

Mensch, wo bist du hingekommen – vom Kind Gottes zum Ersatzteillager?

Bremen, 22.05.2009

Dipl.-Psych. Roberto Rotondo

Als Krankenpfleger habe ich sieben Jahre (von Juli 1989 bis September 1996) auf einer Inneren Intensivstation in Hamburg gearbeitet und dort auch „hirntote“ Patienten gepflegt. Mit dem Tod hatte ich aber schon vorher häufig Kontakt. Meinen Zivildienst leistete ich auf einer Pflegestation in einem Altenheim ab. Damals (1981/82) zählte ich die Toten noch mit – es waren 18 in 16 Monaten. Es waren die erste Male, dass ich das Sterben von Menschen bewusst miterleben konnte und mit Leichen Kontakt hatte. Sich im Zimmer eines Sterbenden aufzuhalten, ist damals etwas besonderes gewesen und bis heute geblieben. Alles an einem Sterbenden verdeutlicht, dass dieser Mensch lebt. Herzschlag, Atmung, die Wärme der Haut, Ausscheidung und Bewegung u.a.m. Man muss sie sehr gut pflegen, damit sie sich beispielsweise nicht wund liegen.

Ich habe Menschen erlebt, die monatelang im Sterben lagen und sich quälten. Andere hörten einfach auf zu essen und zu trinken und starben Wochen später sehr ruhig und friedlich. Auf der Intensivstation erlebte ich, dass Menschen mitten im Gespräch einen Herzstillstand erlitten. Dann wurde unter Einsatz aller Möglichkeiten um sie gekämpft. Wir versuchten sie zu intubieren, zu reanimieren und wenn dies nicht gelang, gaben wir auf und sie waren sofort Tod. Eine Frau werde ich nie vergessen, die qualvoll erstickte, nachdem der Stationsarzt ihr den externen Herzschrittmacher abstellte.

Was bei all diesen unterschiedlichen Arten des Todes gleich war, war der Umstand, das es jedesmal ein besonderer Moment ist, wenn ein Mensch stirbt und der Tod eintritt. Es ist spürbar und sichtbar, dass die Seele den Menschen verlässt. Wenn der Tod, wie wir ihn bisher kannten, eintritt, dann ist der Kampf vorbei, auch der der Mediziner und Pflegekräfte. Wenn die Atmung aussetzt und der Kreislauf versagt, setzt Stille ein.

Angehörige waren entweder beim Sterben anwesend oder wurden nach dem Eintritt des Todes verständigt. Wir Pflegekräfte versorgten den Leichnam. Im Altenheim gehörte es zu meinen Aufgaben, Leichen zu waschen und in den Keller, in den Kühlraum zu bringen. Auch in der Krankenpflegeausbildung, die ich in der Nähe von Bremen in einem kleinen Krankenhaus machte, gehörte es zu meinen Aufgaben Leichen zu versorgen und danach in den Kühlraum zu bringen.

All diese Erfahrungen – und auch der Theorieunterricht bzw. das Sterbeseminar in der Pflegeausbildung – konnten mich jedoch nicht auf „hirntote“ Patienten vorbereiten.

Die „hirntoten“ Patienten, die ich betreut habe, lagen oft mehrere Tage auf der Station. Als

sie aufgenommen wurden, wurden sie nicht als „Hirntote“ gesehen und behandelt, weil sie es nicht waren. Wir versuchten, ihnen zu helfen, sie zu heilen. Wenn der Verdacht aufkam, dass ein Patient „hirntot“ sein könnte, konnte es passieren, dass man z.B. zum Frühstück geht und der Neurologe währenddessen die klinische Testung beim Patienten durchführt. Der Hirntod wurde diagnostiziert und mir dann mitgeteilt.

Nun sollte der Patient „hirntot“ sein, doch er unterschied sich äußerlich überhaupt nicht von dem Zustand, in dem ich ihn verlassen hatte. Jetzt sollte ich ihn als Leiche ansehen und auch behandeln. Aber Leichen muss man nicht mehrmals waschen. Sie benötigen keine Mund- und Hautpflege, das Absaugen, sowie Lagerung und Medikamentengaben entfallen bei einer Leiche. „Hirntote“ Patienten liegen im Bett wie andere bewusstlose Patienten auch, das Herz schlägt und sie atmen mit technischer Unterstützung durch Beatmungsgeräte. Sie fühlen sich nicht wie Tote an, der Stoffwechsel funktioniert, „hirntote“ Frauen sind in der Lage zu gebären, „hirntote“ Männer können Erektionen haben. Sogar massive Bewegungen der Arme und Beine sind möglich.¹ Todeszeichen wie die Totenflecken oder die Leichenstarre fehlen vollständig. Wunden können ausheilen. In der Regel wird ein Leichnam innerhalb weniger Stunden in die Leichenhalle gebracht. Dies alles ist bei einem Hirntoten anders. Nach der „Hirntoddiagnostik“ und Feststellung des „Hirntodes“ wird der Patient zu einem Objekt, einer Sache, die man „verwerten“ kann.

