

**Sterben als gelungenes Finale –
aus logotherapeutischer Sicht betrachtet**

Diplomarbeit

Marion Kaspar

im Rahmen des Lehrgangs

Psychosoziale Beratung / Mediation 2017 – 2020

Europäische Akademie für Logotherapie und Psychologie

Dezember 2019

Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich vorliegende Diplomarbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und die den benutzten Quellen entnommenen Passagen wörtlich oder inhaltlich als solche kenntlich gemacht habe.

Völkermarkt, im Dezember 2019

Marion Kaspar

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kaspar' with a stylized flourish at the end.

Gender Erklärung

Um einen besseren Lesefluss zu gewährleisten, habe ich mich entschieden, in dieser Arbeit im Allgemeinen die Sprachform des generischen Maskulinums zu verwenden. Es sei jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass jeweils sowohl Männer wie auch Frauen und anderweitige Geschlechtsidentitäten in gleichem Maße gemeint sind.

Inhaltsverzeichnis

1. Philosophische Gedanken	4
2. Über mich	5
3. Meine Motivation	6
4. Der Tod gehört zum Leben	7
Fallbeispiel 1.....	7
Betrachtungsweise	9
Fallbeispiel 2	10
Betrachtungsweise	12
Stellungnahme zu Fallbeispielen 1 und 2	14
Fallbeispiel 3	14
Betrachtungsweise	16
Gespräch mit Gatten von Frau N.	16
Gespräch mit Schwester von Frau N.	18
5. Die Erwachsenenvertretung	19
Der Fall Vincent Lambert	21
Der Fall Prinz Johan Friso von Oranien-Nassau	23
Der Fall der Mutter von Jan H.	23
6. Angehörigenbegleitung	24
Begleitung der Angehörigen aus Fallbeispiel 3	24
7. Betrachtung des Falles Frau N. aus logotherapeutischer Sicht	26
8. Conclusio	29
9. Literaturnachweis	31

1. Philosophische Gedanken

Betrachtet man die gesamte Spanne des Lebens eines Menschen, so kann man erkennen, dass es neben vielen positiven und lehrreichen Lebenserfahrungen aus einer Aneinanderreihung von „Abschieden“ besteht.

Genau genommen stellt bereits die Geburt den ersten Abschied dar ... das Baby verlässt mit dem Erblicken des Lichts der Welt den Mutterleib und die bis dahin gewohnte Umgebung seit seiner Entstehung ... es kommt zur Abnabelung.

Künftige Lebensabschnitte, wie der Eintritt in den Kindergarten und Einschulung sind erste Trennungen von gewohnten Bezugspersonen, die manchmal sehr schmerzhaft für das Kind sein können, aber wo es auch zur Entwicklung von Strategien gefordert wird, mit diesen tief einschneidenden Ereignissen angemessen umzugehen ...

Die verschiedenen Schul- bzw. Ausbildungsabschnitte, das Durchleben der einzelnen Entwicklungsphasen bis zum Erwachsenwerden und das Einschlagen des eigenen individuellen Lebensweges bringen oft mit sich, dass es zu Verlusten von Freundschaften und anderen zwischenmenschlichen Beziehungen kommt.

So gesehen, ist der Mensch Zeit seines Lebens gefordert, diese Lerngeschenke anzunehmen und sich dadurch geeignete Strategien zu entwickeln, mit schicksalhaften Trennungen umzugehen.

Das Versterben geliebter Menschen und deren Tod stellt eine besondere Herausforderung dar, weil die Endgültigkeit enorm spürbar und bewusst wird.

In diesen Lebenssituationen gibt es zwei verschiedene Komponenten, denen eine tragende Rolle zukommt: Der Sterbende, der nicht nur seine Lieben, alles irdische Gut, selbst sein Leben lassen muss und jene, die zurück bleiben und gefordert sind, den Menschen, mit dem sie in Liebe verbunden sind, loszulassen.

Solche Erfahrungen und das eigene Älterwerden sind oftmals Anlass, sich mit der Endlichkeit und dem finalen Abschied des Lebens auseinanderzusetzen ...

Etwas, das unumgänglich alle Menschen gemeinsam haben und ein Zitat von Schauspieler Anthony Hopkins in maßgeblicher Klarheit zum Ausdruck bringt:

„Keiner von uns kommt lebend hier raus. Also hört auf, Euch wie ein Andenken zu behandeln. Esst leckeres Essen. Spaziert in der Sonne. Springt ins Meer. Sagt die Wahrheit und tragt Euer Herz auf der Zunge. Seid albern. Seid freundlich. Seid komisch. Für nichts anderes ist Zeit.“ (Anthony Hopkins)

Ein Leben kann ungeahnt schnell zu Ende gehen ... akute Krankheitsverläufe mit unglücklichem Ausgang, ohne Vorankündigung durch tragische Unfälle oder dem plötzlichen Stillstand des Herzschlags stellen Angehörige und Hinterbliebene vor die vollendete Tatsache, dass der geliebte Mensch verstorben ist.

Wir alle wissen, dass das Ende des Lebens nicht unbedingt eine Frage des Alters ist.

Niemand kennt den Zeitpunkt seines eigenen Ablebens und niemand ist davor gefeit, einen nahen Menschen zu verlieren, aber jeder einzelne ist in derlei Lebenssituationen herausgefordert unter Wahrung der Würde damit umzugehen.

Ist es da nicht als Geschenk anzusehen, Zeit zu haben, den geliebten Menschen begleiten zu dürfen und den Abschied zu zelebrieren ...?

2. Über mich

Nach 3 jähriger Fachschulausbildung trat ich im Alter von 18 Jahren 1989 in den Dienst der Pflege alter Menschen ein. Mit meiner nunmehr 30 jährigen Erfahrung in diesem Bereich, blicke ich auf Höhen und Tiefen in der sozialen Arbeit, viel Entwicklung sowohl im pflegerischen als auch bürokratischen Bereich aber vor allem auch auf Menschen, die mir und meinen Kollegen in dieser Zeit anvertraut waren bzw. sind und die vielen individuellen Lebensgeschichten.

Was mich aber die ganzen Jahre konstant begleitet hat, war meine Intention, dem Menschen in seinem letzten Lebensabschnitt vor allem Begleiter und Freund zu sein, auf seine ganz persönlichen Bedürfnisse eingehen zu können und diese auch im Rahmen des Möglichen umzusetzen.

Mein persönliches Credo die Pflege und den Umgang mit den mir anvertrauten Menschen betreffend lautet: „Bringe das höchstmögliche Maß an Empathie auf, versuche die Bedürfnisse und Wünsche zu erkennen bzw. verstehen und setze alle Dir möglichen Mittel daran, diesen zu entsprechen!“

3. Meine Motivation

Im Laufe meiner 30jährigen Berufserfahrung im Pflegebereich musste ich feststellen, dass verschiedenste Faktoren wie Örtlichkeit, Einstellung von Angehörigen und gesetzliche Rahmenbedingungen sowie Unklarheiten die Ethik betreffend maßgeblich Einfluss auf den Prozess des Sterbens nehmen können.

Dadurch sind nicht jedem die gleichen Voraussetzungen für ein Sterben in Würde gewährt. Im Rahmen dieser Arbeit werde ich im Einzelnen darauf eingehen und anhand von Fallbeispielen aufzeigen, wie differential „Sterben in Würde“ sein kann.

Wie soll Begleitung im letzten Abschnitt des Lebens erfolgen, wenn ein aktives selbständiges Leben nicht mehr möglich ist ...

Fortschreitendes Alter und unheilbare Erkrankungen bringen es oftmals mit sich, dass der Alternde oder Erkrankte Pflege und Betreuung bedarf, weil er nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst in entsprechendem Maße zu sorgen.

Was dem Menschen jedenfalls auch unter schwierigen Umständen bleiben und erhalten werden soll, ist seine Würde ... und dies bis zuletzt.

Im Laufe der Jahre durfte ich viele Menschen im letzten Abschnitt ihres Lebens bis hin und durch die Finalphase begleiten. Jedes Sterben ist individuell ... denn so wie der Mensch selbst im Leben einzigartig ist, ist es auch sein Tod.

Es ist klar, dass es sich hier um ein heikles Thema handelt, mit dem viele Menschen sich von vornherein gar nicht erst auseinandersetzen mögen. Der Tod wird verdrängt und verleugnet ... er ist nicht gewollt, obwohl er Teil des Lebens ist.

Um die Würde jedes Einzelnen auch im Sterben zu erhalten, ist es unerlässlich, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen ... es erfordert Mut, gewisse Dinge anzusprechen, Aufklärung und Diskussion Raum zu geben, um Rahmenbedingungen zu schaffen, die es jedem Menschen ermöglichen, auch sein Sterben zu etwas Gelungenem im Leben zu machen.

