

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Martin Sichert, Dr. Christina Baum, Kay-Uwe Ziegler, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD
– Drucksache 20/15095 –**

Umsetzung des Transplantationsgesetzes

Vorbemerkung der Fragesteller

Am 14. November 2024 hat eine fraktionsübergreifende Gruppe von Abgeordneten des Deutschen Bundestages den „Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Einführung einer Widerspruchsregelung im Transplantationsgesetz“ (Bundestagsdrucksache 20/13804) eingebracht. Als Organ- und Gewebespende sollen künftig nicht mehr nur Personen infrage kommen, die in eine Organ- oder Gewebeentnahme eingewilligt haben, sondern auch Personen, die einer Organ- oder Gewebeentnahme nicht ausdrücklich widersprochen haben.

In der aktuellen Ausgabe des Fachjournals „Praxis Palliative Care“ wird eine mögliche Einführung der Widerspruchsregelung bei der Organspende als „Entrechtung der Sterbenskranken und Traumatisierung der Angehörigen“ kritisiert (siehe Praxis Palliative Care, Heft 65, 2024, S. 1). Der Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz hält die Einführung einer Widerspruchsregelung sogar für verfassungswidrig (siehe Meldung der Tagesschau, 24. Juni 2024; www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/organspende-antrag-bundestag-100.html).

Vor jeder weiteren Reform des Transplantationsgesetzes (TPG) steht die Frage, ob die bereits geltenden gesetzlichen Regelungen umgesetzt wurden. Das gilt insbesondere für die Aufklärung der Bevölkerung über die Voraussetzungen einer Organentnahme und die Kontrolle der Bundesärztekammer, die durch die Erstellung von Richtlinien gemäß § 16 Absatz 1 TPG eine zentrale Rolle spielt. In beiden Bereichen ist die Bundesregierung unmittelbar oder mittelbar zuständig.

Um den Bürgerinnen und Bürgern eine informierte und unabhängige Entscheidung zu ermöglichen, sieht das Transplantationsgesetz eine breite Aufklärung der Bevölkerung vor (§ 1 Absatz 1 TPG). Diese umfasst u. a. die Voraussetzungen der Organspende bei „toten Spendern“ und hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein (siehe § 2 Absatz 1 TPG). Dabei sind auch solche Aspekte in die Aufklärung einzubeziehen, die einer Organspende möglicherweise entgegenstehen könnten (siehe Bundestagsdrucksache 17/9030, S. 16).

Die Aufklärungsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gehen vom sogenannten Hirntodkonzept aus (der Annahme, der „Hirntod“ sei ein sicheres Todeszeichen). Vom Deutschen Ethikrat und in der juristischen Literatur wird angemahnt, dass verschiedene Sichtweisen und Einwände zur Hirntodkonzeption dargestellt werden müssten (siehe Deutscher Ethikrat, Hirntod und Entscheidung zur Organspende, 2015, S. 125; Kreß, Medizinrecht 2019, S. 194; Flick, Medizinrecht 2023, S. 292). Die gleiche Kritik wird von der Initiative Kritische Aufklärung zur Organtransplantation vorgebracht (siehe: <https://initiative-ka0.de/argumente-zum-thema-widerspruch-regelung-ka0/>). Der Philosoph Dr. Wittwer hält Patienten, bei denen der „Hirntod“ festgestellt wurde, nicht für tot (Wittwer, Hirntod – sind „Hirntote“ wirklich tot?, 2024). Das Gleiche gilt für den Juristen Dr. Muscheler (Muscheler, Das Recht des Todes, 2024, S. 294 ff.).

Die bisherige Aufklärung über die Voraussetzungen einer Organentnahme genügt nach Teilen der juristischen Literatur nicht den gesetzlichen Anforderungen. Die gesamte Aufklärungstätigkeit der BZgA basiere auf dem „Hirntod“-Konzept, ohne dass dessen Probleme überhaupt thematisiert würden, so die Kritik (Beckmann, Die Öffentliche Verwaltung, 2024, S. 1040 ff.). Der Bevölkerung würden die wesentlichen Informationen und Argumente zu einer zentralen Vorfrage jeder Organentnahme vorenthalten: Ist der „Spender“ wirklich tot? Mängel in der Aufklärung der Bevölkerung sind nach Auffassung der Fragesteller deshalb von grundlegender Bedeutung.

Hinzu kommt, dass sich die Bürgerinnen und Bürger selbst nicht gut über das Thema Organspende aufgeklärt fühlen. 45 Prozent stufen sich selbst als „weniger gut“ (36 Prozent) bis „schlecht“ (9 Prozent) informiert ein (siehe Zimmering/Hammes: Bericht zur Repräsentativstudie 2022 „Wissen, Einstellung und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zur Organ- und Gewebespende“. BZgA-Forschungsbericht, Köln, März 2023, S. 62).

Gemäß § 2 Absatz 1d TPG ist die Bundesregierung verpflichtet, erstmals im Jahr 2024 dem Deutschen Bundestag über die Evaluation der Aufklärungstätigkeit der BZgA zu berichten. Diese Unterrichtung fand jedoch nicht statt.

In der juristischen Literatur wird beanstandet, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die jüngsten Richtlinien der Bundesärztekammer (Richtlinie gemäß § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Absatz 2 Nummer 2 TPG; www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Medizin_und_Ethik/RichtlinieIHA_FuenfteFortschreibung.pdf) genehmigt hat, ohne diese zuvor ernsthaft zu prüfen (BMG, Prüfvermerk vom 4. Juli 2022 – 312-4091-1/1, S. 1 ff.). Der Prüfungsumfang sei von vornherein auf Änderungen zu früheren Richtlinien beschränkt worden, obwohl alle Bestimmungen der Richtlinien – egal zu welchem Zeitpunkt sie formuliert wurden – immer rechtmäßig und begründet sein müssen. Auffällig sei insbesondere, dass vom Bundesministerium für Gesundheit die in den Richtlinien der Bundesärztekammer praktisch durchgängig fehlenden Begründungen – obwohl vom Gesetz gefordert (siehe § 16 Absatz 2 Satz 2 TPG) – nicht gerügt wurden (Beckmann, Gesundheitsrecht 2024, S. 628 ff.).

