

Thorsten Moos, Heidelberg

Autonomie des Leibes

1 Einführung

Unter dem Stichwort *Autonomie des Leibes* will ich im Folgenden¹ das medizin-ethische und medizinrechtliche Konzept der Patientenautonomie neu unter die Lupe nehmen.² Bei dieser handelt es sich im doppelten Sinne um leibliche bzw. körperliche Autonomie: Auf der einen Seite besitzt eine natürliche Person das Recht auf Selbstbestimmung über ihren Körper; auf der anderen Seite ist es der Körper selbst, der als Träger dieses Rechtes auftritt. Die *Realisierung von Autonomie* ist nur körperlich möglich; und dadurch gerät der Körper in diejenige objektiv-subjektive Doppeldeutigkeit, die die Genitivkonstruktion *Autonomie des Leibes* anzeigt.

Eine genauere Untersuchung der körperlichen Realisierungsformen von Patientenautonomie lohnt aus zwei Gründen: zum einen, weil darüber empirisch nicht allzu viel bekannt ist; und zum anderen, weil eine solche Untersuchung Aufschlüsse erlaubt über diejenigen Grenzbereiche der Selbstbestimmung über den eigenen Körper, in denen das Konzept der Patientenautonomie eigentlich erst relevant wird – insbesondere an der Grenze zur Nichteinwilligungsfähigkeit. Diese Grenzbereiche haben in den letzten Jahren einige Aufmerksamkeit erfahren.³ Ich will einiges davon hier zusammenführen, um mich in einer offenen Suchbewegung in diese Grenzbereiche weiter vorzutasten. Die folgenden Überlegungen sind dabei nicht medizinethisch im engeren Sinne; sie gehören vielmehr zu den Prolegomena zur Ethik.

Wenn ich von Autonomie spreche, meine ich nicht, im Anschluss an Immanuel Kant formuliert, praktische Selbstbestimmung durch die Vernunft, d. h. aus

1 Vortrag auf dem Workshop „Rechte des Körpers“ am 19.03.2021. Der Vortragsstil ist weitgehend beibehalten.

2 Vgl. stellvertretend für die Vielzahl an Literatur die Beiträge in Claudia Wiesemann und Alfred Simon, Hg., *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen* (Münster: mentis, 2013).

3 Vgl. Thorsten Moos; Christoph Rehmann-Sutter und Christina Schües, Hg., *Randzonen des Willens. Anthropologische und ethische Probleme von Entscheidungen in Grenzsituationen*, Praktische Philosophie kontrovers 6 (Frankfurt am Main: Peter Lang, 2016); Jan P. Beckmann, *Autonomie. Aktuelle ethische Herausforderungen der Gesellschaft* (Freiburg/ München: Alber, 2020).

verallgemeinerbaren Gründen.⁴ Die gegenwärtige Medizinethik ist, ebenso wie das Medizinrecht, wenig optimistisch hinsichtlich der Verallgemeinerbarkeit von Gründen.⁵ „Autonomie“ soll hier lediglich das Problem benennen, das Kant durch den Rekurs auf Vernunft zu lösen versuchte: Wann ist die Rede von Selbstbestimmung des Subjekts angemessen bzw. gerechtfertigt? Wann bestimmt sich ein Subjekt angesichts der Vielzahl von Abhängigkeitsverhältnissen, in denen es steht, tatsächlich *selbst*? „Autonomie“ bezeichnet im Folgenden also *Selbstbestimmung, die in einem selbstbestimmungsproblematischen Kontext dennoch als ‚gültige‘ Selbstbestimmung behauptet sein soll*. Doch wann ist sie das? Der Medizinethik stehen hier sehr konkrete Problemlagen vor Augen: die fundamentale Asymmetrie im Verhältnis von Ärztin und Patient, Situationen schwerer Krankheit und Todesnähe, situative oder individuell bedingte Beeinträchtigungen von Kognition oder Volition und anderes mehr.

Der Weg zu den Randbereichen der Autonomie soll im Zentrum beginnen. Im Zentrum der medizinethischen bzw. medizinrechtlichen Konzeption von Patientenautonomie steht der *informed consent*, die Einwilligung nach Aufklärung. Das hinreichend informierte Patientensubjekt erklärt seinen Willen, dass eine ihm ärztlicherseits angetragene medizinische Maßnahme am eigenen Körper durchgeführt werden darf. In dieser Einwilligung nach Aufklärung – bzw. in deren Versagung – realisiert sich Patientenautonomie. Die Vorstellung ist also, dass das Subjekt mittels des Willens den eigenen Körper in Besitz hat und ihn souverän regiert: sei es in eigener Tatherrschaft, sei es durch die Autorisierung einer an ihm vollzogenen Handlung. Mit dem Willen wird dem Körper mithin eine *Einheit gubernatorischer Zurechenbarkeit* eingeschrieben, die als solche Anerkennung beansprucht: der Körper wird zur *Person*, also zum Subjekt in Anerkennungsbezügen. Wie aber realisiert sich ein solcher *Wille-im-Körper* in der Landschaft von Arztpraxen, Kliniken, Pflegeheimen oder Forschungszentren? Was, wenn das ethische bzw. rechtliche Konstrukt des Willens sich dort, wo es praktisch relevant wird, als allzu kontrafaktisch herausstellt? Dann kommen wir in diejenigen Grenzbereiche, die es im Folgenden zu visitieren gilt. Dabei will ich vier Phänomenbereiche abschreiten (3.). Zuvor aber entfalte ich den theoretischen Rahmen, in dem ich mich versuchsweise bewege (2.).

⁴ Zum Begriff der praktischen Selbstbestimmung vgl. Martin Seel: *Sich bestimmen lassen. Studien zur theoretischen und praktischen Philosophie* (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2002).

⁵ So etwa in der Aufgabe der Figur eines vernünftigen allgemeinen Willens im Patientenverfügungsgesetz von 2009 (vgl. Moos et al., Randzonen, 20 f. [s. Fn. 3]) sowie in der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.03.2020 zur Suizidbeihilfe (BVerfGE 153, 182–310, Rn. 209 f.).

