

Inhalt

1. Einleitung	3
2. Die Geschichte der Transplantationsmedizin	4
3. Die Transplantation	6
3.1. Begriffsdefinition	6
3.2. Transplantationsformen	6
3.3. Was kann transplantiert werden?	8
3.4. Jährlicher Mindestbedarf an Spenderorganen ¹⁰	9
3.5. Xenotransplantation	9
3.5.1. Begriffsdefinition	9
3.5.2. Schwierigkeiten und Probleme	10
3.5.3. Ethische, rechtliche und ökonomische Aspekte	11
3.5.4. Zusammenfassende Darstellung	12
4. Das Transplantationsgesetz	13
5. Wer oder was ist Eurotransplant und die DSO?	13
6. Der Ablauf bis zur Transplantation	14
7. Der Hirntod	16
7.1. Feststellen des Hirntodes	16
7.2. Pflege eines hirntoten Patienten	20
8. Werte und Normen in einer offenen Gesellschaft	21
8.1. Ethik – Was ist das?	21
8.2. Das Betroffensein der Angehörigen	21
8.3. Das Betroffensein der Pflegenden	22
9. Kirche und Transplantation	23
9.1. Stellungnahme der katholischen Kirche	23
9.2. Stellungnahme der evangelischen Kirche	24

10. Umfrage zum Thema Transplantationsbereitschaft	24
10.1. Umfrageergebnisse	25
10.2. Bewertung der Umfrageergebnisse	34
11. Interview mit einer betroffenen Person	35
11.1. Beschreibung der Lebenssituation	35
11.2. Schlussbetrachtung und Eigeneinschätzung der Situation	36
12. Schlusswort	37
Literaturverzeichnis	38
Internetlinks:	39
Anhang	39
Anhang 1 Das Transplantationsgesetz	39
Anhang 2 Brief des Erzbistums Köln	54
Anhang 3 Brief des Evangelischen Stadtkirchenverbandes Köln	55
Anhang 4 Stellungnahme der katholischen Bischofskonferenz	56
Anhang 5 Stellungnahme der Evangelischen Kirche in Deutschland	59
Anhang 6 Umfragebogen zum Thema Transplantationsbereitschaft	60
Anhang 7 Erklärung	63

1. Einleitung

Seit längerem steht die Organtransplantation im Mittelpunkt der öffentlichen und medizinischen Diskussion. Die Transplantationsmedizin wird einerseits gelobt und bejubelt, weil sie für den betroffenen Patienten Hilfe, Erleichterung und oft ein Ende der qualvollen und schmerzhaften Erlebnisse bedeutet, zum anderen wirft sie Fragen und Ängste auf. Weiterhin wird wenig Aufklärung betrieben und es herrscht Ungewissheit über den Verlauf einer Transplantation. Ängste können durch falsche Aufklärung und Fehlinformationen hervorgerufen werden. Ebenso bestehen Ängste aufgrund der Tatsache, dass in der Bevölkerung der Gedanke vorhanden ist, dass möglicherweise bei der Diagnose „Hirntod“ der Betroffene nicht tot sei.

Darüber hinaus wird in dieser Facharbeit mit Hilfe einer Umfrage eingehend untersucht, inwieweit der christliche Glaube die Entscheidung des Einzelnen beeinflusst.

Es ist bekannt, dass der Bedarf an Spenderorganen in Deutschland größer ist als die zur Verfügung stehende Menge an Spenderorganen. Das kann wie oben beschrieben verschiedene Ursachen haben.

Diese Facharbeit soll zum besseren Verständnis dienen, bei der Aufklärung behilflich sein, sowie die durch eine Umfrage aufgeworfenen Fragen zum Thema Transplantation und Transplantationsbereitschaft beantworten.

Der Grund mich mit diesem Thema zu befassen, hat sich daraus ergeben, dass ich in meinem Bekanntenkreis eine betroffene Person kennen gelernt habe. Der Mann im Alter von 55 Jahren hatte durch eine Erkrankung ein schweres Leberleiden, welches nur noch durch eine Transplantation Heilung versprach. Seine Lebensqualität war stark eingeschränkt, wenn nicht sogar aus seiner Sicht kaum noch erträglich. Durch die Transplantation einer Spenderleber wurde diese jedoch erheblich verbessert.

Durch eine hohe Organspendebereitschaft könnte somit den meisten dieser Patienten zu einer besseren Lebensqualität verholfen werden.

Unter Berücksichtigung des ethischen und religiösen Standpunktes, werde ich versuchen, dieses Thema in meiner Facharbeit eingehender zu beleuchten.

2. Die Geschichte der Transplantationsmedizin

Von ersten Transplantationsversuchen wurde bereits aus dem 13. Jahrhundert berichtet. Der Erzbischof von Genua, Jacob von Voragine, berichtete, dass im 4. Jahrhundert nach Christus versucht wurde, einem schwer verwundeten Ritter das Bein eines Mohren zu übertragen¹.

Im Folgenden werde ich eine tabellarische Übersicht² über die Geschichte der Transplantationsmedizin geben.

¹ Vgl. Kristina Schröder (2000), S. 3 f.

² Vgl. Kristina Schröder (2000), S. 3 f.

- 1900** Entdeckung des A-B-0 Blutgruppensystems durch Karl Landsteiner, Durchführung einer Bluttransfusion, Form einer Organtransplantation
- 1933** Versuch einer Nierentransplantation (Kiew) durch Y. Y. Voronoy von einem Fremdtransplantat, Empfänger überlebt vier Tage
- 1943** Entwicklung des ersten für den medizinischen Gebrauch geeignetes Dialysegerätes
- 1950** erste erfolgreich durchgeführte Nierentransplantation durch R. H. Lawler, Niere wurde nach sechs Monaten abgestoßen
- 1954** Nachweis durch A. Mitchison, dass Organabstoßung und Immunreaktionen beeinflussbar sind, J. E. Murray gelingt die erste längerfristige Nierentransplantation unter eineiigen Zwillingen
- 1959** Nierentransplantationen in Bosten und Paris mit langfristigem Erfolg, erstmals wurde über Medikamente zur Unterdrückung der Immunreaktion berichtet
- 1960** mit dem Wirkstoff Azathioprin (Imurek) gelingt es besser auf Abstoßungszeichen zu reagieren
- 1963** T. Starzl führte erste Lebertransplantation am Menschen durch, Transplantation misslingt aufgrund schlechter Ausgangspositionen,
J. D. Hardy verpflanzt erstmals einen Lungenflügel, Patient überlebt siebzehn Tage, erste Versuche der Xenotransplantation, W. D. Kelly versucht eine Pankreas Segment Spende
- 1967** Ch. Barnhard aus Kapstadt gelingt die erste Herztransplantation, Patient verstirbt nach achtzehn Tagen, Gründung von „Eurotransplant“ in Leiden, Niederlande
- 1968** erfolgreiche Lungentransplantation in Gent durchgeführt, in den USA wird erste Kriterienbeschreibung des Hirntodes vorgelegt
- 1976** Entwicklung des Medikamentes Cyclosporin durch J. F. Borel, dadurch Verlängerung der Lebensdauer von Transplantat sowie Patient
- 1979** Erarbeitung von Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes
- 1981** erfolgreiche Herz- und Lungentransplantationen mit der Behandlung von Cyclosporin A

- 1982** erfolgreich wurde ein Kunstherz implantiert durch De Vries,
Etablierung von Lebertransplantationszentren im Berliner Charité
und der MH Hannover
- 1984 Entwicklung eines Konzeptes für Lebersegmentspenden durch
H. Bismuth und Ch. Broelsch
- 1988** erste Splitlebertransplantation durch Teilung einer Leber in
Hannover
- 1988 Ch. Broelsch überträgt das Splitleberprinzip auf die Leber –
Lebend – Spende
- 1991** Verpflanzung beider Lungenflügel durch L. Kaiser in St. Louis
- 1997** Verabschiedung des Transplantationsgesetzes im Deutschen
Bundestag, es tritt am 01.12.1997 in Kraft

3. Die Transplantation

In diesem Kapitel möchte ich kurz erläutern, wobei es sich bei einer Transplantation handelt.

3.1. Begriffsdefinition

„Eine Transplantation ist die Einpflanzung lebender Zellen (einschließlich Bluttransfusionen), Geweben, oder Organen an eine andere Stelle des gleichen Organismus (autogene, autologe, Auto-Transplantation v.a. als Hauttransplantat) oder in einen anderen Organismus (z.B. Herz oder Nierentransplantation)“³.

3.2. Transplantationsformen

³ Vgl. Roche Lexikon Medizin (1999), S. 1679

Es gibt verschiedene Formen der Transplantation, auf die im Folgenden eingegangen wird.

*Die autogene oder autologe Transplantation ist die Transplantation eines körpereigenen Organs.*⁴ Bei dieser Art sind der Spender und der Empfänger identisch. Ein Beispiel hierfür ist die Übertragung von Hautarealen am eigenen Körper.

*Syngene oder isologe Transplantation, ist die Transplantation zwischen genetisch identischen Individuen (Zwillingen).*⁵ Wenn der Spender und der Empfänger identisches Erbgut haben, spricht man von syngenen Transplantation. Dies ist der Fall bei zweieiigen Zwillingen.

*Allogene oder homologe Transplantation, ist die Transplantation zwischen Angehörigen derselben Spezies (Mensch à Mensch).*⁶ Hierbei handelt es sich um unterschiedliches Erbgut, dennoch gehören Spender und Empfänger derselben Gattung an. Dies ist der Fall bei einer Mensch zu Mensch Transplantation.

*Xenogene Transplantation, ist die Transplantation zwischen verschiedenen Spezies (Tier à Mensch).*⁷ In diesem Fall gehören der Spender und der Empfänger verschiedenen Spezies an. Es besteht die Möglichkeit, Herzklappen vom Schwein auf den Menschen zu übertragen.

*Alloplastische Transplantation, ist die Transplantation von Fremdmaterial auf den menschlichen Körper (Bypässe, Herzklappen aus Metall ect.).*⁸ Mit dieser Transplantationsart kann man Kunststoffe sowie metallische Materialien verwenden. Es handelt sich hierbei um eine Art, die in Deutschland sehr häufig Anwendung findet⁹.

⁴ Vgl. Kristina Schröder (2000), S. 11

⁵ Vgl. Kristina Schröder (2000), S. 11

⁶ Vgl. Kristina Schröder (2000), S. 11

⁷ Vgl. Roche Lexikon Medizin (1999), S. 1679

⁸ Vgl. Roche Lexikon Medizin (1999), S. 1679

⁹ Vgl. Roche Lexikon Medizin (1999), S. 1679

In dieser Facharbeit soll das Spenderverhalten beschrieben werden und nach alternativen Spendermöglichkeiten gesucht werden. Deshalb beschränke ich mich auf die allogene und die xenogene Art der Transplantation. Eine weitere Möglichkeit ist die Lebendspende.

3.3. Was kann transplantiert werden?

Zu den Organen die übertragen werden können in Form der allogenen Transplantation gehören:

- Lunge
- Leber
- Niere
- Herz
- Pankreas

Außerdem können noch transplantiert werden:

- Haut
- Hornhaut des Auges
- Blut
- Knochenmarkstransplantationen

Eine große Verwendung in der Medizin, besonders in der Schwerstverbranntenmedizin findet die:

- Leichenhaut

Die Organe wie Lunge, Leber, Herz und der Pankreas müssen wenige Zeit nach der Entnahme dem Empfänger eingesetzt werden. Die Niere kann unter Umständen und mit den entsprechenden Frischhaltungsmöglichkeiten bis zu 72 Stunden aufbewahrt werden.

Die Haut und die Hornhaut der Augen können, da es nicht direkt durchblutete Organe sind, über einen längeren Zeitraum aufbewahrt werden. Blut wird heutzutage in den Bluttransfusionszentren, wo die entsprechenden Aufbewahrungsmöglichkeiten vorhanden sind, gelagert.

3.4. Jährlicher Mindestbedarf an Spenderorganen¹⁰

Organ	Soll-Bedarf	Ist-Bedarf
Niere	3500	2300
Leber	1100	762
Herz	900	562
Pankreas	400	146
Lunge	400	120

Tabelle 1: Soll- und Ist-Bedarf an Spenderorganen

Der Mindestbedarf beschränkt sich auf Deutschland. Anhand dieser Daten kann man sehen, dass der Bedarf an Organen höher ist, als die zur Verfügung stehenden Spenderorgane.

3.5. Xenotransplantation

Die Xenotransplantation ist eine alternative Möglichkeit, die unter anderem das Defizit im Bereich der Organtransplantation decken könnte. Sie wird im Folgenden näher erläutert. Weiterhin gehe ich darauf ein, welche Probleme dabei auftreten.

3.5.1. Begriffsdefinition

Bei der Xenotransplantation handelt es sich um eine Transplantationsart verschiedener Spezies. Der Spender und der Empfänger gehören unterschiedlichen Gattungen an. Das Hausschwein scheint das geeignete Spendertier für den Menschen zu sein¹¹.

Diese Definition ist in anderen Lexika in ähnlichem Wortlaut zu finden. Grimm bezieht sich in seinem Werk auf das Hausschwein, währenddessen das Roche Lexikon Medizin unter dem Begriff Xenotransplantation auf Transplantation

¹⁰ Vgl. Arbeitsblätter Arbeitskreis Organspende (2002), S. 5.2.

¹¹ Vgl. Helmut Grimm (2003), S. 33

verweist und dort nur beschreibt, dass es sich um eine Transplantationsart vom Tier auf den Menschen handelt.

Die Gründe¹² sind:

- die Organe besitzen in etwa die gleiche Größe
- Physiologie und die Anatomie sind nicht allzu unterschiedlich
- Kurze Reproduktionszyklen
- Schnelles Wachstum
- Relativ niedrige Kosten

3.5.2. Schwierigkeiten und Probleme

Durch das konsequente Einhalten der Hygienemaßnahmen könnten transgene Schweine bakterien- und virenfrei gehalten werden.

Es soll zur Vereinbarkeit¹³ der Spenderorgane in Anatomie und Physiologie mit dem menschlichen Organsystem kommen. Unter anderem müssen Hürden überwunden werden, die eine immunologisch bedingte Abstoßung eines Organs verhindern.

Verschiedene Arten der Abstoßung gibt es:

1. die hyperakute Abstoßung
2. die zelluläre Abstoßung
3. die chronische Abstoßung
4. die akute vaskuläre Abstoßung

Zu 1.:

Innerhalb von Sekunden bis Minuten kann es zur hyperakuten Abstoßung eines Organs kommen. Bei der Übertragung eines Organs vom Schwein auf den Menschen reagieren die natürlich vorkommenden Antikörper mit Antigenen auf der Oberfläche des Schweineorgans, was zu einer Zerstörung des Organs führt. Wenige Minuten nach der Transplantation wird das Organ abgestoßen.

¹² Vgl. Helmut Grimm (2003), S. 33 f.

¹³ Vgl. Helmut Grimm (2003), S. 34

Zu 2.:

Es kommt innerhalb von wenigen Tagen zur Schädigung der Blutgefäße des neuen Organs durch T-Zellen. Diese Abstoßungsart tritt auch bei der allogenen Transplantation auf. Durch die Gabe von Immunsuppressiva kann diese Abstoßung verhindert werden. Der Patient muss jedoch das Medikament ein Leben lang einnehmen.

Zu 3.:

Die chronische Abstoßung ist ein komplexer immunologischer Prozess, wobei das transplantierte Organ oft erst viele Jahre nach der Transplantation abgestoßen wird. Der Vorgang verläuft langsam und progressiv und kann meist nur durch eine erneute Transplantation behandelt werden.

Zu 4.:

Diese Art der Abstoßung tritt innerhalb weniger Tage auf und wird möglicherweise durch xenoreaktive Antikörper ausgelöst. Der Pathomechanismus verläuft identisch des Verlaufes bei der hyperakuten Abstoßung¹⁴.

3.5.3. Ethische, rechtliche und ökonomische Aspekte

Das Transplantationsgesetz regelt in Deutschland die Voraussetzung der Organentnahme. Jedem Menschen steht es danach frei sich zu Lebzeiten für oder gegen eine Organspende im Falle des Hirntodes zu entscheiden. Sollte dies nicht geschehen sein, so dürfen in diesem Fall, und nur in diesem, die nächsten Angehörigen die Entscheidung treffen. Bei einem Xenotransplantat handelt es sich jedoch um ein tierisches Organ und deshalb ist das Transplantationsgesetz hierauf nicht anwendbar.

Die Würde des Menschen ist unantastbar.¹⁵ Die Würde hebt den Menschen von der übrigen Welt ab. Somit ist die Würde verletzt, wenn ein Mensch in seiner Substanz oder Identität beeinträchtigt wird. Dennoch beantwortet die Bundesregierung die Anfrage von Bündnis 90 / Die Grünen, ob die Identität des

¹⁴ Vgl. Helmut Grimm (2003), S. 34

¹⁵ Vgl. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Art. 1

Menschen verletzt werde, so: Durch die Übertragung eines Organs von einem Tier auf einen Menschen ist der Empfänger in seiner Identität als Mensch nicht beeinträchtigt.

