



EVANGELISCHE  
KIRCHE  
IM RHEINLAND

# SEELSORGE IM KONTEXT VON ORGANSPENDE UND ORGANTRANSPLANTATION

Eine Orientierungshilfe für  
Mitarbeitende in der Krankenseelsorge  
und andere Interessierte

HANDREICHUNG

# **SEELSORGE IM KONTEXT VON ORGANSPENDE UND ORGANTRANSPLANTATION**

**Eine Orientierungshilfe für  
Mitarbeitende in der Krankenhausseelsorge  
und andere Interessierte**

## VORWORT

Mit der vorliegenden Handreichung wird die Rolle der Seelsorge im Kontext von Organspende und Organtransplantation in den Mittelpunkt gerückt. Seelsorgerinnen und Seelsorger kommen in Krankenhäusern und Gemeinden immer wieder mit Menschen in Kontakt für die dieses Thema eine existentielle Bedeutung hat.

Dabei polarisiert das Thema Organspende nach wie vor. Neben vehementen Befürwortern gibt es ebenso vehemente Gegner der Organspende, auch und gerade in den Kirchen. Insbesondere wird aktuell die Frage der Plausibilität des sogenannten Hirntod-Kriteriums von einzelnen Seiten in Frage gestellt. Anfragen und Einwände sollten offen diskutiert werden.

In der gemeinsamen Stellungnahme der EKD und der Deutschen Bischofskonferenz von 1990 heißt es: „Aus christlicher Sicht ist die Bereitschaft zur Organspende nach dem Tod ein Zeichen der Nächstenliebe und Solidarisierung mit Kranken und Behinderten.“ Diese Sicht wird in der evangelischen Kirche nicht durchgängig geteilt. Im Gegenteil gibt es viele Stimmen gegen eine Organspende.

Ungeachtet der eigenen Haltung zur Organspende sind Seelsorgerinnen und Seelsorger mit der Aufgabe konfrontiert, Menschen in sehr unterschiedlichen Situationen zu begleiten. Menschen, die auf ein ihr Leben rettendes Organ warten oder die als Angehörige auf die Organspende eines Familienmitglieds angesprochen werden und in kurzer Zeit eine Entscheidung fällen müssen. Angehörige, die die Entscheidung eines Familienmitglieds zur Organspende im Ernstfall mittragen müssen oder Menschen, die als Organempfänger nach einer Transplantation mit dem fremden Organ leben lernen.

Ebenso begleiten sie Ärzte und Pflegende, die mit den Belastungen einer Organentnahme und der Begleitung Schwerstkranker bis zu einer Transplantation oder dem Tod der Wartenden wegen langer Wartezeiten umgehen müssen.

Für die Seelsorgerinnen und Seelsorger ist dabei zweierlei ganz besonders wichtig: Die eigene Einstellung zur Frage der Organspende muss ihnen bewusst sein und zugleich müssen sie unabhängig von der eigenen Einstellung die Aufgabe wahrnehmen, Betroffenen bei ihrer Selbstklärung zu unterstützen und sie zu begleiten.

Insofern legt die vorliegende Handreichung im Kontext der kirchlichen Stellungnahmen zum Thema Organtransplantation und Organspender einen eigenen Schwerpunkt auf die Rolle und Aufgabe der Seelsorgerinnen und Seelsorger.



Kirchenrat Pfarrer Jürgen Sohn

*Düsseldorf, Februar 2016*

## INHALT

EINLEITUNG.....	5
1. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN .....	7
2. NORMATIVE LEITGEDANKEN FÜR DIE ETHISCHE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG .....	9
3. DIE PERSON DER KRANKENHAUSSEELSORGERIN UND DES KRANKENHAUSSEELSORGERS .....	12
4. MÖGLICHE SCHWIERIGKEITEN BEI DER ETHISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG .....	18
5. SEELSORGE BEI DER ORGANSPENDE .....	20
6. SEELSORGE BEI ORGANEMPFÄNGERN .....	22
7. NACH DER TRANSPLANTATION: SEELSORGE BEI ORGANEMPFÄNGERN UND DEREN ANGEHÖRIGEN .....	25
LITERATUR.....	26

## EINLEITUNG

Organtransplantation und Organspende zählen zu den wichtigen aktuellen gesellschaftlichen Themen. Die medizinischen Möglichkeiten einer Transplantation haben sich in den zurück liegenden Jahren weiterentwickelt. Gleichzeitig klafft die Schere zwischen dem Bedarf an Organen und den zur Verfügung stehenden Spenden weit auseinander. Jeder Bürger ist von seiner Krankenkasse mit Zusendung eines Organspenderausweises aufgefordert worden, sich für oder gegen Organspende zu entscheiden bzw. die Entscheidung offen zu lassen für die Entscheidung von Angehörigen. Von Seiten der Ärzteschaft, der Politik und auch der Kirchen sind die Organspende und die Organtransplantation mehrheitlich akzeptiert und erwünscht.

Die EKD und die Deutsche Bischofskonferenz haben bereits 1990 in einer gemeinsamen Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der EKD ihre positive Haltung zur Organspende und -transplantation dargelegt. Der Ratsvorsitzende der EKD Schneider hat in einem Geistlichen Wort 2012 erklärt: „...das Leben und damit der Körper des Menschen (sind) ein Geschenk Gottes. Diesen kann und darf er aus Liebe zum Nächsten und aus Solidarität mit Kranken einsetzen.“

In der Bevölkerung herrscht allerdings große Unsicherheit. Die Unregelmäßigkeiten bei der Organverteilung in den letzten Jahren und die Sorge, vorschnell als tot erklärt zu werden, sind hier wichtige Aspekte.

Zahlreich tauchen Fragen auf:

- Ist die Organspende eine christliche, gesellschaftliche Pflicht?
- Bietet die juristisch orientierte Hirntoddiagnostik ein angemessenes Kriterium für das Ende des Lebens?
- Wie können Organe ‚gerecht‘ verteilt werden?
- Wie sind die Folgen einer Organtransplantation ganzheitlich einzuschätzen und wie können sie ethisch eingeordnet werden?

