

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**„Pflege in der Organtransplantationsmedizin“-
Im Spannungsfeld zwischen Recht, Medizin, Ethik,
Technik und Ökonomie**

Verfasserin
Babette Hladik

angestrebter akademischer Grad
Magistra phil.

Wien, November 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Studienrichtung lt. Studienblatt:
Betreuer:

A057 122
IDS Pflegewissenschaft
Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Mazal
Institut für Arbeits- und Sozialrecht
Institut für Ethik und Recht in der Medizin

ZUSAMMENFASSUNG

Nach wie vor wird mit dem Begriff „Organtransplantation“ vor allem der medizinische Fachbereich assoziiert, es zeigt sich jedoch in der Praxis, dass auch zahlreiche weitere Bereiche wesentlich an Bedeutung gewonnen haben und sich durchaus auf den Erfolg einer Organtransplantation auswirken können.

Die vorliegende Arbeit soll einen Gesamtüberblick über die Vielfältigkeit dieser Aspekte und deren Problematik bieten.

Als Methodik wurde die Literaturrecherche gewählt, um die große Bandbreite jener Bereiche zu erfassen, die mit einer Organtransplantation in Zusammenhang stehen.

Aufgrund ihrer Bedeutung wurden im Besonderen die ethischen und rechtlich-medizinischen Gesichtspunkte und deren Einordnung in die geltende Rechtsordnung erfasst.

Verschiedene Pflegemodelle, die unterschiedliche Theorien beinhalten, werden verglichen und auf ihre praktische Anwendbarkeit überprüft.

Medizinische Neuerungen im klinischen Bereich, die sich aus der Forschung ergeben, werden beschrieben.

Die immer bedeutender werdende Entwicklung von künstlichen Organen und deren Einfluss auf die Transplantation bzw. die Transplantation von tierischen Organen oder Organteilen soll ebenso erfasst werden.

Diese Arbeit ist einerseits für alle von einer Organtransplantation unmittelbar Betroffenen, wie Organspender/innen- und -empfänger/innen und deren Angehörige, andererseits aber für das Pflegepersonal, für die der Umgang mit den betroffenen Patient/inn/en, mit Lebend- oder Totspender/inne/n, höchste pflegerische, aber auch menschliche Ansprüche stellt, geschrieben worden.

SUMMARY

„Organ transplantation“ is still especially associated with the medical science. In real life however you can see that a lot of other aspects, which are related to the term, gained in importance and indeed affect the success of organ transplantation.

The following paper should show an overall survey about the diversity of those aspects and their difficulties.

As methodology the literature research was chosen to gather the big range of those areas which are related to organ transplantation.

On the basis of importance the ethic and juridical-medical points of view and their classification into the insights of jurisprudence as well as the currently accepted legal order in particular were acquired.

Various health-care models which include several theories are compared with each other and checked for practicality.

Medical innovations in the clinical area which arise out of research are described.

The development of artificial organs which gain in importance and their influence on transplantation of human or animal organs or parts of organs should also be recorded.

This paper on the hand is written for everybody who is directly affected by a transplantation like organ donors and –recipients and their relatives and on the other hand for care attendants, for whom the dealing with seriously ill patients, and with living donors or dead donors demand high nursing but also human standards of.

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG.....	2
SUMMARY	3
Einleitung.....	5
1. Allgemeines	7
1.1. Geschichte der Transplantationsmedizin.....	8
1.2. Arten des Transplantationsgewebes	9
1.3. Organtransplantation in Österreich.....	10
1.4. Statistische Werte und Definitionen.....	13
2. Normative Grundlagen und ethische Aspekte	15
2.1. Rechtliche Fragen	15
2.1.1. Problembereich Lebendspende	22
2.1.2. Die postmortale Organentnahme.....	25
2.1.3. Medizinische Voraussetzungen für die Organentnahme bei Hirntoten	28
2.2. Ethische Aspekte der Organtransplantation	30
2.2.1. Ethik in der Neurotransplantationsmedizin	33
2.2.2. Ethik der Allokation.....	35
2.2.3. Ethik der Pflege	38
3. Von der Diagnose bis zur Transplantation.....	41
3.1. Medizinisch-technische Forschungsergebnisse	41
3.2. Die Pflege vor der Organspende	44
3.2.1. Trauerphasen nach Kübler-Ross.....	45
3.2.2. Auswirkung der Krankheit auf die Familienmitglieder	47
3.2.3. Auf der Warteliste	49
3.3. Die Pflege von dialysepflichtigen Personen nach Nancy Roper	53
3.4. Die Pflege vor der Herztransplantation.....	60
3.5. Die psycho-soziale Situation vor der Transplantation.....	62
4. Pflegemodelle- und theorien nach Orem, Leininger, Wiedenbach und Peplau und deren kritische Überprüfung	64
5. Nach der Transplantation	75
5.1. Aspekte der langfristigen Betreuung.....	75
5.2. Spezielle Probleme der nieren-, knochenmarks-, leber- und herztrans- plantierten Patient/inn/en.....	76
6. Ökonomische und sonstige relevante Gesichtspunkte	85
7. Schlussfolgerung	95
7.1. Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse.....	95
7.2. Empfehlungen	96
Literaturverzeichnis	99
Abbildungsverzeichnis.....	105
Anhang I: Lebenslauf.....	106
Anhang II: Ehrenwörtliche Erklärung	107

Einleitung

Während meiner langjährigen Tätigkeit als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester an der neurochirurgischen Universitätsklinik AKH Wien wurde ich oftmals mit dem Ableben von Patient/inn/en konfrontiert, die aufgrund des festgestellten Hirntodes und dem Vorliegen aller, vor allem medizinischer Voraussetzungen, zu Organspender/inne/n wurden.

Für mich ergaben sich damit neben den medizinisch-pflegerischen Aspekten immer öfter auch juristische, psychologische, soziologische sowie ethische Fragen und Probleme.

Durch die Zunahme der Anzahl älterer, multimorbider Menschen, die jedoch noch aktiv am Leben teilnehmen wollen, steigt der Bedarf an lebenserhaltenden Organen, die aber vom Markt nicht in dieser erforderlichen hohen Zahl angeboten werden.

Für unsere Gesellschaft bedeutet das Recht eines jeden auf bestmögliche medizinische Behandlung einerseits und die Organknappheit andererseits eine große sozialpolitische, aber auch eine ökonomische Herausforderung.

Ohne Zweifel bekommt daher die Suche nach vollwertigen Alternativen zur derzeit *lege artis* durchgeführten Organtransplantation immer größere Bedeutung.

Zukunftsweisend wird u.a. auch die Stammzellenforschung sein, die aber momentan noch am Beginn steht und derzeit höchst umstritten ist.

Vom pflegewissenschaftlichen Standpunkt ist die ständige, umfassende Forschung zur Verbesserung der Organspendeproblematik von höchster Relevanz, denn die pflegepraktischen Tätigkeiten, die Patient/innen- und Angehörigenaufklärung- und -beratung obliegt großteils dem Pflegepersonal und trägt wesentlich zum Organerhalt oder im Anlassfall zum bestmöglichen Operationserfolg bei.

Zielsetzung und Forschungsfragen

Die vorliegende Diplomarbeit möchte in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Krankenpflege hervorheben, indem sie die Pflege beginnend bei der Pflege des/der hirntoten Organspender/s/in bis hin zur Pflege des/der Organempfänger/s/in beschreibt.

Weiters werden zur Verdeutlichung der Komplexität der Krankenpflege mehrere Pflegemodelle und -theorien beschrieben und analysiert.

Aus den einzelnen Phasen eines Krankheitsverlaufes, der letztlich mit einer Organtransplantation endet, ergeben sich eine Vielzahl von für diese Diplomarbeit relevante Fragen:

- Wie erleben Patient/inn/en die Wartezeit auf das Spenderorgan und welchen Einfluss hat die Pflege darauf?
- Was sind die rechtlichen Grundlagen für die Organtransplantation?
- Welche ethischen Ansichten werden in Zusammenhang mit der Rechtsprechung, Medizin und Pflege vertreten?
- Welche pflegerischen Maßnahmen sind in der Vorbereitungsphase bei Lebend- oder Totspender/inne/n erforderlich?
- Wie kann die Krankenpflege die Pflegemodelle von Orem, Leininger, Wiedenbach und Peplau bei dieser Patient/inn/engruppe anwenden?
- Wie leben Betroffene mit einem Spenderorgan?

- Welche psychologischen, sozialen, pflegerischen und medizinischen Auswirkungen sind nach einer Organtransplantation zu erwarten?
- Welche Bedeutung hat die Krankenpflege zur Vermeidung von Abstoßungsreaktionen des Organs?
- Wie wichtig ist die umfassende Betreuung von Angehörigen von Spender/inne/n und Empfänger/inne/n?
- Inwieweit haben ökonomische Gesichtspunkte im Zusammenhang mit Organtransplantationen einen Einfluss auf die pflegerische Tätigkeit?

Methodik

Die wissenschaftlichen Studien, die für die Literaturrecherche relevant waren, wurden in den juristischen und medizinischen Datenbanken RIS, RDB, Pubmed und CI-NAHL abgefragt.

Als Suchbegriffe dienten die Begriffe: „Transplantation, Organ, Nurse, Pflege, Ethic, Caring, chronic Illness, Dialysis, brain death, donor, recipient und Hirntod“.

Die Einschlusskriterien waren Kriterien aus dem Kontext der Transplantationsmedizin- und -pflege.

Ausschlusskriterien waren neurologische Erkrankungen.

Weiters erfolgten die Recherchen in der Hauptbibliothek der Universität Wien, an der medizinischen und juristischen Bibliothek.

Die Aktualität der Literaturrecherche ist gegeben, da nur Studien und Fachbeiträge aus den Jahren 1990 bis 2010 verwendet wurden.

1. Allgemeines

Die Transplantationsmedizin erzielte in den letzten Jahrzehnten eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Steigerung der Lebenserwartung betroffener schwerkranker Menschen wie kaum ein anderes medizinisches Fachgebiet zuvor.

Die Transplantationsmedizin ist auch jener Fachbereich, der noch längst nicht an seine Grenzen gestoßen ist und wo es immer wieder zu aufsehenerregenden Erkenntnissen und Erfolgen kommt.

Selbstverständlich beruht dieser Fortschritt einerseits auf empirischen Erkenntnissen aber andererseits ganz besonders auf den ständig fortschreitenden einschlägigen wissenschaftlichen Forschungen. Dominierend dabei ist die spezielle medizinische Forschungsarbeit, unterstützt vor allem durch ständig verbesserte technische Medizinprodukte, der Weiterentwicklung im Bereich der Pharmazie aber auch ganz wesentlich durch die neuesten Erkenntnisse der Pflegewissenschaft.

Da die Diagnose zur Organtransplantation erst dann gestellt wird, wenn herkömmliche Therapien nicht den gewünschten Erfolg bei dem erkrankten Organ zeigen und dieses irreversible Ausfälle hat, wobei hauptsächlich Nieren, Herz, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Dünndarm, Knochenmark, aber auch Hornhaut von Lebend- und Totspender/inne/n – also die verschiedensten medizinischen Fachbereiche – betroffen sind, stellt dies höchste Anforderungen an den gesamten Bereich der Pflege.

Die Pflege in der Transplantationsmedizin umfasst die Betreuung eines schwerkranken Menschen vor, während und nach der Operation.

Dies verlangt nicht nur fachliche, sondern auch soziale Kompetenz.

Die Umsetzung der auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Innovationen obliegt somit dem Pflegepersonal in Mitverantwortung mit dem ärztlichen Personal. Ohne die Mithilfe der Krankenpflege wären Entwicklungen und Umsetzungen derselbigen in der Transplantationsmedizin nicht möglich.

Dies bedeutet für das mit der Pflege befasste Personal, dass neben fundierten beruflichen Kenntnissen auch hohe Flexibilität, Leistungsbereitschaft und Innovationsbereitschaft vorausgesetzt werden müssen, damit der angestrebte medizinische Erfolg auch erreicht werden kann.

Ein Rückblick auf die jüngere Medizin- und Pflegegeschichte zeigt die hohe Konnexität zwischen diesen beiden Bereichen, wobei besonders hervorzuheben ist, dass gemeinsam trotz zahlreicher unvermeidlicher Rückschläge derzeit eine verhältnismäßig hohe Erfolgsquote in der Organtransplantation erreicht werden konnte.

Beispielhaft dürfen einige Entwicklungen dargestellt werden.

1.1. Geschichte der Transplantationsmedizin

Die Entwicklung der Herztransplantation:

Durch die technische Weiterentwicklung der Herz-Lungenmaschine 1953 konnten künstliche Herzklappenersatzteile erstmals während der Herzoperation implantiert werden. Parallel dazu wurden die ersten Kunstherzen konstruiert, die 1966 erstmalig eingesetzt wurden. Die Herzchirurg/inn/en waren die ersten Mediziner/innen, die ihre Forschungsarbeiten auf die Transplantation von natürlichen Herzen richteten.

1959 setzten die amerikanischen Chirurgen Richard Lower und Norman E. Shumway zum ersten Mal einem Hund ein fremdes Herz ein. Dieser überlebte einige Tage.

Einen Durchbruch brachte das 1959 entwickelte Immunsuppressivum Azathioprin, welches eine wesentliche Verringerung der Abstoßreaktionen und damit eine erhöhte Überlebenszeit bewirkte.

Am 3. Dezember 1967 transplantierte Christian Barnard in Kapstadt zum ersten Mal ein menschliches Herz. Allerdings stand das Problem der Organabstoßung zu dieser Zeit immer noch einem dauerhaften Erfolg im Weg.

Erst 1980 wurde das Immunsuppressivum Cyclosporin A entwickelt.

Aufgrund dieser Entwicklung waren bereits 1985 etwa 85% der Herztransplantationen erfolgreich, wesentlich ist aber, dass durch dieses Immunsuppressivum vor allem die Ein-Jahres-Überlebensrate kontinuierlich ansteigt.

Die Entwicklung der Nierentransplantation:

Schon in den fünfziger Jahren des 19. Jh. liefen Versuche ein maschinelles Ersatzsystem für die beeinträchtigte oder ausgefallene Nierenfunktion zu entwickeln. Die Operationstechnik der Nierentransplantation war allerdings schon weiter entwickelt als die bei der Herztransplantation.

1902 versuchten bereits Ullmann und Carell Nieren zu transplantieren, 1936 folgte Serge Voronov.

Am 17. Juni 1950 wird in Chicago zum ersten Mal von Lawler eine Niere erfolgreich von einer verunglückten Spenderin zu einer Empfängerin transplantiert.

Abstoßungsreaktionen wurden in den folgenden Jahrzehnten durch die Erforschung und den Einsatz von Immunsuppressiva weitgehend behoben. Nierentransplantationen zählen heutzutage zu den Routineoperationen. Aufgrund des Mangels an Spendernieren kommen Hämodialyseverfahren zum Einsatz, jedoch könnte jede/r nierenkranke Patient/in mit einer Spenderniere theoretisch geheilt werden. Standen in den Anfangsphasen der Nierentransplantationschirurgie die Abstoßungsreaktionen und das Operationsrisiko für den/die Empfänger/in im Vordergrund, so ist es in der heutigen Zeit der Mangel an Spendernieren.

1954 wird in der Universitätsklinik in Freiburg zum ersten Mal ein erster Prototyp einer künstlichen Niere erfolgreich eingesetzt.

Die Fortschritte in der Organtransplantation nahmen besonders im letzten Jahrzehnt zu. Auf die Herz- und Nierentransplantationen folgten Herz- und Lungenoperationen. Lebertransplantationen wurden erstmals in den 80er Jahren durchgeführt.

Stammzellenforschung:

Amerikanische Forscher konnten 1963 erstmals im Knochenmark von Mäusen das Vorhandensein von Stammzellen beweisen.

Seit Anfang der 70er Jahre werden Leukämiekranken und Patient/innen mit anderen Erkrankungen des blutbildenden Systems mit adulten Stammzellen des Knochenmarks vom Spenderknochenmark behandelt.

1998 wurde von Thomson die Technik entwickelt Stammzellen im Labor so zu kultivieren, dass sie sich weitervermehrten konnten.

1999 wurden aus embryonalen Stammzellen von Mäusen Nervenzellen entwickelt.

Der Einsatz von menschlichen embryonalen Stammzellen für die Forschung und die Therapie, wird teilweise von der Gesellschaft aus ethischen Gründen abgelehnt, da die embryonalen Stammzellen ausschließlich aus zerstörten menschlichen Embryonen gewonnen werden müssen (vgl. Eckart, 2009;S. 304ff.).

Bereits diese wenigen Beispiele zeigen deutlich, dass lokale Erfolge oder Misserfolge für die einschlägige weltweite Forschung höchste Bedeutung erlangen und allgemein zur Verfügung stehen müssen. Hauptthema ist die Lösung der bestehenden Probleme im Zusammenhang mit dem in Fragekommenden Transplantationsgewebe und damit auch der einzelnen Transplantationsformen.

1.2. Arten des Transplantationsgewebes

Wesentlich ist die Unterscheidung der Transplantationsformen:

- Autolog: Der/die Empfänger/in bekommt eigenes Gewebe transplantiert (z.B. Bypassgefäße)
- Syngen: Das Empfänger/innen- und Spender/innengewebe ist genetisch ident (eineiige Zwillinge)
- Allogen: Empfänger/in und Spender/in stammen von einer Art (von Mensch zu Mensch wird transplantiert)
- Xenogen: Empfänger/in und Spender/in stammen von einer unterschiedlichen Art (z.B.: von Schwein zu Mensch wird transplantiert)

Besonders hervorzuheben ist das „Tissue Engineering“ (TE).

Dies ist ein neuer Forschungsbereich, der autologe, also körpereigene Zellen verwendet, um irreversibel zerstörtes Gewebe zu ersetzen.

Dadurch kann die Immunsuppressivtherapie nach Transplantationen entfallen, die nicht nur Abstoßungsreaktionen verhindern soll, sondern unspezifisch auf das gesamte Immunsystem wirkt. Negativ ist, dass als Folge dieser Therapie jedoch vermehrt Tumore und schwer therapierbare Infektionen auftreten können.

Tissue Engineering setzt sich aus drei Fachgebieten zusammen:

- der Zellkulturtechnik,
- biodegradierbaren Materialien und der
- Zellbiologie.

Die Zellen, die für die In-vitro-Vorbesiedelung verwendet werden, sind unterteilt in

- differenzierte adulte Zellen: dies sind empfänger/inneneigene, ausgereifte Zellen
- Stammzellen: diese können aus Gewebe von ausgewachsenen Tieren isoliert werden (z.B.:Mäusegehirne) oder aus menschlichem Knochenmark, aus dem dann Leber-, Endothel- und Nervenzellen gewonnen werden
- Stammzellen aus dem Blut der Nabelschnur: diese Zellen könnten im Bereich der Herz- und Gefäßersätze für TE dienen
- Embryonale Stammzellen: das Erbgut des/der Gewebeempfänger/s/in wird in die entkeimte Eizelle transferiert und die nun befruchtete Eizelle teilt sich mehrfach in vitro. Vorstellbar wäre daraus die Vorläuferzellen zur Restitution des Herzkloppengewebes zu entwickeln.

Die Gewebezüchtung wird aufgrund des vorherrschenden Spendermangels in Zukunft eine bedeutende Alternative darstellen. TE ist jedoch erst in Erforschung, da bis jetzt nur Anteile des Genaktivierungssystem bekannt sind und noch zuwenig Wissen über die zeitliche Abfolge der sich gegenseitig bedingenden Genaktivierung besteht (vgl. Klinge/Steinhoff, 2003; S.333ff.).

Die in diesen Forschungsbereichen erzielten Ergebnisse sind internationaler Standard und daher auch für die Organtransplantation in Österreich maßgeblich und verbindlich.

1.3. Organtransplantation in Österreich

Definitionen des Begriffs „Organspender/in“:

Organtransplantationen sind die ultima ratio bei irreversiblen Ausfällen oder Funktionsstörungen von Organen, wobei Organspenden sowohl von hirntoten Personen oder von Lebendspender/inne/n stammen können.

Die Lebendspende:

Rechtliche Voraussetzung für eine Lebendspende ist die ausdrückliche Zustimmung eines/einer volljährigen und rechtsfähigen Spender/s/in.

Wenn eine minderjährige oder unter Sachwalterschaft stehende Person sich ausdrücklich zur Spende bereit erklärt, muss zusätzlich vom zuständigen Pflsgerichts- oder Sachwalterschaftsgericht eine genehmigte Einwilligung zur Entnahme von Organen vorliegen. Weiters darf es sich um kein zum Fortleben des/der Spender/s/in unbedingt notwendiges Organ handeln. Die Anonymität zwischen Spender/in und Empfänger/in besteht bei der Lebendspende nicht (vgl. Österreichisches Organspende-Manual, 2000; S. 7/2).

Die Totspende:

Bei der Hirntoderklärung wird anhand genau festgelegter Kriterien und Verfahren festgestellt wann der Tod eingetreten ist und eine Organentnahme stattfinden kann.

Gemäß dem österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wird *„der Hirntod definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des*

Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes. Entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft ist der Hirntod identisch mit dem Individualtod eines Menschen.“

Kontraindikationen für eine Organentnahme können medizinisch begründbar sein aufgrund eines positiven HIV-Status, einer Intoxikation, einer Relaxation, einer primären Hypothermie, eines hypovolämischen Schocks, eines endokrinologischen, eines metabolischen Komas oder eines generalisierten Malignoms (vgl. ÖBIG, 2005, S. 3).

Positive Hepatitisserologie ist keine absolute Kontraindikation, da es viele hepatitispositive Dialysepatient/inn/en gibt. Auch besteht kein striktes Alterslimit, da schon vielfach Nieren von bis zu 90jährigen Organspender/inne/n mit Erfolg transplantiert wurden. Auch wird bei Vorliegen eines isolierten Hirntumors individuell mit dem Neurochirurg/en/in im Konsil entschieden, ob eine Organentnahme möglich ist (vgl. Österreichisches Organspende-Manual, 2000; S.1).

Weiters kann rechtlich ein Ausschluss bestehen, wenn der/die Verstorbene nicht mit einer Organentnahme einverstanden war und dies schriftlich im Widerspruchsregister eintragen ließ.

2009 waren 1.828 Personen im Widerspruchsregister eingetragen (vgl. ÖBIG, 2010; S.16).

Eine Zustimmung zur Organentnahme durch Familienangehörige ist nicht erforderlich, ausgenommen der/die Verwandte ist gesetzliche/r Vertreter/in einer minderjährigen Person oder gerichtlich bestellte/r Sachwalter/in einer behinderten volljährigen Person. Hierbei handelt er /sie durch erklärte Zustimmung oder durch Unterlassung des Widerspruchs für die von ihm/ihr vertretene oder betreute Person rechtsverbindlich (vgl. Österreichisches Organspende-Manual, 2000; S. 7/1).

Überwiegend und auch in Österreich ist für eine Totspende der Hirntod Voraussetzung.

Der Hirntod wird anhand bestimmter Kriterien zur Hirntoddiagnostik festgestellt.

Bei Herzversagen kommt es zu einem irreversiblen Herzkreislaufstillstand und durch den Sauerstoffmangel tritt der Hirntod ein. In Österreich verstarben 2009 allerdings nur 3 Organspender/innen an Herzversagen (vgl. ÖBIG, 2010; S.52).

In Österreich gibt es zwei mobile Hirntoddiagnostikteams. Ein Team befindet sich im AKH Wien Universitätsklinik und ist für die Region Ost (Wien, Niederösterreich und Burgenland) zuständig.

Das andere Team betreut den Raum Oberösterreich und setzt sich aus medizinischen Fachkräften der Krankenanstalten Landesnervenklinik Wagner-Jauregg, AKH Linz, Landeskrankenhaus Steyr und Landeskrankenhaus Vöcklabruck zusammen.

Das Hirntoddiagnostikteam Wien wurde 2009 65 Mal angefordert. Das Team Oberösterreich 24 mal, wobei nur jene Einsätze gerechnet werden, die außerhalb der Normalarbeitszeit stattfinden (vgl. ÖBIG, 2010; S.92).

Das Programm des Bundes zur Förderung der Organspende hat das realistische Ziel bis zum Jahre 2013 dreißig Organspenden pro Million Einwohner zu erreichen (vgl. ÖBIG, 2009; S. 23).

2009 gab es 25 Spender/innen pro Million Einwohner (vgl. ÖBIG, 2010; S. XVII).

Statistisch gesehen können von einem/einer verstorbenen Spender/in durchschnittlich 3,6 Organe entnommen und transplantiert werden (vgl. ÖBIG, 2009; S. 23).

Verstorbene Organspender/innen werden in Spenderkrankenanstalten betreut, wo alle notwendigen Untersuchungen im Vorfeld einer allfälligen Organspende durchgeführt werden.

In Österreich gibt es 70 Krankenanstalten, in denen diese potentiellen Organspender/innen behandelt werden. Nach der Todesfeststellung durch ein mobiles Hirntoddiagnostikteam oder eine/n neurologische/n Konsiliarmediziner/in wird der/die Organspender/in dem jeweiligen Koordinationszentrum gemeldet.

Es gibt in Österreich 5 Regionen, in denen ein/e regional zuständige/r Transplantationsreferent/in ständig erreichbar ist. Diese/r unterstützt die Spenderkrankenanstalt bei der Organisation der Organspende.

Alle organisatorischen und administrativen Tätigkeiten übernimmt der/die Transplantationskoordinator/in bis hin zur Meldung der Organspende an die Eurotransplant International Foundation.

Eurotransplant ist seit 1967 eine gemeinnützige Stiftung mit Hauptsitz in Leiden, Niederlande und hat als Ziel die Förderung der Organtransplantation. Mitgliedstaaten sind Belgien, Deutschland, Kroatien, Niederlande, Luxemburg, Slowenien und Österreich. Dadurch erreicht Eurotransplant einen Einsatzbereich von 124 Millionen Menschen.

Eurotransplant ist zuständig für die Organallokation (Zuteilung der Spenderorgane) anhand von Kriterien, die gemeinsam von den Mitgliedstaaten erstellt wurden.

Der/die ausgewählte Organempfänger/in wird von seinem zuständigen Transplantationszentrum über die Allokationsentscheidung informiert, wobei die jeweilige Organtransplantation in einem nationalen Transplantationszentrum durchgeführt wird. In Österreich befinden sich derzeit vier derartige Transplantationszentren. Die Universitätskliniken Graz, Innsbruck und Wien transplantieren alle infrage kommenden Organe.

Der Fokus in Innsbruck liegt auf Pankreastransplantationen, während Nieren hauptsächlich im Transplantationszentrum Linz (AKH Linz und Krankenhaus der Elisabethinen Linz) transplantiert werden (vgl. ÖBIG, 2010; S. 9).

Das AKH Wien versorgt Wien, Niederösterreich und das Burgenland, das LKH Innsbruck Tirol und Vorarlberg.

Weiters haben im AKH Wien auch ausländische Organempfänger/innen z.B. bei Lungentransplantationen einen großen Anteil, da z.B. mit Budapest eine enge Zusammenarbeit in diesem Bereich besteht.

Andere ausländische Organempfänger/innen werden am häufigsten im LKH Innsbruck betreut.

Jedoch werden auch Organspenden von Bozen nach Innsbruck gemeldet, so dass eine ausgeglichene Versorgung langfristig erreicht werden kann.

Bei den Nierentransplantationen erreicht Kärnten, Oberösterreich und Wien den höchsten Versorgungsgrad, Salzburg, Burgenland und Niederösterreich den niedrigsten.

Bei den Herztransplantationen haben Oberösterreich und Tirol eine doppelt so hohe Versorgung als Salzburg.

Tirol zeigt einen dreimal so hohen Versorgungsgrad bei Lebertransplantationen wie Vorarlberg.

Lungentransplantationen erfolgen in Tirol doppelt so oft wie in Kärnten.

Die Spenderkrankenanstalten von Oberösterreich, Steiermark und Tirol weisen die höchsten Meldungen von Organspenden auf, das Burgenland und Niederösterreich die niedrigsten. Allerdings werden einige Spender/innen nach Wien transferiert und erst in Wien gemeldet.

Wesentlich ist, dass 2008 mehr Spender/innenorgane, insbesondere Nieren, Leber, Herzen und Bauchspeicheldrüsen an das Ausland gingen als vom Ausland nach Österreich importiert wurden.

Bei den Lungen verhält es sich aufgrund der Kooperation zwischen Wien und Ungarn umgekehrt.

Innsbruck erhält als einziges Land mehr Nierenspenden aus dem Ausland, als es selbst dorthin abgibt. Wien erhält bei Nierenspenden genau die gleiche Anzahl wie es weiterleitet.

Es zeigt sich, dass 2008 die Zentren Wien und Innsbruck vom Organ austausch profitieren haben. Allerdings ist die Warteliste für Spender/inn/enorgane in Wien und Innsbruck am längsten (vgl. ÖBIG, 2010; S. 33).

In Österreich wird die statistisch-administrative Dokumentation für das österreichische Transplantationsgeschehen von dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) wahrgenommen.

Mit ÖBIG arbeitet auch die wissenschaftliche Gesellschaft „Austrotransplant“ zusammen, wobei sich diese Gesellschaft ausschließlich mit der Forschung in der Transplantationsmedizin befasst (vgl. ÖBIG, 2010; S. 9).

Zur Förderung des Transplantationswesens ist als Maßnahme der Bundesgesundheitskommission vorgesehen, dass in Krankenanstalten mit hohem Potential an Organspendern lokale Transplantationsbeauftragte bestellt werden.

Das Organspendewesen soll durch die Installierung der Beauftragten auf eine breitere Basis gestellt werden. Da diese Mitarbeiter/innen in wichtigen intensivmedizinischen Abteilungen arbeiten, können sie direkt in Richtung Organspende tätig werden und die entsprechenden Schritte einleiten.

Der/die Transplantationsbeauftragte ist Ansprechpartner/in für das medizinische Personal, weiters für den/die zuständige/n regionale/n Transplantationsreferent/en/in und ist für die Realisierung der Organspende zuständig (vgl. ÖBIG, 2010; S. 5).

1.4. Statistische Werte und Definitionen

In Österreich erfolgten im Jahre 2009 insgesamt 725 Transplantationen mit Organen von Totspender/innen und 65 Transplantationen von Lebendspender/inne/n. Das waren gegenüber 2008 97 mehr Transplantationen. Damit liegt Österreich mit 25 Spender/inne/n pro Million Einwohner im europäischen Spitzenfeld.

2009 gab es 209 gemeldete Organspender/innen, dies ist eine Steigerung von ca. 25% gegenüber 2008. Es konnten um 20% mehr Nierentransplantationen, um 30% mehr Lebertransplantationen und um 22% mehr Herztransplantationen durchgeführt werden (vgl. ÖBIG, 2010; S. 4).

Zurzeit stehen etwa 1.100 Personen auf der Warteliste für eine Organtransplantation. 827 von ihnen warten auf ein geeignetes Nierenorgan, 66 auf ein Herz, 73 auf eine Lunge, 106 auf eine Leber und 32 auf eine Bauchspeicheldrüse.

Aber trotz aller Bemühungen werden statistisch rund 17% von ihnen versterben ohne die Möglichkeit zu haben eine Organtransplantation zu erhalten (vgl. ÖBIG, 2010; S. 45).

Dieser Wert war in den Vorjahren noch höher, jedoch gelang es durch die Einrichtung regionaler Transplantationsreferent/inn/en sowie durch verbesserte klinische Abläufe den Zuwachs an Organen zu steigern.

Die initiale Erkennung eine/einer Organspender/s/in auf der Intensivstation ist wichtig für den weiteren Organisationsablauf, ebenso wichtig ist die Erfassung geeigneter Lebendspender/innen.

Ab 2011 soll es in Österreich ein Lebendspender/innenregister geben.

Die Nieren- und die Leberspende sind die häufigsten Formen der Organ- und Lebendspende.

Es können auch einzelne Lungenflügel gespendet werden. Jedoch steht die Nierentransplantation bei Lebendspender/innen im Vordergrund.

2009 wurden 72 Herzen, 1 Herz- und Lunge, 109 Lungen, 153 Leberspenden, 432 Nieren, 33 Bauchspeicheldrüsen und 1 Dünndarm transplantiert (vgl. ÖBIG, 2010; S. 27).

Durchschnittlich wartet ein/eine Dialysepatient/in 39,2 Monate ab der ersten Dialyse auf ein Nierenorgan.

Statistisch gesehen verstirbt der/die Wartende, falls kein geeignetes Organ gefunden wird, nach 47,8 Monaten.

Auf ein Leberorgan wartet man durchschnittlich 6,7 Monate, auf ein Herzorgan 7,3 Monate, auf ein Lungenorgan 5,7 Monate und auf ein Bauchspeicheldrüsenorgan 9,7 Monate (vgl. ÖBIG, 2010; S. 46).

Der/die tote Spender/in, dem/der Organe entnommen werden, kann entweder einen Hirntod erlitten haben oder er/sie starb an Herzversagen (Non-Heart-Beating-Donation).

Vor der bereits erwähnten Steigerung von Organspender/innen im Jahre 2009 kam es 2008 in 4 Mitgliedstaaten von Eurotransplant zu einem Spendenrückgang.

In Österreich waren – 7,2 % weniger Meldungen, in Belgien – 8,9 %, in Deutschland – 7,9 % und in den Niederlanden sogar – 21,8 %.

In Österreich wurden 2008 insgesamt 736 Organe von Totspender/innen und 61 Organe von Lebendspender/innen transplantiert, wobei die Nierenspende an erster Stelle stand (vgl. ÖBIG, 2010; S. 52).

2. Normative Grundlagen und ethische Aspekte

Im Besonderen darf zunächst auf die rechtlichen Aspekte eingegangen werden.

2.1. Rechtliche Fragen

Die Organentnahme von Verstorbenen regelt §62 a des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KaKuG), welches am 20.03.2008 in Kraft trat.

Laut §62a Abs 1 KaKuG ist es 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.

Die Entnahme darf erst durchgeführt werden, wenn ein zur selbständigen Berufsausübung berechnete/r Arzt/Ärztin den eingetretenen Tod festgestellt hat. Diese/r Mediziner/in darf weder die Entnahme noch die Transplantation durchführen. Er/sie darf an diesen Eingriffen auch sonst nicht beteiligt oder durch sie betroffen sein (§62a Abs 2 KaKuG).

Die Entnahme darf nur in Krankenanstalten vorgenommen werden, die die Voraussetzungen des §16 Abs. 1 lit. a und c bis g erfüllen (§62a Abs 3 KaKuG).

Organe oder Organteile Verstorbener dürfen nicht Gegenstand von Rechtsgeschäften sein, die auf Gewinn gerichtet sind (§62a Abs 4 KaKuG).

§62a Abs 5 KaKuG besagt, dass der Bedarf an Organen und Organteilen von Verstorbenen zum Zwecke der Transplantation nicht durch eine Entnahme von Zellen und Gewebe beeinträchtigt werden darf (vgl. RIS).

Angaben über die Person von Spender/in bzw. Empfänger/in sind vom Auskunftsrecht gemäß §26 Datenschutzgesetz 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, ausgenommen (§62b KaKuG).

Der/die Organempfänger/in darf nicht den Namen des/der Organspender/s/in erfahren, ebenso muss der Name des/der Organempfänger/s/in anonym bleiben. Dem/der Organempfänger/in steht aufgrund des KaKuG, des Datenschutzgesetzes oder des zivilrechtlichen Behandlungsvertrags ein Recht auf Einsicht in seine/ihre Krankenakte zu.

Wenn er/sie dieses Recht in Anspruch nimmt, muss der Name des/der Spender/s/in aus der Krankengeschichte getilgt werden. Denn die Aufhebung der Anonymität des/der Spender/s/in oder des/der Empfänger/s/in ist weder aus standesrechtlichen Vorschriften noch aus öffentlichen Interesse gerechtfertigt (vgl. Kalchschmid/Barta, 1999; S.17).

Widerspruchslösung:

Der Widerspruch gegen die Organentnahme nach dem Tod kann entweder mündlich oder schriftlich erfolgen. Schriftlich kann der Ausweis zur Nichtentnahme entweder bei sich getragen werden oder als namentliche Registrierung beim Widerspruchsregister ÖBIG-Transplant hinterlegt werden.

Jedes Transplantationszentrum ist verpflichtet vor jeder Organentnahme ÖBIG-Transplant zu kontaktieren ob ein Widerspruch des/der potentiellen Spender/s/in vorliegt. Erfolgt der Widerspruch des/der Patient/en/in im Krankenhaus während eines stationären Aufenthaltes muss dieser in der Krankengeschichte dokumentiert werden und 30 Jahre aufbewahrt werden (vgl. Haslinger, 2000; S.7/1).

Wenn keine Widerspruchserklärung des/der Verstorbenen oder seines/ihrer gesetzlichen Vertreter/in vorliegt, darf eine Organexplantation vorgenommen werden.

Diese kann ohne ausdrückliche Zustimmung des/der Verstorbenen oder seines/ihrer gesetzlichen Vertreter/s/in durchgeführt werden. Denn §62a KaKuG geht davon aus, dass Schweigen als Zustimmung gilt.

