

Umgang mit Menschen im Wachkoma: Eine Frage der Haltung

Von Christoph Gerhard



Für das Wachkoma existieren sehr divergierende Sichtweisen, die entweder eher Defizite oder eher Ressourcen betonen. Diese verschiedenen Haltungen gegenüber Menschen im Wachkoma haben Auswirkungen auf den Umgang mit Betroffenen. In diesem Artikel werden diese unterschiedlichen Haltungen detailliert dargestellt. Es wird das Krankheitsbild beschrieben und vom „locked in“ bzw. „minimally conscious state“ abgegrenzt. Der Artikel zeigt, wie Betroffene mit einer Ressourcen orientierten Herangehensweise umfassend nicht zuletzt auch palliativ versorgt werden können.

Defizit oder Ressourcen orientiert?

Betrachten wir zur Verdeutlichung zunächst die klassisch neurologische Sichtweise des Wachkomas. Der Erstbeschreiber F. Kretschmar (1940) beschreibt beim apallischen Syndrom eine funktionelle Trennung zwischen Hirnrinde und den übrigen Hirnzentren. Dies führt laut Kretschmar zu folgender Symptomatik: Die Patienten zeigten keine Spontanäußerungen, keine Bewegungen, keine Blickfixa-

tionen. Sie seien ohne emotionale Kontaktfähigkeit. Laut Gerstenbrand (1990) bestehe beim apallischen Syndrom nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma folgende Symptomatik: Die Menschen seien wach, ohne Bewusstseinsinhalte, es fehlten jegliche emotionale Reaktionen. Sie zeigten eine fixierte Körperhaltung und das Auftreten primitiver motorischer Schablonen. Es beständen ein belastungszeitlich regulierter Schlaf-Wach-Rhythmus sowie eine extreme Überaktivität des sympathischen Nervensystems. Laut Kunzes Lehrbuch für Neurologie (1992, S. 748) zeigen apallische Patienten ein „Fehlen jeglicher emotionaler Funktionen. Die Patienten liegen mit geöffneten Augen im Bett, wirken wach, sind aber weder in der Lage, äußere Signale bewusst zu verarbeiten, noch können sie selbst Kontakt mit ihrer Umwelt aufnehmen.“

An diesen älteren Krankheitsbeschreibungen fällt auf, dass nur Defizite zur Definition benutzt werden. In einem technischen Weltbild werden die gestörten Funktionen der Maschine „menschlicher Körper“ beschrieben und bewertet. Aus einer fehlenden Reaktion auf äußere Sti-

muli, die zum Teil unangenehm sind, wird schlicht ein „Fehlen jeglicher emotionaler Funktionen“ geschlossen. Die noch vorhandenen Reaktionen des Patienten werden als „primitive motorische Schablonen“ bewertet.

Diese klassisch neurologische Sichtweise stellt die beobachtbaren neurologischen Ausfallserscheinungen in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung. Verhaltensdefizite der Person wie fehlende Reaktionsfähigkeit und fehlende Weckbarkeit auf bestimmte Reize hin geben Aufschluss über die Schwere der dahinter stehenden Bewusstseinsstörung. Insofern werden die Unfähigkeit zur sinnvollen Reaktion auf Ansprache oder Berührung und das Unvermögen zur Kontaktaufnahme mit der Umwelt als hauptsächliche Definitionskriterien des Wachkomas gesehen (Bienstein und Hannich 2000, S. 11).