Solche und ähnliche Fragen zum Thema der Organspende und -transplantation werden mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Zielsetzungen unter Ärzten, Mitarbeitenden, Patienten und Angehörigen in den Krankenhäusern und in den Medien diskutiert. Die Politik sucht nach Wegen, die Zahl der Spender zu erhöhen.

Die kontroverse gesellschaftliche Diskussion reicht auch in die Kirchengemeinden hinein. In Gemeindegruppen sind Menschen als potentielle Empfänger betroffen, weil sie als Patienten vielleicht schon lange auf eine Spende warten. Gemeindeglieder sind auch als potentielle Spender betroffen und suchen Orientierung.

In dieser Orientierung werden verschiedene Gesichtspunkte zusammengetragen, die für die Arbeit von haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitenden in der Klinikseelsorge bedeutsam sein können. Dabei werden Fragen der Gewebespende – also von Haut, Knochen, Sehnen, Herzklappen oder der Augenhornhaut – nicht einbezogen.

## 1. RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

### Transplantationsgesetz (TPG)

Den rechtlichen Rahmen bildet das Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben, kurz Transplantationsgesetz (TPG) genannt. Es wurde zum 1.12.1997 in Kraft gesetzt. Das „Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes“ und das „Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz“ ergänzen das TPG.

Das TPG sieht für die Organspende eine erweiterte Zustimmungslösung vor, d. h. ohne Zustimmung des Spenders oder der nächsten Familienangehörigen ist im Falle des Hirntodes eine Organentnahme nicht zulässig. Der Organhandel sowie das Übertragen und das Sich-Übertragenlassen gehandelter Organe und Gewebe sind strafbar.

Mit dem Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen, kurz Gewebegesetz, vom 20. Juli 2007 ist das TPG auch auf menschliches Gewebe anwendbar. Es setzt seit 2007 eine EU-Richtlinie um, die EU-weit Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen festlegt. Es soll unter anderem verhindern, dass bei der medizinischen Nutzung von Haut, Knochen, Augenhornhäuten oder Herzklappen auch Krankheiten übertragen werden.

### Regelungen für die Organspende

Die Voraussetzungen für die Entnahme von Organen bei Verstorbenen und Lebenden sind in genauen Regeln festgelegt. Das TPG sieht eine strikte organisatorische und personelle Trennung der Bereiche Organ- und Gewebespende und Vermittlung und Transplantation vor und legt damit Zuständigkeiten eindeutig fest. Für die Organ- und Gewebespende ist die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) und für die Vermittlung die Organisation Eurotransplant verantwortlich. Zwei Ärzte müssen unabhängig voneinander den Hirntod feststellen. Durch die Aufnahme der Patienten in Wartelisten nach Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, und der

Anforderung, dass die Vermittlung von vermittlungspflichtigen Organen nach Regeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit erfolgen muss, soll eine gerechte Verteilung von Spenderorganen gewährleistet werden.

### Richtlinien der Bundesärztekammer nach §16 TPG

Das Transplantationsgesetz (§ 16 TPG) verpflichtet die Bundesärztekammer, in Richtlinien den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zu einzelnen Bereichen der Transplantationsmedizin festzustellen.

Die Richtlinien werden von der ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer erarbeitet. Neben medizinischen Experten gehören ihr Juristen, Ethiker, Patienten Angehörige von Organspendern sowie Vertreter der Koordinierungsstelle, der Vermittlungsstelle, der Auftraggeber und der Länder an. Das TPG sieht u.a. folgende Richtlinien vor:

- zur Feststellung des Hirntodes
- zur Wartelistenführung bei vermittlungspflichtigen Organen (einschließlich der Dokumentation der Gründe für die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme.)
- zur Organvermittlung
- für die Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme zum Schutz der Organempfänger erforderlichen Maßnahmen einschließlich ihrer Dokumentation (u.a. Untersuchung des Spenders und der entnommenen Organe sowie Konservierung, Aufbereitung, Aufbewahrung und Beförderung der Organe)

## 2. NORMATIVE LEITGEDANKEN FÜR DIE ETHISCHE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Ziel der Organtransplantation ist die Lebensrettung und Lebensverlängerung einer / eines Schwerkranken. Zur Erreichung dieses Ziels sind Normen aufgestellt worden, deren Kenntnis für die ethische Entscheidungsfindung bedeutsam ist:

### 2.1 Hirntodkriterium

Der Hirntod eines Menschen gilt als juristische Voraussetzung für eine mögliche Organentnahme. Dabei wird der Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt.

Auch wenn sich das Hirntodkonzept international durchgesetzt hat, stehen die Hirntoddiagnostik und die in ihr festgelegten Todeskriterien dennoch ständig öffentlich zur Diskussion. Sie bleiben gesellschaftlich und auch in einem kleinen Teil der Ärzteschaft umstritten. Die diagnostischen Kriterien zielen darauf ab, eine irreversibel erloschene Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms festzustellen.

**Problemanzeige:** Bei Kreislaufstabilisierung und Beatmung besteht für den Zeitraum der Hirntoddiagnostik leider auch die Gefahr, Leiden zu verlängern, wenn sich bei schweren Hirnschädigungen der Verdacht auf Hirntod nicht festgestellt werden kann. Kann der Hirntod diagnostiziert werden, ist dieser gleichwohl besonders Angehörigen schwer zu vermitteln und stellt in vielen Fällen eine Belastung für diese dar. Auch die Pflege eines Hirntoten ist eine besondere Herausforderung, da sein Körper noch warm ist, das Herz noch schlägt und das Blut in den Adern pulsiert.

