



Wortprotokoll der 147. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 24. März 2021, 14:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
WebEx-Meeting*.

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite xx

- a) Antrag der Abgeordneten Dr. Jens Brandenburg (Rhein-Neckar), Katja Suding, Dr. Andrew Ullmann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Federführend:
Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz
Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Einfach Leben retten – Blutspende-
verbot für homosexuelle und transgeschlechtliche Menschen
abschaffen**

BT-Drucksache 19/15260



- b) Antrag der Abgeordneten Sven Lehmann, Kordula Schulz-Asche, Ulla Schauws, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Diskriminierung von homosexuellen und transgeschlechtlichen Menschen bei der Blutspende beenden

BT-Drucksache 19/17797

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

- c) Antrag der Abgeordneten Sven Lehmann, Kordula Schulz-Asche, Ulla Schauws, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Diskriminierung bei der Blutspende beenden - Transfusionsgesetz ändern

BT-Drucksache 19/19497

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Lehmann, Sven Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.

**Beginn der Sitzung:** 14:04 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr verehrte Sachverständige, Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu unserer Anhörung hier im Ausschusses für Gesundheit, in einer Mischung aus Präsenz- und Online-Sitzung. Es ist unsere 147. Sitzung. Vorab möchte ich Sie alle bitten, gerade die, die per Webex teilnehmen, dass Sie sich mit Namen eintragen, weil das also für uns dann erkennbar ist als Teilnahmebestätigung. Und ich bitte darum, dass die Mikrofone vorerst stummgeschaltet werden. Zum weiteren Verfahren komme ich später. Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beschäftigen uns heute mit drei Anträgen zum bisher de facto geltenden Blutspendeverbot für homosexuelle und transgeschlechtliche Menschen. Da ist einmal der Antrag der FDP-Fraktion „Einfach Leben retten“, dazu kommen zwei Anträge der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Diskriminierung von homosexuellen und transgeschlechtlichen Menschen bei der Blutspende beenden“ und „Diskriminierung bei der Blutspende beenden – Transfusionsgesetz ändern“. In allen drei Anträgen wird festgestellt, dass die geltenden Regelungen für die Blutspende diskriminierend sind, weil sie homosexuelle und transgeschlechtliche Menschen am Blutspenden hindern. Die Antragsteller fordern unisono, dass das „Transfusionsgesetz“ bzw. die darin als Kriterium für die Zulassung einer blutspendenwilligen Person genannte Richtlinie Hämotherapie der Bundesärztekammer geändert werden müsse, damit potenzielle Blutspenderinnen und Blutspender nicht wegen ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität diskriminiert werden. Dazu werden wir in den kommenden 60 Minuten die Sachverständigen befragen. Für diese Anhörung stehen uns, wie gerade gesagt, 60 Minuten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Frage- und Antwortzeit sind auf insge-

samt drei Minuten beschränkt. Nach genau 60 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich möchte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Fragen darum bitten, ihr Mikrofon einzuschalten und sich mit ihrem Namen und ihrem Verband vorzustellen. Das erleichtert die Protokollierung der Anhörung und die Zuschauerinnen und Zuschauer können die Sachverständigen dann besser den jeweiligen Verbänden und Institutionen zuordnen. Ich bedanke mich bei allen Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro. Ich weise zudem darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und morgen im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Soweit die Einführung, und die erste Frage stellt die Fraktion der FDP, das ist Herr Dr. Brandenburg.

Abg. **Dr. Jens Brandenburg** (FDP): Meine Frage richtet sich an die Bundesärztekammer, an Frau Dr. Pühler. Es geht ja hier nicht um einen Gegensatz zwischen Wissenschaft und Gesellschaftspolitik oder Transfusionsicherheit auf der einen und Antidiskriminierungsarbeit auf der anderen Seite, sondern es geht um die Frage, ob nicht überholte Thesen durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse klarstellen, dass es überhaupt kein zusätzliches Infektionsrisiko gäbe. Sie verweisen in der Stellungnahme auf allgemeine epidemiologische Daten zu MSM (Männer, die Sex mit Männern haben), obwohl wir längst wissen, dass es vom individuellen Verhalten abhängt, Sexualpraktiken, Prävention etc. Sie verweisen außerdem auf ein diagnostisches Fenster, dass allerdings keine zwölf Monate Enthaltsamkeit, sondern wenige Wochen beträgt, und wir wissen, aus anderen Ländern, die längst gelockert haben, beispielsweise Großbritannien, dass in der Folge das Infektionsrisiko nachweisbar nicht angestiegen ist. Meine Frage daher an Sie, welche Schlussfolgerungen ziehen Sie, nicht prozessual, sondern inhaltlich, aus diesen neueren Erkenntnissen?



SVe **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich möchte erst noch einmal in Erinnerung rufen, dass wir die Richtlinie Hämotherapie im gesetzlichen Auftrag nach dem Transfusionsgesetz im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut feststellen, und da die Rahmenvorgabe, die Feststellung des Standes der medizinischen Wissenschaft, festgelegt ist. Dem kommen wir auch mit größter Sorgfalt nach. Sie haben jetzt hinterfragt, die Rückstellkriterien und die Zulassungskriterien zur Blutspende. Die sind nicht allein der Richtlinie Hämotherapie überlassen. Sie wissen, es gibt ein ausgeklügeltes, sehr differenziertes Regelungssystem auf EU-Ebene. Es gibt EU-Richtlinien, die klar definieren, wann Ausschluss- und wann Rückstellkriterien zur Blutspende vorliegen. Das große Dilemma, vor dem wir stehen, das durch das vor dem EuGH geführte Rechtsverfahren in der Sache Léger noch einmal sehr deutlich geworden ist, ist, dass wir (*technische Probleme*)

Der **Vorsitzende**: Frau Dr. Pühler, wir verstehen Sie im Moment nicht.

SVe **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Entschuldigung.

Der **Vorsitzende**: Jetzt hören wir Sie wieder.

SVe **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir haben das Problem unterschiedlicher Sprachfassungen auf europäischer Ebene, und der Europäische Gerichtshof hat in der Rechtssache Léger entschieden, dass auf nationaler Ebene Auslegungen zu erfolgen haben, vor dem Hintergrund der epidemiologischen und wissenschaftlichen Datenlage. Die zur Verfügung stehenden epidemiologischen und wissenschaftlichen Daten werten wir gemeinsam mit allen, die nach dem Transfusionsgesetz in irgendeiner Weise diese differenzierten Aufgaben übernommen haben, aus. Das haben wir 2012 das erste Mal gemacht. 2016 vor dem Hintergrund des Urteils noch einmal, und auch jetzt, aktuell, prüfen wir wieder den aktuellen Stand der Wissenschaft. Wichtig ist, dass wir das gemeinsam tun, die zuständigen Bundesoberbehörden, RKI, zuständig für die Epidemiologie, das Paul-Ehrlich-Institut, in diversen Fragen der Blutspende mit vielen Zuständigkeiten nach dem Gesetz betraut, das

BMG, der Arbeitskreis „Blut“, der auch nach dem Transfusionsgesetz eingerichtet worden ist, um Bund und Länder zu beraten, und die Bundesärztekammer, die die Richtlinie erstellt. Wir werden auch weiterhin sehr sorgfältig diese beschriebenen Aspekte beraten. Aber Sie kennen die Bewertung aus 2016, die jetzt noch Geltung hat, die kommt zu einem anderen Schluss.

