

**Stellungnahme  
des AOK-Bundesverbandes  
zum Fragenkatalog zur öffentli-  
chen Anhörung  
„Organlebendspende“ der  
Enquete-Kommission  
„Ethik und Recht der modernen  
Medizin“ am  
1. März 2004**

**Stand: 11.02.04**

## Allgemeine Vorbemerkung

Die Auffächerung des vorgelegten Fragenkataloges zeigt die Komplexität der Thematik der Organlebenspende. Es sind ebenso ethische, juristische, medizinische wie organisatorische und finanzielle Fragen berührt, für deren Beantwortung dem AOK-Bundesverband aus seiner Stellung heraus in Teilen die Erkenntnisse, die fachlichen Kompetenzen oder die Legitimation im Sinne eines Mandats (z.B. in ethischen Fragen) fehlen. Dennoch wird aus dem Selbstverständnis der AOK in dieser Stellungnahme konstruktiv versucht, nicht nur zu Fragen der Finanzierung und zur Ausgestaltung des Leistungsrechts rund um die Organlebenspende Auskunft zu geben, sondern zu möglichst vielen Fragen in jeweils unterschiedlicher Tiefe eine Einschätzung zu geben.

Grundsätzlich begrüßen wir die Intention des Gesetzgebers, der mit den Vorschriften zur Organlebenspende in § 8 des Transplantationsgesetzes als Leitprinzipien den Vorrang der postmortalen Organspende, den Schutz des Lebenspenders, die Freiwilligkeit der Lebenspende sowie die Vorbeugung gegen den Organhandel herausgestellt hat.

Vor allen Überlegungen, wie die Lücke zwischen Bedarf und Angebot an Spenderorganen durch neue Wege geschlossen werden kann, sollte aus Sicht des AOK-Bundesverbandes zunächst sorgfältig eine unvoreingenommene Prüfung erfolgen, ob alle im heutigen Rechtsrahmen bestehenden Potenziale zur Förderung der Organspende wirksam und anhaltend genug ausgeschöpft worden sind.

## A. Erfahrungen mit dem Transplantationsgesetz, Ermittlung von Änderungsbedarf

### 1. Welche Erfahrungen wurden mit dem Transplantationsgesetz vom 05.11.1997 (TPG) hinsichtlich der Lebenspende gemacht?

#### Teilfrage 1:

**Warum hat die Anzahl von Lebensspenden im letzten Jahrzehnt stark zugenommen?**

Verschiedene Gründe in unterschiedlicher Gewichtigkeit kommen hier in Betracht (21): Der Mangel an postmortal entnommenen Spendeorganen ist anhaltend, die Erfolgsaussichten einer Transplantation nach Lebendorganspende sind vergleichsweise besser, die Bereitschaft zur Lebendorganspende in der Bevölkerung ist ebenso wie die Akzeptanz unter Transplantationsmedizinern gewachsen und nicht zuletzt haben die Transplantationszentren in Deutschland inzwischen in deutlich größerer Breite die fachlichen Kompetenzen zum medizinischen Management der Organlebenspende erworben.

#### Teilfrage 2:

**Gibt es Defizite im Transplantationsgesetz und Probleme beim Gesetzesvollzug hinsichtlich der Lebenspende und welche Schlussfolgerungen sind daraus zu ziehen?**

Nach Auffassung des AOK-Bundesverbandes sind die Bestimmungen des Transplantationsgesetzes (TPG) zur Organlebenspende im Wesentlichen ausreichend.

**Teilfrage 3:**

**Welche Gründe gibt es für die unterschiedlichen Funktionsraten bei Lebens- und postmortalen Spenden?**

Die vergleichsweise besseren Funktionsraten bei Lebendorganspenden hängen mit der verminderten Ischämiezeit (Mangeldurchblutungszeit) und dem geringeren Grad der Organvorschädigung im Vergleich zu den Organen von hirntoten Patienten zusammen, die unter intensivmedizinischen Bedingungen auf reduziertem Vitalniveau bis zur Entnahme der Spendeorgane künstlich am Leben erhalten werden müssen.

**2. Welche Kriterien gelten für die Feststellung der besonderen persönlichen Verbundenheit zwischen Lebendspender und Organempfänger in der Praxis der Anwendung des Gesetzes?**

Dem AOK-Bundesverband fehlen detaillierte Einblicke in die Beurteilungspraxis der Lebensspendekommissionen, die die Aufgabe haben, das Vorliegen einer besonderen persönlichen Verbundenheit zwischen Lebendspender und Empfänger zu prüfen. Ob hier bundesweit einheitliche Kriterien zur Anwendung kommen, darf bezweifelt werden, da unter anderem die Beurteilungsgrundlage der Kommissionen verschieden sein kann, weil nach den Ausführungsbestimmungen der Länder zum Transplantationsgesetz die mündliche Befragung von Spender und Empfänger durch die Lebensspendekommissionen entweder obligat oder nur fakultativ vorgesehen ist.

**3. Es wird gesagt, dass mehr Frauen als Männer Lebendspenderinnen sind, aber mehr Männer als Frauen Organempfänger nach Lebendspende sind (*gender imbalance*). Was sind die Gründe für dieses Ungleichgewicht?**

Die höhere weibliche Lebendspenderate wird international beobachtet (5) und dürfte – neben weiteren - seine Gründe sowohl im tradierten weiblichen Rollenverständnis (familiäre Fürsorgepflicht) als auch national in soziokulturellen und ökonomischen Gegebenheiten haben, so etwa in Indien, wo bis zum Verbot des Organhandels insbesondere junge heiratswillige Frauen ihre Niere „spendeten“, damit der Vater die verpflichtende Mitgift bezahlen konnte (39).

**4. Welches sind die Gründe für die unterschiedliche Anzahl von durchgeführten Transplantationen nach Lebendspende in den einzelnen Transplantationszentren, wie sie z.B. im Jahresbericht der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) von 2002 für die Nierentransplantation aufgeführt sind?**

Ein wesentlicher Grund dürften die unterschiedlichen – auch ethischen - Auffassungen der Leiter der Transplantationszentren zur Organlebendspende sein (1, 9,42), da die Organentnahme bei einem Gesunden mit erhöhten Risiken verbunden ist (z.B. Teilleberlebendspende) und somit in jedem Einzelfall sorgfältig mit dem ärztlichen Grundprinzip des „primum nihil nocere“ in eine Güterabwägung gebracht werden muss (27). Daneben bestehen zur Frage der Verfügbarkeit über den eigenen Körper unterschiedliche ethische Auffassungen unter den Medizinern (23).

