

## Stellungnahme

### Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags am 29.1.2025 zur Einführung der Widerspruchsregelung

#### *Zusammenfassung:*

*Auch bei einer Widerspruchslösung fallen Angehörige, gleichwohl in einen Schockzustand, in tiefe Trauer und können in schwerwiegende, insbesondere familiäre, Konflikte geraten. Die Erwartung einer wirklichen Entlastung im Rahmen einer Widerspruchslösung ist nicht gerechtfertigt. Es wird letztlich wieder mehr Vertrauen in der Bevölkerung und mehr Zustimmung zur Spende geben durch Behebung von organisationsethischen Defiziten, die vor eine überstürzte Überlegung zur Einführung der Widerspruchslösung zu platzen ist.*

In seit rund 30 Jahren aktiver Palliativmedizin habe ich erfahren, wie bedeutsam eine würdige Begleitung sterbender Menschen ist, wozu unbedingt auch die Betreuung der Angehörigen gehört. Das bedeutet, sie in vertrauensvoller Atmosphäre auf Augenhöhe mitzunehmen, ihre Sorgen und Ängste aufzunehmen und ihre Fragen fachlich kompetent und dabei menschlich zugewandt und verständlich zu beantworten.

In der konkreten Situation um die chirurgische Organentnahme sind Angehörige meistens und nachvollziehbarer Weise noch in einer Schocksituation und finden häufig keine Gelegenheit, sich angemessen und unmittelbar, zum Beispiel durch Berühren einer noch warmen Hand – sie ist nämlich schon kalt – von ihren nahestehenden Verstorbenen zu verabschieden.

**Sie erreichen uns unter:**  
Telefon 030 / 8200758-0  
Telefax 030 / 8200758-13  
info@dhpv.de  
www.dhpv.de

**Geschäftsführender Vorstand:**  
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus  
Vorstandsvorsitzender  
Susanne Kränzle  
Stellvertr. Vorsitzende  
Paul Herrlein  
Stellvertr. Vorsitzender

**Amtsgericht Berlin:**  
VR 27851 B  
Gemeinnützigkeit anerkannt  
durch das Finanzamt Berlin

Auch wenn der Patient/ die Patientin in seiner/ihrer Patientenverfügung intensivmedizinische lebensverlängernder Maßnahme zwecks Organentnahme ausdrücklich gestattet haben sollte, ändert das wenig bis nichts an der tiefen Trauer seiner Angehörigen. Darüber hinaus können ihnen Zweifel kommen über seinen/ihren eigentlichen mutmaßlichen Willen, da ihm/ihr (wiewohl auch den Angehörigen selbst!) die mögliche Tragweite organprotektiver Maßnahmen, z.B. im Rahmen der künstlichen Beatmung, gar nicht oder nicht ausreichend bekannt war. Möglicherweise tragen die Angehörigen auch andere Grundwerte in sich als der/die Sterbende selbst sie hatte. Ich erlebe das in ähnlicher Weise am Sterbebett in der Palliativmedizin, wenn der/die hier allerdings noch äußerungsfähige Sterbenskranke und vergleichsweise eben doch auch sein Umfeld nicht ausreichend informiert sind oder sogar Uneinigkeiten innerhalb der Familie am Sterbebett offen zutage treten. Das kommt nicht selten vor.

Als Palliativarzt beobachte ich zudem, dass Angehörige nicht erfassen können oder in einer verständlichen Verdrängungssituation nicht wissen wollen, wann und dass der Mensch wirklich tot ist. In der hochgradig belastenden Situation um die Organentnahme mag sogar Manchem unverhofft der Skandal von 2012 in den Sinn kommen oder auch das Beispiel einer Schwangeren aus Regensburg, die im Koma ein gesundes Kind ausgetragen hat.

Sterben, auch das erlebe ich tagtäglich in meiner Arbeit, wie auch das Abschiednehmen der Angehörigen, sind Prozesse und keine punktuellen Ereignisse. Auch insofern bin ich überzeugt, dass die Widerspruchslösung in dieser außergewöhnlichen Situation keine nennenswerte Entlastung der Angehörigen nach sich zieht, ja möglicherweise die geschilderten Konflikte noch verschlimmern kann.

