Graduelle Selbstbestimmung: Eine ethische Analyse im Kontext des assistierten Suizids

Mario Kropf

1. Einleitung

Seit dem 1. Jänner 2022 gilt in Österreich das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG), womit der assistierte Suizid unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt ist (vgl. lebensende.at 2023: 1f.). Trotz dieser rechtlichen Lösung bestehen weiterhin ethische Herausforderungen rund um dieses kontrovers diskutierte Thema. Der Fokus dieses Beitrages liegt auf der Konstruktion eines plausiblen Konzepts von Selbstbestimmung in Hinblick auf den assistierten Suizid (vgl. BMDW 2021: 1f.). Diese Vorstellung ist graduell und vermeidet die Aufgabe, den freien Willen zu erklären (vgl. Müller-Busch 2016: 18ff.). Damit wird ein Vorschlag für ein selbstbestimmtes Lebensende präsentiert, ohne jedoch die Beweggründe und Interessen von Mediziner*innen völlig auszuklammern. Es erscheint durch diese Rechtslage wichtig, zu eruieren, was im Zusammenhang mit dem assistierten Suizid als selbstbestimmter Entschluss verstanden werden kann. Häufig wird damit eine Freiheit von äußeren und inneren Einflüssen umschrieben (vgl. Beyer 2004: 167ff.). Darüber hinaus kann Selbstbestimmung eine subjektbezogene Auffassung darstellen, worin eigene Überlegungen, Wert- und Lebensvorstellungen als Grundlage für Entscheidungen und Handlungen fungieren (vgl. Buchs 2018: 226ff.).

2. Zwei herkömmliche Freiheitsauffassungen

Innerhalb der Philosophie werden mit der Freiheit zahlreiche Vorstellungen verbunden. Kant etwa würde damit eine moralische Autonomie in Verbindung bringen, welche erst dann vorliegt, wenn ein Wesen nicht nur an sich selbst denkt, sondern alle Individuen in eigene Leitlinien und Handlungsvorschriften einbindet. Besonders deutlich wird dies durch seine Gesetzesformel des kategorischen Imperativs.[1] Dadurch ist es möglich,

1 Mit dem kategorischen Imperativ soll es möglich sein, die individuellen Leitlinien in moralischer Hinsicht zu verallgemeinern: »Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, daß sie ein allgemeines Gesetz werde.« (zit nach: Horn/Mieth/Scarano 2015: 52).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

autonome Entscheidungen zuzulassen, wenngleich andere Lebewesen in den Überlegungen eine Rolle spielen. Seine Position sollte allerdings nicht so verstanden werden, dass vernunftbegabte Wesen bestimmten Gesetzen folgen, die bereits vorgegeben sind, weil sie deren Wichtigkeit akzeptieren. Vielmehr sind Menschen in der Lage, das moralisch Gesollte einzusehen, was sie gleichzeitig konstituiert und moralisches Handeln überhaupt erst möglich macht (vgl. Menke 2010: 678ff.). Darin liegt die spezifische Vorstellung von Freiheit im Sinne Kants. Folglich ist es nicht notwendig, sich auf externe Autoritäten zu verlassen, sondern es kommt darauf an, der eigenen Vernunft zu folgen. Oftmals wird Kant auch deswegen kritisiert, weil emotionale Gesichtspunkte durch den kategorischen Imperativ scheinbar keine Berücksichtigung finden (vgl. Horn/Mieth/Scarano 2015: 50ff.; vgl. Singer 1984: 19ff.).

Eine andere Auffassung von Freiheit könnte nicht die Verallgemeinerbarkeit als ausschlaggebendes Kriterium für Selbstbestimmung ausweisen. Entscheidend wäre etwa die klare Rückführbarkeit einer Wahl auf das jeweilige Individuum, was dessen Wünsche, Ziele und Überlegungen zum Ausdruck bringt. In diesem Fall könnten – gemäß Schockenhoff (2016) – auch egoistisch motivierte Taten als selbstbestimmt und – in Anlehnung an Kants Formulierung – als autonom gelten (vgl. Nida-Rümelin 2011: 181ff.; vgl. Schockenhoff 2016: 71ff.). Dies ist mit einer Form von Handlungsfreiheit vergleichbar, wonach ein Wesen der eigentlichen Natur nach machen kann, was es eben will. Eine Auffassung von Selbstbestimmung, welche freies Handeln voraussetzt, ist der entscheidende Ausgangspunkt für die anknüpfenden Überlegungen. Ein definitiver Entschluss – wie etwa die Beendigung des eigenen Lebens durch assistierten Suizid – passiert dann nicht einfach aus einer Laune heraus, sondern bringt persönliche Vorstellungen zum Ausdruck (vgl. Beyer 2004: 182ff.; vgl. Schmidhuber 2020: 62ff.).

