



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**Die Betreuung und Pflege von hirntoten Organspendern –
Organtransplantation im Fokus verschiedener Religionen**

*Der Umgang der Pflegenden mit Angehörigen von hirntoten potentiellen
Organspendern im Fokus verschiedener Religionen*

Verfasserin

Andrea Hinterleitner

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie im Rahmen des Individuellen Diplomstudiums
Pflegewissenschaft an der Fakultät für
Sozialwissenschaften der Universität Wien**

Wien, März 2010

Studienkennzahl lt.
Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt.
Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften

Betreuerin / Betreuer:

Univ. Prof. Dr. Ulrich H.J. Körtner

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbst verfasst habe.

Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt.

Ich habe die Arbeit weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin / einem Beurteiler zur Begutachtung als Prüfungsarbeit vorgelegt.

Wien, März 2010

Unterschrift

Don't take your Organs to Heaven
Heaven knows we need them here

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei den vielen Personen, die mich während meines Studiums begleitet haben, bedanken.

Mein ganz besonderer Dank gilt:

Meinem Gatten Roman sowie meinen drei Kindern Alexander, Marlene und Markus, die die Launen während meiner Studienzeit ertragen und mir Verständnis entgegengebracht haben.

Meinem Betreuer, Herrn Univ. Prof. Dr. Ulrich Körtner für die freundliche Unterstützung beim Erstellen der Arbeit.

Herrn Univ. Prof. Dr. Reinhard Krepler für die Erteilung der Genehmigung zur Durchführung der Interviews.

Weiters möchte ich mich bei meinen Eltern, Inge und Bruno Wenzel für die stundenweise Kinderbetreuung bedanken, die es mir ermöglicht hat, mein Studium zu beenden.

Meiner Tante, Gertrude Drkosch und meinem Onkel, Peter Drkosch, die mir immer aufmerksam zugehört haben, und mich mit Gedankengut inspiriert haben.

Zusammenfassung

Die Betreuung von Organspendern und deren Angehörigen gewinnt in der hoch technisierten Welt zunehmend an Bedeutung, da – durch die Verfeinerung der Operationstechniken und den Einsatz modernster Medikationen, die die Abstoßung der Organe zu vermeiden helfen – immer mehr Organe transplantiert werden.

Obwohl die medizinische Versorgung der Spender natürlich sehr wichtig ist, sollte doch nicht vergessen werden, dass auf dem gleichen hohen Level eine Angehörigenbetreuung stattfinden sollte, die sich auf Grund der Zugehörigkeit zu den verschiedenen Konfessionen oft nicht einfach gestaltet.

Daher wurden für diese Studie qualitative Interviews mit Pflegepersonen geführt, die das Ziel hatten zu evaluieren, ob es Unterschiede im Umgang mit Angehörigen unterschiedlicher Konfessionen gibt und in wie weit Religionsvertreter in das Geschehen involviert sind.

Das theoretische Hintergrundwissen, welches im ersten Teil der Arbeit dargelegt wird, stellt die Basis für weitere Diskussionen dar und soll ein gemeinsames Verständnis für die Arbeit schaffen.

Nach einem kurzen Einblick in die Geschichte des Hirntodkriteriums werden die medizinischen Definitionen, die gesetzlichen Regelungen und die Einstellungen der Religionsgemeinschaften zur Organspende dargelegt.

In diesem Teil wird auch die Krankenhausseelsorge, die einem steten Wandel unterworfen war, näher beleuchtet.

Nach Darlegung des bisherigen Forschungsstandes folgt der empirische Teil der Arbeit, der sich mit der Darlegung des qualitativen Forschungsansatzes, der Datenerhebung sowie der Datenausarbeitung beschäftigt.

Im Anschluss daran werden die Forschungsergebnisse in Sinn zusammenhängenden Gruppen vorgestellt, gefolgt von einer Diskussion mit der vorhandenen Literatur und einem Ausblick, in dem eigene Ideen zum jeweiligen Thema dargestellt werden.

Abstract

Taking care of organ donors and their relatives becomes more and more important in a time of extremely high technical standards, when - due to the improvement of operation techniques and the use of state-of-the-art medication against organ rejection - more and more organs are transplanted.

Although medical treatment of the organ donors is very important, it should be kept in mind, that caring for the relatives should reach the same level. But because of different religious denominations this task is not easily achieved.

Therefore nursing staff was interviewed to evaluate if there were different approaches to deal with relatives of organ donors with various religious denominations, and if representatives of the corresponding religion were involved.

In the first part of this thesis theoretical background knowledge is presented, which forms the basis for further discussions and should create a common understanding for these tasks.

After a short insight in the history of the development of the criteria for brain death, medical definitions, regulations by law and the attitudes of various religious communities towards the donation of organs are discussed.

In this part the pastoral counselling in hospitals, which changed constantly over the past years, is dealt with too.

Following the details of the up-to-date research, the experimental part of the thesis is presented. This part focuses on the qualitative approach, the data acquisition and the elaboration of the data.

In addition to that, the conclusions are presented in appropriate groups, followed by the discussion section including existent literature and an illustration of the author's own ideas according to each subject.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	10
1. Einführung in das Thema und Darstellung des Problems	10
2. Darstellung der Forschungsfragen und Ziele der vorliegenden Arbeit ..	11
3. Methode und Vorgangsweise	12
II. Theoretischer Hintergrund	14
1. Geschichte des Hirntodkriteriums	14
2. Medizinische Definitionen	17
2.1 Ganzhirntod	17
2.2 Hirnstammtod	18
2.3 Teilhirntod	18
3. Die zwei Typen von Organspendern	18
3.1 Postmortale Spender	19
3.2 Lebendspender	19
4. Formen der Organtransplantation	20
4.1 Autotransplantation	20
4.2 Isotransplantation	20
4.3 Allotransplantation	20
4.4 Xenotransplantation	21
5. Hirntoddiagnostik	21
5.1 Allgemeine Aspekte (Voraussetzungen)	21
5.2 Kontraindikation für die Organspende	21
5.3 Diagnosestellung zur Feststellung des Hirntodes	22
5.4 Nachweis der Irreversibilität	23

5.5 Hirntodprotokoll.....	25
6. Gesetzliche Regelungen.....	27
6.1 Selbstbestimmungsrecht des Spenders.....	27
6.2 Das Österreichische Transplantationsgesetz.....	28
6.3 enge und erweiterte Zustimmungslösung	30
6.4 Informationslösung	31
6.5 Widerspruchslösung	32
6.6 Notstandslösung.....	32
7. Ethische Aspekte	33
7.1 Klassische Anthropologie und ihre Menschenbilder	33
7.2 Autonomie.....	34
7.3 Wann ist der Mensch tot?	36
8. Einstellungen der Religionen zum Thema Hirntod und Organspende ...	37
8.1 Abrahamitische Religionen	37
8.1.1 Judentum.....	37
8.1.2 Christentum	39
8.1.3 Islam.....	40
8.2 Religionen indischen Ursprungs	42
8.2.1 Buddhismus.....	42
8.2.2 Hinduismus.....	44
9. Seelsorge im Krankenhaus	45
9.1 Krankenhauseelsorge im Wandel der Zeit.....	46
9.2 Krankenhauseelsorge auf Intensivstationen	47
9.3 Krankenhauseelsorge bei Organspendern und deren Angehörigen	48
9.4 Krankenhauseelsorge bei Mitarbeitern.....	49
10. Pflegerische Aspekte	49
10.1 Die Konfrontation der Pflegekräfte mit dem Hirntoten.....	49

10.2 Erscheinungsbild eines hirntoten Patienten	50
10.3 Pflege des hirntoten Patienten.....	50
10.4 Spinale Reflexautomatismen beim hirntoten Patienten	52
10.5 Verbleibende Zellaktivität im Körper des hirntoten Patienten.....	52
10.6 Betreuung der Angehörigen.....	53
11. Bisheriger Forschungsstand.....	55
11.1 Erleben der Pflege beim hirntoten Patienten	57
11.2 Betreuung der Angehörigen.....	58
11.3 Einfluss der Religionen.....	58
III. Empirischer Teil der Arbeit.....	59
12. Qualitativer Forschungsansatz.....	59
13. Methode der Datenerhebung.....	61
13.1 Zugang zum Forschungsfeld	62
13.2 Stichprobe.....	63
13.3 Untersuchungsablauf.....	63
13.4 Interview	64
13.4.1 Erstellung des Interviewleitfadens	65
13.4.2 Gestaltung der Fragen.....	66
14. Methode der Datenausarbeitung.....	66
15. Ergebnisse	67
15.1 Pflege des hirntoten Patienten.....	68
15.1.1 Diskussion	70
15.1.2 Ausblick.....	71
15.2 Angehörigenbetreuung	71
15.2.1 Diskussion	82
15.2.2 Ausblick.....	83
15.3 Religion.....	85

<i>15.3.1 Diskussion</i>	93
<i>15.3.2 Ausblick</i>	94
16. Literaturverzeichnis	95
17. Anhang	102

I. Einleitung

1. Einführung in das Thema und Darstellung des Problems

Wenn man von Organtransplantation spricht, spricht man im Wesentlichen von den medizinischen Aspekten der Transplantation. Diesen Aspekten sollte allerdings vorangestellt werden, dass die Pflege eines potentiellen Organspenders einerseits von immenser Wichtigkeit ist, andererseits aber auch eine große psychische Belastung für das betreuende Personal und dessen Angehörigen darstellen kann.

In diesem spannungsgeladenen Feld zwischen Leben auf der einen Seite und Tod auf der anderen Seite befinden sich die beteiligten Pflegepersonen und die Angehörigen des Patienten, zwischen dem Hirntod des einen Patienten und der Organtransplantation mit der damit verbundenen – oft einzigen - Möglichkeit auf Fortsetzung des Lebens eines anderen Patienten.

Die Betreuung hirntoter Patienten erfordert ein hohes Maß an Feingefühl und Selbstreflexion, einen achtungsvollen Umgang mit dem Spender und dessen Angehörigen, sowie bestes pflegerisches Management und gezielte Organprotektive Pflege, die so genannte Spenderkonditionierung, um für die Transplantation optimale Voraussetzungen schaffen zu können.

Da somit von der Pflege eines Organspenders das Leben des Transplantierten abhängig ist, ist es für die Pflegepersonen notwendig, das Sterben des einen Patienten akzeptieren zu können. Dies bereitet den an der Pflege mitwirkenden Personen oftmals Probleme, da, obwohl der Hirntod mit dem Individualtod gleichzusetzen ist, eine Organentnahme die Aufrechterhaltung der Organfunktion beim hirntoten Spender voraussetzt.

Erschwert werden diese Situationen dadurch, dass die potentiellen Spender und deren Angehörigen aus diversen Kulturkreisen kommen und auch verschiedenen Konfessionen angehören können. Die mangelnde Kenntnis über Sterberituale, den Umgang mit dem Leichnam und mit dem Tod im

Kontext mit den verschiedenen Konfessionen sowie die Einstellungen der diversen Religionen zur Thematik der Organspende führen zu Unsicherheiten beim betreuenden medizinischen Personal, sowohl bei der Pflege des Patienten als auch in der Kommunikation mit den Angehörigen.

Sprachliche Barrieren können ebenso wie kulturelle Unterschiede zu Schwierigkeiten führen, die oft lediglich auf Missverständnissen beruhen.

2. Darstellung der Forschungsfragen und Ziele der vorliegenden Arbeit

Die vorliegende Arbeit mit dem Titel „Die Betreuung und Pflege von hirntoten Organspendern – Organtransplantation im Fokus verschiedener Religionen“ basiert auf einer im Allgemeinen Krankenhaus Wien durchgeführten Studie. Ziel der Arbeit war es zu evaluieren, ob Unterschiede in der Betreuung und der Gesprächsführung von Angehörigen potentieller Organspender bestehen, und in wie weit Pflegepersonen bei der Angehörigenbetreuung auf die Hilfe der jeweiligen Religionsvertreter zurückgreifen können beziehungsweise dies tun.

Daraus resultierten die im Folgenden angeführten Forschungsfragen:

1. Kann in einem Krankenhaus auf die Religionszugehörigkeit der Angehörigen und deren Einstellung zur Organspende Bedacht genommen werden?
2. Wie reagieren Pflegende auf Angehörige von potentiellen Organspendern der jeweiligen Religionen? Gibt es Unterschiede im Umgang mit den Angehörigen?
3. Wie reagieren Pflegepersonen, wenn seitens der Angehörigen ein massiver Widerstand gegen die geplante Explantation zu erwarten ist, und sich der hirntote Patient nicht bereits zu Lebzeiten im Widerspruchsregister eintragen lassen hat?

4. In wie weit werden Pflegepersonen von den Vertretern der jeweiligen Religionen im Umgang und der Gesprächsführung mit den Angehörigen unterstützt?
5. In wie weit werden Angehörige von den Vertretern der jeweiligen Religionen begleitet und unterstützt?
6. Besteht ein Unterschied in der Kommunikation der Pflegenden mit Angehörigen verschiedener Konfessionen?

Zum Thema „Weltreligionen“ gibt es zahlreiche Literatur, die sich mit dem Lebensanfang und dem Lebensende auseinandersetzt. Weiters haben die Religionsgemeinschaften Stellungnahmen zum Thema Organspende abgegeben.

Auch zur Thematik „Organspende“ und „der hirntote Patient“ konnte sowohl auf nationaler als auch auf internationaler Basis Literatur aufgefunden werden, die die Thematik aus den diversesten Positionen beleuchtet.

All die genannten Arbeiten in Kombination mit der vorhandenen Literatur bilden die Basis für die hier vorliegende Studie.

Ich habe diese Forschungsfrage gewählt, da sie bis dato noch wenig betrachtet wurde und ich der Meinung bin, dass eine Auseinandersetzung mit der heutigen multikulturellen und multireligiösen Gesellschaft eine Verpflichtung darstellt, der im Setting eines Krankenhauses besondere Bedeutung zukommt.

3. Methode und Vorgangsweise

Die Arbeit setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Im theoretischen Teil der Arbeit werden, nach einer Darstellung der Geschichte des Hirntodkriteriums, die für das Thema relevanten Definitionen bearbeitet, um ein gemeinsames Verständnis für die Arbeit schaffen zu können.

Des Weiteren wird auf die Hirntoddiagnostik, die in Europa vorherrschenden – unterschiedlichen – gesetzlichen Regelungen sowie auf die ethischen Aspekte, welche die Pflege betreffen eingegangen.

Einen großen Teil des theoretischen Hintergrunds bildet die Auseinandersetzung mit den Weltreligionen, – den abrahamitischen Religionen: Judentum, Christentum, Islam sowie den Religionen indischen Ursprungs: Buddhismus und Hinduismus -, den pflegerischen Aspekten, die sich mit der Obsorge für den Hirntoten auseinandersetzen sowie dem ermittelten Forschungsstand.

Im empirischen Teil werden nach einer Erläuterung des qualitativen Forschungsansatzes, der Darlegung der Datenerhebung und der Datenausarbeitung die Ergebnisse, die Diskussion mit der vorhandenen Literatur und ein Ausblick präsentiert.

Mittels qualitativen Interviews, welche nach der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet worden sind, wurde versucht, die Forschungsfragen konstruktiv zu bearbeiten und einen Vergleich mit bestehenden Forschungen zu ziehen.

II. Theoretischer Hintergrund

1. Geschichte des Hirntodkriteriums

Um die Geschichte des Hirntodkriteriums, welches Ausschlag gebend für das post mortale Transplantationswesen ist, näher zu beleuchten, muss man sich an die Anfänge der Chirurgie begeben.

Der Wunsch, kranke oder nicht mehr vorhandene Körperteile zu ersetzen, findet seinen Ursprung bereits vor sehr langer Zeit. So gab es bei den alten Ägyptern bereits Zahnverpflanzungen und in China und Indien wurden bereits vor dreitausend Jahren Nasenplastiken gestaltet, wobei bei diesen Operationen auch schon Haut aus dem Oberarm auf die Nase verpflanzt wurde.

Im 19. Jahrhundert gelang es dem Schweizer Chirurgen Theodor Kocher, der 1909 mit dem Nobelpreis für Physiologie und Medizin ausgezeichnet wurde, erstmals eine Schilddrüse zur Behandlung eines Kropfes komplett zu entfernen. Allerdings erkrankten die von ihm operierten Patienten an Kretinismus, was ihn dazu veranlasste, einen Versuch zu starten, um den von ihm verursachten ärztlichen Schaden zu korrigieren. Dies gelang ihm im Juli 1883, als er einem jungen Patienten frisches menschliches Schilddrüsengewebe unter die Halshaut verpflanzte.

Im März 1902 präsentierte der Chirurg Emerich Ullmann seine Ergebnisse, die zukunftsweisend für die heutigen Nierentransplantationen waren.

Ullmann entnahm Hunden eine Niere und verpflanzte diese in der Leistenbeziehungsweise in der Halsgegend. Da die Organe funktionierten, konnte er damit beweisen, dass ein Organ auch an einer anderen Stelle als der dafür vorgesehen funktionieren kann, wenn es an den Blutkreislauf angeschlossen ist.

1912 gelang Alexis Carrel ein weiterer Durchbruch für die Transplantationsmedizin, der ihm ebenfalls den Nobelpreis einbrachte. Er vernähte Venen und Arterien mit Hilfe sehr dünner Leinenfäden.

In weiterer Folge widmeten sich Mediziner dem Hauptproblem der Transplantationsmedizin, den Abstoßungsreaktionen. Nach Verwendung von Azathioprin und Cortison konnte 1983 ein Durchbruch verzeichnet werden, als das Medikament „Cyclosporin A“ zugelassen wurde, mit dem die Ein-Jahres-Funktionsrate von Organen sich um circa 20% im Vergleich zur Behandlung mit Azathioprin und Cortison besserte.¹

Parallel zu den Überlegungen der Chirurgie und des Transplantationswesens muss an dieser Stelle die Geschichte des Hirntods dargestellt werden.

Viele Jahrtausende hindurch wurde der Mensch als tot erachtet, wenn er leblos war.

Geprägt wurde der Begriff des „Hirntodes“ 1796 vom französischen Anatomen und Physiologen Marie Francois Xavier Bichat, dem Begründer der Histologie, der erkannte, dass der Ausfall des Gehirns nicht nur die Folge des Herzstillstandes, sondern auch die Ursache dessen sein kann.²

Da die künstliche Beatmung erstmals in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts praktiziert wurde, gab es bis zu diesem Zeitpunkt keine Beobachtungen von hirntoten Patienten, da jede schwere Gehirnschädigung zum irreversiblen Tod des Individuums führte.

Erstmals trat der Begriff „Hirntod“ mit der Erfindung der künstliche Beatmung und der Herzmassage auf. Die französischen Ärzte Mollaret und Goulon beschrieben 1959 erstmals einen neuen medizinischen Zustand, den sie als „Coma depasse“ bezeichneten.

Bei Patienten, die sich im „Coma depasse“ befinden, ist das Gehirn – bedingt durch einen - durch längeren Atemstillstand verursachten- Sauerstoffmangel

¹ Vgl. Siegmund – Schultze N.; Organtransplantation; Rowohlt; 1999, S. 14ff

² Vgl. H. Angstwurm in F.W. Albert; Land W.; Zweirlein E.; Tranplantationsmedizin und Ethik; Auf dem Weg zu einem gesellschaftlichen Konsens; Pabst Science Publishers; Lengerich, 1995

irreversibel geschädigt, während der Organismus durch künstliche Beatmung am Leben erhalten werden kann.

1960, als die Herz – Lungen - Wiederbelebung immer mehr Verbreitung fand, stieg die Anzahl der Patienten, die im „Coma depasse“ weiterlebten, an.

Nach dem damals noch gültigen Todesverständnis galten diese Patienten allerdings nicht als tot, sondern sie wurden erst als tot erklärt, wenn mit dem Stillstand von Kreislauf und Atmung alle vitalen Funktionen erloschen waren. Mit der Einführung der Herz – Lungen – Wiederbelebung, die einen kurzen Stillstand von Herzschlag und Atmung rückgängig machen kann, war die einmalige Feststellung nicht mehr ausreichend für die Diagnose eines vollständigen Ausfalls der Vitalfunktionen.

Man entschloss sich in dieser Zeit zu einer Abkehr von dem damals gültigen Todesverständnis mit der Folge, dass Patienten im „Coma depasse“ vor Abbruch der lebensverlängernden Maßnahmen für tot erklärt wurden.

1968 tagte eine Ad – hoc - Kommission aus Theologen, Juristen und Medizinern der Harvard Medical School, die ein neues Todeskriterium erarbeiten sollte.

Ihr primäres Anliegen war es, das irreversible Koma, welches von allen Beteiligten als eine schwere Belastung empfunden wurde, als Todeskriterium zu definieren. Die behandelnden Ärzte schreckten davor zurück, die Beatmung abzustellen, da sie der Meinung waren, dass ein Beatmungsabbruch im Sinne einer aktiven Tötung zu verantworten sei. Weiters wurde die Notwendigkeit der Beschaffung von Organen zu Transplantationszwecken für die Notwendigkeit der Definition eines neuen Todeskriteriums angegeben. Seitens der Kommission wurde auch eine Leitlinie zur Diagnose des „Coma depasse“ erstellt, welche sich auf eine Erklärung von Papst Pius XII vom 24. November 1957 stützte, in der der Papst den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen zubilligte, wenn die Prognose für den betreffenden Patienten infaust war. Für diese Stellungnahme gab es im Wesentlichen zwei Beweggründe: auf der einen Seite wurde die Therapie und Pflege „Hirntoter“ als Belastung empfunden, andererseits behinderte die gängige Interpretation des Todesbegriffs die Organentnahme und damit den medizinischen Fortschritt und die

Transplantationsmedizin. Der Vorschlag der Kommission setzte sich rasch in den meisten industrialisierten Ländern durch.³

2. Medizinische Definitionen

Ein vollständiger Funktionsausfall des Gehirns kann auf einer primären und auf einer sekundären Hirnschädigung basieren. Von einer primären Hirnschädigung spricht man, wenn dem Hirntod eine schweren Schädel – Hirn – Verletzung, ein Gehirntumor oder eine Hirnblutung vorausgeht, während man sekundäre Hirnschädigungen mit einem Sauerstoffmangel, basierend auf einem Atem - und Herz – Kreislaufstillstand, einer Vergiftung beziehungsweise einer Stoffwechsellentgleisung in Einklang bringt.

Da das Gehirn äußerst rasch auf einen Sauerstoffmangel reagiert, kommt es bei einer Minderversorgung des Gehirns mit Sauerstoff zu einem Hirnödem und dadurch bedingt zu einer Raumforderung. Wenn sich diese im knöchernen Schädel nicht mehr ausdehnen kann, kommt es zu einem Durchblutungsstopp und zu einem Ausfall der Nervenzentren von Atmung, Herzschlag und Kreislauf sowie aller Hirnstammreflexe.⁴

2.1 Ganzhirntod

Hirntod heißt vollständiger und unabänderlich endgültiger Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Hirnstamms und des Kleinhirns, eingetreten und festgestellt während einer Intensivbehandlung und maschinellen Beatmung und allein dadurch noch ermöglichtem Herzschlag und Kreislauf im übrigen Körper.⁵ Aus diesem Grund kann auch den Kritikern, die der Meinung sind, dass der Tod eines einzelnen Organs, wie des Gehirns, nicht mit dem Tod des gesamten Organismus Mensch gleichgesetzt werden kann, entgegnet werden, dass der völlige und unabänderlich endgültige Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des

³ Vgl. Hoff.J., In der Schmitt J.(Hg); Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntod Kriterium, Rowohlt, 1995, S 154 ff

⁴ Vgl. Odunco, F., Hirntod und Organtransplantation, Vandenhoeck & Ruprecht, 1998, S 41 ff

⁵ Vgl. Bondolfi, Kostka, Seelmann 27 ff

Hirnstamms und des Kleinhirns sich sicher und zweifelsfrei feststellen lässt. Der Hirntod ist daher als Lebensende anzusehen, und nicht als ein Teil des unumkehrbaren Sterbensvorganges.

2.2 Hirnstammtod

Unter Hirnstammtod versteht man einen vollständigen und endgültigen Ausfall des Hirnstamms. Es lassen sich allerdings neurophysiologisch kortikale Phänomene wie eine EEG Aktivität feststellen. Ohne die Hirnstrombahnen sind keine sensiblen und keine motorischen Verbindungen des Großhirns zum übrigen Körper möglich. Dennoch muss für den Hirntodnachweis der Ausfall der apparativ fassbaren Großhirnphänomene abgewartet werden. ⁶

2.3 Teilhirntod

Unter Teilhirntod versteht man verschiedene schwere Defektzustände oder Entwicklungsstörungen des Gehirns, wobei bei keinem dieser Zustände die Funktion des Gehirns derart beeinträchtigt ist, dass die Gesamtheit der - den lebenden Menschen kennzeichnenden - Lebensmerkmale fehlt. Daher ist der Teilhirntod nicht als sicheres Todeszeichen zu verstehen. ⁷

3. Die zwei Typen von Organspendern

Es gibt zwei Arten Organspendern, die postmortalen Spender und die Lebendspender. Auch wenn für die vorliegende Arbeit nur die postmortalen Spender von Bedeutung sind, wird der Vollständigkeit halber doch kurz auf beide Gruppen eingegangen.

