

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
21(14)67(9)
gel. VB zur öffent. Anh. am
25.02.2026 - TPG
23.02.2026



**INTERESSENGEMEINSCHAFT
NIERENLEBENDSPENDE E.V.**

IGN e. V. · Friedrichstraße 95 · Postbox 19 · 10117 Berlin

**Erster unabhängiger gemeinnütziger
Verein in Deutschland, der sich
besonders für Nierenlebendspender
einsetzt.**

Gegründet 2011

Berlin, 23. Februar 2026

**Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen
Bundestages**

am Mittwoch, 25. Februar 2026, 16 bis 17 Uhr

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Novellierung der
Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen - BT-Drucksache: [21/3619](#)**

Antrag der Fraktion der AfD

**Überlebenschancen von Dialysepatienten verbessern – Cross-over-Lebendspende als Leistung der
gesetzlichen Krankenversicherung erlauben - BT-Drucksache: [21/1566](#)**

**Interessengemeinschaft
Nierenlebendspende e. V.**

Bundesgeschäftsstelle:

Georgenstraße 35

10117 Berlin

Fon: +49 30 39401130

kontakt@nierenlebendspende.com

www.nierenlebendspende.com

Postanschrift:

Internationales Handelszentrum Berlin

Friedrichstraße 95

Postbox 19

10117 Berlin

Sitz Berlin

Amtsgericht Charlottenburg

VR 200722

1. Vorsitzender: Ralf Zietz

Finanzamt Berlin

Steuer-Nr.: 27/668/60355

Bankverbindung:

Kreissparkasse Verden

IBAN: DE12 2915 2670 0020 1619 31

BIC: BRLADE21VER

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.



Einführung

Die Interessengemeinschaft Nierenlebenspende e. V. nimmt zum eingangs genannten Gesetzentwurf Stellung. Sofern sich in der Stellungnahme Positionen zur Cross-over-Spende finden, beziehen diese sich auch auf den Antrag der AfD-Fraktion zu diesem Thema.

Die Interessengemeinschaft Nierenlebenspende e. V. vertritt geschädigte Nierenlebenspenderinnen und Nierenlebenspender. Es sind Menschen, die einer ihnen nahestehenden, schwer kranken Person freiwillig eine Niere gespendet haben – und heute selbst mit den gesundheitlichen Folgen dieses Organverlustes leben müssen.

Rund zwei Drittel der Nierenlebenspenden in Deutschland erfolgen durch Frauen. Damit betrifft das Risiko gesundheitlicher Langzeitschäden in besonderem Maße eine Gruppe, die gesellschaftlich und sozial noch immer strukturell benachteiligt ist. Auch das eine Drittel männlicher Nierenlebenspender unterliegt denselben Risiken des Nierenverlustes und ein ebenso großer Anteil wie bei den Spenderinnen hat mit den Folgen zu kämpfen.

Erkrankungen nach Nierenlebenspende – eine reale medizinische Problematik

Viele Nierenlebenspender/innen sind nach der Spende dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigt. Sie berichten unisono über:

- chronische Erschöpfung und nicht erholsamen Schlaf
- ausgeprägte körperliche und kognitive Leistungseinbrüche
- Schwindel, Muskel- und Gelenkschmerzen
- eine geringe Belastbarkeit mit oft tagelanger Zustandsverschlechterung nach Anstrengung
- weitere Probleme wie erhöhten Blutdruck, gastroenterologische Schwierigkeiten und andere Erkrankungen nach der Spende

Die Symptomatik entspricht in vielen Fällen einer Fatigue-Erkrankung bis hin zu ME/CFS-ähnlichen Verläufen. Diese sogenannte „*Fatigue nach Nierenlebenspende*“ kann ausreichen, um dauerhaft teilweise oder vollständig arbeitsunfähig zu sein. Studien belegen:



