

Monika Bobbert

Keine Autonomie ohne Kompetenz und Fürsorge Plädoyer für die Reflexion innerer und äusserer Voraussetzungen

1. Einleitung

In der anwendungsbezogenen Ethik, insbesondere in der Medizin- und Pflegeethik, ist die Autonomie von individuellen Personen und ihren Handlungen zentral. Diese personale Autonomie umspannt zum einen das Vermögen von Personen und deren Äusserungen und zum anderen den moralischen Anspruch auf Achtung der Autonomie. Sobald von einem moralischen Prinzip oder Recht auf individuelle Autonomie die Rede ist, wird Autonomie häufig gegen Fürsorge und Paternalismus im negativen Sinn abgegrenzt, ja oft gelten die ethischen Prinzipien Autonomie und Fürsorge nicht nur als spannungsreiche, sondern als diametral entgegengesetzte Pole.

Dabei wird jedoch übersehen, dass es unterschiedliche Autonomie- und Fürsorgekonzeptionen gibt. Zumeist werden implizit eine bestimmte, nämlich libertäre Autonomiekonzeption und eine zu Paternalismus tendierende Fürsorgekonzeption vorausgesetzt. Eine solche Opposition ist aber nicht zwingend. Vielmehr lassen sich die beiden Prinzipien durchaus miteinander vereinbaren, ja es lässt sich sogar zeigen, dass ein Autonomieprinzip ein spezielles Fürsorgeverständnis, z. B. im Sinne von Beratung, Assistenz oder förderlichen Rahmenbedingungen beinhalten sollte. Bezogen auf das Autonomieprinzip besteht Fürsorge in erster Linie darin, die zur rationalen Selbstbestimmung erforderlichen Kompetenzen in den Blick zu nehmen. Etwaigen personalen Einschränkungen sowie Hindernissen der Umwelt oder sozialen Mitwelt muss durch Beratung, Assistenz oder gesellschaftliche Veränderungen entgegengewirkt werden, um Autonomie nicht nur rhetorisch-formal, sondern auch faktisch-personal zu ermöglichen.

Im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung zeigt sich die Notwendigkeit eines moralisch-normativen Anspruchs auf Sicherstellung

und Förderung des Autonomievermögens sehr konkret. Gleichwohl treffen die folgenden Überlegungen zum Autonomievermögen auch auf andere Handlungsbereiche zu, in denen ein moralisches Autonomieprinzip geltend gemacht wird.

2. Autonomie normativ als moralisches Prinzip und deskriptiv als Kompetenz

In der anwendungsbezogenen Ethik werden unterschiedliche Autonomiekonzepte vertreten. Dies ist nicht verwunderlich, da sich Stellenwert und Inhalt eines Autonomiekonzepts der jeweils zugrunde liegenden Moraltheorie verdanken.¹ Für die Fragestellung des vorliegenden Beitrags ist ein Ausschnitt aus der Autonomiedebatte besonders relevant: Moralisch-normativ bezieht sich Autonomie bzw. Selbstbestimmung als moralisches Prinzip oder Recht auf Entscheidungen und Handlungen. Zur Wahrnehmung eines Autonomieprinzips wird jeweils Autonomie als Kompetenz bzw. Vermögen vorausgesetzt. Diese Voraussetzungen lassen sich beschreiben, und für die konkrete Praxis lassen sich Anhaltspunkte für das faktische Vorliegen von Kompetenz generell oder für eine bestimmte Aufgabe angeben, um abzuschätzen, ob ein Mensch faktisch über Autonomiekompetenz verfügt.

Autonomiefähigkeit kann in erster Linie durch die Betroffenen selbst bestätigt oder angezweifelt werden – indem diese ihr allgemeines Autonomievermögen oder ihr situationsbezogenes Urteil als mehr oder weniger selbstbestimmt charakterisieren und gegebenenfalls die inneren oder äusseren Hindernisse benennen. Zugleich ist diese Form der Selbstreflexion und Selbsterkenntnis weder selbstverständlich noch jederzeit einfach abrufbar.

1 Vgl. Joel Anderson, *Autonomy*, in: Hugh LaFollette (Hg.), *International Encyclopedia of Ethics*, Oxford 2013; zu Autonomie allgemein Onora O'Neill, *Autonomy and trust in bioethics*, Cambridge 2002, 21ff.; Monika Bobbert, *Zur Notwendigkeit der Rückbindung eines Autonomieprinzips an einen Begründungsansatz*, in: Marcus Düwell/Josef M. Neumann (Hg.), *Wie viel Ethik verträgt die Medizin?*, Paderborn 2005, 105–124; Lisa Peters, *Was meinen wir, wenn wir «Autonomie» sagen? Ein kritischer Blick auf die Verwendung des Autonomiebegriffs in der Medizinethik*, in: Johann Ach (Hg.), *Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin*, Münster 2013, 13–28.

Vielmehr gibt es allgemeine Prozesse psychischer und kognitiver Entwicklung wie auch Prozesse moralischer Entwicklung und moralischen Lernens.² Zudem lässt sich durch psychologische oder philosophische Beratung³ das Autonomievermögen fördern.

Noch begrenzter ist die Beurteilung des allgemeinen oder situationsbezogenen Autonomievermögens eines Menschen durch Aussenstehende. Wohl lässt sich unter Verweis auf variable empirische Kriterien des Alltags, der Psychologie, Psychiatrie oder Neurologie das Autonomievermögen bestätigen oder anzweifeln – etwa im Fall psychischer oder kognitiver Einschränkungen. Für bestimmte Fragen gesellschaftlicher Praxis bedarf es solcher Kriterien. Doch darf nicht darüber hinweggegangen werden, dass Kriterien des Alltagsverständnisses oder auch psychologische, psychiatrische oder neurologische Kriterien von Experten zur Begutachtung der Urteilsfähigkeit oder des Bewusstseinszustands eines Menschen Versuche darstellen, Konstrukte wie «Verstehen», «Entscheidungskompetenz» oder «freier Wille» in für Aussenstehende beobachtbare Faktoren zu übersetzen. Zudem ist anzumerken, dass die praxisbezogenen Kriterien aus verschiedenen Gründen variieren mögen, aber unausweichlich ethisch relevante Vorannahmen enthalten, die auszuweisen sind. Denn mit der Heranziehung von Kriterien wird immer auch ein bestimmtes Autonomiekonzept impliziert. Davon abgesehen kann letztlich nur das jeweilige Individuum als reflexives Subjekt zur Frage seiner allgemeinen und situationsbezogenen Autonomiefähigkeit Auskunft geben.

Kriterien, die auf Aussenbeobachtung beruhen, sind begrenzt und relativ. Ein Autonomieprinzip, welches seine minimalen oder auch weitreichenden Voraussetzungen bezüglich des Autonomievermögens eines Menschen nicht explizit macht oder diese Frage gar ausblendet, verfehlt das genuine Anliegen der personalen Autonomie bzw. Selbstbestimmung. Denn ein moralisches Sollen – hier das Recht auf Achtung der Autonomie – kann nicht ohne die Sicherstellung des Könnens – hier die Frage nach den individuellen und sozialen Bedingungen der Autonomieausübung – erfolgen.

Im Mittelpunkt des vorliegenden Beitrags wird die Frage nach dem Können, d. h. der Kompetenz zur Autonomie bzw. Selbstbestimmung eines Menschen liegen. Das Autonomievermögen eines Menschen hängt nicht nur

2 Vgl. Leo Montada, *Moralische Entwicklung und Sozialisation*, in: ders./Rolf Oerter (Hg.), *Entwicklungspsychologie*, Weinheim, Basel 2008, 572–606.