Als weitere Möglichkeit gibt es die Stufentheorie, im Sinne von Harry Frankfurt (1988: 127ff.), in der volle Freiheit erst dann möglich ist, wenn eine Übereinstimmung der Wünsche erster Ordnung mit Wünschen zweiter Stufe existiert. Somit sind eigene Reflexionen unerlässlich, um den ursprünglichen Wunsch auf der ersten Stufe nicht nur effektiv werden zu lassen, sondern dies auch tatsächlich zu wollen. Einen besonderen Vorteil offenbart diese Stufentheorie von Frankfurt, weil damit eine Unterscheidung zwischen Handlungs- und Willensfreiheit verständlich wird (vgl. Beyer 2004: 167ff.). Sollte ein Wunsch erster Stufe die Volition zweiter Stufe bestimmen, liegt zwar Handlungsfreiheit vor, allerdings ist der Wille nicht frei. Dies ist nur bei einer reflektierten Urteilskraft der Fall, welche den Wunsch erster Stufe überprüft und anschließend wirklich als (handlungswirksamen) Willen haben will. Wichtig ist die Fähigkeit zur kritischen Selbstreflexion unterschiedlicher Wünsche auf erster Stufe. Diese müssen dann nicht bloß triebhaft befolgt werden, sondern erlauben dem Subjekt eine begründete Stellungnahme (vgl. Frankfurt 1988: 130ff.). Die beiden angesprochenen Theorien von Kant und Frankfurt sind im Detail freilich um einiges komplexer und umfangreicher. Für diesen Beitrag reicht jedoch ein grobes Verständnis der jeweiligen Überlegungen aus (vgl. Stier 2016a: 240ff.).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

3. Problem dieser Auffassungen

Eine Anwendung derartiger Konzeptionen von Selbstbestimmung – auf die Thematik des assistierten Suizids und damit auf sterbewillige Menschen – scheint problematisch und der Situation nicht angemessen zu sein (vgl. Schaber 2017: 98ff.). Nach dem kantischen Modell müssten selbstbestimmte Entscheidungen einem allgemein moralischen Gesetz folgen können und nach Frankfurts Modell in jeglichen Situationen wiederkehrende Überprüfungen der eigentlichen Wahl erfolgen. Das Lebensende wird aber nur schwer mit generellen Maßstäben zu beurteilen sein, da es sich um eine höchst persönliche und authentische Phase handelt (vgl. Bozzaro 2015: 389ff.). Der eigene Sterbewunsch betrifft nicht alle Menschen gleichermaßen, sondern richtet sich vielmehr an ein Individuum. Beispielsweise muss der Todeswunsch einer Person kein allgemeines Gesetz der Sterbemöglichkeit nach sich ziehen, jedoch kann ihre Wahl – in ihrer speziellen Lage – doch unter gewissen Voraussetzungen respektiert werden. Ebenso sind Situationen vorstellbar, welche keine universalisierbaren Reflexionen der ursprünglichen Vorstellungen und Wünsche notwendig machen, um einen selbstbestimmten Entschluss festzustellen (vgl. Stier 2016b: 253ff.). Sterbewillige können nachdrücklich durch ihre Ärzt*innen auf die sinnvolle und zuvorkommende palliative Einrichtung verwiesen werden, um die Wünsche erster Stufe einer Reflexion zu unterziehen (vgl. Buchs 2018: 206ff.; vgl. Schaber 2017: 99ff.). Nach Frankfurt wäre durch den anhaltenden Todeswunsch die völlige Autonomie oder auch Willensfreiheit nicht mehr gegeben, sofern es keine Übereinstimmung zwischen Willen und Volition gibt. Dies spricht jedoch nicht dafür, sich gegenüber der betroffenen Person und ihrer Wahl respektlos zu verhalten (vgl. Frankfurt 1988: 130ff.; vgl. Quante 2011: 597ff.).

Sowohl mit dem kategorischen Imperativ von Kant als auch der Stufentheorie von Frankfurt soll ersichtlich werden, was aus philosophischer Sicht notwendig ist, um von Autonomie beziehungsweise Willensfreiheit zu sprechen. Beide Konzepte verdeutlichen zwar die Wichtigkeit von persönlichen Analysen und reflektierten Abwägungen eines Individuums, betonen jedoch gleichzeitig einen allgemeinen Anspruch. Anhand der vorgestellten Kriterien ist es möglich, sich von einer rein subjektabhängigen Freiheitsauffassung zu trennen und damit zwischenmenschliche Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Die anschließende Form von Selbstbestimmung soll im Kontext des assistierten Suizids anwendbar sein und intersubjektive Nachvollziehbarkeit ermöglichen. Aus meiner Sicht reicht eine angepasste Variante der Handlungsfreiheit aus, nach der ein Mensch tun kann, was er eben will (vgl. Burger 2010: 126). Darüber hinaus wird mit diesem Vorschlag der relationalen Struktur menschlicher Interaktionen Rechnung getragen und gezeigt, dass Selbstbestimmung auch durch das soziale Umfeld beeinflusst wird und graduell verstanden werden kann.

Eine Differenzierung zwischen Autonomie und Selbstbestimmung scheint – für ein differenziertes Verständnis der Problematik des assistierten Suizids – unverzichtbar. Buchs und Schockenhoff sehen die Autonomie als eine personale Eigenschaft an (die an die Würde geknüpft ist) und die Selbstbestimmung als die tatsächliche Konkretisierung derselben (vgl. Buchs 2018: 226ff.). Jedem menschlichen Wesen kommt grundsätzlich eine Freiheit zu und die Autonomie ermöglicht uns, von dieser Freiheit überhaupt erst Gebrauch zu machen (vgl. Horn/Mieth/Scarano 2015: 49ff.; vgl. Schockenhoff 2016: 80ff.).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Der graduelle Umfang, in dem diese Freiheit vorhanden ist, repräsentiert dann Selbstbestimmung. Sofern wir uns und andere Lebewesen in ihrer Autonomie anerkennen, sind wir in der Lage, die eigenen Vorstellungen eines gelingenden Lebens umzusetzen und folglich selbstbestimmt zu agieren. Zudem werden eine wechselseitige Verbundenheit und Abhängigkeit der Individuen einer sozialen Gemeinschaft offensichtlich. Während Autonomie somit jeder Person ausnahmslos inhärent ist, kann eine selbstbestimmte Wahl von vielen Faktoren abhängen (vgl. Buchs 2018: 228ff.; vgl. Schälike 2009: 89ff.).