Betrachten wir nun eine andere Sichtweise auf das Bild „Wachkoma“, die beziehungsmedizinische Sichtweise, die in der Rehabilitationsmedizin gelebt wird und dem Paradigma der „radikalen Patientenorientierung“ der Palliative Care sehr nahe kommt. Diese versucht, den Zustand des Patienten nicht durch seine Defizite zu beschreiben. Sie bemüht sich, den Betroffenen unter Einbezug von Beobachtungen und Erfahrungen der Betreuer, unter Betonung der individuellen Biographie, sowie der Möglichkeit zu einem subjektiven Erleben, zu betrachten. Fehlende Reaktionsfähigkeit und Weckbarkeit werden dabei nicht mit Wahrnehmungs- und Empfindungsunfähigkeit gleichgesetzt (Bienstein und Hannich 2000, S. 11ff.). Zieger (1997) beschreibt das Wachkoma als eine aktive, bis auf tiefste Bewusstseinsstufen und Kernzonen des autonomen Körperselbst zurückgenommene extreme Lebensform am Rande des Todes. Er beschreibt den Wandel von der Defizit-orientierten Sichtweise hin zu einem beziehungsmedizinischen Verständnis. Im Unterschied zu dem Defektmodell, das die betroffenen Personen auf empfindungslose Figuren und abnorme Körperwesen reduziert, bemüht sich das beziehungsmedizinische Modell, die basalen neuropsychologischen Kompetenzen und körper-sprachlichen Dialogangebote in einer speziellen Zeichensprache, der sogenannten Biosemiotik zu entschlüsseln und zum Beispiel in der basalen Stimulation therapeutisch zu nutzen. Dabei bedeutet Wachkoma nicht mehr den Ausfall des Bewusstseins mit gleichzeitigem Persönlich-

keitsverlust. Die Störung wird als eine hochgradige Störung der leib-seelisch-geistigen Integrität des Individuums verstanden. Betroffene Menschen ziehen sich auf die elementaren Stufen ihres autonomen Körperselbst zurück. Unter den elementaren Stufen des autonomen Körperselbst wird das Erleben als Einheit der Sinnesempfindungen auf elementarster Ebene verstanden (Bienstein und Hannich 2000, S. 12).

Eine nicht mehr vorhandene Wahrnehmungsfähigkeit ist bei Menschen im Wachkoma keinesfalls bewiesen. Die beziehungsmedizinische Sichtweise fordert daher „Ressourcen orientiert“ im Zweifel davon auszugehen, dass zumindest die Fähigkeit zur Schmerzempfindung und vermutlich weitere basale Fähigkeiten erhalten sind. Diese Sichtweise geht davon aus, dass sich über den Körper und dessen Ausdruck die jeweilige Person auf einer ganz basalen, zurückgenommenen Ebene realisiert. Auch auf dieser Ebene des autonomen Körperselbst sind nach dieser Sichtweise einfache Wahrnehmungen und Empfindungen möglich.

Aufgrund von Schilderungen Betroffener (ehemalige Wachkoma-Patienten) kann man davon ausgehen, dass die Wahrnehmung und das Erleben auf einer sehr einfachen Ebene ohne Reflexion und Differenzierung stattfinden. Was die Patienten erfahren, beziehen sie sozusagen „unreflektiert“ direkt auf sich. Die Welt wird auf einer sehr einfachen Ebene wahrgenommen. Das Erleben beschränkt sich unmittelbar und ausschließlich auf das hier und jetzt. Mit dem Verlust der Möglichkeit, reflektierend Distanz zum Geschehen einzunehmen, ist die Einordnung in einen strukturierten Gesamtzusammenhang nicht möglich (Bienstein und Hannich 2000, S. 12).

Zuwendung (positive sowie negative) erfährt der Patient konkret sowie körper- und erlebensnah. Er antwortet dementsprechend darauf. So äußern sich Schwankungen der Gefühlslage in Form von Veränderungen der Atmung, des Herzschlags, im Gesichtsausdruck und in der Körpersprache (Bienstein und Hannich 2000, S. 12). Ausgangspunkt dieser Annäherung an die betroffenen Menschen bildet die andersartige Körperlichkeit. Die im Körper und seinem Ausdruck „verborgenen“ Signale werden zur Grundlage zwischenmenschlicher Interaktion und Beziehungsaufnahme.

