

Chirurgische Universitätsklinik  
Sektion Transplantationschirurgie  
Hugstetter Straße 55 · D-79106 Freiburg i. Br.

Herrn René RÖSPEL, MdB  
Vorsitzender der Enquete-Kommission  
"Ethik und Recht der modernen Medizin"  
des Deutschen Bundestages  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

CHIRURGISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK

Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie mit Poliklinik  
Ärztlicher Direktor  
Universitätsprofessor Dr. Dr. h. c. U. T. Hopt

Sektion Transplantationschirurgie  
Leiter: Prof. Dr. G. Kirste

Telefon 0761/270-2732  
Telefax 0761/278970

05. Februar 2004  
Prof.Kte/wg

**Stellungnahme zum Fragenkatalog  
der öffentlichen Anhörung „Organlebenspende“  
der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“  
des Deutschen Bundestages am 1. März 2004**

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

1. Die Zahl der Lebendspendetransplantationen, insbesondere bei der Niere, hat im vergangenen Jahrzehnt in fast allen Ländern der westlichen Welt erheblich zugenommen. Ursache hierfür ist vor allen Dingen in einer unzureichenden postmortalen Organspende zu sehen, die teils durch einschränkende rechtliche Regelungen (Zustimmungslösung versus Widerspruchslösung), teils durch organisatorische Probleme und durch fehlende Bereitschaft zur Organspende limitiert ist.

Ungenügende Anzahlen von postmortalen Organspenden führen zwangsläufig zur Verlängerung der Wartezeit für Wartelistenpatienten. Mit der zunehmenden Wartezeit wird aber die Erfolgsaussicht für die Transplantation dramatisch schlechter. Dies ist anhand von Studien aus Amerika und Europa eindeutig belegt. Gerade die Statistiken des UNOS-Systems aus Amerika zeigen schon bei einer Wartezeit von nur zwei Jahren signifikante Verschlechterung der

Transplantationsergebnisse gegenüber einer sofortigen Transplantation. Da die derzeitigen Wartezeiten in Deutschland durchschnittlich sechs Jahre sind, ist für jeden Patienten an der Dialyse, selbst wenn er ein Organangebot bekommt, die Erfolgsaussicht deutlich schlechter, als wenn er zeitnah mit Dialysebeginn transplantiert wurde. Es ist den meisten Patienten heute eindeutig klar, daß eine frühe Transplantation nur über den Weg einer Lebendspende durchzuführen ist.

Ein weiterer Grund für die Zunahme der Lebendspenden ist darin zu sehen, daß die Ergebnisse der Transplantation nach Lebendspende besser sind als die nach der postmortalen Organspende. Die Gründe hierfür liegen teils in immunologisch günstiger Übereinstimmung, teils aber auch darin, daß ein solches Organ vom Lebendspender keinerlei Vorschädigungen hat, wie dies bei postmortalen Organspendern allein durch die Schocksituation vor Eintritt des Hirntodes begründet ist. Ferner ist bekannt, daß Transplantationen mit einer kurzen Ischämie-Zeit, das heißt einer kurzen Zeit zwischen Entnahme des Organs und Wiedereinpflanzung günstigere Ergebnisse zeigen.

Die Zahl der Lebendorganspenden ist in der Bundesrepublik Deutschland uneinheitlich stark angestiegen. Es gibt Transplantationszentren wie Freiburg, München, Berlin, Essen, die sich sehr aktiv um die Förderung der Lebendorganspende bemüht haben und jeden Patienten über die Möglichkeit der Lebendspende aufklären. In anderen Zentren ist immer noch eine deutliche Zurückhaltung seitens der Ärzte zu spüren.

Die Zahlen der Lebendspenden haben sich in den genannten Transplantationszentren unabhängig von der Einführung des Transplantationsgesetzes entwickelt. So zeigen die Zahlen des Freiburger Zentrums einen Anstieg ab 1994, nämlich ab dem Zeitpunkt, zu dem jeder Patient über die Möglichkeit der Lebendspende aufgeklärt wurde.

Die Einführung des Transplantationsgesetzes hat einige Rechtsfragen zur Lebend-organspende geklärt, aber Ablaufprozesse mit Einführung der Ethikkommissionen bei den Ärztekammer außerordentlich kompliziert gemacht. Bedauerlicherweise sind wesentliche Fragen einer versicherungsrechtlichen Absicherung der Organspender nicht geklärt und insbesondere auch Fragen der Kostenübernahme für die im Gesetz geforderten Nachuntersuchungen des Spenders.

Zweifellos eröffnet der im TPG eingeführte Begriff der ‚besonderen engen

persönlichen Verbundenheit' einen Interpretations-Spielraum. Die sehr restriktiven Auslegungen seitens des Bundesverfassungsgerichtes 1998, in denen unter anderem ein mehrmonatiges gemeinsames Wohnverhältnis gefordert wird, treffen in etlichen Fällen nicht die realen Lebensumstände. Es gilt daher, heute die besondere persönliche Verbundenheit für jeden Einzelfall darzulegen und zu interpretieren.

