



Wortprotokoll der 30. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 25. Februar 2026, 16:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Zoom-Meeting

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt Seite 5

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des
Transplantationsgesetzes – Novellierung der
Regelungen zur Lebendorganspende und weitere
Änderungen**

BT-Drucksache 21/3619

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Haushaltsausschuss

b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Claudia
Weiss, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion der AfD

**Überlebenschancen von Dialysepatienten
verbessern – Cross-over-Lebendspende als Leistung
der gesetzlichen Krankenversicherung erlauben**

BT-Drucksache 21/1566

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss



Mitglieder des Ausschusses

| Fraktionen | Ordentliche Mitglieder | Stellvertretende Mitglieder |
|-----------------------|--|--|
| CDU/CSU | Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi | Albani, Stephan Aumer, Peter Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid |
| AfD | Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe | Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul |
| SPD | Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar | Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt, Dagmar Stadler, Svenja |
| BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN | Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Wagner, Johannes | Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia |
| Die Linke | Gürpinar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina | Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin |



Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung am 25. Februar 2026, 16 Uhr, PLH E 300
„Änderung des Transplantationsgesetzes“

Auf Vorschlag aller Fraktionen zur öffentlichen Anhörung eingeladen:

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Bundesverband der Organtransplantierten (BDO) (keine Rückmeldung)
- Bundesverband Niere
- Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG)
- Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) (keine Rückmeldung)
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
- Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)
- Deutsche Stiftung Patientenschutz
- Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)
- Deutscher Ethikrat (Absage)
- Deutscher Pflegerat (DPR) (keine Rückmeldung)
- DKMS
- Eurotransplant International Foundation (Absage)
- Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)
- GKV-Spitzenverband
- Interessengemeinschaft Nierenlebendspende
- Sozialverband VdK Deutschland



- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Absage)
- Prof. Dr. Stefan Reuter
Universitätsklinikum Münster
- Dr. Birgit Heilmann¹
Interessengemeinschaft Nierenlebenspende

¹ Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

21. Wahlperiode



Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit

Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 16:00 Uhr

Einzigiger Tagesordnungspunkt

a) Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen

BT-Drucksache 21/3619

b) Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Claudia Weiss, Dr. Christina Baum, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der AfD

Überlebenschancen von Dialysepatienten verbessern – Cross-over-Lebendspende als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erlauben

BT-Drucksache 21/1566

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Das war jetzt das offizielle Signal, dass es losgeht. Guten Tag, sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer auf der Tribüne und im Stream, sehr geehrte Sachverständige, sehr geehrte liebe Kolleginnen und Kollegen – da ist sicher noch Luft nach oben, die kommen noch –, ich darf Sie alle begrüßen zu unserer öffentlichen Anhörung hier im Ausschuss für Gesundheit, die wie immer eine Mischung aus Online- und Präsenzsitzung ist. Ich möchte vorab die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihren Klarnamen anzumelden, damit die Teilnahme für uns hier erkennbar ist. Außerdem möchte ich Sie bitten, Ihre Mikrofone vorerst noch stumm zu schalten.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, in der heutigen Anhörung geht es um den Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines dritten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes – Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen“ auf der Drucksache 21/3619. Dazu liegen Änderungsanträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf der Ausschussdrucksache 21(14)70² vor. Auch diese sind Gegenstand der Anhörung. Außerdem geht es um

einen Antrag der AfD-Fraktion „Überlebenschancen von Dialysepatienten verbessern – Cross-over-Lebendspende als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erlauben“ auf Drucksache 21/1566. Sehr geehrte Damen und Herren, unsere Anhörung beschäftigt sich heute mit der Organspende und genauer mit der Reform der Voraussetzungen für eine Lebendspende der Niere. Grund ist, dass nach wie vor Spender fehlen, um allen auf eine Spenderniere angewiesenen Patientinnen und Patienten helfen zu können. Die durchschnittliche Wartezeit auf eine postmortale Spenderniere beträgt derzeit bis zu acht Jahre. Das liegt unter anderem daran, dass die aktuelle Rechtslage weder Überkreuzlebendspenden noch anonyme Nierenspenden erlaubt. Das soll jetzt durch den Gesetzentwurf der Bundesregierung geändert werden. Auch die AfD-Fraktion beschäftigt sich in ihrem Antrag mit der Lebendnierenspende. Auch sie will, dass die Überkreuzlebendspende von Nieren in Deutschland erlaubt wird und die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Außerdem fordert sie, dass die organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden, um geeignete Spender-Empfänger-Paare zu identifizieren. Über den Gesetzentwurf sowie über den Antrag und eben auch die Änderungsanträge von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN wollen wir heute mit Ihnen, sehr geehrte Sachverständige, diskutieren und Ihre Meinung dazu hören. Ich darf wirklich nochmal dafür danken, dass Sie in der großen Zahl auch heute hierhergekommen sind. Bevor wir beginnen, muss, will, darf ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen. Es stehen uns 60 Minuten zur Verfügung. Diese 60 Minuten werden entsprechend der Stärke der Fraktionen in Verbindung mit einer ausschussinternen Verabredung auf drei Fragenblöcke verteilt. Insgesamt entfallen auf die CDU/CSU 20 Minuten, auf die AfD 14 Minuten, auf die SPD 12 Minuten, auf BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN acht Minuten und auf Die Linke 6 Minuten Fragezeit. Ich darf sowohl die Fragenden als auch die Sachverständigen bitten, sich möglichst kurz zu fassen; nur so können viele Fragen gestellt und beantwortet werden. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Die aufgerufenen Sachverständigen, die

² Anlage: Ausschussdrucksache 21(14)70



online teilnehmen, weise ich noch darauf hin, dass sie, sobald sie ihren Redebeitrag beginnen, für uns im Sitzungssaal auf einem Videowürfel zu sehen sind und zu hören natürlich auch. Ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen beziehungsweise Videostream übertragen. Das kann dazu führen, dass ihr Bild auch nach ihrem Redebeitrag noch möglicherweise noch hier gesehen und im Internet gesehen werden kann. Ich bitte die Sachverständigen entsprechend der Regelungen in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf, aber wirklich nur beim ersten Aufruf, etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke natürlich den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Diese sind auf der Ausschusseite im Internet veröffentlicht. Dann noch ein Hinweis an die Gäste auf der Galerie: Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Zuletzt noch ein Hinweis in eigener Sache. Ich werde für meine Fraktion, die SPD, die Fragen an die Sachverständigen heute richten, da ich die Vertretung für einen erkrankten Kollegen übernommen habe. Jetzt waren das die Hinweise und wir können mit der Anhörung und den ersten Fragen beginnen. Die ersten Fragen stellt die Fraktion der CDU/CSU für zehn Minuten. Der Kollege Dr. Theiss beginnt.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende, Kolleginnen und Kollegen. Danke an die Sachverständigen, dass Sie so zahlreich gekommen sind. Meine erste Frage geht an die Bundesärztekammer: Wo steht Deutschland bei den Organspendezahlen im europäischen Vergleich?

Dr. Wiebke Abel (Bundesärztekammer (BÄK)): Wiebke Abel, Bundesärztekammer. Vielen Dank für die Frage. Das ist eine Frage, die vielleicht ganz konkret die Deutsche Stiftung Organtransplantation beantworten könnte. Sie alle wissen, dass Deutschland eben nicht ganz vorne im europäischen Vergleich steht, sondern dass wir für unsere Patientinnen und Patienten auf den Wartelisten zu wenig

Organe haben. Das ist ein multifaktorielles Problem, vor dem wir stehen. Da kann dieser Gesetzentwurf einen großen Beitrag leisten, vor allem für die Patientinnen und Patienten, die es schwer haben, an ein Organ zu kommen, die hoch immunisierten Patienten, Patienten, die ansonsten auch besondere Schwierigkeiten mit sich bringen. Von daher ist das auf jeden Fall ein Schritt in die richtige Richtung. Vielen Dank.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Die nächste Frage geht an die Deutsche Transplantationsgesellschaft. Wie hoch werden die erwarteten Fallzahlen für die durch den Gesetzentwurf erweiterten Möglichkeiten zur Lebendorganspende Ihrer Einschätzung nach sein?

Prof. Dr. Martina Koch (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)): Martina Koch, ich bin Transplantationschirurgin aus Mainz und habe keine Interessenkonflikte zu diesem Thema. Die Zahlen, die wir erwarten für dieses Überkreuz-Programm werden nicht wahnsinnig hoch sein. Anhand anderer Länder, zum Beispiel in England, wo solche Programme schon sehr erfolgreich durchgeführt werden, kann man für Deutschland Zahlen ableiten von ungefähr 200 Paaren pro Jahr. Kollege Clemens Bode von der Charité hat auch für Deutschland eine Hochrechnung gemacht. Diese landet bei ungefähr 100 Paaren pro Jahr. Wichtig bei dieser Rechnung ist aber zu berücksichtigen, dass nicht nur immunologisch inkompatible Paare in diese Austauschprogramme eingehen dürfen, sondern auch medizinisch inkompatible Paare. Das erhöht signifikant die Wahrscheinlichkeit, dass man auch für diese immunisierten Patienten einen passenden Empfänger findet.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Da haben Sie mir meine dritte Frage schon vorweggenommen und die gleich mit beantwortet. Sehr gut. Dann geht die nächste Frage an die Deutsche Stiftung Organtransplantation und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Wie würde aus Ihrer Sicht eine Erweiterung des auskunftsberechtigten Personenkreises um die Ärzte, die von der DSO benannt wurden, beurteilt? Würde eine Einbeziehung von der DSO benannten Ärzte den Prozess der Organspende im Bereich der



Spenderidentifikation deutlich vereinfachen und beschleunigen?