2 Theoretischer Horizont

Um das Thema der *Realisierung von Autonomie* durch einen *Willen-im-Körper* theoretisch zu fassen, sind drei Perspektiven einzunehmen, die aufeinander irreduzibel sind.⁶

(1.) Die erste Perspektive auf einen Willen-im-Körper ist die der Ersten Person. Die Fähigkeit, die eigenen diversen Strebungen im Modus des Entschlusses kanalisieren und zur Realisierung einer einzigen Handlungsoption ansetzen zu können – also: der Wille – ist zunächst der subjektiven Selbstbetrachtung zugänglich. In dieser erstpersonalen Perspektive verfahren etwa die subjektivitätstheoretische Rekonstruktion des Willens bei Immanuel Kant ebenso wie theologische Reflexionen des Wollens in seinen Selbstverstrickungen seit Paulus und Augustin. Hinsichtlich des Zusammenhangs von willentlicher Selbstbestimmung und Körperverhältnis sind der Phänomenologie und der philosophischen Anthropologie entscheidende Einsichten zu verdanken. So ist die Vorstellung, dass das Subjekt im Modus des Willens den eigenen Körper in Besitz hat und regiert, wie sie dem Konzept der Patientenautonomie zugrundeliegt, mithilfe der Unterscheidung von Körper und Leib differenziert worden:⁷ Ich setze mir meinen Körper als Gegenstand gegenüber und bin zugleich mit meinem Leib identisch. Umfang und Grenzen der Selbstverobjektivierung und damit auch des Selbstbesitzes, also der Fähigkeit, mich von dem zu distanzieren, was ich doch mit Haut und Haaren bin, sind insbesondere in der medizinisch orientierten Phänomenologie eindrücklich entfaltet worden. Von meiner Hand kann ich mich recht weit distanzieren. Ich *habe* sie (als paradigmatisches Werkzeug). Für das Herz gilt das nicht in gleichem Maße; von ihm werde ich mindestens ebenso gehabt, wie ich es habe.⁸ Von solchen Beschreibungen ist viel darüber zu lernen, wie der Körper für das Subjekt erscheint und zum Gegenstand wie zum Artikulator von Willensbestimmungen wird.

(2.) Die zweite Perspektive auf einen Willen-im-Körper wird konstituiert durch die Frage nach der Funktion, die der Wille im Recht bzw. im Medizinsystem erfüllt: die „Systemstelle“ des Willens.⁹ Ein lebendiger menschlicher Körper gilt im Recht

⁶ Vgl. zum Folgenden ausführlich Moos et al., Randzonen (s. Fn. 3), 14–22.

⁷ Vgl. etwa Hellmuth Plessner, *Lachen und Weinen. Eine Untersuchung nach den Grenzen menschlichen Verhaltens* (Tübingen/Basel: Francke, 1961), 44.

⁸ Vgl. Herbert Plügge, *Wohlbefinden und Mißbefinden. Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie* (Tübingen: Max Niemeyer, 1962), 57–60. Aus diesem Grund wird dieser Unterscheidung von Leib und Körper hier nicht gefolgt. Sie insinuiert eine kategoriale Klarheit, die in den zu berücksichtigenden Situationen gerade nicht da ist.

⁹ Moos et al., Randzonen (s. Fn. 3), 19.

grundsätzlich als potentieller Träger eines Willens und damit als Person, die einen Anspruch darauf hat, dass ihr Wollen beachtet und damit ihre Subjektqualität anerkannt wird, die aber ineins damit auch für ihre willentlichen Handlungen zur Verantwortung gezogen werden kann.

In diesem Sinne ist für die rechtliche Zulässigkeit einer medizinischen Intervention neben der ärztlichen Indikation der Wille der Patientin bzw. des Patienten maßgeblich. Damit ändert sich der Begriff des Willens gegenüber der Perspektive der ersten Person. Nicht jeder artikuliert, Strebungen bündelnde Entschluss gilt rechtlich als Wille; bestimmte Körper gelten als nichteinwilligungsfähig. Umgekehrt geht nicht jeder rechtlich anerkannte Wille auf den eigenen Entschluss zurück; auch der mutmaßliche Wille oder die Entscheidung einer anderen Person können unter bestimmten Voraussetzungen den aktuellen Patientenwillen ersetzen. Vermöge seiner Systemstelle wird der Wille einem Körper nach festgelegten Verfahren zugeschrieben. Diese Verfahren sind in den letzten Jahrzehnten in beständiger Revision begriffen.

(3.) Hier schließt die dritte Perspektive an. Sie verdankt sich der Praxistheorie, wie sie unter anderem von Andreas Reckwitz entfaltet worden ist.¹⁰ In dieser Perspektive wird nicht nach der rechtlichen oder ethischen Haltbarkeit, sondern nach der sozialen Wirklichkeit der Zu-, oder besser: Einschreibung eines autonomen Willens in einen Körper gefragt. Diese vollzieht sich in komplexen sozialen Praktiken, in denen ein Individuum als willensbestimmtes Subjekt anerkannt, behandelt, ins Werk gesetzt wird.¹¹ Patientenautonomie kommt einem Individuum nicht einfach zu, sondern muss fortwährend in und an seinem Körper aktualisiert und ins Werk gesetzt (*enacted*) werden. Das geschieht etwa in Praktiken der Aufklärung, Beratung und Kommunikation. Solche Praktiken unterliegen spezifischen Zeitregimes und sind eingebettet in die räumlichen Topografien von Kliniken oder Arztpraxen. Ein solches *doing autonomy* ist insbesondere dem ethnologischen Blick zugänglich.

In dieser Perspektive ist das Subjekt der Autonomie, das Selbst der Selbstbestimmung, nicht einfach vorausgesetzt. Vielmehr sehen Praktiken bestimmte Subjektpositionen vor und andere nicht. In diesem Sinne lässt sich die informierte Einwilligung verstehen als emphatische Ins-Werk-Setzung einer autonomen Per-

¹⁰ Vgl. Andreas Reckwitz, „Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive,“ *Zeitschrift für Soziologie* 32 (2003): 282–301.

