

Peter R. Ritter

Ruhr-Universität Bochum, Medizinische Fakultät – Universitätsklinik St. Josef-Hospital/Medizinische Klinik I,
Gudrunstraße 56, D-44791 Bochum
peter.r.ritter@rub.de

Personale Identität in medizinischen Diskursen

Zusammenfassung

Person und personale Identität finden als ursprünglich philosophische Begriffe auch in medizinischen Diskursen Anwendung. Dabei leiten sich ihre Deutungen nicht allein aus dem historischen Kontext philosophischer und theologischer Vorstellungen ab, sondern gewinnen eine ethische Dimension auf der Ebene menschlichen Verhaltens. Ihre besondere Bedeutung erlangen sie in der Auseinandersetzung zwischen Arzt und Patient, die sich in einer leiblich-phänomenalen Interpretation der Personalität offenbart: diese reicht von der Autonomie und Willentlichkeit eines reflexiven geordneten Bewusstseins bis zur scheinbaren Dissoziation von Leib und Person im Begriff des Hirntodes. Das Verständnis des Menschen als Person ist dabei Teil jenes anthropologischen Paradigmas, das die Grundlage eines ethisch verantwortbaren Umganges mit diesem in medizinischen Krisensituationen darstellt. Der im Verlust personaler Autonomie erlebte Mangel ist damit auch ein Hinweis auf jene defiziente Leiblichkeit, welche sich die Medizin zum Forschungsgegenstand erkorren hat.

Schlüsselwörter

Person, Identität, Bioethik, Arzt-Patienten-Verhältnis, Leiblichkeit, Anthropologie

1. Gegenstand

Der Begriff der personalen Identität gewinnt in seiner philosophischen Dimension auch Bedeutung für andere Wissenschaftsbereiche. Insbesondere die Medizin, die als praktische Anwendungswissenschaft den Menschen in seiner Leiblichkeit¹ zum Gegenstand hat, muss sich in einer Vielzahl von Kontexten mit dem Personenstatus auseinandersetzen.

Dabei ist sie zum einen einem materialistisch geprägten Menschenbild verpflichtet, das die molekularbiologischen Grundlagen menschlicher Existenz samt ihrer Störungen zu berücksichtigen weiß, als auch mit der Phänomenalität des Lebens im Ausdruck personaler Einheit konfrontiert. Da ein Arzt unabhängig von seinem hermeneutischen Interesse, aus Symptomkonstellationen nosologisch kategorisierte Krankheiten abzuleiten, nicht ein oder mehrere Organe isoliert, sondern den Menschen im Ganzen behandelt, bedarf er eines phänomenalen Gegenübers. In der Person lässt sich diese Geschlossenheit einer Erscheinung als Ziel intentionalen Interesses fassen.

1

Die Verwendung des Begriffes geschieht im Sinn eines phänomenologischen Verständnisses. Vgl. Waldenfels 2000.

Allerdings entzieht sich der Begriff einer einheitlichen Definition, die sowohl einem philosophisch-phänomenologischen als auch lebenspraktischen Verständnis Rechnung trüge.² Vielmehr lässt das Verständnis, wer oder was eine Person sei, an den Grenzen biologischer Beschreibbarkeit eine klare intentionale Distinktheit vermissen. Weder vorgeburtliches Leben, noch der hirntote Patient können eine allgemeinverbindliche Inanspruchnahme von Personalität für sich reklamieren, woraus sich erhebliche ethische Konsequenzen ergeben.³ Da der Personenbegriff notwendig aus einer historischen Entwicklung heraus Teil des anthropologischen Selbstverhältnisses ist, gewinnt er auch eine soziale Dimension, die sich u. a. an seiner Verwendung in juristischen oder sozialwissenschaftlichen Kontexten darstellen lässt. Dabei ist die Leiblichkeit als Träger personaler Eigenschaften für die materialistischen Interessen der Naturwissenschaften von nachhaltiger Bedeutung. Dies geht soweit, dass in der Auffassung mancher Wissenschaftler der personale Status als Akzidenz an den Funktionalismus einer intakten Leiblichkeit geknüpft bleibt. Entsprechende Einschränkungen würden daher unter Umständen mit einem Verlust personaler Eigenschaften einhergehen, die in letzter Konsequenz auch den vollständigen Verlust des Personenstatus bedingen. Beispiele dafür finden sich vielfach bei der Betreuung von Patienten mit dauerhaftem Bewusstseinsverlust oder erheblichen kognitiven Einschränkungen im Sinne einer Demenz. Der Begriff der personalen Identität scheint dabei eine Schlüsselfunktion für jenes humane Selbstverständnis einzunehmen, das als Voraussetzung für die personale Einheit anzusehen ist.

Ziel dieser Untersuchung ist es daher, zunächst die historische Entwicklung des Personenbegriffs kursorisch darzustellen und seine Anwendbarkeit auf ein naturwissenschaftlich geprägtes Begriffssystem zu prüfen. In diesem Rahmen soll sich das Interesse auf die personale Identität vor dem Hintergrund spezifischer medizinischer Grenzsituationen und die sich hieraus ergebenden ethischen Probleme konzentrieren.

2. Historische Entwicklung des Personenbegriffs

Die Wurzeln des Personenbegriffs gründen sich etymologisch auf das lateinische Nomen „persona“, das in der Antike die Maske des Schauspielers im Theater bezeichnete und später auf ein erweitertes Bedeutungsspektrum Anwendung fand.⁴ Durch die starre Mimik dieser Masken erklang als einziger Ausdruck von Individualität die Stimme des Protagonisten (*per-sonare*: hindurch tönen) als phänomenaler Ausdruck seiner Rolle. Eine andere, wahrscheinlichere Deutung glaubt im Wort „persona“ die Übersetzung des in der stoischen Philosophie beheimateten Ausdrucks „prosopon“ ausmachen zu dürfen.⁵ In diesem Sinne verwandte Cicero den Ausdruck in seiner Schrift *De officiis*, in der er quasi als erste Analyse der Individualität menschlichen Bewusstseins und Selbstverhältnisses eine Theorie der vier Personen aufstellte.⁶

Die Denker des christlichen Frühmittelalters griffen dieses antike Verständnis personaler Selbstgestaltung in einem individuellen Lebensvollzug auf und brachten es in einen deutenden Zusammenhang mit dem Trinitätsmythos, wie er sich im Symbolon von Nizäa als der Vorstellung der „una substantia, tres personae“ darstellte.⁷ Eine für die weitere historische Entwicklung bedeutende Definition lieferte Boethius in seiner Schrift *Contra Eutychem et Nestorium*: „Persona est rationabilis naturae individua substantia.“⁸ Neben weiteren einflussreichen christlichen Denkern, die sich mit dem Personenbegriff

auseinandersetzen,⁹ erkannte erst Augustinus – wie nach ihm auch Meister Eckhart und Nikolaus von Kues – in der Person eine auf Erinnerung basierende, historisch kontingente Identität im jeweiligen Individualbewusstsein, die sich auf Narration gründet.

Jahrhunderte später entwickelte John Locke in seinem *Essay concerning Human Understanding* aus dem Geiste einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Substanzdualismus Rene Descartes eine Vorstellung personaler Identität, die bis in die Gegenwart philosophiehistorisch bedeutsam erscheint. Locke konstituierte ein Ich, das sich aus dem Bewusstsein gegenwärtiger und vergangener Handlungen bzw. Gedanken ableitet und diese als selbstreferentielle Einheit zu personaler Identität verknüpft.¹⁰ Dagegen glaubte David Hume die Vorstellung einer solchen personalen Identität als Fiktion der Einbildungskraft entlarven zu können.¹¹

Immanuel Kant definierte in der Folge dasjenige Subjekt als Person, „dessen Handlungen einer *Zurechnung* fähig sind“¹² und rekonstruierte den seit Antike und Mittelalter aufgegebenen substanzontologischen Aspekt als handlungstheoretischen und moralphilosophischen Grundbegriff. Dabei knüpfte auch er seine Personentheorie an die Voraussetzung von Selbstbewusstsein und diachroner Identität, betont jedoch das „intelligible“ Vermögen, sich selbst Gesetze aus reiner praktischer Vernunft zu geben.¹³ Die Selbstbestimmung im Handeln einer Person wäre demnach eng verknüpft mit einem Bewusstsein von Pflicht, die sich aus dem Sittengesetz ergäbe.¹⁴ Fichte dagegen stellte den Aspekt der Leiblichkeit in seinem Personenverständnis heraus und verstand dies als Voraussetzung für ein reziprokes Verhältnis vernünftiger Individuen, die sich gegenseitig als Personen anerkennen und ihre jeweiligen Freiheitsphären achten.¹⁵ Ähnliche rechtsphilosophische Überlegungen stellte auch Hegel¹⁶ an und leitete aus der „Persönlichkeit des Willens“ Rechtsfähigkeit und -gleichheit für alle Personen ab.

Kirkegaard und Nietzsche konstruierten in Folge einen persönlichkeitsstiftenden Selbstbezug, der religiös wie ethisch einlösbar erscheint, wenngleich Nietzsche einer starken und unabhängigen Persönlichkeit klar den Vorzug einräumte. Heidegger dagegen glaubte, dass das Sein des ganzen Menschen

2

Allerdings artikuliert sich in der Person der moderne Subjektgedanke, mit dem unweigerlich auch moralische Aspekte im Sinne eines verstandesorientierten Urteilsvermögens verbunden sind. Vgl. Sturma 1997, S. 26 und S. 296 ff.

3

Zur problematischen Anwendung des Personenbegriffes auf vorgeburtliches Leben vgl. Birnbacher 2006, S. 369 ff.

4

Brasser 1999, S. 29 ff.

5

Forschner 2001, S. 38.

6

Cicero 1994: I, 107–121 (S. 43–50).

7

Kreuzer 2001, S. 63 ff.

8

Boethius 1988, S. 74.

9

Wie beispielsweise Richard von St. Viktor, Alexander von Hellas und Thomas von Aquin.

10

Locke 2000, S. 419–420.

11

Hume 1989, S. 250 ff.

12

Kant 1968, S. 223.

13

Vgl. Mohr 2001, S. 32.

14

Kant 1974, S. 210.

15

Vgl. Mohr 2001, S. 32.

16

Hegel 1969, S. 445.

als „leiblich-seelische-geistige Einheit“ durch den Personenbegriff unterbestimmt sei.¹⁷ Sartre wiederum charakterisierte den Menschen in seinem Anspruch des Selbstseins über den Status der Personalität und betrachtete personale Identität als Ausdruck jener „Totalität“, die „in jeder Neigung, in jedem Trieb“ menschlicher Existenz zum Ausdruck gelangt.¹⁸

Die analytische Philosophie des 20. Jahrhunderts setzte sich im Kontext des Leib-Seele-Problems ebenfalls mit der Vorstellung personaler Identität auseinander, beleuchtete diese allerdings vor dem Hintergrund des Verhältnisses zwischen Geist und Gehirn. Strawson verstand dergestalt Personen als Typus von Entitäten, denen sich körperliche und Bewusstseinszustände gleichermaßen zuschreiben lassen.¹⁹ Als Kritik dazu knüpfte Frankfurt jedoch den personalen Status an die Fähigkeit, innerhalb einer hierarchischen Willensstruktur Volitionen zweiter Stufe ausbilden zu können.²⁰ Den Gedanken einer psychophysischen Kontinuität als Kriterium für personale Identität griff später Derek Parfit²¹ auf, allerdings unter Preisgabe der Vorstellung einer einheitlich handelnden Person. Vielmehr propagierte er die These, dass sich infolge physischer und psychischer Prozesse eine Person über die Zeit so verändere, dass jeder auf scheinbarer Kontinuität beruhende Vergleich zwischen bestimmten Perioden eine personale Identität als Illusion kennzeichne.