Abg. **Sven Lehmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne auch anlehnend an das, was die Bundesärztekammer ausgeführt hat, Herrn Beck von der Deutschen Aidshilfe befragen, und zwar, bezugnehmend auf die Richtlinie, die tatsächlich Männer, die Sex mit Männern haben und transgeschlechtliche Menschen pauschal als Risikogruppe definiert und eine Enthaltbarkeit von zwölf Monaten vorschreibt vor einer Spende. Ich möchte Sie fragen, ob Sie diese Regelung oder warum Sie diese Regelung als diskriminierend einstufen, und ob eine solche Rückstellung überhaupt notwendig ist angesichts der Testungsmöglichkeiten, die ja auch zur Verfügung stehen?

SV **Björn Beck** (Deutsche Aidshilfe e. V.): Vielen Dank für diese Frage und dass wir dieses wichtige gesellschaftspolitische Thema noch einmal miteinander diskutieren können. Eine Neufassung der Regelungen ist aus unserer Sicht seit Jahren überfällig. Wir wären gerne auch bei dem Termin im November, der auf Initiative des Bundesgesundheitsministers stattgefunden hat, dabei gewesen. Wir haben der Bundesärztekammer unsere Mitarbeit dort auch angeboten, wurden allerdings dann nicht eingeladen. Für uns ist diese Regelung überhaupt nicht nachvollziehbar, auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft und auch angesichts der technischen Möglichkeiten. Diese 12-monatige Rückstellfrist ist eine absolute Phantasiefrist, ohne eine wirkliche Grundlage. Die Testverfahren sind heute viel besser. Wir können heute sogar einzelne Viren pro Milliliter Blut nachweisen. In den normalen Untersuchungen sind es 20 Kopien pro Milliliter. In den bisherigen Regelungen ist, soweit ich das mitbekommen habe, eine Mindestnachweisbarkeitsfrist von 10 000 vorgeschrieben. Das trifft natürlich dann überhaupt nicht den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und die aktuellen technischen Möglichkeiten. Zum anderen, es wurde auch von Herrn Dr. Brandenburg eingangs



schon gesagt, das individuelle Risiko oder die individuelle Wahrscheinlichkeit, ich finde auch die Begrifflichkeit schon sehr schwierig, von Risikoverhalten zu sprechen, weil das suggeriert, dass Männer, die Sex mit Männern haben, dass die die Möglichkeit haben, ihre Risiken zu reduzieren, das gibt es, aber das wird überhaupt nicht berücksichtigt, wie die unterschiedlichen Wahrscheinlichkeiten nach Praktiken sozusagen auch berücksichtigt sind. Da gibt es Studien zu, die werden auch nicht einbezogen. Deswegen wäre es auch wichtig, einmal von dieser Formulierung „Risikoverhalten“ wegzukommen, und eher von einer Risikoexposition zu sprechen. Die Teilnahme im Straßenverkehr ist auch kein Risikoverhalten, sondern wenn ich mich dort in einer Risikosituation bewege, ist das auch eine Exposition. Das wird in der Medizin, so habe ich das einmal gelernt, auch an anderen Stellen anders gehandhabt. Von daher ist unser Petitum, wir müssen wirklich die Möglichkeiten der Testungen in Gänze ausnutzen, das ist auch das, was das europäische Gericht gesagt hat, wir brauchen eine ernsthafte, wissenschaftlich basierte Diskussion der Evidenzen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Bein. Die Antragsteller sehen in der geltenden Richtlinie Hämotherapie und dem Transfusionsgesetz offensichtlich eine Diskriminierung potentieller Blutspender wegen ihrer sexuellen und geschlechtlichen Identität. Können Sie uns die geltenden Regelungen für die Blutspende erläutern und darstellen, ob Sie diese als diskriminierend erachten?

ESV **Prof. Dr. Gregor Bein**: Ich bin Arzt und Hochschullehrer an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Zunächst einmal gibt es vielleicht gleich auch auf die Frage der vorangegangenen Stellungnahme von Herrn Beck eine grundlegende Aussage. In Deutschland beruht die Sicherheit der Blutspende, also der Anschluss einer Übertragung eines relevanten Krankheitserregers, zum Beispiel HIV, auf zwei Säulen. Das eine sind sensitive Testsysteme, das ist eben ausgeführt worden. Mit denen können heute sehr zuverlässig prävalente, also vorhandene Infektionen erkannt werden. Das ist Punkt 1. Punkt 2: Jedes Testsystem hat eine diagnostische Lücke, das nennt man die sogenannte Fensterphase, nach

einer frischen Infektion. Eine Person, die kurz vor der Blutspende eine Infektion erworben hat, kann in der Fensterphase nicht durch jedes Testsystem detektiert werden, weil sich die Viruskonzentration unter der Nachweisgrenze des Testsystems in dem Blutröhrchen sich befindet, aber es kann mit dieser Blutspende eine Virusübertragung stattfinden. Das heißt, die zweite Säule der Sicherheit. Neben diesem sensitiven Testsystem ist immer die Frage der Rückstellung von Personen, die ein Risiko für den Erwerb einer Neuinfektion mit einem relevanten Krankheitserreger, zum Beispiel HIV, haben. Und die Frage ist, wie wird das Risiko für eine Neuinfektion bestimmt? Das wird mit den Methoden der Epidemiologie bestimmt, und die Epidemiologie vergleicht immer Gruppen von Personen mit und ohne Exposition, genauso wie es eben dargestellt worden ist. Das heißt, wir untersuchen immer Gruppen mit und ohne Exposition, und durch Vergleich von Gruppenunterschieden, kann das Risiko dann quantifiziert werden, zum Beispiel durch Angabe eines relativen Risikos. Das heißt, ein relatives Risiko von zwei bedeutet zum Beispiel eine Person mit Exposition, hat ein doppelt so hohes Risiko einer HIV-Infektion, verglichen mit einer Person, ohne Exposition.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an Herrn Kehrer von der PROUT AT WORK-Foundation, ich hoffe, ich habe das jetzt richtig ausgesprochen. Sie schreiben in Ihrer Stellungnahme, ich darf daraus zitieren: „Eine deutlich geringere Rückstellung von wenigen Wochen, würde die sogenannte Fensterphase der verschiedenen aktuell verfügbaren Testverfahren abdecken“, und verweisen dabei auf Erfahrungen unserer europäischen Nachbarn. Können Sie das bitte näher begründen und erläutern?

SV **Albert Kehrer** (PROUT AT WORK-Foundation): Um auf Ihre Frage einzugehen, andere Ländern haben eine deutlich geringere Rückstellungsfrist als Deutschland. Die hier von uns erwähnte Reduzierung der Rückstellungsfrist auf wenige Wochen basiert letztendlich auf unserem Austausch mit der Deutschen Aidshilfe und deren medizinischem Sachverstand, dass hier das Zeitfenster deutlich geringer sein kann, als das bislang bei uns der Fall ist, und als es in anderen Ländern der Fall ist. Natur-



