

Mein Tod, Dein Leben.

*Interdisziplinäre Fachtagung
Mittwoch, den 30. Januar 2013
Evang. Akademie Haus Villigst*

Seelsorge im Zusammenhang von Organspende

*Günter Jochum
Krankenhauspfarrer
Kreisklinikum Siegen*

**Im Ev. Jung-Stilling-Krankenhaus
in Siegen wurde die
Krankenhausseelsorge seit 1999
obligatorisch in die Gespräche
mit den Angehörigen von
potentiellen Organspendern
einbezogen.**

Anlass

Es gab in den 90er Jahren Gerüchte, dass im Ev. Jung-Stilling-Krankenhaus Angehörige in manchen Fällen überredet würden, einer Organentnahme bei einem hirntot diagnostizierten Patienten zuzustimmen.

Beratungsprozess

- Das 1993 vom Vorstand des Ev. Krankenhausvereines berufene Ethikforum erhielt 1995 den Auftrag, eine Stellungnahme vorzulegen.
- Nach intensiver Beratung und einem Diskurs unter Einbeziehung der (Be-) Handelnden wurde die vorgeschlagene Regelung von der Geschäftsführung im August 1997 in Kraft gesetzt.

Die Besonderheit:

- In jedem Fall sollte mit den nächsten Angehörigen nicht nur ein Gespräch mit einem Arzt / einer Ärztin (und der/dem Koordinator/in der DSO) geführt werden,
- sondern mindestens ein Gespräch mit einer Psychologin / einem Psychologen oder einer Seelsorgerin / einem Seelsorger.

Das obligat durchzuführende „Zweitgespräch“ wurde aus sachlichen und pragmatischen Erwägungen bei der Krankenhausseelsorge angesiedelt

Gründe:

- Von Krankenhausseelsorgern wird erwartet, dass sie in der Lage sind, nondirektive Gespräche zu führen und dass sie ethisch reflektiert sind.
- Sie stehen in keinem Abhängigkeitsverhältnis zum Krankenhaus oder zur DSO.
- Eine schnelle Erreichbarkeit ist gegeben.

Ethik-Forum

Verbindliche Regeln bei Explantationen im Bereich der Diakonie im Siegerland gGmbH

Seit etwa einem Jahr findet in unseren Krankenhäusern eine Regelung Anwendung, die vom Ethikforum angestoßen und von der Geschäftsführung 1998 so beschlossen wurde.

Die Regelung geht von der Einsicht aus, dass es gute Gründe für und gegen die Bereitschaft gibt, Organe des Körpers zur Transplantation freizugeben. Die Entscheidung, ein Organ zur Transplantation freizugeben, kann eigentlich niemand anders als der betroffene Mensch selbst treffen. Wenn er das nicht schriftlich – etwa in Form eines Spenderpasses – getan hat, gilt es, in Gesprächen seinen mutmaßlichen Willen zu ermitteln. Die dazu mit den nächsten Angehörigen zu führenden Gespräche müssen ergebnisoffen angelegt sein.

Neben dem Anspruch, den ethischen Gesichtspunkten und dem Willen des Patienten gerecht zu werden, ist in dieser Extremsituation eine angemessene Gesprächsführung wichtig, die es den nächsten Angehörigen ermöglicht, trotz aller emotionaler Erschütterung eine weitreichende Frage nach bestem Wissen und Gewissen zu klären („Wie hätte der Patient für sich die Frage entschieden, ob er bei sich einer Organentnahme nach seinem Ableben zustimmt, oder nicht?“).

Die Gespräche mit Angehörigen in einer sehr schwierigen und seelisch belasteten Situation – etwa nach einem Unfall – sollen in unse-

ren Krankenhäusern neben den ÄrztInnen zusätzlich durch SeelsorgerInnen bzw. PsychologInnen erfolgen, die in Gesprächsführung besonders ausgebildet sind.

Die Angehörigen brauchen eine gute medizinische Auf-

klärung, ihnen muss erklärt werden, was der Gesetzgeber vorgibt und sie brauchen einen geschützten Raum und qualifizierte GesprächspartnerInnen, damit sie zu einer Aussage kommen, zu der sie auch spä-

ter im Rückblick mit gutem Gewissen stehen können.

Das folgende Schaubild zeigt den Ablauf, mit dem gewährleistet wird, dass die o.g. Regel konsequent umgesetzt werden kann.