**5. Die nach dem TPG und Landesrecht einzusetzenden Lebensspendekommissionen sollen die Freiwilligkeit der Lebendspende sicherstellen und der besonderen Schutzbedürftigkeit von Lebendorganspendern Rechnung tragen, die sich daraus ergibt, dass die Organentnahme für diese keinen therapeutischen Nutzen hat, aber mit erheblichen Eingriffen in ihre körperliche Integrität und mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden ist. Wird dieser Zweck durch die nach Landes-**

**recht eingerichteten Kommissionen erfüllt oder welcher Änderungsbedarf besteht in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht?**

Dem AOK-Bundesverband fehlen wie bereits erwähnt Erkenntnisse über die konkrete Arbeit der Lebensspendekommissionen. Allerdings ist das Bemühen der Kommissionen, in einer offenen demokratischen Gesellschaft Transparenz über ihre wichtige und verdienstvolle Arbeit herzustellen, scheinbar nicht immer klar erkennbar geworden (36). Bevor man jedoch über einen rechtlichen Änderungsbedarf nachdenkt, sollten zunächst alle Möglichkeiten zur Schaffung von Transparenz und zur bundesweiten Harmonisierung der Beurteilungspraxis der Kommissionen ausgeschöpft werden. Hierzu könnten ein regelmäßiges Berichtswesen unter Einschluss der Zahl abgelehnter Fälle ebenso dienen wie ein regelmäßiger, bundesweiter und systematischer Erfahrungsaustausch, sowie schließlich eine strukturierte Einführung für neue Kommissionsmitglieder, evtl. auf Basis von bundeseinheitlichen Schulungsmaterialien. Die Sicherstellung einer bundesweit nach einheitlichen Kriterien vorgenommenen Begutachtungspraxis ist in einem Rechtsstaat unerlässlich. Auch an einer anderen Stelle der Prozesskette bei der Organtransplantation scheint es in Deutschland eine bedenkliche Praxisvariation zu geben, nämlich bei der Anwendung von Auswahlkriterien für die Empfänger von Organlebendspenden (25,42).

**6. Welche Aufgaben und Kompetenzen haben nach den einzelnen Landesgesetzen die Lebensspendekommissionen? Haben sich die Kommissionen diesbezüglich bewährt? Können sie insbesondere einen Handel mit Nieren und (Teil)Lebern von Lebendspendern wirksam verhindern?**

Zur Beantwortung dieser Frage genügt eine tabellarische Synopse der Ausführungsgesetze der Länder zum TPG, auf die wir hier allerdings aus Aufwandsgründen verzichten wollen. Ein fundiertes Urteil über die Bewährung der Lebensspendekommissionen können wir aufgrund fehlender Einblicke in die Begutachtungspraxis nicht abgeben. Dass durch die Existenz der Kommissionen der Organhandel in Deutschland apriori erschwert wird, scheint uns unstrittig, ob er allerdings gänzlich verhindert wird, kann vor dem Hintergrund von in der Presse berichteten Verdachtsfällen (38) nicht sicher behauptet werden.

**7. Wie transparent ist der Entscheidungsprozess der Lebensspendekommissionen? Mit welchen Konsequenzen müsste eine Kommission rechnen, die kommerzielle Aspekte übersehen hat? Wer kontrolliert die Tätigkeit der Kommissionen?**

Wir möchten in Bezug auf die erste Teilfrage auf die Antwort zu Punkt 5. verweisen. Uns sind keine Konsequenzen für die Lebensspendekommissionen zur Kenntnis gelangt, wenn Sie kommerzielle Aspekte übersehen und dies später bekannt wird. Sofern allerdings hierfür grobe Fahrlässigkeit in der gutachterlichen Tätigkeit der Grund ist, sollten die betroffenen Kommissionsmitglieder ihr Amt zur Verfügung stellen. Sind gutachterliche Verfahrensmängel ursächlich für das Übersehen von Anhaltspunkten für einen Organhandel, so sollten solche Fälle im Sinne eines Qualitätsmanagements zum Gegenstand des unter Punkt 5. angeregten systematischen Erfahrungsaustausches gemacht werden. Eine Kontrolle der Lebensspendekommissionen kann nur durch die für Gesundheit zuständigen Landesministerien erfolgen.

**8. Wie wird in der Praxis mit einer Beschwerde gegen die Durchführung der Lebendspende umgegangen?**

Nach unserem Kenntnisstand wird bei einer Beschwerde oder nach entsprechenden Medienberichten die Prüfungskommission der ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer eingeschaltet, um die Vorwürfe zu prüfen (37).

**9. Ist es zutreffend, dass die Arbeitsweisen der Lebendspendekommissionen von Bundesland zu Bundesland stark variieren? Wie bewerten Sie dies? Ist gegebenenfalls eine bundeseinheitliche Regelung anzustreben?**

Wir möchten hier auf die Antworten und Vorschläge zu den Fragen 2 und 5 verweisen. Im Übrigen sollte wenigstens in den Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Organlebendspende prinzipiell ein „Kommissionsshopping“ als nicht statthaft erklärt werden. Darüber hinaus scheint es angeraten, dass sich wegen der Länderhoheit in den Ausführungsfragen zum TPG und den Lebensspendekommissionen die Gesundheitsministerkonferenz zeitnah schwerpunktmäßig mit dem Thema der Vereinheitlichung der Begutachtungspraxis in den Kommissionen beschäftigt.

**10. In den meisten Staaten Europas ist der Spenderkreis für die Lebendspende erheblich weiter gefasst als nach dem TPG. Wie sind die Erfahrungen in den anderen europäischen Staaten, den USA und Kanada mit der Lebendspende?**

Für eine valide Beurteilung der internationalen Erfahrungen mit einem größeren Kreis potentieller Organlebendspender fehlt dem AOK-Bundesverband die einschlägige Expertise. Die insbesondere in Norwegen gemachten Erfahrungen mit der aktiven Lebendnierenspendersuche in der Familie des potentiellen Organempfängers und der damit erreichten Quote fast ausschließlicher Verwandten-Organlebendspenden (9) zeigt allerdings, dass die Ausweitung des Spenderkreises nicht zwangsläufig zur Erhöhung der Zahl von Organlebendspendern erforderlich ist.

**11. In einigen Ländern ist die Lebendspende gegenüber der postmortalen Spende subsidiär, in anderen ist es umgekehrt. Wie beurteilen Sie die Auswirkungen einer solchen Regelung auf Bedingungen und Erfolg der Transplantation? Sollte die klare gesetzliche Rangfolge, wie sie im TPG geregelt ist (postmortale Spende hat Vorrang vor der Lebendspende), geändert werden und in welche Weise?**

Das Prinzip der Subsidiarität der Lebendspende gegenüber der Postmortalspende sollte wegen der Risiken der Lebendspende sowie der Verhinderung von Organhandel beibehalten werden. Dennoch sollte diskutiert werden, ob es ethisch und juristisch vertretbar sowie praktisch aussichtsreich wäre, unter Beibehaltung des Subsidiaritätsprinzips analog zum norwegischen Modell (siehe Antwort zu Frage 10) durch eine aktivere Lebendnierenspendersuche in der Familie des Betroffenen mit Unterstützung der Transplantationszentren die Quote an Verwandtenspenden zu erhöhen. Zu berücksichtigen ist allerdings bei dieser Diskussion die Frage, ob in Deutschland tatsächlich alle alternativen Möglichkeiten zur Förderung der Postmortalspende ernsthaft und anhaltend genug ausgeschöpft worden sind. Die aktuellen Zahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation für das Jahr 2003 (18) zeigen ein Anwachsen der Postmortalspenden um 11 % zum Vorjahr mit erheblichen Unterschieden zwischen den Bundesländern. Diese erhebliche positive Veränderung sowie die Variation zwischen den Bundesländern macht offenkundig, dass vermutlich längst nicht alle Möglichkeiten zur Förderung der Bereitschaft zu Organspenden nach dem Tode in der Bevölkerung, und zur Identifikation potenzieller Postmortalspender in den ca. 1400 Intensivstationen der deutschen Krankenhäuser – z.B. durch bundesweite Einführung von Transplantationsbeauftragten - ausgeschöpft sind (22). Hier gibt es zudem Hinweise aus der Presseberichterstattung (2), dass vermutlich aufgrund von Organisationsproblemen insbesondere Transplantationszentren mit kleinen Fallzahlen von Eurotransplant zur Verfügung gestellte Spenderorgane ablehnen. Eine Lösung bestünde in einer konsequenten Bündelung der Transplantation Chirurgie auf einige wenige große Zentren, etwa unter Maßgabe der Mindestmengenregelung nach § 137 SGB V. Dies wäre auch

unter der Perspektive des im Transplantationsbereich nachgewiesenen Zusammenhangs von Menge und medizinischer Ergebnisqualität zu begrüßen.