Dr. Axel Rahmel (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Axel Rahmel von der Deutschen Stiftung Organtransplantation. Keine Interessenkonflikte. Ich bin überzeugt, dass es ein gemeinsames Anliegen von uns allen ist, dass im Organspendeprozess ein vorhandener Patientenwille verlässlich umgesetzt wird. Das bedeutet auch, dass man jederzeit kurzfristig auf das Organ- und Gewebespenderregister zugreifen kann. Wenn das nicht zu verlässlich und zeitnah möglich ist, kann es dazu kommen, dass der Organspendeprozess verzögert, im schlimmsten Fall gar nicht zustande kommt. Zwar sind die Krankenhäuser zu dieser Abfrage verpflichtet und inzwischen sind auch fast alle Krankenhäuser gemäß ihrer gesetzlichen Verpflichtung tatsächlich technisch angeschlossen. Allerdings ist es so, dass unsere Daten zeigen, dass aus den unterschiedlichsten Gründen die Entnahmekrankenhäuser nicht zeitnah auf das Register zugreifen können. Das kann daran liegen, dass die abfrageberechtigten Personen – manchmal sind es kleine Häuser, die nur einen benannt haben – gar nicht anwesend ist. Es gibt auch technische Probleme; wir hatten einmal geänderte E-Mail-Adressen. Aus den genannten Gründen sehen wir es als essenziell an, dass zur Sicherstellung der jederzeitigen verlässlichen Abfrage des Registers auch Ärztinnen und Ärzte der Deutschen Stiftung Organtransplantation Zugriff auf das Register erhalten. Ein entsprechender Vorschlag ist auch vom Bundesrat eingebracht worden. Dazu wurden Bedenken geäußert. Ich denke, man kann das insofern adressieren, als die DSO nur dann Zugriff hätte, wenn der Tod des Verstorbenen, ähnlich wie für die Gewebereinrichtungen, durch den Nachweis des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls festgestellt ist; und zum anderen, dass das nur auf Aufforderung der Krankenhäuser, die eigentlich den Zugriff machen sollten, schriftlich erfolgen kann. Ich bitte schließlich noch zu bedenken, dass wir als DSO natürlich in den Organspendeausweis bei Spenderinnen und Spendern sowieso hineinschauen. Wir vergewissern uns natürlich, dass die Voraussetzungen für die Organspende vorliegen: das sind die Einwilligung und die Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls als Todeskriterium.

Dr. Christina Nunnemann (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Christina Nunnemann von der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Ich habe auch keine finanziellen Interessenkonflikte in diesem Bereich. Es ist eine spannende Frage und vielen Dank dafür. Bisher gab es aus einem guten Grund eine Trennung zwischen Spendererkennung – dazu gehört unter anderem der Abruf des Organspenderegisters oder die Klärung, ob eine Einwilligung vorliegt im weitesten Sinne – und dem Personenkreis, der alles Weitere, sprich die Organentnahme vor allem, vornimmt. Das hat auch deutlich aus unserer Sicht zur Akzeptanz der Organspende beigetragen; weil, ob nun vorhanden oder nicht, die Interessenkonflikte sind hier natürlich ein großes Thema, so dass aus unserer Sicht diese sinnvolle und bewährte Trennung nicht aufgeweicht werden sollte. Sie hatten auch gefragt, ob es das Verfahren beschleunigen würde. Ich denke, das ist ein sehr gut strukturiert ablaufender Prozess in den Krankenhäusern, den die Spenderidentifikation darstellt. Auch hier arbeiteten die Krankenhäuser schon nach der Spenderidentifikation sehr gut und sehr vertrauensvoll mit der DSO zusammen. Dennoch halten wir es für sinnvoll, hier wirklich eine Trennung zu haben, um jeglichen Hauch von vorhandenen oder nicht vorhandenen Interessenkonflikten gleich vorwegzunehmen. Zur Beschleunigung möchte ich noch sagen, dass man an dieser Stelle immer noch die Angehörigen bedenken muss, die mitgenommen werden müssen und das natürlich eine gewisse Zeit braucht. Für die Angehörigen ist das eine Situation, die für uns alle sicherlich schwer vorstellbar ist, und das braucht manchmal auch einfach Zeit.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Danke. Die nächste Frage geht an die Deutsche Transplantationsgesellschaft. Wie kann jede Form eines Organhandels sicher ausgeschlossen werden? Trägt der aktuelle Entwurf aus Ihrer Sicht dem auch Genüge? Und wie wird zum Beispiel ausgeschlossen aus Ihrer Sicht, dass sich Überkreuz-Spenderpaare zum Beispiel durch die Dialyse kennen?

Prof. Dr. Martina Koch (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)): Zur ersten Frage, was den Organhandel angeht, ändert sich an der Beziehung der Spender auch durch die Neuregelung nichts. Es ist immer noch ein persönliches Näheverhältnis



zwischen Spender und Empfänger gefordert, auch wenn der Spender getauscht wird, sodass wir denken, dass dort kein Unterschied zur jetzigen Regelung besteht. Wenn man jetzt an den altruistischen, nichtgerichteten Spender denkt, der gar nicht weiß, an wen er sein Organ spendet, dann ist natürlich ein Organhandel per se ausgeschlossen. Die zweite Frage war, wie man verhindern kann, dass die Paare sich kennenlernen an der Dialyse. Ich glaube, da muss man sagen, das kann man nicht hundertprozentig verhindern. Man kann natürlich darauf achten, wenn es den Paaren wichtig ist, nicht zu wissen, wer das Organ bekommt oder von wem es kommt, dass man versucht, eine räumliche Trennung herbeizuführen. Aber wir wissen doch alle im Zeitalter von Social Media: Wenn jemand rausbekommen will, wer der Spender oder der Empfänger ist, der wird das rausbekommen. Das können wir, glaube ich, als Ärzte nicht hundertprozentig ausschließen.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Danke. Die nächste Frage geht an die Bundesärztekammer und an den GKV-Spitzenverband. Der Aufbau des Überkreuz-Lebendnierenspende-Programms wird einige Zeit in Anspruch nehmen. Mit welcher Dauer rechnen Sie und wie beurteilen Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene Übergangszeit von drei Jahren bis zur Anwendbarkeit der Regelung zur Überkreuz-Spende?

Die **Vorsitzende**: Frau Abel und dann Herr Reiner mann, bitte.

Dr. Wiebke Abel (Bundesärztekammer (BÄK)): Wiebke Abel, Bundesärztekammer. Im Sinne der Patientinnen und Patienten, die natürlich teilweise jetzt auch schon einige Jahre auf genau so einen Gesetzentwurf und auf ein Gesetz warten, werden wir uns natürlich auch gemeinsam als TPG-Auftraggeber die größte Mühe geben, dieses Vorhaben schnellstmöglich umzusetzen. Nichtsdestotrotz sind im internationalen Vergleich – wir haben bewusst nochmal mit der Schweiz und mit den Niederlanden gesprochen – drei Jahre ambitioniert. Sollte es noch ein Vergabeverfahren geben, benötigt man natürlich auch dafür und dann für den nachgeordneten Aufbau wieder Zeit. Aber wie gesagt, die drei Jahre sind sicherlich machbar und wir

werden uns auch, da sind wir uns auch alle einig, bemühen. Aber es ist schon ein ambitionierter Zeitrahmen.

Frank Reiner mann (GKV-Spitzenverband): Frank Reiner mann, GKV-Spitzenverband. Grundsätzlich stimmen wir hier mit der Ärztekammer überein. Es ist ein extrem komplexer Prozess, hier eine komplett neue Vermittlungsstelle aufzubauen und die entsprechenden Regeln so auszugestalten und umzusetzen, dass sie tatsächlich den Anforderungen und der Sicherheit einer guten, sicheren Allokation Genüge tun in dem Bereich. Wir halten es für möglich, das innerhalb von drei Jahren zu machen. Es ist ambitioniert, was hier die Kollegin auch schon gerade sagte. Aus unserer Sicht ist aber ein Punkt vielleicht noch zu bedenken, der es vielleicht schneller machen könnte. Momentan ist vorgesehen, dass sowohl Eurotransplant als auch eine dritte Stelle, das wäre dann im Rahmen einer Ausschreibung, die Vermittlungsstelle übernehmen könnte in dem Bereich. Das heißt, von den Prozessschritten würde es wahrscheinlich so ablaufen, dass wir zuerst prüfen würden, ob Eurotransplant in der Lage ist, tatsächlich aktiv zu werden und dann gegebenenfalls entscheiden können, was passiert. Wenn man von vornherein gesetzlich vorsieht, dass Eurotransplant diese Aufgabe übernimmt, was es schon im postmortalen Bereich macht, könnte man möglicherweise Prozessschritte einsparen und auch eine effizientere Lösung gewährleisten.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann ist die AfD mit sieben Minuten an der Reihe. Herr Sichert bitte.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Ich hätte eine Frage an die Deutsche Stiftung Patientenschutz. Es ist ja so, dass durch eine Organspende ca. 30 Prozent Verlust der Nierenfunktion stattfindet. Dass wir hier jetzt einen Satz im Gesetzentwurf sehen, der besagt, dass „voraussichtlich nicht über das mit der Entnahme des Organs oder des Gewebes verbundene Operationsrisiko hinaus gefährdet wird und voraussichtlich nicht über die zu erwartenden unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird.“ Wie gesagt, es steht ja im Widerspruch zu diesen 30 Prozent



durch die Organspende. Sehen Sie das so, dass das abgeändert werden sollte, dass man die Menschen darüber auch informieren sollte, dass gegebenenfalls eine Organspende mit einem Verlust der Nierenfunktion in Höhe von 30 Prozent oder gegebenenfalls auch höher in Verbindung stehen kann?