- 60 bis 70 % der Nierenspender/innen leiden in den ersten sechs Monaten an einer schweren klinischen Fatigue. In dieser Studie von 2019 wird in bislang nicht gekannter Form nachgewiesen, dass eine neu aufgetretene, schwere Form der Fatigue persistierend noch nach 24 Monaten bei 12 % der untersuchten Nierenlebendspender/innen auftritt. Auffallend ist, dass diese schwere Art der Fatigue in der Kontrollgruppe und bei den sonstigen Spender/innen nicht auftritt.¹
- Eine ältere Studie mit teilweise denselben Autoren zeigt, dass 28 % der Spender/innen mindestens zwei Jahre nach der Spende von einem klinisch bedeutsamen Rückgang der Vitalität berichten.²
- Aus anderen Studien ist bekannt, dass es sehr häufig zu dauerhaft relevanten Erschöpfungssymptomen nach dem Nierenverlust kommt.³
- Die ersten veröffentlichten Ergebnisse einer deutschen Studie ergaben: Spürbare Leistungsverluste bei ca. 75 % der Spender/innen und bei ca. 12 % sogar schwere Erschöpfungserscheinungen sind die häufigen Folgen der Nierenentnahme.⁴

„12 Monate nach der Spende verschlechterten sich die Werte der mentalen Fatigue (Vitalität) und waren in etwa gleichzusetzen mit Überlebenden nach einer Krebserkrankung oder Patienten, die gerade aus der Intensivstation entlassen wurden, ambulante Patienten, die auf eine Operation warten oder Bestrahlungspatienten. Der Anstieg der mentalen Fatigue nach Nierenlebendspende muss als klinisch relevant festgehalten werden. Unsere Daten zeigen, dass sich sogar nach einer kleinen Veränderung der mentalen Fatigewerte, unsere sehr gesunde Spenderkohorte in eine Gruppe chronisch kranker Patienten in Bezug auf mentale Fatigue (Vitalität) veränderte.“

- Nahezu jede/r Spender/in zeigt messbare kognitive Veränderungen.⁵
- Rund 50 % der Spender/innen entwickeln nach dem Verlust von durchschnittlich 37 % der Nierenfunktion eine chronische Niereninsuffizienz Stadium III (CKD III, GFR < 60 ml/min). Allein daraus erklären sich ein Teil der Symptomatik.⁶
- Die Sterblichkeit steigt mit zunehmendem Alter im Vergleich zu geeigneten Kontrollgruppen.⁷

Der häufig gehörte Satz: „Man kann mit einer Niere genauso leben wie mit zwei“, ist medizinisch nicht haltbar.



Konsequenzen für die medizinische Evaluation und Aufklärung

Der Bundesrat hat die möglichen Folgen einer Nierenlebenspende erkannt und in seiner Stellungnahme am 19.12.2025 (Drucksache 638/25) konsequenterweise die Streichung des Satzteilens „...voraussichtlich nicht über das mit der Entnahme des Organs oder des Gewebes verbundene Operationsrisiko hinaus gefährdet und voraussichtlich nicht über die zu erwartenden unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird und...“ des § 8 (1) S. 1 Nr. 1 c) TPG vorgeschlagen.

Die Bundesregierung hat diesen Vorschlag abgelehnt. Es solle gewährleistet sein, dass nur solche Spender/innen in Frage kommen, die die gesundheitlichen Voraussetzungen mitbringen (BT-Drucksache 21/3619, Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen S. 87/88). Mit dieser Ablehnung wird deutlich, dass die Bundesregierung noch immer verkennt, dass selbst „kerngesunde“ Menschen durch den Nierenverlust erkranken können. Diese Menschen waren vorher möglicherweise kerngesund, hatten jedoch nicht mehr genügend Nierenfunktionsreserve (GFR < 95 ml/min, ca. 37 % Funktionsverlust erwartbar), um auch nach der Spende noch als gesund eingestuft zu werden. Dass die Nierenfunktion darüber hinaus mit zunehmendem Alter ganz natürlich abnimmt, sei hier bei der Betrachtung außen vorgelassen. Würde die Transplantationsmedizin konsequenterweise Menschen mit einer Nierenfunktion von weniger als 95 ml/min zur Spende nicht zulassen, würden die Spender/innenzahlen sinken, statt wie beabsichtigt zu steigen.

