



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

## Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Transplantationsgesetzes –  
Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende**

Drucksache 19/6915

Antrag der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag

**Chancen von altruistischen Organlebendspenden nutzen – Spenden erleichtern**

Drucksache 19/5673

anlässlich der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages

am 30. Januar 2019

in Berlin

Der PKV-Verband begrüßt grundsätzlich die im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehenen Maßnahmen. Korrekturbedarf wird gesehen für die Abstimmung des Meldeverfahrens und für die Festlegung der Vergütung.

An den zusätzlichen Kosten, die durch das Gesetz hervorgerufen werden, werden sich die privaten Krankenversicherungsunternehmen wie bisher im leistungsbezogenen Umlageverfahren beteiligen.

Im Rahmen der Überarbeitung des Gesetzes sollte auch die Information der Bevölkerung betreffend möglicher Interferenzen zwischen den Festlegungen im Organspendeausweis und in einer Patientenverfügung verbessert werden.

## **I. Zu ausgewählten Regelungen des Gesetzesentwurfs**

### **Zu § 9a Abs. 2 Nummer 6 i. V. m. § 11 Abs. 1b und Abs. 5 TPG (Auswertung und Datenübermittlung bzw. Veröffentlichung)**

#### Vorgeschlagene Regelung

Mit der Ergänzung der Nummer 6 in § 9a Abs. 2 TPG werden die Entnahmekrankenhäuser verpflichtet, verstorbene Patienten, bei denen eine primäre oder sekundäre Hirnschädigung vorgelegen hatte, zu erfassen und anonymisiert an die Koordinierungsstelle zu übermitteln. Insbesondere sollen dabei die Gründe für eine nicht erfolgte Meldung als Organspender erfasst werden.

Die Daten und die Ergebnisse der von der Koordinierungsstelle auszuwertenden Daten werden dann standortbezogen an die nach Landesrecht zuständigen Stellen weitergeleitet. Die Ergebnisse sind ebenfalls im jährlichen Bericht der Koordinierungsstelle zu veröffentlichen.

#### Bewertung

Neben der nach Landesrecht zuständigen Stelle werden die Ergebnisse der erhobenen Daten mit dem Bericht der Koordinierungsstelle auch der Öffentlichkeit und allen beteiligten Institutionen bekannt gemacht. Es darf davon ausgegangen werden, dass es sich bei der Auswertung um eine Verdichtung handeln wird. Um den Vertragspartnern nach § 11 Abs. 2 Satz 1 und dem Verband der Privaten Krankenversicherung ein differenziertes Bild über die Entwicklung der Organspende zu ermöglichen, wäre eine Datenübermittlung wie an die landesrechtlich zuständigen Stellen erforderlich. Das ergibt sich auch aus dem Umstand, dass die zu übermittelnden Daten im Koordinierungsstellenvertrag von den Beteiligten zu vereinbaren sind.

#### Änderungsvorschlag

Ergänzung des § 11 neuer Abs. 1b Satz 1 wie folgt:

Nach den Worten „an die nach Landesrecht zuständigen Stellen“ wird eingefügt: „sowie an die Vertragspartner nach Absatz 2 Satz 1 und den Verband der Privaten Krankenversicherung“.

### **Zu § 9a Abs. 3 i. V. m. § 11 Abs. 2 Satz 5 TPG (Abgeltungspauschalen)**

#### Vorgeschlagene Regelung

Die Neuordnung der Vergütung für die Entnahmekrankenhäuser soll mittels einer Gliederung in drei Pauschalen erfolgen, deren nähere Ausgestaltung durch den Koordinierungsstellenvertrag zu regeln ist. Auch hierfür müssen sachgerechte Vergütungen auf Basis empirischer Daten vereinbart werden. Der Gesetzesentwurf geht von einer Bemessung nach dem jeweiligen sächlichen und personellen Gesamtaufwand aus. Für den Ausgleichszuschlag nach § 9a Abs. 4 Satz 3 TPG wird in § 11 Abs. 2 Satz 5 (neu) TPG die Festlegung vorgesehen,

dass die Höhe dieses Zuschlags das Zweifache der im jeweiligen Fall berechnungsfähigen Pauschalen betragen soll.

