

Autonomie und Glück

Bericht zur Tagung vom 28. Juni 2019 des
Veranstaltungszyklus «Autonomie und Medizin»

L'autonomie et le bonheur

Rapport du colloque du 28 juin 2019 du cycle de
symposiums «L'autonomie en médecine»

Hinweise zur Erarbeitung dieses Berichts

Diese Broschüre entstand im Anschluss an die fünfte Tagung des Veranstaltungszyklus «Autonomie in der Medizin», organisiert von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK). Sie ist mehr als ein reiner Tagungsband, der die Referate und Diskussionen abbildet. Im Auftrag der Veranstalterinnen hat Dr. Jean-Daniel Strub, Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik in Zürich, die Debatte in einen grösseren Kontext eingebettet und eine kritische Reflexion der einzelnen Tagungsbeiträge vorgenommen.

Zur Qualitätssicherung wurde eine Begleitgruppe eingesetzt, um sicherzustellen, dass die Tagung umfassend und korrekt abgebildet ist. Neben den Referentinnen und Referenten aus den einzelnen Themengebieten gehörten folgende Personen zu dieser Gruppe: Susanne Brauer, PhD, Zürich (SAMW); Prof. Dr. iur. Andrea Büchler, Zürich (NEK), Prof. Dr. med. Jürg Steiger, Basel (SAMW), lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Bern (SAMW); Dr. iur. Tanja Trost, Bern (NEK).

Indications concernant l'élaboration de cette brochure

Cette brochure a été rédigée suite au cinquième colloque du cycle «Autonomie en médecine», organisé par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) et la Commission Nationale d'Éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE). Elle est plus qu'un simple compte-rendu de colloque qui reflète les interventions et les discussions. A la demande des organisateurs, Dr Jean-Daniel Strub, Brauer & Strub | Medizin Ethik Politik à Zurich, a inscrit le débat dans un contexte plus large et a mené une réflexion critique sur les différentes interventions. Celles-ci sont transcrites dans la langue d'origine de l'orateur.

Dans un souci de qualité, un groupe d'accompagnement a été instauré pour veiller à une présentation complète et correcte de la conférence. En plus des orateurs, les personnes suivantes ont fait partie de ce groupe: Susanne Brauer, PhD, Zurich (ASSM); Prof. Dr iur. Andrea Büchler, Zurich (CNE), Prof. Dr méd. Jürg Steiger, Bâle (ASSM), lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Berne (ASSM); Dr iur. Tanja Trost, Berne (CNE).

Autonomie und Glück. Selbstbestimmung in der Medizin: Rezept für ein glückliches Leben?

Bericht zur Tagung vom 28. Juni 2019 des
Veranstaltungszyklus «Autonomie in der Medizin»

L'autonomie et le bonheur. L'autodétermination en médecine: la recette d'une vie heureuse?

Rapport du colloque du 28 juin 2019 du
cycle de symposiums «L'autonomie en médecine»

Herausgeberin

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Haus der Akademien, Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
mail@samw.ch, www.samw.ch

Autor

Jean-Daniel Strub

Übersetzung/Traduction

Dominique Nickel

Gestaltung

Howald Fosco Biberstein, Basel

Druck

Jordi AG, Belp

1. Auflage, Februar 2020 (800)

Die Publikation kann kostenlos gedruckt bezogen werden: order@samw.ch



Copyright: © 2020 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
Dies ist eine Open-Access-Publikation, lizenziert unter «Creative Commons Attribution»
(<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>). Der Inhalt dieser Publikation darf
demnach uneingeschränkt und in allen Formen genutzt, geteilt und wiedergegeben
werden, solange der Urheber und die Quelle angemessen angegeben werden.

Zitiervorschlag:

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020): Autonomie und Glück.
Selbstbestimmung in der Medizin: Rezept für ein glückliches Leben? Bericht zur Tagung
vom 28. Juni 2019 des Veranstaltungszyklus «Autonomie in der Medizin». Swiss Academies
Communications 15 (3).

ISSN (print): 2297-1793 (deutsch), 2297-1815 (français)

ISSN (online): 2297-1807 (deutsch), 2297-1823 (français)

DOI 10.5281/zenodo.3355191

Zusammenfassung	5
Résumé	9
Einleitung: Autonomie und Glück – Rezepte für ein glückliches Leben?	12
Glück in der Medizin	12
Autonomie: Voraussetzung für ein glückliches Leben?	13
Implikationen für die medizinische Praxis	15
Was ist Glück? Und wer definiert es? (Dieter Thomä)	16
Vom Glück zur Freiheit	16
Von der Freiheit zum Unglück	18
Vom Unglück zum Glück	22
Le bonheur dans le cerveau humain (Émilie Qiao-Tasserit)	25
Émotions positives et émotions négatives	25
Autonomie, coercion et bonheur	27
Nudging en contexte médical: quels en sont les effets sur le bonheur et l'autonomie des patients? (Christine Clavien)	30
Le nudging et ses effets	30
Nudging, bonheur et autonomie	32
Vers une éthique des nudges	34
Was hat Autonomie mit Glück zu tun? Begriffliche und normative Überlegungen (Andreas Müller)	35
Macht autonomes Entscheiden glücklich?	35
Kann es Konflikte zwischen Autonomie und Glück geben?	39
Zum Umgang mit Konflikten zwischen Autonomie und Glück	41
Podiumsdiskussion: Was ist Glück? Und was hat es mit der Medizin zu tun?	43
Die Bedeutung des Kontexts der Entscheidungsfindung	43
Nudging, Glück und Autonomie	45
Autonomie und Freiheit als Spannungsfeld	46
Medizin zum Glück? Ethische Aspekte wunscherfüllender Medizin (Tobias Eichinger)	48
Wunscherfüllende Medizin	48
Medizinethische Aspekte	49
Le rôle des émotions dans le bonheur (Julien Deonna)	53
Théorie des valeurs: distinctions de base	53
Trois théories sur le bonheur	55
La nature des émotions	55
Quelle contribution des émotions au bonheur?	56

Bonheur et autonomie: Leçons de la médecine de l'addiction (Barbara Broers)	58
Substances et modes de consommation	58
Addiction, choix et contrôle	59
Addiction et choix: un modèle alternatif	60
Glück und Autonomie: Gibt es das eine ohne das andere? (Hardy Landolt)	61
Die persönliche Antwort	61
Die juristische Antwort	63
Podiumsdiskussion: Wie bedeutsam ist Autonomie für das glückliche Leben?	65
Medizin und Glück	65
Lebensbedingungen und Gerechtigkeit	66
Autonomie und Glück	67
Fazit: Autonomie und Glück – Spannungsfelder und Konfliktlinien	69
Zur Bedeutung von Glück für die Autonomie	70
Zur Bedeutung von Autonomie für das Glück	72
Glück: eine Kategorie für die Medizin?	73
Verzeichnis der Referentinnen und Referenten 	
Liste des oratrices et orateurs	76

Zusammenfassung

Autonomie ist in der heutigen Medizin eines der wichtigsten, wenn nicht *das* zentrale ethische Prinzip, an dem sich Gesundheitsfachpersonen und Institutionen des Gesundheitswesens, aber auch Patientinnen¹ und ihre Angehörigen sowie das Gesundheitsrecht orientieren. Dieser hohe Rang, der dem Prinzip des Respekts vor der Autonomie heute zukommt, ist eine hart erkämpfte Errungenschaft. Und sie ist nicht selbstverständlich, weil beispielsweise zu geringe Ressourcen, ein mangelhafter Umgang mit Gesundheitsdaten, fehlende oder ungenügende Information, aber auch fehlendes Bewusstsein für die Bedeutung der Beziehungen zwischen Behandelnden und Patienten die Voraussetzungen von Autonomie untergraben können. Autonomie ist aber auch deshalb herausgefordert, weil selbstbestimmtes Entscheiden den Einzelnen auch überfordern kann.

Während fünf Jahren stellten die Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (ZEK) und die Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK-CNE) in einem gemeinsamen Veranstaltungszyklus das Konzept der Autonomie, seine Voraussetzungen und normativen Implikationen, aber auch die aktuellen Gefährdungen der Autonomie zur Diskussion. Im Sommer 2015 fand die erste Tagung unter dem Titel «Autonomie und Verantwortung» statt, gefolgt im Jahr 2016 von einem Symposium zum Thema «Autonomie und Beziehung». Die Tagung des Jahres 2017 widmete sich den Spannungsfeldern von «Autonomie und Fürsorge», während im Sommer 2018 unter dem Titel «Autonomie und Digitalisierung» Chancen und Herausforderungen der zunehmenden Verbreitung digitaler Technologien in der Medizin diskutiert wurden. Die vorliegende Broschüre dokumentiert die Abschlusstagung der Symposienreihe, die am 28. Juni 2019 stattfand und den Titel trug: «Autonomie und Glück. Selbstbestimmung in der Medizin: Rezept für ein glückliches Leben?» Diese Tagung fand wie alle Anlässe innerhalb der Reihe in Bern statt und wurde von gut 80 Personen besucht.²

1 Weibliche und männliche Wortformen werden in dieser Broschüre alternierend verwendet. Die entsprechenden Textstellen betreffen immer beide Geschlechter der genannten Personengruppen.

2 Alle Beiträge zu den Tagungen finden sich hier zusammengestellt: www.samw.ch/autonomie

Dient Autonomie, so lautete eine der Leitfragen des Symposiums, immer dem Wohlergehen bzw. dem Glück der Patientin? Oder kann sie deren Glück auch abträglich sein, weil sie zu viel von den Individuen verlangt? Was haben Glück und autonomes Entscheiden miteinander zu tun? Müssen Institutionen und Fachpersonen das Glück der Patientinnen fördern, um dem Prinzip des Respekts vor ihrer Autonomie gerecht zu werden? Ist Autonomie Voraussetzung für ein glückliches Leben – und sind glückliche Menschen besser in der Lage, autonome Entscheidungen zu fällen? Gehören Autonomie und Glück zusammen oder können sie auch miteinander in Konflikt treten? Und falls ja: Wie ist damit umzugehen?

Diese Fragen aufzuwerfen bedeutet, nicht nur grundsätzlich danach zu fragen, wie weit die Autonomie des Einzelnen reicht – und ob sie im Namen des Glücks bzw. des Wohlergehens der Patientin eingeschränkt werden darf oder gegebenenfalls aus ethischen Gründen sogar eingeschränkt werden muss. Es bedeutet auch danach zu fragen, was «Glück» überhaupt ist und wie wir ein «glückliches Leben» definieren. Denn unbestritten ist die Suche nach dem Glück und dem Sinn im Leben eine Konstante menschlichen Nachdenkens über das Dasein, die gerade in heutiger Zeit – etwa unter dem Titel der «Lebenskunst» – wieder grosse Beachtung findet. Gibt es einen empirischen Kern dessen, was allgemein als Glück erfahren wird, oder ist der Begriff immer schon normativ gefasst? Was weiss beispielsweise die Neurobiologie über Wesen und Ursprung des Glücks? Und was impliziert der Begriff für die Medizin sowie die in ihr tätigen Menschen?

Auch wenn sie zunächst theoretisch klingen, sind diese Fragestellungen für die Medizin von erheblicher praktischer Relevanz. Dies unter anderem deshalb, weil sich die wohl wichtigsten Schauplätze von Autonomie in der Medizin, nämlich die Interaktion zwischen Pflegenden und Patientinnen einerseits und die Arzt-/Patienten-Beziehung andererseits, auch als die Orte erweisen, an denen positive Emotionen in der Medizin einen wichtigen Platz haben. Positive Emotionen, so zeigen neurowissenschaftliche Untersuchungen, fördern die Qualität der Entscheidungsfindung, während negative Emotionen ihnen abträglich sind. Sie prägen aber auch die Wahrnehmung des Gegenübers und sind damit ein wichtiger Faktor dafür, dass sich stabile Vertrauensverhältnisse herausbilden können. Solche Vertrauensverhältnisse vermögen die Autonomie des Patienten zu unterstützen und sind für anspruchsvolle Konzepte wie etwa die geteilte Entscheidungsfindung (*Shared Decision Making*) geradezu unverzichtbar.

Im Rahmen der Tagung zeigte sich, dass dem Glück für die Autonomie eine gewisse Bedeutung zukommen kann, etwa aus dem beschriebenen Grund, dass es der Beziehung zwischen Ärztin und Patient zuträglich sein kann und dadurch eine der zentralen Voraussetzungen für selbstbestimmte Entscheidungen stärkt. Auch machte die Veranstaltung deutlich, dass Autonomie für das Glück bzw. das glückliche Leben eine relevante Grösse darstellen kann, und zwar aus mindestens drei Gründen: Zum einen, weil autonomes Entscheiden direkt zum Glück beitragen kann, weil eine selbstbestimmte Entscheidung in der Regel auf einen Gegenstand gerichtet ist, der gut für die betreffende Person ist. Zum Zweiten, weil autonomes Entscheiden selbst, also unabhängig vom Gegenstand der Entscheidung, einer Qualität entspricht, die sich viele für ihr Leben wünschen – und weil die Erfüllung von Wünschen Glück mit sich führt. Zum Dritten schliesslich ganz generell im Sinn der Vorstellung, dass autonomes Entscheiden Bestandteil eines gelingenden, guten Lebens ist, derweil Zwang, eingeschränkte (Wahl-)Freiheiten und fehlende Perspektiven nicht mit einem glücklichen Leben vereinbar sind. Im Rahmen der Tagung war aber unbestritten, dass das Gewicht, welches dem Zusammenhang zwischen Autonomie und Glück für die Medizin zukommt, nicht dazu berechtigt, Menschen, die sich nicht als glücklich bezeichnen oder für die Glück keine Bedeutung hat, weniger Fähigkeiten einzuräumen, selbstbestimmt zu entscheiden. Ebenso wenig ist es plausibel, Autonomie oder selbstbestimmtes Entscheiden als zwingendes Element von Glück darzustellen, weshalb sich aus dem Zusammenhang direkt nur schwerlich Orientierung gewinnen lässt für die Frage, wie in Konfliktsituationen zwischen dem Respekt vor der Autonomie und der Pflicht, Wohlergehen sowie allenfalls Glück der Patientin zu fördern, abzuwägen ist.

So zeigte die Tagung denn auch, dass sich eine autonomieorientierte Medizin von der Bezugnahme auf die Kategorie des Glücks in erster Linie eine Unterstützung autonomen Entscheidens erhoffen kann. Dafür, dem Glück eine direkte normative Bedeutung für das Handeln in der Medizin zuzuschreiben, ist der Glücksbegriff letztlich weder hinreichend objektiv bestimmt, noch vermag eine Engführung der Glückserfahrung auf das Handeln und Entscheiden der Tatsache gerecht zu werden, dass diese Erfahrungen durchaus auch mit dem Gegenteil – nämlich dem Geschehenlassen und dem Hinnehmen – verbunden sein können.

Wie der gesamte Veranstaltungszyklus zeigte auch die hier dokumentierte Tagung jedoch auf facettenreiche Art, wie gut die Voraussetzungen dafür sind, dass das Konzept der Autonomie mit seinem ganzen inhaltlichen Reichtum in der zeitgenössischen Medizin zum Tragen kommen kann. Doch gilt es sorgsam mit den Rahmenbedingungen umzugehen, die für autonome Entscheidungen unverzichtbar sind. Das betrifft nicht nur Fragen nach Wohlergehen, Lebensqualität und Glück, sondern allem voran die Verfügbarkeit und die Qualität von Informationen und ihrer Vermittlung, das Vorhandensein und die Pflege sozialer Netze und den gesellschaftlichen Konsens über den Wert der Selbstbestimmung in einer Zeit, in der Privatheit, Solidarität und der gerechte Zugang zu den notwendigen Ressourcen in der Medizin durchaus auch unter Druck geraten könnten. Die beiden Ethikkommissionen werden ihre praxisbezogenen Schlussfolgerungen aus der Tagungsreihe in einem gemeinsamen Positionspapier öffentlich zugänglich machen und zur Diskussion stellen.

Résumé

L'autonomie est, dans l'exercice actuel de la médecine, l'un des principes les plus importants, si ce n'est le principe éthique central, auquel doivent s'orienter non seulement les professionnels de la santé et les institutions du système de santé, mais également les patients³ et leurs proches ainsi que le droit de la santé. Cette valeur élevée, accordée aujourd'hui au principe du respect de l'autonomie, a été acquise de haute lutte. Et cela ne va pas de soi, car les conditions requises pour l'autonomie peuvent être compromises, par exemple par l'insuffisance des ressources, la mauvaise gestion des données de santé, l'absence ou l'insuffisance d'informations de même que l'ignorance de l'importance des relations entre médecins et patients. Mais l'autonomie peut également être mise au défi lorsque la prise de décision autodéterminée représente une trop grande sollicitation pour le patient.

