

Wachkoma – Behinderung – Ethik

Medizin und Euthanasie heute?

Andreas Zieger

30. Oktober 2009

Bezug zum Thema der Tagung

„Wachkoma“ und „Hungertod“ sind auf anhaltend aktuelle Weise miteinander verbunden:

- Nahrungsentzug zum Zwecke des Sterbens wird in USA, England, Niederlande, Belgien, Deutschland und zuletzt auch in Italien praktiziert.
- Lebensrecht von Menschen im Wachkoma wird immer wieder bestritten:

- Die Freigabe von sogenannten Nicht-Einwilligungsfähigen zu Forschungszwecken wie auch Gewebe- und Organentnahme konnte nur unter großem Protest in der Öffentlichkeit abgewendet werden.
- Die von Fachverbänden, Angehörigen und Betreuungspersonal geforderte „Reichweitenbegrenzung“ von PV für Menschen im Wachkoma und andere wurde nicht in das neue PV-Gesetz (2009) aufgenommen.
- „Wachkoma“ als bioethischer Dauerbrenner?
- „Euthanasie“ auf der Tagesordnung?



Terri Schiavo
† 2005



PVS



Human vegetable?



Zur Erinnerung:

Der Arzt soll und darf nichts anderes thun, als Leben erhalten,

ob es Werth habe oder nicht, dies geht ihn nichts an ...

Maasst er sich dies einmal an, wird der Arzt der gefährlichste Mensch im Staate...

Christoph Hufeland, 1742-1836

Die Bewertung
des rein biologischen Lebens

hat die mögliche Entwertung
zur unmittelbaren Folge und wird

zur geistigen Voraussetzung
der Vernichtung dieses biologischen
Unwertes.

Viktor von Weizsäcker 1886-1957

Aktuelle Probleme:

- Die erschwerte Versorgungssituation von Menschen im Wachkoma und ihren Angehörigen unter DRG-Bedingungen und in Krisenzeiten (Budgetdeckelung) führt zu einer latenten Ausgrenzung und zum Infragestellen der Seinsweise von Menschen im Wachkoma:
 - z.B. Willkürliche Kostenbegrenzungen MDK
 - z.B. Übernahme der Kosten für Ernährung (Sondenkost) durch Familien selber?
 - z.B. unzureichend ausgestattete Pflegeheime

**Die Krise in der Medizin
ist keine ökonomische,
sondern eine
geistige!**

Hess & Hess Cabalzar 2001
„Menschenmedizin“

Relevante offene Fragen in der großen bioethischen Debatte:

- Welche Lehren wurden aus der Vergangenheit?
- Warum hat sich die Tabuisierungsenergie verbraucht?
- Welches Menschenbild ist in der Medizin vorherrschend?
- Warum sind Nützlichkeitsdenken und „Sterbehilfe“ weiterhin so angesagt?

Übersicht

- I Rückblick und Folgen von NS-Euthanasie für Menschen im Koma und Wachkoma
- II Merkmale von NS-Ideologie
- III Lehren aus den Nürnberger Ärzteprozessen (1947)
- IV Entwicklungen am Bsp. „Wachkoma“ bis heute und bioethische Folgen
- V „Neue“ Medizin, „neues“ Menschenbild?
- VI Fazit

I Rückblick und Folgen ...

NS-Menschenexperimente

- Ab 1941 in Dachau Unterdruck- und Sinkversuche (aus bis zu 20 km Höhe): Sauerstoffmangel, Bewusstseinsverlust, Tod (bei 70-80) (Offene Sektionen bei schlagendem Herzen!)
- an 200 Häftlingen, „Freiwilligen“ zum Tode Verurteilten, an Polen, Russen und Juden
- ...
- Ohne Einwilligung ...

Aktive Euthanasieaktionen

- Verhungernlassen von „Körperhüllen“ und „Ballastexistenzen“, „Mitessern“
- Tötung von „unheilbar Blödsinnigen“ und „Bewusstlosen“, die nur zu einem „namenlosen Elend“ erwachen würden (Schilter 1999)
- im Rahmen der T4-Aktion und von „wilden Euthanasie“-Aktionen (Siemen 1982)

Schicksal komatöser Hirnverletzter bis in die 70er Jahre:

Intensivmedizin, Narkose und Beatmung erst nach dem II. Weltkrieg entwickelt

- Akutkomatöse nicht überlebensfähig, weil sofort erstickt (keine Spontanatmung)
- Schwere Schussverletzungen-, Trauma- oder Sauerstoffmangelschäden mit Atem- und Bewusstseinsstörungen („vita reducta“, „vita minima“):
- Liegenlassen ...

... für M. im Koma/Wachkoma

Ersticken - oder Überleben?

- Marasmus, Verhungern
- Austrocknen, Verdursten
- Aspiration, Pneumonie, Urosepsis
- Wundliegen, Wundinfektion, Sepsis
- Verkümmern, Siechen, Dahindämmern



Was bedeutet in diesem Zusammenhang der schlechte „Pflege-TÜV“ für „Ernährung“ bei 17,3% der Pflegeheime in D 2009?