4. Der Tod gehört zum Leben

Wird der Mensch geboren, steht mit absoluter Sicherheit fest, dass er äußerst großzügig angenommen in den nächsten 100 Jahren sterben wird.

Der älteste Mensch, dessen Lebensdaten dokumentiert und von den fachlich einschlägigen wissenschaftlichen Institutionen anerkannt sind, ist die Französin Jeanne Calment, die 122 Jahre und 164 Tage alt wurde. Sie lebte vom 21. Februar 1875 bis zum 4. August 1997.

<https://de.wikipedia.org> > wiki > Ältester Mensch 2019

Wenn uns also klar ist, dass der Tod unausweichlich der finale Teil des Lebens ist, weshalb gelingt es uns nicht, ihm auch den gebührenden Stellenwert zu geben?

Bedarf es hier einer Einstellungsmodulation der Gesellschaft? Sollten wir dem Tod am Ende eines Lebens nicht den gleichen Stellenwert zukommen lassen, wie der Geburt eines Menschen? Kann er nicht als „Vollendung“ gesehen werden, der das menschliche Leben mit all seinen Ereignissen und Entwicklungen komplettiert?

Fallbeispiel 1

Essay - Fr. K. (heute 49 Jahre) erzählt, wie sie das Sterben ihrer geliebten Großmutter erlebt hat:

„Meine Großmutter (1914 geboren) wuchs als älteste von mehreren Geschwistern auf einem Bergbauernhof auf. Von Kind an, wurde sie zu harter Arbeit herangezogen, deren Folgen sich später mehr und mehr am Bewegungsapparat bemerkbar machten. Damit meine Mutter wieder ihrem Beruf nachgehen konnte, holte sie meine Großmutter nach verdienter Pensionierung zu uns ins Haus, um mich als damals 2jährige gut versorgt zu wissen. Nicht nur, dass ich dadurch eine wunderschöne Kindheit haben konnte und meine Oma durch diese Aufgabe Erfüllung fand, entwickelte sich zwischen uns eine sehr tiefe innige Beziehung, von Liebe und Respekt geprägt. Die körperlichen Beschwerlichkeiten nahmen mit den Jahren mehr und mehr zu. Wenn sie manchmal von ihrem eigenen Abschied nehmen aus dieser Welt sprach, so tat sie dies immer mit einer Gelassenheit, wohlwissend und überzeugt davon, dass der Tod am Ende des Lebens dazugehört.

Als ich mit 18 Jahren in den Pflegeberuf eingetreten war, musste meine Mutter ihre Berufstätigkeit aufgeben, was sich als glückliche Fügung erwies, da meine Oma zunehmender Betreuung bedurfte. Irgendwann war es ihr überhaupt nicht mehr möglich, selbständig aus dem Bett zu kommen. Auch wenn sie in den Rollstuhl mobilisiert wurde, konnte sie dies nur für kurze Zeit aushalten, da auch das Sitzen sehr schwer fiel. Glücklicherweise war meine Großmutter vollkommen klar in ihrem Bewusstsein, konnte ihre Bedürfnisse konkret mitteilen und hatte keinerlei Einschränkung in dieser Hinsicht. Mit unglaublicher Würde sah sie dem Ende ihres gelebten Lebens entgegen und wünschte, dass der für sie bestimmte Tag wohl bald kommen möge. Medizinisch betreut wurde sie von ihrem Hausarzt, der zu regelmäßige Visiten und Gesprächen kam. Eines Tages nach solch einer Visite verließ ich gemeinsam mit dem Arzt das Zimmer seiner Patientin, als er mir mitteilte: „Jetzt wird es dem Ende zugehen ...“ Für mich war bis dahin keine akut gravierende Verschlechterung des Gesundheitszustandes erkennbar gewesen und ich bat den Mediziner um Details. Er erklärte mir, dass er eine beginnende Lungenentzündung diagnostiziert habe und er auf die Gabe eines Antibiotikums verzichten werde. Große Traurigkeit und Unverständnis erfassten mich. Nun nahm sich der Doktor Zeit für mich ... für ein Gespräch, in dem er mir zu verstehen gab, dass er mit seinem Handeln dem Wunsch seiner Patientin entspricht und diese für ihn im Mittelpunkt steht. Mit großer Empathie und wertschätzender Wortwahl brachte mich der Arzt in dem nicht sehr langen aber extrem offenen und einfühlsamen Gespräch zu der Einsicht, dass auch mir als liebende Enkelin, der Wunsch meiner Oma gewichtiger sein sollte als meine Bedürfnisse, sie noch länger bei mir behalten zu wollen. Noch während des Gespräches konnte ich die Situation aus anderer Perspektive sehen und nahm mir vor, alles zu tun, um die uns verbleibende Zeit bestmöglich zu nützen. Die folgenden Tage konnte ich mir dankenswerterweise frei nehmen. Zu essen gab es ausschließlich, worauf meine Großmutter Lust hatte ungeachtet ihrer bisher streng einzuhaltenden Diabetes Diät. Menschen, die sie noch gerne sehen wollte, wurden zum Besuch eingeladen, ihr am Herzen liegende Dinge wurden offen besprochen bis hin zu Details um ihre Bestattung. Die Zeit war geprägt von tiefen Emotionen, von unsagbarer Dankbarkeit und Liebe gefüllt. Einige Tage später setzte Fieber ein, welches ohne fiebersenkende Mittel kontinuierlich stieg, bis meine Großmutter in einen Fieberschlaf glitt. Diese Tage von ihrer Schwester und mir begleitet, verstarb sie letztendlich im Kreise ihrer Lieben. Gemeinsam mit ihrer

Schwester erwiesen wir ihr den Dienst, der letzten Waschung und kleideten sie ihrem Wunsch gemäß an. Als meine Großmutter so aufgebahrt am Sterbebett lag, waren ihre Gesichtszüge dermaßen entspannt, wie ich es schon lange nicht mehr gesehen hatte ... und sie verkörperte sichtlich die Persönlichkeit, die sie in ihrem Leben immer gewesen war: selbstbestimmt und stark. Dieser Anblick füllte trotz Trauer um den endgültigen Verlust mein Herz mit tiefer Zufriedenheit, weil ich sicher sein konnte, dass alles im Sinne meiner Großmutter geschehen war. Sie hatte die oftmals schweren Herausforderungen des Lebens bestmöglich gemeistert, sah ihr Leben als erfüllt gelebt und sehnte mit Würde das Ende herbei. Noch heute bin ich dem Arzt für sein klares Vorgehen dankbar, denn er hat es durch verantwortungsvolles Handeln mit großer Empathie und Sondieren der medizinischen Möglichkeiten unter genauer Betrachtung von notwendiger oder nicht zielführender Ausschöpfung ermöglicht, dass meine Großmutter mit einer Würde sterben durfte, wie ich es später in meiner langen Berufslaufbahn kaum mehr wieder gesehen habe.“

Betrachtungsweise

Die alte Frau sah ihr Leben als erfüllend gelebt, hatte sich den Herausforderungen dieses Lebens gestellt und war tief überzeugt davon, diese bestmöglich gemeistert zu haben. Sie war im Reinen mit sich – konnte auf ihr Leben zurückblicken und positive Bilanz ziehen. Den Blick auf die „vollen Scheunen des Lebens“ gerichtet, zutiefst zufrieden mit dem Ernteertrag und wohlwissend, die in diesem Leben gesetzten Spuren, im Vergangenen geborgen zu hinterlassen, hat die Frau ihr Leben angenommen und war auch bereit, das Ende anzunehmen.

„Für gewöhnlich sieht der Mensch nur das Stoppelfeld der Vergänglichkeit; was er übersieht, sind die vollen Scheunen der Vergangenheit. Im Vergangensein ist nämlich nichts unwiederbringlich verloren, vielmehr alles unverlierbar geborgen. Nichts lässt sich aus der Welt schaffen, was einmal geschehen ist; kommt nicht alles nur um so mehr darauf an, dass es in die Welt geschaffen wird?“

Viktor E. Frankl - Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn 1985 - S. 247

Dem Arzt als medizinischem Betreuer ist hier in vorbildhafter Weise gelungen, das Gelebte und sinnvoll Gewirkte seiner Patientin wertfrei anzuerkennen, ihrem Wunsch, der Natürlichkeit des Lebens seinen Lauf zu lassen, ohne es mit

Möglichkeiten aus dem pharmazeutischen Bereich künstlich wohl in die Länge zu ziehen, aber aus demselben nichts bieten zu können, die „Lebensernte“ im Sinne der Patientin reicher zu machen.