**12. Sollte der Kreis der Lebendspender auch in Deutschland gesetzlich erweitert werden und in welcher Weise?**

Eine Erweiterung des Kreises der Lebendspender ist unserer Einschätzung nach grundsätzlich nicht erforderlich. Über die bisherige Gesetzgebung ist nach dem Urteil des Bundessozialgerichtes (AZ: B 9 VS 1/01 R)(45) auch die Überkreuz-Lebendspende abgedeckt, da die rechtlich geforderte enge Verbundenheit nicht für jeden offenkundig sein muß, sondern „die fachkundigen Personen, die sich im Vorfeld der OP mit den Spendern und Empfängern befaßt haben“, die Verbundenheit anerkennen. Allenfalls, nach Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Erhöhung der postmortalen Spendebereitschaft und der Möglichkeiten, die es bisher im Rahmen der Lebendspende gibt, wäre gegebenenfalls die Einführung der anonymen altruistischen Lebendspende zu diskutieren.

**13. Wie kann die Freiwilligkeit der Spende dabei sichergestellt werden?**

Ausgehend von den Grundsätzen für die Lebendspende, der Freiwilligkeit, Informiertheit und der Autonomie des Spenders (21), ist die Entscheidung des Spenders als ein prozesshaftes Geschehen aufzufassen. Dies erfordert einen professionell unterstützten Prozess der Abwägung im Sinne eines „informed consent“. Die Beratung im Vorfeld der Organspende soll dem potenziellen Spender helfen, zu einer Entscheidung ohne jeglichen Druck oder Zwang zu kommen. Die unabhängige Lebendspendekommission hat dann zu prüfen, ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Entscheidungsfreiheit beeinträchtigt ist oder es finanzielle Hintergründe (z.B. Empfänger an Spender) gibt. Die der Kommission zur Verfügung gestellten Informationen zur Beurteilung der Freiwilligkeit müssen aussagekräftig sein, am besten sollen diese durch mündliche Anhörung gewonnen werden. Unabdingbar ist die Umkehrbarkeit des Spendebestrebens zu jeglichem Zeitpunkt des Entscheidungsprozesses.

**14. Wie ist die Erweiterung der Lebendspendemöglichkeit medizinethisch zu bewerten? Welche Begrenzungen sind in medizinethischer Hinsicht erforderlich? Wo sind die Grenzen der Verfügbarkeit über den eigenen Körper in ethischer Hinsicht?**

Eine Erweiterung der Lebendspendemöglichkeit um die anonyme altruistische Form entspricht der abendländischen christlichen Sichtweise, die eine Lebenspende als Ausdruck der Nächstenliebe nach sorgfältiger Gewissensprüfung befürwortet. Dabei ist ein tragender Aspekt die Uneigennützigkeit und Großzügigkeit. Dies geht einher mit dem medizinethische Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Menschen. Die Entscheidung zur Lebendspende beinhaltet das sorgfältige Abwägen der ethisch motivierten individuellen Entscheidungsfreiheit eines lebenden, zumeist gesunden Spenders im Vergleich zum Rechtsgut seines Lebens und seiner Gesundheit. Es ist Wert zu legen auf die genaue Kenntnis des potentiellen Spenders über seine persönlichen Risiken und über die Prognose des Empfängers. Dazu führt Gutmann (40) aus:

„Da es einen moralischen Unterschied bedeutet, ob man jemanden zugesteht, ein selbstgewähltes Risiko einzugehen, oder ob man ihn dazu auffordert, sollten die Transplantationszentren insbesondere in Hinblick auf riskante Eingriffe wie die Lebertransplantation jeden Versuch unterlassen, offensiv Lebendspender anzuwerben“.

- 15. Sollte die sog. Cross-over-Spende, die nach bisher überwiegender Ansicht der Rechtslehre und Rechtsprechung dem TPG widerspricht, weil die besondere persönliche Verbundenheit nur vermittelt über den Partner/die Partnerin vorliegt, zugelassen werden? Wie wäre bei Zulassung der Cross-over-Spende der Möglichkeit des verdeckten Organhandels vorzubeugen? Sollte die Cross-over-Spende anonym – ggf. vermittelt durch eine zentrale Stelle – erfolgen und wäre eine solche Regelung geeignet, einen Organhandel auszuschließen?**

Nach dem im Dezember 2003 gefällten Urteil des Bundessozialgerichtes verlangt das Gesetz keine gemeinsame Lebensplanung von Spender und Empfänger. Die geforderte Verbundenheit muss nicht für jeden offenkundig sein. Es reiche aus, wenn „die fachkundigen Personen, die sich im Vorfeld der Op mit den Spendern und Empfängern befaßt haben“ zu dieser Einschätzung kommen (45). Dies bedeutet hohe Anforderungen an die Unabhängigkeit des Gremiums und dem professionell gestützten Entscheidungsprozess des potentiellen Empfängers zu stellen.

Die Frage nach der Zulassung stellt sich nicht mehr nach dem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichtes und ein verdeckter Organhandel ließe sich durch ein stringentes, einheitliches Handeln der Lebendspendekommissionen nahezu ausschließen.

- 16. Sollte die altruistische Lebendspende eingeführt werden? Wie könnte hier der Möglichkeit des verdeckten Organhandels begegnet werden? Wäre die Regelung der anonymen altruistischen Lebendspende, vermittelt durch eine zentrale Stelle („Spenderpool“), geeignet, um die Möglichkeit eines Organhandels auszuschließen?**

Die Einführung der anonymen altruistischen Lebendspende würde eine Erweiterung der bisherigen gesetzlichen Regelung unter Wahrung der bisherigen Gesetzesgrundsätze wie Subsidiarität (postmortale Spende vor Lebendspende) und Freiwilligkeit bedeuten und wäre zu bejahen (21). Auch hier kommt den Lebendspendekommissionen eine große Bedeutung zu, deren Aufgabe auch in der Überprüfung bzw. Aufdeckung der möglicherweise vorhandenen monetären Aspekte ist. Wie bereits ausgeführt, spricht vieles dafür, dass die Organvermittlung von Lebendspendern durch eine zentrale Stelle einen Organhandel unterbinden kann. Anzumerken ist, dass die Einführung dieser Form der Lebendspende die Spendemöglichkeiten erweitert, aber aufgrund der zu vermutenden geringen Anzahl nicht das Problem der derzeit nicht ausreichenden Organe für Transplantationen lösen wird.

