

Wortprotokoll

14. Sitzung

**Montag, 1. März 2004, 11.00 Uhr
Reichstagsgebäude, Raum 3 N 001**

Vorsitz: Abg. Hubert Hüppe

Tagesordnung

Vor Eintritt in die Tagesordnung	Seite 6
Einziger Tagesordnungspunkt Öffentliche Anhörung zum Thema „Organlebendspende“	Seite 7
<u>Verzeichnis der Anlagen</u>	Seite 96

Beginn der Sitzung 11.00 Uhr.

Vor Eintritt in die Tagesordnung

Vorsitzender: Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich darf Sie recht herzlich zur unserer öffentlichen Anhörung zum Thema „Organlebendspende“ begrüßen. Ich beginne pünktlich, weil wir zwölf Experten haben und gerne auch alle Beiträge hören möchten.

Ich darf an dieser Stelle auch die Experten recht herzlich begrüßen und bedanke mich schon einmal im Vorhinein, dass Sie sich die Zeit genommen haben für diese Anhörung, und darf mich auch bedanken, dass inzwischen alle ein schriftliches Statement abgegeben haben. Ich darf natürlich auch die Öffentlichkeit, die Medien, die interessierten Gäste und natürlich die Mitglieder der Enquete begrüßen.

Da wir sehr viele Experten haben und sehr viele Fragen gestellt worden sind, mache ich folgenden Vorschlag für den Ablauf. Es ist inzwischen ein Ablaufplan erstellt worden. Wir werden zunächst einmal den rechtlichen Teil und damit die Juristen hören. Direkt anschließend daran werden wir den leistungsrechtlichen Teil hören mit Herrn Dr. Egger. Danach, ich hoffe, dass wir damit um 12 Uhr schon fertig sind, besteht noch knapp eine halbe Stunde Gelegenheit für konkrete Verständnisfragen. Ich darf aber darauf hinweisen, dass die Fragen bitte kurz gestellt werden und auch gleich gesagt wird, an wen sie gerichtet sind. Nur derjenige kann dann antworten. Anschließend werden von 12.30 Uhr bis 13.45 Uhr die anderen Statements mündlich vorgetragen. Zunächst einmal der medizinische Bereich mit fünf Experten und dann der ethische Bereich mit drei Experten. Auch hier sind dann Verständnisfragen möglich. Von 14.30 Uhr bis 16.00 Uhr ist eine allgemeine Fragerunde vorgesehen. Ich darf fragen, ob es dagegen Bedenken gibt. Das ist offensichtlich nicht der Fall.

Dann darf ich darauf hinweisen, dass die Veranstaltung auf Band aufgezeichnet wird. Auf Grundlage des Tonbandes wird ein Wortprotokoll erstellt. Wenn es fertig ist, was allerdings etwas dauern kann, wird es im Internet veröffentlicht, ebenso wie die schriftlichen Stellungnahmen, die hier bereits ausliegen. Gleichzeitig darf ich darauf hinweisen, dass das Bundestagsfernsehen diese Veranstaltung überträgt. Es gibt morgen noch einmal eine Wiederholung um 9.00 Uhr auf dem Parlamentskanal.

Damit will ich die Vorrede beenden, damit wir zu den Statements kommen können. Für die Statements sind acht Minuten, im Höchstfall zehn Minuten vorgesehen, weil wir jedem die Möglichkeit geben wollen, sein Statement abzugeben. Hinzu kommt, dass wir auch noch Fragen zu lassen wollen.

Einzigiger Tagesordnungspunkt Öffentliche Anhörung zum Thema „Organlebendspende“

Vorsitzender: Herr Lilie, Sie haben das Wort.

Experte Prof. Dr. Hans Lilie: Herr Vorsitzender, ich bedanke mich für die Einladung. Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich bin bemüht, mich an das Zeitbudget zu halten. Ich möchte gleich mit der ersten Frage beginnen, die sich darum dreht, welche Erfahrungen hinsichtlich der Lebendspende gemacht worden sind. Einer meiner Eindrücke ist, dass eine ganze Reihe von Ursachen zu einer ständigen Steigerung in diesem Bereich führt. Ich habe in meinem schriftlichen Bericht dargelegt, dass für mich einer der Hauptgründe in der immer stärkeren Anonymisierung der Organspende liegt. So habe ich versucht das zu nennen. Ich meine damit, dass durch die mit dem Transplantationsgesetz einhergehende patientenzentrierte Organverteilung eine unmittelbare Verknüpfung zwischen Organspende und Organtransplantation weitgehend aufgelöst ist.

Es war sicherlich ein wichtiges und zentrales Ziel des Transplantationsgesetzes, durch die patientenzentrierte Organverteilung ein möglichst hohes Maß an Gerechtigkeit zu erzielen. Das hat aber dazu geführt, dass in den Transplantationszentren eine besondere Mühe für die Organspende notwendig geworden ist, da gerade Patienten und Ärzte aus peripheren Häusern den direkten Erfolg einer Organtransplantation nicht mehr sehen. Ich meine damit, dass vielfach auch Organe nach der Organspende weit verschickt werden und das spendende Haus die unmittelbare Wirkung einer Organspende nicht wahrnimmt. Sie bedeutet häufig nur einen großen Aufwand an Zeit, Kosten und nicht zuletzt auch an Erklärungsbedarf. Das erklärt meines Erachtens auch den Einbruch der Zahlen nach dem Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes. Es ist nicht nur menschlich, sondern eben auch in vielen Punkten sehr gut nachvollziehbar, wenn man andere Wege sucht.

Und so glaube ich, dass trotz der vom Gesetzgeber gewollten Subsidiarität der Lebendspende, deren Anstieg heute nicht zuletzt darauf zurückzuführen ist, dass – und das berichten mir vielfach auch transplantierende Ärzte – bei der Lebendspende die Umstände von vornherein für sie kontrollierbar sind. Das beginnt mit dem zu wählenden Zeitpunkt und mit den Möglichkeiten, eine nur sehr kurze oder fast gar keine kalte Ischämie-Zeit zu haben. Die Zahlen über die positiven Ergebnisse und besseren Ergebnisse bei der Lebendspende sprechen ihre Sprache dazu. Was man auch mehrfach hört, ist, dass eine zunehmend bessere Informiertheit der Patienten dazu führt, dass man den Weg der Lebendspende vorzieht, weil man den langen Leidensweg an der Dialyse, der statistisch gesehen doch sehr groß ist, auf diese Art und Weise umgehen kann. Ich glaube deshalb, dass die vom Gesetzgeber gewollte Subsidiarität der Lebendspende in der Praxis keine wirkliche normative Wirkung zu entfalten vermag.

Die Defizite, die in der ersten Frage bei der Umsetzung des Transplantationsgesetzes mit angesprochen sind, liegen, glaube ich, in erster Linie in den gesetzgeberischen Vorgaben. Das eine ist das Kriterium der Freiwilligkeit. Darauf werde ich gleich noch extra zu sprechen kommen. Letztendlich ist der zentrale Punkt, dass die Lebendspende-Kommissionen, die das Fehlen von Organhandel und Probleme bei der Freiwilligkeit zu untersuchen haben, nach der jetzigen Gesetzeslage praktisch nur die Möglichkeit haben, eine Stellungnahme abzugeben. Diese Stellungnahme ist und bleibt eine Empfehlung, die die transplantierenden Ärzte nicht bindet.

Zur Frage der Kriterien der „besonderen Verbundenheit“ kann ich mich, glaube ich, ganz kurz fassen und auf das verweisen, was auch das Bundessozialgericht gerade jüngst entschieden hat. Was mich etwas irritiert ist, dass die Diskussion eigentlich den Begriff, den der Gesetzgeber bewusst aus anderen Bereichen gewählt hat, so wenig in die Diskussion mit einbezieht. Das Bundessozialgericht hat nicht einmal den § 193 Abs. 2 SGB III herangezogen. Darüber hinaus habe ich in meiner Stellungnahme auch darauf verwiesen, dass wir in anderen Bereichen, etwa im Strafrecht, mit dieser Figur der nahestehenden Person durchaus umgehen und dass hier die starke emotionale Beziehung, wie sie in dem Urteilsabdruck des Bundessozialgerichtes zitiert wird, für die Zukunft Schwierigkeiten bringen wird, weil wir eine neue Beweisfrage, ein neues Beweisproblem haben. Wenn das rein faktisch intensiv und gefestigt sein muss, dann kann man, ähnlich wie bei der Kriegsdienstverweigerung, relativ schnell die zutreffende Formel lernen und damit umgehen, so dass ich hier mit einer weitgehenden Verwässerung dessen rechne, was der Gesetzgeber eigentlich gewollt hat.

Zur Freiwilligkeit möchte ich kurz sagen, dass wir im Strafrecht beim Rücktritt vom Versuch die Figur der Freiwilligkeit bereits kennen. Zur Definition dessen, was freiwillig ist, wenn ein Straftäter eine Straftat versucht, dann aber vor der Vollendung entscheidet, die weitere Tatausführung aufzugeben, sind „Bibliotheken geschrieben“ worden. Auch diese Diskussion ist nicht auf adäquate Weise ins Transplantationsgesetz transferiert und die Erkenntnisse daraus übernommen worden. Will man Freiwilligkeit auf einer psychologischen Basis bestimmen, ist man sehr schnell an Grenzen, da es sehr schwierig ist, aus psychologischen Wertungen Maßstäbe für Freiwilligkeit abzuleiten. Das hat das Strafrecht zumindest belegt. Bei normativer Betrachtung sprechen wir davon, dass die sittliche Qualität des Antriebs des Einzelnen zu bewerten ist. Und auch hier stehen natürlich die Kommissionen bei der konkreten Entscheidung vor sehr großen Problemen. Ich kann nur aus eigener persönlicher Erfahrung als Mitglied einer solchen Kommission, die die Freiwilligkeit zu überprüfen hatte, feststellen, dass erst das persönliche Gespräch mit dem Betroffenen weiterhilft, wenn es der Kommission gelingt, in die Tiefe der Beziehung zwischen Spender und Empfänger einzudringen. Mich beeindruckt nach wie vor der Fall, in dem der Vater für den Sohn spenden sollte und der Vater nach längerer Befragung die Genese der Geschichte offen legte. Das ist auch in den Fragen der Enquete deutlich geworden. Ursprünglich sollte zunächst die Mutter spenden. Hier war die Blutgruppenverträglichkeit nicht gegeben. Dann sagte dieser Vater wörtlich in der Anhörung: „Na ja, da war ich halt eben dran.“ Bei der Frage, ob das zur Feststellung der Freiwilligkeit ausreicht, habe ich große Probleme.

Der gesetzgeberische Mangel liegt darin, dass die Kommission, die Bedenken hinsichtlich der Freiwilligkeit hat, praktisch mit „gebundenen Händen“ dasteht. Da nach dem Wortlaut des Gesetzes das Vorliegen der Stellungnahme Voraussetzung für die Organspende ist, haben wir damals den Weg gewählt und keine Stellungnahme abgegeben. Das führt natürlich, wenn man das mehrmals macht, zu Konflikten zwischen der Kommission und dem Transplantationsteam. Hier muss man Auswege suchen. Ich glaube, für die Zukunft wird das ein wichtiger Punkt sein, dass man sich Gedanken darüber machen müsste, wie mit der Stellungnahme der Lebendspende-Kommission umzugehen ist – ob sie entweder bindend sein soll oder eine Empfehlung ist. Dann würde ich mich dafür stark machen, dass man schon für den Arzt, der sich über die Empfehlung hinwegsetzen will, eine ganz besondere Begründungslast fordern müsste.

Jüngste Erfahrungen zeigen, dass es wichtig ist, sich dann Gedanken darüber zu machen, ob man einem möglichen Kommissions-Hopping oder Kommissions-Shopping vorbeugen will. Ich könnte mir vorstellen, dass man hier ausdrückliche Erklärungen der Spendewilligen braucht, dass sie nicht vorher von einer anderen Kommission eine Ablehnung – eine negati-

ve Stellungnahme – erfahren haben. Eine entsprechende Regelung, meine ich, ist ganz wichtig, damit die jeweilige Kommission weiß, dass sie wirklich die ersten sind, die darüber entscheiden, und nicht, wie es vorgekommen ist, keine Erkenntnis darüber haben, dass eine andere Kommission etwa eine negative Stellungnahme abgegeben hat. Das spricht auch dafür, dass die Kommission unbedingt auf das persönliche Gespräch dringen sollte und nicht nur nach Aktenlage entscheiden darf.

Nun noch einige Punkte, die auch in den anderen Stellungnahmen angesprochen werden.

Vorsitzender: Bitte achten Sie auf die Zeit!

Experte Prof. Dr. Hans Lilie: Einen letzten Satz zum illegalen Organhandel. Schon 1990 wurde in Ottawa auf der internationalen Ethik- und Transplantationskonferenz diese Frage angesprochen. Ich will nur darauf hinweisen: Als man sich dort intensiv gegen den Organhandel wandte, ist ein Arzt aus Indien aufgestanden und hat gesagt: „Bei der ganzen Diskussion sollte die zivilisierte westliche Welt doch sehen, dass die Organspende – die Lebendspende eines Vaters – die Ausbildung seiner Töchter über zwei Generationen sicherstellen würde.“ Also unsere klaren zentraleuropäischen Regelungen werden durchaus in anderen kulturellen Bereichen sehr differenziert betrachtet. Das sollten wir bei unseren Erwägungen mit einbeziehen. Ich bedanke mich!

Vorsitzender: Vielen Dank für die Stellungnahme, und ich darf sofort weitergeben an Herrn Schreiber.

Experte Prof. Dr. Hans-Ludwig Schreiber: Danke Herr Vorsitzender! Ich nehme hier zunächst Stellung für die Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, verweise aber im Wesentlichen auf die schriftliche Stellungnahme und hebe nur einige Punkte hervor.

Die Kommission weist darauf hin, dass es sich bei der Lebendorganspende um einen spezifischen Eingriff handelt, der für die betroffene Person keinen unmittelbaren Nutzen, sondern nur Risiken enthält. Die daraus abgeleiteten sachlichen Voraussetzungen für eine Lebendspende sind nicht unzulässige, paternalistische Beschränkungen des Selbstbestimmungsrechts, das die grundsätzliche Befugnis zur Lebendspende trägt. Zum Schutze des Spenders sind aber Anforderungen an die Spende und das Verfahren, wie die Einwilligungsfähigkeit, eine besondere Einwilligung nach differenzierter Aufklärung, die medizinische Spendereignung und die hinreichende empfängerseitige Erfolgsaussicht der Transplantation meiner

Ansicht nach zulässig. Nennen Sie die paternalistischen Begrenzungen. Ein gewisser Paternalismus wird hier zu Gunsten der Spender gefordert werden.

Das Verbot einer Lebendspende gilt, wenn der Spender notwendig oder mit erheblicher Wahrscheinlichkeit stirbt oder sterben kann. Ich weise darauf hin, dass offenbar die Lebendspende und die Leichenspende weiter unterschieden werden sollen. Bei der Gesetzgebung zum Transplantationsgesetz wurde das fraglich, weil von den Gegnern des Hirntodes alles zur Lebendspende gemacht wurde und weil damals, wie ich kritisch bemerkt habe, eine Art „fremdnützige Euthanasie“ durch die Organspende vom noch Lebenden, der dann verwendet wurde, ins Spiel kam. Die Kommission hat zur Gewährleistung der Bedingungen der Möglichkeit autonomer Entscheidungen insofern Begrenzungen des Selbstbestimmungsrechts des Organspenders für nötig und zulässig gehalten. Insbesondere auch die Festlegung bestimmter Grenzen hinsichtlich gesundheitlicher Risiken, die eine Beschränkung des Selbstbestimmungsrechts darstellen.

Lebhaft umstritten ist das Prinzip der Subsidiarität, und darüber kann man natürlich streiten. Die Bedeutung dieser Beschränkung ist in der Praxis nicht hoch. Angesichts des Organmangels und der langen Wartezeiten wird die Lebendspende durch das Subsidiaritätsprinzip praktisch sachlich nicht behindert. Die Transplantationskommission hat sich aber für die Beibehaltung des Subsidiaritätsprinzips deswegen ausgesprochen, weil die Zulassung der Lebendorganspende nicht dazu führen dürfe, dass Bemühen um die Gewinnung von mehr postmortal gespendeten Organen zu vernachlässigen. Warum die Lebendspende so ansteigt, darüber kann man nur Vermutungen anstellen oder philosophieren – ich glaube, weil die Lebendspende zurzeit ein Weg ist, Organspende für bestimmte Begünstigte zu ermöglichen, während die Leichenspende bisher nur nach den allgemeinen Verteilungsprinzipien anonym gemacht werden kann.

Besonders umstritten sind – und dazu ein paar Bemerkungen – die Begrenzungen des Spender-Empfängerkreises. Die Begrenzungen in § 8 TPG kennen Sie, nur Verwandte und Wahlverwandte sind zugelassen. Ob das zu eng ist, darüber kann man trefflich streiten. Zweifelhaft ist, ob die Zulassung der Verwandtenspende – Herr Lilie hat das eben schon angedeutet – die Freiwilligkeit nicht ebenfalls gefährdet oder ob man mit dem Begriff Freiwilligkeit noch arbeiten darf. Ich glaube, wir werden es weiter machen müssen, nachdem wir jetzt die neuen Auseinandersetzungen mit der Hirnforschung darüber haben, ob es überhaupt so etwas wie Freiwilligkeit gibt oder ob wir nicht alle nur das tun, was wir müssen, ob wir nicht alle abgeleitete Funktionierende sind. Freiwilligkeit meint hier wohl in diesem Sinne, wie die

strafrechtliche Funktion der Freiwilligkeit, das Freisein vom äußeren Zwang. Mehr ist für die Funktion der Organspende wahrscheinlich nicht nötig. Gerade in Verwandtenbeziehungen besteht eine deutliche Gefahr für die Freiwilligkeit. Nach Ansicht der Kommission kann Freiwilligkeit auch und gerade bei nicht verwandtschaftlichen oder persönlichen Beziehungen zwischen Spender und Empfänger in besonderer Weise zu erwarten sein, gerade weil keinerlei potenziellen Abhängigkeiten zwischen beiden bestehen. Ob die Beschränkung auf familiäre und persönliche Verbundenheit erforderlich ist, um die Freiwilligkeit und das Freisein von Organhandel zu bewahren, mag zweifelhaft sein. Darüber muss man, glaube ich, noch einmal nachdenken. Der Zweck der Sicherung der Freiwilligkeit in außerfamiliären Kreisen wird problematisch, wenn diese Grenzen aufgehoben werden. Sie müssten dann, wie es ja in der Schweiz wohl sein wird, einem besonderen Prüfungsverfahren übergeben werden.

Ich darf als Auffassung der Kommission vortragen, dass über die Zulässigkeit der Lebendorganspende unter nahen Verwandten hinaus eine unentgeltliche anonyme Lebendorganspende an einen Pool als ein Weg, zu Organen zu gelangen, zugelassen werden soll, was beim Erlass des Transplantationsgesetzes damals keine Mehrheit fand. Die Verteilung müsste dann im gleichem Verfahren wie bei der Leichenspende erfolgen. Mit der Unentgeltlichkeit und Anonymität bei der Spende an einen Pool soll sichergestellt werden, dass die Lebendspende bei Organen auf Umstände beschränkt bleibt, die einen Organhandel ausschließen. Das ist eine zentrale Vorschrift. Zur Frage, ob eine Begrenzung auf in Deutschland lebende Personen gewollt ist oder nicht – das hat die Kommission mit einer gewissen Mehrheit vorgebracht –, verweise ich auf die schriftliche Stellungnahme.

Als eine zentrale Vorschrift des geltenden Rechts ist das Verbot des Handeltreibens anzusehen. Das Handeltreiben ist damals in Anlehnung an das Betäubungsmittelgesetz formuliert worden. Ich halte diese Formulierung für unglücklich und deutlich überzogen. Aber das Entgeltlichkeitsverbot wird uns sicher in den nächsten Jahren, auch bei der Ausweitung der Gewebespende, sehr beschäftigen. Nicht ohne Grund hat die Schweiz schon 1999 das Verbot des Handels mit Organen in der Verfassung fixiert. Mit der Kommerzialisierung wären Gefahren für Spender und Empfänger verbunden. Menschliche Organe dürfen nicht zur Ware werden. Es darf sich kein Markt bilden, auf dem Organe nach Angebot und Nachfrage bewertet und gehandelt werden. Hier käme eine Begünstigung Vermögender und eine Art Zweiklassenmedizin in Betracht. Die Kommission hält daran fest, dass der Mensch und seine Teile nicht handelbar werden sollen. Freilich wird bei wachsender Verwendung von Teilen von Geweben – hierzu hatte die Kommission im April ein Hearing – zunehmend zweifelhaft, ob nicht andere Verhältnisse eintreten, wenn diese Teile präpariert und durch die Pharmaindust-

rie verarbeitet werden dürfen. Es hat bei einem Transplantationskongress jemand gesagt: „Der Organspender ist im ganzen Medizinbereich der einzig Dumme, der nichts für das bekommt, was er tut. Ärzte, andere Kranke, Pfleger, alle verdienen, nur der Spender verdient nicht daran.“ Der grundsätzliche prinzipielle Altruismus ist sicher ein Problem. Wir meinen, wir sollten an ihm festhalten, weil mit einer sonst eintretenden Kommerzialisierung erhebliche Nachteile entstehen. Das schließt nicht aus, dass dem Spender Aufwendungen und Verdienstauffälle ersetzt werden können.

Ein weiterer Hinweis: Der Spender ist nicht hinreichend abgesichert. Die versicherungsrechtliche Festlegung ist hier nicht ausreichend. Nicht nur die krankenversicherungsrechtliche, bei der die Finanzierung der Spende nur durch die Kasse des Empfängers erfolgt. Das ist schon ein Problem, aber dann auch die Finanzierung für Spätfolgen. In der Praxis ist der Spender für Spätfolgen nicht ausreichend abgesichert. Die Bestimmung, dass der Arzt vor der Operation aufklären müsse, ist praktisch nicht zu erfüllen, weil der Arzt nicht mit Sicherheit sagen kann, was denn nun gilt und was denn nicht gilt. Ich beschränke mich zunächst auf diese wenigen Bemerkungen. Wir können darüber noch diskutieren. Aber ich glaube, dass diese Fragen im Mittelpunkt einer möglichen Neuregelung stehen könnten, und ich würde mich freuen, wenn es zu einer Weiterentwicklung käme. Unser zentraler Vorschlag ist, auch die anonyme Poolspende zuzulassen.

Vorsitzender: Vielen Dank Herr Schreiber. Man merkt, Sie sind häufiger bei Anhörungen, da Sie den Zeitrahmen genau eingehalten haben. Deswegen darf ich jetzt sofort weitergeben an Herrn Gutmann.

Experte Dr. Thomas Gutmann: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren. Sie haben sich mit der Organlebendspende einem von mehreren Bereichen zugewendet, der im deutschen Transplantationsgesetz dringend novelliert werden soll. Ich denke, dass wir bei der Frage der Organlebendspende von vier Überlegungen ausgehen sollten.

Erstens, wir haben auch und gerade in Deutschland mittelfristig nicht die geringste Chance, den sich immer mehr verschlimmernden Organmangel durch ein Mehr an postmortal gewonnenen Organen zu beseitigen. So wird die Lebendspende unausweichlich für immer mehr Patienten zur insgesamt vernünftigsten und für immer mehr Patienten zur einzigen Behandlungsalternative.

Zweitens, die moralische und die rechtliche Legitimation der Lebendspende gründet in erster Linie in dem Respekt, den wir den individuellen Entscheidungen von Spender und Empfän-

ger schulden. Ärztlich aufgeklärte erwachsene Menschen müssen grundsätzlich in letzter Konsequenz selbst abwägen dürfen, welche Risiken sie für das Wohlergehen einer anderen Personen einzugehen bereit sind. Und das Ziel, den Spender zu schützen, rechtfertigt es nicht, ihn zu bevormunden.

Aus den ersten beiden Punkten ergibt sich drittens, dass generelle, gesetzliche Beschränkungen der Lebendorganspender – hinreichend ärztlich aufgeklärter konsentierender Erwachsener – einer zwingenden Begründung bedürfen. Die gegenwärtigen Beschränkungen liefern eine solche Begründung nicht.

Und viertens, wenn es in der medizin-ethischen Diskussion ein hervorstechendes Ergebnis gibt, dann das, dass es für die Frage der Vertretbarkeit einer Lebendorganspende Sicherheit nur im jeweiligen Einzelfall gibt, dass nur im Einzelfall entschieden werden kann, dass es nur Sicherheit durch Verfahren gibt und dass wir unsere Kreativität auf diesen Punkt konzentrieren sollten.

Vor diesem Hintergrund möchte ich auf meine schriftliche Stellungnahme verweisen, in der ich mich bemüht habe, die Dinge etwas differenzierter darzustellen, als ich es jetzt hier kann. Ich möchte darauf hinweisen, dass einige Vorschriften des Transplantationsgesetzes zur Regelung der Lebendorganspende von Anfang an verfehlt waren und sich vor den Erfahrungen der vergangenen sieben Jahre als unangemessen herausgestellt haben.

Da ist insbesondere die Begrenzung des Spenderkreises. Das Bundesverfassungsgericht hat ausgesprochen, dass der Gesetzgeber mit der geltenden Beschränkung des Spenderkreises bei der Lebendspende die Therapiemöglichkeiten von Menschen, die auf eine Transplantation angewiesen sind, – ich zitiere – „... nachhaltig beeinträchtigt“ und damit in das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit dieser Patienten eingegriffen. Ich glaube nicht, dass das ein positives Urteil über ein Gesetz ist, das erlassen wurde, um diese Rechtsgüter zu schützen. Die geltende Norm verpflichtet trotz des unbefriedigenden Urteils des Bundessozialgerichts im Regelfall weiterhin. Sie schließt Lebendorganspenden unter fremden Menschen aus, sowohl die so genannte „Überkreuz-Spende“, gerade auch dann, wenn sie im konkreten Fall völlig unbedenklich ist, als auch das so genannte „pooling“. Sie schließt Modelle aus, die in den USA mittlerweile erfolgreich getestet werden, nämlich Austauschmodelle von Lebend- und Leichenorganen, und beschränkt die Spende hinsichtlich all dieser Möglichkeiten, gegen die jeweils kein einziges, bisher durchschlagendes ethisches Argument vorgebracht worden ist.

Ich denke, dass die Erfahrungen im westlichen Ausland recht positiv sind, was diese erweiterten Modelle der Lebendspende angeht. Und ich denke, dass diese Erfahrungen hinreichend Anlass geben, Restriktionen abzubauen, die heute in der Bundesrepublik der Implementierung dieser Modelle entgegen stehen. Vor allem jedoch ist der Begriff der persönlichen Verbundenheit unbestimmt. In der Praxis – das kann ich auch als Mitglied der zuständigen Kommission in Bayern (Klinikum Großhadern) sagen – wird eine große Anzahl von Lebendspenden, obwohl sie ethisch, medizinisch und psychologisch völlig angemessen und völlig unbedenklich sind, deswegen nicht durchgeführt, weil sich die Beziehung zwischen Spender und Empfänger nicht genau genug unter dem Begriff der persönlichen Verbundenheit subsumieren lässt. Und nachdem der Gesetzgeber die Begrenzung des Spenderkreises mit einer auch in sich völlig verfehlten und unangemessenen Strafbestimmung versehen hat, können wir in all diesen Fällen den Ärzten nur raten, die Lebendspende zu unterlassen. Die geltende Begrenzung des Spenderkreises ist nicht geeignet, die Freiwilligkeit der Spende sicherzustellen, weil es überhaupt keinen Bezug zwischen Freiwilligkeit und Näheverhältnis gibt. Und sie ist überdies auch nicht erforderlich, um dem Organhandel wirksam entgegen zu treten. Der schweizerische Gesetzgeber hat sich deshalb im Gesetzgebungsverfahren, das im Hinblick auf die Gründlichkeit der Diskussion für uns Vorbildcharakter hat, entschieden, jede Begrenzung des Spenderkreises fallen zu lassen.

Zweitens gibt es, diesen Punkt möchte ich noch ansprechen, auch keine ethische Rechtfertigung für den Grundsatz der Subsidiarität, der Nachrangigkeit der Leichenspende. Von den fünf zwingenden Gründen möchte ich nur einen nennen. Die Subsidiaritätsregelung, wie wir sie haben, würde – würde sie greifen und wäre sie nicht so schlecht formuliert, dass sie ohnehin unsinnig ist – wohl den einzigartigen Fall darstellen, dass Patienten durch Gesetz die medizinisch eindeutig schlechtere Therapie aufgezwungen wird. Ich halte das für verfassungsrechtlich bedenklich. Jedenfalls ist der zu erwartende medizinische Erfolg der Transplantation bei der Verwendung eines lebendgespendeten Organs bei weitem höher. Bei zunehmender Dauer der Dialyse nimmt die Langzeitfunktion des schließlich transplantierten Organs statistisch signifikant ab. Und außerdem erhöht eine frühe Nierentransplantation im Vergleich zur Dialysebehandlung die Lebenserwartung der Patienten, insbesondere bei bestimmten Patientengruppen ganz erheblich. Deshalb liegt es – ganz entgegen dem Subsidiaritätsgedanken – regelmäßig im medizinischen Interesse der Patienten, eine frühe Transplantation zu erhalten. Und diese ist bei der gegenwärtigen Situation der Wartezeiten nur durch eine Lebendspende realisierbar. Subsidiaritätsgedanken dient in letzter Konsequenz nur dazu, auf Kosten von Rechtsgütern der Patienten eine Illusion aufrecht zu erhalten. Auch das hat den schweizerischen Gesetzgeber bewogen, den Subsidiaritätsgedanken aus dem

schweizerischen Entwurf zu streichen. Es gab im schweizerischen Gesetzgebungsverfahren überhaupt niemanden mehr, der dem Gedanken Subsidiarität in irgendeiner Weise irgendetwas abgewinnen wollte.

Ich komme zum Schluss. Es gibt bei der Lebendspende nur Sicherheit durch Verfahren. Jede Form genereller Beschränkungen des Spenderkreises ist unsinnig. Bei den Verfahren sollten wir weiter nachdenken. Hier sollten wir nachdenken über die Verbesserung der Arbeitsmöglichkeit der Lebendspende-Kommissionen, gegebenenfalls über ihre Professionalisierung nach britischem Vorbild. Wir müssen nachdenken über die Vereinheitlichung von Verfahrens- und Entscheidungsstandards. Wir müssen nachdenken über einen Rechtsschutz der Betroffenen, auch gegen Entscheidungen der Lebendspende-Kommissionen. Die empirischen Untersuchungen, die wir durchgeführt haben, geben definitiv Anlass dazu. Wir brauchen einen einheitlichen Verfahrensstandard auch in den Kliniken im Hinblick auf die psychosoziale Evolution der Spender und ihre Beratung. Und wir sollten nachdenken über weitere strukturelle Vorkehrungen, wie sie auch im Ausland erfolgreich eingesetzt werden, einen Spenderanwalt zum Beispiel oder einen Spenderberater. Und in letzter Konsequenz als letzten Punkt: Wir sollten den Gesichtspunkt des Spenderschutzes auch insoweit ernst nehmen, als wir es endlich schaffen sollten, einen angemessenen Versicherungsschutz für Lebendspender umzusetzen. Die gegenwärtige Regelung ist besser als nichts. Aber keinesfalls adäquat. Es gibt also einiges zu tun. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Vorsitzender: Vielen Dank Herr Gutmann. Und ich darf sofort weitergeben an Herrn Höfling.

Experte Prof. Dr. Wolfram Höfling: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, ich werde zu dem, was ich im schriftlichen Statement gesagt habe, in dem mündlichen Statement ein paar andere Akzente setzen und mich auf zwei wesentliche Punkte beschränken, die wechselseitig miteinander verknüpft sind. Das eine betrifft die materiellen Legitimitätsbestimmungen der Lebendspende. Das andere die prozedurale Implementierung solcher Entscheidungen. Was den Versicherungsschutz angeht habe ich dazu – und ich bin der Auffassung von Herrn Gutmann – im schriftlichen Teil meiner Ausführungen auch ein paar Vorschläge zu Veränderungen von Gesetzesvorschriften gemacht. Hierzu werde ich nichts mehr sagen.

Es geht, das liegt auf der Hand, bei den Entscheidungen – und zwar auf beiden Seiten, Spender wie Empfänger – um existenzielle Grundrechtspositionen. Leben, körperliche Unversehrtheit, Autonomie, Recht auf selbstbildrealisierende Lebensgestaltung, aber auch,

jedenfalls für Verwandte und Ehegatten, um die Grundrechtsposition des Art. 6 Abs. 1 GG und § 6 Abs. 2 GG. Es geht dabei nicht nur um die normativen Direktionsgehalte, seien sie abwehrechtlich oder schutzrechtlich, sondern auch – und das ist ganz wichtig – um die realen Geltungsbedingungen dieser Grundrechtsposition. Was jetzt die materiellen Legitimitätsbedingungen angeht, ist bekannt, dass die deutsche Regelung die Lebendspende relativ restriktiv in § 8 TPG geregelt hat. Wer sich an den Gesetzgebungsprozess vor einigen Jahren erinnert, weiß, dass das mit Absicht so gewollt war – das schon als Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts, dessen Urteilsgründe inzwischen vorliegen. Das war so gewollt. Die Kommerzialisierung und die Instrumentalisierung des Körpers sollten prinzipiell begrenzt werden. Weiterreichende Möglichkeiten nicht indizierter fremdnütziger Intervention der Medizin sollten weitgehend verhindert werden. Ob das mit der geltenden Regelung gelungen ist, darüber kann man in der Tat streiten. Man hat einige kritische Punkte angesprochen. Nur darf ich nochmals sagen, der Hintergrund ist eben nicht nur Freiwilligkeit und nicht nur Verhinderung von Organhandel, sondern auch – das ist in der Entstehungsgeschichte deutlich belegbar – ganz grundsätzlich, als objektivrechtlicher, verfassungsrechtlicher Schutz der Versuch, Selbstinstrumentalisierung des Körpers weitgehend zurückzudrängen. Und unter diesem Aspekt – auch wenn ich selbst damals schon gewisse Zweifel an der verfassungsrechtlichen Konformität dieser Regelung hatte – wird man im Ergebnis die Entscheidung des Gesetzgebers für akzeptabel halten müssen. Und dann wird man auch – bei aller Differenzierung zwischen Nichtverwandten und Verwandten und Näheverhältnissen und der Korrelation zur Freiwilligkeit sagen müssen: Es ist völlig legitim, wenn der Gesetzgeber im Blick auf die besondere Grundrechtsposition etwa von Ehegatten und Familienmitgliedern diesen nicht auch noch einen Verzicht auf eine Spenderentscheidung zwangsweise vorschreiben wollte. Das in diesen Konstellationen zuzulassen, halte ich für einen völlig legitimen Differenzierungsgrund, was z. B. auch rechtfertigen würde, es so zu belassen und nicht zu erweitern.