### Bewertung

Dass die Entnahmekrankenhäuser zum Ausgleich finanzieller Belastungen, die durch Organisation und Ablaufplanung einer Organspende entstehen, einen Ausgleich erhalten sollen, ist grundsätzlich nachvollziehbar. Die Höhe des Ausgleichszuschlags für die Inanspruchnahme der notwendigen Infrastruktur für den Organspendeprozess (§ 9a Abs. 3 Satz 3 neu) sollte allerdings auch auf Basis empirischer Daten festgestellt werden und nicht schon im Gesetz mit einer pauschalierten Festlegung festgesetzt werden. Damit wird auch dem Anschein eines unsachgemäßen Anreizes entgegengewirkt.

### Änderungsvorschlag

Neufassung des § 11 Abs. 2 Satz 5 TPG:

„Die Höhe des Ausgleichszuschlags wird in angemessener Höhe auf Basis empirischer Daten vereinbart.“

### **Darstellung der Gesetzesfolgen, insb. Finanzierung der Transplantationskosten**

Die Verteilung der Transplantationskosten wird im Gesetzentwurf nicht auf Basis der realen Finanzierungsvereinbarung dargestellt, die zwischen der Koordinierungsstelle (DSO) und den Kostenträgern (GKV-Spitzenverband und PKV-Verband) für ihre Mitglieder geschlossen wird, sondern auf Grundlage hypothetischer Verteilungsgrößen. Bei den hypothetischen Verteilungsgrößen wird auch der Anteil der Beihilfe außer Acht gelassen, der den genannten GKV-Anteil von 93 Prozent entsprechend reduziert.

De facto ist vertraglich festgelegt (jährliche Vereinbarung zum DSO-Budget nach § 7 des Koordinierungsstellenvertrages gemäß § 11 TPG), dass jeder Kostenträger sich mit den Kosten für seine Versicherten an der Finanzierung des Transplantationssystems beteiligt. Im Prinzip laufen alle Mittel über die DSO. Diese bekommt einen Haushalt, aus dem sie alle Kosten finanziert: angefangen von den Entnahmepauschalen für Organe, Flugtransportkosten, Transplantationsbeauftragte, Transplantationsregister und auch zur Hirntoddiagnostik (der jetzt schon bestehende ärztliche Dienst). Für jede Inanspruchnahme wird an den jeweiligen Leistungserbringer ein fixer Preis von der DSO ausgezahlt, der im Vorhinein festgelegt wird. Die DSO erhält dieses Geld von dem jeweiligen Kostenträger erstattet (einschließlich Beihilfeträger). Damit beteiligt sich jeder Kostenträger, für dessen Patienten Transplantationsleistungen erbracht werden, entsprechend seiner Inanspruchnahme an der Finanzierung.

Konkret unzutreffend ist auch die Aussage, dass die GKV bereits jetzt 18 Millionen für die Finanzierung der Transplantationsbeauftragten bereitstellt. Auch das ist rein hypothetisch gerechnet; de facto beteiligen sich die PKV und die Beihilfe wie beschrieben schon jetzt an dieser Finanzierung.

Aus Sicht der Privaten Krankenversicherung ist die leistungsbezogene Kostenzuordnung ein gut funktionierendes und verteilungsgerechtes Vorgehen, und es sollten auch zukünftige erweiterte Kosten der Organtransplantation, wie zum Beispiel der besagte Bereitschaftsdienst, auf diesem Wege finanziert werden. D.h., die Private Krankenversicherung wird sich auch zukünftig im vollen Umfang ihrer Inanspruchnahme von Transplantationsleistungen an der Finanzierung beteiligen.

#### Änderungsvorschlag

Es wird angeregt, die Formulierungen anzupassen.

## **II. Übermittlung von Organspendeausweisen und geeigneten Unterlagen**

#### Regelungsinhalt

In § 2 Abs. 1a S. 2 TPG ist geregelt, dass die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung die in Abs. 1 Satz 3 genannten Unterlagen ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, alle fünf Jahre zusammen mit der Beitragsmitteilung nach § 10 Abs. 2a Satz 9 des Einkommenssteuergesetzes zur Verfügung zu stellen haben.

