

Herausforderungen der Xenotransplantation für die Klinikseelsorge

von Bernhard Barnikol-Oettler und Traugott Roser

Angesichts des zentralen Konfliktes zwischen konkretem Entscheidungs- und Handlungsdruck bei möglichen (Xeno-) Transplantationen und dem Anliegen einer holistischen Betreuung der Patienten im Sinne von *Spiritual Care* besprechen die Autoren Herausforderungen solcher Behandlungen für die Praxis und Theorie der Klinikseelsorge. Das Patientengespräch bildet den Zentralpunkt ihrer Betrachtungen zu den unterschiedlichen Perspektiven und Beiträgen von Patienten, Angehörigen, Seelsorgenden, Medizinerinnen und Theologen zum Gelingen und zur ethischen Verantwortung dieser Eingriffe unter Berücksichtigung psychologischer und religiöser Aspekte. Ferner zeigen die Autoren eine Topografie der Fragestellungen auf, die das Phänomen der Xenotransplantation an die Seelsorgenden richtet, und erarbeiten Desiderate für den Dialog von Forschung und Praxis.

Der folgende Beitrag verdankt sich dem Nachdenken zweier evangelischer Theologen, die sich mit der Praxis der Krankenhausseelsorge auch im Blick auf deren Theorie befassen. Ihre Überlegungen zum Thema Xenotransplantation fußen einerseits in der Praxis der Seelsorge in einem Umfeld der Hochleistungsmedizin und den dort gemachten Erfahrungen, andererseits im akademischen Kontext der Seelsorgetheorie. Die Überlegungen beider Autoren beziehen sich zum Teil aufeinander, ergänzen einander um unterschiedliche Fragestellungen. Die Überlegungen von Bernhard Barnikol-Oettler sind kursiv gesetzt, die von Traugott Roser in Grundschrift.

Vor 20 Jahren habe ich als Gemeindepfarrer einen ehrenamtlichen Klinikseelsorgekreis gegründet und aufgebaut. Ich erinnere mich, dass mir ein Mitglied dieses Kreises damals von seiner ‚Schweine-Herzklappe‘ erzählte. Bis dahin wusste ich nicht, dass es so etwas überhaupt gibt. Wenn ich mich recht erinnere, hat mir dieser ehrenamtliche Seelsorger dann noch erzählt, dass eine solche ‚tierische‘ Klappe den Vorteil habe, dass das Klappern in der Nacht nicht zu hören sei, was bei einer Metallklappe vorkommen könne. Aus dieser Erinnerung scheint mir folgendes für das Forschungsprojekt wichtig zu sein: Vollkommenes Neuland ist die Xenotransplantation nicht. Es gibt bereits ‚Vorstufen‘. Und dieser Patient hat mir seine Geschichte aus eigenem Antrieb erzählt mit einer Mischung von ‚Spektakulärem‘ und ‚Normalem‘. Es schien ihm ein Bedürfnis zu sein, mir dies zu erzählen. In meiner Erinnerung geschah dies aber ohne jegliche Problematisierung.

Aus der Perspektive der Seelsorgetheorie ergibt sich aus dieser ersten Erfahrung bereits der Hinweis, dass das Thema Xenotransplantation wie auch der gesamte Komplex der Organtransplantation nicht nur die Praxis von Klinikseelsorgerinnen und -seelsorgern betrifft, sondern auch die gemeindliche oder parochiale Seelsorge. Denn die meisten Menschen, die auf ein Spenderorgan warten, wie auch diejenigen, die mit einem implantierten Organ oder Zellmaterial leben, leben in ihrem normalen Wohnumfeld, freilich mit einer

intensivierten medizinischen Betreuung. Inwiefern Gemeindeseelsorge als Begleitung in Anspruch genommen wird, entzieht sich meiner Kenntnis. Der Bedarf jedenfalls wäre da: Ich erinnere mich an einen jungen Landwirt, der wiederholt lange Aufenthalte auf der Isolierstation im Krankenhaus überstehen musste. Der Kontakt zu seiner Frau und den kleinen Kindern war ein wichtiger Überlebensfaktor, aber er fand unter schwierigen Umständen statt. Dass die ganze Familie auf einen von ländlicher Tradition geprägten Glauben zurückgreifen konnte, erwies sich als hilfreich.

