UNIVERSITÄTSKLINIKA IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Positionspapier Organspende

Für die erweiterte Widerspruchsregelung

Gemeinsame Stellungnahme der Ärztlichen Direktorinnen und Direktoren der Universitätsklinika in NRW zur anstehenden Abstimmung im Deutschen Bundestag

Herausgeber	Die Ärztlichen Direktorinnen und Direktoren der Universitätsklinika in Nordrhein-Westfalen
Gegenstand	Reform des Transplantationsgesetzes – Einführung der erweiterten Widerspruchsregelung
Adressaten	Mitglieder des Deutschen Bundestages, insbesondere des Ausschusses für Gesundheit; Bundesministerium für Gesundheit; Landesregierung Nordrhein-Westfalen
Anlass	Vorbereitung der voraussichtlich noch in dieser Sitzungsperiode anstehenden Abstimmung ohne Fraktionsvorgaben
Stand	19. September 2026

Executive Summary

Kernbotschaft: Die Ärztlichen Direktorinnen und Direktoren der NRW-Universitätsklinika unterstützen die geplante erweiterte Widerspruchsregelung und rufen den Bundestag zur Zustimmung auf – verbunden mit dem klaren Signal, dass ein Gesetz allein die Spenderzahlen nicht wesentlich erhöhen wird.

Problem: Deutschland hat faktisch keine Entscheidungslösung, sondern eine Angehörigenlösung. In der großen Mehrheit der Fälle liegt keine dokumentierte Willenserklärung vor, so dass Angehörige unter akuter Belastung den mutmaßlichen Willen rekonstruieren müssen – mit der Folge, dass im Zweifel gegen eine Spende entschieden wird, obwohl 75–80 % der Bevölkerung grundsätzlich positiv zur Organspende stehen. Bisherige Reformen (Entscheidungslösung 2020, Online-Register seit 2024) haben daran nichts geändert; die Spenderzahlen in Deutschland und NRW verharren auf niedrigem Niveau.

Position: Die erweiterte Widerspruchsregelung verändert die entscheidende Frage an Angehörige – von „Was hätte er/sie gewollt?“ zu „Ist Ihnen ein Widerspruch bekannt?“ – und verlagert damit die Bringschuld vom Sterbenden auf denjenigen, der eine Spende ablehnt, ohne jemanden zur Spende zu zwingen.

Zentrale Bedingungen: Die NRW-Universitätsklinika benennen konkrete Ausgestaltungsmerkmale als unverzichtbar (formfreier, jederzeit widerrufbarer Widerspruch, keine Registrierungspflicht, obligatorische Angehörigenbefragung, Ausnahme für Minderjährige/nicht Einwilligungsfähige, mindestens dreijährige Übergangsfrist, gesetzliche Evaluationspflicht) und grenzen sich zugleich klar ab: keine Absenkung der Hirntod-Diagnostikstandards, keine Schwächung der Angehörigenbeteiligung, keine finanziellen Anreize, keine Reziprozitätsmodelle.

Flankierende Maßnahmen als Bedingung der Wirksamkeit: Die Autoren betonen, dass die Gesetzesreform ohne strukturelle Begleitmaßnahmen wirkungslos bleibt – insbesondere freigestellte Transplantationsbeauftragte, auskömmliche Refinanzierung der Entnahmekrankenhäuser, ausreichende Intensivkapazitäten, eine praxistaugliche Registerinfrastruktur, dauerhafte Informationsarbeit sowie durchgehende Hirntoddiagnostik (8–20 Uhr).