Annette Simon (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Annette Simon, Deutsche Stiftung Patientenschutz. Es muss auf jeden Fall eine Aufklärung stattfinden. Allumfassend sollte diese stattfinden, und da muss natürlich jeder Aspekt beleuchtet werden.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Frage an die Bundesärztekammer: Wir sehen auch im Gesetzentwurf, dass insbesondere hinsichtlich des Operationsrisikos, hinsichtlich einer über das Operationsrisiko hinausgehenden Gefährdung und hinsichtlich über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinausgehender gesundheitlicher Risiken oder gesundheitlicher Beeinträchtigungen aufgeklärt werden soll. Das heißt, hier ist eine Aufklärungspflicht im Gesetz gefordert, auch über mittel- und langfristige gesundheitliche Risiken, wozu es eigentlich gar keine richtige systematische Datenerhebung aktuell gibt. Wie sehen Sie diesen Bereich? Da bringen sich Ärzte in einer gewissen Weise in eine Risikosituation, wo sie über etwas aufklären sollen, wozu es gar keine richtige Datenlage gibt.

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Abel, bitte.

Dr. Wiebke Abel (Bundesärztekammer (BÄK)): Dr. Abel, Bundesärztekammer. Das ist tägliche Praxis von Ärztinnen und Ärzten in den Krankenhäusern. Insofern sehen wir als Bundesärztekammer keine großen Probleme.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Okay. Dann eine Frage an die Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation und an die Deutsche Transplantationsgesellschaft, an beide: Dieser vorliegende Gesetzentwurf bezieht sich jetzt tatsächlich auf die Niere. Wäre es nicht sinnvoll, das Ganze entsprechend neutraler zu formulieren und perspektivisch auch auf andere Organe gegebenenfalls schon mit diesem Gesetzentwurf auszuweiten?

Die **Vorsitzende**: Frau Horter ist online dabei und Frau Koch ist auch online dabei. Also zunächst Frau Horter.

Jacqueline Horter (Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFg)): Jacqueline Horter, Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation. Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Da sich die Überkreuz-Nierenspende auf Organe bezieht und wir eine Gewebespende-Einrichtung sind, habe ich dazu keine Antwort.

Die **Vorsitzende**: Danke, dann Frau Koch, bitte.

Prof. Dr. Martina Koch (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)): Wir würden es schon für sinnvoll halten, dass die Regelung auch auf andere Organe ausgeweitet wird, die als Lebendspende möglich sind. Praktisch betrachtet geht es hier um die Leber, für die durchaus auch eine Lebendspende möglich und sinnvoll ist. Auch wenn immunologische Aspekte dort keine so große Rolle spielen, ist es durchaus manchmal eine Größenkompatibilität, die auch einen Austausch notwendig machen kann. Dementsprechend halten wir es für sinnvoll, dass die Formulierung so gewählt wird, dass alle möglicherweise lebendspendefähigen Organe berücksichtigt werden.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Dann eine Frage an die Bundesärztekammer und an die Deutsche Krankenhausgesellschaft: Wir haben jetzt gerade gehört, dass es durchaus sinnvoll sein könnte, das auf weitere, andere Organe auszuweiten. Sehen Sie hier Probleme in der Umsetzung?

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Abel und Frau Dr. Nunnemann, bitte.

Dr. Wiebke Abel (Bundesärztekammer (BÄK)): Da sieht die Bundesärztekammer in der praktischen Umsetzung, so wie Frau Prof. Koch es gerade anmerkte, für die Leber keine Probleme.

Dr. Christina Nunnemann (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Christina Nunnemann, Deutsche Krankenhausgesellschaft. Ich kann mich da



meinen beiden Vorrednerinnen nur anschließen.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Dann Frage an den Bundesverband Niere: Wie wird die Reform voraussichtlich von Dialysepatienten wahrgenommen und welche Informationen brauchen Patienten, um eine informierte Entscheidung pro oder kontra Transplantation bzw. Lebendspende zu treffen? Was ist da erforderlich?

Stefan Mroncz (Bundesverband Niere): Stefan Mroncz, Bundesverband Niere. Ich habe keine Interessenkonflikte. Zunächst muss man sich bewusst sein, dass die Patienten an der Dialyse in einer emotionalen Notlage sind und dringend auf ein Spenderorgan angewiesen sind. Eine Aufklärung ist sehr wichtig. Die Benennung aller Risiken, nicht nur die OP-Risiken, das heißt die mittelbaren Risiken, darüber ist aufzuklären. Medizinische und psychosoziale Langzeitdaten sollten von den Spenden in ein entsprechendes Register eingetragen werden. Hier würde zum Beispiel das Lebendspende-Register in Frage kommen oder ein anderweitiges Register, um auch die Nachsorge präzisiert einzuleiten und um einfach die Langzeitfolgen fundiert auszuwerten.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Frage an die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie: Wie groß ist in Deutschland oder wie groß schätzen Sie in Deutschland den Anteil der Lebendspendewilligen, der an Inkompatibilitäten scheitert? Und welches zusätzliche Potenzial könnte ein Cross-over-System tatsächlich heben?

Die **Vorsitzende**: Das geht an Frau Prof. Weinmann-Menke, die online dabei ist. Bitte schön.

Prof. Julia Weinmann-Menke (Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)): Ich vertrete die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie. Es ist so, dass bei der Lebendspende ungefähr bei zwei Dritteln die Lebendspende nicht durchgeführt werden kann, weil es zu Inkompatibilitäten oder Antikörpernachweisen kommt. Dementsprechend könnte man durch das Cross-over-System ungefähr zwei Drittel mehr Transplantationen durchführen.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Dann noch die für die erste Runde abschließende Frage an die Bundesärztekammer: Welche medizinischen Vorteile erwarten Sie durch die Überkreuz- und anonyme Lebendnieren Spenden und wo sehen Sie die größten medizinischen Risiken dabei?

Die **Vorsitzende**: Nochmal Frau Dr. Abel, bitte.

Dr. Wiebke Abel (Bundesärztekammer (BÄK)): Die größten Vorteile sehen wir in der Tat, so wie gerade meine Vorrednerin anmerkte, darin, dass für diejenigen, die aus immunologischen, aber, und das ist ganz wichtig, auch anderen medizinischen Gründen, nämlich wenn es beim Altersmatch nicht passt oder es einen Größen-Mismatch gibt, dass eben für diese Patienten die Möglichkeit geschaffen wird, transplantiert zu werden.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann geht die nächste Runde an die SPD-Fraktion.

Die Vorsitzende, Abg. Dr. Tanja Machalet (SPD), stellt im Weiteren die Fragen als zuständige Berichterstatterin ihrer Fraktion.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Ich darf zunächst die Fragen an Herrn Prof. Dr. Reuter stellen. Unser Ziel ist es ja, mit dem Gesetz die Lebendspende verantwortungsvoll und evidenzbasiert zu stärken. Deshalb vielleicht eine kurze Bewertung des Gesetzentwurfs im Allgemeinen und ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie uns Ihre Forderungen nach einem prospektiven Lebendspende-Register im TPG erläutern könnten.

Prof. Dr. Stefan Reuter (Universitätsklinikum Münster): Stefan Reuter, Münster, Deutsches Lebendspenderegister und Arbeitsgemeinschaft der Nordrhein-Westfälischen Transplantationszentren. Ich habe keine Interessenkonflikte finanzieller Natur. Sehr geehrte Vorsitzende, vielen Dank für die Frage und die Einladung. Wir halten es für essenziell, dass das Lebendspende-Register im Gesetz verankert wird, um Langzeitfolgen, die nicht nur organisch sein können, sondern auch psychosozialer Natur sein können, auf eine solide Datenbasis zu



stellen. Uns fehlen diese prospektiven Daten für Deutschland. Wir extrapolieren aus anderen Ländern, haben zum Teil eine unzureichende Datengrundlage und sind nicht in der Lage, optimal aufzuklären, so wie es das Gesetz eigentlich fordert. Von daher empfinde ich oder wir als Register es als essenzielle Lücke, dass wir zwar aufklären sollen, uns aber die entsprechenden Daten nicht zur Verfügung stehen und wir deswegen ein Problem haben.