- 17. Sind die geltenden rechtlichen Regelungen zur Risikoabsicherung des Lebendspenders ausreichend? Oder welcher gesetzliche Änderungsbedarf besteht? Wie müsste ein angemessener Versicherungsschutz zugunsten des Lebendspenders (z.B. Kranken- und Lebensversicherung, Erwerbsunfähigkeitsversicherung) aussehen?**

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes sind die bestehenden rechtlichen Regelungen zur Risikoabsicherung von Lebendspendern ausreichend.

- 18. Wie müsste ein angemessener Nachteilsausgleich für den Lebendspender, insbesondere in Bezug auf eine Entschädigung für den Aufwand und die Kosten der Lebendspende, gestaltet werden?**

Die derzeit bestehenden Regelungen zum Nachteilsausgleich für Lebendspender werden von uns ebenfalls als ausreichend betrachtet. Im Hinblick auf die Verdienstaussfallsregelung erscheint uns allerdings eine klare Vorgabe für die Krankenkassen wünschens-

wert, da in der Praxis nicht einheitlich vorgegangen wird. Hier erstatten die Krankenkassen entweder den Verdienstausfall kalkuliert auf der Basis des nachgewiesenen Nettoverdienstes oder aber auch in Höhe des Krankengeldanspruches. Keinesfalls befürworten wir die von einigen Transplantationsmedizinern und Ethikwissenschaftlern (24,26,43) erhobene Forderung nach direkten finanziellen Anreizen zur Organlebenspende, da dies nach unserer Einschätzung den Organhandel befördern würde. Abschließend ein aktuelles Zitat (9) eines deutschen Transplantationsmediziners zu dem von angeblich einem Viertel der Organlebenspender in Deutschland beklagten Problem der unzureichenden finanziellen Spenderabsicherung und -entschädigung:

„Bei der unmittelbaren Rekrutierung von Lebendspendern stellen diese Probleme aufgrund der hohen Motivation der Lebendspender allerdings zurzeit in Hannover kein unüberwindbares Hindernis dar.“

**19. Ist es vertretbar, dass Organlebenspender in Zukunft auch bei der Vergabe von Organen nach postmortalen Spende bevorzugt werden?**

Eine solche Bevorzugung ist zu erwägen, da aus unserer Sicht indirekte Anreize direkten monetären Anreizen zur Erhöhung der Bereitschaft zur Organlebenspende immer vorzuziehen sind. Allerdings kann nach unserer Auffassung ein solcher „Spenderbonus“ nicht zu gewichtig sein und als Kriterium zur Platzierung auf der Warteliste für Organempfänger auch nicht dazu führen, dass die sonstigen Platzierungskriterien, insbesondere auch die medizinischen Kriterien, für Organlebenspender an Geltung verlieren. Entstände durch den Bonus eine erhebliche Benachteiligung anderer potenzieller Organempfänger auf der Warteliste, so wäre dies unter ethischen Gesichtspunkten sehr problematisch.

**20. Gibt es Defizite bei der Information und Aufklärung des Lebendspenders, auch hinsichtlich der erforderlichen Nachbetreuung?**

Hierzu liegen uns keine Erkenntnisse vor, so wie uns auch keine Untersuchungen aus Deutschland zu diesem Fragenkomplex bekannt sind.

**B. Medizinische Aspekte der Lebenspende und Folgen der Organtransplantation**

**21. Inwieweit ist die Lebenspende tatsächlich eine medizinische Möglichkeit, Defizite auf dem Gebiet der postmortalen Organspende auszugleichen?**

Die Organlebenspende ist tatsächlich eine medizinische Möglichkeit zum Defizit ausgleich bei den Postmortal Spenden. Es soll allerdings auf das fortschrittsbedingte Dilemma hingewiesen werden, dass die medizinischen Indikationskriterien für den Organempfang entsprechend der medizinisch-technischen Möglichkeiten immer weiter gefasst werden, so dass der Organbedarf (Patienten auf der Warteliste) schneller wächst als die Zahl verfügbarer Organe selbst bei zunehmender Spendebereitschaft. Daher besteht theoretisch auch eine Möglichkeit der Anpassung von Organbedarf und Organangebot in



einer Veränderung der medizinischen Indikationskriterien für die Transplantation, etwa durch eine stärkere Gewichtung der erwarteten Überlebenszeit nach Transplantation (20). Dies setzt das Vorgehen einer breit geführten medizinethischen Debatte voraus.

**22. Wie ist der aktuelle Stand der Lebendspende für kranke Kinder?**

Hierzu liegen uns keine systematischen Erkenntnisse vor. Die Zahlen für die Organlebenspende bei Kindern sollen seit Jahren auf fast unverändertem Niveau sein (9). Die Möglichkeiten zur Organlebenspende für Kinder sind aus biologischen Gründen beschränkt, da z.B. Spendeorgane von Erwachsenen nur ganz eingeschränkt genutzt werden können.

**23. Welche therapeutischen Alternativen gibt es derzeit zur Organtransplantation? Inwieweit können sogenannte konservative Therapien die Notwendigkeit einer Organtransplantation verringern und somit die Wartelisten entlasten? Wie schätzen Sie die medizinische Entwicklung diesbezüglich ein?**

Grundsätzlich kommen als Alternativen der künstliche Organersatz (z.B. extrakorporales Kunstherz), das künstliche Erzeugen von Organersatzgeweben (sog. tissue engineering), die Xenotransplantation (z.B. Schweinelebertransplantation) oder die Erzeugung von Ersatzorganen oder –geweben aus embryonalen oder adulten Stammzellen oder durch therapeutisches Klonen in Betracht. In allen Bereichen wird derzeit international intensiv geforscht, die Beurteilung der Forschungsstände, der Zeithorizonte bis zu praxistauglichen Anwendungen und der jeweiligen Erfolgchancen soll hierfür ausgewiesenen Experten überlassen bleiben.

**24. Welche Ergebnisse haben Studien zur Entwicklung des gesundheitlichen Zustandes des Lebendspenders/der Lebendspenderin nach der Spende und über die Folgen der Spende für die Lebensqualität und die Lebenserwartung des Lebendspenders/der Lebendspenderin, differenziert nach der Art des gespendeten Organs (z.B. Leberlebenspende)?**

Ergebnisse hierzu liegen aus Follow-up-Studien vor, die oft nur sehr kleine Fallzahlen haben (Repräsentativität!) und leider oft kaum mehr als den Zeitraum von einem Jahr nach Organlebenspende umfassen. In der Tendenz zeigen sie sowohl für die Teilleber- spende (11, 12, 14, 16) als auch für die Nierenspende (3, 13, 17), dass die weitaus überwiegende Zahl der Spender

- keine schwerwiegenden und dauerhaften psychischen oder physischen Komplikationen erleidet,
- in der über Standardfragebögen bestimmten gesundheitsbezogenen Lebensqualität vergleichbare oder gar bessere Werte erzielt als die Normalbevölkerung,
- relativ rasch (ca. 3 Monate nach Leberteilspende) wieder voll arbeitsfähig ist und
- ihre Entscheidung zur Organlebenspende retrospektiv eindeutig bejaht.

Diese Ergebnisse gelten nicht für Organspendesettings, in denen der Organhandel eine wesentliche Rolle spielt, wie eine iranische Studie (10) eindrucksvoll belegt, wo eine große Mehrheit der Nierenspender erhebliche psychosoziale Probleme und auch subjektive Gesundheitsprobleme nach der „Spende“ erfuhr.