### 2.2 Das Selbstbestimmungsrecht

Das deutsche Gesetz sieht vor, dass die Voraussetzung für die Organentnahme beim Hirntoten seine vorherige Zustimmung zu Lebzeiten ist. Diese wird in einem Organspenderausweis schriftlich dokumentiert. Dabei kann differenziert werden, für welche Organe und Gewebe die Entnahme gestattet ist und für welche nicht. Diese berücksichtigt besonders das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung des potentiellen Organspenders.

Liegt eine solche Erklärung nicht vor, soll eine stellvertretende Einwilligung der nächsten Angehörigen im Sinne des Willens des Hirntoten eingeholt werden. Es gilt in Deutschland im Unterschied zu anderen europäischen Ländern, in denen die „Widerspruchslösung“ gilt, die „erweiterte Zustimmungslösung“. Damit Angehörige diese weitreichende Entscheidung möglicherweise nicht in einer Schocksituation treffen müssen, kann eine Entscheidung für oder gegen eine Organspende in einem Dokument für alle Beteiligten sehr hilfreich sein.

**Problemanzeige:** Es ist nicht nur unter Theologen umstritten, inwieweit die Organspende eine moralische Pflicht oder ein Akt der Nächstenliebe ist.

Während Kreß (S. 230) die Entscheidung gegen eine Organspende in die Nähe unterlassener Hilfeleistung rückt, betont Eibach (329ff) die besondere Schwere für Angehörige vor oder nach einer Explantation und fordert Rücksicht auf die Angehörigen und deren Letztentscheidung für oder gegen Organspende in der konkreten Situation.

### 2.3 Recht auf Gesundheitsschutz

Ein kranker Mensch hat das Recht auf Leben und Gesundheitsschutz. Der einzelne Bürger ist berechtigt, für seine Gesundheit zu sorgen. Oft bleibt ein Spenderorgan die einzige therapeutische Option, das Leben eines schwerkranken Menschen zu retten und sein Leben zu verlängern. Dies gilt z. B. insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, die an Mukoviszidose erkrankt sind und ohne eine Spenderlunge nicht weiterleben können. Hier tragen vor allem die Ärztinnen und Ärzte eine große Verantwortung, gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten eine Organtransplantation als Möglichkeit der Therapie zu erwägen und gegebenenfalls zu vermitteln und in die Wege zu leiten.

Das Recht auf Gesundheitsschutz beinhaltet allerdings nicht, dass der Patient oder die Patientin ein „Recht“ auf ein Spenderorgan hat. Auch für sie ist es wichtig, das Selbstbestimmungsrecht ihrer Mitbürgerinnen und Mitbürger zu achten und ihnen die Möglichkeit zuzugestehen, sich informiert für oder gegen eine mögliche Organspende zu entscheiden, ohne diese unter moralischen Druck zu setzen.

### 2.4 Partizipationsgerechtigkeit

Diese Norm regelt Gerechtigkeit bei der Organverteilung. Dabei sind die Kriterien für die Organzuteilung (Organallokation) zunächst formaler Art: Die Länge der Wartezeit und die Dringlichkeit. Darüber hinaus gelten medizinische Maßstäbe wie Organverträglichkeit und medizinische Erfolgsprognose. Ebenso gilt der Gleichheitsgrundsatz: Eine Bevorzugung potentieller Empfänger aufgrund ihrer sozialen und wirtschaftlichen Stellung ist abzulehnen. Auf einen sorgsamsten Umgang mit vorhandenen Organen ist zu achten. Bei der Organverteilung ist auf Verfahrenstransparenz zu achten.

**Problemanzeige:** Die beiden Kriterien Dringlichkeit und Erfolgsaussicht, die das Transplantationsgesetz nennt, stellen die Organverteilung vor ein heikles Problem. Gerade wenn die Dringlichkeit für ein Spenderorgan besonders hoch ist, wie z. B. bei Diabetikern, ist die Erfolgsaussicht eher gering. Und umgekehrt wäre die Erfolgsaussicht umso größer, je frühzeitiger z. B. gerade Kinder ein Spenderorgan erhalten würden. Leider lässt der Gesetzgeber im Transplantationsgesetz zudem offen nicht ob, sondern welche anzuwendenden Auswahlkriterien für die Organverteilung zur Verfügung stehen und wer ein Rangverhältnis der Auswahlkriterien erstellt.

Diese Lücke und ursprüngliche Aufgabe des Parlaments hat die Bundesärztekammer mit eigenen Richtlinien zur Abwägung der Verteilungskriterien eigenmächtig gefüllt (Vgl. Oduncu u. a. Hg., S. 146ff).

### 2.5 Vorläufigkeit und Veränderbarkeit normativer Leitlinien

Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit, von Leben und Tod sind kulturell geprägt und historisch wandelbar. Auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse verändern immer wieder die Sicht auf die Transplantationsmedizin und die Kriterien für die Organvergabe.

### 3. DIE PERSON DER KRANKENHAUSSEELSORGERIN UND DES KRANKENHAUSSEELSORGERS

Bei jedem seelsorglichen Handeln gehört es zu den notwendigen und lohnenden Blickrichtungen, die **eigene Person** in all ihren Facetten möglichst bewusst wahrzunehmen und die **jeweilige Rolle** bzw., Rollenkonflikte oder Unsicherheiten klar benennen und würdigen zu können. Dies gilt uneingeschränkt auch im Kontext jedes seelsorglichen Handelns im Kontext von Organtransplantation.

#### 3.1 Die persönliche Haltung zur Organtransplantation

Seelsorgende bringen eigene Erfahrungen und Berührungen mit dem Themenbereich der Organtransplantation mit. Sie haben im persönlichen oder beruflichen Kontext mit Menschen zu tun, die sich als etwaige Organspender oder -empfänger mit dem Thema befassen.