lich ist unser Wunsch, die Rückstellungsfrist möglichst kurz zu halten, um die Diskriminierung für die Männer, die mit Männern Sex haben, möglichst gering zu halten. Warum haben wir uns mit dem Thema überhaupt befasst? Ein schwuler Mitarbeiter eines Mitgliedsunternehmens fühlte sich diskriminiert, weil er auf Grund der Richtlinie Hämotherapie nicht an den Blutspendetagen im Unternehmen teilnehmen konnte. Wir haben das arbeitsrechtlich untersuchen lassen und kommen zu dem Schluss, dass es eine mittelbare Diskriminierung ist durch die Arbeitsgeberin. Nach dem allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz muss die Arbeitgeberin für geeignete Maßnahmen zum Schutz für ihre Mitarbeiter vor der Diskriminierung sorgen, und das auch, wenn die Diskriminierung, in dem Fall, durch Dritte erfolgt. Die betroffene Arbeitgeberin sieht derzeit keine andere Möglichkeit, als die Blutspendetermine auf dem Firmengelände auszusetzen, und das ist, aus unserer Sicht, natürlich die schlechteste Variante. Von dem her, je kürzer, desto besser.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an Prof. Hitzler. Sie betonen in Ihrer Stellungnahme vom 23. März, dass die medizinische Sicherheit der gewonnenen Blutspenden und die Sicherheit der potentiellen Empfänger die höchste Priorität haben. Sie gehen sogar weiter und sagen, die 12-monatige Regelung halten Sie auch für fragwürdig, also scheinbar ist sie, aus Ihrer Sicht, auch nicht kurz genug oder nicht lang genug, wie man es auch sieht. Sehen Sie überhaupt eine Diskriminierung? Kann man überhaupt diskriminiert werden, wenn man etwas tun möchte, was ein anderer eigentlich gar nicht empfangen möchte? Ist da überhaupt eine Diskriminierung möglich?

SV **Walter Hitzler** (Arbeitsgemeinschaft der Ärzte staatlicher und kommunaler Bluttransfusionsdienste e. V. (StKB)): Ich möchte genau auf diesen Aspekt eingehen. Wir Blutspendedienste müssen eine gute Abwägung treffen zwischen der Zulassung von spenderwilligen Personen mit einem erhöhten Expositions- oder Infektionsrisiken, wie auch immer man das nennen möchte, das trotz modernster Verfahren, das wurde geäußert, nicht oder nur spät nachgewiesen werden kann. Wir müssen es abwägen zum Gesundheitsschutz der transfusi-

onsbedürftigen Patienten. Der Transfusionserbringer hat ein Recht auf körperliche Unterverehrtheit, das heißt, wir treffen grundsätzlich keine Gruppenentscheidung, also hier die Blutspendedienste, sondern wir treffen eine Einzelentscheidung im dem Sinne, besteht ein höheres Expositionsrisiko, kann es bestehen, und dann müsste man den Spender oder spenderwillige Person zurückstellen. Das heißt, diese gute Abwägung, da müssen wir uns entscheiden, was ist höher zu bewerten, der Gesundheitsschutz des Patienten, oder mögliche Infektionsrisiken oder Infektionsexpositionen, die wir noch nicht nachweisen können und die wir prophylaktisch vermeiden. Nur ein kurzes Beispiel, und dann bin ich am Ende, wir haben eine Gruppe in den 90iger Jahren von der Blutspende ausgeschlossen, das waren jene, die in der Zeit, wo BSE über Fleisch übertragen werden konnte, in Großbritannien gelebt haben für sechs Monate. Wir haben diese Gruppe lebenslang gesperrt. Das war keine Maßnahme, und ich gehe davon aus, und das ist auch meine persönliche Überzeugung, wir wollen niemanden diskriminieren, aber wir müssen abwägen zwischen dem Gesundheitsschutz und den möglichen Risiken, die wir nur möglicherweise durch Anamnese erfassen können. Das war auch unser Grund, warum wir ursprünglich die zwölf Monate ebenfalls für kritisch sehen, wir haben sie aber mit dem Beschluss im Arbeitskreis „Blut“ anhand der Daten als für umsetzbar gesehen, und wir raten aus dem Grund davon ab, wenn es nicht neue Erkenntnisse gibt, da ist die Ärztekammer mit den Behörden gerade dabei, wenn es neue Erkenntnisse gibt, um diese Frist eventuell zu reduzieren. Aber da scheint die Datenlage, die mir vorliegt, transparente, wissenschaftliche Datenlagen der Behörden noch nicht ausreichend.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Herr Prof. Dr. Bein, ich würde Ihnen gerne die Gelegenheit geben, dass Sie Ihre Ausführungen zu Ende führen. Sie haben da die Möglichkeit, noch etwas dazu zu sagen, und vielleicht auch darauf einzugehen, wie Sie das Ziel bewerten, dass man mit diesen Maßnahmen auch mehr Blutspenden gewinnen will. Ist das notwendig oder wie stellt sich da die Lage dar?



ESV Prof. Dr. Gregor Bein: Sorry, ich halte mich jetzt an die Zeitvorgaben, aber ich will kurz das aufgreifen, was ich eigentlich sagen wollte. Die Epidemiologie hat folgendes Problem, die Risikostratifizierung können wir vornehmen durch Vergleich von Gruppen, aber das konkrete Risiko für eine einzelne Person kann nie durch epidemiologische Methoden festgestellt werden. Das ist, glaube ich, ein grundsätzliches Missverständnis. Die Rückstellung von Personen mit sexuellem Risikoverhalten in Deutschland beruht ausschließlich auf den infektionsepidemiologischen Daten, die das Robert Koch-Institut ermittelt. Eine Diskriminierung infolge des Geschlechts oder der sexuellen Orientierung wird damit ja gar nicht vorgenommen. Dennoch, das zeigt diese Sitzung, wird diese Rückstellung infolge sexuellen Risikoverhaltens als ungerecht empfunden. Und jetzt muss die Frage gestellt werden, aus meiner Sicht, ist denn eine Rückstellung gerechtfertigt? Das ist die zentrale Frage. Wenn diese Rückstellung als ungerecht empfunden wird, ist die Frage, ist diese Rückstellung gerechtfertigt. Und die Antwort kann ausschließlich eine genaue Analyse aller infektionsepidemiologischen Daten liefern und nicht eine Annahme oder politische Entscheidung. Wir müssen die infektionsepidemiologischen Daten analysieren. Und zu Ihrer zweiten Frage, darüber gibt es keine Daten, dass Änderungen von Rückstellkriterien die Zahl der Blutspenden erhöhen. Die Bewegung in der Zahl der Blutspende ist viel größer, als dass man hier einen messbaren Einfluss feststellen könnte.

Abg. Dr. Jens Brandenburg (FDP): Es sind starke Argumente auch auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse außerhalb der Epidemiologie zu achten. Deshalb meine Frage an der Stelle an den LSVD, noch einmal an Sarah Ponti. Die aktuelle Richtlinie sieht unterschiedliche Gruppen mit Bezug auf sexuelle und geschlechtliche Identität vor. Es wurde mehrfach, auch in der Stellungnahme hier, vorab bestritten, dass auf sexuelle Identität abgestellt wird, aber es fängt schon an mit heterosexuelle Personen, also es steht ausdrücklich so drin. Das ist die eine Gruppe heterosexueller Personen mit sexuellem Risikoverhalten. Dann gibt es eine Gruppe transsexueller Personen mit sexuellem Risikoverhalten, eigentlich eher eine Frage der geschlechtlichen Identität, und dann gibt es Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben. Also wer sagt hier würde nicht diskriminiert, ist so ein bisschen wie

manchmal die katholische Kirche, die sagt, Homosexualität sei ok, solange sie nicht ausgelebt wird. Natürlich ist auch das eine Frage der sexuellen Identität. Es fällt aber dennoch auf, natürlich, dass verschiedene Gruppen, also beispielsweise bisexuelle Männer, solange sie nicht Sexualverkehr mit Männern, sondern nur mit Frauen haben, völlig ausgenommen sind, aber durchaus sexuelles Risikoverhalten aufzeigen können. Lesbische Frauen ebenso, also so ganz konsistent scheint das nicht durchdacht zu sein, und mich würde jetzt von Sarah Ponti insbesondere einmal die LSVD-Sicht interessieren, was denn Alternativen sein könnten zu dem, was momentan da drin steht, ob einfach Menschen mit sexuellem Risikoverhalten und individuellen Fragebögen oder ähnliches. Was schlagen Sie vor?

