

DR. IUR. THOMAS GUTMANN, M.A.
LEOPOLD-WENGER-INSTITUT
JURISTISCHES SEMINAR DER
LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

PROFESSOR-HUBER-PLATZ 2
D 80539 MÜNCHEN
TELEFON (089) 2180-2964
TELEFAX (089) 2180-3080
email: t.gutmann@jura.uni-muenchen.de

Stellungnahme
zur öffentlichen Anhörung „Organlebenspende“
der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“
am 1. März 2004

Den folgenden Ausführungen liegen die an der Universität München durchgeführten Forschungsprojekte

- „Patientenautonomie am Beispiel der Lebenspende von Nieren“ (2001-2004; Deutsche Forschungsgemeinschaft, SCHR 622/3-1)
- „Organlebenspende in Europa. Rechtliche Regelungsmodelle, ethische Diskussion und praktische Dynamik“ (2000-2002)¹ sowie
- „Interdisziplinäre Fragen der Lebendorganspende“ (1991-2004 ff.)

zugrunde. Berücksichtigt werden überdies Ergebnisse des

- Internationalen Kongresses „Ethical, Legal and Social Issues in Organ Transplantation“ (München, Dezember 2002), hg. v. Th. Gutmann, A. S. Daar, W. Land und R.A. Sells, Lengerich: Pabst 2004, i.E.
- und des Kommentars zum Transplantationsgesetz von U. Schroth, P. König und Th. Gutmann, München: C.H. Beck 2004, i.V.

Die vorliegende Stellungnahme beschränkt sich auf die Beantwortung derjenigen Fragen, die in diesem Rahmen näher behandelt wurden.

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

1. *Welche Erfahrungen wurden mit dem Transplantationsgesetz vom 5. 11. 1997 (TPG) hinsichtlich der Lebenspende gemacht?*

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

Gründe für diese Entwicklung liegen insbesondere

- in der weiter zunehmenden Knappheit postmortal gespendeter Organe, die insgesamt zu längeren Wartezeiten, einem Mehr an irreversiblen gesund-

heitlichen Schäden bei den wartenden Patienten und einer höheren Zahl von Todesfällen auf den Wartelisten führt.

- im Fall der Niere in den deutlich höheren Erfolgsaussichten und weiteren Vorteilen der Verwendung von Nieren lebender Spender
 - sowie in einer vorrangig am Prinzip des Respekts vor der autonomen Entscheidung der Patienten orientierten normativen Neubewertung der Lebendorgantransplantation, die sich in den vergangenen beiden Jahrzehnten in der medizin-ethischen Diskussion verfestigt hat.
- ***Gibt es Defizite im Transplantationsgesetz und Probleme beim Gesetzesvollzug hinsichtlich der Lebendspende und welche Schlussfolgerungen sind daraus zu ziehen?***

Das deutsche Transplantationsgesetz enthält eine Anzahl sinnvoller Normen zur Regelung der Lebendorganspende, jedoch auch eine Reihe von Vorschriften, die von Anfang an verfehlt waren oder sich im Lichte der Entwicklungen der vergangenen Jahre als unangemessen herausgestellt haben. Im Ergebnis erscheint eine korrigierende Novellierung der §§ 8 und 19 Abs. 2 TPG als dringende Notwendigkeit.

Wie im Folgenden (siehe zu Fragen 10 ff.) im Einzelnen ausgeführt wird, ist vor allem zu empfehlen, de lege ferenda sowohl

- die Beschränkung des Spenderkreises (§ 8 Abs. 1 Satz 2 TPG) einschließlich ihrer Strafbewehrung (§ 19 Abs. 2 letzte Alternative TPG) als auch
- die Subsidiaritätsklausel (§ 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG)

zu streichen.

Darüber hinaus ist dem deutschen Gesetzgeber keine angemessene Formulierung des – notwendigen – Organhandelsverbots gelungen.² Die gegenwärtige Fassung der Norm, die sich mit dem Begriff des „Handeltreibens“ terminologisch an das Betäubungsmittelstrafrecht anlehnt, stellt weit mehr unter Strafe als sinnvollerweise beabsichtigt sein kann. Insoweit besteht Bedarf nach einer Novellierung, die den Inhalt des Verbotes des Organhandels erstens so bestimmt, daß seine Adressaten anhand der gesetzlichen Regelung voraussehen können, ob ein Verhalten strafbar ist oder nicht, und die zweitens Konstellationen, die, wie die Überkreuz-Spende, private Risikovorsorge oder angemessene Dankbarkeitsgesten etc., keinesfalls strafwürdig sind, eindeutig aus dem Anwendungsbe-
reich der Norm ausnimmt.

Zu überlegen wäre, ob der gesetzgeberischen Intention nicht mit einem strafrechtlichen Tatbestand gedient wäre, der die Struktur des Wucherparagrafen hat und die Ausbeutung einer Zwangslage von Organspendern und Organempfängern kriminalisieren würde.³

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

Als Erklärung hierfür gilt im Fall der Niere die überlegene Gewebequalität der übertragenen Organe, die wegen der kurzen Zeitspanne zwischen Ex- und Implantation nur einer kurzen kalten Ischämiezeit und folglich einem geringen Reperfusionsschaden ausgesetzt sind.

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

Die Kriterien für die Feststellung der besonderen persönlichen Verbundenheit im Sinne von § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG, die zudem „offenkundig“ sein muss, sind in der Rechtswissenschaft, in der Rechtsprechung und in der Praxis der Lebendspendekommissionen weitgehend ungeklärt bzw. umstritten. Dieser Befund kann aufgrund der Unbestimmtheit der Formulierung des TPG und dem Fehlen von konkretisierenden Bestimmungen in den Ausführungsgesetzen der Länder nicht überraschen. Die strafbewehrte Vorschrift des § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG genügt daher bereits nicht den Anforderungen an den verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgrundsatz (vgl. unten zu Frage 12).

Über die in der Rechtswissenschaft umstrittene Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen bei einer Cross-Over-Lebendorganspende die Verbundenheit zwischen Spender und Empfänger bejaht werden kann, hat am 10.12.2003 das Bundessozialgericht entschieden (Az: B 9 VS 1/01 R). Auf der Basis der bisherigen Rechtsprechung ist die Praxis davon ausgegangen, dass die Cross-Over-Spende aufgrund der Beschränkung des Spenderkreises regelmäßig unzulässig ist, da in diesen Fällen vielfach keine biographisch gewachsene Zusammengehörigkeit besteht. Ob von den – noch nicht vorliegenden – Urteilsgründen der Bundessozialgerichts-Entscheidung eine abschließende Klärung in dieser Frage erwartet werden kann, erscheint indes zweifelhaft. Darüber hinaus sind eine Vielzahl von Zweifelsfällen denkbar, in denen es einem Arzt kaum zumutbar ist eine klare Entscheidung über das Vorliegen der Verbundenheit zu treffen und in denen eine einheitliche Praxis der Transplantationszentren bzw. der Lebendspendekommissionen nicht zu erwarten steht. Auch nach dem Urteil des Bundessozialgerichts kann Ärzten weiterhin regelmäßig nicht geraten werden, Überkreuz-Lebendspenden durchzuführen. Es ist nachvollziehbar, wenn Rechtsprechung und Praxis offensichtlich unbillige Ergebnisse der gesetzlichen Beschränkung des Spenderkreises durch eine hyperextensive Auslegung der Norm korrigieren wollen. Dem sind jedoch Grenzen gesetzt. Eindeutig vorzugswürdig und rechtsstaatlich geboten wäre eine Korrektur durch den Gesetzgeber.

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?*
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?*
5. **Die nach dem TPG und Landesrecht einzusetzenden Lebendspendekommissionen 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 Landesrecht eingerichteten Kommissionen erfüllt oder welcher Änderungsbedarf besteht in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht?**

Die Kommissionslösung des Transplantationsgesetzes ist – vorbehaltlich des im Folgenden Auszuführenden⁴ – grundsätzlich ein sinnvolles Modell für den schonenden Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen von Spendern und Empfängern an der Durchführung von Lebendorganspenden und dem Interesse an der Verhinderung von substantiell nicht autonomen und kommerziellen Lebendorganspenden.

Das Kommissionsverfahren löst den Entscheidungsfindungsprozess der Beteiligten aus dem interessegeleiteten Kontext der Transplantationszentren und ermöglicht über die Einschaltung unabhängiger Gutachter die kritische Aufbereitung der Informationsbasis für eine autonome Entscheidung der Beteiligten. Diese Gutachter können in Teilen die Funktion von sogenannten Spenderanwälten (donor advocats) übernehmen. Die Kommissionen sind mehr als nur eine zusätzliche verfahrensrechtliche Sicherheit für die Transplantationszentren. Sie optimieren den Entscheidungsfindungsprozess der Beteiligten indem sie eine weitere Auseinandersetzung mit der Entscheidung und gegebenenfalls eine Korrektur derselben ermöglichen. Jedenfalls können eindeutige Fälle von Unfreiwilligkeit und Organhandel ausgefiltert werden.

Dass die Implementierung eines neuartigen Instituts der Gesundheitsverwaltung mit – den sogleich aufzuzeigenden – rechtlichen und praktischen Unsicherheiten und Folgeproblemen verbunden ist, ist nicht überraschend. Es muss weiter daran gearbeitet werden, *einheitliche* Standards für die Lebendspendekommissionen in materiell-inhaltlicher (Entscheidungskriterien) und prozedural-organisatorischer Hinsicht (Verfahrensgarantien) zu etablieren. Weiter untersucht werden sollten auch die tatsächlichen Folgen „ablehnender“ Kommissionsvoten für die Transplantationspraxis. Da die Kommissionsvoten gegenwärtig nicht unmittelbar rechtlich verbindlich sind, andererseits aber verhaltenssteuernde faktische Wirkungen erzeugen sollen, befinden sich die Kommissionen in einer Zwitterstellung zwischen Beratung und Entscheidung, die zu zahlreichen rechtlichen Ungereimtheiten führt. Der Gesetzgeber sollte auf der Basis weiterer empirischer Untersuchungen zur faktischen Bindungswirkung der Stellungnahmen der Kommissionen prüfen, ob es nicht vorzuzugswürdig wäre die Kommissionsvoten entweder rechtlich verbindlich und unter Gewährleistung der entsprechenden rechtsstaatlichen Verfahrens- und Rechtsschutzgarantien auszugestalten oder auf eine reine Beratungslösung umzustellen. Ein völliger Verzicht auf die Kommissionslösung erscheint im Hinblick auf die Schutzbedürftigkeit von Organspender und Organempfänger jedoch kaum vertretbar.

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

Die Kommissionslösung stellt eine geeignete Maßnahme zur Absicherung des Organhandelsverbots dar. Allein die Existenz des Kommissionsverfahrens wirkt abschreckend auf Personen, die eine kommerzielle Organspende durchführen wollen. Aus der bisherigen Kommissionspraxis wurde bisher nur vereinzelt von Fällen berichtet, in denen Anhaltspunkte für Organhandel festgestellt wurden (eine bundesweite statistische Auswertung der ablehnenden Stellungnahmen liegt nicht vor). Eine intensive Prüfung erfolgt aber insbesondere dann, wenn die Art der Beziehung zwischen Spender und Empfänger sowie die Motivation zur Organspende ungeklärt sind, wenn ein großes Einkommensgefälle zwischen Spender und Empfänger besteht und wenn diese aus unterschiedlichen Herkunftsländern stammen. Die An-

werbung von bezahlten Organspendern aus Armutregionen für wohlhabende Empfänger aus westlichen Ländern dürfte so in Deutschland wirksam ausgeschlossen sein. Unsicherheiten bestehen dagegen bei der Reichweite des Organhandelsverbots in Bezug auf Dankbarkeitsgesten und geringfügige Zuwendungen. Gerade im familiären Bereich können die Kommissionen sicherlich nicht immer erkennen, ob eine Gegenleistung vereinbart wurde. In vielen dieser Fälle dürfte aber auch kein Verstoß gegen das Organhandelsverbot vorliegen, da sozialübliche bzw. in den konkreten Beziehungsverhältnissen übliche Dankbarkeitszuwendungen nach richtiger Auffassung nicht von den §§ 17, 18 TPG erfasst werden, wenn man diese Vorschriften angemessen teleologisch reduziert.