Die Gründe für unterschiedliche Funktionsraten zwischen Lebendspendern und postmortalen Spendern sind vor allen Dingen darin zu sehen, daß bei Lebendspendern keine Beeinflussung der Funktion der Organe vor der Organentnahme stattfindet, wie dies beim Eintritt des Hirntodes der Fall ist. Ferner sind die kürzeren Ischämiezeiten nach einhelliger wissenschaftlicher Meinung von Bedeutung. Es mögen auch psychologische Faktoren eine Rolle spielen mit einer höheren Medikamentencompliance von Lebendspendeempfängern, die eine "Verantwortung" gegenüber ihrem Spender direkter empfinden oder eben auch täglich auf die Medikamenteneinnahme hingewiesen werden.

2. Die Feststellung der besonderen persönlichen Verbundenheit ist eine wesentliche Aufgabe für das Gespräch zwischen Arzt und Patient. Dies setzt ein offenes Arzt-Patienten-Verhältnis voraus. Die ausführliche Schilderung der persönlichen Lebensumstände von Spender und Empfänger werden bei der Entscheidung miteinbezogen ebenso wie die durch ärztliche Erfahrung beobachtete offenkundige Gemeinsamkeiten zwischen Spender und Empfänger.
3. Derzeit befinden sich in Deutschland mehr Männer auf der Warteliste als Frauen. Das Verhältnis ist ungefähr **60 : 40**. Das Freiburger Transplantationzentrum sind dies mit Stand Anfang 2004 63 % Männer und 37 % Frauen. Aufgrund dieses Geschlechterverhältnisses ist erklärlich, daß umgekehrt auch bei den Lebendorganspendern der Anteil der Frauen überwiegt. Sie schwankt allerdings von Zentrum zu Zentrum ganz erheblich. Richtig ist, daß im Durchschnitt in der Bundesrepublik Deutschland die Zahl der weiblichen Organspender überwiegt

mit 65 bis 70 %. Ähnliche Zahlen sind auch aus dem europäischen Ausland bekannt und dürften vor allen Dingen das unterschiedliche Geschlechterrollenverständnis innerhalb der Bevölkerung im generellen widerspiegeln. In einzelnen Zentren, so in Freiburg, war dem gegenüber der Anteil der männlichen und weiblichen Organspender im Jahr 2003 nahezu ausgeglichen und im Jahr 2002 haben sogar etwas mehr männliche als weibliche Personen Organe gespendet.

4. Die Gründe für den unterschiedlichen Anteil der Organspenden in einzelnen Zentren, insbesondere für die unterschiedlichen Prozentangaben ergeben sich im wesentlichen durch die jeweilige Einstellung der ärztlichen Leiter in den Transplantationszentren. Aus dieser Einstellung heraus entsteht eine Informationspolitik gegenüber den Patienten sowie eine unterschiedliche Art der Aufklärung über Risiken und Probleme der Lebendspende, die für die Entscheidung der Patienten von Bedeutung ist.

Die Aufklärung zur Lebendspende findet außerdem in den jeweiligen Dialysezentren statt, und je nachdem erwächst eine unterschiedliche Bereitschaft zur Lebendorganspende. Der Effekt einer solchen "Informationspolitik" zeigt sich eindeutig an den Zahlen des Freiburger Zentrums, in dem seit 1994 jeder Patient schon bei Beginn der Dialysepflichtigkeit von den behandelnden Dialyseärzten und im Transplantationszentrum über die Möglichkeit der Lebendspende informiert wurde. Damit kam es zu einem erheblichen Anstieg der Spenden.

Ähnliches ist aus Amerika und aus den skandinavischen Ländern bekannt.

5. Die nach dem TPG einzusetzenden Lebendspendekommissionen haben die Aufgabe, die Freiwilligkeit der Organspende zu sichern sowie einen Organhandel auszuschließen. Zur Entscheidung benötigt die Kommission Informationen, die nur in Kooperation mit allen an dem Vorgang beteiligten Ärzten zu erhalten sind. Es ist gängige Rechtsauffassung, den Kommissionen eine beratende Funktion zuzuordnen, das heißt, daß im Einzelfall durchaus gegen das Votum einer Kommission eine Transplantation durchgeführt oder auch nicht durchgeführt werden kann.

Die Möglichkeiten der Kommissionen, ihrem Auftrag gerecht zu werden, sind außerordentlich begrenzt.

Da im TPG formuliert ist, daß bereits ein Anhalt auf die Nichtfreiwilligkeit oder Organhandel ein Ausschlußgrund für eine Organspende ist, werden Fälle, bei denen ein solcher Anhalt besteht, eben gar nicht erst bei einer Kommission vorgestellt. Aufgrund dessen ist zu fragen, ob Kommissionen dieser Art etwaig auftretende Probleme der Unfreiwilligkeit oder des Organhandels ausschließen können. Informierte und wortgewandte Patienten sind sicher in der Lage, ein positives Votum einer solchen Kommission zu erreichen. Es muß daher sehr bezweifelt werden, ob die generelle Verpflichtung, jeden Organspender vor einer solchen Kommission vorzustellen, erhalten bleiben muß. Da die Kommissionen ohnehin nur einen beratenden Charakter haben, sollte ihre Inanspruchnahme auf zweifelhafte und kritische Fälle beschränkt werden, und in eindeutigen Fällen, wie den meisten Ehepaarspenden, Geschwister- oder Elternspenden sollte die Vorstellung vor der Kommission nicht zwingend vorgeschrieben werden.

