

Autonomie und Ambivalenz

Heinz Rügger



© gettyimages / Dean Mitchell

Der Respekt vor der Autonomie einer Patientin oder eines Patienten ist in der Medizinethik ein zentrales Prinzip. Es basiert auf der Annahme, dass eine Person weiss, was sie will. Diese Voraussetzung ist allerdings nicht immer gegeben. Es gibt Situationen, in denen jemand, der grundsätzlich durchaus geistig klar und urteilsfähig ist, gar nicht genau weiss, was er oder sie will, sondern zwischen unterschiedlichen therapeutischen Optionen hin- und hergerissen ist beziehungsweise Gegenteiliges gleichzeitig will: zum Beispiel sterben können *und* lebensverlängernde Interventionen. Solche Ambivalenzen sind

nicht ungewöhnlich. Sie müssen ausgehalten und bearbeitet werden, damit jemand zu einer eigenen Willensbildung gelangen kann. Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, gehört zu den Aufgaben medizinisch-pflegerischen Personals.

Es ist wohl nicht übertrieben, mit dem Psychoanalytiker Martin Teising festzustellen, dass sich „die Selbstbestimmung des Einzelnen in persönlichen existenziellen Dingen zum höchsten ethischen Wert entwickelt hat.“ Dies gilt insbesondere für den medizinischen Bereich, in dem sich das Prinzip des Respekts vor der Autonomie, also vor der Selbstbestimmung der Patientinnen

und Patienten, als zentrale medizin-ethische Leitkategorie etabliert hat: Jede medizinische oder pflegerische Intervention bedarf grundsätzlich der Zustimmung der Patientin oder des Patienten. Gegen ihren Willen ist jede therapeutische Massnahme unzulässig. Oder anders formuliert: Die Zulässigkeit einer medizinischen Intervention ist erst dann gegeben, wenn sowohl eine medizinische Indikation vorliegt, die Massnahme also medizinisch sinnvoll und angezeigt erscheint, und zugleich von Seiten der betroffenen Person die Zustimmung zur vorgeschlagenen Massnahme vorliegt (Prinzip der informierten Zustimmung bzw. des *informed consent*). Dies gilt sowohl unter ethischem wie auch unter rechtlichem Gesichtspunkt. Dieses Prinzip gilt so grundsätzlich, dass Markus Zimmermann-Acklin der Auffassung ist, man könne geradezu von einem „Zwang zur Freiheit und zur Selbstbestimmung“ sprechen. Dieser Anspruch auf Autonomie ist anerkanntermassen ein zentraler inhaltlicher Aspekt der Menschenwürde, die allen Menschen gleichermaßen zukommt.

Autonomie-Anspruch versus Autonomie-Fähigkeit

Autonomie als Ausdruck unverlierbarer Menschenwürde ist vor allem einmal ein Anspruch: ein Anspruch, das eigene Leben, soweit es um persönliche Angelegenheiten geht, selbstbestimmt, nach eigenen Werten und Präferenzen führen zu dürfen. Dabei beruht das gängige liberale Autonomie-Verständnis primär auf einem Konzept negativer Freiheit. Im Zentrum steht die Freiheit des Individuums von fremden Vorgaben und Einflüssen, seine Freiheit, sich unabhängig von anderen zu entscheiden (Freiheit *von* etwas). Es geht um das Prinzip der *non-interference*: andere sollen sich nicht in meine eigenen Angelegenheiten einmischen und mir vorschreiben, was ich zu tun habe. So hat sich auch das medizin-ethische Autonomie-Konzept primär als Abwehrprinzip entwickelt, als Schutz vor medizinischen Übergriffen und Vereinnahmungen gegen den Willen einer Person.

Daneben gehört zum Autonomie-Anspruch natürlich auch der Aspekt der positiven Freiheit, also der Freiheit, aus unterschiedlichen Optionen eine zu wählen und einer entsprechenden medizinischen Intervention zuzustimmen (Freiheit *zu* etwas).

Unter beiden Aspekten ist die Fähigkeit, Selbstbestimmung in konkreten Situationen aktuell wahrzunehmen, an Voraussetzungen geknüpft, vor allem an die Urteilsfähigkeit, also die Fähigkeit, sich ein einigermaßen adäquates Bild von der eigenen Situation zu machen, mögliche Handlungsalternativen zu verstehen und gegeneinander abzuwägen sowie daraus einen Schluss zu ziehen, das heisst sich für eine bestimmte Option des Vorgehens zu entscheiden.