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

Die Frage der Haftung der Kommissionen wurde in der Rechtswissenschaft bisher noch nicht ausreichend geklärt. Folgende Eckpunkte können aber festgehalten werden: Die Mitglieder der Lebendspendekommissionen sind verpflichtet, ihr Amt sorgfältig und unabhängig auszuüben. Sofern sie Verfahrensvorschriften nicht einhalten, vorsätzlich oder fahrlässig offensichtliche Anhaltspunkte für die Unfreiwilligkeit der Spende oder für Organhandel übersehen, oder selbige aufgrund einer grob falschen rechtlichen Beurteilung zu Unrecht annehmen, können sie sich einer Pflichtverletzung schuldig machen. Werden infolge von schuldhaften Pflichtverletzungen der Kommissionen Spender oder Empfänger geschädigt, kann dem Verletzten ein Amtshaftungsanspruch aus § 839 BGB, Art. 34 GG gegen den Dienstherren zustehen, da die Lebendspendekommissionen in allen Bundesländern in öffentlich-rechtlicher Form bei den Landesärztekammern organisiert sind. Unter welchen Voraussetzungen ein solcher Anspruch im Einzelfall entsteht, bedarf weiterer Klärung.

Die Mitglieder der Lebendspendekommissionen sind Amtsträger im Sinne von § 11 Abs. 1 Nr. 2 c StGB. Sie können sich daher wegen Straftaten im Amt, insbesondere wegen Vorteilsannahme und Bestechlichkeit strafbar machen. „Übersieht“ ein Kommissionsmitglied vorsätzlich und eigennützig Anhaltspunkte für einen tatsächlich gegebenen Organhandel, so macht es sich selbst wegen Organhandels gemäß § 18 Abs. 1 Alt. 1 i.V.m. § 17 Abs. 1 S. 1 TPG strafbar. In krassen Fällen, wenn etwa die offensichtliche Einwilligungsunfähigkeit des Spenders verkannt wird, kommt auch eine Strafbarkeit wegen fahrlässiger Körperverletzung nach § 229 StGB in Betracht.

Eine gewisse Kontrolle der Tätigkeit der Kommissionen erfolgt über die Landesärztekammern, die in der Regel die gutachtlichen Stellungnahmen der Kommissionen erhalten und vertraulich verwahren. Die Vertraulichkeit des Inhalts der Stellungnahmen setzt einer breiteren Transparenz der Kommissionstätigkeit aus datenschutzrechtlichen Gründen von vorne herein Grenzen. Die betreffenden Regelungen sind im Übrigen landesrechtlich nicht einheitlich. In Bayern ist die Landesärztekammer ihrerseits dem Gesundheitsministerium berichtspflichtig, welches so indirekt in die Kontrolle der Kommissionen eingebunden ist. Der jährliche Bericht der Landesärztekammer wird zudem im Ärzteblatt veröffentlicht. Allerdings ist zu betonen, dass es, wie bereits festgestellt wurde, kein förmliches Beschwerdeverfahren gegen die Stellungnahmen der Kommissionen gibt, so dass den Betroffenen nur der Weg eines informellen Rechtsbehelfs in Form einer Petition eröffnet ist. In welcher Weise

die Landesärztekammer bzw. die Gesundheitsministerien der Länder solche informellen Rechtsbehelfe zu behandeln hätten, ist vollkommen ungeklärt.

Dass die landesrechtlichen Ausführungsbestimmungen keine Bestimmungen zur „Überprüfbarkeit der getroffenen Entscheidung“ enthalten, wie der Bundesgesetzgeber in der Gesetzesbegründung gefordert hatte, stellt ein zu korrigierendes Defizit dar.

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

Die Frage ist mir nicht verständlich. Siehe ansonsten zu Frage 7.

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?*

Schon 1997 hat mehr für eine bundeseinheitliche Regelung, jedenfalls aber für stärkere bundesgesetzliche Vorgaben gesprochen. Die im übrigen wenig abgestimmte föderalistische Umsetzung des § 8 Abs. 3 TPG befriedigt insgesamt nicht.

a) Defizite bei der landesrechtlichen Umsetzung des Regelungsauftrags des TPG

Die Bundesländer haben den Regelungsauftrag des Bundestransplantationsgesetzes formell und inhaltlich äußerst unterschiedlich umgesetzt.⁵ Nur einige Bundesländer (Baden Württemberg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und das Saarland) treffen die wesentlichen Entscheidungen hinsichtlich Organisation, Zusammensetzung, Finanzierung und des Verfahrens der Kommissionen bereits im formellen Landesgesetz. In den anderen Bundesländern wird die Regelungskompetenz vollständig oder in großen Teilen auf die Verordnungsebene delegiert und von dieser teilweise vollständig weiter an die Landesärztekammern, die die Regelungen auf Satzungs- oder Geschäftsordnungsebene treffen sollen. Dies hatte etwa in Schleswig-Holstein die Folge, dass dort bewusst keinerlei Regelungen erlassen wurden, da die örtliche Landesärztekammer dies nicht für erforderlich hält.⁶

Landesrechtliche Regelungsmodelle, die die wesentlichen inhaltlichen Ausführungsbestimmungen ohne nähere Vorgaben auf die Verordnungs- oder Satzungsebene delegieren, werden den rechtsstaatlichen Anforderungen an die Legitimation von Einrichtung und Ausgestaltung der Verfahren vor den Lebendspendekommissionen nicht gerecht. Für die Lebendspendekommissionen als Gremien privilegierter Beratung, deren Stellungnahmen mittelbar-faktische Grundrechtsrelevanz für die Beteiligten haben, gelten strenge rechtsstaatliche und demokratische Legitimationsanforderungen, insbesondere der Grundsatz des Vorbehalts des Gesetzes.

Rechtsstaatliche Bedenken bestehen auch in Bezug auf die Frage des Rechtsschutzes gegen die Stellungnahmen der Kommissionen. Keines der Landesgesetze sieht eine Überprüfungsmöglichkeit vor, teilweise wird jede Form des Rechtsschutzes explizit ausgeschlossen. Dies ist im Hinblick auf das Gebot der Rechtsschutzeffektivität (Art. 19 Abs. 4 GG) bedenklich, da die Feststellung von Anhaltspunkten im Sinne von § 8 Abs. 3 Satz 2 TPG in der Regel die faktische Verhinderung der

Durchführung der geplanten Lebendorganspende bedeutet. Nach der Rechtsprechung des BVerfG ist das Grundrecht auf Leben und Gesundheit dann berührt, wenn eine staatliche Maßnahme dazu führt, dass einem kranken Menschen eine prinzipiell zugängliche Therapie versagt bleibt (BVerfG, NJW 1999, 3399) – so liegt es hier. Insbesondere kommt es für die Auslösung des Gebots der Rechtsschutzeffektivität nicht darauf an, ob die Stellungnahmen unmittelbar rechtlich verbindlich sind, es genügt, dass sie in der Regel mittelbar-faktisch zur Verhinderung der Therapie führen.

Künftige Regeln zur Überprüfbarkeit der Stellungnahmen der Kommissionen müssten beachten, dass den Kommissionen ein weiter Beurteilungsspielraum hinsichtlich der Feststellung der tatsächlichen Voraussetzungen von Anhaltspunkten für die Unfreiwilligkeit der Organspende und für Organhandel zukommen muss. Der Überprüfung von groben Rechts- und Verfahrensfehlern stehen aber keine grundsätzlichen Hindernisse im Wege. Auch das Problem der Gewährleistung der Vertraulichkeit der Stellungnahmen und damit der Vertrauensbasis des Kommissionsgesprächs ist lösbar.

b) Unterschiede in den Arbeitsweisen der Lebendspendekommissionen

Bezüglich der Arbeitsweise der Lebendspendekommissionen lassen sich auf der Grundlage empirischer Befunde⁷ erhebliche Unterschiede feststellen. Diese gehen zum Teil auf unterschiedliche landesrechtliche Regelungen zurück, zum Teil auf eine allgemeine Unsicherheit hinsichtlich der Umsetzung des Prüfungsauftrags bei den Mitgliedern der Kommissionen. Aufgrund eines Vergleichs der landesrechtlichen Ausführungsbestimmungen und der vorliegenden empirischen Daten zur Praxis der Lebendspendekommissionen lassen sich folgende zentrale Punkte nennen, die bisher ungeklärt sind und uneinheitlich behandelt werden:

- (1) Die *Prüfung der besonderen persönlichen Verbundenheit* im Sinne von § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG. Hier ist unklar, ob die Kommissionen überhaupt eine selbständige Prüfungskompetenz zur Feststellung der besonderen persönlichen Verbundenheit besitzen. Das Fehlen der Verbundenheit kann jedenfalls nicht ohne weiteres als Indiz für die Unfreiwilligkeit oder für Organhandel gewertet werden. In der Rechtswissenschaft ist eine selbständige Prüfungskompetenz daher umstritten; eine solche wird von den Lebendspendekommissionen praktisch aber ganz überwiegend in Anspruch genommen. Dies ist im Ergebnis auch sinnvoll, da gerade hier die Ärzte bei einer kaum zu bewältigenden Aufgabe und von einem nicht unerheblichen Strafbarkeitsrisiko entlastet werden und die öffentlich-rechtlichen Kommissionen nicht sehenden Auges rechtswidrige Transplantationsvorhaben unbeanstandet lassen können. Sofern man – was allerdings nicht zu empfehlen ist – überhaupt an dem Kriterium der besonderen persönlichen Verbundenheit festhalten möchte, sollte der Gesetzgeber klarstellen, dass dieses auch in die Prüfungskompetenz der Kommissionen fällt.
- (2) Die *Rolle des Empfängers* im Kommissionsverfahren ist vollkommen ungeklärt, in den landesrechtlichen Regelungen äußerst uneinheitlich geregelt und variiert auch in der Praxis der Kommissionen erheblich. Die Unsicherheit beruht hier auf der Uneindeutigkeit des TPG, welches (nur) von der „Einwilligung in die Organspende“ spricht. Nach richtiger Auffassung erfordert die Durchführung jeder Lebendorganspende materiell-inhaltlich die informierte Einwilligung des Empfängers und muss diese auch von den Kommissionen geprüft werden, weshalb die Beteiligung des Empfängers regelmäßig unverzichtbar ist. Der Gesetzgeber sollte dies klarstellen und zugleich ausdrücklich festlegen, dass der Empfänger nicht nur über die eigenen Risiken, sondern auch über diejenigen des Spenders

aufzuklären ist. Dies lässt sich zwar bereits aus der allgemeinen medizinrechtlichen Aufklärungsdogmatik herleiten, wenn man die psychologischen Implikationen der Lebendspende berücksichtigt. Das medizinische Risiko für den Spender wird dann als medizinisch-psychologisches Risiko für den Empfänger sichtbar. Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung empfiehlt sich aber deshalb, weil es sich bei der Lebendorganspende um eine im Medizinrecht einzigartige Konstellation handelt und auch die besonderen Aufklärungspflichten gegenüber dem Spender ausdrücklich festgelegt wurden.