Das Gespräch mit der Enkelin basierend auf Wertschätzung und Sinnzentriertheit im logotherapeutischen Sinne geführt, hat es gelingen lassen, die Leidensfähigkeit der Enkelin zu stärken und deren Selbsttranszendenz aus Liebe zur Großmutter zu wecken. Gemeinsam Erlebtes bleibt in der Erinnerung auch nach dem Tode erhalten.

Hier konnte die Patientin im Besitz ihrer vollen Handlungsfähigkeit ihren Wunsch dem behandelnden Arzt ganz klar mitteilen. Die mündliche Absprache vollkommen ausreichend, die ärztliche Vorgangsweise im Sinne der Patientin zu rechtfertigen.

Dieses Fallbeispiel spiegelt Menschlichkeit; der Arzt, der seine Patientin in den zentralen Mittelpunkt stellt, menschliches Verständnis abwägt mit den Behandlungsmöglichkeiten und der Umstand, dass die Betroffene zu natürlich gegebener Zeit in ihrer bis dahin gewohnten privaten Umgebung sterben durfte.

Fallbeispiel 2

Essay – eine Pflegeperson berichtet über Frau S. welche ihren Lebensabend nach einem plötzlichen Schlaganfall in einem Pflegeheim verbrachte:

„Fr. S. kam nach einem plötzlichen Schlaganfall und gefolgter medizinischer Erstversorgung im Krankenhaus als Bewohnerin zu uns ins Pflegeheim. Sie war seit mehreren Jahren verwitwet und hatte einige Kinder, die aber ihre Lebensmittelpunkte teils in weiterer Entfernung hatten. Jene, die in näherer Umgebung lebten, wechselten sich gemeinsam mit ihren Lebenspartnern in nachvollziehbarer Regelmäßigkeit mit liebevollen Besuchen meist zum Verabreichen der Mittagsmahlzeit ab, und leisteten hiermit kontinuierlich einen wesentlichen persönlichen Beitrag zur Pflege der Mutter. Glücklicherweise konnte die Bewohnerin noch alle Arten von Mahlzeiten genießen, denn ihre Kau- und Schluckfähigkeit war erhalten geblieben. Aufgrund der Halbseitenlähmung durch den Schlaganfall war die körperliche Konstitution insofern eingeschränkt, als dass eine Teilnahme am sozialen Geschehen im Aufenthalts- und Kommunikationsbereich im Heim nur durch die Mobilisation in den Rollstuhl möglich war. Sprachlich konnte sie sich mitteilen, war

aber überwiegend örtlich, zeitlich und umständlich nicht orientiert. Auffällig waren manchmal ihre bestimmten Aussagen und Forderungen. Sie schien trotz der Beeinträchtigung ihre Willenskraft in mancher Hinsicht behalten zu haben, was sowohl ihre Angehörigen als auch uns als Pflegende oftmals in Erstaunen versetzte. Die Töchter und Söhne waren im Einzelnen immer in sehr gutem Einvernehmen mit dem Pflegepersonal. Uns als solches blieb nicht verborgen, dass es zwischen einzelnen Geschwistern auch Spannungen gab – diese wurden allerdings nie direkt spürbar. Besuchstermine wurden von den Betreffenden dementsprechend gelegt und wenn es wirklich einmal zu einem ungewollten Zusammentreffen kam, wurde der Besuch der Mutter ohne Aufsehen einfach vorzeitig beendet. Über den jahrelangen Zeitraum des Aufenthalts von Frau S. in unserem Haus baute sie ihre körperlichen und geistigen Fähigkeiten verlaufend auf natürlichem Wege ab. Nicht jeder ihrer Kinder konnte dies in gleicher Weise annehmen. Es bedurfte neben den Erläuterungen durch die Pflegenden manchmal auch explizit das Gespräch mit dem behandelnden Arzt, der diese aus medizinischer Sicht bestätigen und erklären konnte. Eines Tages war der Zustand von Frau S. erwartungsgemäß als „sterbend“ einzuschätzen. Sie befand sich zu dem Zeitpunkt in einer Phase, in welcher anzunehmen war, dass Angehörige, welche eine weitere Anreise hatten, es nicht rechtzeitig schaffen würden. Aber auch die Tochter, die den weitesten Weg zu bewältigen hatte, kam in den späten Nachtstunden noch zeitgerecht an und verbrachte die Nacht bei der Mutter im Zimmer. Am nächsten Morgen waren alle Familienmitglieder versammelt. Das Zimmer war sehr voll ... der Zustand von Frau S. unverändert ... alle wollten zum Sterbezeitpunkt anwesend sein. Die nächsten Tage stabilisierte sich der Zustand insofern, dass auch für das Pflegepersonal nicht einschätzbar war, wie lange es noch dauern könne ... die Atmosphäre in dem Zimmer jedenfalls hatte sich in diesen Tagen von Traurigkeit und Bestürzung über den nahen Tod der Mutter zu einem „Familienfest“ entwickelt ... die Tochter, welche rund um die Uhr bei der Mutter war, suchte entschuldigend beim Personal das Gespräch: „Wir waren schon so lange nicht mehr alle beieinander ... sprechen viel über gemeinsame Erlebnisse von Früher ... wir lachen sogar zeitweise ... dürfen wir das denn überhaupt neben unserer sterbenden Mutter?“ Als Pflegepersonen bestärkten wir diese Form des Umgangs mit der Situation als Familie, denn der Zustand von Frau S. schien äußerst entspannt ... so, als würde sie es genießen, all ihre Kinder um sich zu haben. Die so weit angereiste Tochter sollte nach dem

abrupten Aufbruch ihre Arbeit nach fast einer Woche wieder antreten. Der bis dahin so stabile Sterbezustand war für uns als Pflegepersonal einerseits phänomenal sowie nicht einschätzbar ... die berufstätigen Angehörigen waren in dieser Situation gezwungen, den Alltag wieder aufzunehmen ... und die „Familienzusammenkunft“ löste sich langsam auf ... Frau S. schlief kurz danach im Beisein derer, die auch sonst regelmäßig zu Besuch waren friedlich für immer ein.“

Betrachtungsweise

„Die Angehörigen der Alten, Schwachen können sich mit dem bevorstehenden Verlust der ihnen nahestehenden Alten, Schwachen abfinden, weil die gemeinsame Zeit, die sie mit ihnen haben verbringen dürfen, dadurch nicht ausgelöscht wird.“

Elisabeth Lukas – Alles fügt sich und erfüllt sich 2009 - S. 40

„Die Pflegekräfte können ihre Arbeit als wichtig und überaus sinnvoll betrachten, weil sie gleichsam mitwirken, auf dass die Erntezeit der ihnen Anvertrauten zum bestmöglichen Abschluss gelangt.“

Elisabeth Lukas – Alles fügt sich und erfüllt sich 2009 - S. 41

Dieser Fall zeigt sehr deutlich, dass Menschen, die Stellung zu Lebenssituationen beziehen, auch unbewusst das Schicksalhafte leichter annehmen können. Jene Angehörigen, welche sich regelmäßig mit dem schicksalhaften Verlauf des Gesundheitszustandes der Mutter teils auch erst durch die räumliche Nähe möglich auseinandersetzen konnten und dies taten, brachten dem situativen Umstand mehr Akzeptanz entgegen. Jenen, die aus geographischen Gründen sich der Konfrontation eher entziehen konnten, fiel es schwerer, den körperlichen und geistigen Abbau der Mutter anzunehmen. Durch den Umstand der Sterbebegleitung über einige Tage hindurch waren alle gefordert, Stellung zu beziehen und es konnte beobachtet werden, dass die Annahme des schicksalhaften Abschieds von der Mutter zuletzt allen in gleichem Maße möglich war.

Denkbar, dass die willensstarke Sterbende ihren Wunsch, die Familie noch einmal zu vereinigen, auf diese geschilderte Weise zu Stande gebracht und damit ihre Lebensernte vollendet hat. In dem Moment, wo alle auch räumlich versammelt waren und sie der zu erwartende Tod der Mutter geeint hat, traten mögliche Zwistigkeiten in

den Hintergrund ... der gemeinsame Wert von Familie wurde wieder bewusst und alle hatten im Sinn, die Mutter gut „hinzubegleiten“.

Dem Pflegepersonal kommt die Rolle des Begleiters zu, der diese sich zeigenden Ressourcen stärkt und durch Aufklärung und empathische Gespräche dem Tod den Schrecken nimmt und dem Sterbeprozess selbst einen positiven Stellenwert zukommen lässt. Durch Einigkeit der Angehörigen eröffnen sich für die Pflegenden Möglichkeiten, das Sterben der ihr anvertrauten noch besser und professioneller begleiten zu können. Erleichternde Maßnahmen wie die Reduktion von Flüssigkeitszufuhr durch Infusion können nach Aufklärung und Absprache durchgeführt und die Vorgangsweise von Angehörigen verstanden werden.