Ces cinq dernières années, dans un cycle de colloques communs, la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'Académie Suisse des Sciences Médicales et la Commission Nationale d'Éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE-NEK) ont soumis à la discussion le concept de l'autonomie, ses conditions et ses implications normatives, mais également les facteurs susceptibles de mettre en péril l'autonomie. Le premier colloque, intitulé «Autonomie et responsabilité» s'est déroulé en 2015, suivi en 2016 par un symposium sur le thème «Autonomie et relation». La manifestation de 2017 a été consacrée au champ de tension entre «Autonomie et bienfaisance» tandis qu'en été 2018 la rencontre intitulée «L'autonomie à l'ère du numérique» a donné l'occasion de discuter des chances et des défis liés à la diffusion croissante des technologies numériques en médecine. La présente brochure est le rapport du colloque final intitulé «L'autonomie et le bonheur – L'autodétermination en médecine: la recette d'une vie heureuse?» qui s'est déroulé le 28 juin 2019 à Berne et qui a réuni environ 80 personnes.⁴

L'autonomie est-elle toujours au service du bien-être ou du bonheur des patientes? – une question clé du symposium. Ou peut-elle aussi nuire à leur bonheur parce que ses exigences dépassent certaines personnes? Quel est le rapport entre bonheur et décisions autonomes? Les institutions et les professionnels de la santé doivent-ils encourager le bonheur des patients pour obéir au principe du

3 Le féminin et le masculin sont utilisés alternativement dans cette brochure. Les textes concernent toujours les membres des deux sexes des groupes de personnes mentionnés.

4 Toutes les interventions des colloques figurent sous: www.assm.ch/fr/autonomie

respect de leur autonomie? L'autonomie est-elle la condition à une vie heureuse – et les personnes heureuses sont-elles plus à même de prendre des décisions autonomes? L'autonomie et le bonheur vont-ils de pair ou peuvent-ils aussi entrer en conflit? Et si oui: comment peut-on alors gérer ce conflit?

En posant ces questions, il ne s'agit pas uniquement de se demander jusqu'où va l'autonomie – et si elle peut être limitée au nom du bonheur ou du bien-être du patient voire si elle doit être limitée pour des raisons éthiques –, mais également de rechercher ce qu'est réellement le «bonheur» et comment nous définissons une «vie heureuse». Car la recherche du bonheur et du sens de la vie est incontestablement une constante de la réflexion de l'être humain sur son existence qui, de nos jours, suscite à nouveau beaucoup d'intérêt, en termes d'«art de vivre», par exemple. Existe-t-il un noyau empirique de ce qui est globalement vécu comme bonheur, ou le concept a-t-il toujours été normatif? Que connaît par exemple la neurologie de la nature et de l'origine du bonheur? Et qu'implique cette notion pour le domaine de la médecine et pour ceux qui y travaillent?

Bien qu'à prime abord ces questions semblent théoriques, elles sont d'une grande pertinence pour la pratique médicale. En effet, les contextes où se manifeste l'autonomie en médecine avant tout – à savoir dans l'interaction entre les infirmières et les patients d'une part et dans la relation médecin-patient d'autre part – s'avèrent également être ceux où les émotions positives ont une place prépondérante en médecine. D'après des études neuroscientifiques, les émotions positives améliorent la qualité de la prise de décision, tandis que les émotions négatives lui sont préjudiciables. Mais, dans le même temps, elles influencent aussi la perception du vis-à-vis et sont, de ce fait, un facteur important dans le développement de relations de confiance stables. De telles relations de confiance renforcent l'autonomie du patient et sont indispensables au développement de concepts exigeants tels que, par exemple, la prise de décision partagée (*Shared Decision Making*).

Tout au long du colloque l'importance que le bonheur peut avoir pour l'autonomie a été soulignée, par exemple comme mentionnée ci-dessus, parce qu'il peut être bénéfique à la relation entre le médecin et le patient en renforçant l'une des conditions préalables essentielles à des décisions autodéterminées. À l'inverse également, l'autonomie peut être un facteur pertinent pour le bonheur respectivement pour une vie heureuse, ceci pour au moins trois raisons: premièrement parce qu'une décision autonome peut contribuer au bonheur, car elle est, en général, dirigée vers un objectif qui est bénéfique pour la personne concernée. Deuxièmement parce que la prise de décision autonome elle-même,

c'est-à-dire indépendante de l'objet de la décision, est une qualité convoitée par de nombreuses personnes – et parce que la réalisation des souhaits apporte le bonheur. Et troisièmement, plus généralement, dans l'idée que la prise de décision autonome fait partie d'une vie réussie, alors que la contrainte, la limitation de la liberté (de choix) et l'absence de perspectives sont incompatibles avec une vie heureuse. Toutefois – et cet avis était incontesté dans le cadre du colloque –, l'importance accordée à la relation entre l'autonomie et le bonheur en médecine ne permet pas de reconnaître moins de capacités à prendre des décisions autodéterminées aux personnes qui ne se considèrent pas comme heureuses ou qui n'accordent pas d'importance au bonheur. De même, l'autonomie ou la prise de décision autonome ne peuvent pas être présentés comme des éléments incontournables du bonheur. Dès lors, il est difficile de répondre à la question de savoir comment, dans des situations de conflits, il est possible de trouver un équilibre entre le respect de l'autonomie, d'une part, et le devoir de promouvoir le bien-être voire le bonheur du patient, d'autre part.

Ainsi, la rencontre a également montré qu'une médecine orientée vers l'autonomie peut espérer que la référence au bonheur soit en premier lieu un soutien à la prise de décision autonome. Pour autant, on ne peut attribuer au bonheur une signification normative directe pour la pratique médicale. D'une part, le concept du bonheur n'est pas défini assez objectivement et, d'autre part, si l'on réduit l'expérience du bonheur à l'action et à la décision, on occulte le fait que ces dernières peuvent également impliquer l'inverse – c'est-à-dire de laisser les choses se produire et les accepter (au lieu de décider et d'agir).

Comme l'ensemble du cycle de colloques, la manifestation dont il est question dans ce document a montré à quel point les conditions sont réunies pour que le concept de l'autonomie avec toute la richesse de son contenu puisse être appliqué dans la médecine contemporaine. Il importe toutefois de veiller aux conditions cadres indispensables aux prises de décisions autonomes. Ceci ne concerne pas uniquement les questions de bien-être, de qualité de vie et de bonheur, mais surtout la disponibilité et la qualité des informations et leur transmission, l'existence et le maintien de réseaux sociaux et le consensus social sur la valeur de l'autodétermination à un moment où la vie privée, la solidarité et l'accès équitable aux ressources nécessaires en médecine pourraient bien être mis sous pression. Les deux commissions d'éthique publieront leurs conclusions pratiques découlant de la série de colloques dans une feuille de route commune qu'ils soumettront à la discussion.

Einleitung: Autonomie und Glück – Rezepte für ein glückliches Leben?

Die diesjährige Tagung im Zyklus «Autonomie in der Medizin» – die zugleich auch die Schlussagung der fünfjährigen Symposienreihe darstellte – war den unterschiedlichen Facetten des Zusammenhangs von Autonomie und Glück und seiner Bedeutung für die Medizin gewidmet. Sie ging unter anderem der Frage nach, ob die hohe Gewichtung der Autonomie in der Medizin zu glücklicheren Patientinnen führt oder ob Autonomie auch eine Überforderung sein und das Glück gefährden könne. Und sie wollte grundsätzlich danach fragen, inwiefern Autonomie eine Voraussetzung für das Glück, umgekehrt aber auch Glücklichkeit eine Voraussetzung für Autonomie sei. Daneben bot die Tagung aber auch Gelegenheit, die beiden Konzepte Glück und Autonomie gesondert aus philosophischer und aus praktischer Perspektive zu beleuchten und ihre Implikationen für die Medizin zu diskutieren.

Glück in der Medizin

So scheint es beispielsweise weitgehend unbestritten zu sein, dass glückliche Menschen gesünder sind. Der Zusammenhang zeigt sich neurobiologisch gesprochen etwa in einer höheren Fähigkeit glücklicher Menschen zur Resilienz im Fall von belastenden Lebensumständen und in einem abgemilderten Schmerzempfinden (vgl. dazu den Vortrag von Émilie Qiao, S. 25 in diesem Band). Nicht selten wird aber auch ins Feld geführt, dass glückliche Menschen schneller genesen und seltener erkranken. Trifft der Zusammenhang zu, ist er für die Medizin von Bedeutung, denn diese ist ihrem Wesen nach darauf ausgerichtet, gesundheitsfördernde Faktoren – zu denen Glück ganz offensichtlich gehört – im besten Interesse aller zu nutzen. Dementsprechend versucht etwa die Positive Psychologie aufzuzeigen, welche Verhaltensweisen dazu beitragen, die Medizin aufgrund neurobiologischer Kenntnisse effektiver zu machen und hierfür die gesundheitsfördernde Wirkung positiver Emotionen zu nutzen.

Doch scheinen die Auseinandersetzungen darüber, was ein glückliches Leben ist und was Glück ausmacht, so alt zu sein wie der Mensch selbst. In der Antike etwa stellte die Suche nach dem Wesen eines «guten Lebens» über viele Jahrhunderte die Kernfrage der Ethik dar. Ein gutes Leben führen zu können, galt

nicht nur als oberstes erstrebenswertes Ziel; aus der Vorstellung davon, was ein gutes Leben auszeichnet, sollten sich auch die moralischen Maximen menschlichen Verhaltens den anderen und sich selbst gegenüber bestimmen lassen.

In der konkreten medizinischen Praxis scheint die Kategorie des Glücks heute keine zentrale Rolle zu spielen. Gleichwohl zeigt sich, dass viele Angebote der Medizin, aber auch Erwartungen an die Medizin und aktuelle Forschungsschwerpunkte, damit zu tun haben, dass die Medizin dem glücklichen oder dem guten Leben dienen soll.

In der Moderne ist diese Fragestellung in der Ethik in den Hintergrund getreten, denn der Fokus gilt der moralischen Bewertung der menschlichen Handlungen (vgl. dazu den Vortrag von Dieter Thomä, S. 16 in diesem Band). Gleichwohl blieb die Frage nach dem Wesen eines guten Lebens und den gegenseitigen Pflichten, ein solches zu befördern, von Interesse. Freilich blieb ebenso umstritten, worin ein gutes Leben besteht, was ein glückliches beziehungsweise geglücktes Leben ausmacht und was Glück überhaupt ist. Anleihen an diese Auseinandersetzung finden sich beispielsweise in der Debatte um den Begriff der Lebensqualität, der in vielen medizinischen Belangen der Gegenwart von zentraler Bedeutung ist.

Glück ist sowohl für die menschliche Gesundheit als auch für die Ethik – aber auch für das ganz alltägliche Leben – also ein unbestritten wichtiger, zugleich ein schillernder und schwer fassbarer Begriff. Davon zeugt etwa die grosse Bandbreite an Aspekten des Glücksbegriffs, seiner Geschichte, seiner naturwissenschaftlichen Grundlage, seiner kulturellen Prägung und seiner gesellschaftlichen und ethischen Implikationen, die im von Dieter Thomä und anderen herausgegebenen «Handbuch Glück» behandelt wird – und mehr als 450 Seiten füllt.

Autonomie: Voraussetzung für ein glückliches Leben?

In der konkreten medizinischen Praxis scheint die Kategorie des Glücks heute keine zentrale Rolle zu spielen. Gleichwohl zeigt sich, dass viele Angebote der Medizin, aber auch Erwartungen an die Medizin und aktuelle Forschungsschwerpunkte damit zu tun haben, dass die Medizin dem glücklichen oder dem guten Leben dienen soll. Man braucht nicht die Überzeugung des jungen Ernest

Hemingway zu teilen, dem zufolge Glück «einfach eine gute Gesundheit und ein schlechtes Gedächtnis» ist, um den Stellenwert des Strebens nach Glück und seiner Erfüllung durch medizinische Unterstützung zu erkennen. Besonders prägnant kommt dies in der modernen Medizin in Angeboten und Massnahmen zum Ausdruck, die der sogenannten wunscherfüllenden Medizin zuzurechnen sind. Sie setzen medizinisches Wissen und entsprechende Eingriffe nicht allein dafür ein, die Gesundheit des Menschen wiederherzustellen, sondern sind von der Auffassung geleitet, dass die Medizin Gesundheit überhaupt erst herbeiführen könne und Defizite, die einem als glücklich erachteten Leben oder dem Glück schlechthin im Wege zu stehen scheinen, auszugleichen vermag (vgl. dazu den Vortrag von Tobias Eichinger, S. 48 in diesem Band).

In der heutigen Medizin wird darüber hinaus aber auch oftmals davon ausgegangen, dass Autonomie eine Voraussetzung für ein glückliches Leben sei. Ein glückliches Leben, so die verbreitete Auffassung, ist ein Leben, in dem Menschen möglichst bis zum Schluss selbstbestimmt über die wichtigen Fragen des Daseins entscheiden und diesem Sinn verleihen können. Nicht nur, *dass* wir in der Lage sind, selbstbestimmt zu entscheiden, wird dabei als Faktor diskutiert, sondern auch die Art und Weise, *wie* wir selbstbestimmt entscheiden und an *welchen Werten* beziehungsweise Werthaltungen wir diese autonomen Entscheidungen ausrichten, scheint für die Empfindung eines gelingenden Lebens relevant (vgl. dazu den Vortrag von Julien Deonna, S. 53 in diesem Band). Was der oder die Einzelne als Glück empfindet, sollte sich demnach in den wichtigen, selbstbestimmten Entscheidungen widerspiegeln können. In diesem Sinne kann autonomes Entscheiden tatsächlich auf mindestens drei Arten mit dem Glück zusammenhängen: Es kann zum einen als eine Art Mittel zum Glück der Person beitragen, zum Zweiten selbst Quelle von Glück sein, und zum Dritten schliesslich Bestandteil eines glücklichen Lebens sein (vgl. dazu den Vortrag von Andreas Müller, S. 35 in diesem Band).

Man braucht nicht die Überzeugung des jungen Ernest Hemingway zu teilen, dem zufolge Glück «einfach eine gute Gesundheit und ein schlechtes Gedächtnis» ist, um den Stellenwert des Strebens nach Glück und seiner Erfüllung durch medizinische Unterstützung zu erkennen.

Implikationen für die medizinische Praxis

Solche Feststellungen zum Zusammenhang zwischen Autonomie und Glück bleiben selbstredend nicht ohne Auswirkungen auf die medizinische Praxis. So wies *Jürg Steiger*, Präsident der Zentralen Ethikkommission der SAMW, in seinen einleitenden Überlegungen darauf hin, dass beispielsweise für den Bereich der Prävention stets von Neuem zu diskutieren sei, inwiefern Menschen wirklich glücklicher werden, wenn aus Gründen der Prävention ihre Lebensqualität eingeschränkt werde, obschon damit oftmals nur eine Lebensverlängerung um einige Monate erreicht werden könne. Der Zusammenhang zwischen Autonomie und Glück ist aber auch in anderen Bereichen, etwa jenem der Suchtmedizin (vgl. dazu den Vortrag von Barbara Broers, S. 58 in diesem Band) und überall in der Gestaltung der Patientenkommunikation von Bedeutung. Hier wie generell in der medizinischen Tätigkeit gelte es stets auch die Spannungen und möglichen Konflikte im Blick zu behalten, die zwischen dem Respekt vor der Autonomie und der Beförderung des Glücks in der Medizin bestehen können. So sei etwa, wie Steiger anmerkte, strittig, inwieweit die Menschen im Namen eines glücklicheren Lebens mittels gezielter Interventionen – etwa dem sogenannten Nudging (vgl. dazu den Vortrag von Christine Clavien, S. 30 in diesem Band) – zu einem gesundheitsfördernden Verhalten angeleitet werden dürfen und inwiefern dies einem ungerechtfertigten, ja paternalistischen Eingriff in ihre Autonomie gleichkomme.

Auch in vielen anderen Entscheidungssituationen kann sich die Problematik ergeben, dass eine paternalistische Handlungsweise im Namen des Wohlergehens oder des Glücks eines Patienten unter Umständen ein aus medizinischer Sicht besseres Resultat zeitigen würde, dass deswegen aber gleichwohl die Selbstbestimmung nicht ausser Kraft gesetzt werden sollte. Dies obschon eine differenzierte Betrachtung dessen, was Glück ausmacht, durchaus auch zur Einsicht führen kann, dass nicht immer diejenigen am glücklichsten sind, die in jeder Situation die Handlungsmacht bei sich behalten, sondern dass Glück durchaus auch damit zusammenhängen kann, die äusseren Umstände geschehen zu lassen und sich in ihnen aufgehoben zu fühlen (vgl. dazu den Vortrag von Dieter Thomä, S. 16 in diesem Band).