Im Gegensatz dazu ist im medizinischen Bereich für Diagnostik und Therapie immer die Zustimmung des/der Patient/en/in erforderlich (vgl. Kalchschmid/ Barta, 1999; S. 18).

Land	Gesetzliche Regelung
Belarus	Zustimmungsregelung
Belgien	Widerspruchsregelung
Bulgarien	Widerspruchsregelung
Dänemark	Zustimmungsregelung
Deutschland	Zustimmungsregelung
Estland	Widerspruchsregelung
Finnland	Widerspruchsregelung
Frankreich	Widerspruchsregelung
Georgien	Zustimmungsregelung
Griechenland	Zustimmungsregelung
Großbritannien	Zustimmungsregelung
Irland	Zustimmungsregelung
Island	Zustimmungsregelung
Italien	Widerspruchsregelung
Kroatien	Widerspruchsregelung
Lettland	Widerspruchsregelung
Liechtenstein	Widerspruchsregelung
Litauen	Zustimmungsregelung
Luxemburg	Widerspruchsregelung
Malta	Zustimmungsregelung
Montenegro	Zustimmungsregelung
Niederlande	Zustimmungsregelung
Norwegen	Widerspruchsregelung
Österreich	Widerspruchsregelung
Polen	Widerspruchsregelung
Portugal	Widerspruchsregelung
Rumänien	Zustimmungsregelung
Russland	Widerspruchsregelung
Schweden	Widerspruchsregelung
Schweiz	Zustimmungsregelung
Serbien	Zustimmungsregelung
Slowakei	Widerspruchsregelung
Slowenien	Widerspruchsregelung
Spanien	Widerspruchsregelung
Tschechische Republik	Widerspruchsregelung
Türkei	Widerspruchsregelung
Ukraine	Widerspruchsregelung
Ungarn	Widerspruchsregelung
USA	Zustimmungsregelung
Zypern	Widerspruchsregelung

Abb. 1

Organe dürfen nur transplantiert werden um „das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wiederherzustellen“ (§62a KaKuG).

Ob der Erfolg der Transplantation eines Organs therapeutisch wirksam ist oder nicht, ist für die Rechtmäßigkeit der Organentnahme nicht ausschlaggebend. Wichtig ist die Indikation, die gestellt wurde und die medizinisch vertretbare Heilungschance für den/die Empfänger/in. Das KaKuG beschreibt keine zeitliche Beschränkung zwischen Ex- und Implantation.

Deswegen können Explantate, die medizinisch indiziert wurden und therapeutisch eingesetzt werden können, auch in Organbanken aufbewahrt werden (vgl. Kalchschmid/ Barta, 1999; S. 20f).

Der Todeszeitpunkt kann nicht mit Beenden der Schwebezeit bestimmt werden.

Die invasive Angiographie wird daher an einem/einer Toten durchgeführt, da die Schwebezeit als Todeszeitpunkt angesehen wird. Der/die Arzt/Ärztin muss beurtei-

len, ob die Angiographie bei eine/r Moribunden gemacht werden kann, der/die als hirntot gilt.

Von einem/einer Hirntoten kann eine Zustimmungserklärung nicht verlangt werden. Schlußfolglich ist weder eine Änderung der Gesetzeslage noch eine erneute Begutachtung durch den Obersten Sanitätsrat notwendig.

Für die minimal-invasive CT-Angiographie bedarf es keiner Zustimmungserklärung durch den/die Betroffene/n/ oder eines Dritten (vgl. Haslinger, 2005; S. 4f.).

Der/die Gesetzgeber /in wollte ein praktisch durchführbares Procedere anordnen. Das könnte jedoch nicht durchsetzbar sein, wenn der/die komatöse Patient/in seine/ihre wohl überlegte Zustimmungserklärung zur Angiographie geben müsste.

Deswegen muss die „Schwebezeit“ zur Hirntodfeststellung als „Verifikationsfrist“ angesehen werden (vgl. Haslinger, 2005; zit. nach Steinbereithner/ Holczabek/ Par-teisky, 1973). Dadurch ergibt sich im medizinischen und rechtlichen Sinne, dass der Todeszeitpunkt mit dem erstmaligen Nachweis der erloschenen Hirntätigkeiten eingetreten ist.

Die Zustimmung zur Angiographie für die Hirntoddiagnostik

Die Angiographie (Hirngefäßdarstellung), ein invasiver Eingriff, dient der Hirntoddiagnostik und benötigt die Zustimmung des/der Betroffenen.

Ohne Zustimmung dürfte diese Untersuchung nicht durchgeführt werden. Möglicherweise könne dieser Eingriff bei einem todkranken Menschen den Tod herbeiführen oder mitveranlassen.

Wenn die Angiographie ohne Zustimmung gemacht wird, stellt dies eine strafbare Handlung dar (§110 Strafgesetzbuch), eine fahrlässige Tötung (§ 80 StGB) oder sogar Mord (§75 StGB).

Die Angiographie, die zum Zweck der Todesfeststellung gemacht wird, „birgt *notwendig die Zustimmung zur Organ-Explantation im Falle der Beweisführung des Hirntodes in sich*“. Dadurch wäre die Widerspruchslösung durch die Zustimmungslösung ersetzt.

Laut § 62 a KAKuG muss vor der Organexplantation der Tod des/der Patient/in durch einen „*sonst unbeteiligten, zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt*“ festgestellt werden.

Die Feststellung des Hirntodes kann nach derzeitigem medizinischem Wissensstand auch durch die minimal invasive Computertomographie-Angiographie erfolgen.

§ 62 a KAKuG ordnet an, dass die Todesfeststellung auch auf diesem Weg festgestellt werden kann (vgl. Haslinger, 2005).

Der Terminus „einzelne“ Organe

Es ist gesetzlich geregelt, dass „Verstorbenen einzelne Organe oder Organteile“ zwecks Transplantation entnommen werden können.

Jedoch erklärt der/die Gesetzgeber/in nicht, wie viele Organe genau mit dem Begriff „einzelne“ Organe zu verstehen sind. Demnach dürfen zwei oder drei, aber keinesfalls alle Organe entnommen werden.

Organspender/innen haben die Möglichkeit einen Widerspruch gegen die Entnahme bestimmter einzelner oder mehrerer Organe zu hinterlegen.

Bei Entnahme von mehr als drei Organen (Multiorganentnahme) wird von einer nicht gesetzlich geregelten Zustimmungserklärung des/der Organspenders/Organspenderin zu seinen/ihren Lebzeiten ausgegangen.

Es wäre wünschenswert, dass diese Rechtsunsicherheit vom/von der Gesetzgeber/in beseitigt wird, um Klarheit zu schaffen (vgl. Kalchschmid/Barta, 1999; S. 21f.).

Das Gewinnverbot

Laut § 62 a Abs 4 KaKuG dürfen „*Organe oder Organteile Verstorbener nicht Gegenstand von Rechtsgeschäften sein, die auf Gewinn ausgerichtet sind*“.

Es dürfen nur kostendeckende Einnahmen berechnet werden. Dieses Gewinnverbot betrifft den/die Organspender/in genauso wie alle anderen Personen und Institutionen, die mittelbar oder unmittelbar mit der Organtransplantation befasst sind.

Auch Organe wie Augenhornhäute, die in einer Organbank gelagert sind und ins Ausland verkauft werden unterliegen dem Gewinnverbot.

Der/die Gesetzgeber/in hat nur bei Totspenden das Gewinnverbot geregelt, nicht jedoch bei Lebendspenden.

Doch hier muss der Grundsatz des Gewinnverbots analog angewendet werden.

Klarheit würde eine gesetzliche Regelung schaffen, die sich an das deutsche Transplantationsgesetz § 17 TPG anlehnt, wo das Verbot des Organhandels genau ausgeführt wird.

§ 62 c KaKuG pönalisiert das Zuwiderhandeln gegen das Gewinnverbot mit Geldstrafen (vgl. Kalchschmid/Barta, 1999; S.30f).

Lebendspende

Während in Deutschland die Lebendspende durch das Transplantationsgesetz TPG § 8 bundeseinheitlich geregelt ist, müssen in Österreich die straf- und zivilrechtlichen Grundsätze analog zur Totenspende angewandt werden.

Minderjährige, die freiwillig und einsichtsfähig sind, können, soweit der/die Vormundschaftsrichter/in zustimmt, eine Lebendspende abgeben, soweit ihr/sein Gesundheitszustand es erlaubt.

Anonyme altruistische Lebendspenden sind nicht gesetzlich abgesichert, da die Regelungen fehlen, sind aber grundsätzlich möglich.

Das Gewinnverbot für Lebendspenden (§ 62 a – c KaKuG) muss aufgrund des Fehlen von gesetzlichen Vorschriften analog vom Gewinnverbot von Totspenden abgeleitet werden (vgl. Hohmann, 2003, S.184 f.).

Nachrangigkeit (Subsidiarität)

Organe von Lebendspender/innen sind nur dann zu implantieren, wenn für den/die Organempfänger/in kein geeignetes postmortales Organ zur Verfügung steht oder es keine alternativen Therapien gibt, die ein adäquates oder besseres Ergebnis erzielen (vgl. Kalchschmid/Barta, 1999; S. 37).

Die deutsche Enquete-Kommission „Ethik und Recht der Medizin“ stellte 2005 fest, dass die Subsidiarität von wesentlicher Bedeutung ist. Denn bei gleichem Rang

oder Vorrang der Lebendspende wären die Bemühungen der Politik die postmortalen Spenden zu fördern, schwieriger zu begründen.

Es soll nur auf Lebendspenden zurückgegriffen werden, nachdem alle anderen Möglichkeiten ausgeschlossen werden können. Dies gebietet der ethische Respekt vor Lebendspender/innen (vgl. Enquete-Kommission, 2005; S. 8f).

Die Lebendspende ist rechtlich nicht explizit geregelt, daher sind die Bestimmungen des § 62 a ff KAKuG analog anzuwenden.

Jede Lebendspende bedarf einer Aufklärung und ausdrücklichen Zustimmung, da sonst tatbildmäßige Körperverletzung vorliegen würde. Bei Vorliegen der Einwilligung tritt der Rechtfertigungsgrund des § 90 Abs. 1 StGB in Kraft.

Das Gewinnerzielungsverbot § 62 a Abs. 4 KAKuG kann bei der Lebendspende nicht analog angewendet werden, da der Paragraph sich explizit nur auf Organe oder Organteile Verstorbener (Totspende) bezieht.

Aigner (2008) bezweifelt, dass die zivilrechtlichen Regelungen betreffend Ein- sichts-, Urteils- und Handlungsfähigkeit und die Stellung der Minderjährigen bei einer Ratifizierung des Europaratsübereinkommens über Menschenrechte und Biomedizin ausreichen sind. Art.22 des Zusatzprotokolls des Europarats zur Konvention über Menschenrechte und Biomedizin verbietet ausdrücklich ein Handelsverbot mit Organen und Gewebe.

Es fehlt auch eine Regelung über eine geldmotivierte Lebendspende (nicht gemäß § 90 Abs. 1 StGB gerechtfertigte Körperverletzung). Eine Gewinnerzielungsabsicht des/der Spender/s/in belastet die Einwilligung mit Sittenwidrigkeit. Auch die Entnahme von Organen oder Organteilen wäre damit sittenwidrig belastet.

Die österreichische Rechtsordnung lehnt den Organverkauf und -handel ab. Laut § 120 Abs. 2 ASVG ist eine Lebendspende eines/einer Versicherten einer Krankheit gleichzusetzen, wenn keine Gewinnabsicht besteht.

Der Versicherungsfall gilt dann als eingetreten, wenn die erste ärztliche Maßnahme, also die Aufklärung, erfolgt.

Altruistik wird von den Träger/innen der gesetzlichen Krankenversicherungen angenommen, wenn Zweifel am Motiv an der Spende bestehen. Dieses altruistische Motiv wird insbesondere bei Organspenden für die nächsten Angehörigen angenommen.

Wesentlich ist, dass bereits die erste ärztliche Maßnahme, die Untersuchung des/der potentiellen Spender/s/in, den Versicherungsfall auslöst.

Jede Organ-, Gewebe- und Zellspende, die einen stationären Spitalsaufenthalt erfordert, fällt unter die Regelung des § 120 Abs. 2 zweiter Satz ASVG. Obwohl es sein kann, dass der/die Spender/in nie zu einer Spende herangezogen werden kann, fällt die Typisierung bereits unter den Versicherungsfall der Krankheit.

§§ 133 Abs. 3 letzter Satz und § 150 a ASVG regeln auch die Vor- und Nebenleistungen der Behandlungsmaßnahmen, ebenso die für eine Organtransplantation notwendigen Anmelde- und Registrierungskosten als eigenständige Pflichtleistung.

Eine Forderung an den/die Gesetzgeber/in besteht darin, die soziale Absicherung altruistisch motivierter Organspender/innen besser abzusichern. Eingetretene Langzeitfolgen der Lebendspende, die mit Verlust der Arbeitsfähigkeit und fehlender Pensionsversicherungszeiten einhergehen, ließen sich durch einen arbeitsrechtlichen Kündigungsschutz, Lebens- und Pflegeversicherung und einem angemessenen Schmerzensgeld ausgleichen.

Eine erhöhte Belastung des Pensionssystems ist deswegen nicht gegeben, da risikobehaftete Organspenden bereits bei der ärztlichen Nutzen- und Risikoeinschätzung ausgeschieden werden. Ein geringes Risiko, dass Langzeitfolgen für den/die Lebendspender/in eintreffen können, trifft den/die jeweiligen Arbeitgeber/innen in vollem Ausmaß.

Mündige Minderjährige können in Analogie zu § 146 c ABGB einer Organentnahme zustimmen, die „ ohne Gefahrenrisiko Routinemaßnahmen darstellen und mit keiner schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit verbunden sein können.“

Unmündige Minderjährige, die nicht fähig sind, eine rechtswirksame Einwilligung abzugeben, werden als Spender/innen ausgeschlossen.

Auch eine Einwilligung durch deren gesetzliche/n Vertreter/in wäre ohne Belang, da eine Lebendspende keine Heilbehandlung darstellt.

Es wäre ein Missbrauch des Sorgerechts, da die Explantation eines Organs ein körperverletzender Eingriff zugunsten eines Dritten ist.

Organhandel sollte ein in die Zuständigkeit der Strafgerichte fallendes Delikt sein.

Es fehlen des Weiteren explizite Regelungen über die Lebendspende und die Nichtigkeit von Rechtsgeschäften bei Organhandel.

Einzig die Knochenmarksspende zugunsten eines Angehörigen durch den/die einwilligende/n Minderjährige/n ist zulässig, vor allem dann, wenn diese/r Minderjährige als einzige/r geeignete/r Spender/in in Frage kommt.

Die gesetzlichen Grundlagen für Organspenden bieten grundsätzlich Rechtssicherheit, sodass der Organhandel in Österreich kein reales Problem darstellt.

Um Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu erreichen, sollten jedoch die noch bestehenden Rechtslücken in Bezug auf Tot- und Lebendspenden ehestmöglich geschlossen werden.

Ebenso sollte das Europaratsübereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin ratifiziert werden.

Gesetzliche Regelungen über die Organzuteilung und das System der Wartelisten könnten Vermutungen und Entstehungen von Gerüchten über unsachliche Verteilungsprozesse vermeiden und Rechtsklarheit und Nachvollziehbarkeit schaffen (vgl. Aigner, 2008; S.102 ff.).

2.1.1. Problemkreis Lebendspende

Der Respekt vor der Autonomie des/der Patient/in hat in den letzten Jahren insbesondere bei der Organspende von Lebenden an Wichtigkeit zugenommen. Die Grenzen, inwieweit der einzelne Mensch über seine körperliche Integrität entscheiden kann, haben sich erweitert.

Die Autonomie eines entscheidungskompetenten Erwachsenen betrifft sein Persönlichkeitsrecht, nachdem er/sie sein/ihr Leben nach seinen/ihren eigenen Wertvorstellungen führen kann, ohne den anderen zu schaden.

Die Menschenwürde zu achten heißt dieses Persönlichkeitsrecht anzuerkennen. Ein/e potentielle/r Lebendspender/in hat das moralische Recht sein/ihr Organ zu spenden.

Der/die verantwortungsvolle Arzt/Ärztin muss dieses Selbstbestimmungsrecht anerkennen. Paternalistische Entscheidungen, die den Wunsch der Organspende missachten, sind ethisch nicht gerechtfertigt.

Die Lebendspende, moralisch und rechtlich legitimiert, fordert den Respekt der individuellen Entscheidung ein. Dem den Grundsatz des hippokratischen Eides „primum non nocere“ entgegenzuhalten, hieße nichts anderes als eine institutionalisierte Bevormundung.

Lebendspenden sind nicht immer rein altruistisch motiviert, oft steht der Wunsch dahinter wieder einen/eine belastbaren/belastbare, gesunde/n Partner/in zu haben oder das eigene Selbstwertgefühl zu stärken (vgl. Gutmann/Schroth, 2003; zit. nach Schneewind et al. 2000).

Die selbst- und fremdbezogenen Motive sind rechtlich und moralisch legitime Gründe für eine Organspende.

Die Organspende an nichtoptimale Empfänger/innen, deren Lebenserwartung aufgrund ihrer Erkrankung eingeschränkt ist oder die Aussicht auf eine verminderte Überlebensdauer des Transplantats scheint nicht utilitaristisch begründet zu sein. Der Nutzen der Spende ist von begrenzter Dauer.

Das individuelle Recht auf Leben lässt keine Bewertung des Lebens nach ihrer medizinischen Qualität oder Lebensdauer zu.

Krankes Leben hat denselben Anspruch auf Leben wie gesundes Leben.

Ethisch und rechtlich wäre es nicht vertretbar eine Art Mindesterfolgsgarantie für das implantierte Organ zu verlangen. Die Kosten-Nutzen-Bilanz muss sich auf die individuellen Wertvorstellungen stützen, nicht auf medizinisch-empirische. Der/die Arzt/Ärztin trifft seine/ihre eigene Entscheidung über die Vertretbarkeit der Organspende unter Berücksichtigung des Respekts und der Autonomie des/der Patient/in. Wenn der/die Arzt/Ärztin der Organübertragung an eine/n suboptimale/n Empfänger/in zustimmt, ist dies moralisch und rechtlich erlaubt.

Die Subsidiarität der Lebendspende besagt nicht, dass ein/e Patient/in, der/die eine Lebendspendeorgantransplantation machen lassen will, verpflichtet ist, sich auf die Warteliste für postmortale Spenden setzen zu lassen. Gesetzliche Sanktionen sind vom/von der Gesetzgeber/in nicht vorgesehen.

Den/die Patient/in gegen seinen/ihren Willen von der Lebendorganspende hin zur Totspende zu drängen ist nicht legitimisiert. Auch aufgrund der Organknappheit ist zu hinterfragen, warum ein/e Patient/in, der/die ein Lebendorgan erhalten könnte, sich auf die Eurotransplant-Warteliste für postmortale Spenden setzen lassen müsste.

Ethisch ist es vertretbar, wenn sich Empfänger/in und Spender/in z.B. für eine Lebendniere spende entschieden. Der/die Spender/in, der/die einem nahestehenden Menschen eine Niere spenden möchte, handelt autonom und höchstpersönlich.

Der/die Arzt/Ärztin muss den/die gesunde/n Spender/in über die Operation und die Risiken aufklären. Er/sie muss weiters die Vorteile der postmortalen Spende und damit die Möglichkeit, den Eingriff beim/bei der Spender/in zu vermeiden, erklären.

Wenn jedoch Spender/in und Empfänger/in nach der Aufklärung und angemessener Überlegenszeit sich nur für die Lebendspende entscheiden, muss der/die Arzt/Ärztin diesen höchstpersönlichen Schritt respektieren.

Moralische Verhaltensnormen, die der/die potentielle Lebendspender/in verinnerlicht hat und nach denen er/sie autonom handelt, lassen subjektiv keine Alternativen zu, als sich der Organexplantation zu unterziehen. Es besteht eine Ambivalenz, ein Zwiespalt zwischen der Möglichkeit zu helfen und der Entscheidungslast.

Um die Freiwilligkeit der Spende festzustellen, muss die Entscheidungsfähigkeit des/der Spender/s/in festgestellt werden. Es darf keine äußerer Zwang auf Spender/in und Empfänger/in ausgeübt werden. Der/die Betroffene muss ärztlich aufgeklärt sein und sich der Risiken, die er/sie mit der Operation einhergeht, voll bewusst sein. Die Entscheidung zur Lebendspende und die Annahme der Spende müssen stabil sein (vgl. Gutmann/Schroth, 2003; S. 277ff.).

Bezahlung für die Lebendspende?

Zur Frage, ob eine Lebendspende monetär abgegolten werden soll, gibt es verschiedene, oft diametral entgegengesetzte Standpunkte.

Die Spende einer Niere, eines Lebersegments und eines Knochenmarks unter Verwandten sollte finanziell belohnt werden. Die getätigten Aufwendungen und erlittenen Nachteile des Spenders könnten so von den Krankenkassen honoriert werden.

Der Spitalsaufenthalt, die mit einer Operation verbundenen Risiken und eventuelle Spätfolgen bringen dem/der Spender/in nur Nachteile. Auch vermindert das unter Angehörigen gespendete Organ die Anzahl der/die auf ein postmortales Organ Wartenden. Eine finanzielle Kompensation wäre auch aus diesem Grund begründbar. Durch gesetzliche Regelungen dieser Anerkennungszahlung könnte die Bildung eines freien Marktes vermieden werden.

Von psychologischer Seite würde es den/die Empfänger/in von Schuldgefühlen entlasten, wenn der/die Spender/in finanziell für sein/ihr Opfer entschädigt wird.

Besonders dann, wenn das Organ vom/von der Empfänger/in abgestoßen wird.

Gegen die Bezahlung spricht, dass es unmoralisch ist, Geld für eine Organspende zu bieten. Es würden hauptsächlich ärmere Menschen sein, die z.B. eine Niere spenden würden. Diese Person könnte durch die Kompensationszahlung ihren Lebensstandard zwar heben, müssten jedoch eventuell mit gesundheitlichen Dauerschäden und den daraus resultierenden Folgen rechnen.

Die Freiwilligkeit für die Organspende wäre bei ärmeren Menschen nicht gegeben und ein Organverkauf käme faktisch unter Zwang zustande, meinen die Kritiker.

Hierzulande gilt, dass jeder/jede Anspruchsberechtigte Sozialunterstützung bekommt und daher nicht darauf angewiesen ist, eine Niere zu verkaufen.

Ein weiteres Argument gegen die Bezahlung eines Organs ist die Irreversibilität von Organspendeentscheidungen. Denn wenn die noch verbliebene Niere eine Funktionsstörung aufweisen sollte, könnte der/die Spender/in seine/ihre Entscheidung bereuen.

Deswegen sollte dieser Person schon im Vorhinein von der Spende abgeraten werden. Allerdings widerspricht dies den Grundsätzen einer liberalen Gesellschaft.

Eine Vorsichtsmaßnahme gegen eine unbedachte Organspende wäre eine Nachdenkfrist von mehreren Monaten. Es könnte auch ein Teil des Verkaufspreises in monatlichen Raten ausbezahlt werden. Daran könnte die Bedingung geknüpft sein regelmäßig zu den Nachkontrollen zu gehen.

Kritiker meinen, dass es ethisch falsch ist aus dem Leiden anderer Menschen Profit zu ziehen. Keinesfalls darf argumentiert werden, dass Berufe wie Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal, Apotheker/innen und andere Gesundheitsberufe für ihre Tätigkeiten an Kranken bezahlt werden.

Für die Bezahlung eines Organs spricht aber, dass der/die Empfänger/in mit dem gespendeten Organ eine verbesserte Lebensqualität und höhere Leistungsfähigkeit erreicht.

Medizinethisch wird der Einwand, dass der menschliche Körper durch die Organbezahlung zur Ware degradiert wird, vertreten. Doch Geldzahlungen, die vom Staat angeboten würden, zeigen an, dass es sich um eine freivertragliche und freiwillige Beziehung zum/zur Bürger/in handelt.

Warum sollte es möglich sein, dass ein Vater seiner Tochter eine Niere spenden kann, nicht aber, dass er eine Niere verkaufen kann, um ihr eine andere lebensnotwendige Operation zu finanzieren.

Menschen, deren Gesundheitszustand es nicht erlaubt eine Niere zu spenden, wären von dieser Verdienstmöglichkeit ausgeschlossen, meinen Gegner/innen.

Gegen die Legalisierung des Verkaufs von Organen spricht auch die Befürchtung, dass die Organqualität sinken könnte. Organe, die finanziell abgegolten werden, seien von schlechterer Qualität als altruistisch motivierte Spenderorgane.

Dagegen spricht, dass vor jeder Entnahme Voruntersuchungen beim/bei der Spender/in erfolgen und nicht geeignete Spenderorgane ausgeschlossen werden (vgl. Breyer, 2006; S. 125ff.).

2.1.2. Die postmortale Organentnahme

Die Reanimation eines/einer Hirntoten ist unmöglich, da das Gehirn keinen Impuls für die selbstständige Atmung geben kann. Im Gegensatz dazu können klinisch Herztote manchmal noch erfolgreich reanimiert werden, da das Gehirn noch funktionsfähig ist und sie daher eigenständig atmen können.

Dies ist auch der Grund warum nach Feststellung des Hirntodes medizinische Heilbehandlungen abgesetzt werden, denn eine/n Tote/n zu therapieren ist nicht sinnvoll.

Die künstliche Beatmung kann aber erst nach der Organentnahme beendet werden, denn die Organe müssen gut durchblutet bleiben (vgl. Schulze, 1995; S. 55).

Der Hirntod ist Verlust der Gesamtintegration und Steuerung aller Organe besagt die Grundthese.

Das Gehirn ist die körperliche Grundlage für das geistige Dasein eines jeden Menschen.

Philosoph/inn/en und Theolog/inn/en vertreten zu der Frage, ob das Personsein mit der Gehirntätigkeit zusammenhängt unterschiedliche Positionen.

Unbestritten und rechtlich relevant ist es aber für alle, dass das Verfügungsrecht über den eigenen Körper ein Persönlichkeitsrecht und der Wille des/der Verstorbenen maßgeblich ist.

Es gibt drei verschiedene Lösungsmodelle, die das Fehlen einer Willensäußerung zum Inhalt haben:

- Die Widerspruchslösung besagt, dass keine Organe entnommen werden dürfen, wenn der/die Verstorbene oder ersatzweise die Angehörigen einen ausdrücklichen Widerspruch eingelegt haben.
- Die Einwilligungsregel benötigt die ausdrückliche Einwilligung des/der Verstorbenen.
- Bei der Informationslösung müssen die Angehörigen über die geplante Organentnahme informiert werden. Es bedarf jedoch keiner ausdrücklichen Zustimmung.

Bei dieser Regelung steht das Selbstbestimmungsrecht im Hintergrund.

Die Achtung des Rechts der Person und der Bedarf an Organspenden stoßen aufeinander.

Die Möglichkeit durch Organspende ein Leben zu retten und die Wahrung des Persönlichkeitsrechts zeigt, dass die Person- und Leibzusammengehörigkeit im Blick auf den/die Organspender/in verschieden beurteilt wird.

Im Christentum herrscht der Glaube an die Auferstehung der Toten im leiblichen Sinne. Die unsterbliche Seele ist aber nicht somatisch. Der Stellenwert des Körpers ist strittig, denn das Wort „Leiblichkeit“ wird auch metaphorisch verwendet. Dieser Glauben hat Auswirkungen im Hinblick auf den toten Körper und seine Bewertung. Die katholische Moraltheologie vertritt das Verbot der Verstümmelung (mutilatio), demnach ist die Erhaltung der körperlichen Einheit eine sittliche Pflicht.

Diese unterschiedlichen Ansichten von Person und Leib bestehen schon seit den Anfangszeiten der Obduktion im 16. Jahrhundert.

Je nachdem, ob aus religiösen, metaphorischen, philosophischen oder naturwissenschaftlichen Blickwinkel man Person und Leib betrachtet, gibt es unterschiedliche Standpunkte (vgl. Honecker, 1995; S.167ff.).

Der Eintritt des Todes lässt sich nicht beobachten, da er prozessartig erfolgt. Die Gleichsetzung von Hirn- und Individualtod ist eine Abmachung über den Zeitpunkt, ab wann der Tod als eingetreten betrachtet werden kann.

Das Gehirn und das Zentralnervensystem im Rückenmark bestehen aus einem komplexen Zusammenspiel.

Daher wird auch in der Biologie die Auffassung vom ganzheitlichen Verständnis lebender Individuen vertreten. Das Gehirn als zentrale Instanz ist jedoch nicht Sitz der Persönlichkeit oder der menschlichen Seele.

Die Gleichsetzung des Hirn- mit dem Individualtod ist deswegen gegeben, weil das Gehirn die oberste Ebene ist, die die Integration des gesamten Organismus zu einer leiblich-seelischen Ganzheit koordiniert.

Mit Ausfall eines lebensnotwendigen Organs bricht die Integration aller Teile eines Organismus auseinander. Die leiblich-seelische Einheit ist nicht mehr gegeben, deswegen macht die Hirntoddefinition Sinn (vgl. Körtner, S. 3f.).

Der Europarat vom 4.4.1997 über Menschenrechte und Biomedizin verbietet, dass der menschliche Körper und Teile davon zur Erzielung eines finanziellen Gewinnes verwendet werden dürfen.

Artikel 21 des Zusatzprotokolls des Europarates vom 24.1.2002 weitet das Gewinnverbot auch über Transplantationen von menschlichen Organen und Gewebe aus.

Österreich hat die oben genannte Biomedizinkonvention bis dato weder unterzeichnet oder ratifiziert.

Die geltende Rechtslage normiert nicht umfassend einen Ausschluss von Geschäften und Gewinn.

Laut § 62 a Abs. 4 KAKuG dürfen Organe oder Organteile Verstorbener, wobei die Organe nicht bestimmt und zahlenmäßig beschränkt sind, kein Gegenstand eines Rechtsgeschäftes sein, das auf Gewinn ausgerichtet ist.

Dies stimmt mit Abs. 3 leg cit überein, wo Organe nur in Krankenanstalten entnommen werden dürfen, die nicht auf Gewinn ausgerichtet sind.

Es gilt Gewinn und Entgelt zu unterscheiden.

§ 62 a Abs. 4 KAKuG verbietet nicht die Erzielung von Einnahmen, sondern finanziellen Überschuss, der durch die Organentnahme und die in Zusammenhang stehenden Kosten wie Arbeitsleistung, Aufbewahrungs- und Transportkosten entstehen.

§ 62 a Abs. 4 KAKuG lässt Organverkäufe nicht zu, Rechtsgeschäfte, die entgeltliche Arbeitsleistung rund um die Organspende betreffen, aber schon. Art. 15 B-VG enthält Regelungen über Mittel zur Förderung des Organspendewesens. Als Organspender/in geeignete Patient/inn/en könnten, wenn ihr Sterbeprozess begonnen hat, für eine eventuelle Lebensrettung in eine besser geeignete Krankenanstalt überwiesen werden.

Nicht § 62 a KAKuG, nicht der mit dem/der Patient/in abgeschlossene Behandlungsvertrag und auch nicht die ärztlichen Berufspflichten rechtfertigen die Überstellung in ein höherwertiges Krankenhaus ausschließlich zwecks Organallokation.

Der Behandlungsvertrag hat als Inhalt die bestmögliche Behandlung für den/die Patient/inn/en und die medizinisch nicht indizierte Überstellung ist nicht gedeckt.

Die ärztliche Berufspflicht hat nach dem Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung das Wohl des/der Patient/in zu wahren.

Sie steht nicht in Einklang mit der Transferierung des/der Patient/in in ein anderes Krankenhaus wegen einer Organexplantation.

Den Angehörigen blieben zivilrechtliche Schadenersatzansprüche, die im Verwaltungsstrafrecht vorgesehen sind. Strafrechtlich käme das Delikt der eigenmächtigen Heilbehandlung gemäß § 110 StGB in

Frage. Eine Einwilligung des/der Patient/in oder eines/einer dazu befugten Vertreter/s/in für die Überstellung zwecks Organentnahme kann nicht angenommen werden.

Wenn die Überstellung in ein höherwertiges Krankenhaus wegen einer höheren therapeutischen Möglichkeit geschehen ist und die Vorteile aus Sicht der Organallokation nur nebensächlich gegeben waren, dann ist die Transferierung anders zu beurteilen.

Falls der/die potentielle Organspender/in vor der Überstellung verstirbt und es einen Widerspruch gegen die Organspende gibt, ist der Tatbestand des § 190 StGB, Störung der Totenruhe anzuwenden.

Denn der Leichnam wäre den Verfügungsberechtigten entzogen worden. Die Überstellung eines/einer Verstorbenen in eine höherwertige Krankenanstalt könnte den Verfügungsberechtigten das Verfügungsrecht nehmen oder schwerwiegend beeinträchtigen.

Wenn der/die Verstorbene aber mit Zustimmung der Hinterbliebenen (als Verfügungsberechtigte iSd 190 Abs. 1 StGB) überstellt wird, so wird die Widerspruchsregelung des § 62 a KAKuG in eine erweiterte Zustimmungslösung wandeln, da die Angehörigen der Transferierung zugestimmt haben.

Der Ersatz außerordentlicher Überführungskosten ist nicht vom Gewinnverbot des § 62 a Abs. 4 KAKuG erfasst.

Es unterliegt der ärztlichen Berufspflicht für das Patient/inn/enwohl zu sorgen und die Organe gerecht zu verteilen. Allerdings fehlen entsprechende legislative Normen auf innerstaatlicher Ebene. Aigner fordert gesetzliche Vorgaben, um die Transparenz der Zuteilungskriterien und die Nachvollziehbarkeit der Wartelisten zu erzielen.

Es steht die Frage im Raum, ob Patient/inn/en, die der Widerspruchslösung zustimmen, selbst Organe erhalten dürfen.

Im Hinblick, dass das Leben den höchsten Stellenwert in der Rechtsordnung besitzt und daher nach ärztlicher Pflicht das Wohl des/der Patient/in zu wahren ist, sollte jede/r/ bedürftige Patient/in ein Organ bekommen, selbst wenn er/sie seine/ihre nicht spenden will.

Andererseits könnten Länder mit den nationalen Regelungen der Widerspruchslösung gedrängt werden, Versorgungsdefizite von Ländern mit der Zustimmungslösung auszugleichen (vgl. Aigner, 2008; S.102).

2.1.3. Medizinische Voraussetzungen für die Organentnahme bei Hirntoten

Organe dürfen von Totspender/inne/n nur dann entnommen werden, wenn der Hirntod eindeutig nach dem jeweiligen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse festgestellt wurde.

Organspender/innen bestehen hauptsächlich aus jungen Männern mit schwersten Schädel-Hirnverletzungen, meist bedingt durch Verkehrsunfälle.

Vermehrte Aufklärungsarbeit über Alkohol am Steuer und Kontrollmaßnahmen der Polizei tragen dazu bei, dass diese schweren Hirnverletzungen in Rückgang sind.

Ebenso sind durch Erneuerungen und Verbesserungen in der Medizintechnik viele dieser Patient/innen jetzt überlebensfähig und rehabilitierbar. Doch die Zahl der Wartenden auf den Transplantationswartelisten steigt von Jahr zu Jahr (vgl. Student, 1995; S. 53).

Nur bei schwersten Hirnschädigungen, die durch Unfälle oder Gehirnblutungen entstanden sind, darf eine Hirntoddiagnostik durchgeführt werden. Diese besteht aus einer dokumentierten klinisch neurologischen Untersuchung, einer ergänzenden Computertomographieuntersuchung und dem Nachweis der Irreversibilität der klinischen Ausfallsymptome.

Zu allererst muss eine genaue Anamneseerhebung stattfinden. Bei Vorliegen von Ausschlussgründen wie Hypothermie ($< 32,0\text{ C}$), hypovolämischen Schock, endokrinem oder metabolischem Koma (z.B.: Hypokaliämie), Intoxikation und Relaxation kann der/die Verstorbene nicht als Organspender/in bewertet werden. Es erfolgt eine Unterscheidung in primäre und sekundäre Hirnschädigung. Die primäre Hirnschädigung wird unterteilt in eine supra- oder infratentorielle Läsion.

Danach werden die klinischen Symptome des Komas anhand der Glasgow Coma Score Skala überprüft.

Die Skala beinhaltet drei Punkte:

- Die Augen öffnen sich weder spontan noch auf äußere Reize
- Keine motorische Reaktion auf äußere Reize (wie Schmerzreiz), nur das Vorliegen von spinalen Reizen
- Keine Lautäußerungen.

Anschließend werden alle Hirnstammreflexe wie die Pupillenreaktion auf Lichteinfluss, der Schluck-, der Würge-, der Husten- und der Lidreflex getestet.

Der Apnoetest (Atemstillstandtest) wird als letzte neurologische Untersuchung durchgeführt. Hirnstammreflexie und schlaffe Tetraplegie (Lähmung aller vier Extremitäten) wurden vor dem Apnoetest nachgewiesen.

Der Apnoetest gilt als positiv, wenn bei einem Anstieg des $p\text{CO}_2$ auf mehr als 60 mm Hg keine Spontanatmung erfolgt. Mit dem Apnoetest ist die erste klinische Untersuchung zur Feststellung des Hirntodsyndroms abgeschlossen.

