

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen

Mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen („Gewebegesetz“) soll die europäische Richtlinie 2004/23/EG in nationales Recht umgesetzt werden. Änderungen sind im Transplantationsgesetz, im Arzneimittelgesetz, im Transfusionsgesetz und in der Apothekenbetriebsordnung vorgesehen.

Die geplanten Änderungen gelten für die Spende und Entnahme von menschlichen Organen und Geweben mit dem Zweck der Übertragung, einschließlich Keimzellen. Blut- und Blutbestandteile sind ausgeschlossen.

Das Gesetz soll zu einer Verbesserung der Qualitäts- und Sicherheitsstandards führen (u.a. Zulassung und Kontrolle, Regelungen zur Rückverfolgbarkeit gespendeter Organe und Gewebe) und es soll das Verbot des Handels mit Organen und Geweben (Kommerzialisierungsverbot) regeln.

1. Zur Kommerzialisierung menschlicher Gewebe und Organe

Das ethische Grundproblem liegt in der Architektur des Gewebegesetzes: Im Transplantationsgesetz werden spezielle Regelungen für Gewebe erlassen, die transplantiert werden sollen: Die Entnahme und Übertragung von Geweben und Organen wird im Transplantationsgesetz geregelt und unterliegt damit dem Kommerzialisierungsverbot. Das Handelsverbot im TPG enthält in § 17 aber ein Ausnahmeverbot, nach dem Gewebe, die gleichzeitig Arzneimittel sind, nicht unter das Verbot fallen.

Das Arzneimittelgesetz wird grundsätzlich alle Gewebe erfassen. Das bedeutet: Wenn Organe und Gewebe einmal entnommen sind, wird ihre Lagerung, Aufbereitung und Weiterverarbeitung zu therapeutischen Produkten mit dem Arzneimittelgesetz geregelt (mit Ausnahme von Organen, die als ganze übertragen werden). Sie werden damit zu Arzneimitteln und somit zu handelbaren Produkten erklärt. Das bedeutet, dass de facto eine Kommerzialisierung der Verwendung von Geweben, Organen und Keimzellen mit dem Gewebegesetz legalisiert wird. Erst wenn sie wieder auf einen Menschen übertragen werden, fällt diese Übertragung wieder unter das Transplantationsgesetz.

Das ist aus ethischer Sicht ausgesprochen problematisch: Damit werden ökonomische Interessen an der Nutzung von Geweben, Organteilen und Keimzellen verstärkt, die mit dem Schutz der Rechte des Spenders potenziell in Konflikt geraten können. Außerdem gerät ein Verständnis des menschlichen Körpers als „Rohstoff“

mit unserem Menschenbild in Konflikt, nachdem der Mensch nicht nur einen Körper *hat*, sondern auch Leib *ist*. Der menschliche Körper und seine Teile sind nicht als bloße sachliche Objekte zu betrachten, sondern als Teil der Person und ihrer Subjektqualität. In diesem Zusammenhang greift das Gesetz auch in den gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod und das sittliche Verhältnis zum Leichnam ein.

Bei der Transplantation von ganzen Organen wurde angesichts der Knappheit von Organen und der Notwendigkeit der immunologischen Verträglichkeit ein transnationales Melde- und Allokationssystem (Eurotransplant) etabliert. Dies hat eine willkürliche Bevorzugung oder Benachteiligung von Patienten beispielsweise nach seinen finanziellen Möglichkeiten weitgehend ausgeschlossen. Im Gegensatz zur Organspende, die mit unmittelbarer Lebensrettung oder erheblicher Verbesserung der Lebensqualität von dialysepflichtigen Nierenkranken assoziiert ist, dienen Gewebespenden in der Regel „lediglich“ der Verbesserung der Lebensqualität oder auch kosmetischen Zwecken.

Während die Organisation der Transplantationsmedizin bisher in einem gemeinnützigen System (DSO) und über staatliche oder kommunale Kliniken geregelt war, erfolgt die Gewebetransplantation teilweise bereits heute im privaten, gewinnorientierten Sektor. Hohe Sicherheitsvorschriften, die sich zum Beispiel bei Augenhornhäuten aus der Zuordnung zum Arzneimittelgesetz ergeben würden, und die damit verbundenen Kosten könnten zu einer weiteren Verlagerung vom öffentlichen in den privaten Sektor führen. Dies könnte u.a. Gewebe für das Gesundheitssystem verteuern.