¹¹ Zum Konnex von Anerkennung und Subjektivierung vgl. Axel Honneth, *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte* (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1994).

son in medizin- oder pflegebezogenen Abhängigkeitssituationen.¹² Prägnanz gewinnt das durch den Vergleich mit Praktiken, die gerade keine individuelle Willensposition generieren – etwa medizinische Behandlungsverläufe, denen sich eine Patientin ausgeliefert findet, oder auch kollektive Praktiken der Einwilligung, wie sie die Anthropologin Cheryl Mattingly analysiert hat.¹³

Auch der Körper ist in dieser Perspektive eine im Kontext bestimmter Praktiken ‚auftretende‘ Entität. Der Körper als medizinischer Gegenstand oder der entseelte Leib als Sache¹⁴ wird dabei ebenso praktisch hervorgebracht wie der Willen-im-Körper. Diese Perspektive wird im Folgenden die wichtigste sein, weil sie gleichsam zwischen der Ersten-Person-Perspektive und der Systemstelle des Willens steht und zwischen diesen vermitteln kann.¹⁵

Insgesamt handelt es sich um drei unterschiedliche Perspektiven auf das Willenssubjekt (im Selbstverhältnis; als Einheit der Zurechnung; als Position in Praktiken) und auf den Körper (im phänomenalen Körper-Leib-Verhältnis; als Gegenstand von Ansprüchen; als praktisch konstituiert). Auch das Recht kommt dabei unterschiedlich in den Blick (hinsichtlich seiner anthropologischen Voraussetzungen; in seiner dogmatischen Binnenreflexion; hinsichtlich der Praktiken der Rechtswirklichkeit).

Wenn es um Realisierung von Autonomie geht, sind diese drei Perspektiven zum einen irreduzibel; zum anderen müssen sie, das wäre bereits der Ausblick auf medizinethisch- bzw. rechtlich-normative Fragen, in einem bestimmten Passungsverhältnis zueinander stehen, damit das Konzept der Patientenautonomie nicht ideologisch wird. Wenn mir qua Systemstelle viel mehr Verantwortung zugeschrieben wird als ich subjektiv durch mein Wollen oder Gewollthaben einholen kann, stimmt etwas nicht. Wenn umgekehrt praktisch eine emphatische Willensabfrage inszeniert wird, die dann aber den Gang des Geschehens gar nicht beeinflusst, stimmt ebenso etwas nicht. Es ist eine ethische Herausforderung, Minimalbedingungen der Passung (bzw. Maximalbedingungen der Nichtpassung)

12 Autonomiepraktiken sind in diesem Sinne Subjektivierungspraktiken. Dazu vgl. Thomas Alkemeyer, Gunilla Budde und Dagmar Freist, Hg., *Selbst-Bildungen. Soziale und kulturelle Praktiken der Subjektivierung* (Bielefeld: transkript, 2013).

13 Cheryl Mattingly, „Der Wille‘ als eine verkörperte, soziale und narrative Praktik,“ in *Randzonen*, ed. Moos et al. (s. Fn. 3), 215–240.

14 Hierzu vgl. den Beitrag von Peter Windel im vorliegenden Band.

15 Das ist gerade der sozialwissenschaftliche Ansatz der Praxeologie: das traditionelle Gegenüber handlungstheoretischer und strukturalistischer Ansätze zu unterlaufen. Vgl. Reckwitz, „Grundelemente,“ (s. Fn. 10).

zu formulieren. Eine solche Passung ist dabei nicht nur ein ethisches Erfordernis, sondern auch ein Rechtsproblem.¹⁶

3 Körperliche Realisierungen von Patientenautonomie

Mittels dieser Perspektiven sollen im Folgenden körperliche Realisierungen von Patientenautonomie bzw. Manifestationen des Willens-im-Körper beschrieben werden. Das geschieht in vier Schritten.

3.1 Autonomie in der Trennung vom Körper

Als erster Phänomenbereich und als Hintergrundfolie für das Weitere seien emphatische Aufklärungs- und Einwilligungssituationen im Bereich der Medizin in den Blick genommen. Zu ihnen gehören etwa Prozeduren der Aufklärung und Einwilligung im Vorfeld einer Operation oder auch nur einer eingehenden Diagnostik und/oder Therapie. Hinsichtlich der Rolle des Körpers in der Realisierung von Patientenautonomie lässt sich beobachten, dass Autonomie hier im Modus einer performativen Trennung von Subjekt (bzw. Person) und Körper ins Werk gesetzt wird. Zu den entsprechenden Markierungen dieser Trennarbeit gehören das Gegenüber von Besprechungstisch und Untersuchungsliege, vom bekleideten und entkleideten Körper, von der gegenständlichen Betrachtung des Körpers in Labor- oder Bilddaten und der Identifikation der Patientin mit dem Körper, von verbaler (mündlicher oder schriftlicher) Kommunikation und Behandlungsablauf, von einer symbolischen und einer indexikalischen Semiotik des Körpers. Es gehört zu den klassischen Einsichten der Medizinsoziologie, wie sorgfältig in der ärztlichen Praxis Passagen zwischen Personensituationen und Körpersituationen inszeniert werden.¹⁷

In solchen emphatischen Situationen wird Autonomie mithin ins Werk gesetzt, indem die Person, das Subjekt der Aufklärung und Einwilligung, der Träger der Rechte, als jenseits des Körpers befindlich, mithin als körpertranszendent, inszeniert wird: ein performativer Cartesianismus. Oder auch, mit Kant gespro-

¹⁶ Zu dieser Passung vgl. Moos et al., Randzonen (s. Fn. 3), 25f.

¹⁷ Vgl. James M. Henslin und Mae A. Biggs, „Behaviour in Public Places. The Sociology of the Vaginal Examination,“ in *Down to earth sociology*, ed. James M. Henslin (New York u.a.: Free Press, 14. Aufl. 2007), 229–241.

chen: Der Weg vom Reich der Freiheit zum Reich der Natur führt für den Patienten vom Besprechungstisch zur Untersuchungsloge.