Nach den genehmigten Richtlinien gilt eine Schwangere, bei der ein irreversibler Hirnfunktionsausfall vorliegt, die aber über 20 Wochen lang ein Kind ausgetragen hat (siehe zum Fall: AG Würzburg, Zeitschrift für das gesamte Familienrecht 2019, S. 1921; Kredel u. a., Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2021; 56(07/08): 526–535), als „tot“. Die Richtlinien geben hierfür keine nachvollziehbare Begründung.

Die Genehmigungstätigkeit des Bundesgesundheitsministeriums ist daher zu kritisieren. Schon vor Jahren wurde sie folgendermaßen beurteilt: „Das Bundesministerium für Gesundheit war niemals willens oder in der Lage, irgendeine Form der Aufsicht und Kontrolle auszuüben“ (siehe: Gutmann, Organi-

sierte Verantwortungslosigkeit, in: Haarhoff (Hrsg.): Organversagen. Die Krise der Transplantationsmedizin in Deutschland, 2014, S. 164).

Die Parlamentarische Staatssekretärin Sabine Dittmar hat auf eine Schriftliche Frage des Abgeordneten Hubert Hüppe geantwortet, das Bundesministerium für Gesundheit nehme keine „medizinisch-fachliche Prüfung“ der Richtlinien vor (siehe Bundestagsdrucksachen 20/9902, 20/10565).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Für viele schwerkranke Menschen ist eine Organtransplantation die einzige Möglichkeit, ihr Leben zu retten oder ein schweres Leiden zu lindern. Viele Menschen, die auf der Warteliste für eine Organtransplantation stehen, sterben, weil kein Spenderorgan rechtzeitig für sie zur Verfügung steht. Derzeit stehen mehr als 8 400 Menschen auf der Warteliste für eine Organtransplantation. Die aktuellen Zahlen verdeutlichen, wie dramatisch die Lage für diese Patientinnen und Patienten ist. Von Januar bis September 2024 verzeichnete die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) 714 postmortale Organspenderinnen und Organspender gegenüber 718 im Vergleichszeitraum im Jahr 2023. Die Anzahl von Organspenden reicht damit nach wie vor bei weitem nicht aus, den Bedarf zu decken.

Die Entscheidung für oder gegen eine Organ- oder Gewebespende setzt die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod voraus und erfordert daher Vertrauen in den gesamten Prozess der Organ- und Gewebeentnahme, und damit insbesondere in das Verfahren zur Todesfeststellung.

Nach dem Transplantationsgesetz (TPG) ist der Tod des Organ- oder Gewebespenders eine zwingende medizinische Voraussetzung für eine postmortale Organspende. Nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 TPG ist Voraussetzung für die Zulässigkeit der Entnahme von Organen oder Geweben, dass der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist. Nach § 3 Absatz 2 Nummer 2 TPG ist die Entnahme von Organen oder Geweben unzulässig, wenn nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist. Mit Eintritt des sogenannten Hirntods (irreversiblen Hirnfunktionsausfalls) sind sämtliche Gehirnfunktionen (Großhirn, Kleinhirn und Hirnstamm) unwiederbringlich erloschen. Es ist weltweit in keinem einzigen Fall eine Erholung der Hirnfunktion eines Menschen nach irreversiblen Hirnfunktionsausfall nachgewiesen worden. Der sogenannte Hirntod gilt als sicheres, gleichberechtigtes inneres Todeszeichen neben äußeren Todeszeichen wie Totenflecken oder Totenstarre. In § 5 TPG hat der Gesetzgeber die Anforderung an das Nachweisverfahren zur Feststellung des Todes geregelt. Nach § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 TPG stellt die Bundesärztekammer in Richtlinien den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes nach § 3 Absatz 2 Nummer 2 TPG einschließlich der dazu jeweils erforderlichen ärztlichen Qualifikation fest. Bei der Erarbeitung der Richtlinien ist nach § 16 Absatz 2 Satz 3 TPG die angemessene Beteiligung von Sachverständigen der betroffenen Fach- und Verkehrskreise, einschließlich des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Deutschen Transplantationsgesellschaft, der Koordinierungsstelle nach § 11 TPG, der Vermittlungsstelle nach § 12 TPG und der zuständigen Behörden der Länder vorzusehen. Im Zusammenhang mit der

in § 16 Absatz 3 TPG geregelten Pflicht, die Richtlinien sowie deren Änderung dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Genehmigung vorzulegen, bedürfen die Richtlinien einer Begründung; dabei ist insbesondere die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar darzulegen. Die Begründung dient ferner einem besseren Verständnis und der Transparenz der Richtlinien, insbesondere für die Praxis und für die betroffenen Patientinnen und Patienten. Auf diese Weise wird auch das BMG in die Lage versetzt, im Rahmen der Genehmigung zu prüfen, ob die Bundesärztekammer (BÄK) ihren Beurteilungsspielraum angemessen genutzt hat und die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar ist. Durch den Genehmigungsvorbehalt wird sichergestellt, dass die Richtlinien ordnungsgemäß zustande gekommen und mit dem TPG vereinbar sind.

Das Vertrauen jeder und jedes Einzelnen in den gesamten Prozess der Organspende setzt regelmäßig Wissen über die Möglichkeiten, die Voraussetzungen und die Bedeutung der Organspende voraus. Dieses wird durch die in § 2 Absatz 1 TPG umfassend geregelte Aufklärung vermittelt. Auf Grundlage des § 2 Absatz 1 TPG stellt das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), umfangreiche und detaillierte Informationsmaterialien zur Verfügung. Die erhebliche Bedeutung einer umfassenden und kontinuierlichen Aufklärung wird auch durch die repräsentativen Umfragen des BIÖG bestätigt.