Selbstbestimmung erlaubt die persönliche Lebensgestaltung, auch wenn dadurch allgemeine Vorgaben – im Sinne von gesellschaftlichen und kulturellen Konventionen – nicht einhaltbar sind. Dies ermöglicht ein Absehen von universalisierbaren und moralischen Ansprüchen, denen jede Person zustimmen müsste. Selbstbestimmung heißt vielmehr, dass die eigenen Vorstellungen in Hinblick auf das Leben – welche wiederum durch subjektive Wünsche, Ziele, Gedanken und Beurteilungen getragen werden – auch in die Tat umsetzbar sind (vgl. Schaber 2017: 101ff.). Dies schließt laut Sahm auch ein selbstbestimmtes Lebensende ein und wird bestmöglich erreicht durch eine positive und negative Freiheit (vgl. Sahm 2020: 443ff.). Manchmal scheint Selbstbestimmung so verstanden zu werden, dass sie entweder vorhanden ist oder nicht (vgl. Buchs 2018: 204ff.). Eine derartig klare Grenzziehung wird jedoch der gesellschaftlichen Praxis nicht gerecht und kann zudem schwer erklären, wie genau selbstbestimmtes Agieren auch unter teils vorhandener Fremdbestimmung möglich sein soll. Im folgenden Kapitel wird deshalb beschrieben, was unter einer graduellen Selbstbestimmung zu verstehen ist (vgl. Beyer 2004: 170ff.).

4. Graduelle Selbstbestimmung

Mit der folgenden Auffassung wird eine praktikable und lebensnahe Form von Selbstbestimmung dargelegt, welche gedankliche Stufen integriert und mehrere Grade zulässt (vgl. Sahm 2006: 69ff.; vgl. Beauchamp/Childress 2013: 103ff.). Der graduelle Aspekt bezieht sich auf interne und externe Einflüsse, welche sowohl in fördernder als auch in hindernder Art vorhanden sein können und somit die Möglichkeiten der Selbstbestimmung erweitern oder reduzieren. Ein menschliches Wesen kann selbstbestimmt sein, wenn subjektive Überlegungen zu bestimmten Entscheidungen führen und diese ihrerseits Konsequenzen hervorrufen (vgl. Wagner/Brocker 1996: 226ff.). Darüber hinaus ist es aber durchaus plausibel zu sagen, dass Menschen auch mit psychischen Beeinträchtigungen, wie etwa Depressionen oder bipolarer Störung, nicht völlig heteronom sind (vgl. Schaber 2017: 98ff.; vgl. Schmidhuber 2020: 31ff.). Derartige Krankheiten und damit einhergehende Beeinflussungen reduzieren zwar persönlich wahrgenommene Handlungschancen, verunmöglichen jedoch keinen selbstbestimmten Entschluss. Die eine Person mit Depressionen kann diesen standhalten, während ein anderer Mensch mit vergleichbaren Hindernissen nicht zurechtkommt (vgl. Cohen-Almagor 2016: 351ff.; vgl. Welsh 2015: 505ff.). Eine jeweilige Tat ist Ausdruck individueller Ziele und Lebensvorstellungen, auch wenn diese zu womöglich (allgemein) unverständlichen Konsequenzen führen. Sollte sich eine depressive Person das Leben nehmen, geben psychische Belastungen wahrscheinlich zu einem gewissen Teil den Ausschlag. Dessen ungeachtet würde die-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

se Aktion erfolgen, weil eigene Überlegungen in selbstbestimmter Weise dazu geführt haben (vgl. Quante 2011: 597ff.; vgl. Schockenhoff 2016: 75ff.). Obwohl der Umfang von Selbstbestimmung reduziert wurde, gilt es individuell zu klären, ob sie damit auch im Kern gänzlich verloren geht.

Jedes menschliche Individuum ist in der Lage, diesen Wert – der wie bereits zuvor von Buchs und Schockenhoff dargestellt, auf den personalen Wert der Autonomie baut – als individuelles Vermögen zu begreifen (vgl. Buchs 2018: 228ff.; vgl. Schockenhoff 2016: 72ff.). Psychische Erkrankungen und sonstige Einflüsse von außen, beispielsweise Druck von medizinischem Fachpersonal, vom Freundeskreis oder von Kolleg*innen, schränken die eigene Handlungsfähigkeit ein und relativieren damit jene Idee von selbstbestimmten Entschlüssen. Damit ist eine Verschränkung zwischen dem Individuum, den Mitmenschen und der Welt auffällig (vgl. Buchs 2018: 206ff.).

In dieser Vorstellung wirken sich interne und externe Beeinflussungen nicht auf den Grundkern, sondern nur auf den Grad beziehungsweise Umfang aus, in dem eine Person selbstbestimmte Entscheidungen treffen kann. Je mehr Informationen und Hilfestellungen gegeben werden beziehungsweise je mehr einschränkende Faktoren fehlen, umso höher ist der Grad an realisierbarer Selbstbestimmung (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 103ff.). Zu viele Handlungsmöglichkeiten können auch zu einer Überforderung führen – was sich manchmal am Phänomen Burnout[2] zeigt (vgl. Schmidhuber 2020: 6ff.). Dennoch ist es vorstellbar, dass Personen bewusst Entscheidungen abgeben oder selbstbestimmte Entschlüsse sozusagen verweigern. Vergleichbar ist diese Konzeption mit einem Potenzial oder Spielraum, in dem sich die Selbstbestimmung eines Subjekts markant verändern kann.