Danach folgt als ergänzende Untersuchung ein EEG (Elektroenzephalogramm). Wenn aufgrund der Verletzungen des/der Patient/in ein EEG nicht möglich ist, wird eine transcranielle Dopplersonographie (TCD) oder eine Computertomographie-Angiographie (CTA) gemacht. Dies dient zum Nachweis des cerebralen Zirkulationsstillstandes.

Wenn ein cerebraler Zirkulationsstillstand vorliegt, so zeigt die transcranielle Dopplersonographie vier typische Befunde:

- Eine Pendelströmung („biphasische Strömung“, „oszillierende Strömung“)
- Kleine systolische Spitzen ohne diastolisches Strömungssignal mit maximalen Amplituden bis 50 cm/sekunde
- Kein verwertbares Doppler-Strömungssignal der Hirnbasisarterien bei zuvor eindeutig ableitbarem Strömungssignal
- Fehlender Nachweis einer Perfusion (Durchströmung des Blutes)

Bei der Computertomographie-Angiographie (CTA) wird jodhaltiges Kontrastmittel intravenös verabreicht und dieses gelangt in die hirnversorgenden Arterien. Somit wird der Perfusionsstillstand nachgewiesen.

Wenn aufgrund des Zustandes des/der Patient/in keine dieser ergänzenden Untersuchungen gemacht werden können, muss vor der zweiten klinisch neurologischen Untersuchung eine Beobachtungszeit eingehalten werden.

Diese beträgt bei Erwachsenen und Kindern über zwei Jahren 12 Stunden, bei Kleinkindern (2 Monate bis 2 Jahre) 24 Stunden und bei Säuglingen (7. Lebensstag bis 2 Monate) 72 Stunden.

Nach Beendigung der Diagnostik erfolgt die zweite klinisch neurologische Untersuchung zur Feststellung des Hirntodes. Neurochirurg/inn/en im Konsil entscheiden, ob eine Organentnahme möglich ist (vgl. ÖBIG, 2005; S. 3ff.).

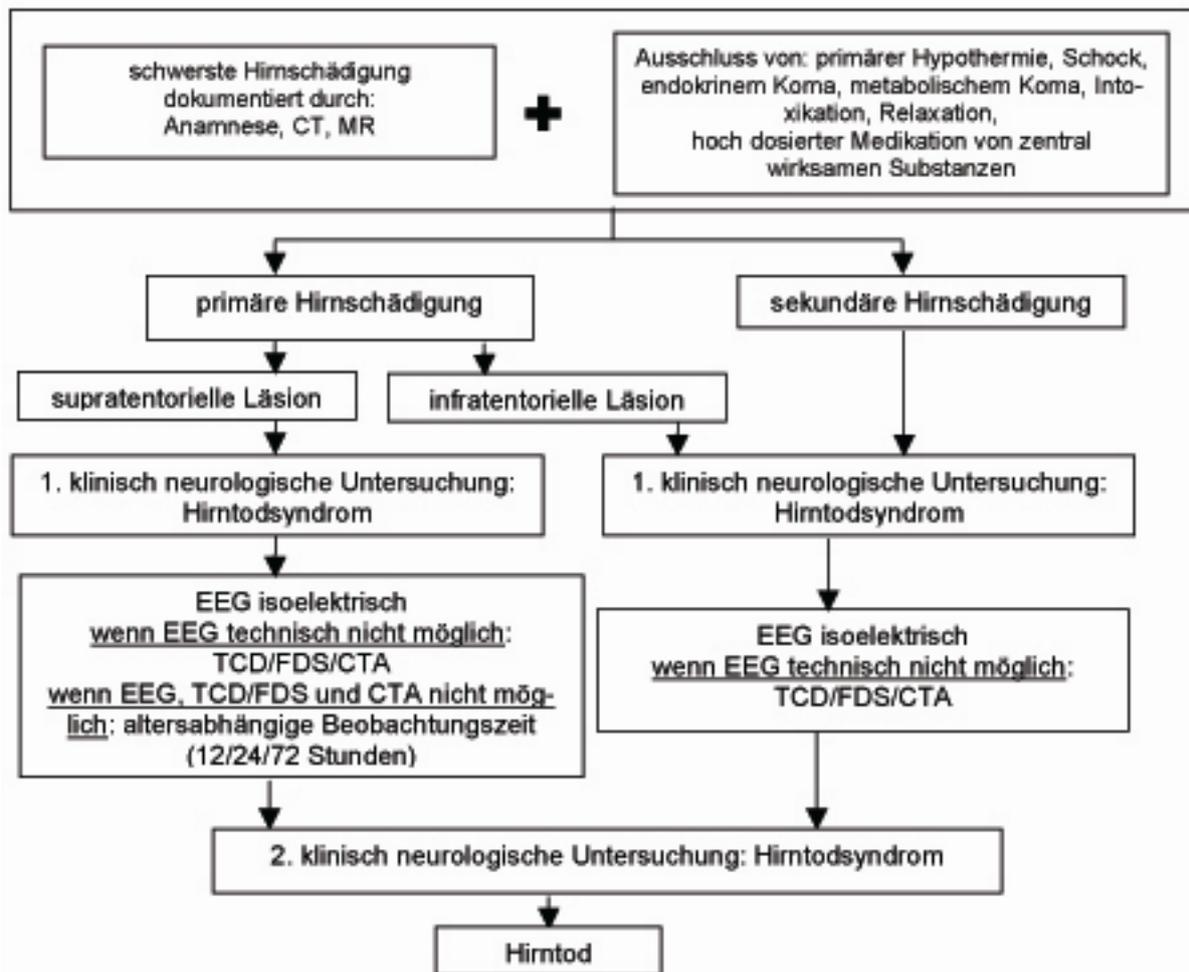


Abb. 2

2.2. Ethische Aspekte der Organtransplantation

Prof. Dr. Ulrich H.J. Körtner (2008) stellte fest, dass „*Ethik eine kritische Theorie der Moral ist. Sie formuliert Prinzipien, Normen und Methoden zur Beurteilung moralischer Überzeugungen und Wertesysteme und zur Bearbeitung der zwischen ihnen möglichen Konflikte. Ihre Aufgabe ist es nicht, im Diskurs einer pluralistischen Gesellschaft eine bestimmte moralische Position durchzusetzen, sondern die verschiedenen moralischen Positionen kritisch zu analysieren und zu gewichten*“ (vgl. Körtner, 2008; S.12).

Mit konkreten moralischen Konfliktfällen und Entscheidungen befasst sich die angewandte oder praktische Ethik. Sie hat die Anwendung von moralischen Prinzipien der normativen Ethik im Mittelpunkt ihres Seins (vgl. Amerbauer, 1998; S.70).

Moralische Fragen bezüglich Krankheit und Gesundheit versucht die Medizinethik zu beantworten.

Eine grundsätzlich moralische Zustimmung herrscht über die Frage der Organverpflanzung. Auch gibt es Einigkeit darüber, dass das Verfügungsrecht eines Menschen über seinen Körper nicht mit dem Tod erlischt und seine Organe nicht willkürlich entnommen werden dürfen. Differenzierte Meinungen gibt es jedoch über die moralische Akzeptabilität der verschiedenen Spenderregelungen.

Die Zustimmungsregelung und die Widerspruchsregelung beinhalten grundverschiedene Ausgangspositionen.

Damit ergeben sich aber grundsätzliche Fragen:

- Kann eine Organentnahme nur nach expliziter Vorausverfügung entnommen werden (Zustimmungsregel) oder ist ein unterbliebener Vorausespruch ausreichend (Widerspruchsregel)?
- Sollen und dürfen Angehörige über die Organexplantation bestimmen, wenn sich der/die Verstorbene zu Lebzeiten nicht darüber geäußert hat?
- Handelt es sich bei den Organspenden von Hirntoten nicht um Sterbende und sind diese Organspenden daher nicht Lebendspenden, über die nur ausdrücklich und höchstpersönlich verfügt werden kann?
- Gibt es eine gerechte Organverteilung? (vgl. Amerbauer, 1998; S. 74ff.)

1968 diskutierte das Komitee der Harvard Medical School zum ersten Mal die Fragen der Reanimation und Behandlung von Patient/inn/en in einem irreversibel vegetativen Status und die Fragen einer Organentnahme zwecks Transplantation (vgl. Baumann, 2005; S.58).

Die Harvarddeklaration beschreibt damit das irreversible Koma, das auf einer Zerstörung des gesamten Gehirns beruht.

Der Hirntod bedeutet eine Zäsur im Prozess des Sterbens. Er ist unaufhaltbar und unumkehrbar. Der biologische Prozess des Zerfalls kann durch künstliche Beatmung verzögert, aber nicht aufgehalten werden.

Medizin und Recht haben diesen so verstandenen Hirntod ihren Anschauungen und Werten zugrunde gelegt (vgl. Schreiber, 1999; S. 205).

Es stellt sich die Frage, wie der/die Hirntote mit dem Ausfall der Gehirnfunktion bis zum Erlöschen aller Lebensfunktionen behandelt werden soll.

Ist der Hirntod die entscheidende Zäsur innerhalb des Sterbeprozesses, wo es gesetzlich erlaubt ist Organe zwecks Transplantation zu entfernen.

Kritiker/innen des Hirntodkonzepts meinen, dass eine Organexplantation nach Hirntod einen den Tod beschleunigenden Eingriff und daher ein Tötungsdelikt darstellt. Sie fordern, dass der/die Hirntote zu Lebzeiten bewusst, ausdrücklich, freiwillig und schriftlich der Organentnahme zugestimmt haben muss.

Nur so könne der/die Einzelne seine/ihre Unversehrtheit für die Lebensmöglichkeit zugunsten eines anderen aufgeben.

Doch gesetzlich gibt es keine Einwilligung in die eigene Tötung (vgl. Schreiber, 1999; S.207f.).

Theolog/inn/en und Philosoph/inn/en meinen, dass zwar mit Eintritt des Hirntodes der Organismus seine Steuerungs- und Integrationsfähigkeit verliere, jedoch das System Organismus seine Einheit nicht verloren hat.

Der Organismus befinde sich im Zustand des Sterbens. Der/die Hirntote hat Anspruch auf ein ungestörtes Sterben. Der Körper als Nachlass der Person ist nicht rechtlos, sondern seine Persönlichkeitsrechte auf Achtung und Respekt gelten nach

wie vor. Beliebige Organe dürfen nicht entnommen werden und der Körper darf von Gesetz wegen nicht verunstaltet werden (vgl. Schreiber, 1999; S.210f.).

Die Vergabe der Spenderorgane erfolgt nach medizinischen Kriterien. Nach ärztlicher Feststellung der Bedürftigkeit entscheidet die immunologische Verträglichkeit zwischen Spendeorgan und Empfänger/in, die Dringlichkeit und die Wartezeit (vgl. Wiesing, 1999; S. 227).

Es sei erlaubt die Behandlung abubrechen, da keine Aussicht auf Besserung oder auf ein Weiterleben bestehe (Schreiber, 1999; S.206).

Leib und Leben, das höchst betroffene Rechtsgut, bedarf immer einer individuell-konkreten Bestandsaufnahme als Basis für eine möglichst richtige Entscheidung.

Als Grundlage dient ein ethisch einwandfreies Entscheidungsverfahren, das formale Voraussetzungen haben muss (vgl. Baumann, 2005; S. 102).

In Deutschland setzen sich manche Transplantationschirurg/inn/en dafür ein, dass sich Angehörige innerhalb einer bestimmten Frist entscheiden müssen, ob sie einer Transplantation zustimmen. Wenn sie das nicht tun, soll ihr Recht zur Ablehnung verwirkt sein. Bestimmungen, die die Hirntoddefinition betreffen, könnten erweitert werden.

Patient/inn/en, deren Gehirn nur zu einem Teil zerstört ist und die nicht mehr bewusst auf Reize reagieren, könnten schon als hirntot gelten.

Die Hirntoddefinition, die darauf beruht, dass die Funktionsfähigkeit des Gehirns nicht mehr gegeben ist, fordert solche zynische Überlegungen heraus, meint Student.

Die Transplantationsmedizin ist wirtschaftlich gesehen keine „Wachstumsbranche“.

Die begrenzten Handlungsmöglichkeiten der Medizin schenken nur einer gewissen Anzahl von Menschen eine gewisse Lebensspanne hinzu. In die technischen Alternativen wie künstliche Niere, Leber oder Herz wird derzeit zuwenig investiert. Student fordert, dass Organe erst nach dem Abstellen der lebenserhaltenden Maschinen explantiert werden.

Er widerspricht, dass mit dem Hirntod auch das menschliche Leben erlischt. Die Organe werden einem/einer Sterbenden entnommen und dies entspricht nicht der ärztlichen Ethik.

Ein Organ wie eine Niere kann bis zu 120 Minuten, ein Herz bis zu 30 Minuten ohne Sauerstoff auskommen.

Der Vorwurf, dass die Transplantationschirurg/inn/en eine Vivisektion (Eingriff am lebenden Organismus) durchführen, ließe sich dadurch entkräften, dass die Organe erst nach dem tatsächlichen Tod entnommen werden (vgl. Student, 1995, S. 53f.).

2.2.1. Ethik in der Neurotransplantationsmedizin

Die Neurowissenschaft beschäftigt sich mit der makro- und mikroskopischen Erfassung der Gehirnstruktur, mit der Analyse von Gehirntätigkeiten und dem Zusammenhang von Verhalten und Erleben und der Diagnose und Therapie der Auswirkungen von Hirnfunktionsstörungen.

Erkenntnisse werden durch die Forschung an Tieren und an Proband/inn/en gewonnen, die an neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen leiden. Es sind dies hauptsächlich die Parkinsonkrankheit, der Schlaganfall, die Demenz und die Schizophrenie.

Der Morbus Parkinson ist vor allem eine Krankheit, die im höheren Lebensalter auftritt. Erst wenn mehr als 70 – 80% der dopaminergen Neuronen in der Substantia nigra irreversibel zerstört sind, treten die schweren Symptome des Zitterns, der Muskelsteifheit und der Starre der Gesichtsmimik auf.

Die Medikamentenwirksamkeit lässt aber mit der Dauer und der zunehmenden Schwere der Krankheit nach. Aus diesem Grund wurde 1987 nach erfolgreichen Tierversuchen begonnen, dopaminproduzierende Zellen direkt ins Gehirn von Parkinsonkranken zu injizieren. Durch die Erfolge ermutigt, wird in Schweden und der USA eine Suspension dopaminerzeugender Zellen neurochirurgisch-stereotaktisch in Heilversuchen weiter klinisch erprobt.

Die dafür nötigen Hirngewebszellen werden Embryonen (3. bis 8. Schwangerschaftswoche) und Feten (ab der 9. Schwangerschaftswoche) aus dem Mittelhirn entnommen. Man benötigt für einen einzelnen Eingriff bis zu 15 Feten aus Schwangerschaftsabbrüchen. Daraus ergeben sich nicht nur technische Probleme wie Reinheit, Aufbewahrung, Überlebensdauer und Funktionstüchtigkeit der Hirnzellen, sondern auch ethische Fragen.

Fetales Gewebe wird schon jahrzehntelang wissenschaftlich erforscht. Ein ethisches Problem ist aber die Missbrauchsgefahr, die gegeben ist, wenn eine dem Schwangerschaftsabbruch ambivalent eingestellte Schwangere bedrängt wird, abzutreiben.

Argumente wie, dass der Fötus wissenschaftlich verwendet werden könne und damit vielen Kranken geholfen werden könne, widersprechen der wissenschaftlichen Ethik.

Allein ethisch vertretbar ist daher nur die Trennung der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch und die Zustimmung zur Fetalspende.

Österreich hat bis dato weder ein Stammzellenforschungsgesetz, noch ein Embryonengesetz.

Forschungen an humanen embryonalen Stammzellen sind gesetzlich nicht geregelt. Der Import von im Ausland erzeugten Stammzelllinien ist erlaubt. Es gibt keine übergreifende Forschungsstrategie und dieser Zustand ist ethisch wie juristisch fragwürdig (vgl. Helmchen, 2000; S. 700 ff.).

In Deutschland darf nur mit embryonalen Stammzellen geforscht werden, die vor dem 1. Jänner 2002 entnommen wurden oder aus dem Ausland importiert wurden (vgl. Huber, 2008; S. 39).

Embryonale Stammzellbanken, die in einigen europäischen Ländern erlaubt sind, sind in Deutschland und Österreich verboten.

Stammzellbanken, die aus totipotenten Stammzellen Erwachsener stammen, wären ethisch vertretbar.

Medizinisch wären pharmakotherapeutische Anwendungen mit gentherapeutischem Ansatz bis hin zur Transplantation neuronaler Stammzellen denkbar.

Die Implantation fremder Nervenzellen wirft die ethische Frage auf, ob es dadurch zu einer Änderung der personalen Identität kommen kann. Doch es sind zu kleine Mengen, die transplantiert werden, um die Persönlichkeit zu ändern. Die embryonalen Neuronen richten sich nach den Strukturen des/der Empfänger/s/in und betten sich dann ein. Tierversuche zeigten, dass Aspekte der Persönlichkeit wie das Verhalten durch die Neurotransplantation beeinflusst wurden. Diese gewollten oder ungewollten Persönlichkeitsveränderungen sind beim Menschen bisher nicht von den Wesensveränderungen bedingt durch die Krankheitsprogression zu unterscheiden, da sie nur subtil auftreten.

Verbesserungen der motorischen Behinderung, die mehr Lebensqualität bedeuten, wiegen die Risiken der Neurotransplantation auf.

Die neurowissenschaftliche Forschung muss sich hoher ethischer Richtlinien unterwerfen, um von den Proband/inn/en und der Öffentlichkeit akzeptiert zu werden.

Diese hohen Standards können zur Folge haben, dass in ethisch weniger problematischen Bereichen geforscht wird.

Auch könnten Forschungen verhindert oder ins Ausland verlegt werden. Weiters könnten die Restriktionen umgangen werden, indem mit nicht einwilligungsfähigen Menschen Forschungen betrieben werden. Diese Missachtung hätte negative Folgen für die betroffenen Menschen. Ethisch wäre laut Helmchen das Problem der Neurotransplantation von menschlichem Embryonalgewebe zu lösen, indem Stammzellbanken errichtet werden (vgl. Helmchen, 2000; S. 703f.).

Eine Alternative zur Neurotransplantation embryonaler Stammzellen in funktionsgestörte Empfängergehirne ist die tiefe Hirnstimulation bei Morbus Parkinson Erkrankten.

Mittels stereotaktischer Technik werden Elektroden in den Nucleus subthalamicus implantiert. Ein unter dem Schlüsselbein gelegener Impulsgeber ist mit den Elektrodenkabeln verbunden. Der/die Patient/in kann die Stimulationshöhe selbst verändern und sein/ihr motorisches Erregungsniveau nach Bedarf einstellen.

Der Tremor (das Zittern) ist nicht geheilt, aber es kommt zu einer deutlichen Verbesserung der willkürlichen Bewegungsabläufe.

Bei 85% der Tremorpatient/inn/en gelingt es den Tremor völlig zu unterdrücken. Diese kombinierte Therapie bestehend aus der Elektroden- und der Impulsgeberimplantation und Parkinsonmedikamenten ermöglicht eine höhere Lebensqualität (vgl. Kresse, 2004).

2.2.2. Ethik der Allokation

Die Verteilungsfrage von Organen (Allokation) wandelt sich zunehmend zum „ethischen Kardinalproblem“ in der Transplantationsmedizin. Die wenig verfügbaren Spender/innenorgane sollen laut ethischen Richtlinien in gerechter und/oder fairer Weise auf die zahlreichen Transplantationskandidaten verteilt werden.

Die drei Gerechtigkeitstheorien des Utilitarismus, des Egalitarismus und des Libertarianismus spielen dabei eine Rolle (vgl. Land, 1995; S.62).

Das HLA-matching (Humane Lymphozyten Antigen), die derzeit praktizierende Allokationsmethode, wertet aus, ob eine möglichst hohe Zahl von HLA-Antigenen des Spenderorgans mit den HLA-Antigenen des/der Empfänger/s/in übereinstimmt.

Hier findet das utilitaristische Prinzip seinen Platz mit dem Anspruch das „größtmögliche Nettogut im Aggregat“, also den größtmöglichen Nutzen zu erreichen, damit das Transplantat lange erhalten bleibt.

Einige Medizinethiker/innen und Transplantationsmediziner/innen bezweifeln, ob die HLA-Austestung der alleinige ausschlaggebende Aspekt sein sollte, nachdem die Organe vergeben werden.

Der/die Patient/in sollte nicht nur nach seinen Molekülen, sondern nach seinem Gesamtwohl, das aus medizinischen und gesellschaftlichen Wohl besteht, beurteilt werden.

Als Folge dieser Ansicht dürfen nicht alleine die Immunolog/inn/en und Transplantationsmediziner/innen die Allokationsrichtlinien erstellen.

Die primär utilitaristisch-orientierte Organallokation sollte mit der Gerechtigkeitstheorie des Egalitarismus verbunden werden, die sich auf die Gleichheit aller „inneren Werte“ unter den Patient/inn/en beruft.

Jedoch berücksichtigt der Egalitarismus nicht die medizinischen Allokationsaspekte der guten Gewebeverträglichkeit, der klinischen Notwendigkeit und der Dringlichkeit.

Utilitarismus und Egalitarismus lassen sich in der Praxis der Organverteilung nicht vereinigen.

Ein drittes Element, das paternalistisch-orientierte Arzt/Ärztin-Patient/inn/enverhältnis, stellt einen weiteren Aspekt dar.

Eine gerechte und/oder faire Organverteilung hängt von den Faktoren der Verteilungsgerechtigkeitstheorien und dem „kategorischen, ärztlich-medizinisch ausgerichteten Behandlungsimperativ“ ab, wobei diese aber nie in Einklang stehen können (vgl. Land, 1995; S.78 ff.).

Transplantationsmedizinische Ethik muss sich von der gesellschaftlichen Medizinethik beeinflussen lassen.

Dass es so ist, zeigt sich darin, dass nicht länger die Transplantationschirurg/inn/en, sondern die Öffentlichkeit Besitzanspruch an der postmortalen Organspende hat, weiters durch die Abschaffung von regionalen oder nationalen Transplantationszentrum-Wartelisten und der Schaffung einer überprüfbaren, transparenten Allokationspraxis (vgl. Land, 1995; S.91).

Allgemein wurde es aber sehr bald zwingend notwendig, die Bewirtschaftung von Spender/innenorganen, deren Erfassung und Verteilung, überregional zu bewerkstelligen.

Für den europäischen Bereich wurden Vermittlungsstellen wie Eurotransplant, Swisstransplant und Francetransplant eingerichtet, die diese Aufgaben wahrnehmen und für die Koordination von Spender/inne/n und Empfänger/inne/n sowie für die erforderlichen Normierungen und Standardisierungen sorgen (vgl. Eckart, 2009; S. 304ff.).

Eurotransplant vergibt das Organ an denjenigen, wo die HLA Kompatibilität am größten ist.

Diese ethische und moralische Regelung soll bewirken, dass der Nutzen für den/die Einzelnen/Einzeln möglichst groß ist und das Transplantat lange erhalten bleibt (vgl. Wiesing, 1999; S. 230).

Der/die Arzt/Ärztin des Transplantationszentrums entscheidet, ob eine Transplantation notwendig ist, welche/r Patient/in für ein zur Verfügung stehendes Organ ausgewählt wird, ob ein von Eurotransplant angebotenes Organ angenommen wird und ob ein im Zentrum genommenes Organ behalten oder an Eurotransplant abgegeben wird (vgl. Lachmann/Meuter/ Schwemmer, 1999; S.250).

Die Verteilungsfrage sollte nicht vom/von der Arzt/Ärztin alleine entschieden werden, da er/sie seine Verpflichtung den Patient/inn/en bestmöglichst zu versorgen nicht aufrechterhalten kann.

Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/in wäre angegriffen, wenn der/die Patient/in um die Gunst des/der Arztes/Ärztin buhlen muss, um ein begrenzt verfügbares Organ zu erhalten (vgl. Wiesing, 1999; S. 244f.).

Diese wichtigen Entscheidungen trifft der/die Arzt/Ärztin aber nicht alleine, da er/sie in ein komplexes Netz von Vorgaben und Verpflichtungen eingebunden ist.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen bildet das Grundgesetz, das dem menschlichen Leben den Höchstwert zuschreibt und jedem Leben den gleichen Wert zuschreibt.

Dieser Verfassungsgrundsatz schließt eine nutzenorientierte Allokation aus.

Die ethischen Grundsätze der ärztlichen Berufsordnung sind ein allgemeiner Rahmen, der ethisch individuell bewertet und realisiert wird.

Neben ethischen, rechtlichen und medizinischen Bedingungen sind auch technische und ökonomische Gesichtspunkte bei der Organverteilung zu berücksichtigen.

Es bleibt aber ein Ermessungsspielraum für den/die Arzt/Ärztin bestehen. Dieser wurde nicht nur durch ethische Prinzipien und Kriterien geschaffen, sondern auch durch die Gesellschaft.

Der Ermessungsspielraum ist der Ort, wo der/die Einzelne am Prozess der gesellschaftlichen Selbstausslegung teilnimmt (vgl. Lachmann/Meuter/Schwemmer, 1999; S. 247ff.).

Moralische Prinzipien haben mit den Werten einer Gesellschaft zu tun, an was sie glaubt und welche Ziele sie anstrebt. Jene Gesellschaft bestimmt welcher hohen Wert sie einem Individuum zubilligt. Ethische Codes interpretieren moralische Prinzipien für menschliches Verhalten.

Wie Mediziner/innen die Rechte und die Integrität der Patient/inn/en als Spender/innen oder Empfänger/innen bewahren, hängt nicht nur von moralischen oder ethischen, sondern auch von gesellschaftspolitischen, und gesetzlichen Standpunkten ab.

Die Bewahrung des Status des/der Patient/en/in als Mensch und nicht als Objekt muss im Vordergrund stehen. Dies garantiert eine fundamentale Qualität der menschlichen Würde (vgl. Jones, 1970; S. 12).

An der pädiatrischen Universität von Denver, Colorado wurden drei Säuglingen mit schweren neurologischen Schäden nach einer 75 Sekunden bis drei Minuten dauernden Herzasystolie die Herzen entnommen und Kindern mit schweren, inoperablen Herzfehlern eingesetzt.

Dies führte zu heftigen Diskussionen, da die zuständigen Mediziner/innen nicht ausführten, wie sie festgestellt hatten, dass ein Herzschlag der letzte war und ob der Herzstillstand wirklich irreversibel war.

Der Herzstillstand trat 11 bis 27 Minuten nach Beendigung der künstlichen Beatmung ein. Die zuständige Ethikkommission und die Eltern der Säuglinge hatten zuvor ihr Einverständnis für die Explantation gegeben.

Uneinigkeit herrscht darüber, ob die Herztransplantation von Spender/inne/n, die für Herztod erklärt worden sind, im Einklang mit der Dead-Donor-Rule steht. Diese wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der International Transplant Society erstellt. Sie besagt, dass Organentnahmen nicht zum Tod führen dürfen.

Widerspruch gibt es von US-Fachgesellschaften mit dem Institute of Medicine, wo 2005 festgestellt wurde, dass bereits zwei Minuten nach Herzstillstand mit der Organentnahme begonnen werden darf, denn empirische Daten belegen, dass ein Herzstillstand irreversibel ist und dass dann auch der Hirntod eingetreten ist.

Diese Übereinkunft habe zwar eine wissenschaftliche Basis, beinhaltet aber auch gesellschafts- und gesundheitliche Aspekte des Problems des Organmangels.

Medizinethiker Robert D. Truog von der Harvard Medical School in Boston meint, dass die Dead-Donor-Rule überholt sei, denn ob der Tod durch Beenden der lebenserhaltenden Maßnahmen oder durch Organentnahme eintritt, ist zweitrangig. Für ihn ist die Zustimmung das allein entscheidende Element.

Professor Robert Veach, Medizinethiker an der Universität von Washington D.C. hält dagegen, dass die Herzexplantation eines/einer Herztoten den Tod durch Organentnahme eintreten lässt. Bei Zulässigkeit eines solchen Vorgehens müssten die amerikanischen Gesetze geändert werden.

Eurotransplant gab schon 1998 an, dass ein Herzstillstand von zehn Minuten als Äquivalenz zum Herztod angesehen werden kann. In Österreich, Schweiz, Niederlande, Spanien und Belgien kann 10 Minuten nach Feststellung des Herz-Kreislaufversagens mit der Organentnahme begonnen werden.

In Österreich werden auch Organe von Non-Heart-Beating-Donors transplantiert, diese dürfen aber nicht an deutsche Patient/inn/en vergeben werden, da das deutsche Transplantationsgesetz genau dieses verbietet (vgl. Siegmund-Schultze, 2008).

Durch verbesserte Operationstechniken und Weiterentwicklung in der Immunsuppressionstherapie wurden die Ausschlusskriterien gelockert und es werden derzeit auch Patient/innen operiert, die vor einigen Jahren kein neues Organ bekommen hätten.

Ältere transplantierte Menschen leiden vermehrt unter Komplikationen, welche die Verweildauer im Krankenhaus erhöhen lassen und somit die Kosten steigen lassen.

Die Organknappheit und der erweiterte Empfänger/innenkreis wirft die Frage auf, ob stark beeinträchtigte Patient/inn/en mit unsicherer Prognose überhaupt noch ein Organ transplantiert werden soll oder ob es sich hierbei um eine Organverschwendung handelt (vgl. Neyer/Scheuring/Mair, 2004; S. 15).

2.2.3. Ethik der Pflege

Wie in kaum einer anderen medizinischen und pflegerischen Sparte hat die Entwicklung in den Bereichen der Intensivmedizin- und pflege dazu beigetragen die Überlebenschancen schwerkranker Patient/inn/en zu verbessern.

Intensivmedizinische Betreuung stellt aber auch für die Angehörigen eine Ausnahmesituation dar, die mit einer hohen, vor allem psychischen Belastung einhergeht.

Auf einer Intensivstation werden Patient/inn/en mit einer akuten lebensbedrohlichen Erkrankung betreut, wobei es zu Beginn der Therapieeinleitung keinesfalls abzusehen ist, ob diese auch wirkt und ob der/die Patient/in überlebt.

Es liegt besonders am medizinischen Personal, vor allem am Pflegepersonal, die Ängste und Sorgen der Angehörigen, die sich in Aggressionen, Trauer, aber auch in unrealistischen Hoffnungen ausdrücken können, zu verstehen.

Die Angehörigen haben ein hohes Informationsbedürfnis, welches selten ausreichend erfüllt werden kann. Dies kann bei diesem Personenkreis zu einer Verstärkung der Angst, zu Misstrauen und dem Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht führen.

Es gehört zum Aufgabenbereich des Pflegepersonals, neben der Betreuung der Intensivpatient/inn/en auch dessen Angehörige zu unterstützen.

Der Umgang mit Angehörigen, die sich mit dem Tod eines geliebten Familienmitglieds konfrontiert sehen, erfordert vom Pflegepersonal auch einen adäquaten Umgang mit den eigenen Gefühlen sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion.

Dies kann zu einer emotionalen Überforderung des Pflegepersonals führen und um den damit verbundenen Stress zu umgehen, wird oft die Strategie des Vermeidens und des Ausweichens auf subjektiv angenehmere Fragen gewählt.

Dieser Schutzmechanismus verhindert, dass eine emotionale Bindung zum Angehörigen aufgebaut wird und verstärkt wiederum dessen Ängste und Sorgen. Es muss aber auch festgestellt werden, dass neben Zeitmangel, emotionaler Überforderung, fehlender oder mangelnder Kommunikation zwischen Pflegenden und Angehörigen oft auch Kommunikationsdefizite innerhalb des medizinischen und pflegerischen Personals bestehen.

Eine Lösung wäre, dass der/die behandelnde Arzt/Ärztin gemeinsam mit der betreuenden Pflegeperson die Gespräche mit den Angehörigen führt.

Bei Patient/inn/en mit schlechter Prognose, wo eine weitere Therapiebehandlung zu keinem Erfolg mehr führen kann, wird gemeinsam im interdisziplinären Team der Therapieabbruch besprochen. Im anschließenden Gespräch mit den Angehörigen wird das weitere Vorgehen festgelegt.

Für Angehörige eines/einer hirntoten, potentiellen Organspender/s/in kann die geplante Organentnahme eine große Belastung darstellen. Trotz der eindeutigen Ge-

setzeslage wird das Gespräch mit den Angehörigen gesucht, um im Konsens aller Beteiligten handeln zu können.

Es herrscht ein großer Druck auf die Angehörigen, da sie sich einerseits mit der Endgültigkeit des Todes abfinden müssen und andererseits im Interesse des/der Verstorbenen handeln müssen, ob eine Organtransplantation stattfinden soll oder nicht. Die Zustimmung ist aber per Gesetz nicht zwingend notwendig.

Für das Pflegepersonal ist die Betreuung eines/einer hirntoten Spender/s/in eine Belastung, da Therapiemaßnahmen zur Organerhaltung weiter durchgeführt werden müssen. Zusätzlich müssen auch lebende Patient/inn/en mit ihren Bedürfnissen betreut werden, sodass der/die Pflegenden Prioritäten setzen muss.

Emotional belastend ist die Pflege hirntoter Organspender/innen, da das Pflegepersonal oft einen Widerspruch zwischen den erlebten Wahrnehmungen bei der Pflege und den Hirntodkonzept empfindet. Der/die Hirntote hat eine warm durchblutete Haut und es können Bewegungen auftreten, die durch spinale Reflexe ausgelöst worden sind (Lazaruszeichen).

Die durchgeführten Therapiemaßnahmen zum Organerhalt führen zu einer Doppelbelastung für das Pflegepersonal, da auch andere pflegeaufwändige Patient/inn/en zu betreuen sind.

Die Betreuung von Hirntoten, die Stunden bis Tage dauern kann, ist eine der anspruchvollsten Arbeiten, da diese Pflege eine Ausnahmesituation darstellt, in der der/die Einzelne seine Einstellung zur Organtransplantation hinterfragen muss (vgl. Neyer, Scheuring, Mair, 2004; S. 12ff.).

Die Aufgaben der Pflege umfassen im interdisziplinären Bereich auch die Assistenz bei der Durchführung der Hirntoddiagnostik, organisatorische Tätigkeiten im Rahmen der Spender/innenvorbereitung und die Konditionierung des Organspender/s/in.

Die Konditionierung besteht darin, den Kreislauf, die Atmung und den Elektrolythaushalt des/der Hirntoten stabil zu halten, damit für die Organe optimale Bedingungen herrschen („Spenderkonditionierung“).

Solch künstlicher Zustand kann mehrere Stunden bis Tage aufrechterhalten werden und ist oft begleitet von instabilen Krisen, die die Temperaturregelung des Körpers, den Gasaustausch der Lunge, die Hämodynamik und den Elektrolythaushalt betreffen.

Psychische Belastung in der Pflege von Organspender/inne/n treten auf, da die visuellen Todeszeichen fehlen, durch die künstliche Verlängerung des Sterbeprozesses und durch Identifikation mit dem/der Organspender/in.

Mangelnde Kenntnisse über die Organisation der Transplantation können Unsicherheiten verstärken.

Bewegungen von Rumpf oder Extremitäten des/der Hirntoten können spontan oder als Reaktion auf äußere Reize auftreten (Lazaruszeichen) und lassen trotz Wissen darüber erneut die Frage stellen, ob der/die Patient/in eventuell doch noch lebt.

Die Ablehnung von Organspenden Hirntoter kann den inneren Konflikt des Pflegepersonals verschärfen, deswegen sollte die Pflege nur von die Organtransplantation befürwortendem Pflegepersonal durchgeführt werden.

Zentrales Anliegen der Pflege ist die würdevolle Betreuung des/der hirntoten Spender/s/in, dazu zählt auch das Ansprechen mit Namen bei jeder Pflegehandlung.

Jedoch ist der pflegerische Weg der der speziellen Organerhaltung und nicht der des ganzheitlichen Konzepts.

Die nicht zu vernachlässigende Betreuung der Angehörigen ist gekennzeichnet durch Kommunikationsfähigkeit, Empathie, Anteilnahme und Trauerarbeit. Mitunter stellt diese psychosoziale Betreuung den zeitaufwändigsten Teil im Gesamtbetreuungskonzept dar (vgl. Haslinger, 2009; S. 27ff.).

Die Angehörigenbetreuung und die Pflege des/der hirntoten Spender/s/in bis hin zur Abholung in den Operationssaal bedeutet eine psychische Belastung für das Pflegepersonal, die sich in Trauer, Verdrängung oder Aggression äußern kann.

Eine australische Studie über das Pflegepersonal an Intensivstationen ergab, dass eine Ambivalenz zwischen dem Verstehen und dem Akzeptieren des Todes und den Lebenszeichen des/der Hirntoten besteht. Weiters zeigte sich, dass die psychische Belastung mit steigender Berufserfahrung tendenziell zunimmt und die Pflege Hirntoter nie eine Routinearbeit darstellt.

Voraussetzung für eine optimale medizinische und pflegerische Betreuung ist eine gute Arbeitsatmosphäre, Kommunikationsfähigkeit und eingespielte interdisziplinäre Zusammenarbeit. Psychische Belastbarkeit, menschliche Stärke und medizinisch-pflegerische Kompetenz trägt zum Erfolg der Organspende bei (vgl. Bein/Schlitt/Bösebeck/Bele/Krämer/Taeger, 2005; S. 279ff.).