„Wenn das menschliche Leben herunterbrennt wie eine Kerze, dann wandelt es sich von Substanz zu Funktion: Wachs wird zu Leuchten. Das Herunterbrennen zeigt sich im Altern des Organismus: Wachs ist vergänglich. Die Funktion spiegelt sich im Getanen, Erlebten und Erlittenen eines Menschen, das eingeht in die ewige Wahrheit: Leuchten ist unvergänglich. Lebenskraft wird zu Lebenssinn.

Die Gebrochenheit menschlichen Seins, die sich in Krankheiten, Behinderungen, körperlichen und physischen Verletzungen kundtut, betrifft immer nur den Organismus: das Wachs. Darin unsichtbar verborgen ist die Geistigkeit des Menschen, sein heiler, unbrechbarer Ursprung und Urgrund: der Docht. Ein Leben, in dem Sinn erfüllt wird, leuchtet über seine Bruchstellen hinweg ...

Die Wahrheit ist nicht darauf angewiesen, dass sie wahr-genommen wird, dass andere Menschen um sie wissen oder sie gar zu schätzen wissen. Die brennende Kerze leuchtet, auch wenn niemand sie sieht. Genauso bleibt das sinnvoll Gewirkte in einem Leben sinnvoll, auch wenn niemand es kennt oder anerkennt. Wichtig ist nur, dass es wahr geworden ist, denn die Wahrheit „veraltet“ nicht.“

Elisabeth Lukas - Alles fügt sich und erfüllt sich 2009 - S. 70

Der Vergleich des menschlichen Lebens mit einer Kerze lässt zu, anzudenken, dass nicht unbedingt die Brenndauer sondern die Intensität der Flamme ausschlaggebend für die Qualität und die Sinnhaftigkeit unseres Lebens ist.

Stellungnahme zu Fallbeispielen 1 und 2

Das Sterben selbst kann also durchaus auch als fester Bestandteil des Lebens angesehen und vor allem akzeptiert werden. Diese Akzeptanz sowohl vom Sterbenden als auch von Angehörigen, die in die Pflicht genommen sind, loszulassen, gewinnt mit fortschreitendem Alter beiderseits an Höhe. Der Blick auf gemeinsam Durchlebtes und Überwundenes, Schönes und Trauriges; die Erinnerung an gemeinsam gelebte Zeit unverlierbar geborgen und bleibend – dafür dankbar.

Ist es verwerflich, am Ende eines Lebens, bewusst auf die komplette Ausschöpfung lebensverlängernder medikamentöser Möglichkeiten zu verzichten, wenn man das Gefühl hat, die „Lebensernte“ eingefahren zu haben – das Leben in seinem Sinne mit den persönlichen Werten, sich selbst treu bleibend gelebt zu haben ...? – Nein!

Voraussetzung dafür ist in unserer Gesellschaft wie in Fallbeispiel 1 der gesunde Geist des Betreffenden, mit dem er Stellung zu seinem Leben bezieht und sich entscheidet oder wie in Fallbeispiel 2 zumindest die Einigkeit von Angehörigen, die Ankunft der Zeit des Abschieds anzunehmen und loszulassen.

Fallbeispiel 3

Der Fall Frau N. – Anamnese / Faktenlage:

Nach einem Infekt und dessen Behandlung kam es bei Frau N. (damals 35a) im März 1999 zu einem Atem- Kreislaufstillstand. Sie wurde mit einer der schwersten Form von massiver Hirnschädigung durch Sauerstoffmangel reanimiert, worauf hin sich ein apallisches Syndrom ausbildete. Mit einer Tracheostoma-Dekanülierung und liegender PEG-Sonde zur künstlichen Ernährung wurde sie im darauffolgenden Juni als „höchststufiger Pflegefall“ in ein Alten- und Pflegeheim überstellt. Dort ist sie seit nun mehr als 20 Jahren in unverändertem Zustand.

Appalisches Syndrom:

„Bei den betroffenen Patienten fehlen jegliche Hinweise auf eine bewusste Wahrnehmungsfähigkeit der eigenen Person und der Umwelt, eine Interaktion mit dem Gegenüber ist nicht möglich. Sprachverständnis und expressive Sprachfunktionen sind aufgehoben. Es besteht jedoch ein Schlaf-Wachzyklus, so dass die Patienten intermittierend wach sind und die Augen geöffnet haben. Es zeigen sich keinerlei willkürliche Reaktionen auf visuelle, akustische, taktile oder nozizeptive Reize. Es handelt sich somit um eine Bewusstseinsstörung, bei der nicht die Wachheit, sondern die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

Vegetative Funktionen, wie Temperatur-, Kreislauf- und Atemregulation, die im Hypothalamus und im Hirnstamm integriert werden, sind so weit erhalten, dass ein Überleben der Patienten möglich ist, wenn entsprechende medizinische und pflegerische Maßnahmen gewährleistet sind. Hirnstammreflexe und spinale Reflexe sind in unterschiedlichem Ausmaß noch auslösbar. Schließlich besteht bei Patienten mit apallischem Syndrom regelmäßig eine Harn- und Stuhlinkontinenz.“

Priv.-Doz. Dr. med. Wilhem Nacimiento - Dt Ärztebl 1997; 94: A-661-666 [Heft 11]

Soziale Anamnese:

Zum Zeitpunkt des Geschehens ist Frau N. verheiratet und hat gemeinsam mit ihrem Gatten eine 9jährige Tochter, die durch das Down Syndrom in geringem Maße beeinträchtigt ist. Bei Diagnosestellung des apallischen Syndroms folgend einer Reanimation mit hypoxischer Hirnschädigung leben noch beide Eltern und es gibt 3 jüngere Geschwister.

Hypoxische Hirnschädigung:

Eine Hypoxie ist mangelnde Versorgung von Gewebe mit Sauerstoff. Der hypoxische Hirnschaden ist die schwerste Form der Hirnschädigungen, die durch Sauerstoffmangel bedingt ist. Ursachen können u. a. Komplikationen während der Geburt, Sauerstoffmangel durch Ertrinkungsunfälle, Herzinfarkt und Hirnblutung sein.

Futura GmbH - <https://www.futura-berlin.de>

Betrachtungsweise

Die Krankheit mit darauffolgender Reanimation und deren Folgen ist als schicksalhaft anzusehen. Schuldzuweisungen oder Fehlersuche bei behandelnden Ärzten oder dem Klinikpersonal ändern nichts an dem Faktum, das Fr. N. von dem Zeitpunkt an in den Zustand des sogenannten „Wachkomas“ verfiel, selbst wenn eine solche nachzuweisen gewesen wäre. In Frage zu stellen ist aber auch rückwirkend der Umgang mit den Angehörigen kurz nach dem Geschehen. Wie Herr N. beschreibt, hätte er keinerlei Beistand von professionellem Personal erfahren – er hatte sogar das Gefühl, man wäre ihm aus dem Weg gegangen.

Leider muss man immer wieder feststellen, dass das positive oder negative Erleben Angehöriger in solchen Situationen stark abhängig von der Persönlichkeit des betreffenden Mediziners ist, der die schwierige Aufgabe hat, die Nachricht mitzuteilen. Dabei wissen wir aber auch, dass gerade die erste psychosoziale Begleitung in solch einschneidenden Momenten wie zum Beispiel einer dramatischen Diagnosestellung maßgeblich darauf Einfluss nehmen kann, wie Betroffene mit solch einer Herausforderung ihren Lebensweg weiter bewältigen.

„Die Wahrheit ist dem Menschen zumutbar.“ (Ingeborg Bachmann)

... es sollte aber Bedacht darauf gelegt werden, wie man ihm diese vermittelt.

Gespräch mit Gatten von Frau N.