- (3) Erhebliche Unsicherheiten bestehen auch hinsichtlich der Frage, nach welchen Kriterien die Kommissionsmitglieder die *Freiwilligkeit der Einwilligung* beurteilen sollen. Nach den bisher vorliegenden empirischen Daten gilt dies insbesondere für den *Umfang der Spenderaufklärung*, die Bedeutung von *objektiven oder subjektiven Risiko-Nutzen-Kalkulationen*, die Beurteilung der *Stabilität der Entscheidung zur Organspende* und für den Umgang mit Situationen, in denen der Spender aufgrund einer besonders engen persönlichen Verbindung mit dem Empfänger einem hohen *inneren, „psychischen“ Entscheidungsdruck* ausgesetzt ist.

Insoweit besteht vor allen Dingen die Notwendigkeit eines Selbstverständigungsprozesses der Kommissionsmitglieder auf der Basis normativer Vorgaben. Solche Vorgaben lassen sich zwar nicht sinnvoll in allen Einzelheiten gesetzlich normieren, sollten den Kommissionen aber in Form von Richtlinien an die Hand gegeben werden. Diese hätten unter anderem zu betonen,

- dass der umfassenden Aufklärung des Spenders (und des Empfängers, s.o.) nicht nur hinsichtlich der medizinischen Risiken des Eingriffs, sondern auch hinsichtlich der zu *erwartenden Erfolgsaussicht der Organübertragung* und aller sonstigen Umstände, die für ihn erkennbar von Bedeutung sind, maßgebliche Bedeutung zukommt.
- dass *am Ende* des Beratungs- und Entscheidungsprozesses ein *stabiler* Spendeentschluss stehen muss, der in der Person des Spenders wurzelt, also Ausdruck seines subjektiven Präferenz- und Wertesystems ist, und der über einen gewissen Zeitraum ohne größere Schwankungen aufrechterhalten wird.
- dass es dagegen nicht Aufgabe der Kommissionen ist, eine „objektive“ Abwägung zwischen dem Risiko des Spenders und dem potentiellen Nutzen für den Empfänger durchzuführen. Ein extrem unausgewogenes Risiko-Nutzen-Verhältnis kann allenfalls ein Indiz dafür sein, dass korrespondierende Aufklärungspflichten nicht erfüllt worden sind. Allein diese spezifischen Aufklärungserfordernisse dürfen im Kommissionsverfahren eine Rolle spielen.
- dass der Grad des Pflichtgefühls und des hierdurch vermittelten inneren psychischen Drucks, der den Spender motiviert, nicht unmittelbar freiwilligkeitsrelevant ist, jedenfalls solange der Organspender im Ergebnis in Übereinstimmung mit *seinem* Wertesystem handelt und eine *stabile* Entscheidung trifft. *Schwere* Entscheidungen dürfen nicht mit *unfreiwilligen* verwechselt werden; andernfalls würde man Personen gerade im Hinblick auf ihre kritischen, wertbezogenen Lebensentscheidungen entmündigen.

Im Ergebnis ist festzustellen, dass die Unsicherheiten hinsichtlich der Operationalisierung des Freiwilligkeitskriteriums einerseits zu Defiziten beim Schutz des Organspenders führen können, wenn etwa Aufklärungspflichten oder die Stabilität der Entscheidung nicht intensiv genug geprüft werden, andererseits aber auch zu einer unrechtmäßigen Bevormundung des Organspenders, wenn etwa eine Kommission durch eigene, „objektive“ Risiko-Nutzen-Abwägungen die Wertentscheidung des

Spenders übergeht. Dafür, daß gerade auch letzteres in der Praxis vorkommt, bieten die bisher erhobenen empirischen Befunde Indizien. Richtlinien für die Lebendspendekommissionen müssten das verfassungsrechtliche Spannungsverhältnis verdeutlichen, dass darin besteht, dass die dem Schutz des Spenders dienende Kommissionslösung zugleich einen (weich) paternalistischen Eingriff in dessen grundrechtlich geschütztes Selbstbestimmungsrecht und in das Grundrecht auf Leben und Gesundheit des bedürftigen Empfängers darstellt.

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?*

Mit Blick auf die europäischen Nachbarstaaten, die USA und Kanada ist festzuhalten, daß nationale Regelungen, die mit einem weiter gefassten Spenderkreis einhergehen⁸, nach bisherigen Erkenntnissen keineswegs mit größeren Problemen hinsichtlich der Sicherstellung der Freiwilligkeit der Lebendspender und des Ausschlusses von Organhandel zu kämpfen haben.

In internationaler Perspektive gewinnen in Deutschland gegenwärtig untersagte Modelle wie die Überkreuz-Lebendspende, Austauschmodelle für Lebend- und Leichenorgane und die altruistische Lebendorganspende unter einander fremden Menschen an Bedeutung. Waren noch vor einigen Jahren umfangreiche Programme zur Fremd- und Überkreuz-Spende von Nieren nur aus Südkorea bekannt⁹ haben US-amerikanische Transplantationszentren nach intensiven, zuletzt in der Form nationaler Konsensuskonferenzen¹⁰ geführten Diskussionen mittlerweile auf breiter Linie begonnen, bislang unkonventionelle Formen der Nieren-Lebendspende in ethisch begleiteten Pilotstudien in die Praxis umzusetzen. Der amerikanischen Erfahrung kommt für die Bundesrepublik wesentliche Bedeutung zu, sie wird daher im Folgenden in den Vordergrund gestellt.

Im Dezember 2000 wendete sich ein „Consensus Statement on the Live Organ Donor“ der an der Organtransplantation beteiligten ärztlichen und sonstigen Organisationen¹¹ explizit gegen jede Form genereller Beschränkungen des Spenderkreises, jedenfalls bei der Niere. Die Überkreuz-Spende von Nieren wird als „ethisch akzeptabel“ bewertet und die Unterstellung zurückgewiesen, sie stelle eine Form von Organhandel dar; der Text beschränkt sich insoweit auf Vorschläge für pragmatische Lösungen der technischen Fragen einer solchen Doppeltransplantation. Ebenso positiv bewertet wird die nichtgerichtete (d.h. zugunsten eines nicht vom Spender bestimmten, ihm unbekanntem Empfänger erfolgende) altruistische Fremdspende einer Niere, sofern auf die psychosoziale Evaluation des Spenders besondere Aufmerksamkeit gerichtet werde.

An der University of Minnesota in Minneapolis wurde bereits 1999 ein Programm zur altruistischen Fremdspende von Nieren eingerichtet, das eine intensive psychosoziale und medizinische Evaluation des Spendewilligen, aber nicht zwingend dessen Anonymität nach dem Eingriff vorsieht. Aus 360 Kontaktaufnahmen Spendewilliger resultierten 48 Evaluationen; bis heute sind in dem Programm 22 solcher Spenden zugunsten Fremder zu verzeichnen. 16 Spendewillige wurden abgelehnt, davon nur 4 aus psychosozialen Gründen.¹² Das Pilotprojekt hat gezeigt, daß generalisierende Bedenken gegen die (in jedem Einzelfall genauestens zu prüfende) Einwilligungsfähigkeit und Freiwilligkeit dieses Kreises potentieller Lebendspender nicht berechtigt sind. Fünf der Spender-Empfänger-Paarungen haben nach der Transplantation

Kontakt miteinander aufgenommen, drei haben sich getroffen. Probleme mit (versuchtem) Organhandel oder mit finanziellen oder sonstigen Forderungen seitens des Spenders traten nicht auf; die Motivation der Spender beruhte durchgehend auf Hilfsbereitschaft oder ähnlichen altruistischen Motiven. Zwischen 1998 und Februar 2003 wurden, getragen von großer öffentlicher Zustimmung¹³, an insgesamt 57 US-amerikanischen Transplantationszentren altruistische Fremdorganspenden durchgeführt¹⁴, beispielhaft ist das Programm der Johns-Hopkins-University in Baltimore mit bislang fünf Fällen. In kanadischen Zentren werden ähnliche Überlegungen angestellt.

Bereits 1997 begann die University of Chicago mit einer Prospektivstudie zur nicht auf Ehepaare beschränkten Ring-Überkreuzspende von Nieren.¹⁵ Ein groß angelegtes Überkreuz-Spende-Programm für Nieren, das in den USA nach statistischen Berechnungen 3 % der Patienten auf den Wartelisten, also bis zu 1.500 Patienten helfen könnte, besteht ebenfalls an der Johns-Hopkins-University in Baltimore. Dort wurde auch die erste Dreifach-Überkreuz-Lebendspende von Nieren durchgeführt. Insgesamt hat in den USA zwischen 1992 und 2001 die Zahl der Lebendorganspenden unter biologisch nicht miteinander verwandten Personen um den Faktor 10 zugenommen; seit 2001 gibt es dort, mit steigender Tendenz, jährlich insgesamt mehr Lebendspender (52 %) als verstorbene Spender.

Austauschmodelle für Lebend- und Leichenorgane nach dem Prinzip, dem Empfänger ein postmortal gewonnenes Transplantat im Austausch gegen ein für ihn von einem Lebendspender an den „Pool“ gespendetes Organ zuzuteilen („list-paired exchange of kidneys“) wurden in Boston und anderen Transplantationszentren Neuenglands sowie im Raum Washington implementiert.¹⁶ Bis zum 31.12.2003 wurden, jeweils nach intensiver Aufklärung und Evaluation der Patienten vor Ort, vier Simultan-Überkreuzspenden und 17 „live donor list exchange kidney transplants“ in Transplantationszentren Neuenglands durchgeführt.

Die Erfahrungen mit diesen Projekten sind durchweg positiv und geben Anlaß, Restriktionen abzubauen, die in der Bundesrepublik solchen Entwicklungen entgegenstehen.

Vorbildhaft ist, auch im Vergleich zu ähnlichen Regelungen u.a. in Spanien, den Niederlanden (wo an der Erasmus-Universität in Rotterdam ebenfalls ein erfolgreiches Programm zur Überkreuz-Lebendspende von Nieren installiert wurde¹⁷), Österreich und Dänemark, der ebenfalls intensiv diskutierte Entwurf des Schweizer Transplantationsgesetzes, der sich – gerade in Abgrenzung vom deutschen Modell – durch einen bewußten, im Gesetzgebungsverfahren von allen Beteiligten begrüßten Verzicht auf jegliche Begrenzung des Kreises potentieller Lebendorganspender auszeichnet und sowohl die Überkreuz-Spende als auch die nichtgerichtete, „altruistische“ Spende eines Organs zuläßt; in letzterem Fall gelten dieselben Zuteilungskriterien wie für die Organe verstorbener Personen.

(Bedenklich an dem künftigen Schweizer Gesetz erscheint insoweit nur, daß die im ursprünglichen Gesetzentwurf vorgesehene Kommissionslösung nach zum Teil heftiger Kritik gekippt wurde. Dies erscheint mit Blick auf den gleichzeitigen, überzeugend begründeten Verzicht auf bürokratische Begrenzungen des Spenderkreises problematisch).

Insgesamt läßt sich gegenwärtig ein einheitlicher europäischer Trend gegen jede strikte Begrenzung des Spenderkreises mit generellem Charakter feststellen.

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 welcher Weise?

In der Tat besteht hinsichtlich der Frage der Nachrangigkeit der Lebendspende gegenüber der Leichenorganspende (Stichwort: Subsidiarität) kein einheitlicher Standard in Europa oder den anderen westlichen Staaten.¹⁸

Die in Deutschland geltende Regelung, § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG, schreibt vor, daß die Entnahme von Organen einer lebenden Person nur zulässig ist, wenn ein geeignetes Organ eines verstorbenen Spenders im Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht. Hintergrund dieser Bestimmung ist der in der Gesetzesbegründung formulierte Grundsatz, demzufolge die Organspende von Toten „klaren Vorrang gegenüber der Lebendspende“ habe (BT-Drs. 13/4355 v. 16.04.1996, 14).

Dieser Subsidiaritätsgedanke erscheint nur insoweit begründbar, als er, orientiert am Prinzip der Schadensvermeidung, besagt, daß die Möglichkeit der Lebendspende nicht dazu führen soll, daß das Bemühen um die Gewinnung postmortal gespendeter Organe insgesamt vernachlässigt wird.