3. Von der Diagnose bis zur Transplantation

Dieses Kapitel umfasst die psychische, physische, soziale, psychologische, medizin-technische und pflegerische Situation der Patient/inn/en beginnend von der Diagnosestellung bis hin zur Transplantationsoperation und dem Leben mit dem fremden Organ.

3.1. Medizinisch-technische Forschungsergebnisse

Herzunterstützungssysteme

Zur Vorbehandlung eines/einer präsumtiven Empfänger/s/in gewinnen technische Unterstützungssysteme immer mehr an Bedeutung. Sie dienen derzeit solange als Überbrückung bis das passende Spenderorgan verfügbar ist.

Herzunterstützungssysteme werden bei der Behandlung von Herzinsuffizienz eingesetzt. Der Begriff „Kunstherz“ ist laut Univ-Prof. DI Dr. Heinrich Schima (2009) vom Zentrum für Biomedizin Technik und Physik nicht mehr zeitgemäß.

Es gibt künstliche Totalherzen, die nur in seltenen Fällen eingesetzt werden. Hierbei wird das erkrankte Herz entfernt und durch 2 Pumpen ersetzt.

Jedoch wurde bereits in den 60er Jahren erkannt, dass das rechte Herz noch längere Zeit seiner Funktion nachgehen kann, während der linke Ventrikel versagt.

Die technische Entwicklung ging weiter in Richtung mechanische Linksherzunterstützungssysteme, wo das linke Herz durch eine mechanische Pumpe unterstützt wird. Sie ist kleiner, einfacher und das eigene Herz kann seine Restfunktion noch ausüben. Bei Ausfall der Pumpe kann der Blutkreislauf aufrechterhalten werden. Es kann sich auch das kranke Herz wieder erholen, so dass die Pumpe entfernt werden kann. Bei einem Herztransplantat ist das eigene Organ unwiderbringlich verloren. Künstliche Totalherzen und Ventrikelunterstützungssysteme werden als Überbrückung für Patient/inn/en auf der Warteliste implantiert.

Die Unterstützungspumpe stellt aber zunehmend auch eine Alternative zur Transplantation dar.

1988 wurde die erste Rotationspumpe, die durch schnelle Drehung des Rotors das Blut kontinuierlich fließen lässt, in Wien vorgestellt. Bis dahin wurden Blutpumpen verwendet, die einen pulsierenden Blutstrom erzeugten.

Seitdem wurden die Pumpen weiterentwickelt. Die Pumpe wurde kleiner und vereinfacht und hat nur mehr einen Durchmesser von 42 mm. Permanentmagnete halten die Rotoren und die Blutströmung in Schwebelage.

Die Einjahresüberlebensrate liegt bei 87%. Die Patient/inn/en mit einem implantierten Herzunterstützungssystem können wieder berufstätig sein und Sport betreiben.

Im Unterschied zu Patient/inn/en mit einer Herzerkrankung im Endstadium, die eine medikamentöse Therapie erhalten, haben Patient/inn/en mit einer Pumpe eine bessere Lebensqualität, wie internationale Studien beweisen.

Jede dieser Pumpen kostet zwischen 60.000 und 80.000 Euro.

Die neueste Generation der Pumpen soll daumengroß sein und kann mit einem invasiven Eingriff implantiert werden. Infektionsraten können dadurch gesenkt werden (vgl. Kraßnitzer, 2009).

Die Heartware-Linksherzunterstützungspumpe besteht aus einer miniaturisierten Zentrifugalpumpe und wiegt 145 Gramm. Der Rotor schwebt berührungslos in einem passiven Magnetfeld mit 2000-3500 Umdrehungen pro Minute. Aufgrund der fehlenden mechanischen Verschleißung beträgt die Haltbarkeit der Pumpe 5 – 10 Jahre.

Patient/inn/en, die unter einer schweren Herzinsuffizienz leiden, können mit dieser neuen Mini-Herzpumpe bis zur Herztransplantation ein weitgehend normales Leben führen. Weitere Forschungsarbeiten haben das Ziel die mechanische Herzunterstützung als Alternative zur Herztransplantation zu etablieren (vgl. Hoppe/Fehring, 2006).

Kunstherzen dienen zur für Patient/inn/en im terminalen Herzversagen zur Überbrückung der Wartezeit auf ein Spenderherz. Das Kunstherz ersetzt nicht das Herz, sondern unterstützt das Herz bei seiner Pumpleistung.

Man unterscheidet ein extrakorporales System, bei dem die Pumpe und die Steuereinheit sich außerhalb des Körpers befinden und ein implantiertes System, bei dem sich nur die Steuereinheit extrakorporal befindet.

Diese Systeme gewähren eine bestmögliche Anpassung an die Bedürfnisse der Patient/inn/en.

Wegen der langfristigen Unterstützung der Assist Devices kann der/die Patient/in nach Hause entlassen werden und muss nicht im Krankenhaus bleiben.

Das Unterstützungssystem muss aufgrund der Spender/innenorganknappheit oft mehrere Monate getragen werden, wobei Komplikationen wie eine Embolie (Gefäßverschluss) und Infektionen auftreten können. Die Lebensqualität ist stark eingeschränkt, umso wichtiger ist daher die emotionale Unterstützung von Familienangehörigen und Pflegepersonal. Die schwere Herzerkrankung betrifft nicht nur den/die Patient/in allein, sondern auch seine Familie. Eine soziale Unterstützung hilft bei der Verarbeitung und Wiedergewinnung des Selbstwertgefühls. Erschwerend für den/die Patient/in wirkt sich der vollständige Kontrollverlust über seine Herztätigkeit und die medizinische Abhängigkeit aus. Einen besonderen Stressfaktor stellt das implantierte Kunstherz dar, bei dem man von außen durch Knopfdruck den Blutdruck und die Herzfrequenz verändern kann. Der Eingriff in die Bauchhöhle und die Regulation des Kunstherzens von außen kann Ängste und Ohnmachtsgefühle hervorrufen.

Nach der Implantation des Herzunterstützungssystems muss der/die Patient/in mit einer völligen Änderung seines/ihres bisherigen Lebens fertig werden. Stand vor der Operation die Atemnot und die körperliche Schwäche im Vordergrund, sind es nach der Operation vor allem psychische Schwierigkeiten.

Die körperlichen Funktionen bessern sich durch das Kunstherz. Doch die psychischen Missstände bewirken oft auch physische Veränderungen.

Die Patient/inn/en geben Stimmungsschwankungen, Angst und depressive Verstimmungen an. Die Wahrnehmung des körperlichen Zustandes scheint in den Hintergrund zu treten, die psychosozialen Beeinträchtigungen werden subjektiv stärker wahrgenommen.

Aufgabe des Pflegepersonals ist es, Bewältigungsstrategien der Patient/inn/en zu fördern. Er/sie muss lernen das Kunstherz zu akzeptieren. Emotionale Nähe oder Distanz, die vom Patient/en/in vorgegeben werden, müssen vom Pflegepersonal respektiert werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzte/Ärztinnen, Pflegepersonal, Psychotherapeut/inn/en und Familienangehörigen spielt eine große Rolle.

Zur Beurteilung der psychischen Situation muss geklärt werden, wie zukünftige Implantationspatient/inn/en mit einer langfristigen, komplizierten und medikamentösen Therapie umgehen.

Die familiäre Situation muss eingeschätzt werden um sicher gehen zu können, dass die zahlreichen Untersuchungen und Beurteilungstermine eingehalten werden.

Psychotherapeutische Begleitung mindert nachhaltig Ängste, Depressionen, Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit.

Zwischen Patient/inn/en und Pflegepersonal entsteht eine tragfähige Vertrauensbasis in der es für den/die Patient/in möglich ist, seinem /ihrem Ärger, seiner/ihrer Trauer und seinen/ihren Ängsten Ausdruck zu verleihen.

Er/sie muss sich angenommen und verstanden fühlen. Der/die Patient/in muss wissen, dass das instrumentell arbeitende Pflegepersonal auch emotional für ihn/sie zur Verfügung steht. Der Behandlungsplan wird mit dem/der Patient/in, den Mediziner/inne/n, dem Pflegepersonal und den Familienangehörigen regelmäßig besprochen.

Viele Patient/inn/en mit Kunstherz haben ambivalente Gefühle gegenüber der Spitalsentlassung. Einerseits verspüren sie Freude nach Hause gehen zu dürfen, andererseits schätzen sie die Sicherheit der Klinik.

Psychisch auffällig bleibt ein Teil der Patient/inn/en nach der Implantation und ist dadurch in der Lebensqualität eingeschränkt. Die psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Ängste haben einen größeren Einfluss als die physische Erkrankung des Herzens (vgl. Janisch/ Weisz, 2007).

„Die Lunge aus der Kuppel“

Durch die Ex-vivo Lungenperfusion können Lungenorgane, die früher nicht für eine Transplantation geeignet waren, genauer beurteilt und unter Umständen doch noch für eine Transplantation verwendet werden.

Die Zahl der verfügbaren Spender/innenorgane erhöht sich durch diese Methode deutlich. Früher wurden die Organe kalt konserviert um den Zellstoffwechsel zu reduzieren und den Sauerstoff- und Nährstoffschaden zu minimieren. Jetzt wird die gekühlte Lunge im Operationssaal an die Perfusion angeschlossen und in 30 Minuten aufgewärmt.

Erst wenn das Lungenorgan Körpertemperatur aufweist, wird die Beatmung begonnen. Während der Ex-vivo Perfusion wird ständig die Sauerstoffaufnahme, die Lungenelastizität und der Beatmungsdruck kontrolliert.

Eine spezielle Lösung versorgt die Lunge mit Nährstoffen und Sauerstoff. Diese Methode birgt viele Möglichkeiten das Lungenorgan vor der Transplantation zu behandeln und zu optimieren.

Immunologische Vorbehandlungen des Lungenorgans zur Vermeidung von Abstoßungsreaktionen wäre ein weiterer Schritt in der Zukunft der Forschung, wobei deren Erkenntnisse auch zur Behandlung von Patient/inn/en mit akutem Lungenversagen wichtig wären (vgl. Aigner, 2010).

Operationstechniken der Nierenentnahme

In der Operationstechnik bei Nierenentnahmen von Lebendspender/inne/n gibt es mehrere Methoden.

Die Entnahme einer Niere von einem/einer Lebendspender/in soll mit geringer Belastung verbunden sein. Die Operationstechniken mittels Video-Laparoskopie und subkostaler Methode erwiesen sich für den/die Spender/in laut dieser Studie sicherer als ein Flankenschnitt mit Rippenresektion.

Der Flankenschnitt bringt eine signifikante Morbidität und eine lange Rehabilitationszeit mit sich. Für die anderen Techniken gab es in Bezug auf Komplikationen, Transplantüberleben und Überleben des/der Empfänger/s/in keine wesentlichen Unterschiede (vgl. Mitre et al., 2009).

3.2. Die Pflege vor der Organspende

Ein Paradigma der Pflege besteht darin, den Menschen als Körper-Geist-Seele Einheit zu sehen. Der/die Kranke wird nicht auf die anatomisch-physiologischen Teile hin betrachtet wie im biomedizinischen Modell. Das psychische Befinden beeinflusst die Physis und umgekehrt.

Der Mensch wird geprägt von den Beziehungen zu sich selbst, seiner Umwelt und seiner Spiritualität. Das Zusammenwirken aller Elemente formt jeden von uns und macht uns zu einer Persönlichkeit. Wir in der Pflege berücksichtigen all diese Faktoren und sehen den/die Patient/inn/en ganzheitlich.

Das Auftreten einer Krankheit führt zu einer Situation in der frühere Sichtweisen verändert werden. Das Selbstverständnis eines funktionierenden Körpers gilt nicht mehr.

Der/die Organspender/in wird auf seine/ihre Organe reduziert und das bedeutet einen Paradigmenwechsel des betreuenden Pflegepersonals. Die Erhaltung der Organe, die entnommen werden sollen, steht im Vordergrund. Diese Sichtweise steht im Widerspruch mit der ganzheitlichen Pflege.

Das individuelle Pflegeverständnis bestimmt die Haltung gegenüber postmortalen Organspenden. Ob der Hirntod als Ganzheitstod oder als Einleitung des Sterbeprozesses angesehen wird, obliegt der individuellen Betrachtungsweise des Krankenpflegepersonals.

Einen hirntoten Menschen zu pflegen, bedeutet, sich um einen/eine Sterbende/n zu kümmern. Im Vordergrund der Pflege stehen die pflegerischen Aufgaben.

Nach Feststellung des Hirntods wird bei den Patient/inn/en entweder die Intensivtherapie abgebrochen oder bei geplanter Organentnahme weitergeführt (vgl. Hiemetzberger, 2006; S. 50 ff.).

Die „Spenderkonditionierung“ beinhaltet medizinische Maßnahmen, die der Erhaltung der Spender/innenorgane dienen. Dafür sind technisch und organisatorisch aufwändige und anspruchsvolle medizinisch-pflegerische Tätigkeiten notwendig. Genaue Beobachtung und Betreuung der hirntoten Patient/inn/en sind Voraussetzungen für die Funktionsfähigkeit des Spenderorgans.

Die Vitalfunktionen, die medikamentösen Therapien, die Beatmung, die Kompensation von Stoffwechsellentgleisungen und Laborwerte müssen genauestens überprüft werden.

Pflegerisch wichtig sind neben der Durchführung der medizinischen Anordnungen die Bronchialtoilette, die Wundversorgung und die Dekubitus-, Thrombose-, Kontrakturen- und Pneumonieprophylaxen (vgl. Hiemetzberger, 2006; S.66).

Eine belgische Studie zeigt auf, dass trotz verschiedener Aufklärungsprogramme nur 3% vom Pflegepersonal denken, dass sie adäquat über die Non-heart-beating Donors (NHBD) aufgeklärt sind. 38% waren weniger ausreichend über NHBD als über hirntote Spender/innen informiert. NHBD ist ein ethisch kontroversielles Themengebiet, aber es verbessert die Organverfügbarkeit für Transplantationen. Adäquate Aufklärung, Besprechungen und volle Transparenz sind in jenen Abteilungen notwendig, wo NHBD Patient/inn/en versorgt werden (vgl. Vincent et al., 2009).

Für mehr als 40 Jahre ist die Herztransplantation die optimale Therapieoption für schwer Herzkrankte. Das Pflegepersonal ist in einer speziellen Position, da es potentielle Kandidat/inn/en für eine Transplantation erkennen muss. Die Kriterien der Patientenselektion, der Evaluationsprozess und das Management der Patient/inn/en auf der Warteliste erfordern Fachwissen und spezielle Fähigkeiten.

Es ist wichtig, die Allokation (Organvergabe) als Teil des Prozesses zu verstehen. Die Wartezeit für ein passendes Organ kann lang sein und der Zustand der Patient/inn/en kann sich währenddessen verschlechtern.

Es liegt am Pflegepersonal, den Patient/inn/en aber auch seinen Familienangehörigen bei der Bewältigung der zu erwartenden Ängste während der Wartezeit zu helfen (vgl. McCalmont/Ohler, 2008).

3.2.1. Trauerphasen nach Kübler-Ross

Jeder Mensch, der zum ersten Mal mit der Möglichkeit seines Todes aufgrund einer bösartigen Erkrankung konfrontiert wird, reagiert laut Kübler-Ross mit verschiedenen Gefühlen darauf.

Sie unterscheidet 5 Phasen, die sie durch ihre langjährige Berufserfahrung mit Sterbenden ermittelte.

1. Phase: Nicht- wahrhaben- wollen und Isolierung

Viele Menschen, die zum ersten Mal damit konfrontiert werden, dass ein lebenswichtiges Organ seine Aufgabe nicht mehr erfüllen kann, reagieren mit einem Nicht wahr haben wollen.

Diese Verdrängungstaktik hilft vorerst dem Betroffenen sein Leben weiterzuleben. Er/sie muss erst langsam begreifen, was diese Diagnose für ihn/sie bedeutet. Gedanken über das Sterben und das Leben wechseln sich ab mit der Leugnung der Erkrankung.

Das Akzeptieren der Krankheit benötigt Zeit. Gespräche werden mit Personen geführt, die bereit sind, sich auf das Thema Sterben und Tod einzulassen.

Mit anderen, die ihren eigenen Tod verdrängen, werden solche Gespräche eher vermieden. Dadurch kommt es zu einer Vereinsamung und Isolierung der Pati-

ent/inn/en. Vor allem dann, wenn niemand aus seiner/ihrer Familie oder seinem/ihrer Freundeskreis bereit ist, sich auf die Todesängste der Patient/inn/en einzulassen (vgl. Kübler-Ross, 2009; S. 66ff.).

2. Phase: Zorn

Die Frage „Warum ich und nicht der andere?“ drückt den Zorn, die Empörung und den Neid auf gesunde Menschen aus.

Während andere ihr Leben weiterleben, ist der/die Betroffene dazu genötigt sein/ihr bisheriges Leben umzustellen. Krankenhausaufenthalte, diagnostische und therapeutische Verfahren schränken die bis dahin gelebte Freiheit ein.

Die Wut ist ungerichtet und sie kann jeden treffen. Die Umwelt reagiert meist mit Ablehnung und Unverständnis und beginnt sich vom/von der Kranken zurückzuziehen (vgl. Kübler-Ross, 2009; S. 78ff.).

3. Phase: Verhandeln

Nach der Verleugnung, dem Hadern mit Gott und der Welt, wird versucht durch Verhandlungen mit Gott noch Lebenszeit zu bekommen. Es wird Gott versprochen karitativ tätig zu werden, öfters in die Kirche zu gehen oder sonstige Dinge zu tun.

Hinter diesen Verhandlungen stehen unbewusste Schuldgefühle, die durch Gespräche mit einem/einer Seelsorger/in oder Psychiater/in zu Tage treten. Diese irrationalen Ängste müssen besprochen werden, denn sonst verstärken sie sich nur bei Nichteinlösung der Versprechen (vgl. Kübler-Ross, 2009; S. 111ff.).

4. Phase: Depression

Durch das Auftreten neuer Symptome, die wieder Krankenhausaufenthalte und Eingriffe notwendig werden lassen, kann der/die Kranke seinen/ihren Zustand nicht mehr vor sich selbst verleugnen.

Der Zorn, die Hoffnung und die Erstarrung weichen einem neuen Gefühl.

Der Gedanke alles aufgeben zu müssen, was man geliebt hat, ruft tiefe Trauer hervor.

Es ist wichtig, dass der/die Kranke trauern darf. Wenn der/die Patient/in seinen/ihren Frieden finden soll, muss es ihm/ihr erlaubt sein seine/ihre Gefühle ausdrücken zu dürfen. Die Umwelt darf Anzeichen für eine Gesprächsbereitschaft nicht übersehen.

Die Bereitschaft sich auf ein solches Gespräch einzulassen erfordert Mut und Selbstreflexion. Der/die Patient/in wird sich angenommen und verstanden fühlen (vgl. Kübler-Ross, 2009; S. 114ff.).

5. Phase: Zustimmung

Nach all den heftigen Emotionen des Zorns und des Neides auf alle Lebenden und Gesunden kommt es zu einer Akzeptanz der Krankheit. Der/die Patient/in kämpft nicht mehr gegen seine/ihre Erkrankung an, er/sie nimmt sie an. Dies gibt ihm/ihre eine innere Ruhe und Frieden (vgl. Kübler-Ross, 2009; S. 137f.).

Hoffnung

Jede Phase hat einen unterschiedlichen zeitlichen Verlauf. Die Gefühle können nebeneinander, aber auch hintereinander existieren. Kaum wurde die Depression überwunden, kann der Zorn wiederum auftreten. Was jede Phase auszeichnet ist das Gefühl der Hoffnung (vgl. Kübler-Ross, 2009; S. 163).

3.2.2. Auswirkung der Krankheit auf die Familienmitglieder

Die Krankheit eines Familienmitglieds betrifft auch die restliche Familie. Aufgabenbereiche müssen neu verteilt werden, wenn der/die Patient/in wegen eines Krankenhausaufenthaltes oder seiner/ihrer körperlichen Schwäche ausfällt. Die Familienstruktur ändert sich vom Ausbruch der Krankheit an grundlegend.

Es obliegt oft dem/der Ehepartner/in dem/der Kranken den Ernst der Situation zu erklären.

So wie der/die Patient/in selbst durchläuft auch seine/ihre Familie mehrere Stadien der Anpassung.

Bei der Feststellung der Diagnose herrscht zunächst Fassungslosigkeit und die Hoffnung einer Fehldiagnose. Es hängt in weiterer Folge vor allem von der Kommunikationsfähigkeit und der Haltung des/der Patient/in ab, wie diese Diagnose auch in der Familie aufgenommen und verarbeitet wird. Die Familienangehörigen werden zweifellos emotional reagieren. Die Erfahrung zeigt, dass in den meisten Fällen die Angehörigen anbieten in der Krankenbetreuung behilflich zu sein (vgl. Kübler-Ross, 2009; S. 182ff).

Ein wichtiger Faktor bei der Betreuung schwerkranker Menschen ist die soziale Unterstützung.

Durch sie wird während der Behandlungsphasen der Stress für den/die Patient/inn/en verringert.

Durch den Ausfall des kranken Familienmitglieds und seiner mit ihm/ihr verbundenen Aufgaben kommt es zu einer neuen Rollen- und Aufgabenverteilung in der Familie.

Diese neue Situation, oft verbunden mit Unwissen über die Erkrankung zwingen häufig das Pflegepersonal in eine Vermittler- oder Beraterrolle.

Die Erwartungshaltung des/der Patient/in und seiner/ihrer Angehörigen erfordern daher neben der professionellen Seite auch psychologische Fähigkeiten des Pflegepersonals.

Diese psychosozialen Betreuungsaufgaben nehmen einen großen Platz in der Krankenpflege ein. Nach der diagnostischen Feststellung der gestörten Organfunktion und der Angst vor dem Tod ändert sich das Leben des/der Betroffenen von Grund auf. Von äußerster Wichtigkeit ist es hierfür, den/die Patient/in behutsam aufzuklären und über weitere Therapien zu informieren. Diese Gespräche müssen öfters erfolgen um Vertrauen zu gewinnen und den/die Patient/in zur Mitarbeit zu motivieren. Das gesamte Pflegeteam muss in die Informationsweitergabe eingebunden sein. Dokumentiert wird dies im täglichen Pflegebericht. So kann verhindert werden, dass dem/der Patient/in unterschiedliche oder widersprüchliche Auskünfte gegeben werden. Auf diese Weise kann es dem/der Patient/in möglich sein seine/ihre Erkrankung zu akzeptieren, Therapievorschläge anzunehmen und mitzuarbeiten.

Wegen der immer wiederkehrenden ambulanten oder stationären Aufenthalte entsteht zwischen dem/der Patient/in und dem Pflegepersonal eine Bindung. Diese ist wichtig, um Sorgen, Unklarheiten und Ängste zu besprechen. Der/die Patient/in muss sich als freier Mensch angenommen fühlen, der/die auch eine andere Meinung haben kann. Patient/inn/en, die ihre Erkrankung noch verdrängen und deswegen Therapievorschlüsse ablehnen benötigen Zeit.

Die psychosoziale Gesprächsführung schafft dem/der Patient/in und den Familienangehörigen ein gewisses Maß an Sicherheit und Vertrauen. Negative Vorerfahrungen und Voreingenommenheit lassen sich dadurch beseitigen. Empathisch reagieren kann das Pflegepersonal aber nur, wenn es die Situation bewältigen kann. Durch jahrelange Erfahrung kann das Pflegepersonal besser und beruhigender auf den/die Patient/inn/en einwirken als manche Familienangehörige.

Denn oftmals verschärfen diese die Situation durch gut gemeinte Ratschläge, die den/die Patient/inn/en aber nur verwirren oder belasten können. Zwischen Patient/in und Pflegepersonal sollte die Gesprächsatmosphäre ehrlich, offen und respektvoll sein. Patient/inn/en erwarten auch eine Anteilnahme und Verständnis für ihre außergewöhnliche Lebenssituation.

Positive Auswirkungen auf den Heilungsprozess und die Lebensqualität sind bei einer gelungenen Kommunikation gegeben. Der Genesungsprozess wird durch diese psychosoziale Betreuung angst- und stressfrei (vgl. Wauch, 2009).

Die Vertrauensbasis zwischen Patient/inn/en und Pflegepersonal wird dadurch aufgebaut, indem der/die Patient/in in seiner/ihrer Lebenswelt erfasst und verstanden wird. In der Pflegeanamnese wird erhoben, welche Auswirkungen die Erkrankung auf den Alltag des/der Patient/in hat. Doch es werden nicht nur Informationen gesammelt, sondern auch weitergegeben (vgl. Hack, 2009).

Die Prätransplantationswartezeit ist eine stressvolle Zeit.

Das anscheinend endlose Warten auf ein Spenderorgan, die Funktionseinschränkung der Organkapazität, die finanzielle Bürde und die Aussicht auf die Nebenwirkungen der Medikamente nach der Transplantation beeinflussen den psychologischen Status des/der Patient/in.

Beispielhaft darf folgendes Studienergebnis zitiert werden:

Von 64 Lungentransplantationskandidat/inn/en waren 70,3% männlich, das Alter war zwischen 36,6 und 13 Jahre.

43,8% hatten keine abnormalen depressiven Symptome, 37,5% hatten milde und 18,7% hatten angemessene Symptome.

Diese Studie zeigt auf, dass psychiatrische Symptome nach der Transplantation gemildert werden können, wenn eine frühe psychologische Intervention durchgeführt wurde.

Die Hälfte der Lungentransplantationskandidat/inn/en hatte depressive Symptome. Diese psychische Erkrankung hat großen Einfluss auf die Kommunikationsfähigkeit des/der Patient/in und seinen/ihren Familienangehörigen.

Wenn diese Diagnose gestellt wurde, sollte eine psychologische Behandlung durchgeführt werden, um nach der Lungentransplantation optimale psychologische und medizinische Ergebnisse zu erzielen (vgl. Najafizadeh et al., 2009).

3.2.3. Auf der Warteliste

Die Wartezeit für eine Herz- oder Lungentransplantation kann psychisch sehr belastend sein und erfordert hohe Ansprüche an den/die Patient/inn/en und seine/ihre Familie.

Während der Wartezeit benötigt der/die Patient/in besondere Pflege und Hilfe im Falle von Komplikationen.

Es wurden 22 Patient/inn/en, die auf einer Herz- und/oder Lungenwarteliste standen, interviewt. Die qualitative Analyse zeigte 5 Hauptthemen für die spezielle Pflege dieser Patient/inn/engruppe auf.

Die Themen waren:

- die Informationsweitergabe
- das Einhalten regulärer Kontakte
- familiäres Gefühl (Geborgenheit)
- positives Denken und
- empathisches Verhalten.

Diese 5 Aspekte der Kommunikation festigt die Beziehung zwischen Patient/inn/en und Pflegeperson und ist die Grundlage für die Pflege der Wartenden.

Das Transplantationsprocedere benötigt eine therapeutische Option für viele Patient/inn/en mit Herz- und/oder Lungenerkrankungen. Die Nachfrage nach Herz und Lungenspenden übertrifft das Angebot und die Wartezeit für ein Transplant kann von einem Tag bis zu zwei Jahren dauern.

Je länger ein/eine Patient/in auf ein verfügbares Organ warten muss, desto schlechter wird sein/ihre Allgemeinzustand bis hin zur Möglichkeit des Versterbens.

Fürsorge (Coping) ist ein Bestandteil der Pflege.

Pflege und Fürsorge werden beschrieben als Emotion, Wissen und praktische Anwendung um das psychische und physische Wohlbefinden eines anderen Individuums (vgl. Yorke/Cameron-Traub, 2007; zit. nach Bassett 2002).

Unterschiede zwischen den Anschauungen der Pflegeperson und des/der Patient/in über die Prioritäten der Pflege und Fürsorge werden stets bestehen (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Mayer 1987, Fagerstrom et al. 1999).

Studien zeigen, dass Patient/inn/en kompetente klinisch-medizinische Fähigkeiten und Wissen mehr schätzen als psychosoziale Fähigkeiten (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Larson 1984, von Essen & Sjoden 1991, Holroyd et al. 1998).

Ein anderer Aspekt der Pflege ist die Anerkennung der individuellen Bedürfnisse der Patient/inn/en, der Respekt vor der Autonomie und das Einfühlungsvermögen in die Patient/inn/en (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Brown 1986, Eriksson 1997, Fagerstrom et al. 1999).

Die Absolvierung der Krankenpflegeausbildung bedeutet nicht automatisch, dass die Pflegeperson mehr über die individuellen Pflegebedürfnisse weiß als die betroffenen Patient/inn/en selbst (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Shaw 2007).

Es ist wichtig, dass die Pflegeperson die Wahrnehmungen der Bedürfnisse der Patient/inn/en berücksichtigt. Die Bedürfnisse des/der Transplantationskandidat/inn/en und die Wahrnehmung der Pflegeperson über die Bedürfnisse der Patient/inn/en können auseinanderklaffen.

Es ist bekannt, dass psychologische und physische Dysfunktionen mit dem Endstadium einer Herzinsuffizienz (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Grady et al. 1992, Jalowiec et al. 1994, Luttik et al. 2006) und/oder Lungenerkrankung assoziieren (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Lanuza et al. 2000, Napolitano et al. 2002, Hu & Meek 2005).

Während der Wartezeit kann die Erkrankung der chronisch kranken Patient/inn/en Episoden einer akuten Erkrankung zeigen (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Mc Causland Kurz & Cavanaugh 2001).

Die akute Erkrankung wird intensiv behandelt.

Während dieser instabilen Zeit kann ein/eine Patient/in von der Warteliste genommen werden.

Das Warten, gekoppelt mit einer Intensivpflege kann den Stress der Transplantationskandidat/inn/en verstärken (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Burker et al. 2005).

Das Dilemma für das Pflegepersonal ist sehr oft, dass die Pflegeperson aufgrund seiner Berufserfahrung erkennt, dass sich der Gesamtzustand der Patient/inn/en bedenklich verschlechtert, er aber trotzdem versuchen muss, die Hoffnungen der Patient/inn/en aufrecht zu halten.

Transplantationskandidat/inn/en zeigen eine große Facette an emotionalen Herausforderungen. Die Wartezeit für Herz- und/oder Lungentransplantierte wird beschrieben als eine Periode von Ängste, Unsicherheiten, inadäquatem Verhalten und Depression (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Lanuza et al. 2000, Singer et al. 2001, Cupples & Stiller, 2005, Langenbach et al. 2006, Yorke et al. 2006).

Viele Ängste und Unsicherheiten beruhen auf enttäuschte Erwartungen (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Brandwin et al. 2000).

Copingstrategien bestehen aus kognitiven und Verhaltensmaßnahmen um mit Stress umgehen zu können (vgl. Yorke et al., 207; zit. nach Folkman & Lazarus 1985).

Maladaptives Coping verursacht emotionalen Stress und Depression.

Während des Transplantationsprozesses ist der/die Patient/in mit vielen neuen Herausforderungen konfrontiert. Der Erfolg der Transplantation ist auch teilweise von den Fähigkeiten des/der Patient/in abhängig, wie er/sie diese neue Herausforderung bewältigt (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Rivard et al. 2005).

Studien zeigen auf, dass die prätransplanten Erfahrungen in engem Zusammenhang mit dem postoperativen Erfolg stehen (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Dew et al. 1996, Cohen et al. 1998, Rivard et al. 2005, Yorke et al. 2006).

In der Wartezeit kann die psychologische Unterstützung durch die Pflegeperson dem/der Patient/in helfen.

Die Ängste der Patient/inn/en können in Einzel- oder Gruppengesprächen bewältigt werden. Interaktionen zwischen Pflegeperson und Patient/inn/en und psychologische Interventionen haben einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der chronisch Erkrankten (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Yorke et al. 2007 a, b).

Bedürfnis nach Information

Eine hohe Zahl von Patient/inn/en gab an, dass sie vom Pflegepersonal über alle Aspekte des Transplantationsprozesses informiert werden wollen. Das hilft den Studienteilnehmer/inne/n das Geschehene zu verstehen. Die klare und verständliche Information ist ein wichtiger Aspekt der Qualität von Pflege.

Bedürfnis nach Kontakt mit der Pflegeperson

Die Patient/inn/en schätzten den unverzüglichen und regulären Kontakt. Ein Teil der Pflege machte die ständige Ansprechbarkeit und Erreichbarkeit der Pflegeperson aus.

Das Nachfragen beim Auftreten neuer Symptome beruhigt die Patient/inn/en. Es ist Praxis im Transplantationszentrum, daß eine Pflegeperson 24 Stunden am Tag telefonisch erreichbar ist.

Familiäres Gefühl (Geborgenheit)

Der reguläre Kontakt mit der Pflegeperson war ein wichtiger Faktor um den Wartenden Wissen zu vermitteln. Die Transplantationseinheit wurde als Netzwerk angesehen, in dem ein jeder einander kannte.

Das Team wurde wie eine kleine Familie angesehen, die Geborgenheit vermitteln konnte.

Positives Denken

Eine positive Einstellung und Sinn für Humor wurden als ein wichtiger Aspekt der Pflege beschrieben.

Das Erkennen der Gemütslage und das Aufmuntern ist auch Teil der Pflege.

Bedürfnis nach Empathie (Einfühlungsvermögen)

Die meisten Patient/inn/en erwarten, dass das Pflegepersonal im Anlassfall mit ihnen Mitleid hat. Den/die Patient/in als Individuum anzuerkennen ist der Schlüssel um auf ihn/sie eingehen zu können.

Besonders wenn der/die Wartende von der Warteliste genommen wurde, ist das Bedürfnis nach Tröstung enorm.

Nicht nur das klinisch-medizinische Wissen der Pflegeperson wurde vertrauenswürdig genannt, sondern auch das Einfühlungsvermögen.

Die klinisch-medizinische Pflege sollte sich primär der Perspektive der Patient/inn/en anpassen (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Eriksson 1997). Das Pflegepersonal kann helfen die Bedürfnisse der prätransplantierten Patient/inn/en zu befriedigen.

Kommunikation ist das Ausschlaggebende der Pflege um das Wohlbefinden der Patient/inn/en zu fördern.

Die Schlüsselemente der Krankenpflege sind laut Patient/inn/en dieser Studie die Informationsweitergabe, die Ablösung, der regelmäßige Kontakt, Geborgenheit, positives Denken und Einfühlungsvermögen.

Die klinisch-medizinische Kompetenz wurde selten von den Teilnehmer/inne/n erwähnt.

Die Patient/inn/en gaben an, dass sie ein großes Bedürfnis danach haben, dass sie umfassend und ohne Verzögerung wichtige Informationen über ihren Gesundheitszustand und den Transplantationsprozess bekommen.

Dabei sollten keine schwierigen medizinischen Begriffe verwendet werden. Ehrliche Informationen wurden als eine von 10 Qualitäten der Krankenpflege angegeben (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Smith & Sullivan 1997).

Transplantationskandidat/inn/en bekommen viele Informationen von mehreren Transplantationsmitgliedern, was sehr stressreich sein kann (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Grady et al. 1992, Singer et al. 2001).

Informationen können den Grad der Ängste verringern (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Edwards & Clarke 2004). Die regelmäßigen Treffen brachten es mit sich, dass die Patient/inn/en das Transplantationsteam als Teil der Familie ansahen.

Die Studienteilnehmer/innen fühlten sich durch die ständige Erreichbarkeit der Transplantationsschwester beruhigt. Allein das Wissen, dass sie jederzeit Informationen, soziale und emotionale Unterstützung bekommen konnten, vermittelten Sicherheit. Diese unmittelbare Ansprechbarkeit des Pflegepersonals ist notwendig, da die Wartezeit eine Periode der Unsicherheit darstellt. Nicht zu wissen wann oder ob überhaupt ein passendes Organ zur Verfügung stehen wird, ist der schlimmste Teil des Prätransplantationsprozesses (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Collins et al. 1996).

Von den Patient/inn/en wird der Kontakt zur Pflegeperson und der Wunsch nach Geborgenheit als ein Pflegebedürfnis beschrieben (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Fagerstrom et al. 1998).

Die Patient/inn/en beschrieben wie oft sie die Krankenschwester angerufen haben oder bei ihren Routineambulanzbesuchen mit ihr gesprochen haben.

Besonders Patient/inn/en, die weit weg vom Transplantationszentrum wohnen oder für 12 Monate oder länger sich auf der Warteliste befinden, benötigen diese emotionale Pflege durch das zuständige Personal.

Viele Patient/inn/en sind optimistisch in Bezug auf die Zukunft nach der Transplantation. Ein wesentliches Element hierfür ist ein Pflegepersonal, das eine positive und fürsorgliche Einstellung hat.

Die Fähigkeit des Personals eine/n deprimierte/n Patient/in wieder aufzurichten und moralische Unterstützung zu geben ist wichtiger Teil der Krankenpflege. Das positive Denken und das Hoffnung geben während der Wartezeit steht in engem Zusammenhang mit guten Copingstrategien und effektiver posttransplantationspsychosozialer Anpassung (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Hirth & Stewart, 1994).

