

Menschen im Wachkoma: Personen oder nicht?

Monika Wogrolly, Graz

1 Ein Hauptvorwurf an die Bioethik lautet, dass Personalität und Werthaftigkeit nicht länger als angeborene Eigenschaften unserer Species gelten, sondern im Lauf des Lebens erworben werden und unter Umständen vorübergehend oder dauerhaft abhanden kommen (vgl. Arbeitskreis zur Erforschung der „Euthanasie“-Geschichte 1996).

Im Rahmen des FWF-Forschungsprojektes „Personen und das Problem des Paternalismus im Kontext von Intensiv- und Transplantationsmedizin“ hielt ich mich von 1998 bis 2001 regelmäßig an medizinischen Pflegeeinheiten auf. Ich besuchte psychiatrische Stationen, neurochirurgische Intensivstationen, Transplantstationen und zuletzt die Langzeitpflegestation eines geriatrischen Krankenhauses. Das Ziel dieser „teilnehmenden Beobachtung“ war, den Umgang mit Menschen kennenzulernen, welche die von vielen Bioethikern als personkonstitutiv geltenden Eigenschaften und Fähigkeiten (Selbstbewusstsein, Zeit-, Zukunftsbewußtsein, die Fähigkeit, Interessen zu haben u. a. m.) vorübergehend oder irreversibel verloren haben.

Der Diskussion von Personalität im bioethischen Kontext seien drei Fallbeispiele vorangestellt. Die Patientinnen werden in den Anamnesen als „Apallikerinnen“ und „nicht ansprechbar“ beurteilt. Im Unterschied zu nach der Hirntodkonvention als tot geltenden „stammhirntoten Organspendern“, wie in Fall 3, vermögen diese „großhirntoten Apallikerinnen“ noch selbständig zu atmen.

2 Fall 1: Maria B., 86 Jahre, verwitwet, österreichische Staatsbürgerin, nächste Angehörige: Söhne

Diagnosen: Zustand nach Badeunfall vor zwei Jahren, Wasser- und Magensaftaspiration, Status post Reanimation, hypoxische (durch Sauerstoffunterversorgung hervorgerufene) Hirnschädigung, apallisches Syndrom, Aspirationspneumonie (Lungenentzündung durch Einatmen von Wasser)

Vor zwei Jahren wird Maria B. nach einem Badeunfall in Italien reanimiert und primär behandelt. Bereits nach der Reanimation zeigt Maria B. weite lichtstarre Pupillen. Sie wird mit dem Notarzt nach Österreich transferiert und an einer chirurgischen Intensivstation zur Weiterbehandlung übernommen. Es entwickelt sich ein persistierendes apallisches Syndrom. Maria B. kommt zur Langzeittherapie ins Geriatrische Krankenhaus unter dem Hinweis, dass eine *anderweitige Versorgung aus sozialmedizinischen Gründen derzeit nicht möglich* sei. Sie gilt als nicht ansprechbar.

Fall 2: Anna C., 39 Jahre, verheiratet, bosnische Staatsbürgerin, nächste Verwandte: Schwester

Diagnosen: Hypoxämischer Hirnschaden bei Status post Strangulatio, symptomatische Epilepsie, Keratitis marginalis (Hornhautrandentzündung), Harnwegsinfekt, Depression

Anna C. wird vor zwei Jahren in erhängtem Zustand aufgefunden. Beim Eintreffen des Notarztwagens besteht eine Asystolie (Fehlen der Herzkontraktion). Anna C. wird reanimiert und erlangt Eigenatmung über den Tubus und Sinusrhythmus. Sie wird an die Intensivstation überstellt. Seither befindet sie sich in einem komatösen Zustand. Aufgrund von Bettenmangel erfolgt die Übernahme in die Überwachungseinheit, dann wird sie auf die Bettenstation verlegt. Anna C. litt unter einer Depression. Sie unternahm zwei Suizidversuche.

