



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Eine Analyse von Organtransplantationen in Österreich als Governance-Prozess

Verfasserin

Theresia Zweibrod

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, Mai 2010

Studienkennzahl laut Studienblatt: A 300

Studienrichtung laut Studienblatt: Politikwissenschaft

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. Herbert Gottweis

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
1.1. Vorstellung und Motivation für das Thema	7
1.2. Forschungsleitende Fragestellungen und Hypothesen	10
1.3. Aufbau der Arbeit	11
2. Theoretischer Rahmen	12
2.1. Das Governance-Konzept	13
2.2. Giorgio Agambens homo sacer	15
3. Methodik	23
3.1. Interview	25
3.1.1. Interviewplanung	25
3.1.2. Durchführung der Interviews	26
3.1.3. Auswertung der Interviews	28
3.2. Literaturrecherche	28
4. Rahmenbedingungen der Transplantationsmedizin	30
4.1. Medizinische Voraussetzungen	30
4.1.1. Historischer Überblick der Transplantationsmedizin	31
4.1.2. Das Hirntodkonzept der Harvard-Medical-School	34
4.1.3. Moderne Hirntoddiagnostik in Österreich	39
4.1.4. Stand der heutigen Transplantationsmedizin	40
4.2. Rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten	42
4.2.1. Mögliche rechtliche Regelungsmodelle	42
4.2.2. Die österreichische Widerspruchsregelung	43
4.3. Ethischer Diskurs	49
4.3.1. Wann ist der Mensch tot?	51
4.3.2. Verteilungsgerechtigkeit	53

5. Empirischer Teil	55
5.1. Gesetzesauslegung in der Praxis	55
5.1.1. Der Weg vom Patienten zum Organspender: eine Statusveränderung	59
5.1.2. Der Hirntod wird festgestellt	60
5.2. Die Organisation der Organentnahme	65
5.3. Die Zusammenarbeit der Beteiligten	68
5.4. Die Verteilung der Organe	71
5.4.1. Individuelle Faktoren	72
Das Spenderorgan	73
Der behandelnde Arzt	74
Der Organempfänger	74
5.4.2. Formelle Netzwerke	76
Die Transplantationskoordinatoren	77
Eurotransplant	77
6. Schluss	81
6.1. Forschungsergebnisse	81
6.2. Resümee	86
A. Kurzzusammenfassung	87
B. Abstract	88
C. Interviewleitfaden Prof. Mühlbacher	89

Abbildungsverzeichnis

4.1. Ablauf der Hirntoddiagnose(Marckmann, 2008)	41
4.2. Registrierte Personen im Widerspruchsregister pro Mio. EW nach Bundesländern, Stand: 31. 12. 2009 (OEBIG, 2009)	48

Tabellenverzeichnis

1.1. Anzahl der in Österreich transplantierten Organe im Jahr 2009; aufgeteilt nach Transplantationszentrum und Organ (OEBIG, 2009)	8
5.1. Warteliste am 31. Dezember 2009, Anzahl der für eine Transplantation vorgesehenen (actively waiting) Personen (OEBIG, 2009)	72
5.2. Dynamik auf den Wartelisten für Nieren-, Leber-, Herz-, Lungen- und Pankreas-Transplantationen im Zeitraum 1. 1. 2004 bis 31. 12. 2009 (Prozentangaben auf ganze Zahlen gerundet) (OEBIG, 2009)	75
5.3. Durchschnittliche Verweildauer auf den Wartelisten für Nieren-, Leber-, Herz-, Lungen- und Pankreas-Transplantationen bis zur Transplantation oder bis zum Tod in Monaten für den Zeitraum 1. 1. 2004 bis 31. 12. 2009 (OEBIG, 2009)	79
5.4. Auswahlkriterien nach Spenderorgan, (ET, 2011)	79

Danksagung

Mein Dank gilt all jenen, die durch ihre fachliche oder persönliche Unterstützung, beziehungsweise ihr Engagement zum Gelingen dieser Diplomarbeit beigetragen haben.

Besonders möchte ich meinen *Eltern* für all das danken, was sie während der Zeit meines Studiums für mich in finanzieller, vor allem aber in emotionaler Hinsicht getan haben und ohne deren Beitrag es mir gar nicht möglich gewesen wäre, zu studieren.

Großer Dank gilt auch meinen *InterviewpartnerInnen*, ohne deren großzügige und unkomplizierte Bereitschaft zu den offenen und ausführlichen Gesprächen das Zustandekommen dieser Arbeit gar nicht möglich gewesen wäre.

Natürlich gilt mein Dank auch meinem Betreuer *Herrn Prof. Gottweis* für die Offenheit betreffend den Themenvorschlag dieser Arbeit, die sofortige Zustimmung und die wissenschaftliche Anregung bezüglich des Theoriekonzeptes.

Für die Ermöglichung der Abfassung gegenständlicher Arbeit im Textsatzsystem L^AT_EX bin ich *Donald E. Knuth* sehr verbunden.

1. Einleitung

1.1. Vorstellung und Motivation für das Thema

„Die Entscheidung ist eigentlich gar nicht gefallen, weil man nicht entscheiden muss. Wenn man sich nicht eintragen lassen will oder sich mit dem Thema nicht befasst, dann ist man automatisch Organspender; und das ist auch gut so, eigentlich. Wenn ich nicht nein sage, dann kann jemand davon profitieren.“
(Zeithammer, 2009)

Als ich zufällig in einem Radiobeitrag über Organtransplantationen dieses Zitat eines Österreichers hörte, wurde mein Interesse für die Thematik der Organspende geweckt. Während des Studiums ergab sich die Möglichkeit, sich in einem Seminar näher damit zu befassen. Im Zuge von Recherchen für die Seminararbeit kam ich dann mit Anderen auf die Problematik einer Organspende zum Zweck einer Transplantation zu sprechen.

In Österreich sind Organentnahmen von Toten relativ einfach möglich. Die allgemeine Unwissenheit meiner Mitmenschen über die Regelung in Österreich überraschte mich, ich begann mich nun mit der Thematik näher zu befassen. Sucht man im Internet zum Beispiel nach der Schlagwortkette „Organspende nach dem Tod“, stößt man sehr schnell auf jene Pro- und vor allem Kontra-Argumente, deren Grundtenor ich auch bei Gesprächen darüber mit unterschiedlichsten Leuten vernahm.

Beide Extrempositionen, für und gegen eine Organspende, sind geprägt von zum Teil sehr starken Emotionen: Für eine Organspende sprechen vor allem das Mitleiden mit den Kranken und Betroffenen – auch der Gedanke selbst einmal in die Situation zu kommen, ein Spenderorgan zu benötigen, spielt mit. Argumente, die gegen eine Organspende nach dem Tod sprechen, hängen zum Beispiel mit der Unsicherheit oder der Angst zusammen, zum Zeitpunkt der Entnahme unter Umständen noch nicht „ganz tot“ zu sein bzw. „ausgenutzt“ zu werden, um einen Nutzen für Andere aus dem eigenen Tod zu erzwingen.

Sowohl Befürworter als auch Gegner von Organentnahmen von Toten stellen sich im Zuge ihrer Entscheidungsfindung oftmals die gleichen Fragen:

Zentrum	Niere	Herz	Leber	Lunge	Pankreas
Univ. Klinik Wien	147	51	64	94	7
Univ. Klinik Innsbruck	116	14	69	15	23
Univ. Klinik Graz	51	7	14	–	–
Region Linz	49	–	–	–	–

Tabelle 1.1.: Anzahl der in Österreich transplantierten Organe im Jahr 2009; aufgeteilt nach Transplantationszentrum und Organ (OEBIG, 2009)

- Zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Voraussetzungen dürfen in Österreich überhaupt meine Organe entnommen werden?
- Kann ich etwas gegen die Entnahme meiner Organe tun?
- Wer entscheidet im Todesfall, was mit meinen Organen passiert?
- Wenn ich einmal ein Organ brauchen sollte, gibt es Genügend?

Die Transplantationsmedizin, als Teil der heutigen Spitzenmedizin, gehört in Österreich zum Standard der modernen Gesundheitsversorgung. In Österreich werden derzeit an fünf Zentren Transplantationen durchgeführt, wobei in Linz ausschließlich Nierentransplantationen durchgeführt werden, die Univ. Klinik Graz auch Leber und Herz transplantiert, und die Univ. Klinik Wien (AKH) und die Univ. Klinik Innsbruck zusätzlich Lunge und Pankreas transplantieren. Siehe Tabelle 1.1. (transplant.at, 2011).

Politikwissenschaftliche Bearbeitung erfährt die Transplantationsmedizin als Teilgebiet der sogenannten „Biopolitik“. Im Vergleich zu medial stärker präsenten und emotional besetzen Themen wie Stammzellenforschung, Gentechnik und Pränataldiagnostik, ist über die Transplantationsmedizin nur selten eine Berichterstattung in Massenmedien zu finden. Meist darüber, dass ein Mangel an transplantierfähigen Organen besteht, oder wenn auf diesem Gebiet wieder ein größerer medizinischer Fortschritt stattgefunden hat.

Die Behandlung der medizinischen, rechtlichen und ethischen Fragen ist unerlässlich für den politikwissenschaftlichen Diskurs, ihnen soll auch in vorliegender Arbeit Raum gegeben werden. Doch sollen die zuvor genannten Fragen nicht nur einzeln und isoliert voneinander bearbeitet werden, sondern ebenfalls auf den, sich zum Teil auch daraus ergebenden, sozialwissenschaftlichen Blickwinkel eingegangen werden. Es wird in dieser Arbeit versucht, die Aufmerksamkeit auf das Geschehen im Umfeld einer Organtransplantation zu richten. Das passiert mit Hilfe des Konzeptes von *Governance* (siehe Kapitel 2.1), das den theoretischen Rahmen dieser Arbeit darstellt.

Die Erörterung möglicher normativer Bestimmungen im Hinblick auf die Art der Zustimmung zu einer Organentnahme von Toten, über den Umfang einer Entnahme bis hin zur Verteilungsgerechtigkeit sollen zeigen welche Möglichkeiten der Rechtsgestaltung existieren.

In Österreich sind Organentnahmen durch die sogenannte „Widerspruchsregelung“ rechtlich geregelt. Dadurch ist es, bei Feststellung des Hirntodes, theoretisch relativ einfach möglich, Organe zu entnehmen. Somit ist jeder Mensch potenziell Organspender, sofern er nicht explizit seinen Widerspruch äußert.

Die Politikwissenschaft verwendet den Begriff der Biopolitik bzw. Biomacht, um Politiken zu beschreiben, die mit der Gestaltung und Regulierung des Anfangs und des Endes des Lebens zu tun haben. Geprägt hat diesen Begriff der Biomacht Michel Foucault.

Er skizzierte damit einen neuartigen Machtmechanismus, der die alte, traditionelle Machtform insbesondere den souveränen Nationalstaat überlagerte. Bedeutete Macht im traditionellen Sinn letztlich die Macht eines Souveräns über Leben und Tod der Untertanen, wird seit dem 17. Jahrhundert diese Macht zunehmend von einer neuartigen Form abgelöst, deren Ziel es ist, das Leben zu verwalten, zu sichern und zu entwickeln – und letzten Endes auch zu machen (Junge, 2001).

Das kann durch gesundheitspolitische Maßnahmen ebenso erfolgen wie durch eine Manipulation des Gesundheitsverhaltens, wobei differenzierte Bevölkerungsreduktion und Profite der Gesundheitsindustrie ohne weiteres zusammenspielen können.

Der italienische Philosoph Giorgio Agamben (siehe Kapitel 2.2) hat diesen Gedanken aufgegriffen und im Hinblick auf eine Organspende weitergeführt. Der zeitgenössische Philosoph und Schriftsteller nimmt in seinen Werken immer wieder Bezug zu aktuellen Themen der Zeit. Besonders Themen im Zusammenhang mit bioethischen und biotechnologischen Aspekten, biopolitischen Themen, untersucht er auf rechtspolitische Fragen, die sich daraus ergeben. In seinem Hauptwerk, der Trilogie *homo sacer*, untersucht er politische und staatsrechtliche Fragestellungen, die sich daraus ergeben, dass er von einer Spaltung der Identität in ein bloßes *nacktes* Leben und ein gesellschaftliches, politisches Leben ausgeht. Die Entnahme von Organen eines gerade Verstorbenen zeigt diese Schwelle vom Menschen als politischen Wesen zum bloßen Lebewesen (Greulen, 2005).

Bei der Organübertragung von einem „alten“ Spenderleben zu einem „Neuen“ des Empfängers geht es darum, Leben zu verwalten und zu sichern. In dieser Arbeit soll gezeigt werden, wie diese theoretische Überlegung in der praktischen Umsetzung aussieht und welche Akteurskonstellationen vorhanden sind, was mit Hilfe des Governance-Konzeptes beschrieben werden soll.

Mit Giorgio Agambens Figur des *homo sacer* des „Heiligen Lebens“ soll gezeigt werden, wie fließend der Übergang von einem „normalen“, geschützten, politischen Leben in einen Ausnahmezustand verläuft, der nur mehr das „nackte Leben“ darstellt, scheinbar schutzlos den beteiligten Akteuren ausgeliefert – nicht mehr am Leben aber auch noch nicht tot. Auch auf diese Theorie des „Ausnahmezustandes“ des „nackten Lebens“ wird im theoretischen Zugang der Arbeit noch genauer eingegangen.

Die Problematik der Durchführung einer Organspende in der medizinischen Praxis unter gleichzeitiger Berücksichtigung von medizinischen, rechtlichen und ethischen Normen als ein Problem von Governance, hat mein Interesse für eine Arbeit auf diesem Gebiet geweckt. Hier können die Sozialwissenschaften eine Hilfestellung für die Beschreibung der im Zuge einer Organspende ablaufenden Prozesse bieten.

1.2. Forschungsleitende Fragestellungen und Hypothesen

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit gilt den Problemkreisen bei einer Organtransplantation. Einerseits ist das die Frage, wann einem Menschen überhaupt ein Organ entnommen werden darf. Hier soll zuerst gezeigt werden, welcher rechtlichen, ethischen und medizinischen Rahmenbedingungen es bedarf, um eine Organtransplantation durchzuführen, um dann die einzelnen Schritte und Akteure beleuchten zu können. Andererseits erfordert die Verteilung des knappen Gutes Organ eine Regulierung. Auch hier sollen die Voraussetzungen und Regeln erklärt, sowie die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure gezeigt werden.

Ausgehend vom *Governance* Begriff als neue Form gesellschaftlicher und politischer Regulierung, lassen sich Organtransplantationen als ein Problem von *Governance* benennen und es ergeben sich folgende Forschungsfragen:

- Warum sind in Österreich Organtransplantationen relativ einfach möglich und was sind die notwendigen Voraussetzungen dafür?
- Welche Akteure arbeiten in den verschiedenen Phasen einer Transplantation von Organen zusammen und wie werden diese koordiniert?
- Wer ist an der Verteilung der entnommenen Organe beteiligt und nach welchen Kriterien erfolgt diese?

Meine Hypothesen lauten daher:

- Die österreichische Gesetzgebung ist nicht der limitierende Faktor im Bezug auf die Anzahl der verfügbaren Organe. Ärzte nehmen auf ethische Bedenken und Ängste der Angehörigen Rücksicht und verzichten auf eine Entnahme, selbst wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen eine Entnahme der Organe zulassen würden.
- Die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren einer Organtransplantation erfolgt sowohl über informelle Netzwerke und Gespräche als auch über formelle, rechtliche Steuerung und Koordinierung.
- Auch wenn die Allokation der verfügbaren Organe nach transparenten Kriterien erfolgt, kann es trotzdem keine Verteilungsgerechtigkeit für alle Betroffenen geben.

1.3. Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Die nächsten beiden Kapitel erläutern den theoretischen Rahmen und die methodische Vorgehensweise der Arbeit.

Danach folgen die theoretischen Rahmenbedingungen für eine Organtransplantation. Zunächst werden die medizinischen Voraussetzungen beschreiben, die für diesen Eingriff notwendig sind, dann wird ein Überblick über die rechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten gegeben. Weiters erfolgt eine Darstellung der wichtigsten Punkte des ethischen Diskurses zu diesem Thema.

Dann folgt der empirische Teil dieser Arbeit, in dem die wichtigsten Positionen und Aussagen der durchgeführten Experteninterviews dargestellt werden.

Zum Schluss werden in einer Zusammenfassung die Forschungsfragen und Hypothesen beantwortet.

2. Theoretischer Rahmen

Theorien sind Instrumente zur Erkenntnisgewinnung und ermöglichen einen systematischen Blick auf die Realität. Ihre Aufgabe ist es, Phänomene zusammenzufassen, zu koordinieren, zu erklären und vorauszusagen (Benz und Seibel, 1997).

Von den Theorien hängt unser Verständnis von und für die Wirklichkeit ab. Sobald sich die Theorien, die wir verwenden, verändern, verschiebt sich auch unser Bild und unsere Interpretation der Realität. Daraus folgt, dass sich Theorien ändern müssen, wenn sich die Wirklichkeit, die sie erfassen verändert und somit nicht mehr mit den Begriffen, Kategorien und Hypothesen, die bisher zur Verfügung standen, erfasst werden kann. Diese Veränderung und die Anpassung an eine gewandelte Realität passiert allerdings nicht von selbst: Neue Ansätze und Ideen müssen sich erst gegen schon etablierte Denkweisen durchsetzen. Dafür sind die Strukturen des wissenschaftlichen Prozesses verantwortlich, der durch vorherrschende Lehren dominiert wird. Es gibt, wie in allen gesellschaftlichen Bereichen, einflussreiche Autoritäten, gegen die es sich unter Umständen gilt, durchzusetzen.

Weiters hängt die Dynamik von Theorieentwicklung allerdings auch mit der Ausdifferenzierung und Zuordnung unterschiedlicher Bestandteile von „Theoriegebäuden“ zusammen. Es gibt nicht die „eine“ Theorie, sondern unterschiedliche Arten, die miteinander verbunden sind und so ein komplexes Muster bilden (Benz und Seibel, 1997). Politische Theorie ist nicht einheitlich und es fällt nicht ganz leicht, Unterscheidungen zu treffen und die Vorteile der verschiedenen Arten für den eigenen Untersuchungsgegenstand herauszuarbeiten. Auf der einen Seite existiert die Beschäftigung mit Institutionen, Entscheidungen und Konflikten der politischen Erfahrungswelt, auf der anderen Seite gibt es die philosophischen Politiktheorien.

Beide beschäftigen sich mit dem Staat, mit organisierten Interessen und Konflikten, mit Art und Ausmaß der Staatstätigkeit und mit kontroversen Auffassungen über die Wünschbarkeit politischer Ziele (Benz und Seibel, 1997).

Für die vorliegende Arbeit wurde das Governance-Konzept gewählt, das meiner Meinung nach die notwendigen praktischen Voraussetzungen und Vorgänge rund um eine

Organtransplantation gut erfasst.

2.1. Das Governance-Konzept

Die Integrationstechniken des Transplantationssystems beruhen in einem großen Maß auf Deutungsleistungen, die nur in Verbindung mit anderen gesellschaftlichen Teilsystemen hergestellt werden können. Das gilt besonders für die nicht medizinischen Funktionskomponenten im Transplantationsgeschehen: die Anpassung des Todeszeitpunktes, die Einbindung der Angehörigen, die Organisation der länderübergreifenden Transporte von Spenderorganen und schließlich die Allokation.

Die Bemühung um die Integration gesellschaftlicher Orientierungssysteme verläuft wesentlich über die Inanspruchnahme von Deutungsautorität. Das verläuft zum einen durch den Verweis auf systemexternes Wissen, zum anderen auch durch gezielte Information über die systemeigene Deutungskompetenz.

Das Deutungsmanagement der Transplantationsmedizin lässt sich auch an der verwendeten Begrifflichkeit erkennen. Im System der Organtransplantation hat sich der Begriff Leichenspende durchgesetzt. Er bedeutet zweierlei: Erstens, dass die zur Transplantation verwendeten Organe unzweifellos dem Körper von Toten entnommen werden (Leiche), und zweitens, dass der Zugriff auf die Organe im jeweiligen Umfang mit Zustimmung oder im Einklang mit dem Willen ihres Besitzers erfolgt (Spende) (Oduncu, 1998). Alle Entscheidungen und möglichen Konflikte rund um eine Organtransplantation, die in den verschiedensten Bereichen getroffen werden, müssen über diesen Konsens innerhalb der verwendeten Begriffe verfügen. Dazu sind Entscheidungen und Prozesse in der politischen Erfahrungswelt notwendig, die innerhalb rechtlicher, medizinischer und gesellschaftlicher Rahmen getroffen und verwaltet werden müssen.

Diese vielfältigen Regulierungsmechanismen innerhalb der Transplantationsmedizin, die Formen gesellschaftlicher und politischer Steuerung und Regulierungen, die Voraussetzung für das Funktionieren einer Organtransplantation sind, lassen sich mit dem politikwissenschaftlichen Konzept von *Governance* darstellen und erklären. Der Begriff „Governance“ umschreibt nach Benz und Dose (2010a) neue Formen gesellschaftlicher, ökonomischer und politischer Regulierung, Koordinierung und Steuerung innerhalb komplexer institutioneller Strukturen, in denen meistens staatliche und private Akteure zusammenwirken. So lassen sich veränderte Herrschaftsformen des modernen Staates, aber auch der Wandel von Organisationsformen und Interorganisationsbeziehungen bezeichnen und beschreiben.

Das Lexikon der Politikwissenschaft schreibt zu dem Begriff *Governance* Folgendes:

„**Governance** (von mlat. *gubernatia* = Steuerung, Leitung), aus dem Engl. übernommener, vieldeutiger Begriff, für den es keine deutsche Entsprechung gibt. Er bedeutet Regierung *und* regieren, aber auch Regeln, Regulierungsmechanismen, Ordnung, Herrschaft – nicht allein in Staat und Politik, sondern ganz generell überall dort, wo in der Gesellschaft individuelle Interaktionen und soziale Transaktionen systematischen Handlungsmustern, festen Regeln, Ordnungen folgen.“

(Schultze, 2002, 297)

Governance bezeichnet also nicht nur allein die Tätigkeit des Regierens, Lenkens bzw. Steuerns und Koordinieren, sondern vor allem die Art und Weise, wie diese Tätigkeiten ausfallen können. Neben des prozessualen Aspekten des Regierens, Steuerns und Koordinierens werden auch die Strukturellen, Funktionalen und Instrumentellen erfasst (Dose, 2010). Ziel ist das Management von Interdependenzen, also gegenseitiger Abhängigkeit, zwischen Akteuren. Es werden in der Regel korporative Akteure betrachtet, das heißt handlungsfähige Zusammenschlüsse von Individuen.

Steuerung und Koordination beruhen auf institutionalisierten Regelsystemen, die das Handeln der Akteure lenken sollen. In der Regel gibt es hierbei eine Kombination aus unterschiedlichen Regelsystemen. Governance umfasst genau diese unterschiedlichen Interaktionsmuster und Möglichkeiten des kollektiven Handelns, die sich im Rahmen von Institutionen ergeben, ohne fest vorgegeben zu sein. Hier ergeben sich im Vorfeld und nach einer Transplantation Netzwerke und Koalitionen, die mit dem Begriff Governance beschreibbar und erfassbar gemacht werden können.

Ein wichtiges Merkmal der Prozesse des Steuerns bzw. Koordinierens und der verschiedenen Interaktionsmuster im Rahmen einer Organtransplantation ist, dass hier in der Regel Organisationsgrenzen, aber auch jene Grenzen zwischen Staat und Gesellschaft, die hier in der politischen Praxis als fließend wahrgenommen werden müssen, überschritten werden.

In der Governance-Forschung kann der Politikbegriff nicht auf den Bereich des Staates begrenzt werden. Hier wird daher ein Politikbegriff verwendet, der die Regelung gesellschaftlicher Konflikte durch kollektive Entscheidungen meint. Mit Politik in diesem Sinne sind daher auch all jene Vorgänge gemeint, die im empirischen Teil der Arbeit das Zusammenwirken staatlicher, das heißt rechtlicher Normen und nichtstaatlicher Akteure zeigt (Dose, 2010).

Nach Mayntz (2010) sind die Institutionen gesellschaftlicher Selbstregelung ein wichtiger Bestandteil von Governance im modernen Staat. Eine solche Selbstregelung kann

entweder freiwillig oder im staatlichen Auftrag erfolgen. Wie im empirischen Teil der Arbeit gezeigt werden wird, ist im Verhandlungs- und Organisationssystem rund um eine Organtransplantation eine solche Selbstregulung vorhanden und notwendig. Sie gehört zu den unterschiedlichen Interaktionsmustern, die sich im Rahmen von eingegangenen Koalitionen und entstandenen Netzwerken gebildet haben. Kennzeichnend für all diese Formen von Governance ist, dass Gespräche zwischen Repräsentanten unterschiedlicher Akteure stattfinden. Wie gezeigt wird, werden hier nicht Entscheidungen oktroyiert, sondern in direkter Interaktion mit den Beteiligten vereinbart. Die staatliche Norm, die gesetzliche Regelung bildet hier nur den Rahmen, in dem Netzwerke gebildet werden.

Die wachsende politische Bedeutung von Verhandlungssystemen als Elemente von Governance zeigt auch einen gesellschaftlichen Strukturwandel auf. In vielen gesellschaftlichen Regelungsbereichen sind einflussreiche und handlungsfähige Organisationen und Akteure entstanden. Auch im Organisationssystem rund um eine Transplantation sind eine Vielzahl von unterschiedlich mächtigen Akteuren involviert, die ein höchst unterschiedliches Interaktionsmuster aufweisen, wie durch die geführten Gespräche mit unterschiedlichen Akteuren aufgezeigt wurde (Mayntz, 2010).

Governance lässt sich auch deshalb gut auf dieses Politikfeld übertragen, weil es im Wesentlichen auch um eine nicht hierarchischen Regelungsstruktur geht, die den modernen Vorstellungen von demokratischer Selbstbestimmung entspricht. Es geht bei den Fragen und Gesprächen, die rund um eine Todspende von Organen auftreten nicht darum, dass einzelne Akteure mehr Macht haben als andere, sondern es geht um ein Zusammenspiel, das Verhandlungen, Einfühlungsvermögen und Organisation auf allen Seiten verlangt.

Die Gespräche, die geführt wurden, hatten den Fokus auf der Entnahme von Organen von Toten, hier liegt auch der Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Der Rahmen, in dem die Eingriffe stattfinden, die Steuerung und Koordinierung bzw. das Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure kann als eine Problematik von Governance beschrieben werden.

2.2. Giorgio Agambens homo sacer

Bei einer Leichenspende gilt es, neben den komplexen Netzwerken und Interessen, die im Spiel sind, auch den ethisch-philosophischen Aspekt zu untersuchen, wann ein Organ entnommen werden darf.

Für diese Frage wurde das Werk des italienischen Philosophen Giorgio Agamben verwendet. Der italienische Schriftsteller wurde 1942 in Rom geboren und ist ein zeitgenös-

sischer Philosoph und Essayist. 1995 erschien sein Buch „*homo sacer* – Die souveräne Macht und das nackte Leben“. In Diesem verbindet er philosophische Reflexion mit politischer Analyse und setzt sich mit rechtstheoretischen und historischen Problemen auseinander. Er greift Foucaults Begriff der Biopolitik auf und formuliert ihn neu.

Seine These ist, dass die Konstitution souveräner Macht die Produktion eines biopolitischen Körpers voraussetzt. Die Einsetzung des Rechts sei nicht zu trennen von der Aussetzung bloßen Lebens; der Einschluss in die politische Gemeinschaft wird nur möglich durch den gleichzeitigen Ausschluss von Menschen, denen der rechtliche Status nicht zuerkannt wird. Zu Beginn der Politik steht nach Agamben die Markierung einer Grenzlinie und die Festsetzung eines Raumes, der dem Schutz des Gesetzes entzogen ist.

Den Ausgangspunkt seiner Analyse bildet eine Unterscheidung, die ihm zufolge die westliche politische Tradition seit der griechischen Antike bestimmt: der grundlegende politische Unterschied sei nicht der zwischen Freund und Feind, sondern die Trennung zwischen dem bloßen, nackten Leben *zoe* und der politischen Existenz *bios* – also zwischen dem natürlichen Dasein und dem rechtlichen Sein eines Menschen (Agamben, 2002, 11).