Das Bedürfnis nach Empathie, Mitleid, Tröstung und Verständnis zieht sich durch alle Themen dieser Studie. (Empathie ist ein wichtiges Konzept um eine Beziehung zu beginnen und aufrechtzuerhalten)

Jemanden Empathie entgegenzubringen, heißt ihn als Individuum anzuerkennen. Die Fähigkeit der Pflegeperson einen/eine Patient/in zu verstehen und danach zu reagieren macht die Basis dieser therapeutischen Beziehung aus. Das Bedürfnis nach Mitleid, Empathie und Unterstützung durch die Pflegeperson ist besonders gegeben, wenn der/die Patient/in von der Warteliste genommen wird.

Der/die Patient/in fühlt sich dann ohne Hoffnung und Lebensfreude. Diese Situation stellt eine Herausforderung für die Pflege dar. Gruppen- und Einzelgesprächstherapien müssen dem/der Patient/Patientin angeboten werden.

Die Notwendigkeit dieser Einrichtung dem/der Patienten/Patientin anzubieten ist ein Imperativ um mit dem/der Patienten/Patientin während dieser stressreichen Zeit Copingstrategien zu erarbeiten.

Schlussfolgerung

Effektive Kommunikation ist eine fundamentale Komponente der Krankenpflege um den/die Patienten/Patientin qualitativ gut zu pflegen (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Bowles et al. 2001).

Der reguläre Kontakt und die optimale Kommunikation sind die Wege um die Patient/inn/enbedürfnisse zu erkennen.

Erreichbarkeit über das Telefon und das Internet ist ein Service, das Patient/inn/en, die weit weg wohnen und längere Gespräche führen wollen, angeboten werden sollte. Solche Einrichtungen haben einen positiven psychologischen Effekt (vgl. Yorke et al., 2007; zit. nach Balas et al. 1997).

Telefonische psychologische Beratung vermindert den Stress und steigert die Lebensqualität für Patient/inn/en auf der Warteliste (vgl. Yorke et al., 2007, zit. nach Napolitano et al. 2002).

3.3. Die Pflege von dialysepflichtigen Personen nach Nancy Roper

Diabetes mellitus Typ 2 wird immer häufiger in der Bevölkerung diagnostiziert. Grund dafür ist vor allem die falsche Ernährung und die fehlende körperliche Aktivität.

Dadurch steigt die Anzahl der nierengeschädigten Personen, die eine Dialysebehandlung benötigen.

Durchschnittlich wartet ein/eine Dialysepatient/in 39,2 Monate ab der ersten Dialyse auf eine Spenderniere. In dieser Zeit muss er/sie in 2 – 3 x pro Woche die Dialyse durchführen.

Die Nierenersatztherapie wird als Therapie bei chronischen Nierenversagen eingesetzt.

Man unterscheidet dabei

- die Hämodialyse,
- die Hämofiltration und
- die Peritonealdialyse.

Bei der Hämodialyse werden die Urämietoxine (Giftstoffe) durch selektive Diffusion aus dem Blut entfernt. Nachdem das Blut den Dialysator passiert hat, fließt das gereinigte Blut über ein Schlauchsystem zum/zur Patienten/Patientin zurück (vgl. Breuch/Servos, 2010; S. 123).

Bei der Hämofiltration werden große Mengen Flüssigkeit aus dem Blut ultrafiltriert. Die filtrierte Flüssigkeitsmenge wird abzüglich der gewünschten Ultrafiltrationsmenge wieder ersetzt. Der Bluttransport beruht auf Konvektion, nicht auf Diffusion (vgl. Breuch/Servos, 2010; S.139).

Bei der Peritonealdialyse wird über einen im Bauchraum implantierten Katheter Dialyselösung eingebracht. Dadurch werden die harnpflichtigen Substanzen per Diffusion entfernt (vgl. Breuch/Servos, 2010; S.147).

Das Pflegemodell von Nancy Roper (1918 bis 2004), Winifried Logan und Alison Tierney basiert nicht auf den Bedürfnissen des Menschen, sondern auf den Lebensaktivitäten, die da wären:

- Sicherheit
- Schlafen
- Sich bewegen
- Sich sauber halten und kleiden
- Essen und trinken
- Ausscheidung
- Körpertemperatur regeln
- Atmung, Herz und Kreislauf
- Sich beschäftigen
- Kommunikation
- Sexualität/sich als Frau oder Mann fühlen
- Sinn finden und sterben

Die Aktivitäten hängen voneinander ab. Jeder Mensch bestimmt die ihm wichtigen Prioritäten.

Bei der Pflegeanamnese kann sich die Pflegeperson ein Bild machen, in welchen Bereichen der/die Patient/in abhängig oder unabhängig ist. Diese individuelle Pflege kann erwünscht oder notwendig sein.

Bei Abhängigkeit einer Lebensaktivität muss hinterfragt werden, ob es ein aktuelles oder potentielles Pflegeproblem ist.

Weiters muss im Gespräch erfragt werden, welche Bewältigungsstrategien der/die Patient/in früher bei diesem Problem angewandt hat und welches Resultat er erzielte. Durch die Erfragung der Fakten kann ein Pflegeziel gesetzt werden, Pflegeleistungen geplant, durchgeführt und evaluiert werden.

Roper sieht den Pflegeprozess als ein Instrument für die systematische und professionelle Pflege. Der/die Patient/in soll während der Pflege selbstständig sein, es sei denn er/sie benötigt bei manchen Tätigkeiten pflegerische Unterstützung. Die Pflegeperson hilft dem/der Patient/in bei der Lösung, Aufklärung und Vorbeugung von Problemen seiner/ihrer Lebensaktivitäten (vgl. Arets et al., 1996; S.145ff.).

Das Pflegemodell von Nancy Roper beschreibt die Lebensaktivitäten des Menschen von der Empfängnis bis zum Tod. Sie unterteilt die Lebensaktivitäten in 12 Bereiche, welche von biologischen, intellektuellen, sozialen und umweltbedingten Faktoren geprägt werden.

Jedes Menschenleben umfasst Abhängigkeit und Unabhängigkeit.

Krankheit und chronische Erkrankung sind Störfaktoren in der Balance zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit.

Ropers Pflegemodell der 12 Lebensaktivitäten erleichtert die Pflegeprobleme unter einer ganzheitlichen Sicht zu bestimmen.

1. Lebensaktivität SICHERHEIT

Durch die Dialyse ist das Selbstverständnis der Patient/inn/en auf ein autonom geführtes Leben erschüttert.

Mobilität, Kraft und Reaktionsfähigkeit sind durch die Erkrankung vermindert. Neue und unangenehme Erfahrungen wie Schmerzen und Immobilität überfordern häufig die Patient/inn/en.

Hilflos ist er/sie deren Wiederholungen ausgeliefert. Die Gefahr einer Shuntinfektion muss immer wieder besprochen werden und hygienische Maßnahmen befolgt werden. Er/sie ist auf die Dialyse und das pflegerisch-medizinische Personal angewiesen und kann nicht für sich selbst sorgen.

Dialysebehandlung erfordert es manchmal den Beruf aufzugeben. Einschränkung der sozialen Bindungen und Identitätskrisen können die Folge sein. Es erfordert große Disziplin sich den Regeln des Dialysezentrums und des pflegerisch-medizinischen Teams anzupassen. Das Alltagsleben wird von den Dialyseterminen bestimmt.

Sicherheit kann der/die Patient/in durch ein kompetentes, routiniertes und planvolles Vorgehen des Pflorgeteams erlangen.

Komplikationen können durch Krankenbeobachtung und Einhalten der hygienischen Richtlinien vorgebeugt werden. Durch Gespräche soll dem/der Patient/en/in vermittelt werden, dass er/sie weiterhin Eigenverantwortung für sein/ihr Leben trägt. Bewältigungsstrategien für Probleme müssen dem/der Patient/en/in aufgezeigt werden. Unterstützend können sich auch die Erfahrungen anderer Dialysepatient/inn/en auswirken. Die Probleme bei der Alltagsbewältigung sollten gemeinsam mit den Angehörigen besprochen werden. Andere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter/innen oder psychologischer Dienst können angeboten und terminisiert werden.

2. Lebensaktivität SCHLAFEN

Wegen der Niereninsuffizienz kommt es zu einer Verminderung der Giftstoffausscheidung (Urämie), welche Juckreiz auslösen kann. Die Kalzium-Phosphatstoffwechselstörung und die daraus folgende Nebenschilddrüsenüberfunktion könnten für den Juckreiz verantwortlich sein.

Phosphatbindende Medikamente, eine phosphatarme Diät und eine Erhöhung der Dialyseeffektivität kann sich juckreizlindernd auswirken. UV-Bestrahlung und Antihistaminika lindern ebenfalls den Juckreiz. Rückfettende Lotion können den Juckreiz der Patient/inn/en mit trockener Haut ein wenig lindern.

Bei der Pflegeanamnese muss der Schlafrhythmus des/der Patient/en/in erfragt werden. Dies wird bei der Vergabe der Dialysetermine berücksichtigt.

Durch den veränderten Schlaf-Wach-Rhythmus werden nächtliche Schlafstörungen verstärkt. Manche Patient/inn/en schlafen während der Dialyse. Über den resultierenden Kreislauf sollte der/die Patient/in informiert werden.

Bewusste und unbewusste Sorgen und Ängste beschäftigen die Patient/inn/en vor allem in der Nacht. Angst vor dem Tod, Verlust des Arbeitsplatzes und Schmerzen verhindern einen erholsamen Schlaf. Das Pflorgeteam sollte diese Ängste ansprechen und Unterstützung durch Sozialberatung und psychologischem Dienst anbieten.

Verschlechterungen des Schlafes durch hohen Blutdruck, schmerzhaften Entzündungen der peripheren Nerven werden mit dem/der Arzt/Ärztin, dem/der Patient/en/in und der Pflegekraft gemeinsam besprochen.

Der/die Patient/in fühlt sich nicht allein gelassen und es wird dem Gefühl der Hoffnungslosigkeit vorgebeugt.

3. Lebensaktivität SICH BEWEGEN

Bei jüngeren Dialysepatient/inn/en, die körperlich durch ihre Erkrankung eingeschränkt sind, kann die Verminderung der Leistungsfähigkeit zu sozialer Ausgrenzung und Selbstwertproblematik führen. Ältere Patient/inn/en sind in ihrer Selbstständigkeit und Unabhängigkeit durch die zunehmende körperliche Einschränkung gefährdet.

Nicht nur die stundenlange Dialysebehandlung führt zu Immobilität, sondern durch Langzeitkomplikationen wie Osteopathie kann es auch zu Gelenksverformungen kommen.

Dialysepatient/inn/en leiden oft unter chronischer Müdigkeit, welche die körperlichen Aktivitäten stark einschränken.

Wichtig ist daher die Patient/inn/en zu informieren, dass Sport wie Schwimmen oder Spaziergehen positive Auswirkungen auf die Lebensqualität hat.

Für ältere Patient/inn/en, die keine sportliche Aktivität ausüben können, bietet sich der Dialysezeitraum für aktive und passive Krankengymnastikübungen an.

4. Lebensaktivität SICH SAUBER HALTEN UND KLEIDEN

Es entstehen durch die chronische Urämie Hautveränderungen, die die Haut gelbgrau aussehen lässt. Die Haut ist trocken und schuppig.

Die Hautpflege muss mit rückfettenden Lotions erfolgen. Ein urämischer Körper- und Mundgeruch im prädialytischen Stadium weist auf eine massive Vergiftung hin.

Manch älterer/ältere Dialysepatient/in, der/die alleinstehend ist, hat als einzigen sozialen Bezug das Pflegepersonal. Deren Aufgabe ist es gegebenenfalls Unterstützung wie Heimhilfen und mobile Pflegedienste zu organisieren, wenn die Körperpflege- und -hygiene zu Hause nicht gegeben ist.

5. Lebensaktivität ESSEN UND TRINKEN

Da durch die Nierenfunktionsstörung keine oder nur unzureichende Ausscheidung stattfindet, muss der/die Patient/in lernen seine/ihre Ernährungsgewohnheiten und Trinkmengen der Restausscheidung anzupassen. Das ist ein bedeutsamer Einschnitt in die Lebensqualität.

Die Ernährungsberatung ist Teil der Aufklärungsarbeit des Pflegepersonals.

Das Verständnis für die Essensbeschränkung und die Motivation für die Einhaltung der diätetischen Richtlinien ist ein langwieriger Prozess.

Die Aufklärung über die Diätbestimmungen muss immer wieder neu erfolgen. Kleinste Erfolge sollten positiv verstärkt werden und als Motivation dienen. Ebenfalls sollten die Angehörigen in die Diätberatung miteinbezogen werden.

Die Ernährung wird auf eiweißreiche Kost umgestellt und die tägliche Trinkmenge wird auf ein Minimum reduziert. Kalium- und phosphathaltige Nahrungsmittel (Milch- und Fleischprodukte) müssen stark eingeschränkt werden.

Mangel- und Fehlernährungen haben Auswirkungen auf Wundheilungsstörungen und können zu Dekubitusgeschwüren und Muskelatrophie führen. Ein geschwächtes Immunsystem ist anfälliger für Infektionen und beeinträchtigt die Lebensqualität.

Der Ernährungszustand und die Überlebensrate stehen in engem Zusammenhang und haben Auswirkungen auf die Überlebensrateprognose.

6. Lebensaktivität AUSSCHIEDUNG

Dialysepatient/inn/en leiden unter einer mangelhaften oder fehlender Harnausscheidung.

Alle 2 – 3 Tage wird der Überschuss über die Hämodialyse ausgeschieden. Bis dahin kommt es oft während der dialyseintervallfreien Zeit zu hohen Gewichtszunahmen, Aufgedunsenheit, Blutdruckabfällen, Krämpfen und Übelkeit. Bei der Dialysebehandlung kommt es zu einem Wasserentzug, der den/die Patienten/Patientin müde und erschöpft macht. Hierbei müssen dem/der Patient/en/in die Zusammenhänge immer wieder erklärt werden.

7. Lebensaktivität: KÖRPERTEMPERATUR REGELN

Das Regulationszentrum im Zentralnervensystem für die Körpertemperatur ist durch die Urämie massiv beeinträchtigt. Dadurch können viele Dialysepatient/inn/en auf veränderte Umweltbedingungen oder auf eine Infektion nicht mit einem Temperaturanstieg- oder -abfall reagieren. Die Dialysebehandlung selbst beeinflusst die Temperaturregulation.

Sie empfinden vermehrt Kältegefühl und reagieren bei Erhöhung der Kerntemperatur von 37 C Grad oder 37,5 C Grad durch die Dialyse mit Blutdruckabfällen während der Dialyse.

Die Pflegeperson muss den Patient/inn/en erklären, dass die der Körpertemperatur angepasste, kälter empfundene Dialysetemperatur für einen komplikationsfreien Verlauf notwendig ist und nicht mehr erhöht werden kann.

Problematisch wirkt sich das Ausbleiben von einem Temperaturanstieg bei Infektionen aus. Durch die Immunsuppressiva sind die Patient/inn/en verstärkt infektionsgefährdet. Eine normale Körpertemperatur schließt eine Infektion nicht aus.

Eine genaue Patient/inn/enbeobachtung auf Blutdruckabfall, lokale Entzündungsherde oder schlechtem Allgemeinzustand muss erfolgen.

8. Lebensaktivität: ATMUNG, HERZ UND KREISLAUF

Eine Komplikation der Niereninsuffizienz wie ein Lungenödem bei Flüssigkeitsüberladung führt zu Atemnot.

Das Lungenödem kann zu einem lebensbedrohlichen Ereignis werden, wenn nicht rasch eine Therapie eingeleitet wird. Der/die Patient/in wird aufgefordert den Rettungsnotdienst zu holen, wenn solch eine Komplikation auftritt.

Die Herzleistung ist wegen der lokalen Schwankungen des Blutvolumens durch Wassereinlagerungen ebenfalls beeinträchtigt. Dies kann zu Herzrhythmusstörungen und Pericarditis (Herzbeutelentzündung) führen. Der/die Patient/in wird durch das Pflegepersonal zur Selbstbeobachtung geschult. Er/sie sollte im dialysefreien Zeit-

raum zu Hause seinen Blutdruck messen können, sein Sollgewicht einhalten können und an sportlichen Aktivitäten teilnehmen.

9. Lebensaktivität: SICH BESCHÄFTIGEN

Die Funktionen anderer Organe sind durch die Urämie beeinträchtigt. Dies vermindert die Leistungsfähigkeit auf körperlicher und intellektueller Ebene.

Die Dialysebehandlung selbst schränkt die Aktivitäten ein.

Mit Beginn der Dialyse wird der/die Patient/in oft pensioniert. Der Verlust des Arbeitsplatzes kann zu Identifikationsstörungen und Depressionen führen.

Urlaubsreisen müssen nach dem Vorhandensein von Dialysezentren gewählt werden.

Die Ausübung von Sportarten wird durch die Müdigkeit nach der Dialyse eingeschränkt. Dabei sollten die Patient/inn/en so lange wie möglich ihre Hobbys ausüben.

Motivation und Aufmunterung sollen dem/der Patienten/Patientin zeigen, dass er/sie sich weiter in angepasster Form in Beruf, Familie und Freizeit engagieren kann.

10. Lebensaktivität: KOMMUNIKATION

Die Informations- und Beratungsgespräche machen einen großen Teil der Pflegetätigkeiten aus.

Aufklärungsgespräche über die chronische Niereninsuffizienz, die Zusammenhänge und Auswirkungen müssen oftmals immer wieder stattfinden, bis der/die Patient/in seine/ihre schwere Erkrankung verstehen und verarbeiten kann.

Medizinische Begriffe und die Komplexität der Erkrankung müssen in einfachen, nichtmedizinischen Begriffen erklärt werden.

Informationslücken und Wissen müssen erfragt und ausgeglichen werden. Dies schafft eine vertrauensvolle Basis und motiviert zu Eigenverantwortung.

Die Ängste und Sorgen der Patient/inn/en und deren Angehörige können sich in Aggressionen, Trauer, aber auch in unrealistischen Hoffnungen ausdrücken.

Störungen des Kommunikations- und Beziehungsprozesses sind die Folge.

Das hohe Informationsbedürfnis der Patient/inn/en und deren Angehörige kann nur selten ausreichend erfüllt werden. Eine Verstärkung der Angst und des Misstrauens kann auftreten, ebenso Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht.

Es gehört mitunter zum Aufgabenbereich des Pflegepersonals nicht nur die Patient/inn/en, sondern auch dessen/deren Familienangehörige zu beraten und zu unterstützen.

Angstgefühle vor dem nahen Tod können oft nicht artikuliert werden und werden daher von den Patient/inn/en vermieden.

Denn um ein offenes Gespräch über die Todesangst führen zu können, muss das Pflegepersonal einen adäquaten Umgang mit den eigenen Gefühlen sowie die Fähigkeit zur Selbstreflexion haben.

Das kann zu einer emotionalen Überforderung des Pflegepersonals führen und es wird versucht diesen emotionalen Stress zu vermeiden, indem die Strategie des Vermeidens gewählt wird. Es wird auf subjektiv angenehmere Fragen ausgewichen.

Jener Schutzmechanismus verhindert eine emotionale Beziehung und verstärkt wiederum die Ängste und Sorgen der Patient/inn/en.

Eine Lösung wäre, dass der/die behandelnde Arzt/Ärztin gemeinsam mit der betreuenden Pflegeperson die Gespräche führt. Ebenso sollten spezielle Kommunikationsschulungen für das Pflegepersonal und medizinische Personal angeboten werden.

Die jahrelange Begleitung eines/einer Dialysepatient/en/in bringt es mit sich, dass ein persönlicher Kontakt entsteht. Die notwendige professionelle Distanz zwischen Patient/in und Pflegeperson kann verloren gehen.

Die Angehörigen sollten von Beginn an in die Behandlung miteinbezogen werden. Informationen, die die Angehörigen geben, helfen die Probleme des/der Patienten/Patientin besser zu verstehen. Gespräche mit Angehörigen können den/die Patient/in motivieren aktiv an Problemlösungen mitzuarbeiten.

11. Lebensaktivität: SEXUALITÄT/SICH ALS FRAU ODER MANN FÜHLEN

Die Urämie, aber auch psychische Faktoren führen zu Erektions-, Ejakulations-, Libido-, Potenz- und Orgasmusstörungen.

Ängste und Depressionen durch Störung des Körperbildes treten auf und untergraben das Selbstwertgefühl.

Die Thematisierung der Probleme muss in einer offenen, vertrauensvollen und professionellen Gesprächsatmosphäre stattfinden.

12. Lebensaktivität: SINN FINDEN UND STERBEN

Der Beginn der Dialysebehandlung bedeutet, dass eine kritische Lebensphase beginnt.

Durch das Nierenversagen wird die Nierenersatztherapie lebensnotwendig. Die Dialysebehandlung besteht aus einer enormen psychischen Anpassungsleistung an die lebenslange Abhängigkeit von einem Dialysegerät, wenn eine Nierentransplantation nicht möglich ist.

Die ständige Todesdrohung bestimmt fortan das Leben.

Die Dialyse macht einen beherrschenden Teil des Lebens aus. Die Leistungsfähigkeit und das Rollenverhalten im Beruf und Familie ändert sich.

Das Dialysegerät ist störanfällig und macht die Abhängigkeit deutlich. Es schürt die Todesdrohung durch auftretende Störungen und Komplikationen.

Der Tod von Mitpatient/inn/en muss in Gesprächen aufgearbeitet werden. Entlastend wirkt sich die Dialyse dahingehend aus, dass die urämischen Symptome sich rasch verbessern und der/die Patient/in sich körperlich und geistig leistungsfähiger fühlt.

Dieser Zustand ändert sich durch die fortschreitende Erkrankung und verschlechtert sich immer mehr.

Juckreiz, Muskelkrämpfe, Shuntverschluss, Blutdruck- und Knochenprobleme können auftreten. Die psychische und soziale Rehabilitation wird dadurch erschwert.

Die Akzeptierung der chronischen Krankheit und ihre Lebensbedrohung lässt die Patient/inn/en über den Sinn des Lebens und den Tod nachdenken.

Die Tabuisierung führt zu Isolierung, wenn der/die Patient/in das Gefühl hat, mit niemanden über seine/ihre Ängste reden zu können. Die emotionale Bindung, die oft zwischen Patient/in und Pflegeperson herrscht, sollte es den Patient/inn/en ermöglichen darüber reden zu können (vgl. Breuch/ Servos, 2010; S. 186ff.).

3.4. Die Pflege vor der Herztransplantation

Viele Patient/inn/en können, vor allem, wenn sie eine Herzerkrankung im Endstadium haben, nicht mit ihrer Situation umgehen. Deswegen warten viele Patient/inn/en im Krankenhaus und nicht zu Hause auf das Spenderorgan.

Dies unterscheidet herztransplantierte Kandidat/inn/en von anderen Organempfänger/inne/n, die generell fähig sind zu Hause zu warten.

Diese Wartezeit, die durch intensivmedizinische Behandlung gekennzeichnet ist, kann den Stress für den Herztransplantationsprozess verstärken. Sogar für Patient/inn/en, die fähig sind, zu Hause zu warten, ist der Stress signifikant assoziiert mit Kurzatmigkeit, Ermüdung, Einhaltung von medizinischen und diätetischen Vorgaben, Warten auf das zugeteilte Organ und der Möglichkeit vorzeitig zu sterben.

„Coping“ wird definiert als das kognitive und verhaltensmässige Bemühen mit Stressfaktoren fertig zu werden.

Copingstrategien werden unterteilt in emotionsgerichtete und problemzentrierte Strategien.

In Situationen, wo aktiv Anstrengungen gemacht, Pläne geschmiedet, Taten gesetzt werden und das Beste aus der Situation gemacht wird, wird eine Stressadaptation eher erreicht.

Wenn Leugnung, Passivität oder ein sich aufgeben herrscht, dann kommt es zur Maladaptation.

Patient/inn/en, die auf ein Herztransplant warten, zeigen eine Kombination aus aktiven oder problemzentrierten Copingstrategien, genauso wie emotionsgerichtetes Verhalten, das aus Akzeptanz und einer Neuinterpretierung der Situation besteht.

Untersuchungen haben ergeben, dass einige der emotionszentrierten Copingstrategien wie Leugnung, Vermeidung, Wutausbrüche und Verdrängung in Zusammenhang mit Depressionen und erhöhten Mortalitätsraten stehen.

Passives emotionszentriertes Coping steht in Verbindung zu erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsraten.

Herztransplantationspatient/inn/en, die vor der Transplantation vermeidende Verhaltensstrategien anwenden, verstärken ihr Risiko nach der Transplantation eine psychiatrische Erkrankung zu bekommen.

Dobbels et al. beschreiben, dass depressive Patient/inn/en, noch 5 und 10 Jahren nach ihrer Herztransplantation mehr passive Copingstrategien anwenden als Organempfänger/innen, die nicht depressiv waren.

Das Coping aufzuzeigen ist wichtig für das prätransplante Mitarbeiten, die postransplante Lebensqualität, die Motivation, die medizinische Nützlichkeit, das Überleben und für die Akzeptanz einer chronischen Erkrankung mit Behinderung.

In dieser Studie berichteten die Herzpatient/inn/en mehr über positive Copingstrategien als über negative.

Die maladaptiven Copingstrategien sind der stärkste Faktor für Depression und Behinderung.

Vermeidung und Wutausbrüche sind die besten Indikatoren für Depression.

Diese Studie wurde durchgeführt, um zu bestimmen, welche demographischen Variablen und Copingstrategien die stärksten Assoziationen mit physischer und psychischer Lebensqualität haben bei Patient/inn/en, die vor einer Herztransplantation stehen.

Die Hypothese lautete, dass die maladaptiven Copingstrategien den stärksten Einfluss auf die psychische und physische Lebensqualität haben.

Die Studie wurde in Zusammenhang mit der Universität von North Carolina durchgeführt.

Von 100 evaluierten Patient/inn/en schieden 56 aus. 75% waren männlich, das Durchschnittsalter betrug 47,4 Jahre. Sie hatten im Durchschnitt 12,7 Jahre Ausbildung hinter sich.

Das COPE Verzeichnis umfasst 5 Skalen, die das problemfokussierte Coping misst, 5 Skalen, die das emotionszentrierte Coping misst und 3 Skalen, die weniger nützliches Coping misst.

Das Ergebnis zeigte, dass die Religion, eine positive Weltanschauung, Akzeptanz und Zukunftspläne die am meisten verwendeten Copingstrategien waren.

Die weniger nützlichen Strategien waren Wutausbrüche, Verhaltensauffälligkeiten, Vermeidung, Alkohol und Drogen.

Das Hauptziel dieser Studie war zu entscheiden, ob demographische Faktoren oder Copingstrategien für die Lebensqualität wichtig waren.

Schlussendlich zeigte sich, dass mehrere Jahre an Ausbildung und weniger die soziale Unterstützung für den besseren physischen Zustand wichtig war.

In einer Gruppe von Patient/inn/en, welche signifikante physische Behinderungen aufwiesen, stellte sich die Bildung als wichtigste Protektion dar.

Eine höhere Anzahl von Ausbildungsjahren macht es leichter sich im Gesundheitssystem auszukennen und diese Einrichtungen in Anspruch zu nehmen.

Personen, die eine höhere Schulausbildung hatten, lasen mehr Literatur über Gesundheit und verstanden medizinische Behandlungen besser, so dass sich dieses Verständnis wieder auf ein besseres Behandlungsergebnis auswirkte.

Das Bindeglied zwischen dem Ausbildungsstatus und dem physischen Zustand ist multifaktorell und komplex.

Nachdem dieser Mechanismus entdeckt wurde, sollten Mediziner/innen sowie das Herztransplantationsteam auf den Ausbildungsgrad und die Bedürfnisse ihrer Patient/inn/en eingehen.

Personen, welche sich in einem guten physischen Zustand befanden, haben nicht das Bedürfnis soziale Unterstützung zu suchen, um über ihre Gefühle, das Herzbefinden oder über die Transplantation zu reden.

Die Verleugnung aufrechtzuerhalten ist schwierig, wenn man im Endstadium einer Herzerkrankung ist und eine Herztransplantation braucht. Dieser Zeitpunkt ist optimal für den Einsatz von Psychotherapie.

Diese Therapie würde sich auf das Verhalten nach der Transplantation auswirken. Vermeidung ist ein hohes Risiko nach der Transplantation, da die medizinischen Auflagen wie regelmäßige Medikamenteneinnahme, Kontrollbesuche und Blutdruck messen eingehalten werden müssen.

Es wäre wichtig zu erkennen, welche Copingstrategien der/die Patient/in vor und nach der Transplantation anwendet. Der/die Patient/in sollte über sein Verhalten und dessen Auswirkungen aufgeklärt werden.

Patient/inn/en zeigen auch verschiedene Anwendungen der Copingstrategien während verschiedener Phasen ihrer Krankheit.

Psychosoziale Intervention sollten angewandt werden, um den Patient/inn/en durch den Prä- und posttransplantationsprozess zu helfen (vgl. Burker/Madan/Evon/Finkel/Mill, 2009).

3.5. Die psycho-soziale Situation vor der Transplantation

Nachdem alle medizinisch-therapeutischen Maßnahmen für eine Organerhaltung ausgeschöpft wurden, bleibt meist nur noch die Möglichkeit einer Organtransplantation.

Eine hohe psychische Belastung bestimmte die Patient/inn/en schon vor der Entscheidung zur Transplantation.

Die Diagnose einer Organfunktionsstörung und die daraus resultierenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren bedeuten eine Abkehr vom Leben, das der/die Patient/in gewohnt war zu führen.

Die Erkrankung forderte Krankenhausaufenthalte, die immer öfter und von längerer Dauer wurden.

Die Bewegungsfreiheit muss aufgrund der krankheitsbedingten Probleme auf die häusliche Umgebung eingeschränkt werden. Dadurch wurden Sozialkontakte vermindert. Die Berufsunfähigkeit birgt auch den Verlust der Identität.

Erschwerend wirkt sich auch die Abhängigkeit von dem Dialyse- oder Sauerstoffgerät aus.

Die Entscheidung des/der Arztes/Ärztin den/die Patient/en/in auf die Transplantationswarteliste zu setzen, löst verschiedene Reaktionen aus.

Die Patient/inn/en, welche sich nicht mit ihrer Erkrankung auseinandergesetzt hatten, verleugnen zunächst den Status ihrer schweren Erkrankung.

Sie reagieren mit Betroffenheit, da diese Mitteilung sie völlig überraschend trifft. Die Konfrontation mit dem Schweregrad ihrer Krankheit führt zu Gefühlen der Angst und der Verwirrung. Sie versuchen in der ersten Zeit ihre Erkrankung zu bagatellisieren.

Die irrationale Hoffnung auf baldige Genesung herrscht vor, aber auch Hoffnungslosigkeit und Resignation bestimmen die erste Zeit dieser Patient/inn/engruppe.

Jene Patient/inn/en, die ihre Erkrankung akzeptiert haben und sie als Teil ihrer Identität betrachten, reagieren mit Dankbarkeit und Hoffnung auf die Möglichkeit der Organtransplantation.

Von großer Bedeutung sind in dieser frühen Phase Gespräche mit dem Transplantationsteam und den PsychologInnen. Belastende Ängste und Unsicherheiten des/der Patient/en/in und seiner/ihre Familie können nur auf diesem Wege geklärt werden.

Befindet sich der/die Patient/in auf der Warteliste, beginnt erneut eine Zeit des hohen psychischen Stresses. Widersprüchliche Gefühle von Dankbarkeit auf der Warteliste zu stehen und Angst vorzeitig zu sterben, beherrschen das Leben.

Bei Verschlechterung der Krankheit ist der Wunsch und die Hoffnung groß so rasch wie möglich transplantiert zu werden.

Zweifel an der Zustimmung zur Transplantation treten in stabilen Phasen der Erkrankung auf. Der/die Patient/in befindet sich ständig zwischen Hoffen und Bangen.

Gespräche mit bereits transplantierten Mitpatient/inn/en können helfen Ängste zu verringern und wieder Mut zu fassen Ein großer Stressfaktor ist das Wissen, dass das neue Organ von einem/einer hirntoten Spender/in stammt.

Der Wunsch nach einem fremden Organ, das den Tod eines Menschen voraussetzt, macht oft unerträgliche Schuldgefühle.

Zwangsgedanken, wie vermehrt auf Unfälle mit Todesopfern zu achten, führt zu Scham- und Schuldgefühlen.

Diese Gedanken sind derart vorherrschend, dass sie nicht unterdrückt werden können und oft laut geäußert werden müssen, was zu Entsetzen bei den Familien-

angehörigen führt. Jedoch sollte den Patient/inn/en erlaubt werden ihren Gefühlen freien Lauf zu lassen ohne dafür moralisch sanktioniert zu werden.

Die Äußerungen sind Zeichen des Lebenswillens und sind allen Patient/inn/en auf der Warteliste gemein.

Nicht nur der/die Patient/in, auch dessen/deren Angehörige stehen unter großen psychischen Druck.

Der/die Partner/in meint, dass das Wohlbefinden des/der Patient/inn/en und seine/ihre Medikamenteneinnahme auch in seiner/ihrer Verantwortung liegt.

Ständiges Nachfragen und das Abhalten jeglicher Aufregungen können den/die Patient/in aber reizbar, ungeduldig und verschlossen werden lassen.

Dadurch fühlt sich der/die Partner/in wieder zurückgewiesen, unverstanden und alleingelassen. Die lange Wartezeit hinterlässt beim Angehörigen ebenso wie beim/bei der Partner/Partnerin seine/ihre Spuren und kostet viel Kraft (vgl. Smeritschnig/Freundorfer, 2004; S. 8ff.).

4. Pflegemodelle- und -theorien nach Orem, Leininger, Wiedenbach und Peplau und deren kritische Überprüfung

Von der Planung bis zur Durchführung der Organtransplantation ist die Pflege der Organspender/innen und -empfänger/innen aufwändig und personalintensiv. Für die Bewältigung dieser Anforderungen gibt es verschiedene Denkmodelle.

Die Pflegewissenschaft unterscheidet vier Denkschulen, die Aufschluss über den Auftrag und den Gegenstand der Pflege geben.

1.) Virginia Henderson begründete 1966 die Schule der Grundbedürfnisse (needs). Im Mittelpunkt steht die Versorgung und Betreuung (care) des/der Patient/in, der/die für einen gewissen Zeitraum Hilfe benötigt. Die Bedürfnisse werden in physische Grundbedürfnisse bis hin zu entwicklungspsychologischen Bedürfnisse unterteilt.

Dorothea Orem, die bekannteste Rollenfunktionstheoretikerin, erstellte Theorien über Selbstfürsorgedefizite, -erfordernisse und -systeme, die international Anerkennung fanden und auch in den Spitälern der Gemeinde Wien angewendet werden.

Die Bedürfnistheoretiker/innen beschreiben den Menschen in Grundbedürfnisse und übergeordnete Begriffe. Der/die bedürftige Patient/in steht in Abhängigkeit zum kompetenten, aktiven Pflegepersonal.

2.) Den Fokus auf Interaktionsprozesse richtet die Schule der Interaktionist/inn/en.

Pflege wird als Prozess verstanden, in dem sich Vertrauen, Kontakte und Beziehungen aufbauen. Es ist eine dynamische Beziehung, in der Heilungs- und Pflegeprozesse stattfinden. Die Beziehung zum/zu der Patient/in wird durch Interaktion, Aktion und Transaktion charakterisiert (King, 1981).

Laut Travelbee (1971) und Orlando (1961) ist es Aufgabe der Pflege, dem/der Patient/en/in bei der Sinnfindung seiner/ihrer Erkrankung zu unterstützen. Dadurch wird die persönliche Entwicklung gefördert und führt zu einem konstruktiven und produktiven sozialen Leben.

Der/die Patient/in wird als Mensch mit unerfüllten Bedürfnissen beschrieben, der/die seiner/ihrer Erkrankung eigene Bedeutungs- und Sinnkonstruktionen zuordnet.

Handlungen des Pflegepersonals sollen als Problemlösungstechnik eingesetzt werden. Auftretende Schwierigkeiten werden von den Interaktionist/inn/en als Störung in der Beziehung zwischen Patient/en/in und Pflegepersonal gewertet.

3.) Die Anhänger der humanistischen Schule sehen Pflege als Betreuung, Fürsorge und Versorgung (caring) und als moralischen Imperativ (Watson, 1985).

Der Pflegeprozess findet als Dialog, als Akt der Fürsorge zwischen Patient/en/in und Pflegekraft statt. Reziproke intersubjektive Erfahrungen werden von der Pflegeperson und dem/der Patient/en/in bestimmt. Pflegeziele werden durch die Wahrnehmung und Reaktion von Patient/inn/en und Pflegeperson bestimmt.

4.) Die vierte Denkschule sieht die Aufgabe der Pflege nicht im Pflegeprozess, sondern in Pflegeergebnissen (outcome).

Pflege wird in Begriffen wie Stabilität, harmonisches Zusammenspiel mit der Umgebung und Anpassung beschrieben. Die Pflegeendergebnisse stehen in Gleich-

klang mit den gesellschaftlichen Erwartungen (vgl. Schaeffer, Moers, Steppe, Meleis, 2008; S. 20ff.).