3 Vgl. z. B. Hans Krämer, *Integrative Ethik*, Frankfurt/M. 1995.

von seinen eigenen Kompetenzen ab, sondern auch von den Freiheitsspielräumen und Förderbedingungen der Umwelt und sozialen Mitwelt.

Welche subjektiven Autonomiekompetenzen und äusseren Handlungsumstände die faktische Ausübung eines Autonomieprinzips erlauben oder sogar fördern, lässt sich nicht nur als Frage der Autonomie, sondern auch als Frage der Fürsorge fassen. Betroffene haben also unter Umständen das Recht auf Förderung und Sicherstellung ihrer Autonomiefähigkeit und vice versa hätten andere Menschen moralische Fürsorge- bzw. Unterstützungspflichten.

Die Nennung innerer und äusserer Faktoren, die Voraussetzungen für die Wahrnehmung des Autonomierechts darstellen, ist sowohl auf einer deskriptiven als auch einer normativen Ebene angesiedelt. Man kann die Faktoren im beschreibenden Sinne als *conditiones sine qua non* verstehen, doch zugleich auch als unbedingt erforderliche und von daher zu fördernde Voraussetzungen. Die Reflexion von Autonomiekompetenzen ist dabei weder beliebig noch entbehrlich, doch muss das für die Wahrnehmung eines moralischen Autonomierechts unerlässliche innere und äussere Vermögen klar umrissen und ebenso wie das Autonomierecht selbst begründet werden. Wenn sich zeigen lässt, dass bestimmte innere und äussere Voraussetzungen aus moralisch-normativer Sicht zwingend erforderlich sind, ergeben sich daraus auch Hilfspflichten.

Die Leistung des vorliegenden Beitrags liegt jedoch zunächst einmal in dem Aufweis, dass sowohl innere als auch äussere Bedingungen der Autonomiekompetenz in jedem Autonomiekonzept enthalten sein sollten. Konzepte, die sich nicht mit den Autonomievoraussetzungen befassen oder lediglich innere oder aber äussere Bedingungen reflektieren, greifen zu kurz. Das innere und äussere Vermögen im Einzelnen, seine Begründung und etwaige Förderpflichten auszuarbeiten und zu begründen, würde den Rahmen dieses Beitrags jedoch sprengen. Das Fazit dieses Beitrags wird darin bestehen, dass jeder ethische Ansatz, der ein moralisch-normatives Autonomieprinzip enthält, sich der Frage der notwendigen inneren und äusseren Bedingungen widmen muss. Es wird gezeigt, dass ein selektives Herausgreifen entweder innerer oder äusserer Bedingungen oder eine Beschränkung auf einige wenige Faktoren ebenso begründungsbedürftig ist wie die Darbietung eines sehr umfangreichen Autonomiekonzepts. Auch wird gezeigt, dass Überlegungen zu den inneren und äusseren Bedingungen des Autonomievermögens direkt in das Autonomiekonzept integriert werden müssen und nicht, wie so häufig, als systematische Frage allein über Praxisbeispiele behandelt werden dürfen.

3. Autonomie normativ – als allgemeines und situationsbezogenes Autonomievermögen

3.1 *Libertäre Autonomiekonzepte*

Manche Autonomiekonzepte fokussieren vor allem auf ausgewählte äussere Bedingungen, etwa die Abwesenheit von Zwang und Manipulation. So gehen libertäre Ansätze von einem subjektivistisch-präferenzorientierten Autonomiekonzept aus, in dem ein einzelnes handlungsmächtiges Individuum in seinem Freiheitsrecht nicht eingeschränkt werden darf, es sei denn, andere Personen würden in der wechselseitigen Ausübung ihres Freiheitsrechts geschädigt.⁴ Diese so genannten libertären Autonomiekonzepte geben Begründungen dafür, dass eine Person die Freiheit hat, ihr Leben im Einklang mit ihren eigenen Vorstellungen und Überzeugungen zu gestalten.⁵ Zentral ist bei libertären Autonomiekonzepten die Vorstellung von Autonomie als Abwehrrecht, demgemäss die Wahl zwischen verschiedenen Optionen in Unabhängigkeit von anderen Menschen getroffen werden kann. Auch eine konsequentialistische Begründung des Respekts individueller Präferenzen, die in erster Linie dem Paternalismus anderer Einhalt gebieten möchte, kann als libertäres Autonomiekonzept betrachtet werden.⁶

Es ist kennzeichnend für libertäre Autonomiekonzepte, dass sie sich kaum mit der Frage befassen, wie Entscheidungen und Handlungen eines Individuums zustande kommen, d. h. welche inneren und äusseren Faktoren jenseits grober Zwänge und Manipulationen Voraussetzungen für eine autonome Entscheidung sind. Einzig Harris geht im Rahmen seines medizinethischen Werks auf drei aus seiner Sicht relevante Mängel der Autonomie eines Individuums ein.⁷ So könne erstens die Fähigkeit einer Person, ihre

4 Vgl. John Locke, *Two Treatises on Government*, Birmingham 2000; Robert Nozick, *Anarchie, Staat, Utopia*. Moderne Verlagsgesellschaft, München 1976 (engl. Orig. 1974); Tristram H. Engelhardt, *The Foundation of Bioethics*, New York 1996; John Harris, *Rights and Reproductive Choice*, in: ders./Sören Holm (Hg.), *The Future for Human Reproduction, Ethics, Choice, and Regulation*, Oxford 1988, 5–37; ders., *Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik*, Berlin 1995.

5 Vgl. Harris 1988 (Anm. 4), 34.

6 Vgl. z. B. Johann Ach, *Der konsequentialistische Wert der Autonomie*, in: ders. (Hg.), *Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin*, Münster 2013, 45–64, der zwar auch prima facie die Notwendigkeit der Befähigung von Individuen erwähnt, dies jedoch nicht weiter ausführt.

7 Vgl. Harris 1995 (Anm. 4), 267–294.

eigenen Entscheidungen unter Kontrolle zu haben, z. B. durch Drogenabhängigkeit oder eine psychische Erkrankung stark eingeschränkt sein. Zweitens könnten Mängel in der Urteilsbildung bestehen. Diese stellen die Autonomiefähigkeit jedoch nur in Frage, wenn die Entscheidungsfähigkeit eines Individuums gänzlich untergraben werde – etwa, indem jemand blindlings die Ansichten anderer übernehme. Drittens sinke der Grad der Autonomie in dem Mass, in dem Meinungen oder Entscheidungen auf falschen oder unvollständigen Informationen basierten. Harris zieht in Betracht, dass es in unserer aller Interesse sein könnte, diejenigen Unzulänglichkeiten zu beheben, die sich ungünstig auf die Fähigkeit des einzelnen auswirkten, autonom zu entscheiden. Es dürfe sich aber lediglich um minimale Eingriffe handeln, so etwa, jemanden auf einen Fehler in seiner praktischen Überlegung hinzuweisen oder fehlende Informationen zu geben.

3.2 *Informierte Zustimmung als Spezialfall eines Autonomiekonzepts in Medizin und Pflege*

In der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist das Konzept der Informierten Zustimmung als Spezialfall eines moralisch-normativen Anspruchs auf Handlungs- bzw. Entscheidungsautonomie zentral. Auf diese Weise soll die physische und psychische Integrität eines Menschen geschützt, insgesamt seine Selbständigkeit gegenüber Medizin, Pflege und Gesundheitsversorgungssystem generell gestärkt und ärztlicher oder pflegerischer Bevormundung Einhalt geboten werden.