Soweit der damit postulierte Grundsatz der Nachrangigkeit der Lebendspende dazu dienen soll, im konkreten Fall Personen, die zur Lebendorgantransplantation entschlossen sind, diese zu untersagen und den potentiellen Lebendorganempfänger auf ein postmortal gewonnenes Organ zu verweisen, ist er weder verfassungsrechtlich noch ethisch zu rechtfertigen.

Die Subsidiaritätsregel des § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG ist allenfalls im Hinblick darauf hinzunehmen, daß sie in der Praxis weitgehend leerläuft. Diese verfehlt Norm **sollte ersatzlos gestrichen werden.**

Im Einzelnen sind hierfür wenigstens vier Gründe anzuführen:

- (1) Jedenfalls bei der Niere ist der zu erwartende medizinische Erfolg der Transplantation bei Verwendung eines Organs vom lebenden Spender statistisch erheblich höher als bei Verwendung eines postmortalen Organs.¹⁹ Diese erheblichen Unterschiede in den Erfolgsaussichten der beiden Therapien Lebend- und Verstorbenen-Organspende verschärfen sich zusätzlich dadurch, daß mit zunehmender Dauer der Dialysebehandlung die Langzeitfunktion des schließlich transplantierten Organs abnimmt.²⁰ Insoweit liegt es – entgegen dem Subsidiaritätsgedanken – regelmäßig im medizinischen Interesse von Patienten, die an terminaler Niereninsuffizienz leiden, eine, in der Regel nur in Form der Lebendspende realisierbare, präemptive Transplantation zu erhalten.²¹ Die Lebendspende einer Niere muß in dieser Perspektive als ein nicht nur lebensqualitätsverbessernder, sondern vielmehr lebensverlängernder, bisweilen gar lebensrettender Akt²² begriffen werden, da die frühe Nierentransplantation im Vergleich zur Dialysebehandlung die Lebenserwartung insbesondere in bestimmten Patientengruppen deutlich erhöht.²³ Hierbei gibt es eine große Zahl von Patienten (insbesondere Diabetiker), deren Lebenserwartung bzw. Sterbewahrscheinlichkeit in besonderer Weise davon abhängt, wieviel Zeit zwischen dem Beginn ihrer Dialysepflichtigkeit und der Organübertragung vergeht.

Die Subsidiaritätsklausel stellt angesichts dessen den wohl einzigartigen Fall dar, daß durch Gesetz Patienten eine medizinisch eindeutig schlechtere Therapie aufgezwungen wird. Im Hinblick auf die umfassenden staatlichen Schutzpflichten für das grundrechtlich geschützte Rechtsgut der körperlichen Unver-

sehrtheit und Gesundheit, insbesondere aber auf den Abwehraspekt dieses Grundrechts, erscheint dies verfassungsrechtlich bedenklich.

- (2) Eine keineswegs zu vernachlässigende Zahl von Patienten, die auf ein Organ angewiesen sind, hat erhebliche psychische Probleme mit oder moralisch genährte Vorbehalte gegenüber der Vorstellung, ein Organ gerade eines toten Menschen zu erhalten. Die Entscheidung, was ein wesentlicher Teil des eigenen Körpers werden soll, unterfällt jedoch dem Kernbereich des grundrechtlich geschützten Persönlichkeits- und Selbstbestimmungsrechts des Empfängers (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG), seinem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG), das auch ein Freiheitsrecht darstellt, unter Umständen auch seiner Religions- und Weltanschauungsfreiheit (Art. 4 Abs. 1 GG). Es ist nicht ersichtlich, wie eine echte Subsidiaritätsregel, die die Patienten vor die Wahl stellt, entweder anstelle eines vom Lebenden zu spendenden Organs das Organ eines Toten zu akzeptieren oder aber auf die heilende oder gar lebensrettende Transplantation gänzlich zu verzichten, verfassungsrechtlicher Prüfung standhalten könnte.
- (3) Hinzu kommt im Hinblick auf den Lebendorganspender, daß das gesetzgeberische Ziel, mit dem diese erheblichen Grundrechtseingriffe gerechtfertigt werden sollen, nur in dem Versuch besteht, mündige, ärztlich nachdrücklich und umfassend (§ 8 Abs. 2 TPG) aufgeklärte Erwachsene gegen ihren erklärten Willen von einem rational begründbaren und in seinen Risiken überschaubaren Eingriff in die eigene körperliche Integrität zugunsten eines nahestehenden Menschen abzuhalten. Gesetzlicher Paternalismus dieser Art sieht sich in einem liberalen Rechtsstaat jedoch einem prinzipiellen Legitimationsdefizit ausgesetzt; vertretbar erscheint er im Hinblick auf die erheblichen Komplikationsrisiken für die Spender allenfalls in den problematischen Konstellationen von sehr kurzfristig angesetzten Leber-Lebendspenden zugunsten unmittelbar lebensbedrohter, hochdringlicher Empfänger.

Das Ziel, den Lebendspender auf angemessene Weise zu schützen, kann mithin nicht durch Subsidiaritätsregeln erreicht werden, sondern nur dadurch, daß für eine nachdrückliche ärztliche Aufklärung der Betroffenen, und zwar gerade auch über die relativen Vorteile des Wartens auf die Zuteilung eines Leichenorgans Sorge getragen wird. Hierzu ist der Arzt ohnehin verpflichtet. Ist diese Aufklärung erfolgt und der einwilligungsfähige und einsichtsfähige Spender hinreichend informiert, so sollte seiner – stabilen – Entscheidung für die Lebendorganübertragung kein rechtliches Hindernis entgegengesetzt werden. Demgegenüber sind Subsidiaritätsregeln Ausdruck staatlicher Geringschätzung für ein Kernprinzip freiheitlicher Rechtsordnungen, den Respekt vor dem Recht des Einzelnen, die für sein Leben wesentlichen Entscheidungen selbst und im Lichte seiner eigenen Vorstellungen und Werte von dem, was das gute, richtige, gelungene Leben ausmacht, zu treffen.

- (4) Schließlich erscheint es unter dem Gesichtspunkt der Organallokation unter Bedingungen einer sich ständig verschärfenden Knappheit an Transplantaten auch kaum zu rechtfertigen, daß ein postmortal entnommenes Organ einem Patienten, der ein Lebendorgan erhalten könnte und möchte, aufgedrängt und damit zugleich dem nächstplazierten Anwärter auf der Eurotransplant-Warteliste vorenthalten wird.

b)

Im deutschen Transplantationsgesetz kommt die verfehlte Subsidiaritätsregel bei näherer Hinsicht jedoch kaum zum Tragen. § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG ist aus vier Gründen von beschränkter praktischer Relevanz:

- Erstens läßt sich angesichts der überlegenen Ergebnisse der Lebendtransplantation bezweifeln, ob jedes angebotene Leichenorgan in diesem Sinne „geeignet“ ist; das Merkmal der „Geeignetheit“ ist jedenfalls streng zu interpretieren.
- Zweitens bezieht sich die Vorschrift nur auf den „Zeitpunkt der Organentnahme“ beim lebenden Spender, der rechtlich eng zu verstehen und faktisch flexibel ist. Das Gesetz verbietet es dem Patienten und dem ihn behandelnden Arzt nach seinem Wortlaut nicht, die Organentnahme zu verschieben oder ein von der Vermittlungsstelle (Eurotransplant) angebotenes Leichenorgan abzulehnen, wenn dieses während der Vorbereitung auf die Lebendspende, aber vor dem geplanten „Zeitpunkt der Organentnahme“ angeboten wird.
- Drittens kann sich der potentielle Empfänger eines lebend gespendeten Organs, der Konflikte mit der Subsidiaritätsvorschrift vermeiden will, von der Warteliste streichen lassen.
- Schließlich wäre viertens ein Verstoß gegen die Vorschrift keiner strafrechtlichen Sanktion unterworfen.

§ 8 Absatz Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG wird im Konfliktfall deshalb in aller Regel leer laufen.

Zusammenfassend handelt es sich mit Blick auf die Lebendspende von Nieren um eine ethisch wie verfassungsrechtlich bedenkliche und nur wegen ihrer gesetzestechnischen Verfehltheit weitgehend unschädliche Vorschrift.

c)

Diskutabel erscheint angesichts der erheblich größeren Risiken des Spenders eine Subsidiaritätsvorschrift für die Lebendspende von Leberteilen oder Lungensegmenten. Aus den oben (a, 2-4) genannten Gründen spricht auch hier jedoch Überwiegendes für einen Verzicht des Gesetzgebers auf eine diesbezügliche gesetzliche Regelung.

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

Ja.

Es ist zu empfehlen, die Beschränkung des Spenderkreises (§ 8 Abs. 1 Satz 2 TPG) einschließlich ihrer Strafbewehrung (§ 19 Abs. 2 letzte Alternative TPG) ersatzlos zu streichen.

a)

§ 8 Abs. 1 Satz 2 TPG legt fest, daß die Entnahme von Organen, die sich nicht wieder bilden können, nur zulässig ist „zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen.“

Die Norm verbietet damit zwar nicht schlechthin, aber im Regelfall etwa eine sogenannte „Überkreuz-Spende“ auch dann, wenn diese immunologisch möglich und ethisch unbedenklich ist. Die Patienten können diesbezüglich weder bei einer Transplantation im Inland noch im Ausland sichergehen, vor Strafverfolgung geschützt zu sein; überdies erhalten sie die Kosten des Eingriffs in der Regel nicht von ihren Krankenkassen erstattet.

§ 8 Abs. 1 Satz 2 TPG schließt zudem Lebendorganspenden unter einander fremden Menschen aus. Ebenso verhindert § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG die Implementierung von international zunehmend diskutierten Austauschmodellen für Lebend- und Leichenorgane, d.h. die Möglichkeit, dem dialysepflichtigen Patienten ein postmortal gewonnenes Nierentransplantat im Austausch gegen ein zu seinen Gunsten von einem Lebendspender an den „Wartelistenpool“ der Vermittlungsstelle gespendetes Organ zuzuteilen („list-paired exchange of kidneys“), siehe auch Frage 10.

Zudem ist die Regelung in mehrfacher Weise unbestimmt und läßt Arzt und Patienten mit erheblichen Interpretationsproblemen zurück. Dies gilt für die Frage der geforderten Nähebeziehung, für das Tatbestandsmerkmal der „Offenkundigkeit“ sowie für die Frage, ob auch die Lebendspende eines Lebersegments von der Vorschrift erfaßt wird. In der Praxis wird eine größere Zahl von ethisch völlig gerechtfertigt erscheinenden Lebendorganspenden nicht durchgeführt, weil sich die Beziehung von Spender und Empfänger nicht genau genug unter die Vorgaben des § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG, insbesondere die geforderte Nähebeziehung, subsumieren lassen.

Die Vorschrift beschränkt insgesamt in nachhaltiger Weise die Lebendspende von Organen und greift in die Grundrechte potentieller Lebendorganspender und -empfänger, insbesondere in das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit des potentiellen Lebendorganempfängers aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG und das Grundrecht auf allgemeine Handlungsfreiheit des potentiellen Spenders aus Art. 2 Abs. 1 GG, ein.