Abg. Dr. Tanja Machalet (SPD): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an die Bundesärztekammer. Sie haben allgemein schon etwas zum Gesetzentwurf gesagt. In Ihrer Stellungnahme fordern Sie konkret, die Definition von Inkompatibilität in § 1a Nummer 9 TPGneu weiter zufassen. Können Sie nochmal erläutern, was der Hintergrund dieser Forderung ist?

Dr. Wiebke Abel (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich habe es gerade ganz kurz in meiner letzten Antwort wiedergegeben. Inkompatibel, immunologisch inkompatibel – das sage ich jetzt als Juristin, aber so habe ich es gelernt – sind eigentlich alle, es sei denn, sie haben eineiige Zwillinge, von denen noch keiner ein Immunisierungsergebnis hatte. Die sind immunologisch kompatibel. Inkompatibel sind alle. Es gibt dann natürlich die, bei denen eine Spende nicht möglich ist. Aber es gibt eben auch die anderen Paare, diejenigen, wo ein Großelternanteil an einen Enkel oder eine Enkelin spenden soll. Das wäre hier jetzt eben nicht möglich, dieses Mismatch zu ermöglichen. Genauso ist es dann natürlich bei einem großen Größenunterschied. Wenn eine sehr kleine Frau ihrem sehr großen Ehemann spenden möchte, kann das medizinisch nicht möglich sein. Deswegen bitten wir sehr darum, nicht nur die immunologischen Inkompatibilitäten, also die Fälle, wo es einfach absolut ausgeschlossen ist, zu berücksichtigen, sondern die Definition zu erweitern, sodass auch die medizinisch nicht möglichen Spenden inkludiert sind. Das hat auch den Hintergrund, dass sich dadurch natürlich der Überkreuz-Spendepool vergrößern würde. Das würde denjenigen helfen, die es wirklich am allernötigsten haben, weil sie auch auf der Postmortal-Liste vielleicht keinen geeigneten Spender finden, nämlich den Hochimmunisierten. Diese erhielten die Möglichkeit, über diesen Pool, über den etwas größeren Pool vielleicht doch einen geeigneten

Spender oder eine Spenderin zu finden.

Abg. Dr. Tanja Machalet (SPD): Das war jetzt auch für Laien etwas verständlicher. Vielen Dank. Dann die nächste Frage auch nochmal an Prof. Reuter. Mit Blick auf die gewählte Risikoverteilung: Ist diese aus Ihrer Sicht geeignet, Spenderschutz und Selbstbestimmung in ein ausgewogenes Verhältnis zu setzen?

Prof. Dr. Stefan Reuter (Universitätsklinikum Münster): Absolut. Wir begrüßen die Schritte, die hier unternommen werden. Der Spenderschutz wird in keinem Fall verschlechtert, sondern eher verbessert. Wir haben die Lebendspende-Begleitperson, die eingesetzt wird, die Mental Health Professionals, die verpflichtende Statements abgeben müssen. Also in puncto Spenderschutz ist das ein Schritt nach vorne.

Abg. Dr. Tanja Machalet (SPD): Danke schön. Sieht das die Ärztekammer genauso?

Dr. Wiebke Abel (Bundesärztekammer (BÄK)): Ja.

Abg. Dr. Tanja Machalet (SPD): Gut. Dann eine Frage an die DKMS: Wir betreten mit dem Gesetzentwurf organisatorisch Neuland. Unser Ziel ist ein transparentes, neutrales und leistungsfähiges Vermittlungssystem. Wie bewerten Sie den Gesetzentwurf? Bitte gehen Sie auch auf die aus Ihrer Sicht erforderlichen Gouvernance-Strukturen ein.

Dr. Alexander Schmidt (DKMS): Vielen Dank. Alexander Schmidt, DKMS. Keine Interessenkonflikte. Die DKMS beurteilt den Gesetzentwurf sehr positiv. Das ist ja auch schon von nahezu allen Experten hier einmütig gesagt worden, weil er sowohl den Spenderschutz als auch die Chancen für Patienten, ein Organ zu erhalten, verbessern wird. Wir kommen natürlich jetzt aus einer etwas anderen Community. Wir sind in der Stammzellenspende beheimatet bisher, interessieren uns aber für das Thema Organspende und sind daran interessiert, uns um die Rolle der Vermittlungsstelle zu bewerben. Aus unserer Sicht ist es wichtig, dort Strukturen zu haben, die es der Vermittlungsstelle ermöglichen,



eine konstruktive Rolle im Prozess auszuüben. Ich sehe die Vermittlungsstelle zukünftig als eine Art Sparringspartner der Fachgesellschaften, der Bundesärztekammer. Wir würden uns sehr freuen, gemeinsam daran zu arbeiten, den Algorithmus zu optimieren, die Software zu optimieren in einer Weise, dass die optimale Spendersuche oder Paarsuche erreicht wird. Perspektivisch würden wir auch sehr großes Interesse daran haben, das Ganze zu internationalisieren, um den Pool zu vergrößern, um die Chancen für Patienten zu verbessern, wie es in der Stammzellenspende schon seit vielen Jahren gang und gäbe ist.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit ist meine Zeit abgelaufen. Als Nächste ist Kollegin Kappert-Gonthier für die Fraktion BÜNDNIS/90 DIE GRÜNEN an der Reihe. Bitte schön.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende und vielen Dank allen Expertinnen und Experten. Meine erste Frage geht an Frau Dr. Heilmann von der Interessengemeinschaft Nierenlebendspende. Sie vertreten die Spender:innenperspektive. Im Gesetzentwurf ist jetzt vorgesehen, den Vorrang der postmortalen Organspende zu streichen. Wie bewerten Sie das? Ich habe verstanden, Sie lehnen diese Aufhebung des Subsidiaritätsgrundsatzes ab. Warum ist das so?

Dr. Birgit Heilmann (Interessengemeinschaft Nierenlebendspende): Dr. Birgit Heilmann, ich habe auch keinen Interessenkonflikt. Ich bin Anästhesistin, Allgemeinmedizinerin und Lebendspenderin. Die Aufhebung des Subsidiaritätsprinzips lehne ich deswegen ab, weil es in meiner Sicht den Spenderschutz schwächt. Bei einer postmortalen Spende ist es so, dass tragischerweise erst ein Mensch verstorben ist, der nicht zu retten war. Seine Organe können andere Menschen retten. Es geht hier nicht mehr um irgendwelche Risiken für den Spender, sondern es sind natürlich alle Risiken auf der Seite des Empfängers. Das ist bei der Lebendnieren spende nun ganz anders, weil es einen gesunden Menschen gibt, der eine Niere spendet und damit Risiken für seine eigene Unversehrtheit und Gesundheit eingeht. In meinen Augen kann man das nicht gleichsetzen. Die Risiken, die der

Spender eingeht, und die gesundheitlichen Folgen, die er im Zweifel je nach Alter für den Rest seines Lebens hat, würde relativiert werden, wenn man sagt, das kann man so machen.

Tatsächlich ist es so, dass es auch bei Lebendspenden vorkommen kann, dass das Transplantat nicht funktioniert, auch wenn das Risiko etwas geringer ist. Hier ist quasi für den Empfänger nichts gewonnen und der Spender hat unwiederbringlich ein Organ verloren. Das muss man sehen. Das ist nicht gleichzusetzen mit einer postmortalen Spende.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Frau Dr. Heilmann, ich möchte gleich noch eine Frage an Sie anschließen. Sie haben jetzt von den potenziellen, langfristigen Folgen für die spendende Person gesprochen. Darum möchte ich fragen: Wie bewerten Sie, dass im Gesetzentwurf jetzt verankert ist, dass über die Akutfolgen aufgeklärt werden soll, aber explizit nicht die Aufklärung über die Langfristfolgen verankert ist? Sollte sich daran aus Ihrer Sicht noch etwas ändern?

Dr. Birgit Heilmann (Interessengemeinschaft Nierenlebendspende): Es ist inzwischen schon so, dass nicht nur mehr über die Akutfolgen einer Operation, sprich Blutung, Verletzung von Gefäßen oder anderen Organverletzungen, aufgeklärt wird, sondern weitreichender aufgeklärt wird. Das ist nicht bundeseinheitlich gleich. Wenn man die Aufklärungsbögen von verschiedenen Transplantations-Unikliniken zum Beispiel anguckt, sind diese sehr unterschiedlich im Rahmen, wie weit sie über was aufklären. Das heißt, das gibt es schon. Aber ich finde es wichtig – das Transplantationsregister, das SOLKID-Register (Safety of the living Kidney Donor) hat jetzt erst Daten von ungefähr 420 Spendern über drei Jahre ausgewertet, was ein sehr kurzer Zeitraum ist, wenn man sich vorstellt, dass Spender zugelassen werden sollen, die 30 Jahre alt sind und noch sehr viel Leben vor sich haben –, dass man sagt, dass man natürlich auch aus anderen Ländern Daten hat. Man muss auch über mögliche Langzeitfolgen aufklären, damit der oder die potenzielle Spenderin entscheiden kann, dieses Risiko eingehen zu wollen oder nicht. Das heißt, man kann sich aufgeklärt für, aber auch gegen eine



Spende entscheiden.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Weil wir gerade schon über Organspenderegister sprachen, möchte ich gerne die Deutsche Stiftung Patientenschutz fragen. Frau Simon ist hier. Im Gesetzentwurf ist bisher nicht vorgesehen, dass das Geschlecht im Organspenderegister und im Jahresbericht vermerkt wird, obwohl wir wissen, dass Frauen tendenziell eher für ihre männlichen Angehörigen spenden als Männer für ihre weiblichen Angehörigen. Darum möchte ich Sie fragen: Halten Sie es für sinnvoll, dass das Merkmal Geschlecht hier aufgenommen wird?