#### Bewertung

Es hat sich gezeigt, dass sich das Zusammenfassen der Unterlagen zur Information der Versicherten über die Organspende mit der Beitragsmitteilung nach § 10 Abs. 2a Satz 9 des Einkommenssteuergesetzes – bzw. inzwischen nach § 93c Abs. 1 Nr. 3 Abgabenordnung – in der Praxis nicht bewährt hat. Die Informationen zur Organspende und zur steuerlichen Behandlung der Beiträge stehen in keinen Zusammenhang und werden von den Versicherten deshalb häufig auch nicht wahrgenommen. Mit der Zusammenfassung ist auch keine bürokratische Erleichterung verbunden. Im Gegenteil: für die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung ist die Zusammenfassung verwaltungstechnisch sehr aufwendig; sie erschwert die Übermittlung ergänzender Informationen zur Organspende. Für die Versicherten ergeben sich hierdurch dagegen keinerlei Vorteile. Die Zusammenfassung der Unterlagen zur Organspende mit der Beitragsmitteilung sollte daher gestrichen werden. Zudem sollte klargestellt werden, dass die Übermittlung des Organspendeausweises sowie der geeigneten Unterlagen auch auf elektronischem Wege erfolgen kann. Viele Versicherte kommunizieren heute auf eigenen Wunsch mit ihrem Versicherer auf elektronischem Wege. Gerade in diesen Fällen sollte für den Versicherer auch die Möglichkeit bestehen, die Informationen zur Organspende über den vom Versicherten bevorzugten Weg zu kommunizieren. Auch die oben angesprochene Beitragsmitteilung nach § 93c Abs. 1 Nr. 3 Abgabenordnung kann mit Zustimmung des Steuerpflichtigen in elektronischer Form erfolgen. Die Regelung in § 2 Abs. 1a Satz 3 kann wegen Zeitablauf zudem gestrichen werden.

#### Änderungsvorschlag für den § 2 Abs. 1a

- Neufassung des Satzes 2 wie folgt:  
„Die privaten Krankenversicherungsunternehmen haben die in Absatz 1 Satz 3 genann-

ten Unterlagen ihren Versicherten, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, alle fünf Jahre in Textform zur Verfügung zu stellen.“

- Streichung des Satzes 3.

### **III. Fehlende Regelungen im Gesetzentwurf zur Information der Bevölkerung über die Organspende**

#### Sachstand

Im § 2 TPG wird auf die notwendige Aufklärung der Bevölkerung eingegangen. Insbesondere wird hier die Bereitstellung des Organspendeausweises geregelt. Nur kurz erwähnt wird dort in Abs. 1 Satz 1 Nummer 2, dass diese Aufklärung auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung erfolgen soll. Nach gängiger Rechtsauffassung werden eine Patientenverfügung und ein Organspendeausweis als gleichberechtigte Rechtsdokumente betrachtet. Zwischen beiden Dokumenten kann aber bezüglich der Frage, ob intensivmedizinische Maßnahmen (oder überhaupt eine Krankenhausbehandlung) dem Willen des Patienten entsprechen, eine Diskrepanz bestehen. Dazu erscheint eine verbesserte Aufklärung der Bevölkerung dringend geboten. Eine nachträgliche Interpretation fehlender Übereinstimmungen zwischen beiden Dokumenten führt zu Rechtsunsicherheit bei den behandelnden Ärzten in den Entnahmekrankenhäusern sowie zu möglichen Gewissenskonflikten bei den entscheidungsbefugten Angehörigen. Beides sollte soweit möglich vermieden werden.

Dies erscheint insbesondere erforderlich, da die Hospiz- und Palliativmedizin in den letzten Jahren – mit Unterstützung aller beteiligten Institutionen im Gesundheitswesen – deutlich verbessert wurde und große Bedeutung gewonnen hat. In diesem Zuge wird auch von der Ausstellung einer Patientenverfügung immer breiterer Gebrauch gemacht. In der vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz bereitgestellten Mustererklärung mit nutzbaren Textbausteinen wird unter Nummer 2.13 von einer ärztlichen Bestätigung der Einwilligungsfähigkeit des/der sich Erklärenden ausgegangen. Auch auf die Möglichkeit einer notariellen Bestätigung dazu wird hingewiesen. Deutlich wird, dass die Ausfüllung einer Patientenverfügung eine intensive Beschäftigung mit den eigenen Wünschen und Vorstellungen zum Sterben erfordert. Auf eine mögliche Diskrepanz aller getroffenen Festlegungen zu der Entscheidung, als Organspender zur Verfügung zu stehen, wird als letzter Punkt hingewiesen. Im Sinne eines sinnvollen Entscheidungsprozesses müsste dieser Punkt als erster adressiert werden. Immerhin wird eine klare Entscheidungsgrundlage angeboten, welche der Festlegungen Patientenverfügung/Organspendeausweis im Zweifelsfall den Vorrang haben soll. Auf dem gängigen Muster des zur Verfügung gestellten Organspendeausweises fehlt der Hinweis auf eine möglicherweise vorhandene Patientenverfügung vollständig.

