

Leben in einer Zwischenwelt

Einer von zehn Wachkoma-Patienten findet wieder ins selbstbestimmte Leben zurück. Bei allen war die Diagnose schwierig: Wie definiert man Bewusstsein?

Foto: © Alextype/Fotolia

Jährlich fallen in Deutschland etwa dreitausend Menschen ins Wachkoma. Auslöser sind Unfälle mit Hirnverletzungen, eine Hirnblutung durch ein geplatztes Gefäß, ein Aneurysma, oder ein Herzstillstand mit längerer Sauerstoffunterversorgung des Gehirns.

Aufgrund ihrer offenen Augen und ihrer Bewegungsfähigkeit erscheinen die Betroffenen trotz ihrer Bewusstlosigkeit wach. Der Blick ist jedoch entweder starr oder irrt haltlos umher. Patienten im Wachkoma müssen zwar künstlich ernährt werden, sie können aber beispielsweise greifen, lächeln oder weinen. Bei diesen Bewegungen handelt es sich jedoch im echten Wachkoma um unbewusste Reflexe. Das Wachkoma ist also ein Zustand im Schattenreich zwischen Koma und Bewusstsein.

Die große Frage, die sich den Medizinern stellt, ist schwierig: Wie viel bekommt ein Patient noch mit, wie viel Leben ist in ihm, wenn er regungslos mit offenen Augen im Bett liegt, wenn er selbst atmet, wenn er schwitzt, verkrampft, wenn er künstlich ernährt wird, wenn er die Augen zum Schlafen schließt und morgens wieder öffnet? Kann er hören, fühlen und denken, sich aber nur nicht äußern?

In unserer Kultur herrscht die Vorstellung vor, der Geist sei nicht an den Körper gebunden. Viele Menschen sind der Überzeugung, da müsse noch etwas sein, auch wenn sich nachweislich kaum noch Gehirn im Schädel befindet – so wie bei Terri Schiavo. Die Amerikanerin hatte 15 Jahre lang im Wachkoma gelegen, bevor sie 2005 nach einem Gerichtsentscheid sterben durfte. In den zuvor öffentlich ausgetragenen Streit hatte sich sogar der damalige US-Präsident George W. Bush eingeschaltet.

Solche Kontroversen werden auch bei uns ausgefochten, wenn auch nicht vor so großem Publikum. Selbst wenn Betrof-

fene als Gesunde in einer Patientenverfügung lebensverlängernde Massnahmen im Falle eines Dauerkomas abgelehnt haben, zögern Angehörige und auch Ärzte oft, die künstliche Ernährung einzustellen und den Bewusstlosen sterben zu lassen.

Der niedergelassene Palliativmediziner Matthias Thöns prangert so den zunehmenden Einsatz übermäßig teurer, jedoch zu meist überflüssiger und oftmals qualvoller Hightech-Therapien an, die einen gnädigen Tod unmöglich machen. Die Übertherapie sei zu einer »ans Kriminelle grenzenden Fachrichtung avanciert«. (Matthias Thöns, Patient ohne Verfügung. Das Geschäft mit dem Lebensende, Verlag Piper, 2016).

Neuerdings, so Thöns, würden Intensivpatienten sogar in sogenannte Beatmungs-WGs verlegt, wenn Kliniken Betten für neue Patienten brauchen. »Acht und mehr Sterbensranke werden dort rund um die Uhr maximaltherapiert, damit auch im nächsten Monat die 22.000 Euro für die weitere Behandlung fließen.«

Auch deshalb sei es wichtig, sich rechtzeitig mit der eigenen Sterblichkeit zu beschäftigen. Und er verweist mit Blick auf die Übertherapie am Lebensende auf eine Bibelstelle: »Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden« (Psalm 90 Vers 12). Jeder Mensch müsse sich zeitlebens in Eigenverantwortung und Selbstbestimmung üben. Dazu zähle auch, sich gegen menschenfeindliche Entgleisungen im Medizinsystem zu wehren. »Denn jeder von uns kann eines Tages Opfer dieser dramatischen Fehlentwicklung sein.«

**FÜR DIE WELT BIST DU NUR
IRGENDJEMAND, FÜR IRGENDJEMAND
BIST DU DIE WELT.**

ERICH FRIED

Koma, Künstliches Koma, Wachkoma

Patienten im Wachkoma: nur noch ein Schatten ihrer selbst? Die Augen geöffnet, die Mimik erstarrt in einer Mischung aus Erstaunen und Desinteresse, nicht fähig, sich zu bewegen oder irgendwie Kontakt zur Außenwelt aufzunehmen. Wie unterscheiden Experten die verschiedenen Krankheitsbilder?