SVe Sarah Ponti (Lesben- und Schwulenverband e. V. (LSVD)): Der Blick in das Ausland zeigt vor allem, dass es möglich ist, die Sicherheit der Blutspenden auch ohne Sonderregelung oder Ausschlüsse für bestimmte Gruppen, wie Männer, die Sex mit Männern haben oder transgeschlechtliche Personen zu gewährleisten. Also möglich ist zum einen die gezielte Befragung der Spenderinnen und Spender nach ihrem individuellen sexuellen Risikoverhalten, zum Beispiel durch Fragebögen, die nach ungeschütztem Sex fragen, ohne dabei zwischen den Geschlechtern oder der sexuellen Orientierung zu unterscheiden. Das machen mittlerweile über 17 Länder, Italien zum Beispiel schon seit 2001. Diese Länder behandeln schwule und bisexuelle Spender nicht anders als andere Spenderinnen und Spender. Es wurde auch schon ein Fragebogen für Deutschland entwickelt, das ergibt sich aus den Erläuterungen des Arbeitskreises „Blut“, und da wurde sogar festgestellt, dass mit diesen gezielten Fragen nach sexuellem Risikoverhalten Risikospenderinnen und Risikospender besser identifiziert werden konnten, als mit dem aktuellen System, wo pauschal Gruppen ausgeschlossen werden. Möglich wäre auch, die Einführung eines Doppeltestverfahrens, wie zum Beispiel in Israel. Dabei wird das Blut zunächst eingefroren, der Spender kommt wieder, und wird erneut getestet, und wenn er gesund ist, wird die Blutspende rückwirkend freigegeben. Die Studien aus anderen Ländern zeigen, dass es mit den Lockerungen, die teilweise schon 2001 vorgenommen worden sind, nicht zum Anstieg von ungeeigneten Spenden kam.



Abg. **Doris Achelwilm** (DIE LINKE.): Vielen Dank für die hilfreichen Stellungnahmen. Meine erste Frage richtet sich an Marie Günther vom Bundesverband Trans. Wie wir hier auch schon festgestellt haben, beziehungsweise bekannt ist, betreffen die Ausschlüsse was sexuelle Identität oder geschlechtliche Geschichten anbetrifft nicht dezidiert schwule und bisexuelle Männer, sondern auch transsexuelle Personen, denen, ich zitiere, „ein risikohaftes Sexualverhalten“ unterstellt wird. Mich würde interessieren, woher resultiert diese Annahme, die aus unserer Sicht eine deutliche Diskriminierung darstellt, und was hat diese Einordnung mit der Realität von Transpersonen zu tun?

ESVe **Mari Günther**: Danke, dass ich hier sprechen darf für die Risikogruppe der transgeschlechtlichen Menschen. Ich muss eingangs sagen, ich spreche für den Bundesverband Trans, der auch weiterhin für solche Fragen ansprechbar ist. Eingangs muss ich feststellen, dass transgeschlechtliche Menschen ein vitales Interesse an gutem Blutspendematernal haben, weil wir nämlich durch geschlechtsangleichende Operationen regelmäßig darauf angewiesen sind. Das heißt, wir sind mindestens genauso daran interessiert, dass sichere Blutspende stattfindet, wie alle andere auch. Zu Ihrer Frage, Frau Achelwilm, ich habe mir einmal die Richtlinie Hämotherapie und die Zuarbeiten des Arbeitskreises „Blut“ angeschaut und festgestellt, dass da im Grunde keine wissenschaftlichen Erkenntnisse abgelegt wurden zum Thema transgeschlechtliche Menschen. Wir haben da im Jahr 2012 und im Jahr 2016 hier habe ich mir die Überarbeitungen angeschaut, beide Textstellen beziehen sich auf dieselben Quellen, dieselben Jahreszahlen, und vor allem auf Zahlen aus dem südostasiatischen und südamerikanischen Raum. Für Europa wurden Infektionszahlen von Sexarbeiterinnen aus Amsterdam zu Grunde gelegt, und außerdem wurde 2011 auch von einem Wissenschaftler oder einer Wissenschaftlerin eine Erotikwebsite besucht, um festzustellen, dass da transgeschlechtliche Frauen ihre Dienste anbieten. Wenn wir unter uns wären, müsste ich mich fragen, ob da jemand Arbeitszeit und Privatleben durcheinander gebracht hat. In jedem Fall wurde bei beiden Stellen festgestellt, dass es zu Deutschland keine Erkenntnisse gäbe. Aber zwischenzeitlich wurde offensichtlich auch kein Versuch unternommen, Erkenntnisse zu erzeugen, das heißt, auf

die Trans-Community zuzugehen, da wissenschaftliche Daten zu erheben, um überhaupt erst einmal zu verstehen, in welcher Bandbreite transgeschlechtliches Leben in Deutschland stattfindet, sondern es wurde immer nur auf die Verknüpfung zwischen Sexarbeit und transgeschlechtlichem Leben rekurriert und dabei auch mit der Fehlanahme versehen, dass in Deutschland, wie in verschiedenen anderen Ländern, Sexarbeit irgendwie notwendig wäre, um genitalangleichende Operationen bezahlt zu bekommen. Das ist in Deutschland im SGB V anders geregelt. Die Genitalien werden in Deutschland vom Steuerzahler bezahlt, und von daher gibt es da also auch keine vergleichbare Notwendigkeit Sexarbeit zu leisten. Außerdem wurden in dem Bereich überhaupt nicht die non-binären, die transgeschlechtlichen Männer und ähnliche Teile der transgeschlechtlichen Community wahrgenommen, überhaupt befragt. Zudem gibt es auch kein Wissen über unterschiedliche Genitalien, und deren Verletzungen sowie Übertragungsrisiken. Also wir sprechen einerseits von den naturbelassenen oder schöpfungsgemäßen Genitalien, andererseits von den Neo-Genitalien. Auch dazu existiert kein Wissen, und wir freuen uns sehr, wenn das in Zukunft entsteht.

Abg. **Doris Achelwilm** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage geht an Björn Beck von der Aidshilfe. Das EuGH-Urteil gegen Pauschalausschlüsse hat eigentlich doch sehr deutlich gemacht, dass es nicht nur epidemiologisch begründet ist, diese Ausschlüsse festzuschreiben, sondern dass es offenbar starke normative Komponenten in dieser ganzen Grundlage hat. Aus meiner Sicht wäre noch einmal interessant zu erfahren, welche Instanzen aus Ihrer Sicht jetzt hinzugezogen werden sollten, neben medizinischen und epidemiologischen, um eine Gesetzesänderung beziehungsweise entsprechend novellierte Richtlinien vorzunehmen, die dann diskriminierungsfrei sind?

SV **Björn Beck** (Deutsche Aidshilfe e. V.): Ich wollte noch eine Sache nachschieben, dieses diagnostische Fenster, über das wir jetzt gesprochen haben. Ich habe in meiner Stellungnahme das Paul-Ehrlich-Institut zitiert. Bereits 2012 hat man über eine Absenkung von 10 000 auf 1 000 Viruskopien pro Milliliter Blut in der Nachweisbarkeit nachgedacht und hat das wieder verworfen. Das war 2012.