Einige Todesfälle sind international bei Organlebenspendern (zumeist Teilleberspendern) bekannt geworden (25) sowie auch einzelne Fälle von Spendern mit der postoperativen Entwicklung erheblicher psychischer Störungen wie Depressionen, Anpassungs- und Angststörungen (3).

**25. Erfolgt die Dokumentation der Lebendspenden, insbesondere hinsichtlich der langfristigen Folgen, ausreichend oder welche Vorschriften für ein Lebendspenderregister sind erforderlich?**

Nach unserem Kenntnisstand existiert keine einheitliche Langzeitdokumentation für die Organlebendspende. Die Schaffung eines Registers sollte wenn zweistufig vollzogen werden, da je nach Fachgebiet und Themenkomplex der Nutzen einer Registerhaltung zunächst empirisch nachgewiesen werden muss. Insofern muss für einen hinreichend langen Zeitraum mit öffentlicher Förderung erforscht werden, ob die Analyse von Registerdaten bei der Organlebendspende tatsächlich zur Verbesserung der konkreten gesundheitlichen Versorgungssituation der Organspender und –empfänger beiträgt oder eher rein wissenschaftliche Bedarfe befriedigt werden. Diese Grundeinstellung vertreten wir gegenüber dem Instrument „Register“ in allen Gebieten der Medizin, da Forschungsförderung nicht Aufgabe der GKV ist.

**26. Ist die Nachsorge, auch die langfristige, für den Organspender verbesserungsbedürftig und in welcher Weise?**

Zu dieser Frage liegen uns keine eigenen Erkenntnisse, etwa in Form von Beschwerden von betroffenen Versicherten über spezifische Unzulänglichkeiten, vor.

**27. Sind die bestehenden sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche im Zusammenhang mit der Nachbetreuung des Lebendorganspenders ausreichend oder welche Verbesserungen in sozialrechtlicher und tatsächlicher Hinsicht sind erforderlich?**

Die bestehenden sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche im Zusammenhang mit der Nachbetreuung von Organlebendspendern halten wir für ausreichend.

**28. Welchen Stellenwert hat die neu gegründete „Stiftung Lebendspende“ für die Standardisierung der Nachsorge der Lebendspender?**

Da die Stiftung erst vor Kurzem gegründet wurde, kann Ihre Relevanz in Hinblick auf die Standardisierung der Nachsorge der Lebendspende noch nicht beurteilt werden. Das Problem der mangelnden Standardisierung bei der Nachbetreuung von Organlebendspendern und Organempfängern scheint im Übrigen auch international, z. B. in den USA, zu bestehen (4,31).

**29. Wie ist die Gefahr einer Übertragung von Infektionskrankheiten und Tumorzellen vom Lebendspender auf den Organempfänger nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen einzuschätzen und wie kann dieser Gefahr begegnet werden? Ist es angezeigt, Gentests anzuwenden, um Menschen mit einem erhöhten Risiko – z.B. für ein Nierenzellkarzinom – von einer Lebendspende auszuschließen?**

Die erste Teilfrage kann besser von einschlägigen Experten beantwortet werden. Was den Einsatz von Gentests zu Lasten der Krankenkassen bei allen zur Organlebendspende Bereiten betrifft, stehen die Spitzenverbände der Krankenkassen auf dem Standpunkt, dass für jeden potenziell sinnvollen Test zunächst eine medizinische Verfahrensbewertung im Sinne eines Health Technology Assessments (HTA) in den geordneten Bahnen des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgen muss, bevor er in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden kann. Im Übrigen verweisen wir auf

ein diesbezügliches Grundsatzpapier des AOK-Bundesverbandes (15) mit allgemeinen Ausführungen zur Gendiagnostik.

**30. Wie schätzen Sie das Risiko einer Aktivierung von Retro-/Endoviren durch eine Transplantation ein?**

Diese Frage kann von sachkundigen Experten besser beantwortet werden.

**31. Welche Maßnahmen haben sich in den vergangenen Jahren als besonders wirksam zur Verbesserung der Überlebensdauer des implantierten Organs und des Empfängers erwiesen?**

Diese Frage sollte ebenfalls von sachkundigen Experten beantwortet werden.

**32. Hat die Transplantation eines fremden Organs psychische Folgen für den Empfänger, z.B. für sein Selbstbild?**

Für psychische Folgen einer Transplantation für Organempfänger bestehen in der Literatur Hinweise, wobei die psychologischen Reaktionsmuster und die Verarbeitung der Transplantation individuell sehr verschieden sind und sowohl in positive als auch negative Richtung gehen können.

**33. Welche psychischen Betreuungsmaßnahmen gibt es für den Organempfänger und den Lebendspender vor und nach der Transplantation? Besteht diesbezüglich Verbesserungsbedarf? Werden von Transplantationszentren für Lebendspender und Organempfänger und deren Angehörige Gesprächsgruppen angeboten?**

Nach unserer Einschätzung variieren die Angebote zur psychologischen Nachbetreuung von Organempfängern und –spendern zwischen den einzelnen Transplantationszentren, ein evidenzbasierter Versorgungsstandard hat sich in Deutschland noch nicht durch einschlägige Versorgungsforschung herausbilden lassen. Dies wäre aber aus Sicht der GKV parallel mit einer objektiven Bedarfsfeststellung zu fordern.

**34. Die Abstoßung eines Organs bringt in der Regel starke psychische Belastungen sowohl der Organspender als auch der Empfänger mit sich. Ist es angezeigt, psychologische Betreuungen von Spendern und Empfängern regelmäßig anzubieten? In welchem Rahmen könnte dies sichergestellt werden?**

Nach unserer Einschätzung sind die für eine Bedarfsplanung psychotherapeutischer und psychosozialer Komplementärangebote für Organempfänger und –spender notwendigen empirischen Grundlagen unzureichend. Zahlreiche Fragen müssen zunächst vor Schaffung neuer Regelstrukturen durch eine einschlägige Versorgungsforschung geklärt werden: Rechtfertigt etwa die Inzidenz behandlungsbedürftiger psychischer Störungen im Zusammenhang mit einer Organtransplantation bei Spendern und Empfängern das Vorhalten eines psychosozialen Regelangebotes in den Transplantationszentren, wenn ja, ab welcher Patientenzahl pro Jahr, oder kann ein solcher Bedarf auch durch systematische Integration bereits heute vorhandener Versorgungsstrukturen, etwa ambulant tätiger Psychotherapeuten, in die Versorgungskette gewährleistet werden?