Gleichwohl, das will ich sagen, glaube ich, dass es angezeigt ist, in vorsichtiger Weise die jetzige Regelung zu erweitern. Das betrifft zum einen die Cross-over-Spende. Ich glaube, der jetzige Zustand ist einfach unhaltbar, nicht zuletzt wegen des Strafbarkeitsrisikos der behandelnden Ärzte. Auch nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts, die als solche weder entstehungsgeschichtlich noch grammatikalisch noch teleologisch mit dem Gesetz vereinbar ist, ist eigentlich Rechtssicherheit eingetreten. Man wird sehen, was das Landessozialgericht, wenn dieser Fall zurückverwiesen ist, sagen wird. Wenn sie sich den Fall noch einmal genau ansehen, dann kann eigentlich nichts anderes herauskommen, als was sie damals auch schon gesagt haben. Und dann wird es so sein, dass wir immer noch diese Unsicher-

heit haben, zumal die sozialrechtlichen Entscheidungen natürlich keinerlei Bindungswirkung für die strafrechtliche Beurteilung solcher Fälle haben. Das heißt, ich glaube, der Gesetzgeber ist aufgerufen, in dieser Hinsicht Klarheit zu schaffen. Dann kann man auch darüber nachdenken, jedenfalls halte ich das für verfassungsrechtlich zulässig, auch die Cross-over-Spende zuzulassen.

Ich glaube auch, wenngleich ich ethische Bedenken habe, dass es keine verfassungsrechtlich unüberbrückbare Hürden gibt, die anonyme Lebendspende einzuführen. Ich sehe allerdings nicht, wie das zu einem nennenswerten Anwachsen der Spenden führt, wenn das bei Beibehaltung des prinzipiellen Kommerzialisierungsverbotes nicht mit dem Vorteil, bei einem späteren eigenen Organbedarf bevorzugt berücksichtigt zu werden, verknüpft wird. Das müsste man natürlich auf das gespendete Organ beschränken. Obwohl ich das für verfassungsrechtlich akzeptabel halte, glaube ich nicht, dass es ethisch vertretbar ist. Es ist die Belohnung solcher Leute, die bereit sind, sich selbst als homo oeconomicus in einem solchen Medizinsystem zu instrumentalisieren. Denn keiner oder ganz wenige werden im wirklichen Sinne altruistisch spenden, wenn sie sich nicht davon auch einen Vorteil erhoffen. Und ob wir diesen Gang des Medizinsystems zu einer Instrumentalisierung mitgehen wollen, das wage ich zu bezweifeln.

Das bedeutet zugleich, dass ich strikt gegen jede andere Form der Kommerzialisierung bin. Viele von Ihnen haben vielleicht noch das berühmte „Spiegel“-Interview des Essener Transplantations-Chirurgen vor Augen, der – an Zynismus kaum zu überbieten – tatsächlich gesagt hat, es werde auch den Angehörigen helfen, den mutmaßlichen Willen des Hirntoten in einem positiven Sinne zu ermitteln, wenn man ihnen einen kleinen Anreiz gewähren werde. „10.000 Euro sind ein schöner Einstieg“, so war die Überschrift dieses Interviews. Auf diese Schiene sollte man nicht kommen. Man sollte erneut bedenken, dass die Funktionslogik des Tauschs, wenn wir sie in das Gesundheitssystem implementieren wollen, zu einer Entsolidarisierung führen wird. Deshalb sehe ich verfassungsrechtlich keine völlig unübersteigbaren Hürden. Gleichwohl wäre ich rechtspolitisch gegen eine Erweiterung auf die anonyme Lebendspende.

Zur Subsidiarität hat Herr Gutmann alles schon gesagt. Für mich, der ich der so genannten postmortalen Organspende kritisch gegenüberstehe, ist selbstverständlich, dass wir dann lieber eine großzügigere Lebendspende machen, bei der die Leute wenigstens noch selbst entscheiden können, als das auf diese Weise zu machen. Und den Druck auf die Postmortalenspende aufrecht zu erhalten, indem wir, wie Herr Gutmann zurecht gesagt hat, den Leuten aufnötigen, die medizinisch schlechtere Alternative über sich ergehen zu lassen, das halte

ich für eine in sich völlig unstimmige Konzeption. Alle Regelungen zu diesen materiellen Voraussetzungen der Organspende sind eng verknüpft, auch das hat Herr Gutmann schon gesagt, mit den Fragen der prozeduralen Implementierung der Regelung. Das gilt für die jetzige wie auch für künftige Regelungen.

Dazu will ich zum Abschluss ein paar kurze Bemerkungen machen. Einmal scheint mir ganz wichtig, dass es eine viel stärkere bundesgesetzliche Harmonisierung und Koordinierung der Tätigkeit der Lebendspende-Kommissionen gibt. Zum einen – das ist schon kurz von Herrn Lilie angesprochen worden – sollte Kommissions-Hopping- oder -Tourismus jedenfalls registriert werden. Die bayerische Regelung wäre insofern ein Vorbild. Wenn jemand bei einer Kommission war, ist das zu melden und an alle Kommissionen weiterzugeben, damit diese wissen, wenn sich so einer noch mal vorstellt. Die in der Presse kolportierten Fälle – auch unter Essener Beteiligung, wenn ich mich recht entsinne – zeigen, dass man vorsichtig sein muss. Dann müsste bundesgesetzlich vorgegeben werden, dass jede Kommission Spender und Empfänger persönlich anhört. Alles andere ist eine Farce. Darüber muss man sich im Klaren sein. Und auch den Empfänger anzuhören, ist unerlässlich, glaube ich. Auch um die Frage der möglichen Belastung eines Spenders durch eine Spendeentscheidung mit einzu beziehen und deren Rückkoppelung mit der Spendeentscheidung. Und zugleich sollte klar gestellt werden, dass auch die Frage des persönlichen Näheverhältnisses, sollte es bei dieser gesetzlichen Regelung bleiben, ein eigenständiger Prüfungsgegenstand der Kommission ist.

Der zweite Punkt betrifft den Empfehlungscharakter. Da bin ich ähnlicher Auffassung wie Herr Lilie. Es sollte dabei zwar grundsätzlich bleiben, allerdings sollte es so sein, dass ein negatives Votum der Kommission nur durch ein substantiiertes Votum des behandelnden Arztes übergangen werden kann. Das wäre eigentlich eine zwingende Voraussetzung. Man kann natürlich einwenden, dass sich dann, wenn es soweit kommt, der Empfehlungscharakter einem indirekten Entscheidungscharakter nähert. Damit haben wir den Rechtsschutz in der Tür. Dazu nur noch zwei abschließende Bemerkungen. Es ist ohnehin, glaube ich, eine Illusion anzunehmen, man könne das ganze Transplantationssystem auf Dauer als einen rechtsschutzfreien Raum organisieren. Das wird nicht gehen. Die rechtsstaatlichen Defizite – verfassungsrechtlich ist dazu schon einiges gesagt worden in den letzten Jahren – werden über kurz oder lang die Gerichte beschäftigen. Das gilt nicht nur für die Lebendspendeentscheidung, das gilt auch für die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer und auch für die Organisation über Eurotransplant. Das wird sich auf Dauer nicht verhindern lassen und ist verfassungsrechtlich auch nicht zu rechtfertigen.

Ein allerletzter Satz, Herr Vorsitzender. Wenn sich der Gesetzgeber entschließen sollte, etwa die anonyme Spende mit einem Bonussystem einzuführen, dann wird man natürlich auch über die Gewichtung einer solchen Entscheidung entscheiden müssen. Und dann spätestens, glaube ich, steht die eklatant verfassungswidrige Regelung des Transplantationsgesetzes erneut auf dem Prüfstand, die nämlich bedeutet, die materiellen Organallokationsentscheidungen an die Bundesärztekammer zu delegieren. Dass der Gesetzgeber sich jeder Verantwortung entzieht, dürfte dann erst recht nicht mehr gehen. Vielen Dank Herr Vorsitzender!

Vorsitzender: Vielen Dank Herr Höfling! Wir haben damit den reinen juristischen Teil abgeschlossen. Wir schließen sofort den leistungsrechtlichen Bereich an und deswegen darf ich sofort Herrn Egger das Wort erteilen.

Experte Dr. Bernhard Egger: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren. Die Auffächerung des vorgelegten Fragenkataloges zeigt die Komplexität dieses Themas, das wir hier heute behandeln. Aus dem Selbstverständnis der AOK haben wir in unserer Stellungnahme konstruktiv versucht, nicht nur zu den Fragen Finanzierung und Ausgestaltung des Leistungsrechts Stellung zu nehmen, sondern uns auch zu anderen Fragen im Bereich Organlebenspende zu positionieren, allerdings in unterschiedlicher Tiefe je nach Einblick den wir in diesen Bereich überhaupt haben.

Als allgemeine Vorbemerkung möchte ich vorausschicken, dass nach unserer Auffassung – vor allen weiteren Überlegungen, wie die Lücke zwischen dem Bedarf und dem Angebot an Spenderorganen durch völlig neue Wege geschlossen werden kann –, zunächst eine unvoreingenommene Prüfung erfolgen sollte, ob denn alle im heutigen Rechtsrahmen bestehenden Potenziale zur Förderung der Organspende wirklich anhaltend genug ausgeschöpft worden sind. Das scheint mir nicht in allen Bereichen wirklich der Fall zu sein.

Darüber hinaus möchte ich jetzt in meinem mündlichen Statement auf einige Punkte eingehen, die ich besonders herausstellen möchte. Zunächst zum Thema Lebendspendekommissionen. Nach unserer Auffassung ist das Bemühen dieser Kommissionen, in einer offenen und demokratischen Gesellschaft Transparenz über ihre wichtige und verdienstvolle Arbeit herzustellen, scheinbar auch gerade in der öffentlichen Diskussion nicht immer klar erkennbar geworden. Bevor man hier über einen rechtlichen Änderungsbedarf nachdenkt, sollten wir als Möglichkeit einbringen, dass man zunächst die Möglichkeiten zur Schaffung von mehr Transparenz und auch zur bundesweiten Harmonisierung der Beurteilungspraxis dieser

Kommissionen ausschöpft. Hierzu könnte z. B. ein regelmäßiges Berichtswesen unter Einschluss auch der Zahl abgelehnter Fälle beitragen, ebenso wie ein regelmäßiger bundesweiter und systematischer Erfahrungsaustausch zwischen den Kommissionen sowie schließlich auch eine strukturierte Einführung für neue Kommissionsmitglieder in ihre Arbeit, eventuell auf der Basis von bundeseinheitlichen Informationsmaterialien oder auch Schulungsmaterialien. Die Sicherstellung einer nach bundesweit einheitlichen Kriterien vorgenommenen Begutachtungspraxis ist nach unserer Auffassung in einem Rechtsstaat unerlässlich.

Der zweite wesentliche Punkt, den ich aufgreifen möchte, ist der Punkt Subsidiarität der Lebendspende gegenüber der Postmortalspende. Nach unserer Auffassung sollten wir dieses Prinzip im Grundsatz beibehalten. Es sollte aber diskutiert werden, ob es nicht ethisch und juristisch vertretbar sowie auch praktisch aussichtsreich wäre, unter Beibehaltung des Subsidiaritätsprinzips – analog etwa zum norwegischen Modell – durch eine aktivere Lebendnierenpendersuche in der Familie des Betroffenen mit Unterstützung der Transplantationszentrums – das ist hier ganz wichtig – die Quote an Verwandtenspenden zu erhöhen. Zu berücksichtigen ist allerdings bei dieser Diskussion die Frage, ob auch jetzt, was die Postmortalspende angeht, wirklich schon alle Möglichkeiten, die es gibt, ernsthaft ausgeschöpft worden sind. Die Variationen zwischen den Bundesländern machen offenkundig, dass dies vermutlich nicht der Fall ist und dass beispielsweise die Chancen zur Identifikation potenzieller Postmortalspender in den ca. 1.400 Intensivstationen an deutschen Krankenhäusern – etwa durch die bundesweite Einführung von Transplantationsbeauftragten in den Kliniken – weiter verbessert werden könnten.

Zum Thema Nachteilsausgleich für den Lebendspender kann ich jetzt hier nur die Punkte besprechen, die die gesetzliche Krankenversicherung berühren. Und in dieser Hinsicht sind nach unserer Auffassung die derzeit bestehenden Regelungen im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung im Wesentlichen ausreichend. Es gibt da nach unserer Einschätzung eine Ausnahme. Diese betrifft die Verdienstauffallregelung. Hier gibt es bisher keine klare Vorgabe für die gesetzlichen Krankenkassen. Diese wäre aus unserer Sicht wünschenswert, da in der Praxis nicht einheitlich vorgegangen wird. Hier erstatten manche Krankenkassen den Verdienstauffall entweder kalkuliert auf der Basis des nachgewiesenen Nettoverdienstes oder aber in Höhe des Krankengeldanspruchs. Dieses Problem, denke ich, sollte, da es hier keine Regelungskompetenz, auch nicht der Spitzenverbände der Krankenkassen, sondern letztendlich nur eine Empfehlungskompetenz gibt, einheitlich gelöst werden.

Darüber hinausgehend befürworten wir allerdings nicht die von einigen Transplantationsmedizinern und auch Ethikwissenschaftlern erhobene Forderung nach direkten finanziellen Anreizen zur Organlebenspende, da dies nach unserer Einschätzung den Organhandel und anderen Missbrauch eventuell befördern würde. Vielen Dank!

Vorsitzender: Ich bedanke mich und freue mich, dass wir voll im Zeitplan sind. Wir haben jetzt die Möglichkeit zu Verständnisfragen. Wenn es deren nicht so viele gibt, wäre es gut, weil es dann am Ende der Anhörung die Zeit verlängern würde, die für die allgemeine Frageunde zur Verfügung steht. Ich bitte um kurze Fragen und kurze Antworten. Frau Reimann und Frau Riedel haben sich gemeldet.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich kann mich ganz kurz fassen. Ich habe eine Frage an Herrn Schreiber, die die Öffnung der Zulassung für zu transplantierende Ausländer betrifft. In ihren Ausführungen schlagen Sie vor, dass die Öffnung dieser Zulassung für Ausländer dem Vorbehalt einer noch zu präzisierenden Regelung unterliegen solle. Ich hätte gerne gewusst, ob Sie diese schon präzisieren können und wie die Eckpunkte dieser Präzisierung aussehen können.

Dann habe ich in diesem Zusammenhang eine Frage an Herrn Egger. Die Frage, was bezahlt die Kasse wann, ist ein Schlüssel an dieser Stelle. Meine Frage ist, wieweit sind Sie in diesen Prüfkommisionen eingebunden und inwieweit sehen Sie auch Verstöße? Können Sie Verstöße ahnden? Sind Verstöße überhaupt zu ahnden? Das ist noch so eine Frage, die für mich offen geblieben ist.

Vorsitzender: Frau Riedel.

SV Ulrike Riedel: Ich habe eine Frage an die Juristen. Nach Durchsicht der Unterlagen ist mir bewusst geworden, dass es offenbar streitig ist, ob die Leberlebenspende eine Spende nach § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG ist. Ich bin immer davon ausgegangen – und das war auch die Haltung des Ministeriums und nach meinem Wissen auch des Gesetzgebers –, dass die Leberlebenspende selbstverständlich unter § 8 Abs. 1 Satz 2 fällt. Nun sieht das aber Herr Höfling anders. Weil das eine wichtige Frage ist, wäre mir hier eine Klärung sehr lieb.

Dann zu der schriftlichen Stellungnahme und dem was Herr Schreiber heute gesagt hat. Herr Schreiber, zum Subsidiaritätsprinzip heißt es in Ihrer Stellungnahme: „Daher schlägt die Kommission vor, durch Gesetz die Aufnahme des Empfängers einer Lebenspende auf der bundeseinheitlichen Warteliste für die postmortale Organspende zur Voraussetzung zu ma-

chen. Das ist zur Sicherung einer möglichen Retransplantation nach Transplantatversagen erforderlich“. Bedeutet das, dass der Empfänger, auch wenn er gesund ist und gut lebt mit seiner Spende, auf der Warteliste stehen soll? Oder heißt das – was ich eigentlich allein für gerechtfertigt hielte –, dass er dann auf die Warteliste kommt, wenn es ihm schlecht geht oder wenn er ein neues Organ braucht? Ich halte es für problematisch, jemanden auf die Warteliste zu setzen, der eine Spende bekommen hat, dem es gut geht und der keine gesundheitlichen Probleme hat.

Noch eine kurze Frage vor allen Dingen zu Herrn Egger. Es ist ja so, dass das Organtransplantationsgesetz auf das SGB VII verweist und regelt, dass der Organspender qua Gesetz unfallversichert ist. Das bedeutet aber doch, dass der Organspender dem gesamten Versicherungsschutz der Unfallversicherung unterliegt. Jetzt ist meine Frage, was er nach dieser Unfallversicherung nicht ersetzt bekommt? Ist deswegen ein weiterer Versicherungsschutz erforderlich? Es ist mir nicht klar geworden, wo die Grenze der Unfallversicherung ist, so dass darüber hinaus versichert werden muss. Und eine weitere Frage an die Juristen.

Vorsitzender: Ich finde das jetzt etwas unfair gegenüber den anderen Mitgliedern, da der Eindruck herrscht, dass hier nicht nur reine Verständnisfragen vorliegen.

SV Ulrike Riedel: Ich glaube nicht, dass es unfair ist, weil es der Erkenntnis der Enquete-Kommission dient. Aber wenn Sie es nicht hören wollen, Herr Hüppe, dann höre ich natürlich auf.

Vorsitzender: Ich sage dies, weil wir am Ende für die allgemeine Fragerunde noch eineinhalb Stunden Zeit haben. Und da wir noch eine Menge anderer auf der Rednerliste haben, wäre es vielleicht nicht so gut, wenn zehn Fragen von einer Person gestellt werden. Herr Wodarg!

SV Ulrike Riedel: Es waren keine zehn Fragen, sondern ich hatte drei Fragen gestellt.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich verzichte auf meine fünf Fragen, die auch dem Erkenntnisstand der Enquete-Kommission dienen würden, und stelle nur eine Frage zum besseren Verständnis dessen, was Herr Höfling uns über eine drohende verfassungsrechtliche Beschwerde oder eine verfassungsrechtliche Einflussnahme auf diese Regelung bezüglich der prozeduralen Zuständigkeit der Bundesärztekammer berichtet hat. Vielleicht könnten Sie das noch konkretisieren. Sie haben angedeutet, dass hier wahrscheinlich etwas kommen könnte. Gibt es denn analoge Beispiele, in denen solche Regelungen bereits als unzureichend oder als nicht zulässig charakterisiert worden sind? Sie sagten auch, dass es eine

bundeseinheitliche Lösung geben müsse. Wenn Sie das vielleicht zusammenführen und ein bisschen deutlicher darstellen könnten. Denn das ist wirklich eine ganz konkrete Empfehlung für den Gesetzgeber, hier möglichst bald etwas zu tun.

Voritzender: Herr Kauch!

Abg. Michael Kauch (FDP): Ich habe eine Frage an Herrn Egger. Ich hätte gerne gewusst, ob Sie Erkenntnisse darüber haben, wie viele der Spender bei Lebendspenden berufsunfähig werden – dies auch als Anknüpfung an die Frage von Frau Riedel mit Blick auf mögliche Versicherungsdefizite.

Vorsitzender: Frau Nickels!

Abg. Christa Nickels (B90/GR): Ich habe eine Verständnisfrage an Herr Lilie. Habe ich Sie richtig verstanden, dass Sie auf eine angeblich andere Sicht anderer Kulturen hinsichtlich der Lebendspende hingewiesen haben, indem Sie einen Inder zitiert haben, der davon gesprochen hätte, dass eine Nierenspende die Ausbildung seiner Töchter finanzieren könnte? Wenn das so ist, dann frage ich Sie, ob das nicht eine Frage von Armut und Reichtum ist und nicht eine Frage von Kultur.

Vorsitzender: Herr Härle!

SV Prof. Dr. Wilfried Härle: Eine Frage an Herrn Egger. Sie sprachen davon, dass nach Ihrer Ansicht die jetzt bestehenden rechtlichen Möglichkeiten nicht voll ausgeschöpft werden. Sie haben dann nachher die gezielte Suche von Spendern im Angehörigenbereich genannt. War das schon der Fall, oder gibt es darüber hinaus Ihrer Ansicht nach Möglichkeiten, die jetzt nicht hinreichend genutzt werden?

Vorsitzender: Herr Wunder, anschließend Frau Klöckner und Herr Geisler, und dann machen wir eine Antwortrunde.

SV Dr. Michael Wunder: Meine erste Frage geht an Sie, Herr Schreiber. Bei einer vorsichtigen Öffnung läuft ja fast alles, was Regulierung angeht, auf Lebendspendekommissionen hinaus. Hier ist aber die Ausführung in Ihrem Papier sehr lapidar. Da steht nur, es solle dabei bleiben, dass es nach Landesrecht gestaltet wird. Was gibt es noch für Informationen oder Diskussionen in der Bundsärztekammer, in Ihrer Kommission über diesen Satz hinaus.

Meine zweite Frage geht an Herrn Höfling zur Subsidiarität. Habe ich das richtig verstanden: Wenn es ein entscheidendes Argument weiterhin gäbe – wie beispielsweise die gesundheitlich nicht absehbare Belastung von Spendern –, dann wäre auch die Subsidiarität verfassungsrechtlich zu begründen? Anderenfalls, wenn das nicht nachgewiesen wird, bleibt es bei dieser Aussage, dass Subsidiarität unter Umständen dazu führt, dass Patienten per Gesetz zur schlechteren Therapie gezwungen werden, und von daher also verfassungsrechtliche Bedenken bestehen?

Vorsitzender: Frau Klöckner und dann zum Schluss Herr Geisler!

Frau Julia Klöckner: Ich habe vier Fragen, aber verteilt auf unterschiedliche Personen. Herr Höfling, eine Frage. Habe ich das richtig verstanden, dass Sie sagen, dass das Votum einer Kommission von dem Votum von Ärzten überstimmt werden kann?

Dann hatten Sie, Herr Lilie, davon gesprochen, dass Sie ein Kommissions-Shopping oder Kommissions-Hopping verhindern möchten. Was meinen Sie damit oder wie kann man das erreichen? Durch eine Registrierung? Haben Sie ein zentrales Register gemeint, in das man dann Einblick haben kann? Dann habe ich noch eine Frage zu dem, was eben auch Frau Nickels angesprochen hat. Ist Ihr Beispiel von der Äußerung des Vaters, er wolle die Ausbildung seiner Töchter finanzieren, ein Petitum Ihrerseits, dass Sie für diese Öffnung und für diese Betrachtungsweise plädieren?

Und als letztes eine Frage an Herrn Egger. Sie sagten, es gebe noch einige Potenziale, die man ausschöpfen müsste, bevor man zur Lebendspende kommt. Sprechen Sie damit die postmortale Spende an und letztlich auch die mangelnde Bereitschaft von Krankenhäusern, dort mitzuwirken, unter dem Gesichtspunkt, ob eine entsprechende Entgeltleistung für die Ärzte und Krankenhäuser besteht?

Vorsitzender: Herr Geisler.

SV Prof. Dr. Linus Geisler: Ich habe nur eine kurze und sicherlich auch präzise zu beantwortende Frage an Herrn Gutmann. Sie haben in Ihrer Stellungnahme als Empfehlung für die Einführung der anonymen Lebendspende die Erfahrungen im Ausland zitiert, wobei Sie sich wohl auf die USA stützen. Wenn ich aber Ihre schriftliche Stellungnahme lese, dann ist in diesem Punkt oft auf noch laufende Pilotstudien Bezug genommen oder auf persönliche Mitteilungen. Meine Frage ist, ob denn die Zahl der anonymen Lebendspenden in den USA

bereits so groß ist, dass man hier von evidenzbasierten Daten ausgehen kann, die man doch eigentlich fordern müsste, wenn man eine gesetzliche Änderung haben will. Soweit ich weiß, sind von 1990 bis 2002 in den USA insgesamt 55 anonyme Lebendspenden erfolgt.

Vorsitzender: Mir liegen jetzt zunächst keine weiteren Fragen vor. Sehr viele Fragen waren an Herrn Egger gerichtet. Deswegen möchte ich Ihnen zuerst das Wort geben.

Experte Dr. Bernhard Egger: Ich werde versuchen, sie kurz und knapp zu beantworten. Zunächst zum Thema Kosten. Der Grundsatz ist der, dass sämtliche Kosten sowohl beim Organempfänger als auch beim Organspender von der Krankenkasse zu übernehmen sind, bei der der Organempfänger versichert ist. Da tritt das erste Problem schon auf, dass natürlich der versicherungsrechtliche Status von Organempfängern sehr unterschiedlich sein kann. Er kann bei der GKV versichert sein, er kann privat versichert sein, er kann gar nicht versichert sein. Dann differieren jeweils die Regelungen, die auf den konkreten Betroffenen zukommen, weil bei den privaten Versicherungen z. B. jeder Vertrag anders ist und er sehr genau zuvor hineinblicken muss, was eigentlich übernommen wird oder nicht. Diese Kostenübernahmeregelung gilt für den komplikationslosen Verlauf. Sobald bei der Entnahme des Organs und damit also beim Lebendorganspender Komplikationen und dann Folgeerkrankungen auftreten, tritt dafür nicht die Krankenkasse des Organempfängers ein, sondern der Unfallversicherungsträger des Krankenhauses, in dem das durchgeführt wird. Das ist also dann die zweite Stufe. Bis dahin ist alles noch klar geregelt. Probleme werden häufig darin gesehen, dass es für den Fall einer vorgezogenen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit bei dem Menschen, der eine Lebendorganspende gemacht hat, dann keine hinreichenden Regelungen gibt. Das heißt, es sind hier letztendlich drei verschiedene versicherungsrechtliche Ebenen betroffen.

Zum zweiten Fragenkomplex der Verbesserungsmöglichkeiten. Ich habe das allgemein angesprochen, weil man, bevor nach völlig neuen Wegen gesucht wird – das war die Grundsatz einschätzung –, auch versuchen sollte, vom Ausland zu lernen und zu prüfen, ob nicht die bereits etablierten, prinzipiell gangbaren Wege besser genutzt werden könnten. Hinweise darauf lassen sich aus meiner Sicht aus den großen regionalen Unterschieden ableiten – was die Spenden in den einzelnen Bundesländern angeht und was Unterschiede auch zwischen den Krankenhäusern angeht. Ich habe keine so konkreten, speziellen Veränderungsvorschläge. Ich möchte generell aber noch einmal auf dieses Thema hinweisen: Transplantationsbeauftragte, Verbesserung der Organisationsstrukturen auf den Intensivstationen und der Kooperation der Intensivstationen in dem Bereich, natürlich auch der Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, in welchem wir als AOK gerne auch unseren Beitrag leisten, indem

wir in Mitgliederzeitschriften auf dieses Thema „Spende – Organspende“ kontinuierlich hinweisen und so letztendlich versuchen, unsere Versicherten über das Thema zu informieren.

Der dritte Fragenblock bezog sich auf das Thema Prüfkommisionen und die Verstöße, die dort bekannt werden. In diesen Kommissionen sollte nach unserer Auffassung eigentlich die Aufklärung der entstandenen Probleme und letztendlich auch die Beschreibung der Ursache für die Probleme im Vordergrund stehen. Viele Verstöße geschehen gar nicht durch Vorsatz, sondern letztendlich durch organisatorische Schwierigkeiten und Versehen, die entsprechend passieren. Auch was das Thema Publizität angeht, sollte man bei Verstößen mit relativer Vorsicht agieren, weil Publizität, so sehr sie grundsätzlich gewünscht ist, natürlich dem Thema Organspende in der Öffentlichkeit nicht förderlich ist. Sonst entsteht leicht der Eindruck, der dann generalisiert wird, dass hier nicht alles mit rechten Dingen zugehe. Und dadurch sinkt natürlich die Spendebereitschaft in der Bevölkerung. Konkrete Konsequenzen, wenn in Kommissionen Verstöße bekannt werden, sind uns nicht bekannt. Aufgrund der konsensuell dort getroffenen Entscheidungen scheint damit in der Regel nicht zu rechnen zu sein. Aufsichtsführend für diese Kommissionen sind die zuständigen Landesbehörden. Eine echte Kontrolle scheint da aber nicht stattzufinden.

Vorsitzender: Eine kurze Nachfrage von Frau Riedel.

SV Ulrike Riedel: Eine kurze Nachfrage. Bei Verdienstaussfall im Falle von Komplikationen, also bei längerer Berufsunfähigkeit, greift hier das Unfallversicherungsrecht oder das Krankenversicherungsrecht?

Experte Dr. Bernhard Egger: Gemäß dem Grundsatz, dass nur der komplikationslose Verlauf unter die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung fällt, müsste das dann im Bereich der Unfallversicherung angeordnet werden.

Vorsitzender: Jetzt waren zwei Fragen nicht beantwortet worden. Eine Frage von Frau Klöckner und eine von Herrn Härle.

Experte Dr. Bernhard Egger: Das habe ich versucht allgemein mit diesen Punkten zu umschreiben: bessere Öffentlichkeitsarbeit, bessere Organisation in den Krankenhäusern und Transplantationsbeauftragte in den Krankenhäusern.

Vorsitzender: Frau Volkmer, bitte.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Sie sprachen davon, dass sich die Kostenübernahme des Organspenders an die Krankenkasse des Organempfängers richtet. Wie ist das jetzt für den Fall, wenn der Organempfänger z. B. privat krankenversichert ist und seine Versicherung praktisch so etwas ausschließt? Dann gibt es im Grunde genommen keine Versicherungsmöglichkeit für den Organspender. Oder kann in einem solchen Fall der Organempfänger die Kosten selbst tragen, die sonst die Krankenkasse tragen würde?

Vorsitzender: Das kann man fast mit ja oder nein beantworten.

Experte Dr. Bernhard Egger: Wenn der Versicherungsvertrag der privaten Krankenversicherung diese Leistung nicht beinhaltet, dann wird sie nicht übernommen. Das ist dann so geregelt. Einer persönlichen Zahlung aus dem Privatvermögen steht natürlich im Behandlungsvertrag mit dem Arzt nichts im Weg.

Vorsitzender: Herr Schreiber.

Experte Prof. Dr. Hans-Ludwig Schreiber: Ganz kurz zunächst zu Ihrer Frage nach den Inländern und den ET-Europa-Ausländern (ET = Eurotransplant). Es sind die Fälle, die der Kommission Anlass zur Prüfung gegeben haben, wenn jemand aus dem Orient kommt und einen Jungen, der praktisch kein Deutsch spricht, mitbringt und sagt, dies sei sein Neffe, der ihm eine Niere spendet. Hier ist erst einmal die Frage der Freiwilligkeit schwierig, und die Frage des Missbrauchs liegt nahe. Deswegen hat ein Teil der Kommission gesagt, wir wollen uns auf ET-Inländer beschränken. Es ist natürlich eine ganz schwierige Frage, ob darin irgendeine Diskriminierung liegt. Die Mehrheit der Kommission hat daher die Beschränkung abgelehnt. Das steht auf Seite 5 und 6. Die Frage ist schwierig, wie man das machen soll, ob man hier Begrenzungen nimmt, die dann auf der anderen Seite Diskriminierungen sein können. Welches Verfahren, danach fragen Sie dann zum Schluss, angewendet werden soll, darüber hat die Kommission sich keine Gedanken gemacht. Ob das ein zusätzliches Verfahren für ET-Ausländer wäre, ist eine schwierige Frage. Und ich meine, es müsste dann so sein, dass es ein zusätzliches Verfahren wäre. Aber ob wir das dürfen, ist sehr zweifelhaft.

Die zweite Frage von Frau Riedel halte ich für eine sehr sachdienliche Frage. Die Frage nach der Konsequenz des Subsidiaritätsprinzips in die andere Richtung – dahin, ob derjenige, der ein Lebendorgan erhält, nun auf die Warteliste für die Leichenspende kommen sollte. Das hat die Kommission der Bundesärztekammer einmal in einer Richtlinie gesagt, dass dies so geschehen sollte. Aber Sie haben natürlich Recht. Das kann nicht für alle Zeiten gelten. Das gilt nur für die Phase der Transplantation zur Absicherung gegen Abstoßungsreaktio-

nen. Nachher kommt die Person dann erst wieder auf die Liste, wenn sie Bedarf hat. So ist das gemeint, und so muss das auch klargestellt werden.