Bisher liegen zu wenige gesicherte Daten vor, welche Sicherheits- und Qualitätsanforderungen bei welchen speziellen Geweben angemessen und verhältnismäßig sind. Erhebliche Unterschiede gibt es zum Beispiel zwischen Cornea und Hautgeweben. Die Gewährleistung und Einhaltung sehr hoher Sicherheits- und Qualitätsstandards ist auf jeden Fall zu befürworten – insofern ist der Impetus des Gewebegesetzes richtig. Es fehlt allerdings an der nötigen Differenzierung.

Grundsätzlich bleibt ein erhebliches Problem, dass es bisher keine Transparenz über Zahl und Struktur von Gewebeverwendungen in Deutschland gibt. Hier bedarf es der Einführung eines zentralen Registers, der Etablierung von Meldepflichten und von Regeln über die Zuteilung von Geweben nach Maßgaben der medizinischen Erfordernis und der Dringlichkeit. Geschieht dies nicht könnten sich zahlungskräftige Empfänger mit ihren Interessen vor bedürftigen Patienten durchsetzen und längerfristig gesellschaftliche Schief lagen in der Ressourcena llokation im Gesundheitswesen entstehen (Ausweitung von Wellnessmedizin per Gewebeimplantat statt Priorisierung von Prävention und kurativer Medizin). Allein die Unterstellung unter das AMG führt nicht automatisch zu mehr Transparenz und Verteilungsgerechtigkeit. Vielmehr bedürfte es hierfür der Einrichtung eines Gewebe-Referenzzentrums auf Bundesebene, dem auch Aufgaben von Inspektion und Überwachung, Leitlinienentwicklung etc. übertragen werden müssten.

Außerdem besteht die Gefahr, dass aus Kostengründen Gewebe aus Drittländern importiert wird. Bei privaten Firmen ist dies bereits jetzt häufig der Fall. Die EU-Richtlinie soll hier zwar für einheitliche Sicherheitsmaßstäbe sorgen. Dennoch wäre eine nationale Selbstversorgung als Zielvorgabe (wie im Transfusionsgesetz) wünschenswert.

Eine weitere Kommerzialisierung des Gewebemarktes könnte auch zu anderen, ungünstigen Verschiebungen auf der Empfängerseite führen, nämlich beispielsweise

zur Bevorzugung von Privatpatienten vor Kassenpatienten. Außerdem bleibt trotz der geplanten Regelung zum Vorrang der direkten Transplantation ganzer Organe bei der Weiterverwertung (Subsidiarität) offen, wie dies in der Praxis garantiert werden soll. So wäre bspw. die Weiterverwertung von Organen vermutlich auch für die Klinik ökonomisch lukrativer, als ihre Abgabe für die direkte Transplantation. Diejenigen, die für die Beurteilung zuständig sind, ob ein Organ für die direkte Transplantation oder für die Weiterverwertung als Gewebe geeignet ist, könnten sich von den ökonomischen Anreizen, die der Gesetzgeber damit setzt, beeinflussen lassen.

Der aus ethischer Sicht vorzuziehende Weg wäre daher, die EU-Richtlinie in einem eigenen Zell- und Gewebe-Gesetz umzusetzen, das einerseits die Qualitäts- und Sicherheitsstandards festschreibt, andererseits aber – wie im Transplantationsgesetz – konsequent an einem Kommerzialisierungsverbot von menschlichen Geweben und Organen festhält. Eine Entlohnung für die Entnahme, Lagerung, Aufbereitung und Weiterverarbeitung von Geweben und Organen ist selbstverständlich in angemessenem Umfang gerechtfertigt, nicht aber die Erklärung von Geweben und Organen als solchen zu handelbaren Waren. Im Interesse der Patienten sollte sich die Transplantations- und Gewebemedizin als Ganze generell weiterhin strikt an nach dem Grundsatz der Freiwilligkeit, Unentgeltlichkeit, Gemeinnützigkeit und Solidarität richten (siehe Erwägungsgrund 18 der EU-Richtlinie). Gegebenenfalls sind pauschale Festpreise oder finanzielle Obergrenzen für bestimmte Gewebetypen und –verwendungen festzulegen.

Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass der Ruf der Transplantationsmedizin in der Öffentlichkeit durch eine Kommerzialisierung von Geweben erheblichen Schaden nehmen und negative Auswirkungen auf die Bereitschaft zur Organspende haben kann. Bisher besteht noch wenig Information in der Öffentlichkeit über die Gewebeverwendungen. Auch bei der Aufklärung und dem Organspendeausweis wird nicht ausreichend differenziert. Da die Einwilligung zur Organ- und Gewebespende gleichzeitig erfolgen soll, könnte bei den betroffenen Angehörigen der Eindruck entstehen, der Körper solle „ausgeschlachtet“ werden. Das könnte sich negativ auf die Einwilligungsbereitschaft von Angehörigen auswirken.

Es entsteht aber noch ein weiteres Problem, wenn einerseits das Spenden von Organen und Geweben dem Grundsatz des Altruismus entsprechend unentgeltlich erfolgen soll, andererseits aber mit der weiteren Verwendung von Geweben Gewinne erzielt werden. Dieses Missverhältnis kann als Ausbeutungsverhältnis wahrgenommen werden.

Aus diesem Grund hat die Enquete-Kommission Ethik und Recht des Deutschen Bundestages eine Regelung des Vorteilsausgleichs „*benefit sharing*“ vorgeschlagen. Auch der Nationale Ethikrat hat in seiner Stellungnahme zu Biobanken das „*benefit sharing*“ als Option begrüßt. Ein bestimmter Prozentsatz der mit den altruistisch gespendeten Geweben und Organen erzielten Gewinne sollte in einen Fonds für humanitäre Zwecke bzw. zur Unterstützung von Selbsthilfeorganisationen von Patienten und Probanden eingezahlt werden. Dies käme einer indirekten Entschädigung der Spender als Gruppe gleich, ohne ökonomische Anreize für die Spende zu schaffen.

Unabhängig davon sollten konkrete Regelungen für die Aufwandsentschädigung der Spender geschaffen werden, was in der EU-Richtlinie auch vorgesehen ist. Die Enquete-Kommission fordert in ihrer Stellungnahme durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass Aufwandsentschädigungen so gering sind, dass sie nicht als versteckte finanzielle Anreize wirken können und somit das

Kommerzialisierungsverbot untergraben. Grundsätzlich dürfen Aufwandsentschädigungen nur den (ggf. pauschalen) Ersatz von tatsächlich entstandenen Aufwendungen (z.B. Fahrtkosten, Arbeitsausfall) entgelten. Hohe Aufwandsentschädigungen haben negative Folgen für die Freiwilligkeit der Spende, aber auch in Bezug auf das mögliche Verschweigen von kontraindizierten Krankheiten mit Infektionsrisiko etc.

2. Regelungen in Bezug auf den Umgang mit Keimzellen

In den Begriffsbestimmungen werden Keimzellen nicht grundsätzlich vom Anwendungsbereich des AMG ausgeschlossen. Die Gewinnung, Lagerung, Aufbereitung, Abgabe, Ein- und Ausfuhr von Spermien und Eizellen, *die nicht für eine Befruchtung bestimmt sind*, können zukünftig unter das AMG fallen.

Bislang ist die Samenspende in Deutschland nicht gesetzlich geregelt. In Bezug auf die Eizellspende zu Fortpflanzungszwecken verbietet das Embryonenschutzgesetz die Übertragung von Eizellen auf eine andere Frau. Damit fallen sie aus dem Anwendungsbereich des Gesetzes heraus, da dieses nur Zwecke der Übertragung an eine andere Person regelt. Nicht geregelt ist im ESchG aber die Entnahme, die Verwendung unabhängig von der Befruchtung und die Forschung an Eizellen (Grundsatz: nulla poene sine lege). Das könnte im Zusammenhang mit dem Gewebegesetz als Legalisierung der Eizellspende für Forschungszwecke verstanden werden.