Wenn es zur Einwilligung in eine Organentnahme kam, mussten sich die Angehörigen verabschieden und ich den Patienten zur Verlegung ins Transplantationszentrum vorbereiten. Normalerweise – bei normal Verstorbenen - blieb ich im Zimmer eines Sterbenden und begleitete die Angehörigen durch diese schlimme Situation, bis zum Tod des Patienten. Für alle Beteiligten war ein Abschied möglich und auch mir wurde in dieser Situation bewusst, dass ein Leben endete. Aber das Verlegen eines „hirntoten“ Patienten ins Transplantationszentrum entspricht der Verlegung eines lebenden Patienten mit Beatmung. Ein Abschied war, ist, für niemanden möglich. Das „Unanschauliche“, der „Hirntod“, war nicht nur für mich, sondern ist für viele Pflegekräfte emotional nicht nachvollziehbar, da der „hirntote“ Patient mit eigenen Sinnen auch als lebendig erscheinend wahrgenommen wird. Er reagiert sogar auf Schmerzreize - auch bei Organentnahmen - und er kann sich massiv bewegen! Offiziell sind das keine Schmerzreaktionen. Der „hirntote Patient“ der vor einem liegt, ist sehr real. Im Gegensatz dazu muss man sich den Organempfänger phantasieren.

Manchen Pflegekräften fällt es schwer, den Angehörigen einen Tod zu vermitteln, der für sie selbst, aus dem Pflegeverständnis heraus, nicht nachvollziehbar ist.

Wenn man dem Transplantationsgesetz Glauben schenkt, wird die Würde des

Verstorbenen während der Organentnahme gewährleistet und der Leichnam achtungsvoll behandelt. Das Äußere des Leichnams wird nach erfolgter Organentnahme wieder hergestellt, heißt es. Für meine Diplomarbeit im Fach Psychologie habe ich OP-Pflegekräfte befragt, die bei Organentnahmen assistierten. Erst zu diesem Zeitpunkt wurde mir bewusst, was mit den „hirntoten“ Patienten passierte, die ich als Krankenpfleger versorgt habe.

Versuchen Sie sich diesen „menschewürdigen“ Akt einer Organentnahme einmal vorzustellen. Immerhin können bei einer Multiorganentnahme Hornhäute, Innenohren, Kieferknochen, Herz, Lungen, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse, Magen, Knochen, Bänder und Knorpel, Haut, Adern und Knochenmark entnommen werden.² Ja sogar Gesichter wurden transplantiert. Ich kann mir die Frage nicht beantworten, wie die Würde des Verstorbenen hierbei gewahrt wird. Folgende Aussage von Christine Lang, Krankenschwester, soll dies verdeutlichen:

„Es ist nicht das Ich des Verletzten, nicht die Sprache der Kehle, des Mundes der Zunge, die das Ausmaß des Zugefügten bekundet. Es ist das Bild, die Aussagekraft des Körpers an sich, die das Erleiden dokumentiert und in mir das Phänomen infernalisches Schmerzes und markerschütternder Schmerzensschreie hervorruft.“³

Es wird behauptet, dass in diesem Zustand kein Schmerzempfinden mehr möglich ist. In der Informationsbroschüre „Kein Weg zurück ...“ des Arbeitskreis Organspende wird jedoch folgende Aussage gemacht:

„Es ist richtig, dass die unübersehbare Vielzahl von Hirnfunktionen nicht durch klinische oder apparative Untersuchungen in ihrer Gesamtheit erfasst werden kann. Dies ist aus medizinischer Sicht auch unnötig.“⁴ Laut Aussagen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) konnten in Ausnahmefällen EEG-Aktivitäten trotz klinischer Hirntod-Zeichen und nachgewiesenen Durchblutungsstillstandes beobachtet werden und „es zu einem Überleben umschriebener Nervenzellpopulationen nach Eintreten des Hirntodes kommen“⁵, weil sie durchblutet werden. Warum sollten Wahrnehmungen in diesem Zustand nicht möglich sein? „Noch vor wenigen Jahrzehnten glaubten Mediziner, Neugeborene können keinen Schmerz empfinden. Sie nahmen alle möglichen Eingriffe ohne Betäubung vor - eine schwerwiegende Fehleinschätzung, wie wir heute wissen. Ein Baby empfindet den Schmerzreiz ebenso wie ein Erwachsener.“⁶