Vergleichende Langzeit-Untersuchungen bei Lungen- und Herztransplantierten in den USA belegen, dass ein entscheidender Prädiktor für eine gute Lebensqualität von transplantierten Patienten ein Jahr nach dem Eingriff die psychosoziale Unterstützung durch Freunde und Familie ist, einschließlich einer positiven Einstellung zur Maßnahme. Die Studie weist aber auch darauf hin, dass die Lebensqualität (verschiedene gesundheitliche, funktionale und psychosoziale Aspekte umfassend) der transplantierten Patienten nicht mehr diejenige der ‚Normalbevölkerung‘ erreicht, da vor allem dauerhafte Gabe von Immunsuppressiva und die Angst vor Rückschlägen belastend wirken. Die befragten Patienten gaben aber durchweg an, dass sie mit der etwas verminderten Lebensqualität gut zurecht kämen und das Leben als ein „Geschenk“ betrachteten. Umgekehrt stellt „Non-compliance“ – also Vorbehalte in Denken und Verhalten des Patienten gegenüber der Organtransplantation – ein erhebliches Risiko für den therapeutischen Erfolg dar (vgl. Myaskovsky *et al.* 2006). Diese Aspekte werden sich aller Voraussicht nach nicht zwischen Organtransplantation von Mensch zu Mensch und von Tier zu Mensch unterscheiden. Gemeindliche Seelsorge ist als psychosoziales Umfeld zumindest in den Blick zu nehmen, und dies betrifft viele pastorale Felder – vom Religionsunterricht bis zur Predigtarbeit.

Inzwischen bin ich seit acht Jahren Klinikseelsorger an einem Universitätsklinikum, das zahlenmäßig bundesweit mit an der Spitze der Organtransplantationen liegt. Mein erster Eindruck, den ich bei Begegnungen mit Patienten und Patientinnen gewonnen habe, ist, dass die Frage, ob eine Transplantation gemacht werden soll, aus der Perspektive der Betroffenen in der Regel alternativlos ist. Die Entscheidung für eine Transplantation ist die ultima ratio. Im Vorfeld erlebe ich daher viele Ängste, aber auch Hoffnungen. Aber wenn es wirklich um das eigene Leben geht, willigen die meisten Patienten und Patientinnen dem Eingriff zu. Die Reaktionen bei den Empfängern nach einer geglückten Transplantation habe ich sehr unterschiedlich erlebt. Manche nehmen diesen Eingriff und ein neues Organ als selbstverständlich hin. Und in diesen Fällen wirkt der Vergleich mit einem Ersatzteil für das Auto durchaus als angebracht. Manche dagegen erlebe ich mit großen Skrupeln unter dem Motto: „da musste jemand für mich sterben...“. Manche machen sich viele Gedanken über das fremde Organ in ihnen. Sie sprechen mit dem Organ, geben ihm einen Namen. In manchen Fällen muss nach meinem Eindruck wirklich ein solcher Prozess des „Anfreundens“ mit dem Fremden erfolgen. Auch Dankbarkeit erlebe ich sehr unterschiedlich. Bei manchen Patienten ist dies gar kein Thema und sie haben allein für die Nachfrage schon Unverständnis. Sie erachten das Spenden von Organen als etwas Selbstverständliches und als etwas, auf das sie als Empfänger einen Anspruch haben. Andere dagegen wollen unbedingt mit Angehörigen

der Spender Kontakt aufnehmen, was ja nicht geht. Sie interessiert Alter, Geschlecht, wie der Spender zu Tode gekommen ist. Sie schreiben Dankesbriefe an Unbekannt. Sie feiern den Tag ihrer Transplantation als zweiten Geburtstag.