Ablaufplan bei Explantationen in den Krankenhäusern der Diakonie im Siegerland gGmbH

Der behandelnde Arzt sieht Symptome bei einem Patienten/ einer Patientin, die auf einen Hirntod hindeuten

Arzt informiert

- die zuständige Fachabteilung (in der Regel Neurochirurgie)
- den seelsorgerlichen/psychologischen Bereitschaftsdienst

(Tel. 01 71 – 7 63 11 50)

- das Transplantationszentrum

Zwei voneinander unabhängige Ärzte führen eine Hirntoddiagnostik durch

Nach bestätigter Diagnose informiert der behandelnde Arzt die Angehörigen über den eingetretenen Hirntod

Die Angehörigen werden auf die Möglichkeit der Organentnahme angesprochen

Mindestens ein Gespräch führt der/die SeelsorgerIn bzw. PsychologIn mit dem Ziel, den mutmaßlichen Willen des/der PatientIn zu erkunden

Explantation – ja

Explantation – nein

Koordinatoren des Transplantationszentrums organisieren alles Notwendige. Die Explantation wird durchgeführt

Versorgung des Leichnams

Das Transplantationszentrum informiert die Angehörigen, sofern gewünscht, in anonymisierter Form über die erfolgte Transplantation

Bestattung



Leitlinie zum Umgang mit potentiellen Organspendern und ihren Angehörigen

- Verdacht auf Hirntod
 - Koma, Apnoe, Hirnstamm-Areflexie ohne Sedierung
 - Pendelfluß oder kein Fluß im TCD
 - therapierefraktärer ICP im Bereich des MAP
- Evtl. noch vorhandene Sedierung beenden, (FOA/OA-Entscheidung, Konsens)
- Gleichzeitig bettenführende Abteilung informieren, Konsens herstellen
- Information der Dt. Stiftung Organspende (DSO): Tel. 0211-1592370 (Gesetzliche Pflicht !)
- Frühzeitig Information der Angehörigen, Gesprächstermin vereinbaren
 - Grundlage muß die schon erfolgte Information über zweifelhafte Prognose sein !
 - Klinikseelsorger hinzuziehen (Pastor Jochum: Tel. 4211; P. 141-370; Hdy 0171-7631150)
 - Gesprächsführung durch FOA/OA/CA unter Hinzuziehung des Stationsarztes
 - Angehörige über Verdacht auf Hirntod informieren, Hirntoddiagnostik erläutern.
 - Erneutes Gespräch nach erfolgter Diagnostik vereinbaren, falls Familie fragt, was nach Hirntoddiagnostik folgt: Alternativen (Therapieende / Organspende) kurz erläutern;
 - Familie Zeit zur Konsensermittlung bis zur erfolgten Hirntoddiagnostik geben.
- Pflegedienstleitung informieren (Organisation Instrumenteur / Anästhesiepflege)
- Organisation mit Transplantationszentrum Bonn besprechen
 - Tel. 0228-284822, Außerhalb der Bürozeiten Tel. 0800-3311330
 - Hdy 0175-1853901 (Herr Salz); Hdy 0175-7266007 (Frau Breuer)
 - Patientenzustand und Anamnese, Labordaten, Mikrobiologiebefunde übermitteln
 - Hirntoddiagnostik organisieren (FA von Intensiv + ext. FA über Transplantzentrum)
 - Zusatzdiagnostik klären (Spiegelbestimmung Sedativa, Serologie etc.)
- Nach Abschluß der Hirntoddiagnostik erneuter Gesprächstermin mit Angehörigen
 - Ziel ist die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens. Teilnehmer aus dem Umfeld des Patienten werden durch die engere Familie bestimmt. Weitere Teilnehmer:
 - mindestens 1 Teilnehmer von Intensiv aus dem Erstgespräch,
 - Klinikseelsorger; besonders, falls im Erstgespräch Organspende nicht thematisiert
 - Transplantationskoordinator, holt bei Zustimmung schriftlichen Konsens ein.
 - Für die Familie soll ein abschließendes Nachgespräch angeboten werden (Seelsorger)
- Bei Zustimmung Organisation des Zeitplans der Organspende mit Transplantkoordinator und Meldung des Zeitplans an Anästhesie-Hintergrund, Anästhesiepflege, OP-Pflege.

Stand 02/2002 Kle

Ablauf

- Die behandelnden Ärzte/Ärztinnen erkennen Symptome bei einem/einer Pat., die auf einen Hirntod hindeuten
- Meldung an DSO
- Information an Seelsorger
- Information der Angehörigen über den Verdacht
- Durchführung der Hirntoddiagnostik

Ablauf (nach festgestelltem Hirntod)

- Einbestellung der Angehörigen
- Gespräch mit den Angehörigen (Arzt, Ärztin und Seelsorger/in, ggf. auch mit Koordinator/in)
- Wenn es zur Organentnahme kommt: Hinzuziehung der Koordinatorin/ des Koordinators zum Gespräch.