Es kann im familiären Umfeld oder im Freundeskreis zu einer Organspende gekommen sein. Vielleicht befinden sie sich im Hinblick auf die eigene Person in einem Klärungsprozess:

- Bin ich bereit, meine Organe zu spenden, gegebenenfalls mit Einschränkungen auf bestimmte Organe?
- Möchte ich selber eine Organspende annehmen?
- Bei welcher Erkrankung möchte ich eine Spende annehmen? Wo liegt die Grenze für mich?
- Welche Krankheit könnte ich aus heutiger Sicht ohne Spende tragen, welche nicht? Wie würde ich in einer lebensbedrohlichen Situation entscheiden?

Zu dieser Prüfung gehören auch alle Fragen im Hinblick auf die zu erwartenden Auswirkungen:

- Welche Nebenwirkungen bin ich bereit zu tragen?
- Wie wird sich mein Denken, Fühlen und Handeln, wie mein Glaubensleben und mein Verständnis meiner Existenz verändern?
- Was wird es bedeuten, wenn in meinem Körper ein Organ eines mir unbekanntesten verstorbenen Menschen weiterlebt?

Es ist damit zu rechnen, dass ein solcher persönlicher Klärungsprozess durch eine berufliche Konfrontation im Krankenhaus angestoßen bzw. verschärft und beschleunigt wird. Möglicherweise wurde dieser persönliche Findungsprozess schon vor einem seelsorglichen Kontakt mit dem Thema abgeschlossen und es liegt eine klare und differenzierte Haltung vor. Die eigene Haltung wird in den beruflichen Kontakt einfließen und wird unbewusst durchscheinen – in der Gegenrichtung können die Begegnung mit Patienten und Angehörigen zu einer Überprüfung der eigenen Haltung führen.

Insofern schwingt die eigene persönliche Haltung als Grunddimension immer mit. Das ist angemessen und muss keinen Seelsorgenden beunruhigen. Wichtig ist, sich im jeweiligen Moment so gut wie möglich Rechenschaft abgeben zu können und diese eigene Position – wo es angemessen und sinnvoll ist – ins Gespräch einbringen zu können. Oft wird erst durch diese Fähigkeit und Bereitschaft, die eigene Position zu benennen, die Offenheit gegenüber anderen Haltungen glaubhaft.

#### 3.2 Seelsorgende sind Repräsentanten der Kirche

Seelsorgende sind immer auch **Repräsentanten der Kirche**. Wer im Kontext eines Krankenhauses als Patient, als Spender, als Arzt, Pflege- oder Verwaltungskraft mit Transplantationen befasst ist, interessiert sich auch für die Haltung von Kirche:

- Was genau sagen die evangelische und die katholische Kirche zum Thema Organspende?
- Welche Stimmen werden innerhalb der Kirchen laut, welche kontroversen Meinungen herrschen vor?
- Gibt es eine oder verschiedene allgemein anerkannte Lehrmeinungen?
- Ist die Kirche in ihren theologischen Aussagen eher blass, unsicher, vorsichtig, indifferent, ausweichend?

Es ist sinnvoll, diese Positionen von Kirche zu kennen, sich mit ihnen auseinanderzusetzen und beides (die kirchliche Positionen und die eigene Haltung dazu) im Kontakt mit Patienten, Angehörigen und Beschäftigten im Krankenhaus skizzieren und erläutern zu können.



### 3.3. Die Rollen von Mitarbeitenden der Klinikseelsorge

Je nach den äußeren Rahmenbedingungen kommen Seelsorgenden im Hinblick auf das Thema Organtransplantation verschiedenen Rollen zu – diese Rollen können sich ergänzen, vermischen oder im Konflikt zueinander stehen.

#### 3.3.1 Seelsorgerinnen und Seelsorger

##### 3.3.1.1 *Seelsorge mit dem Schwerpunkt der Patienten- und Angehörigenbegleitung*

Die häufigste Rolle wird die der **Seelsorgerin und des Seelsorgers** sein. Über die Besuchstätigkeit entwickelt sich ein Kontakt zu einem Patienten. Die Seelsorgerin, der Seelsorger erfährt von seiner Grunderkrankung und begleitet ihn (und ggf. auch Familienangehörige) über einen längeren Zeitraum hinweg ggf. sogar bei wiederholten Klinikaufenthalten. Erst im weiteren Verlauf der Krankheitsgeschichte kommt aus medizinischer Sicht eine Transplantation in Frage. Der lange bestehende persönliche Kontakt prägt und bestimmt die seelsorgliche Rolle.

**Exkurs:** Manchmal sind Seelsorger aufgrund ihres guten Kontaktes zum Patienten zur Teilnahme an einer ethischen Fallbesprechung im Vorfeld einer Transplantation eingeladen. In diesem Fall (wie auch bei multiprofessionellen Fallbesprechungen, die auf manchen Stationen üblich sind) bleibt die Rolle des Seelsorgers bestehen. Auf Wunsch und nach vorheriger Absprache mit dem Patienten kann der Seelsorger in der Fallbesprechung stellvertretend für den Patienten dessen Sicht einbringen und so zum **Fürsprecher des Patienten oder seiner Angehörigen** werden. Im Sinne einer Entbindung von der seelsorglichen Schweigepflicht ist es wichtig, im Vorfeld mit dem Patienten zu klären: Welche Inhalte der seelsorglichen Begleitung darf ich mit Zustimmung des Patienten in der Fallbesprechung vortragen, welche Inhalte unterliegen weiterhin der seelsorglichen Verschwiegenheit.

