff, Siegfried Vergin, Karsten D. Voigt (Frankfurt), Michael Wonneberger, Heidemarie Wright, Elke Wülfing  
– Drucksache 13/4368 –

#### Spende, Entnahme und Übertragung von Organen

- 5. Antrag der Abgeordneten Eckart von Klaeden, Dr. Wolfgang Götzer, Dr. Edzard Schmidt-Jortzig, Franz Peter Basten, Meinrad Belle, Dr. Joseph-Theodor Blank, Manfred Carstens (Ernstek), Horst Friedrich, Norbert Geis, Hermann Gröhe, Ulrich Heinrich, Ernst Hinsken, Dr. Burkhard Hirsch, Siegfried Hornung, Hubert Hüppe, Helmut Jawurek, Jürgen Koppelin, Rudolf Kraus, Dr. Dietrich Mahlo, Rudolf Meini, Rudolf Meyer (Winsen), Ronald Pofalla, Helmut Rauber, Christa Reichard (Dresden), Dr. Klaus Rose, Heinz Schemken, Gerhard Scheu, Cornelia Schmalz-Jacobsen, Johannes Singhammer, Wolfgang Steiger, Kersten Wetzel, Michael Wonneberger und Benno Zierer**  
– Drucksache 13/6591 –

## **Eckpunkte für die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen**

### **A. Problem**

Die rechtlichen Voraussetzungen für die Spende und Entnahme von menschlichen Organen, Organteilen und Geweben zum Zwecke der Transplantation sind in der Bundesrepublik Deutschland – im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Staaten – nicht spezialgesetzlich geregelt, sondern bestimmen sich nach allgemeinen Regeln und Grundsätzen. Eine Zusammenfassung wichtiger medizinischer, ärztlicher, ethischer und juristischer Grundsätze bei Organtransplantationen enthält der Transplantationskodex, den sich die deutschen Transplantationszentren im Jahre 1987 gegeben und zu dessen Einhaltung sie sich selbst verpflichtet haben. Die in der ehemaligen DDR auf diesem Rechtsgebiet erlassenen Vorschriften gelten nach dem Einigungsvertrag im Beitrittsgebiet als Landesrecht fort, soweit sie mit dem Grundgesetz vereinbar sind. Sie werden aber wegen verfassungsrechtlicher Bedenken gegen einzelne Bestimmungen nicht mehr angewandt.

### **B. Lösung**

- a) Schaffung klarer Rechtsgrundlagen durch den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. – Drucksache 13/4355 – für
- die Spende und Entnahme von Organen, Organteilen und Geweben (Organen) zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen auf der Grundlage erteilter Zustimmung,
  - die Gewährleistung und den rechtlichen Schutz der Möglichkeit, eine Organspende abzulehnen,
  - die organisatorischen Voraussetzungen der Entnahme, Vermittlung und Übertragung lebenswichtiger Organe,
  - die Vermittlung lebenswichtiger Organe nach Maßgabe medizinischer Kriterien, um die Gleichbehandlung der für

- eine Transplantation nach ärztlicher Entscheidung vorgesehenen Patienten zu gewährleisten,
- die Bestrafung des Handelns mit menschlichen Organen sowie unrechtmäßigen ärztlichen Handelns bei der Organentnahme und -übertragung,
  - die Aufklärung der Bevölkerung über die Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen, damit auf der Grundlage sachgerechter Information möglichst viele Bürgerinnen und Bürger zu Lebzeiten eine persönliche Entscheidung zur Organspende treffen und dokumentieren.

Die vom Ausschuss angenommenen Änderungsanträge enthalten im wesentlichen Klarstellungen und Präzisierung der Bestimmungen des Gesetzentwurfs, die sich als Folge der Anhörungen als notwendig und zweckmäßig erwiesen haben.

- b) Der Ausschuss hat die Themenkomplexe des Hirntodes und der Art der Zustimmungsregelung intensiv diskutiert. Er konnte dazu aber keine einvernehmlich getragene Formulierung des Gesetzestextes finden. Er empfiehlt daher die Herbeiführung einer Beschlußfassung im Plenum des Deutschen Bundestages zur Ausfüllung der in den §§ 3 und 4 enthaltenen Lücken des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.  
– Drucksache 13/4355 –.

- c) Herbeiführung einer Beschlußfassung im Plenum des Deutschen Bundestages über den Gesetzentwurf der Abgeordneten Monika Knoche, Gerald Häfner und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 13/2926 –.

Dieser Gesetzentwurf enthält folgende Schwerpunkte:

- Schaffung einer gesetzlichen Regelung, die die Zulässigkeit und die Voraussetzungen der Organentnahme in einem Transplantationsgesetz regelt;
- Verzicht auf das Hirntodkonzept zur Feststellung des Todes des Menschen;
- Schaffung einer Regelung für die Voraussetzungen zur Entnahme lebenswichtiger Organe auf der Grundlage einer verfahrens- und organisationsrechtlich abgesicherten Zustimmungslösung. Als Kernpunkte gelten die Einwilligung des Spenders oder der Spenderin für den Fall des irreversiblen Ausfalls aller meßbaren Hirnfunktionen als formales Entnahmekriterium;
- Achtung des garantierten unveräußerlichen Persönlichkeitsrechts der Organspender und Organspenderinnen auf Selbstbestimmung durch eine enge Zustimmungsregelung, die die Übertragbarkeit der Einwilligung zur Organentnahme auf Dritte ausschließt;
- Einführung eines amtlichen Organspendeausweises;
- Regelung der Organtransplantation bei Kindern als Ausnahmefall;

- Schaffung eines Aufklärungsanspruchs, der die interessenfreie Aufklärung vor Einwilligung in die Organspende durch die öffentliche Hand gewährleistet;
  - Verbot der Transplantation von Gehirnen, Hirngewebe und Organen von Föten und Embryonen;
  - Schutz menschlicher Organe vor Kommerzialisierung durch strafrechtliche Regelungen zum Organhandel;
  - uneingeschränkte Gewährleistung des informationellen Selbstbestimmungsrechts der Organspendenden und Organempfangenden.
- d) Mehrheitlich hat der Ausschuß einen Entschließungsantrag angenommen. Danach soll die Bundesregierung aufgefordert werden, so bald wie möglich einen Gesetzentwurf vorzulegen, um den Bereich der Transplantation fetalen Gewebes zu regeln.

#### **Mehrheitsentscheidung**

#### **C. Alternativen**

Keine

#### **D. Kosten**

Bund, Ländern und Gemeinden sowie den Krankenkassen und anderen Beteiligten entstehen Kosten im Rahmen der Aufklärung der Bevölkerung über die Organspende und -transplantation gemäß § 2 Abs. 1 des Gesetzentwurfs. Die Höhe dieser Kosten läßt sich noch nicht genau beziffern. Die Kosten für die mögliche Einrichtung einer Registerstelle nach § 2 Abs. 3 des Gesetzentwurfs lassen sich ebenfalls derzeit noch nicht beziffern; im übrigen ist die Regelung der Finanzierung der Registerstelle einer Rechtsverordnung vorbehalten.

## Beschlußempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

1. a) den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. – Drucksache 13/4355 – in der aus der anliegenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,  
b) zur Ausfüllung der in den §§ 3 und 4 enthaltenen Regelungslücken einen Beschluß im Plenum des Deutschen Bundestages herbeizuführen,  
c) über den Gesetzentwurf der Abgeordneten Monika Knoche, Gerald Häfner und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 13/2926 – einen Beschluß im Plenum des Deutschen Bundestages herbeizuführen,  
d) folgendem Entschließungsantrag zuzustimmen:  
„Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, so bald wie möglich einen Gesetzentwurf vorzulegen, in dem die Transplantation fetalen Gewebes geregelt wird.“
2. den Antrag – Drucksache 13/4114 – für erledigt zu erklären,
3. den Antrag – Drucksache 13/4368 – für erledigt zu erklären und
4. den Antrag – Drucksache 13/6591 – für erledigt zu erklären.

Bonn, den 11. Juni 1997

### Der Ausschuß für Gesundheit

**Dr. Dieter Thomae**

Vorsitzender und Berichterstatter

**Beatrix Philipp**

Berichterstatterin

**Klaus Kirschner**

Berichterstatter

**Monika Knoche**

Berichterstatterin

**Dr. Ruth Fuchs**

Berichterstatterin

## Zusammenstellung

des Entwurfs eines Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG)  
– Drucksache 13/4355 –  
mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuß)

### Entwurf

#### Entwurf eines Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

#### ERSTER ABSCHNITT

#### Allgemeine Vorschriften

##### § 1

#### Anwendungsbereich

(1) Dieses Gesetz gilt für die Spende und die Entnahme von menschlichen Organen, Organteilen oder Geweben (Organe) zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen sowie für die Übertragung der Organe einschließlich der Vorbereitung dieser Maßnahmen. Es gilt ferner für das Verbot des Handels mit menschlichen Organen.

(2) Dieses Gesetz gilt nicht für Blut und Knochenmark sowie embryonale und fetale Organe.

##### § 2

#### Aufklärung der Bevölkerung, Erklärung zur Organspende, Organspenderegister, Organspendeausweise

(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Bundesbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit, insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, sowie die Krankenkassen sollen auf der Grundlage dieses Gesetzes die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organspende, die Voraussetzungen der Organentnahme und die Bedeutung der Organübertragung aufklären. Sie sollen auch Ausweise für die Erklärung zur Organspende (Organspendeausweise) zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen bereithalten.

### Beschlüsse des 14. Ausschusses

#### Entwurf eines Gesetzes über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG)

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

#### ERSTER ABSCHNITT

#### Allgemeine Vorschriften

##### § 1

#### Anwendungsbereich

(1) unverändert

(2) Dieses Gesetz gilt nicht für Blut und Knochenmark sowie embryonale und fetale Organe **und Gewebe**.

##### § 2

#### Aufklärung der Bevölkerung, Erklärung zur Organspende, Organspenderegister, Organspendeausweise

(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Bundesbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit, insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, sowie die Krankenkassen sollen auf der Grundlage dieses Gesetzes die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organspende, die Voraussetzungen der Organentnahme und die Bedeutung der Organübertragung aufklären. Sie sollen auch Ausweise für die Erklärung zur Organspende (Organspendeausweise) zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen bereithalten. **Die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen stellen diese Unterlagen in regelmäßigen Abständen ihren Versicherten, die das sechzehnte Lebensjahr vollendet haben, zur Verfügung mit der Bitte, eine Erklärung zur Organspende abzugeben.**

## Entwurf

(2) Wer eine Erklärung zur Organspende abgibt, kann in eine Organentnahme nach § 3 einwilligen, ihr widersprechen oder die Entscheidung einer namentlich benannten Person seines Vertrauens übertragen (Erklärung zur Organspende). Die *Einwilligung oder der Widerspruch* kann auf die *Entnahme bestimmter Organe* beschränkt werden.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einer Stelle die Aufgabe übertragen, die Erklärungen zur Organspende auf Wunsch der Erklärenden zu speichern und darüber berechtigten Personen Auskunft zu erteilen (Organspenderegister). Die gespeicherten personenbezogenen Daten dürfen nur zum Zwecke der Feststellung verwendet werden, ob bei demjenigen, der die Erklärung abgegeben hatte, eine Organentnahme nach § 3 oder § 4 zulässig ist. Die Rechtsverordnung regelt insbesondere

1. die *Anlaufstellen für die Abgabe* einer Erklärung zur Organspende oder für deren Änderung, die Verwendung eines Vordrucks, die Art der darauf anzugebenden Daten und die Prüfung der Identität des Erklärenden,
2. die *Übermittlung* der Erklärung durch die Anlaufstellen an das Organspenderegister sowie die Speicherung der Erklärung und der darin enthaltenen Daten bei den Anlaufstellen und dem Register,
3. die *Auskunft aus dem Organspenderegister ausschließlich an den Erklärenden und nach Feststellung der Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 an einen Arzt sowie die Weitergabe der erhaltenen Auskunft an den Arzt, der die Organentnahme vornehmen soll, und an die Person, die nach § 3 Abs. 2 oder § 4 über die beabsichtigte Organentnahme zu unterrichten ist,*
4. die *Speicherung* der Personendaten der nach Nummer 3 auskunftsberechtigten Ärzte bei dem Register sowie die Vergabe, Speicherung und Zusammensetzung der Codenummern für ihre Auskunftsberechtigung,
5. die *Löschung* der gespeicherten Daten und
6. die *Finanzierung* des Organspenderegisters.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) Wer eine Erklärung zur Organspende abgibt, kann in eine Organentnahme nach § 3 einwilligen, ihr widersprechen oder die Entscheidung einer namentlich benannten Person seines Vertrauens übertragen (Erklärung zur Organspende). Die **Erklärung** kann auf **bestimmte Organe** beschränkt werden. Die **Einwilligung und die Übertragung der Entscheidung** können vom vollendeten sechzehnten, der **Widerspruch** kann vom vollendeten vierzehnten Lebensjahr an erklärt werden.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einer Stelle die Aufgabe übertragen, die Erklärungen zur Organspende auf Wunsch der Erklärenden zu speichern und darüber berechtigten Personen Auskunft zu erteilen (Organspenderegister). Die gespeicherten personenbezogenen Daten dürfen nur zum Zwecke der Feststellung verwendet werden, ob bei demjenigen, der die Erklärung abgegeben hatte, eine Organentnahme nach § 3 oder § 4 zulässig ist. Die Rechtsverordnung regelt insbesondere

1. die **für die Entgegennahme** einer Erklärung zur Organspende oder für deren Änderung **zuständigen öffentlichen Stellen (Anlaufstellen)**, die Verwendung eines Vordrucks, die Art der darauf anzugebenden Daten und die Prüfung der Identität des Erklärenden,
2. unverändert
3. die **Aufzeichnung aller Abrufe im automatisierten Verfahren nach § 10 des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der sonstigen Auskünfte aus dem Organspenderegister zum Zwecke der Prüfung der Zulässigkeit der Anfragen und Auskünfte,**
4. unverändert
5. unverändert
6. unverändert

**(3a) Die Auskunft aus dem Organspenderegister darf ausschließlich an den Erklärenden sowie an einen von einem Krankenhaus dem Register als auskunftsberechtigt benannten Arzt erteilt werden, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe des möglichen Organspenders beteiligt ist und auch nicht Weisungen eines Arztes untersteht, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. Die Anfrage darf erst nach der Feststellung gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 erfolgen. Die Auskunft darf nur an den Arzt weitergegeben werden, der die Organentnahme vornehmen soll, und an die Person, die nach § 3 Abs. 2 oder § 4 über die beabsichtigte Organentnahme zu unterrichten ist.**



## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(4) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch allgemeine Verwaltungsvorschrift mit Zustimmung des Bundesrates ein Muster für einen Organspendeausweis festlegen und im Bundesanzeiger bekanntmachen.

(4) unverändert

## ZWEITER ABSCHNITT

**Organentnahme nach endgültigem,  
nicht behebbarem Ausfall  
der gesamten Hirnfunktion oder Stillstand  
von Herz und Kreislauf**

## ZWEITER ABSCHNITT

**Organentnahme nach endgültigem,  
nicht behebbarem Ausfall  
der gesamten Hirnfunktion oder Stillstand  
von Herz und Kreislauf**

## § 3

**Zulässigkeit der Organentnahme mit Einwilligung  
des Organspenders**

## § 3

unverändert

(1) Die Entnahme von Organen ist, soweit in § 4 nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn

1. der Organspender in die Entnahme eingewilligt hatte,
2. *(Wird während der Gesetzesberatung ausgefüllt.)*,
3. der Eingriff von einem Arzt vorgenommen wird.

Die Entnahme ist unzulässig bei einer Person, die ihr widersprochen hatte. Die Einwilligung kann vom vollendeten sechzehnten, der Widerspruch vom vollendeten vierzehnten Lebensjahr an erklärt werden.

(2) Der Arzt hat den nächsten Angehörigen des Organspenders (§ 4 . . .) über die beabsichtigte Organentnahme zu unterrichten.

## § 4

**Zulässigkeit der Organentnahme  
mit Zustimmung anderer Personen**

## § 4

unverändert

*(Wird während der Gesetzesberatung ausgefüllt.)*

## § 5

**Nachweis des endgültigen, nicht behebbaren  
Ausfalls der gesamten Hirnfunktion oder Stillstands  
von Herz und Kreislauf**

## § 5

unverändert

(1) Der endgültige, nicht behebbare Ausfall der gesamten Hirnfunktion oder der endgültige, nicht behebbare Stillstand von Herz und Kreislauf ist nach Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, durch zwei dafür qualifizierte Ärzte nachzuweisen, die den Organspender unabhängig voneinander untersucht haben. Vor der Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen (§ 8 Satz 2) ist stets der endgültige, nicht behebbare Ausfall der gesamten Hirnfunktion des Organspenders nachzuweisen. In den anderen Fällen genügt der Nachweis des endgültigen, nicht behebbaren Stillstands von Herz und Kreislauf. Abweichend von Satz 1 genügt die Untersuchung und der Nachweis durch einen Arzt, wenn seit dem endgültigen, nicht behebbaren Stillstand von Herz und Kreislauf mehr als drei Stunden vergangen sind.

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) Die an der Untersuchung nach Absatz 1 beteiligten Ärzte dürfen weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe des Organspenders beteiligt sein. Sie dürfen auch nicht Weisungen eines Arztes unterstehen, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. Die Feststellung des Untersuchungsergebnisses und ihr Zeitpunkt sind von den Ärzten unter Angabe der zugrundeliegenden Untersuchungsbefunde jeweils in einer Niederschrift aufzuzeichnen und zu unterschreiben. Dem nächsten Angehörigen ist Gelegenheit zur Einsichtnahme zu geben. Er kann eine Person seines Vertrauens hinzuziehen.

## § 6

**Achtung der Würde des Organspenders**

(1) Die Organentnahme und alle mit ihr zusammenhängenden Maßnahmen müssen unter Achtung der Würde des Organspenders in einer der ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprechenden Weise durchgeführt werden.

(2) Der Leichnam des Organspenders muß in würdigem Zustand zur Bestattung übergeben werden. Zuvor ist dem nächsten Angehörigen Gelegenheit zu geben, den Leichnam zu sehen.

## § 6

unverändert

## § 6 a

**Auskunftspflicht**

(1) Dem Arzt, der eine Organentnahme bei einem möglichen Spender nach § 3 oder § 4 beabsichtigt, oder der von der Koordinierungsstelle (§ 10) beauftragten Person ist auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Feststellung, ob die Organentnahme nach diesen Vorschriften zulässig ist und ob ihr medizinische Gründe entgegenstehen, sowie zur Unterrichtung nach § 3 Abs. 2 erforderlich ist. Der Arzt muß in einem Krankenhaus tätig sein, das nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Übertragung der Organe, deren Entnahme er beabsichtigt, zugelassen ist oder mit einem solchen Krankenhaus zum Zwecke der Entnahme dieser Organe zusammenarbeitet. Die Auskunft soll für alle Organe, deren Entnahme beabsichtigt ist, zusammen eingeholt werden. Die Auskunft darf erst nach der Feststellung gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 erteilt werden.

(2) Zur Auskunft verpflichtet sind

1. Ärzte, die den möglichen Organspender wegen einer der Feststellung nach Absatz 1 Satz 4 vorausgegangenen Erkrankung behandelt hatten,
2. Ärzte, die über den möglichen Organspender eine Auskunft aus dem Organspenderegister nach § 2 Abs. 3 a erhalten haben,
3. der Arzt, der bei dem möglichen Organspender die Leichenschau vorgenommen hat,
4. die Behörde, in deren Gewahrsam sich der Leichnam des möglichen Organspenders befindet, und

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## DRITTER ABSCHNITT

Organentnahme bei *Lebenden*

## § 7

## Zulässigkeit der Organentnahme

(1) Die Entnahme von Organen einer lebenden Person ist nur zulässig, wenn

1. die Person
  - a) volljährig und einwilligungsfähig ist,
  - b) nach Absatz 2 Satz 1 aufgeklärt worden ist und in die Entnahme eingewilligt hat,
  - c) nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet ist und voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird,
2. die Übertragung des Organs auf den vorgesehenen Empfänger nach ärztlicher Beurteilung geeignet ist, das Leben dieses Menschen zu erhalten oder bei ihm eine schwerwiegende Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Beschwerden zu lindern,
3. ein geeignetes Organ eines Spenders nach § 3 oder § 4 nicht zur Verfügung steht und
4. der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

Die Entnahme von Organen, die sich nicht wieder bilden können, ist darüber hinaus nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher und *sittlicher* Verbundenheit offenkundig nahestehen.

(2) Der Organspender ist über die Art des Eingriffs, den Umfang und mögliche, auch mittelbare Folgen der beabsichtigten Organentnahme für seine Gesundheit sowie über die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organübertragung und sonstige Umstände, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Organspende beimißt, durch einen Arzt aufzuklären. Die Aufklärung hat in Anwesenheit eines weiteren Arztes, für den § 5 Abs. 2 Satz 1 und 2 entsprechend gilt, zu erfolgen. Der Inhalt der Aufklärung und die Einwilligungserklärung des Organspenders sind in einer Niederschrift aufzuzeichnen, die von dem aufklärenden Arzt, dem weiteren Arzt und dem Spender zu unterschreiben ist. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden.

## DRITTER ABSCHNITT

Organentnahme bei lebenden *Organspendern*

## § 7

## Zulässigkeit der Organentnahme

(1) Die Entnahme von Organen einer lebenden Person ist nur zulässig, wenn

1. unverändert
2. unverändert
3. ein geeignetes Organ eines Spenders nach § 3 oder § 4 **im Zeitpunkt der Organentnahme** nicht zur Verfügung steht und
4. unverändert

Die Entnahme von Organen, die sich nicht wieder bilden können, ist darüber hinaus nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen.

(2) Der Organspender ist über die Art des Eingriffs, den Umfang und mögliche, auch mittelbare Folgen **und Spätfolgen** der beabsichtigten Organentnahme für seine Gesundheit sowie über die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organübertragung und sonstige Umstände, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Organspende beimißt, durch einen Arzt aufzuklären. Die Aufklärung hat in Anwesenheit eines weiteren Arztes, für den § 5 Abs. 2 Satz 1 und 2 entsprechend gilt, **und, soweit erforderlich, anderer sachverständiger Personen** zu erfolgen. Der Inhalt der Aufklärung und die Einwilligungserklärung des Organspenders sind in einer Niederschrift aufzuzeichnen, die von **den** aufklärenden **Personen**, dem weiteren Arzt und dem Spender zu unterschreiben ist. **Die Niederschrift muß auch eine Angabe über die versicherungsrechtliche Absicherung der gesundheitlichen Risiken nach Satz 1 enthalten.** Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden.

## Entwurf

(3) Die Entnahme von Organen bei einem Lebenden darf erst durchgeführt werden, nachdem sich der Organspender und der Organempfänger zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt haben und eine Kommission bei der Ärztekammer gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 16 ist. Der Kommission muß ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

## VIERTER ABSCHNITT

**Entnahme, Vermittlung und Übertragung bestimmter Organe**

## § 8

**Zulässigkeit der Organübertragung**

Die Übertragung von Herz, Niere, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Darm darf nur in dafür zugelassenen Transplantationszentren (§ 9) vorgenommen werden. Sind diese Organe Spendern nach § 3 oder § 4 entnommen worden (vermittlungspflichtige Organe), ist ihre Übertragung nur zulässig, wenn sie durch die Vermittlungsstelle unter Beachtung der Regelungen nach § 11 vermittelt worden sind. Sind vermittlungspflichtige Organe im Geltungsbereich dieses Gesetzes entnommen worden, ist ihre Übertragung darüber hinaus nur zulässig, wenn die Entnahme unter Beachtung der Regelungen nach § 10 durchgeführt wurde.

## § 9

**Transplantationszentren**

(1) Transplantationszentren sind Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern, die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Übertragung von in § 8 Satz 1 genannten Organen zugelassen sind. Bei der Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Schwerpunkte für die Übertragung dieser Organe zu bilden, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern.

(2) Die Transplantationszentren sind verpflichtet,

1. Wartelisten der zur Transplantation angenommenen Patienten mit den für die Organvermittlung

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) Die Entnahme von Organen bei einem Lebenden darf erst durchgeführt werden, nachdem sich der Organspender und der Organempfänger zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt haben. **Weitere Voraussetzung ist, daß die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 16 ist.** Der Kommission muß ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

## VIERTER ABSCHNITT

**Entnahme, Vermittlung und Übertragung bestimmter Organe**

## § 8

unverändert

## § 9

**Transplantationszentren**

(1) unverändert

(2) Die Transplantationszentren sind verpflichtet,

1. Wartelisten der zur Transplantation angenommenen Patienten mit den für die Organvermittlung

## Entwurf

nach § 11 erforderlichen Angaben zu führen sowie unverzüglich über die Annahme eines Patienten zur Organübertragung und seine Aufnahme in die Warteliste zu entscheiden und den behandelnden Arzt darüber zu unterrichten,

2. die auf Grund der §§ 10 und 11 getroffenen Regelungen zur Organentnahme und Organvermittlung einzuhalten,
3. jede Organübertragung so zu dokumentieren, daß eine lückenlose Rückverfolgung der Organe vom Empfänger zum Spender ermöglicht wird; bei der Übertragung von vermittlungspflichtigen Organen ist die Kenn-Nummer (§ 12 Abs. 1 Satz 1) anzugeben, um eine Rückverfolgung durch die Koordinierungsstelle zu ermöglichen,
4. vor und nach einer Organübertragung Maßnahmen für eine erforderliche psychische Betreuung der Patienten im Krankenhaus sicherzustellen und
5. nach Maßgabe der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auch einen Vergleich mit anderen Transplantationszentren ermöglichen, im Rahmen ihrer Tätigkeit nach diesem Gesetz durchzuführen.