II Merkmale von „Euthanasie“- Ideologie

- Endogenetisches und biologistisch-rassistisches Menschenbild
- Extremes Nützlichkeitsdenken: Verbesserung der Starken und Tüchtigen
- Sehnsucht nach „Unsterblichkeit“ und „Leidensfreiheit“ für die Starken durch Menschenversuche und Ausmerzungen von „Untermenschen“
- Systematischer Völkermord und Verbrechen an der Menschheit weltweit

„Weit verbreiteter, offen vorhandener
Grundkonsens im NS-Staat“

(Siemen 1982)

Damals aber auch (1914 -1940):

Lazarette und Sonderstationen für

„hirnverletzte Krieger“ (I. und II. Weltkrieg)

- Foerster in Breslau
- Goldstein in Frankfurt am Main
- Isserlin in München
- Tönnies in Berlin-Buch
- Lurija in Moskau

Ganzheitliches Menschenbild

- Interdisziplinäre Teamarbeit, Subjektverständnis
- Üben, Arbeitsversuche, Rückführung in Leben

III Lehren aus den Nürnberger Ärzteprozessen (1947)

„Es tritt die Gefahr der persönlichen Aufspaltung ein, bei der – ist sie vollzogen – der Funktionär persönlich in seiner Funktion ein Teil des „Es“, der Sache wird, die ihren eigenen, vom Persönlich-Menschlichen unabhängigen seelischen Grund in ihn versenkt“

Mielke & Mitscherlich: „Medizin ohne Menschlichkeit“ 1948/1978/1990, S. 19

„Psychologie des Völkermords“

Lifton & Markusen 1990

Individuelles Menschsein

z.B. Psychische Folgen bei NS-Ärzten und KZ/SS-Schergen und vielen anderen:

- Abstumpfung, Spaltung, Dissoziation
- Fragmentiertes, gebrochenes Selbst/Ich

Allgemeines Menschsein

- Verbrechen an der Menschheit
- Aufspaltung und Vernichtung des „Gattungsselbst“

„Denn es kann wirklich kein Zweifel darüber bestehen, dass die moralische Anästhesie gegenüber den Leiden der zu Euthanasie und Experimenten Ausgewählten begünstigt war durch die Denkweise einer Medizin, welche den Menschen betrachtet, wie ein chemisches Molekül oder einen Frosch oder ein Versuchskaninchen.“

Viktor von Weizsäcker: „Euthanasie und Menschenversuche“ 1947, S. 101



Carl von Ossietzky
(1889-1938)



„Wissenschaft und Technik
waren nicht in erster Linie da, zu helfen.
Sie schufen Werkzeuge der Vernichtung,
Werkzeuge grässlichsten Mordes ...

Wir müssen die Wissenschaft wieder
menschlich machen.“

Ethische Konsequenzen für Ärztekodex

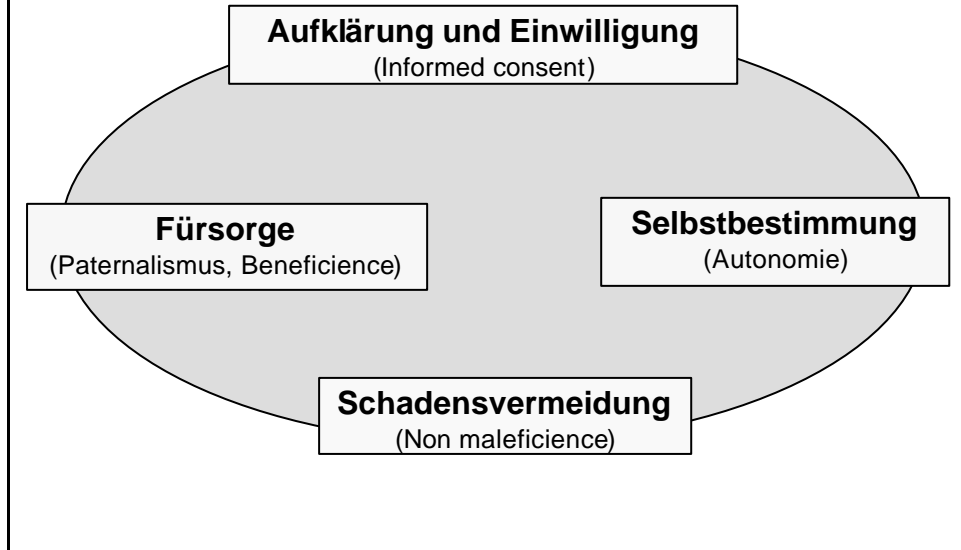
(Wunder 2002, S. 476 ff.)

1. Individuelle Rückbindung der Medizin:
Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung als
soziale Mikrosituation (Begegnung)
2. Informierte persönliche Einwilligung vor jedem
Heilversuch (Selbstbestimmung)
3. Konkreter Nutzen für den Einzelnen
4. Rückbindung (re-ligio) auf das Gattungsselbst
(Gewissen, Verantwortung für den anderen,
verletzliches, fürsorgliches Menschenbild)

Helsinki-Deklaration 1947/48 und ff.

Prinzipien der Medizinethik

Beauchamp & Childress 1994, modifiziert nach Vollmann 2000



IV Entwicklungen bis heute ...