Annette Simon (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Annette Simon, Deutsche Stiftung Patientenschutz. Wir als Deutsche Stiftung Patientenschutz halten es für sinnvoll, dass dieses Merkmal im Organspenderegister und im Jahresbericht aufgenommen wird. Ohne eine systematische Erfassung bleibt unklar, ob Frauen oder Männer gleichermaßen Zugang zur Transplantation erhalten, ob es Unterschiede bei den Wartezeiten gibt, ob bestimmte Gruppen strukturell benachteiligt werden. Das Geschlecht ist nicht nur ein soziales, sondern auch ein biologisches Merkmal mit klinischer Bedeutung, da eben Unterschiede bestehen beim Abstoßungsrisiko oder bei Langzeitergebnissen. Deswegen würden wir sehr dafür plädieren, dass das aufgenommen wird.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Vielen Dank. Dann ist die Fraktion Die Linke an der Reihe. Frau Merendino, bitte.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Guten Tag, liebe Frau Vorsitzende, liebe Kolleginnen! Meine erste Frage geht an Herrn Ralf Zietz von der Interessengemeinschaft Nierenlebenspende. Sie beklagen die noch immer unzureichende soziale Absicherung von Lebenspendeinnen und -spendern. Bitte skizzieren Sie kurz die Probleme aus der Praxis und welchen Änderungsbedarf Sie an dem vorliegenden Gesetzentwurf sehen.

Ralf Zietz (Interessengemeinschaft Nierenlebenspende): Ralf Zietz, Interessengemeinschaft Nierenlebenspende. Keine Interessenkonflikte. Danke für die Frage, die ist sehr wichtig. Ich kann aus der Praxis kurz skizzieren. Ich versuche, mich da kurz zu halten, weil es ein sehr komplexes Thema ist. Tatsächlich wissen wir, dass sehr viele Nierenlebenspende, dass häufig die Nierenlebenspende zu Problemen führt, zumindest vorübergehend für einige Monate. Die vorgesehene Arbeitslosenzeit von sechs Wochen ist in der Regel viel zu kurz. Das gibt dann die ersten großen Probleme. Die Nierenlebenspende sind erschöpft, sind müde, sind vergesslich. Es gibt weitere Themen, die sie angehen, sie sind auch nicht arbeitsfähig. Dann gibt es die Übergangsphase, wo die Krankenkasse irgendwann sagt, wir zahlen nicht mehr weiter und lieber Nierenlebenspende, -spenderin, kümmere dich bei der Unfallkasse. Dann kommen sehr viele Nierenlebenspende zu uns, die von der Unfallkasse noch nie etwas gehört haben, weil sie darüber im Rahmen der Aufklärung nichts gehört haben, obwohl das eigentlich auch zur Aufklärung gehört. Die melden sich mit unserer Hilfe bei der Unfallkasse, die zuständig ist – Stichwort § 12a SGB VII –, um die möglichen Folgen abzufedern, die über den normalen Eingriff hinausgehen. Die Unfallkassen sind leider dafür bekannt, diese Verfahren sehr stark zu verzögern. Nach dem Antrag gehen Wochen bis Monate ins Land, bis die Unfallkasse reagiert. Das geht oft nur mit Hilfe von uns und großem Druck oder mittlerweile auch mit Hilfe eines Anwalts, der nachfasst. Wenn dann das Verfahren losgeht, wird ein Gutachten erstellt. Ich muss leider konstatieren, dass die medizinischen Gutachter, die dort Gutachten erstellen, alles dafür tun, um die Folgen, ich rede jetzt bewusst vom Fatigue-Syndrom oder von einer unerwartet starken Niereninsuffizienz, kleinzureden. Was auch sehr oft vorkommt: Es werden Krankheiten, die vor der Spende schon bestanden haben, die aber nicht die körperliche Vitalität beeinflussen haben, genommen, um die Forderungen, also den Fall abzuwehren. Ich habe ein Gutachten gelesen, wo wortwörtlich drinstand, dass die Spenderin erschöpft ist, weil sie im Ahrtal wohnt und nach der Flut große Probleme hatte; oder ich habe tatsächlich mal ein Gutachten gelesen, wo drinstand, die Nierenlebenspende führt zu keinem Problem, ansonsten hätte der Bundespräsident nicht spenden dürfen. Es ist unglaublich, was in den Gutachten teilweise steht. Wenn es dann



abgewehrt wird und dem Widerspruch nicht abgeholfen wird, kommt es zur Klage. Ganz viele Spender steigen da aus und klagen nicht mehr, weil sie kein Geld haben und keine Kraft. Wenn es dann zur Klage kommt mit unserer Hilfe, mit der Rechtsschutzversicherung, dem Rechtsanwalt, dann dauert es Jahre, bis es zu einem Urteil kommt. Das ist ein Zustand, wenn ich das abschließend sagen darf, den wir für unerträglich halten. Das ganze Verfahren der Spenderabsicherung bei der Unfallkasse ist so nicht in Ordnung.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann können wir jetzt in die zweite Runde gehen mit jeweils drei Minuten pro Fraktion und es beginnt wieder die CDU/CSU. Herr Dr. Theiss, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Prof. Reuter und schließt direkt an. Können Sie zahlentechnisch beziffern, wie hoch die Komplikationsquote ist, kurzfristig, langfristig? Was sind die häufigsten Probleme? Dies bitte auch prozentual, damit wir ein Gefühl dafür bekommen.

Prof. Dr. Stefan Reuter (Universitätsklinikum Münster): Stefan Reuter, Deutsches Lebendspenderegister. Vielen Dank für die Frage. Wir müssen unterscheiden zwischen kurzfristigen Folgen, das sind die ganz normalen OP-Risiken, die bestehen, die kann man auch nicht kleinreden, die kann man beziffern. Das sind Nachblutungskomplikationen, alles im unteren Prozentbereich. Langfristig ist das Risiko einer Niereninsuffizienz inklusive Dialysepflichtigkeit relativ gesehen durch die Einjährigkeit erhöht. Das darf man auch nicht in Abrede stellen. Absolut gesehen, ist das Lebenszeitrisiko gering, unter einem Prozent sicherlich. Wichtig ist, dass im Alltag funktionell die verbleibende Niere relativ gut kompensieren kann. Das heißt, wir haben es vorhin schon mal gehört, ungefähr ein Drittel der Nierengesamtleistung geht zurück. Das spielt funktionell im Alltag in der Regel keine Rolle, wenn man den Spender sorgfältig selektioniert, das ist wichtig, und strukturiert nachsorgt, auch ganz wichtig. Es darf keine Folgeerkrankung oder keine andere Erkrankung auftreten, die im Nachgang die verbleibende Einzelnierne schädigt. Wenn man das gut ausschließt, hat man absolut gesehen geringe

Risiken, relativ gesehen aber ein erhöhtes Risiko.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Mit welchen finanziellen Effekten rechnen die gesetzlichen Krankenversicherungen durch die Ermöglichung der Überkreuz-Spende und den dadurch bedingten Wegfall von Dialysebehandlungen? Amortisiert sich das, rein finanztechnisch betrachtet, weil ja höhere Transplantationszahlen da sind?

Frank Reiner mann (GKV-Spitzenverband): Frank Reiner mann, GKV-Spitzenverband. Zunächst möchte ich einmal vorweg schicken und grundsätzlich anmerken, dass die Transplantation unzweifelhaft die absolut beste Versorgung für die Dialysepatienten ist in den Bereichen. Aber auch im ökonomischen Sinne sehen wir durchaus entsprechende Vorteile. Wenn man sich einmal anschaut, wie sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkasse für die Dialyseversorgung darstellen, dann sehen wir ungefähr 2,3 Milliarden Euro, die pro Jahr ausgegeben werden. Das sehen wir in unseren Konten. Das sind jetzt Zahlen von 2024. Bei rund 73 000 betroffenen Versicherten heißt das, die Dialyse kostet 31 000 Euro im Durchschnitt. Hier sind noch einige Nebenkosten nicht berücksichtigt, aber als Roundabout-Gruppe kann man das im Grunde so darstellen. Demgegenüber würde eine Transplantation stehen und die Kosten der Umsetzung. Die Nierentransplantation schlägt ungefähr mit einer Größenordnung von 55 000 Euro zu Buche. Da ist dann schon die Lebendspende mit inkludiert, also der komplette Block in dem Bereich. Dazu würden noch entsprechende Kosten kommen, die wir aufschlagen für die Vermittlung, die neue Vermittlungsstelle und für Transport oder Ähnliches, so dass wir davon ausgehen, roundabout 75 000 würde eine entsprechende Cross-over-Lebendspende kosten. Das bedeutet, dass wir ungefähr nach zwei Jahren tatsächlich Kostendeckung erreicht hätten in den Bereichen und ab dem dritten Jahr tatsächlich Einsparungen realisieren könnten.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Herr Sichert für die AfD.



