

Abschlussarbeit

ÖÄK Diplomlehrgang Geriatrie

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Franz Böhmer
Prim. Univ. Prof. Dr. Monika Lechleitner

Rückfragen:

österreichische akademie der ärzte
Weihburggasse 2/5
A-1010 Wien
Tel.: +43 1 512 63 83-40DW

ÖÄK Diplomkurs Geriatrie 2008/09

Abschlussarbeit

**Aspekte der Autonomie und Menschenwürde
am Lebensende**

- eine theoretische Annäherung

von
Dr. Barbara Aschermann

WIEN, Juni 2009

Aspekte der Autonomie am Lebensende – eine theoretische Annäherung

Begriffsdefinitionen

Das Wort *Autonomie* kommt aus dem Griechischen (autós = selbst, nomós = Gesetz) und bedeutet so viel wie Selbstgesetzgebung. Je nach Fachbereich bedeutet es weiter Selbständigkeit, Unabhängigkeit, Selbstverwaltung, Selbstbestimmung, Eigenständigkeit, Eigenverantwortlichkeit.

Der konträre Begriff *Heteronomie* beschreibt Abhängigkeit und Fremdbestimmtheit¹.

„Unter Autonomie im medizinischen Kontext versteht man die Fähigkeit, über die eigenen geistigen und körperlichen Kräfte frei verfügen zu können².“

Im allgemeinen ethischen Sinn verwendet, hat der Mensch sein (moralisches) Verhalten selbst zu steuern und zu verantworten. Er richtet sich nach allgemein verbindlichen Regeln und Prinzipien, in die er sich selbst einbindet.

An dieser Stelle sei eine weitere Begriffsklärung eingefügt: *Ethik* bezeichnet die kritische Reflexion der bestehenden Moralen. Sie hinterfragt, untersucht, begründet und formuliert alle in einer Gemeinschaft als gültig akzeptierten Gebote, Werte, Normen und Regeln, die von einer bestimmten Gemeinschaft erwünschtes, in ihrem Sinne ‚gutes‘ Handeln nach sich ziehen sollen.

Ethik versucht auf die Fragen, wie können wir Grundlagen und Richtlinien für unser Verhalten finden und wie können wir diese Richtlinien begründen, Antworten zu finden und diese im Sinne einer philosophisch-wissenschaftlichen Disziplin zu begründen³.

1 <http://www.stangl.eu/psychologie/definition/Autonomie.shtml> Vgl. http://www.sociologicus.de/lexikon/lex_g/begriffe/autonomi.htm

2 vgl. Gabl und Jox 2008.

3 vgl. Liessmann, Zenaty 2007.

Wie alle Grundbegriffe der Ethik ist der Begriff Autonomie mehrdeutig. Der amerikanische Sozialphilosoph Joel Feinberg unterscheidet 4 zentrale Bedeutungen von Autonomie⁴:

- Autonomie als persönliche Fähigkeit (*capacity*)
- Autonomie als situative Disposition (*actual condition*)
- Autonomie als Charakterideal (*ideal of character*)
- Autonomie als moralisches Recht (*sovereign authority*)

In den ersten drei Bedeutungen bezeichnet Autonomie eine Fähigkeit, ein wünschenswertes Idealbild, eine Charaktereigenschaft, die zu nichts verpflichtet. In der vierten Bedeutung bezeichnet Autonomie einen Anspruch. Autonomie als Rechtsanspruch bedeutet, dass jemand Recht auf Selbstbestimmung hat, d.h. dass bestimmte Dinge nicht gegen oder ohne seine Zustimmung mit ihm geschehen sollen. Das bedeutet aber auch, dass jemand, der nicht oder nur eingeschränkt autonomiefähig ist, keinen geringeren Rechtsanspruch auf Selbstbestimmung hat. Autonomie als moralisches Recht kann also nicht verloren gehen, die situationsbezogene Handlungsautonomie kann jedoch eingeschränkt oder fast verloren gehen (aktueller Krankheitszustand, gesellschaftliche Rahmenbedingungen, u.a.).