Dann die Frage, ob die Kommission der Bundesärztekammer auch für die anonyme Lebendspende zuständig sein soll, und zur Kritik daran. Die Kommission der Bundesärztekammer hat auf die Kritik an dem Verfahren – die sich auf die Wesentlichkeitstheorie stützt, d. h. dass alle wesentlichen Dinge, die die Grundrechte betreffen, durch Gesetz oder zumindest durch Verordnungen festgelegt werden sollen –, erwidert, dass sie glaubt, in der Ausfüllung von gesetzlichen Voraussetzungen hinreichende Legitimationen zu haben, diese Dinge in Richtlinien festzulegen. Und sie müsste dann natürlich auch für die anonyme Lebendspende zuständig sein. Sie ist zurzeit für die Lebendspende nicht zuständig. Da gibt es keine Verteilungsprobleme, so dass sie zum Glück dafür nicht zuständig ist.

Dann zu der Frage nach dem Verfahren vor den Kommissionen. Dieses Verfahren vor den Kommissionen ist durchaus problematisch. Da steht, eine Kommission könne ablehnen, wenn Anhaltspunkte vorhanden sind, dass hier Organhandel betrieben wird. Die zureichenden tatsächlichen Anhaltspunkte sind in der Regel diejenigen, die ausreichen, ein Ermittlungsverfahren im Strafverfahren einzuleiten. Hier dürfen sie schon ablehnen. Die Kommissionen sind damals im Gesetzgebungsverfahren hineingenommen worden. Sie sind bisher keine notwendige Voraussetzung für die Lebendspende. Sie sind hier nur schwebend zwischen Befragung und Beratung. Sie sind nicht entscheidend. Die Kommission der Bundesärztekammer hat sich nicht dazu bereitgefunden, diese Kommissionen zu entscheidenden Kommissionen zu machen, wie es einige gewünscht haben. Dann könnte man natürlich dagegen auch Rechtsmittel einlegen. Im Moment sind das beratende Kommissionen. So hat das Gesetz es angesehen und hat das Verfahren nicht rechtlich durchgeregelt. Ob das genügt oder nicht genügt, weiß ich nicht. Man kann es natürlich auch ganz anders machen, es zu einem genehmigenden Verfahren machen und damit die rechtliche Fixierung der Verfahren weitertreiben. Das zunächst einmal ganz kurz zu den Fragen, die an mich gerichtet wurden.

Vorsitzender: Frau Nickels, war das jetzt direkt zu Ihrer Frage?

Abg. Christa Nickels (B90/GR): Sie haben gerade über die Möglichkeiten gesprochen, die Sie im Augenblick haben, wenn der Verdacht auf Organhandel besteht. Gibt es denn auch Möglichkeiten festzustellen, wenn sich z. B. jemand von der potenziellen Empfängerliste abmeldet und ob jemand im Ausland ein Organ käuflich erworben hat? Da ist auch die Frage des Armutgefälles, welches immer mehr zunimmt. Hier interessiert mich, ob es für die

Kommissionen oder die zentralen Stellen Möglichkeiten gibt, eine gewisse Erkenntnis darüber zu gewinnen, ob sich z. B. jemand abmeldet.

Experte Prof. Dr. Hans-Ludwig Schreiber: Bisher gibt es keine Möglichkeiten. Diese Kommissionen sind eingeführt worden, weil damals die medizinische Seite gesagt hat, dass es nicht ihre Aufgabe sein könne, da etwa zu ermitteln, z. B. was jemand im Ausland gemacht hat und woher das Organ kommt, mit dem er ankommt. Hier hat der Gesetzgeber gesagt: Diese Last nehmen wir der medizinischen Seite ab und haben so eine Art beratendes Kommissionsverfahren. Aber die Kommissionen haben natürlich keine Ermittlungsrechte, etwa wie ein Staatsanwalt. Das können sie gar nicht. Und Frau Nickels, Sie haben vollkommen Recht. Sie sind in ihren Erkenntnismöglichkeiten gerade hinsichtlich der Käuflichkeit – und das ist hier natürlich wieder die schwache Seite – sehr beschränkt und haben fast keine Klärungsmöglichkeiten. Wir haben einmal im Jahr Meinungsaustausch gehabt zwischen der Ärztekammerkommission und den örtlichen Lebendspendekommissionen. Diese Kommissionen arbeiten auch ganz unterschiedlich, wenn wir das sehen, weil das Landesrecht ist. Die Länder haben großen Wert darauf gelegt, dieses Verfahren gesondert zu gestalten. Aber viele Erkenntnismöglichkeiten haben diese Kommissionen nicht.

Vorsitzender: Aufgrund des Zeitmangels kann ich jetzt keine weiteren Nachfragen zulassen, sonst können diejenigen nicht mehr antworten, die gefragt worden sind. Herr Höfling.

Experte Prof. Dr. Wolfram Höfling: Ganz kurz zu den Fragen. Zur Frage der Leber- oder Teilleberspenden war ich selbst überrascht, als ich mich mit der Literatur befasst habe, dass dort die einhellige Auffassung besteht, dass dies nicht unter § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG fällt. Was sich das Ministerium damals dabei gedacht hat, das weiß ich nicht. Jedenfalls ist das auch im Gesetzgebungsverfahren nicht hinreichend zum Ausdruck gekommen. Es ist absolut dysfunktional, im Hinblick auf die Regelungsabsicht des § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG ausgerechnet die komplikationsreicheren und gefährlicheren Teilleberspenden nicht vor die Kommission zu bringen. Ich weiß nicht, wie das in der Praxis gehandhabt wird. Man könnte allenfalls im Blick auf die Teleologie sagen, dass man das auch noch einbezieht. Also, wenn das unklar ist, dann müsste das auch geregelt werden. Das ist der erste Punkt.

Der zweite Punkt zu Herrn Wodarg. Nichts ist „im Busch“, jedenfalls nichts, was ich wüsste. Was ich nur sagen wollte, sind zwei Dinge. Die bundeseinheitliche Regelung von bestimmten Fragen – also Koordinierung und Harmonisierung – betrifft den Kommissionstourismus oder auch dieses „hopping“. In der Tat ist es ganz einfach zu machen – wie in Bayern. Dort gibt es

mehrere Kommissionen. Ein ablehnendes Votum bei der einen Kommission wird über die Landesärztekammer den anderen Kommissionen des Landes zur Verfügung gestellt. Dann wissen sie, was da war. Das trägt aber zur Vereinheitlichung der Entscheidungspraxis bei.

Das führt dann auch zur Frage von Frau Klöckner. Ich habe mich in der Tat etwas missverständlich ausgedrückt. Ich habe gesagt, es soll dabei bleiben, dass das Votum empfehlenden Charakter hat. Allerdings soll es eine Obliegenheit der Ärzte geben. Bei den transplantierten Ärzten liegt die Entscheidung, und dabei soll es auch bleiben. Wenn sie trotzdem abweichend glauben, die materiellen Voraussetzungen sind weiterhin gegeben, obwohl die Kommission anderer Auffassung war, dann finde ich es im Sinne von Transparenz und Entscheidungsklarheit schon ganz wünschenswert zu erfahren, was die Transplanteure denn Besseres wissen und wo denn die vorrangigen und optimalen Einsichtsbedingungen in diese ganz komplizierten psychischen Zusammenhänge sind, so dass sie sich darüber einfach hinwegsetzen. Auch in ihrem eigenen strafrechtlichen Risiko-Beherrschungsinteresse.

Zur Frage des Rechtsschutzes. Mir geht es darum: Obwohl dieses Gesetz entstehungsgeschichtlich von vornherein darauf angelegt war, Rechtsschutz aus allen Ecken und Kanten rauszuhalten, kann das nicht gelingen. Die Entscheidungspraxis der Kommission ist öffentlich-rechtlich organisiert, gleich ob sie nun Empfehlungs- oder Entscheidungscharakter hat. Das bedeutet, Entscheidungen der Kommission sind mittelbare Grundrechtsbeeinträchtigungen. Wenn sie verweigern, dass ein Transplantat zur Verfügung steht, ist das für beide Seiten eine Grundrechtsbeeinträchtigung. Und selbst wenn dies aus willkürlichen Gründen erfolgen sollte oder offenkundig nach Verfahrensfehlern so zustande kommen sollte, dann soll das alles auf Empfänger- und Spenderseite völlig unanfechtbar sein? Unvorstellbar! Es gibt keinen Bereich in der Bundesrepublik, in der Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz den lückenlosen Rechtsschutz gegen alles, was öffentlich-rechtlich handelt, vorschreibt, in dem so etwas möglich ist. Es nimmt monatlich die Literatur zum Verfassungsrecht zu – auch die, die sich nicht speziell mit Transplantationsmedizin befasst –, die feststellt, dass die Tätigkeit der Bundesärztekammer, was die Richtlinien angeht, exekutive Normensetzung ist. Dass die einfach so auf dieser Grundlage erfolgen soll und wiederum ohne jede Rückbindung, das kann nicht sein und das wird auch so nicht bleiben. Es bedarf nur eines passenden Falles, um das mal vor ein Gericht zu bringen. Hier sollte man ein bisschen vorbeugen, dass das nicht so passiert.

Ein letztes Wort zur Subsidiarität. Ich habe nur deutlich zu machen versucht, dass ich diese gesetzliche Regelung – die jedenfalls für die Nierentransplantation den Betroffenen die schlechtere medizinische Alternative aufzwingt, aber natürlich in der Praxis nicht so wahrge-

nommen wird, und es deshalb keine Auswirkung hat – nur dann für sinnvoll hielte, wenn sie tatsächlich in der Lage wäre, voreilige Spendeentscheidungen, die eben fremdnützige Selbstschädigung darstellen, auch zu verhindern. Und dann müsste man auch noch abwägen, ob das, was am Ende herauskommt, dieser Paternalismus oder die Autonomieermöglichung, wie immer man das will, zu rechtfertigen ist. Aber vor dem Hintergrund einer ohnehin verfassungsrechtlich ganz komplizierten Regelung der Hirntodkonzeption mit einer erweiterten Zustimmungslösung ist für mich die Sache ganz klar. Die Subsidiaritätsklausel, so wie sie in dieser Gesamtsystematik vorhanden ist, halte ich nicht für akzeptabel.

Vorsitzender: Herr Lilie.

Experte Prof. Dr. Hans Lilie: Die Stellungnahmen der einzelnen Ethikkommissionen zu verbreiten, ist sicherlich der technisch beste Ausweg. Ich habe ein bisschen Bedenken, ob das datenschutzrechtlich so ohne weiteres funktioniert, wenn wir die Namen und persönlichen Daten all dieser Personen durch die ganze Bundesrepublik verschicken. Ich bin mir selbst als Strafrechtler nicht ganz so sicher. Wenn das ginge, wäre das eine Möglichkeit, aber sonst könnte man, glaube ich, auch über andere Wege nachdenken. Eidesstattliche Versicherungen und Ähnliches sind auch ein Ausweg aus solchen Konflikten. Zum Fall des ausländischen Spenders und dem Vater mit seinen Töchtern. Da mischt sich natürlich eine unterschiedliche Kultur sowie Armut und Reichtum auf unterschiedlichen Ebenen. Ich wollte mich in keiner Weise für eine Lösung stark machen. Nur, worauf es mir ankam, ist, darauf hinzuweisen, dass die Aspekte, die wir alle hier selbstverständlich teilen, in anderen Ländern von Einzelnen grundlegend anders gesehen werden und auch von Mehrheiten anders gesehen werden. Nur auf diesen Aspekt wollte ich aufmerksam machen. Und damals war das ein Fall, der schon Aufsehen erregte. In dem Zusammenhang wird auch von *feeding-houses* in Südamerika gesprochen, um Kinder für Lebendspenden heranzuziehen. Da sind die Grenzen, die wir einfach sehen müssen bei unserem Tun, wenn wir uns auf der internationalen Ebene bewegen.

Bei der Leberlebendspende ist es so, dass das Problem eben besteht, dass die Leber sich zwar regeneriert, dass das Risiko für den Lebendspender aber, das hat Herr Höfling auch gesagt, umgekehrt doppelt so hoch ist im Vergleich zum Nierenspender. Deswegen macht es Sinn, diesen Kommissionsweg zu gehen.

Vorsitzender: Zum Schluss war noch einmal Herr Gutmann gefragt.

Experte Dr. Thomas Gutmann: Herr Geisler, Sie haben Recht. Die Erfahrungen in den USA mit der altruistischen Fremdleberspende beschränken sich auf 54 Fälle. Das sind nicht sehr viele. Angesichts der Tatsache, dass die häufig anzutreffende gegenteilige Ansicht, wonach Menschen, die altruistisch ein Organ spenden wollen, entweder psychisch krank sind oder dieses verkaufen wollen oder beides, keine empirische Basis hat, scheinen mir 54 sehr exakt prospektiv dokumentierte Fälle doch schon ein Anfang zu sein.

Vorsitzender: Vielen Dank! Jetzt kommen wir zum zweiten Punkt, zu den medizinischen und ethischen Fragen, und ich gebe als erstes das Wort an Herrn Eigler.

Experte Prof. Dr. Dr. Friedrich-Wilhelm Eigler: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren. Da ich hier unter den Kollegen als ehemaliger Direktor gekennzeichnet bin, erlaube ich mir kurz darauf hinzuweisen, dass ich 1968 die erste Nierentransplantation in Köln durchgeführt habe und seit 1972 in Essen über 2.000 Nieren und über 300 Lebertransplantationen unter meiner Leitung stattgefunden haben. Ich habe seit März 1998 die aktive Tätigkeit programmgemäß aufgegeben und bin seither noch beratend in der Ständigen Kommission „Organtransplantation“ bei der Bundesärztekammer tätig und als Vorsitzender der im TPG vorgesehenen Überwachungskommission. Angesichts dieser Vorgeschichte mag es verwundern, wenn ich sage, dass ich gezögert habe, die ehrenvolle Einladung des Gremiums anzunehmen. Dafür hat es für mich verschiedene Gründe gegeben, und ich wage es trotz der Übermacht der Juristen dieses Eine anzufügen: Ich sehe in der so weit gehenden Verrechtlichung der Medizin die Gefahr einer Schwächung ärztlicher Verantwortung und der Selbstkontrolle der Ärzteschaft ohne die Gewähr einer effektiveren Außenkontrolle. Denn, wie im TPG ja mehrfach angesprochen, werden sehr detaillierte Vorgaben gemacht. Sie bleiben aber in weiten Teilen Appelle ohne nachhaltige Folgen, wenn sie nicht befolgt werden.

Und ein Zweites. Ich bekenne mich dazu, dass ich für eine strengere Begrenzung der Lebendspende bin. Wäre die Übertragung eines Organs von einem Spender zum Empfänger ohne Dritte möglich, würde ich ärztlich-ethisch kein Problem darin sehen. Die Aufklärung des Spenders aber erfolgt gängigerweise in ein und derselben Person, nämlich im entnehmenden Chirurgen. Und heute noch ist das Vertrauen der Öffentlichkeit – oder vielleicht eingeschränkt gesagt: der Patienten – so groß, dass die Autonomie, die hier immer angeführt wird, in dem Sinne zu relativieren ist. „Wir vertrauen Ihnen“, sagen die Patienten, und dieses allgemeine Vertrauen ist in meinen Augen problematisch, wo es um diese Dinge geht. Darüber hinaus stimme ich zu, wenn gesagt wird, dass ein moralischer Unterschied besteht, ob man jemanden zugesteht, ein selbstgewähltes Risiko auf sich zu nehmen, oder ob man ihn dazu auffordert. Und manches weist in diese Richtung, dass die Aufforderung, das haben wir ge-

rade gehört, zunehmen soll. Ich bleibe dabei: Was man von Toten nehmen kann, sollte man nicht Lebenden entfernen. Die Bereitschaft zur postmortalen Spende wird dadurch geschwächt – insbesondere eben durch die Propagierung der Lebendspende. Ich sehe eine Gefahr der Privatisierung der Transplantationsmedizin, denn die postmortale Spende ging einmal vom Gedanken aus, dass die Gesellschaft sich derer annimmt, die in Not sind. In Parenthese will ich nur darauf hinweisen: Das Problem einer Herztransplantation lässt sich verständlicherweise mit Lebendspende nicht regeln.

Ich habe aber aufgrund der Entwicklung in den letzten Jahren – und meine Vorredner haben alle ein beredtes Beispiel dafür abgegeben – einsehen müssen, dass eine weitere Ausweitung der Lebendspende nicht aufzuhalten ist. Deshalb möchte ich wenigstens dazu beitragen, dass die Rahmenbedingungen im Sinne des Schutzes der Betroffenen verbessert werden. Darunter verstehe ich vor allem die Einrichtung eines obligaten Registers für Lebendspende und, das ist auch schon mehrfach angeklungen, die Verbesserung des Versicherungsschutzes von Lebendspendern.

Ein Lebendspenderegister kam in Ihrem Fragenkatalog vor. Tatsächlich zeigt das derzeit gültige Gesetz bereits die Richtung an, indem es in § 8 Abs. 3 TPG heißt: „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.“ Hier handelt es sich allerdings um die bereits erwähnte sanktionslose Vorschrift. Denn wenn die Beteiligten ihrer eigenen Erklärung nicht nachkommen, wird das bisher folgenlos hingenommen. Ein Lebendspenderegister muss aber obligat sein, d. h. die Bereiterklärung muss mit einer automatischen Meldung an ein Register verbunden sein. Sonst besteht die Gefahr, dass nachteilige oder negative Erfahrungen nicht mit aufgenommen werden.

Was kann und was soll ein solches Register leisten? Erstens: eine Verbesserung der Aufklärung der Spender über Letalität und Komplikationen; zweitens: rechtzeitige Erkennung von Spätkomplikationen bzw. relevanten Erkrankungen im Interesse der Spender; drittens: Erfassung von Ungleichheiten in der Spenderpopulation; viertens: Aussagen zum realistischen Versicherungsschutz und fünftens: zusätzlicher Schutz vor Organhandel.

Um die Zeit nicht zu überschreiten will ich mich auf die ersten beiden Punkte beschränken. Angesichts der Tatsache, dass der Lebendspender keinen direkten Vorteil aus seiner „Körperschädigung“ erfährt, werden mit Recht hohe Anforderungen an die Aufklärung gestellt. Und juristischerseits wird darauf abgehoben, dass es nicht genügt, auf ferne Erhebungen zu

rekurrieren, sondern je nach Anzahl der durchgeführten Verfahren auf Erhebungen entweder aus dem eigenen Haus oder mindestens im eigenen Land. Insofern ist es aber ein Problem, dass wir in Deutschland entsprechende Daten bisher nicht haben. Geliefert werden können sie nur, ich habe das betont, aus einem obligaten Register. Das gilt sowohl für die Sterblichkeitsrate als auch die Komplikationen bei uns. Bei Leberteilspenden fehlen bislang systematische Untersuchungen von etwaigen Langzeitfolgen. Das gilt z. B. für Frauen im gebärfähigen Alter wegen der Verwachsungsgefahren. Es gilt für ausgedehntere Eingriffe, die aus anderen Gründen später im Bauchraum stattfinden müssen. Und es müssten für entsprechende Aufklärung natürlich Zahlen da sein zu Narbenbrüchen oder Darmverwachsungen.

Das zweite ist der Spenderschutz. Es hat sich allgemein gezeigt, dass tatsächlich der Verlust einer Niere keine, soweit wie wir das überschauen können, direkten nachteiligen Folgen hat, abgesehen natürlich von Narbenproblemen und dergleichen, die auch bei anderen Operationen zu erwarten sind. Aber, wenn ein Einjähriger Bluthochdruck bekommt, wie er in der Normalbevölkerung auch vorkommt, dann hat er ein besonderes Problem, wenn er nur eine Niere hat. Es zeigen entsprechende Register, dass es darauf ankommt, die Empfänger rechtzeitig in dieser Hinsicht zu erfassen und rechtzeitig zu behandeln. Für die Teilleber- und Teillungenspenden weiß man zu wenig, um zu sagen, ob solche Gesichtspunkte auch eine Rolle spielen.

Ich bin gerne bereit, auf entsprechende Rückfragen zu den Punkten Ungleichgewicht der Spenderpopulation, realistische Risikoabschätzung für Versicherungen und den zusätzlichen Schutz für Versicherungen einzugehen. Ich hoffe, dass mit den bisherigen Darlegungen klar gestellt ist, dass ein obligates Lebendspenderegister nicht in erster Linie wissenschaftlichen Erkenntnissen gelten soll, sondern dass es darum geht, für Lebendspender und die für sie Verantwortlichen wichtige Grundlagen zu schaffen. Eigenartigerweise lehnen manche Kollegen ein solches Register ab, obwohl sie sich in der Diskussion um das entsprechende Register in der Schweiz darauf beziehen und auch noch betonen, dass es dort im künftigen Gesetz verankert sein soll.

Im zweiten Punkt, den ich gerne zur Verbesserung der Vorbedingungen deutlich machen will, sind die versicherungsrechtlichen Fragen angesprochen worden. Nicht angesprochen worden ist die Tatsache, dass es sich um junge, gesunde Spender handelt, und die Frage, welche Probleme sie bei ihrer Lebensplanung bekommen. Bei der Darlehensaufnahme etwa müssen sie bekannt geben, dass sie operiert sind. Eine Lebensversicherung wird bislang schließlich überhaupt nur von einer Versicherungsgesellschaft für Nierenspender angeboten. Für die übrigen Organteile nicht. Ich halte es für dringlich, dass hier eine Klärung herbeige-

führt wird und auch andere Widersprüche zu sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften beseitigt werden, wenn denn nun die Lebendspende so ausgeweitet werden soll, wie es den Anschein hat. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Vorsitzender: Vielen Dank Herr Eigler, und nun hat das Wort Herr Frei.

Experte Prof. Dr. Ulrich Frei: Vielen Dank Herr Vorsitzender. Ich darf mich kurz vorstellen, ich bin Arzt, Internist und Nephrologe, Vizepräsident bei Eurotransplant und leite das deutsche Register für Dialysepatienten. Durch diese Tätigkeiten bin ich unmittelbar dran an den Problemen unserer Patienten und ich teile auch nicht die weise Distanz meines Vorredners.

Vielleicht machen wir uns das übergeordnete Ziel noch einmal klar: Es geht darum, möglichst vielen Kranken ein langes Überleben bei subjektiver Zufriedenheit zu ermöglichen. Und für dieses Ziel – und nur für dieses Ziel – müssen wir uns bemühen, möglichst viele Organe von verstorbenen und auch lebenden Spendern zur Verfügung zu stellen. Ich möchte das in fünf Thesen zusammenfassen.

Erste Feststellung: Die Lebendspende ist unbedingt nötig. Es gibt in Deutschland ca. 10.000 Patienten, die unterschiedlich lange, aber etwa zwischen null und zehn Jahren auf eine Niere warten. Sie werden mit der Methode der Dialyse behandelt, die ohne Zweifel zur Lebensverlängerung geeignet ist, auch bei einer ausreichenden Lebensqualität. Jedoch der dauerhafte Zustand, dialysepflichtig nierenkrank zu sein, verkürzt die Lebenserwartung eines 30-jährigen um 80 %. Und die eines 50- oder 60-jährigen immer noch um die Hälfte. Nur eine Nierentransplantation kann diese schlechte Prognose tatsächlich verbessern. Ziel muss es daher sein, die Patienten rasch mit einem Organ zu versorgen. Gegenwärtig besteht aber keine realistische Chance, diese langen Wartelisten abzubauen. Und ein weiterer wichtiger Punkt ist anzuführen. Das Warten, das lange Warten – die meisten Patienten warten im Moment in der Blutgruppe 0 zwischen 5 und 7 Jahren auf ein Transplantat – egalisiert nahezu alle Vorteile der Nierentransplantation. Das Organ muss im Sinne dieser schlechten Prognose relativ rasch zur Verfügung stehen. Somit ist Subsidiarität an dieser Stelle auch kein richtiger Gesichtspunkt. Ohne eine breite Anwendung der Nierenlebendspende ist keine angemessene Versorgung der nierenkranken Patienten möglich, und für viele wird damit eine Chance einer Lebensverlängerung verspielt.

Zweite Feststellung: Die Lebendspende als Behandlungsmöglichkeit wird in unserem Land heute immer noch unzureichend genutzt. Die Lebendspende hat etwa zeitgleich mit der Einführung des Transplantationsgesetzes deutlich zugenommen. Dies lag nicht nur an der ge-

setzlichen Lage, sondern auch an wissenschaftlichen Daten. Im Mittel werden etwa 20 % der Nierentransplantationen in Deutschland von lebenden Spendern durchgeführt – aber wenn Sie in meinen Unterlagen das Bild gesehen haben: die Transplantationszentren machen das zwischen 0 % und 36 %. Man kann davon ausgehen, dass eine Möglichkeit besteht, etwa die Hälfte der Transplantationen von Lebendspendern zu machen. Dies ist derzeit in den skandinavischen Ländern und den USA der Fall. Diese Schwankung zwischen 0 % und 36 % weist darauf hin, dass nicht alle Patienten einen gerechten Zugang zu diesem Verfahren haben. Dies muss hinterfragt werden. So sollte auch die Nierenlebendspende-Transplantation flächendeckend sichergestellt werden und die Transplantationszentren sollten mit Methoden, wie Mindestmengenvorgaben oder Qualitätssicherung, eingebunden werden in diese Verfahren.

Dritte Feststellung: Die Sicherheit und die Vertretbarkeit einer Nierenlebendspende ist gegeben. Bei sorgfältiger Spenderauswahl, die sich an abgesicherten Leitlinien orientiert, ist das Risiko eines Nierenlebendspenders, am Eingriff zu versterben, sehr minimal, wenn auch vorhanden. Das Risiko von vorübergehenden Komplikationen ist benennbar und bei sorgfältiger Aufklärung vertretbar. Das Risiko des Spenders, selbst chronisch ein Nierenversagen zu erleiden, ist gering. Das Risiko ist sogar eher höher bei blutsverwandten Spendern, weil bei diesen die gemeinsame genetische Disposition zur Nierenerkrankung vorliegt. Bei nicht genetisch verwandten Spendern ist dieses im statistischen Rahmen. Die Sicherheit hat nur einen geringen Bezug zur Art des Spenders – und, wenn man so will, zum Beziehungsgrad, was die Blutsverwandtschaft angeht, sogar einen umgekehrten Bezug.

Vierte Feststellung: Der Schutz des Spenders muss gewährleistet werden. Unabhängig von der Art und vom Grad der Beziehung zwischen Spender und Empfänger muss eine objektive und von sachfremden Interessen freie Risikoabwägung und Aufklärung des Spenders erfolgen. Dies wird teilweise durch die Lebendspendekommission gewährleistet, entspricht aber eigentlich gar nicht ihrem gesetzlichen Auftrag. Sie können sich nicht um Interessenkonflikte kümmern, die tatsächlich berücksichtigt werden müssten, nämlich den Wunsch des Kranken nach einer optimalen Therapie und den daraus resultierenden emotionalen, familiären und sonstigen Druck, der bis zur Nötigung gehen kann. Sie können auch nicht den persönlichen Ehrgeiz und die ökonomischen Interessen von Transplantationsteams und Kliniken ausschließen, die möglichst viel transplantieren möchten. Und sie können auch nicht den Druck durch die nahe Todesgefahr oder das schlechte Gewissen ausschließen, das von Seiten des Empfängers dem möglichen Spender eingeredet wird. Hier müsste eine Lösung über die Kommissionen oder zumindest eine Erweiterung der Möglichkeiten der Kommission eintreten, im Sinne eines Spenderanwalts oder Beauftragten, der sachkundig ist und unabhängig

von Spender und Empfänger nur dem Empfänger Beistand und die notwendigen Ratschläge gibt.

Letzte Feststellung: Das ist keine Feststellung des Mediziners, sondern des Bürgers. Die Mündigkeit und die Selbstbestimmung des Spenders sind zu respektieren, wenn die vorangegangenen Voraussetzungen gegeben sind. Der Interessenkonflikt wird vom TPG nicht ausreichend berücksichtigt: Das ist der Konflikt zwischen der Forderung der Gesellschaft und ihren Normen, den Spenderkreis einzugrenzen, und der absoluten Notwendigkeit, die kranken Patienten mit besseren Möglichkeiten zu versorgen. Im Interesse der Kranken sollten daher selbstbestimmte mündige Bürger auch in der Lage sein zu spenden, ohne dass ihnen von Dritten, wenn nicht ganz klare sachliche Einwendungen dafür vorliegen, hineingeredet wird. Vielen Dank!

Vorsitzender: Vielen Dank! Dann Herr Kirste.

Experte Prof. Dr. Günter Kirste: (Vgl. hierzu Kom.-Drs. 15/132a) Vielen Dank Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren. Ich bin Chirurg, daher etwas visuell veranlagt. Ich habe versucht, einige meiner Darstellungen hier in Dias zu präsentieren.

Sie hatten in Ihren Fragen danach gefragt, weshalb es in den letzten Jahren eine solche Steigerung der Lebendspende in Deutschland gegeben hat, und das in Zusammenhang gestellt mit der Einführung des Transplantationsgesetzes. Nun – an den Zahlen, zumindest aus meinem Zentrum in Freiburg, ist ersichtlich, dass die Steigerung der Lebendspende bereits 1994 eingesetzt hat und unabhängig war von der Einführung des Transplantationsgesetzes. Mit anderen Worten: Die Frage, welche Zentren wie viel Lebendspenden durchführen, ist mehr abhängig von der Einstellung des jeweiligen Leiters eines Zentrums und der Art, wie Patienten aufgeklärt werden, als von gesetzlichen Vorgaben. Nun gibt es einige Grundlagen, die auch bei uns in Freiburg dazu geführt haben, dass wir die Lebendspende vorangetrieben haben – und zwar vor allem die Bereitschaft in der Bevölkerung. Hier haben wir festgestellt, dass gerade die Spende zu Nichtverwandten – also Ehepartnern – eher höher ist als zu Geschwistern. Das hat dann dazu geführt, ein umfangreiches Aufklärungsprogramm zu kreieren, welches es im Übrigen auch in Amerika gibt und auch dort dazu geführt hat, dass die Zahl von Lebendspenden erheblich zugenommen hat. Nun kommen andere Gesichtspunkte hinzu. Herr Frei ist eben schon auf die Spendesicherheit eingegangen. Wir wissen heute, dass die Lebendspende, wenn sie denn durchgeführt wird, von einem Spender, der gesund ist, eher ein Überlebensvorteil ist, zumindest nach dieser skandinavischen Arbeit, die ich hier zeige. Aber sie ist zumindest ein Risiko, welches vertretbar niedrig ist.

Das zeigt sich z. B. auch an umfassenden Nachuntersuchungen bei uns im Zentrum, in dem alle Spender nachuntersucht werden. Sie können hier erkennen, dass die drei Altersgruppen, die wir verglichen haben, nur eine unwesentliche Steigerung der Nierenparameter gegenüber der Zeit vor der Spende zeigen und weit entfernt davon sind, dass diese Patienten wirklich krank sind. Wenn man das im einzelnen nachsieht, dann ist tatsächlich die Zahl der Komplikationen in einem Zentrum, in dem wirklich sorgfältig registriert wird – auf die Notwendigkeit solcher Register ist gerade schon eingegangen worden – sehr klein. Sie müssen auch wissen, dass ein solcher Eingriff einer Nierenspende heute eine relativ kleine Maßnahme mit einem relativ kleinen Schnitt ist. Und der ist nicht angezeichnet, sondern der sieht tatsächlich auch nur so klein aus. Er bedeutet, dass diese Patienten etwa fünf bis sechs Tage im Krankenhaus sind und je nachdem, ob der Spender ein Handwerker oder ein Schreibtischtäter ist, etwa eine vier- bis sechswöchige Arbeitsunfähigkeit bedeutet. Nun – Ergebnisse der Lebendspende sind einfach eindeutig besser, und das wissen die meisten Patienten, die sich heute zur Transplantation anmelden. Die Ergebnisse sind deutlich besser als bei der postmortalen Organspende und werden gegenüber internationalen Statistiken, auch in einzelnen Zentren, übertroffen.

Hier ist ein Vergleich von den Nichtverwandten und Verwandten. Sie sehen auf zwölf Jahre ein exzellentes Überleben, wenn man dazu im Verhältnis sieht, dass heute Patienten, die zur Transplantation angemeldet auf die Warteliste kommen, einfach eine sehr schlechte Überlebenschance haben. Darauf ist Herr Frei eben eingegangen. Wenn sie denn tatsächlich so lange warten, wie das im Moment im Durchschnitt der Fall ist – nämlich sechs Jahre –, dann werden die Aussichten der Transplantation so schlecht, dass es meines Erachtens zumindest zu einer Aufklärung jedes Patienten auf der Warteliste gehört, dass die Lebendspende einen erheblichen Vorteil im Überleben und in der Lebensqualität bietet. Und das zeigt sich im Übrigen auch an solchen Statistiken aus den USA, in denen man 6 Monate Wartezeit mit 24 Monaten verglichen hat. In anderen Ländern, in den USA, sind fast die Hälfte der Transplantationen heute Lebendspenden. Bei uns sind es nach wie vor sehr wenig. In Skandinavien ist das gleiche bekannt. Auch dort sind die Transplantationszahlen bei der Lebendspende sehr viel höher, und damit ist die Wartezeit auf eine Transplantation in Norwegen z. B. nur wenige Monate – im Vergleich zu 6 Jahren bei uns. Und das ist nun ganz eindeutig ein Vorteil in Lebensqualität und auch im Überleben für die Patienten.

Sie hatten gefragt, warum es in Deutschland Geschlechtsunterschiede gibt zwischen Spendern und Empfängern. Das ist offensichtlich sehr zentrumsspezifisch. Ich habe hier zusammengestellt die Zahl der weiblichen und männlichen Spender im Freiburger Zentrum, und Sie

sehen einen wesentlichen Unterschied zumindest dann nicht, wenn Sie bedenken, dass auch die Häufigkeit von Nierenerkrankungen von Männern zu Frauen zwischen 60 % und 40 % differiert. Das entspricht ungefähr den Zahlen 139:117, die hier aufgeführt sind. Auch dahinter verbirgt sich meines Erachtens die Zentrumspolitik oder – sagen wir – die Einstellung des Leiters eines Zentrums. In vielen Zentren werden nach wie vor die männlichen möglichen Spender nicht so sehr hinzugezogen, weil man denkt, das sei der Alleinverdiener und der hätte dann eben ein Risiko. Nur – das ist inkonsequent, denn mit den Erfahrungen, die wir gewonnen haben, ist das Risiko eben wirklich so klein, dass man, wie ich meine, auch einem Alleinverdiener eine Spende für ein Kind oder die Ehefrau zumuten kann.