Abg. **Martin Sichert** (AfD): An die Interessensgemeinschaft Nierenlebenspende: Sie haben gerade sehr interessant ausgeführt über die ganzen Risiken, die für den Spender entstehen, und eine starke Niereninsuffizienz gegebenenfalls als Nebenwirkung der Spende aufgeführt. Kennen Sie irgendwelche Zahlen oder Daten, in wie vielen Fällen jemand, der Spender war, gegebenenfalls später selbst eventuell einer Nieren bedarf?

Ralf Zietz (Interessengemeinschaft Nierenlebenspende): Ralf Zietz, Interessengemeinschaft Nierenlebenspende. Also zu den absoluten Zahlen, wie viele Spender in die Dialyse rutschen, kann ich nichts sagen. Ich weiß, dass es diese Fälle gibt. Herr Reuter wird es bestätigen, das Risiko, selbst an die Dialyse zu kommen nach einer Nierenlebenspende, ist gegenüber einer gesunden Vergleichsperson um das Elffache erhöht. Das ist auch durch Zahlen belegt. Es gibt dazu eine Studie von 2014. Allerdings sind mir die absoluten Zahlen nicht bekannt.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Sie haben gerade vorhin auch gesagt, dass die Spenderabsicherung über die Unfallkasse deutlich unzureichend ist. Was müsste aus Ihrer Sicht gemacht werden? Es geht ja letztlich darum, dass man auch den Spendern eine gewisse Sicherheit gibt, wenn man so etwas gesetzlich implementiert. Was müsste da dringend verbessert werden? Welche Maßnahmen müssten an der Stelle ergriffen werden, um das seitens des Gesetzgebers entsprechend zu verbessern?

Ralf Zietz (Interessengemeinschaft Nierenlebenspende): Das ist eine gute Frage. Das große Problem bei den Unfallkassenverfahren ist eigentlich weniger die gesetzliche Regelung, die ja da ist, die allerdings schon im System hat, dass es lange dauert, dass man über die Unfallkasse und über die Ablehnung und über die Gerichte gehen muss. Grundsätzlich, glaube ich, müsste sich in den Köpfen der Gutachter und der Unfallkassenmitarbeiter etwas ändern. Denn dieses grundsätzliche Abwehrverhalten, dieses Unterstellen, dass man als Nierenlebenspende mit Erschöpfung simuliert, ist ein Riesenproblem. Wenn die Mentalität sich dort ändern würde, wenn von vornherein etwas mehr Zugehörigkeit gegenüber den wirklich schwer

erkrankten Nierenlebenspendern, die es bei uns im Verein und auch woanders gibt, zeigen würde, wenn man anders damit umgehen würde, würde sich Einiges vereinfachen.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Nachfrage an Sie nochmal an der Stelle: Wäre es beispielsweise eine Überlegung, an der Stelle zu sagen, man macht eine Beweislastumkehr, dass die Kasse nachweisen muss, dass es nicht an der Spende liegt, bevor der Spender nachweisen muss, dass es an der Spende liegt. Würden solche Prozesse beispielsweise an der Stelle helfen?

Ralf Zietz (Interessengemeinschaft Nierenlebenspende): § 12a SGB VII, der 2012 eingeführt wurde, hatte diese Beweislastumkehr zum Ziel. Er ist auf Grundlage von zwei Bundestagsdrucksachen aus dem Jahre 2005 und 2009 entstanden. Er hat aber leider nach unserer Auffassung unklare Formulierungen, sodass diese Beweislastumkehr auslegbar ist. Tatsächlich hatten wir 2021 im Rahmen einer Anhörung eine bessere Formulierung, wie wir meinen, vorgelegt für den Paragrafen, um diese wirklich vom Gesetzgeber seinerzeit gewünschte Beweislastumkehr einzuführen.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Dann hat jetzt der Kollege Yüksel für die SPD das Wort.

Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Ganz herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Ich habe zwei Fragen an Frau Prof. Koch. Frau Prof. Koch, in Ihrer Stellungnahme fordern Sie, die gesetzliche Regelung organneutral zu formulieren. Können Sie uns bitte einmal erläutern, was Sie mit der Forderung meinen?

Prof. Dr. Martina Koch (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)): Wir hatten eben schon kurz angesprochen, dass die Lebenspende auch für andere Organe möglich ist. Im Moment ist das realistisch betrachtet die Leber. Auch bei der Leber kann es zu medizinischen Inkompatibilitäten kommen, sodass wir denken, dass die Leber grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden sollte aus diesem Gesetz, auch wenn es deutlich seltener vorkommen wird als die Nierenlebenspende.



Abg. **Serdar Yüksel** (SPD): Die zweite Frage wäre: Wie bewerten Sie das Spannungsverhältnis zwischen einer möglichen Ausweitung der Lebendspende und dem Schutz vor sozialem und familiärem Druck? Wo sehen Sie medizin-ethisch zwingende Grenzen, die der Gesetzgeber klar ziehen müsste?

Prof. Dr. Martina Koch (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)): Tatsächlich wird sich das Verhältnis der Spender im Moment nicht ändern. Wir haben jetzt auch die Situation, dass die Spender- und Empfängerpaare sich sehr gut kennen müssen, also in einer engen persönlichen Verbundenheit stehen müssen. Das wäre auch bei der neuen gesetzlichen Regelung so. Man kann nicht leugnen, dass es gerade unter Paaren in Partnerschaften, Ehen, auch in der Beziehung zu Kindern möglicherweise einen gewissen Druck auf die Spender gibt. Ich denke, das ist auch medizinisch schwer zu verhindern. Wenn man jetzt an den altruistischen Spender denkt, gibt es diesen Druck natürlich nicht. Der spendet vollkommen freiwillig für eine unbekannte Person, sodass man sagen muss, eigentlich ist aus ethischen Gesichtspunkten für meinen Geschmack der altruistische Spender weniger problematisch als die enge persönliche Verbundenheit. Wir erleben gelegentlich auch in den Beziehungen, dass Spender- und Empfängerpaare eher aus altruistischen Bewegungen spenden, zwar auch, weil sie dem Empfänger helfen wollen, aber auch, weil sie sagen: Es geht mir gut, ich bin gesund, ich kann spenden, ich möchte der Gesellschaft etwas zurückgeben, ich möchte etwas Gutes tun. Ich glaube, auch diese Einstellung müssen wir den Menschen zugestehen. Wenn jemand das aus freien Stücken tun möchte, ist das, finde ich, vollkommen gerechtfertigt.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann hätten wir jetzt BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Frau Dr. Kappert-Gonther, bitte.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Frau Simon von der Deutschen Stiftung Patientenschutz. Wir haben eben kurz darüber diskutiert, dass gerade eine Lebendnierenspende eine besondere Lage in einem Paar

verursachen kann. Deshalb ist es auch so richtig, dass die psychosoziale Betreuung und Begleitung für die Spenderinnen und Spender vorgesehen ist. Ich möchte Sie fragen, Frau Simon: Halten Sie eine analoge Regelung für die Empfängerinnen und Empfänger auch für sinnvoll? Für die verändern sich ja auch Dinge innerhalb des Paares.

Annette Simon (Deutsche Stiftung Patientenschutz): Deutsche Stiftung Patientenschutz, Annette Simon. Wir als Stiftung sehen es genauso, dass auch für die Empfänger eine solche Beratung und Unterstützung sehr sinnvoll ist. Denn es stehen Empfänger und Spender unter einem erheblichen emotionalen Druck, da es eine sehr persönliche Entscheidung ist. Daher gibt es häufig Ängste vor dem Eingriff, vor möglichen Komplikationen oder auch Zukunftsängste bezüglich Abstoßungen oder Nebenwirkungen. Daher ist es wichtig, dass es eine qualifizierte Fachperson mit psychosozialer Expertise gibt, die eben auch die Empfänger berät und unterstützt, und nicht nur die Spender. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, wie schon angesprochen, dass es gerade bei der Lebendspende auch zur Spenderperson innerhalb der Familie oder Partnerschaft eine Beziehung gibt. Dadurch entstehen besondere Beziehungsdynamiken wie Schuldgefühle, weil man immer denkt, jemand riskiert seine Gesundheit für mich. Oft kommt es auch zu Veränderungen im familiären Macht- oder Abhängigkeitsgefüge. Daher ist eine strukturierte psychosoziale Beratung sehr wichtig, auch für Empfänger.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Schönen Dank. Ich habe eine Frage noch an Sie, Frau Prof. Koch. Sie haben gerade über die anonyme Lebendspende gesprochen. Haben Sie Erwartungen, wie viele Fälle das pro Jahr etwa bedeuten könnte? Wie viele Menschen erwarten Sie, würden pro Jahr anonym, vollkommen altruistisch in Deutschland eine Niere spenden?

Prof. Dr. Martina Koch (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)): Das sind sicher sehr wenige Fälle. Wir kennen solche Programme aus dem Ausland. Da ist es immer eine niedrige, einstellige Zahl. Der Vorteil an der anonymen Spende ist aber, dass ein einziger anonym Spender möglicherweise eine Kette von Lebendspenden in Gang



setzen könnte, sodass von dieser einzelnen Spende mehrere Paare profitieren können. Das macht auch wenige altruistische Spender, die in die Lebendspendenkette spenden, so wertvoll.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank. Ich würde meine letzte Frage ganz schnell an Frau Dr. Heilmann stellen. Von Ihnen habe ich vernommen, dass Sie eher skeptisch der anonymen Spende gegenüberstehen. Warum ist das der Fall?