Der Gatte schildert den damaligen Hergang so, dass Frau N. sich unwohl gefühlt hätte, zunächst vom Hausarzt auf Grippe behandelt worden war und sich der Zustand zum Wochenende hin verschlechtert hatte. Daraufhin wurde ein niedergelassener diensthabender Arzt hinzugezogen, der die sofortige Einweisung in die Klinik veranlasste. Dort wurde Frau N. für etwa 5 Wochen in den künstlichen Tiefschlaf versetzt. Nach Erwachen aus diesem sprach die Patientin zunächst inhaltlich verwirrt, was aber als normale Erscheinung nach solch einer Phase zu erklären gewesen war. Die Besuche des Gatten fanden täglich statt. In einer der Abwesenheitszeiten kam es zum Herzstillstand mit folgender Reanimation. Der Gatte wurde davon vorerst nicht aktiv informiert, sondern beim nächsten Besuch aufgefordert, vor Betreten des Zimmers zu warten. Es hat für ihn fühlbar sehr lange

gedauert, bis ein Arzt kam, um ihn von den Geschehnissen in Kenntnis zu setzen und er das Zimmer betreten durfte, in dem er seine Frau mit den sichtbaren Zeichen eines apallischen Syndroms vorfand. Trotz dieses einschneidenden und für den Angehörigen psychisch sehr belastenden Moments gab es weder von ärztlicher noch pflegerischer Seite Stütze oder Begleitung. Im Gegenteil, er hatte das Gefühl, man ginge ihm aus dem Weg. Bald wurde Frau N. von der medizinischen Abteilung zu diversen Untersuchungen auf die Neurologie verlegt. Die ärztlichen Ansprechpartner aus den Wochen davor waren nun nicht mehr zuständig, die gegenwärtigen konfrontierten den Gatten damit, dass mit einer Genesung im herkömmlichen Sinne nicht mehr zu rechnen sei und ein Pflegeplatz organisiert werden müsse. Insgesamt 97 Tage nach der Reanimation mit den schwerwiegenden Folgen bekam Frau N. einen Platz in dem wohnörtlich nahegelegenen Alten- und Pflegeheim.

Herr N. kontaktierte sämtliche ihm erreichbare Experten für das Krankheitsbild, jedoch konnte keiner dieser ihm Hoffnungen machen, man riet ihm lediglich, sein Leben darauf auszurichten, dass er seine Gattin für ein Leben in Normalität verloren hätte und sie in den nächsten 3-5 Jahren versterben würde.

Existenzanalyse des Gatten zu diesem Zeitpunkt:

Mann; 36a; verheiratet - nach dieser Diagnose ist zu seiner Frau keine aufrechte zwischenmenschliche Beziehung mehr möglich – nach Prognose der Ärzte, dass keine Besserung des „Wachkomazustandes“ seiner Gattin zu erwarten ist, damit konfrontiert, diese nie mehr als Partnerin für ein alltägliches Leben an seiner Seite haben zu können und in den folgenden 3-5 Jahren zum Witwer zu werden; als langjähriger Mitarbeiter beschäftigt in einer Firma, in der er seit Beginn der Lehre tätig ist; plötzlich alleinerziehend einer Tochter (9a) beeinträchtigt durch Down Syndrom niederen Grades; aufgrund des Gesundheitszustandes der Gattin gefordert, deren Sachwalterschaft in allen Belangen zu übernehmen.

Seine Eltern stellen insofern große Ressource dar, indem sie bei der Betreuung und Lernförderung der schulpflichtigen Tochter Hilfestellung leisten. Der Arbeitgeber räumt ob der langjährigen Dienstzeit im Betrieb erweiterte Flexibilität der Arbeitszeiten ein und nimmt Unsicherheit eines möglichen Jobverlusts; im sozialen Leben dreht es sich vorwiegend um Versorgung der Tochter, Besuche der Gattin, mit

der keinerlei Interaktion möglich ist, Regelung von amtlichen und juristischen Angelegenheiten sowie Bewältigung des beruflichen Alltags.

Der Mann ist gefordert, sein Leben zukunftsorientiert komplett neu zu gestalten. Glücklicherweise lernt er nach einigen Monaten eine neue Partnerin kennen, mit der es ihm möglich wird, auch wieder eine Partnerschaft zu leben.

Gespräch mit Schwester von Frau N.

Die Schwester, zweitälteste in der Geschwisterreihe von Frau N. schildert, dass sie von dem Klinikaufenthalt ihrer Schwester damals durch die Mutter erfahren hat – der Zustand sei von ärztlicher Seite zunächst als sehr kritisch eingestuft, Fr. N. in den künstlichen Tiefschlaf versetzt worden. Nach Erwachen aus diesem war die Familie glücklich darüber, dass von ärztlicher Seite gesagt wurde, die Patientin sei „über den Berg“. Später mit der Diagnose „Wachkoma“ nach Reanimation mit Sauerstoffmangel konfrontiert, fühlten alle sich wie in einem schlechten Traum und die Tragweite des Umstandes war für niemanden in der Familie fassbar. Jeder einzelne entwickelte daraufhin eigene Strategien, mit dem Geschehenen umzugehen – einfühlsame Aufklärung über das Krankheitsbild und dessen Prognose gab es weder von ärztlicher noch pflegerischer Seite. Instinktiv verfiel die Mutter in eine Rolle, ihre älteste schon erwachsen gewesene und selbständig im Leben stehende Tochter, welche nunmehr hilflos einem Baby gleich war, mit aller Kraft zu beschützen und für sie zu kämpfen. Getragen von der Hoffnung, dass ihr Kind eines Tages aus dem Wachkomazustand erweckt werden könne, richtete sie ihr Leben sehr fokussiert darauf aus, das Pflegeheim, in dem Frau N. zwischenzeitlich untergebracht war, täglich zur selben Uhrzeit für regelmäßige Besuche aufzusuchen und Frau N. weitgehend in ein soziales Leben zu integrieren. Wichtigkeit wurde ihrerseits auf das äußere Erscheinungsbild sowie Kleidung und Teilnahme an diversen Veranstaltungen in der Institution gelegt. Manchmal wurde das Pflegepersonal recht bestimmend darauf hingewiesen, was zu tun sei ... Die Mutter wollte für ihr „hilfloses Kind“ einfach das Beste und das Personal versuchte verständnisvollerweise, dem gerecht zu werden. Der Vater begann mit dem Umbau des Eigenheims, es barrierefrei zu gestalten, um die geliebte Tochter eines Tages aus dem Pflegeheim zur Betreuung nach Hause holen zu können. Die Geschwister suchten nach Wegen,

ihr eigenes Leben weiter zu bewältigen. Äußerungen von nicht betroffenen Menschen im sozialen Umfeld verletzten zeitweise mehr als dass sie Stütze sein hätten können. Von außen wurde die neue Beziehung des Schwiegersohnes infrage gestellt und damit Samen für Zwietracht gesät. Zwischenzeitlich sind zuerst der Vater und vor nunmehr 4 Jahren die Mutter unerwartet plötzlich verstorben. Seither tragen die Geschwister aus Loyalität der Mutter gegenüber das Erbe, mit regelmäßigen Besuchen im Pflegeheim darauf zu achten, dass Fr. N. „nicht vergessen“ wird. Die Schwester beschreibt die Tatsache, dass mit Frau N. während der regelmäßigen Besuche keinerlei Interaktion möglich und nach nunmehr 20 Jahren auch nicht zu erwarten ist, als sehr belastend.

5. Die Erwachsenenvertretung

In vorliegendem Fall war Herr N. damit konfrontiert, als Ehegatte – also nächster Angehöriger - die Erwachsenenvertretung in allen Belangen für seine Gattin , welche ohne vorher schriftlich verfasste Patientenverfügung plötzlich durch das Krankheitsgeschehen in den Zustand der absoluten Handlungs- und Entscheidungsunfähigkeit gefallen war, zu übernehmen.

Nach Überstellung in das Pflegeheim kamen der Patientin dort sämtlich durchführbare Impuls gebende, bewegungserhaltende, maximale Lagerungs- sowie Physiotherapien zu, welche aber keinerlei Auswirkungen in positiver Hinsicht zeigten. Auch wiederholte EEG Untersuchungen zeigten nur minimalistischste Veränderungen im Vergleich zum Ausgangs EEG nach dem postreanimativen Zustand.

In all der Zeit geprägt von Verarbeitung des eigentlichen Geschehens, Neuorientierung zum Umgang mit der Situation selbst, dauerhaft in Wechselbädern von Hoffnung auf ein Wunder und Aussichtslosigkeit bis hin zur Resignation waren Angehörige auf sich selbst gestellt.

Aus Eigeninitiative setzte sich Herr N. mit verschiedensten Experten in Verbindung, um das Krankheitsbild besser verstehen und letztendlich die unveränderbaren Gegebenheiten auch akzeptieren zu können.

Gezwungenermaßen machte Herr N. sich Gedanken um den Willen, den seine Gattin haben könnte, und wie sie sich den weiteren Verlauf ihres Lebens oder Ablebens mit dieser ungünstigen Prognose wünschen würde, wenn sie sich doch nur äußern könnte.

Zwar wurde mit dem damals behandelnden Arzt, der damaligen Pflegedienstleistung in der Institution und Herrn N. im Dezember 1999 ein Gesprächsprotokoll in schriftlicher Form verfasst, das besagt, es möge im Falle eines erneuten Notfallgeschehens keine Reanimation stattfinden und die Therapien derart zurückhaltend durchgeführt werden, dass der Patientin eine Verlängerung ihres Leidens erspart bleibe.