Die Aufbewahrungsmöglichkeiten für Eizellen sind sehr reduziert, so dass ein Export von Eizellen in andere Länder – zum Beispiel zu Forschungszwecken – bislang keine Rolle spielt. Es wurden bisher in Deutschland lediglich in einzelnen Fällen Eizellen zu Forschungszwecken genutzt (zur Erforschung der Unfruchtbarkeit oder um eine neue Technik zum Zählen der Chromosomen im Zellkern zu entwickeln). Durch Fortschritte in der Kryokonservierung von Eizellen könnte sich das zukünftig aber möglicherweise ändern. Die Anwendungen von „aufbereiteten“ Eizellen und Spermien für medizinische Zwecke – außerhalb der assistierten Reproduktion – sind bisher nicht bekannt.

In einigen Ländern werden Eizellen im Rahmen des Forschungsklonens eingesetzt, unter anderem auch für Zwecke der Grundlagenforschung. Diese Verwendung erscheint in der Bundesrepublik nach dem Embryonenschutzgesetz und nach dem Stammzellgesetz ausgeschlossen, weil das aus einem Zellkerntransfer (SCNT) entstehende Artefakt als geschützter Embryo zu bewerten ist. Technische Manipulationen, welche eine weitere Entwicklungsfähigkeit einer per SCNT hergestellten Blastozyste ausschließen, könnten hier aber Gesetzeslücken offenbaren. Hier bedarf es einer sorgfältigen Beobachtung und einer normativen Regelung in einem Fortpflanzungsmedizinengesetz.

Im Sinne des Schutzes der Kinderwunsch-Patientinnen und Patienten und der per heterologer Insemination entstandenen Kinder gibt keinen plausiblen Grund, warum Keimzellen unter das AMG fallen sollen und damit indirekt zu handelbaren Waren erklärt werden. Vielmehr empfiehlt sich hier eine spezialgesetzliche Regelung, die zuallererst die normativen Fragen der Zulassung der heterologen Insemination klären müsste und in diesem Zusammenhang auch Fragen der Sicherheit und Qualitätskontrolle regeln sollte.

Grundsätzlich fordert die EU-Richtlinie die Anonymität von Gewebespenden, ermöglicht jedoch Ausnahmeregelungen für Geschlechtszellen. Diese Möglichkeit

muss für die Samenspende aufgegriffen werden (Ermöglichung der Auskunft über den genetischen Vater auf Verlangen des Kindes), wenn die Verwendung von Ei- und Samenzellen für die assistierte Fortpflanzung innerhalb des Gewebegesetzes geregelt werden soll.

Es ist von daher zu begrüßen, dass die Bundesregierung angekündigt hat, ihren Gesetzentwurf noch derart zu verändern, dass das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung berücksichtigt werden soll. Problematisch ist allerdings, dass diese Regelung den Bereich der assistierten Fortpflanzung betrifft – und diese wiederum fällt nicht in den Regelungsbereich des Gewebegesetzentwurfs.

Es gibt daher keinen ersichtlichen Grund, warum Keimzellen unter das AMG fallen sollen und damit zu handelbaren Waren erklärt werden. Dem Sinn des Gesetzes entsprechend gibt es keine Patienten, die vor Gefahren geschützt werden müssen. Darum sollten Keimzellen generell aus dem Regelungsbereich des Gewebegesetzentwurfs ausgeschlossen werden.

Der beste Weg wäre, den Umgang mit Samen- und Eizellspenden in einem Fortpflanzungsmedizinengesetz zu regeln. Dabei sollte aus meiner Sicht die rein fremdnützige Eizellspende verboten bleiben wegen der Risiken und Belastungen für die Spenderin, die nicht mit einem Beitrag zu ihrem Wohlergehen gerechtfertigt werden können. Das Verbot sollte auf die Spende von Eizellen eigens für Forschungszwecke ausgeweitet werden. Zudem wäre darüber nachzudenken, ob aus ethischen Gründen ein Exportverbot von Eizellen erlassen werden sollte. In Bezug auf die Samenspende sollte die Möglichkeit einer späteren Auskunft über den genetischen Vater eines Kindes über eine zentrale Spenderdokumentation und -registrierung geschaffen werden, um das Recht des Kindes auf Wissen um die eigene Herkunft sicherzustellen. Dieser Informationsanspruch muss durch explizites gesetzliches Verbot der anonymen Keimzellspende sowie durch entsprechende rechtliche Auskunftsansprüche des Kindes gewährleistet werden.