Nachfolgend wird dieses Verständnis von Selbstbestimmung in einer logischen Form dargeboten (vgl. Buchs 2018: 239ff.; vgl. Quante 2011: 597ff.):

- Eine Person P handelt selbstbestimmt S, wenn P entsprechend den eigenen Lebensvorstellungen L agieren kann (vgl. Herbst 2021: 68ff.; vgl. Sahm 2006: 69ff.).
- L: Wünsche, Ziele, Interessen, der Wille, argumentative Stellungnahmen, begründete Überlegungen, moralische Werte, Vorstellungen.
- Diese Lebensvorstellungen L können durch interne Faktoren IF und externe Faktoren EF beeinflusst werden (vgl. Buchs 2018: 226ff.; vgl. Frankfurt 1988: 130ff.).
- IF: psychische Erkrankungen, mentale Probleme, kognitive Dissonanzen, Willensschwäche, Informationsverarbeitung, Wahrnehmungsstörungen (vgl. Buchs 2018: 205ff.; vgl. Schälike 2009: 72ff.).
- EF: Druck, Erpressung, Zwang in psychischer und physischer Form, Information und Beeinflussung, Krankheit (vgl. Buchs 2018: 204ff.; vgl. Sahm 2020: 444ff.).

Demnach ist Selbstbestimmung in ihrem vollen Umfang von der Realisationsmöglichkeit eigener Lebensvorstellungen abhängig. Beispielsweise verfolgt ein Subjekt spezifische Ziele und determiniert damit einen Entschluss. Persönliche Überlegungen und Re-

2 Als Burnout wird eine Erschöpfungsdepression bezeichnet, welche zu einer Verminderung der Leistungsfähigkeit führt und die körperliche, geistige und emotionale Erschöpfung einer Person zur Folge hat (vgl. MEDICLIN 2023: 1–2).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

flexionen beziehen sich auf bisherige Erlebnisse, natürliche Kausalitäten und spontane Bewertungen. Dies führt zu einer selbstbestimmten Entscheidung, mit der sich die Person identifizieren kann (vgl. Herbst 2021: 68ff.). Ein selbstbestimmtes Leben lässt sich nur schwer in Schwarz-Weiß-Denkschemata fassen. Es existieren zu viele Graubereiche, in denen Selbstbestimmung mit Schattierungen und in graduellen Stufen auftritt (vgl. Quante 2011: 597ff.; vgl. Schmidhuber 2020: 32ff.). Besonders eindrucksvoll lässt sich ein ähnliches Verständnis im gesellschaftlichen Umgang mit dem Down-Syndrom erkennen. Nicht selten wird aufgrund der krankheitsbedingten Einschränkungen davon gesprochen, Individuen – mit Trisomie 21 – ein »möglichst selbstbestimmtes« Leben zu gewähren (vgl. Down-Syndrom Österreich 2023: 4ff.). Faktisch gesehen ist die Frage nicht, ob es selbstbestimmt ist oder nicht, sondern in welchem Umfang Selbstbestimmung gelebt werden kann (vgl. Sahm 2006: 69ff.). Schmidhuber formuliert dies bei Demenzbetroffenen ähnlich, wenn sie umschreibt, dass die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung durch die fortschreitende Erkrankung immer weniger wird (vgl. Schmidhuber 2020: 6ff.). Die zunehmende Abhängigkeit wird durch zahlreiche Studien (vgl. Schermer/Richard 2019: 138ff.; vgl. de Oliveira Silva/Ferreira/Plácido/Sant'Anna/Araújo/Marinho/Laks/Camaz Deslandes 2019: 28ff.; vgl. Whitehouse 2019: 102ff.) belegt.

Im Gegensatz dazu sind die positiven und selbstbestimmungsverstärkenden Faktoren vor allem durch jene Menschen gegeben, welche sich im sozialen Umfeld eines sterbewilligen Individuums befinden. Medizinische Fachkräfte können durch gezielte Aufklärung, in einer soliden Beziehung zur beratenen Person, auch mit dem Stärken des sozialen Umfelds oder durch therapeutische Maßnahmen, die Selbstbestimmungsmöglichkeiten ausweiten (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 103ff.). Zusätzliche Informationen – welche von der angesprochenen Person zumindest nicht abgeblockt werden dürfen – erweitern nach Bozzaro und Schmidhuber den Handlungsspielraum und somit den Grad, in dem Selbstbestimmung möglich ist (vgl. Bozzaro 2015: 389ff.; vgl. Schmidhuber 2020: 9ff.). Sollten Patient*innen über ihre Krebserkrankung im Unklaren gelassen werden, besteht für sie keine Möglichkeit, die weiteren Optionen abzuwägen. Die Person kann zwar immer noch eigenständig agieren, aber nicht in gleichem Maße, wie es mit einer vollständigen Aufklärung über ihre aktuelle Lebenssituation der Fall wäre. Dies könnte etwa durch gezielte Informationen erfolgen, um so ein größeres Spektrum an Umsetzungsmöglichkeiten überhaupt realisierbar zu machen (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 103ff.).

Im Vergleich zur relationalen Autonomie – welche beispielsweise für Anderson (vgl. Anderson 2013: 65ff.) mit der Fähigkeit zur Selbstreflexion im Zuge sozialer Dialoge einhergeht oder nach Oshana (vgl. Oshana 2005: 91ff.) als überwiegend dem eigenen Selbst treu bleibend zu verstehen ist – kann die vorgestellte Idee von Selbstbestimmung nicht ausschließlich unter Zuhilfenahme der sozialen Gemeinschaft verständlich werden. Dass für eine Person mit der Absicht, assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen, ein gut funktionierendes und sozial unterstützendes Gefüge, beispielsweise im Umfeld, durchaus hilfreich sein kann, sollte klargeworden sein. Davon abgesehen beschreibt jene Auffassung allerdings auch eine internalisierte Form von Selbstbestimmung, welche nicht notwendigerweise auf soziale Einflüsse und Hilfestellungen angewiesen ist (vgl. Bobbert/Werner 2014: 109ff.).