Einladung zu einem Experiment

Organtransplantation

- Organe oder Gewebe können transplantiert werden
 - Von lebenden Menschen
 - Von klinisch toten Menschen
 - Von „hirntoten“ Menschen

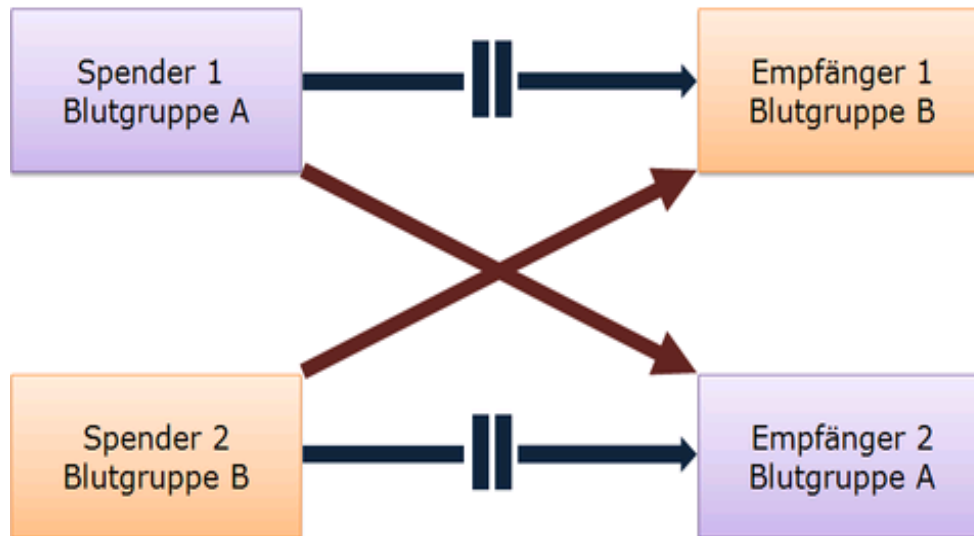
Organtransplantation von lebenden Menschen

- Regenerationsfähige Organe (Blut, Knochenmark)
 - Blutspende fällt nicht unter Transplantationsgesetz
- Paarige Organe (Niere) und Leberteiltransplantation
 - In Deutschland nur unter Verwandten
 - (in Ausnahme auch Cross-over Spende)

TPG § 8 (1) Entnahme von Organen bei lebenden Spendern

„Die Entnahme einer Niere, des Teils einer Leber oder anderer nicht regenerierungsfähiger Organe ist (...) nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen.“

Cross-over Lebenspende



Für die Bewertung einer Crossover Spende ist entscheidend, ob zum Zeitpunkt der Transplantation eine Verbundenheit zwischen Spendern und Empfängern besteht.

Organ- bzw. Gewebetransplantation von klinisch toten Menschen

- Nach Ausfall aller Vitalfunktionen
 - Hornhäute
 - Gehörknöchelchen
 - Hirnhäute
 - Haut
 - etc.

TPG § 3 (1)

Die Entnahme von Organen oder Geweben ist (...) nur zulässig, wenn

1. der Organ- oder Gewebespende in die Entnahme eingewilligt hatte,
2. der Tod des Organ- oder Gewebespenders nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, festgestellt ist und
3. der Eingriff durch einen Arzt vorgenommen wird.

Organerhaltung nach „Hirntod“

ZNS =
Zentralnerven-
system

Da das HKS unabhängig vom ZNS funktioniert, können die Organe intensivmedizinisch unterstützt über einen längeren Zeitraum auch nach dem kompletten Funktionsausfall des Gehirns „am Leben“ erhalten werden.

HKS =
HerzKreislauf-
system

Organ- bzw. Gewebetransplantation von „hirntoten“ Menschen

- Beide Nieren
 - Herz
 - Leber
 - ein oder beide Lungenflügel
 - Pankreas
- Atmung wird bis zur Entnahme maschinell aufrechterhalten und damit Kreislauf sowie weitere Vitalfunktionen intensivmedizinisch unterstützt.

TPG § 3 (2)

Die Entnahme von Organen oder Geweben ist unzulässig, wenn

2. nicht vor der Entnahme bei dem Organ- oder Gewebespende 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.

Hirntoddiagnose

- Der „Hirntod“ muss von zwei erfahrenen,
- voneinander unabhängigen Ärztinnen/Ärzten
- die an einer möglichen Organtransplantation nicht beteiligt sind
- nach bestimmten diagnostischen Kriterien festgestellt werden.

Hirntoddiagnose

- Dreistufenschema:
 1. Ausschluss anderer Ursachen des komatösen Zustandes
 2. Klinische Untersuchungen
 3. Feststellung der Irreversibilität
 - Entweder Wiederholung der klinischen Untersuchungen nach festgelegtem Zeitraum
 - Oder apparative Zusatzuntersuchungen

Hirntoddiagnose

- Pupillenreaktion
 - Beim hirntoten Patienten sind die Pupillen mittelweit oder weit, dabei oft entrundet und nicht seitengleich; sie zeigen beidseits keine direkte oder indirekte Reaktion auf Licht

Hirntoddiagnose

- Okulocephaler Reflex („Puppenkopphänomen“)
 - Bei einem hirntoten Patienten bleiben die Augäpfel starr in der Ausgangslage, unabhängig von der Kopfbewegung. Bei einem Bewusstlosen führen die Augen eine langsame Gegenbewegung aus.