Für den Zusammenhang von Autonomie und Glück in der Medizin sind schliesslich auch die schiereren Möglichkeiten der Medizin bedeutsam. Denn es ist das heutige (Leistungs-)Vermögen der Medizin, das immer wieder auch dazu beiträgt, dass Menschen überhaupt erst in Situationen eingeschränkter Autonomie und damit verbunden limitierten Glücks überleben und mit den entsprechenden Einschränkungen zurechtkommen müssen, darin aber auch von Staat und Gesellschaft unterstützt werden sollten (vgl. dazu den Vortrag von Hardy Landolt, S. 61 in diesem Band).

Die Tagung von ZEK und NEK ging in Vorträgen sowie mit Praxisbeispielen, Podiumsdiskussionen und mit einer breiten Beteiligung des Publikums den hier angedeuteten Themen nach. Dabei galt ein Grossteil der Auseinandersetzung den Konzepten Glück, Emotion und Autonomie an sich. Es stand aber auch stets die Frage im Zentrum, wie der Verschränkung von Selbstbestimmung und glücklichem Leben in der medizinischen Praxis gerecht zu werden ist und wie mit Situationen umzugehen ist, in denen beide, Autonomie und Glück, miteinander in Konflikt geraten können. Deutlich wurde dabei nicht zuletzt, wie stark positive Emotionen die Wahrnehmung einer Situation und der involvierten Personen prägen – und damit die Voraussetzung schaffen, dass sich das für alle gesundheitlichen Belange so wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Gesundheitsfachpersonen und Patientinnen beziehungsweise Patienten gedeihlich entwickeln kann.

Was ist Glück? Und wer definiert es?

Dieter Thomä

Vom Glück zur Freiheit

Für die Frage danach, was Glück bedeutet, stehe die Moderne in philosophiegeschichtlicher Hinsicht für eine fundamentale Verschiebung. Wie Dieter Thomä, Professor für Philosophie an der Universität St. Gallen einleitend festhält, war die Antike gekennzeichnet von einer Konzentration auf das Glück selbst, während die Moderne für eine zunehmende Ausrichtung des Glücks auf die Freiheit stehe.

Dies manifestiere sich etwa bei Thomas Hobbes in seiner Aussage, wonach Glück Erfolg sei im Erlangen der Dinge, die man begehrt.⁵ Es setze sich fort bei John Stuart Mill, der in seiner Schrift «Über die Freiheit» festhielt: «Wo nicht der eigene Charakter, sondern Tradition oder Sitten anderer Leute die Lebensregeln aufstellen, da fehlt es an einem der hauptsächlichen Bestandteile menschlichen Glücks.»⁶ Und schliesslich finde sich der Fokus auf die Freiheit, so Thomä, auch bei John Rawls, der das Glück des Menschen bemessen wollte nach dem Ausmass, in dem er seine Pläne verwirklicht.⁷

Glück als abhängige Variable von Freiheit

Allen drei Zitaten – aus dem 17., dem 19. und dem 20. Jahrhundert – sei gemein, dass sie das Glück eines Individuums auf die Ebene von Entscheidungen, selbst gefassten Vorsätzen und vorgefundenen Spielräumen zurückführen. Im Zentrum stehe die Handlungsfähigkeit des Menschen und letztlich die Vorstellung, dass das Glück eine abhängige Variable der Freiheit sei: Sei für die Freiheit gesorgt, so stelle sich das Glück von selbst ein. Ihren stärksten Ausdruck habe diese Vorstellung in jener Formulierung aus der Unabhängigkeitserklärung der USA gefunden, in der festgehalten ist, dass zu den unveräusserlichen Rechten neben dem Leben und der Freiheit auch die Verfolgung des Glücks – *The Pursuit of Happiness* – zählt. Nicht das Glück selbst gehöre also zu den unhintergehbaren Rechten des Menschen, wohl aber die Möglichkeit, es zu verfolgen – was laut Thomä wiederum nichts anderes als Freiheit bedeute.

Für diese Verschiebung vom Glück zur Freiheit spreche einiges – nicht zuletzt der Umstand, dass dadurch die unbequeme Frage umschifft werden könne, was denn eigentlich das Glück sei. Diese Frage, so Thomä, sei notorisch schwierig zu beantworten. Als Konsens gelte daher oftmals bloss, dass Glück subjektiv und die Frage somit von allen nach ihrem jeweiligen Verständnis zu beantworten sei. Daraus folge der Imperativ, sich gesellschaftlich und politisch bezüglich der Bestimmung von Glück zurückzuhalten. Um jedoch zugleich den Anspruch aufrechterhalten zu können, dass eine Gesellschaft zur Wohlfahrt und letzten Endes zum Glück ihrer Mitglieder beizutragen habe, sei die Verschiebung der Rede vom Glück zur Rede von der Freiheit dienlich, gehe sie doch mit der Annahme

5 Vgl. Thomas Hobbes (1651): *Leviathan*, 6, 48: «Ständigen Erfolg im Erlangen der Dinge, die man von Zeit zu Zeit begehrt, das heisst ständiges Wohlergehen, nennt man Glückseligkeit.»

6 John Stuart Mill (1974 [1859]): *Über die Freiheit*, Stuttgart: Reclam, 78.

7 Vgl. dazu z. B. Dieter Thomä (2000): *Unter Amerikanern. Eine Lebensart wird besichtigt*, München: C.H. Beck, 25 f.

einher, dass sich dadurch – freilich indirekt – eben auch das Glück erreichen lasse. Dazu gehört auch der Respekt vor der Entscheidungsfreiheit der Menschen, denen nicht das Glück diktiert werden darf.

In der Moderne bricht sich eine Subjektivierung und Pluralisierung des Glücks Bahn, deren Folge die Verschiebung vom Glück auf die Freiheit und – politisch gesprochen – die Hinwendung zu Liberalismus und Demokratie ist.

Ein jeder seines Glückes Schmied

In dieser Hinwendung vom Glück zur individuellen Freiheit gründet laut Thomä auch die antipaternalistische Haltung der modernen Gesellschaft. Greifbar wird diese neben der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung auch in geflügelten Worten wie jenem, dass ein jeder nach seiner Façon selig werden soll, oder auch im Ausspruch, jeder sei seines Glückes Schmied. Letzteres, so Dieter Thomä, meine nicht nur, dass alle das Ausmass des Glücks, das ihnen zur Verfügung stehe, selber bestimmen. Es bedeute auch, dass jeder das Glück so schmiedet, wie er es will, dieses also stets anders daherkommt als bei den anderen. Als Befund bleibe, dass sich in der Moderne eine Subjektivierung und Pluralisierung des Glücks Bahn breche, deren Folge die Verschiebung vom Glück auf die Freiheit und – politisch gesprochen – die Hinwendung zu Liberalismus und Demokratie sei. Zu fragen bleibe aber, wie gut diese Substitution des Glücks durch die Freiheit tatsächlich gelinge: Ist es, so Thomä, überhaupt möglich, sich die komplizierte Frage nach dem Glück zu ersparen und das ganze Thema restlos und verlustfrei aufgehen zu lassen in der Frage nach der Freiheit? Wie weit ist überhaupt zutreffend, dass das Glück eine abhängige Variable der Freiheit sei?

Von der Freiheit zum Unglück

Bei der Beantwortung dieser Frage komme die Autonomie ins Spiel. Der gängige Autonomiebegriff der Medizin sei, so Thomä, nicht gänzlich auf der Höhe dessen, was mit Autonomie im strengen philosophischen Sinn gemeint sei, nämlich «Selbstgesetzgebung». Ein solches Verständnis von Autonomie sei für die Medizin meist zu anspruchsvoll. Denn in konkreten Krisen- und Beratungssituationen im medizinischen Kontext, aber auch in der individuellen Konfrontation mit Krankheiten seitens der Patientinnen, werde vor einer eigentlichen Selbstgesetzgebung und einer wirklichen Selbstbestimmung eher zurückgeschreckt,

auch weil die dafür notwendigen Optionen gar nicht gegeben seien. Stattdessen gehe es darum, den Individuen die Möglichkeit zur selbstständigen Entscheidung zu gewähren, was jedoch wiederum mehr mit Freiheit als mit der komplexen Autonomie zu tun habe – weil diese eben gar nicht genügend gewährleistet werden könne.

Um zu verstehen, weshalb das für den Individualismus der Moderne konstitutive Freiheitsverständnis nicht einfach nur das Glück als abhängige Variable unter sich subsumieren kann, sondern unter Umständen auch negative Konsequenzen für das Glück zeitigen könne, gelte es laut Thomä, dieses Freiheitsverständnis näher zu betrachten. Wie aus den eingangs erwähnten klassischen Zitaten hervorgehe, stehe bei der Bestimmung des Glücks im Rahmen der modernen Freiheitstheorien die Handlung bzw. das Handelnkönnen des Menschen im Vordergrund – ging es doch jeweils um den Erfolg von Handlungen, um die Planung des Lebens, schliesslich um den Menschen, der nicht nach den Sitten anderer handelt, sondern seine eigenen Regeln aufstellt.

Zu beobachten sei also eine eigentliche Engführung des menschlichen Lebens auf das menschliche Handeln; ein Handeln, das hauptsächlich auf eine dem Utilitarismus nahestehende Vorstellung vom Glück bezogen worden sei. Dabei passe der Utilitarismus durchaus gut zu allen sozialwissenschaftlichen und naturwissenschaftlichen Zugängen, weil damit das Versprechen einer Messbarkeit von Glück einhergehe, wie sie etwa Jeremy Bentham als *Calculus* des Glücks bezeichnet habe. Dieser *Calculus* hängt entscheidend davon ab, dass unser menschliches Handeln auf Gegenstände ausgerichtet wird, die zu erreichen für das Glück tatsächlich förderlich sei.

Glück als Freiheit: Objektseite

Diese von Thomä als *Objektseite* der handlungsorientierten Bestimmung des Glücks bezeichnete Engführung des Begriffs von Freiheit auf die Handlungsfähigkeit des Individuums lasse sich anhand eines schon von Platon vorgeführten Experiments veranschaulichen. Platon wollte wissen, worin das Glück bestehe, wenn jemand ein Bedürfnis befriedige. Glück, so Thomä, müsste in der Bedürfnisbefriedigung zu finden sein, sollte die handlungs-, gegenstands- und zielorientierte Freiheitsvorstellung aufrechterhalten bleiben können, die im Utilitarismus wirksam geworden ist. Doch wo, fragt Platon, wäre dieses Glück zu finden?

Zwei Antworten seien hierzu denkbar: Die eine zielt auf die Beseitigung des akuten Mangels, die auch Platon im Blick hatte, der die Bedürfnisbefriedigung als Vorgang zur Beseitigung eines Leidens verstand. Mittels eines Schlucks Wasser den Durst zu löschen, beseitige zwar das akute Leiden – den Durst –, doch entspreche es nicht dem, was mit Glück gemeint sei. Denn Glück ist gewiss mehr als nur die Abwesenheit von Leid. Als zweite Antwort komme deshalb in Betracht, den Vorgang der Bedürfnisbefriedigung selbst als Glück beziehungsweise als glücklich zu bezeichnen. Doch machte Platon darauf aufmerksam, dass dieser Moment des Befriedigens eines Bedürfnisses letztendlich zusammengesetzt sei aus zwei ineinanderfließenden Momenten: jenem des anhaltenden Zustands eines unbefriedigten Bedürfnisses und jenem, in dem dieser Zustand überwunden sei, der aber mit der ersten Antwort in eins falle. Aus diesem Grund taue auch die zweite, den Vorgang betonende Antwortmöglichkeit nicht, um die bloße Bedürfnisbefriedigung als Glück ausweisen zu können. In der Bedürfnisbefriedigung liessen sich also, so Thomä, zwar das Unglück und die Beseitigung eines Leidens auffinden, aber eben nicht das Glück. Vielmehr sei ja auch psychologisch nachgewiesen, dass die bloße Bedürfnisbefriedigung bezüglich der Nachhaltigkeit der Glückserfahrung defizitär sei – was sich etwa beim Konsum zeige, der jeweils nur sehr kurze Glücksmomente zu stiften vermöge.

Glück als Freiheit: Subjektseite

Doch sei die Engführung des Glücks auf Freiheit und damit verbunden auf die Bedürfnisbefriedigung nicht nur auf der Objektseite – also dem Fokus auf Bedürfnisse – problematisch, sondern auch auf der Subjektseite, wo die Fixierung auf das menschliche Handeln zum Tragen komme. Dies deshalb, weil suggeriert werde, dass Glück herbeigeführt werden könne, solange wir selbst «am Drücker» seien und dafür sorgen könnten, dass alles nach unserem Geschmack verlaufe. Dass dies ein Trugschluss ist, lasse sich jedoch sehr einfach zeigen. So könnten wir beispielsweise nicht dekretieren, morgen glücklicher zu sein als heute. Zwar lasse sich ein entsprechender Vorsatz fassen und es könnten die Gelingensbedingungen gedeihlich eingerichtet werden – erzwingen lasse sich das Eintreten von Glück jedoch nicht. Denn Glück sei kein Ziel, das sich direkt anpeilen lasse. Vielmehr gelte, so Thomä, dass das *Tun* für das Glück immer bloss ein *Zutun* sein könne. Glück stelle sich bestenfalls ein; verfügen lasse es sich nicht. Auch deshalb sei die Vorstellung, wonach das Glück eine abhängige Variable von Freiheit sei, ein Irrweg. Denn eine zentrale Dimension von Glück sei emotionaler Natur und habe weniger mit dem Handeln zu tun als vielmehr mit der Fähigkeit, sich hingeben, aussetzen, fallen lassen zu können. Also durchaus nicht mit Kontrolle, sondern im Gegenteil damit, Schwäche zeigen und Verletzlichkeit aushalten zu können.

Speziell im medizinischen Kontext finden wir uns nicht selten in einer Situation wieder, in der wir zwar danach trachten, Kontrolle auszuüben und freie Entscheidungen zu treffen (etwa indem Zweitmeinungen eingeholt werden), gerade darin aber der Begrenztheit ebendieser Freiheiten begegnen und eine gewisse Ratlosigkeit darüber verspüren, an wen wir unser Anliegen überhaupt richten können.

Mit der Verlagerung der Frage nach dem Glück auf die Seite der Freiheit habe man sich deshalb, so Dieter Thomä, jene Folgeprobleme eingehandelt, die gerade im Bereich der Medizin besonders zum Tragen kämen und den im Gesundheitsbereich tätigen Fachleuten Mühe bereiten könnten. Diese Folgeprobleme hätten damit zu tun, dass jede Bestimmung des menschlichen Lebens allein in Kategorien des Handelns, des Befriedigens von Bedürfnissen oder des Erreichens von Zielen nicht nur notwendig zu kurz greife, sondern den Menschen auch mit der Problematik eines *Double Bind* konfrontiere. Dieses bestehe darin, dass dem Individuum auf der einen Seite vermittelt werde, es habe die Kontrolle über die bestimmenden Faktoren seines Lebens und sei gleichsam Unternehmer seiner selbst, indem es Freiheitsspielräume nutzen und entsprechende Entscheidungen treffen könne. Auf der anderen Seite würden wir aber zugleich immerzu mit dem Faktum der arbeitsteiligen Gesellschaft konfrontiert, in der wir nur einen kleinen Teil der uns betreffenden Tatsachen überhaupt beeinflussen könnten. Globalisierung und Digitalisierung begegneten uns als Dynamiken, die uns Handlungsvollmachten entzögen und Spielräume einschränkten, sodass letztlich ein Gefühl der Machtlosigkeit resultiere.