Aus diesem, vom Gesetzgeber zu verantwortenden Dilemma versucht sich die Transplantationsmedizin mit der Behauptung zu befreien, dass eine Nierenfunktion einer verbliebenen „gesunden“ Niere von unter 60 ml/min nicht vergleichbar wäre mit einer ebensolchen Nierenfunktion einer oder zweier kranker Nieren. Das ist allerdings wissenschaftlich nicht nachvollziehbar. Durch die Entnahme einer Niere geht Filterwirkung verloren, genau wie bei einer Nierenerkrankung. Weniger Filterfunktion bedeutet schlechter gereinigtes Blut und das bedeutet entsprechende Symptome und Folgen wie Leistungsreduktion, Ermüdung, erhöhter Blutdruck, weitere kardiovaskuläre Risiken und erhöhte Sterblichkeit.

Es wird seitens der Transplantationsmedizin gerne übersehen, was die für sie gültigen international anerkannten „KDIGO-Leitlinien für die klinische Praxis zur Evaluation und Betreuung lebender Nierenspender“⁸ unter Bezug auf die Stadieneinteilung (CKD I bis V) der „KDIGO-Leitlinien Klinische Praxisleitlinie zur Evaluation und Behandlung der chronischen Nierenerkrankung“⁹ von 2012 auf Seite 36 dazu anmerken (übersetzt durch Verfasser):

„Es gibt keine Hinweise darauf, dass sich Lebendnierenspender oder Spenderkandidaten in Bezug auf diese Empfehlungen von anderen Populationen unterscheiden.“



Im Klartext: Spender/innen mit einer GFR von weniger als 60 ml/min sind in CKD III einzustufen und damit niereninsuffizient.

Es wäre daher nur konsequent und richtig, diesen Teil der Norm (§ 8 (1) S. 1 Nr. 1 c) TPG) wie vom Bundesrat vorgeschlagen zu streichen. Andernfalls dürften alle Personen, deren Nierenfunktion erwartbar nach der Spende unter 60 ml/min sinken würde, grundsätzlich nicht zur Spende zugelassen werden. Zur Erinnerung: In Deutschland betrifft dies aktuell 50 % der Spender/innen.

Stattdessen muss die Aufklärung über die Folgen des Nierenfunktionsverlustes (wie selbstverständlich auch über alle anderen Risiken) schon aus Haftungsgründen klar und deutlich durchgeführt werden, ohne Beschönigungen und Verharmlosungen. Spender/innen müssen eindeutig darüber informiert werden, mit welchen Folgen sie, ausgehend von ihrer individuellen Ausgangsnierenfunktion, rechnen müssen, um eine selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können.

Die erwähnten international anerkannten „KDIGO-Leitlinien für die klinische Praxis zur Evaluation und Betreuung lebender Nierenspender von 2017“ haben zudem für Mediziner/innen klare Vorgaben:

Ein Ausgangswert von 90 ml/min oder mehr ist grundsätzlich erforderlich. Für Werte zwischen 60 und 89 ml/min muss individuell entschieden werden, gemeinsam mit dem/der aufzuklärenden Spender/in.

Spender/innen mit einem GFR unter 60 ml/min sollten nicht spenden, denn gemäß dieser Leitlinie sind sie bereits niereninsuffizient (CKD III).

Eine ehrliche und schonungslose Aufklärung ist essenziell (BGH, 29.01.2019 – VI ZR 495/16 und VI ZR 318/17).

Freiwilligkeit versus Imperativ zur Spende

Auf Grund der Langzeitr Risiken kommt der psychosozialen Evaluation eine enorme Bedeutung zu. Die Entscheidung zur Organlebenspende für eine nahestehende erkrankte Person wird von potentiellen Spender/innen als „Imperativ zur Spende“ empfunden. Er ist auch in geschlechtsspezifischen Weisen wirksam. Frauen vernehmen die „Anrufungen zur Spende“ in anderer Weise als Männer und kommen diesen Anrufungen an sie häufig zuvor, während Männer vermehrt dann zu spenden scheinen, wenn außer ihnen niemand anderes in Frage kommt.¹⁰

Juristen sehen in der Entscheidung zur Organlebenspende (nach umfassender Aufklärung) trotz des Imperativs eine im juristischen Sinne freiwillige Entscheidung. Sie unterscheiden dabei zwischen einem juristischen und einem psychischen Freiwilligkeitsbegriff. Für die Feststellung der Freiwilligkeit käme es nur auf den juristischen Freiwilligkeitsbegriff an.¹¹ Diese Haltung zeigt die häufig schmerzhaft ferne juristischer Denkmodelle zur Lebenswirklichkeit. Mit diesem Kunstgriff wird ein durch sozialen Druck entstandener



Entscheidungskonflikt zu einem nicht vorhandenen Entscheidungskonflikt und der Eingriff freiwillig, obgleich er dies im psychologischen Sinne nicht unbedingt ist.

