

Allein in der Leichenkammer

Als Augenärztin muss Dr. Sarah Mihrs* regelmäßig bei Toten Hornhäute entnehmen. Eine sinnvolle Sache, da man mit einer Transplantation viele Patienten vor Blindheit bewahren kann. Trotzdem: Als die Ärztin das erste Mal allein in die Leichenkammer muss, möchte sie am liebsten sofort kündigen.



Natürlich ist sie aufgeregt: Zum ersten Mal muss sie heute – falls jemand anruft – Bulbi entnehmen. Eine Aufgabe, die alle Assistenzärzte in ihrer Klinik im Rahmen der Rufbereitschaft übernehmen. Sobald eine Klinik im Umkreis meldet, dass ein verstorbener Patient für eine Spende infrage kommt, muss sie hin und die Hornhäute holen. Fehler sollten dabei nicht passieren: Wie überall gibt es zu wenige Spender, die Wartelisten sind lang.

Keine leichte Aufgabe Ganz neu ist Dr. Mihrs* die Prozedur nicht: „Als Famulantin und in der Einarbeitungsphase war ich schon mehrmals dabei“, erzählt sie. „Aber ab diesem Tag war ich ganz allein verantwortlich dafür, dass die Hornhäute sicher und in guter Qualität in die Augenklinik kommen.“

Auch der Kontakt zu den Angehörigen, die sie oft um Zustimmung zur Spende bitten muss, liegt nun in ihrer Hand. Dafür muss sie viel telefonieren – oft vergeblich: „Gerade bei den Augen lehnen viele ab. Daher gibt es immer zu wenig Hornhäute, obwohl es viel mehr potenzielle Spender gibt als bei Organen.“

Wenn jemand mit der Spende einverstanden ist, muss der Arzt in Rufbereitschaft los. Das kann auch mitten in der Nacht sein, wenn man z. B. zu einer Multiorganentnahme gerufen wird: Die Augenärzte sind dann als letzte an der Reihe, weil die Hornhaut noch Stunden nach dem Herzkreislaufstillstand entnommen werden kann. „Wenn man Pech hat, ist das um 3 Uhr früh“, erzählt die Ärztin. „Dann wartet man dort die ganze Nacht – und kann anschließend gleich wieder in die Klinik zum Tagdienst.“

Ihr erster Fall Es ist ein schöner Spätsommertag. Am Nachmittag kommt der erste Anruf: Die benachbarte Klinik für Innere Medizin meldet einen geeigneten Patienten. „Eigentlich war alles, wie man

es sich wünscht“, sagt Mihrs. „Kein langer Weg, ich würde zu Fuß rübergehen können. Sogar die Einwilligung der Angehörigen lag vor.“ Auch Blut ist schon abgenommen worden, um es auf Infektionen zu testen.

Dann heißt es allerdings, der Tote sei bereits in der Leichenkammer. „Schon bei dem Wort krampften sich meine Eingeweide zusammen“, erinnert sich die Ärztin. „Ich war vorher noch nie in einer Leichenkammer, und mir wurde ganz übel bei dem Gedanken, wie ich – ganz allein – in Eiseskälte eine Reihe Schubfächer durchsehen muss, um ‚meine‘ Leiche zu finden.“

*Der Tote ist genauso alt
wie sie. Eine Weile kann sie
an nichts anderes denken.*

Sie reißt sich zusammen, nimmt den Koffer mit allen notwendigen Utensilien, der immer bereit steht, und macht sich auf den Weg. Sie weiß: Was sie macht, ist gut und wichtig – ein oder zwei Menschen werden durch die Hornhäute des Toten wieder sehen können. Aber muss es ausgerechnet die Leichenkammer sein? „Meist liegt der Patient noch in einem Zimmer auf Station“, erzählt sie. „Dann ist es wenigstens hell und warm, Ärzte und Schwestern kommen und gehen, man ist nicht allein.“

Zum Glück geht jemand mit In der Klinik erfährt sie, dass es sich bei dem Toten um einen jungen Mann handelt, der tödlich verunglückt ist – und die Leichenkammer tatsächlich im 2. Untergeschoss liegt. Allein im Keller – das hat sie schon immer gehasst. „Zum Glück habe ich dann eine Schwester gefragt, ob sie mitkommt“, sagt Mihrs. „Das war das Beste, was mir

passieren konnte.“ Ihre Begleiterin zeigt ihr nicht nur den Weg durch die Krankenhausflure, sondern bleibt die ganze Zeit dabei, packt sogar hier und da mit an und ist ernsthaft interessiert.

Im Nachhinein erstaunt das Dr. Mihrs. Sie erlebt regelmäßig, wie selbst gestandene Klinikärzte den Raum verlassen, wenn sie mit der Präparation anfängt. „Viele haben eine große Scheu bei allem, was Augen betrifft“, sagt sie. „Selbst Anästhesisten oder Internisten können das oft nicht mit ansehen.“

Gefühle ausblenden? Schwierig! In der Leichenkammer schlägt ihr erwartungsgemäß die Kälte entgegen. „Und trotzdem stank es durchdringend“, erzählt sie. „Ein bisschen wie im Präp-Kurs, aber da ist die Umgebung längst nicht so gruselig.“ Nichts für zartbesaitete Gemüter. Die beiden Frauen finden den richtigen und ziehen die Trage aus dem Fach. Die Ärztin richtet ihr Operationsbesteck und die Gefäße zum Transport der Augäpfel.

