



Wortprotokoll der 65. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 26. April 2023, 14:45 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziges Tagesordnungspunkt

Seite 5

Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, 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 20/4565

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales
Haushaltsausschuss

Berichterstatter/in:

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Koß, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stöcker, Diana Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Föhr, Alexander Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Heitmann, Linda Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Klein-Schmeink, Maria Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Lindemann, Lars Lütke, Kristine Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Adler, Katja Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kober, Pascal Kuhle, Konstantin
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
DIE LINKE.	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Möhring, Cornelia Sitte, Dr. Petra



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung Cross-Over Lebendspende

Mittwoch, 26. April 2023, 14:45 bis 15:30 Uhr
Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen

- Bundesärztekammer¹
- Bundesverband der Organtransplantierten²
- Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e. V. (DGfN)¹
- Deutscher Ethikrat²
- GKV-Spitzenverband¹

Einzel Sachverständige

- Prof. Dr. Klemens Budde (Charité – Universitätsmedizin Berlin)³
- Dr. Gertrud Greif-Higer (Rheinhessen-Fachklinik Mainz)³
- Prof. Dr. Thomas Gutmann (Westfälische Wilhelms-Universität Münster)²
- Dr. Axel Rahmel (Deutsche Stiftung Organtransplantation)²
- Susanne Reitmaier (Crossover-Nierenspende)³
- Ralf Zietz (Interessengemeinschaft Nierenlebendspende)²

¹ Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Einzigster Tagesordnungspunkt

Antrag der Abgeordneten Martin Sichert, Jörg Schneider, 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 20/4565

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige, liebe Kolleginnen und Kollegen sowohl hier im Raum und oben auf der Tribüne als auch an den Bildschirmen. Ich begrüße Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die eine Mischung, das haben Sie diesen Begrüßungsworten entnommen, aus Präsenzsitzung und Online-Meeting ist. Vorab möchte ich die Sachverständigen (SV) und alle Teilnehmenden, die per Webex zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem vollen Namen anzumelden, sodass wir genau wissen, wer teilnimmt. Außerdem möchte ich Sie bitten, so wie das üblich ist bei digitalen Situationen, Ihre Mikrofone zunächst stumm zu schalten.

Sehr geehrte Damen und Herren, ich werde Ihnen ganz kurz zusammenfassen, was der Gegenstand unserer heutigen Anhörung ist und dann noch ein paar Hinweise dazu geben, wie wir hier im Ausschuss mit Anhörungen von Expertinnen und Experten verfahren. Insgesamt haben wir 45 Minuten Zeit für Fragen und Antworten. Wir stoppen die Zeit in dem Moment, in dem die erste Frage gestellt wird. Jetzt zum Anhörungsgegenstand: Es geht um einen Antrag der Fraktion der AfD, der trägt den Titel „Überlebenschancen von Dialysepatienten verbessern – Cross-over-Lebendspende als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erlauben“. Den finden Sie alle, die das nachlesen möchten, auf der Bundestagsdrucksache 20/4565. Laut des Antrags der AfD-Fraktion stehen derzeit mehr als zehntausend Dialysepatientinnen und -patienten auf der Warteliste für eine Spenderniere. Die Wartezeit beträgt im Durchschnitt sechs bis acht Jahre. Eine Alternative zum Warten auf ein postmortal entnommenes Organ ist die Lebendspende. Die in Deutschland erlaubte Lebendnierenspende an nahestehende Personen scheitert dem Antrag nach

jedoch in vielen Fällen an Unverträglichkeiten. Abhilfe könne über eine Überkreuz-Lebendspende, auch Cross-over-Spende genannt, geschaffen werden. Bei dieser tauschen zwei geeignete Spender-Empfänger-Paare die gespendeten Organe untereinander, also Cross-over. Der Antrag der AfD fordert eine gesetzliche Regelung, um die Überkreuz-Lebendspende von Nieren zu ermöglichen. Zudem sollen die organisatorischen Voraussetzungen zur Identifizierung der passenden Spender-Empfänger-Paare geschaffen werden, und die Eingriffe sollen von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bezahlt werden. Soweit ganz kurz zusammengefasst der Inhalt des Antrags, zu dem wir heute eine ganze Reihe von Expertinnen und Experten eingeladen haben, deren Meinung und Expertise wir gleich hören wollen. In diesen 45 Minuten werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die SV stellen. Es beginnt immer die Fraktion, die die Vorlage formuliert hat, heute also die AfD. Die weitere Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Es gibt Unterschiede. Manche Fraktionen haben mehr Fragerecht als andere. Es wird immer eine Frage an eine SV oder an einen SV gestellt, dann antworten Sie. Frage- und Antwortzeit ist insgesamt auf drei Minuten beschränkt. Das heißt, je knapper Sie sich fassen, umso mehr Fragen können wir miteinander besprechen. Wenn die drei Minuten sich dem Ende nähern, dann können Sie gucken, dann straffe ich mich oder für die, die im Netz dabei sind, rutsch ich so quasi näher dran. In aller Regel klappt das ganz gut, dass dann zum Ende gekommen wird. Wenn das aber nicht der Fall ist, dann gebe ich Ihnen auch noch mein Signal. Nach 45 Minuten schließen wir die Anhörung. Wenn Sie als SV aufgerufen werden – die, die schon öfter bei uns waren, wissen das, ich sage es für alle nochmal, damit alle auf demselben Sachstand sind –, stellen Sie sich bitte jedes Mal mit vollem Namen und Verband vor. Selbst wenn Sie zwei oder drei Fragen hintereinander bekommen. Das ist kontraintuitiv, aber das hat was damit zu tun, dass es einerseits fürs Protokoll wichtig ist, und andererseits ist es wichtig für die Zuschauerinnen an den Bildschirmen. Die, die später einschalten, wissen dann trotzdem, wer spricht. Außerdem darf ich Sie darüber informieren, dass es eine neue Regelung in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages gibt, welche Sie als