Die Xenotransplantation ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt dennoch als Heilversuch anzusehen. Deshalb ist die Anwendung dieses Heilversuches als letztes Mittel zu sehen, wenn kein anderer Eingriff mehr Hilfe bietet und die Transplantation eines menschlichen Organs nicht zur Verfügung steht. Zu klären ist die Frage, inwieweit Infektionskrankheiten vom Tier auf den Menschen übertragen werden. In diesem Falle würden sowohl der Organempfänger als auch Dritte dadurch gefährdet werden. Ein Restrisiko, das zum jetzigen Zeitpunkt jedoch noch sehr hoch erscheint, wird man immer zulassen müssen. Sollte man die Infektionsgefahr ausschließen können, wäre diese Verfahren in der Praxis anwendbar.

Weiterhin muss geklärt werden, inwieweit die Xenotransplantation gegen das Tierschutzgesetz und das Arzneimittelgesetz verstößt. Nach heutiger Auffassung wird gegen das Tierschutzgesetz nicht verstoßen, wenn dadurch ein Menschenleben gerettet werden kann, da dem Leben des Menschen die höchste Priorität eingeräumt wird. Im Falle des Arzneimittelgesetzes müsste dann gegebenenfalls eine Herstellungserlaubnis nach § 13 Abs. 1 des Arzneimittelgesetzes beantragt werden.

Eine abschließende Beurteilung, ob die Xenotransplantation zukünftig angewendet wird, gibt es zur Zeit noch nicht¹⁶.

3.5.4. Zusammenfassende Darstellung

Immer wieder wird es zu Forschungen und Neuerungen in der Medizin und somit auch in der Organtransplantation kommen. Der Fortschritt ist nicht aufzuhalten. Es gibt verschiedene Möglichkeiten und alternative Verfahren, wie in der Organtransplantationsmedizin gehandelt werden kann. Dabei sind sowohl die gültige Rechtsprechung wie auch ethische und moralische Grundwerte zu achten und zu akzeptieren.

¹⁶ Vgl. Helmut Grimm (2003), S. 315 ff.

Deshalb ist festzuhalten, dass alle alternativen Verfahren, wie hier beschrieben, ein guter Fortschritt sind, weiterhin erforscht werden müssen und vielleicht in Zukunft eine Möglichkeit der Organtransplantation darstellen können.

4. Das Transplantationsgesetz

Das Transplantationsgesetz beschreibt und erklärt die rechtlichen Aspekte und Möglichkeiten, wie in Deutschland eine Organtransplantation durchgeführt werden darf oder, besser gesagt, werden muss. Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates am 05.11.1997 das Transplantationsgesetz beschlossen.

Es regelt die Spende und Entnahme von Organen, Organteilen oder Geweben zur Übertragung auf andere Menschen. Ferner wird in diesem Gesetz auf den Verbot des Handels mit menschlichen Organen eingegangen. Das Gesetz findet keine Anwendung für die Übertragung von Blut, Knochenmark, embryonale und fetale Organe sowie Gewebe.

Es ist zu erwähnen, dass z.B. in Ländern wie Österreich oder Norwegen durch Gesetzesregelung jeder als potenzieller Organspender gilt, es sei denn er hat sich durch Vermerk im Organspendepass dagegen entschieden.

Der vollständige Text des Transplantationsgesetzes ist zur Information im Anhang 1 zu finden.

5. Wer oder was ist Eurotransplant und die DSO?

Eurotransplant gehört zu den wichtigsten europäischen Organisationszentralen. Mit Hilfe von medizinischen Datenbanken im In- und Ausland kommt es zu einer schnellen und geregelten Zuordnung von Informationen. Der Hauptsitz ist in Leiden, Niederlande. Dem Organisationszentrum sind weiterhin beispielsweise Belgien, Österreich, Luxemburg und die Bundesrepublik Deutschland angeschlossen.

DSO bedeutet Deutsche Stiftung Organtransplantation. Die DSO hat ihren Sitz in Frankfurt am Main, regelt die Organisation von Organspenden und Organtransplantationen in Deutschland und arbeitet in enger Zusammenarbeit mit Eurotransplant. Sie verfolgt das Ziel, für jeden Organempfänger kurzfristig ein Spenderorgan zur Verfügung zu stellen.

Das Transplantations-Datenzentrum Heidelberg übernimmt die Datensicherung und den Transfer zwischen den deutschen Transplantationszentren und Eurotransplant¹⁷.

6. Der Ablauf bis zur Transplantation

Wenn bei einem Patienten der Verdacht besteht, dass eine schwere zerebrale Schädigung vorliegt und somit der Hirntod nahe liegt, wird der behandelnde Arzt einen Neurologen hinzuziehen. Der Neurologe wird bei seiner Untersuchung Intoxikationen sowie Unterkühlungen oder ein metabolisches Koma¹⁸ ausschließen.

Wenn ein irreversibler Funktionsausfall des Groß-, Klein-, Stamm- sowie Mittelhirns vorliegt, werden zusätzliche Untersuchungen wie EEG, Angiographie oder Szintigraphie durchgeführt und man beginnt mit der Hirntoddiagnostik, die von zwei unabhängig voneinander arbeitenden Ärzten durchgeführt wird. Wenn man zu dem gemeinsamen Entschluss gekommen ist, dass der Hirntod vorliegt, gibt es zwei Möglichkeiten weiter zu verfahren.

Erstens kann die Therapie beendet werden, so dass die kreislaufunterstützenden Medikamente nicht mehr verabreicht werden und die Beatmungsmaschine abgeschaltet wird. Zweitens kann die Möglichkeit einer Organspende geklärt werden.

Der behandelnde Arzt nimmt in diesem Fall Kontakt zur Familie auf und schildert den Sachverhalt. Wenn ein Organspendepass vorliegt, hat der Verstorbene schon im Vorfeld für sich entschieden, ob er Organe spenden möchte oder nicht. Wenn kein Organspendepass vorliegt, werden die nächsten Angehörigen gefragt, ob der Verstorbene sich schon einmal über das Thema Organspende geäußert hat. Wenn er sich nicht darüber geäußert hat, liegt es nun daran, wie die nächsten Angehörigen sich im Sinne des Verstorbenen entscheiden.

¹⁷ Vgl. Kristina Schröder (2000), S. 7 ff.

¹⁸ Metabolisches Koma ist eine tiefe Bewußtlosigkeit, hervorgerufen durch einen veränderten Stoffwechselprozess, vgl. Roche Lexikon Medizin (2002), S. 1097

Wenn sich die Angehörigen zu diesem Schritt entscheiden, wird als nächstes das regionale Transplantationszentrum informiert und mit dem Transplantationskoordinator gesprochen. Sollte die Todesursache unklar sein, muss zur Rechtssicherheit ein Staatsanwalt hinzugezogen werden. Sobald der Leichnam freigegeben ist, wird Eurotransplant informiert und wichtige Daten wie Größe, Gewicht, Blutgruppe und Gewebekompatibilität dorthin übermittelt. Somit kann schon im Vorfeld ein Empfänger ermittelt werden. Das Transplantationszentrum wird informiert und nimmt nun Kontakt mit dem Koordinator auf. Zeit spielt eine wichtige Rolle bei einer Explantation. Ärzteteams werden durch den Koordinator informiert und geordert. Vor der Organentnahme werden nochmals alle Befunde und Blutwerte kontrolliert, um zu sehen, welche Organe man explantiert und welche nicht. Intraoperativ erfolgt eine Sichtkontrolle der Organe und nach der Entnahme werden Sie endgültig beurteilt. Nun erfolgt die hypotherme in - situ - Perfusion¹⁹ und die Entnahme der Organe.

Die Organe werden in der folgenden Reihenfolge entnommen:

- Herz und Lunge
- Leber evt. auch Iliakalgefäße
- Pankreas
- Nieren
- Cornea kann auch post mortem entnommen werden
- Lymphknoten (selten noch die Milz zur Typisierung der Gewebemerkmale)

Wenn die Organe für eine Transplantation geeignet sind, wird sofort Kontakt zum Empfängerzentrum aufgenommen. Die Chirurgen werden informiert und der Empfänger kann vorbereitet werden. Nieren unterliegen einem anderen Vergabemodus, da sie die längste Konservierungstoleranz haben.

Der respektvolle Umgang mit dem Leichnam während und nach der Entnahme der Organe sollte eine hohe Priorität haben²⁰.

Der Koordinator nimmt nach der Organspende meist immer Kontakt zum Spenderhaus auf, um von der erfolgten Transplantation zu berichten.

¹⁹ Hypotherme in – situ – Perfusion bedeutet im unterkühlten Organ eine künstliche Durchblutung vor Ort schaffen, vgl. Roche Lexikon Medizin (2002), S. 1296

²⁰ Vgl. Kristina Schröder (2000), S. 31

7. Der Hirntod

„Hirntod ist als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes beschrieben. Dabei wird durch kontrollierte Beatmung die Herz – Kreislauf - Funktion aufrechterhalten. Der Hirntod ist der Tod des Menschen“²¹.

Latasch sagt: „Das es sich beim Hirntod um einen Zustand des irreversiblen Erloschenseins der Gesamtfunktion des Groß- und Kleinhirns sowie des Hirnstammes handelt“²².

Larsen sagt: „Beim Hirntod besteht ein vollständiger und irreversibler neuronaler²³ Funktionsverlust in Groß-, Stamm-, Mittel- und Kleinhirn bei noch aufrechterhaltener Kreislauffunktion im übrigen Körper“²⁴.

Anhand der Definitionen von verschiedenen Autoren kann man feststellen, dass Autoren den Hirntod nahezu gleich beschreiben. Larsen verwendet in seiner Definition lediglich das Wort „neuronaler Funktionsverlust“, was allerdings als erloschene Gesamtfunktion des Groß-, Mittel-, Stamm-, und Kleinhirns bezeichnet werden kann.

7.1. Feststellen des Hirntodes

Der Hirntod muss von zwei unabhängig voneinander arbeitenden Medizinern festgestellt werden. In medizinischen Kreisen nennt man die Art der Feststellung auch Hirntoddiagnostik. Bei der Anfertigung des Hirntodprotokolls werden einige Testergebnisse eindeutig dargestellt. Wenn eine direkte oder indirekte Hirnschädigung vorliegt, kann man mit der Hirntoddiagnostik beginnen. Dazu gehören anfänglich auch das Feststellen klinischer Symptome wie z.B. das Koma, fehlende Reflexe des Hirnstammes und der Atemstillstand.

²¹ Kristina Schröder (2000), S. 16

²² L. Latasch (2000), S. 682

²³ Neuronale bedeutet das Neuron betreffend, Die Nervenzelle im Zentralnervensystem als Element komplizierter Verschaltungen (Neuronenkette), vgl. Roche Lexikon Medizin (2002), S. 1198

²⁴ R. Larsen (1997), S. 510

Die wichtigsten klinischen Symptome werden im Folgenden noch einmal ausführlich erläutert:

- 1. Pupillenreflexe/Reaktion
- 2. Augenbewegungen
- 3. Hornhautreflex
- 4. Schmerzreaktion im Gesicht
- 5. Würge/Hustenreflex

Zu 1.:

Bei einem gesunden Patienten sind die Pupillen normal weit und reagieren sofort und gleichmäßig auf Licht. Wenn der Lichtstrahl nur ein Auge trifft, verengen sich reflektorisch beide Pupillen. Bei einem hirntoten Patienten sind die Pupillen teilweise entrundet und reagieren nicht auf Licht²⁵.

Zu 2.:

Bei einem nicht hirntoten Patienten reagiert der Patient auf schnelles Drehen und Kippen seines Kopfes mit verzögerten Gegenbewegungen der Augen. Dies nennt man auch Puppenkopphänomen. Bei hirntoten Patienten bleiben die Augen jedoch ohne Reaktion in ihrer Ausgangsstellung²⁶.

Zu 3.:

Wenn man mit einem Watteträger die äußere Schicht des Auges berührt, schließen sich reflektorisch die Augen als natürliche Schutzreaktion des Körpers. Bei einem hirntoten Patienten bleibt diese Reaktion aus²⁷.

Zu 4.:

Wenn man bei einem Patienten einen Schmerzreiz im Gesicht auslöst, reagiert selbst ein tief komatöser Patient mit einer Abwehrreaktion, erkennbar durch

²⁵ Vgl. Arbeitsblätter Arbeitskreis Organspende (2002), S. 20

²⁶ Vgl. Arbeitsblätter Arbeitskreis Organspende (2002), S. 20

²⁷ Vgl. Arbeitsblätter Arbeitskreis Organspende (2002), S. 20

Verziehen des Gesichtes oder aber durch Runzelbewegungen der Stirn. Bei hirntoten Patienten findet keine Bewegung statt, jegliche Muskelbewegungen bleiben aus²⁸.

Zu 5.:

Durch Berührung des Gaumensegels im Rachen wird bei gesunden Patienten ein Würgereflex ausgelöst. Dieser ist ebenfalls eine natürliche Schutzreaktion des Körpers. Selbst bei bewusstlosen Patienten ist dieser Reflex auslösbar durch endotracheales Absaugen. Bei einem hirntoten Patienten findet keine Reaktion statt²⁹.

Nun kommt man in die Phase der Beobachtungszeit. Diese kann sich über 72 Stunden hinziehen. Die Beobachtungszeit ist abhängig von der Art der Verletzung, ob eine indirekte oder direkte Verletzung vorliegt und abhängig davon ob es sich um ein Kind oder einen Säugling handelt. Diese Beobachtungszeit kann verringert werden, in dem zusätzliche apparative Untersuchungen durchgeführt werden. Bei Kindern unter 2 Jahren und bei Säuglingen wird allerdings eine Beobachtungszeit von bis zu 72 Stunden benötigt und zusätzliche apparative Untersuchungen werden durchgeführt. Zu den apparativen Untersuchungen gehören das Null - Linien - EEG, die erloschenen evozierten Potentiale und der zerebrale Zirkulationsstillstand. Der Atem- (Apnoe) Test wird erst dann durchgeführt, wenn alle Hirnstammreflexe ausgefallen sind. Die Angiographie ist eine weitere Methode, bei der mit Hilfe eines Kontrastmittels der Blutfluss im Gehirn dargestellt wird. Diese Art findet jedoch immer weniger Zuspruch aufgrund der bestehenden Risiken.

- 6. EEG
- 7. Evozierte Potentiale
- 8. Apnoetest

Zu 6.:

Unsere Hirnrinde und die darunter liegenden Hirnstrukturen liefern eine elektrische Aktivität. Diese kann man in einem Elektroenzephalogramm (EEG) sichtbar machen. Bei einem hirntoten Patienten fallen jegliche elektrische

²⁸ Vgl. Arbeitsblätter Arbeitskreis Organspende (2002), S. 20

²⁹ Vgl. Arbeitsblätter Arbeitskreis Organspende (2002), S. 20

Aktivitäten aus und man kann eine Nulllinie sehen. Besondere Ableitungsbedingungen sind zum Schreiben des Null – Linien - EEG erforderlich. Die Untersuchung muss mindestens über 30 Minuten durchgeführt werden. Sie ist allein nicht beweiskräftig genug, sondern nur ein Bestandteil der Hirntoddiagnostik³⁰.

Zu 7.:

Die Untersuchungsmethode der evozierten Potenziale ist relativ neu. Sie stellt elektrische Reaktionen des Gehirns auf äußere Reize dar. Dabei werden aus einem normalen EEG Aktivitäten mit Hilfe eines technischen Mitteilungsverfahrens herausgefiltert. Bei den Hirnstammpotentialen wird nach akustischer Reizung die Funktion der Hörbahn vom Innenohr über weite Teile des Hirnstammes bis zum Hörzentrum wiedergespiegelt. Einen weiteren Teil der Untersuchung liefern die sensorisch evozierten Potentiale. Hierbei kann man die Antwort des Gehirns nach elektrischer Reizung eines Nerven am Handgelenk verfolgen. Der Reizleitungsweg lässt sich über das Armgeflecht, das Rückenmark sowie den Hirnstamm bis hin zur gegenseitigen Großhirnhälfte verfolgen. Bei einem hirntoten Patienten fehlen diese Antwortpotentiale im Hirnstamm und im Großhirn³¹.

Zu 8.:

Bei einem Apnoetest wird der Patient mit 100 % Sauerstoff beatmet, wodurch eine übermäßig hohe Sauerstoffkonzentration im Blut erreicht wird. Mit Hilfe eines SPO 2 Mess-Sensors wird der Sauerstoffgehalt im Blut kontinuierlich überwacht. Bei einer reduzierten Ausatmung, die durch das Verstellen des Beatmungsgerätes erreicht wird, steigt der Kohlendioxidgehalt im Blut an. Mit Hilfe von Blutgasanalysen kann dieser Vorgang überwacht werden. In den Hirntodrichtlinien ist ein Wert festgelegt, der erreicht werden muss, um diesen Test durchzuführen. Wenn man diesen Wert erreicht hat, kann man von einer ausreichenden Aktivierung des Atemzentrums im Hirnstamm ausgehen³². Man erwartet einen eigenen Atemantrieb aufgrund des angestiegenen Kohlendioxidwertes. Setzt die Eigenatmung in dieser Zeit nicht ein, kann man von einem

³⁰ Vgl. Arbeitsblätter Arbeitskreis Organspende (2002), S. 22

³¹ Vgl. Arbeitsblätter Arbeitskreis Organspende (2002), S. 22

³² Vgl. Arbeitsblätter Arbeitskreis Organspende (2002), S. 22

vollständigen, nicht mehr wiederherstellbaren Ausfalls des Atemzentrums ausgehen. Dieser Test sollte erst nach einem vorliegenden Null – Linien - EEG durchgeführt werden³³.