Die Begrenzung des Spenderkreises in der gegenwärtigen Form ist nicht nötig, um hinsichtlich der Garantie der Freiwilligkeit der Spendeentscheidungen und des Ausschlusses des Organhandels ein hinreichendes Maß an Sicherheit zu erreichen.

b)

Der Straftatbestand des § 19 Abs. 2 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG, der im Fall einer Organlebendspende unter einander nicht im Sinne des Gesetzes nahestehenden Menschen nicht nur den Arzt, sondern grundsätzlich auch Lebendspender und -empfänger mit Strafe bedroht, ist nicht mit den Prinzipien einer grundrechtsorientierten Strafrechtsordnung in Einklang zu bringen. Diese Norm inkriminiert nicht nur ein Verhalten, das allenfalls im Vorfeld abstrakter Rechtsgutsgefährdung liegt, sondern pönalisiert die Entnahme eines Organs durch einen Arzt auch und gerade in Fällen, in denen diese nur dazu dient, Leben und Gesundheit eines Dritten zu erhalten. Der bloße Umstand, daß ein Arzt, ethischen Prinzipien seiner Berufsausübung folgend, das Organ eines erwachsenen, aufgeklärten, und nach seiner Überzeugung freiverantwortlich handelnden Menschen entnimmt, der mit seiner Spende einer anderen Person ohne kommerzielle Absichten helfen möchte, ist unter Schuld- und Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten nicht strafwürdig. Der ärztliche „Täter“ wird zudem letztlich nicht für eigenes, sondern vielmehr für vermutetes Verhalten Dritter bestraft.

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

Nur durch „Sicherheit durch Verfahren“, d.h. die individuelle Prüfung jedes Einzelfalls.

Die Freiwilligkeit der Spende kann durch entsprechende psychologisch-diagnostische Verfahren (insbesondere durch Exploration auf der Person- und Paarebene) evaluiert und soweit wie möglich erhärtet werden.

Die Kommissionslösung des § 8 Abs. 3 TPG stellt eine geeignete Maßnahme zur Absicherung des Freiwilligkeitsgebots dar.

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?

Die Erweiterung der Lebendspendemöglichkeit ist medizinethisch als positiv zu bewerten.

a)

In der internationalen medizin-ethischen Diskussion hat sich das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten während der vergangenen drei Jahrzehnte mit zwingenden Gründen zur Leitidee entwickelt. Auch die moralische und rechtliche Legitimation der Lebendspende gründet in erster Linie in dem Respekt, der den individuellen Entscheidungen von Spender und Empfänger geschuldet ist, die – nach gehöriger Aufklärung – in letzter Konsequenz selbst abzuwägen haben, welche Risiken sie zur Verfolgung ihres Lebensplans, zu dem ihre Beziehung zu anderen Personen und ihr Interesse am Wohlergehen des anderen gehören, einzugehen bereit sind.

Auf dieser Grundlage sind die medizin-ethischen Grenzen der Lebendorganspende ebenso weit zu ziehen wie die ethischen Grenzen der Verfügbarkeit über den eigenen Körper. Grundsätzlich können auch riskantere Eingriffe wie etwa die Spende einer Niere bei Spendern mit einem vertretbar erhöhten Risiko oder Leber- bzw. Lungen-Teil-Lebendspenden aus moralischen Gründen nicht grundsätzlich untersagt werden, *soweit die betreffenden Patienten diesbezüglich eine hinreichend aufgeklärte und freiwillige Entscheidung getroffen haben*. Dem Recht des Organspenders und -empfängers auf Respekt vor ihren selbstbestimmten Entscheidungen korrespondiert allerdings keine Pflicht des verantwortlichen Arztes, jeden Eingriff durchzuführen, den der Spender wünscht. Das moralische wie juristische Recht (und in bestimmten Fällen auch die Pflicht) des Arztes bzw. des Transplantationszentrums, einen Spender – etwa wegen eines zu hohen Risikos – abzulehnen, steht insoweit außer Frage, denn in dem Prozeß der Entscheidung, ob einem lebenden Menschen ein Organ entnommen werden soll, stehen sich Arzt und Spender als zwei moralische Akteure gegenüber, die auf ihr Selbstbestimmungsrecht und ihre Verantwortung für ihre je eigenen Handlungen pochen können. Ethisch nicht zu rechtfertigen ist indessen „harter“ medizinischer Paternalismus, der das „Wohl“ des entscheidungsfähigen Patienten über dessen Selbstbestimmungsrecht hinweg verfolgen möchte.

Es spricht vieles dafür, daß sich darüber Konsens herstellen läßt, daß Lebendorganspender niemals in „klinisch hoffnungslosen“ Situationen herangezogen werden dürfen²⁴, und daß die Vorteile des Eingriffs für Spender und Empfänger unter Be-

rücksichtigung ihrer eigenen Bewertung die mit der Organentnahme und -übertragung verbundenen Risiken überwiegen müssen. Darüber hinausgehende abstrakt-generelle Festlegungen zulässiger Spenderrisiken – sei es durch den Gesetzgeber, sei es durch ärztliche Standesorganisationen – erscheinen gerade deshalb problematisch, weil die Beantwortung der Frage, wann das Eingehen eines Risikos vernünftig ist, ist in wesentlicher Hinsicht eine nichtvertretbare Entscheidung, die nur der Betroffene selbst im Lichte seiner Wertungen und Präferenzen treffen kann.

b)

Bereits das bloße Vorhandensein der Option Lebendspende generiert den „Zwang“ zu der Wahl, ob man diese Option wahrnehmen will oder nicht. Wenn die Lebendspende überhaupt angeboten wird, dann können *und müssen* sich Angehörige und nahestehende Personen entscheiden, ob sie dem Nächsten mit einer Lebendspende helfen wollen oder nicht. In diesem Zusammenhang läßt sich die Frage, ob für diese Personen mehr Wahlmöglichkeiten immer besser sind als weniger, sinnvoll stellen, aber auch eindeutig, nämlich positiv, beantworten. Es wäre keine begründbare Alternative zur Option „Lebendorgantransplantation“, um der scheinbaren Seelenruhe potentieller Spender willen darauf zu verzichten, die Lebendspende anzubieten. Ein Verbot der Lebendspende aus einem solchen Grund könnte noch nicht einmal paternalistisch gerechtfertigt werden, denn es kann nicht im objektiven Interesse eines Menschen liegen, daß ihm von vorneherein die Möglichkeit genommen wird, durch eigenen Einsatz einer nahestehenden Person zu helfen oder diese gar zu retten. Aus der ethischen Dialektik von Hilfemöglichkeit und Entscheidungslast gibt es deshalb keinen generellen Ausweg. Es gibt jedoch Verfahren, die diese Dialektik für die Betroffenen erleichtern und Personen, die im Rahmen ihrer Entscheidung möglicherweise unter Druck gesetzt werden, schützen können.

Die praktische Aufgabe, der sich die Transplantationsmedizin gegenüber sieht, besteht darin, an allen Transplantationszentren Beratungsverfahren zu installieren, die im Sinne einer aktiven Intervention den autonomen Entscheidungsprozeß der Betroffenen unterstützen und absichern können, die ihnen helfen, eine wirklich überlegte, eigene Entscheidung für oder gegen den Eingriff zu treffen. Dieses Verfahren sollte den Betroffenen, soweit möglich, durch zeitliche Moratorien und „cooling off“-Perioden Überlegungszeit verschaffen und ihnen (und insbesondere dem Spender) schließlich die Option erhalten, sich zu jedem Zeitpunkt „mit Würde“ aus dem Prozeß der Lebendspende zurückziehen zu können. Zusätzlich hilfreich können darüber hinausgehende Konzepte wie das des „donor advocate“ sein, das auf die Heranziehung eines Arztes, Psychologen oder ein psychologisch geschulten Medizinethikers mit der Funktion zielt, im Prozeß der Vorbereitung einer möglichen Organspende nur die Interessen des Spenders wahrzunehmen.

- 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?**

Ja.

Es gibt keinen entscheidenden Einwand gegen die grundsätzliche ethische Akzeptabilität der Überkreuz-Spende sowohl in der individuellen Paarkonstellation als auch im Rahmen von Poolmodellen.

Obgleich schon in kleineren Personengruppen mögliche Überkreuz-Lebendspende-Paarungen gefunden werden können²⁵, würde ein quantitativ sinnvolles Cross-over-Programm einen möglichst großen Spenderpool und deshalb ein mehrere europäische Staaten umfassendes Einzugsgebiet – etwa das Eurotransplant-Gebiet nebst der Schweiz – verlangen. Die Vermittlung sollte über eine Zentralstelle (Eurotransplant) erfolgen, die hierzu, bei entsprechenden gesetzlichen Voraussetzungen, bereit und in der Lage wäre. Eine Anonymisierung der derart vermittelten Doppel-Spende erscheint technisch möglich; eine solche Regelung wäre auch geeignet, Organhandel auszuschließen. Fraglich ist indessen, ob eine Anonymisierung überhaupt anzustreben wäre.

Die Cross-Spende wirft neben logistischen Problemen auch normative Fragen auf.

Zunächst erscheint es abwegig, das spezifische *do ut des*, das die Cross-Spende impliziert, in die Nähe des Organverkaufs und prototypischer Marktbeziehungen rücken zu wollen – die Spendeakte der Beteiligten sind bei phänomenologischer Betrachtung vielmehr, wenn auch indirekt, auf den je eigenen Partner und dessen Gesundheit bezogen. Der erwartete „Nutzen“, der den Organspender zu einer Überkreuz-Spende motiviert – nämlich seinem Partner zu einem funktionierenden Organ und erhöhter Lebensqualität (und -dauer) zu verhelfen – ist in seiner Art und Qualität kein anderer als bei jeder anderen Lebendspende eines Organs.

Eine Reihe spezifischer Risiken der Überkreuzspende stellt in ethischer Sicht dann kein Problem dar, wenn die Betroffenen über sie **gehörig aufgeklärt** sind und sie bewußt eingehen. Hierzu gehört erstens die Gefahr, daß – sofern die Operationen nicht, wie dies wünschenswert wäre, parallel angesetzt sind – der zweite Spender von seinem unveräußerlichen Recht, seine Einwilligung jederzeit zu widerrufen, Gebrauch macht und „abspringt“, nachdem dem ersten das Organ bereits entnommen wurde. Zweitens ist immer die Möglichkeit gegeben, daß die beiden Organübertragungen unterschiedlich erfolgreich sind und die Betroffenen nach der Spende hierdurch die erhofften Konditionen des *do ut des* des Doppelaktes verletzt sehen können. Nimmt man schließlich die ethische Dimension des Selbstbestimmungsrechts der Betroffenen ernst, so sollte im Rahmen einer Cross-Spende den beiden Paaren auch die wechselseitige Anonymität nicht gegen ihren Willen aufgezungen werden.²⁶ Überkreuz-spende-willige Spender und Empfänger können ein berechtigtes Interesse daran haben, zu wissen, von wem sie eine Niere (mit welchen medizinischen Charakteristika) erhalten bzw. für wen sie sich ein Organ entnehmen lassen, und es muß den Betroffenen selbst überlassen bleiben, ob sie den Akt der Überkreuz-Organ spende nur mit ihrem eigenen Partner oder gemeinsam mit dem anderen Paar erleben möchten.²⁷ In letzterem Fall mag es vorkommen, daß sich die Beziehung der beiden Paare anders entwickelt als dies einige der Beteiligten erhofften; dies ist indes eine Gefahr, die persönlichen Beziehungen bereits als solchen innewohnt.

Ein weiteres ethisches Problem der Überkreuz-Spende könnte schließlich in dem Umstand liegen, daß mit der Erweiterung der „technischen“ Möglichkeiten zur Lebendorganspende gegebenenfalls die Erwartungen an potentielle Spender steigen, diesen Akt auch zu vollziehen.²⁸ Virulent würde dieses Problem spätestens mit der angesprochenen, naheliegenden Einführung einer Vermittlungsstelle für Überkreuzspenden bzw. eines Cross-Spende-Pools, die dazu führen würde, daß immunologische Barrieren ihre Bedeutung einbüßten und eine größere Zahl von Personen als

bisher zu potentiellen Lebendorganspendern würde. Auch hier gilt jedoch, daß die Dialektik von Hilfemöglichkeit und Entscheidungslast unausweichlich ist. Ihr kann hier ebenso wie bei jeder anderen Art der Lebendorganspende nicht durch das – ethisch keinesfalls zu rechtfertigende – Verbot technisch möglicher Hilfeoptionen, sondern nur durch angemessene Programme der Beratung begegnet werden, die potentiellen Spendern die reale Möglichkeit offenhalten, sich ohne Gesichtsverlust der Organspende zu entziehen bzw. aus ihrer Spendeentscheidung wieder „auszu-steigen“.