Expertinnen und Experten verpflichtet, beim ersten Aufruf etwaige finanzielle Interessensverknüpfungen in Bezug auf diesen Beratungsgegenstand offenzulegen. Das müssen Sie nicht jedes Mal wiederholen. Es reicht, wenn Sie es einmal tun. Vielen Dank an alle Sachverständige, dass Sie gekommen sind und denen ganz besonders, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Die Anhörung wird heute live im Parlamentsfernsehen, das läuft jetzt bereits, übertragen und wird später auch in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufbar sein. Außerdem gibt es ein Wortprotokoll zu der Anhörung. Das wird auf der Internetseite des Gesundheitsausschusses veröffentlicht. Falls Telefone klingeln, sammeln wir fünf Euro für einen guten Zweck ein. Einige Abgeordnete lächeln jetzt, weil wir heute Morgen im Ausschuss tatsächlich ganz schön viel eingesammelt haben. Es war eine ungewöhnlich klingelreiche Ausschusssitzung heute Morgen. Die Gäste auf der Besuchertribüne darf ich nochmal ganz herzlich willkommen heißen und dann auch darauf hinweisen, dass Sie weder Beifall noch Missfallens Bekundungen äußern dürfen. Das hat etwas mit der Geschäftsordnung zu tun und auch Fotos oder Aufzeichnungen mit dem Handy sind nicht gestattet. Aber es ist ja später alles in der Mediathek genau abrufbar. Das waren die Vorreden. Jetzt beginnen wir, meine Damen und Herren. Die erste Frage stellt die AfD.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine erste Frage geht an Dr. Axel Rahmel. Wir wissen, dass rund 13 Prozent der Patienten auf der Warteliste versterben, bevor sie ein Organ erhalten. Würde durch die Ermöglichung der Cross-over-Lebendspende Leben gerettet werden?

SV **Dr. Axel Rahmel**: Ich bin von der Deutschen Stiftung Organtransplantation. Hier bin aber heute hier als Einzelsachverständiger. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation hat mit der Lebendspende nichts zu tun. Ich habe keine Interessenskonflikte und auch keine finanziellen Konflikte. Die Cross-over-Lebendspende ermöglicht Patienten, die eine Lebendspende wollen, aber keinen geeigneten Empfänger haben, in ausgewählten Fällen eine Transplantation. Wenn Sie sich das anschauen - ich kann Daten aus Spanien nennen: In ganz Spanien gab es 3 400 Nierentransplantationen, 350 davon Lebendspenden, 24 waren Cross-over-

Lebendspenden. In den Niederlanden ist das Verhältnis höher. Also ganz eindeutig: Es kann einzelnen, ausgewählten Patienten damit geholfen werden. Sie können frühzeitig eine Transplantation erhalten. Lebendspende-Transplantationen sind mit guten Ergebnissen verbunden. Das sind Patienten, die sonst keine Chance auf eine Transplantation gehabt hätten. Im Bewusstsein dieser eingeschränkten, aber wichtigen Gruppe: Man kann Menschenleben damit oder Lebensqualität damit retten.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Meine Frage richtet sich an Prof. Dr. Budde. Das Bundessozialgericht hat bereits im Jahr 2003 in einem Grundsatzurteil entschieden, dass die Überkreuz-Lebendspende auch in Deutschland in engen Grenzen zulässig ist. Die Charité ist eines der Transplantationszentren, die Überkreuz-Spenden auch nach der geltenden Rechtslage durchführen. Könnten Sie bitte kurz erläutern, an welche Grenzen Sie dabei stoßen. Welches Potenzial sehen Sie in einer Erweiterung des Spenderkreises für die Überkreuz-Lebendspende beziehungsweise inwieweit ist hier Vorsicht geboten?

SV **Prof. Dr. Klemens Budde**: Ich habe nur einen Interessenskonflikt, dass sich heute Morgen Patienten behandelt habe, die eine Lebendspende erhalten habe, sodass ich gebiased bin. Zu Ihren Fragen: Wir haben das zweimal gemacht im Jahr 2007. Die Nieren laufen immer noch. Das ist über 15 Jahre her. Wir waren dann sehr enthusiastisch und haben versucht, mehr zu machen. Wir sind daran gescheitert, dass die Blutgruppen und HLA- [Humane Leukozytenantigen] -Kompatibilitäten so komplex sind, dass wir bei unserem limitierten Spender-Pool einfach per Hand keine Spender gefunden haben, die gepasst haben, weil diese Gewebemerkmale sehr komplex sind. Ich habe versucht, das über Eurotransplant zu machen. Es ist aber so, dass Eurotransplant eine Liste für Holland macht, es aber nicht erlaubt war, dieses automatische Programm für Deutschland freizuschalten. Wir haben vor einhalb Jahren nochmal eine Lebendspende gemacht mit Ehepaaren aus Köln und Ulm. Auch das hat super funktioniert. Wir sind wieder dabei, wir haben wieder Match Runs gemacht. Aber es ist extrem kompliziert. Wie gesagt, als größte Klinik in Deutschland haben wir zu wenig Patienten dafür. Das ist das Problem. Zu den Zahlen insgesamt, die



ich erwarte. Wie Herr Rahmel gesagt hat, wenn man Holland auf Deutschland hochrechnet oder England auf Deutschland hochrechnet, dann kommt man auf 150 potenzielle Transplantationen. Bei knapp 500 Lebendspenden wäre das ein beträchtlicher Teil, auf den wir steigern könnten. Eine Anmerkung: Jeder Patient auf der Warteliste, der eine Lebendspende bekommt, macht einen Platz frei für jemand anders, der dann ein postmortales Organ bekommen kann.

Abg. **Diana Stöcker** (CDU/CSU): Auch eine Frage an Prof. Klemens Budde. Welche rechtlichen Änderungen schlagen Sie abgestuft vor, um in Deutschland die anonyme Cross-over-Lebendspende zu ermöglichen?

SV **Prof. Dr. Klemens Budde**: Was ich vorschlage, ist, dass man sagt, dass wir danach gehen ... Der Ehepartner will für seinen Ehepartner spenden. Die beiden gehen in den OP und wachen auf und der eine hat eine Niere und der anderer hat keine Niere mehr. Die Intention ist, für meinen Ehepartner, für meinen Angehörigen, für mein Kind oder für wen auch immer zu spenden. Dass ich also danach schaue, wie die Intention ist, wenn ich spenden will und dass ich mich danach richte und dass die Lebendspende-Kommission, die es gibt, danach gefragt: Willst du für deinen Ehepartner spenden? - und danach genau prüft: Sind da keine finanziellen Interessen? Ist da kein Druck? Gibt es eine ausreichende Aufklärung? Ist das freiwillig? Wir müssen die Intention prüfen. Hier hat das Gesetz von 1997 das Problem, dass wir nicht die Intention prüfen, sondern die tatsächliche Überkreuz-Spende, also die tatsächliche Spende oder Empfänger und Spender.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Herrn Zietz. Welche Rahmenbedingungen und Kriterien sollten aus Ihrer Erfahrung für die Überkreuz-Lebendspende gelten? Welche Risiken sehen Sie vielleicht auch bei einer Ausweitung der momentan geltenden gesetzlichen Bedingungen?