Deshalb fänden wir uns speziell im medizinischen Kontext nicht selten in der Situation wieder, in der wir zwar danach trachten, Kontrolle auszuüben und freie Entscheidungen zu treffen (etwa indem Zweitmeinungen eingeholt werden), gerade darin aber der Begrenztheit ebendieser Freiheiten begegnen und eine gewisse Ratlosigkeit darüber verspüren, an wen wir unser Anliegen überhaupt richten können. Zugleich verleite uns das *Double Bind* immer wieder dazu, danach zu streben, Verantwortung – besonders für Folgen unserer Entscheidungen – abschieben zu können. Das komme, so Thomä, beispielsweise darin zum Ausdruck, dass Menschen der Fast-Food-Kette die volle Verantwortung für ihr Übergewicht zuschöben, auch wenn sie sich ja durchaus selber dafür entscheiden, sich auf diese Weise zu verpflegen. Nicht für sich selbst verantwortlich zu sein und andere in der Verantwortung zu wännen gehe für viele somit auch mit einem Gefühl der Befreiung einher. Umso naheliegender sei dann

der Wunsch danach, den Organismus durch das Zufügen der richtigen Substanzen wieder zum Laufen zu bringen, beispielsweise durch die Einnahme von schmerzlindernden oder stimmungsaufhellenden Präparaten. Es gebe also, so Thomä, sowohl die Tendenz zur *Externalisierung* der Glückserwartung als auch jene zu ihrer *Internalisierung*. Im einen Fall sollen es andere richten, im anderen Fall wolle der Einzelne krampfhaft selbst am Steuer sein – mit in beiden Fällen mehr Aussicht auf resultierendes Unglück denn auf Glück.

Vom Unglück zum Glück

Wie also zurückfinden zum Glück, wenn die beschriebene Verschiebung desselben auf die Freiheit mit der negativen Folge behaftet sei, dass wir zwar Freiheit gewinnen, diese sich aber gerade nicht als identisch mit dem Glück erweisen könne? Die Andeutung einer Antwort lasse sich, so Dieter Thomä, in Anlehnung an eine Haltung von Friedrich Nietzsche finden, der den Utilitarismus dahingehend kritisiert habe, dass der Mensch gerade nicht nach dem Glück strebe: «Trachte ich denn», so Nietzsche, «nach dem Glücke? Ich trachte nach meinem Werke.»⁸ Bei Nietzsche finde sich also die Ansicht, dass es nicht ums Glück gehen soll, sondern um das «Werk», verstanden im Sinne eines Tätigseins. Nietzsche erweise sich darin als Aristoteliker, habe doch Aristoteles bereits festgehalten, dass im Wesentlichen dieses Tätigsein das Leben ausmache und sich unter Umständen darin auch das Glück einstellen könne.

Glück hat mit Tätigsein zu tun, im Sinne einer fragilen und bescheidenen Anstrengung, die auf gedeihliche Umstände angewiesen ist. Eine wichtige Konsequenz gerade auch für den Bereich der Medizin ist, dass sich bei diesem Tätigsein stets eine Art Zusammenspiel ergibt zwischen der eigenen Anstrengung und dem, was man ein «Entgegenkommen der Welt» nennen könnte. Ein Entgegenkommen der Welt, für das die Umstände bereitgestellt und gestaltet werden müssen, beispielsweise von denen, die in Therapie- oder Krisensituationen als Fachleute im Einsatz sind.

Das Werk im Sinne eines Am-Werk-Seins sei sowohl bei Nietzsche wie bei Aristoteles das, worum es eigentlich gehe. Zurückzunehmen sei lediglich die Selbstüberschätzung, dass man damit dann auch das Glück in den Griff bekommen könne. Glück habe also gewiss mit einem Tätigsein zu tun, doch dürfe dieses Tätigsein gerade nicht als selbstherrliche Verfügung über alle Lebensbedingungen aufgefasst werden, sondern als fragile und bescheidene Anstrengung, die auf gedeihliche Umstände angewiesen sei. Eine wichtige Konsequenz gerade auch für den Bereich der Medizin sei, dass sich bei diesem Tätigsein stets eine Art Zusammenspiel ergebe zwischen der eigenen Anstrengung und dem, was man ein «Entgegenkommen der Welt» nennen könnte. Ein Entgegenkommen der Welt, für das die Umstände bereitgestellt und gestaltet werden müssen, beispielsweise von denen, die in Therapie- oder Krisensituationen als Fachleute im Einsatz seien.

In diesem Sinne sei tatsächlich, so Thomä, davon auszugehen, dass eine Überschätzung der Autonomie dem Glück abträglich sein könne. Das unverzichtbare Zusammenspiel von Selbst und Welt lasse sich gut illustrieren anhand eines Begriffs, der seinerseits ebenfalls tief im Utilitarismus verwurzelt sei, nämlich dem Begriff der *Zufriedenheit*: Wer ihn genau betrachte, begegne sowohl dem Begriff der Befriedigung als auch – kostbarerweise – dem Begriff des Friedens. Diese Vorstellung des Seelenfriedens, des Friedens in der Welt, sei eine wichtige Zutat für ein produktives Ineinandergreifen von Selbst und Welt, aber auch für die Fähigkeit, sich ihm hingeben zu können.

Die erforderliche Bescheidenheit beim Unterfangen, sich für ein zufriedenes Leben anstrengen zu wollen und doch der Grenzen bewusst zu bleiben, ist laut Thomä besonders anschaulich in Henry James' Roman «The American» geschildert, in dem ein gewisser Herr Newman – der nicht umsonst Newman, also «neuer Mensch» heisse – auftritt und versucht, sein Glück in Paris zu finden. Dieses Glück verbindet der Protagonist damit, die Frau fürs Leben zu finden. Denn, so Newman bei Henry James: «I have been my own master all my life and I'm tired of it.»⁹ (Ich war mein Leben lang mein eigener Herr und ich habe es satt.) Gerade die bei Newman erkennbare Konsequenz dieser Sattheit, so liesse sich schliessen, könne Ausdruck einer autonomen Suche nach dem Glück sein.

9 Henry James (1981 [1877]): *The American*, New York: Penguin Books, Kap. 2.

Diskussion

In der anschließenden Diskussion wird die Frage aufgeworfen, wem die Definitionsmacht darüber zukomme, was Glück bedeute, wenn davon ausgegangen werde, dass das Tätigsein für das Glück eine wichtige Rolle spiele. Dieter Thomä verweist als Antwort darauf, dass der Begriff der Wohlfahrt – verstanden in einem anspruchsvollen Sinn – in diesem Zusammenhang zentral sei. Dabei gelte es sowohl die subjektive wie auch die objektive Dimension von Wohlfahrt im Blick zu haben. Die Definition dessen, was als Glück zu verstehen ist, müsse also zum einen die Selbstauskunft derjenigen berücksichtigen, die man nach ihrem Wohlergehen befragt, zum andern aber auch ökonomische, messbare Aussagen einbeziehen. Deshalb seien seine Ausführungen auch nicht als Kritik an der Hinwendung zur Freiheit zu verstehen. Es gehe lediglich darum, die Grenzen sichtbar zu machen – daraus folge ein Plädoyer für eine doppelte Strategie bei der Definition von Glück: Die Selbstauskunft der Menschen sei ernst zu nehmen, aber es brauche bisweilen auch den Mut, jemanden damit zu konfrontieren, dass er seine Situation schlechtrede und sich diese gar nicht so schlecht präsentiere wie behauptet. Das höre sich möglicherweise etwas kompliziert umzusetzen an, sei aber, so Thomä, gerade für die Medizin der einzige gangbare Weg.

Glück, so erläutert Dieter Thomä als Antwort auf eine weitere Nachfrage, habe tatsächlich auch mit der Fähigkeit zu tun, sich auf einschränkende Umstände einlassen und diese annehmen zu können. Denn selbstredend seien wir in mannigfaltiger Weise abhängig von unseren jeweiligen Lebensumständen. Entsprechend sei es ein Fehler zu glauben, dass ein modernes Freiheitsverständnis Abhängigkeiten negieren müsse. Im Gegenteil liege ein entscheidender Punkt darin, etwa mit Georg Simmel festzustellen, dass es Gemütsverhältnisse gebe, «deren Glück nicht im Gewinn, sondern in dem eigenen sich Hingeben» liege. Darin gründeten ja auch Empfindungen wie Empathie und Mitgefühl. Für sie sei die Bereitschaft ausschlaggebend, sich beeindrucken zu lassen und hingeben zu können. Dabei gehe es jedoch nicht in erster Linie darum, sich anzupassen, sondern darum, sich aufgehoben zu fühlen. Ganz so, wie es das englische Wort *Embeddedness* (Einbettung) umschreibe. Die Bejahung von Umständen, auf die wir angewiesen sind, sei entscheidend für unsere Glückserfahrungen. Das müsse aber nicht gleichbedeutend sein mit Anpassung, die stets mit einer gewissen Unterwürfigkeit verbunden sei. Denn was bliebe übrig ohne die Fähigkeit, sich beeindrucken zu lassen? Allenfalls eine absolute Unabhängigkeit, zugleich aber wohl auch eine gewisse Starrköpfigkeit – und somit keine besonders freien Menschen.

Le bonheur dans le cerveau humain

Émilie Qiao-Tasserit

Afin de pouvoir comprendre les rapports entre autonomie et bonheur et leurs implications éthiques, une compréhension approfondie de la nature du bonheur paraît indispensable. Les neurosciences cognitives et la neuroimagerie permettent de mieux connaître les mécanismes fonctionnels et les circuits cérébraux impliqués dans les émotions humaines. Cela permet de mieux comprendre comment une émotion est générée et comment elle peut être modulée par différents facteurs, notamment à travers des interactions humaines.

Émotions positives et émotions négatives

Émilie Qiao-Tasserit, doctorante en neurosciences fondamentales à l'Université de Genève, explique que c'est grâce aux progrès dans le domaine de l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) notamment, que les connaissances sur le cerveau humain ont beaucoup augmenté au cours des dernières décennies. Ainsi, il est désormais possible d'observer des régions du cerveau, dont le striatum ventral, qui s'activent lorsqu'un individu éprouve des plaisirs hédoniques, à savoir, par exemple, des plaisirs gustatifs ou des plaisirs sexuels.

Cette région du cerveau est activée lorsque des individus sont confrontés, dans des études, à des images à connotation positive, par exemple à la photo d'un bébé souriant. D'après les études neuroscientifiques, l'activation de ces régions est maintenue plus longtemps chez des participants qui se décrivent heureux à travers des questionnaires. En revanche, chez ceux souffrant de dépression, l'activation du striatum s'estompe plus rapidement. Selon Qiao, la dépression écourterait donc les plaisirs, alors que se sentir heureux permettrait de les savourer plus longtemps.

Émotions positives: terreau pour le bonheur

Pour Émilie Qiao, les émotions positives sont à considérer comme un terreau pour le bonheur. Selon une théorie appelée «broaden and build», les émotions positives permettent d'élargir l'attention, tant visuelle que sociale et conceptuelle sur des idées et solutions nouvelles, favorisant par-là la créativité et la résilience. Les émotions positives aideraient à trouver davantage de ressources, idées et personnes, pour construire une vie florissante.

À l'inverse, les émotions négatives contribuent à rétrécir l'attention, à envisager moins de solutions nouvelles, et à se replier sur soi. Des études ont montré par exemple que le stress affecte la prise de décision, notamment en diminuant la capacité des individus à adapter leurs stratégies selon leurs buts. Ainsi, sous stress, les participants restent davantage ancrés dans leurs réponses précédentes plutôt que de les adapter à une situation nouvelle. Selon Qiao, le stress influence donc les capacités décisionnelles des individus concernés. Des changements à la fois fonctionnels et structurels sont visibles dans le cerveau en situation de stress. Bien qu'il s'agisse de changements réversibles, ceci démontre, selon Qiao, l'influence de l'état émotionnel d'une personne sur sa capacité de décider de manière autonome.

Émotions, douleurs, et perception d'autrui

La résilience, qui aide à surmonter des situations de stress, est modulée par les émotions, explique Émilie Qiao. Chez les individus de personnalité plus prompte à ressentir des émotions négatives, l'exposition à des images négatives entraîne une réponse cérébrale correspondante (par exemple l'activation des circuits d'alerte ou d'anxiété) qui est plus prolongée dans le temps. Ces individus mettent donc plus de temps à se remettre des événements négatifs. Les émotions positives pourraient quant à elles contribuer au bien-être des personnes. Ainsi, des études neuroscientifiques témoignent du fait que les émotions positives allègent la douleur. Un extrait de film humoristique, présenté avant une stimulation douloureuse infligée à des participants, atténue les activités cérébrales liées à la douleur, ce qui n'est pas le cas à la suite de films neutres ou négatifs. De manière similaire, les émotions influencent la perception d'autrui: après avoir vu des films évoquant des émotions négatives, les participants ont plus fréquemment tendance à interpréter négativement une expression faciale ambiguë sur un visage humain présenté en photo, en concluant qu'il s'agit d'un visage exprimant la peur plutôt que la joie. Selon Qiao, l'observation des activités cérébrales montre que les émotions ne sont pas les seules à influencer la perception de la douleur et la perception d'autrui. En effet, la douleur physique et la douleur sociale se chevauchent en partie dans le cerveau, se traduisant par le fait que la douleur physique et le sentiment d'exclusion sociale activent des régions cérébrales partiellement communes. De même, la récompense physique et sociale se chevauchent partiellement. Ainsi, le plaisir physique active les mêmes régions que des échanges sociaux collaboratifs, loyaux ou altruistes.

Le fait de tisser des relations de confiance et de collaboration entre patients et personnel soignant, où les émotions sont prises en compte, représente donc d'après Qiao un premier pas vers le soulagement de la douleur même physique. À ce propos, elle renvoie à de nombreuses études démontrant que les capacités relationnelles et l'empathie des thérapeutes jouent un rôle décisif dans la qualité de l'alliance thérapeutique entre patients et soignants. Ces études mettent l'accent sur l'importance primordiale de l'attitude des soignants pour renforcer l'autonomie des patients et leurs capacités à prendre des décisions de manière éclairée.

Autonomie, coercition et bonheur

Dans cette perspective, Qiao souligne qu'il est crucial pour le patient de se sentir compris et libre dans sa décision. Lorsqu'une personne se sent, au contraire, forcé à prendre une décision plutôt qu'une autre, cette coercition entraîne, selon certaines études neuroscientifiques, de la passivité auprès des participants et réduit leur réponse cérébrale aux résultats de leur propre action. Cette passivité pourrait aller au détriment de la correction des erreurs que les sujets font lors de tâches qui leur sont assignées. Des chercheurs ont du reste mesuré des réponses cérébrales aux erreurs plus importantes chez les participants présentant un trait de caractère plus autonome. Ce résultat a aussi été reproduit lorsque le sentiment d'autonomie avait été induit. En effet, les participants qui pouvaient choisir librement leur tâche à effectuer parmi une liste étaient plus performants que ceux qui avaient été poussés par l'expérimentateur à choisir une tâche en particulier dans cette liste. Les personnes qui se sentent autonomes pourraient donc mieux détecter et contrôler leurs erreurs, augmenter leur performance, se sentir maîtres de leurs propres actions, et être capables d'agir sur leurs conséquences. Ainsi, comme le rappelle Émilie Qiao, il a été mesuré que le sentiment de contrôle de sa propre vie est lié au bonheur.

Compassion et empathie

Il se pose alors la question de savoir comment les patients peuvent être soutenus dans leur capacité d'exercer leur autonomie. Selon Émilie Qiao, un ingrédient indispensable est l'empathie. Des études ont montré que l'entraînement à l'empathie chez les soignants et à la prise de conscience à la fois de leurs propres émotions et de celles du patient a un effet positif sur la relation thérapeutique. De plus, des techniques comme le neurofeedback ou la méditation peuvent aider à s'entraîner à éprouver davantage d'émotions positives prosociales telles que la compassion ou l'amitié envers autrui.

D'après Qiao, la compassion représente une ressource particulièrement importante pour les professionnels de la santé. Contrairement à la détresse empathique, la compassion permet aux soignants de s'orienter vers le patient et de développer des sentiments positifs à son égard. Selon Qiao, les réseaux cérébraux activés par la détresse empathique se distinguent des réseaux activés par la compassion. La compassion active des zones cérébrales liées à la récompense et au plaisir, ce qui contribue à nous rapprocher des autres plutôt qu'à les fuir et à les aider. Il importe donc de créer des conditions favorables permettant de cultiver la compassion dans les milieux cliniques pour aider le personnel soignant à prendre soin des patients sans se sentir submergés par leur propre détresse ou par la peur.

La peur pourrait être délétère à la prise en charge des patients. En effet, elle limite la sensibilité à la douleur d'autrui. Une seule minute d'un extrait de film induisant la peur suffit pour réduire l'activation des régions cérébrales liées à l'empathie pour la douleur d'autrui. En d'autres termes, la peur diminue l'empathie affective, celle qui permet de ressentir la douleur d'autrui. Dans ces situations de peur, les individus de caractère plus empathiques peuvent avoir recours à l'empathie cognitive qui, quant à elle, permet de comprendre, plutôt que ressentir, la souffrance du patient.