Hirntoddiagnose

- Apnoetest
 - Beatmung des Patienten mit 100 % Sauerstoff über 10 Minuten
 - Abkoppeln des Respirators bis der Blut- CO_2 – Partialdruck ≥ 60 mmHg liegt (engmaschige Blutgasanalysen)
 - Ausbleiben der Spontanatmung über min. 30 Sekunden durch zwei Untersucher beobachtet
 - Ankoppeln des Respirators

Hirntoddiagnose

- Nachweis der Irreversibilität
- Bei Patienten über 2 Jahren und einem primären Schaden (Unfall, Blutung) eine zweite Diagnostik nach 12 Stunden

Hirntoddiagnose

- Nachweis der Irreservibilität
- Bei Säuglingen und Kindern unter 2 Jahren und einem primären Schaden (Unfall, Blutung) eine zweite Diagnostik nach 24 Stunden

Hirntoddiagnose

- Nachweis der Irreservibilität
- Bei reifen Neugeborenen (0-28 Tage) und einer primären Hirnschädigung (Unfall, Blutung) eine zweite Diagnostik nach 72 Stunden

Hirntoddiagnose

- Nachweis der Irreversibilität
- Bei sekundärer Hirnschädigung eine zweite Diagnostik nach 72 Stunden

Hirntoddiagnose

- Nachweis der Irreservibilität unmittelbar nach der klinischen Untersuchung
- Null-Linien-EEG
 - Über einen Zeitraum von mindestens 30 Minuten.
 - Bei Kindern bis zum vollendeten 2. Lebensjahr obligatorisch
- alternativ : Feststellung des zerebralen Zirkulationsstillstandes:
 - Angiographie,
 - Dopplersonographie,
 - Szintigraphie

PROTOKOLL ZUR FESTSTELLUNG DES HIRNTODES

Patient: _____ Vorname: _____ geb.: _____ Alter: _____
 Klinik: _____
 Untersuchungs-Datum: _____ Uhrzeit: _____ Protokollbogen-Nr.: _____

1. Voraussetzungen:

1.1 Diagnose: _____
 Primäre Hirnschädigung: supratentoriell _____ infratentoriell _____
 Sekundäre Hirnschädigung: _____
 Zeitpunkt des Unfalls/Krankheitsbeginns: _____

1.2 Feststellung und Befunde beantworten mit ja oder nein:

	1. Untersucher	2. Untersucher
Intoxikation	ausgeschlossen _____	_____
Relaxation	ausgeschlossen _____	_____
Primäre Hypothermie	ausgeschlossen _____	_____
Metabolisches oder endokrines Koma	ausgeschlossen _____	_____
Schock	ausgeschlossen _____	_____
Systolischer Blutdruck	mmHg _____	_____

2. Maßgebliche Symptome des Ausfalls der Hirnfunktion:

2.1 Koma _____
 2.2 Pupillen weit/mittelweit _____
 Licht-Reflex beidseits _____ fehlt _____
 2.3 Okulo-zephaler Reflex (Puppenkopphänomen) _____ fehlt _____
 2.4 Korneal-Reflex beidseits _____ fehlt _____
 2.5 Trigeminus-Schmerzreaktion _____ fehlt _____
 2.6 Pharyngeal-/Tracheal-Reflex _____ fehlt _____
 2.7 Apnoe-Test _____ erfüllt _____
 Untersuchende Ärzte (Druckbuchstaben) _____
 Unterschrift _____

3. Gegebenenfalls ergänzende Untersuchungen:

3.1 Isoelektrisches (Null-Linien-) EEG, 30 Min. abgeleitet: ja _____ nein _____
 Datum _____ Uhrzeit _____ Arzt _____
 3.2 Frühe akustisch evozierte Hirnstammpotentiale Welle III - V beidseits erloschen: _____
 Datum _____ Uhrzeit _____ Arzt _____
 Medianus-SEP beidseits erloschen: ja _____ nein _____
 Datum _____ Uhrzeit _____ Arzt _____
 3.3 Zerebrale Angiographie: Zirkulationsstillstand beidseits festgestellt durch: _____
 Dopplersonographie _____ Perfusions-Scintigraphie _____ Zerebrale Angiographie _____
 Datum _____ Uhrzeit _____ Arzt _____

4. Gegebenenfalls Beobachtungszeit:

4. Zum Zeitpunkt der hier protokollierten Untersuchungen besteht das eindeutige Hirntod-Syndrom seit _____ Stunden.
 Weitere Beobachtung erforderlich (Lebensalter!) ja _____ nein _____

Zusammen mit den Befunden in den Protokollbogen Nr. _____ wird der Hirntod
 und somit der Tod des Patienten festgestellt am _____ um _____ Uhr.