7.2. Pflege eines hirntoten Patienten

Oft liegt ein Patient über einen längeren Zeitpunkt auf der Station, wird gepflegt und medizinisch behandelt. Nach einiger Zeit wird bei einer Routinekontrolle festgestellt, dass der Patient lichtstarre Pupillen hat. Mit Hilfe der diagnostischen Methoden, die im vorigen Kapitel beschrieben worden sind, wird der Hirntod festgestellt. Wenn die Diagnose „Hirntod“ gesichert ist, wird geprüft, ob der Patient als Organspender in Frage kommt. Existiert kein Organspendepass oder eine entsprechende Patientenverfügung, werden die nächsten Angehörigen gefragt, ob eine Organentnahme möglich ist. Wenn dies der Fall ist, werden die intensivmedizinischen Überwachungen weiterhin durchgeführt. Hierzu gehören das Monitoring, die Überwachung der Beatmungsparameter, ständige Blutgasanalysen, die kontinuierliche Ausscheidung des Patienten sowie Blutuntersuchungen, zu denen unter anderem die HIV- und Hepatitisserologie gehören. Um die Spenderorgane nicht zu schädigen ist eine ausreichende Sauerstoffversorgung und eine gute Perfusion der Organe zu gewährleisten. Der Patient kommt in eine Oberkörperhochlagerung von 30°. Oft ist es so, dass aufgrund neurologischer Störungen das zentrale Kreislaufregulationszentrum und das Temperaturzentrum beschädigt sind. In diesem Fall muss die Temperatur gesenkt und der Blutdruck mit kreislaufunterstützenden Medikamenten (Katecholamine) gehalten werden. Meist wird mit einem Peep beatmet. Dieser kann sich gegebenenfalls auf den ZVD-Wert und somit auch auf den Blutdruck auswirken³⁴. Durch den erhöhten Druck auf die Vena Cava, kommt es zu einem Rückstau und dadurch zu einer Hypotonie. Weitere wesentliche Bestandteile der Überwachung sind die Kontrollen des Blutzuckers und der Elektrolyte. Zur Operationsvorbereitung muss ein aktuelles EKG, ein Röntgen - Thorax sowie eine erweiterte Blutgruppenbestimmung durchgeführt werden.

³³ Vgl. Arbeitsblätter Arbeitskreis Organspende (2002), S. 21

³⁴ Vgl. Kristina Schröder (2000), S. 40 ff.

Auf eine kontinuierliche und konstante Dokumentation ist zu achten. Ebenso darauf, dass die Krankenakte die Todesbescheinigung, das Hirntodprotokoll und die Patientenverfügung bzw. die Einwilligungserklärung zur Organspende enthält, bevor der Patient in den Operationssaal gebracht wird.

Die Erhaltung der Organqualität hat bei allen pflegerischen Maßnahmen eines hirntoten Patienten die höchste Priorität.

8. Werte und Normen in einer offenen Gesellschaft

In diesem Kapitel werde ich beschreiben, was Ethik ist und welche Probleme und Anforderungen Angehörige und Pflegende bewältigen müssen.

8.1. Ethik – Was ist das?

Ethik ist die des menschlichen Handelns hinsichtlich der sittlichen Forderung betreffende praktische Philosophie, eine seit den Griechen in mannigfachen Ansätzen und Systemen entwickelte philosophische Disziplin. Voraussetzung dafür ist stets die Freiheit und die sittliche Verantwortlichkeit des Individuums in seiner jeweiligen Situation, meist auch die Beziehung auf Gut und Böse³⁵.

Das ethische Handeln ist im einzelnen abhängig von erlebten Situation, stark geprägt durch die Erziehung und hat meistens eine individuelle Prägung. In der Kindheit durchlebte Prozesse und Erfahrungen sowie gesellschaftliche Einflüsse spielen eine wesentliche Rolle im Erwachsenenalter.

8.2. Das Betroffensein der Angehörigen

Menschen, die als Organspender in Frage kommen, nennt man postmortale Organspender. Es sind Personen, die plötzlich und unerwartet durch schwere Verletzungen oft in Folge von Verkehrsunfällen oder durch Schädel - Hirnverletzungen sterben.

Angehörige verlieren plötzlich und unwiederbringlich eine ihnen nahestehende Person. Sie sind geschockt und können diese Nachricht im ersten Moment nicht

³⁵ Das Bertelsmann Lexikon (1994), S. 2826

fassen und möchten sie nicht wahrnehmen. Die Trauer dieser Personen fällt oft unterschiedlich aus. Meist kann man Schockzustände, Ängste, Zorn oder aber auch Schuldgefühle wahrnehmen.

Die meisten Menschen können mit dem Begriff „Hirntod“ nichts anfangen. Daher kommen hier lange, ausführliche Gespräche mit dem behandelnden Arzt zum Tragen. Angehörige finden die betroffene Person auf einer Intensivstation. Es ist eine besondere Situation, ein Raum mit vielen Geräuschen, Maschinen, Spritzenpumpen, Absauggeräten und mit Sicherheit für Jeden, der nicht im Krankenhaus arbeitet, ein unangenehmer Ort. Und hier liegt ihr Angehöriger, Freund oder Bekannter, der beatmet ist. Die Haut ist rosig, der Brustkorb hebt und senkt sich und auch sonst sieht er aus, als ob er schläft. Für jeden Menschen, der in diese Situation gerät, ist es unvorstellbar und im ersten Moment nicht realistisch.

Eine intensive Betreuung durch den medizinischen als auch den pflegerischen Bereich ist notwendig. Für Gespräche steht auch jederzeit ein Seelsorger zur Verfügung. Der letzte Abschnitt eines gemeinsamen Lebens sollte hier vom Pflegepersonal respektvoll gewürdigt werden. Auch besteht die Möglichkeit, nach einer Transplantation den Angehörigen noch einmal zu sehen. Dies kann dazu beitragen sich real und klärend mit dem Tod auseinanderzusetzen. Dem Trauernden kann man das Leid nicht nehmen, dennoch kann man ihnen Nähe vermitteln und in der schweren Zeit ihr Ansprechpartner sein³⁶.

8.3. Das Betroffensein der Pflegenden

Tag ein Tag aus betreut extra geschultes Pflegepersonal unter massiven psychischen, oft auch schweren körperlichen Belastungen Patienten, dessen Krankheitsausgang bzw. -verlauf man nicht kennt. Oft über Wochen kämpft man zusammen in seinem Team um das Überleben verschiedener Menschen. Hat man einen Patienten über einen längeren Zeitraum betreut, kann sich ein persönliches Verhältnis in Form von Mitgefühl, Hoffnung und Angst entwickeln.

³⁶ Vgl. Kristina Schröder (2000), S. 38 f.

Man entwickelt einen engen, dennoch distanzvollen Kontakt zu den Angehörigen des Betroffenen.

Kommt man in die Situation, einen Patienten zu pflegen, bei dem der Hirntod festgestellt wurde, stellen sich oft Fragen wie diese: Wieviel Pflege ist noch notwendig? Spürt der Patient etwas? Wie bereite ich ihn auf die bevorstehende Explantation vor? Es ist ein nicht so oft vorkommendes Ereignis. Meist ist man unsicher, weil man den Verlauf solcher Geschehnisse nicht kennt.

Hilfe findet man möglicherweise in seinem Team, beim Seelsorger, in Gesprächsgruppen oder aber durch gut entwickelte Pflegekonzepte, die einem bei der Koordination helfen können. Man sollte auch nicht vergessen eine eigene Einstellung zum Thema Tod und Transplantation zu finden. Wenn man sich etwas mit dem Thema beschäftigt hat, es im Team besprochen hat, Weiterbildungen besucht hat, entwickelt man Bewältigungsstrategien, die einem eine gute Hilfe sein können. Immer sollte man dennoch an eins denken: Die Würde des Menschen ist unantastbar - auch über den Tod hinaus³⁷.

9. Kirche und Transplantation

In diesem Kapitel möchte ich erläutern, wie die evangelische und die katholische Kirche über das Thema „Transplantation“ denken. Die ausführlichen Äußerungen sind zur Information dem Anhang beigelegt.

9.1. Stellungnahme der katholischen Kirche

Die katholische Kirche steht nach Aussage der Deutschen Bischofskonferenz von 1990 dem Thema Organspende / Organtransplantation positiv gegenüber. Sie beschreibt es als einen medizinischen Fortschritt, der nicht aufzuhalten wäre und die katholische Kirche nicht vorhabe, diesen nicht zu akzeptieren und nicht zu tolerieren. Unter Berücksichtigung der ethischen und moralischen Gegebenheiten könne man auf diesem Wege dem Menschen ein Leiden

³⁷ Vgl. Kristina Schröder (2000), S. 39

nehmen und sein Leben verlängern. Die katholische Kirche bezeichnet es als Akt der Nächstenliebe, seinem Nächsten zu helfen.

9.2. Stellungnahme der evangelischen Kirche

Die evangelische Kirche bezeichnet ebenfalls die Organspende als Tat der Nächstenliebe über den Tod hinaus. Sie verbindet die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft mit dem heutigen Wissensstand und toleriert somit das Feststellen des Todes bei einem Organspender. Weiterhin möchte die EKD den medizinischen Fortschritt nicht aufhalten und hält das Transplantationsgesetz für einen verlässlichen, rechtlichen Rahmen. Dem kranken Menschen werde die Möglichkeit gegeben, ihre Lebensqualität zurück zu gewinnen, Leiden zu lindern und schwerkranke Menschen vor dem Tod zu bewahren. In keiner Broschüre, Stellungnahme sowie Pressemitteilung ist zu erkennen, dass die evangelische Kirche gegen eine Organspende wäre. Im Gegensatz, sie möchte in der Bevölkerung die Bereitschaft zur Organspende weiter wecken und stärken.

10. Umfrage zum Thema Transplantationsbereitschaft

Ich habe mich für eine Umfrage, die möglicherweise Aufschluss über die Transplantationsbereitschaft der Bevölkerung geben kann, entschieden. Mögliche Faktoren, die eine Transplantationsbereitschaft beeinflussen könnten, habe ich in einem Umfragebogen zusammengefasst. Anhand der Umfrage soll geklärt werden, inwiefern Faktoren wie das Alter, Geschlecht, Wohnort sowie Konfessionszugehörigkeit unter den Befragten eine wesentliche, beeinflussende Rolle spielen. Im Anhang 6 ist der Umfragebogen zur Transplantationsbereitschaft in vollständiger Länge zu sehen. Im einzelnen kann beurteilt werden, inwieweit sich die Befragten schon mit dem Thema auseinandergesetzt haben, ob ein Organspendepass vorhanden ist und welche Organe welcher Herkunft angenommen werden. Der Umfragebogen wird weiterhin Aufschluss über das Spendeverhalten und die Bereitschaft, im Krankheitsfall Organe anzunehmen, geben. Es ist interessant, zu erfahren, ob

sich die Befragten bei der Organannahme für menschliche, tierische oder genetisch gezüchtete Organe entscheiden würden. Aus schon vorhanden Umfrageergebnissen geht hervor, dass nur circa 5% der Bevölkerung in Deutschland im Besitz eines Organspendepasses sind. Unter den Befragten sollte herausgefunden werden, welches die beeinflussenden Faktoren hierfür sein könnten.

Die Umfrage wurde in Lutherstadt Wittenberg (ca. 48 000 Einwohner) und in Köln (ca.1 Million Einwohner) durchgeführt. Die Befragung fand in den Monaten März und Mai 2003 statt. Der Ort wurde an allen Terminen in der Nähe von Einkaufszentren sowie Einkaufsstraßen gewählt.

- In Lutherstadt Wittenberg in der Lerchenbergstraße vor dem Kauflandeingang
- In Köln auf der Schildergasse in Höhe des Kaufhofes.

Die Befragung insgesamt zog sich über 12 Stunden hin. Sie wurde von zwei Personen durchgeführt. Insgesamt konnten 164 Umfragebögen ausgefüllt und ausgewertet werden.

10.1. Umfrageergebnisse

Besitz eines Organspendepasses

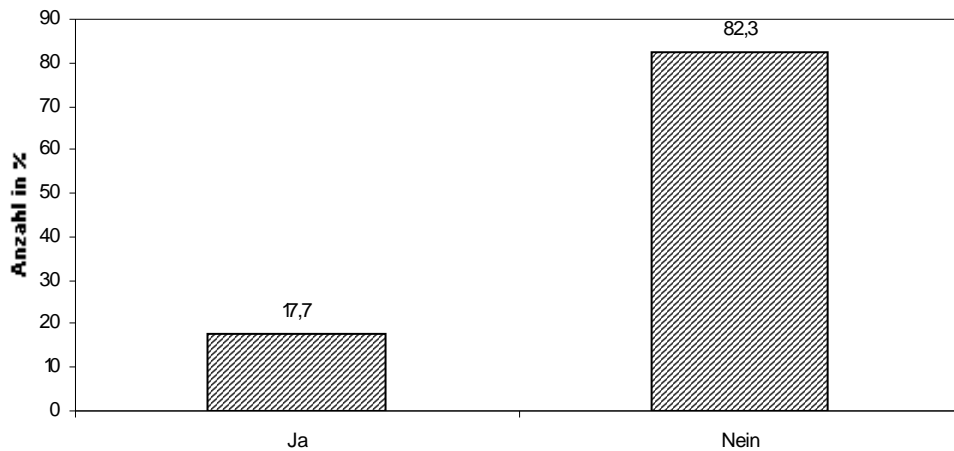


Diagramm 1: Besitz eines Organspendepasses, Quelle: eigene Darstellung

In einem Organspendepass kann jeder für sich persönlich festlegen, ob er einer Organspende zustimmt oder diese verweigert. Des weiteren kann im einzelnen festgelegt werden, für welche Organe eine Spendebereitschaft besteht.

Die Umfrage hat gezeigt, dass der Organspendepass in Deutschland nicht verbreitet ist. Lediglich 17,7 % der Befragten sind im Besitz eines solchen Passes. Auffällig war weiterhin, dass von der Möglichkeit mit Hilfe des Organspendepasses eine eventuelle Organspende zu verweigern, so gut wie kein Gebrauch gemacht wird. Lediglich 3,4 % der Besitzer eines Organspendepasses nutzen diese Möglichkeit.

Bereitschaft, Organe anzunehmen

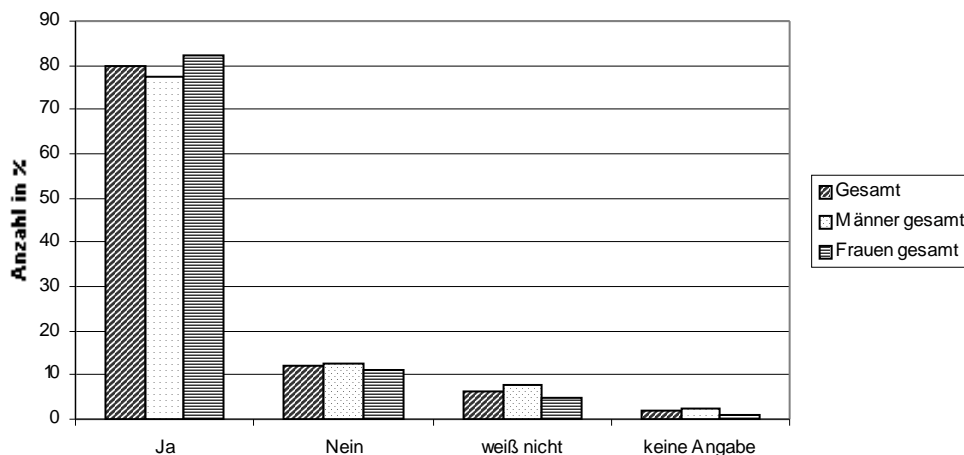


Diagramm 2: Bereitschaft, Organe anzunehmen, Quelle: eigene Darstellung

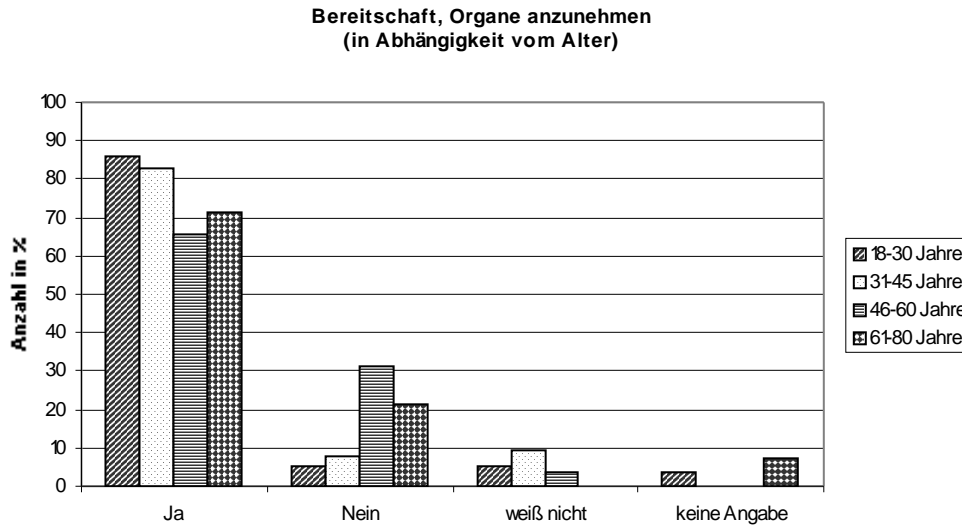


Diagramm 3: Bereitschaft, Organe anzunehmen in Abhängigkeit vom Alter, Quelle: eigene Darstellung

Die Bereitschaft der Befragten, Organe im Krankheitsfall anzunehmen, ist groß. Zwischen Frauen und Männer sind keine gravierenden Unterschiede festzustellen. Bei den Frauen sind es 82,4 % und bei den Männern sind es noch 77,2 % der Befragten, die bereit wären Organe anzunehmen. In der Gesamtheit aller Befragten sind 79,9 % bereit Organe anzunehmen.