Angesichts der vielen Patientinnen und Patienten, die auf ein Spenderorgan warten, und der anhaltend niedrigen Spenderzahlen wurden insbesondere in der 19. Legislaturperiode eine Vielzahl wichtiger struktureller Maßnahmen im TPG verankert. So wurden zum Beispiel Regelungen getroffen, mit denen die Zusammenarbeit in den Entnahmekrankenhäusern und deren Finanzierung verbessert sowie Maßnahmen zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft geschaffen wurden. Zudem haben das BMG, seine Geschäftsbereichsbehörden sowie andere verantwortliche Akteure die durch das Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende vom 16. März 2020 (BGBl. I S. 497) vorgenommenen Änderungen des TPG umgesetzt. Insbesondere das Register für Erklärungen zur Organ- und Gewebespende wurde im März des letzten Jahres erfolgreich in Betrieb genommen.

1. Liegen der Bundesregierung Untersuchungen oder Studien vor, aus denen hervorgeht, dass die Einführung einer Widerspruchsregelung nachweislich kausal zu einer Erhöhung der Organspendenzahlen führt, und wenn ja, welche?

Studien für Großbritannien, Niederlande und Schottland (www.tagesschau.de/faktenfinder/kontext/organspende-widerspruchsloesung-100.html) sowie für Wales (www.ifo.de/publikationen/2020/aufsatz-zeitschrift/widerspruch-oder-zustimmung-wodurch-mehr-menschen-zu) belegen positive Entwicklungen bei der Zahl der Organspenderinnen und Organspender nach Einführung der Widerspruchsregelung; sie verweisen gleichzeitig darauf, dass die Unterschiede in den Organspenderaten multifaktoriell sind und nicht allein auf der Widerspruchslösung beruhen. Insgesamt sind Vergleichs- und Langzeitstudien nur bedingt aussagekräftig, da Ausgangsbedingungen und Voraussetzungen in den verschiedenen Ländern stark variieren.

2. Aus welcher Rechtsnorm ergibt sich nach Ansicht der Bundesregierung, dass der „Hirntod“ ein sicheres Todeszeichen sei (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Der Hirntod ist nach weltweit anerkanntem naturwissenschaftlich-medizinischem Erkenntnisstand ein sicheres Todeszeichen des Menschen.

3. Warum werden aus Sicht der Bundesregierung im Transplantationsgesetz die Begriffe „Tod“ und „endgültiger, nicht behebbarer Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ („Hirntod“) an allen relevanten Stellen als zwei unterschiedliche Sachverhalte behandelt und auseinandergehalten (siehe z. B. § 2a Absatz 4 Satz 2 TPG)?

Die in der Frage zum Ausdruck kommende Annahme, der Gesetzgeber verwende die Begriffe „Tod“ und „endgültiger, nicht behebbarer Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms“ („Hirntod“) in unterschiedlicher Weise, ist unzutreffend.

4. Teilt die Bundesregierung die im Patientenrechtegesetz (www.patienten-rechte-gesetz.de/bgb-sgbv/) festgehaltene Auffassung, dass eine Körperverletzung (abgesehen von Notwehr) nur dann nicht rechtswidrig ist, wenn der Verletzte eingewilligt hat und die Einwilligung freiwillig und nach hinreichender Aufklärung erfolgte?

Ziel der mit dem Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 (BGBl. I S. 277) vorgenommenen Änderungen verschiedener Gesetze war es, die Rechte der Patientinnen und Patienten transparent, verlässlich und ausgewogen zu gestalten sowie bestehende Vollzugsdefizite in der Praxis abzubauen (vgl. Regierungsentwurf, Drucksache 17/10488, S. 1). In diesem Zuge wurde das Einwilligungserfordernis in § 630d des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) gesetzlich normiert. Ein ohne die erforderliche Einwilligung durchgeführter medizinischer Eingriff ist grundsätzlich, z. B. als Körperverletzung, strafbar. Erst mit wirksamer Einwilligung entfällt die Strafbarkeit. Erweist sich die Einwilligung aufgrund eines Aufklärungsmangels als unwirksam, sieht die Rechtsprechung die Ärztin oder den Arzt allerdings ausnahmsweise gleichwohl als gerechtfertigt an, wenn die Patientin oder der Patient auch bei hinreichender Information seine Zustimmung erteilt hätte, sog. hypothetische Einwilligung (vgl. hierzu auch § 630d Absatz 1 Satz 4 BGB). Die Rechtswidrigkeit kann zudem nach den hierzu in der gesamten Rechtsordnung enthaltenen Rechtfertigungsgründen entfallen, wenngleich solche Sachverhalte die seltene Ausnahme darstellen dürften.

Nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 TPG ist die Entnahme von Organen oder Geweben bei toten Spenderinnen und Spendern zulässig, wenn die Person, die Organe oder Gewebe spendet, zu Lebzeiten in die Entnahme eingewilligt hat; liegt eine solche Einwilligung nicht vor, ist die Entnahme nur zulässig, wenn die beziehungsweise der nächste Angehörige des Organ- oder Gewebespenders dieser zugestimmt hat (§ 4 Absatz 1 Satz 2 TPG) oder bei Übertragung der Entscheidung über eine Organ- oder Gewebeentnahme auf eine bestimmte Person, wenn diese Person der Entnahme zugestimmt hat (§ 4 Absatz 3 TPG).

Nach § 19 Absatz 2 TPG wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer entgegen § 3 Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2, § 4 Absatz 1 Satz 2 oder § 4a Absatz 1 Satz 1 TPG ein Organ oder Gewebe entnimmt.

