



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Universitäre Bildungsakademie  
Weiterbildung „Intensiv- und Anästhesiepflege“

# **Hirntod**

## **Belastungsfaktoren des Pflegepersonals und deren präventive Möglichkeiten**

**Anna-Katharina Grieger**

**A&I Kurs09/08**

**Hausarbeit Modul 4**

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung
2. Belastungsfaktoren des Pflegepersonals bei der Betreuung von Menschen mit der Diagnose Hirntod
  - 2.1. Konditionierung des Organspenders
  - 2.2. Betreuung der Angehörigen des Hirntoten
3. Präventive Maßnahmen für das Pflegepersonal
4. Fazit

**„Der Mensch ist erst wirklich tot, wenn  
niemand mehr an ihn denkt.“**

Brecht, B. (1898-1956)

## **Einleitung:**

In meiner Tätigkeit als Krankenschwester auf einer Intensivstation im Albertinen Krankenhaus betreute ich in den letzten Monaten mehrere Patienten<sup>1</sup> mit der Diagnose Hirntod. Ich pflegte diese Menschen über einen Zeitraum von mehreren Tagen, sowohl vor als auch nach Feststellung des Todeszeitpunkts bis hin zur Übergabe an das Operationsteam, welches die Organexplantation vornahm. Diese Ereignisse beschäftigten das Team der Station sehr. Waren doch bisher Hirntoddiagnostiken mit folgender Explantation der Organe eher selten. Dies gab Anlass sich intensiver mit dem Hirntod auch im Zusammenhang mit der Organspende auseinander zu setzen.

Dieses Thema ist äußerst umfangreich, wenn auch gesellschaftspolitisch gesehen eher ein Randthema und dennoch kontrovers diskutiert. Da gibt es den ethischen Konflikt der die Frage nach der Bestimmung des Todeszeitpunktes beinhaltet. Die Sichtweise der Forschung im Vergleich zu den Bedenken des Vatikans gegen die „Neudefinierung des Todes“ (Mattei de, R. 2008) könnten nicht unterschiedlicher sein. Diese Aspekte können und sollen an dieser Stelle, aufgrund der engen Rahmenbedingungen dieser Ausarbeitung, nicht weiter erläutert werden.

In dieser Arbeit soll aus pflegerischer Sicht beschrieben werden welche Faktoren, bei der Betreuung von Menschen mit der Diagnose Hirntod, als belastend empfunden werden können. Des Weiteren soll erörtert werden, welche Möglichkeiten dem Pflegepersonal zu Verfügung stehen, um mit eventuellen Zweifeln und Überforderungen, die im Zusammenhang mit der Versorgung von Hirntoten auftreten können, zurechtzukommen.

## **Belastungsfaktoren des Pflegepersonals bei der Betreuung von Menschen mit der Diagnose Hirntod**

Zu Beginn stellt sich die Frage, ob Pflegende die Versorgung von hirntoten Menschen überhaupt als belastend empfinden. Eine quantitative Datenanalyse beschreibt, dass 46% der Befragten diese Frage bejahten (vgl. Conrad, J., Feuerhack, M., 2002: S. 112).

Dieser Frage liegt die Sichtweise eines jeden Pflegers auf das Konzept des Hirntodes nach dem eigenen Pflegeverständnis zugrunde. Der Pfleger muss sich

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird wegen der besseren Lesbarkeit von Patienten und Pflegern in der männlichen Form gesprochen, ohne aus dem Blick zu verlieren, dass es sich bei den angesprochenen Personen um Männer und um Frauen handelt.

in diesem Moment moralisch festlegen, entweder wird der Hirntod als Tod des Menschen akzeptiert oder nicht.

Im Fall der Akzeptanz ist es möglich, dass der Pflegende sein bisheriges Verständnis von Pflege erweitern muss. Es handelt sich nun nicht mehr ausschließlich um die Förderung der Gesunderhaltung sowie Pflege von Kranken und Sterbenden, sondern auch um die Pflege von Verstorbenen (vgl. Conrad, J., Feuerhack, M. 2002: S. 83- 84).

Für die Pflegenden kann schon die Diagnosestellung ein ethisch-moralisches Dilemma darstellen. Es herrscht Verwirrung und Unsicherheit darüber, ob der Patient tatsächlich tot ist.