Bernhard Barnikol-Oettler verweist auf die unterschiedlichen Situationen im Krankenhaus, in denen Seelsorge kommunikativ in das Geschehen involviert ist. Er beschreibt das medizinische Umfeld eines Universitätsklinikums, in dem Transplantationsmedizin zur ‚normalen‘ Realität gehört. Ob eine Seelsorgerin bestimmten Behandlungsformen gegenüber positiv oder negativ eingestellt ist, interessiert die Behandelnden wenig. Dies bedeutet aber nicht, dass die Seelsorgende irrelevant ist; denn gerade bei hochriskanten oder ethisch konflikthaft bewerteten Therapieverfahren werden zunehmend ethische Beratungsverfahren eingesetzt, an denen zumeist Seelsorgende beteiligt werden. Wie unsere Untersuchungen zeigen konnten, zeichnen sich Krankenhauseelsorgende durch ein hohes Maß an Wissen und kommunikativer Kompetenz in diesen Beratungsformen aus, wirken moderierend, vertreten die Anliegen der betroffenen Patienten, verstehen sich aber nur in seltenen Fällen als Vertreter der ‚kirchlichen‘ Position (Clemm et al. 2013).

Zahlreiche Untersuchungen zum Bereich Xenotransplantation – aus ganz unterschiedlichen kulturellen Kontexten – weisen darauf hin, dass es sowohl im Bereich von Forschung und klinischen Studien als auch bei einem eventuell zunehmenden Einsatz in der medizinischen Realität gesellschaftlicher und ethischer Beratungsprozesse zur öffentlichen Akzeptanz bedarf (vgl. noch sehr optimistisch dazu Abouna 2003; dagegen schon zurückhaltender Sykes et al. 2004; Wright et al. 2005; Ellison 2006; Thomas 2007). In diesen Beratungs- und Diskursprozessen werden spirituelle und religiöse Aspekte (zur Unterscheidung vgl. Roser 2013) eine Rolle spielen, bei denen es nicht genügt, dass sie von ‚kirchenamtlichen‘ Vertretern vorgebracht, sondern von Seelsorgerinnen aus der konkreten klinischen Praxis eingebracht werden.

Die zentrale Kommunikationssituation ist jedoch das Gespräch mit Patienten, die auf eine Transplantation warten oder einen Eingriff bereits hinter sich haben. Von deren Einstellungen und Einschätzungen gegenüber dem therapeutischen Verfahren hängt nicht nur die Einwilligung zum Eingriff ab, sondern auch die ‚Compliance‘ gegenüber der weiteren Behandlung, die sich in der Lebensweise und im Verarbeiten des Erlebten niederschlägt – und Auswirkung auf den Behandlungserfolg hat. Schon jetzt, sowohl bei der Transplantation postmortal gespendeter Organe als auch bei durch Lebendspende gewonnenen Organen, zeigt sich, dass die Einstellungen der einzelnen Patienten (und ihrer Angehörigen) individuell und oft genug in hohem Maße ambivalent sind. Bernhard Barnikol-Oettler beschreibt im Weiteren, dass es eines ‚tiefenhermeneutischen‘ Hörens bedarf, um Rationalisierungen zu vermeiden. Die Herausforderung von Xenotransplantation besteht gerade darin, dass in forschungsorientierten Kliniken die Entscheidungsprozesse für eine Behandlung unter akutem Druck stehen werden, bei denen den Patienten wenig Spielraum gelassen wird für irrational erscheinende, affektive oder andere Deutungen – und zwar sowohl bei Patienten als auch bei medizinischem Personal. Ein mehrfach nierentransplantierte Patient gab vor einem veterinärmedizinischen Kongress zum Thema Xenotransplantation zu bedenken, wie sehr ihn die Vorstellung belastete, sich vorzustellen, wie mit den Tieren umgegangen würde, die zum Zweck der

Organgewinnung gezüchtet würden (Skjold 2002), ganz abgesehen von seiner Sorge in Bezug auf das virologische Risiko. Auch Studien in unterschiedlichen Kulturen und religiös geprägten Kontexten sowohl unter Transplantationspatienten als auch unter gesunder Bevölkerung konnten zeigen, dass die Akzeptanz von Organ- und Xenotransplantationsverfahren in hohem Maße abhängig ist von religiösen, weltanschaulichen und lebensEinstellungsbezogenen Aspekten, z. B. vegetarischer oder nichtvegetarischer Lebensweise (vgl. zur Einstellung unter Muslimen indisch-asiatischer Herkunft in England zu Transplantationsmedizin allgemein: *AlKhawari et al.* 2005; im Blick auf unterschiedliche Weltreligionen: *Heller* 2012). Auf die Frage, ob sie einer Behandlung mit Zell- und Organmaterial von Tieren zustimmen würden, reagierten bei einer italienischen Untersuchung Transplantationspatienten (Leber) deutlich affektiv und skeptisch (*Rubatelli et al.* 2009). Viel zu wenig untersucht ist die Bedeutung des „Ekel-Faktors“ in Bezug auf die öffentliche und subjektive Bewertung von Heil- und Behandlungsverfahren (vgl. dazu eine aufschlussreiche Darstellung in der Zeitschrift „Bioethics“ von *Niemelä* 2011).

