

- Behandlungsabbruch bei Wachkomapatienten -

Eine (ethische) Grenzfrage

Bakkalaureatsarbeit

Medizinische Universität Graz

Studium der Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Vorlesung „Ethik“

Vorgelegt von:

Stephanie Gschwendtner

Matrikel-Nummer:

0811482

Betreut und Begutachtet von:

Mag. Dr. med. univ. Erwin Horst Pilgram

Albert-Schweitzer Gasse 36

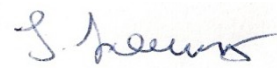
8020 Graz

Salzburg, September 2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiteres erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Salzburg, am 3.September 2012

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'S. Heun', is written over a light grey rectangular background.

Unterschrift

Gleichheitsgrundsatz

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde in dieser Arbeit darauf verzichtet, geschlechtsspezifische Formulierungen zu verwenden. Ich möchte ausdrücklich festhalten, dass die bei Personen verwendeten maskulinen Formen natürlich für beide Geschlechter zu verstehen sind.

Inhaltsverzeichnis

Abstract

Abbildungsverzeichnis

1) Einleitung.....	S. 6
1.1) Begründung der Themenwahl und aktueller Anlass.....	S. 6
1.2) Fragestellungen.....	S. 7
1.3) Gliederungsübersicht.....	S. 7
2) Definition Wachkoma / Vegetativer Status.....	S. 8
3) Hirnfunktion und Bewusstsein von Wachkomapatienten.....	S. 9
4) Prognose für Wachkomapatienten.....	S. 11
5) Behandlungsabbruch – Abbruch künstlicher Ernährung.....	S. 13
5.1) Gesetzliche Rahmenbedingungen zum Behandlungsabbruch.....	S. 15
5.2) Ethische Aspekte.....	S. 17
5.2.1) Positionen und Argumente.....	S. 17
5.2.2) Der Status künstlicher Ernährung.....	S. 19
5.2.3) Der Status von Wachkomapatienten.....	S. 19
5.2.4) Menschenwürde und Lebenswert.....	S. 20

6) Der Fall „Eluana Englaro“	S. 22
7) Wachkomastation Albert-Schweitzer-Klinik Graz.....	S. 24
8) Zusammenfassung und Resümee.....	S. 25
8.1) Zusammenfassung.....	S. 25
8.2) Resümee.....	S. 27
9) Quellenangaben.....	S. 29
9.1) Literaturverzeichnis.....	S. 29
9.2) Internetquellen.....	S. 30

Abstract

This paper picks out the vegetative state and therapy-break-off concerning patients in vegetative state as a central theme. There are several points of interest, like:

- What exactly does vegetative state mean?
- What about consciousness and brain function of patients in vegetative state?
- Which prognoses do they have?
- How does law see therapy-break-off concerning patients in vegetative state and what is the ethics' point of view?
- Are there some facilities and associations for persons concerned in Austria?

To get a good overview, the beginning of this paper starts with a definition of the vegetative state. Another point is talking about cognition-skills and brain function of patients in vegetative state as well as their prognoses.

The aim of this work is to point out the laws' point of view as well as the ethical aspects for or against therapy-break-off. Talking about these differing points of view, the balancing act within this critical topic will become much clearer.

To illustrate how explosive and highly controversial this topic is, there is also a case of practice mentioned - namely "Eluana Englaro" – her therapy was stopped after seventeen years in vegetative state.

The last chapter is about the facilities and associations in Austria for patients in vegetative state and their dependents.

1) Einleitung

1.1) Begründung der Themenwahl

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einem sehr konfliktgeladenen, emotionsreichen Thema, mit welchem sich auch eine interdisziplinäre Tagung des Instituts für Moraltheologie der Karl-Franzens-Universität Graz, sowie das Grazer Universitäts-Klinikum für Anästhesiologie und Intensivmedizin im Jahr 2009, auseinandergesetzt hat, nämlich:

Darf bei Wachkomapatienten ein Behandlungsabbruch, also die Beendigung der künstlichen Ernährung und Hydrierung, stattfinden? Würde es sich dabei dann bereits um Euthanasie oder „nur“ um Sterbenlassen handeln? Fällt die künstliche Ernährung im genannten Falle unter die Kategorie Therapie oder doch in den Bereich der Pflege? Ist der Mensch im Wachkoma nur ein vegetatives Wesen, oder kann er sehr wohl auf seine kognitiven Fähigkeiten zurückgreifen und seine Umwelt bewusst wahrnehmen? (vgl. Kröll, Schaupp, 2010, Vorwort)

Wie den obigen Fragen bereits zu entnehmen ist, gibt es nicht wirklich die eine und einzig richtige Antwort. Je nachdem aus welchem Blickwinkel die Fragen betrachtet werden - sei es aus ärztlichem, rechtlichem oder ethischem - finden sich unterschiedliche Antworten dafür. Diese Problematik betrifft daher nicht nur das ärztliche Personal, sondern auch die Pflege, Angehörige und alle, die mit diesen besonderen Patienten zu tun haben - nicht zuletzt also auch die Gesellschaft.

Nicht nur aufgrund von immer wiederkehrenden medialen Diskussionen rund um das Thema des Behandlungsabbruches bei Wachkomapatienten, sondern vor allem wegen der hohen Inzidenz dieses Krankheitsbildes und der kontroversen Frage nach „richtig“ oder „falsch“ möchte ich meine Bachelorarbeit dieser Thematik widmen.

1.2) Fragestellungen

Aufgrund der obig genannten Thematik sollen im Rahmen dieser Arbeit unter Anderem folgende Fragen beantwortet werden:

- Ist der Mensch im Wachkoma nur ein vegetatives Wesen oder ist er sehr wohl fähig, seine Umwelt bewusst wahrzunehmen?
- Stellen die künstliche Ernährung und Hydrierung einen Teil der medizinischen Behandlung dar oder gehören sie zu den pflegerischen Maßnahmen?
- Wie gestaltet sich die Frage nach dem Behandlungsabbruch aus medizinischer, rechtlicher und vor allem aus ethischer Sicht?
- Handelt es sich dabei um Euthanasie oder „nur“ um Sterbenlassen?
- Welche Einrichtungen gibt es für Wachkomapatienten und deren Angehörige in Österreich?

1.3) Gliederungsübersicht

Um diese Fragen verstehen und beantworten zu können ist es sinnvoll, zunächst einmal die aktuellen Zahlen von Patienten im Wachkoma zu erfassen. Mit dieser Thematik, sowie mit einer Definition des Vegetativen Status und Behandlungsabbruches wird sich Kapitel 2 befassen.