5. Trifft es nach Kenntnis der Bundesregierung zu, dass bei einer „Hirntod“-Diagnostik (vor der Feststellung des „Hirntodes“) „Schmerzreize“ gesetzt werden, wie auf der Webseite des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) in Köln zu erfahren ist (www.organspende-info.de/organspende/hirntod/hirntoddiagnostik/)?

Die BÄK hat in der „Richtlinie gemäß § 16 Absatz Satz 1 Nummer 1 TPG für die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 TPG und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Absatz 2 Nummer 2 TPG, Fünfte Fortschreibung“ den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft, einschließlich der jeweils erforderlichen ärztlichen Qualifikation festgestellt. Auf die Richtlinie wird insoweit verwiesen (www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/T_hemen/Medizin_und_Ethik/RichtlinieIHA_FuenfteFortschreibung.pdf).

6. Erkennt die Bundesregierung an, dass – wie aus der Beschreibung der „Hirntod“-Diagnostik auf der Webseite des BIÖG (siehe Frage 5) folgt – vor Abschluss der „Hirntod“-Diagnostik nicht sicher feststeht, dass betroffene Patienten keine Schmerzen empfinden können?

Auf Grundlage der in der Antwort zu Frage 5 genannten Richtlinie der BÄK werden Schmerzreize u. a. eingesetzt, um zu prüfen, ob motorische oder vegetative Reaktionen ausgelöst werden. Sofern der irreversible Hirnfunktionsausfall (noch) nicht eingetreten ist, kann die Möglichkeit der Schmerzwahrnehmung bestehen. Das Setzen von Schmerzreizen gehört im Übrigen in der Medizin zu den Basisuntersuchungen von bewusstseinsgeminderten oder bewusstlosen Patientinnen und Patienten.

7. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass eine Diagnostik, die das Zufügen von Schmerzen erfordert (www.organspende-info.de/organspende/hirntod/hirntoddiagnostik/), keiner vorherigen Einwilligung der Patienten oder eines rechtlichen Vertreters der Patienten bedarf?

Die Einwilligung in eine intensivmedizinische Behandlung erfasst grundsätzlich alle notwendigen medizinischen Maßnahmen zur Behandlung der Patientin oder des Patienten bis hin zur Todesfeststellung. Im Einzelfall kann die Einholung einer gesonderten Einwilligung erforderlich sein.

8. Ist ein Mensch, dessen Körper Sauerstoff in der Lunge aufnehmen kann, dessen Blutkreislauf den Sauerstoff in alle Organe, Gewebe und Zellen transportiert, der Nahrung und Flüssigkeit verarbeitet und die gewonnenen Stoffe in Energie umsetzen kann, der Infektionen abwehrt und dessen Wunden heilen, nach Ansicht der Bundesregierung tot?
9. Ist ein Mensch, der bewusstlos ist, keine Hirnstammreflexe zeigt und dessen Spontanatmung ausgefallen ist, der aber beatmet wird und dessen Körper Sauerstoff in der Lunge aufnehmen kann, dessen Blutkreislauf den Sauerstoff in alle Organe, Gewebe und Zellen transportiert, der Nahrung und Flüssigkeit verarbeitet (durch das Verdauungssystem) und die gewonnenen Stoffe in Energie umsetzen kann, der Infektionen abwehrt und dessen Wunden heilen, nach Ansicht der Bundesregierung tot?

10. Ist eine als „hirntot“ diagnostizierte Schwangere, die über einen Zeitraum von 20 Wochen intensivmedizinisch betreut wurde, bis sie in der 31. Schwangerschaftswoche ein gesundes Kind zur Welt gebracht hat (siehe Vorbemerkung der Fragesteller), nach Ansicht der Bundesregierung tot?

Die Fragen 8 bis 10 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Intensivmedizinische Maßnahmen zur Aufrechterhaltung von Kreislauf und Atmung ermöglichen auch nach Eintritt des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls bestimmte, von der zentralen Regulierung des Gehirns unabhängige Körperfunktionen, wie zum Beispiel Herzschlag oder die Fähigkeit zur Verarbeitung von Nahrung und Flüssigkeit. Solange bei einer hirntoten Schwangeren der mütterliche Blutkreislauf künstlich aufrechterhalten ist, kann eine Schwangerschaft ausgetragen werden. Der Embryo bzw. die Plazenta produzieren die Hormone, die zur Aufrechterhaltung der Schwangerschaft notwendig sind.

Das Gehirn hat jedoch beim irreversiblen Hirnfunktionsausfall seine Steuerungsfunktion vollständig verloren. Eine Wiedererlangung des Bewusstseins und der zentralen Steuerungsfähigkeit für die gesamten Körperfunktionen ist ausgeschlossen.

11. Gibt es nach Auffassung der Bundesregierung wesentliche Unterschiede zwischen einem Patienten mit dem Krankheitsbild des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls und einer Leiche (bei der z. B. Leichenflecke und Leichenstarre eingetreten sind), und wenn ja, welche?

Die in der Frage zum Ausdruck kommende Annahme, dass bei Vorliegen des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls der Tod der Organ- und Gewebespenderin beziehungsweise des Organ- oder Gewebespenders im Sinne des § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 TPG nicht eingetreten ist, ist unzutreffend.

12. Steht einem schwerstkranken Patienten mit unter intensivmedizinischen Bedingungen fortdauerndem Krankheitsbild des irreversiblen isolierten Hirnfunktionsausfalls (IHA) und erhaltenen Vitalzeichen seines Leibes aus Sicht der Bundesregierung die Menschenwürde zu, und wenn nein, warum nicht?