- Große Erfolge in Reanimations-, Intensiv- und Rettungsmedizin
- Einführung neuer Techniken und Einsatz naturwissenschaftlicher Erkenntnisse
- Zunehmende Beherrschung der Körperprozesse, z.B. künstliche Ernährung
- Verfügbarkeit und Manipulierbarkeit
- Machbarkeitswahn / Allmachtsphantasien
- Genmanipulation ... Grenzüberschreitungen

... und bioethische Folgen

- Mensch als organismische, molekulare KörperMaschinerie (Verdinglichung)
- Krankheit als „Störfall“, der „ausgeschaltet“ und/oder repariert werden kann
- Sehnsucht nach ewiger Jugend, Schönheit und Unsterblichkeit
- Machbarkeitsstreben, Beherrschung d.N.
- Verfügbarkeit über gesamte Lebensspanne
- Leidensfreie Gesellschaft?
- Lizenz zum Töten?

Ängste vor „Bio“-Medizin

- Zum Objekt gemacht werden
- „Seelenlose Apparatemedizin“
- Angst vor unwürdigem Sterben
- Biotechnisch-orientiertes mechanistisches Menschenbild o. Subjektives/Seelisches
- Übertriebene Fürsorge (dominanter Paternalismus)
- Bevormundung und Unmündigkeit
- Autonomieverlust vs. Übertreibung

Wachkoma/apallisches Syndrom

Erstbeschreibung durch Kretschmer (1940)

- „Produkt“ moderner Lebensweise und einer technisch-orientierten Überlebensmedizin (z.B. Reanimation)
- 15% überleben im Wachkoma
- Umgang mit diesen Menschen, die selbst atmen können, aber komplett pflegeabhängig sind und von denen gesagt wird, sie seien „wach“, aber „bewusstlos“? („Human vegetables“)

Defektmedizinische Syndromlehre



„Katzenschnitt-
Neurologie“ (Schönle)

- Apallisches Syndrom „Wachkoma“
- Mittelhirn-syndrom
- Bulbärhirn-syndrom

„Innere Enthauptung“ (Angstwurm)

Hirntodsyndrom

Biotechnische Medizin

Der „Apalliker“ als Defektwesen (Objekt)

- Augen *geöffnet*, kein Blickkontakt
- Spontanatmung
- SWR erschöpfungszeitl.
- Reflexe/Automatismen
- keine *sinnvollen* Reaktionen auf Reize
- keine *absichtsvollen* Eigenaktivitäten



Paradigmawandel - Rehabilitation

1967 Gerstenbrand in Wien (Ö)

- „Das apallische Syndrom ist kein Defektzustand ... Jeder Apalliker ist prinzipiell rückbildungsfähig ... Rehabilitation von Anfang an....“ (S. 55)
- Genaue Beschreibung von Remissionsstadien
- Förder- und Therapieansätze

1971 Lorenz (D): „Neurochirurgische Intensivmedizin“: „Frühmobilisation“, „Physikalische Therapie“, „Aktivierende Pflege und Therapie“ beginnend auf der Intensivstation

Ab 1986 Gobiet und andere (D):

- Frühreha-Bewegung für Hirnverletzte und Wachkoma-Patienten

Grundlagen für „neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation“ heute!

1969 Plum & Posner (USA)

- Begriffsbildung vom „Vegetative state“ bzw. „Persistent vegetative state, PVS“ (Teasdale & Jennett 1972)

1993 Multisociety Task Force on PVS

Erholung **ohne Frührehaschance** für

- hypoxische VS-Patienten nach 3-6 Monaten: 5%
- Traumatische VS-Patienten nach 12 Monaten: 5%
- Bessere Prognose bei Kindern

Assoziierte Probleme:

- Uneinheitliche Nomenklatur: *Vegetative state, apallisches Syndrom, „Wachkoma“*
- Komaassoziierte Differenzialdiagnosen
- Häufige Fehldiagnosen: 13-40%
- Therapeutischer Nihilismus, keine Frührehabilitation
- Schlechte medizinische Prognose durch unzureichende Abklärung der individuellen Rehapotenziale
- Unzureichende Pflege/Langzeitversorgung
- Perspektive einer Problemlösung durch „Sterbehilfe“ als Hilfe *zum* Sterben?

„Wachkoma“ als soziale Minorität

„Concept of liminality“ (Mwaria 1990)

Untersuchung bei 200 Wachkoma-Familien
im Großraum New York/USA

Grenzwertiges, unsicheres, zweifelhaftes
Leben „liminaler Personen“

- Soziale Isolierung
- Diskriminierung
- Von Ausgrenzung und Verelendung bedroht

Merkmale „liminaler Personen“

1.) Strukturelle Unsichtbarkeit

„Liminale Personen“ zeigen eine unbestimmte, nicht-menschliche Natur:

- nicht lebend, aber auch nicht tot, ähnlich wie
- „Übergangswesen“, „in der Vorhölle“, „Hirntote“, „Living deaths“, „faux vivant“ (= falsche Lebende; Dagnonet 1988)

Folgen für Angehörige/Gesellschaft

1.) Es gibt niemanden, an den man sich zuverlässig wenden kann:

Das Problem der Patienten findet/hat keine Institution, bleibt sozial „unsichtbar“

- Akutkrankenhäuser: „nicht zuständig“,
- Pflegeheime: „nicht bedürfnisgerecht“
- Häusliche Pflege: „nicht ausreichend von Versicherungen gedeckt“

Hilflosigkeit und Überforderung

2.) Gefühl der Marginalität (Randständigkeit und Bedeutungslosigkeit):

- Langjährige Freunde, Besuche und Anrufe, die in der Akutphase nach dem Ereignis noch häufig waren, bleiben aus
- Freundes- und Bekanntenkreis und auch Familienmitglieder ziehen sich zurück

Verstärkt soziale Isolation/Unsichtbarkeit

3.) Gefühl der Ambiguität (Zweifelhaftigkeit) des Zustandes von Wachkoma -Patienten.