## § 10

**Zusammenarbeit bei der Organentnahme,  
Koordinierungsstelle**

(1) Die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit. Zur Organisation dieser Aufgabe errichten oder beauftragen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine geeignete Einrichtung (Koordinierungsstelle). Sie muß auf Grund ihrer Trägerschaft, der Zahl und Qualifikation ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Maßnahmen nach Satz 1 in Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern nach den Vorschriften dieses Gesetzes durchgeführt werden. Die Transplantationszentren müssen in der Koordinierungsstelle angemessen vertreten sein.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

nach § 11 erforderlichen Angaben zu führen sowie unverzüglich über die Annahme eines Patienten zur Organübertragung und seine Aufnahme in die Warteliste zu entscheiden und den behandelnden Arzt darüber zu unterrichten, **ebenso über die Herausnahme eines Patienten aus der Warteliste,**

- 1a. **über die Aufnahme in die Warteliste nach Regeln zu entscheiden, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht einer Organübertragung,**

2. unverändert

3. unverändert

4. unverändert

5. nach Maßgabe der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auch einen Vergleich mit anderen Transplantationszentren ermöglichen, im Rahmen ihrer Tätigkeit nach diesem Gesetz durchzuführen; **dies gilt für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 7 Abs. 3 Satz 1 entsprechend.**

**(3) Absatz 2 Nr. 3 und 5 gilt für die Übertragung von Augenhornhäuten entsprechend.**

## § 10

**Zusammenarbeit bei der Organentnahme,  
Koordinierungsstelle**

(1) Die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit. Zur Organisation dieser Aufgabe errichten oder beauftragen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft **oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam** eine geeignete Einrichtung (Koordinierungsstelle). Sie muß auf Grund **einer finanziell und organisatorisch eigenständigen** Trägerschaft, der Zahl und Qualifikation ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Maßnahmen nach Satz 1 in Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern nach den Vorschriften dieses Gesetzes durchgeführt werden. Die Transplantationszentren müssen in der Koordinierungsstelle angemessen vertreten sein.

## Entwurf

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Koordinierungsstelle regeln durch Vertrag die Aufgaben der Koordinierungsstelle mit Wirkung für die Transplantationszentren und die anderen Krankenhäuser. Der Vertrag regelt insbesondere

1. die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen sowie die Rahmenregelungen für die Zusammenarbeit der Beteiligten,
2. die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch mit der Vermittlungsstelle,
3. die Unterstützung der Transplantationszentren bei Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
4. den Ersatz angemessener Aufwendungen der Koordinierungsstelle für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz einschließlich der Abgeltung von Leistungen, die Transplantationszentren und andere Krankenhäuser im Rahmen der Organentnahme erbringen.

(3) Der Vertrag nach den Absätzen 1 und 2 bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen.

(4) Die Transplantationszentren und die anderen Krankenhäuser sind verpflichtet, untereinander und mit der Koordinierungsstelle zusammenzuarbeiten. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der gesamten Hirnfunktion von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommen, dem zuständigen Transplantationszentrum mitzuteilen, das die Koordinierungsstelle unterrichtet. Das zuständige Transplantationszentrum klärt in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle, ob die Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen. Hierzu erhebt das zuständige Transplantationszentrum die Personalien dieser Patienten und weitere für die Durchführung der Organentnahme und -vermittlung erforderliche personenbezogene Daten. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem zuständigen Transplantationszentrum diese Daten zu übermitteln; dieses übermittelt die Daten an die Koordinierungsstelle.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft **oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam** und die Koordinierungsstelle regeln durch Vertrag die Aufgaben der Koordinierungsstelle mit Wirkung für die Transplantationszentren und die anderen Krankenhäuser. Der Vertrag regelt insbesondere

1. unverändert
2. unverändert
3. unverändert
4. unverändert

(3) Der Vertrag nach den Absätzen 1 und 2 **sowie seine Änderung** bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. **Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Vertrag oder seine Änderung den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entsprechen.** Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft **oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam** überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen.

- (4) unverändert

**(4a) Die Koordinierungsstelle veröffentlicht jährlich einen Bericht, der die Tätigkeit jedes Transplantationszentrums im vergangenen Kalenderjahr nach einheitlichen Vorgaben darstellt und insbeson-**

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(5) Kommt ein Vertrag nach den Absätzen 1 und 2 nicht innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Koordinierungsstelle und ihre Aufgaben.

## § 11

**Organvermittlung, Vermittlungsstelle**

(1) Zur Vermittlung der vermittlungspflichtigen Organe errichten oder beauftragen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine geeignete Einrichtung (Vermittlungsstelle). Sie muß auf Grund ihrer Trägerschaft, der Zahl und Qualifikation ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Organvermittlung nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt. Soweit sie Organe vermittelt, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes entnommen werden, muß sie auch gewährleisten, daß die zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft durchgeführt werden. Es dürfen nur Organe vermittelt werden, die im Einklang mit den am Ort der Entnahme geltenden Rechtsvorschriften entnommen worden sind.

dere folgende, nicht personenbezogene Angaben enthält:

1. Zahl und Art der durchgeführten Organübertragungen nach § 8 und ihre Ergebnisse, getrennt nach Organen von Spendern nach den §§ 3 und 4 sowie nach § 7,
2. die Entwicklung der Warteliste, insbesondere aufgenommene, transplantierte, aus anderen Gründen ausgeschiedene sowie verstorbene Patienten,
3. die Gründe für die Aufnahme oder Nichtaufnahme in die Warteliste,
4. Altersgruppe, Geschlecht, Familienstand und Versicherungenstatus der zu Nummer 1 bis 3 betroffenen Patienten,
5. die Nachbetreuung der Spender nach § 7 Abs. 3 Satz 1 und die Dokumentation ihrer durch die Organspende bedingten gesundheitlichen Risiken,
6. die durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 9 Abs. 2 Nr. 5.

In dem Vertrag nach Absatz 2 können einheitliche Vorgaben für den Tätigkeitsbericht und die ihm zugrundeliegenden Angaben der Transplantationszentren vereinbart werden.

(5) unverändert

## § 11

**Organvermittlung, Vermittlungsstelle**

(1) Zur Vermittlung der vermittlungspflichtigen Organe errichten oder beauftragen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft **oder die Bundesverbände der Krankenträger gemeinsam** eine geeignete Einrichtung (Vermittlungsstelle). Sie muß auf Grund **einer finanziell und organisatorisch eigenständigen** Trägerschaft, der Zahl und Qualifikation ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Organvermittlung nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt. Soweit sie Organe vermittelt, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes entnommen werden, muß sie auch gewährleisten, daß die zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft durchgeführt werden. Es dürfen nur Organe vermittelt werden, die im Einklang mit den am Ort der Entnahme geltenden Rechtsvorschriften entnommen worden sind, **soweit deren Anwendung nicht zu einem Ergebnis führt, das mit wesentlichen Grundsätzen des deutschen Rechts, insbesondere mit den Grundrechten, offensichtlich unvereinbar ist.**

## Entwurf

(2) Als Vermittlungsstelle kann auch eine geeignete Einrichtung beauftragt werden, die ihren Sitz außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes hat und die Organe im Rahmen eines internationalen Organaustausches unter Anwendung der Vorschriften dieses Gesetzes für die Organvermittlung vermittelt. Dabei ist sicherzustellen, daß die Vorschriften der §§ 13 und 14 sinngemäß Anwendung finden; eine angemessene Datenschutzaufsicht muß gewährleistet sein.

(3) Die vermittlungspflichtigen Organe sind von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln. Die Wartelisten der Transplantationszentren sind dabei als eine einheitliche Warteliste zu behandeln. Die Vermittlungsentscheidung ist für jedes Organ unter Angabe der Gründe zu dokumentieren und unter Verwendung der Kenn-Nummer dem Transplantationszentrum und der Koordinierungsstelle zu übermitteln.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Vermittlungsstelle regeln durch Vertrag die Aufgaben der Vermittlungsstelle mit Wirkung für die Transplantationszentren. Der Vertrag regelt insbesondere

1. die Erfassung aller von den Transplantationszentren nach § 12 Abs. 3 Satz 3 gemeldeten Patienten in einer Warteliste,
2. die Erfassung der von der Koordinierungsstelle nach § 12 Abs. 1 Satz 4 gemeldeten Organe,
3. die Vermittlung der Organe nach den Vorschriften des Absatzes 3 sowie Verfahren zur Einhaltung der Vorschriften des Absatzes 1 Satz 3 und 4,
4. die Überprüfung von Vermittlungsentscheidungen in regelmäßigen Abständen durch eine von den Vertragspartnern bestimmte Prüfungskommission und
5. die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch mit der Koordinierungsstelle und den Transplantationszentren,
6. eine regelmäßige Berichterstattung der Vermittlungsstelle an die anderen Vertragspartner,
7. den Ersatz angemessener Aufwendungen der Vermittlungsstelle für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz,
8. eine vertragliche Kündigungsmöglichkeit bei Vertragsverletzungen der Vermittlungsstelle.

(5) Der Vertrag nach den Absätzen 1 und 4 bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(2) unverändert

(3) unverändert

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft **oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam** und die Vermittlungsstelle regeln durch Vertrag die Aufgaben der Vermittlungsstelle mit Wirkung für die Transplantationszentren. Der Vertrag regelt insbesondere

1. die **Art der** von den Transplantationszentren nach § 12 Abs. 3 Satz 3 **zu meldenden Angaben über die Patienten sowie die Verarbeitung und Nutzung dieser Angaben durch die Vermittlungsstelle in einheitlichen** Wartelisten für die jeweiligen Arten der durchzuführenden Organübertragungen,

2. unverändert

3. unverändert

4. unverändert

5. unverändert

6. unverändert

7. unverändert

8. unverändert

(5) Der Vertrag nach den Absätzen 1 und 4 **sowie seine Änderung** bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. **Die Genehmigung**



## Entwurf

gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen.

(6) Kommt ein Vertrag nach den Absätzen 1 und 4 nicht innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Vermittlungsstelle und ihre Aufgaben.

## FÜNFTER ABSCHNITT

**Meldungen, Datenschutz, Fristen,  
Richtlinien zum Stand der medizinischen  
Wissenschaft**

## § 12

**Meldungen, Begleitpapiere**

(1) Die Koordinierungsstelle verschlüsselt in einem mit den Transplantationszentren abgestimmten Verfahren die personenbezogenen Daten des Organspenders und bildet eine Kenn-Nummer, die ausschließlich der Koordinierungsstelle einen Rückschluß auf die Person des Organspenders ermöglicht. Die Kenn-Nummer ist in die Begleitpapiere für das entnommene Organ aufzunehmen. Die Begleitpapiere enthalten daneben alle für die Organübertragung erforderlichen medizinischen Angaben. Die Koordinierungsstelle meldet das Organ, die Kenn-Nummer und die für die Organvermittlung erforderlichen medizinischen Angaben an die Vermittlungsstelle und übermittelt nach Entscheidung der Vermittlungsstelle die Begleitpapiere an das Transplantationszentrum, in dem das Organ auf den Empfänger übertragen werden soll. Das Nähere wird im Vertrag nach § 10 Abs. 2 geregelt.

(2) Angaben aus den Begleitpapieren dürfen mit den personenbezogenen Daten des Organspenders zur weiteren Information über diesen nur *zusammengeführt werden, wenn für den Organempfänger eine gesundheitliche Gefährdung zu befürchten ist.*

(3) Der behandelnde Arzt hat Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe medizinisch angezeigt ist, mit deren Einwilligung unverzüglich an das Transplantationszentrum zu melden, in dem die Organübertragung vorgenommen werden soll. Die Meldung hat auch dann zu erfolgen, wenn eine Ersatztherapie durchgeführt wird. Die Transplantationszentren melden die in die Warteliste aufgenommenen Patienten nach deren Einwilligung

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

**ist zu erteilen, wenn der Vertrag oder seine Änderung den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entspricht.** Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft **oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam** überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen.

(6) unverändert

## FÜNFTER ABSCHNITT

**Meldungen, Datenschutz, Fristen,  
Richtlinien zum Stand der medizinischen  
Wissenschaft**

## § 12

**Meldungen, Begleitpapiere**

(1) unverändert

(2) **Die Koordinierungsstelle darf** Angaben aus den Begleitpapieren mit den personenbezogenen Daten des Organspenders zur weiteren Information über diesen nur **gemeinsam verarbeiten und nutzen, insbesondere zusammenführen und an die Transplantationszentren weitergeben, in denen Organe des Spenders übertragen worden sind, soweit dies zur Abwehr einer zu befürchtenden gesundheitlichen Gefährdung der Organempfänger erforderlich ist.**

(3) Der behandelnde Arzt hat Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe medizinisch angezeigt ist, mit deren **schriftlicher** Einwilligung unverzüglich an das Transplantationszentrum zu melden, in dem die Organübertragung vorgenommen werden soll. Die Meldung hat auch dann zu erfolgen, wenn eine Ersatztherapie durchgeführt wird. Die Transplantationszentren melden die **für die Organvermittlung erforderlichen Angaben**

## Entwurf

mit den für die Organvermittlung erforderlichen Angaben an die Vermittlungsstelle. Der Patient ist vor der Einwilligung darüber zu unterrichten, an welche Stellen seine personenbezogenen Daten übermittelt werden.

## § 13

**Datenschutz**

(1) Ist die Koordinierungsstelle oder die Vermittlungsstelle eine nicht-öffentliche Stelle im Geltungsbereich dieses Gesetzes, gilt § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes mit der Maßgabe, daß die Aufsichtsbehörde die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz überwacht, auch wenn ihr hinreichende Anhaltspunkte für eine Verletzung dieser Vorschriften nicht vorliegen.

(2) Die an der Mitteilung und Übermittlung nach § 10 Abs. 4 sowie die an der Organentnahme, -vermittlung oder -übertragung beteiligten Personen dürfen personenbezogene Daten der Organspender und der Organempfänger nicht offenbaren. Dies gilt auch für personenbezogene Daten von Personen, die über die beabsichtigte Organentnahme nach § 3 Abs. 2 oder § 4 unterrichtet worden sind. Die im Rahmen dieses Gesetzes erhobenen personenbezogenen Daten dürfen für andere als in diesem Gesetz genannte Zwecke nicht verarbeitet oder genutzt werden.

## § 14

**Aufbewahrungs- und Lösungsfristen**

Die Aufzeichnungen zur Feststellung des Ausfalls der gesamten Hirnfunktion oder des Stillstands von Herz und Kreislauf nach § 5 Abs. 2 Satz 3, zur Aufklärung nach § 7 Abs. 2 Satz 3 und zur gutachtlichen Stellungnahme nach § 7 Abs. 3 sowie die Dokumentationen der Organentnahme, -vermittlung und -übertragung sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Die in Aufzeichnungen und Dokumentationen nach den Sätzen 1 und 2 enthaltenen personenbezogenen Daten sind spätestens bis zum Ablauf eines weiteren Jahres zu vernichten; soweit darin enthaltene personenbezogene Daten in Dateien gespeichert sind, sind diese innerhalb dieser Frist zu löschen.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

über die in die Wartelisten aufgenommenen Patienten nach deren schriftlicher Einwilligung an die Vermittlungsstelle. Der Patient ist vor der Einwilligung darüber zu unterrichten, an welche Stellen seine personenbezogenen Daten übermittelt werden. **Duldet die Meldung nach Satz 1 oder 3 wegen der Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung des Patienten keinen Aufschub, kann sie auch ohne seine vorherige Einwilligung erfolgen; die Einwilligung ist unverzüglich nachträglich einzuholen.**

## § 13

**Datenschutz**

(1) Ist die Koordinierungsstelle oder die Vermittlungsstelle eine nicht-öffentliche Stelle im Geltungsbereich dieses Gesetzes, gilt § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes mit der Maßgabe, daß die Aufsichtsbehörde die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz überwacht, auch wenn ihr hinreichende Anhaltspunkte für eine Verletzung dieser Vorschriften nicht vorliegen **oder die Daten nicht in Dateien verarbeitet werden. Dies gilt auch für die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch Personen mit Ausnahme des Erklärenden, an die nach § 2 Abs. 3 a Auskunft aus dem Organspenderegister erteilt oder an die die Auskunft weitergegeben worden ist.**

(2) **Die an der Erteilung oder Weitergabe der Auskunft nach § 2 Abs. 3 a beteiligten Personen mit Ausnahme des Erklärenden, die an der Stellungnahme nach § 7 Abs. 3 Satz 2, die an der Mitteilung, Unterrichtung oder Übermittlung nach § 10 Abs. 4 sowie die an der Organentnahme, -vermittlung oder -übertragung beteiligten Personen dürfen personenbezogene Daten der Organspender und der Organempfänger nicht offenbaren. Dies gilt auch für personenbezogene Daten von Personen, die über die beabsichtigte Organentnahme nach § 3 Abs. 2 oder § 4 unterrichtet worden sind. Die im Rahmen dieses Gesetzes erhobenen personenbezogenen Daten dürfen für andere als in diesem Gesetz genannte Zwecke nicht verarbeitet oder genutzt werden. Sie dürfen für gerichtliche Verfahren verarbeitet und genutzt werden, deren Gegenstand die Verletzung des Offenbarungsverbots nach Satz 1 oder 2 ist.**

## § 14

**Aufbewahrungs- und Lösungsfristen**

Die Aufzeichnungen zur Feststellung des Ausfalls der gesamten Hirnfunktion oder des Stillstands von Herz und Kreislauf nach § 5 Abs. 2 Satz 3, zur Aufklärung nach § 7 Abs. 2 Satz 3 und zur gutachtlichen Stellungnahme nach § 7 Abs. 3 Satz 2 sowie die Dokumentationen der Organentnahme, -vermittlung und -übertragung sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Die in Aufzeichnungen und Dokumentationen nach den Sätzen 1 und 2 enthaltenen personenbezogenen Daten sind spätestens bis zum Ablauf eines weiteren Jahres zu vernichten; soweit darin enthaltene personenbezogene Daten in Dateien gespeichert sind, sind diese innerhalb dieser Frist zu löschen.

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## § 15

**Richtlinien zum Stand der medizinischen Wissenschaft**

(1) Die Bundesärztekammer kann in Richtlinien den Stand der medizinischen Wissenschaft für

1. die Regeln zum Nachweis des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktion und des endgültigen, nicht behebbaren Stillstands von Herz und Kreislauf nach § 5 Abs. 1,

2. die ärztliche Beurteilung nach § 10 Abs. 4 Satz 2,

3. die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen einschließlich ihrer Dokumentation, insbesondere an

a) die Untersuchung des Organspenders, der entnommenen Organe und der Organempfänger, um die gesundheitlichen Risiken für die Organempfänger, insbesondere das Risiko der Übertragung von Krankheiten, so gering wie möglich zu halten,

b) die Konservierung, Aufbereitung, Aufbewahrung und Beförderung der Organe, um diese in einer zur Übertragung oder zur weiteren Aufbereitung und Aufbewahrung vor einer Übertragung geeigneten Beschaffenheit zu erhalten,

4. die Regeln zur Organvermittlung nach § 11 Abs. 3 Satz 1 und

5. die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme und -übertragung erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung

feststellen. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer beachtet worden sind.

(2) Bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 4 sollen Ärzte, die weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt sind noch Weisungen eines Arztes unterstehen, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, angemessen vertreten sein.

## § 15

**Richtlinien zum Stand der medizinischen Wissenschaft**

(1) Die Bundesärztekammer kann in Richtlinien den Stand der medizinischen Wissenschaft für

1. die Regeln zum Nachweis des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktion **einschließlich der dazu erforderlichen ärztlichen Qualifikation** sowie des endgültigen, nicht behebbaren Stillstands von Herz und Kreislauf nach § 5 Abs. 1,

**1a. die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste nach § 9 Abs. 2 Nr. 1 a einschließlich der Dokumentation der Gründe für die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme,**

2. unverändert

3. unverändert

4. unverändert

5. unverändert

feststellen. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer beachtet worden sind.

(2) Bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 4 sollen Ärzte, die weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt sind noch Weisungen eines Arztes unterstehen, **bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 a und 4 Personen mit der Befähigung zum Richteramt und Personen aus dem Kreis der Patienten, bei der Erarbeitung von Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 ferner Personen aus dem Kreis der Angehörigen von Organspendern nach § 3 oder § 4** angemessen vertreten sein.

## Entwurf

SECHSTER ABSCHNITT  
Verbotsvorschriften

## § 16

## Verbot des Organhandels

(1) Es ist verboten, mit Organen, die einer Heilbehandlung zu dienen bestimmt sind, Handel zu treiben. Satz 1 gilt nicht für

1. die Gewährung oder Annahme eines angemessenen Entgelts für die zur Erreichung des Ziels der Heilbehandlung gebotenen Maßnahmen, insbesondere für die Entnahme, die Konservierung, die weitere Aufbereitung einschließlich der Maßnahmen zum Infektionsschutz, die Aufbewahrung und die Beförderung der Organe, sowie
2. Arzneimittel, die aus oder unter Verwendung von Organen hergestellt sind und den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes über die Zulassung oder Registrierung unterliegen oder durch Rechtsverordnung von der Zulassung oder Registrierung freigestellt sind.

(2) Ebenso ist verboten, Organe, die nach Absatz 1 Satz 1 Gegenstand verbotenen Handeltreibens sind, zu entnehmen oder auf einen anderen Menschen zu übertragen.

## SIEBTER ABSCHNITT

## Straf- und Bußgeldvorschriften

## § 17

## Organhandel

(1) Wer entgegen § 16 Abs. 1 Satz 1 mit einem Organ Handel treibt oder entgegen § 16 Abs. 2 ein Organ entnimmt oder überträgt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Der Versuch ist strafbar.

## § 18

## Weitere Strafvorschriften

(1) Wer entgegen § 3 Abs. 1 Satz 1 oder § 4 ein Organ entnimmt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Wer entgegen § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a, b, Nr. 4 oder Satz 2 ein Organ entnimmt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

SECHSTER ABSCHNITT  
Verbotsvorschriften

## § 16

## Verbot des Organhandels

(1) unverändert

(2) Ebenso ist verboten, Organe, die nach Absatz 1 Satz 1 Gegenstand verbotenen Handeltreibens sind, zu entnehmen, auf einen anderen Menschen zu übertragen oder sich übertragen zu lassen.

## SIEBTER ABSCHNITT

## Straf- und Bußgeldvorschriften

## 17

## Organhandel

(1) Wer entgegen § 16 Abs. 1 Satz 1 mit einem Organ Handel treibt oder entgegen § 16 Abs. 2 ein Organ entnimmt, überträgt oder sich übertragen läßt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(1a) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 gewerbsmäßig, ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem bis zu fünf Jahren.

(2) unverändert

(3) Das Gericht kann bei Organspendern, deren Organe Gegenstand verbotenen Handeltreibens waren, und bei Organempfängern von einer Bestrafung nach Absatz 1 absehen oder die Strafe nach seinem Ermessen mildern (§ 49 Abs. 2 des Strafgesetzbuches).

## § 18

## Weitere Strafvorschriften

(1) unverändert

(2) unverändert

## Entwurf

(3) Wer entgegen § 12 Abs. 2 Angaben *zusammenführt* oder entgegen § 13 Abs. 2 personenbezogene Daten offenbart, verarbeitet oder nutzt, wird, wenn die Tat nicht in § 203 des Strafgesetzbuches mit Strafe bedroht ist, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(4) In den Fällen der Absätze 1 und 2 ist der Versuch strafbar.

(5) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 fahrlässig, ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

(6) *In den Fällen des Absatzes 3 wird die Tat nur auf Antrag verfolgt.*

## § 19

**Bußgeldvorschriften**

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 5 Abs. 2 Satz 3 die Feststellung des Untersuchungsergebnisses oder ihren Zeitpunkt nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise aufzeichnet oder nicht unterschreibt,
2. entgegen § 8 ein Organ überträgt,
3. entgegen § 9 Abs. 2 Nr. 3 die Organübertragung nicht oder nicht in der vorgeschriebenen Weise dokumentiert oder
4. entgegen § 14 Satz 1 eine dort genannte Unterlage nicht oder nicht mindestens zehn Jahre aufbewahrt.

(2) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 bis 3 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Deutsche Mark, in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 4 mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Deutsche Mark geahndet werden.

## ACHTER ABSCHNITT

**Schlußvorschriften**

## § 20

**Änderung des Arzneimittelgesetzes**

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3018) wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 3 wird nach Nummer 7 der Punkt am Ende des Satzes durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 8 angefügt:
 

„8. die in § 8 Satz 1 des Transplantationsgesetzes genannten Organe, wenn sie zur Übertragung auf andere Menschen bestimmt sind.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

(3) Wer entgegen § 2 Abs. 3 a Satz 1 oder 3 eine **Auskunft erteilt oder weitergibt** oder entgegen § 12 Abs. 2 Angaben **verarbeitet oder nutzt** oder entgegen § 13 Abs. 2 **Satz 2 bis 3** personenbezogene Daten offenbart, verarbeitet oder nutzt, wird, wenn die Tat nicht in § 203 des Strafgesetzbuches mit Strafe bedroht ist, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(4) unverändert

(5) unverändert

(6) **entfällt**

## § 19

unverändert

## ACHTER ABSCHNITT

**Schlußvorschriften**

## § 20

**Änderung des Arzneimittelgesetzes**

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3018) wird wie folgt geändert:

1. In § 2 Abs. 3 wird nach Nummer 7 der Punkt am Ende des Satzes durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 8 angefügt:
 

„8. die in § 8 Satz 1 des Transplantationsgesetzes genannten Organe **und Augenhornhäute**, wenn sie zur Übertragung auf andere Menschen bestimmt sind.“

## Entwurf

## 2. § 80 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach Nummer 3 der Punkt am Ende des Satzes durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer angefügt:

„4. menschliche Organe, Organteile und Gewebe, die unter der fachlichen Verantwortung eines Arztes zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen entnommen werden, wenn diese Menschen unter der fachlichen Verantwortung dieses Arztes behandelt werden.“

- b) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

„Satz 1 Nr. 4 gilt nicht für Blutzubereitungen“.

## § 21

**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

§ 115a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 8 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 8 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten.“

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

## 2. unverändert

## § 21

**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

§ 115a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 8 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 8 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organ Spendern nach § 7 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.“

## § 21 a

**Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch**

§ 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b des Siebten Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 7 des Ge-

## Entwurf

## Beschlüsse des 14. Ausschusses

setzes vom 24. März 1997 (BGBl. I S. 594) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

„b) Blut oder körpereigene Organe, Organteile oder Gewebe spenden,“.