Generell kann gesagt werden, dass es keine feste Altersgrenze für den Spender gibt, entscheidend ist lediglich das biologische Alter der Organe. ⁸

⁶ Vgl. Schlake H.P.; Rosen, K.; Der Hirntod als der Tod des Menschen; Neu Isenburg, 1995

⁷ Vgl. Münk, H. J.; Zwischen Zweifel, Ablehnung und Zustimmung. Die deutschsprachige (katholisch-) theologische Ethik und das Hirntodkriterium (HTK). In Ethica. Wissenschaft und Verantwortung 1/2003

⁸ Vgl. Siegmund-Schultze N.; Organtransplantation; Rowohlt, 1999 S 29

3.1 Postmortale Spender

Die Mehrzahl der Organe wird von verstorbenen Organspendern entnommen, wenn ein vollständiger, irreversibler Hirnfunktionsausfall eingetreten ist und dieser auch mit geeigneten Untersuchungen festgestellt und in der Krankengeschichte dekursiert wurde.

Bei der postmortalen Organspende können – anders als bei der Lebendspende – auch jene Organe entnommen werden, die bei der Entnahme an einem lebenden Spender zu dessen Tod führen würden.

Vor der geplanten Organentnahme werden alle für die Transplantation benötigten Daten von den Transplantationskoordinatoren der explantierenden Krankenanstalten an „Eurotransplant“ gemeldet, in deren Datenbank die Daten (v.a. Blutgruppe, Gewebetypisierung, Krankheitsursache, klinische Dringlichkeit und das Krankenhaus, in dem der Empfänger behandelt wird) aller potentieller Empfänger eingetragen sind.

Nach dem Abgleich der Daten wird der potentielle Empfänger in das für ihn zuständige Transplantationszentrum zur Transplantation einberufen.

Die seelische Belastung bei den Angehörigen potentieller Organspender ist in diesem Fall sehr groß, da sich einerseits ein hirntoter Patient rein äußerlich massiv von einem Leichnam unterscheidet, und andererseits der Organspende ein Akutereignis, wie ein Unfall oder eine Schädel–Hirn-Verletzung beziehungsweise eine akut verlaufende neurologische Erkrankung vorausgeht, das von den Angehörigen verarbeitet werden muss.⁹

3.2 Lebendspender

Bei der Lebendspende wird zwischen der „Verwandtenspende“ (z.B. Eltern – Kind) und der „Nicht Verwandten Spende“ (hierzu zählen emotional verbundene Personen und altruistisch verbundene Personen, die auf Grund eines Spendenaufrufs Organe spenden wollen) unterschieden.

Bei der Lebendspende gibt es strenge Auflagen, um einen möglichen Handel mit Organen ausschließen zu können.

⁹ Vgl. Schröder K. (Hg), Organtransplantation, Georg Thieme Verlag, 2000, S. 27ff

Die Lebendspende betrifft vor allem Nieren als paarig vorliegende Organe, sowie Lebersegmente und Knochenmark, welches regenerationsfähig ist. Zu den wesentlichen Vorteilen zählen die bessere zeitliche Planbarkeit des Eingriffs, auf den sowohl der Spender als auch der Empfänger psychologisch vorbereitet werden können, und die durch die höhere Übereinstimmung der Gewebemerkmale geringere Abstoßungsgefahr.¹⁰

4. Formen der Organtransplantation

Es wird im Wesentlichen zwischen 4 Transplantationsformen – der Autotransplantation, der Isotransplantation, der Allotransplantation und der Xenotransplantation unterschieden. Für die vorliegende Arbeit sind nur die Allotransplantation und die Isotransplantation von Bedeutung.

4.1 Autotransplantation

Bei der Autotransplantation (= autologe, autogene Transplantation) werden körpereigene Gewebe oder Organe innerhalb des gleichen Organismus verpflanzt.¹¹

4.2 Isotransplantation

Isotransplantation (= isogene, syngene Transplantation) nennt man die Verpflanzung von Organen und Geweben von einer auf eine genetisch identische andere Person.¹² Sie ist nur bei eineiigen Zwillingen möglich.

4.3 Allotransplantation

Von Allotransplantation (= allogene Transplantation) spricht man, wenn Organspender und Organempfänger genetisch nicht identisch sind, aber derselben Spezies angehören.¹³

¹⁰ Vgl. Schröder K. (Hg), Organtransplantation, Georg Thieme Verlag, 2000, S.64ff

¹¹ Vgl. Pichelmayr, R./Nagel, E.; Organtransplantation und Transplantationsimmunologie, in: Berthold, R. / Hamelmann, H. / Peiper, H.-J. / Bruch, H.J. / Trentz, O. (Hg.); Chirurgie (1994)

¹² Land, W.; Historie; Terminologie, immunologische Grundlagen und klinische Ergebnisse der Organtransplantation, in Land, W. (Hg), Breitner Chirurgische Operationslehre, 1 ff

¹³ Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch (Berlin / New York , 1994)

4.4 Xenotransplantation

Bei der Xenotransplantation (= xenogene Transplantation) werden Organe und Gewebe von einem Tier auf den Menschen übertragen, d.h. Spender und Empfänger gehören verschiedenen Spezies an.¹⁴

5. Hirntoddiagnostik

5.1 Allgemeine Aspekte (Voraussetzungen)

Die Hirntoddiagnostik darf nur durchgeführt werden, wenn eine akute primäre oder sekundäre Hirnschädigung vorliegt. Vor Beginn der Untersuchung muss eine gründliche Erhebung der Anamnese stehen. Weiters muss eine Intoxikation, eine Relaxation, eine primäre Hypothermie, ein hypovolämischer Schock beziehungsweise ein endokrines oder metabolisches Koma ausgeschlossen werden. Diese Vorgehensweise dient dazu, den Gehirnschaden zweifelsfrei nachzuweisen. Weiters muss ausgeschlossen werden, dass die Gehirnschädigung reversibel ist, wie dies zum Beispiel unter Medikamenteneinflüssen, Schockzuständen, Unterkühlungen, Gehirnentzündungen und stoffwechselbedingten Komata der Fall sein kann.¹⁵ Erst wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind und alle Ursachen eines möglichen reversiblen Komata ausgeschlossen werden konnten, ist eine Hirntod – Diagnostik zulässig.¹⁶

5.2 Kontraindikation für die Organspende

Im Wesentlichen gibt es nur 3 Kontraindikationen gegen eine Organspende:

1; ein generalisiertes Malignom, wobei im Fall eines isolierten Hirntumors jeder Fall im Konsil mit einem Neurochirurgen entschieden wird.

2; ein positiver HIV Status und

3; die Abgabe einer Widerspruchserklärung

¹⁴ Pschyrembel 1557

¹⁵ Vgl. ÖBIG, Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 17.12.2005, www.austrotransplant.at/download/Hirntod_2005.pdf (S 5)

¹⁶ Schröder, K.. (Hg), Organtransplantation, Georg Thieme Verlag, 2000, S. 19

5.3. Diagnosestellung zur Feststellung des Hirntodes

Zur Feststellung des Hirntodes wird vorab der Zustand des Komas überprüft. Dies erfolgt nach dem Glasgow Coma Score, einer einfachen Skala zur Abschätzung einer Bewusstseinsstörung. Es werden für 3 Rubriken Punkte vergeben, wobei die maximale Punkteanzahl bei 15 Punkten liegt und den Zustand des vollen Bewusstseins darstellt, und die minimale Punkteanzahl 3 Punkte ist. Bei minimalem Punktescore ist vom Tod des Individuums beziehungsweise einem tiefen Koma auszugehen.

Überprüft werden bei diesem Test

- 1; ob eine Augenöffnung entweder spontan oder auf externe Reize möglich ist,
- 2; ob es eine motorische Reaktion auf externe Reize gibt,
- 3, ob eine verbale Kommunikation stattfindet.

In weiterer Folge wird das Fehlen sämtlicher Hirnstammreflexe einer Prüfung unterzogen. Die Hirnstammreflexie ist gekennzeichnet durch elf wesentliche Punkte:

1. Keine Pupillenreaktion auf Licht bei mittel- bis maximalweiten Pupillen.
2. Keine spontanen oder durch Passivbewegung des Kopfes oder durch kalorische Stimulation bedingten Augenbewegungen (auch Puppenkopfphänomen genannt): die Augäpfel bleiben – unabhängig von der Kopfbewegung - starr in der Ausgangsstellung.¹⁷
3. Fehlen des Ciliospinalreflexes (auch kalorischer Reflex genannt): es kommt zu keiner Änderung des Pulses durch Carotissinusmassage oder Bulbusdruck.
4. Fehlen des Masseterreflexes: (auch Unterkieferreflex genannt): beim Schlagen mit einem Reflexhammer von oben gegen die untere Zahnreihe oder das Kinn kommt es zu keinem Schließen des Mundes.

¹⁷ Schröder, K.. (Hg), Organtransplantation, Georg Thieme Verlag, 2000, S. 19

5. Fehlen des Kornealreflexes (auch Lidschlussreflex genannt): bei Berühren der Hornhaut mit einem Wattebausch kommt es zu keinem Lidschluss. ¹⁸
6. Fehlen des Pharyngealreflexes (Würgreflex) bei Berühren der Rachenhinterwand mit einem Spatel kommt es zu keinem Hochziehen des Gaumens und zu keiner Kontraktion der Pharynxmuskulatur. ¹⁹
7. Fehlen des Hustenreflexes beim endotrachealen Absaugen.
8. Kein Grimassieren auf Druckprovokation an den Bulbi oder Austrittstellen des Nervus trigeminus bzw. bei Schmerzprovokation am Nasenseptum: bei hirntoten Patienten kommt es bei Zuführen von Schmerzreizen im Gesichtsbereich zu keinen Abwehrreaktionen.
9. Schlanke Tetraplegie.
10. Atropintest zur Überprüfung der Herzreaktion: durch Applikation von 2 mg Atropin intravenös kommt es zu keiner signifikanten Steigerung der Herzfrequenz. ²⁰
11. Apnoe: mit Hilfe des Apnoe Tests wird die Fähigkeit zur Spontanatmung überprüft. Der Patient wird für 10-20 Minuten mit 100 % Sauerstoff beatmet. Nach einer Reduktion des Atemminutenvolumens wird der Patient vom Beatmungsgerät getrennt und es wird ihm eine Sonde in die Luftröhre gelegt, über die ihm 100 % Sauerstoff gegeben wird. Wenn nach 30 Sekunden keine Eigenatmung einsetzt, kann von einem Verlust der Spontanatmung ausgegangen werden. ²¹

5.4 Nachweis der Irreversibilität

Um die Irreversibilität des Ausfalls der Hirnfunktionen und somit den eingetretenen Hirntod nachzuweisen, müssen die klinischen Symptome bei Patienten mit einer primären Hirnschädigung nach mindestens 12 Stunden, und bei Patienten mit einer sekundären Hirnschädigung nach mindestens 72

¹⁸ Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 258. Auflage, de Gruyter, 1998 S.1352

¹⁹ Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 258. Auflage, de Gruyter, 1998, S. 1352

²⁰ ÖBIG, Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 17.12.2005, www.austrotransplant.at/download/Hirntod_2005.pdf (S 6ff)

²¹ Schröder, K.. (Hg), Organtransplantation, Georg Thieme Verlag, 2000, S. 20

Stunden erneut nachgewiesen werden. Diese Kriterien gelten allerdings nur für Patienten ab 2 Jahren.

Für Kinder unter 2 Jahren gelten gesonderte Kriterien:

Bei reifen Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr gelten die gleichen Voraussetzungen und Ausfallsymptome wie bei Patienten ab dem vollendeten 2. Lebensjahr, allerdings beträgt der Beobachtungszeitraum beim reifen Neugeborenen mindestens 72 Stunden, bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr 24 Stunden. Bei Frühgeborenen ist das Konzept nicht anwendbar.²²

Als ergänzende Untersuchung sollte eine Elektroenzephalografie (EEG) durchgeführt werden, da diese Untersuchung nicht invasiv ist und ohne großen Aufwand durchgeführt werden kann. Sollte ein EEG auf Grund der vorliegenden Verletzungen nicht möglich sein, ist eine Transcranielle Dopplersonographie (TDC)/farbcodierte Duplex - Sonographie (FDS) oder eine Computertomographie - Angiographie (CTA) zu arrangieren, um den Zirkulationsstillstand des Gehirns nachweisen zu können. Ist es auch nicht möglich, auf eine dieser Untersuchungsmöglichkeiten zurück zu greifen, ist eine zweite klinisch neurologische Untersuchung unter Einhaltung einer altersabhängigen Beobachtungszeit von mindestens 12 Stunden notwendig. Dieses Vorgehen beschränkt sich allerdings auf das Vorliegen einer primären Hirnschädigung und darf nur angewandt werden, wenn dem Patienten keine zentral nervös wirksamen Medikationen verabreicht wurden. Bei einer sekundären Hirnschädigung muss auf jeden Fall eine Hilfsuntersuchung durchgeführt werden.²³

Die Diagnostik muss von zwei Ärzten (meist Neurologen beziehungsweise Neurochirurgen), die nicht dem Transplantationsteam angehören,

²² Vgl: Schröder, K.. (Hg), Organtransplantation, Georg Thieme Verlag, 2000, S. 20 ff

²³ Vgl. ÖBIG, Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 17.12.2005, www.austrotransplant.at/download/Hirntod_2005.pdf (S 7ff)

durchgeführt werden. Alle erhobenen Daten sind im Hirntodprotokoll und in der Krankengeschichte des Patienten zu dokumentieren.

5.5 Hirntodprotokoll

Die Richtlinien für die Durchführung der Hirntoddiagnostik wurden im Jahre 1997 von einem interdisziplinären Expertenteam, welches vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen etabliert wurde, erarbeitet und in einem Hirntodprotokoll niedergeschrieben.

2002 wurde eine Überarbeitung der Richtlinien mit folgenden Schwerpunkten beschlossen:

1; Beachtung der Thematik der hoch dosierten Medikation von zentral wirksamen Substanzen: Es muss in jedem Fall vor Beginn der Hirntoddiagnostik ausgeschlossen werden, dass eine medikamentöse Beeinträchtigung vorliegt.

2; Nachweis des Perfusionsstopps: Es zeigte sich, dass sich die Computertomographie – Angiographie besonders gut für den Nachweis des Perfusionsstopps eignet.²⁴

²⁴ Vgl. ÖBIG, Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 17.12.2005, www.austrotransplant.at/download/Hirntod_2005.pdf (S 3)

6. Gesetzliche Regelungen

In den meisten europäischen Ländern wie Italien, Luxemburg, Österreich, Portugal, Slowenien, Spanien, Tschechien und Ungarn gilt die Widerspruchslösung.

In Belgien, Finnland und Norwegen ist die Widerspruchsregelung mit Einspruchsrecht der Angehörigen vorherrschend.

Die gesetzliche Basis in Dänemark, Deutschland, Griechenland, Großbritannien, Irland, Niederlande und Schweiz ist die erweiterte Zustimmungsregelung, während in Frankreich und Schweden die Informationsregelung die gesetzliche Entscheidungsbasis bildet.

Da in Europa keine einheitliche gesetzliche Regelung vorherrschend ist, ist es anzuraten, sich vor Antritt einer Reise mit den gesetzlichen Bestimmungen des jeweiligen Landes auseinander zu setzen. Sollten diese von den eigenen Wünschen divergieren, so sollte man ein Dokument mit sich führen, in dem der persönliche Wille für beziehungsweise gegen eine Organspende aufgezeigt wird.

Dieses sollte auch in die jeweilige Landessprache übersetzt werden, damit es im Ernstfall verstanden wird.²⁵

6.1 Selbstbestimmungsrecht des Spenders

Eine Organspende muss immer als Gabe angesehen werden, zu der man weder rechtlich noch moralisch genötigt werden kann. Allerdings ist es vertretbar, dass für die Bereitwilligkeit zur Organspende geworben wird.

Es muss allerdings gesagt werden, dass die postmortalen Selbstbestimmungsrechte durch die Bestattungsgesetze, welche regeln, an welche Ort der Leichnam zu bestatten ist und wie mit dem Leichnam generell zu verfahren ist, und durch die geltenden Obduktions- und Infektionsschutzrechte eingeschränkt werden. Diesen Restriktionen kann vom Verstorbenen auch nicht widersprochen werden, wenn der Untersuchung beziehungsweise der Obduktion das Interesse der

²⁵ Vgl. http://www.organspende-info.de/downloads/24-134-52/beiblatt_tabelle.pdf (Stand 1.3.2010)

Allgemeinheit gegenüber steht oder diese vor ansteckenden Krankheiten geschützt werden muss.

Durch die - in der Bevölkerung vorherrschende - hohe Zustimmungsrates zur Organspende kann im Einzelfall von einer Zustimmung des potentiellen Spenders ausgegangen werden, wenn kein Widerspruch vorliegt. Bei der Widerspruchslösung, die die Selbstbestimmung des Spenders nicht einschränkt, sieht der Gesetzgeber lediglich eine Erklärungslast vor.

Allerdings können auch bei der geltenden Widerspruchslösung einem Hirntoten Organe entnommen werden, obwohl dies nicht seinem Willen entsprochen hat, er aber zu Lebzeiten keinen Widerspruch abgegeben hat.

Die Aufforderung, bei Ablehnung der Organspende eine Erklärung gegen die Organspende abzugeben beziehungsweise sich im Widerspruchsregister eintragen zu lassen, implementiert allerdings, sich mit dem eigenen Tod und der Thematik der Organtransplantation auseinander zu setzen, was im weitesten Sinn einen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht darstellt, da diese auch das Recht beinhaltet, zu entscheiden, ob man sich mit gewissen Tatsachen auseinander setzen möchte oder nicht.

Es sollte das Ziel vorherrschend sein, dass möglichst viele Fälle von Organentnahmen auf einer ausdrücklichen Zustimmung des Spenders basieren.

6.2 Das Österreichische Transplantationsgesetz

In Österreich wird an fünf Zentren transplantiert, bei den Elisabethinen Linz, im AKH Linz und an den Universitätskliniken in Wien, Innsbruck und Graz.

Es steht außer Diskussion, dass - rein rechtlich gesehen - jede ärztliche Behandlung einen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten darstellt und daher dessen Zustimmung bedarf. Zwangsbehandlungen sind nur dann gerechtfertigt, wenn sie zum Schutz des Patienten beziehungsweise zum

Schutz der Gesellschaft unbedingt notwendig sind. Daher kann jeder Patient eine medizinische Behandlung ablehnen.²⁶

Nach § 110 des österreichischen Strafgesetzbuches, welcher im Anhang in vollem Umfang nachzulesen ist, stellt eine eigenmächtige Heilbehandlung einen eigenständigen Straftatbestand dar, der auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen ist.

Der Sachverhalt betrifft allerdings nicht das Transplantationswesen, da die Explantation von Organen eines Hirntoten keine Heilbehandlung darstellt.

Das Organtransplantationswesen in Österreich ist durch das Inkrafttreten des §§ 62a-c KAG im Jahr 1982 teilweise gesetzlich geregelt. Dieser ist im Anhang angeführt.

Die Organentnahme ist nur zulässig, um durch die Transplantation das Leben anderer Menschen zu retten oder deren Gesundheit wieder herzustellen.²⁷

Da nach § 62a Abs 1 S1 KAG lediglich die Entnahme „einzelner Organe oder Organteile“ geregelt ist, und der Begriff „einzelne“ etymologisch keine zahlenmäßige Grenze enthält, ist der Gesetzgeber gefordert, eine eindeutige gesetzliche Regelung zu schaffen, um den Verdacht der Vornahme unzulässiger Organentnahmen widerlegen zu können.

Seit 1.1.1995 besteht – wie in § 62 a bereits dargelegt wurde - die Möglichkeit zur wirksamen Dokumentation eines Widerspruchs. Dieser Eintrag erfolgt im „Widerspruchsregister gegen Organspende“ des Österreichischen Institutes für Gesundheitswesen.

Dieser Eintrag erfolgt mittels eines Formulars, welches auf der Homepage „Gesundheit Österreich GmbH“ (<http://www.goeg.at/de/Berichte-Service/Widerspruch.html>) down geloadet werden kann. Der Widerspruch gegenüber einer Organ- und Gewebeentnahme kann von Personen ab 16 Jahren abgegeben werden. Für die Eintragung in das Widerspruchsregister

²⁶ Vgl. Ankermann E.; Sterben zulassen; Ernst Reinhard Verlag München Basel, 2004, S 53f

²⁷ Vgl. Hohmann E.; Das Transplantationswesen in Deutschland, Österreich und der Schweiz; Peter Lang; 2003

bei Kindern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr und nicht geschäftsfähigen Personen entscheidet der gesetzliche Vertreter.

Auf Wunsch kann eine Registrierungsbestätigung per Post beziehungsweise per E-Mail übermittelt werden.

Weiters können die Formulare zur Streichung eines vorliegenden Widerspruchs auf der Homepage abgerufen werden.

Neben diesem Eintrag werden allerdings auch andere Formen der Entscheidung, wie zum Beispiel ein mündlicher Widerspruch, welcher im Kreise der Angehörigen getätigt wurde, oder ein Schriftstück, welches bei dem potentiellen Organspender aufgefunden wird, respektiert.

Da die Abfrage des Widerspruchsregisters hauptsächlich über die österreichischen Sozialversicherungsnummern erfolgt, und daher grundsätzlich für alle in Österreich gemeldeten Personen eingerichtet worden ist, empfiehlt es sich für Personen, die sich nur kurzfristig im österreichischen Bundesgebiet aufhalten, entsprechende schriftliche Willensbekundungen bei sich zu tragen.²⁸

6.3 Enge und erweiterte Zustimmungslösung

Bei der Zustimmungslösung wird zwischen der engen und der erweiterten Zustimmungslösung unterschieden. Bei der engen Zustimmungslösung wird gefordert, dass der Spender selbst zu Lebzeiten eine schriftliche Einwilligung zur Organspende verfasst haben muss. Wenn diese Zustimmung nicht vorhanden ist, sei eine Organentnahme nicht zulässig, auch wenn die Angehörigen dieser zustimmen.²⁹

Positiv ist an dieser Lösung zu bemerken, dass sie den Willen des Verstorbenen berücksichtigt.

Wenn man allerdings davon ausgeht, dass ein Großteil der österreichischen Bevölkerung in einer Befragung angab, einer postmortalen Organspende

²⁸ Vgl. <http://www.goeg.at/de/Berichte-Service/Widerspruch.html>

²⁹ Vgl. Thiel, G., Wie soll die Organentnahme bei Toten zum Zweck der Transplantation geregelt werden? - Gedanken eines Schweizer Arztes, in: Brudermüller, G. / Seelmann, K. (Hg.), Organtransplantation (2000)

positiv gegenüber zu stehen, erscheint es fraglich, ob die Zustimmungslösung wirklich den Willen der Bevölkerung darstellt.³⁰

Es muss allerdings gesagt werden, dass die Einführung der engen Zustimmungslösung zu einem eklatanten Mangel an Spenderorganen führt.

So fand beispielsweise in Japan seit Einführung der engen Zustimmungslösung von Sommer 1997 bis zumindest zum Jahr 2000 keine Leichenorganentnahme zur Transplantation statt.

Bei der erweiterten Zustimmungslösung wird versucht, vorrangig den Willen des Verstorbenen zu beachten. Sollte der Verstorbene zu Lebzeiten seinen Wunsch in Bezug auf eine mögliche Organspende nicht kund getan haben, so werden die nächsten Angehörigen – Familienmitglieder, Ehepartner, Lebenspartner, Kinder, Personen mit einer besonders starken Verbindung zum Verstorbenen – befragt, ob der Verstorbene ihnen gegenüber seinen Willen mündlich dargelegt hat. Ist dies nicht der Fall, oder sind die Aussagen kontrovers, so ist es den Angehörigen gestattet, eine Entscheidung, die auf dem Willen des Verstorbenen basieren muss, zu treffen. Sollte es auch auf diesem Weg nicht möglich sein, die Tendenz des Verstorbenen zu konkretisieren, ist von einer Organentnahme Abstand zu nehmen. Auch bei der erweiterten Zustimmungslösung ist anzunehmen, dass diese nicht den Willen des Großteils der Bevölkerung berücksichtigt, da die berechnete Annahme besteht, dass es viele Menschen gibt, die mit einer Organspende einverstanden sind, diese aber nicht ausdrücklich kund tun.

