

# Selbstbestimmung:

am Anfang und Ende des Lebens ein fragiles Gut ...  
und deswegen relational(er) zu denken

Kerstin Schlögl-Flierl

Selbstbestimmung und Autonomie sind in aller Munde – und vor allem auch gefragt wie strapaziert für die Bereiche des Lebensendes (Selbstbestimmung bis zuletzt als Stichwort) und des Lebensanfangs (reproduktive Autonomie mitunter als Kampfbegriff). Um den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen in ihrem Streben nach Autonomie wie auch der ethischen Debatte Rechnung zu tragen, wurde erstmals im Oktober 2017 Patientenautonomie in das Genfer Gelöbnis (Bestandteil der ärztlichen Musterberufsordnung) für die Mediziner\*innen eingeführt. Dieser Paradigmenwechsel erscheint bedeutsam und bedarf zudem des vertieften Nachdenkens für Gebiete wie das Lebensende im eigenen Zuhause.

„Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren“, heißt es nunmehr im Genfer Gelöbnis, dem hohen normativen Stellenwert von Patientenautonomie Rechnung tragend. Dabei sei kurz der Unterschied zwischen Autonomie und Selbstbestimmung formuliert. Autonomie (von der Wortbedeutung her Selbstgesetzgebung) ist die menschliche Kapazität der Selbstbestimmung. Im alltäglichen Sprachgebrauch fallen sie oft in eins. Der Grad der je persönlichen Selbstbestimmung hängt von verschiedenen Parametern ab, wie äußerer Situation, innerer Verfasstheit und ebenso der je eigenen Lebensgeschichte.

Auch in der Pflegecharta wird das Thema Selbstbestimmung prominent besetzt: „Sie haben das Recht, selbst darüber zu bestimmen, ob und in welchem Ausmaß eine Behandlung oder lebensverlängernde Maßnahmen angesichts des nahenden Todes begonnen, fortgeführt oder unterlassen werden.“ Das Individuum in seiner Entscheidungskompetenz steht im Mittelpunkt. Die Autonomie kann – negativ gesehen – als Abwehrrecht angewendet werden (was nicht mehr gemacht werden soll) oder positiv als Freiheitsrecht (zu welchem Grad von Autonomie der vor mir Stehende oder Liegende befähigt werden soll und will). Aber als Ethikerin obliegt es mir kritisch anzufragen, wie weit denn die Orientierung am Prinzip der Autonomie in einer vulnerablen Situation, wie im eigenen Zuhause alt zu werden, trägt.

Zuerst sollen allgemeine ethische Überlegungen zu einer Autonomie, zumal einer in diesem Beitrag akzentuierten relationalen, angestellt werden, um dann noch näher die Umsetzung bzw. Verortung der Autonomie im eigenen Zuhause zu bedenken. Die eigenen vier Wände stellen hierbei den Inbegriff der Autonomie dar, in dem ich mir alles so einrichten kann, wie ich es gerne möchte und wo ich 100%-ig leben kann, wie ich es mir vorstelle. Selbstbestimmung bedeutet also hier nach meinen eigenen Maßstäben bestimmen zu können und zu dürfen. Aber in einer sehr späten Lebensphase ergibt sich immer mehr Angewiesenheit auf äußere und/oder andere Akteur\*innen, was die im eigenen Zuhause versprochene Autonomie fragil werden lässt.

Autonomie ist ein Containerbegriff und seit der Aufklärung ein erklärtes Ziel

menschlichen Strebens, in den vieles hineingepackt wird. Und so ist es erforderlich, den geforderten Respekt vor der Autonomie durchzubuchstabieren, denn der Respekt ist die an sich herausfordernde Leistung eines jeden, nicht nur der Ärzt\*innen wie auch Pflegenden, sondern aller in Kontakt stehenden Menschen und der Älterwerdenden selbst. So ist ganz generell der Autonomiebegriff vom Prinzip des Respekts vor der Autonomie zu unterscheiden.