**35. Wie hoch belaufen sich insgesamt die Kosten der verschiedenen Transplantationen und die geschätzten Kosten der Nachbetreuungen? Welche (kritische, konsultierende und regulierende) Rolle bei der Gestaltung der Kosten haben die Krankenkassen dabei (neben der faktischen Zahlung der Kosten)?**

Eine versichertenbezogene Analyse aller im Zusammenhang mit einer Transplantation erbrachter finanzieller Leistungen einschließlich derer für die Nachbetreuung bedeutet für eine gesetzliche Krankenkasse heute einen erheblichen Aufwand. Da aus Gründen des Sozialdatenschutzes ein sog. Trennungsgebot für Daten auch für die Kranken- und Pflegekassen gilt, existiert in deren Datenbanken kein übersichtliches „Versichertenkonto“, auf dem alle Leistungsausgaben diagnosebezogen aus den verschiedenen Leistungsbereichen (Krankenhaus, Rehabilitation, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld usw.) gebucht und somit leicht ermittelbar wären. Will man diagnosebezogene Gesamtausgaben feststellen, so ist dies derzeit nur in Form von Sonderanalysen aggregierter und zuvor pseudonymisierter Fälle möglich. Der Wert solch aufwändiger Untersuchungen wird weiterhin dadurch geschmälert, dass die Krankenkassen bislang nicht über die bei den Kassenärztlichen Vereinigungen vorhandenen ambulanten Leistungsdaten einzelner Versicherter verfügen, was erst mit Inkrafttreten des GMG zum 1.1.2004 geändert wird.

Daher existiert nach unserem Kenntnisstand keine repräsentative Datengrundlage über den finanziellen Gesamtaufwand bei den verschiedenen Transplantationsarten (Organlebenspende, Postmortalspende) und transplantierten Organen. Dies betrifft sowohl die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Organtransplantation entstehenden Kosten als erst recht die im Laufe einer „Patientenkarriere“ mittel- und langfristig entstandenen Gesamtaufwände für die Krankenkasse oder weitere Kostenträger. Eine solche betriebswirtschaftliche Perspektive von einzelnen Kostenträgern sollte im Übrigen durch eine volkswirtschaftliche Perspektive ergänzt werden.

Die Gesamtaufwände der Krankenkassen für Transplantationen müssten - was sauber nur in einer prospektiven gesundheitsökonomischen Studie gelingen dürfte – eindeutig der Transplantation und ihren Folgen zuzuordnen sein und nicht weiteren Erkrankungen, und sie müssten über einen genügend langen Zeitraum aus den einzelnen Versorgungssektoren auf Basis der tatsächlichen Ausgaben ermittelt werden.

Die Ausgaben basieren dabei auf verschiedenen Erstattungs- und Entgeltvereinbarungen:

Das Institut für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) hat jüngst auf Basis der Kostendaten für das Jahr 2003 neue Entgelte (DRGs) für Transplantationsleistungen kalkuliert, die den einschlägigen Katalogen entnommen werden können und Relevanz für die bereits nach dem DRG-System abrechnenden Krankenhäuser haben.

Darüber hinaus existieren vor dem Hintergrund von unterschiedlich zugrunde gelegten Abrechnungstatbeständen landesuneinheitliche Entgeltvereinbarungen und Pauschalen zwischen den Krankenkassen und den Transplantationseinrichtungen sowie den zu Nachbetreuungsleistungen ermächtigten Institutionen. Auch die Erstattungspraxis für Aufwände eines Organlebenspenders (z.B. Verdienstaussfallregelungen) scheint zu variieren. Schließlich kommen die Vergütungsregelungen im Rahmen des EBM (Einheitlichen Bewertungsmaßstabes) zum Tragen, soweit eine Nachbetreuung von Organempfängern oder Spendern auch durch Vertragsärzte geleistet wird.

Die Rolle der Krankenkassen bei der Gestaltung der Kosten respektive dem Verhandeln von Entgelten und Vergütungen ergibt sich unmittelbar aus dem im SGB V kodierten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechend der §§ 2,12 und 70 SGB V. Danach sind Leistungsumfänge auf das medizinisch Notwendige zu begrenzen und die Leistungen wirtschaftlich und in der gebotenen fachlichen Qualität zu erbringen. Hierauf wirken die Krankenkassen gemäß ihrem gesetzlichen Auftrag hin.

**36. Wie ist die Kostenerstattung für Organübertragungen im Ausland auf Organempfänger, die in Deutschland krankenversichert sind, straf- und sozialrechtlich und nach der Rechtsprechung (einschließlich der neuesten Rechtsprechung des EuGH zur Kostenerstattung im Ausland) geregelt und besteht hier gesetzlicher Klärungsbedarf?**

Es besteht nach einer gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände zur Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 4 –6 SGB V für die Behandlung im EG/EWR-Raum und Kostenübernahme gemäß § 18 SGB V bei Behandlung außerhalb des EG/EWR-Raumes ab dem 1.1.2004 folgender allgemeiner Grundsatz:

„Behandlungsmaßnahmen, die in Deutschland nicht zulasten der GKV erbracht werden, dürfen auch nach § 13 Abs. 4-6 SGB V nicht erstattet werden. Bei Leistungen, die nach deutschem Recht nur unter bestimmten Bedingungen oder in bestimmter Form erbracht werden dürfen, sind diese Rechtsvorschriften auch bei einer Inanspruchnahme im EWR-Ausland zu beachten. Hierzu zählen unter anderem .... Organtransplantationen.“

Auch die einschlägige Rechtsprechung geht nach unserem Kenntnisstand von diesem Grundprinzip aus: So besteht nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG, 1 RK 25/95, NJW Heft 19/97, Seite 38) keine Erstattungspflicht der Krankenkassen für einen deutschen Versicherten bei einer im Ausland durchgeführten Transplantation mit Organlebendspende, die auf einem Organhandel basiert, auch wenn dieser in dem betreffenden Land (hier Indien) zugelassen ist. Mögliche Folgekosten einer solchen Transplantation, etwa für in Deutschland erbrachte medizinische Nachbetreuungsleistungen beim Organempfänger, werden allerdings nach unserem Kenntnisstand von den Krankenkassen erstattet.

Da es sich fast ausnahmslos bei Transplantationen mit Organlebendspende um planbare Eingriffe handelt, gehen wir als Regelfall davon aus, dass eine solche Transplantation für einen deutschen Versicherten auch in Deutschland unter den Maßgaben des Transplantationsgesetzes stattfindet. Für planbare operative Eingriffe in Verbindung mit einer Krankenhausbehandlung besteht selbst für das EU-Ausland ein Genehmigungspflichtvorbehalt der Krankenkassen, so dass außer bei ständig im EU-Ausland lebenden Deutschen kaum eine Begründung denkbar scheint, warum eine Transplantation mit Organlebendspende im Ausland stattfinden sollte. Wir gehen davon aus, dass die GKV auch zur Verhinderung von illegalem Organhandel in ihrer Kostenerstattungspraxis vom Regelfall einer Transplantationsmöglichkeit in Deutschland ausgeht und abgesehen von sehr gut begründeten Ausnahmefällen Anträge auf Transplantation im Ausland daher ablehnen wird. Insofern sehen wir derzeit sozialrechtlich gesehen keinen gesetzlichen Klärungsbedarf.

**37. Inwieweit werden die Krankenbehandlungskosten eines Organspenders aus dem Nicht-EU-Ausland von einer Krankenkasse in der Bundesrepublik Deutschland übernommen?**

Die Krankenbehandlungskosten werden in der Regel für den Fall übernommen, dass die Transplantation in Deutschland nach den Bestimmungen des Transplantationsgesetzes durchgeführt wird, nicht jedoch, wenn die Transplantation im Nicht-EU-Ausland stattgefunden hat.