## § 22

**Änderung des Strafgesetzbuchs**

§ 5 des Strafgesetzbuchs in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S. 945, 1160), das zuletzt durch . . . geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 14 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt.

2. Nach Nummer 14 wird folgende Nummer 15 angefügt:

„15. Organhandel (§ 17 des Transplantationsgesetzes), wenn der Täter zur Zeit der Tat Deutscher ist.“

## § 23

**Übergangsregelungen**

(1) Bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehende Verträge über Regelungsgegenstände nach § 10 gelten weiter, bis sie durch Vertrag nach § 10 Abs. 1 und 2 abgelöst oder durch Rechtsverordnung nach § 10 Abs. 5 ersetzt werden.

(2) Bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehende Verträge über Regelungsgegenstände nach § 11 gelten weiter, bis sie durch Vertrag nach § 11 Abs. 1 und 4 abgelöst oder durch Rechtsverordnung nach § 11 Abs. 6 ersetzt werden.

## § 24

**Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. . . . 1996 in Kraft, soweit in Satz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist. § 7 Abs. 3 tritt am 1. . . . 1998 in Kraft.

(2) Am 1. . . . 1996 treten außer Kraft:

1. die Verordnung über die Durchführung von Organtransplantationen vom 4. Juli 1975 (GBl. I Nr. 32 S. 597), geändert durch Verordnung vom 5. August 1987 (GBl. I Nr. 19 S. 199),

2. die Erste Durchführungsbestimmung zur Verordnung über die Durchführung von Organtransplantationen vom 29. März 1977 (GBl. I Nr. 13 S. 141).

## § 22

unverändert

## § 23

unverändert

## § 24

**Inkrafttreten, Außerkrafttreten**

(1) Dieses Gesetz tritt am [einsetzen: Datum des ersten Tages des ersten auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Kalendermonats] in Kraft, soweit in Satz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist. § 7 Abs. 3 Satz 2 und 3 tritt am [einsetzen: Datum des ersten Tages des fünfundzwanzigsten auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Kalendermonats] in Kraft.

(2) Am [einsetzen: Datum des ersten Tages des ersten auf die Verkündung des Gesetzes folgenden Kalendermonats] treten außer Kraft:

1. unverändert

2. unverändert

## Bericht der Abgeordneten Beatrix Philipp, Klaus Kirschner, Monika Knoche, Dr. Dieter Thomae und Dr. Ruth Fuchs

### A. Allgemeiner Teil

#### 1. Zum Beratungsverfahren

Der Deutsche Bundestag hat die beiden Gesetzentwürfe – Drucksachen 13/2926 und 13/4355 – und den Antrag der Abgeordneten Dr. Wolfgang Wodarg, Dr. Herta Däubler-Gmelin, Horst Schmidbauer (Nürnberg) sowie weiterer Abgeordneter – Drucksache 13/4114 – und den Antrag der Abgeordneten Rudolf Dreßler, Rudolf Scharping, Klaus Kirschner, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Horst Seehofer, Dr. Wolfgang Schäuble, Dr. Dieter Thomae, Wolfgang Zöllner sowie weiterer Abgeordneter der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. – Drucksache 13/4368 – in seiner 99. Sitzung am 19. April 1996 in erster Lesung beraten und an den Ausschuß für Gesundheit zur federführenden Beratung und an den Innenausschuß, den Rechtsausschuß, den Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie den Ausschuß für Bildung, Wissenschaft, Forschung, Technologie und Technikfolgenabschätzung zur Mitberatung überwiesen. Den Antrag der Abgeordneten Eckart von Klæden, Dr. Wolfgang Götzer, Dr. Edzard Schmidt-Jortzig sowie weiterer Abgeordneter der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. – Drucksache 13/6591 – hat der Deutsche Bundestag in der 151. Sitzung am 16. Januar 1997 an die gleichen Ausschüsse überwiesen.

Der **Innenausschuß** teilte in seiner Stellungnahme vom 11. Juni 1997 mit, daß er einstimmig von einer Beratung der Vorlagen abgesehen habe.

Der **Rechtsausschuß** hat am 11. Juni 1997 folgende Stellungnahme abgegeben:

„Auf der Grundlage des Gesetzentwurfs auf Drucksache 13/4355 empfiehlt der Rechtsausschuß dem federführenden Ausschuß für Gesundheit

1. **mehrheitlich**, den Änderungsantrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – § 1a des Entwurfs eines Transplantationsgesetzes – auf Ausschußdrucksache 853 (Änderungsantrag 1) abzulehnen sowie einstimmig statt dessen die diesem Änderungsantrag zugrundeliegende Thematik (Transplantation fetalen Gewebes) durch ein gesonderetes Gesetz zu regeln;
2. **mehrheitlich**, in § 18 Abs. 2 des Entwurfs eines Transplantationsgesetzes die Wörter „oder Satz 2“ zu streichen.

Der Rechtsausschuß verzichtet einvernehmlich auf eine Stellungnahme zu den §§ 3 und 4 des Entwurfs eines Transplantationsgesetzes.

Darüber hinaus empfiehlt der Rechtsausschuß dem federführenden Ausschuß für Gesundheit, dafür Sorge zu tragen, daß die weitere Beratung des Entwurfs

eines Transplantationsgesetzes im Plenum auf der Grundlage einer synoptischen Darstellung der verschiedenen Anträge erfolgen kann.’

Der **Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend** teilte in seiner Stellungnahme vom 11. Juni 1997 mit, daß er von einer Beratung der Vorlagen abgesehen habe.

Der **Ausschuß für Bildung, Wissenschaft, Forschung, Technologie und Technikfolgenabschätzung** erklärte in seiner Stellungnahme vom 11. Juni 1997, daß er die Vorlagen beraten aber auf eine Abstimmung verzichtet habe.

Zur Vorbereitung des Transplantationsgesetzes hat der Ausschuß für Gesundheit in seiner 17. Sitzung am **28. Juni 1995** eine **öffentliche Anhörung** von Sachverständigen durchgeführt. Zu dieser Anhörung waren das Physiologische Institut der Universität Münster; die Kontaktstelle Organspende, Billerbeck/Westfalen; die Interessengemeinschaft Angehörige, Hagen/Westfalen; das Gen-Archiv Essen, Hamburg; die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf; der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg; der Bundesverband der Organtransplantierten e.V., Duisburg; die Deutsche Stiftung Organtransplantation, Neu-Isenburg; die Dialysepatienten Deutschlands e.V., Mainz; die Eurotransplant International Foundation, NL-Leiden; das Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V., Neu-Isenburg; der Verband Organtransplantierte Deutschlands e.V., Bad Oeynhausen; die Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern e.V., Köln; die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände, Göttingen; der Deutsche Bundesverband für Pflegeberufe, Eschborn; der Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e.V. (Bundesverband), Köln; der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Düsseldorf; die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Düsseldorf; die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Nürnberg; die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Hamburg; die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Göttingen; die Deutsche Physiologische Gesellschaft e.V., Jena; die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht, Teningen; die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, Köln; die Deutsche Transplantationsgesellschaft, Berlin; die Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen; die Berliner Initiative für die Zustimmungslösung im Blick auf ein Transplantationsgesetz, Berlin; die Humanistische Union e.V., München; Der Bevollmächtigte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Gemeinschaft, Bonn; das Kommissariat der Deut-



schen Bischöfe – Katholisches Büro Bonn, Bonn; der Zentralrat der Muslime in Deutschland, Köln; der Zentralrat der Juden in Deutschland, Bonn; die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland, Filderstadt-Bonlanden; die Medizinische Hochschule Hannover, das Institut für psychoanalytische Kunsttherapie, Hannover; die Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, Frau Stamm, München; der Senator für Gesundheit, Herr Dr. Luther, Berlin; die Landesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen, Frau Dr. Hildebrandt, Potsdam; die Senatorin für Gesundheit, Jugend und Soziales, Frau Gaertner-Fichtner, Bremen; die Senatorin für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Frau Fischer-Menzel, Hamburg; die Landesministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau Blaul, Wiesbaden; der Landesminister für Soziales, Herr Kuessner, Schwerin; der Landesminister für Soziales, Herr Hiller, Hannover; der Landesminister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Herr Müntefering, Düsseldorf; der Staatsminister für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit, Herr Gerster, Mainz; die Landesministerin für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales, Frau Granz, Saarbrücken; die Landesministerin für Arbeit und Soziales, Frau Dr. Kuppe, Magdeburg; der Staatsminister für Soziales, Gesundheit und Familie, Herr Dr. Geisler, Dresden; die Landesministerin für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit, Frau Moser, Kiel; die Landesministerin für Soziales und Gesundheit, Frau Ellenberger, Erfurt und die Landesministerin für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Frau Solinger, Stuttgart als sachverständige Verbände und öffentliche Institutionen sowie Prof. Dr. med. Angstwurm, München; Prof. Dr. med. Bauer, Altötting; Frau Bissegger, Filderstadt-Bonlanden; Prof. Dr. Dr. Dörner, Gütersloh; Prof. Dr. med. Eigler, Essen; Prof. Dr. Gallwas, München; Prof. Dr. Geisler, Gladbeck; Prof. Dr. Gubernatis, Hannover; Prof. Dr. Heun, Göttingen; Prof. Dr. Höfling, Gießen; Bischof Prof. Dr. Huber, Berlin; Prof. Dr. med. Ingvar, S – Lund; Prof. Dr. Körner, Berlin; Prof. Dr. Mieth, Tübingen; Frau Dr. med. habil. Romanowski, Halle; Prof. Dr. phil. Dr. rer. nat. Roth, Bremen; Prof. Dr. Schockenhoff, Sölden; Frau Dr. med. Schöne-Seifert, Berlin; Prof. Dr. jur. Dr. h. c. Schreiber, Göttingen; Dr. Vilmar, Köln; Dr. med. Zieger, Sande und Prof. Dr. Gründel, München als Einzelsachverständige geladen. Auf das Wortprotokoll und die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuß für Gesundheit hat die Beratung der Vorlagen in seiner 55. Sitzung am 8. Mai 1996 aufgenommen. In seiner 53. Sitzung am 24. April 1996 hat der Ausschuß für Gesundheit zuvor beschlossen, zu den Vorlagen zwei öffentliche Anhörungen von Sachverständigen durchzuführen.

Die erste **öffentliche Anhörung** von Sachverständigen fand in der 64. Sitzung am **25. September 1996** statt. Dazu waren die Kontaktstelle Organspende, Billerbeck/Westphalen; die Interessengemeinschaft Angehörige, Hagen/Westfalen; Bioskop Essen, Hamburg; der Bundesverband der Organtransplantierten e.V., Duisburg; die Deutsche Stiftung Organtransplantation, Neu-Isenburg; die Dialysepatienten

Deutschlands e.V., Mainz; das Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V., Neu-Isenburg; der Verband Organtransplantierter Deutschlands e.V., Bad Oeynhausen; die Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern e.V., Köln; die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände, Göttingen; der Deutsche Bundesverband für Pflegeberufe, Eschborn; der Marburger Bund – Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e.V., Köln; der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Düsseldorf; die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Düsseldorf; die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Nürnberg; die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Hamburg; die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht, Teningen; die Deutsche Transplantationsgesellschaft, Berlin; die Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen; die Berliner Initiative für die Zustimmungslösung im Blick auf ein Transplantationsgesetz, Berlin; die Humanistische Union e.V., München; Der Bevollmächtigte des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Gemeinschaft, Bonn; das Kommissariat der Deutschen Bischöfe – Katholisches Büro Bonn, Bonn; der Zentralrat der Muslime in Deutschland, Köln; der Zentralrat der Juden in Deutschland, Bonn und die Gesellschaft Anthroposophischer Ärzte in Deutschland, Filderstadt-Bonlanden als sachverständige Verbände und Prof. Dr. jur. h. c. Schreiber, Göttingen; Prof. Dr. jur. Heun, Göttingen; Prof. Dr. med. Angstwurm, München; Prof. Dr. Höfling, Gießen; Prof. Dr. Geisler, Gladbeck; Prof. Dr. Dr. Dörner, Gütersloh; Dr. Klein, Margetshöchheim; Prof. Dr. Beckmann, Hagen; Dr. Kluth, Köln; Prof. Dr. med. Link, Berlin; Priv.-Doz. Dr. med. Spittler, Bochum; Prof. Dr. Hetzer, Berlin; Prof. Dr. Bernsmann, Köln und Dr. Wesslau, Berlin als Einzelsachverständige geladen.

Die zweite **öffentliche Anhörung** fand in der 67. Sitzung am **9. Oktober 1996** statt. Es waren die Kontaktstelle Organspende, Billerbeck/Westphalen; die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf; der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg; der Bundesverband der Organtransplantierten e.V., Duisburg; die Deutsche Stiftung Organtransplantation, Neu-Isenburg; die Dialysepatienten Deutschlands e.V., Mainz; die Eurotransplant International Foundation, NL – Leiden; das Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V., Neu-Isenburg; der Verband Organtransplantierter Deutschlands e.V., Bad Oeynhausen; die Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammer e.V., Köln; die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände, Göttingen; der Deutsche Bundesverband für Pflegeberufe, Eschborn; der Marburger Bund, Köln; der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V., Düsseldorf; die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Düsseldorf; die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Nürnberg; die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht, Teningen; die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft, Köln; die Deutsche Transplantationsgesellschaft, Berlin; Der Bevollmächtigte des Ra-

tes der Evangelischen Kirche in Deutschland bei der Bundesrepublik Deutschland und der Europäischen Gemeinschaft, Bonn; das Kommissariat der Deutschen Bischöfe – Katholisches Büro Bonn, Bonn; der Zentralrat der Muslime in Deutschland, Köln; der Zentralrat der Juden in Deutschland, Bonn; der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI), Frankfurt am Main; der Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller e.V. (BAH), Bonn; der Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA), Bonn; der Verband aktiver Pharmaunternehmen e.V., Tauting; die Arbeitsgemeinschaft für Biologische Arzneimittel e.V. (ABA), Salach; die Bundesvereinigung Verbandmittel und Medicalprodukte e.V. (BVMed), Wiesbaden; und der Verband der Diagnostica-Industrie e.V., Frankfurt am Main als sachverständige Verbände und Herr Prof. Dr. med. Bauer, Altötting; Herr Prof. Dr. med. Gubernatis, Hannover; Herr Gutmann, München; Herr Prof. Dr. jur. Dr. h.c. Schreiber, Göttingen; Frau Feyerabend, Essen; Herr Prof. Dr. Kühl, Gießen; Herr Prof. Dr. Geisler, Gladbeck; Herr Prof. Dr. Dörner, Gütersloh; Herr Dr. Wolff, Hannover; Herr Dr. Schmidt, Mannheim; Herr Prof. Bernsmann, Köln; Herr Prof. Dr. med. Lison, Bremen; Herr Prof. Dr. med. Eigler, Essen; Herr Dr. jur. Holz-nagel, Münster; Herr Prof. Dr. med. Forst, Augsburg; Herr Dipl.-Ing. Wujciak, Heidelberg; Herr Prof. Dr. med. Kirste, Freiburg; Herr Prof. Dr. Hetzer, Berlin; Herr Weichert, Hannover; Herr Prof. Dr. Höfling, Gießen; Herr Rixen, Bonn; Herr Prof. Dr. Feuerstein, Bielefeld; Herr Dr. Wesslau, Berlin und Herr Dozent Dr. med. May, Berlin als Einzelsachverständige geladen. Auf das Wortprotokoll der beiden Anhörungen und die als Ausschußdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuß für Gesundheit setzte die Beratung in seiner 94. Sitzung am 14. Mai 1997 und seiner 95. Sitzung am 4. Juni 1997 fort und schloß sie in seiner 96. Sitzung am 11. Juni 1997 ab. Dabei hat er dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. in der vorstehend abgedruckten Fassung mit den Stimmen der Mitglieder der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. gegen die Stimmen der Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des Mitglieds der Gruppe der PDS bei Stimmenthaltung zweier Mitglieder der Fraktion der SPD zugestimmt. Über die Ausfüllung der Lücken in den §§ 3 und 4 in dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. und den Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat der Ausschuß nicht abgestimmt. Mehrheitlich hat der Ausschuß dem in Nummer 1 d der Beschlußempfehlung enthaltenen Entschließungsantrag zugestimmt.

## 2. Zum Inhalt der Vorlagen

### *Gesetzentwurf – Drucksache 13/4355*

Ziel der gesetzlichen Regelung ist die zivil- und strafrechtliche Absicherung der Organspende und Organentnahme zum Zweck der Übertragung auf andere Menschen, die gesundheitsrechtliche Absicherung der Organübertragung sowie das strafbewehrte Verbot des Organhandels. Durch einen klaren rechtlichen Handlungsrahmen sollen bestehende Rechts-

unsicherheiten ausgeräumt und eine dadurch bedingte Zurückhaltung bei der Organspende überwunden werden. Gleichzeitig muß jedoch sichergestellt werden, daß jeder Bürger die Möglichkeit behält, eine Organspende ausdrücklich abzulehnen. Durch eine bessere Organisation der bei der Spende lebenswichtiger Organe erforderlichen Maßnahmen sollen die vorhandenen Möglichkeiten unter Berücksichtigung qualitativer Kriterien besser genutzt werden. Dabei sind die Verantwortungsbereiche Organentnahme, Organvermittlung und Organübertragung klar zu trennen. Die Gleichbehandlung der nach ärztlicher Entscheidung für eine Transplantation vorgesehenen Patienten soll durch medizinische Kriterien für die Vermittlung lebenswichtiger Organe gewährleistet werden.

Der vorliegende Entwurf eines Transplantationsgesetzes setzt den gegebenen gesetzgeberischen Handlungsbedarf um und regelt die Spende und Entnahme von menschlichen Organen und ihre Übertragung auf andere Menschen. Ferner wird für die Organisation und Durchführung der im Zusammenhang mit der Spende, Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen erforderlichen Maßnahmen ein rechtlicher Rahmen normiert. Schließlich enthält das Gesetz auch Vorschriften zur Strafbarkeit des Handels mit menschlichen Organen sowie unrechtmäßigen Verhaltens bei der Organentnahme, der Organübertragung und der Verwendung medizinischer Angaben und personenbezogener Daten Beteiligten.

### *Gesetzentwurf – Drucksache 13/2926*

Mit dem Entwurf des Transplantationsgesetzes wird erstmals in der etwa 20jährigen rechtspolitischen Diskussion über die Organtransplantation ein normatives Rahmenwerk präsentiert, das die mit der Transplantationsmedizin aufgeworfenen medizinischen und verfassungsrechtlichen Fragen mit Blick auf alle Beteiligten zu lösen versucht. Es darf bei der gesetzlichen Regelung nicht um eine möglichst optimale „Organversorgung“ gehen. Vielmehr muß der Schutz vor unzulässiger Organentnahme und Aufklärung und Information über Organentnahme im Mittelpunkt des Gesetzes stehen.

Der Entwurf vermeidet konsequent, die individuelle Entscheidung für oder gegen eine Organspende zu beeinflussen. Er vermeidet jeden Druck auf einzelne, sich wegen der Existenz der Transplantationsmedizin zu den möglichen Umständen des eigenen Sterbens verhalten zu müssen.

Die staatliche Verantwortung für die Gesundheit beziehungsweise medizinische Betreuung derjenigen, die auf ein Fremdorgan angewiesen sind, beschreibt lediglich einen wichtigen Zielaspekt des Gesetzentwurfs. Er stellt das gesetzgeberische Instrumentarium zur Verfügung, um eine Organentnahme für die Betroffenen so sicher wie möglich zu machen. Die Entscheidung für oder gegen die Organentnahme wird ausschließlich den Betroffenen selbst überlassen und nicht auch – und sei es auch nur subsidiär – den Angehörigen. Außerdem werden die Kriterien, nach denen der irreversible Ausfall aller meßbaren Hirn-

funktionen festzustellen ist, im Gesetz selbst geregelt und nicht einem Verweis auf die medizinischen Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, überlassen.

Der Gesetzentwurf legt besonderes Gewicht auf die Rechtsposition der Organspendenden. Er benennt die drei unterschiedlichen körperlichen Zustände, aufgrund derer die Explantation möglich und zulässig sein soll. Durch die Verwendung des Kriteriums irreversibler Ausfall aller meßbaren Hirnfunktionen wird klargestellt, daß diese medizinische Voraussetzung ausschließlich Bedeutung als formelles Entnahmekriterium besitzt. Der irreversible Ausfall aller meßbaren Hirnfunktionen ist damit als materielles Todeszeichen anzusehen. Die Zulässigkeit der Explantation ist an das unveräußerliche Persönlichkeitsrecht der spendenden Person durch eine enge Zustimmungsregelung gebunden.

*Zum Inhalt der beratenden Anträge wird auf die Drucksachen 13/4114, 13/4368 und 13/6591 hingewiesen.*

### 3. Zu den Beratungen im Ausschuß

Einhellig war der Ausschuß der Auffassung, daß für diesen bisher unregelmäßigten Bereich eine spezialgesetzliche Regelung gefunden werden muß, um sowohl den Patienten mehr Sicherheit und Vertrauen zu geben als auch den an dem Transplantationsgeschehen beteiligten Ärzten eine eindeutige rechtliche Basis für ihr Tun zu verschaffen. Gleichzeitig sei es vordringlich und notwendig, das Vertrauen in der Bevölkerung zu stärken und die Bereitschaft des einzelnen zu erhöhen, sich mit den mit der Transplantation zusammenhängenden Fragen zu beschäftigen, und in weiten Kreisen der Bevölkerung die Bereitschaft zu einer möglichen Organspende zu erhöhen.

Eine grundsätzliche Ablehnung der Transplantationsmedizin insgesamt wurde von keinem Mitglied des Ausschusses formuliert. In der Frage des Hirntodkonzepts wie auch in der Frage der erweiterten oder engen Zustimmungslösung gab es sehr unterschiedliche Meinungen zwischen den Mitgliedern der einzelnen Gruppen, die zu den Unterzeichnern der drei im Deutschen Bundestag eingebrachten Gruppenanträgen gehörten. Insoweit wird auch auf die Ausführungen der einzelnen Mitglieder dieser Gruppen in der ersten Lesung der Gesetzentwürfe Bezug genommen.

**Diese beiden Punkte nahmen auch breiten Raum in den Anhörungen ein, in denen sehr breit und intensiv die Sachverständigen befragt wurden. Beispielhaft sollen hier auszugsweise die Fragen einiger Abgeordneter und die entsprechenden Äußerungen der Sachverständigen zur Frage des Hirntodkonzepts aus der Anhörung vom 25. September 1996 angeführt werden:**

*Abg. Wolfgang Lohmann (CDU/CSU): Wir hatten ja zu den beiden Hauptfragen – Stichwort Hirntodkonzeption und erweiterte und enge Zustimmungslösung – bereits am 28. Juni 1995 eine erste Anhörung. Ich will mich von vornherein dafür entschuldigen,*

*daß wir Sie alle heute noch einmal zu der Anhörung bitten müssen, die mehr oder weniger die gleichen Fragestellungen hat. Das hängt einfach damit zusammen, daß das parlamentarische Verfahren das erzwingt. Damals hat es sich mehr um eine Voranhörung gehandelt.*

*Ich möchte zuerst die Professoren Heun und Link und die Bundesärztekammer – ich beschränke mich bewußt wegen der knappen Zeit – fragen. Man erlebt ja in Diskussionen zur Zeit häufig, daß wir sagen, das wesentliche Argument für den Hirntod als Todeskriterium sei der Eintritt des Hirntodes wegen des Endes der körperlich geistigen Einheit. Ich hätte von Ihnen gerne gewußt, wie Sie diese ganzheitliche Betrachtung des Menschen sehen, und ob diese Sichtweise auch mit der Verfassung in Einklang steht.*

*SV Prof. Dr. Heun: Ich denke, daß in der Tat der Verfassung eine Konzeption des Menschen zugrunde liegt, die von einer – wie Sie das schon formuliert haben – von einer leiblich-geistigen Einheit ausgeht, und daß das Hirntodkonzept genau an diesem Punkt ansetzt. Das Gehirn ist sowohl im Hinblick auf die vegetativen Steuerungsfunktionen als auch im Hinblick darauf, daß es nicht nur der Sitz des Bewußtseins sondern jeder Empfindungsfähigkeit, Wahrnehmungsfähigkeit, Bewußtseins- oder Selbstbewußtseinsfähigkeit ist, der Punkt, der auch das entscheidende Kriterium bildet für die Frage, wann ein Mensch tot ist. In dem Moment, in dem der Gesamthirntod eingetreten ist, also in der Tat der irreversible Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen, ist in der Tat diese leiblich-geistige Einheit zerbrochen.*

*Das Menschenbild des Grundgesetzes und die Konzeption der Menschenwürde des Artikels 1 Abs. 1 GG geht in der Tat von einer solchen Konzeption aus, so daß wir ohne weiteres – denke ich – schon sagen können, daß der Gesamthirntod das endgültige Ende des Menschen anzeigt und damit ein sicheres Todeskriterium für den Menschen ist.*

*SV Prof. Dr. Link: Vielen Dank für die Einladung, hier Stellung nehmen zu können. Ich möchte nicht alles wiederholen, was mein Vorredner schon gesagt hat, und das Ganze mehr aus medizinischer Sicht betrachten. Danach ist mit Eintritt des Gesamthirntodes jede Fähigkeit zu irgendeiner Wahrnehmung, zur Erinnerung, zum Fühlen sowie gleichzeitig – das ist das besondere des Gesamthirntodes – jede Möglichkeit und Fähigkeit zur Selbststeuerung des Organismus erloschen.*

*Damit ist aber auch die Existenz des Lebewesens, die ja eine Vorbedingung für die Existenz als Mensch ist, erloschen. Es ist nicht richtig, wie von den Hirntodkritikern immer wieder behauptet wird, daß durch die Diagnose Hirntod – und wenn ich von Hirntod rede, dann meine ich immer den Gesamthirntod – der Mensch zweigeteilt wird. Da mit Eintritt des Hirntodes das Gehirn nicht mehr gegeben ist, kann ich das Verbleibende dann auch nicht mehr teilen. Nach Eintritt des Hirntodes bleibt nur noch der Körper des Menschen übrig und nicht der Mensch selber. Deswegen läßt dies nach meiner Ansicht nur den Schluß zu, daß mit Eintritt des Gesamthirntodes – unabhän-*

gig davon, ob dieser Gesamthirntod überhaupt diagnostiziert wird – das Ende des Menschen, das Ende des Lebens gekommen ist.