3. Regelungen zur Entnahme von Knochenmark bei nichteinwilligungsfähigen Spendern

Die Entnahme von Knochenmark bei minderjährigen und nicht einwilligungsfähigen volljährigen Personen war bisher nicht gesetzlich geregelt.

Dabei handelt es sich um rein fremdnützige medizinische Eingriffe im Interesse Dritter. Nun ist die stellvertretende Einwilligung in medizinische Eingriffe für nichteinwilligungsfähige Personen daran gebunden, sich am Wohlergehen der vertretenen Person zu orientieren. Eine Einwilligung in einen rein fremdnützigen medizinischen Eingriff ist daher eigentlich nicht zulässig.

Vorgesehen ist nun, die Entnahme von Knochenmark bei Minderjährigen und nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen unter den folgenden Bedingungen zuzulassen:

- Verwendung des KM ist für Verwandte 1. und 2. Grades
- Heilung einer lebensbedrohlichen Krankheit
- Wenn zum Zeitpunkt der Transplantation kein geeigneter einwilligungsfähiger Spender verfügbar ist
- Wenn die Zustimmung durch einen gesetzlichen Vertreter gegeben ist

- Wenn die Zustimmung des Minderjährigen bei entsprechender Einsichtsfähigkeit gegeben ist

Außerdem sollen auch nichteinwilligungsfähige Erwachsene mit Zustimmung des gesetzlichen Vertreters oder eines Bevollmächtigten einbezogen werden.

Die Begründung der problematischen Gesetzesänderung ist die Legalisierung einer bestehenden Praxis, die bisher in einem rechtlichen Graubereich stattfindet.

Allerdings hat dieser „rechtliche Graubereich“ bislang ein umsichtiges und zurückhaltendes Vorgehen garantiert. Alle Beteiligten waren sich klar, dass sie sich in einem ethisch problematischen Feld bewegen. Die Knochenmarkspende zwischen Geschwisterkindern bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung, wurde mit der emotionalen Bindung zwischen ihnen gerechtfertigt, so dass die Heilung des einen Geschwisterkindes als Beitrag zum Wohlergehen des anderen interpretiert werden konnte. Darauf beschränkte sich die Knochenmarkspende von nichteinwilligungsfähigen Menschen bislang und dagegen ist aus ethischer Sicht nichts einzuwenden.

Die jetzige generelle Regelung aber, Knochenmarkspenden von Kindern und anderen nichteinwilligungsfähigen Personen für alle Verwandten ersten und zweiten Grades für rechters zu erklären, ist höchst problematisch:

- Eine potenzielle Instrumentalisierung von nichteinwilligungsfähigen Personen wird rechtlich legitimiert. Das Wohl des Spenders bleiben im Unterschied zur bisherigen Praxis völlig außer acht.
- Damit wird eine problematische Rechtsentwicklung fortgesetzt, die mit der Zulassung gruppennütziger Forschung im Arzneimittelgesetz begonnen hat, wobei die einschränkenden Bedingungen des minimalen Risikos und der minimalen Belastung wegfallen.
- Unklar ist auch, was es bedeutet, dass „kein geeigneter“ einwilligungsfähiger Spender zur Verfügung steht. Nach dem bisherigen Gesetzestext kann noch nicht einmal garantiert werden, dass diese Frage angemessen geprüft wird.

Die Schutzvorschriften für die Knochenmarkspende von Minderjährigen und nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen sind unzureichend. Da der bisherige „rechtliche Graubereich“ in der Praxis offenbar einen besseren Schutz bot, sollte die Knochenmarkspende bei Nichteinwilligungsfähigen ganz aus dem Gewebegesetz ausgenommen werden. Zumindest aber sollten deutlich strengere Regelungen getroffen werden, die eine Orientierung am Wohlergehen des Spenders sicherstellen.