3. Voraussetzungen für personale Identität in bioethischen Diskursen

Die heutigen Debatten über den Personenbegriff bzw. die personale Identität orientieren sich überwiegend an bioethischen Gesichtspunkten. Nicht zuletzt die fortschreitende Naturalisierung unseres Weltbildes, die sich aus den praktisch umsetzbaren Erfolgen naturwissenschaftlicher Forschungsdisziplinen ergibt, hat auch unser anthropologisches Selbstverständnis in Frage gestellt. Dies berührt auch das phänomenologische Bild unseres Selbst,²² das manche Wissenschaftler gerne auf neuronale Funktionalismen reduzieren wollen.²³ Insbesondere die Neurowissenschaften glauben in der Erkenntnis der Hirnfunktionen den entscheidenden Schlüssel zum Verständnis uralter Fragen aufzeigen zu können, die bisher einer spekulativen Hermeneutik oblagen. Ein solcher Reduktionismus phänomenaler Erfahrungswerte auf die deskriptive Ebene biologischer Modelle erscheint uns umso schwerer nachvollziehbar, als deren Ergebnisse lediglich aus der Perspektive der dritten Person formulierbar sind. Für uns selbst macht es jedoch einen erheblichen Unterschied, wie sich die Dinge aus dem eigenen Blickwinkel anfühlen oder darstellen.²⁴ So glauben wir über einen individuell privilegierten Zugang zu unseren Gefühlen und Vorstellungen zu verfügen,²⁵ der sich repräsentational auch nicht auf eine bestimmte nervale Erregung abbilden ließe, selbst wenn wir diese mittels moderner bildgebender Technik in einem MRT oder PET beobachten könnten.²⁶

Eine solche Naturalisierung unserer ureigensten geistigen Eigenschaften relativiert daher auch personale Attribute wie beispielsweise Willensfreiheit, Intelligibilität, Intentionalität oder Handlungsfreiheit,²⁷ woraus sich erhebliche ethische Konsequenzen ergeben. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt stehen sich Gegner und Befürworter einer Naturalisierung des Geistes unversöhnlich gegenüber, allerdings entwickeln sich auch innerhalb der Philosophie erste vermittelnde Positionen, die sich kompatibilistisch für eine Vereinbarkeit von Determinismus und menschlich-geistiger Freiheit einsetzen.²⁸

Eine besondere Rolle spielt dabei von jeher das Bewusstsein,²⁹ das auch heute noch einer vollständigen Erklärung auf der Basis biologischer und bioche-

mischer Daten harrt.³⁰ Dennoch erscheint es als attributive Voraussetzung für jegliche Theorie personaler Intentionalität und Handlungsfähigkeit unverzichtbar, weswegen Störungen in diesem Bereich besonders den Kern personaler Identität zu berühren vermögen.³¹

Das besondere Problem innerhalb ethischer Auseinandersetzungen liegt in dem traditionellen Verständnis begründet, was oder wer eine Person³² sein könne, und dessen Anwendbarkeit auf eine materialistisch geprägte Anthropologie. Verzichtet man auf die Verkennung des Personenbegriffs als sortales Prädikat zur Bezeichnung einer bestimmten Anzahl oder Menge Menschen, so lassen sich im Wesentlichen zwei Deutungswege voneinander abgrenzen: 1. Fällt die Extension von Mensch und Person zusammen, so ist die biologische Spezies an sich schon Garant für die Inanspruchnahme eines personalen Status.³³ 2. Ist dies nicht der Fall, wäre die Existenz als Person an bestimmte Voraussetzungen in Form von Eigenschaften gebunden, die ein Individuum prinzipiell über einen bestimmten Zeitraum erwerben oder auch

17

Heidegger 1963, S. 48.

18

Sartre 1991, S. 966 ff.

19

Strawson 1959, S. 94.

20

Frankfurt 1997, S. 287 ff.

21

Vgl. Parfit 1984.

22

Vgl. hierzu den entwicklungspsychologischen Ansatz von Fuchs (Fuchs 2000, S. 292 ff.)

23

Ein gewichtiges Gegenargument gegen den Funktionalismus, wie er sich auf einer rein neuroepistemischen Ebene abspielt, führt Beckermann im Ausgang von Block und Fodor mit dem *Argument der vertauschten Qualia* an. Vgl. Beckermann, S. 168 ff.

24

Allerdings darf die Perspektive der ersten Person nicht unbedingt Exklusivität für sich in Anspruch nehmen, da sie genau so falsch sein kann wie jene der dritten. Stier fordert daher eine „interspektivische Kompatibilität“ (Vgl. Stier, S. 53).

25

Vgl. Pauen 2007, S. 112.

26

Stellvertretend für eine Reihe berechtigter Kritiken dieser naturalistischen Simplifizierung mögen hier die Argumente von Bennett und Hacker erwähnt sein: „Mit PET und fMRT kann man zwar Gehirne absuchen, aber nicht Begriffe und deren Artikulation. Die Neurowissenschaft kann synaptische Verbindungen untersuchen, aber keine begrifflichen.“ Bennett und Hacker 2006, S. 35.

27

Walters Definition der Willensfreiheit umfasst lediglich die Begriffe Freiheit, Intelligibilität und Urheberschaft. Vgl. Walter 1999, S. 66.

28

Vgl. hierzu beispielsweise Searle 2006, S. 124 ff. oder Pauen 2007, S. 176 ff.

29

Das Bewusstsein scheint sich insbesondere in der kritischen Diskussion zwischen Philosophen und Neurowissenschaftlern als *argumentum crucis* für einen systemtheoretischen Ansatz beider Seiten darzustellen; vgl. hierzu die umfangreiche Anthologie von Metzinger 2001, die unterschiedliche philosophische Positionen zur Sprache kommen lässt.

30

Ogleich auf deskriptiver Ebene das Problem für die meisten Neurowissenschaftler gelöst zu sein scheint, erteilt Roth als einer ihrer prominenten Vertreter einem universalen Erklärungsanspruch zumindest für den derzeitigen Wissensstand eine Absage (vgl. Roth 2003, S. 135), wengleich das Naturalisierungsmodell auch hier greifen soll (vgl. Roth 1997, S. 233).

31

Singer weist aus neurobiologischer Sicht auf den evolutionären Charakter dieser Konstruktion hin. Vgl. Singer 2002, S. 75.

32

Vgl. hierzu Birnbachers Überlegungen zur „Äquivalenz-“ und „Nicht-Äquivalenz-Doktrin“ des Personenbegriffes in der bioethischen Debatte (Birnbacher 2006, S. 53 ff.)

33

Spaemann 1996, S. 253.

verlieren könnte.³⁴ Damit bliebe der Personenstatus nicht auf den Menschen eingegrenzt, sondern könnte auch höheren Tieren zukommen. Für den ersten Fall orientieren sich ethische Gesichtspunkte an einem deontologischen Normensystem, das den Menschen in den Mittelpunkt seiner Betrachtungen stellt und alle Verbindlichkeiten gegenüber seiner Umwelt an ihm ausrichtet. Im zweiten Fall könnten sich prinzipiell moralische Implikationen an einem Eigenschaftskatalog orientieren, der in seiner Vollständigkeit erst die Voraussetzung möglicher Personalität schafft. Insbesondere der Präferenzutilitarismus³⁵ relativiert hier die Hypostasierung von Leben zugunsten einer Bewertung klassischer personaler Attribute, die nicht auf den Menschen als Spezies³⁶ begrenzt bleiben.

Welche Attribute sind es also, die aus einem „etwas“ einen „jemand“ im Sinne einer Person machen? Historisch gesehen zählt hierzu a) Selbstbewusstsein als reflexiv-bewertende Komponente aufmerksamer Wachheit, b) Handlungsfähigkeit, die auf einer Abwägung aus Gründen beruht, c) Intentionalität, welche einem Individuum gestattet, sich auf bestimmte Dinge hin auszurichten, d) Willensfreiheit und schließlich e) eine phänomenale Leiblichkeit, die den interpersonalen Raum als Ort diskursiver Auseinandersetzung aufspannt.³⁷ Auf Locke geht traditionell die Forderung nach Rationalität und erinnerungsbasierter Identität zurück, die als Kernbestandteile personalen Lebens in den Augen vieler konservativer Denker zum einen die Abgrenzung gegenüber Tieren gestatten, zum anderen die Grundvoraussetzung für eine diachrone Identität der Person darstellen.

Für die Biowissenschaften spielt indes die Verankerung personalen Seins innerhalb der von ihnen selbst aufgestellten Kategorien vor allem in Hinblick auf dessen leiblich-phänomenale Beschreibbarkeit eine bedeutende Rolle. Insofern nämlich der Leib³⁸ als biologisch funktionaler Organismus phänomenal eine Trägerfunktion für die genannten Eigenschaftskriterien erfüllt, liegt die Überlegung nahe, die Funktionsstruktur im Einzelnen weiter zu untersuchen und auf anatomische wie physiologische distinkte Untereinheiten zu reduzieren. Auf der physikalischen Ebene der Deskription würde dann der Leib zum Körper,³⁹ wenn man einer solchen Differenzierung folgen will. Hier ergibt sich die Frage, inwiefern solche Untereinheiten geeignet erscheinen, die Grenze zwischen Personalität und deren Verlust hinreichend sicher zu markieren. So ist beispielsweise das reflexive Selbstbewusstsein Teil des allgemeinen Bewusstseins, das sich nach übereinstimmender Meinung der Neurowissenschaften im zentralen Nervensystem verorten lässt. Dementsprechend sind Bewusstseinsstörungen, wie sie physiologisch während des Schlafes durch die zeitweilige Pausierung des Aufmerksamkeitsbewusstseins oder pathologisch nach Gehirnverletzungen auftreten, ein Modell, an dem sich die anatomische Korrelation nebst physiologischen Funktionseinheiten wenn nicht exakt lokalisieren, so doch zumindest eingrenzen lassen. Wie bereits erwähnt stellt dieses Bewusstsein eine Grundvoraussetzung dar, welches die Konstruktion eines Selbst aus der Eigenperspektive gestattet. Dieses entwickelt sich in der Konstanz leiblicher wie intentionaler Eigenschaften, die sich aus der Auseinandersetzung mit anderen Individuen zu einem „Ich“ formen,⁴⁰ als Funktion erinnerter Identität.⁴¹ Indem ein subjektives Bewusstsein in seinen Vorstellungen und Gefühlen sich selbst als biographisches einheitliches Wesen empfindet, gewinnt es jene personale Identität, die sich als Ausdruck einer phänomenalen Leiblichkeit aus innerer wie äußerer Perspektive erfahren lässt.⁴² Dabei ist eine cartesisch anmutende Scheidung zwischen einem diachron identisch gedachten Selbstbewusstsein und seinem physischen Leib unnötig, da der überwiegende Anteil von Empfindungen die Sphäre der Kör-

perlichkeit ohnehin einbezieht.⁴³ Und auch die Sprachfähigkeit vermag die Vermittlung solcher identitätsstiftender Momente im Gespräch mit anderen zu befördern, da auch sie als spezifischer Ausdruck leiblich-körperlichen Vermögens die eigenen Erinnerungen anderen mitzuteilen vermag. Personale Identität gewinnt somit eine biographische Verankerung innerhalb des inter-personalen Diskursraumes, indem sie ein Abbild persönlicher Erinnerungen auf andere Mitwisser ausdehnt.

Im Falle physiologischer Störungen, die sich beispielsweise besonders dramatisch in einer posttraumatischen Amnesie mit Verlust des biographischen Langzeitgedächtnisses zu äußern vermögen, kann eine Rekonstruktion des historisch gewachsenen Selbst lediglich von dritter Seite erfolgen. Und auch dem Einwand Derek Parfitts,⁴⁴ dass wir es bei einem Menschen, der aus dem Schlaf erwacht, in jedem Falle mit einer anderen, quasi neuen Person zu tun haben, ist diese autobiographische Erinnerungsfähigkeit des Individuums entgegen zu halten. Der Verlust der personalen Identität ist daher gleichzusetzen mit einer Vernichtung des historisch in einen Entwicklungsprozess eingebundenen „Ichs“, ohne zugleich die phänomenale Ebene der in ihrer Leiblichkeit erscheinenden Person zu zerstören.⁴⁵ Es ergibt sich daher die Frage, inwieweit sich Person und personale Identität voneinander trennen lassen.

34

Neben Singer hat auch Siep (Vgl. Siep 1993, S. 44) eine Graduierung moralischer Rechte an den Anteilsumfang personaler Eigenschaften gebunden.

35

Vgl. Singer, 1994.