Pflegetheoretikerin Dorothea Orem

Dorothea Orem (1914-2007, Bedürfnistheoretikerin)

Orems Modell entstand 1955 und wird auch heute noch in der Langzeitpflege angewandt.

Das konzeptionelle Pflegemodell von Orem beschreibt die Selbstpflege­theorie und die Selbstpfle­gedefizite.

Ihre Theorie des Selbstpfle­gedefizits ist in drei Teile unterteilt:

- in die Selbstpflege­theorie,
- in das Selbstpfle­gedefizit und
- in die Theorie des Pflegesystems.

Die Selbstpflege­theorie

Die Selbstpflege eines Menschen stellt sicher, dass er sich gesund und wohl fühlt, sich sozial integrieren und weiterentwickeln kann. Dieses Verhalten ist erlernt und zielgerichtet. Während Erwachsene sich selbst pflegen können, benötigen Kranke und Kinder die ergänzende Pflege von anderen Personen (dependent care).

Die Ziele der Selbstpflege unterteilen sich in universelle, entwicklungsgebundene und durch Gesundheitsstörungen bestimmte Selbstpflege­bedürfnisse.

Therapeutisch erforderliche Selbstpflege ist dann notwendig, wenn die eigene Gesundheit gefördert oder beibehalten werden soll. Dies setzt ein Wissen über Krankheitssymptome voraus. Um gesund zu sein und gesund zu bleiben, müssen gewisse Standards und Kriterien erfüllt sein:

- Das Wissen, dass das Selbstpflege­bedürfnis mit der Gesundheit zusammenhängt
- Die Auswahl der benötigten Mittel, damit die Selbstpflege­bedürfnisse erfüllt werden können und
- Die Durchführung der erforderlichen Selbstpflege­aktivitäten

Theorie des Selbstpfle­gedefizits

Hier steht der Begriff der Selbstpflege­fähigkeit im Mittelpunkt.

Kompetenz zur Selbstpflege­fähigkeit erlangt man durch Erfüllung der Selbstpflege­bedürfnisse.

Bei der Selbstpflege­fähigkeit unterscheidet man die Fähigkeit oder Kompetenz und die Selbstpflege­aktivitäten.

Die Selbstpflege­aktivität besteht aus der Beurteilung der Faktoren, die wichtig sind für die Selbstpflege und die Auswirkung dieser auf die Gesundheit und Wohlbefinden.

Der Beschluss umfasst die Reihenfolge und die Art wie die Selbstpflegeaktivitäten durchgeführt werden soll. Die Selbstpflegeaktivitäten werden durch Handlungen realisiert.

Die Selbstpflegeaktivitäten sind nur bei zielgerichteter Durchführung effektiv. Planung und Evaluation müssen abgeschlossen und bei der Durchführung berücksichtigt worden sein.

Selbstpflegedefizit

Ein Selbstpflegedefizit ist gegeben, wenn zwischen Selbstpflegefähigkeit und therapeutisch erforderlicher Selbstpflege ein Defizit entsteht.

Ein Selbstpflegedefizit weist auf eine Unfähigkeit hin, die therapeutisch erforderliche Selbstpflege zu erkennen und/oder diese durchzuführen.

Der/die Patient/in, der/die ein Selbstpflegedefizit aufweist, benötigt professionelle pflegerische Hilfe, um sein Defizit wieder ausgleichen zu können.

Die Pflegekraft muss in der Lage sein das Selbstpflegedefizit zu erkennen, Pflegehandlungen zu planen und diese auch durchzuführen.

Pflegesystem

Im Mittelpunkt jeder Pflegehandlung steht die Frage welches Selbstpflegedefizit herrscht und welche Selbstpflegeaktivität gesetzt werden muss. Hierbei wird immer überprüft, welchen Pflegebeitrag der/die Patient/in leisten kann und wo die Pflegeperson unterstützend eingreifen muss. Die Hilfeleistung des Pflegepersonals wird unterteilt

- in ein unterstützend/aufklärendes,
- in ein teilweise kompensierendes und
- in ein vollständig kompensierendes

Pflegesystem (vgl. Arets, 1996; S. 135ff.).

Kritische Überprüfung von Orems Modell

Orems Theorie integriert die medizinische Perspektive, da sie die Pflegepraxis auf der medizinischen Ebene aufbauen will. Dazu verwendet sie medizinisch-wissenschaftliche Begriffe, die auch im Pflegealltag benützt werden und bekannt sind. Im Mittelpunkt ihrer Theorie steht der/die Patient/in, dessen/deren individuelle und institutionelle Versorgung am wichtigsten ist.

Die praktische Nützlichkeit der Theorie ist auch dadurch gegeben, dass sie die Pflege von Familienmitgliedern durch Laienpflege miteinbezieht.

Dass ihr Pflegemodell ein breites Pflegespektrum umfasst, zeigt sich dadurch, dass es bei chronisch Kranken, psychiatrischen Patient/inn/en, Akut- und Intensivpatient/inn/en, in der prä- und postoperativen Pflege, in der Hospizpflege und bei geriatrischen Patient/inn/en angewendet werden kann.

Ihre Theorie ist krankheitsorientiert und es fehlt eine Beschreibung für Pflegehandlungen um Wohlbefinden zu erlangen. Die Anwendbarkeit ihres Modells umfasst nur Erwachsene, die akut oder chronisch krank sind.

Obgleich ihr Modell auch bei Kindern angewendet wird, sind diese nicht die Hauptansprechpersonen ihrer Theorie.

Die Bedürfnisse der Patient/inn/en werden mit pathophysiologischen Begriffen erklärt.

Jene Patient/inn/en, die sich nicht wieder selbstständig versorgen wollen oder können und pflegeabhängig bleiben, werden in ihrer Theorie nicht erfasst.

Die Verwendungsmöglichkeiten ihres Pflegemodells sind jedoch vielfältig und nützlich wie der verschiedenartige Einsatz auf unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen zeigt (vgl. Meleis, 1999; S. 617).

Pflegetheoretikerin Madeleine Leininger

Madeleine Leininger (geboren 1925) schuf in den 80er Jahren ein konzeptionelles Modell transkultureller Pflege.

Sie stellte fest, dass es in der transkulturellen Pflege sowohl Unterschiede (diversity) als auch Übereinstimmungen (universality) gibt.

Leiningers Begriff der Pflege beschreibt die Hilfeleistung, Unterstützung oder Beistand eines Einzelnen oder einer Gruppe zum Zweck deren Lebensstil oder die Voraussetzungen dazu zu verbessern.

Die Pflegeperson in der transkulturellen Pflege studierte die Werte, Normen und den Lebensstil einer bestimmten Gruppe um Unterstützung oder Beratung leisten zu können.

Ziel der Pflege ist es das Wohlbefinden der Gruppe zu erhalten oder zu verbessern. Kulturelle Pflegeunterschiede bestehen in der Pflege bei jedem Angehörigen einer bestimmten Kultur, da unterschiedliche Werte, Normen und Lebensweisen herrschen.

Eine kulturell universelle Pflege besteht in der Übereinstimmung bei Hilfeleistung und Unterstützung trotz kultureller Unterschiede.

Die Paradigmen Mensch, Umgebung, Gesundheit, Krankheit und Pflege

Der Begriff Mensch wird definiert als Person, die kulturbestimmte Auffassungen, welche Gesundheit, Krankheit, Pflege, Abhängigkeit und Unabhängigkeit betreffen, hat.

Erfahrungserkenntnisse seiner Kultur werden an nachfolgende Generationen weitergegeben.

Die Umgebung eines Menschen wird durch die Gruppe oder Gesellschaft bestimmt.

Soziale, kulturelle, ökonomische und physische Elemente gestalten die Umwelt.

Pflegehandlungen sind Teil des Systems des Gesundheitswesens und bestehen aus einem formellen (professionellen) System, zu dem alle institutionalisierten Elemente dazugehören.

Zum informellen Gesundheitswesen zählen alle Auffassungen, Rituale, Laienheilkunst und alternative Heiltherapien.

Die Begriffe Gesundheit und Krankheit sind kulturbestimmt und variieren von Kultur zu Kultur.

Pflege versteht Leininger als humanistische Kunst, Fähigkeit und Fertigkeit. Sie ist personenzentriert und hat als Ziel Wohlbefinden zu erhalten. Kulturelle Unterschiede sollen bei der Pflege von Kranken berücksichtigt werden. Durch Wahrung der kulturellen Eigenheiten, der kulturellen Anpassung der Pflege und durch kulturelle Rekonstruktion der Pflege bleiben diese erhalten.

Leiningers „Sunrise-Modell“ beschreibt die wechselseitigen Einflüsse von soziokulturellen Strukturdimensionen wie Religion, Philosophie, Politik, Technik, Geschichte, Wirtschaft, Familie und Kultur auf die Pflege.

All diese Strukturen nehmen Einfluss auf Pflegeentscheidungen und -handlungen. Die kulturelle Pflege wird von allen sozialen Dimensionen geprägt und nimmt ihrerseits auch Einfluss auf diese (vgl. Arets, 1996; S. 149ff.).

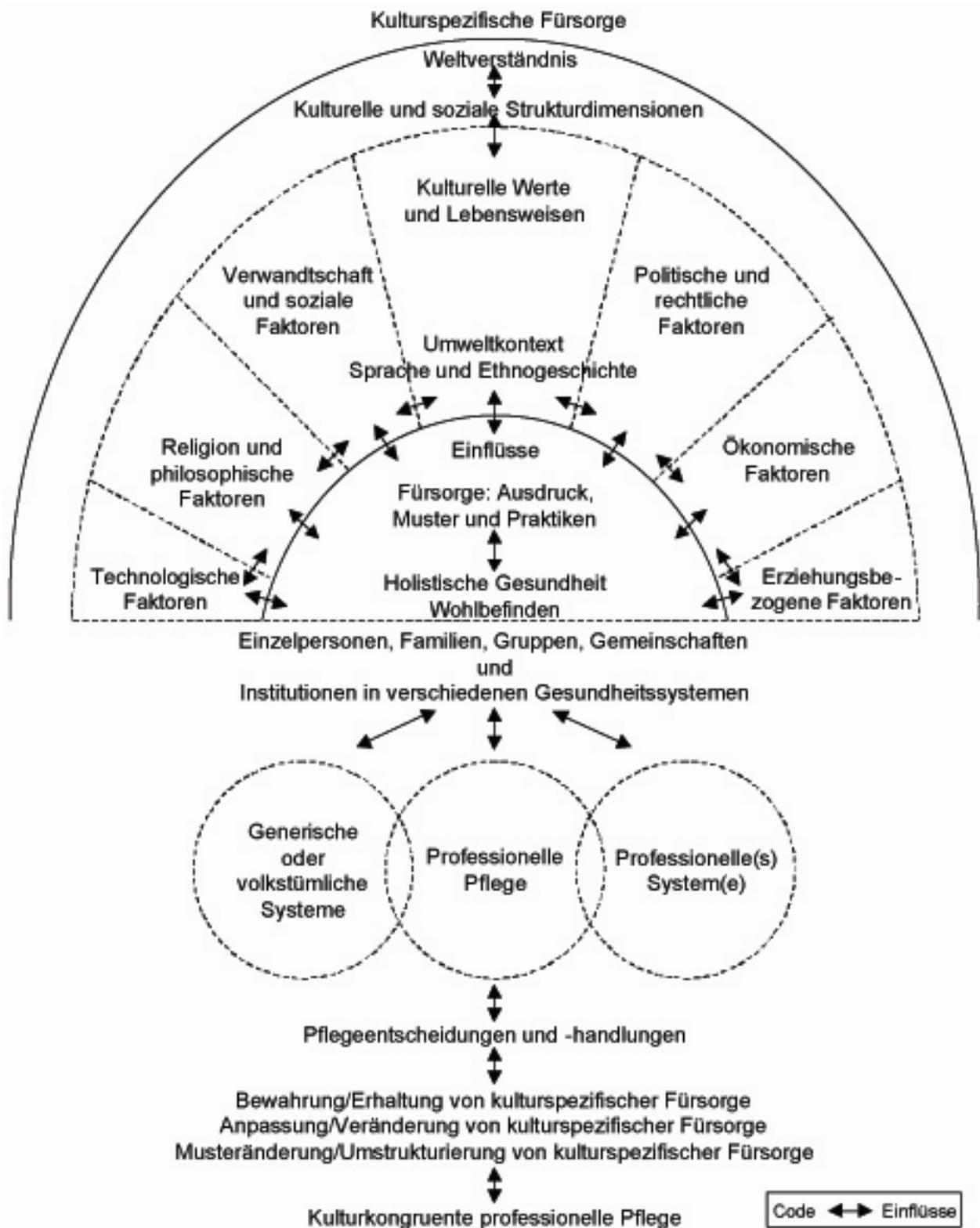


Abb. 3

Kritische Überprüfung von Leiningers Modell

Im Mittelpunkt ihrer Theorie steht die Fürsorge, das „Caring“. Fürsorge sieht sie kulturspezifisch. Es gibt Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten, die die Fürsorge innerhalb von Kulturen betreffen.

Der Begriff Fürsorge wird geprägt vom jeweiligen Weltverständnis einer Kultur und von soziokulturellen Elementen wie z.B. Religion, Politik und Erziehung.

Das Ziel der Pflege besteht darin, die Pflege, also die Fürsorge kulturkongruent zu gestalten. Die Pflegeperson muss sich dazu Wissen beschaffen um kulturkongruente Fürsorge leisten zu können.

Der/die Patient/in selbst kann dazu die notwendigen Informationen liefern, aber ebenso kann die erforderliche Information der einschlägigen Literatur entnommen werden.

Das Sunrise-Modell dient als Vorlage um die Formen der Fürsorgehandlungen und -entscheidungen zu bestimmen.

Der professionelle Begriff der Fürsorge wird bei Leininger nicht erwähnt.

Dass der kulturelle Einfluss auch für die professionelle Fürsorge gelten sollte, wird nicht beschrieben. Der/die Patient/in und seine/ihre Definition der Fürsorge wird über die Erfahrung der Pflegeperson gestellt.

Die Pflegeperson soll eigenes Wissen zurückstellen, um ohne Vorurteile und Vorbelastungen die Patient/inn/en pflegen zu können.

Andererseits muss die Pflegeperson Defizite der Fürsorge erkennen und danach handeln. Diese Ambivalenz lässt eine klare, authentische Haltung nur schwer zu, da Leininger auf diese Zwiespältigkeit nicht eingeht (vgl. Schröder, 2004; S. 24f.).

Pflegetheoretikerin Ernestine Wiedenbach

Wiedenbach (1900-1996), Interaktionstheoretikerin, ist eine Pionierin der Pflegewissenschaft, die Mitte der 60er Jahre die These vertrat, dass die Grundlage jeder Pflegehandlung eine implizite Theorie ist.

Die Erfahrung und das durch Intuition generierte Wissen sind handlungsleitend subjektiv.

Es besitzt aber keine allgemeingültige Aussagekraft. Erst durch die Präskription entsteht eine Systematisierung des Pflegehandelns.

Wiedenbach war an der Entwicklung des Pflegeprozesses als Instrument der Pflege maßgeblich beteiligt (vgl. Schaeffer/Moers/Steppe/Meleis, 2008; S. 71).

Pflege ist für sie eine Praxisdisziplin, die zielgerichtet ist. Sie unterscheidet Pflegehandlungen,

- die in wechselseitigem Verständnis und gegenseitigem Einverständnis geschehen, patientenzentriert und
- pflegezentriert sind.

Wenn die Würde, der Wert, die Eigenständigkeit und die Individualität des/der Patient/in geachtet wird und er/sie Pflege als Hilfe annehmen kann, so ist die Pflege als wechselseitiger Akt zu verstehen.

Patientenzentrierte Pflege bedeutet, dass unter Achtung der Individualität des/der Patient/en/in Hilfe angeboten wird, die der/die Patient/in auch in Anspruch nehmen will.

Pflegezentriertes Handeln wird als Übernahme von Pflegetätigkeiten beschrieben, die zwar die Würde und den Wert des/der Patient/in achten, nicht aber seine/ihre Individualität.

Die Pflegeperson bestimmt, welche Pflege der/die Patient/in benötigt. Von großer Wichtigkeit für die Pflege ist

- das Ziel in der Absicht,
- das Ziel in der Anwendung und
- das Ziel in der Durchführung.

Das Ziel in der Absicht ist dann erreicht, wenn der/die Patient/in einen Nutzen aus den angebotenen Hilfsangeboten zieht.

Aufgabe der Pflegeperson ist es, den/die Patient/en/in für dieses Ziel zu motivieren und zu fördern.

Das Ziel in der Anwendung besteht darin, den Rahmen zu schaffen um das angestrebte Ziel erreichen zu können.

Die Rahmenbedingungen können in Hilfsgeräten und Räumlichkeiten, aber auch in einer Unterstützung durch Familienangehörige bestehen.

Das Ziel in der Durchführung hat als Grundlage eine stützende Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient/in. Ständig soll die Pflegeperson darauf achten, ob die Fähigkeiten des/der Patienten/Patientin nicht unter- oder überfordert werden. Der/die Patient/in soll aus jeder Pflegehandlung unterstützt und gestärkt hervorgehen. Dies erfordert eine Reflexion der betreuenden Pflegekraft und Einfühlungsvermögen (vgl. Wiedenbach, 1970; zit. nach Schaeffer/Moers/Steppe/Meleis, 2008; S. 71ff.).

Wiedenbach identifizierte Wissen, Einschätzung und Fähigkeiten als die drei wichtigen Attribute, die eine Pflegeperson besitzen muss, wenn sie in der Pflegepraxis erfolgreich sein will.

Das Wissen muss faktisch, intuitiv oder praktisch erworben sein. Die individuellen Erfahrungen dienen der klinischen Praxis.

Die direkte Pflege besteht aus Koordination, Zusammenarbeit und Beratung (vgl. Nickel/ Gesse/ Mac Laren, 1992; S.165).

Kritische Überprüfung von Wiedenbachs Modell

Der Kern der Pflegetheorie von Wiedenbach besteht in den Interaktionen zwischen Pflegeperson und Patient/in.

Jedes Bedürfnis nach Hilfe, Unterstützung und Beratung setzt eine verbale oder nonverbale Kommunikations- oder Ausdrucksfähigkeit des/der Patient/en/in voraus.

Deshalb wäre dieses Pflegemodell nicht auf Personen anwendbar, die diese Ausdrucksmöglichkeiten nicht besitzen wie Säuglinge oder komatöse Patienten. Auch auf Patient/inn/en, die keine Pflege annehmen wollen, weil sie sich nicht bewusst sind, dass sie Hilfe brauchen, könnte man dieses Modell nicht anwenden.

Wiedenbach beschreibt die Pflegeperson als Betreuer der Bedürfnisse des/der Patient/en/in. Den Fähigkeiten der Pflegeperson wird ein hoher Stellenwert zugeschrieben und dadurch kommt es zu einer Wertschätzung und Anerkennung der Leistungen. Die Respektierung des/der Patient/en/in als Mensch motiviert diesen zur Mitarbeit und entlastet dadurch die Pflege.

Die Pflege selbst ist immer patientenorientiert, doch unter gewissen Umständen kann sie in Absprache mit dem/der Patient/en/in pflegezentriert durchgeführt werden.

Genauere Beschreibungen von Pflegehandlungen sind nicht möglich. Dieses Pflegemodell stellt hohe Ansprüche an die Pflegeperson, da es in hohem Maß Ausdauer und Fürsorge verlangt.

Die Abgrenzung zwischen Hingabe und Selbstaufgabe, zwischen professioneller Pflege und Helfersyndrom fehlt.

Dennoch spricht sehr viel für dieses Pflegemodell, da es aus der Praxis stammt und die Pflege als einen eigenständigen Bereich betrachtet (vgl. Nowak, 2001; S. 7f.).

Pflegetheoretikerin Hildegard Peplau

Peplau (1909-1999) zählt zu den Vertreter/innen der Interaktionstheorie.

Peplaus Pflegemodell wurde von der humanistischen Psychologie und Psychoanalyse inspiriert, nach dem die Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient/in im Mittelpunkt steht. Sie entwickelte 1952 ihre Interaktionstheorie.

Eine dynamische Beziehung, die von einem gegenseitigen Austausch geprägt ist, initiiert einen Lernprozess.

Pflegehandlungen sollen dem Kranken helfen sich weiterzuentwickeln.

Peplau unterscheidet zuerst eine Phase der Orientierung.

Hier lernt der/die Patient/in seine/ihre Bedürfnisse auszudrücken und seine/ihre Erkrankung anzuerkennen. Die Pflegeperson unterstützt den/die Patient/en/in, klärt mit ihm/ihr gemeinsam die Problemsituation und bietet ihm/ihr pflegerische Unterstützung an.

In der Phase der Identifikation übernimmt die Pflegekraft jene Pflegehandlungen, die der/die Patient/in aufgrund seines/ihrer Defizits nicht mehr alleine durchführen kann (vgl. Schaeffer/Moers/Steppe/Meleis, 2008; S. 55).

Der/die Patient/in bestimmt den Grad der Abhängigkeit. Durch die Unterstützung der Pflegeperson kann der/die Patient/in seine/ihre Krankheitserfahrung in sein/ihr Selbstbildnis integrieren. Dies führt zu einer Neuorientierung und zu einer Persönlichkeitsentwicklung. Der /die Patient/in fühlt sich durch die Hilfe der Pflegeperson mit seiner/ihrer Erkrankung nicht alleingelassen (vgl. Arets, 1996; S. 126).

Die Nutzungsphase ist charakterisiert durch die Bestrebungen des/der Kranken wieder selbstständig zu werden. In gemeinsam formulierten Pflegezielen beginnt der/die Patient/in unter Anleitung der Pflegeperson wieder alleine Pflegetätigkeiten zu übernehmen.

In der Ablösungsphase hat der/die Patient/in seine/ihre Unabhängigkeit von der Pflegeperson gewonnen. Seine/ihre Erkrankung hat er/sie integriert und in seine/ihre Persönlichkeit aufgenommen.

Nicht nur der/die Patient/in, auch die Pflegeperson durchläuft verschiedene Phasen. Von der anfangs Fremden, entwickelt sich die Beziehung weiter.

Die Pflegekraft wird Ersatz- und Anleitungsperson, Pädagog/e/in und letztlich Berater/in (vgl. Schaeffer/Moers/Steppe/Meleis, 2008; S. 55).

Wenn über die Gefühle des Patienten gemeinsam geredet werden kann, führt dies zu einer positiven Veränderung des/der Patient/en/in. Durch das Verständnis, die Anteilnahme und die Aufmerksamkeit der Pflegeperson lernt der/die Patient/in die Bedeutung der Erfahrung einer Pflegesituation zu erkennen.

Vergleiche mit früheren Erfahrungen können vom/von der Patient/en/in festgestellt und ausgesprochen werden. Dies fördert die Kommunikation und kann zu einer Milderung eines Krankheitssymptoms führen (vgl. Schaeffer/Moers/Steppe/Meleis, 2008; S. 64f.).

Die Paradigmen Mensch, Umgebung, Gesundheit, Krankheit und Pflege

Mensch

Das Gleichgewicht eines jeden Menschen befindet sich in einem instabilen physiologischen, psychologischen und sozialen Zustand. Sein ganzes Leben lang strebt der Mensch nach einem stabilen Gleichgewicht.

Umgebung

Die Interaktionsprozesse mit anderen Menschen machen den wichtigsten Umgebungsfaktor aus.

Gesundheit und Krankheit

Die Gesundheit ist die Voraussetzung für das Wachstum und die Weiterentwicklung eines Menschen. Maßgebliche Faktoren für diesen Prozess sind kreative, konstruktive, produktive, persönliche und gemeinschaftliche Elemente.

Psychologischer und physiologischer Stress kann als Krankheitsauslöser aufgefasst werden.

Pflege

Peplau versteht Pflege als Kunst, Fähigkeit und Fertigkeit, die eingesetzt wird um die Persönlichkeitsentwicklung des/der Patient/en/in zu fördern (vgl. Arets, 1996; S. 127).

Kritische Überprüfung von Peplaus Modell

Peplaus Modell ist in jenen Gesundheitsbereichen anwendbar, in der Patienten langfristig behandelt werden. Die oben beschriebenen Phasen der Persönlichkeitsentwicklung benötigen Zeit und Ausdauer. In der Akutpflege ist aufgrund der wechselnden Betreuung durch verschiedene Pflegepersonen die Durchsetzung dieses Modells nicht möglich.

Da Interaktionen verbale oder nonverbale Kommunikationsfähigkeiten voraussetzen, kann Peplaus Modell nicht bei Säuglingen, komatösen oder dementen Personen angewendet werden.

Auf vorhandene Ressourcen des/der Patient/en/in, die gefördert werden könnten, geht Peplau nicht ein.

Gemeinsamkeiten aller Pflegemodelle

Die Pflege-theorien beschreiben die Krankenpflege und das Berufsbild der Krankenpflegepersonen.

Als Grundlage der Theorien dienen verschiedene Richtungen der Philosophie wie z.B. der Existentialismus und die Phänomenologie.

Das Wohlergehen der Patient/inn/en und die Methode mit welchen Pflegehandlungen dieses erlangt wird und auf hohem Niveau gesichert werden kann, steht im Mittelpunkt.

Die gemeinsame Sprache und die holistische Ansicht, dass der/die Pflegeklient/in aus mehr als aus seinen psychologischen, soziologischen, kulturellen und biologischen Anteilen besteht, kennzeichnen alle Theorien.

Pflegeklient/inn/en reagieren unterschiedlich auf Ereignisse und diese müssen bei Pflegeinteraktionen berücksichtigt werden.

Die Domäne der Pflege richtet sich auf Menschen, die in permanenten Kontakt mit der Umwelt stehen und Bedürfnisse haben, die sie nicht selbst befriedigen können.

Die Interaktionen der Pflege steigern die Adaptionfähigkeiten, das Selbstpflegevermögen, Gesundheit und Wohlbefinden.

Alle Pflege-theorien beschreiben verschiedene Aspekte und Visionen der Pflege.

Sie geben ein Bild darüber ab, wie die Pflegerealität ist und wie sie sein sollte (vgl. Meleis, 1999; S. 322f.).

Viele Bereiche nehmen Einfluss auf das pflegerische Wissen.

Es ist dies eine der Stärken der Pflege neue Aspekte adaptieren und anwenden zu können.

Eine einzige Pflege-theorie allein kann die unterschiedlichen Anforderungen der verschiedenartigen Gesundheitseinrichtungen nicht abdecken. Eine Theorie muss nützlich sein und die Praxis der Pflege reflektieren können.

Weiters müssen die Pflegehandlungen und die professionellen Werte in eigener Sprache ausgedrückt werden.

Die Praktiker/innen können erst durch diese Voraussetzungen die Pflegemodelle- und -theorien anwenden.

5. Nach der Transplantation

Erste Reaktionen auf eine erfolgreiche Transplantation

Nach der erfolgreichen Transplantation herrscht in den ersten Tagen große Freude, Euphorie und Erleichterung.

Alltägliche Dinge, die vorher nicht möglich waren, werden mit Begeisterung durchgeführt. Der physische Zustand beeinflusst die psychische Stimmung.

Auftretende Komplikationen wie die Krise einer Organabstoßung oder eine Infektion erinnern den/die Patient/in, dass der Überlebenskampf noch nicht ganz ausgefochten ist.

Die Meisterung der Komplikation mittels Medikamente stärkt das Vertrauen des/der Patient/in in die Medizin nachhaltig.

Ein wichtiges Thema ist auch nach der Transplantation die Auseinandersetzung mit dem Spenderorgan einer hirntoten Person. Das fremde Organ wird aber in der Regel rasch in das Körperbild integriert. Durch die Steigerung der körperlichen Verfassung kann der/die Patient/in das Organ annehmen.

Der/die Partner/in des/der Patient/in, der/die alle Höhen und Tiefen mitgelebt hatte, verspürt nach der Transplantation Erschöpfung und Ausgebranntsein. Dies kann zu

Spannungen und Vorwürfen in jener Phase führen. Die gegenseitigen Bedürfnisse müssen mitgeteilt werden.

In der Regel werden aber in dieser Zeit gemeinsame Pläne geschmiedet und voll Zuversicht in die Zukunft geschaut (vgl. Smeritschnig/Freundorfer, 2004, S. 8ff).

5.1. Aspekte der langfristigen Betreuung

Der/die transplantierte Patient/in muss über seine/ihre Medikamente genauestens Bescheid wissen. Er/sie muss sich mit deren Wirkungen und Nebenwirkungen auseinandersetzen. Die regelmäßigen Routinekontrollen in der Transplantationsambulanz müssen unbedingt eingehalten werden. Der/die Patient/in lernt wieder seinen/ihren Alltag zu leben und seine/ihre Psyche beginnt sich zu stabilisieren. Wiewohl die Angst vor einer Organabstoßung vorhanden ist, beginnt auch seine/ihre Lebensfreude sich zu steigern.

Tätigkeiten, die vor der Transplantation unmöglich waren, werden nun bewusst genossen.

Er/sie beginnt sich langsam mit der Rolle des/der chronisch Kranken anzufreunden. Dazu gehören auch der in Intervallen lebenslängliche Besuch der Klinik und die Beobachtung der Medikamentennebenwirkungen.

Im ersten Jahr nach der Organtransplantation herrscht eine Neuorientierung. Es werden neue Aufgaben gesucht, der Wiederanschluss an Freunde, Familie und Beruf steht im Vordergrund. Die psychische Genesung wird durch die Akzeptanz des sozialen und beruflichen Umfelds beeinflusst.

Die Rückkehr in das Berufsleben wird durch die Anforderungen, die der/die Patient/in an sich selbst stellt und den tatsächlichen Aufgaben, die ihm/ihr vom Arbeitgeber zugetraut werden, erschwert.

Doch der/die Patient/in benötigt seinen/ihren normalen Berufsalltag, da dies auch Teil seiner/ihrer Identifikation ist.

Er/sie muss sich wieder voll einsatzfähig und belastbar fühlen. Nur so kann eine rasche soziale Integration stattfinden.

Der/die Partner/in, der/die während der ganzen Zeit seine/ihre eigenen Bedürfnisse zugunsten des/der Patient/en/in zurückstellen musste, nimmt jetzt seine/ihre Erschöpfung wahr.

Aufgaben und Rollen, die er/sie notgedrungen übernommen hatte, müssen wieder neu aufgeteilt werden. Diese Probleme erfordern eine hohe Konfliktlösungsbereitschaft.

Der/die Patient/in macht einen Wertewandel durch.

Er/sie schätzt die neu gewonnene Lebensqualität und stuft das Leben als höchstes Gut ein. Er/sie lebt bewusster und setzt neue Prioritäten.

Eine psychologische Betreuung ist während jeder einzelnen Phase der Transplantation notwendig. Von der Transplantationsentscheidung, der Wartezeit, der Operation, den Abstoßungskrisen bis zur Reintegration wird am AKH Wien für alle Bereiche professionelle Unterstützung angeboten (vgl. Smeritschnig/Freundorfer, 2004; S. 8ff.).

5.2. Spezielle Probleme der nieren-, knochenmarks-, leber- und herztransplantierten Patient/inn/en

Das Beratungsgespräch mit nierentransplantierten Personen

Für die Behandlung einer terminalen Niereninsuffizienz bietet sich neben der Dialyse vor allem die Nierentransplantation an. Eine Spenderniere ist für die meisten Patient/inn/en die optimale Therapiemöglichkeit.

Um diese Organtransplantation erfolgreich zu bewältigen, kommt es in der Regel darauf an, dass der/die Betroffene seine/ihre bisherigen Lebensgewohnheiten von Grund auf ändert. Diese Forderung betrifft sowohl den Zeitraum unmittelbar vor als auch in der Folge nach der Transplantation.

Für die Bewältigung dieser Voraussetzung wird dem/der Patient/in eine umfassende Beratung durch ein hochqualifiziertes und für diese besonderen Fälle geschultes Personal angeboten.

Bis 1998 wurde mit den Patient/inn/en kurz vor deren Entlassung aus der Klinik ein obligatorisches Entlassungsgespräch geführt, oftmals konnte der/die Patient/in die Menge der dabei vermittelten Informationen nicht aufnehmen und verarbeiten, daher entstand bei den Patient/inn/en nicht selten Unsicherheit und Angst vor der Bewältigung des kommenden Lebensabschnittes.

Diese unbefriedigende Situation führte zunächst zu einem hohen Leidensdruck. Resultat war aber, dass Fragen und Probleme, die erst nach der Entlassung auftraten, verschwiegen bzw. zu spät gestellt oder bemerkt wurden, sodass es als Folge immer wieder zu irreparablen Schäden kam.

Eine grundlegende Änderung brachten die Bestimmungen des mit 1. September 1997 in Kraft getretenen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, welches in seinem §14 die Beratung und Gesundheitsförderung auch für den nephrologischen Bereich, als eigenverantwortliche Aufgabe des diplomierten Pflegepersonals festlegt. Um diesen umfassenden Gesetzauftrag zu erfüllen, ist es erforderlich, neben dem Entlassungsgespräch auch Beratungsgespräche im Zeitraum vor der Transplantation und nach der Entlassung zu führen.

Diese Pflegeberatung wird von einem fachkompetenten Beraterteam durchgeführt und ist damit professionell und den jeweiligen Patient/inn/en angepasst.

Zurzeit werden zwischen 100 bis 130 Patient/inn/en pro Jahr beraten. Es findet eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Berufsgruppen wie Diätberater/innen und Mediziner/innen statt. Wichtig für einen guten Behandlungserfolg ist die Zusammenarbeit des/der Patient/in in pflegerisch-medizinischer Hinsicht, die individuell unterschiedlich ausfällt. Der/die Patient/in erhält bei der Beratung keine direkten Handlungsanweisungen, sondern Unterstützung bei der Lösung seiner/ihrer Probleme. Er/sie sollte nach der Entlassung fähig sein, seine/ihre Lebensqualität zu verbessern, zu halten und Komplikationen zu erkennen und richtig darauf zu reagieren.

Der/die Patient/in wird bereits bei seiner/ihrer stationären Aufnahme in der Pflegeanamnese über sein/ihr soziales Umfeld, seine/ihre Verhaltensdefizite und seine/ihre persönlichen Ressourcen hin befragt. Im Beratungsprozess tragen diese Kenntnisse sodann zu einer vertrauensvollen Basis zwischen Patient/in und Pflegepersonal bei (vgl. Günes, 2007).

Die Beratung erfolgt grundsätzlich auf freiwilliger Basis. Angehörige und Vertrauenspersonen werden, wenn möglich, ins Beratungsgespräch miteinbezogen.

Die Beratenden erhalten zur Unterstützung ein Skriptum, in dem die Schwerpunkte der Beratung zusammengefasst sind.

Durchschnittlich dauern die Beratungsgespräche zwei Stunden und werden den individuellen Bedürfnissen der Patient/inn/en angepasst. Hauptbestandteile der Gespräche sind die korrekte Einnahme der Medikamente, die Abläufe der ambulanten Nachbetreuung, das Erkennen von Komplikationen und der Ablauf des Entlassungstages, sowie der Zeitraum nach der Entlassung. Termine mit anderen Fachbereichen wie Diätberatung und psychologischer Beratung werden auf Wunsch des/der Patient/in festgesetzt. Die Gesundheitsvorsorge besteht weiters in der Beratung über Körperhygiene, Ernährung, Freizeitgestaltung und Umgang mit Alkohol und Nikotin.

Das Beratungsprogramm beruht auf der Weitergabe von Fachkompetenz, der Akzeptanz der Autonomie des/der Patient/in und der Umsetzung von Verhaltensstrategien.

Dem Beratungsteam gehören bis zu drei Gesundheits- und Krankenpflegepersonen einer nephrologischen Abteilung an. Voraussetzung für die Ausübung der Bera-tertätigkeit sind nephrologisch-pflegerisches Fachwissen, pädagogische Kenntnisse, langjährige pflegerische Erfahrung, Kontaktfähigkeit, Einfühlungsvermögen und Zuverlässigkeit.

Ziel der Beratung ist es, dass der/die Patient/in schon während des Klinikaufenthaltes die erforderlichen neuen Verhaltensmuster zeigt. Beim Auftreten von Problemen wirkt der/die Berater/in unterstützend und sorgt für das Ergreifen der erforderlichen Maßnahmen.

Als erfolgreich wird der Beratungsprozess dann angesehen, wenn mindestens die folgenden Anforderungen erfüllt werden:

- Die Beratung muss abgeschlossen sein,
- Der/die Patient/in kann mit der neuen Situation umgehen und
- sie selbstständig ohne weitere Beratung bewältigen.

Eine qualitative Studie belegt, dass die Beratungsgespräche von der Mehrheit der Patient/inn/en als sehr positiv beurteilt wurden (vgl. Fautschek/Suditu, 2004).

Spezielle Pflege bei Knochenmarktransplantation

Vor der Übertragung von gesunden Stammzellen des Spenders muss das Knochenmark des/der Leukämieerkrankten durch eine Chemotherapie zerstört werden.

Immunsuppressiva, die das eigene Immunsystem unterdrücken, müssen in den ersten 4 Wochen genommen werden, um eine Abstoßungsreaktion zu verhindern.

4 Wochen bis 6 Monate nach der Transplantation muss der/die Patient/in die Immunsuppressiva weiter einnehmen, um eine Angriffsreaktion zu vermeiden.