Ärzte 1. Untersucher _____ 2. Untersucher _____ (Druckbuchstaben)
 Unterschrift _____

Für die geforderte zweimalige Untersuchung ist je ein Protokollformular auszufüllen
 Befundkatalog aus: „Kriterien des Hirntodes“, gem. Stellungnahme der Arbeitsgruppe d. Wiss. Beirates der BAK und Arbeitsgem. d. Wiss. Med. Fachges.
 DAB 79 (1982), H. 14, S. 45 - überarbeitete Fassung 1991

Meldepflicht

TPG § 9a (2) Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet,

1. den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender nach § 3 oder § 4 in Betracht kommen, nach § 5 festzustellen und der Koordinierungsstelle nach § 11 unverzüglich mitzuteilen;

Meldepflicht

kommen diese Patienten zugleich als Gewebespende nach § 3 oder § 4 in Betracht, ist dies gleichzeitig mitzuteilen,

§ 7 TPG: Auskunftspflicht

1. Ärzte, die den möglichen Organ- oder Gewebespende wegen einer dem Tode vorausgegangenen Erkrankung behandelt hatten,
2. Ärzte, die über den möglichen Organ- oder Gewebespende eine Auskunft aus dem Organ- und Gewebespenderegister erhalten haben,
3. die Einrichtung der medizinischen Versorgung, in der der Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders festgestellt worden ist,

§ 7 TPG: Auskunftspflicht

- 4. Ärzte, die bei dem möglichen Organ- oder Gewebespende die Leichenschau vorgenommen haben,
- 6. der Transplantationsbeauftragte des Entnahmekrankenhauses,
- 8. die von der Koordinierungsstelle (§ 11) oder einer gewebeentnehmenden Gewebeeinrichtung beauftragte Person, soweit sie Auskunft über nach Absatz 1 erforderliche Daten erhalten hat.

§ 7 TPG: Auskunftspflicht

- Die Pflicht zur unverzüglichen Auskunft besteht erst, nachdem der Tod des möglichen Organ- oder Gewebespenders nach § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 festgestellt ist.

Der Wille des Spenders ist maßgeblich

- Es wurden vor Inkrafttreten des TPG (1997) mehrere Lösungen diskutiert, wie der Wille des Spenders herausgefunden werden soll:

Widerspruchslösung

- Organspende gilt als allgemeine Verpflichtung des Bürgers für seine Mitbürger. Nur bei ausdrücklich vorliegendem Widerspruch des Organgebers ist die Explantation unzulässig (so z.B. in Österreich)

Informationslösung

- Angehörige von Menschen, von denen keine schriftliche Verfügung hinsichtlich einer evtl. Organentnahme vorliegt, werden nach Feststellung des Hirntodes über das Ende der Behandlungspflicht und die erwogene Organentnahme informiert. Erfolgt innerhalb einer bestimmten Frist kein Widerspruch, kann die Explantation vorgenommen werden.

Enge Zustimmungslösung

- Organe werden nur entnommen, wenn zu Lebzeiten eine schriftliche, selbstbestimmte Bereitschaftserklärung erfolgt ist.

Erweiterte Zustimmungslösung

- Liegt eine zu Lebzeiten abgegebene Bereitschaftserklärung nicht vor, können die Angehörigen stellvertretend im Sinne des bekannten oder mutmaßlichen Willens des potentiellen Organspenders einer Organentnahme zustimmen oder diese ablehnen.

§ 2 TPG (Neu: Erklärung zur Organ- und Gewebespende-“Entscheidungslösung“)

.... Mit der Zurverfügungstellung der Unterlagen fordern die Krankenkassen und die privaten Krankenversicherungsunternehmen die Versicherten auf, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende zu dokumentieren und benennen ihnen gegenüber fachlich qualifizierte Ansprechpartner für Fragen zur Organ- und Gewebespende sowie zur Bedeutung einer zu Lebzeiten abgegebenen Erklärung zur Organ- und Gewebespende, auch im Verhältnis zu einer Patientenverfügung.

§ 2 TPG (Erklärung zur Organ- und Gewebespende)

(2) Wer eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgibt, kann in eine Organ- und Gewebeentnahme nach § 3 einwilligen, ihr widersprechen oder die Entscheidung einer namentlich benannten Person seines Vertrauens übertragen (Erklärung zur Organ- und Gewebespende). Die Erklärung kann auf bestimmte Organe oder Gewebe beschränkt werden.

§ 2 TPG (Erklärung zur Organ- und Gewebespende)

Die Einwilligung und die Übertragung der Entscheidung können vom vollendeten sechzehnten, der Widerspruch kann vom vollendeten vierzehnten Lebensjahr an erklärt werden.

(2a) Niemand kann verpflichtet werden, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abzugeben.

TPG § 4(1) Entnahme mit Zustimmung anderer Personen

Liegt dem Arzt, der die Organ- oder Gewebeentnahme vornehmen oder unter dessen Verantwortung die Gewebeentnahme nach § 3 Abs. 1 Satz 2 vorgenommen werden soll, weder eine schriftliche Einwilligung noch ein schriftlicher Widerspruch des möglichen Organ- oder Gewebespenders vor,

TPG § 4(1) Entnahme mit Zustimmung anderer Personen

ist dessen nächster Angehöriger zu befragen, ob ihm von diesem eine Erklärung zur Organ- oder Gewebespende bekannt ist. Ist auch dem nächsten Angehörigen eine solche Erklärung nicht bekannt, so ist die Entnahme (...) nur zulässig,

TPG § 4(1) Entnahme mit Zustimmung anderer Personen

wenn ein Arzt den nächsten Angehörigen über eine in Frage kommende Organ- oder Gewebeentnahme unterrichtet und dieser ihr zugestimmt hat.