##### 3.3.1.2 *Seelsorge mit dem Schwerpunkt der Krisenintervention und Klärungshilfe*

Anders sind die Dinge gelagert, wenn die Seelsorgerin, der Seelsorger einen Patienten oder seine Angehörigen kennenlernt, weil von Seiten des Krankenhauses (z.B. nach einem Unfall mit schwerer Hirnverletzung o.Ä.) akut die Frage nach einer Spende gestellt wurde. Im Rahmen des seelsorglichen Kontakts suchen der Seelsorgerin, dem Seelsorger bisher unbekannte Angehörige oder Patienten im Sinne einer **akuten Krisenintervention** Rat oder Entlastung bei einer weitreichenden Entscheidung. Der Seelsorger ist hier Klärungshelfer. Es kann sein, dass Betroffene auch nach der persönlichen Haltung des Seelsorgenden oder nach der Auffassung der Kirche fragen, um beides in die eigene Klärung einfließen zu lassen. Es ist gut, wenn der Seelsorger mit dieser Bitte rechnet und im Vorfeld für sich geklärt hat:

„Will ich meine Haltung benennen? Wie lauten diesbezügliche Stellungnahmen der Kirchen? Kann ich diese Positionen so ins Gespräch bringen, dass sie als jeweils eine unter verschiedenen verantwortlichen Haltungen gehört und verstanden werden kann?“

Vor einer Gefahr muss gewarnt werden: Bei der Bitte um eine akute Krisenbegleitung durch Mitarbeitende des Krankenhauses kann es leicht zur Rollenunklarheit kommen, wenn mit der Bitte um seelsorgliche Unterstützung indirekt auch der Auftrag verbunden ist, die Frage nach einer Organspende initiativ anzusprechen und dieser Auftrag unbewusst oder unreflektiert angenommen wird. Die Frage nach und Bitte um eine Organspende fällt grundsätzlich in den Bereich des ärztlichen Dienstes.

##### 3.3.1.3 *Seelsorge mit dem Schwerpunkt der Unterstützung und Begleitung von Mitarbeitern*

Organtransplantation wird unter Mitarbeitenden des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes und anderer Berufsgruppen oft sehr kontrovers diskutiert. **Mitarbeitende** erleben eine Explantation oft als Belastung, leiden darunter, ihren Patienten nicht früher und effektiver helfen zu können, scheuen sich, kurz nach einem Unfall die Frage der Organspende zu stellen und stehen gleichzeitig unter dem Erwartungsdruck ihrer Klinik bzw. ihres Arbeitsbereichs. Auch hier

ist die Krankenhauseelsorgerin, der Krankenhauseelsorger in der Rolle als Seelsorger gefragt:

Besteht ein guter Kontakt zu Ärzten, Pflegenden und anderen Mitarbeitenden, werden Krankenhauseelsorger von dieser Personengruppe als Seelsorger angesprochen. Mitarbeitende möchten erzählen, sich austauschen oder entlasten, ihre eigene Haltung reflektieren und nutzen dafür ein bestehendes Vertrauensverhältnis zum Seelsorger.

Gerade, wer durch die eigenen beruflichen Aufgaben täglich mit dem Thema Organtransplantation befasst ist, braucht gegenüber seinen Kolleginnen und Kollegen einen geschützten Raum, um etwaige Zweifel auszusprechen, Unsicherheiten zu benennen oder eine persönliche Klärung zu besprechen.

### 3.3.2 Moderatorin und Moderator

Eine von den seelsorglichen Rollen sehr klar unterschiedene Rolle nehmen Krankenhauseelsorger wahr, wo sie (als Mitarbeitende eines Klinischen Ethik Komitees) mit der Durchführung einer ethischen Fallbesprechung beauftragt sind.

Als **Moderator einer solchen Fallbesprechung**, liegt die Aufgabe darin, einen ethischen Konflikt zu benennen, ihn im Austausch mit den verschiedenen an der Behandlung Beteiligten in seiner Bandbreite wahrzunehmen, zu analysieren und ein Behandlungsteam darin zu unterstützen, eine für alle vertretbare Umgehensweise mit dem ethischen Konflikt zu erarbeiten.

Insofern zählt die Allparteilichkeit zu den wesentlichen Haltungen eines Moderators. Folgerichtig sehen verschiedene Modelle einer ethischen Fallbesprechung vor, dass ein Moderator den Patienten nicht schon in der Rolle des Seelsorgers begleitet hat.

Bei einer ethischen Fallbesprechung können Seelsorger grundsätzlich in zwei unterschiedlichen Rollen beteiligt sein: In der Rolle als Seelsorger sind sie parteilich und Fürsprecher eines Patienten bzw. der Angehörigen, in der Rolle als Moderator sind sie unabhängig, zur Allparteilichkeit verpflichtet und enthalten sich der eigenen Stimme.

### 3.3.3 Dozentin und Dozent

Oft sind Krankenhauseelsorgende als **Dozentinnen oder Dozenten** mit dem Unterricht in einer Krankenpflegeschule beauftragt oder bieten im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen eines Krankenhauses Seminare zum Thema Organtransplantation an.

In diesem Fall werden die Erfahrungen aus der seelsorglichen Tätigkeit einfließen aber die Rolle ist die **eines Unterrichtenden**, der das Thema in seiner Vielfalt darstellen wird, um Fachwissen zu vermitteln. Als Unterrichtender gilt es den Austausch der Teilnehmenden untereinander sowie deren Meinungsbildung zu fördern.

Ähnliches gilt für die Bildungsarbeit in kirchlichen Einrichtungen. Krankenhauseelsorger werden in Gemeindegruppen eingeladen, um über ihre Tätigkeit zu berichten. Auch hier ist es wichtig, das Thema Organtransplantation sowie kirchliche Positionen und christliche Haltungen dazu in seinen verschiedenen Facetten vorzustellen.

## 4. MÖGLICHE SCHWIERIGKEITEN BEI DER ETHISCHEN ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Wo Seelsorgende Patienten in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen, können sie verschiedenen Hindernissen begegnen oder selber darin verwickelt sein. Diese reichen von moralischem Anpassungsdruck über Generalisierungen bis hin zu einer libertinistischen Einstellung.

### 4.1 Moralismus

Dabei wird von feststehenden Verhaltensnormen ausgegangen, ohne dass man sich kritisch mit der zeitlichen und kulturellen Bedingtheit von Verhaltensnormen auseinandersetzt.