36

Eine solche Bevorzugung der menschlichen Art hat Singer als „Speziesismus“ kritisiert. Vgl. Singer 1994, S. 86.

37

Dies meint nicht einen absoluten Raum, in dem sich ein körperlich-dingliches Sein verortet, sondern den interpersonalen Raum, der sich nach Fuchs erst aus der kommunikativ-dialogischen Perspektive zweier Personen konstituiert (vgl. Fuchs 2000, S. 296 ff.) Diese Vorstellung geht auf Merleau-Ponty zurück: „Nicht also dürfen wir sagen, unser Leib sei *im* Raume, wie übrigens ebenso wenig, er sei *in* der Zeit. Er *wohnt* Raum und Zeit *ein*.“ Merleau-Ponty 1974, S. 169 ff. (Hervorhebungen im Original).

38

Streng genommen ist hier der Ansicht Reicholds zu folgen, die einen Bedeutungsunterschied zwischen Leib und Körper ausmacht. Während der Körper Gegenstand physikalischer Erforschung ist, beinhaltet der Leib sowohl aus der Außen- wie Innenperspektive die lebendige Einheit des Subjekts. Vgl. Reichold 2004, S. 195 ff.

39

Zur theoretischen Korrespondenz von Leib und Körper vgl. Fuchs 2000, S. 140 ff.

40

Zum Konstruktivismus des Ich-Bewusstseins vgl. Kircher und Leube 2005, S. 270 ff.

41

Zur Problematik des Reduktionismus von Identitätskriterien auf das Gehirn vgl. Stier, S. 65 ff.: „Das Gehirn ist zwar eine notwendige Bedingung für die Ausbildung eines Selbst und die Konstituierung personaler Identität; aufgrund des Einflusses von Körper und Umwelt auf Selbst und Identität kann es jedoch nicht als hinreichendes Kriterium anerkannt werden.“

42

Vgl. Merleau-Ponty 1974, S. 400 ff.

43

Dies zeigt sich unter anderem an emotional gefärbten Erinnerungen, die durchaus körperliche Wohl- oder Missempfindungen als konstanten Teil der wieder erfahrenen Vorstellung beinhalten. So können beispielsweise auch Düfte oder akustische Eindrücke, die während einer bestimmten Situation in der Vergangenheit für deren Bewertung und Speicherung prägend wirkten, noch nach Jahren die Memorierung dieser Situation begleiten und aktuelle körperliche Sensationen hervorrufen.

44

S. o.

45

Vgl. zur Konstruktion einer synchronen und diachronen personalen Identität die Argumentation Stiers in Stier 2006, S. 74 ff.

4. Das Problem der Person und der personalen Identität

Es scheint so, dass die memorierte diachrone Identität einen unverzichtbaren Bestandteil der Personalität schlechthin darstellt. Im Dialog mit einer anderen Person gehen wir prinzipiell von dieser Konstanz im Selbstbewusstsein unseres Gegenübers aus. Theoretisch könnten wir dabei jedoch auch einer Täuschung unterliegen, wenn nämlich der Gesprächspartner zwar dialogisch auf unsere Argumente einging und sie in einer für uns nachvollziehbaren Art und Weise beantwortete, jedoch letztlich seine Taktik beispielsweise einem erlernten Schema unterläge, das er selbst nicht reflexiv in Frage stellte. Er könnte beispielsweise sein Gedächtnis verloren haben und lediglich in der Lage sein, Erlebnisse der unmittelbaren Vergangenheit für eine kurze Zeitspanne als Erinnerung zu reproduzieren, um die Fähigkeit einer biographischen Bewertung aus der Perspektive seiner personalen Identität unter Beweis zu stellen. Würde ein solches Gespräch nur kurze Zeit andauern, wäre uns zumindest der begründete Verdacht einer solchen Störung unplausibel.

Man braucht jedoch nicht so weit zu gehen, um dieses Konstrukt in die Kategorie der philosophisch beliebten Gedankenexperimente einzureihen, die solche Störungen gerne als Argumentationshilfe verwenden.⁴⁶ Bereits die Frühstadien einer dementiellen Erkrankung gehen mit den besagten kognitiven Einschränkungen einher, welche sich jedoch aufgrund der „Fassade“ solcher Patienten nur schwer in einem flüchtigen Dialog erkennen lassen. Es fiel uns also berechtigt schwer, aus dem phänomenalen Raum leiblicher Erfahrung den Verlust personaler Identität zweifelsfrei zu erkennen und in Folge möglicherweise einem anderen Individuum den personalen Status abzuerkennen. Umgekehrt beschreibt die Psychiatrie ein Phänomen, dem eine Amplifikation personaler Erlebniswelten innerhalb eines einzigen Individuums zugrunde liegt.

Die Rede ist von dem Syndrom der „Multiplen Persönlichkeit“.⁴⁷ Die Besonderheit dieser Störung beruht auf dem Umstand, dass derartige Menschen über mehrere synchron wie diachron distinkte personale Sphären verfügen, die sich auch in unterschiedlichen Erinnerungen, Wahrnehmungsmustern oder auch emotionalen Bewertungen widerspiegeln. So entsteht bisweilen die paradoxe Situation, dass bestimmte Bewertungen wie beispielsweise Geschmacksempfindungen oder Gerüche ein und desselben Objektes für die einzelnen personalen Einheiten durchaus different ausfallen oder sogar körperlich allergische Symptome auszulösen vermögen, die streng auf eine bestimmte Person innerhalb des Konstruktes begrenzt bleiben. Hier erscheint der Verlust eines einheitsstiftenden Selbst zugunsten der Amplifikation personaler Attribute mit jeweilig erhaltenem Ich-Bezug die Vorstellung personaler Identität zu karikieren. Es ist nicht ein Zu-Wenig an personaler Autonomie und Intentionalität, sondern ein Zu-Viel, welches den Blick für ein wieder erkennbares einheitliches Ich verstellt.⁴⁸

Beide pathologischen Veränderungen, die Amnesie biographischer Erinnerungen wie auch deren Multiplikation und Verteilung auf von einander unterscheidbaren Teil-Persönlichkeiten innerhalb eines Individuums nähren die Vorstellung einer Verortung personaler Identität im Somatischen. Dabei ist nicht allein das reflexive Bewusstsein der entscheidende Garant für die Konstruktion eines diachron identischen Ichs, sondern erst die synthetische Verbindung zwischen ihm und den biologischen Erfahrungs-Engrammen garantiert den Aufbau einer aus der Eigenperspektive biographisch einheitlichen Person.

Dieser Umstand mag als Erklärung dazu beitragen, dass eine konkrete Lokalisation des Ich-Konstruktes an einem einheitlichen Ort innerhalb des Gehirns misslingt.⁴⁹ Statt der hypothetischen Annahme eines Homunkulus oder der differenzierten Konzeption Descartes', diese Schnittstelle zwischen perceptiver Erfahrung und seelischer Verarbeitung in die anatomisch unpaare Zirbeldrüse⁵⁰ zu verlegen, spricht heute einiges dafür, die Synthese eines individuellen Selbst als eine funktionale Gesamtleistung des neuronalen Netzwerkes anzusehen.⁵¹ Jene neuronale Architektur hoch entwickelter Säugetiergehirne gestattet zwar eine lokalisationsgenaue Zuordnung anatomischer Strukturen,⁵² jedoch sind die emergenten Phänomene geistiger Leistungen lediglich als deren überregionales Zusammenspiel deutbar.⁵³ Das für die personale Identität definierende reflexive Moment setzt daher Bewusstsein grundlegend voraus und kann sich selbst auch nur auf der Basis eines Ichs wiedererkennen.

Hier liegt allerdings das eben bereits erwähnte Dilemma begründet, inwieweit sich die biographisch konsistente personale Identität zweifelsfrei aus der Fremdperspektive abbilden lässt. Um dies zu gewährleisten, ist ein möglicher Anderer auf das Deutungsmuster meiner körperlichen Signale angewiesen, die sich aus einem kulturell unterschiedlichen Kontext ergeben. Die Schwierigkeiten setzen dort ein, wo entweder das Bewusstsein phänomenal gestört oder sein Reflexionsvermögen zweifelhaft erscheint: Der Mensch im komatösen Zustand gestattet keine eindeutig verifizierbare Exploration seiner Selbsterfahrung und auch die mechanische Überprüfung möglicher Reflex-

46

Beispielsweise die Konstruktion von Zombies, die zwar phänomenal alle erkennbaren Eigenschaften normaler Wesen aufweisen, jedoch ohne eine Möglichkeit der Eigenbewertung vornehmen zu können. Vgl. hierzu Searle 2006, S. 102 ff: Die resultierende und vereinfachte Vorstellung, dass ein Körper ohne Geist existieren könne, ist eine Umkehrung von Descartes' Kernargumentation.

47

Vgl. Schramme 2005, S. 395 ff.

48

Im Lichte neurowissenschaftlicher Forschung wäre dieses Ich allerdings nicht einheitlich zu denken und auch die psychiatrischen Erfahrungen legen die grundsätzliche Möglichkeit einer Dekonstruktion und Dissoziation des Ichs nahe. Vgl. Roth 1997, S. 330 ff.

49

Für die perspektivische Erfahrung einer Ich-Konstruktion unterscheidet Roth zwischen zwei entscheidenden Aspekten: „[Wir müssen] zwischen einem *realen* Gehirn, welches die Wirklichkeit hervorbringt, und dem *wirklichen* Gehirn, unterscheiden. Daraus folgt: Dasjenige Gehirn, das mich hervorbringt, ist mir selbst unzugänglich, genauso wie der reale Körper, in dem es steckt, und die reale Welt, in welcher der Körper lebt. Daraus folgt zugleich: Nicht nur die von mir wahrgenommenen Dinge sind Konstrukte in der Wirklichkeit, *ich selbst bin ein Konstrukt*“ (Hervorhebung im Original). Roth 1997, S. 329.

50

Vgl. Descartes 1994 („Meditationen über die Grundlage der Philosophie“), Meditation VI, § 37; sowie Descartes 1984 („Die Leidenschaften der Seele“), Teil I, Art. 31, 32, 34.

51

Allerdings ist diese Netzwerkorganisation, die auf der physischen Ebene des Gehirns realisiert erscheint, nicht ein solipsistisch arbeitendes Konstrukt, sondern mit der Umwelt und ihren Reizen vernetzt: „Wenn wir das Gehirn als ein Trägerorgan für die Subjektivität auffassen wollen, dann ist dies nur möglich, wenn wir es nicht isoliert, sondern in seiner Beziehung zur Umwelt betrachten – als *Beziehungsorgan*. [...] Das Gehirn lässt sich vor diesem Hintergrund [gemeint ist die nervale Musterkonstruktion auf wiederkehrende Umweltreize; Anm. d. A.] als ein Organ der Transformation auffassen, das die Beziehungen zwischen einzelnen Reizen in höherstufige Systemzustände umwandelt, d.h. in synchronisierte neuronale Erregungsmuster, die den erlebten ganzheitlichen Schemata oder Gestalten entsprechen.“ Fuchs 2007, S. 57.

52

Zur Geschichte der anatomischen Hirnkartierungen vgl. Oeser 2002 und Hagner 2000.

53

Singer erklärt dies mit seiner Synchronisationshypothese, bei der assoziative Ensembles von Nervenzellverbänden in teils selbstorganisierender Aktivität die Repräsentation von Wahrnehmungsobjekten gewährleisten. Vgl. Singer 2002, S. 101 ff.

und Reaktionsmuster verweist lediglich auf eine graduelle Einschätzung seiner aktuellen Bewusstseins Einschränkung, die ihren Ausdruck in der Tiefe des Komazustandes offenbart.⁵⁴ Gerade in dieser deprivierten Situation rekurriert der Personenbegriff auf den Leib als phänomenalen Ausdrucksraum seiner unverwechselbaren Individualität. Dennoch ist hier eine differenziertere Sicht angebracht, die eben den zäsuralen Unterschied zum Körper nicht verkennt, der als materieller Träger personaler Eigenschaften seiner Aktivität in der Sphäre des Leiblichen beraubt ist. So gesehen reduziert sich die Person auf den Körper und seine Funktionalität, die im interindividuellen Vergleich hinsichtlich physiologischer Verhaltensmuster austauschbar ist und keinen eindeutigen Rückschluss auf die biographische Individuation im Ausdruck personaler Identität zulässt.