Dr. Birgit Heilmann (Interessengemeinschaft Nierenlebenspende): Kurz gesagt wäre meine Antwort: Nein. Genauer ausgeführt: Das ist rechtlich noch nicht so festgelegt. Die Transplantationsmediziner heben gerne darauf ab, dass der Nutzen für den Spender gerade darin liegt, dass er jemandem hilft und dann sieht, wie es dem besser geht. Das sind alles Sachen, die der altruistische Spender nicht hat. Die Absicherung ist auch nicht da.

Die **Vorsitzende**: Vielen herzlichen Dank. Frau Merendino, bitte.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Meine Frage richtet sich an den VdK: Stichwort soziale Langzeitfolgen und Erwerbsunfähigkeit. Worauf sollte im Hinblick auf soziale Absicherung nach der Einschätzung des VdK geachtet werden? Gibt es diesbezüglich Leerstellen im vorliegenden Gesetzentwurf?

Die **Vorsitzende**: Herr Fischer, bitte.

Jonas Fischer (Sozialverband VdK Deutschland): Vielen Dank. Jonas Fischer, Sozialverband VdK. Keine finanziellen Interessen. In der Tat haben wir schon sehr eindrücklich ausgeführt bekommen, welche Langzeitfolgen auftreten und dass beim Umgang der gesetzlichen Unfallversicherung mit den Langzeitfolgen Probleme auftauchen. Das kennen wir als Sozialverband VdK auch. Unsere Rechtsberatung vertritt insbesondere gegen die Sozialversicherungen die Mandantinnen oder die Klientinnen und Klienten. Insofern können wir das zunächst bestätigen. Grundsätzlich halten wir aber

die Zuordnung zur gesetzlichen Unfallversicherung für sachgerecht, weil dort, anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung, noch stärker der Fokus auf gesellschaftliche Teilhabe, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit etc. bei der Reha gelegt wird. Nichtsdestotrotz sehen wir Leerstellen, die wir im Gesetz gefunden haben, was die Frage der Mitschuld, sage ich mal lapidar, an einer potenziellen Erwerbsunfähigkeit anbelangt. Hier würden wir uns wünschen, dass zur Absicherung potenzieller Spender klargestellt wird, dass eine Lebenspende kein selbstverschuldetes Verhalten, keine Verletzung der Mitwirkungspflichten oder keine mutwillige Herbeiführung einer Erwerbsminderung ist. Das könnte zu einem vernünftigen Anspruch führen. Danke.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Meine nächste Frage richtet sich an den Bundesverband der Organtransplantierten. Sie warnen vor einer schleichenden Normalisierung der Lebenspende. Wie bewerten Sie als Interessensverband von Organtransplantierten Menschen vor diesem Hintergrund die geplante Streichung des Subsidiaritätsgrundsatzes?

Die **Vorsitzende**: Der Bundesverband der Organtransplantierten ist nicht hier. Wir haben keine Rückmeldung bekommen. Vielleicht haben Sie jemand anderen, dem Sie die Frage stellen wollen.

Abg. **Stella Merendino** (Die Linke): Dann an die Lebendnierenpende, bitte. Danke.

Ralf Zietz (Interessengemeinschaft Nierenlebenspende): Der Subsidiaritätsgrundsatz wurde 1997 eingeführt, um den Spender nachrangig gegenüber der postmortalen Spende zu stellen, weil die OP mit gewissen Risiken verbunden ist. Inzwischen ist bekannt, dass es auch weitergehende langfristige Risiken gibt, die den Spender betreffen können. Wenn wir jetzt das Subsidiaritätsprinzip abschaffen, setzen wir die Nierenlebenspende oder die Organlebenspende mit der postmortalen Spende gleich und vergessen dabei den besonderen Spenderschutz. Das halten wir für falsch.



Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann gehen wir jetzt in die letzte Runde. Ein Block, in dem die CDU/CSU sieben Minuten hat und zunächst an der Reihe ist. Herr Dr. Theiss.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Frau Vorsitzende, danke. Meine nächste Frage geht an die Gesellschaft für pädiatrische Nephrologie. Wie beurteilen Sie den vorliegenden Gesetzentwurf aus Sicht der Kinderheilkunde? Gibt es aus Ihrer Sicht Schwächen oder Nachbesserungsbedarf?

Prof. Dr. Burkhard Tönshoff (Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)): Mein Name ist Volker Tönshoff. Ich vertrete die Gesellschaft für pädiatrische Nephrologie, habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Wir begrüßen diesen Gesetzentwurf sehr. Die Gesamtanzahl der Nierentransplantationen für Kinder und Jugendliche ist relativ klein; ca. fünf Prozent der Nierentransplantationen werden in diesem Alter durchgeführt. Das ist besonders segensreich, weil man den Kindern und Jugendlichen die sehr belastende Dialysetherapie in einem besonderen Lebensabschnitt der Kindheit und Jugend ersparen kann. Hochimmunisierte Patienten gibt es bei uns deutlich weniger als im Erwachsenenalter; ca. zehn Prozent aller Patienten erhalten eine Retransplantation. Aber im Einzelfall kann es durchaus sein, dass ein Patient, der eine Retransplantation erhalten soll, immunisiert ist gegen Humane Leukozyten-Antigene (HLA) eines potenziellen Lebendspenders, sodass eben auch diese Altersgruppe sehr von diesem Gesetzentwurf und der Überkreuz-Lebendnierenspende profitieren würde.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an die Bundesärztekammer und an die Deutsche Transplantationsgesellschaft. Sollten aus ihrer Sicht neben der Stiftung Eurotransplant auch andere Akteure beim Programm der nationalen Überkreuz-Spender eingebunden werden?

Dr. Wiebke Abel (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich gehe davon aus, dass Sie auf § 12 und die neuen Regelungen referenzieren. Der [geltende] § 12 sieht genau das schon vor. Es gibt da eine Wahlmöglichkeit. Die Bundesärztekammer sieht es auch als absolut notwendig an, dass diese Wahlmöglichkeit im

Gesetz drin bleibt, damit im Rahmen eines Vergabeverfahrens die am besten geeignete Stelle beauftragt werden könnte. Insofern besteht diese Option schon.

Prof. Dr. Martina Koch (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)): Im Grunde schließen wir uns der Bundesärztekammer hier an. Es ist ja so, dass viele Daten bei Eurotransplant bereits vorliegen, wie zum Beispiel die Typisierung der Empfänger, die Antikörper Diagnostik. Das wäre alles vorhanden, sodass Eurotransplant aus unserer Sicht eine gute Stelle wäre. Es gibt aber natürlich auch andere Programme außerhalb des Eurotransplantraums, die auch funktionieren. Ich denke, wichtig ist nur, dass wir in Deutschland das Rad nicht neu erfinden und dass wir es nicht zu kompliziert machen.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Die nächste Frage geht an die Bundespsychotherapeutenkammer. Wie beurteilen Sie die vorgesehene psychosoziale Beratung von Spenderinnen und Spender und inwieweit würden Sie, wie vorher schon angeklingen, auch noch auf die Empfänger eingehen wollen?

Nikolaus Melcop (Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)): Danke, Nikolaus Melcop, Bundespsychotherapeutenkammer. Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte. Vielen Dank nochmal für die Frage. Eine umfassende psychosoziale Beratung und Evaluation sind grundsätzlich geeignet und auch wichtig, um die Risiken für die psychische Gesundheit der Spenderin oder des Spenders zu identifizieren und zu beurteilen. Entscheidend ist jedoch, wer diese Beratung durchführt. Die im Gesetzentwurf vorgeschlagene Definition zu der erforderlichen Qualifikation, ich zitiere: „eine unabhängige, sachverständige Person, die über eine psychologische oder psychotherapeutische Berufsqualifikation verfügt“, zusammen mit dem Verweis auf die Transplantationsrichtlinien der Bundesärztekammer und die dort aufgeführten Berufsgruppen sehen wir dafür als angemessene Lösung an.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Vielen Dank. Dann hätte ich noch eine Frage an Frau Prof. Koch von der Deutschen Transplantationsgesellschaft und gegebenenfalls noch an die



Bundesärztekammer. In welchem zeitlichen Abstand halten Sie den regelmäßigen Abgleich der gemeldeten inkompatiblen Organspenderpaare sowie der Spenderinnen und Spender der nicht gerichteten anonymen Spende, das sogenannte Matching, für möglich und für sinnvoll? Müssten wir das noch konkreter regeln?

Die **Vorsitzende**: Frau Koch, dann Frau Dr. Abel.

Prof. Dr. Martina Koch (Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG)): Ich danke für die Frage. Das ist, glaube ich, nicht ganz so einfach zu beantworten, weil wir für Deutschland noch gar nicht definiert haben, nach welchen Kriterien wir matchen wollen. Es ist aber aus anderen Ländern in Europa bekannt, dass man nach einigen Monaten einen erneuten sogenannten Match Run machen kann und dann zum Beispiel nach einem Jahr mit dem Paar überlegt, ob es sinnvoll ist, in diesem Programm zu bleiben oder eben nicht. Man wird einige Monate, drei oder sechs Monate warten, bevor man wieder das Matching überprüft und guckt, ob sich ein Paar findet. Es macht sicher keinen Sinn, das jeden Tag zu machen. Und es macht auch keinen Sinn, das nach mehreren Jahren zu machen.