Eine psychosoziale Evaluation, die den tatsächlichen Willen des/der Spender/in herausarbeitet, ist unverzichtbar.

Medizinische und sozialrechtliche Realität nach der Spende: Hilfe wird verweigert

Trotz der inzwischen unwiderlegbaren Daten zu den gesundheitlichen Folgen erleben Betroffene bis heute, dass:

- ihre Beschwerden psychologisiert oder bagatellisiert werden und Transplantationskliniken nach der Spende sehr schnell das Interesse an den Spender/innen verlieren und sich für eingetretene gesundheitliche Folgen nicht mehr zuständig fühlen
- Rehabilitationsmaßnahmen nach der Spende von einigen Krankenkassen immer noch abgelehnt werden
- Unfallkassen ihre gesetzliche Leistungspflicht regelmäßig, auch mit Hilfe zweifelhafter Gutachten, bestreiten

Die Einführung des § 12a SGB VII im Jahr 2012 hat die Situation nur unzureichend verbessert. In der Praxis sind Anerkennungen häufig nur über jahrelange Gerichtsverfahren erreichbar – ein Weg, der für chronisch erschöpfte Menschen physisch und finanziell kaum zu bewältigen ist.

Zwar bestätigen inzwischen ergangene Urteile des LSG Rheinland-Pfalz (17.01.2023, L 3 U 233/18) und des LSG Thüringen (02.05.2025, L 1 U 577/21) ausdrücklich Erschöpfungssyndrome bis hin zum Chronischen Fatigue-Syndrom als mögliche Folge des Nierenverlustes. Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers war es aber, faktisch eine Beweislastumkehr auch für bislang unbekannte gesundheitliche Folgen der Spende zugunsten der Spender/innen einzuführen (vgl. Bundesdrucksachen 16/12554 von 2009 i. V. m. 15/5050 von 2005). Aufgrund der unklaren Formulierung der Norm haben die Gerichte dies nicht umgesetzt. Beide Landessozialgerichte schreiben in ihren Urteilen fast wortgleich:

„Die Vermutungsregelung (LSG Thüringen: ...des § 12a Abs. 1 S. 2 SGB VII...) ist einschränkend dahin auszulegen, dass sie nur anwendbar ist, wenn die Spende nach aktueller medizinisch-wissenschaftlicher Kenntnis generell geeignet ist, den in Rede stehenden Schaden zu verursachen.“

Der aktuelle Erkenntnisstand erlaube die Geeignetheit der Nierenlebendspende für die Verursachung des Erschöpfungssyndroms (LSG Rheinland-Pfalz) bzw. des Chronischen Fatigue-Syndroms (LSG Thüringen).



Unsere Erfahrungen zeigen jedoch, dass Unfallkassen selbst diese neue Rechtsprechung noch missachten. Nach wie vor ist es für betroffene Spender/innen beinahe unmöglich, z. B. für ein nach der Spende aufgetretenes Fatigue-Syndrom, eine entsprechende Diagnose zu erhalten. Medizinische Gutachter, aber auch die Transplantationsmedizin ignorieren bis auf wenige Ausnahmen beharrlich die eingetretenen Schäden nach einer Nierenlebenspende.

Und auch wenn zuvor die Aufklärung über z. B. das Fatigue-Syndrom erfolgt ist, wird nach der Spende durch dieselben Mediziner Hilfe, z. B. durch Diagnosestellung für ein Unfallkassenverfahren, verweigert. Dahinter steckt eventuell auch die Befürchtung, sich zivilrechtlich angreifbar zu machen. Aber dagegen hilft die schonungslose Aufklärung vor der Spende, wie sie der BGH 2019 vorgegeben hat.