Fallbeispiel Wachkoma (nach Gerhard 2011):

Herr Klein ist 35 Jahre alt, er erlitt vor einem halben Jahr einen schweren Motorradunfall mit schwerer Gehirnverletzung, Knochenbrüchen am ganzen Körper und einer Milzquetschung. Anfänglich war er beatmet und lag im Koma auf einer Intensivstation. Es folgte dann ein Aufenthalt in einer neurologischen Frührehabilitationsklinik. Mittlerweile ist er im Wachkoma. Er atmet selbstständig, öffnet zeitweise die Augen, reagiert teilweise mit schneller Atmung, Schwitzen am ganzen Körper und Verstärkung der ohnehin schon verkrampften Körperhaltung der spastisch gelähmten Arme und Beine.

Frau Klein versorgt zusammen mit ihren Schwiegereltern, einem häuslichen Pflegedienst und vielen Freunden ihren Mann zu Hause. Frau Klein hat in der Rehabilitationsklinik mögliche Angebote nach den Grundprinzipien der Basalen Stimulation gelernt. Alle Besucher berühren zum Beispiel zur Begrüßung ihren Mann Körperstamm nah, jeder auf seine Weise. Seine Frau spielt die Lieblingsmusik ihres Mannes über die Stereoanlage ab. Ihr Mann wirkt dann immer deutlich entspannter. Sie setzt ihn mit Hilfe von Nachbarn zwischenzeitlich in den Rollstuhl und fährt ihn in den Garten. Dort ist seine Atmung besonders ruhig und seine Körperhaltung besonders entspannt!

Auf der Intensivstation des Akutkrankenhauses, hat man Frau Klein eher die Ausfälle ihres Mannes verdeutlicht, ihr mitgeteilt, aus ihrem Mann „werde nichts mehr“. Man hatte ihr zur Kontaktaufnahme mit einem Pflegeheim zwecks dortiger Weiterversorgung geraten. Frau Klein wollte und konnte dies nicht so akzeptieren. Sie belas sich im Internet, kontaktierte eine Selbsthilfegruppe und traf auf engagierte Ergotherapeuten und Pflegekräfte in der Rehabilitationsklinik. So kam sie selbst zu einer anderen Haltung, sah mehr das, was ihr Mann noch kann, als das was er zur Zeit nicht kann.

Das Fallbeispiel zeigt, wie es durch eine andere Haltung gelingen kann, mit den schweren Ausfällen von Herrn Klein Ressourcen und nicht Defizit orientiert umzugehen. Man sieht den Erfolg dieses Bemühens auf einer sehr einfachen Ebene der Körpersprachlichkeit, an der entspannteren Haltung, ruhigeren Atmung etc.. Dies ist eine ganz andere und viel basalere Form der Kommunikation.

Was ist ein Wachkoma?

Neurophysiologisch betrachtet liegt eine weitgehende Unterbrechung der Leitungsbahnen zwischen Großhirn und Hirnstamm vor. Bei weitgehend ungestörter Funktion des Stammhirns (Atmung, Schlaf-Wach-Rhythmen, Schlucken und teilweise auch Essen) besteht eine ausgeprägte Störung der Großhirnfunktionen (z.B. Sprechen, gezielt Bewegungen usw.). Das „locked in“ Syndrom stellt in dieser Hinsicht das absolute Gegenteil dar. Beim „locked in“ Syndrom besteht eine maximale Schädigung des Hirnstamms bei ungestörter Großhirnfunktion. Demzufolge ist die Symptomatik dieser beiden Syndrome auch ganz und gar gegensätzlich, wie die nachfolgende Tabelle zeigt.