Also das diagnostische Fenster liegt unter zehn Tage, und dann kann man sich ausrechnen, dass man zwölf Monate einfach nicht braucht. Aber vielen Dank für Ihre Frage, ich finde, man sollte immer mit den Menschen sprechen und nicht über die Menschen. Im Zuge dessen bin ich sehr dankbar, dass Sie uns eingeladen haben, dass der LSVD eingeladen ist, der Bundesverband Trans, und auch PROUT AT WORK. Sprechen Sie mit den Menschen, die es auch betrifft, weil auch wir bringen viel Expertise mit, und uns betrifft es. Dann sollten wir auch die Möglichkeit haben, dort mitzureden. Deswegen waren wir sehr enttäuscht, dass unser Gesprächsangebot für diese Runde im November abgelehnt wurde, und deswegen bin ich umso dankbarer für dieses Gespräch oder für die Diskussion heute hier. Danke. Der Vorsitzende:

Abg. **Sven Lehman** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich würde gerne auch noch einmal an Herrn Beck von der Aidshilfe die Frage stellen, und zwar anknüpfend an Frau Ponti vom LSVD, die ja richtigerweise ausgeführt hat, dass in den letzten Jahren auch in vielen anderen Ländern diese Arten von Ausschlüssen und diskriminierenden Regelungen entweder ganz aufgehoben wurden oder verändert wurden, und Deutschland, da hält die Bundesärztekammer sehr stur und eisern an dieser Regelung fest. Deswegen möchte ich Sie auch noch einmal fragen, es ist eben das Beispiel Israel gefallen, welche Alternativen gibt es denn in anderen Ländern derzeit zu dieser 12-monatigen Rückstellung und wie gewährleisten diese erfolgreich die Sicherheit von Blutspenden?

SV **Björn Beck** (Deutsche Aidshilfe e. V.): Ich kann mich Frau Ponti nur anschließen. Italien fragt ausschließlich nach sehr promiskuitivem Verhalten, und sie kompensieren das mit sensitiveren Testverfahren. Das ist, aus meiner Sicht, genau der richtige Weg, und meines Wissens gab es keine Veränderung in der Sicherheit der Blutprodukte. In Israel ist es so, dass man heute zur Blutspende geht, man wird getestet, man kommt in vier Monaten wieder, wird wieder getestet, und wenn man dort dann freigegeben ist, dann gilt das für die vergangene Spende. Das ist natürlich ein sehr gutes Verfahren, mir ist bewusst, dass das nicht für alle Blutprodukte in Frage kommt, aber zumindest wäre es an der Stelle kein Pauschalausschluss mehr, und es

würde nicht erfordern, dass Menschen jetzt noch einmal nach zwei Wochen, um diese diagnostische Lücke zu schließen, für eine zweite Blutanalyse, die auch wieder Geld kostet, kommen. Deswegen ist der Ansatz aus Israel für mich ein sehr kluger.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich auch an Björn Beck von der Deutschen Aidshilfe. Berücksichtigt die Richtlinie Hämotherapie den gewachsenen Anteil von Personen, die als HIV-positiv diagnostiziert wurden, aber sich in Therapie befinden, die sich in antiretroviraler Therapie befinden? Das sind ja über 90 Prozent inzwischen hier in Deutschland, und welche Auswirkungen hat die Zulassung der medikamentösen HIV-Prä-Expositions-Prophylaxe? Können Sie uns sagen, was das zum Beispiel jetzt auch bedeuten würde für einen anderen Umgang, statt des Ausschlusses von Menschen, die Sex mit Männern haben?

SV **Björn Beck** (Deutsche Aidshilfe e. V.): Das ist bisher nicht einbezogen worden. Allerdings, muss ich sagen, es sind nicht 90 Prozent oder über 90 Prozent aller HIV-Positiven unter Therapie, sondern lediglich über 90 Prozent von denen, die auch von ihrer Diagnose wissen. Was aber für mich viel ausschlaggebender ist, zum Beispiel ist, dass der Rückgang von HIV-Neuinfektionen bei Männern, die Sex mit Männern haben, seit 2013 – nach RKI-Daten – um etwa 30 Prozent gefallen ist bis heute. Das wird überhaupt nicht in die Überlegungen einbezogen. Natürlich wird auch die drastisch angestiegene Therapieversorgung nicht einbezogen, und wir müssen jetzt sagen, die PrEP (Präexpositionsprophylaxe) ist eine ja relativ neu zugelassene Möglichkeit der HIV-Prävention, und dass wir zwar eine klare Tendenz erkennen können, dass das viele Infektionen verhindert und dass das auch dort ankommt. Die aktuelle EMIS-Studie, die vom Robert Koch-Institut ausgewertet wird, zeigt das sehr deutlich, aber es ist ein Effekt, der frisch ist, dass wir das noch nicht abschließend bewerten können. Wenn man aber alles zusammenzählt, glaube ich, ist die Datenlage sehr eindeutig, dass die Prävalenz bei schwulen Männern, oder bei Männern, die Sex mit Männern haben, einfach deutlich zurückgeht.



Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage geht an die Bundesärztekammer, und zwar ist die Bundesärztekammer laut Transfusionsgesetz bei der Erarbeitung der Richtlinie Hämotherapie zum aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik verpflichtet, gleichzeitig liegen moderne Verfahren vor, die zum Beispiel die Sicherheitslücken bei der Transfusion womöglich schließen könnten, aber derzeit nicht angewandt werden. Könnten Sie uns diesen Sachverhalt bitte erklären.

SVe **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich würde gerne erst einmal erläutern, dass uns die internationalen Vorgehensweisen sehr wohl bekannt sind, und in Israel beispielsweise nicht für die Blutspende allgemein ein Quarantäneprinzip besteht, sondern lediglich für Plasmaspenden, die auch unproblematisch quarantänegelagert werden können. Und auch in Italien stellt sich das Fragesystem etwas anders dar, weil explizit nach MSM-Kontakten gefragt wird. Insofern muss man auch da zusammenfassend sagen, wir haben ja auch 2016 die internationalen Vorgehensweisen für die Blutspendezulassung in unserem Papier, gemeinsam mit allen anderen dargestellt, und müssen aber auch feststellen, dass es nicht reicht zu gucken, wie es der Nachbar macht. Wir sehen im Moment, durch die aktuelle Pandemiesituation, dass das Infektionsgeschehen in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich verläuft. Gerade deswegen hat der EuGH auch klar gesagt, es muss eine nationale Risikostratifizierung stattfinden. Bezogen auf die verschiedenen Möglichkeiten, die es gibt, Blutspenden sicher zu machen, hat der aktuelle Hämovigilanzbericht des Paul-Ehrlich-Instituts erneut eine derzeit hohe Sicherheit von Blutprodukten in Deutschland festgestellt. Die Pathogeninaktivierung, die Sie angesprochen haben, ist derzeit nur für Thrombozytenkonzentrate etabliert, und entsprechend auch von Paul-Ehrlich-Institut zugelassen. Die Nachfrage nach pathogenreduzierten Thrombozytenkonzentraten ist aber weiterhin sehr gering. Und in diesem Zusammenhang möchte ich noch einmal auf die differenzierte Aufgabenzuweisung im Transfusionsgesetz hinweisen. Es ist ein Missverständnis, dass die Hämotherapie-Richtlinie alles regelt. Es gibt sehr unterschiedliche Teilbereiche, die zum Teil über die Zulassungsverfahren nach dem Arzneimittelgesetz durch das Paul-Ehrlich-Institut festgelegt werden. Es gibt den Arbeits-