Sie hatten außerdem nach der Cross-over-Transplantation gefragt. Da ich nun derjenige bin, der bisher die erste Cross-over-Transplantation in Europa, in Basel, gemacht hat, möchte ich auf dieses Thema ganz kurz eingehen. Cross-over-Transplantationen kommen in Frage bei solchen Spender-Empfänger-Konstellationen, in denen die Blutgruppe A des einen Spenders für den Empfänger B nicht in Frage kommt. Oder man findet ein zweites Paar, und dann ist eine Cross-over-Spende möglich. Nur ich glaube nicht, dass eine Erweiterung rechtlicher Voraussetzungen der Cross-over-Spende – die ich für sinnvoll halte, um das gleich zu betonen – das Problem der Organspende lösen würde. Denn so viele Fälle gibt es gar nicht. Schon wenn Sie die Blutgruppe A und 0 sehen, dann könnte das gegenläufige Paar 0 auf A natürlich spenden, und das Paar was A auf 0 spenden soll bleibt sitzen. Es gibt nur eine andere Möglichkeit, Cross-over-Transplantationen zu machen, bei einer so genannten positiven Crossmatch-Situation. Das sind aber sehr seltene Fälle. Und das gleiche gilt im Übrigen auch für die anonyme Spende. Wenn man die Zahlen aus Amerika sieht – Herr Matas aus Minneapolis hat über 300 Fälle untersucht – sind letztlich nur die vorhin zur Sprache gekommenen 50 Fälle überhaupt transplantiert worden. Ein aus meiner Sicht besserer Weg, das Problem der Cross-over-Spende zu lösen, ist die so genannte blutgruppen-inkompatible Transplantation, bei der man also z. B. von A auf B transplantiert. Die Japaner haben dies in großen Zahlen inzwischen durchgeführt – mit guten Ergebnissen, wie sie aus dieser Darstellung sehen. Und auch aus dieser Darstellung – bei Vergleich der kompatiblen und der nicht kompatiblen – sieht man eine unterschiedliche Erfolgsaussicht auf drei Jahre von 10 %. Selbst in der inkompatiblen Situation ist das noch bei weitem besser als die Ergebnisse einer Fremdnierentransplantation. Insofern sollte der Weg, aus meiner Sicht, auch in wissenschaftlicher Sicht weitergehen. Das ist das, was wir in Freiburg sicherlich noch in der ersten Hälfte dieses Jahres machen werden, dass man entsprechend bestimmter Protokolle solche A-B-0-inkompatiblen Transplantationen durchführt.

Zusammengefasst, glaube ich, dass die Lebendspendetransplantation ganz sicher von den Ergebnissen besser ist; dass sie eine bessere Lebenserwartung hat, auch eine bessere Lebensqualität bietet; dass das Spenderrisiko in der Tat sehr sehr klein und die Wartezeit für die Patienten gut ist. Als Fazit des ganzen, glaube ich, dass nur die Ergänzung von beiden, nämlich der postmortalen Spende und der Lebendspende, das Problem lösen kann. Vielen Dank.

Vorsitzender: Ich bedanke mich auch bei Ihnen und komme nun zu Herrn Neuhaus.

Experte Prof. Dr. Peter Neuhaus: (Vgl. Kom.-Drs. 15/151a) Vielen Dank! Ich möchte nicht auf meinen Antwortenkatalog zurückgreifen. Zunächst einzelne Thesen.

Durch das vorhandene Transplantationsgesetz ist, wie Sie wissen, nach unserer Meinung die Organspende von Lebenden nicht wesentlich erhöht worden und wird auch in Zukunft nicht erhöht werden. Ich spreche jetzt mehr von der Lebertransplantation, weil meine Vordr. bereits über die Nierentransplantation ausreichend viel gesagt haben. Technische Neuerungen, wie die Teilung der Leber eines Verstorbenen für zwei Empfänger oder z. B. die künstliche Leber, können qualitativ und quantitativ keinen Beitrag zur Problemlösung leisten. Meiner Meinung nach wären signifikant mehr Organe allein durch die Widerspruchslösung, wie in Belgien oder Österreich, zu gewinnen. Ich denke auch, dass das gesetzlich bei uns nicht durchsetzbar ist. Eine Widerspruchslösung in Deutschland ist unnötig, deshalb bleibt nur die Möglichkeit der Lebendspende, wenn man denn wirklich den Tod auf der Warteliste, der bei der Lebertransplantation jetzt ca. 20 % beträgt, vermindern will. Die Beschränkung der Lebendspende auf Verwandte oder Personen mit enger persönlicher Verbundenheit berücksichtigt die Probleme nicht, sie ist ineffizient. Deshalb käme aus meiner Sicht als Lösung des Problems nur die altruistische oder zum Schluss die bezahlte Lebendspende in Betracht. Da aber diese Art von Lebendspende in Deutschland ausgeschlossen ist, wird die Problemlösung, wie Sie wissen, zunächst außerhalb unseres Landes versucht. Wir sollten dieses ohne Vorurteile beobachten und dabei bereit sein, positive Erfahrungen, z. B. in den USA und anderen Ländern, eventuell später auch in Deutschland umzusetzen.

Ich habe zur Lebendspende einige Bilder mitgebracht, die sich aus dem Europäischen Lebertransplantationsregister – hier sehen Sie die teilnehmenden Länder – ergeben. Es wird immer gesagt, dass wir eine Kontrolle und eine Ergebniskontrolle wollen. Dieses Register funktioniert schon seit mehreren Jahren, und es funktioniert auch für die Leberlebendspende. Hier sehen Sie, dass die Anzahl der Leberlebendspenden seit 1999 stark angestiegen ist – vorher nur Kinder, jetzt auch, in rot, die Anzahl der Erwachsenen. Hier sehen Sie den Typ

der Leberlebendspende und rot die nicht voll von verstorbenen Organspendern gewonnenen Organe. Hier dann die verschiedenen Alternativen, blau die zunehmenden Lebendspenden und hier, zu den entsprechenden einzelnen Spendern für die erwachsenen Patienten in gelb und für die Kinder in blau, das durchschnittliche Alter der Organspender, wobei Sie sehen, dass für die Kinder die jüngeren Organspender in Frage kommen. Hier das Verhältnis von Spender und Empfänger, wie Herr Kirste es für die Nierentransplantation gezeigt hat. Es gibt ähnliche Probleme, nämlich dass die Mütter natürlich viel häufiger bereit sind zu spenden als die Väter.

Und hier jetzt beginnen einige für Sie sicherlich interessante Bilder, die über die Spendersicherheit Auskunft geben sollen. Sie sehen hier, dass bei der Spende des rechten Leberlappens für Erwachsene sehr viel häufiger Funktionsstörungen auftreten als bei der Spende des linken Leberlappens für Kinder. Wie Sie sehen, haben 28 % der Erwachsenen nach der Operation normale Leberwerte, während das bei den Kindern 51 % sind. An der Überlebenskurve von Kindern und Erwachsenen sehen Sie, dass die länger etablierte Kinderlebendspende – Kinderlebertransplantation mit Lebendspende – bessere Ergebnisse hat als die von Erwachsenen. Für das Überleben bei den Erwachsenen sieht man sehr eindeutig, dass – in blau – die Überlebenskurve mit den rechten Leberlappen am besten ist, welche aber auch das größte Risiko für den Spender darstellt, während die linksseitigen Leberspenden rein quantitativ nicht ausreichend groß sind.

Wenn man jetzt über die einzelnen Krankheitsursachen bei den Empfängern spricht, dann fällt auf, dass sie im Wesentlichen gleich sind, aber dass der Anteil von Krebserkrankungen bei den mit einer Leberlebendspende versorgten Patienten doppelt so hoch ist wie bei denen mit einer Verstorbenenspende. Das liegt einerseits daran, dass die Patienten nicht, wie heute üblich, ein Jahr plus/minus drei Monate warten können, und andererseits, dass Patienten von der Warteliste ausgeschlossen werden, die einen größeren Tumor haben, der die Lebenserwartung, fünf Jahre rezidiv zu erreichen, von normal 75 % auf etwa 50 % reduziert. Wenn wir aber unsere Erfahrungen in der Krebschirurgie nehmen, dann sind 50 % Überleben nach fünf Jahren extrem gut. Nur diesen Patienten können wir aufgrund des Organmangels dieses Angebot nicht machen, und deshalb fällt in solchen Fällen eben die Leberlebendspende als Alternative ins Gewicht. Bei der Überlebenskurve von Patienten mit bösartigen Lebertumoren, meistens im Rahmen einer Leberzirrhose durch Virushepatitis sehen Sie, dass die Überlebensquote bei fünf Jahren knapp über 60 % liegt und nicht bei den 75 %, wie wir sie bei den Leichenspenden haben, so dass ich mit diesen einzelnen Bildern das Problem anreißen und Ihnen auch ganz klar sagen wollte, dass natürlich in der Klinik Druck entsteht, wie man mit diesen Patienten und ihren Angehörigen umgeht, wie man mit Ihnen

spricht, wie man das Risiko der Organspende darstellt. Das kommt jetzt und das ist auch etwas, was in der Öffentlichkeit viel diskutiert wird. Auf der nächsten Grafik sehen Sie, dass vier nach einer Erwachsenenpende, drei nach einer Erwachsenenpende und eine Mutter nach einer Kinderlebenspende gestorben sind, und ein Patient ist spät, also nach etwas mehr als zwei Monaten gestorben. Hier sehen Sie den Anteil der Komplikationen, insgesamt 14 %. Es sind also fünf Patienten gestorben. Und hier sehen Sie die einzelnen Komplikationen, die auch vom europäischen Register erfasst werden. Und hier ist eine wichtige Aufteilung in Erwachsenen- und Kinderlebertransplantation. Die Komplikationsrate bei Erwachsenenlebertransplantation ist signifikant höher, auch die Funktionsbeschädigung der Leber nach dieser Operation ist signifikant höher.

Wenn man jetzt die verschiedenen Arten der Organentnahme noch einmal genauer aufschlüsselt, dann sehen Sie Komplikationen bei der Spende des rechten Leberlappens von 20 %, bei der linken Leber von 7 % und im linken Leberlappen – technisch sind das für Kinder etwas unterschiedliche Formen – bei 9 %. Aber hier verbergen sich auch einige gravierende Komplikationen, von denen wir heute noch nicht sagen können, ob sie zu Spätschädigungen führen werden. Dies ist eine Überlebenskurve der Transplantate – bei immerhin jetzt mehr als 1.000 registrierten, derartigen Lebertransplantationen in Europa. Und hier wiederum insgesamt das Überleben der Transplantate, unterschieden nach Kinder- und Erwachsenentransplantationen. Mit dieser Grafik zeige ich Ihnen, dass nicht nur eine wissenschaftliche Analyse vorliegt, sondern auch bezüglich der Sicherheit und des Ergebnisses eine sehr sorgfältige Analyse in Europa gemacht wird.

Schließlich sehen Sie hier die Summe aller teilnehmenden Zentren mit den daran beteiligten deutschen Zentren. Dies ist von den Transplantationszentren seit vielen Jahren freiwillig etabliert. Es wird nicht öffentlich finanziert. Wir bekommen dafür Mittel von der Pharmaindustrie und unterstützen das zum Teil mit eigenem Personal. In den Transplantationszentren wird überhaupt nichts dafür bezahlt, und dieses ist ein sehr wichtiges Register. Letztlich existiert hier bereits das, was Sie immer gefordert haben. Vielen Dank.

Vorsitzender: Vielen Dank Herr Neuhaus. Herr Rogiers, bitte.

Experte Prof. Dr. Xavier Rogiers: (Vgl. hierzu Kom.-Drs. 15/138a) Erstens möchte ich sehr herzlich für die Einladung danken. Ich möchte auf jeden Fall zu Beginn meiner Ausführung noch einmal betonen, dass die Lebendspendetransplantation eine besondere Herausforderung ist – auch für die Transplantationsteams. Für alle, die im Krankenhaus daran beteiligt

sind, ist dies eine besondere ethische Verantwortung und eine besondere psychische Belastung, die wir nur tragen können, indem die Gesellschaft das mit unterstützt. Deswegen ist es sehr wichtig, dass klare Verhältnisse für uns darüber bestehen, unter welchen Bedingungen wir arbeiten sollen.

Warum machen wir überhaupt Lebendspende? Wir machen dies, weil es für Lebertransplantation eine Morbidität auf der Warteliste gibt. Ich bin Lebertransplantationschirurg. Aber hinter diesen Zahlen, die Sie über Sterberaten auf Wartelisten sehen, steckt immer eine große Dunkelziffer von Patienten, die oft gar nicht auf die Warteliste kommen, weil sie schon zu krank sind. Gibt es auch eine sehr beträchtliche Morbidität, die dann zu Mortalität nach der Transplantation führt? Was können wir an der Mortalität auf der Warteliste machen? Ich habe hier vorgerechnet, was passieren würde, wenn wir genauso viele Spender pro Millionen Einwohner haben würden in Deutschland wie in Österreich oder in Belgien. Das würde bedeuten, dass wir 430 Lebern mehr zu transplantieren hätten. Und das würde auch bedeuten, dass wir eigentlich keine Lebendspende mehr von der Leber bräuchten. Leichenspende verbessern bewirkt, dass wir weniger Lebendspende brauchen.

Die Lebendspende passt dann eigentlich in ein weiteres Arsenal von Möglichkeiten, die der Mediziner hat, um Einfluss auf die Organknappheit zu nehmen. Hier sollten wir nicht vergessen, dass es auch andere Aspekte gibt, wie das Reduzieren von Indikationen durch Prävention oder wie das Vermeiden von Retransplantationen durch eine optimale Nachsorge von Patienten. Es gibt noch immer einen beträchtlichen Anteil von Retransplantationen bei der Leber.

In meiner Präsentation sehen Sie in gelb, wie die Lebendspende sich bei Kindern in Hamburg verhält. Man muss allerdings sagen, dass in dem gelben Balken, welcher jetzt ungefähr stabil geworden ist, ein zunehmender Anteil an ausländischen Kindern aus osteuropäischen Ländern dabei ist und auch mehr und mehr aus Holland, wo es zurzeit kein aktives Lebendspendeprogramm mehr gibt. Es gibt also Eltern, die von diesen Ländern, spezifisch mit dem Ziel der Lebendspende, nach Deutschland einreisen. Hier sehen Sie eine Aufstellung von im letzten Jahr durchgeführten Leberlebendspenden im Eurotransplant-Bereich. Und Sie sehen außerdem, dass es in Deutschland eigentlich vier Zentren gibt, in denen sich die größte Zahl von Lebendspenden bei der Leber konzentrieren. Das hat sicher mit dem Fakt zu tun, dass diese eine technisch sehr anspruchsvolle Operation ist. Ich will Ihnen einfach kurz einen Einblick geben, welche zwei Techniken benutzt werden. Sie sehen auf der rechten Seite, wie ein kleines Teilchen der Leber entnommen wird, z. B. von Mutter oder Vater für ein Kind. Und Sie können das im Vergleich zu der linken Seite erkennen, dass dies natürlich eine viel

kleinere Operation ist, als die linksseitige Operation, welche durchgeführt wird, um einen Teil der Leber für einen Erwachsenen zu entnehmen. Herr Neuhaus hat schon über Komplikationsraten usw. gesprochen. Zu der Frage, ob Lebendspende wirklich besser ist als Leichenspende, hat jeder – auch in der Medizin – den subjektiven Eindruck, das sie besser ist. Dieses lässt sich für die Leber aber bisher nicht objektiv darstellen. Sowohl die Transplantatüberlebenszeiten als auch die Patientenüberlebensraten sind genau gleich. Auch die Komplikationsraten sind genau gleich. Und sogar die Inzidenz der Abstoßungen, sowohl akuter als auch chronischer Abstoßungen sind nicht unterschiedlich zu denen bei Leichenspendetransplantationen.

Warum machen wir denn überhaupt Lebendspende? Heute machen wir Lebendspende eigentlich allein wegen des Organmangels. Ein wichtiger Aspekt in der Zukunft könnte aber sein, dass die Lebendspende leichter Strategien zur Toleranzinduktion zulässt, dass auch der Spender vor der Operation bekannt ist und man ihn auch nach der Spende, nach der Transplantation hat als potenziellen Lieferanten von z. B. Stammzellen aus peripherem Blut, welches man zur Toleranzinduktion nutzen könnte.

Auch ich habe natürlich an das europäische Lebertransplantationsregister gedacht, weil Sie die Frage nach einem Register gestellt haben. Dieses Register ist absolut exzellent und es wirkt freiwillig. Das Wichtige ist hier, dass die Vollständigkeit des Registers überprüfbar ist, indem das Register einen direkten Draht, eine direkte Meldung auch von Eurotransplant bekommt, damit man weiß, welche Lebendspenden an das Register nicht gemeldet worden sind. So kann es angeben, wie vollständig es ist. Zweitens gibt es Audits, d. h. Zentren werden einfach besucht, es werden 50 Akten abgefragt und durchgesehen, und es wird überprüft, ob die Daten vollständig sind.

Ich bedanke mich für Ihr Interesse!

Vorsitzender: Wir bedanken uns auch. Damit haben wir den ärztlichen Teil abgeschlossen und kommen zum ethischen Teil. Ich darf das Wort als erstes an Frau Biller-Andorno erteilen.

Expertin PD Dr. Dr. Nikola Biller-Andorno: ([Vgl. hierzu Kom.-Drs. 15/149a](#)) Herzlichen Dank! Nachdem auch ich oft für ein eher visuell veranlagtes medizinisches Publikum spreche, habe ich eine Präsentation vorbereitet. Zunächst einmal Danke für die Einladung.

Ich möchte kurz darstellen, vor welchem Hintergrund ich spreche. Ich habe mich zum einen im Jahr 2002 in der Universität Göttingen im Fach Ethik und Theorie der Medizin habilitiert und mich in diesem Rahmen schwerpunktmäßig mit ethischen Problemen, besonders im Bereich der Lebendorganspende, auseinandergesetzt. Im Universitätsklinikum Göttingen habe ich mehrere Jahre im Konsiliardienst – und zwar im psychosomatisch-medizinethischen Konsiliardienst – zur Evaluation von potenziellen Lebendorganspendern und -empfängern mitgearbeitet. Ich bin seit Oktober 2002 beurlaubt, um in der Weltgesundheitsorganisation zum Aufbau einer Ethikabteilung beizutragen. Ich habe auch in diesem Kontext die Organtransplantation als einen der Bereiche gewählt, die ich thematisch betreue. Ich möchte dazu sagen: Ich spreche hier als individuelle Expertin. Ich repräsentiere nicht in allen Fragen eine definitive, normative Position der Weltgesundheitsorganisation.

Ich möchte kurz einige Schwerpunkte hervorheben. Sie entsprechen im Wesentlichen den zentralen ethischen Voraussetzungen, die die Guiding Principles der WHO aus dem Jahre 1991 für die Lebendorganspende skizzieren und die sich, nebenbei bemerkt, auch weitgehend mit dem deutschen Transplantationsgesetz decken. Viele dieser Punkte sind vorhin angesprochen worden. Ich möchte Sie dennoch einmal resümieren. Sie wirken zunächst selbstverständlich, werden aber wirklich derzeit mit Herausforderungen konfrontiert, so dass sie noch einmal, denke ich, genauerer Betrachtung unterzogen werden müssen.

Zum ersten also das Subsidiaritätsprinzip, zu dem schon viel kommentiert worden ist. Dem steht gegenüber ein faktischer Primat der Lebendorganspende. In den USA hat – im letzten Jahr wurde es zum ersten Mal berichtet – die Zahl der Lebendorganspender die Zahl der Postmortalspenden überstiegen. Wenn Sie einen Blick auf die Entwicklungsländer werfen – in denen Infrastruktur, Ressourcen usw. die Postmortalspende noch wesentlich mehr erschweren – sieht man dort eine ganz erhebliche Dominanz der Lebendorganspende, die zum Teil bei über 90 % liegt, auch aufgrund zum Teil kultureller Vorbehalte gegen die Postmortalspende. Wenn Sie nun nach Deutschland sehen, so haben wir hier knapp 20 % Lebendorganspende. Aber wir haben im Jahre 2001 in der Universität Göttingen eine Umfrage an damals allen deutschen Transplantationszentren durchgeführt, die gezeigt hat, dass die Mehrheit der deutschen Transplantationschirurgen die Lebendorganspende in der Tat nicht als subsidiär, sondern eigentlich als therapeutisch überlegene Option wahrnimmt, die umgesetzt werden sollte, wenn eine Möglichkeit dazu besteht. Ich denke, dass der faktische Primat der Lebendorganspende noch nicht automatisch heißt, dass das Subsidiaritätsprinzip als solches verworfen werden muss. Und selbst wenn das Risiko bei uns gering sein mag, so sind dennoch die Belastung, die Schmerzen, die Umstellung usw. sehr real für den Spender,

so dass man nicht automatisch ein Recht auf eine beste therapeutische Option einklagen kann, wenn das notwendigerweise eine erhebliche Belastung von anderen Menschen mit beinhaltet.

Zum zweiten Punkt, der „informierten Einwilligung“. Dem steht gegenüber die Herausforderung der in der Tat eingeschränkten Verfügbarkeit von Daten. Für die Niere gilt das vielleicht weniger, wir wissen allerdings nur eingeschränkt gut Bescheid über langfristige Folgen für eine Nierenspende. Und was die psychosozialen Implikationen betrifft, so ist auch noch Forschungsbedarf zu verorten. Schließlich müssen wir sehen, dass all diese Daten im Wesentlichen aus dem Kontext von reichen Ländern aus dem Westen kommen und dass diese eigentlich nicht gelten für völlig andere Bedingungen in Entwicklungsländern. Ich habe, nur als Kommentar nebenbei, neulich mit einer pakistanischen Chirurgin gesprochen. Die hat gesagt: „Ach ja, eigentlich stimmt das. Wir beziehen uns dauernd auf Zahlen von 1992, mit der Mortalität von 0,03 für Lebendorganspender bei der Niere. Aber eigentlich sind die Voraussetzungen für uns doch ganz andere, und eigentlich haben wir keine wirkliche Datenbasis.“ Wirklich informierte Einwilligung muss zumindest in solchen Kontexten in Frage gestellt werden. Herr Eigler hat ausgeführt, in welchem Maße das für die Leberteilspende gilt.

Der nächste Punkt ist die Freiwilligkeit des Spenderangebots. So schwierig das als Konzept sein muss oder so schwierig das als Konzept ist, gibt es schon auf der prozeduralen Ebene gewisse Hindernisse. Eines ist sicherlich die mangelnde Standardisierung von Aufklärungsprozessen der Evaluation, Selektion und Begleitung von Spendern und Empfängern. Ich denke da z. B. an die Frage, wie über die Möglichkeit einer Spende überhaupt informiert werden soll; wie der Spender mit der Möglichkeit einer Spende konfrontiert werden soll, wie man Spender „rekrutiert“; welche Arten von Ausstiegsoptionen man bieten kann an Spender oder auch Empfänger, die im Laufe des Evaluationsprozesses unsicher werden, die sich aber vielleicht nicht trauen, dies entweder dem Spender oder dem Empfänger mitzuteilen oder auch dem Transplantationsteam; die Möglichkeit, einen „donor's advocate“ anzubieten, also eine Möglichkeit, auf die Herr Frei gerade schon verwiesen hat, einen Ansprechpartner außerhalb des unmittelbaren Transplantationsfeldes zu schaffen, an welchen sich unsichere Spender und Empfänger wenden können.

In Richtung auf eine zunehmende Standardisierung arbeitet übrigens im Augenblick die Transplantation Society, die ein Meeting im April 2004 in Amsterdam abhalten wird. Sie will Mindeststandards für die Evaluation und das Follow-up von Lebendorganspendern definieren. Wir hoffen, dass auch solche ethischen Fragen bei der Frage der Gestaltung des Prozederes berücksichtigt werden sowie letztlich die Frage der altruistischen Motivation, die in

den Guiding Principles ausgedrückt wird, zum einen durch das Erfordernis einer Beziehung zwischen Spender und Empfänger – die Guiding Principles der WHO von 1991 verlangen dazu in der Regel noch eine genetische Verwandtschaft, das mag damals aber zum Teil auch noch medizinische Gründe gehabt haben –, und zum anderen wird das Erfordernis einer altruistischen Motivation ausgedrückt durch das Verbot der Kommerzialisierung.

Herausgefordert wird dieses Prinzip zurzeit durch die Frage „Warum nicht auch Spende zwischen Fremden?“ sowie durch entsprechende Vorstöße, finanzielle Anreize zur Lebendorganspende angesichts des großen Organmangels noch einmal zu überdenken. Ich war erstaunt, in der Diskussion bislang zu sehen, dass man davon ausgeht, dass in Entwicklungsländern die Wahrnehmung vielleicht eine positivere ist. Wir haben das Thema Lebendorganspende und Kommerzialisierung vor kurzen im Exekutivrat der WHO diskutiert. Von allen vertretenen Entwicklungsländern kamen sehr spontane Reaktionen: „Organhandel ist ein Problem bei uns, und was kann man dagegen eigentlich tun?“ Die Resolution, die entstanden ist und die der World Health Assembly im Mai vorgelegt wird, beinhaltet eine Klausel, die sagt: Wir brauchen Schutz. Mitgliedstaaten werden aufgefordert, für den Schutz von armen und vulnerablen Populationen Sorge zu tragen. Die dünne empirische Basis, die wir auch im Bereich Organhandel haben, zeigt uns, dass die Spender keineswegs nachhaltige Vorteile von der Spende haben. Es gibt zwei größere empirische Studien, eine aus Indien, eine aus dem Iran, wo ein reguliertes System existiert. In beiden Fällen hat sich gezeigt – die Referenzen finden Sie übrigens in meiner schriftlichen Stellungnahme –, dass es erhebliche medizinische Nachteile gibt, zumindest Nachteile in der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit. Es gibt kaum Follow-up für die Spender. Sie haben durchaus nicht zu vernachlässigende ökonomische Nachteile zu vergegenwärtigen. Es ist schwerer, Arbeitsplätze zu finden. Zum Teil werden sie nachher geringer bezahlt, und die soziale Rolle ist keineswegs die eines Helden oder die einer Person, die Erhebliches beigetragen hat, sondern im Gegenteil, solche Spender werden eher stigmatisiert und diskriminiert.

Was ist nun in der WHO in der Zwischenzeit passiert? Bereits 1989 hat sich die WHO gegen die Kommerzialisierung ausgesprochen. Dieses Urteil ist wiederholt worden in den „guiding principles“ von 1991. Seit die Ethikabteilung in der WHO existiert, haben wir Organtransplantation zu einem Schwerpunkt gemacht. Es gab eine entsprechende Konsultation im Oktober 2003 in Madrid, in der wir grundsätzlich ethische Probleme im Bereich der Organtransplantation, auch der Gewebetransplantation und der Xenotransplantation aufgeklärt haben. Und diese Konsultation hat zu entsprechenden Berichten geführt, die wir dem Exekutivrat vorgestellt haben. All diese Dokumente können Sie auf der Webseite unserer Abteilung

der WHO finden. Ich habe Sie auch dem Sekretariat zur Verfügung gestellt. Die WHO betont als Thema der letzten Dokumente, dass wir in der Tat mehr Daten zur Praxis der Lebendorganspende weltweit brauchen. Sie betont die Frage der Kommerzialisierung und die Frage, wo die Trennlinie zu ziehen ist, zwischen dem Entfernen von Nachteilen für die Lebendorganspende und wo das Angebot von Vorteilen, von Anreizen besteht. Diese Trennlinie bedarf einer genaueren Untersuchung.

Ich fasse zusammen. Wo sehe ich also Handlungsbedarf? Meine persönliche Ansicht ist, dass dieser nicht zu sehr in der Änderung des prinzipiellen normativen Rahmens, der gegenwärtig besteht, als vielmehr in der Bekräftigung zentraler ethischer Prinzipien liegt. Meines Erachtens sollte die Lebendorganspende ein bemerkenswerter altruistischer Akt der Großzügigkeit bleiben. Ein Akt der Hinwendung zu einem anderen und nichts Selbstverständliches und nichts, was zwangsläufig passieren muss, nichts in dem Sinne von „ich bin als nächster dran“, sondern im Sinne einer Unvermeidlichkeit. Und als zweite Konklusion sehe ich, dass wir mehr Daten zur Praxis der Lebendorganspende brauchen, die auch die Perspektive von Spendern und von Empfängern einschließen. Ich denke, diese ersten empirischen Studien, die wir aus sozialwissenschaftlicher Perspektive zur Wahrnehmung von Spendern haben, sind ein erster Schritt in diese Richtung. Und letztlich, denke ich, müssen wir sehen, wie man die Prinzipien entsprechend umsetzen kann. Hier möchte ich eine nicht direktive, offene Aufklärung nennen, die potenzielle Spender und Empfänger nicht unter Zugzwang setzt. Ich möchte eine psychosomatisch, medizin-ethische Evaluation nennen – und zwar früh im Evaluationsprozess, nicht erst im Nachhinein durch eine eher entfernt angesiedelte Lebendspendekommission. Ich denke, diese beiden Organe könnten sich ergänzen. Dann bräuchte man für unsichere Spender und Empfänger einen Ansprechpartner außerhalb des unmittelbaren Transplantationsteams, also eine Art Spenderadvokat, um den englischen Begriff zu übernehmen. Und schließlich bräuchte man vermehrte Anstrengungen in der Frage, wie man unsicheren Spendern entsprechende Ausstiegsoptionen anbieten kann. Wie kann man sicherstellen, dass der Moment der Freiwilligkeit auch im Evaluationsprozess erhalten bleibt?

Dies sind meine Anregungen, ich danke Ihnen.

Vorsitzender: Vielen Dank Frau Biller-Andorno. Und nun hat als letzter Herr Gründel das Wort.

Experte Prof. Dr. Johannes Gründel: Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren. Ich werde zu vier Punkten etwas sagen. Einmal zur ethischen Argumentation, zwei-

tens zur Erweiterung des Empfängerkreises und Spenderkreises, drittens zu Voraussetzungen auf Seiten des Organempfängers, viertens zur Frage der Freiwilligkeit sowie schließlich zur Unentgeltlichkeit.

Erstens: Ethische Urteile sind weithin Mischurteile, besonders in der normativen Ethik. Das heißt, es werden verschiedene Fakten medizinischer, psychologischer, rechtlicher und ökonomischer Art im Rahmen einer Güterabwägung bei der Urteilsbildung berücksichtigt. Eine theologisch-ethische Bewertung versucht, auf der Grundlage eines christlichen Menschenbildes rationale Gründe für die sittliche Bewertung der Organlebenspende aufzuzeigen, wobei ich das nicht auf das christliche Bild einschränken möchte, sondern das allgemein humane meine und auch das jüdische Menschenbild mit einbeziehen würde – auch eventuell die muslimische Sicht. Als Quellen dienen die Erfahrung, biblische Aussagen und Stellungnahmen der kirchlichen Autorität, die in die vorgelegten moral-theologischen Stellungnahmen einzubeziehen sind. Wobei es durchaus sein kann, dass sich eine von Theologen vorgelegte, gut begründete Stellungnahme – und das sage ich als katholischer Theologe – nicht immer mit der kirchlichen Autorität und deren Position decken muss. Papst Johannes Paul II. hat am 29. August 2000 zur Organtransplantation ausdrücklich gesagt, dass sie eine Förderung einer echten Kultur des Lebens darstellt, vorausgesetzt, dass sie ganz allgemein in ethisch annehmbaren Formen durchgeführt wird. Als Bedingung nennt er, dass jede Organverpflanzung „auf einer Entscheidung von hoher ethischer Bedeutung begründet ist, einen Teil des eigenen Körpers für die Genesung und das Wohlbefinden eines anderen zur Verfügung zu stellen“. Weiter sagt er: „Und sie hat unentgeltlich zu erfolgen.“ Die großen christlichen Kirchen in Deutschland dürften diese Stellungnahme ganz allgemein durchaus bejahen. Abschließend heißt es bei der römischen Stellungnahme: „Demnach muss jedes Verfahren, das zur Kommerzialisierung menschlicher Organe führt oder sie als Tausch- oder Handelsware betrachtet, als moralisch nicht vertretbar angesehen werden, denn es verletzt die Würde des Menschen, den menschlichen Körper als Objekt zu betrachten und zu gebrauchen.“

Zweitens die Erweiterung des Spenderkreises. Wenn eine Lebenspende hier als „Opfer“ oder als hochwertiger Liebesakt bezeichnet wird, dann kann ein solcher natürlich nicht erzwungen werden und setzt eine entsprechende Aufklärung auf Seiten des Spenders voraus. Aber hier stellt sich die Frage, ob sie eingeschränkt bleiben muss auf den im Gesetz vorgeschriebenen Personenkreis, vor allem auf die in § 8 Abs. 1 TPG genannten Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen. Gerade diese Einschränkung auf den genannten Personenkreis erscheint äußerst vage und lässt sehr unterschiedliche Deutungen zu. Sie wurde offensichtlich nur deshalb vorgenommen, um den

Opfercharakter zu gewährleisten. Wenn die Freiwilligkeit einer Lebendorganspende ein heroischer Akt ist, dann hängt sie nicht unbedingt davon ab, dass der Spender dem Empfänger in persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe steht. Es kann durchaus auch aus allgemeiner mitmenschlicher Solidarität für einen ihm unbekanntem Empfänger eine solche lebensrettende Tat gesetzt werden – ich würde sagen anonym. Natürlich setzt es voraus, dass hier die Klärung der Freiwilligkeit in einer ganz besonderen Weise gewährleistet sein muss. In ähnlicher Weise würde ich eine Ausweitung auf eine Cross-over-Spende durchaus nicht ablehnen. Sie wird verhältnismäßig selten vorkommen. Aber dann wäre hier wahrscheinlich – wenn sie anonym vermittelt erfolgte – ein verdeckter Organhandel auszuschließen.