Dieser performative Cartesianismus ist jüngst höchstrichterlich in der Debatte um den ärztlich assistierten Suizid aktualisiert worden. Das Bundesverfassungsgericht hat in seiner Entscheidung vom 26.2.2020 die Subjektformation der „zu Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähigen Person“¹⁸ auch in Entscheidungen, die die Beendigung des eigenen Lebens betreffen, als verfassungsrechtlich maßgeblich erklärt. Mehr noch: Das Konzept einer in der Trennung von regierendem Subjekt und regiertem Körper ins Werk gesetzten Autonomie wird gerade dort behauptet, wo der Wille im Entschluss zum Suizid ultimatativ und total über „seinen“ Körper bestimmt. Die Angewiesenheit autonomer Selbstbestimmung auf körperliche Realisierung darf, so das Gericht, nicht gegen die Reichweite der Autonomie selbst ausgespielt werden. Insofern gilt: „Die selbstbestimmte Verfügung über das eigene Leben ist [...] unmittelbarer Ausdruck der der Menschenwürde innewohnenden Idee autonomer Persönlichkeitsentfaltung; sie ist, wenngleich letzter, Ausdruck von Würde.“¹⁹ In der Entscheidung zur Beendigung der körperlichen Existenz manifestiert sich die Souveränität des körperlosen Willenssubjekts.²⁰

3.2 Körperliche Realisierung von Autonomie

Doch solche emphatisch-willensförmige Inszenierungen von Patientenautonomie sind selten. In der Regel fragt die Ärztin nicht, ob ich in eine bestimmte Diagnostik oder Behandlung einwillige. Sie sagt eher: „Sie haben eine bakterielle Infektion. Ich schreibe Ihnen ein Antibiotikum auf.“ Dann tippt sie etwas in ihren Computer, und ich bekomme beim Hinausgehen das Rezept ausgehändigt. Oder sie sagt: „Wir machen jetzt erst einmal ein großes Blutbild.“ Dann schickt sie mich ins Nebenzimmer, wo ihre Assistentin mich bittet, den Ärmel hochzukrempeln, einen Gurt um meinen Arm bindet, die Haut desinfiziert, eine Spritze aus der Verpackung entnimmt, sich zurechtsetzt, die Vene sucht, ansticht und das Blut in die Spritze laufen lässt. In aller Regel, das sei hier zumindest mit anekdotischer Evidenz behauptet, werde ich nicht gefragt, ob ich einwillige. Vielmehr müsste ich

¹⁸ BVerfGE 153, 182–310, Rn. 209.

¹⁹ BVerfGE 153, 182–310, Rn. 211.

²⁰ Auch phänomenologisch ist eine solche cartesianische Trennung des Subjekts von seinem Körper in der Nähe des Lebensendes beschrieben worden: Menschen können im Endstadium einer konsumierenden Erkrankung die Erfahrung machen, in einen zerstörten, unpassenden, fremd gewordenen Körper gefangen zu sein. Vgl. dazu Plügge, Wohlbefinden, 62–90.

selbst sagen: „Nein, ich nehme kein Antibiotikum“ oder „Ich lasse mir kein Blut abnehmen“. Ich müsste selbst die Leistung erbringen, mich als Einwilligungssubjekt in Szene zu setzen. Oder ich verzichte darauf, spiele mit und lege damit das an den Tag, was juristisch „konkludentes Verhalten“ heißt.²¹ Allerdings sind ärztliche Sprechweisen und Praktiken zumeist so verfasst, dass sie mir als Patient die Möglichkeit geben, im Modus des Vetos einzuschreiten und darin zum Willenssubjekt zu werden.²² Ich könnte dem Antibiotikum widersprechen, ich müsste das Rezept nicht entgegennehmen, ich müsste es nicht zur Apotheke tragen, ich könnte die Tabletten wegwerfen. Die Adhärenzforschung kennt eine Fülle solcher Sollbruchstellen in medizinischen Abläufen.

Hinsichtlich der Rolle des Körpers in der Realisierung von Autonomie ist es nun von Bedeutung, dass hier längst nicht nur kommunikative Praktiken, sondern auch ‚rein‘ körperliche Vollzüge im Spiel sind. In der Regel gibt eine medizinische Fachkraft keine Spritze, ohne kurz vor dem Durchstechen der Haut noch einmal innezuhalten. Das ist der letzte Moment, in dem ich als Patient das Ganze mit einer abwehrenden Geste stoppen könnte – oder mich weiterhin bereit zeige. Diese letzte Abstimmung, die, wenn man so will, finale Einwilligung, ist ein zwischenleiblicher Prozess, eine Mikro-Verständigung zwischen zwei Körpern.²³ Was hier geschieht, ist etwas anderes als schlicht nonverbale Kommunikation, in der an die Stelle des verbal geäußerten „Nein“ etwa ein Kopfschütteln träte. Während in diesem Fall lediglich ein symbolisches Zeichen in ein anderes übersetzt würde, handelt es sich beim Zurückweichen vor der Spritze mit der Unterscheidung Schleiermachers eher um wirksames denn um darstellendes Handeln, insofern es den Einstich eher physisch verhindert als ihn kommunikativ untersagt. Die Behauptung, die ich mit dieser Beobachtung verbinde, ist, dass in der Realisierung von Autonomie solche körperlichen Prozesse eine erhebliche Rolle spielen – und sei es in negativer Form, dass es als Einwilligung verstanden wird, wenn das körperliche Widerstreben unterbleibt.

Zur Verdeutlichung kann ein Phänomen aus einem anderen Bereich dienen: das Paradigma der Assistenz in der Eingliederungshilfe. Assistenzleistungen sollen grundsätzlich der Realisierung der Autonomie der Assitierten dienen. Zu diesem Zweck kann eine kommunikative Abstimmung der eigentlichen Assistenzleistung vorangehen; das entspräche dem oben angeführten performativen

21 Zum Willensbild des Rechts vgl. Adrian Schmidt-Recla, „Das Recht als Willensgenerator. Juristische Konstruktionen zu Wille und Wollen“, in *Randzonen*, ed. Moos et al. (s. Fn. 3), 147–169, 156–162.