TPG § 4(1) Entnahme mit Zustimmung anderer Personen

Kommt eine Entnahme mehrerer Organe oder Gewebe in Betracht, soll die Einholung der Zustimmung zusammen erfolgen. **Der nächste Angehörige hat bei seiner Entscheidung einen mutmaßlichen Willen des möglichen Organe oder Gewebespenders zu beachten. Der Arzt hat den nächsten Angehörigen hierauf hinzuweisen.**

nächste Angehörige in der Rangfolge ihrer Aufzählung sind

- a) der Ehegatte oder der eingetragene Lebenspartner,
- b) die volljährigen Kinder,
- c) die Eltern
oder, sofern der mögliche Organ- oder Gewebespende zur Todeszeit minderjährig war und die Sorge für seine Person zu dieser Zeit nur einem Elternteil, einem Vormund oder einem Pfleger zustand, dieser Sorgeinhaber,
- d) die volljährigen Geschwister,
- e) die Großeltern.

Entnahme, Vermittlung und Übertragung von Organen

TPG § 9

(1) Die Entnahme von Organen bei verstorbenen Spendern darf nur in Entnahmekrankenhäusern nach § 9a durchgeführt werden.

§ 9a Entnahmekrankenhäuser

(1) Entnahmekrankenhäuser sind die (...) nach (...) gesetzlichen Bestimmungen zugelassenen Krankenhäuser, die nach ihrer räumlichen und personellen Ausstattung in der Lage sind, Organentnahmen von möglichen Spendern (...) zu ermöglichen.

§ 9a Entnahmekrankenhäuser

Die zuständige Behörde benennt gegenüber der Koordinierungsstelle die Entnahmekrankenhäuser, die die Voraussetzungen nach Satz 1 erfüllen, und unterrichtet die Entnahmekrankenhäuser schriftlich über diese Benennung.

§ 9a Entnahmekrankenhäuser

(2) Die Entnahmekrankenhäuser sind verpflichtet,
1. den endgültigen, nicht behebbaren Ausfall der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms von Patienten, die nach ärztlicher Beurteilung als Organspender nach § 3 oder § 4 in Betracht kommen, nach § 5 festzustellen und der Koordinierungsstelle nach § 11 unverzüglich mitzuteilen;

Koordinierung durch die DSO

Die Übertragung der Organe ist nur zulässig, wenn die Organentnahme durch die Koordinierungsstelle organisiert worden ist. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) ist die bundesweite Koordinierungsstelle für Organspende.

Vermittlung durch Eurotransplant

Die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe bedarf der Vermittlung der Organe durch eine Vermittlungsstelle.

TPG § 12 (1) Zur Vermittlung der vermittlungspflichtigen Organe errichten oder beauftragen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Vermittlungsstelle).

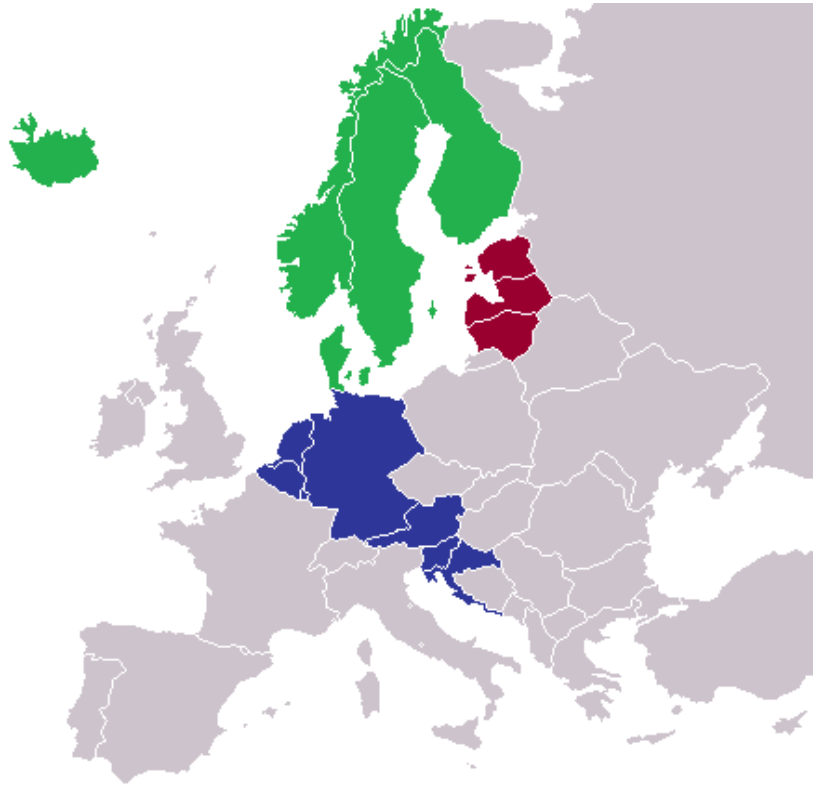
Vermittlung durch Eurotransplant

TPG § 12 (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.