Zum dritten Punkt, den Voraussetzungen auf Seiten des Organempfängers, zur informierten Zustimmung. Die Entfernung eines an sich gesunden Organs stellt zunächst eine Verstümmelung dar. Dafür muss ein rechtfertigendes Motiv gegeben sein. Das ist nicht eine soziale Notlage, erst recht nicht materielles Gewinnstreben, sondern das Motiv, einem Leidenden, in Lebensgefahr stehenden Menschen zu Hilfe zu kommen. Hier liegen die Grenzen der Verfügbarkeit über den eigenen Körper. Insofern scheidet eine Organspende um des finanziellen oder wirtschaftlichen Zugewinns willen von vornherein als unsittlich aus – und erst recht der Verkauf von Organen. Sie widersprechen der Achtung des Menschen und sind darum eine Grenze für unsere Verfügung über unsere Organe.

Zum vierten Punkt, der Frage der Freiwilligkeit. Selbst wenn die Feststellung der Freiwilligkeit nur annähernd erfolgen kann, so meine ich, dass sie in einer noch weitaus größeren Weise eine gewisse Verbindlichkeit bekommen sollte – zumindest in der Weise, dass eine erste ablehnende Stellungnahme noch einmal von einer zweiten Kommission zu überprüfen ist. Jede innere Nötigung wäre auch hier abzulehnen. Unter diesem Gesichtspunkt könnte man natürlich sagen, dass bei der emotional vorhandenen Bindung nichtverwandter Spender dann eine Spende abzulehnen wäre, wollte der Spender den Empfänger durch seinen Opferakt in besonderer Weise an sich binden. Dies gilt auch für den Fall von Ehepartnern, die glauben, auf diese Weise eine Krisensituation meistern zu können.

Ich möchte noch zur Güterabwägung und zur Subsidiarität etwas sagen. Ich möchte vier Punkte benennen, warum ich diese Subsidiarität höchstens in einer sehr gelockerten Form als vernünftig ansehen würde. Es wird erstens verhältnismäßig selten sein, dass direkt vor einer Lebendspende ein passendes postmortales Organ vorhanden ist. Aber ich würde zweitens sagen, dass es ein ethisches Problem ist, dem Empfänger ein schlechteres Organ zuzumuten. Man sollte drittens durchaus jemanden informieren, wenn eine solche Situation

gegeben ist. Der Spender kann dann zurücktreten. Aber ihn zu verpflichten, dass er nicht spenden darf, hielte ich für nicht richtig. Und viertens sollte man bedenken, dass mit der Ablehnung einer Lebendspende auch eine weitere Möglichkeit fehlt, einem Menschen in Not zu Hilfe zu kommen.

Ein letzter Punkt zur Unentgeltlichkeit. Ich meine, die Ablehnung einer Kommerzialisierung der Organlebendspende ist gesellschaftlich weithin allgemein verbreitet. Für den altruistischen Akt jedoch, der mit wesentlichen Einschränkungen verbunden bleibt, besteht ethisch ein gewisser Anspruch auf eine Aufwandsentschädigung von Seiten der Gesellschaft, nicht auf eine Bezahlung. So etwas wie ein angemessener Nachteilsausgleich erschiene mir hier sinnvoll.

Natürlich können solche Überlegungen leicht die Gefahr eines Organhandels heraufbeschwören. Ein solcher muss unter allen Umständen vermieden werden. Darum lege ich den Akzent auf die ganz wichtige Form einer, unter Umständen mehrmaligen Klärung der Frage der Freiwilligkeit. Dennoch wäre die Forderung einer absoluten Selbstlosigkeit von Seiten des Organspenders auch aus christlicher Sicht nicht sinnvoll und unbedingt erforderlich. Eine gewisse Anerkennung einer Aufwandsentschädigung würde die grundsätzlich geforderte unentgeltliche Spende nicht aufheben. Vielleicht könnte sie im Gegenteil eine verdeckte Form eines Organhandels vermeiden helfen und einen gewissen positiven Anreiz für eine Bereitschaft zur Organlebendspende mit darstellen. Aber nochmals: unter Ausschaltung jeder Form einer vollen Zahlung oder eines Gewinns, der hier gesucht werden könnte.

Ich danke Ihnen!

Vorsitzender: Ich bedanke mich auch und danke allen Referenten, dass wir in der Zeit geblieben sind, das ist nicht immer der Fall. Wir kommen jetzt zu den Verständnisfragen zum Bereich Medizin und Ethik. Wir haben schon einige Wortmeldungen: Frau Riedel, Herr Raspe, Herr Merkel, Herr Geisler, Herr Wunder, Frau Klöckner und Herr Reiter. Falls niemand mehr fehlt, könnten wir anschließend mit der allgemeinen Diskussion beginnen. Ich darf darum bitten, dass alle Fragesteller angeben, von wem sie eine Antwort wünschen. Als erstes hat das Wort Frau Riedel.

SV Ulrike Riedel: Eine kurze Frage an Herrn Eigler. Ich muss sie Ihnen stellen, weil wir leider keinen Vertreter von Versicherungsunternehmen hier haben. Sie haben vorhin gesagt, dass die Lebensversicherung für Spender bisher nur für Nieren angeboten wird und zwar nur von einer Versicherung. Können Sie vielleicht sagen, was der Grund dafür ist?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Neuhaus und Herrn Rogiers betreffend der Leberlebensspende. Sie haben dargelegt, dass hier die Komplikationsraten auf Seiten des Spenders höher sind als bei der Nierenspende. Könnten Sie das vielleicht medizinisch erklären, warum bei der Leberlebensspende der Spender gefährdeter ist als bei der Nierenspende? Und mich interessiert vor allen Dingen die Frage, was mit der Leber auf Seiten des Spenders geschieht. Bildet sich die Leber neu, wie z. B. beim Knochenmark, oder wie regeneriert sie sich? Herr Lilie hat eben von Regeneration gesprochen. Meiner Erkenntnis nach ist das so, dass sich die Leber nicht neu bildet, sondern nur vergrößert. Ich bin aber keine Medizinerin. Mich würde interessieren, warum diese hohen Komplikationsraten auftreten und wie die Leber sich nach der Spende regeneriert.

Vorsitzender: Herr Raspe!

SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Ich habe eine Frage anschließend an Herrn Eigler und umgekehrt die Frage, ob jemand gegen die Vorschläge von Herrn Eigler ist.

Der Vorschlag ging dahin, ein obligates Register für alle Lebendorganspenden vorzusehen. Nun haben wir gehört, dass es Register für Lebertransplantationen und für Nierentransplantationen gibt. Ich habe aber darauf die Universitäten aus meinem engeren Umkreis nicht gefunden, weiß aber, dass sie transplantieren. Wie halten es die anderen Experten mit diesem obligaten Register? Gibt es Einwände dagegen?

Und eine Frage noch an Herrn Frei. Es war eindrucksvoll zu hören, was mit Personen passiert, die unter der Hämodialyse sind, und über deren Risiko etwas zu hören. Wäre das auch bei Peritonealdialyse in gleicher Weise der Fall, die bei uns in Deutschland anders als in anderen europäischen Ländern unterentwickelt ist?

Vorsitzender: Herr Merkel!

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Eigler. Sie haben sich gegen die weitere Verrechtlichung ausgesprochen. Bezog sich das auf die in der vorherigen Debatte gelegentlich angesprochene Frage der gerichtlichen Überprüfbarkeit der Kommissionsentscheidungen bei der Lebensspende oder auf irgendetwas Generelles. Denn wir haben mit dem Transplantationsgesetz nun eine Verrechtlichung. Die Debatte drehte sich weniger darum, ob verrechtlicht werden soll, sondern ob wir das ändern wollen, was wir an Verrechtlichung haben. Zweitens haben Sie sich dann gegen die Ausweitung der Lebend-

spende ausgesprochen. Heißt der Begriff „Ausweitung“, dass Sie die gegenwärtige Rechtslage im Vergleich dazu beibehalten wollen? Wollen Sie eine Ausweitung vermeiden, oder welchen Vergleichsmaßstab ziehen Sie? Und daran angehängt möchte ich fragen, ob Sie Ihre Bedenken rein moralisch meinen oder ob Sie juristische Einwände sehen?

Dann habe ich eine Frage an Frau Biller-Andorno. Sie haben bei dem Thema Freiwilligkeit gesagt, es müssten Rückzugsmöglichkeiten für Spender oder für Personen, die zunächst einmal die Frage erwägen, ob sie spenden sollen, gegeben sein und erleichtert werden. Sehen Sie hierin rein faktische Probleme, also eine ungenügende derzeitige Situation etwa vor den Kommissionen? Oder gibt es irgendwelche prinzipiellen ethischen Einwände, die Sie gegen dieses Kommissionsverfahren haben, wie es derzeit bei uns ausgestaltet ist? Sie haben weiterhin von ökonomischen Nachteilen gesprochen – hier bin ich nicht sicher, ob ich das alles genau mitgekriegt habe –, die Spender in ihrer weiteren Biographie zu gewärtigen hätten. Bezog sich das auf die Entwicklungsländer, oder hat das mit der deutschen Situation zu tun?

Dann eine letzte Frage an Herrn Gründel. Sie haben einmal bei dem Thema Freiwilligkeit davon geredet, dass jede innere Nötigung abzulehnen sei. Halten Sie auch die Nötigung durch ein Sich-moralisch-verpflichtet-fühlen für einen Grund, eine autonome freie Entscheidung abzulehnen?

Vorsitzender: Als nächstes hat Herr Geisler das Wort!

SV Prof. Dr. Linus Geisler: Ich habe zwei Fragen an Herrn Kollegen Neuhaus. Einmal hinsichtlich der Kontraindikationen, z. B. bei der Leberlebenspende, und zwar in zwei kritischen Bereichen. Zum einen bei Tumorkranken: Wieweit ist hier eine Indikation noch gegeben, wenn eine ausgedehnte Metastasierung vorliegt? Wie ist dies zum anderen bei Patienten – und das ist bei der Leberlebenspende eine nicht unwichtige Indikation –, die noch als alkoholkrank anzusehen sind und es ungewiss ist, ob dort etwas langfristig wirksam ist und dagegen entwickelt werden kann? Sie sprachen des weiteren am Rande von bezahlter Lebenspende und davon, dass man die Entwicklung ohne Vorurteile beobachten sollte. Ich wäre dankbar, wenn Sie das ein bisschen konkretisieren könnten. Danke.

Vorsitzender: Herr Wunder!

SV Dr. Michael Wunder: Meine erste Frage betrifft den Komplex der medizinischen Überlegenheit der Lebenspende. Hier ist mir ein Widerspruch aufgefallen zwischen der von Frau

Biller-Andorno zitierten Studie aus Göttingen, in der die befragten Transplantationsmediziner sagen, die Lebendspende werde für überlegen gehalten, und den gegenteiligen Ausführungen von Herrn Rogiers, wonach der einzige Grund, auf Lebendspenden im Leberbereich zurückzugreifen, das mangelnde Spendeaufkommen im postmortalen Bereich sei. Diesen Widerspruch hätte ich gerne aufgelöst, vielleicht auch von Ihnen, Herr Neuhaus, weil man das vielleicht sehr einfach machen kann, indem es beim einen um Nieren, beim anderen um Leber geht. Aber es würde mich doch wirklich interessieren, wie das begründet wird.

Meine zweite Frage geht an Sie, Herr Kirste. Gerade vor dem Hintergrund, was Frau Biller-Andorno ausgeführt hat, würde mich noch einmal die Untersuchung, die Sie in Freiburg an Ihren Patienten durchgeführt haben, interessieren. Bei mir kam an, dass es den Spendern nach der Entnahme der Niere gesundheitlich fast besser als vorher gehe. Das habe ich vielleicht jetzt etwas übertrieben wahrgenommen, und sicherlich ist das auch nicht Ihre ernsthafte Botschaft. Aber trotzdem würde ich Sie noch einmal bitten zu sagen, ob Sie das an all Ihren Patienten durchgeführt haben? Ist das eine Longitudinal-Studie? Wann sind eigentlich die Untersuchungen und wie weit geführt worden? Ich habe noch im Ohr, dass alle behaupten, es sei sozusagen risikofrei, aber es gebe keine wirklich guten Daten in diesem Bereich. Deshalb meine Frage.

Vorsitzender: Frau Klöckner!

Abg. Julia Klöckner (CDU/CSU): Ich habe zwei Verständnisfragen an Herrn Frei und zwei Fragen an Herrn Kirste. Herr Frei, Sie sagten, es gebe keine realistische Chance, die lange Warteliste abzubauen. Bei dieser Aussage stellt sich mir die Frage: Liegt das daran, dass der Bedarf immer größer wird, und die Diagnosen immer eindeutiger oder effizienter werden? Oder liegt das daran, dass wir die postmortalen Spenden nicht genügend unterstützen und die Potenziale nicht genügend ausschöpfen? Sie machten weiterhin die Aussage, dass die Lebendspenden in Deutschland unzureichend genutzt werden und dass Ihrer Meinung nach die Kliniken eine Mindestvorgabe erhalten müssten. Was ist damit genau gemeint? Wenn wir eine Mindestvorgabe geben, dann heißt das, dass es Sanktionen geben müsste, wenn sie sie nicht erreichen, dass ihnen z. B. das Recht auf Transplantation entzogen würde oder Ähnliches. Das ist die Frage. Wobei Sie sich aber auch ein bisschen widersprochen haben, denn Sie sagten, es dürfe auch nicht zu Ehrgeiz zwischen Transplantationsteams und -zentren kommen. Das steht ein bisschen im Spannungsverhältnis.

Und jetzt zwei Fragen an Herrn Kirste. Sie sagten, in den USA würde die Hälfte der Transplantationen aus Lebendspende bestehen. Woran liegt das genau? Das habe ich nicht so

ganz verstanden. Liegt es daran, dass in den USA auch ganz andere finanzielle Aufwendungen erbracht werden müssen, z. B. für die Dialyse, und dass Nierenspende dann in der Gesamtrechnung günstiger ist? Sie sagten weiterhin, dass bei der Lebendspende man eine längere Lebenserwartung hat – das ist klar –, aber Sie sagten auch, man hätte eine bessere Lebensqualität. Worauf bezieht sich die Qualität? Auf das Warten, d. h. auf das Warten auf ein Organ, oder spürt das der Patient oder derjenige, der der Empfänger ist, wirklich de facto, ob diese Niere von einem Lebendspender stammt oder eine postmortale Spende ist?

Vorsitzender: Herr Prof. Reiter!

SV Prof. Dr. Johannes Reiter: Ich habe Fragen an Herrn Eigler, Herrn Frei, Frau Biller-Andorno und an den Kollegen Gründel. Zunächst an Herrn Eigler. Sie haben zu Recht betont, dass wir in § 8 TPG eine ziemlich restriktive Regelung haben. Herr Höfling hat das auch schon gesagt, aber es war damals gewollt und zwar von allen Parteien, von den politischen Parteien, von den Juristen, von den Medizinern, von allen. Ohne diese restriktive Regelung wäre das Gesetz überhaupt nicht zu Stande gekommen – ganz abgesehen von der Hirntodproblematik. Ich wollte Sie aber speziell zu Ihrem obligatorischen Lebendspenderegister fragen. Können Sie vielleicht noch einmal kurz die Vorteile herausstellen? Wo sollte denn dieses Lebendspenderegister angesiedelt werden?

Herr Frei, Sie plädieren für die Einsetzung dieses Spenderanwaltes. Könnten Sie vielleicht noch einmal näher erläutern, was er genau zu machen hätte und wo er angesiedelt werden soll.

Zu Frau Biller-Andorno. Sie verlangen bei dieser nach Landesrecht eingesetzten Lebendspendekommission, dass sie durch eine psychosozialen, medizinischen Konsultationsprozess unterfüttert würde. Damit würde die Kommission mit Sicherheit aufgewertet. Denn wir haben gehört, dass sie gar keine so große Bedeutung hat, wenn Ärzte sich noch nicht einmal an das Urteil dieser Kommission halten müssen. Wenn man von einer Kommission zur anderen springen kann, dann frage ich wirklich nach dem hohen Bedeutungswert dieser Kommission, obwohl sie vom Gesetz her die Freiwilligkeit garantieren müsste und durch ihre Arbeit Organhandel auszuschließen versucht.

Eine Frage an den Kollegen Gründel. Würden Sie dieses in § 8 TPG geforderte Näheverhältnis eher eng oder weit sehen? Wenn man für die Cross-over-Spende ist, ist man schon für eine Ausdehnung des Näheverhältnisses. Ich bin im Hinblick auf Lebendspenden noch gespalten zwischen einer Ausdehnung zur Lebendspende oder nicht. Mein Problem wäre,

wenn man dieses Näheverhältnis weiter ausdehnt, allein schon, dass man die Möglichkeit einer Cross-over-Spende oder dieses anonymen „Organpools“ schafft. Bringt nicht schon allein die Möglichkeit einen gewissen Druck auf Angehörige und Betroffene mit sich, eine Möglichkeit, deren man sich dann eben bedient? Bei der ganz anonymen Organspende in diesen „Pool“ bin ich nicht so blauäugig. Ob das so große Zukunft hat, weiß ich nicht. Ich muss nur einmal von meiner Position aus denken. Ich spende lieber, wenn ich jemanden vor mir sehe. So mache ich das heute schon mit Geldspenden. Anonym spende ich gar nicht gerne, aber wenn ich Leute vor mir habe, dann spende ich lieber.

Vorsitzender: Als letzte in dieser Runde noch nachträglich Frau Albers. Dann würde ich die Fragerunde schließen und die Experten noch einmal Stellung nehmen lassen. Danach kommen wir zur Gesamtrunde, so dass weitere Nachfragen, die sich ergeben, dafür aufgespart werden können. Frau Albers.

SV PD Dr. Marion Albers: Ich möchte die Frage von Frau Riedel an Herrn Rogiers ergänzen. Frau Riedel sprach von den Komplikationen. Sie hatten aber auch dargelegt, dass bei der Leberlebendspende die Lebenserwartung der Empfänger nicht signifikant höher sei als bei der Leichenspende. Können Sie das medizinisch noch einmal erläutern, worin die Unterschiede im Vergleich zur Nierenspende liegen?

Vorsitzender: Wir kommen zur Antwortrunde und wir machen das in der Reihenfolge der Erstnennung. Herr Eigler, bitte.

Experte Prof. Dr. Dr. Friedrich-Wilhelm Eigler: Ich habe die Frage zur versicherungsrechtlichen Situation zu beantworten. Es ist so – ich kann es Ihnen nicht im einzelnen erklären –, dass die Versicherungsgesellschaften das Risiko noch als viel zu hoch ansehen. Sei es, dass sie nicht genügend Daten haben oder dass sie insgesamt das Problem sehen. Das kann ich nicht beurteilen. Es ist nur so, dass das für Nierenspender berechnet ist. Es besteht nur das große Problem, dass die meisten von den gesetzlich Krankenversicherten in dem Sinne davon keinen Gebrauch machen können, dass die Krankenkasse es bezahlt, weil es eben eine private Versicherung ist. Da liegt ein Problem, was man bedenken sollte. Ich habe auf den Widerspruch in dem versicherungsrechtlichen und sozialrechtlichen Bereich hingewiesen, dass ein Nierenspender Anspruch hätte auf eine Erwerbsminderung von 30 %, was ihn auf Antrag gleichzeitig zum Schwerbehinderten machen könnte, während das bei der Leber völlig offen ist. Da gibt es keine entsprechenden Bemessungen.

Zum obligaten Register. Ein Register existiert auf Stiftungsebene in München bzw. Jena, aber auf freiwilliger Basis. Wenn sie das freiwillig machen, dann ist nach menschlichem Ermessen damit zu rechnen, dass unangenehme Dinge dort nicht ankommen. Der strenge Statistiker rechnet, wenn nicht 100 % erfasst sind, ihnen dann vor, dass sie im schlimmsten Fall die Fehlenden als tödliches Ergebnis berücksichtigen müssen. Deswegen ist es so dringend, dass das verpflichtend wird. Und natürlich muss man sich einigen, was im weiteren verfolgt werden soll.

Die weitere Verrechtlichung ist aus meiner Sicht ein generelles Problem, da man eigentlich davon ausgegangen ist, dass das Gesetz ein moralisches Minimum voraussetzt. Und ich gehe davon aus, dass es im ärztlichen Bereich nicht gerade zu diesem Minimum kommen sollte. Wenn sie aber immer mehr in die Einzelheiten gehen, wie es dieses Transplantationsgesetz aus meiner Sicht schon tut, und sie jetzt das reparieren wollen, indem sie immer weitere Vorschriften machen, dann hat das zur Folge, dass der Arzt nur noch die Paragraphen abzieht und nachsieht, ob etwas erlaubt ist oder nicht. Das halte ich für keinen glücklichen Weg in diesem Bereich.

Die Ausweitung der Lebendspende halte ich nicht für gut. Sie müssen sehen, dass die Propagierung der Lebendspende, wie das auch heute wieder geschehen ist, zu einer Verminderung der Bemühungen um die postmortale Spende führt. Das hören sie in den Häusern: „Ist das denn noch ein Problem? Das können doch die Angehörigen.“ Und es wird dabei völlig vergessen, dass wir eine Gemeinschaft sind. Und Herz, Leber, und Lunge – ich denke, Sie stimmen mir zu – brauchen dringend weiterhin die postmortale Spende. Damit habe ich auch die Frage des rein Moralischen, mindestens aus chirurgischer Sicht, schon angeschnitten.

Vorsitzender: Herr Neuhaus, bitte.

Experte Prof. Dr. Peter Neuhaus: Ich möchte zuerst die Frage von Frau Riedel bezüglich der hohen Komplikationsrate nach Leberlebendspende im Vergleich zu Nierenlebendspende beantworten. Die Niere – das sind zwei Organe beidseits der Hauptgefäße mit jeweils einer Vene, einer Arterie, einem Harnleiter, die man mit einer Klemme fassend übereinander abschneiden kann. Das kann man sogar heute mit der Schlüssellochchirurgiemethode machen. Damit ist die andere Niere gar nicht im Operationsfeld. Und mit einer Niere kann man hervorragend leben. Komplikationen gibt es ganz selten durch eine Nachblutung, ganz selten durch Infektionen und daraus sich weiter entwickelnden Komplikationen. Bei der Leber ist das grundsätzlich anders. Ich weiß nicht, ob Sie sich eine menschliche Leber gut vorstellen kön-

nen. Wir unterteilen sie anatomisch in einen rechten und einen linken Leberlappen, können den aber beim Menschen nicht mit einer klaren Linie erkennen, während man beim Schwein, beim Affen und bei anderen Tieren vier Leberlappen mit Spalten usw. sehen kann. Man kann auch experimentell z. B. sehr schön in dieser Grenze abschneiden. Beim Menschen muss man diese anatomischen Kenntnisse haben, muss sie durch Röntgenbilder oder Magnetresonanzbilder vorher bestimmen. Hier ist sehr viel technischer Aufwand notwendig, und da es dazu noch anatomische Varianten der Gallengänge, der Blutgefäße gibt, ist das in der Leberchirurgie sowieso ein aufwendiger Eingriff.

Dann muss man das Lebergewebe wie einen Schwamm betrachten. Wenn Sie eine Schweineleber oder eine Rinderleber beim Schlachter einmal gesehen haben, dann ist das eine blutende Fläche, die man sehr schwer behandeln kann. Die technischen Möglichkeiten haben wir heute, aber Sie sehen daraus: Wir müssen die Hälfte der Leber abtrennen, und das macht mehr Komplikationen in der Summe. Dann ist die Leber das Organ für die Blutgerinnungstoffe. Wenn das gestört wird, kann es häufiger zu Thrombosen kommen und in der Folge dann auch zu Embolien. Tatsächlich sind die tödlichen Komplikationen, die wir gesehen haben, weltweit nach Leberlebendspende vornehmlich in diesem Bereich zu sehen: nämlich Lungenembolie durch Störung der Blutgerinnung. Da gibt es auch viele angeborene Fehler, die viele hier Sitzende auch haben, die gar nichts machen, aber im Rahmen einer Operation dann doch wirksam werden können.

Zur zweiten Frage der Regeneration und Neubildung der Leber. Tatsächlich wachsen die Leberzellen nach, wir haben also eine Regeneration der Masse des Organs. Aber die Architektur dieses Organs ist anders als vorher. Wenn wir den linken Teil des Gallengangbaumes entfernt haben, dann wird nur die Verästelung des rechten größer oder umgekehrt. Wenn wir wieder wegen eines Tumors, wegen Lebermetastasen oder Ähnlichem später noch einmal eine Operation machen wollen, dann gibt es da folglich Einschränkungen. Aber es gibt nicht Einschränkungen bezüglich der Masse der Leberzellen, die für den Menschen funktionieren. Das ist anders als bei der Niere. Also die wachsen alle nach.

Zur Frage von Herrn Raspe. Bei einem Register würden wir sofort mitmachen. Wir haben seit 1987 dieses freiwillige Register europaweit. Es hat den großen Vorteil, dass wir jetzt auch für die Leberlebendspende dort Zahlen haben, die man jetzt verwerten kann. Wenn wir nur Deutschland nehmen, dann sehen wir in dieser Hinsicht sehr schlecht aus. Da wir die ganzen internationalen Daten haben, sind wir viel weiter, und Europa ist in der Hinsicht eine ganz gute Institution. Aber wir würden jedem Pflichtregister auch zustimmen. Was Herr Eigler gesagt hat, ist natürlich ein Punkt. Wenn von 100 Patienten nur 99 wiederzufinden

sind, dann muss man im Grunde annehmen, dass der, der nicht wiederzufinden ist, gestorben ist. Und das machen sie mal nach 20 Jahren, das ist elend schwierig und kostenträchtig.

Dann die Frage von Herrn Geisler zur Kontraindikationen zur Lebendspende. Ich hatte den Tumor kurz angesprochen, hatte das nur angerissen. Wir diskutieren auf unseren Kongressen viel darüber, wann eine solche Operation mit ihren Risiken noch gerechtfertigt ist. Bei 50 % bin ich der Meinung, ist sie gerechtfertigt. Bei 25 % – grob geschätzt – ist sie meiner Meinung nach nicht gerechtfertigt. Aber es gibt andere Chirurgen, die sagen, dass man nicht der Richter über die Höhe der Heilungschance des Patienten ist. Außerdem könne man es nicht vorhersagen. Und bei anderen Tumoroperationen sind 25 % für uns akzeptabel. Wir sind folglich in der Summe immer noch nicht bei einer vernünftigen, von allen akzeptierten Regelung angekommen – auch innerhalb unseres Landes.

Wir nehmen aber auf keinen Fall Patienten, bei denen der Tumor schon außerhalb der Leber gewachsen ist. Wir haben keine Patienten transplantiert, die einen Lebertumor mit Lymphknoten oder Fernmetastasen haben. Das ist ausgeschlossen, weil wir hier wissen, dass das Tumorwachstum unter Immunsuppression sowieso explodiert. Sollten wir aber adjuvante Therapiemaßen in nächster Zeit bekommen, also Medikamente, die das unterdrücken, wird die Frage neu gestellt. Für den Alkoholmissbrauch haben wir eine Regel, die weltweit akzeptiert ist. Der Patient muss mindestens sechs Monate „trocken“ sein und wird immer von Psychosomatikern bei uns, von entsprechenden Fachleuten untersucht, die dazu ein Gutachten schreiben. Dann ist der Alkoholkranke für uns ein Kranker und nicht irgendwie ein böser Mensch, der seine Leber versoffen hat. Er zählt für uns als Kranker. Was Ihnen im Kopf ist, ist wahrscheinlich dieses Münchener Beispiel, was auch in der Presse war. Dort traf die Lebendspendekommission eine wackelige Entscheidung, und die Ärzte sagten aufgrund von drei psychiatrischen Gutachten, dass sie die Transplantation durchführen. Hier appelliere ich an das, was andere Kollegen auch gesagt haben. Sie können nicht alles in Regeln und Gesetze fassen. Sie müssen auch individuelle Lösungen zulassen. Ich habe mir diesen Fall in München sehr genau angesehen. Ich finde, die Ärzte haben sich dort sehr verantwortlich und vernünftig entschieden, und trotzdem ist es leider schief gegangen.

Zwischenruf SV Prof. Dr. Linus Geisler:

Meine Frage betraf nicht den Münchener Fall, sondern eine generelle Klarstellung der Indikationsliste.

Experte Prof. Dr. Peter Neuhaus: Die bezahlte Lebendspende ist ein Punkt, der beim Kongress, den Herr Land in München gemacht hat, Thema war. Es gibt zwei Projekte. Erstens,

das alte in Indien. Das kennen Sie wahrscheinlich alle. Es ist viele Jahre in den 80-er Jahren sehr ausgeweitet in Indien gelaufen. Dann sind Ausländer nach Indien gekommen und haben dieses System auch genutzt. Es hat dann diesen internationalen Aufruhr gegeben und daraufhin wurde die Sache in Indien auch eingestellt. Das ist ein gutes Beispiel dafür, wie man in andere Länder Unruhe hineinbringen kann, die nicht unbedingt zum Nutzen der Patienten dort war. Aber hier gibt es vielschichtige Ansätze. Das, meine ich, soll man beobachten und analysieren und nicht gleich von vornherein sagen, dass die das alles falsch machen. Außerdem gibt es im Iran – Herr Gründel hat das in seinem Papier auch angesprochen – ein System, das ist eine Art „rewarded gifting“. Es kann entweder einer aus der Familie oder ein anonym Spender eine Niere spenden und bekommt dafür, ich glaube, eine lebenslange Krankenversicherung, die sehr gut ist. Und auf diese Weise bekommen fast alle iranischen nierenkranken Patienten eine Niere. Sie haben das System aber auf ihren Bereich begrenzt. Wenn ein deutscher Patient hingehen will, bekommt er, glaube ich, keine Niere in dem System. Es scheint zu funktionieren. Man muss das für diese Länder, die auch nicht so ein ausgefeiltes Dialysesystem haben wie wir, durchaus einmal anschauen. Das meine ich auch damit, dass man die Dinge beobachten muss. Auch in den USA. Sie sagen zwar immer, sie hätten es nicht, aber die USA haben auch in ganz kleinen Ansätzen anonyme Lebendspende unter Fremden. Und manchmal hat man auch den Eindruck, dass irgendwo Kompensationen stattgefunden haben.

Zur Frage von Herrn Wunder bezüglich der Lebendspende und der Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen. Das wird Herr Rogiers dann besser beantworten. Aber wir können natürlich eine vom Verstorbenen entnommene Leber so teilen, dass etwa 20 % für ein Baby genommen werden und dem Baby transplantiert werden und der Rest, die 80 %, gut für einen Erwachsenen funktionieren. Wenn wir dieses System vernünftig nutzen, haben wir für die Babys eine ganze Menge Lebern. Da wir nicht so viele Babys transplantieren müssen im Jahr, geht das eigentlich relativ gut. Mit den Erwachsenen funktioniert die Teilung nicht. Hier gibt es sehr viele Komplikationen, und die Lebern sind nicht so, dass man das ständig machen kann. Man könnte es etwas ausweiten, aber es würde meiner Meinung nach den Bedarf nicht decken. Und deshalb ergibt sich ein Unterschied zwischen der Kinder- und der Erwachsenen-Leberlebendspende-Transplantation.

Vorsitzender: Vielen Dank. Herr Rogiers!

Experte Prof. Dr. Xavier Rogiers: Ich kann natürlich die Ausführungen von Herrn Neuhaus bezüglich der Komplikationsraten bestätigen. Es gibt aber auch noch einen anderen Unterschied zwischen der Nierenlebendspende und der Leberlebendspende. Bei der Nierenle-

bendspende hat man langfristige Komplikationen, z. B. Bluthochdruck usw., während es bei der Leber eigentlich eher kurzfristige, postoperative Komplikationen sind. Die Lebendspende von Erwachsenen wird noch nicht so lange durchgeführt, dass wir wirklich von langfristigen Komplikationen sprechen können. Wir gehen aber davon aus, dass es eher unwahrscheinlich ist, dass in der Zukunft irgend etwas auftaucht.

Sind jetzt Lebendspenden für Kinder überlegen? Ist Lebendspende überlegen gegenüber der Leichenspende oder nicht? Jeder von Ihnen, der bei uns nachsehen würde und ein Kind einen Tag nach der Operation sieht, würde den Eindruck haben, dass die Lebendspende besser ist als die Leichenspende. Das Kind ist etwas frischer. Aber in objektiven Zahlen lässt es sich nicht zeigen, und das wollte ich eigentlich deutlich zum Ausdruck bringen. Wenn Sie jetzt fragen, welche Erklärung haben Sie dafür, dann würde ich sagen, dass es vielleicht zwei Erklärungen dafür gibt. Die eine ist, dass die Leber im Gegensatz zur Niere ein Organ ist, das sich von Ischämieschädigung erholen kann. Wenn man eine Leichenspendeniene hat, die durch Ischämie geschädigt wird, dann sind Nephronen verloren gegangen, und die werden nicht regeneriert. Dagegen werden Leberzellen, die verloren gehen, bei der Leber regeneriert. Das ist ein Faktor, der wahrscheinlich eine Rolle spielen kann. Und der zweite ist, dass bei der Leber das Einbauen von einem Leberteil technisch deutlich schwieriger ist als das Einbauen einer normalen ganzen Leber, so dass auch beim Empfänger die eine oder andere Komplikation als Folge davon auftreten kann.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Frei.