Führt zu Konflikten:

- Während die Mutter das Lächeln ihres Sohnes beim Vorlesen einer lustigen Geschichte als „Verständnis“ versteht, sieht der Arzt in der Klinik diese Reaktion nur als „Reflex“ und das Verstehen der Mutter als „Wunschdenken“.

2.) Verschmutzung

„Liminale Personen“ verschmutzen diejenigen, die nicht in diesem Zustand sind oder diesen nicht verstehen:

- Unbestimmte Menschen, die nicht klar dem Leben oder Tod zugeordnet werden können
- ihre „Verschmutzung“ könnte andere anstecken

(„Ansteckung“/„Verschmutzung“ sind Insignien von „Minderwertigen“/„Abartigen“ der NS-Ideologie)

Folgen für Angehörige

- Wunsch, den Wachkomazustand ungeschehen machen
 - den Angehörigen verstecken, z.B. in eine Einrichtung abgeben (nicht mehr sehen wollen)
 - oder auf seiner Anwesenheit bzw. Sichtbarkeit geradezu zu beharren
- (als „Demonstrationsobjekt“ für das eigene Elend und Leid)

3.) Keine soziale Realität

„Liminale Personen“ sind als ein „Skandal zu sehen, etwas, was nicht sein kann ...“
(Paradox)

- nur physische, keine soziale Realität

Folgen für Angehörige

- Verstecken
 - nach Möglichkeiten zum Ableben suchen
- Implizite Aufforderung zur „Beseitigung“

4.) Geschlechtslosigkeit

„Liminale Personen“ sind entweder geschlechtslos oder haben Merkmale beider Geschlechter

- Zusammen mit der fehlenden sozialen Realität nehmen sie nicht mehr am symbolischen System der Gesellschaft teil: Sie sind „bedeutungslos“.

Folgen für Angehörige

- Unsicherheit und Angst, sich lächerlich zu machen (gilt gerade für Professionelle)

5.) Strukturelle Abgrenzung

„Liminale Personen“ haben nichts, was sie von anderen Personen abgrenzen würde: keinen Besitz, Status, Rang oder andere Insignien wie Würde oder Schutzbedürftigkeit/Wehrlosigkeit:

Folgen für Angehörige

- Bedürfnis der Angehörigen nach Schutz und Hilfe wird nicht anerkannt/unterstützt

6.) Unterwerfung

Beziehung zwischen der „liminalen Person“ und ihrer „Instruktoren“ ist geprägt:

- völlige Unterwerfung unter eine Autorität
- ohne rechtliche Sanktionen
- Objektverhältnis statt interpersonelle Beziehung

Folgen für Angehörige

- umfassende Verantwortung, Schutzhaltung

Fazit

„Liminality“-Konzept bei „Wachkoma“
zutreffender als Defekt-, Devianz- oder
Stigma-Konzept:

- Unsichere soziale Lage
- Moralische Fragen, für die es keine traditionellen, kulturellen Anweisungen gibt
- Ambivalente Gefühle bei anderen Menschen und auch bei Professionellen
- Hilflosigkeit, Überlastung, **Wunsch nach Sterben, Tötung ...**

Wie geht es Angehörigen / Familien?

EU-Verkehrsoferstudie 1993/1995
(Befragung von > 1500 Familien mit
Schwerstgeschädigten europaweit)

1 Jahr nach dem Ereignis:

90% der Familien

sind

- finanziell ruiniert („vom Koma zum Sozialfall“)
- ausgebrannt und
- sozial isoliert.

Aktive Sterbehilfe bei „Wachkoma“?

Böttger-Kessler 2006: Befragung von
MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen
(Ärzte, Pflegepersonen in Kliniken und
(Alten-) Pflegeheimen (2001-2002))

- Über 50% für gesetzliche Änderung in Richtung aktive Sterbehilfe (NL/B: 55%)
- 65% für aktive Beendigung des Lebens „unter bestimmten Umständen“

davon **Ärzte**:

- allgemein: 38% (NL/B)
- bei Wachkomatösen: 51,5%

davon **Pflegepersonal**

(welches die Hauptlast der Versorgung psychisch und physisch tragen muss):

Allgemein für aktive Sterbehilfe:

- 63% bei Wachkomatösen
- „unter bestimmten Umständen“: 70%



Befürwortung einer aktiven Sterbehilfe für „Wachkoma“ eher bei

- Pflegerischen Berufsgruppen
- Jüngeren Pflegepersonen
- Konfessionslosen
- Personen aus den neuen Bundesländern
- Personen mit geringer Berufszufriedenheit

Ablehnung eher bei

- Ärztlicher Berufsgruppe
- älteren Pflegepersonen und Ärzten
- an eine Konfession gebundenen Personen
- Personen aus den alten Bundesländern
- Personen mit ausgeprägter Berufszufriedenheit

Sind solche Befragungen ethisch angemessen?