6. Die Aufgaben und Kompetenzen der Kommissionen sind im TPG eindeutig beschrieben. Ablehnungen von Spender- und Empfängerpaaren erfolgen in aller Regel bereits im Vorfeld, das wesentliche Regulativ zur Ablehnung von Lebendspendern ist daher eine verantwortungsbewußte ärztliche Aufklärung der Patienten und Gesprächsführung.
7. Im wesentlichen ist die Entscheidungsfindung der Kommissionen, bei denen schriftliche Bescheide ergehen, transparent. Nicht immer ist sie für Patienten, die abgelehnt werden, verständlich und nachvollziehbar. Konsequenzen für solche Kommissionen oder deren Mitglieder, die etwaige kommerzielle Aspekte übersehen haben, sind nicht vorgesehen genauso wie derzeit keine Haftpflichtversicherung für die Kommissionsmitglieder existiert. Eine Kontrolle der Tätigkeiten findet in einigen Bundesländern statt, richtet sich aber wohl kaum auf den Inhalt, sondern mehr um formale Aspekte der Tätigkeit.

Im Freiburger Zentrum sind im Jahr 2003 vor Einschaltung der Kommission zwei Fälle abgelehnt worden und drei Fälle im Jahr 2002; vier davon wegen fehlender

Freiwilligkeit und einer, da Organhandel nicht ausgeschlossen werden konnte.

8. Beschwerden gegen die Ausführung beziehungsweise Durchführung einer Lebendspende sind mir nicht bekannt.

Gemeint ist in dieser Frage wahrscheinlich eher die Beschwerde gegen die Entscheidung der Kommission. In diesem Sinne wäre zu antworten, daß weder das TPG noch die Länderausführungsbestimmungen Beschwerdeinstanzen für die Kommissionsentscheidungen vorsehen. Aufgrund der generellen beratenden Funktion besteht durchaus die Möglichkeit, auch gegen den Bescheid einer Kommission Transplantationen durchzuführen, dies aber nur beim Vorliegen sehr wohl begründeter Aspekte.

Mir persönlich ist nur ein einziger solcher Fall bekannt, in dem ich zu einer Zweitmeinung gebeten wurde; nach intensiver Beschäftigung mit dem Fall habe ich keine Probleme gesehen, die gegen die Durchführung einer solchen Lebendspende gesprochen hätten.

9. Es ist richtig, daß es unterschiedliche Arbeitsweisen der Lebendspendekommissionen gibt. Wie sich in einem Treffen der Kommissionsvorsitzenden von allen Bundesländern im Sommer 2003, das von der Bundesärztekammer organisiert war, zeigte, überwiegen aber ganz sicher bei der Tätigkeit dieser Kommissionen die Gemeinsamkeiten. Problematisch ist aus Sicht der Transplantationsmediziner und auch vieler Patienten lediglich, daß einige Kommissionen sich mehr oder weniger stark in die medizinische Indikationsstellung einmischen und dazu umfängliche Krankenunterlagen anfordern. Dies hat mit dem Auftrag der Kommissionen nichts zu tun. Eine bundeseinheitliche Regelung für die Kommissionstätigkeit wird dies Problem nicht lösen können, vielmehr ist - wie oben angedeutet - zu fragen, ob denn nun tatsächlich jeder einzelne Fall, der ohnehin völlig unproblematisch ist, einer solchen Kommission zugeführt werden muß oder die Tätigkeit auf Problemfälle beschränkt bleiben sollte.

10. Die Transplantationszahlen im Lebendspendebereich aus anderen Ländern

sprechen für sich. In den USA werden seit dem vergangenen Jahr mehr Lebendspenden zur Nierentransplantation durchgeführt als postmortale Organspenden. Gleiches gilt für Skandinavien. Ganz generell kann gesagt werden: **Das Problem von Wartelisten und Sterben von Patienten auf Wartelisten kann nur gelöst werden, wenn zusätzlich zu einem aktiven Programm zur postmortalen Organspende sehr viele Lebendspenden durchgeführt werden.** Dies belegen insbesondere die Erfahrungen aus Skandinavien mit zirka 50 % Lebendspenden und derzeit einer Wartezeit auf eine Transplantation in den Fällen, in denen kein Lebendspender zur Verfügung steht, von nur wenigen Monaten.

11. In der Praxis der Lebendspende bei der Niere spielt die Frage der Subsidiarität keine Rolle. Immerhin wurden auch im vergangenen Jahr eine ganze Reihe von Nieren-Transplantationen präemptiv durchgeführt, das heißt kurz vor Einsetzen der endgültigen Dialysepflichtigkeit. Als Hilfskonstruktion, um dem Gebot der Subsidiarität Folge zu leisten, sind diese Fälle zuvor bei Eurotransplant angemeldet worden und hatten damit die theoretische Chance, ein Organangebot zu erhalten. Praktisch besteht diese Chance bei einer Wartezeit von durchschnittlich sechs Jahren nicht.