kreis „Blut“, der mit seinen Voten Regularien festlegt, und es gibt nicht zuletzt auch die europäischen Regelungen, die schon mehrfach angesprochen worden sind. Die verbindliche Einführung von neuen Spendereignungskriterien, zusätzlichen Testverfahren oder aber auch neuen Herstellungsverfahren, wie der Pathogeninaktivierung, erfordert nachvollziehbare Gründe und eine ganz sorgfältige Abwägung, unter anderem von Nutzen und Risiko für den Empfänger, und wir wissen bei der Pathogeninaktivierung, dass es zum Teil zum Verlust von wertvollen Bestandteilen kommt, und das auch andere Nebenwirkungen durch die Pathogeninaktivierung beispielsweise bedingt sind. Aktuell erscheint es der zuständigen Bundesoberbehörde, dem Paul-Ehrlich-Institut, auf der Basis der aktuellen Studienlage nicht notwendig, die verbindliche Einführung solcher Maßnahmen, wie der Pathogeninaktivierung festzuschreiben.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Hämophiliegesellschaft. Wie beurteilen Sie die Forderungen der Antragsteller in Bezug auf die Blutspenden von Personen mit möglichen sexuellen Infektionsrisiken? Bitte begründen Sie Ihre Ansicht?

SV **Dr. Wolfgang Voerkel** (Deutsche Hämophiliegesellschaft e. V. (DHG)): Die Deutsche Hämophiliegesellschaft ist die größte Patientengesellschaft, die blutgerinnungsgestörte Patienten in Deutschland vertritt, und wir sind seit ganz vielen Jahren, seit Jahrzehnten kann man sagen, impliziert in diese Diskussion. Wir hatten das Ganze schon vor mehr als zehn Jahren, und wir haben auch ein ganz originäres Interesse daran. Sie haben das in unserer Stellungnahme auch gelesen, wiederholt. Wir haben diese Art Stellungnahme auch schon damals abgegeben, mit allen entsprechenden Papieren dazu und Begründungen. Unsere Klientel, heißt unsere Patienten, die Hämophilen, haben eine eigene leidvolle Geschichte erfahren müssen. In den 80iger Jahren, als die unglückselige, die Sache mit HIV und Aids über die Bühne ging, von Amerika ausgehend, dann relativ schnell nach Deutschland und Europa überschwappend, und es sind gravierende Fehler damals gemacht worden, sowohl durch Behörden, aber auch durch Pharmaunternehmen. Wir haben das auch einzeln begründet und aufgelistet, und das Ganze ist bestätigt und bewiesen worden,



durch das Ergebnis des Untersuchungsausschusses, der damals stattgefunden hat, 1994. Wir hatten ungefähr einen Anteil von zweidrittel bis Dreiviertel der Hämophilen, die mit HIV infiziert worden sind, in den 80iger Jahren über Blutprodukte. Davon sind also wirklich geschätzt (unverständlich). Wir haben leider keine konkreten Zahlen, aber wir kennen das aus unserer Community, wie das abgelaufen ist und auch noch abläuft. Es ist eine Menge davon, ich sage einmal 70 bis 80 Prozent, sind verstorben, inzwischen. Von den mit Aids infizierten, und auch mit den an Hepatitis Infizierten, wo es nach wie vor das Problem gibt, dass die auch schwer erkrankt sind und wahrscheinlich mit dem vorzeitigen Versterben rechnen müssen. Das betrifft natürlich die an Aids Erkrankten genauso, die HIV-positiven Menschen. Es ist eine schwelende Zeitbombe, auf der wir nach wie vor sitzen, und wir sind insofern nicht bereit, irgendwelche Abstriche bei der Blutsicherheit zu machen. Wir gehören als Patienten zu einer der größten Gruppen von Blutproduktempfängern, und wir sprechen auch gleichzeitig, das muss ich hier noch einmal betonen, nicht nur für die Hämophilen, sondern für alle Transfusionsempfänger, nämlich auch für die, die zum Beispiel Erithrozytenkonzentrate brauchen. Alle Leute die Bluttransfusionen benötigen unterliegen eigentlich demselben Risiko, über das wir heute sprechen und diskutieren, und deswegen sind wir nicht bereit, da Abstriche zu machen

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Ich möchte bei der Bundesärztekammer an die bisherigen Ausführungen anschließen, und würde noch einmal fragen wollen, wie bewerten Sie, als Bundesärztekammer den Vorschlag, die Zulassungskriterien zur Blutspende zu lockern, mit der Intension unter anderem die Blutspendebereitschaft zu steigern?

SVe Dr. Wiebke Pühler (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir finden den Terminus „lockern“ in diesem Zusammenhang missverständlich und unglücklich. Sie haben uns als Gesetzgeber im Transfusionsgesetz klare Vorgaben gemacht, indem Sie fordern, dass die Blutspende sicher und die Versorgung der Bevölkerung mit Blutspenden ebenfalls sicher sein muss. Und durch die Ergänzung des Transfusionsgesetzes, wie sie im letzten Jahr im § 12a in Bezug auf den Richtlinienauftrag gemacht haben, haben Sie ja noch einmal klargestellt, dass

das Risiko der Spender oder der Empfänger niedrig zu sein hat, und dass die Sicherheit im Endeffekt für die Empfänger an erster Stelle steht. Insofern halten wir es für unerlässlich, da die epidemiologischen Daten und den Stand der Wissenschaft so zusammenzuführen, dass wir dieses Ziel auf jeden Fall erreichen. Eine Lockerung ist etwas, das einen ganz anderen Sinn verfolgt. Wir können uns immer nur so ausrichten, wie der jeweilige Stand der Wissenschaft es erfordert, und wie wir dann die Risikostratifizierung auch daraus ableiten können. Insofern halten wir das für unerlässlich, dass das Ganze durch die wissenschaftlichen Daten unterlegt ist und gemeinsam mit den Bundesoberbehörden, die für die epidemiologischen Daten und auch für die Blutspende-Surveillance zuständig sind, eine gemeinsame Bewertung erfolgt. Das ist, glauben wir, der beste Weg, alle die, die nach dem Transfusionsgesetz in diesem Themenbereich Verantwortung tragen, zusammenzubringen und eine gemeinsame Bewertung hier an dieser Stelle vorzunehmen. Gerade mit Blick darauf, diesem Vorwurf der Diskriminierung gemeinsam begegnen zu können, und gemeinsam unter diesem Blickwinkel schauen zu können, wie man vor dem Hintergrund der epidemiologischen Daten die Risikostratifizierung vornehmen kann. Das muss, glaube ich, auch noch einmal sehr deutlich gesagt werden, Herr Prof. Dr. Bein hat es ja ausgeführt, alle Aussagen, die wir mit Blick auf das Risiko treffen, fußen auf epidemiologischen Daten und, das ist ja auch gerade schon gesagt worden, zum Beispiel in Bezug auf transsexuelle Personen, wenn Daten nicht vorhanden sind, ist es natürlich auch extrem schwer, dann differenzierte Aussagen an dieser Stelle zu treffen. Insofern gehen wir dann auch auf internationale Daten und versuchen eine wirklich solide Basis für diese Kriterien zur Rückstellung und zum Ausschluss, gemeinsam zu entwickeln.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Die Frage richtet sich noch einmal an Frau Dr. Pühler von der Bundesärztekammer. Sie stellen in Ihrer Stellungnahme eindrücklich dar, dass Sie dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik bei der Gewinnung von Blut gemeinsam mit dem PEI verpflichtet sind. Würde der Gesetzgeber nun, wie hier in den Anträgen gefordert, dem Vorwurf der Diskriminierung bei der Blutspende folgen und das



Transfusionsgesetz ändern, auf welche Weise könnte dem Kriterium dann noch Genüge getan werden?