Ein Mentalitätswechsel innerhalb der Medizin und der Unfallkassen gegenüber geschädigten Nierenlebenspendern/innen ist dringend erforderlich.

Das Näheverhältnis zwischen Organempfänger/innen und Organspender/innen

Aus eigener, oft schmerzhafter Erfahrung sind wir überzeugt: Die erheblichen Risiken einer Nierenlebenspende lassen sich nur durch eine enge emotionale Verbundenheit zum Empfänger ethisch rechtfertigen. Die nicht gerichtete anonyme Organlebenspende erfüllt diese Voraussetzung nicht.

Mit den gesundheitlichen Folgen einer Spende zu leben, ist für viele Betroffene bereits extrem belastend. Die mögliche positive Wirkung beim Empfänger kann diesen Schaden zumindest emotional abfedern. Eine anonyme Spende hingegen kann bei Eintritt schwerer gesundheitlicher Folgen eine tiefe, nicht schließbare emotionale Leere hinterlassen – mit erheblichen psychischen Zusatzbelastungen. Menschen müssen davor geschützt werden.

Bei der Cross-over-Spende hingegen steht die Hilfe für eine nahestehende Person im Vordergrund. Die Spende erfolgt mittelbar zu Gunsten des Empfängers. Grundsätzlich ist es daher auch nach unserer Auffassung möglich, eine solche Spende anonym durchzuführen. Insofern haben wir unsere frühere, tendenziell ablehnende Position angepasst. Allerdings weisen wir auf mögliche praktische Schwierigkeiten, wie z. B. die „Gleichzeitigkeit“ der Nierenentnahme hin, um die Gegenseitigkeit der Spende auch zu sichern. Ob dies bei den geplanten geschlossenen Kettenspenden immer gelingt, ist sehr zweifelhaft.

Grundlage einer Nierenlebenspende muss ausnahmslos das Näheverhältnis sein.



Das Subsidiaritätsprinzip

Aufgrund der gesundheitlichen Risiken ist das Subsidiaritätsprinzip (postmortale Spende vor Lebendspende) von zentraler Bedeutung. Es trägt dem Umstand Rechnung, dass Lebendspenden mit nicht unerheblichen gesundheitlichen Risiken für die Spender/innen verbunden sind und daher nur als letztes Mittel in Betracht kommen dürfen. Die vorgesehene Streichung des Subsidiaritätsprinzips signalisiert, dass der Schutz potentieller Spender/innen an Bedeutung verliert. Das halten wir für ein fatales Signal. Ein Festhalten am Subsidiaritätsgrundsatz ist aus grundsätzlichen Überlegungen wichtig. Die Organlebendspende, insbesondere die Nierenlebendspende, darf nicht zur „Normalität“ werden.

Der Schutz der Organlebendspender/innen muss immer Vorrang haben.

Aufklärung uneinheitlich

Die Aufklärung über die Risiken und möglichen Folgen der Organlebendspende obliegt den jeweiligen Transplantationszentren. Die Standards sind auch nach dem BGH-Urteil von 2019 noch immer unterschiedlich. Es gibt Zentren, die sehr umfassend und nahezu ehrlich aufklären und es gibt Zentren, die nur so weit aufklären, wie es juristisch eben geboten scheint. Das wissen wir aus unserer Beratungstätigkeit von potentiellen Spender/innen, die sich bei uns ergänzend informieren.

Eine Ausgliederung der Aufklärung dürfte aus rechtlichen Gründen nicht möglich sein. Sie ist auch nicht wünschenswert, denn das würde die Mediziner/innen aus ihrer Verantwortung entlassen. Es sollte aber über eine Vereinheitlichung der Aufklärung nachgedacht werden. Vorschläge dazu haben wir auf unserer Website veröffentlicht.¹²

Zur Aufklärung gehört auch die Information zum Versicherungsschutz und zur Problematik bei der praktischen Umsetzung im Schadensfall.¹³

Die Risikoaufklärung muss nach einheitlichen Standards erfolgen.