6.4 Informationslösung

Die Informationslösung ist der Rechtsauffassung nach eine abgeschwächte Form der Widerspruchslösung.

Bei der Informationslösung sieht der Gesetzgeber vor, dass eine Organentnahme nur dann vorgenommen werden kann, wenn die

³⁰ Vgl. Hohmann E.; Das Transplantationswesen in Deutschland, Österreich und der Schweiz; Peter Lang; 2003

³⁰ Vgl. Thiel, G., Wie soll die Organentnahme bei Toten zum Zweck der Transplantation geregelt werden? - Gedanken eines Schweizer Arztes, in: Brudermüller, G. / Seelmann, K. (Hg.), Organtransplantation (2000)

Angehörigen in einer angemessenen Frist dieser nicht widersprechen,³¹ und der Verstorbene zu Lebzeiten keinen Widerspruch gegen eine Explantation abgegeben hat.

6.5 Widerspruchslösung

Die postmortale Organspende wird in Österreich auf der Grundlage der Widerspruchslösung geregelt. Dadurch soll sicher gestellt werden, dass nur diejenigen Personen als Spender herangezogen werden, wo entweder der Spender selbst beziehungsweise dessen gesetzlicher Vertreter der Organspende nicht ausdrücklich widersprochen hat. Auf Grund der Betonung auf die Ausdrücklichkeit wird auch das Schweigen als Zustimmung gewertet. Bei Fehlen eines Widerspruchs dürfen Organe auch ohne Zustimmung oder Befragung der Angehörigen entnommen werden.³²

Die Abgabe des Widerspruchs kann von einer einsichts- und urteilsfähigen Person entweder mündlich erfolgen beziehungsweise selbst schriftlich niedergelegt werden. Weiters ist eine Eintragung in die Krankengeschichte oder im Widerspruchsregister des Österreichischen Bundesinstitutes für Gesundheit möglich.³³

6.6 Notstandslösung

Die Notstandslösung besagt, dass im Fall des eingetretenen Hirntodes unabhängig vom Willen des Verstorbenen und dessen Angehörigen die benötigten Organe zu Transplantationszwecken entnommen werden dürfen. Ethisch ist diese Lösung die bedenklichste, da sie die Patientenautonomie nicht berücksichtigt.

³¹ Ethik in der Medizin; Organverteilungssysteme im Transplantationswesen aus ökonomischer Sicht; Springer Berlin/Heidelberg, Volume 10, Number 2, Juni 1998

³² Eder-Rieder 290; Kalchschmid 90

³³ Vgl. Kalchschmid, G., Die Organtransplantation – Überlegungen de lege lata und de lege ferenda (Wien, 1997), S 19

7. Ethische Aspekte

7.1 Klassische Anthropologie und ihre Menschenbilder

Die Anthropologie, die Wissenschaft vom Menschen, lässt sich grob in die Disziplinen des geisteswissenschaftlichen Ansatzes und in die des naturwissenschaftlichen Ansatzes gliedern, wobei die zentralen Fragen jeder Anthropologie sind: „Was beziehungsweise wer ist der Mensch?“ und „Wann ist ein Mensch überhaupt schon/noch ein Mensch?“. Die Fragen wurden im historischen Kontext bereits unterschiedlichst beantwortet.

Die Sichtweise im kartesischen Menschenbild wird auf „Rene Descartes“ zurückgeführt, der von einer Trennung des Geistes und des Körpers ausging und das Gehirn zum Sitz des Bewusstseins erklärte.³⁴ Krankheit wird daher rein auf das Organ bezogen gesehen.

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts setzte sich zunehmend ein ganzheitliches Menschenbild durch, das den Menschen als untrennbare Körper – Geist – Seele Einheit sieht. Dies bedeutet, dass neben den körperlichen auch die psychosozialen und die umweltbezogenen Aspekte bedeutsam sind.³⁵

Bei intensivpflichtigen Patienten stellt sich die Frage nach dessen Status. Generell fehlt dieser Gruppe von Personen ein Kriterium, das den Menschen im dualistischen Menschenbild besonders auszeichnet, nämlich das Bewusstsein und somit die Fähigkeit zu autonomem Handeln.

Besonders schwierig wird die Beantwortung der Frage nach dem Status eines Sterbenden beziehungsweise eines Hirntoten, da hier die Problematik, ob der Patient als Subjekt, Person oder totes Ding zu behandeln ist, vorherrschend ist.

³⁴ Beck, M.; Hippokrates am Scheideweg. Medizin zwischen naturwissenschaftlichem Materialismus und ethischer Verantwortung; Paderborn, München, Wien, Zürich; 2001

³⁵ Vgl: Hiemetzberger, M.; Zwischen Leben und Tod – Pflegende als Grenzgänge; Facultas; 2006

Während Mediziner den Patienten „in Laborwerte auflösen, in Maßverhältnisse“³⁶, ist die Trennung von Körper und Geist für Pflegepersonen und Therapeuten nur schwer möglich.

7.2 Autonomie

Der Mensch ist definiert als ein vernünftiges Wesen. Er besitzt die Fähigkeit zu denken und sein Handeln zu reflektieren.³⁷

Der Begriff der Autonomie, der sich von autos (selbst) und nomos (Gesetz) ableitet, ist für die Ethik im Gesundheitswesen von zentraler Bedeutung und kann festgelegt werden als „die Fähigkeit selbstbestimmt, nach den eigenen als vernünftig erkannten Regeln zu entscheiden und zu handeln.“³⁸

Autonomie wird unterschieden in:

- 1; politische Autonomie und
- 2; sittliche Autonomie: der Mensch ist in der Lage, sich selbst „Ziele zu setzen und Zwecke zu geben“.³⁹

Nach der Moral- und Rechtsphilosophie von Immanuel Kant beinhaltet diese Form der Autonomie die Möglichkeit sittliche Entscheidungen ohne äußere Einflüsse zu treffen, wenn diese sich an den allgemeinen Prinzipien der Sittlichkeit orientieren. Daher geht die sittliche Autonomie mit der Würde des Menschen konform.

In diesem Zusammenhang ist auch die Patientenautonomie zu verstehen, die besagt, dass jeder Mensch ein Recht darauf hat, als Wesen, das über sich selbst bestimmen kann, respektiert zu werden.

Daher ist jeder Patient als Partner zu betrachten. Teilweise gehen die ethischen Bestrebungen dahin, die Beziehungen zwischen Patienten, Arzt und Pflegepersonal als eine Art Vertrag zu sehen, die den Arzt und das Pflegepersonal an die grundlegenden Verpflichtungen wie die Pflicht zur Fürsorge, zur genauen und dokumentierten Aufklärung und zur Schweigepflicht bindet.

³⁶ Vgl. Lindemann G.; Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin, Wilhelm Fink Verlag, München, 2002

³⁷ Vgl. Ankermann E.; Sterben zulassen; Ernst Reinhard Verlag München Basel, 2004

³⁸ Ankermann E.; Sterben zulassen; Ernst Reinhard Verlag München Basel, 2004, S 50

³⁹ Wallner, J.; Ethik im Gesundheitssystem, Facultas, 2004, S. 51

Dennoch kann die Patientenautonomie teilweise eingeschränkt sein, da der Patient sich in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis gegenüber den Ärzten und den in die Pflege und Therapie involvierten Personen befindet. Dieses Ungleichgewicht basiert vor allem auf dem medizinischen Wissen des Personals auf der einen Seite und der Abhängigkeit des Hilfe suchenden Patienten vom medizinischen Personal auf der anderen Seite.

Auch kann der Patient durch seine Leiden in seiner Freiheit, Entscheidungen zu treffen, derart eingeschränkt sein, dass er psychisch oder physisch nicht in der Lage ist, seinen persönlichen Willen kund zu tun.

Es muss aber in diesem Zusammenhang ganz klar gesagt werden, dass dies an der Menschenwürde des Patienten nichts ändert, denn diese gilt es bis zuletzt zu schützen.⁴⁰

Ein weiteres Problem, das sich stellt, ist das der Einwilligungsfähigkeit, die nicht mit der Geschäftsfähigkeit konform geht. Einwilligungsfähig ist ein Patient, wenn er in der Lage ist, das Wesen und die Tragweite des Eingriffs zu verstehen und sich auf Grund der ihm vorliegenden Informationen ohne Zwang entscheiden zu können.

In Notfallsituationen kann aber die Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt oder gar nicht vorhanden sein, und das medizinische Personal muss – unabhängig vom Willen des Patienten – agieren. Um dieses ethische Problem möglichst Patienten freundlich lösen zu können, wird versucht, die Entscheidung nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten - in den seine Werte- und Glaubensvorstellungen mit einzubeziehen sind - zu gestalten.⁴¹

Bei all diesen Überlegungen darf nicht außer Acht gelassen werden, dass der Mensch ein verletzliches und schützenswertes Wesen ist. Daher ergibt sich zwangsläufig die Frage: „Darf die Medizin tun, was sie zu tun vermag?“. Ein spezifisches Problem findet sich in diesem Zusammenhang bei Menschen, die in Intensivstationen behandelt werden. Meistens fehlt diesen

⁴⁰ Vgl. Ankermann E.; Sterben zulassen; Ernst Reinhard Verlag München Basel, 2004, S51f

⁴¹ Vgl. Wiesemann C, Biller-Andorno N.; Medizinethik, Thieme Verlag, 2005

Menschen das Bewusstsein beziehungsweise die Fähigkeit zu autonomem Handeln.

Das ethische Dilemma der in die Pflege involvierten Personen unterscheidet sich in diesem Bereich. Während Intensivmediziner den Patienten eher als körperliches Wesen betrachten können, ist dies für Pflegepersonen und Therapeuten nur schwer möglich, da sie häufiger und dauerhafter mit der Patientenbetreuung befasst sind. Daher kommunizieren sie auch öfter mit den Patienten.⁴²

7.3 Wann ist der Mensch tot?

Diese Frage zu beantworten ist in der heutigen – hoch technisierten – Welt problematischer als früher.

Vor dem Einsatz der modernen Apparatedizin war ein Mensch dann tot, wenn sein Herz nicht mehr schlug, er nicht mehr atmete und keine Kreislauffunktion mehr hatte.

Durch den Einsatz intensivmedizinischer Methoden wurde es möglich, Herz- und Kreislauffunktion maschinell aufrecht zu halten.

Da sich aber bald die Frage nach der Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme stellte, wurde 1968 eine Kommission der Medizinischen Universität der Harvard University etabliert, um klare Definitionen für den eingetretenen Tod zu schaffen.

Da es Ziel der Transplantationsmedizin ist, möglichst gut durchblutete Organe zu bekommen, versuchte man, den Tod rasch festzustellen.

Auch wenn Hirntodkritiker einwenden, dass durch den Einsatz von Maschinen Leben unnötig verlängert wird, muss doch gesagt werden, dass das Gehirn maschinell nicht zu ersetzen ist, und dass – wenn das Gehirn tot ist – auch der Mensch tot ist.

⁴² Schmitz, H. System der Philosophie, Band II, Der Leib; Teil 1, Bouvier, Bonn, 2005

8. Einstellungen der Religionen zum Thema Hirntod und Organspende

8.1 Abrahamitische Religionen

8.1.1 Judentum

Das Judentum ist die älteste der drei monotheistischen Religionen. Juden glauben an Jahwe.

Das jüdische Religionsgesetz, der Tanach, ein von Gott gegebenes Gesetz, ist für den gläubigen Juden ebenso wichtig wie der Talmud, der die 613 Gebote und Verbote umfasst. Beide begleiten den jüdischen Menschen durch sein Leben und stehen dabei im vollkommenen Einklang mit der menschlichen Ratio.

Es existieren generell drei Glaubensformen

- 1; das orthodoxe Judentum
- 2; das konservative Judentum
- 3; liberale Richtungen

Im Judentum sind drei Grundprinzipien vorherrschend, nämlich

- 1; das Tötungsverbot (unter dieses Verbot fällt auch der Suizid, auch wenn dieser mit der Absicht verbunden ist, durch den Selbstmord einen anderen Menschen zu retten),
- 2; die Betrachtung des menschlichen Lebens als „Leihgabe“ (jeder Mensch hat die Pflicht, seinen Körper und seine Seele sorgsam zu behandeln)
- 3; der unendliche Wert des menschlichen Lebens

Das Leben wird als Leihgabe Gottes angesehen und daher nehmen Lebensrettung und die Erhaltung des Lebens den höchsten Stellenwert ein. Daher erlaubt der jüdische Glaube bei Lebensgefahr, alle religiösen Gesetze zu vernachlässigen.

Der im Talmud verwendete Ausdruck „goses“ bezeichnet einen Menschen, dessen Tod unmittelbar bevorsteht. Es ist verboten, den Tod eines Menschen zu beschleunigen beziehungsweise das Leben eines Sterbenden zu verlängern.

Vom Pflegepersonal wird erwartet, dass es dem Sterbenden ruhig begegnet und ihn nicht alleine lässt. Die Angehörigen sollten so rasch als möglich benachrichtigt werden. Sind diese nicht verfügbar sein, kann ein jüdischer Seelsorger beigezogen werden.

Ein Mensch wird als tot betrachtet, wenn er sich nicht bewegt, keine Pulsaktivität zeigt und nicht mehr atmet. Nach dem Atemstillstand sollte circa dreißig Minuten zugewartet werden, bevor der Mensch endgültig für tot erklärt wird.

Nach dem Eintritt des Todes wird von den Angehörigen eventuell Totenwache gehalten. Möglicherweise besteht der Wunsch, dass Verwandte dem Toten die Augen und den Mund schließen.

Das weitere Prozedere (Totenwaschung, Bestattung) wird von der „Chewra Kadischa“ organisiert.

Ein besonderes Problem stellt die postmortale Organspende dar, da der Hirntod von der Mehrzahl der Rabbiner abgelehnt wird, da nach der klassischen jüdischen Definition der Mensch so lange als lebend betrachtet wird, so lange eine Herzaktivität feststellbar ist.

Da allerdings jeder Körper Gott gehört, und ein Verbot besteht, den Leichnam zu verstümmeln oder einen Nutzen aus der Leiche zu ziehen, ist eine Organspende grundsätzlich abzulehnen. Allerdings steht die Wichtigkeit von Pikuach Nefesch, nämlich die Verpflichtung zur Rettung menschlichen Lebens, allen Geboten und Verboten der Tora gegenüber und daher ist eine Organentnahme unter den Voraussetzungen, dass der Empfänger der Organe diese zur Erhaltung seines Lebens benötigt, die Wahrscheinlichkeit des Transplantationserfolges mindestens 50 % beträgt und der Spender beziehungsweise dessen Angehörige die Einwilligung gegeben haben, möglich.

Die Organentnahme für nicht direkt lebensrettende Zwecke ist nur in Ausnahmefällen, wie zum Beispiel für die Untersuchung im Zusammenhang mit einer sehr seltenen Krankheit, gestattet.

Da es die Pflicht ist, das Leben eines Menschen zu retten, wenn dieser sich in Gefahr befindet, wird die Lebendspende empfohlen, allerdings unter der Voraussetzung, dass der Spender dadurch selbst nicht in Lebensgefahr gerät.

Die jüdische Tradition hat allerdings lange Zeit das Konzept des Gehirntodes nicht akzeptiert und den Tod als Aufhören von Kreislauf und Atmung definiert. Daher haben sich auch die Rabbiner gegen die Organentnahme bei Hirntoten ausgesprochen. Diese Entscheidung wurde allerdings zwischenzeitlich von einigen rabbinischen Autoritäten in so ferne geändert, als der Hirntod nun als Tod des Lebens akzeptiert wird.⁴³

8.1.2 Christentum

Der christliche Glaube hat seine Grundlage in der Bibel. Die unterschiedlichen christlichen Kirchen werden durch die evangelische, die römisch-katholische und die orthodoxen Kirchen repräsentiert.

Zentral ist der Glaube an die Auferstehung; daher ist es für viele gläubige Christen wichtig, vor dem Tod die Beichte ablegen zu können, die Kommunion zu erhalten und die Krankensalbung empfangen zu können.

Auch wird oft der Wunsch nach einer Sterbebegleitung durch einen Pfarrer oder Priester geäußert.

Das Pflegepersonal sollte dem Sterbenden und den Angehörigen menschlich begegnen. Die Anwesenheit der Familie sollte gewährt und dem Sterbenden die nötige Unterstützung angeboten werden.

Nach dem Ableben sollte sich die Familie beim Verstorbenen aufhalten können, um sich in Ruhe von ihm zu verabschieden.

⁴³ Vgl. Yves Nordmann in: Körtner U.H.J., Virt G., Von Engelhart D., Haslinger F. (Hrsg), Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen, Neukirchener Verlag, 2006, S 19

Johannes Paul II gab am 18. Internationalen Kongress der Transplantation Society in Rom am 29. August 2000 folgende Stellungnahme der katholischen Kirche zum Thema „Organspende“ ab:

„Jede Organtransplantation sei ein echter Akt der Liebe. Die Organspende sei nicht nur die Hingabe von Etwas, das uns gehört, sondern die Hingabe eines Teils von uns.“

Kardinal König gab in seiner Rede anlässlich des 2nd European Day for Organ Donation and Transplantation am 19.9.1998 in Wien folgendes Statement ab: „Es bestehe kein Einwand seitens der Ethik, so ferne es sich um die Entnahme eines Organs handelt, dass dem Spender keinen schweren gesundheitlichen Schaden zufügt. Die Voraussetzung dafür sei die freiwillige Zustimmung des Spenders. Es dürfe sich um keine kommerziellen Absichten oder Geschäfte handeln. Die Organspende sei ein wertvoller Akt der Nächstenliebe“.

Kardinal König weist darauf hin, dass Johannes Paul II in seiner Enzyklika „Evangelium vitae“ „auf die Möglichkeit von Organspenden hingewiesen hat und diese eine besondere Wertschätzung darstellen, um Kranken die Möglichkeit der Gesundheit oder sogar des Lebens anzubieten“.

Auch die evangelische Kirche befürwortet die Organspende, lehnt allerdings den Organhandel – wie die katholische Kirche - ebenfalls ab.⁴⁴

8.1.3 Islam

Der Islam ist die zweitgrößte Religion der Welt. Er gründet auf dem Koran, der das Wort Gottes beinhaltet.

Als zweite Quelle ist die Sunna, die die Worte und Handlungen des Propheten Mohammed spiegelt, zu sehen.

Die fünf Grundpflichten aller Muslime sind

1; Schahada (islamisches Glaubensbekenntnis)

⁴⁴ Vgl. Monika Bobbert in: Körtner U H.J., Virt G., Von Engelhart D., Haslinger F. (Hrsg), Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen, Neukirchener Verlag, 2006

- 2; Salat (fünfmaliges Gebet)
- 3; Zakat (Almosensteuer)
- 4; Saum (Fasten im Ramadan)
- 5; Haddsch (Pilgerfahrt nach Mekka)

Da Muslime über ein stark ausgeprägtes Schamgefühl verfügen, sollte die Behandlung der weiblichen Patienten von Frauen und die Behandlung der männlichen Patienten von Männern wahrgenommen werden, so fern dies möglich ist.

Musliminnen wünschen oft die Anwesenheit des Ehemannes bei der Behandlung.

Beim Sterbeprozess übernehmen meistens die Angehörigen die religiöse Begleitung, in dem sie aus dem Koran vorlesen. Auch sollte der Sterbende nach Möglichkeit so gebettet werden, dass er Richtung Mekka blickt.

Das Pflegepersonal sollte dem Patienten und dessen Angehörigen gegenüber menschlich agieren und die Anwesenheit der Angehörigen ermöglichen.

Nach dem Tod eines Patienten wird der Leichnam von erfahrenen Muslimen gewaschen und sollte so bald als möglich bestattet werden.

Die Organtransplantation im Islam ist erlaubt, da die Rettung von menschlichem Leben einen hohen Stellenwert einnimmt. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass das Einverständnis des Spenders vorliegt.

Der menschliche Körper wird als Eigentum Gottes betrachtet. Sollte Missbrauch am Körper entstehen, wird Gott darüber richten.

Die menschlichen Organe sollten freiwillig und selbstlos gespendet werden, allerdings ist der Organhandel verboten.

Der Prophet Muhammed empfahl den Muslimen nach Medizin und Behandlungsmöglichkeiten zu forschen (Ibn Quaijim, 1970).

Muslimen werden angewiesen, gegenüber ihren Mitmenschen mitfühlend zu agieren, da die gesamte Menschheit als Familie Gottes angesehen wird.

Der menschliche Körper ist sowohl zu Lebzeiten als auch nach dem Tod zu respektieren, allerdings wird eine notwendige Untersuchung nach dem Tod oder eine Organspende nicht als Zeichen der Geringschätzung gesehen. Es steht also das Prinzip der Rettung eines Menschenlebens über dem der Unversehrtheit des Körpers des Spenders.

Eine Organspende ist daher ein Akt der Wohltätigkeit und der Liebe gegenüber den Mitmenschen.

Lebendspenden sind ebenfalls erlaubt, allerdings ist darauf Bedacht zu nehmen, dass dem Spender kein größerer Schaden zugefügt wird.⁴⁵

8.2 Religionen indischen Ursprungs

8.2.1 Buddhismus

Die buddhistische Lehre, welche auf Buddha zurückgeht, ist als Anleitung, wie sich der Mensch vom Leiden befreien kann, zu verstehen.

Während der ursprüngliche Buddhismus das Leben grundsätzlich als leidvoll – mit dem Ziel des Eintritts ins Nirvana – betrachtet, sind für den neueren Buddhismus die obersten Ziele Glück, Zufriedenheit und Erleuchtung im Dasein. Im Leben wird moralische Vollkommenheit angestrebt, soziale Verantwortung übernommen, es werden andere Buddhisten unterstützt und die „drei Juwelen“ – Buddha, Dharma (Übungen, die zur Erleuchtung führen) und Shangha (geistige Gemeinschaft all jener, die Dharma praktizieren) verehrt.

Krankheit und Schmerz werden als zum Leben gehörende Teile akzeptiert. Sterben wird als Teil des Lebens gesehen, und es sollte möglichst bei ungetrübtem Bewusstsein erlebt werden. Daher sollte die Meinung des Patienten in das Behandlungskonzept einbezogen werden, wenn der Gesundheitszustand dies zulässt.

⁴⁵ Vgl. Jens Schlieter in: Körtner U.H.J., Virt G., Von Engelhart D., Haslinger F. (Hrsg), Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen, Neukirchener Verlag, 2006

Die „Vier Prinzipien“ – „Anatomie“ (Anerkennung des Patientenwillens), „Wohltätigkeit“, „Nichtschädigung“ (Vermeidung unnötiger Risiken), und „Gerechtigkeit“ (Gleichbehandlung) – wurden auch in die buddhistischen Kontexte implementiert und in weiterer Folge durch den thailändisch buddhistischen Bioethiker Pinit Ratanakul durch die stärkere Einbindung der buddhistischen Ethik modifiziert, so dass die Prinzipien nun „Wahrhaftigkeit/Aufrichtigkeit“, „Nicht – Verletzen des Lebens“, „Gerechtigkeit“ und „Mitgefühl“ lauten.

Damien Keown begründete eine auf drei Grundgütern „Leben“, „Wissen“ und „Freundschaft“ basierende buddhistische Bioethik.

Beide Modelle konnten sich allerdings nicht durchsetzen, da alle Entwürfe einer modernen Medizinethik sich an den westlichen Ethikkonzepten ausrichten.

Da für den Buddhisten die Familie eine zentrale Bedeutung hat, sollte diese von den betreuenden Pflegepersonen rasch benachrichtigt werden.

Weiters sollte eine ruhige Atmosphäre geschaffen werden, welche Meditationen ermöglicht.

Der Patient sollte in eine sitzende oder nach rechts gerichtete Liegeposition gebracht werden, da diese Stellungen einen Energiefluss im Körper erleichtern. Weiters sollten Meditationshilfen in die Umgebung des Sterbenden gebracht und bis zu dessen Ableben dort belassen werden.

Nach dem Tod sollte der Verstorbene eine halbe Stunde nicht berührt werden. Buddhistischen Lehrern und Angehörigen sollte die Möglichkeit zur Totenwache und zu einem ruhigen Abschiedsritual gegeben werden.

Die meisten Buddhisten glauben an die Wiedergeburt. Der Patient und die Angehörigen sollen angesichts des nahen Todes beziehungsweise der geringen Überlebenschance vollständig aufgeklärt werden, um es dem Sterbenden zu ermöglichen, sich auf das Ereignis des Todes geistig einzustellen.

Im Buddhismus wird der Leichnam dadurch gekennzeichnet, dass alle drei Lebens tragenden Funktionen – Leben, Körperwärme und Bewusstsein – nicht länger existent sind. Daher ist für Buddhisten die Frage, ob der Mensch noch über ein Bewusstsein verfügt, wenn keine Hirnstammaktivität vorliegt, von zentraler Bedeutung. Es ist daher wichtig, dem Sterbenden aus dem „Tibetischen Totenbuch“ vorzulesen, damit sich dieser in angemessener Art und Weise auf die Wiedergeburt vorbereiten kann. In dieser Phase wird der Organentnahme generell ablehnend gegenüber gestanden.