2) Definition Wachkoma / Vegetativer Status

Das Krankheitsbild des Wachkomas kann diverse Ursprünge haben – so können beispielsweise ein schweres Schädelhirntrauma, Sauerstoffunterversorgung des Gehirns durch Herzkreislaufstillstand, Beinahe-Ertrinken, Strangulation, Schlaganfall, sowie metabolische und neurodegenerative Erkrankungen den Menschen in den sogenannten vegetativen Status versetzen. (vgl. Kröll, Schaupp, 2010, S. 40)

Wenn diesen Menschen nach obig genannten Unfällen und Erkrankungen das Leben gerettet werden kann, so tragen sie meist schwere Hirnschädigungen davon und fallen für einige Zeit in einen komatösen Zustand, aus dem sie auch nicht geweckt werden können. Dieses Koma dauert aber zumeist nur zwei bis fünf Wochen an. Sollten sie ihr Bewusstsein wieder erlangen, so geschieht dies nämlich bereits in den ersten paar Tagen.

Manche erwachen zwar, bleiben dabei aber bewusstlos. Sie verharren in einem vegetativen Zustand, dem sogenannten Wachkoma. Dabei haben sie einen Schlaf-Wach-Rhythmus, können auch hin und wieder die Augen öffnen, zeigen aber keine Reaktion, welche auf Hirnaktivität schließen ließe.

Das Bewusstsein besteht beim gesunden Menschen aus zwei Teilen, nämlich dem Wach-Sein und dem Gewahr-Sein. Letzteres hat sich bei Wachkomapatienten gänzlich abgekoppelt.

Menschen im vegetativen Status atmen in der Regel alleinständig. Sie können auch unterschiedlichste Spontanregungen - wie Zähneknirschen, Schlucken, Weinen, Lachen zeigen – dies geschieht allerdings unwillentlich und reflexartig. Aber gerade aufgrund dieser Regungen fällt es nicht leicht, einem Wachkomapatienten das Bewusstsein abzusprechen. (vgl. http://www.wachkoma-graz.at/site/wp-content/uploads/spek_d_wiss_2008_3_s441.pdf, 17.7.2012)

Es sollte erwähnt werden, dass die Bezeichnung des „Permanenten Vegetativen Status“ keine einheitlich bestimmte pathologische Störung ist, da jeder Fall anders gelagert ist. Die Bezeichnung beschreibt vielmehr die Verhaltensweisen der betroffenen Patienten. Diese Terminologie stellt also keinen medizinischen Fachausdruck dar, sondern soll die Kommunikation zwischen allen Involvierten - seien es Ärzte, Angehörige, Theologen oder Patientenanwälte – erleichtern. (vgl. Jennet, 2002, S.4)

Die genaue Anzahl von Wachkomapatienten in Österreich kann nur geschätzt werden, da es darüber nur sehr wenige zuverlässige Daten gibt. Die Österreichische Wachkomagesellschaft geht aber unter Berücksichtigung Betroffener in verschiedenen Remissionsstadien und den Patienten, welche zu Hause betreut werden, für Österreich von 10 Wachkomapatienten je 100.000 Einwohner aus. Die Inzidenz für Österreich berechnet sich mit circa 40-170 Neuerkrankungen pro Jahr. (vgl. www.wachkoma.at, 17.07.2012)

3) Hirnfunktion und Bewusstsein von Wachkomapatienten

Die Frage nach der Bewusstseinsfähigkeit von Wachkomapatienten ist problematisch. Dies zeigt sich bereits in der schwierigen Definition der Begriffe „Bewusstsein“ und „Bewusstlosigkeit“ und in der klinischen Einschätzung des Begriffs „Koma“.

Der allgemeinen Definition nach bedingt Bewusstsein Wachheit und damit ein funktionierendes „Wecksystem“ im Hirnstamm. Dieses „Wachbewusstsein“ wird durch Bewusstseinsinhalte, die Bewusstheit ausgefüllt. Diese Bewusstheit (qualitatives Bewusstsein) entsteht durch ständige komplexe Informationsverarbeitung und endogene Interaktionen im Raum der Großhirnrinde.

Auch wenn das apallische Syndrom bislang in die Nähe des Komas eingereiht wird, kann der Verlust des qualitativen Bewusstseins nicht mit dem Zustand des Komas gleichgesetzt werden. Denn immerhin darf nicht außer Acht gelassen werden, dass der apallische Patient elementare Kriterien der Wachheit erfüllt und Wachreaktionen zeigt, die nur mangels kortikaler Verarbeitung beziehungslos und ungerichtet scheinen.

Aufgrund der unsicheren Prognose tendiert man auch dazu, das Wachkoma als Großhirntod zu bewerten, weil ja bei solchen Patienten die Großhirnrinde als Folge einer Verletzung oder Erkrankung ausgefallen ist. Es lässt sich also kein Zusammenhang von Bewusstsein und Körper beobachten. Dies soll aber nicht heißen, dass der Mensch als Ganzes aufgehört hat zu existieren, denn wichtige Funktionen des Gehirnstammes – wie spontane Atmung, Zirkulation oder Thermoregulation – können weiterhin bestehen. (vgl. Kröll, Schaupp, 2010, S. 29)

Obwohl der Organismus von Wachkomapatienten kein bewusstes Verhalten erkennen lässt, ist die somatische integrative Einheit nicht völlig abhanden gekommen.

Das Bewusstsein ist nicht mit einem Organ gleichzusetzen, sondern es stellt eine Kapazität dar, durch welche der Wachkomapatient eine Verbindung zur Umwelt herstellen kann. Wenn nun also der Besitz des Bewusstseins eine wesentliche menschliche Eigenschaft wäre, so würde dessen Verlust nicht nur eine Nicht-Person, sondern auch einen Nicht-Menschen bedeuten. Wird das Bewusstsein allerdings als wesentliche Eigenschaft einer Person, also einer „Gattung innerhalb der menschlichen Art“, gesehen, so wird der Mensch nicht durch die Bewusstseinslosigkeit zum Menschen. Dann könnte es folglich ganz natürlich sein, bewusstlos zu sein oder es durch eine Krankheit zu werden. (vgl. Cattorini, Reichlin, 1997, S. 266)

Die intensive Forschung auf diesem Gebiet bringt auch immer neue Fragen mit sich, beispielsweise, wie mit Fähigkeiten wie „Fühlen“, „Erleben“ und „Wahrnehmen“ bei Menschen im Wachkoma genau umzugehen ist.