Für die Annahme schließlich, daß Überkreuz-Spende-Konstellationen besonders anfällig für Organhandel seien, gibt es keinerlei empirische Evidenz. Die gemeinsame Problemlage der beiden beteiligten Paare spricht vielmehr für den Regelfall gerade gegen die Annahme, für eine Cross-Spende sei Geld als Motivation vonnöten.

Eine grundsätzliche Restriktion der Überkreuz-Spende ist nach alledem normativ nicht zu begründen. Auch hier muß nach Prüfung jedes Einzelfalls entschieden werden – nach einer ersatzlosen Streichung von § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG.

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?

Ja.

Mit der der „nichtgerichteten“ bzw. „altruistischen“ Lebendorganspende unter Fremden kann, wie nicht zuletzt die US-amerikanischen Erfahrungen zeigen (vgl. Frage 10), verantwortlich umgegangen werden.

Die Gefahr einer Kommerzialisierung der Lebendorganspende unter Fremden wäre insbesondere dann in hinreichender Weise gebannt, wenn eine Kommunikation zwischen Spender und Empfänger (jedenfalls vor der Transplantation) nicht stattfinden könnte. Dies wäre dann der Fall, wenn eine Fremdspende an den Organpool der Vermittlungsstelle erfolgte und das Organ von dieser unter strenger Wahrung der Anonymität des Spenders nach den Kriterien für postmortal gespendete Organe einem durch Computer bestimmten Patienten zugeteilt würde. Die im TPG geregelte Verschlüsselungspflicht für personenbezogene Daten von Organspendern (§ 13 Abs. 1 TPG), die strafbewehrten Beschränkungen des Verarbeitens, Nutzens, Zusammenführens und Weitergebens personenbezogener Daten des Organspenders (§ 13 Abs. 2 i.V.m § 19 Abs. 2 TPG), das durch ein strafbewehrtes Offenbarungsverbot für personenbezogene Daten von Spendern und Empfängern ergänzt wird (§ 14 Abs. 2 i.V.m § 19 Abs. 2 TPG) können bei entsprechender Anwendung eine erfolgreiche Anonymisierung hinreichend gewährleisten.

Nach bisherigen Erkenntnissen scheint indessen die Möglichkeit einer Kommunikation zwischen Spender und Empfänger *nach* der Transplantation eine „nachklappende“ Kommerzialisierung des Spendeakts ohnehin *nicht* zu befördern.

Generalisierende Bedenken gegen die (im Einzelfall zu prüfende) Einwilligungsfähigkeit und Freiwilligkeit dieses Kreises potentieller Lebendspender schließlich sind ebenfalls aus der Luft gegriffen, wie amerikanische Pilotstudien zeigen (vgl. Frage 10).

Der Internationale Kongreß über die Ethik der Organtransplantation in München, Dezember 2002, faßte diesbezüglich folgende Resolutionen, die den Stand der Dis-

kussion treffend wiedergeben:

„*Resolution 3:* Non-directed living kidney donation is ethically acceptable and should be permitted.

Resolution 4: Kidneys derived from non-directed donation should be allocated using the standard cadaver allocation criteria.

Resolution 5: The suitability of living related and unrelated organ donors should be assessed by the same criteria.”

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?

Die durch das deutsche Transplantationsgesetz getroffene Regelung, der gemäß Lebendorganspender lediglich gesetzlich unfallversichert sind (§ 2 Abs. 1 Nr. 13b SGB VII), ist besser als nichts, jedoch keinesfalls adäquat. Im Regelfall dürfte äußerst fraglich sein, ob die Leistungen nach dem 7. Buch des Sozialgesetzbuches hinreichen, im Falle der Berufsunfähigkeit des Spenders den gewohnten oder erwarteten Lebensstandard oder gar im Fall des Todes des Spenders eine adäquate Versorgung seiner Familie aufrechtzuerhalten.

Unter dem Gesichtspunkt sozialer Gerechtigkeit wird man Lebendspendern, die nicht nur dem Empfänger des Organs helfen, sondern durch ihren Akt – jedenfalls im Fall der Niere – zudem der Gemeinschaft der Krankenversicherten mehrere Hunderttausend Euro sparen, einen moralischen Anspruch auf eine bessere Absicherung der von ihnen in fremdnütziger Weise eingegangenen Risiken zubilligen müssen, der rechtlich umgesetzt werden muß.

In diesem Sinn hat der Internationale Kongreß über die Ethik der Organtransplantation in München, Dezember 2002, folgende Resolution gefaßt: „Living organ donors and their families must be adequately insured against the risk of death and disability caused by the act of donation.”

Das Vorbild für eine solche Regelung enthält das kurz vor seiner Verabschiedung stehende Schweizer Gesetz. In dieses wurde im Dezember 2003 im Rahmen seiner Beratung durch den Nationalrat die Bestimmung (Art. 13a) eingefügt, daß derjenige, der einer lebenden Person Organe, Gewebe oder Zellen entnimmt, sicherstellen muß, daß diese Person gegen mögliche schwerwiegende Folgen der Entnahme angemessen versichert ist. Die Kosten der Versicherung sind von dem Versicherer zu übernehmen, der ohne Lebendspende die Kosten für die Behandlung der Krankheit der Empfängerin oder des Empfängers zu tragen hätte. Das Gesetz sieht des weiteren vor, daß Inhalt und Umfang dieser Versicherung durch den Schweizer Bundesrat festzulegen sind.²⁹

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?

Ebenfalls nach Schweizer Vorbild. Dort wird nunmehr auch *gesetzlich* geregelt sein, daß der Versicherer, der ohne Lebendspende die Kosten für die Behandlung der Krankheit der Empfängerin oder des Empfängers zu tragen hätte, den Erwerbsausfall oder den anderen Aufwand, welcher der spendenden Person im Zusammenhang mit der Entnahme entsteht, zu tragen hat; der Begriff des „anderen Aufwandes“ soll auf ebenfalls durch den Schweizer Bundesrat festgelegt werden.

Obwohl in Deutschland das Bundessozialgericht bereits 1972 (BSGE 35, 102 bzw. NJW 1973, 1432) und nochmals 1996³⁰ entschieden hat, daß alle mit der Organentnahme verbundenen Aufwendungen einschließlich ihres Verdienstaufschlags von der für den Empfänger zuständigen Krankenkasse zu tragen sind, hapert es mit der Umsetzung dieser Rechtslage in der Praxis erheblich. Dies liegt insbesondere daran, daß eine signifikante Zahl von Krankenkassen die m.E. unzutreffende Ansicht vertritt, diese Kosten seien bereits durch die betreffende, den Kliniken zu erstattende Fallpauschale abgedeckt, mit dem Ergebnis, daß eine erhebliche Zahl von Spendern ihren Anspruch, wenn überhaupt, so nur unzumutbar erschwert durchsetzen kann. Eine gesetzgeberische Klarstellung nach Schweizer Vorbild ist deshalb angezeigt.

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

Diese Frage muß insbesondere für die Rechtsordnung der Bundesrepublik als ungeklärt und umstritten gelten.

Eine relative (d.h. keine absolute, lexikalische) Bevorzugung ehemaliger Lebendspender bei der Verteilung von Organen Verstorbener wird in der ethischen Diskussion überwiegend positiv beurteilt. Sie kann ihre Rechtfertigung unter dem Aspekt der Fairness sowie in dem Gedanken finden, daß bereichsspezifischer „Verdienst“ – der Vorteil, der aus der Lebendspende für die gesamte Gruppe der auf ein bestimmtes Organ wartenden Patienten resultiert – belohnt werden darf und somit prima facie verteilungsrelevant zu sein hat. Ein im Auftrag des Schweizerischen Bundesamts für Gesundheit erstelltes Gutachten zur gerechten Organallokation spricht sich aus diesen Gründen dafür aus, eine erfolgte Lebendspende als ein positiv ins Gewicht fallendes Allokationskriterium zu beachten.³¹ Das Vergeben von allokativen Bonuspunkten für Lebendspender wird z.B. in den USA seit längerem praktiziert³² und in der neueren Diskussion teils vehement gefordert.

Hiergegen wird eingewandt, daß sich aus dem Teilhabeanspruch aller Wartelistenpatienten und dem Grundsatz der „Lebenswertindifferenz“ des Grundgesetzes über Art. 3 Abs. 3 GG hinausgehende Diskriminierungsverbote ergeben. So sind soziale Stellung, die wirtschaftlichen Verhältnisse, das soziale Verhalten oder gar der „soziale Wert“ eligibler Patienten als Allokationskriterien gesperrt. Vor diesem Hintergrund kann die Ansicht vertreten werden, daß auch ein relativer Vorrang ehemaliger Lebendspender bei der Organallokation gegen das Verbot der Differenzierung nach sozialem Verhalten verstoßen würde. Denn abgesehen davon, daß die „Chance“, Lebendspender zu werden, zufallsabhängig ist, schützt das Persönlichkeitsrecht in einem solchen Fall sowohl die Entscheidung für die Lebendorganspende als auch die Entscheidung dagegen. Spendeentscheid und Spendeverweigerung sind diesbezüglich rechtlich gleichwertig; bei einer Bevorzugung ehemaliger Lebendspender bei der Organverteilung würden entgegen diesem Grundsatz gerade an diese Entscheidung möglicherweise schwerwiegende Folgen für den Betroffenen geknüpft. Allokative Bonuspunkte für Lebendspender wären nach alledem nicht wegen ihres

Belohnungscharakters problematisch, sondern weil diese Belohnung *auf Kosten anderer* Patienten erfolgte und aus deren Sicht eine unzulässige Diskriminierung darstellte. Abgesehen von Dringlichkeitserwägungen müßte ein relativer Vorrang von ehemaligen Lebendspendern bei der Verteilung von Organen Verstorbener in dieser Sicht ausscheiden.³³

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

B. Medizinische Aspekte der Lebendspende und Folgen der Organtransplantation:

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

Es ist heute nicht zuletzt der Zuwachs der Lebendspende, der den Rückgang der Zahl der postmortal gewonnenen Nieren kompensiert und die Zahl der Organtransplantationen in Deutschland in den letzten Jahren halbwegs konstant gehalten hat.

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

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

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. Leberlebendspende)?***

Für die Nierenlebendspende gilt, dass insbesondere bei nicht-verwandten Lebendspendern/innen (Ehepartnern) die Lebensqualität nach erfolgreicher Lebendspende in den Bereichen persönliche Entwicklung, Paarbeziehung und soziale Beziehungen zunimmt. Die Lebenserwartung ist bei Lebendspendern u.a. auch wegen der intensiven medizinischen Voruntersuchung bei der Auswahl der Spender deutlich höher als bei einer altersmäßig parallelisierten Vergleichsgruppe von Nicht-Spendern.

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

Ein gesetzliches Lebendspende-Register nach Schweizer Vorbild³⁴ ist notwendig. Die im deutschen Transplantationsgesetz vorgesehenen Pflichten der Transplantationszentren zur Qualitätssicherung und zum jährlichen Bericht bestimmter gesetzlich definierter Fakten genügen diesem Erfordernis nicht.

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

Die Nachsorge für Spender sollte kurz- und langfristig entsprechend den medizinischen und psychologischen Erfordernissen in den gleichen Zeitabständen durchgeführt werden wie bei den Empfängern.

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

Lebendspendern sollten – auch – angesichts der nicht unerheblichen Sozialnützlichkeits ihres Tuns weit großzügiger Angebote zur Rehabilitation und Nachsorge gemacht werden.

