



LAUT GEDACHT

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

Wachkoma und andere ethische Probleme am Lebensende

DDr. Matthias Beck

Das Problem der Wachkoma Patienten ist vor allem durch den „Fall“ Terry Shiavo in Amerika bekannt geworden. Sie lag 15 Jahre in einem solchen Wachkoma. Der Begriff „Wachkoma“ ist eigentlich widersprüchlich, da ein komatöser Patient gerade dadurch charakterisiert ist, dass er nicht weckbar ist. Die Patienten befinden sich in einem tiefen komatösen Zustand und sind daher nicht weckbar, haben aber doch die Augen geöffnet und sehen daher ganz „wach“ aus. Dieser Zustand wird auch als apallisches Syndrom bezeichnet, da es sich um eine Störung im Bereich des Hirnmantels (pallium) und d.h. der Großhirnrinde handelt. In Österreich gibt es etwa 800 derartiger Patienten. In der tragischen Krankengeschichte der Terry Shiavo zeigen sich drei wichtige Fragen: jene nach Leben und Tod, jene nach dem Prozess des Sterbens und jene nach dem vermutlichen Patientenwillen.

1. Leben – Tod

Ein Wachkoma Patient ist kein Toter sondern ein Lebendiger. Das scheint eine triviale Feststellung zu sein. Sie ist aber von großer Bedeutung. Denn nach Einführung des Hirntodkriteriums wird ein Mensch für Tod erklärt, wenn alle großen Areale des Gehirns (Großhirn, Mittelhirn, Kleinhirn,

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig, in der >NÖ Edition Patientenrechte<, seit Juli 2001 auf www.patientenanwalt.com zum Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Stammhirn) abgestorben sind. Dieses Absterben kann man messen mit dem sogenannten Nulllinien EEG (Elektroenzephalogramm). Sind alle elektrischen Potentiale im Gehirn erloschen (Nulllinie im EEG), geht man davon aus, dass das zentrale Steuerorgan des Organismus, das Gehirn, irreversibel geschädigt ist und der Organismus aus eigener Kraft keine Möglichkeit mehr hat, das Leben aufrecht zu erhalten, Dies gelingt nur mit der sogenannten Herz-Lungen-Maschine, mit deren Hilfe man den Menschen insofern „am Leben erhalten“ kann als sein Herz noch schlägt. Da er aber selbstständig nicht mehr Atmen kann (das Stammhirn ist erloschen) muss er beatmet werden. Er könnte aus eigener Kraft nicht mehr leben, da das Atemzentrum im Stammhirn ausgefallen ist und ihm so der Sauerstoff fehlt. Für die Organentnahme sind diese Zusammenhänge von zentraler Bedeutung, da man einem Menschen, der Hirntod ist, dessen Herz aber noch schlägt, die Organe entnehmen kann. In Österreich gilt die sogenannte Widerspruchslösung, d. h. dass jeder Organspender ist, es sei denn er, hat dagegen bei einer zentralen Stelle Widerspruch eingelegt.

Beim Wachkoma Patienten sind eben noch nicht alle Areale des Gehirns geschädigt. Das Großhirn funktioniert zwar nicht mehr richtig, da bestimmte Verschaltungen nicht mehr gelingen, aber das Stammhirn ist z.B. noch intakt. Daher atmen die Menschen auch spontan, d.h. sie müssen nicht künstlich beatmet werden. Nach dem Ganzhirntodkriterium ist also ein Wachkoma Patient ein Lebender und kein Toter, da nicht alle Areale des Gehirns abgestorben sind. Das Ganzhirntodkriterium findet noch weltweite Akzeptanz, aber man muss achtsam sein, denn es könnte Bestrebungen geben, ein Teilhirntodkriterium einzuführen und zu sagen, dass auch nach Absterben von zentralen Teilen des Gehirns (z.B. des Großhirns, das in alle Denkprozesse involviert ist) ein Mensch für tot erklärt wird. Das hätte u.a. gewaltige Auswirkungen für die gesamte Organtransplantation. Derzeit gilt noch - wie gesagt - das Ganzhirnkriterium, aber das könnte sich auch ändern.