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Zusammenfassend lässt sich mit Hilfe dieser gedanklichen Auseinandersetzung festhalten, dass nicht nur theoretische Überlegungen, sondern empirische Beobachtungen gegen eine Alles-oder-nichts-Zuschreibung sprechen. Wesentlich erscheint es, die Selbstbestimmung als Konstrukt oder inneren Kern zu verstehen, dessen Reichweite und Umfang durch äußere und innere Faktoren variiert (vgl. Quante 2011: 597ff.; vgl. Schockenhoff 2016: 84ff.). Die graduelle Selbstbestimmung bietet ein lebensnahes und entlastendes Konzept für jene Menschen, welche die notwendige Freiheit eruieren müssen. Etwaige Diskriminierungen aufgrund gewisser kognitiver Einschränkungen werden vermieden und höchstpersönliche Lebensvorstellungen ausschlaggebend.

5. Lösungsvorschläge: Respekt für Autonomie und das Personalitätsprinzip

In diesem Abschnitt wird einerseits das Prinzip Respekt für Autonomie aus den biomedizinischen Prinzipien (Respekt für Autonomie, Nichtschaden, Fürsorge und Gerechtigkeit, vgl. Beauchamp/Childress 2019: 13ff.) von Beauchamp und Childress untersucht und andererseits das Personalitätsprinzip der christlichen Sozialethik begutachtet. Anhand der folgenden Darstellungen wird gezeigt, dass die Verinnerlichung beider Prinzipien dazu beitragen kann, die zuvor präsentierte Idee von gradueller Selbstbestimmung zu fördern.

Für das Verständnis von Selbstbestimmung im Rahmen der Sterbehilfe ist aus einer individualethischen Sichtweise das Prinzip Respekt für Autonomie die erste maßgebliche Komponente (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 106ff.). Der Respekt für Autonomie umschreibt das, was wir anderen Menschen aufgrund ihres Menschseins – und damit ihrer Würde – schulden (vgl. Schröder 2007: 186ff.; vgl. Streithofen 1979: 83ff.). Es handelt sich in der Interpretation von Gillon um eine externe Positionierung, insofern ein anderer Mensch aufgrund seines Menschseins respektiert wird. Eine interne Komponente ist aus meiner Sicht darin zu fassen, dass es nicht nur um des jeweils anderen willen geschieht, sondern weil die Autonomie als an sich wertvoll erscheint (vgl. Gillon 2015: 112ff.). Diese Objektivität von Werten kann auch dadurch zum Vorschein kommen, dass ein Wert nicht ausschließlich bedeutsam ist, sollten einzelne Individuen durch seine Verwirklichung profitieren. Als grundlegender Bestandteil von moralischen Werten gilt eine wechselseitige Gleichheit (vgl. Höffe 2004: 136ff.; vgl. Pfeifer 2013: 29ff.). In diesem Zusammenhang beschreibt dieses Prinzip nicht das Verständnis von Selbstbestimmung an sich, sondern betont die Bedeutung von selbstbestimmten Lebensweisen. Dafür scheint die Zuhilfenahme von Werten essenziell, weil diese aus einer rein subjektiven Positionierung zu einer objektivierbaren Allgemeinheit beitragen (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 21ff.; vgl. Ornstein 1946: 54ff.).

Das sogenannte Personalitätsprinzip der christlichen Sozialethik betont die Wichtigkeit jedes menschlichen Wesens – mit dem Verweis auf dessen Würde. In diesem Zusammenhang sind sowohl spezifische Aspekte einer Person maßgeblich als auch die Gleichheit und gemeinschaftliche Verbundenheit. Demnach ist jede Person einmalig, verfügt über sich selbst und darf nicht instrumentalisiert werden (vgl. Kerber 1998: 28ff.). Eine menschliche Gesellschaft löst jedoch keinesfalls die Individuen als rein statistische Bezugspunkte auf, sondern gewährt überhaupt erst die freie Entfaltung der eigenen Le-

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

bensvorstellungen (vgl. ebd; vgl. Quante 1998: 215ff.). In dieser Überlegung ist eine Form von Autonomie erkennbar, welche jeder Mensch grundsätzlich besitzt und die wiederum von den Mitmenschen respektiert werden muss (vgl. Furger 1991: 134ff.). Kerber beschreibt jene Freiheit wie folgt: »Der Mensch als Herr seiner Akte ist Ursache dessen, was nur von ihm abhängt.« (Kerber 1998: 30) Er verweist auf die Eigenständigkeit eines menschlichen Subjekts, welches das Leben nach bestimmten Vorstellungen und Ideen gestalten kann (vgl. Furger 1991: 134ff.). Für das bereits formulierte Konzept von Selbstbestimmung hat das Personalitätsprinzip deshalb eine vergleichbare Relevanz wie das Prinzip Respekt für Autonomie. Es geht nicht direkt um die Ausformulierung und Konkretisierung des Begriffs Selbstbestimmung an sich, sondern vielmehr um die Förderung und Berücksichtigung dessen, was eine persönliche Lebensgestaltung sein kann. Demnach trägt die Würdigung des Personalitätsprinzips dazu bei, die Fähigkeit zu einem selbstbestimmten Leben zu stärken (vgl. Kerber 1998: 32ff.; vgl. Streithofen 1979: 79ff.).