Ethische Autonomielehre Kants

*Die Auffassung von Autonomie als Selbstbestimmung des Menschen wurzelt in der Aufklärung: nach der Philosophie Immanuel Kants ist der Mensch frei, seine Handlungsfreiheit besteht aber allein in der Selbstbestimmung, Selbstgesetzgebung⁵. Bei Kant ist Autonomie die Basis der Selbständigkeit der menschlichen Natur und schließt eine Verwendung des Menschen als Mittel zum Zweck aus. Die Autonomie des menschlichen Willens ist für Kant Grundlage seiner Würde als Mensch. Dass Menschenwürde ein universaler Wert ist, ist in Kants Moralprinzip, dem *kategorischen**

⁴ vgl. Feinberg 1986

⁵ vgl. Schweppenhäuser 2006

Imperativ, enthalten: handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte.

Kant konstatiert, dass Freiheit nicht einfach bloß der Zustand ist, in dem wir alles tun können, was wir wollen. Auch heißt es nicht, dass alle anderen so handeln sollen, wie ich handle, sondern dass die Gründe meines Handelns so beschaffen sein sollen, dass sie für alle anderen einsehbar, verstehbar und deshalb zumutbar sind. Im Zentrum Kantischer Ethik steht der Gedanke, dass Freiheit identisch ist mit moralischer Autonomie. Unter Autonomie versteht Kant *das freie Handeln nach allgemeinen, selbstgegebenen und universalisierbaren Gesetzen.*

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren“⁶

In Kants Philosophie sind Vernunftbegabtheit des Menschen, Autonomie und Menschenwürde systematisch verknüpft⁷. Die Fähigkeit zur Vernunft ist allen Menschen gemeinsam, erlaubt Zwänge infrage zu stellen und verleiht Autonomie.

Die Idee der Menschenwürde löste sich aus der religiös-metaphysischen Einbindung heraus. Die Würde des Menschen wird nicht länger auf dessen Ebenbildlichkeit zurückgeführt, vielmehr rücken *Vernunft* und *Freiheit* in den Vordergrund.⁸

Im 20. Jahrhundert hat der Begriff der Würde als Basis der Menschenrechte Eingang in viele rechtliche und internationale Dokumente gefunden, so in die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte* von 1948 und in mehrere nationale Verfassungen.

Diese moralische Sonderstellung oder Würde des Menschen verpflichtet uns, ihn als Subjekt seiner eigenen Lebensgestaltung zu respektieren. Hierbei gilt für die Medizin, also in Hinblick auf die Autonomie von Patienten, dass der Mensch als Patient in besonderer Weise verletzbar ist und eines besonderen Schutzes bedarf. Er ist aber nicht

⁶ vgl. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte 1948

⁷ vgl. Düwell 2008

⁸ vgl. Weidmann-Hügler 2007

nur verletzbar, sondern in besonderer Weise bedürftig, d.h. abhängig von der Unterstützung und Hilfe durch die Medizin.

Diese Unterstützung ist nun wesentlich für die Realisierung der Patientenautonomie – ein Gedanke, den ich später noch einmal aufgreifen möchte.

Autonomie und Fürsorge

Traditionell ist ärztliches und pflegerisches Ethos ein Ethos der Fürsorge⁹. Im Hippokratischen Eid (...Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schäden und willkürlichem Unrecht...) kommt der Wert der Selbstbestimmung des Patienten nicht vor.

Bis weit in das 20. Jahrhundert bestimmte ein paternalistisches Fürsorgemodell die Arzt-Patient-Beziehung, in der das Wohl des Patienten ungeachtet seines Willens oder seiner Zustimmung oberstes Gebot war. Ähnlich einem autoritären Vater entschied der Arzt, was das Beste für den Patienten sei, im Sinne wohlwollender Bevormundung.

Die historische Erfahrung, allen voran die des 2. Weltkrieges mit Humanexperimenten von Ärzten in Konzentrationslagern, hatte gezeigt, dass der Appell an verantwortliches ärztliches Handeln nicht ausreicht, das Wohl von Patienten sicherzustellen. Vielmehr muss ärztliches Handeln von Patienten bewusst legitimiert werden.