Würde man Wachkomapatienten nämlich „unbewusste Emotionen“ zuschreiben, müsste man sich gleichzeitig fragen, ob dies nicht etwas Widersprüchliches beinhaltet:

Der derzeitige Stand der Emotionsforschung definiert „Emotion“ als ein spezifisch menschliches Phänomen, das zum einen nur aus einem Komplex aus physisch-vegetativen, psychischen und kognitiven Funktionen besteht und zum anderen aber die Fähigkeit subjektiven Erlebens bedingt. Dies stellt auch ein wichtiges Argument dafür dar, dass komplexe Maschinen und Computer keine Emotionen besitzen, obwohl sie durchaus mit ihrer Umwelt kommunizieren und Signale verarbeiten.

Es kann also eine Emotion - wie zum Beispiel „Angst“ – nur in Kombination aus kognitivem und körperlich-vegetativem Empfinden geben. Würde dies nur auf physischer Ebene geschehen, müsste man von unbewusster Stressreaktion sprechen. Es bedarf also einem Subjekt, welches etwas als etwas erlebt. (vgl. Kröll, Schaupp, 2010, S. 118)

4) Prognose für Wachkomapatienten

Menschen mit apallischem Syndrom können nicht zwingend einem eindeutigen Krankheitsbild zugeordnet werden. Dies scheint aber ohnehin nur zweitrangig - denn viel wichtiger als die Diagnose ist für solche Patienten die Prognose - denn von dieser sind immerhin Art und Ausmaß der Therapie abhängig.

Grundsätzlich unterscheidet die Medizin zwischen zwei unterschiedlichen Verläufen des apallischen Syndroms:

Zum einen gibt es den sogenannten „progredienten“, also fortschreitenden Verlauf. Dieser ist bedingt durch weitergehende Großhirnschädigung oder Destruktion tieferer Gehirnzentren.

Zum anderen gibt es auch einen Remissionsverlauf nach akutem schwerem Hirnschaden mit der Chance auf Rückbildung. Das apallische Syndrom muss in diesem Fall also nicht als Endstadium gesehen werden, sondern kann durchaus nur ein Durchgangsstadium darstellen. Diese Verlaufsform ist sogar häufiger zu beobachten als die progrediente Form. (vgl. Plenter, 2001, S. 23)

Je nach Autor werden auf diesem Gebiet unterschiedliche prognostische Verläufe genannt:

So weist etwa Linke darauf hin, dass ein Komapatient mit Schädelhirnverletzung wieder die ursprüngliche Leistungsfähigkeit zurückerlangen kann, wenn das Koma nicht länger als vier Wochen andauert. (vgl. Linke, 2000, S. 43)

Auch Poeck und Hacke meinen, dass Patienten mehrere Monate im apallischen Syndrom ausharren können und weiterhin die Chance auf Remission bestünde. Es gibt auch Fälle, in denen Wachkomapatienten nach drei, sechs oder gar fünfzehn Jahren wieder aufgewacht sind. (vgl. Poeck, Hacke, 2001, S. 561)

Um auszudrücken dass der Zustand eines Patienten als eher irreversibel gesehen wird, kann dieser als „persistent vegetativ“ bezeichnet werden. Als Richtwert dafür wird eine Krankheitsdauer von mindestens zwölf Monaten angegeben. Entscheidende Variablen, welche die Prognose beeinflussen können, sind die Ätiologie, also die Ursache, das Patientenalter und die Dauer der Bewusstlosigkeit. (vgl. Celesia, 1997, S. 224-226)

Aus den obig genannten unterschiedlichen Standpunkten kann man bereits entnehmen, dass es sehr schwierig ist, einen genauen Zeitpunkt festzulegen, ab wann der vegetative Status als irreversible gesehen werden sollte. Es ist bekannt, dass der Zustand des Wachkomas unwiderruflich sein kann, Patienten trotzdem Jahrzehnte überleben können und sogar Jahre später noch erwachen. Dies stellt sowohl eine große Schwierigkeit, aber auch eine Chance für die therapeutische Behandlung dar. (vgl. Plenter, 2001, S. 26)

Patienten mit apallischem Syndrom müssen nicht zwangsläufig in einem starren Krankheitsverlauf gefangen bleiben, sondern können durchaus unterschiedliche Stadien durchwandern, bis hin zur möglichen vollständigen Rehabilitation. (vgl. Roddewig-Rother, 1997, S. 50-51)

Es sollte allerdings erwähnt werden, dass die Wiedererlangung des Bewusstseins oft mit schweren Behinderungen und Beeinträchtigungen des Patienten einhergeht. (vgl. Lanzerath, 1996, S. 290)

5) Behandlungsabbruch – Abbruch künstlicher Ernährung

Die moderne Medizin von heute wird immer wieder auf Grenzfragen zwischen Leben und Tod treffen. Soll und darf man alles tun, was man kann, was medizinisch möglich ist? Vor allem die Intensivmedizin muss sich damit auseinandersetzen und versuchen, angemessene Antworten zu finden. Schwierig ist auch die Behandlung von Schwerstverletzten:

Ist es Unterlassene Hilfeleistung, einen Schwerstkranken nicht intensiv zu behandeln beziehungsweise zu reanimieren oder fällt dies schlicht unter Unterlassung einer nicht-erfolgsversprechenden Behandlung?

In diesen heiklen Entscheidungsfindungsprozess müssen alle Aspekte der medizinischen Ethik, der Moral und des Gesetzes mit einbezogen werden. (vgl. Lutterotti, 1985, S. 15)

Die sogenannte „Intensivtherapie“ stellt die vorübergehende künstliche Aufrechterhaltung gestörter Vitalfunktionen sicher - und zwar bis Besserung oder Heilung der Grunderkrankung eintritt. Eine zielgerichtete Intensivtherapie bedingt also eine prinzipiell heilbare oder zumindest besserungsfähige Grunderkrankung und meint nicht Lebensverlängerung um jeden Preis.

Schara definiert die Aufgabe der Intensivmedizin wie folgt:

„Aufgabe der Intensivmedizin ist Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind, mit dem Ziel, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen.“ (vgl. Schara, 1982, S. 9)

Folglich stellt sich also die Frage nach dem richtigen Umgang der Intensivmedizin mit Wachkomapatienten. Denn diese unterscheidet ihr offenbar fehlendes Bewusstsein von anderen intensivmedizinisch-betreuten Patienten.