Auch der künstlichen Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen stehen Buddhisten eher kritisch gegenüber, schon alleine darum, weil ein Aufenthalt auf einer Intensivstation als eine Störung des Sterbeprozesses angesehen wird.

Ein weiterer Aspekt, den es zu beachten gibt, ist, dass der Körper als „Geschenk des Himmels und der Eltern“ angesehen wird und die körperliche Unversehrtheit daher von großer Wichtigkeit ist.

Allerdings kann der Organspende auch positiv begegnet werden, wenn diese seitens des Spenders als Selbstopfer gesehen wird, um einen anderen Menschen zu heilen. Meist beziehen sich diese Organspenden allerdings auf nahe Angehörige des Spenders. Daher wird der Lebendspende bejahend gegenüber gestanden.⁴⁶

8.2.2 Hinduismus

Der Hinduismus zählt zu den polytheistischen Religionen und ist die drittgrößte Religion der Welt. Sie kennt weder einen Gründer noch einen Propheten. Der Hinduismus stammt aus Indien und basiert auf den heiligen Schriften der Veden und der Upanischaden, die keine verbindlichen Glaubenslehren darstellen.⁴⁷

Jeder Hindu wählt seinen Gott nach Kastenzugehörigkeit und ist diesem untertan, und durchwandert je nach seinen Taten die Welt als Tier, Mensch oder Gott.

⁴⁶ Vgl. Jens Schlieter: in Körtner U.H.J., Virt G., Von Engelhart D., Haslinger F. (Hrsg), Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen, Neukirchener Verlag, 2006, S 183 ff

⁴⁷ Vgl: G. Schmid & G.O. Schmid; Kirchen, Sekten, Religionen; TVZ Verlag, 2003

Dadurch, dass die Möglichkeit besteht, als Tier wieder geboren zu werden, ernähren sich viele Hindus vegetarisch und haben eine große Ehrfurcht vor Tieren.

Tod und Leben bilden einen ewig wiederkehrenden Kreislauf.

Hindus glauben, dass Schmerzen Schicksal (Karma) sind.

Die Familie nimmt auch bei den Hindus eine zentrale Rolle ein und daher ist der Informationsfluss an die Angehörigen wichtig. Oft beteiligt sich die Familie des Patienten auch an dessen Pflege.

Pflegepersonen sollten hinduistischen Patienten und dessen Verwandten menschlich gegen über treten. Die Anwesenheit der Bezugspersonen sollte möglich sein und es sollte Unterstützung bei den Sterberitualen (oft wird dem Sterbenden Wasser aus dem Ganges und Blätter des Tulosi Strauches oral verabreicht) angeboten werden.

Offiziell hat Indien, der Staat in dem die meisten Hindus leben, das Hirntodkonzept anerkannt. Dies steht zwar im Widerspruch zur Todesdefinition, welche besagt, dass ein Mensch erst als tot angesehen werden kann, wenn der Körper kalt ist, aber dennoch wird die Organspende als eine Opfergabe angesehen, die ein gutes Karma bewirken kann.

Da im Hinduismus nur die Seele als unsterblich gilt, wird der Körper lediglich als sterbliche und somit vergängliche Hülle angesehen. Daher steht der gläubige Hindu der Organspende positiv gegenüber, da er mit dieser die Möglichkeit hat, Leidenden zu helfen.⁴⁸

9. Seelsorge im Krankenhaus

Seelsorge im Krankenhaus richtet sich einerseits an Menschen und deren Angehörige, die durch die Auswirkungen einer Krankheit oder eines Unfalls in eine Krise geraten sind, andererseits an das in die Behandlung involvierte Personal, das durch seine Arbeit ebenfalls psychisch belastet sein kann.

⁴⁸ Vgl. Weiland S.; Wenn Wort fehlen Vom Umgang mit Trauernden, mvg Verlag, 2005, S. 302 ff

Die Hauptaufgabe besteht in der kompetenten Begleitung einzelner Patienten und dem Spenden von Trost in belastenden Situationen.

Hierbei ist es besonders wichtig, dass der Seelsorger eng mit dem Pflegepersonal und mit den betreuenden Ärzten zusammenarbeitet.

Die Seelsorge soll aber auch die Stellung der Patienten im klinischen Alltag stärken.⁴⁹

Die heutige Medizin, die auf Heilung und Rettung ausgerichtet ist, und in der der Tod als Versagen des betreuenden Personals gesehen wird, „kann dem Menschen allerdings in seinem Kranksein nicht gerecht werden“.⁵⁰

9.1 Krankenhausseelsorge im Wandel der Zeit

Im Laufe der Zeit haben die Krankenhäuser – und mit ihnen die Krankenhausseelsorge – einen Paradigmenwechsel erfahren.

Die ersten Hospitäler (ab dem 4. Jahrhundert) beriefen sich „auf die Anweisung Jesu, sich um die Kranken zu kümmern“.⁵¹

Im 12. und 13. Jahrhundert wurden in den Städten Spitäler errichtet, die im Laufe der Zeit in

- 1; Bürgerspitäler für Reiche
- 2; separate Spitäler für Mittellose,
- 3; Anstalten für Aussätzige und
- 4; Elendsherbergen

differenziert wurden.⁵²

Das Hauptziel war eine gute Pflege des Menschen. Es wurde kein Unterschied zwischen der Pflege, der medizinischen Behandlung und der Seelsorge gemacht.⁵³

⁴⁹ Vgl. Klessmann M. in: Klessmann M. (Hg.); Handbuch der Krankenhausseelsorge; Vandenhoeck & Ruprecht, 2008, S. 14ff

⁵⁰ Stulz, P., in Albisser R.; Loretan A.; (Hg.); Spitalsseelsorge im Wandel; Lit Verlag GmbH & Co. KG Wien, Zweigniederlassung Zürich; 2007; S.3

⁵¹ Haart, D.; Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus; Echter Verlag GmbH, Würzburg, 2007, S 61

⁵² Vgl. Haart, D.; Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus; Echter Verlag GmbH, Würzburg, 2007, S 61ff

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts setzte ein entscheidender Wandel ein, da die Medizin, die bis zu diesem Zeitpunkt durch ihre bescheidenen Kenntnisse eine untergeordnete Rolle einnahm, sehr große Fortschritte machte. „Die Pflege reduzierte sich auf einen Assistenzberuf“⁵⁴ und die Seelsorge wurde erst beigezogen, wenn Ärzte und Pflegende für den Patienten nichts mehr tun konnten.

Als 1980 die medizinische Ethik als wichtiger Teil in die Behandlungskonzepte eingegliedert wurde, rückte der Patient als Subjekt erneut in den Mittelpunkt. Gleichzeitig gewann die Seelsorge an Bedeutung.

Ende des 20. Jahrhunderts wurde den Krankenanstalten die wirtschaftliche Eigenverantwortung übertragen und die Anerkennung und das Interesse an der Krankenhausseelsorge wurden wieder gestärkt. In den meisten Kliniken wurden konfessionell neutral gestaltete Räume eingerichtet, die als „Raum der Stille“ gedacht waren.

9.2 Krankenhausseelsorge auf Intensivstationen

Intensivmedizinische Maßnahmen dienen dem Erhalt der gestörten oder ausgefallenen vitalen Organfunktionen.

Behandelt werden Patienten nach Organversagen, nach großen Operationen beziehungsweise nach Organtransplantationen.

Es steht daher die physische Gesamtsituation des Patienten und nicht dessen psychische Verfassung im Vordergrund der Behandlung.

Bei der seelsorgerischen Betreuung geht es auch beim Intensivpatienten um die Person an sich, um verbale und non - verbale Kommunikation und um Beziehung.⁵⁵

⁵³ Vgl. Haart, D.; Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus; Echter Verlag GmbH, Würzburg, 2007

⁵⁴ , Haart, D.; Seelsorge im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus; Echter Verlag GmbH, Würzburg, 2007, S 64

⁵⁵ Vgl. Peter Fror in: Klessmann M. (Hg.); Handbuch der Krankenhausseelsorge; Vandenhoeck & Ruprecht, 2008, S. 67ff

Die Seelsorge sollte somit die Situation erfassen und dem Patienten Unterstützung anbieten, ihn segnen und für ihn beziehungsweise mit ihm beten.

Seelsorge auf Intensivstationen ist auch eng mit der Seelsorge des Sterbens verbunden. Sie beinhaltet dafür Sorge zu tragen, dass aus dem Ableben ein humanes Sterben mit einem Maximum an menschlicher Zuwendung wird.

9.3 Krankenhauseelsorge bei Organspendern und deren Angehörigen

Ein Krankenhausaufenthalt stellt für viele Menschen eine Krise im Leben dar, in die auch die Familie und die dem Patienten nahe stehenden Personen mit einbezogen sind. Daher ist „Krankenhauseelsorge immer auch Familien- und Angehörigenseelsorge“⁵⁶

Zu Beginn der klinischen Seelsorgeausbildung war diese aus der Sicht des Seelsorgers linear, das heißt ausschließlich auf den Kranken gerichtet.

Nach der Einführung der Gruppenseelsorge wurde diese Zweierbeziehung hinterfragt und der Mensch als soziales Wesen in den Mittelpunkt des Interesses gestellt. Es entstanden somit wechselseitige Beziehungen zwischen dem Kranken, dessen Angehörigen und dem Seelsorger.

Neben der direkten Angehörigenseelsorge existieren aber noch vier weitere Erscheinungsformen:⁵⁷

- 1; Das Führen von Familiengesprächen ohne Familie (typische Fragestellung: Was hat Ihre Frau empfunden, als sie von ihrer Erkrankung erfuhr?)
- 2; Angehörigengespräch mit einem Arzt und einem Seelsorger
- 3; Peergroup Seelsorge: zum Beispiel: seelische Begleitung einer Zimmergemeinschaft
- 4; Gruppenarbeit mit Angehörigen: die Betreuung von Mitgliedern verschiedener Subsysteme in einer vergleichbaren Lebenssituation

⁵⁶ Hezser G. in Klessman M. (Hg.); Handbuch der Krankenhauseelsorge; Vandenhoeck & Ruprecht; 2008, S. 177

⁵⁷ Vgl. Gabor Hezser in: Klessman M. (Hg.); Handbuch der Krankenhauseelsorge; Vandenhoeck & Ruprecht; 2008, S. 184ff

9.4 Krankenhauseelsorge bei Mitarbeitern

Es ist wichtig, die Mitarbeiter zunächst kennen zu lernen und ihnen für ihre Arbeit Respekt auszusprechen, um einen Zugang zum Team finden zu können.

Das Angebot der Seelsorge für Mitarbeiter reicht von Vorträgen, Fallbesprechungen, der Möglichkeit zur Teilnahme an Sterbeseminaren sowie der persönlichen Betreuung.⁵⁸

10. Pflegerische Aspekte

10.1 Die Konfrontation der Pflegekräfte mit dem Hirntoten

Bei der Konfrontation der Pflegenden mit dem Hirntod muss zwischen drei Arten unterschieden werden:

- 1: Der Patient wird schon seit längerer Zeit auf der Intensivstation betreut und wird im Laufe seiner Erkrankung für hirntot erklärt.
- 2: Der Patient wird auf Grund einer Verletzung oder einer isolierten Hirnschädigung auf einer Intensivstation aufgenommen und es wird entweder sofort oder im Zuge der Behandlung die Diagnose „Hirntod“ gestellt.
- 3: Der Patient wird von einem anderen Krankenhaus ausschließlich zum Zweck der Organentnahme in ein Transplantationszentrum transferiert.

Die Betreuung der dritten Gruppe der Patienten wird als besonders schwierig angegeben, da noch keine persönliche Beziehung zum Patienten und seinen Angehörigen aufgebaut werden konnte. Die psychische Belastung bei der Betreuung von Organspendern hängt in der Regel von deren Alter und von der Liegedauer ab.⁵⁹

⁵⁸ Vgl: Walter Strohal in: Klessman M. (Hg.); Handbuch der Krankenhauseelsorge; Vandenhoeck & Ruprecht; 2008, S. 187ff

⁵⁹ Doris Dietmann in: H.W. Striebel, J. Link (Hg): Ich pflege Tote, Die andere Seite der Transplantationsmedizin; Recom Verlag 1991

10.2 Erscheinungsbild eines hirntoten Patienten

„Rein äußerlich unterschied sie sich nicht von den anderen Patienten, Sie war angeschlossen an ein Beatmungsgerät, und über einen Monitor wurden Blutdruck, Herzfrequenz und Körpertemperatur überwacht. Die Urinausscheidung wurde über einen liegenden Blasenkatheter kontrolliert...Sie lag ruhig und friedlich da..... – nur mit dem Unterschied, dass ihre Pupillen weit und entrundet waren. Bei Absaugen des Sekrets aus ihrer Lunge kam es zu keinem Hustenreflex.....⁶⁰.“

Diese wenigen Zeilen geben einen guten Gesamteindruck vom Erscheinungsbild eines hirntoten Patienten wieder.

Rein äußerlich findet man einen Körper vor, dem die klassischen Todeszeichen wie Leichenstarre, Leichenblässe, Leichenflecken und Unterkühlung fehlen und dessen Herz noch schlägt. Ist der Hirntod durch einen intrazerebrale Massenblutung eingetreten, sieht der Patient körperlich unversehrt aus. Dies erschwert den Angehörigen die Akzeptanz des Todes.

10.3 Pflege des hirntoten Patienten

„Die Ergebnisse all dieser Untersuchungen lauteten: Hirntod. Ich erinnere mich noch genau, wie ich Isabel trotzdem ansprach, sie bettete und andere pflegerische Tätigkeiten an ihr durchführte“⁶¹

Üblicherweise beschränkt sich die Behandlung und Pflege eines Patienten auf die Zeit, in der der Patient lebt. Nach dem Tod eines Patienten wird dessen Pflege und Behandlung eingestellt. Anders gestaltet sich der Sachverhalt bei hirntoten Patienten. Ihre Behandlung zielt nur mehr auf die Erhaltung der Organe für einen zukünftigen Empfänger ab. Nach der Feststellung des Hirntodes durch zwei klinisch – neurologische Untersuchungen, die EEG – Ableitungen, die Blutabnahmen und die apparativen Untersuchungen zur Sicherung und Dokumentation des irreversiblen Hirntodes muss der Ausfall der Gehirnfunktion, der auch einen

⁶⁰ Frank Spriwald in: H.W. Striebel, J. Link (Hg): Ich pflege Tote, Die andere Seite der Transplantationsmedizin; Recom Verlag 1991

⁶¹ Frank Spriwald in: H.W. Striebel, J. Link (Hg): Ich pflege Tote, Die andere Seite der Transplantationsmedizin; Recom Verlag 1991

Ausfall des Kreislaufsystems mit sich bringt, durch intensivste therapeutische Maßnahmen gestützt werden, um die Organdurchblutung sicher zu stellen. Weiters müssen Flüssigkeits- und Elektrolytersatz und kreislaufwirksame Medikamente verabreicht werden. Da der Patient nicht mehr in der Lage ist, eigenständig zu atmen, muss er maschinell beatmet werden. Eventuell auftretenden Temperaturabfällen muss durch eine geeignete Wärmezufuhr vorgebeugt werden, da sonst die Gefahr des Auftretens von Herzrhythmusstörungen gegeben ist.

Ein wichtiger Punkt ist auch die Körperpflege. Diese muss ebenso sorgfältig wie beim lebenden Patienten durchgeführt werden. Daher erfordert die Pflege eines hirntoten Patienten das gleiche Engagement wie die Pflege eines lebenden Patienten.

Die Pflege eines hirntoten Patienten endet für das Pflegepersonal der Intensivstation mit der Übergabe des Patienten an das Explantationsteam. Vor der Übergabe muss der Transport in den Operationssaal mit einer Transporteinheit - die eine netzunabhängige Strom- und Gasversorgung hat und mit Monitoren und einem Beatmungsgerät ausgestattet ist - organisiert werden. Auch muss die Blutbank verständigt werden, um die für die Organentnahme nötigen Blutkonserven bereitstellen zu können.

Probleme in der Pflege ergeben sich dadurch, dass sich der Hirntote - wie bereits unter Punkt 10.2 beschrieben wurde - ganz klar vom „Toten im klassischen Sinn“ unterscheidet. Die klassischen Todeszeichen, die das Totsein nach außen sichtbar machen ⁶² fehlen. Der hirntote Patient imponiert rosig, warm und vermittelt keinesfalls den Eindruck eines Toten.

Weiters erfährt das Pflegepersonal fast nie, ob die Transplantation erfolgreich war.

*„Das ist auch ein Punkt, der mich schon immer ein wenig traurig stimmte.
Man arbeitet stundenlang, um die Organfunktion eines Toten zu*

⁶²Vgl. Koch G.; Persönlichkeitsrechtsschutz bei der postmortalen Organentnahme zu Transplantationszwecken in Deutschland und Frankreich; Herbert Utz Verlag; 200; S 108

erhalten....Von der ganzen Arbeit ist nichts mehr zu sehen, und auch später erfolgt keine Meldung über den Transplantationserfolg“⁶³.

10.4 Spinale Reflexautomatismen beim hirntoten Patienten

Bei Hirntoten können gelegentlich Bewegungen der Extremitäten, wie zum Beispiel das Hochheben der Arme oder das Bewegen der Beine, beobachtet werden, die entweder spontan oder als Reaktion auf äußere Reize erfolgen. Diese Bewegungen erwecken den Anschein, als seien sie bewusst ausgeführt und werden somit seitens der Hirntodkritiker als Zeichen des Restlebens gewertet.

Es muss allerdings gesagt werden, dass diese Bewegungen ausschließlich reflektorisch sind⁶⁴, also vegetative Zeichen, die ohne eine Steuerung des Gehirns zu Stande kommen.

Durch den Ausfall der hemmenden Neuronen auf das Rückenmark kommt es zu einer Enthemmung spinaler Reflexschablonen und daher sind bewusste Handlungen nicht möglich.

Stellt man bei Hirntoten das Beatmungsgerät ab, kommt es zu einem Sauerstoffmangel, der einen Reiz der Neuronen im Rückenmark auslöst und so die Bewegungen ermöglicht.

10.5 Verbleibende Zellaktivität im Körper des hirntoten Patienten

Beim Eintritt des Todes, sowohl des Todes durch Stillstand der Hirndurchblutung als auch durch bei einem irreversiblen Herz – Kreislaufstillstand, sterben nicht alle Zellen und Zellverbände gleichzeitig ab. Es konnten viele Stunden nach Eintritt des Todes die Vitalität einzelner Zellen und bestimmter Rückenmarksreflexe nachgewiesen werden.⁶⁵ Beispielsweise kann bei männlichen Hirntoten gelegentlich eine Erektion beobachtet werden.

Die Zellen und Zellverbände sterben nach Stillstand der Hirndurchblutung bei künstlich aufrechterhaltenem Blutkreislauf in gleicher Weise wie beim

⁶³ Harald Petri in: H.W. Striebel, J. Link (Hg): Ich pflege Tote, Die andere Seite der Transplantationsmedizin; Recom Verlag 1991

⁶⁴Vgl. Koch G.; Persönlichkeitsrechtsschutz bei der postmortalen Organentnahme zu Transplantationszwecken in Deutschland und Frankreich; Herbert Utz Verlag; 200; S 106

⁶⁵ Oduncu F., in: Roxin, C., (Hg).; Handbuch des Medizinstrafrechts; Boorberg; 2007, S. 99

irreversiblen Herz – Kreislauf – Stillstand ab.⁶⁶ Dies ergibt sich aus der Beobachtung, dass Hirntote, bei denen die künstliche Beatmung eingestellt wird, bei der Sektion einen weiter fortgeschrittenen Zerfall der Zellen und Zellverbände zeigen, was beweist, dass bei eingetretenem Hirntod die Auflösung des Gehirns einsetzt und sich der Hirntote lediglich in einem rein vegetativen Zustand befindet.

10.6 Betreuung der Angehörigen

Wenn die Angehörigen erstmals vom Tod des geliebten Menschen informiert werden, reagieren sie mit tiefer Betroffenheit und Schock. Oft dringt die Tatsache nicht in das Bewusstsein vor, und kann daher nicht realisiert werden, da sie gerade jede Hoffnung verloren haben und mit dem Tod einer geliebten Person konfrontiert wurden. In dieser Situation sind sie auf Unterstützung und Begleitung angewiesen, zumal sie, wenn sie das Krankenhaus aufsuchen, auch eine – für sie meist – fremde Welt betreten.

Angehörige sind zu diesem Zeitpunkt mit ihren Ängsten meistens alleine und sind – geplagt von einer Unsicherheit – in ihren Erwartungen auf Heilung beziehungsweise Rehabilitation eingestellt.

Bei den Angehörigen von potentiellen Organspendern kommt erschwerend dazu, dass der Hirntod visuell nicht wahrnehmbar ist und sich der Hirntote nicht von den anderen Intensivpatienten unterscheidet. (Siehe Punkt 10.2 und 10.3)

Wenn der Hirntod eindeutig diagnostiziert ist und der Patient als Organspender in Frage kommt, werden in den meisten Fällen, auch wenn dies in Österreich auf Grund der vorherrschenden gesetzlichen Lage nicht verpflichtend ist, die Angehörigen in den Entscheidungsprozess eingegliedert. Hierbei ist es wichtig, dass die Frage nach der Organspende nicht gleichzeitig mit dem Überbringen der Todesnachricht gestellt wird.

⁶⁶ Vgl. Koch G.; Persönlichkeitsrechtsschutz bei der postmortalen Organentnahme zu Transplantationszwecken in Deutschland und Frankreich; Herbert Utz Verlag; 200; S 108

Die Angehörigen müssen Vertrauen in die Kompetenz des behandelnden Teams betreffend die Behandlung und die Todesfeststellung haben. Weiters muss klar vermittelt werden, dass ihre Entscheidung für oder gegen eine Organspende respektiert wird.

Die unterschiedlichen Perspektiven des medizinischen Personals und der Angehörigen erschweren die Kommunikation.

Es muss gesagt werden, dass es nach einer fehlgeschlagenen ersten Kommunikation fast unmöglich ist, wieder eine gemeinsame Gesprächsbasis zu finden, da das Vertrauen in die Kompetenz der Ärzte sowie in die Feststellung des Todes meist verloren gegangen ist.

Es ist daher wichtig, dass die Angehörigen von Hirntoten ausführlich über die infauste Prognose aufgeklärt werden. Dabei sollte die Tatsache klar formuliert und nicht umschrieben werden.

Es sollte auch hinterfragt werden, ob die Eindeutigkeit des Sachverhaltes verstanden wurde.

Den Angehörigen sollte Zeit für Fragen an das medizinische Personal und letztendlich für die Entscheidung gegeben werden. Allerdings darf in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben, dass die Angehörigen auch darüber aufgeklärt werden müssen, dass eine rasche Entscheidung sowohl dem Spender als auch in weitestem Sinne dem Empfänger dienlich ist.

Es ist Aufgabe des behandelnden Arztes, die Angehörigen über diesen Umstand zu informieren.

„Am zweiten Tag wurden die Eltern erneut ins Arztzimmer gebeten. ...zwei hilflose Menschen. Zwischen Hoffen und Bangen, mit nassen Augen und dicken, dunklen Augenrändern. Der Arzt teilte ihnen mit, dass ihre Tochter hirntot sei. Schweigen, entsetzte Blicke... und endlich das erlösende, schreiende Weinen.“⁶⁷

Da die Gespräche mit den Angehörigen oft zu großer Unsicherheit führen und emotional sehr belastend für das Personal sind, werden diese Situation

⁶⁷ Frank Spriewald in: H.W. Striebel, J. Link (Hg): Ich pflege Tote, Die andere Seite der Transplantationsmedizin; Recom Verlag 1991

gerne vermieden, es wird so zu sagen versucht, sich „ein Hintertürchen, einen Fluchtweg offen zu lassen“. Beispielsweise werden Gespräche zwischen „Tür und Angel“ geführt, das Personal lässt sich anfunken, oder es wird das Gespräch mit dem psychisch stabilsten Familienmitglied geführt, auch wenn dieses nicht der nächste Ansprechpartner ist.

In der Regel finden diese Aufklärungsgespräche ohne die Anwesenheit der Pflegepersonen statt; meist wird der Inhalt nur teilweise oder gar nicht an diese weitergegeben. Daher verhalten sich die meisten Krankenschwestern/-pfleger auf Nachfragen der Angehörigen zurückhaltend “⁶⁸

Es werden bei den Gesprächen auch oft medizinische Fachtermini verwendet, die von den Angehörigen meist nicht oder nur teilweise verstanden werden. So kann es vorkommen, dass sich die Angehörigen mit ihren Fragen an das pflegerische Personal wenden, das auf der Station tätig ist. Auch entstehen immer wieder Situationen, in denen das Pflegepersonal gebeten wird, seine eigene Meinung zum Thema „Hirntod und Organspende“ kund zu tun. Dies passiert, wenn Angehörige bemerken, dass das Pflegepersonal mit den hirntoten Patienten spricht.