Dieser *Paradigmenwechsel* wurde vom Weltärztebund in seinen Erklärungen von Helsinki (1964) und Tokio (1975) dadurch zum Ausdruck gebracht, dass die Legitimität medizinischer Handlungen von der freien und informierten Zustimmung (*informed consent*) der Betroffenen abhängig gemacht wird.

In einem weiteren Schritt entwickelte sich Patientenautonomie zum moralischen Recht, also nicht nur Abwehrrecht (nicht gegen seinen Willen behandelt zu werden) sondern auch Recht auf Anerkennung, Bewahrung, Förderung und Wiederherstellung von Autonomie.

⁹ vgl. Geisler 2005

War also zunächst das Wohl des Patienten Ziel ärztlichen und pflegerischen Handelns, das seinerseits durch die informierte Zustimmung des Patienten begrenzt werden konnte, so bestimmt jetzt Patientenautonomie, wie Arzt und Pfleger zu handeln haben. Nicht ein fremdbestimmter Heilauftrag, sondern die Patientenautonomie wird Zielbestimmung ärztlichen und pflegerischen Handelns.

Seit den 1970ern vollzog sich eine Änderung der Gewichtung: von der Fürsorge zum Willen des selbst bestimmten Patienten. Im Idealfall sollte nun der Patient mit seiner gesamten Werteorientierung einbezogen werden, der Begriff Fürsorge wurde im Gegenzug zunehmend abgewertet, spiegelt er doch die Asymmetrie der Arzt-Patienten-Beziehung mit der Gefahr von Einflussnahme und Machtausübung wider.

Die 4 medizinethischen Prinzipien

In der Ethik wird über die Prinzipien der Moral, ihre Begründung und Anwendung nachgedacht. Es gilt die Berechtigung von moralischen Aussagen und moralischen Forderungen zu prüfen. „Ist eine Handlung wirklich eine gute Handlung?“

Von Kants drei Hauptfragen in der Philosophie, „1. Was kann ich wissen? 2. Was soll ich tun? 3. Was darf ich hoffen?“, behandelt Ethik die zweite.

Bioethik ist Teil der Ethik und sagt etwas aus über die moralische Richtigkeit im Umgang mit dem Lebendigen. Sie wurde seit den 1960er Jahren in Form der Ethikkommissionen institutionalisiert.

Je größer die Vielfalt an Wertvorstellungen in einer Gesellschaft ist, desto schwieriger wird es, einen Konsens bei ethischen Fragestellungen zu finden.

Das berühmteste Buch in der Bioethik ist das Buch Principles of Biomedical Ethics von Beauchamp und Childress¹⁰, seit seiner ersten Publikation im Jahr 1979 inzwischen in der sechsten Auflage erschienen. Es schlägt ein Konzept vor, das auf 4 Prinzipien zurückgreift, auf die sich alle Teilnehmer an moralischen Diskursen verständigen können:

¹⁰ vgl. Beauchamp 2009

- Prinzip der Achtung der Autonomie
- Prinzip der Schadensvermeidung (nonmaleficence)
- Prinzip der Fürsorge (beneficence)
- Prinzip der Gerechtigkeit.

Ursprünglich wurde das Verhältnis hierarchisch gedacht, wobei dem Autonomieprinzip ein relativer Vorrang eingeräumt wurde. Inzwischen wird keine Rangordnung vorgegeben, im Konfliktfall müssen die verschiedenen Prinzipien gegeneinander abgewogen werden¹¹.

Autonomie und Fürsorge sind die am häufigsten im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Beziehung genannten Prinzipien, wobei die aus ihnen resultierenden Verpflichtungen nicht nur in Übereinstimmung, sondern auch im Konflikt zueinander stehen können. So kann beispielsweise die Verpflichtung des Arztes Krankheiten zu behandeln (Fürsorgepflicht), dem Willen des Patienten gegenüberstehen, der eine weitere möglicherweise sehr belastende Behandlung ablehnt (Selbstbestimmung).