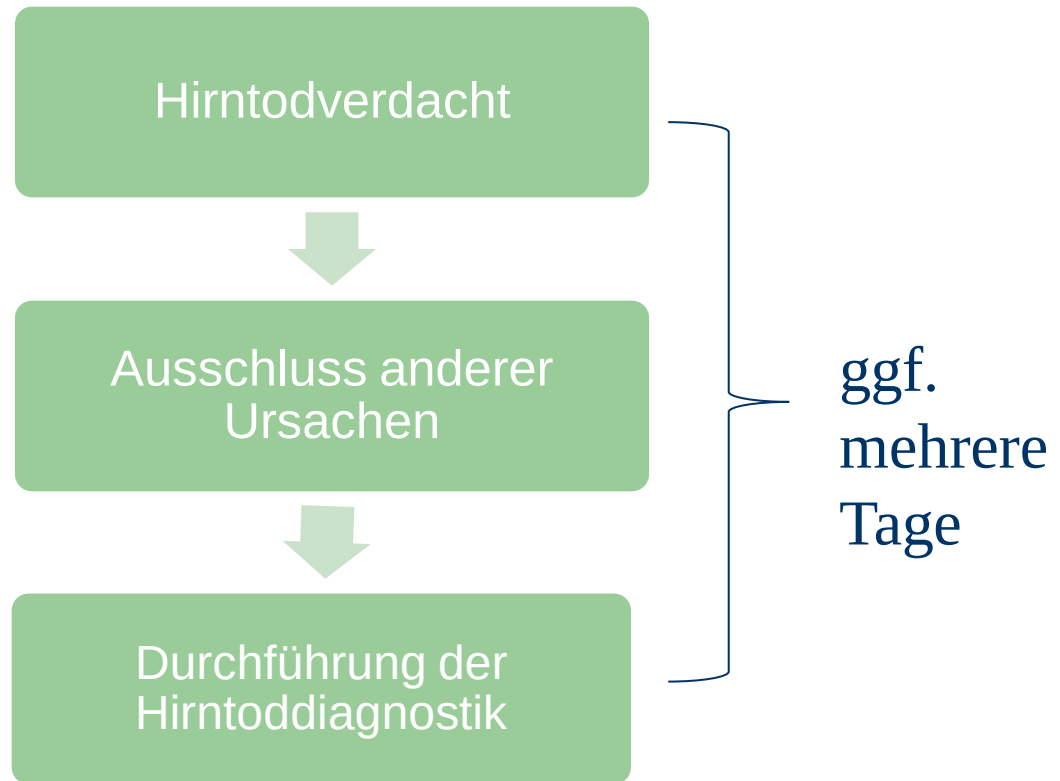
Vermittlung durch Eurotransplant

Eurotransplant, eine Stiftung mit Sitz in Leiden (Niederlande), ist die Vermittlungsstelle für Organspenden in den Benelux-Ländern, Deutschland, Österreich, Slovenien und Kroatien. An der internationalen Zusammenarbeit dieser Länder sind alle Transplantationszentren, Gewebetypisierungs-laboratorien und Krankenhäuser, in denen Organspenden durchgeführt werden, beteiligt.

Eurotransplant, (Scandiatransplant und Balttransplant)