2. Der Wachkomapatient ist kein Sterbender

Ein Wachkomapatient befindet sich nicht in einem terminalen (Endstadium) Sterbeprozess, wie z.B. ein schwerkranker Krebspatient in der letzten Phase seines Lebens. Ohne jemals definitiv sagen, zu

Wachkoma und andere ethische Probleme am Lebensende

Autor: DDr. Matthias Beck

erschienen: Mai 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

können, wann jemand sterben wird, so gibt es doch Anhaltspunkte dafür, ob jemand auf den Tod zu geht oder nicht. Ein Wachkomapatient geht nicht auf den Tod zu. Er lebt und er kann lange leben. Aber er kann sich aufgrund seiner „Erkrankung“ nicht selbst ernähren. Da er – wie jeder Mensch – Würde hat, hat er auch ein Recht auf Leben. Also gibt es im Rahmen der Fürsorgepflicht, die jeder einzelne für den Nächsten und zumal für den Kranken hat, eine Pflicht, ihn nicht sterben zu lassen, sondern zu ernähren. Die Würde des Menschen hat zwei Aspekte, nämlich einmal jenen der Autonomie und Selbstbestimmung des Einzelnen und gleichzeitig die Verpflichtung zur Fürsorge gegenüber demjenigen, der nicht mehr selbst bestimmen kann (z.B. im Wachkoma).

Nun hat man bei der Patientin in Amerika nach etwa 15 Jahren überlegt, ob man nicht diese künstliche Ernährung einstellen sollte. Nach einer so langen Zeit, ist die Wahrscheinlichkeit, wieder zu erwachen, nicht sehr groß. Allerdings muss man gerade bei Wachkoma Patienten sagen, dass es eine Fülle von unterschiedlichen Stadien gibt, so dass man keine rechte Zukunftsprognose über den Verlauf abgeben kann. Außerdem nehmen Patienten innerlich sehr viel mehr wahr, als man denkt. Mancher Patient der wieder erwacht ist, berichtet, dass er fast alles verstanden hat, was geredet wurde.

Wie also sollte man bei der Patientin in den USA handeln. Welche Kriterien der Entscheidungsfindung gab es? Das leitende Kriterium bei all diesen Entscheidungen ist aufgrund der Autonomie der Patientenwille. Jeder medizinische Eingriff (jede Blutabnahme) ist Körperverletzung und kann nur geschehen mit der Aufklärung und Einverständnis des Patienten (informed consent). Diesen Patientenwillen konnte man aber bei der Patientin nicht mehr eindeutig ermitteln. Der (Ex-) Ehemann behauptete, die Patientin hätte ihm einmal gesagt, dass sie in einem solchen Zustand nicht mehr leben möchte, die Eltern der Patientin sagten, doch sie hätte auch in einem solchen Zustand noch leben wollen. Da sie keine Patientenverfügung hatte, konnte man ihren Willen nicht genau ermitteln.

So hat man schließlich die Ernährung eingestellt. In Österreich wäre das nicht möglich gewesen. Es wäre passive Sterbehilfe gewesen. D.h. man hat eine Hilfeleistung unterlassen (Ernährung) und den Menschen sterben lassen, obwohl er sich nicht in einem terminalen Sterbeprozess befand. Aktive Sterbehilfe hätte darin bestanden, den Patienten direkt mit einer Spritze zu töten, passive Sterbehilfe bedeutet, etwas zu unterlassen aber letztlich doch den Tod zu intentieren, während indirekte Sterbehilfe

Wachkoma und andere ethische Probleme am Lebensende

Autor: DDr. Matthias Beck

erschienen: Mai 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

(die möglich und erlaubt ist) darin besteht, zum Beispieler einem schwer kranken Krebspatienten mit Hilfe von Medikamenten den Schmerz zu nehmen und dafür eine geringe Lebensverkürzung in Kauf zu nehmen. Bei den ersten beiden Situationen (aktive/passiver Sterbehilfe) ist also die Intention (die Handlungsabsicht), den Menschen zu töten (einmal direkt durch aktives Tun und einmal indirekt durch Unterlassen), im dritten Fall (indirekte Sterbehilfe) ist die Intention, dem Menschen den Schmerz zu nehmen und dabei die Lebensverkürzung in Kauf zu nehmen.