Angesicht der überragenden Ergebnisse der Lebendspende gibt es eine Reihe von Patienten, die von vornherein keine postmortale Organspende wollen. Im Sinne dieser Patienten und der Praxis zur Lebendspende erscheint eine Aufhebung der Subsidiarität sinnvoll. Erfreulicherweise spielt die Frage in der Praxis der Lebendspende allerdings keine Rolle.

12. Eine Erweiterung des Kreises der Lebendspender auf die sogenannte Crossovertransplantation erscheint aus medizinischen Gegebenheiten und aus dem Grunde autonomer Entscheidungen von Menschen zu akzeptieren sinnvoll.

Es gibt sicher eine Reihe von Menschen, die zur Lebendspende für ihren Partner bereit sind und diese Entscheidung genauso fällen würden, wenn sie die Möglichkeit einer Crossoverspende haben. Aus medizinischer Sicht ist die Zahl der Fälle, geeignete Paare zur Crossoverspende innerhalb der Bundesrepublik

zu finden, aber außerordentlich niedrig. Hier ist nur mit wenigen Fällen pro Jahr zu rechnen. Keinesfalls kann mit einer solchen gesetzlich sinnvollen Erweiterung der Lebendspende auf Crossovertransplantationen das Problem der Organknappheit gelöst werden. Anhaltspunkte dafür, daß durch eine solche Erweiterung die Freiwilligkeit der Spende eingeschränkt wurde oder besondere Formen des Organhandels Vorschub geleistet würde, bestehen nicht.

13. Zunächst einmal ist davon auszugehen, daß ein Patient, der sich zur Lebendspende bereit erklärt, dies freiwillig tut.

Jeder Mensch weiß, daß er sich damit einer Operation unterziehen muß, die zwar ein außerordentlich geringes Risiko hat, die aber zumindest Schmerzen, Unannehmlichkeiten, Krankenhausaufenthalt usw. mit sich bringt. Deshalb sollte von einer Freiwilligkeit zur Spende ausgegangen werden. Die autonome Entscheidung eines Menschen zur Spende, sollte auch dann respektiert werden, wenn ein Patient im Bewußtsein eines leicht erhöhten medizinischen Risikos unter Information von möglichen Konsequenzen, dennoch eine solche Spende wünscht. Grenzen der autonomen Entscheidung sind allerdings gegeben, wenn dadurch eine Selbstschädigung zu erwarten wäre, d. h. vorhersehbar eine Minderung der Erwerbsunfähigkeit vom >20 % zu erwarten wäre. Von einer Freiwilligkeit der Spende ist auch dann auszugehen, wenn zum Beispiel in Partnerschaften durch die Spende des einen die Fortführung des bisherigen Lebens mit Reisen, Freizeitgestaltung, beruflichen Möglichkeiten usw. erhalten werden können. In solchen Situationen ist eine Spende zwar nicht uneigennützig, aber dennoch freiwillig. Nach dem TPG ist es Aufgabe der Kommissionen, die Freiwilligkeit festzustellen. Daher sollten die Kommissionen den jeweiligen Informationsstand des Spenders über sein individuelles Risiko nachfragen (informed consent).

14. Einer Erweiterung der Lebendspende-Möglichkeit stehen keine grundsätzlichen ethischen Bedenken entgegen, soweit Organhandel ausgeschlossen bleibt und Patienten im Bewußtsein des individuellen Risikos autonom entscheiden. Grenzen ergeben sich aus Spendersicht allerdings in zu erwartenden gesundheitlichen Schädigungen in einem die Erwerbsfähigkeit mindernden



Umfang oder wenn die Indikation zur Transplantation beim Empfänger die Grenzen der üblichen Wartelistenaufnahmekriterien der Bundesärztekammer überschreitet, z. B. bei Empfängern mit metastasierenden Tumorleiden.

15. Die Crossoverspende widerspricht nicht den bisherigen Festlegungen des Transplantationsgesetzes, wenn sie denn die genannten Bedingungen der engen besonderen persönlichen Verbundenheit erfüllt.  
Crossovertransplantationen sind eine extreme Seltenheit. Im Prinzip ist sie nur möglich und sinnvoll, bei Blutgruppenunterschieden zwischen Blutgruppe A und B oder bei positivem Crossmatch. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, daß bei der Organspende im Crossoververfahren irgendeine Form des Organhandels wahrscheinlicher wäre als bei einer Organspende, z. B. zwischen Geschwistern oder von Kind auf Eltern. Die bestehenden transparenten Dokumentationssysteme bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation und Eurotransplant bzw. die Prüfinstanzen der Bundesärztekammer in Form der Prüfungskommission lassen einen Organhandel als extrem unwahrscheinlich erscheinen. Der Vermittlung von Crossovertransplantationen über eine zentrale Stelle stehen keine grundsätzlichen medizin-ethischen Bedenken entgegen. Unabhängig dazu wäre in jedem Fall die enge persönliche Verbundenheit möglicherweise durch entsprechende ärztliche und psychologische Gutachten zu belegen.
16. Eine altruistische Lebendspende schließt schon vom Wortsinn "Altruismus" Organhandel aus. Eine altruistische Spende ist eben gerade nicht auf eine Kompensation, Bezahlung oder sonstiges ausgerichtet. Diese Form eines "reinen Altruismus" ist extrem selten. Die Schwierigkeit liegt in der psychologischen Evaluierung altruistischer Spender, da übertriebene Erwartungen an eine Erhöhung des Selbstwertgefühles nach den Erfahrungen einiger amerikanischer Zentren (Minneapolis) manchmal schwer auszuschließen sind. Der Vermittlung über eine zentrale Stelle spricht - unter den genannten Voraussetzungen - im Prinzip nichts entgegen.
17. Die bestehenden Regelungen zur Risikoabsicherung eines Lebendspenders sind unzureichend.