11. Bisheriger Forschungsstand

Zum Thema „Weltreligionen“ gibt es zahlreiche Literatur, die sich mit dem Lebensanfang und dem Lebensende auseinandersetzt. Ich möchte an dieser Stelle auf zwei Bücher, die auch in meiner Literaturliste angeführt sind und die ich im Speziellen für die Bearbeitung der Thematik als besonders wichtig erachte, verweisen: „Lebensende und Lebensbeginn“ und „Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen“.

Weiters haben die Religionsgemeinschaften Stellungnahmen zum Thema Organspende abgegeben.

⁶⁸ Vgl. Doris Dietmann in: H.W. Striebel, J. Link (Hg): Ich pflege Tote, Die andere Seite der Transplantationsmedizin; Recom Verlag 1991

Auch zu den Themenschwerpunkten „Organspende“ und „hirntote Patienten“ konnten auf internationaler Ebene durchgeführte Untersuchungen evaluiert werden.

Die Literaturrecherche wurde allerdings auf englisch- und deutschsprachige Studien beschränkt.

Im deutschsprachigen Raum konnten drei relevante Studien gefunden werden. Die Studie von J. Conrad und M. Feuerhack (2002) beschäftigt sich mit der Situation der Pflege bei der Betreuung von hirntoten Patienten. Befragt wurden bei dieser Studie Pflegende. Ein wesentlicher Teil der Untersuchung ist der Umgang mit den Belastungen der Pflegenden, die Supervision, die Integration in das Lehrangebot und die Aus-, Fort- und Weiterbildung.

Im Jahr 2003 wurde die Studie von A. Kesselring und M. Kainz, in welcher sich ebenfalls die Erfahrungen von Pflegenden im Umgang mit hirntoten Patienten widerspiegeln, präsentiert.

2006 beschäftigte sich M. Hiemetzberger in einer Studie ebenfalls mit der Pflege hirntoter Menschen, räumt aber gleichzeitig der Angehörigenbetreuung sowie den emotionalen Belastungen und den Bewältigungsstrategien einen großen Raum ein.

Weiters konnte die Diplomarbeit von Frau Karoline Wheeler („Der Hirntod als Todeskonzeption“) und die Dissertation von Frau Annelies Fitzgerald („Hirntod und Organtransplantation“), die ebenfalls als Arbeitsgrundlage für die vorliegende Arbeit gedient haben, gefunden werden. Diese beschäftigen sich im Wesentlichen mit den pflegerischen und ethischen Aspekten des Transplantationswesens, dem Hirntodkonzept, den gesetzlichen Aspekten und mit den Belastungen der Pflegenden sowie den Bewältigungsstrategien.

F. A. Muthny, H. Smit und M. Molzahn dokumentierten im Rahmen eines Forschungsprojektes ärztliche Gespräche mit Angehörigen im Hirntod Verstorbener.⁶⁹

⁶⁹ Vgl. F.A. Muthny, H. Smit, M. Molzahn; Das Gespräch mit den Angehörigen plötzlich Verstorbener und die Bitte um Organspende; Intensivmedizin und Notfallmedizin; Steinkopff; Volume 41, Number 4/Mai 2004

All die genannten Arbeiten in Kombination mit der vorhandenen Literatur bilden die Basis für die Studie „Der Umgang der Pflegenden mit Angehörigen von hirntoten potentiellen Organspendern im Fokus verschiedener Religionen“.

11.1 Erleben der Pflege beim hirntoten Patienten

In allen drei relevanten Studien (J. Conrad und M. Feuerhack, A. Kesselring und M. Kainz und M. Hiemetzberger) wurde herausgefunden, dass das Hirntodkonzept von den in die Pflege involvierten Personen grundsätzlich akzeptiert wird. Auffallend ist es aber, dass die meisten Studienteilnehmer angaben, dass es ihnen schwer falle, ab der gestellten Diagnose „Hirntod“ den Menschen als Leiche zu betrachten und zu behandeln.

Es wird beschrieben, dass mit dem Patienten kommuniziert wird und er weiterhin so behandelt wird, wie er dies vor der Diagnose wurde.

M. Hiemetzberger beschreibt in ihrer Studie, dass der Übergang von der auf den Patienten fokussierten Pflege in die Pflege der Organe für viele Pflegekräfte eine extreme emotionale Herausforderung ist.⁷⁰

Die Spenderkonditionierung, also die Pflege, bei der die Erhaltung der Organe eines Spenders für einen Empfänger im Vordergrund steht, wird an sich als ein Aufwand beschrieben, der sich nicht wesentlich vom Aufwand der üblichen Intensivpflege unterscheidet, vor allem, weil einerseits die Mehrzahl der Organspender junge Menschen sind, die meistens organisch gesund sind, und auf Grund einer Hirnblutung oder einem Unfall dem Hirntod erlegen sind, und andererseits die Betreuung der Spender für das Pflegepersonal keinen Mehraufwand bedeutet, so fern er stabile Parameter aufweist.⁷¹

⁷⁰ Vgl. M. Hiemetzberger. Zwischen Leben und Tod – Pflegende als Grenzgänger, Facultas, 2006, S. 87

⁷¹ Vgl. M. Hiemetzberger. Zwischen Leben und Tod – Pflegende als Grenzgänger, Facultas, 2006, S. 84 ff

11.2 Betreuung der Angehörigen

In allen Studien wird von den Studienteilnehmern als größte Belastung der Umgang mit den Angehörigen angegeben.

J. Conrad und M. Feuerhack beschreiben in ihrer Untersuchung, dass sich die Mehrheit der Pflegenden von den Ärzten, die die Aufklärung der Angehörigen vornehmen, im Stich gelassen fühlt.⁷²

M. Hiemetzberger beschreibt, dass es für Pflegende schwer ist, den Angehörigen den Tod zu vermitteln, wenn dieser visuell nicht wahrnehmbar ist, und die Angehörigen – verunsichert durch diesen Anblick und Zustand – auf Lebenszeichen hoffen.

Weiters gibt M. Hiemetzberger an, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Pflegenden und Angehörigen gestört werden kann, (was auch in verbalen und körperlichen Entgleisungen münden kann) wenn die Angehörigen nicht ausreichende Erklärungen erhalten.⁷³

11.3 Einfluss der Religionen.

Eine Studie, die sich mit dem Einfluss der Weltreligionen auf die Angehörigenbetreuung im Falle einer Organspende auseinandersetzt, konnte weder im englisch- noch im deutschsprachigen Raum evaluiert werden.

⁷² Vgl. J. Conrad, M. Feuerhack,; Hirntod, Organtransplantation und Pflege. Mabuse Verlag, 2002, S. 110

⁷³ Vgl. M. Hiemetzberger. Zwischen Leben und Tod – Pflegende als Grenzgänger, Facultas, 2006, S. 107ff

III. Empirischer Teil der Arbeit

12. Qualitativer Forschungsansatz

Da sich diese Studie mit dem Umgang und der Pflege von hirntoten Organspendern der verschiedenen Konfessionen beschäftigt, eignet sich der qualitative Forschungsansatz zur Beantwortung der gestellten Forschungsfragen besonders gut, weil die Pflege und Betreuung von hirntoten Organspendern und deren Angehörigen nicht distanziert vom Pflegenden betrachtet werden kann. Es geht dabei um die Beschreibung etwas subjektiv Erlebtem beziehungsweise Erfahrenem.

Die qualitative Forschung zielt darauf ab, die Wirklichkeit der Betroffenen zu erfahren und herauszufinden, welche Relevanz diese für sie – im Fall dieser Studie für die in die Angehörigenbetreuung involvierten Pflegepersonen – hat.

Deshalb ist die qualitative Forschung induktiv; das heißt man versucht nicht über Gesetzmäßigkeiten, die sich bei einem Forschungsprojekt darstellen, allgemein gültige Aussagen zu kreieren, sondern sie hat die Theorieentwicklung zum Ziel.

Daher ist die Datenerhebung in der qualitativen Forschung offen, wobei sich diese Offenheit einerseits auf die Untersuchungspersonen und die Untersuchungssituationen, andererseits auf die Untersuchungsmethoden bezieht.⁷⁴

Das heißt, es werden nicht standardisierte beziehungsweise halb – standardisierte Erhebungsinstrumente angewandt.⁷⁵

Zur Messung der Qualität der Forschungsergebnisse wurden die sechs Gütekriterien qualitativer Forschung herangezogen:

1; Verfahrensangemessenheit

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung muss in der qualitativen Forschung spezifischer vorgegangen werden. Es muss genauestens

⁷⁴ Vgl. Hiemetzberger, M., Zwischen Leben und Tod – Pflegende als Grenzgänger, Facultas, 2006

⁷⁵ Vgl. Mayer, H., Pflegeforschung kennenlernen, Facultas, 2007, S. 68ff

dokumentiert werden, um die Nachvollziehbarkeit gewährleisten zu können.

2; Argumentative Interpretationsabsicherung

Obwohl sich Interpretationen nicht beweisen lassen, müssen sie dennoch mittels Argumentationen begründet werden. Die Interpretationen müssen auch in sich schlüssig sein.

3; Regelgeleitetheit

Qualitative Forschung muss in der Lage sein, vorab geplante Analyseschritte abzuändern, wenn dies zur Erhöhung des Wissens über den Forschungsgegenstand notwendig erscheint. Das Datenmaterial muss systematisch bearbeitet werden.

4; Nähe zum Gegenstand

Qualitative Forschung versucht die Lebenswelt der Betroffenen zu erforschen, um die konkreten sozialen Probleme dieser Gruppe aufzuzeigen.

5; Kommunikative Validierung

Die Ergebnisse und ihre Interpretation können überprüft werden, indem man sie den Interviewpartner nochmals vorlegt und diese sich erneut mit ihnen auseinandersetzen.

6; Triangulation

Bei der Triangulation wird versucht für eine Fragestellung unterschiedliche Lösungswege zu finden und die Ergebnisse miteinander zu vergleichen.⁷⁶

⁷⁶ Vgl. P. Mayring, Einführung in die Qualitative Sozialforschung, Beltz Verlag, 2002, S. 144 ff

13. Methode der Datenerhebung

Da die Studie das Ziel hatte, den Umgang der Pflegenden mit Angehörigen von hirntoten Organspendern im Fokus verschiedener Religionen darzustellen, und es zu diesem Phänomen bis dato wenig gesichertes Wissen gab, wurde als Methode der Datenerhebung das Experteninterview gewählt:

„Das Experteninterview ist eine gute Methode, um komplexe Wissensbestände zu erforschen und zu rekonstruieren“ (Mayer 2007, S. 183).

In einem Experteninterview werden Experten (Ich möchte denjenigen als Experten definieren, der auf Grund einer langjährigen Erfahrung in einem gewissen Bereich über bereichsspezifisches Wissen und Können verfügt) – im Fall dieser Studie Pflegepersonen, die bereits über Erfahrung in der Betreuung von Hirntoten und deren Angehörige verfügen – Fragen gestellt, die sie in einer selbst gewählten Terminologie beantworten können.

Da die Datenerhebung in der qualitativen Forschung offen ist - wie bereits in Punkt 12 erläutert - wurde von der Interviewerin ein semi – strukturierter Interviewleitfaden ausgearbeitet, der die Basis für ein geordnetes Gespräch war. Dieser enthielt keine klar definierten Antwortkategorien, wie es bei der quantitativen Datenerhebung üblich ist, sondern war eine hilfreiche Stütze für die Forscherin und stellte sicher, dass die Fragen, die zur Beantwortung der Forschungsfragen notwendig waren, hinreichend im Gespräch behandelt wurden. Der Leitfaden war dabei nicht als starres Instrument, sondern als Hilfe bei der Gesprächsführung zu sehen.

Im Gegensatz zu der quantitativen Datenerhebung, bei der es darum geht, die Häufigkeitsverteilung von sozialen Phänomenen durch die Befragung einer großen Anzahl von Personen zu messen, zählen die Experteninterviews zu den qualitativen Methoden der Datenerhebung.

Das Experteninterview, das wie jedes Interview eine soziale Interaktion zwischen fragender und befragter Person darstellt, bedarf sowohl bei der

Vorbereitung, als auch bei der Durchführung und Auswertung großer Sorgfalt. Es ist sinnvoll das Interview auf einen Tonträger aufzuzeichnen, wobei die aufgezeichneten Aussagen die erhobenen Daten darstellen.

Bei dieser Art der Befragung ist es zusätzlich von großer Wichtigkeit, dass dem Interviewer die Fachausdrücke und Grundaussagen des Fachgebietes geläufig sind.⁷⁷

*„Der Interviewer muss mit dem Untersuchungsgegenstand vertraut sein, ohne den Eindruck zu vermitteln, dass er bereits alles wüsste“.*⁷⁸

Beim Gespräch selbst sollten niemals zu viele Fragen auf einmal gestellt werden. Weiters ist es wichtig, darauf zu achten, die eigene Meinung nicht in das Gespräch mit einzubringen.

Es werden daher auf Basis des vorhandenen Wissens, welches sich der Interviewer durch das Literaturstudium aneignet, die abzufragenden Themenbereiche generiert.

13.1 Zugang zum Forschungsfeld

Nach einem ersten ausführlichen Gespräch mit Herrn Dr. Jomrich, einem der Transplantationskoordinatoren im Allgemeinen Krankenhaus Wien, wurde der Leiter der Teilunternehmung Allgemeines Krankenhaus Wien, Herr Univ. Prof. Dr. Krepler, über die geplante Forschungsarbeit in Kenntnis gesetzt und um Erlaubnis zur Durchführung gebeten.

In weiterer Folge wurde mit der Pflegeleitung der in Frage kommenden Stationen des Allgemeinen Krankenhauses Kontakt aufgenommen, sie wurde über das Forschungsprojekt und dessen Ablauf informiert und um ihre Mithilfe gebeten.

Den Stationsführenden Pflegepersonen wurde eine schriftliche Information übermittelt.

In einem ersten Gespräch wurde das Stationsführende Pflegepersonal über die vorhandene Genehmigung informiert und es wurden die in Frage

⁷⁷ Vgl. Lamnek; Qualitative Sozialforschung; Band 1 Methodologie; Beltz Verlag; 1995
sowie Lamnek; Qualitative Sozialforschung; Band 2 Methoden und Techniken; Beltz Verlag; 1995

⁷⁸ Mayer, H.; Pflegeforschung anwenden, Facultas, 2007, S. 184

kommenden Interviewpartner rekrutiert. Dieses Vorgehen diene dazu, Interviewpartner für die Studie zu finden und in die Studie mit ein zu beziehen, die bereits Organspender unterschiedlicher Konfessionen betreut hatten.

Nachdem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stationen ihr Interesse bezüglich der Mitarbeit an dem Forschungsprojekt bekundet und ihre Einwilligung dazu erteilt hatten, wurde mit jedem Interviewpartner ein Interviewtermin vereinbart.

13.2 Stichprobe

Bei der Zusammensetzung der Stichprobe gelten die Grundsätze des „theoretical samplings“, das heißt die Interviewpartner werden in einer Art und Weise ausgewählt, dass sie den theoretischen Überlegungen und der Fragestellung angepasst sind.

Es wurden für diese Studie Interviews mit neun Pflegepersonen geführt, wobei das Alter der Befragten zwischen 27 und 49 Jahren lag. Interviewt wurden sieben weibliche und zwei männliche Personen.

Sieben der befragten Personen waren Christen, 2 Moslems, wobei unter den Christen lediglich drei Interviewpartner angaben, ihren Glauben zu praktizieren, während beide Moslems streng gläubig waren.

Alle Befragten waren zum Zeitpunkt der Studie bereits über 2 Jahre in intensivmedizinischen Bereichen tätig und hatten bereits hirntote Patienten gepflegt. Somit waren sie auch im Umgang mit Angehörigen vertraut.

13.3 Untersuchungsablauf

Mit den Pflegepersonen, die ihr Interesse an der Teilnahme bekundet hatten, wurde telefonisch ein Termin für das Interview vereinbart.

Die Befragung jeder einzelnen Person fand aus Gründen der Einfachheit in einem Besprechungszimmer an der jeweiligen Station statt, wobei Sorge

getragen wurde, dass während des Interviews keine störenden Einflüsse wie Telefonate und Zugang in das Zimmer durch andere Personen stattfanden.

Nach der Begrüßung wurde den zu interviewenden Personen Anonymität zugesichert und sie wurden darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Teilnahme am Interview absolut freiwillig ist und dass ein Ausstieg aus dem Interview selbstverständlich jederzeit möglich sei.

Es wurde die voraussichtliche Dauer des Interviews besprochen und die Interviewpartner wurden darüber informiert, dass das Gespräch aus Gründen der Nachvollziehbarkeit mittels eines Tonbandes aufgezeichnet werde.

Im Anschluss daran wurden die Gesprächspartner um Unterfertigung der Einverständniserklärung ersucht.

Nach Beendigung des Interviews wurde den Gesprächspartnern Dank ausgesprochen und es wurde ihnen angeboten, dass sich die Forscherin nach der Defensio der Arbeit mit ihnen in Verbindung setzt, um die Arbeit zugänglich zu machen, wenn dies von den Befragten gewünscht werde.

13. 4 Interview

Das problemzentrierte Interview, das bei qualitativen Forschungsprojekten häufig eingesetzt wird, da es die Erlebnis- und Gefühlswelt der Betroffenen zum Ausdruck bringt, war auch die Basis für die vorliegende Studie. Um einen möglichst genauen Einblick in das Forschungsfeld zu bekommen, ohne den Gesprächspartner zu beeinflussen, wurde ein semi – strukturiertes Interview geführt, dessen Basis ein Interviewleitfaden war.⁷⁹ Die Problemstellung wurde vor Durchführung der Gespräche vom Interviewer analysiert, mit Erarbeitung von Aspekten, die in einem Interviewleitfaden zusammengestellt wurden. Dieser Leitfaden bildete die Gesprächsbasis, wobei die Aspekte flexibel, das heißt zu jenem Zeitpunkt angesprochen wurden, der für den Gesprächsverlauf am geeignetsten erschien.

⁷⁹ Vgl. Mayer, H., Pflegeforschung anwenden, Facultas, 2007 S 173ff

Die drei Grundgedanken des problemzentrierten Interviews sind laut A. Witzel:

1. Die Problemzentrierung, bei der der Forscher konkrete gesellschaftliche Probleme untersucht, welche er vor der Durchführung der Interviews analysiert.
2. Die Gegenstandsorientierung, die besagt, dass der Forscher sich methodisch unbedarft in sein Feld begibt.
3. Die Prozessorientierung, bei der es um eine flexible Analyse des Problemfeldes geht .

Von besonderer Wichtigkeit ist bei problemzentrierten Interviews die Offenheit, die sich darin spiegelt, dass die interviewte Person ohne Vorgabe von Antwortalternativen antworten kann.⁸⁰ Dadurch erhält man eher vollständige Informationen über die Sicht der Gesprächspartner als bei einer Befragung mit vorgegebenen Antwortkategorien.

Dadurch, dass die Interviewsituation an eine Unterhaltung im Alltag erinnert, ist die Motivation der Teilnehmer, sich an der Studie zu beteiligen deutlich erhöht.

13.4.1 Erstellung des Interviewleitfadens

Bei der Erstellung des semi - strukturierten Interviewleitfadens hat sich die Forscherin zunächst mit dem Fachgebiet, insbesondere mit den Fachtermini, auseinander gesetzt. Bei Erstellung des Interviewleitfadens stützte sie sich auf die vorhandene Literatur und führte ein exploratives Interview mit einem der Transplantationskoordinatoren des Allgemeinen Krankenhauses, um sich als Laie in das Sachgebiet einführen zu lassen. Dieses Gespräch war bei der Erstellung der Fragen und des konkreten Konzeptes sehr hilfreich.

Nachdem die Fragestellungen entworfen waren, wurden Überlegungen angestellt, welche der von den Stationen genannten Personen über das meiste Wissen verfügen könnten, um die Fragen beantworten zu können.

⁸⁰ Vgl. Mayring, P., Einführung in die Qualitative Sozialforschung S. 67 ff

Basierend auf diesem Wissen wurde mit der Entwicklung des Leitfadens begonnen, der wie folgt eingeteilt wurde:

- Einstiegsfragen, Begrüßung und Abwicklung der formalen Angelegenheiten (Einverständniserklärung)
- Hauptteil mit den Fragen bzw. Themenbereichen
- Abschluss und Dank

Mit dem ersten Entwurf dieses Interviewleitfadens, der als Gedächtnisstütze bei der Interviewführung dienen sollte, wurde ein Probeinterview mit einer Pflegeperson durchgeführt, um bestehende Unklarheiten im Gespräch klären zu können.

Nach einer weiteren Überarbeitung und Besprechung mit einigen Studienkolleginnen und Studienkollegen kam der Interviewleitfaden in die bestehende und auch letztendlich verwendete Form.

13.4.2 Gestaltung der Fragen

Die Leitfrage des Interviews wurde sehr offen und narrativ gewählt, um den Interviewpartner auf das folgende Gespräch einzustimmen. Dadurch konnte eine gewisse Vertrauensbasis zwischen Interviewer und befragter Person hergestellt werden, die das weitere Gespräch positiv beeinflusste.

Auch wurde in weiterer Folge darauf geachtet, dass der Gesprächsstil narrativ blieb und keine suggestierenden Fragen seitens der Interviewerin enthielt.

14. Methode der Datenausarbeitung

Die Daten, die bei den Interviews auf ein Tonband aufgenommen wurden, sind in weiterer Folge wörtlich transkribiert worden.

Da das Lesen der wörtlichen Transkription anstrengend ist, wurde der Text in ein Schriftdeutsch übertragen, dialektische Ausdrucksweisen wurden richtig gestellt und Satzbaufehler behoben. Durch Sonderzeichen wurden

Auffälligkeiten der Sprache wie Betonungen, Pausen, Lachen usw. registriert.⁸¹

Anschließend wurde der Text Zeile für Zeile nummeriert, um eine leichtere Auffindbarkeit von Textpassagen zu gewährleisten. Um die zugesicherte Anonymität bewahren zu können, wurden auch die im Text erwähnten Personen und Orte kodiert⁸²

Im Anschluss daran erfolgte die eigentliche Datenauswertung nach der Inhaltsanalyse nach Mayring, einem streng methodisch kontrollierten, interpretativ - reduktivem Verfahren, welches das Datenmaterial schrittweise analysiert und vereinfacht.

Das Datenmaterial wurde derart reduziert, dass der wesentliche Inhalt erhalten blieb, das Abbild des Datengrundmaterials durch die Abstraktion aber dennoch bewahrt werden konnte.

Nach mehrmaligem Lesen der Transkripte wurden die zur Beantwortung der Forschungsfragen zentralen Textpassagen farblich markiert und Kategorien zugeordnet, welche im Laufe des Ausarbeitungsprozesses immer wieder adaptiert und differenziert wurden. So war es möglich, die Daten und Kategorien auch untereinander zu „vernetzen“.⁸³

15. Ergebnisse

In dem Kapitel „Ergebnisse“ werden die Aussagen der Pflegepersonen, die in den Interviews getätigt wurden, wieder gegeben.

Nach der Auswertung der Gespräche wurden die Ergebnisse in Sinn zusammen hängenden Gruppen dargestellt, welche durch Aussagen aus den Interviews verdeutlicht werden.

Im Anschluss an jedes Thema erfolgt eine Diskussion im Kontext mit der vorhandenen Literatur.

⁸¹ Vgl. Mayring, P., Einführung in die Qualitative Sozialforschung S. 85 ff

⁸² Vgl. Mayer, H. Pflegeforschung anwenden, Facultas 2007 S. 240

⁸³ Vgl. Mayer, H. Pflegeforschung anwenden, Facultas 2007 S. 242 ff

Weiters wurde – aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit - der für das Thema relevante Ausblick gleich nach der Diskussion dargestellt.

15.1 Pflege des hirntoten Patienten

Obwohl die spezifische Pflege hirntoter Patienten in der Studie von M. Hiemetzberger bereits beschrieben wurde, möchte ich an dieser Stelle dennoch kurz darauf eingehen, weil die Pflege an sich mit der Forschungsfrage in engem Kontext zu sehen ist.

„Die Ergebnisse all dieser Untersuchungen lauteten: Hirntod. Ich erinnere mich noch genau, wie ich Isabel trotzdem ansprach, sie bettete und andere pflegerische Tätigkeiten an ihr durchführte.“⁸⁴

Ich denke, dass diese wenigen Zeilen, die auch bereits unter Punkt 10.3 genannt wurden, einen guten Gesamteindruck vom Erleben der Pflege in der Situation des Hirntods geben.