Bei einer Einstellung von lebenserhaltenden Maßnahmen oder Ansetzen einer gezielten Sedierung in der Palliativmedizin zeigt sich, wie wichtig es ist, die Angehörigen stets gut mit einzubinden, auch wenn die Aussagen der Patientenverfügung und/ oder der bevollmächtigten Betreuungsperson eindeutig waren. Das trägt tatsächlich zu ihrer Entlastung bei. Auch die spätere Trauerarbeit gelingt ihnen somit leichter. Der Deutsche Hospiz- und Palliativ Verband fordert daher, von vornherein, auch und gerade im Stadium der Organprotektion, die palliativmedizinische Expertise mit hinzuzuziehen. Und dies schließlich ebenso, um das ethisch verbrieftete Recht der Angehörigen auf Wahrung von Totenruhe und Pietät mit zu unterstützen.

Nicht zuletzt muss das elterliche Sorgerecht für Minderjährige ab 14 Jahren erhalten bleiben und darf nicht, wie in der Widerspruchslösung geplant, von 16 Jahren auf 14 Jahre herabgesetzt werden.

Die Kriterien einer würdevollen Sterbebegleitung, wie vorhin geschildert, sind auf Intensivstationen, besonders wenn es um dramatische Situationen wie die der Organspende geht, oft schwer einzuhalten. In der Tat man kann sich die Lage am Krankenbett eines Patienten mit zeitlich begrenzter künstliche Organerhaltung „lebhaft“ vorstellen.

Berichte beschreiben nachfolgend aufgeführte Phänomene: Hektik und Unruhe beherrschen die Szenerie, unvorbereitete Angehörige verzweifeln. Durch Sauerstoffmangel des Gehirns ausgelöste Ereignisse wie unwillkürliches Gliederzucken verstören zusätzlich. Folgen des Fachpersonalmangels wirken sich bei den verbliebenen Mitarbeitenden durch Überforderung aus. Die Mutter eines jungen Patienten äußert: „Man merkt Pflegenden und Ärzten an: Sie sind gewohnt, eine sterbenden, aber lebenden, Menschen zu behandeln und keinen Leichnam.“ Ärzt\*innen und Pflegende geben an, nicht ausreichend geschult zu sein in organprotektiven Maßnahmen oder Hirntodkriterien sowie im Umgang mit Angehörigen. Sie sehen sich trotz vorliegender Zustimmung des Betroffenen nicht selten gegen das Einverständnis der Angehörigen handeln.

Lassen Sie mich aktuell dazu auch den Oberarzt einer renommierten deutschen Universitätsklinik, der aus eigener Erfahrung spricht, zitieren: „Intensivmedizinisches Personal wird genötigt, den gesellschaftlichen Normalfall einer Organspende zu exekutieren“ Nicht zufällig sind laut einer Befragung aus dem Jahr 2012 immerhin ein Drittel der an einer Organentnahme beteiligten Ärzte selbst nicht zur Organspende bereit.

Die Mitarbeitenden sollen plötzlich vom Leben auf den Tod umschalten, was sie – Zitat Wiesemann – intellektuell, emotional und moralisch belastet. Die psychische Belastung für die Mitarbeitenden steigt mit zunehmendem Lebensalter noch an. Das zeigen auch zwei bereits ältere Studien aus Kanada bzw. Australien. Neuere Arbeiten dazu sind mir nicht bekannt. Es fehlt hier also dringend an Forschung, erst recht prospektiv im Hinblick auf mögliche Weiterungen infolge einer Widerspruchslösung!

Auf der Palliativstation erlebe ich, wie hilfreich die zahlreichen, und zwar strukturierten, Patientenbesprechungen im gesamten interdisziplinären Team sind. Wohltuend ist dabei die Mitwirkung aller beteiligten Berufsgruppen, neben Medizin und Pflege selbstverständlich auch Seelsorge, Sozialdienst, Physiotherapie, und das in ruhiger Atmosphäre ohne Zeit- und Erwartungsdruck von außen.

Prof. Dr. med. Winfried Hardinghaus

Vorsitzender Deutscher Hospiz - und PalliativVerband (DHPV) e.V.  
Aachener Str.5, 10787 Berlin-  
Tel. 030 82 00 758 0  
[w.hardinghaus@dhpv.de](mailto:w.hardinghaus@dhpv.de)

Chefarzt der Klinik für Palliativmedizin am Franziskus-Krankenhaus  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Charite - Universitätsmedizin  
Budapester Str.15 -19,1078 Berlin/ 030 26386178  
[hardinghaus@franziskus-berlin.de](mailto:hardinghaus@franziskus-berlin.de)

Mitglied des Deutschen Ethikrats