Selbstverpflichtung: Unabhängig vom Ausgang der Abstimmung verpflichten sich die unterzeichnenden Universitätsklinika zu eigenen Maßnahmen, darunter vollständige Freistellung der Transplantationsbeauftragten, jährliche Todesfallanalysen, strukturierte Angehörigenbegleitung, interne Trennung von Behandlung und Entnahme sowie öffentliche Berichterstattung ihrer Kennzahlen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 3
1. Kernaussagen 4
2. Warum wir uns äußern 4
3. Befundlage 5
3.1 Bundesweite Kennzahlen 5
3.2 Nordrhein-Westfalen 5
3.3 Was die Zahlen zusammen aussagen 5
4. Der klinische Kernbefund: Wir haben keine Entscheidungslösung 6
5. Was wir konkret unterstützen – und was nicht 6
5.1 Ausgestaltungsmerkmale, die wir für unverzichtbar halten 6
5.2 Was wir ausdrücklich nicht fordern 7
6. Einwände und unsere Antwort 7
Einwand 1: Schweigen ist keine Zustimmung 7
Einwand 2: Es liegt ein Eingriff in Grundrechte vor 8
Einwand 3: Vulnerable Gruppen werden nicht erreicht 8
Einwand 4: Die Evidenz ist nicht eindeutig – es sind die Strukturen, nicht das Gesetz 8
Einwand 5: Die Reform gefährdet das Vertrauen und fördert Kommerzialisierung 8
Einwand 6: Zuerst sollten alle Alternativen ausgeschöpft werden 9
7. Flankierende Maßnahmen: Ohne diese wird es nicht funktionieren 9
8. Unsere Selbstverpflichtung 10
9. Konkrete Bitten an die Adressaten 10
10. Fazit 11
Unterzeichnende 11
Quellen und Datenstand 11

1. Kernaussagen

1. **Der Organmangel in Deutschland ist kein Aufklärungsproblem mehr, sondern ein Strukturproblem des Entscheidungsverfahrens.** Eine große Mehrheit der Bevölkerung steht der Organspende positiv gegenüber; dokumentiert ist diese Haltung nur bei einer kleinen Minderheit.
2. **Wir unterstützen die Einführung der erweiterten Widerspruchsregelung.** Sie verlagert die Bringschuld vom Sterbenden und seinen Angehörigen auf diejenigen, die eine Spende ablehnen – ohne jemanden zur Spende zu zwingen.
3. **Faktisch gilt in Deutschland heute keine Entscheidungs-, sondern eine Angehörigenlösung.** In der Mehrzahl der Fälle liegt keine Erklärung vor, und Angehörige müssen in akuter Trauer den mutmaßlichen Willen rekonstruieren. Das ist für sie eine Zumutung und führt zu Ergebnissen, die häufig nicht dem Willen der Verstorbenen entsprechen.
4. **Die Gesetzesänderung allein wird die Spenderzahlen nicht wesentlich erhöhen.** Wir warnen ausdrücklich vor dieser Erwartung. Sie ist eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung.
5. **Entscheidend sind die Strukturen im Krankenhaus**: verfügbare Hirntoddiagnostik rund um die Uhr, freigestellte und qualifizierte Transplantationsbeauftragte, auskömmlich refinanzierte Entnahmekrankenhäuser, Intensivkapazität und Zeit für Angehörigengespräche. Ohne diese Flankierung wird auch eine Widerspruchsregelung wirkungsarm bleiben.
6. **Wir fordern keine Abschaffung der Angehörigenbeteiligung** und keine Absenkung der Standards der Hirntoddiagnostik. Beides ist Voraussetzung für das öffentliche Vertrauen, von dem die Transplantationsmedizin lebt.
7. **Wir verpflichten uns selbst** – unabhängig vom Ergebnis der Abstimmung – auf ein verbindliches Maßnahmenpaket an unseren Standorten (Kapitel 8).

2. Warum wir uns äußern

Die Universitätsklinika in NRW betreiben die Transplantationsprogramme des größten Bundeslandes mit rund 18 Millionen Einwohnern. Wir tragen Verantwortung an beiden Enden derselben Kette: Wir behandeln die Patientinnen und Patienten, die auf der Warteliste stehen, älter und kränker werden und teils sterben, bevor ein Organ verfügbar ist. Und wir begleiten auf unseren Intensivstationen die Situationen, in denen eine Organspende medizinisch möglich wäre und in denen Angehörige entscheiden müssen.

Wir äußern uns nicht als Verfassungsrechtler und nicht als Ethikkommission. Wir äußern uns als diejenigen, die die Folgen der geltenden Rechtslage täglich sehen – und die die Grenzen dessen kennen, was ein Gesetz allein bewirken kann.

Uns ist bewusst, dass der Deutsche Bundestag hier eine Gewissensentscheidung zu treffen hat, die zu Recht ohne Fraktionsvorgaben ergeht. Wir wollen dazu beitragen, dass diese Entscheidung auf einer realistischen Vorstellung vom klinischen Alltag beruht.