22 Wo das Veto keine reale Möglichkeit ist, liegt ein potentiell medizinethisches Problem vor.

23 Vgl. dazu Thorsten Moos, *Krankheitserfahrung und Religion* (Tübingen: Mohr Siebeck, 2018), 359–362.

Cartesianismus. Alternativ und vermutlich wesentlich häufiger wird Assistenz im Modus von Routinepraktiken erbracht, für die nicht immer wieder neu eine Einwilligung eingeholt, aber die Möglichkeit des Vetos präsent gehalten wird. An die Stelle des emphatisch inszenierten Einwilligungssubjekts tritt dann das Subjekt *on demand*. Für unseren Zusammenhang am meisten einschlägig sind jedoch körperliche Praktiken, in denen eine Interaktion zweier Körper als gesteuert von der Selbstbestimmung des einen ins Werk gesetzt wird. Ein Beispiel ist das gestützte Gehen: A assistiert B, die derzeit nicht alleine gehen kann: stützt sie, geht, trägt, all das in einer sehr aktiven Weise, aber doch so, dass die gemeinsame Bewegung der beiden Körper als Gehen von B erlebt wird. Das wird möglich durch die mikroadaptive Abstimmung der beiden, temporär zum gemeinsamen Gehen verbundenen Körper. Autonomie manifestiert sich hier unmittelbar zwischenleiblich.²⁴

Insgesamt wird man festhalten können, dass Autonomie bei weitem nicht nur durch den angesprochenen performativen Cartesianismus ins Werk gesetzt wird. Vielmehr ist es eingeübt – auch, wie hier immer vorausgesetzt, in selbstbestimmungsproblematischen Situationen –, den Körper als Träger von Selbstbestimmung präsent zu halten. Es sind Praktiken, die in ihrer Körperlichkeit als Willenspraktiken fungieren. Das fällt im Rechtsverkehr üblicherweise nicht auf; es wird relevant, wenn es nun an die Randzonen des Willens geht.

3.3 Randfiguren von Autonomie und der Körper

In bestimmten Grenzlagen menschlichen Lebens kann nicht oder nicht mehr von Einwilligungsfähigkeit im rechtlich oder auch nur kommunikativ belastbaren Sinne gesprochen werden. In diesen Grenzlagen fehlt das korrektive Gegenüber, das sich der Zuschreibung, das Geschehen verdanke sich immer noch seiner Einwilligung, widersetzen könnte, indem es sich etwa als starkes Vetosubjekt präsentierte. Nichtsdestotrotz wird auch in solchen Grenzlagen sowohl lebensweltlich wie rechtlich Autonomie zugeschrieben. Solche Autonomiepraktiken setzen auch bei temporär oder dauerhaft ungreifbarem Subjekt den Körper gleichsam als ‚eigenständigen‘ Willensträger ins Werk. Dazu wiederum einige Beispiele.

²⁴ Vgl. dazu Thorsten Moos, „Inklusion als Praxis der Subjektivierung,“ in *Disability Studies und Soziale Arbeit*, ed. Jürgen Homann et al. (Weinheim/Basel: Juventa, im Erscheinen).

Einschlägig ist insbesondere der sogenannte „natürliche Wille“.²⁵ Das in unterschiedlichen rechtlichen Kontexten verwendete, in sich spannungsvolle und uneinheitliche Konstrukt bezeichnet rechtlich relevante Strebungen Nichteinwilligungsfähiger, die aus verbalen Erklärungen oder aus nichtverbal-körperlichem Verhalten bestehen können. Insbesondere handelt es sich um körperliche Signale des Widerstrebens, die in bestimmten Situationen nicht überwältigt werden dürfen. Geschieht dies doch, wirkt sich das, etwa beim Freiheitsentzug Minderjähriger oder psychisch Kranker, strafbegründend,²⁶ oder, etwa beim Schwangerschaftsabbruch, strafverschärfend²⁷ aus.

Im medizinrechtlichen Kontext kommen mit dem Begriff des natürlichen Willens vor allem zwei paradigmatische Fälle in den Blick: Inwieweit ist, erstens, körperliche Gegenwehr bei bestimmten therapeutischen oder pflegerischen Maßnahmen, etwa beim Anreichen von Nahrung, dahingehend zu beachten, dass diese Maßnahmen als gegen den Willen der Patientin gerichtet unterbleiben müssen? Inwieweit kann, zweitens, ein in einer Patientenverfügung niedgelegter Wille hinsichtlich der eigenen Behandlung im Zustand der Nichteinwilligungsfähigkeit durch einen „natürlichen Willen“, insbesondere durch Zeichen der Lebensfreude, widerrufen werden?²⁸

Der Medizinethiker Ralf Jox wendet sich dezidiert gegen das Konzept des natürlichen Willens. Die genannten Verhaltensweisen seien „viel eher dem Wohlergehen als dem Willen des Patienten zuzuordnen“.²⁹ Denn sie bezögen sich auf die momentane Situation, nicht aber auf übergreifende Entscheidungen; sie könnten ganz unterschiedlich gedeutet werden; und sie verdankten sich eben keiner bewussten, informierten, reflektierten und freiverantwortlichen Entscheidung, die für den Willen notwendig sei. Insofern sei es unzutreffend, den „natürlichen Willen“ dem Patientenwillen gleichzustellen und damit der Patientenautonomie zuzuordnen.

Anders argumentiert etwa die Stellungnahme „Demenz und Selbstbestimmung“ des Deutschen Ethikrates. Sie vertritt kein kategoriales, sondern ein graduelles Autonomiekonzept: Je nach Einsicht in die Art und Tragweite der Handlungsoptionen ist die Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz zu

²⁵ Vgl. Schmidt-Recla, Recht (s. Fn. 21), 159 – 162.

²⁶ Siehe § 239 StGB.

²⁷ Siehe § 218 Abs. 2 StGB.

²⁸ Vgl. Schmidt-Recla, Recht (s. Fn. 21), 160.