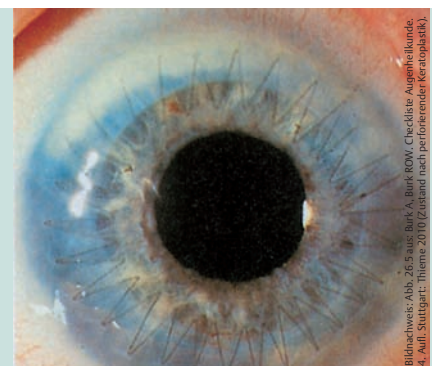
Dann deckt sie die Leiche ab – und erschrickt. „Ich hatte zwar den Arztbrief gesehen – aber nicht registriert, dass der Patient erst genauso alt war wie ich“, erzählt sie. Eine ganze Weile kann sie an nichts anderes denken. „So ein Unfall kann schließlich jedem von uns passieren, jeden Tag.“

Sie weiß, sie muss sich jetzt auf den Eingriff konzentrieren. Emotionen ausblenden, professionell arbeiten. „Ein heulender Arzt nutzt in dem Moment ja niemandem“, sagt sie. „Man muss einfach seine Arbeit machen – und das so gut wie möglich, damit nachher die Empfänger gute Ergebnisse haben.“ Trotzdem: Als sie die Augen des Toten öffnet und das Gefühl hat, er schaut sie an, muss sie sich sehr zusammenreißen, um ruhig zu bleiben. „Wenn die Schwester nicht dabei gewesen wäre – ich wäre durchgedreht“, befürchtet sie.

Hornhautspende und -transplantation

Die Hornhauttransplantation ist die am häufigsten durchgeführte Gewebetransplantation beim Menschen. Pro Jahr werden ca. 5000 Spender-Hornhäute verpflanzt. Jede Augenklinik mit Hornhautbank hat ihre eigene Warteliste. Die Einwilligung geschieht wie bei der Organspende durch den Spender selbst oder – falls keine schriftliche Erklärung vorliegt – durch die Angehörigen. Die Zustimmung zur Hornhautspende ist oft geringer als zur Organspende.

Der Austausch einer krankhaft veränderten Hornhaut im Rahmen einer Operation bezeichnet man als Hornhauttransplantation oder Keratoplastik. Indikationen sind z. B. Hornhautendotheldystrophien (z. B. Fuchs'sche Endotheldystrophie), Keratokonus (Ausdünnung und kegelförmige Verformung der Hornhaut), Traumata oder Infektionen der Cornea. Abstoßungsreaktionen sind selten, daher wird nur bei speziellen Indikationen HLA-typisierte Hornhaut verwendet.



Bildnachweis: Abb. 28.5 aus: Burk A, Burk ROV. Checkliste Augenheilkunde. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme 2010 (Zitierend nach performender Keratoplastik).

* Name geändert

Nach 20 Minuten ist es überstanden Endlich gelingt es ihr aber, sich einigermaßen auf den nächsten Schritt zu konzentrieren: die Desinfektion. „Man muss komplett steril und sehr sorgfältig arbeiten“, erzählt sie. „Im Grunde wie bei jeder Operation – nur ganz allein, deshalb muss man genau planen und vorher alles bereitlegen.“ Sie beginnt mit der Präparation der Augäpfel. Das ist soweit unproblematisch, keine Verwachsungen oder andere Schwierigkeiten. „Trotzdem dachte ich die ganze Zeit: Das kann ich nicht noch mal!“, so Mihrs. „Ich wollte nur weg aus diesem Keller.“

Sie ist dankbar, dass die Schwester noch da ist. Die hält z.B. die beiden vorher beschrifteten Gefäße, in die Dr. Mihrs nun vorsichtig die Augäpfel legt. Anschließend sucht die Ärztin unter den Kunstaugen in ihrem Vorrat zwei mit der passenden Augenfarbe, legt sie in die leeren Höhlen und näht die Augenlider mit dünnen Fäden zusammen.

Als sie nach 20 Minuten fertig ist, sieht der Tote aus, als wäre nichts passiert. Dr. Mihrs ist erleichtert. Jetzt schnell zurück zur Augenklinik. „An den Rückweg erinnere ich mich kaum“, erzählt sie. Aber eins weiß sie noch genau: „Ich dachte, wenn ich das noch einmal machen muss, kündige ich!“

Nacharbeiten in der Hornhautbank Noch eine Stunde später zittern ihr die Hände, den ganzen Tag lang kann sie nichts essen. Sie beginnt mit den Nachar-

beiten: Sie stanzt die Hornhäute aus und legt sie in Behälter mit Kulturmedium. Dann ist Büroarbeit fällig: Der Weg der Hornhaut vom Spender zum Empfänger muss lückenlos dokumentiert werden – mit allen Laborbefunden und Untersuchungsergebnissen.