**SV Dr. Vilmar (BÄK):** Die Auffassung der Bundesärztekammer ist, daß diese Einheit endgültig zerstört ist – das Gehirn ist das zentrale Steuerungsorgan des Menschen –, wenn die Funktionen endgültig erloschen sind. Dann ist der Mensch tot, unbeschadet der Möglichkeit, das irgendwo einzelne Zellen noch nicht abgestorben sind. Der Mensch als Lebewesen Mensch ist damit tot. Das kann auch durch keinerlei Wiederbelebensmaßnahmen, andere Ersatzmaßnahmen, Transplantationen oder ähnliches wieder in Gang gebracht werden. Insoweit unterscheidet sich das Hirn eben von allen anderen Organen, man kann da nicht wie bei Nieren eine Niere transplantieren, das ist beim Hirn unmöglich. Das ist eben der endgültige Tod des Menschen. Damit wird wohl gemerkt der Zustand beschrieben, das sagt nichts über den Todeseintritt aus. Der Zeitpunkt wird damit nicht beschrieben. Aber, wenn sämtliche Hirnfunktionen erloschen sind, ist der Tod des Menschen damit feststellbar.

**Abg. Wolfgang Lohmann (CDU/CSU):** Es ist eben schon gesagt worden, daß mit dem Eintritt des Hirntodes alle Fähigkeiten unwiederbringlich zerstört sind. Ich möchte jetzt die Frage ergänzen, Professor Angstwurm, Professor Schreiber und möglicherweise auch die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie. Das ist sowohl eine juristische wie auch eine medizinische Frage. Wenn Sie dem zustimmen, daß mit dem Hirntod das Bewußtsein und alle geistigen Fähigkeiten unwiederbringlich zerstört sind, wie könnten Sie uns denn helfen, wenn bei dem Gegenargument auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch beispielsweise hingewiesen wird, die angeblich dem Hirntod als Kriterium für den Tod des Menschen entgegenstehe?

**SV Prof. Dr. Angstwurm:** Ärztlich besteht kein Gegensatz zwischen der Beurteilung des Schwangerschaftsabbruchs durch das Bundesverfassungsgericht und dem Todeskriterium Hirntod, denn bei Schwangerschaft wird sich das Gehirn entwickeln, die Anlage ist von Anfang an vorhanden. Der entscheidende Unterschied zum Hirntod besteht darin, daß beim Hirntod die Anlage nicht mehr vorhanden ist, sich nicht mehr entwickeln kann. Beim sich entwickelnden Menschen wird die Anlage einsetzen und dem entwickelnden Menschen wird die Hirntätigkeit nicht fehlen. Insofern ist das also kein Widerspruch. Anfang und Ende des menschlichen Lebens können nicht in dieser Weise miteinander verknüpft werden mit diesem von Ihnen zitierten Argument.

**SV Prof. Dr. Schreiber:** Die entscheidende Frage geht ja dahin, ob das, was nach dem Hirntod möglicherweise noch als Lebensprozesse im Menschen vorhanden ist, als Leben anzusehen ist. Das ist die Frage, über die mit dem Hirntodkriterium entschieden wird. Ich meine, daß man, so wie es Herr Angstwurm auch sagte, das Leben des Menschen von den

restlichen Lebensprozessen im Menschen unterscheiden muß. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinen Entscheidungen, die ja zum Schwangerschaftsabbruch ergangen sind, Leben in einem frühen Zeitpunkt angesetzt und hat damit einem Konzept von Hirnleben, wie es ja vertreten worden ist, daß der Mensch erst beginne, wenn die Hirnfunktionen entwickelt sind, eine Absage erteilt. Aber, wie Herr Angstwurm schon sagte – das ist auch die Begründung des Bundesverfassungsgerichts –, daß entelechal – also im Ansatz – das ganze menschliche Leben im Embryo bereits programmiert vorliegt und sich entwickelt, also auch Leben auf der Basis von Hirnsteuerung und Leben mit Gehirn. Das reduziert den Menschen nicht etwa auf das Gehirn, wie es fälschlich immer wieder gesagt wird, sondern stellt die zentrale Funktion des Gehirns hin.

Von den Entscheidungen des Verfassungsgerichts wüßte ich nicht, wie diese gebieten würden, den Hirntod am Ende des Lebens, wenn die Hirnfunktion endgültig ausgefallen ist, als Ende des Lebens anzusehen. Die Entscheidungen, die ergangen sind, sollen eher ganz deutlich dem Schutze des beginnenden Lebens gelten, das alle potentialen Funktionen, also auch die des Gehirns in sich enthält. So würde ich diese Rechtsprechung interpretieren.

**SV Prof. Dr. Bock (Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie):** Die Feststellung des Hirntodes hat einen Hintergrund. Die Gehirnzelle kann keine Sauerstoffschuld eingehen, das heißt, die Überlebenschance ist im Normalfall etwa vier Minuten, im experimentellen Stadium sind es zehn Minuten. Das Gehirn ist also das Organ, das am schlechtesten überleben kann. Alle anderen Organsysteme können dann durchaus noch Funktionen haben. Es ist aber die Steuerung unwiderruflich ausgefallen. Das ist Nummer eins.

Nummer zwei ist, alle Todeszeitpunkte, die wir bestimmen – egal ob es Totenflecke sind, ob es Totenstarre, Herz-Kreislauf-Versagen oder Hirntod ist –, sind willkürlich vom Menschen angenommene Zeitpunkte. Der sicherste ist dabei wegen der geringen Überlebenschance der Hirnzellen der Hirntod.

**Abg. Wolfgang Zöller (CDU/CSU):** In diesem Zusammenhang möchte ich noch einmal nachfragen. Es wird ja immer wieder behauptet, das Hirntodkriterium sei als ein neues Kriterium, das auf die Bedürfnisse der Transplantationsmedizin zugeschnitten ist, eingeführt worden. Aber ist das Hirntodkriterium nicht vielmehr das Ergebnis wissenschaftlicher Erkenntnisse im Zuge der Intensivmedizin, die wir als Tatsache zur Kenntnis nehmen müssen? Stellen dann letztendlich nicht alle anderen Todeskriterien insofern auf den Hirntod ab, als dieser die Irreversibilität als unverzichtbares Merkmal jedes Todeskriteriums, wie zum Beispiel auch beim Atem- und Herzstillstand, begründet? Ich hätte ganz gerne eine Antwort von Herrn Professor Link, Professor Angstwurm und von der Bundesärztekammer.

**SV Prof. Dr. Link:** Ich bin sehr dankbar für diese Frage, weil diese Behauptung, das Hirntodkriterium sei erfunden worden, um der Transplantationsmedizin

zu dienen, nun wirklich seit 15 Jahren die Diskussion durchzieht, aber falsch ist. Wir müssen uns der Entwicklung der letzten Jahrzehnte stellen. Wenn wir erlauben, daß auf der einen Seite durch die Intensivmedizin in Sterbeprozesse eingegriffen wird, um Leben zu retten, was ja anerkanntermaßen und unbestrittenermaßen geschieht, dann müssen wir auch akzeptieren, daß durch diese Maßnahmen Zustände entstehen, die vorher bei einem natürlichen Sterbeablauf nicht bekannt waren. Ein solcher Zustand ist der Hirntod. Er ist nicht herbei definiert worden, wie immer wieder behauptet wird. Der Hirntod ist ein pathophysiologisches Faktum, das sich eindeutig nachweisen läßt.

Die Tatsache, daß nicht jeder in der Bevölkerung erkennen kann, ob ein Patient hirntot ist, spricht nicht gegen die Tatsache, daß es den Hirntod gibt und daß - wie Professor Bock auch schon ausgeführt hat - der Hirntod eigentlich das zuverlässigste Kriterium des Todes ist. Alle anderen Todeszeichen, vor allem den Kreislaufstillstand, kann ich manipulieren.

Es ist auch nicht richtig, wenn gesagt wird, daß durch die Hirntoddiagnostik der Todeszeitpunkt vorverlegt würde. Bei einem natürlichen Sterbeprozess tritt der Hirntod immer nach dem Kreislaufstillstand ein. Selbst die Kritiker des Hirntodkonzeptes, wie beispielsweise Linke und Kurten, geben zu, daß das eigentliche Kriterium des Todes der Hirntod ist, der auf den Kreislaufstillstand folgt. Wir müssen also feststellen, daß wir zur Zeit häufig den Tod erklären, den Totenschein ausfüllen, bevor der Hirntod - und nach dem eben gesagten, der endgültige Tod - eingetreten ist. Warum bei dieser Sachlage der primäre Hirntod nicht als Kriterium des Todes akzeptiert werden soll, ist mir persönlich nicht eingängig. Die Intensivmedizin hat es mit sich gebracht, daß sich das Erscheinen der Todeskriterien umgekehrt hat. Das spricht aber nicht gegen das Kriterium.

**SV Prof. Dr. Angstwurm:** Man kann es, glaube ich, kurz beantworten. Es ist schlicht unmöglich, willkürlich aus welchen edlen Gründen auch immer ein neues Todeskriterium zu erfinden. Das ist von naturwissenschaftlicher Seite aus schlicht eine phantastische Vorstellung. Daß das so ist, sieht man schon daraus, daß es sich vollkommen unabhängig historisch entwickelt hat, daß sich die Transplantationsmedizin unabhängig entwickelt hat, daß sich das Hirntodkriterium unabhängig entwickelt hat. Die Beurteilung, der Hirntod ist sicheres Todeszeichen des Menschen, ist aus der Biologie und aus der Beobachtung der höheren Lebewesen abgeleitet und sonst aus nichts, weil das aus nichts anderem ableitbar ist.

**SV Dr. Vilmar (BÄK):** Ich kann das voll unterstreichen. Der Hirntod ist keine Erfindung zum Zwecke der Organtransplantation, er ist immer eingetreten. Man hat das früher nur so nicht bemerkt, weil der Stillstand von Kreislauf das Eindrucksvolle war. Nachdem es aber durch die Intensivmedizin möglich geworden ist, den Menschen maschinell zu beatmen, um die Kreislauffunktion künstlich in Gang zu halten, entstand ja das Problem zu entscheiden, wie lange es sinnvoll ist, derartige Maßnahmen fortzusetzen. Es

ist eigentümlich, daß gerade diejenigen oft, die den Hirntod als Kriterium für die Organentnahme bezweifeln, umgekehrt der Medizin den Vorwurf machen, daß sie eine inhumane Maschinenmedizin betreibe, wenn derartige intensivmedizinische Maßnahmen zu lange fortgesetzt werden.

Auch bei der Intensivmedizin ist das klare Kriterium für den erfolgten Todeseintritt der Hirntod. Dann ist man berechtigt, die weiteren Maßnahmen einzustellen, weil dann überhaupt keine Aussicht auf irgend einen Erfolg noch besteht. Der Mensch ist dann tot, dann kann das beendet werden. Wenn er aber tot ist, dann kann man natürlich Organe entnehmen, falls die anderen Voraussetzungen vorliegen. Das sind dann Organentnahmen bei einem Toten und nicht bei einem Sterbenden. Dieser Hirntod ist die Definition dafür, daß der Mensch tot ist. Das ist weitaus sicherer als der Stillstand von Herz, Kreislauf und Atmung. Diese Dinge kann man künstlich wieder in Gang setzen, die Hirnfunktion aber nicht.

Die Sicherheit ist beim Hirntod weitaus größer als bei allen anderen Kriterien. Sie können im Tierexperiment ja ein völlig isoliertes Herz schlagen lassen. Es wird niemand behaupten, daß dann dieses Tier noch lebt. Also ist der Herztod wesentlich unsicherer. Beim Hirntod besteht die absolute Sicherheit, daß der Mensch dann tot ist, wenn der Hirntod festgestellt ist.

**Abg. Beatrix Philipp (CDU/CSU):** Ich würde da gerne anschließen und Herrn Professor Link, Herrn Doktor Spittler und Professor Angstwurm fragen. Gibt es außer der Transplantationsmedizin andere medizinische Bereiche, für die das Hirntodkriterium relevant ist? Was bedeutet das?

Zweitens. Gibt es ein Land, das wäre eine Frage an Herrn Professor Schreiber, in dem der Hirntod als Kriterium für die Organentnahme anerkannt ist, aber nicht als juristisch sicheres Todeszeichen gilt?

**SV Prof. Dr. Link:** Außerhalb der Transplantationsmedizin spielt der Nachweis des Hirntodes insofern eine Rolle, als er uns erlaubt, ohne Zeitverzögerung die Therapie bei diesem Patienten beziehungsweise dann Toten einzustellen. Das hat insofern gesellschaftliche Bedeutung, als dadurch verhindert wird, daß dadurch gesellschaftliche Ressourcen verschwendet werden. Ansonsten kann ich mir im Moment keine weiteren Bereiche vorstellen, wo der Nachweis des Gesamthirntodes als Kriterium für den Tod des Menschen eine Rolle spielt.

**SV Dr. Spittler:** Ich kann das Ganze nur unterstützen. Es sind genau diese beiden Situationen, die mir auch nur bekannt sind. Ich möchte einfach ergänzend noch darauf hinweisen, daß die Erkenntnis dieses medizinischen Tatbestandes unter den Bedingungen der Beatmung 1959 festgestellt wurde, als an eine Organentnahme aus einem solchen Zustand noch nicht gedacht wurde. Ich möchte gerne ergänzen, daß Mollet und Goulon in ihrer ersten Arbeit, in der sie das herausgearbeitet haben und wo sie bemüht waren zu klären, wann können wir es verantworten, die Maschine abzustellen, diesen Zustand als coma dépassé bezeichnet haben, nicht etwa als irreversibles Koma,

sondern als coma dépassé. Das ist keine Wortspielerei, das ist das Koma, das eigentlich schon vorbeigegangen ist, wenn man es wörtlich übersetzt. Es ist schade, daß diese sehr sehr detaillierte Kenntnis des Faktums untergegangen ist.

**SV Prof. Dr. Angstwurm:** Außer im Zusammenhang mit der Organentnahme spielt die Feststellung des Hirntodes häufig eine Rolle, wenn Kollegen auf der Intensivstation eine absolute Sicherheit anstreben, daß ihr Therapieabbruch aus irgendwelchen Gründen nicht mehr anfechtbar ist. Die Todesfeststellung hat für den betroffenen Menschen nie eine andere Bedeutung, als daß der einzelne zu Lebzeiten weiß, daß sein Tod sicher festgestellt wird. Entscheidend ist im Zusammenhang dieser ganzen Debatte auch, daß der Tod als solcher ausschließlich von dem betroffenen Menschen aus gesehen und definiert wird, daß die Lebenden wissen, daß bei ihrem Todeseintritt das sicher festgestellt wird. Das, was sich daraus anschließend ergibt, ist eine vollkommen zu trennende Frage. Das ist ja einer der Gründe dieses vorher besprochenen Vorwurfs, der Tod sei aus irgendwelchen Gründen definiert worden. Er ist nur deshalb definiert worden, weil die Natur ihn uns so vorgibt. Die sichere Feststellung hat die Bedeutung, daß die Menschen wissen, daß das eindeutig festgestellt wird.

**SV Prof. Dr. Schreiber:** Wir alle, die wir hier in diesem Saale sind, werden voraussichtlich den sogenannten klassischen Tod sterben, nämlich den Tod durch Stillstand von Kreislauf und Atmung. Weitere Diagnosen finden nicht statt. Es folgt ja dann in der Regel im Abstand von wenigen Minuten der Hirntod, wenn die Sauerstoffversorgung unterbrochen wird. Daß der Hirntod in der Regel nicht diagnostiziert wird, hängt davon ab, daß die Wiederingangsetzung von Atmung und Kreislauf in allen Fällen, in denen wir am Ende einer langen Krankheit möglicherweise sterben, sinnlos erscheint. Der Hirntod ist also eigentlich die verlässlichere hinter dem klassischen Tod stehende Definition des Todes. Aber wir verlassen uns praktisch wohl immer weitgehend darauf, daß der Hirntod dann dem Stillstand von Kreislauf und Atmung nachfolgt.

Soweit mir bekannt ist, ist das Phänomen des Hirntodes in allen Ländern bekannt und wird diagnostiziert. Er wird auch als Eintritt des Todes behandelt, gerade für die intensivmedizinische Behandlung, denn einen Hirntoten weiter zu behandeln ist sinnlos. Ihn weiter intensivmedizinisch zu behandeln und zu beatmen ist sogar nicht zulässig, weil der Mensch tot ist und man für ihn therapeutisch nichts mehr machen kann.

Ich weiß, daß in nahezu allen mir bekannten Ländern der Hirntod als das verlässliche Kriterium für die Zulässigkeit der Organentnahme angesehen wird. Ich weiß, daß zur Zeit in Japan erhebliche Streitigkeiten darüber stattfinden. Dort wird zum Teil eine ähnliche Auffassung vertreten, wie es die hiesigen Hirntodkritiker tun. Man geht dann davon aus, daß unter dem Gesichtspunkt des Notstandes des überwiegenden Gutes von dem hoffnungslos sterbenden Hirntoten Organe entnommen werden können. Das ist eine Auffassung, die ich für rechts- und verfassungswidrig

halten würde. Aber nach allem, was mir bekannt ist, wird der Hirntod für diese Fälle als das verlässliche und sichere Kriterium für den Todeseintritt angesehen.

**Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD):** Ich habe erst einmal eine Frage an die Mediziner. Ich möchte da zwei Mediziner hören, einmal Herrn Professor Angstwurm und anschließend Herrn Professor Geisler. Ich möchte diese Frage dann auch noch aus rechtlicher Sicht von Herrn Professor Höfling beantwortet haben. Wenn jetzt die Bestimmung des Hirntodes mit komplizierten Geräten geschieht, so kann es da auch zu Konflikten kommen. Ich stelle mir vor, auf der Intensivstation liegt ein Patient, der sich im fortgeschrittenen Stadium der Demenz befindet, zum Beispiel ein an Alzheimer Erkrankter, der jetzt auch beatmet werden muß, weil er einen Stammhirntumor hat. Der Stammhirntumor verhindert, daß die vitalen Funktionen von alleine gehen, der Patient muß also beatmet werden, der ist von der Maschine abhängig. Was ist da eigentlich der Unterschied? Wieso unterscheiden Sie in diesem Fall von jemandem, bei dem das Gehirn ganz versagt? Sie haben ja noch EEG-Linien. Warum gehen Sie mit diesem Menschen anders um, der kein Bewußtsein mehr haben kann, auch nie wieder ein Bewußtsein erlangen wird, dessen vitale Funktionen auch nicht funktionieren? Da haben Sie aber die Kriterien des Hirntodes nicht, weil das EEG noch keine Nulllinien zeigt. Wie stellen Sie das nebeneinander? Warum ist der eine tot und der andere ist Patient, der noch lebt?

**SV Prof. Dr. Angstwurm:** Die Antwort ist eindeutig. Der Unterschied besteht darin, daß beim Hirntod das gesamte Organ abgestorben ist, das ist ein anatomischer Befund, die Nekrose des gesamten Organs, von dem sich das Rückenmark und im Bereich der Sehnerven der übrige Körper durch ein entsprechendes Abbaugewebe absetzt. Der Unterschied ist also eindeutig feststellbar zwischen dem von Ihnen beschriebenen Alzheimer-Patienten mit einem zusätzlichen Hirnstammtumor. Ein solcher unglücklicher Mensch würde wahrscheinlich keiner Intensivbehandlung zugeführt werden. Das ist nur eine vollkommen andere Frage, ob diese Intensivbehandlung einem solchen unglücklichen Menschen etwas Gutes tut. Diese Frage ist scharf und eindeutig abzugrenzen von der Feststellung des bereits eingetretenen Zustands, daß das gesamte Gehirn abgestorben ist. Nur das wird beim Hirntod festgestellt.

**SV Prof. Dr. Geisler:** Ich denke, daß man hier einen Fall konstruiert, der in der Diskussion wahrscheinlich nicht allzuviel bringt. Ich glaube schon, daß ich weiß, was Sie als Intention mit der Frage verbinden. Man könnte sich vorstellen, daß man sich nur auf den Ausfall des Stammhirns als Kriterium beschränkt, wie das zum Beispiel in England der Fall ist. Dann kann das schon wieder anders aussehen. Man sieht, daß es hier von den Definitionen her schon zu unterschiedlichen Aussagen kommen kann. Ich glaube aber, daß ein solcher Patient, der ja mit seiner Demenz auch eine klare Vorgeschichte hat – ich nehme einmal an, daß der Tumor im Stammhirn nicht erst auf der Intensiv-

station im Zustand der Beatmung festgestellt wurde –, eine ganz andere Situation repräsentiert. Ich denke, das zeigt gewisse diagnostische Probleme, aber nicht grundsätzliche Schwierigkeiten auf. Das würde ich erst einmal so sehen.

**SV Prof. Dr. Höfling:** Ich glaube schon, daß dieses Beispiel deutlich macht, daß die herrschende Begründung des Hirntodkonzepts nicht schlüssig ist. Die Antwort von Herrn Angstwurm hat das eigentlich noch einmal unterstrichen, denn er hat die Frage von Herrn Wodarg nicht beantwortet, sondern hat nur darauf hingewiesen, daß wir zwei unterschiedliche pathophysiologische Zustände vor uns haben. Das bezweifelt keiner, das bezweifelt sicherlich auch keiner der anwesenden Kritiker der Hirntodkonzeption. Die Frage ist – und das war die, die Herr Wodarg gestellt hatte –, worin unterscheiden sich diese beiden pathophysiologischen Zustände im Hinblick auf die Frage, haben wir es mit einem Lebenden oder einem Toten zu tun.

Deshalb ist das schon ein schönes Beispiel. Daran läßt sich schön exemplifizieren, warum die beiden Argumente, die für das herrschende Hirntodkonzept vorgetragen werden, in unserem Fall ihre mangelnde Beweisfähigkeit dokumentieren. Zum einen kann nicht auf ein materielles Kriterium von Bewußtsein abgestellt werden. Ich denke, das ist in der Verfassungsrechtslehre weitgehend Konsens. Es kann nicht darauf ankommen, wie groß die Fähigkeiten intellektueller, emotionaler, kognitiver oder sonstiger Art noch sind, die da vorhanden sind, ob da noch jemand subtrahieren oder auch weniger kann, das ist als verfassungsrechtliches Beurteilungskriterium völlig irrelevant.

Deshalb hat die Bundesärztekammer – und ich wundere mich, daß die anwesenden Mediziner auf diese Begründung bisher nicht eingegangen sind – ja auch gesagt, es kommt darauf an, ob der Gesamtorganismus mit der Hirntoddiagnose als solcher aufgehört hat zu existieren. Ein entscheidendes Argument ist bei vielen der Befürworter der herrschenden Konzeption, daß die Spontanatmung ausgesetzt hat, daß der Patient von außen künstlich beatmet werden soll. Ein solcher Fall liegt auch in dem Beispiel von Herrn Wodarg vor, doch würde keiner der anwesenden Befürworter sagen, das Beispiel beinhaltet einen Toten. Das zeigt, daß das biologische Argument des Zusammenbruchs des gesamten Organismus als Einheit – und abzustellen auf die Spontanatmung – nicht trägt.

Ich glaube, es war eben Herr Link, der das Beispiel genannt hat, mit dem Eintritt der Hirntoddiagnose haben wir es nicht mehr mit einer leib-seelischen Einheit zu tun, sondern nur noch mit einem Körper. Da kam der schöne Halbsatz, nicht mehr der Mensch selber sei da. Da fragt sich natürlich nicht nur der Laie, wer denn da eigentlich in Erlangen einer mehrmonatigen Intensivbehandlung zugeführt werden sollte in der Hoffnung, daß dieser Mensch, der da nicht mehr ist, wenn ich Herrn Link richtig verstanden habe, dann noch einen lebenden Menschen zur Welt bringen sollte. Das scheint mir doch ein äußerst problematischer Punkt zu sein.

**Abg. Waltraud Lehn (SPD):** Meine Frage versucht den Zusammenhang herzustellen zwischen der medizinischen und der rechtlichen Sicht. Meine Frage geht an Herrn Professor Geisler. Ich empfinde, daß wir es mit einem Begriffswirrwarr zu tun haben, der politisch sehr schwer bewertbar ist. Ich möchte gerne wissen – in der Hirntoddebatte spielen die Begriffe von Todesbegriff, Todesverständnis, Todeskriterien, Todeszeichen, Todesfeststellung eine Rolle –, ob Sie uns als Mediziner hier eine Orientierung geben können? Daran schließt sich meine Frage an Professor Sachs an, was diese Unterscheidungen juristisch und insbesondere grundrechtsdogmatisch bedeuten.

**SV Prof. Dr. Geisler:** Sie haben vollkommen recht, daß hier auf verschiedenen Ebenen häufig durcheinander diskutiert wird. Wir können einmal hergehen und sagen, wir nehmen eine Todesdefinition, wir setzen zum Beispiel den Hirntod als Tod des Menschen fest. Dann gibt es Kriterien dafür, die erfüllt werden müssen, die lassen sich genau beschreiben, ich will das hier im einzelnen nicht ausführen. Es gibt schließlich Testverfahren dafür, mit denen geprüft werden kann, ob diese Kriterien vorliegen. Ich denke, das sind schon drei Ebenen, die man sauber trennen muß.