Vom Hirntodverdacht bis zur Organentnahme



Vom Hirntodverdacht bis zur Organentnahme

Feststellung des Hirntodes



Aufklärung der Angehörigen
über den festgestellten Hirntod



Frage nach dem bekannten oder
mutmaßlichen Willen

**ergebnisoffen
oder ergebnis-
orientiert?!**

Vom Hirntodverdacht bis zur Organentnahme

Koordination der Organentnahme
und Vermittlung

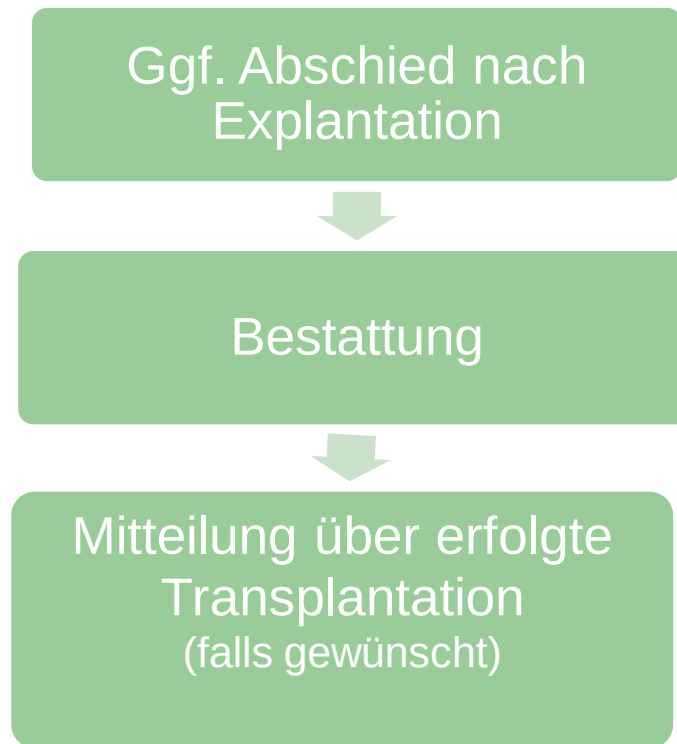


Abschied der Angehörigen



Organentnahme

Vom Hirntodverdacht bis zur Organentnahme



§ 9b Transplantationsbeauftragte

(1) Die Entnahmekrankenhäuser bestellen mindestens einen Transplantationsbeauftragten, der für die Erfüllung seiner Aufgaben fachlich qualifiziert ist. Der Transplantationsbeauftragte ist in Erfüllung seiner Aufgaben unmittelbar der ärztlichen Leitung des Entnahmekrankenhauses unterstellt. Er ist bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben unabhängig und unterliegt keinen Weisungen.

§ 9b Transplantationsbeauftragte

(2) Transplantationsbeauftragte sind insbesondere dafür verantwortlich, dass

1. die Entnahmekrankenhäuser ihrer Verpflichtung nach § 9a Absatz 2 Nummer 1 nachkommen,
2. die Angehörigen von Spendern nach § 3 oder § 4 in angemessener Weise begleitet werden,

§ 9b Transplantationsbeauftragte

3. die Zuständigkeiten und Handlungsabläufe in den Entnahmekrankenhäusern zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Gesetz festgelegt werden sowie
4. das ärztliche und pflegerische Personal im Entnahmekrankenhaus über die Bedeutung und den Prozess der Organspende regelmäßig informiert wird.

Voraussetzungen für eine qualifizierte Beratung / Begleitung der Krankenhausseelsorge im Zusammenhang der Organspende

- Drei Dimensionen

- Ethikberatung
- Psychosoziale Unterstützung / Krisenintervention
- Pastoraler Beistand

Es wäre für alle Dimensionen von Vorteil, wenn die Seelsorgenden informiert sind sowohl über die gesetzlichen Bestimmungen als auch über die medizinischen und organisatorischen Abläufe.

Voraussetzungen für eine qualifizierte Beratung / Begleitung der Krankenhausseelsorge im Zusammenhang der Organspende

- Sofern sich die Seelsorgerin / der Seelsorger für eine aktive Beteiligung bei der Entscheidungsfindung bzw. dem Herausfinden des mutmaßlichen Willens bereit erklärt, sollte sie / er für sich klären, ob sie / er unabhängig von der eigenen Haltung zur Organspende neutral beraten kann und will.

Voraussetzungen für eine qualifizierte Beratung / Begleitung der Krankenhausseelsorge im Zusammenhang der Organspende

- Eine reguläre von der Krankenhausleitung oder vom Träger gewünschte Einbindung ist von Vorteil.
- Eine regelmäßige Zusammenarbeit mit der Intensivstation ist anzustreben.
- Der persönliche und vertrauensvolle Austausch mit den Transplantationsbeauftragten und Koordinatoren ist hilfreich.

Die möglichen Adressaten seelsorglicher Zuwendung und Begleitung im Zusammenhang von Organspende und Organentnahme

- Die Angehörigen
- Das Behandlungsteam der Intensivstation
- Das OP-Personal
- Indirekte Zuwendung:
 - Angebote zur Gesprächsführung an die Ärztinnen/Ärzte die mit den Angehörigen über den Hirntod sprechen müssen.

Die Entscheidung, ob und wie man sich als Seelsorger/in in diese Abläufe einbringen möchte, muss jede/r für sich klären.

- **Vorschlag:**
 - Beantwortung der offenen Fragen im Plenum
 - Kollegialer Austausch zur eigene Positionierung
 - Ggf. Statements im Plenum

Sterben und Tod unter den Bedingungen der Organentnahme

- Denkanstöße:
 - U. Eibach
 - Angehörige, die im Nachhinein erst zu einer ablehnenden Haltung gekommen sind
 - Votum einer Transplantierten
 - EKD und Deutsche Bischofskonferenz

Meine persönliche Haltung zur Organspende

- **Fragestellungen:**

- Hirntod = Tod ?
- Organerhaltende Therapie und Explantation – ein Aufhalten oder eine Störung im Sterbeprozess, gar eine Verletzung der Würde?
- Organspende – ein Akt der (christlichen) Nächstenliebe, eine Bürgerpflicht?
- Gehört mein Körper mir – sind die Organe mein Besitz?

Meine persönliche Haltung zur Organspende

- **Fragestellungen:**

- Bin ich völlig autonom in der Entscheidung über den Umgang mit meinem Leib nach meinem (Hirn-) Tod?
- Würde ich mir Organe transplantieren lassen?
- Welche Organe würde ich ggf. spenden – bzw. nicht spenden wollen?