Austausch mit den Kollegen So aber kann sie ihren Kollegen von ihrem Erlebnis erzählen. „Sie meinten, meine Reaktion sei ganz normal“, sagt sie. „Viele hatten ähnliches erlebt.“ Trotz dieser Beruhigung hat die Ärztin noch wochenlang Flashbacks. Immer wieder sieht sie die Szene in der Leichenkammer vor sich.

Noch Wochen später sieht die Ärztin die Szene immer wieder vor sich.

Gut, dass sie auch den Erfolg ihrer Arbeit erlebt: Die vielen Patienten, die eine Transplantation vor der Blindheit rettet. „Wir machen schon eine sehr sinnvolle Arbeit“, meint Mihrs. „Daran muss man sich aber ab und zu bewusst erinnern, wenn man wieder einem Toten seine Augen herausnimmt.“

Der richtige Job für einen Anfänger? Heute ist sie froh, dass sie damals einfach weitergemacht hat: „Ich bin sehr zufried-

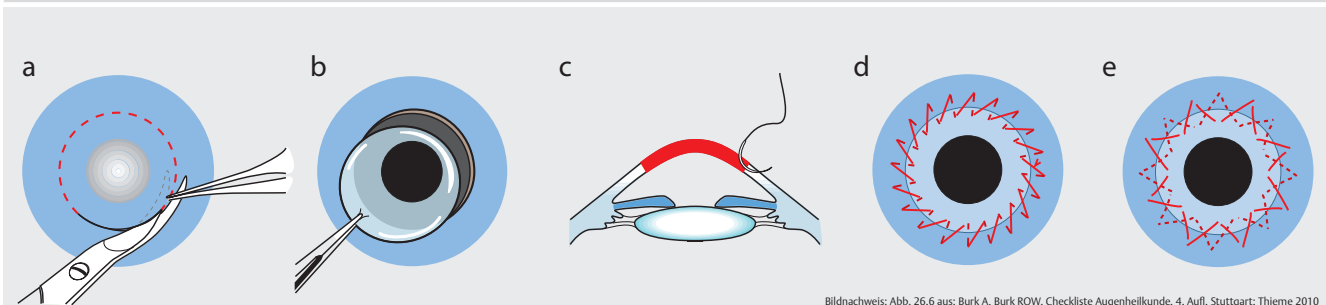
den mit der Arbeit in der Klinik, ich würde nie freiwillig gehen!“ Ihren jüngeren Kollegen hat sie geraten, im Zweifelsfall immer jemanden mitzunehmen. „Egal ob Arzt, Pfleger oder Schwester – irgendjemand, der gerade Zeit hat und einen begleiten kann.“

Dass gerade schon junge Assistenzärzte die Augäpfel holen müssen, findet sie grundsätzlich sinnvoll: „Man übt schon viele Techniken, die man später bei Operationen braucht.“ Und nicht zu vergessen: Die heiklen Gespräche mit den Angehörigen. „Wenn wir sie anrufen, um nach einer möglichen Spende zu fragen, ist das ja immer der schlechteste Zeitpunkt“, erzählt Mihrs. „Man möchte die Hornhäute möglichst innerhalb von 24 Stunden entnehmen. Da ist die Familie oft noch in größter Trauer und will nicht noch mit uns sprechen – wir sind ja meist Fremde für sie.“ Und auch wenn die Angehörigen am Telefon zustimmen, ist es oft noch mühsam, die vielen notwendigen Unterschriften zu besorgen.

Sarah Mihrs ist daher immer dankbar, wenn die behandelnden Ärzte der Verstorbenen schon an eine Hornhautspende gedacht und nachgefragt haben. Ihr Wunsch an alle nicht-ophthalmologischen Kollegen: „Melden Sie potenzielle Spender der nächsten Augenklinik mit Hornhautbank! Fast jede gespendete Hornhaut kann transplantiert werden und rettet einem Patienten die Sehkraft.“

Julia Rojahn

Perforierende Keratoplastik



Bildnachweis: Abb. 26.6 aus: Burk A, Burk ROW. Checkliste Augenheilkunde. 4. Aufl. Stuttgart: Thieme 2010

Abb. 1 Perforierende Keratoplastik (Beispiel).

a: Trepanation bis in ca. 90 % der Korneadicke, die Exzision wird mit gebogenen Keratomieschern komplettiert.

b: Das Transplantat wird auf den Empfängerbulbus aufgebracht.

c: Vorläufige Fixierung mit radiär verlaufenden Einzelknopfnähten.

d und e: Endgültige Naht als fortlaufende „Sägezahnnaht“ mit radiären Einstichen zum Wundrand (d) oder 2 gegeneinander versetzte, sternförmige Nähte mit schräger, M-förmiger Wundrandüberkreuzung (e).