Die meisten interviewten Pflegepersonen gaben an, dass die Pflege hirntoter Patienten für sie kein fach-spezifisches Problem darstelle, da sie sich eigentlich nur unwesentlich von der Pflege intensivpflichtiger Patienten unterscheidet.

„Eigentlich ist es für mich egal, ob ich einen normalen Intensivpatienten betreue oder eben einen Organspender. Das macht für die Pflege keinen Unterschied. Ich mein`, wir pflegen ihn, er wird ernährt, und gelagert...ja eigentlich ist fast alles so wie bei den normalen Patienten. Ich rede auch mit denen wie mit den anderen, da agier` ich nicht anders. Und ich erklär` ihnen halt auch, was ich grad `tu`. Am Anfang bin ich mir da irgendwie blöd vorgekommen, aber es ist halt so, anders kann ich das nicht.“

Es wird auch angegeben, dass die Pflege auf Grund der Tatsache, dass es sich überwiegend um jüngere Patienten handelt, eher einfach ist.

⁸⁴ Frank Spriewald in: H.W. Striebel, J. Link (Hg): Ich pflege Tote, Die andere Seite der Transplantationsmedizin; Recom Verlag 1991

„Die meisten Organspender sind ja noch jünger. Oft sind es Motorradfahrer. Das macht die Pflege einfacher. Ich mein..., die Pflege von einem jungen Patienten mit sonst gesunden Organen ist halt doch einfacher, als die von einem alten Menschen mit ...zig chronischen Erkrankungen. Außerdem...lange sind sie ja nie bei uns.““

Ein Problem, das von der Mehrzahl der Pflegenden angegeben wurde, ist die Erkenntnis, dass nur mehr Organ protektiv gehandelt wird, also nicht mehr der Mensch, sondern lediglich seine verwertbaren Organe im Vordergrund stehen.

„Das Komische ist, dass man eigentlich nur mehr Organe pflegt. Das wollen halt die Ärzte so, und ja, ich weiß, das ist auch so notwendig, aber das ist schwierig, weil Pflege ist ja doch immer was Großes, ...also ich mein, was Ganzheitliches. Und das ist halt bei diesen Patienten nicht mehr so. Um mein Gewissen ein bisschen zu beschwichtigen, rede ich mit den Spendern. Das bin ich mir und denen ganz einfach schuldig.“

Zwei der befragten Pflegepersonen gaben an, mit ihrer Arbeit am Patienten - aus einer tiefen Achtung heraus - diesem noch einen letzten „Liebesdienst“ erweisen zu wollen.

„Ich möchte gerade diese Leute besonders gut pflegen. Ich mein, sie tun ja auch was Gutes. Sie helfen mit ihrer Spende einem...oder mehreren Leuten, die ohne sie sterben würden. Und daher habe ich große Achtung vor ihnen. Ja, wirklich, ich schätz das so sehr, weil ich würde das niemals tun.“

Ich denke mir, dass ich das, was ich noch tun kann,...ihnen mit einer großartigen Pflege danken,...und dafür gehört für mich nicht nur die Spenderkonditionierung, sondern halt auch ein nettes Wort, eine liebevolle Geste. Ich glaube, dass ich mit diesen (Patienten) mehr Zeit verbringe, als mit den anderen Intensivpatienten.

Nicht unwesentlich ist zu erwähnen, dass alle Pflegepersonen im Allgemeinen Krankenhaus sich freiwillig für oder gegen die Betreuung von potentiellen Organspendern entscheiden.

„Wir müssen diese Patienten ja nicht pflegen. Ich mein`, bei uns wird jeder gefragt, ob er das möchte, und das ist auch OK so, weil wenn du das von Grund aus ablehnst, dann solltest du es besser sein lassen, da hat keiner was davon...“

15.1.1 Diskussion

Die Pflege hirntoter Patienten wird von allen befragten Pflegekräften derart beschrieben, dass der körperliche Pflegeaufwand sich nur unwesentlich von dem anderer intensivpflichtiger Patienten unterscheidet.

Die Pflege an sich wird sogar als „einfach“ beschrieben, da es sich überwiegend um jüngere Patienten handelt, die nach einem Unfall beziehungsweise mit einer schweren cerebralen Läsion eingeliefert werden. Diese Forschungsergebnisse stehen im Einklang mit den Ergebnissen, die von M. Hiemetzberger in ihrer Studie beschreiben wurden.⁸⁵

Emotionale Probleme beziehungsweise Unsicherheiten geben lediglich zwei der befragten Interviewpartner an. Dies steht zwar in krassem Widerspruch zu den internationalen Studien, in denen Pflegenden angeben, mit der Situation der Pflege überfordert zu sein, dürfte allerdings mit dem Phänomen erklärbar sein, dass sich Pflegekräfte im Allgemeinen Krankenhaus freiwillig für Betreuung von Organspendern entscheiden.

Probleme ergeben sich allerdings durch die sogenannte Senderkonditionierung. Die Tatsache die Funktion der Organe eines toten Patienten so lange aufrecht zu halten, bis für diese ein geeigneter Empfänger gefunden wird, stellt fünf der befragten Personen vor Probleme, da die Pflege von Toten beziehungsweise die Pflege von Organen nicht mit der Pflegeethik in Einklang zu bringen ist.

⁸⁵ Vgl. Kapitel 11.1

Alle fünf Personen gaben an, dass es für sie „moralisch verwerflich“ sei in die Pflege eines Toten derart viel Zeit zu investieren, die bei der Betreuung anderer Intensivpatienten mit einer realen Überlebenschance fehle.

Auch hier konnten die Forschungsergebnisse der Studien, die bereits unter dem Punkt 11.1 genannt wurden, bestätigt werden.

15.1.2 Ausblick

Wahrscheinlich ist es nicht möglich, die psychischen Probleme bei der Organ protektiven Pflege lösen zu können. Wenn man allerdings die Ausbildung derart modifiziert, dass das Bewusstsein für die Wichtigkeit dieser Art der Pflege (die in den nächsten Jahren durch den unaufhaltbaren Fortschritt der Medizin weiter an Bedeutung gewinnen wird) gestärkt wird, könnte man eventuell erreichen, dass Pflegenden zwischen der Betreuung Hirntoter und anderer Intensivpatienten keinen, beziehungsweise lediglich einen geringen Unterschied machen.

Auch weiterführende Ausbildungen im internen und externen Bereich sowie Angebote gezielter psychologischer Betreuungen im Zusammenhang mit der Pflege von Spendern könnten zu einer höheren Akzeptanz der Spenderkonditionierung führen.

Weiters wäre es interessant, der Frage nachzugehen, ob Pflegepersonen, die freiwillig Hirntote pflegen, eine andere Einstellung zu dieser Thematik haben als jene, bei denen im klinischen Alltag jederzeit die Möglichkeit besteht mit dem Thema konfrontiert zu werden, ohne sich davon distanzieren zu können.

15.2 Angehörigenbetreuung

Die Betreuung der Angehörigen wird von allen Pflegepersonen als extrem belastend angegeben. Da die Gründe dafür vielfältig sind, werden auch diese in Sinn zusammen hängenden Gruppen zusammengefasst und dargestellt.

➤ Der Umgang der Angehörigen mit der Situation

Die Unfähigkeit der Angehörigen mit der Situation umzugehen, sie bewusst wahrzunehmen, ist eines dieser Probleme. Diese resultiert daraus, dass die Angehörigen meistens unerwartet mit dem Ereignis konfrontiert werden und sich nicht auf den Tod des Angehörigen vorbereiten können.

„Wie oft habe ich schon die gleiche Szene erlebt? Da sitzen die Angehörigen da und starren vor sich hin...vor kurzem haben sie einen Anruf bekommen, das sie ins Krankenhaus kommen sollen. Und nun sitzen sie da...ihre Gesichter sind eigentlich immer gleich, wie Masken, erstarrt... so eine Mischung aus Nicht – Wahrhaben – Wollen und Fassungslosigkeit!“. Ich glaube, so eine Situation kann man auch schwer begreifen. Auf so was ist ja keiner vorbereitet. Wer denkt schon über den Tod nach.“

Erschwerend wird das Arbeiten in Situationen angegeben, wenn es sich beim Spender um ein Kind beziehungsweise einen Jugendlichen handelt. Pflegende fühlen gegenüber den Eltern eine Hilflosigkeit, eine Machtlosigkeit, und zumeist eine Verbundenheit. Zwei der befragten Pflegenden, die bereits Kinder betreut hatten, gaben an, mit der Situation überfordert gewesen zu sein. Eine Pflegeperson teilte im Interview mit, dass sie versucht habe, den Kontakt mit den Eltern aus Gründen des Selbstschutzes möglichst gering zu halten, was sie bis heute bereue.

„Am Ärgsten ist es, wenn du ein Kind hast, da krieg ich immer wieder die Panik. Ich denk mir dann, stell dir vor, das ist deines. Da krieg ich Gänsehaut, allein bei dem Gedanken. Ich kann den Eltern kaum in die Augen schauen, so weh tut mir das. Wie ungerecht und gemein.“

Eine andere Pflegekraft gab an, das Gespräch mit den Eltern bewusst und intensiv gesucht zu haben, da sie glaubte, den Verwandten in dieser Situation eine große Stütze sein zu können.

„Da waren die Eltern des Mädchens, das sehr hohen Zucker hatte. Leider hatte man den nie erkannt und so starb sie. Die Eltern waren sehr religiös und haben – nachdem die Ärzte sie gefragt haben, ob sie mit einer Organspende einverstanden wären, 4 Tage für die Entscheidung gebraucht. Das war fürchterlich. Ja, sie haben zugestimmt und ich glaube für sie war es der richtige Weg. Sie (Anmerkung: Die Patientin) war so jung, sie hatte noch alles vor sich. Wie oft habe ich mit ihnen (Anmerkung: den Eltern) geredet, ... ich glaube es hat ihnen geholfen.““

Im Zusammenhang mit dem Tod des Patienten wird auch immer wieder angegeben, dass ein würdevolles Sterben nicht möglich ist, sei es durch strukturelle Gegebenheiten oder durch die vorhandenen Zeitressourcen. Allerdings ist allen befragten Personen bewusst, dass ein Auseinandersetzen mit dem Tod des Angehörigen und eine würdevolle Verabschiedung abseits der Klinikatmosphäre wünschenswert und anstrebenswert wären.

„Mir tun die Angehörigen immer Leid. Bei den anderen Patienten zeichnet sich der Tod ja meistens ab und da können wir uns und die Angehörigen ein bisserl darauf vorbereiten. Da wird dann auch versucht, wenn es möglich ist, den Patienten und die Verwandten von den anderen Patienten zu trennen und dann ist das schon anders. Also nicht wie zu Hause, glaub ich, aber doch...besser. Aber bei den Organspendern geht das halt nicht, die bleiben bis zum bitteren Ende bei uns, und dann geht` s halt ab in den OP. ...und diese Türe bleibt für die Angehörigen zu. Bei denen sind die Trauerphasen verschoben.“

„Viele sagen uns, sie wollen sich noch verabschieden, bevor es in den OP geht, aber ist das wirklich eine Verabschiedung. Ich möchte das bei meinen Verwandten nicht. Das ist schon brutal. Die gehen oft mit bis zum OP, streicheln den Menschen noch mal und das war` s dann....“

Besonders schwierig ist die Situation für die Pflegenden, wenn seitens der Angehörigen ein massiver Widerstand gegen die geplante Organentnahme

zu erwarten ist. Wenngleich die rechtliche Situation in Österreich eine Organentnahme auch gegen den Widerstand der Angehörigen zulässt, wird im Allgemeinen Krankenhaus auf deren Wünsche Bedacht genommen, wenn der Verstorbene nicht zu Lebzeiten bereits eine Willenserklärung abgegeben hat.

„Ich erinnere mich noch genau an einen Fall, der war wirklich arg. Da war diese Frau...eine Muslimin, deren Mann gerade nach einem LKW Unfall eingeliefert wurde. Ich weiß gar nicht, was die Rettungsleute der gesagt haben...die hat geglaubt, die Verletzungen sind nicht so schlimm und das wird schon wieder. Wie sie ihren Mann dann gesehen hat, und die Ärzte mit ihr gesprochen haben, hat sie, glaub ich, begriffen. Und dann kamen auch schon die Verwandten. Kinder, Tanten und was weiß ich wer sonst noch...Ich glaub, da waren dann an die 40 Personen am Gang. Die alle geweint haben und geschrien...

Die Ärzte haben dann kurz später gefragt, ob sie einer Organspende zustimmen würde, aber das kam für die Frau gar nicht in Frage. Ich mein allein entscheiden konnte sie eh nicht, da war so ein Tumult um sie herum...

Und dann wurden wir bedroht...da haben sie (Anmerkung: die Ärzte) es sein lassen.“

Die Auswertung der Gespräche zeigte, dass es in Einzelfällen vorkommt, dass ein Patient zu Lebzeiten verfügt hat, dass er einer Organspende zustimmt, ein entsprechendes Dokument auch bei seinen Unterlagen gefunden wird, und die Angehörigen dennoch gegen die Explantation sind. In diesem Fall kann auf die Wünsche der Angehörigen nicht eingegangen werden, da der Wille des Patienten über dem Willen seiner Angehörigen angesiedelt ist.

„Einmal ist es auch schon passiert, dass wir einen Zettel gefunden haben, wo sie (Anmerkung: die Verstorbene) geschrieben hat, dass sie im Ernstfall ihre Organe spendet. Und wie wir das dem Mann von der Verstorbenen gesagt haben, hat er gemeint, das stimmt ja gar nicht, das

ham` wir erfunden. Natürlich haben sie (Anmerkung: die Ärzte) die Organe entnommen, weil es ja auch ihr Wunsch war.“

Oft stehen die Angehörigen, wenn das erste Mal die Frage nach einer Organspende an sie herangetragen wird, dieser sehr ablehnend gegenüber, wobei die Ursachen hierbei vielfältig sind.

Die Gründe, warum sich Angehörige gegen eine Organspende aussprechen, wurden von den Pflegenden wie folgt angegeben:

- ✓ Angst vor lebensverlängernden Maßnahmen

„Da war die Mutter, die am Bett ihres verunfallten Jungen saß und die Tragweite noch gar nicht begreifen konnte. Und da kam plötzlich der Arzt, kurz angebunden war er, und fragte sie, ob sie sich eine Organspende vorstellen könnte. Sie sagte „Nein, das käme nicht in Frage“,...worauf er ihr antwortete, dass ihr Sohn ja eh tot sei, und wenn sie nicht zustimme, dann müsse ein weiteres Kind sterben....

Sie hat letztendlich eingewilligt. Sehr viel später habe ich sie zufällig wieder gesehen. Sie hat gesagt, sie kann es sich nicht verzeihen, ihren Sohn denen (Anmerkung: gemeint ist das Explantationsteam) überlassen zu haben. Und sie hat noch gesagt,.....wer weiß, vielleicht hätte er gar nicht so lange leiden müssen, wenn ich dem (Anmerkung: der Organentnahme) nicht zugestimmt hätte.““

- ✓ Angst, dass Maschinen schneller abgestellt werden könnten, da die Organe benötigt werden

„Eine Frau meinte einmal, dass es generell schon OK sei, wenn man ihrem Gatten das Herz entnehme, aber sie wollte ganz sicher gehen, dass man die Maschinen nicht früher abstelle, als notwendig...also, dass das mit ihrem Mann nicht doch gut gehen könnte, und man bringt ihn damit um.“

- ✓ Angst davor, dass der Körper nicht unversehrt bleibt

„Eine Frau hat mir mal gesagt, sie findet es so furchtbar, wenn man so zerstückelt wird. Wie bei einem Schlachthof, zerteilt und verteilt...das mochte sie ihrem Mann nicht antun.“

- ✓ Angst davor, ob man in dieser Situation wirklich befähigt ist, eine Entscheidung im Sinne des Verstorbenen zu treffen

„Wissen Sie, wenn die Leute nix dabei haben, und wir nicht wissen, ob sie das (Anmerkung: die Organentnahme) auch wollen, dann find` ich gehören die Angehörigen gar nicht gefragt. ...Ich mein`, die sind eh kaum in der Lage zu denken, und dann fragt man sie auch noch so was...Ich glaub`, da ist keiner fähig, eine Entscheidung zu treffen. Dazu noch unter dem Zeitdruck...“

- ✓ Angst davor, ob der Verstorbene auch wirklich tot ist und bei dem Eingriff nichts spürt

„Oft fragen uns die Leute, ob der eh tot ist, oder nichts mehr spürt. Die Fragen mag ich nicht, das ist immer schwer. Irgendwie weiß ich ja, die sind tot...aber...es ist halt komisch, ich mag das nicht.“

- ✓ Unmöglichkeit der Begleitung im Sterbeprozess

„Ein Mann sagte mir einmal, dass er nicht wolle, dass seine Freundin zum Ersatzteillager wird und überall verteilt wird. Er hatte eine furchtbare Angst davor, dass man mit ihr nicht würdevoll umgehen würde. Daher war er total ablehnend. Er hat auch immer wieder betont, dass er ihr immer versprochen hatte, bis zuletzt bei ihr zu sein, wenn es mal so weit sein würde.“

- ✓ Unmöglichkeit, die wahre Todesursache des Verstorbenen zu erfahren

„Die Frau des Patienten, ...der war noch sehr jung, so um die dreißig, hat den Ärzten gesagt, dass sie keine Entnahme wolle, da sie unbedingt die Todesursache wissen will. Der (Anmerkung: der Ehemann) ist in der Firma ganz einfach umgekippt und wurde erst sehr viel später vom Notarzt reanimiert.“

Wenn Angehörige allerdings genug Zeit zum Überlegen bekommen und sich das betreuende Personal mit ihren Fragen und Unsicherheiten auseinandersetzt, willigen viele schlussendlich in die Organentnahme ein.

Für Pflegende ist die Situation der derzeit gültigen Gesetzeslage in Österreich schwierig. Einerseits erlaubt der Gesetzgeber eine Organentnahme in jedem Fall, wo kein Widerspruch abgegeben wurde, andererseits wird diese für den Empfänger günstige Ausgangslage umgangen, da die Angehörigen in die Entscheidung mit einbezogen werden, wenn der Hirntote zu Lebzeiten keinen Widerspruch abgegeben hat. Es entsteht daraus ein Gefühl der mangelnden Fairness gegenüber dem Empfänger trotz einer für diesen günstigen Ausgangssituation.

„Ich weiß nicht warum die (Anmerkung: die Ärzte) immer die Angehörigen fragen. Müsste man doch gar nicht. Ich mein`, eigentlich kann man davon ausgehen, dass sich jeder Mensch zu Lebzeiten dafür oder dagegen entscheiden kann. Hat ja auch keinen Widerspruch abgegeben. Ich tu` mir schwer damit....und wenn man erst gar nicht fragt, dann ersparn` wir (Anmerkung: die Pflegenden) uns die ganze Rederei mit den Angehörigen. Und unfair gegenüber dem Empfänger ist das auch, der wartet ja schließlich darauf.“

Auch haben Pflegepersonen nach der Explantation keine Kontakt mehr zu den Angehörigen. Dies erschwert den Übergang in den Berufsalltag, da es kein Feed – Back gibt.

„Anders als bei den normalen Intensivpatienten kommen die Angehörigen nicht mehr zu uns, wozu auch, sie kennen uns ja meist nicht `mal. Da

denk ich mir oft, wie`s denen wohl gehen mag, was ist aus denen geworden? Würden sie das noch mal machen? Können sie gut mit dieser Entscheidung weiterleben? Fragen über Fragen, auf die ich nie eine Antwort bekomme. Da ist irgendwie...unbefriedigend“.

➤ Akzeptanz des Todes

Es scheint für die Angehörigen schwierig zu sein, den eingetretenen Tod als solches zu akzeptieren, da das Erscheinungsbild des Hirntoten sich äußerlich nicht von dem der anderen Intensivpatienten unterscheidet und massiv von den Vorstellungen eines Toten abweicht.

„Sie sitzen da und können nicht verstehen, was ihnen der Arzt gerade gesagt hat. Wie auch?...Vor Ihnen liegt ein Mensch, der atmet, der warm ist und der seinen Harn ausscheidet. Das sehen sie alles über die Monitore und den Harn sehen sie auch. Manchmal gibt es nicht einmal eine äußere Verletzung, die darauf hindeutet, wie ernst es wirklich ist. Und dann kommen die Fragen, eh klar...warum atmet der noch, wenn er doch tot ist, und warum ist er nicht kalt und so weiter. Manche klammern sich sogar an die Möglichkeit einer Fehldiagnose. Das ist immer ganz fürchterlich...“

Auch werden die Pflegehandlungen seitens der Angehörigen immer wieder in Frage gestellt, was unweigerlich dazu führt, dass das Personal sich für seine Arbeit „rechtfertigen“ muss.

„Die (Anmerkung: die Angehörigen) fragen uns natürlich, warum wir den Patienten noch pflegen, wenn er doch eh` schon tot ist. Wir erklären es dann, aber sie verstehen es nicht. Wie soll man als Laie auch verstehen, dass ein Toter gepflegt werden muss, dass er Schmerzmittel bekommt, und dass er sich manchmal regt. Reflexe hin und her, ich versteh` das schon, dass man das nicht so ohne weiteres akzeptieren kann. Soll ich ihnen sagen, dass ich das nur tue, weil wir die Organe brauchen.“

➤ Aufklärung

Besonders belastend wird die Aufklärung der Angehörigen empfunden. Es wird von einigen Pflegepersonen angegeben, dass die Aufklärung zwar von den Ärzten durchgeführt wird, doch dass im klinischen Alltag zu wenig Zeit für ein wirklich empathisches Gespräch, wie es in dieser Situation notwendig wäre, bleibt. Oft wird die Verantwortung dann einem externen Kriseninterventionsteam übergeben. Dennoch sind die Pflegepersonen nach wie vor mit der Pflege betraut und somit weiterhin Ansprechpartner. Die Mehrzahl der Pflegepersonen wünscht sich mehr Unterstützung seitens des involvierten Personals.

„Ich erinnere mich noch so gut an einen Fall, der ist noch gar nicht so lange her. Man hat eh` in den Zeitungen darüber gelesen. Da war dieser junge Bursch, 20 Jahre glaub` ich...der beim Westbahnhof auf den Treppen gesurft ist und dann 10 Meter mit dem Kopf voran auf die Betonplatte geknallt ist...und die Eltern sind angerufen worden und waren noch vor ihrem Sohn im Krankenhaus. Da standen wir nun und konnten noch gar nichts sagen...Und dann ist er mit der Rettung gekommen...Sein Kopf war...er...sah schrecklich aus. Die arme Mutter. Wir haben ihn an die Maschinen gehängt und bald war klar, dass explantiert werden sollte. Der Arzt hat dann mit den Eltern gesprochen, nur der hat halt auch nicht so viel Zeit gehabt,...waren ja auch noch andere Patienten da. Und so sind wir halt mit dem Krisenteam bei den Eltern gewesen. War echt schwierig. Da hab ich mich weit weg gewünscht.....“.

„Oft lassen die (Anmerkung: Ärzte) sich mit einem Anruf vom Patienten wegholen, also, die reden kurz mit den Angehörigen, sagen ihnen, was sie vorhaben, und weg sind sie. Und übrig bleiben wir.“

Wichtig ist, dass die Angehörigen Vertrauen in das Prozedere der Organentnahme haben und dieses auch nicht „missbraucht“ wird.

Versprechungen, welche Organe entnommen werden, sollten in jedem Fall eingehalten werden. Sollte dies nicht geschehen, fühlen sich Angehörige „hintergangen“ und hegen Zweifel an der Richtigkeit der Zustimmung zur Transplantation.

„Wir hatten gerade erst aktuell einen Spender – 35 Jahre war der erst alt. Und die Lebensgefährtin wollte, dass er (Anmerkung: der Körper des Spenders) zumindest äußerlich intakt bleibt, also keine Kornea- und Hautentnahme...Später hat sie (Anmerkung: die Lebensgefährtin) dann erfahren, dass Haut transplantiert wurde. Und dann kam eine Riesenbeschwerde.“

Weiters muss das Prozedere der Hirntoddiagnostik so erklärt werden, dass es für die Angehörigen keinen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose gibt.

„Die Frau hat sich später an die WPPA (Anmerkung: Wiener Pflege-Patientinnen und Patienten-anwaltschaft) gewandt, weil ihr Mann „Propofol“ erhalten hatte und sie auf der Homepage des ÖBIG gelesen hatte, dass bei der Hirntoddiagnostik diese Mittel zwölf Stunden abgesetzt werden müssen,...damit man sicher gehen kann, dass die Medikamente keinen Einfluss auf die Diagnostik haben.“

➤ Gesprächsführung

An Hand der ausgewerteten Interviews konnte evaluiert werden, dass Pflegepersonen mit der Gesprächsführung überfordert sind.