Er stützt seine Argumentation auf eine Figur des archaischen römischen Rechts. *Homo sacer* wurde ein Mensch genannt, den man straflos töten durfte, da er auf seine bloße physische Existenz reduziert war, weil er zuvor aus der politisch-rechtlichen Gemeinschaft verbannt worden war. Während selbst noch ein Verbrecher Ansprüche auf Rechtsschutz und rechtliche Garantien sowie Verfahrensformen geltend machen kann, war dieser „heilige Mensch“ vollkommen schutzlos (Lemke, 2005). Er stand jenseits des menschlichen, wie des göttlichen Rechts, aus der Rechtsgemeinschaft ausgeschlossen und konnte weder einer rechtlichen Verfolgung ausgesetzt, noch religiös geopfert werden. Der *homo sacer* bildete so etwas wie eine Art „lebender Toter“, der weder als ganz lebendig noch als vollständig tot anerkannt war und dem noch das elementare Recht verwehrt blieb, wie ein Mensch zu sterben:

„Das Leben, das nicht geopfert werden kann und dennoch getötet werden darf, ist das heilige Leben.“

(Agamben, 2002, 92)

Agamben geht es nicht so sehr um die Frage, ob in der antiken Rechtspraxis Menschen tatsächlich mit dieser Art von Bann belegt wurden, sondern ihm geht es, und dass soll auch in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, um den politischen Mechanismus von Regel und Ausnahme, nacktem Leben und politischer bzw. rechtlicher Existenz. Für

ihn stellt das Paradoxe an dem Prinzip der Souveränität eines Staates die Problematik des Rechts dar: die Entscheidung über die Ausnahme von der Norm.

Wie der Souverän über dem Recht, dem Gesetz steht, so ist das bloße Leben seinem Geltungsbereich entzogen und „unterliegt“ ihm zugleich (Lemke, 2005). Das nackte Leben, dass als Ausnahme gilt und am weitesten von der Politik entfernt zu sein scheint, erweist sich als die Basis eines politischen Körpers, der Leben und Sterben eines Menschen zu einer souveränen Entscheidung macht, bis hin zu der Frage, wer überhaupt als Mensch anerkannt wird. Agamben führt diesen Gedanken weiter bis hin zum *Lager*, in dem er das „biopolitische Paradigma der Moderne“ sieht (Agamben, 2002, 125). Er meint damit nicht nur die Konzentrationslager, sondern bezieht den Begriff des Lagers auch auf alle gegenwärtige „Orte des Ausnahmezustandes“ in denen sich Recht und Fakt, Regel und Ausnahme ununterscheidbar überlagern. Als solche Räume oder auch Zustände, in denen nicht Rechtssubjekte, sondern bloßes Leben anzutreffen sind, und der Ausnahmezustand zum Dauerzustand wird, nennt er als Beispiele Staatenlose und Flüchtlinge, sowie „überzählige“ Embryonen oder Komapatienten. Nach Agamben ist ihnen eines gemeinsam: Obwohl es sich dabei um menschliches Leben handelt, sind sie von einem rechtlichen Schutz ausgeschlossen. Entweder bleiben sie auf humanitäre Hilfe angewiesen, ohne einen Anspruch darauf geltend machen zu können, oder sie werden aufgrund wissenschaftlicher Deutungsmacht auf den Status einer Biomasse bzw. eines Zellhaufens reduziert (Lemke, 2005).

Agamben ist der Ansicht, dass diese schwer einzuordnenden Existenzen, zwischen innerhalb und außerhalb einer Norm, also zwischen Recht und Ausnahmezustand, das Resultat von den jeweiligen heute vorherrschenden gesellschaftlichen Verhältnissen darstellen. Das *nackte* oder *bloße* Leben des *homo sacer* verweist daher nicht auf eine ursprünglichen Blöße, sondern stellt eine Blöße dar, die künstlich hergestellt wird und die gesellschaftliche Markierungen und Zuordnungen verdeckt. Die Unterscheidung zwischen bloßem Leben und rechtlicher Existenz ist daher eine politische Strategie und ein Willensakt, wie der Trennung zwischen Norm und Ausnahme eine normative Entscheidung vorausgeht.

Er zeigt nun in einem Kapitel am Beispiel der Organentnahme bei Hirntoten den Prozess dieser Entwicklung, an dessen Ende eine solche normative Entscheidung und schlussendlich ein politischer Willensakt stehen.

Im Jahr 1959 wurde eine Studie veröffentlicht, in der zwei französische Neurophysiologen zu den bisher bekannten beiden Stadien des Komas ein neues, extremes hinzufügten. Der Stand der Medizin unterschied zu jener Zeit neben dem klassischen Koma, das durch

den Verlust der relationalen Lebensfunktionen (Bewusstsein, Mobilität, Sensibilität, Reflexe) und durch den Fortbestand der vegetativen Körperfunktionen (Atmung, Kreislauf, Regulation der Körpertemperatur) charakterisiert wird, auch noch ein Wachkoma, in dem der Verlust der Relationsfunktionen nicht vollständig ist und ein schweres Koma, mit einer tief greifenden Störung der vegetativen Körperfunktionen.

Mollaret und Goulon, die beiden Wissenschaftler, schlugen nun vor, diese drei traditionellen Grade des Komas um einen Vierten zu ergänzen, denjenigen des *coma depasse*, des *irreversiblen Komas* (Ultrakoma)

„Koma, in dem zur totalen Aufhebung der relationalen Lebensfunktionen [...] auch eine ebenso totale Aufhebung der vegetativen Lebensfunktionen kommt.“
(Agamben, 2002, 169)

Die Formulierung war gewollt paradox, nämlich von einem Stadium des Lebens zu sprechen, im Hinblick auf das gänzliche Aussetzen aller Lebensfunktionen, und sollte zu verstehen geben, dass das Ultrakoma zur Gänze das Ergebnis der damals neuen Technologien der Reanimation war: Der Patient wurde künstlich beatmet, die Kontrolle des Kreislaufs erfolgte durch eine ständige intravenöse Durchblutung mit Noradrenalin¹ und den Techniken zur Kontrolle der Körpertemperatur. Das Überleben eines Menschen im ultrakomatösen Zustand hörte mit der Unterbrechung der Reanimationsmaßnahmen automatisch auf. Es folgten nun auf das vollständige Ausbleiben von Reaktionen auf äußere Reize, welches dieses tiefe Koma definierte, auch das Aufhören jeglicher Atembewegung und der sofortige kardiovaskuläre Kollaps².

Wurde nun die Reanimationsbehandlung noch weiter fortgesetzt, konnte das Überleben sich so weit hinziehen, als das nunmehr von jeder Nervenleitung unabhängige Myocardium³ noch fähig war, sich mit einem Rhythmus und einer Energie zusammenziehen, die auch für die Vaskularisation⁴ der anderen inneren Organe ausreichten, in der Regel nicht länger als ein paar Tage.

Agamben stellt hier nun die Frage ob es sich bei diesem Zustand tatsächlich um ein „Überleben“ handelte. Vor allem, was war jene Zone des Lebens, die jenseits des Komas lag? Wer oder was war dieser Ultrakomatöse? Wie sollte er definiert werden (Agamben, 2002, 169–170)?

Die beiden französischen Neurophysiologen waren sich damals schnell bewusst, dass die Bedeutung ihrer Entdeckung des ultrakomatösen Zustandes weit über das technisch –

¹Noradrenalin: ein dem Adrenalin verwandtes Mittel, welches das Herz-Kreislaufsystem anregt

²Kardiovaskulärer Kollaps: Herz-Kreislauf Kollaps

³Myocardium: Herzmuskel

⁴Vaskularisation: die Gesamtheit der Gefäßversorgung eines Organs oder Gewebes

wissenschaftliche Problem der Reanimation hinausgeht: Es musste der Tod neu definiert werden.

Aufhören des Herzschlages und Stillstand der Atmung waren seit Jahrhunderten die wesentlichen Kriterien zur Feststellung des Todes, die vom Arzt durchgeführt wurde. Die Möglichkeiten der Reanimationsmaßnahmen beim Ultrakomatösen weichte dieses traditionellen Kriterien, um den Tod zu diagnostizieren auf und machte die Bestimmung neuer Kriterien zur Todestfestellung, sowie eine Aufstellung neuer Definitionen notwendig, da es nun zwischen dem Koma und dem Tod einen nicht näher definierten Raum, ein Niemandsland, gab. Mollaret und Goulon schreiben in ihrer Studie:

„[...] das Problem dehnte sich aus bis zur Diskussion der letzten Grenzen des Lebens und weiter noch bis zur Vorstellung eines Rechts auf Festlegung des Zeitpunktes des legalen Todes.“

(Agamben, 2002, 170)

Die Problematik wurde dadurch noch drängender, weil die Fortschritte der Reanimationstechniken mit der Entwicklung neuer Möglichkeiten auf dem Gebiet der Organtransplantation zusammenfielen. Der Zustand, in dem sich die ultrakomatösen Patienten befanden, bot für eine Organentnahme ideale Bedingungen, dies setzte jedoch voraus, dass der Zeitpunkt des Todes mit Sicherheit festgelegt werden musste, da sonst nach damalig herrschender rechtlicher Lage der Arzt, der die Transplantation durchführte, des Mordes angeklagt werden konnte.

Es wurde also auch jenseits der Medizin notwendig, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Eine Sonderkommission der Harvard Universität legte im Jahr 1968 einen Bericht vor, in dem sie die neuen Kriterien des Todes festlegte (siehe Kapitel 4.1.2). Damit wurde auch der Begriff des Hirntodes festgelegt, der sich ab diesem Zeitpunkt in der wissenschaftlichen Diskussion zunehmend durchsetzte und schließlich auch in die Gesetzgebung der meisten amerikanischen und europäischen Staaten einfluss (Agamben, 2002, 171).

Nun lieferte genau dieses „Niemandsland“, diese unbestimmte Zone, die Mollaret und Goulon unsicher zwischen Leben und Tod schwanken ließ, das neue Todeskriterium. Es war auch das erklärte Ziel der Sonderkommission von Harvard, das irreversible Koma als ein neues Kriterium des Todes zu definieren. Wenn also einmal geeignete medizinische Tests den Tod des gesamten Gehirns, einschließlich des Hirnstammes, nachgewiesen hatten, musste der Patient als tot betrachtet werden, auch wenn er dank der Reanimationstechniken weiter atmete (Agamben, 2002, 171).

Auch wenn Agamben in seinem Buch *homo sacer* nicht auf die Streitpunkte der wissenschaftlichen Debatte über den Hirntod eingeht, die sich darum dreht, festzustellen, ob der Hirntod ein ausreichendes Kriterium für die Todesfeststellung bildet oder ob das letzte Wort nicht den traditionellen Kriterien überlassen werden sollte, so beäugt er diese doch kritisch. Er erkennt in der ganzen sich entwickelnden Diskussion unlösbare logische Widersprüche und schließt daraus, dass der Begriff Tod weit entfernt ist davon, exakter zu werden. Nach Agamben bewegt er sich hiermit in großer Unbestimmtheit von einem Pol zum anderen und beschreibt dabei einen geradezu mustergültigen Teufelskreis (Agamben, 2002, 171).

Dieser manifestierte sich darin, dass zwar auf der einen Seite nun der Hirntod den als unzureichend empfundenen systemischen Tod (Herztod) ersetzt, auf der anderen Seite sei es genau wieder diese Herz – Kreislaufstillstand, der mehr oder minder unbewusst aufgerufen wird, das entscheidende Kriterium abzugeben.

Er schreibt von Widersprüchen, wenn er Berichte zitiert, unter anderem von David Lamb, in denen dieser, auch als vorbehaltloser Befürworter des Hirntodes, diese Widersprüche bemerkt, wenn er über Studien schreibt, die zeigen, dass der Herzstillstand wenige Tage auf die Diagnose des Hirntodes folgt. So zitiert er aus einem Bericht von David Lamb:

„In den meisten dieser Studien gab es kleinere Variationen bei den klinischen Tests, trotzdem bewiesen sie alle die Unvermeidlichkeit des somatischen Todes als Folge des Hirntodes.“

(Agamben, 2002, 172)

Mit einer sichtbaren logischen Inkonsistenz, so Agamben weiter, tauche eben der Herz-Kreislauftod – der eben noch nicht als gültiges Kriterium akzeptiert wurde – wieder auf, um die Richtigkeit des Kriteriums zu beweisen, das ihn hätte ersetzen sollen, nämlich des Hirntodes.

Dieses für ihn Hin und Herbewegen des Todes in der dunklen Zone jenseits des Komas spiegelt sich für ihn auch in einer analogen Oszillation zwischen Medizin und Recht, zwischen medizinischer und rechtlicher Entscheidung wieder.

In einer Erklärung des Chirurgen Norman Shumway aus dem Jahr 1974, der für das Gericht einen Bericht abgab, um sich für die Entfernung des Herzens bei einem hirntoten Patienten zu rechtfertigen, ist zu lesen:

„Ich sage, dass jemand, dessen Hirn tot ist, tot ist. Das ist das einzige Kriterium, das universell anwendbar wäre, weil das Gehirn das einzige Organ ist, das nicht transplantiert

werden kann.“

(Agamben, 2002, 172)

Agamben zieht daraus den Schluss, dass dies logisch impliziert, dass seit der Herztod durch die neuen Reanimations- und Transplantationstechnologien kein gültiges Todeskriterium mehr darstellt, rein hypothetisch auch der Hirntod ab dem Tag keines mehr wäre, an dem die erste Hirnverpflanzung gelänge. Auf diese Weise würde der Tod zu einem Ephiphänomen der Transplantationstechnologie (Agamben, 2002, 172).

Menschen, die in ein irreversibles Koma fallen und somit den neuen Kriterien des Hirntodes entsprechen, befinden sich in Wirklichkeit in einer Zone der Unbestimmtheit, in der die Wörter „lebendig“ oder „tot“ ihre Bedeutung verloren haben. Diese Zone der Unbestimmtheit, dieses „Niemandsländ“ ist genau jene Zone des Ausnahmezustandes, in der sich der *homo sacer* befindet, in der das nackte, bloße Leben von Bedeutung ist.

Das heilige Leben besitzt jener Mensch der sich in diesem Zustand der Ausnahme befindet und mit Hilfe der Maschinen für die Transplantationsmedizin für ein paar Stunden oder Tage in dieser unbestimmten Zone verbleibt.

Der Reanimationsraum, in dem der Ultrakomatöse zwischen Leben und Tot schwankt, bildet jenen Raum der Ausnahme, in dem nur das nackte Leben zählt, zum ersten Mal vollständig vom Menschen und seiner Technik kontrolliert. Da es sich eben nicht mehr um einen natürlichen Körper handelt, sondern um eine extreme Inkarnation des *homo sacer*, steht auch hier die Definition eines Lebens auf dem Spiel, dass getötet werden kann, ohne dass ein Mord begangen wird und dass in dem Sinn nicht opferbar ist, als es nicht durch die Vollstreckung der Todesstrafe getötet werden könnte (Agamben, 2002, 174).

„Das Leben, das nicht geopfert werden kann und dennoch getötet werden darf, ist das heilige Leben.“

(Agamben, 2002, 92)

Auf der eine Seite gibt es die Verfechter von der Rede über die „neuen Toten“, die den gesetzlichen Staus von Leichen haben, aber im Hinblick auf eine mögliche Explantation von Organen ein paar Merkmale des Lebens bewahren könnten – sie sind warme, atmende, pulsierende und ausscheidende Körper – auf der anderen Seite gibt es die Meinung von dem „falschen Lebenden“, von einem Körper, der im Reanimationsraum liegt und in den Eingriffe rückhaltlos erlaubt seien.

Agamben folgert daraus, dass Leben und Tod nicht eigentlich wissenschaftliche Konzepte sind, sondern politische Entscheidungen. Die Grenzen zwischen ihnen sind Beweg-

liche, weil es Biopolitische sind und die Tatsache dass gerade eine Neudefinierung dieser Grenzen passiert, zeigt, dass der Souverän, der früher als Herrscher über Leben und Tod seiner Untertanen entschied, nun in der Gestalt des Staates die Ausübung seiner souveränen Macht mehr denn je über diese Grenzen hinaus definiert und die medizinischen und biologischen Wissenschaften erneut beschreitet.

Daher erstaune es auch nicht, wenn die Vertreter des Hirntodkonzeptes und der modernen Biopolitik das Eingreifen des Staates fordern, damit er über den Tod entscheidet und es zulässt, dass im Reanimationsraum an den falschen Lebenden Eingriffe zur Organentnahme stattfinden dürfen. So fordern die Verfechter des neuen Konzeptes, dass die Definition des Endes nach vorne verschoben würde und sich an den Hirntod hält, und nicht wie früher auf die Totenstarre wartet. Nur so ergibt sich die Möglichkeit, an dem „neuen Toten“ Eingriffe vorzunehmen (Agamben, 2002, 174).

Diese Entscheidung solle nur der Staat als Souverän treffen, denn

„Souverän ist die Sphäre, in der man töten kann, ohne eine Mord zu begehen und ohne ein Opfer zu zelebrieren, und heilig, das heißt tötbar, aber nicht opferbar, ist das Leben, das in diese Sphäre eingeschlossen ist.“

(Agamben, 2002, 93)

Mit dem Herbeiführen jenes Ausnahmezustandes, den Agamben beschreibt und für den es eine politische Entscheidung braucht, ist die Macht des Souveräns aber noch nicht zu Ende. Auch hinsichtlich der Verteilung des knappen Gutes Organ müssen Regelungen getroffen werden, die eine nachvollziehbare und transparente Allokation möglich machen.

Die theoretischen Überlegungen zu dem Herbeiführen dieses notwendigen „Ausnahmezustandes“ mit allen notwendigen nachfolgenden Entscheidungen, sollen im empirischen Teil dieser Arbeit als das in der Praxis bestehende Regelungsfeld von Governance gezeigt werden.

3. Methodik

Ausgehend vom speziellen Forschungsinteresse soll nun die in dieser Arbeit angewandte, methodische Vorgehensweise beschrieben werden. Für die Bearbeitung der Fragestellungen dieser Arbeit wurde die qualitative, empirische Herangehensweise des Experteninterviews gewählt, mit dem Ziel, einen Ausschnitt der Wirklichkeit möglichst präzise zu erforschen und zu beschreiben. Dieser Erkenntnisweg bildet den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Unterstützend wurden weiters quantitative Informationen (Statistiken) und Literaturrecherche in Fachzeitschriften zur Ausführung herangezogen. Hier ging es nicht mehr um die direkte Befassung mit der Realität, sondern primär um Wissen über sie, um eine indirekte Auseinandersetzung damit. Wissen über die Realität musste gesammelt, verglichen und analysiert werden.

Mithilfe der empirischen Sozialforschung können Zusammenhänge untersucht und beschrieben werden, die sich auf einen Bereich der Wirklichkeit selbst beziehen. Ihre Methoden eignen sich durch systematische Erhebung von Daten über soziale Tatsachen mittels Beobachtung, Befragung, bzw. Interview oder Experiment, dafür, auch über komplexere soziale Geschehen und Abläufe mit unterschiedlichen, beteiligten Akteuren Erkenntnis zu erlangen.

Bei den Methoden, die sich auf den Bereich der Wirklichkeit selbst beziehen, wird grundsätzlich zwischen den Methoden quantitativer und qualitativer Sozialforschung unterschieden. In der quantitativen Forschung steht im Vordergrund, eine klare Isolierung von Ursache und Wirkung zu bekommen, eine saubere Operationalisierung von theoretischen Zusammenhängen zu erzielen, sowie deren Messbarkeit und Quantifizierung vorzunehmen und Untersuchungsanordnungen zu formulieren, die es erlauben, ihre Ergebnisse zu verallgemeinern und daraus allgemein gültige Gesetze aufzustellen (Flick, 2002).

Unter qualitativer Sozialforschung wird in den Sozialwissenschaften die Erhebung nicht standardisierter Daten und deren Auswertung verstanden. Großen Wert wird dabei auf die Erfassung der Perspektive der beteiligten Akteure gelegt, sowie das Deutungsmuster und die Handlungsorientierung der Befragten.

Der Gedanke, der bei der Anwendung qualitativer Forschungsmethoden im Vordergrund steht, ist, dass unterschiedlichste Perspektiven berücksichtigt und analysiert werden sollten. Eine Möglichkeit, die die qualitative Forschung bietet, ist es, Methoden so offen zu gestalten, dass sie der Komplexität des untersuchten Gegenstandes gerecht werden können. Der Untersuchungsgegenstand wird dabei nicht in einzelne, quantifizierbare Variablen zerlegt, sondern in seiner Komplexität und Ganzheit in seinem alltäglichen Kontext untersucht (Flick, 2002).

Ebenso im Unterschied zur quantitativen Datenerhebung und -analyse wird bei qualitativen Methoden die Kommunikation des Forschers/der Forscherin mit dem jeweiligen Untersuchungsfeld und seinen Beteiligten zum expliziten Bestandteil der Erkenntnis. Das bedeutet auch, dass die Reflexionen des Forschers über seine Handlungen und Beobachtungen im Feld, die Eindrücke, Irritationen, Einflüsse und Gefühle zu Daten werden, die in die Interpretation und Auswertung hineinfließen (Flick, 2002).

Sind in der quantitativen Forschung standardisierte Fragebögen unverzichtbar für die Erhebung von Datenmengen, liegt der Schwerpunkt bei der qualitativen Forschung in der Beobachtung und in Interviews. Allgemein charakterisiert Flick (2002) ein offenes Interview als eine „soziale Interaktion zwischen fragender und befragter Person.“ Eine solche ist aber nie einfach auf Wissensaustausch beschränkt. Miege und Näf (2005) beschreiben das Phänomen folgendermaßen:

„Interaktionen dienen vielfältigen Zwecken gleichzeitig. Die Interaktionspartner bringen Interessen und persönliche Probleme ein, Machtverhältnisse werden geregelt. Die befragte Person steht immer in einem bestimmten institutionellen Kontext, in dem sie eine spezifische Rolle wahrnimmt. Entsprechend empfängt sie den Interviewer unter bestimmten Voraussetzungen; diese nennen wir [...] den Funktionskontext des Interviews.“
(Miege und Näf, 2005, 5)

Zusätzlich zu den durchgeführten Experteninterviews wurde im erforderlichen Rahmen Literaturrecherche von Primär-, Sekundärliteratur und Fachzeitschriften durchgeführt. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse der Interviews wurden aus den verschiedenen Quellen Daten und Statistiken zusammengetragen und dokumentiert.

Teilweise wurden Datenmaterial und Statistiken unkommentiert in die Arbeit übernommen um mithilfe von Zahlen eine unverfälschte Übersicht zu geben.

Ziel war stets die Analyse von Zusammenhängen, also das Zergliedern eines Gegenstandes in seine abstrakten Bezüge und Beschaffenheiten. Diese Vorgehensweise wurde auf die zuvor genannten Daten angewendet, um sie in den Sachverhalt einzuordnen. Auch die

verwendete Theorie wurde analysiert und mögliche Schnittstellen und Zusammenhänge mit der beobachteten Wirklichkeit hergestellt und dokumentiert.

3.1. Interview

Die Beantwortung der Forschungsfragen und die Bearbeitung der Hypothesen in dieser Arbeit erfolgten größtenteils mit einer speziellen Art des offenen Interviews, dem leitfadengestützten Experteninterview.

3.1.1. Interviewplanung

Interviews mit unterschiedlichen Akteuren ermöglichten die Berücksichtigung differierender Standpunkte und Perspektiven, sowie das Aufdecken möglicher Konfliktfelder.

Ein offenes, leitfadengestütztes Interview geht von mehr oder minder offen formulierten Fragen in Form eines Leitfadens aus, auf die der Interviewte frei antworten soll. Grundgedanke dieser Methode ist, dass restriktive Vorgaben, wann, in welcher Reihenfolge und wie Themen zu behandeln sind, bei Fragebögen oder auch bei voll standardisierten Interviews den Weg zur subjektiven Sicht des Interviewers eher verstellen als eröffnen (Flick, 2002).

Der Leitfaden soll sowohl dem Interviewer, als auch dem Interviewten Hilfestellung geben, wenn das Gespräch ins Stocken gerät. Er ist das flexibel zu handhabende Gerüst des Interviews, die Antworten erfolgen jedoch offen. Er dient dazu die Interviewthematik einzugrenzen und Themenkomplexe vorzugeben.

Beim Experteninterview, werden Experten zum Untersuchungsgegenstand in dieser halb offenen Interviewform, befragt.

Nach Meuser und Nagel (1991) wird jemand als Experte angesehen wenn er

- auf irgendeine Art für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer *Problemlösung* verantwortlich ist oder
- über einen *privilegierten Zugang zu Informationen* über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt.

In methodischer Absicht kann der Begriff des Experten auch folgendermaßen definiert werden:

„Der Experte verfügt über technisches Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zugänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen. Das Wissen des Experten, seine Handlungsorientierungen, Relevanzen usw. weisen zudem – und das ist entscheidende – die Chance auf, in der Praxis in einem bestimmten organisationalen Funktionskontext hegemonial zu werden, das heißt, der Experte besitzt die Möglichkeit zur (zumindest partiellen) Durchsetzung seiner Orientierungen. Indem das Wissen des Experten praxiswirksam wird, strukturiert es die Handlungsbedingungen anderer Akteure in seinem Aktionsumfeld in relevanter Weise mit.“

(Bogner und Menz, 2005, 46)

Für den Forscher ist es bei der Planung der Interviews unerlässlich, sich ein bestimmtes Vorwissen über den Untersuchungsgegenstand anzueignen. Dazu zählen vor allem die Sammlung von Informationen zu dem Thema, aber auch die theoretischen Vorüberlegungen über die Interviewsituation selbst. Faktoren, die diese beeinflussen können, wie in erster Linie der Status des Befragten und der Interviewerin, natürlich auch der Untersuchungsgegenstand und auch der Ort der Befragung können eine Rolle spielen und Einfluss auf das Ergebnis haben. Beim Experteninterview sind die Rollen von Interviewer und Interviewten vorgegeben: Es wird der Experte auf einem Gebiet befragt, auf dem der Forscher Laie ist. Um aus dieser Situation keinen Nachteil zu erzielen, sondern möglichst viel Informationsgewinn daraus zu ziehen, ist es umso wichtiger, dass der Interviewer sich bei der Planung des Interviews im Vorfeld in die Thematik einliest, um die Fragen zu stellen, auf deren Gebiet der Befragte Experte ist (Bogner und Menz, 2005).

3.1.2. Durchführung der Interviews

Für die Beantwortung meiner Forschungsfragen und die Überprüfung der aufgestellten Hypothesen führte ich drei Interviews mit unterschiedlichen Experten aus dem medizinischen und organisatorischen Umfeld von Organtransplantationen.

Wie bereits zuvor erwähnt, sind die Rollen beim Experteninterview klar verteilt. Das Leitfadeninterview verlangt vom Interviewer Sensibilität, Überblick und eine permanente Vermittlung zwischen dem Interviewverlauf und dem Leitfaden.

Interviews wurden mit folgenden Personen durchgeführt:

- Prof. Ferdinand Mühlbacher ist seit 1975 am Wiener Allgemeinen Krankenhaus (AKH) tätig, an dem er seine Facharztausbildung als Chirurg machte. Als Vorstand der Universitätsklinik für Chirurgie seit 1996 verfügt er über langjährige Erfahrung sowohl als Transplantationschirurg, als auch im Umgang mit den Angehörigen von Organspendern. Als Vizepräsident von Eurotransplant ist er auch mit der Problematik der Organverteilung bestens vertraut. Prof. Mühlbacher ist außerdem Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Transplantation, Transfusion und Genetik und hat die Leitung des Transplantationszentrums Wien inne.
- Prof. Andreas Zuckermann ist seit 1988 am AKH tätig und beendete im Jahr 2000 seine Facharztausbildung mit dem Hauptgebiet der Herz-Thoraxchirurgie. 2005 übernahm er die Leitung des Herztransplantationsprogramms des AKH Wiens und führte 2007 die erste Herztransplantation mit einem „schlagenden Herzen“ mit Hilfe des „Organ Care Systems“ durch. Seit 2008 ist er der Wiener Vertreter im *organ procurement board* bei Eurotransplant.
- Frau Anna Kienel absolvierte ihre Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin am AKH Wien. Seit dreieinhalb Jahren arbeitet sie auf der Herz-Thorax Intensivstation ebenfalls am AKH. Im Zuge ihrer Tätigkeit ist sie sowohl mit hirntoten Patienten konfrontiert, als auch mit deren Angehörigen. Hier erfordert ihre Arbeit ein großes Maß an Professionalität und Einfühlungsvermögen. Ebenfalls in ihren Aufgabenbereich fällt die Betreuung der Organempfänger, deren Fragen und Ängste sie vor und nach der Transplantation oft zu hören bekommt.

Im Laufe der geführten Interviews wurde mir immer klarer, wie wichtig ein klar strukturierter, nicht zu eng gefasster Leitfaden für die Durchführung der Interviews war. Er ermöglichte es, auf den Experten flexibel einzugehen und gab Sicherheit, wenn die Reihenfolge der Fragen und Antworten im Laufe des Gesprächs verändert wurde.

Die Einteilung des Leitfadens in Haupt- und Unterfragen erwies sich als sinnvoll, um in der Hektik der anfangs doch ungewohnten, neuen Situation nichts Wichtiges auszulassen und keine Frage zu vergessen. War die Hauptfrage gestellt, konnte während der Beantwortung anhand der Unterfragen überprüft werden, ob alles für mich Relevante erwähnt worden war und bei Bedarf noch einmal nachgefragt werden. Die Atmosphäre bei allen durchgeführten Interviews war sehr locker, alle befragten Experten nahmen sich ausreichend Zeit für die Befragung und zeigten sich sehr entgegenkommend. Um das spätere Transkribieren zu erleichtern, wurde, mit Erlaubnis der Interviewten eine Tonaufnahme der Interviews durchgeführt.

