

Autonomie trotz Wachkoma: Ethische Entscheidungsfindung bei neurologisch schwerst erkrankten Menschen

Bearbeitet von
Marco Sander

Erstauflage 2015. Taschenbuch. 132 S. Paperback

ISBN 978 3 95935 230 7

Format (B x L): 15,5 x 22 cm

Weitere Fachgebiete > Medizin > Human-Medizin, Gesundheitswesen > Medizinische Ethik

schnell und portofrei erhältlich bei


DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

Leseprobe

Textprobe:

Kapitel 2 Theoretische Fundierung zum Themengebiet:

Folgend werde ich die Themenkomplexe Wachkoma mitsamt der Diagnosevielfalt und des daraus resultierenden Diagnosedilemmas, ethische Entscheidungsfindung und deren Anwendbarkeit auf das Wachkoma sowie den Bereich der Therapiezieländerung aus rechtlicher Sicht und adaptiert auf die Pflege neurologisch erkrankter Menschen definitorisch darstellen. Darauf aufbauend werde ich den bisherigen Forschungsstand zusammenfassend beleuchten und anhand dessen die abschließende Forschungsfrage erläutern.

Vorausgeschickt sei hierbei, dass einige tangierte Themengebiete bereits eine anfängliche Ergebnispräsentation der abschließenden Forschungsfrage beinhalten, ich diese jedoch bewusst an dieser Stelle verorte, also vor der eigentlichen Ergebnispräsentation und Diskussion, da ich diese als Wissensgrundlage ansehe und diese somit zur ganzheitlichen Problemdarstellung dienen.

2.1 Das „sogenannte“ Phänomen des Wachkomas:

Im folgenden Kapitel möchte ich beginnend mit der Darstellung der verschiedenen, in der Fachwelt angewandten, Diagnosen zum Phänomen Wachkoma eine Abgrenzung zu weiteren neurologischen, und in ihrer Ausprägung ähnlich dem Wachkoma anmutenden, Erkrankungen vornehmen. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen, möchte ich kurz das „hessische Rahmenkonzept zur vollstationären Versorgung von Menschen mit schweren und schwersten neurologischen Schädigungen in Phase F“ in der neuesten Fassung aus Dezember 2010 darstellen, da das vorliegende Buch mit dem Ziel erstellt wurde, gerade für Menschen in der stationären Langzeitversorgung eine Hilfestellung zu geben.

Auf Grund der essentiellen Grundlage der Diagnose für den weiteren Verlauf der Erkrankung und da diese Problematik die These unterstützt, dass qua Diagnosestellung unter anderem über das Leben der betroffenen Menschen, ohne diese partizipative einzubeziehen, geurteilt wird, lege ich auf die Darstellung der Definition des Wachkomas und das sich ergebende Dilemma mit der Diagnose ein besonderes Augenmerk und werde diese Thematik deshalb auch ausführlicher darstellen.

2.1.1 Die unterschiedlichen Diagnosen des Wachkomas:

Das umgangssprachlich sogenannte, und teilweise auch wörtlich so verstandene, Wachkoma bezeichnet eine Diagnose, die unterschiedlichsten Definitionen unterliegt.

Neben negativ konnotierten und bewertenden Zuschreibungen wie „Mängelwesen“, „menschensmögliche Seinsweise“, „Abweichung von der Norm“, „eine Art Damoklesschwert“, oder Bezeichnungen wie „Dilemma des als Wachkoma (...) bezeichneten menschlichen Lebenszustandes“, oder auch „Lebensweise (...) mit der Abwesenheit jedweder Form von Wohlbefinden, Wohlergehen und Lebensqualität“, existieren in der modernen wissenschaftlichen

Fachwelt unterschiedliche Diagnosen das Wachkoma betreffend, welche ich folgend genauer darstellen möchte. Zur umfassenden Darstellung möchte ich folgend die Entstehungsgeschichte des Wachkomas aus historischem Blickwinkel aufbauend beschreiben.