L'empathie est un ingrédient indispensable pour soutenir les patients dans leur capacité d'exercer leur autonomie. L'entraînement à l'empathie chez les soignants et à la prise de conscience des émotions du patient et de soi-même a un effet positif, démontré dans des études, sur la relation thérapeutique. De l'autre côté, des techniques comme le neurofeedback ou la méditation permettent aux patients de s'entraîner à éprouver davantage d'émotions positives telles que la compassion ou l'amitié envers autrui.

Altruisme et bonheur

Réussir à prendre la perspective de l'autre peut également, comme le souligne Émilie Qiao, nous amener à nous comporter de manière plus altruiste. Ceci est important, car il existe de plus en plus d'études montrant que l'altruisme contribue directement au bonheur. Ainsi, il s'avère que le fait de demander à des participants de dépenser de l'argent pour autrui rend plus heureux que de leur demander de dépenser le même argent pour eux-mêmes. Les participants qui avaient pris l'habitude d'être généreux activaient des régions cérébrales comme

la jonction temporo-pariétale, associée à la cognition sociale, et le striatum ventral, associé au plaisir, faisant le lien entre comportements altruistes et bonheur. Comme le souligne Qiao, la psychologie positive met à disposition d'autres techniques pour augmenter la capacité de prendre soin d'autrui, en particulier le fait de cultiver la gratitude ou le pardon.

Selon Qiao, l'altruisme peut contribuer à ce que les individus ressentent davantage que leur vie a un sens. D'après elle, il contribuerait ainsi au bonheur eudémonique – bonheur lié au sentiment d'un individu que sa vie a un sens, une signification, qu'il contribue à la société ou qu'il a l'impression de devenir une meilleure personne. Ce type de bonheur demeure, comme l'explique Qiao, difficile à localiser dans le cerveau humain. Toutefois, certains auteurs estiment qu'il pourrait être lié au réseau du mode par défaut, réseau activé lorsque nous sommes au repos et désactivé lorsque l'on agit. Ce réseau du mode par défaut est impliqué dans la mémoire, dans l'apprentissage et dans l'intégration des événements de vie passés et futurs.

Qiao conclut que les émotions peuvent jouer un rôle important quant au bonheur du patient, à ses capacités de prendre des décisions autonomes, ainsi qu'à son sentiment de mener une vie autodéterminée. D'une part, les émotions peuvent biaiser les décisions autant chez les patients que chez les soignants, mais également biaiser la perception d'autrui, de leurs émotions, et de leur douleur. Ainsi, les émotions positives ont le potentiel d'élargir l'attention vers les autres et vers des solutions nouvelles, alors que les émotions négatives ont tendance à la rétrécir. Ainsi, les résultats des neurosciences cognitives informent les milieux médicaux du fait qu'à la fois l'empathie et la compassion sont importantes pour la qualité de l'alliance thérapeutique; elles peuvent s'entraîner si des conditions favorables sont mises en place. Finalement, les relations entre patients et soignants bénéficient également de nouvelles connaissances quant aux facteurs permettant de promouvoir le bonheur. Il a été montré qu'aider et se comporter de manière généreuse rend les individus plus heureux, le bonheur étant aussi associé au sens de contrôle de sa propre vie. Tous ces facteurs favorables à la promotion du bonheur peuvent être développés en milieu médical – avec des effets bénéfiques pour la qualité des soins.

Nudging en contexte médical: quels en sont les effets sur le bonheur et l'autonomie des patients?

Christine Clavien

Dans sa conférence, Christine Clavien, Maître d'Enseignement et de Recherche à l'Institut Éthique Histoire Humanités de l'Université de Genève, souhaite démontrer dans quelle mesure la technique du *nudging* peut contribuer au bonheur des patients. De même elle vise à examiner les tensions potentielles entre nudging et autonomie, pour autant que cette approche peut à la fois mettre en question l'autonomie et la promouvoir.

Le nudging et ses effets

Le nudging vise par définition, comme l'explique Clavien, à influencer, voire à modifier le comportement d'une population cible selon la volonté d'un décideur tiers. Pour qu'il puisse être question de nudging, quatre éléments doivent selon Clavien être présents: Premièrement, le nudging s'oriente vers un groupe de population homogène – les «nudgees» – sur lequel le décideur souhaite intervenir. Ensuite, le nudging doit viser un changement de comportement bien défini que l'on souhaite induire auprès de cette population. En tant que troisième aspect, le nudging se caractérise par le fait que le «nudgeur» change légèrement certains éléments de l'environnement de décision afin de pousser le nudgee en toute douceur dans la direction voulue. Ainsi, celui-ci est incité à prendre la direction souhaitée, sans que le nombre ou la qualité des options existantes avant l'intervention ne soient réduites. Quatrièmement, il faut que le nudging se fasse de manière consciente de la part du décideur, se fondant sur une base suffisante de données empiriques (si possible scientifiquement éprouvées) par rapport à l'effet de l'incitation choisie.

Exemples du domaine médical

Bien que le nudging soit employé dans bien des domaines différents, des exemples du domaine médical seront examinés par la suite permettant le mieux de focaliser sur le rapport entre nudging et autonomie. De fait, Clavien rappelle que la méthode est souvent appliquée par des médecins sans que ceux-ci réalisent que leur démarche est une forme de nudging. Lorsqu'un médecin sait, par exemple, que les patients ont tendance à favoriser les numéros 1 dans une liste par rapport aux numéros 2 et 3, il peut décider de faire apparaître le médicament le plus important en tête d'une liste de médicaments prescrits plutôt qu'aux places suivantes. En effet, cette manière d'agir est bien un exemple de nudge.

De façon plus explicite, le nudging peut inspirer les manières d'aménager les salles d'attentes à l'hôpital ou dans les cabinets de médecins. Les individus étant sensibles à la friction, une mise en place peu accueillante de la salle d'attente aux urgences peut par exemple décourager les patients à s'y présenter. En même temps, une ambiance conviviale dans un cabinet de médecin peut amener les patients à s'ouvrir davantage et à partager plus facilement les informations importantes avec le personnel soignant. De même, amener les patients à s'engager verbalement ou physiquement pour une certaine action – par exemple en signant un contrat – augmente les chances que l'action soit réellement exécutée. Selon Clavien, utiliser des formes d'engagement de manière consciente est donc également une forme de nudging.

D'autres exemples du domaine médical concernent le choix d'une option à défaut, utilisé notamment dans des formulaires de consentement général ou alors dans la mise en place d'un système de consentement présumé pour le don d'organes. Souvent, il est également fait recours à la facilitation: proposer au patient de prendre son médicament directement au cabinet augmente la probabilité que le traitement soit suivi de la manière indiquée. Le même but est visé lorsqu'on utilise des piluliers facilitant l'adhérence des patients aux thérapies. Une autre manière de nudger un patient dans une certaine direction est de lui proposer une démarche importante à un moment où sa charge émotionnelle est plus élevée: sachant que dans cet état, les patients sont plus enclins à suivre l'opinion proposée par le personnel traitant, il peut paraître stratégique de choisir ces moments pour faciliter l'acceptation de la démarche par le patient.

Nudging et paternalisme

Selon Christine Clavien, les exemples énumérés montrent bien que le nudging inclut toujours une forme de paternalisme. Or, il s'agit d'un paternalisme doux, dans le sens où on garde les autres options ouvertes, de manière à laisser de l'espace pour le «non» de l'individu concerné. À noter que beaucoup de théoriciens du nudging exigent de surcroît que ce paternalisme soit «bienveillant» envers le patient pour qu'il puisse être question de nudging. Clavien ne soutient cependant pas cette condition supplémentaire. Selon elle, il est important de pouvoir distinguer la définition du nudging de son évaluation éthique: parmi la multitude de nudges possibles, certains sont éthiquement acceptables et d'autres non, certains émanent de motifs bienveillants et d'autres non. C'est pour cela que l'éthique du nudge a toute son importance; il est important de se poser systématiquement la question de l'acceptabilité du nudge que l'on désire mettre en place.

Par ailleurs, il s'avère que les effets du nudging sont limités: étant donné que toutes les options doivent rester ouvertes, il doit être facile à résister au nudge. Ainsi, la méthode est efficace avant tout auprès de personnes indécises, ou auprès de ceux qui ont tendance à procrastiner. Les études montrent que les nudges jugés efficaces pour modifier le comportement ont un effet statistique de 5 à 10 % sur les personnes visées. Pour Clavien, il importe donc de ne pas surestimer le nudging quant à son influence pratique et de le comparer à d'autres interventions (p. ex. l'interdiction ou des incitatifs plus explicites) qui ont davantage d'efficacité.

Nudging, bonheur et autonomie

Dans quelle mesure le nudging contribue-t-il au bonheur des patients? Afin de pouvoir répondre à cette question, Christine Clavien rappelle que du point de vue normatif le nudging est neutre. Il s'agit avant tout d'une technologie, qui ne se charge d'une valence morale que par le fait qu'elle est utilisée en contexte. Ainsi, le nudging peut être utilisé pour atteindre bien des objectifs différents: les nudgeurs peuvent rechercher le bien-être et le bonheur des patients, mais ils peuvent aussi rechercher leur intérêt propre. Selon Clavien, il convient donc d'évaluer la qualité morale du nudging au cas par cas.

Ainsi, un médecin qui met une blouse blanche afin d'exploiter la tendance des gens à suivre les figures d'«autorité» peut soit utiliser cette technique de nudging pour servir des buts aussi divers que vouloir convaincre un transplanté de prendre ses médicaments antirejet (recherche du bien du patient), soit tenter de vendre un produit lucratif (recherche d'un bénéfice propre), soit encore essayer de convaincre, sur un plateau télévisé, les parents à vacciner leurs enfants (recherche d'un bien public) ou alors tenter d'attester l'efficacité de l'homéopathie (défense d'une cause). Dans tous ces cas, le même type de nudging est utilisé en tant que technologie (recours au biais d'autorité), mais les exemples montrent selon Christine Clavien qu'un même type de nudging peut être employé dans le but de promouvoir des objectifs louables ou non louables. Il importe donc de mener une évaluation éthique au cas par cas.

Trois formes d'autonomie

Dans le débat autour du nudging, trois formes d'autonomie sont, selon Clavien, distinguées: D'une part, l'autonomie de choix qui réfère à la liberté des personnes de prendre des décisions autonomes. D'autre part l'autonomie agentive, référant à la capacité individuelle de délibérer et de déterminer ses choix de manière informée. Troisièmement, l'autonomie identitaire, notion qui réfère à

la constitution de l'identité propre avec les objectifs clés pour la personne. En ce qui concerne l'autonomie de choix, le nudging doit, comme le rappelle Christine Clavien, la respecter par définition. Si la situation de décision n'implique pas plusieurs options à choix, il ne peut, selon la définition retenue par Christine Clavien, être question de nudging.

Étant donné la nature paternaliste du nudging et en considérant l'atteinte qu'il peut porter à certaines formes d'autonomie, il est indispensable de développer une éthique des nudges visant à évaluer dans quelles circonstances l'application d'un nudge peut se justifier et dans quelles circonstances il est problématique.

Par contre, le nudging peut porter atteinte à l'autonomie agentive et à l'autonomie identitaire, dans la mesure où il implique toujours que les nudgers savent et décident quel comportement ils souhaitent promouvoir auprès des nudgees. De même, il est fréquent que les nudgees ne sont pas conscients d'être nudgés, ce qui peut mettre en cause à la fois leur autonomie agentive et leur autonomie identitaire.

Compromis entre autonomie et bonheur

Souvent, le nudging représente selon Clavien une sorte de «trade-off» entre le respect de l'autonomie et la promotion du bonheur. Afin de bénéficier au bien-être de la population cible, la technique du nudging porte souvent délibérément atteinte à certains aspects de l'autonomie des individus concernés. Parfois, cependant, la perte d'autonomie n'est pas compensée par un surplus de bonheur des patients nudgés. Ceci, lorsqu'un motif égoïste est en jeu, par exemple en nudgant les individus dans le but de vendre la plus grande quantité possible d'un médicament en le plaçant à hauteur des yeux des clients dans les pharmacies. Un effet similaire se montre lorsque le nudging est appliqué pour atteindre un objectif communautaire, comme il serait le cas avec le régime du consentement présumé dans le domaine du don d'organes. Ce régime ne bénéficie pas à la personne nudgée, mais peut se justifier parce qu'il vise à servir la communauté.

Toutefois, une petite catégorie de nudges sont, selon Clavien, en conformité avec la promotion de l'autonomie: il existe des nudges qui ont précisément pour objectif direct de renforcer l'autonomie agentive et l'autonomie identitaire des gens. Pour illustrer ce propos, elle propose l'exemple d'une application mobile, «ACCORD», développée actuellement par son équipe à l'Université de Genève. Cette application mobile a pour but de renforcer la capacité des individus à prendre conscience de l'intérêt d'anticiper les décisions de soins et de se familiariser

avec les termes et les sujets liés aux directives anticipées. Elle vise à soutenir les individus dans leurs démarches d'initier des discussions avec leurs proches et leurs soignants et de remplir leurs directives anticipées. L'approche consiste à manipuler, à travers l'utilisation de l'application, certains mécanismes de décision des patients afin de les motiver à exercer leur autonomie agentive et les aider à développer leur autonomie identitaire.

Vers une éthique des nudges

Étant donné la nature paternaliste du nudging et en considérant l'atteinte qu'il peut porter à certaines formes d'autonomie, Clavien estime qu'il est indispensable de développer une éthique des nudges visant à évaluer dans quelles circonstances l'application d'un nudge peut se justifier et dans quelles circonstances il est problématique. Un certain nombre de considérations s'imposent. En particulier, pour chaque nudge considéré individuellement, il faut se demander si les nudgeurs sont bienveillants et cherchent le bonheur des patients ou un bien commun. En plus, Clavien insiste sur l'importance de pouvoir produire une justification de préférences partagées, démontrant qu'en réalité le groupe des nudgees partage les objectifs des nudgeurs. Si possible, il faudrait également une justification du consentement, visant à garantir que les nudgees – ou du moins une partie représentative de ceux-ci – pourraient consentir au nudge qui influence leur comportement. S'ils peuvent produire de telles justifications, les nudgeurs peuvent être beaucoup plus sereins par rapport à l'application qu'ils font de la technique.

Christine Clavien conclut en soulignant l'importance de l'éthique des nudges. Selon elle, cette importance se fonde avant tout dans le développement récent des connaissances scientifiques dans des domaines comme la psychologie, l'économie comportementale ou les sciences cognitives. De fait, ce développement rend la pratique du nudging beaucoup plus fréquente: plus la connaissance sur les mécanismes de prise de décision humaine augmente, plus il devient facile et tentant de manipuler les comportements des gens. Cette démocratisation du nudging, qui est difficile à réguler au niveau législatif, augmente l'importance de la démarche éthique.

De même, le fait de disposer de connaissances plus développées sur le fonctionnement humain et le potentiel correspondant du nudging augmente selon Clavien la responsabilité morale des personnes influentes, y compris le personnel soignant et les décideurs en santé publique. Si, en tant que médecin, on sait qu'un certain contexte de décision influence les patients à adopter un comportement

malsain et qu'il est facile de modifier ce contexte pour nudger les patients vers un comportement plus sain, alors il devient difficile de justifier l'inaction. Ainsi, l'accroissement des connaissances sur le fonctionnement humain génère de nouvelles responsabilités pour les décideurs.

Christine Clavien conclut sur l'idée qu'il n'est pas pertinent de rejeter ou de promouvoir le nudging sans nuances: l'acceptabilité et la responsabilité du nudging s'évalue au cas par cas, dans des situations d'application concrètes. Une telle approche différenciée permettrait, selon elle, de contribuer à l'autonomie et au bonheur des patients.

Was hat Autonomie mit Glück zu tun? Begriffliche und normative Überlegungen

Andreas Müller

Andreas Müller, Professor für Praktische Philosophie an der Universität Bern, widmet sich in seinem Vortrag zunächst der Frage, ob und inwiefern autonomes Entscheiden glücklich macht, um anschliessend zur Frage überzugehen, welche Konflikte es zwischen Glück und Autonomie geben kann und wie mit diesen Konflikten umzugehen ist.

Macht autonomes Entscheiden glücklich?