Aus der Idealwelt der Theorie in die Alltagswelt der Beziehungen

Linus S. Geisler setzt sich in seinem Artikel ‚Idealbild/ Der mündige Patient‘¹² kritisch mit dem Begriff der verabsolutierten Patientenautonomie auseinander. Autonomiebedürfnis und die Fähigkeit zu selbst bestimmten Entscheidungen, so Geisler, schwinden, je kränker, je leidender, je hilfloser, je sozial schwächer Patienten sind. Er stellt die provokante Frage: ist das Optimum der Autonomie nur etwas für junge Gesunde?

Ärztliches und pflegerisches Handeln, das sich ausschließlich an der Patientenautonomie als oberster Norm orientiert, läuft Gefahr, Patienten zu überfordern, alleine zu lassen und zu vernachlässigen, zugleich Verantwortung abzugeben und in kühle Distanz zu gehen.

¹¹ vgl. Marckmann 2000

¹² vgl. Geisler 2003

Der Begriff *Autonomismus* beschreibt die Gefahr, sich auf autonome Entscheidungen von Menschen zu verlassen, die nicht sicher dazu in der Lage sind.¹³

Oder wie es Frank Erbguth ausdrückt: „Selbstbestimmtheit darf nicht in ein Sich-Selbst-Überlassenwerden umschlagen – das wäre eine zynische Interpretation von Patientenautonomie.“¹⁴

Außerdem würde nicht zur Kenntnis genommen, dass viele Patienten nicht in der Lage sind autonom zu entscheiden oder dies ganz einfach nicht wollen oder brauchen.

Die Tatsache, dass Patientenautonomie Rechte (z.B. Recht auf adäquate Information, Alternativenwahl, Ablehnung therapeutischer Maßnahmen) geltend macht, setzt ein Gegenüber voraus, das diese Rechte wahrnimmt, akzeptiert und erfüllt. Hier sind es die ärztliche und pflegerische Fürsorge, die Autonomie gewährleisten und fördern kann und Beziehung herstellt.

Geisler bezieht sich in einem weiteren Artikel zur Gewichtung der Patientenautonomie auf das aus der feministischen Bioethik kommende Modell der *relationalen Autonomie*, „das die gegenseitige Verwiesenheit von Arzt und Patient, die Fragilität der Autonomie und die Notwendigkeit der Autonomieförderung berücksichtigt. Eine nicht paternalistische Fürsorge erlaubt dem Kranken Möglichkeiten einer autonomen „Selbstsorge“.“¹⁵

Entscheidungen werden immer vor dem Hintergrund der potentiellen Konsequenzen für die davon betroffenen Personen getroffen.

Patientenautonomie ist nur im relationalen Kontext realisierbar.

Autonomie kann also nie unabhängig vom Verhältnis zu den umgebenden Helfern gedacht werden.

¹³ vgl. Frühwald 2007

¹⁴ vgl. Erbguth (Datum unbekannt)

¹⁵ vgl. Geisler 2004

Fürsorge kann nicht losgelöst von der Selbstbestimmtheit desjenigen ausgeübt werden, dem sie gilt.

Menschenwürde und eingeschränkte Fähigkeit zur Autonomie

Menschenwürde bedeutete nicht zu allen Zeiten das gleiche und es gibt fast ebenso viele Würdeinterpretationen, wie es philosophische Strömungen gibt.

Dem Verständnis nach unterscheidet man zwischen der dem Menschen innewohnenden Würde, die ihm aufgrund seines Menschseins zusteht, und jener Würde, die ihm aufgrund äußerer Umstände zukommt oder allenfalls auch vorenthalten bleibt.

In der Altersethik spielt der Begriff der Menschenwürde eine große Rolle.

Aufgrund der unveräußerlichen Würde haben alle Menschen ein Recht, keiner unwürdigen Situation ausgesetzt zu sein. Der Begriff der Würde steht somit in enger Beziehung zum Begriff der Selbstachtung.