34% der Befragten lehnen die Gleichsetzung des Hirntodes mit dem Tod des Menschen ab. Obwohl 70% das Verfahren zur Feststellung des Todes als ausreichend empfinden zweifeln 46% der Pflegenden die Diagnose Hirntod bei ihrem Patienten an (vgl. Conrad, J., Feuerhack, M., 2002: S. 99- 116).

Ursächlich für diese Zweifel scheint zum Einen die Frage, ob ein Mensch überhaupt tot sein kann, wenn keinerlei äußere, sichere Todeszeichen erkennbar sind. Zum Anderen könnte es sich möglicherweise auch um eine Fehlinterpretation eines Locked-in-Syndroms handeln (vgl. Osterhage, J., 2004: S. 112- 113).

Aus diesem Grund sprechen etwa die Hälfte aller Pfleger mit dem Verstorbenen, denn 54% glauben daran, dass der Patient mit der Diagnose Hirntod noch Empfindungen hat oder sogar, dass sich seine "Seele" noch in der Nähe aufhalten könnte (vgl. Conrad, J., Feuerhack, M., 2002: S.102- 107).

Ein weiterer belastender Faktor scheint das Dilemma, dass dem Pfleger nach der Diagnosestellung kaum Zeit bleibt zu realisieren sowie sich damit tatsächlich auseinander zu setzen, dass der Mensch soeben verstorben ist. Ist doch der Körper des Hirntoten bei funktionierendem Kreislauf noch warm und es hebt sich der Brustkorb im Rhythmus des, durch den Respirator initiierten, Atemzuges. Dieser Konflikt kann dazu führen, dass die Notierung der Vitalparameter eines Toten als makaber empfunden wird und das Gefühl entstehen lassen, dass die weitere Versorgung und das Aufrechterhalten des Kreislaufs schon an Leichenschändung grenzen könnte (vgl. Conrad, J., Feuerhack, M., 2002: S. 55, 86).

Als ein weiterer sehr belastender Punkt wird der Wettlauf gegen die Zeit gesehen. Abgesehen von dem Zeitdruck die Organe erhalten zu müssen, entsteht zusätzlich der Zwiespalt, dass die Zeit, welche für die Versorgung des Hirntoten aufgebracht wird, den lebenden, schwerstkranken Menschen verloren geht. Der Pfleger befindet sich in einem inneren Konflikt und fragt sich, ob man mehr Zeit in die Versorgung eines Toten als in die eines lebenden, mit einer potentiellen Überlebenschance, investieren darf (vgl. Kuhlmann, B., 2001: S. 131). Zurück bleiben bei dem Pflegepersonal Schuldgefühle den anderen Patienten gegenüber, denen sie, nach eigenem Empfinden, nicht gerecht werden können. Ein ursächlicher Faktor dieses Zwiespaltes wird von der Pflege in der meist schlechten personellen Besetzung gesehen (vgl. Conrad, J., Feuerhack, M., 2002: S. 86).

### **3.1. Konditionierung des Organspenders**

Bei der Konditionierung des Organspenders handelt es sich um protektive Maßnahmen und Überwachungen, die ausschließlich dem Erhalt der Organe die der Verstorbene zu spenden bereit ist, dienen.

Diese Konditionierung ist äußerst aufwendig, zeitintensiv und fällt hauptsächlich in den Aufgabenbereich der Pflegenden, welche alle Parameter überwachen und Auffälligkeiten an den Arzt weiterleiten. Die Komplikationen die auftreten können sind vielfältig und die erforderlichen Pflegemaßnahmen umfangreich. Sie verlangen von den Pflegenden höchste Konzentration, Umsichtigkeit und Belastbarkeit. Mögliche Komplikationen sind:

-häufige Blutentnahmen→ Blutgasanalysen um die Beatmung zu optimieren, Blutbilduntersuchungen, HIV und Hepatitisserologie, spezielle Blutentnahmen zur Gewebstypisierung.

-Herz-Kreislaufschwankungen→ mögliche Schwankungen von extremen Kreislaufdepressionen und hypertensiven Krisen innerhalb weniger Minuten können den ständigen Einsatz und Wechsel hochpotenter Medikamente notwendig machen.

-Elektrolytverschiebungen→ Diabetes insipidus bedarf einer enormen Substitution von Flüssigkeit und Verabreichung spezieller Medikamente.

-Temperaturdysregulationen→ sowohl zentrales Fieber als auch die Hypothermie bedürfen pflegerisch aufwendiger physikalischer Maßnahmen.