Auch wenn ein Lebendspender nur dann in Betracht gezogen werden sollte, wenn keine Minderung der Erwerbsunfähigkeit durch die Spende zu erwarten ist, bedarf es einer Risikoabsicherung für Krankheit, einer Risikolebensversicherung und einer Versicherung, die zumindest für eine Absicherung der bestehenden Einkünfte ausreicht.

18. Ein angemessener Nachteilsausgleich für den Lebendspender sollte den Verdienstausfall, Fahrtkosten zur Voruntersuchung, zur Operation, zur Nachsorge und die Übernahme der Kosten für die gesetzlich geforderte Nachsorge enthalten. Darüber hinaus sollten die Sozialversicherungsbeträge für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit enthalten sein.
19. Lebendorganspendern, die in Zusammenhang mit der Spende oder als Folge der Spende selbst ein solches Organ benötigen, sollte im Verteilungssystem der Status eines High-Urgent-Patienten eingeräumt werden. Dies kann allerdings nicht gelten, wenn z. B. ein Nierenspender etliche Jahre nach einer Nierenspende aus spendeunabhängigen Gründen selbst terminal niereninsuffizient wird.
20. Da es keine Standards über die Information zur Aufklärung eines Lebendspenders gibt, ist diese Frage nur individuell zu beantworten. Das Freiburger Zentrum hat schon vor Jahren einen Aufklärungsbogen publiziert, der in vielen anderen Zentren verwendet wird. Er enthält alle medizinischen Aspekte sowie die Aufklärung zu der erforderlichen Nachbetreuung. Allerdings ist aufgrund der bestehenden Rechtsunsicherheit und Unklarheit eine versicherungsrechtliche Aufklärung, so wie im Transplantationsgesetz gefordert, derzeit nicht in vollem Umfang möglich.

**B. Medizinische Aspekte der Lebendspende und Folgen der Organtransplantation:**

21. Es kann wohl kaum darum gehen, etwaige Defizite der postmortalen

Organspende auszugleichen. Vielmehr ist festzuhalten, daß bei der derzeitigen Inzidenz des terminalen Nierenversagens auch bei optimalster Ausschöpfung aller Spendemöglichkeiten Engpässe bleiben. Zudem erscheint vielen Patienten die Lebendspende aufgrund der überlegenen Ergebnisse als der bessere Weg. Klar ist, daß selbst in Ländern wie Spanien mit der weltweit höchsten Rate an Organspendern pro Million Einwohner Lebendspenden notwendig sind, wenn man denn eine Versorgung jedes einzelnen terminal niereninsuffizienten Patienten im Auge hat.

**Fazit:** Lebendspende und postmortale Organspende zusammen müssen gefördert werden.

22. Der Anteil der Lebendspende für Kinder ist höher als für Erwachsene, allerdings sind die Zahlen sehr uneinheitlich. So wird aus dem Hannover'schen Zentrum berichtet, daß die Hälfte aller Nierentransplantationen bei Kindern von Lebendspendern stammen, in anderen Zentren sind dies nur 10 %.
23. Therapeutische Alternativen zur Organtransplantation gibt es derzeit kaum. Transplantationen werden durchgeführt, wenn ein terminales Organversagen eingetreten ist. Zwar können Früherkennung und kompetente Behandlung den Zeitpunkt eines terminalen Organversagens verzögern, letztlich ist aber für viele Patienten mit solchen Erkrankungen die Transplantation unausweichlich. Eine Entlastung der Wartelisten ist allenfalls dadurch zu erwarten, die Funktion der Transplantate zu verlängern durch verbesserte Immunsuppression, verbesserte Nachbetreuung, kompetente Nachbetreuung und eine suffiziente Qualitätskontrolle im Rahmen der Transplantationsmedizin.
24. In der medizinischen Literatur ist nur eine beschränkte Anzahl von Studien zur Verfügung, die eine langfristige Beurteilung des Gesundheitszustandes von Organspendern ermöglichen. Erste umfassende Daten sind von dem Schweizer Lebendspende-Register zu erwarten, das zumindest Daten zu medizinischen Fakten enthält. Publikationen aus den skandinavischen Ländern an limitierten Fallzahlen sowie aus der amerikanischen Literatur zeigen immerhin, daß es zu keiner wesentlichen Minderung der Lebenserwartung oder Lebensqualität kommt. Bekannt ist, daß es bei Einnierigkeit aus verschiedenen Gründen auch

bei einem Beobachtungszeitraum von 50 Jahren nur zu minimalen wenig medizinisch relevanten Veränderungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung kommt.