Umgang mit „Wachkoma“ in Pflegeheimen/NL (Lavrijsen et al 2005)

Studie zur Häufigkeit, Patientencharakteristika
und medizinische Entscheidungen am
Lebensende

Befragung aller holländischen Pflegeheime
zwischen 2000-2003 (1. Studie dieser Art!):

Ergebnisse

- alle Heime und Ärzte haben geantwortet!
- N = 12 Fälle wurden als „zweifelhaft“
ausgeschlossen

N = 32 Fälle wurden als „vegetativer Status
< 1 Monat“ eingeschlossen

- Häufigkeit: 2/1 Mio Einwohner?

Ausgewertet wurden N = 30 Bewohner

- Alter: 9-90 Jahre
- Geschlecht: m 27%, w 73%
- Wachkomadauer: 2 bis 20 Jahre
- Überlebende: 26 > 1 J.; 13 > 5 J.
- Häufigste Ätiologie: Schlaganfall (?)

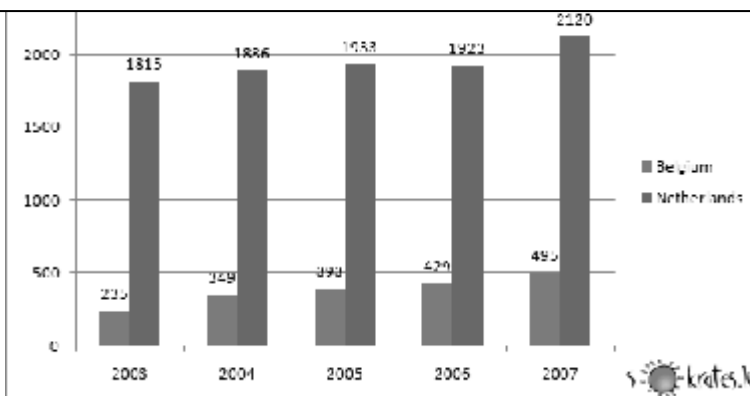
Von 76 Patienten im „vegetative state“
zwischen 2000-2003 erlitten:

- Tod durch Komplikationen: N = 34
- **Tod durch Nahrungsentzug: N = 9**

Schlussfolgerungen

- „A substantial number survived for many years ...
- The results cannot be explained by a policy of systematically withdrawing artificial nutrition and hydration ...“

Anstieg von „Euthanasie“ und „assistiertem Selbstmord“ in NL und B 2003-2007



Immer mehr Holländer haben eine „Credo Card“
in der Tasche, auf der steht:

„Mach mich nicht tot, Doktor!“

Exkurs: Neue Biopolitik: Tötung „falsch Lebender“ und das „nackte Leben“

Dagnonet 1988

- *Faux vivant* = „falsche Lebende“ („Hirntote“)

Agamben 2002 in „Homo sacer“:

- „Mittelwesen zwischen Mensch und Tier, das getötet werden kann, ohne das ein Mord begangen wird.“
- Menschen werden auf einen „biologischen Nullwert“ zurückgeführt
- „Grenze zwischen dem nackten und dem rechtlich eingekleideten Leben ...“:

Umgang mit „Hirntoten“ (Dagnonet 1988):

„Nicht die Totenstarre abwarten ... daraus ergibt sich die Möglichkeit, Eingriffe am ***faux vivant*** vorzunehmen ... nur der Staat darf und sollte das tun... die Organe gehören der öffentlichen Gewalt (man nationalisiert die Körper).“ (S.189)

Dazu Agamben:

- „Politisierung des ´nackten Körpers´
...Klares Zeichen, dass die Biopolitik eine neue Schwelle passiert hat ...
- was die nazistischen Biopolitiker nicht zu sagen wagten.“ (S. 174)

V „Neue“ Medizin ...

1970

Mensch als Körper aus Organen

Akutmedizin, Reparaturversuch, Selbstheilung

Mensch im Wachkoma

- Defektzustand
- Evtl. Pflege
- Liegen lassen

1980

Mensch als aktiv tätiges Wesen

Stationäre Diagnostik und Behandlung

Mensch im Wachkoma

- Aktivierung, Anregung
- Pflege, Ernährung
- Mobilisierung

(nach Tesak 2006)

2000

Mensch „biopsychosozial“, angewiesen auf andere, Vielfalt der Seinsweise

- Akutbehandlung, Rehabilitation und Partizipation (ICF)

Mensch im Wachkoma:

- Individuelle Seinsweise, Rehapotenziale
- Aktivierende Pflege/ Frührehabilitation
- Schwerstpflege, Hilfen für Angehörige
- Soziale Integration und Teilhabe (SGB IX)

... „neues“ Menschenbild?