Abgesehen von all diesen Maßnahmen sind noch weitere Grundlegende pflegerische Tätigkeiten, wie das Umbetten für eine optimale Lungenbelüftung, sowie das Freihalten der Atemwege durch endotracheales Absaugen, durchzuführen. Ebenfalls ist die Körperpflege, im Speziellen die Augenpflege wegen einer eventuellen Spende der Kornea, als auch Verbandswechsel notwendig.

Die Durchführung dieser Maßnahmen wird von Pflegenden als selbstverständlich angesehen. Sie sind allerdings auch Teil der Versorgung eines lebenden Intensivpatienten und lenken daher den Pflegenden von seinem inneren Konflikt der Hirntod-Diagnose ab (vgl. Klein, K., 2004: S. 61-66).

Des Weiteren empfinden Pflegende die Konditionierung als einen Kampf um den Erhalt der Organe. Gleichzeitig haben sie Versagensängste, diese durch einen Fehler zu schädigen und somit eine Explantation sowie Transplantation für die Empfänger unmöglich zu machen (vgl. Conrad, J., Feuerhack, M., 2002: S. 87-91).

Dennoch äußern nur 25% der Befragten klar, dass sie sich bei der Konditionierung engagieren würden. Dies zeigt einen weiteren Zwiespalt, in dem sich die Pflegenden befinden (vgl. Conrad, J., Feuerhack, M., 2002: S. 107-109).

### **3.2. Betreuung der Angehörigen des Hirntoten**

Die Betreuung der Angehörigen stellt die Pflege vor eine große Herausforderung. 75% der Befragten geben an, die Angehörigenbetreuung sei für sie selbstverständlich. In den Aussagen spiegelt sich aber wieder, dass die Betreuung nicht ganz unproblematisch zu sein scheint.

Pflegende geben an, sie hätten Angst vor der Reaktion der Angehörigen, wenn diese über die Möglichkeit der Organspende ihres verstorbenen Angehörigen informiert werden.

Des Weiteren äußern sie, dass sie in dem Moment, in dem sie mit den Angehörigen ans Bett treten, sich sehr hilflos und überfordert fühlen. Sie seien ratlos, wie sie den Angehörigen den Hirntod näher bringen können. Erweckt der Verstorbene doch für sie den Eindruck, dass er schlief oder im Koma läge. Selbst für den Pflegenden besteht bis dahin kaum die Möglichkeit die ganze Situation zu reflektieren und sie zu realisieren. In diesem Zusammenhang treten Zweifel auf, die Angehörigen in ihrer Trauerbewältigung und Abschiednahme nicht richtig

begleiten zu können. Zusätzlich verursacht der Faktor Zeit ein schlechtes Gewissen, da Pflegende sich nicht ausreichend mit den Sorgen und Bedürfnisse der Angehörigen auseinandersetzen können. Sie empfinden Fragen, welche auf die Heilungschancen des Verstorbenen abzielen, als quälend (vgl. Conrad, J., Feuerhack, M., 2002: S. 89- 91).

### **3.3. Präventive Maßnahmen für das Pflegepersonal**

Die präventiven Maßnahmen für das Pflegepersonal, um sich vor Belastungen bei der Versorgung von hirntoten Menschen zu schützen, bzw. diese zu verarbeiten sind zahlreich. Zum Einen sind Supervisionen im Team zu nennen. Zum Anderen besteht die Möglichkeit das Thema Hirntod in Aus-, Fort- und Weiterbildungslehrpläne zu integrieren (vgl. Conrad, J., Feuerhack, M., 2002: S. 115- 123, 163-180). Diese werden auch von Seiten der DSO (Deutsche Stiftung Organspende) angeboten (vgl. Klein, K., 2004: S. 66). Aufgrund des engen Rahmens dieser Hausarbeit können diese Punkte nicht weiter vertieft werden. Zudem steht dem medizinischen Personal ein Konzept bezüglich der Vorgehensweise und Gesprächsführung mit Angehörigen hirntoter Menschen zur Verfügung. Dies soll dem Personal mehr Sicherheit im Umgang mit Angehörigengesprächen geben und den allgemeinen Ablauf erleichtern. In diesem Konzept wird empfohlen, dass das Pflegepersonal von ärztlicher Seite in die Angehörigengespräche mit einbezogen oder ggf. zeitnah informiert werden soll, um den Angehörigen gegenüber unklare Aussagen und Informationen zu vermeiden.