²⁹ Ralf Jox, „Der ‚natürliche Wille‘ bei Kindern und Demenzzkranken. Kritik an einer Aufdehnung des Autonomiebegriffs,“ in: *Patientenautonomie*, ed. Wiesemann und Simon (s. Fn. 2), 329 – 337, 337.

respektieren.³⁰ Das gilt noch für Verhaltensweisen, die Jox dem Wohlergehen zuordnet: „Eine bedürfnisorientierte Präferenzentscheidung zwischen zwei oder mehreren Alltagssituationen mag stark von dem bloßen Streben nach Erhaltung der Lebensfunktion geprägt sein und doch kann in ihr eine Präferenz zum Ausdruck kommen, die von dem Demenzbetroffenen als etwas für ihn Wesentliches empfunden wird.“³¹ Auch das Wohlergehen kann ein legitimer Grund für eine solche Präferenzentscheidung sein, solange im jeweiligen Krankheitsstadium eine „Abwägung und Präferenzbildung auch unter Zuhilfenahme rationaler Erwägungen, kritischer Wahrnehmung und Ordnung eigener Präferenzen“³² noch möglich ist.

Doch selbst dann, wenn ein solches Sich-Verhalten zu den eigenen Präferenzen nicht mehr möglich ist, erhalten diese im medizinischen bzw. pflegerischen Kontext doch eine potentielle Bindungskraft, die über ein rein animalisches Streben nach „Wohlergehen“ hinausgehen. Das gilt generell für die Interpretation leiblicher Ausdrucksformen „als Zeichen der Selbstbestimmung“³³ und noch weitergehend für Affektivitätspraktiken: In Situationen, in denen kognitiv grundierte Autonomiekonzepte gänzlich kontrafaktisch werden, können affektive Vorlieben eines Menschen eine Stellvertreterfunktion für eine Selbstbestimmung *mit Gründen* erhalten – etwa, wenn in der palliativen Mundpflege frühere Geschmacksvorlieben berücksichtigt werden. In diesem Fall werden frühere Willensäußerungen erinnert und als Willen-im-Körper aufgerufen.³⁴

Mithin lässt sich feststellen, dass die Patientenautonomie im Modus der Zuschreibung bzw. der Praktiken graduert wird: noch über die vom Deutschen Ethikrat namhaft gemachte „Teilautonomie“ hinaus bis in Zustände der Bewusstlosigkeit hinein. Ein extremes Beispiel ist die Zuschreibung eines „Lebenswillens“ an frühgeborene Säuglinge und deren Einbeziehung in die Entscheidung, ob eine intensivmedizinische Behandlung fortgesetzt werden soll oder nicht.

Meine Interpretation ist hier, dass die emphatischen Praktiken des Willens eine kontinuierliche Fortsetzung bis hin zu Situationen der Nichteinwilligungs-

³⁰ Vgl. Deutscher Ethikrat, *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme* (Berlin: 2012), 56.

³¹ A.a.O., 57.

³² A.a.O., 58.

³³ Irmgard Hofmann, „Leibliche Ausdrucksformen als Zeichen der Selbstbestimmung,“ in: *Patientenautonomie*, ed. Wiesemann und Simon (s. Fn. 2), 355–363.

³⁴ Vgl. Thorsten Moos, Simone Ehm, Fabian Kliesch und Julia Thiesbonenkamp-Maag, *Ethik in der Klinikseelsorge. Theorie, Empirie, Ausbildung* (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2016), 161–163.

fähigkeit und Bewusstlosigkeit hinein erfahren.³⁵ Auch in Situationen reduzierter Persönlichkeit wird *so etwas wie* eine Willens-Subjektivität praktisch ins Werk gesetzt – wenngleich in abgestufter Form. Umgekehrt wird der Körper niemals ganz zur Sache, sondern behält einen residualen Status als selbstbestimmtes Subjekt. Das geschieht, obwohl Konzepte wie Willen, Autonomie, Person oder Subjekt kategorial nicht graduierbar sind.³⁶ In praxistheoretischer Perspektive zeigt sich Autonomie als hochgradig körperliches Vollzugsgeschehen, das als solches auch noch in Situationen hinein ausgezogen werden kann, in denen das Subjekt vollends ungreifbar geworden ist. Es besteht ein Kontinuum von Willen-im-Körper-Praktiken. In diesem Kontinuum erweist sich der performative Cartesianismus der emphatischen Einwilligungspraktiken, der dem kategorialen Charakter des Autonomiekonzepts am ehesten entspricht, als geradezu artifizielles Extrem.

3.4 Rechte des Körpers *gegenüber* der Person

Wenn der Körper auch noch in der Abwesenheit des Subjekts als eigenständiger Willensträger auftreten kann, kann als nächster und letzter Schritt gefragt werden, ob dies auch in Anwesenheit des Subjekts geschehen kann. Können Subjekt-Willen und Willen-im-Körper nebeneinander auftreten? Bereits die Rechtsfigur des konkludenten Verhaltens rechnet, wie oben dargestellt, mit einem wachenden Subjekt-Willen hinter den Willen-im-Körper, der so lange einwilligt, wie er nicht emphatisch widerspricht. Interessant sind nun aber diejenigen Fälle, wo Subjekt-Willen und Willen-im-Körper auseinandertreten oder gar in Konflikt kommen. Auch hier lassen sich wiederum einige Phänomene aufzeigen.

Als Übergang zum Vorherigen ist das bereits angesprochene lebensbejahende Verhalten eines Nichteinwilligungsfähigen zu betrachten, das dessen Patientenverfügung zu widersprechen scheint. Hier liegen Subjekt-Willen und Willen-im-Körper in zeitlicher Abfolge vor. Die sogenannte Bilokalisationstheorie versucht dieses Phänomen zu greifen, indem sie von einem vollständigen Bruch der per-

³⁵ In gewisser Weise gilt dies bis in den postmortalen Ehrenschatz hinein (vgl. dazu den Beitrag von Christoph Enders in diesem Band).

