

Menschen im Wachkoma – medizin-ethische Perspektiven

Priv.-Doz. Dr. Andreas Zieger

Ltd. OA der Abteilung für Schwerst-Schädel-
Hirngeschädigte
(Früh- und weiterführende Rehabilitation)
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg



Hochschuldozent für Klin. Neurorehabilitation
Gesundheits- und Klinische Psychologie
Fakultät IV: Human- und
Gesellschaftswissenschaften
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg



Übersicht

1. Basics

2. Medizinethische Prinzipien

3. Beziehungsmedizinisches Wissen im Umgang mit Wachkoma-Patienten

4. Ethische Brennpunkte

- Notfall- und Rettungsmedizin
- Therapieabbruch, Sondenernährung
- Sterbehilfe, Patientenverfügungen / Betreuungsgesetz
- Fremdnützige Forschung

5. Perspektiven

1. Basics

Historische Erfahrungen

- Das Lebensrecht von sozialen Randgruppen und Schwachen ist in Zeiten ökonomischer Krisen immer zuerst bedroht.
- Ökonomische Krisen führen zu einem Wertewandel in der Gesellschaft.
- Nützlichkeit bekommt Vorrang.
- Entsolidarisierung, Zerfall der sozialen Zusammenhänge

Bedrohungen

- Wachkoma-Patienten, Geistigbehinderte und andere sog. Nichtwilligungsfähige als neue „*Sündenbocke*“ der Nation
- Diskriminierung von Schwerstbehinderten
- Entsolidarisierung
- Ausgrenzung - Liegen lassen
- Dekultivierung - Tötung auf Verlangen?
- Welches Menschenbild?

Was ist Ethik?

- Reflexion auf Moral
- betrifft Wertfragen
- Theorie der Tugend und Sitten, wie Menschen mit einander umgehen
- Gut-Menschsein (Böhme)
- Menschsein vom Anderen her denken (Lévinas)
- Welches Menschenbild?

Ethik in der modernen Gesellschaft

- Ethische Normen sind gesellschafts- und kulturabhängig, von Menschen gemacht
- Notwendigkeit zur Veränderung und Anpassung
- Wem nützen oder schaden sie?
- Wer stellt die Fragen, wer zieht Grenzen?
- Wer ist Interpretant bzw. Souverän?
- Welches Menschenbild?

Menschenbild menschenmöglicher Medizinformen

„Biomedizin“

= biotechnologische Medizin oder
Ingenieurmedizin (Dörner, Sacks, Ulrich)

Beziehungsmedizin

= somatopsychosoziale Medizin und
„bio“psychosoziales Menschenbild
(Dörner, Engel, v.Uexküll, Zieger)

Exkurs: Was ist Leben?

Lebensbegriff:

„Die Schwierigkeiten liegen nicht in den Worten, sondern in den Begriffen selbst...“

(Jaspers 1946)

„Der Entwicklungsstand einer Erkenntnisdisziplin lässt sich unmittelbar am Präzisierungsgrad der verwendeten Sprache ablesen.“ (Freud 1968)

Bios = Leben (J.v.Uexküll 1920)

Biologie = Lehre vom Leben

- Leben findet immer schon Leben vor.
(Weizsäcker)
- Leben ist Leben inmitten von Leben, das leben will. (Schweitzer)
- Leben ist in seinen Anfängen somatisch, psychisch und sozial. (Jantzen/Zieger)
- Fähigkeit zur Incitabilitas (Selbsterregung, Autopoiese, Selbstorganisation). (Ulrich)

- Menschen, auch im Koma, sind mit Wahrnehmungen, Empfindungen (nicht unbedingt Erleben) und Bewegungen mit ihrer Umwelt (anderen Menschen) verbunden.
- Jeder Mensch braucht (Selbst-)Erregung, Beachtung (Wahrgenommen werden) und zeitliche Strukturierung (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft)
- Ein Mensch braucht zur Bestätigung seiner Seinsweise, dass er die Wirkungen seiner selbst **in der Welt** im Dialog/Austausch mit anderen spüren kann.
- **Das Gehirn des Menschen** soziales Organ.

Gehirn als soziales Organ

Objektwelt, andere Menschen, Soziales

Bedeutung

Bewusstsein/erlerntes Verhalten/Tätigkeit

Aufmerksamkeit / Bewertung / Planung

- - Gedächtnis - -

Wahrnehmung

Sinn

Bewegung

- - Erbkoordinationen - -

- - - -

Affektoren Körpereigenwahrnehmung Effektoren

- -

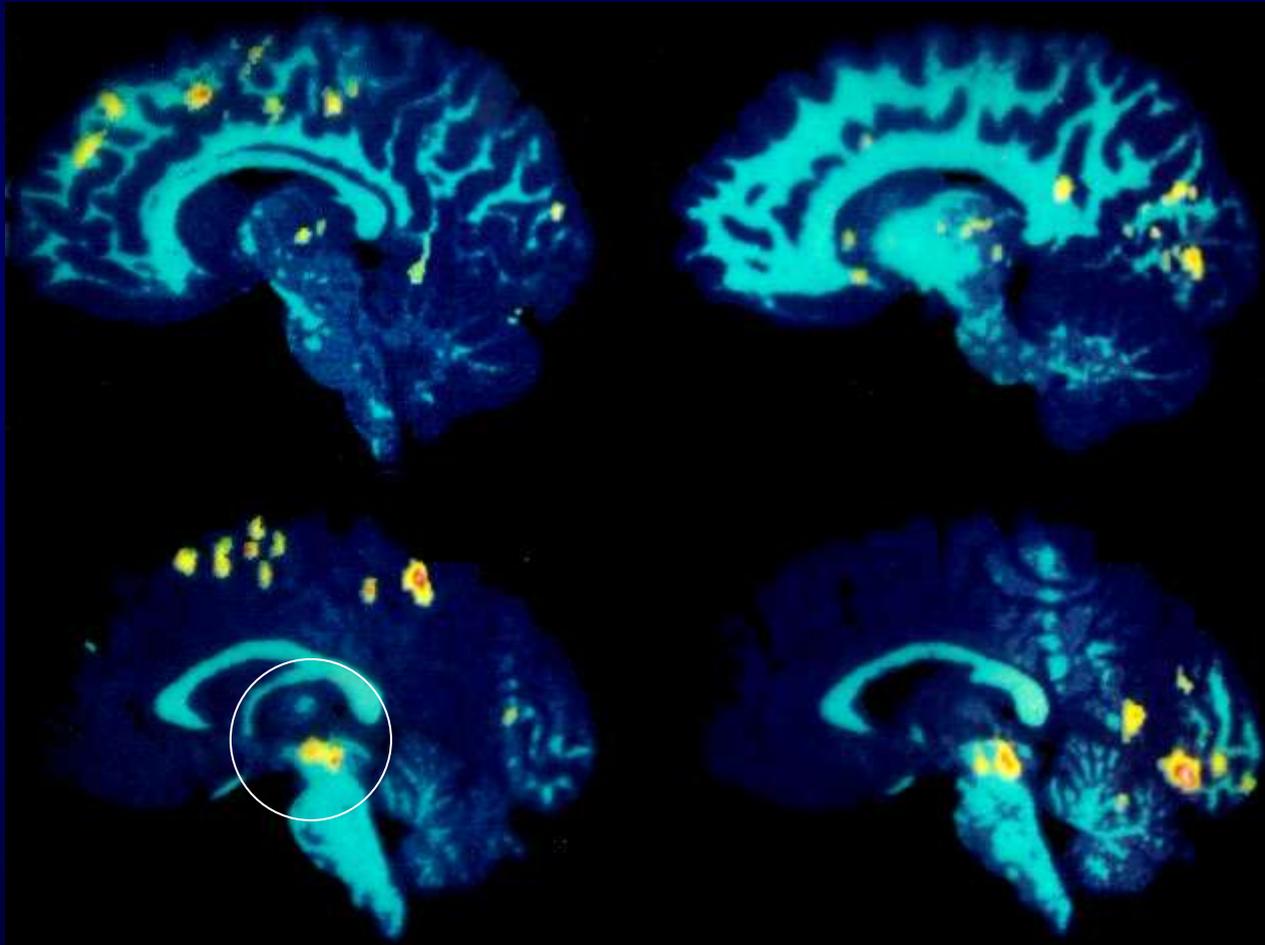
Rückmeldung

über die

Wirkungen und Resultate der *eigenen* Tätigkeit

Objektbereich, andere Menschen

Funktionelles Hirnsystem „Wachbewusstsein“



Kinomura 1996
Copyright PD Dr. A. Zieger,
Oldenburg

Biotechnologisches/defektmedizinisches Verständnis

Koma

- Ausfall des Bewusstseins, „bewusstlos“
- Ohne Ansprechbarkeit / keine Reaktion

Apallisches Syndrom / Wachkoma

- Spontanatmung, Augen geöffnet
- ohne Reaktion auf externe Reize
- wahrnehmungs- und empfindungslos
- Defektzustand, „Defizitfigur“
- Keine Therapie/kein Dialog möglich?



Beziehungsmedizinisches Verständnis

Mensch im Koma

- „Totstellreaktion“
- Organismische Schutzhaltung
- Zurücknahme auf das autonome Körper selbst
- Extreme Lebenstätigkeit am Rande zum Tod
- Organismische Kompetenz/essentielle Autonomie
- Ausgangspunkt für neue Entwicklungen
- Frührehabersuch prinzipiell möglich/sinnvoll



Unterschiedliche Ethikformen

Bioethik

- Menschliches Leben wird nach seiner Nützlichkeit, z.B. für Forschungszwecke, beurteilt
- Kranke, Behinderte und Schwache werden nach bestimmten Eigenschaftskriterien abgestuft bewertet: z.B. Leistungsfähigkeit, „Bewusstsein“ „Leidenszustand“, „Lebensqualität“
- Die „Würde“ eines Menschen ergibt sich aus seinem Wert (Tüchtigkeit, Freisein von Krankheit, Alter)

„Es gilt, den auf überholter Grundlage errichteten Begriff der Unverletzlichkeit des Lebens abzulösen durch eine rationale Ethik, die den wissenschaftlichen Erfordernissen der modernen Zeit angemessen ist.

Im Rahmen dieser Ethik ist es möglich und notwendig, lebenswertes und lebensunwertes Leben zu unterscheiden und das lebensunwerte zu vernichten.“

(Helga Kuhse, zit. nach Krebs 1998, S. 66/67)

„Der dauerkomatöse Patient verursacht wirklich nicht mehr als Kosten - im merkantilen wie im materiellen Sinn. Ein Transplantationspatient spielt seine Ausgaben im Zweifel wieder herein.“

(Hans Georg Koch, zit. nach Krebs 1998, S. 67/68)

Umgangsformen

- Abwertung und Diskriminierung, z.B. „Defektwesen“ „lebensunwert“, „Körperhüllen“
- Selektion, Aussonderung
- Benutzen, Ausnutzen
- Zuordnen, z.B. „Niemandland“ (Agamben 2002)
- Töten, „ohne dass ein Mord begangen würde“? (Agamben 2002)

Warum? (1)

Offenbar stellt die Existenz von Menschen im Wachkoma eine so extreme Abweichung und einen so großen Widerspruch zu den Heilungsversprechen der modernen Medizin dar, dass sie das Selbstverständnis der modernen Gesellschaft bedroht und daher abgewehrt werden muß - mit tödlichen Folgen (z.B. Verhungernlassen, Tötung).