Die umfassende pflegerische Versorgung, welche Wachkomapatienten benötigen, wirft einige (ethische) Probleme auf. (vgl. www.pflegethemen.de, Die sogenannte Wachkoma-Problematik, 10.8.2012)

Der ethische Diskurs ist in diesem Falle stark vom Verständnis der diagnostischen und prognostischen Sicherheit bei der Beurteilung des klinischen Erscheinungsbildes abhängig. (vgl. Lanzerath, 1997, S. 256)

Im klinischen Alltag steht das ärztliche Personal oft vor der Entscheidung über den Abbruch einer Behandlung von Wachkomapatienten, also der Unterlassung von lebensverlängernden Maßnahmen. Diese Entscheidung muss bei Wachkomapatienten mit enormem Verantwortungsbewusstsein getroffen werden - denn wie bereits erwähnt wurde, handelt es sich oft nur um ein apallisches Durchgangssyndrom und selbst nach Monaten oder Jahren ist es möglich, dass die Patienten ihr Bewusstsein zurückerlangen. (vgl. Lutterotti, 1985, S. 82)

5.1) Gesetzliche Rahmenbedingungen zum Behandlungsabbruch

Welche Bestimmungen sieht das Recht eigentlich genau für den Behandlungsabbruch einer künstlichen Ernährung oder Hydrierung bei Wachkomapatienten vor? Wer soll und darf darüber entscheiden? In welchem Verfahren hat dies zu passieren und nach welchen Kriterien wird vorgegangen? Welche grundlegenden Gesetze – vor allem das Recht auf Leben – sind dabei genauestens zu beachten?

Nicht auf alle dieser spezifischen Fragen kann im Rahmen dieser Arbeit eine Antwort gefunden werden. Es soll aber nachfolgend ein kurzer Überblick zu den rechtlichen Eckpunkten zum Thema „Behandlungsabbruch bei Wachkomapatienten“ gegeben werden:

Der Abbruch der künstlichen Ernährung, also das Entfernen einer Sonde, beziehungsweise die Einstellung der Nahrungsversorgung über diese, wirft zu Beginn einmal die Frage auf, ob dies unter „medizinische“ Behandlung oder „Basispflege“ fällt?

Das Patientenverfügungsgesetz hat mittels eines Beschlusses im Parlament klar festgelegt, dass es sich hierbei um eine medizinische Heilbehandlung handelt. Dies trifft nicht nur auf das Setzen der Sonde zu, sondern auch auf die Nahrungsversorgung über eben diese, welche zwar in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich von Pflegenden einzuordnen, aber sehr wohl an ärztliche Anordnung gebunden ist. (vgl. Kopetzki in: Kröll, Schaupp, 2010, S. 62)

Es soll hier auch erwähnt werden, dass für die Einleitung einer medizinischen Behandlung im Wesentlichen dieselben Kriterien ausschlaggebend sind wie für einen Behandlungsabbruch. Die Beendigung einer Behandlung ist also einer Nicht-Behandlung rechtlich gleichzusetzen.

Das gesetzliche Verbot der Behandlung gegen den Patientenwillen kommt auch dann zum Tragen, wenn die Beendigung einer bereits eingeleiteten und technisch-unterstützten Maßnahme auf ein „aktives“ Tätig werden - wie etwa das Abschalten von Geräten oder die Entfernung eines anderen Hilfsmittels zurückgreifen muss, da dies als Unterlassung der (Weiter-)Behandlung zu sehen ist.

Daher kann auch der Abbruch der künstlichen Ernährung nicht anderes eingestuft werden, egal ob die Sonde zur Gänze entfernt oder schlicht die Nahrungszufuhr eingestellt wird.

Medizinisch indizierte, selbst lebensrettende ärztliche Maßnahmen, setzen die Einwilligung des Patienten voraus. Was geschieht aber nun, wenn der Patient zum entsprechenden Zeitpunkt entscheidungsunfähig ist? Hier gibt es einige grundlegende Unterschiede:

Eine Möglichkeit könnte sein, dass der Patient für etwaige Zeiträume der Einwilligungsunfähigkeit mittels einer Patientenverfügung sein Selbstbestimmungsrecht klar definiert und sich somit im Vorhinein gegen lebensverlängernde Maßnahmen aussprechen kann. (vgl. Kopetzki in: Kröll, Schaupp, 2010, S. 64)

Eine weitere Möglichkeit, für etwaige Momente der Entscheidungsunfähigkeit vorzusorgen, besteht in der Vorsorgevollmacht. Hier wird ein gewillkürter Stellvertreter zur Entscheidung über medizinische Behandlungen gewählt, welcher nach dem Willen des Betroffenen laut Bevollmächtigungsvertrag, medizinische Behandlungen ablehnen darf.

Somit stellen die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht also Instrumente zur vorgezogenen Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes dar.

Die „Vertretungsbefugnis durch nächste Angehörige“ beschränkt sich auf Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens und ist in Bezug auf Zustimmung zu medizinischen Behandlungen sehr begrenzt.

Schwertragende Entscheidungen - wie etwa der Abbruch künstlicher Ernährung bei Wachkomapatienten - liegen daher außerhalb des Zuständigkeitsbereiches von vertretungsbefugten nächsten Angehörigen.

Ist der Patient selbst nicht mehr entscheidungsfähig und kann weder auf eine Patientenverfügung noch auf einen Vorsorgebevollmächtigten oder nächste Angehörige zurückgegriffen werden, entscheiden letztendlich nur die behandelnden Ärzte nach den „objektiven“ Grenzen der Behandlungspflicht.

Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass eine Behandlung nicht fortgesetzt werden muss, wenn sie aus medizinischer Sicht, mangels Wirksamkeit, nicht erfolgsversprechend und daher aussichtslos ist.

Die technische und medikamentöse Möglichkeit zur künstlichen Lebensverlängerung stellt also keine Rechtspflicht dar. (vgl. Kopetzki in: Kröll, Schaupp, 2010, S. 66-68)

Das Recht alleine kann also keine Lösung bieten, wenn es um die Verhaltensweisen gegenüber Wachkomapatienten geht. Es kann aber als Instrument gesehen werden, welches einen Konsens der Gesellschaft unter Einbezug des Sachlichkeitsgebotes umsetzt. Die Debatte um einen Behandlungsabbruch bei Wachkomapatienten ist also viel mehr in eine ethisch-moralische, als in eine juristische Richtung zu lenken. (vgl. Kröll, Schaupp, 2010, S. 89)

Eben dieser ethisch-moralischen Sichtweise wird sich der nächste Punkt widmen, welcher damit das Hauptkapitel dieser Arbeit darstellen soll:

5.2) Ethische Aspekte

5.2.1) Positionen und Argumente

Bevor über auf die ethischen Aspekte in Bezug auf Behandlungsabbruch bei Wachkomapatienten eingegangen werden kann, scheint es sinnvoll, zunächst einmal die unterschiedlichen Positionen zu hinterfragen. Diese gliedern die Objektive Sinnhaftigkeit von künstlicher Ernährung bei Wachkomapatienten etwa wie folgt:

Die erste Gruppierung sieht die künstliche Ernährung bei Wachkomapatienten als pflegerische Maßnahme und somit also als Basisbetreuung an, welche daher immer gewährleistet werden muss, unabhängig von Tiefe, Dauer oder Prognose des Wachkomas. Zu dieser Position gelang auch die Römische Glaubenskongregation und, in etwas abgeschwächter Form, die derzeit geltenden Grundsätze der Bundesärztekammer.