*„Als Christ muss man doch als Zeichen der Nächstenliebe Organe spenden.“  
„Ohne seine Organe kann ein Mensch nach seinem Tod nicht auferstehen.“  
„Gerade die Kirche müsste sich für ein eindeutiges Ja / ein eindeutiges Nein zur Organspende aussprechen.“*

Das Individuum wird an diesen Normen gemessen, und sein Verhalten entsprechend als gut oder schlecht bewertet.

In den Medien wird der gesellschaftlichen Öffentlichkeit häufig suggeriert, dass Kranke, die auf eine Organtransplantation warten, nicht an ihrer Krankheit, sondern deshalb sterben, weil nicht genügend Bürgerinnen und Bürger zur Organspende bereit seien. Dies wird als schlecht bewertet.

Um der eigenen Auseinandersetzung mit dem Thema Organtransplantation zu entgehen, können Seelsorgerinnen und Seelsorger als moralische Autorität angesprochen werden. Sie werden dann als moralisches Vorbild oder als moralischer Lehrer gesehen.

*„Herr Pfarrer / Frau Pfarrerin, was würden Sie denn an meiner Stelle tun?“*

### 4.2 Hedonistischer Libertinismus

Diese Gefahr besteht vor allem im Bildungskontext – nach dem Motto: *„Ich kann tun, was mir nützt oder gefällt.“* Ethische Entscheidungen gelten als Privatsache und unterliegen keiner Außenbeurteilung.

*„Ob ich Organe nach meinem Tod spende, geht keinen etwas an. Schon gar nicht die Kirche!“ „Ich brauche mich mit keinem anderen beraten.“ „Das ist für mich kein Thema.“ „Da setze ich mich mit auseinander, wenn es so weit ist.“*

### 4.3 Instrumentalisierung

Dieses Problem besteht immer da, wo der Seelsorger oder die Seelsorgerin zur Verstärkung der eigenen Position herangezogen wird und ihre Unabhängigkeit verliert.

*„Nicht wahr, Sie als Pfarrer/in sind doch auch für die Organspende.“ „Ich lade Sie ein auf unserem Podium darüber zu sprechen, dass Organspende ein Akt der Nächstenliebe ist!“*

### 4.4 Anpassungsdruck

Damit ist die Tendenz gemeint, eine sogenannte „Normalität“ als Druck zu erleben und sich anzupassen.

*„Weil in der Bezugsgruppe in der Familie, unter Kolleginnen und Kollegen, im Bekanntenkreis potentielle Organspender/innen sind, passe ich mich an und werde auch Organspender.“ „Weil alle in der Dialysepraxis auf eine neue Niere warten, habe ich mich auch auf die Liste setzen lassen.“*

## 5. SEELSORGE BEI DER ORGANSPENDE

### 5.1 Evangelische Stärke: Situatives „Dilemma-Management“ in Prozess der ethischen Entscheidungsfindung

Evangelische Seelsorge geht in einer konkreten Situation weniger von einer allgemeinen normativen Sicht auf die Organtransplantation aus, sondern nimmt die Menschen in ihrer individuellen Situation und in ihrem Dilemma wahr. Evangelische Seelsorge unterstützt Menschen, gut informiert eine für sie und ihre Mitmenschen tragfähige, verantwortliche Entscheidung zu treffen und dabei auch die in jeder Entscheidung ebenso vorhandenen Schattenseiten bewusst zu integrieren.

In seiner Endlichkeit, Begrenztheit und Unvollkommenheit gilt den Menschen Gottes Zusage: Der Mensch wird nicht heil, weil er sich für das Gute entschieden hat, sondern weil Gott ihn in seiner Endlichkeit, Begrenztheit und Unvollkommenheit, so annimmt (rechtfertigt), wie er ist, allein aus Gnade. Das verändert das Sein und das Selbstverständnis des Menschen. Das Sein geht allem Tun voraus.

Aus diesem neuen Selbstverständnis heraus wird ethisches Handeln in Freiheit und Verantwortung möglich. Es weiß um die Ambivalenz jeder Entscheidung. Jede Entscheidung bedeutet Abschied von den nicht gewählten Alternativen. Es schießt auch die Bereitschaft zur Schuldübernahme ein.

### 5.2. Seelsorge mit den Angehörigen potentieller Organspender bei akutem Verdacht auf Hirntod

Da das Thema Organspende brisant ist und polarisiert, gibt es bislang in den Kliniken keine verbindliche Beteiligungsstruktur der Seelsorge im Zusammenhang mit der Frage nach der Organspende. Seelsorge wird je nach Haltung der behandelnden Ärzte in Gespräche mit Angehörigen einbezogen.

Wird die Seelsorge einbezogen, so besteht ihre Aufgabe in der akuten Situation darin, eine tragfähige Entscheidungsgrundlage für potentielle Spender und deren Angehörige zu fördern. Seelsorge informiert, ist dabei unabhän-

gig und allparteilich und wägt mit Spender und / oder Angehörigen das Für und Wider ab, da es keine Eindeutigkeit hinsichtlich der Befürwortung oder Ablehnung der Organspende gibt.

Angehörige sind auch bei Vorliegen eines Organspenderausweises und nach eingehender Diskussion mit dem Inhaber des Ausweises über seine Entscheidung einer hohen Belastung ausgesetzt, wenn der Fall eintritt, dass ein geliebter Angehöriger stirbt und eine Organspende in Frage kommt. Angehörige bedürfen in vielen Fällen der seelsorglichen Begleitung von der Einleitung der Hirntoddiagnostik bis zur Organentnahme.

Ulrich Eibach fordert in seinem Beitrag Organspende: Moralische Pflicht und Akt der Nächstenliebe?: „Alle Zustimmungen zur Organentnahme sollten ... unter den Vorbehalt gestellt werden, dass die dem Organspender in Liebe verbundenen Menschen dem in der jeweiligen Situation wirklich zustimmen können.“ (S. 530) Hierbei kann Seelsorge einen wichtigen Beitrag leisten.