Sve Dr. Wiebke Pühler (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich hatte ja gerade schon dargestellt, dass das Transfusionsgesetz im Endeffekt als wesentliches Ziel die Sicherheit der Empfänger verfolgt. In diesem ganzen Kontext haben wir uns gefragt, was unter Diskriminierung in diesem Sinne verstanden werden kann, und Diskriminierung, wenn man es auf den Wortstand zurückführt, kann ja zum einen unterscheiden heißen. Unterscheiden ist etwas, was die Epidemiologie macht, was auch notwendig und unerlässlich ist, um zwischen verschiedenen Gruppen und entsprechenden Risiken unterscheiden und Risiken dann auch bestimmen zu können. Was wir nicht machen, und was wir als Ärzte auch nicht machen wollen, ist diskriminieren im Sinne von benachteiligen, und ich habe heute noch einmal mitgenommen, auch aus den Ausführungen der Aidshilfe und der verschiedenen Interessenvertreter, dass die Formulierungen, mit denen wir diese Risiken beschreiben, noch einmal sensibel angeschaut werden müssen im Hinblick auf das, was da an Kritik angemerkt worden ist. Aber würde man jetzt den ganzen Regelungszweck auf Diskriminierungsminderungen abstellen, und alles andere außer Acht lassen, würde man zumindest dem jetzt noch geltenden Ziel des TFG, der sicheren Versorgung der Bevölkerung mit Blutspenden, nicht nachkommen, und würde auch ein hohes Gesundheitsschutzniveau von Empfängern von Blutprodukten nicht sicherstellen, weil man dann die medizinisch wissenschaftlichen Aspekte der Risikostratifizierung komplett außer Acht lassen würde. Das ist etwas, was wir aus der fachlichen Sicht, und ich glaube, das ist ja gerade auch von verschiedenen Vertretern, zum Beispiel vom Hämostologenverband, klar gesagt worden, für nicht zielführend erachten. Unser gemeinsames Ziel, als Bevölkerung, muss doch sein, dass die Blutspenden weiterhin sicher sind, soweit es möglich ist, gegebenenfalls noch sicherer werden, und, und das ist die Aufgabe aus der Richtlinie Hämotherapie, dass nur in begründeten Fällen Spendenwillige von der Spende zurückgestellt werden.

Abg. Dr. Robby Schlund (AfD): Es wurden ja viele Dinge schon genannt, sodass nicht so sehr viele Fragen für unsere Seite offen sind, aber ich möchte gerne eine Nachfrage an Frau Dr. Pühler von der Bundesärztekammer stellen. Sie hatten jetzt gerade schon erwähnt, dass die Deutsche Hämophiliegesellschaft, dass es ähnliche Ansätze gibt. Können Sie das ganz genau eins zu eins übernehmen, wie das Herr Dr. Voerkel vorgeschlagen hat oder gibt es da Unterschiede in Ihrer Stellungnahme?

Sve Dr. Wiebke Pühler (Bundesärztekammer (BÄK)): Unsere Stellungnahme die Ihnen ja vorliegt, hat, glaube ich, einen etwas anderen Fokus. Wir haben aber den Grundgedanken, den Herr Dr. Voerkel vorgestellt hat, nämlich, aus den Erfahrungen der 80iger Jahre, die sehr schmerzlich waren, zu lernen, den verfolgen wir auch. Das ist ja auch der Auftrag, den Sie uns mit den Transfusionsgesetz geben, den Stand der Wissenschaft für eine sichere Blutspende festzustellen, und die Sicherheit der Empfänger von Blutprodukten ganz in den Vordergrund zu rücken. Was, glaube ich, in dem Zusammenhang wirklich noch einmal wichtig ist, und das tut die Bundesärztekammer weder im luftleeren Raum noch alleine, es gibt dieses differenzierte Gefüge europäischer und verschiedener nationaler Regelungen, und wir sind da sehr dankbar, dass die Bundesoberbehörden uns sehr unterstützen, dass das BMG uns unterstützt, dass der Arbeitskreis „Blut“ uns unterstützt, und das wir gemeinsam, in dieser gemeinsamen Arbeitsgruppe, jetzt aktuell, eine Neubewertung vornehmen. Sie können sich vorstellen, dass das gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemiesituation und der doch außergewöhnlichen Belastungen, die die Bundesoberbehörden, das Ministerium und nicht zuletzt die ehrenamtlich tätigen Fachexperten, auf die wir da zurückgreifen, im Moment haben, kein einfaches Unterfangen ist. Umso dankbarer sind wir, dass es gelungen ist, trotz dieser Rahmenbedingungen, die Beratungen anzustoßen und in bewährter Weise zu einem erfolgreichen Abschluss zu bringen.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Die Frage geht an die Deutsche Hämophiliegesellschaft. Ich würde aber zunächst gerne aus den vorliegenden Anträgen der FDP und von Bündnis 90/Die Grünen mit Zustimmung, die zentralen Sätze zitieren: „Fraglos ist, dass die medizinische Sicherheit der gewonnenen



Blutspenden und die Sicherheit der potentiellen Empfängerinnen und Empfänger höchste Priorität hat“, so im Antrag der FDP, und „die Sicherheit der Empfänger von Blutspenden muss oberste Priorität haben“, so der zentrale Satz zu der Sicherheit im Antrag der Grünen. Und jetzt ist meine Frage: Was macht es mit Ihnen in der Deutschen Hämophiliegesellschaft, wenn in der Debatte, in den Mittelpunkt die Frage rückt, ob es eine Diskriminierung von Personengruppen gibt? Glauben Sie, dass das tatsächlich das Anliegen dieser kritisierten Regelungen ist?

SV Dr. Wolfgang Voerkel (Deutsche Hämophiliegesellschaft e. V. (DHG)): Dazu muss ich ganz klar sagen, das ist eines der zentralen Missverständnisse, die sich da für uns auftun. Es kann keine Diskriminierung sein, wenn die Sicherheit im Vordergrund steht, die Sicherheit von vielen, von Tausenden, um die es hier geht. Ich hatte vorhin gesagt, es sind nicht nur die Hämophilen, sondern im Grunde genommen alle Transfusionsempfänger. Ich darf Ihnen vielleicht zum Vergleich sagen, wir haben selbst die leitvolle Erfahrung machen müssen, insofern haben wir vielleicht sogar ein gewisses Verständnis für die vermeintlich diskriminierte Gruppe. Wir sind als Hämophile, als infizierte Hämophile, in den 80iger, 90iger und Folgejahren, und heute auch noch, das kann uns sicher auch die Aidshilfe bestätigen und andere entsprechende Organisationen, oft genug diskriminiert worden, und haben uns auch diskriminiert gefühlt. Es kann einfach nicht die Basis einer Diskussion sein, dass wir uns auf diese emotionale Ebene fokussieren, sondern wir müssen uns wirklich, und das ist hier vielfältig zum Ausdruck gekommen, auf die wissenschaftlichen Fakten berufen, und auf die Risikostratifizierung, auf die nüchterne, wirklich nüchterne, Risikostratifizierung.