Zum einen ist die Informierte Zustimmung die legitimierende Norm für medizinische und pflegerische Eingriffe in Physis und Psyche. Die autonome Entscheidung eines kranken oder pflegebedürftigen Menschen erlaubt einen bestimmten Umgang des Arztes, der Pflegekraft oder des Psychologen mit Körper und Seele des Betroffenen. Dabei wird die Möglichkeit vorausgesetzt, unabhängig von innerem und äusserem Zwang und auf informierte Weise zwischen verschiedenen Handlungsoptionen wählen zu können. Der moralische Anspruch Informierter Zustimmung rührt von der Vorstellung eines Abwehrrechts her: Niemand darf in die physische und psychische Integrität eines Menschen eingreifen, es sei denn, dieser gibt selbstbestimmt seine Erlaubnis. Drei Formen der äusseren Einflussnahme müssen ausgeschlossen sein: Zwang durch Dritte, Manipulation als absichtsvolle und erfolgreiche Beeinflussung und Überredung. Informierte Zustimmung im Sinne eines individuellen Abwehrrechts bezog sich lange Zeit auf ärztlich empfohlene und dem Patienten zugängliche medizinische Massnahmen und Forschungsvorhaben. Insofern stellt das Konzept des *informed consent* in

seiner Grundform eine Variante eines libertären Autonomiekonzepts dar. Sobald jedoch Fragen der Kompetenz, meist in Form von Fragen nach dem Ausmass der Information und des Verstehens seitens des Patienten gestellt werden, erweitert sich das Konzept der Informierten Zustimmung. Für die Medizinethik haben Faden und Beauchamp⁸ und Beauchamp/Childress⁹ dieses etwas erweiterte Verständnis der Informierten Zustimmung bzw. *informed consent*, das bis heute einschlägig für medizinische Eingriffe ist, Mitte der 1980er Jahre auf den Punkt gebracht. Demgemäss ist die Entscheidungskompetenz eines Patienten gekennzeichnet durch: Aufklärung, Verstehen, Freiwilligkeit, Kompetenz und Zustimmung.¹⁰ Insgesamt wird heute in Bezug auf Informierte Zustimmung und Autonomie in der Gesundheitsversorgung in der Regel davon ausgegangen, dass die individuellen Präferenzen eines Patienten zu respektieren sind, sofern diese nicht mit den Regeln ärztlicher und pflegerischer Kunst oder moralischen Rechten anderer in Konflikt geraten. Von anderen, nämlich den medizinischen oder pflegerischen Experten, wird hier verlangt, dass der Patient ausreichend Informationen erhält und individuelles Verstehen gewährleistet wird. Diese Voraussetzung der Informierten Zustimmung lässt sich nicht nur als eine kundenorientierte Bereitstellung von Information auffassen, sondern durchaus auch als Akt der Fürsorge: Dass nämlich ein Patient wirklich verstanden hat, ob er wirklich freiwillig, d. h. unabhängig oder zumindest den psychischen Erwartungsdruck eines Arztes oder einer Pflegekraft reflektierend und unabhängig von institutionellen Routinen und Systemzwängen entscheiden kann, lässt sich entweder durch kommunikatives Handeln oder durch stillschweigendes Abwarten von Rückfragen oder Beschwerden gewährleisten. Man kann den Patienten also aktiv unterstützen, weil man um verständnis- und freiheitshinderliche Faktoren – etwa in der stationären Gesundheitsversorgung – weiss. Oder aber man betrachtet den Patienten als mündigen Kunden, kümmert sich nicht um das Zustandekommen der Entscheidung oder etwaige Beweggründe. Ärzte und Pflegekräfte können zudem nonverbal oder verbal signalisieren, für Rückfragen oder wiederholte Erläuterungen keine Zeit zu haben. Die für die Informierte Zustimmung nach Faden/

8 Vgl. Ruth R. Faden/Tom L. Beauchamp, *A History and Theory of Informed Consent*, Oxford 1986.

9 Vgl. Tom L. Beauchamp/James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2013.

10 Vgl. Faden/Beauchamp (Anm. 8), 261ff.

Beauchamp¹¹ erforderlichen Voraussetzungen hängen also vom Tun bzw. Unterlassen der professionellen Helfer ab. Es liegt nahe, dass die Grundlage für eine selbstbestimmte Entscheidung somit rasch einmal fehlen kann.¹²

Das im Schwerpunkt auf Autonomie als Abwehrrecht beruhende Konzept der Informierten Zustimmung nach Faden/Beauchamp,¹³ das daher zu den libertären Autonomiekonzepten zu zählen ist, geht mit einer gewissen Förderung der Autonomiekompetenz einher: Ärztinnen und Ärzte oder Pflegende sollen individuell über medizinische Eingriffe oder pflegerische Massnahmen informieren, aber auch durch ein Erfragen spezieller Präferenzen den Patienten zur Entscheidung befähigen. Berg/Appelbaum u. a.¹⁴ hoben in ihrem Werk zum «Informed Consent» als Prozess, das jedoch in Medizinethik und klinischer Praxis wenig rezipiert wurde, hervor, dass zwischen Arzt und Patient ein Dialog entstehen muss, der Zeit braucht. Der Patient sei meist nicht nach einem einzigen Gespräch in der Lage zu einer kompetenten Entscheidung. Dem ist hinzuzufügen, dass ein Patient durch eine Erkrankung, die vielleicht mit Schmerzen und Angst einhergeht, und durch seine Abhängigkeit von der Hilfe anderer, die sein bisheriges Selbstverständnis und seine Alltagsvollzüge ins Wanken bringt, verunsichert ist und seine Stimmung und seine Situationsbewertungen schwanken.

Aus der Einbeziehung äusserer Faktoren und der besonderen Lebenssituation des Patienten resultiert die Forderung nach Aufklärung als Prozess, um den Patienten kompetent werden zu lassen. Es bedarf häufig mehrerer ausführlicher Gespräche, um die Informationen zu verstehen, auf die eigene Situation zu beziehen und Klarheit in einer existentiell und intellektuell unbekanntem Situation zu gewinnen.

So gibt es beispielsweise bei einer fortgeschrittenen Krebserkrankung Chemotherapien mit relativ hohen Risiken und Belastungen, die möglicherweise die Lebensdauer etwas erhöhen, die Lebensqualität jedoch verringern.

11 Vgl. Faden/Beauchamp 1986 (Anm. 8).

12 Vgl. Monika Bobbert, Was setzen wir aufs Spiel, wenn wir Patienten zu Kunden machen? Ethische Argumente für die Beibehaltung einer rechtbasierten Ressourcenverteilung, in: Ingo Bonde u. a. (Hg.), *Medizin und Gewissen – Im Streit zwischen Markt und Solidarität*, Frankfurt/M. 2008, 235–264; Sigrid Graumann, *Fürsorge oder Dienstleistung? Selbstbestimmung und Eigenverantwortung von Patienten*, in: *Dr. med. Mabuse* 165, 1/2007, 33–36.

13 Vgl. Faden/Beauchamp 1986 (Anm. 8).

14 Vgl. Jessica W. Berg/Paul S. Appelbaum/Charles W. Lidz/Lisa S. Parker, *Informed Consent. Legal Theory and Clinical Practice*, Oxford 2001.

In diesem Fall kann zwar der Patient letztlich nur selbst entscheiden, was ihm wichtiger ist bzw. welche Einschränkungen der Lebensqualität er in Kauf nehmen möchte. Gleichwohl wäre er aber überfordert, wenn er allein im Sinne grosser Wahlfreiheit zwischen mehreren Optionen wählen sollte. Vielmehr bedarf er ausführlicher Informationen und einfühlsamer Beratungsgespräche, am besten mehrfach, um herauszufinden, was für ihn die beste Lösung sein könnte.