SV **Ralf Zietz**: Ich habe keine wirtschaftlichen Verflechtungen mit niemanden diesbezüglich. Der Gesetzgeber hat den Spenderschutz mehrstufig im Transplantationsgesetz (TPG) betont, indem er festgelegt hat, dass der Spender geeignet sein muss und über die OP-Risiken hinaus nicht gefährdet werden darf. Er muss aufgeklärt werden. Es darf zeitgleich kein postmortales Organ vorhanden sein und es muss eine Verwandtschaft zwischen Spender und Empfänger oder eine besondere persönliche Verbundenheit bestehen. Diese Regeln gelten nach meiner Auffassung nicht allein, sondern stehen im Zusammenhang des maximalen Spenderschutzes. Verwandtschaftliche Beziehungen oder persönliche Verbundenheit sollen laut Gesetzgeber den Organhandel ausschließen. In der Praxis bewerte ich die persönliche Verbundenheit höher, weil Verwandtschaft nicht unbedingt ein Näheverhältnis begründet. Die Verbundenheit ist sehr wichtig, da eine Spende entgegen früheren Behauptungen zu großen gesundheitlichen Folgen führen kann. Nur die emotionale Verbundenheit ermöglicht Folgen zu ertragen. Deutschland sollte beim Spenderschutz sich nicht von Regeln im Ausland beeinflussen lassen, sondern selbst den besten Schutz bieten. Statt Ausweiten besser klären, wie Schäden zu vermeiden sind. Die Cross-over-Spende ist ein Sonderfall, da die Niere fremdgespendet wird, um einem in persönlicher Verbundenheit nahestehenden kranken Menschen zu helfen. Aber ohne die Bedingung der persönlichen Verbundenheit öffnet sich die Tür für Ausweitung auf fremdnützige und anonyme Spenden. Eine gravierende Folge wären beschädigte und unter Umständen einsame Spender. Schon jetzt sind zwei Drittel der Spender Spenderinnen, Partnerinnen, Mütter, Schwestern, manchmal Töchter. Viele beschädigte Spenderinnen, oft wirtschaftlich schlechter gestellt, verschwinden chronisch erschöpft und lautlos in den Ritzen der Gesellschaft und funktionieren mehr schlecht als recht. Spenderschutz ist Spenderinnen-Schutz, Schutz von gesellschaftlich, wirtschaftlich oft benachteiligten Menschen. Auch die Organempfänger, hier vertreten durch den Bundesverband der Organtransplantierten, sind für den Erhalt des vollen Spenderschutzes auch in Form der persönlichen Verbundenheit. Das zeigt, auch für Organempfänger ist die Gesundheit der Spender äußerst schützenswert, unabhängig vom eigenen Leiden. Es zeigt auch, dass die Entscheidung, unter welchen Bedingungen gespendet werden kann, nur von den unmittelbaren



Betroffenen, also von Spender und Empfänger, aus eigenem Erleben gefällt werden sollte. Es gibt erfolgreiche Zusammenführungen von Cross-over-Lebensspenderpaaren. Das gemeinsame Schicksal der erlebten Nierenerkrankung kann zusammenschweißen. Daher sage ich: Die Cross-over-Spende kann unter den Bedingungen des TPG zum Spender-schutz, insbesondere der geforderten persönlichen Verbundenheit, in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Ich frage Herrn Prof. Gutmann. Wie bewerten Sie die aktuelle Fassung des TPG mit Blick auf die entsprechenden dort festgelegten Voraussetzungen für eine Organ-Lebendspende und sind die Regelungen aus Ihrer Sicht heute angemessen?

SV **Prof. Dr. Thomas Gutmann**: Ich habe keine Interessenkonflikte. Die Bundesrepublik Deutschland hat im Vergleich zu den Ländern in Europa, in der westlichen Welt, mit denen wir uns vergleichen wollen, eines der restriktivsten Gesetze bei der Organspende. Die deutschen Patienten werden sehr viel schlechter versorgt. Die Eingriffe in die Grundrechte von Spendern und Empfängern sind in diesem Bereich extrem. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat vor 25 Jahren festgestellt, dass der Gesetzgeber mit § 8 TPG die Grundrechte von Spendern und Empfängern kausal zurechenbar nachhaltig beeinträchtigt hat. Ich weiß nicht, was man Schlimmeres über ein Gesetz sagen kann. In den letzten 25 Jahren, ich war bereits 1996 Sachverständiger für dieses Gesetz, haben wir gesehen, dass keine einzige Begründung, die wir uns haben einfallen lassen, um diese Restriktion aufrechtzuerhalten, faktisch begründet ist. Jedes einzelne Argument, das wir damals hatten, hat sich als falsch herausgestellt, faktisch. Wir haben keinen vernünftigen Grund, diese Restriktionen beizubehalten. Die Sicherungsmaßnahmen, die wir im TPG haben, das Kommissionsverfahren vor den Lebendspendekommissionen, die extremen hohen Aufklärungserfordernisse, die extremen Haftungsrisiken der Transplantationszentren, wenn sie nicht verantwortungsvoll vorgehen, reichen für jede Konstellation aus. Wir sollten in der Situation, in der ohnehin die Versorgung der Patienten mit postmortalen Organen in Deutschland so schlecht ist wie in keinem vergleichbaren Nachbarstaat, den Patienten nicht

auch noch durch Strafdrohung verbieten, einander selbst zu helfen.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine nächste Frage geht an die Bundesärztekammer (BÄK). Wir haben gerade gehört, dass mit der Cross-over-Lebendspende Leben gerettet werden können. Würden Sie sich dieser Ansicht anschließen? Wie viele Menschen benötigen in Deutschland derzeit ungefähr eine Dialysebehandlung? Wie viele von denen stehen auf der Transplantationswarteliste? Wie verändert sich die Lebenserwartung von Dialysepatienten erfahrungsgemäß nach einer Transplantation? Denn das Ziel der Cross-over-Lebendspende wäre, die Zahl der Transplantationen zu erhöhen.