Bei der Auswertung im zweiten Diagramm, bei dem ich im einzelnen das Alter berücksichtigt habe, ist festzustellen, dass in den jüngeren Altersklassen die 18-30-jährigen mit 86,0 % sowie die 31-45-jährigen mit 82,6 % deutlich über dem Durchschnitt der älteren Generationen der 46-60-jährigen mit 65,5 % und auch der 61-80-jährigen mit 71,4 % in der Bereitschaft liegen, Organe anzunehmen. Hier würden 31 % der 45-60-jährigen und 21,4 % der 61-80-jährigen keine Organe annehmen. Eine geringe Anzahl von 6,1 % der Befragten sind unentschlossen, Organe anzunehmen.

Die Bereitschaft Organe zu spenden, lässt sich im Diagramm 4 sehr gut erkennen. Somit ist festzustellen, dass die Gesamtheit aller Befragten, nämlich 76,8 %, Organe spenden würden. Unter den befragten Männern sind es insgesamt 73,4 % und unter den befragten Frauen 80,0 %, die Organe spenden würden.

Bereitschaft, Organe zu spenden

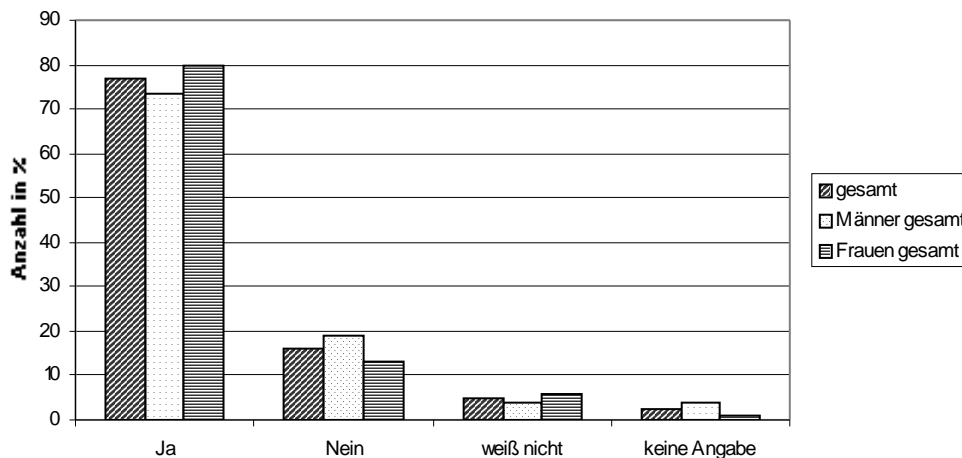


Diagramm 4: Bereitschaft, Organe zu spenden
Quelle: eigene Darstellung

Nur ein ganz geringer Prozentsatz von insgesamt 4,9 % weiß nicht, ob er Organe spenden würde. Die Gesamtheit von 2,4 % aller Befragten hat bei dieser Frage keine Angaben gemacht.

Im Diagramm 5 kann man sehr gut sehen, dass bei der Bereitschaft, Organe zu spenden, das Alter eine wesentliche Rolle spielt. Somit ist festzustellen, dass bei den Befragten in der Altersklasse „46-60 Jahre“ der Prozentsatz bei 55,2 % und somit weit unter dem Durchschnitt von 78,9 % bei den 18-30-jährigen und 82,8 % bei den 31-45-jährigen liegt. Die Differenz in der Bereitschaft kann jedoch zufällig bedingt sein, da die entsprechende Teilgruppe relativ klein und nicht repräsentativ ist.

**Bereitschaft, Organe zu spenden
(in Abhängigkeit vom Alter)**

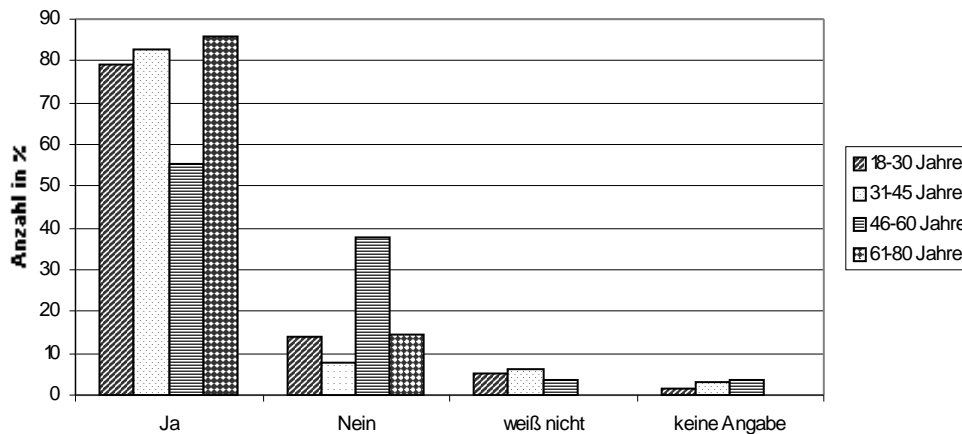


Diagramm 5: Bereitschaft, Organe zu spenden, in Abhängigkeit vom Alter
Quelle: eigene Darstellung

Sehr deutlich zu sehen ist, dass die Gruppe der befragten 61-80-jährigen bei einer Organspendebereitschaft bei 85,7 % liegt. Bei den Angaben „weiß nicht“ und „keine Angabe“ gab es jeweils nur einen geringen Prozentsatz zu registrieren.

Im Diagramm 6 wurde beurteilt, von welcher Herkunft die Befragten Organe annehmen würden. Die Gesamtheit aller Befragten würde Organe menschlichen Ursprungs zu 98,9% annehmen. Darunter unterteilt würden 100 % der männlichen Befragten und 97,3 % der weiblichen Befragten menschliche Organe annehmen. Einen geringen Unterschied gibt es in der Gesamtheit der Befragten bei der Annahme von tierischen Organen, nämlich 36,2 % und der Annahme von genetisch gezüchteten Organen von 39,0 %. Es bleibt festzuhalten, dass die Gesamtheit der Männer eher noch mit 43,9 % genetisch gezüchtete als tierische Organe mit 38,8 % annehmen würde. Bei der Gesamtheit der weiblichen Befragten ist der Prozentsatz des Unterschiedes eher gering. Es entschieden sich 33,8 % für tierische und 35,1 % für genetisch gezüchtete Organe.

Organe welcher Herkunft würden Sie annehmen?
(Mehrfachantwort möglich)

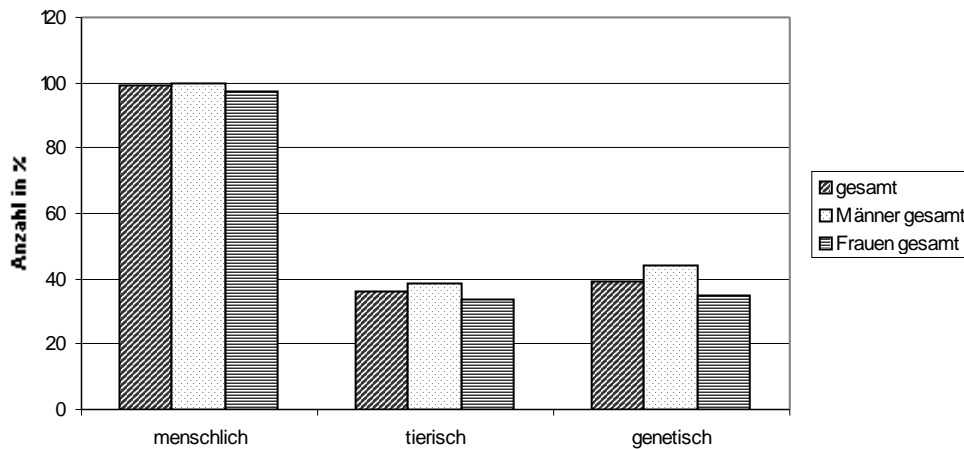


Diagramm 6: Organe welcher Herkunft würden Sie annehmen?
Quelle: eigene Darstellung

Im Diagramm 7 kann man feststellen, dass es bei der Annahme von menschlichen Organen kaum Unterschiede zu verzeichnen gibt. Somit liegen alle Altersgruppen bei 100 %, ausgenommen der Altersgruppe der 31-45-jährigen, die bei 96,7 % liegt. Sehr deutlich grenzt sich die Altersgruppe der

Organe welcher Herkunft würden Sie annehmen?
(in Abhängigkeit vom Alter, Mehrfachantwort möglich)

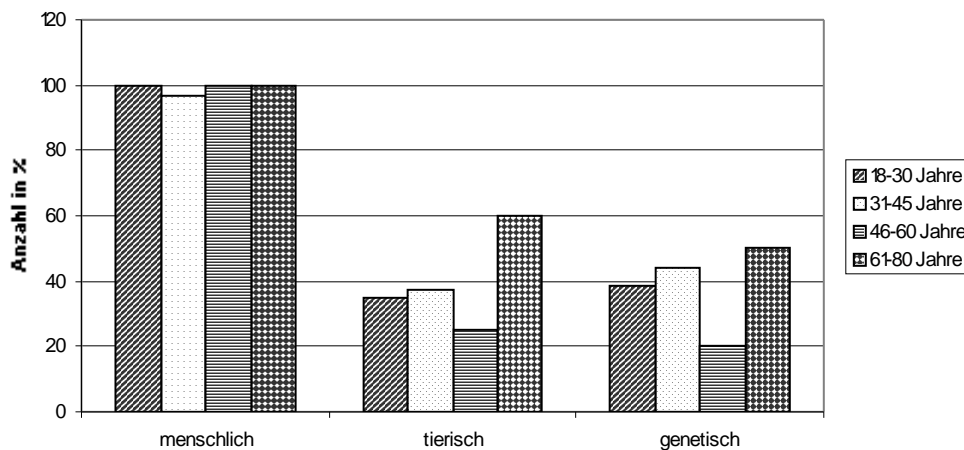


Diagramm 7: Organe welcher Herkunft würden Sie annehmen?
Quelle: eigene Darstellung

61-80-jährigen ab bei der Frage ob sie tierische 60 % oder genetisch gezüchtete Organe 50 % annehmen würde. Immerhin würden von der Altersgruppe der 16-30-jährigen noch 34,6 % tierische und 38,5 % genetisch gezüchtete Organe annehmen. Etwas über dem Durchschnitt der vorherigen Alters-

gruppe liegt die Altersklasse der 31-45-jährigen. Von ihnen würden 37,3 % tierische und 44,1 % genetisch gezüchtete Organe annehmen. Dennoch ist zu sehen, dass von der Gruppe der 46-60-jährigen deutlich weniger bereit wären, tierische 25% und genetisch gezüchtete Organe 20 % anzunehmen.

Im Diagramm 8 sollte herausgefunden werden, was die Gründe für die geringe Transplantationsbereitschaft in Deutschland sein könnten. Sehr gut kann man sehen, dass die Angabe „Ängste vor ärztlichen Fehldiagnosen“ eine große Rolle spielte. Somit denkt die Gesamtheit aller Befragten 61,6 %, dass die Ängste vor ärztlichen Fehldiagnosen der Grund sein könnten. Daran schließen sich 50,6 % der Männer und 71,8 % der Frauen an. Nur eine Gesamtheit von

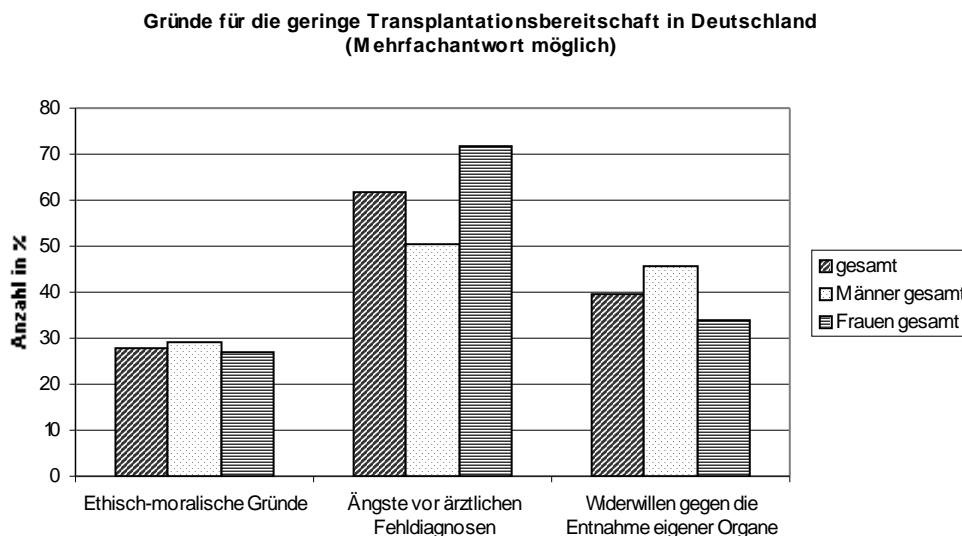


Diagramm 8: Gründe für die geringe Transplantationsbereitschaft in Deutschland
Quelle: eigene Darstellung

28,0 % der Befragten und 29,1 % der Männer sowie 27,1 % der Frauen meinen, dass ethische und moralische Gründe dafür verantwortlich sein könnten. Sehr interessant ist die Auswertung des dritten Punktes. Hier denken 45,6 % der befragten Männer, dass aufgrund des Widerwillens, eigene Organe zu entnehmen, so wenig Menschen bereit zu einer Transplantation sind. Nur 34,1 % der befragten Frauen schließen sich der Meinung an. Dies entspricht dann einer Gesamtheit von 39,6 % aller Befragten.

**Bereitschaft, Organe anzunehmen
(in Abhängigkeit der Religionszugehörigkeit)**

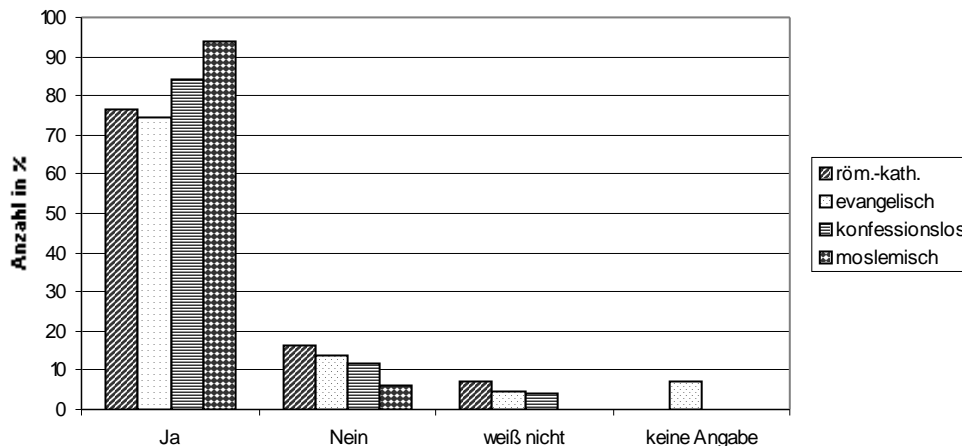


Diagramm 9: Bereitschaft, Organe anzunehmen in Abhängigkeit der Religionszugehörigkeit
Quelle: eigene Darstellung

Im Diagramm 9 ist erkennbar, dass es zwischen der evangelischen und der römisch-katholischen Kirche nur einen geringen Unterschied in der Bereitschaft, Organe anzunehmen, gibt. Somit sind 72,1 % der Katholiken und 70,0 % der Protestanten bereit, Organe anzunehmen. Bei den konfessionslosen Personen sind 84,3 % bereit, Organe anzunehmen. Auch würden 93,8 % der Muslime Organe annehmen.