Beim Wachkoma sind die Betroffenen zwar wach, haben phasenweise die Augen geöffnet, sind aber nicht voll bei Bewusstsein, was dem Syndrom seinen Namen gegeben hat (Geremek 2009). Sie zeigen erhaltene Schlaf/Wach Rhythmen. Auf optische Reize hin kann eine Blinzlreaktion jedoch kein Fixieren erfolgen. Für die Beobachtenden meist ungezielt wirkende Bewegungen der Arme, Beine und des Kopfes werden beobachtet. Oft ist ein Kauen oder Schlucken möglich. Die Betroffenen können daher, wenn man ihnen das Essen gezielt anreicht, aufgrund des intakten Kau- und Schluckaktes mitunter mit großer Hilfe essen. Die Arme und Beine sind teilweise in einer Streckhaltung, teilweise in einer Beugehaltung. Dabei unterscheidet man eine sogenannte Dekortikationsstellung (von Kortex = Hirnrinde), bei der die Arme gebeugt und die Beine gestreckt sind, von einer sogenannten Dezerebrationshaltung (von Zerebrum = Gehirn,) bei der die Arme und Beine gestreckt sind. Die Betroffenen sind meist nicht beatmet, sondern können selbst atmen (Spontanatmung). Es besteht eine gestörte Blasen- und Darmfunktion (Inkontinenz). Die Betroffenen zeigen überschießende vegetative Reaktionen wie vermehrtes Schwitzen, eine schnelle Atmung und einen schnellen Pulsschlag.

Gegensatz Wachkoma – „locked in“ Syndrom (nach Gerhard 2011):

<i>Wachkoma</i>	<i>„locked in“ Syndrom</i>
Großhirnschädigung	Großhirnfunktion erhalten
Hirnstammfunktion meist weitgehend erhalten (Schlaf-Wach Rhythmen, Schlucken etc.)	Schwerste Hirnstammschädigung mit vollständiger Lähmung, Schluckstörung, Sprechstörung etc.
Schwerste Störungen höherer Hirnfunktion	Normale Intelligenz etc.

Zieger (1997) unterscheidet ein sogenanntes “overt behavior” von einem “covert behaviour“. Overt behaviour meint offensichtliche Verhaltensweisen, wie sie wache Menschen zeigen. Mit covert behaviour sind „verdeckte“ Verhaltensweisen gemeint, die man häufig bei Menschen im Wachkoma findet, wenn man sie länger beobachtet. Z.B. erfolgt immer beim Besuch durch einen nahen geliebten Menschen viele Minuten später die gleiche vegetative Reaktion. Zieger (1997) gelang es, diese späten Reaktionen mithilfe eines sogenannten „time sequence blots“ zu messen.

Minimally conscious state

Vom persistent vegetative state, die Bezeichnung für das Wachkoma in den USA, wird der „minimally conscious state“ abgetrennt. Damit sind Zustände nach Besserung eines Menschen im Wachkoma mit erreichtem „minimalem Bewusstsein“ gemeint. Kritisch kann angemerkt werden, dass es eine Frage des Beobachtens ist, ob ein Beobachter einem Betroffenen ein minimales Bewusstsein zuspricht oder nicht. Wie wir an Konzepten wie dem des verdeckten Verhaltens („covert behaviour“) feststellen können, geht es auch im Umgang mit Menschen im Wachkoma ganz besonders um eine suchende Haltung, um das achtsame, feinfühlig Aufspüren von „Bewusstseinsresten“, um minimales Bewusstsein. Je mehr man nach solchem Minimalbewusstsein sucht, desto eher findet man ein „minimally conscious state“. Je nachdem, ob ein Betroffener mehr in sich eingeschlossen ist oder nicht, findet sich eher ein „persistent vegetative state“ oder ein „minimally conscious state“ und dies kann evtl. sogar von Tag zu Tag schwanken. Menschen im Wachkoma wird oft unterstellt,

dass sie „nichts mit bekämen“ und nahe am Hirntod seien. In England wurde das sogenannte Teilhirntodkriterium definiert, unter das Menschen im Wachkoma teilweise fallen. Wir sehen allerdings anhand der vorausgehenden Betrachtung, wie viele Bewusstseinsreste wir bei Menschen im Wachkoma, sei es dass wir ein „persistent vegetative state“ oder ein „minimally conscious state“ festgestellt haben, herausarbeiten können, wenn wir in eine suchende Haltung gehen.