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

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?

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

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

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

Für Organempfänger im Bereich Nierenlebendspende hat die erfolgreiche Transplantation in der Regel positive Effekte, insbesondere im Hinblick auf deren wahrgenommene persönliche Entwicklung.

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?

Die psychologischen Betreuungsmaßnahmen sind an den einzelnen Transplantationszentren sehr unterschiedlich geregelt. Für Bayern (Bad Heilbrunn) gibt es für Organempfänger eine stationäre medizinische Nachbetreuungsmöglichkeit, in die auch psychologische Beratungsangebote integriert sind. Insgesamt besteht diesbezüglich Verbesserungsbedarf.

- 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?**

Bei Transplantatabstoßung sollte auf jeden Fall auch eine psychologische Betreuung des Spender-/Empfängerpaars erfolgen. Am geeignetsten wäre ein Beratungsangebot durch diejenigen Psychologen/innen, die bereits in der prä- und unmittelbaren post-transplantativen Phase das Spender-/Empfängerpaar betreut haben. Die flächendeckende Implementierung solcher Betreuungsmaßnahmen wird durch die drastische Kürzung der Pflegesätze für Organtransplantationen im Zusammenhang mit der schrittweisen Einführung des DRG-Systems verunmöglicht 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)?*
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?*
37. *Inwieweit werden die Krankenbehandlungskosten eines Organspenders aus dem Nicht-EU-Ausland von einer Krankenkasse in der Bundesrepublik Deutschland übernommen?*
- 38. Welche Erfahrungen in finanzieller, psychischer und physischer Hinsicht gibt es beim Vergleich der Behandlung des Nierenversagens durch Dialyse und einer Behandlung durch Nierentransplantation?** -

Bei einem Vergleich von Dialyse und Lebendnierentransplantation zeigt sich bei den Empfängern eines transplantierten Organs im Schnitt eine deutlich höhere Lebensqualität im persönlichen partnerschaftlichen und sozialen Bereich als Folge des durch die Transplantation erweiterten Handlungsspielraums. Insbesondere bei nicht-verwandten Nierenlebendspendern (Ehepartnern) gilt dies auch für die Spender/innen.

C. Organhandel:

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

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

Das Bestehen von organisiertem Organhandel und kommerziellem Organtourismus insbesondere, aber nicht ausschließlich, in Entwicklungs- und Schwellenländern kann nicht geleugnet werden. Genannt werden heute vor allem Indien und Irak, Moldawien, die Türkei, Peru, Südafrika und Pakistan, die Volksrepublik China daneben die Philippinen und Ägypten. Hierbei stammen die Käufer der Organe keineswegs nur aus den westlichen Industriestaaten, sondern ebenso aus dem arabischen, südostasiatischen oder südamerikanischen Raum. Aus dem europäischen Ausland wurden vereinzelte Fälle kommerzialisierter Lebendorgantransplantationen auch aus Großbritannien, Frankreich und Estland berichtet.

Umfassende empirische Untersuchungen und verlässliche Zahlen oder auch nur Schätzungen fehlen naturgemäß. Versucht man, sich aus den methodisch nicht immer befriedigenden Einzeldarstellungen und -berichten³⁵ sowie aus Erfahrungsberichten, wie sie etwa im Rahmen des Internationalen Kongresses über *Ethical, Legal and Social Issues in Organ Transplantation* im Dezember 2002 in München ausgetauscht wurden, ein Gesamtbild zu machen, so wird man davon ausgehen müssen, daß der internationale Organhandel im vergangenen Jahrzehnt deutlich zugenommen hat.³⁶

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

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

Nahezu alle Staaten, die im Bereich der Transplantation gesetzgeberisch tätig geworden sind, verbieten es, den menschlichen Körper und seine Bestandteile zum Gegenstand kommerzieller Transaktionen zu machen. Dem entsprechen Bemühungen nicht zuletzt auch der Weltgesundheitsorganisation WHO und des Europarats.

Vereinzelte werden bestimmte Formen des Organverkaufs jedoch staatlich toleriert oder gefördert.

So besteht im Iran eine Praxis staatlich geförderter kommerzieller Lebendniere spende, die es iranischen Staatsbürgern erlaubt, für iranische Patienten eine Niere zu einem festgelegten, vom Staat bezahlten Preis, der etwa einem durchschnittlichen Jahreseinkommen entspricht, an das öffentliche Gesundheitssystem zu spenden; die Verteilung der Organe erfolgt sodann unabhängig von finanziellen Erwägungen.³⁷ Das Programm, das offenbar zu einem weitestgehenden Rückgang der iranischen Wartelisten zur Nierentransplantation geführt hat, wird unter ethischen Gesichtspunkten unterschiedlich beurteilt.³⁸ Auf dem Internationalen Kongreß über die Ethik der Organtransplantation in München, Dezember 2002, wurden solche Modelle angesichts der in Ländern wie Iran gegebenen Möglichkeiten der Krankenversorgung zwar kritisch, überwiegend jedoch zustimmend diskutiert.

In Israel scheint eine staatlich tolerierte, ja öffentlich geförderte Praxis der kommerziellen Nierentransplantation im Ausland, nicht selten unter Verwendung israelischer Spender zu bestehen.³⁹ Gegenwärtig sind dort gesetzgeberische Initiativen zu beobachten, bestimmte Formen der Bezahlung von Lebendspendern zu legalisieren. Ähnliches wird von den Philippinen berichtet. Jüngste Überlegungen unter dem Dach der British Medical Association, bezahlte Organspenden künftig zu ermöglichen⁴⁰, haben in Großbritannien bisher keinen legislativen Widerhall gefunden.

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 Organmangel auswirkt?*

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?**

Bereits heute richtet sich das strafbewehrte Verbot des Organhandels nicht nur gegen Ärzte, sondern auch gegen „Spender“ und „Empfänger“ gehandelter Organe, wengleich nach § 18 Abs. 4 TPG das Gericht bei Organspendern, deren Organe Gegenstand verbotenen Handelstreibens waren, und bei Organempfängern von einer Bestrafung absehen oder die Strafe nach seinem Ermessen mildern kann. Zudem gilt das deutsche Strafrecht im Fall des Organhandels unabhängig vom Recht des Tatorts auch für im Ausland begangene Taten, wenn der Täter zur Zeit der Tat Deutscher ist (§ 5 Nr. 15 StGB), wengleich die Verfolgungsintensität deutscher Staatsanwaltschaften diesbezüglich offenbar begrenzt ist. Schließlich wird der gewerbsmäßige Organhandel – insbesondere im Fall von Mittelsmännern oder „Organbrokern“ in § 18 Abs. 2 TPG als Verbrechen eingestuft. Im übrigen hat das Bundessozialgericht (NJW 1997, 3114) bereits 1997 anlässlich eines Falles des Kaufs einer Niere durch einen Deutschen in Indien zutreffend festgestellt, daß § 18 Abs. 1 des Fünften Buches SGB (Kostenübernahme bei Behandlung im Ausland) keine Leistungspflicht der Krankenkasse bei solchen Behandlungen begründet, die im Inland aus rechtlichen Erwägungen nicht durchgeführt oder, wie der Organkauf gar „als strafwürdiges Unrecht eingestuft“ werden.

Das Spektrum weiterer Maßnahmen ist begrenzt. Bisweilen ventilerte Überlegungen, Organkäufern die regelmäßig im Inland notwendig werdende Nachsorge zu verweigern, wären mit rechtsstaatlichen Grundsätzen nicht vereinbar.

Die Diskrepanz zwischen der weltweit nahezu einheitlichen Pönalisierung des Organhandels einerseits und dem Befund, daß dessen ungeachtet der Organhandel international stark wächst, läßt keinen anderen Schluß zu, als daß weder mit Strafgesetzen noch mit der Verweigerung von Kostenerstattung dem Phänomen hinreichend beizukommen ist. In letzter Konsequenz würde wohl nur ein ausreichendes Angebot an transplantablen Organen dazu führen, bei den nicht selten existentiell betroffenen Patienten die ggf. vorhandene Motivation dafür entfallen zu lassen, sich Organersatz auf dem kriminellen Schwarzmarkt, insbesondere als „Organtourist“ im Ausland, zu beschaffen.

Für Organtransplantationen innerhalb der Bundesrepublik stellt die Kommissionslösung jedoch eine geeignete Maßnahme zur Absicherung des Organhandelsverbots dar. Organhandel hat nach den vorliegenden Erkenntnissen *in der Bundesrepublik, d.h. in bundesdeutschen Transplantationszentren* empirisch-quantitativ nie ein nennenswertes Problem dargestellt, und auch gegenwärtig deutet nichts darauf hin, daß sich dies absehbar ändern wird.

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?

Ebenso wie bei der Spende zwischen Inländern stellt die Kommissionslösung auch hier eine geeignete Maßnahme zur Absicherung des Organhandelsverbots dar. Will man nicht – was nicht zu rechtfertigen wäre – ausländische Spender generell diskriminieren, gibt es auch hier keine Alternative zur „Sicherheit durch Verfahren“, der genauen und sorgfältigen Prüfung jedes Einzelfalls.

Unabdingbare Voraussetzung ist bei nicht deutsch sprechenden Patienten die Hinzuziehung eines unabhängigen Übersetzers. In der Praxis stoßen die Kommissionen hier nicht selten auf Probleme, weil die landesrechtlichen Regelungen die Finanzierung der Tätigkeit des Dolmetschers nicht ohne weiteres vorsehen. Hier ist Abhilfe zu schaffen.

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?

Gesetzlicher Regelungsbedarf besteht hier insoweit, als im Rahmen einer Novellierung des Transplantationsgesetzes jene Zugangsschranken zur Lebendspende beseitigt werden sollten, die sich – wie insbesondere die Beschränkung des Spenderkreises in § 8 Abs. 1 Satz 2 BGB, etwa im Hinblick auf die Möglichkeit der Überkreuz-Lebendspende von Nieren, vgl. oben – ohnehin nicht rechtfertigen lassen. Mit Blick auf die geltende Gesetzeslage erscheint es dem Rechtsstaat Bundesrepublik angesichts des in Art. 20 Abs. 1 GG normierten Sozialstaatsprinzips schwerlich angemessen, schwerkranke Bürger zur Durchführung eines medizinisch heilbringenden und ethisch völlig legitimen Eingriffs erst ins Ausland zu verweisen und sie dann mit den Kosten des Eingriffs alleinzulassen.