Erschwert wird die Gesprächssituation zwischen den Angehörigen und den Pflegepersonen, wenn die Organspender sehr jung sind beziehungsweise durch Suizid aus dem Leben scheiden.

„Da war der junge Bursch und seine Mutter. Sie fragte immerzu, „warum? warum?“ Was soll man da für eine Antwort geben. Mit dem Selbstmord so junger Menschen kann ich besonders schlecht umgehen, weil da

denk` ich mir, noch mehr als sonst, das hätt` nicht sein müssen. ...Aber dann denk` ich halt auch wieder an die vielen Menschen, die mit eben diesen Organen nun weiterleben können. Irgendwie komisch, wenn man so beide Seiten sieht....Damit kann ich total schlecht umgehen“.

Gewünscht werden daher Schulungen im Bereich Rhetorik und Gesprächsführung. Auch halten alle Pflegepersonen eine Ausbildung in psychologischer Gesprächsführung für sinnvoll.

„Schön wär`s wenn wir `mal eine richtige Schulung für solche Gespräche hätten. Ich mein`, in unserer Ausbildung gibt es so was schon, aber so ein spezifischer Kurs wär` toll. Ich glaub`, da würd` ich mir gleich leichter tun“

➤ Persönlicher Bezug zu den Angehörigen

Ein weiteres großes Problem in der Angehörigenbetreuung ist das Phänomen, dass die meisten Spender nicht lange auf den Intensivstationen verweilen, und somit kaum ein persönlicher Bezug zum Patienten und dessen Angehörigen aufgebaut werden kann.

Das heißt der Zeitfaktor in der Angehörigenbetreuung korreliert mit der Gesprächsbereitschaft des Personals.

„Die Spender sind ja meistens nicht lange bei uns, manche ja, aber die meisten nur kurze Zeit und somit sind wir eigentlich nur Überbringer von furchtbaren Nachrichten. Schöne Dinge, Erfolge, die es bei anderen Intensivpatienten gibt, kommen da eigentlich so gut wie gar nicht vor. Was soll ich den Angehörigen als gute Nachricht überbringen...dass die Organe noch gut funktionieren, und dass sich der Empfänger sicher schon auf sein neues Leben freut?...Ich glaub, das wollen die nicht hören....“

„Bei den anderen Intensivpatienten ist das leichter, da kennst erstens den Menschen und auch seine Verwandten, weil die kommen ja meistens

täglich. Das ist bei uns anders als auf den Normalstationen, da machen sich die Menschen echt Sorgen. Aber die Organspender, die kennt man meistens ja kaum. Sind ja nicht lange da. Manchmal nur ein paar Stunden. Und daher sind auch die Angehörigen Fremde für uns, obwohl grad die würden uns brauchen...Mit Menschen, die man halt nicht so gut kennt, redet man halt auch nicht so leicht.“

15.2.1 Diskussion

Wie bereits im vergangenen Kapitel klar dargestellt wurde, wird die Betreuung der Angehörigen von allen befragten Personen als besonders schwierig und emotionsgeladen beschrieben.

Die Unfähigkeit der Angehörigen mit der Situation umzugehen, das Unbegreifliche erfassen zu wollen und doch nicht verstehen zu können, der Versuch mit dem betreuenden Personal die Situation aufzuarbeiten, verursacht bei vielen Pflegenden Unbehagen.

Dieses Unbehagen ist umso stärker, je weniger persönlicher Bezug zum Patienten und dessen Angehörigen besteht.

Die beste Gesprächsbasis finden Pflegende mit Familienmitgliedern der Patienten, wenn dieser bereits vor dem diagnostizierten Hirntod an der Station betreut wurde.

Wird der Patient allerdings bereits hirntot oder nur zur geplanten Organentnahme aufgenommen, findet sich eine stark eingeschränkte Kommunikation, die als sehr störanfällig beschrieben wird.

Dabei wäre es gerade für diese Gruppe von Angehörigen sehr wichtig, dass sie in dieser Zeit, die von Verunsicherung geprägt ist, die Art der Zuwendung erhalten, die sie benötigen.

Das Wissen, im Krankenhaus immer einen verständnisvollen Ansprechpartner zu finden, der den Patienten auch kennt, könnte zur Erleichterung der Situation beitragen und dabei helfen, eine Entscheidung im Sinne des Spenders zu treffen.

Die Aufklärung der Angehörigen durch das betreuende Ärzteteam beziehungsweise das Kriseninterventionsteam erfolgt in den meisten Fällen ohne Einbeziehung der Pflegenden. Daher wissen diese oftmals nicht, was

mit der Familie bereits besprochen wurde und auf welchem Wissenstand diese sich befinden.

In vielen Fällen steht das medizinische Personal für weiterführende Gespräche auch nicht mehr zur Verfügung. Daher müssen die – immer auf der Station präsenten – Pflegenden diese Aufgaben wahrnehmen.

Dies wurde auch bereits von J. Conrad und M. Feuerhack in ihrer Studie „Hirntod, Organtransplantation und Pflege“ beschrieben.⁸⁶

Manchmal wird in dem Gespräch das Phänomen der Hirntods derart umschrieben, dass die Angehörigen Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose haben. Diese führen wiederum dazu, dass Pflegehandlungen wie Körperpflege, Beatmung, Lagerung des Patienten, Infusionsgabe beziehungsweise das Verabreichen von Schmerzmitteln in Frage gestellt werden und das Personal sich für seine Arbeit rechtfertigen muss.⁸⁷

Dies führt wiederum dazu, dass das Pflegepersonal versucht, die Kommunikation mit den Angehörigen zu vermeiden.

15.2.2 Ausblick

Da aus der durchgeführten Studie hervorgeht, dass es eine positive Korrelation zwischen der Einwilligung zur Organspende und einer fundierten Aufklärung gibt, sollte das Erstgespräch folgende Kriterien erfüllen:

- 1; Das Gespräch sollte in einem separaten Raum stattfinden.
- 2; Störende Einflüsse wie Telefonate und Pagerrufe sollten unbedingt vermieden werden.
- 3; Die Diagnose Hirntod sollte offen und ehrlich dargelegt und weder beschönigt noch umschrieben werden.
- 4; Die Angehörigen sollten aktiv aufgefordert werden, ihre Fragen zu stellen und Befürchtungen zu äußern.
- 5; Es sollte zwar auf die Notwendigkeit einer möglichst raschen Entscheidung sowohl im Sinn des Spenders als auch des Empfängers hingewiesen werden, aber es sollte unter allen Umständen vermieden

⁸⁶ Vgl. Kapitel 11.2

⁸⁷ Vgl. Kapitel 11.2

werden, dass die „Entscheidungsträger“ zu einer Aussage gedrängt werden.

6; Den Angehörigen sollte Zeit gegeben werden, sich mit Vertrauenspersonen auszutauschen

7; Man sollte signalisieren, für weitere Fragen beziehungsweise Gespräche zur Verfügung zu stehen.

Wenn es zeitlich möglich ist, sollte zwischen dem Überbringen der Todesnachricht und der Frage nach einer Organspende genügend Zeit liegen, um das „Unfassbare begreifbar zu machen“.

Es ist von immenser Wichtigkeit, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zum Wohl der Mitarbeiter, der Patienten und der Angehörigen zu verbessern.

Für die psychosoziale Pflege des Pflegepersonals sind Teambesprechungen, Supervisionen und bedarfsweise psychologische Betreuung unerlässlich und sollten zukünftig noch mehr als bisher forciert werden.

Obwohl die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod in unseren Kulturkreisen unüblich ist, sollte sich doch jeder Mensch damit auseinandersetzen. Wenn jeder sich bereits zu Lebzeiten Gedanken macht, wie nach dem Ableben mit seinen Organen zu verfahren ist und dies auch entsprechend dekursiert, wird im „Ernstfall“ von den Angehörigen eine gewaltige Entscheidungslast genommen. Auch sollten Eltern für ihre Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr eine Entscheidung zu einer Zeit treffen, die möglichst unbelastet von Emotionen ist und ein rationelles Denken zulässt.

Für unmündige Personen sollte diese Entscheidung bereits zu Lebzeiten vom Sachwalter verfügt werden.

Denkbar wäre in diesem Zusammenhang eventuell eine Medienkampagne zur Aufklärung der Bevölkerung über die rechtliche Situation der

Organspende in Österreich sowie die Möglichkeit zur Eintragung in das Widerspruchsregister des ÖBIG.

Erst wenn die Öffentlichkeit ausreichend über die gesetzlichen Gegebenheiten in Österreich informiert ist, kann von einer Zustimmungslösung gesprochen werden.

15.3 Religion

Im Allgemeinen Krankenhaus Wien sind drei der fünf großen Weltreligionen – Judentum, Christentum und Islam – mit ihren jeweiligen Gebetsräumen vertreten.

Die räumliche Nähe der Andachtsstätten zueinander führte zu einer Zusammenarbeit der einzelnen Religionen, wobei jede Glaubensrichtung die Einstellung der anderen respektiert und achtet.⁸⁸ Bei Bedarf können Patienten, Angehörige und das Personal den jeweiligen Gebetsraum aufsuchen beziehungsweise einen Seelsorger um Beistand bitten, wobei die zentrale Aufgabe der Kranke an sich ist. Die Aufgabe der Seelsorge ist es daher, die religiösen Bedürfnisse der Patienten zu erfassen und entsprechend zu reagieren.

Die vorliegende Arbeit setzt sich damit auseinander, wie Pflegende mit Angehörigen hirntoter Organspender im Fokus der verschiedenen Religionen umgehen.

Es konnte, obwohl sich die Arbeit auf die fünf große Weltreligionen bezieht, kein Fall evaluiert werden, in dem ein hinduistischer beziehungsweise ein buddhistischer Organspender und dessen Angehörige im Allgemeinen Krankenhaus Wien betreut wurde. Somit beziehen sich alle Forschungsfragen auf die drei abrahamitischen Weltreligionen Judentum, Christentum und Islam.

Da sich die meisten Forschungsfragen⁸⁹ auf die religiösen Aspekte bezogen, werden die Forschungsfragen in diesem Kapitel aus Gründen der

⁸⁸ Vgl. www.akh-seelsorge.at (Stand 29.1.2010)

⁸⁹ Siehe Kapitel 2

Übersichtlichkeit noch einmal genannt und mit Ausschnitten aus den geführten Interviews verdeutlicht.

- ❖ Kann in einem Krankenhaus auf die Religionszugehörigkeit der Angehörigen und deren Einstellung zur Organspende Bedacht genommen werden?

Im Allgemeinen Krankenhaus Wien werden täglich viele Menschen unterschiedlicher Konfessionen behandelt. Immer wieder findet man unter ihnen Menschen, die als potentielle Organspender geführt und nach erfolgter Hirntoddiagnostik und Zustimmung der Angehörigen explantiert werden. Es stellt sich somit die Frage, ob auf die Einstellung der jeweiligen Religion zum Thema Organspende Rücksicht genommen werden kann.

Da die Mehrzahl der Organspender und Angehörigen im Allgemeinen Krankenhaus Christen sind, steht es außer Diskussion, dass die katholische Seelsorge die meisten Betreuungen wahrzunehmen hat. Bei den christlichen Patienten und Angehörigen gibt es kaum Probleme, da das Christentum die Hauptreligion in Österreich ist.

Es konnte evaluiert werden, dass ältere Patienten und Angehörige öfters einen katholischen Seelsorger beiziehen als jüngere.

„Bei älteren Leuten kommt das schon öfters vor, dass sie einen Seelsorger holen, bei den jungen aber weniger. Bei den Organspendern, also bei den Verwandten halt, hab ich das schon öfters erlebt, dass sie den Priester um Rat gefragt haben.“

Auch scheint es sich positiv auszuwirken, dass im Allgemeinen Krankenhaus ein katholischer Seelsorger von 0-24 Uhr über einen Pager kontaktierbar ist.

„Ich denke vielen ist es wichtig bei der Entscheidung zu wissen, wie ihre Religion dazu steht. Also zur Spende. Und manchmal kommt auch ein Seelsorger an die Station und redet mit der Familie; aber eigentlich nur

von den katholischen. Die sind ja auch immer verfügbar...Tag und Nacht.“

In der Studie hatten drei der befragten Pflegepersonen bereits mindestens einmal einen Moslem im Organspendeprogramm betreut.

Pflegende gaben an, dass Angehörige von Moslems, obwohl der Islam der Organspende grundsätzlich sehr positiv gegenübersteht, diese – aus für Pflegenden nicht nachvollziehbaren Gründen – öfters ablehnen.

„Ich weiß, dass die Moslems grundsätzlich der Spende sehr positiv gegenüberstehen, aber ich hab` schon öfters erlebt, dass sehr gläubige Familien ganz vehement abgelehnt haben.“

Oft werden von den Angehörigen aber auch Entscheidungen getroffen, die für das betreuende Personal überraschend sind, weil sie in dieser Form nicht erwartet wurden.

„Einmal betreuten wir einen Juden. Ich hätte es gar nicht geglaubt, aber bevor die Ärzte noch wegen den Organen gefragt haben, hat der Sohn sie (Anmerkung: die Ärzte) auch schon darauf (Anmerkung: auf die Entnahme) angesprochen. Der war richtig erleichtert, dass man die Organe brauchen konnte. Ich weiß, wir alle konnten es damals gar nicht glauben.“

- ❖ Wie reagieren Pflegende auf Angehörige von potentiellen Organspendern der jeweiligen Religionen? Gibt es Unterschiede im Umgang mit den Angehörigen?

Der Umgang mit den christlichen Angehörigen wird von allen befragten Pflegepersonen am einfachsten angegeben. Auch die zwei muslimischen Pflegefachkräfte gaben an, mit Christen - im Kontext mit der Organspende - am besten umgehen zu können.

Es scheint bei den befragten Moslems einen Gewissenskonflikt zu geben, da beide muslimische Pflegepersonen der Organspende positiv

gegenüberstehen, die Spende allerdings von Moslems weitestgehend abgelehnt wird, obwohl dies nicht der Religion entspricht.

„Also, mit den Christen tu` ich mir am leichtesten, weil die fragen meist zwar genau nach, sagen aber im Endeffekt „Ja“. Also, nach der Aufklärung ist es meist für sie OK.“

„Mit den Moslems tu` ich mir schwerer...obwohl ich selbst einer bin. Weil ich bin überzeugt von der Spende, also von der Wichtigkeit, und würd` es selbst auch sofort tun, aber meist lehnen die (Anmerkung: die Angehörigen) ab.“

Der Umgang mit jüdischen Angehörigen wird – obwohl lediglich zwei Pflegepersonen jemals Kontakt mit ihnen hatten – als einfach beschrieben, da in beiden Fällen die Angehörigen als „zugänglich“ und „offen“ beschrieben wurden.

„Also, obwohl wir es nicht erwarteten, waren die Juden sehr einfach. Also, die waren für die Spende, und da gab` s dann eigentlich keine Diskussion mehr.“

„Die Familie des Juden, den ich betreut habe, war sehr nett. Ehrlich und offen. Da stand der Transplantation nichts mehr im Wege.“

- ❖ In wie weit werden Pflegepersonen von den Vertretern der jeweiligen Religionen im Umgang und der Gesprächsführung mit den Angehörigen unterstützt?

Es scheint einen Unterschied zu machen, ob die Pflegepersonen selbst praktizierende Gläubige sind. Eine praktizierende katholische Pflegekraft berichtet, dass ihr die Gespräche mit dem Seelsorger Kraft gegeben hätten, um ihre Tätigkeit an einer hirntoten Patientin fort zu führen und nicht an der Sinnhaftigkeit der Arbeit zu zweifeln.

„Ich hab` einmal einen Seelsorger angefordert. Zwar eher für die Eltern unserer Patientin. Aber auch für mich war` s gut, mit dem zu reden. Ich betreute damals eine junge Frau, die zu diesem Zeitpunkt bereits einen Tag hirntot war. Die Eltern überlegten gerade, ob sie der Organentnahme zustimmen sollten. Mich hat das sehr belastet, wirklich sehr, sehr. ...und er hat mir dann gesagt, dass kein Tod, auch wenn er noch so sinnlos erscheint, es ist. Das hat mir Kraft gegeben.“

Weiters gibt eine Pflegekraft an, dass ihr der Seelsorger durch das Gespräch geholfen habe, den Fokus wieder auf andere Tätigkeiten zu lenken.

„Er (Anmerkung: der Seelsorger) hat auch gesagt, dass ich auf mich achten muss, mir Pausen gönnen soll und auch an was anderes denken soll. Und mich mit Kollegen austauschen...“

Andere Pflegende, die zwar einer Konfession angehören, diese jedoch nicht ausüben, gaben an, dass für sie der religiöse Beistand nicht erforderlich sei.

„Also, ich brauch das (Anmerkung: religiöser Beistand) überhaupt nicht, weil ich eh` nicht daran glaube. Das ist für mich reine Zeitverschwendung.

Da red` ich lieber mit Kollegen oder eben zu Hause mit meinem Mann. Das hilft mir mehr.“

❖ In wie weit werden Angehörige von den Vertretern der jeweiligen Religionen begleitet und unterstützt?

Bei den christlichen Angehörigen konnte evaluiert werden, dass diese bei Bedarf bei der Verabschiedung von einem christlichen Seelsorger begleitet werden, wobei die Kontaktaufnahme - nach der Bekanntgabe des Wunsches nach seelsorgerischer Begleitung – entweder durch das Stationspersonal beziehungsweise durch die Angehörigen selbst erfolgt. Ein Kontakt zwischen Angehörigen und Seelsorgern kommt allerdings nur auf ausdrücklichen Wunsch der Familie zu Stande.

„Also, wenn die (Anmerkung: die Angehörigen) uns sagen, dass sie einen Seelsorger wünschen, dass organisieren wir das. Ist kein Problem“

„Manche (Anmerkung: Angehörige) rufen den Seelsorger ohne dass wir davon wissen. Ist für uns aber gut so, ich denke...die sollen jede Hilfe in Anspruch nehmen, die sie kriegen können.“

Eine Begleitung bei den Aufklärungsgesprächen über die infauste Prognose und bei der Frage nach der Einwilligung zur Organspende ist nicht vorgesehen und wird auch nicht praktiziert.

„Bei den Gesprächen, also, wenn der Arzt ihnen sagt, dass keine Hoffnung mehr besteht, oder wenn nach den Organen gefragt wird, da ist von der Seelsorge niemand dabei... Zumindest hab` ich das noch nie erlebt.“

Bei den jüdischen Spendern ist es den Pflegepersonen nicht Erinnerungswürdig, dass ein Religionsvertreter in den Entscheidungsprozess beigezogen worden wäre. Dies lässt sich vermutlich dadurch erklären, dass die Familien beider Spender der Explantation äußerst positiv gegenüberstanden, und daher keine Rückhalt benötigten.

Weiters besteht eine Unsicherheit, ob jüdische Religionsvertreter im Allgemeinen Krankenhaus derart präsent sind, um eine Begleitung der Angehörigen gewährleisten zu können.

„Also bei dem Juden, den ich betreut habe, war das (Anmerkung: seelsorgerische Begleitung) ja gar nicht notwendig, weil die die Spende ja von sich aus wollten.“

„Die Angehörigen hatten eh` gleich zugesagt, also, die haben sicher mit niemandem geredet. Aber ich weiß nicht, ob deren Seelsorger überhaupt immer da sind.“

Keinem der befragten Pflegenden ist es erinnerlich, dass Angehörigen von Moslems je religiösen Beistand angefordert haben.

„Ich glaube, ich hab noch nie erlebt, dass ein Moslem einen Priester...ich weiß nicht, wie das bei den Moslems heißt, gerufen hätte. Vielleicht machen die das eher außerhalb des Spitals. Oder die kennen ganz einfach die Einstellung ihrer Religion dazu.“

Dies ist eventuell darauf zurückzuführen, dass die muslimische Glaubensgemeinschaft nur über eine Mobiltelefonnummer, die im Schaukasten auf der Ebene 5 vermerkt ist, erreichbar ist.

„Ich glaub` aber, die (Anmerkung: Muslimische Glaubensvertreter) sind nicht immer da. Weil jedes Mal, wenn ich an dem Gebetsraum vorbeigehe, ist der zu. Da hängt nur ein Zettel mit der Telefonnummer.“

- ❖ Besteht ein Unterschied in der Kommunikation der Pflegenden mit Angehörigen verschiedener Konfessionen?

Kommunikation ist eines der wichtigsten Mittel um unsere Wünsche zu befriedigen und uns durchzusetzen. Kommunikation ist aber – dadurch dass wir alle positive und negative Eigenschaften haben, die wir in ein Gespräch einbringen, – nie perfekt.

Die Kommunikation der Pflegenden mit Angehörigen ist geprägt von Unsicherheiten und sprachliche Barrieren. Die Unsicherheiten entstehen auf der Seite der Angehörigen durch die Sorge um den geliebten Menschen, inkongruente Nachrichten seitens des betreuenden Personals, und das ungewohnte Umfeld des Settings Krankenhaus. Weitere Faktoren, die sich störend auf eine gute Kommunikation auswirken, sind der Wunsch nach umfassender Information, oft gepaart mit der Angst vor der Wahrheit sowie dem Treffen schwerwiegender Entscheidungen für den Patienten, besonders wenn dessen Wille nicht bekannt ist.

Es ist daher Aufgabe und Pflicht des Behandlungsteam auf die Fragen der Angehörigen einzugehen, eine positive Gesprächsatmosphäre zu schaffen

und sich für das Gespräch Zeit zu nehmen. Allerdings sollte der Zeitrahmen vorab klar definiert werden, da die Zeitressourcen gerade auf Intensivstationen begrenzt sind.

Wie bereits in Kapitel 10.6 und 11.2 beschrieben, ist die Kommunikation mit Angehörigen potentieller Organspender schwierig und wird zu vermeiden versucht.

Haben die Angehörigen allerdings einen anderen Glauben, wird die Kommunikation oft an Mitarbeiter delegiert, die der gleichen Glaubensrichtung wie die Angehörigen Angehören.

„Wir haben zum Glück einen Arzt, eine türkischen, der redet dann meistens mit den Angehörigen (Anmerkung: gemeint sind hier Angehörige anderer Konfessionen), also wenn er halt gerade im Dienst ist. Ich glaube, da ist dann eine andere Basis da. Ich würd`, wäre ich im Ausland in einem Krankenhaus, auch lieber mit einem Österreicher reden können.“

Problematisch erscheint es in diesem Zusammenhang, wenn die Gesprächsführung Mitarbeitern übertragen wird, die in die eigentliche Behandlung des Patienten nur peripher involviert sind beziehungsweise über Sachverhalte kommunizieren, die mit ihrer eigentlichen Tätigkeit nichts zu tun haben.

„Mit den Christen ist das OK, weil ich bin selbst katholisch, mit denen kann ich gut reden. Aber mit den Moslems...ich hab` ja gar nichts gegen die, aber da weiß ich nicht, was ich reden soll, wie ich das erklären soll. Da hol` ich meist unseren Träger, der ist aus der Türkei, und der redet dann mit denen. Ich hab` das Gefühl, da tun sich alle leichter.“

Wenn die Angehörigen einer anderen Glaubensrichtung angehören und zusätzlich eine andere Sprache sprechen, findet die Kommunikation fast nur noch auf der non - verbalen Ebene statt. Es wird oft nicht einmal versucht,

eine gemeinsame Sprache zu finden, sondern die Kommunikation wird an fremdsprachenkundige Mitarbeiter übertragen.

„Wenn die Familie dann neben dem Glauben auch noch eine andere Sprache spricht, ..ist ja meistens der Fall, dann hol` ich mir schon wen. Weil, sicher kann ich mit den Angehörigen reden, aber mit den Fachausdrücken, da tu` ich mir schon sehr schwer. Man möchte mit den Leuten ja auch ein gutes Gespräch führen, sie wirklich aufklären, und ich denke mir, das geht in der Landessprache (Anmerkung: gemeint ist hier die Muttersprache) am besten.

15.3.1 Diskussion

An Hand der Interviews konnte evaluiert werden, dass lediglich christliche Seelsorger auf Wunsch der Angehörigen in der Situation der Entscheidungsfindung der Organspende zu Rate gezogen werden.

In wie weit diese Feststellung generalisierbar ist, kann an dieser Stelle allerdings nicht verifiziert werden.

Möglicherweise kann dies daran liegen, dass die christlichen Religionsvertreter im Allgemeinen Krankenhaus 24 Stunden pro Tag verfügbar sind.

Es steht allerdings außer Diskussion, dass der größte Anteil der Organspender christlichen Glaubens ist.

Lediglich zwei der befragten Interviewpartner hatte bereits einen jüdischen Organspender betreut; keiner der Pflegepersonen ist es erinnerlich, je einen hinduistischen oder einen buddhistischen Organspender gepflegt zu haben.