4. Verwendung fötaler Zellen und Gewebe

Die Entnahme von Gewebe und Zellen von Föten, insbesondere nach Schwangerschaftsabbrüchen, aber auch nach Fehl- oder Totgeburten ist bisher gesetzlich in Deutschland nicht geregelt. Eine entsprechende gesellschaftliche Diskussion hat noch nicht in ausreichendem Maße stattgefunden. Bei den Beratungen vor der Verabschiedung des Transplantationsgesetzes 1996 hat sich der Gesetzgeber explizit dazu entschlossen, diese Verwendung aus dem Regelungsbereich des TPG auszunehmen.

Daher ist es problematisch, wenn nunmehr über die Umsetzung der EU-Richtlinie zur Sicherheits- und Qualität von Gewebeübertragungen explizit eine Regelung der Übertragung fötaler Zellen und Gewebe erfolgt. Hierzu bedürfte es zuerst einer

normativen Entscheidung des Gesetzgebers, ob und ggf. unter welchen Bedingungen eine solche Nutzung überhaupt befürwortet wird.

Daher wäre es besser, auch diesen Bereich aus dem Gewebegesetz auszuklammern und spezialgesetzlich – gegebenenfalls im Rahmen eines Fortpflanzungsmedizinengesetzes – zu regeln.

Sofern dieses Anwendungsfeld überhaupt in das neue Transplantationsgesetz aufgenommen bleibt, bedarf es zusätzlicher Schutzvorschriften. Diese betreffen die institutionelle und personelle Trennung zwischen entnehmender und verwertender Seite.

Eine unabhängige Beratung der Frau und entsprechende organisatorische und institutionelle Trennung sind sicherzustellen. Die Beratung zur Ermöglichung eines qualifizierten informed consent darf wegen potentieller Interessenkonflikte weder der Gynäkologin (wegen einer möglichen finanziellen Aufwandsentschädigung für die Gewebelieferung), noch der gewebeverarbeitende Arzt oder Forscher als Empfänger vornehmen. Die Beratung sollte durch eine dritte, unabhängige Einrichtung erfolgen.

Die Aufklärung muss auch Angaben über die gesundheitlichen und psycho-sozialen Risiken der Entnahme einschließen. Außerdem sind Informationen über die Zwecke der Gewebeverwendung (Forschung, Verpflanzung in Tiere zu Versuchszwecken, experimentelle Heilveruche o.ä.) zu geben. Diese dürfen aber weder ein Wissen um die Identität eines möglichen Empfängers (z.B. eines an Parkinson erkrankten Patienten), noch ein Recht auf Bestimmung des Gewebeempfängers vorsehen. Insofern ist eine Spende fötalen Gewebes nicht mit der Lebendspende unter persönlich Nahestehenden (Empfänger bekannt) analog zu setzen.

Eine Anonymisierung des Empfängers ist auch deshalb ratsam, weil Frauen sonst aus ihrem familiären Umfeld unter Druck gesetzt werden könnten, bewusst eine Schwangerschaft einzugehen, um diese dann abbrechen zu lassen und das fötale Gewebe einem erkrankten Familienangehörigen zukommen zu lassen. Außerdem ist eine vom medizinischen Verfahren des Abbruchs getrennte freiwillige und informierte Einwilligung der Frau sicherzustellen und die Entscheidung über eine Gewebespende darf erst nach der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch getroffen werden. Da fötale Gewebe zu Transplantationszwecken aber i. d. R. „frisch“ übertragen werden müssen, muss eine Frau sich bereits vor dem Schwangerschaftsabbruch hierzu entscheiden (mit Widerrufsmöglichkeit bis zum Zeitpunkt des Abbruchs bzw. zur Entnahme). Eine Anfrage an die Frau zur Gewebefreigabe unmittelbar im Anschluss an den Abbruch wäre unvereinbar mit den ethischen Anforderungen an eine freiwillige und informierte Einwilligung.

Die bisherigen im Gewebegesetz hierzu vorgeschlagenen Regelungen sind unzureichend und teilweise auch zu praxisfern und aus organisatorisch-logistischen Gründen nicht implementierbar.