An diesem Beispiel manifestiert sich letztlich auch eine grundsätzliche Kritik an aller wissenschaftlicher Methodik, die eine Extrapolation von Daten, welche ihre Zusammenstellung definierten und reproduzierbaren Experimenten verdanken, ausschließlich in einer Fremdperspektive zulässt. Damit gelingt die Verifizierung dieser Daten nur insoweit, als die angewandte wissenschaftliche Methodik eine solche systemimmanent überhaupt erlaubt. Ein Patient, der an ausgeprägten Bewusstseinsstörungen leidet, könnte daher bestimmte neurologische Testverfahren nicht bestehen und würde über dieses Instrument keine Quantifizierung seiner defizitären Wahrnehmungsleistung in den Augen des Untersuchers ermöglichen.

Da solche Untersuchungsverfahren auch in wiederholter Abfolge vergleichbare Ergebnisse generieren, dürfte es also nicht besonders schwer fallen, ihre Reliabilität zu beweisen. Dennoch ist damit noch keine erschöpfende Aussage zum Innenleben der untersuchten Person getroffen, welches sich möglicherweise kontrafaktisch zu den leiblichen Aktionsdefiziten verhält.⁵⁵

Ein gutes Beispiel dafür sind auch die Schlafphasen, in denen ein ungeübter Experimentator bei einer Versuchsperson aufgrund mangelnder Bewusstseinskriterien zu der Erkenntnis gelangen könnte, dass sie über keine weiterführenden Aufmerksamkeitsbereiche mehr verfüge. Jeder weiß jedoch um seine Traumphantasien, die durchaus eine introspektiv nur uns zugängliche Plattform der Verarbeitung gesammelter Eindrücke und emotiver Stimmungen herstellen, ohne die der bewusste Wahrnehmungsprozess unvollständig bliebe. Auch die methodische Verfeinerung möglicher Messungen, wie sie die apparative Medizin inzwischen ermöglicht und die im Falle der Schlaforschung zu einer Unterteilung zwischen REM- und NON-REM-Phasen⁵⁶ führte, vermag lediglich eine Subdifferenzierung der körperlichen Phänomene zu leisten.

Tatsächlich verfügen wir auch während unserer Traumphasen über einen Selbstbezug, selbst wenn wir uns innerhalb des Traumgeschehens lediglich als Akteur quasi von außen zu beobachten glauben. Auch diese Alltagserfahrung steht in einem kontraintuitiven Widerspruchsverhältnis zu Derek Parfits Hypothese, nach der – wie bereits erwähnt – ein Individuum in der Gestalt einer anderen Person aus dem Schlaf hervorgehe. Gerade die Erinnerung an unsere Traumhalte, die sich zumindest unmittelbar nach dem Erwachen einstellt, zeigt sich so als Teil einer kontinuierlichen Abfolge unserer eigenen biographischen Struktur. Ein externer Beobachter, der diese unsere jeweiligen Traum- und Tiefschlafphasen mittels seiner Instrumente erfasst und über einen zeitlichen Skalenverlauf abbildet, ist dennoch auf unsere korrelierenden Aussagen zum Auftreten der erinnerten Träume angewiesen, um eine Reduktion auf seine erhobenen Messdaten herstellen zu können.

Hier ist weniger der thematische Inhalt dieser Traumbilder von Interesse als vielmehr deren qualitatives Auftreten. Für einen tief bewusstlosen Patienten gelingt daher lediglich eine fremdperspektivische Betrachtungsweise seiner physiologisch beschreibbaren Funktionszustände. EEG, Kernspintomographie oder akustisch evozierte Potentiale kennzeichnen in diesem Sinne assoziativ die strukturelle Zuweisung zu bestimmten, diskret gedachten neuronalen Zuständen, vermögen jedoch nicht den eigenbezüglichen Zugriff zu dem jeweiligen, mit ihrem Auftreten verbundenen Erlebnischarakter zu vermitteln.⁵⁷

Diese Eigentümlichkeiten unseres bewussten Erfahrungsspektrums, die qualitativ unsere biographisch geprägte Handschrift tragen, haben als so genannte „Qualia“ Eingang in die Fachterminologie gefunden. Nach der identitätstheoretischen Lesart des Funktionalismus sind sie Ausdruck eines bestimmten Bewusstseinsmomentes, das in der Perspektive eines außen stehenden Beobachters mit eben jenen objektivierbaren neuronalen Aktionsmustern innerhalb des Gehirns vergesellschaftet ist, welche auf den Messinstrumenten erscheinen. Ein vollständiger Reduktionismus, der die Psychologie als Emergenz neurobiologischer Fakten begreift, würde demnach an einer vollständigen Erklärung personaler Identität in ihrer leibräumlichen Gestalt scheitern.⁵⁸ Zwar wäre die Verortung einzelner Eigenschaften wie Bewusstsein oder intentionale Handlungsfähigkeit prinzipiell mit einer solchen assoziativ-deskriptiven Zuordnung wenn nicht erklär- so doch prinzipiell entdeckbar; jedoch bliebe eine Erklärungslücke für den eigentlichen Kernbereich der Qualia übrig, nämlich jenen, wie sich bewusste Erlebnisse anfühlen.⁵⁹

Für die Konstruktion eines personalen Selbst, das perspektivisch in Form eines Ichs die genannte biographisch abgesicherte Identität bildet, ist die Struktur der Qualia also von entscheidender Bedeutung. Sie repräsentieren aus dem Bewusstseinspektrum jenen Bereich, der als eine Art „Erste-Person-Ontologie“⁶⁰ gelten kann. In jedem erlebten Zustand schwingt daher so etwas wie eine reflexive Beurteilungssicherheit mit; diese bleibt zwar im überwiegenden Teil der Fälle vorbewusst, gestattet jedoch eine intuitive Bewertung, welche dem jeweiligen Individuum die kategoriale Einordnung innerhalb seines Erfahrungshorizontes erlaubt. So gestalten sich bestimmte

54

Eine alltagspraktische Objektivierung leistet beispielsweise die sogenannte „Glasgow-Coma-Scale“.

55

Ein klinisch relevantes Beispiel stellen in diesem Zusammenhang Patienten mit Morbus Parkinson dar, deren mimische Starre fälschlicherweise auf eine Apathie oder ein dementielles Syndrom verweist. Tatsächlich fühlen sich die Erkrankten in ihrer fehlenden phänomenalen Ausdrucksmöglichkeit regelrecht gefangen.

56

„REM“ bzw. „NON-REM“ steht als Abkürzung für „Rapid Eyes Movement“ und bezeichnet die schnellen Augenbewegungen, die während intensiver Traumphasen auftreten und umgekehrt in den Tiefschlafperioden fehlen. Erst die Messung dieser Augenbewegungen in Verbindung mit weiteren evalu-

ierbaren Parametern wie die Änderung von Blutdruck, Puls- und Atemfrequenz gelingt eine Zuordnung zu den einzelnen mehr oder weniger tiefen Schlaf-, bzw. Traumphasen.

57

Hier greift das antireduktionistische Argument des „explanatoric gap“, welches das Emergenzproblem berührt. Vgl. hierzu Stephan 2001, S. 140 ff.

58

Vgl. hierzu die Einschätzung Gollers in Goller 2003, S. 112 ff.

59

Vgl. hierzu den klassischen Aufsatz von Thomas Nagel „What is it like to be a bat?“ in Bieri 1997.

60

Vgl. Searle 2006, S. 145 ff.

Erfahrungen für den einen schmerzlich oder angstbesetzt, für den anderen ergeben sich jedoch trotz äußerlich identischer Umstände genau gegenteilige Einstellungen.⁶¹ Beide Erlebnisinhalte besetzen daher als Engramme im Falle der Wiedererinnerung für unterschiedliche Personen divergente Gefühlsperspektiven, aus der heraus die damalige Situation rekonstruktiv wiederersteht. Beide konstruieren damit eine differenzierte Weltsicht, zu der sie einen reflexiven Bezugsbogen spannen und aus dem sich ihre individuelle Art, die Dinge zu sehen, ableitet.

Kognitive Aberrationen, die von vornherein den Blick auf die Umwelt und deren Erscheinungen auf eine bestimmte perspektivische Bewertung eingrenzen, prägen auch die personale Situation des Einzelnen. So beklagen viele schizophrene Patienten einen von ihnen wahrgenommenen Gedankenentzug, der sie aus der auktorialen Rolle souveräner Urhebererschaft zu einem Empfänger fremder Imperative transformiert und ihnen damit ein wesentliche Eigenschaft ihrer personalen Existenz raubt. Fremde Stimmen kommentieren beispielsweise alle Handlungen und entfremden die personale Struktur ihrer genuinen Privatheit, die schließlich in eine scheinbar komplette Fremdbestimmung mündet. Es verwundert nicht, dass diese Patienten den Verlust personaler Identität beklagen, obgleich ihre äußerlich-phänomenalen Erscheinungen konstante Attribute der Leiblichkeit demonstrieren. Es ist daher eine auch medizinisch gut begründbare Vorstellung der Phänomenologie, dass die perzipierende Erfahrung jedes einzelnen bereits von vornherein durch bestimmte Einstellungen, Erinnerungen und auch Vorstellungen geprägt ist.

Eine neutrale Sammlung von Daten, die über Vermittlung der Sinnesorgane zum Gehirn fließen, um dort eine komplexe Verarbeitung zu erfahren, ist eine idealistische Utopie des Empirismus. Sie überträgt damit die modellhaften Vorstellungen eines wissenschaftlichen Experimentes auf den lebenden Organismus, dem sie einen inhärenten Konstruktivismus unterstellt.

Tatsächlich jedoch erfassen wir nicht einzelne Bestandteile unseres leiblichen Erfahrungsraumes wie Steine eines Mosaiks, das wir dann zu einem Bild zusammensetzen müssen, sondern eine solche Vereinzelung von Einzelaspekten gelingt lediglich rückwärtsgerichtet aus dem empfundenen und verarbeiteten Gesamteindruck. All dies ereignet sich vor dem Hintergrund unserer individuellen Einsichtsfähigkeit, die wesentlich aus der jeweiligen personalen Struktur und biographischen Identität erwächst und den Dingen ihren speziellen Wahrnehmungscharakter verleiht. Wir sehen, hören und fühlen also das, was wir erwarten oder von dem wir im Wesentlichen eine bestimmte präformierte Vorstellung haben.

Ähnliches geschieht auch auf der Versuchsebene objektivierbarer Experimentalbedingungen, die streng genommen nur diejenigen Phänomene zu entdecken imstande sind, für die ihre Messbereiche und -möglichkeiten ausgerichtet sind. So erklärt sich auch unsere „Blindheit“ für diejenigen unangenehmen Tatsachen, vor denen wir bildlich „die Augen verschließen“ oder unsere Ignoranz gegenüber demjenigen, was wir „nicht hören wollen“. Unser jeweiliger Erfahrungsraum findet seine natürliche Begrenzung nicht allein in der physiologisch bestimmten Leistungsbereitschaft unserer Sinnesorgane, sondern in der interindividuell unterschiedlichen Erkenntnisbereitschaft personaler Identität. Die Komplexität der Eindrücke, über die wir verfügen, ist daher Ausdruck dieses leiblichen Erfahrungsraumes, wie er jeder personalen Identität eingeschrieben ist.