6. Schlussbetrachtung

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich, dass die Selbstbestimmung eines sterbewilligen Menschen aus einer ethischen Sicht gerechtfertigt werden kann, wenn persönliche Befindlichkeiten artikulierbar und der jeweilige Entschluss begründbar sind (vgl. Buchs 2018: 228ff.). Die Ausrichtung an den beiden dargestellten Prinzipien ermöglicht eine Wertschätzung anderer Menschen und ihrer Bedürfnisse (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 106ff.). Während Respekt für Autonomie in Form von »Ich schulde es dieser Person« zum Vorschein kommt, wird dies durch »Es wird mir von anderen eingeräumt« im Personalitätsprinzip verständlich. Insofern beide Prinzipien zusammengeführt werden, bilden sie ein Konstrukt für die Achtung von Selbstbestimmung (vgl. Schröder 2007: 187ff.). In Bezug auf den assistierten Suizid erscheint diese Umgangsform beziehungsweise diese wertebezogene Haltung ausschlaggebend (vgl. Menke 2010: 677ff).

Das medizinische Fachpersonal bietet in den meisten Fällen die erste Anlaufstelle für Fragen rund um den assistierten Suizid. Auch aus diesem Grund ist die Beziehung zwischen Betroffenen und Mediziner*innen von immenser Bedeutung für die Selbstbestimmung. Zahlreiche Hindernisse für die vollumfängliche Umsetzung eines selbstbestimmten Agierens sind im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge denkbar. Die eigens wahrgenommene ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung könnte dazu beitragen, sich als Mediziner*in dem Wunsch nach assistiertem Suizid komplett zu verschließen (vgl. Kreß/Huber 2011: 31; vgl. Schockenhoff 2016: 84ff.). Herausforderungen eröffnen sich möglicherweise durch die Beziehung zwischen Betroffenen und dem medizinischen Fachpersonal. Diesbezüglich könnte beiden Parteien eine Art von Befangenheit attestiert werden (vgl. Sahm 2020: 445ff.; vgl. Schaber 2017: 102ff.). Eine weitere Problematik entsteht vor allem durch die soziale Gemeinschaft, sollte die rechtlich geschaffene Möglichkeit des assistierten Suizids zu einer Erwartungshaltung beitragen, wonach Personen mit bestimmten Krankheiten diese Optionen scheinbar wahrnehmen müssen. In diesem Sinne könnte von den Verwandten, anderen Patient*innen oder

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

den Freund*innen ein Anraten zum assistierten Suizid erfolgen (vgl. Cohen-Almagor 2016: 354ff.). Dazu zählen etwa Erklärungen zu finanziellen Nöten durch weiterführende Behandlungen, andauernde Belastungen für pflegende Angehörige oder vermeintlich schöne Formulierungen, wonach der Tod das Leiden beenden kann. In diesen Fällen wird eine Selbstbestimmung in ihrem Umfang limitiert (vgl. Kreß/Huber 2011: 31; vgl. Quante 1998: 223ff.). Dessen ungeachtet ist ein gewisses Maß an selbstbestimmter Lebensweise nicht abzusprechen. Die Bezugnahme auf die beiden bisher beschriebenen Prinzipien – Respekt für Autonomie und Personalitätsprinzip – fördert die Wahrung der Selbstbestimmung und kann zudem eine Bewusstseinsbildung ermöglichen (vgl. Beauchamp/Childress 2013: 12ff.; vgl. Furger 1991: 134ff.).

Nicht nur die Betroffenen selbst sind hierbei Gefahren und Hindernissen ausgesetzt, sondern in vergleichbarer Weise auch die Mediziner*innen. Für alle Menschen geht es um die Verwirklichung bestimmter Ziele und Überlegungen, welche auch für Peter Schaber durch moralische Werte getragen werden (vgl. Schaber 2017: 104ff.). Je nachdem, welche Entscheidung schlussendlich getroffen wird, kommt es zu einer Beschränkung der Leit- und Lebensvorstellungen einer anderen Person. Auch wenn damit vollumfängliche Formen der Selbstbestimmung nicht realistisch erscheinen, sind sie doch in graduellem Maße vorhanden (vgl. Kreß/Huber 2011: 31; vgl. Schockenhoff 2016: 86ff.).

Durch die bisherige Untersuchung wurde deutlich, dass externe und interne Einflüsse nicht gleich zu einer kompletten Fremdbestimmung führen. Der sprichwörtliche Umfang von Selbstbestimmung ist im positiven Sinne sehr wohl durch eine kommunikative und empathische Vorgehensweise erweiterbar, sofern sich Personen unterstützen (vgl. Schmidhuber 2020: 35ff.). Dies erfordert ein Absehen von rein subjektiven Interessen und versucht vielmehr das jeweilige Gegenüber ernst zu nehmen (vgl. Quante 1998: 208ff.; vgl. ders. 2011: 597ff.).