So scheinen zwar § 4 a Abs. 1, § 5 Abs. 3 und § 7 (3) TPG zunächst eine institutionelle Trennung von fötaler Gewebeentnahme und –verwertung sicherzustellen. Dies wird jedoch nicht effektiv verhindert. Denn §4a (1) in Kombination mit § 5.3. und § 7.3. fordert lediglich eine Todesfeststellung durch einen Arzt, der nicht an der Entnahme und Übertragung beteiligt ist. Die Beteiligung dieses Arztes an dem Schwangerschaftsabbruch ist hingegen nicht ausgeschlossen. Hier besteht aber potentiell ein Interessenkonflikt.

Weiterhin fehlt im Gesetzentwurf ein Passus, der ein Entgelt für die Bereitstellung fötalen Gewebes, sowohl für die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmende

Frau, wie auch für Schwangerschaftsabbrüche vornehmende Gynäkologen explizit gesetzlich ausschließt. Bisher ist es nach §§ 17 Abs. 1 Nr. 1 TPG. durchaus möglich, dass ein Entgelt für eine „zur Erreichung des Ziels der Heilbehandlung gebotenen Maßnahmen“ verlangt wird.

Vorzuziehen wäre ein generelles Handelsverbot für fötale Organe und Gewebe.

Sofern man fötale Gewebeübertragungen überhaupt im Gewebegesetz regulieren will, sind neben verbesserten institutionellen Trennungen auch weitere Schutzvorschriften notwendig.

Insbesondere muss gesetzlich festgeschrieben werden, dass die Methode und der Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs nicht zu Lasten der Frau verändert werden dürfen, um qualitativ hochwertiges fötales Gewebe zu gewinnen. Hier muss das gesundheitliche Wohl und die Integrität der Frau eindeutig Vorrang erhalten gegenüber Forschungs- und Patienteninteressen. Da bei fötalen Gewebeübertragungen z.B. bei einem einzelnen Parkinsonkranken in der Regel das Gewebe mehrerer Föten in der gleichen fötalen Entwicklungsspanne (8.-10. Woche) notwendig ist, kann dies dazu verleiten, den jeweiligen Zeitpunkt des seriellen Abbruchs den Bedürfnissen der Gewebeverwendung anzupassen. Außerdem wird bei einem nach Absaugmethode durchgeführten, für die Frau schonenden Abbruch, das fötale Gewebe i. d. R. so zerrissen, dass es nicht mehr verwendungsfähig ist. Daher wird der Druck beim Absaugen verringert, womit sich die Prozedur verlängert und die Gefahr von Schädigungen und Verletzungen bei der Frau steigt.

Notwendig ist daher die Aufnahme entsprechender Schutzvorschriften, die das gesundheitliche Wohl der Frau und ihren Anspruch auf eine für sie schonende Abbruchmethode in den Mittelpunkt stellen. Dieses darf nicht dem Interesse geopfert werden, möglichst hochwertiges fötales Gewebe zu erhalten.

Generell bleibt aber zu hinterfragen, ob es gesellschaftspolitisch akzeptabel ist, dass Frauen als Produzentinnen und Lieferantinnen von fötalem Gewebe in Erscheinung treten. Denn selbst die Gewinnung von fötalem Geweben aus Fehl- und Totgeburten, die nicht durch eine Verquickung mit dem Schwangerschaftsabbruch belastet ist, stellt eine psychische Extremsituation dar, in der Anfragen an eine Gewebeverwendung traumatisierend wirken können. Zudem sind fötale Gewebe aus Totgeburten in der Regel allein deshalb nicht verwertbar, weil bereits Verwesungsprozesse eingesetzt haben. Bei Fehlgeburten stellt sich überdies die äußerst schwierige Frage der Todesfeststellung bei Föten, die auch wissenschaftlich keineswegs eindeutig geklärt ist. (Siehe dazu auch ZEKO-Stellungnahme von 1998, <http://www.zentrale-ethikkommission.de/10/60Uebernerv.html> Übertragung von Nervenzellen in das Gehirn von Menschen)

Insgesamt spricht dies dafür, fötale Zellen, Organe und Gewebe aus dem Geltungsbereich des Gewebegesetzes herauszunehmen und spezialgesetzlich zu regeln.