Erhebt sich nun die Frage, ob demente Menschen in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung noch in der Lage sind, sich selbst zu achten oder eine unwürdige Situation als solche zu erkennen.

Hier ergäbe die Koppelung des Begriffes der Menschenwürde an die Selbstachtung ein Problem, wären da nicht objektive Maßstäbe, nach denen - von subjektiven Eigenschaften und Fähigkeiten unabhängig - eine Situation als unwürdig zu bewerten ist und vor der es folglich Menschen unter allen Umständen zu verschonen gilt.

Wenn ein Mensch also außerstande ist von seiner Freiheit autonomen Gebrauch zu machen, sind wir ethisch verpflichtet, stellvertretend für ihn seine Interessen wahrzunehmen. Anders ausgedrückt könnte es auch heißen, ihn nur solchen Handlungsweisen auszusetzen, zu denen er seine vernünftige Zustimmung geben könnte.

Zur Einschränkung des Autonomievermögens im Alter tragen jedoch nicht ausschließlich somatische Gründe bei. Auch psychische Begleiterscheinungen bei Erkrankung, biographische Faktoren, die Aufnahme im Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung mit Statusverlust, Entpersönlichung, Entwurzelung, sozialer Isolierung, Einsamkeit, paternalistischem Verhalten von Familie, Ärzten und Pflegepersonal und nicht zuletzt die gesellschaftspolitische Lage und ökonomische Zwänge können zur Erosion der Autonomie führen.

Gerade der Betagte steht oft im Kreuzfeuer wichtiger ethischer Grundsatzfragen, die da wären:¹⁶

- Patientenalter
- mentale Beeinträchtigung
- Lebensqualität
- erwartetes Überleben.

Persönliche Reflexion

Wenn es uns auch nicht immer bewusst ist, so stehen wir doch täglich mit unserer Arbeit und letztlich mit unserer Person im Spannungsfeld Autonomie und Fürsorge, Autonomiefähigkeit und existentielle Abhängigkeit und sollten uns fragen, wie Patienten angesichts zunehmender physischer, psychischer und kognitiver Beeinträchtigungen autonom sein können. Wie sie mit der Institutionalisierung, die sie brauchen, der sie aber in den wenigsten Fällen gewachsen sind, zurechtkommen.

Was genau weckte mein Interesse, als ich vernahm, dass die Angst vor Autonomieverlust noch vor der Angst vor Schmerzen rangiert? Geht hier nicht ein faszinierender wie unbequemer Begriff (Autonomie), mit dem ich Freiheit, Aufbruch und Eigenwillen

¹⁶ vgl. Sieber (Datum unbekannt)

assoziiere die unheilvolle Verbindung mit dem tieftraurigen und angstbesetzten Klang von Verlust ein? Was berührte mich da?

Ein bedauernswerter Zustand, der nichts mit mir zu tun hat, allenfalls denen gilt, die ich als Ärztin betreue?

Wie autonom bin ich, wenn ich jeden morgen meine Kleider gegen einen weißen Mantel tausche, noch müde vom letzten Nachtdienst, eingeklemmt zwischen Ressourcenknappheit und dem Heroismus moderner Medizin?

Wie autonom sind meine Patienten im Geriatriezentrum, viele im Bett oder Rollstuhl, selten in Augenhöhe mit ihren Betreuern?

Ganz zu schweigen von ihren Verlusten.

Und doch kennen wir alle die Ambivalenz zwischen Freiheit und Abhängigkeit. In sozialen Systemen begeben wir uns immer wieder in fremde Abhängigkeiten und müssen Fremdbestimmung zulassen.

Welches Privileg, diese Abhängigkeiten bewusst gestalten zu können! Und wie angreifbar werden wir, sobald wir selbst nicht mehr in der Lage sind unsere psychischen und physischen Bedürfnisse zu stillen.

So groß die Spannungsfelder auch sein mögen, die sich in der Beschäftigung mit Autonomie aufgetan haben, so verwirrend die verschiedenen Ethikkonzepte für mich waren, so lehrreich ist es zu erkennen, dass bereits das Benennen von Konflikten, beharrliches Hinterfragen von Wertvorstellungen und der Dialog Teil der Lösung sein können.