Daten aus dem Bereich der Leberlebendspende liegen nur sehr eingeschränkt vor. Bei der Teilleberspende kommt es zur Hypertrophie (Vergrößerung) des verbleibenden Anteiles der Leber und damit zu einer weitestgehend vollständigen Übernahme der Gesamtfunktion. Allerdings muß das Risiko einer Lebendleberspende deutlich höher bewertet werden als das einer Nierenlebendspende. Wesentliche Einschränkungen der Lebensqualität sind von Leberlebendspendern bei medizinisch komplikationslosem Verlauf nicht berichtet.

25. Die Dokumentation der Lebendspenden erfolgt derzeit innerhalb der Transplantationszentren. Es ist nicht nur medizinisch sinnvoll, daß sich Lebendspender regelmäßigen Nachuntersuchungen unterziehen, sondern auch im TPG § 9 vorgeschrieben, die Patienten darüber zu informieren. Allerdings kann niemand zu solchen Untersuchungen gezwungen werden. Insofern sind auch Vorschriften mit dem Ziel, ein Lebendspende-Register einzuführen, sinnlos, da eine Registrierung von Nachsorgedaten von Lebendspendern eben nur möglich ist, wenn diese sich einer Untersuchung unterziehen und der zentralen Datensammlung zustimmen. Wichtiger als Vorschriften ist es, eine Finanzierung für diese im Gesetz vorgeschriebenen Nachsorgeuntersuchungen zu gewährleisten.
26. Es fehlt eine eindeutige Regelung zur Finanzierung der Nachuntersuchungen. Begreiflicherweise sind die Krankenkasse der Spender bei einem ansonsten gesunden Menschen nicht bereit, solche Untersuchungen zu bezahlen. Vielmehr müssen diese langfristig von der Kasse des Empfängers gewährleistet werden.
27. Es fehlen klare sozialversicherungsrechtliche Regelungen für die Lebendspender. Wie oben schon ausgeführt, gilt dies ebenso für die geforderten Nachuntersuchungen.

28. Derzeit sind nur wenige Lebendspender aus Deutschland bei der "Stiftung Lebendspende" gemeldet. Welche Untersuchungen zur Nachbetreuung erforderlich sind, ist z. B. durch das Schweizer Register bekannt. Hierzu sind nur wenige medizinische Daten erforderlich. Insofern geht es weniger um die Standardisierung der Nachsorge als darum, diese Nachsorge finanziell abzusichern.
29. Jeder Lebendspender wird umfangreich bezüglich Infektionskrankheiten und möglicher Tumorerkrankungen untersucht. Der Vorgang der Voruntersuchung ist medizinisch standardisiert. Eine mögliche Übertragung von Infektionen, Erkrankungen oder Tumorzellen ist außerordentlich unwahrscheinlich. Die bisher zur Verfügung stehenden Gentests können dieses Risiko nicht mindern.
30. Generell ist eine Aktivierung von viralen Erkrankungen unter Immunsuppression möglich. Dies gilt in gleichem Maße für Immunsuppression, die aus Gründen einer Lebendnierenspende oder einer postmortalen Nierenspende gegeben wird. Eine Reaktivierung solcher viraler Infekte ist heute häufig rechtzeitig erkennbar. Mit modernen virustatischen Medikamenten ist eine gezielte Therapie möglich.
31. Der wirksamste Weg, die Überlebensdauer von transplantierten Organen zu verlängern, ist eine kompetente Nachsorge. Zwar hat der Patient selber ein hohes Maß an Eigenverantwortung, dennoch ist die Durchführung von kompetenter Nachsorge auf spezialisierte Zentren zu begrenzen. Bedauerlicherweise gibt es nur in wenigen transplantierenden Einrichtungen und Ambulanzen eine Finanzierung, die es ermöglicht, die Patienten dauerhaft zu betreuen. Darüber hinaus stehen seit neuestem Regelungen zur Begrenzung der Fahrtkosten der kompetenten Transplantationsnachsorge entgegen.
32. Patienten zur Transplantation sind solche, die an einer schweren endgradigen Organerkrankung leiden mit starker Beeinträchtigung der Lebensführung und Lebensqualität. Die meisten dieser Patienten haben sich mit der Frage, ein fremdes Gewebe oder Organ zu akzeptieren, langfristig auseinander gesetzt. Infolgedessen sind die psychischen Folgen, die bei Empfängern bei

postmortalen Organspende beobachtet werden, außerordentlich gering.

Das gleiche gilt für die Empfänger von Lebendnierentransplantaten. Allerdings werden in solchen Fällen, in denen es nach Lebendspende zum Versagen des Transplantates kommt, gelegentlich Schuldgefühle gegenüber dem Spender beobachtet.