In den von der BZgA zur Verfügung gestellten Informationsunterlagen findet sich der Hinweis auf eine erforderliche Abstimmung mit einer vorhandenen Patientenverfügung nur in den ausführlicheren Unterlagen. Empfohlen wird hier eine entsprechende Festlegung in der Patientenverfügung mit dem Angebot von Textbausteinen. Dabei gibt es in den Broschüren un-

terschiedliche Varianten. Die eine orientiert sich an dem Muster des BMJV; eine zweite Broschüre geht ausführlicher auf das variable Zeitintervall bis zum Eintritt und zur Feststellung des Hirntodes ein und bietet die Festlegung eines definierten Zeitraumes an, für den eine intensivmedizinische Behandlung vom Patienten akzeptiert wird.

Damit wird eine problematische Konstellation angesprochen, da die Frage, wie viel Zeit bei einer entsprechenden Hirnschädigung bis zum Eintritt des Hirntodes vergeht, schwer zu beantworten ist. Ob es sich dabei um wenige Tage oder doch auch mal Wochen handeln wird, oder ob der Hirntod bei laufender Intensivtherapie dann doch gar nicht eintritt, ist mit erheblicher Unsicherheit behaftet. Für den Menschen, der eine Patientenverfügung ausfüllt, sollte transparent sein, dass die Bereitschaft zur Organspende immer mit einer maximalen Intensivtherapie einhergehen wird.

### Bewertung

Die Aufklärung der Bevölkerung mit den derzeit zur Verfügung gestellten Unterlagen bezüglich eines möglichen Konfliktes zwischen der Bereitschaft zur Organspende und Festlegungen in einer Patientenverfügung zur Vermeidung von intensivmedizinischen Maßnahmen zur Lebensverlängerung (oder eines Krankenhausaufenthaltes überhaupt) ist unzureichend.

### Änderungsvorschlag

Auf dem Organspendeausweis muss ein Feld aufgenommen werden, in dem der Organspender über das Vorliegen einer Patientenverfügung Auskunft geben kann.

In die Aufklärungsunterlagen der BZgA wird eine ausführlichere Darstellung über die notwendigen intensivmedizinischen Maßnahmen bei der Bereitschaft zur Organspende aufgenommen. Dabei wird auch adressiert, dass die Dauer von intensivmedizinischen Maßnahmen bis zum Eintritt eines Hirntodes nennenswert variabel sein kann oder auch intensivmedizinische Maßnahmen durchgeführt werden, ohne dass der medizinisch zunächst erwartbare Hirntod eintritt. Soweit ein Mensch seine Bereitschaft zur Organspende dabei an bestimmte Vorgaben knüpfen möchte, wird die Ausstellung einer Patientenverfügung empfohlen. Dieser Hinweis wird auch in den Kurzinformationen (Flyer) entsprechend aufgenommen.

Zur rechtlichen Verankerung einer entsprechenden Ergänzung sollte in § 2 Abs. 1 TPG folgender Satz 3 eingefügt werden.

„Dazu ist aufzuklären

- über die erforderliche Abstimmung und Festlegung des vorrangigen Patientenwunsches bei Vorliegen einer Patientenverfügung und eines Organspendeausweises,
- hinsichtlich der erforderlichen intensivmedizinischen Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen zum bestmöglichen Erhalt der zur Transplantation vorgesehen Organe bis zum Eintritt des Hirntodes und
- über die möglicherweise variable Zeitdauer der intensivmedizinischen Maßnahmen bis zum Eintritt des Hirntodes.“

Der bisherige Satz 3 wird Satz 4.

Nach dem Satz 4 (neue Zählung) wird ein Satz 5 eingefügt:

„Der Organspendeausweis führt ein Feld, mit dem der Organspender über das Vorliegen einer Patientenverfügung Auskunft geben kann.“

Die weiteren Sätze verschieben sich in der Zählung.