Fall 3: Herr D., 22 Jahre, österreichischer Staatsbürger

Herr D. erleidet einen Autounfall ungeklärter Ursache und kommt tief komatös in die Klinik. Eine Computertomographie ergibt eine Blutung im Hirnstamm mit einer massiven Blutung im Ventrikelsystem. Aufgrund des Blutungsmusters wird angenommen, dass der Unfall durch eine Blutung aus einer Gefäßmalformation verursacht wurde. Die Gefäßdarstellung ist jedoch unauffällig. Zur intracraniellen Druckentlastung wird eine Ventrikeldrainage angelegt. Am zweiten Tag tritt eine massive Verschlechterung des neurologischen Zustandsbildung ein. Ein Coma depressé entwickelt sich. Das EEG ist isoelektrisch (Nulllinie). Herr D. wird mittels so genannter „Organpflege“ bzw. „Spenderkonditionierung“ noch weiter in seinen Vitalfunktionen erhalten. Er wird respiratorisch beatmet und im Kreislauf durch Flüssigkeitszufuhr stabilisiert. Auf dem OP-Tisch verabreicht ein Anästhesist Herrn D. eine, wie er sagt, sanfte Narkose. Zur Vermeidung von motorischen Explantationsreaktionen wird Herr D. sediert und festgurgelt. Die motorischen Äußerungen bei Hirntoten werden im Fachjargon als *spinalmotorische Schablonen* bezeichnet und gehen nach aktuellem Wissensstand auf verbliebene Rückenmarksfunktionen zurück. Sie imponieren wie Schmerzäußerungen, werden aber vom Transplantationsteam nicht als solche bewertet.

3 Das Pflegepersonal ist überein gekommen, mit Apallikern auf eine Weise umzugehen, als ob sie ansprechbar wären und hören, sehen und verstehen könnten. Es kommt zu einem imaginären Diskurs zwischen Pflegenden und Apallikern. Diese Als-ob-Beziehung ist durch einfühlsame Monologe der Pflegenden und quantitativ wechselnde Schleimproduktion sowie motorische Äußerungen der Apalliker geprägt. Der Pflegenden imaginiert die Person, die ein Apalliker ursprünglich war, kraft seiner Vorstellungsgabe.

Während Maria B.'s Waschung fasst die Schwester deren motorische Signale als Zeichen einer Interaktion auf. Vermehrte Schleimproduktion, Lidzucken, Wenden des Kopfes und ähnliche Phänomene werden von der Schwester als willentliche Äußerungen, und nicht als unwillkürliche Automatismen, interpretiert. Maria B. wird als jemand verstanden, der vieles hört und wahrnimmt, sich jedoch nicht auf gewohnte Weise äußern kann. Die Schwester stellt sich den „Normalzustand der Kommunikation“ vor. Sie führt einen Dialog mit Maria B., so, als ob deren physiologische Veränderungen Antworten

wären. Das krachende Geräusch des Tracheostomas wechselt in Geschwindigkeit und Lautstärke, was als Ausdruck von Emotionen verstanden wird.

In der Pflegeinformation findet sich die Eintragung, dass bei Anna C. gelegentlich eine Träne zu beobachten sei. Die Schwester läßt in der Notiz offen, ob es etwas zu bedeuten habe. Sie merkt an, nicht beurteilen zu können, ob die Träne „Ausdruck von Gefühlen“ oder „rein physiologisch“ zu begründen sei.

4 Nach dem Hirntodkriterium, das seit dem Adhoc-Beschluss des Harvard-Komitees 1968 den Todeszeitpunkt mit dem unumkehrbaren Stammhirnausfall bestimmt, sind Menschen nach irreversiblen Stammhirnausfall auch bei künstlicher Beatmung als Tote zu betrachten. De facto läßt sich Herr D in seinen Fähigkeiten jedoch kaum von großhirngeschädigten Apallikern wie Maria B. und Anna C. unterscheiden.

5 Wie die Feldstudien deutlich machen, werden komatöse Apalliker, die nach einem in Amerika bereits geforderten „Großhirntodkriterium“ als tot gelten würden, dank ihrer aufrechtgebliebenen Stammhirntätigkeit weiter als personale Wesen betrachtet und vom Pflegepersonal namentlich angesprochen. „Klassischen Hirntoten“ wie Herrn D kommt das Recht, als Personen angesehen und als solche um ihrer selbst willen medizinisch betreut zu werden, als Konsequenz der Hirntodkonvention abhandeln, wengleich es beiden Komatösen gleichermaßen an personalen Fähigkeiten, wie sie von Bioethikern angeführt werden, mangelt. Hier setzt das „Unumkehrbarkeitsargument“ zur Verteidigung des Hirntodkriteriums gegenüber dem Großhirntodkriterium an und besagt, der Hirntote könne nie wieder zu Bewusstsein kommen.