„Hirntote“ werden als Verstorbene, Gestorbene, Leichname und Leichen bezeichnet. Diese „Leichen“ werden aber auch als „Ganzkörper-Lagerstätten“, „Neosterbliche“⁷, „belebte Materie“, biologische Masse“ oder „human vegetable“ - „menschliches Gemüse“

charakterisiert.⁸ Bei der Explantation wird das „menschliche Gemüse“ folgerichtig nicht entnommen, sondern im „englischen Medizinerjargon heißt diese Methode »to harvest«, - »ernten« also.“⁹

„Mensch, wo bist du?“ lautet das Motto des Kirchentages. „Mensch, wo bist du hingekommen in der Transplantationsmedizin?“ lautet meine, unsere Frage.

Reduziert auf „menschliches Gemüse“!

Was mich bis heute erschreckt, nachdenklich macht und bei mir Schamgefühl auslöst, ist die Tatsache, dass man mir weismachen konnte, dass „hirntote“ Menschen tot sein sollen bzw. kein Schmerzenempfinden mehr haben sollen, obwohl sie doch eindeutig lebendig sind. Dies lag daran, dass mir Informationen fehlten, ich nicht wirklich hinsah bzw. meinem Gefühl nicht vertraute.

„Mensch, wo bist du?“ Wenn Sie genau hinsehen, dann sehen Sie den Menschen und nicht das „Gemüse“!

Dipl.-Psych. Roberto Rotondo
Informationsstelle
Transplantation und Organspende
Rappstraße 9, 20146 Hamburg
Mail: [info\(@\)transplantation-information.de](mailto:info@transplantation-information.de)
www.transplantation-Information.de

- ¹ Linke, Detlef. B.: Hirnverpflanzung. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1993, S. 117 ff.
- ² Kimbrell, Andrew: Ersatzteillager Mensch: Die Vermarktung des Körpers. Frankfurt am Main; New York (Campus Verlag) 1994, S.36 f.
- ³ Lang, Christine, In: Hoff, J. / In der Schmitt, J. (Hrsg.): Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium. Reinbek bei Hamburg (Rowohlt) 1994, S. 397 ff.
- ⁴ Arbeitskreis Organspende: Kein Weg zurück... Informationen zum Hirntod, 1. A.100.8/99, S. 29. Broschüre zu erhalten von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de).
- ⁵ Deutsche Stiftung Organtransplantation (Hrsg.): Der Hirntod als der Tod des Menschen, 1. A.30.12/95, S.36. ISBN-10: 3980732703 oder ISBN-10: 3980732703
- ⁶ Elisabeth C. Gründler. Sich die Welt ertasten: Der Tastsinn bei Säuglingen und Kleinkindern. Das Familienhandbuch des Staatsinstituts für Frühpädagogik (IFP). http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Kindliche_Entwicklung/s_1_142.html. Letzte Änderung: 01.04.2004. Datum der Internetrecherche: 21.05.2009. Vgl. Neue Zürcher Zeitung. Wie viel Bewusstsein braucht der Schmerz? <http://www.nzz.ch/2003/07/02/ft/article8XAJQ.html?printview=true>. Erscheinungsdatum 2. Juli 2003. Datum der Internetrecherche: 21.05.2009.
- ⁷ Kimbrell, Andrew: Ersatzteillager Mensch: Die Vermarktung des Körpers. Frankfurt am Main; New York (Campus Verlag) 1994, S. 45
- ⁸ Landeskirchenamt, Altstädter Kirchenpl. 5 in 33602 Bielefeld (Hrsg.): „Transplantation: Spenden und Empfangen. Thesen, Texte und Anregungen für das Gespräch über Organtransplantation“, in: „Materialien für den Dienst in der Evangelischen Kirche von Westfalen“. Reihe B Gemeindearbeit, Heft 10 (1995), S. 101, Fußnote 8f.
- ⁹ Greinert, Renate. / Wuttke, Gisela (Hrsg.). „Organspende. Kritische Ansichten zur Transplantationsmedizin“, Göttingen Lamuv . (1993), 1. Aufl. Nov., S. 47