3. Patientenverfügung

Solange ein Patient bei Bewusstsein ist und entscheidungsfähig, muss er zustimmen zu allem, was medizinisch mit ihm unternommen wird. Ist der das nicht, z.B. als kleines Kind, dann müssen andere für ihn entscheiden. Das gilt auch im Notfall am Unfallort, wenn der Mensch bewusstlos ist. Dann wird für ihn entschieden.

Nun gibt es grundsätzlich vor allem im Rahmen der Intensivmedizin und der älter werdenden Bevölkerung (z.B. Alzheimer-Patienten) die Möglichkeit, dass man langsam oder auch plötzlich in einen Zustand gerät, in dem man nicht mehr entscheidungsfähig ist. Und dafür kann man vorsorgen. Damit man seine Autonomie wahrt und nicht zu sehr unter die Entscheidungsgewalt anderer gerät, kann man seinen Willen vorab in einer sogenannten Patientenverfügung kundtun. Man kann sagen, was man z.B. lebensverlängernde Maßnahmen nicht mehr möchte oder dass man z.B. in einem terminalen Stadium keine Chemotherapie mehr möchte etc.

Nach dem neuen österreichischen Gesetzentwurf soll sich diese Vorausverfügung nicht auf Notfälle am Unfallort beziehen (sonst müsste man möglicherweise den Motorradfahrer am Unfallort sterben lassen), sondern vor allem für lebensverlängernde Maßnahmen am Ende des Lebens in einem terminalen Stadium. Dort geht es um die Ablehnung von *medizinischen* Maßnahmen (dies sind im Unterschied zu pflegerischen Maßnahmen u.a. Maßnahmen, die einen invasiven, d.h. operativen Eingriff erforderliche machen, z.B. sogenannte PEG-Sonde zur Ernährung). Der Mensch kann vorab, am besten schriftlich nach vorheriger Aufklärung durch einen Arzt und in Anwesenheit eines Notars

Wachkoma und andere ethische Probleme am Lebensende

Autor: DDr. Matthias Beck

erschienen: Mai 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

oder einer rechtskundigen Person seinen Willen für etwaige zu unterlassende medizinische Maßnahmen kundtun. Eine solche schriftliche Erklärung ist verbindlich im Unterschied zu einer nur orientierenden Patientenverfügung, die z.B. mündlich abgegeben wird. Eine Patientenverfügung soll alle 5 Jahre erneut werden und sie kann auch jederzeit widerrufen werden. Oft ändern die Menschen, die dem Tode näher kommen, dann doch ihre Meinung und wollen noch leben und lebenserhaltende Maßnahmen bekommen.

Der Gesetzentwurf dazu ist auf dem Tisch, er wird wohl noch im Laufe dieses Jahres in Kraft treten. Es gibt viele Fragen dazu: wie kann der Patient oder der aufklärende Arzt dem Patienten alle Eventualitäten klar machen, wer kann das alles voraussehen, wer kann als Patient die komplexen Zusammenhänge verstehen und wie sind genau medizinische Maßnahmen von pflegerischen zu unterschieden (z.B. Mundpflege oder eine Ernährung über eine Magensonde oder eine subcutane Infusion). Man wird sehen müssen, ob diese Patientenverfügungen wirklich eine größere Klarheit bringen und die Autonomie des Patienten besser schützen oder ob es zu neuen Konflikten zwischen Ärzten und Patienten kommt weil Ärzte z.B. aus ihrem Sachverstand und ihrer Intuition heraus eigentlich handeln würden, weil es medizinische angezeigt ist, aber durch eine Patientenverfügung daran gehindert werden. Hier wird es noch machen Konfliktfall geben.

Dr. med. Dr. theol. Matthias Beck

Institut für Ethik und Recht in der Medizin

Universität Wien (www.ierm.at)

Wachkoma und andere ethische Probleme am Lebensende

Autor: DDr. Matthias Beck

erschienen: Mai 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Über den Autor: Dr. med. Dr. theol. Matthias Beck

geb. am 27.11.1956 in Hannover, Abitur am Humanistischen Kaiser-Wilhelms-Gymnasium Hannover 1975, Bundeswehr 1975/76

Studien

09/1976 - 12/1981 Pharmazie, Westfälische Wilhelms Universität Münster, Abschluss: Staatsexamen, Approbation 14.1.1982.