SV **Dr. Günther Matheis** (Bundesärztekammer BÄK): Ich habe weder inhaltliche noch finanzielle Interessenskonflikte. Wir haben ungefähr 100 000 Patienten, die dialysepflichtig sind. Von diesen 100 000 Patienten stehen 9 000 Patientinnen und Patienten auf der Transplantationswarteliste für eine Niere. Wir rechnen mit einem Zuwachs von 2,7 bis 3 Prozent pro Jahr. In der Tat ist es so, das ist schon ausgeführt worden, dass wir durch eine Ausweitung der Lebendspende, der Cross-over-Spende natürlich eine deutliche Verbesserung im Einzelfall herbeiführen könnten. Der Regelungsrahmen, den wir derzeit haben, das ist auch schon skizziert worden, ist ausgesprochen eng. Aus unserer Sicht müsste es so sein, dass wir dazu kommen, dass die Cross-over-Lebendspende erlaubt würde. Das heißt im Klartext, dass aus ärztlicher Sicht dieses Vorgehen ermöglicht werden sollte. Das ist an den Gesetzgeber gerichtet: Es sollte mit einer Erweiterung der rechtlichen Rahmenbedingungen Voraussetzungen geschaffen werden, um hier zu besseren Ergebnissen zu kommen.

Abg. **Ates Gürpınar** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich auch an die BÄK. Ich wollte Sie fragen, ob Sie einen kurzen Überblick geben können, wie in verschiedenen Staaten Europas die Cross-over-Spende geregelt ist und wie sich der rechtliche Umgang auf die Zahl der entsprechenden Transplantation jeweils auswirkt.

SV **Dr. Günther Matheis** (Bundesärztekammer (BÄK)): Das ist schon angedeutet worden. Wir



haben im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern den restriktivsten Rahmen, was die Lebendspende angeht. Wir wissen aus anderen europäischen Staaten, dass eine Ausweitung des Rahmens dazu führt, dass wir zumindest eine nennenswerte Zahl an Mehrtransplantationen in Deutschland erwirken könnten. Das Wichtige daran ist, dass das auch eine gewisse Aufwertung der postmortalen Spende bedeuten würde. Denn, auch das wurde schon ausgeführt, jedes Organ, das im Zuge einer Lebendspende transplantiert wird, setzt unter Umständen eine postmortale Spende für einen anderen Patienten oder eine andere Patientin frei.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Ich würde anschließend mit einer Frage an Herrn Zietz. Ich glaube, es ist im allgemeinen Interesse, dass bei einer Ausweitung des Spenderkreises Spenderinnen und Spender ausreichend geschützt werden sollen. Deswegen würde ich von Ihnen gerne wissen, welche Maßnahmen zum Schutz für Spender:innen Sie für erforderlich halten, um den Spenderkreis im TPG zu erweitern und Überkreuz-Lebendspenden zuzulassen.

SV **Ralf Zietz**: Ich denke, wir sollten unbedingt an der Aufklärung arbeiten, weil trotz des Gesetzes und auch trotz des BGH-Urteils ich in vielen Gesprächen mit Nieren-Lebend-Spendern noch immer das Feedback bekomme, dass die Aufklärung nach wie vor nicht wirklich so an den Fakten dran ist, wie sie es sein sollte, wie es auch durch Studien bekannt ist. Eine Chance zur Aufklärung durch Medizin und intensive Abklärung durch Psychologen vor der Spende wäre wichtig. Denn die hör- und lesbare Willenserklärung reicht oft nicht. Tatsächlich befindet sich der potenzielle Spender in einer Konfliktsituation zwischen Eigenschutz und Hilfe. Der wirkliche innere Wille muss herausgearbeitet werden, und, das ist wichtig, ohne dass der Empfänger daneben sitzt. Ansonsten trauen sich viele Spender nicht, ihre Bedenken und Ängste zu formulieren. Eine im Jahr 2015 von Frau Winter durchgeführte Studie hat festgestellt, dass, statt Freiwilligkeit und Spontaneität oft der soziale Verpflichtungscharakter zu spenden, insbesondere bei Frauen überwiegt. Die Nierenfunktion lässt nach der Spende nach, das ist nicht aufzuhalten, um 30 bis 40 Prozent, in Deutschland nach einer neuen Studie um 37 Prozent. Da kann es zu Symptomen

kommen: schnellere Ermüdung zum Beispiel ist vielleicht ein für viele akzeptabler Preis. Das immer wieder diskutierte Fatigue-Syndrom nach der Spende sollte wissenschaftlich untersucht werden - wie es unter Umständen vermieden werden kann, wie wir Spender vorbereiten können. Wir müssten den Leuten klarmachen, dass eine Woche nach dem Verlust der Niere das normale Leben nicht sofort zurückkehrt. Die Unfallkassenverfahren müssen, wenn es zu Schäden kommt, vereinfacht und beschleunigt werden. Der derzeitige Umgang mit beschädigten Spendern ist - ich sage es so, wie es ist - unerträglich. Die öffentliche Verharmlosung und die öffentliche Aufrechnung und Vermischung der Risiken beim Spender mit Vorteilen beim Empfänger, um den Druck zur Spende zu erhöhen, müssen endlich aufhören. Das missachtet das Recht auf Eigenschutz. Denn nur der Spender kann entscheiden, welche Risiken er aus persönlicher Verbundenheit bereit ist einzugehen.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Susanne Reitmaier. Wie müssten Überkreuz-Spenden technisch-organisatorisch umgesetzt werden, zum Beispiel im Hinblick auf den Datenpool oder den Algorithmus. Welche Kriterien muss der entsprechende Matching-Algorithmus bei der Suche nach den passenden Partnern zwingend erfüllen?