Ärzte und Pflegende können also in mehreren Hinsichten die Kompetenz ihrer Patienten verbessern und in diesem Sinne fürsorglich tätig werden. Das Konzept der Informierten Zustimmung wird in Theorie und Praxis durchaus um Fürsorge-Handlungen erweitert. Zudem wird seit einigen Jahren in der Medizinethik das «klassische» Konzept der Informierten Zustimmung, welches den Eingriff in die physische und psychische Integrität regelt, zunehmend durch Autonomiekonzepte abgelöst. Oftmals handelt es sich dabei gerade nicht um libertäre Autonomiekonzepte, die sich auf Autonomie als moralisches Abwehrrecht beschränken, sondern es handelt sich um Autonomiekonzepte, die angesichts potentiell hinderlicher oder defizitärer äusserer Rahmenbedingungen Anspruchsrechte beinhalten, d. h. moralische Rechte auf Unterstützung bzw. Fürsorge. Zur Gewährleistung von Autonomiekompetenz sollten nach Möglichkeit Behandlungsalternativen eröffnet werden. Individuelle Entscheide in Institutionen wie Krankenhaus oder Pflegeheim seien meist von institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geprägt. Potentiell freiheitsbeschränkende Einflüsse müssten identifiziert und kritisiert werden, um über Kommunikation gegensteuern und Änderungen der Rahmenbedingungen auf den Weg zu bringen zu können.¹⁵ So manche Entscheidung für einen Wahleingriff, etwa in der ästhetischen Chirurgie oder in der Reproduktionsmedizin könne durch gesellschaftlichen Erwartungsdruck,¹⁶ so manche Behandlungsentscheidung durch externe Faktoren der physikalischen oder gesellschaftlichen Umwelt motiviert sein.¹⁷

—

- 15 Vgl. Monika Bobbert, *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*, Frankfurt/M. 2002.
- 16 Vgl. Julia Inthorn, *Autonomie und sozialer Druck am Beispiel der ästhetischen Chirurgie*, in: Reiner Anselm u. a. (Hg.), *Autonomie und Macht. Interdisziplinäre Perspektiven auf medizinethische Entscheidungen*, Göttingen 2014.
- 17 Vgl. Dietmar Mieth, *Grenzenlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender*, Düsseldorf 2008; Sigrid Graumann, *Assistierte Freiheit. Von einer Be-*

3.3 *Autonomiekonzepte und individuelle Selbstreflexion*

Das mit der Informierten Zustimmung verbundene Autonomiekonzept enthält heutzutage den Anspruch, dass Entscheidungskompetenz nur durch individuumsbezogene Information und demzufolge individuelles Verstehen gewährleistet sind, damit die Gesundheitsversorgung den individuellen Präferenzen des kranken oder pflegebedürftigen Mensch entsprechen kann. Gleichwohl wird beim Konzept der Informierten Zustimmung nicht explizit vorausgesetzt, dass der Betreffende seine Präferenzen wohlüberlegt oder im Einklang mit seinen Wertvorstellungen oder Lebenszielen bildet. Vielmehr stehen im Vordergrund des Konzepts der Informierten Zustimmung die spezifische Information, das situationsbezogene Verstehen und die freie Zustimmung zu einer medizinischen oder pflegerischen Handlung.¹⁸ Vom anderen, nämlich dem medizinischen oder pflegerischen Experten, wird verlangt, dass der Patient ausreichend Information erhält. In Bezug auf den Patienten wird davon ausgegangen, dass das Ziel «ausreichendes Verstehen» erreicht wird, indem er die Informationen auf seine Situation und seine Handlungs- oder Lebensziele beziehen kann. Was aber auf Seiten des Patienten geschehen muss, welche Kompetenzen dafür erforderlich sind, bleibt offen. Allein das «Verstehen» wird als Ziel hervorgehoben.

Nun kann man jedoch auch die inneren Voraussetzungen der Informierten Zustimmung eines Patienten stärker in den Blick nehmen. So genannte authentische bzw. hierarchische Autonomiekonzepte richten den Blick auf die Frage, wann individuelle Präferenzen und Handlungen konkreter Menschen als autonom bezeichnet werden können. Als autonomiefähig in Bezug auf «innere» Bedingungen werden hier Wohlüberlegtheit oder das Kriterium der Konsistenz von Präferenzen erster und zweiter Ordnung geltend gemacht.¹⁹ Wenn bei einem Menschen eine Präferenz «erster Ordnung» mit

hindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte, Frankfurt/M. 2011; dies., Assistierte Freiheit. Autonomie und Gerechtigkeit für behinderte Menschen, in: Elisabeth List/Harald Stelzer (Hg.), Grenzen der Autonomie, Göttingen 2010, 215–234; dies., Selektion im Reagenzglas, in: Michael Emmrich (Hg.), Im Zeitalter der Bio-Macht. 25 Jahre Gentechnik – eine kritische Bilanz, Frankfurt/M. 1999, 105–123; Franz J. Illhardt, Die ausgeblendete Seite der Autonomie, Berlin 2008.

18 Vgl. Faden/Beauchamp 1986 (Anm. 8); Beauchamp/Childress 2013 (Anm. 9).

19 Vgl. Harry G. Frankfurt, Freedom of the Will and the Concept of a Person, in: The Journal of Philosophy 86 (1971) 1, 5–20; Gerald Dworkin, Acting Freely, in: *Nous* 4 (1970), 4, 367–383.

einer Präferenz «zweiter Ordnung» in Einklang steht, handelt er autonom, weil die individuellen Präferenzen stimmig sind. Ein Urteil sollte also nicht nur wohlinformiert, sondern «wohlüberlegt» sein. Eine Person, die sich wertend zu sich selbst verhält, entwickelt Wünsche «zweiter Ordnung». Eine Entscheidung gilt dann als autonom, wenn sich ein Mensch reflektiert bzw. wertend zu seinen Wünschen «erster Ordnung» verhält, indem er sich mit ihnen identifiziert oder Abstand davon nimmt. Eine etwas andere Hierarchie kennzeichnet Ronald Dworkins Autonomiekonzept:²⁰ Er unterscheidet zwischen «experiential interests» und «critical interests» einer Person. Mit «experiential interests» sind die aktuellen Erfahrungen einer Person zu einem bestimmten Zeitpunkt, wie z. B. Hunger, Freude gemeint. Im Unterschied gründen die lang anhaltenden «critical interests» in Lebenseinstellung und Identität eines Menschen und haben daher höheren Stellenwert.

Im Hintergrund dieser Autonomievoraussetzungen steht das Streben nach einem authentischen Selbstkonzept. Diese am Gelingen des Lebens ausgerichteten Autonomiekonzepte heben bei Wünschen, Präferenzen oder Entscheidungen die Stimmigkeit mit dem eigenen Lebenskonzept in besonderer Weise hervor und differenzieren sie aus. So pflegt ein Mensch z. B. die Beziehung zu sich selbst, indem er seine Beziehungen zu anderen gestaltet. Er bejaht seine Abhängigkeit von Menschen, die ihm wichtig sind und für die er wichtig ist.

Feministische Ansätze haben an den ursprünglichen hierarchischen Autonomiemodellen kritisiert, dass die Voraussetzung des Bildens von Wünschen erster und zweiter Ordnung suggeriert, dass es Menschen an Autonomiefähigkeit mangelt, wenn sie ihren Intuitionen und Wünschen folgen statt diese explizit einer Art Selbstprüfung zu unterziehen. Weniger enge Autonomievoraussetzungen, die sich nicht nur an den gebildeten Gesellschaftsgruppen orientieren, so die Kritik, würden auch Menschen mit Demenz oder kognitiven Beeinträchtigungen umfassen, wenn sich beispielsweise ein kohärentes und stabiles Muster an Präferenzen, das sich am beobachtbaren Verhalten zeige, vorausgesetzt werden könne (Friedman 1986).²¹

20 Vgl. Ronald Dworkin, *Life's domination. An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, New York 1993; ders., *Autonomy and demented self*, in: Stephan Green/Sidney Bloch (Hg.), *An Anthology of Psychiatric Ethics*, New York 2006, 293–296.