Während der Zeit, in der das eigene Knochenmark des/der Patient/in zerstört wird, hat der /die Kranke keine eigenen Abwehrstoffe.

Die Infektionsgefahr ist sehr hoch, deswegen werden auch Antibiotika verabreicht.

Strenge Isolierungs- und Pflegemaßnahmen müssen eingehalten werden. Bei einer Thrombopenie (Mangel an Blutplättchen) besteht erhöhtes Risiko für Spontanblutungen, die lebensbedrohlich sein können. Von großer Wichtigkeit ist deswegen die Überwachung der Vitalparameter wie Blutdruck, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung, sowie eine adäquate Pflege des/der Patient/en/in.

Die Isolierung des/der Patient/en/in in einem Einzelzimmer soll ihn/sie vor Infektionen schützen. Maßnahmen wie das Tragen von Mundschutz, Handschuhen und Plastikschrützen für Personal und Besucher/innen ist zwingend erforderlich.

Die Patient/inn/en dürfen ihr Zimmer nicht verlassen, kein Fenster öffnen und nur maximal 2 Besucher/innen empfangen. Die Isolierung ist eine psychische Belastung, die eine empathische Pflege verlangt.

Die Ressourcen des/der Patient/en/in und seine/ihre Entscheidungsfähigkeit müssen in die Pflegehandlungen miteinfließen. Der/die Patient/in benötigt in dieser schweren Zeit Aufmerksamkeit, Fürsorge und das Gefühl sich jederzeit aussprechen zu können.

Die Mundpflege ist bei knochenmarkstransplantierten Patient/inn/en wichtig, da die Mundschleimhaut durch die Strahlen- und/oder Chemotherapie anfällig ist für Pilzerkrankungen (Soor). Durch den Soor treten Schmerzen beim Schlucken und Kauen auf.

Eine Schmerztherapie soll das Essen erleichtern. Das Essen muss keimarm sein, was zu Geschmackseinschränkungen führt.

Um die Anpassung an die ungewohnte Situation zu erleichtern, sollte der/die Patient/in über alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie über deren Ergebnisse informiert werden.

Psychologische Betreuung erfolgt durch professionelle Therapeut/innen, aber vor allem ist das Pflegepersonal der Vertrauenspartner des Patienten. Der/die Patient/in wird angelernt, sich selbst genau zu beobachten und Veränderungen sofort zu melden (vgl. Schafzahl, 2008).

Die Pflege lebertransplantierten Personen auf der Intensivstation

Lebertransplantierte Patient/inn/en verbringen die ersten Tage nach ihrer Lebertransplantation auf der Intensivstation.

Der Aufenthalt in der Intensivstation stellt einen obligatorischen Schritt innerhalb des Transplantationsprozesses dar.

Wie eine Studie ergab, fühlten sich die Patient/inn/en auf der Intensivstation anfangs zeitweise orientierungslos.

Sie waren sich bewusst, dass sie ein Transplantat bekommen haben und am Leben waren. Die Gefühle schwankten zwischen Freude und Angst.

Andere Patient/inn/en auf der Intensivstation zu sehen und zu sehen wie sie gepflegt werden, hinterließ einen großen Eindruck auf sie.

Das Pflegeverhalten des Pflegepersonals wurde als sicher, vertrauensvoll, ruhig und kompetent beschrieben. Soziale Unterstützung während des Aufenthaltes bekamen die Patient/inn/en von ihrer Familie, ihren Freunden und oft auch von ihrem Glauben.

Ihre vorgefasste Meinung, dass die Intensivstation ein stressreicher und hoch technologischer Ort sei, wurde durch ihr persönliches Erleben korrigiert.

Wainwright (1995) beschrieb in seiner Studie, dass die Transplantation eine Transformationserfahrung darstellt.

Die Patient/inn/en fühlen sich einerseits wie neu geboren und sind andererseits voll Ängste und Zweifel. Es ist wichtig, dass das Pflegepersonal von diesen Gefühlen Bescheid weiß um darauf eingehen zu können.

Voraussetzung dafür ist nach Wolf et al. (1994), dass das mit der Pflege befasste Personal grundsätzliche Voraussetzungen erfüllt:

- der respektvolle Umgang mit anderen,
- die Zuversicht,
- positive Verbundenheit,
- professionelles Wissen und Fähigkeiten und
- Aufmerksamkeit für die Erfahrungen anderer.

Die Anerkennung der Individualität des/der Patient/en/in und die Nähe, die Empathie und die Professionalität machen den Erfolg einer Pflege aus (vgl. Barrio/Lacunza/Armendariz/Margall/Asiain, 2004).

Die Beziehung zwischen Organspender/inne/n- und -empfänger/inne/n am Beispiel lebertransplantierten Personen

Ein/e gesunde/r Lebendspender/in spendet einen Teil seiner/ihrer Leber einem/einer Empfänger/in mit einer Lebererkrankung im Endstadium, der/die sich in einem kritischen Zustand befindet.

Um die Gesundheit des/der Spender/s/in zu erhalten und die Risiken zu minimieren, ist die präoperative Evaluation das wichtigste Element im Transplantationsprogramm.

Die interdisziplinäre Evaluation beinhaltet medizinische, psychosoziale und psychosomatische Untersuchungen. Es muss gegeben sein, dass der/die Spender/in die

Entscheidung zur Transplantation bei vollem Bewusstsein, selbstständig und freiwillig abgibt.

Er/sie muss die psychologische Fähigkeit haben, mit der stressvollen Situation der Lebertransplantation umgehen zu können.

Spender/innen mit einem zu erwartendem Risiko für psychologische Komplikationen werden von der Spende ausgeschlossen. Die Spende stellt ein kritisches Ereignis im Leben des/der Spender/s/in dar.

Die Entscheidung beinhaltet, dass ihm/ihr, einer gesunden Person, eine schwere Körperverletzung zugefügt wird und er/sie riskiert durch eine Operationskomplikation sogar schwerste gesundheitliche Schäden zu erleiden.

Das bedeutet auch, dass der/die Spender/in eine Entscheidung fällt, welche die Ursache für eine künftige dauernde Gesundheitsschädigung sein kann. Auch muss er/sie die damit verbundenen Konsequenzen für sein/ihr weiteres Leben im Beruf, Familie und in seinem/ihrer Sozialfeld bedenken.

Die Lebertransplantation rettet ein Leben. Im Gegensatz zu einer Nierenerkrankung im Endstadium gibt es keine Alternativbehandlung für Lebererkrankungen. Das Leben des/der Empfänger/s/in hängt vom/von der Spender/in ab, was ein Gefühl der Schuld und moralischen Druck im/in der Empfänger/in hervorrufen kann.

Ein wichtiger Aspekt bei der Zustimmung zur Spende ist die Beziehung zwischen Spender/in und Empfänger/in. In dieser Studie wurde erforscht wie sich die Beziehung zwischen Spender/in und Empfänger/in nach dem Eingriff entwickelte.

18 Spender/innen wurden postoperativ interviewt. Als Ergebnis der Studie wurden 5 Verhaltenskategorien zwischen Spender/innen und Empfänger/innen festgestellt:

1. Veränderungen in der Beziehung nach der Spende,
2. Keine Veränderungen in der Beziehung,
3. Der Einfluss der Spende auf die Beziehung,
4. Spende und Dankbarkeit,
5. Instrumentalisierung der Spende.

Die Spende bewirkt in der Beziehung zwischen Spender/in und Empfänger/in eine Veränderung des bisherigen Verhältnisses zwischen der emotionalen Nähe und Distanz. Die Spender/innen berichten überwiegend von einer größeren emotionaler Nähe zum/zur Empfänger/in.

Die Studienteilnehmer/innen sprechen auch von vermehrter physischer, aber auch von emotionaler Annäherung.

Sie behandeln einander mit mehr Wärme, sie öffnen sich mehr und haben mehr Vertrauen in die Beziehung, zeigen mehr Interesse für den anderen und sie treffen sich öfter und reden mehr miteinander.

Es kam durch die Spende zu einem fundamentalen Wandel in der Beziehung zwischen Spender/in und Empfänger/in.

2 Spender/innen erzählten von traumatischen Erinnerungen an den exzessiven Stress und Schmerz anlässlich der Lebertransplantation. Andererseits versuchte er/sie diese Gefühle zu verbergen und sich auf das Gefühl der Freude und Befriedigung zu konzentrieren, weil die Erholung des/de Spender/s/in so gut verlief.

Sechs Spender/innen erzählten, dass ihre Beziehung zum/zur Empfänger/in unverändert gut sei.

Fünf Spender/innen befürchteten, dass die Spende nicht nur positive Konsequenzen für die Beziehung habe, sondern auch die Quelle für Komplikationen sein könne. Die Spende könnte Anlass für Schuldempfindungen oder Dankbarkeit sein. Die Möglichkeit besteht, dass dies die Authentizität der Kommunikation, besonders bei Konflikten, beeinflusst.

Die Spender/innen wollten nicht, dass die Empfänger/innen ihr Leben lang dankbar sein sollten.

Die Dankbarkeit gegenüber dem/der Spender/in ist ein signifikantes Element in der postoperativen Phase. Die Spender/innen gehen in verschiedener Weise damit um.

Einige akzeptieren die Dankbarkeit, andere fühlten sich beschämt. Die Spender/innen wünschen sich, dass die Beziehung wieder so wird, wie sie vor der Spende war und dass sie nicht immer mit der Dankbarkeit konfrontiert werden.

2 Spender/innen verwendeten die Spende als Instrument um die Empfänger/in zu erpressen. In einem Fall benützte ein Spender die Spende als Druckmittel, da die Empfängerin nach der Operation sich aufgab und nicht an ihrer Heilung mitarbeitete.

Die Spende diente als Motivation, um sie zur Mitarbeit zu bewegen. Ein anderer Spender hatte den Eindruck, dass sich sein Einfluss auf den Empfänger durch die Spende erhöhte.

Zusammenfassung

Bei einer Lebertransplantation sollte eine emotionale Beziehung zwischen Spender/in und Empfänger/in bestehen.

Keiner der Spender/innen berichtete von einer Verschlechterung oder der Beendigung seiner/ihrer Beziehung zum/zur Empfänger/in.

Die Hälfte der Spender/innen berichteten von einer größeren Nähe zum/zur Empfänger/in nach der Spende.

Die Operationsnarbe wurde ein verbindendes physisches Element in der Beziehung und ein Symbol für das Durchgemachte. Spender/in und Empfänger/in verstanden den Schmerz und die Beschwerden während des Heilungsprozesses.

Die Spende wurde als Gabe der Liebe angesehen und festigte das Band zwischen Spender/in und Empfänger/in. Ambivalente Gefühle, die einige Spender/innen fühlten, kamen bei Erinnerungen an die Operation wieder hoch. In manchen Fällen versuchten die Spender/innen ihren Ärger und ihre Enttäuschung zu unterdrücken und nur die positiven Seiten zu sehen.

Dankbarkeit des/der Empfänger/s/in ist ein wichtiges Element der Lebertransplantation und hat einen wesentlichen Einfluss auf die Beziehung. Einige Spender/innen haben Probleme die Dankbarkeit zu akzeptieren.

Einige Spender/innen denken, dass die verbale oder der körperliche Ausdruck der Dankbarkeit natürlich ist und sind enttäuscht, wenn sich die Empfänger/innen nicht entsprechend verhalten. Es könnte hilfreich sein zu diskutieren wie Rituale der Dankbarkeit auszusehen haben, um Konflikte in der Beziehung zu vermeiden.

Als Resultat kann gesagt werden, dass die Organspende allein nicht ausschlaggebend ist für größere Veränderungen der Beziehung zwischen Spender/in und Empfänger/in, aber die Spende erhöht den bereits positiven oder konfliktreichen Charakter der Beziehung.

Eine gute Beziehung wirkt sich positiv auf den postoperativen Heilungsprozess aus.

Spender/innen tendieren dazu, negative Gefühle bezüglich der Spende zu bagatellisieren und sich auf die positiven Aspekte zu konzentrieren. Sie machen dies vielleicht, weil sie ihre Entscheidung vor sich selbst rechtfertigen können und es den sozialen Erwartungen entspricht.

Gefühle der Dankbarkeit spielen in der Beziehung zwischen Spender/in und Empfänger/in eine große Rolle.

Das impliziert, dass die Beziehung zwischen Spender/in und Empfänger/in so konfliktfrei wie möglich sein sollte. Unrealistische Ideen oder Erwartungen bezüglich der Spende sollten geklärt werden, da die Spende sonst als Problemlöser oder als Druckmittel verwendet werden kann, um dem/der Empfänger/in „näher“ zu kommen.

Die Möglichkeit der Instrumentalisierung der Spende muss geklärt sein.

Der/die Spender/in muss sich bewusst sein, dass durch die geteilte gemeinsame Erfahrung er/sie an den/die Empfänger/in gebunden ist und dass dies sein/ihr ganzes Leben begleiten kann.

Der Ausdruck der Dankbarkeit und wie damit umgegangen wird, ist in der prä- und postoperativen Phase ein wichtiges Thema.

Durch die Beachtung der Studienergebnisse können postoperative Konflikte und Komplikationen in der Beziehung zwischen Spender/in und Empfänger/in verhindert werden. Die postoperative Phase kann somit positiv beeinflusst werden (vgl. Papachristou/Walter/Schmid/Frommer/Klapp, 2009).

Die Herztransplantation und die Wichtigkeit der Compliance

Zwischen 2% und 23% aller herztransplantierten Patient/inn/en befolgen medizinische und pflegerische Empfehlungen zwecks Behandlung nicht. Die Mitarbeit (die Compliance) des/der Patient/en/in ist wichtig, um das transplantierte Organ erhalten zu können.

Damit zählt die Non-Compliance zu den zweithäufigsten Ursachen von Organversagen nach einer Herztransplantation.

Deswegen werden die Patient/inn/en schon auf der Intensivstation kurz nach der Operation durch das Beraterteam mit ihrer zukünftigen Situation vertraut gemacht, um positives Complianceverhalten zu gewähren.

Gründe für das Nichteinhalten der pflegerisch-medizinisch Empfehlungen sind die hohe Anzahl der täglich einzunehmenden Medikamente, ihre Nebenwirkungen, das Fehlen familiärer Unterstützung, frühere fehlende Kooperationsbereitschaft sowie finanzielle Ressourcen.

Durch das Nichteinhalten von Terminen, direkte Beobachtungen und Patientenaussagen lässt sich feststellen, ob ein/e Patient/in gewillt ist an der Verbesserung seines/ihrer Gesundheitszustandes mitzuarbeiten.

Eine Herztransplantation verbessert die Lebensqualität eines/einer schwer herzkranken Patient/en/in radikal.

Doch ist der/die Patient/in nicht geheilt im engeren Sinne, sondern er/sie bleibt sein/ihr Leben lang chronisch krank. Der/die Patient/in ist in den folgenden Jahren am Erfolg des Transplants mitbeteiligt und mitverantwortlich. Er/sie wird durch das Pflegepersonal ambulant und stationär geschult.

Pflegetätigkeiten, welche anfangs Pflegekräfte für ihn/sie getätigt haben, müssen erlernt werden.

Der/die Patient/in wird angelernt, beaufsichtigt, unterstützt und geschult. Aufgabe der Pflege ist es, Probleme wie Non-Complianceverhalten, Durchführung von hygienisch-therapeutischen Maßnahmen, Diäteinhaltung und psychische Belastung zu erkennen. Der/die Patient/in muss angehalten werden gemeinsam mit dem Team eine Lösung zu finden um höchstmögliche Verantwortung für den Organerhalt zu gewähren (vgl. Trattner, 2007; S. 48ff.).

Leben mit fremden Herzen

Vielen Herztransplantierten ist es nur wichtig, dass das Organ zuverlässig funktioniert. Die Person des/der Spender/s/in und dessen/deren soziales Umfeld ist anfangs von geringem Interesse für den/die Empfänger/in.

Die Psyche reagiert mit Abspaltung, damit die seelische Belastung nicht so groß ist und der/die Patient/in Zeit hat, sich von der Operation zu erholen.

Dieser Verarbeitungsprozess ist ein intrapsychischer Ausgleich.

Phantasien über den/die Herzspender/in müssen in psychotherapeutischen Gesprächen angesprochen und geklärt werden.

Es empfindet der/die Organempfänger/in auf der Warteliste Gefühle der Rivalität und der Solidarität gegenüber anderen Wartenden.

Jede/r Kandidat/in muss sein/ihr Recht ein Spenderherz zu bekommen dem anderen gegenüber durchsetzen können (vgl. Frick/Storkebaum, 2003; S. 89ff.).

Fitness-Selbsthilfegruppe transplantierte Personen

Gentry untersuchte in seiner Studie 20 Patient/inn/en nach einer Organtransplantation, die regelmäßig an einem Fitnessprogramm in einer Selbsthilfegruppe teilnahmen. Sie hielten ihre Arzttermine kontinuierlich ein und zeigten eine hohe Qualität ihrer Selbstmanagementaktivitäten.

Das Selbstmanagement betrifft die Kompetenz und die Fähigkeit selbstständige und bewusste Entscheidungen über den eigenen Gesundheitszustand zu treffen.

Die Einnahme von Medikamenten, das Erkennen und Reagieren auf Abstoßungsreaktionen und Infektionen ist eine notwendige Maßnahme um das Transplant zu erhalten. Weiters muss der Blutzucker und der Blutdruck täglich gemessen werden. Das körperliche Trainingsprogramm kann gemeinsam mit einem positiven Selbstmanagementverhalten die Gesamtgesundheit verbessern.

Die Pflegekräfte, die die Patient/inn/en bei ihrem Selbstmanagementverhalten vor und nach der Transplantation beraten und unterstützen, sollten den Faktor „körperliche Aktivität“ in die Selbsthilfegruppen integrieren.

Die hohe Anzahl körperlicher Aktivität verbessert die empfundene Gesamtgesundheit und wirkt sich auch auf eine geringere Hospitalisierungsrate und Notfallambulanzbesuchen aus (vgl. Gentry/Belza/Simpson, 2009; S. 42).

Die Überlebensrate nierentransplantierte Personen

Von 1965 bis 2009 wurden am AKH Wien rund 5000 Nieren transplantiert. Mit diesen Transplantationen war außer der Steigerung der Lebensqualität der einzelnen Patient/inn/en, statistisch gesehen auch eine Steigerung der Überlebensrate der betroffenen Patient/inn/en verbunden.

90% der Nierentransplantate funktionieren nach einem Jahr, 70% nach 5 Jahren, aber nur noch 50% nach 10 Jahren einwandfrei.

Die Abnahme der vollen Funktionsfähigkeit der transplantierten Niere ist auf die Nebenwirkung der immunsuppressiven Therapien und auf chronische Abstoßungsprozesse zurückzuführen.

Da insgesamt gesehen die Organspenden von Lebendspender/inne/n für die Empfänger/innen verträglicher sind, ist man auch im AKH Wien bestrebt, die Lebendspende zu forcieren.

Allerdings sind aufgrund des Mangels von Lebendspender/inne/n nur 20% der transplantierten Nieren von Lebendspender/inne/n.

In Österreich ist wegen der erhöhten Lebenserwartung der Frauen auf 82 Jahre und der Männer auf 78 Jahre auch die Anzahl der Patient/innen, die an Niereninsuffizienz leiden, deutlich gestiegen. Sie stieg in den letzten 20 Jahren von 2500 auf 8000 Patient/innen an. 2009 standen bereits 12.000 Patient/innen auf der Warteliste von Eurotransplant (vgl. Baumgartner/ Fehring, 2009).

Nierentransplantationen bei Senioren

Patient/inn/en mit einem höheren Lebensalter, die an chronischen Nierenschäden leiden und auf einer Nierentransplantationsliste stehen, werden immer zahlreicher.

Eurotransplant startete deswegen 1999 das „Eurotransplant Senior Programme“. Nieren von Spender/inne/n über 65 Jahre werden an Empfänger/innen, die auch über 65 Jahre alt sind, in lokalem Einzugsgebiet mit kurzer Ischämiezeit vergeben.

Es soll damit der verkürzten Lebenserwartung älterer Dialysepatient/innen entgegengewirkt werden. Eine höhere Rate an Transplantatverlusten ist durch die höhere Sterblichkeitsrate älterer Patient/inn/en indirekt gegeben. Jedoch sind sich alle Wissenschaftler/innen einig, dass ein Ausschluss älterer Patient/inn/en von der Organtransplantation ethisch nicht gerechtfertigt ist.

Die Nierenempfänger/innen profitieren von der Organspende durch eine Lebenserwartungssteigerung von 3 bis 10 Jahren (vgl. Bodingbaer/Rockenschaub/Gall/Langer/Asari/Pokorny/Sporn/Berlakovich/Steininger/Mühlbacher, 2001).

6. Ökonomische und sonstige relevante Gesichtspunkte

Organtransplantationskosten

Nierentransplantation versus Dialysebehandlung

2004 betrug der Tarif für eine Standard Dialysebehandlung an der Universitätsklinik Wien € 475,84. Die Kosten für eine Dialysebehandlung, die mindestens 1 x wöchentlich durchgeführt werden muss, betragen somit pro Jahr € 25.219,52. 2003 benötigten 12.082 Patient/innen diese Nierenersatztherapie.

Im Vergleich dazu betragen 2002 die Kosten für eine Nierentransplantation € 40.824,69.

Die Gesamtsumme setzt sich aus

- den Kosten der Transplantation mit € 5.651,45
- einen 28tägigen stationären Aufenthalt mit € 10.180,92
- den Medikamentenkosten mit € 5.321,17
- den diversen Behandlungs- und Untersuchungskosten mit € 19.671,15

zusammen.

Aus dieser Kostenaufstellung lässt sich ableiten, dass die Nierentransplantation weniger kostet als eine zweijährige Dialysebehandlung (€ 50.439,04), die mindestens einmal wöchentlich durchgeführt werden muss.

Kosten der Herztransplantation

2002 betragen die Kosten für eine Herztransplantation an der Universitätsklinik Wien € 56.64,06.

Dieser Tarif inkludiert

- die Transplantationskosten mit € 11.103,12
- einen 34tägigen stationären Aufenthalt mit € 26.006,85
- die Medikamentenkosten mit € 9.749,36
- diverse Behandlungs- und Untersuchungskosten mit € 7.859,92
- die Transplantkoordinations- und Personalkosten mit € 789,60
- die Explantations- und med. Verbrauchsmaterialkosten mit € 1.155,22

Kosten der Lebertransplantation

Eine Lebertransplantation kostete 2002 an der Universitätsklinik Wien € 54.919,29.

Die Gesamtsumme setzt sich folgendermaßen zusammen:

- die Kosten der Transplantation € 17.327,09
- einen 17tägigen stationären Aufenthalt mit € 14.579,88
- Medikamentenkosten mit € 4.112,08
- und diverse Behandlungs- und Untersuchungskosten mit € 18.900,25

Kosten der Lungentransplantation

2002 betragen die Kosten einer Einzellungentransplantation € 55.526,43 und eine Doppellungentransplantation kostete € 60.643,02.

- Operationskosten für eine Einzellunge:	€ 4.544,00
- 31-tägiger stationärer Aufenthalt:	€ 36.564,69
- Medikamentenkosten:	€ 8.322,03
- und diverse Behandlungs- und Untersuchungskosten	€ 6.095,71

Aufgliederung der Doppellungentransplantation:

Kosten der Transplantation:	€ 9.660,59
31-tägiger stationärer Aufenthalt:	€ 36.564,69
Medikamentenkosten:	€ 8.322,03
und diverse Behandlungs- und Untersuchungskosten: (vgl. Medizinökonomie AKH, 2010)	€ 6.095,71

Ökonomie in der Organtransplantation

Die Ökonomie im Bereich des Transplantationswesens erfordert den rationalen Umgang mit den nur beschränkt verfügbaren, für eine Transplantation geeigneten Organen.

Weiters ist zu beachten, dass marktwirtschaftliche Kriterien u.a. auch aufgrund der einschlägigen Bestimmungen des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes nicht uneingeschränkt zur Anwendung gelangen können.

Das wesentliche Problem für die Ökonomie im Transplantationswesen ist stets der Mangel an geeigneten Organen und weniger die mit einer Transplantation verbundenen Kosten.

Nach wie vor besteht einerseits ein hoher, medizinisch indizierter Bedarf an Spender/innenorganen und andererseits ein Mangel an geeigneten Spender/innen/n.

Dieses Faktum war stets die Begründung für den Versuch den Bereich des Transplantationswesens marktwirtschaftlichen Erfordernissen, vor allem der freien Preisbildung, zu unterwerfen.

Anfang der achtziger Jahre wurde vor allem in den USA und in Großbritannien, allerdings erfolglos, versucht, marktwirtschaftliche Elemente bei der Organspende einzuführen.

Grundsätzlich können Marktmechanismen entweder bei der Spenderrekrutierung oder bei der Organzuteilung ansetzen.

Beispielhaft hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang folgende drei Denkmodelle:

1. Hansmann (1989; zit. n. Schneider 2003; S. 191) regt an, dass bei Abschluss oder Verlängerung einer Krankenversicherung der/die Versicherte im Falle seiner/ihrer Zustimmung zu einer postmortalen Organentnahme einen entsprechenden Rabatt auf seine Versicherungsprämie erhalten soll. Mit diesem Schritt wird eine eventuelle Entscheidungsbefugnis der Angehörigen des/der verstorbenen Versicherungsnehmer/s/in bzw. Organspender/s/in ausgeschaltet.

Der/die potentielle Spender/in würde in einem nationalen Register aufgenommen werden, hätte jedoch keinen Einfluss darauf, ob die Krankenversicherer die Rechte an diesem Organ behält oder veräußert.

Damit könnte dieses Organ abhängig von Angebot und Nachfrage, einen Marktwert erlangen. Vorstellbar wäre aber auch, dass der Staat für derartige Organe Festpreise vorgibt.

Hansmann's Modell hat somit Schwächen bei der Preisbildungs- und Versicherungsprämienrabattfrage, denn auch für den Versicherer ist es ungewiss, in welchem Zustand das betreffende Organ des/der Spender/s/in zum Zeitpunkt dessen/deren Ablebens sich befindet, bzw. welcher Preis erzielbar sein wird.

2. Der Rechtsanwalt und Ökonom Lloyd Cohen (1989, zit. nach Schneider 2003; S. 193) geht ebenfalls von auf den Todesfall geschlossenen Verträgen über die Entnahme von Organen aus. Allerdings sollten Zahlungen erst postmortal und abhängig von Anzahl und Qualität der entnommenen Organe erfolgen. Die Höhe der Zahlung sollte vom Marktpreis abhängig sein oder auch aufgrund eines gesetzlich geregelten Festpreises erfolgen.

Diese Organe würden damit monetarisiert und Teil des Nachlasses werden.

3. Verträge mit den verfügungsberechtigten Angehörigen:
Für die Zustimmung zur Organentnahme sollten die entscheidungsbefugten Angehörigen Geld- oder Sachleistungen erhalten, im Besonderen durch die teilweise oder vollständige Übernahme der anfallenden Bestattungskosten. Dieser „Verkauf“ von Organen des/der Toten führte allerdings zu zahlreichen ethischen Einwendungen.
Mehrere Pilotprojekte in verschiedenen Staaten der USA wie in Pennsylvania (1999) wurden zwar überlegt, aber nicht umgesetzt (vgl. Schneider, 2004, S.194).

Insgesamt ist festzustellen:

In der Transplantationschirurgiecommunity herrschen verschiedene Meinungen über die Kommerzialisierung von Organspenden.

Den Ablehnenden stehen Befürworter/innen gegenüber, die für einen staatlich regulierten Verkauf und Kauf z.B. von Nieren sind.

Sie befürworten eine Autonomie, die Verkaufsrechte am eigenen Körper beinhaltet und auch dem Utilitätsprinzip genügt (vgl. Gutmann/Land 1999, zit. nach Schneider, 2003; S. 195).

Ablehnende Positionen werden als Verstoß gegen das liberale Grundprinzip betrachtet oder als paternalistische Einmischung gesehen.

International ist der Organhandel grundsätzlich verboten.

Diskutiert wird aber in Fachkreisen weiterhin über den Unterschied zwischen Organhandel und einer finanziellen Abgeltung für den Lebendspender (vgl. Schneider, 2003; S.197).

Der Arzt C.T.Patel (1991, zit. nach Schneider 2003; S.198) wendet den Begriff „rewarded gifting“ („entlohntes Geschenkmachen“) an, um sich vom unethischen Organhandel zu distanzieren und eine „soziale Marktwirtschaft“ des Organhandels zu ermöglichen.

Man unterscheidet sechs Kategorien von Lebendspender/inne/n:

- I.) unter Blutsverwandten (living-related)
- II.) unter persönlich Nahestehenden (emotionally related)
- III.) altruistic donation
- IV.) „rewarded gifting“
- IVa.) „compensated donation“
- IVb.) „donation with incentives“ („Spende mit Anreiz“)
- V.) „rampant commercialism“ („zügellose Kommerzialisierung)
- VI.) „kriminelle Lebendspende“ („Kidnapping“)

Der Jurist Thomas Gutmann (1994, zit. nach Schneider, 2003; S.198) bemerkt in seinem Buch, dass die Stufe IVa, die Kompensation erlittener Nachteile, in Deutschland bereits gängige Praxis ist.

Die Krankenversicherung des/der Empfänger/s/in ersetzt z.B. dem/der Spender/in die Aufwendungen und den Verdienstaufschlag.

Voraussetzung ist, dass die Spende freiwillig erfolgt und der/die Spender/in in einem Beratungsgespräch auch über die Risiken und ambulante Nachsorgebesuche aufgeklärt wird, weiters muss die Volljährigkeit und die Einhaltung einer Bedenkzeit gegeben sein.

Breyer (2002, zit. nach Schneider 2003; S. 199) weist darauf hin, dass das Modell nur regional anzuwenden sei.

Genauere Erklärungen bezüglich nationaler Beschränkung, ob damit der Wohnsitz, die Staatsbürgerschaft oder der Aufenthaltsstatus gemeint sei, gibt es nicht.

Es fehlt auch die Beschreibung der Grenze zwischen finanzieller „Nötigung“ und dem Ausnutzen der Unerfahrenheit oder von Zwangslagen eines Organspenders.

Wie erwähnt ist es schwierig, adäquate Entgelte für Spender/innenorgane festzulegen. Die Meinungen, welche Faktoren für eine Preisbildung maßgeblich sein sollen, gehen weit auseinander.

Festzuhalten ist:

Gesellschaftspolitik, Ethik und die geltende Rechtsordnung sprechen sich vehement gegen die Freigabe des Organhandels aus.

Zur Kritik der marktorientierten Ansätze

Die klassischen ökonomischen Grundannahmen beruhen auf individueller Freiheit, Entscheidungsautonomie, Wahlmöglichkeit und Dispositionsbefugnis über den eigenen Körper und seinen transplantierbaren Teilen.

Der Körper ist somit kommerzialisierbares Eigentum.

Wie jedoch die Regulation der erforderlichen Preisbildung über die jeweiligen Verfügungsrechte erfolgen soll, bleibt völlig unklar.

Jedenfalls bestehen gesellschaftspolitische, ethische, rechtliche und auch sittliche Argumente gegen die Freigabe des Organhandels.

Eine gerechte Organallokation sollte sicherstellen, dass Organe wegen medizinischer Bedürftigkeit und nicht aus kommerziellen Gründen zugewiesen werden.

Unbestritten ist aber, dass einige Prämissen für einen marktorientierten Ansatz bestehen, denen aber praxisbezogene Fakten entgegengehalten werden können:

1. Der konstatierte Organmangel könne durch ein ökonomisch orientiertes System behoben werden. Die Organspenderate von Hirntoten hängt keinesfalls von der Nachfrage ab; die Festlegung einer Vergütung für eine Organspende ist problematisch.
2. Die Bereitschaft zur Organspende nimmt stark ab. Diesem Faktum ist wenig entgegenzusetzen, maßgeblich für eine Erhöhung der Spendebereitschaft wäre eine verbesserte Aufklärung der Bevölkerung.
3. Finanzielle Anreize erhöhen die Zustimmung zur Organspende. Wie bereits erwähnt, bestehen fundierte Bedenken gegen eine Kommerzialisierung bzw. Profanisierung des Körpers.
4. Individuelles, freies und autonomes Verfügungsrecht über den Körper. Es ist wissenschaftlich nicht belegbar, warum sich jemand unentgeltlich für eine Organspende zur Verfügung stellt oder diese ablehnt.
5. Altruismus und finanzielle Vergütung schließen einander nicht aus. Organgewinne durch finanzielle Anreize würden zu einem Rückgang der altruistisch gespendeten Organe und somit zu einem Nullsummenspiel führen.
6. Die Lebendspende ist kein ethisches Problem. Nach Feuerstein ist die Organentnahme von einem gesunden Menschen zu Lebzeiten ein „*verstümmelnder Eingriff ohne Therapiebedarf und eine fundamentale Herausforderung medizinischer Grundprinzipien*“ (Feuerstein, zit. nach Schneider 2003, S.205). Mit der Ökonomisierung könnte diese ultima ratio der Heilbehandlung zum Regelfall und zum Grundsatzproblem für die ärztliche Profession werden.

7. Der Organverkauf sei eine freiwillige, autonome Entscheidung. Diese Autonomie bedeutet nicht das Recht auf Selbstbeschädigung, insbesondere dann nicht, wenn eventuelle negative Folgen von der Allgemeinheit getragen werden müssen oder diese unter Umständen aus einer ökonomischen Notsituation heraus entstanden ist.
8. Es besteht kein Unterschied zwischen dem Verkauf seiner Arbeitskraft und dem Verkauf von Körperteilen. Der Organverkauf ist ein singulärer, irreversibler Akt. Der Verkauf der Arbeitskraft ist zeitlich begrenzt und sollte grundsätzlich zu keiner körperlichen Verletzung oder Verstümmelung führen.
9. Paternalismus impliziert Solidaritäts- und Sozialpflichtigkeitsgebote.
10. Regulierte Zulassung von „rewarded gifting“ verhindert „schwarzen“ Organhandel. Diese These ist nicht plausibel, eher ist zu erwarten, dass damit eine graduelle Enttabuisierung des Organhandels eintreten könnte.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Prämissen eines marktorientierten Modells der Organbeschaffung fraglich bzw. unzutreffend sind.

Vertrauen in das bestehende Transplantationswesen und in dessen ethische Integrität ist wesentliche Voraussetzung für sein Funktionieren, alle monetären Aspekte im Zusammenhang mit der Organspende sind kontraproduktiv und grundsätzlich abzulehnen (vgl. Schneider, 2003, S.189 ff.).

Gesellschaftliche Aspekte

Bei der Organspende gilt es zu unterscheiden, ob das Individuum freiwillig für seine Organentnahme nach dem Tod eintritt oder ob die Gesellschaft, der Staat, das Recht hat, über die Organe seiner Bürger/innen zu bestimmen (vgl. Veatch 1995; zit. nach Fitzgerald, 1997; S. 82). Selbstbestimmung über die eigenen Organe bedeutet, dass die Person als autonomes Individuum in der Gesellschaft anerkannt wird.

Der Ethikcode der World Medical Association, die Deklaration von Helsinki 1964 legt fest, dass für jeden therapeutischen Eingriff Freiwilligkeit herrschen muss.

In jenen Ländern, in denen die Zustimmungsregelung (opting-in-Modell) gilt, entscheidet sich der/die potentielle Organspender/in bewusst und freiwillig für die postmortale Organspende.

Seine/ihre Zustimmung unterliegt keiner staatlichen Regelung.

Die persönliche Autonomie und Freiheit hat einen höheren Stellenwert als die Wohltätigkeitspflicht (vgl. Loewy 1995, zit. nach Fitzgerald, 1997; S.82).

Das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen wird bei dieser liberalen politischen Philosophie vor den Rechten der Allgemeinheit gestellt.

Die opting-out-Regelung (Widerspruchsregelung) verlangt einen Nachweis der Erklärung, dass die Person keine postmortale Organentnahme wünscht.

Jedoch bedeutet das Nichtvorhandensein jener Erklärung nicht, dass die Person mit einer Organentnahme einverstanden ist.

Viele sind über die Möglichkeiten und Formen des Widerspruches nicht informiert, da sie sich zu Lebzeiten nie dafür interessiert haben.

Jene Unwissenheit spricht gegen eine generelle Annahme, dass jeder/jede, der/die keinen Widerspruchsnachweis getätigt hat, mit seiner/ihrer Organentnahme einverstanden ist.

Wichtig wäre eine umfassende Information über das herrschende System, um diese Wissenslücken zu schließen.

Das Recht auf höchstmögliche Gesundheit zählt zu den Menschenrechten und inkludiert auch das Recht auf eine Organtransplantation.

Gesellschaften gehen unterschiedlich mit diesem Recht um.

Ob eine freiwillige Organspende oder die gesetzlich verankerte Organentnahme vorherrscht, hängt von den sozialen und kulturellen Wertesystemen einer Gesellschaft ab.

Der Körper wird je nach System als Sache oder als ein Wert betrachtet.

Eine gesellschaftspolitische Diskussion über die Problembereiche würde es vielleicht ermöglichen, den Körper als ein soziales Gut zu betrachten (vgl. Fitzgerald, 1997; S. 82ff.).