33. Es gibt ein umfangreiches Angebot an psychischen Betreuungsmaßnahmen für Organempfänger oder Lebendspender vor und nach der Transplantation. Von vielen Menschen wird dieses Angebot ausdrücklich abgelehnt, ein Drängen seitens der Transplantationsmediziner, sich solchen psychischen Untersuchungen oder Betreuungen zu unterziehen, wird als ein Eingriff in die autonome Persönlichkeit empfunden. Daher muß es im Einzelfall beim Angebot zu psychischen Betreuungsmaßnahmen bleiben, die dazu zur Verfügung stehenden Möglichkeiten sind ausreichend.
34. Die psychische Betreuung von Organspender und Empfänger werden entsprechend den Vorgaben des TPG angeboten und von einigen Patienten auch angenommen. Die ärztliche Betreuung bei Patienten mit Abstoßungskrisen, das Aufzeigen von Interventionsmöglichkeiten und das Aufzeigen von Therapiewegen für die weitere Lebensgestaltung stehen für diese Patienten in aller Regel im Vordergrund.
35. Die Kosten der verschiedenen Transplantationsverfahren sind früher über Fallpauschalen und Sonderentgelte, jetzt über die DRG's geregelt. Die im Rahmen der DRG's zum Ansatz gebrachten Kosten für die meisten Transplantationsverfahren sind unzureichend und decken nicht die tatsächlichen Kosten. Dies gilt in ganz besonderem Maße für die Nachbetreuung von Transplantationspatienten. Die Ambulanzpauschalen an den Transplantationszentren liegen weit unter den tatsächlichen Kosten, allein der notwendigen Laboruntersuchungen, Kosten notwendiger weiterer Untersuchungen wie Ultraschall, insbesondere die ärztliche Betreuung oder in Einzelfällen psychologische Betreuung sind nicht geregelt.

36. Bei Organübertragungen im Ausland, die nicht den Vorgaben des TPG entsprechen,  
z. B. bei Verstößen gegen das Verbot von Organhandel, erfolgt keine Kostenerstattung.

Generell haben deutsche Empfänger die Möglichkeit, sich auch auf außerdeutschen Wartelisten zur Transplantation anzumelden. Allerdings gibt es eine Übereinkunft der meisten europäischen Austauschorganisationen, zu denen auch Eurotransplant gehört, daß eine Mehrfachlistung auf verschiedenen Wartelisten nicht akzeptiert wird. Diese Übereinkunft ersetzt einen gesetzlichen europäischen Rahmen derzeit in ausreichendem Maße.

37. Die Krankenhausbehandlungskosten eines Lebendorganspenders aus dem EU-Ausland oder nicht EU-Ausland werden von der Krankenkasse des Organempfängers über die Fallpauschalen und DRG's getragen. Solange die Fallpauschalen zur Anwendung kommen, ist und war es häufig strittig, ob anfallende Kosten von dem Transplantationszentrum im Rahmen der Transplantation zu erstatten sind oder ob dies Leistungen sind, die zusätzlich von der Krankenkasse des Empfängers übernommen werden. Dies galt im besonderen Maße für etwaig anfallende Flugkosten in die Bundesrepublik Deutschland. Mit den DRG's ist hier ein neues System entwickelt; innerhalb dieses Systems ist eine Bezahlung von Wegekosten für den Lebendspender nicht vorgesehen. Inwieweit hier in Einzelfällen die Krankenkassen der Empfänger auf Antrag bereit sind, solche Kosten zu übernehmen, muß abgewartet werden. Eine großzügige Regelung dieses Problemes erscheint sinnvoll, da erhebliche Kosten beim Empfänger (Dialysekosten) eingespart werden.

38. Diese Frage würde jedem betroffenen Patienten als abwegig erscheinen. Ein direkter Vergleich der Behandlung eines Nierenversagens durch Dialyse und Transplantation ist nicht möglich. Alle Statistiken beweisen eine weit überlegene Lebenserwartung nach Transplantation, natürlich auch eine bei weitem höhere Lebensqualität und damit eine deutliche Verbesserung der psychischen und physischen Situation des Empfängers. Der Unterschied ist sowohl aus

finanzieller als auch psychischer Hinsicht gravierend zugunsten der Transplantation.