Eine Seelsorge, die sich als Bestandteil eines ganzheitlich orientierten Gesundheitssystems versteht (vgl. *Roser* 2013 zum Verständnis von Seelsorge als *Spiritual Care*), wird darauf achten, dass gerade bei erheblichem Zeit- und Erfolgsdruck Beteiligte (Patienten, Mitarbeitende und Angehörige) Möglichkeiten haben, ihren Gefühlen, Gedanken, Einwänden, Hoffnungen, Sorgen und Ambivalenzen nachzugehen und ihnen Raum zu geben. Bereits im Zusammenhang der postmortalen Organspende ist bekannt, dass unausgesprochene innere Widerstände von klinischem Personal dazu führen, potenzielle Organspender nicht zu melden. Die im Folgenden von Bernhard Barnikol-Oettler geschilderten Aspekte lese ich deshalb wie eine Topografie der Fragestellungen, auf die Seelsorgende im bereits vorhandenen und potenziell erst noch entstehenden Zusammenhang der Transplantation tierischen Zell- und Organmaterials in Menschen in besonderer Weise zu achten haben. Dass dabei auch die Selbstwahrnehmung eine bedeutende Rolle spielt, gilt es besonders zu beachten: *Aus diesen subjektiven Erfahrungen und Eindrücken, die in keiner Form repräsentativ sind, möchte ich nun meine Vermutungen und Assoziationen formulieren: was erwarte ich aus seelsorglicher Sicht bei Patienten mit Xenotransplantationen für Reaktionen und Konsequenzen? Welche Themenfelder sehe ich angesprochen und welche Herausforderungen für die Theologie sehe ich?*

1. *Ich vermute, dass es auch bei möglichen Xenotransplantationen zu höchst unterschiedlichen Reaktionen, Empfindungen und Einschätzungen der Patienten kommt. Seelsorge als Gesprächspartnerin der Behandelten und Behandelnden kann einen Beitrag dazu liefern, diesen Zeit zu geben und Gehör zu verschaffen.*

2. *Bei Interviews mit Betroffenen in Studien finde ich darüber hinaus notwendig, dass diese Interviews auch tiefenhermeneutisch arbeiten und ob und wie z. B. nach Träumen gefragt wird. Die Gefahr von Rationalisierungen halte ich für hoch. Bei Eingriffen in die körperliche Integrität ist nach meinen Erfahrungen gerade Unbewusstes in einem hohen Maße tangiert. Die seit Langem ausgewiesene pastoralpsychologische Kompetenz von Seelsorgerinnen hat zumindest diese Ebene im Blick. Sie muss sie allerdings auch pro-*

aktiv mit einbringen, sowohl in die konkrete Behandlungssituation als auch Forschungsprojekte und qualitative Studiendesigns.

3. *Assoziativ denke ich, ob zum Beispiel auch die Kategorien von rein – unrein bei den Patienten eine Rolle spielen werden? Man möchte fast kabarettistisch sagen: ausgerechnet das Schwein ...* Die hermeneutische Kompetenz theologischer – das heißt auch theologiegeschichtlich fragender Seelsorge lässt hier Diskursbedarf erkennen, der theologische Ethik, Religionswissenschaften und exegetische Fächer mit einbezieht.