Begriffliche Klärungen: Autonomie und der Unterschied zwischen Wahl und Einwilligung

Den Begriff der Autonomie und jenen des Glücks eine, dass sie notorisch schillernd und nicht einfach zu fassen seien. Für den vorliegenden Kontext sei Autonomie laut Müller als eine Eigenschaft von Entscheidungen zu verstehen: Namentlich in der Medizin gehe es stets um das selbstbestimmte Entscheiden im Lichte der eigenen Wünsche und Wertvorstellungen. Solche selbstbestimmten Entscheidungen seien an drei Voraussetzungen geknüpft: Zum Ersten müsse die entscheidende Person grundsätzlich kompetent sein, solche Entscheidungen treffen zu können. Sie dürfe also beispielsweise weder betrunken noch psychotisch oder von schwerer Demenz betroffen sein. Zum Zweiten müsse die Entscheidung freiwillig sein. Wer unter Zwang eine Entscheidung trifft, trifft sie gerade nicht selbstbestimmt, weshalb eine solche Entscheidung nicht als Ausübung von Autonomie verstanden werden könne. Zum Dritten schliesslich

müsse die Person, welche die Entscheidung trifft, im Besitz der relevanten Informationen sein und diese verstanden haben. Diese Informationen bezögen sich, so Müller, auf den Gegenstand der Entscheidung – auf den Inhalt dessen also, worüber entschieden wird. Ebenso müssten die Informationen auf die Frage nach den erwartbaren Folgen der Entscheidung antworten. Im Einzelfall seien alle diese Bedingungen unter Umständen schwierig zu konkretisieren, doch seien diese drei vorauszusetzen, damit eine selbstbestimmte Entscheidung vorliegen kann.

Autonome Entscheidungen könnten wiederum zwei Ausprägungen annehmen: Auf der einen Seite gehe es in vielen Fällen um das Wählen einer Option unter mehreren möglichen. Auf der anderen Seite betreffe es – was besonders im Kontext der Medizin von Bedeutung sei – das autonome Einwilligen in die Handlung einer anderen Person. Diese Unterscheidung, so Müller, sei bedeutsam, handle es sich doch um zwei fundamental unterschiedliche Arten der Ausübung von Autonomie.

Das Wählen von Optionen sei in allerlei Lebensbereichen Gegenstand alltäglicher Routine, und damit eben nicht nur im Bereich der Medizin wichtig. Wer sich etwa für ein Studienfach entscheide, der treffe – so sei zu hoffen – eine autonome Wahl innerhalb der breiten Palette vorhandener Optionen. Und wer sich im Rahmen einer Einladung bei Freunden für oder gegen den Nachtschinken entscheide, entscheide sich im Regelfall ebenfalls autonom gegen die Süßspeise. Beiden Fällen ist gemein, dass es dabei nicht ums Einwilligen in dem Sinne geht, wie es aus dem medizinischen Kontext bekannt ist. Hier ist eine Einwilligung erforderlich, ob die Patientin bloss eine Injektion verabreicht bekomme oder ob eine komplexe Operation anstehe. Einwilligung sei aber ebenfalls nicht allein im Bereich der Medizin relevant, sondern auch in vielen anderen Lebensbereichen: Intimberührungen etwa oder sexuelle Kontakte seien ebenfalls Gegenstände, für die nicht nur deren Wahl als eine mögliche Option, sondern eben die effektive Einwilligung einschlägig sei.

Was aber unterscheidet Fälle, in denen die blossige Wahl genügt, von den Fällen, in denen eine Einwilligung erforderlich ist? Wählen, so Andreas Müller, könne der Mensch immer dann, wenn mehr als eine Option verfügbar sei, weshalb dies relativ häufig möglich sei. Einwilligung dagegen betreffe einen engeren Kreis von Kontexten. Dazu gehöre, dass nur in die Handlung anderer Personen einzuwilligen sei, es dabei also nicht nur um einen selber gehe wie im Beispiel der Wahl des Studienfachs. Bei der Einwilligung gehe es also gemeinhin um Handlungen Dritter, die ohne Einwilligung ein Recht der betroffenen Person

verletzen würden. Denn schon der Stich mit einer Nadel zum Zwecke einer Infusion verletze das Recht der Betroffenen auf körperliche Unversehrtheit. Und eine Person ohne deren Einwilligung intim zu berühren verletze ihr Recht auf sexuelle Selbstbestimmung.

Die Wahl zwischen Optionen habe normativ gesprochen zur Folge, dass sie anderen Personen einen Grund gebe, zur Realisierung dieser gewählten Option beizutragen. Die Wahl eines Mousse au Chocolat als Nachtisch gebe der Bedienung also, so Müller, einen Grund, Mousse au Chocolat zu servieren und nicht eine Kugel Eis, die ebenfalls zur Wahl gestanden hätte. Eine Einwilligung dagegen habe zur Folge, dass sie das Recht, das ohne Einwilligung verletzt würde, ausser Kraft setze. Während also eine Injektion ohne Einwilligung das Recht auf körperliche Unversehrtheit verletze, stelle sie mit Einwilligung keine problematische Rechtsverletzung mehr dar, sondern gehe mit der Erlaubnis einher, in die körperliche Unversehrtheit einzugreifen. Eine solche Erlaubnis liegt aufgrund einer blossen Wahl demgegenüber nicht vor.

Begriffliche Klärungen: Zwei Verständnisweisen von Glück

Was den Begriff des Glücks angehe, gelte es laut Müller zwischen einem deskriptiven und einem evaluativen Verständnis von Glück zu unterscheiden. Nach einem deskriptiven Verständnis ist Glück ein bestimmter mentaler, körperlich realisierter Zustand, allenfalls eine bestimmte Emotion, für die auch Ausdrücke wie Freude, Zufriedenheit oder das englische *Pleasure* verwendet würden. Verstehe man Glück so, dann seien Zuschreibungen von Glück lediglich deskriptive Urteile, die empirisch belegbar, das heisst etwa im Gehirn, in den Hormonen oder in der Mimik nachweisbar sein müssten.

Einem evaluativen Verständnis zufolge sei der Begriff Glück gleichbedeutend mit oder ein Teilaspekt von Wohlergehen, also von einem gelingenden, guten Leben. Diesem evaluativen Verständnis nach sind Zuschreibungen von Glück evaluative Urteile, also Werturteile, die nicht oder nicht allein durch empirische Befunde belegbar sind. Wer in einem solchen evaluativen Sinn die Aussage treffe, dass ein bestimmter Nachtisch glücklich mache, treffe nicht nur eine Aussage über den mentalen Zustand der glücklichen Person, sondern insinuiere auch, dass diese Freude oder dieser mentale Zustand gut für die betroffene Person sei. Den Nachtisch zu geniessen, so die evaluative Aussage, trage also auch zum Wohlergehen oder zum gelingenden Leben der essenden Person bei. Für das Folgende, so Müller, verwende er Glück in diesem evaluativen Sinn, denn nur so liessen sich die aufgeworfenen Fragen diskutieren.

Autonomes Entscheiden kann als Mittel zum Glück einer Person beitragen, selbst Quelle von Glück sein, oder als Bestandteil eines gelingenden Lebens das Glück der Person befördern. Dies wirft allerdings die Frage auf, wie eng der Zusammenhang zu verstehen ist und ob, respektive in welchen Fällen, es auch zu Konflikten zwischen Autonomie und Glück kommen kann.

Autonomes Entscheiden: Ingredienz des Glücks?

Immer wieder hätten Philosophen, wie Andreas Müller in Erinnerung ruft, betont, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen autonomem Entscheiden und Glück gebe. So habe etwa John Stuart Mill die Ansicht vertreten, dass autonomes Entscheiden ein geeignetes, oft sogar das beste Mittel sei, um das Glück einer Person zu befördern. Zum einen deshalb, weil wir selbst – jedenfalls oft – am besten wüssten, was uns glücklich mache, da wir uns selbst am besten kennen. Zum andern seien wir auch selbst am meisten daran interessiert, unser Glück zu befördern, während andere eher mit ihrem eigenen Glück beschäftigt seien. Trifft diese Annahme zu, dann befördern autonome Entscheidungen das Glück wegen des Inhaltes der Entscheidung, also wegen der Option, die man wählt. Mill zufolge gelte das fast immer; Müller dagegen gibt zu bedenken, dass Menschen wohl tatsächlich häufig am besten wüssten, was für sie gut sei, dass aber Situationen ebenso gut denkbar seien, in denen wir dies gerade nicht selbst am besten wüssten oder in denen wir auch gar nicht daran interessiert seien, eine Entscheidung zu unserem Glück zu fällen. Konfliktsituationen zwischen Autonomie und Glück seien also sehr wohl denkbar.

Zwei weitere Möglichkeiten, wie Autonomie, autonomes Entscheiden und Glück zusammenhängen könnten, gelte es laut Müller zu betrachten. So könnten autonome Entscheidungen auch an sich, also unabhängig von ihrem Inhalt, Quelle von Glück sein. Denn die Möglichkeit, entscheiden zu können, sei vielfach ein Wunsch, der den betroffenen Personen wichtig sei. Wunscherfüllung wiederum trage, so Müller, zum Glück bei. Zum andern gehöre es zu vielen Konzeptionen eines guten beziehungsweise gelingenden Lebens dazu, dass wir über diejenigen Dinge, die uns wichtig sind, selbst entscheiden können. Im Lichte solcher Konzeptionen, so Müller, trage autonomes Entscheiden direkt zu einem gelingenden Leben bei.

Autonomes Entscheiden könne also, so fasst Müller zusammen, als Mittel zum Glück einer Person beitragen, selbst Quelle von Glück sein, oder als Bestandteil eines gelingenden Lebens das Glück der Person befördern. Dies werfe allerdings die Frage auf, wie eng der Zusammenhang zu verstehen sei und ob, respektive in welchen Fällen, es auch zu Konflikten zwischen Autonomie und Glück kommen könne.

Kann es Konflikte zwischen Autonomie und Glück geben?

Als Konflikt, so Andreas Müller, verstehe er mit Blick auf die Beantwortung der gestellten Frage Situationen, in denen eine Person eine autonome Entscheidung trifft und sich autonom für eine Option entscheidet, obwohl eine alternative ihr zur Verfügung stehende Option ihrem Glück zuträglicher wäre. Beispiele aus dem medizinischen Bereich seien etwa eine verweigerte Einwilligung eines Zeugen Jehovas in eine für ihn lebenswichtige Bluttransfusion, ein ästhetischer Eingriff, von dem abzusehen sei, dass er zur Lösung der Problemkonstellation nichts beitrage, oder aber eine Einwilligung in die Teilnahme an fremdnütziger Forschung, die dem eigenen Glück womöglich nicht zuträglich sei, wohl aber einen Nutzen für Dritte anstrebe. Schliesslich könne solch eine Konfliktkonstellation auch bei der Lebendorganspende vorliegen, insofern auch hier nicht immer das Glück der spendenden Person erhöht und die Spende auch nicht zur Beförderung ihres Glücks vorgenommen wird, sondern mit dem Ziel, einer anderen Person das Leben zu retten oder massiv zu erleichtern. All diese Beispiele sind dadurch charakterisiert, dass die jeweils autonom gefällte Entscheidung nicht das Glück der Person, die sich entscheidet, mehrt.

Irrtum über das Glück

Müller zufolge liessen sich also zwei Typen von Konfliktfällen unterscheiden. Zum einen diejenigen Fälle, in denen sich die entscheidende Person schlicht irrt darüber, was sie selber glücklich mache und ihr eigenes Glück befördere. Dies sei die Situation, von der Mill der Überzeugung war, dass sie nur selten eintrete, da wir im Grundsatz selbst wüssten, was am besten für uns sei und uns glücklich mache. Doch auch wenn dies gewiss meistens zutrefte, so gelte es eben, so Müller, nicht immer. Zu denken sei etwa an Situationen, in denen der betroffenen Person die relevante Information fehle, um die tatsächlichen – beispielsweise statistisch nachweisbaren – Auswirkungen eines Eingriffs einschätzen zu können. In solchen Fällen untergrabe der Irrtum, da er auch auf einem Informationsdefizit aufruhe, die Autonomie der Entscheidung.

Freilich sei aber nicht jeder Irrtum, und insbesondere nicht Irrtümer darüber, was man sich von einer bestimmten Massnahme verspreche, gleich ein Grund dafür, dass eine Entscheidung nicht mehr autonom sein könne. Und auch wenn wir uns möglicherweise über den Erfolg der Massnahme irren, zielen wir mit ihrer Inanspruchnahme gleichwohl auf unser Glück. Aus Sicht der die Entscheidung treffenden Person liege hier folglich kein Konflikt zwischen Autonomie und Glück vor, denn ihre Entscheidung ziele ja auf das eigene Glück – lediglich ohne Erfolg.

Altruismus und Autonomie

In der zweiten Art von Konfliktfällen, die es mit Blick auf die Spannung zwischen Autonomie und Glück zu betrachten gelte, ziele die Entscheidung demgegenüber nicht auf das eigene Glück, sondern zumeist auf das Wohlergehen einer anderen Person. Dies sei etwa bei den Beispielen der Lebendorganspende oder der Teilnahme an fremdnütziger Forschung der Fall. Um in Abrede zu stellen, dass in solchen Fällen tatsächlich ein Konflikt zwischen Autonomie und Glück vorliege, werde, so Müller, oftmals eingewandt, dass es diese Fälle so gar nicht geben könne, denn letztlich zielten Entscheidungen immer auf das eigene Glück beziehungsweise das eigene Wohlergehen. Dieser Einwand des psychologischen Egoismus gehe davon aus, dass es auch bei solchen Entscheidungen im Kern stets auch um das eigene Glück gehe, ziehe man doch beispielsweise Freude und Genugtuung aus der Tatsache, einer anderen Person mit einer Organspende das Leben retten zu können. Gegen die These vom psychologischen Egoismus sprächen jedoch, so Müller, mindestens drei Punkte:

Zum Ersten sei eine solche Interpretation der zur Debatte stehenden Konstellationen oft schlicht unplausibel. Für den Fall der Lebendorganspende könne sie durchaus zutreffen, doch denke man etwa an das Beispiel eines Soldaten, der sich auf eine Handgranate wirft, um fünf Kameraden in seinem Schützengraben das Leben zu retten, sei die Annahme eigenartig, er habe dies nicht für seine Kameraden, sondern um seines eigenen Wohls willen getan.

Zum Zweiten sei die Unterscheidung zwischen eigennützigen und selbstlosen Handlungen im Allgemeinen von grosser Bedeutung. Es sei wichtig, in der Bewertung der Handlung unterscheiden zu können zwischen dem Soldaten, der sich selbst auf die Granate wirft, und jenem, der seinen Nachbarn auf sie wirft. Folge man dem psychologischen Egoismus, handelten beide jedoch mit demselben Motiv, nämlich ihr eigenes Glück befördern zu wollen. Dies, so Müller, würde aber auch gleich die gesellschaftlich bedeutsame Unterscheidung zwischen

moralisch vorbildlichem und moralisch verurteilenswertem Verhalten einebnen. Gerade in der Medizin sei diese Unterscheidung jedoch wichtig, werde doch gerade an Ärztinnen und Ärzte und an andere im Gesundheitsbereich Tätige die Erwartung gerichtet, dass sie eben nicht aus Eigennutz für Patientinnen und Patienten sorgen und sie behandeln, sondern dass sie aufrichtig – und in erster Linie! – an deren Wohl interessiert sind. Auch hier sei also die Unterscheidung zwischen Eigennutz und selbstloser Motivation von zentraler Bedeutung. Zum Dritten schliesslich gebe es gute empirische Belege, die den psychologischen Egoismus widerlegten.

Zum Umgang mit Konflikten zwischen Autonomie und Glück

Bezüglich des Umgangs mit dem Konflikt zwischen Autonomie und Glück gelte es, so Müller, zu fragen, ob stets die autonome Entscheidung zu respektieren sei oder ob in manchen dieser Fälle das Glück der Person gegen ihren Willen befördert werden sollte. Dies würde bedeuten, sich für Paternalismus zu entscheiden.

Bei den Konstellationen, in denen ein Irrtum vorliege, gelte es zu klären, ob sich der Irrtum ausräumen lasse – etwa indem auf Informationen eingegangen werde. Gelingen dies nicht, komme, so Müller, die Unterscheidung zwischen Situationen, in denen eine Einwilligung in eine glücksfördernde Massnahme vorenthalten wird (im Sinne des Beispiels der verweigerten Bluttransfusion eines Zeugen Jehovas), und jenen Fällen, in denen die Einwilligung in eine dem Glück abträgliche Massnahme gegeben wird (etwa im Fall einer sogenannten Schönheitsoperation), zum Tragen. Wird die Einwilligung vorenthalten, obwohl die Massnahme glücksförderlich wäre, gelte, dass das zur Disposition stehende Recht – etwa auf körperliche Unversehrtheit – ohne Einwilligung eben nicht ausgesetzt, sondern verletzt werde. Die paternalistische Durchführung der Massnahme gegen den Willen des Patienten sei daher in den allerallermeisten derartigen Fällen unzulässig. Wird jedoch, so der andere Fall, eine Einwilligung erteilt, liege dagegen eine Erlaubnis vor, das entsprechende Recht auszusetzen. Diese Erlaubnis sei aber nicht gleichbedeutend mit einer Pflicht. Der Wunsch nach der Durchführung der Massnahme könne laut Müller an Gewicht verlieren, wenn ein Irrtum vorliege. Daher sei auch der paternalistische Verzicht auf die entsprechende Massnahme oft zu rechtfertigen, denn die Einwilligung schütze ein Abwehrrecht, gehe aber nicht mit einem Anspruchsrecht einher.