Sve **Susanne Reitmaier**: Ich bin erste Vorsitzende vom Verein „Gegen den Tod auf der Warteliste“ und Gründerin der Cross-over-Nierenspende-Liste. Ich bin aus eigener Betroffenheit auf die Cross-over-Spende gekommen, um meiner Tochter das Leben zu retten. Ich musste nach Spanien gehen, um ihr das Leben zu retten. Ein Pool sollte zentralisiert sein. Es gibt zahlreiche Optimierungskriterien, mit denen die Algorithmen arbeiten müssen. Jedes Land bestimmt selbst, welche Kriterien die wichtigsten sind. In der Regel ist es so: Für jedes Quartett wird ausgerechnet, wie gut die Nieren immunologisch passen. Wenn die Qualität nicht gut ist, dann findet natürlich auch keine Transplantation statt. Jeder Empfänger kann sagen oder kann selbst bestimmen, dass bei ihm nur eine Niere in Frage kommt, die auch dem Alter entsprechend ist. Aus den möglichen Quartetten rechnet man eine Lösung aus, die so viele Transplantationen ermöglicht, wie sein können. Jeder Empfänger bekommt



dann die relevanten immunologischen Daten der ihm zugeordneten Niere und entscheidet zusammen mit dem Nephrologen, ob sie diese Niere annehmen oder nicht. Das ist genau wie bei einer postmortalen Spende nur ohne Zeitdruck. Außer den immunologischen Gründen gibt es auch andere Kriterien. Zum Beispiel muss die Belastung der Krankenhäuser ausgeglichen werden, Reisedauer der Patienten oder der Nieren dürfen nicht so lang oder so weit entfernt sein. Alles, was irgendwo in Europa als Kriterium vorkommt, ist in einer Software programmiert und kann von jedem Land benutzt werden. Sie hatten auch gefragt nach der Cross-Border-Lebendspende. Das wäre super, wenn wir uns mit anderen Ländern zusammentun könnten. Eurotransplant funktioniert so. International größere Pools bieten bessere Matches an. Die Teilnahme an einem internationalen Programm heißt bei Weitem nicht, dass jedes Paar für die OP ins Ausland reisen muss. Die anderen EU-Länder kooperieren zwar mit den Jahren dafür, aber die meisten Quartette kommen immer noch aus einem Land, weil die OPs lokal einfacher und sicherer zu organisieren sind. Für die Empfänger, die in Deutschland keine wirklich gut passende Niere gefunden haben, könnte eine Vernetzung mit anderen Programmen die Rettung bedeuten.

Abg. **Linda Heitmann** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht an den Bundesverband der Organtransplantierten. Wie steht Ihr Verband zum Subsidiaritätsprinzip? Halten Sie auch anonyme Lebendspenden für sinnvoll?

SV **Burkhard Tapp** (Bundesverband der Organtransplantierten): Ich habe keinerlei Interessen- oder finanzielle Kontraindikationen. Unser Verband der Organtransplantierten möchte an dem Subsidiaritätsprinzip festhalten. Die Begründung ist schon mehrfach angesprochen. Es gibt ein Risiko für die Spenderinnen und Spender bei der Organentnahme, was unter anderem zum Fatigue-Syndrom oder Depressionen führen kann. Natürlich ist die Aufklärung unheimlich wichtig. Um das Risiko für die Spenderinnen und Spender möglichst minimiert zu halten, möchten wir an diesem System festhalten, auch am Näheverhältnis. Eine altruistische Spende, also anonym in einen Pool hinein, lehnen wir ab.

Abg. **Katrin Helling-Plahr** (FDP): Herr Prof. Gutmann, vielleicht ist Ihnen bekannt, dass wir in der letzten Wahlperiode als FDP-Fraktion einen eigenen Antrag zur Lebendspende vorgelegt haben? Wir sind damals an Minister Spahn gescheitert. Der Antrag war wesentlich umfassender als das heute vorgelegte Papier und hat sich neben der Cross-over-Spende beispielsweise auch mit der Abschaffung der Subsidiarität der Lebendspende und der Ermöglichung nicht gerichteter Lebendspenden in bestimmten Konstellationen befasst. Der vorliegende Antrag geht im Speziellen auf die Ermöglichung der Cross-over-Lebendspende ein. Wäre das aus Ihrer Sicht der einzige Punkt, der im Kontext einer Liberalisierung der Organlebendspende anzugehen wäre, oder wo sehen Sie weiteren Reformbedarf?

SV **Prof. Dr. Thomas Gutmann**: Ich denke, man sollte bei der Cross-over-Spende nicht stehen bleiben. Wir haben schon gehört, der internationale Standard wäre, die Cross-over-Spende auch in größeren Zusammenhängen, in Spenderketten durchzuführen, aus medizinischen Gründen. Die Niederlande und die USA, Großbritannien und Kanada haben uns gezeigt, was Best Practice ist, und sie versorgen ihre Patienten sehr viel besser. Die adäquate Regelung wäre, die Begrenzung des Spenderkreises in § 8 Absatz 1 Satz 2 TPG ersatzlos zu streichen. Die Norm war von Anfang an verkehrt. Das wussten wir aber eigentlich auch schon 1997. Ansonsten glaube ich, dass das Reden über das Subsidiaritätsprinzip auf einem Missverständnis beruht. Wir sind uns, glaube ich, alle einig, und Herr Rahmel würde wahrscheinlich das Gleiche noch lauter sagen als ich, dass wir keine Anstrengungen scheuen sollten, die Zahl der postmortalen Organe zu erhöhen. Hätten wir ein Überangebot an postmortalen Organen, dann bräuchten wir viel weniger Lebendspenden; selbst dann gibt es eine ganze Reihe von Fällen, in denen Lebendspenden für alle Beteiligten die bessere Option ist, aber der Druck wäre dann raus. Das wäre wunderbar. Wir sind weit davon entfernt. Wir sind bei zehn Millionen Spendern. Spanien hatte 1997 genauso viele wie wir. Wir haben danach unsere Zahlen halbiert und die Spanier vervierfacht. Wir sind in einer Situation, in der wir deutschen Patientinnen und Patienten mit postmortalen Organen nicht mehr versorgen können. In dieser Situation die Restriktion aufrecht zu halten, ist ein Grundrechtseingriff, der in jeder Hinsicht unverhältnismäßig ist. Die



Subsidiarität, die wir in § 8 TPG niedergelegt haben, dient nicht dazu, ganz generell dafür zu sorgen, dass wir mehr Organe haben, sondern sie dient diesem unsinnigen Prinzip, einem einzelnen Lebendspenderpaar, das aus medizinischen Gründen gerne eine Lebendspende durchführen möchte, zu sagen: Ihr dürft das nicht, wenn beim Empfänger unter Inkaufnahme relativ schwere Schäden und nach ein paar Jahren des Wartens irgendwann klar ist, dass er kein Spenderorgan bekommt. Diese Logik ist völlig pervers. Wir zwingen Menschen, ... Das ist das einzige Gesetz in Deutschland, das Menschen per Gesetz eine schlechtere Therapie aufzwingt. Wir verletzen die Grundrechte von Personen, die Gründe haben, eine Lebendspende haben zu wollen. Wir nehmen dem Spenderpool von Menschen, die auf ein postmortales Organ angewiesen sind, Organe weg. Die Regelung ist sinnlos und sollte gestrichen werden.