#### **IV. Antrag der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag (BT DS 19/5673) Chancen von altruistischen Organlebendspenden nutzen – Spenden erleichtern**

Mit ihrem Antrag „Chancen von altruistischen Organlebendspenden nutzen – Spenden erleichtern“ (BT DS 19/5673) schlägt die FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag vor, die Regeln für die Entnahme von Organen bei lebenden Spendern nach Transplantationsgesetz (TPG) zu lockern. Der Vorschlag sieht verschiedene Maßnahmen und Stufen vor, für die die Bundesregierung spezifische Umsetzungen im TPG vorlegen möge.

##### **Aufhebung des Subsidiaritätsprinzips**

###### Vorgeschlagene Regelung

Zunächst soll die Vorgabe des § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 TPG gestrichen werden. Dort ist vorgeschrieben, dass die Lebendspende nur zugelassen ist, wenn im Zeitpunkt der Organspende ein geeignetes Organ eines toten Spenders nicht zur Verfügung steht. Unter der Bezeichnung „Subsidiaritätsprinzip“ geht der Antrag davon aus, dass eine mögliche postmortale Spende stets der Lebendspende vorzuziehen ist und letztere damit behindert.

###### Bewertung

Die Nachrangigkeit der Lebendspende dient dem Schutz der Gesundheit des potenziellen Lebendspenders. Dieser ist grundsätzlich höher zu bewerten als die Aussicht auf eine schnellere Transplantation. Eine Lebendspende geht mit erheblichen akuten und längerfristigen gesundheitlichen Risiken für den Spender einher, die Entnahme einer Niere ist irreversibel. Es kann damit kein automatisches Recht des Empfängers auf die bevorzugte therapeutische Option geben.

Die Bedeutung des Subsidiaritätsprinzips liegt auch in der Förderung der Bemühungen um die Verbesserung des Aufkommens postmortalen Spenden. Bei einem gleichen Rang oder einem Vorrang der Lebendspende wären solche Bemühungen ungleich schwerer.

In der Praxis stellt dieses Prinzip auch keine Behinderung für die Lebendspende dar. Soweit ein Patient, bei dem eine Organtransplantation erforderlich ist, einen Lebendspender nach den Maßgaben des Transplantationsgesetzes findet, können die erforderlichen Maßnahmen

zur Vorbereitung der Transplantation erfolgen und kann die Transplantation durchgeführt werden. Das Subsidiaritätsprinzip steht also einer geplanten Organlebendspende nicht entgegen, seine Streichung aus dem TPG ist nicht erforderlich.

## **Überkreuzspende**

### Vorgeschlagene Regelung

Im Weiteren wird vorgeschlagen, Änderungen im § 8 TPG vorzunehmen, mit denen der Kreis der möglichen Lebendspender deutlich erweitert und das Verfahren zur Lebendspende vereinfacht werden soll.

In der ersten Stufe soll die Erforderlichkeit aus § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG nach einem Verwandtschaftsverhältnis oder einer besonderen persönlichen Verbundenheit zwischen Spender und Empfänger aufgehoben werden, wenn eine Überkreuzspende zwischen zwei Paaren erfolgt, bei denen jeweils das Verhältnis der besonderen Nähe gegeben ist.

### Bewertung

Ziel der gesetzlichen Beschränkung des Spenderkreises ist es, Organhandel zu vermeiden, die Freiwilligkeit der Spende sicherzustellen und Schutz vor voreiligen Entscheidungen zu gewähren. Die Regelung dient darüber hinaus generell dem Schutz vor Selbstschädigung. Eine explizite und allgemeine Ausdehnung der Zulässigkeit der Lebendspende auf Überkreuzspenden wäre demzufolge eine grundlegende Richtungsänderung.

Nach gültiger Rechtsprechung (Bundessozialgerichts, Az.: B 9 VS 1/01 R) sind Cross-over-Spenden derzeit in engen Grenzen möglich. Es bedarf nicht nur einer dauerhaften Beziehung zwischen den Beteiligten und des Gleichklangs ihrer Lebensverhältnisse, sondern eine persönliche Verbundenheit zwischen den Paaren, die zeitlich über die Operation hinaus anzuhalten verspricht.