Letztlich gilt es die Diskussion, welche Medizin wir uns für alte Menschen wünschen, interdisziplinär zu gestalten und hinaus in die Gesellschaft zu tragen.

Zur Bezeichnung von gemischtgeschlechtlichen Gruppen verwende ich aus pragmatischen Gründen das Maskulinum. Gemeint sind stets Gruppenmitglieder beider Geschlechter.

1) Online unter: http://www.sociologicus.de/lexikon/lex_geb/begriffe/autonomi.htm (zuletzt aufgerufen am 09.11.2008)

2) Gabl C, Jox RJ. Fürsorge und Autonomie-kein Widerspruch. Wiener Med Wochenschr 2008; 156 (23-24): 642-649

3) Liessmann KP, Zenaty G. Vom Denken. Einführung in die Philosophie. Braumüller, Wien, 5. überarb. Aufl. 2007, pp 197-203

4) Feinberg J (1986) Harm to self. Oxford University Press, Oxford. In: Simon A. Selbstbestimmung-Patientenwille-Patientenverfügung. Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen. Klinikum Nürnberg. Centrum für Kommunikation Information Bildung.

5) Schweppenhäuser G. Grundbegriffe der Ethik. Zur Einführung. Junius Verlag, Hamburg, 2. überarb. Aufl. 2006

6) Artikel 1. In: Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. 10. Dezember 1948 von der UNO verabschiedet

7) Düwell M. Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche. J.B. Metzler, Stuttgart/Weimar, 2008, pp 176 ff.

8) Weidmann-Hügler T. Eingeschränkte Fähigkeit zur Fremdbestimmung-ein Problem für die Menschenwürde? Fachtagung „Abhängigkeit in Würde!“ Curavia, Kanton Zürich. Zürich, 11. Januar 2007. Onlineunter: <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/127930B244/2FC829626D.pdf> (zuletzt aufgerufen 09.11.2008)

9) Geisler LS. Der Krebskranke zwischen Autonomie und Fürsorge. Vortrag vom 29. Oktober 2005. 39. Medizinische Woche Baden-Baden. Online unter: http://www.linus-geisler.de/vortraege/0510mw_autonomie.html (zuletzt aufgerufen am 31.10.2008)

10) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition. Oxford University Press, New York/Oxford, 2009.

11) Marckmann G. Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? Ärzteblatt Baden-Württemberg 2000; (56) 12: 499-502

12) Geisler LS. Idealbild/Der mündige Patient. Rheinischer Merkur vom 22.Mai 2003. Online unter: <http://www.linus-geisler.de/art2003/0522rm-patient.html> (zuletzt aufgerufen am 27.02.2009)

13) Frühwald T. Ethische Aspekte der institutionellen Betreuung älterer multimorbider Menschen. Alt und fremdbestimmt? Grundrechte älterer Menschen in Institutionen. 2.FSW-ExpertInnen Forum. 27.November 2007. Online unter: [http://pflege.fsw.at/export/sites/fsw/pflege/dokumente/aktuelles_dateien/Fruehwald Ethische Aspekte PP](http://pflege.fsw.at/export/sites/fsw/pflege/dokumente/aktuelles_dateien/Fruehwald_Ethische_Aspekte_PP) (zuletzt aufgerufen am 09.11.2008)

14) Erbguth F. Entscheidungen am Lebensende. Ethische und praktische Aspekte. Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen. Klinikum Nürnberg, Centrum für Kommunikation Information Bildung.

15) Geisler LS. Patientenautonomie-eine kritische Begriffsbestimmung. Dtsch Med Wochenschr 2004; 129: 453-456. Online unter: <http://www.linus-geisler.de/art2004/03dmw-patientenautonomie.html> (zuletzt aufgerufen am 27.02.2009)

16) Sieber C. Der alte Mensch in Pflege und Medizin. Fernlehrgang Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen. Klinikum Nürnberg, Centrum für Kommunikation Information Bildung.