Historisches Beispiel Terri Schiavo

Nachfolgend finden Sie das historische Fallbeispiel von Terri Schiavo, deren Situation 2005 durch die Medien ging und die ganze Welt bewegte. Letztlich führte ihre Situation sogar zu Gesetzesänderungen in den USA durch Gouverneur Jeb Bush (Lex Terri) und Präsident Georg W. Bush. Das Fallbeispiel vermittelt auch, was geschehen kann, wenn die Kommunikation zwischen den Zugehörigen gestört ist und daher eskaliert. Der Weg der Auseinandersetzung über Gerichte und Regierungen führt dann immer weiter vom eigentlichen Schicksal des Betroffenen weg. Völlig fern von Terri Schiavo werden Begriffe wie „persistent vegetative state“ und „minimally conscious state“ einander gegenübergestellt und im öffentlichen Schlagabtausch genutzt. Das Beispiel sei hier als Gegensatz zu Prinzipien der gemeinsamen Kommunikation, der Orientierung auf den Betroffenen selbst und der suchenden Haltung eher in abschreckender Weise angeführt, um aufzuzeigen wie weit es kommen kann, wenn Dialog und Achtsamkeit (nicht mehr) gepflegt werden.

**Terri Schiavo – Persistent vegetative state
oder minimally conscious state
(modifiziert nach Wunderlich 2011)**

1990

Terri Schiavo erlitt im Februar 1990 aufgrund von Kaliummangel einen vorübergehenden Herzstillstand. Durch die dabei aufgetretene Unterversorgung mit Sauerstoff wurde ihr Gehirn schwer geschädigt und sie fiel in ein Wachkoma.

1992

Ehemann Michael gewinnt mehr als eine Million Dollar in dem Kunstfehlerprozeß um den Herzstillstand seiner Frau.

1993

Die Eltern der jungen Frau, Mary und Bob Schindler, wollen die Vormundschaft des Ehemannes aberkennen zu lassen. Das Verfahren wird abgewiesen.

2000

Bezirksrichter George Greer erlaubt auf Antrag des Ehemannes die Entfernung von Terris Magensonde.

2001

Die Sonde wird entfernt aber nach einer richterlichen Anordnung zwei Tage später wieder eingesetzt.

2002

Vermittlungsversuche zwischen Michael Schiavo und seinen Schwiegereltern scheitern. Richter Greer sieht es nach einem medizinischen Gutachten für erwiesen an, dass Terri keine Chance auf Genesung hat, und ordnet erneut die Einstellung der künstlichen Ernährung an.

2003

Ein Berufungsgericht in Florida lehnt es ab, die Entscheidung zur Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen aufzuheben. Ärzte entfernen die Magensonde von Terri Schiavo. Der Gouverneur von Florida, Jeb Bush, ordnet per Gesetz die Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung der Koma-Patientin an „Lex Terri“.

2004

Der Oberste Gerichtshof von Florida erklärt das als „Lex Terri“ bekannte Gesetz für verfassungswidrig. 25. Februar 2005: Richter Greer erlaubt erneut die Einstellung der künstlichen Ernährung für die 41jährige Frau.

18. März 2005

Die Ärzte entfernen die Magensonde. Ein Versuch republikanischer Abgeordneter im Repräsentantenhaus, die Sonde wieder einsetzen zu lassen, scheidet vor dem Obersten Gericht.

19.– 21. März 2005

Im amerikanischen Kongreß erstellen die konservative Regierungspartei der Republikaner im Eilverfahren eine Gesetzesvorlage, um einem Bundesgericht zu ermöglichen, die Entscheidung Michael Schiavos rückgängig zu machen. Präsident Georg W. Bush unterzeichnet das Gesetz, das damit rechtskräftig wird.