Bei dem irreversiblen Hirnfunktionsausfall handelt es sich nicht um ein „Krankheitsbild“, sondern medizinisch-naturwissenschaftlich um ein sicheres Todeszeichen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts „endet die in Artikel 1 Absatz 1 des Grundgesetzes aller staatlichen Gewalt auferlegte Verpflichtung, dem Einzelnen Schutz gegen Angriffe auf seine Menschenwürde zu gewähren, nicht mit dem Tode“ (BVerfGE 30, 173, 194; vgl. auch BVerfG, Beschluss vom 24. Oktober 2022 – 1 BvR 19/22, Rn. 28). In § 6 TPG ist geregelt, dass im Fall einer Organ- oder Gewebeentnahme bei verstorbenen Personen diese und alle mit ihr zusammenhängenden Maßnahmen unter Achtung der Würde des Organ- oder Gewebespenders in einer der ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprechenden Weise durchgeführt werden müssen.

13. Wie unterscheidet sich nach Kenntnis der Bundesregierung der leibliche Zustand eines Schwerstkranken mit dem Krankheitsbild des IHA (irreversibler Hirnfunktionsausfall) vor einer Organentnahme von dem Zustand seines Körpers nach der Organentnahme?

Bei schwerstkranken Menschen erfolgt keine Organentnahme. Voraussetzung für eine postmortale Organspende ist die Feststellung des Todes des Organspenders in dem dafür vorgesehenen Verfahren. Im Übrigen wird auf die Antworten zu den Fragen 11 und 12 verwiesen.

14. Auf welcher Grundlage trifft die BZgA in ihren Publikationen zum Thema Organspende Aussagen wie „Organe können nur Verstorbene spenden“ (<https://shop.bzga.de/flyer-organ-und-gewebespende-kurz-und-kompakt-erklart-mit-integriertem-organspendeausweis/>), und welche medizinisch-wissenschaftliche Definition von „verstorben“ liegt dem zugrunde?
15. Warum wird in der Broschüre der BZgA „Was ist der Hirntod“ (<https://shop.bzga.de/pdf/60130003.pdf>) und dem in Frage 12 genannten Flyer bei der Darstellung der „Voraussetzungen für eine Organ- und Gewebeentnahme nach dem Transplantationsgesetz“ nur erwähnt, dass der „unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod)“ festgestellt werden müsse, aber nicht die im Gesetz genannte Voraussetzung gemäß § 3 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 TPG „der Tod des Organ- oder Gewebespenders“?
16. Warum enthält die ausführliche Broschüre der BZgA „Was ist der Hirntod“ (siehe Frage 13) bei einem Umfang von über 140 Seiten keine ausführliche und nachvollziehbare Begründung, weshalb mit dem „Hirntod“ auch der „Tod“ des Spenders festgestellt sei?
17. Warum werden in den Materialien der BZgA bei der Darstellung des „Hirntodes“ keine kritischen Stimmen zur Bedeutung des „Hirntodes“ berücksichtigt?

Die Fragen 14 bis 17 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bei der Umsetzung des Aufklärungsauftrags nach § 2 Absatz 1 TPG orientiert sich das BIÖG an Formulierungen des TPG („bei toten Spendern“) und legt den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu Grunde. Bei der Aufklärung über die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (sog. Hirntod) in seinen Informationsmaterialien bezieht sich das BIÖG auf die in der Antwort zu Frage 5 genannte Richtlinie der BÄK.

Dem Informationsbedürfnis der Bevölkerung zum Hirntod und zu seiner Diagnostik trägt das BIÖG durch entsprechende Informationsmaterialien Rechnung, die mit fachlich fundierten Informationen flankiert werden. Beispielhaft genannt seien regelmäßige Beiträge in den sozialen Medien sowie Antworten auf die häufigsten Fragen zum Thema Organspende bzw. speziell zum Thema Hirntod (organspende-info.de/fileadmin/Organspende/05_Mediathek/Redaktionsbaukasten/Faktenblaetter/BZgA_RBK_Infoformate_Mythencheck_2024.pdf; organspende-info.de/fileadmin/Organspende/05_Mediathek/Redaktionsbaukasten/Hintergrundinformationen/BZgA_RBK_Infoformate_Hirntod.pdf). Außerdem wird auf den Unterseiten organspende-info.de/organspende/hirntod/tod-und-sterben und organspende-info.de/erfahrungen-und-meinungen/religionen sowie in einem Blogbeitrag (organspende-info.de/informieren/blog/vorstellungen-zum-tod-wann-ist-man-tot-1) verschiedenen Sichtweisen Raum geboten, die auch kulturelle und religiöse Einstellungen zur Definition des Todes aufgreifen.

So werden zum Beispiel auch religiöse Einstellungen, die den Hirntod als eindeutiges Anzeichen des eingetretenen Todes ablehnen, aufgegriffen. Für tiefergehende Informationen zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall stellt das BIÖG die beiden Broschüren „Was ist der Hirntod? Fallbeispiel — Informationen — Erklärungen zum Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod)“ und „Der unumkehrbare Ausfall der gesamten Hirnfunktionen (Hirntod)“ zur Verfügung. Darüber hinaus informiert das BIÖG anhand einer eigenen Unterseite (organspende-info.de/organspende/hirntod) auf dem Informationsportal „organspende-info.de“ umfassend zum Thema Hirntod, Hirntod-Diagnostik und damit angrenzenden Themen (z. B. Ethik und Sterben).

Ferner bietet das BIÖG Informationsmaterialien zur Diagnostik des irreversiblen Ausfalls der gesamten Hirnfunktionen unabhängig von einer möglichen Organspende an. Dabei liegt der Fokus auf der Beschreibung der Entstehung und der detaillierten Diagnostik, um Bürgerinnen und Bürgern eine adäquate Erklärung an die Hand zu geben.