Warum? (2)

Offenbar arbeitet der Kostendruck im Sozial- und Gesundheitswesen in Europa dem bioethischen Nützlichkeitsdenken und dem ökonomischen Rationalismus in die Hände.

Demnach soll jeder Mensch nach seiner Nützlichkeit als Ressource für andere Menschen verfügbar gemacht werden (z.B. sog. Biomedizin-Konvention)

Beziehungsethik

- Jedes Leben ist sinnvoll und wertvoll
- Autonomie setzt Heteronomie und Abhängigkeit von anderen voraus - eine absolute Autonomie ist unmenschlich.
- Es gibt kein menschenunwürdiges Leben, sondern nur menschen *un*würdige Lebensbedingungen.
- Krank, behindert, schwach, alt bedeutet je eine chronische *menschenmögliche* Seinsweise.
- Schwache und Kranke sind eine besondere Herausforderung für die Gesellschaft.
- Von den Erfahrungen anderer lernen.

Umgangsformen

- Retten, schützen, helfen
- Annehmen, unterstützen, fördern
- Behandeln, rehabilitieren
- Nicht ausnutzen
- Nicht schädigen
- In der individuellen Seinweise anerkennen, wertschätzen, würdigen – solidarisch sein

Dörner 2003

- Die Kranken und Schwachen zu schützen ist die Würde der Gesunden

2. Medizinethische Prinzipien

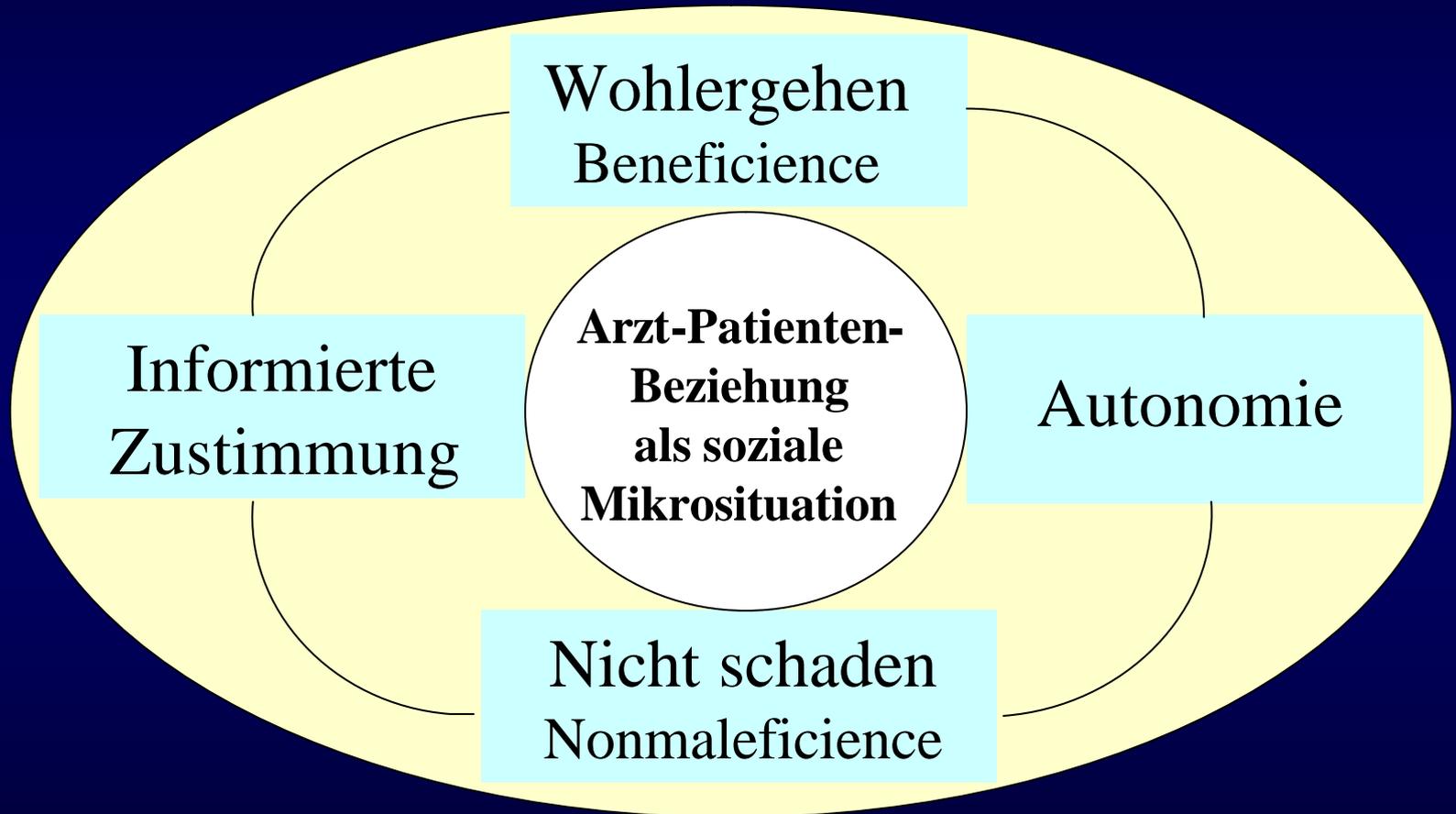
Nürnberger Ärztekodex (1947)

- Individuelle Bindung der Medizin
- Behandlungsversuche nur mit Einwilligung des Patienten (informed consent)
- Forschung nur, wenn *eigennützlich*

Viktor v. Weizsäcker (1953):

- Medizin ist eine Weise wie Menschen miteinander umgehen, einander behandeln ...

Humanmedizin-ethische Prinzipien



(modifiziert nach Beauchamp & Childress 1994; Vollmann 2000)

Medizin – Ethik - Gewissen

Gewissen

Lat. *Conscientia*; engl. *Consciousness*

= ein Mit-Wissen bzw. Be-Wusstsein vom guten Handeln, welches Bedeutung für andere hat.

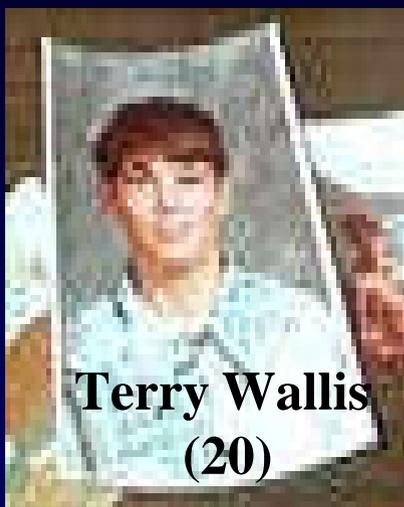
3. Beziehungsmedizinisches Wissen

Koma-Erfahrene (Subjekt) als Quelle von Erkenntnis?



ABC-Code nach 3,5 Jahre im apallischen Syndrom

Copy „entdeckt“
Oldenburg



Terry Wallis
(20)



Tetraplegie mit
Beugespastik

1984: Schweres
SHT mit Dauerkoma



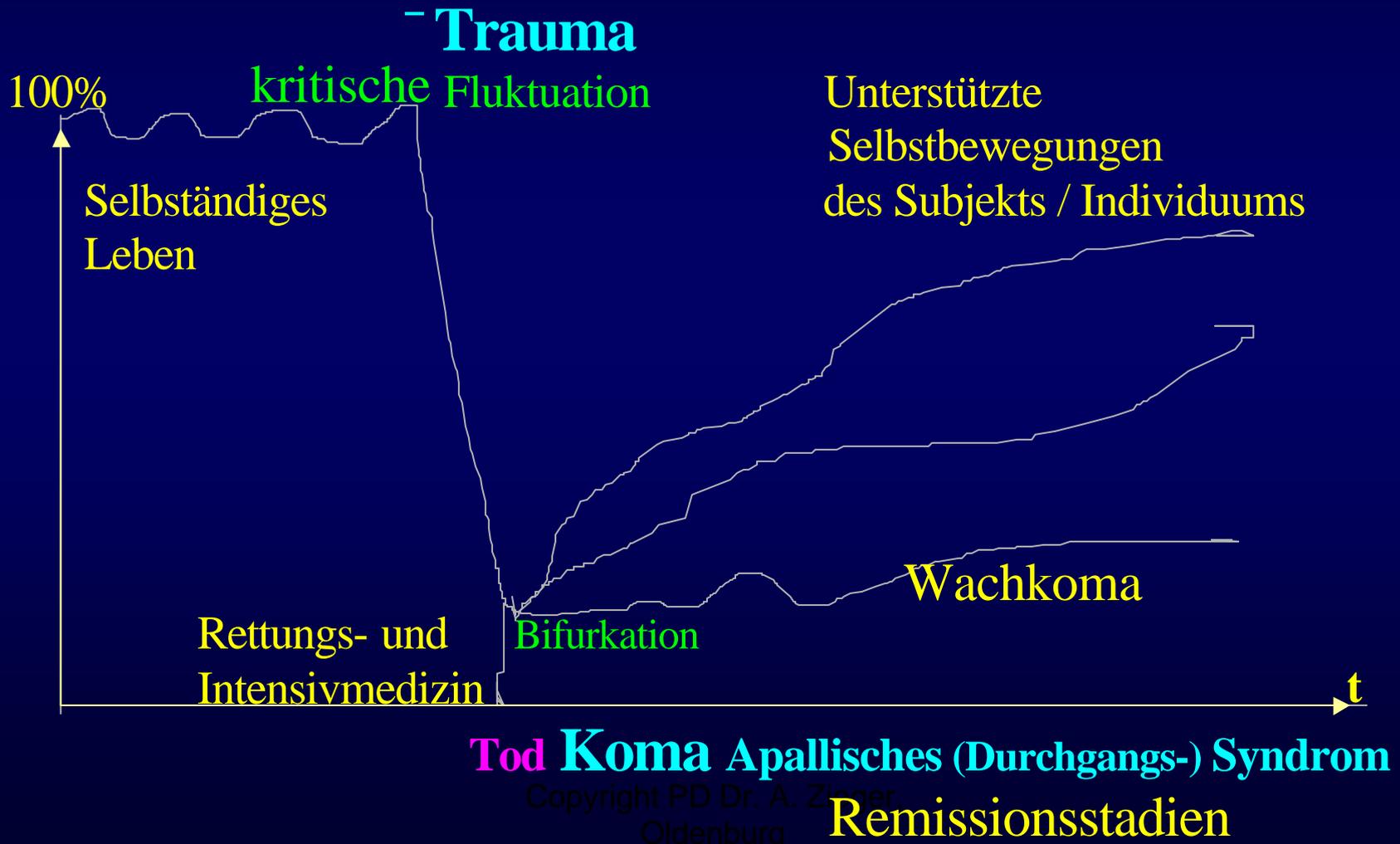
2003: Plötzlich im Pflegeheim erwacht. Redet wieder:
„Mom“, „Pepsi“, „Milk“. Wer ist Präsident? „Reagan!“