Die zweite, konträre Position zählt die Sonden-Nahrung zu den ärztlichen Interventionen. Diese bedürfen - wie alle anderen Interventionen – einer Indikation, welche nur gegeben ist, wenn zumindest die Chance besteht, dem Patienten ein minimales Bewusstsein zu ermöglichen. Für diese Anschauung stellt ein Leben ohne Bewusstsein und Chance auf Besserung objektiv kein erhaltenswertes Leben dar. Es wird die Meinung vertreten, dass der Wachkomapatient so auf Dauer zum „Behandlungsobjekt“ wird. Die künstliche Ernährung werde nur fortgesetzt, weil es technisch möglich sei und sich niemand legitimiert fühle, diese abzubrechen. Wenn also kein gegenteiliger Patientenwille vorliegt, kann ein Behandlungsabbruch erfolgen. Aus dieser Position geht also eindeutig hervor, dass die Prognose entscheidend für Abbruch oder Fortsetzung künstlicher Ernährung ist.

Zu kritisieren ist an dieser Haltung, dass letztendlich von einem utilitaristischen Menschenbild ausgegangen und Menschen ohne Bewusstsein ihr Lebensrecht abgesprochen wird. Die Vertreter dieser Anschauung rechtfertigen dies allerdings damit, dass es ja keinem verwehrt sei, anderweitige Verfügungen für den Ernstfall zu treffen.

Die dritte Gruppierung befürwortet wie die erste Gruppierung auch die Aufrechterhaltung der künstlichen Ernährung. Begründet wird dies allerdings utilitaristisch - das heißt also, dass man sich im Falle von unklaren Folgen stets für die sichere von zwei Möglichkeiten entscheidet. Denn laut Vertretern dieser Ansicht, hat die Medizin noch zu wenig sicheres Wissen über Wachkoma. Daher sei ein objektives gesellschaftliches Urteil darüber, ob ein Leben im Wachkoma lebenswert ist, nicht angebracht. Dies könne man nur individuell für sich selbst entscheiden. Die Medizin ist also, sofern keine anderen Verfügungen vorliegen, zur Nahrungsfortsetzung verpflichtet.

Wiederum andere sprechen sich für eine unbedingte Ernährungspflicht aus, da auf diesem Gebiet genügend Wissen dahingehend besteht, dass es bei Wachkomapatienten aller Stadien zumindest minimale Bewusstseinsfähigkeit gibt und ihr Leben daher immer als lebens- und erhaltenswert anzusehen sei, außer natürlich, der Betroffene hat anderweitiges verfügt. (vgl. Kröll, Schaupp, 2010, S. 111-114)

Aber wie lassen sich nun, mit dem Vorwissen um all die konträren Standpunkte, ethisch „korrekte“ Entscheidungen treffen, wenn es um die Frage nach dem Abbruch künstlicher Ernährung bei Wachkomapatienten geht?

5.2.2) Status künstlicher Ernährung

Auch wenn der Aufwand künstlicher Ernährung im Vergleich zum Nutzen - nämlich der langfristigen Lebenserhaltung – auch gering scheinen mag, so darf auf keinen Fall vergessen werden, dass diese Sonden-Ernährung künstlichen Ursprungs ist und kann nicht einfach ohne weitere Differenzierung mit natürlicher Ernährung gleichgesetzt werden. Die Fortführung einer solchen Behandlung untersteht sehr wohl Überlegungen bezüglich der ihrer Sinnhaftigkeit. (vgl. Kröll, Schaupp, 2010, S. 114-116)

5.2.3) Status von Wachkomapatienten

Es besteht kein Zweifel daran, dass Patienten im Wachkoma ganz klar von Sterbenden zu unterscheiden sind und ihr Zustand nicht mit diesen gleichgesetzt werden kann. Diese Tatsache findet sich auch in den Grundsätzen der Bundesärztekammer wieder.

Wachkomapatienten befinden sich nämlich in einem stabilen Status, der sogar häufiger als angenommen besserungsfähig ist. Selbst die tiefste Form des Wachkomas stellt schon eine Entwicklungsstufe aus dem Koma dar, also quasi einen Schritt in Richtung „Genesung“, wenn auch auf unterster Ebene.

Auch wenn man noch einmal die Wichtigkeit dessen hervorhebt, dass Wachkomapatienten keinen Sterbenden sind, so kann ihr Zustand völliger „Dissonanz von Körper und Geist“ dem Sterben doch ziemlich nahe kommen. Diese Sichtweise sollte, wie alle anderen auch, in die Diskussionen um Therapieentscheidungen einfließen.

Wenn schon zu Beginn der lebensrettenden Intervention – welche ja meist am meist zu Beginn des Wachkomas stattfindet - klar gewesen wäre, dass keine Chance auf Rehabilitation besteht, hätte man dem Sterben wohl seinen natürlichen Lauf gelassen. Dies würde zumindest der ethischen Logik der Behandlungsbegrenzung am Lebensende gleichkommen.

Mit dieser Erkenntnis kann so manche Form des Wachkomas zumindest im Nachhinein als unterbundenen Sterben gesehen werden. (vgl. Kröll, Schaupp, S. 116-117)

5.2.4) Menschenwürde und Lebenswert

Gegen den Behandlungsabbruch bei Wachkomapatienten kann argumentiert werden, dass dies unumgänglich ein „Lebenswerturteil“ erzwingt, welches wiederum gegen die Menschenwürde verstößt.

Denn alleine schon der „intrinsische“ Wert eines Menschenlebens verbiete es, ein Leben an dessen Qualität oder Bewusstsein festzulegen und zu bewerten. Solche Urteile setzen nämlich ein utilitaristisches Menschenbild voraus, welches nur denjenigen ein Recht auf Leben zuspricht, die aktuell Bewusstseinsfähigkeit besitzen.

Es sei an dieser Stelle klarzustellen, dass die Menschenwürde von Wachkomapatienten grundsätzlich nicht in bezweifelt werden darf. Alle Diskussionen über einen möglichen Behandlungsabbruch müssen daher auf eben dieser Menschenwürde und dem Lebenswert aufbauen und der eventuelle Verzicht auf künstliche Ernährung darf nie mit Zweifeln an der Menschenwürde von Wachkomapatienten begründet werden.