Gleichzeitig opferte sich die Mutter in fürsorglichster Weise dafür auf, genauestens darauf zu achten, dass es an der Versorgung auch in medizinischen Belangen der Tochter an nichts fehlen möge.

Dieser Umstand ließ zuvor erwähnte Niederschrift mehr und mehr bröckeln.

Gesetzestexte sind zwar klar definiert, helfen in ethischen Grauzonen oftmals aber moralisch in keinster Weise weiter:

Auszug BGB1. – Ausgegeben am 25. April 2017 – Nr. 59:

Medizinische Behandlung b) nicht entscheidungsfähiger Personen

§ 253. (1) Eine medizinische Behandlung an einer volljährigen Person, die nicht entscheidungsfähig ist, bedarf der Zustimmung ihres Vorsorgebevollmächtigten oder Erwachsenenvertreters, dessen Wirkungsbereich diese Angelegenheit umfasst. Er hat sich dabei vom Willen der vertretenen Person leiten zu lassen. Im Zweifel ist davon auszugehen, dass diese eine medizinisch indizierte Behandlung wünscht.

§254.(2) Wenn der Vorsorgebevollmächtigte oder Erwachsenenvertreter der Behandlung einer nicht entscheidungsfähigen Person oder ihrer Fortsetzung nicht zustimmt und dadurch dem Willen der vertretenen Person nicht entspricht, so kann das Gericht die Zustimmung des Vertreters ersetzen oder einen anderen Vertreter bestellen. Im Zweifel ist davon auszugehen, dass die vertretene Person eine medizinisch indizierte Behandlung wünscht.

Hier hätte psychosoziale Begleitung in mediativer Form ansetzen können. Es wirft sich die Frage auf, inwiefern die Möglichkeit dazu von öffentlicher Seite in solchen

Fällen gegeben sein kann, oder inwiefern es in so einem Fall dem Pflegepersonal, das vordergründig die Aufgabe der Versorgung des Zupflegenden zu erfüllen hat, zuzumuten ist, auch diesen Bedürfnisbereich der Angehörigen abzudecken.

Der Fall Vincent Lambert

Der wohl weltweit bekannte Fall des Franzosen Vincent Lambert zeigt, wie sehr ein Schicksalsschlag solcher Art, eine Familie spalten und welche Auswüchse es für die Angehörigen annehmen kann, wenn aufgrund einer fehlenden Patientenverfügung des Betroffenen, differenzierte Ansichten der Familienangehörigen bezüglich weiterer Vorgangsweise bestehen, obwohl jeder von sich überzeugt, mit seinem Handeln das einzig richtige im Sinne des Menschen, der nicht mehr selbst dazu Stellung nehmen kann, zu tun.

Die Chronik des Falls Vincent Lambert

September 2008: Bei einem Autounfall erleidet der 32 Jahre alte Krankenpfleger Vincent Lambert schwere Kopfverletzungen. Er ist querschnittgelähmt und befindet sich seitdem in einem vegetativen Zustand – in einer Art Wachkoma.

April 2013: Die Uniklinik Reims stoppt erstmals die künstliche Ernährung. Lamberts Frau Rachel und Teile der Familie haben angegeben, dass er keine lebenserhaltenden Maßnahmen wünschte – eine schriftliche Verfügung von ihm gibt es allerdings nicht.

Mai 2013: Ein von den streng katholischen Eltern und anderen Familienmitgliedern angerufenes Gericht ordnet die Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung an.

Januar 2014: Die Ärzte in Reims wollen die Maßnahmen erneut beenden, die sie als „unverhältnismäßig“ bezeichnen. Wenige Tage später gibt ein Gericht den Eltern Recht und ordnet die Fortsetzung der künstlichen Ernährung an.

Juni 2014: Der Pariser Staatsrat als oberste französisches Verwaltungsgericht gibt einer Klage von Lamberts Frau und den Ärzten statt und macht den Weg für ein Ende der künstlichen Ernährung frei.

Juni 2015: Das europäische Menschenrechtsgericht in Straßburg bestätigt diese Entscheidung.

Juli 2015: Die Uniklinik Reims kündigt erneut das Ende der künstlichen Ernährung an. Sie nimmt dann aber doch wieder davon Abstand.

April 2018: Die Ärzte sprechen sich erneut für ein Ende der lebenserhaltenden Maßnahmen aus. Ein von den Eltern angerufenes Verwaltungsgericht ordnet eine neue Expertise an.

November 2018: Die Untersuchung kommt zu dem Schluss, dass Lamberts Zustand „nicht mehr rückgängig zu machen“ ist.

Januar 2019: Das Verwaltungsgericht in Châlons-en-Champagne billigt das Ende der künstlichen Ernährung. Der Staatsrat und der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg bestätigen diese Entscheidung.

Mai 2019: Die Ärzte beenden erneut die künstliche Ernährung Lamberts. Das Pariser Berufungsgericht ordnet jedoch überraschend an, dass die lebenserhaltenden Maßnahmen wieder aufgenommen werden müssen.

Juni 2019: Der Kassationshof als oberste französische Instanz annulliert das Urteil des Berufungsgerichts und macht endgültig den Weg für das Ende der künstlichen Ernährung frei.

2. Juli 2019: Die Ärzte der Uniklinik Reims beenden die Behandlung – zum dritten Mal seit 2013.

11. Juli: Lambert stirbt im Alter von 42 Jahren.

Der Tagesspiegel - <https://www.tagesspiegel.de>

An diesem Beispiel ist wohl für jeden klar geworden, dass es aus menschlicher Sicht in solchen Fällen viel mehr braucht als stupide Gesetzestexte, die immer wieder auch nach Ansichtssache ausgelegt werden können und dadurch zu derart kontroversen Urteilen führen. Ob die Würde des Vincent Lambert hier trotz sorgfältiger Überprüfung der Gerichte gewahrt werden konnte, sei dahingestellt, zumal er dadurch in seinem Zustand weltweite Bekanntheit erreicht hat. Aber man könnte selbst in diesem über Jahre andauernden Verfahren einen Sinn finden ...

Möglichkeiten und ethische Rahmenbedingen schaffen, die es zu solch Eskalation in Zukunft nicht mehr kommen lässt.

Der Fall Prinz Johan Friso von Oranien-Nassau

Das weitreichend durch Medien bekannte Schicksal von Prinz Johan Friso, dem zweiten Sohn von Prinzessin Beatrix und Prinz Claus der Niederlande, zeigt, dass Schicksalsschläge dieser Art vor niemandem Halt machen und selbst eine Königsfamilie vor emotional hochherausfordernden Entscheidungen stehen kann. Nach einem Lawinenunfall am 17. Februar 2012 wurde der Ehemann und Vater zweier Kinder 50 Minuten lang reanimiert, nachdem er für 23 Minuten in 40cm Tiefe verschüttet gewesen war. Als Sohn der Königsfamilie die bestmögliche Versorgung erhaltend, wurde er ins Universitätsklinikum Innsbruck geflogen und intensivmedizinisch versorgt. Eine Woche später wurde bekannt, dass im Gehirn des Prinzen schwere neurologische Schäden festgestellt worden waren und die Prognose für ein Erwachen aus dem Koma negativ war. Wenig später wurde er in eine private Spezialklinik für neurologische Frührehabilitation in London gebracht und am 9. Juli 2013 in das Schloss Huis ten Bosch in Den Haag verlegt, wo er am 12. August verstarb.

https://de.m.wikipedia.org/wiki/Friso_vonOranien-Nassau

Der Fall der Mutter von Jan. H.

Wie verzweifeln Angehörige es lassen kann, ihre Geliebten in beschriebenem Krankheitsbild ohne Aussicht auf Besserung zu sehen, zeigt auf dramatische Weise der Fall eines jungen Mannes, der seine Mutter nach 7 Jahren im Wachkomazustand aufgrund schwerer Kopfverletzungen nach einem Reitunfall getötet hat, weil er nicht mehr ertragen konnte, die einst lebensfrohe Mutter in diesem Zustand leiden zu sehen, und dafür 2012 zu 3 Jahren Haft verurteilt worden war. Wie hilflos und von der Gesellschaft allein gelassen, muss ein Mensch sich konfrontiert mit dem Zustandsbild eines geliebten Menschen aufgrund dieser Diagnose bzw. Prognose fühlen, um zu solch einer Tat fähig zu werden? Wie sehr spielt hier die durch das

Erscheinungsbild ohne Interaktivität bereits eingebüßte Würde des Menschen selbst beziehungsweise das Erkennen dieses Umstands eine Rolle?