³⁶ Ein anderer Fall für eine Graduierung der Einwilligungsfähigkeit liegt bei der Frage vor, inwieweit Kinder einer nicht indizierten medizinischen Behandlung zustimmen müssen. Der paradigmatische Fall ist hier die Stammzellspende unter Geschwisterkindern. Vgl. Christina Schües, und Christoph Rehmann-Sutter, Hg., *Rettende Geschwister. Ethische Aspekte der Einwilligung in der pädiatrischen Stammzelltransplantation* (Paderborn: mentis, 2015).

sonalen Identität ausgeht.³⁷ Der im Zustand der Einwilligungsfähigkeit artikulierte Subjekt-Wille hat im jetzigen Zustand keine Gültigkeit mehr, da die personale Kontinuität zwischen beiden Zuständen aufgrund etwa einer demenziellen Erkrankung unterbrochen ist. Derselbe Körper, aber unterschiedliche Willen: ein einst rechtsgültig artikulierter, aber nicht mehr zutreffender Wille, und ein zwar nicht durch Einwilligungsfähigkeit gestützter, aber doch als personale Strebung ernstzunehmender Willen-im-Körper. Dieser Position zufolge überwiegt das Recht des nicht mehr im vollen Sinne subjektiv zu verstehenden Körpers das Recht des (früheren) Subjekts.

Umgekehrt verhält es sich bei der medizinischen Zwangsbehandlung bei Selbstschädigung. Als Paradigma mag hier der Fall einer volljährigen Patientin mit Anorexie dienen, die stark untergewichtig ist, aber eindeutig, nachdrücklich, reflektiert und über die Zeit hinweg stabil die Aufnahme einer ausreichenden Nahrungsmenge ablehnt. Klassisch wird unterschieden zwischen schwachem und starkem ärztlichen Paternalismus: Falls das Widerstreben der Patientin als Wille gelten kann, stellt die Zwangsernährung gegen ebendiesen Willen einen starken – und hierzulande verbotenen – Paternalismus dar. Liegt hingegen keine Einwilligungsfähigkeit vor, handelt es sich bei der Zwangsernährung lediglich um schwachen Paternalismus, um eine Handlung ohne Einwilligung. In ihrer eingehenden Diskussion eines solchen Falles gehen der Medizinethiker Manuel Trachsel et al. von einer aufgrund fehlender Krankheitseinsicht anzuzweifelnden Einwilligungsfähigkeit der stark ausgezehrteten Patientin aus. Sie halten eine Zwangsernährung dann für gerechtfertigt, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Patientin dann, wenn sie höheres Körpergewicht erreicht haben wird und damit auch mehr Krankheitseinsicht zeigt, für eben diese Maßnahme dankbar sein wird.³⁸ Dieses Kriterium der antizipierten Zustimmung geht ebenfalls von zwei Subjekten in einem Körper aus: dem derzeitigen, nichteinwilligungsfähigen Subjekt, dessen vehementes Widerstreben aufgrund der zu erwartenden Zustimmung des zukünftig einwilligungsfähigen Subjekts überwunden werden darf. Nicht das erste, sondern das zweite Subjekt erscheint als Person im Vollsinn und damit als das eigentlich legitime Subjekt der Herrschaft über diesen Körper.

³⁷ Vgl. Reinhard Merkel, „Zur Frage nach der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen – Eine notwendige Ergänzung der bisher in Deutschland geläufigen Argumente“, *Ethik in der Medizin* 5 (2004), 298–307, 302f.

³⁸ Hierzu und zum Fall vgl. Manuel Trachsel, Tanja Krones und Verina Wild, „Zwangsernährung oder *palliative care* bei chronischer *Anorexia nervosa*?“, in *Randzonen*, ed. Moos et al. (s. Fn. 3), 171–186, 179.

Anders gelagert sind Situationen, in denen ein Recht des Körpers dem simultan geäußerten subjektiven Willen entgegengestellt ist. Dies ist etwa bei der Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs der Fall. Hier wird die Möglichkeit der Schwangeren, als Subjekt über ihren Körper zu bestimmen, eingeschränkt durch die rechtliche Einschreibung einer zweiten Person in den Körper der Frau. Die Rechte dieser zweiten Person sind dann mangels deren eigener Fähigkeit, einen Willen zu artikulieren, vom Staat gegenüber der Schwangeren zu vertreten. Dagegen wehrt die Parole „Mein Bauch gehört mir“ diese Bipersonalität unter Anrufung einer Eigentumsrelation zwischen Subjekt und Körper ab.³⁹

In jüngster Zeit ist noch eine weitere konfliktbeladene Konstellation prominent geworden, in der der Körper gleichsam mit eigenem Recht und Willen dem artikulierten Willen des Subjekts gegenübertritt. In der Epidemiologie erscheinen Körper nicht als rein individueller Besitz, sondern aufgrund potentieller infektiöser Wechselwirkungen miteinander verbunden. Gesundheit wird in der Epidemie zum kollektiven Gut. Prägnant ist hier der Begriff der Herdenimmunität, der herangezogen wird, um eine staatliche Impfaufforderung oder gar Impfpflicht zu begründen. Doch bereits die Kopplung von Inzidenzzahlen und Freiheitseinschränkungen baut auf dem schützenswerten Recht kollektiver Körperlichkeit gegenüber individuell-subjektiver Selbstbestimmung. In dieser Logik wird der eine Körperzusammenhang von vielen Subjekten bewohnt und beherrscht; und neben die individuelle Willensbestimmung tritt die kollektive politische Willensbildung einer demokratisch verfassten Gesellschaft. Hier sind in den letzten Monaten erhebliche Klärungsbedarfe einer ethischen und rechtlichen Behandlung des Verhältnisses von Autonomie und Körperlichkeit deutlich geworden.⁴⁰

4 Abschluss

Autonomie ist kategorial weder teilbar noch graduierbar. Dennoch wird sie regelmäßig als abgestufte und möglicherweise geteilte realisiert. Die obigen Beschreibungen von Praktiken der Autonomie sind nicht entlarvend gemeint, so als ‚gäbe‘ es ‚echte‘ Selbstbestimmung in Wirklichkeit nicht. Vielmehr stellt sich, wie einleitend ausgeführt, an ihnen sehr konkret und eben nicht kategorial entscheidbar die Frage nach der Angemessenheit von Autonomiepraktiken angesichts des Kategoriensprungs, an dem sie verortet sind. Dieser Kategoriensprung

³⁹ Diese Beschreibung impliziert kein Urteil für oder gegen die Legitimität des Schwangerschaftsabbruchs.