4. *Merkmal der Seelsorge ist, zunächst einmal wahrzunehmen, was die Patienten und Patientinnen erzählen. Wie sie eine Situation für sich deuten. Und dies ist – so meine Erfahrungen – höchst unterschiedlich, individuell, oft genug befremdend, erstaunlich, mitunter ärgerlich. Dies alles kann eine Zumutung bedeuten! Dieses Merkmal der Seelsorge entspricht dem, was Jürgen Ziemer in seiner ‚Seelsorgelehre‘ als annehmendes Verhalten beschreibt. Solches Verhalten kann gerade den Fremden in seiner Andersartigkeit und Fremdheit lassen (Ziemer 2004, 161) und nicht vereinnahmen. Fremdheit aushalten zu können beinhaltet die psychische Leistung des Aushaltens. Dafür muss ich Toleranz für das Fremde, Aushalten von Angst und Unsicherheit in mir aufbringen können. Ferner hat solches Verhalten immer realistische Grenzen. „Es gibt Partner in der Seelsorge, die ich im Moment – aus welchen Gründen auch immer – nicht wirklich wertschätzen kann“ (ebd., 164). Und Ziemer bleibt dabei nicht stehen, sondern macht auf die Psychodynamik aufmerksam. Denn das Wahrnehmen von Fremdheit ist ein zutiefst emotionales Problem. Es geht bei diesem Wahrnehmen um das Aushalten von eigener Angst und Unsicherheit.*

5. *Diese Zumutung gibt die Seelsorge an die Theologie weiter. Sie ist Bestandteil der postmodernen Dekonstruktion (vgl. Barnikol-Oettler 2001). Dekonstruktion meint auch, das Vertraute exotisch zu machen und das Exotische vertraut zu machen (Klessmann 2003, 412 – unter Bezug auf Michael White). Xenotransplantation als ein Feld zwischen Forschung und Praxisanwendung macht aufseiten der Theologie darauf aufmerksam, dass das Gespräch zwischen Praktikern und Theoretikern noch zu wenig geführt wird. Inwiefern die Erfahrungen und Einschätzungen der Seelsorgenden an forschungsorientierten Kliniken in der theologischen Ethik und der Seelsorgetheorie diskutiert werden, und wie ein Transfer der Theorie in die praktische Gestaltung seelsorglichen Handelns gelingt, bedarf erhöhter Aufmerksamkeit.*

6. *Die durch Xenotransplantation zu erwartende Erweiterung des Denkbaren und Möglichen reiht sich ein in die großen (Kopernikus, Darwin und Freud) und kleinen Kränkungen der Menschheit. Der Mensch ist in bestimmter Hinsicht nichts anderes als biologische Materie. Er ist animal rationale mit der Betonung auf animal.*

7. *In der Xenotransplantation werden tief greifende Transformationsprozesse im Verständnis des Menschen greifbar und gegenständlich. Ein anderer Punkt ist die Möglichkeit von künstlichen Prothesen, die zum Teil leistungsfähiger als das körperliche Original sind. Tief sitzende Ängste aber auch großartige Hoffnungen, Allmachts- und Ohnmachtsgefühle werden mobilisiert.*

8. *Der Diskurs über ‚Natur und Kultur‘ geht dabei in eine neue Runde. Dabei kann hinter die Einsicht der Aufklärung nicht zurückgegangen werden, dass jeder Diskurs über ‚die Natur‘ zutiefst kulturell imprägniert ist. Ein aktuelles Beispiel für diese Einsicht ist*

der Gender-Diskurs. Der psychoanalytische Diskurs kommt vielleicht auch hier zu neuen Ehren, der die ‚Natur in uns‘ in der Triebtheorie thematisiert hat (vgl. Green 2010). Hier zeigt sich, welche Gesprächsmöglichkeiten sich aufgrund eines konkreten Fragefeldes ergeben.

9. Dies alles hat Rückwirkungen auf die theologische Theoriebildung. Jede ontologische Bestimmung des Menschen, jede Rede von einem ‚Menschenbild‘ steht zunehmend in Gefahr, zur bloßen Ideologie zu verkommen. Im Gegensatz dazu hilft die Einsicht, dass gerade theologisch gilt: „homo definiri nequit“ (Dalferth 1979; Barnikol-Oettler 1996, 307–310).