Abschließend bleibt noch anzumerken, dass der Kontakt zu den interviewten Experten relativ einfach über E-Mail herzustellen war. Die Gespräche fanden direkt im AKH, in den Arbeitszimmern statt, bzw. Eines im Kaffeehaus. Die Befragten hatten alle ein persönliches Interesse daran, ihre Position und Sichtweise darzulegen und ausführliche Antworten zu geben.

3.1.3. Auswertung der Interviews

Zunächst wurde der auf Tonband aufgezeichnete Text transkribiert, wobei Stimmlagen, Pausen und sonstige nonverbale Elemente nicht zum Gegenstand der Interpretation gemacht wurden, da es bei Experteninterviews um gemeinsam geteiltes Wissen geht.

Um das Material zu verdichten, bestand der nächste Schritt darin, einzelne Passagen, die thematisch zusammengehören, zusammen zu schieben und mit Überschriften zu versehen.

Dann erst wurden die Textstellen verschiedener Interviews miteinander verglichen und thematisch zusammengestellt. Das hilft auf der einen Seite, Wiederholungen zu vermeiden, auf der anderen Seite muss mit einer gewissen Vorsicht gearbeitet werden, um Informationsverlust zu vermeiden. Die ständige Überprüfung der Interviewpassagen ist daher nötig.

Der letzte Schritt war die theoretische Generalisierung: Nun erfolgte die Einbeziehung entsprechender Theorien und die Themen wurden den einzelnen Forschungsfragen und Hypothesen zugeordnet. Die Auswertung der Interviews schließlich erfolgte nicht mittels festen Kategorien, sondern es wurde versucht, die jeweilige subjektive Perspektive des Erzählenden nachzuvollziehen und im Gesamtbild zu verorten. Insofern wurde auch darauf geachtet, dass die Aussagekraft der gegebenen Antworten erhalten bleibt und wo es galt, dass zu unterstreichen, wurden die Interviewpartner direkt zitiert. Somit fließen Aussagen und Inhalte der Experten im empirischen Teil der Arbeit immer wieder mit ein (Meuser und Nagel, 1991).

Alle Befragten haben nach der Transkription der Interviews das Skript zur Ansicht zugeschickt bekommen.

3.2. Literaturrecherche

Zusätzlich zu den durchgeführten Experteninterviews wurden eine Literaturrecherche von Primär-, Sekundärliteratur und Fachzeitschriften durchgeführt. Zur Veranschauli-

chung der Ergebnisse der Interviews wurden aus den verschiedenen Quellen Daten und Statistiken zusammengetragen und dokumentiert.

Teilweise wurden Datenmaterial und Statistiken unkommentiert in die Arbeit übernommen um mithilfe von Zahlen eine unverfälschte Übersicht zu geben.

Ziel war stets die Analyse von Zusammenhängen, also das Zergliedern eines Gegenstandes in seine abstrakten Bezüge und Beschaffenheiten (Kruse, 2002). Diese Vorgehensweise wurde auf die zuvor genannten Daten angewendet um sie in den Sachverhalt einzuordnen. Auch die verwendete Theorie wurde analysiert und mögliche Schnittstellen und Zusammenhänge mit der beobachteten Wirklichkeit hergestellt und dokumentiert.

Laut Kruse (2002, 152) können folgende Abstraktionsebenen der Analyse unterschieden werden:

Objektebene: Nicht die Theorie sondern der Forschungsgegenstand selbst wird mittels Literatur analysiert und dokumentiert.

Theorieebene: Analyse der theoretischen Position und Idee. Die Darstellung ihrer Kernaussage und ihr Verhältnis zur Empirie werden untersucht und Behauptungen überprüft.

Metatheoretische Ebene: Diese dritte Ebene des analytischen Vorgehens bei der Literaturrecherche befasst sich mit den erkenntnistheoretischen, moralischen oder ethischen Aspekten, die der Theorie zugrunde liegen.

Ziel der Literaturrecherche war es somit, einen Zusammenhang zwischen Theorie und Empirie herzustellen und herauszuarbeiten.

4. Rahmenbedingungen der Transplantationsmedizin

Betrachtet man die Entnahme und Übertragung von Organen Verstorbener als ein Problem von Governance, so geht es hier um eine Regulierung von Leben, die einen gesellschaftlichen und politischen Rahmen und Konsens braucht. Es braucht eindeutige Kriterien, zu welchem Zeitpunkt ein Mensch medizinisch als tot gilt; doch damit sich die Transplantationsmedizin seit ihren Anfängen durchsetzen konnte und gesellschaftlich akzeptiert wurde, bedurfte es auch einer rechtlichen Regulierung und Festschreibung, sowie ethisch-moralische Überlegungen und Grenzziehungen.

Hier sollen nun die wichtigsten Diskurse in den Bereichen vorgestellt werden, in deren Rahmen die Regulierung von Organtransplantationen erfolgt.

4.1. Medizinische Voraussetzungen

Eine Explantation eines oder mehrerer gesunder Organe eines Verstorbenen und die Verpflanzung in einen lebenden Menschen ist ein hoch komplexer medizinischer Vorgang. Hier werden daher einmal die grundlegenden Voraussetzungen aufgezeigt, die aus medizinischer Sicht vorliegen müssen, um eine erfolgreiche Transplantation von Organe durchführen zu können.

Der Begriff Transplantation stammt vom lateinischen *transplantare* (*trans* = über, hinüber; *plantare* = pflanzen, verpflanzen). Das klinische Wörterbuch definiert den Begriff Transplantation folgendermaßen:

„Übertragung von Zellen, Geweben oder Organen eines Spenders auf einen Empfänger; die Übertragung kann auf den gleichen (autogene Transplantation) oder auf einen anderen Organismus (heterogene Transplantation) erfolgen.“

(Reuter, 2007)

Zunächst werden die wichtigsten Ausdrücke erklärt, um nachvollziehen zu können, was bei einer Transplantation übertragen wird, worum es aus medizinischer Sicht geht:

Als *Gewebe* bezeichnet man einen aus Zellen gleicher Art bestehender Zellverband, der auch noch Interzellulärsubstanz enthält; man unterscheidet vier Grundgewebe: Epithelgewebe (Deckgewebe), Nervengewebe, Muskelgewebe sowie Binde- und Stützgewebe (Bindegewebe, Knochen, Knorpel).

Ein *Organ* ist eine aus Zellen und Gewebe bestehende Funktionseinheit; es kann optisch erkennbar sein (z. B. Leber, Herz) oder aus einer Reihe scheinbar getrennter Strukturen bestehen (z. B. Geschmacksorgan, Riechorgan).

Der *Hirntod* als Voraussetzung für eine Organentnahme wird nach dem klinischen Wörterbuch so definiert:

„Tod des Individuums durch Organtod des Gehirns; Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, Kleinhirns und Hirnstamms bei durch kontrollierte Beatmung noch aufrechterhaltener Herz- und Kreislauffunktion.“

(de Gruyter, 2004, 767)

In der Beziehung zwischen Organspender und Organempfänger werden nach Reuter (2007) verschiedene Formen der Transplantation unterschieden:

Werden körperereigenes Gewebe oder Organe innerhalb des gleichen Organismus verpflanzt, z. B. bei Hauttransplantationen, handelt es sich um eine *autogene* bzw. *autologe* Transplantation.

Bei einer *allogenen* Transplantation wird homologes Gewebe, das heißt Gewebe von einem genetisch unterschiedlichen Individuum der gleichen Spezies in einer Operation übertragen. Das passiert z. B. bei einer Nierentransplantation von Mensch zu Mensch.

Schließlich gibt es noch die *heterogene* Transplantation, auch Xenotransplantation genannt. Hierbei handelt es sich um die Übertragung von artfremden Gewebe, z. B. bei einer Übertragung von Organen und Gewebe von einem Tier auf den Menschen. Spender und Empfänger gehören hier verschiedenen Spezies an (z. B. Nierentransplantation von Schwein zu Mensch).

Bei eineiigen Zwillingen ist auch noch die *syngene* Transplantation (Isotransplantation) möglich, bei der artgleiches und identisches Gewebe übertragen wird.

4.1.1. Historischer Überblick der Transplantationsmedizin

Erscheint uns heute der Gedanke, erkrankte Organe durch gesunde zu ersetzen, als selbstverständlich, so sollte einem bewusst sein, dass sich die Transplantationsmedizin in ihrer heutigen Form erst vor dem Hintergrund ganz bestimmter Vorstellungen vom Körper, vom wissenschaftlichen Wissen, von Krankheit und Gesundheit, vom Menschen

und im Rahmen der technischen Errungenschaften entwickeln konnte. Ausgehend von einer Erkrankung der Schilddrüse, des Kretinismus, entstand der Gedanke des Organersatzkonzeptes im ausgehenden 19. Jahrhundert und die Schilddrüse wurde so zum Ausgangspunkt der modernen Transplantationsmedizin. Davor, vor allem beruhend auf der Säftelehre des Mittelalters, war es im medizinischen Denken nicht möglich gewesen, ein Organ als Ursache von einer Krankheit anzusehen (Manzei, 2003). Erst einzelne, entscheidende Veränderungen ermöglichten es, das Konzept des Organersatzes zu entwickeln.

Neben der Lehre des Arztes und Philosophen Galen¹ in der Antike, die davon ausging, dass der menschliche Organismus aus einem Zusammenspiel von verschiedenen Körpersäften besteht und die Ursache aller Krankheit läge in einem nicht ausgewogenen Mischungsverhältnis dieser Säfte, hielt sich auch lange Zeit hindurch, vor allem im christlichen Mittelalter, die Vorstellung von Krankheit als Schmerz und Strafe Gottes.

Aber so wie dann nach und nach in allen gesellschaftlichen Bereichen in der Renaissance die Autorität der Kirche in Frage gestellt wurde, kam es auch im medizinischen Wissen am Beginn der Neuzeit zu umwälzenden Veränderungen. Im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Arbeit stand jetzt vor allem, möglichst genau die historischen Schriften der Antike zu studieren und das daraus gewonnene Wissen durch den Augenschein zu überprüfen. Erleichternd kam hinzu, dass die Berufung auf die Autonomie des Denkens und auf der Vernunft zunehmend die Kirche als Autorität ablösten.

Die größte Veränderung in der Medizin zeigte sich aber in der Vorstellung des Körpers des Menschen. Hatte seit der Lehre von den verschiedenen Körpersäften der anatomische Bau des Körpers kaum eine Rolle gespielt, so nimmt er nun in der Frage nach seiner natürlichen Beschaffenheit für die humanistischen Ärzte in Italien und Frankreich einen wichtigen Platz ein (Manzei, 2003).

Besonders das Konzept des Arztes und Universitätslehrers Paracelsus² im 16. Jahrhundert, das besagte, dass der Körper des Menschen aus verschiedenen Grundstoffen besteht, auf denen Gesundheit und Krankheit basierten, ermöglichte die Grundlage für die Körpervorstellung, die von einer Steuerung des Körpers durch das Zusammenwirken verschiedener Stoffe und Gewebe ausgeht. So verlagerte sich langsam die Ursachen von Gesundheit und Krankheit in das abgeschlossene Innere des Körpers. Auch die Entde-

¹Galen: 129–199 in Pergamon und Rom; Galenus von Pergamon, auch Claudius Galenus war ein Arzt und Philosoph. Von der Hippokratischen Schule übernahm er die Lehre von den vier Körpersäften. Wichtigste Werke: Die anatomischen Untersuchungen, Die kranken Körperteile

²Paracelsus: Philippus Theophrastus Aureolus Bombast von Hohenheim, genannt Paracelsus; 1493–1541 in Salzburg. Arzt, Astrologe, Alchemist, Philosoph

ckung, dass durch das Verabreichen von chemischen Substanzen in die inneren Körpervorgänge eingegriffen werden konnte, verhalf der medizinischen Wissenschaft zu neuem Aufschwung.

Allmählich bildete sich auch eine hierarchische Gleichstellung von innerer Medizin und Chirurgie heraus, bis dahin dominierte die internistische Medizin. Eine weitere wichtige Theorie, die die Entwicklung der Organtransplantation begünstigte, war die des Arztes und Philosophen René Descartes³ Anfang des 17. Jahrhunderts. Er formulierte eine Lebenstheorie, die alle Vorgänge des menschlichen Körpers vorrangig auf physikalisch-mechanische Prinzipien zurückführte. Diese Beschreibung des Körpers als mechanische Maschine legte erst den Schluss nahe, dass ein Körper, der wie eine Maschine funktioniert, auch wie eine solche repariert, verändert, gemessen, kontrolliert werden kann und seine Einzelteile ausgetauscht werden könnten. Erst ein so verstandener Körper war für andere Maschinen anschlussfähig und damit auch für die Technik der Transplantationsmedizin.

Mit dieser technisch-naturwissenschaftlichen Betrachtung des Körpers in der Medizin, daneben gab es natürlich noch religiöse und philosophische Konzepte, aber die Medizin als eigene Wissenschaft begann sich langsam davon zu lösen, startete im 18. Jahrhundert ein Entwicklungsprozess, der seit der Renaissance absehbar war und zu einem völlig neuen Menschenbild und damit auch zu einem radikalen Umbruch im medizinischen Wissen führte (Manzei, 2003).

So stammen denn auch die ersten Versuche von Gewebersatz beim Menschen aus dem 17. Jahrhundert, als man versuchte, Hauttransplantationen von Tieren durchzuführen. Aus dem 18. und dem späten 19. Jahrhundert gibt es Berichte über Transplantationen von Drüsengewebe, wie z. B. der Ersatz von Schilddrüsen-gewebe. Ebenfalls zu dieser Zeit kamen verschiedene Wissenschaftler, auch im Anschluss an die Theorie von Rene Descartes, zu dem Schluss, dass einzelne Organe auch außerhalb des Körpers autonom weiterleben und funktionieren könnten. Als Voraussetzung dafür wurde die Durchblutung beziehungsweise die Spülung des Organs mit Nährlösung erkannt.

Gegen Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts fanden zunächst große Fortschritte auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie statt, eine wichtige Voraussetzung zur erfolgreichen Organtransplantation. Die ersten experimentellen Nierentransplantationen wurde vom Österreicher Emmerich Ullmann⁴ im Jahre 1902 an einem Hund durchge-

³René Descartes: 1596 Frankreich – 1650 Schweden; Philosoph und Mathematiker; von ihm stammt das berühmte „cogito ergo sum“ - ich denke, also bin ich; berühmtes Werk: *De homine* „Über den Menschen“

⁴Emmerich Ullmann: 1861–1937

führt. Während sich Ullmann jedoch bald anderen Themen zuwandte, führte zur gleichen Zeit auch Alexis Carel ähnlich experimentelle Transplantationen an Hunden durch. Er forschte später in den USA weiter, transplantierte nicht nur Nieren sondern auch Hundebeine und erlangte damit große Berühmtheit. Im Jahr 1912 wurde ihm der Nobelpreis verliehen.

Während der Kriegsjahre kam die Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der Transplantationschirurgie zum Stillstand. Erst im Jahr 1947 war es David M. Hume, der in Boston die erste Nierentransplantation an einer jungen Frau durchführte. Allerdings war die Medizin damals noch nicht in der Lage, die massiven Abstoßungsreaktionen zu verhindern und so starb die Patientin kurze Zeit nach dem Eingriff.

Im Jahr 1954 schließlich konnte die erste erfolgreiche Nierentransplantation Realität werden. Das größte Problem bildete aber weiterhin das der Organabstoßung. In den folgenden Jahren wurde klar, dass sich nur durch eine Unterdrückung der Immunantwort die Abstoßung des Transplantats verhindern lässt. Es kam nun zu umfangreichen Forschungen auf diesem Gebiet, bei denen sich die Erfolge laufend vermehrten. Das Organ, das weltweit die größte Aufmerksamkeit bei seiner ersten Explantation, mit einer anschließenden Implantation in den Menschen hervorgerufen hat, ist das Herz. Am 3. Dezember 1967 in Kapstadt gelang Christiaan N. Barnard die erste Operation, die in einen Erfolg mündete. Jedoch verstarb der Patient bereits 17 Tage nach der Operation an einer beidseitigen Lungenentzündung.

In den 80er Jahren begann eine neue Ära der Transplantationsforschung. Durch die Entwicklung und den Einsatz eines neuen Medikamentes verbesserten sich die Überlebensraten von Herz-, Leber- und Pankreaspatienten radikal. Die Abstossungsproblematik war deutlich kleiner geworden und bereits 1989 feierte man die 10 000ste Nierentransplantation am Menschen. Auch heute noch ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Forschung in den verschiedensten Disziplinen einer der Eckpfeiler in dem Gebiet der Transplantationschirurgie (Junge, 2001).

4.1.2. Das Hirntodkonzept der Harvard-Medical-School

Grundlage der Transplantationsmedizin – die Lebendspenden ausgenommen – ist der Tod, genauer gesagt der Ganzhirntod eines Menschen. Die Feststellung des Hirntodes ist daher Voraussetzung für eine Organentnahme.

Relevant wurde der Hirntod als diagnostizierbares Zeichen des eingetretenen Todes erst Mitte dieses Jahrhunderts mit dem Fortschritt der Intensivmedizin. Trotz der schon länger bekannten Beziehung zwischen dem Hirn und dem Tod eines Menschen spielte

der Hirntod lange Zeit in der medizinischen Praxis keine Rolle, denn die Möglichkeiten der Intensivmedizin vermochten den Hirntod nicht zu nutzen. Diese Festlegung des Zeitpunktes des Todes und damit der Organentnahme bildet das Gebiet, auf dem sich Befürworter und Gegner der Organtransplantation auseinandersetzen. Dass die Installation des Hirntodkonzeptes, trotz der Betonung der Objektivität der wissenschaftlichen Begründung nicht widerspruchsfrei geschah und auch heute noch Kritik ausgesetzt ist, zeigt sich in den Bemühungen, diese medizinische Praxis zu erläutern und juristisch abzusichern.

Im System der Organtransplantation hat sich der Begriff der „Leichenspende“ etabliert. Er signalisiert zweierlei: erstens, dass die zur Transplantation gespendeten Organe unzweifellos dem Körper von Toten entnommen werden, und zweitens, dass der Zugriff auf die Organe im jeweiligen Umfang mit Zustimmung oder im Einklang mit dem Willen ihres Besitzers erfolgt (Oduncu, 1998).

Das gesamte Konzept des Hirntod-Kriteriums für die Transplantationsmedizin ist gestützt auf eine 1968 zusammengestellte Ad-hoc-Kommission der Harvard Medical School, bestehend aus Theologen, Medizinern und Juristen. 1967 fand unter der Leitung von Christiaan Barnard die erste Transplantation eines Herzens statt. Die Definition neuer Todekriterien wurde notwendig, daran ließ die Kommission keinen Zweifel. Der verlängerte Sterbeprozess von komatösen Patienten erschien finanziell und moralisch nicht mehr tragbar, jedoch wurde vor der Harvard-Konvention der Abbruch der intensivmedizinischen Betreuung bei Patienten im irreversiblen Koma als aktive Euthanasie bezeichnet und war somit eine strafbare Handlung.

Mit dieser neu geschaffenen Definitionsgrundlage wurde es nun den Medizinern erlaubt, straffrei lebenserhaltende Maßnahmen einzustellen, da der operative Eingriff bei einem als tot definierten Menschen nicht unter einen Straftatbestand fällt.

In der Erklärung heißt es:

„Unser primäres Anliegen ist es, das irreversible Koma als neues Todeskriterium zu definieren. Es gibt zwei Gründe für den Bedarf an neuen Definitionen:

- Der medizinische Fortschritt auf den Gebieten der Wiederbelebung und der Unterstützung lebenserhaltender Funktionen hat zu verstärkten Bemühungen geführt, das Leben auch schwerstverletzter Menschen zu retten. Manchmal haben diese Bemühungen nur teilweisen Erfolg. Das Ergebnis sind dann Individuen, deren Herz fortfährt zu schlagen, während ihr Gehirn irreversibel zerstört ist. Eine schwere Last ruht auf den Patienten, die den permanenten Verlust ihres Intellekts erleiden, auf ihren Familien, auf den Krankenhäusern und auf solchen Patienten, die auf von komatösen Patienten belegte Krankenhausbetten angewiesen sind.

- Überholte Kriterien für die Definition des Todes können zu Kontroversen bei der Beschaffung von Organen zur Transplantation führen.“

(Hoff und in der Schmitt, 1995, 157)

Ausschlaggebend dafür waren zwei Probleme der Intensivmedizin damals: einerseits existierten komatöse Patienten auf den Intensivstationen, die mit irreversiblen Hirnschaden, maschinell beatmet werden mussten, andererseits bestand für die Intensivierung der transplantationsmedizinischen Praxis ein enormer Bedarf an transplantierbaren Organen. Mit dieser Deklaration der Harvard-Kommission verabschiedete man sich von den damals aktuellen Todeskriterien. Dies tat man nicht wegen der vermeintlichen Ungültigkeit der traditionellen Kriterien, vielmehr bot die Grundlage des Hirntodes eine konsequentere Ausgestaltung der notwendigen Rahmenbedingungen für Organentnahmen. Nicht mehr die traditionellen Todeszeichen galten nun als Todeskriterium, sondern der Hirntod.

Das Hirntodkonzept sorgte seit seiner Veröffentlichung im Jahr 1968 sowohl innerhalb der Medizin, als auch in der medialen Öffentlichkeit für Kontroversen. Für die Einen sind hirntote Menschen sterbende Patienten, denen Menschenwürde und körperliche Unversehrtheit zusteht; für die Anderen sind sie Leichen, denen nach vorheriger Einwilligung Organe und Gewebe zum Nutzen anderer Patienten entnommen werden können. Die ethischen Aspekte wurden zu Beginn der Arbeit zur Einordnung in den Forschungskontext schon kurz vorgestellt. Hier soll die Positionierung der Medizin zu dieser Problematik vorgestellt werden.

Für viele nichtmedizinische Wissenschaftler überschritt die naturwissenschaftlich orientierte Medizin mit der Neudefinition der Todeskriterien bei weitem die Grenzen ihrer fachlichen Kompetenz (Manzei, 1997). Es stellte sich die Frage, welche Grenzbestimmungen mit dem Hirntodkonzept verschoben werden. Wie diese Grenzüberschreitungen aussehen und wer die neuen Grenzen nach welchen Interessen zieht. Gegner des Hirntodes argumentierten, die Bestimmung der Grenze zwischen Leben und Tod sei in erster Linie ein kulturelles Phänomen und daher vorrangig durch soziale Praktiken und kulturelle bzw. psychologische Vorstellungen vom Sterben geprägt.

„Der Tod ist kein naturwissenschaftliches Faktum, er wird nicht nach dem Stand der Forschung definiert [...]. Wenn wir ihn nicht theologisch oder metaphysisch erklären können oder wollen, kann nur unser praktischer Umgang mit dem Sterben anderer Menschen lehren, ab wann wir einen Menschen nicht mehr als Gegenüber, sondern als totes Objekt – als Leichnam – erachten. Mediziner können uns sagen, wann ein Gehirn zerstört, wann

ein Mensch für immer gehirnfunktionslos ist – zu beantworten, ob das dem Zustand „tot“ gleichkommt, sind sie nicht besser gerüstet als medizinische Laien.“
(Hoff und in der Schmitten, 1995, 10)

Kritisiert wurde vor allem der durch die Medizin gestartete Versuch, die Definition des Hirntodes als gleichsam naturgegebene Maßnahme zu positionieren und so die Grenzziehung zwischen Leben und Tod als einzig und allein naturwissenschaftliches Problem darzustellen. Die Härte der Kontroverse zeigt die Emotionalität des Themas:

„Es ist erstaunlich, dass es noch immer Mediziner gibt, die wider alle Vernunft tatsächlich der Ansicht sind, dass es sich beim Hirntod um den naturwissenschaftlich belegten Tod des Menschen handle und nicht um eine philosophische Definition. Natürlich werden bei der Bestimmung des Hirntodes naturwissenschaftliche Geräte eingesetzt. Natürlich ist die Auswahl der Kriterien für die Messung an naturwissenschaftlichen Parametern orientiert, und ebenso natürlich ist auch die Definition schon im Hinblick auf naturwissenschaftliche Geschehnisse erfolgt. Die Zuschreibung des Hirntodes zum Tod des Patienten steht jedoch völlig außerhalb jeder Naturwissenschaft und macht gerade das Mark und das „Herzstück“ des Hirntodkonzeptes aus.“
(Linke, 1994, 90)

Für die Medizin ist der Hirntod ein technischer Tod. Sehr wohl aber auch ein Tod, der durch menschliche Sinne nur schwer erfahrbare ist:

„So wie sein Zustandekommen sich technischen Apparaturen verdankt, die den Sterbenden beatmen, so bedarf es auch zu seiner Feststellung regelmäßig technische Hilfsmittel, die messen sollen, was nicht mehr ist – der Hirntod ist ein zivilisierter Tod.“
(Spirigatis, 1997, 58)

Der im allgemeinen Verständnis eindeutig fixierbare Tod unterliegt einer Reihe von gesellschaftlichen Implikationen und ist nur von einer ausgewählten Schar von Experten und einem daran angeschlossenen technischen Verständnis diagnostizierbar. Medizinisch gesehen wird nicht nur der Tod an sich gestorben, sondern jeweils ein ganz spezieller: Begriffe wie *sozialer* Tod, der *Ganzhirntod* als das klinisch diagnostizierbare Abgestorbensein des Klein-, Mittel- und Stammhirn oder der *biologische* Tod als der Tod aller Organe weisen auf die Vielschichtigkeit, die damit einhergeht, hin.

Zwei Jahre nach der Erklärung von Harvard wurde die ursprünglich rein pragmatische Begründung um eine inhaltliche erweitert. Zunächst versuchte man, das *Bewusstseins-Argument* zu etablieren, das die Personalität des Individuums an das Vorhandensein von

Bewusstseinsfunktionen knüpfte. Da man davon ausging, dass die Bewusstseinsfunktionen vom Großhirn und von der Großhirnrinde ausgingen, konnte hirntoten Patienten nun ihre Persönlichkeit abgesprochen werden, da ihre Bewusstseinsfunktionen nicht mehr messbar waren.

Doch in den nächsten Jahren erwies sich diese Begründung als nicht ausreichend, da sie sich auch auf sogenannte Appaliker anwenden ließ. Appaliker sind Komapatienten, die jahrelang bewusstlos sein können, ohne von Maschinen abhängig zu sein und ohne zu sterben. Man kann von ihnen nicht mit Sicherheit sagen, dass sie das Bewusstsein wiedererlangen würden, aber sie auch nicht als Sterbende bezeichnen, da sie Außenreize wahrnehmen, einen Schlaf-Wach-Rhythmus haben, sich bewegen und verdauen. Das Hirntodkonzept also ausschließlich mit Bewusstsein zu verbinden, war somit offensichtlich nicht ausreichend.

1977 wurde versucht, dieses Argument durch ein *biologisches Argument* zu ersetzen. Er vertrat die These, dass durch den Ausfall der im Hirnstamm angesiedelten vegetativen Funktionen die Desintegration des Organismus eintrete. Doch es gibt Patienten, deren Stammhirnfunktion zwar erloschen sind, bei denen aber das Großhirn noch funktioniert. Das bedeutet, die Bewusstseinsfunktionen, die dem Großhirn zugeschrieben werden, funktionieren. Heute kennt man dieses Syndrom unter dem Namen *Locked-In-Syndrom*, die Betroffenen sind zwar von apparativer Unterstützung und Pflege abhängig, sind aber in der Lage, Fragen zu beantworten, zu lesen etc. Nach dem rein *biologischen Argument*, wonach der Ausfall des Hirnstammes den Tod bedeute, müssten auch jene Patienten für tot erklärt werden. Es griff also auch diese Begründung für das Konzept des Hirntodes zu kurz.

Schließlich wurde in den 80er Jahren in den USA eine eigenen Kommission beauftragt, eine Klärung der Todesdefinition herbeizuführen. Diese entschloss sich dann, die beiden Argumentationen zu verknüpfen. Es sollten sowohl das *Bewusstsein-Argument*, als auch das rein *biologische* in die Argumentation einfließen (Manzei, 2003). So gelangte man mehr als ein Jahrzehnt nach Aufkommen der Diskussion zu der inhaltlich begründeten Definition des Ganz-Hirntod-Kriteriums, wie es in weiterer Folge dann, nach längerer Diskussion sowohl von der deutschen Bundesärztekammer, als auch vom österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen (ÖBIG) offiziell bestätigt wurde.