21 Vgl. Marilyn Friedman, *Autonomy and the split-level self*, in: *The Southern Journal of Philosophy* 24 (1986) 1, 19–35.

Damit stellen Kritikerinnen die Frage, ob solche Autonomiekompetenzen normativ zu verstehen sind. Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, wollte man die moralisch-normative Frage beantworten, welche Autonomiekompetenzen zur Wahrnehmung eines Rechts auf Autonomie erfüllt sein müssen. Für diesen Beitrag ist zentral, welche Autonomiekompetenzen in Autonomiekonzepten implizit oder explizit enthalten sind und worauf sich unterstützende Handlungen anderer, also «Fürsorge», richten könnten. Es soll erst einmal gezeigt werden, dass jedes Autonomiekonzept Voraussetzungen hinsichtlich der Autonomiekompetenzen macht und dass unterstützenden Handlungen anderer, d. h. deren «Fürsorge», der Realisierung eines Autonomieprinzips dienen.

Der Ansatz der Integrativen Ethik von Krämer hebt beispielsweise hervor, dass philosophische Beratung Unterstützung bietet, um zur richtigen Lebensführung zu finden. Eine Bandbreite neutraler Information, Orientierung, Ratschlägen, Vorschlägen, Anweisungen bis hin zu Appellen sei moralisch geboten, damit der Beratene zur richtigen Lebensführung finden und Kompetenzen der Selbstfindung und Entscheidung aktivieren und fördern könne.²² Das philosophische Beratungsgespräch erlaube die individuelle und situationsbezogene Zuwendung und biete die Möglichkeit zur Vertiefung. In der Neuzeit sei das Beratungsgespräch teils als autonomiefeindlich verworfen worden. Krämer sieht das philosophische Beratungsgespräch als unverzichtbar, um praktisch werden zu können. Durch den Wissensvorsprung, der den philosophischen Praktiker, sprich Ethiker, als Ratgeber legitimiert, könne ein Klient unterstützt werden. Der Normalfall der Beratung sei durch ein asymmetrisches nichtparitätisches Kompetenz-, Erfahrungs- und Autoritätsgefälle vom Ratgeber zum Ratsuchenden gekennzeichnet. Mehrwissen oder ein Überhang an Reflexion solle vermittelt werden. Der Moralphilosoph könne auch Normen verdeutlichen, einklagen oder sogar modifizieren, die vom Beratenden nicht hinreichend wahrgenommen oder realisiert seien.²³

Hier kommt also moralphilosophische Kompetenz in den Blick: Erst diese macht es möglich, moralische Probleme und die davon betroffenen moralischen Güter oder Rechte und Pflichten zu erkennen. Hierarchische bzw. authentische Autonomiekonzepte sind also offen für unterschiedliche Zielsetzungen. So kann die Schulung der Autonomiekompetenz das Ziel der

22 Vgl. Krämer 1995 (Anm. 3), 323ff.

23 Vgl. Krämer 1995 (Anm. 3), 324.

Selbstreflexion in Bezug auf das Gelingen des Lebens (Selbstfindung) verfolgen. Ebenso wäre es aber möglich, das Ziel einer moralisch-normativen Reflexion über die Frage, wie der Betreffende handeln sollte, zu verfolgen. Die Autonomie bzw. Moralkompetenz wird unter anderem durch Ratschläge, die zur Entscheidung anheimgestellt werden, unterstützt.²⁴ Probleme werden analysiert, neue unerschlossene Horizonte und Alternativen aufgezeigt und begründete Entscheidungen in eine Rangordnung gebracht. Die Autonomiekompetenz in diesem umfassenden Sinne lässt sich also durch Beratung nicht nur unterstützen, sondern oftmals erst gewährleisten. Dies wird z. B. auch an dem von Haker²⁵ in Anlehnung an Krämer entwickelten Beratungsmodell für moralisch relevante Entscheidungen deutlich. Fürsorge wäre in diesem Zusammenhang als kompetente philosophische bzw. ethische Beratung zu fassen.

3.4 *Autonomiekonzepte mit sozialem Fokus*

Sozialethische Ansätze, die sich auch mit Autonomie befassen,²⁶ wiederum fragen, welche Beziehungen im Nahbereich, im weiteren Lebensumfeld und welche gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen grundlegend für das Autonomievermögen sind. Ein Mensch ist nur insoweit autonom, als ihm äussere Freiheitsspielräume zur Verfügung stehen, die er gestalten kann. Insgesamt wird hier der Blick auf die äusseren Handlungsumstände gerichtet, die Menschen die Ausübung ihrer Selbstbestimmung erlauben und fördern oder aber einschränken. Denn ein Autonomieanspruch bezieht sich immer auch auf andere Menschen, also Beziehungen im näheren und ferneren Lebensbereich, und auf Institutionen und Regeln. In Bezug auf

—
24 Vgl. Krämer 1995 (Anm. 3), 344–365.

25 Vgl. Hille Haker, Entscheidungsfindung im Kontext pränataler Diagnostik, in: Matthias Kettner (Hg.), *Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbruch, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft*, Frankfurt/M. 1998, 223–251.

26 Vgl. Mieth 2008 (Anm. 17); Graumann 2007 (Anm. 17); dies. 2010 (Anm. 17); dies. 2011 (Anm. 17); Illhardt (Hg.) 2008 (Anm. 17); Harald Stelzer, *Autonomie und Determiniertheit. Konzeption sozial integrierter Autonomie*, in: List/Stelzer (Hg.) 2010 (Anm. 17), 71–96; Walter Reese-Schäfer, *Autonomie und Gerechtigkeit*, in: List/Stelzer (Hg.) 2010 (Anm. 17), 55–70; Martha C. Nussbaum, *Menschliche Fähigkeiten, weibliche Menschen*, in: dies., *Gerechtigkeit oder das gute Leben*, Frankfurt/M. 1999, 176–226.

das situationsbezogene Autonomievermögen wird gefragt, ob Handlungsoptionen zur Wahl stehen, die für die Betroffenen gute oder zumindest akzeptable Optionen darstellen. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen, gesellschaftliche Praktiken und Erwartungen sind nicht nur Beiwerk, sondern diejenigen grundlegenden Faktoren, die über Handlungsmöglichkeiten entscheiden. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen sind für das Ziel autonomen Entscheidens und Handelns eines Menschen entscheidend, denn sie können hinderlich oder förderlich für individuumsbezogene Wünsche, Handlungsabsichten und Lebenserfahrungen sein. Feministische Philosophinnen²⁷ analysieren kritisch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, welche eine Vorbedingung für die Handlungsfähigkeit von Frauen darstellen. So seien traditionelle Sozialisation mit oft einseitigen Weiblichkeitsbildern und restriktiven Normen Hindernisse für die Autonomie von Frauen. Zu den autonomierelevanten Fähigkeiten zählten Kompetenzen der Introspektion, der Analyse und der Willensbildung.²⁸

Aber auch generell steht das individuelle Wünschen in Wechselwirkung mit gesellschaftlichen Einflüssen. Haben alle Nachbarn ein Trampolin im Garten, werden nicht nur die Kinder, sondern vielleicht auch die Eltern auf diese Art der Gartennutzung und des Spielens aufmerksam und entwickeln eine starke Präferenz für ein Heimtrampolin. Rahmenbedingung ist wiederum, dass eine Familie überhaupt über einen Garten verfügt. In einer Hochhaussiedlung werden Kinder und ihre Eltern andere Formen des Spielens und der Betätigung im Freien suchen. Weniger harmlos ist die Praxis der Selbsttötung mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation. Für Befürworter der Beihilfe zum Suizid, die Überlegungen zur Autonomiekompetenz weitgehend ausblenden, scheint es nur zwei Optionen zu geben: Ein Leben mit schwerwiegenden Einschränkungen, das von dem Betroffenen nicht mehr als wünschenswert erachtet wird oder die Selbsttötung. Alternative Lebensvollzüge und ein damit einhergehender Wandel der Selbstwahrnehmung und subjektiver Präferenzen, die sich z. B. durch angemessene Versorgungsleistungen, eine gute soziale Einbindung oder das Angebot neuer Alltagsaktivitäten ergeben könnten, sind nicht Gegenstand der Autonomieüberlegungen. Die Voraussetzungen des Entscheidens werden in diesem Fall also oft zu eng gesetzt und Fragen der Autonomiekompetenz eher ausgeblendet.