Aufhebung der Spender/innen- und Empfänger/innenanonymität

In Belgien sowie in den meisten europäischen Staaten ist die Anonymität der Daten der Organspender/innen- und Empfänger/innen gesetzlich gewährleistet.

Belgische Politiker/innen unterbreiten jetzt den Vorschlag das Gesetz zur Anonymität aufzuheben, um den direkten Kontakt zwischen Spender/in und Empfänger/in zu ermöglichen. Es ist jedoch zu bedenken, dass die Anonymität die Empfänger/innen- und die Spender/innenfamilien vor potentiellen Missbrauch, Manipulationen und finanziellen Forderungen schützt.

Die Transplantationskoordinator/inn/en der meisten belgischen Transplantationszentren versenden Kondolenzschreiben an die Spender/innenfamilien, um für die Organspende zu danken.

Die Organempfänger/innen ihrerseits werden aufgefordert einen Dankesbrief an den/die Spender/in zu schreiben. Der/die Transplantationskoordinator/in übersendet diese Schreiben zu den Spender/innenfamilien, nachdem er/sie alle Identifikationsdaten der Empfänger/innen entfernt hat.

2006 beantragten zwei belgische Abgeordnete das Gesetz über die Anonymität zu ändern, um den Kontakt zwischen Spender/innen- und Empfänger/innenfamilien in speziellen Fällen zu ermöglichen. Beide Parteien müssten sich einverstanden erklären ihre Anonymität aufzuheben.

Die Bioethikkommission des belgischen Parlaments konsultierte die belgische Transplantationsgesellschaft (BTS), die alle Organtransplantationszentren repräsentiert. BTS war gegen die Anonymitätsaufhebung, da dieses Gesetz vor jeder Form der Obligation und finanziellen Ansprüchen zwischen Spender/innen- und Empfänger/innenfamilien schützt.

Die Gesellschaft für lebertransplantierte Patient/inn/en wollte durch eine Studie erfahren, was die Betroffenen selbst über das Anonymitätsgesetz denken.

249 Mitglieder der Leuven Society for Liver Transplant wurden angeschrieben. Es gab keine spezifischen Ein- oder Ausschlusskriterien.

Die schriftliche Befragung bestand aus zwei Fragen:

1. „Wie zufrieden sind Sie mit dem jetzigen Prinzip der Anonymität über die Identität des Spenders?“
2. „Das Gesetz über die Anonymität soll geändert werden, um den Kontakt zwischen den Spenderfamilien und dem Organempfänger zu erleichtern.“

179 (72%) von 249 Patient/inn/en nahmen an der schriftlichen Befragung teil, drei Antworten wurden nicht gewertet, da sie nicht korrekt ausgefüllt waren.

70,5% waren bei Frage 1 mit der derzeitigen Gesetzeslage zufrieden oder sehr zufrieden.

19,2% waren nicht zufrieden und 20,3% antworteten neutral.

17 von 35 Patient/inn/en, welche zufrieden oder sehr zufrieden waren, begründeten dies mit persönlicher Sorge bei Aufhebung des Gesetzes. Weitere 11, dass die Anonymität als Zeichen des Respekts angesehen werde. Bei 6 Patient/inn/en herrschte kein Bedürfnis die Spender/innenfamilie kennenzulernen.

Zusammenfassend war die Befürchtung groß, dass die Trauer der Spender/innenfamilie durch den persönlichen Kontakt mit dem/der Organempfänger/in verstärkt werde. Schuldgefühle, dass es dem/der Organempfänger/in gut gehe und das Gefühl, im Gegenzug nichts für die Spender/innenfamilie tun zu können, begründete die Ablehnung gegen die Gesetzesänderung.

10 von 23 Patient/inn/en, die nicht mit der Anonymität zufrieden waren, wollten minimale Informationen über den/die Spender/in wie Alter, Geschlecht, Herkunft und Aussehen.

8 Patient/inn/en wollten sich persönlich bedanken, 4 wollten, dass sie und die Spender/innenfamilien selbst entscheiden können, ob sie zueinander Kontakt haben wollen.

1 Patient wollte über das Resultat der Transplantation mit der Spender/innenfamilie diskutieren.

75 Patient/inn/en (42,1%) stimmten nicht oder gar nicht der zweiten Frage zu, die den persönlichen Kontakt zwischen Spender/innen- und Empfänger/innenfamilie erlaube.

64 Patient/inn/en (36%) befürworteten den persönlichen Kontakt und 21,9% hatten keine Meinung.

126 kommentierten ihre Meinung.

14 von 46 Patient/inn/en, die strikt gegen einen persönlichen Kontakt waren, hatten Sorge wegen eventueller Ansprüche seitens der Spender/innenfamilie.

9 Personen hatten Angst vor der emotionalen Belastung. Schuldgefühle und das Gefühl nichts für die Spender/innenfamilie tun zu können, fühlten 7 Patient/innen.

4 weitere fühlten sich überfordert mit der Trauer der Spender/innenfamilie.

Kein Bedürfnis die Spender/innenfamilie kennenzulernen hatten 4 Patienten.

Sorge, dass ein anderswertiger sozialer, politischer oder moralischer Hintergrund der Spender/innenfamilie herrsche, hatten 3 Patient/inn/en. Ein Patient warf die Frage auf, wie viele Familien ein Multiorganempfänger/in besuchen müsse.

21 von 55 Patient/inn/en, die sich eine Gesetzesänderung wünschen, wollten sich persönlich bedanken. Falls beide Parteien auf die Anonymität verzichten, solle dies freiwillig geschehen und nicht weil es vom Gesetz vorgeschrieben sei. Diesen Standpunkt vertraten 9 Patient/inn/en.

Den Wunsch mehr über die Person zu erfahren, die Leben schenkte, äußerten 9 Personen. Die Spender/innenfamilie zu unterstützen und das Wissen, dass ein Teil des/der Spender/s/in im/in der Empfänger/in weiterlebe, wollten 8 Patient/inn/en.

Für 3 Patient/inn/en würde der persönliche Kontakt die eigene Adaption des fremden Organs beschleunigen. Positive Erzählungen über persönliche Treffen würde dazu anregen, selbst Lebendspender/in zu werden, dies meinten 3 Patient/inn/en.

2 weitere waren der Meinung, dass jeder/jede gut mit einer Gesetzesänderung umgehen könnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Großteil der transplantierten Patient/inn/en mit der derzeitigen Gesetzeslage zufrieden waren. Nur 19% waren unzufrieden. Viele Patient/inn/en haben Angst wegen der Konsequenzen, die der persönliche Kontakt hervorrufen könnte.

Schuldgefühle, Angst vor Missbrauch, Sorge über die sozio-ökonomischen und moralischen Unterschiede und Angst die Spender/innenfamilien erneut mit dem Tod des/der Spender/s/in zu konfrontieren, standen im Vordergrund.

Einer von drei Patient/inn/en (36%) glaubt, dass die Anonymität vor der Organ-spende und Transplantation aufgehoben werden sollte. Mehr persönlichen Kontakt könnte die Dankbarkeit des/der Empfänger/s/in verstärken. Manche Patient/inn/en sind überzeugt, dass der Kontakt zur Spender/innenfamilie den Adaptionsprozess des fremden Organs erleichtern kann. Die direkte Interaktion zwischen Spender/in und Empfänger/in ist ein emotionales Thema.

In einigen Staaten der USA ist es möglich, dass sich die Spender/innen- und die Empfänger/innenfamilie anonym Briefe schreiben können. Dies wird als sehr positiv angesehen.

Der ideale Zeitpunkt für den Briefwechsel liegt zwischen zwei und sechs Monaten nach der Spende.

In Belgien verschicken die Transplantationskoordinator/inn/en die Dankesschreiben.

In den Vereinigten Staaten informierten 77% der Transplantationskoordinator/inn/en den/die Empfänger/in über das Alter des/der Spender/s/in, 74% über das Geschlecht und 41% über die Todesart.

In Belgien wären diese Auskünfte unmöglich, nur in Ausnahmefällen werden demographische Fakten bekanntgegeben.

Da das Anonymitätsgesetz noch immer in Kraft ist, ist es unmöglich vorauszusagen, wieviele Patient/inn/en Kontakt zu den Spender/innenfamilien aufnehmen würden.

Diese Studie wollte nur die Zustimmung zur Kommunikation zwischen Spender/innen- und Empfänger/innenfamilien erheben. Auf jeden Fall wäre ein Treffen nur dann möglich, wenn beide Parteien zustimmen würden.

Schlussendlich wollte die Mehrheit der befragten Patient/inn/en keine Änderung des Anonymitätsgesetzes.

Jedoch sollten Patient/inn/en und Spender/innenfamilien die Gelegenheit nützen um Erfahrungen teilen und in Dankesbriefen ihre Bedürfnisse und Sorgen auszudrücken, aber auf anonymen Weg (vgl. Dobbels et al., 2009).

7. Schlussfolgerung

Um erfolgreich zu sein benötigt die Organtransplantationsmedizin zweifellos das funktionierende Zusammenwirken mehrerer klinischer Fachbereiche, aber vor allem eine fundierte, auf den Einzelfall fokussierte, umfassende Pflege durch ein kompetentes, entsprechend geschultes und bestens geeignetes Personal.

Medizinisch benötigt der/die potentielle Organempfänger/in je nach Art seiner/ihrer Erkrankung unterschiedliche diagnostische und therapeutische Interventionen.

Von medizinischer Seite aus steht das erkrankte Organ und dessen Gesundheit im Mittelpunkt.

7.1. Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse

Die Pflege des/der Patient/en/in aber ist durch empirisch gefestigte Grundsätze geprägt, die die Patient/inn/en ganzheitlich erfassen.

Nicht auf die Organstörung allein, sondern auf den Menschen, der aufgrund seiner Krankheit aus seinen herkömmlichen Lebensgewohnheiten herausgerissen wurde, ist Bedacht zu nehmen.

Chronisch krank zu sein bedeutet die Krankheit annehmen zu lernen und sie in das eigene Leben zu integrieren.

Die Integration geht mit einem Wertewandel einher.

Doch bis die Erkrankung akzeptiert wird, muss der/die Patient/in mehrere Prozesse durchlaufen, die je nach Persönlichkeit kürzer oder länger andauern.

Heftige Gefühle wie Angst, Verzweiflung, Zorn, Neid auf die Gesunden und Hilflosigkeit können den/die Patient/en/in erschrecken, wenn diese Gefühle ihm/ihr in dieser Intensität bislang unbekannt waren.

Er/sie kann sich selbst nicht mehr erkennen, ist verwirrt und fühlt sich alleingelassen. In solchen Momenten muss das Pflegepersonal unterstützend eingreifen, indem es dem/der Patient/en/in begreiflich macht, dass diese Gefühle normale Reaktionen auf eine außergewöhnliche Situation sind.

Unsere Aufgabe ist es, den Patient/inn/en durch die verschiedenen Phasen der Verleugnung, der Isolierung, der Hoffnung, der Trauer und der Depression bis zur Akzeptanz der Erkrankung zu begleiten.

Es ist ein mühevoller Weg, den der/die Patient/in alleine gehen muss, wir können ihm/ihr nur die Richtung zeigen.

Neben der medizinischen Versorgung ist die Kommunikation, die empathisch verlaufen soll, die wichtigste Hilfe für den/die Patient/en/in.

Für das Pflegepersonal ergeben sich aber neben der Betreuung chronisch kranker Patient/inn/en oftmals auch andere belastende Aufgabenbereiche. Dazu zählt die Pflege hirntoter Patient/inn/en, die Organspender/innen sind.

Der/die Hirntote muss bis zur Entnahme seiner/ihrer Organe intensivmedizinisch betreut werden und auf jede medizinische Krise muss sofort reagiert werden, um die Organe zu erhalten.

Wesentlich ist, dass neben der medizinischen Betreuung hirntoter Patient/inn/en deren Angehörige mitbetreut und vor allem informiert werden.

Ein weiteres Aufgabengebiet sind die Beratungsgespräche mit Lebendspender/inne/n. Wichtig ist dabei, dass das Pflegepersonal neben medizinisch-ethischen Erklärungen, auch über gesetzliche Bestimmungen Auskunft geben kann.

Dieses umfassende Wissen macht die Professionalität des Pflegepersonals aus.

In dieser Arbeit werden verschiedene Pflegemodelle und -theorien besprochen, die Pflege von verschiedenen Blickwinkeln betrachtet.

Gemein sind allen das holistische Weltbild und der Respekt vor der Autonomie des/der Patient/en/in.

Nancy Roper's Pflegemodell wird am Beispiel eines/einer Dialysepatient/en/in beschrieben, wobei die praktische Anwendbarkeit ihrer Theorie bestätigt wird.

Die Hirntoddiagnostik wird von der medizinischen, ethischen und von der gesetzlichen Seite her betrachtet und genau beschrieben.

Die Ethik wirft Fragen über das Verfügungsrecht eines Menschen über seinen Körper über seinen Tod hinaus, auf. Je nach Gesellschaftspolitik kommt dabei die Zustimmungs- oder die Widerspruchsregelung zum Einsatz.

Es werden die mannigfaltigen Tätigkeiten des Pflegepersonals im Bereich der Organtransplantation aufgezeigt, die nicht nur die medizinische Versorgung umfassen, sondern in alle Lebensbereiche des Patienten hineinwirken.

7.2. Empfehlungen

1. Eine wesentliche Schwachstelle im Gesamtbereich der Organtransplantation ist die geringe oder oft fehlende Konservierungsmöglichkeit der einem/einer Hirntoten entnommenen Organe.

Sollte es gelingen, diese Organe in einer Art „Organbank“ über einen längeren Zeitraum in einem Zustand zu erhalten, die eine jederzeitige Transplantation ermöglichen, so könnten diese Organe nach der Hirntodfeststellung sofort entnommen und entsprechend konserviert werden.

Damit wäre die für das Pflegepersonal oft stunden- bis tagelange andauernde, ungemein belastende Pflege eines/einer Hirntoten vermeidbar.

Es ist daher ohne Zweifel für den Gesamtbereich der Transplantationsmedizin von höchster Bedeutung, wenn zum Themenbereich „Konservierung von Organen“ intensive Forschungen betrieben werden könnten.

Positive Forschungsergebnisse würden aber nicht nur den pflegerischen Bereich betreffen, ein weiterer Vorteil wären selbstverständlich die weitaus besseren Bewirtschaftungsmöglichkeiten der entnommenen Organe.

Denkbar wäre in diesem Zusammenhang, dass nicht nur das unmittelbar benötigte, sondern auch andere geeignete Organe entnommen, konserviert und im Bedarfsfall transplantiert werden.

Für den/die Organempfänger/in würde sich die oft monatelange Wartezeit auf das gewünschte Organ verkürzen.

Der/die Patient/in könnte schon bald nach Feststellung der Diagnose, dass er/sie ein neues Organ benötigt, operiert werden.

Die Lebensqualität des/der Patient/en/in würde früher steigen, ebenso die Berufsausübungsfähigkeit.

Dialyseplätze könnten eingespart werden, was sich wiederum auf das Krankenanstaltenbudget positiv auswirken könnte.

Die stationären Aufenthalte und Besuche der Tageskliniken würden sich in

weniger Belegtage auswirken und intensivmedizinische Betreuung müsste weniger in Anspruch genommen werden.

Durch die rasche Organentnahme wäre der intensivmedizinische Aufwand geringer.

Für die Transplantationskoordinator/inn/en von Eurotransplant würde die größere Anzahl von Spender/innenorganen bedeuten, dass eine weitaus höhere Zahl von Organtransplantationen durchgeführt werden könnte.

2. Das Gesundheitsministerium möchte erreichen, dass auf eine Million Einwohner/innen 30 Organspenden erfolgen.

Neben der Einsetzung der lokalen Transplantationskoordinator/inn/en in den Krankenanstalten, müsste die Anzahl der Personen, die im Widerspruchsregister aufgelistet sind oder ein entsprechendes Dokument mit sich führen, reduziert werden.

Die Öffentlichkeit muss informiert werden, dass jede Organspende Leben retten kann.

Diese Aufklärung kann nur durch breit angelegte Öffentlichkeitsarbeit und Medienkampagnen erreicht werden.

Die Öffentlichkeit müsste dahingehend beraten werden, sich aktiv für eine Organspende bereit zu erklären.

3. Während der Ausbildung an den Krankenpflegeschulen sollte über die hohe psychische Belastung, die bei der Pflege eines/einer hirntoten Spender/s/in auftritt, mehr Aufklärung stattfinden.

Der/die tote Organspender/in, der/die eine rosa, warme Haut hat und auf Reize mit Reflexe reagiert, bringt das Pflegepersonal in eine ungemein belastende Ausnahmesituation.

Weiters müssen sich die Krankenpflegeschüler/innen mit ihrer eigenen Haltung gegenüber der Frage des Hirntodes auseinandersetzen.

Eine Reflexion der eigenen Werte und Grenzen sollte bei jedem/jeder Schüler/in stattfinden.

4. Durch die verstärkte Forschung in der Stammzellentherapie wird sich die Anzahl der Patient/inn/en, die von dieser Therapie profitieren, erhöhen. Der Bedarf an Organspenden kann sich durch die Stammzellentherapie vermindern. Stationäre Krankenhausaufenthalte und Besuche der Tageskliniken werden sich reduzieren. Medizinische und pflegerische Betreuung können kostensenkend eingesetzt werden.

Es wäre empfehlenswert, wenn das Pflegepersonal laufend über diese Innovationen informiert werden würde und zentralistisch die entsprechenden Pflegemethoden angepasst würden.

5. Über jedes neue Forschungsergebnis in der Organtransplantationsmedizin, das im klinischen Alltag eine Anwendung findet, muss das Pflegepersonal durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen informiert werden.

Auf diesem Weg lässt sich erreichen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiterbestehen bleibt und keine Informationslücken entstehen.

6. Die Entnahme von mehr als drei Organen ist gesetzlich nicht geregelt. Hier wird von einer Zustimmungserklärung des Organspenders zu Lebzeiten ausgegangen. Wie Kalchschmid und Barta schon 1999 erwähnten, wäre hier Klarheit vom/von der Gesetzgeber/in zu fordern.
7. Die Aufklärung der Angehörigen des/der hirntoten Organspender/s/in über die bevorstehende Organentnahme sollte gemeinsam mit dem betreuenden Pflegepersonal stattfinden. Der Informationsstand wäre dann für alle im interdisziplinären Team gleich und es besteht keine Wissensunsicherheit darüber, welche Informationen die Angehörigen bereits haben.
8. Es fehlen noch immer explizite gesetzliche Regelungen in Bezug auf die Lebendspenden und die Nichtigkeit von Rechtsgeschäften bei Organhandel. Geschäfte mit Organen sollten in die Zuständigkeit der Strafgerichte fallen. §62 KAKuG besagt nur, dass der Organhandel gesetzwidrig ist, es fehlen jedoch die Sanktionen.

Derzeit wird in Österreich die Tätigkeit des/der lokalen Transplantationsbeauftragten in Krankenanstalten eingeführt. Dieser wichtigen und verantwortungsvollen Aufgabe sollte eine vorbereitende Ausbildung zugrunde liegen, die für alle Koordinatoren in den Bundesländern gleich ist.

Literaturverzeichnis

Aigner, Clemens (2010): Die Lunge aus der Kuppel. Medizinische Universität Wien AKH

Url:<http://www.meduniwien.ac.at/homepage> (abgerufen am 26.04.2010).

Aigner, Gerhard (2008): Organersatz – Ökonomie und Allokation. RdM – Rechtsdatenbank 2008/64 S.100-105 (abgerufen am 17.08.2009).

Amerbauer, Martin (1998): Erste Schritte in der Philosophie. Einheit 6: Angewandte Ethik:

Url: <http://www.ubs.sbg.ac.at/people/abpriv.htm>. (abgerufen am 10.12.2009).

Arets, Jos (1996): Modul 2. Die professionelle Pflege: Einleitung und Überblick. In: Jos, Arets / Franz, Obex / John, Vaessen / Franz, Wagner: Professionelle Pflege. Bocholt: Eicanos im Hans Huberverlag. 126-150.

Baumann, Max (2005): Recht – Ethik – Medizin. Peter Lang AG, Europäischer Verlag der Wissenschaften Bern. S. 58 -102.

Baumgartner, Johann/ Fehringer, Karin (2009): Bereits Fünftausendste Nierentransplantation im AKH Wien. Medizinische Universität Wien AKH.

Url:<http://www.akhwien.at> (abgerufen am 04.07.2009).

Barrio, Miriam/ Lacunza, Mar/ Armendariz, Ana Carmen/ Margall, Angeles/ Asiain, Carmen (2004): Liver transplant patients: their experience in the intensive care unit. A phenomenological study. In: Journal of Clinical Nursing 13, 967-976.

Bein, Thomas/ Schlitt, Hans J. / Bösebeck, Detlev/ Bele, Sylvia/ Krämer, Bernhard K. / Taeger, Kai (2005): Hirntodbestimmung und Betreuung des Organspenders. Eine Herausforderung für die Intensivmedizin. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 102/Heft 5. 4. Februar 2005. S. 278-283.

Bodingbauer, M./ Rockenschaub, Susanne/Gall, W./ Langer, F./ Asari, R./ Pokorny, H./ Sporn, E./ Berlakovich, Gabriela/Steininger, R./Mühlbacher, F. (2001): Nierentransplantation bei geriatrischen Patienten- Vorläufige Ergebnisse. In: Acta Chir. Austriaca – Vol. 33-No. 6-2001, S.294-296.

Breuch, Gerd / Servos, Willi (2010): Dialyse für Einsteiger. 2.Auflage. München: Urban & Fischer Verlag. S. 123-208.

Breyer, Friedrich (2006): Lebendspender. In: Friedrich, Breyer/Wolfgang, Van den Daele/ Margret, Engelhard/Gundolf, Gubernatis/ Hartmut, Kliemt/ Christian, Kopetzki/ Hans Jürgen, Schlitt/ Jochen, Taupitz, Organmangel. Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar? Springer-Verlag Berlin Heidelberg, S. 125-138.

Burker, EJ/ Madan, A./Evon, D./Finkel, JB/ Mill, MR (2009): Educational level, coping, and psychological and physical aspects of quality of life in heart transplant candidates. In: Clinical Transplantation 2009; 23: 233-240 DOI: 10.1111/j.1399-0012.2009.00966.x.

Cyril J. Jones (1970): Medical Ethics and Legal Questions in Human Organ Transplantation. In: Journal of the National Medical Association, S.12.

Dobbels, F./ Van Gelder, F./ Remans, K./ Verkinderen, A./ Peeters, J./ Pirenne, J./ Nevens, F. (2009): Should the law on anonymity of organ donation be changed? The perception of liver transplant recipients. In: Clin Transplant 2009:23:375-381.

Eckart, Wolfgang U. (2009): Geschichte der Medizin. 6. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 304-306.

Enquete-Kommission - Ethik und Recht der modernen Medizin(2005): Zwischenbericht Organlebendspende (BT-Drs. 15/5050) Deutscher Bundestag 15. Wahlperiode. S.8 f.

Eurotransplant

Url: <http://www.eurotransplant.org/?id=statistiken> (abgerufen am 20.05.2010).

Fautschek, Astrid/Suditu, Claudiu (2004): Beratungstätigkeit in der pflegerischen Betreuung nierentransplantierte Menschen. In: Österreichischer Pflegezeitschrift, 08-09/04, S.16-20.

Fitzgerald, Annelies (1997): Hirntod und Organtransplantation. Psychologische, biologische, ethische und kulturelle Aspekte. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien, Grund- und Integrativwissenschaft. S. 82-85.

Frick, Eckhard/Storkebaum, Sybille (2003): Leben mit einem fremden Herzen. Psychosomatische Aspekte des Transplantationsprozesses. S. 89 In: Transplantation. Fuat S. Oduncu/Ulrich Schroth/Wilhelm Vossenkuhl (Hg.), Organgewinnung- und allokatation, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 89-92.

Gentry, Amy C.S. / Belza, Basia/ Simpson, Terri: Fitness support group for organ transplant recipients:self managment, self efficacy and health status, in: JAN Vol 65, No 11, November 2009:2419-2425. In procare Band 15 01-02/10, Springerverlag Wien New York, S.42.

Günes, Astrid (2007): Entlassungsmanagement von NTX-Patienten durch die Pflege. Die Patientenberatung „Leben mit der neuen Niere“.

ÖPTC-Österreichischer Pflegeverein für Transplantationschirurgie.

Url:<http://www.oepc.at/fachbereich/transplantationspflege> (abgerufen am 10.02.2010).

Gutmann, Thomas/ Schroth, Ulrich (2003): Rechtliche und ethische Aspekte der Lebendspende von Organen. In: Fuat S., Oduncu/Ulrich Schroth/Wilhelm, Vossenkuhl (Hg), Transplantation. Organgewinnung und -allokatation, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. S. 276- 289.

Hack, Christine Maria (2004): Pflege als Beziehung. In: MMA, Clini Cum psy 4/2004, Url:<http://meduniwien.ac.at> (abgerufen am 06.07.2009).

Haslinger, Alfred (2000): Rechtliche Aspekte von Organspende und Transplantation. In: Österreichisches Organspende-Manual. Austrotransplant. S. 7/1.

Haslinger, Alfred (2005): Hirntodfeststellung ohne Eingriffszustimmung? Zu den gesetzlichen Bestimmungen über die Organtransplantation. RDB Literatur, RdM - Rechtsdatenbank 2005/51, S.4-5.

Haslinger, Jürgen (2009): Organspender – der etwas andere Patient. Wieviel Pflege braucht ein Organspender? In: Pro Care 01-02/09. S. 26-29.

Helmchen, H. (2000): Ethische Implikationen der Neurowissenschaften in der Klinik. In: Der Nervenarzt 9/2000-71. S. 700-704.

Hiemetzberger, Martina (2006): Zwischen Leben und Tod – Pflegende als Grenzgänger. Eine Studie zur Pflege hirntoter Menschen. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandlungs AG. S. 50-66.

Honecker, M. (1995): Person- und Leibverständnis. In: F.W.Albert/W.Land/E.Zwierlein (Hg.). Transplantationsmedizin und Ethik. Auf dem Weg zu einem gesellschaftlichen Konsens. Pabst Science Publishers Lengerich, Berlin, Riga, Scottsdale AZ (USA), Wien, Zagreb. S. 167-173.

Hoppe, Nina/ Fehringer, Karin (2006): Weltweit erste Implantation und Anwendung einer neuartigen Mini Herzpumpe an der MedUni Wien/AKH Wien. Pressemappe. Url:<http://www.meduniwien.ac.at> (abgerufen am 25.04.2010).

Huber, W. (2008): Stammzellenforschung bleibt ethische Gratwanderung. In: Evangelischer Pressedienst epd Dokumentation Nr. 7 12.Februar 2008: Stammzellenforschung. Frankfurt am Main, S. 39.

Janisch, Herbert/ Weisz, Richard (2007): Kunstherz zur Überbrückung bis zur Herztransplantation. Psychologische Aspekte. Klinikum Graz, Chirurgie, Herz-Transplantationsintensivstation. In: ÖPTC-Österreichischer Pflegeverein für Transplantationschirurgie. Url:<http://www.oepc.at/fachbereich/transplantationspflege> (abgerufen am 15.02.2010).

Kalchschmid, Gertrud / Barta, Heinz (1999): Rechtspolitische Überlegungen zur Organtransplantation. In: Heinz, Barta / Gertrud, Kalchschmid / Christian, Kopetzki (Hg.): Rechtspolitische Aspekte des Transplantationsrechts. Band 6. Wien: Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung. S. 16-38.

Katayoun, Najafizade/ Ghorbani, Fariba/ Rostami, Ameneh/Mausavi, Fard-Mausavi, Anis/ Lorgard-Dezfuli-Nejad, Mohammad/ Marashian, Seyed-Mehran/Roshanpazooch, Mohsen/Farrokhnia, Elham/ Emami, Habib/ Masjedi, Mohammad-Reza (2009): Depression while on the lung transplantation waiting list. In: Ann Transplant, 14(2):34-37.

Klinge, Heiko / Steinhoff, Gustav (2003): Künstliche Organe und Gewebe mittels Tissue Engineering. In: Fuat S., Oduncu / Ulrich, Schroth / Wilhelm, Vossenkuhl (Hg.): Transplantation Organgewinnung und –allokation. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht. S. 333-342.

Körtner, Ulrich H.J. (1995): Ganz tot oder halbtot? Anthropologische und medizinethische Aspekte der Hirntodkontroverse. RdM – Rechtsdatenbank 1995, 79. S. 3-8. (abgerufen am 17.08.2009).

Körtner, Ulrich H.J. (2008): Stammzellenforschung: Zum Stand der Diskussion in Österreich. In: Evangelischer Pressedienst epd Dokumentation Nr. 7, 12. Februar 2008: Stammzellenforschung. Frankfurt am Main. S.12.

Kraßnitzer, Michael (2008): High Tech-Pumpen gegen Herzinsuffizienz. MMA, CliniCum 05/2008
Url: <http://www.clinicum.at> (abgerufen am 06.07.2009).

Kresse, Adelheid (2004): Neurochirurgie – Stimulation in den Tiefen des Gehirns. In: CliniCum 10/2004.
Url: <http://meduniwien.ac.at> (abgerufen am 06.07.2009).

Kübler-Ross, Elisabeth (2009): Interviews mit Sterbenden. Stuttgart: Kreuz Verlag GmbH, Freiburg. S. 66-184.

Lachmann, Rolf/Meuter, Norbert/Schwemmer, Oswald (1999): Allokationsprobleme in der Transplantationsmedizin. In: Johann S., Ach/Michael, Quante (Hg.), Hirntod und Organverpflanzung. Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin, Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt, S. 247-269.

Land, W. (1995): Das Dilemma der Allokation von Spenderorganen. In: F.W. Albert/ W. Land/ E. Zwierlein (Hg). Transplantationsmedizin und Ethik. Auf dem Weg zu einem gesellschaftlichen Konsens. Pabst Science Publishers Lengerich, Berlin, Riga, Scottsdale AZ (USA), Wien, Zagreb. S. 61-92.

McCalmont, V./ Ohler, L. (2008): Cardiac transplantation: candidate identification, evaluation, and management. In: Crit Care Nurs Q. 31(3):216-29.

Medizinökonomie der Medizinischen Universität Wien AKH. Aufstellung der Kosten für Transplantationen.
Url: <http://www.meduniwien.ac.at> (abgerufen am 14.06.2010).

Meleis, Afaf Ibrahim (1999): Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern: Hans Huber Verlag. S. 322-619.

Mitre, Anuar/ Denes, Francisco/ Nahas, William/ Simoes, Fabiano/ Colombo, Jose/ Piovesan, Alfonso/ Chambo, Jose/ Arap, Sami/ Srougi, Miguel (2009): Comparative and prospective analysis of three different approaches for live-donor nephrectomy. In: Clinics 2009; 64(1):23-8.

Neyer, Christian/ Scheuring, Stefanie/ Mair, Harald (2004): Ethik und Organtransplantation. In: Österreichischer Pflegezeitschrift 08-09/04. S. 12-15.

Nickel, Susan / Gesse, Theresa / MacLaren, Aileen (1992): Ernestine Wiedenbach. Her Professional Legacy. Journal of Nurse-Midwifery. Vol. 37. No. 3, May/June 1992. 165.

Nowak, Thomas (2001): Die Pflgeetheorie von Ernestine Wiedenbach. Das Bedürfnis nach Hilfe und die helfende Kunst der Krankenpflege. In: Der Pflegebrief. Ausgabe 8/2001. Nr. 58. Url: <http://www.pflegen-online.de> (abgerufen am 12.03.2010).S. 7-8.

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): 2005, Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 17. Dezember 2005. S.3-12.

Url:<http://www.oebig.at> (abgerufen am 04.08.2010).

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): Transplant-Jahresbericht 2009, im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesgesundheitsagentur, S.XVII-92.

Url:<http://www.oebig.at> (abgerufen am 04.08.2010).

ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen): 2008 Jahresbericht, Koordinationsbüro für das Transplantationswesen. S. 23.

Url:<http://www.oebig.at> (abgerufen am 04.08.2010).

Österreichisches Organspende-Manual (2000): Organspende – Eine gemeinsame Aufgabe. Austrotransplant (Hg.) Österreichische Gesellschaft für Transplantation, Transfusion und Genetik. S.1-7/3.

Papachristou, C./Walter, M./Schmid, G./Frommer, J./Klapp, B.F. (2009): Living donor liver transplantation and its effect on the donor-recipient relationship – a qualitative interview study with donors. In: Clinical Transplantation 2009;23:382-391 DOI:10.1111/j.1399-0012.2008.00948.x

RIS. Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes.

Url:<http://www.ris.bka.gv.at> (abgerufen am 16.06.2010).

Schaeffer, Doris / Moers, Martin / Steppe, Hilde / Meleis, Afaf (Hg.) (2008): Pflgeetheorien. Beispiele aus den USA. 2.Auflage. Bern: Hans Huber Verlag. S. 20-82.

Schafzahl, Andrea (2008): Leukämie kann heilbar sein – Pflegemaßnahmen bei einer Knochenmarktransplantation. ÖPTC – Österreichischer Pflegeverein für Transplantationschirurgie.

Url:<http://www.oepc.at> (abgerufen am 25.02.2010).

Schneider, Ingrid (2003): Ein Markt für Organe? Die Debatte um ökonomische Anreize zur Organspende. In: Fuat S., Oduncu/ Ulrich, Schroth/Wilhelm, Vossenkuhl (Hg.). Transplantation. Organgewinnung und –allokation, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 189-208.

Schreiber, Hans-Ludwig (1999): Wann darf ein Organ entnommen werden. In: Johann S. Ach/ Michael Quante (Hg.). Hirntod und Organverpflanzung. Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin. Friedrich Frommann Verlag, Stuttgart-Bad Cannstadt:frommann-holzboog. S. 205-211.

Schröder, Regina (2004): Caring – Unterschiedliche Konzeptualisierungen und deren Implikationen für die Praxis. Diplomarbeit. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Studiengang Pflege.

Schulze, Gertrud (1995): Tod auf der Warteliste. In: Ludger, Wess (Hg.), Schöpfung nach Maß: perfekt oder pervers?. Publik Forum Spezial. S. 55.

Siegmund-Schultze, Nicola (2008): US-Ärzte diskutieren: Darf man Babys nach einer Minute Asystolie das Herz entnehmen? In: Ärzte Zeitung.
Url:<http://www.aerztezeitung.de> (abgerufen am 07.08.2009).

Smeritschnig, Beate/ Freundorfer, Edith (2004): Psychologische Aspekte der Organtransplantation: Von der Entscheidung bis zum Leben danach. In: Österreichischer Pflegezeitschrift 08-09/04. S.8-11.

Student, Johann-Christoph (1995): Frische Organe gesucht. In: Schöpfung nach Maß: perfekt oder pervers?. Ludger Wess (Hg). Publik Forum Spezial S.53-54

Trattner, Josef (2007): Die Herztransplantation im Fokus der Intensivpflege. In: ÖPTC – Österreichischer Pflegeverein für Transplantationschirurgie, S. 48-54,
Url:<http://www.oepc.at> (abgerufen am 26.04.2010).

Vincent, J.L./ Maetens, Y./ Vanderwallen, C./Van Nuffelen, M./ Wissing, M./ Donckier, V. (2009): Non-heart-beating donors: an inquiry to ICU nurses in a belgian university hospital. In: Transplant Proc., 41(2):579-81.

Wauch, Ernst (2005): Kommunikation zwischen Pflege und onkologischen Patienten. In: MMA Krebshilfe 6/2005; Clinicum,
Url:<http://meduniwien.ac.at> (abgerufen am 06.07.2010).

Wiesing, Urban (1999): Werden Spenderorgane nach medizinischen oder ethischen Kriterien verteilt? In: Johann S. Ach/ Michael Quante (Hg). Hirntod und Organverpflanzung. Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin. Friedrich Frommann Verlag, Stuttgart-Bad Cannstadt: frommann-holzboog, S.227-245.

Yorke, Janelle/ Cameron-Traub, Elizabeth (2007): Patient's perceived care needs whilst waiting for a heart or lung transplant. In: Journal of Clinical Nursing 17, 5a, 78-87.

Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Gesetzliche Regelungen zur Organspende in Europa (Stand: Jänner 2010)
Quelle: Transplant Jahresbericht 2009, S. 50.....S. 17
- Abb. 2: Grafische Darstellung und Protokoll zur Dokumentation des Untersuchungs-
ablaufs
Quelle: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen 2005:
Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organ-
entnahme, S. 12.....S. 30
- Abb. 3: Sunrise-Modell
Quelle: Schröder 2004, S. 17.....S. 66

Anhang I: Lebenslauf

Persönliche Daten

Name: Babette Hladik

Geburtsdatum: 17.09.1966

Staatsbürgerschaft: Österreich

Religion: römisch-katholisch

Ausbildung

1985-1988 Diplom zur allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege an der Krankenpflegeschule Lainz

Seit 1988 an der Neurochirurgischen Universitätsklinik AKH Wien tätig

2005-2010 Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Anhang II: Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe.

Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen wurden als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Die vorliegende Fassung stimmt mit der eingereichten elektronischen Version überein.

Datum

Unterschrift der Verfasserin