„Mit dem Organtod des Gehirn sind die für jedes personale menschliche Leben unabdingbaren Voraussetzungen, ebenso aber auch alle für das eigenständige körperliche Leben erforderlichen Steuerungsvorgänge des Gehirns endgültig erloschen. Die Feststellung des Hirntodes bedeutet damit die Feststellung des Todes des Menschen.“

(Hoff und in der Schmitten, 1995, 167)

4.1.3. Moderne Hirntoddiagnostik in Österreich

Die moderne Hirntoddiagnostik unterliegt heute in Österreich einer Vielzahl von Kriterien und läuft nach einem fixen, theoretischen Schema ab, dass hier nun zu Beginn vorgestellt werden soll. Die Definition des Hirntodes lautet heute:

„Der Hirntod wird definiert als Zustand der irreversibel erloschenen Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstammes. Entsprechend dem aktuellen Stand der Wissenschaft ist der Hirntod identisch mit dem Individualtod eines Menschen.“

(OEBIG, 2005, 3)

Die Hirntoddiagnostik darf erst nach Prüfung spezifischer Voraussetzungen durchgeführt werden. Die Untersuchung selbst setzt sich aus einer klinisch-neurologischen Untersuchung, einer ergänzenden Untersuchung und dem Nachweis der Irreversibilität der klinischen Ausfallssymptome zusammen. Bei sämtlichen Untersuchungen besteht eine Dokumentationspflicht.

Vor Beginn der Untersuchungen müssen eine Reihe von schwerwiegenden Störungen, wie z. B. ein metabolisches Koma, ausgeschlossen werden. Die Hirntoddiagnostik darf ausschließlich bei Vorliegen einer akuten primären oder sekundären Hirnschädigung durchgeführt werden (OEBIG, 2005).

Die Bestimmungen für die nun folgenden Untersuchungen sind für alle Patienten mit Verdacht auf Hirntod die Gleichen, jedoch müssen bei denjenigen, die zuvor bestimmte Medikamente erhalten haben, eine zusätzliche Wartezeit eingehalten werden, nach der der Medikamentenspiegel überprüft wird, um unverfälschte Ergebnisse zu erhalten.

Nun folgt die Überprüfung der klinischen Symptome, die nach dem Schema der Komaüberprüfung nach dem Glasgow Coma Score abläuft: Die Augen öffnen sich weder spontan noch auf äußere Reize hin, es folgt keine motorische Reaktion auf externe Schmerzreize – außer spinale Reflexe – und es erfolgt keine Lautäußerung. Danach folgt die Überprüfung des Fehlens sämtlicher Hirnstammreflexe, bei der es abermals mehrere Möglichkeiten gibt.

Nun folgt der Apnoetest (Atemstillstand), auch er ist für den Nachweis des klinisch-neurologischen Hirntodsyndroms obligatorisch. Er wird als letzte klinisch-neurologische Untersuchung durchgeführt, erst nach dem Nachweis des Fehlens sämtlicher Hirnstammreflexe.

Damit ist die erste klinisch-neurologische Überprüfung abgeschlossen und es beginnen ergänzende Untersuchungen. Dabei hat das EEG (Elektroenzephalographie) eine vorrangige Stellung, da es die Hirnaktivität am besten wiedergibt, nicht invasiv ist und auch direkt am Bett des Patienten durchführbar ist. Ist ein EEG aufgrund besonderer Verletzungen nicht möglich, müssen Alternativmethoden angewandt werden. Da der irreversible Hirnfunktionsausfall eine Folge des zerebralen Kreislaufstillstandes⁵ ist, muss dieser auch noch nachgewiesen werden. Auch hier stehen unterschiedliche Methoden zur Verfügung.

Wenn nun die erste klinisch-neurologische Untersuchung und die ergänzenden Untersuchungen die Diagnose Hirntodsyndrom bestätigen, muss nun zum endgültigen Nachweis der Irreversibilität eine zweite klinisch-neurologische Untersuchung durchgeführt werden. Sofern zwischen erster und zweiter Untersuchung keine Durchführung der ergänzenden Untersuchungsmethoden möglich war, weil es der Zustand des Patienten nicht zuließ, muss zwischen beiden klinischen Untersuchungen eine altersabhängige Beobachtungszeit von mindestens zwölf Stunden eingehalten werden (OEBIG, 2005).

4.1.4. Stand der heutigen Transplantationsmedizin

Medizinisch gesehen bietet die Transplantationsmedizin heute eine Reihe von Möglichkeiten, transplantiert werden können derzeit sowohl verschiedene Gewebearten und Organe. Bei der Verpflanzung von Gewebe sind aus heutiger Sicht vor allem die Transplantation von Augenhornhäuten, Herzklappen, Blutgefäßen, Knochen und Haut relevant (DGFG, 2011) (siehe Tabelle 1.1).

An Organen lassen sich derzeit vor allem Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse, Lunge und Herz gut transplantieren (medizin-aspekte.de, 2011).

Neben den medizinisch-technischen Möglichkeiten einer Transplantation gibt es noch die grundsätzliche Unterscheidung zwischen einer Lebendspende und der Entnahme von Organen und Gewebe bzw. Gewebeteilen eines Toten (Leichenspende).

Lebendspenden sind prinzipiell nur möglich bei paarig angelegten Organen oder bei regenerationsfähigen Organen und Gewebeteilen. Als paarige Organe gelten Niere, Augen und Ohren, regenerationsfähig sind Leber, Lunge, Dünndarm.

Als Gewebearten kommen bei Lebendspenden Blut und Knochenmark in Frage. Andere Organ- bzw. Gewebeteile müssen toten Spendern entnommen werden. Semantisch wird hier unterschieden zwischen einem Toten mit Herz-Kreislaufstillstand und einem

⁵zerebraler Kreislaufstillstand: Ausfall des Herz-Kreislaufsystems als Folge eines Schädel-Hirn Traumas

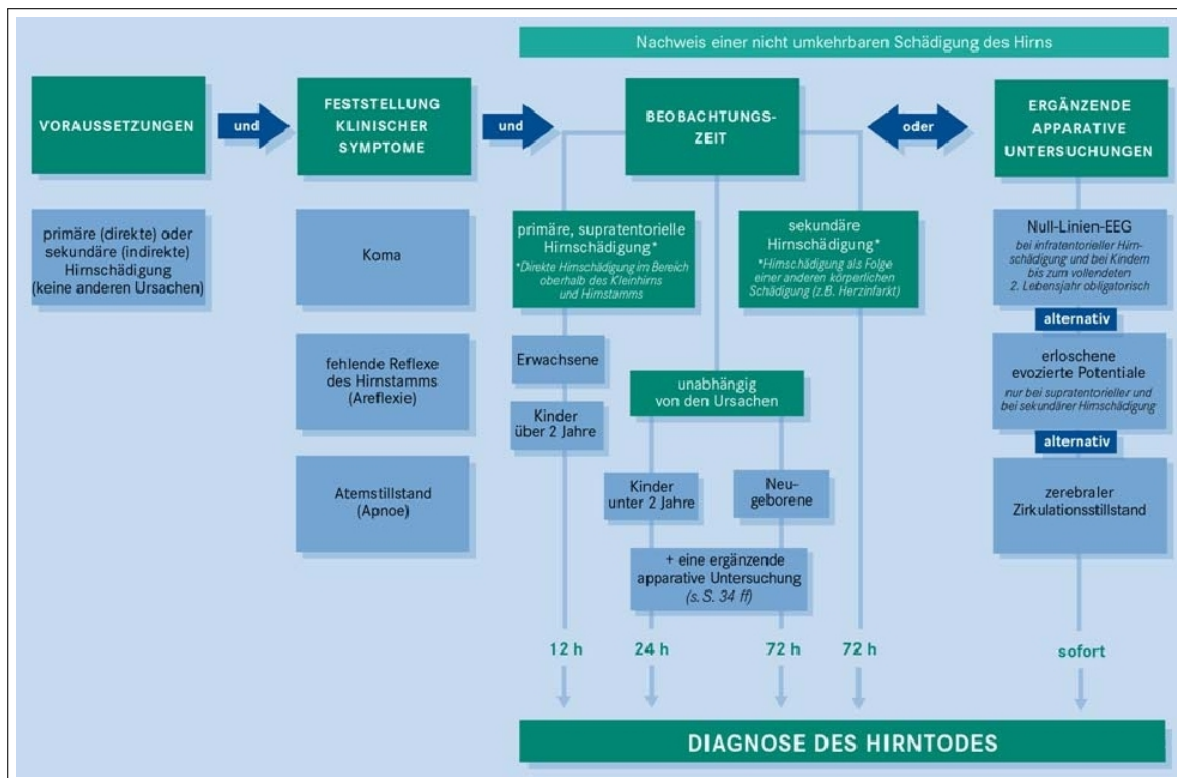


Abbildung 4.1.: Ablauf der Hirntoddiagnose (Marckmann, 2008)

Hirntoten. Medizinisch gesehen beginnt jeder Todesprozess im Gehirn und es macht lediglich für die Qualität der entnommenen Organe einen Unterschied, ob man diese einem Spender entnimmt, dessen Herz-Kreislauffunktion schon gänzlich erloschen ist, oder einem Spender, der Hirntod ist und dessen unweigerlich folgender Zusammenbruch des Herz-Kreislaufsystems noch einige Stunden künstlich hinausgezögert werden kann (Zeithammer, 2009).

Eine Operation zur Organentnahme bei einem kreislaufftoten Spender steht unter großem Zeitdruck, da jede Verzögerung eine Minderung der Qualität der entnommenen Organe bedeutet. In der medizinischen Praxis werden von kreislaufftoten Spendern hauptsächlich Nieren verwendet, da der Mangel an diesen besonders groß ist. Leber und Lunge kreislaufftoter Spender können selten verwendet werden, das Herz eines kreislaufftoter Spenders gar nicht, da hier die Schäden am Organ bereits zu groß sind.

Die Organspendeoperation beim hirntoten Spender hingegen wird heute in der Regel als Multiorganentnahme geplant. Hier ist der Zeitdruck nicht so groß, da der Spender an Maschinen angeschlossen ist, die seine Herz-Kreislauffunktionen für einige Stunden aufrecht erhalten können. Neben den Nieren werden dann meist Herz und Leber, seltener

auch Lungen und Pankreas entnommen. Dazu ist eine gute Synchronisation der verschiedenen Entnahmeteams (Thorax-, Abdominalchirurgen, Urologen) notwendig, damit kein für eine Transplantation vorgesehenes Organ aus technischen Gründen verloren geht.

Derzeit wird in der Forschung an Möglichkeiten gearbeitet, dem vorherrschenden menschlichen Organmangel durch diverse Alternativen entgegenzuwirken (DGFG, 2011). Die Bekanntesten sind die Versuche mit Xenotransplantationen und „künstlichen Organen“, bei denen die Funktion des Organs von einer Maschine übernommen werden soll.

4.2. Rechtliche Gestaltungsmöglichkeiten

Vor dem Aufkommen der Möglichkeit einer Organentnahme und anschließender Implantation erfüllte die Entnahme von Leichenteilen ohne Einwilligung des Verfügungsberechtigten den Tatbestand der Störung der Totenruhe (§ 190 Abs. 1, StGB), wonach unter anderem strafbar ist, wer einen Leichnam oder Teile eines Leichnams einem Verfügungsberechtigten entzieht.

Durch die Verbesserung und Ausweitung der Verfügbarkeit von Organtransplantationen wurde eine rechtliche Lösung gesucht, die eine Entnahme von Organen eines Leichnams ermöglicht. In der rechtspolitischen Diskussion, die parallel mit ethischen Überlegungen geführt wurde, interessierte vor allem die Frage, ob und inwieweit die Zulässigkeit der Entnahme von Willenserklärungen des Betroffenen oder seiner Angehörigen abhängig sein soll. Dafür wurden im Wesentlichen drei verschiedene Lösungsansätze erarbeitet.

4.2.1. Mögliche rechtliche Regelungsmodelle

Kalchschmid (1997) beschreibt die möglichen Modelle wie folgt:

Notstandsmodell Die Organentnahme ist ohne Einwilligung und auch gegen den erklärten Willen des Verstorbenen oder seiner Angehörigen zulässig. Die Abwägung zwischen den Interessen des Organspenders und des -empfängers, die für das Vorliegen einer Notstandssituation stattfinden muss, erfolgt ausschließlich zugunsten des Empfängers. Dieses Modell trägt den Gedanken einer „Sozialpflicht“ des Bürgers in sich, die darin besteht, seine Organe nach seinem Tod einem wartenden Organempfänger zur Verfügung zu stellen. Es ist ohne Zweifel die „transplantationsfreundlichste“ Variante. Der Gedanke des Schutzes der eigenen Persönlichkeit über den Tod hinaus hat hier keinen Platz. Allerdings besteht für das Vorliegen einer Notstandssituation die Voraussetzung,

dass die Entnahme zur Rettung des Lebens oder der Abwendung schwerer gesundheitlicher Nachteile des Empfängers geeignet ist. Ein solches Notstandsmodell verstößt auf jeden Fall gegen den Schutz des Rechts auf Achtung des Privatlebens und gegen die Religions- und Gewissensfreiheit, was dazu führt, dass das Notstandsmodell in Österreich verfassungswidrig wäre.

Zustimmungsregelung Die Organentnahme ist nur zulässig, wenn die Verstorbenen (bzw. ihre Angehörigen) dieser ausdrücklich zugestimmt haben. Man unterscheidet zwischen der engen Zustimmungslösung, bei der es ausschließlich auf die Zustimmung des Spenders ankommt und die erweiterte Zustimmungslösung, bei der entweder der Verstorbene oder nach seinem Tod die nächsten Angehörigen zustimmen können. Bei diesem Modell hat der Persönlichkeitsschutz des Verstorbenen ausdrücklich Vorrang vor einer eventuellen Notwendigkeit eines Organs. Das bedeutet auch, dass hier eine Organgewinnung maßgeblich vom Erfolg der Aufklärungsmaßnahmen abhängig ist. Die Befürworter des engen Einwilligungsmodells führen an, dass hier der wirkliche Wille des Verstorbenen respektiert wird. Der Vorteil des erweiterten Einwilligungsmodells kann darin gesehen werden, dass die Organversorgung hier besser funktionieren würde als beim engen Einwilligungsmodell, da hier mehr Personen zustimmungsberechtigt sind. Dennoch erfolgt hier die Abwägung der Interessen eindeutig zugunsten des Verstorbenen.

Widerspruchsregelung Die Organentnahme ist zulässig, außer es wird eine widersprechende Erklärung des Verstorbenen (bzw. seiner Angehörigen) abgegeben. Diese Lösung stellt einen Kompromiss zwischen Notstands- und Einwilligungsmodell dar. Auch hier können zwei Untergruppen gebildet werden, je nachdem, ob die Organentnahme nur durch den Widerspruch des Verstorbenen oder auch durch jenen der Angehörigen ausgeschlossen wird. Mangelnde Kenntnis des Widerspruchsrechts oder Beweisschwierigkeiten hinsichtlich der Widerspruchserklärung können sich hier zugunsten des Organempfängers auswirken.

4.2.2. Die österreichische Widerspruchsregelung

Österreich hat sich mit der am 19. Juni 1982 in Kraft getretenen Novelle zum Krankenanstaltengesetz für die erweiterte Widerspruchsregelung entschieden. Heute findet sich die entsprechenden Paragraphen, nach einigen notwendigen Novellen, im Krankenanstalten-

und Kuranstaltengesetz⁶ (KaKuG):

Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zwecke der Transplantation

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

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

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

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

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

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

§ 62c. (1) Wer dem § 62a zuwiderhandelt, begeht, sofern die Tat nicht den Tatbestand einer in die Zuständigkeit der Gerichte fallenden strafbaren Handlung erfüllt, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 36.340 Euro zu bestrafen.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Widerspruchsregister

§ 62d. (1) Das Widerspruchsregister (§ 62a Abs. 1) dient dem Zweck, auf Verlangen von Personen, die eine Organspende ausdrücklich ablehnen, den Widerspruch gesichert zu dokumentieren, um eine Organentnahme in Österreich wirksam zu verhindern.

⁶Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG): <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010285&ShowPrintPreview=True>

(2) Die Verarbeitung personenbezogener Daten im Widerspruchsregister hat auf Verlangen der Person, die eine Organspende ausdrücklich ablehnen will, zu erfolgen. Dieses muss die Unterschrift der Person tragen. Mit dem Verlangen erfolgt die Zustimmung zur Verarbeitung der Daten.

(3) Im Widerspruchsregister können folgende Daten der Person, die einen Widerspruch erklärt hat oder für die ein Widerspruch erklärt wurde, verarbeitet werden: Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Sozialversicherungsnummer, Adresse, gegebenenfalls Name des gesetzlichen Vertreters.

(4) Über die erfolgte Eintragung wird durch die Gesundheit Österreich GesmbH eine Eintragungsbestätigung ausgestellt. Der Widerspruch gegen eine Organentnahme und die damit verbundene Zustimmung zur Verarbeitung der Daten im Widerspruchsregister kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. In diesem Fall ist die Eintragung unverzüglich zu löschen.

(5) Die Gesundheit Österreich GesmbH hat für den Betrieb des Widerspruchsregisters Datensicherheitsmaßnahmen gemäß §§ 14f Datenschutzgesetz 2000 zu ergreifen. Es ist eine Datensicherheitsvorschrift, in der sämtliche für den Betrieb des Widerspruchsregisters erforderliche Datensicherheitsmaßnahmen anzuordnen sind, zu erlassen.

(6) Die Zugriffsberechtigungen sind für die zugriffsberechtigten Mitarbeiter der Gesundheit Österreich GesmbH individuell zuzuweisen. Eine Zugriffsberechtigung auf das Widerspruchsregister darf nur eingeräumt werden, wenn die Zugriffsberechtigten über die Bestimmungen gemäß § 15 Datenschutzgesetz 2000, BGBl. I Nr. 165/1999, und die Datensicherheitsvorschrift nach Abs. 5 belehrt wurden.

(7) Zugriffsberechtigte sind von der weiteren Ausübung ihrer Zugriffsberechtigung auszuschließen, wenn sie diese zur weiteren Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben nicht mehr benötigen oder sie die Daten nicht entsprechend ihrer Zweckbestimmung verwenden.

(8) Es ist sicherzustellen, dass Identität und Rolle der Zugriffsberechtigten bei jedem Zugriff dem Stand der Technik entsprechend nachgewiesen und dokumentiert wird.

(9) Es ist sicherzustellen, dass geeignete, dem jeweiligen Stand der Technik entsprechende, Wirtschaftlichkeitsüberlegungen berücksichtigende Vorkehrungen getroffen werden, um eine Vernichtung oder Veränderung der Daten durch Programmstörungen (Viren) zu verhindern.

(10) Alle im Bereich des Widerspruchsregisters durchgeführten Datenverwendungsvorgänge, wie Eintragungen, Änderungen, Abfragen und Übermittlungen sind zu protokollieren.

Der österreichische Gesetzgeber hat den Organbegriff nicht speziell geregelt, sondern in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage erwähnt, dass der Organbegriff im medizinischen Sinn zu verstehen ist. Er ging von einem sehr weiten medizinischen Organbegriff aus und wollte davon auch Gewebe umfasst wissen. Daher müssen alle Transplantationen von Organen bzw. Geweben, die medizinisch durchführbar sind, auch rechtlich zulässig sein. Jedenfalls zählen Niere, Herz, Lunge, Leber, Pankreas, Dünndarm,

Knochenmark, Gehörknöchelchen, Hornhaut, Haut und Herzklappen zu den transplantierbaren Organen bzw. Geweben. Somit sind grundsätzlich auch „Zellen und Gewebe“ Organteile, welche nach § 62a KAKuG entnommen werden können.

Nach dem Gesetzeswortlaut ist nur die Entnahme einzelner Organe oder Organteile zulässig. Der wichtige Aspekt zur Begrenzung der Zahl der entnehmbaren Organe ergibt sich aus § 62a Abs 1 letzter Satz KAKuG:

„Die Entnahme darf nicht zu einer die Pietät verletzenden Verunstaltung führen.“

Aus diesem Verbot kann unter Umständen eine quantitative Beschränkung abgeleitet werden. Genauer sagt der Gesetzgeber nicht aus. Das Verbot kann sich nur auf das äußere Erscheinungsbild des Leichnams beziehen, da eine Verunstaltungsgefahr bei inneren Organen nicht gegeben ist, sofern geöffnete Körperhöhlen wieder ordnungsgemäß geschlossen werden. Bei schwerwiegenden Eingriffen in die äußere Integrität des Körpers (z. B. Übertragung von Extremitäten, Entnahme der Augäpfel) können unter Umständen plastisch-rekonstruktive Maßnahmen (z. B. Prothese, Glasaugen) erforderlich sein, um eine Verunstaltung abzuwenden.

Den Zweck bzw. die Absicht der Entnahme gibt der Gesetzgeber sehr wohl vor:

„[...] um durch deren Transplantation das Leben eines anderen Menschen zu retten oder dessen Gesundheit wiederherzustellen.“

Ob der angestrebte Erfolg auch tatsächlich eintritt, betrifft die Rechtmäßigkeit des Entnahmeverfahrens nicht mehr.

Weiters soll durch die rechtliche Regelung sichergestellt sein, dass eingreifende Maßnahmen in den Körper des Organspenders erst erfolgen, wenn der Tod verlässlich nachgewiesen wurde. Bei Transplantationen steht die Todeszeitbestimmung unter Zeitdruck, da die Organe im lebensfrischen Zustand und bei möglichst intaktem Kreislauf entnommen werden müssen. Hier zeigt sich auch schon der Konflikt zwischen gesichertem Nachweis des Todes und brauchbaren Organen. Der Gesetzgeber hat auf eine inhaltliche Festlegung der Nachweismethoden für die Hirntoddiagnostik verzichtet, so dass die Feststellung des Todes

„[...] nach den anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse“

zu erfolgen hat. Wenn die Anwendung unterschiedlicher Methoden die Beiziehung mehrerer, entsprechend qualifizierter Ärzte erfordert, müssen diese hinzugezogen werden. Sie sollten Fachärzte sein, die über ausreichend Erfahrung in der klinischen Beurteilung

von Patienten mit schwerer Hirnschädigung verfügen. Das sind in der Regel Neurologen, Neurochirurgen und Intensivmediziner. Für den Fall, dass sich Zweifel ergeben, sind Gutachter entsprechender wissenschaftlicher Gremien (Oberster Sanitätsrat) bei zu ziehen.

Ein wichtiges Anliegen war dem Gesetzgeber damals auch die Vermeidung von Interessenskonflikten. Daher auch die gesetzliche Forderung, dass die den Tod feststellenden Ärzte weder die Entnahme noch die Transplantation durchführen bzw. daran beteiligt sein dürfen. Ein Fall „unzulässiger“ Beteiligung liegt dann vor, wenn jene Fachärzte, die den Tod des Patienten feststellen, an der Entnahme oder der Transplantation mitwirken. Ein Arzt ist durch den Eingriff „betroffen“, wenn eine interessensmäßige Verflechtung mit diesen Vorgängen besteht. Das kann eine persönliche Beziehung zu dem Spender oder dem Empfänger sein, aber auch eine Teilnahme an einem einschlägigen Forschungsprojekt oder Ähnliches. Auch das Verbot des Organhandels ist von der rechtlichen Regelung umfasst (Kopetzki, 1988).

Die Äußerung des Widerspruchs

In Österreich ist die rechtliche Regelung des Widerspruchs zu einer Organspende in § 62 KAKuG Abs. 1 verankert. Seinen Widerspruch einlegen kann nur, wer auch widerspruchsfähig ist. In Österreich entspricht das der natürlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit, die grundsätzlich ab dem 14. Lebensjahr gegeben ist.

Widerspruch einlegen kann nur der Verstorbene selbst, zu seinen Lebzeiten, oder dessen gesetzliche Vertreter (Eltern, Sachwalter). Aber auch das Widerspruchsrecht des gesetzlichen Vertreters besteht nur zu Lebzeiten des Verstorbenen.

Prinzipiell bestehen mehrere Möglichkeiten der Dokumentation eines Widerspruchs (z. B. mitgeführtes Schreiben, Widerspruchsregister, ...). Es besteht keine Formpflicht, Widerspruch ist somit auch in mündlicher Form möglich. Wichtig ist aber, dass der Widerspruch ausdrücklich abgegeben werden muss, was die Annahme eines stillschweigenden Widerspruchs ausschließt. Die sicherste Form des Widerspruchs ist die Dokumentation desselben durch eine Eintragung in das „Widerspruchsregister gegen Organspende“, da die Transplantationszentren sich dazu verpflichtet haben, vor einer allfälligen Organentnahme eine Abfrage im Widerspruchsregister zu tätigen. Dies gilt nicht nur für Organe im eigentlichen Sinne, sondern auch für Organteile und Gewebe.

Das „Widerspruchsregister gegen Organspende“, das 1995 eingeführt wurde, wird von ÖBIG-Transplant (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) und GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) geführt und verwaltet. Dort erfolgt auch eine Beratung

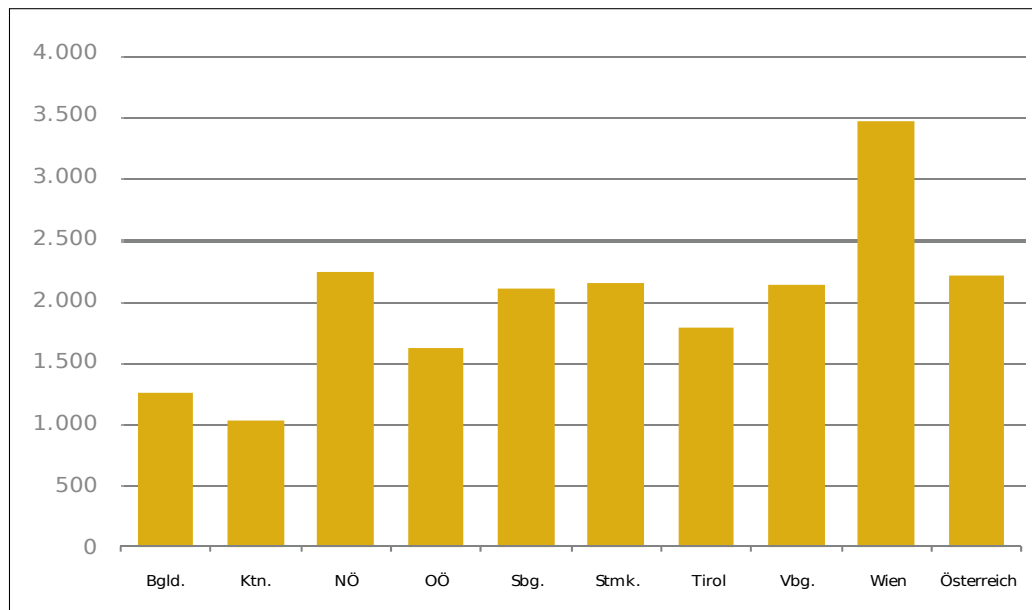


Abbildung 4.2.: Registrierte Personen im Widerspruchsregister pro Mio. EW nach Bundesländern, Stand: 31. 12. 2009 (OEBIG, 2009)

von jenen Personen, die sich in das Widerspruchsregister eintragen lassen wollen, sowie der Eintrag der einlangenden Widerspruchsformulare, die es auch im Internet zum Download gibt. Außerdem werden dort die Abfragen der befugten Krankenhäuser im Vorfeld einer Organspende rund um die Uhr entgegengenommen und abgewickelt. Seit 2000 gibt es als Beweis für das Krankenhaus für eine erfolgte Abfrage eine „Abfragenummer zum Widerspruchsregister gegen Organspende“.

Im Jahr 2009 ließen sich 1 828 neue Personen in das Widerspruchsregister aufnehmen. Ende 2009 waren insgesamt 20 294 Personen dort registriert, von denen 18 343 eine Wohnsitz in Österreich haben.

Personen, die nicht in Österreich leben und während ihres Aufenthaltes eine eventuelle Organspende ausschließen wollen, wird von ÖBIG empfohlen, ein Schriftstück mitzuführen, das diese Ablehnung beinhaltet. Üblicherweise wird aber vor einer allfälligen Organentnahme, unabhängig davon, ob der Spender in Österreich lebt oder nicht, das Gespräch mit den Angehörigen gesucht.

Insgesamt wurden im Jahr 2009 815 Abfragen im Widerspruchsregister getätigt, wovon 39 Abfragen doppelt stattfanden (OEBIG, 2009).

4.3. Ethischer Diskurs

Für die ethische Beurteilung der Organtransplantation ist es nicht nur relevant, dass sie das Leben des Empfängers der Organe rettet oder ihre Lebensqualität entscheidend verbessern kann. Relevant ist auch, dass durch Organtransplantationen die Integrität oder gar Würde der möglichen Spender tangiert wird und ihre Angehörigen belastet werden.

Da das Forschungsinteresse dieser Arbeit der Entnahme von Organen Verstorbener gilt, werden hier nur jene ethischen Kontroversen angesprochen, die sich durch die Organentnahme bei toten Menschen stellen. Auf die Motive bei Lebendspenden, bzw. die Problematik vom Handel mit Organen soll hier nicht eingegangen werden.