Es gibt nicht d a s Menschenbild in der Medizin, sondern mehrere (nach Maio 2008):

1. Mechanistisches Menschenbild
2. Der Mensch als souveränes Wesen
3. Der Mensch als Einzelwesen
4. Der gemachte/machbare Mensch
5. Der verletzliche/angewiesene Mensch.

Umgang mit Menschen im Wachkoma?

Der Wachkoma-Patient aus „beziehungsmedizinischer“ Sicht

„Traumatisiert an Leib und Seele“ (Subjekt, Mitmensch)

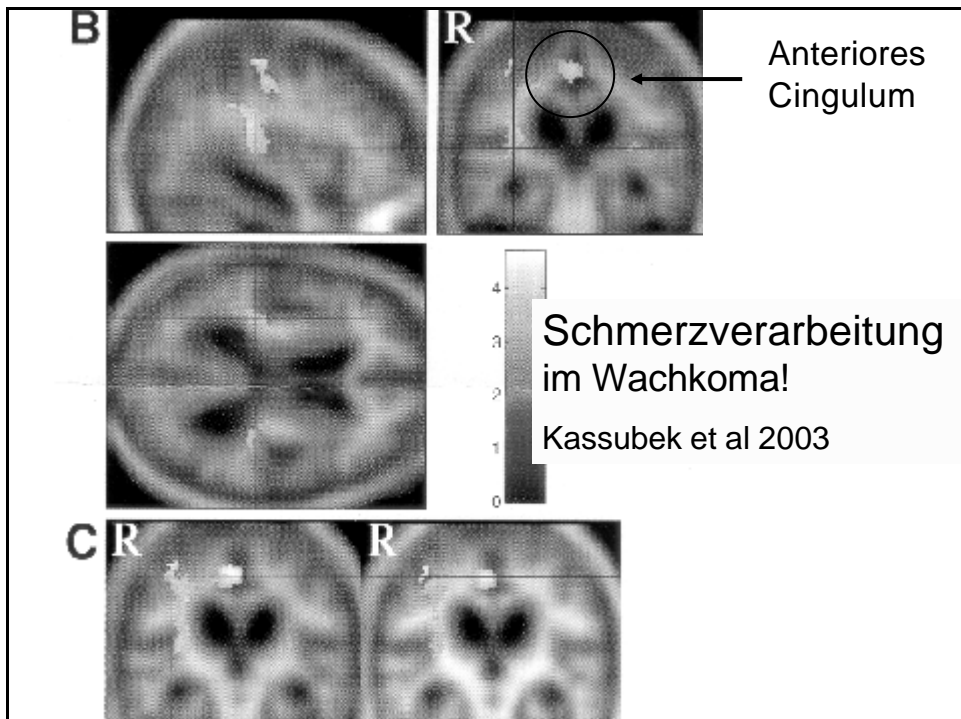


- Antwort auf ein schweres schädigendes Ereignis („Stresstrauma“)
- Hochgradige Leib/Seele/Geist-Dissoziation
- Zurücknahme auf das autonome Körper-selbst/Schutzhaltung
- Spastische Haltung verkörpert das Trauma („Körpersemantik“)

„Tetraspastische Haltung“ im Wachkoma
als Schutzhaltung und verkörpertes
Trauma („Körpersemantik“)



Was geht in diesem Menschen vor?



„Bewusstsein“ im Wachkoma?



Inneres Wahrnehmen und Erleben im Koma/Wachkoma

- „Ozeanisches Erleben“, „Ewigkeit“
- „Existenzielles Schweben“
- Entgrenzungs-/Verschmelzungsgefühle
- Innere Bilder, Träume, Albträume
- Bizarres Körper selbstgefühl, ver-rückte Körpereigenproportionen
- Nahtoderleben: Tunnelerleben, Out of body-Erfahrung (OBE), Lichterwelten

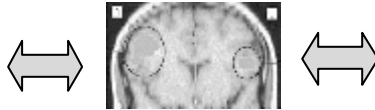


Hannich & Dierkes 1996; Lawrence 1995,1997; Zieger 1998

Zwischenleibliche Kommunikation als existenzielle Grunderfahrung



Implizites Leibgedächtnis



„Spiegelneurone“

- Mitgefühl, Empathie („affective tuning“)
- Emotionale Mitbewegungen („Resonanz“)
- Simulation (Imitationslernen)
- Nonverbale Kommunikation („Körpersprache“)
- Übertragung – Gegenübertragung
- Denken vom Anderen her (Theory of mind)

Entschlüsselung der Körpersemantik ...



Pathosymptomatik

- Spontanatmung
Schwitzen
- Geöffnete Augen
leerer Blick
kein Fixieren
- Beugespastik mit Faustschluß, „Fetalhaltung“
- Primitive Reflexe und Schablonen

als Indiz für

- Austausch mit der Welt
Lebensgrundrhythmus
- Erwacht
Innenschau
verlorenes Objekt
- Selbstschutz, -kontakt
nicht kommunikativ
- Erbkoordinationen
Selbstaktualisierung

... als Basis einer frühen Kontaktaufnahme, Interaktion und Rehabilitation

Rehabilitation von Anfang an ...