Von derwesten.de – 2012

6. Angehörigenbegleitung

Was braucht es also in der psychosozialen Beratung Angehöriger, die im Begriff sind, einen geliebten Angehörigen durch den herannahenden Tod zu verlieren, oder gar gefordert sind, aktiv zu werden, um dem geliebten Menschen in vegetierendem Zustand ein Sterben in Würde zu ermöglichen?

Es bedarf umfassender Aufklärung den Ist Zustand betreffend und im Bedarfsfall ist es erforderlich, fehlende Informationen vor allem in medizinischen Belangen bei Fachleuten einzuholen, um den nötigen Wissensbackground zu schaffen.

Nur so ist es möglich zwischen änderbaren oder unabänderlichen Gegebenheiten und offen stehenden Möglichkeiten unterscheiden zu können. Erst diese Fakten sind Grundlage, mit Klienten daran arbeiten zu können, das Schicksalhafte anzunehmen und den Ist Zustand klar zu definieren, um den Spannungsbogen zum Sollzustand zielorientiert legen zu können. Ist der Sinn im Soll erkennbar, ist die Spannung des Bogens erträglich, selbst wenn es beschwerlich ist.

Das Arbeiten mit Visionen hilft nicht nur bei der klaren Zielfindung, sondern ist zugleich auch Antrieb für das in Aktion treten. Nicht verharren in der Opferrolle sondern Mitgestalter sein, in Willensfreiheit agieren und Verantwortung übernehmen.

Begleitung der Angehörigen aus Fallbeispiel 3

Erst durch umfassende Aufklärung das Krankheitsbild betreffend wird klar, dass die Hoffnung aus dieser Art des Komas „aufzuwachen“, gegen 0 ist. Zu akzeptieren und anzunehmen ist der Zustand des appallischen Syndroms – es gibt keine Möglichkeit zur Wiederherstellung der Gesundheit vor dem Geschehen.

Welche Möglichkeiten ergeben sich in diesem Fall? Seit 20 Jahren leben die Angehörigen von Frau N. mit dem Umstand, dass sie da und doch nicht da ist. Aufgrund vorliegender Befunde ist davon auszugehen, dass die körperliche Hülle

einwandfrei funktioniert, weil diese mit sämtlich notwendigen Nährstoffen und medikamentösen Therapien versorgt wird, um Infekte und dergleichen abzuwehren. Das bedeutet auch, dass dieser Zustand leicht noch weitere 20 Jahre anhalten kann. Wie kann man im Interesse der Betroffenen selbst hier auf Sinnsuche gehen, um die Angehörigen in der Findung eines Erhaltens der Bedürfnisse von Frau N. zu unterstützen?

Wir sind (hoffentlich) zu der Einsicht gelangt, dass wir den Tod nicht fürchten brauchen. Dennoch gibt es etwas, das wir ganz gewiss fürchten müssen, und das ist nicht nur ein sinnarmes, sondern auch ein freudloses Leben. Ja, es gibt Menschen, die den Tod sogar herbeisehnen, weil ihnen das Leben beschwerlich und „lästig“ dünkt, und ein hoher Prozentsatz dieser Menschen ist betagt. Warum fehlt ihnen die Freude? Warum?“

Elisabeth Lukas - Alles fügt sich und erfüllt sich 2009 - S.71

Es bedarf den Mut und die Entscheidungsfähigkeit der Angehörigen zu stärken, Stimme für Frau N. zu erheben, um ihr so wie sich selbst einen Sternenhimmel der Möglichkeit aufzuspannen.

Grundlegend ist die Einigkeit der Familie ...den gemeinsamen Nenner ... das Wohl von Frau N. und ihre möglichen Bedürfnisse in den Fokus zu rücken und mediativ zum Zwecke der Erfüllung dieser zu vermitteln.

In den jeweiligen Einzelgesprächen wird klar, dass sowohl Gatte als auch Schwester der betroffenen Frau N. nur das Beste für sie wollen und keiner dieser die Meinung vertritt, dass Frau N. selbst diese Art von Leben jemals gewollt hätte.

Für die Handlungsweise der betreuenden Ärztin in dieser Hinsicht ist eine klar formulierte Niederschrift erforderlich, um juristisch abgesichert zu sein, obwohl sie aus menschlicher und ethischer Sicht, diese in vollem Umfang vertritt.

„Woher kommt es, dass sich alles in uns dagegen sträubt? Das rührt daher, dass es gar nicht wahr ist, dass dem Menschen daran liegt, leiblich zu vegetieren; worum es ihm lediglich zu tun ist, das ist letztlich: geistig zu existieren. Er will nicht da sein, da sein um jeden Preis; sondern das, was er wirklich will, ist: sinnvoll sein. Nicht die Dauer der Existenz ist maßgebend und ausschlaggebend, sondern die Sinnfülle der Existenz. Kann doch ein kurzes Leben sinnvoll sein, während ein langes Leben

sinnlos bleiben kann. Ja, mehr als dies: gäbe es keinen Tod, wäre das Leben also überhaupt endlos, so wäre es eben darum auch schon sinnlos.“

Viktor E. Frankl - Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn 1985 - S. 262

Anhand des Fallbeispiels Frau N. möchte ich aufzeigen und kritisch hinterfragen, ob es unter weitreichenden Diskussionen, ethische Grundsätze einhalten und die Würde des Menschen als höchstes Gut unangetastet lassen zu wollen, nicht auch zu Grenzfällen kommen kann, in denen die Würde dem Betroffenen selbst dadurch sogar in gewissem Maße genommen wird.

7. Betrachtung des Falles Frau N. aus logotherapeutischer Sicht

Die Dimensionalontologie nach Viktor E. Frankl besagt, dass Körper, Seele und Geist die Einheit Mensch bilden. Die biologische Ebene mag durch die Existenz des Körpers mit den funktionalen Fähigkeiten der selbständigen Atmung und Ausscheidung gegeben sein. Die psychologische Ebene, wenn sie denn ebenso existent wäre, wie die biologische, bleibt verborgen. Emotionales Ausdrucksvermögen durch Gesichtsmimik oder Augen fehlt – das heisst, es ist für Mitmenschen – vorausgesetzt, die psychologische Ebene wäre existent – nicht erkennbar, ob Frau N. überhaupt und wenn ja welche Regung fühlt. Die dritte Ebene umfasst den Geist, in dem „der freie Wille“ verankert ist.

„Sofern der Geist aber auch nicht „im Leibe“ ist, sondern im Raume eben nirgends – und überall (denn beides läuft ja aufs selbe hinaus), ist der Geist auch ebensogut wie innerhalb auch außerhalb des Leibes: „außerhalb“, „draußen“, in der „Außenwelt“; mit einem Wort: er „ist bei“ den Dingen.

Viktor E. Frankl - Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn 1985 - S. 206

In Anlehnung an die Bedürfnispyramide nach Maslow ist festzustellen, dass von den physiologischen Grundbedürfnissen der Betroffenen lediglich das Atmen und Schlafen eigenständig erfüllt werden kann. Flüssigkeitszufuhr und Nahrung erfolgen genusslos über eine PEG-Sonde. Die nächsthöhere Stufe, das Bedürfnis nach körperlicher Sicherheit und Versorgungssicherheit ist in dem Maße von außen abgedeckt, als dass sie in stationärer Pflege gut versorgt wird ... was ist unter „körperlicher Sicherheit“ zu verstehen? Ist ihr Körper in Sicherheit, wenn damit

ständig irgendetwas gemacht wird? ... unwillkürliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Mundpflege entgegen der körperlichen Reflexe, Verabreichung von Medikamenten über die PEG-Sonde, Waschungen sowie Bäder, Mobilisation mittels Hebelifter in einen Ruhestuhl und wieder zurück ins Bett – beschreiben all diese Handlungen die Begrifflichkeit der körperlichen Sicherheit? Wie können soziale Bedürfnisse nach Integration, Kommunikation, Beziehungen und Familie erfüllt werden, wenn keinerlei Interaktion möglich ist ...individuelle Bedürfnisse wie Anerkennung und Geltungsbedürfnis ... Kulturbedürfnisse, Selbstverwirklichung, Transzendenz ... Wieviele Bedürfnisse davon möchte der Mensch abgedeckt haben, um sein Leben als erfüllt und sinnvoll empfinden zu können ...?

Wir nehmen also an, dass der Geist von Frau N. existent, sie dadurch möglicherweise in der Lage ist, Stellung zu ihrem Dasein zu beziehen und einen „freien Willen“ hat.

Nehmen wir weiter an, Frau N. wäre dadurch in der Lage, ihren persönlichen Freiraum zu beleuchten, ihre Möglichkeiten zu evaluieren ...