Aus der Sicht der Ethik entstehen bei einer Organtransplantation, bei der die Organe Verstorbener verwendet werden, zwei Problemkreise: Jener, der die Frage beinhaltet, beinhaltet, was den Tod eines Menschen ausmacht und unter welchen Umständen es daher moralisch vertretbar ist, jemandem seine sonst lebenswichtigen Organe zu entnehmen, um damit das Leben eines Anderen zu verlängern, sowie, wer für Verteilungsgerechtigkeit in dem System sorgt und die Kriterien festlegt, nach denen entschieden wird, wer ein dringend benötigtes Organ erhalten darf. Das sind Fragen, denen mit Hilfe der Ethik begegnet werden kann.

Zunächst muss im Zuge einer ethischen Diskussion um eine Organspende Verstorbener die Frage nach dem Verfügungsrecht des Menschen über sich selbst und seinen Körper in den Vordergrund gerückt werden, welche zur Grundfrage nach einem verantwortlichen Umgang mit der eigenen Freiheit gehört. Der Mensch besitzt kein von der Natur gegebenes handlungsleitendes Programm, sondern er kann nicht anders handeln, als sein Leben bewusst zu führen und seinen Lebensraum selbst zu gestalten.

Dieses Gestaltungsrecht wird im Rahmen einer Explantation gewahrt, wenn der medizinische Eingriff nicht willkürlich vorgenommen wird, sondern alle möglichen Folgen abschließend überwiegend positiv bewertet werden. Alle zur Verfügung stehenden Mittel und damit auch alle Verfügung des Menschen über sich selbst findet seine ethische Grenze dort, wo der Mensch in der ihm eigenen Unersetzbarkeit seiner Personenwürde Mittel zum Zweck wird.

Nimmt man das als Leitprinzip her, sind durchaus dynamische Grenzziehungen möglich, die nach den therapeutischen Hilfen und Möglichkeiten fragen lassen, die im Raum heutiger Transplantationsmedizin machbar sind und in Zukunft noch möglich sein werden.

Damit aber stößt man rasch auf die Frage nach den ethischen Rahmenbedingungen der Zulässigkeit von Organtransplantationen überhaupt. Die Organtransplantation als therapeutisches Mittel der Medizin wird immer dann in Erwägung gezogen, wenn der Funktionsausfall eines für den menschlichen Körper notwendigen bzw. nützlichen Organs nicht in anderer Weise ersetzt werden kann, wenn also, medizinisch gesprochen, ein Organ irreversibel geschädigt ist und entfernt werden muss.

Für ein verantwortungsvolles Handeln in Bezug auf das Leitprinzip der den Menschen innewohnenden Würde gibt es nun verschiedene Kriterien.

Anfangs gilt es, sich darüber klar zu sein, dass der medizinisch-technische Eingriff bei einer Organentnahme die Bedingungen menschlichen Seins und Lebens berühren. Beides bedeutet zugleich Grenze und Ermöglichungsfeld des Handelns. Die Frage nach dem qualitativen Sinn einer Organtransplantation ist also nicht allein von der naturwissenschaftlichen Logik her zu beantworten, sondern provoziert zugleich eine gesamt menschliche soziale und ethische Sichtweise. Bedacht werden sollte dabei auch, ob eine erfolgreich durchgeführte Transplantation für den Organempfänger auch notwendigerweise zur Entfaltung seiner menschlichen Identität führt. Wie steht es um die Bewältigung seines Leidens, seiner Erlebensphase der Krankheit? Wie steht es um sein gesamt menschliches Wissen um Zeit und Tod (Bickeböllner, 2000)?

Die sinnvolle Lebensverwirklichung, die sich hier als Entscheidungsfrage aufdrängt, ist stets auch eine Frage nach der lebensstiftenden Kommunikation mit anderen Menschen, aber auch eine Frage nach der Ordnung des jeweils individuellen und sozialen Lebensraumes. Letztendlich geht es um das Menschsein des Menschen selbst, und zwar innerhalb der Möglichkeiten, wie sie heute im Rahmen der Transplantationsmedizin gegeben sind. Es geht darum, dass sich die Medizin dieser gesamtheitlichen Frage humanen Menschseins auch in technisch durchführbaren Prozessen zu stellen hat.

Ein weiteres Kriterium für das verantwortungsvolle Handeln im Rahmen des schwerwiegenden medizinischen Eingriffs einer Transplantation von Organen stellt jenes des Umfanges der ärztlichen Hilfe dar. Ärztliche Hilfe im Kontext der Organtransplantationsproblematik darf nicht punktuell ansetzen, sondern muss immer in einer medizinisch-menschlichen Güterabwägung ethisch eingereicht bleiben, nämlich in eine Abwägung der Folgen für die Lebensprozesse der jeweils betroffenen Patienten. Damit steht nicht nur die physiologische Lebendigkeit im Vordergrund, die durch diesen therapeutischen Eingriff betroffen ist, sondern auch die geistige Vitalität des jeweils ärztlich zu behandelnden Menschen.

Schließlich sollte eine Organtransplantation von ihren therapeutischen Rahmenkriteri-

en her, als eine ganzheitliche Hilfe und nicht nur als ein reiner „Organersatz“ verstanden werden. Eine solche ganzheitliche medizinische Hilfe betrifft auch die notwendig implizierte Kommunikationsgemeinschaft von Arzt und Patient. Die Eröffnung neuer Lebensmöglichkeiten für einen Menschen schließt auch den Anspruch der Wahrheit über die jeweilige faktische Lebenssituation und ihrer Bewältigungsbedingungen mit ein. Offene Gespräche und klare Informationen, sowie gemeinsame Antwortsuche auf offene Fragen und Ängste sind Voraussetzung für ein zielgerichtetes Helfen und sich Helfen lassen.

Diagnose, Prognose, Therapie, das erreichbare Ziel, der Stand des medizinischen Wissens und der zumutbare Weg der Anwendung dieses Wissens sind zusammen mit dem Patienten zu besprechen.

Aus ethischer Sicht geht es bei einer ganzheitlich-medizinischen Begleitung um das Moment gemeinsam gewonnener Einsichten und der Umsetzung dieser.

4.3.1. Wann ist der Mensch tot?

Im Mittelpunkt der Fragen, die sich im Zusammenhang mit einer Leichenspende stellen, steht die, ab welchem Zeitpunkt die Entnahme eines oder mehrerer Organe oder Gewebeteile des potentiellen Spenders zulässig ist.

In der Medizin wird dafür das sogenannte „Hirntodkriterium“ verwendet, mit dem der irreversible Ausfall aller Hirnfunktionen festgestellt wird. Dieser muss mit einer Reihe von Tests nachgewiesen werden. Agamben bezeichnet den Menschen, der hirntod ist, als sich in einem „Ausnahmestand“ befindlich – er gehöre weder den Lebenden an, noch den Toten, sondern befinde sich vielmehr in einer Grenzzone, in einem Graubereich und bedarf somit eines verstärkten Schutzes vor möglichen Eingriffen in seine Unversehrtheit. Eine Gesellschaft muss sich daher mit sich selbst ausmachen, wie mit diesen Menschen umgegangen wird, es besteht demnach ein Definitionszwang über diesen Schwebestand.

Das philosophisch-ethische Kernproblem, das sich in diesem Zusammenhang stellt, lässt sich daher so formulieren: Die naturwissenschaftlich-medizinische Feststellung des Gesamthirntodes eines Menschen ist ein Symptom des menschlichen Todes, aber nicht der Tod selbst. Die Bestimmungsfrage, was der Tod ist, entzieht sich naturwissenschaftlicher Kenntnis; sie gehört in den Rahmen der Philosophie und Theologie (Hunold, 2011).

Medizinisch gesehen kann nach abgeschlossener Hirntoddiagnostik und festgestelltem Hirntod die Todesbescheinigung ausgestellt werden und eine Organentnahme durchgeführt werden. Dieses Todeskriterium steht somit auch für die rechtliche Zulässigkeit der Organentnahme von toten Spendern. Hier seien einige Diskurslinien kurz nachgezeichnet, die sich in der ethischen Diskussion um den Todeszeitpunkt des Menschen gebildet

haben. Innerhalb der gesellschaftlichen Diskussion sind verschiedene Einstellungen miteinander konfrontiert, die sowohl von lebensweltlichen, empirischen Bezügen, als auch von wissenschaftlichen Fakten beherrscht werden.

Die Harvard Medical School definierte 1968 die Richtlinien für die Bestimmung des Hirntodes, und zog mit diesen Richtlinien eine Grenze, ab der eine intensivmedizinische Behandlung nicht mehr fortgesetzt werden musste. Gegenstimmen argumentierten, dass als eindeutiges Kriterium für den Tod nur der Stillstand des zellulären Stoffwechsel zu betrachten sei, da dieser im menschlichen Körper durch die gemeinsame Tätigkeit der Organe aufrecht erhalten werden, zu denen auch das Gehirn gehöre. Der Körper aber bilde eine funktionale Einheit, dabei sei das Gehirn gegenüber den anderen Organen nicht als Kriterium für „Leben“ anzusehen.

Doch betrachtet man die abendländische Kulturtradition, ist zu bemerken, dass unter dem Tod des Menschen immer schon das Ende des Menschen als biologisches Lebewesen verstanden wurde, das Ende des Organismus in seiner gesamtmenschlichen Ganzheit. Dazu ist aber biologisch-hierarchisch betrachtet nicht der Tod eines jeden einzelnen Organs bzw. jeder einzelnen Zelle erforderlich. Diese können je nach Umständen verschieden lang überleben. Der Mensch ist also nicht erst tot, wenn er verwest oder verbrannt ist, sondern dann, wenn er für immer die Strukturmerkmale verloren hat, die ihn biologisch und human als Lebewesen kennzeichnen.

Diese strukturimmanenten Lebensmerkmale, die ein höheres Lebewesen kennzeichnen, werden wesentlich durch die integrale Funktionstätigkeit des Gehirns bewirkt. Das Gehirn bestimmt demnach bei den entsprechend höher entwickelten Lebewesen das gesamte Verhalten, sei es angeboren oder erlernt oder von inneren Antrieben ausgelöst. Weiters beeinflusst es jedes von außen veranlasste Verhalten mitsamt seinen zielgerichteten Handlungen. Es regelt außerdem die Anpassungsfähigkeit des Verhaltens an wechselnde Umweltbedingungen des Lebens sowie die Steuerung und Abstimmung der Tätigkeiten im Zusammenspiel einzelner Organteile. So kann man auch sagen, der Gehirnfunktion kommt also die zentrale Funktion für den Gesamtorganismus zu.

Für die Medizin steht somit fest, dass ein Mensch, dessen Gehirn irreversibel ausgefallen ist, tot ist. Ein Mensch in diesem Zustand kann emotional und kognitiv nichts mehr empfinden, wahrnehmen oder beobachten. Er kann keinen Gedanken mehr äußern und keinen Sachverhalt mehr entscheiden. Mit dem endgültigen Ausfall der Tätigkeit des Gesamthirns hat der betroffene Mensch aufgehört, ein vital integratives Lebewesen in körperlicher, geistiger und leibseelischer Einheit zu sein.

Die Ethik geht davon aus, dass der Mensch in seiner Körperlichkeit von einer See-

le durchdrungen ist, dass sich zwar seelische Phänomene bestimmten physiologischen Abläufen zuordnen lassen, die sich im Gehirn vollziehen, aber die oftmals aufgestellte Gleichsetzung von Hirntod und Personaltod irreführend ist.

Beide Sachverhalte sind zwar aufeinander bezogen, aber sie sind nicht einfach identisch. Sie gehören zwei unterschiedlichen Verstehens- und Betrachtungsweisen an, nämlich der explizit Medizinischen sowie der Ethisch-Philosophischen. Die Betrachtungsebenen unterscheiden sich dadurch, ob man den Tod als Prozess oder als Ereignis auffasst. Als Prozess gibt sich der biologische Tod als ein Sterbevorgang zu erkennen, wenn man darunter das fortschreitende Absterben des Gesamtorganismus versteht. Als Ereignis gibt sich dagegen die philosophisch-theologische Bestimmung des Todes zu erkennen. Das Sterben hat insofern verschiedene Gesichter, der Tod des Menschen dagegen nur eins. Der Tod ist ein unumkehrbarer Zustand.

In der ethischen Diskussion wird oft angemerkt, dass es die Aufgabe der Medizin ist, den Tod nur als eingetretenes physiologisches Ereignis festzustellen. Der menschliche Tod wird in seinem Wesen durch die Kriterien des Hirntodes nicht verändert. Er bleibt stets ein und derselbe Tod des Menschen. Die Ethik kann in diesem Sinne nur anmerken, dass es sich bei der Feststellung des Hirntodes um ein rein medizinisches Tatsachenurteil handelt und nicht um eine philosophische begründete Grenze zwischen Leben und Tod (Hunold, 2011).

4.3.2. Verteilungsgerechtigkeit

Hier soll die ethische Sicht auf Gerechtigkeit bei einem knappen Gut erläutert werden; die medizinischen und organisatorischen Aspekte der Verteilung von Organen werden in 5.4 erläutert.

Ein gespendetes Organ stellt prinzipiell ein Mangelgut dar. Das Angebot an gespendeten Organen ist deutlich niedriger als die Nachfrage. Nun geht es bei gespendeten Organen nicht um irgendein Gut, sondern um eine Spende aus altruistischen Motiven, aus einer Entscheidung heraus, die im besten Fall noch zu Lebzeiten getroffen werden muss und die zugunsten eines Unbekannten ausfällt. Die Gesellschaft und der Arzt als Beauftragter der Gesellschaft besitzen eine Vermittlerfunktion, um durch die Organspende einem leidenden Menschen Hilfe zukommen zu lassen. Diese Hilfe wird durch die institutionalisierte Transplantationsmedizin erst ermöglicht, indem diese die organisatorischen, technischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu gestalten versucht, auch mit dem Wunsch, die Bereitschaft zur Organspende in der Bevölkerung zu steigern, um konkreten Patienten Hilfe anbieten zu können, sofern sie ein Organ dringend benötigen.

Wo knappe Güter verteilt werden müssen und knappe Ressourcen zur Deckung des Bedarfs zur Verfügung stehen ohne dass der Bedarf je vollständig gedeckt werden könnte, dort erst entsteht das Problem, die Verteilung möglichst gerecht zu gestalten.

Die Rechte, die sich aus den Grundbedürfnissen eines Menschen ableiten lassen, stellen die erste Stufe einer gerechten Gesellschaft und ihrer Institutionen dar. Bei ungleich verteilten Ausgangsbedingungen und Talenten treten jene Rechte in Konflikt mit Privilegien, die durch Leistungen erworben wurden. Hier ist es die Aufgabe der Institutionen, die Position der Grundrechte gegenüber den Leistungsrechten zu verteidigen und zu stärken.

Auf diesen eine Gesellschaft begründenden Institutionenbegriff geht die Theorie der Gerechtigkeit von John Rawls ⁷ zurück, die sich auf die Situation knapper Güter, die gerecht verteilt werden müssen, gut übertragen lässt: Jedes Handeln innerhalb von Gemeinschaften passiert vor dem Hintergrund der jeweiligen Talente der handelnden Person, seiner Sozialisation, ihrer Stellung innerhalb der Gemeinschaft, ihrer materiellen Möglichkeiten und was sonst noch an Ungleichheiten zwischen Menschen existiert.

Rawls inszeniert nun eine Art Spiel mit Regeln, die den Ausgleich dieser Interessen so gestalten sollen, dass eine gerechte Lösung des Verteilungsproblems gefunden werden kann. Die wichtigsten Entscheidungsregeln dabei lauten: den Nutzen der günstigsten Situation zu maximieren und den Schaden der ungünstigsten Situation zu minimieren. Jede Entscheidung erfordert Einstimmigkeit, wodurch Privilegien, Koalitionen und Herrschaft ausgeschlossen werden sollen und nur der einzelne Mensch zählen soll.

Das Ziel der Institution Transplantationsmedizin ist es, der jeweiligen Person die ihr zustehende Fürsorge innerhalb der Verteilungsgemeinschaft zukommen zu lassen, denn Gerechtigkeit soll nach Rawls bedeuten, als Mensch und Person bestehen zu können. Das heißt, dass innerhalb des Allokationssystems von gespendeten Organen die Persönlichkeit des potentiellen Empfängers keine Rolle spielen sollte, mit der Einschränkung der bestehenden biologischen Schranken als Bedingung für eine erfolgreiche Transplantation. Im Verlauf der medizinischen Weiterentwicklung verlieren diese medizinischen Barrieren zunehmend an Bedeutung, so dass die Allokationsregeln im Rahmen des Transplantationssystems einem ständigen Wandel unterworfen bleiben (Bickeböller, 2000).

⁷Rawls: 1921–2002; US-amerikanischer Philosoph, der als Professor auf der Harvard University lehrte, Hauptwerk: A Theory of Justice entstand 1972 und gilt als eines der einflussreichsten Werke der politischen Philosophie des 20. Jahrhunderts.

5. Empirischer Teil

Kern dieser empirischen Analyse ist ein Verständnis von Governance, das auf die Bewältigung von wechselseitiger Abhängigkeit abstellt. Bei der Organisation und Durchführung von Organtransplantationen geht es um Interdependenzen zwischen dem Handeln innerhalb von Organisationsformen, die dem Gemeinwohl verpflichtet sind und formellen Richtlinien und Grenzen unterliegen, sowie dem Handeln von informellen Akteuren, die individuellen Handlungsanleitungen unterliegen.

Der Begriff der Governance Form benennt die Strukturen, in die kollektives Handeln, sei es in formeller oder informeller Form, eingebettet ist. Diese Strukturen können als Institutionen und Gesetze festgelegt sein oder sich aus realen Abhängigkeitsverhältnissen zwischen Akteuren ergeben. Unterschiedliche Mechanismen erfassen die Art und Weise, wie die Handlungen einzelner Akteure zusammenwirken und koordiniert werden (Benz und Dose, 2010b).

Nach Vorstellung der formellen Strukturen, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, unter denen Transplantationsmedizin stattfinden kann, soll hier nun die Umsetzung im Klinikalltag gezeigt werden. Es wird die Komplexität der informellen Beziehungen und Abhängigkeiten, Steuerungen und Regulierungen in der Transplantationspraxis als Bestandteil von Governance mit Hilfe der durchgeführten Experteninterviews dargestellt. Wo es sinnvoll oder notwendig erschien, wurden als Ergänzung Statistiken und Tabellen verwendet.

5.1. Gesetzesauslegung in der Praxis

Den Ausgangspunkt der Untersuchung von Organtransplantationen als ein Problem von Governance bildet der formelle rechtliche Rahmen, innerhalb dessen der Prozess abläuft. Die bestehende gesetzliche Regelung in Österreich wurde in Kapitel 4.2.2 beschrieben, durch diese sind wesentliche Befugnisse und Einflussnahmen der Beteiligten vorgegeben. Hier soll nun gezeigt werden, wie die praktische Umsetzung dieser Regelung für die betroffenen und beteiligten Akteure aussieht.

Von Relevanz für die Zusammenarbeit der Beteiligten sind auch Aspekte, die gesetzlich festgelegt sind. Zu Beginn jeder potentiellen Organtransplantation steht daher das Gesetz, dass in Österreich die „Widerspruchsregelung“ beinhaltet und somit rein rechtlich gesehen durch seine Konzeption voraussetzt, dass man sich zu Lebzeiten mit der Thematik auseinandersetzt und aktiv etwas unternimmt. Ist man gegen eine Organspende nach seinem Tod, so muss den Ärzten eine schriftliche Erklärung vorliegen oder man lässt sich in das Widerspruchsregister beim österreichischen Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) eintragen. Soweit die rechtliche Formulierung, die jedem Menschen als potentiellen Organspender insofern eine weitreichende Entscheidungsbefugnis einräumt, als man darüber Bescheid weiß.

Informationsbeschaffung und Wissen darüber, wie eine Organspende in Österreich geregelt ist, ist also Voraussetzung dafür, dass einem potentiellen Organspender hohe Entscheidungsbefugnisse zustehen, die immer dann relevant sind, wenn jemand gegen eine Organentnahme nach seinem Tod ist. Genau das ist, nach Ansicht von Prof. Mühlbacher, oftmals die Problematik bei einer Organspende, dass die Menschen unvorbereitet betroffen sind und sich keine Gedanken darüber gemacht haben, ob sie als Akteur, als potentieller Organspender eine Rolle spielen wollen, oder nicht.

„[...] Also, ich gehe davon aus, dass Leute, die den Bundespräsidenten oder Bundeskanzler mit Namen kennen, auch wissen, dass in Österreich auch transplantiert wird. Weil, die Presse in Österreich ist extrem positiv der Transplantation gegenüber eingestellt, es gibt immer positives Echo – auch auf ganz unterstem Niveau, in der der U-Bahn Zeitung – daher wissen die Leute das mit Sicherheit [...].

Ich glaube sogar, dass die Leute wissen, dass man tote Spender dafür heranzieht. Dass Schweine jetzt nicht dafür verwendet werden, dass wissen auch die Meisten. Nur viele, ob absichtlich oder aus Verdrängen das weiß ich nicht, machen den Schluss nicht, dass auch sie Organspender sein könnten. Daher haben sie über die Gesetzeslage zur Organspende erstaunlich wenig Kenntnis.[...] Also wenn ich eine Fortbildungsveranstaltung bei dem Pflegepersonal mache, wissen das immer alle. Wenn ich das gleiche bei den Ärzten mache, ist es genau umgekehrt. Die Ärzte wissen das nicht. Das geht bis zu hochrangigen Politikern hinauf, die mich fragen, wie das ist: Kann ich denn Organspender sein? Die haben keine Ahnung.

Das besagt nur, dass die Gesetzeslage im Prinzip nicht Allgemeingut ist. Und daher wissen viele Leute nicht, dass sie, wenn sie es nicht wollen, widersprechen müssen und es irgendwo deponieren. Also von der Existenz des Widerspruchsregisters hat nicht einmal 5% der Bevölkerung Kenntnis, da bin ich überzeugt davon. Und das Wissen, dass man in Österreich etwas dagegen tun muss, nämlich wirklich aktiv, ist nicht viel höher. Daher habe ich ein staatsbürgerliches Problem mit der Situation, aber die Patienten, die transplantiert

werden, profitieren davon, dass es die Leute nicht wissen.“

(Mühlbacher, 2010, 8)

Die Interviewpartner schilderten nicht nur ihre direkt im Transplantationsgeschehen gemachten Erfahrungen, sondern auch, welche Erfahrungen sie im direkten Kontakt mit der Bevölkerung zu dieser Problematik der Organspende gemacht haben. Die Zustimmung zu oder die Ablehnung einer Organspende ist immer auch auf den Informationsgrad der Betroffenen zurückzuführen, wie Prof. Mühlbacher aus langjähriger Erfahrung weiß.

Aus diesem Grund ist es den Ärzten, die an Transplantationen beteiligt sind, so wichtig, dass die Menschen informiert darüber sind, wie die Spende von Organen in Österreich geregelt ist. Doch es ist ihnen auch bewusst, dass es eine unter Umständen unangenehme Auseinandersetzung mit dem Gedanken an den eigenen Tod ist, die man treffen muss, um seine eigenen Entscheidungsbefugnisse nicht anderen zu überlassen.

„[...] ich habe einmal so eine Landerhebung gemacht, bin nach Gmünd im Waldviertel gefahren und da haben wir bei einem Rotkreuz Tag zwei Tage dort ein Zelt aufgestellt mit Plakaten und haben die Leute angesprochen. Wenn ich die richtigen Zahlen noch im Kopf habe, haben wir glaube ich mit 350 Menschen Kontakt gehabt. Meine Frau ist mitgefahren, eine Psychologin ist mitgefahren, und ungefähr 80% der Leute haben von vornherein auf die Frage „Würden sie ein Organ spenden“ gesagt „Ja selbstverständlich“. Das entspricht auch der Erfahrung.

10% haben dieses Ansprechen, oder diese Kontaktnahme von vornherein abgelehnt, so wie man halt zu einem Bettler im Schottentor sagt „Gib eine Ruhe“ und 10% haben zu diskutieren begonnen und oft auch ernsthaft dagegen diskutiert. Das entspricht der Erfahrung, dass etwa 10% das gar nicht wollen. Ich will über niemanden drüberfahren. Es wäre eine wahnsinnige Erleichterung, wenn alle Leute irgendwo festlegen würden, wie sie damit umgehen. Das ist aber nicht der Fall. Ich meine, ich will niemanden bedrängen [...] bin schon 60 Jahre und habe noch immer kein Testament [...] sterben ist für mich nicht morgen programmiert. Ist halt nicht. Und für viele andere auch nicht. Den Gedanken schiebt man weg – das ist wie beim Zahnarzt, da geht man hin wenn es wehtut, so auf die Art – daher ist die Auseinandersetzung mit dem Tod oder mit einem derartig unvermuteten Tod – nicht im Alltagsrepertoire und daher entscheiden sich die Leute nicht und aus diesem Grund wollen sie auch keine Entscheidungen treffen.“

(Mühlbacher, 2010, 6)

Nach Zuckermann (2010) ist vor allem die fehlende Information, bzw. das Desinteresse und der fehlende Willen der Bevölkerung der Grund, weshalb Österreich im Vergleich mit Deutschland, wo die Zustimmungsregelung gilt, so viel mehr Organe von hirntoten

Spendern zur Verfügung hat. Da die Mehrheit der Bevölkerung sich nicht die Frage einer möglichen Organspenden stellt, solange sie nicht direkt oder indirekt davon betroffen ist, kommt diese Nicht-Entscheidung der Widerspruchsregelung der Transplantationsmedizin mehr entgegen als die Regelung, bei der man einer Organentnahme nach seinem Tod explizit zustimmen muss, um diese möglich zu machen.

Der erste Schritt, der im Rahmen einer bevorstehenden Transplantation rechtlich getan werden muss, ist daher das Abrufen des Widerspruchregisters durch die jeweiligen Transplantationskoordinatoren in Österreich, sofern nicht eine andere schriftliche Erklärung des Patienten vorliegt, dass er eine Organentnahme nach seinem Tod ablehnt. Ist eine Eintragung vorhanden, bzw. eine schriftliche Erklärung oder eine mündliche Aussage die zu Lebzeiten gegenüber einem nahen Angehörigen getätigt wurde, ist die ganze Sache sofort abgesagt und es dürfen keine weiteren Schritte gesetzt werden (Zuckermann, 2010).

Liegt keine Eintragung im Widerspruchsregister vor, beginnen nun die Untersuchungen für die Hirntoddiagnose. Wer letztendlich darüber entscheidet, ist gesetzlich geregelt: die Entscheidung, ob ein Patient hirntod ist oder nicht, fällen die betreuenden Intensivmediziner nicht. Sie verständigen zwei unabhängige Neurologen, die weder im Explantationsteam noch im Transplantationsteam arbeiten dürfen und die die Hirntoddiagnose nach dem weiter oben vorgestellten Ablaufschema durchführen.

„[...] das ist klassische Interessensentkoppelung. Ganz richtig, ja.“
(Zeithammer, 2009)

Auch der Chirurg, der die Organentnahme letzten Endes durchführt hat mit der Todesfeststellung des Spenders und mit den Gesprächen im Vorfeld einer Organentnahme nichts zu tun. Prof. Zuckermann gibt hierüber eine klare Auskunft:

„Haben Sie, in Ihrer Funktion Kontakt mit Angehörigen?“

Prof. Zuckermann: Nein, darf ich ja auch gar nicht. Weil ich ja im Entnahmeteam bin.

Das heißt, das ist ganz strikt getrennt?

Prof. Zuckermann: So ist es.“

(Zuckermann, 2010, 2)

Bis zu diesem Punkt sind somit die Beziehungen der beteiligten Akteure untereinander noch klar formal geregelt.

5.1.1. Der Weg vom Patienten zum Organspender: eine Statusveränderung

Abseits der formalen Bedingungen, die für eine geplante Entnahme von Organen erfüllt sein müssen, gibt es hier immer eine Phase, in der eine Entscheidung getroffen werden muss. Das betrifft die Problematik der Grenzziehung in der Medizin im Hinblick auf eine Organtransplantation. Zwischen Leben und Tod eines Patienten verläuft hier eine dünne Linie und es muss innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes eine solche Entscheidung getroffen und eine Grenze gezogen werden.

Die Medizin als Wissenschaft stützt sich für diese Entscheidung auf das bereits dargelegte fixe Schema der Hirntoddiagnostik. Doch gleichzeitig müssen auch von unterschiedlichen Akteuren Interessen gegeneinander abgewogen werden, bis es zu der endgültigen Entscheidung kommt, für den einen Patienten nichts (mehr) zu tun, aber alles Notwendige zu veranlassen, um seine Organe für einen anderen Menschen zu erhalten, der sie dringend benötigt. Hier müssen also unterschiedliche Entscheidungsprozesse ablaufen, die auf diese Veränderung des Status eines Patienten zugunsten eines anderen in einem rechtlich regulierten Rahmen hinauslaufen. Nur unter diesen Voraussetzungen kann es überhaupt zur Erklärung des Hirntodes und in weiterer Folge dann zur Entnahme der verwendbaren Organe kommen.