Abg. **Martin Sichert** (AfD): Meine nächste Frage geht an den GKV-Spitzenverband. Wir haben gehört, dass wir nicht genügend Möglichkeiten für Transplantationen haben. Könnten Sie die Kosten einer Dialysebehandlung zu denen einer Transplantation mit Folgebehandlungen in größenmäßige Relation setzen? Was bedeutet das finanziell?

SV **Dr. Wulf-Dietrich Leber** (GKV-Spitzenverband): Ich bin ausschließlich finanziell abhängig vom GKV-Spitzenverband. Bei der Abwägung Dialyse oder Transplantation sollten natürlich die Lebensqualität und die Lebenserwartung die entscheidende Frage sein und nicht unbedingt die finanziellen Abwägungen. Ansonsten scheint uns die im Antrag genannte Größenordnung richtig. Dort haben Sie erwähnt, dass für eine Transplantation Kosten im Schnitt von 50 000 bis 60 000 Euro und für die Dialyse von 20 000 Euro auftreten. Je länger der Organempfänger nach der Transplantation lebt, desto nachhaltiger der finanzielle Vorteil. Aber dieses sollte nicht das einzige entscheidende sein, sondern die Lebensqualität und die Lebenserwartung.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Ich habe eine Frage an Dr. Rahmel. In wie vielen Ländern haben sich bereits Überkreuz-Lebendspende-Programme erfolgreich etabliert? Wie könnte ein solches

Überkreuz-Lebendspende-Programm in Deutschland ausgestaltet werden? Welche strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen müssten hierfür geschaffen werden? Bedarf es beispielsweise einer zentralen Zuteilungsstelle wie in der Schweiz oder reichen die bestehenden Strukturen auf der Ebene einzelner Transplantationszentren aus?

SV **Dr. Axel Rahmel**: Überkreuz-Programme gibt es, wie Sie sagten, in vielen europäischen Ländern, ausgeprägt sind sie in den Niederlanden, Großbritannien und Spanien. Aber auch viele andere europäische Länder haben sie bereits etabliert oder sind dabei, sie zu etablieren. In der Tat ist es so. Dazu hat es auch ein EU-Projekt gegeben, ENCCKEP (European Network for Collaboration on Kidney Exchange Programmes), an dem ich teilgenommen habe. Hier haben wir analysiert, wie die Grundlagen in den verschiedenen Ländern sind. Prof. Dr. Budde hat es erläutert, ein einzelnes Zentrum ist nicht groß genug. Man sollte tatsächlich eine bundesweite Liste haben. Das ist ganz wichtig. Wenn man das auch europäisch ausbreiten kann, wäre das sicherlich hilfreich. Das setzt aber voraus, dass man sich über die Mechanismen einigt, die von Frau Reitmaier schon angesprochen worden sind. Es sind Kriterien einzuhalten. Man bräuchte eine Debatte darüber: Was sind die Kriterien, die wir nehmen? Sind das Gewebeübereinstimmung? Ist das Alters-Matching? Es gibt den Nähe-Faktor, also räumliche Dinge. Das sind alles Dinge, die berücksichtigt werden könnten und müssten. Es setzt aber eine ethische und medizinische Debatte voraus. Dann kann man solche Programme, hierfür gibt es Programmierungsstandards, programmieren. Das hat Alvin Roth, der sogar den Nobelpreis für Ökonomie gewonnen hat, in seinen Ausführungen dargestellt. Das ist nichts, was ein Hexenwerk wäre, sondern man braucht im Prinzip nur einmal die Diskussion darüber, welche Kriterien es sein sollen. Diese können dann entsprechend programmiert werden. Aber es sollte bundesweit sein und idealerweise, wenn es passt, auch international.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich hätte eine Frage an Prof. Dr. Budde. Bei welchen medizinischen Gesichtspunkten der Eignung von Spendern und Empfängern, zum Beispiel Alter, Dringlichkeit und was es sonst alles gibt, Gefahr der



Organabstoßung, ist es aus Ihrer Sicht ärztlich verantwortlich, Abstriche im Vergleich zur Organgewinnung nach Hirntod zu machen, damit eine gewünschte Cross-over-Lebensspende realisiert wird? Wäre es aus Ihrer Sicht verantwortlich, in einer Situation, in der die Indikation zur Transplantation für einen Organempfänger im strengen Sinne nicht besteht, dennoch diesen in eine gewünschte Cross-over-Lebensspende einzubeziehen, damit sie überhaupt zustande kommt?

SV Prof. Dr. Klemens Budde: Nein, ich würde keine Abstriche machen. Gerade die Cross-over-Transplantation wäre ... Wir sind bei der Lebensspende zum Erfolg verdammt. Wir müssen versuchen, 100 Prozent zu bekommen. Wir dürfen deswegen keine Abstriche machen, weil wir dem Spender und Empfänger ohne Abstriche verpflichtet sind. Die Bedingung ist ganz klar: Der Patient muss auf der Warteliste sein, er muss transplantabel sein. Ich sage meinen Assistenten immer, ob er für eine postmortale Transplantation geeignet ist oder für eine Lebensspende, das ist erst einmal egal. Er muss geeignet sein und auch der Spender muss geeignet sein. Der muss sogar besonders gut geeignet sein. Bei einer Cross-over-Transplantation, wie gesagt, ist es nochmal schwieriger, weil wir da zum Erfolg verdammt sind. Wir können keine Fehler zulassen oder keine Probleme entstehen lassen, sondern es muss einfach klappen. Leider wird es nicht immer klappen. Es liegt in der Natur der Sache, dass wir im biologisch-medizinischen Bereich nie 100 Prozent bekommen werden. Aber wir müssen versuchen, diese 100 Prozent zu erreichen.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Da möchte ich anschließen. Ich frage auch nochmal Prof. Dr. Budde. Die Lebensspendende von Organen ist ein chirurgischer Eingriff an einem gesunden Menschen, mit dem insbesondere ein Operationsrisiko einhergeht, der aber auch gegebenenfalls Folgeerkrankungen nach sich ziehen kann. Wie bewerten Sie dieses Risiko für den Spender, die Spenderin? Gibt es Alternativen zur Überkreuz-Lebensspende? Wie schätzen Sie diese ein?