Die Unterscheidung zwischen erteilter und fehlender Einwilligung sei, so Müller, auch in der zweiten Fallkonstellation entscheidend, nämlich in jener, in der aus altruistischen Motiven gehandelt werde. Willigt eine Person aus Altruismus nicht in eine ihrem Glück zuträgliche Massnahme ein, ist die Situation analog zu der des Irrtums zu beurteilen: Ohne Einwilligung werde ein Recht verletzt, was die Durchführung der Massnahme unzulässig mache. Werde jedoch eine Einwilligung aus altruistischen Motiven erteilt – so bei der Lebendorganspende oder der Teilnahme an fremdnütziger Forschung –, habe der Wunsch, diese Massnahme durchzuführen, Bestand. Denn er bleibe anders als im Fall des Irrtums durch gute Gründe gestützt. Der paternalistische Verzicht auf die zur Disposition stehende Massnahme sei diesfalls zwar nicht pflichtwidrig. Die Durchführung der Massnahme wäre laut Müller aber häufig gut begründet, nämlich dann, wenn man sich die den Patienten leitenden Gründe zu eigen machen könne. Entsprechend schlecht begründet wäre dagegen in diesen Fällen der paternalistische Verzicht auf die Massnahme. Der Konflikt zwischen Autonomie und Glück werde durch solche Entscheidungen nicht ausgeräumt, sicher aber in die ethisch statthafte Richtung gelenkt.

Podiumsdiskussion: Was ist Glück? Und was hat es mit der Medizin zu tun?

Was haben Medizin und Glück miteinander zu tun und in welchem Verhältnis stehen sie zueinander? In einer ersten Podiumsdiskussion stand diese Frage im Zentrum, und zwar ausgehend von der These, dass medizinische Tätigkeiten, solange sie auf das Patientenwohl ausgerichtet seien, letztlich stets darauf zielen, dem Glück der Patientin zuträglich zu sein. Damit diese Rechnung allerdings aufgehe, müsse davon ausgegangen werden können, dass alle Menschen auch tatsächlich nach ihrem Glück streben. Zu fragen sei daher, ob Patienten moralisch verpflichtet seien, ihr Glück zu wollen, oder ob es zumindest einen moralischen Appell gebe, Glück anzustreben. Laut *Andreas Müller* ist es nicht plausibel, von einer entsprechenden Pflicht auszugehen. Eine solche könnte allenfalls dort angenommen werden, wo Menschen Verantwortung für andere trügen und dieser nur nachkommen könnten, wenn sie hinreichend glücklich sind. In allen anderen Fällen sei es zielführender, den Wunsch nach Glück als etwas Erlaubtes zu verstehen: Es ist Patientinnen, so Müller, erlaubt und entspricht auch dem Normalfall, das eigene Glück, die eigene Genesung oder generell die eigene Gesundheit im Sinn zu haben, wenn sie sich für oder gegen eine medizinische Massnahme entscheiden.

Wichtig sei daher, die Möglichkeiten dafür zu schaffen, dass diesem Wunsch nach Glück innerhalb der Medizin auch nachgekommen werden könne. Die Möglichkeit, selbstbestimmt entscheiden zu können, spiele dabei oftmals eine Rolle. Allerdings, so der Hinweis von *Dieter Thomä*, gehe es mit Blick auf die Ermöglichung solcher autonomer Entscheidungen immer auch darum, der subjektiven Komponente von Glück – also der Tatsache, dass Glück mit persönlichen Empfindungen einhergehe – Rechnung zu tragen. Deshalb spiele die Information der Patienten eine so eminente Rolle. Dabei gehe es nicht nur um Informationen über die Gegenstände der Handlung und ihre möglichen Folgen, sondern für die betroffenen Personen immer auch um Informationen über sich selbst.

Die Bedeutung des Kontexts der Entscheidungsfindung

Für das Konzept des Nudging stelle sich die Frage nach der Rechtfertigung eines Eingriffs zum Zwecke der Glücksvermehrung besonders, wie *Christine Clavien* ausführt. Dies im Speziellen in Situationen, in denen der Entscheidungsträger – also die Person, die eine andere zu einem bestimmten Verhalten

anstupst – gegen den Willen derselben handelt. Nudges seien, so *Clavien*, am ehesten zu rechtfertigen, wenn davon ausgegangen werden dürfe, dass die Patientin die gleichen Zielsetzungen teilt wie der Entscheidungsträger. Dies sei aber oft schwierig nachzuweisen, richte sich Nudging doch nie an ein Individuum, sondern an eine Gruppe von Individuen, die in der Regel bezogen auf konkrete Fragestellungen unterschiedliche Präferenzen verfolgen. Die mittels Nudging verfolgten Ziele müssten daher, so *Clavien*, mit unterschiedlicher Betrachtungsgenauigkeit stratifiziert werden. Ein Nudging auf der Basis einer Annahme, dass die Patientin nicht erkennen könne, was für sie gut sei, sei aber als paternalistische Haltung immer schwer zu rechtfertigen.

Diese Gefahr des Paternalismus und der herablassenden Haltung, die in ihm zum Ausdruck kommen kann, verweist laut *Dieter Thomä* stets auf den Kontext, in dem eine Entscheidungsfindung stattfindet. So auch beim Nudging: Es stelle sich die Frage, ob sich jemand die Entscheidung, in welche Richtung das Nudging die Menschen ziehen soll, ohne Einbezug der Betroffenen anmasse oder ob darüber ein kollektiver Entscheidungsprozess stattfinde. Ein solcher kollektiver Entscheidungsprozess könne im Zusammenspiel von Kliniken und Gesundheitsfachpersonen mit Patientenorganisationen, Bevölkerung, Politik und den Standesorganisationen ablaufen. So könnten sich die Einzelnen auch in einem durchaus republikanischen Sinn als Involvierte erleben, die sich in einen kollektiven Prozess zur Frage einbringen, in welche Richtung – beispielsweise gesünder zu leben – die Gesellschaft als ganze jedes einzelne ihrer Mitglieder nudgen wolle.

Inwiefern das mit einer solchen Involvierung einhergehende *Empowerment* des Einzelnen – die ihm gewährte Möglichkeit, Eigenverantwortung wahrzunehmen – zu positiven Emotionen und damit einem Glücksempfinden beitragen, ist laut *Émilie Qiao-Tasserit* nicht explizit erforscht. Allerdings würden die Wahrnehmung des Gegenübers und die Interpretation seiner Handlungen und Gedanken durch den Patienten immer beeinflusst durch seine Emotionen und seinen Gefühlszustand. Insofern spielten die Emotionen bestimmt eine Rolle, wenn es beispielsweise darum gehe, das Vertrauensverhältnis zur Ärztin zu stärken und eine echte Zusammenarbeit in der Entscheidungsfindung zu fördern. Weil Emotionen eine solch gewichtige Rolle spielen könnten, gelte es auch zu lernen, so *Qiao-Tasserit*, die Gefühlslage des Patienten einzuschätzen und ihm gegebenenfalls Zeit zu lassen, um zu einer Entscheidung zu gelangen. Ebenso gelte es, Fragen des jeweiligen Glücksverständnisses anzusprechen, wenn mit Patientinnen

über Vorsorgeinstrumente wie die Patientenverfügung gesprochen werde. Denn diese Auffassungen zu kennen könne für alle Beteiligten wichtig sein, um die Präferenzen der Patienten kennen und ihnen gemäss handeln zu können.

Es gilt stets auch zu beherzigen, dass wir Menschen nicht nur aktive, sondern auch passive oder von Passionen beziehungsweise Leidenschaften geleitete Wesen sind. Als solche sind wir auf die Erkenntnis angewiesen, dass wir nicht immer nur handeln wollen, sondern dass es auch ein Recht auf Bedürftigkeit und auf Hingabe gibt. Wenn es nicht erlaubt ist, auch einmal schwach zu sein, sondern im Namen der Autonomie ein steter Druck herrscht, selbst zu entscheiden, ist dem Glück des Menschen letztlich wenig gedient.

Nudging, Glück und Autonomie

Ein Komplex von Diskussionsbeiträgen aus dem Publikum dreht sich um das Konzept des Nudging. Diesbezüglich sei gerade mit Blick auf die Spannung zwischen Nudging und Autonomie die Frage klärungsbedürftig, wo der Unterschied zwischen Suggestion einerseits und Nudging andererseits liege. Für *Christine Clavien* ist dabei ausschlaggebend, dass sich Nudging immer durch den Versuch charakterisiere, einen automatischen Entscheidungsfindungsmechanismus auszulösen, der aus der Literatur bekannt ist. Es bedürfe also des Wissens darum, dass eine bestimmte Form der Beeinflussung von Entscheidungen in der Bevölkerung funktioniere. Das komme wiederum darin zum Ausdruck, dass sich Nudging stets an eine Gruppe und nicht an einzelne Individuen richte. Deshalb sei, so *Clavien*, der Fall der Widerspruchslösung im Bereich der Organspende, auf den aus dem Publikum hingewiesen wird, ein interessantes Anwendungsbeispiel, auch wenn streng genommen nicht alle vier Bedingungen, die einen Nudge ausmachen, im Beispiel erfüllt seien. Denn bei der Widerspruchslösung träfen nicht alle Nudgees eine klare Wahl zwischen zwei oder mehreren Optionen, etwa weil ihnen die Entscheidungssituation gar nicht bewusst sei, oder weil sie zur Entscheidung nicht in der Lage sind.

Bei der Widerspruchslösung werde die Zustimmung angenommen beziehungsweise vorausgesetzt, sodass die Anzahl Organspenderinnen allein aufgrund dieser Festlegung steigen dürfte. Dabei gelte es, so *Clavien*, aber zu beachten, dass in der Praxis davon auszugehen sei, dass sich die Ärzte weiterhin bei der Familie rückversichern wollen, ob im Falle einer Nichtäusserung des Patienten zu Recht von dessen Einverständnis ausgegangen werde. An dieser Stelle werde das Nudging, so *Claviens* Einschätzung, dann auch am ehesten wirksam: Wenn es darum gehe, die Familie davon zu überzeugen, dass das Einverständnis vorausgesetzt werden dürfe und die Einwilligung der Normalfall sei. Es könnten also einige Familien eher dazu neigen, in die Spende einzuwilligen, als sie abzulehnen, insgesamt sei aber, so *Clavien*, ein eher geringer Effekt zu erwarten. Denn wer überzeugt sei, werde weiterhin überzeugt Nein sagen, was das System auch unbedingt zulassen müsse.

Autonomie und Freiheit als Spannungsfeld

Ein weiterer Diskussionsschwerpunkt dreht sich um die Frage, ob Angehörige und Gesundheitsfachpersonen andere Menschen überhaupt bezüglich ihres Glücks beraten könnten oder ob dies nicht immer nur bezüglich der individuellen Freiheit möglich sei. Für *Dieter Thomä* gibt es zwei Zielrichtungen der Unterstützung in diesen Fragen: Zum einen könne es darum gehen, die Freiheit des Einzelnen zu einer besser genießbaren Freiheit zu machen, sie der Patientin also nicht bloss wie eine Art «Schwarzen Peter» hinzuschieben, sondern die Schwierigkeiten der Freiheit und der darauf gründenden Kompetenz zur Entscheidungsfindung wahrzunehmen. Diesen Weg gelte es zu beschreiten, um von einem eher platten Verständnis von Freiheit als Entscheidungsfreiheit zu Selbstbestimmung und Autonomie zu gelangen. Auf diesem Weg werde zum andern unweigerlich auch der Punkt ins Spiel kommen, dass es im Leben immer auch Aspekte gebe, die mit der Idee der Handlungsfreiheit gar nicht zusammenpassen. Denn es gelte stets auch zu beherzigen, dass wir Menschen nicht nur aktive, sondern auch passive oder von Passionen beziehungsweise Leidenschaften geleitete Wesen sind. Als solche seien wir auf die Erkenntnis angewiesen, dass wir nicht immer nur handeln wollen, sondern dass es auch ein Recht auf Bedürftigkeit und auf Hingabe gebe. Wenn es nicht erlaubt sei, auch einmal schwach zu sein, sondern im Namen der Autonomie ein steter Druck herrsche, selbst zu entscheiden, sei dem Glück des Menschen, so *Thomä*, letztlich wenig gedient.

Es stelle sich also stets auch die Frage, wann der Punkt erreicht sei, an dem einem Menschen auch gegen seine Überzeugungen zu einer Entscheidung zu raten sei, beziehungsweise an dem in Frage gestellt werden könne, ob eine Person überhaupt zu einer autonomen Entscheidung in der Lage sei. Hinsichtlich der zweiten Frage sei er, so führt etwa *Andreas Müller* aus, eher zurückhaltend. So insbesondere bezüglich der Frage, inwiefern beispielsweise die Zugehörigkeit zu einer in medizinischen Belangen stark ideologisch ausgerichteten Religionsgemeinschaft die Fähigkeit zu autonomem Entscheiden untergrabe. Sicherlich sei es ratsam, danach zu streben, Patientinnen über Konsequenzen von Entscheidungen aufzuklären, die sie aufgrund religiöser oder sozialer Motive fällten und die ihrem Wohl potenziell abträglich sein könnten. Oft gelinge dies auch. Bleibe eine Person aber bei ihrer Haltung und fälle eine Entscheidung, die der eigenen Einschätzung widerspreche, so komme die Unterscheidung zwischen einer verweigerten Einwilligung in einen (indizierten) Eingriff einerseits und einer aktiven Nachfrage nach einem (nicht medizinisch notwendigen) Eingriff andererseits zum Tragen. Im ersten Fall sei die Nichtbeachtung einer solchen Entscheidung, so *Müller*, in noch höherem Mass begründungsbedürftig als im zweiten, und ein Rückgriff auf religiöse Überzeugungen, um jemandem die Autonomiefähigkeit abzusprechen, stehe auf tönernen Füßen.

Umgekehrt, so antwortet *Dieter Thomä* auf eine entsprechende Rückfrage, sei es für Gesundheitsfachpersonen oft auch eine herausfordernde Gratwanderung, zwischen einer allein auf das momentane Wohlbefinden – gegebenenfalls das Glück im Augenblick – ausgerichteten Fürsorge und einer auf die autonome Lebensführung der betroffenen Patientin ausgerichteten Unterstützung die richtige Mischung zu finden. Denn so sehr Letzteres in einer autonomieorientierten Medizin angezeigt sei, so sehr ende es oft auch darin, dass sich Menschen isoliert und alleine wiederfinden. Dadurch werde zwar Selbstständigkeit und womöglich Selbstbestimmung gestärkt. Das Glück der Betroffenen werde aber gewiss nicht genährt.

Medizin zum Glück? Ethische Aspekte wunscherfüllender Medizin

Tobias Eichinger

Gerne, so leitet Tobias Eichinger, Oberassistent am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich, ein, bezeichnen wir uns als «wunschlos glücklich». Diese Formulierung weise darauf hin, dass es Glückstheorien gebe, denen zufolge Glück erreicht ist, wenn alle Wünsche erfüllt sind. Deshalb gelte es im Zusammenhang von Medizin, Autonomie und Glück auch von Wunscherfüllung, genauer wunscherfüllender Medizin, zu sprechen.

Wunscherfüllende Medizin

Ein lebensumspannendes Phänomen

Wunscherfüllende Medizin, so Eichinger, betreffe alle Bereiche des Lebens – vom Lebensanfang bis zum Lebensende. So seien etwa Begriffe wie Kinderwunschmedizin und Kinderwunschbehandlung in der Fortpflanzungsmedizin etabliert. Darunter fielen viele «wunscherfüllende» Behandlungen, sie reichten von der Unterstützung beim Zustandekommen von Schwangerschaften bis zu Versuchen, die Eigenschaften des Nachwuchses zu beeinflussen. Wunscherfüllend sind laut Eichinger auch kosmetische Eingriffe, also sogenannte Schönheitsoperationen, die immer auch ganz individuelle Wünsche zu erfüllen beabsichtigen. In den letzten Jahrzehnten ist sodann das Neuro-Enhancement zum Thema geworden, zu verstehen als die Beeinflussung und Behandlung von kognitiven und emotionalen Eigenschaften sowie weiteren Funktionalitäten des Gehirns.