Diagramm 10 zeigt den Einfluss der Religion auf die Bereitschaft, Organe zu spenden. Gut erkennbar ist, dass es im Vergleich zum vorigen Diagramm 9 kaum einen Unterschied gibt. Somit sind 93,8 % der befragten Muslime bereit, Organe zu spenden. Der Unterschied zwischen der evangelischen und römisch-katholischen Kirche beträgt gerade 2,1 %. Die Bereitschaft, Organe zu spenden, liegt bei den Konfessionslosen bei 84,1 %. Immerhin 11,8 % der Protestanten wissen nicht, wie sie sich entscheiden würden.

**Bereitschaft, Organe zu spenden
(in Abhängigkeit der Religionszugehörigkeit)**

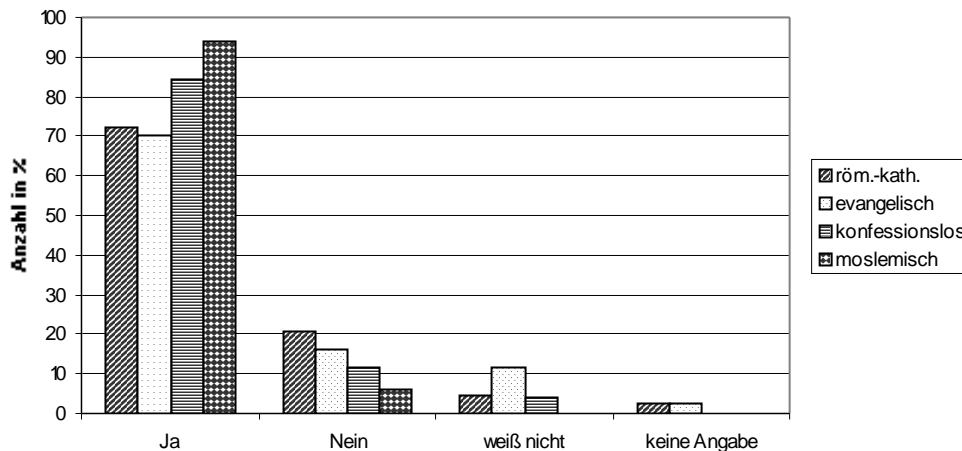


Diagramm 10: Bereitschaft, Organe zu spenden in Abhängigkeit der Religionszugehörigkeit
Quelle: eigene Darstellung

Bei den Katholiken verweigerten 20,9 % die Organspende. 16,3 % der Protestanten und 11,8 % der Konfessionslosen waren ebenfalls dieser Meinung. Bei den Muslime waren es nur 6,2 %, die sich für ein Nein entschieden haben.

Im Diagramm 11 kann man deutlich erkennen, dass alle Muslime menschliche und genetisch gezüchtete Organe annehmen würde, aber keiner ein tierisches Organe. Zwischen den beiden christlichen Konfessionen gibt es keinen Unterschied bei der Annahme von menschlichen Organen. Alle Befragten wären hierzu bereit. Die Konfessionslosen waren nur zu 88,9 % dazu bereit. 52,8 % der Katholiken und 34,9 % der Protestanten sowie 35,6 % der

Organe welcher Herkunft würden Sie annehmen?
(in Abhängigkeit der Religionszugehörigkeit, Mehrfachantwort möglich)

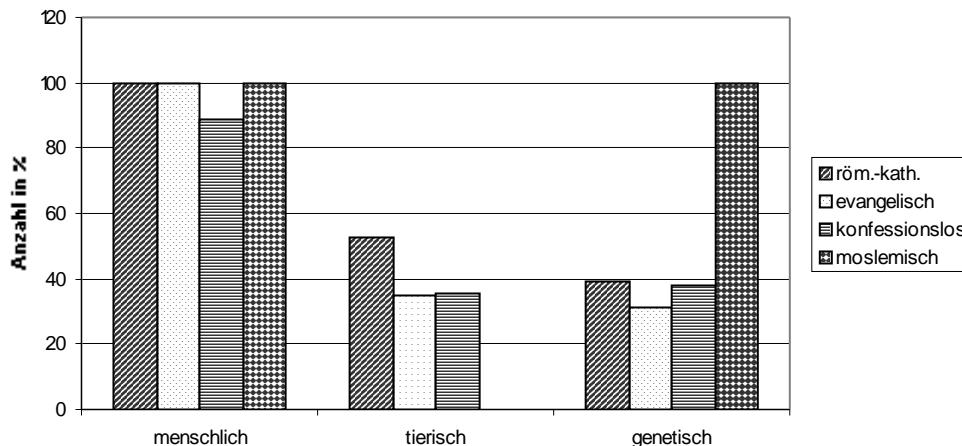


Diagramm11: Organe welcher Herkunft würden Sie annehmen? (in Abhängigkeit der Religionszugehörigkeit)
Quelle: eigene Darstellung

Konfessionslosen würden tierische Organe annehmen. Bei 38,9 % der Katholiken und 31,4 % der Protestanten ist zu verzeichnen, dass sie genetisch gezüchtete Organe annehmen würden. Die Gruppe der Konfessionslosen würde zu 37,8 % genetisch gezüchtete Organe annehmen.

Gut zu erkennen ist, dass die Gruppe der Muslime zu 100 % genetisch gezüchtete Organ, aber keine tierischen Organe, annehmen würde.

10.2. Bewertung der Umfrageergebnisse

Die meisten der befragten Personen haben keinen Organspendepass, dennoch würde der größte Teil, Organe spenden. Keine wesentliche Rolle spielt die Religionszugehörigkeit bei der Entscheidung, Organe zu spenden. Unterschiede gibt es, wie man im vorigen Kapitel sehen kann, nur zwischen den Altersgruppen und deren Entscheidungen. Der größte Teil der Befragten würde sowohl menschliche, tierische als auch genetisch gezüchtete Organe annehmen. Aus der Gruppe der Muslime geht eindeutig hervor, dass sie keine tierischen Organe annehmen würden. Bei der Entscheidung, welche Organe die befragten Personen spenden oder annehmen würden, haben sich die meisten für alle Organe entschieden. Die Gruppe der Personen, die sich speziell für bestimmte Organe entschieden hat, habe ich nicht im Diagramm dargestellt, da

sie gering ist. Interessant war, herauszufinden, dass der überwiegende Teil der Befragten bei dem Grund, warum die Transplantationsbereitschaft in Deutschland so gering sei, die Ängste vor ärztlichen Fehldiagnosen genannt hat. Hieran ist eindeutig zu erkennen, dass die meisten der befragten Personen nicht genug darüber aufgeklärt sind, was Hirntod ist und wie er festgestellt wird. Die meisten sagten am Ende der Befragung, dass sie denken, möglicherweise nicht hirntot zu sein und ein Arzt dieses nicht genau diagnostizieren kann. Es war für mich sehr interessant, die Bevölkerung zu befragen und deren Standpunkt zu ermitteln.

11. Interview mit einer betroffenen Person

Am Freitag, den 13.06.2003 habe ich mich mit einer betroffenen Person, einem Mann aus meinem Bekanntenkreis zusammengesetzt. In einem Interview, das in seinem Haus stattgefunden hat, haben wir uns circa zwei Stunden über die Situation vor seiner Erkrankung und über sein derzeitiges Leben mit einem Spenderorgan unterhalten. Der Mann wirkte sehr aufgeschlossen und gesprächsbereit. Das Interview wurde ohne technische Aufzeichnungsgeräte durchgeführt.

11.1. Beschreibung der Lebenssituation

Bei meinem Gesprächspartner handelte es sich um einen 52-jährigen Mann. Vor circa zwanzig Jahren musste Herr O. sich einem Routineeingriff unterziehen. In der postoperativen Phase gab es Schwierigkeiten, die sich wie folgt äußerten: Der Patient hatte starke Schmerzen im Operationsgebiet, das stark angeschwollen war. Des weiteren konnte man einen raschen Hb-Abfall feststellen. Herr O. musste nochmals operiert werden. Aufgrund des hohen Blutverlustes wurde ihm Fremdblut verabreicht. Nach einiger Zeit stellte sich heraus, dass der Patient sich möglicherweise bei diesem Krankenhausaufenthalt mit dem Hepatitis C Virus infiziert hat.

Lange Zeit lebte der Patient ohne jegliche Einschränkungen. Bei den routinemäßigen Blutabnahmen waren immer erhöhte Leberwerte zu

verzeichnen, die allerdings über Jahre stabil waren. Da die Blutwerte sich nicht verschlechterten, ging Herr O. vier Jahre nicht mehr zum Arzt. Nun zog sich der Patient einen Bandscheibenvorfall zu und wurde im Krankenhaus untersucht. Der Arzt stellte anhand einiger Untersuchungen sofort fest, dass Herr O. an einer schweren Lebererkrankung leidet. Die Diagnose hieß Leberzirrhose. Ihm wurde mitgeteilt, dass nur noch eine Spenderleber und somit eine Transplantation sein Leben retten könne. Nach kurzer Überlegung ließ sich Herr O. auf die Liste für Spenderorgane setzen. Von nun an reduzierte sich seine Lebensqualität von Tag zu Tag. Herr O. hatte Aszites, Wasser in den Armen und Beinen und vor allem im Gesicht. Mit einer Interferonbehandlung versuchte man die Viren zu reduzieren. Durch diese Behandlung bekam Herr O. Probleme mit seiner Haut. Sie löste sich in Fetzen ab und juckte stark. Er beschrieb es als einen Zustand, der schlimmer sei als das Durstgefühl. Mehrere Hautärzte besuchte er, doch keiner konnte ihm helfen. Ein Hautarzt hat ihm eine Salbe verschrieben, deren Substanz der Patient wie Kalk beschrieb. Am Abend musste er alle betroffenen Hautpartien damit einreiben. Er schwitzte dadurch stark und am Morgen musste er sich unter Schmerzen diese Substanz vom Körper duschen. Der Patient hatte damals ein Gewicht von 92 kg bei einer Größe von circa 1,75 m. Herr O. arbeitete damals unter schwierigen Umständen, denn er sagte, dass er sich kaum noch konzentrieren konnte, sein Gedächtnis nicht mehr das alte war und er meist erschöpft und müde war. Er beschrieb seinen Zustand, auf einen längeren Zeitraum gesehen, als unerträglich. Herr O. hatte Glück, er musste nur circa 8 Monate auf eine Spenderleber warten. Am 28.12.1999 erhielt er einen Anruf des Klinikums Köln-Merheim, dass er sich sofort ins Krankenhaus begeben solle, da man möglicherweise ein Spenderorgan für ihn habe. Alle Blutwerte sowie die Größe des Organs stimmten überein. Am 28.12.1999 wurde Herr O. erfolgreich transplantiert.

11.2. Schlussbetrachtung und Eigeneinschätzung der Situation

Im Interview beschrieb Herr O. seine Situation vor und nach der Transplantation sehr realistisch und glaubwürdig. In der Beschreibung des Interviews habe ich mich lediglich auf die Lebenssituation von Herrn O. beschränkt. Herr O. erteilte mir die Erlaubnis, über unser Gespräch zu schreiben und dies in meiner Facharbeit zu veröffentlichen.

In diesem Gespräch wurde mir klar, in welcher unausweichlichen Situation sich der Patient befunden hat. Es ging mir sehr nah, wie er sein Leid und seine Gedanken, keinen Ausweg zu finden, beschrieben hat. Ich war sehr erstaunt, wie gut es dem Patienten heute geht. Er ist ein aufgeschlossener, humorvoller und freundlicher Mann. Er wiegt zum heutigen Zeitpunkt 71 kg. Herr O. fährt täglich Rennrad, manchmal sogar bis zu 160 km pro Tag. Er muss eine Medikamentenkombination einnehmen, bei der es sich am Morgen um sieben Tabletten und am Abend um drei Tabletten handelt. Alle sechs Wochen hat er einen Arzttermin, um seinen Zustand kontrollieren zu lassen. Somit ist festzustellen, dass seine jetzige Lebensqualität nach dieser Organspende nicht mehr zu vergleichen ist mit seinem vorherigen Zustand. Herr O. kann seine Dankbarkeit kaum ausdrücken. Er ist sehr froh, dass es Menschen gibt, die sich im Leben Gedanken über ihre Zukunft machen und Träger eines Organspendepasses sind.

12. Schlusswort

Anhand der Ergebnisse meiner Arbeit kann man sehen, wie vielfältig die Transplantationsmedizin und die Entwicklung verschiedener Möglichkeiten z.B. die Xenotransplantation ist. Die Entwicklung ist nicht mehr wegzudenken und der medizinische Fortschritt nicht mehr aufzuhalten.

Dennoch bestehen Probleme bei dem Thema „Organspende“, wie in meiner Arbeit deutlich wurde. Bei meiner Umfrage konnte ich feststellen, wie viele Menschen sich noch nie mit dem Thema „Hirntod“ beschäftigt haben. Es besteht eine Unwissenheit durch alle Altersklassen hinweg. Ein wichtiges Ergebnis war, dass im Jahr 2003 viele Menschen die Begriffe „Organtransplantation“ und „Organspendepass“ als unwichtig ansehen, nicht aufgeklärt sind oder oft nicht wissen, dass, mit den Organen eines hirntoten Patienten anderen Menschen geholfen werden kann.

Meine Arbeit sollte zeigen, dass es noch Schwachpunkte gibt, welche vorwiegend im Bereich der Aufklärung liegen. So zeigen meine Umfrageergebnisse, dass die meisten Befragten keinen Organspendepass haben, dennoch aber Organe spenden würden.

Die Aufgabe einer flächendeckenden Aufklärung liegt bei den dafür zuständigen Institutionen, wie zum Beispiel dem Gesundheitsamt, der Bundesbehörde für gesundheitliche Aufklärung oder aber der Bundesregierung. Ein weiterer Schritt wäre eine Gesetzgebung, wie sie in anderen Ländern schon praktiziert wird. Nur wenn jeder Mensch als potenzieller Organspender zählt, es sei denn, er hat es ausdrücklich im Organspendepass ausgeschlossen, eigene Organe zu entnehmen, kann man erreichen, dass sich die meisten Menschen mit diesem Thema auseinandersetzen.

Deutlich kann man anhand des Interview erkennen, welchen Erfolg die Transplantationsmedizin heute haben kann und wie vielen Menschen man helfen könnte, wenn man ausreichend Organe zur Verfügung hätte.

Literaturverzeichnis

Arbeitskreis Organspende, Mit Herz und Verstand über Organspende reden, Neu Isenburg, 2002.

Das Bertelsmann Lexikon, Stuttgart, 1994

Organtransplantation, Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Hannover, 1990

Grimm, Helmut, Xenotransplantation, Stuttgart, 2003

Larsen R., Anästhesie und Intensivmedizin, Berlin, 1997

Latasch, L., Ruck, K., Seiz, W., Anästhesie Intensivmedizin Intensivpflege
Stuttgart, 2000

Schröder, Kristina, Organtransplantation, Stuttgart, 2000

Internetlinks:

www.robtorotondo.de/rotondo/hirntod_transplantation/transplantationsgesetz.html, Zugriff am 15. April 2003

www.imrl.lu/comenius/saarlouis/1999/organ_spende/kirche2130_ds.pdf, Zugriff am 20. April 2003

Anhang

Anhang 1 Das Transplantationsgesetz

Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz - TPG)

Erster Abschnitt
Allgemeine Vorschriften

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Dieses Gesetz gilt für die Spende und die Entnahme von menschlichen Organen, Organteilen oder Geweben (Organe) zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen sowie für die Übertragung der Organe einschließlich der Vorbereitung dieser Maßnahmen. Es gilt ferner für das Verbot des Handels mit menschlichen Organen.

(2) Dieses Gesetz gilt nicht für Blut und Knochenmark sowie embryonale und fetale Organe und Gewebe.

§ 2

Aufklärung der Bevölkerung, Erklärung zur Organspende, Organspenderegister, Organspendeausweise

(1) Die nach Landesrecht zuständigen Stellen, die Bundesbehörden im Rahmen ihrer Zuständigkeit, insbesondere die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, sowie die Krankenkassen sollen auf der Grundlage dieses Gesetzes die Bevölkerung über die Möglichkeiten der Organspende, die Voraussetzungen der Organentnahme und die Bedeutung der Organübertragung aufklären. Sie sollen auch Ausweise für die Erklärung zur Organspende (Organspendeausweise) zusammen mit geeigneten Aufklärungsunterlagen bereithalten. Die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen stellen diese Unterlagen in regelmäßigen Abständen ihren Versicherten, die das sechzehnte Lebensjahr vollendet haben, zur Verfügung mit der Bitte, eine Erklärung zur Organspende abzugeben.

(2) Wer eine Erklärung zur Organspende abgibt, kann in eine Organentnahme nach § 3 einwilligen, ihr widersprechen oder die Entscheidung einer namentlich benannten Person seines Vertrauens übertragen (Erklärung zur Organspende). Die Erklärung kann auf bestimmte Organe beschränkt werden. Die Einwilligung und die Übertragung der Entscheidung können vom vollendeten sechzehnten, der Widerspruch kann vom vollendeten vierzehnten Lebensjahr an erklärt werden.