5. Personale Identität im medizinischen Diskurs

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient entwickelt sich aus einer Situation der Hilfe und Fürsorge. Dabei rekurriert es in besonderem Maße auf den Personalitätsbegriff. Dieser ist die unausgesprochene Voraussetzung für einen diskursiven Dialog, in dem sich beide Partner als prinzipiell gleichberechtigte Personen begreifen. Die gegenseitige Wertschätzung, der Respekt vor der Autonomie des jeweils anderen und die damit einhergehende Berücksichtigung seines Willens ergeben sich aus der wechselseitigen Anerkennung personaler Attribute. Die Authentizität dieser Willentlichkeit erfordert umgekehrt, dass jede Entscheidung oder Handlung innerhalb der Behandlungsperiode aus vernünftigen bzw. nachvollziehbaren Gründen erfolgt und in einem sittlich verantwortbaren Kontext steht.⁶² Solange dieser Dialog auf der Ebene sprachvermittelter Kommunikation erfolgt, ist Bewusstsein inhärent vorausgesetzt und Selbstreflexion in der Regel auf beiden Seiten erkennbar. Eine Verabredung bestimmter Ziele, zu deren Zweck die einzelnen Behandlungsschritte erfolgen, die Diskussion möglicher unerwünschter Nebeneffekte oder die vorsätzliche Inkaufnahme bleibender körperlicher Beeinträchtigung zugunsten des Therapieerfolges verlangen daher eine sich selbst durchhaltende Position personaler Einheit. Dies bedeutet nicht, dass bestimmte propositionale Einstellungen sich während der Behandlung nicht verändern dürften oder eine situative Neubewertung erforderten. Vielmehr besteht eine Verpflichtung, therapeutische Folgen und die mit ihnen einhergehenden psychischen Befindlichkeiten kritisch zu hinterfragen.

In der Regel ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient ein Prozess, in dessen Verlauf sich die wechselseitige Personalität in ihrer leibräumlichen Wirkung entfaltet und ein Gefühl der Vertrautheit zeitigt. Auch im Falle körperlicher Veränderungen erhält sich in der Regel der Ausdruck personaler Identität. Dies gilt auch dann, wenn ein Patient beispielsweise passager nicht mehr in der Lage ist, seinem Willen und seiner Absicht Ausdruck zu verleihen, weil er sich entweder in einer künstlichen Bewusstlosigkeit befindet oder sich aufgrund anderweitiger kognitiver Einschränkungen nicht mehr adäquat mitteilen kann. In einem solchen Zustand misslingt die Abfrage personaler Eigenschaften als sortale Prädikate eines konstruierten Personenbegriffs, der sich an distinkten Kriterien orientiert. Einzig die auf Erinnerung des behandelnden Arztes basierende Zuschreibung einer personalen Identität vermag hier die Kluft zwischen Wahrnehmung und Anspruch zu überbrücken.

Trifft ein Arzt dagegen in einer Notfallsituation auf einen primär bewussten Patienten, würde er aus seiner kulturell geprägten Überzeugung heraus diesem Menschen den personalen Status wohl zuerkennen.⁶³

61

So beispielsweise auf der Ebene sexueller Verhaltenspraktiken im Sadismus und Masochismus.

62

Eine faktische und normative Grenze für die Berücksichtigung von Autonomie stellt sich dort ein, wo aus ihr ein unmoralischer Anspruch erwächst. Für den medizinischen Bereich ist die beispielsweise die Tötung auf Verlangen oder die Instrumentalisierung eines Kranken zu Forschungszwecken, die weder ihm selbst noch vergleichbaren Patienten zu

Gute kommen, sondern ausschließlich dem ärztlichen Renommee dienen.

63

Genauer gesagt verbirgt sich hinter dem kulturellen Hintergrund eine normativ geprägte moralische Einstellung, die sich letztlich auf deontologische Handlungsmaxime gründet. Aus einem grundsätzlichen Verständnis würde sich daher der Lebensschutz und damit die Erhaltung des bedrohten Lebens zum einen aus dem Tötungsverbot der abrahamitischen Religionen ableiten; zum anderen ist das



Für den konkreten Behandlungsauftrag ist es dagegen zunächst einmal unerheblich, ob der personale Status zweifelsfrei feststellbar ist. Dies kann sich allerdings dahingehend ändern, dass sich im Verlaufe einer Therapie die initiale kognitive Beeinträchtigung als dauerhaft erweist. Im Einzelfall könnte dies mit einer fortwährenden Bewusstlosigkeit einhergehen oder den Kriterien eines Wachkomas, bzw. des sogenannten „Persistent Vegetative State“ (PVS) entsprechen. Um diese speziellen Probleme soll es im Folgenden gehen.

Ein entscheidender Schritt in der wechselseitigen Anerkennung personaler Identität beruht auf der stillschweigenden Annahme, dass die meisten Menschen an sich Personen sind.⁶⁴ In der Regel liegt diese Überzeugung auch dann unserem Urteil zugrunde, wenn wir einem bestimmten Patienten im Zustand der Hilflosigkeit erstmalig begegnen. Unsere Fragen nach Namen, Herkunft oder auch bestimmten sozialen Gegebenheiten positionieren ihn in einem gesellschaftlich-kulturellen Kontext, an dem wir selbst partizipieren und den wir als Rahmenbedingung für eine bestimmte biographische Entwicklung anerkennen. In diesem Falle setzen wir also einen primären Selbstbezug als Vergleichspunkt voraus, obgleich wir phänomenologisch auch umgekehrt ein „Ich“ erst aus der Begegnung mit dem anderen konstruieren könnten.⁶⁵ Ärzte sind darin geübt, diesen vermeintlichen relationalen Selbstbezug in einer Not-situation zugunsten eines standardisierten Vorgehens nach verabredeten Kriterien zurückzustellen.

Dabei gelingt allerdings zunächst nur ein grober Überblick, der sich hauptsächlich in der Abfrage einzelner somatischer und sensorischer Eigenschaften des zu behandelnden Patienten erschöpft, weswegen leichtfertig dessen kognitives Vermögen scheinbar als einziger Garant für intentionale Bewusstheit erscheinen könnte. In einer solchen ersten Kontaktaufnahme spielt die Personalitätsproblematik zunächst eher eine untergeordnete Rolle, wenngleich Störungen der personalen Identität bereits in diesem diagnostischen Raster zur Feststellung gelangen.

Amnesien, die als neurologische Auffälligkeiten bis zu einem Verlust biographisch memorierter Kontingenz führen können, sind dabei bereits früh evident, jedoch hinsichtlich ihrer Dauer mitunter auch flüchtig. Allerdings entsprechen sie keinem Bewusstseinsverlust im Sinne eines sensorischen Bezugsverlustes der jeweiligen Umwelt; im Gegenteil sind intentionale Ausdrucksbewegungen, die sich in einer intakten Sprach- und Logikstruktur äußern, weiterhin möglich. Geht die Hirnschädigung darüber hinaus, so kann das Sprach- und Sprechvermögen erlöschen. Auch dies gestattet keinen sicheren Rückschluss auf eine Zerstörung der primären Kognitionsfähigkeit. Entsprechende medizinische Tests können diesen falschen Eindruck, der sich oftmals lediglich auf der Ebene einer groben leiblich-phänomenalen Begegnung abspielt, später nachdrücklich korrigieren. So erinnern Patienten, die einen Schlaganfall erlitten haben, in der Regel ihre biographischen Daten in einer zeitlich korrekten kontingenten Abfolge und integrieren sie im Selbstbezug zu einem personalen „Ich“. Feinere Untersuchungsmöglichkeiten decken jedoch auch subtilere Ausfälle insbesondere im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses auf, die für den außen stehenden Beobachter durchaus Zweifel an der biographischen Identität wecken könnten.

Schwere Hirnschädigungen gehen dagegen in der Regel mit einem bisweilen auch dauerhaften Bewusstseinsverlust einher, der sich in unterschiedlichen Komaformen äußert. Entscheidend ist, dass in diesen Fällen die gewohnte Kontaktaufnahme mit dem Anderen nach den vertrauten leiblich-phänomenalen Mustern misslingt. Die Situation ähnelt eher derjenigen, in der wir uns

einem Schlafenden nähern, obgleich in diesem Kontext immer die Möglichkeit der Erweckbarkeit mitschwingt. Entsprechend versucht der Arzt in einer graduellen Steigerung der angebotenen Reizschwellen, mit dem bewusstlosen Patienten in Kontakt zu treten und gleichzeitig damit eine kriteriale Einschätzung der Komatiefe zu gewinnen. Es ist wichtig, dass auf dieser Ebene des diskursiven Austausches noch keine endgültige Bewertung der Personalität nach möglichen leiblichen Attributen gelingen kann, sondern die bereits erwähnte lebenspraktische Annahme zum Tragen kommt, dass auch der komatöse Patient allen personalen Kriterien bis auf weiteres genüge.⁶⁶ Dies ist von entscheidender Bedeutung, denn allein die Unsicherheit der zur Anwendung gelangenden diagnostischen Kriterien gestattet in keinem Falle eine Aberkennung des Personenstatus, vergleichbar dem Rechtsgebot *in dubio pro reo*, das im Zweifelsfall eine Entscheidung zugunsten des Angeklagten fordert.

Daraus leitet sich auch die Begründung für die Verpflichtung ab, alles medizinisch Gebotene zu unternehmen, um diesem speziellen Patienten zu helfen, der in seiner möglicherweise desintegrierten Leiblichkeit als verletzte Person erscheint. Es erübrigt sich darauf hinzuweisen, dass Gleiches für den künstlich ins Koma versetzten Menschen gilt, bei dem die artifizielle Bewusstlosigkeit Teil des therapeutischen Planes ist.⁶⁷

Problematisch ist dagegen die mögliche Irreversibilität eines dann dauerhaft einzustufenden Bewusstseinsverlustes, der sich in der Folge von schweren Hirntraumata einstellt und seine definitive Grenze im klinisch evaluierbaren Hirntod findet. Selbst wenn man aufgrund einer phänomenalen Konstanz körperlicher Erscheinungen in der Leiblichkeit noch die Spuren personalen Seins auszumachen glaubt, dürfte es sicher vielen Ärzten schwer fallen, einem so versehrten Organismus noch biographisch bewusste und autopersonale abrufbare Identität zu unterstellen. In diesem Stadium der mangelnden Reflexivität scheint der definitive Verlust personaler Identität besiegelt und mit ihm ein zentrales Kriterium personaler Einheit verloren.

Verhalten Bedürftigen gegenüber Ausdruck sittlicher Selbstverpflichtung im Sinne einer Verantwortungsethik. Für den medizinischen professionellen Bereich gewinnen daher Handlungen aus Klugheitserwägungen, um Reziprozität herzustellen, nur eine untergeordnete Bedeutung. Vielmehr erwächst die Hilfeleistung für Kranke neben einer berufsspezifischen Ethik nicht zuletzt aus Kants kategorischen Imperativ.

64

Entsprechend Birnbachers „Äquivalenz-Doktrin“; s.o.

65

Dieser radikale Ansatz ist eine Fortentwicklung aus Merleau-Pontys Vorstellungen zur Intersubjektivität: „Eine solche [gemeint ist die Erfahrung des anderen; Anm. d. A.] erfordert vielmehr, dass schon in der Weise, in der ich mich selbst sehe, meine Eigenschaft als möglicher ‚Anderer‘ sich vorzeichnet, so wie in meiner Sicht des Anderen schon seine Eigenschaft als Ich impliziert ist. [...] Alles Für-sich-sein – ich für mich selbst wie der Andere für sich selbst – muss sich abheben von einem

Untergrunde des Seins-für-Andere – meiner für den Anderen und des Anderen für mich selbst.“ Merleau-Ponty 1974, S. 508 ff.

66

Streng genommen wäre die Anerkennung des Personenstatus auch in dieser Situation innerhalb der Non-Äquivalenztheorie daher nur vorübergehend und bedürfte einer weiteren Evaluation. Daher scheint sich für den tätigen Arzt der Entscheidungsalgorithmus einfacher und moralisch eindeutiger zu gestalten, wenn er von vornherein sein anthropologisches Verständnis auf die äquivalenztheoretische Perspektive aufbaut. Wenn alle Menschen Personen sein sollten, spielen quantitative Defizite in der physiologischen Funktionalität keine Rolle für die qualitative Unversehrtheit ihres existentiellen Staus als Personen.

67

Beispielsweise bei Notwendigkeit einer zeitweiligen maschinellen Beatmung oder im Umfeld eines schweren Schädel-Hirn-Traumas.

Ist jedoch ein Körper, der seine zentralnervöse Kognitionsfähigkeit und somit reflexiv-bewusste Steuerungshoheit mit dem Ausfall wesentlicher neuronaler Funktionen eingebüßt hat, noch ein Leib, der einen Anspruch auf Personalität erheben könnte? Ein Kritiker, der sich zur Definition personaler Identität ausschließlich auf die qualitative wie quantitative Vollständigkeit der zuvor genannten Attribute beziehen würde, müsste hier widersprechen.