So gesehen geht das Prinzip der Patientenautonomie in der Medizinethik von einem mündigen, von Umfeld-Einflüssen weitgehend unabhängigen, sich souverän ent-

scheidenden Individuum aus, das seine Freiheitsrechte wahrnimmt und im Akt autonomen Entscheidens seine Unabhängigkeit manifestiert.

Nun ist allerdings zu bedenken, dass es immer wieder Situationen gibt, in denen Menschen nicht einfach in der Lage sind, einen eigenen Willen zu bilden und für sich selbst zu entscheiden. Wer krankheitsbedingt, z. B. durch Bewusstlosigkeit, durch ein Delir oder durch eine Demenz urteilsunfähig wird, ist nicht mehr in der Lage, selbstbestimmt zu agieren und zu entscheiden, was sein eigentlicher Wille ist. Das heisst, dass Autonomie-Fähigkeit, die Fähigkeit zu selbstbestimmtem Handeln und Entscheiden, abnehmen, ja verloren gehen kann. Der Autonomie-Anspruch allerdings, das heisst das Anrecht, von andern nicht fremdbestimmt, sondern so behandelt zu werden, wie es den eigenen Werten und Präferenzen entspricht, bleibt in einer solchen Situation bestehen und verpflichtet das Umfeld einer urteilsunfähig gewordenen Person, sie nach ihrem sog. mutmasslichen Willen zu behandeln, also so, wie man annehmen darf, dass sie es möchte, wenn sie sich aktuell noch ein Urteil bilden könnte.

Ambivalenz-Erfahrungen

Die Schwierigkeit, einen eigenen Willen zu bilden, ergibt sich aber nicht nur in Fällen offenkundiger Urteilsunfähigkeit wie bei einem Delir oder einer fortgeschrittenen Demenz. Vielen dürfte die Erfahrung nicht ganz fremd sein, dass man in Situationen geraten kann, in denen man zwischen unterschiedlichen, mitunter gegensätzlichen Handlungsoptionen hin- und hergerissen ist und nicht weiss, wie man sich entscheiden soll. Ja, es gibt Situationen, in denen die Betroffenen gleichzeitig Dinge wollen, die sich eigentlich gegenseitig ausschliessen. Etwa wenn eine hochbetagte Patientin eine schwere Lungenentzündung entwickelt und in dieser Situation einerseits wünscht, einfach nur sterben zu können und gleichzeitig nach einer Antibiotika-Therapie verlangt.

Gerade bei Entscheidungen am Lebensende (sog. *medical end-of-life decisions*), bei denen die Frage im Raum steht, ob dem Sterbeprozess freien Lauf gelassen werden soll oder ob durch lebenserhaltende therapeutische Massnahmen gegen den Tod angekämpft werden soll, sind Ambivalenz-Erfahrungen nicht selten. Sterben ist nun einmal in der Regel eine zutiefst ambivalente Erfahrung. So kommt es immer wieder vor, dass Menschen den Tod zugleich ersehnen und meiden, dass sie gleichzeitig sterben und weiterleben möchten, ohne sich in dieser polaren Spannung klar für das eine oder das andere entscheiden zu können. Solche Ambivalenzen sind durchaus normal, auch bei Menschen, denen wir die Fähigkeit zu autonomem Handeln und Entscheiden keineswegs einfach absprechen würden (Rüegger & Kunz, 2020).

Angesichts solcher Ambivalenz-Erfahrungen ist zu bedenken: Autonom ist eine Person nicht einfach dann, wenn sie jederzeit fähig ist zu entscheiden, was sie will; als autonom kann sich jemand gerade dadurch erweisen, dass

er oder sie vernünftig und einigermaßen gelassen mit Erfahrungen von Ambivalenzen umgeht. Und das heisst: sie zulässt, sie aushält und sich auf einen Prozess des Suchens nach dem einlässt, was sein oder ihr eigentlicher, tiefster Wille ist. Wir wissen nicht immer, was wir wirklich wollen. Wir müssen es manchmal erst herausfinden. Wir müssen darum, wie der Medizinethiker Franz Josef Illhardt schreibt, stets in Rechnung stellen, dass „Autonomie nicht einfach ein Faktum ist, gleichsam eine (psychologische) Diagnose, sondern Geschichte des Autonom-Werdens“, die zuweilen durch Zonen von Ambivalenzen führt.