Um ein Cross-over-Verfahren in größerem Umfang umzusetzen zu können, müssen über organisierte Verfahren und Datenbanken die möglichen Kompatibilitäten zwischen potentiellen Lebendspendern und Organempfängern geprüft werden. Damit würde das Verfahren der Organlebendspende aus dem Bereich der persönlichen Verbundenheit zwischen Spender und Empfänger herausgenommen und in ein anonymes Matchingverfahren zwischen Paaren überführt.

Problematisch wäre, dass der psychische und soziale Druck auf potentielle Spender steigen könnte, weil die medizinischen Grenzen entfallen würden, die eine Spende für die nahestehende Person ausschließen. Implizit könnte sogar ein Druck in Richtung „Poolmodelle“ entstehen (s.u.).

Fraglich erscheint auch, ob in solchen Konstellationen eine ausreichende Prüfung durch die nach Landesrecht zuständige Kommission nach § 8 Abs. 3 TPG (Lebendspendekommission)



noch gewährleistet werden kann. Eine generelle Öffnung der Lebendspende für die Überkreuzspende wird nicht befürwortet.

## **Organpool**

### Vorgeschlagene Regelung

In einer weiteren Stufe soll die Vorgabe der besonderen Nähe zwischen Spender und Empfänger entfallen. Die erste Variante ist dabei die Zulässigkeit einer anonymen (nicht gerichteten) Lebendspende in einen Organpool. Dabei wird in dem Antrag auf eine Beschreibung von Regularien zur Organspende in und Organvergabe aus dem Pool nicht näher eingegangen.

### Bewertung

Zur Einführung von Poolmodellen müsste das Subsidiaritätsprinzip aufgegeben werden. Dies stößt auf grundsätzliche Bedenken (s.o.). Ob bei einem solchen Verfahren, das nicht näher beschrieben wird, die besondere persönliche Verbundenheit i.S. des § 8 Abs. 1 Satz 2 TPG noch klar nachvollzogen werden kann, muss angezweifelt werden. Die Sicherstellung dieses Umstandes ist aber essentiell, um Missbrauch zu verhindern. Schon für eine Überkreuzspende zwischen Paaren sind hohe Anforderungen zu stellen. U.a. muss die zeitliche Parallelität der Operationen gewährleistet sein, damit die Umsetzung für beide Paare sichergestellt ist. Bei einer Poolorganisation wäre diesen Anforderungen schwerlich Rechnung zu tragen.

Der moralische Druck auf den jeweiligen Partner eines Organempfängers, ein Organ in den Pool zu spenden, damit sein Partner ein Organ aus dem Pool bekommt, kann sich erhöhen. Es ist dann nämlich sehr viel wahrscheinlicher, dass ein passendes Organ für seinen Partner im Pool gefunden wird, als wenn das Paar selbst nach einem geeigneten Spender-Empfänger-Paar Ausschau halten muss.

Auch wird sich der Umstand, ob für die Organspende dem Lebendspender nicht Vorteile (auch im strafrechtlichen Sinne) gegen die Vorgaben des TPG gewährt wurden, kaum zuverlässig prüfen lassen. Für eine solche eingehende Überprüfung hat die Lebendspendekommission auch keine rechtliche Handhabe. Zudem kann sie sich nur auf die Informationen stützen, die bis zum Zeitpunkt der Transplantation vorliegen bzw. erkennbar sind. Eine solche Öffnung wird deshalb nicht befürwortet.

## **Gerichtete Lebendspende**

### Vorgeschlagene Regelung

Als weitere Variante soll eine gerichtete Lebendspende ausnahmsweise statthaft sein, wenn das Leben des Empfängers nicht durch ein anderes Organ zu erhalten ist und die Lebendspendekommission die Auffassung vertritt, dass keine begründeten Anhaltspunkte gegen die Freiwilligkeit der Organspende vorliegen und ebenso wenig Anhaltspunkte dafür, dass das

Organ aus verbotenen Organhandel stammt. Das Votum der Kommission in diesen Fällen soll bindend sein. Nähere Regularien zum Vorgehen nennt der Antrag nicht.