Darüber steht aus meiner Sicht die eigentlich entscheidende Ebene, die anthropologische Frage des Menschenbildes. Das Menschenbild ist unabhängig davon, ob wir den Hirntod als Tod des Menschen definieren. Hier, denke ich, stößt man auf die größten Schwierigkeiten, dieses Hirntodkonzept zu akzeptieren. Der Mensch ist ein soziales Wesen, er wird als solches wahrgenommen. Ich bin ganz sicher, meine Damen und Herren, daß der große Teil von Ihnen, wenn er wirklich einmal auf einer Intensivstation einen solchen „Hirntoten“ mit all seinen biologischen Funktionen, mit all dem, was ihn als Person ausmacht, sehen würde, niemand auf die Idee käme, er habe einen Toten vor sich. Ich glaube, das ist ein so tiefes Menschenverständnis, daß, wenn wir, wie es zum Beispiel von seiten der Transplantationsmedizin vorgeschlagen wird, als gesellschaftliche Vereinbarung – man bedenke, was dahinter steht – den Hirntod als Tod des Menschen ansehen, wir fundamental gegen das verstoßen, was der Mensch als Tod des Menschen versteht.

**SV Prof. Dr. Sachs:** Aus grundrechtsdogmatischer Sicht ist die Frage, ob Hirntod gleich Tod ist, dafür entscheidend, ob das Grundrecht auf Leben eingreift oder nicht. Wenn der Betreffende tot ist, dann haben wir es mit einem Verstorbenen, einer Leiche zu tun. Dann hat die Entnahme mit diesem Grundrecht auf Leben nichts mehr zu tun. Wenn er noch nicht zu den Toten gezählt wird, greift das Grundrecht auf Leben ein. Das führt manche dazu, daß das unbedingt postuliert werden muß, weil es eben so sein muß und so sein soll, denn dann ist die Verfassungsrechtslage einfach. Im anderen Fall ist die Verfassungsrechtslage sehr kompliziert.

Das, was das Bundesverfassungsgericht bis jetzt entschieden hat, gibt da keine entscheidenden Hinweise. Das liegt sicher daran, daß der Lebensbeginn

und das Lebensende sicherlich unterschiedliche Phänomene sind. Zu § 218 StGB ist im Grunde entschieden worden, daß das Leben jedenfalls dann beginnt – der eigentliche Anfang ist offen geblieben –, wenn gewisse Lebensprozesse da sind und schon eine Individualität in diesem Zellhaufen vorhanden ist. Diese Individualität ist bei dem Sterbenden oder Toten sicher da, auch Lebensprozesse finden nach dem Hirntod noch statt. Wie man die nun richtig definiert, wo die hingehören, dazu sind die Standpunkte – Sie haben das gehört – sehr geteilt. Was das Bundesverfassungsgericht entscheiden wird, ist unsicher. Deswegen denke ich, ist der Gesetzgeber, der nicht ermächtigt ist, das Lebensende zu definieren, gehalten, das Grundrecht auf Leben anzuwenden und zu prüfen, ob demgegenüber eine solche Behandlungsweise zulässig ist.

**Abg. Horst Schmidbauer (SPD):** Meine Frage richtet sich an Herrn Vilmar. Mich würde interessieren, wie Ihre Stellungnahme zu bewerten ist. Ist das die Stellungnahme des Präsidenten, ist das die Mehrheitsauffassung in der Bundesärztekammer, ist das Ihre persönliche Meinung? Ich denke, es wäre für uns auch einmal wichtig, wie denn der Prozeß der Meinungsbildung innerhalb der Ärzteschaft tatsächlich ist. Wenn es eine Minder- und Mehrheitsmeinung gibt, dann möchte ich Sie bitten, diese kurz zu skizzieren.

**SV Dr. Vilmar (BÄK):** Wenn ich die Einladung hier richtig verstanden habe, dann bin ich als Vertreter der Bundesärztekammer geladen und nicht als Karsten Vilmar. Ich habe die Meinung der Bundesärztekammer vorgetragen, ich kenne keine abweichende Meinung davon. Im Vorstand, im wissenschaftlichen Beirat und in anderen Gremien, wo dies diskutiert worden ist, ist man einhellig der Meinung, daß der Hirntod eben der Tod des Menschen ist. Das deckt sich im übrigen aber auch mit meiner persönlichen Meinung und meiner Erfahrung als Unfallchirurg und meiner Kenntnis von vielen Sektionen, die ich erlebt habe, wo man das dann gesehen hat, und wo kein Zweifel mehr besteht, daß das tatsächlich so ist.

Auf eine Frage von Abg. Beatrix Philipp führte der Sachverständige Prof. Dr. Schreiber aus:

**SV Prof. Dr. Schreiber:** Zunächst zur Frage der Einbeziehung und der Betroffenheit der Angehörigen. Ich meine, daß die Angehörigen unbedingt einbezogen werden sollten. Das ist auch ein Zwang zu einer gewissen Offenheit und einer gewissen Kontrolle, daß hier jemand nicht einfach in der Klinik als tot behandelt wird, sondern daß diese Frage nach außen gegeben werden muß, und den Angehörigen dargelegt und dargetan werden muß. Ich halte diesen Begründungszwang für außerordentlich wichtig und richtig. Für die Angehörigen ist das sicherlich eine schwer belastende Situation, hier nun darüber entscheiden zu sollen, ob Organe entnommen werden sollen oder nicht.

Ich spreche ungern darüber, ich habe selbst in der Situation des schrecklichen Todes meines Sohnes gestanden. Ich habe diese Last empfunden und habe

nach schwieriger Überlegung „ja“ gesagt, das würde er wohl auch getan haben. Ich meine, daß Angehörige, die das nicht leisten können oder wollen, dann eben verneinen sollen. Ich glaube aber, daß es eine Fürsorgepflicht von Angehörigen gerade für ihre Angehörigen sein könnte, dazu Stellung zu nehmen, so daß ich die erweiterte Zustimmungslösung einer Widerspruchslösung auch aus diesen Gründen vorziehen würde, gerade weil die Angehörigen mit einbezogen werden.

Ich habe damals gesagt, ich stimme zu. Die Entnahme konnte dann nicht stattfinden, weil sie medizinisch nicht mehr möglich war. Ich habe das im Vertrauen darauf getan, daß ich keinen lebenden Menschen einem fremden Nutzen preisgebe, sondern daß es sich hier in der Tat um ein Leben gehandelt hat, das zu Ende war. Ich glaube, daß nur solche Zustimmungen wirksam sein können.

Ich glaube nicht, daß Zustimmungen wirksam sein können – das ist der zweite Teil der Frage. Sie haben sich, Frau Abgeordnete, auf die Ausführungen von Herrn Sachs bezogen, bei denen sich mir, das muß ich ehrlich sagen, die Haare sträuben. Hier wird von einer leichthändigen Verfügbarkeit von Leben ausgegangen, die doch gerade die Hirntodkritiker nicht wollen. Ich würde warnen, diesen Weg zu gehen. Eine solche Einwilligung ist eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung der Organentnahme, gerade wenn man in der Medizin eine nicht biologistische sondern ein leib-seelische Sichtweise vertritt, wie es Herr Dörner getan hat. Dann kommen wir mit dieser Verfügbarkeit von Leben in fremdem Interesse, die ja weit über eine aktive Euthanasie hinaus geht, in Gebiete, die, glaube ich, gefährlich sind.

Die Tatsache, daß die Hirntodkritiker einer Entnahme zustimmen wollen, wenn der Hirntod vorliegt, zeigt meiner Meinung nach ganz deutlich, daß sie dieses Leben eben nicht mehr als Leben im vollen Sinne ansehen. Der Bundesjustizminister hat es in einer Debatte als heikel bezeichnet, diese Frage überhaupt zu stellen. Ich meine, wir dürfen nicht zwischen Leben und minderem Leben, zwischen Volleben und geringerem Leben unterscheiden. Eine Zustimmung würde ich hier als einen Schritt in eine ganz gefährliche Richtung halten, die menschliches Leben verfügbar macht.

Die dritte Frage, die Sie mir gestellt hatten, ob es nicht nützlich sei, oder erforderlich sei, aus Gründen der Sicherheit die Untersuchungen, die erforderlich sind, gesetzlich zu regeln. Ich muß gestehen, daß ich für diesen Teil im Gesetzentwurf der Grünen eine gewisse Sympathie habe, weil hier nämlich gerade im Interesse des Lebensschutzes bestimmte Mindestverfahren festgelegt sind. In der Tat ist ja die Angst in der Bevölkerung durchaus ganz deutlich, daß man nicht mehr als Lebender behandelt wird, wenn die Explantation für einen anderen nützlich sein kann, was ja in der Karikatur deutlich zum Ausdruck kommt, wo bei dem Patienten ein Aufhänger mit der Aufschrift angebracht ist: „Ich bin kein Organspender, ich schlafe nur“. Ich will damit sagen, daß da keine tatsächlichen Situationen abgebildet werden, aber doch Ängste deutlich werden. So könnte es



nützlich sein, gewisse Voraussetzungen des Verfahrens der Feststellung des Hirntodes, der für mich der weit verlässlichere Tod ist als etwa der Herztod, festzuschreiben. Dagegen spricht natürlich, daß sich die Methoden ändern können. Ich würde es fast für besser halten, gewisse elementare Voraussetzungen der Methode in das Gesetz hineinzuschreiben und dann eine Anpassung bestimmten Verordnungen oder Entscheidungen von Gremien der Bundesärztekammer zu überlassen. Das würde einen gewissen Nutzen haben und ein gewisses Vertrauen schaffen können.

**In der Anhörung vom 28. Juni 1995 nahmen eine Reihe von Sachverständigen zu der Frage der Zustimmungslösung und der Hirntodkonzeption in ihren Statements wie folgt Stellung:**

**SV Prof. Dr. Bauer:** Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren. Meine Ausführungen stützen sich auf langjährige Erfahrungen mit den Problemen bei der Bereitstellung von Spendeorganen an einem peripheren Krankenhaus. Die zunehmend knappe Organverfügbarkeit mit den konsekutiv ansteigenden Wartelisten, die für viele und auch für junge Menschen auf der Warteliste den Tod zu täglichen klinischen Realitäten werden ließ, ist die Folge mit dem Ergebnis, daß Deutschland in der Transplantationsmedizin heute Importland geworden ist. Wenn ich nur ein Beispiel nenne: 20 v.H. der letztes Jahr transplantierten Lebern kamen aus unseren Nachbarstaaten. Diese beiden Tatsachen sind nicht in geringem Umfang darauf zurückzuführen, daß sich die Krankenhäuser und die Kliniken in der Bundesrepublik immer noch viel zu wenig um die Bereitstellung von Spendeorganen bemühen. Die Gründe, warum etwa  $\frac{2}{3}$  aller Krankenhäuser hier inaktiv sind, wobei dieser Prozentsatz vor allem in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung auf über 80 v.H. ansteigt, sind vielschichtig und nicht unwesentlich auf die derzeit noch bestehende Rechtsunsicherheit zurückzuführen. Die Probleme, die heute bestehen, lassen sich in etwa an den Aufgaben erkennen, die auf ein Krankenhaus im Rahmen einer möglichen Organspende zukommen, und ich will hier eben nur die zwei Punkte herausgreifen, denn die anderen sind lösbar durch organisatorische Absprachen oder, auch das muß man zugeben, Verbesserungen in der Weiterbildung. Also ich will eingehen, wie es vorgesehen ist, auf die Hirntodproblematik und den schweren Punkt „Gespräch mit den Angehörigen“, wie es sich heute darstellt und das natürlich bei allen zu erwägenden Lösungen berücksichtigt werden muß.

Zunächst zum Hirntod: Der Hirntod ist keine Erfindung der Transplantationsmedizin. Der vollständige und unumkehrbare Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen ist eindeutig und absolut zweifelsfrei feststellbar. Unabhängig von Überlegungen zu einer möglichen Explantation ist er seit jeher Entscheidungskriterium, ob zum Beispiel bei einem Patienten mit einem Herz- und Kreislaufstillstand noch Reanimationsmaßnahmen eingeleitet werden sollen oder nicht. Diese werden eben dann nicht eingeleitet beziehungsweise auch abgebrochen, wenn feststeht, daß das Hirn durch einen entsprechend langen Ausfall der Zirkulation irreversibel geschädigt ist, obwohl durchaus

noch Chancen auf die Wiederherstellung und Aufrechterhaltung des Kreislaufs bestünden. Auch bei laufender Intensivtherapie ist der Hirntod Entscheidungskriterium für den etwaigen Abbruch weiterer Therapiemaßnahmen, ganz unabhängig von der Frage einer Explantation oder Transplantation. Durch die öffentliche Diskussion vor allem im vergangenen Jahr mit der Infragestellung des Hirntods als dem Tod des Menschen ist eine ungeheure Verunsicherung insgesamt eingetreten, wobei die mangelnde Differenzierung zwischen Hirntod und Koma und vermeintliche Bestätigung aus fachlich kompetenter Sicht auffällt, daß bei der Organentnahme nach dem Hirntod bei noch bestehenden Lebensäußerungen aktiv in einen noch nicht abgelaufenen Sterbeprozess eingegriffen werde. All dies hat zu einer weiteren Verunsicherung beigetragen. Kriterien des Hirntods des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer sind ohne Einschränkungen geeignet und ausreichend, den irreversiblen Ausfall der gesamten Hirnfunktion zweifelsfrei festzustellen. Die jetzigen Anforderungen an die Hirntodfeststellung sind auch als Gesetzesgrundlage heranzuziehen. Die Aufnahme des Herztodes kann, wie das in Gesetzesentwürfen schon der Fall war, aus ärztlicher Sicht unter diesen Aspekten sicherlich nicht akzeptiert werden. Wenn der Hirntod nicht als Tod des Menschen akzeptiert wird, darf, und da bin ich der persönlichen Meinung auch aus ärztlicher Verantwortung, selbst bei einer Zustimmung nicht explantiert werden, das würde letztlich das Ende der Transplantationsmedizin bedeuten.

Nun zu dem Punkt „Gespräch mit den Angehörigen“: Dieses Gespräch mit Informationen über den Tod eines ihnen nahestehenden Menschen gehört immer schon zu den emotional belasteten Aufgaben des Arztes. Im Hinblick auf eine mögliche Transplantation treten zusätzliche enorme Belastungen bei der Frage auf, wie die Einstellung des Verstorbenen zur Organspende wohl gewesen wäre, und die Bitte zur Erlaubnis zur Organentnahme ist eine unmögliche Frage zu einem unmöglichen Zeitpunkt. Jedem einzelnen Angehörigen wird praktisch eine eigene Entscheidung in einer schlimmen Situation, dazu in einem gewissen Zeitdruck, unter Umständen in Auseinandersetzungen mit anderen Angehörigen und Ärzten abgefordert, das alles in einem Zustand tiefen Schmerzes und größter Unsicherheit. Aber auch den Ärzten wird ein stets schwerbelastetes Vorgehen abverlangt. Die Furcht vor diesen Gesprächen ist aus meiner Erfahrung einer der Hauptgründe, warum bei potentiellen Organspenden diese Nachfrage nach Erlaubnis überhaupt unterbleibt und somit die Explantation unterbleibt. Jede rechtliche Lösung, die nicht ausschließlich den Wunsch des einzelnen und damit des Verstorbenen berücksichtigt, sondern diese Entscheidungslast, in welcher Form auch immer, den Angehörigen aufbürdet, wird an dieser Grundproblematik meiner Auffassung nach wenig ändern. Dies gilt auch – wie ich meine – für die in dem jetzigen Gesetzentwurf vorgesehene erweiterte Zustimmungslösung. Ein Blick auf die Gründe, die am häufigsten zur Ablehnung einer Organspende durch die Angehörigen führen, zeigt auch den Lösungsbedarf bei einer gesetzlichen Regelung auf.

Diese Gründe sind: Der vermutete Wille des Verstorbenen ist unklar; auch bei einer Entscheidung oder auch bei keiner Entscheidung glauben viele, wenigstens keine falsche Entscheidung zu treffen. Die Erfahrung zeigt, daß Angehörige oft erst nach langer Zeit nach der Entscheidung unter schweren Gewissensdruck geraten, etwas falsch gemacht zu haben, was sowohl für Entscheidungen pro oder contra Organspende festzustellen ist.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das mangelnde Hirntodverständnis der Angehörigen, auf diese Probleme wurde ja bereits eingegangen, und auch die kurze Zeitspanne zwischen Todesnachricht und der Bitte um Erlaubnis zur Organentnahme. Diese aus medizinischer Sicht notwendige Fristsetzung wird nicht zu Unrecht häufig als unzumutbar angesehen. Bei nicht abgeschlossener Entscheidungsfindung erfolgt dann eher die Ablehnung. Auch bei Angst der Angehörigen vor einer Verstümmelung des Toten, auch hier ist viel sachliche Aufklärungsarbeit und Information noch notwendig. Ein wichtiger Grund sind auch Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Familie, die nicht selten dazu führen, daß aus Angst vor Vorwürfen positive Entscheidungen gerade der nächsten Angehörigen beziehungsweise Partner unterbleiben. Besondere Probleme ergeben sich dann, wenn der Verstorbene beispielsweise in einer Partnerschaft gelebt hat und der Partner, der ihm seit vielen Jahren näher stand, eine andere Meinung vertritt als die zum Beispiel hinzugerufenen Eltern oder ein Verwandter. Auch religiöse Beweggründe können eine Rolle spielen, das fällt zahlenmäßig sicher weniger ins Gewicht, sie sind selbstverständlich zu akzeptieren.

Als gesetzliche Regelung ist deshalb nach meiner Auffassung eindeutig eine solche Lösung zu favorisieren, die klar den Willen des Verstorbenen und damit sein Selbstbestimmungsrecht berücksichtigt. Eine Nichtäußerung zu Lebzeiten – und ich glaube, dies muß man auch den Bürgern klarmachen – bedeutet die unzumutbare Übertragung dieser Entscheidung auf die Angehörigen. Nach meiner Auffassung kann man schon von jedem mündigen Bürger erwarten, daß er in dieser wichtigen Frage Position bezieht und sich für oder gegen eine mögliche Organentnahme ausspricht. Die Entscheidung, ob pro oder contra, muß selbstverständlich jederzeit widerrufbar sein. Jeder bestimmt also für sich selbst, ob nach seinem Ableben Organe entnommen werden dürfen. Die sogenannte Widerspruchslösung, die eigentlich eine echte Selbstbestimmungslösung darstellt, sieht dazu vor, daß der, der mit der Organspende einverstanden ist, nichts zu unternehmen braucht. Will er das nicht, erklärt er ausdrücklich einen Widerspruch. Dieser kann jederzeit nach reiflicher und ruhiger Überlegung auch auf bestimmte Organe beschränkt werden. Eine Rücknahme der Entscheidung ist – wie erwähnt – jederzeit möglich. Somit ist sichergestellt, daß nur dann eine Explantation erfolgen darf, wenn eindeutig klar ist, daß der Verstorbene das auch gewünscht hat. Die Entscheidung wird nicht anderen Personen überlassen.

SVe Dr. Schöne-Seifert, MA: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren. Ich habe eine Ausbildung in Medizin und Philosophie und arbeite am philoso-

phischen Seminar der Universität Göttingen beziehungsweise zur Zeit am Wissenschaftskolleg in Berlin. Mein Plädoyer geht zugunsten einer Anerkennung des Hirntodkriteriums und einer erweiterten Zustimmungsregelung. Aus Zeitgründen nehme ich jetzt fast auch nur zur Hirntodproblematik Stellung. Ob ein hirntoter Mensch als lebend oder als bereits gestorben anzusehen ist, läßt sich nicht allein kraft medizinischer Kompetenz beantworten, das haben Sie bereits ein Dutzend mal gehört. Allerdings müssen Hirnforscher und Ärzte entscheidend wichtige Teilantworten geben. Andere Teilantworten betreffen rechtliche, soziale, psychologische und religiöse Aspekte und vor allem die Frage, wie wir Menschen uns selbst sehen. Am Ende geht es in der Hirntodfrage um eine praktische Übereinkunft auf dem Boden von Fakten und von Plausibilitäten und Abwägungen. Eine Ablehnung des Hirntodkriteriums als Kriterium für das Totsein des betroffenen Menschen kann dreierlei Gründe haben.

Erster Grund: Eine ablehnende Haltung gegenüber der Organtransplantation als inhumaner Ersatzteilmedizin. Diese Position teile ich entscheidend nicht. Viel mehr sehe ich in Organverpflanzung wie die meisten Bürger unseres Landes eine im Prinzip äußerst segensreiche Möglichkeit der Medizin, wenn sie human und freiwillig in Gebrauch genommen wird. Wer Organverpflanzungen generell nicht unterstützt, könnte das Hirntodkriterium zwar dennoch intellektuell für überzeugend halten, praktisch jedoch fehlt ihm dann die heute wesentliche Motivation für die ganze Todesdebatte. Da nämlich Sterbende nach Rechtsprechung und ärztlicher Richtlinie nicht weiter behandelt werden müssen, würde man bei Hirntoten die Beatmung abstellen und so den raschen Eintritt auch des Herztodes herbeiführen. Jene praktische Motivation diskreditiert das Hirnkriterium jedoch keineswegs, entscheidend ist, ob es auch theoretisch auf eigenen Füßen stehen kann.

Und noch ein letzter Punkt hierzu: Wer behauptet, gerade die Ablehnung des Hirntodkriteriums schaffe das nötige Vertrauen in die Organtransplantationen, macht sich etwas vor. Wer meint, wie hier schon zweimal vorgetragen, die Entnahme eines lebenswichtigen Organs aus Lebenden sei keine Ausnahme vom Tötungsverbot, weil sie de facto mit einer Sterbeverlängerung einhergehe, irrt. Rechtsdogmatisch lassen sich nämlich eine vorausgehende Lebensverlängerung und eine anschließende ursächliche Herbeiführung des Todes nicht gegeneinander aufrechnen.

Zweiter Ablehnungsgrund: Skepsis gegenüber der Annahme, daß ein Hirntoter kein Bewußtsein hat. Diese Annahme ist eine der besagten naturwissenschaftlichen Teilantworten auf die Hirntodfrage. Die ganz überwiegende Mehrheit der hier Sachverständigen ist, wie Sie wissen, der Überzeugung, daß bei abgestorbenem Hirn eine zwingende Voraussetzung für jegliche Form von Empfindung und Wahrnehmung des betroffenen irdischen Menschen fehlt. Diese Überzeugung gründet sich auf einhelliges neurophysiologisches, pharmakologisches und klinisches Wissen. Sie setzt keine weiteren und problematischen Annahmen darüber voraus, wie genau Bewußtsein und Gehirn zusammenhängen. Diese Überzeugung

ist auch keineswegs naiv und wissenschaftsgläubig. Sie steht auf dem selben menschlichen Fundament, auf dem andere gut abgesicherte Kausalvorstellungen stehen. Wer tatsächlich meint, Wahrnehmung und Empfindung könnten auch ohne Beteiligung eines Gehirns vorkommen, macht sich gleichwohl keines logischen Fehlers schuldig. Philosophen ist eine tiefe Skepsis gegenüber allem menschlichen Dafürhalten eine ernstzunehmende allerdings lähmende Position. Philosophisch und plausibel jedoch ist eine punktuelle Skepsis gegenüber der Gehirnhängigkeit vom Bewußtsein ähnlich und plausibel wie eine Skepsis gegenüber der Körperabhängigkeit von Bewußtsein. Derlei Skepsis zu hegen, ist legitime Privatsache, mehr nicht.

Dritter Ablehnungsgrund: Die Ansicht, die Anerkennung des Hirntodkriteriums lasse sich, auch wenn man den Verlust des Geistigen annimmt, nicht oder vergleichsweise schlecht begründen. Die eigentlich wichtige und schwierige Debatte ist genau diese über gute und schlechte Begründungen. Nicht begründen läßt sich langjährigen Behauptungen etwa der Bundesärztekammer zum Trotz eine problemlose Kontinuität zwischen Herztod- und Hirntodkriterium. Der Zustand des Hirntotseins ist klarerweise ein anderer biologischer Zustand als der des Herztotseins und muß als ein klinischer Neuzustand dem Leben oder dem Tode neu zugerechnet werden. Diese Zurechnung verlangt so oder so eine Präzisierung der herkömmlichen Todesvorstellungen. Die theoretisch bestehende Möglichkeit, zwischen Leben und Tod einen dritten Zustand zu definieren, ist lebenspraktisch unsinnig. Hirntote als Lebende zu bezeichnen, weil sie das traditionelle Herztodkriterium klarerweise nicht erfüllen, erweitert begrifflich das Spektrum des menschlichen Lebens um eine früher nicht vorkommende Seinsweise. Hirntote umgekehrt den Toten zuzurechnen erweitert begrifflich das Spektrum des menschlichen Totseins. Beide Erweiterungen liegen im Bereich des prozeßhaften und irreversiblen Absterbens eines Menschen und legen hier einen bestimmten biologischen Zustand als den Umschlagpunkt vom Leben zum Tode fest. Keine von beiden Erweiterungen ist zwingend. Nicht weil hier weitere Kenntnisse fehlten, Irrtümer möglich wären, sondern weil es hierbei nichts weiter zu kennen, sondern vielmehr zu entscheiden gilt.

Beide Erweiterungen kommen nicht um die Frage herum, was genau bedeutet uns menschliches Totsein. In unserm kulturellen Kontext werden seit den 60er Jahren drei kennzeichnende Merkmale menschlichen Totseins debattiert. Hirntodgegner pochen auf Todesmerkmal eins, das Ende organübergreifender Körperfunktionen wie Atmung und Kreislauf. Hirntodbefürworter pochen auf das weniger restriktive Todesmerkmal, den Verlust allen geistigen Lebens, und das heißt notabene jeder minimalsten Empfindungsfähigkeit und nicht etwa der Fähigkeit, zu dichten oder zu subtrahieren, wie der unscharfe Begriff Geist suggerieren möchte. Und viele Hirntodbefürworter, so auch die Bundesärztekammer, erachten zusätzlich Merkmal drei, den Verlust der sogenannten Selbststeuerung zentraler Körperfunktionen durch den Hirnstamm für notwendig. Dieses letzte Krite-

rium haben Kritiker unterschiedlicher Provenienz, wie ich meine zu Recht, als unbegründbar bemängelt. Ob bestimmte Körperfunktionen, wie Atmung und Kreislauf, die de facto stattfinden, durch Eigenleistung integriert werden oder durch künstliche Hilfe, scheint mir schlicht irrelevant. Warum in der komplizierten Körpermaschine – und jetzt geht es um diesen Aspekt des Menschen – ausgerechnet erhaltene Steuerfunktionen des Gehirns einer der Indikatoren für Tod oder Leben sein sollen, nicht aber Funktionen von Rückenmark, Herz oder Niere bleibt unplausibel.