3. Befundlage

3.1 Bundesweite Kennzahlen

Kennzahl	Wert	Datenstand
Postmortale Organspenderinnen und -spender 2025	985	DSO, Januar 2026
Postmortale Spender 2024	933 (11,2 pro Mio. Einwohner)	DSO
Patienten auf der Warteliste	rund 8.000	Bundestagsdebatte 25.06.2026
Durchschnittliche Wartezeit auf ein Spenderorgan	etwa acht Jahre (Niere)	Angabe in der Bundestagsdebatte 25.06.2026
Dialysepflichtige Patienten mit Nierenversagen	über 100.000	Angabe in der Bundestagsdebatte 25.06.2026
Erklärungen im Organspende-Register	627.000	BfArM, September 2026
davon uneingeschränkte Zustimmung	82,2 %	BfArM, Mai 2026
davon Widerspruch	8,6 %	BfArM, Mai 2026
Grundsätzlich positive Haltung in der Bevölkerung	rund 75–80 %	wiederholt in der parlamentarischen Debatte referiert

3.2 Nordrhein-Westfalen

Kennzahl (DSO-Region Nordrhein-Westfalen)	2023	2024	2025
In der Region transplantierte Organe	688	690	746
Organspendebezogene Kontakte (Bundesland NRW)	860	823	823
Postmortale Spender in NRW	166	168	190
Patienten auf der Warteliste in NRW	1778	1782	1908

Der leichte Anstieg der realisierten Organspender 2025 ist erfreulich, aber kein Trendbruch. Er bewegt sich innerhalb der jährlichen Schwankungsbreite und liegt weit unter dem Bedarf.

3.3 Was die Zahlen zusammen aussagen

Drei Befunde sind für die politische Bewertung wesentlich:

Erstens: Die Lücke zwischen Haltung und Dokumentation ist das Kernproblem. Von bis Mai 2026 rund 579.000 Erklärungen im Register entfallen über 82 Prozent auf eine Zustimmung. Wer sich äußert, sagt also überwiegend Ja. Aber die Zahl der Erklärungen entspricht weniger als einem Prozent der erklärungsberechtigten Bevölkerung. Das Register dokumentiert die Spendenbereitschaft – es erreicht sie nur nicht.

Zweitens: Die Reformen der letzten Jahre haben die Trendwende nicht gebracht. Das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft von 2020 setzte auf Aufklärung und ein Online-Register. Das Register ging erst im März 2024 in Betrieb, gilt als umständlich in der Nutzung, und ein substanzieller Anstieg der Spenderzahlen ist ausgeblieben. Dieser Befund ist nicht strittig; er wird auch von Gegnern der Widerspruchsregelung geteilt.

Drittens: Deutschland ist im europäischen Vergleich Nachzügler und im Eurotransplant-Verbund Nettoempfänger von Organen. Unsere Patienten profitieren von Organen aus Ländern, in denen eine Widerspruchsregelung gilt – während wir sie für uns ablehnen. Diese Asymmetrie halten wir für schwer begründbar.

4. Der klinische Kernbefund: Wir haben keine Entscheidungslösung

Die geltende Rechtslage wird als Entscheidungslösung bezeichnet. Im Krankenhaus stellt sie sich anders dar.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle, in denen eine Organspende medizinisch in Betracht kommt, liegt keine dokumentierte Erklärung der verstorbenen Person vor. Eine Studie von sieben NRW-Universitätsklinika, in der 289 Entscheidungsgespräche ausgewertet wurden, zeigt ein Vorliegen in 43 Fällen (15%) [7]. Fehlt diese Willensbekundung geht Verantwortung auf die Angehörigen über. Sie sollen nicht ihre eigene Haltung äußern, sondern den mutmaßlichen Willen eines Menschen rekonstruieren, dessen Tod sie vor wenigen Stunden erfahren haben – teilweise nachts, unter Zeitdruck, in einem Zustand akuter Erschütterung, oft ohne dass in der Familie jemals über das Thema gesprochen wurde.