Auch die Transplantationskoordinatoren des Allgemeinen Krankenhauses gaben an, noch nie verfügbare Organe eines hinduistischen beziehungsweise buddhistischen Spenders an Eurotransplant gemeldet zu haben.

Der Umgang mit christlichen Angehörigen wird im Vergleich zu den muslimischen als „einfach“ beschrieben.

Es muss allerdings gesagt werden, dass die Wünsche von Angehörigen bezüglich Sterbe- und Verabschiedungsritualen ⁹⁰ in einem Krankenhaus sicher nicht immer berücksichtigt werden können, da sie den klinischen Alltag beeinträchtigen würden, beziehungsweise dies auf Grund der räumlichen Struktur nicht möglich wäre.

15.3.2 Ausblick

Da die Auswertung der Daten ergab, dass lediglich ein geringer Anteil der Pflegenden und der Angehörigen seelsorgerischen Beistand in Anspruch nimmt, müsste man zuerst eine Bedarfserhebung durchführen. Sollte diese ergeben, dass das Angebot der Religionsvertreter, Menschen in gewissen Lebenssituationen zu begleiten, nicht ausreichend ist, sollte evaluiert werden, wie die seelsorgerische Betreuung gestaltet sein muss, damit Menschen von ihr Gebrauch machen.

Da in der Studie weiters erhoben wurde, dass Pflegepersonen mit der Gesprächsführung überfordert sind, wäre das Angebot der Möglichkeit der Beiziehung eines Seelsorgers zu den Gespräche sicherlich hilfreich. Ob dies mit dem vorhandenen Personalstand allerdings realisierbar ist, müsste Gegenstand einer anderen Untersuchung sein.

Weiters wäre es denkbar, dass Angehörigen, wenn der Wunsch nach der Organspende an sie herangetragen wird, dadurch verunsichert sind, wenn diese Bitte vom betreuenden Personal getätigt wird. Natürlich ist es Aufgabe der behandelnden Ärzte Aufklärungsarbeit zu leisten, dennoch ist es vorstellbar, dass die Seelsorge als weitere Schnittstelle einen wichtigen Part in der weiteren Gesprächsführung einnimmt.

Eventuell vorhandene Ängste der Angehörigen, dass dem betreuenden Personal ein finanzieller Nutzen aus der Spende erwachst, könnten eingedämmt werden, wenn die Frage nach der Spende von einer Person gestellt wird, die in das medizinische Prozedere der Explantation und Allokation nicht involviert ist.

⁹⁰ Vgl: Kapitel 8.1 und 8.2

16. Literaturverzeichnis

Ach, J.; Hirntod und Organverpflanzung: ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin; Frommann – Holzboog; 1997

Albert F.W.; Land W.; Zweirlein E.; Transplantationsmedizin und Ethik; Auf dem Weg zu einem gesellschaftlichen Konsens; Pabst Science Publishers; Lengerich; 1995

Albisser R.; Loretan A.; (Hg.); Spitalsseelsorge im Wandel; Lit Verlag GmbH & Co. KG Wien, Zweigniederlassung Zürich; 2007

Akerma, K.; Lebensende und Lebensbeginn; Philosophische Implikationen und mentalistische Begründung des Hirn-Todeskriteriums; Lit Verlag; 2006

Angstwurm H.; Todesdefinition sowie Hinweise zum Hirntod, Teilhirntod und Herztod. In: Internist; 40:283-285; Springer Verlag; 1999

Ankermann E.; Sterben zulassen; Ernst Reinhard Verlag München Basel; 2004

Baureithel U.; Bergmann A.; Herzloser Tod – Das Dilemma der Organspende; Stuttgart; Klett-Cotta Verlag; 1999

Beck, M.; Hippokrates am Scheideweg. Medizin zwischen naturwissenschaftlichem Materialismus und ethischer Verantwortung; Paderborn, München, Wien, Zürich; 2001

Birnbacher D.; Angstwurm H.; Eigler F.W.; Wuermeling H.B.; Der vollständige und endgültige Ausfall der Hirntätigkeit als Todeszeichen des Menschen. Anthropologischer Hintergrund; Dt. Ärzteblatt 90;1993; 2626-2929

Bondolfi A.; Kostka U.; Seelmann K.; Hirntod und Organspende; Schwabe Verlag Basel; 2003

Conrad, J; .Feuerhack, M.; Hirntod, Organtransplantation und Pflege; Mabuse Verlag, 2002

Cropley, A.J.; Qualitative Forschungsmethoden; Eine praxisnahe Einführung; Verlag Dietmar Klotz; 2005

Eder-Rieder,M.; Die gesetzliche Grundlage zur Vornahme von Transplantationen; in: Österreichische Juristen-Zeitung 1984; 289 ff

Firnkorn, H.J. (Hg.); Hirntod als Todeskriterium; F.K.Schattauer Verlagsgesellschaft mbH; 2000

Goris, H.(Hg); Bodiliness and Human Dignity An Intercultural Approach; Lit Verlag Berlin; 2006

Haart, D.; Seelsorge im Wirtschaftunternehmen Krankenhaus; Echter Verlag GmbH; Würzburg; 2007

Hiemetzberger, M.; Zwischen Leben und Tod – Pflegende als Grenzgänge; Facultas; 2006

Hoff J; In der Schmitt J (Hg); Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“ – Kriterium; Rowolth; 1994

Hohmann E.; Das Transplantationswesen in Deutschland, Österreich und der Schweiz; Peter Lang; 2003

Holzniekemper, T.; Organspende und Transplantation und ihre Rezension in der Ethik der abrahamischen Religionen; Lit Verlag Münster; 2005

Hurwitz, P.; Picard J.; Steinberg A. (Hg); Jüdische Ethik und Sterbehilfe; Schwabe Verlag Basel; 2006

Kaatsch H.J; Rosenau H.; Theobald, W.(Hg); Medizinethik; Lit Verlag Dr. W. Hopf; Berlin; 2008

Kalchschmid, G./Barta H.; Rechtspolitische Überlegungen zur Organtransplantation – Plädoyer für ein Transplantationsgesetz; in: Barta, H./Kalchschmid,G./Kopetzky,C. (Hg.); Rechtspolitische Aspekte; 13ff

Kalchschmid, G., Die Organtransplantation – Überlegungen de lege lata und de lege ferenda; (Wien, 1997)

Kallmeyer, W./Schütze F.; Konversationsanalyse; in: Studium Linguistik; 1, 1-28

Klessman M. (Hg.); Handbuch der Krankenhausesorge; Vandenhoeck & Ruprecht; 2008

Koch G.; Persönlichkeitsrechtsschutz bei der postmortalen Organentnahme zu Transplantationszwecken in Deutschland und Frankreich; Herbert Utz Verlag; 2004

Körtner U.H.J.; Der unbewältigte Tod, Theologische und ethische Überlegungen zum Lebensende in der heutigen Gesellschaft; Wissenschaftsverlag Rothe; Passau; 1997

Körtner U. .J.; Virt G.; Von Engelhart D.; Haslinger F. (Hrsg); Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen; Neukirchener Verlag; 2006

Körtner U.H.J.; Popp M.(Hrsg); Schöpfung und Evolution – zwischen Sein und Design; Böhlau Verlag; 2007

Körtner U.H.J.; Ethik im Krankenhaus; Diakonie-Seelsorge-Medizin; Vandenhoeck & Ruprecht; 2007

Lamnek; Qualitative Sozialforschung; Band 1 Methodologie; Beltz Verlag; 1995

Lamnek;; Qualitative Sozialforschung; Band 2 Methoden und Techniken; Beltz Verlag; 1995

Land, W.; Historie; Terminologie, immunologische Grundlagen und klinische Ergebnisse der Organtransplantation; in: Land W. (Hg); Breitner Chirurgische Operationslehre; 1 ff

Lindemann G.; Die Grenzen des Sozialen. Zur sozio-technischen Konstruktion von Leben und Tod in der Intensivmedizin, Wilhelm Fink Verlag, München, 2002

LoBiondo – Wood G.; Haber J.; Pflegeforschung; Elsevier GmbH; 2005

Manzei A., Schneider, W. (Hrsg); Transplantationsmedizin, Kulturelles Wissen und Gesellschaftliche Praxis; Agenda Verlag GmbH & Co. KG; 2006

Mauer D.; Gabel D. (Hg.); Intensivmedizin und Management bei Organspende und Transplantation; Steinkopff; 2006

Mayer, H.; Pflegeforschung kennenlernen; Facultas; 2007

Mayer, H.; Pflegeforschung anwenden; Facultas; 2007

Mayring, P.; Einführung in die Qualitative Sozialforschung; Beltz; 2002

Michaels, A.; Der Hinduismus Geschichte und Gegenwart; Beck; München; 1998

F.A. Muthny; H. Smit; M. Molzahn; Das Gespräch mit den Angehörigen plötzlich Verstorbenen und die Bitte um Organspende; Intensivmedizin und Notfallmedizin; Steinkopff; Volume 41; Number 4/Mai 2004

Müller J.; Ärzte und Pflegende, die keine Organe spenden wollen; Peter Lang GmbH; 2004

Münk, H.J.; Zwischen Zweifel, Ablehnung und Zustimmung. Die deutschsprachige (katholisch-) theologische Ethik und das Hirntodkriterium (HTK); In Ethica; Wissenschaft und Verantwortung; 1/2003

Oduncu, F.; Hirntod und Organtransplantation; Medizinische, juristische und ethische Fragen; Vandenhoeck & Ruprecht; Göttinger; 1998

Oduncu, F.; Transplantation: Organgewinnung und –allokation, Vandenhoeck & Ruprecht; 2003

Pendl, G.; Der Hirntod; Springer Verlag Wien New York; 1986

Pichelmayr, R./Nagel, E.; Organtransplantation und Transplantationsimmunologie; in: Berthold, R./ Hamelmann, H./ Peiper, H.-J. /Bruch, H.J./ Trentz, O. (Hg.); Chirurgie; (1994)

Pschyrembel; Klinisches Wörterbuch; (Berlin / New York , 1994)

Roxin, C., (Hg.); Handbuch des Medizinstrafrechts; Boorberg; 2007

Siegmund – Schultze N.; Organtransplantation; Rowohlt; 1999

Schlake H.P.; Rosen, K.; Der Hirntod als der Tod des Menschen; Neu Isenburg; 1995

Schlich, T.; Die Hirntoddebatte als Streit um die Vergangenheit; Springer Berlin/Heidelberg; Volume 11; Number 2; Juni 1999

Schmid & G.O. Schmid; Kirchen, Sekten, Religionen; TVZ Verlag; 2003

Schmid P.; Organentnahmen an Verstorbenen: Rechtsgut und Rechtfertigung; Helbing & Lichtenhahn; 2003

Schröder, K. (Hg); Organtransplantation; Georg Thieme Verlag; 2000

Stapenhorst K.; Unliebsame Betrachtungen zur Transplantationsmedizin; Vandenhoeck & Ruprecht; 1999

Spirgatis M.; Leben im Fadenkreuz; Konkret Literatur Verlag; 1997

Striebel, W.; Link, J.; Ich pflege Tote, Die andere Seite der Transplantationsmedizin; Recom Verlag; 1991

Thiel, G.; Wie soll die Organentnahme bei Toten zum Zweck der Transplantation geregelt werden? - Gedanken eines Schweizer Arztes; in: Brudermüller, G. / Seelmann, K. (Hg.); Organtransplantation (2000)

Virt, G.; Leben bis zum Ende, Zur Ethik des Sterbens und des Todes; Tyrolia Verlag; 1998

Wallner G.; Ethik im Gesundheitssystem; Facultas; 2004

Weiland S.; Wenn Wort fehlen - Vom Umgang mit Trauernden; mvg Verlag; 2005

Wiesemann C.; Biller – Andorno, N.; Medizinethik; Georg Thieme Verlag; 2005

Internetquellen:

<http://www.goeg.at/de/Berichte-Service/Widerspruch.html>

[http:// www.akh-seelsorge.at](http://www.akh-seelsorge.at)

<http://www.ris.bka.gv.at>

http://www.organspende-info.de/downloads/24-134-52/beiblatt_tabelle.pdf

17. Anhang

Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: Andrea Hinterleitner, geborene Wenzel
Anschrift: 1170 Wien, Alszeile 15/32
andrea.hinterleitner@akhwien.at
Geburtsort/-datum: Wien, 07. März 1967
Staatsangehörigkeit: Österreich
Familienstand: verheiratet
Religion: römisch - katholisch
Eltern: Inge Wenzel, geb. Rubanovits, Pensionistin
Bruno Wenzel, Pensionist

Ausbildung:

1973-1977 Volksschule 1170 Wien, Halirschgasse
1977-1985 Bundesgymnasium 1160 Wien, Maroltingergasse
1986-1994 Studium der Rechtswissenschaften an der
Universität Wien
1989-1994 Studium der Psychologie an der
Universität Wien
Seit 03/2007 Individuelles Diplomstudium Pflegewissen-
schaften an der Universität Wien

Berufliche Tätigkeiten:

03/1988-02/1993 Chase Manhattan Bank Austria
03/1993-01/1994 Credit Lyonnais Bank Austria
02/1994-06/1995 MA 11
07/1995-03/2002 Elternkarenz für meine 3 Kinder,
geboren am 11.9.1995, am 23.3.1997 und
am 21.8.1998
seit 1.4.2002 Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
(Verwaltung)

Interviewleitfaden:

I: Begrüßende Worte:

- Vorstellung mit Namen
- Allgemeine Rahmenbedingungen aus dem Erstgespräch (der Kontaktaufnahme) wiederholen. (Interview ist freiwillig, unentgeltlich, Daten werden anonymisiert und nur für die Diplomarbeit verwendet und anschließend verworfen)
- Wie kam das Interview zustande, wer hat vermittelt
- Kurze Vorstellung der eigenen Person, Hintergrund, Organisation, ...
- Begründung der Tonbandaufnahme – Einholen des Einverständnisses
- Hinweis auf Anonymität
- Was passiert mit den Daten? Kontext des Interviews : für Diplomarbeit
- Wie lange wird das Gespräch ungefähr dauern
- Was wird das Thema sein, was wird von der interviewten Person erwartet

II: Hauptteil

1; Haben Sie schon potentielle Organspender betreut?

2; Wie empfinden Sie die Betreuung von Hirntoten

- Gefühle
- Ängste
- Unsicherheiten

3; Wie gestaltet sich die Arbeit mit den Angehörigen, wenn der Hirntod festgestellt ist?

- Gespräche mit den Angehörigen
- Angehörigen Hilfe anbieten (welche Art der Hilfe)
- Emotionen
- Distanz

4; Ist es möglich im Krankenhausalltag auf die Religionszugehörigkeit einzugehen?

- Genügend Kenntnis über die Religion
- Räumliche Gegebenheiten
- Lässt der Arbeitsalltag „Anders Sein“ zu?

5; Haben Sie schon einmal Angehörige von Hirntoten mit anderen Religionszugehörigkeiten betreut? Wenn ja, welche – wenn nein: Ende des Interviews

- Gefühle
- Umgehen mit dem „Anders Sein“
- Genügend Kenntnis über die Religion?

6; Gibt es Unterschiede in der Betreuung/im Umgang der/mit den Angehörigen der jeweiligen Konfessionen.

- Sprachliche Barrieren?
- Umgehen mit dem „Anders Sein“

7; Werden Sie von den jeweiligen Religionsvertretern im Umgang und der Gesprächsführung mit den Angehörigen unterstützt?

Wollen Sie Begleitung?

- Ist Begleitung bei den Gesprächen erwünscht?
- Ist Begleitung generell erwünscht?
- Wie sollte diese gestaltet sein?

8; Werden die Angehörigen von den jeweiligen Religionsvertretern unterstützt

- Wissen Angehörige über das Angebot Bescheid?
- Wird das Angebot angenommen?

9; Wie reagieren Sie, wenn von den Angehörigen massiver Widerstand gegen die Explantation zu erwarten ist und der Hirntote nicht im Widerspruchsregister eingetragen ist.

- Gefühle
- Umgang mit der Situation

III: Gesprächsabschluss

1; soziale Daten erfragen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Ausbildung, derzeitige berufliche Situation)

2; Dank aussprechen

3; Auf die Möglichkeit hinweisen, die Arbeit nach der Defensio elektronisch

Für die Arbeit relevante Gesetzestexte

§ 62a ⁹¹

§ 62 a (1) Es ist zulässig, Verstorbenen einzelne Organe oder Organteile zu entnehmen, um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wiederherzustellen. Die Entnahme ist unzulässig, wenn den Ärzten eine Erklärung vorliegt, mit der der Verstorbene oder, vor dessen Tod, sein gesetzlicher Vertreter eine Organspende ausdrücklich abgelehnt hat. Eine Erklärung liegt auch vor, wenn sie in dem bei der Gesundheit Österreich GesmbH, Geschäftsbereich ÖBIG, geführten Widerspruchsregister eingetragen ist Die Entnahme darf nicht zu einer die Pietät verletzenden Verunstaltung der Leiche führen.

(2) Die Entnahme darf erst durchgeführt werden, wenn ein zur selbständigen Berufsausübung berechtigter Arzt den eingetretenen Tod festgestellt hat. Dieser Arzt darf weder die Entnahme noch die Transplantation durchführen. Er darf an diesen Eingriffen auch sonst nicht beteiligt oder durch sie

⁹¹<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40096665&ResultFunctionToken=41695b26-98cd-466b-99c5-a256aa6defee&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=62a&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=10.03.2010&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=>

betroffen sein.(3) Die Entnahme darf nur in Krankenanstalten vorgenommen werden, die die Voraussetzungen des § 16 Abs 1 lit. a und c bis g erfüllen.

(4) Organe und Organteile Verstorbener dürfen nicht Gegenstand von Rechtsgeschäften sein, die auf Gewinn gerichtet sind.

(5) Die Entnahme von Organen und Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation hat Vorrang vor der Entnahme von Zellen und Gewebe zur Anwendung beim Menschen. Der Bedarf an Organen und Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation darf nicht durch eine Entnahme von Zellen

§ 110 Eigenmächtige Heilbehandlung ⁹²

Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(2) Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, dass durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§ 6) hätte bewusst sein können.

(3) Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen.

Voraussetzung für die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts ist eine vollständige Aufklärung des Patienten über seine Erkrankung. Nur wenn der Patient über die Therapie, die Therapieoptionen und über die Behandlungschancen informiert ist, ist es möglich, wirklich autonom eine Entscheidung zu treffen.

Dies ist auch für Sterbende anwendbar. Jeder Patient kann frei entscheiden, wie sich sein Lebensende gestalten soll. Sollte es dem Patienten nicht mehr

⁹²<http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR12029653&ResultFunctionToken=9a636cfc-ac75-4237-8eec-0a0809f5bdf8&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=&BisParagraf=&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=12.02.2010&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=eigenm%c3%a4chtige+heilbehandlung>

möglich sein, seinen Willen in geeigneter Weise kund zu tun, muss der mutmaßliche Wille des Patienten als Entscheidungsgrundlage für ärztliches und pflegerisches Handeln herangezogen werden.

In Österreich wurde vom Nationalrat das Patientenverfügungsgesetz beschlossen, welches am 1.6.2006 in Kraft getreten ist und an dieser Stelle eingefügt wurde.

55. Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz - PatVG) ⁹³

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Anwendungsbereich

§ 1. (1) Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen.

(2) Eine Patientenverfügung kann verbindlich oder für die Ermittlung des Patientenwillens beachtlich sein.

Begriffe

§ 2. (1) Eine Patientenverfügung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist.

(2) Patient im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Person, die eine Patientenverfügung errichtet, gleichgültig, ob sie im Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist oder nicht.

Höchstpersönliches Recht, Fähigkeit der Person

§ 3. Eine Patientenverfügung kann nur höchstpersönlich errichtet werden. Der Patient muss bei Errichtung einer Patientenverfügung einsichts- und urteilsfähig sein.

2. Abschnitt

Verbindliche Patientenverfügung

Inhalt

⁹³ http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=BgblAuth&Dokumentnummer=BGBLA_2006_I_55

§ 4. In einer verbindlichen Patientenverfügung müssen die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Aus der Patientenverfügung muss zudem hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt.

Aufklärung

§ 5. Der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung muss eine umfassende ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung vorangehen. Der aufklärende Arzt hat die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren und dabei auch darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt, etwa weil sie sich auf eine Behandlung bezieht, die mit einer früheren oder aktuellen Krankheit des Patienten oder eines nahen Angehörigen zusammenhängt.

Errichtung

§ 6. (1) Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen (§ 11e Kranken- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957) errichtet worden ist und der Patient über die Folgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt worden ist.

(2) Der Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundige Mitarbeiter der Patientenvertretungen hat die Vornahme dieser Belehrung in der Patientenverfügung unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren.

Erneuerung

§ 7. (1) Eine Patientenverfügung verliert nach Ablauf von fünf Jahren ab der Errichtung ihre Verbindlichkeit, sofern der Patient nicht eine kürzere Frist bestimmt hat. Sie kann unter Einhaltung der Formerfordernisse des § 6 nach entsprechender ärztlicher Aufklärung erneuert werden; damit beginnt die Frist von fünf Jahren neu zu laufen.

(2) Einer Erneuerung ist es gleichzuhalten, wenn einzelne Inhalte der Patientenverfügung nachträglich geändert werden. Dabei sind die Bestimmungen über die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung entsprechend anzuwenden. Mit jeder nachträglichen Änderung beginnt die in Abs. 1 genannte Frist für die gesamte Patientenverfügung neu zu laufen.

(3) Eine Patientenverfügung verliert nicht ihre Verbindlichkeit, solange sie der Patient mangels Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht erneuern kann.

3. Abschnitt

Beachtliche Patientenverfügung

Voraussetzungen

§ 8. Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen der §§ 4 bis 7 erfüllt, ist dennoch für die Ermittlung des Willens des Patienten beachtlich.

Beachtung der Patientenverfügung

§ 9. Eine beachtliche Patientenverfügung ist bei der Ermittlung des Patientenwillens umso mehr zu beachten, je eher sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, inwieweit der Patient die Krankheitssituation, auf die sich die Patientenverfügung bezieht, sowie deren Folgen im Errichtungszeitpunkt einschätzen konnte, wie konkret die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, beschrieben sind, wie umfassend eine der Errichtung vorangegangene ärztliche Aufklärung war, inwieweit die Verfügung von den Formvorschriften für eine verbindliche Patientenverfügung abweicht, wie häufig die Patientenverfügung erneuert wurde und wie lange die letzte Erneuerung zurückliegt.

4. Abschnitt

Gemeinsame Bestimmungen

Unwirksamkeit

§ 10. (1) Eine Patientenverfügung ist unwirksam, wenn

1. sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde,

2. ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist oder

3. der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat.

(2) Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn sie der Patient selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll.

Sonstige Inhalte

§ 11. Der Wirksamkeit einer Patientenverfügung steht es nicht entgegen, dass darin weitere Anmerkungen des Patienten, insbesondere die Benennung einer konkreten Vertrauensperson, die Ablehnung des Kontakts zu einer bestimmten Person oder die Verpflichtung zur Information einer bestimmten Person, enthalten sind.

Notfälle

§ 12. Dieses Bundesgesetz lässt medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.

Pflichten des Patienten

§ 13. Der Patient kann durch eine Patientenverfügung die ihm allenfalls aufgrund besonderer Rechtsvorschriften auferlegten Pflichten, sich einer Behandlung zu unterziehen, nicht einschränken.

Dokumentation

§ 14. (1) Der aufklärende und der behandelnde Arzt haben Patientenverfügungen in die Krankengeschichte oder, wenn sie außerhalb einer Krankenanstalt errichtet wurden, in die ärztliche Dokumentation aufzunehmen.

(2) Stellt ein Arzt im Zuge der Aufklärung nach § 5 fest, dass der Patient nicht über die zur Errichtung einer Patientenverfügung erforderlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt, so hat er dies, gegebenenfalls im Rahmen der Krankengeschichte, zu dokumentieren.

Verwaltungsstrafbestimmung zum Schutz vor Missbrauch

§ 15. Wer den Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung oder den Erhalt solcher Leistungen davon abhängig macht, dass eine Patientenverfügung errichtet oder dies unterlassen wird, begeht, sofern die Tat nicht mit gerichtlicher Strafe bedroht ist, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 25 000 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 50 000 Euro, zu bestrafen.

5. Abschnitt

Schlussbestimmungen

Personenbezogene Bezeichnungen

§ 16. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Verweisungen

§ 17. Soweit in diesem Bundesgesetz auf andere Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

In-Kraft-Treten

§ 18. Dieses Bundesgesetz tritt mit dem auf den Monat seiner Kundmachung folgenden Monatsersten in Kraft. Patientenverfügungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits errichtet sind, sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nach diesem Bundesgesetz zu beurteilen.

Vollziehung

§ 19. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Justiz betraut.