### **C. Organhandel**

39. Bekanntlich ist der Organhandel nach dem TPG verboten. Es gibt nur relativ wenige Fälle von Empfängern kommerziell erworbener Transplantate, z. B. aus Indien, die derzeit in Deutschland nachgesorgt werden. Aus der Literatur und meinen persönlichen Erfahrungen ist die Rate der Empfänger, die mit schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen von solchen Transplantationen zurückkamen, erheblich. Dies sind insbesondere technische Komplikationen aber auch Hepatitis-Infektionen und Übertragung von anderen Infektionskrankheiten. Diese Zahlen werden dazu verwandt, um Patienten, die etwaig an einer Transplantation im Ausland interessiert sind, über das erhebliche Risiko aufzuklären und sie davon abzuhalten.
40. Eine Einschätzung des illegalen Organhandels weltweit ist nicht möglich, da zunächst geklärt werden müßte, was unter dem Begriff illegal zu verstehen ist - z. B. illegal im Sinne des TPG. In einigen Ländern erscheinen zumindest Kompensationen von Verdienstaufschlag für den Spender und eventuell auch Schmerzensgeld durchaus legal. Daher ist eine Schätzung kaum möglich.
41. Anhaltspunkte für einen Organhandel innerhalb Deutschlands gibt es nicht. Fälle von Patienten, die zum Kauf eines Organs ins Ausland gefahren sind, sind außerordentlich gering.
42. Der Organhandel ist ein internationales Problem. Das Council of Europe hat in der "Draft Recommendation of the Committee of Ministers to Member States of Organ Trafficking" zu der Situation ausführlich Stellung genommen. Organhandel muß weiterhin verboten bleiben. Nach den eigenen limitierten Erfahrungen mit



Patienten, die sich Organe im Ausland gekauft haben, sind die Ergebnisse schon aus medizinischer Sicht so schlecht, daß jeder Betroffene zur Einsicht kommen sollte, sich lieber innerhalb Deutschlands transplantieren zu lassen. Offiziell gibt es kaum Länder, in denen der Organhandel erlaubt ist. Stillschweigend wird er aber in einigen Ländern geduldet, z. B. in Moldawien, Indien, zum Teil Pakistan, bzw. nicht verfolgt. Das Problem von Wartelistenpatienten generell kann auch durch den Organhandel nicht gelöst werden.

43. Die Bezahlung der Lebendorganspende sollte nicht zugelassen werden. Dies ist einhellige Ansicht aller internationalen Transplantationsorganisationen und übereinstimmende rechtliche Position. Eine rechtliche Diskussion über finanzielle Anreize und Belohnungen kommt sehr in die Nähe zum Handel mit Organen. Vielmehr sollte es darum gehen, Kompensationen zu schaffen, die im Einzelfall z. B. Fahrtkosten, Verdienstaufschlag übernehmen, versicherungsrechtliche Absicherung des Organspenders schaffen und Regelungen für die Nachsorge des Organspenders finden. Solche Regelungen dürften kaum dazu führen, daß ein potentieller Spender dies als Anreiz zur Spende ansieht. Wichtig ist eine Absicherung des Lebendorganspenders. Wer Angst vor einer Selbstschädigung hat, wird auch mit einer solchen Absicherung nicht spenden. Erst eine direkte Bezahlung schafft Anreize.
44. Es gibt kaum einen Bereich in der Medizin, der so transparent dokumentiert ist, wie Dialyse und Transplantation. Dies bietet ausreichend Möglichkeiten, den Organhandel zu verhindern.
45. Prinzipiell ist allein aufgrund der Tatsache, daß ein Spender aus dem Ausland kommt, keine erhöhte Gefahr des Organhandels zu sehen. Vielmehr sind gerade die in anderen Ländern sehr viel stärkeren familiären Bindungen der Ausgangspunkt für eine sehr hohe Bereitschaft zur Organspende. Wenn die nach dem Transplantationsgesetz vorgeschriebenen Kriterien überprüft werden und eine Abwicklung im deutschen Transplantationszentrum geschieht, ist die Gefahr eines Organhandels gering.

Gerade bei aus dem Ausland stammenden Patienten, die in Deutschland dialysieren ist die Lebendspende von einem ausländischen Verwandten ein sinnvoller Weg für die Versorgung mit einem Transplantat, ohne solche ausländische Patienten langfristig in Deutschland an der Dialyse zu behalten.

Allerdings gilt es wachsam zu sein bei Situationen fraglicher Gemeinsamkeit oder gerade dann, wenn Spender und Empfänger aus unterschiedlichen Ländern kommen und sich nie vorher gesehen haben. Deutsche Gesetze haben ausreichende Regelungen und Straf..... gegen den Organhandel. Gerade bei aus dem Ausland stammenden Patienten, die in Deutschland dialysieren, ist die Lebendspende von einem ausländischen Verwandten ein sinnvoller Weg für die Versorgung mit einem Transplantat, ohne solche ausländische Patienten langfristig in Deutschland an der Dialyse zu behalten. Gleichzeitig werden Kosten eingespart. Die Bereitschaft zur ..... Organspende ist bei den ausländischen Mitbürgern außerordentlich gering. Da in vielen Ländern aus sozio-kulturellen Gründen die Lebendspende ehe akzeptiert wird, sollte den ausländischen Patienten diese Möglichkeit auch nicht schlossen werden.

46. Die Zahl deutscher Staatsbürger, die sich im Ausland transplantieren lassen, ist außerordentlich gering. Dies schon deshalb, weil die deutschen Krankenkassen die Kosten solcher Transplantationen nicht übernehmen. Daher dürfte es sich um ganz vereinzelte Fälle handeln. Ein Regelungsbedarf über das TPG und andere bestehende Regelung hinaus sehe ich nicht.

Freiburg, 10. Februar 2004

Prof. Dr. Günter Kirste  
Leiter der Sektion Transplantationschirurgie  
Universitätsklinikum Freiburg