Würde sie wählen, das Ende des ihr zugeordneten aktiven Lebens anzunehmen und in Würde zu sterben ... so hätte sie diese Möglichkeit gegenwärtig nicht, denn in den letzten 20 Jahren wurde von außen alles unternommen, dies nicht als wählbare Option offenzuhalten. Sich gegen diese Maßnahmen von außen, die künstliche Ernährung sowie die Gabe von Medikamenten, kann sie sich aufgrund ihres Zustandes nicht wehren. Das bedeutet also, wenn man ihr „ihren freien Willen“ lassen würde wollen, müsste man ihr auch die Möglichkeiten zur Durchsetzung dieses Willens geben.

„Wird hingegen die Prognose als ungünstig eingeschätzt, so wird man nach ausführlicher Besprechung mit den Angehörigen die Therapie begrenzen und auf intensivmedizinische Maßnahmen wie Reanimation, erneute Beatmung oder Dialyse verzichten. Auch eine antibiotische Behandlung von Infektionen scheint unter diesen Bedingungen nicht sinnvoll. Die Therapie wird sich dann auf Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr sowie pflegerische Maßnahmen beschränken.“

Priv.-Doz. Dr. med. Wilhem Nacimiento - Dt Ärztebl 1997; 94: A-661-666 [Heft 11]

Nachdem die Möglichkeiten für Frau N. selbst äußerst beschränkt sind, führt der Weg nur über eine adäquate Begleitung und Betreuung der Angehörigen, diese stärken

und zu unterstützen, um für Frau N. selbst überhaupt eine Wahlmöglichkeit zu schaffen.

Möglich wäre es, sich nicht aktiv mit der Thematik auseinanderzusetzen, die Dinge in den bisherigen Bahnen weiter laufen zu lassen, anzunehmen, dass Frau N. in ihrem Dasein nicht leidet, da aus neurologischer Sicht von Emotionslosigkeit ausgegangen werden kann. Auf diese Weise die Frage der Würde nachstellen und warten, was die Zukunft bringen mag. Von behandelnden Ärzten ist nicht zu erwarten, dass sich nach nun 20 Jahren selbständig eine Änderung der therapeutischen Maßnahmen überlegen.

Möglich wäre aber auch, ins Gespräch zu kommen und gemeinsam im Sinne von Frau N. die bisherige Vorgangsweise in der Behandlung zu überdenken, die behandelnde Ärztin mit einzubeziehen und sich gegebenenfalls an eine Ethikkommission zu wenden, um für eine Entscheidungsfindung eine objektive Stellungnahme aus fachlicher Sicht zu erhalten.

Man könnte die Einstellung von Antibiotikagaben bei künftigen Infekten mit der behandelnden Ärztin vereinbaren und so Frau N. selbst die Möglichkeit eröffnen, sterben zu können, wenn sie es wollte, worüber hinaus es durchaus für Frau N. möglich wäre, einen solchen Infekt trotzdem zu überstehen und weiter am Leben zu bleiben, aber zumindest hätte sie so die Möglichkeit einer Wahlfreiheit.

Sich für etwas zu entscheiden, bedeutet auch die Verantwortung dafür zu übernehmen und zu tragen. Im Falle von Frau N. scheint es so zu sein, dass diese Verantwortung für solche mit der Erwachsenenvertretung dem Gatten wohl auferlegt worden ist, aber er und die Stammfamilie damit ohne erforderliche Hilfestellung alleingelassen wurden.

„Man wird fragen, wodurch sich solches Vorgehen von Euthanasie unterscheidet. Der Unterschied beruht darauf, dass in diesem Falle – gemäß dem zweiten, dem Linderungsangebot des Arztes – dem Kranken ein Leiden genommen wird, während im Falle einer Euthanasie dem Kranken das Leben genommen wird-, und zwar in der Absicht, ihn um keinen Preis leiden zu lassen. Es ist klar und zuzugeben, dass es hier fließende Grenzen gibt – Übergänge vom einen zum andern. Aber es wäre verfehlt, wie es so oft geschieht, Grenzfälle zu konstruieren, um anhand solcher

konstruierter Fälle eine Theorie ad absurdum zu führen. Im Leben, in der ärztlichen Praxis, „versteht sich“ auch dieses „Moralische von selbst“.

Den Schnittpunkt der beiden Kurven: Möglichkeit des Helfens und Notwendigkeit des Linderns – die Umschlagstelle des einen ins andere vermag der Arzt nur zu erraten. Darüber hilft ihm kein Gesetz, keine Regel hinweg.“

Viktor E. Frankl – Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn 1985 - S. 263

8. Conclusio

Wie kann die Würde des Menschen allenfalls also auch im Sterben erhalten bleiben? Indem man ihn bis zuletzt als den Menschen sieht, der er ist – einzigartig und individuell seine persönlichen Werte akzeptierend. Schwierigkeiten ergeben sich daraus, wenn der Mensch nicht mehr in der Lage ist, seine Werte, und die sich daraus ergebende Einstellung zu seinem Leben und dessen Ende nicht mehr seiner Umwelt mitteilen kann. Dieses Problem wird mit der rasanten Entwicklung im medizinischen Bereich zunehmend gewichtiger. Im Vordergrund steht jegliche Möglichkeit, das menschliche Leben zu verlängern ... die Akzeptanz, dass jedes Leben auch ein Ende wünschenswerterweise mit natürlichem Verlauf hat, tritt zunehmend in den Hintergrund. Berichterstattungen über Ärzte, die belangt werden, weil sie „Behandlungsfehler“ begangen haben ... Gutachter, die zu kontroversen Stellungnahmen kommen, ob ein bestimmtes Ableben in causalem Zusammenhang mit Vorgehensweisen in der Behandlung steht ... jahrelang andauernde Prozesse, an deren Ende darüber ein „gerechtes Urteil“ gesprochen werden soll. Diese Entwicklungen haben meines Erachtens maßgeblichen Einfluss auf die menschlich-sozialen Fähigkeiten von Ärzten und Pflegepersonal bzw. Führungskräften in Pflegeinstitutionen.

„Würde-blind muss jede Behandlung sein, sobald sie die Person zur Sache macht.“

Viktor E. Frankl – Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn 1985 - S. 241

Was kann jeder Mensch eigenverantwortlich selbst dafür tun, diesen letzten Lebensabschnitt mitzugestalten und sich damit gewissermaßen die gewünschte Würde zu sichern? Sich mit der eigentlichen Endlichkeit auseinandersetzen, wenn die Fähigkeit, sich unter Einbeziehung seiner persönlichen Werte bewusst zum Ende seines Lebens Stellung zu beziehen, noch in vollem Umfang gegeben ist. Seinem

Willen für Eventualitäten Ausdruck zu verleihen, stellt juristisch gesehen sicherlich die Patientenverfügung dar. Geregelt im Patientenverfügungsgesetz (PatVG) wird zwischen verbindlicher und beachtlicher unterschieden. Es kann aber auch schon durchaus hilfreich sein, eine schriftliche Willenserklärung zu verfassen und diese wichtigen Dokumenten beizulegen. Grundlegend ist jedenfalls, sich überhaupt einmal mit der Thematik auseinanderzusetzen und sich seine Gedanken darüber zu machen, wie man zum Ende seines Lebens steht, welche Wünsche man diesbezüglich hat und wer dafür Sorge tragen könnte, darauf zu achten, dass der Wille des einzelnen Berücksichtigung im System unserer heutigen Gesellschaft findet.

Mit dieser Arbeit möchte ich in meinem Leben eine Spur hinterlassen ... eine Spur, die mir persönlich sehr am Herzen liegt und von der ich mir wünschen würde, dass sie einige Menschen berührt und zum Nachdenken anregt.

9. Literaturnachweis

Viktor E. FRANKL – Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn

Piper Verlag GmbH, München / Berlin 1979, 28. Auflage Dezember 2015

„Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie“ (1975, Teile davon 1949)

116 / 264 / 325 / 331

„Ärztliche Seelsorge“ (1946)

95

Elisabeth LUKAS – Alles fügt sich und erfüllt sich

Profil Verlag GmbH München / Wien 2009

Priv.-Doz. Dr. med. Wilhelm NACIMIENTO

Dt Ärztebl 1997; 94: A-661-666 [Heft 11]

<https://de.wikipedia.org> > wiki > Ältester Mensch 2019

https://de.m.wikipedia.org/wiki/Friso_vonOranien-Nassau

Futura GmbH – <https://www.futura-berlin.de>

Der Tagesspiegel – <https://www.tagesspiegel.de>

Der Westen – <https://www.derwesten.de> > Sterbehilfe für Mutter 2012