Es braucht eine offene Haltung und die Akzeptanz, dass derartige Schwierigkeiten häufig nicht alleine zu lösen sind. Somit wird nicht nur das Individuum zu einer stärkeren Aufmerksamkeit ermutigt, sondern es sind in gleichem Maße institutionelle Rahmenbedingungen in entsprechender Weise anzupassen (vgl. Gillon 2015: 112ff.). Dies ermöglicht auch medizinischen Fachleuten eine Reduktion der Unsicherheit, wie genau mit diesen Menschen umzugehen ist (vgl. Kreß/Huber 2011: 31; vgl. Cohen-Almagor 2016: 349ff.). Nach Huber, Kreß und Sahm haben Mediziner*innen nicht nur die Verpflichtung zur Lebenserhaltung, sondern sollen auch ein würdiges Sterben möglich machen. Müller-Busch spricht hier von einer Begleitung, welche sich durch einen Dialog mit allen Beteiligten auszeichnet und bestimmte Werte für die weitere Vorgehensweise thematisiert (vgl. Müller-Busch 2016: 20ff.). Eine strikte Ablehnung ist meines Erachtens genauso unangebracht wie die unbedachte Zustimmung zum assistierten Suizid. Entscheidend sind nicht die von außen zugeschriebenen Wünsche und Vorstellungen eines guten Lebens, sondern die Eruierung dessen, was sich die sterbewillige Person selbst von ihrem Leben und Sterben wünscht (vgl. Schmidhuber 2020: 63ff.; vgl. Giger-Bütler 2018: 220ff.).

Mit der präsentierten Idee von Selbstbestimmung wird ein praxisnaher Umgang mit sterbewilligen Personen möglich. Neben theoretischen Überlegungen sprechen gleichermaßen empirische Daten für eine graduelle Vorstellung selbstbestimmter Entscheidungs- und Handlungsweisen. Nun ist es aus ethischer Sicht geboten, die

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Selbstbestimmung von Individuen im Rahmen des assistierten Suizids zu berücksichtigen und bestmöglich zu fördern, wozu das Prinzip Respekt für Autonomie und das Personalitätsprinzip gute Orientierungspunkte liefern.

Literatur

Anderson, Joel: »Relationale Autonomie 2.0«, in: Claudia Wiesemann/Alfred Simon (Hg.), Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen, Paderborn: mentis 2013, S. 61–75.

Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: Principles of biomedical ethics, New York/Oxford: Oxford University Press 2013.

Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: Principles of biomedical ethics, New York/Oxford: Oxford University Press 2019.

Beyer, Christian: »Moralische Personalität, Willensfreiheit und Verantwortung«, in: Zeitschrift für philosophische Forschung 58 (2004), S. 167–191.

Bobbert, Monika/Werner, Micha H.: »Autonomie/Selbstbestimmung«, in: Christian Lenk/Gunnar Duttge/Heiner Fangerau (Hg.), Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen, Berlin, Heidelberg: Springer 2014, S. 105–114.

Bozzaro, Claudia: »Assistierter Suizid zur Linderung unerträglichen Leidens?«, in: Forum 30(5) (2015), S. 389–392.

Buchs, Stefan: »Ärzteethos und Suizidbeihilfe. Theologisch-ethische Untersuchung zur Praxis der ärztlichen Suizidbeihilfe in der Schweiz«, in: Daniel Bogner/Markus Zimmermann (Hg.), Studien zur theologischen Ethik 151, Basel: Schwabe Verlag Basel 2018.

Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW) (2021): Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt: Sterbeverfügungsgesetz u.a., https://www.oesterreich.gv.at/Gesetzliche-Neuerungen/Bundesgesetzblatt/sterbeverfuegungsgesetz.html vom 20.03.2023.

Burger, Rudolf: »Willensfreiheit als philosophisches Problem«, in: Leviathan 38 (2010), S. 119–130.

Cohen-Almagor, Raphael: »Patient's Autonomy, Physician's Convic-tions and Euthanasia in Belgium«, in: Jahrbuch für Recht und Ethik/Annual Review of Law and Ethics 24 (2016), S. 343–356.

de Oliveira Silva, Felipe/Ferreira, José V./Plácido, Jéssica/Sant'Anna, Paula/Araújo, Juliana/Marinho, Valeska/Laks, Jerson/Camaz Deslandes, Andrea: »Three months of multimodal training contributes to mobility and executive function in elderly individuals with mild cognitive impairment, but not in those with Alzheimer's disease: A randomized controlled trial«, in: Maturitas 126 (2019), S. 28–33.

Down-Syndrom Österreich: Down-Syndrom – was nun?, https://www.down-syndrom.at/down-syndrom-was-nun/vom 20.03.2023.

Frankfurt, Harry G.: »Freedom of the Will and the Concept of a Person«, in: Michael F. Goodman (Hg.), What Is a Person?, Totowa: Humana Press 1988, S. 127–144.

Furger, Franz: Christliche Sozialethik. Grundlagen und Zielsetzungen (Kohlhammer Studienbücher Theologie, Band 20), Stuttgart: Kohlhammer 1991.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Giger-Bütler, Josef: Wenn Menschen sterben wollen. Mehr Verständnis für einen selbstbestimmten Weg aus dem Leben, Stuttgart: Klett-Cotta 2018.

Gillon, Raanan: »Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics«, in: Journal of Medical Ethics 41 (2015), S. 111–116.

Herbst, Ina: Demenz und das Recht auf Nichtwissen. Die frühe Krankheitsphase zwischen Autonomie und Verantwortung, Paderborn: Brill/mentis 2021.

Höffe, Otfried: Wirtschaftsbürger, Staatsbürger, Weltbürger. Politische Ethik im Zeitalter der Globalisierung, München: C.H. Beck 2004.

Horn, Christoph/Mieth, Corinna/Scarano, Nico: Immanuel Kant Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Kommentar von Christoph Horn, Corinna Mieth und Nico Scarano (Suhrkamp Studienbibliothek, Band 2), Frankfurt a.M.: Suhrkamp 2015.

Kerber, Walter: Sozialethik (Urban-Taschenbücher, Band 397), Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer 1998.