#### Bewertung

Die Ausgangssituation, das bedrohte Leben eines potentiellen Empfängers auf der Warteliste, ist keine Ausnahmesituation. Insofern würde die im Antrag beschriebene Konstellation durchaus häufig vorkommen. Die Prüfung auf die genannten Anhaltspunkte gegen das Vorliegen einer Freiwilligkeit wird kaum zuverlässig durchzuführen sein. Insbesondere zum Zeitpunkt der notwendigen Entscheidungsfindung der Kommission wird nicht erkennbar sein, ob zu einem späteren Zeitpunkt Vorteile des Empfängers gegenüber dem Spender gewährt werden. Eine solche Öffnung ist deshalb abzulehnen.

#### **Unabhängigkeit der Kommission gem. § 8 Abs. 3 TPG**

##### Vorgeschlagene Regelung

Zu der Unabhängigkeit der Kommission nach § 8 Abs. 3 TPG werden einheitliche Verfahrens- und Entscheidungsstandards vorgeschlagen. Insbesondere soll die Unabhängigkeit aller Mitglieder der Kommission vorgegeben werden. Soweit eine Transplantation gegen die Empfehlung der Kommission erfolgt, soll der transplantierende Arzt zur Begründung seiner Transplantationsentscheidung verpflichtet werden.

##### Bewertung

Die Vereinheitlichung des Vorgehens für die Lebendspendekommissionen nach bundeseinheitlichen Standards wird begrüßt. Bei einem Transplantationsgeschehen, das national standardisiert und international im Rahmen von Eurotransplant organisiert wird, sollten regionale Entscheidungen nach einem einheitlichen Vorgehen erfolgen. Begrüßt wird auch die Forderung nach der Unabhängigkeit aller Mitglieder der Kommission. Auch die Verbindlichkeit des Votums der Kommission sollte geregelt werden. Davon abhängig ist dann auch die Regelung zum Vorgehen bei einem möglichen abweichenden Vorgehen eines transplantierenden Arztes zu treffen.

#### **Verstoß des Arztes gegen das TPG als Ordnungswidrigkeit**

##### Vorgeschlagene Regelung

Als weitere Maßnahme sieht der Antrag vor, dass ein Verstoß gegen seine neu zu schaffenden Regelungen zur Lebendspende eine Ordnungswidrigkeit ist und keine strafbare Handlung mehr darstellt. Durch die beantragte Streichung des Normverweises in § 19 Abs. 1 Nr. 2 würde die widerrechtliche Organentnahme dann keine Straftat mehr darstellen.

##### Bewertung

Mit dieser Maßnahme müssten die an einer widerrechtlichen Organentnahme Beteiligten einschließlich der operierenden Ärzte keine strafrechtliche Verfolgung mehr befürchten. Eine

solche Rückstufung der Schwere eines Verstoßes gegen die Regularien des Transplantationsgesetzes ist strikt abzulehnen.

### **Begünstigung ehemaliger Organspender**

#### Vorgeschlagene Regelung

Der Antrag sieht vor, dass die Lebendorganspende ein Kriterium zur Platzierung auf der Warteliste werden soll, wenn der Lebendorganspender zu einem späteren Zeitpunkt selbst eine Transplantation benötigen sollte.

#### Bewertung

Die Grundidee klingt zunächst einleuchtend. Sie könnte auch einem Lebendorganspender suggerieren, dass sein Risiko durch die Spende möglicherweise begrenzt ist und er im medizinischen Versorgungssystem einen Bonus erhält. In der konkreten Organisationsgestaltung werden sich aber erhebliche praktische und ethische Probleme auftun. Wie ist es z.B. ethisch zu bewerten, wenn ein Mensch mit einer degenerativen progressiven Nierenerkrankung niemals Lebendspender sein kann und im fortgeschrittenen Krankheitsstadium eine Spenderniere (zur Vermeidung einer Dialyse) benötigen wird?

Schon derzeit ist die Austarierung der Kriterien zur Aufnahme auf die Warteliste und zur Organvergabe schwierig. Das TPG fordert dazu insbesondere die Berücksichtigung von Notwendigkeit und Erfolgsaussicht einer Organübertragung. Der Stand der geforderten wissenschaftlichen Erkenntnis zur Festlegung dieser Richtlinien wird dabei als verbesserungswürdig betrachtet. In dieser Situation einen weiteren Vektor, die ethische Bewertung eines Empfängers, für die Organvergabe aufzunehmen, wird über einen wissenschaftlichen Rahmen hinausgehen und das Vergabesystem kaum noch nachvollziehbar machen.