31. März 2005

Die Ernährungssonde blieb beschlussgemäß entfernt. Terri Schiavo starb aufgrund von Wassermangel. In den letzten Tagen ihres Lebens hatte sie Morphium erhalten.

Laut Ansicht der behandelnden Ärzte wäre es nicht mehr möglich gewesen, dass Terri Schiavo aus dem Koma wieder erwacht, da das Gehirn zu großen Schäden erlitten hatte. Die Hirnrinde (Cortex cerebri) sei fast vollständig atrophiert. Dies konnte laut Berichten bei der Autopsie nach ihrem Tode bestätigt werden. Die von ihren Eltern vertretene Ansicht, eine Heilung oder auch nur signifikante Besserung sei möglich, wurde damals nur von wenigen Fachleuten geteilt. Bewegungen Schiavos, die von ihren Eltern als Anzeichen von Bewusstsein gedeutet wurden, erklärten ihre Ärzte als vegetative Reflexe, die kein Indiz für verbliebenes Bewusstsein seien. Einige deutsche Ärzte, die von den Medien befragt wurden, waren damals der Ansicht, dass sie in keinem reinen Wachkoma war, sondern in einem Status minimaler Bewußtseinsaktivität.

Basale Stimulation in der Pflege (nach Bienstein, Fröhlich)

Menschen im Wachkoma hilft es, wenn wir verdeckte Fähigkeiten (covert behaviour) stimulieren. Dabei leistet uns die Haltung der Basalen Stimulation® besondere Hilfe. Es unterstützt die Befriedigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen im Wachkoma, wenn wir auf ihre „verspäteten“ Reaktion mit einer angemessenen Langsamkeit kontinuierlich in klaren Strukturen reagieren. Dazu gehört eindeutiges Anfassen und Berühren, Bewegung und Lageveränderungen, angenehmen Umgebungsbedingungen, frische Luft, wie es der Haltung der basalen Stimulation entspricht. Kontakte mit vertrauten Menschen sind ebenso essentiell wie die Berücksichtigung der Biographie. Wie gezeigt muss die Kommunikation mit Ihnen durch Langsamkeit und köpernahen Dialogaufbau ermöglicht werden. Wesentliche Hilfen sind eine Gestaltung von Zeit und Ort, sprich die angemessene Tagesplanung und die Organisation des privaten, räumlichen Umfeldes. Dabei sind die Wahrung der Intimsphäre und das Wahrnehmen von Bedürfnissen nach Nähe beziehungsweise Distanz wichtige Ziele.

Ursachen und Verlauf

Ursächlich liegen dem Zustandsbild Wachkoma schwere Schädel-Hirn-Traumata (Lt. Zieger, 1997: ca. 300-400 Fälle pro Jahr in Deutschland), Zustände nach kardiopulmonaler Reanimation oder Endzustände schwerer Hirnerkrankungen (z.B. Morbus Alzheimer, Jakob-Creutzfeldt Erkrankung, schwerste Gehirnfehlbildungen) zugrunde.

Beim Wachkoma handelt es sich um eine Bedingung, die sich mit klinischer Untersuchung und sorgfältiger Beobachtung gut in ihrem Ausmaß beschreiben lässt (Geremek 2009), sich aber dagegen in apparativen Zusatzuntersuchungen nur schlecht darstellt. So beschreibt Geremek (2009), dass beim Wachkoma die Diagnostik nach klinischen Kriterien erfolge. Besonders zum Zustand minimalen Bewusstseins schreibt er: „In Ermangelung sicherer und eindeutiger apparativer Untersuchungen... bilden noch immer die wiederholte, sorgfältige und aufmerksame klinische Untersuchung des Kranken sowie die genaue Beobachtung der Pflegenden und der Angehörigen den Hauptpfeiler...“. Töpfer und Nacimiento (2004) gehen von keiner etablierten Korrelation zwischen den Re-