Der Weg von einem Organ, das einem hirntoten Spender entnommen werden kann, bis zum Empfänger, der unter Umständen schon jahrelang auf dieses gewartet hat, ist einerseits ein komplexer Vorgang der modernen Hochleistungsmedizin, an dem aber auch viele Menschen, Normen und Werte beteiligt sind, sei es bewusst oder unbewusst. Die Experten, die dazu befragt wurden, sind schon jahrelang im Transplantationsgeschehen tätig und beschreiben ihre Erfahrungen als Akteure mitten aus dem Prozess heraus.

In den durchgeführten Interviews wurden zu Beginn die Voraussetzungen und die Rollen der einzelnen Akteure vor und während der Diagnostik des Hirntodes beleuchtet. Interessant ist zunächst einmal, welche Akteure überhaupt in dieser Phase des Geschehens rund um eine Organtransplantation eine Rolle spielen. Dazu gehören nicht nur jene Personen, die direkt am Geschehen rund um eine Organentnahme beteiligt sind, sondern auch das Umfeld, in dem das Ganze stattfinden kann.

Um den Prozess und die Voraussetzungen darstellen zu können, unter denen es in der Praxis dazu kommt, dass ein Patient für hirntot erklärt und somit zum potentiellen Organspender wird, werden die Sichtweisen und Interessen der an so einer Situation beteiligten Akteure gezeigt. Die Darstellung des Zeitraumes, in dem die Grenze zwischen

Leben und Tod für den hirntoten Spender überschritten wird, erfolgt chronologisch, von dem ersten Verdacht auf Hirntod bis zu der Operation, bei dem dem Organspender seine Organe entnommen werden, wobei viele Schritte parallel ablaufen. Da für die Gesamtheit des Ablaufes nur wenige Stunden vorhanden sind, greifen die einzelnen Schritte ineinander über.

5.1.2. Der Hirntod wird festgestellt

Der behandelnde Arzt ist der Erste, der den Verdacht auf Hirntod äußert. Sein Interesse gilt in erster Linie seinem Patienten, bei dem er entscheidet, ob er ihn als potentiellen Kandidaten für eine Organspende betrachtet. Für ihn besteht keine rechtliche Pflicht, eine potentiellen Spender an das Koordinationsteam für Transplantationen zu melden, was nach Einschätzung von Prof. Mühlbacher dazu führen kann, dass ein Organspender „verloren“ geht.

„Inzwischen möchte ich nicht immer der Bettler sein, der ein Organ braucht. Ich glaube, dass es die Pflicht aller Mediziner wäre, an dem Projekt mitzuarbeiten, generell, ganz egal wo man steht. Es kommt der Einzelne draußen einmal in fünf Jahren, oder vielleicht zweimal in diese Situation; aber prinzipiell das Organaufkommen zu fördern, das würde ich mir wünschen, dass das bei uns verpflichtend wäre; das würde sich auch in gesetzlichen Dingen niederschlagen wie im Ärztegesetz – als Arzt bist du ja nicht verpflichtet, einen Toten zu behandeln. Da fällt einem die Spritze aus der Hand in dem Moment in dem der tot ist.“

(Mühlbacher, 2010, 7)

Was der behandelnde Arzt nun unternimmt, ist ihm überlassen. Sobald er mitteilt, dass sein Patient eventuell hirntot und somit potentieller Organspender ist, setzt er den organisatorischen Aufwand in Gang. Entscheidet er sich dafür, den potentiellen Organspender zu melden, ist das für ihn als betreuender Intensivmediziner weit mehr Arbeit, da ein Hirntoter bis es zur Explantation kommt, natürlich intensivmedizinischer Betreuung bedarf um ihn für die Operation vorzubereiten (Mühlbacher, 2010).

Nun ist es Sache des hinzugezogenen Neurologen, den Patienten nach dem Ablaufschema der Hirntoddiagnose zu untersuchen. Er hat nach Abschluss seiner Untersuchung nichts mehr mit dem weiteren Geschehen zu tun. Prof. Zuckermann über die Rolle der Neurologen:

„Die medizinische Voraussetzung [zur Organentnahme Anm] ist der eingetretene Hirntod, der durch klare Richtlinien diagnostiziert werden muss und von einem Neurologen –

bei uns im ostösterreichischen Raum passiert das durch die mobile Hirntod Diagnose Gruppe, das sind Neurologen, die mit uns nichts zu tun haben – festgestellt werden muss.“
(Zuckermann, 2010, 1)

„[...] Da gibts ein klares Schema, dass bei uns durchgeführt wird; wenn eine Intensivstation einen Patienten als potentiellen Organspender meldet, dann muss natürlich als allererstes ein Neurologe die Hirnstammreflexe untersuchen, ob hier noch irgendeine Aktivität des Hirnstammes vorhanden ist – das ist das zentrale Zentrum, wenn das kaputt ist, ist der Mensch nicht lebensfähig, dann ist er tot. Im Atemzentrum sind ganz viele zentrale Bereiche drinnen, die den Organismus am Leben erhalten; diese Zentren müssen unwiderruflich zerstört sein; wenn das einmal klinisch-neurologisch festgestellt worden ist, dann beginnt die Schwebezeit, in der EEGs geschrieben werden, die eine Nulllinie zeigen müssen: Eines am Anfang, dann nach 6 Stunden wieder eins und danach wird noch einmal eine klinisch-neurologische Untersuchung gemacht, die auch negativ sein muss. Dann erst unterschreibt der Neurologe das Hirntodprotokoll [...]“
(Zuckermann, 2010, 1)

Die Neurologen haben die Aufgabe, ganz objektiv und nach medizinisch-wissenschaftlichen Kriterien zu entscheiden. In die weiteren Vorgänge sind sie nicht involviert, ihre Auftrag ist mit der Unterzeichnung des Hirntodsprotokolls beendet. Sie dürfen weder im Explantationsteam noch im Transplantationsteam arbeiten.

„Die Neurologen haben nur die Diagnose zu stellen, rein die Diagnose [...] die müssen ja vollkommen frei entscheiden und müssen auch ohne Angehörige entscheiden und alles, die müssen wirklich komplett frei von allem sein und in sehr, sehr starken, zum teil emotionalen Situationen das ganz pragmatisch und objektiv durchrechnen. Weil es ist ja auch wenn es keine Organspende gäbe notwendig und muss ja irgendwie festgestellt werden: Dass ist der Hirntod und damit ist die Therapie beendet.“
(Zuckermann, 2010, 2)

Sind während des festgelegten Beobachtungszeitraumes Hirnstammreflexe zu erkennen, wird die Untersuchung nach Verdacht auf Hirntod abgebrochen und der potentielle Spender wird wieder zum komatösen Patienten.

Sobald hingegen das Hirntodprotokoll unterschrieben ist, ist das, auch wenn es zu keiner Organspende kommt, nach Prof. Zuckermann der Punkt, ab dem der Mensch als tot gilt. Das ist auch die Todeszeit, die im Akt festgehalten wird.

Nun rücken als Akteure der hirtote Patient als *potentieller Organspender* und die *Angehörigen* in den Mittelpunkt. Mit der Unterzeichnung des Hirntodprotokolls macht

der Neurologe den Hirntoten noch nicht zum Organspender. Aber schon während der klinisch-neurologischen Untersuchungen beginnt zeitgleich eine sehr sensible Phase, in der intensive Gespräche zwischen Angehörigen, Pflegepersonal und Ärzten stattfinden müssen.

Der Spender selbst kann nicht mehr für sich selbst sprechen. Dennoch sind es seine Interessen, denen nun nachgegangen werden muss. Bevor das Team der Neurologen das Hirntodprotokoll unterschreibt, sind seine Interessen als Patient zu wahren:

„[...] Steht er nicht im Widerspruchsregister, wird zuerst einmal das neurologische Rüstzeug untersucht und zwischenzeitlich werden die Befunde durchgeführt, die man machen darf, bei einem in der Schwebezeit befindlichen Patienten. Diverse Therapien, die für die Verbesserung der Organfunktionen geeignet wären, darf man nicht durchführen, weil die könnten ja theoretisch danach dem noch Lebenden Organempfänger vielleicht schaden, [...] da gibt es eine feine, rechtliche Linie, die man nicht überschreiten darf; dann werden diverse Diagnoseuntersuchungen, sofern sie noch nicht gemacht sind, durchgeführt, z. B. Herzultraschall, oder auch die ganzen Virusuntersuchungen, die aber in den meisten Fällen bei jedem Patienten heute schon durchgeführt werden können; HIV und diese ganzen Dinge.“

(Zuckermann, 2010, 4)

Hier geht es vor allem auch darum, die größte Angst aller Patienten vorwegzunehmen, die nach Meinung der befragten Experten darin besteht:

„Die Hauptangst, die Hauptbedenken die bestehen, sind, dass nicht alles für mich gemacht wird, was möglich ist. [...] Vielleicht bin ich gar nicht tot, wenn ich dort liege mit einer schweren Hirnverletzung. Ob die dann nicht einfach sagen „Ach das wird eh nichts mehr“ und zack, wird das Organ freigegeben. Damit verbunden, dass kann man sehr schön parallel im 18. Jahrhundert beobachten, ist die Angst, lebendig begraben zu werden. Das war in Wien ganz en vogue, da gab es die Särge mit dem Glockel drinnen, dass die Leute läuten können und so weiter [...] also das hat sehr viel damit zu tun, diese Angst, da findet sich sehr viel.“

(Zuckermann, 2010, 5)

Ist der Hirntod nachgewiesen, geht es darum, gemeinsam mit den Angehörigen den Willen des Verstorbenen hinsichtlich einer Organspende herauszufinden. Einleitende Gespräche dazu finden schon im Vorfeld statt. Als erstes wird nachgeschaut, ob zu Lebzeiten eine Eintragung ins Widerspruchsregister erfolgt ist. Danach wird in Gesprächen nachge-

fragt, ob sich der Verstorbene auf eine andere Art negativ gegenüber einer Organspende geäußert hat.

In dieser Phase spielen als Akteure die Angehörigen eine große Rolle. Sie befinden sich in einer psychischen Ausnahmesituation, in der sie zunächst noch, vor der endgültigen Bestätigung des Hirntodes, die Hoffnung nicht aufgeben und oftmals den Tod nicht wahrhaben wollen. Hier gilt ihr Interesse noch dem Gedanken, dass alles Menschenmögliche für ihren Angehörigen getan wird. Auch das speziell geschulte Pflegepersonal ist in dieser Phase eine wichtige Ansprechperson für die Angehörigen und hilft, das Ganze zu verstehen. Frau Kienel berichtet darüber, wie die Angehörigen aus ihrer Sicht mit der Situation umgehen:

„Die Angehörigen werden meistens schrittweise auf das Ganze vorbereitet. Es ist so, dass immer wieder Aufklärungsgespräche mit ihnen geführt werden, weil es einfach so ist, dass Angehörige immer versuchen, das Positive noch raus zu filtern und es sehr spät auch realisieren, dass es vielleicht wirklich zu einem Ende gekommen ist. Da müssen wir meistens mehrmals Gespräche führen, da reicht oft nicht ein Aufklärungsgespräch; es ist so, dass das eben von unseren Oberärzten oder Stationsärzten durchgeführt wird, und im Rahmen dessen stellen wir uns dann auch in unserer Position hin zu den Angehörigen und versuchen, das auch dort mit ihnen aufzuarbeiten.“

(Kienel, 2010, 1)

Steht der Hirntod und somit der Tod des Patienten fest, ist es ihr Ziel, im Interesse des Verstorbenen zu handeln. Es steht ihnen auch eine psychologische Betreuung zur Verfügung, mit deren Hilfe sie zu einer Entscheidung kommen können. Für viele ist es ganz schwierig zu begreifen, dass es vorbei ist, auch wenn sie keiner Organspende zustimmen.

„[...] ja und natürlich, das ist der Punkt, wenn eben ein Patient als hirntot deklariert wird, und die Organspende halt aus diversen Gründen nicht durchgeführt wird, dann wird auch medizinisch nichts mehr weiter gemacht; dann wird die Beatmung abgedreht [...] die Geräte werden dann abgedreht.“

(Zuckermann, 2010, 2)

Prof. Mühlbacher nimmt in Gesprächen mit Angehörigen unterschiedliche Emotionen wahr. Neben der Angst des „Scheintodes“ und der der Unversehrtheit des Leichnams, spielt die gezwungene Auseinandersetzung mit dem Tod seiner Ansicht nach die größte Rolle:

„Und dann der dritte Punkt, und das dürfte meines Erachtens das Häufigste sein, ist, dass Angehörige in dieser Situation von dem Ganzen stark überfordert sind, den Tod nicht akzeptieren wollen und daher auch keine weiteren Entscheidungen treffen wollen [...] Ich glaube, dass es hier eine nicht bewältigte, oder eine Nicht-Auseinandersetzung mit dem Tod gibt.“

(Mühlbacher, 2010, 6)

Auch Prof. Zuckermann berichtet im Gespräch ähnliches, das Schwierigste an der Situation ist die Auseinandersetzung mit dem Tod:

„Und, machen sich die Angehörigen erst im Todesfall des Spenders Gedanken?“

Prof. Zuckermann: Na selbstverständlich.

Oder haben Sie das Gefühl dass sie das vielleicht vorher schon in Erwägung ziehen?

Prof. Zuckermann: Das wird verdrängt. Der Tod ist ja das Tabuthema Nummer eins hier. Alles ist auf ewige Jugend und auf ein schönes Leben und alles getrimmt und kein Mensch beschäftigt sich mit seinem eigenen Tod. Das ist natürlich ganz massiv ein Problem, wenn etwas Schlimmes passiert.“

(Zuckermann, 2010, 2)

In dieser Phase, von dem Verdacht auf das Hirntod Symptom bis zur Bestätigung der Diagnose spielt auch das speziell ausgebildete Pflegepersonal, vor allem für die Angehörigen, aber auch für die Intensivmediziner eine wesentliche Rolle. Zum einen als Ansprechperson für die Angehörigen, denen sie die Unsicherheit im Umgang mit dem Patienten zu nehmen versuchen, zum anderen sind sie genaue Beobachter der Patienten und teilen etwaige Veränderungen des Zustandes den betreuenden Ärzten mit. Frau Kienel berichtet ihre Erfahrungen so:

„Das heißt, das Gespräch mit den Angehörigen ist ganz wichtig?“

Frau Kienel: Die werden von Anfang an eingebunden, wir lassen die Angehörigen nie alleine zum Bett gehen, wenn sie zumindest die ersten Male da sind. Wir gehen mit ihnen zum Bett, die betreuende Pflegeperson stellt sich vor, geht mit ihnen zum Bett, erklärt ihnen bei jeder Position alles, was da jetzt ist. Weil die meisten natürlich total überwältigt sind von dem, was sie da sehen. Da ist ein Patient beatmet, da rennen alle möglichen Medikament durch, da blinkt der Monitor. Man kennt sich nicht aus. Und da stellen wir uns immer dazu, erklären, was da ist und das wir da sind; dass nicht jeder Alarm ein schlimmer ist und das wir das auch von draußen sehen [...] dass sie auch ruhig hingehen können, mit

ihrem Angehörigen reden, ihn angreifen können und er das trotzdem auch mitbekommt, was hier passiert. Weil viele haben irgendwie diesen Sicherheitsabstand, stellen sich zwei Meter entfernt hin vom Patienten, beobachten, schauen, sind total nervös. Und wenn man ihnen dann sagt, stellen sie sich hin, nehmen sie seine Hand, das ist überhaupt kein Problem [...] dann geht es meistens viel besser.“

(Kienel, 2010, 4)

Das Pflegepersonal gehört meistens auch zu den ersten, denen es auffällt, wenn sich der Zustand ihrer Patienten massiv verschlechtert.

„Prinzipiell ist es so, dass wir regelmäßig eine Pupillenkontrolle machen, wir machen regelmäßig eine neurologische Kontrolle, bei jeder Pflegerunde, sowie der Arzt bei seiner Visite zwei mal am Tag. Es fällt relativ rasch auf, wenn etwas nicht in Ordnung ist. Dann muss man einmal anfangen, dass man das einmal abklärt. Wir machen das in dem Sinn, dass wir einmal ins CT fahren mit den Patienten, dass wir einmal schauen, gibt es hier irgendeine Störung, sehen wir im CT irgendwelche Auffälligkeiten. Wenn wir diesen Befund dann haben, holen wir uns eigentlich immer einen Neurologen und machen noch diverse andere Untersuchungen, wie ein EEG schreiben [...] einfach um sicher zu gehen, welche Funktionen sind da jetzt noch da.“

(Kienel, 2010, 4)

5.2. Die Organisation der Organentnahme

Ist der Hirntod diagnostiziert worden und eine Organspende beschlossen, ist der nächste Schritt nun die Explantation, die Operation bei der die benötigten Organe dem Spender entfernt werden. Der Chirurg und sein Team arbeiten in dieser Phase mit den Transplantkoordinatoren zusammen. Auch hier werden die Informationen über den potentiellen Spender aus Zeitgründen schon während der Diagnose des Hirntodes gesammelt und verarbeitet.

Die Koordinatoren, die es in Österreich an den vier Zentren gibt, in denen Transplantationen durchgeführt werden, reisen gemeinsam mit dem Chirurgeteam zu dem Krankenhaus, in dem der Spender liegt. Dort wird die Explantation durchgeführt, dann zurückgefliegen in das Krankenhaus, in dem der Empfänger liegt. Prof. Zuckermann über den Ablauf:

„Holt der Transplantationskoordinator das Organ ab?“

Prof. Zuckermann: Gemeinsam mit einem Chirurgen, einem Entnahmechirurgen, zu-
meist sind das zwei Chirurgen, die abdominell entnehmen, also Leber, Niere, mitunter
auch Bauchspeicheldrüse, dann gibts noch einen abdominellen, also Bauchkoordinator,
dann kommt ein Koordinator für den Herz-Thorax Bereich, also Herz-Lungen Bereich und
dann kommen ein bis zwei Chirurgen Herz-Lunge, die dann Herz und Lunge entnehmen.
Also es ist bei uns im Bauchbereich so, dass ein lokales Team die Entnahme durchführt
und die Organe dann verschickt; im Herz Lungenbereich, in dem die Zeiten kürzer sind,
die ein Organ außerhalb des Körpers überleben kann, ist oft so, dass diese Teams selber
hinfahren. Damit sie selbst die Qualitätskontrolle durchführen können und dann das Or-
gan zurückbringen.“

(Zuckermann, 2010, 4)

In den folgenden Zitaten finden sich die beiden Motive wieder, die bei den beteiligten
Personen vorhanden sein müssen, um sich auf diese schwierige Situation einzulassen: Sich
zu entscheiden, wann der eine Mensch tot ist, gleichzeitig aber zu wissen, ich kann mit
dieser Entscheidung einem anderen Patienten helfen. Das spiegelt die Schwierigkeit, aber
auch die Einzigartigkeit dieser Entscheidung wieder, aber auch die Notwendigkeit einer
klaren rechtlichen Regelung einer heiklen Thematik durch einen unabhängigen Akteur.

Die Operation selber, bei der die Organe entnommen werden, ist für die beteiligten
Chirurgen nicht immer eine einfache Situation. Prof. Mühlbacher schildert in dem Inter-
view eine Situation, die ihn persönlich getroffen hat, aber auch die Motivation für ihn,
weiterzumachen, folgendermaßen:

„[...] einmal war ich in England und habe bei einem kleinen Kind, bei einem Achtjähri-
gen, die Leber entnommen, für Wien, der hat so ausgesehen wie Meiner. Sie können sich
vorstellen, ich war froh, dass das Tuch darüber lag, ich war froh dass ich den nicht mehr
gesehen habe. Das ist schon belastend.

Ich bin auch nicht abgebrüht, ich habe glaube ich schon noch viel Sensibilität und ich
kann mit Menschen mitleiden. Aber ich zerbreche nicht daran.

Das ist der Punkt, sobald man sagt, ich mache das jetzt [...] ich mag zwar das Wort
professionell nicht so gerne, aber hier gehört das zum Berufsbild dazu. Ich muss mit dem
umgehen lernen, und ich leide auch nicht darunter. Aber trotzdem merken die Leute, dass
ich ein Mitgefühl für sie habe. Ich kann das halt. Ist halt so. Das ist keine besondere Bega-
bung, das können viele Leute. Das ist der Grund, aus dem man die Leute darauf anspricht,
auf eine Organspende [...] ich sehe ja die vielen leidenden Patienten, das permanente Leid
der Dialysepatienten oder der Leberkranken, die haben diese letzte Hoffnung, das Leben
damit doch noch zu schaffen, da kämpfst du einfach für die Leute. Ich bin Anwalt dieser

Kranken.“

(Mühlbacher, 2010, 7)

Auch für das Personal, das an einer Explantation beteiligt ist, ist die Situation meist sehr belastend. Prof. Mühlbacher formuliert die Motivation, seine eigene und die seiner Mitarbeiter, trotz der nicht einfachen Eingriffe weiterzumachen, so:

„Das ist sehr belastend, weil es für Jeden, der in der Medizin richtig programmiert ist, oder halt nach unseren Maßstäben programmiert ist, wichtig ist, dass er gewinnt. Aber nicht für einen persönlich, sondern man möchte im Prinzip den Patienten lebend hinaus schicken. Darauf sind wir alle konditioniert. Und wenn das nicht gelingt, dann ist das eine Niederlage, man verliert. Wenn man operiert und der stirbt am Tisch, oder viele andere Dinge.

Es ist eine ganz große Niederlage. Und das umzudrehen, zu sagen, „Ok, das habe ich verloren, aber jetzt arbeite ich für den Anderen weiter“, dass ist der wichtige Schritt dabei [...]“

(Mühlbacher, 2010, 7)

Bei der Planung der Entnahme bis hin zur Transplantation spielt natürlich auch die Beschaffenheit des Organs eine große Rolle. Im Interesse der Qualitätssicherung des Organs muss der Ablauf der Operation zur Entnahme der Organe genau geplant sein. Prof. Zuckermann über die Unterschiede und Feinheiten bei den einzelnen Organen:

„Wieviel Zeit darf vergehen zwischen der Entnahme und der Transplantation?“

Prof. Zuckermann: Bei der Niere sind das ca. 24 Stunden, beim Herzen beginnt es ab drei Stunden ein bisschen kritischer zu werden, ab vier Stunden sollte man das eher nicht mehr transplantieren, außer es ist ein sehr junges Organ. Je jünger ein Organ ist, desto länger toleriert es so eine lange Zeit außerhalb des Körpers; aber das [die Zeit, Anm.] gilt ab der Abklemmung des Organes vom Blutkreislauf beim Spender, dem Spülen mit einer speziellen Nährlösung und dem Kühlen, bis zum Explantieren, dann folgt das Verpacken in spezielle Eisboxen, das Zurückbringen, der Transport und das Hinein nähen selber. Das zählt alles zu dieser Zeit dazu. Das Alles sollte nicht länger als 4 Stunden dauern. Hinein nähen eines Herzen dauert, Daumen mal Pi, wenn alles in Ordnung ist, ca. eine Stunde.“

(Zuckermann, 2010, 4)

Die Entnahme der Organe muss also so rasch wie möglich erfolgen und wird von den Transplantationskoordinatoren des jeweiligen Krankenhauses in Zusammenarbeit mit dem Chirurgenteam organisiert. Die Operation kann für alle beteiligten Akteure

eine große Belastung darstellen und erfolgt unter einem gewissen zeitlichen Druck, der je nach Organ variiert. Hier stehen das Interesse des *Chirurgen* und die besten Bedingungen für den Transport des *Organs* im Vordergrund. Nach der Explantation geht es darum, das Organ so schnell wie möglich in jenes Krankenhaus zu befördern, in dem die Transplantation stattfindet.

5.3. Die Zusammenarbeit der Beteiligten

Ganz zu Beginn des Prozesses einer bevorstehenden Organtransplantation steht hier die aktive Entscheidung der betreuenden Intensivmediziner, einen potentiellen Spender zu melden und den damit verbundenen Mehraufwand auf sich zu nehmen. Prof. Mühlbacher formuliert das in einem Radiobeitrag zum Thema Organspende so:

„Organspende in Österreich ist ja keine gesetzliche Vorschrift, es besteht ja keine Meldepflicht, und das Ärztegesetz sagt ja auch die Behandlungspflicht erlischt mit dem Tod, das gilt auch für den Pflegedienst. Jeder der einen Toten hat kann sagen, na gut, jetzt ist er tot. Das ist eher die Motivation von Intensivmedizinern, dass die dann weitermachen. Es empfindet jeder Arzt den Tod eines Menschen, in dessen Behandlung er involviert war, als Niederlage. Wenn man dann aber sagt, jetzt mache ich trotzdem weiter für einen anderen, dann ist plötzlich eine andere Motivation da. Und dieser Schritt wird nicht immer gemacht.“

(Zeithammer, 2009)

Die nicht bestehende Meldepflicht ist mit ein Grund dafür, warum es in Österreich weniger Organspender gibt, als es nach der Gesetzeslage und nach den Angaben im Todesregister geben könnte, so Prof. Mühlbacher.

So ist also jeder Empfänger einer Organspende bevor es dazu überhaupt kommt, erst einmal abhängig von der Entscheidung eines Intensivmediziners, seinen hirntoten Patienten nach der Todesfeststellung als potentiellen Organspender den Transplantationskoordinatoren zu melden und den damit verbundenen Mehraufwand in Kauf zu nehmen.

Ist die Meldung eingegangen und sind die Koordinatoren vor Ort, spätestens dann wird mit den Angehörigen des verstorbenen Spenders über eine Organspende gesprochen. Es liegt im Ermessen der betreuenden Ärzte, wann sie auf dieses in vielen Fällen sensible Thema zu sprechen kommen. Prof. Mühlbacher hat folgende Erfahrungen mit dem ansprechen auf das Thema Organspende gemacht:

„[...] Es gibt Leute, die noch lange bevor ein Tod festgestellt wurde, mit den Angehörigen beginnen, über dieses Thema reden. Im Prinzip ist es schwierig, es hat alles ein pro und contra. Das pro für eine vorzeitige Information liegt darin, dass die Angehörigen sich besser darauf vorbereiten können, dass es etwas so passieren kann. Der Nachteil ist, dass der Eindruck entstehen könnte, dass nicht mehr alles für den Patienten, der zu diesem Zeitpunkt ja noch ein Solcher ist, getan wird, weil die Ärzte möglicherweise an den Organen interessiert wären. Das ist diese Zweischneidigkeit. Ich glaube, die Zeit hilft vielen Menschen, vielen Angehörigen, mit dem Thema umzugehen. Das ist ein Vorteil.“
(Mühlbacher, 2010, 3)

Obwohl es in Österreich rechtlich gesehen nicht notwendig ist, versuchen die beteiligten Ärzte alles, um mit den Angehörigen ins Gespräch zu kommen und eine Organspende gegen deren Willen zu vermeiden. Warum auf die gute Beziehung zwischen diesen Akteuren großen Wert gelegt wird, erklärt Prof. Mühlbacher so:

„[...] Im Gesetz steht ja, dass im Prinzip jeder für sich entscheiden müsste und wenn er das nicht tut, kann man die Organe entnehmen und die Angehörigen haben in der Auslegung keine Parteistellung. Also die Angehörigen müssen nicht gefragt werden. So steht es im Gesetz. Das ist aber in der Praxis nicht so. Das kann man 2010 nicht machen. Die Angehörigen sind bei Sterbenden da, sind Partner in der Behandlung. Die werden bei Letztentscheidungen, Therapieabbruch und ähnliche Dinge, selbstverständlich gefragt und einbezogen, daher kann man da zu ihnen nicht sagen „So, jetzt schieben wir ihn ins Röntgen“ oder so einen Blödsinn. Sondern es erfolgt ein offenes Gespräch. Diese offene Information erfolgt meistens so, dass man sagt, wir würden jetzt die Organe entnehmen, so wie es im Gesetz vorgesehen ist. Das ist die Information und wenn es dazu Fragen oder Einwände gibt, dann wird diskutiert. Es kann in der Praxis so weit gehen, dass die Angehörigen dann sagen „Nein“, mit heftigem Widerstand. In so einem Fall wird das Organ nicht entnommen – entgegen der Gesetzeslage – weil man natürlich über niemanden drüberfahren will. Wir sind ja Ärzte für alle Patienten und es gehören dann auch die Angehörigen dazu und wenn die in diesem Mikrokosmos Familie die Organentnahme nicht wollen, dann war es vermutlich auch nicht der Wille des Verstorbenen.“
(Mühlbacher, 2010, 2)

Prof. Zuckermann bringt noch einen anderen Aspekt mit ein, warum es wichtig ist, sich mit den Angehörigen eines Organspenders auseinander zusetzen, auch wenn es rechtlich gesehen nicht notwendig wäre:

„Wir versuchen mit den Angehörigen zu reden, sie davon zu überzeugen, aber wenn sie nicht zu überzeugen sind, lässt man eher hier die Organspende aus, weil es dann wahrscheinlich auch durch höhere Medienkreise laufen würde und im Endeffekt der Transplantationsmedizin schaden würde.“

(Zuckermann, 2010, 2)

Diese Gespräche mit den Angehörigen sind für alle Beteiligten nicht einfach und vielfach auch belastend. Laut Prof. Mühlbacher ist es unumgänglich, eine gewisse empathische Partnerschaft zu den Menschen aufzubauen, um eine Vertrauensbasis zu schaffen. Eine offene klare und direkte Sprache, wobei sowohl auf die Körpersprache, als auch auf die Wortwahl geachtet werden sollte, sind wichtige Komponenten solcher Gespräche (Mühlbacher, 2010).