SV Prof. Dr. Klemens Budde: Der Patient muss freiwillig da sein, muss aufgeklärt sein, muss gesund sein, muss in der Lage sein, ein Organ zu spenden.

Ich erzähle meinen Patienten immer, wenn ich ein Dorf mit 6 000 Spendern habe, werden auch kranke dabei sein. Wenn ich ein Dorf mit 6 000 Spendern daneben habe, dann wird es Patienten geben, die Depressionen haben. Es wird Patienten geben, die müde sind, und, und, und. Trotzdem ist es auch so, das haben wir in Deutschland vorbildlich von Frau Suwelack aus Münster herausgearbeitet, dass wir in Deutschland eine extrem hohe Qualität der Lebensspende haben, dass wir aber auch dieses vermehrte Müdigkeitssymptom haben. Das ist keine chronische Müdigkeit, das muss man ganz klar voneinander unterscheiden. Wir sehen, dass einzelne Patienten nach der Spende diese Beeinträchtigung der Gesundheit haben, sei es, dass sie Narbenprobleme haben. Ich hatte letztens eine Patientin, die klagte über ein stechendes Gefühl in der Narbe. Das sind Sachen, worüber wir aufklären müssen. Es kann bluten, es kann eine Bluttransfusion notwendig sein, es kann eine Lungenembolie auftreten. All das müssen wir aufklären. Wir müssen aber auch den Nutzen für den Spender mit bedenken. Und der Nutzen ist, dass die Mutter oder der Vater sieht, dass das Kind wieder da ist. Frau Reitmaier hat ein Enkelkind bekommen. Das hätte sie nicht, wenn sie nicht gespendet hätte. Von daher haben wir, wie immer im Leben oder in der Medizin, Nutzen und Risiken abzuwägen. Wir haben das verantwortungsvoll zu tun. Aber unterm Strich, wenn es die freie Entscheidung ist und der Patient sich dafür entscheidet, sollten wir ihm das erlauben.

Abg. Dietrich Monstadt (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich auch an Prof. Dr. Budde. Inwieweit sehen Sie die Forderung, dass die Krankenkassen die Kosten für die Cross-over-Spenden zu tragen haben, als gerechtfertigt an?

SV Prof. Dr. Klemens Budde: Ich sehe das als gerechtfertigt an. Wer sollte sonst zahlen? Die Patienten garantiert nicht. Natürlich ist es richtig, dass die Krankenkassen dafür zahlen. Wie Herr Leber ausgeführt hat, besteht hier durchaus Konsens. Es hat einen Nutzen für die Krankenkassen.

Abg. Linda Heitmann (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Herr Budde, Sie sind heute ein gefragter Mann. Ich habe noch eine Frage an Sie. Wird das Potenzial der AB0-inkompatiblen



Nierenlebenspende aus Ihrer Sicht schon voll ausgeschöpft? Welche Maßnahmen für Verbesserungen wären gegebenenfalls noch denkbar?

SV Prof. Dr. Klemens Budde: Ich glaube, in Deutschland haben wir sehr viele ABO-inkompatible Spenden. Gerade diese Woche haben wir eine ABO-inkompatible Spende abrechnen müssen, weil wir den Patienten nicht desensibilisiert bekommen haben. Ich glaube, das Potenzial ist ganz bestimmt ausgeschöpft in Deutschland. Es gibt aber eine Daten-Metaanalyse aus Magdeburg im Lancet, die zeigt, dass Patienten mit ABO-inkompatiblen Lebensspendenden ein schlechteres Outcome und mehr Probleme haben. Daher sollte man auch oder macht es Sinn, Patienten, die ABO-inkompatibel sind, anzubieten, auch an dem Cross-over-Programm teilzunehmen, wie das teilweise in anderen Ländern stattfindet. Es ist eine individuelle Entscheidung, wenn Patienten sagen: Nein, ich will aber die Niere von meinem Mann haben, von meiner Ehefrau, ich will die von meiner Tochter haben oder für meine Tochter geben. Dann kann man sagen: Okay, wir versuchen das. Aber für andere Sachen sollte man es erlauben oder würde ich es empfehlen, weil es Sinn macht, das hier zu erweitern, weil wir wissen, dass eine ABO-inkompatible Transplantation einen Tick schlechter ist als die blutgruppenkompatible.

Abg. Ates Gürpınar (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an die BÄK. Gegen eine Cross-over-Spende werden teilweise Befürchtungen vorgebracht, dass sie einer Kommerzialisierung Vor-schub leisten würde und Drittinteressen nicht sicher auszuschließen seien. Welche Erfahrungen sind Ihnen dazu aus dem Ausland bekannt? Halten Sie es für regelbar, solche unerwünschten Wirkungen zu verhindern?

SV Dr. Günther Matheis (Bundesärztekammer (BÄK)): Solche Praktiken sind mir aus dem Ausland nicht bekannt. Wie Sie wissen, hat die BÄK bei der postmortalen Organspende die Richtlinienkompetenz. Diese Richtlinienkompetenz sollte entsprechend bei der Cross-over-Spende erweitert werden. Das wird dazu führen, dass der Richtlinienkorridor beispielsweise deutlich erweitert wird und einen rechtssicheren Rahmen erhält. Diese

Erwartungen betreffen insbesondere die inhaltlichen und prozeduralen Anforderungen an die Indikationsstellung zur Lebend-Organpende, an die psychosoziale Evaluation, an die Spender- und Empfängerevaluation sowie an die Aufklärung des Spenders und an dessen Nachsorge. Wenn man das alles beachtet, glaube ich, dass wir uns auf den richtigen Weg machen und einer Kommerzialisierung garantiert nicht den Weg bahnen werden.

Abg. Katrin Helling-Plahr (FDP): Herr Prof. Gutmann: Als ein Argument gegen die Liberalisierung der Organ-Lebenspende wird angeführt, auch heute ist es genannt worden, dass potenzielle Spender dann von Dritten unter Druck gesetzt werden würden und der Staat sie deshalb vor einer selbstbestimmten Entscheidung schützen müsse. Wie stehen Sie zu dieser Aussage?