sultaten bildgebender Untersuchungen und der weiteren Entwicklung eines Wachkomas aus. Auch im Lehrbuch für Neurologie von Wallesch (2005; S. 1127) wird von heterogenen Befunden zwischen Kernspintomographie und klinischem Verlauf gesprochen. Was für viele im Gesundheitswesen tätige schwer verständlich ist, ist die Tatsache, dass sich bei so maximalen Ausfällen oft keine Schädigungszeichen in den Zusatzuntersuchungen finden; dass das Wachkoma mittels aufwendiger technischer Untersuchungen nicht beweisbar ist, sondern wir den Zustand nur durch einfühlsames Beobachten in seiner ganzen Schwere erfassen können.

Laut einer Arbeitsgruppe mehrerer amerikanischer Fachgesellschaften, die sorgfältig zahlreiche klinische Studien recherchiert haben (Multi-Society-Task-Force on Persistent Vegetative State, 1994), ist die Prognose abhängig von der Ursache. Für Schädel-Hirn-Traumata wurden folgende Zahlen aus der Literatur zusammengestellt: Nach drei Monaten sind 33 % der Patienten, die anfänglich im Wachkoma waren, bei vollem Bewusstsein, nach einem Jahr 52 %. Bezüglich der anderen Ursachen waren nach drei Monaten 11 % und nach einem Jahr 15 % der Patienten bei vollem Bewusstsein. In Einzelfällen wird ein Wiedererlangen des Bewusstseins nach Jahren beschrieben. Jedoch waren bei den traumatischen Ursachen nach drei Monaten 15 % und nach einem Jahr 33 % gestorben, bei den nichttraumatischen Ursachen nach drei Monaten 24% und nach einem Jahr 53% gestorben.

Wir sehen an diesen Zahlen, dass ca. 30 – 50 % der Betroffenen innerhalb eines Jahres je nach zugrundeliegender Ursache versterben. Auch diejenigen Betroffenen, die ein Wachkoma überleben, aber das volle Bewusstsein nicht wieder erlangen, dürften eine erhöhte Sterblichkeit haben. Insofern dürften zahlreiche der Betroffenen einen mitunter hohen palliativen Versorgungsbedarf haben.

(Palliativ)versorgung bei Wachkoma

Besonders schwierig gestaltet sich bei Menschen im Wachkoma die Schmerzerfassung. Schmerz muss aufgrund von angespannter Körperhaltung, vegetativer Reaktionen, wie hoher Blutdruck, schneller Puls oder schnelle Atmung etc. vermutet werden. Eine Möglichkeit, Schmerzverhalten bei den Betroffenen systematisch zu analysieren, bietet das

Zurich Observational Pain Assessment (abgekürzt ZOPA; Handel 2009). Dabei werden einzelne Verhaltensmerkmale wie z.B. Blutdruck, Puls, Atemfrequenz, Körperhaltung, Mimik etc. genau beobachtet. Falls ein Verhaltensmerkmal positiv ist, findet versuchsweise eine Schmerztherapie statt. Anhand der Veränderung des beobachteten Verhaltensmerkmals wird dann der Effekt der Schmerztherapie beurteilt. Falls die versuchte Schmerztherapie effektiv war, kann daraus geschlossen werden, dass vermutlich Schmerz und kein anderes Unbehagen Auslöser dieses Verhaltensmerkmals war. Falls nicht, muss nach weiteren Symptomen wie Luftnot, Übelkeit, volle Blase etc. gefahndet werden.