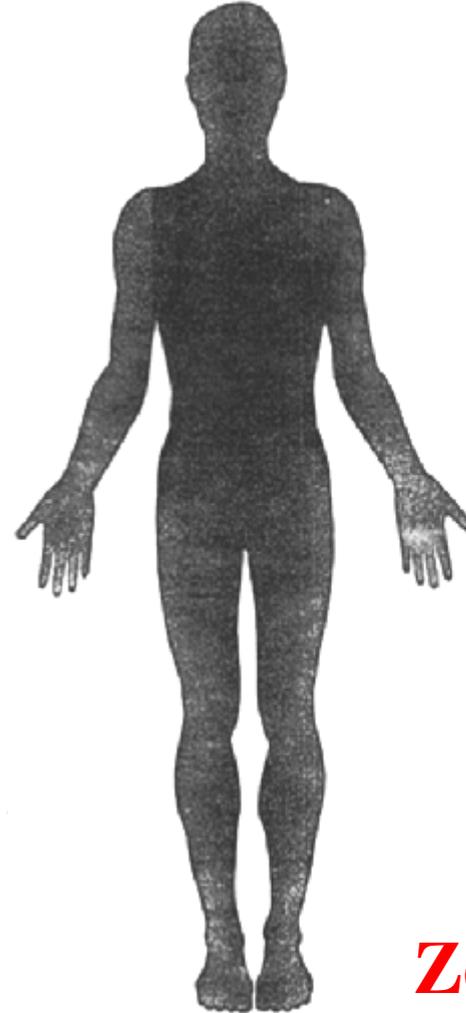
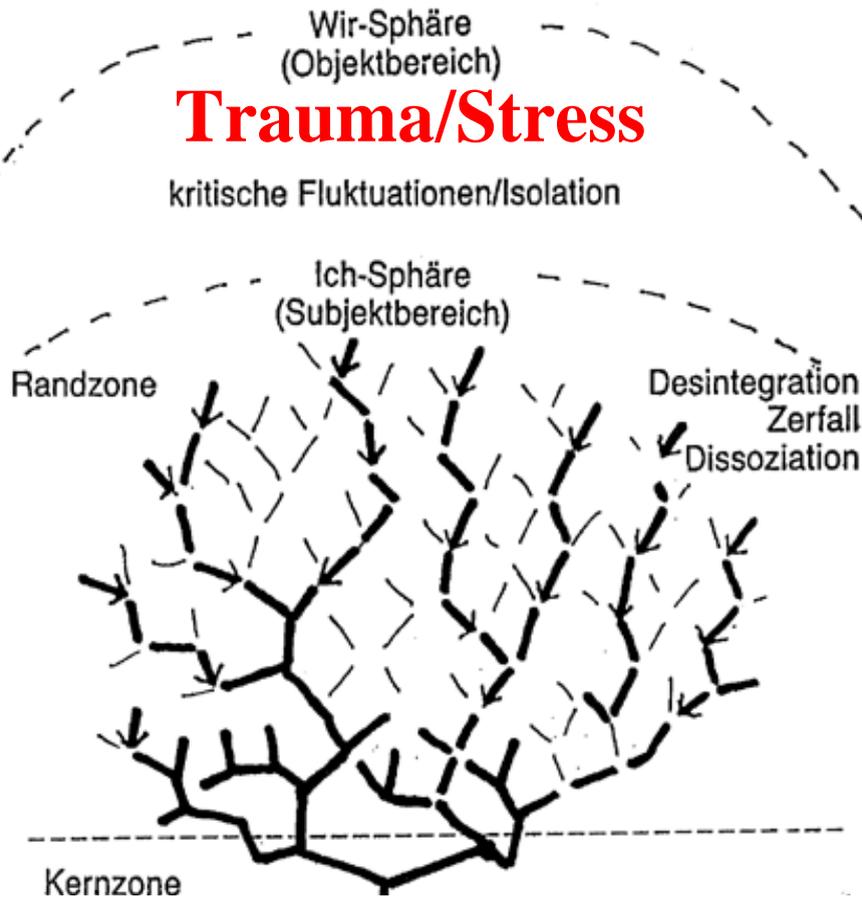
Rückblende

- Beginn der „Frühreha-Bewegung“ Ende der 80er/Anfang der 90er Jahre: Bundesverband
- Ausbau der Frührehabilitation
- Hinwendung der klinischen Neuropsychologie zum Komaprobblem
- Erforschung von Therapieansätzen zur „Komastimulation“ und Evaluation
- Ausbau von Schwerstpflege Phase F
- Soziale Wertschätzung und Integration?

Vom Trauma gezeichnete Lebenslinie und Koma-Remissionsprozess



Koma als Schutzreaktion

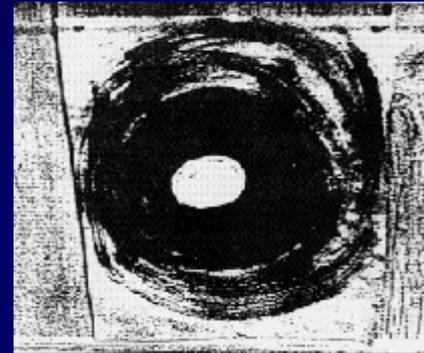


Autonomes Körperselbst

**„Schock“
Zentralisierung**

Inneres Wahrnehmen und Erleben im Koma / Wachkoma

- „Ozeanisches Erleben“
- Innere Bilder, Träume, Alpträume
- Nahtoderleben: Tunnelphänomene
Out of body- Erfahrungen (OBE),
Lichterwelten
- Bizarres Körperselbsterleben,
Selbstentgrenzung
Ver-rückte Körpereigenproportionen



Hannich & Dierkes 1996; Lawrence 1995, 1997; Zieger 1998, 2004

Coma imagery

Bizarre Körpersebstvorstellung



Johnson 1980, S. 363

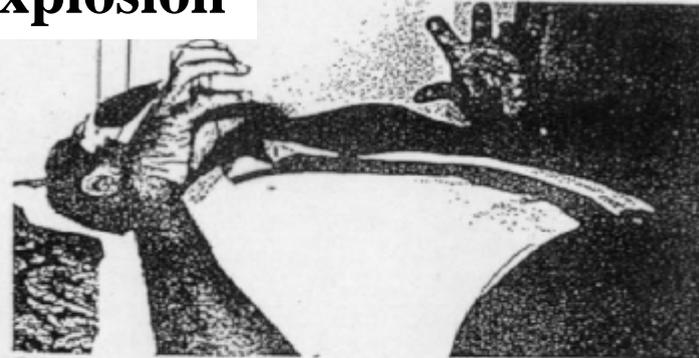
Copyright © Dr. A. Ziegen,
Oldenburg

Traumatische Körperpositionen

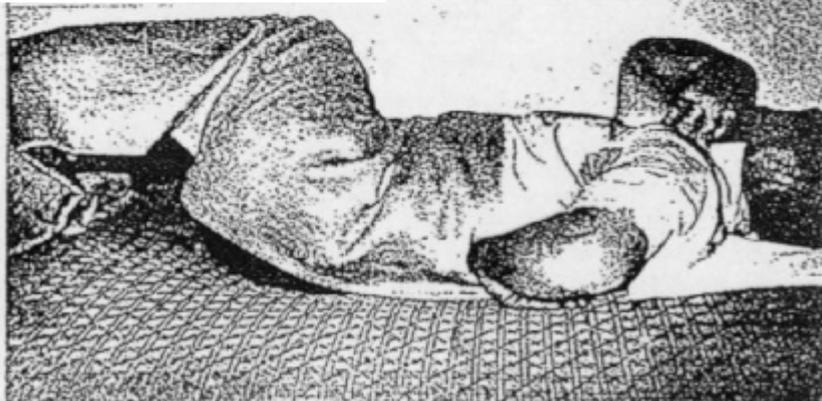
Beating



Explosion



Concussion



Convulsion



Der Körper des Wachkoma-Patienten



- Traumatisiert an Leib und Seele
- Hochgradige Dissoziation der leib-seelisch-geistigen Integration/Identität der Persönlichkeit
- Extreme Seinsweise, nicht sterbend oder hirntot
- Die Körperhaltung (Körpersemantik) symbolisiert das Trauma
- Phänomen „spätes Erwachen“: Komaerfahrung als Quelle von Erkenntnis (semiologische Evidenz)

Neuropsychotraumatologische Modellierung von Koma / Wachkoma

„Trauma“

traumatisierendes Ereignis

<p>Physikalischer Impact</p> <p>↓ (Kaskade)</p> <p>z.B. Kompression/Ödem (Mittelhirn, Hirnstamm)</p>	<p>↓↓</p> <p>Zurücknahme der Lebensfähigkeit auf das autonome Körper selbst (Selbstabschliessung vom DU)</p>	<p>Psychischer Affekt</p> <p>↓</p> <p>z.B. Schmerz, Bedrohung (Amygdala, Cingulum)</p>
<p>„keine Reaktion“ bewusstlos</p> <p>↓</p>	<p>„Koma“</p> <p>↓</p> <p>teilweise Remission (schwere leib-seelisch-geistige Dissoziation)</p>	<p>„Schock“ Zentralisation</p> <p>↓</p>
<p>↓</p>	<p>↓</p>	<p>↓</p>

„Wachkoma“

als Basis für Erholung/Remission/Reorganisation/Reintegration

Spezifische Therapieansätze

„Komastimulation“

im engeren Sinne

- Pharmakologisch
- Elektrisch
- Multisensorisch, Umgebung
- Kognitiv



im erweiterten Sinne

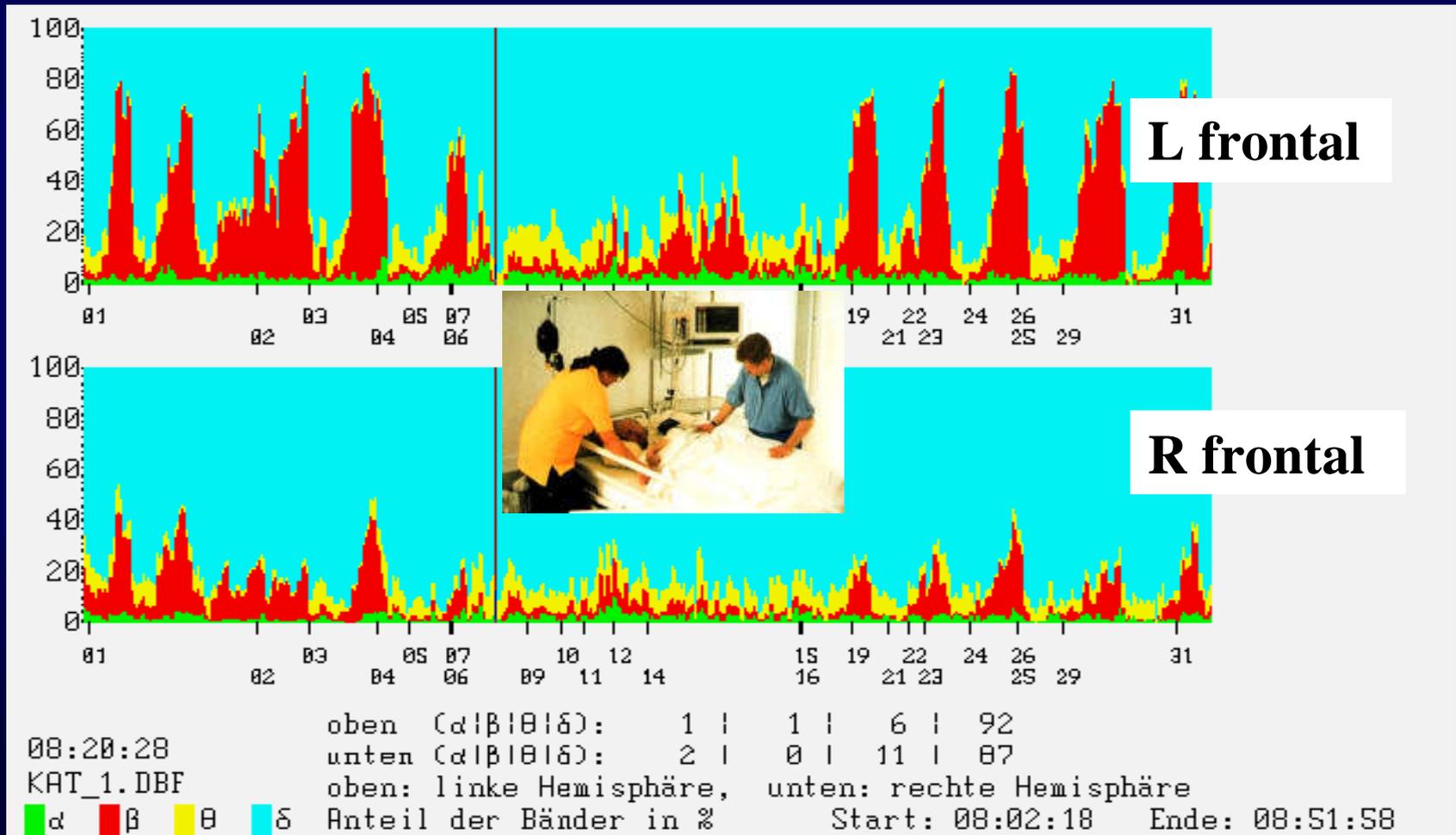
- Körpernaher Dialogaufbau unter Einbeziehung naher Angehöriger (Zieger 1993)
- Musiktherapie
- Neuropsychotrauma-Therapie (Kinder)