SV Prof. Dr. Thomas Gutmann: Natürlich wollen wir Spender davor schützen, unter Druck zu geraten. Aber wir sollten das nicht tun mit dem Mittel, die ganzen Handlungsfelder zu verbieten. Wir machen jeden Tag von unseren Grundrechten Gebrauch, indem wir Verträge schließen. Überall dort wollen wir nicht unter Druck gesetzt werden. Aber wir verbieten das nicht alles, sondern wir überlegen uns prozedurale Schutzmechanismen. Diese haben wir auch durch das Lebenspende-Kommissionsverfahren und durch die, wie ich vorhin sagte, relativ harten Anforderungen und Aufklärungen an die Feststellung von Einwilligungsfähigkeit und Freiwilligkeit, die wir in zivilrechtlicher Hinsicht unter massiven Haftungsandrohungen an die Transplantationszentren richten. Das ist das, was die Engländer Red Herring nennen. Wir reden immer von Druck. In der Praxis gibt es dieses Phänomen so gut wie nicht. Die wenigen Fälle, die mir aus meiner Praxis, aus 30 Jahren des systematischen Befragens deutscher Zentren und aus der internationalen Literatur bekannt sind, haben sich allesamt und ohne jede Ausnahme im engeren Familienkreis eingestellt. Das Argument, wir müssen Patienten vor Druck schützen, ist nicht aufgetaucht, weder bei den großen Studien in England oder in den Niederlanden. Das ist ein Mythos, den wir vor uns hertragen, um eine Politik zu rechtfertigen, die Menschen bevormundet und ihnen massiv die Möglichkeit einer adäquaten medizinischen Versorgung nimmt, die unsere wirklich hervorragende



Transplantationsmedizin bieten könnte. Das ist ein theoretisch richtiges, in der Praxis falsch gespieltes und auf unzutreffenden Fakten basierendes Argument. Das ist kein Problem für die Cross-over-Spende.

Abg. **Tina Rudolph** (SPD): Prof. Gutmann, da würde ich Sie gerne festnageln wollen, wenn Sie erlauben. Sie haben einerseits nachvollziehbar ausgeführt, es sollte nicht um ein verwandtschaftliches Näheverhältnis gehen, sondern um das sich Nahestehen, das man vor einer Kommission darlegen kann. Gleichzeitig sind die Lösungen, die skizziert wurden, Plattformlösungen. Das ist auch nachvollziehbar. Ich habe dann einen möglichst großen Kreis an potenziellen Spender:innen. Das heißt, ich kann gute Kompatibilität erzeugen. Damit habe ich aber, wenn ich mir das jetzt als ein Verfahren vorstelle, acht Paare, die miteinander zusammenhängen, weil das Matching einfach das Beste ist. Dann habe ich schon eine gewisse Anonymität und den hohen moralischen Druck, dass, wenn einer aus dieser Kette herausbrechen sollte, alle Transplantationen nicht zustande kommen. Wie bewerten Sie das Argument?

SV **Prof. Dr. Thomas Gutmann**: Ich bin dafür, das Näheverhältnis komplett zu streichen, weil es unsinnig ist. Die erste Antwort ist: Wenn ich meiner Frau eine Niere spenden will und kann das nicht, weil sie sensibilisiert ist und die Blutgruppe nicht passt, und ich erhalte, in England wäre das der Fall, wäre ein zweites Paar anonym und kann überkreuz spenden: Glauben Sie dann wirklich, meine Spendenmotivation meiner Frau helfen zu wollen ändert sich ein Jota, nur weil wir es technisch überkreuz machen? Das ist irrelevant. Das ist auch irrelevant bei den medizinisch größeren Ketten, die wir machen könnten. Meine primäre Motivation ist, einem nahestehenden Menschen ein Organ zu spenden. Dieser Motivation, meine Freiwilligkeit, meine Struktur ändert sich nicht. Ich muss mir vorher überlegen, ob ich das machen möchte. Es gibt gute Gründe für den Einzelnen, es nicht zu tun. Die Grundrechte der Einzelnen sind geschützt. Die Perversion des Arguments der Enquetekommission von 2005 zu sagen: Wir glauben, die Patienten, die möglichen Spender, wollen alle nicht spenden, die lassen lieber ihren Partner leiden, lassen lieber ihren Partner sterben. Alles, was sie wollen, ist, dass

sie keine Entscheidung treffen müssen, ist ethisch so wahnsinnig weit weg, nicht nur vom gesunden Menschenverstand, sondern von jeder vernünftigen ethischen Diskussion, dass ich einfach nur sprachlos bin. Ich sehe dieses Problem nicht. Wir müssen sicherstellen in der Vorbereitung, dass wir, und das tun wir auch, den Spendern vermitteln, dass es keinen Zwang zur Spende geben kann, dass es eine freiwillige Entscheidung sein muss. Wir lassen Zeit, wir haben Cooling-off-Perioden. Wir erstrecken den Entscheidungsprozess über mehrere Monate. Wir haben die intensiven und ein wenig übergriffigen, das sage ich aus eigener Erfahrung, Gespräche mit den Lebendspende-Kommissionen. Wir tun, was zu tun ist, um dem Spender ein leichtes Nein zu ermöglichen. Aber wenn der Spender Ja sagt, gibt es keine Gründe, irgendwelche Restriktionen für irgendwelche Formen von Lebend-Spendern aufzubringen, weil es dann nur noch den Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht, erwachsener, einsichtsfähiger, intensiv aufgeklärter Personen bedarf. Alles andere steht uns, jedenfalls nach der ständigen Rechtsprechung des BVerfG aus den letzten 15 Jahren, auch nicht zu. Wir müssen wegkommen von dieser Kultur der Übergriffigkeit in die Autonomie von Patientinnen und Patienten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Damit sind wir am Schluss unserer heutigen Anhörung angekommen. Ich danke Ihnen allen für die präzisen Fragen, den Expert:innen für Ihre Antworten, sowohl digital als auch hier im Raum. Sie haben uns sehr geholfen und das, was Sie jetzt uns mitgegeben haben, wird in die weitere Debatte einfließen. Nochmals unseren herzlichen Dank. Kommen Sie alle gut nach Hause! Auf Wiedersehen!

Schluss der Sitzung: 15:38 Uhr

Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, MdB
Amtierende Vorsitzende