Als Erstbeschreibung existiert im angloamerikanischen Raum eine Aufzeichnung basierend auf den Umschreibungen des Arztes W. Rosenblath aus dem Jahr 1899. Dieser berichtet über einen 15-jährigen Seiltänzer, der einen Sturz vom Seil schwer verletzt überlebte, in einen Zustand „seltsamer Wachheit „ fiel und darin mehrere Monate mittels einer speziellen Sondennahrung überlebte.

Im deutschsprachigen Raum wird das „Phänomen „ Wachkoma mittels seiner wissenschaftlichen Erstbeschreibung im Jahr 1940 durch den deutschen Neurologen Ernst Kretschmer folgendermaßen und mittels der ersten Diagnose „apallisches Syndrom“ definiert: „Der Patient liegt wach da mit offenen Augen. Der Blick starrt geradeaus oder gleitet ohne Fixationspunkt verständnislos hin und her. Auch der Versuch, die Aufmerksamkeit hinzulenken, gelingt nicht oder höchstens spurenweise; Ansprechen, Anfassen, Vorhalten von Gegenständen erweckt keinen sinnvollen Widerhall. (...) Infolgedessen können diese Kranken in aktiv oder passiv gewordenen Zufallsstellungen verharren bleiben. (...) Im Gegensatz dazu kann das elementare Irradiieren unverarbeiteter und ungebremsster Außenreize enorm gesteigert sein, sodass sensible Reize mit Zuckungen beantwortet werden können. Trotz Wachsein ist der Patient unfähig zu sprechen, zu erkennen, sinnvolle Handlungsformen in erlernter Art durchzuführen. Dagegen sind bestimmte vegetative Elementarfunktionen, wie etwa das Schlucken, erhalten.“

Anhand dieser Beschreibung zeigte sich der teilweise heute noch gebräuchliche Ausdruck „apallisches Syndrom“, was übersetzt „ohne Hirnmantel „ bedeutet und die cerebralen Zerfallerscheinungen umschreibt. Hierbei handelt es sich um eine „funktionale Trennung der Hirnrinde von den übrigen Hirnzentren.“ Auch der französisch geprägte Begriff „Coma vigile „ oder der im angloamerikanischen Raum verwendete Begriff „vegetative state „ wurden in diesem Zeitraum und äquivalent zur Diagnose „apallisches Syndrom“ als Umschreibung und medizinische Diagnose genutzt.

Der österreichische Neurologe Franz Gerstenbrand definierte im Jahr 1967 in seiner Monografie „Das traumatische apallische Syndrom“ anhand empirischer Beobachtungen und wissenschaftlicher Studien verschiedene Remissionsstadien und wies bereits zu jener Zeit auf die essentielle Priorisierung von entsprechenden Rehabilitationsphasen zur möglichen Wiedergenesung der betroffenen Menschen hin. Dies entspricht in Ansätzen den heute bekannten neurologischen Rehabilitationsphasen, entsprechend der Definition der „Bundesarbeitsgemeinschaft BAG Phase F e.V.“, und dient der Erstbeschreibung der heutigen Versorgungs- und Rehabilitationsstruktur.

Nur wenige Jahre nach dieser Zuschreibung und Definition seitens Gerstenbrands prägten im angloamerikanischen Raum Bryan Jennett, ein Neurochirurg, und Fred Plum, ein Neurologe, im Jahr 1972 den Begriff „vegetative state“. Hierbei unterschieden sie, je nach therapeutischem Verlauf, die Formen „persistent vegetative state“, genutzt bei Verläufen, die innerhalb eines Monats keine klinische Besserung zeigen, und „permanent vegetative state“, zu verwenden bei ausbleibender Besserung innerhalb eines Rehabilitationsjahres. Hierbei gaben sie keinerlei