6 Der in den Feldstudien beobachtete unterschiedliche Umgang des Pflegepersonals mit komatösen Apallikern („Herr X, ich werde Sie jetzt absaugen“) und komatösen Hirntoten (-), bei ähnlichen Pflegemaßnahmen, ist nach Aussage eines Intensivstationsleiters pragmatisch motiviert, um sich die Würde der Komapatienten vor Augen zu halten, und ferner, um einem slippery-slope-Effekt vorzubeugen, wie er seit eugenischen Maßnahmen rasch als Umsichgreifen zusehends aufgeweichter Todesdefinitionen befürchtet wird. Würden Hirntote wie Herr D in den Status von „Quasi-Personen“ versetzt und namentlich angesprochen, wären die Legalisierung des Hirntodkriteriums und damit verbundene Maßnahmen als grobe Verletzung der Menschenwürde zu betrachten. So haben Hirntote den rechtlichen Status von Sektionsleichen.

7 Manche hängen einer „Äquivalenzdoktrin“ an, wonach die Begriffe Mensch und Person äquivalent gesetzt werden. Wären alle Menschen Personen, und existierte kein semantischer Unterschied zwischen den Begriffen „Mensch“ und „Person“, wären Hirntote als Angehörige unserer Species so lange als „Quasi-Personen“ zu betrachten und durch Zuschreibung mit Rechten zu versehen, bis ihr maschinell erhaltenes menschliches Leben beendet wäre. Es gäbe keine Unterscheidung zwischen „personal“ und „menschlich“, der Dualismus wäre aufgehoben. Zumindest in der westlichen Kultur stellt der Personbegriff jedoch ein „nomen dignitatis“ dar und wird mit dem Begriff der Würde in Zusammenhang gesetzt. Schon der common sense verwendet „Mensch“

und „Person“ unterschiedlich. Aus dem Gesagten ergibt sich die Schwierigkeit, den Personbegriff gegenüber dem Menschenbegriff semantisch abzugrenzen.

8 An die bisherigen Überlegungen anknüpfend, stellen wir folgende Fragen:

Erstens, auf welche Teilmenge innerhalb unserer Species trifft aus bioethischer Sicht der Personbegriff zu - wenn Menschsein nicht per se Personsein heißt - und auf welche Menge von Menschen nicht? Letzteres würde weiterer Argumente bedürfen, die eine Aberkennung bzw. ein Verblässen des Personstatus menschlicher Lebewesen begründen.

Peter Singer nennt das Fehlen von Interessen/Präferenzen bei nur bewussten Lebewesen, wie Säuglingen, aber auch Komatösen wie Maria B., Anna C. und Herrn D. Gemäß Singers präferenzutilitaristischem Denken kommt Personalität allein selbstbewussten Wesen zu, die für die Zukunft Pläne haben und ein Interesse an der Fortsetzung ihres Lebens. Er vertritt einen Antispeciesmus, wonach auch höhere Säugetiere Personen sein können.

Die zweite Frage betrifft praktische Konsequenzen eines so entstehenden graduellen Personbegriffs, wobei im Falle eines Verblässens von Personalität ebenso die traditionellen Werte wie die Würde der Person und ihr unbedingtes Lebensrecht an Schärfe verlieren und bei mangelnder Kontrolle die Gefahr der Instrumentalisierung von Menschen zunimmt.

9 In Bezug auf die Situation von Maria B., Anna C., aber auch von künstlich am Leben erhaltenen hirntoten Organ Spendern wie Herrn D fragen wir, welche Eigenschaften gemäß der adaptierten Bioethik-Konvention als Indikatoren für Personalität und das Innehaben von Rechten und menschlicher Würde gelten. Anders gefragt: Was entscheidet über Aufstieg und Fall der Person? Warum kommt großhirngeschädigten Apallikern wie in den ersten beiden Fallbeispielen noch Menschenwürde zu, während Herr D trotz allem Anschein nach entsprechender Verfassung in narkotisiertem Zustand im Interesse anderer seiner Organe entledigt wird?

Viele Autoren führen eine ganze Liste von Indikatoren für Personalität an. Prinzipiell unterschieden werden kognitive und moralische Fähigkeiten. Daraus ergibt sich die Frage, worum es sich bei menschlichen Wesen handelt, die diese Merkmale *noch nicht, überhaupt nicht* oder *nicht mehr* haben. In allen Fallbeispielen handelt es sich um unautonome Menschen bzw. um Menschen, die aller Wahrscheinlichkeit nach (Maria B., Anna C.) bzw. mit Gewissheit (Herr D) bleibend als nicht selbstbestimmungs- und einwilligungsfähig gelten. Maria B., Anna C. und Herr D weisen aktuell keine kognitiven und moralischen Fähigkeiten auf. Sie können gemäß einem in Fähigkeiten gründenden Personkonzept nicht als Personen betrachtet werden, wobei die Apallikerinnen dennoch weiterhin durch Zuschreibung von außen „Quasi-Personen“ sind, um deren Wert und Würde zu achten. Herr D hingegen, dessen für die vegetativen Funktionen zuständiges Stammhirn irreversibel ausfiel, entbehrt jeder Personalität, obwohl er sich äußerlich von Maria B. und Anna C. nicht unterscheidet.