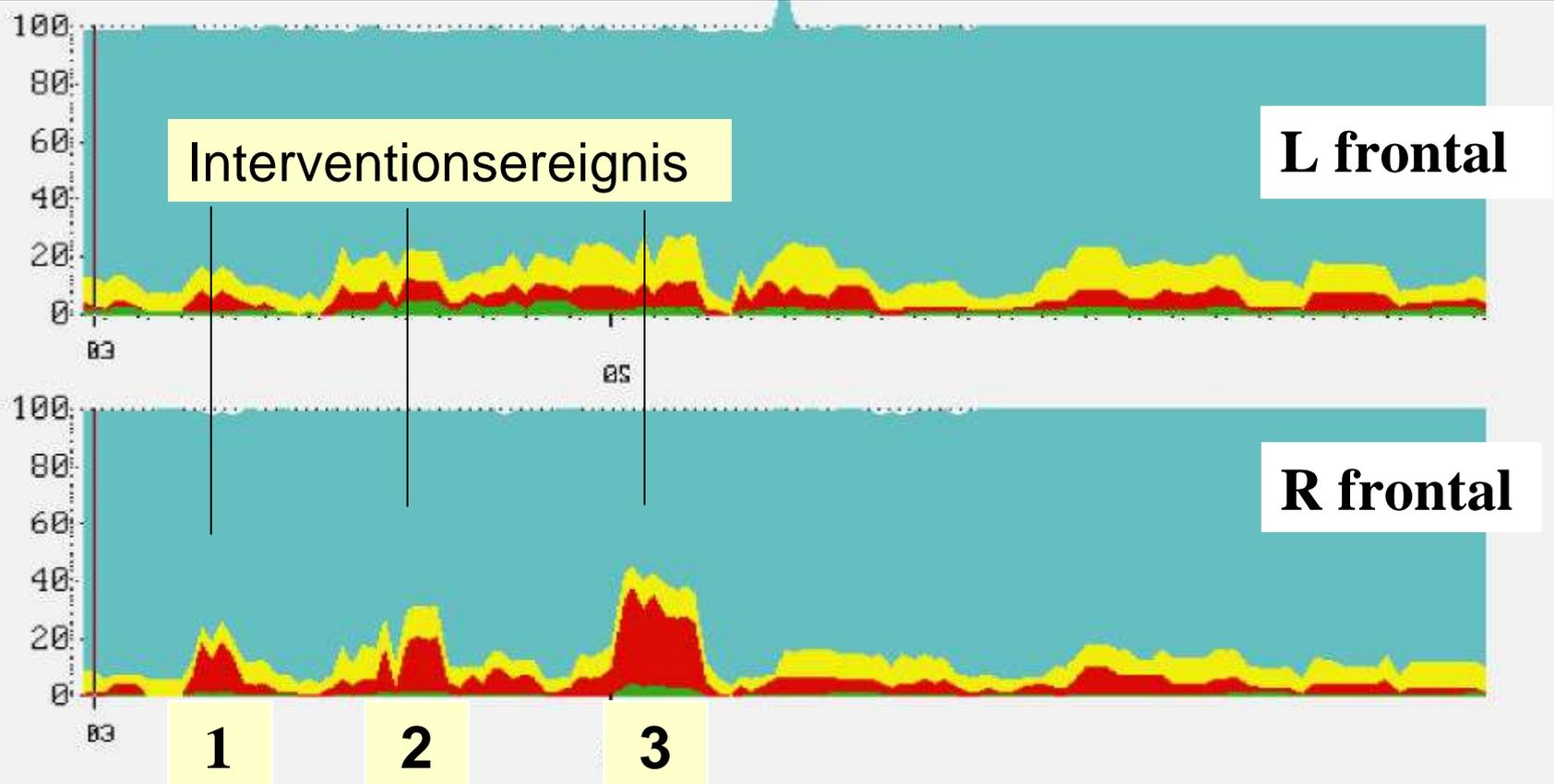
Sensorische Umgebungsregulation unter Einbeziehung von Angehörigen



Angehörigen-induzierte „Beruhigung“ unter sensorischer Regulation im EEG-Power-Spektrum

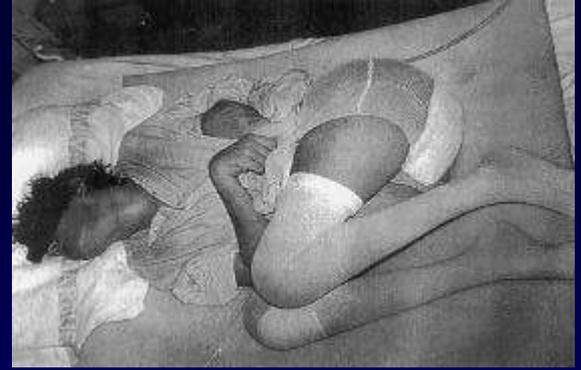


Reagibilität im EEG-Powerspektrum mit ereigniskorrelierter β -Aktivierung unter therapeutischer Intervention



15:49:14
 KAT_S.DBF
 oben ($\alpha|\beta|\theta|\delta$): 2 | 1 | 10 | 86
 unten ($\alpha|\beta|\theta|\delta$): 0 | 2 | 7 | 90
 oben: linke Hemisphäre, unten: rechte Hemisphäre
 Anteil der Bänder in % Start: 15:49:10 Ende: 15:56:16

Entschlüsselung der Körpersemantik



Pathosymptomatik

- Spontanatmung
Schwitzen
- Geöffnete Augen
leerer Blick
kein Fixieren
- Beugespastik mit Faustschluß, „Fetalhaltung“
- Primitive Reflexe und Schablonen

als Indiz für

- Austausch mit der Welt
Lebensgrundrhythmus
- Erwacht
Innenschau
verlorenes Objekt
- Selbstschutz,- kontakt
unkommunikativ
- Erbkoordinationen
Selbstaktualisierung

„Lesen im Buch des Körpers“

Aufbau von Ja/Nein-Codes

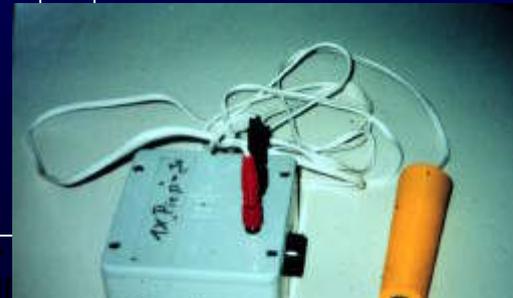
„minimally responsive/conscious state“

Basale Codes

- Seufzen
- Augen schliessen, Blinzeln
- Kopf nicken
- Daumen drücken
- Hand drücken, heben
- Bein anbeugen
- Buzzer drücken

Elaborierte Codes

- ABC
vorsprechen
- ABC zeigen
- ABC kopfnicken
- Mimik, Gesten
- Gebärden



Wirksamkeit von „Komastimulation“

(mod. nach Giacino 1996, Zieger 2003)

Autoren	n (N)	ECo*	Evidenzgrad**
MacKay et al. 1992	38		
Johnson et al. 1993	14		
Wilson et al. 1996	24		
Hildebrandt/Zieger 2000	42 (118)	I	Ib-IIa
Mitchell et al. 1990	24		
Pierce et al. 1990	30		
Doman et al. 1993	200		
Wood et al. 1993	15 (269)	II	I Ib
Rader et al. 1989	19		
Hall et al. 1992	6		
Talbot et al. 1994 uva.	7 (146)	III	III-IV

*Woolf 1992: ECo I=Goldstandard, II=Leitlinie, III=Option; **AWMF 2002

Eigene Outcome-Studie

Station für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte, Ev. Krankenhaus Oldenburg

Prospektive Studie 1997-2004

Einschlusskriterien:

- Schweres SHT (CT, MRT, EEG)
- Komadauer min 21 Tage („Wachkoma“)
- GCS_A max 8/15 Punkte
- KRS_A max 12/23 Punkte
- GOS 2 Punkte („apallisch“, „wachkomatös“)

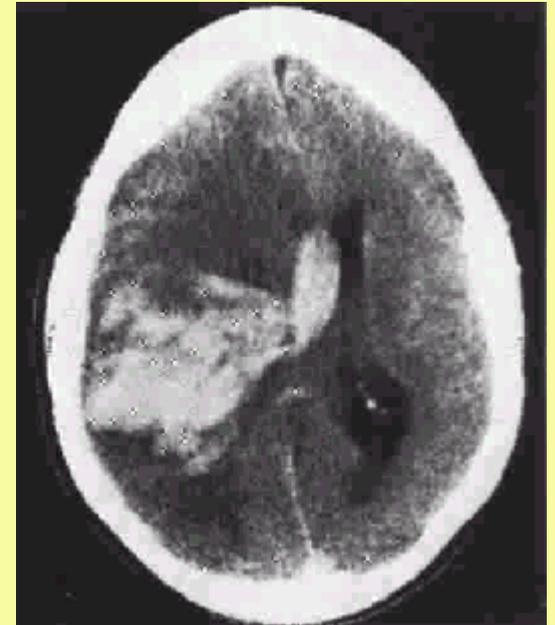
Patienten-Parameter

Alter durchschnittl 39,5 Jahre (17 - 71)

Geschlecht w = 33 m = 20

Ätiologie

- SHT/Polytrauma n = 22
- Hypoxie n = 15
- ICB/Insult n = 13
- SAB/OP n = 2
- Enzephalitis n = 1