Diese Feststellung bedeutet aber nicht zwingend, dass jeder Abbruch künstlicher Ernährung einen gegen die Menschenwürde verstößt. Im Falle von Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen am Lebensende wird lediglich darüber entschieden, wie mit menschlichem Leben in einem bestimmten Zustand richtig umgegangen wird.

Der behandelnde Arzt entscheidet nämlich mit einem Behandlungsverzicht in aussichtslosen Situationen nicht über den Menschenwert, sondern ausschließlich über Wert oder Unwert einer Behandlung.

Tiefste und nicht-reversible Wachkomaformen, bei denen mit Sicherheit kein Bewusstsein vorherrscht und keine Chance auf Besserung besteht, stellen zweifelsohne Grenzfälle dar. Ein solches Leben meint nicht ein qualitativ „schlechtes“ im Vergleich zu einem qualitativ „guten“ Leben – es stellt vielmehr ein Leben dar, das gar nicht die Möglichkeit hat, ein subjektiv „schlechtes“ oder „gutes“ zu sein. (vgl. Kröll, Schaupp, 2010, S. 119-121)

Menschliche Würde zu respektieren meint sowohl unbedingte Anerkennung und Schutz von Lebensrecht, aber auch die Wahrnehmung des Menschen mit all seinen individuellen Bedürfnissen und seiner Verletzbarkeit, unabhängig davon, ob er fähig ist, diese auch zu artikulieren. Das meint also, dass es zwar eine ärztliche Verpflichtung darstellt, Fortschritt und Technik zum Wohle des Patienten einzusetzen, aber sehr wohl muss auch der Schutz dessen vor verzerrenden und verletzenden Auswirkungen der Medizin gewährleistet werden – und sehr wahrscheinlich würde der moderne Mensch von heute ein Leben ohne Bewusstseinsfähigkeit und Chance auf Besserung wohl eben als eine solche Verzerrung seiner Lebensgestalt sehen.

Besteht jedoch auch nur ein Funken Hoffnung, dass der Patient im Wachkoma wieder die Fähigkeit erlangt, bewusst zu erleben, zu kommunizieren und zu fühlen, muss selbstverständlich alles dafür getan werden, um dessen Leben zu schützen und zu fördern. Daher müssen neueste wissenschaftliche Erkenntnisse der Wachkomaforschung rezipiert und offenkundig inkorrekte, veraltete Ansichten diesbezüglich überwunden werden.

Denn die Menschenwürde von Wachkomapatienten kann sowohl durch sozialutilitaristische Überlegungen gefährdet werden, wie auch durch die mangelnde Fähigkeit, moralethische Prinzipien korrekt auf den Einzelfall zu übertragen.

Wichtig für den Entscheidungsfindungsprozess und die Diskussion um einen möglichen Behandlungsabbruch sollte aber nicht nur die wissenschaftliche Erforschung dieses Krankheitsbildes sein, sondern auch nicht minder die Expertise und Erfahrung jener, die sich in der Betreuung intensiv mit Wachkomapatienten beschäftigen. Weiter sollte bemüht sein, ein stimmiges, anthropologisch korrektes Gesamtbild von Personen im vegetativen Status zu entwerfen. Denn nur so kann versichert werden, dass die Betroffenen nicht zum Spielball ideologischer Gesinnungen werden, wie im beispielsweise im nachfolgend genannte Falle „Eluana Englaro“. (vgl. Schaupp in: Kröll, Schaupp, 2010, S. 122)

6) Der Fall „Eluana Englaro“

„Se non posso essere quello che sono adesso, preferisco morire.“

(“Wenn ich einmal nicht mehr so sein kann, wie ich derzeit bin, dann möchte ich sterben.”)

Diese Aussage hatte damals 20-jährige Eluana Englaro im Jahr 1991 getätigt, welche sich zu einem tragischen Unfall ihres Freundes äußerte, der seit einem Verkehrsunfall aufgrund seiner schweren Verletzungen in einem komatösen Zustand dahin vegetierte.

Rund ein Jahr nach dieser Aussage Eluanas wurde diese selbst bei einem Verkehrsunfall so schwer verletzt, dass sie trotz aller intensivmedizinischen Maßnahmen nicht mehr aus dem Koma erwachte und daher als Wachkomapatientin eingestuft wurde. (vgl. Kröll, Schaupp, 2010, Vorwort)

Aufgrund der schweren Verletzungen ihrer Tochter, baten die Eltern bereits wenige Tage nach dem Unfall, die intensivmedizinische Therapie abubrechen.

Da die Ärzte zum dem Ergebnis kamen, dass Eluanas Zustand irreversibel sei, wurden zwar alle Rehabilitierungsmaßnahmen abgebrochen, die künstliche Ernährung wurde aber gegen den Willen der Eltern fortgesetzt.

Daher schlug der Vater 1999 den Rechtsweg ein, um für das Recht seiner Tochter, „sterben zu dürfen“, einzutreten. Er argumentierte damit, dass Eluana mehrmals wiederholt habe, sie wolle im Falle solcher Konditionen lieber sterben, als künstlich am Leben erhalten zu werden.

Der Vater stützte sich auch auf einen Verfassungsartikel, wonach Patienten das Recht haben, eine Behandlung abzulehnen. Zudem berief er sich auf die Berufsordnung italienischer Ärzte, wonach diese ohne informierte Einwilligung des Patienten keine therapeutischen Maßnahmen vornehmen dürfen.

Aus aktuellem Anlass berief der damalige Gesundheitsminister Italiens eine Fachkommission zur Frage des Behandlungsabbruches bei Wachkomapatienten ein, welche zu dem Entschluss kam, dass die künstliche Ernährung als medizinische Intervention und nicht als Pflegehandlung einzustufen sei.

Dennoch lehnten die Richter die Anfrage des Vaters ab. Sie begründeten ihr Urteil damit, dass Sterbehilfe in Italien verboten sei.

2006 legte der Vater erneut Rekurs ein, welchem ein Jahr später statt gegeben wurde. Es wurde bewilligt, die künstliche Ernährung abubrechen, wenn zum einem zweifelsfrei ein vegetativer Zustand begutachtet wird und zum anderen müsse nachgewiesen werden, dass die Patientin - aufgrund ihrer ethischen, religiösen und weltanschaulichen Haltung – einer Behandlungsfortsetzung nicht zugestimmt hätte.

Da beide Voraussetzungen erfüllt wurden, beschloss das Gericht im Juni 2008, dass die künstliche Ernährung eingestellt werden darf.