Daraus folgen zwei systematische Probleme:

Das erste Problem trifft die Verstorbenen. Unter Unsicherheit und emotionaler Belastung fällt die Entscheidung im Zweifel gegen die Spende aus. Nicht, weil die verstorbene Person ablehnend war – sondern weil Angehörige eine Entscheidung, die sie nicht treffen wollten, nicht zu Lasten des Verstorbenen treffen möchten. Menschen, die gespendet hätten, spenden nicht.

Das zweite Problem trifft die Angehörigen. Sie tragen anschließend die Last einer Entscheidung, die nicht ihre war und die sie nicht rückgängig machen können. Wir erleben beide Varianten dieser Last: Zweifel nach einer Zustimmung und Zweifel nach einer Ablehnung.

Die erweiterte Widerspruchsregelung löst dieses Problem nicht vollständig, aber sie verändert die Frage, die wir Angehörigen stellen müssen – und zwar entscheidend:

Heute	Mit erweiterter Widerspruchsregelung
„Was hätte Ihr Angehöriger gewollt?"	„Ist Ihnen ein Widerspruch Ihres Angehörigen bekannt?"
Angehörige müssen eine Entscheidung herstellen	Angehörige teilen eine Information mit
Unsicherheit wirkt gegen die Spende	Unsicherheit wirkt nicht gegen eine dokumentierte Haltung
Verantwortung für das Ergebnis liegt bei der Familie	Verantwortung liegt beim Gesetzgeber und beim Verstorbenen selbst

Das ist der Punkt, auf den es uns fachlich am meisten ankommt. Es geht nicht in erster Linie darum, Angehörige zu umgehen – sie bleiben eingebunden –, sondern darum, sie von einer Stellvertreterentscheidung zu entlasten, der sie in dieser Situation nicht gerecht werden können.

5. Was wir konkret unterstützen – und was nicht

5.1 Ausgestaltungsmerkmale, die wir für unverzichtbar halten

Element	Anforderung
Form des Widerspruchs	formfrei, jederzeit, ohne Begründung, kostenfrei und jederzeit widerrufbar; Register, Organspendeausweis, Patientenverfügung, handschriftliche Notiz oder Mitteilung an Angehörige sind gleichwertig
Keine Registrierungspflicht	niemand darf gezwungen sein, sich in ein digitales Register einzutragen, um geschützt zu sein

Element	Anforderung
Angehörigenbeteiligung	vor jeder Entnahme obligatorische Befragung nächster Angehöriger oder Vertrauenspersonen nach einem bekannten Widerspruch
Wirkung eines mitgeteilten entgegenstehenden Willens	wird ein zu Lebzeiten geäußerter entgegenstehender Wille glaubhaft mitgeteilt, findet keine Entnahme statt – auch ohne Dokumentation
Nicht einwilligungsfähige Personen und Minderjährige	ausgenommen; hier bleibt es bei der Zustimmungsregelung
Übergangsfrist	mindestens drei Jahre mit wiederholter, nachweispflichtiger individueller Information aller Erklärungsberechtigten vor Inkrafttreten
Evaluationspflicht	gesetzlich verankerte Evaluation nach drei und fünf Jahren anhand vorab definierter Indikatoren, mit Berichtspflicht an den Bundestag und Revisionsklausel

5.2 Was wir ausdrücklich nicht fordern

- **Keine Absenkung der Standards der Todesfeststellung.** Die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls nach der Richtlinie der Bundesärztekammer, das Vier-Augen-Prinzip und die personelle Unabhängigkeit von Transplantationsteams bleiben unangetastet. Wir halten jede Diskussion, die hier Spielräume sucht, für schädlich.
- **Keine Abschaffung oder Schwächung der Angehörigenbeteiligung.**
- **Keine finanziellen Anreize für Spendende, Angehörige oder Kliniken über die Deckung des tatsächlichen Aufwands hinaus.** Organspende darf für ein Krankenhaus wirtschaftlich weder ein Risiko noch ein Geschäft sein.
- **Keine Reziprozitätsmodelle**, die Spendenbereitschaft bei der Organzuteilung bevorzugen. Die Zuteilung muss allein nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit erfolgen.
- **Keine Vermischung mit anderen Streitfragen** der Transplantationsmedizin. Fragen wie eine mögliche Spende nach Kreislaufstillstand gehören in eine eigene, sorgfältig geführte wissenschaftliche und gesellschaftliche Debatte und dürfen die anstehende Abstimmung nicht belasten.