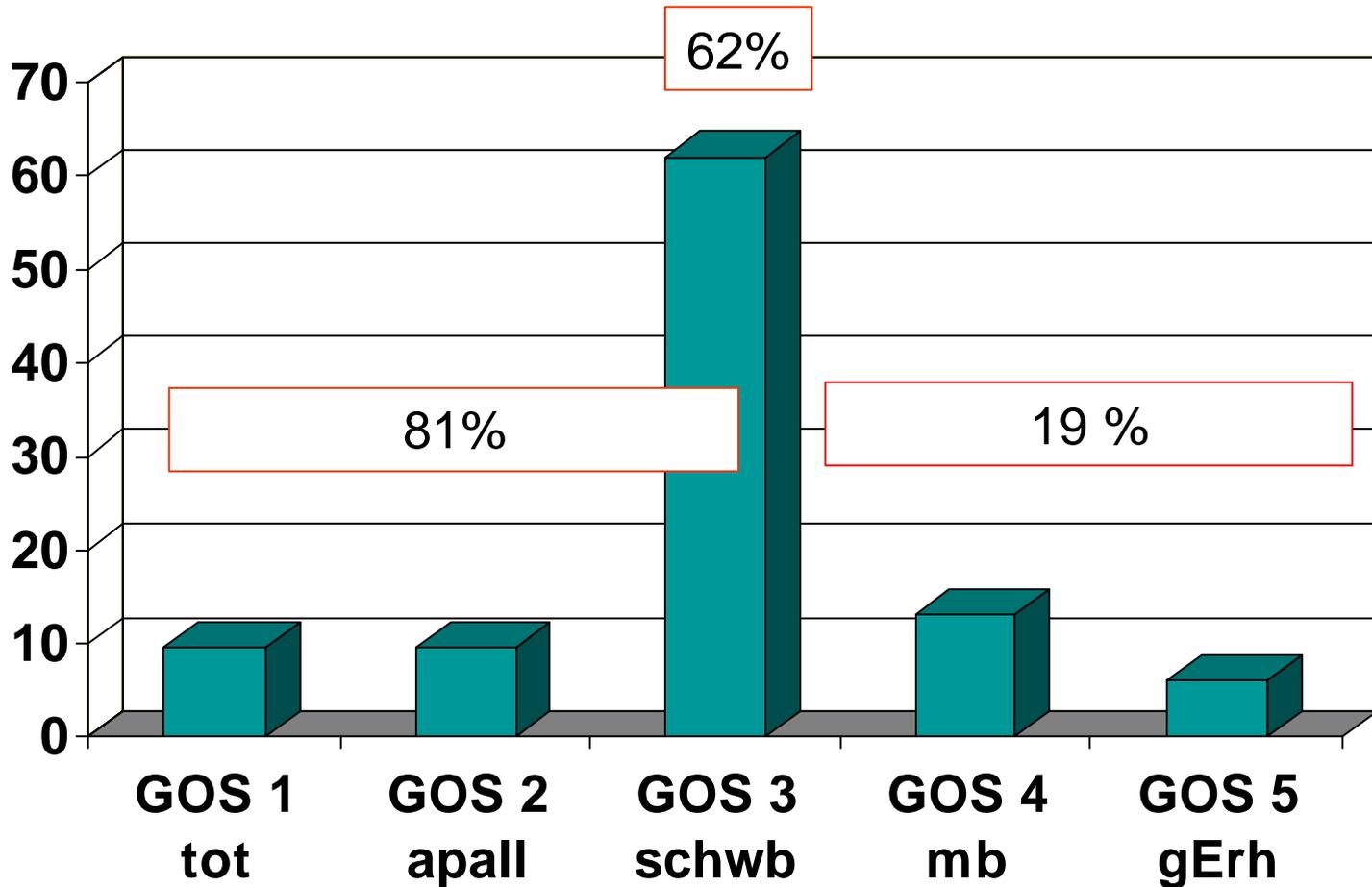


Verweildauer Intensiv 49,2 d (11 - 190)

Frühreha 163,6 d (39 - 354)