—
27 Vgl. z. B. Marilyn Friedman, *Autonomy, Gender, Politics*, Oxford 2003; oder Diana Meyers, *Self, society and personal choice*, New York, Oxford 1989; dies., *Gender in the mirror. Cultural imagery and women's agency*, Oxford 2002.

28 Vgl. Meyers 2002 (Anm. 27), 20.

3.5 *Autonomiekonzepte und moralische Verantwortung*

Schliesslich lässt sich das Autonomiekonzept im Sinne moralischer Kompetenz und Verantwortung verstehen: In der Nachfolge Kants gilt Autonomie nicht als uneingeschränkte Handlungsmacht, sondern als die Fähigkeit, den eigenen Willen entsprechend dem Moralgesetz zu bestimmen – unabhängig von Vorgaben oder persönlichen Vorlieben.²⁹ Das Autonomiekonzept in der Philosophie Kants impliziert die Unparteilichkeit der Interessenberücksichtigung und ist gemeint im Sinne von Selbstverpflichtung auf das eigene Gewissen, auf das Wohl der anderen und auf vernünftig nachvollziehbare, verallgemeinerbare moralische Normen. Das kantische Autonomiekonzept impliziert die Unparteilichkeit der Interessenberücksichtigung. Für die Bestimmung und Befolgung der Pflichten gegen andere und sich selbst bedarf es der Fähigkeit, moralisch zu reflektieren und ein verantwortliches Urteil zu fällen.

4. Unterstützung der Autonomiekompetenz: Varianten der Fürsorge

Wenn von einem Autonomieprinzip oder einem moralischen Recht auf Achtung der Autonomie die Rede ist, können unterschiedliche Autonomiekonzepte impliziert sein. Es wurde herausgearbeitet, dass jedes Autonomiekonzept Kompetenzen voraussetzt, auch solche Konzepte, die als so genannte libertäre Konzepte das Nichteingreifen anderer in den Mittelpunkt der Autonomieforderung stellen. Die Vielfalt der inneren und äusseren Voraussetzungen legt ein Hinterfragen der Voraussetzungen jedes Autonomiekonzepts nahe.

Theoretisch wie praktisch ist die Unterscheidung zwischen inneren und äusseren Bedingungen der Autonomiefähigkeit nur eine analytische. Denn selbstredend gibt es ein Zusammenspiel von individueller Urteilsfindung und strukturellen Rahmenbedingungen: Sozialisation und Bildung prägen unsere Präferenzen und Ziele, implizites oder explizites Wissen um Alternativen oder antizipierte Reaktionen des Umfelds beeinflussen unsere «internen» Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse. Insofern ist die Frage, ob

29 Vgl. Immanuel Kant, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, in: *Gesammelte Werke*. Akademieausgabe, Bd. IV, Berlin 1968, 385–464.

innere oder aber äussere Voraussetzungen der Autonomiefähigkeit notwendig zu einem Autonomiekonzept gehören, eine müssige Frage, da sie mit «sowohl als auch» beantwortet werden muss.

Bislang werden die individuellen und strukturellen Voraussetzungen moralisch-normativer Autonomieforderungen zu wenig explizit gemacht und vor allem zu wenig im Hinblick auf Unterstützungspflichten anderer diskutiert. Zugegeben, zunächst einmal muss begründet werden, warum aus dem Spektrum unterschiedlicher Autonomiekonzepte ein bestimmtes Konzept ausgewählt wird und ein dementsprechender moralischer Anspruch auf Achtung der Autonomie gelten soll. Doch ungeachtet dessen, um welche Autonomienorm es sich handeln wird, werden Fürsorge-Handlungen anderer erforderlich sein, um dem Autonomieanliegen zur Geltung zu verhelfen. In anderer Terminologie, doch auch mit dem Anspruch von Pflichten anderer, konzipiert z. B. O'Neill³⁰ Autonomie in Ergänzung mit Vertrauen. Vertrauen aufzubauen und darauf Akte Informierter Zustimmung aufzusetzen, erfordert ebenfalls Handlungen anderer. Held³¹ hebt z. B. mit dem Begriff der «wechselseitigen Autonomie» die Bedeutung der Gemeinschaft für Fürsorge im Sinne von Empathie, Sensitivität und gegenseitiger Rücksichtnahme hervor, ohne jedoch das Autonomiekonzept eingehender zu bearbeiten.

Anliegen dieses Beitrags ist es, die unterschiedlichen impliziten und expliziten Voraussetzungen, hier als Autonomiekompetenz oder Autonomievermögen bezeichnet, herauszuarbeiten. Diese Voraussetzungen sollten stärker als bisher Gegenstand medizinethischer Debatten sein, um moralische Forderungen der Achtung der Autonomie eines Menschen nicht zur rhetorischen oder ideologischen Floskel werden zu lassen, die Missstände und Ungerechtigkeiten zwischen Menschen und in einer Gesellschaft eher verdeckt als konstruktiv diskutiert. Fürsorge in Bezug auf Achtung und Förderung der Autonomie muss kein unkonturiertes und insofern paternalismusverdächtiges Handeln Aussenstehender sein. Vielmehr könnten im Anschluss an die Explikation und den argumentativen Ausweis erforderlicher Autonomiekompetenzen Fürsorge-Handlungen anderer als Hilfspflichten dargelegt werden.³² Eine in diesem Sinne konzipierte «Fürsorge» bedroht

30 Vgl. O'Neill 2002 (Anm. 1).

31 Vgl. Virginia Held, *The ethics of care. Personal, Political, and Global*, Oxford 2006.

32 Vgl. Graumann 2011 (Anm. 17).

ein Autonomiekonzept nicht, sondern verhilft dem Autonomieanspruch erst zur Geltung.

4.1 *Autonomie und Autonomiekompetenz in Theorie und Praxis*

Die aufgeführten Voraussetzungen der Autonomiefähigkeit bzw. der Autonomiebefähigung sind in der Praxis letztlich graduell. Tatsächlich kann man mehr oder weniger gut über einen bestimmten Sachverhalt und über bestimmte Handlungsoptionen und ihre voraussichtlichen Konsequenzen informiert sein, doch niemals über alle möglichen Handlungsalternativen und Konsequenzen. Jenseits des medizinischen Kontexts stellt sich zudem noch viel stärker die Frage, auf welche Handlungsoptionen ein Individuum überhaupt zugreifen kann – weil es um sie weiss und weil ihm diese Optionen auch faktisch zur Verfügung stehen.

Damit ist die wichtige und zugleich schwierige Frage der äusseren und inneren Freiheit eröffnet: Wann ist jemand unabhängig von äusserem und innerem Zwang? Dann, wenn keine massiven Einschränkungen erkennbar sind oder erst dann, wenn zumindest mehr als eine Wahloption – der Philosoph Frankfurt³³ fordert zumindest ein «could have done otherwise» – besteht? Doch nützt uns auch eine Alternative nichts, wenn es sich um generell wenig attraktive oder gar nachteilige Optionen handelt oder wenn ein Mensch diese Optionen für sich selbst überhaupt nicht anstrebt.