Kreß, Hartmut/Huber, Wolfgang: »Assistierter Suizid?«, in: Zeitschrift für Rechtspolitik 44 (2011), S. 31.

lebensende.at: Rechtslage in Österreich. Rechtslage international, Institut für Ehe und Familie, https://www.lebensende.at//rechtslage.html vom 20.03.2023.

MEDICLIN: Burnout: Ausgebrannt und erschöpft, https://www.mediclin.de/medizin-gesundheit/ratgeber-gesundheit/artikel/psyche-koerper/stress-burnout/burnout-ausgebrannt-und-erschoepft/vom 20.03.2023.

Menke, Christoph: »Autonomie und Befreiung«, in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 58 (2010), S. 675–695.

Müller-Busch, Christof H.: »Entscheidungen am Lebensende und Respekt vor Autonomie – Möglichkeiten und Grenzen der Palliativmedizin«, in: Johann Platzer/Franziska Großschädl (Hg.), Entscheidungen am Lebensende. Medizinethische und empirische Forschung im Dialog, Berlin: Nomos Verlagsgesellschaft 2016, S. 17–30.

Nida-Rümelin, Julian: Verantwortung (Reclams Universal-Bibliothek, Band 18829), Stuttgart: Reclam 2011.

Ornstein, Hans: Macht, Moral und Recht. Studien zur Grundproblematik menschlichen Zusammenlebens, Bern: A. Francke AG 1946.

Oshana, Marina A. L.: »Autonomy and Self-Identity«, in: John Christ-man/Joel Anderson (Hg.), Autonomy and the challenges to liberalism. New essays, Cambridge: Cambridge Univ. Press 2005, S. 77–100.

Pfeifer, Volker: Didaktik des Ethikunterrichts. Bausteine einer integrativen Wertevermittlung, Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2013.

Quante, Michael: »Passive, indirekt und direkt aktive Sterbehilfe – deskriptiv und ethisch tragfähige Unterscheidungen?«, in: Ethik in der Medizin 10 (1998), S. 206–226.

Quante, Michael: »In defence of personal autonomy«, in: Journal of Medical Ethics 37 (2011), S. 597–600.

Sahm, Stephan: Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht (Kultur der Medizin, Band 21), Frankfurt a.M.: Campus 2006.

Sahm, Stephan: »Ärztlich assistierter Suizid«, in: Der Onkologe 26 (2020), S. 443–448.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY

Schaber, Peter: »Selbstbestimmter Wille und das Recht auf assistierten Suizid«, in: Ethik in der Medizin 29 (2017), S. 97–107.

Schälike, Julius: »Moralische Verantwortung, Freiheit und Kausalität. Versuch der Auflösung des Patts zwischen Kompatibilisten und Inkompatibilisten«, in: Johannes L. Brandl/Marian David/Maria E. Reicher et al. (Hg.), Grazer philosophische Studien. Internationale Zeitschrift für analytische Philosophie 78, Amsterdam/New York: Rodopi 2009, S. 69–99.

Schermer, Maartje H. N./Richard, Edo: »On the reconceptualization of Alzheimer's disease«, in: Bioethics 33 (2019), S. 138–145.

Schmidhuber, Martina: Ein gutes Leben für Menschen mit Demenz. Ethische Herausforderungen in Betreuung und Pflege (Ethik der Lebenswelten, Band 6), Wien/Münster: Lit Verlag 2020.

Schockenhoff, Eberhard: »Selbstbestimmtes Sterben? Zur Funktion des Autonomiearguments in der Debatte um die Sterbehilfe«, in: Walter Schaupp/Wolfgang Kröll/Hans-Walter Ruckenbauer (Hg.), Medizin – Macht – Zwang. Wie frei sind wir angesichts des medizinischen Fortschritts?, Berlin: Nomos Verlagsgesellschaft 2016, S. 71–89.

Schröder, Peter: »Ein vier-Prinzipien-Ansatz für die Bioethik«, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 51 (2007), S. 182–198.

Singer, Peter: Praktische Ethik. Aus dem Englischen übersetzt von Jean-Claude Wolf (Universal-Bibliothek, Band 8033), Stuttgart: Reclam 1984.

Stier, Marco: »Handlungsfreiheit, (Nicht-) Können und Zwang«, in: Michael Kühler/Markus Rüther (Hg.), Handbuch Handlungstheorie: Grundlagen, Kontexte, Perspektiven, Stuttgart: J.B. Metzler 2016, S. 237–247.

Stier, Marco: »Willensfreiheit«, in: Michael Kühler/Markus Rüther (Hg.), Handbuch Handlungstheorie: Grundlagen, Kontexte, Perspektiven, Stuttgart: J.B. Metzler 2016, S. 248–258.

Streithofen, Heinrich B.: Macht und Moral. Die Grundwerte in der Politik, Stuttgart: Kohlhammer 1979.

Wagner, Edgar/Brocker, Lars: »Hirntodkriterium und Lebensgrundrecht«, in: Zeitschrift für Rechtspolitik 29 (1996), S. 226–230.

Welsh, Caroline: »Sterbehilfe und Sterbebegleitung in gegenwärtiger Literatur und Medizin«, in: Zeitschrift für Germanistik 25, (2015), S. 499–513.

Whitehouse, Peter J.: »Ethical issues in early diagnosis and prevention of Alzheimer disease«, in: Dialogues in Clinical Neuroscience 21 (2019), S. 101–108.

https://doi.org/10.14361/9783839467923-017 https://www.inlibra.com/de/page/agb - Open Access - (cc) BY