Experte Prof. Dr. Ulrich Frei: Zur ersten Frage von Herrn Raspe. Hinsichtlich des Überlebens oder des Risikos, frühzeitig zu versterben, sind Hämodialyse und Peritonealdialyse nicht zu unterscheiden.

Zur Frage von Frau Klöckner nach den Chancen, die Warteliste abzubauen. Sie müssen sich vor Augen halten: Jedes Jahr werden etwa 12.000 Patienten in Deutschland neu dialysepflichtig, und von denen sind aus alters- und medizinischen Gründen ca. 3.000 transplantabel, ohne dass man die Indikation nun sehr weit ausweitet. Und wir haben eine Transplantationsfrequenz – inklusive Lebendspende – von etwa 2.400, so dass wir im Moment gar keine Chance haben, diesen Neuzuwachs an Patienten durch Transplantationen abzubauen. Selbst wenn wir die Zahlen deutlich steigern, würden wir diesen Berg weiter vor uns herschieben.

Zum zweiten Punkt der unterschiedlichen oder unzureichenden Nutzung in den Transplantationszentren. Meine Äußerung sollte nicht für Zwangsmaßnahmen plädieren. Nur muss man sich fragen, ob den Patienten in diesen Zentren die ausreichende umfassende Aufklärung über die Möglichkeiten des Behandlungsverfahrens zuteil wird. Wenn man nichts macht auf diesem Gebiet, könnte der Verdacht entstehen, dass die Aufklärung nicht ausreichend erfolgt. Was wir alle zweitens wissen, ist, dass wenn man bestimmte Verfahren selten oder fast nie anwendet, dass dann auch die Standards und die Qualität nicht ausreichend gut sind. Hier gibt es das Plädoyer dafür, dass die Transplantationszentren verpflichtet sind, über Lebendspende aufzuklären, und wenn sie das vor Ort selbst nicht machen wollen, dann müssen sie darauf hinweisen, dass der Nachbar des Zentrums „B“ das aber durchaus durchführt, um dem Patienten die Chance einer solchen Möglichkeit zu eröffnen und das nicht nur einfach vor Ort nicht anzubieten. Insofern ist das kein Widerspruch zu dem Thema Ehrgeiz, sondern ich glaube, wir sind verpflichtet, so wie es das Gesundheitsmodernisierungsgesetz jetzt auch macht, bestimmte Therapieverfahren unter bestimmten Standards anzubieten. Wenn man es nicht kann, muss man sagen, dass es ein anderer kann.

Dann die Frage von Herrn Reiter zum Spenderanwalt. Dieser Spenderanwalt soll Konflikte sehen oder klären oder lösen, die jenseits der derzeitigen Aufgaben dieser Lebendspendekommission sind. Der Aufgabenrahmen der Lebendspendekommission ist – wenn man ihn buchstabengetreu ansieht – sehr eng gefasst. Tatsächlich tun die Lebendspendekommissionen weit mehr. Sie kümmern sich in der Regel schon um den ganzen Fall und hinterfragen auch die medizinischen Sachverhalte. Dennoch, glaube ich, wäre es gut, ein Individuum zu haben, wie das auch hier angesprochen wurde, das völlig unabhängig von den Interessen des Spenders, des Empfängers und der behandelnden Ärzte dem Spender und möglicherweise auch dem Empfänger, aber in erster Linie dem Spender, Ratschlag geben kann, ob das, was er anstrebt, vertretbar ist, ob es für ihn ein besonderes Risiko darstellt oder wo seine besonderen zukünftigen Risiken möglicherweise liegen. Ich könnte mir gut vorstellen, dass diese Funktionen ebenfalls bei der Lebendspendekommission ansiedelbar wären. Das heißt, es muss nicht eine Person im Sinne eines Individuums sein, aber die Funktion, glaube ich, muss vorgehalten werden.

Vorsitzender: Frau Biller-Andorno.

Expertin PD Dr. Dr. Nikola Biller-Andorno: Die Antwort auf die erste Frage knüpft gleich an das an, was Herr Frei gesagt hat. Es war die Frage von Herrn Merkel nach Ausstiegsoptionen und danach, ob ich hier faktische Probleme sehe. Ich hatte im Hinterkopf die Ergebnisse unserer Umfrage aus dem Jahr 2001, in der sich eine interessante Zweiteilung gezeigt

hat, als wir Transplantationschirurgen gefragt haben: „Bieten Sie unsicheren Spendern ein medizinisches Alibi an?“ Mehr als 50 % haben gesagt, das tun wir nie oder fast nie, und etwa 30 % haben gesagt, das tun wir fast immer. Und es scheint mir, dass das ein Bereich ist, der im Gegensatz zu den Inhalten eines Aufklärungsgespräches einfach nur nicht ausreichend diskutiert ist – auch innerhalb der Chirurrgemeinschaft oder auch unter Einschluss von Ethikern und Juristen –, welche Arten von Optionen man eigentlich anbieten kann. Man kann natürlich argumentieren, ein medizinisches Alibi ist auch in moralischer Hinsicht eine suboptimale Lösung, weil sie eine Lüge impliziert. Der Arzt findet sich vielleicht in der Rolle, dem Empfänger zu erklären, dass aus medizinischen Gründen dieser Spender nicht in Frage kommt, obwohl in Wahrheit kein medizinischer Grund vorliegt, sondern einfach nur Unsicherheit oder ein Rückzug des Spenders. Nichtsdestotrotz, glaube ich, sollte die Frage, wie man Ausstiegsoptionen besser gestalten kann, Thema sein. Hier könnte z. B. der donor's advocate oder der recipient's advocate eine wichtige Rolle spielen. Einfach als Ansprechpartner, die leicht zur Verfügung stehen, die vielleicht nicht den Nimbus des großen Chefs oder den der etwas distanzierteren großen Kapazität haben. Ich denke mir, dass gerade Leute, die in Konsultationsdiensten arbeiten, ganz geeignete Ansprechpartner in der Hinsicht sein könnten. Dass die Kommissionen diese Funktion zusätzlich übernehmen könnten, wäre auch eine interessante Idee. Bislang, denke ich, ist die Zahl derjenigen, die von einer solchen Kommission abgelehnt worden sind, eher gering, so dass ich glaube, dass dies bislang nicht als Option genutzt und auch nicht als Aufgabe einer solchen Kommission verstanden wird. Aber ich wollte insgesamt den Bedarf problematisieren, hier wirklich mehr zu diskutieren und sich zu überlegen, wie man denn wirklich Ausstiegsoptionen entsprechend gestalten kann.

Zur Frage der ökonomischen Nachteile. Ja – ich habe mich auf Entwicklungsländer bezogen. Ich bin weniger im deutschen Kontext besorgt, aber muss auch sagen, dass es meines Wissens die Zahlen nicht gibt. Es gibt auch keine Studien dazu. Die Frage wäre auch interessant, was eigentlich in ökonomischer Hinsicht im deutschen Kontext passiert. Aber worauf ich mich bezogen habe, war eine von Goyal et al. 2002 publizierte, vielbeachtete Studie aus Indien. Sie haben 300 Spender aus einer südindischen Stadt befragt und festgestellt – jetzt verweise ich auf meine Stellungnahme –, dass 96 % der Spender eine Niere verkaufen, um Schulden zu bezahlen, dass diese aber nach der Spende, und das war im Durchschnitt in dieser Studie sechs Jahre, vielfach immer noch verschuldet sind und zwar zu 75 %. Das durchschnittliche Familieneinkommen sank in der Studie von Goyal et al. sogar um ein Drittel. Das waren die Zahlen, auf die ich mich bezogen habe. Was die Situation in Indien ansonsten betrifft, gibt es eine ganz neue Publikation. Ich stimme da ganz mit Herrn Neuhaus überein, dass wir viel mehr Daten brauchen, dass wir genau in Ländern schauen müssen, in

denen Kommerzialisierung der Organspende erfolgt. Die Publikation von Jha aus dem Jahr 2004, die ich auch in meiner Stellungnahme zitiere, ist schon betitelt „The grim reality“ und weist darauf hin, dass das medizinische Follow-up völlig ungenügend ist, dass Spender sogar entmutigt werden, die Kliniken nach der Spende wieder aufzusuchen. Das beschreibt ein bisschen den sozialen Kontext, in dem Organspende, „bezahlte Organspende“ in Indien zum Teil stattfindet. Was die USA betrifft, so ist dort eine Bezahlung der Lebendorganspende ganz eindeutig illegal. Die Literatur macht das ganz deutlich. Und die USA tun sich schwer mit finanziellen Anreizen für die Postmortalspende, weil sie sagen, dass die Frage ist, ob das dann legal ist und wie man das so gestalten kann, dass es nicht mit dem Gesetz in Konflikt gerät.

Zur Frage von Herrn Wunder, wie es denn nun mit der therapeutischen Überlegenheit steht, kann ich hier natürlich einfach nur noch einmal präzisieren, wie wir die Frage an die Transplantationschirurgen in der Studie formuliert hatten. Wir hatten pauschal gefragt: „Wie sehen Sie die Lebendorganspende?“ Und darauf haben uns 52 % gesagt, dass sie sie als eine therapeutisch überlegene Option sehen, die umzusetzen ist, wenn ein Spenderangebot besteht. 41 % haben gesagt, dass sie sie als subsidiär betrachten. Und 26 % haben gesagt, dass sie die Lebendorganspende als eine Option betrachten, deren großer Nutzen für den Empfänger auch eine aktive Rekrutierung von Spendern rechtfertigt. Wir hatten im Fragebogen vorher die Zahl von Organen, die im jeweiligen Zentrum transplantiert werden, erfragt. Wir hatten ein Kästchen für Niere und ein Kästchen für Leber, so dass wir also grundsätzlich nach beiden Organen gefragt haben. Es mag aber in der Tat so sein, dass die meisten Personen, die den Fragebogen beantwortet haben, vor allem die Niere im Kopf hatten. Auch weil einfach nicht alle der Zentren, die wir befragt haben, in der Tat auch Lebertransplantationen durchführen. Das macht nur eine kleinere Zahl von Zentren.

Zur Frage von Herrn Reiter, ob es nicht sinnvoll wäre, die Verfahren der Lebendspendekommission durch einen Konsultationsprozess weiter aufzuwerten? Das würde ich voll unterstreichen wollen. Ich denke, grundsätzlich sind Lebendspendekommissionen insofern sinnvoll, als sie eine gewisse Hürde darstellen, auch eine gewisse administrative Hürde. Es werden einer solchen Kommission nicht alle Fälle vorgestellt. Die werden im Vorfeld ausselektiert. Man sagt, dass dieser auch die Lebendspendekommission passieren können müsste, wenn man jetzt wirklich einmal einen Fall hat, der vielleicht in chirurgischer Hinsicht überzeugend ist, aber in dem vielleicht das Ärzteteam sagt, in moralischer Hinsicht sind wir uns nicht sicher. Als zusätzliche Hürde auch für Spender und Empfänger selber, die sich idealerweise persönlich vorstellen müssen, ist das sinnvoll. Aber ich denke, es ist ein bisschen zu weit entfernt im Prozess. Ich denke, es kommt etwas zu spät im Evaluationsprozess, wenn

viel schon gelaufen ist, so dass ein Ansprechpartner im Klinikum, der keine Interessen verfolgt, eine sehr sinnvolle Ergänzung des gesamten Prozesses leisten könnte. Danke.

Vorsitzender: Dann darf ich Herrn Gründel bitten, die Fragen zu beantworten.

Experte Prof. Dr. Johannes Gründel: Zunächst zu Herrn Merkel. Sie haben gefragt, ob bei der Spende-Evaluierung mit der Freiwilligkeit ohne innere Nötigung auch die sittliche Verpflichtung gemeint ist. Ich habe bewusst den Begriff „Nötigung“ und nicht „Verpflichtung“ genommen. Natürlich werden sie nie den eigentlichen Gewissensspruch erfassen können. Aber ich denke, dass gerade bei den Beratungsgesprächen Acht gegeben werden muss. Es gibt so etwas wie eine Nötigung durch ein Helfersyndrom, oder es gibt eine Nötigung, bei der jemand glaubt, durch diese gute Tat Schuld wieder gut machen zu können. Das halte ich für äußerst problematisch. Ich würde sagen, dass Schuld in dem Sinne nicht wieder gut gemacht, sondern – wenn ich theologisch spreche – von Gott vergeben wird. Ich würde darum Gewissensverpflichtung noch nicht Nötigung nennen, sondern würde dann von dieser Verpflichtung sprechen.

Zweitens zu Herrn Reiter. Sie fragen, ob ich „in persönlicher Verbundenheit“ und „offenkundig“ ausweiten oder eng nehmen würde. Überhaupt nicht! Ich halte diese Aussage für unzureichend, für schlecht. Und zwar auch aus der Erfahrung. Was wollen sie eigentlich als Verbundenheit haben? Muss ich mit jemandem geschlafen haben oder nicht? Es wird hier doch das Problem deutlich, was ist „persönliche Verbundenheit“ und „offenkundig“? Es scheint mir günstiger, diesen Passus zu streichen, wobei dann natürlich die Gefährdung für einen Organhandel groß ist. Würde die Anonymität miteingebracht, dann wäre ein Handel nicht ganz auszuschließen, aber ich glaube, er wäre nicht so naheliegend. Ich bin auch nicht blauäugig. Bei Anonymität kann ich mir vorstellen, dass nicht viele kommen werden, aber ich möchte nicht, dass diejenigen, die anonym gespendet haben, disqualifiziert werden. Wir haben vor der Gesetzgebung in München ein Beispiel dafür gehabt, aber es gibt über hundert anonyme Spenden auch von Christen in Südkorea, und ich halte das jedenfalls nicht einfach für unsinnig, sondern ich möchte nicht ausschließen, dass es so etwas geben kann. Das war mein Anliegen.

Vielleicht noch ein Satz. Wenn vom Rückgang der postmortalen Spende gesprochen wird, dann sollten wir einmal nach dem Warum fragen. Liegt es vielleicht daran, dass wir die Meldungen von möglichen postmortalen Spendern deswegen nicht bekommen, weil die Situation in den Krankenhäusern heute so ist, dass dort womöglich durch Personalmangel so und so viele Nachteile entstehen, wenn diese Meldung vorgenommen wird, so dass sie es gar

nicht mehr schaffen und deswegen unter Umständen gewisse Änderungen im Gesundheitswesen erforderlich wären? Das scheint einer der Gründe zu sein. Die Gründe für diesen Rückgang, wenn wir für postmortale Spender eintreten – und ich trete immer dafür ein –, sollte einmal geprüft werden.

Vorsitzender: Als letzter in dieser Runde jetzt Herr Kirste.

Experte Prof. Dr. Günter Kirste: Vielen Dank! Herr Wunder, Sie hatten sich gestört an meinem Dia „Kidney donors live longer“. Dieses Dia stammt aus Skandinavien und hat eine Untersuchung gezeigt, in der Nierenspender nachuntersucht und verglichen wurden mit der Durchschnittsbevölkerung. Und im Verhältnis dazu haben sie tatsächlich länger gelebt. Das trifft z. B. auch zu für die von mir dargestellten Zahlen aus Freiburg. Warum? Es zeigt eigentlich nur, dass die Voruntersuchung der Organspender so sorgfältig war, dass man lediglich einen positiven Gesundheitsdurchschnitt in der Bevölkerung als Spender genommen hat und nicht die Kranken. Es zeigt eigentlich nur die Sorgfalt in der Voruntersuchung, nichts anderes. In dem Zusammenhang hatten Sie aber auch gefragt, ob diese Untersuchungen nun tatsächlich longitudinal sind. Sie sind es. Zumindest die Zahlen, die ich vorgestellt habe, umfassen alle Spender, die in Freiburg je gespendet haben und komplett nachuntersucht worden sind.

Es ist in dem Zusammenhang auch nach dem obligaten Spenderregister gefragt worden. Sicherlich wäre das sinnvoll, aber dafür gibt es einige Hürden – nämlich z. B. die, dass, auch wenn die Spender sich heute nach dem Gesetz zu Nachsorgeuntersuchungen nach der Spende bereit erklären müssen, das viele nicht tun, oder z. B. auch aus dem Grunde, dass sie, wenn sie fünf Jahre nach ihrer Lebendspende in wunderbarem Gesundheitszustande zu dieser Nachuntersuchung gehen, als erstes 10 € bei ihrem Hausarzt abliefern müssen. Das ist natürlich für viele Spender ein Problem. Das heißt mit anderen Worten: Die Finanzierung der Untersuchung des Spenders – auch der Untersuchung beim Gesunden, einmal unabhängig von den 10 € – ist nicht geregelt. Die Untersuchung eines Gesunden, der zum Arzt geht, ist nicht von vornherein finanziell abgesichert. Solche Daten aus verschiedenen Zentren gibt es aber, und es wird immer wieder die Behauptung aufgestellt, dass für den Nierenbereich die Zahlen nur aus diesen alten Minneapolis-Daten von anno Tobak stammten. Das ist nicht richtig. Es gibt sowohl aus Basel als auch aus vielen anderen Zentren inzwischen Daten zu der kompletten Nachsorge von Spendern über lange Zeiten hinweg.

Frau Klöckner, Sie hatten nach der Situation in den USA gefragt und warum dort die Hälfte der Transplantationen jetzt Lebendspenden sind. Sie hatten das in Zusammenhang mit den Kosten gestellt. Das mag ein Grund sein, dass es mit den Kosten zusammenhängt, und in den USA ist der Kostendruck diesbezüglich natürlich größer. Das ist richtig. Auf der anderen Seite haben die USA aber nun gerade auch in dem Bereich der Aufklärung eines Patienten, der auf die Warteliste kommt, sehr viel mehr getan, als das bei uns der Fall ist. Die Methode als solche ist sicherlich breiter akzeptiert. In den USA gibt es sehr viele Zentren, die sehr aktiv im Bereich der Lebendspende und gleichzeitig sehr aktiv im Bereich der postmortalen Organspende sind. Es ist einfach unrichtig, wenn immer wieder behauptet wird, dass eine Förderung der Lebendspende zu einer Reduktion der Aktivitäten im Bereich der postmortalen Organspende führen werde. Dieses ist nirgendwo belegt, und es ist einfach in vielen Fällen und an vielen Zentren nachzuweisen, dass das Gegenteil der Fall ist.

Sie hatten nach der Lebensqualität nach der Lebendspende gefragt. Die Lebensqualität eines Empfängers nach der Lebendspende ist einfach deshalb in aller Regel günstiger, weil sie zu einem früheren Zeitpunkt einsetzt. Der Lebendspender wird in aller Regel sogar präemptiv, also vor Einsetzen der Dialysepflichtigkeit, oder innerhalb des ersten Jahres transplantiert und wartet nicht sechs Jahre. Infolgedessen ist seine Lebensqualität besser. So herum muss man dies erklären.

Vorsitzender: Vielen Dank! Somit eröffne ich die Gesamtrunde. Alle Fachleute, und dafür bedanke ich mich, stehen noch zur Verfügung. Es haben sich gemeldet Herr Mieth, Frau Friedrich, Herr Hüppe, Herr Geisler, Herr Merkel, Herr Raspe, Frau Graumann, Frau Riedel, Frau Albers und Frau Klöckner. Herr Mieth, bitte!

SV Prof. Dr. Dietmar Mieth: Ich habe eine Frage an Frau Biller-Andorno und an Herrn Gründel, an die Ethikerin und den Ethiker. Es geht mir um das Problem, dass wir Zusätze zur Freiwilligkeit des Spenders bzw. der Spenderin machen und offensichtlich nicht einfach davon ausgehen, dass diese Freiwilligkeit, wenn sie denn überprüft besteht, genügt. Wenn man sich fragt, was der Grund dafür ist, dann kommt man zu der Antwort: Der Grund ist das Verbot der Selbstverstümmelung, das man durchaus in der Geschichte der Ethik an verschiedenen Größen nachweisen könnte, sei es an Thomas von Aquin, sei es an Immanuel Kant. Dahinter steckt auch das Prinzip der Selbstachtung. Es ist offensichtlich so, dass dieses Gebot eine so starke Stellung hat, dass man die Frage, wie man dieses in eine Güterabwägung einbringt und an welcher Stelle es gegenüber anderen Gesichtspunkten weichen muss, ins Auge fasst. Von daher kommt es dann dazu, dass man die persönliche Verbundenheit als Kriterium versucht hat rechtlich zu fassen. Denn in dem Augenblick, in dem man zusätzlich

zum Freiwilligkeitskriterium noch ein Motivationskriterium nimmt – also beispielsweise sagt, dass nicht die persönliche Verbundenheit, die, wenn auch mit einigen Schwierigkeiten in Grenzfällen, überprüfbar ist, sondern eben die Motivation der entscheidende zusätzliche Gesichtspunkt ist, nämlich, dass der freie Wille von einem hochrangigen Motiv gespeist wird – in dem Augenblick kommt man rechtsethisch in das Problem hinein, dass man diese Hochrangigkeit überprüfen müsste. Das stellt ein großes Problem dar, weil es nach meiner Ansicht schwierig bis gar nicht durchführbar ist.

Dann habe ich noch eine zweite Frage. Der Begriff des Altruismus macht mir auch Schwierigkeiten. Er macht mir schon sprachpolitisch Schwierigkeiten, weil wir Altruismus meistens mit der Konnotation Egoismus verbinden, also hier einen binären Code haben. Und natürlich ist eine altruistische Handlung besser als eine egoistische Handlung, wenn wir von einer solchen Sprachregelung ausgehen. Wir diskriminieren dann folglich eine Güterabwägung, die das Individuellste darstellt, weil hier Gesichtspunkte des Wohls des Anderen gegen Gesichtspunkte der Selbstachtung bzw. des Verbots der Selbstverstümmelung stehen. Hier stehen sehr hochrangige Gebote und begründbare Normen einander gegenüber, und die Abwägung über den Altruismus zu führen, ist höchst problematisch, finde ich. Diese Abwägung kann eigentlich im Grunde nur so extrem individuell sein, dass es dafür kein objektives Kriterium gibt. Man kann dann folglich im Grunde nicht von Hochrangigkeit sprechen, im Sinne etwa hochherziger Liebe oder dergleichen, wenn man das nicht objektivieren kann. Kein Mensch ist in der Lage – dabei sind wir wieder bei Motivproblemen – solche Arten von Gesinnungen zu überprüfen und zu objektivieren. Wenn das aber der Fall ist, dann stellt sich eben die Frage, ob diese Formen individuellster Entscheidungen mit weiteren Kriterien ethischer Art belastet werden dürfen.

Vorsitzender: Bei allem Engagement bitte ich Sie, die Fragen nicht länger werden zu lassen als die Antworten. Frau Friedrich, bitte.

SV Prof. Dr. Bärbel Friedrich: Bei mir wird es kürzer. Die erste Frage richtet sich an die Mediziner Herrn Kirste und Herrn Frei. Herr Egger führte aus, dass angestrebt wird, die Quote der Verwandtenspenden zu erhöhen. Ich frage mich, ob das überhaupt wünschenswert ist. Sie hatten schon die genetische Disposition angedeutet, und bei Organinsuffizienz kann gerade die genetische Disposition eine große Rolle spielen. Wir haben auch die Cross-over-Spende deshalb – wegen der Blutgruppenunverträglichkeit. Was ich in den Papieren vermisst habe, ist, ob es jetzt nicht prospektiv auch noch weitere Verfahren gibt. Die geneti-

sche Diagnostik könnte beispielsweise helfen, um gerade auch die Lebendorganspende im Erfolg noch zu erhöhen. Wie sind da die Aussichten?

Mit der zweiten Frage möchte ich mich an Herrn Höfling wenden. Bei Langzeitkomplika-tionen, das führte Herr Egger aus, tritt die Unfallversicherung in Kraft. Sie haben in Ihrem Pa-pier von unechter gesetzlicher Unfallversicherung gesprochen. Ich nehme an, dass das de-ckungsgleich ist und diese dann dafür verantwortlich ist. In etlichen Papieren klang an, dass gerade der Versicherungsschutz verbesserungswürdig sei. Was machen Sie für Vorschläge, um gerade in dieser Hinsicht noch eine Verbesserung für den Spender zu bewirken?

Vorsitzender: Jetzt stehe ich selbst auf der Frageliste. Ich habe eine Frage an Herrn Frei und an Herrn Neuhaus. Gibt es eine Statistik, die zeigt, inwieweit Spender bzw. Empfänger wiederholt selbst wieder auf eine Transplantationsliste müssen. Was halten Sie von dem Vorschlag, der auch in einer der Stellungnahmen genannt worden ist, dass in diesem Fall der Spender zumindest ganz oben auf die Liste kommen soll – auch bei Eurotransplant?

Als nächstes hat Herr Geisler das Wort.

SV Prof. Dr. Linus Geisler: Ich habe drei Fragen und versuche mich kurz zu fassen. Einmal an Herrn Frei. Sie stellen in Ihrer Stellungnahme sehr deutlich zum einen die Autonomie des selbstbestimmten mündigen Bürgers dar und zum anderen den dringlichen Behandlungswunsch des Patienten. Mir fehlt in dieser Abwägung eine ganz wichtige Komponente, näm-lich die ärztliche Verantwortung. Immerhin muss man bedenken, dass bei der Lebendspende gesunde Menschen operiert werden, vielleicht langfristig krank werden und, was selten ist, unter Umständen auch der Tod in Kauf genommen wird. Ich denke, das darf bei diesen Be-ziehungen nicht außer Acht gelassen werden. Es würde mich interessieren, wie Sie also die Verantwortung des Arztes in diesem Punkte sehen. Ich als Internist habe vielleicht besonde-re Schwierigkeiten, mir vorzustellen, dass ein absolut gesunder Mensch eine Narkose be-kommt und einem größeren Eingriff unterzogen wird, sozusagen durch eine fremdnützige chirurgische Maßnahme.

Meine zweite Frage geht an Herrn Gutmann. Ich ringe etwas in meiner Phantasie mit der Figur des anonymen Lebendspenders in unserem Kulturbereich. Ich frage mich, wie eine Frau, Mitte 30, die geistig und selig gesund ist, oder ein Mann in unserer Gesellschaft aus-sehen könnte, die dann wirklich spenden wollen, ohne dass irgendwelche Motive eine Rolle spielen, die vielleicht doch im weitesten Sinne nicht mehr mit Altruismus zu vereinbaren sind. Ich teile die Ansicht von Herrn Mieth, dass purer Altruismus sicherlich etwas ist, was nicht

von dieser Welt ist. Das rührt an die Frage der Motivationsforschung. Soweit ich weiß, gibt es eigentlich keine gesicherten Daten darüber, wie das psychologische Profil eines für Lebendspende geeigneten Menschen aussehen soll. Wenn man vereinzelte Punkte aus den USA nimmt, dann tauchen dort als Motive durchaus Positionen auf wie „Schuld gegenüber der Gesellschaft abtragen“, das „Selbstbewusstsein stärken“ oder „in der Familie die eigene Position verbessern“ – also so in der Art „black-sheep-donation“.

Und drittens eine ganz kurze Frage an Herrn Kirste. Sie sagen, die Lebendspende hat keinen Einfluss auf die Frequenz der postmortalen Spende. Ich spinne das jetzt ein bisschen weiter. Würde sich die anonyme Lebendspende nicht vielleicht doch auf die nichtanonyme Lebendspende auswirken können in dem Sinne: „Da sind irgendwelche Anderen, die spenden.“ Käme hier unter Umständen am Ende nicht schlimmstenfalls so etwas wie ein Nullsummeneffekt heraus?

Vorsitzender: Herr Merkel.

SV Prof. Dr. Reinhard Merkel: Ich habe eine ganz knappe Frage an Herrn Eigler und dann je eine an die Juristen. Herr Eigler, Sie haben noch einmal in Ihrer Antwort betont, dass Sie gegen die Ausweitung der Lebendspende sind, weil diese Ausweitung die Bereitschaft zur postmortalen Spende beeinträchtigen würde. Haben Sie irgendeinen empirischen Beleg dafür?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Schreiber, Herrn Lilie und Herrn Gutmann. Sind Sie mit mir – ich darf das jetzt einmal ein bisschen suggestiv formulieren – der Meinung, dass das Merkmal des Handelns einer deutlichen Restriktion bedarf? Meinen Sie dann, dass der Gesetzgeber sich von der Anbindung an das Betäubungsmittelgesetz lösen sollte, und wie könnte eine solche Lösung aussehen?

Dann habe ich eine Frage speziell an Herrn Gutmann, die das Merkmal der Freiwilligkeit betrifft. Nach meinem Eindruck gehen manchmal die Fragen der „psychologischen“ Freiwilligkeit, der Höhe des Drucks, des Gewichts, der Belastung, der jemand bei so einer Entscheidung, ob er spenden soll oder nicht, ausgesetzt ist, ein bisschen durcheinander mit dem Begriff der Autonomie. Herr Gutmann, ich wollte Sie fragen, ob Sie uns dazu einfach etwas sagen können, wie der Gesetzgeber das nach Ihrer Auffassung konturieren sollte? Ob er den rechtlichen Begriff der Autonomie mit der Befugnis, Risiken auf sich zu nehmen, die andere Leute unvernünftig finden würden, konturieren sollte oder ob er das allgemeine Be-

denken, gerade auch der Mediziner, dass Leute in solchen Fällen unter dem Druck irgendwelcher familiären Verpflichtungen nicht frei entscheiden können, miteinbeziehen soll?

Dann habe ich eine letzte Frage an Herrn Höfling. Sie betrifft die verfassungsrechtliche Grundlage. Wenn einem hinreichend aufgeklärten potenziellen Lebendspender das von Gesetzes wegen untersagt wird, ist das nicht der primäre Eingriff in die Autonomie, in die allgemeine Handlungsfreiheit? Und wenn das so wäre, ist es nicht dieser Eingriff, der primär zu legitimieren ist? Und wenn das wiederum der Fall ist, muss dann der Gesetzgeber innerhalb des Spielraums möglicher ethischer Haltungen zu diesen Fragen nicht, wenn ich es salopp formulieren darf, die Finger von seiner ethischen Präferenz lassen, weil der Eingriff in die Freiheit natürlich eigentlich prima facie als Verletzung eines Grundrechts verboten ist? Würde man dagegen den Akzent auf den paternalistischen Schutz legen und sagen, das ist das primäre, worum es geht: Der Gesetzgeber muss aufpassen, dass die Leute nicht ihren Körper ausbeuten, er muss ein bisschen schützen, dann leuchtet es ein, dass das Spektrum der Handlungsmöglichkeiten des Gesetzgebers erheblich breiter ist. Dann kann er auch nach ethischen Präferenzen wählen, die er hat. Noch einmal zugespitzt zusammenfassend: Muss der Gesetzgeber nicht seine ethische Akzentuierung, also die der Mehrheit des Bundestages natürlich, zurücknehmen und sagen, was als Verletzung, als Eingriff in die Autonomie zu legitimieren ist, bedarf einer wesentlich größeren Anstrengung der Legitimation als etwa der paternalistische Schutz?

Der Vorsitz wechselt an den amtierenden Vorsitzenden SV Prof. Dr. Linus Geisler.

Amtierender Vorsitzender: Als nächster Herr Raspe.

SV Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe: Eine einfache technische Frage an die Juristen, vielleicht stellvertretend an Herrn Schreiber. Gibt es denn aus Ihrer Sicht Einwände gegen ein obligates Register für beide Arten von Transplantationen, die wir gehabt haben? Wo sollte man das eigentlich dann normieren? Ist das eine Frage des Sozialrechtes, oder kommt eher das Berufsrecht in Frage? Oder gibt es andere Gebiete, wo man das allozieren könnte? Und was könnten Vorstellungen über die Finanzierung dessen sein?

Amtierender Vorsitzender: Frau Graumann, bitte.

SV Dr. Sigrid Graumann: Ich habe zwei Fragen.

Die erste an Herrn Frei mit der Bitte um einen Kommentar von Herrn Gründel hierzu. Im Transplantationssektor ist es häufig der Fall, dass so klar und so deutlich Bezug genommen wird darauf, dass die Ressource „Organe“, die Menge an transplantierbaren Organen, erhöht werden muss. Wenn man so argumentiert, ist das auch ein ethisches Argument. Man bezieht sich ganz klar auf ein Nützlichkeitsprinzip oder auf eine Gemeinwohlargumentation. Jetzt wissen wir aber, dass immer dann, wenn man sich auf solche Prinzipien bezieht, die für sich genommen neutral gegenüber individuellen Rechten sind, wir in einen Konflikt kommen können. Nämlich, dass das Verfolgen des Gemeinwohls oder der Bezug auf das Nützlichkeitsprinzip als Hauptstütze für eine Argumentation Probleme für die Frage bringt, ob die individuellen Rechte, die subjektiven Rechte vor allem der Spender, dann in unserem Fall noch genügend respektiert werden. Ich hätte gerne eine Stellungnahme dazu, wie Sie das sehen.

Und die zweite Frage schließt gut an das an, was Herr Geisler auch ausgeführt hat. Es war jetzt mehrfach die Rede von Selbstverstümmelung. Vor allem von juristischer Seite wird der Selbstbestimmungsbegriff in diesem Kontext immer ganz, ganz stark gemacht. Was mich aber mehr interessiert, ist, wie eigentlich die ethische Legitimität des ärztlichen Handlungsauftrags hier aussieht. Wir haben hier eine Situation, die weg geht von der exklusiven Zweierbeziehung zwischen Arzt und Patient, bei der die Faustregel gilt – was die Juristen immer betonen –, wonach jeder medizinische Eingriff, jeder körperliche Eingriff eine Körperverletzung ist, es sei denn, er kann gerechtfertigt werden durch einen Beitrag zum Wohlergehen des konkreten Patienten. Wir haben hier die Situation, dass die Körperverletzung bei dem Spender erfolgt, zu dessen Gesundheit nicht beigetragen werden soll, sondern zur Gesundheit eines Dritten. Mich würde interessieren, ob das möglicherweise ein Grund dafür ist – und das geht auch an Herrn Rogiers, weil Sie dies ansprachen –, dass es teilweise für die Transplantationsteams schwierig ist, sich darin zu bewegen. Und meine Beobachtung ist, dass häufig dann, wenn es um so unklare ärztliche Handlungsauftragskonstellationen geht, auf die Selbstbestimmung des Patienten rekurriert wird. Das ist in anderen Feldern, z. B. in der Pränataldiagnostik, auch ganz stark der Fall. Mich würde interessieren, wie das hier in diesem konkreten Fall mit der Verantwortungsübernahme auf der Seite des Arztes für eine mögliche Schädigung des Lebendspender geht.