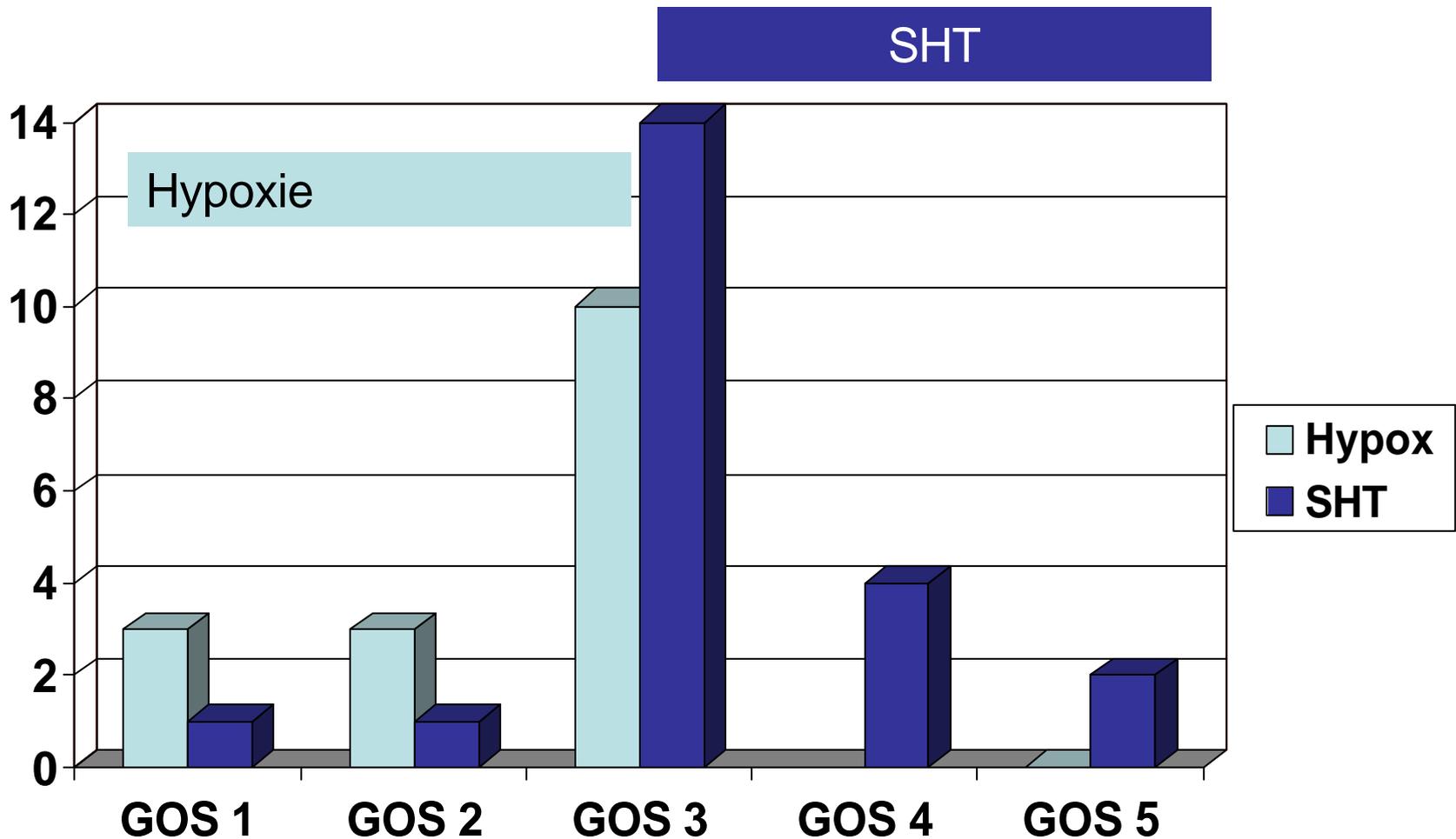
Ergebnisse - Outcome GOS

%

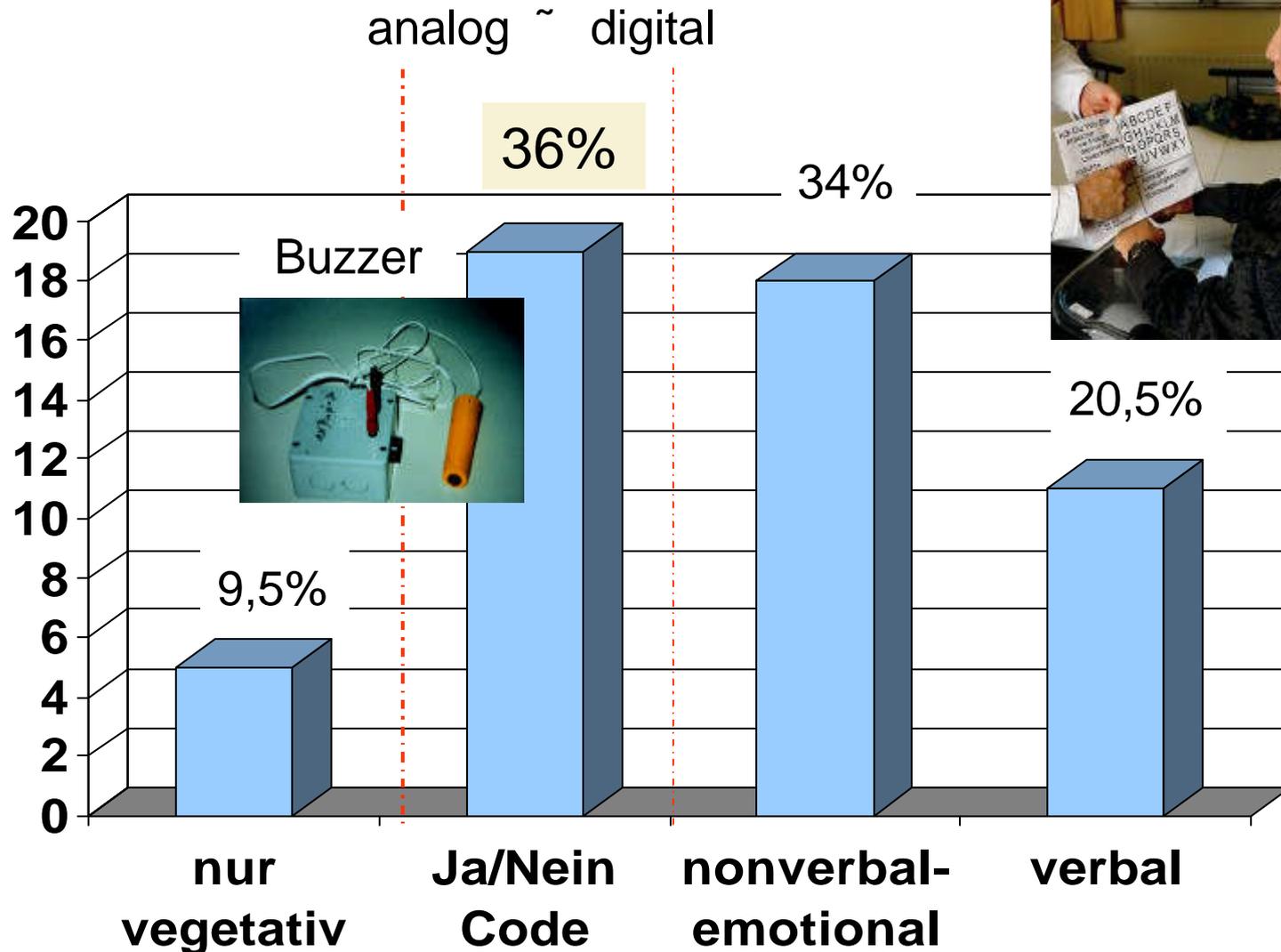


Ergebnisse - Hypoxie/SHT

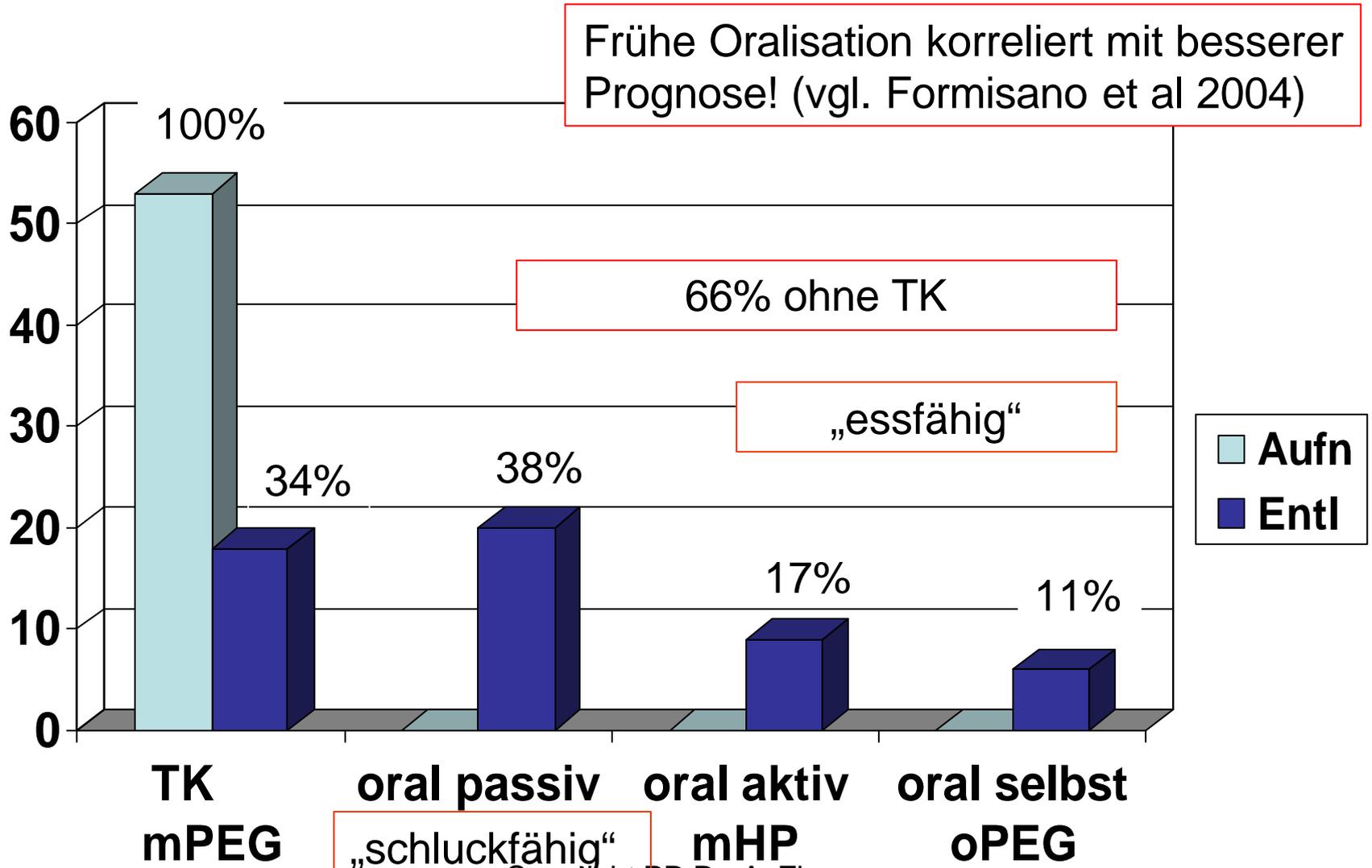
N = 37 70%



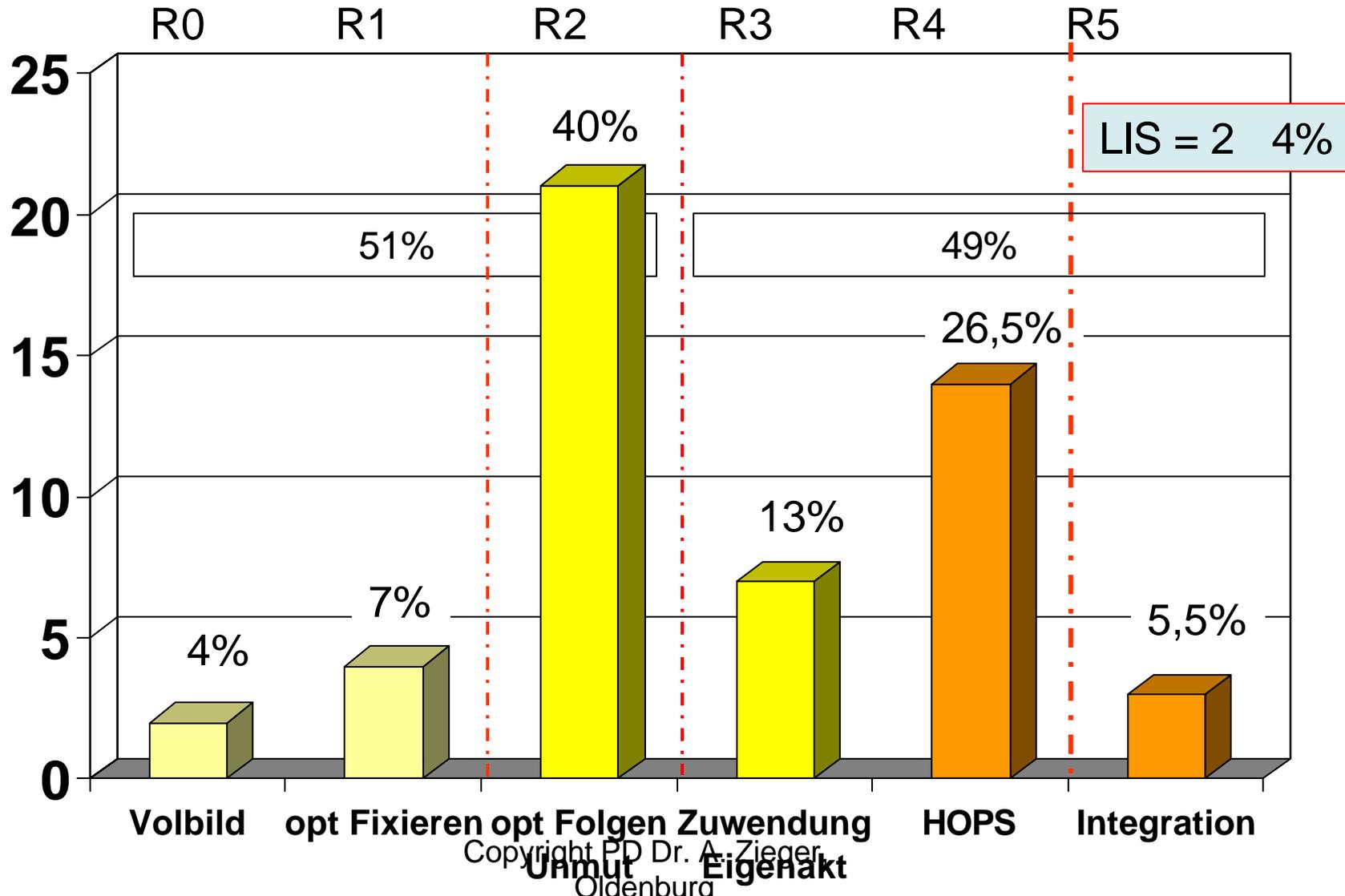
Kommunikationsstatus



Status orale Ernährung

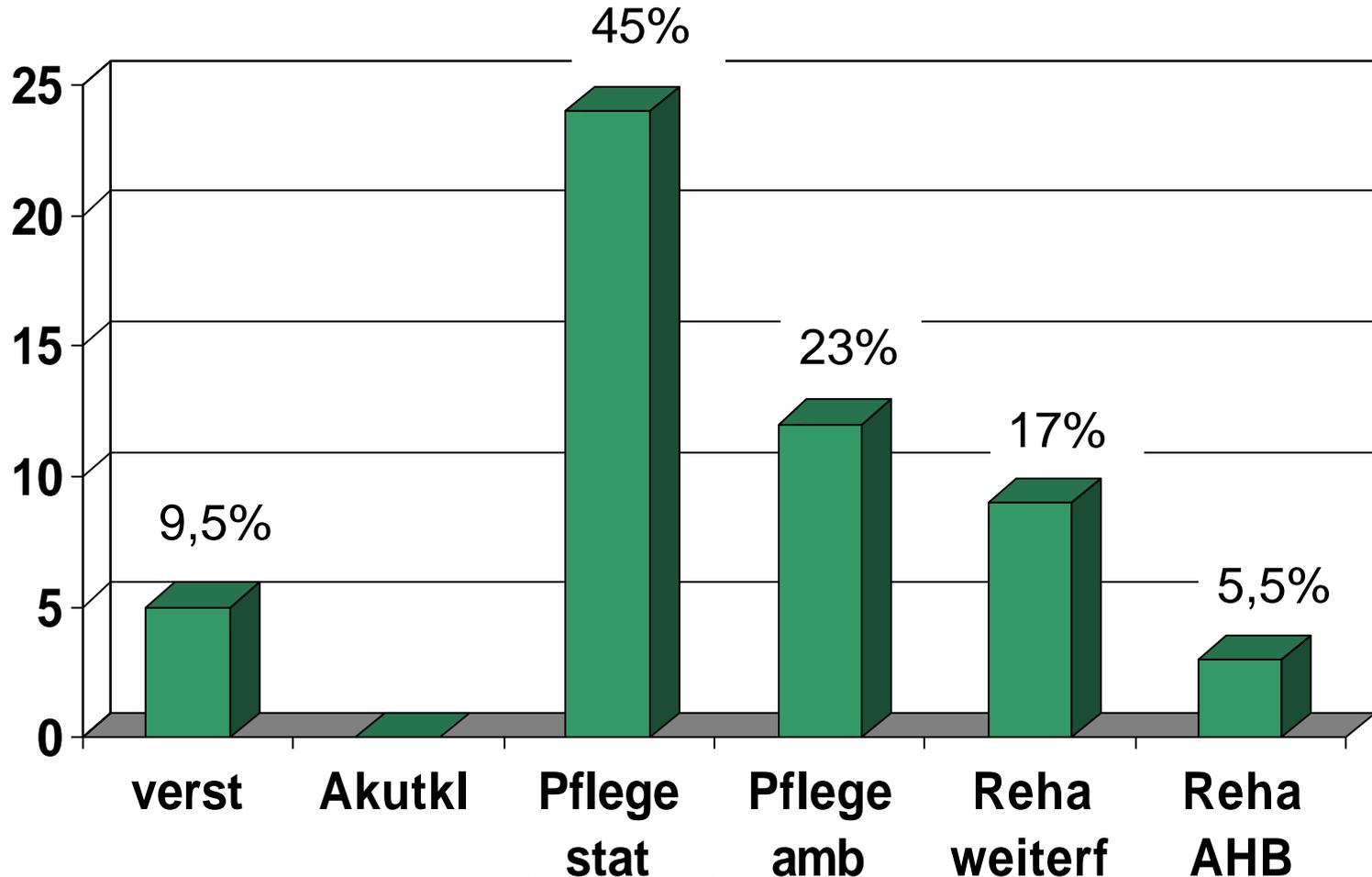


Remissionsstatus (nach Gerstenbrand 1967: 55)



Entlassungsstatus

soziale Perspektive?