Eine erste Komponente kennzeichnet die Verpflichtung, durch Selbstbestimmung getragene Entscheidungen der Patient\*innen zu respektieren und die Umsetzung zu ermöglichen, sofern Dritte davon nicht geschädigt werden. Klingt in der Theorie sehr einfach, ist aber in der Praxis umso schwieriger. Deswegen muss eine zweite Komponente des Respekts vor der Autonomie gerade diejenige Verpflichtung anvisieren, zu selbstbestimmten Entscheidungen ebenso zu befähigen. Aus diesem Grund ist der sogenannte Informed consent, die Einwilligung nach Aufklärung, zur Vorbedingung eines jeden Handelns geworden. Auf den Informed consent angewendet, unterscheidet der Medizinethiker Giovanni Maio folglich zwischen Schwellenwert- (notwendigen Voraussetzungen), Informations- (vollständiger und angemessener Aufbereitung der Informationen) und Konsensbedingungen. Bei den Schwellenwertbedingungen geht es darum, diejenigen Bedingungen zu benennen, die gegeben sein müssen, dass eine Person eine autonome Entscheidung treffen kann. Das sind kognitive Fähigkeiten wie auch die Abwesenheit von Zwang und die Bereitschaft dazu, diese autonomen Entscheidungen treffen zu wollen. Die Informationsbedingungen einer autonomen Entscheidung müssen dahingehend berücksichtigt werden, dass mangelnde, fehlerhafte oder nicht verstandene Informationen in je unterschiedlicher Weise im Gespräch aufgefangen werden. Dabei darf nicht die Rolle von Emotionen unbeachtet gelassen werden, welche die Aufnahme von Informationen und Empfehlungen und so deren Einschätzung beeinträchtigen, wie Maio betont. Als letzter Schritt sind Konsensbedingungen vor Augen zu führen. Nur wenn sich die Patient\*innen für eine Option entscheiden und die Autorisierung der dafür notwendigen Personen erfolgt, darf es zu dessen Umsetzung kommen.

Aber heißt Selbstbestimmung, nach seinem eigenen Willen handeln zu wollen und zu können, egal um welchen Inhalt es geht? Ja, das ist eine mögliche Position. Diese Ansicht nennt man prozedural (der Weg des Verfahrens als ausschlaggebend). Eine Handlung wird bereits dann als selbstbestimmt bezeichnet, wenn der Wille zu wollen erkennbar ist. Eine andere Variante der Selbstbestimmung ist eher substantiell gefasst. Als selbstbestimmt gelten hierbei Personen, die nachvollziehbare Gründe für das Handeln ausweisen können. So gilt vornehmlich das Nachweisen intersubjektiv geteilter, gegebenenfalls vernünftiger Gründe als Kriterium für Selbstbestimmung, was in unserer pluralistischen Gesellschaft nicht einfacher wird. Eine sehr große Zentriertheit auf die Ratio ist dem inhärent und wird in manchen Konzeptionen auch durch eine emotionale Ebene flankiert.

Im Grunde muss in den meisten Bereichen von einem Autonomiebegriff ausgegangen werden, der eher prozedural denn substantiell gefüllt ist. Aber vor allem in Krankheit, in schwierigen wie emotional herausfordernden Situationen, in den Grenzbereichen der Existenz von Menschen und der personalen Identität ist das prozedurale Moment nicht ausreichend. Zwar gibt es keinen Konsens mehr darüber, was gutes Leben und was gutes Sterben ist und ausmacht, aber Selbstbestimmung um der Selbstbestimmung willen führt eher in Autarkie (in das völlige „Losgelöstsein“ als Monade) statt in gelingendes Leben.

So scheint meiner Meinung nach eine relational verstandene Autonomie der Weg der Wahl zu sein, um zwar die Autonomie weiterhin anzuvisieren, aber auch das „Eingebettetsein“ eines jeden damit zum Ausdruck zu bringen. Es sind auf der einen Seite förderliche und respektvolle Beziehungen mit anderen Menschen nötig, um eine Selbstbestimmungsfähigkeit überhaupt ausbilden zu können. Selbstvertrauen und Selbstrespekt als hier wiederum notwendige Voraussetzungen bleiben ebenso auf förderliche menschliche Beziehungen angewiesen. So würde ich als Conclusio formulieren wollen: Ein relationales Moment von Autonomie zu stärken, heißt darüber hinaus die Bedeutsamkeit von Identität und Selbstbild des Menschen durch die Beziehungen im besten Fall wechselseitiger Anerkennung zu sehen. Damit wird die starke und in den letzten Jahrzehnten

## Impressum

die hospiz zeitschrift palliative care, 21. Jahrgang 2019, ISSN 1617-3686, erscheint vierteljährlich. Namentlich gekennzeichnete Beiträge erscheinen unter Verantwortung der Verfasser und geben nicht automatisch die Meinung der Redaktion wieder.