10 Wir stellen fest: Der in der Bioethik etablierte Personbegriff entfernt sich vom christlichen Dogma der Unantastbarkeit menschlichen Lebens und dessen

intrinsicem Wert (vgl. Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 1995, S. 66).

An die Stelle des Menschen, dem nach christlichem Denken bereits im Stadium der Zygote personale Rechte, wie ein Recht auf Respekt vor dem Leben und ein Recht auf Respekt vor der Autonomie zukommen, tritt ein Homo sapiens, dessen Persönlichkeit im Laufe seines Lebens unterschiedliche Grade durchläuft. Das christliche Personkonzept postuliert eine Leib-Seele-Dichotomie, wobei die Seele nicht als Funktion des Organismus gedacht wird, sondern als vom Körper distinkte Entität. (vgl. ebda, S. 7)

Auch das cartesianische Personkonzept unterscheidet die *Res extensa*, den zusammengesetzten Leib, von der *Res cogitans*, einer einfachen Substanz, die unabhängig vom Körper existiert (vgl. Descartes 1986, S. 189)

Wie bereits erwähnt wurde, konstituiert sich Singers Person aus der Fähigkeit, Interessen zu haben, Pläne zu schmieden, sich als distinkte Entität in der Zeit, mit einem Vorher und Nachher, zu begreifen. Aus Präferenzen leitet Singer Rechte ab, die nach christlicher Auffassung jedem Menschen, egal ob Person oder Nichtperson, zukommen.

Der aus dem christlichen Humanismus herrührende intrinsische Wert, die Würde, Heiligkeit und Unantastbarkeit jedweden menschlichen Lebens (vgl. Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls 1995, 66 ff), als Grundausstattungen der Species Mensch, verlieren unter dem Eindruck biotechnologischer Möglichkeiten zusehends an Tragkraft. Wie kann auch angesichts von Zugriffen auf biologisch am Leben erhaltene Menschen wie Herrn D, die bekanntlich seit der Hirntodkonvention als Tote gelten und sich in ihren Fähigkeiten fast nicht von Apallikern wie Maria B. und Anna C. unterscheiden lassen, noch von Heiligkeit und Unantastbarkeit gesprochen werden?

11 Wir stellen fest: Gemäß einem bioethischen Personkonzept, für das Personalität im Besitz von bestimmten kognitiven und moralischen Fähigkeiten gründet, fallen die oben genannten Angehörigen unserer Species von vornherein aus den Erwägungen um Personen. Ihnen kommen auch nicht die Personen vorbehaltenen Rechte und Schutzmaßnahmen zu. Zu diesem Punkt gibt es verschiedene Vorschläge, wie man angesichts der gegebenen Unterschiede zwischen Menschen die für alle Beteiligten bestmögliche Lösung erzielen kann, auf die ich in diesem Rahmen nicht näher eingehen.

12 Warum sollte ein Apalliker als Person mit Rechten betrachtet und als „Quasi-Person“ imaginiert werden, während ein Hirntoter - trotz ähnlichen Zustandsbildes - als in den Vitalfunktionen erhaltener Toter gilt?

Gegner eines Großhirntodkriteriums argumentieren, dem schweren Apalliker sei gegenüber einem Stammhirntoten aus dem einfachen Grund der Vorzug zu geben, weil er dank seines funktionierenden Stammhirns noch selbständig zu atmen vermöge und sein Bewusstsein immerhin *potentiell* wiederlangen könne.

Die Gewissheit der Unumkehrbarkeit des Verlustes aller lebensnotwendigen Fähigkeiten nach dem Stammhirntod ist, was die Harvard-Kommission dazu verleitet haben mag, einen durch künstliche Unterstützung

am Leben erhaltenen Organismus von der Person, der dieser Organismus gehört hat und die nun als verstorben gilt, mit Beschluss der Hirntodkonvention abzuspalten. Derjenige von zwei Komatösen, bei dem gesichert ist, daß seine Fähigkeit zur Integration und zentralen Steuerung seiner Körperfunktionen unumkehrbar verloren ist, gilt als tot. Der Komatöse mit „Großhirntod“ (Maria B., Anna C.), der in der Literatur auch unter dem Schlagwort „Teilhirtod“ dokumentiert ist, wird mit Wert und Würde versehen. Ihm werden personale Qualitäten in *potentia* zugeschrieben, solange sein Stammhirn nicht zu arbeiten aufgehört hat.