Wie wir gesehen haben, konzentrieren sich einige Autonomiekonzepte auf die innere Freiheit, auf Wohlüberlegtheit oder die Reflexion von Wünschen erster oder zweiter Ordnung. Andere hingegen problematisieren äussere Bedingungen. Das Konzept der Informierten Zustimmung, das allerdings primär für den Bereich der Medizin entwickelt wurde, setzt Informiertheit und Verstehen voraus – was situationsbezogen innere und äussere Voraussetzungen beinhaltet.

Es liegt auf der Hand, dass sich Autonomiekompetenz unbegrenzt fordern und fördern lässt. Man wird sich also fragen, wann denn nun ausreichend Kompetenz vorliegt oder ob dies überhaupt je der Fall sein wird. Wie viel innere Freiheit, Wohlüberlegtheit und Selbstreflexion und welche Formen äusserer Freiheit und Wahloptionen für eine autonome Entscheidung erforderlich sind, muss aus ethisch-normativer Sicht beantwortet werden.

33 Vgl. Harry Frankfurt, *Alternate possibilities and moral responsibility*, in: *The Journal of Philosophy* 66 (1969) 23, 829–839.

Man könnte vor dieser Frage angesichts ihrer Komplexität und Uferlosigkeit kapitulieren. Vielleicht ist dies mit ein Grund, warum libertäre Autonomiekonzepte Fragen der Autonomiekompetenz, abgesehen von der Notwendigkeit der Information, meist vollständig ausblenden. Doch der schwierigen Aufgabe der Bestimmung innerer und äusserer Autonomiekompetenz muss sich jeder Autonomieansatz stellen, will er sich nicht den Vorwurf der unkritischen Fortschreibung bestehender Verhältnisse einhandeln. Eine Ethik, die lediglich irgendeine Form des Bestehenden zu sichern versucht, greift zu kurz. Welche Autonomiekompetenzen ein angemessenes Gesamt darstellen, sollte um der Autonomie willen als zentrale Frage gelten dürfen. Für die praktische Frage, wann ausreichend Autonomiekompetenz gegeben ist, könnte ein Schwellenkonzept angestrebt werden: Wird eine bestimmte Schwelle überschritten, ist ein Mensch als autonom anzusehen. So formuliert etwa die feministische Philosophin Friedman³⁴ als Voraussetzung der Autonomie minimale Selbstreflexivität. Jede Frau, die diese Schwelle überschritten habe, sei zunächst einmal als autonom zu respektieren. Friedman geht es vor allem erst einmal darum, dass Frauen in ihrer Autonomie respektiert werden. Auf der Basis dieser Anerkennung fordert Friedman aber gezielt die Förderung von Autonomiekompetenzen. In diesem Sinne hat Diana Meyers³⁵ einen Katalog von *agentic skills* entwickelt. Martha Nussbaum³⁶ fordert auf der Grundlage anthropologischer Fähigkeiten die Förderung einer umfassenden Fähigkeitenliste, die unter anderem eine Gegenbewegung zu einem reduzierten libertären Verständnis von Autonomie darstellt. Die Förderung von Autonomiekompetenz ist hier ein Prozess, der stets ausbaufähig ist.

Der Rechtsphilosoph Feinberg machte darauf aufmerksam, dass wir in manchen Kontexten Entscheidungen auch dann respektieren, wenn sie nicht vollständig freiwillig, aber doch «freiwillig genug» seien.³⁷ Zudem ist nahelegend, dass in Abhängigkeit vom «Kontext», so Feinberg, oder mit anderen Worten je nachdem, wie schwerwiegend oder weitreichend eine Entscheidung ist, anspruchsvollere oder weniger anspruchsvolle Anforderungen an die Autonomiekompetenz gestellt werden müssten. Buchanan und Brock

34 Vgl. Friedman 2003 (Anm. 27).

35 Vgl. Meyers 2002 (Anm. 27).

36 Vgl. Nussbaum 1999 (Anm. 26).

37 Vgl. Joel Feinberg, *Harm to Self*, Oxford 1986, 104.

bezeichnen eine solche praxisbezogene Abstufung als «sliding scale strategy».³⁸ Damit wird allerdings ein neuer Aspekt deutlich: Autonomieansprüche können erst präzise gestellt werden, nachdem eine ethische Analyse der Entscheidungssituation und der moralisch relevanten Güter stattgefunden hat.

4.2 Förderung der Autonomiekompetenz: Priorität der Analyse und Verbesserung äusserer Bedingungen

Es ist strittig, ab wann das Fehlen unterstützender innerer oder äusserer Bedingungen zu einer Einschränkung der inneren Bedingungen oder zu einer Einschränkung von Autonomiekompetenzen führt. Obwohl diese Debatte schwierig ist und die jedem Menschen geschuldeten Voraussetzungen mit guten Gründen bestimmt werden müssen, sollte der Debatte nicht ausgewichen werden, da ansonsten der Kerngehalt personaler Autonomie gefährdet würde.

Libertäre Konzepte, die relativ geringe Voraussetzungen beinhalten, blenden Fragen der inneren und äusseren Voraussetzungen von Autonomie aus und sind daher nicht in der Lage, für die Autonomie hinderliche oder förderliche Faktoren zu erkennen und entsprechende Veränderungen zu fordern.

Obgleich die Selbstauskunft moralischer Subjekte in der Logik eines individuellen Autonomieprinzips die primäre Autorität für die Frage nach der Autonomiefähigkeit darstellt, kann sie entgegen der Auffassung libertärer Autonomiekonzeptionen jedoch nicht die alleinige Instanz sein, die Sach- und Werturteile über die Autonomiefähigkeit fällt. Insbesondere umfassende und wissenschaftlich fundierte Analysen gesellschaftlicher und institutioneller Rahmenbedingungen oder das Erfassen oder Fehlen von Wahlmöglichkeiten können die Autonomiefähigkeit allgemein oder situativ beeinträchtigen, ohne dass dies dem Individuum selbst deutlich wird. Man denke etwa an die Veränderungen «im Bewusstsein», von denen z. B. Martha Nussbaum und Amartya Sen aus Projekten der Entwicklungshilfe berichten.³⁹ So veränderten Alphabetisierungs- und Bildungsprogramme die Selbstwahrnehmung von Frauen in Bangladesh hinsichtlich ihrer Autonomiefähigkeit und ihrer Präferenzen. Die Analyse und Verbesserung äusserer Bedingungen der Autonomiekompetenz muss also Priorität haben, um zumindest eine gewisse

38 Vgl. Allen Buchanan/Daniel Brock, *Deciding for others*, Cambridge 1989, 51ff.

39 Vgl. Nussbaum 1999 (Anm. 26).

Chancengleichheit hinsichtlich der Autonomiekompetenzen zu gewährleisten.

Allgemeine innere Kompetenzen, die zur Entwicklung so genannter persönlicher Autonomie erforderlich sind, lassen sich durch Bildung gesellschaftlicher Anerkennung fördern. Je geringer das Armutsgefälle, je egalitärer die Bildungs- und Arbeitsmarktchancen und je demokratischer das politische und rechtliche Zusammenleben organisiert sind, umso eher lassen sich allgemeine personale Autonomiekompetenzen bei einem Mitglied der Gesellschaft annehmen. Diejenigen gesellschaftlichen Faktoren, die die Ausbildung allgemeiner personaler Autonomie einschränken oder aber fördern, sind durch geschichtliche Erfahrungen, die sich herauskristallisiert haben, und durch sozialwissenschaftliche und sozialetische Diskurse bekannt.