04/1980 - 05/1987 Humanmedizin, WWU Münster und LMU München, Abschluss: Staatsexamen, Approbation 18.5.1987.

02/1985 - 04/1985 Studienaufenthalt am Medical College in Srinagar/Indien.

02/1988 Promotion zum Dr. med. in der Dermatologie, WWU Münster, Thema: Kreuzreaktives Verhalten von Birken-, Erlen- und Haselnußpollenallergenen einerseits und Apfelallergenen andererseits.

11/1987 - 07/1989 Philosophie, Hochschule für Philosophie S.J. München, Abschluss: Bakkalaureat 28.7.1989.

03/1990 - 07/1993 Theologie, (röm. kath.) LMU München, Abschluss: Diplom 30.7.1993.

05/1994 - 11/1998 Promotionsarbeit in Theologie zum Thema:
Das Leib-Seele-Problem in der psychosomatischen
Medizin und einer philosophisch-theologischen Anthropologie sowie deren Folgen für eine
Krankheitsinterpretation.

07/1999 Promotion zum Dr. theol. Titel der Arbeit: Seele und Kranksein. Krankheit im Spannungsfeld
zwischen psychosomatischer Medizin und theologischer Anthropologie.

01/1999 - 01/2000 Forschungsauftrag am Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM) der Universität
Wien zur Frage „Ziele der Medizin“.

SS 2000 Lehrauftrag am Institut für Ethik und Recht in der Medizin an der Universität Wien:
Anthropologische Grundlagen der psychosomatischen Medizin unter besonderer Berücksichtigung des Leib-
Seele-Problems.

WS 2000/2001 Lehrauftrag am IERM der Universität Wien: Anthropologische Grundlagen der
Psychoonkologie

SS 2001 Lehrauftrag am IERM: Grundfragen medizinischer Ethik,
Teil I: In-vitro-Fertilisation, Klonen, embryonale Stammzellen, Präimplantationsdiagnostik u.a.

Wachkoma und andere ethische Probleme am Lebensende

Autor: DDr. Matthias Beck

erschienen: Mai 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Seit 08/2000 Forschungsauftrag an der Universität Wien: Anthropologische Grundlagen der Psychoonkologie.

WS 2001/2002 Lehrauftrag am IERM: Grundfragen medizinischer Ethik Teil II: Euthanasie, aktive, passive Sterbehilfe, Hirntoddefinition, Organtransplantation, aktuelle Entwicklungen in Fragen der Embryonenforschung.

09/2001 Vertragsassistent am Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien. Persönlicher Referent von Prof. Virt, Mitglied der Ethikkommission der EU in Brüssel. Mitarbeit an der Umstrukturierung des Medizincurriculums, Implementierung von Ethikvorlesungen in das Medizinstudium. Arbeit an Habilitation bei Prof. Virt.

SS 2002 Seminar: Präimplantationsdiagnostik, embryonale und adulte Stammzellen, Nabelschnurblut, Patentierbarkeit von Genen.

04-05/2002 Forschungsaufenthalt in den USA an der Georgetown University in Washington.

WS 2002/2003 Seminar: Grundfragen medizinischer Ethik: Prädiktive Medizin, Gendiagnostik, Gentherapie, Fallbesprechungen, Grundbegriffe medizinischer Ethik.

SS 2003 Seminar: Interpretation von Krankheiten aus Naturwissenschaftlicher, psychosomatischer und philosophisch-theologischer Perspektive.

SS 2003 Vorlesung: Genetik-Gendiagnostik-Gentherapie Pränataldiagnostik, Präimplantationsdiagnostik, gesetzliche Regelungen.

Arbeitsschwerpunkte:

- Aktuelle ethische Fragen in der Medizin (Embryonenforschung, Klonen, Präimplantationsdiagnostik, Biopatente, Euthanasie, aktive, passive Sterbehilfe, Wahrheit am Krankenbett etc.).
- Existentielle Ursachen von Krankheiten aus schulmedizinischer, psychosomatischer und philosophisch-theologischer Sicht.
- Interdisziplinarität von Medizin, Psychologie, Philosophie und Theologie.
- Anthropologische Grundfragen der Medizin.

Wachkoma und andere ethische Probleme am Lebensende

Autor: DDr. Matthias Beck

erschienen: Mai 2006

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.