{ RALF J. JOX }

Foto: © brueggerart/fotolia

Was kommt Menschen, die nicht im Gesundheitswesen arbeiten, in den Sinn, wenn sie an Intensivstationen denken? Vermutlich zunächst die hochtechnisierte Infrastruktur von Infusionen, Beatmungsmaschinen, Schlauchsystemen, Monitoren und anderen Geräten. Dann die meist ganz in Blau oder Grün bekleideten Pflegenden und Ärzte, die zwischen diesen Geräten hin- und herwuseln, auf Pieptöne hin die Touchscreens der Monitore bedienen und sich über das Bett beugend komplizierte Kanülen implantieren. Und spätestens dann kommen einem die Kranken in den Sinn. Sie sind vielleicht deshalb so unscheinbar und unauffällig, da sie den krassen Kontrast zu dieser Aktivität darstellen: Sie liegen im Bett wie Schlafende, rühren sich meist nicht, geben keinen Laut von sich, blicken einen nicht an. Sie sind voll und ganz »Patienten« im ursprünglichen Wortsinn, Leidende und Duldende, an denen viel gemacht wird, die aber selbst nichts tun können.

Was bedeutet das nun aber? Wir denken allzu reflexhaft, dass Patienten auf Intensivstationen im Koma liegen. Aber was heißt eigentlich Koma und welche anderen Formen der Reaktionslosigkeit sind davon zu unterscheiden?

Das Wort »Koma« kommt aus dem Altgriechischen und bedeutet dort ursprünglich »Erholung«, »tiefer Schlaf«. Der medizinische Wortsinn hat aber nichts mit Erholung und Schlaf zu tun. Es handelt sich um einen pathologischen Zustand der Nichterweckbarkeit, in dem die Kranken auch durch stärkste Schmerzreize nicht wach werden können.

Ob ein Mensch tatsächlich bewusstlos ist oder doch irgendeine Form von Bewusstsein hat, lässt sich jedoch von außen nicht mit völliger Sicherheit erkennen: Es gibt (noch) keine technische Möglichkeit, das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Bewusstsein objektiv nachzuweisen. Die sicherste Art zu testen, ob jemand Bewusstsein hat, ist, mit ihm zu kommunizieren. Doch das Scheitern einer Kommunikation muss noch nicht Bewusstlosigkeit bedeuten.

Das Koma ist selbst keine Krankheit, sondern kann Symptom einer Krankheit oder Ausdruck einer Behandlung sein. Nach der Ursache seiner Entstehung kann man das Koma in zwei Hauptformen unterteilen: (a) das pathologische Koma, das durch eine krankhafte Funktionsstörung bestimmter Gehirnteile entsteht, und b) das therapeutische oder »künstliche« Koma, das im Rahmen einer medizinischen Behandlung gezielt medikamentös herbeigeführt wird, um damit bestimmte Therapieziele zu erreichen.

Das pathologische Koma kann wiederum vor allem auf drei Gruppen von Schädigungen beruhen: (1) primären Erkrankungen des Gehirns, wie z.B. Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Gehirnblutung oder Hirnentzündung; (2) primäre Erkrankungen anderer Organsysteme, die aber über die Blutversorgung das Gehirn schädigen, z.B. der Sauerstoffmangel durch Herz-Kreislaufstillstand oder eine Art »innerer Vergiftung« bei schwerer Nieren- oder Leberfunktionsstörung; (3) Vergiftungen des Körpers, die durch die Aufnahme äußerer Gifte entstehen und



Ein Leben im Schlaf

{ ANDREAS ROTH }

Ihre Augen sind offen – doch nehmen Menschen im Wachkoma kaum etwas wahr, heißt es. Zu schwer sei ihr Gehirn geschädigt. Frau O. aber hört gern Rockmusik. Und Frau R. mag Berührungen.