Im Umgang mit der Hirntod-Diagnostik sei darauf zu achten, dass die Angehörigen über diesen Schritt und seine möglichen Konsequenzen informiert werden und nach eigenem Wunsch diesem Verfahren beiwohnen können. Dieses Angebot soll die Transparenz der Diagnostik sowohl Angehörigen als auch Pflegern gegenüber hervorheben.

Die Überbringung der Todesnachricht stellt eine große Herausforderung dar. Dabei soll den Angehörigen kurz, aber klar die Diagnose von dem Arzt mitgeteilt werden. Diese kann durch das Zeigen von CT-Bildern gestützt werden. Am Bett kann es hilfreich sein, dass die Pflegekraft mehrmals den Trauernden gegenüber erwähnt, dass ihr Angehöriger verstorben ist.

Das Gespräch um die Bitte einer Organspende sollte von dem der Überbringung der Todesnachricht getrennt werden. Angehörige fühlen sich häufig in diesem Moment überfordert und müssen zunächst erstmal Abschied nehmen. Um den Abschied zu erleichtern wird dem Pfleger empfohlen die Angehörigen bezüglich eines Rituals, wie das Anzünden von Kerzen oder das beilegen eines Briefes, zu befragen. Den Angehörigen sollte unbedingt die Zeit zugestanden werden, die sie für ihre Abschiednahme benötigen. Unabhängig von ihrer Entscheidung über eine Organspende.

Bei der Bitte um eine Organspende sollten Pflege und Ärzte das Gespräch zusammen führen. Möglich ist auch die Teilnahme eines Mitarbeiters der DSO. Entscheidend ist, dass zuvor klar im medizinisch- pflegerischen Team besprochen wird, wer dieses Gespräch leitet. Dies vermeidet Unsicherheiten und Unstimmigkeiten im Team und gibt den Angehörigen das Gefühl gut aufgehoben zu sein.

Nach Beendigung dieses Gespräches wird entweder die Therapie des Verstorbenen eingestellt oder die Konditionierung des Hirntoten beginnt (vgl. Blaes, A.-B., Mauer, D. 2004: S. 271- 277).

### **Fazit:**

Mein Fazit, welches aus dieser Ausarbeitung folgt, ist die Bestätigung der aufgeführten Belastungen aus der Praxis. Aus diesem Grund sollte dieses Thema gerade in unserer fortschrittlichen Welt an Bedeutung gewinnen. Es sind die Pflegekräfte, im Bezug auf das muliprofessionelle Team gesehen, die den engsten Kontakt zum Patienten haben und meistens schon eine emotionale Bindung zu dem hirntoten Menschen aufgebaut haben. Meiner Meinung nach könnten kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen die Belastungsdimensionen drastisch reduzieren.

Als gut praktikabel halte ich das Konzept zur Angehörigenbetreuung. Würden sich Pflege als auch Ärzte in der Praxis an die Vorgaben halten, wäre sicherlich eine Reduktion der belastenden Faktoren denkbar.

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit von mir selbstständig, unter Hinzuziehung der genannten Literatur erstellt wurde.

Hamburg, den

## **Literaturverzeichnis:**

Blaes, A.-B., Mauer, D. (2004): Betreuung der Angehörigen von Organspendern-Herausforderung für das Intensivpersonal. In: intensiv, Heft 6, 2004, 12: Stuttgart (u.a.): Thieme, S. 271-277.

Conrad, J., Feuerhack, M. (2002): Hirntod, Organtransplantation und Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse- Verlag.

Klein, K., (2004): Intensivmedizinische Betreuung eines Organspenders. In: intensiv, Heft 2, 2004, 12: Stuttgart (u.a.): Thieme, S. 61-67.

Kuhlmann, B., (2001): Die Belastung von Pflegenden im Umgang mit hirntoten, potentiell organspendenden Menschen. In: intensiv, Heft 3, 2001, 9: Stuttgart (u.a.):Thieme, S. 130-135.

Mattei de, R. 2008: Hirntod. Vatikanische Bedenken gegen „Neudefinierung des Todes“ – Lebende nicht wie Kadaver behandeln. In: Katholisches- Magazin für Kirche und Kultur

Download vom 26.04.2009

<http://www.katholisches.info/?p=1694&print=1de> .

Osterhage, J., (2004): Der Hirntod – Definition, Ursache, Diagnostik. In: intensiv, Heft 3, 2004, 12: Stuttgart (u.a.):Thieme, S. 111-119.