Im Gegenzug würde jedoch die Auffassung, dass bereits der Status des Menschseins unmittelbar denjenigen der Personalität beinhaltet, die versehrte körperliche Integrität nicht als ausschließenden Grund für die Aufrechterhaltung von Personalität und personaler Identität missverstehen.

Letztere Sichtweise machen sich im Grunde die meisten von uns⁶⁸ zu eigen, die mit einem bewusstlosen oder gar dauerhaft komatösen Patienten umgehen, wengleich dies auf einer Ebene lebenspraktischer Gewohnheit geschieht, die in ihrer Handlungsalgorithmik oft vorbewusst bleibt. Hier spielt daher die Berücksichtigung personaler Identität keine wesentliche Rolle mehr, insbesondere da eine mögliche autonome Entscheidungsfähigkeit des Patienten selbst nicht mehr gegeben ist.

Die Wahrnehmung des Patienteninteresses durch Dritte in stellvertretender Entscheidung ist daher Ausdruck einer Verschiebung intentionaler Willentlichkeit in den hypothetischen Bereich, die eine Konstanz personaler Integrität jenseits der individuellen Leiblichkeit unterstellt.

Hat der behandelnde Arzt seinen Patienten schon vor Eintritt der finalen Bewusstlosigkeit gekannt und als Person wahrgenommen, so gelingt ihm die Zuschreibung einer personal-identischen Kontingenz aus den gemeinsam getragenen Erinnerungen, die auch ein Ausdruck des interpersonellen Leibraumes sind.⁶⁹ Das Berühren eines solchen Körpers, das Wiedererkennen eines Gesichtes oder die Entdeckung bestimmter körperlicher Merkmale sind dann die Kondensationskerne in der Nebelkammer des Vergessens, an denen sich die Tropfen vertrauter Gefühle sichtbar abscheiden.

Allerdings zwingt auch in einem solchen Fall die professionell geforderte Distanz zu dem Behandelten eine wiederholte situative Bewertung dessen physiologischen Zustandes, was seinen objektiven Ausdruck in der Anwendung definierter Kriterienkataloge finden muss. Und gerade hier kann sich eine spürbare und kontraintuitive Diskrepanz zwischen den leiblich vertrauten Zuwendungen zwischen zwei Personen und der nosologischen Einordnung innerhalb einer Arzt-Patienten-Beziehung auf tun, bei der ein Diskurspartner unfähig erscheint, die interpersonale Auseinandersetzung aufrecht zu erhalten.

Im Falle des Hirntodes gewinnt diese Diskrepanz nochmals an Brisanz, da hier definitionsgemäß der Tod des Menschen und das Erlöschen der Person auseinandertreten könnten.⁷⁰ Für nahe Angehörige wie auch Ärzte entsteht hier ein besonders problematischer Widerspruch, da der Umgang mit einem beatmeten Patienten, dessen Hirntod nachvollziehbar eingetreten ist, sich auf der praktischen Ebene des fürsorglichen pflegerischen Umganges in nichts von anderen hirnverletzten und bewusstlosen Menschen unterscheidet. Auch dieser Körper, dessen autonom nervale Funktionen wie Herzschlag, Blutdruck, Schwitzen oder einzelne spinal gesteuerte Muskelzuckungen noch eine längere Zeit erhalten sind, gestattet eine mögliche interpersonelle Leiberfahrung, die beim Leichnam fehlt.⁷¹

Der Gedanke, dass in diesen speziellen Fällen die personale Identität erloschen und unwiederbringlich verloren scheint, legt die Konsequenz nahe, dies auch für den Personenstatus anzunehmen. Doch auch hier ergibt sich eine mögliche Paradoxie, die sich auch schon im Falle bewusstseinsfähiger

Patienten mit einer schweren Amnesie beschreiben lässt. Diesen Menschen Personalität deswegen absprechen zu wollen, weil sie in ihrer narrativ-memorablen biographischen Einheit gestört sind, würde auch unterstellen, dass sie aufgrund dieser Tatsache gänzlich unfähig wären, Intentionalität, Reflexionsvermögen oder Entscheidungsfreiheit aufzubauen. Zwar mag ihnen die Bewertung ihrer Entscheidungen vor dem Hintergrund gemachter, jedoch nicht mehr zugänglicher Erfahrungen misslingen, aber die prinzipielle Möglichkeit einer willentlich prospektiven und autonomen Handlung besteht fort. Insofern ist Personalität zumindest in dieser Situation für einen bestimmten Zeitraum auch ohne identitätsstiftende Erinnerungsfähigkeit vorstellbar. Ob dies jedoch bei einer dauerhaften Einschränkung der Kurzzeitgedächtnisleistung auch langfristig gelingen könnte, sei dahingestellt. In jedem Falle bliebe der Personalitätsstatus auch dann nicht aufgehoben, sondern lediglich unvollständig, sofern wir uns für eine Bewertung im Sinne bestimmter attributiver Zuschreibungen entschieden.

Ein Patient mit dieser Form der Gedächtnisstörung empfindet seinen Defekt als extrem störend, was sich wohl auch auf die mangelnde biographische Geschlossenheit zurückführen lässt.

Diese schmerzhaft Leckage in der Konstruktion des Selbst zeigt auf, wie wichtig die historisch-prozessorale Einordnung unserer Persönlichkeit für den individuellen anthropologischen Status tatsächlich ist: Wir sind das, was wir wurden, weil bestimmte Umstände unsere Entwicklung zur personalen Geschlossenheit unverwechselbar geprägt haben. Und daher berührt ein solcher Mangel an erinnerter Evolution die Grundfeste unserer Individualität. Aus der privilegierten Eigenperspektive heraus, erfahren wir eine je eigene Befindlichkeit, allerdings bedarf es zu einer inneren Repräsentation als Ich eben doch einem historischen Gefüge vorstellbarer Gedächtniskerne, auf die wir zurückgreifen können, um uns selbst als Wesen innerhalb der Zeit wiederzuerkennen.

Ein weiterer praktischer Aspekt personaler Identität ergibt sich aus der Einseh- und Zustimmungsfähigkeit von Patienten, die sich bestimmten medizinischen Eingriffen unterziehen müssen. Um hier einen so genannten *informed consent* mit der freiwilligen Willensentscheidung des zu Behandelnden herzustellen, ist eine umfassende Aufklärung über Indikationen und zu erwartende Nebenwirkungen der jeweiligen medizinischen Behandlungsmaßnahme erforderlich.⁷²

68

Eine solche Einstellung beschränkt sich bei Weitem nicht auf die medizinische Profession.

69

Damit ergibt sich die Wahrung personalen Status auch jenseits des physischen Todes durch die Erinnerung.

70

Vgl. Steigleder 1995, S. 107.

71

Es ist erwähnenswert, dass der Körper eines hirntoten Menschen kein Leichnam, sondern eben ein sterbender Leib ist, weswegen manche Autoren auch der Auffassung zuneigen, dass wir es bei einem Hirntoten nicht eigentlich mit einem Toten, sondern einem sterbenden Menschen zu tun haben. Dies allerdings zöge gewichtige moralische Konsequenzen nach sich, insbesondere da ja

manche Kritiker der Entwicklung des Hirntodkonzeptes ein primär intentionales Interesse unterstellen, durch seine Anwendung eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit Spenderorganen sicherstellen zu wollen.

72

Diese Aufklärung setzt eine prinzipielle Autonomie und Entscheidungsfreiheit wie -fähigkeit des Patienten voraus, wobei sich Art und Umfang an der Situation und Dringlichkeit der Behandlungsmaßnahmen orientieren. Ihre Grenze findet jede Aufklärung an der Fähigkeit des Patienten, das Gesagte zu ertragen. Daher muss sie sich zwangsläufig auch an seiner individuellen psychischen Verfassung dahingehend ausrichten, dass sie dem Wahrheitsbedürfnis verantwortungsvoll Rechnung trägt. Vgl. Pöltner 2002, S. 98 ff.

Eine wesentliche Grundvoraussetzung für diese Form des Dialogs liegt in der Tatsache begründet, dass neben der Wahrhaftigkeit und Verständlichkeit ärztlicher Aufklärung der jeweilige Adressat dieser Maßnahmen die ärztliche Mitteilung verstehen und aus seiner persönlichen Haltung heraus bewerten muss.⁷³ Es ist selbstverständlich, dass dabei eine sprachliche Form zu wählen ist, die sich nicht in restringierten Sprachcodes erschöpft, wie sie mancher wissenschaftlichen Terminologie anhaftet. Vielmehr sollte der Schwerpunkt des ärztlichen Logos auf der prinzipiellen Perzeptionsfähigkeit des Gesagten und seiner inhaltlichen Bedeutung liegen. Degenerative Hirnveränderungen, wie sie beispielsweise die unterschiedlichen Demenzformen kennzeichnen, schränken per se die kognitiven Fähigkeiten in unterschiedlichen Graden derart ein, dass die primäre Intention eines solchen Aufklärungsaktes an der Ebene des primär kommunikativen Austausches scheitern muss. Entsprechend sind hier stellvertretende Entscheidungsträger unverzichtbar, solange nicht akut lebensbedrohliche Zustände von vornherein ein ärztliches Handeln im Sinne der unmittelbaren Gefahrenabwehr eigenverantwortlich fordern.

Die Aufklärung richtet sich daher an die Person als Ganzes, indem sie die möglichen Folgen eines diagnostischen oder therapeutischen Eingriffs in die körperliche Integrität auch als leibliche Grenzverletzung der Persönlichkeit annehmen muss.⁷⁴ Eine aus diesen Maßnahmen möglicherweise zurückbleibende Schädigung beziehungsweise dauerhafte Verstümmelung des Körpers beraubt eine Person auch in gewisser Weise ihrer individuellen leibräumlichen Sphäre, über welche sie in einem diskursiven Austausch mit ihrer Umwelt steht.⁷⁵

Dementsprechend entwickelt sich die Einwilligung zum Eingriff aus einer reflexiven Abwägung des Für und Wider, die den jeweiligen Patient zu seiner Bewertung führt. Ungefährliche und in ihren Folgen abschätzbare Handlungen sind je nach Dringlichkeit oder Planbarkeit für diese Argumentation nur von untergeordnetem Interesse und dürften daher prinzipiell keine Überbewertung erfahren.⁷⁶

Anders sieht es jedoch für jenen Bereich aus, in welchem die Existenz der Person unmittelbar bedroht erscheint. Entscheidungen innerhalb dieser Dimension erfordern die Einbeziehung eines biographischen Kontextes, vor dem die bis zu diesem Zeitpunkt gelebte Existenz die Leitlinie für jede weitere Überlegung abgeben muss.

Konkret bedeutet dies, sich Rechenschaft über das bisherige Leben und seine qualitativen Struktur abzulegen, d.h. man muss sich mit einem solchen gedanklichen Prozess vergegenwärtigen, ob es innerhalb des jeweiligen Empfindungshorizontes als geglückt oder missglückt anzusehen ist. Dies kann nur aus der Perspektive eines biographisch mit sich selbst identischen Ichs als Ausdruck personaler Kontingenz erfolgen, da hier nicht die Existenz als bloßes Sein in der Welt, sondern ihr Wirken in derselben bedroht erscheint.

Jenseits einer Grenze bewussten Erlebens, das mit der leiblichen Vernichtung aufhört einen empirischen Erfahrungsraum aufzuspannen, können wir uns nicht denken, weder als selbstbezügliche Empfindung, noch als personales Konstrukt.

Aus diesem Grunde ergibt sich der zukünftige Entwurf unserer personalen Identität nur aus der reflexiven Bezugnahme unserer Erinnerungen. Würde also ein bestimmter medizinischer Eingriff diese Fähigkeit zur referentiellen Positionierung für immer aufheben, könnte tatsächlich die Person, die aus

einem solchen Eingriff hervorgeht, verschieden sein von jener, die zuvor ihr Einverständnis zur Durchführung desselben bekundet hatte.⁷⁷

Würde also eine Person diese fatale Möglichkeit akzeptieren, so müsste sie im ungünstigsten Falle zwangsläufig ihren eigenen personalen Tod in Kauf nehmen. Dies erscheint besonders paradox, als der Verweis auf die dennoch fortbestehende physiologische Struktur des Rest-Körpers durchaus eine prinzipielle Form des Existierens auch weiterhin gestattete; allerdings eben nicht in der biographisch unverwechselbaren Form, wie sie die jeweilige personale Identität zuvor garantierte. Der Verweis auf dieses Fortbestehen der leiblichen Matrix könnte demnach nicht zum Entscheidungskriterium taugen, sich angesichts der Gefahren dennoch für eine solche hypothetische Behandlung zu entscheiden.