„Wachkoma“ als menschliche Seinsweise – auch sozial?

- verstorben 10%
- im Dauerkoma lebend 10%
- **Grauzone** „Living with liminality“ 10%
- bedürfnisnah kognitiv präsent und/oder verbal kommunikabel 70%
- körperlich pflegeabhängig 75%
- **soziale Integration** ???

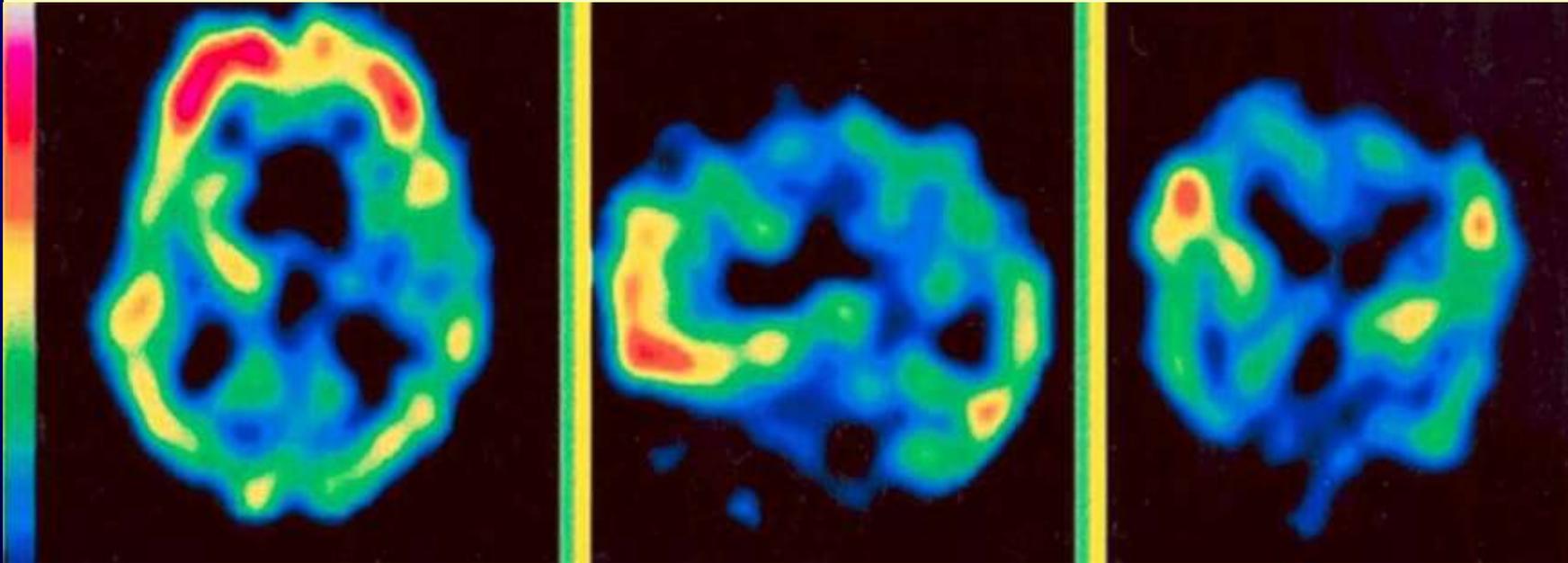
..... körperlich geistige Dissoziation

Copyright PD Dr. A. Zieger,

Oldenburg

Neue Bildgebung

Kortikale Residualaktivität (SPECT)
im „Wachkoma“ (wie bei „Traumbewusstsein“)

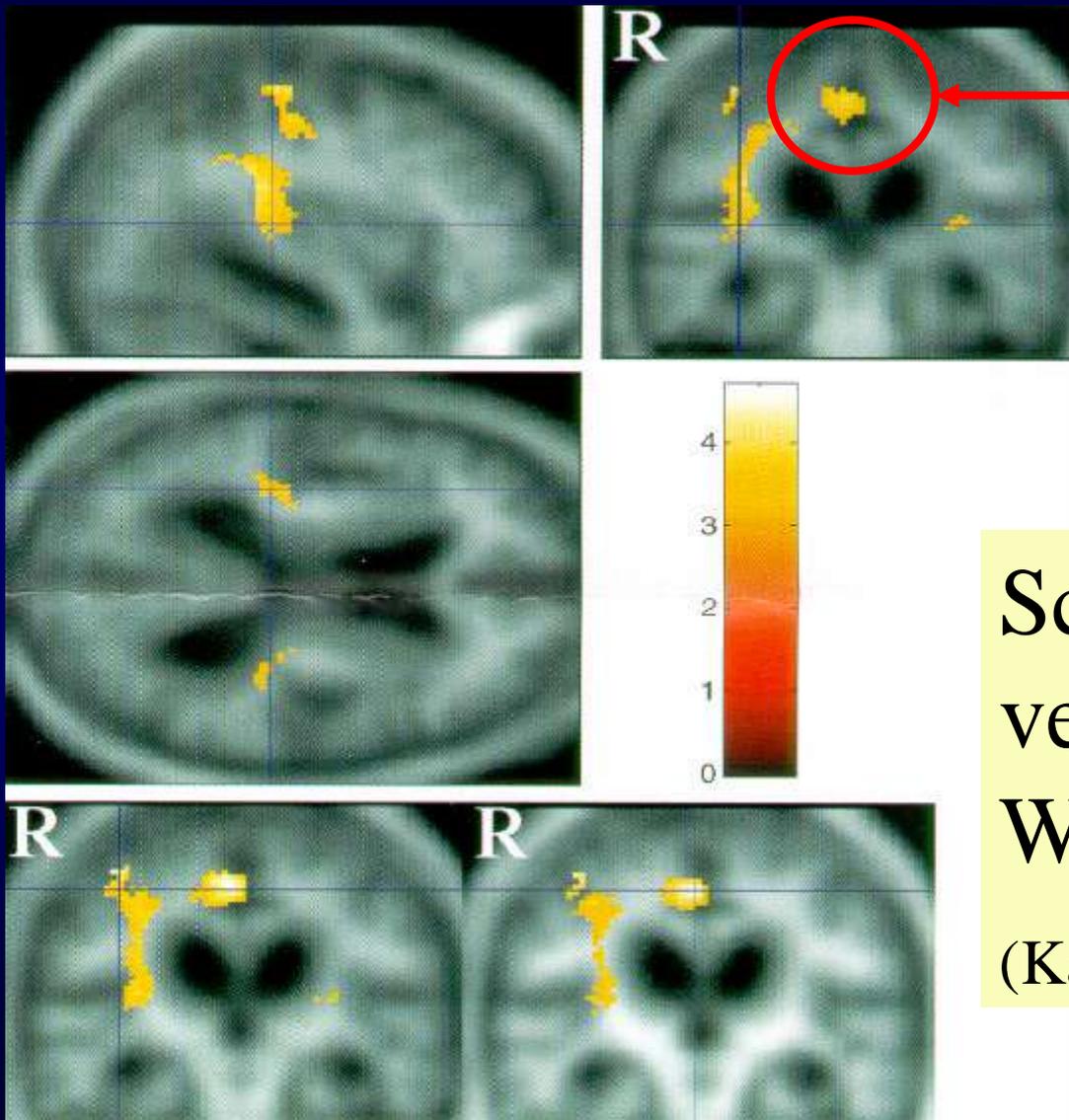


NRZ Greifswald 1999

Kortikale Verarbeitung im „Wachkoma“

Levy et al. 1987	Cerebral metabolism	CBF
de Jong et al 1987	Affective speech	CBF
Tommasino et al. 1995	Regional cerebral metabolism	CBF
Menon et al 1998	Facial expression	MEG
Plum et al. 1998	Coordinated expression	PET
Schiff et al 1999	Words without minds	PET fMRT MEG
Laureys et al 2000	Auditory processing	PET
Laureys et al 2001	Cortical connectivity	PET
Schiff et al 2002	Residual cerebral activity	PET fMRT MEG
Laureys et al 2002	Noxious stimuli processing	PET
Els et al 2002	Nociceptive stimulation	PET
Owen et al 2002/03	Cortical activation	PET
Kassubek et al 2003	Cortical pain network activation	PET

Schmerzempfinden im Wachkoma?



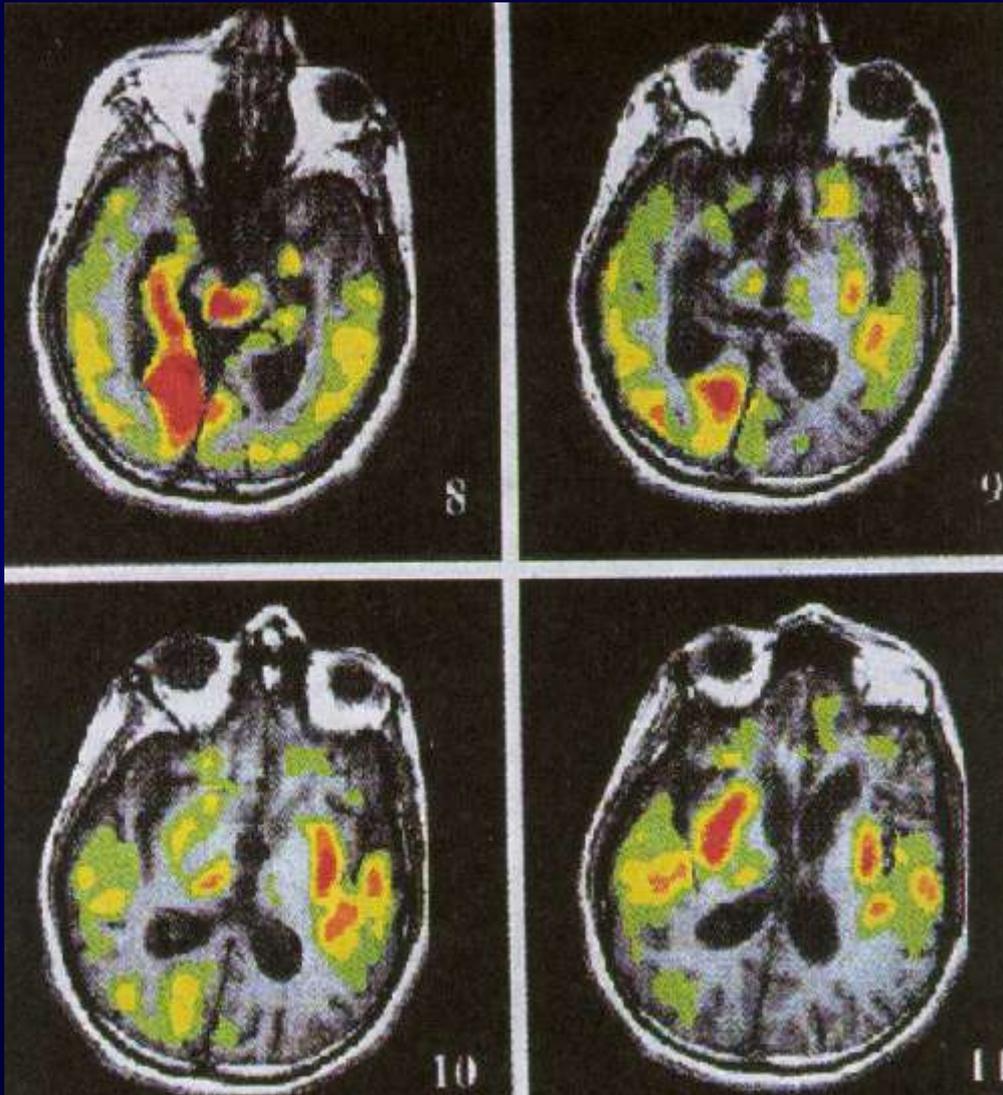
anteriores
Cingulum

„Knotenpunkt“
für Schmerz-
empfindung!