(3) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates einer Stelle die Aufgabe übertragen, die Erklärungen zur Organspende auf Wunsch der Erklärenden zu speichern und darüber berechtigten Personen Auskunft zu erteilen (Organspenderegister). Die gespeicherten personenbezogenen Daten dürfen nur zum Zwecke der Feststellung verwendet werden, ob bei demjenigen, der die Erklärung abgegeben hatte, eine Organentnahme nach § 3 oder § 4 zulässig ist. Die Rechtsverordnung regelt insbesondere *die für die Entgegennahme einer Erklärung zur Organspende oder für deren Änderung zuständigen öffentlichen Stellen (Anlaufstellen), die Verwendung eines Vordrucks, die Art der darauf anzugebenden Daten und die Prüfung der Identität des Erklärenden,*

die Übermittlung der Erklärung durch die Anlaufstellen an das Organspenderegister sowie die Speicherung der Erklärung und der darin enthaltenen Daten bei den Anlaufstellen und dem Register, die Aufzeichnung aller Abrufe im automatisierten Verfahren nach § 10 des Bundesdatenschutzgesetzes sowie der sonstigen Auskünfte aus dem Organspenderegister zum Zwecke der Prüfung der Zulässigkeit der Anfragen und Auskünfte,

die Speicherung der Personendaten der nach Absatz 4 Satz 1 auskunftsberechtigten Ärzte bei dem Register sowie die Vergabe, Speicherung und Zusammensetzung der Codenummern für ihre Auskunftsberechtigung, die Löschung der gespeicherten Daten und die Finanzierung des Organspenderegisters.

(4) Die Auskunft aus dem Organspenderegister darf ausschließlich an den Erklärenden sowie an einen von einem Krankenhaus dem Register als auskunftsberechtigt benannten Arzt erteilt werden, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe des möglichen Organspenders beteiligt ist und auch nicht Weisungen eines Arztes untersteht, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. Die Anfrage darf erst nach der Feststellung des Todes gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 erfolgen. Die Auskunft darf nur an den Arzt weitergegeben werden, der die Organentnahme vornehmen soll, und an die Person, die nach § 3 Abs. 3 Satz 1 über die beabsichtigte oder nach § 4 über eine in Frage kommende Organentnahme zu unterrichten ist.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch allgemeine Verwaltungsvorschrift mit Zustimmung des Bundesrates ein Muster für einen Organspendeausweis festlegen und im Bundesanzeiger bekanntmachen.

Zweiter Abschnitt

Organentnahme bei toten Organspendern

§ 3

Organentnahme mit Einwilligung des Organspenders

(1) Die Entnahme von Organen ist, soweit in § 4 nichts Abweichendes bestimmt ist, nur zulässig, wenn

der Organspender in die Entnahme eingewilligt hatte, der Tod des Organspenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist und der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

(2) Die Entnahme von Organen ist unzulässig, wenn *die Person, deren Tod festgestellt ist, der Organentnahme widersprochen hatte, nicht vor der Entnahme bei dem Organspender der endgültige, nicht behebbare Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach Verfahrensregeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist.*

(3) Der Arzt hat den nächsten Angehörigen des Organspenders über die beabsichtigte Organentnahme zu unterrichten. Er hat Ablauf und Umfang der Organentnahme aufzuzeichnen. Der nächste Angehörige hat das Recht auf Einsichtnahme. Er kann eine Person seines Vertrauens hinzuziehen.

§ 4

Organentnahme mit Zustimmung anderer Personen

(1) Liegt dem Arzt, der die Organentnahme vornehmen soll, weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organspenders vor, ist dessen nächster Angehöriger zu befragen, ob ihm von diesem eine Erklärung zur Organspende bekannt ist. Ist auch dem Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme unter den Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Nr. 2 und 3 und Abs. 2 nur zulässig, wenn ein Arzt den Angehörigen über eine in Frage kommende Organentnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat. Der Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organspenders zu beachten. Der Arzt hat den Angehörigen hierauf hinzuweisen. Der Angehörige kann mit dem Arzt vereinbaren, daß er seine Erklärung innerhalb einer bestimmten, vereinbarten Frist widerrufen kann.

(2) Nächste Angehörige im Sinne dieses Gesetzes sind in der Rangfolge ihrer Aufzählung

Ehegatte,

volljährige Kinder,

Eltern oder, sofern der mögliche Organspender zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber,

volljährige Geschwister,

Großeltern.

Der nächste Angehörige ist nur dann zu einer Entscheidung nach Absatz 1 befugt, wenn er in den letzten zwei Jahren vor dem Tod des möglichen Organspenders zu diesem persönlichen Kontakt hatte. Der Arzt hat dies durch Befragung des Angehörigen festzustellen. Bei mehreren gleichrangigen Angehörigen genügt es, wenn einer von ihnen nach Absatz 1 beteiligt wird und eine Entscheidung trifft; es ist jedoch der Widerspruch eines jeden von ihnen beachtlich. Ist ein vorrangiger Angehöriger innerhalb angemessener Zeit nicht erreichbar, genügt die Beteiligung und Entscheidung des nächsterreichbaren nachrangigen Angehörigen. Dem nächsten Angehörigen steht eine volljährige Person gleich, die dem möglichen Organspender bis zu seinem Tode in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahegestanden hat; sie tritt neben den nächsten Angehörigen.

(3) Hatte der mögliche Organspender die Entscheidung über eine Organentnahme einer bestimmten Person übertragen, tritt diese an die Stelle des nächsten Angehörigen.

(4) Der Arzt hat Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Beteiligung der Angehörigen sowie der Personen nach Absatz 2 Satz 6 und Absatz 3 aufzuzeichnen. Die Personen nach den Absätzen 2 und 3 haben das Recht auf Einsichtnahme. Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 5 bedarf der Schriftform.

§ 5

Nachweisverfahren

(1) Die Feststellungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 Nr. 2 sind jeweils durch zwei dafür qualifizierte Ärzte zu treffen, die den Organspender unabhängig voneinander untersucht haben. Abweichend von Satz 1 genügt zur Feststellung nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 die Untersuchung und Feststellung durch einen Arzt, wenn der endgültige, nicht behebbare Stillstand von Herz und Kreislauf

eingetreten ist und seitdem mehr als drei Stunden vergangen sind.

(2) Die an den Untersuchungen nach Absatz 1 beteiligten Ärzte dürfen weder an der Entnahme noch an der Übertragung der Organe des Organspenders beteiligt sein. Sie dürfen auch nicht Weisungen eines Arztes unterstehen, der an diesen Maßnahmen beteiligt ist. Die Feststellung der Untersuchungsergebnisse und ihr Zeitpunkt sind von den Ärzten unter Angabe der zugrundeliegenden Untersuchungsbefunde jeweils in einer Niederschrift aufzuzeichnen und zu unterschreiben. Dem nächsten Angehörigen sowie den Personen nach § 4 Abs. 2 Satz 6 und Abs. 3 ist Gelegenheit zur Einsichtnahme zu geben. Sie können eine Person ihres Vertrauens hinzuziehen.

§ 6

Achtung der Würde des Organspenders

(1) Die Organentnahme und alle mit ihr zusammenhängenden Maßnahmen müssen unter Achtung der Würde des Organspenders in einer der ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprechenden Weise durchgeführt werden.

(2) Der Leichnam des Organspenders muß in würdigem Zustand zur Bestattung übergeben werden. Zuvor ist dem nächsten Angehörigen Gelegenheit zu geben, den Leichnam zu sehen.

§ 7

Auskunftspflicht

(1) Dem Arzt, der eine Organentnahme bei einem möglichen Spender nach § 3 oder § 4 beabsichtigt, oder der von der Koordinierungsstelle (§ 11) beauftragten Person ist auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Feststellung, ob die Organentnahme nach diesen Vorschriften zulässig ist und ob ihr medizinische Gründe entgegenstehen, sowie zur Unterrichtung nach § 3 Abs. 3 Satz 1 erforderlich ist. Der Arzt muß in einem Krankenhaus tätig sein, das nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Übertragung der Organe, deren Entnahme er beabsichtigt, zugelassen ist oder mit einem solchen Krankenhaus zum Zwecke der Entnahme dieser Organe zusammenarbeitet. Die Auskunft soll für alle Organe, deren Entnahme beabsichtigt ist, zusammen eingeholt werden. Die Auskunft darf erst erteilt werden, nachdem der Tod des möglichen Organspenders gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 festgestellt ist.

(2) Zur Auskunft verpflichtet sind

Ärzte, die den möglichen Organspender wegen einer dem Tode vorausgegangenen Erkrankung behandelt hatten,

Ärzte, die über den möglichen Organspender eine Auskunft aus dem Organspenderegister nach § 2 Abs. 4 erhalten haben,

der Arzt, der bei dem möglichen Organspender die Leichenschau vorgenommen hat,

die Behörde, in deren Gewahrsam sich der Leichnam des möglichen Organspenders befindet, und

die von der Koordinierungsstelle beauftragte Person, soweit sie nach Absatz 1 Auskunft erhalten hat.

Dritter Abschnitt

Organentnahme bei lebenden Organspendern

§ 8

Zulässigkeit der Organentnahme

(1) Die Entnahme von Organen einer lebenden Person ist nur zulässig, wenn die Person

volljährig und einwilligungsfähig ist,

nach Absatz 2 Satz 1 aufgeklärt worden ist und in die Entnahme eingewilligt hat,

nach ärztlicher Beurteilung als Spender geeignet ist und voraussichtlich nicht über das Operationsrisiko hinaus gefährdet oder über die unmittelbaren Folgen der Entnahme hinaus gesundheitlich schwer beeinträchtigt wird,

die Übertragung des Organs auf den vorgesehenen Empfänger nach ärztlicher Beurteilung geeignet ist, das Leben dieses Menschen zu erhalten oder bei ihm eine schwerwiegende Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Beschwerden zu lindern,

ein geeignetes Organ eines Spenders nach § 3 oder § 4 im Zeitpunkt der Organentnahme nicht zur Verfügung steht und der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

Die Entnahme von Organen, die sich nicht wieder bilden können, ist darüber hinaus nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen.

(2) Der Organspender ist über die Art des Eingriffs, den Umfang und mögliche, auch mittelbare Folgen und Spätfolgen der beabsichtigten Organentnahme für seine Gesundheit sowie über die zu erwartende Erfolgsaussicht der Organübertragung und sonstige Umstände, denen er erkennbar eine Bedeutung für die Organspende beimißt, durch einen Arzt aufzuklären. Die Aufklärung hat in Anwesenheit eines weiteren Arztes, für den § 5 Abs. 2 Satz 1 und 2 entsprechend gilt, und, soweit erforderlich, anderer sachverständiger Personen zu erfolgen. Der Inhalt der Aufklärung und die Einwilligungserklärung des Organspenders sind in einer Niederschrift aufzuzeichnen, die von den aufklärenden Personen, dem weiteren Arzt und dem Spender zu unterschreiben ist. Die Niederschrift muß auch eine Angabe über die versicherungsrechtliche Absicherung der gesundheitlichen Risiken nach Satz 1 enthalten. Die Einwilligung kann schriftlich oder mündlich widerrufen werden.

(3) Die Entnahme von Organen bei einem Lebenden darf erst durchgeführt werden, nachdem sich der Organspender und der Organempfänger zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt haben. Weitere Voraussetzung ist, daß die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens nach § 17 ist. Der Kommission muß ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt.

Vierter Abschnitt

Entnahme, Vermittlung und Übertragung bestimmter Organe

§ 9

Zulässigkeit der Organübertragung

Die Übertragung von Herz, Niere, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Darm darf nur in dafür zugelassenen Transplantationszentren (§ 10) vorgenommen werden. Sind diese Organe Spendern nach § 3 oder § 4 entnommen worden (vermittlungspflichtige Organe), ist ihre Übertragung nur zulässig, wenn sie durch die Vermittlungsstelle unter Beachtung der Regelungen nach § 12 vermittelt worden sind. Sind vermittlungspflichtige Organe im Geltungsbereich dieses Gesetzes entnommen worden, ist ihre Übertragung darüber hinaus nur zulässig, wenn die Entnahme unter Beachtung der Regelungen nach § 11 durchgeführt wurde.

§ 10

Transplantationszentren

(1) Transplantationszentren sind Krankenhäuser oder Einrichtungen an Krankenhäusern, die nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder nach anderen gesetzlichen Bestimmungen für die Übertragung von in § 9 Satz 1 genannten Organen zugelassen sind. Bei der Zulassung nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind Schwerpunkte für die Übertragung dieser Organe zu bilden, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu sichern.

(2) Die Transplantationszentren sind verpflichtet, *Wartelisten der zur Transplantation angenommenen Patienten mit den für die Organvermittlung nach § 12 erforderlichen Angaben zu führen sowie unverzüglich über die Annahme eines Patienten zur Organübertragung und seine Aufnahme in die Warteliste zu entscheiden und den behandelnden Arzt darüber zu unterrichten, ebenso über die Herausnahme eines Patienten aus der Warteliste,*

über die Aufnahme in die Warteliste nach Regeln zu entscheiden, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht einer Organübertragung, die auf Grund der §en 11 und 12 getroffenen Regelungen zur Organentnahme und Organvermittlung einzuhalten,

jede Organübertragung so zu dokumentieren, daß eine lückenlose Rückverfolgung der Organe vom Empfänger zum Spender ermöglicht wird; bei der Übertragung von vermittlungspflichtigen Organen ist die Kenn-Nummer (§ 13 Abs. 1 Satz 1) anzugeben, um eine Rückverfolgung durch die Koordinierungsstelle zu ermöglichen,

vor und nach einer Organübertragung Maßnahmen für eine erforderliche psychische Betreuung der Patienten im Krankenhaus sicherzustellen und nach Maßgabe der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auch einen Vergleich mit anderen Transplantationszentren ermöglichen, im Rahmen ihrer Tätigkeit nach diesem

Gesetz durchzuführen; dies gilt für die Nachbetreuung von Organ Spendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 entsprechend.

(3) Absatz 2 Nr. 4 und 6 gilt für die Übertragung von Augenhornhäuten entsprechend.

§ 11

Zusammenarbeit bei der Organentnahme, Koordinierungsstelle

(1) Die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung ist gemeinschaftliche Aufgabe der Transplantationszentren und der anderen Krankenhäuser in regionaler Zusammenarbeit. Zur Organisation dieser Aufgabe errichten oder beauftragen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Koordinierungsstelle). Sie muß auf Grund einer finanziell und organisatorisch eigenständigen Trägerschaft, der Zahl und Qualifika-

tion ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Maßnahmen nach Satz 1 in Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den anderen Krankenhäusern nach den Vorschriften dieses Gesetzes durchgeführt werden. Die Transplantationszentren müssen in der Koordinierungsstelle angemessen vertreten sein.

(2) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Koordinierungsstelle regeln durch Vertrag die Aufgaben der Koordinierungsstelle mit Wirkung für die Transplantationszentren und die anderen Krankenhäuser. Der Vertrag regelt insbesondere *die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen sowie die Rahmenregelungen für die Zusammenarbeit der Beteiligten, die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch mit der Vermittlungsstelle, die Unterstützung der Transplantationszentren bei Maßnahmen zur Qualitätssicherung, den Ersatz angemessener Aufwendungen der Koordinierungsstelle für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz einschließlich der Abgeltung von Leistungen, die Transplantationszentren und andere Krankenhäuser im Rahmen der Organentnahme erbringen.*

(3) Der Vertrag nach den Absätzen 1 und 2 sowie seine Änderung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Vertrag oder seine Änderung den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entspricht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam überwachen die Einhaltung der Vertragsbestimmungen.

(4) Die Transplantationszentren und die anderen Krankenhäuser sind verpflichtet, untereinander und mit der Koordinierungsstelle

zusammenzuarbeiten. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Spender vermittlungspflichtiger Organe in Betracht kommen, dem zuständigen Transplantationszentrum mitzuteilen, das die Koordinierungsstelle unterrichtet. Das zuständige Transplantationszentrum klärt in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle, ob die Voraussetzungen für eine Organentnahme vorliegen. Hierzu erhebt das zuständige Transplantationszentrum die Personalien dieser Patienten und weitere für die Durchführung der Organentnahme und -vermittlung erforderliche personenbezogene Daten. Die Krankenhäuser sind verpflichtet, dem zuständigen Transplantationszentrum diese Daten zu übermitteln; dieses übermitteln die Daten an die Koordinierungsstelle.

(5) Die Koordinierungsstelle veröffentlicht jährlich einen Bericht, der die Tätigkeit jedes Transplantationszentrums im vergangenen Kalenderjahr nach einheitlichen Vorgaben darstellt und insbesondere folgende, nicht personenbezogene Angaben enthält:

Zahl und Art der durchgeführten Organübertragungen nach § 9 und ihre Ergebnisse, getrennt nach Organen von Spendern nach den §§ 3 und 4 sowie nach § 8,

die Entwicklung der Warteliste, insbesondere aufgenommene, transplantierte, aus anderen Gründen ausgeschiedene sowie verstorbene Patienten,

die Gründe für die Aufnahme oder Nichtaufnahme in die Warteliste, Altersgruppe, Geschlecht, Familienstand und Versichertenstatus der zu Nummer 1 bis 3 betroffenen Patienten,

die Nachbetreuung der Spender nach § 8 Abs. 3 Satz 1 und die Dokumentation ihrer durch die Organspende bedingten gesundheitlichen Risiken,

die durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach § 10 Abs. 2 Nr. 6.