6. Einwände und unsere Antwort

Wir nehmen die Gegenargumente ernst. Sie wurden in der Grundsatzdebatte des Bundestages am 25. Juni 2026 in beachtlicher Qualität vorgetragen. Wir halten es für ein Gebot der Redlichkeit, sie hier nicht zu verkürzen.

Einwand 1: Schweigen ist keine Zustimmung

Der Einwand: Bei einer Frage, die die Verfügung über den eigenen Körper betrifft, ist ein ausdrückliches Ja erforderlich. Nichtäußerung darf nicht als Einverständnis gedeutet werden.

Unsere Antwort: Der Einwand trifft die „harte“, nicht aber die „weiche“ Variante der Widerspruchslösung. Diese wertet Schweigen gerade nicht als Zustimmung, sondern als Nichtwiderspruch – und schaltet zusätzlich die Angehörigenbefragung davor. Vor allem aber: Auch die geltende Regelung deutet Schweigen, nämlich als Ablehnung oder als Auftrag an die Familie. Es gibt keine neutrale Ausgangsregel. Jede Rechtslage setzt eine Vermutung. Die Frage ist deshalb nicht, ob eine Vermutung gilt, sondern welche Vermutung dem empirisch dokumentierten Mehrheitswillen näherkommt. Bei > 80 Prozent grundsätzlicher Zustimmung ist das nach unserer Überzeugung nicht die Ablehnungsvermutung.

Einwand 2: Es liegt ein Eingriff in Grundrechte vor

Der Einwand: Das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das postmortale Persönlichkeitsrecht verlangen eine aktive Entscheidung. Der Staat darf über 80 Millionen Menschen keine Erklärungslast auferlegen, um ein Versorgungsproblem zu lösen, das einige tausend Menschen betrifft.

Unsere Antwort: Dass ein rechtfertigungsbedürftiger Eingriff vorliegt, bestreiten wir nicht. Die verfassungsrechtliche Bewertung ist in der Literatur nicht einheitlich; das Bundesverfassungsgericht hat die Frage nicht entschieden. Maßgeblich für die Rechtfertigung sind aus unserer Sicht drei Bedingungen: eine wirklich niedrigschwellige und jederzeit ausübbare Widerspruchsmöglichkeit, eine umfassende und nachweisbare Informationspflicht des Staates und eine hinreichende Übergangsfrist. Sind diese erfüllt, halten wir den Eingriff für verhältnismäßig. Sind sie nicht erfüllt, teilen wir die Bedenken.

Einwand 3: Vulnerable Gruppen werden nicht erreicht

Der Einwand: Menschen mit Sprachbarrieren, in psychischen Krisen, ohne festen Wohnsitz, mit kognitiven Einschränkungen oder mit geringer Informationskompetenz können ihren Willen faktisch nicht rechtzeitig bilden und dokumentieren. Sie würden zu Spendern, ohne je eine echte Wahl gehabt zu haben.

Unsere Antwort: Dies ist der stärkste Einwand gegen den Entwurf, und er ist nicht mit Verweisen auf Aufklärungskampagnen zu erledigen. Er verlangt konkrete Vorkehrungen: mehrsprachige Information und Leichte Sprache in allen amtlichen Anschreiben; ein Widerspruch, der ohne Schriftform, ohne Online-Zugang und ohne elektronischen Identitätsnachweis wirksam ist; Information über Sozialdienste, Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, Betreuungsbehörden und gesetzliche Betreuer; Ausschluss nicht einwilligungsfähiger Personen von der Widerspruchsregelung; und die vorbehaltlose Wirkung eines von Angehörigen mitgeteilten entgegenstehenden Willens. Werden diese Sicherungen nicht gesetzlich verankert, verliert der Entwurf einen Teil seiner Legitimation. Wir bitten den Gesetzgeber ausdrücklich, an dieser Stelle nachzuschärfen.

Einwand 4: Die Evidenz ist nicht eindeutig – es sind die Strukturen, nicht das Gesetz

Der Einwand: Länder mit hohen Spenderzahlen verdanken diese vor allem professionellen Entnahmestrukturen, nicht der Rechtslage. Der Verweis auf Spanien belegt die Bedeutung von Organisation, nicht von Widerspruchsregelungen.