Schmerz-
verarbeitung im
Wachkoma!

(Kassubek et al 2003)

Neue Therapieansätze?



Umzentrierung
der Therapie:

Von der Förderung
des „Arousal“ zu
sensorischer
Integration und
Handlungsanbahnung
= neue
Verbindungen?

(Hildebrandt & Zieger 2002)

(Schiff et al. 2002)

Copyright PD Dr. A. Zieger,
Oldenburg

4. Ethische Brennpunkte

- Notfall- und Rettungsmedizin
- Therapieabbruch, Sondenernährung
- Sterbehilfe, Patientenverfügungen
Betreuungsgesetz
- Fremdnützige Forschung

Notfall- und Rettungsmedizin

- Weil jeder Unfall oder Herzstillstand innerhalb von 7-10-15 Minuten von einem Rettungs- oder Notarztwagen erreicht werden kann, überleben immer mehr Menschen (biotechnischer Fortschritt).
- Die Überlebenden müssen nicht nur medizinisch ausreichend versorgt, sondern auch sozial geborgen werden (adäquate Pflege, Familie, Angehörige).
- Die „billigste Lösung“ wäre es, den NAW später losfahren zu lassen.

Therapieabbruch, Sondenernährung

- Therapie = Dienen
- Berücksichtigung des Patientenwillens
- Nicht Therapie“abbruch“, sondern Änderung des Therapieziel
- Die Beschickung einer Sonde ist mitmenschliches (pflegerisches) Gebot
- Invasiv ist die PEG-Einlage
- Sondenernährung darf nicht aus dem Katalog gestrichen und zu Lasten der Betroffenen gehen.

„Sterbehilfe“

- Hilfe *beim* Sterben = Sterbebegleitung
- Nahrung und Flüssigkeit = menschliches Grundbedürfnis (Fürsorgegebot)
- Das *Einlegen* der Magensonde oder PEG, nicht deren Beschickung mit Nahrung und Flüssigkeit, ist *invasiv*
- Entfernung der MS /PEG *zu Sterbezwecken* ist aktive „Euthanasie“
- Wer über „Sterbehilfe“ redet, muss für ein besseres Leben (im Sterben) eintreten!

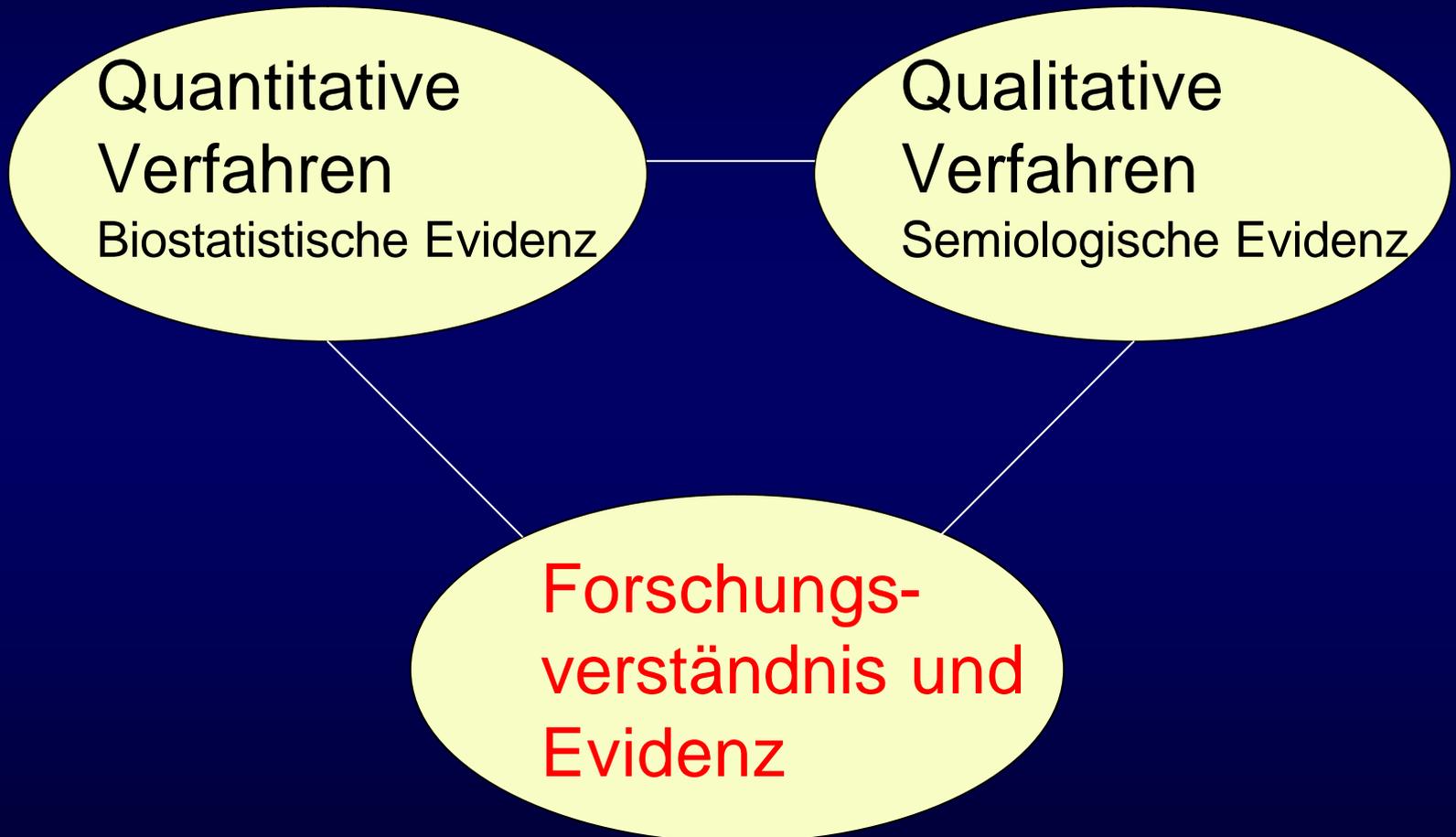
„Patientenverfügungen“

- *Formularblattmechanisches* Mittel zur *rationalen* Willenserklärung für eine in gesunden Tagen *abstrakt* vorherbestimmte Lebenssituation, die *konkret* mit Sicherheit so nicht eintreten wird.
- Autonomie ist *ohne Heteronomie* nicht denkbar!
- Fürsorge ist *nicht* gleich Heteronomie!
- Gefahr: Überforderung, Selbstschädigung, Missbrauch!
- Türöffner für aktive „Euthanasie“?

Fremdnützige Forschung

- Helsinki-Deklaration von 1975/1985
- Weltärztebund
- Europäische Gesetzgebung
- Novellierung des bundesdeutschen Arzneimittelgesetzes (§ 40 AMG)
- Fremdnützige vs. gruppen- vs. eigennützige Forschung
- Bei „Nichteinwilligungsfähigen“ Freigabe zu Forschungszwecken nur bei Eigennutz!
- Prinzipien der „good clinical practice“

Integriertes Forschungsverständnis



5. Perspektiven

Leitsatz

- Trotz schlechter medizinischer Prognose (keine Heilung) die Entwicklung einer zufrieden stellenden sozialen Perspektive (trotz Schwerstbehinderung und lebenslanger Pflegebedürftigkeit) ermöglichen.

Ziele von „Gut-Menschsein“

Sicherung sozialer Lebensverhältnisse:

- Hoffnung auf ein gutes, gemeinsames Leben statt Mißachtung oder „Euthanasie“

Gemeinsame soziale Perspektive:

- Kleines soziales Netzwerk, Integration und Partizipation
- Familienentlastende Dienste
- Nachbarschaftshilfe, Solidargemeinschaft

EU-Verkehrsofferstudie 1993/1995

Befragung von **1653** Familien mit schwerstbeeinträchtigten Verkehrsunfallopfern 1 Jahr nach dem Ereignis:

- Finanziell ruiniert
- Emotional erschöpft
- Sozial isoliert

90%

Leben „auf der Schwelle“

(Mwaria 1990)

- Schwebезustand, Ambivalenzen, Zweifel
- Scham- und Schuldgefühle
- Negative Übertragungsgefühle:
Hilflosigkeit, Ohnmacht, Apathie,
„unerträglich“, „grauenvoll“
- Falsches Mitleid, Erlösungs- und
Gnadentod-Phantasien
- Unfreiwillige „Euthanasie“-Handlungen

Emlichheim-Studie 1999 [n = 18]

(Binder et al 1999)

Auch in der **Langzeitversorgung** und **Nachsorge** lassen sich bei schwerstpflegebedürftigen Patienten im „Wachkoma“ und früher Remission (Phase F) nach 6 Wo Therapie **signifikante Behandlungseffekte** im motorischen und kognitiven Bereich nachweisen, nicht nur zur Zustandserhaltung.

Therapieangebote, dauerhaft oder im Intervall, sind daher bei diesen Patienten notwendig und sinnvoll!

Wachkoma-Studie NRW 1999/2000

(Bienstein & Hannich 2000)

Bereits geringe Beratung, Information und Hinweise zur **Lebensweltgestaltung** in Pflegeeinrichtungen Und im häuslich-ambulanten Bereich führen zu **m e s s b a r e n Verbesserung** im Pflegestatus, der Zufriedenheit der Bewohner sowie in der Entlastung von Angehörigen und Betreuern. Durch **soziale Assistenz** lassen sich viele sonst nicht mögliche Bedürfnisse wieder befriedigen.

Ethischer Imperativ

„Beginne in deinem Verantwortungsbereich mit dem Einsatz deiner immer zu knappen Ressourcen an Kraft, Zeit, Manpower, Aufmerksamkeit und Liebe stets beim jeweils Schwächsten, bei dem es sich am wenigsten lohnt.“

(zit. nach Dörner 1998, S. 428)

Fazit

Wie mit MitbürgerInnen im Wachkoma umgegangen wird, ist ein Gradmesser der Humanität unserer Gesellschaft!

Jede Gesellschaft hat die Medizin und Politik, die sie verdient!

Biopolitik vs. Beziehungspolitik?