11.02.2004



Dr. Thomas Gutmann

Anmerkungen

- ¹ Gutmann/Schroth, Organlebendspende in Europa. Rechtliche Regelungsmodelle, ethische Diskussion und praktische Dynamik, Berlin / Heidelberg / New York (Springer) 2002.
- ² Vgl. König, Strafbarer Organhandel, Frankfurt a. Main 1999; ders., Das strafbewehrte Verbot des Organhandels, in: Roxin/Schroth/Knauer/Niedermaier (Hg.), Medizinstrafrecht, Stuttgart/München ²2001, 291-312; Schroth, Das Organhandelsverbot. Legitimität und Inhalt einer paternalistischen Strafnorm, in: Schönemann/Achenbach et al. (Hg.), Festschrift für Claus Roxin zum 70. Geburtstag, Berlin/New York 2001, 869-890; ders., Das strafbewehrte Organhandelsverbot des Transplantationsgesetzes. Ein internationales Problem und seine deutsche Lösung, in: Gutmann/Schneewind/Schroth/Schmidt/Elsässer/Land/ Hillebrand, Grundlagen einer gerechten Organverteilung – Medizin, Psychologie, Recht, Ethik und Soziologie, Berlin / New York (Springer) 2002, 115-141.
- ³ Zu einem konkreten Vorschlag vgl. König, Strafbarer Organhandel, Frankfurt a. Main 1999, 249.
- ⁴ Vgl. zum Folgenden insbesondere Fateh-Moghadam, Zwischen Beratung und Entscheidung – Einrichtung, Funktion und Legitimation der Verfahren der Lebendspendekommissionen gem. § 8 Abs. 3 Satz 2 TPG im bundesweiten Vergleich, MedR 2003, 245–257; Fateh-Moghadam/Schroth/Gross/Gutmann, Die Praxis der Lebendspendekommissionen – Eine empirische Untersuchung zur Implementierung prozeduraler Modelle der Absicherung von Autonomiebedingungen im Transplantationswesen. Teil 1: Freiwilligkeit, MedR 2004, 19-34 und Teil 2: Spender-Empfänger-Beziehung, Organhandel, Verfahren, MedR 2004, 82-90.
- ⁵ Fateh-Moghadam, Zwischen Beratung und Entscheidung – Einrichtung, Funktion und Legitimation der Verfahren der Lebendspendekommissionen gem. § 8 Abs. 3 Satz 2 TPG im bundesweiten Vergleich, MedR 2003, 245–257.
- ⁶ Informationsstand: 29.11.2002.
- ⁷ Fateh-Moghadam/Schroth/Gross/Gutmann, Die Praxis der Lebendspendekommissionen – Eine empirische Untersuchung zur Implementierung prozeduraler Modelle der Absicherung von Autonomiebedingungen im Transplantationswesen. Teil 1: Freiwilligkeit, MedR 2004, 19 – 34 und Teil 2: Spender-Empfänger-Beziehung, Organhandel, Verfahren, MedR 2004, 82 – 90.
- ⁸ Vgl. zum Überblick Gutmann/Schroth, Organlebendspende in Europa. Rechtliche Regelungsmodelle, ethische Diskussion und praktische Dynamik, Berlin / Heidelberg / New York (Springer) 2002; Gutmann/Gerok, International legislation in living organ donation, in: Collins/Dubernard/Persijn/Land (Eds.), Procurement and preservation of vascularized organs, Dordrecht 1997, 317-324; Price, Legal and ethical aspects of organ transplantation, Cambridge 2000.
- ⁹ Park Moon/Kim/Kim, Exchange donor program in kidney transplantation, in: Transplantation 67 (1999), 336-338; dies., Exchange donor program in kidney transplantation, in: Transplantation Proceedings 31 (1999), 356 f. und Kim / Kim, Organ donation-third-party donation: expanding the donor pool, in: Transplantation Proceedings 32 (2000), 1489-1491.
- ¹⁰ National Kidney Foundation/American Society of Transplantation/American Society of Transplant Surgeons/American Society of Nephrology et al., Consensus statement on the live organ donor, JAMA 284 (2000), 2919-2926; Adam et al., The nondirected live-kidney donor: ethical considerations and practice guidelines: A National Conference Report. Transplantation. 2002 (74), 582-9.
- ¹¹ National Kidney Foundation/American Society of Transplantation/American Society of Transplant Surgeons / American Society of Nephrology et al., Consensus statement on the live organ donor, JAMA 284 (2000), 2919-2926.
- ¹² Persönliche Mitteilung Dr. A. Matas, Minneapolis; vgl. Matas/Garvey/Jacobs/Kahn, Nondirected donation of kidneys from living donors, in: The New England Journal of Medicine 343 (2000), 433-436 und Matas et al., Nondirected kidney donation at the Universi-

-
- ty of Minnesota, in: Gutmann/Daar/Land/Sells (Hg.), Ethical, Legal And Social Issues In Organ Transplantation, Lengerich: Pabst 2004, i.E.
- 13 Spital, A., Public attitudes toward kidney donation by friends and altruistic strangers in the United States, in: Transplantation 71 (2001), 1061-1064.
- 14 Persönliche Mitteilung Dr. A. Matas, Minneapolis.
- 15 Ross/Rubin/Siegler et al., Ethics of a paired-kidney-exchange program, in: The New England Journal of Medicine 336 (1997), 1752-1755 sowie Ross/Woodle, Ethical issues in increasing living kidney donations by expanding kidney paired exchange programs, in: Transplantation 69 (2000), 1539-1543.
- 16 Delmonico et.al, Donor Kidney Exchanges, i.E.; persönliche Mitteilung Dr. F. Delmonicos (Boston) und Lori Brigham (Washington).
- 17 de Klerk, Acceptability and Feasibility of Cross-Over Kidney Transplantation, in: Gutmann/Daar/Land/Sells (Hg.), Ethical, Legal And Social Issues In Organ Transplantation, Lengerich: Pabst 2004, i.E.
- 18 Vgl. im einzelnen Gutmann/Schroth, Organlebenspende in Europa. Rechtliche Regelungsmodelle, ethische Diskussion und praktische Dynamik, Berlin / Heidelberg / New York (Springer) 2002, 76-82.
- 19 Zusammenfassend Tarantino, Why should we implement living donation in renal transplantation, in: Clinical Nephrology 53 (2000), 55-63 (58).
- 20 Mange/Joffe/Feldman, Effect of the use or nonuse of long-term dialysis on the subsequent survival of renal transplants from living donors, New England Journal of Medicine 344 (2001), 726 ff.
- 21 Ebenda, 727. Vgl. Papalois/Moss et. al., Pre-emptive transplants for patients with renal failure: an argument against waiting until dialysis, Transplantation. 2000 (70), 625-31; Kasiske/Snyder/Matas et al., Pre-emptive transplantation: The advantages and the advantaged, 2000, in: United States Renal Data System (USRDS) Presentations, <http://www.usrds.org/pres/>, und Thiel, Emotionally related living kidney donation: pro and contra, in: Nephrology Dialysis Transplantation 12 (1997), 1820-1824 (1821) sowie ders., Living kidney donor transplantation – new dimensions, in: Transplantation International 11 Suppl. 1 (1998), S50-S56 (S51 f.).
- 22 Hunsicker, A survival advantage for renal transplantation (Editorial), in: New England Journal of Medicine 341 (1999), 1762 f. (1762).
- 23 British Transplantation Society and the Renal Association, United Kingdom guidelines for living donor kidney transplantation, London 2000, 6.
- 24 National Kidney Foundation / American Society of Transplantation / American Society of Transplant Surgeons / American Society of Nephrology et al., Consensus statement on the live organ donor, JAMA 284 (13.12.2000), 2919-2926 (2120).
- 25 de Klerk, Acceptability and Feasibility of Cross-Over Kidney Transplantation, in: Gutmann/Daar/Land/Sells (Hg.), Ethical, Legal And Social Issues In Organ Transplantation, Lengerich: Pabst 2004, i.E.
- 26 Thiel, Living kidney donor transplantation – new dimensions, in: Transplantation International 11 Suppl. 1 (1998), S50-S56 (S53).
- 27 Vgl. auch National Kidney Foundation / American Society of Transplantation / American Society of Transplant Surgeons / American Society of Nephrology et al., Consensus statement on the live organ donor, in: JAMA 284 (2000), 2919-2926 (2923) sowie Thiel, Möglichkeiten der Cross-over-Lebenspende bei der Nierentransplantation, in: Kirste (Hg.), Nieren-Lebenspende. Rechtsfragen und Versicherungs-Regelungen für Mediziner, Lengerich 2000, 169-179 (174).
- 28 British Medical Association Medical Ethics Committee, Organ donation in the 21st century: Time for a consolidated approach, 2000, <http://web.bma.org.uk/public/>.

- 29 Schweizer Nationalrat, Wintersession 2003, Elfte Sitzung, Amtliches Bulletin 01.056 v. 17.12.2003, 7.
- 30 BSG 1. Senat, Urteil vom 16.7.1996, SozR 3-2500 § 27 SGB V Nr. 7, 22.
- 31 Sitter, Gerechte Organallokation. Zur Verteilung knapper Güter in der Transplantationsmedizin, Fribourg 2003, 90 ff., 151.
- 32 Sie gilt dort für die gegenüber lokaler Organverteilung subsidiäre Allokation auf nationaler Ebene, vgl. UNOS Policy for the Allocation Of Cadaveric Kidneys (unter <http://www.unos.org>), sub. 3.5.9.6.
- 33 Gutmann/Fateh-Moghadam, Rechtsfragen der Organverteilung II: Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Allokation knapper medizinischer Güter am Beispiel der Organallokation, in: Gutmann et al., Grundlagen einer gerechten Organverteilung – Medizin, Psychologie, Recht, Ethik und Soziologie, Berlin / New York (Springer) 2002, S. 59-104, hier 88 f.
- 34 Thiel, 5 Jahre Schweizer Nierenlebenspende-Register (SNLR 1993-1998), in: Abstracts der 7. Schweizerischen Transplantationstagung, 29./30.01.1999, 33-34; ders., Living kidney donor transplantation – new dimensions, in: Transplantation International 11 Suppl. 1 (1998), S50-S56 (S54 f.).
- 35 Vgl. z.B. Daar, Money and organ procurement: Narratives from the real world, in: Gutmann/Daar/Land/Sells (Hg.), Ethical, Legal And Social Issues In Organ Transplantation, Lengerich: Pabst 2004, i.E.; Scheper-Hughes, Keeping an eye on the global traffic in human organs, Lancet 2003 (361), 1645-48; Friedlaender, The right to sell or buy a kidney: are we failing our patients? Lancet 2002 (359), 971-73; Finkel, This little kidney went to market, The New York Times Magazine, May 27, 2001; Rothman, The international organ traffic, The New York Review of Books 45 (26.3.1998), 14-17; Frishberg/Feinstein/Drukker, Living Unrelated (Commercial) Renal Transplantation in Children, Journal of the American Society of Nephrology 9 (1998), 1100-1103; Luman, Unrelated living donor transplants in Estonia, in: Nephrology Dialysis Transplantation 13 (1998), 1636; Rothman/Rose/Awaya et al., The Bellagio Task Force report on transplantation, bodily integrity, and the international traffic in organs, Transplantation Proceedings 29 (1997), 2739-2745; Daul / Metz-Kurschel / Philipp, Kommerzielle Nierentransplantation in der „Dritten Welt“, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 121 (1996), 1341-1344; Kreis, Worldwide organ trafficking: fact or fiction?, in: Englert (Ed.), Organ and tissue transplantation in the European Union: Management of difficulties and health risks linked to donors, Dordrecht 1995, 67-73; Daar/Sells, The problems of paid organ donation in India. Report on behalf of the Ethics Committee of the Transplantation Society to the President and Council of the Transplantation Society, 13th International Congress, Transplantation Society. San Francisco, 1990.
- 36 Daar, Money and organ procurement: Narratives from the real world, in: Gutmann/Daar/Land/Sells (Hg.), Ethical, Legal And Social Issues In Organ Transplantation, Lengerich: Pabst 2004, i.E.; Daar AS. Paid organ donation and organ commerce – Continuing the ethical discourse, Transplant Proceedings 2003 (35), 1207-09.
- 37 Fazel, Renal Transplantation In Iran. The Iranian Model, in: Gutmann/Daar/Land/Sells (Hg.), Ethical, Legal And Social Issues In Organ Transplantation, Lengerich: Pabst 2004, i.E.
- 38 Ghods, Without Legalized Living Unrelated Donor Renal Transplantation many Patients die or Suffer – Is it Ethical?, in: Gutmann/Daar/Land/Sells (Hg.), Ethical, Legal And Social Issues In Organ Transplantation, Lengerich: Pabst 2004, i.E.; kritisch Zargooshi, J., Iranian Kidney Donors: Motivations and relations with recipients, Clinical Urology 165 (2001), 386-392.
- 39 Friedlaender, The right to sell or buy a kidney: are we failing our patients? Lancet 2002 (359), 971-73; Frishberg/Feinstein/Drukker, Living Unrelated (Commercial) Renal Transplantation in Children, Journal of the American Society of Nephrology 9 (1998), 1100-1103.
- 40 Vgl. etwa The Guardian, 4.12.2003.