Unsere Antwort: Diesen Einwand teilen wir in der Sache weitgehend. Die vergleichende Forschung stützt die Erwartung eines positiven, aber moderaten Effekts der Rechtslage; die großen Unterschiede zwischen Staaten sind überwiegend durch Organisation, Personal und Prozessqualität erklärt. Wir halten es daher für falsch, von der Gesetzesänderung eine Verdopplung der Spenderzahlen zu erwarten. Realistisch ist ein Zugewinn im mittleren zweistelligen Prozentbereich über mehrere Jahre – und auch der nur, wenn die Strukturen mitwachsen. Genau deshalb legen wir die Anforderungen in Kapitel 7 vor. Wer die Widerspruchsregelung beschließt und die Strukturen nicht finanziert, wird beides beschädigen: die Spenderzahlen und das Vertrauen in die Reform.

Einwand 5: Die Reform gefährdet das Vertrauen und fördert Kommerzialisierung

Der Einwand: Wenn der Körper zur verfügbaren Ressource wird, entsteht ein materieller Anreiz für alle Beteiligten. Eine gezielte Suche nach geeigneten Spendern lässt sich dann nicht mehr ausschließen.

Unsere Antwort: Vertrauen ist die Existenzbedingung der Transplantationsmedizin, und die Manipulationen bei der Wartelistenführung des Jahres 2012 haben gezeigt, wie schnell es zerstört werden kann. Die Antwort darauf sind strikte Trennung von Behandlung, Todesfeststellung und Entnahme, externe Prüfungs- und

Überwachungsstrukturen, vollständige Transparenz der Klinikkennzahlen und eine Refinanzierung, die den Aufwand deckt und keinen Überschuss erzeugt. Wir treten für alle vier Elemente ein und unterwerfen uns ihnen. Vertrauen entsteht durch Offenheit und Kontrolle, nicht durch Zurückhaltung bei der Reform.

Einwand 6: Zuerst sollten alle Alternativen ausgeschöpft werden

Der Einwand: Bevor in Grundrechte eingegriffen wird, müssen moderne Informationskampagnen, eine einfachere Registereintragung und bessere Krankenhausstrukturen konsequent erprobt werden.

Unsere Antwort: Dieses Vorgehen wurde gewählt – 2019 mit der Reform der Krankenhausstrukturen, 2020 mit der Entscheidungslösung, 2024 mit dem Register. Sechs Jahre später ist die Trendwende ausgeblieben, während die Menschen auf der Warteliste dieselben geblieben sind oder gestorben sind. Wir plädieren dafür, die verbleibenden Instrumente nicht nacheinander, sondern gleichzeitig einzusetzen. Eine einfachere Registereintragung und bessere Kampagnen sind auch unter einer Widerspruchsregelung notwendig – sie sind kein Gegenentwurf, sondern Teil des Pakets.

7. Flankierende Maßnahmen: Ohne diese wird es nicht funktionieren

Wir bitten den Gesetzgeber, die folgenden Punkte nicht als Anhang, sondern als Bedingung der Wirksamkeit zu behandeln. Mehrere davon gehören verbindlich in das Gesetz oder in ein gleichzeitig beschlossenes Begleitgesetz.