Literatur

- Abouna G. M. (2003): Ethical Issues in Organ and Tissue Transplantation, in: *Experimental and Clinical Transplantation* 2, 125–138.
- AlKhwari F. S.; Stimson G. V.; Warrens A. N. (2005): Attitudes toward Transplantation in U. K. Muslim Indo-Asians in West London, in: *American Journal of Transplantation* 5, 1326–1331.
- Barnikol-Oettler B. (1996): Das situierte Subjekt. Philosophische, psychologische und theologische Untersuchungen zu einer Theorie des Subjekts (Theologie im Gespräch 8), Essen.
- Barnikol-Oettler B. (2001): Ein religiöses Genie. Theologische Annäherungen an Friedrich Nietzsche, in: K. F. Grimmer (Hg.): *Theologie im Plural. Fundamentaltheologie – Hermeneutik – Kirche – Ökumene – Ethik. Joachim Track zum 60. Geburtstag*, Frankfurt am Main, 87–98.
- Clemm S.; Jox R. J.; Borasio G. D.; Roser T. (2013): The role of chaplains in end-of-life decision making: Results of a pilot survey, in: *Palliative and Supportive Care*, doi: 10.1017/S1478951513000266.
- Dalferth, I. U. (1979): Homo definiri nequit. Logisch-philosophische Bemerkungen zur theologischen Bestimmung des Menschen, in: *ZThk* 76, 191–224.
- Ellison T. (2006): Xenotransplantation – ethics and regulation, in: *Xenotransplantation* 13, 505–509.
- Green A. (2010): Das Intrapsychische und das Intersubjektive in der Psychoanalyse, in: M. Altmeyer; H. Thomä (Hg.): *Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse*, Stuttgart, 2. Aufl., 227–258.
- Heller B. (Hg.) (2012): *Wie Religionen mit dem Tod umgehen. Grundlagen für die interkulturelle Sterbebegleitung (Palliative Care und Organisationsethik 22)*, Freiburg im Breisgau.
- Jüngel E. (2003): *Wertlose Wahrheit. Zur Identität und Relevanz des christlichen Glaubens (Theologische Erörterungen III)*, München (2. Aufl., Tübingen).
- Klessmann M. (2003): Seelsorge im Zwischenraum/im Möglichkeitsraum. Pastoralpsychologische De- und Rekonstruktionen; in: *WzM* 55, 411–426.
- Myaskovsky L.; Dew M. A.; McNulty M. L.; Switzer G. E.; DiMartini A. F.; Kormos R. L.; McCurry K. R. (2006): Trajectories of Change in Quality of Life in 12-Month Survivors of Lung or Heart Transplant, in: *American Journal of Transplantation* 6, 1939–1947.
- Niemelä J. (2011): What puts the ‘Yuck’ in the Yuck Factor?, in: *Bioethics* 25, 267–279.
- Pirker, V. (2013): *Fluide und fragil. Identität als Grundoption zeitsensibler Pastoralpsychologie (Glaubenskommunikation Reihe Zeitzeichen 31)*, Ostfildern.
- Roser T. (2013): Seelsorge und Spiritual Care, in: M. Klessmann (Hg.): *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, 4. Aufl., Göttingen, 58–76.

- Rubaltelli E.; Burra P.; Canova D.; Germani G.; Tomat S.; Ancona E.; Cozzi E.; Rumiati R. (2009): People's attitude toward xenotransplantation: affective reactions and the influence of the evaluation context, in: *Xenotransplantation* 16, 129–134.
- Skjold R. (2002): Xenotransplantation – View of the Transplanted Patient, in: *Acta Veterinaria Scandinavica Supplementum* 99, 59–63.
- Sykes M.; d'Apice A.; Sandrin M. (2004): IXA Ethics Committee: Position paper of the Ethics Committee of the International Xenotransplantation Association, in: *Transplantation* 78, 1101–1107.
- Thomas C. (2007): Public dialogue and xenotransplantation, in: *Medical Law Review* 26, 801–815.
- Wright L.; Ross K.; Daar A. S. (2005): The Role of a Bioethicist on an Organ Transplantation Service, in: *American Journal of Transplantation* 5, 821–826.
- Ziemer J. (2004): *Seelsorgelehre. Eine Einführung für Studium und Praxis (UTB 2147)*, 2. Aufl., Göttingen.

The article discusses the manifold challenges posed by (xeno-) transplantation procedures to the theory and practice of clinical pastoral care. Its argument is made against the backdrop of the central conflict between urgent medical decision-making and the aims of a holistic care for patients. Presenting communication between care givers and patients as pivotal, the authors investigate into the diverse perspectives and contributions of patients, relatives, care givers, medical professionals, and theologians towards the success and ethical supervision of such procedures, with respect to psychological and religious aspects. A catalog of anticipated problems confronting care givers in the context of xenotransplantation and of desirable areas of research concludes the article.