»Wenn der Puls gar nicht runter geht, ist es ein Zeichen für mich: Sie mag mich heute nicht«, sagt Elke Thiemer über Frau O. Die Betreuerin hält ihre Hand, streichelt sie, liest ihr vor – und spricht mit ihr, als wäre sie trotz ihres schwer geschädigten Gehirns bei Bewusstsein. Oft scheint sie es wirklich zu sein.

Menschen im Wachkoma haben keinen Willen. Denken die, die nicht im Wachkoma liegen. Frau O. aber mag heute keine Zitronenmelisse. Meist sehen ihre Augen starr und reglos. Oder sie bleiben geschlossen. Jetzt aber presst sie ihre Lippen aufeinander, ihr Blick fixiert Elke Thiemer. »Ist ja auch kein Milchkaffee«, sagt die Betreuerin und nimmt den Bausch mit dem Zitronenwasser von Frau O.s Lippen.

Elke Thiemer freut sich sogar über die Abfuhr. Weil sie mit Frau O. ins Gespräch gekommen ist, irgendwie, über den Abgrund des Komas hinweg. Neonlampen bescheinen den Aufenthaltsraum im Seniorenhaus »Im Sonnenlicht« der Diakonie in Frankenberg.

Das Beatmungsgerät blubbert, die Magensonde piepst, Frau O.s grauhaariger Kopf ist mit einem Band an die Kopfstütze ihres Rollstuhls gebunden. Darunter ihr regloser Körper.

Bei Thymian beginnen die Augen in ihrem runden Gesicht, schnell hin und her zu wandern. »Das kommt Ihnen bekannt vor«, sagt Elke Thiemer leise und hält ihr das Kraut vor die Nase. Frau O.s Mund bewegt sich, als wollte sie etwas sagen. Das ist nur ein Reflex, sagt die Betreuerin. Der Speichel. Sie wischt ihn ab.

Frau O. ist eine Frau in der Mitte ihrer Fünfziger. Seit über drei Jahren hat sie kein Wort mehr gesagt. Seitdem wohnt sie in der zweiten Etage des Seniorenhauses als eine von 13 Patienten des Wachkoma-Pflegezentrums – des einzigen diakonischen in Sachsen. Der jüngste Patient war 17,



Zusammen leben

{ VANESSA KÖNEKE }

Im Frida Kahlo Haus in Köln wohnen Menschen mit Wachkoma mit Menschen anderer körperlicher Behinderungen zusammen. Das Haus ist speziell für jüngere Pflegebedürftige gedacht.

Eine von hohen Bäumen gesäumte Straße. Vögel zwitschern. Ein Schild weist auf eine Schrebergartensiedlung hin. Alles wirkt idyllisch und ruhig. Doch sobald sich die Tür zu dem zwei-stöckigen weißen Haus mit dem roten Glasvorbau öffnet, schlägt Besuchern laute Musik entgegen. Keine Klassik oder Volksmusik und auch kein Schlager. »Das ist, als würden wir hier gleich Aerobic machen«, meint denn auch der junge Mann, der im Eingang steht, lächelnd. In seinem leuchtend gelben T-Shirt greift er schwungvoll zum Rouge-Pinsel und beginnt, die ihm

gegenübersitzende Frau zu schminken. Auch die anderen sechs Personen im Raum lachen.

Es ist die Wellness-Gruppe des Frida Kahlo Hauses, die sich hier im Gemeinschaftsraum gleich neben dem Hauseingang versammelt hat. Jeden Mittwoch und Freitag kommt sie zusammen. Doch an Aerobic ist dabei nicht zu denken. Höchstens Sitz aerobic. Denn die meisten Gruppenmitglieder sitzen im Rollstuhl. Und der junge Mann im gelben T-Shirt ist weder Sportlehrer noch Profi-Stylist, sondern Heilerziehungspfleger. Einer von etwa zwanzig