Zieger (2010) sieht folgende Grundsätze für den Umgang mit Menschen im Wachkoma:

- Umfassendes Menschenbild und Beziehungsethik
- Interdisziplinäre Teamarbeit und Kooperation
- Fachspezifischer individueller bedürfnisnaher Zugang und Beziehungsaufbau
- Aufbau einer gemeinsamen sozialen Perspektive und Teilhabe
- Teamsupervision, institutionalisierte Unterstützung und Selbstpflege

Zieger (2010) sieht eine „Bedürfnis und Situations nahe Verbesserung von Wohlbefinden und Lebensqualität durch Zuwendung, Ansprache und Einbettung in eine sensorisch angereicherte Umgebung“ als palliativen Auftrag. Solche Wohlfühlangebote sind auf der körpernahen Ebene modifiziert nach Zieger (2010):

- Besuch
- Vertraute Gerüche
- Im Raum Wohnen
- Das Bett teilen
- Aromatherapie
- Riechen von Lieblings Speisen
- Mundpflege
- Abwechslung durch Lageveränderungen
- Geborgenheit durch begrenzende Lagerung, Nestlagerung
- Handauflegen an Schulter, Kopf, Nacken z.B. als sogenannte Initialberührung
- Fersenhalten
- Fußreflexzonen-, Bauch- oder Kolonmassagen
- Halten eines geliebten Gegenstands
- Atemstimulierende Einreibungen
- „Durchbewegt“ werden
- Vibration empfinden
- Klangbett, Klangtherapie, Klangmassage

Körperfernere Wohlfühlangebote sind ebenfalls modifiziert nach Zieger (2010):

- Präsenz
- Zeit mitbringen
- Erzählen
- Vorlesen
- Gesang
- Leise Musik
- Musiktherapie
- Alltagsgeräusche (offene Zimmertür)
- Gedämpftes Licht
- Vertraute Bilder und Fotos
- Lichttherapie
- Luftveränderung
- Ausflug in einen Garten Park, Wochenmarkt...

Dies sind nur einige Beispiele aus der Praxis, die im Umgang mit Betroffenen beliebig ergänzt werden können. Der Phantasie sind dabei keine Grenzen gesetzt.

Autonomie trotz Wachkoma?

Da Menschen im Wachkoma laut Zieger (2010) in ihrer Existenz eher körperlich als mental gegenwärtig sind, bedürfen sie in besonderem Maße stellvertretender Entscheidungen. Es ist von besonderer Wichtigkeit, im körpernahen Dialog möglichst viel darüber heraus zu bekommen, was sie mögen oder nicht mögen und damit sich dem sogenannten natürlichen Willen anzunähern. Dieser muss mit dem vorausverfügten Willen, wie er in einer Patientenverfügung festgelegt sein kann, zu einem Gesamtkonzept integriert werden. Es wäre zu kurz gegriffen, in solchen Situationen den aktuelleren natürlichen Willen völlig unbeachtet zu lassen und sich ausschließlich an die Patientenverfügung zu halten. Es geht um die gute Zusammenfassung dessen, was in Schriftform aus der Vergangenheit vorliegt, was von Zugehörigen aus der Vergangenheit weitererzählt wird und dem, was der Betroffene in der aktuellen Situation im körpernahen Dialog zeigt, auch wenn es manchmal schwer zu entschlüsseln ist.

Fazit

Das Wachkoma mit seinen schwersten Veränderungen sowohl des Bewusstseins als auch der geistigen und körperlichen Funktionen und dem völligen „Zurückgeworfensein“ auf eine körperliche Ebene erfordert eine besondere, über allgemeine Grundsätze hinausgehende und mitunter herausfordernde Versorgung insbesondere auch im palliativen Bereich (Gerhard 2011). Dabei unterstützt eine Ressourcen orientierte, suchende Haltung.



Dr. med. Christoph Gerhard ist Arzt für Neurologie, Palliativmedizin und spezielle Schmerztherapie Oberarzt der neurologischen Abteilung und Leiter des Palliativkonsiliariendienstes der kath. Kliniken Oberhausen

Leiter des Kompetenzzentrums Palliativmedizin der Universität Duisburg/Essen

Master (Universität Bonn) und Trainer (Harvard University) Palliative Care

Weiterbildungsbefugter der Ärztekammer Nordrhein und Kursleiter der DGP

Stellv. Sprecher der AG Nichttumorpatienten der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) Katholische Kliniken Oberhausen