Man muss jedoch nicht soweit gehen und extreme Situationen konstruieren, die eine Vernichtung personaler Identität nach sich zögen. Das aufklärende Gespräch dient auch wechselseitig für den Arzt dazu, aus der Entscheidungsdiagnostik des Patienten Rückschlüsse über dessen Willen, Ziele und Selbstentwürfe zu gewinnen. Gerade in solchen Prozessen verschafft sich personale Identität einen interpersonellen leiblichen Aktionsradius, der auch die Reflexion des Arztes über Sinn oder Unsinn seiner vorgeschlagenen Optionen im Lichte der Fremdbewertung durch den Patienten schärft.⁷⁸

Dies ist ein schönes Beispiel dafür, inwieweit der personal gelebte Leibraum die Handlungsstruktur zu verändern vermag. Personale Identität als Garant für die authentische Umsetzung dieser Dialogmatrix ist ebenso zwingend erforderlich wie die bereits erwähnten kognitiven Voraussetzungen auf der Basis einer weitestgehend intakten neuronalen Funktionalität.

Und auch nur über diese Sichtweise greift ein ethischer Bewertungsmaßstab, der seinen Geltungsbereich jenseits bloßer Bedürftigkeit auf der einen und reiner Handlungsverpflichtung auf der anderen Seite auf die moralische Integrität beider Absichtserklärungen ausdehnt.

Dabei darf die personale Identität niemals zur Disposition stehen und ihre Aufrechterhaltung nicht ausschließlich rückgebunden bleiben an eine physiologische Grundstruktur, welche ihre körperlichen Voraussetzungen ignoriert. Daher zielen alle Therapiestrategien weniger auf die physiologische Reduzierung eines Individuums zur bloßen körperlichen Existenz, als vielmehr auf die Wahrung ihrer supervenierenden leiblichen Handlungseinheit im Sinne personaler Identität.

73

Es ist dabei nicht ohne weiteres voraussetzbar, dass Arzt und Patient von vornherein die gleichen Interessen und Ziele verfolgen. Daher empfiehlt sich zu Beginn des Aufklärungsgesprächs, diese Zielvorstellungen auf beiden Seiten zu formulieren und im Falle diskrepanter Intentionen das Patienteninteresse als Richtschnur für einen möglichen Kompromiss zu präferieren.

74

Im Sinne einer somatischen Barriere.

75

Vgl. Merleau-Ponty 1974, S. 123 ff.

76

Hier gilt der medizinische Grundsatz, dass die Dringlichkeit des Eingriffs jeweils den Um-

fang der Aufklärung steuert: Je elektiver die geplanten Maßnahmen, umso ausführlicher sollte sich die risikobehaftete Abwägung möglicher Kontraindikationen gestalten.

77

Zur Problematik personaler Identität bei psychiatrischer Medikation und Chirurgie vgl. Stier 2006, S. 231 ff. Hier ist insbesondere das Problem des informed consent von Bedeutung.

78

Dies setzt voraus, dass der Arzt zur Selbstkritik fähig ist.

Mit dem physischen Ableben endet auch die biographische Einheit einer selbstbezüglichen Erkenntnisfähigkeit.⁷⁹ Hierbei sind die Grenzen für die zäsurale Unterscheidung, wann wir einem Individuum die kognitive Basis für den selbstreferentiellen Bezug abzusprechen geneigt sind, immer weiter von den klinischen Zeichen des Todes⁸⁰ abgerückt. Zwar bezeichnen Ärzte auch unter dem Diktat eines neuroepistemischen Paradigmas nur dann einen Körper als Leichnam, wenn auch die klassischen Todeszeichen evident sind; jedoch haben sich in der Grauzone des Hirntodkriteriums kontraintuitive und empirisch schwer nachvollziehbare Ansichten zum anthropologischen Selbstverständnis etabliert, die auch den Status der Personalität nicht außer acht lassen.

Begreift man das Gehirn als die zentrale Koordinations- und Integrationsstelle für Reflexivität, Funktionalität und Intentionalität mit all den sich daraus ergebenden Folgen für eine kulturelle Sozialisationsfähigkeit, so drängt sich der Gedanke auf, dass ein wesentlicher Teil des auf Attribution beruhenden Personenverständnisses seine kausale Begründungsbasis in diesem Organ finden muss.

Dementsprechend erkennen die Neurowissenschaften im Gehirn die Voraussetzung für ein menschliches Verhalten, das in einer bewussten intellektuellen Distanz zu sich selbst jene reflexive Bewertung zu vollziehen vermag, die selbst höher entwickelten Tierarten zu ermangeln scheint.⁸¹

Entsprechend gravierend ist die Störung oder der definitive Verlust dieser neuronalen Funktionalität zu werten und umso schwerer wiegt die Tatsache, dass die meisten der personenbezogenen Eigenschaften unmittelbar aus dieser Beschreibungsebene zu stammen scheinen. Das Paradoxon, dass mit dem Absterben des Gehirns – wie es im Hirn- oder Teilhirntod beschrieben ist – der personale Tod prinzipiell jenem des übrigen Körpers voranzugehen scheint, ist eine solche logische, wenngleich unbefriedigende Konsequenz. Vergleichbar dieser Diskrepanz, die das natürliche Phänomen des Todes in eine hierarchische Sequenz unterschiedlicher Funktionsausfälle zergliedert, wäre daher auch ein dissoziiertes Sterben der Person denkbar.⁸² Insbesondere der Verlust personaler Identität würde zwar ein denkendes und intentional handelndes Wesen zurücklassen, dieses wäre jedoch nicht mehr in der Lage, sich selbst als ein kontingent gewordenes Sein zu empfinden. Auch dieses Phänomen hätte seine Wurzeln in einer Störung der zentralnervösen Koordination und Gedächtnisleistung.

Es bliebe die Frage, ob personale Identität ausschließlich an ein funktionierendes Langzeitgedächtnis gebunden bliebe oder ob auch andere Kriterien für ein selbstbezügliches Erkennen denkbar wären. Eine Fremdzuschreibung personalidentischer Merkmale gelänge prinzipiell auch über Phänomene der Leiblichkeit, wie sie in Verhaltensmustern, Stimmmodulation oder bestimmten Haltungskarakteristika auftreten und ihrem Inhaber ein unverwechselbares Muster aufprägen. Allerdings setzt dies in der Regel den Selbstbezug dessen voraus, der sie als Träger über eine bestimmte zeitliche Periode entwickelt hat. Wie schon erwähnt, wäre ein Täuschungsmanöver stillschweigende Voraussetzung, wenn wir diese Charakteristika der leiblich-phänomenalen Individualität nicht unbedingt auf eigenperspektivliche Referentialität zurückführen wollten. Um uns als Person selbst treu bleiben zu können, müssen wir unserer als geschichtliche Wesen eingedenk bleiben.⁸³ Andernfalls würde eine Lücke zwischen unserem äußeren, typischen Erscheinungsbild, an dem andere uns unweigerlich erkennen, und der Erfahrung klaffen, wie wir uns selbst erleben und einordnen. Erst mit der Kontingenz einer prozesshaften Entwick-

lungsgeschichte schaffen wir unserer Persönlichkeit jenen Raum, der uns in der Sicherheit des Wiedererkennens als Individuen konstituiert. Damit bleiben wir jedoch in einem wesentlichen Teil unseres Ichs sowohl in der Eigen- wie Fremdsicht an kognitive Voraussetzungen gebunden, die uns und anderen erst einen leibräumlichen Zugang verschaffen. Die physischen Grundlagen dieser Kognition liegen in unserem Gehirn verortet und zumindest dort spielt sich ein erheblicher Teil dessen ab, was uns als Mensch innerhalb der Welt ausmacht. Entsprechend umsichtig muss der Arzt daher all jene medizinischen Maßnahmen handhaben, die mit einem Eingriff in die Integrität dieser neuronalen Netzwerke jene Fähigkeiten bedrohen könnten. Nur dadurch bleibt der Patient ein entscheidungsfähiger und intentional ausgerichteter Partner innerhalb des medizinischen Diskurses. Ohne die Erfahrung einer Identität mit sich selbst bliebe der Anspruch auf Personalität unvollständig, wenngleich Würde und moralischer Status hierdurch keine Umbewertung erfahren würden.

6. Zusammenfassung

Der Begriff der Person, der seine historischen Wurzeln in der antiken Philosophie und der Tradition des christlichen Trinitätsgedankens hat, besitzt auch heute noch eine anthropologische Dimension, die nicht zuletzt auf John Lockes philosophischen Spekulationen gründet. Aus dieser sich entwickelnden anthropologischen Einschätzung erweiterte sich seine potentielle Reduktion auf ein sortales Prädikat um die Möglichkeiten eines selbständigen Wesens, das zu Intentionalität, Entscheidungsfreiheit, Handlungsmöglichkeit und Selbstreflexion fähig erscheint. Ein entscheidendes Attribut für die Anerkennung personaler Einheit ist dabei die personale Identität, die sich in der biographisch erinnerten Kontingenz eines Individuums widerspiegelt. Sie ist verantwortlich für eine Selbstbezüglichkeit, die sich aus der Eigenperspektive heraus als geschichtlich gewordenes Ich genau so begreift, wie sie sich als zeitlich kontingentes Sein auf eine Zukunft hin zu entwerfen vermag. Dabei bleiben wesentliche Anteile dieser Personalität und reflexiven Identität dem Leib in seiner räumlichen Dimension verhaftet, dessen physiologische Grundlagen in der biologisch beschreibbaren Sphäre des Körperlichen zu suchen sind. Erst mit einer leiblich-räumlichen Grenzverschiebung, welche die Beschränkung des Eigenbezuges in der Fremderfahrung des anderen transzendiert, gelingt der interindividuelle Austausch zwischen Personen auf der Ebene eines Diskurses. Damit konstituiert sich die eigene Persönlichkeit vor

79

Zumindest aus der privilegierten Eigenperspektive. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der aus der Fremdwahrnehmung konstruierte Erinnerungsraum die verstorbene Person nicht in charakteristischen biographischen Teileinheiten weiterexistieren lässt. In diesem Zusammenhang sei auch auf die Sepulkralkultur als ritualisierte Kunstform dieses Erinnerungsraumes verwiesen.

80

Vgl. Schwed 1992; als sichere Todeszeichen gelten: Totenstarre, -fleck, Fäulnis und Abkühlung des Leichnams.

81

Obgleich bei Tieren aufgrund des anatomischen bedingten Mangels an Sprachfähigkeit ein

solcher Beweis nicht letztgültig zu führen sein dürfte.

82

Das soziale Sterben einer Person, das sich in verschiedenen Lebensabschnitten durch eine Exklusion aus bestimmten sozialen Räumen (z. B. Scheidung, Rollenverlust, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Berentung, Verlust des Partners, Inhaftierung etc.) ergibt, ist zwar teilweise reversibel, allerdings in den wenigsten Fällen in seine Auswirkungen korrigierbar. Vgl. hierzu Feldmann, S. 151 ff.

83

Gemeint ist hier sowohl der autobiographische Bezug als auch die Verortung innerhalb eines kulturhistorischen Prozesses.

dem Spiegelbild des anderen durch Vergleich und über die Zuschreibung personaler Attribute aus der Sicht des Gegenübers gleichermaßen. Identität auf dieser Ebene lässt sich daher nicht allein eigen- sondern vor allem rückbezüglich aus einem leiblich-phänomenalen Diskurs herstellen.