Dr. Wiebke Abel (Bundesärztekammer (BÄK)): Die Bundesärztekammer würde sich da grundsätzlich anschließen. Wenn man sich ein bisschen umguckt, ist es in der Tat so, wie Frau Prof. Koch es erwähnt hat. In den Niederlanden, in der Schweiz machen sie es alle drei Monate jeweils und haben auch gesagt, häufiger sei nicht sinnvoll. Wir würden davon abraten, das noch gesetzlich zu präzisieren, weil wir ja noch gar nicht wissen, wie die Allokationsregeln aussehen werden.

Abg. **Prof. Dr. Hans Theiss** (CDU/CSU): Dann bedanke ich mich ganz herzlich und schenke Ihnen eine Minute und 18 Sekunden Lebenszeit.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann hätten wir jetzt noch vier Minuten für die AfD. Herr Sichert, bitte.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine erste Frage ginge

an den GKV-Spitzenverband. Haben Sie Daten dazu, wie sich die Gesundheitskosten bei Spendern entwickeln? Dass das für die Empfänger eine sehr gute Geschichte ist, wissen wir ja. Aber haben Sie Daten dazu, wie sich die Gesundheitskosten bei Spendern im Nachgang zu diesen Nierenspenden im Vergleich zu anderen Vergleichspersonen entwickeln?

Frank Reinermann (GKV-Spitzenverband): Frank Reinermann, GKV-Spitzenverband. Es tut mir leid, dazu haben wir aktuell noch keine Daten, denn die Erhebung der entsprechenden Kennzahlen haben wir bei uns nicht in den Daten drin. Es ist auch vergleichsweise kompliziert, das zu erheben, da es sowohl die ambulanten Daten als auch gegebenenfalls stationäre Daten betrifft und die Zusammenführung ohne Weiteres nicht möglich ist.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Frage nochmal an die Interessensgemeinschaft Nierenlebendspende: Was schätzen Sie, wie groß ist der Prozentsatz der Spender, die bis zu diesem Punkt kommen, wo es dann zu einem Gerichtsverfahren kommt oder kommen würde, derjenige aber gegebenenfalls abbricht, weil er die Energie, die Kraft nicht hat? Wie viele haben so starke Nebenwirkungen, dass es bis zu diesem Punkt kommt? Was schätzen Sie?

Ralf Zietz (Interessengemeinschaft Nierenlebendspende): Ich kann nur für unsere Mitglieder sprechen. Ich weiß aber, dass nur sehr wenige außerhalb des Vereins diesen Weg gehen. Ich gehe ungefähr davon aus, dass knapp die Hälfte, vielleicht etwas weniger als die Hälfte, aufgibt, weil wir uns immer sehr bemühen, sie sehr zu motivieren, diesen langen Weg durchzuhalten. Absolute Zahlen sind schwierig zu benennen. Wir sind 45 Spender, und ich glaube, davon sind ungefähr 20 im Verein, die so ein Verfahren hinter sich haben. Also ich sage mal, vielleicht die Größenordnung.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Vielen Dank. Frage an die Stiftung Organtransplantation: Wie sieht das aus, wäre es eventuell interessant und wie sehen Sie das, dass man, um die Zahl der möglichen Organspenden an der Stelle zu steigern, nicht nur ein nationales Register einrichtet, sondern dieses Register gegebenenfalls beispielsweise für Leute aus



dem Ausland eröffnet, für Spenderpaare aus dem Ausland eröffnet, die sich eintragen könnten, um dann letztlich hier in Deutschland die Zahl der Organ Spenden zu erhöhen. Wäre das aus Ihrer Sicht ein denkbarer Vorgang?

Die **Vorsitzende**: Herr Dr. Rahmel, bitte.

Dr. Axel Rahmel (Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)): Axel Rahmel, Deutsche Stiftung Organtransplantation. Da muss ich zurückblicken auf meine Zeit bei Eurotransplant, weil Eurotransplant tatsächlich auch für die Niederlande und Belgien diese Überkreuz-Spende organisiert. Seiner Zeit, als ich dort medizinischer Direktor war, haben wir daran gearbeitet. Es sind sehr kleine Zahlen, die das transnational machen. Aber die Möglichkeit gerade für hochimmunisierte Patienten oder für ganz besondere Ausnahmefälle könnte natürlich [helfen, denn] je größer der Spenderpool, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass eine Überkreuz-Spende möglich ist. Insofern ist eine Erweiterung grundsätzlich sinnvoll. Man muss aber an die logistischen Aspekte dabei natürlich immer denken.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Gut. Nächste Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft: Welche zusätzlichen Anforderungen entstehen für die Kliniken durch Register und Vermittlungsstelle und wie müsste es finanziert werden, damit es nicht zulasten der sonstigen Versorgung geht?

Dr. Christina Nunnemann (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)): Vielen Dank. Die Lebendspende wird ja in den Kliniken heute auch schon sicher angewendet und durchgeführt, sodass eigentlich ... Ja, wir hoffen alle, dass es eine Fallzahlsteigerung gibt, denn das ist ja das Ziel des ganzen Gesetzes. Das muss auch entsprechend der vereinbarten Gebührenordnung, das ist bei den Privaten, und der vereinbarten DRGs finanziert werden. Darüber hinaus muss man dann sicherlich in den weiteren Schritten vertraglich regeln, wie es auch bei ET [Eurotransplant] ist, mit welchen Pauschalen zu rechnen ist. Aber ich denke, dass das alles regelbar sein wird.

Die **Vorsitzende**: Danke schön. Dann sind jetzt

noch drei Minuten für die SPD-Fraktion übrig. Ich darf nochmal fragen.

Die Vorsitzende, Abg. Dr. Tanja Machalet (SPD), stellt im Weiteren die Fragen als zuständige Berichterstatterin ihrer Fraktion.

Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Es ist Vieles schon gesagt worden, auch zu den finanziellen Nachteilen beziehungsweise zu den Folgen. Nochmal eine Frage an den GKV-Spitzenverband: Wie können wir aus Ihrer Sicht eine bundeseinheitliche, unbürokratische Kostenübernahme für Vorbereitung, Spende und Nachsorge tatsächlich sicherstellen?

Frank Reinermann (GKV-Spitzenverband): Frank Reinermann, GKV-Spitzenverband. Die Regelungen im Gesetz sind aus unserer Sicht so ausgestaltet, dass es reibungslos klappen kann in den Bereichen. Es gibt allerdings einen Knackpunkt in den Bereichen. Darauf haben wir in unserer Stellungnahme hingewiesen. Das ist nämlich die Anonymisierung in den Bereichen. Ein Lebendspender, der entsprechend anonymisiert wird, hat ja einen Anspruch gegenüber der Krankenkasse des Empfängers. Das heißt, er muss letztendlich auch wissen, wo er einen entsprechenden Anspruch stellt. Genauso müssen auch die entsprechenden Stellen, die die Abrechnung stellen, zum Beispiel die Vermittlungsstelle in den Bereichen, wissen, wer der Ansprechpartner ist, also welche Krankenkasse, das muss ich wissen. Die Krankenkasse muss natürlich wissen, wer der Spender gewesen ist. Denn es muss zu prüfen sein, ob hier tatsächlich eine entsprechende leistungsrechtliche Zuordnung erfolgt. Es gab einige Änderungen in den Bereichen. Wir sind auch sehr zuversichtlich, dass es umsetzbar ist und dass es auch reibungslos funktioniert. Nur die Vorgabe gegenüber den Krankenkassen, hier die Anonymisierung aufrechtzuerhalten, ist eher problematisch. Wir haben eine Situation bei der Postmortalspende, wo wir eigentlich ja auch grundsätzliche Anonymität haben. Aber gegenüber den Krankenkassen ist die Anonymität nicht notwendig. Genauso ist sie auch nicht notwendig gegenüber der Vermittlungsstelle und der DSO. Beide Institutionen kennen die jeweiligen postmortalen Spende in den Bereichen. Es wäre hilfreich, wenn eine entsprechende Regelung auch für die Cross-over-Lebendspende so



ausgestaltet wäre.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank, dass Sie uns das nochmal mit auf den Weg geben. Ich würde jetzt auch den Rest oder die eine Minute und knapp 40 Sekunden schenken. Ich glaube, wir haben jetzt nochmal sehr viel Input bekommen und sehr viel mitgenommen aus Ihren Antworten. Ich darf mich ganz, ganz herzlich bedanken, dass Sie hier Rede und Antwort gestanden haben. Wir werden jetzt ins Verfahren gehen und schauen, was wir von den Dingen, die Sie uns ins Buch geschrieben haben, umsetzen werden. Insofern, wie gesagt, danke für heute und guten Nachhauseweg. Den einen oder anderen sieht man sich an dieser Stelle nochmal wieder.

Schluss der Sitzung: 17:06 Uhr

gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB
Vorsitzende