Nr.	Maßnahme	Adressat
1	**Transplantationsbeauftragte wirksam freistellen.** Freistellungsumfang nach Klinikgröße verbindlich regeln, Mittel zweckbinden und die Verwendung nachweispflichtig machen, Qualifikation und Vertretung sicherstellen. Eine Freistellung, die im Dienstplan nicht ankommt, hat keine Wirkung.	Bund, Länder
2	**Entnahmekrankenhäuser auskömmlich refinanzieren.** Der reale Aufwand – Intensivbett, OP-Kapazität, Personalbindung über Stunden, Nachtarbeit, entgangene Regelversorgung – ist vollständig zu vergüten.	Bund, Selbstverwaltung
3	**Intensivkapazität und Pflegepersonal.** Spendeprozesse brauchen Betten und Menschen. Ohne beides bleibt jede Rechtsänderung ohne Effekt.	Bund, Länder
4	**Register technisch und praktisch tauglich machen.** Verlässliche Abfrage rund um die Uhr, Anbindung an die Krankenhausinformationssysteme, dokumentierte Abfragepflicht, Eintragung ohne elektronischen Identitätsnachweis, zusätzlich über Meldebehörden, Ausweisstellen, Hausarztpraxen, Apotheken und Kassen-Anwendungen.	Bund, BfArM
5	**Dauerhafte Informationsarbeit statt eines Anschreibens.** Moderne, zielgruppenspezifische und mehrsprachige Kampagnen, Aufnahme in schulische Curricula, in der Übergangsfrist wiederholte individuelle Ansprache mit Nachweis der Zustellung.	Bund, Länder, BZgA
6	**Angehörigenbegleitung professionalisieren.** Qualifizierte Gesprächsführung, angemessene Räume, ausreichend Zeit, psychosoziale Nachsorge und verpflichtende Fortbildung – unabhängig vom Ausgang der Abstimmung.	Kliniken, DSO, Länder
7	**Aus- und Weiterbildung verbindlich verankern.** Hirntodkonzept, Spendeprozess und Kommunikation in schwierigen Situationen gehören in das Medizinstudium, die Pflegeausbildung und die Fachweiterbildung Intensivpflege.	Länder, Fakultäten, Kammern
8	**Qualitätssicherung und Transparenz.** Jährliche systematische Todesfallanalyse in allen Entnahmekrankenhäusern (besteht bereits), verbindliche Meldung möglicher Spender, Ursachenanalyse bei Nichtmeldung, öffentliche Kennzahlen je Klinik.	Bund, Länder, Kliniken, DSO
9	**Evaluations- und Revisionsklausel.** Wirkungsmessung nach drei und fünf Jahren anhand vorab definierter Indikatoren, Bericht an den Bundestag, gesetzlich vorgesehene Nachsteuerung.	Bund
10.	**Hirntoddiagnostik von 8-20 h sicherstellen.** Der Mangel an qualifizierten Untersucherinnen und Untersuchern ist die engste Stelle im gesamten Prozess, besonders in kleineren Entnahmekrankenhäusern. Erforderlich sind regionale Konsil- und Rufbereitschaftsdienste mit gesicherter Finanzierung, eine Qualifizierungsoffensive und die Möglichkeit telemedizinischer Unterstützung.	Bund, Länder, DSO

8. Unsere Selbstverpflichtung

Wir erwarten nicht nur Leistungen des Gesetzgebers. Unabhängig davon, wie der Deutsche Bundestag entscheidet, verpflichten sich die unterzeichnenden Universitätsklinika zu Folgendem:

1. Vollständige Freistellung der Transplantationsbeauftragten im gesetzlich vorgesehenen Umfang, nachweisbar im Dienstplan, mit geregelter Vertretung.
2. Jährliche systematische Analyse aller Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung auf Intensivstationen, mit Ursachenanalyse nicht realisierter Spendemöglichkeiten.
3. Sicherstellung qualifizierter Hirntoddiagnostik rund um die Uhr, bei Bedarf im Verbund der NRW-Universitätsklinika und als Unterstützungsangebot für regionale Entnahmekrankenhäuser.
4. Verbindliche Fortbildung für alle Ärztinnen, Ärzte und Pflegenden in Intensiv- und Notfallbereichen zu Spendeprozess und Angehörigengespräch, mit Simulationsanteil.
5. Strukturierte Angehörigenbegleitung mit definierten Standards, geeigneten Räumen und Nachsorgeangebot.
6. Interne Trennung von Behandlung, Todesfeststellung und Entnahme, dokumentiert und auditierbar.
7. Jährliche öffentliche Berichterstattung über unsere standortbezogenen Kennzahlen zu Organspende und Transplantation.
8. Unterstützungsangebote für regionale Entnahmekrankenhäuser: Beratung, Fortbildung, Konsiliardienste, gemeinsame Fallanalysen.
9. Wissenschaftliche Begleitung der Reform: Beiträge zur Evaluation, zur Verbesserung der Organprotektion und -konservierung und zur Versorgungsforschung über Entscheidungsprozesse auf Intensivstationen.
10. Beteiligung an der öffentlichen Aufklärung in der Region, auch gegenüber Schulen, Kommunen und Migrantenorganisationen.