Das zweite Kardinalproblem für dieses Merkmal besteht in dem schon langjährigen Wissen darüber, daß Hirntotsein keineswegs einen vollständigen Ausfall zerebraler Körperfunktionen bedeuten muß. Restfunktionen hier, erhaltene Zellennester dort verlangen nach einer Differenzierung, die nicht einfach nur Gehirnfunktion mit Lebensmerkmalen gleichsetzen kann. Die These von der spezifischen Lebensrelevanz zerebraler Körperfunktionen ist, meine ich, entweder defensiv ad hoc oder fehlgeleitet von der Vorstellung, alles Zerebrale sei gleichermaßen primär oder gar identitätsstiftend. Die Verfechtung dieser These macht die Anerkennung des Ganzheitskriteriums in der Tat inkohärent und angreifbar.

Anders ist es um das Kriterium des Geistigen bestellt, meine ich. Eine allein vertretbare nicht reduktionistische Auffassung eines lebenden Menschen als einer körperlich-geistigen Einheit legt noch nicht fest, ob der Tod schon im Verlust einer oder erst beider dieser Komponenten besteht. Daß aber ein entseelter Körper, ein sich und anderes nicht mehr fühlender Leib, als tot zu betrachten sei, weil in ihm für alle Zeit kein „Du“ mehr angesprochen werden kann, weil hier Körperfunktionen leerlaufen, das ist die einzige Wertung, die das Hirntodkriterium tragen könnte. Diese Begründung anzuerkennen führt nicht zu den propezeiten Abgründen. Weder Patienten mit teilweisem Hirnausfall noch Neugeborene mit fehlender oder mangelhafter Hirnanlage müßten dann vermeintlich konsequent für tot erklärt werden, wenn wir das nicht wollen und nicht erneut gesetzlich verfügen. Und wir werden das nicht wollen, weil wir zu wenig darüber wissen und wissen können, genau welche anatomische Strukturen, genau welche begriffliche Komponenten das minimale Geistige ausmachen. Wir werden das auch deswegen nicht wollen, weil zur Einsehbarkeit des Todes gehört, daß er sich etwa zeitgleich feststellen lasse.

Beim Absterben des gesamten Gehirns sind wir hier allemal auf der sicheren Seite und können diesen Zustand zuverlässig und rasch testen. Leere Körperhüllen umgekehrt als lebende Menschen anzusehen, obwohl diese Leere sicher und zeitgleich feststellbar ist, scheint eine bizarre Verrenkung des gesunden Menschenverstandes oder aber eine zu achtende weltanschauliche Sondermeinung zu sein. Mehr nicht. Bei dieser Anhörung gewinnt man den Eindruck, es geht bei der Hirntodproblematik vor allem um einen Konflikt zwischen der Würde der Hirntoten und den Interessen möglicher Organempfänger als den Nutznießern solcher Würdeverletzungen. Eine solche Wahrnehmung aber ist bereits durch die Gehirntodablehner präjudiziert. Was hier verletzt werden

könnte, ist dann jedenfalls ein sehr abstrakter Würdebegriff. Die Eingriffe in die Integrität des Sterbens, vor denen gewarnt wird, sind Eingriffe in eine Integrität höchst idiosynkratischer und abstrakter Natur, nicht zu vergleichen mit herkömmlichen Vorstellungen von Integritätsverletzungen, wie das Abschieben von Sterbenden in Badezimmer oder die Benutzung Sterbender als Versuchsobjekte. Die Uneinigkeit über Todesvorstellungen und Kriterien erfordert einen guten, einen sicheren Minderheitenschutz. Eine erweiterte Zustimmungsregelung kombiniert mit einem zentralen Melderegister scheint mir hierfür ausreichend. Sollten politische Faktoren am Ende doch zu einer engen Zustimmung führen, so hielte ich dann die Einführung einer immer wieder diskutierten Erklärungspflicht zu Lebzeiten für absolut zwingend.

**SV Prof. Dr. Schreiber:** Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren. Lassen Sie mich aus meiner schriftlichen Stellungnahme nur einige Stichworte vortragen. Erstens: Der sogenannte klinische Tod kann für die Explantation nicht als entscheidendes Kriterium angesehen werden. Es müßten sich im Zusammenhang mit der Transplantation weit mehr Einwände gegen diesen klinischen Tod als gegen den Hirntod richten. Erstaunlicherweise wird der klinische Tod von den Hirntodgegnern als der verlässlichere, als der richtigere oder „anständigere Tod“ angesehen. Ich muß Bedenken gegen den Entwurf des Gesetzes insofern geltend machen, als für Entnahmen von Organen in zeitlicher Nähe zum Tode auf diesen sogenannten klinischen Tod, also den Stillstand von Kreislauf und Atmung, abgestellt werden soll. Denn dieser Ausfall von Kreislauf und Atmung kann durch künstliche Beatmung für längere Zeit überbrückt werden. Er kann, sofern die Beatmung innerhalb der Ischämiezeit des Gehirns erfolgt, also innerhalb einiger Minuten, später auch wieder zu normaler Atmung, zu normalen nicht künstlich aufrechterhaltenen Lebensfunktionen kommen. Wollte man weiter mit dem klinischen Tod arbeiten, so wäre bei Stillstand von Kreislauf und Atmung der Mensch bereits tot. Eine Behandlungspflicht des Arztes entfielen schon deshalb, eine Reanimation stünde dann auch in seinem Belieben.

Im sogenannten ersten internationalen Workshop über die sogenannten non-heart-beating-donors, die Spender mit nicht mehr schlagendem Herzen, in Maastricht Ende März dieses Jahres, ging es um die Frage, ob und unter welchen Bedingungen eine Organentnahme bei Herzstillstand etwa nach schweren Unfallverletzungen oder am Ende einer Krankheit mit infauster Prognose zulässig sein kann. Verschiedene Gruppen aus Amerika, England und Holland sowie aus der Schweiz einigten sich in These 5 der Resolution von Maastricht, eine Explantation dürfe dann beginnen, wenn nach erfolgloser Wiederbelebung eine Wartezeit von zehn Minuten verstrichen sei. Weshalb geschah das? Das geschah deshalb, weil man, wie die Diskussionen ergaben, davon ausging, nach zehn Minuten Kreislaufstillstand sei inzwischen der Hirntod eingetreten, eine wohl medizinisch bisher nicht belegte Angelegenheit, weil hier offenbar unterschiedliche Auffassungen über die Dauer der

Wiederbelebungsmöglichkeiten des Gehirns bestehen.

Wesentlich ist aber, daß hier in der Begründung auf den Hirntod als die sichere und verlässliche Zäsur zwischen Leben und Tod zurückgegangen wurde. Wann nämlich Irreversibilität des Kreislaufs gegeben ist, das kann nur durch Rückgriff auf den Hirntod festgestellt werden. Ich habe insofern also Bedenken gegen die Formulierung des jetzigen § 15, in dem die Methode der Feststellung des klinischen Todes neben den Hirntod gestellt wird. Der Hirntode ist, das haben Sie heute hier von vielen gehört, weit definitiver tot als der bloß klinisch Tote. Daß der Tod einen Prozeß darstellt, weiß man seit langem. Aber der Hirntod ist nach allem, was wir hören konnten, die entscheidende Zäsur.

Es wird nun behauptet, der Tod des gesamten Gehirns lasse sich gar nicht feststellen. Es könne noch Restaktivitäten geben. Der Sachverständige Geisler hat Feststellungen solcher Restaktivitäten einzelner Zellgruppen heute wiedergegeben. Dazu hat Geisler, heute auch als Sachverständiger geladen – er ist aus Krankheitsgründen heute nicht da –, bereits 1972 ausgeführt, beim Hirngesamtod könne es nicht etwa auf die vollständige und absolute Hirnnekrotisierung und das Ende aller Zellaktivitäten ankommen. Auch für das Gehirn sei nicht der Untergang der allerletzten Zelle und aller Zellverbände wesentlich. Es genüge der endgültige, nicht mehr reparable Funktionsausfall des Gehirns. Das kann mit den gegenwärtig verwendeten Methoden mit aller erforderlichen Verlässlichkeit festgestellt werden.

Der entscheidende Einwand gegen den Hirntod als Explantationskriterium geht nun dahin, die Hirntoten lebten in Wirklichkeit noch. Es wird freilich allenthalben von den Hirntodkritikern eingeräumt, daß der Hirntod eine entscheidende Zäsur darstellt. Er erlaube die sichere Prognose, daß der Betroffene nie wieder in einen Wachzustand zurückkehren werde, da die Funktion seiner Organe nur mit Mitteln der Intensivmedizin für eine Zeit lang künstlich aufrecht erhalten werden könne. Das sei aber noch Sterben und nicht Tod.

Es wird freilich allgemein von den Hirntodgegnern gefolgert, daß es keinerlei Lebenserhaltungspflicht des Arztes nach der Feststellung des Hirntodes mehr gebe, es gebe sogar keine Rechtfertigung für eine weitere Behandlung, weil diese nur eine Verlängerung des Sterbeprozesses darstelle. Daher sei der Abbruch der künstlichen Behandlung Pflicht.

Wann nun Tod angenommen werden solle, darüber gehen die Meinungen der Hirntodkritiker auseinander. Ausdrücklich wurde bisher nicht verlangt, daß für die Annahme des Todes das Ende der Tätigkeit aller Organe und Zellen eines Organismus gegeben sein müsse. Man hat mir gestern gesagt, es war ein Hirnforscher, daß man noch bei Ötzi im Magen lebende Enzyme gefunden habe. Das kann in diesem Sinne die letzte Zelle wirklich nicht sein. Herr Dörner hat auf das Ende der Blutzirkulation abgestellt. Da kann man nur warnen. Das ist kein verlässliches Kriterium.

Frau Däubler-Gmelin hat in der Zeitung den vollständigen Stillstand von Herz-, Kreislauf- und Hirnfunktion – kurz aller Körperfunktionen –, also offenbar einen Hirntod und einen klinischen Tod, mit auch noch sonstigen Bedingungen als Kriterium gefordert. Welche Bedingungen noch?

Herr in der Schmittgen gefolgt von Bischof Huber will den unumkehrbaren Zusammenbruch der Funktionseinheit Organismus als Tod ansehen. Der Sterbeprozess des Organismus sei erst eingetreten, wenn Lebensprozesse nur noch auf der Ebene einiger Organe und Zellen lägen. Im Ergebnis kommt das dann auf den irreversiblen Kreislaufstillstand als entscheidenden und frühesten Zeitpunkt für den Zusammenbruch des Organismus heraus.

Wann aber diese Irreversibilität gegeben ist, kann, wie die Bemühungen etwa gerade der Non-heart-beating-donor-Gruppen zeigen, nur vom Hirntod her bestimmt werden. Dann erst ist der Kreislaufstillstand wirklich irreversibel. In gewisser Weise ist es aber verständlich, daß die Hirntodgegner sich gar nicht ernsthaft um einen schlüssigen Begriff für den Zeitpunkt des Todes bemühen. Sie verwenden den Hirntod selbst für die Zwecke der Transplantation als Anlaß, dem sie dann noch die individuelle Zustimmung des Betroffenen als Rechtfertigungsgrund hinterher-schieben. Der Sache nach geht es darum, wie der Hirntote in der ohne künstliche Beatmung ganz kurzen, durch die künstliche Beatmung aber verlängerbaren, Phase nach dem endgültigen Funktionsausfall des Gehirns bis zum restlosen Ausfall aller Vitalfunktionen behandelt werden soll. Die entscheidende Frage geht dahin, ob in dieser Phase nicht nur alle Behandlungen unterbleiben dürfen oder sogar müssen, sondern ob Organe zur Transplantation entnommen werden dürfen. Das bejahen die Hirntodgegner erstaunlicherweise und lassen bei Vorliegen einer persönlichen individuellen Einwilligung die Explantation zu.

Offenbar soll, das klang heute mehrfach an, eine Hirntoddiagnostik als Voraussetzung für die Explantation erfolgen. Ich komme damit zu Ziffer 1.8 des Fragenkataloges. Obwohl die Hirntoten Lebende sein sollen, dürfen ihnen Organe nach den Kriterien der Hirntodkritiker auch mit der Folge entnommen werden, daß dadurch der endgültige Tod – gemeint ist offenbar der Herz- und Kreislaufstillstand – eintritt. Begründet wird das auf eine ganz eigenartige Weise, Frau Schöne-Seifert hat eben schon darauf hingewiesen, ohne daß wir es abgesprochen hätten: Der hirntote Mensch habe einen Anspruch auf Abbruch der Intensivbehandlung mit der Folge des baldigen Todeseintrittes, daher stehe ihm die Befugnis zu, für sich eine andere Todesart – konkret das Sterben durch Organtransplantation – zu wählen. Es handele sich eigentlich – so hat es Hölling vorhin gesagt – um eine Lebensverlängerung durch Beatmung bis dann schließlich ein Organ entnommen wird und der Mensch stirbt. Das halte ich für ein nicht akzeptables juristisches Kunststückchen. Daraus, daß man nicht früher die Beatmung eingestellt hat, ergibt sich überhaupt nicht die Befugnis, nun durch aktives gezieltes Handeln, ein Leben zu beenden, ein Leben, das man zuvor als schutzwürdiges Leben von Hirnto-

ten erklärt hat. Das alles reimt sich nicht zusammen. Es steht auch im Gegensatz zum geltenden Recht, es verletzt das Tötungsverbot.

Eine Tötung auch auf ausdrückliches Verlangen verbietet der derzeitige § 216 StGB. Nun könnte man diese Bestimmung, wenn die Verfassung nicht dagegen stünde, ändern. Wenn der Zustand der Hirntoten vom Würdeprinzip her so absolut geschützt ist, wie es vorhin angenommen worden ist, dann würde auch eine Einwilligung des Betroffenen nicht in diese Würdeverletzung eingreifen. Das ist ein Widerspruch in sich. Ich muß mich überhaupt in diesem Zusammenhang gegen die Alternative wehren, die Bischof Huber vorhin aufgestellt hat, als gehe es bei der Transplantation um die Grundposition zweier unterschiedlicher Ethiken, nämlich einer Ethik bloßer Interessen, die aus einer bestimmten utilitaristischen Richtung her kommt, und einer Ethik der Würde und der Person. So nachdrücklich ich Bischof Huber in dieser Position unterstütze, so falsch ist es, und so zurückzuweisender ist es, der Transplantation eine Verletzung der Würde vorzuwerfen und vorzuhalten. Ich meine, daß die Ethik der Explantation keine Verletzung der Würde darstellt.

In der Sache zeigt die vorgeschlagene Lösung, daß das angebliche mit Würdeschutz gesicherte Leben der Hirntoten von den Hirntodgegnern auch als ein Leben minderer Qualität angesehen und behandelt wird, verfügbares Leben wird. Hirntote leben danach in einem status quo minus, das ist kein eigentlich uneingeschränktes Leben mehr, wenn es keinen Schutz gegen einen Behandlungsabbruch hat und auf Einwilligung hin beseitigt werden kann.

SV Prof. Dr. Dörner: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren. Um es gleich vorweg zu sagen, ich gehöre zu derjenigen Fraktion, die den Hirntod nicht mit dem Tod des Menschen gleichsetzt. Ich habe mir vorgenommen, mich in dieser mündlichen Stellungnahme auf wissenschaftstheoretische Aspekte zu beschränken, damit Sie nicht von allen Sachverständigen vielleicht dasselbe hören.

Ich denke, daß das Parlament immer gut beraten war und ist, erst jetzt in die Frage der Gesetzgebung einzutreten bezüglich des Umstandes, daß erst jetzt so viele Erfahrungen vorliegen, daß jetzt intensiv das Pro und Contra der Voraussetzung für die Gleichsetzung Hirntod – Tod geschaffen werden kann. Jede wissenschaftliche Aussage ist immer in der Gefahr, interessenbedingt zu sein. Das gilt selbstverständlich auch für naturwissenschaftliche Aussagen, und jede wissenschaftliche Aussage, gerade eben auch die medizinische Aussage, hat gewissermaßen ihre Halbwertszeit. Das heißt eine Zeit, wo sie in ihrer Akzeptanz zunimmt, dann erreicht sie einen Zenit, und dann kommen die Einschränkungen der Indikation, die Fragwürdigkeit Wirkung – Nebenwirkungen zum Zuge, so daß dann die kritische Überprüfungsphase einzusetzen hat. Daß dieses bei der Frage der Organtransplantation eine lange Halbwertszeit gewesen ist, versteht sich von selbst, weil es mit der Faszination sowohl der Mediziner für ihre Möglichkeiten als auch der Gesellschaft zusammenhängt, daß man sterbenden oder todgeweihten Menschen durch Ersatz eines

Organs helfen kann. Das mußte so lange dauern. Auf der anderen Seite sind die Zeichen unüberhörbar, insbesondere von den unmittelbar Betroffenen. Das sind die Angehörigen, das sind insbesondere die Schwestern, die immer skeptischer sind, ob sie, wenn sie dort tätig sind, richtig handeln, ob sie das mit ihrem Gewissen vereinbaren können, und es sind insgesamt auch die Krankenhäuser, die zunehmend den Eindruck haben, daß die wissenschaftliche Legitimation, auf deren Basis sie handeln, eine falsche ist und deswegen revidiert werden muß, ohne daß deswegen die Organtransplantation in Gefahr gerät. Im Gegenteil. Mit einer anderen wissenschaftlich begründeten Wahrheit kann auch das Vertrauen, das verlorengegangen ist, wieder hergestellt werden oder möglicherweise auch noch verstärkt werden.

Wieso sage ich, daß die Gleichsetzung von Hirntod und Tod nicht möglich ist, sondern eine Möglichkeit nur darstellt, die den Beginn des Sterbeprozesses bedeutet.

Erstens: Es ist wissenschaftlich nicht zulässig – naturwissenschaftlich nicht zulässig –, vom Bewußtseinsverlust im vollen Sinne des Wortes zu reden, weil Bewußtsein etwas ist, was im strengen naturwissenschaftlichen Sinne nicht beobachtet werden kann und deswegen nicht allein von Naturwissenschaftlern bewertet werden kann.

Zweitens: Es ist wissenschaftlich nicht zulässig, vom Verlust der zentralen Steuerung insgesamt zu sprechen, weil es selbstverständlich Wechselbeziehungen zwischen Organismus und Umwelt auch nach dem sogenannten Hirntod gibt.

Drittens: Es ist wissenschaftlich nicht zulässig, vom Verlust aller Hirnfunktionen zu sprechen, weil einerseits einige Hirnfunktionen nachweisbar sein können und andererseits über Hirnfunktionen, die durch die vorgenommenen Messungen gar nicht gemessen werden können, auch keine Aussage gemacht werden kann. Das ist einer der Gründe – vermute ich jedenfalls –, warum die Engländer pragmatischer und vielleicht auch bescheidener als wir dann eigentlich nur davon sprechen, der irreversible Verlust der Atmungsfähigkeit ist gegeben und das sei das entscheidende Kriterium. Das dürfte dann wohl auch zutreffen.

Viertens: Es ist wissenschaftlich nicht zulässig, wie der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer es tut, den Tod als ein biologisches Phänomen schlechthin zu bezeichnen und dieses noch in einer rationalen Welt stattfinden zu lassen, weil mit beiden Definitionen eine ganze Menge ausgeklammert ist, was für den Alltag der betroffenen Menschen von entscheidender Bedeutung ist. Seit etwa 70 Jahren ist es eigentlich üblich, daß sowohl die Philosophie als auch jede Wissenschaft mit einer phänomenologischen Beschreibung des Gegenstandsbereichs beginnt, um den sie sich kümmern will, bevor sie dann zu Hypothesen wissenschaftlicher Art kommt. Dies ist hier nicht erfolgt oder zu wenig erfolgt – gewissermaßen ist diese Phase übersprungen.

Fünftens: Da es nun auch wissenschaftlich nicht zulässig ist, von einem irgendwie gearteten metaphysi-

schen Konsens zu sprechen – weil wir den nicht haben – bleibt uns dadurch und wegen der phänomenologischen Erfordernisse nur möglich, von der praktischen Erfahrung, die einzelne Menschen, betroffene Menschen, machen, auszugehen und daraus Schlußfolgerungen zu ziehen, ganz egal welche Fähigkeiten oder Unfähigkeiten wir dann noch mit wissenschaftlichen Mitteln darauf aufbauen. Die Erfahrung ist, daß im Leib eines anderen Menschen der andere mir in seiner Unverfügbarkeit gegeben ist und gewissermaßen mich genau dadurch verpflichtet, mit ihm verantwortlich umzugehen. Diese beziehungsethische Setzung, die sich aus praktischer und alltäglicher Erfahrung speist, ist genau das, wo Ärzte immer zu neigen, dies zu überspringen und da nur eine entscheidungsethische Analyse vorzunehmen, die gewissermaßen nur noch die technische Endstrecke des jeweiligen Prozesses berücksichtigt.

Sechstens: Es ist wissenschaftlich unzulässig, sich von der zugrundegelegten Definition von Eigenschaften und Fähigkeiten abhängig zu machen, sondern es ist erforderlich, von der praktischen Erfahrung der Existenz beteiligter Menschen auszugehen, weil man sonst in der Relation zwischen Wert und Würde eine Umkehr vornehmen würde und den Wert als wesentlicher als die Würde erachten würde.

Siebtens: Dieses wird insbesondere erfahren von denen, die am nächsten dran sind, das sind einmal die Angehörigen, das sind zum anderen die Pflegenden, die gar nicht anders können, als mit einem sogenannt hirntot definierten Menschen die Sterbegleitung zu beginnen, und deswegen in Schwierigkeiten geraten, wenn auf der anderen Seite jetzt die Frage der medizinischen Verwendbarkeit dieses Menschen und seines Körpers zur Debatte steht.

Da dies nach meiner Ansicht so ist, kann nur die enge Zustimmungslösung möglich sein, wobei ich – mir ist das Votum des Verbandes der Dialysepatienten bekannt geworden – es für durchaus denkbar halte, daß, weil man in diesem Punkt dann nur von der persönlichen Selbstbestimmung ausgeht, weil es ein Eingriff in höchstpersönliche Angelegenheiten ist, was schon deswegen – auch verfassungsrechtlich – gar nicht durch Dritte ersetzbar ist, daß man dieses gewissermaßen dadurch ausgleicht, und das Votum des Verbandes für Dialysepatienten besagt es auch, daß jeder Bundesbürger unter dann noch zu definierenden Umständen zu Lebzeiten vor die Frage gestellt werden sollte, ob er zu spenden bereit ist oder nicht.

Abschließend würde ich ganz gerne ein Zitat des Professor Ebbrecht von der Evangelischen Akademie Iserlohn bringen, weil es die Problematik in einen – ich sage einmal – politischen oder politikwissenschaftlichen Raum reinbringt, was für den Gesetzgeber vielleicht auch nicht ganz verkehrt sein könnte. Er schreibt: An dieser Stelle verknüpft sich die Diskussion über Organtransplantation mit der gegenwärtigen Kommunitarismusdebatte und der Grundwertediskussion in den USA. Am Beispiel der Organtransplantation kann gezeigt werden, daß der Liberalismus (Freiheits- und Selbstbestimmungsrechte des einzelnen, die vom Staat zu schützen sind durch Abwehrrechte) und der Kommunitarismus (Verantwort-

tion für die Gemeinschaften, in denen wir leben und ohne die wir nicht wären, was wir sind), also daß Liberalismus und Kommunitarismus nicht, wie immer behauptet wird, sich quasi ausschließen, sondern sich eben sehr gut ergänzen können, denn nur auf der Werterfahrung von Solidarität ist Freiheit lebbar, muß sie aber auch ermöglicht werden, damit sie nicht zum Totalitarismus wird. Vielen Dank.

**SV Prof. Dr. Gallwas:** Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren. Ich möchte aus meiner Stellungnahme fünf Punkte aufgreifen und zu denen kurz sprechen. Der erste Punkt: Es ist nicht Sache des Staates zu entscheiden, wann das Leben des Menschen endet, ob also der Hirntote schon ein Toter oder noch ein Sterbender ist. Wohl aber ist es Sache des Staates festzulegen, welche Rechtsfolgen an bestimmte tatsächliche Voraussetzungen geknüpft werden dürfen. Mögen die Naturwissenschaften und die Erkenntnistheorie über die richtige Todesfeststellung streiten. Der Staat muß darüber entscheiden, welche rechtlichen Konsequenzen aus welchen Ereignissen jeweils zu ziehen sind.

Der zweite Punkt: Die Frage der Folgen ist mitnichten bereits entschieden, wenn man sich entweder auf den Hirntod oder auf den Herzkreislaufftod festgelegt hat. Der Staat kann nämlich die Phase zwischen dem Hirntod und dem Herzkreislaufftod sowohl dem Bereich des Todes wie dem Bereich des Lebens zuordnen, notfalls im Wege der Fiktion. Er kann aber auch einen besonderen Zustand einer besonderen Regelung unterwerfen. Ausschlaggebend ist insoweit der verfassungsrechtliche Rahmen und innerhalb diesem die politische Entscheidung der parlamentarischen Gremien. Eine so wichtige Frage wie die, ob und unter welchen Voraussetzungen jemandem Organe entnommen werden dürfen, muß durch Gesetz entschieden werden. Es besteht hier im Gegensatz zu früher ein Regelungsbedarf, und der unterliegt dem Gesetzesvorbehalt.