Aussagen zur Rückbildungsfähigkeit besagten Syndroms an, wobei lediglich eine, zur damaligen Zeit, schlecht angenommene Prognose vorausgesagt wurde und erste, als sehr bedenklich anzusehende, Bezüge zum Thema „vegetable“, also Gemüse, wurden herbeigeführt. Jedoch zeigten die Benenner im Verlauf ihrer weiteren Forschungen und Veröffentlichungen mehrmals, wie unglücklich dieser Begriff gewählt wurde, was sie, unter anderem, damit unterstrichen, dass sie die Erkrankung späterhin als „syndrome in search of a name „ bezeichneten. Jedoch führte die Verwendung dieses sehr negativ belegten Begriffs immerhin dazu, dass die Bezeichnungen „permanent“ oder „persistent“ in einem Konsensus-Meeting gestrichen wurden und eine, bis heute anhaltende, rege Diskussion über den würdevollen Umgang mit sowie auch ein würdevolles Leben und Sterben der betroffenen Menschen in diesem Zustand stattfindet.

Mittlerweile existieren im wissenschaftlichen und neurochirurgischen Sprachgebrauch verschiedene Diagnosen und Umschreibungen, wie der „minimale Bewusstseinszustand“ (im Englischen Sprachraum als „minimal conscious state“ oder auch „minimal conscious vegetative state“, bzw. „minimal responsive state“, kurz MCS, bezeichnet), dieser je nach Verlauf und Ausprägung gar noch abgestuft mittels der Dimensionen „+“ und „-“, das „Syndrom reaktionsloser Wachheit“ (im Englischen Sprachraum als „unresponsive wakefulness syndrom“, kurz UWS, bezeichnet) oder aber immer noch die altgebräuchlichen Begriffe „Apallisches Syndrom“ (äquivalent des englischen Begriffs des „permanent“ oder „persistent vegetative state“, kurz PVS) oder der umgangssprachlich gebräuchliche Begriff „Wachkoma“. Allerdings sei hierbei erwähnt, dass es, trotz der Diagnosevielfalt, aufgrund der anhaltenden Diskussionen zumindest dazu führt, dass einige Begriffe als rein deskriptiv mit verschiedenen Ätiologien angesehen werden, wobei Ausdruckswidersprüche („Wach“ und „Koma“) vermieden und keinerlei Aussagen zur Prognose oder a-priori-Negationen für Angehörige herbeigeführt werden. Hinzu kommen noch solche, empirisch beobachteten, Diagnosen, welche hinsichtlich der Entstehungsursachen vorliegen: hier reicht die Spannweite vom „hypoxischen Hirnschaden“ infolge Sauerstoffunterversorgung, beispielsweise bei Reanimation, über „hirnorganisches Psychosyndrom“ bis hin zum allgemeinen „Schädel-Hirn-Trauma“. Eine trennscharfe Einstufung in eine Diagnose ist somit kaum vornehmbar und Unterschiede in der Diagnosestellung sind lediglich auf die Einschätzung des beurteilenden Arztes zurückzuführen. Einen Ansatz bei einer etwaigen Einschätzung bildet hierbei lediglich die Rückberufung auf nicht-reflexive, bewusste Bewegungsmuster (beispielsweise Blickfolgebewegungen) was Giacino et al. in ihrer Studie wie folgt beschreiben „Der minimal-bewusste Zustand (...) beschreibt Patienten, die inkonsistente aber reproduzierbare, verhaltensbasierte Anzeichen von Bewusstheit ihrer selbst oder ihrer Umwelt aufweisen, die jedoch nicht in der Lage sind, ihre Gedanken und Gefühle in gewohnter Weise mitzuteilen.“ Somit beschränkt sich die Diagnosestellung auf zuschreibende Möglichkeiten, die bewusst ausgeführt werden können, wie das Befolgen simpler Kommandos oder die Fähigkeit zur Unterscheidung von „Ja-Nein-Fragen“ [...].