⁴⁰ Zu kollektiven Formen des Körperlichen vgl. den Beitrag von Christoph Enders in diesem Band.

besteht aus praxistheoretischer Perspektive nicht zwischen „Idee“ und „Praxis“, sondern er besteht zwischen dem Vollzug von Praktiken einerseits und dem in eben diese Praktiken eingelassenen Wissen um die in ihr angezielte, aber praktisch nicht erreichbare Subjektqualität des Gegenübers. In diesem Sinne stehen Autonomiepraktiken in einem größeren Kontinuum von *Würdepraktiken*, die auf die Anerkennung von Personalität auch jenseits von Selbstbestimmung zielen.⁴¹

Die ethische Beurteilung der Angemessenheit von Autonomiepraktiken setzt allerdings die genaue empirische Kenntnis dieser Praktiken voraus. Es lohnt sich also, diese empirisch zu untersuchen. Die bisherigen Beschreibungen haben sich auf wenige empirische Erkenntnisse, *Spin-offs* aus anderen Studien und auf autoethnographische bzw. anekdotische Evidenz sowie auf deren theoriegeleitete Extrapolationen gestützt. Das reicht selbstverständlich nicht hin; es kann allenfalls dazu dienen, Fragen und Hypothesen für empirische Untersuchungen zu generieren.

Wenn es schließlich um die rechtliche Angemessenheit von Autonomiepraktiken geht, wird ein liberaler Rechtsstaat tendenziell nur bestimmte *bottom lines* einzuzeichnen versuchen. Zugleich aber muss das Recht sich auf die körperlich-praktische Wirklichkeit von Autonomie und deren konkrete Aporien zumindest teilweise einlassen. Das Resultat sind schwierige Konstruktionen wie die des natürlichen Willens und des schwachen Paternalismus, deren Aporetik einerseits beständigen Anlass zu Kritik und Konflikt bietet, andererseits aber schlechthin *sachgemäß* ist.

Literatur

- Thomas Alkemeyer, Gunilla Budde und Dagmar Freist, Hg., *Selbst-Bildungen. Soziale und kulturelle Praktiken der Subjektivierung* (Bielefeld: transkript, 2013).
- Jan P. Beckmann, *Autonomie. Aktuelle ethische Herausforderungen der Gesellschaft* (Freiburg/München: Alber, 2020).
- Deutscher Ethikrat, *Demenz und Selbstbestimmung. Stellungnahme* (Berlin: 2012).
- James M. Henslin und Mae A. Biggs, „Behaviour in Public Places. The Sociology of the Vaginal Examination,“ in *Down to earth sociology*, ed. James M. Henslin (New York u. a.: Free Press, 14. Aufl. 2007), 229 – 241.
- Irmgard Hofmann, „Leibliche Ausdrucksformen als Zeichen der Selbstbestimmung,“ in: *Patientenautonomie*, ed. Wiesemann und Simon (Münster: mentis, 2013), 355 – 363.
- Axel Honneth, *Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte* (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1994).

41 Vgl. dazu Moos, *Krankheitserfahrung* (s. Fn. 22), 351 – 365.

- Ralf Jox, „Der ‚natürliche Wille‘ bei Kindern und Demenzzkranken. Kritik an einer Aufdehnung des Autonomiebegriffs,“ in: *Patientenautonomie*, ed. Wiesemann und Simon (Münster: mentis, 2013), 329–337.
- Cheryl Mattingly, „Der Wille‘ als eine verkörperte, soziale und narrative Praktik,“ in *Randzonen*, ed. Moos et al. (Frankfurt am Main: Peter Lang, 2016), 215–240.
- Reinhard Merkel, „Zur Frage nach der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen – Eine notwendige Ergänzung der bisher in Deutschland geläufigen Argumente,“ *Ethik in der Medizin* 5 (2004), 298–307.
- Thorsten Moos, „Inklusion als Praxis der Subjektivierung,“ in *Disability Studies und Soziale Arbeit*, ed. Jürgen Homann et al., (Weinheim/Basel: Juventa, 2022).
- Thorsten Moos, *Krankheitserfahrung und Religion* (Tübingen: Mohr Siebeck, 2018).
- Thorsten Moos; Christoph Rehmann-Sutter und Christina Schües, Hg., *Randzonen des Willens. Anthropologische und ethische Probleme von Entscheidungen in Grenzsituationen, Praktische Philosophie kontrovers* 6 (Frankfurt am Main: Peter Lang, 2016).
- Thorsten Moos, Simone Ehm, Fabian Kliesch und Julia Thiesbonenkamp-Maag, *Ethik in der Klinikseelsorge. Theorie, Empirie, Ausbildung* (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2016).
- Hellmuth Plessner, *Lachen und Weinen. Eine Untersuchung nach den Grenzen menschlichen Verhaltens* (Tübingen/Basel: Francke, 1961).
- Herbert Plügge, *Wohlbefinden und Mißbefinden. Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie* (Tübingen: Max Niemeyer, 1962).
- Andreas Reckwitz, „Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive,“ *Zeitschrift für Soziologie* 32 (2003).
- Adrian Schmidt-Recla, „Das Recht als Willensgenerator. Juristische Konstruktionen zu Wille und Wollen“, in *Randzonen*, ed. Moos et al. (Frankfurt am Main: Peter Lang, 2016), 147–169.
- Christina Schües und Christoph Rehmann-Sutter, Hg., *Rettende Geschwister. Ethische Aspekte der Einwilligung in der pädiatrischen Stammzelltransplantation* (Paderborn: mentis, 2015).
- Martin Seel: *Sich bestimmen lassen. Studien zur theoretischen und praktischen Philosophie* (Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2002).
- Manuel Trachsel, Tanja Krones und Verina Wild, „Zwangsernährung oder palliative care bei chronischer Anorexia nervosa?,“ in *Randzonen*, ed. Moos et al. (Frankfurt am Main: Peter Lang, 2016), 171–186.
- Claudia Wiesemann und Alfred Simon, Hg., *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen* (Münster: mentis, 2013).