Dritter Punkt: Das Verfassungsrecht bietet für unsere Fragen zwei Maßstäbe. Nämlich einmal das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit und zum anderen den postmortalen Persönlichkeitsschutz. Sieht man den Hirntoten wie die Kritiker des Hirntodkonzepts noch als Sterbenden an, so stellt sich die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sich die Organentnahme mit dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit vereinbaren läßt. Folgt man dagegen dem Hirntodkonzept, so steht man vor der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang sich die Organentnahme mit dem postmortalen Persönlichkeitsrecht verträgt. In beiden Fällen verweist das Verfassungsrecht auf Abwägungsprozesse. Das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit steht unter Gesetzesvorbehalt. Der Gesetzgeber darf also zur Verwirklichung legitimer Gegeninteressen im Rahmen des Übermaßverbotes zu Eingriffen ermächtigen. Das postmortale Persönlichkeitsrecht ist eine Konkretisierung der Achtung und Schutzpflicht des Staates gegenüber dem Verstorbenen. Im Vorgang der Konkretisierung sind die jeweiligen Interessen auszumachen, zu bewerten und aufeinander abzustimmen.

Mein vierter Punkt – Abwägungsgesichtspunkte: Das Interesse desjenigen, der auf ein Transplantat angewiesen ist, wird durch das Verfassungsrecht und zwar durch das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit in Schutz genommen, und zwar in Form der leistungsrechtlichen Dimension dieses Grundrechts. Damit ist jedoch noch nichts über die Intensität eines solchen Schutzes gesagt, zumal nicht über einen Vorrang dieses Interesses im Verhältnis zu anderen Interessen. Aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit selbst folgt zumal kein Recht des einzelnen gegen den Staat auf Verschaffung eines Transplantats im Wege einer Begründung staatlicher Duldungspflichten gegenüber Betroffenen. Solange der Spender noch im Sterben liegt, würde einem solchen Recht dessen Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit entgegenstehen, zwei Grundrechte, die wie Lokomotiven gegeneinander stehen. Das Recht auf Leben des einen findet nämlich eine überwindliche Schranke am gleichen Recht des anderen.

Dem Staat ist es wegen der Verfassung verwehrt, menschliches Leben zu bewerten und je nach dem Ausgang der Bewertung das Grundrecht des einen dem Grundrecht des anderen zu opfern. Verfassungsrechtlich besteht insoweit ein Differenzierungsverbot. Der rechtliche Schutz für das Leben darf nicht zur Funktion des individuellen Lebenswerts oder gar der besseren Überlebenschance des anderen gemacht werden. Verfassungsrechtlich unbedenklich wäre es hingegen, wenn der Staat sein allgemeines Tötungsverbot für den Fall zurücknehmen würde, daß sich jemand bereit findet, nach dem Hirntod als Organspender zur Verfügung zu stehen. Wenn der Staat also dem Spender erlaubte, soweit auf den Rechtsschutz für Leben und körperliche Unversehrtheit zu verzichten.

Sieht man den Spender andererseits als tot an, so hat zwar das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit seinen Gegenstand und damit auch seinen Widerstand verloren, an seine Stelle tritt jedoch die Schutzpflicht des Staates für den Verstorbenen. Ihr Gegenstand, der Gegenstand dieser Schutzpflicht, ist einmal der Respekt vor der Selbstbestimmung des Verstorbenen und die Wahrung der Integrität seines Körpers. Dieser Schutz ist um so intensiver, je kürzer der Todeszeitpunkt zurückliegt. Läßt man den Schutz des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit mit dem Hirntod enden, so ist immerhin der postmortale Persönlichkeitschutz in der Phase bis zum Herzkreislaufftod besonders hoch. Sein Gegenstand ist, wie gesagt, die Integrität des Körpers, bei dem nach Eintritt des Hirntodes die Herzkreislauf-funktionen künstlich aufrecht erhalten werden. Verfassungsrechtlich geht also der Unterschied im Schutz des nach dem Hirntod noch Sterbenden gegenüber dem bereits durch den Hirntod Verstorbenen gegen Null. Das bedeutet, daß man in der Phase zwischen Hirntod und Herzkreislaufftod stets darauf abzustellen hat, ob der Verstorbene zu Lebzeiten eine entsprechende Disposition für den Fall seines Hirntodes getroffen hat

Damit ist man in beiden Fällen bei einer engen, nämlich auf den erklärten Willen des Verstorbenen abstel-

lenden Zustimmungslösung. Hiervon darf selbst dann nicht abgewichen werden, wenn der Verstorbene von seinem Selbstbestimmungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat, wenn er weder widersprochen noch zugestimmt hat. Denn dies würde bedeuten, daß man sein Selbstbestimmungsrecht, das eben auch die Möglichkeit einschließt, sich aus welchen Gründen auch immer nach keiner Seite festzulegen, zur Disposition Dritter stellt. Dies wäre allenfalls hinnehmbar, wenn es einen Erfahrungssatz gäbe, wonach derjenige, der sich nicht ausdrücklich gegen eine Organspende ausspricht, in dieser Hinsicht an der Integrität seines Körpers nach dem Tode kein Interesse mehr habe. Davon kann jedoch in unserer Gesellschaft keine Rede sein. Die Substituierung einer fehlenden Erklärung des Verstorbenen durch eine entsprechende Erklärung der Angehörigen oder gar durch deren Verzicht auf einen ausdrücklichen Widerspruch ist daher nichts anderes als eine wenn auch altruistisch motivierte Bevormundung des einzelnen durch den Staat. Aus dem Verfassungsrecht folgt somit nach meinem Dafürhalten eine Beschränkung des Gesetzgebers auf die enge Zustimmungslösung. Allenfalls könnte man, eben weil nach dem Verfassungsrecht die Organentnahme so eng mit dem Selbstbestimmungsrecht des davon Betroffenen verkoppelt ist, dann eine Ausnahme zulassen, wenn der Betroffene einen anderen ausdrücklich dazu ermächtigt, diese Entscheidung im Falle des Hirntodes für ihn zu treffen. Ich danke Ihnen.

**In der Anhörung des Rechtsausschusses vom 15. Januar 1997 führte der Sachverständige Prof. Dr. Höfling aus:**

Wenn man von der These ausgeht, daß der hirntote Patient, bei dem lebenswichtige Organe zu entnehmen sind, ein noch Lebender, wenn auch Sterbender, ist, stellt sich das in letzter Zeit problematisierte Thema, inwieweit die Entnahme, die damit letztlich die Tötung des Organspenders herbeiführt, verfassungsrechtlich zugelassen werden kann. Die vorliegenden Gesetzentwürfe gehen implizit von der Anerkennung einer Verfügungsbefugnis über den Sterbeprozess des Organspenders aus. Das ist auch aus meiner Sicht verfassungsrechtlich gewährleistet. Es kann heute im Blick auf die Rechtsprechung auch des Bundesverfassungsgerichts als gesicherte Erkenntnis der verfassungsrechtlichen Dogmatik angesehen werden, daß die in Artikel 2 Abs. 1 geschützte Selbstbestimmung auch den Grundsatz legitimiert, über grundrechtliche Positionen verfügen zu können. Insbesondere Grundrechtsbestimmungen, die personale Rechtsgüter schützen, nicht zuletzt auch Artikel 2 Abs. 2 enthalten so einen spezifischen Autonomiegehalt. Den anzuerkennen, jedenfalls für die ganz spezifische Konstellation der Entnahme lebenswichtiger Organe bei Hirntoten, ist verfassungsrechtlich durchaus akzeptabel. Wie der Staat und seine Rechtsordnung nämlich auf die autonom-individuelle Sterbeentscheidung je reagiert, hängt ab von der konkreten Ausprägung seiner verfassungsrechtlichen Schutzverpflichtung.

In dem hier zu erörternden speziellen Fall haben wir es aber mit einer Situation zu tun, bei der aufge-

zwungene Behandlungsmaßnahmen nach Hirntoddiagnose strikt zu unterbleiben haben. Therapeutisch kann dem Hirntoten in seinem Interesse nicht mehr geholfen werden. Mit der Hirntoddiagnose ist also ein Zustand erreicht, in dem es eigentlich geboten ist, weitere intensivmedizinische Maßnahmen zu unterlassen mit der Folge des unmittelbar eintretenden endgültigen Todes. In einer solchen Situation besteht also auch keine Pflicht des Staates, gegen den Willen des Betroffenen sein Leben zu verlängern. Andererseits besteht ein Recht des Betroffenen, den Sterbeprozess in seiner letzten Phase selbst bestimmen zu können und damit auf diese Art und Weise zu sagen, „ich bin einverstanden mit der Explantation lebenswichtiger Organe“, wenn das vorab erklärt worden ist. Vorab erklärt heißt, es wird zu gesunden Zeiten von einer einsichtsfähigen Person freiwillig erklärt. Um diese Freiwilligkeit valide zu machen, scheint mir eine entsprechende intensive Aufklärung über diesen Zustand wichtig, in der diese Entscheidung vollzogen wird. Das bedeutet im Kern eine enge Zustimmungslösung, von der ich allerdings annehme, daß sie im Blick auf die Entnahme lebenswichtiger Organe bei Kindern ergänzt werden kann durch eine stellvertretende Entscheidung der Eltern für ihre Kinder. Das scheint mir durch Artikel 6 Abs. 2 legitimiert. Darüber hinaus glaube ich, daß das in dem Modell von Abg. von Klaeden und anderen angesprochene „Botenmodell“ auch keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken unterliegt, wenn es prozedural abgesichert ist. Die Einschaltung Dritter in diese Entscheidungsphase, die allerdings nur einen anderweitig, d. h. nicht formell dokumentierten Willen des Betroffenen wiedergeben, muß so ablaufen, daß einigermaßen sichergestellt ist, daß keine Fremdbestimmung „durch die Hintertür“ stattfindet, also keine „erweiterte Zustimmungslösung“ platzgreift.

Der Ausschuss hat diese beiden Kernfragen intensiv erörtert. Diese waren auch Gegenstand einer Vielzahl von Gesprächen einer Reihe von interfraktionellen Arbeitsgruppen. Da sich keine von allen Gruppen getragene Lösung finden ließ, kam der Ausschuss einvernehmlich überein, diese Problemkomplexe nicht mehrheitlich im Ausschuss zu entscheiden. Er empfiehlt vielmehr dem Deutschen Bundestag, daß im Plenum eine entsprechende Entscheidung getroffen wird.

Mit großer Mehrheit stellte der Ausschuss fest, daß die Frage der Behandlung fetaler und embryonaler Gewebe nicht dem Regelungsbereich dieses Gesetzentwurfs unterliege. Diese Fragen sollten zu einem späteren Zeitpunkt im Zuge der Novellierung des Embryonenschutzgesetzes oder in einem speziellen Gesetz behandelt werden. Dies sei ein sehr komplizierter Sachverhalt, der bei den Beratungen des Transplantationsgesetzes – auch bei den Anhörungen – nur am Rande behandelt worden sei. Vor dem Hintergrund einer notwendigen intensiven Beratung dieser Problematik und im Interesse einer nun zügigen Verabschiedung des Gesetzentwurfs hielten die Ausschussmitglieder es nicht für sinnvoll, dies im Transplantationsgesetz zu regeln. Sie begrüßten das Votum des Rechtsausschusses, diesen Bereich spezialgesetzlich zu regeln und stimmten mehrheitlich einem entsprechenden Entschließungsantrag zu.



Die Mitglieder der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hielten dem entgegen, daß es in diesem Bereich einen dringenden Regelungsbedarf gebe. Die zur Zeit laufende Forschung in diesem Bereich spiele sich in einer rechtlichen Grauzone ab. Es drohe eine unkontrollierte Entwicklung, die durch diese bestehende Regelungslücke gefördert werde.

Es handele sich um fetales extrauterines Gewebe, das dem Regelungsbereich des Embryonenschutzgesetzes in keiner Weise unterliege. Es sei deshalb weder möglich noch sinnvoll, diesen Sachverhalt im Embryonenschutzgesetz regeln zu wollen. Sie waren nicht der Auffassung, daß dies spezialgesetzlich geregelt werden solle. Es sei durchaus möglich, dies ohne Verzögerung im Transplantationsgesetz zu regeln, wie zum Beispiel auch der Entwurf eines Transplantationsgesetzes ihrer Fraktion zeige. Sie brachten auch einen entsprechenden Änderungsantrag zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. ein, der allerdings keine Mehrheit fand. Ein Mitglied der Fraktion der SPD schloß sich dieser Auffassung an.

Den Vorschlag des Rechtsausschusses, in § 18 Abs. 2 des Gesetzentwurfs die Worte „oder Satz 2“ zu streichen, griff der Ausschuß für Gesundheit nicht auf.

Eine kurze synoptische Übersicht über den Inhalt der beiden Gesetzentwürfe und den drei Anträgen findet sich in Teil C.

Die Änderungsanträge enthalten im wesentlichen Präzisierungen und Klarstellungen vor allem datenschutzrechtlicher Art, die sich als Schlußfolgerungen der Anhörungen ergeben haben. Die Begründungen finden sich in dem besonderen Teil des Berichtes.

### B. Besonderer Teil

Soweit die Vorschriften des Gesetzentwurfs unverändert übernommen wurden, wird auf deren Begründung verwiesen. Zu den vom Ausschuß vorgenommenen Änderungen ist folgendes zu bemerken:

#### Zu § 1 Abs. 2

Klarstellung

#### Zu § 2 Abs. 1

Der neue Satz 3 ist eine Konkretisierung der Aufklärungspflicht nach Satz 1 und 2. Zur Erfüllung der Verpflichtung können die Unterlagen beispielsweise bei Ausgabe und Verlängerung der Krankenversicherungskarte (§ 291 SGB V) oder entsprechenden Versicherungsnachweisen der privaten Krankenversicherungsunternehmen versandt werden. In Betracht kommen auch eine entsprechende regelmäßige Veröffentlichung oder Beilage in den Mitgliederzeitschriften.

#### Zu § 2 Abs. 2

Die redaktionelle Präzisierung des Satzes 2 erstreckt die Regelung auch auf die Übertragung der Entschei-

dung. Der neue Satz 3 stellt klar, daß auch die Übertragung der Entscheidung vom vollendeten sechzehnten Lebensjahr an erklärt werden kann. Im übrigen wird die Regelung des bisherigen § 3 Abs. 1 Satz 2 im Interesse einer Zusammenfassung der Bestimmungen über die Erklärung zur Organspende an einer Stelle hierher übernommen.

#### Zu § 2 Abs. 3

Die Änderungen enthalten datenschutzrechtliche Präzisierungen unter Einbeziehung des automatisierten Verfahrens nach § 10 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Für die Weitergabe von Daten an die für die Datenschutzkontrolle zuständigen Stellen gilt § 24 Abs. 4 BDSG; insoweit bedarf es keiner Regelung für die Rechtsverordnung nach § 2 Abs. 3.

#### Zu § 6 a

Zur Erfüllung der Vorschriften der §§ 3 und 4 ist der Arzt, der eine Organentnahme beabsichtigt, auf Informationen über die nächsten Angehörigen angewiesen, zum Beispiel um zu klären, ob der mögliche Organspender in eine Organspende eingewilligt hatte oder ob der nächste Angehörige nach § 4 zustimmt. Die Vorschrift gibt dem Arzt einen entsprechenden Auskunftsanspruch. Die Regelung ist notwendig, um den datenschutzrechtlichen Anforderungen an das Auskunftsverlangen des Arztes Rechnung zu tragen. Das gilt insbesondere für den Fall, daß der Arzt den möglichen Organspender nicht behandelt hatte oder bei diesem der endgültige, nicht behebbare Ausfall der gesamten Hirnfunktion oder der endgültige, nicht behebbare Stillstand von Herz und Kreislauf nicht im Rahmen einer ärztlichen Behandlung aufgetreten ist. Der Auskunftsanspruch umfaßt alle zur Klärung der rechtlichen und medizinischen Voraussetzungen der beabsichtigten Organentnahme erforderlichen Informationen und gilt unabhängig von der Mitteilungspflicht der Krankenhäuser nach § 10 Abs. 4 Satz 2 für alle Organe, die dem Geltungsbereich des Gesetzes unterfallen. Soweit ein zur Auskunft Verpflichteter bereits selbst geklärt hat, ob eine Organentnahme zulässig ist, beschränkt sich der Auskunftsanspruch auf die Mitteilung des Ergebnisses der Klärung.

Mit der Auskunftspflicht nach Absatz 2 Nr. 1 bis 3 wird im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht (§§ 3 und 4 der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärzte) zugleich klargestellt, daß die Auskunftserteilung keine unbefugte Offenbarung ist. Auskunftspflichtig sind nach Nummer 4 auch Behörden, zum Beispiel die Staatsanwaltschaft, in deren Gewahrsam sich der Leichnam eines möglichen Organspenders befindet. Gleiches gilt nach Nummer 5 für von der Koordinierungsstelle beauftragte Personen, zum Beispiel Transplantationskoordinatoren, die häufig das Gespräch mit nächsten Angehörigen wegen einer möglichen Zustimmung zur Organspende führen.

**Zu § 7 Abs. 1**

Die Änderung des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 3 konkretisiert die Vorschrift im Interesse der Rechtssicherheit.

Die Änderung des Absatzes 1 Satz 2 berücksichtigt, daß die Formulierung „in besonderer persönlicher Verbundenheit“ das Sittliche dieser Verbundenheit zwischen Organspender und Organempfänger inhaltlich einschließt.

**Zu § 7 Abs. 2**

Die Änderungen in Absatz 2 Satz 1, 2 und 3 dienen der Klarstellung. Der neue Satz 4 in Absatz 2 soll sicherstellen, daß insbesondere die krankensicherungsrechtliche Absicherung des Spenders vor seiner Einwilligung geklärt ist.

**Zu § 7 Abs. 3**

Die Aufteilung des bisherigen Absatzes 3 Satz 1 in zwei Sätze ist eine Folgeänderung zur Präzisierung und Konkretisierung der Inkrafttretensvorschrift des § 24 Abs. 1 Satz 2. Die Einrichtung der Gutachterkommissionen erfolgt durch Landesrecht.

**Zu § 9 Abs. 2**

Die Ergänzung ist eine Klarstellung. Sie dient der Transparenz für den behandelnden Arzt und damit auch für den Patienten. Die Unterrichtungspflicht gilt auch, wenn der Patient auf Veranlassung der Vermittlungsstelle aus der Warteliste herausgenommen wird. Insoweit ist die entsprechende Unterrichtung des Transplantationszentrums durch die Vermittlungsstelle im Vertrag nach § 11 Abs. 4 zu regeln.

**Zu § 9 Abs. 2 Nr. 1 a**

Die Vorschrift stellt im Hinblick auf die Bedeutung der Aufnahme in die Warteliste für die Behandlungschance einer unter Umständen lebensrettenden Organübertragung klar, daß die Entscheidung über die Aufnahme nach medizinisch begründeten Regeln vorzunehmen ist, die unter medizinischen Gesichtspunkten für die Notwendigkeit der jeweiligen Arten von Organübertragungen und ihren Erfolg von Bedeutung sind. Die Regelung dient angesichts der Knappheit an Spenderorganen der Chancengleichheit nach Maßgabe medizinischer Kriterien. Sie schließt aus, die Aufnahme in die Warteliste von nichtmedizinischen, zum Beispiel finanziellen oder sozialen, Erwägungen abhängig zu machen. Die Bundesärztekammer kann in Richtlinien nach § 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 a den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste für die jeweiligen Arten von Organübertragungen näher feststellen.

**Zu § 9 Abs. 2 Nr. 5**

Die Ergänzung stellt klar, daß die Nachbetreuung von Lebend Spendern im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken einer Lebendspende (siehe § 7

Abs. 2 Satz 1) in die Maßnahmen zur Qualitätssicherung einzubeziehen ist.

**Zu § 9 Abs. 3**

Der neue Absatz 3 dient dem Schutz des Empfängers einer Augenhornhaut.

**Zu § 10 Abs. 1**

Die Ergänzung dient der Klarstellung, daß der Träger der Koordinierungsstelle von medizinisch-therapeutischen Leistungen, die nicht der Organübertragung dienen, unabhängig sein muß.

**Zu § 10 Abs. 1 Satz 2**

Redaktionelle Anpassung an die Terminologie des SGB V (siehe z. B. § 112 Abs. 5, § 115 Abs. 5, § 115 a Abs. 3 Satz 3 und § 115 b Abs. 1).

**Zu § 10 Abs. 2 Satz 1**

Siehe die Begründung zu § 10 Abs. 1 Satz 2.

**Zu § 10 Abs. 3**

Durch die Ergänzung des Satzes 1 wird klargestellt, daß auch Änderungen des Vertrages der Genehmigung bedürfen.

Durch den neuen Satz 2 wird klargestellt, daß sich die Genehmigung auf eine Rechtsprüfung des Vertrages beziehungsweise seiner Änderung beschränkt und keine fachliche Ermessensprüfung beinhaltet.

**Zu § 10 Abs. 3 Satz 3**

Siehe die Begründung zu § 10 Abs. 1 Satz 2.

**Zu § 10 Abs. 4 a**

Die Berichtspflicht dient dem Ziel, in der Öffentlichkeit mehr Transparenz über das Transplantationsgeschehen bei lebenswichtigen Organen herzustellen. Diese Transparenz ist eine wesentliche Grundlage für die gesellschaftliche Akzeptanz der Transplantationsmedizin sowie für gesundheitspolitische Entscheidungen auf diesem Gebiet der Hochleistungsmedizin.

**Zu § 11 Abs. 1 Satz 2**

Die Ergänzung dient der Klarstellung, daß der Träger der Vermittlungsstelle von medizinisch-therapeutischen Leistungen, die nicht der Organübertragung dienen, unabhängig sein muß.

**Zu § 11 Abs. 1 Satz 4**

Die Ergänzung des § 11 Abs. 1 Satz 4 enthält eine Klarstellung in Anlehnung an Artikel 6 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Danach wäre zum Beispiel die Vermittlung von Organen hingerichteter Strafgefangener wegen des Ver-

stoßes gegen wesentliche Grundsätze des deutschen Rechts (sogenanntes *ordre public*), insbesondere gegen die Menschenwürde (Artikel 1 Abs. 1 GG), das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 GG) und die Abschaffung der Todesstrafe (Artikel 102 GG), unzulässig. Demgegenüber ist die Vermittlung von Organen, die zum Beispiel in Belgien oder Österreich entsprechend den dort geltenden Rechtsvorschriften auf der Grundlage der Widerspruchslösung entnommen worden sind, zulässig, auch wenn diese Rechtsvorschriften von zwingenden Rechtsvorschriften eines deutschen Transplantationsgesetzes abweichen.

#### Zu § 11 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1

Die Neufassung stellt klar, daß die Art der von den Transplantationszentren zu meldenden Patientendaten in dem Vertrag festzulegen ist. Dazu gehört auch die Bestimmung, ob die Patienten namentlich zu nennen sind. Im übrigen enthält die Neufassung eine Präzisierung der Aufgaben der Vermittlungsstelle bei der Erfassung der Patientendaten in Wartelisten unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Erfordernisse.

#### Zu § 11 Abs. 4 Satz 2 Nr. 4

Redaktionelle Berichtigung.

#### Zu § 11 Abs. 5

Durch die Ergänzung des Satzes 1 wird klargestellt, daß auch Änderungen des Vertrages der Genehmigung bedürfen.

Durch den neuen Satz 2 wird klargestellt, daß sich die Genehmigung auf eine Rechtsprüfung des Vertrages beziehungsweise seiner Änderung beschränkt und keine fachliche Ermessensprüfung beinhaltet.

#### Zu § 11 Abs. 5 Satz 3

Siehe die Begründung zu § 10 Abs. 1 Satz 2.

#### Zu § 12 Abs. 2

Die Neufassung des Absatzes 2 dient der datenschutzrechtlichen Präzisierung von Zweck und Umfang der Zusammenführung der genannten Daten sowie ihrer gemeinsamen Verarbeitung und Nutzung durch die Koordinierungsstellen.

#### Zu § 12 Abs. 3

Die Änderungen in Absatz 3 Satz 1 und 3 stellen entsprechend § 4 Abs. 2 Satz 2 BDSG klar, daß die Einwilligung der Patienten in die Meldungen schriftlich erfolgen muß.

Die weitere Änderung des Absatzes 3 Satz 3 bezieht die Meldepflicht auf die für die Organvermittlung erforderlichen Patientendaten. Ob dazu auch eine namentliche Nennung der Patienten gehört, ist in dem Vertrag nach § 11 Abs. 4 zu regeln (siehe die neugefaßte Nummer 1 in § 11 Abs. 4 Satz 2).

Der neue Absatz 3 Satz 5 stellt im Hinblick auf § 4 Abs. 1 BDSG klar, daß bei Gefahr in Verzuge (zum Beispiel bei einem Patienten im Leberkoma) die Einwilligung auch nachträglich eingeholt werden kann.

#### Zu § 13

Die Ergänzung des Absatzes 1 Satz 1 ermöglicht eine Kontrolle der Einhaltung der Datenschutzvorschriften bei den genannten Stellen auch, soweit deren Datenverarbeitung nicht dateimäßig sondern in Akten erfolgt. Der neu hinzugefügte Satz 2 in Absatz 1 ermöglicht die gleiche lückenlose Datenschutzkontrolle bei Ärzten und anderen Personen, die – abgesehen vom Erklärenden – nach § 2 Abs. 3 a Auskunft erhalten haben oder an die eine solche Auskunft weitergegeben worden ist.

Die Ergänzung des Absatzes 2 Satz 1 dient der Vervollständigung des Schutzes personenbezogener Daten der Organspender und der Organempfänger. Der neu hinzugefügte Satz 4 enthält eine Klarstellung zur Reichweite der Zweckbindung nach Satz 3.

#### Zu § 14

Folgeänderung zur Aufteilung des § 7 Abs. 3 Satz 1 in zwei Sätze.

#### Zu § 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1

Klarstellung entsprechend § 5 Abs. 1 Satz 1.

#### Zu § 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 a

Folgeänderung zur Einfügung der Nummer 1a in § 9 Abs. 2.

#### Zu § 15 Abs. 2

Um im Zuge einer Konkretisierung durch Verfahren eine bessere Sicherung dafür zu treffen, daß die Vorgaben des § 9 Abs. 2 Nr. 1a und des § 11 Abs. 3 Satz 1 sachgerecht umgesetzt werden, bestimmt die neue Regelung, daß bei der Erarbeitung der entsprechenden Richtlinien auch Personen mit der Befähigung zum Richteramt sowie Personen aus dem Kreis der Betroffenen vertreten sein sollen. Die Vertretung durch Personen aus dem Kreis der Angehörigen trägt dem Umstand Rechnung, daß in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle die Entscheidung über eine postmortale Organspende durch Angehörige entsprechend dem mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders getroffen wird und einer transparenten, den Vorgaben des Gesetzes entsprechenden Regelung der Organvermittlung auch für die Entscheidung durch Angehörige große Bedeutung zukommt.