In dem Vertrag nach Absatz 2 können einheitliche Vorgaben für den Tätigkeitsbericht und die ihm zugrundeliegenden Angaben der Transplantationszentren vereinbart werden.

(6) Kommt ein Vertrag nach den Absätzen 1 und 2 nicht innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Koordinierungsstelle und ihre Aufgaben.

§ 12

Organvermittlung, Vermittlungsstelle

(1) Zur Vermittlung der vermittlungspflichtigen Organe errichten oder beauftragen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Vermittlungsstelle). Sie muß auf Grund einer finanziell und organisatorisch eigenständigen Trägerschaft, der Zahl und Qualifikation ihrer Mitarbeiter, ihrer betrieblichen Organisation sowie ihrer sachlichen Ausstattung die Gewähr dafür bieten, daß die Organvermittlung nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt. Soweit sie Organe vermittelt, die außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes entnommen werden, muß sie auch gewährleisten, daß die zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft durchgeführt werden. Es dürfen nur Organe vermittelt werden, die

im Einklang mit den am Ort der Entnahme geltenden Rechtsvorschriften entnommen worden sind, soweit deren Anwendung nicht zu einem Ergebnis führt, das mit wesentlichen Grundsätzen des deutschen Rechts, insbesondere mit den Grundrechten, offensichtlich unvereinbar ist.

(2) Als Vermittlungsstelle kann auch eine geeignete Einrichtung beauftragt werden, die ihren Sitz außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes hat und die Organe im Rahmen eines internationalen Organ austausches unter Anwendung der Vorschriften dieses Gesetzes für die Organvermittlung vermittelt. Dabei ist sicherzustellen, daß die Vorschriften der §en 14 und 15 sinngemäß Anwendung finden; eine angemessene Datenschutzaufsicht muß gewährleistet sein.

(3) Die vermittlungspflichtigen Organe sind von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln. Die Wartelisten der Transplantationszentren sind dabei als eine einheitliche Warteliste zu behandeln. Die Vermittlungsentscheidung ist für jedes Organ unter Angabe der Gründe zu dokumentieren und unter Verwendung der Kenn-Nummer dem Transplantationszentrum und der Koordinierungsstelle zu übermitteln.

(4) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Vermittlungsstelle regeln durch Vertrag die Aufgaben der Vermittlungsstelle mit Wirkung für die Transplantationszentren. Der Vertrag regelt insbesondere *die Art der von den Transplantationszentren nach § 13 Abs. 3 Satz 3 zu meldenden Angaben über die Patienten sowie die Verarbeitung und Nutzung dieser Angaben durch die Vermittlungsstelle in einheitlichen Wartelisten für die jeweiligen Arten der durchzuführenden Organübertragungen, die Erfassung der von der Koordinierungsstelle nach § 13 Abs. 1 Satz 4 gemeldeten Organe, die Vermittlung der Organe nach den Vorschriften des Absatzes 3 sowie Verfahren zur Einhaltung der Vorschriften des Absatzes 1 Satz 3 und 4, die Überprüfung von Vermittlungsentscheidungen in regelmäßigen Abständen durch eine von den Vertragspartnern bestimmte Prüfungskommission, die Zusammenarbeit und den Erfahrungsaustausch mit der Koordinierungsstelle und den Transplantationszentren, eine regelmäßige Berichterstattung der Vermittlungsstelle an die anderen Vertragspartner, den Ersatz angemessener Aufwendungen der Vermittlungsstelle für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetz, eine vertragliche Kündigungsmöglichkeit bei Vertragsverletzungen der Vermittlungsstelle.*

(5) Der Vertrag nach den Absätzen 1 und 4 sowie seine Änderung bedarf der Genehmigung durch das Bundesministerium für Gesundheit und ist im Bundesanzeiger bekanntzumachen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Vertrag oder seine Änderung den Vorschriften dieses Gesetzes und sonstigem Recht entspricht. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam überwachen die

Einhaltung der Vertragsbestimmungen.

(6) Kommt ein Vertrag nach den Absätzen 1 und 4 nicht innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Gesetzes zustande, bestimmt das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Vermittlungsstelle und ihre Aufgaben.

Fünfter Abschnitt

Meldungen, Datenschutz, Fristen, Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft

§ 13

Meldungen, Begleitpapiere

(1) Die Koordinierungsstelle verschlüsselt in einem mit den Transplantationszentren abgestimmten Verfahren die personenbezogenen Daten des Organspenders und bildet eine Kenn-Nummer, die ausschließlich der Koordinierungsstelle einen Rückschluß auf die Person des Organspenders ermöglicht. Die Kenn-Nummer ist in die Begleitpapiere für das entnommene Organ aufzunehmen. Die Begleitpapiere enthalten daneben alle für die Organübertragung erforderlichen medizinischen Angaben. Die Koordinierungsstelle meldet das Organ, die Kenn-Nummer und die für die Organvermittlung erforderlichen medizinischen Angaben an die Vermittlungsstelle und übermittelt nach Entscheidung der Vermittlungsstelle die Begleitpapiere an das Transplantationszentrum, in dem das Organ auf den Empfänger übertragen werden soll. Das Nähere wird im Vertrag nach § 11 Abs. 2 geregelt.

(2) Die Koordinierungsstelle darf Angaben aus den Begleitpapieren mit den personenbezogenen Daten des Organspenders zur weiteren Information über diesen nur gemeinsam verarbeiten und nutzen, insbesondere zusammenführen und an die Transplantationszentren weitergeben, in denen Organe des Spenders übertragen worden sind, soweit dies zur Abwehr einer zu befürchtenden gesundheitlichen Gefährdung der Organempfänger erforderlich ist.

(3) Der behandelnde Arzt hat Patienten, bei denen die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe medizinisch angezeigt ist, mit deren schriftlicher Einwilligung unverzüglich an das Transplantationszentrum zu melden, in dem die Organübertragung vorgenommen werden soll. Die Meldung hat auch dann zu erfolgen, wenn eine Ersatztherapie durchgeführt wird. Die Transplantationszentren melden die für die Organvermittlung erforderlichen Angaben über die in die Wartelisten aufgenommenen Patienten nach deren schriftlicher Einwilligung an die Vermittlungsstelle. Der Patient ist vor der Einwilligung darüber zu unterrichten, an welche Stellen seine personenbezogenen Daten übermittelt werden. Duldet die Meldung nach Satz 1 oder 3 wegen der Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung des Patienten keinen Aufschub, kann sie auch ohne seine vorherige Einwilligung erfolgen; die Einwilligung ist unverzüglich nachträglich einzuholen.

§ 14

Datenschutz

(1) Ist die Koordinierungsstelle oder die Vermittlungsstelle eine nicht-öffentliche Stelle im Geltungsbereich dieses Gesetzes, gilt § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes mit der Maßgabe, daß die Aufsichtsbehörde die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz überwacht, auch wenn ihr hinreichende Anhaltspunkte für eine Verletzung dieser Vorschriften nicht vorliegen oder die Daten nicht in Dateien verarbeitet werden. Dies gilt auch für die Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch Personen mit Ausnahme des Erklärenden, an die nach § 2 Abs. 4 Auskunft aus dem Organspenderegister erteilt oder an die die Auskunft weitergegeben worden ist.

(2) Die an der Erteilung oder Weitergabe der Auskunft nach § 2 Abs. 4 beteiligten Personen mit Ausnahme des Erklärenden, die an der Stellungnahme nach § 8

Abs. 3 Satz 2, die an der Mitteilung, Unterrichtung oder Übermittlung nach § 11 Abs. 4 sowie die an der Organentnahme, -vermittlung oder -übertragung beteiligten Personen dürfen personenbezogene Daten der Organspender und der Organempfänger nicht offenbaren. Dies gilt auch für personenbezogene Daten von Personen, die nach § 3 Abs. 3 Satz 1 über die beabsichtigte oder nach § 4 über eine in Frage kommende Organentnahme unterrichtet worden sind. Die im Rahmen dieses Gesetzes erhobenen personenbezogenen Daten dürfen für andere als in diesem Gesetz genannte Zwecke nicht verarbeitet oder genutzt werden. Sie dürfen für gerichtliche Verfahren verarbeitet und genutzt werden, deren Gegenstand die Verletzung des Offenbarungsverbots nach Satz 1 oder 2 ist.

§ 15

Aufbewahrungs- und Lösungsfristen

Die Aufzeichnungen über die Beteiligung nach § 4 Abs. 4, zur Feststellung der Untersuchungsergebnisse nach § 5 Abs. 2 Satz 3, zur Aufklärung nach § 8 Abs. 2

Satz 3 und zur gutachtlichen Stellungnahme nach § 8 Abs. 3 Satz 2 sowie die Dokumentationen der Organentnahme, -vermittlung und -übertragung sind mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Die in Aufzeichnungen und Dokumentationen nach den Sätzen 1 und 2 enthaltenen personenbezogenen Daten sind spätestens bis zum Ablauf eines weiteren Jahres zu vernichten; soweit darin enthaltene personenbezogene Daten in Dateien gespeichert sind, sind diese innerhalb dieser Frist zu löschen.

§ 16

Richtlinien zum Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft

(1) Die Bundesärztekammer stellt den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien fest für
die Regeln zur Feststellung des Todes nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 und die Verfahrensregeln zur Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 einschließlich der dazu jeweils erforderlichen ärztlichen Qualifikation,
die Regeln zur Aufnahme in die Warteliste nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 einschließlich der Dokumentation der Gründe für die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme,
die ärztliche Beurteilung nach § 11 Abs. 4 Satz 2,

die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen einschließlich ihrer Dokumentation, insbesondere an

a) die Untersuchung des Organspenders, der entnommenen Organe und der Organempfänger, um die gesundheitlichen Risiken für die Organempfänger, insbesondere das Risiko der Übertragung von Krankheiten, so gering wie möglich zu halten,

b) die Konservierung, Aufbereitung, Aufbewahrung und Beförderung der Organe, um diese in einer zur Übertragung oder zur weiteren Aufbereitung und Aufbewahrung vor einer Übertragung geeigneten Beschaffenheit zu erhalten, die Regeln zur Organvermittlung nach § 12 Abs. 3 Satz 1 und die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme und -übertragung erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wird vermutet, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer beachtet worden sind.

(2) Bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 5 sollen Ärzte, die weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt sind noch Weisungen eines Arztes unterstehen, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, bei der Erarbeitung der Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 und 5 Personen mit der Befähigung zum Richteramt und Personen aus dem Kreis der Patienten, bei der Erarbeitung von Richtlinien nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 5 ferner Personen aus dem Kreis der Angehörigen von Organspendern nach § 3 oder § 4 angemessen vertreten sein.

Sechster Abschnitt **Verbotsvorschriften**

§ 17

Verbot des Organhandels

(1) Es ist verboten, mit Organen, die einer Heilbehandlung zu dienen bestimmt sind, Handel zu treiben. Satz 1 gilt nicht für *die Gewährung oder Annahme eines angemessenen Entgelts für die zur Erreichung des Ziels der Heilbehandlung gebotenen Maßnahmen, insbesondere für die Entnahme, die Konservierung, die weitere Aufbereitung einschließlich der Maßnahmen zum Infektionsschutz, die Aufbewahrung und die Beförderung der Organe, sowie Arzneimittel, die aus oder unter Verwendung von Organen hergestellt sind und den Vorschriften des Arzneimittelgesetzes über die Zulassung oder Registrierung unterliegen oder durch Rechtsverordnung von der Zulassung oder Registrierung freigestellt sind.*

(2) Ebenso ist verboten, Organe, die nach Absatz 1 Satz 1 Gegenstand verbotenen Handelstreibens sind, zu entnehmen, auf einen anderen Menschen zu übertragen oder sich übertragen zu lassen.

Siebter Abschnitt **Straf- und Bußgeldvorschriften**

§ 18

Organhandel

- (1) Wer entgegen § 17 Abs. 1 Satz 1 mit einem Organ Handel treibt oder entgegen § 17 Abs. 2 ein Organ entnimmt, überträgt oder sich übertragen läßt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 gewerbsmäßig, ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu fünf Jahren.
- (3) Der Versuch ist strafbar.
- (4) Das Gericht kann bei Organspendern, deren Organe Gegenstand verbotenen Handeltreibens waren, und bei Organempfängern von einer Bestrafung nach Absatz 1 absehen oder die Strafe nach seinem Ermessen mildern (§ 49 Abs. 2 des Strafgesetzbuchs).

§ 19

Weitere Strafvorschriften

- (1) Wer entgegen § 3 Abs. 1 oder 2 oder § 4 Abs. 1 Satz 2 ein Organ entnimmt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (2) Wer entgegen § 8 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a, b, Nr. 4 oder Satz 2 ein Organ entnimmt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
- (3) Wer entgegen § 2 Abs. 4 Satz 1 oder 3 eine Auskunft erteilt oder weitergibt oder entgegen § 13 Abs. 2 Angaben verarbeitet oder nutzt oder entgegen § 14 Abs. 2 Satz 1 bis 3 personenbezogene Daten offenbart, verarbeitet oder nutzt, wird, wenn die Tat nicht in § 203 des Strafgesetzbuchs mit Strafe bedroht ist, mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.
- (4) In den Fällen der Absätze 1 und 2 ist der Versuch strafbar.
- (5) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 fahrlässig, ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.

§ 20

Bußgeldvorschriften

- (1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig *entgegen § 5 Abs. 2 Satz 3 die Feststellung der Untersuchungsergebnisse oder ihren Zeitpunkt nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise aufzeichnet oder nicht unterschreibt, entgegen § 9 ein Organ überträgt, entgegen § 10 Abs. 2 Nr. 4, auch in Verbindung mit Abs. 3, die Organübertragung nicht oder nicht in der vorgeschriebenen Weise dokumentiert oder entgegen § 15 Satz 1 eine dort genannte Unterlage nicht oder nicht mindestens zehn Jahre aufbewahrt.*
- (2) Die Ordnungswidrigkeit kann in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 bis 3 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Deutsche Mark, in den Fällen des Absatzes 1 Nr. 4 mit einer Geldbuße bis zu fünftausend Deutsche Mark geahndet werden.

Siebter Abschnitt

Straf- und Bußgeldvorschriften

§ 21

Änderung des Arzneimittelgesetzes

Das Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 1994 (BGBl. I S. 3018), zuletzt geändert gemäß Artikel 3 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390), wird wie folgt geändert:

In § 2 Abs. 3 wird nach Nummer 7 der Punkt am Ende des Satzes durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 8 angefügt:

"8. die in § 9 Satz 1 des Transplantationsgesetzes genannten Organe und Augenhornhäute, wenn sie zur Übertragung auf andere Menschen bestimmt sind."

§ 80 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird nach Nummer 3 der Punkt am Ende des Satzes durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 4 angefügt:

"4. menschliche Organe, Organteile und Gewebe, die unter der fachlichen Verantwortung eines Arztes zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen entnommen werden, wenn diese Menschen unter der fachlichen Verantwortung dieses Arztes behandelt werden."

b) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

"Satz 1 Nr. 4 gilt nicht für Blutzubereitungen."

§ 22

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 115 a Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das zuletzt gemäß Artikel 39 der Verordnung vom 21. September 1997 (BGBl. I S. 2390) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

"(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend."

§ 23

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

§ 2 Abs. 1 Nr. 13 Buchstabe b des Siebten Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 29. April 1997 (BGBl. I S. 968) geändert worden ist, wird wie folgt gefaßt:

"b) Blut oder körpereigene Organe, Organteile oder Gewebe spenden,".

§ 24

Änderung des Strafgesetzbuchs

§ 5 des Strafgesetzbuchs in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. März 1987 (BGBl. I S. 945, 1160), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. August 1997 (BGBl. I S. 2038) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

In Nummer 14 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt.

Nach Nummer 14 wird folgende Nummer 15 angefügt:

"15. Organhandel (§ 18 des Transplantationsgesetzes), wenn der Täter zur Zeit der Tat Deutscher ist."

§ 25

Übergangsregelungen

(1) Bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehende Verträge über Regelungsgegenstände nach § 11 gelten weiter, bis sie durch Vertrag nach § 11 Abs. 1 und 2 abgelöst oder durch Rechtsverordnung nach § 11 Abs. 6 ersetzt werden.

(2) Bei Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehende Verträge über Regelungsgegenstände nach § 12 gelten weiter, bis sie durch Vertrag nach § 12 Abs. 1 und 4 abgelöst oder durch Rechtsverordnung nach § 12 Abs. 6 ersetzt werden.

§ 26

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Dezember 1997 in Kraft, soweit in Satz 2 nichts Abweichendes bestimmt ist. § 8 Abs. 3 Satz 2 und 3 tritt am 1. Dezember 1999 in Kraft.