### 5.3. Seelsorge bei Menschen im Entscheidungsfindungsprozess im Falle des eigenen Hirntodes Organspender zu sein (in der Regel nicht in einer Akutsituation)

Seelsorge kann mit dem Thema Organspende dadurch befasst werden, dass die Bürgerinnen und Bürger von ihren Krankenkassen aufgefordert werden, zu einer möglichen Organspende im Falle ihres Hirntodes Stellung zu beziehen und den zugeschickten Ausweis entsprechend auszufüllen.

Im Kontakt mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen können Seelsorgende gebeten werden beim Verfassen von Patientenverfügungen und Betreuungsvollmachten zu unterstützen. Hier kann eine Stellungnahme zur Organspende wichtig werden. Seelsorge kann hier wichtige Informationen geben und einen geschützten Raum für Selbstreflexion schaffen. Sie kann ermutigen, auch Angehörige und Zugehörige in diese Überlegungen mit einzubeziehen.

Seelsorgende können Menschen in Gemeindegruppen, in Bildungsveranstaltungen und Unterricht in Klinik und Kirche bei der Entscheidungsfindung unterstützen und gegebenenfalls auch Kontakte zu Selbsthilfegruppen und den in der Transplantationsmedizin tätigen Berufsgruppen herstellen.

## 6. SEELSORGE BEI ORGANEMPFÄNGERN

Alle Fragen, die Organtransplantation betreffen, können sich auch in der Seelsorge mit potentiellen Organempfängern stellen. Dies geschieht in der Regel bei Routinebesuchen auf der Station. Sie werden aus der Perspektive derer gestellt, die in der Regel von ärztlicher Seite bereits mit Organtransplantation als weiterer Therapieoption konfrontiert sind und darüber mit vielen Informationen versorgt worden sind. Die Organtransplantation kann als Therapieoption u. U. schon lange erwartet sein – bei einer lebensbedrohlich chronischen Erkrankung, wie z. B. Mukoviszidose, oder wenn die Dialyse bei Niereninsuffizienz ausgereizt sein könnte. Für manche kommt die Diagnose mehr oder weniger plötzlich und unerwartet, wie z. B. bei Leberzirrhose, Herzinfarkt oder einer Herzmuskelentzündung.

Seelsorge kann Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen in einem geschützten Raum dabei unterstützen, das Für und Wider für einen möglichen Organempfang abzuwägen. Seelsorge kann hier auch noch mal ausdrücklich auf das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten hinweisen.

Das Selbstbestimmungsrecht der Patientinnen und Patienten schließt mit ein, zu wählen zwischen Transplantation, wenn (noch) möglich, einer Ersatztherapie und dem Recht nach Therapieabbruch und damit dem Recht zu sterben. Auch die Entscheidung einer Patientin oder eines Patienten zu sterben, ist für alle Beteiligten zu akzeptieren. Für ihre eigene, freie Entscheidung brauchen sie Zeit und alle verfügbaren Informationen. Gut informiert sein heißt auch, um die möglichen Strapazen und langen Wartezeiten zu wissen, die in der Regel die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten sehr einschränken – bis hin zu dem Risiko, dass möglicherweise kein Spenderorgan gefunden wird und der Patient und die Patientin vor einer möglichen Transplantation versterben könnte.

Haben sich Patientinnen und Patienten für den Empfang eines Organs entschieden, kann Seelsorge ihnen in der Wartezeit zur Seite stehen, sie begleiten und bei der Klärung ihrer Fragen helfen.

Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörigen stellen sich in dieser Zeit existentielle Fragen. Einige häufig auftauchende Themen sind:

### **Ambivalenz und Dilemma**

Eine Organtransplantation ist – wo keine Lebendspende möglich ist (Niere, Leber) – die einzige medizinische Therapieform, bei der das Überleben eines Patienten vom Tod eines anderen Menschen abhängt. Der Patient und die Patientin stellen sich Fragen wie: *„Darf ich um den Motorradunfall eines jungen Mannes beten, um dessen Herzen zu bekommen?“* – *„Bin ich mitschuldig am Schmerz der Angehörigen?“* *„Darf ich mich für einen Therapieabbruch entscheiden und damit meine Lieben alleine zurücklassen?“* Das Gefühlsleben der Patienten ist einer großen Ambivalenz und starken Gefühlsschwankungen ausgesetzt.

### **Identität**

Ein Teil eines Verstorbenen geht eine Verbindung mit dem Körper des Empfängers ein. Dies ist eine körperliche Verbindung von zwei Menschen, die sich zu Lebzeiten nicht begegnet sind. Ist der Empfänger mit dem fremden Organ, mit dem fremden Körperteil noch derselbe wie er es mit dem eigenen Organ, mit dem eigenen Körperteil war?

„Etwas auf Herz und Nieren prüfen“, ein „Herzensanliegen ansprechen“, „jemandem geht etwas an die Nieren“, in unserer Sprache sind unsere Organe eng mit unserer Person verbunden.

Für viele Patientinnen und Patienten stellt sich damit die Frage nach ihrer Identität. Was geschieht mit uns, wenn wir neue, fremde Organe bekommen? Wie verändert das unsere Person? Lebt dann ein Teil einer anderen Person in uns weiter? Dies sind Fragen, die Patienten, im Zusammenhang mit der Transplantation stellen.

Für gläubende Menschen kann sich die Frage nach der leiblichen Auferstehung in diesem Zusammenhang stellen.

## Leben auf Abruf

Patientinnen und Patienten, die auf der Warteliste stehen, leben auf Abruf. Die Tasche für die Klinik steht immer bereit. Tag und Nacht kann der Anruf kommen, die Transplantation stehe unmittelbar bevor – wenn man noch zuhause und nicht schon ständig in der Klinik leben muss. Die Wartezeit kann zwischen wenigen Wochen und mehreren Jahren liegen. Je schlechter es Patienten und Patientinnen geht und je dringender sie ein Organ brauchen, desto mehr ist ihr Leben zerrissen in der Hoffnung auf Weiterleben und dem Gedanken, doch Abschied nehmen und sterben zu müssen.