Amtierender Vorsitzender: Frau Riedel.

SV Ulrike Riedel: Ich habe noch einmal eine Frage an den Vertreter der AOK, Herrn Egger. In den schriftlichen Unterlagen taucht öfters die Feststellung auf, dass die langfristige medizinische Nachsorge des Spenders nicht gesichert sei. Hier habe ich Verständnisschwierig-

keiten. Wenn z. B. ein paar Jahre nach der Nierenexplantation der Spender Bluthochdruck hat, kann dann seine Kasse sagen: „Die Behandlung zahlen wir nicht, die ist auf die Nierentransplantation zurückzuführen“? Das kann ich mir nicht vorstellen. Ich stelle mir das so vor, dass hier nur Probleme beim internen finanziellen Ausgleich zwischen den Kassen bestehen, bei der Frage, wer was bezahlt, dass aber das nicht auf dem Rücken des Spenders getragen werden kann. Daher meine Frage. Wie lange wird die medizinische Nachsorge von der Krankenkasse des Empfängers gezahlt und wo sind in der Praxis die Probleme, wenn der Organspender nach ein paar Jahren medizinische Probleme bekommt?

Und dann möchte ich die Frage, die Frau Friedrich gestellt hat, an Herrn Schreiber und Herrn Lilie ganz konkret noch einmal stellen. Was spricht dagegen, dass der Gesetzgeber regelt, dass im Falle einer Organspende zu Gunsten des Spenders eine Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsversicherung und eine Versicherung für den Todesfall abgeschlossen wird? Müsste man hier eventuell eine Höchstgrenze einbauen, damit es nicht in die Gegend des Organhandels kommt? Und dann stellt sich die Frage, wer muss das bezahlen? Könnte der Gesetzgeber der Krankenkasse des Empfängers, die ja erhebliche Kosten durch die Transplantation langfristig spart, auferlegen, dass sie eine Erwerbsunfähigkeitsversicherung und Todesfallversicherung abschließt, die natürlich sehr teuer wäre, weil offenbar zu wenig Zahlen über die Risikohochrechnungen existieren? Das, meine ich, wäre eine ganz konkrete gesetzliche Möglichkeit. Ich wüsste einfach gerne, was dagegen spricht.

Dann noch einmal kurz zur Stellungnahme der Ständigen Kommission Organtransplantation, in der immerhin sechs Mitglieder gesagt haben, dass man die Lebendorganspende auf in Deutschland Lebende beziehen soll. Ich wüsste gerne von den Transplantateuren hier, vor allen Dingen von Herrn Kirste, Herrn Neuhaus und Herrn Rogiers, was Sie davon halten. Ich denke, da würde sich in der Praxis ziemlich viel ändern, wenn man das so regeln würde, wie es diese sechs Mitglieder in der ständigen Kommission verlangt haben.

Der Vorsitz wechselt an den Vorsitzenden Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU).

Vorsitzender: Als nächstes Frau Albers.

SV PD Dr. Marion Albers: Ich habe zunächst eine Frage an Herrn Gutmann. Sie haben hier sehr ausführlich Ihre Position begründet, indem Sie sich auf den Begriff der Freiwilligkeit gestützt haben. Ich kann ein bisschen die Frage von Herrn Merkel ergänzen. Von den Medizinern, auch den Psychologen oder Sozialwissenschaftlern hört man, dass der Begriff der Freiwilligkeit ein bisschen komplexer angelegt werden müsste, als Sie das in Ihrer Stellung-

nahme oder auch in Ihrem Gutachten getan haben. Sie haben sich hier etwas reduziert auf einen Begriff, wie man ihn aus dem juristischen Kontext kennt, nämlich bestimmt durch die Kriterien der Aufklärung und dann der selbstbestimmten Entscheidung. Würde sich an Ihren Positionen etwas ändern, wenn sie einen etwas komplexeren Begriff der Freiwilligkeit zugrunde legten? Und wenn nicht, wie würden Sie das dann begründen?

Eine weitere Frage geht an Herrn Gutmann und an Herrn Höfling zum Stichwort der Subsidiarität. Ich habe Ihren Gutachten entnommen, dass Sie das auch etwas reduzieren auf das Problem, dass der Empfänger dann auf die medizinisch möglicherweise schlechtere Alternative verpflichtet würde. Nun kann man das natürlich nicht auf den Empfänger reduzieren, sondern muss auch den Spender einbeziehen, für den dies zweifellos nicht die schlechtere medizinische Alternative ist, wenn eine Subsidiaritätsklausel besteht. Würde sich an der Position zur Subsidiarität etwas ändern, wenn Sie auch das ein bisschen komplexer fassten?

Dann habe ich stellvertretend für Frau Lanzinger, die leider schon gehen musste, eine Frage in die Runde, weil ich nicht weiß, wer sie genau beantworten kann. Hat der Spender einen Anspruch auf die Feststellung eines Grades an Behinderung und kann er diesen dann gegebenenfalls auch steuermindernd gelten machen oder einen Schwerbehindertenausweis bekommen allein wegen des Verlust eines Organs? Also nicht aus Komplikationsgründen, sondern allein wegen dieses Verlustes? Danke!

Vorsitzender: Frau Klöckner!

Abg. Julia Klöckner (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Egger in Richtung Krankenkasse bzw. Gesundheitskassen. Sie merken es, diese Fragen nach der Nachsorge der Spender, die altruistisch handeln, aber dann doch irgendwie den „schwarzen Peter“ gezogen haben sollen, sind vielzählig. Wenn jemand z. B. eine Niere spendet, was geschieht dann für den Fall, dass er innerhalb kürzester Zeit selbst plötzlich aufgrund dieser Spende eine Insuffizienz erleidet und selbst eine Transplantation braucht – also im worst case? Wer trägt denn dort die Kosten? Ist es dann seine Krankenkasse, oder ist es die Krankenkasse des vorherigen Empfängers?

Meine zweite Frage bezieht sich noch einmal auf die Krankenkassen. Ich habe mich mit einigen Ärzten unterhalten, die selbst Transplantationen durchführen bzw. sich eher weniger beteiligen möchten, weil sie bei der Suche nach potenziellen Spendern letztlich drauflegen. Es wäre jetzt die Frage, inwiefern die Krankenkassen ihren Beitrag leisten können?

Und als allerletzte Frage an die Mediziner: Gibt es Perspektiven für therapeutische Alternativen zur Organtransplantation? Wie sieht das aus?

Vorsitzender: Herr Reiter und dann abschließend Herr Wunder!

SV Prof. Dr. Johannes Reiter: Meine Frage geht an Herrn Schreiber, an Herrn Gutmann, an Herrn Gründel und an Herrn Eigler. Herr Gutmann plädiert für eine radikale Streichung der Subsidiaritätsregel. Herr Schreiber sagt, die ständige Kommission hält daran fest. Herr Eigler sagt, was man Toten nehmen kann, soll man Lebenden nicht nehmen. Ich bin jetzt hin und her gerissen. Meiner Ansicht nach dient doch die Subsidiaritätsregel erstens dem Schutz des Spenders und zweitens auch dem Ausschluss des Organhandels. Das waren meiner Ansicht nach die beiden wichtigsten Ziele für diese Regel. Ich komme an dieser Stelle nicht weiter. Vielleicht können Sie mir weiterhelfen und noch ein paar Argumente dafür oder dagegen nennen. Ich habe die vier Argumente von Herrn Gutmann noch im Hinterkopf. Vielleicht gibt es noch andere Argumente für das Abschaffen oder für das Beibehalten.

Vorsitzender: Als letzter nun Herr Wunder.

SV Dr. Michael Wunder: Meine erste Frage betrifft die Lebendorganspendekommission bzw. -kommissionen. Da bin ich nach wie vor noch nicht wirklich zufrieden mit dem, was wir bis jetzt heute gehört haben. Es läuft doch, gerade das von Ihnen, Herr Lilie, und auch das von Herrn Höfling Gesagte, auf eine vorsichtige Öffnung hinaus. Dem kann man unter bestimmten Indikationen und Einschränkungen auch ein Stück weit folgen. Das hat aber jetzt zur Folge, dass diese Kommissionen auf Landesrechtsebene eine größere Verantwortung und eine größere Fallzahl zur Entscheidung bekommen. In dieser Situation haben Sie beide, zwar mit unterschiedlichen Worten, aber doch gefordert: keine Verrechtlichung in dem Sinne, dass es über einen Empfehlungscharakter hinausgeht. Das Weitestgehende, was genannt wurde, ist, dass zu einem negativen Votum der Kommission der behandelnde Arzt, der sich darüber hinwegsetzen will, in einem schriftliches Votum Gegenposition beziehen muss. Dieses Modell gibt es aber doch sonst nirgendwo, dass der Durchführer einer Maßnahme das Votum einer Kommission durch eine eigene Stellungnahme unterlaufen kann. Dieser Vorschlag ist mir etwas suspekt bei der Verantwortungsfülle, die diese Kommission in diesem Ausweitungsmodell haben wird. Es geht schließlich darum, dass dieses unfassbare Kriterium der Nähe und der Freiwilligkeit von dieser Kommission in jedem Einzelfall beurteilt werden muss, weil wir uns doch wahrscheinlich einig sind darüber, dass man das gesetzlich – auch beim besten Willen – nicht regulieren kann. Damit hat die Kommission eine unheimliche Verantwortung, aber nur Empfehlungscharakter. Sie hat sich dann nach einer Anhörung – das

war, glaube ich, von mehreren vorgeschlagen worden – auf jeden Fall nicht auf Grund der Aktenlage, sondern durch ein persönliches Gespräch eine Meinung gebildet, dann ein Mehrheitsvotum, vielleicht sogar ein einheitliches Votum – wobei hier noch zu fragen wäre, ob es eine Konsensentscheidung sein müsste oder ob es ein Vetorecht gibt – abgegeben. Und dann kann der Behandler selber ein Gegenvotum schreiben? Der Behandler kann sich aber immer auf eine Indikation herausreden, wohingegen die Kommission eigentlich eher auf der Ebene von Nähe, Freiwilligkeit und psychosozialen Kriterien, denke ich, entscheidet. Mir scheint dieses Modell unbefriedigend. Ich frage deshalb noch einmal explizit die Juristen. Was spricht denn wirklich gegen eine stärkere Regulierung und dagegen, dass man dieser Kommission auch wirklich eine Entscheidungskompetenz gesetzlich einräumt?

Meine zweite Frage betrifft die „Entschädigung“ und alle Dinge, die mit Entschädigung zu tun haben. Diese sind doch sehr differenziert zu betrachten. Wahrscheinlich schlägt niemand ernsthaft vor, dass wir das Modell aus dem Iran kopieren sollten. Aber es gibt offensichtlich ganz viele Vorschläge, z. B. Aufwandsentschädigungen oder Anerkennung eines Grades der Behinderung oder Anerkennung von Rentenversicherungszeiten. Ich habe schon verschiedenes gelesen. Meine Frage geht aufgrund meiner Skepsis einmal an die Kliniker. Haben Sie einen Anhaltspunkt dafür, dass sich irgend etwas in dem Geschehen, welches Sie täglich begleiten – und das besteht auch aus der Einsicht, dass das Organaufkommen zu gering ist –, durch Entschädigungsregelungen ändern würde? Das würde mich wirklich sehr interessieren. Haben Sie etwas Handfestes, nicht etwa Glaubenssätze? Sonst bewegen wir uns da, wo die Diskussion sich meistens bewegt. Ich halte es eben persönlich für äußerst riskant, an solche Entschädigungsregelungen zu denken.

Vorsitzender: Meine Damen und Herren jetzt haben wir noch eine Stunde Zeit, weswegen ich den Vorschlag mache, dass jedem Experten für die Beantwortung fünf Minuten zur Verfügung stehen. Es waren zuerst die Ethiker gefragt. Frau Biller-Andorno, bitte.

Expertin PD Dr. Dr. Nikola Biller-Andorno: Ich danke Herrn Mieth für die komplexe, anspruchsvolle Frage nach der Rolle von Argumenten, wie dem Verbot der Selbstverstümmelung oder dem Altruismus. Ich denke, eine wirklich umfassende Beantwortung geht sicherlich über den Rahmen der fünf Minuten, die mir hier in der Anhörung bleiben, hinaus. Ich möchte einen Kommentar skizzieren. Warum nicht frei entscheiden, warum zusätzliche Erfordernisse? Die Frage wird besonders deutlich im Zusammenhang mit der Diskussion um Organhandel. Man kann dort kategorische Argumente unterscheiden zum einen gegen den Organhandel, gegen eine freie Entscheidung, für Bezahlung ein Organ zu spenden, und zum ande-

ren, Argumente, die ich als von der Situation abhängige Argumente bezeichnen möchte. In die erste Gruppe fallen die von Ihnen genannten. Erstens das Argument, eine Bezahlung der Organspende laufe der Motivation des Altruismus zuwider. Das zweite Argument würde das Verbot der Selbstverstümmelung berühren. Ein drittes würde die Natur der Spende verändern, und zum vierten könnte man die Unverfügbarkeit der Person ins Spiel bringen. Die Argumente, die ich als „konditionale“ benenne, würden sich erstens gegen Organhandel aussprechen auf der Basis des fraglichen Nutzens für Empfänger wie Spender. Zweitens zur Frage des hohen Risikos, das in der gegebenen Situation involviert ist, vor allem vor dem Hintergrund der Situation in Entwicklungsländern, und drittens zur Frage der freiwilligen Einwilligung unter schwierigen sozialen Bedingungen, wie Armut usw. – und hier „freie Einwilligung“ verstanden als Freiheit von äußeren Zwängen. Ein weiteres konditionales Argument wäre die negative Auswirkung auf die Spender und auf die Lebendorganspende und Postmortalspende als solche. Welche Rolle den Argumenten der ersten Kategorie zukommt, ist eine schwierige Frage, da zusätzlich zu dem von Ihnen erwähnten Problem der Objektivierbarkeit noch die Problematik der Kulturbedingtheit aufgeworfen wird. Das wird mir immer wieder entgegengebracht: „Das mag für euch gelten, mit uns hat das weiter nichts zu tun.“

Ich befasse mich zurzeit als Ethikerin in theoretischer Sicht mit diesen kategorischen Argumenten und würde gerne mit Ihnen dazu in Austausch treten. Nur ein kurzer Kommentar zum Altruismus. Ich stimme Ihnen da sofort zu, dass eine Trennung zwischen Handlungen, die ich nur für mich tue, und Handlungen, die ich nur für andere tue, wenig sinnvoll ist. Vor dem Hintergrund einer *ethics of care* und vielleicht des Inbeziehungstehens als fundamentalem Charakteristikum menschlichen Daseins. Dennoch denke ich, sollte man das Konzept als solches nicht verwerfen. Man muss es vielleicht anders definieren. Weiter ausführen kann ich es an dieser Stelle nicht. Wenn es nur um die Frage, die z. B. bei uns in der WHO relevant ist – für oder gegen Kommerzialisierung – geht, ist der Hinweis auf die konditionalen Argumente im Augenblick ausreichend. Die Situation ist, dass die empirischen Daten, die wir haben, mit dem Verweis auf konkrete Konsequenzen eine Kommerzialisierung eigentlich nicht zulassen. Soweit mein vorläufiger Kommentar zu ihrer Frage.

Ich würde ganz schnell auf das reagieren, was Frau Graumann gefragt hat, nämlich wann man es mit der ärztlichen Verantwortung vereinbaren könne, jemanden, der gesund ist, wirklich auf einen OP-Tisch zu legen, die Seite aufzuschneiden und eine Niere rauszunehmen. Ich denke, es muss nicht nur jemanden etwas nützen, nicht nur muss der Betreffende sein Einverständnis gegeben haben, sondern es darf in dem Augenblick auch keine andere Alternative geben, die eben das Aufschneiden dieser einen Person nicht erfordert. Und hier wird mir die Bedeutung des Subsidiaritätsprinzips ganz unmittelbar einleuchtend. Das ist noch

einmal ein kleiner Appell an Herrn Reiter in seiner Hin- und Hergerissenheit, diese Frage von Frau Graumann, warum wir eigentlich am Prinzip der Subsidiarität festhalten sollten. Danke.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Gründel, bitte.

Experte Prof. Dr. Johannes Gründel: Herr Mieth hatte nach dem starken Stellenwert des Verbotes der Selbstverstümmelung gefragt. Ich würde natürlich fragen, wenn ich es nur individualistisch sehe, warum kann ich mich nicht selbst verstümmeln, warum kann ich mir nicht sogar das Leben nehmen? Die Frage allein kann ich nicht so leicht begründen. Wenn ich eigenverantwortlich verfüge, warum nicht auch über das Ende des Lebens? Wenn ich aber jetzt hinzufüge, eine solche Art Selbstverstümmelung betrifft die Gesellschaft mit, betrifft den mit, der womöglich nachher, wenn es nicht klappt, aufkommt, wenn ich die Tatsache hinzufüge, dass die Interaktion, diese gesellschaftliche Bedeutung unseres Tuns, noch weitaus stärker ist, als wir das oft meinen, dann könnte man sagen, dass bei dem, was der Einzelne glaubt tun zu können, er sich fragen lassen muss, ob das insgesamt überhaupt der ganzen Gemeinschaft dient. Und ich bin der Meinung, dass wir zunächst einmal das Ausschalten des Organhandels, das ist schon gesagt worden, als ein Ziel haben, aber zum anderen, dass wir Menschen auch vor sich selbst, wenn sie in irgendeiner Weise der Gesellschaft zur Last fallen, schützen müssen.

Da kommt dann die Frage der Klärung der Freiwilligkeit auf. Ich kann nur sagen, Freiwilligkeit lässt sich nicht einfach objektivieren. Aber das heißt nicht, dass wir gar nichts tun, sondern dass wir doch fragen müssen, was ist, wenn wir gar keine Befragung machen? Es ist wohl so, dass wir hier nur die psychologische und ethische Beratung annähernd Ernst nehmen müssen, wenn wir für eine Ausweitung der Lebendspende eintreten. Das tun wir. Und der Begriff Altruismus gefällt mir auch nicht. Ich habe mit Blick auch auf eine gewisse Entschädigung ausdrücklich betont, dass ich hier eine völlige Selbstlosigkeit als Unsinn, als unmenschlich ansehe und dass jeder Mensch, wenn er normal gesund ist, irgendeine Anerkennung braucht und haben will. Wer sich selbst nicht liebt, der muss mal überlegen, ob er zum Therapeuten geht und fragt, ob etwas nicht in Ordnung ist. Das heißt, wir müssen dieses Auseinanderdriften vermeiden. Andererseits lassen sich, auch wenn etwas nicht objektivierbar ist, Kriterien finden, die eine solche Beratung verbindlicher machen, aber nicht in dem absoluten Sinne, sondern dass für den Fall einer Ablehnung noch ein zweites Gremium die Gründe prüft. Das würde mir genügen. Ähnlich wie beim Subsidiaritätsprinzip würde ich es nicht einfach ganz abschaffen, wenn deutlich gemacht wird, dass hier zufällig eine postmortale Spendemöglichkeit kommt. Dies soll denen bei der Lebendspende gesagt werden können, aber nicht als verbindlich, sondern so, dass dann der Spender zurücktreten kann. Er

kann aber dabei bleiben und sagen, dass es einem anderen zugute kommen kann. Auf dieser Ebene würde ich das eher versuchen zu regeln.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Rogiers, bitte.

Experte Prof. Dr. Xavier Rogiers: Zur Frage bezüglich der Selbstverstümmelung und des Arzt-Patient-Verhältnisses kann ich nur aus dem Gefühl heraus sagen, dass es ab dem Augenblick, in dem der Spender sich zur Spende bereit erklärt hat, zwei Arzt-Patient-Verhältnisse gibt, die parallel verlaufen. Es finden auch getrennte Gespräche mit beiden Patienten statt. Denn ab dem Augenblick ist der Spender auch Patient geworden. Er leidet an dem Leiden seiner Angehörigen und hat sich darum zu einer Operation entschieden. Schwieriger ist es, das angemessene Gleichgewicht zu finden zwischen Paternalismus – also der eigenen Verantwortung dem Spenders nicht zu schaden – und dem Respekt vor der Autonomie. Vor allem wenn es darum geht, dass bestimmte Risikofaktoren für eine Operation vorliegen. Das ist manchmal schwierig, und da muss es eine Ausstiegsmöglichkeit sowohl für den Spender als auch für den Arzt geben, um zu sagen, jetzt ist Schluss und jetzt steigen wir aus. Wir machen das in der Regel so, dass wir einfach sagen, aus medizinischen Gründen könne eine Spende nicht stattfinden. Mehr sagen wir nicht. Wenn der Spender dann will, kann er im Detail nachfragen. Das gleiche gilt auch zum Schutz des Spenders, wenn wir zum Schutz gegen die potenziellen Empfänger aussteigen, gibt es genau die gleiche Regel. Wir sagen, aus medizinischen Gründen könne die Spende nicht benutzt werden, und dann geben wir keine weiteren Informationen.

Dann gab es die Frage, ob man die Lebendspende auf in Deutschland Lebende begrenzen sollte. Ich persönlich sehe dafür keine Notwendigkeit. Ich denke, dass man durchaus Lebendspende bei Ausländern machen kann, wenn man jemanden aus dem entsprechenden Kulturkreis hat, der das gut beurteilen kann. Die Motivationen, die ich beschrieben habe, sind manchmal nicht genau dieselben, wie sie in unserer Kultur existieren. Darauf muss man Rücksicht nehmen. Es gibt aber ein Problem. Wenn ein potenzieller Empfänger nach Deutschland kommt und sich in die Sorge eines Arztes begibt und sich dann der Spender als ungeeignet herausstellt, dann hat man wirklich ein Problem. Dann hat man ein Arzt-Patient-Verhältnis und im Transplantationsgesetz gibt es nichts, was auch postmortale Spenden bei Ausländern ausschließt. Das ist wirklich ein Problem, was noch einmal angedacht werden muss, wie man das löst.

Bezüglich der Frage der therapeutischen Alternativen, gibt es die Möglichkeit der Prophylaxe für z. B. Lebererkrankungen? Ich denke an die Hepatitis-B-Vakzination. Es ist ganz wichtig,

Retransplantationen zu vermeiden. 10 bis 15 % der Transplantationen, die heute durchgeführt werden, sind Retransplantationen. Wir brauchen eine gute Nachsorge nach Transplantationen. Ich denke z. B. an Jahreskontrollen. Wir machen das bei Kindertransplantationen – leider noch nicht bei Erwachsenentransplantationen – und können regelmäßig Kinder abfangen, die auf dem Weg zur chronischen Abstoßung sind, und dadurch wieder auf den richtigen Weg bringen. Es gibt erste Vorerfolge in Richtung Zelltransplantation. Vielleicht gibt es Möglichkeiten in der Zukunft mit Tissue-Engineering oder mit Gentherapie. Es wird sich sicher noch einiges in der nächsten Zeit tun. Die Leber ist für künstliche Organbehandlung aber leider viel zu komplex. Da ist noch einiges zu tun. Aber wir haben einen Spezialisten mit Prof. Neuhaus hier, der Ihnen dazu sicherlich noch mehr erzählen wird.

Bezüglich der Ethikkommissionen sollte man das Urteil der Kommission verpflichtend machen? Man muss als Arzt schon ein bisschen verrückt sein, um das Urteil einer Ethikkommission neben sich liegen zu lassen. Das ist meine persönliche Meinung. Aber wenn man es wirklich verpflichtend macht, dann sollte man für die Angehörigen eine Möglichkeit zur Berufung schaffen. Die Erfahrung zeigt, dass sehr viele Angehörige oder potenzielle Spender diese Ethikkommission als ein Examen empfinden. Sie haben richtig Angst, dass sie dort abgelehnt werden. Vor allem Eltern, Mütter oder Väter. Sie haben Angst, dass man dort sagt „Das sollten Sie nicht machen“. Das ist ein Aspekt, den man sich ansehen sollte. Übrigens kann man das Faktum, dass es wenig Ablehnungen durch diese Ethikkommissionen gegeben hat, auch so interpretieren, dass die Transplantationszentren ihre Arbeit, die Freiwilligkeit zu überprüfen, eigentlich selber schon relativ gut machen.

Ob ich glaube, dass sich durch eine Entschädigung irgendetwas ändern würde? Es gibt seltene Fälle, in denen eine Entschädigung sicherlich einen Unterschied machen würde. Auf der anderen Seite muss man sagen, dass es auch einen deutlichen Gewinner gibt, wenn eine Lebendspendertransplantation gemacht wird. Es werden eine Menge Finanzen für das Gesundheitssystem gespart. Ich frage mich manchmal, ob man nicht doch etwas für den Spender, der seine Gesundheit aufs Spiel setzt, abgeben könnte – als Vergütung und nicht als Anreiz.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Neuhaus, bitte.

Experte Prof. Dr. Peter Neuhaus: Herr Rogiers hat die meisten Aspekte sehr gut angesprochen. Der Fragenkomplex „Lebertransplantation“, „Leberlebendspende ausländischer Patienten“ ist etwas, was im Eurotransplantbereich natürlich unter verschiedenen Aspekten

diskutiert wird. Ein banaler ist – den haben Sie, Herr Vorsitzender, auch angesprochen –, wenn diese Lebendspende missglückt. Dann ist unsere Regel – wenn das Organ durch eine Arterientrombose oder aus anderen Gründen nicht funktioniert –, dass dieser Patient mit höchster Dringlichkeit das nächste verfügbare Organ in Europa bekommt, weil er ja sonst stirbt. Hier wird innerhalb der Transplantationsgemeinde argumentiert, dass, wenn ein Zentrum sehr viele ausländische Patienten in den Eurotransplantbereich hineinholt, dann naturgemäß ein Teil von postmortalen Organspenden nicht für Deutsche oder für Eurotransplantpatienten verfügbar sein wird, weil sie für Retransplantationen bei diesen primär durch Lebendspende behandelten Patienten genommen werden. Das hat so weit geführt, dass man sich zeitweise darauf geeinigt hat, den Patienten aufzuklären – also z. B. ein saudiarabisches Vater-Sohn-Paar –, dass, wenn diese Spende missglückt, eine Rescue-Lebertransplantation mit einer postmortalen Organspende nicht durchgeführt wird, dass dann – obwohl man davon ausgehen muss, dass ein ärztlicher Fehler zu dem Misserfolg geführt hat – der Patient sterben muss, was sicherlich ärztlich-ethisch erhebliche Probleme aufwirft. Hiermit müssten sich noch einmal Juristen und Ethiker beschäftigen. Wir haben uns in der ständigen Kommission auch damit beschäftigt, und wir haben einfach eine praktische Regelung gefunden. Wir haben bei Eurotransplant die praktische Regelung, dass maximal 5 % der Organtransplantationen, die in einem Zentrum durchgeführt werden, für Ausländer durchgeführt werden, die nicht aus den ET-Ländern kommen. Dann gibt Eurotransplant keine weiteren Organe mehr frei für solche Patienten. Da gibt es schwierige, individuell katastrophale Entscheidungen, die einfach nötig sind, weil man sonst mit dem System nicht umgehen kann. Das sind Dinge, die einer juristischen und ethischen Überprüfung oft nicht besonders gut standhalten.

Bezüglich der Beschädigung des Spenders muss man sehen, dass viele Menschen sich aus den unterschiedlichsten Gründen Operationen unterziehen. Nehmen wir mal die kosmetische Chirurgie. Auch dabei kann es zu tödlichen Zwischenfällen in der Narkose kommen und bei anderen Aktivitäten im menschlichen Leben auch. Deswegen habe ich im Prinzip nicht das Gefühl, dass das ein besonderes juristisches Problem sein sollte. Ich denke da eher, wie Herr Rogiers es auch gesagt hat. Man muss zu beiden, zum Spender und Empfänger, ein ärztliches Behandlungs- und Vertrauensverhältnis sowie die Einwilligung aufgrund einer guten Information und Aufklärung haben. Dann ist das eigentlich eine unproblematische Angelegenheit.

Zu den alternativen Therapien will ich nur ergänzen, dass es gerade in der Tumorthherapie immer wieder neue Sachen gibt. Es besteht auch das Dilemma, dass wir z. B. sagen, dass,

wenn jemand eine frühe Leberzirrhose und einen bösartigen Lebertumor darin hat, dann die Behandlung mit einer Lebertransplantation für ihn die beste mögliche Behandlung ist, weil dann sowohl die Leberzirrhose mit den Viren darin als auch das Karzinom behandelt sind. Wenn man es jetzt reseziert – also chirurgisch nur abschneidet oder durch bestimmte andere Methoden, wie z. B. der Hyperthermie, verbrennt –, dann ist der Tumor zwar auch weg, aber er kommt mit 80%-iger Wahrscheinlichkeit, z. B. an einer anderen Stelle der Leber, wieder. Jetzt müssen sie eine Entscheidung treffen: Transplantation mit den dazugehörigen Risiken oder Resektion mit dem Risiko, dass etwas wiederkommt. Deswegen ist das nicht so schwarzweiß zu sehen. Was gibt es für alternative Chancen? Das wird unter uns Medizinern auch immer noch sehr kontrovers diskutiert, was wir da machen sollen. Sie müssen uns auch zugestehen, dass wir das System an diesen Stellen nicht fertig haben und weiterentwickeln und praktisch jeden Tag zu neuen Überlegungen auch in medizinischer Hinsicht kommen. Die Leberlebenspende gibt es für Erwachsene erst seit fünf Jahren. So viele offene Fragen in der Medizin sind heute noch kontrovers diskutiert, dass wir sicherlich nächstes Jahr wieder bei irgendwelchen neuen Lösungen ankommen werden.

Bei der Frage nach Zahlung von Entschädigungen, glaube ich, dass man damit nicht direkt mehr Spender bekommen kann. Aber fairerweise muss man eine Entschädigung zahlen, unabhängig davon, ob man dabei jetzt mehr potenzielle Spender haben kann. Wenn man finanzielle Dinge benutzen will, um mehr Spender zu erhalten, dann muss man eine richtige Bezahlung in exorbitanten Größenordnungen anbieten. Das hat bei einem Kongress in Essen auch ein amerikanischer Professor getan. Er hat gesagt, man müsse einfach den Preis so lange erhöhen, bis man genug Spender findet. Er hat auch ganz interessante Rechnungen bezüglich der Freiwilligkeit aufgemacht. Er hat den Organspender verglichen mit dem freiwilligen GI in der amerikanischen Armee und hat das alles nebeneinander gestellt. Es war interessant, würde hier aber zu weit führen.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Kirste, bitte.

Experte Prof. Dr. Günter Kirste: Bei den Entschädigungsregelungen ist zu fragen, ob es gewinnbringende Entschädigungen sind oder ob es wirklich eine Entschädigung ist für das, was einer erlitten hat – also Verdienstausschlag, Fahrtkosten usw. Dafür brauchen wir eine Regelung inklusive der versicherungsrechtlichen Absicherung eines Spenders. Das fordern die Patienten durchaus, weil es genügend Patienten gibt, die in den Auseinandersetzungen mit den Krankenkassen Schwierigkeiten gehabt haben – leider ist auf der Sachbearbeiterebene der Wissensstand nicht so groß wie bei Herrn Egger. Es muss dabei auch bedacht werden,

dass jemand als Spender nicht in Frage kommt, wenn z. B. die zu erwartende Minderung der Erwerbsfähigkeit über 20 % hinaus geht. Denn dann kommt eine Rentenzahlung zustande, die bei einem Spender, der aus dem Ausland kommt, doch ein relevantes Ausmaß annehmen kann. Hier kommen wir in einen Bereich hinein, in dem es sehr, sehr schwierig wird.

Ich komme zur Frage von Frau Riedel, ob die Zahl der Lebendspender auf Deutsche begrenzt werden soll. Ich meine nein. Warum? Es gibt keinen wirklichen Anhaltspunkt dafür, das zu tun. Es gibt unter Ausländern häufig sehr extreme Familienbande, die zu einer hohen Bereitschaft führen, jemanden, der hier in Deutschland lebt, zu spenden. Warum sollen wir dem nicht nachgeben, wenn nun einmal diese kulturell bedingten Familienbande enger sind, als das z. B. in Deutschland der Fall ist? Auf der anderen Seite müssen wir auch akzeptieren, dass die Bereitschaft zur postmortalen Organspende unter den ausländischen Mitbürgern in aller Regel geringer ist als unter den deutschen Mitbürgern. Diese beiden Dinge sollte man genauso nebeneinander sehen und sagen, wir sind bereit, das zu akzeptieren, wenn dann die Gegebenheiten, wie sie im Transplantationsgesetz festgelegt sind, ausgeschlossen sind, nämlich die fehlende Freiwilligkeit usw. Gerade in diesem Bereich haben die Kommissionen auch einen sehr wichtigen Auftrag. Nur darf man die Arbeit der Kommission nicht überschätzen. Jeder eloquente, gebildete Deutsche kann sich vor diesen Kommissionen sehr einfach durchsetzen und weiß sehr schnell, auf was er und wie er antworten muss, um durchzukommen. Auf diesem Wege dann die Lebendspende zu begrenzen, auf Leute, die pfiffig genug sind, sich durchzusetzen, kann es wohl kaum sein. Ich meine, Herr Rogiers hat das gerade angesprochen, dass die Transplantationszentren ein hohes Maß an Verantwortung haben, die Fälle im Vorfeld auszuschließen, bei denen Anhaltspunkte für Nichtfreiwilligkeit gegeben sind. Und diese Fälle erscheinen meist gar nicht vor den Kommissionen, sondern werden im Vorfeld von den Transplantationszentren abgelehnt. Das ist eine sehr wichtige und verantwortungsvolle Tätigkeit. Leider ist es so, dass gerade der Begriff der Freiwilligkeit in einzelnen Kommissionen sehr unterschiedlich diskutiert wird. Das ist ein schwieriges Feld.