Psychologische Phänomene von existenzieller Ambivalenz sind nicht zu unterschätzen, sie stellen eine grosse Herausforderung für selbstbestimmte Entscheidungen gerade am Lebensende dar, weil sie nicht einfach aufzulösen sind, sondern zunächst schlicht ausgehalten und durchgearbeitet werden müssen. Sie fordern uns heraus, in einem inneren Prozess der Klärung und des Abwägens möglichst sensibel und differenziert herauszufinden, was uns wichtig und was für uns am stimmigsten ist.

Solche Prozesse des Durcharbeitens von Ambivalenzen und des Klärens des eigenen Willens sind nicht einfach nüchtern-rationale Vorgänge, weil Ambivalenzen in existenziellen Befindlichkeiten wurzeln, die durch vielfältige, nur teilweise bewusste Faktoren bedingt sind. Gian Domenico Borasio schreibt: „Selbstbestimmung geschieht für jeden Einzelnen in einem komplexen Netz aus sozialen Beziehungen, psychologischen Befindlichkeiten, kulturellen Prägungen und spirituellen/religiösen Überzeugungen. Jede einzelne dieser Komponenten kann, je nach individueller Situation und Lebensgeschichte, zu einem bestimmten Zeitpunkt die ausschlaggebende sein.“ Jede Komponente kann hilfreich sein, Erfahrungen von Ambivalenzen zu klären und eine Entscheidung herbeizuführen, die von der Patientin oder vom Patienten dann als stimmig und selbstbestimmt erfahren werden kann.

Zur Bedeutung eines sensiblen Gegenübers im Gespräch

Solche Klärungen angesichts von Ambivalenz-Erfahrungen werden erleichtert durch die Begleitung durch sensible Gesprächspartnerinnen und -partner – seien es Ärztinnen, Pflegende oder Angehörige. Hilfreich erweisen sich diese, wenn sie der betroffenen Person nicht einfach ihre eigenen Vorstellungen und Präferenzen aufoktroieren, sondern sie geduldig unterstützen im Für und Wider der Argumente im Blick auf eine anstehende Entscheidung. Die Aufgabe besteht darin, durch empathisches Mitgehen und Zurückfragen zu helfen, Argumente zu sichten, Gefühle bewusst zu machen sowie Hoffnungen und Erwartungen zur Sprache zu bringen, die dazu beitragen können, dem auf die Spur zu kommen, was eine Patientin oder ein Patient im Tiefsten will. Dabei muss man aushalten und akzeptieren können, dass eine betroffene Person heute vielleicht so und morgen anders entscheidet, also zwi-

schen unterschiedlichen Optionen hin- und herschwankt. Klärungsprozesse brauchen darum Zeit und Geduld, um Ambivalenzen zu bearbeiten. Das kann gelingen, wenn Gesprächspartnerinnen und -partner dem von Krankheit Betroffenen im Dialog einen Raum eröffnen, in dem er – vielleicht zum ersten Mal – wahrnimmt, was ihm im Tiefsten wichtig ist, was ihm Halt vermittelt und ihm als Ressource dienen kann, die Herausforderungen der gegenwärtigen Krise zu bewältigen. Dabei spielen nicht nur Sachinformationen eine wichtige Rolle, sondern ebenso Intuitionen, wobei Intuitionen (das Bauchgefühl) oft eine ausschlaggebende Rolle spielen können.