18. Hält die Bundesregierung eine Darstellung des „Hirntodes“ ohne die Berücksichtigung von kritischen Stimmen für eine „ergebnisoffene“ Information der Bevölkerung (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Die Aufklärung der Bevölkerung erfolgt auf Grundlage der gesetzlichen Regelungen. Sie hat die gesamte Tragweite der Entscheidung zu umfassen und muss ergebnisoffen sein (§ 2 Absatz 1 Satz 2 TPG). Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 14 bis 17 und 19 sowie 20 bis 21 verwiesen.

19. Warum erhalten Bürgerinnen und Bürger, die sich den Podcast Nummer 5 der BZgA mit dem Titel „Ab wann ist man tot?“ anhören (siehe www.organspende-info.de/informieren/podcasts/organspende-verstehen-entscheiden/), nur Informationen über die Art und Weise der Feststellung des „Hirntodes“, aber keine Informationen zur Feststellung des Todes?

Der Titel der zitierten Podcast-Episode lautet vollständig „Episode 5: Ab wann ist man tot? - Der irreversible Hirnfunktionsausfall (Hirntod)“ und stellt eine der zwölf Episoden der Podcastreihe „ORGANSPENDE – verstehen & entscheiden“ dar. Damit wird bereits durch den Titel sowohl der gesamten Reihe als auch der Episode 5 verdeutlicht, dass es nicht um die Feststellung des Todes an sich geht, sondern um die Erklärung des Hirntodkriteriums. Durch die Erläuterung auf organspende-info.de/informieren/podcasts/organspende-verstehen-entscheiden wird den Nutzerinnen und Nutzern dieser Zusammenhang deutlich aufgezeigt.

20. Warum werden die Bürgerinnen und Bürger in den Veröffentlichungen der BZgA nicht darüber informiert und aufgeklärt, dass die Feststellung des Todes eines Menschen laut einer einschlägigen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/054-002>) „auf dem Nachweis mindestens eines sicheren Todeszeichens fußt“, nämlich Totenflecke, Totenstarre, Fäulnis und/oder Verletzungen, die mit dem Leben unvereinbar sind?

21. Auf welche Definition von „Tod“ stützt sich die BZgA bei der Aussage, dass dem Körper eines Organspenders „nach der ärztlichen Feststellung seines Todes“ (<https://shop.bzga.de/flyer-organ-und-gewebespende-kurz-und-kompakt-erklart-mit-integriertem-organspendeausweis/>) (nicht des „Hirntodes“) Organe wie Niere, Herz, Lunge oder Leber zur Transplantation in den Körper eines Organempfängers entnommen werden?

Die Fragen 20 und 21 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Auf die Antwort zu den Fragen 14 bis 17 wird verwiesen.

22. Warum fand die Unterrichtung des Deutschen Bundestages über die Evaluation der Aufklärungstätigkeit der BZgA noch nicht statt (siehe Vorbemerkung der Fragesteller)?

Es wird auf den Zwischenbericht der Bundesregierung über die wissenschaftliche Evaluation der Aufklärungsunterlagen der BZgA sowie ihrer sonstigen Informationsangebote zur Organ- und Gewebespende (Bundestagsdrucksache 20/14870) verwiesen, der vom Bundeskabinett am 18. Dezember 2024 beschlossen wurde.

23. Warum beschränkt das Bundesministerium für Gesundheit die Prüfung der „Hirntod“-Richtlinien der Bundesärztekammer auf Änderungen gegenüber der vorherigen Version (siehe Vorbemerkung der Fragesteller)?
24. Dürfen nach Auffassung der Bundesregierung Teile von Richtlinien in der Transplantationsmedizin ungeprüft bleiben, weil sie keine Änderung gegenüber einer „Vorversion“ darstellen?
25. Warum wurde nach Kenntnis der Bundesregierung der Richtlinienenteil „Regeln zur Feststellung des Todes“ der „Hirntod“-Richtlinie der Bundesärztekammer vom Bundesministerium für Gesundheit beanstandungslos genehmigt, obwohl er die im Transplantationsgesetz geforderte Begründung nicht enthält (siehe Vorbemerkung der Fragesteller)?
26. Warum wurde vom Bundesministerium für Gesundheit nicht gerügt, dass die Richtlinien der Bundesärztekammer keine Verfahren oder Tests zur Prüfung des Kleinhirns vorsehen, obwohl dieses zum Prüfungsumfang von § 3 Absatz 2 Nummer 2 TPG i. V. m. § 16 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 TPG gehört?
27. Warum heißt es im Prüfvermerk des Bundesministeriums für Gesundheit vom 4. Juli 2022 (BMG, Prüfvermerk vom 4. Juli 2022 – 312-4091-1/1, S. 1 ff) zur aktuellen „Hirntod“-Richtlinie auf S. 4, die Änderungen der Richtlinie seien „medizinisch-fachlich gut begründet“, obwohl die Parlamentarische Staatssekretärin Dittmar auf Schriftliche Fragen eines Abgeordneten behauptet, das Ministerium nehme keine medizinisch-fachliche Prüfung vor (vgl. Vorbemerkung der Fragesteller)?

Die Fragen 23 bis 27 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Im Rahmen der allgemeinen Rechtsprüfung, die das BMG in dem Genehmigungsverfahren nach § 16 Absatz 3 Satz 1 TPG vornimmt, wird geprüft, ob die Änderung der Richtlinie mit höherrangigem Recht, insbesondere dem TPG, vereinbar ist. Eine Überprüfung des festgestellten Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft durch die BÄK nimmt das BMG dabei nicht vor. Die allgemeine Rechtsprüfung des BMG erstreckt sich auf die formelle und

materielle Rechtmäßigkeit der Richtlinie der BÄK. Demnach wird geprüft, ob die Richtlinie verfahrensgemäß einwandfrei zustande gekommen ist, ob die Richtlinie begründet ist und ob die Feststellung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft nachvollziehbar dargelegt wurden (§ 16 Absatz 2 Satz 2 TPG). Ob der medizinisch-wissenschaftliche Erkenntnisstand transparent und nachvollziehbar abgebildet worden ist, wird abschließend im Gesamtkontext beurteilt. Wesentliche Grundsätze der Richtlinie, die im Rahmen ihrer Änderung unverändert bleiben, sind nicht Gegenstand des Genehmigungsverfahrens.