Herr Geisler hatte gefragt, ob die anonyme Spende möglicherweise Einfluss auf die Lebendspende haben würde. Ich glaube kaum. Das wäre sehr spekulativ zu beantworten. Wir haben dazu hier in Deutschland keine Zahlen. Ich könnte mir vorstellen, dass sich jemand, der sich mit der anonymen Spende beschäftigt, letztlich für seine Wartelistenpatienten engagiert und das in gleicher Weise für die Lebendspende wie für die anonyme Spende tun wird.

Es war gefragt worden, ob es Daten dazu gibt, ob Spender selber auf die Warteliste gekommen sind. Nach dem letzten amerikanischen Transplantationskongress hat es insgesamt 13

Fälle in 10 Jahren in Amerika gegeben, in denen ein ehemaliger Spender selber auf die Warteliste gekommen ist, – bei 16.000 Lebendspendetransplantationen. Das ist eine sehr, sehr kleine Zahl.

Die Frage von Frau Friedrich zur Frage der genetischen Disposition würde ich gern an Herrn Frei weitergeben, weil er Ihnen sicherlich dazu etwas detailliertere Auskunft geben kann.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Frei, bitte.

Experte Prof. Dr. Ulrich Frei: Zunächst zu Frau Friedrich und der Frage der Erfolgsverbesserung, der Vorsicht – auch was die genetische Disposition angeht – und zum Risiko. Herr Kirste hat eine Zahl genannt. Es gibt eine andere Zahl zu diesem Thema, als man nachgesehen hat, wer als Nierenspender jemals wieder auf Wartelisten auftauchte. Und das war zunächst eine erschreckende Zahl von 45 Patienten gewesen. Wenn man das aber in den Gesamtzusammenhang von etwa 50.000 Spenden stellt, dann ist das die Quote, die in den USA üblicherweise zum Nierenversagen führt. Also es ist keine erhöhte Quote. Dennoch, es ist richtig, die genetische Disposition besteht, und deswegen sind die amerikanischen Zahlen ein bisschen irreführend, weil dort eine sehr hohe genetische Disposition beim schwarzen Anteil der Bevölkerung für Hochdruck- und Nierenerkrankungen besteht. Aber auch bei uns ist es so: In einer Familie, wo es einen Nierenkranken gibt, ist das Risiko, dass ein zweiter Nierenkranker dort auftaucht, etwa fünfmal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Man muss sich sehr sorgfältig diese potenziellen Spender ansehen, ob sie in dieser Hinsicht ein Risiko aufweisen. Aber fast alle diese Erkrankungen betreffen den Zwei-Nierigen genauso dramatisch wie den Ein-Nierigen. Die Frage, ob er an die Dialyse kommt, wird höchstens um ein paar Monate hin und her schwanken.

Zur Frage von Herrn Hüppe bezüglich der Spender- und Empfänger-Retransplantation. Zur Empfänger-Retransplantation kann man sagen, dass es natürlich auch dazu kommt, dass lebend gespendete Nieren versagen, und dass es zur Retransplantation kommt. Allerdings sind die Überlebensdauern dieser lebend gespendeten Nieren sehr, sehr viel länger. Ich habe gerade zwei Fälle gehabt, wo Empfänger von lebend gespendeten Nieren nach einer Dauer von jetzt 30 Jahren wieder fragen, ob sie von einem Verstorbenen noch ein Organ bekommen könnten oder wiederum eine Lebendspende. Die Laufdauer ist sehr viel länger. Was den Spender und auch Eurotransplant angeht, der Frage der Bevorzugung, so haben wir individuell vereinbart, dass ein Nierenlebendspender, der durch diese Maßnahmen auf der Stelle die Funktion seiner Restniere verliert – so etwas gibt es kasuistisch –, im Eurotransplantverfahren unter höchster Dringlichkeit sofort auf der Warteliste eine Priorität be-

kommt. Die Frage von Spendern, die nach vielen, vielen Jahren ein Transplantat bekommen, ist quantitativ nicht aufgefallen. Wir würden da sicher genauso vorgehen.

Zu Herrn Geisler und Frau Graumann. Ich bin auch Internist, und mein Motto ist „Nie zuviel Chirurgie“. Da kann ich ihnen nur beipflichten. Dennoch muss man zur Kenntnis nehmen, dass das Verfahren Nierentransplantation jetzt 50 Jahre alt ist.

Die ersten Transplantationen waren Lebendspenden. Wir hätten das Verfahren gar nicht, wenn es nicht mit der Lebendspende entwickelt worden wäre. Wir müssen als Ärzteschaft zur Kenntnis nehmen, dass es offensichtlich einmal Situationen gibt, in denen wir ein zweites ärztliches Verhältnis, nämlich zum Spender, ebenfalls haben und damit im Kontext der Maßnahmen beiden gegenüber eine Verantwortung haben. Ich will hinzufügen: Die Transplantation fordert dieses indirekte Arzt-Patient-Verhältnis auch in einem anderen Kontext. Ärzte, die einen verstorbenen Spender betreuen, müssen eigentlich auch etwas machen, was an einer ganz anderen Ecke Nutzen stiften wird. Auch hier sind sie in einer schwierigen Situation, möglicherweise etwas zu tun, was nicht unmittelbar im Zusammenhang mit ihren primär zu behandelnden Patienten steht.

Zu Frau Graumann und der Steigerung der Verfügbarkeit von Organen. Nierentransplantation ist inzwischen medizinisch-gesellschaftlich und – wie wir wissen – auch vom Gesetz her, ein akzeptiertes Verfahren. Dieses akzeptierte Verfahren darf nicht der Beliebigkeit unterliegen, sondern die, die eine Möglichkeit haben, transplantiert zu werden, sollen auch transplantiert werden. Gerade auf der Warteliste, bei den Patienten, die auf ein Organ eines Verstorbenen warten, schieben wir einen ganz unangenehmen und für Ärzte belastenden Berg unerfüllter Hoffnungen vor uns her. Diese Menschen sitzen jahrelang vor dem Telefon und warten darauf, dass es irgendwann klingelt. Die Steigerung ist nicht eine Frage des Gemeinwohls. Die Transplantation ist im großen Kontext unseres Gemeinwohls eine kleine Schippe Sand – quantitativ nicht mehr. Ich glaube, es ist eine Steigerung des Wohls von Individuen, und deswegen bin ich dafür so engagiert.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Schreiber, bitte.

Experte Prof. Dr. Hans-Ludwig Schreiber: Zunächst zu den Fragen, die mit Bezug auf die Kommissionen angesprochen worden sind. Diese Kommissionen sind im Grunde genommen Missgeburten. Die Ärzteschaft wollte sie, um ein bisschen in der Prüfung entlastet zu sein, aber sie will auch heute keine genehmigende oder erlaubende Kommission haben. Das ist das Problem. Die Kommissionen sind auch auf ganz enge Grenzen und zwar auf die Grund-

probleme, den Organhandel beschränkt, aber sie prüfen viel mehr. Sie beraten die Indikation, sie beraten über die gesamte psychosoziale Situation des Patienten. Die Sache mit dem begründeten Gegenvotum des Arztes, war, meine ich, auch eine Hilfskonstruktion. Ich glaube, mit dem begründeten Gegenvotum des Arztes kann man nichts anfangen. Aus meiner Erfahrung – ich habe mich ausdrücklich darum gekümmert – kenne ich keinen Fall, in dem ein Arzt gegen eine Empfehlung der Kommission eine Transplantation durchgeführt hat. In München vielleicht. In München gibt es eine besonders restriktive Kommission, die besonders unvernünftig agiert. Infolgedessen ist es vielleicht dort einmal dazu gekommen. Das mag sein. Die meisten Fälle sind dann solche, in denen Hopping versucht wird, um ein Votum einer anderen Kommission zu finden. Diese Konstruktion der Kommission, die berät und nicht entscheidet, das ist der Sache nach eine schwierige Frage. Meine Kommission, die Transplantationskommission der Bundesärztekammer, hat in ihren sehr intensiven Beratungen gesagt, man braucht solch eine beratende und ermittelnde Instanz, die die Fragen des Handels usw. hinausnimmt. Ich glaube, wir brauchen solche Kommissionen. Aber angesichts der jetzigen Zuständigkeiten ist es höchst problematisch, wie es gemacht wird. Man hat diese Kommissionen nach der Devise „Wasch mir den Pelz und mach mich nicht nass“ eingeführt.

Zu Herrn Raspes Frage. Ich habe keine Einwände gegen ein Register. Es ist nur damals nicht eingeführt worden, weil es zu teuer war und weil man nicht soviel registrieren, sondern Freiheit lassen wollte. Aber das Freiwilligenregister hat eben die Mängel, die Herr Neuhaus und andere genannt haben. Man weiß nicht, warum bestimmte Dinge nicht hineingekommen sind.

Die Frage des Handelstreibens. Herr Merkel hat, glaube ich, vollkommen Recht. Der Begriff des Handelstreibens, der damals vom Justizministerium in Anlehnung an das Betäubungsmittelrecht durchgesetzt worden ist, ist nicht geeignet.

Jetzt zur Autonomie, zur Freiwilligkeit und zum Altruismus. Hierzu hat Herr Gründel schon sehr begründete Ausführungen gemacht. Wenn in einer Familie jemand einem Familienangehörigen, dem Vater und Ernährer oder dem Sohn, eine Spende macht, ist das nun altruistisch? Ich glaube, der Begriff Altruismus darf hier überhaupt nicht angewandt werden. Es werden immer egoistische, auf den Einzelnen bezogene Motive mit darin sein, und ich habe eine ganze Reihe von Lebendspendern erlebt, die an einen Pool spenden wollten. Es gibt dort Menschenfreunde, die es um der fremden Menschen Willen machen. Aber es sind vielfach auch eigenartige Menschenfreunde. Der Altruismus ist der Weg, einem eigenen Familienangehörigen etwas gesteuert zuzuwenden, denn die Leichenspende, die ja auch weitge-

hend durch die Angehörigen geschieht, ist eben nicht auf einen bestimmten Empfänger bezogen, sondern sie ist auf andere bezogen. Freiwillig mag ja derjenige handeln, der entschlossen sein Leben einsetzt. Der Gesetzgeber hat hier sicher nicht nur die Freiwilligkeit gemeint, sondern er hat das gemeint, was er als vernünftige Freiwilligkeit ansieht, und hat dadurch ein ganzes Stück Paternalismus eingesetzt, wenn man immer sagt „Man tut das nicht, man darf sein Leben nicht gefährden“. Hingegen wird heute beim Motorsport eine viel höhere Gefährdung zugelassen, als sie bei der Organspende zugelassen wird. Das ist gesetzgeberisch höchst problematisch, aber die reine Autonomie hier zuzulassen, ist sehr bedenklich.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Eigler, bitte.

Experte Prof. Dr. Dr. Friedrich-Wilhelm Eigler: Ich bin gefragt worden, ob es empirische Belege gibt, dass die offensive Werbung für die Lebendspende nachteilig für die postmortale Spende ist. Ich weiß nicht, ob Herr Kirste Belege im wissenschaftlichen Sinne hat. Ich kann nur über die Rückmeldungen berichten. Das Problem, welches mir von den Jüngeren mitgeteilt wird, ist, dass, wenn sie das Problem ansprechen, sehr viel auf die Lebendspende verwiesen wird, die das Problem ja eigentlich gelöst hätte. Der größte Teil Wartender sind natürlich die Nierenpatienten. Das ist eine Tendenz, die ich von hier höre. Die postmortale Spende ist irgendwo unangenehm. Da kann man mit dem Betreffenden nicht mehr reden, aber bei der Lebendspende billigen wir die Autonomie zu, und dann kann er „ja“ sagen, ob er es möchte oder nicht.

Damit komme ich zur Subsidiarität. Ich selber gebe zu, ich habe nur bei der Nierentransplantation Erfahrung mit der Lebendspende. Zu meiner Zeit war es so, dass man mit den Angehörigen gesprochen und sie auf die postmortale Spende verwiesen hat. Für den Fall aber, dass es zu lange dauern würde oder ein Problem auftritt, sei man dankbar zu wissen, dass jemand bereit stehen würde. In diesem Sinne bin ich nach wie vor dafür, eine Subsidiarität beizubehalten. Wenn man das nicht tut, sehe ich die Gefahr noch größer, dass dann die postmortale Spende, die wie ausgeführt andere mitbetrifft, weiter zurückgeht. Leider sind wir in Deutschland immer noch im Nachbarvergleich sehr schlecht dran.

Auch wenn ich dazu nicht gefragt bin, möchte ich noch einmal dringend dafür plädieren, die versicherungsrechtlichen Dinge richtig zu sehen. So lange die nicht geregelt sind, halte ich es einfach für unangebracht von irgend einer Art von Entschädigung zu reden, weil dann so getan wird, als wäre es das. Hier wäre es in meinen Augen ganz dringend, bei der zu er-

wartenden Ausweitung der Lebendspende Ordnung zu schaffen. Aber der Spender sollte dem gesunden Nichtoperierten in dieser Hinsicht gleichgestellt werden.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Egger, bitte.

Experte Dr. Bernhard Egger: Zur ersten Frage. Wie lange werden Nachbehandlung und Nachsorge bezahlt? Sie werden so lange bezahlt, wie sie medizinisch erforderlich sind. Da gibt es keine zeitliche Begrenzung.

Der zweite Punkt war die Frage nach der Erwerbsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit. Das spielt nur dann eine Rolle, wenn es aufgrund einer Komplikation zu schweren Gesundheitsschäden gekommen ist. Dann muss der Unfallversicherungsträger eintreten. Die Höhe und der Umfang der Entschädigung bemisst sich dann nach den gleichen Regeln wie z. B. bei jemandem, der einen Arbeitsunfall hatte oder unter einer Berufskrankheit leidet. Die Kritik mancher Betroffener geht dahin, dass sie sagen, dass ist im Vergleich zu meiner Einbuße immer noch kein 100%-iger Ausgleich, wie wenn ich jetzt gesund bleiben würde. Da sind auch noch Fragen offen. Es gelten dann einfach 1:1 die Bestimmungen aus dem Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung.

Der dritte Punkt. Herr Frei hat gerade erläutert, welche Konsequenzen es eventuell für die Warteliste bedeuten könnte, wenn ein Lebendspender nur noch eine Niere hat, dann kurz darauf die zweite Niere erkrankt und er deshalb dialysepflichtig ist. Was die Kostenübernahme der Behandlungen angeht, müsste zunächst geklärt werden, ob das eine Komplikation der Explantation der ersten Niere ist, was in der Regel nicht der Fall sein wird. Das wäre die erste Frage. Danach bemisst sich dann der Kostenträger – gesetzliche Krankenversicherung oder Unfallversicherer. Wobei ich sagen muss: da gibt es ein etabliertes Verfahren, wie die Krankenversicherung und der Unfallversicherungsträger sich untereinander darüber unterhalten und eine entsprechende Regelung finden. Das ist nichts, was der Betroffene selbst ausfechten muss. Für den Betroffenen ist zu keinem Zeitpunkt die Übernahme der Behandlungskosten gefährdet, weil das die beiden Kostenträger untereinander regeln.

Die letzte Frage war, ob die Vergütungen für Transplantationsleistungen eigentlich ausreichend sind. Dazu kann ich sagen, dass sie sich nach den DRG's bemessen genauso wie alle anderen stationären Behandlungsverfahren auch. Sie werden regelmäßig geprüft, neu kalkuliert und aktualisiert. Und dieser Kalkulationsmechanismus ist genau derselbe wie bei allen anderen Behandlungen. Es gibt kein Plus nur deshalb, weil es sich hier um Transplan-

tationsleistungen handelt, wobei der hohe Aufwand aufgrund der Kalkulationsgrundlagen angemessen berücksichtigt werden muss.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Höfling, bitte.

Experte Prof. Dr. Wolfram Höfling: Zunächst zu den Kommissionen, von denen uns Herr Schreiber erzählt hat. Sie seien Missgeburten, die wir aber bräuchten. Da muss man sich in der Tat fragen, wofür brauchen wir sie denn, wenn sie so falsch konstruiert sind? Mein Vorschlag war, ihre Stellung aufzuwerten, allerdings nicht die Verantwortung der transplantierenden Ärzte aufzuheben. Das geht nur, wenn die Entscheidung bei den Transplantateuren bleibt. Das halte ich für völlig richtig. Gleichwohl sehe ich es als einen Fortschritt an, die Verantwortung, die beim Transplanteur bleibt, an eine Darlegung dessen zu koppeln, warum er meint, die Freiwilligkeit des Näheverhältnisses, oder was es auch sonst sei, sei gegeben. Das bringt uns Transparenz. Das wird uns dann auch zeigen, warum manche Leute lieber auf das Hopping setzen, als zu begründen, warum es nicht richtig ist, was die Kommission gesagt hat. Das könnten wir uns davon erhoffen, und das wäre ein Fortschritt sowohl für den Spender als auch für den Empfänger.

Zur Subsidiaritätsklausel. Frau Albers, ich möchte mich bemühen, die von Ihnen bemerkte Unterkomplexität ein wenig zu beheben. Das was Herr Gutmann und ich dazu gesagt haben, war in der Tat nicht nur spenderbezogen gedacht. Ich habe zum einen darauf hingewiesen, dass in einer Konzeption, die aus meiner Sicht ohnehin problematisch ist, nämlich auf Hirntod-Postmortalspenden zu setzen, es für mich eine Frage ist, ob ich so etwas unterstütze. Das andere ist: Es gibt natürlich auch Schwierigkeiten auf Empfängerseite, mit postmortalen Spenden umzugehen, für die es auch einfacher ist, von einem Verwandten eine Spende zu erhalten. Das, finde ich, ist ein völlig legitimer Grund. Dies in dieser kategorischen Form aufrecht zu erhalten, es in der Praxis aber nicht zu beherzigen – weil für den größten Teil der Nierentransplantation es nie so sein wird, dass im Zeitpunkt der Organentnahme, wie das Gesetz es sagt, ein postmortales Organ zur Verfügung steht –, ist praktisch symbolische Gesetzgebung, die wir haben und nicht mehr. Und die brauchen wir nicht.

Zur Frage von Herrn Merkel. Ich stimme ihnen völlig zu. Jede Beschränkung der Möglichkeit zu spenden, ist ein Grundrechtseingriff. Er trifft die abwehrrechtliche Seite der betroffenen Grundrechte. Es ist nicht nur die allgemeine Handlungsfreiheit, es ist genau genommen Art. 2 Abs. 2 GG als Selbstbestimmungsrecht über die leibliche Integrität. Und es ist darüber hinaus, wenn es Familienangehörige oder Ehegatten betrifft, auch noch ein Eingriff in Art. 6 Abs. 1 GG und Art. 6 Abs. 2 GG. Das muss man sehen und deshalb bedarf es, wie sie zu

Recht gesagt haben, schon vernünftiger und gewichtiger Gegengründe, um einen solchen Eingriff legitimieren zu können. Es gibt Gegengründe, die einmal in der Ermöglichung der Autonomie liegen, das, was ich „prozeduralen Paternalismus“ nenne. Das wären funktionierende Lebendspendekommissionen. Hier habe ich kein Problem damit, so etwas zu machen. Danach gibt es, Frau Graumann hat es schon angesprochen, ein legitimes verfassungsrechtliches Ziel des Gesetzgebers zu sagen, das ärztliche Prinzip des Nichtschädigens, des Verbots fremdnütziger Interventionen ist von so hoher Bedeutung für Vertrauen und Funktionsfähigkeit eines Gesundheitssystems, dass wir das auch als einen Gegengrund anerkennen.

Ein Drittes. Die verfassungsrechtliche, objektivrechtliche Garantie von Leben und körperlicher Unversehrtheit – nämlich die Schwächen und die immer bleibenden Schwächen von Kontrollsystemen ins Auge gefasst und berücksichtigt – würde dann den Gesetzgeber aus meiner Sicht auch noch dazu ermächtigen zu sagen: Dann lassen wir es im Hinblick auf einen ganz überschaubaren Raum – nämlich die Näheverhältnisse und die Verwandtschaftsverhältnisse – zu, unter Inkaufnahme, dass das vielleicht keine besonders konsistente Lösung ist. Aber damit haben wir ein verfassungsrechtlich auch akzeptiertes Gegenprinzip, was wir damit schützen können. Ich glaube, dieses lässt sich rechtfertigen, obwohl ich selbst durchaus für gewisse Erweiterungen offen bin.

Zu den Versicherungen nur noch ganz kurz. Mir geht es darum, dass der Spender ein Gegenüber hat, dem er mit einem eigenen Anspruch gegenübertritt. Es kann nicht sein, dass es einmal die gesetzliche Krankenversicherung ist, einmal die Unfallversicherung, und dass es irgendwelche Streitigkeiten gibt. Warum macht der Gesetzgeber nicht ganz klar einen einfachen eigenen Anspruch – wir kennen vergleichbare Sachen - des Spenders gegen die Krankenkasse des Empfängers, und intern kann ein Ausgleich mit der unechten gesetzlichen Unfallversicherung erfolgen? Wie auch immer, das soll den Spender jedenfalls nicht interessieren. Wir brauchen natürlich für die Privatversicherten eine eigenständige Regelung. Deshalb führt kein Weg daran vorbei, dass der Gesetzgeber sich dieser Frage annimmt.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Gutmann, bitte.

Experte Dr. Thomas Gutmann: Danke, Herr Schreiber, für ihre Bemerkung hinsichtlich Münchens. Es ist richtig, dass wir seit Jahren darauf hinweisen, dass das Gesetz Schwächen hat, und uns andererseits aber sehr, sehr exakt an dieses Gesetz halten. Falls es so zu

verstehen war, dass es mit dem Gesetzesvorhaben in der ständigen Kommission der Bundesärztekammer nicht ganz so weit her ist, müsste ich Ihnen Recht geben.

Herr Geisler, wer wäre denn ein altruistischer Spender? Wir wissen es nicht. Wenn wir die Erfahrungen der amerikanischen Kollegen hochrechnen, dann würde ich sagen, wahrscheinlich ein repräsentativer Querschnitt durch das moralisch sensiblere Viertel unserer Bevölkerung mit Problemen. Sind diese altruistischen Spender altruistisch? Nein, natürlich nicht. Die amerikanischen Kollegen haben den Begriff längst fallengelassen. Es ist auch nicht nötig. Es ist auch der normale Lebendspender nicht altruistisch. Herr Mieth hat darauf hingewiesen. Wir verfolgen und erforschen jetzt seit 13 Jahren die Motive unserer Lebendspender. Ein Beispiel: Die Ehefrauen, die für ihre Männer spenden, sind durch die Bank und ohne jede Ausnahme primär selbstbezogen motiviert. Sie wollen ihr eigenes Leben mit dem Partner wieder in den Griff bekommen. Das ist moralisch völlig in Ordnung und rechtlich ohnehin, da man in diesem Land kein Held der Selbstverleugung sein muss, um seine Grundrechte in Anspruch nehmen zu dürfen. Ich denke, dass Ähnliches auch für den altruistischen Spender gelten würde, dass wir keine Fallzahlen bekommen werden, die den Organmangel beheben, versteht sich von selbst. Das wäre illusorisch.

Ich bin Herrn Merkel zunächst einmal für den Hinweis zum Organhandelsverbot dankbar. Es ist richtig. Der Paragraph ist vollständig verfehlt, er ist handwerklich verfehlt. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat konstatiert, dass der Gesetzgeber offensichtlich nicht gewusst hat, was er überhaupt regeln wollte. Das ist schön ausgedrückt. Gerade wenn man das Organhandelsverbot nicht aufweichen will, sollte man sich in diesem Haus hier dafür einsetzen, dem Organhandelsverbot eine Formulierung zu geben, die rechtlich tragbar ist. Dass der Begriff des Handeltreibens Unsinn ist, sehen sie schon daran, dass er normativ impliziert, dass eine Mutter, die ihrer siebenjährigen Tochter ein Organ spendet, ohne Geld dafür zu kriegen, in etwa normativ so zu bewerten wäre, wie eine Mutter die ihren siebenjährigen Kindern ein Päckchen Heroin schenkt. Und schon vom Ansatz her ist diese Parallele zum Betäubungsmittelstrafrecht offensichtlich nicht ganz gelungen.

Der wesentliche Punkt ist das Problem der Freiwilligkeit, zumal Frau Albers, wie ich meine, die Finger gerade in die falsche Wunde gelegt hat. Ich glaube, dass unsere Probleme mit der Lebendspende zum Teil auf einem relativ einfachen normativen Missverständnis beruhen. Ich glaube, dass die Kritik, die sie an der scheinbaren Unterkomplexität des Begriffs der Freiwilligkeit, wie ich und die meisten Ethiker ihn verwenden, haben, nicht berechtigt ist. Denn dass, was sie mutmaßlich unter einem komplexeren Freiwilligkeitsbegriff verstehen, wäre unter moralischer Hinsicht falsch und unangemessen. Es ist richtig und wird von nie-

mandem in Abrede gestellt, dass die Möglichkeit zur Lebendspende schwierige Entscheidungen generiert. Wenn mein Kind krank ist und ich als Vater ihm eine Leber spenden kann und ich möglicherweise Angst habe vor diesem Eingriff, dann stehe ich einer schwierigen Entscheidung gegenüber. Nur, Freiwilligkeit ist in all dem, was uns daran interessiert, kein psychologischer Begriff, er ist ein normativer Begriff. Was hätte es denn für Folgen, wenn Sie sagen, ein solcher Vater könne sich nicht freiwillig entscheiden? Wollen Sie denn wirklich sagen, dass sich Menschen gerade in den Entscheidungen im Leben, auf die es ankommt, in den kritischen Lebensentscheidungen, nicht zu Entscheidungen durchringen können, die wir ihnen normativ zuschreiben können? Wollen Sie wirklich sagen, dass die einzige freiwillige Entscheidung, die wir treffen können, die ist, ob ich lieber Himbeereis oder Erdbeereis will? Das kann es offensichtlich nicht sein. Selbstverständlich ist dies die schlichte Verwechslung zwischen der schwierigen Entscheidung und einer freiwilligen Entscheidung. Freiwillig kann ich mich entscheiden, auch wenn ich nur vor sehr unangenehme Alternativen gestellt bin. Das ist das Grundmissverständnis, und wir müssen aufpassen, den normativen Sinn des Freiwilligkeitsbegriffs nicht zu kontaminieren, indem wir psychologische Überlegungen hineinbringen, die im Begriff der Freiwilligkeit und seinen normativen Funktionen nichts zu suchen haben, obwohl wir sie ständig vor Augen haben. Denn dabei helfen wir den Betroffenen doch gerade.

Zum letzten Punkt, der Subsidiarität. Ich kann mich dem anschließen, was Herr Höfling gerade gesagt hat. Wir haben bei der Leber vielleicht 100 % – nach unseren Münchner Erfahrungen – und bei der Niere 90 % der Paare, die sich auf die Lebendspende vorbereiten, und die das postmortal zur Verfügung stehende Organ natürlich nehmen würden, wenn es denn kommen würde, was nicht geschieht. Bei den restlichen 10 % der Niere haben wir die Fälle, dass die Frau für ihren Mann spenden will, weil dieser sagt, er habe psychologische oder religiös motivierte Einwände dagegen, das Organ eines Drittmenschen zu erhalten. Er brauche aber die Organtransplantation. Das mag uns objektiv irrational erscheinen. Derlei Irrationales ist allerdings von unserem Grundgesetz geschützt. Wenn diese Frau von uns nachdrücklich über die relativen Vorteile des Wartens auf das postmortale Organ aufgeklärt wird und sich dann entschließt, die Entscheidung ihres Mannes mitzutragen und als Lebendspende weiterhin zur Verfügung stehen zu wollen, dann wäre Ihre Position angesichts der Subsidiarität reiner, harter Paternalismus. Sie würden dieser Frau sagen, dass es egal sei, was sie wolle, dass es egal sei, welche Wertentscheidungen sie treffe, dass man oder der Gesetzgeber besser wisse als sie, was für sie gut sei. Man verbiete ihr auch im konkreten Fall, die relativ geringen Risiken einer Lebendniere spende einzugehen. Sie würden in letzter Konsequenz dieser Frau den Status einer moralischen Person abschreiben, so wie wir – auf der

Basis unseres Personenbildes des Grundgesetzes – Erwachsene einsichtsfähige Menschen verstehen. Ich persönlich halte es für moralisch in keiner Weise zu rechtfertigen, und ich halte es in einem liberalen Rechtsstaat für schlechthin illegitim, in dieser ganz konkreten Konstellation.

Vorsitzender: Vielen Dank! Herr Lilie, bitte.

Experte Prof. Dr. Hans Lilie: Frau Riedel, die Frage nach der Versicherung ist von hieraus eindeutig beantwortet. Zum Handeltreiben. Die Verknüpfung mit dem Betäubungsmittelstrafrecht ist in der Tat höchst unglücklich. Vielleicht ein Silberstreifen am Horizont: Der BGH wird in Kürze im Großen Senat die Frage des Handeltreibens neu definieren müssen. Es gibt eine Vorlage des 3. Senats, eine Anfrage an einen anderen Senat, ob sie an der bisherigen Rechtsprechung zur weiten Auslegung des Begriffs des Handeltreibens festhalten werden. Es steht ausdrücklich in der Vorlage, dass diese Frage das TPG mit erfasst. So würde ich empfehlen, diese Entwicklung in der Rechtsprechung zu verfolgen. Es geht darum, hinsichtlich der Bestimmtheit auf die wirklichen schuldrechtlichen Geschäfte als Anfang der strafrechtlichen Verantwortung zu blicken. Zu den Kommissionen, Herr Wunder, würde ich sagen wollen, dass man bedenken soll, dass es sich hier um eine gutachterliche Stellungnahme handelt. Solche Dinge durch weitere Rechtssysteme, durch ein Rechtsschutzsysteme überprüfen zu wollen, ist für sich genommen schon bedenklich. Wir haben viel zur Freiwilligkeit gehört. Wenn ein Arzt sich über ein Votum hinwegsetzt und dies nicht begründbar ist, könnte man darüber nachdenken, ihm die entsprechende DRG bei der Abrechnung abzuerkennen. Ich glaube, dann würde er vorsichtiger werden. Danke.

Vorsitzender: Ich bedanke mich bei allen Sachverständigen, dass sie uns unsere Fragen beantwortet haben, und danke auch für die schriftlichen Stellungnahmen. Herr Wodarg hat noch eine Frage. Wenn sie kurz ist und kurz beantwortet werden kann, würde ich sie zulassen, weil er heute Nachmittag wegen einer anderen, parallel tagenden Sitzung zur Änderung des AMG nicht dabei sein konnte.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich möchte deshalb auch den Bezug zum AMG gleich herstellen. Wir haben bei der Umsetzung des AMG auch über Ethikkommissionen diskutiert. Hier ist es so, dass diese Ethikkommissionen in Zukunft eine genehmigende Funktion haben werden, und es wird ebenso durch den Gesetzgeber ein Rechtsschutzsystem eingeführt. Meine Frage ist, ob Sie da eine Parallele sehen. Lässt sich da von einem auf das andere schließen? Herr Lilie und Herr Höfling, vielleicht ganz kurz dazu.

Experte Prof. Dr. Hans Lilie: Ich meine, das ist eine ganz andere Entscheidung. Bei der Lebendspende geht es um die konkrete Leidenssituation der Patienten, bei der die Freiwilligkeit überprüft wird, während bei den das AMG betreffenden Fragen harte Fakten eine Rolle spielen und eben nicht diese persönliche Feststellung der Freiwilligkeit.

Experte Prof. Dr. Wolfram Höfling: Natürlich ist die Parallele nur begrenzt möglich. Aber sie zeigt, dass Rechtsschutz natürlich bei Lebendspendekommissionen möglich und auch gefordert ist. Allerdings sind Überprüfungs- und Kontrollen der Gerichte bei Kommissionsentscheidungen natürlich erheblich geringer als im AMG-Recht. Das ist ganz klar. Es gibt immer noch einen weiten Beurteilungsspielraum. Andererseits müssen aber willkürliche, offenkundige verfahrensrechtliche Fehler von Kommissionen auch über den Rechtsschutz ausgehebelt werden können. Das geht gar nicht anders in einem Rechtsstaat.

Vorsitzender: Wir sind am Ende dieser Anhörung, und ich bedanke mich nochmals bei den Experten und wünsche einen guten Nachhauseweg. Das gilt auch für die Sachverständigen der Enquete-Kommission. Ich bedanke mich auch bei meinen Kollegen, die noch eine anstrengende Woche vor sich haben, sowie bei der Themengruppe, vor allen Dingen auch bei Frau Klöckner, die die Koordination übernommen hat. Ich bedanke mich auch beim Sekretariat für die Vorbereitung und Durchführung und bei den Zuhörern, die dabei waren. Ich hoffe, auch sie konnten etwas davon mitnehmen. Es wird alles im Internet veröffentlicht. Letztendlich bedanke ich mich auch, das wird so oft vergessen, bei denjenigen, die uns hier mit Getränken und Speisen versorgt haben. Ich wünsche Ihnen einen schönen Tag und eine schöne Woche.

Ende der Sitzung 16.10 Uhr.

Hubert Hüppe, MdB

Verzeichnis der Anlagen:

Anlage Nr. 1: Liste der eingeladenen Expertinnen und Experten

Anlage Nr. 2: Fragenkatalog