Was lässt sich darüber hinaus noch zu den inneren und äusseren Faktoren der Autonomiekompetenz sagen? Da sich situations- und individuumsbezogene Autonomiekompetenz nur in extremen Fällen durch Aussenstehende absprechen lässt, muss der Schwerpunkt der Autonomieförderung auf der Problematisierung der äusseren Bedingungen der Autonomiekompetenz liegen. Sozialwissenschaftliche Studien, aber auch reflektierte Erfahrungen können dazu dienen, hinderliche und förderliche externe Faktoren selbstbestimmten Entscheidens in Abhängigkeit von Gegenstand und Situation zu identifizieren. Wodurch sich z. B. Patienten in einem Krankenhaus der Maximalversorgung heute bei Behandlungsentscheidungen beeinträchtigt fühlen, ist bekannt und lässt sich systematisieren. Auch notwendige Veränderungen lassen sich zweifelsohne gut bestimmen.

In der medizinischen und pflegerischen Versorgung ist das Konzept der Informierten Zustimmung aus ethischer und rechtlicher Sicht einschlägig. Aber selbst dieses Konzept lässt sich enger oder weiter auslegen. Für die Zustimmung oder Ablehnung eines medizinischen Eingriffs, sei es zur Diagnostik, Therapie oder Prävention, bedarf es lediglich der Information und des Verstehens zweier Handlungsoptionen: Behandlung oder Nicht-Behandlung. Ein etwas weiteres Konzept des *informed consent* beinhaltet, dass gleichwertige oder selbst «suboptimale» Alternativen, sofern sie dem Patienten entgegenkommen und aus fachlicher Sicht vertretbar sind, angeboten werden sollten. Die äussere Wahlfreiheit würde sich hier also auch auf die Erschliessung und Darlegung mehrerer Alternativen beziehen. Im Fall von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung kann aber auch das innere Autonomievermögen eingeschränkt sein, was sich durch Verbesserung der Kommunikation, durch mehr Gesprächszeit und generell ein Klima der Ermutigung, sich zu artikulieren, verbessern liesse.

4.3 Autonomiekompetenz als Verantwortung für sich selbst

Zugleich aber beinhaltet personale Autonomie, dass ein Mensch für sich selbst Verantwortung übernimmt. Ungeachtet aller Hilfs- bzw. Fürsorgepflichten zur Gewährleistung und Förderung von Autonomiekompetenzen ist selbstredend jedes Individuum selbst in die Pflicht genommen, an der Entwicklung seiner Autonomiekompetenzen mitzuarbeiten und so Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Wir sind in dem Mass für unsere Handlungen und Entscheidungen verantwortlich, in dem wir als Akteure unserer Handlungen betrachtet werden können. Unsere Verantwortung kann vermindert sein, wenn in unsere Unabhängigkeit eingegriffen wird.

So betont z. B. auch Charles Taylor,⁴⁰ dass wir für unser Selbst verantwortlich sind, d. h. als Akteure, die entsprechend ihrer Entwicklung, ihren Handlungen und emotionalen Reaktionen einen Standpunkt einnehmen können und Verantwortung für das übernehmen können, was wir getan haben. Die Alternative bestünde in einer passiven Haltung, aus der heraus uns Reaktionen auf Situationen auferlegt werden. Personale Autonomie kann beinhalten, dass wir die Pflicht haben, die eigenen Schwächen und Fehler anzunehmen, da Verantwortung für sich selbst auch beinhaltet, zu seiner eigenen Konstitution, den aktuellen Wahlmöglichkeiten und den eigenen Entscheidungen der Vergangenheit zu stehen und Authentizität, Eigentümerschaft und die eigene Konstitution als wertvolle Form der Selbstrealisierung, aber auch als Form der Verpflichtung anzusehen.

5. Schluss

Ungeachtet grosser Unterschiede zwischen Autonomiekonzepten lässt sich festhalten, dass jedes Autonomiekonzept äussere oder innere Voraussetzungen der Autonomiefähigkeit enthält. Libertäre Konzepte verwehren sich gegen groben äusseren Zwang, der das Individuum direkt betrifft, sozial-ethische Ansätze zeigen institutionelle und soziale Hindernisse auf, die sich in verschiedener Weise auf Willensbildung und Handlungswahl auswirken können. So genannte hierarchische oder selbstreflexive Autonomiekonzepte fordern einen internen Ablauf des Reflektierens. Autonomiekonzepte im

40 Charles Taylor, *Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität*, Frankfurt/M. 1996 (engl. Orig. 1992).

kantischen Sinne fordern eine verantwortete, d. h. vernünftige und verallgemeinerbare moralische Reflexion des Subjekts.

Gleichwohl ist aus ethisch-normativer Sicht zunächst offen, welche Formen der Unterstützung unserer Autonomiefähigkeit wir von anderen mit guten Gründen einfordern können. Diese Frage lässt sich angesichts der Forderung nach Verallgemeinerbarkeit dadurch angehen, dass wir klären, welche und wie viel Autonomiefähigkeit jeder von uns braucht, um selbstbestimmt zu leben. Inwiefern müssen andere meine Autonomiefähigkeit fördern oder wiederherstellen, wenn es um individuelle Selbstverwirklichung und das Gelingen meines Lebens geht? Inwieweit müssen institutionelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen geändert werden, weil sie die Autonomiefähigkeit behindern? Pflichten der Förderung der Autonomiefähigkeit durch andere oder durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen liessen sich beispielsweise durch Bezugnahme auf grundlegende moralische Rechte oder auf die Menschenrechte begründen. Denn über grundlegende moralische Güter selbst bestimmen zu wollen, ist berechtigt. Nicht auf moralische Rechte beziehbare individuelle Wünsche liessen sich durchaus durch philosophische Beratung oder psychologische Lebensberatung klären. Autonomiefähigkeit in diesem Sinne zu fördern wäre dann jedoch nicht geschuldet.

In der medizinischen und pflegerischen Versorgung kann von einem libertären Autonomiekonzept allein schon deshalb nicht ausgegangen werden, weil erst Expertise und auf den Einzelfall und die Situationen zugeschnittene Informationen einen Patienten zu einer informierten, freiwilligen Zustimmung befähigen. Die Darlegungen zur Autonomiefähigkeit sollten u. a. deutlich machen, dass die Autonomiefähigkeit des Patienten in der pflegerischen und medizinischen Versorgung der Unterstützung bedarf, um eine für den jeweiligen Patienten gute Lösung seiner Gesundheits- oder Pflegeprobleme zu finden. Die Darlegung akzeptabler, wenngleich «suboptimaler» Behandlungen oder Pflegemassnahmen, beratende Gespräche, die im Fall einer unheilbaren oder sehr riskanten Behandlung der Selbstklärung des Patienten dienen, Kritik und Änderungsforderungen in Bezug auf institutionelle Abläufe und Regeln sowie die Einschränkung von Handlungsspielräumen und Alternativangeboten durch das Gesundheitssystem oder gesellschaftliche Erwartungen mögen aus unterschiedlichsten Gründen, etwa Kosten- oder Effizienzgründen, fehlen, würden aber zweifelsohne einem individuellen Autonomierecht entgegenkommen. Insofern steht letztlich zur Debatte, wie viel Einzelpersonen und die Gesellschaft für das Anliegen individueller Autonomie zu leisten bereit sind bzw. was aus moralisch-

normativer Sicht von ihnen um der Autonomie jedes Menschen willen gefordert werden muss. Sobald die Debatte um Voraussetzungen, Schutz und Wiederherstellung der Autonomiefähigkeit von Menschen nicht geführt wird, zugleich aber ein moralisches oder juridisches Autonomierecht hohen Stellenwert erhält, kann es sich nur um irreführende Autonomierhetorik handeln oder aber um das Phänomen, dass das Autonomierecht von denjenigen, die vollumfänglich zur Autonomie fähig sind, anderen Menschen entweder zugeteilt oder abgesprochen wird.