**38. Welche Erfahrungen in finanzieller, psychischer und physischer Hinsicht gibt es beim Vergleich der Behandlung des Nierenversagens durch Dialyse und einer Behandlung durch Nierentransplantation?**

Die Hinweise aus der Literatur (30,32,34,35) sprechen eindeutig dafür, dass der psychische und physische Zustand von Nierenempfängern im Vergleich zu der Zeit vor der Transplantation verbessert ist. Aus Ländern, in denen eine Nierentransplantation (z.B. bei Lebendspende durch Verwandte) für terminal niereninsuffiziente Patienten auch direkt ohne Zwischenbehandlung mit Dialyse in Frage kommt, weiß man aus Vergleichsstudien, dass die Zustandsverbesserung deutlich ausgeprägter ist als bei mit Dialyseverfahren behandelten Patienten. Langfristig bleibt die Lebensqualität von Nierentransplantierten aber nach Studienhinweisen (33) unter dem Niveau der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Organersatz. Soweit unter finanziellen Auswirkungen die Ausgabenfolgen für die Krankenkassen gemeint sind, so hat der Wegfall der Dialysebehandlung nach erfolgreicher Nierentransplantation so günstige Auswirkungen, dass im Regelfall einige Jahre nach der Transplantation deren direkte Kosten ausgeglichen sind (6,7,8). Gleichzeitig dürften sich für Organempfänger dann spürbar positive finanzielle Folgen ergeben, wenn eine volle Erwerbsfähigkeit und berufliche Belastungsfähigkeit nach der Transplantation wiedererlangt wurde.

### C. Organhandel

**39. Welche Abhängigkeiten, Probleme und Folgen (z.B. soziale und gesundheitliche) ergeben sich aus dem Handel mit Organen von Lebens Spendern, auch bezüglich Spenden aus dem Ausland? Wie ist dem zu begegnen?**

Die sich aus dem Organhandel ergebenden Probleme sind vielfältiger Natur, wie von Experten auf dem Gebiet des internationalen Organhandels sicher detailliert ausgeführt werden könnte. Die deutschen Vorschriften des TPG zur Organlebenspende sowie die straf- und berufsrechtlichen Sanktionen für in Organhandel verstrickte Mediziner in Deutschland scheinen uns als Rechtsrahmen ausreichend zu sein. Schutz vor Organhandel bei in Deutschland durchgeführten Transplantationen – besonders bei ausländischen Lebens Spendern - gewährt nur eine sehr sorgfältige Begutachtungsarbeit in den Lebendspendekommissionen.

**40. Wie umfangreich schätzen Sie den illegalen Organhandel weltweit ein?**

Hierzu können Experten auf dem Gebiet des internationalen Organhandels zuverlässigere Auskünfte geben. Ein relativ aktueller Bericht (28,29) zur europäischen Situation zeigt allerdings ein erschreckendes Ausmaß an kriminell organisiertem Organhandel mit vorwiegenden Organverkäufern aus armen europäischen Ländern wie Bulgarien, Rumänien, Moldawien, Georgien, Türkei, Russland und der Ukraine.

**41. Gibt es Anhaltspunkte für Organhandel in Deutschland und wenn ja, welche?**

Nach unserer Einschätzung sind die in der Presse berichteten Fälle (38) eher Einzelfälle, in Deutschland selbst dürfte kein ausgedehnter und kriminell organisierter Organhandel existieren.

**42. Gibt es im Ausland Regelungen, die den Organhandel zulassen und wenn ja, wo und welche? Wie sind die Erfahrungen damit?**

Die einschlägigen Erfahrungen aus Israel, wo Organvermittlung mit finanziellen Erstattungen möglich ist, werden von uns negativ beurteilt. Überwiegend spenden arme Menschen aus unterprivilegierten Schichten zur Haushalts- und Existenzsicherung ihre Organe und bleiben dabei in der Regel ohne soziale Absicherung und angemessene medizinische Nachbetreuung. Kriminell organisierter Organhandel wird durch Legalisierung der finanziell vergoltenen Organlebendspende scheinbar nicht wirksam unterdrückt, sondern eher stimuliert.

**43. Verschiedentlich wird gefordert, die Bezahlung der Lebendorganspende zuzulassen. Welche finanziellen Anreize und Belohnungen für eine Lebendorganspende sind denkbar, ohne dass ein Handel mit Organen mit den befürchteten negativen Folgen zu befürchten ist? Wie ist das Problem einzuschätzen, dass damit ein Anreiz für den potentiellen Spender zu einer gravierenden Selbstschädigung gegeben wird? Ist zu erwarten, dass sich eine Bezahlung der Lebendorganspende auf den Organhandel auswirkt?**

Wie schon bei der Antwort zu Frage 18 ausgeführt, lehnen wir eine Bezahlung der Organlebendspende über das bereits heute bestehende Maß der Erstattungen hinaus ab. Die auf einem solchen Wege induzierte Kommerzialisierung der Lebendorganspende würde insgesamt eine schädliche Auswirkung auf die überwiegend altruistisch motivierte Spendebereitschaft (44) in der Bevölkerung, auch zur Postmortal spende, haben, da beide Felder psychologisch eng miteinander verknüpft sind.

**44. Welche Maßnahmen zur Verhinderung des Kaufs oder Verkaufs von Organteilen wären denkbar außer der Strafdrohung gegen Ärzte, die Transplantationen von gekauften oder verkauften Organen vornehmen?**

Denkbar, aber juristisch sorgfältig abzuwägen wären eine Strafdrohung auch gegen Organspender und Empfänger. Wirksam könnte auch sein, wenn das Krankenhaus, in dem die illegalen Transplantationen stattfinden, mit zur Verantwortung gezogen werden könnte, etwa in Form von Vergütungsrückforderungen oder des Entzugs der Zulassung als Transplantationszentrum.

**45. Eine erhöhte Gefahr des Organhandels wird vor allem dann gesehen, wenn der Spender aus dem Ausland kommt. Wie kann bei Auslandsberührung die Kontrolle der Einhaltung der gesetzlichen Regelungen sichergestellt werden?**

Nur eine sorgfältige Prüfung auf kommerzielle Hintergründe der Spende durch die Lebendspendekommissionen mit mündlicher Anhörung aller Beteiligten, gegebenenfalls unter Hinzuziehung eines Dolmetschers, kann dem Organhandel vorbeugen, allerdings kann eine vollständige Sicherheit hier wohl nie erreicht werden.

**46. Wie hoch schätzen Sie die Zahl deutscher Staatsbürger ein, die sich im Ausland ein Organ aus Lebendspende transplantieren lassen? Bitte differenzieren Sie nach der Art der Organe. Welchen gesetzlichen Regelungsbedarf sehen Sie?**

Über die Zahl von deutschen Staatsbürgern, die sich im Ausland ein Organ aus einer Lebendspende transplantieren lassen, liegen uns keine Daten vor. Erst wenn klare Erkenntnisse über das tatsächliche Ausmaß des Problems vorliegen, sollte rechtliche Regelungsanpassungen ins Auge gefasst werden.