Frührehabilitation: §39 SGB V (2001):

- Anspruch auf konsequente, durchgängige Förderung, Behandlung und Hilfestellung nach der Akutphase
- Versorgung durch ein interdisziplinäres Team, z.B. basale Stimulation, körpernaher Dialogaufbau, „angereicherte Umgebung“ ...
- Beratung und Anleitung von Angehörigen (Krankheitsbewältigung)
- Entwicklung einer Perspektive von Teilhabe trotz schlechter medizinischer Prognose

... und Teilhabe ...

- Ausreichende Dauer der Rehamaßnahme
- Ausreichende Zeit für Überleitung in eine Schwerstpflegeeinrichtung der Phase F oder nach Hause
- Ausreichende ambulante pflegerische und therapeutische Hilfen
- Differenzierte Versorgungsangebote
- Qualifizierte Nachsorge
- Psychologische Hilfen für Angehörige
- Materielle Absicherung/Solidarprinzip

**Terry Wallis´
spätes
Erwachen**



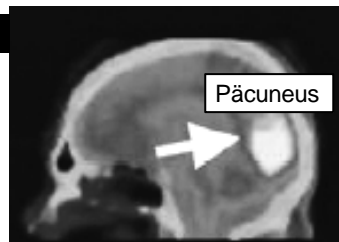
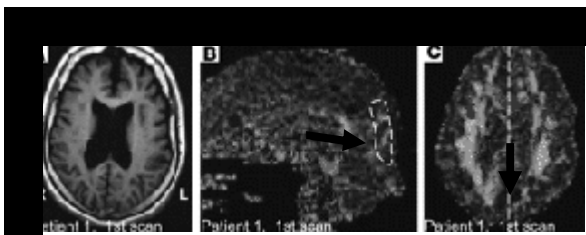
1984: Schweres SHT

Nach 19 Jahren aus dem Koma erwacht!



2003: Plötzliches Erwachen im Pflegeheim. Spricht wieder:
„Mom“, „Pepsi“, „Milk“. Wer ist Präsident? „Reagan!“

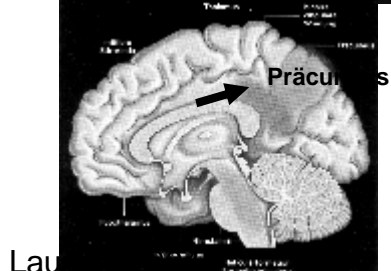
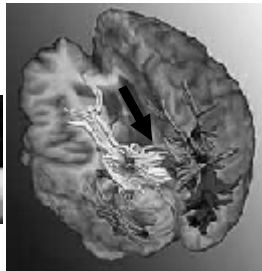
Voss et al. 2006: Neuwachstum von Nerven-
verbindungen nach 19 Jahren Koma ⇒ MCS



Diffuse Tensor
Imaging



Terry Wallice



Lau...

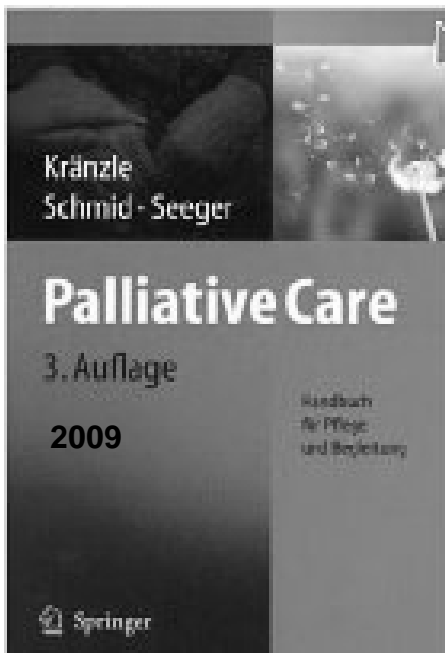
... und Palliation (*beim Sterben*)

- Menschen im Wachkoma sterben früher?
- Infektion, Erschöpfung, Organversagen
- Entschlüsselung der Körpersprache („Körpersemantik“) von „Leiden“, „Schmerz“, Wohlbefunden, „Stress“ durch Erspüren der Körper/Leib-Zeichen im körpernahen Dialog und deren Reflexion im Team (teilnehmendes Verstehen)
- Ästhetische Grundhaltung
- Umsetzung von „Palliative Care“

Jennet 2002: The Vegetative State

- Es sei ethisch geboten, einem Wachkoma-Patienten nach einem Therapieversuch mit künstlicher Ernährung von 4 Wochen Dauer, die künstliche Ernährung einzustellen und die MS bzw. PEG zu entfernen, damit der Patient sterben könne ... (obwohl er im Wachkoma lebt!)
- Damit würde den Angehörigen eine große Last abgenommen. (falsches Mitleid?)

Ernährungsabbruch und Verhungernlassen als „Therapieziel“? oder „Palliation“?



Andreas Zieger:

Palliative Care
bei Menschen im
Wachkoma

Kapitel 17, S. 321-330

Erschienen am
14. Oktober 2009

Neue Forschungsergebnisse

- Beobachtungen emotionaler körper/leiblicher Reaktionen und Selbstaktualisierungen im körper/leibnahen Dialog von Pflegepersonen, Therapeuten, (Ärzten) und nahen Angehörigen
- Neue Bildgebung: Aktivierbare Hirnareale bei Hunger, Durst, Luftnot, Schmerz („Basidemotionen“); **im Wachkoma:** Schmerz; vertraute vs fremde Stimmen, Gesichter und Sätze!