Eine wichtige Rolle als Akteure bei Organtransplantationen nimmt sowohl im Kontakt mit den Angehörigen der Spender und auch zu den Frischtransplantierten das Pflegepersonal ein. Die Arbeitsbereiche zwischen den Pflegekräften mit Patientenkontakt und denen im Operationsbereich sind strikt getrennt. Sowohl das Pflegepersonal, das mit den Angehörigen von Organspendern konfrontiert ist, als auch jene, die frischtransplantierte Patienten betreuen, bedürfen eines besonderen Einfühlungsvermögens und einer entsprechenden Gesprächsweise, um den zum Teil sehr stark verunsicherten Menschen beistehen zu können.

Frau Kienel berichtet im Interview von der Schwierigkeit der frisch operierten Patienten, sich auf die neue Situation einzustellen. In den meisten Fällen bedarf es einer umfangreichen, auch psychischen Betreuung, verbunden mit intensiver Pflege und Gesprächen am Krankenbett (Kienel, 2010). Für die Angehörigen von hirntoten Patienten gibt es ebenfalls eine eigene Seelsorge und Frau Kienel berichtet auch von aufgehobenen Besuchszeiten und von Besuchen rund um die Uhr, um den Menschen die Möglichkeit zu geben, sich zu verabschieden.

Prof. Mühlbacher erwähnt im Interview auch, wie motivierend es für alle Beteiligten ist, bei der mitunter doch sehr schwierigen und belastenden Arbeit auf der Intensivstation ist, wenn dann schlussendlich ein ehemals schwer kranker Patient mit einem neuen Organ heimgehen darf (Mühlbacher, 2010).

Für die Chirurgen, die die Explantation an unterschiedlichen Krankenhäusern durchführen, ist es auch wichtig, ein gutes Arbeitsverhältnis zu dem jeweiligen OP Personal herzustellen. Prof. Zuckermann beschreibt während des Interviews die Situation so:

„[...] Und, für mich ist das immer ganz wichtig, ich bin in jedem fremden OP Saal, in dem ich eine Organentnahme durchführe, ein Gast. Ich habe mich dort auch wie ein

Gast zu benehmen, ich habe da mit OP Schwestern zu tun, die noch nie im Leben eine Herzoperation gesehen haben. Ich versuche denen alles zu erklären und sehr pragmatisch zu sein.“

(Zuckermann, 2010, 6)

Dem Pflegepersonal kommt also sowohl im Umgang mit den Angehörigen eines Organspenders, als auch bei der Nachbetreuung der Frischtransplantierten, sowie im Operationssaal eine Rolle als Akteur zu, das ein wichtiges Bindeglied in der Beziehung zwischen Ärzten und Patienten darstellt.

Die betreuenden Ärzte bei einer Organtransplantation, im Vorfeld die Intensivmediziner, danach die Chirurgen, haben auch die Aufgabe, zu den Transplantationskoordinatoren und in weiterer Folge dann zu der Stiftung Eurotransplant Kontakt aufzunehmen. Dort werden all jene Daten verwaltet, die benötigt werden, damit einem gemeldeten Empfänger ein Organ zugeteilt wird. Die Reihung auf der Warteliste beruht auf medizinischen Kriterien, besonders dringende Fälle werden als „high urgent“ gemeldet, nach einer Prüfung durch ein unabhängiges Komitee wird entschieden, ob eine Vorreihung in der Warteliste gerechtfertigt ist oder nicht.

Bei der Verteilung der Organe wird seitens Eurotransplant schließlich auch auf einen Ausgleich zwischen den beteiligten Ländern geachtet, um die unterschiedlichen Spenderzahlen, die zu einem Teil auch mit der jeweiligen rechtlichen Regelung zusammenhängen, zu berücksichtigen.

Die Zusammenarbeit, die von den beteiligten Akteuren im Zuge einer Organtransplantation gefordert wird, muss auf mehreren Ebenen erfolgen und entsteht oftmals aus einer Situation heraus, die Professionalität, aber auch Mitgefühl und Anteilnahme erfordert.

5.4. Die Verteilung der Organe

Die gerechte Verteilung der vorhandenen Organe ist eine sehr wichtige Frage in der Transplantationsmedizin. Ethische Überlegungen dazu wurden schon unter den Rahmenbedingungen der Transplantationsmedizin dargelegt. Hier soll nun wieder anhand der Interviews ein Einblick gegeben werden, was die Frage nach der Gerechtigkeit bei der Verteilung von einem Organ bedeutet, dass einem Mensch das Leben retten kann.

Welche Akteure sind in Österreich um Verteilungsgerechtigkeit bemüht? Es wird untersucht, aufgrund welcher Kriterien eine Auswahl der Organempfänger erfolgt und wer überhaupt auf die Warteliste für ein Spenderorgan kommt. Es sollen die organisatorischen und die persönlichen Aspekte der beteiligten Akteure herausgearbeitet werden.

Zentrum	Herz	Niere	Leber	Lunge	Pankreas
Univ. Klinik Graz	14	108	13	–	5
Univ. Klinik Innsbruck	13	332	37	9	23
Region Linz	–	124	–	–	–
Univ. Klinik Wien	39	263	56	64	4
Summe	66	827	106	73	32

Tabelle 5.1.: Warteliste am 31. Dezember 2009, Anzahl der für eine Transplantation vorgesehenen (actively waiting) Personen (OEBIG, 2009)

Wie die befragten Experten in den Interviews erzählten, besteht bei den meisten Empfängern eines Organs, besonders beim Herzen, ein großes Interesse, etwas über den Spender zu erfahren. Informationen dürfen trotzdem nicht weitergegeben werden:

„Wir sind dazu übergegangen, uns auch hier genau an den Gesetzestext zu halten, weil in diesem steht eindeutig drinnen, dass jegliche Information vom Spender zum Empfänger und vice versa nicht erlaubt ist. Es muss die Anonymität des Spenders gegenüber des Empfängers, aber auch des Empfängers gegenüber der Spenderfamilie gewährleistet sein.“
(Zuckermann, 2010, 3)

Das größte Interesse, bzw. die größten Ängste der Empfänger von Spenderorganen besteht hinsichtlich des Alters der Spender. Ein Herz eines 25 jährigen Spenders klingt für den Empfänger beruhigender als das eines 50 jährigen. Doch in dieser Hinsicht können die transplantierenden Chirurgen ihre Patienten mit der strengen Qualitätskontrolle aller zu verpflanzenden Organe beruhigen.

Die Allokationsentscheidung, die Entscheidung, wer wann das passende Spenderorgan erhält, ist der zweite große Problemkreis bei einer Organspende. Nach der notwendigen Grenzziehung zwischen Leben und Tod um mit dieser einem anderen Menschen helfen zu können, muss nun wieder eine Entscheidung getroffen werden, wem das knappe Gut Organ das Leben erleichtern kann.

Wie notwendig es auch bei der Verteilung der Spenderorgane ist, dass diese nach klaren, nachvollziehbaren Regeln stattfindet, zeigt die Anzahl der Personen auf der Warteliste in Österreich mit Stichtag 31. Dezember 2009. Siehe hierzu Tabelle 5.1.

5.4.1. Individuelle Faktoren

Hier soll nun zunächst eine Vorstellung der informellen und individuellen Faktoren erfolgen, die den Verteilungsprozess beeinflussen und somit in diesem eine wichtige Rolle

spielen.

Das Spenderorgan

Den Beginn jeder Allokationsentscheidung bildet das Organ bzw. die Organe des Spenders. Bevor es überhaupt zu einer Entscheidung für eine Organspende kommt, wird der potentielle Organspender nach dem festgestellten Hirntod auf virale, bakteriologische und bösartige Erkrankungen untersucht. Ein gewisses Restrisiko bleibt, wenn sich der Spender erst vor kurzem mit dem HI Virus infiziert hat Zeithammer (2009). Sobald die Untersuchung des Spenders abgeschlossen ist, werden die Organe zur Transplantation freigegeben. Dann wird auch entschieden, wer das Organ bekommt, was aber zu diesem Zeitpunkt nicht notwendigerweise die Letztentscheidung sein muss:

„Erstmals wird diese sogenannte Allokationsentscheidung, die notwendigerweise noch nicht durchgesetzt werden muss, weil sich ja noch Informationen ergeben können, die das dann eben Unmöglich machen, nach dem festgestellten Tod gemacht. Da wird dann der Spender der Transplantationszentrale gemeldet, und dort wird die Information dann verarbeitet und die Zentrale alloziert innerhalb einer sehr kurzen Zeit die Organe. [...] Also die endgültige Entscheidung wird in der Regel schon rund um die Transplantation getroffen, nach dem eingetretenen Tod wird erstmals alloziert, aber natürlich kann sich an der Durchführung in Einzelfällen einmal etwas ändern und sich dann eine andere Notwendigkeit ergeben.“

(Mühlbacher, 2010, 2)

Prof. Mühlbacher sagt über die Abhängigkeit der Allokationsentscheidung vom Organ Folgendes:

„Abhängig vom Organ darf ja nur eine bestimmte Zeit zwischen der Explantation und der Transplantation vergehen, über welche räumliche Entfernungen sind Vernetzungen oder ist Zusammenarbeit möglich?“

Prof. Mühlbacher: Also, im Wesentlichen hängt das von der Ischämiezeit der Organe selbst ab, die Niere hat einen relativ langen Zeitraum. Der Erfahrung aus der Praxis nach transplantieren wir hier in Wien mit einer durchschnittlichen, kalten Eiskühlzeit von elf Stunden und der range ist von drei Stunden bis auf 30 Stunden. Und innerhalb von 30 Stunden, da könnten sie sogar transkontinental austauschen. Macht keinen Sinn, aber es wäre möglich.

Bei den anderen Organen [...] also das Herz besitzt die Minimumzeit, dass muss innerhalb von vier Stunden eingenäht sein. Das bedeutet, die Präparation muss vor Ort stattfinden, das dauert eine Viertelstunde, höchstens 20 Minuten; dann folgt die Transportzeit und dann die Einnähtzeit.

Also wenn Sie die ganzen Vorgänge optimieren, dann haben Sie vielleicht eine Reisedistanz von drei Stunden. Maximum.“

(Mühlbacher, 2010, 3)

Bei den anderen Organen, wie Leber, Lunge, Pankreas muss die verbleibende Zeit bis zur Transplantation nicht so knapp bemessen werden, hier sind es 10–12 Stunden.

Der behandelnde Arzt

Dem behandelnden Chirurgen obliegt die Entscheidung, seinen Patienten auf die Warteliste für ein Spenderorgan zu setzen. Gibt es besonders große Probleme, die in der Praxis oft bei Patienten mit einer chronischen Herzschwäche auftreten, hat der Arzt die Möglichkeit, seinem Patienten einen Sonderstatus als „besonders dringend“ zu verleihen. Wird ein Empfänger als „high urgent“ gemeldet, erfordert das noch eine Liste an Kriterien, die zu erfüllen sind, um auf der Warteliste so hoch eingestuft zu bleiben.

Da der behandelnde Arzt die Einschätzung vornimmt, ob sein Patient regulär auf der Warteliste erscheint oder als besonders dringend eingestuft wird, nimmt er auch bei den Zuteilungskriterien für ein Spenderorgan eine Rolle als Akteur ein.

Der Organempfänger

Die möglichen Empfänger eines Spenderorgans sind schwer kranke Menschen, die zum Großteil Monate oder sogar Jahre auf ein passendes Spenderorgan warten. In Tabelle 5.2 werden die Bewegungen auf den Wartelisten für die Organe Niere, Leber, Herz, Lunge und Pankreas in den Jahren 2004 bis 2009 dargestellt.

Bei einer durchschnittlichen Verweildauer auf der Warteliste von einigen Monaten kann man sich den Druck, die Ängste und die Unsicherheiten der Betroffenen vorstellen.

Ist einmal ein passendes Spenderorgan gefunden, muss innerhalb ein paar Stunden alles Nötige veranlasst und der Patient für die Operation vorbereitet werden. So ist neben den gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Wartenden oftmals auch die Einschränkung der Lebensqualität hinsichtlich eines Urlaubes z. B., gegeben. Es muss ein „Leben auf Abruf“ geführt werden. Frau Kienel berichtet aus ihrer Erfahrung:

„[...] Soweit ich weiß werden die Patienten relativ flott verständigt. Das ist alles meistens eine Nacht und Nebel Aktion; wir haben sehr viele Herztransplantationen, die mitten in der Nacht passieren und wenn ich dann im Nachhinein mit meinen Patienten rede, sagen sie mir schon, sie sind angerufen worden, waren gerade beim essen oder sie waren gerade

Patientenkollektiv	Warteliste zur Transplantation von				
	Niere	Leber	Herz	Lunge	Pankreas
im Zeitraum von 1. 1. 2004 bis 31. 12. 2009 insgesamt auf Warteliste	100 % n = 2.881	100 % n = 1.140	100 % n = 519	100 % n = 730	100 % n = 221
davon in Prozent					
mit Transplantat versorgt	57 %	60 %	62 %	74 %	75 %
auf Warteliste gestorben	5 %	17 %	13 %	7 %	1 %
anderer „Wartelistenstatus“ ¹	10 %	14 %	13 %	9 %	10 %
derzeit auf der Warteliste befindlich und transplantierbar	28 %	9 %	12 %	10 %	14 %
in Absolutzahlen					
derzeit auf der Warteliste befindlich und transplantierbar	827	106	66	73	32
im Jahr 2009 auf die Warteliste gesetzt	462	201	102	135	31
von den im Jahr 2009 auf die Warteliste gesetzten Personen sind derzeit noch auf der Warteliste befindlich und transplantierbar	287	83	51	58	15

1 kein Wunsch mehr nach Transplantation, Verschlechterung bzw. Verbesserung des Allgemeinzustandes, auf der Warteliste befindlich und nicht transplantierbar etc.

Tabelle 5.2.: Dynamik auf den Wartelisten für Nieren-, Leber-, Herz-, Lungen- und Pankreas-Transplantationen im Zeitraum 1. 1. 2004 bis 31. 12. 2009 (Prozentangaben auf ganze Zahlen gerundet) (OEBIG, 2009)

irgendwo unterwegs und haben dann sofort aufbrechen müssen und sind ins AKH gefahren.
Das geht schon alles ziemlich rasant.

Überwiegt die Freude oder die Angst vor der Operation bei den Patienten?

Frau Kienel: Das ist schwer zu sagen [...] was mir aber immer gesagt wird, ist dass diese Warterei teilweise unerträglich ist. Dieses monatelang oder jahrelang auf einer Transplantationsliste stehen und nicht wissen, wann man drankommt und auf einmal ist es soweit. Das ist eigentlich die größte Belastung.

Und dann muss es halt so schnell gehen.

Frau Kienel: Genau, ja. Und dieser Zwang, zu hause bleiben zu müssen [...] man kann eigentlich nicht wirklich wegfahren und muss allezeit bereit sein und das ist eine große Anstrengung und belastet sicher das Umfeld dann auch.“

(Kienel, 2010, 2)

Ist ein passendes Organ gefunden und die Operation gut überstanden, beginnt für viele Patienten eine Zeit, in der sie lernen müssen, damit umzugehen, dass fortan ein

fremdes Organ in ihnen arbeitet. Besonders beim Herzen ist hier oftmals auch nach der Operation eine besondere Nachbetreuung notwendig. Prof. Zuckermann darüber, ob Patienten ein Interesse haben zu erfahren, wessen Organ sie erhalten haben:

„Natürlich! Ein unglaubliches Interesse; gerade beim Herzen. Das Herz ist das emotionalste Organ für die breite Bevölkerung. Wer sagt schon: Ich liebe dich mit meiner ganzen Niere [...] also wir sagen natürlich aus ganzem Herzen. Es ist ja so, dass wir da alles hinein interpretieren [...]

Die Patienten wollen unbedingt wissen, war das ein guter Mensch, war das ein Mann, eine Frau [...] wir wissen aus unseren psychologischen Untersuchungen – wir haben eine eigene Transplantationspsychologin und können ja auch einem Mann ein Frauenherzen einsetzen und umgekehrt – dass Frauen da ganz pragmatisch sind und es ihnen vollkommen egal ist, ob sie ein männliches oder weibliches Herz bekommen; Männer aber haben ein Riesenproblem damit, weibliche Herzen zu bekommen, die meinen dann [...] oje, was ist wenn ich jetzt beginne Männer zu lieben oder so. Die Angst der Unmännlichkeit ist hier eine große. Also das ist faszinierend, wie die verschiedenen Geschlechter damit umgehen. Früher wurde das den Leuten auch mehr gesagt. Medizinisch ist da natürlich nichts dran, denn es hat gar keinen Einfluss, diesbezüglich ist das Herz eine Pumpe.

Das Wichtigste neben dem Geschlecht, sind für die Empfänger die Gedanken [...] ob das ein guter Mensch war und wie er gestorben ist. Da beginnen viele alles Mögliche hinein zu interpretieren und zu phantasieren, was dann unserer Psychologin relativ viel Arbeit bringt. Es gibt aber auch Pragmatiker, die sagen, dass Herz ist eine Pumpe, es gehört jetzt mir. Punkt. Ende.

Dann gibt es auch welche, die sich zwar ein wenig schwer tun damit und nicht einfach sagen, das ist eine Pumpe, sondern die halt einmal im Jahr am Tag der Transplantation in einer Kirche eine Kerze anzünden aus Dankbarkeit für den Spender und das sozusagen so inkorporieren: Das Herz das ist jetzt meines und ich will auch Niemandes anderen Herz;

Das Ganze ist sozusagen ein Prozess, der zum Teil auch aktiv durchgeführt werden muss. Wobei unsere Psychologen darauf spezialisiert sind und den Leuten mit Rat und Tat zur Seite stehen. Aber Interesse ist sehr wohl ein großes da. Beim Herzen vor allem.“
(Zuckermann, 2010, 3)

Für den Empfänger einer Organspende ist es also auch mit der Aussicht, ein lebensretendes Organ zu erhalten, in vielen Fällen nicht einfach, mit der Situation umzugehen. Die Patienten erhalten aber Unterstützung durch eigens geschulte Psychologen, auch die medizinische Nachbetreuung erfolgt engmaschig und über Jahre hinweg.

5.4.2. Formelle Netzwerke

Im Unterschied zu den individuellen Faktoren, wie informelle Gespräche und Koordination zwischen allen Beteiligten gibt es auch in der medizinischen Praxis bei einer

geplanten Transplantation fixe Abläufe und Strukturen, die einen festen Platz im Geschehen einnehmen. Auch ihre Rolle wurde in den durchgeführten Interviews beleuchtet.

Die Transplantationskoordinatoren

Diese werden erstmals verständigt, wenn der Organspender auf mögliche Erkrankungen untersucht und diese ausgeschlossen wurden: Prof. Zuckermann zu dem Prozedere:

„[...] Wenn dann diese ganzen Daten da sind, dann werden die einzelnen Transplant Gruppen informiert, um im Voraus zu schauen, ok, gibt es bei uns überhaupt einen eventuell passenden Empfänger mit der richtigen Blutgruppe. Wirklich los geht es dann, wenn der Hirntod diagnostiziert und auch rechtlich unterschrieben ist. Dann wird Eurotransplant informiert, da werden alle Daten hin geschickt, damit dieser Spender dann alloziert wird. Zu welchen Transplantationszentren die einzelnen Organe hingbracht werden, das hängt dann von den Allokationsregeln ab. Dann geht es eh schon los. Vom Organisatorischen her muss der Spender hereingebracht werden, das ganze Programm muss mit dem OP Team koordiniert werden, ein Intensivbett muss organisiert werden, die Entnahme muss geplant, das Operationsteam muss stehen. Dafür ist ein Transplantationskoordinator beauftragt, das alles zu organisieren.“

(Zuckermann, 2010, 4)

Sobald die Koordinatoren ins jeweilige Krankenhaus gekommen sind, übernehmen sie in Zusammenarbeit mit Eurotransplant den organisatorischen Teil der Transplantation. Sie stehen auch den Ärzten bei den Gesprächen mit den Angehörigen zur Seite, bzw. führen diese gemeinsam mit ihnen. In allen vier Transplantationszentren in Österreich stehen Koordinationsteams im Einsatz, die dafür sorgen, dass die Organe vom Spenderkrankenhaus so schnell wie möglich in das des Empfängers gebracht werden. Als ersten Schritt melden sie alle Daten des Spenders bei Eurotransplant, wo dann in der Datenbank nach fixen Kriterien nach einem passenden Empfänger gesucht wird.

Das Team der Koordinatoren für eine Transplantation muss Tag und Nacht einsatzbereit sein. Große Transplantationszentren, wie das Allgemeine Krankenhaus in Wien, verfügen über ein eigenes, hausinternes Team.

Eurotransplant

In Europa werden zwei formale Modelle der Organallokation umgesetzt: Nationale Organaustauschorganisationen arbeiten nach dem Prinzip lokaler Verteilung der Spenderorgane innerhalb des jeweiligen Landes, wie zum Beispiel in Italien, Spanien oder der

Schweiz. Dem zweiten Modell folgen Länder, die sich zu internationalen Organaustauschorganisationen zusammengeschlossen haben, wie etwa Eurotransplant, Balttransplant und Scandiatransplant. Durch den Zusammenschluss mehrerer Länder haben die Patienten größere Chancen, ein immunologisch passendes Organ zu bekommen und nach einer kürzeren Wartezeit transplantiert zu werden (OEBIG, 2009). Österreich ist gemeinsam mit den Ländern Belgien, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Slowenien, Kroatien Mitglied bei Eurotransplant.

Eurotransplant (ET) wurde 1967 von Prof. Dr. van Rood gegründet und hatte die zentrale Registrierung der Patienten zum Ziel, die auf ein Spenderorgan warteten. Dadurch sollte eine möglichst optimale Übereinstimmung der Gewebeeigenschaften von Spender und Empfänger erreicht werden. Man erhoffte sich dadurch eine Verbesserung der zukünftigen Transplantationsergebnisse. Eurotransplant befasste sich zunächst ausschließlich mit Nierentransplantationen, dehnte sein Arbeitsgebiet jedoch schon bald auch auf die Vermittlung von Lebertransplantationen aus. In weiterer Folge kamen dann auch Herz- und Pankreastransplantationen dazu, seit kurzem auch Lungen-, und Zwölffingerdarmtransplantationen.

Heute vermittelt und koordiniert die Stiftung Eurotransplant den internationalen Austausch von Spenderorganen in einem Einzugsgebiet, in dem 124 Millionen Menschen leben. Derzeit sind über die mehr als 70 an Eurotransplant beteiligten Transplantationskliniken ca. 15 000 Patienten auf einer gemeinsamen Warteliste registriert (ET, 2011).

ET übernimmt für die Mitgliedsländer eine Reihe von Tätigkeiten wie die Wartelistenregistrierung, das Organisieren eines 24-Stunden-Vermittlungsbüros, das Sammeln von Transplantationsdaten, die Verrechnung der Organtransporte usw. Seine Ziele fasst ET so zusammen:

- Optimale Nutzung der verfügbaren Spenderorgane und -gewebe.
- Gewährleistung eines transparenten und objektiven Auswahlsystems auf der Grundlage medizinischer Kriterien.
- Erarbeitung und Bewertung der Bedeutung von Faktoren, die großen Einfluss auf Transplantationsergebnisse haben können.
- Unterstützung von Programmen zur Werbung von Spendern, um die Anzahl der verfügbaren Spenderorgane und -gewebe zu erhöhen.
- Weitere Verbesserung der Transplantationsergebnisse durch Förderung der wissenschaftlichen Forschung.
- Förderung, Unterstützung und Koordinierung von Organtransplantationen im weitesten Sinne.

(ET, 2011)

Verweildauer	Niere	Leber	Herz	Lunge	Pankreas
bis zur Transplantation	39,2	6,7	7,3	5,7	9,7
bis zum Versterben vor Auffinden eines geeigneten Transplantates	47,8	6,2	8,3	5,5	17,9

Tabelle 5.3.: Durchschnittliche Verweildauer auf den Wartelisten für Nieren-, Leber-, Herz-, Lungen- und Pankreas-Transplantationen bis zur Transplantation oder bis zum Tod in Monaten für den Zeitraum 1. 1. 2004 bis 31. 12. 2009 (OEBIG, 2009)

Organ	Blut- gruppe	Gewebe- eigensch.	Dringlichkeit, Wartezeit	Grösse d. Spenders	Gewicht d. Spenders
Niere	✓	✓	✓	-	-
Pankreas	✓	(✓)	✓	-	-
Herz, Lunge	✓	-	✓	✓	✓
Leber	✓	✓	✓	-	-

Tabelle 5.4.: Auswahlkriterien nach Spenderorgan, (ET, 2011)

ET erhält die Daten aller potentiellen Empfänger, wie Blutgruppe, Gewebeeigenschaften, Erkrankungsursache, Dringlichkeit und des Krankenhauses, in dem der Patient behandelt wird. Nun werden diese Daten in der zentralen Datenbank gespeichert und im Anschluss daran wird der Patient auf die Warteliste gesetzt. Ab diesem Zeitpunkt beginnt für den Empfänger die Wartezeit. Hier ist die durchschnittliche Verweildauer der Patienten auf der Warteliste in Österreich zu sehen. Siehe Tabelle 5.3.

Sobald nun von innerhalb der ET-Region ein Spender gemeldet wird, bestimmt das regionale Gewebetypisierungslabor dessen Blutgruppe und Gewebeeigenschaften. Dann kommt es zur Weitergabe aller relevanten (medizinischen) Daten zum Spender an Eurotransplant, die in einem speziellen Computerprogramm verwaltet werden. Nun kann mit dem Computerverfahren so schnell wie möglich ein Spenderorgan ausgesucht werden. Für ein gutes Ergebnis ist es wichtig, dass das Spenderorgan in allen Bereichen bestmöglich zum Empfänger passt. Beim Computerauswahlverfahren sind die Auswahlkriterien je nach Spenderorgan unterschiedlich, auch die Wartezeit der einzelnen Patienten wird berücksichtigt. Siehe Tabelle 5.4.

Zusätzlich muss auch noch darauf geachtet werden, dass zwischen den einzelnen Ländern, die bei Eurotransplant beteiligt sind, eine Verteilungsgerechtigkeit zwischen den

benötigten Organe besteht.

„[...] ganz wichtig ist die Export-Import Balance zwischen den Ländern: Gibt es einen Spender in Österreich, wird dann zuerst in Slowenien, Kroatien geschaut, wie viele Organe sind schon dorthin gegangen und so [...] bei der Niere ist die Wartezeit ein wichtiges Kriterium, also das ist dann halt nach einem bestimmten Algorithmus gewichtet, nach verschiedenen Punkten und dann kommt das dann erst raus [...]

Das bedeutet, es muss auch zwischen den Ländern eine Gerechtigkeit geben sozusagen...?

Prof. Zuckermann: Das ist ein ganz wichtiger Punkt, weil sonst würden alle Organe nach Deutschland gehen. Weil die Deutschen so ein schlechtes Spenderaufkommen haben. Das ist einer der wichtigsten Punkte, vor allem beim Herzen; weil wir haben früher sehr, sehr viele Herzen nach Deutschland exportiert und nichts zurückbekommen, weil die halt so viele brauchen. Beim Herzen ist es immer anders, weil die Herzpatienten zumeist die Wartezeit nicht solange durchhalten können [...] bei der Niere gibt es die Dialyse im Hintergrund, beim Herzen gibt es zwar zum Teil die Kunstherzen, aber das ist nur ein kleiner Prozentsatz der Patienten, denen man das einbauen kann. Beim Herzen sind wir daher bei dramatisch unterschiedlichen Wartezeiten, bei uns kann ich sagen ist durchschnittlichen Wartezeit für einen Herzempfänger sechs Monate, in Deutschland ist es weit über ein Jahr. Weil wir ein besseres Spenderaufkommen aufgrund des Gesetzes haben.“

(Zuckermann, 2010, 5)

Nach Abschluss des Computerauswahlverfahrens werden von ET die Ärzte im Transplantationskrankenhaus des betreffenden Empfängers kontaktiert, um sie mit den medizinischen Informationen zum Spender vertraut zu machen. Diese Ärzte treffen dann vor Ort allein die Entscheidung über die Annahme oder Verweigerung des betreffenden Spenderorganes. Wird das Organ akzeptiert, nimmt der behandelnde Arzt umgehend Kontakt mit dem ausgewählten Empfänger auf.