9. Konkrete Bitten an die Adressaten

Adressat	Bitte
Mitglieder des Deutschen Bundestages	Stimmen Sie dem Gesetzentwurf zur erweiterten Widerspruchsregelung zu – und beschließen Sie ihn nicht ohne die in Kapitel 7 genannten Flankierungen.
Ausschuss für Gesundheit	Nehmen Sie die Vorkehrungen für vulnerable Gruppen (Einwand 3) sowie die Evaluations- und Revisionsklausel in den Entwurf auf.
Bundesministerium für Gesundheit	Legen Sie vor Inkrafttreten ein finanziertes Umsetzungskonzept für Hirntoddiagnostik, Transplantationsbeauftragte und Refinanzierung der Entnahmekrankenhäuser vor.
Landesregierung Nordrhein-Westfalen	Setzen Sie die Bundesratsinitiative fort und sichern Sie die landesrechtliche Umsetzung: Freistellung, Qualifizierung, regionale Konsilstrukturen.
Deutsche Stiftung Organtransplantation	Bauen Sie die In-house-Unterstützung und die Rufbereitschaft für Entnahmekrankenhäuser in NRW weiter aus.

10. Fazit

Wir halten die erweiterte Widerspruchsregelung für den richtigen Schritt – nicht weil sie ein Allheilmittel wäre, sondern weil die gegenwärtige Regelung eine Entscheidung verlangt, die sie zugleich unwahrscheinlich macht, und weil sie die Last dieser Entscheidung den Menschen aufbürdet, die dafür am wenigsten geeignet sind: trauernden Angehörigen in der ersten Stunde nach einer Todesnachricht.

Niemand wird durch dieses Gesetz zur Organspende gezwungen. Ein Nein bleibt jederzeit, formlos und ohne Begründung möglich. Was sich ändert, ist die Richtung der Bringschuld.

Zugleich sagen wir mit Nachdruck: Ein Gesetz allein rettet kein Leben. Es entscheidet sich nachts auf einer Intensivstation, ob es einen verfügbaren Untersucher für die Hirntoddiagnostik gibt, ob ein freigestellter Transplantationsbeauftragter erreichbar ist, ob ein Bett frei ist und ob jemand Zeit hat, mit einer Familie zu sprechen. Wenn der Bundestag die Widerspruchsregelung beschließt, ohne diese Bedingungen zu schaffen, wird die Reform ihre Ziele verfehlen – und man wird der Idee und nicht der Umsetzung die Schuld geben.

Wir bitten Sie, beides zu beschließen.

Unterzeichnende

- Prof. Dr. Joachim Windolf, Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Aachen
- Prof. Dr. Uwe Reuter, Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Bonn
- Prof. Dr. Kirsten Schmieder, Ärztliche Direktorin, Universitätsklinikum Düsseldorf
- Prof. Dr. Angelika Eggert, Ärztliche Direktorin, Universitätsklinikum Essen
- Prof. Dr. Edgar Schömig, Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Köln
- Prof. Dr. Alex W. Friedrich, Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Münster
- Prof. Dr. Christoph Hanefeld, Ärztlicher Direktor, Universitätsmedizin Bochum

Quellen und Datenstand

1. Deutscher Bundestag: Grundsatzdebatte über Organspende und Widerspruchsregelung, Vereinbarte Debatte vom 25. Juni 2026. Textarchiv, bundestag.de.
2. Deutscher Bundestag, hib-Kurzmeldung: Bundesrat bringt Gesetzentwurf zur Widerspruchslösung ein, Drucksache 21/2738, November 2025.
3. Deutsche Stiftung Organtransplantation: Jahreszahlen 2025 sowie regionaler Vergleich, Datenstand 12. Januar 2026.
4. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Stand der Erklärungen im Organspende-Register, Mai 2026 (nach Medienberichten).
5. Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende, Bundestagsdrucksache 19/16214 (2020); Gesetzentwurf zur doppelten Widerspruchslösung, Drucksache 19/11096 (2019).
6. Deutsches Ärzteblatt: Neuer Anlauf für Widerspruchsregelung gestartet, 7. Mai 2026.
7. Englbrecht JS, Schrader D, Kraus H, Schäfer M, Schedler D, Bach F, Soehle M: Advance directives and consent to organ donation in seven university hospitals in North Rhine–Westphalia—a retrospective, multicenter analysis. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 133–4. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0367