In den anthropologisch orientierten Anwendungswissenschaften, für die paradigmatisch die Medizin steht, begegnen sich Personen nicht immer auf einer gleichwertigen Ebene, die diesen interpersonalen Leibraum für beide gleich gestaltet. Störungen der Kognition, Bewertungsfähigkeit oder schlicht einfach des Aufmerksamkeitsbewusstseins, gründen sich auf subtile Veränderungen der neurobiologischen Matrix, deren körperliche Dimension das Gehirn repräsentiert. Diese Störungen betreffen damit auch die Person in ihrer Komplexität an sich, da sie wesentliche Attribute ihres Zuschreibungskataloges berühren. Zwar bleibt der Personenbegriff auch im Falle eines Verlustes erinnerter biographischer Daten prinzipiell erhalten, jedoch um den wesentlichen Faktor einer kontingenten personalen Identität beraubt. Diese definitorische Schwäche steigert sich in Paradoxe, sobald der körperliche Tod mit dem leiblich-personalen Ableben im Konstrukt des Hirn- beziehungsweise Teilhirntodes kontraintuitiv auseinandertreten.

Ein Arzt ist in seinem Behandlungsanspruch zwar der Körperlichkeit seines Patienten verpflichtet, richtet jedoch seine Bemühungen intentional an die Person in ihrem leibräumlichen Wirkungsraum, dessen Teil er selbst ist. Daher sind Wahrhaftigkeit und die Bereitschaft zur Aufklärung wesentliche Voraussetzungen, um einen Dialog jenseits reiner Organbehandlung mit einem einsichtsfähigen Menschen zu führen. Dieser Anspruch richtet sich daher immer auch an die leiblich intakte Erhaltung der Person und mit ihr jener personalen Identität, die ein konstituierendes Element ihrer selbst darstellt. Jeder Eingriff in diese sensible Sphäre, die zu einem dauerhaften Verlust der personalen Integration führen muss, verbietet sich daher vor dem Hintergrund eines Arzt-Patienten-Verhältnisses, das auf der Grundlage interpersonaler Kommunikation und Handlungsmöglichkeit aufgebaut ist.

Literatur

- Beckermann, Ansgar: Analytische Einführung in die Philosophie des Geistes; Berlin 2000.
- Bennett, M. R. und Hacker, P. M. S.: Philosophie und Neurowissenschaft; in: Sturma, Dieter (Hrsg.): Philosophie und Neurowissenschaft; Frankfurt a. M. 2006.
- Birnbacher, Dieter: Bioethik zwischen Natur und Interesse; Frankfurt a. M. 2006.
- Boethius, Anicius Manlius Severinus: Die theologischen Traktate. Hrsg. von M. Elsässer; Hamburg 1988.
- Brasser, Martin: Person. Philosophische Texte von der Antike bis zur Gegenwart; Stuttgart 1999.
- Cicero, Marcus Tullius: De Officiis; Oxford/New York 1994.
- Descartes, René: Die Leidenschaften der Seele; hrsg. von Hammacher, K.; Hamburg 1984.
- Descartes, René: Meditationen über die Grundlage der Philosophie; hrsg. von Buchenau, A.; Hamburg 1994.
- Feldmann, Klaus: Tod und Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Thanatologie im Überblick; Wiesbaden 2004.
- Forschner, Maximilian: Der Begriff der Person in der Stoa; in: Sturma, Dieter (Hrsg.): Person; Paderborn 2001.
- Frankfurt, Harry G.: Willensfreiheit und der Begriff der Person; in: Bieri, Peter (Hrsg.): Analytische Philosophie des Geistes; Weinheim 1997.

- Fuchs, Thomas: Leib, Raum, Person. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie; Stuttgart 2000.
- Fuchs, Thomas: Verkörperte Subjektivität; in: Fuchs, Thomas/Vogeley, Kai/Heinze, Martin (Hrsg.): Subjektivität und Gehirn; Berlin 2007.
- Goller, Hans: Das Rätsel von Körper und Geist. Eine philosophische Deutung; Darmstadt 2003.
- Hagner, Michael: Homo cerebialis – Der Wandel vom Seelenorgan zum Gehirn; Frankfurt a. M. und Leipzig 2000.
- Hegel, Georg Wilhelm Friedrich: Grundlinien der Philosophie des Rechts; Werke in zwanzig Bänden auf der Grundlage der Werksausgabe von 1832–1845; Hrsg. von E. Moldenhauer und K. M. Michel, Frankfurt a. M. 1969; Bd. VII.
- Heidegger, Martin: Sein und Zeit; Tübingen 1963.
- Hume, David: Ein Traktat über die menschliche Natur; Buch I – Über den Verstand; Hamburg 1989.
- Kant, Immanuel: Die Metaphysik der Sitten; Akademieausgabe Band 6; Berlin 1968.
- Kant, Immanuel: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten; Frankfurt a. M. 1974.
- Kircher, Tilo und Leube, Dirk: Ich-Bewusstsein – Konzeptueller Rahmen und neurowissenschaftliche Ansätze; in: Herrmann, Christoph S./Pauen, Michael/Rieger, Jochem W./Schicktan, Silke (Hrsg.): Bewusstsein. Philosophie, Neurowissenschaften, Ethik; Paderborn 2005.
- Kreuzer, Johann: Der Begriff der Person in der Philosophie des Mittelalters; in: Sturma, Dieter (Hrsg.): Person; Paderborn 2001.
- Locke, John: Versuch über den menschlichen Verstand; Band I; Hamburg 2000.
- Merleau-Ponty, Maurice: Phänomenologie der Wahrnehmung; Berlin 1966 – photomechanischer Nachdruck 1974.
- Metzinger, Thomas: Bewusstsein. Beiträge aus der Gegenwartsphilosophie; Paderborn 2001.
- Mohr, Georg: Der Begriff der Person bei Kant, Fichte und Hegel; in: Sturma, Dieter (Hrsg.): Person; Paderborn 2001.
- Nagel, Thomas: What is it like to be a bat? *Philosophical Review*, 83; 435–50; Deutsch: Wie ist es, eine Fledermaus zu sein? In: Bieri, Peter (Hrsg.): Analytische Philosophie des Geistes; Weinheim 1997.
- Oeser, Erhard: Geschichte der Hirnforschung. Von der Antike bis zur Gegenwart; Darmstadt 2002.
- Parfit, Derek: *Reasons and Persons*; Oxford 1984.
- Pauen, Michael: Was ist der Mensch? Die Entdeckung der Natur des Geistes; München 2007.
- Pöltner, Günther: Grundkurs Medizin-Ethik; Wien 2002.
- Reichold, Anne: Die vergessene Leiblichkeit. Zur Rolle des Körpers in ontologischen und ethischen Personentheorien; Paderborn 2004.
- Roth, Gerhard: Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen; Frankfurt a. M. 1997.
- Roth, Gerhard: *Aus Sicht des Gehirns*; Frankfurt a. M. 2003.
- Sartre, Jean-Paul: Das Sein und das Nichts. Versuch einer phänomenologischen Ontologie; Reinbeck 1991.
- Schramme, Thomas: Psychische Krankheit in wissenschaftlicher und lebensweltlicher Perspektive; in: Herrmann, Christoph S./Pauen, Michael/Rieger, Jochem W./Schicktan, Silke (Hrsg.): Bewusstsein. Philosophie, Neurowissenschaften, Ethik; Paderborn 2005.
- Schwerd, Wolfgang: Rechtsmedizin; Köln 1992.
- Searle, John R.: Geist. Eine Einführung; Frankfurt a. M. 2006.

- Singer, Peter: *Praktische Ethik*; Stuttgart 1994.
- Singer, Wolf: *Der Beobachter im Gehirn. Essays zur Hirnforschung*; Frankfurt a. M. 2002.
- Siep, Ludwig: *Personenbegriff und angewandte Ethik*; in: Gethmann, C. F. und Oesterreich, Peter L. (Hrsg.): *Person und Sinnerfahrung. Philosophische Grundlagen und interdisziplinäre Perspektiven. Festschrift für Georg Scherer zum 65. Geburtstag*; Darmstadt 1993.
- Spaemann, Robert: *Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ‚etwas‘ und ‚jemand‘*; Stuttgart 1996.
- Steigleder, Klaus: *Die Unterscheidung zwischen dem „Tod der Person“ und dem „Tod des Organismus“ und ihre Relevanz für die Frage nach dem Tod eines Menschen*; in: Hoff, Johannes/in der Schmitt, Jürgen: *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod“-Kriterium*; Reinbeck 1995.
- Stephan, Achim: *Emergenz in kognitionsfähigen Systemen*; in: Pauen, Michael/Roth, Gerhard (Hrsg.): *Neurowissenschaften und Philosophie. Eine Einführung*; München 2001.
- Stier, Marco: *Ethische Probleme der Neuromedizin*; Frankfurt a. M./New York 2006
- Strawson, Peter F.: *Individuals: An essay in descriptive metaphysics*; London 1959.
- Sturma, Dieter: *Philosophie der Person. Die Selbstverhältnisse von Subjektivität und Moralität*; Paderborn, München, Wien, Zürich 1997.
- Waldenfels, Bernhard: *Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes*; Frankfurt a. M. 2000.
- Walter, Henrik: *Neurophilosophie der Willensfreiheit. Von libertarischen Illusionen zum Konzept natürlicher Autonomie*; Paderborn 1999.

Peter R. Ritter

Osobni identitet u medicinskim diskursima

Sažetak

Osoba odnosno osobni identitet kao izvorno filozofski pojmovi nalaze primjenu i u medicinskim diskursima. Usto se njihova tumačenja ne izvode isključivo iz historijskog konteksta filozofskih i teologijskih predodžbi, već poprimaju etičku dimenziju na razini ljudskog ponašanja. Njihovo osebujno značenje dosežu u interakciji između liječnika i pacijenta, interakciji koja se manifestira u tjelesno-fenomenalnoj interpretaciji personaliteta: isti se proteže od autonomije i svojevoljnosti refleksivno ustrojene svijesti do prividne disocijacije tijela i osobe u okviru pojma moždane smrti. Razumijevanje čovjeka kao osobe pritom je dio one antropološke paradigme koja u medicinskim kriznim situacijama predstavlja temelj etički opravdanog ophođenja s njime. Deficit izazvan gubitkom osobne autonomije time postaje smjernicom k onoj deficijentnoj tjelesnosti koju je medicina definirala kao predmet vlastita istraživanja.

Ključne riječi

osoba, identitet, bioetika, odnos liječnik–pacijent, tjelesnost, antropologija

Peter R. Ritter

Personal Identity in Medical Discourses

Abstract

Person and personal identity, originally philosophical concepts, find its application also in medical discourses. Moreover, their interpretations are not derived exclusively from historical context of philosophical and theological ideas, but acquire an ethical dimension on the level of human behaviour. Their special meaning is obtained in the patient-physician interaction, which is manifested in the bodily-phenomenal interpretation of personality: this ranges from autonomy and purposiveness of a reflectively structured consciousness to the apparent dissociation of the

body and the person in the concept of brain death. The understanding of the human being as person is thereby a part of the anthropological paradigm that presents the basis for ethically acceptable action in medical crisis situations. The deficiency caused by the loss of personal autonomy is therefore an indication of a deficient corporeality, which medicine has chosen as its research object..

Key words

person, identity, bioethics, patient–physician relationship, corporeality, anthropology

Peter R. Ritter

L'identité personnelle dans les discours médicaux

Résumé

La personne et l'identité personnelle, en tant que concepts à l'origine philosophiques, trouvent également leur application dans les discours médicaux. Ce faisant leurs interprétations ne sont pas tirées uniquement du contexte historique des représentations philosophiques et théologiques, mais gagnent une dimension éthique à l'échelle du comportement humain. Ils prennent leur signification particulière dans l'interaction entre le médecin et le patient, laquelle se manifeste dans l'interprétation physico-phénoménale de la personnalité : celle-ci s'étend de l'autonomie et de l'arbitraire d'une conscience organisée de manière réflexive jusqu'à la dissociation apparente du corps et de la personne dans le cadre de la notion de mort cérébrale. La compréhension de l'homme en tant que personne fait en même temps partie de ce paradigme anthropologique qui dans des situations médicales de crise représente la base d'un rapport avec lui éthiquement justifié. Le déficit subi par la perte de l'autonomie personnelle est ainsi également une indication de ce physique déficient que la médecine a désigné comme objet de sa recherche.

Mots-clés

Personne, identité, bioéthique, rapport médecin–patient, physique, anthropologie