Hat der behandelnde Arzt des Empfängers das Organ akzeptiert, bereitet nun ET gemeinsam mit den regionalen Transplantationskoordinatoren und den Ärzten des Spenderkrankenhauses die Entnahme des Organes vor. Gleichzeitig wird der (internationale) Transport des Organs vom Spenderkrankenhaus zur betreffenden Transplantationsklinik des Empfängers in die Wege geleitet. Hier ist auch oft die Unterstützung von Rettung, Polizei und Fluggesellschaften notwendig (ET, 2011).

6. Schluss

Die Entnahme von Organen Toter und deren Übertragung ist ein komplizierter medizinischer Vorgang, der einige Risiken in sich birgt. Doch bis es überhaupt so weit kommen kann, müssen viele Kriterien erfüllt sein und es muss auch auf nicht-medizinischer Ebene eine Übereinstimmung zwischen den Betroffenen bestehen.

6.1. Forschungsergebnisse

Abschließend sollen hier die Ergebnisse des Forschungsprozesses noch einmal zusammengefasst werden. Das Forschungsinteresse dieser Arbeit galt drei Fragestellungen und Hypothesen, die nun überprüft werden. Die erste Forschungsfrage lautete:

Warum sind in Österreich Organtransplantationen relativ einfach möglich und was sind die notwendigen Voraussetzungen dafür?

Eine Organtransplantation ist neben einem medizinischen Eingriff vor allem auch ein Prozess, der gesellschaftliche Rahmenbedingungen braucht, um durchgeführt werden zu können. Rechtlich, ethisch und medizinisch braucht es einen Konsens, der die Entscheidung mitträgt, wann ein Mensch tot ist und unter welchen Umständen jemandem, der nicht mehr für sich selbst sprechen kann, lebenswichtige Organe entnommen werden dürfen.

Dass dieser Konsens nichts ist, was sich eindeutig belegen lässt, zeigt sich auch in dieser Besonderheit des *homo sacer*, den Agamben beschreibt. Es geht immer um die Frage der Grenzziehung, die Überschreitung der feinen Linie zwischen Leben und Tod. Der Mensch, der sich in dieser Situation befindet, ist laut Agamben in einem Ausnahmezustand, der besonders schutzbedürftig ist.

Die ethische Frage, wann ein Mensch tot ist und seine Organe einem anderen schwer kranken Menschen zur Verfügung gestellt werden können, lässt sich daher nicht einfach beantworten. Politisch muss insofern ein Konsens in dieser Frage bestehen, als es für eine rechtliche Regulierung notwendig ist, dass es einen formellen Ablauf gibt, auf welche

Weise der Zeitpunkt des Hirntodes und damit der Entnahme der Organe festgestellt werden muss.

Die rechtliche Regelung der Organspende in Österreich besagt, dass jeder ein potentieller Organspender ist, sofern er sich nicht in das Widerspruchsregister eintragen lässt, bzw. in sonstiger schriftlicher Form seinen Widerspruch gegen eine Organentnahme nach seinem Tod erhebt. Das macht rein formell eine Entnahme der Organe nach dem Tod relativ einfach möglich. Um die Patientenautonomie aber dennoch nicht zu beeinträchtigen, setzt dies voraus, dass die Menschen darüber informiert und aufgeklärt werden, was Teil des Transplantationswesens in Österreich ist. Besteht kein Interesse daran, die rechtliche Regelung über eine Leichenspende zu kennen und eine eigene Entscheidung zu treffen, ist man, der Rechtslage nach, in Österreich Organspender.

Die wichtigsten medizinischen Voraussetzungen sind die Kompatibilität des Organspenders und des Organempfängers.

Die Hypothese, die sich daraus ergab, lautete:

Die österreichische Gesetzgebung ist nicht der limitierende Faktor im Bezug auf die Anzahl der verfügbaren Organe. Ärzte nehmen auf ethische Bedenken und Ängste der Angehörigen Rücksicht und verzichten auf eine Entnahme, selbst wenn die rechtlichen Rahmenbedingungen eine Entnahme der Organe zulassen würden.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind sehr transplantationsfreundlich. Doch, wie aus den Interviews klar herauskam, gibt es neben der medizinischen Durchführbarkeit und der rechtlichen Legitimation auch noch die informelle Seite: Bestehen bei den Angehörigen potentieller Organspender ethische Bedenken, wird eine Transplantation nicht durchgeführt. Die befragten Personen sagten auch klar, dass es dabei auch um das öffentliche Ansehen der Transplantationsmedizin geht, welches man erhalten und dem man durch eine eventuelle, negative Berichterstattung nicht schaden möchte.

Nach den Gesprächen mit beteiligten Medizinerinnen und darüber hinausgehenden Recherchen erweist sich diese Hypothese als zutreffend. Die rechtliche Regelung besagt zwar, dass das Interesse des Spenders an einer Organentnahme nach seinem Tod gegeben ist, wenn er nicht in schriftlicher Form seinen Widerspruch deponiert, doch die Interviews zeigen, dass in der Praxis sowohl die Interessen des Spenders stärker bedacht werden müssen, als auch die der Angehörigen miteinbezogen werden müssen, um einen insgesamt positiven Blick auf das Transplantationsgeschehen in Österreich nicht zu vermindern.

Transplantationen lassen sich als ein Problem von Governance beschreiben, die eine Form gesellschaftlicher und politischer Regulierung voraussetzen, die auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden muss.

Forschungsfrage:

Welche Akteure arbeiten in den verschiedenen Phasen einer Transplantation von Organen zusammen und wie werden diese koordiniert?

Die Kooperationen, die die Akteure miteinander eingehen, sind teils von der rechtlichen Regelung beeinflusst, teils welche, die informell eingegangen werden müssen. Die formelle Beziehung zwischen Spender und behandelndem Arzt besteht darin, dass vor einer Organentnahme das Widerspruchsregister, dass beim ÖBIG aufliegt, abzurufen, bzw. die Angehörigen nach einem sonstigen schriftlichen Widerspruch zu fragen.

Der behandelnde Arzt und das Pflegepersonal sind die ersten Akteure, die an der Statusveränderung eines potentiellen Organspenders beteiligt sind. Sobald ihnen eine Veränderung am Patienten auffällt, die die Diagnose Hirntod vermuten lässt, rufen sie einen unbeteiligten Neurologen, der mit den Untersuchungen beginnt, um die Diagnose zu bestätigen. Es liegt im Ermessen des behandelnden Arztes, ob er nun das Team der Transplantationskoordinatoren verständigt und somit der Ablauf der Organspende weitergeht, oder nicht. Werden die Koordinatoren informiert, wird nun zuallererst nachgesehen, ob der hirntote Patient im Widerspruchsregister eingetragen ist. Ist dies nicht der Fall, gehen die Gespräche mit den Angehörigen weiter, um einen Konsens für eine Organspende zu erzielen. Ist dies der Fall, hat nun der Chirurg die nicht immer einfache Aufgabe, die Organe zu entnehmen.

Medizinisch gesehen ist die Grenze zwischen Leben und Tod überschritten, sobald der Neurologe das Hirntodprotokoll unterzeichnet hat. Für die beteiligten Akteure kann diese Grenzziehung durchaus oft länger andauern, bis sie den veränderten Status ihres Angehörigen bzw. Patienten realisiert und akzeptiert haben.

Informell, weil nicht durchs Gesetz geregelt ist die Tatsache, dass keine Spendermeldepflicht in Österreich besteht. Das bedeutet, es liegt in der Hand des betreuenden Intensivmediziners, ob er nach Abschluss der Hirntoddiagnose Kontakt zu den Angehörigen des potentiellen Spenders und den Transplantationskoordinatoren aufnimmt und so die Beziehungen gestaltet. Ist eine Meldung erfolgt, werden die informellen Gespräche mit den Angehörigen geführt, sowohl von den Ärzten, als auch vom Pflegepersonal.

Das Pflegepersonal nimmt sowohl bei der Betreuung der Angehörigen von Organspendern eine wichtige Rolle ein, indem sie versuchen Berührungsängste zu nehmen und bei

kritischen Situationen Tag und Nacht Verwandte verständigen. Die behandelnden Ärzte führen die oftmals heiklen Gespräche mit den Angehörigen, was ein sehr wichtiges Beziehungsgeflecht darstellt, da – was bei den durchgeführten Interviews klar ausgesprochen wurde – ohne Zustimmung der nächsten Angehörigen eines Organspenders keine Organe entnommen werden. Hier spielen sowohl der Respekt gegenüber den engsten Verwandten des Spenders eine Rolle, als auch das Wissen, dass der Schaden für das Transplantationssystem größer wäre als der Nutzen. Die Beziehung zu den Medien nimmt eine nicht unwichtige Rolle im Transplantationsgeschehen in Österreich ein, da eine positive und ausgewogene Berichterstattung über Transplantationen insgesamt gesehen mehr Bedeutung hat für die Anzahl der Spender, als eine Verweigerung der Organspende im Einzelfall.

Für die Allokation der Organe schließlich, muss der Kontakt zu Eurotransplant hergestellt werden, damit der bestmögliche Empfänger ausfindig gemacht werden kann. Für die Durchführung einer Organtransplantation sind somit eine Reihe formeller, sowie informeller Voraussetzungen notwendig und es werden von den beteiligten Akteuren eine Vielzahl unterschiedlicher Beziehungen eingegangen, teils aus organisatorischer Notwendigkeit heraus, zu einem großen Teil aber auch aus menschlichen Mitgefühl in einer schwierigen Situation.

Die sich daraus ergebende Hypothese:

Die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren einer Organtransplantation erfolgt sowohl über informelle Netzwerke und Gespräche als auch über formelle, rechtliche Steuerung und Koordinierung.

kann somit bejaht werden. Die Auswertung der Expertenbefragung hat klar ergeben, dass für den reibungslosen Ablauf einer Organtransplantation sowohl klare, rechtliche Richtlinien, medizinische Kriterien, als auch informelle Steuerung, Gespräche und Kooperation sowie Motivation aller Beteiligten notwendig sind.

Die letzte Forschungsfrage dieser Arbeit lautete:

Wer ist an der Verteilung der entnommenen Organe beteiligt und nach welchen Kriterien erfolgt diese?

Der Verteilungsprozess beginnt beim betreffenden Organ selbst, bei dem mögliche Infektionen oder Fehler durch Untersuchungen ausgeschlossen werden müssen. Der betreuenden Arzt eines schwer kranken Patienten, der auf ein Spenderorgan wartet ist ein

wichtiger Akteur, da er entscheidet, ob und wann er seinen Patienten auf die Warteliste für ein Organ setzt, oder nicht. Hier muss neben den medizinischen Voraussetzungen auch das Arzt-Patienten Verhältnis so eng sein, dass der frisch Transplantierte bereit ist, sich auf den schwierigen Genesungsprozess einzulassen, der nicht nur die medizinische Betreuung umfasst, sondern auch die psychologische.

Der Empfänger ist an der Allokation der Organe insofern beteiligt, als er ständig auf Abruf bereit sein muss, um für die Transplantation zur Verfügung zu stehen. Die Transplantationskoordinatoren sind die Ansprechpartner der behandelnden Intensivmediziner und der Chirurgen. Sie beeinflussen die Verteilung insofern, als sie den zur Verfügung stehenden Spender Eurotransplant melden und seine Daten angeben.

Die Stiftung Eurotransplant schließlich, mit Sitz in den Niederlanden sammelt und verwaltet alle Daten über Spenderorgane und potentielle Empfänger. Ein dort installiertes Computersystem rechnet nach einem komplizierten Algorithmus, der unter anderem Gewebeverträglichkeit, Alter und Wartezeit berücksichtigt und je nachdem um welches Organ es sich handelt etwas variiert, aus, welcher Empfänger das Organ erhalten soll. Zusätzlich wird auch noch die Verteilung zwischen den bei ET beteiligten Ländern mitbezogen.

Die dazu gehörende Hypothese lautete:

Auch wenn die Allokation der verfügbaren Organe nach transparenten Kriterien erfolgt, kann es trotzdem keine Verteilungsgerechtigkeit für alle Betroffenen geben.

Die Aufstellung und Veröffentlichung von klaren Kriterien lässt eine objektive Beurteilung der Kompatibilität der Spenderorgane zu. Die Kriterien, nach denen der Computeralgorithmus einen passenden Empfänger auswählt, sind für jeden einsehbar auf der Homepage von Eurotransplant aufgeführt.

Medizinische Kriterien und der zahlenmäßige Ausgleich zwischen den an ET beteiligten Ländern, als eine Frage von Koordinierung und Steuerung sind objektiv messbare Kriterien, die die Gerechtigkeit der Verteilung der Organe sicherstellen sollen. Doch wenn man sich die Anzahl der Menschen auf den Wartelisten für ein Spenderorgan ansieht, ebenso wie die Zahl derer, die aufgrund eines Organversagens sterben bzw. mit massiven gesundheitlichen Problem zu kämpfen haben, noch während sie auf ein passendes Organ warten, macht einem klar, dass es bei dieser Frage keine Gerechtigkeit im philosophischen Sinne gibt. Die Tatsache, dass es zu wenige Spenderorgane gibt – was auch mit dem medizinischen Fortschritt zusammenhängt – verbunden mit der Realität, dass Menschen

mit erkrankten Organen voller Hoffnung auf die Möglichkeiten der Transplantationsmedizin vertrauen, ihnen ein „Neues“ zu schenken, führt einem vor Augen, dass es trotz aller Bemühungen, den Verteilungsprozess „gerecht“ zu gestalten, diese Gerechtigkeit doch nicht geben kann.

6.2. Resümee

Die Beschäftigung mit der Thematik hat mir sehr viele interessante und durchaus auch problematische Aspekte aufgezeigt. Die Entnahme von noch gesunden Organen von Toten und die Aufteilung auf schwer kranke Menschen ist, neben einem medizinischen Eingriff, ein Problem von *Governance*, ein Vorgang, der Kooperation, Steuerung und Regulierung auf verschiedenen Ebenen erfordert, wie der Forschungsprozess gezeigt hat.

Der gesellschaftliche und politische Konsens, der notwendig ist, um eine Organtransplantation durchzuführen, hat auf mehreren Ebenen zu erfolgen und setzt eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen wissenschaftlicher Disziplinen voraus. Medizinisch gesehen ist es ein hochtechnisierter Vorgang, von der Feststellung des Hirntodes bis zur Transplantation des Organes in einen Spender, der unter einen gewissen Zeitdruck zu erfolgen hat.

Die Aufgabe der Sozialwissenschaften kann es hier sein, den Blick zu schärfen für die Entscheidungsprozesse, die ablaufen müssen, damit es dazu kommen kann. Zu zeigen, dass die rechtliche und ethische Grenze zwischen Leben und Tod eine feine Linie ist, die nichts Unabänderbares ist, sondern die unter Umständen auch angepasst und verändert werden kann und muss.

Anhang A.

Kurzzusammenfassung

In Österreich ist jeder/jede potentieller OrganspenderIn, sofern er/sie zu Lebzeiten keinen Widerspruch gegen eine Organspende einlegt. Rechtlich geregelt sind postmortale Organentnahmen in Österreich in der sogenannten *Widerspruchsregelung*. Das Forschungsinteresse dieser Arbeit gilt den Fragen auf verschiedenen Ebenen, die sich bei einer Organtransplantation ergeben. Daher wurde folgende zentrale Forschungsfrage formuliert: Warum sind in Österreich Organtransplantationen relativ einfach möglich und was sind die notwendigen Voraussetzungen dafür?

Dazu wurden zunächst die Rahmenbedingungen der Transplantationsmedizin untersucht und vorgestellt. Angefangen bei den medizinischen Voraussetzungen, über die möglichen rechtlichen Regelungen bis hin zu der ethischen Problematik, der sich alle Beteiligten bei einer Organtransplantation stellen müssen. Anhand von durchgeführten ExpertertInneninterviews wurden im empirischen Teil der Arbeit dann der Ablauf einer Transplantation in der Praxis gezeigt und alle beteiligten Akteure vorgestellt und die formellen und informellen Netzwerke vorgestellt. Es zeigte sich, dass Organentnahmen von Verstorbenen und die Übertragung auf einen kranken Menschen, der oftmals jahrelang auf ein passendes Spenderorgan gewartet hat, vor allem ein Problem von *Governance* darstellt, der Kooperation, Steuerung und Regulierung sowohl auf formeller, wie auch auf informeller Ebene erfordert.

Anhang B.

Abstract

A person, who does not explicitly disagree to an organ donation, in fact agrees to be a potential organ donor in Austria. Regarding the current Austrian law, organs transferred from cadavers are regulated by the so called *Widerspruchsregelung*.

This thesis focuses on the complexity of issues associated with organ transplants and analyses the regulatory framework and related medical and ethic circumstances.

The empirical part of this work utilises expert interviews to document the 'donor' procedure involving the cadaver, the persons involved and their networks, both formal and informal.

It has been found, that organ transplantations are a problem of *governance*, which calls for regulation and cooperation in different levels.

Anhang C.

Interviewleitfaden Prof. Mühlbacher

Datum: 11.03.2010

Beginn: 14:40

Ende: 15:30

Ort: AKH, grüner Bettenturm Ebene 7; Zimmeradresse 7C 9.15

Anwesende Personen: Prof. Mühlbacher, Theresia Zweibrod

Medizinische Tätigkeit und Fakten

Was umfasst Ihre medizinische Tätigkeit am AKH Wien?

- Welchem Bereich gilt ihr Forschungsinteresse?
- Seit wann arbeiten Sie auf diesem Gebiet?
- Welche Organe können derzeit in Österreich transplantiert werden?

In einer Radiosendung auf Ö1 vom 28.Juli letzten Jahres, in „Moment Leben heute“ war die Rede davon, dass ein Großteil der transplantierten Organe von Hirntoten stammt. Woher kommt der andere Teil? Sind das alles Lebendspenden?

- Welchen Anteil haben die Organe von hirntoten Spendern am Gesamtspendeaufkommen?
- Gibt es Organe bzw Gewebeteile, die auch nach einem Herz-Kreislaufstillstand noch transplantationsfähig sind? Bei denen nicht der Hirntod Voraussetzung ist?

Wird vor oder nach der Organentnahme endgültig entschieden, für wen das Organ verwendet wird?

Koordination und Kooperation

Haben Sie in ihrer Funktion Kontakt mit Angehörigen von Spendern?

- Machen sich die Angehörigen erst im Todesfall des Spenders Gedanken über eine Zustimmung bzw. Ablehnung einer Organspende?

Abhängig vom Organ darf nur eine bestimmte Zeit zwischen Explantation und Transplantation vergehen. Über welche räumlichen Entfernungen sind Vernetzungen und Zusammenarbeit verschiedener Länder möglich?

- Wie weit kann z.B. ein Herz transportiert werden?
- Eine Niere und Gewebe?

Sie waren 2005 Vizepräsident von Eurotransplant, Welche Entscheidungen werden dort getroffen, die Österreich betreffen?

- Welche Rolle spielt Austrotransplant?

Es existieren viele Daten und Statistiken zu Transplantationen österreichweit und international. Wer analysiert diese und wertet sie aus?

Wer entscheidet, für welche Transplantationen die Finanzierung aufgebracht wird und für welche nicht?

- Gibt es Fälle, die zwar medizinisch machbar und sinnvoll sind, die aber nicht finanziert werden (können)?

Ethik

Was sind die Bedenken von Leuten, die hinsichtlich einer Organentnahme zögern bzw. nicht zustimmen?

- Bleibt es meist bei einer Weigerung oder kommt später noch eine Zustimmung zustande?

- Wie gehen beteiligte Personen mit dem Umstand um, dass ein Hirntoter vom Patienten zum möglichen Organspender wird?
- Ist dasselbe Personal sowohl an der Pflege des Patienten, als auch dann an der Explantation beteiligt?

Rechtliche Lage in Österreich

Ergeben sich in der Praxis bei der Durchführung von Transplantationen Unklarheiten oder Erschwernisse aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen in Österreich?

- Wie ist Österreich im Vergleich zu anderen Ländern mit einer unterschiedlichen Regelung aufgestellt?

Meinung/ Ausblick

Wie schätzen Sie persönlich die Meinung der Bevölkerung in Österreich über Organtransplantationen ein?

- Fehlt es den Leuten Ihrer Meinung nach an Informationen?
- Wie empfinden Sie die Berichterstattung der Medien darüber?

Wie gehen Sie mit Vorwürfen/ Vorurteilen gegenüber Organentnahmen von Toten um?

- Hat das beteiligte Pflegepersonal Schwierigkeiten, mit so einer Situation umzugehen?
- Wie wird mit unterschiedlichen Meinungen/ Empfindungen umgegangen?

Glauben Sie persönlich, dass Organtransplantationen von Toten medizinisch auch in Zukunft eine Rolle spielen werden? Oder können diese einmal durch künstlich hergestellte Organe ersetzt werden?

Literaturverzeichnis

- [ET 2011] EUROTRANSPLANT (Hrsg.): *Eurotransplant International Foundation*. Website. März 2011. – Abrufbar unter <http://www.eurotransplant.org/>; Letzter Zugriff am 15. März 2011.
- [medizin-aspekte.de 2011] *Medizin Aspekte – Gesundheitsmagazin für Patienten und Gesundheitsinteressierte*. Website. März 2011. – Abrufbar unter <http://www.medicin-aspekte.de/>; Letzter Zugriff am 15. März 2011.
- [transplant.at 2011] *Organtransplantation - Transplantation in Österreich*. März 2011. – Abrufbar unter http://www.transplant.at/organtransplantation/transplantation_in_oesterreich.shtml; Letzter Zugriff am 15. März 2011.
- [DGFG 2011] *Webseite der Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation mbH*. März 2011. – Abrufbar unter <http://www.gewebenetzwerk.de/gewebearten/index.php>; Letzter Zugriff am 15. März 2011.
- [Agamben 2002] AGAMBEN, Giorgio: *Homo Sacer – Die souveräne Macht und das nackte Leben*. Suhrkamp, 2002
- [Benz und Dose 2010a] BENZ, Arthur (Hrsg.) ; DOSE, Nicolai (Hrsg.): *Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen; eine Einführung*. Verl. für Sozialwiss, 2010
- [Benz und Dose 2010b] BENZ, Arthur ; DOSE, Nicolai: Von der Governance-Analyse zur Policytheorie. In: *Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen*. Verlag für Sozialwissenschaften, 2010
- [Benz und Seibel 1997] BENZ, Arthur ; SEIBEL, Wolfgang: *Theorieentwicklung in der Politikwissenschaft – eine Zwischenbilanz*. Nomos Verlagsgesellschaft, 1997
- [Bickeböller 2000] BICKEBÖLLER, Ralf: *Grundzüge Einer Ethik Der Nierentransplantation: ärztliche Praxis im Spannungsverhältnis von pragmatischer Wissenschaftstheorie, anthropologischen Grundlagen und gerechter Mittelverteilung*. Münster [u.a.] : LIT, 2000

- [Bogner und Menz 2005] BOGNER, Alexander ; MENZ, Wolfgang: *Das theoriegenerierende Experteninterview – Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion*. S. 33–70, Verlag für Sozialwissenschaften, 2005
- [Dose 2010] DOSE, Nicolai: Governance – Modebegriff oder nützliches sozialwissenschaftliches Konzept? In: *Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen, eine Einführung*. Verlag für Sozialwissenschaften, 2010
- [Flick 2002] FLICK, Uwe: *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg : Rowohlt, 2002
- [Greulen 2005] GREULEN, Eva: *Giorgio Agamben zur Einführung*. Junius, 2005
- [de Gruyter 2004] GRUYTER de: *Pschyrembel; Klinisches Wörterbuch*. Berlin, New York, 2004
- [Hoff und in der Schmittgen 1995] HOFF, Johannes ; IN DER SCHMITTEN, Jürgen ; HOFF, Johannes (Hrsg.): *Wann ist der Mensch tot? – Organverpflanzung und Hirntodkriterium*. Rowohlt, 1995
- [Hunold 2011] HUNOLD, Gerfried W.: *Organtransplantation in ethischer Sicht*. März 2011. – Abrufbar unter <http://www.lpb-bw.de/publikationen/organ/organ5.htm>; Letzter Zugriff am 15. März 2011.
- [Junge 2001] JUNGE, Torsten: *Die Okkupation Des Fleisches: Konstitution des Selbst im Zeitalter der Transplantationsmedizin*. Eitorf : gata, 2001
- [Kalchschmid 1997] KALCHSCHMID, Gertrud: *Die Organtransplantation – Überlegungen de lege lata und de lege ferenda*. Österreich, 1997
- [Kienel 2010] KIENEL, Anna: *Persönliches Interview, geführt von der Verfasserin*. Juni 2010
- [Kopetzki 1988] KOPETZKI, Christian: *Organgewinnung zu Zwecken der Transplantation*. Wien [u.a.] : Springer, 1988 (Forschungen aus Staat und Recht ; 82)
- [Kruse 2002] KRUSE, Otto: *Keine Angst vor dem leeren Blatt*. Campus Verlag, 2002
- [Lemke 2005] LEMKE, Thomas: From eugenics to the government of genetic risks. In: *Genetic Governance. Health, Risk and Ethics in the Biotech Era* (2005), S. 95–105

- [Linke 1994] LINKE, D.B.: *Vom Hirntod zum Teilhirntod*. S. 82–94, Rowohlt, 1994
- [Manzei 1997] MANZEI, Alexandra: *Hirntod, Herztod, Ganz Tot?: von der Macht der Medizin und der Bedeutung der Sterblichkeit für das Leben – eine soziologische Kritik des Hirntodkonzeptes*. Frankfurt am Main : Mabuse-Verlag, 1997
- [Manzei 2003] MANZEI, Alexandra: *Körper – Technik – Grenzen: Kritische Anthropologie am Beispiel der Transplantationsmedizin*. Münster : Lit, 2003
- [Marckmann 2008] MARCKMANN, Georg: *Hirntod, Organspende, Transplantation – eine medizinethische Bewertung*. Oktober 2008. – URL http://www.krankenhausseelsorge-wuerttemberg.de/fileadmin/mediapool/einrichtungen/E_krankenhausseelsorge/Marckmann_Transplantationsmedizin_07_10_08.pdf. – Präsentation auf dem Jahreskonvent der Evangelischen KrankenhausseelsorgerInnen
- [Mayntz 2010] MAYNTZ, Renate: Governance im modernen Staat. In: BENZ, Arthur (Hrsg.) ; DOSE, Nicolai (Hrsg.): *Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen, eine Einführung*. Verlag für Sozialwissenschaften, 2010
- [Meuser und Nagel 1991] MEUSER, Michael ; NAGEL, Ulrike: *ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion*. S. 441–471, Westdt. Verl, 1991
- [Mieg und Näf 2005] MIEG, Harald ; NÄF, Matthias: *Experteninterviews in den Umwelt und Planungswissenschaften. Eine Einführung und Anleitung*. ETH, 2005
- [Mühlbacher 2010] MÜHLBACHER, Ferdinand: *Persönliches Interview, geführt von der Verfasserin*. März 2010
- [Oduncu 1998] ODUNCU, Fuat: *Hirntod und Organtransplantation: medizinische, juristische und ethische Fragen*. Göttingen, 1998
- [OEBIG 2005] OEBIG ; ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN ÖBIG (Hrsg.): *Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme*. 2005
- [OEBIG 2009] OEBIG ; ÖSTERREICHISCHES BUNDESINSTITUT FÜR GESUNDHEITSWESEN ÖBIG (Hrsg.): *Transplant Jahresbericht 2009*. 2009

- [Reuter 2007] REUTER: *Klinisches Wörterbuch*. Heidelberg : Springer Medizin Verlag, 2007
- [Schultze 2002] SCHULTZE, Rainer-Olaf (Hrsg.): *Lexikon der Politikwissenschaft, Band 1 A–M*. Bd. Band1. C.H.Beck, 2002
- [Spirigatis 1997] SPIRIGATIS, Martina: *Leben im Fadenkreuz – Transplantationsmedizin zwischen Machbarkeit, Menschlichkeit und Macht*. Konkret, 1997
- [Zeithammer 2009] ZEITHAMMER, Barbara: *Die Organspendeentscheidung – Eine Recherche über die vielen Entscheidungsschritte rund um eine Transplantation*. Radio-sendung – Österreich 1. Juli 2009. – (Moment – Leben heute)
- [Zuckermann 2010] ZUCKERMANN, Andreas: *Persönliches Interview, geführt von der Verfasserin*. Februar 2010

Curriculum Vitae

Persönliche Daten

Theresia Zweibrod (2broetchen@gmx.at)
geboren am 14. Juni 1985 in Wien
Österreichische Staatsbürgerin

Ausbildung

10/2003–05/2011	Diplomstudium Politikwissenschaft, Universität Wien
1995–2003	Neusprachliches Gymnasium Maria Regina, Wien XIX

Berufserfahrung

seit 05/2010	Projekt Europäische Identität (didaktische Mitarbeiterin und Trainerin)
2008–2011	Referentin des Österreichischen Gesellschafts- und Wirtschaftsmuseum