Wenn der ersehnte Anruf zur Organtransplantation endlich kommt, kann Seelsorge, wenn dies gewünscht und von der Seelsorge leistbar ist, in der Akutsituation begleitend und unterstützend tätig werden. U. U. können hier auch religiöse Rituale wie Gebet und Segen hilfreich sein. Nicht selten werden auch mehrere potentielle Organempfänger einbestellt. Denen, die kein Organ erhalten, kann Seelsorge helfen, die mögliche Enttäuschung zu verarbeiten.

## 7. NACH DER TRANSPLANTATION: SEELSORGE BEI ORGANEMPFÄNGERN UND DEREN ANGEHÖRIGEN

Nach der Transplantation sind der Empfänger und Angehörige mit neuen Themen und Aufgaben befasst: Mit der Wartezeit bis zum Funktionieren des Organs, der Sorge um Abstoßung, der Ungewissheit, der Umstellung des Lebensrhythmus (Abschied von der Dialyse, Neuorganisation des Tagesablaufs), der Bewältigung des (positiven) Psychotraumas.

Empfängerinnen und Empfänger von Organen leben mit einem fremden, ihnen nicht eigenen Organ. Sie müssen sich damit auseinandersetzen, ob sie mit dem fremden Organ noch der gleiche Mensch sind (s.o. Identität)

Hinzu kommt das Bewusstsein, das eigene Weiterleben dem Tod eines Menschen zu verdanken („Ein Mensch muss sterben, damit ich leben kann.“) Schuld und auch die Gefahr der religiösen Überhöhung tauchen hier als Themen auf.

Nach der Transplantation können aber auch somatische Krisen auftreten, die seelsorgliche Gespräche erfordern und bestimmen: Eine Niere arbeitet nicht, Infektionen stellen sich ein, das Leben mit Immunsuppressiva erfordert Vorsicht, eine weitere Operation oder sogar eine neue Spende sind notwendig.

In seltenen Fällen ist eine Sterbebegleitung erforderlich.

Die seelsorgliche Aufgabe besteht besonders darin, den Glauben als Kraftquelle für Empfänger und Angehörige zu ermöglichen und zu vermitteln.

Neben Gesprächen über Glauben und Gottesbeziehung sowie der Vermittlung zu der Wohngemeinde stärken Gottesdienst, Abendmahlsfeier, Gebet, Stille, Segen Patienten und Angehörige.

## LITERATUR

**Ulrich Eibach, Organspende: Moralische Pflicht und Akt der Nächstenliebe?**  
in: Wege zum Menschen 2013, S. 515-534

**Fuat Oduncu u. a. Hg., Transplantation. Organgewinnung und -allokation**  
Vandenhoeck u. Ruprecht Göttingen 2003, S. 146ff

**Deutsche Bischofskonferenz und Rat der EKD, Organtransplantationen**  
Bonn/Hannover 1990  
[http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation\\_1990.html](http://www.ekd.de/EKD-Texte/organtransplantation_1990.html)

**Nikolaus Schneider, Geistliches Wort zur Organspende**  
23. November 2012  
[http://www.ekd.de/download/20121120\\_wort\\_zur\\_organspende.pdf](http://www.ekd.de/download/20121120_wort_zur_organspende.pdf)

**Hartmut Kreß, Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte**  
2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage  
W. Kohlhammer Verlag Stuttgart 2009

**Evangelische Frauen in Deutschland e.V., Organtransplantation**  
Positionspapier 2013  
[http://www.evangelischefrauen-deutsch-land.de/images/stories/efid/Positionspapiere/organtransplantation\\_positionspapier%202013.pdf](http://www.evangelischefrauen-deutsch-land.de/images/stories/efid/Positionspapiere/organtransplantation_positionspapier%202013.pdf)

**Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern, leben und sterben im Herrn, Handreichung zur Organspende und Organtransplantation**  
München 2014

**Evangelische Kirche in Baden, Entscheidungshilfe zur Organtransplantation**  
EKiBA August 2013

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**  
<http://www.bzga.de>  
(hier finden sich auch alle Rechtsvorschriften)

**Deutsche Stiftung Organtransplantation**  
<http://www.dso.de>

**Initiative KAO (Kritische Aufklärung über Organtransplantation e.V.)**  
<http://www.initiative-kae.de/kae-ueber-uns.html>

**Deutscher Ethikrat**  
Hirntod und Entscheidung zur Organspende, Februar 2015  
<http://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/hirntod-und-entscheidung-zur-organspende>

**Bundesärztekammer**  
**Richtlinie der BÄK zur Feststellung des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls, 4. Fortschreibung, Deutsches Ärzteblatt 30. März 2015**  
<http://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/richtlinie-der-baek-zur-feststellung-des-irreversiblen-hirnfunktionsausfalls/>

**Deutsche Bischofskonferenz**  
Erklärungen der Kommissionen Nr. 41 – Hirntod und Organspende, Bonn 2015  
[http://www.dbk-shop.de/media/files\\_public/wmbiwghdy/DBK\\_1241.pdf](http://www.dbk-shop.de/media/files_public/wmbiwghdy/DBK_1241.pdf)





## IMPRESSUM

Evangelische Kirche im Rheinland  
Landeskirchenamt/Abteilung II Theologie und Diakonie  
Dezernat II.3 Seelsorge  
Leitender Dezernent Kirchenrat Pfarrer Jürgen Sohn  
Hans-Böckler-Straße 7  
40476 Düsseldorf  
Telefon 0211 4562-356  
Fax 0211 4562-560  
E-Mail [seelsorge@ekir.de](mailto:seelsorge@ekir.de)  
Download der Broschüre: [www.ekir.de/url/5Ed](http://www.ekir.de/url/5Ed)



[ekir.de](http://ekir.de)