Dieses Urteil bekämpfte allerdings wenig später das italienische Parlament. Es folgte ein wildes Hin und Her zwischen Regierung und Richtern. Daher war es den Eltern nicht möglich, einen Einrichtung zu finden, in welcher die künstliche Ernährung ihrer Tochter abgebrochen werden kann.

Zu Beginn des Jahres 2009 verpflichtete ein Verwaltungsgericht die Lombardei dazu, eine medizinische Einrichtung ausfindig zu machen, in welcher dem Anliegen der Eltern endlich nachgekommen wird.

Eluana verstarb schließlich nach siebzehn Jahren im Wachkoma, früher als prognostiziert, nur drei Tage nach der sukzessiven Reduktion und Einstellung der künstlichen Ernährung an Herz-Kreislauf-Versagen aufgrund von Flüssigkeitsmangel.

Der Fall Eluanas brachte nicht nur in Italien, sondern weltweit, großes mediales Interesse auf. Ihr Tod ließ Stimmen für aber auch gegen die Rechtmäßigkeit eines Behandlungsabbruches bei Wachkomapatienten laut werden.

(vgl. Kröll, Schaupp, 2010, S. 1-4)

7) Wachkomastation Albert-Schweitzer-Klinik Graz

Die Grazer Albert-Schweitzer-Klinik führt zwei Wachkomastationen – auch „Apallic Care Units“ (kurz ACU's) genannt. Sie wurden im Jahr 2001, beziehungsweise 2009, errichtet und sind Teil der neurologischen Abteilung. Mit über fünfzig Betten bietet die Spezialstationen Wachkomapatienten ab dem sechzehnten Lebensjahr die Möglichkeit der Rehabilitation, Reintegration und Langzeitförderung.

Die Stationen werden in ACU I und ACU II unterteilt:

Ziel der ACU I die Langzeit-Rehabilitation und (im besten Falle) die Reintegration von Wachkomapatienten und ein Begleiten zurück in ein selbstbestimmtes Leben.

Die ACU II konzentriert sich darauf, die erworbenen Fähigkeiten solange wie möglich zu erhalten und die Patienten und ihre Angehörigen auf einen möglichen Umzug in ein Pflegeheim oder zurück in ihr Zuhause vorzubereiten.

Die Apallic Care Units legen großen Wert darauf, individuell auf den Patienten mit seiner Biografie einzugehen und auch das persönliche Umfeld mit einzubeziehen.

Die Bezugspflege wird hier großgeschrieben. Durch die ganzheitliche Pflege kann ein besonderer Bezug zu den Wachkomapatienten hergestellt werden und ihnen der Weg zurück in ein selbstbestimmtes Dasein geebnet werden. Dafür spricht auch der verfolgte Leitsatz „Der Mensch wird am Du zum Ich“.

Das Team der Wachkomastation der Albert-Schweitzer-Klinik ist sehr multiprofessionell organisiert: hier arbeiten Ärzte, Pflegepersonen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter und viele weitere Seite an Seite ganz getreu dem Motto „Es gibt keine hoffnungslosen Fälle, nur vergessenen Menschen“.

Menschen im Wachkoma benötigen für ihre Entwicklung eine merkbare Rückmeldung ihrer Umwelt. Dies wird im ganzen Betreuungskonzept mittels körpernahen Kontakts zu den Mitmenschen umgesetzt – wie beispielsweise bei Veranstaltungen oder Ausflügen.

Um ständig auf dem laufenden Entwicklungsstand zu bleiben und neue Erkenntnisse zu generieren, arbeitet die Wachkomastation der Albert-Schweitzer-Klinik auch an wissenschaftlichen Studien mit.

Unterstützt wird die Wachkomastation durch den ehrenamtlichen Verein „Menschen im Wachkoma“. (vgl. www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/179)

8) Zusammenfassung und Resümee

8.1) Zusammenfassung

Zu Beginn dieser Arbeit taten sich bereits einige zentrale Fragen auf. Auf die meisten konnte eine Antwort gefunden werden. Andere wiederum, werden aufgrund der Brisanz dieses emotionsgeladenen Themas, unbeantwortet bleiben müssen, da es nicht die einzig wahre und universell gültige Lösung gibt. Hier ist es vielmehr gefragt, individuell auf den Fall einzugehen und laut moral-ethischen Prinzipien zu einem Entscheidungsweg zu gelangen.

Wie dem Kontext zu entnehmen ist, kann das Wachkoma nicht als einheitliche pathologische Störung gesehen werden, da jeder Fall anders gelagert ist. Genauso individuell ist daher auch die Prognose für die einzelnen Patienten. Es wird grundsätzlich zwischen zwei verschiedenen Formen des Wachkomas unterschieden: Zum einen gibt es einen „progredienten“ - also fortschreitenden Verlauf - zum anderen gibt es aber auch einen Remissionsverlauf mit der Chance auf Rückbildung. Das apallische Syndrom stellt daher also nicht zwingend ein Endstadium dar, es kann durchaus als Durchgangsstadium betrachtet werden.

Anders als bei den Prognosen für Wachkomapatienten ist man sich bei der Diskussion um die Bewusstseins- und Erlebnisfähigkeit von Personen im vegetativen Status nicht so sicher und auch nicht stimmig:

Mit ein Grund für diese mangelnde Erkenntnislage ist wohl, dass die Wachkoma-Forschung noch in ihren Kinderschuhen steckt. Es mangelt vor allem auch an pathophysiologischem Verständnis für dieses komplexe Erkrankung. Daher ist es auch noch nicht möglich, funktionelle neuronale Daten von schwer hirngeschädigten Patienten als Beweis für oder gegen deren Bewusstseinsfähigkeit zu verwenden.

Der Forschungsschwerpunkt sollte daher in Zukunft vermehrt auf zuverlässigen Erkenntnissen der Bewusstseins- und Erlebnisfähigkeit von Wachkomapatienten liegen, um sichere Prognosen für diese abgeben und damit den Entscheidungsfindungsprozess erleichtern zu können. (vgl. Schiff, Ribary, 2002, S. 1210-1234)

Bei der Frage nach dem Für und Wider eines Behandlungsabbruches bei Wachkomapatienten musste vorab die Frage geklärt werden, ob die künstliche Ernährung und Hydrierung unter „medizinische Behandlung“ oder „Basispflege“ fällt? Die Antwort darauf konnte in einem Parlamentsbeschluss gefunden werden:

Das Setzen von Sonden und die Nahrungszufuhr über diese stellt ganz klar eine medizinische Heilbehandlung dar. Das Beenden dieser Behandlung käme rein rechtlich gesehen also einer Nicht-Behandlung gleich.