Abg. Dr. Jens Brandenburg (FDP): Also ich möchte noch einmal klarstellen, niemand aus dieser Runde fordert hier irgendwie Diskriminierungsfragen oberhalb von gesundheitlichen Prioritäten zu setzen. Niemand aus dieser Runde sagt, die Wissenschaft sollte keine Rolle spielen. Der Kern der Debatte hier ist, ob wir neue wissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen oder nicht. Es ist in der gesamten Debatte, einschließlich der Stellungnahmen, bis zum jetzigen Zeitpunkt, außerhalb älterer

epidemiologischer Daten kein einziger Punkt hinzugekommen, der das irgendwie rechtfertigen würde. Wenn Sie sich Durchschnittswerte aus der Epidemiologie anschauen, werden Sie feststellen, dass Männer insgesamt auch höhere Infektionsrisiken haben als Frauen, und trotzdem schließen wir nicht die Hälfte der Bevölkerung aus. Und genauso wie Männer keine homogene Gruppe sind, sind es auch nicht MSM. Das hat der LSVD in der Stellungnahme sehr deutlich gemacht. Deshalb würde ich vor allen Dingen Frau Ponti hier an der Stelle noch einmal fragen, wie erklären Sie sich denn aus Sicht des LSVD, dass die epidemiologischen Daten so unterschiedlich sind, obwohl es trotzdem gleichzeitig vom sexuellen Risikoverhalten im Einzelfall abhängen kann?

Sve Sarah Ponti (Lesben- und Schwulenverband e. V. (LSVD)): Zunächst möchte ich doch kurz darauf hinweisen, dass wir bisher keine Erklärung dafür gehört haben, keine Begründung, warum die Rückstellung zwölf Monate beträgt, und auch keine Begründung dafür, warum man nicht gezielt nach sexuellem Risiko fragen kann, sondern pauschal Gruppen ausschließen muss. Zur Diskriminierung möchte ich noch kurz sagen, natürlich soll die Spenderauswahl auf Grund wissenschaftlicher, medizinischer und epidemiologischer Fakten geschehen, aber es ist auch keine rechtsfreier Raum, und wenn es mehrere gleich geeignete Maßnahmen gibt, dann muss die gewählt werden, die am wenigsten diskriminierend ist. Die Gleichstellung von Sexualität unter Männern mit sexuellem Risikoverhalten ist problematisch und stigmatisierend, denn sie sendet die Message, hetero Blut ist gut, schwules Blut ist schlecht. Dabei ist es so, dass die Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben, höchst heterogen ist. Sie unterscheiden sich in der Anzahl ihrer Sexualpartner und in der Ausübung riskanter sexueller Verhaltensweisen untereinander genauso stark, wie der Rest der Bevölkerung. Ein Mann, der seit Jahren in einer sexuell exklusiven Beziehung mit einem anderen Mann lebt, hat ein geringeres Infektionsrisiko, als heterosexuelle Frauen oder Männer, die durch die Betten hüpfen und ungeschützten Sex haben. Abgefragt werden muss also das individuelle Risikoverhalten.



Abg. **Doris Achelwilm** (DIE LINKE.): Ich habe auch noch keine Aufklärung dahingehend, was die Inkonsistenzen der verschiedenen Rückstellungsfristen anbetrifft, zwölf Monate, sechs Monate, drei Monate. Im Ausland, das haben wir bereits gehört, wird es noch anders gehandhabt, ohne negative, nachteilige Effekte im Nachhinein. Ich möchte dazu gerne noch einmal eine Stellungnahme von der Bundesärztekammer, wie mit den Inkonsistenzen aus Ihrer Sicht jetzt umgegangen werden muss, und inwiefern Sie ein Interesse daran haben, diesen Austausch, ich sage einmal, interdisziplinärer zu gestalten, als es bislang die Situation gewesen ist?

Sve **Dr. Wiebke Pühler** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die internationalen Regelungen sind etwas, was wir sehr wohl in unsere Bewertung miteinbeziehen und was wir natürlich auch kontinuierlich mitverfolgen. Wenn Sie das Papier aus dem Jahr 2016 sehen, dann ist im ersten Kapitel gleich eine Übersicht über die verschiedenen Regelungen in einigen EU-Ländern und auch im internationalen Bereich, und wir versuchen dort darzustellen, was gerade Umstellungen von einer Regelung zur nächsten, wenn es untersucht worden ist, für die Risikostratifizierung in diesen Ländern bedeutet und auch für die Infektionshäufigkeit. Das ist auch etwas, was wir weiterhin betrachten. Wir wissen aber auch, und insofern hat der EuGH korrekterweise sein Urteil gesprochen, dass natürlich das Infektionsgeschehen und damit auch die Risikostratifizierung in verschiedenen Staaten unterschiedlich sein können. Deswegen noch einmal die Aussage, es reicht nicht zu gucken, wie macht es der und wie macht es der, und dann zu sagen, so finden wir es auch schön. Der EuGH hat uns verpflichtet zu schauen, was unsere epidemiologische Lage ist und wie wir mit der am besten umgehen können, um am Ende Ihren Auftrag, nämlich eine sichere Blutspende für die Empfänger von Blutprodukten zu gewährleisten, um dieser Aufgabe gerecht zu werden. Sie haben jetzt gefragt, wie wir da versuchen diese Diskussion abzubilden. Ich glaube, die Diskussion ist extrem präsent, das zeigt auch, dass wir uns jetzt abermals mit Blick auf die aktuell anstehende turnusgemäße Aktualitätsprüfung der Richtlinie Hämotherapie in diesem Jahr wieder in der gemeinsamen Arbeitsgruppe zusammenfinden. Der Auftrag nach dem Transfusionsgesetz ist nun einmal, den Stand der Wissenschaft festzustellen. Es

ist auch klar vorgegeben, dass wir Fachexperten zu beteiligen haben, dass die Bundesoberbehörden und die Behörden von Bund und Länder zu beteiligen sind. Insofern ist das die Vorgabe, die wir erfüllen und nach der wir arbeiten.

Abg. **Kordula Schulz-Asche** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Frau Ponti vom Lesben- und Schwulenverband. Ich möchte eingangs feststellen, dass hier niemand im Raum ist, für den nicht die Sicherheit der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht, das eint uns, glaube ich, hier alle. Deswegen meine Frage, warum kommen aus Ihrer Sicht Männer, die Sex mit Männern haben, als Knochenmarkspender in Frage, aber nicht als Blutspender, nur nach zwölfmonatiger sexueller Abstinenz?

Sve **Sarah Ponti** (Lesben- und Schwulenverband e. V. (LSVD)): Das ist natürlich eine sehr gute Frage, die haben wir uns auch schon gestellt. Männer, die Sex mit Männern haben, dürfen schon immer Organe spenden und seit 2014 auch Knochenmark. Die DKMS hat dazu auch gesagt für uns ist der risikante Faktor das Sexualverhalten und nicht die sexuelle Orientierung. Das zeigt doch, dass es bei der Blutspende auch möglich sein muss, statt pauschal Gruppen auszuschließen, auch auf das individuelle Verhalten jeder einzelnen Person einzugehen.

Der **Vorsitzende**: Ich bekomme das Zeichen, dass die Zeit aufgebraucht ist. Ich darf mich bei allen ganz herzlich bedanken, und freue mich, wenn ich die Mehrzahl der Teilnehmer in 25 Minuten wieder hier sehe, zur nächsten Anhörung.

Schluss der Sitzung: 15:06 Uhr

Gez.
Erwin Rüdell, MdB
Vorsitzender