#### Zu § 16 Abs. 2

Auch der Empfänger trägt mit seiner Bereitschaft, für die Beschaffung entsprechender Transplantate möglicherweise ein hohes Entgelt zu leisten, zur Kommerzialisierung menschlicher Körpersubstanzen bei.

Ein solches Verhalten ist in gleicher Weise verwerflich wie das kommerzielle Verhalten des Spenders. Mit der Ergänzung wird dem berechtigten Anliegen im Hinblick auf die Zielsetzung des Entwurfs, eine gewinnorientierte Ausnutzung existentieller Notlagen von Menschen zu verhindern, entsprochen und das Verhalten des Empfängers in gleicher Weise wie das Verhalten des Spenders strafrechtlich geahndet.

Eine Strafbewehrung könnte den Empfänger durch das ihn treffende Strafrisiko davon abhalten, mit Organhändlern zusammenzuwirken und auch die für Organhändler sonst bestehende Möglichkeit, den Zugriff für die Strafverfolgungsorgane zu erschweren, zumindest einschränken. Dadurch wird auch der Schutz der in wirtschaftlichen Notlagen befindlichen Spender besser gewährleistet.

#### Zu § 17 Abs. 1

Siehe die Begründung zu § 16 Abs. 2.

#### Zu § 17 Abs. 1 a

Die Strafverschärfung gegenüber dem Strafrahmen des Absatzes 1 soll der Entstehung und Ausweitung eines illegalen Organhandels entgegenwirken. Zur Auslegung des Begriffs „gewerbsmäßig“ kann auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes zum Begriff der Gewerbsmäßigkeit im Betäubungsmittelrecht zurückgegriffen werden. Danach handelt gewerbsmäßig, wer sich durch wiederholte Tatbegehung eine fortlaufende Einnahmequelle von einiger Dauer und einigem Umfang verschaffen will (vergleiche BGHSt 1, 383; 19, 63, 76).

#### Zu § 17 Abs. 3

Zwar ist zu berücksichtigen, daß der Empfänger aufgrund seiner Erkrankung unmittelbar betroffen ist und das begehrte Organ möglicherweise im Einzelfall zur Lebensrettung dringend benötigt. Dieser gesundheitlichen Notlage des Erwerbers wird unter anderem durch die Anwendung des neuen § 17 Abs. 3 Rechnung getragen. Die Privilegierung des § 17 Abs. 3 gilt darüber hinaus auch für den eigennützig und damit auch tatbestandsmäßig handelnden Organspender, um die im Einzelfall gegebenen Motivationslagen dieses Täterkreises, der möglicherweise eigene wirtschaftliche Not oder auch gesundheitliches Leid eines schwerkranken Menschen abwenden will, gleichermaßen zu berücksichtigen.

#### Zu § 18 Abs. 2

Der Ausschuß ist bei seinen Beratungen zu dem Ergebnis gelangt, daß die Klärung des Konkurrenzverhältnisses der §§ 223 ff. StBG und § 18 Abs. 2 Transplantationsgesetz Rechtsprechung und Wissenschaft überlassen bleiben soll. Deshalb wird der in der Begründung zu § 18 Abs. 2 des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P. – Drucksache 13/4355 – enthaltene Hinweis auf das Verhältnis des § 18 Abs. 2 zu den Körperverletzungsdelikten nicht aufrecht erhalten.

#### Zu § 18 Abs. 3

Die Ergänzung des Absatzes 3 Satz 1 ist eine Folgeänderung zur Einfügung des § 2 Abs. 3 a und der Neufassung des § 12 Abs. 2.

#### Zu § 18 Abs. 6

Das Erfordernis des Strafantrags nach Absatz 6 des Gesetzentwurfs würde zu einer Erschwerung der Strafverfolgung führen, die mit der Zielsetzung des Absatzes 3 nicht zu vereinbaren wäre. Die Wahrung der Verschwiegenheit über die personenbezogenen Daten der Organspender und Organempfänger ist vorrangig im öffentlichen Interesse geboten. Hinzu kommt, daß in den Fällen des Absatzes 3 ein Antragsberechtigter unter Umständen überhaupt nicht vorhanden oder bekannt ist. Außerdem ist es den Betroffenen beziehungsweise Angehörigen angesichts der emotionalen Bedeutung einer Organspende und Organtransplantation oft nicht zuzumuten, innerhalb der Antragsfrist des § 77b StGB gegen die beteiligten Personen – zumeist Ärzte – wegen Verletzung der Schweigepflicht vorzugehen.

#### Zu § 20 Nr. 1

Durch die Änderung werden Augenhornhäute ebenso wie die vermittlungspflichtigen Organe Herz, Leber, Niere und so weiter aus dem Begriff des Arzneimittels im Sinne des Arzneimittelgesetzes und damit aus dessen Anwendungsbereich ausgenommen. Die Vorschrift trägt dem Umstand Rechnung, daß Augenhornhäute ebenso wie vermittlungspflichtige Organe nach der Entnahme nicht pharmazeutisch verändert oder konserviert werden, sondern bis zur Transplantation nur im ursprünglichen Zustand bewahrt werden können, ohne ihre Transplantierbarkeit zu beeinträchtigen. Insbesondere sind sie Verfahren zur Inaktivierung pathogener Keime nicht zugänglich und können nicht mit dem Ziel einer genormten Qualität bearbeitet und zum Gegenstand der Produkthaftung gemacht werden. Den Anforderungen an die zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen, die derzeit durch standardisierte, international abgestimmte Arbeitsrichtlinien der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Hornhautbanken verwirklicht werden, kann ebenso wie bei den vermittlungspflichtigen Organen durch Richtlinien der Bundesärztekammer nach § 15 Abs. 2 Nr. 3 Rechnung getragen werden.

Eine Unterstellung der Augenhornhäute unter die Vorschriften der §§ 8 bis 11 mit Ausnahme des § 9 Abs. 2 Nrn. 3 und 5 erscheint aus Gründen der Verhältnismäßigkeit nicht geboten. Regelungen der Zusammenarbeit zwischen den Hornhautbanken erscheinen insoweit ausreichend.

#### Zu § 21

Die Vorschrift schafft für die Nachbetreuung von Lebendspendern im Hinblick auf die gesundheitlichen Risiken einer Lebendspende den gleichen gesetzlichen Rahmen wie für die Nachbetreuung von Pa-

tienten, die Empfänger postmortal oder zu Lebzeiten gespendeter Organe nach § 8 Satz 1 sind.

#### Zu § 21a

§ 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b SGB VII sieht - wie schon § 539 Abs. 1 Nr. 10 RVO bis zum 31. Januar 1996 - vor, daß Personen, die Blut oder körpereigenes Gewebe spenden, kraft Gesetzes unfallversichert sind. Die Vorschrift verwendet die Bezeichnung „Gewebe“ als Oberbegriff für Organe, Organteile und Gewebe. Demgegenüber verwendet § 1 Abs. 1 des Gesetzentwurfs die Terminologie „Organe, Organteile und Gewebe (Organe)“. Im Interesse der Rechtsklarheit durch Verwendung einheitlicher Begriffe wird die Terminologie im SGB VII an die Terminologie im Transplantationsgesetz angepaßt. Eine

materielle Änderung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung ist damit nicht verbunden.

#### Zu § 24

Die Änderungen aktualisieren und konkretisieren die Daten zum Inkrafttreten und Außerkrafttreten. Die Änderung des Absatzes 1 Satz 2 stellt darüber hinaus klar, daß von den Vorschriften des § 7 Abs. 3 nur die Bestimmung über die gutachtliche Stellungnahme einer Kommission bei der Ärztekammer erst zwei Jahre später in Kraft tritt. Die Vorschriften über die nähere Regelung der Tätigkeit der Kommission durch Landesrecht sowie über die Teilnahme des Lebendspenders an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung sollen wie alle anderen Vorschriften des Gesetzes zu dem in Absatz 1 Satz 1 bestimmten Termin in Kraft treten.

## C. Synoptischer Überblick

## Synoptische Gegenüberstellung der Gesetzentwürfe und Anträge zur Organtransplantation

Themenbereich	Drucksache 13/4355 (Interfraktioneller Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.)	Drucksache 13/2926 (Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Anwendungsbereich	Entnahme menschlicher Organe zum Zwecke ihrer Übertragung auf andere Menschen; Übertragung der Organe; Vorbereitungsmaßnahmen für Eingriffe zur Organentnahme und -übertragung einschließlich organisatorischer Maßnahmen; Verbot des Organhandels; <b>nicht</b> für Blut und Knochenmark sowie embryonale und fetale Gewebe.	Entnahme von menschlichen Organen, Organteilen und Geweben (Organe); Übertragung von menschlichen Organen; <b>nicht</b> für Blut, Knochenmark, Ei- und Samenzellen.
Aufklärung	<b>Pflicht</b> der zuständigen Behörden und der Krankenkassen, die Bevölkerung über die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Organspende und die durch Organtransplantation mögliche Hilfe für schwerkranke Menschen aufzuklären.	<b>Anspruch</b> interessierter Personen auf umfassende Aufklärung über alle Fragen des Gesetzes, insbesondere über Chancen und Risiken für Organspender.
Erklärung zur Organspende, Organspendeausweis	<b>Formfreie Erklärung</b> zur Organspende (Einwilligung ab 16. Lebensjahr, Widerspruch ab 14. Lebensjahr); Muster für Organspendeausweis durch Verwaltungsvorschrift des BMG.	<b>Schriftliche Einwilligungserklärung</b> im Organspendeausweis (ab 16. Lebensjahr). Muster für Organspendeausweis durch Verwaltungsvorschrift des BMG.
Register	Angebot eines Registers für die Speicherung von Erklärungen zur Organspende (Errichtung durch RVO).	-

Drucksache 13/4355 (Interfraktioneller Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.)	Drucksache 13/4368 (Antrag der Abgeordneten Dreßler, Seehofer, Dr. Thomae, Zöller u. a.)	Drucksache 13/4114 (Antrag der Abgeordneten Dr. Wodarg, Dr. Däubler-Gmelin u. a.)	Drucksache 13/6591 (Antrag der Abgeordneten v. Klaeden, Dr. Götzer, Dr. Schmidt-Jortzig u. a.)	Drucksache 13/2926 (Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Themenbereich				
Bewertung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktion (Hirntod)				
Verfahrensrechtliche Vorgaben für die Feststellung des Hirntodes (2 unabhängige Ärzte, die den potentiellen Organspender unabhängig voneinander untersucht haben müssen). Die Regeln (Untersuchungen und Untersuchungsverfahren) zum Nachweis des Hirntodes sollen von der BÄK in Richtlinien entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft festgelegt und fortgeschrieben werden.	Der Hirntod ist ein sicheres Zeichen für den eingetretenen Tod des Menschen. Aus der Anerkennung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der gesamten Hirnfunktion als sicheres Todeszeichen folgt zugleich, daß der Ausfall nur von Teilen der Hirnfunktion (z. B. bei einem im dauerhaften Koma liegenden Menschen mit apallischem Syndrom oder bei Neugeborenen mit schwersten Mißbildungen des Gehirns, sog. Anenzephalie) nicht als Todeszeichen anzusehen ist.	Der Hirntod ist kein sicheres Todeszeichen, sondern markiert den Beginn eines irreversiblen Sterbeprozesses; der Tod des Menschen steht unmittelbar bevor.	Der Hirntod ist nicht als sicheres Todeszeichen und damit als Tod zu definieren. Nach dem Organtod des Gehirns ist das Leben des Menschen dem Tod zwar sehr nahe. Die reduzierte, aber zweifellos noch vorhandene Integrationsfähigkeit des Körpers eines Hirntoten spricht jedoch dafür, die Ganzheit des menschlichen Organismus noch nicht als endgültig zerbrochen anzusehen. Der Hirntod ist daher nur als Entnahmekriterium für eine Organtransplantation anzuerkennen.	Der Hirntod ist kein sicheres Todeszeichen, sondern markiert den Beginn eines irreversiblen Sterbeprozesses; hirntote Menschen leben. Bestimmte medizinische und medizintechnische Untersuchungen werden im Gesetz vorgegeben. Feststellung durch 2 unabhängige Fachärzte für Neurologie in jeweils einem Protokoll, das durch BMG vorgegeben werden soll.

Drucksache 13/4355 (Interfraktioneller Ge- setzentwurf der Fraktio- nen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.)	Drucksache 13/4368 (Antrag der Abgeordneten Dreßler, Seehofer, Dr. Thomae, Zöller u. a.)	Drucksache 13/4114 (Antrag der Abgeordneten Dr. Wodarg, Dr. Däubler-Gmelin u. a.)	Drucksache 13/6591 (Antrag der Abgeordneten v. Klaeden, Dr. Götzer, Dr. Schmidt-Jortzig u. a.)	Drucksache 13/2926 (Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN)
Themenbereich				
Enge / Erweiterte Zustimmungslösung				
<p>Der Arzt hat die näch- sten Angehörigen des Organspenders über die beabsichtigte Organentnahme zu unterrichten.</p>	<p>Erweiterte Zustim- mungslösung: Organentnahme kommt nur in Be- tracht, wenn zuvor der Tod des Organ- spenders festgestellt worden ist. Eine Organentnahme ist dann nur zulässig, wenn der Verstor- bene zu Lebzeiten eingewilligt hat oder – wenn keine Erklä- rung des Verstorbe- nen bekannt ist – die gesetzlich bestimm- ten nächsten Ange- hörigen zustimmen (sind keine Angehöri- gen vorhanden oder erreichbar, ist die Organentnahme unzulässig).</p>	<p>Enge Zustimmungs- lösung: Organentnahme kommt in Betracht, wenn zuvor der Tod anhand sicherer Todeszeichen fest- gestellt worden ist. Besonders empfind- liche Organe (z. B. Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeichel- drüse) können ent- nommen werden, wenn der Hirntod festgestellt worden ist. Eine Organentnahme ist nur zulässig, wenn der Organspender persönlich eingewil- ligt hat. Die Organ- spende von Kindern ist ein problemati- scher Ausnahmefall, in dem den Eltern ein stellvertretendes Ent- scheidungsrecht ein- geräumt werden sollte.</p>	<p>Enge Zustimmungs- lösung: Organentnahme kommt in Betracht, wenn zuvor der irre- versible Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Klein- hirns und des Hirn- stamms („Hirntod“)  festgestellt worden ist oder bei irreversibel eingetretenem Atmungs- und Kreis- laufstillstand, wenn von einem völligen Funktionsausfall des Gehirns auszugehen ist. Eine Organentnahme ist nur zulässig, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten eingewil- ligt und das 16. Le- bensjahr vollendet hat.</p>	<p>Enge Zustimmungs- lösung: Organentnahme kommt in Betracht, wenn zuvor der Tod anhand sicherer Todeszeichen fest- gestellt worden ist. Besonders empfind- liche Organe (z. B. Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeichel- drüse) können ent- nommen werden, wenn der Hirntod festgestellt worden ist. Eine Organentnahme ist nur zulässig, wenn der Organspender persönlich schriftlich eingewilligt hat. Bei unter 16jährigen Kin- dern sind die Eltern berechtigt, in eine Organentnahme ein- zuwilligen, sofern nicht der erkennbare oder ausdrückliche Wille des Kindes ent- gegensteht.</p>

Themenbereich	Drucksache 13/4355 (Interfraktioneller Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.)	Drucksache 13/2926 (Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
<p>Organisation und Durchführung der Organentnahme</p>	<p>Die Entnahme von Herz, Niere, Leber, Lun- ge, Bauspeicheldrüse und Darm bei Verstor- benen ist eine gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der ande- ren Krankenhäuser in regionaler Zusam- menarbeit. Die Spitzenverbände der Kran- kenkassen, die BÄK und die DKG errichten oder beauftragen für die Organisation dieser Aufgabe eine <b>Koordinierungsstelle</b>, deren Aufgaben in einem gemeinsamen Vertrag der Beteiligten geregelt werden sollen. Der Vertrag bedarf der Genehmigung durch das BMG. Kommt kein Vertrag innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten des TPG zu- stande, bestimmt das BMG durch RVO die Koordinierungsstelle und ihre Aufgaben.</p>	<p>Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die BÄK und die DKG errichten für die Orga- nisation der Entnahme, Vermittlung und Übertragung eine <b>Koordinierungsstelle</b>, de- ren Aufgaben in einem gemeinsamen Ver- trag der Beteiligten geregelt werden sollen. Der Vertrag bedarf der Genehmigung durch das BMG. Kommt kein Vertrag innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten des TPG zu- stande, bestimmt das BMG durch RVO die Koordinierungsstelle und ihre Aufgaben.</p>

Themenbereich	Drucksache 13/4355 (Interfraktioneller Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.)	Drucksache 13/2926 (Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Organisation und Durchführung der Organvermittlung	<p>Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die BÄK und die DKG errichten oder beauftragen für die Organisation dieser Aufgabe eine <b>Vermittlungsstelle</b>, deren Aufgaben in einem gemeinsamen Vertrag der Beteiligten geregelt werden sollen. Die Organe sind nach Regeln zu vermitteln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen (insbesondere Erfolgsaussicht und Dringlichkeit); die BÄK kann in Richtlinien den Stand der medizinischen Wissenschaft für die Regeln feststellen. Mit der Organvermittlung kann auch eine Einrichtung beauftragt werden, die ihren Sitz außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes hat und die Organe im Rahmen eines internationalen Organ-austausches unter Anwendung der Vorschriften des TPG für die Organvermittlung vermittelt; datenschutzrechtliche Vorschriften gelten entsprechend; eine angemessene Datenschutzaufsicht muß gewährleistet sein. Der Vertrag bedarf der Genehmigung durch das BMG. Kommt kein Vertrag innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten des TPG zustande, bestimmt das BMG durch RVO die Vermittlungsstelle und ihre Aufgaben.</p>	<p>Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die BÄK und die DKG errichten oder beauftragen für die Organisation dieser Aufgabe eine <b>Vermittlungsstelle</b>, deren Aufgaben in einem gemeinsamen Vertrag der Beteiligten geregelt werden sollen. Die Organe sind nach Regeln zu vermitteln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen (insbesondere Erfolgsaussicht und Dringlichkeit). Mit der Organvermittlung kann auch eine Einrichtung beauftragt werden, die ihren Sitz außerhalb des Geltungsbereiches dieses Gesetzes hat und die Organe im Rahmen eines internationalen Organ-austausches unter Anwendung der datenschutzrechtlichen Vorschriften des TPG vermittelt (mit Kontrollmöglichkeit des BfD).</p> <p>Der Vertrag bedarf der Genehmigung durch das BMG. Kommt kein Vertrag innerhalb von 2 Jahren nach Inkrafttreten des TPG zustande, bestimmt das BMG durch RVO die Vermittlungsstelle und ihre Aufgaben.</p>
Meldungen und Datenschutz	<p>Personenbezogene Daten des Organspenders sind von der Koordinierungsstelle durch anonyme <b>Kenn-Nummer</b> zu verschlüsseln. Die Kenn-Nummer wird mit medizinischen Daten der Vermittlungsstelle mitgeteilt und in Begleitpapiere für das Organ aufgenommen. Nach Entscheidung der Vermittlungsstelle wird das Organ mit Begleitpapieren vom Entnahmekrankenhaus an ausgewähltes Transplantationszentrum übermittelt. Zusammenführung der Angaben aus den Begleitpapieren und der personenbezogenen Daten ist nur zulässig, wenn gesundheitliche Gefährdung für den Organempfänger zu befürchten ist.</p> <p>Einwilligung des Patienten, der auf ein Organ wartet, für Meldung seiner personenbezogenen und medizinischen Daten an das Transplantationszentrum und die Vermittlungsstelle. <b>Verbot der Offenbarung</b> personenbezogener Daten von Spender oder Empfänger</p>	<p>Personenbezogene Daten des Organspenders sind von der Koordinierungsstelle durch anonyme <b>Kenn-Nummer</b> zu verschlüsseln. Die Kenn-Nummer wird mit medizinischen Daten der Vermittlungsstelle mitgeteilt und in Begleitpapiere für das Organ aufgenommen. Nach Entscheidung der Vermittlungsstelle wird das Organ mit Begleitpapieren vom Entnahmekrankenhaus an ausgewähltes Transplantationszentrum übermittelt.</p> <p>Zusammenführung der Angaben aus den Begleitpapieren und der personenbezogenen Daten ist nur zulässig, wenn gesundheitliche Gefährdung für den Organempfänger zu befürchten ist.</p> <p>Meldung eines Patienten, der auf ein Organ wartet, nur in anonymisierter Form an Vermittlungsstelle.</p> <p><b>Verbot der Offenbarung</b> personenbezogener Daten von Spender oder Empfänger.</p>



Themenbereich	Drucksache 13/4355 (Interfraktioneller Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.)	Drucksache 13/2926 (Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Lebendspende	<p>Nur von volljährigen, einwilligungsfähigen Personen. Nach eingehender Aufklärung durch 2 Ärzte (der zweite Arzt darf weder an Organentnahme noch -übertragung beteiligt sein).</p> <p>Nicht regenerierungsfähige Organe (z. B. Niere) nur zur Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher und sittlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen.</p> <p>Vor Entnahme gutachterliche Stellungnahme einer Kommission bei der Ärztekammer, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Einwilligung nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelstreibens ist; das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.</p> <p>Vor Entnahme auch erklärte Bereitschaft von Organspender und -empfänger zu einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung.</p> <p>Lebendspende nur, wenn kein geeignetes Spenderorgan eines Verstorbenen zur Verfügung steht.</p>	<p>Nur von volljährigen, einwilligungsfähigen Personen.</p> <p>Nach eingehender Aufklärung.</p> <p>Nur zur Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades.</p>
Verbot und Strafbarkeit des Organhandels	<p>Wer mit Organen, die einer Heilbehandlung zu dienen bestimmt sind, Handel treibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder Geldstrafe bestraft. Dies gilt nicht für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• die Gewährung oder Annahme eines angemessenen Entgelts für die zur Erreichung des Ziels der Heilbehandlung gebotenen Maßnahmen (z. B. für die Entnahme, Konservierung, Beförderung der Organe),</li> <li>• Arzneimittel, die aus oder unter Verwendung von Organen hergestellt sind und den Vorschriften des AMG unterliegen.</li> </ul> <p>Ebenso wird bestraft, wer Organe, die Gegenstand verbotenen Handelstreibens sind, entnimmt oder überträgt.</p>	<p>Wer mit Organen, die einer Heilbehandlung zu dienen bestimmt sind, Handel treibt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder Geldstrafe bestraft. Dies gilt nicht für die Gewährung oder Annahme eines angemessenen Entgelts für die zur Erreichung des Ziels der Heilbehandlung gebotenen Maßnahmen (z. B. für die Entnahme, Konservierung, Beförderung der Organe).</p> <p>Ebenso wird bestraft, wer zum Zwecke des Handelstreibens</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organe ein- oder ausführt,</li> <li>• Transplantationen vermittelt oder durch Gewähren oder Verschaffen von Gelegenheiten fördert.</li> </ul> <p>Wer gewerbsmäßig handelt, wird mit Freiheitsstrafe von 1 bis 5 Jahren bestraft.</p>
Weitere Strafvorschriften	<p>Wer entgegen den Bestimmungen über die Zulässigkeit einer Organentnahme bei Verstorbenen ein Organ bei einem Verstorbenen entnimmt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.</p> <p>Wer entgegen den Bestimmungen über die Zulässigkeit einer Organentnahme bei Lebenden ein Organ entnimmt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.</p> <p>Freiheitsstrafe bis zu 1 Jahr oder Geldstrafe bei Verstößen gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen.</p>	<p>Wer entgegen den Bestimmungen über die Zulässigkeit einer Organentnahme bei Hirntoten oder bei einem Verstorbenen ein Organ entnimmt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.</p> <p>Wer entgegen den Bestimmungen über die Zulässigkeit einer Organentnahme bei Lebenden ein Organ entnimmt, wird mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren bestraft.</p> <p>Wer Gehirn, Gehirnteile, Hirngewebe, Organe von Föten und Embryonen und innere Geschlechtsorgane entnimmt oder auf einen anderen Menschen überträgt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder Geldstrafe bestraft. Freiheitsstrafe bis zu 1 Jahr (in schweren Fällen bis zu 2 Jahren) oder Geldstrafe bei Verstößen gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen.</p>

Themenbereich	Drucksache 13/4355 (Interfraktioneller Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.)	Drucksache 13/2926 (Gesetzentwurf der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)
Bußgeldvorschriften	<p>Ordnungswidrigkeit bei Verstößen gegen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dokumentationspflicht bei der Todesfeststellung,</li> <li>● organisatorische Bestimmungen (Entnahme, Vermittlung und Übertragung bestimmter Organe),</li> <li>● weitere Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten.</li> </ul>	<p>Ordnungswidrigkeit bei Verstößen gegen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dokumentationspflicht bei der Todesfeststellung,</li> <li>● organisatorische Bestimmungen (Übertragung bestimmter Organe, Betreiben einer nicht zugelassenen Einrichtung zur Übertragung von Organen),</li> <li>● weitere Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten.</li> </ul>
Sonstiges	<p>Anpassung des AMG.          Änderung des SGB V (Verlängerung der Möglichkeit zur nachstationären Behandlung von Organtransplantierten sowie danach Möglichkeit zu Kontrolluntersuchungen bei diesen Patienten, jeweils durch das Krankenhaus/Transplantationszentrum).</p>	

Bonn, den 11. Juni 1997

**Beatrix Philipp**  
Berichterstatterin

**Klaus Kirschner**  
Berichterstatter

**Monika Knoche**  
Berichterstatterin

**Dr. Dieter Thomae**  
Berichterstatter

**Dr. Ruth Fuchs**  
Berichterstatterin