Angesichts von Ambivalenz-Erfahrungen gerade in kritischen Situationen am Lebensende können sich Patientinnen und Patienten mitunter überfordert fühlen. Sie können das Bedürfnis entwickeln, anstehende Behandlungsentscheide der Ärztin, dem Arzt oder engen Angehörigen zu überlassen. Dies trifft insbesondere bei der heutigen Generation Hochbetagter zu, die in einer Medizinkultur sozialisiert wurden, die noch von einem weitgehend unhinterfragten ärztlichen Paternalismus geprägt war und in der die Vorstellung von so etwas wie Patientenautonomie kaum eine Rolle spielte. Solche Situationen, in denen sich die betroffenen Personen überfordert oder zu schwach fühlen, um einen klaren eigenen Willen zu bilden, gilt es ernst zu nehmen. Dabei gehört es zur Aufgabe insbesondere der Ärzteschaft und der Pflege, Menschen so weit wie möglich zu selbstbestimmter Willensbildung zu ermutigen und sie darin zu unterstützen (*empowerment*). Ein Verzicht einer Patientin, eines Patienten auf den Anspruch autonomen Entscheidens sollte nicht vorschnell entgegengenommen werden, sondern nur als *ultima ratio* akzeptiert werden, weil Autonomie im Sinne von Selbstbestimmung primär eine freiwillige Option ist, nicht eine verpflichtende Norm. Das Recht, auf eine eigene Entscheidung zu verzichten und sie an andere zu delegieren, kann im Ausnahmefall selbst ein Aspekt von Selbstbestimmung sein. Trotzdem bleibt Selbstbestimmung im Sinne von Selbstverantwortung eine ethisch begründete moralische Zumutung, der wir uns im Umgang mit einem modernen Gesundheitswesen zu stellen haben. Diese Perspektive gilt auch in Situationen, die durch Ambivalenz-Erfahrungen geprägt sind.

Selbstbestimmung als aktiver und passiver Prozess

Bei aller Betonung der Verantwortung im Blick auf Selbstbestimmung im Kontext von Medizin und Pflege scheint mir ein Hinweis des Philosophen Wilhelm Schmid hilfreich. Nach ihm kann Selbstbestimmung nicht einfach bedeuten, „über das Selbst und sein Leben vollständig verfügen zu wollen. Ein souveränes Selbst ist keineswegs dasjenige, das überall und jederzeit vollkommen frei über sich selbst bestimmen kann, sondern dasjenige, das relative Klarheit darüber gewinnt, wo Selbstbestimmung mög-

lich ist und wo nicht. Souverän ist es darin, das eine vom anderen unterscheiden zu können und sich auch bestimmen zu lassen, statt immer nur selbst bestimmen zu wollen. Denn Selbstbestimmung ist ein aktiver ebenso wie ein passiver Prozess, ein Tun ebenso wie ein Hinnehmen und Lassen, ein eigenes Gestalten wie auch ein Sich-Gestalten-lassen von anderen, von Umständen und Situationen.“

Gerade angesichts von Ambivalenz-Erfahrungen kann die Lösung nur darin bestehen, im Aufnehmen von Überlegungen und Impulsen des begleitenden Umfelds *und* im Achten auf die eigenen Gefühle, Intuitionen und Wertvorstellungen herauszufinden, was im Tiefsten dem eigenen Willen entspricht und dementsprechende Entscheidungen zu treffen. Und es gehört zu den wichtigen Aufgaben insbesondere von Ärzteschaft und Pflege, solche Wahrnehmung von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung zu ermutigen und zu unterstützen.

Literatur

- Borasio, G. D. (2014). *Selbstbestimmt sterben: Was es bedeutet. Was uns daran hindert. Wie wir es erreichen können*. C. H. Beck.
- Illhardt, F.J. (Hrsg.). (2008). *Die ausgeblendete Seite der Autonomie: Kritik eines bioethischen Prinzips* (Ethik in der Praxis/Kontroversen, Bd. 27). Lit Verlag.
- Rüegger, H. & Kunz, R. (2020). *Über selbstbestimmtes Sterben: Zwischen Freiheit, Verantwortung und Überforderung*. rüffer & rub.
- Schmid, W. (2004). *Mit sich selbst befreundet sein: Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst*. Suhrkamp.
- Teising, M. (2027). *Selbstbestimmung zwischen Wunsch und Illusion: Eine psychoanalytische Sicht*. V & R.
- Zimmermann-Acklin, M. (2003). Selbstbestimmung in Grenzsituationen? Vom Protest gegen den ärztlichen Paternalismus zur Wiederentdeckung von Beziehungsgeschichten. In M. Mettner & R. Schmitt-Mannhart (Hrsg.), *Wie ich sterben will: Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende* (S. 63–76). paz.



Dr. Heinz Rüegger MAE, freischaffender Theologe, Ethiker und Gerontologe

h.ruegger@outlook.com
www.heinz-rueegger.ch