(2) Am 1. Dezember 1997 treten außer Kraft:

die Verordnung über die Durchführung von Organtransplantationen vom 4. Juli 1975 (GBl. I Nr. 32 S. 597), geändert durch Verordnung vom 5. August 1987 (GBl. I Nr. 19 S. 199),

die Erste Durchführungsbestimmung zur Verordnung über die Durchführung von Organtransplantationen vom 29. März 1977 (GBl. I Nr. 13 S. 141).

Anhang 2 Brief des Erzbistums Köln



ERZBISTUM KÖLN

GENERALVIKARIAT
Hauptabteilung
Seelsorge

Erzbistum Köln - Generalvikariat - 50606 Köln

Herrn
Ralf Döring-Markin
Kitschburger Str. 54

51147 Köln

Abteilung Erwachseneneseelsorge

**Referat Krankenhaus-, Hospiz-
und Notfallseelsorge / Seelsorge
für Berufe im Gesundheitswesen**

Bearbeiter: RH/He

Aktenzeichen:

Telefon: 0221 / 16 42 - 1552,1553

Telefax: 0221 / 16 42 - 1556

eMail: krankenhauseelsorge@erzbistum-koeln.de

Ihr Schreiben vom

Ihr Zeichen

Datum

8. April 2003

2. Mai 2003

Sehr geehrter Herr Döring-Markin,

zur Sicht der röm.-kath. Kirche betreffs des Themas "Organtransplantationen" verweisen wir auf die Erklärung der deutschen Bischöfe von 1990, welche bei der Deutschen Bischofskonferenz, Kaiserstr. 163, 53113 Bonn bestellen können.

Für Ihre Facharbeit im Rahmen Ihrer Ausbildung zum Fachkrankenschwäger wünschen wir Ihnen Gottes Segen.

Betreffs Ihres Themas raten wir Ihnen, das persönliche Gespräch mit dem kath. und evang. Krankenhauseseelsorger Ihres Einsatzkrankenhauses zu suchen.

Mit freundlichen Grüßen

R. Hintzen, Pfr.

Pfr. Rainer Hintzen
Diözesankrankenhauseseelsorger

Bankkonten:

Westdeutsche Landesbank Köln
Konto-Nr. 96 065 (BLZ 370 500 00)

Pax-Bank eG Köln

Konto-Nr. 55 050 (BLZ 370 601 93)

Gleitende Arbeitszeit

Kernzeit: mo-do 9.00-12.00, 14.00-16.00 Uhr
freitags 9.00-13.00 Uhr

Besucher-/Lieferanschrift:

Marzellenstraße 32
50668 Köln

Anhang 3 Brief des Evangelischen Stadtkirchenverbandes Köln

**Evangelischer
Stadtkirchenverband
Köln**

Amt für Presse und Öffentlichkeitsarbeit · Kartäusergasse 9-11 · 50678 Köln

Herrn
Ralf Döring-Markin
Kitschburger Str. 54

51147 Köln

Amt für Presse und
Öffentlichkeitsarbeit

Haus der Evangelischen Kirche
Kartäusergasse 9-11 · 50678 Köln
☎ 0221/3382-117
Telefax: 0221/3382-121
E-Mail:
pressestelle@kirche-koeln.de
<http://www.kirche-koeln.de>



Köln, 11.04.2003

Bitte um Informationsmaterial

—
Sehr geehrter Herr Döring-Markin,

wir haben Ihren Brief an das Landeskirchenamt der Evangelischen Kirche im Rheinland weitergereicht.

Bei uns im Amt für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit liegt kein Material diesbezüglich vor.

Wir raten Ihnen, auch bei der EKD nachzufragen, da werden auch Materialien/Broschüren herausgegeben. Die Tel.-Nr. der EKD lautet: 0511/27 96 0. Oder Sie suchen im Internet danach unter www.ekd.de. Die Homepage der Evangelischen Kirche im Rheinland lautet: www.ekir.de. Vielleicht werden Sie dort fündig!

Mit freundlichen Grüßen

i. A. R. Timoschenko

i. A. Renate Timoschenko

Sie erreichen uns: Haltestelle Severinstraße, Linien 132, 133, 3, 4 - Haltestelle Ulrepforte, Linien 6, 15, 16

Anhang 4 Stellungnahme der katholischen Bischofskonferenz

(Position de l'eglise)

(von Viktoria Gergen)

Aus der Erklärung der deutschen Bischofskonferenz vom 31. August 1990 geht hervor, dass die katholische Kirche eine generell positive Einstellung zur Organtransplantation vertritt, es wird jedoch nicht auf die Übertragung tierischer Organe oder gar gezüchteter künstlicher Organe eingegangen. Verschiedene Ansprechpartner haben mir bestätigt, dass es noch keine aktuelle Stellungnahme zu diesem Thema gibt, dass sie sich aber vorstellen könnten, dass die Kirche auch gegen diese noch in den Anfangsstadien befindlichen medizinischen Praktiken nichts einzuwenden hätte, wenn sie korrekt angewendet würden, mit dem Ziel kranken Menschen zu helfen.

Die katholische Kirche stellt dennoch einige ethische Überlegungen zu speziellen Themen und Sachgebieten, die ich nicht erläutern möchte.

Allgemeine Überlegungen zur Organ- und Gewebetransplantation

Die katholische Kirche ist der Ansicht, dass Transplantationen Leben erhalten und verlängern können und somit das, was einst ein Schicksal hinzunehmen war, heute menschlich planbar geworden ist, was aber große Verantwortung mit sich bringt. Niemand hat einen Anspruch auf Transplantate, kann aber dankbar sein, wenn er eines erhält und die Transplantation erfolgreich ist. Ein Lebendspender darf durch eine Spende nicht sein Leben gefährden und somit nur paarweise vorhandene Organe spenden, eine Spende von Knochenmark ist nicht bedenklich, da sich dieses innerhalb gewisser Zeit regeneriert. Die Verpflanzung von Organen oder Geweben, die in die individuellen Entfaltungsmöglichkeiten der Menschen eingreifen sind abzulehnen (wie z.B. die rein utopische Idee der Verpflanzung des Gehirns).

Auch eine Spende aus kommerziellen Gründen, sowie illegaler Organhandel sind ethisch nicht vertretbar.

Bei einer Spende von Toten ist der Leichnam mit besonderem Respekt zu behandeln.

Der Arzt dem die Verpflichtung zur genauen Prüfung, ob eine Transplantation durchführbar ist, obliegt, muss dem Kranken alle Risiken aufzeigen und ihn genau über eine mögliche Transplantation informieren, darf aber nicht in seine Entscheidung eingreifen.

Bedenken über die sozialetische Berechtigung der Transplantation aufgrund der hohen damit verbundenen Kosten und der Notlage in der dritten Welt, sollte aber nicht zu der Feststellung führen eine Transplantation sei nicht zu vertreten, denn sie kann als Akt der Nächstenliebe gesehen werden und ist somit nicht abzulehnen.

Überlegung zur Lage der Empfänger und der Spender von Transplantaten

Der Wunsch nach Erhaltung des eigenen Lebens und seine positive Grundeinstellung zur Medizin sind oft die wichtigsten Beweggründe eines kranken Menschen, sich für eine Transplantation zu entscheiden, dennoch

müssen sich der Kranke und seine Familie intensiv mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen auseinandersetzen, wie z.B. den Gefahren, den langen Wartezeiten, die meist lebenslange Nachbehandlung mit Medikamenten, die das Immunsystem schwächen um eine Abstoßung zu verhindern und das angewiesen sein auf den Tod eines Mitmenschen. Es kann nicht jeder Wunsch nach einer Transplantation erfüllt werden und der Arzt muss dem Kranken diese Ablehnung verständlich machen.

Eine weitere Schwierigkeit entsteht aus der Tatsache, dass nicht genügend Spender zur Verfügung stehen und daher zwischen einer lebensrettenden Transplantation mit geringer und einer Transplantation mit langfristiger hoher Heilungschance abgewogen werden muss.

Doch kein Mensch ist verpflichtet, sich als Spender zur Verfügung zu stellen und darf auch nicht dazu gezwungen werden. Eine Entscheidung muss von den Betroffenen persönlich und frei getroffen werden. Auch Eltern dürfen nicht über die Organspende ihres Kindes entscheiden (bis auf die Spende von Geweben, die sich regenerieren), somit hat der Arzt eine besondere Verantwortung, da er entscheiden muss, ob die Spende wirklich aus freiwilligen Beweggründen geschieht und darauf achten muss, dass sich keine problematische Beziehung zwischen Spender und Empfänger entwickelt.

Aus christlicher Sicht ist einer freiwilligen Spende nichts entgegen zu setzen, da der Leib als ein Geschenk Gottes angesehen werden kann, über das der Mensch frei verfügen darf, doch nicht in den Hintergrund zu drängen, sind Bedenken die sich aus der Möglichkeit des Organhandels ergeben.

Übertragung zur Entnahme von Geweben und Organen von Toten

Eine Organentnahme von Verstorbenen ist einer Lebendspende in jedem Fall vorzuziehen, da hierbei keine Beeinträchtigung der Gesundheit und keine Lebensgefahr für den Spender auftreten kann, jedoch muss der Leichnam pietätvoll behandelt werden und auch die Gefühle der Angehörigen müssen geachtet werden. Der Tod des Spenders muss vor der Explantation einwandfrei feststehen und die rechtlichen Voraussetzungen müssen erfüllt sein. Eine sachgemäße Explantation verletzt weder die Würde noch die Ruhe des Toten, da das Leben des Menschen auf der Erde unumkehrbar zu Ende ist, was durch die Feststellung des Hirntodes zweifelsfrei erwiesen ist.

Nach Meinung der katholischen Kirche kann auch nach dem Tod noch etwas von der „größeren Liebe“ (Johannes 15,13) zu der Jesus schon seine Jünger aufforderte, spürbar werden.

Alles in allem lässt sich sagen, dass die Kirchen es zu würdigen wissen, welche neuen Wege dank medizinischer Forschung eröffnet wurden und sie stellt sich ihnen keinesfalls in den Weg. Die katholische Kirche unterstützt Organ- und Gewebetransplantationen, da sie diese als einen Weg sieht auch über den Tod hinaus Nächstenliebe zu beweisen und das irdische Leben schwerkranker Menschen zu retten oder zu verlängern.

Angehörige von Verstorbenen handeln aus Sicht der Kirche keinesfalls ethisch unverantwortlich, sie handeln sehr verantwortlich, weil sie ungeachtet ihres

eigenen Schmerzes im Sinne des Verstorbenen entscheiden, anderen Menschen beizustehen und durch Organspende Leben zu retten.

Die Kirche ruft dazu auf, das allgemeine Bewusstsein für die Notwendigkeit der Organspende zu vertiefen und sachliche Aufklärung zu leisten, um mehr Möglichkeiten der Transplantation zu verwirklichen. Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende vor und nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken üblich.

Anhang 5 Stellungnahme der Evangelischen Kirche in Deutschland

Pressemitteilung vom 25. Juni 1997

Zu dem heute vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Transplantationsgesetz hat der Vizepräsident des Kirchenamtes der Evangelischen Kirche in Deutschland, Dr Hermann Barth, folgende Erklärung abgegeben:

Eine Stellungnahme zu dem Deutschen Bundestag verabschiedeten Transplantationsgesetz muss bestimmt sein von der Achtung vor abweichenden Überzeugungen und unterlegenen Vorschlägen. Weil es um Fragen von Leben und Tod und um den Schutz der Würde des Menschen geht, ist mit besonderer Leidenschaft und Ernsthaftigkeit gestritten worden. Dass sich der Deutsche Bundestag dafür Zeit gelassen und dass er fraktionsübergreifend der persönlichen Entscheidung Raum gegeben hat, ehrt ihn. Auch in der evangelischen Kirche wurden und werden unterschiedliche Standpunkte vor allem zum Verständnis des Hirntodes und zu einer Organentnahme mit Zustimmung anderer Personen vertreten. In Würdigung dieses Sachverhaltes komme ich zu folgender Einschätzung:

1. In der Gesellschaft wie in den Kirchen hat sich eine breite prinzipielle Zustimmung zur Organtransplantation herausgebildet. Sie wird gewürdigt als eine Möglichkeit, leidenden oder gar lebensbedrohten Menschen zu helfen. Das Transplantationsgesetz schafft für die Organtransplantation einen verlässlichen rechtlichen Rahmen. Das ist eine große Chance, die bei vielen Menschen entstandene Verunsicherung zu überwinden.
2. Auch die in der Minderheit gebliebene Position war bereit, den Hirntod als Zeitpunkt für die Entnahme von Organen zu akzeptieren. Die getroffene gesetzliche Regelung verzichtet darauf, den Hirntod ohne weiteres mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen oder überhaupt eine Definition des Todes des Menschen vorzunehmen. Sie beschränkt sich darauf, die Feststellung des Todes des Organspenders an den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu binden. Dies ist ein hilfreicher Beitrag, um die fortbestehenden Unterschiede jedenfalls zu mildern. Die Regelung ist auch offen dafür, neuen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft Rechnung zu tragen.
3. Das Transplantationsgesetz schafft die Möglichkeit, dass auch nächste Angehörige in Übereinstimmung mit dem mutmaßlichen Willen eines Organspenders die Zustimmung zur Organentnahme geben können. Damit bleibt eine Kluft zu der Überzeugung derer, die jede Organentnahme an die persönliche Zustimmung des Organspenders selbst binden wollten. Diese Kluft lässt sich um so leichter ertragen, je mehr unter den Bürgerinnen und Bürger die Bereitschaft wächst und gefördert wird, bereits zu Lebzeiten eine Verfügung über die Bereitschaft zur Spende der eigenen Organe zu treffen. Organspende ist für Christen keine Bringschuld. Aber die Evangelische Kirche in Deutschland hat seit 1989 in mehreren Äußerungen bekräftigt, dass die Organspende eine tat der Nächstenliebe über den Tod hinaus sein kann. Sie wird sich auch weiterhin dafür einsetzen, die Bereitschaft zur Organspende zu wecken und zu stärken.

Anhang 6 Umfragebogen zum Thema Transplantationsbereitschaft

Ralf Döring-Markin
Kitschburgerstraße 54

Ralf274@t-online.de

Datum: _____

Umfrage zum Thema Transplantationsbereitschaft
im Rahmen einer Facharbeit zum Fachkrankenschwäger für Anästhesie und Intensivpflege

1. Welches Geschlecht haben Sie?

Männlich Weiblich

2. Wie alt sind Sie?

18 bis 30 30 bis 45 45 bis 60 61 bis 80

3. In welcher Stadt wohnen Sie?

in Köln andere Stadt ,wenn ja, in welcher? _____

4. Welcher Konfession gehören Sie an?

römisch-katholisch evangelisch
 moslemisch andere Konfession
 konfessionslos keine Angaben

5. Haben Sie einen Organspendepass?

Ja Nein

6. Würden Sie bei einer Erkrankung Organe annehmen, wodurch Ihr Leben verlängert wird?

Ja Nein weiß nicht keine Angabe

7. Würden Sie Organe welcher Herkunft annehmen?

menschlich tierisch genetisch gezüchtet

8. Welche Organe im Einzelnen würden Sie annehmen?

Hornhäute (Augen) Herz Leber
Bauchspeicheldrüse Niere andere alle

9. Wären Sie bereit, ein Organ zu spenden?

Ja Nein weiß nicht keine Angabe

10. Welche Organe wären Sie bereit zu spenden?

Hornhäute (Augen) Herz Leber
Bauchspeicheldrüse Niere andere alle

11. Was könnte der Grund sein, dass die Transplantationsbereitschaft in Deutschland gering ist?

Ethisch-moralische Gründe Ängste vor ärztl. Fehldiagnosen

Wider willen gegen die Entnahme eigener Organe

Laufzettel zur Facharbeit

Weiterbildung Intensivpflege und Anästhesie 2002/2003

1. Beratungsgespräch

Datum: 22. April 2003

Arbeitstitel der Facharbeit:

Transplantation

Inhalte / Absprachen des Gespräches:

- Beratungsgespräch zur Themenfindung
- Eingrenzung der Thematik
- Methodisches Vorgehen

Unterschriften

Weiterbildungsteilnehmer/in

AFW/Fachperson

2. Beratungsgespräch

Datum: 05. Mai 2003

Arbeitstitel der Facharbeit:

Der Weg bis zur Transplantation

Inhalte / Absprachen des Gespräches:

- Festlegung eines vorläufigen Arbeitstitels
- Präsentation der Gliederung und der Literatur
- Formalia und Layout
- Arbeitsstand Umfrage

Unterschriften

Weiterbildungsteilnehmer/in

AFW/Fachperson

Anhang 7 Erklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbständig, ohne fremde Hilfe verfasst habe.

Bei der Abfassung der Arbeit sind nur die angegebenen Quellen genutzt worden. Wörtlich oder dem Sinne nach entnommene Stellen sind als solche gekennzeichnet.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Arbeit veröffentlicht wird, insbesondere dass die Arbeit Dritten zur Einsichtnahme vorgelegt oder Kopien der Arbeit zur Weitergabe an Dritte angefertigt werden.

Köln, den 27. Juni 2003

Ralf Döring-Markin