## Literatur

1. Kirste, G (1996) Organlebendspende unter Nichtverwandten. Dt Ärztebl 93: A-2756-58
2. Berndt C (2002) Warten vergeblich. Süddeutsche Zeitung vom 19.11.2002
3. Smith GC et al. (2003) Prospective psychosocial monitoring of living kidney donors using the SF-36 health survey. Transplantation 76 (5): 807-9
4. Beavers KL et al. (2003) Practice patterns for long-term follow-up of adult-to-adult right lobectomy donors at US transplantation centers. Liver Transpl 9 (6): 645-8
5. Schaubel DE et al. (2000) Sex inequality in kidney transplantation rates. Arch Intern Med 160 (15): 2349-54
6. Winkelmayer WC et al. (2002) Health economic evaluations: the special case of end-stage renal disease treatment. Med Decis Making 22 (5): 417-30
7. Kalo Z et al. (2001) Economic evaluation of kidney transplantation versus hemodialysis in patients with end-stage renal disease in Hungary. Prog Transplant 11 (3): 188-93
8. Loubeau PR et al. (2001) The economics of kidney transplantation versus hemodialysis. Prog transpl 11 (4): 291-7
9. Lück R et al. (2003) Lebendnierenspende – Ein Vergleich zwischen den skandinavischen Ländern und Deutschland. Chirurg 74: 523-9
10. Zargooshi J (2001) Quality of life of Iranian kidney „donors“. J Urol 166 (5): 1790-9
11. Karliova M et al. (2002) Living-related liver transplantation from the view of the donor: a 1-year follow-up survey. Transplantation 73 (11): 1799-1804
12. Walter M et al. (2002) Psychosocial outcome of living donors after living donor liver transplantation: a pilot study. Clin Transplant 16 (5):339-44
13. Isotani S et al. (2002) Quality of life of living kidney donors: the short-form 36-item health questionnaire survey. Urology 60 (4): 588-92
14. Beavers KL et al. (2001) The living donor experience: donor health assessment and outcomes after living donor liver transplantation. Liver Transpl 7 (11): 943-7
15. [http://www.aok-bv.de/politik/standpunkte/index\\_00322.html](http://www.aok-bv.de/politik/standpunkte/index_00322.html) (Zugriff am 10.02.04)
16. Trotter JF et al. (2001) Right hepatic lobe donation for living donor liver transplantation: impact on donor quality of life. Liver Transpl 7 (6): 485-93
17. De Graaf Olson W, Bogetti-Dumlao A (2001) Living donors' perception of their quality of health after donation. Prog Transpl 11 (2): 108-15
18. Deutsche Stiftung Organtransplantation (2004) Mehr Menschen spendeten 2003 ihre Organe nach dem Tod. Pressemeldung vom 15.1.04. Neu-Isenburg
19. Rittner CK et al. (2003) A proposal for an anonymous living organ donation in Germany. Leg Med (Tokyo) 5 Suppl 1: S68-71
20. Neuberger J , Price D (2003) Role of living liver donation in the United Kingdom. BMJ 327: 676-9
21. Bundesärztekammer (2000) Empfehlungen zur Lebendorganspende. Dt Ärztebl 97 (48): A – 3287
22. Förderreuther S, Angstwurm H (2003) Organspende in Deutschland – Zwischenbericht über die bayerische Umfrage zur Ermittlung der Zahl potenzieller Organspender. Dtsch Med Wochenschr 128: 2437-2440
23. Sauder R , Parker LS (2001) Autonomy's limits: Living donation and health-related harm. Camb Q Healthc Ethics 10 (4): 399-407
24. Feyerabend E , Rotondo R (2002) Körperteile gegen Geld? Transplantationschirurgen wollen Bereitschaft zur „Organspende“ durch finanzielle Anreize steigern. Bioskop 20 (12/02): 3-4
25. Broelsch CE et al. (2003) Leberlebendspende – Die deutsche Erfahrung im internationalen Vergleich. Chirurg 74: 510-522



26. Nützel N (2002) Ärzte fordern Geld für Organspender. Berliner Morgenpost 15.12.2002
27. Nagel E , Mayer J (2003) Ethische Grundfragen zur Lebendspende. Chirurg 74: 530-535
28. Kovac C (2003) Kidney trafficking is „big business“, says Council of Europe. BMJ 327: 249
29. <http://assembly.coe.int/documents/workingdocs/doc03/edoc9822.htm> (Zugriff am 10.02.04)
30. Valderrabano F et al. (2001) Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis 38 (3): 443-64
31. Short CD et al. (2001) Clinical audit and long-term evaluation of renal transplant recipients. Transplantation 72 (12 Suppl.): S 94-8
32. Griva K et al. (2002) Quality of life and emotional responses in cadaver and living related renal transplant recipients. Nephrol Dial Transplant 17 (12): 2204-11
33. Karam VH et al. (2003) Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney, and heart transplantation. Transplantation 76 (12): 1699-1704
34. Cameron JI et al. (2000) Differences in quality of life across renal replacement therapies: a meta-analytic comparison. Am J Kidney Dis 35 (4): 629-37
35. Rubik J et al. (2000) Quality of life in children and adolescents with end-stage renal disease treated with dialysis and kidney transplantation (Übers.). Pol Merkuriusz Lek 8 (46): 280-1
36. Rotondo R (2001) Keine Veranlassung zu antworten – Wie die Kommissionen zur „Lebendorganspende“ arbeiten und entscheiden, ist weiterhin undurchsichtig. Bioskop 13/02: 12-13
37. Bundesärztekammer (2003) Menschliche Organe sind keine Handelsware. Pressemitteilung vom 18.03.2003
38. Keller M (2002) Operation Niere. Die Zeit Ausgabe 50/2002
39. Rotondo R (1997) Organhandel in Indien – Nachbetreuung von Organkäufern in Essener Krankenhäusern. Vortrag für Bioskop-Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften am 27.11.1997 in Essen, unter [http://www.bioskop-forum.de/themen/transplantation/organhandel/organhandel\\_in\\_indien.htm](http://www.bioskop-forum.de/themen/transplantation/organhandel/organhandel_in_indien.htm) (Zugriff am 10.02.04)
40. Gutmann T , Schroth U (2002) Organlebendspende in Europa. Springer, Berlin
41. Biller-Adorno N , Schauenburg H (2003) Vulnerable Spender – Eine medizinethische Studie zur Praxis der Lebendorganspende. Ethik in der Medizin 15 (1): 25-35
42. Siegmund-Schultze N (2003) Auch in Zukunft werden die Kriterien für den Umgang mit Lebendspendern in Deutschland vage bleiben. Ärzte Zeitung vom 5.2.2003
43. Schutzzeichel CI (2002) Geschenk oder Ware? Das begehrte Gut Organ. Nierentransplantation in einem hochregulierten Markt. Münster: LIT Verlag
44. Lennerling A et al. (2003) Becoming a living kidney donor. Transplantation 76 (8): 1243-47
45. Bundessozialgericht (2003) Presse-Mitteilung Nr. 60/03 zum Presse-Vorbericht Nr. 60/03 . Kassel 11.12.2003

#### **Ansprechpartner zur Stellungnahme:**

Dr. med. Bernhard Egger M.A.  
Leiter des Stabsbereichs Medizin  
beim AOK-Bundesverband

Tel: 0228/ 843 – 328  
e-mail: [bernhard.egger@bv.aok.de](mailto:bernhard.egger@bv.aok.de)

Dr. med. Dipl.-Psych. Jörg Lauterberg  
Stellv. Leiter des Stabsbereichs Medizin  
beim AOK-Bundesverband

Tel.: 0228/ 843 - 326  
e-mail: [joerg.lauterberg@bv.aok.de](mailto:joerg.lauterberg@bv.aok.de)