13 Wie erwähnt, werden komatöse Apalliker vom Pflegepersonal namentlich angesprochen, um sich ihren Wert und ihre Würde vor Augen zu halten. Das heißt, daß die Fähigkeit des Apallikers zu selbständiger Atmung ihn gegenüber dem Hirntoten in einen moralischen Status hebt. Selbst wenn es sich um einen schweren Apalliker wie in den genannten Fallbeispielen handelt, dem es faktisch an denselben Fähigkeiten mangelt wie einem Hirntoten. Also können es nicht die verlorenen Fähigkeiten sein, die dem Hirntoten Wert und Würde rauben. Es ist vielmehr die Gewissheit, daß er sie niemals wiedererlangt, die dazu verführt, ihn für tot zu erklären. Bei mit hoher Wahrscheinlichkeit „hoffnungslosen Apallikern“ werden, so zeigen die Feldstudien, Infektionen häufig als schicksalhaft betrachtet und in Form von passiver Euthanasie unbehandelt hingenommen.

14 Die bisher gewonnenen Einsichten sind: In der Personfrage ist für das naturalistische Gros der Bioethiker die neurophysiologische Funktionstüchtigkeit der Hauptindikator für Personalität. Auf diese Weise verschwindet der Leib-Seele-Dualismus aus dem Denken, und wird der Mensch als Person auf seine physikalischen Eigenschaften reduziert. Als Folge dieses physikalischen Reduktionismus verlieren auch schon die Apallikerinnen Maria B. und Anna C. als Angehörige unserer Species den vormalig christlich gesicherten Personstatus. Vor dem Hintergrund eines physikalischen/zerbebrozentristischen Personkonzeptes endet Personalität mit dem Abbruch der höheren Hirntätigkeit, unabhängig davon, ob der menschliche Organismus noch lebt oder nicht.

Im Zuge der Feldstudien ließ ein Neurochirurg die Bemerkung fallen, dass einem Laien zwar alles, was im Zuge operativer Eingriffe am Gehirn geschehe, rein physikalisch zu erklären sei. Doch spielten noch andere Faktoren mit, gemeint waren „nicht physikalische“, die dem Laien unvorstellbar seien. Mit anderen Worten sind wir nicht nur die Summe aus physikalischen Konstituenten, sondern mehr. Was dieses „Mehr“ an uns ist, kann in einer physikalisch orientierten Welt nur angedeutet werden. Dieses „Mehr“ ist wie das „Ichbewusstsein“ transzendent und für den radikalen Naturalisten ein metaphysisches Hirngespinnst. Im Gegensatz zu einem christlich-dualistischen Personkonzept, das menschlichem Leben einen unbedingten Wert und Schutzwürdigkeit, und jedem Menschen Würde und unveräußerliche Rechte, wie ein Recht auf Leben und ein Recht auf Autonomie, einräumt, ebnet ein in Fähigkeiten fundiertes Personkonzept Verrohungseffekten und der Instrumentalisierung von Menschen den Weg.

Literatur

- Arbeitskreis zur Erforschung der „Euthanasie“-Geschichte 1996: Grafenecker Erklärung zur Bioethik. Juni 1996.
- Beauchamp, T. L.; Childress, James F. 1989: Principles of Biomedical Ethics. Third Edition, New York, Oxford (Oxford University Press).
- Birnbacher, D. 1997: „Das Dilemma des Personbegriffs“, in Strasser, P., Starz, Edgar (Hrsg.): ARSP, *Personsein aus bioethischer Sicht*, Stuttgart (Franz Steiner), 9-25
- Descartes, R. 1986 *Meditationes de Prima Philosophia. Meditationen über die Erste Philosophie*, Lateinisch/Deutsch, Stuttgart (Reclam UB Nr. 2888).
- Singer, P. 1994 *Praktische Ethik*, Neuausgabe, Stuttgart (Reclam UB Nr. 8033).
- Spaemann, R. 1991 „Sind alle Menschen Personen? Über neue philosophische Rechtfertigungen der Lebensvernichtung“, in: Stössl, J.-P. (Hg.), *Tüchtig oder tot? Die Entsorgung des Leidens*, Freiburg, 133-147.