Ethische Grundsätze

- Ernährung ist Basispflege, keine Therapie
- Das „künstliche“ an der künstlichen Ernährung ist nicht das Beschicken der Sonde mit Nahrung und Flüssigkeit, sondern das Einlegen der PEG (ein Eingriff, also mögliche Körperverletzung).
- Auch beim Sterbenden sind neben der Mund- und Lippenbefeuchtung wiederholt Nahrungs- und Flüssigkeitsangebote zu machen ...

- Wenn ein Sterbender die Nahrungsaufnahme ablehnt, ist das Angebot zurückzunehmen (die liegende MS/PEG braucht nicht entfernt zu werden).
- Einem Menschen (im Wachkoma) die eingelegte MS oder PEG zu entfernen, um die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zum Zwecke des Sterbens einzustellen, ist als aktive Sterbehilfe zu werten.
- Dabei ist es unerheblich, ob ein Mensch etwas „mitbekommt“: Verletzung der Personwürde/des Gattungsselbst!

VI Fazit: „Es ist normal, verschieden zu sein.“

Bundespräsident Richard von Weizsäcker (1993)

- Verbot von aktiver Euthanasie
- Vielfalt menschenmöglicher Seinsweisen
- Menschenrechtskonvention (seit 1948)
- Rehabilitation und Teilhabe (SGB IX, 2001)
- UN-Behindertenkonvention (2008)
- Inklusionsbewegung heute ...
- Palliative Care statt „Euthanasie“!



Credo

Das Töten eines anderen Menschen
kann unter keinen Umständen
eine Tat der Liebe, des Mitleids
mit anderen sein,
denn es vernichtet die Basis der Liebe.

„Gott ist ein Freund des Lebens“, Bonn 1989, S. 196f

„Medizin ist eine Art und Weise
miteinander umzugehen.“

V.v. Weizsäcker 1947

„Die Schwachen und Kranken zu
schützen ist die Würde der Gesunden.“

Dörner 2001

„Jede Gesellschaft hat die Medizin,
die sie verdient!“

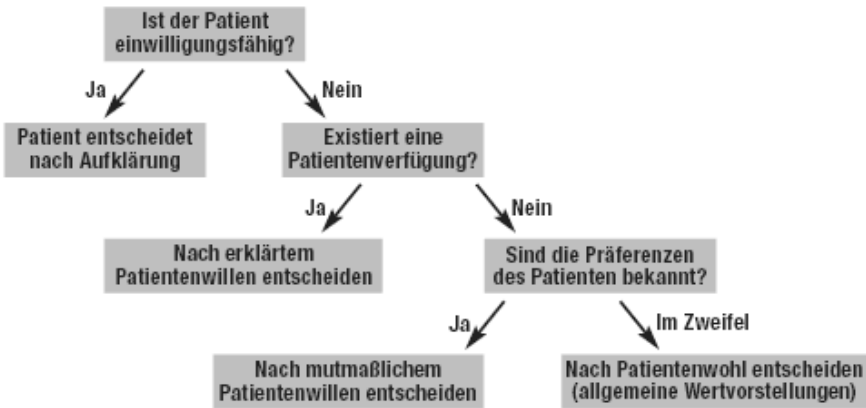
Geisler 1996

Für Diskussion

Ablauf einer stellvertr. Entscheidung

GRAFIK 2

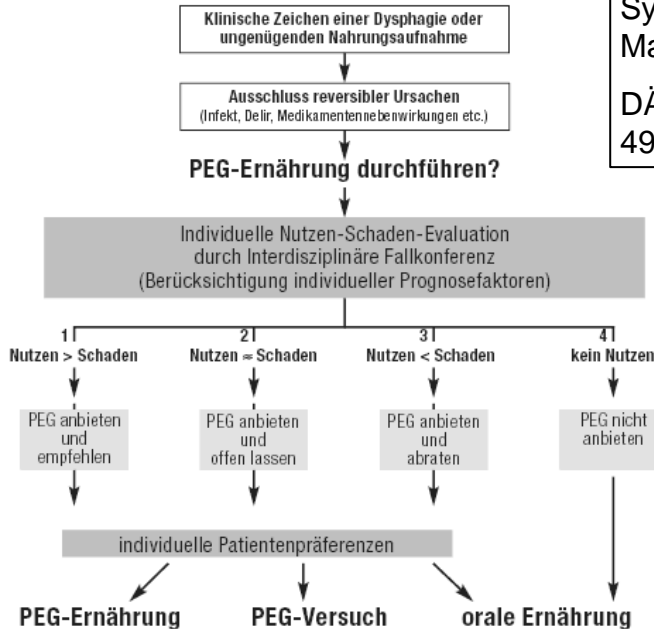
Ablauf einer stellvertretenden Entscheidung



Synofzi & Marckmann, in DÄB 104 (2007) 49, A 3390-93

GRAFIK 1

Die Struktur der Entscheidung



Synofzik & Marckmann

DÄB 104 (2007) 49, A3390