Wenn nun also ein Wachkomapatient, der ja ganz klar entscheidungsunfähig ist, auch keine Patientenverfügung oder Vorsorgebevollmächtigten aufweist, entscheiden letztlich die behandelnden Ärzte nach den „objektiven“ Grenzen der Behandlungspflicht. Die Recherche zu dieser Arbeit ergab, dass weitgehend Einigkeit dahin gehend besteht, dass eine Behandlung nicht zwingend fortgesetzt werden muss, wenn sie aussichtslos und nicht erfolgsversprechend erscheint.

Es kann also zusammenfassend gesagt werden, dass es keine Rechtspflicht zur künstlichen Lebensverlängerung um jeden Preis gibt.

Da das Recht alleine nun auch keinen „Patent-Lösungsweg“ bietet, muss die Debatte also viel mehr in eine moral-ethische und nicht nur juristische Richtung gelenkt werden.

Bei der Ausarbeitung des Kapitels der moral-ethischen Sichtweise, ließen sich verschiedene Positionen feststellen:

Die Spanne dieser verschiedenen Gruppierungen erstreckt sich von der Ansicht, dass künstliche Ernährung bei Wachkomapatienten Teil der Basispflege ist, welche immer – unabhängig von Tiefe, Dauer und Prognose – gewährleistet sein muss, bis hin zu tutoristischen Vertretern, welche dahingehend gegen einen Behandlungsabbruch argumentieren, dass auf diesem Gebiet noch zu wenig gesichertes Wissen vorherrsche, als dass man einen Abbruch verantworten könnte.

Wie aus der vorliegenden Arbeit hervorgeht, kann nicht so einfach für oder gegen einen Behandlungsabbruch bei Personen im vegetativen Status argumentiert werden.

Der Entscheidungsfindungsprozess sollte aber in jedem Falle aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse mit einbeziehen, sowie die Expertise von betreuenden Pflegenden und Angehörigen und sich nicht nur auf die rechtlichen Rahmenbedingungen stützen, sondern jeden Einzelfall individuell auf moralische und ethische Prinzipien prüfen.

Auch hier zeigt sich wieder klar der schwierige Balanceakt zwischen Schutz des Lebens und dem Recht auf menschenwürdiges Sterben.

Abschließend sollte noch einmal festgehalten werden, dass es primär darum geht, das menschliche Leben nicht willkürlich abzukürzen, aber auch darum, den Sterbeprozess nicht unnötig in die Länge zu ziehen. Die (Nächsten)Liebe sollte also die Tugend und das geltende Prinzip im nicht immer einfachen Umgang mit diesen „besonderen Mitmenschen“ sein.

8.2) Resümee

Nach intensiver Auseinandersetzung mit all den verschiedenen Positionen, Standpunkten und Perspektiven konnte ich meinen eigenen Standpunkt zum Thema „Behandlungsabbruch bei Wachkomapatienten“ in eine bestimmte Richtung hingehend festigen:

Meiner Meinung nach sollte ein Menschenleben nicht um jeden Preis künstlich erhalten werden. Denn wenn es keine Hoffnung auf Besserung gibt, spricht der Patient mehr oder weniger ohne Chance auf minimales Bewusstsein vor sich hinvegetiert, verkommt er eigentlich zum „Behandlungsobjekt“ der modernen Medizin. Denn machen ein Leben nicht in Summe die Momente der Zwischenmenschlichkeit, Dialoge, Blicke, Emotionen und Ähnliches aus? Und bleibt dies nicht offengesagt Menschen im Wachkoma leider verwehrt? Das soll natürlich keine Wertung sein - denn jedes Menschenleben ist ohne Frage als lebenswert anzusehen - dies soll lediglich meine subjektive Meinung zu diesem Thema wiedergeben.

Am Ende dieser Arbeit stellt sich mir auch die Frage, ob es nicht eine große Erleichterung für alle darstellen würde, wenn man zum Beispiel im Rahmen von Gesundenuntersuchungen, die Personen zu ihrem individuellen Standpunkt bezüglich eines Behandlungsabbruches bei Wachkomapatienten befragen und ihnen die Möglichkeit anbietet würde, eine Verfügung für den Ernstfall zu erlassen. Dies würde den Angehörigen, der Medizin, dem Gesetz und der Gesellschaft bestimmt einige schwierige Entscheidungen und ethische Problemfragen ersparen.

9) Quellenangaben

9.1) Literaturverzeichnis

- Cattorini, Paolo; Reichlin, Massimo (1997), Persistent Vegetative State: A Presumption to treat.
- Celesia, Gastone (1997), Persistent Vegetative State: Clinical and Ethical Issues.
- Jennett, Bryan (2002), The Vegetative State. Medical facts, Ethical and Legal Dilemmas, Cambridge.
- Kopetzki, Christian in: Kröll, Wolfgang; Schaupp, Walter (2010), Eluana Englaro – Wachkoma und Behandlungsabbruch, Wien.
- Kröll, Wolfgang; Schaupp, Walter (2010), Eluana Englaro – Wachkoma und Behandlungsabbruch, Wien.
- Lanzerath, Dirk (1996), Selbstbestimmung und Fürsorge. Zur ethischen Diskussion um die Behandlung von Patienten mit komplettem apallischen Syndrom. Zeitschrift für medizinische Ethik.
- Linke, Detlef (2000), Das Gehirn, München.
- Lutterotti, Markus (1985), Menschenwürdiges Sterben, Freiburg.
- Plenter, Christel (2001), Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten, Hannover.
- Poeck, Klaus; Hacke, Werner (2001), Neurologie, Berlin.
- Roddewig-Rother, Silke (1997), Logopädische Frührehabilitation nach Schädelhirntrauma und Wachkoma.
- Schara, Joachim (1982), Humane Intensivtherapie.

- Schaupp, Walter in: Kröll, Wolfgang; Schaupp, Walter (2010), Eluana Englaro – Wachkoma und Behandlungsabbruch, Wien.
- Schiff, Nicholas; Ribary, Urs; Moreno, Rodriguez (2002), Residual cerebral activity and behavioural fragments can remain in the persistently vegetative brain.

9.2) Internetquellen

Initiative für Menschen im Wachkoma, 17.7.2012

<<http://www.wachkoma-graz.at>>

<http://www.wachkoma-graz.at/site/wp-content/uploads/spek_d_wiss_2008_3_s441.pdf>

Pflegethemen – Die Sogenannte Wachkoma-Problematik, 10.08.2012

<<http://www.pflegethemen.de>>

Wachkomastation Albert-Schweitzer-Klinik Graz, 29.08.2012

<<http://www.ggz.graz.at/ggz/content/view/full/179>>