Versicherungsschutz vereinfachen und verbessern

Dringend erforderlich ist:

- eine deutliche Vereinfachung der Anerkennungsverfahren bei den Unfallkassen
- eine bessere Schulung und Sensibilisierung der dortigen Mitarbeiter
- eine Absicherung geschädigter Spender/innen ohne jahrelange Gerichtsverfahren



Unser Beirat, Herr Rechtsanwalt Martin Wittke, Fachanwalt für Medizin-, Sozial- und Versicherungsrecht und auf Grund seiner zahlreichen Mandate von geschädigten Nierenlebendspender/innen ein ausgewiesener zivil- und sozialrechtlicher Experte im Bereich Organlebenspende, hatte in seinem Vortrag beim Digitalen Symposium des Bundesgesundheitsministeriums „Erweiterung des Spenderkreises bei der Lebendorganspende – eine Perspektive für Deutschland?“ am 29. Juni 2021 einen Vorschlag zur Überarbeitung des § 12a SGB VII vorgelegt, der die Anerkennungsverfahren für geschädigte Organlebendspender/innen deutlich vereinfachen würde.

Menschen schenken einer nahestehenden Person Lebensqualität und zusätzliche Lebensjahre. Sie ersparen der Versicherungsgemeinschaft erhebliche Dialysekosten.¹⁴ Dafür zahlen viele von ihnen selbst einen hohen Preis: Sie erkranken, verlieren Lebenszeit und tragen dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen.

Und trotzdem müssen sie im Schadensfall ihre letzte Kraft und eigene finanzielle Mittel aufbringen, um Unterstützung einzufordern.

Das widerspricht jedem Gerechtigkeitsempfinden. Wer Leben rettet, darf nicht um Hilfe kämpfen müssen. Die Beweispflicht im Schadensfall muss deshalb auf die Unfallkassen verlagert werden.

Die Schaffung eines rechtssichereren Versicherungsschutzes steht vor der Ausweitung der Organlebenspende.



Fazit

Eine Ausweitung der Organlebendspende ist, unabhängig von der ungelösten Absicherung geschädigter Spender/innen, ethisch und sozialpolitisch nicht verantwortbar.

Erst wenn:

- die anonyme Organlebendspende (und damit auch die offene Kettenspende) aus dem Gesetzentwurf gestrichen wird
- das Subsidiaritätsprinzip erhalten bleibt
- die soziale und medizinische Absicherung geschädigter Spender/innen wirksam vereinfacht und verbessert wird

ist dieser Gesetzentwurf aus unserer Sicht zustimmungsfähig.

Interessengemeinschaft Nierenlebendspende e. V.

Ralf Zietz

Nierenlebendspender

1. Vorsitzender

Mehr Informationen unter: www.nierenlebendspende.com

Referenzen

¹ 2019 Rodrigue et al. - Patterns and predictors of fatigue following living donor nephrectomy: Findings from the KDOC Study

² 2015 Rodrigue et al. - Patient-Reported Outcomes Following Living Kidney Donation: A Single Center Experience

³ <https://www.nierenlebendspende.com/magazin/>>Lebensqualität von Spendern

⁴ 2022 Suwelack et al. - Results of the prospective multicenter SoLKID cohort study indicate bio-psycho-social outcome risks to kidney donors 12 months after donation

⁵ 2022 Mikuteit M, Gueler F, Pollmann I, et al. - Assessment of cognitive functioning after living kidney donation: A cross-sectional pilot study

⁶ 2022 Suwelack et al.

⁷ 2014 Mjøen et al. - Long-term risks for kidney donors

⁸ 2017 KDIGO Clinical Practice Guideline on the Evaluation and Care of Living Kidney Donors

⁹ 2012 KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease

¹⁰ 2015 Winter - Psychologie der Lebendorganspende

¹¹ 2016 Stark - Die Begrenzung des Spenderkreises im Rahmen der Lebendorganspende gemäß § 8 Abs. 1 S. 2 TPG auf verfassungsrechtlichem Prüfstand

¹² <https://www.nierenlebendspende.com/wp-content/uploads/2023/04/Risikoaufklaerung.pdf>

¹³ <https://www.nierenlebendspende.com/wp-content/uploads/2023/08/Versicherungsrechtliche-Aufklaerung.pdf>

¹⁴ 2022 Müller - Rechtliche Probleme der Lebendorganspende