28. Welche Institutionen, Personen oder Unternehmen sind bereits heute neben der erklärenden Person selbst und dem entsprechend berechtigten Personal im Krankenhaus berechtigt, auf die im Organspenderegister gespeicherten Daten zuzugreifen, und in welcher Form bzw. auf welchem Weg werden die Daten diesen Institutionen, Personen oder Unternehmen zugänglich gemacht?

Auskünfte über im Register gespeicherte Erklärungen zur Organ- und Gewebespende erfolgen ausschließlich an die in § 2a Absatz 4 TPG genannten Personen. Einzelne Mitarbeitende des zuständigen Fachgebiets des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind – ausschließlich und nur im Rahmen von Auskunftersuchen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung – berechtigt, auf Erklärungen der Auskunftersuchenden zuzugreifen. Der Zugriff erfolgt im Rahmen eines Rollen-/Berechtigungskonzeptes durch hierfür berechtigtes Personal. Alle Zugriffe werden protokolliert.

29. Mit welchen Maßnahmen werden die im Organspenderegister gespeicherten Erklärungen vor Manipulation oder unberechtigtem Zugriff geschützt?

Die im Organspende-Register gespeicherten Erklärungen sind nicht öffentlich einsehbar und vor Manipulation und unberechtigtem Zugriff geschützt. Das BfArM hat nach § 2a Absatz 2 Satz 1 TPG im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik sichere Authentifizierungsverfahren für die Abgabe, Änderung und den Widerruf von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende und für den Abruf von Erklärungen zur Organ- und Gewebespende festgelegt. Es wurden zudem die erforderlichen räumlichen, technischen und -organisatorischen Maßnahmen vom BfArM getroffen, damit die im Register gespeicherten Daten gegen unbefugtes Hinzufügen, Löschen oder Verändern geschützt sind und keine unbefugte Kenntnisnahme oder Weitergabe erfolgen kann. Die im Organspende-Register gespeicherten Daten werden in einem nach Trusted Site Infrastructure (TSI)-Standard Level 3 zertifizierten Rechenzentrum in Deutschland gespeichert. Es werden regelmäßig sowohl interne wie externe Penetrationstests durchgeführt. Sämtliche Zugriffe auf Erklärungen werden protokolliert. Das BfArM überprüft die Zulässigkeit der Abrufe nach § 2a Absatz 5 Satz 4 TPG durch Stichprobenverfahren und wenn dazu Anlass besteht.

30. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie häufig es in Deutschland bei Organtransplantationen zu medizinischen Komplikationen kommt (bitte nach den Organen Niere, Leber, Lunge und Herz, Art und Häufigkeit der Komplikationen in den Jahren 2023 und 2024 aufschlüsseln)?

31. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung darüber, wie häufig es in Deutschland innerhalb eines Jahres nach einer Organtransplantation zu medizinischen Komplikationen, insbesondere einem Organversagen, kommt (bitte nach den Organen Niere, Leber, Lunge und Herz, Art und Häufigkeit der Komplikationen in den Jahren 2023 und 2024 aufschlüsseln)?
32. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung, darüber, wie viele Patienten innerhalb von drei Jahren nach der Organtransplantation versterben (bitte nach den Organen Niere, Leber, Lunge und Herz und Todesursache aufschlüsseln)?

Die Fragen 30 bis 32 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Statistische Kennzahlen zur Organspende und Organtransplantation in Deutschland werden von der DSO erhoben und berichtet (dso.de/organspende/statistiken-berichte/organtransplantation). Laut DSO-Jahresbericht ereigneten sich im Jahr 2023 52 schwerwiegende Zwischenfälle im Sinne des § 63i Absatz 6 des Arzneimittelgesetzes und 17 schwerwiegende unerwünschte Reaktionen im Sinne des § 63i Absatz 7 des Arzneimittelgesetzes. Für das Jahr 2024 liegen derzeit noch keine Daten vor. Weitere statistische Kennzahlen zur Organspende werden im Transplantationsregister (§ 15a TPG) gesammelt.

33. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die jährlichen Kosten der Transplantationsmedizin, aufgeschlüsselt nach den Krankenhauskosten (Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge bei Organtransplantationen), Arzneimittelkosten für Immunsuppression (jeweils ohne Lebendspenden) und den daraus folgenden weiteren medizinischen Behandlungen (bitte nach Kostenträger sowie Art und Höhe der Kosten auflisten)?

Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse zu den Kosten der Transplantationsmedizin, aufgeschlüsselt nach Krankenhauskosten, Arzneimittelkosten sowie weiter folgenden medizinischen Behandlungen vor. Die Rechnungsergebnisse der Krankenkassen und die amtliche Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten keine entsprechend feingliedrige Abgrenzung.

34. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die häufigsten Krankheitsursachen, die Organtransplantationen in Deutschland erforderlich machen (bitte nach Art des transplantierten Organs, Anzahl der transplantierten Organe im Jahr 2023, Indikation mit jeweils zugehöriger häufigster zugrunde liegender Krankheitsursache wie z. B. Rauchen und/oder COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung) und Alkoholkonsum und/oder Leberzirrhose aufschlüsseln)?

Die Hauptdiagnosen für die Aufnahme in die Warteliste werden je Organ in den Tätigkeitsberichten der Transplantationszentren ausgewiesen, die die DSO auf ihrer Internetseite veröffentlicht (dso.de/organspende/statistiken-berichte/berichte-der-transplantationszentren).

35. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung in dieser Legislaturperiode ergriffen, um die potenziellen Ursachen für den Bedarf an Organtransplantationen – wie z. B. Rauchen, gesundheitlicher Alkoholkonsum, Adipositas, Bewegungsmangel und Diabetes mellitus – zu bekämpfen?

Die Bundesregierung verfolgt einen krankheitsübergreifenden Ansatz zur Prävention und Bekämpfung von bevölkerungsmedizinisch wichtigen nicht-über-

tragbaren Krankheiten. In der Prävention ist die Bekämpfung der gemeinsamen lebensstilbezogenen Risikofaktoren, insbesondere Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum ein zentrales Anliegen. Dazu hat das BMG unter anderem eine Nationale Präventions-Initiative auf den Weg gebracht. Um die Bewegungsförderung in Deutschland für alle Altersgruppen zu stärken, hat das BMG den sektorenübergreifenden Dialog „Runder Tisch Bewegung und Gesundheit“ initiiert, der in einem Folgeprozess fortgeführt wird. Gemeinsam mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) wurde zudem der Entwicklungsplan Bewegung und Sport des Bundes erarbeitet. Ergänzend dazu stärkt der Nationale Aktionsplan „IN FORM“ seit dem Jahr 2008 die Gesundheitsförderung durch gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stärkt den ÖGD nachhaltig durch Personalaufbau, Digitalisierung und zukunftsfähige Strukturen auch im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung.

Zur Verringerung des Nikotin- und des Alkoholkonsums verfolgt die Bundesregierung einen Policy Mix aus aufeinander abgestimmten präventiven und gesetzlichen Maßnahmen. Das BIÖG führt im Auftrag der Bundesregierung umfassende Aufklärungs- und Präventionsmaßnahmen durch, die dazu beitragen, bereits den Einstieg in das Rauchen und den Alkoholkonsum zu verhindern. Zudem gibt es zahlreiche Beratungs- und Hilfsangebote, die beim Ausstieg aus dem Konsum unterstützen.

36. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, wie viele Raucher nach einer Lungen- bzw. Herztransplantation wieder bzw. weiterhin rauchen, und wenn ja, welche?
37. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, wie viele Menschen nach einer Lebertransplantation wieder bzw. weiterhin Alkohol trinken, und wenn ja, welche?
38. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, wie viele Menschen in Deutschland aufgrund von Arzneimittelnebenwirkungen dialysepflichtig werden, und wenn ja, welche?
39. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, wie viele Menschen in Deutschland aufgrund von Arzneimittelnebenwirkungen bleibende Nierenschäden erleiden und infolge dieser Nierenschäden eine Ersatzniere benötigen, und wenn ja, welche?

Die Fragen 36 bis 39 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Bundesregierung liegen diesbezüglich keine Erkenntnisse vor.

40. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, wie viele Menschen in Deutschland aufgrund eines Diabetes mellitus dialysepflichtig werden und infolgedessen Nierenschäden erleiden, die eine Nierentransplantation erforderlich machen, und wenn ja, welche?

Auf der Grundlage einer wissenschaftlichen Studie des Deutschen Diabetes Zentrum mit Abrechnungsdaten von Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkasse und der Betriebskrankenkassen (doi.org/10.2337/dc20-2477) kann abgeschätzt werden, dass in Deutschland pro Jahr bei etwa 114 von 100 000 Menschen mit Diabetes neu mit einer Dialyse aufgrund einer chronischen Niereninsuffizienz begonnen wird (sogenannte Inzidenzrate). Nach Schätzung des

Robert Koch-Instituts (RKI) ist derzeit bei rund sieben Millionen Erwachsenen in Deutschland ein Diabetes mellitus bekannt. Aus den genannten Daten kann abgeleitet werden, dass pro Jahr in Deutschland rund 8 000 Menschen mit Diabetes neu dialysepflichtig werden.

41. Hat die Bundesregierung Kenntnisse darüber, inwiefern sich Nierenschäden bei Diabetespatienten durch ein gutes Management der Krankheit verhindern lassen, wenn ja, welche, und wie stark unterscheidet sich das Risiko von Nierenschäden bei gut oder schlecht gemanagtem Diabetes nach Kenntnis der Bundesregierung?

Eine leitliniengerechte Behandlung eines Diabetes mellitus ist ein entscheidender Faktor, um eine diabetische Nierenerkrankung zu vermeiden oder zu verzögern. Neben einer guten Blutzuckereinstellung kommen dabei vor allem der Behandlung eines komorbiden Bluthochdrucks, einem gesunden Lebensstil mit regelmäßiger körperlicher Bewegung, ausgewogener Ernährung und Rauchverzicht sowie regelmäßigen Kontrolluntersuchungen eine besondere Bedeutung zu. Weitere Informationen zur Wirksamkeit verschiedener Komponenten der Diabetesbehandlung zur Vorbeugung renaler Folgeerkrankungen eines Diabetes mellitus sind zum Beispiel der Nationalen VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes oder der öffentlich zugängigen wissenschaftlichen Literatur zu entnehmen.

42. Hat die Bundesregierung Kenntnisse über das durchschnittliche Alter von Organspendern und Organempfängern, und wenn ja, welche (bitte ggf. nach den Organen Herz, Lunge, Leber und Niere aufschlüsseln)?

Nach Angaben der DSO lag im Jahr 2024 das durchschnittliche Spenderalter für Herzen bei 41 Jahren, für Lungen bei 49 Jahren, für Nieren bei 53 Jahren, für Lebern bei 55 Jahren und für Pankreaten bei 31 Jahren.

Im gleichen Zeitraum lag das durchschnittliche Empfängeralter für Herzen bei 47 Jahren, für Lungen bei 54 Jahren, für Nieren bei 53 Jahren, für Lebern bei 48 Jahren und für Pankreaten bei 43 Jahren.