### Herausgeber

Deutscher Hospiz- und Palliativverband e. V.  
Aachener Straße 5, 10713 Berlin  
Tel. 030/8200 75 80  
info@dhpv.de  
www.dhpv.de

### Verlag

der hospiz verlag Caro & Cie. oHG  
Kimmichswewerweg 56  
73730 Esslingen  
Tel. 0711/31087341  
www.hospiz-verlag.de  
info@hospiz-verlag.de

### Redaktion

der hospiz verlag

### Anzeigen

Merle Schurr  
merle.schurr@hospiz-verlag.de

### Schriftleitung

Julia von Hayek, Klaus Wegleitner  
hospiz praxis Ulrike Geiger

### Satz und Layout

der hospiz verlag Caro & Cie. oHG

### Druck

Offizin Scheufele Druck und Medien GmbH & Co. KG,  
Stuttgart

### Abonnementservice und Einzelbestellungen

Frau Rother, Brockhaus Commission  
Tel. 07154 / 13 27 37  
hospiz@hospiz-verlag.de

### Abonnementpreise und Bedingungen

Das Abonnement umfasst vier Ausgaben im Kalenderjahr und beträgt ab 2019 EUR 59,00 (zzgl. Versandkosten EUR 7,50 im Inland und EUR 16,00 im europ. Ausland). Der Preis für Einzelhefte beträgt EUR 16,00 (im Inland versandkostenfrei, im europ. Ausland zzgl. Versandkosten EUR 4,95). Das Abonnement wird mit der ersten Ausgabe im Jahr im Voraus berechnet und zur Zahlung fällig. Das Abonnement kann jederzeit begonnen werden. Kündigung des Abonnements erfolgt schriftlich bis zum 1. Oktober eines Jahres an den Verlag. Die Bezugsdauer verlängert sich automatisch jeweils um ein Jahr.

### Informationen für Autoren

www.hospiz-verlag.de

## Bildnachweis

Titel, Seite 3, 5, 52: ©unsplash.com

Seite 5: Klaus Wegleitner ©Christoph Franke

Seite 4, 6, 11, 16, 27 ©pixabay.de

Seite 24: ©pexels.de

Seite 26: Kerstin Schlögl-Flierl ©Regina Schwarz

Seite 43: ©Ulrike Geiger

Seite 44: ©Hospizhaus Tiro!

zunehmende individualethische Perspektive um eine deutliche sozialetische Komponente ergänzt bzw. bereichert.

Aber relationale Autonomie passt als Etikett auf sehr viele unterschiedliche Konzepte. Die geteilte basale Einsicht, dass Menschen soziale Wesen und in verschiedenster Weise in soziale Kontexte eingebunden sind, eint die Konzepte. Sie gehen von Befähigungspflichten (als assistierte Freiheit im Kontext u. a. des Lebensendes) bis zur Auflösung des Individuums hin auf Gemeinschaft. Mag man über die einzelnen Modelle streiten – wichtig ist die Grundannahme, dass zwischen relationaler Autonomie und Fürsorge kein prinzipieller Gegensatz auszuweisen ist, denn gerade im Modus der Fürsorge wird den Autonomiege- und -versuchen assistiert. In Interaktion wird für die von Autonomieverlust in unterschiedlichen Graden Betroffenen der größtmögliche Autonomiegrad zuerkannt und vollzogen. In Beziehung zu sein bedeutet vornehmlich, Fürsorge und Vulnerabilität gerade mit Autonomie zu denken und daran zu arbeiten. Wie spannungreich dies auch sein kann, hat der Deutsche Ethikrat 2018 in seiner Stellungnahme „Hilfe durch Zwang?“ als „wohltätigen“ Zwang in Worte gefasst.

Abschließend lässt sich formulieren: Den Grundsatz der Patientenautonomie zu stärken, neuerdings umgesetzt im Genfer Gelöbnis, darf nicht zur Folge haben, weniger Fürsorge an den Tag zu legen, sondern genau das Gegenteil, die Achtsamkeit zu erhöhen und damit zu erkennen, was Menschen als verletzbare Wesen umso mehr benötigen. Da ist das eigene Zuhause ein prädestinierter Ort, an dem die ersehnte Autonomie auch fragil werden kann.

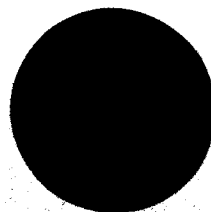
## Literatur

Deutscher Ethikrat, Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme, Berlin 2018.

Giovanni Maio, Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Stuttgart 2017.

Johann S. Ach/Bettina Schöne-Seifert, „Relationale Autonomie“. Eine kritische Analyse, in: Claudia Wiesemann/Alfred Simon (Hg.): Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen, Münster 2013, 42-60.

Jochen Sautermeister, Ärztliche Verantwortung im Anspruch der Freiheit, in: Herderkorrespondenz (72) 2018, 34-37.



Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Kerstin Schlögl-Flierl  
Lehrstuhl für Moralthologie  
an der Universität Augsburg  
kerstin.schloegl-flierl@kthf.uni-augsburg.de