Gerade in diesem Bereich liege, so Eichinger, der Bezug zum Glück auf der Hand, wie es etwa ein Buch mit dem Titel «Glück auf Rezept» illustriere, das dem Phänomen Prozac gewidmet war. Es formuliere den klaren Anspruch: Die Medizin kann oder soll durch gewisse Präparate glücklich machen. Das Spektrum wunscherfüllender Medizin reiche aber noch weiter bis hin zu Versuchen, neue biologische Funktionen den eigentlich menschlichen hinzuzufügen. Mit Behandlungen und Angeboten im Bereich des sogenannten Anti-Aging endet der Reigen wunscherfüllender Angebote sodann am Lebensende, wo auch viele an Massnahmen forschten, um das Altern zu erleichtern oder zu überwinden und sogar die Wiederverjüngung mithilfe der Medizin und medizinischer Mittel anzustreben.

Vier Grossbereiche wunscherfüllender Medizin

Es liessen sich also, so Eichinger, vier Grossbereiche unterscheiden, in denen wunscherfüllende Massnahmen und Ansätze in der Medizin anzutreffen seien. Einmal seien dies Massnahmen und medizinische Interventionen, die sich auf die Erscheinung und Ästhetik beziehen, also auf die Körperform, die Körperoberfläche, die Körperlänge oder auf dessen Verzierung. Zweitens gebe es den Bereich der Leistung und Kapazität, und zwar sowohl die körperliche als auch die kognitive Leistungsfähigkeit und sensorische Fähigkeiten betreffend. Als Drittes bezögen sich wunscherfüllende Massnahmen auf Gefühle und emotionale Stimmungen, soweit sie sich medizinisch beeinflussen lassen. Und schliesslich gehe es ganz grundlegend um die Lebensbedingungen, die den Lebensanfang und das Lebensende betreffen, aber auch um fundamentale Eigenschaften oder Bestimmungen des jeweils individuellen Lebens wie das Geschlecht oder charakterliche Eigenschaften.

In diesen vier Grossbereichen charakterisiere sich wunscherfüllende Medizin übergreifend durch die Tatsache, dass sie wunsch- und damit nicht leidens- oder bedürfnisorientiert sei. Als einziger Wunsch sei bei der wunscherfüllenden Medizin just der Wunsch ausgeschlossen, geheilt zu werden, denn es gehe in diesem Bereich der Medizin um die Erfüllung nichttherapeutischer Wünsche. Ansatz- und Zielpunkt der Massnahmen sei also nicht die Heilung. Nicht eine Krankheit stehe hier am Anfang von Behandlungen, sondern die Gesundheit, indem auf die Veränderung von gesunden oder ganz normalen Eigenschaften, Fähigkeiten und Funktionen gezielt werde, die nicht nur beeinflusst, sondern auch gesteigert und verbessert werden sollen. Mit dem Medizinethiker Matthias Kettner gesprochen, habe es die wunscherfüllende Medizin also mit dem Einsatz der Medizin zur Vitaloptimierung zu tun, was sich grundlegend von einer Krankheitsbehandlung oder dem Streben nach Heilung unterscheide.

Medizinethische Aspekte

Da bei der wunscherfüllenden Medizin also Selbstverwirklichung und Lebensplanung im Zentrum stünden, rufe sie, so Eichinger, zahlreiche philosophische Fragen hervor, die wiederum von ethischer Relevanz seien. So etwa die anthropologische Frage danach, was der Mensch sei, habe es diese Art von Medizin doch stets mit Grenzen des Körpers und des normal körperlich Möglichen zu tun. Wo, so der Kern der Frage, liegen die Grenzen des Menschseins und inwieweit lassen sie sich verändern und beeinflussen? In ethischer Hinsicht wiederum dränge sich in den Vordergrund, dass nicht länger nur die Grundfrage der Ethik

im Blick sei («Was ist gut?»), sondern darüber hinausgehend auch die Frage «Was ist besser?». Zur Disposition stehe dabei, wie und durch wen dies zu bestimmen wäre und wie es um den Zusammenhang von Wunscherfüllung und Glück stehe. Schliesslich werde auch die Frage aufgeworfen, ob Verbesserung für das Glück notwendig sei: Müssen wir uns verbessern (können), um glücklich zu sein?

«Medizin im Wandel»

Mit diesen genuin philosophischen Fragen konfrontiere uns die wunscherfüllende Medizin ebenso wie mit spezifisch medizinethischen Fragen, die aber nicht minder grundlegend seien. Da sei zum einen die Frage nach dem Wesen der Medizin. Sie verweise zunächst, so Eichinger, auf die Beobachtung der grundlegenden Transformationsbewegung, in der sich die Medizin gegenwärtig befinde. Diese Bewegung manifestiere sich darin, das klassische therapeutische Paradigma, bei dem es um die Behandlung und Vermeidung von Krankheit geht, auszuweiten. Zwar drehe sich auch das klassische Paradigma um die Gesundheit des Menschen, allerdings stehe deren *Wiederherstellung* und *Erhalt* im Vordergrund, während es in der wunscherfüllenden Medizin um die *Herstellung* und *Steigerung* von Gesundheit gehe. Diese Bewegung stelle einen fundamentalen, ethisch bedeutsamen Wandel der Medizin dar.

Dies lasse sich an den Grundprinzipien der Autonomie und der Fürsorge verdeutlichen: Zusammen machten sie laut Eichinger den Kern der Ethik in der Medizin aus. Werde Autonomie im eingegrenzten Sinn als Selbstbestimmung verstanden, so liesse sich in der wunscherfüllenden Medizin vermeintlich so etwas wie die Weiterführung und die volle Respektierung des Prinzips der Patientenautonomie erkennen. Denn es wird dort doch genau das gemacht, was die Patientin sich wünscht. Dies wäre gemäss Eichinger aber ein Missverständnis, denn Selbstbestimmung begründe lediglich ein (negatives) Abwehrrecht, gewiss kein (positives) Anspruchsrecht.

Gleiches fördere der Blick auf das Prinzip der Fürsorge zutage: Auch hier könnte man vermeintlich zur Auffassung gelangen, dass die wunscherfüllende Medizin dem Prinzip der Fürsorge im vollen Sinn Genüge tut. Denn es würden ja die Wünsche der Einzelnen erfüllt, die am besten wissen, was für sie gut ist. Dem stehe aber gegenüber, dass es in der Medizin eben nie nur die einzelne Patientin gebe, sondern auch das im Fokus sei, was als Ziele der Medizin definiert worden ist. Zu diesen gehört, dass lediglich Massnahmen vorgenommen werden sollten, die medizinisch indiziert sind, die also medizinisch sinnvoll und daher meist auch geboten sind. Dazu reicht der blosser Wunsch des einzelnen Patienten nicht aus.

Wird Autonomie im eingegrenzten Sinn als Selbstbestimmung verstanden, so liesse sich in der wunscherfüllenden Medizin vermeintlich so etwas wie die Weiterführung und die volle Respektierung des Prinzips der Patientenautonomie erkennen. Denn es wird dort genau das gemacht, was die Patientin sich wünscht. Dies wäre aber ein Missverständnis, denn Selbstbestimmung begründet lediglich ein (negatives) Abwehrrecht, gewiss kein (positives) Anspruchsrecht.

Die Ziele der Medizin, wie sie etwa nach dem Hastings Center zusammengefasst werden können, betreffen Kuration, Palliation, Rehabilitation und Prävention. Alle vier Ziele verbinde, dass sie auf den Begriff der Krankheit ausgerichtet sind, indem sie auf die Behandlung einer Krankheit, deren Vermeidung oder Linderung zielen. Mit Blick auf die Fürsorge setzten die Ziele der Medizin wiederum einen klaren Rahmen, der absteckt, worin «Gutes zu tun» bestehen könne: Dies habe mit dem Vorliegen einer Indikation zu tun, wie sie im zuvor erwähnten therapeutischen Paradigma gegeben sei. Im Umgang mit Wünschen, die an die einzelne Ärztin herangetragen werden, könne dies unter anderem auch bedeuten, dass gerade in Berücksichtigung dieses Prinzips Wünsche zurückzuweisen seien.

«Gesundheit» im Wandel

Im Wandel, so Eichinger, sei aber nicht nur die Medizin, sondern auch der Begriff der Gesundheit, die von der Medizin eben nicht mehr nur als Resultat ihrer Wiederherstellung angesehen werde, sondern direkt zum Ziel beziehungsweise Ergebnis medizinischen Handelns gemacht werde. Gesundheit sei per se ein stark normativer Begriff, was sich etwa in der WHO-Definition, die Gesundheit als «Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens» verstehe, prominent widerspiegeln.

Gesundheit werde aber vor allem seit einigen Jahren schon als «Megatrend» bezeichnet, der als Schlüsselressource der Zukunft fungiere und zum Lifestyleprodukt, ja zu einer eigentlichen Leitwährung geworden sei. Gesundheit sei in diesem Sinne nicht mehr nur ein ökonomischer, sondern auch ein ideologischer Wert, der gesund zu leben mit einem guten Leben geradezu in eins setze. Damit verbunden sei eine Moralisierung der Gesundheit, die in ethischer Hinsicht, so Eichinger, zumindest ambivalent sei. Denn gesund zu sein und gesund zu leben sei Teil dessen geworden, was es brauche, um zur «Gesellschaft der Anständigen» (Bettina Schmidt) zu gehören. Ethisch bedeutsame Kehrseite

dieser Moralisierung von Gesundheit sei vor allem, dass es zu einer Verantwortungsverlagerung auf das Individuum komme und dadurch die Bereitschaft, solidarisch mit ungleichen gesundheitlichen Voraussetzungen umzugehen, abnehmen könne.

Aus medizinethischer Sicht sei es daher unvermeidlich, sich die Frage, was Gesundheit ist, wieder neu zu stellen. Denn auf blosse Selbstverantwortung des Einzelnen abstellende Definitionen griffen zu kurz – woran etwa der französische Chirurg René Leriche erinnert habe, dem zufolge gesund zu sein «das Leben im Schweigen der Organe» bedeute. Auch der Philosoph Hans-Georg Gadamer habe von Gesundheit gesprochen als einem «natürlichen Gleichgewichtszustand» und «Wunder» einer zwar «nicht offen zu Tage liegenden», aber doch «starken Harmonie». Gesund zu sein bedeute für Gadamer daher ein «selbstvergessenes Weggegebenesein».

Im Sinne dieser Bestimmungen und der Tradition, in die sie sich einschreiben, gelte es laut Tobias Eichinger auch integrative Gesundheitsvorstellungen hochzuhalten. Gesundheit weise diesen Vorstellungen zufolge nur eine sehr beschränkte Machbarkeit auf und sei nicht als Produkt denkbar, das hergestellt werden, gesteigert oder verkauft werden kann. Vielmehr sei sie philosophisch gesprochen ein transzendentes Gut, das die Bedingungen der Möglichkeit, etwa eines guten Lebens, bereitstelle. Oder eben – wie es auch für das Glück gelte – die Bedingungen der Möglichkeit einer selbstbestimmten Lebensführung schaffe.

Denn auch Glück könne man, so ist Eichinger überzeugt, nicht direkt herstellen und gezielt steigern. Der Medizin komme hier am ehesten auch eine transzendente Funktion zu, insofern sie die Bedingungen der Möglichkeit für Glück schaffe. Deshalb müsse die Medizin das Glück auch insofern im Kopf haben, als sie die Menschen in die Lage versetzen müsse, ihr Glück nach ihren je eigenen Vorstellungen – und damit autonom – suchen zu können.

Le rôle des émotions dans le bonheur

Julien Deonna

Julien Deonna, Professeur associé en philosophie à l'Université de Genève, entend répondre dans sa conférence à la question du rôle que peuvent jouer les émotions dans la compréhension de ce que nous entendons par bonheur: Quelle est, telle est la question principale sur laquelle il s'interroge, la valeur des émotions pour le bonheur? Dans un premier temps, on pourrait, selon Deonna, imaginer que le bonheur est promu uniquement par des émotions positives telles que le plaisir, la satisfaction ou la béatitude et qu'il suffirait par conséquent d'éviter les émotions négatives pour y contribuer. Toutefois, Deonna entend argumenter que les rapports sont plus compliqués et que bien des rôles positifs reviennent également aux émotions négatives.

Théorie des valeurs: distinctions de base

Pour clarifier les liens entre les émotions et la valeur, trois questions peuvent être posées: d'une part les questions d'ontologie, à savoir, si l'on peut analyser la nature des émotions en termes de valeurs. D'autre part les questions d'orientation, essayant de comprendre dans quelle mesure et comment les émotions nous relient aux valeurs. Et troisièmement les questions d'exemplification, visant à clarifier si les émotions ont, de manière fondamentale, de la valeur pour les êtres humains.

Axiologie des valeurs

Afin de pouvoir répondre à ces questions, Deonna rappelle les distinctions philosophiques de base en termes de théories des valeurs. Examiner ces distinctions permet selon lui de cibler de manière formelle ce qu'on recherche lorsqu'on parle de bonheur.

Alors que le grand public a tendance à penser aux valeurs en termes de types ou d'idéaux qui guident nos vies au quotidien, la philosophie entend par valeurs des propriétés des choses ou des événements. Par exemple, une personne peut être bonne, une action courageuse ou un animal dangereux. Compris de cette façon, la notion de valeur n'a plus de signification positive uniquement, mais reflète également des événements ou des propriétés négatives. Il s'agit donc selon Deonna de distinguer valeurs et disvaleurs, mais également valeurs épaisses et valeurs

étroites. Alors qu'il est très peu spécifique de qualifier une action de «bonne» ou de «mauvaise», on en dit beaucoup plus en la caractérisant de «courageuse», «admirable» ou «lâche». Beaucoup des valeurs épaisses ont un lien avec les émotions, dans la mesure où il s'agit de termes – «amusant», «ennuyeux», «offensant» – faisant directement référence à des états mentaux bien délimités.

Valeur instrumentale et valeur finale

Parmi les distinctions fondamentales, il importe selon Julien Deonna également de rappeler la différence entre valeur finale et valeur instrumentale. Ainsi, la santé est souvent considérée comme une valeur finale, valorisée comme étant un bien en soi. Prendre un médicament, par contre, aurait de la valeur instrumentale en vue de la réalisation de la valeur finale, à savoir la santé. De même, il convient d'après Deonna de distinguer la valeur personnelle («bien *pour*») de la valeur impersonnelle («bien tout court»), distinction s'appliquant et à la valeur instrumentale et à la valeur finale. Ainsi, une belle peinture peut constituer une valeur finale impersonnelle lorsqu'on pense à un tableau au musée, mais elle peut également représenter une valeur finale personnelle s'il s'agit d'une peinture que l'on a créée de sa propre main.

La tâche de la philosophie des émotions et de l'analyse philosophique des valeurs consiste à déterminer de manière matérielle ce qui a effectivement de la valeur pour un individu, en demeurant conscient que cette même propriété ne doit pas nécessairement avoir de la valeur selon cet individu. Ce qui a de la valeur pour un individu peut n'avoir à ses yeux aucune valeur.

Comme le souligne Julien Deonna, ces distinctions sont d'une importance clé pour la compréhension du bonheur. Car si on sait ce qui a de la valeur finale pour un individu, on peut en déduire ce qu'est le bonheur. Déterminer de cette manière ce que représente le bonheur, revient à le définir de manière formelle. La tâche de la philosophie des émotions et de l'analyse philosophique des valeurs consisterait par la suite à déterminer de manière matérielle ce qui a effectivement de la valeur pour un individu, en demeurant conscient que cette même propriété ne doit pas nécessairement avoir de la valeur selon cet individu. Ce qui a de la valeur pour un individu peut n'avoir à ses yeux aucune valeur.

Trois théories sur le bonheur

Si la nature du bonheur est déterminée comme étant ce qui a de la valeur finale pour l'individu, il s'ensuit qu'il faut clarifier si, au regard du bonheur, les émotions ont de la valeur en elles-mêmes – donc de la valeur finale – pour un individu. Pour y arriver, Deonna propose de passer en revue les théories principales du bonheur, théories qu'il saura reprendre lorsqu'il s'agira par la suite d'expliquer la nature des émotions.

La première théorie en question est la théorie hédonique. Selon cette théorie, le plaisir est considéré comme étant la seule valeur finale qui est bon pour un individu. Par conséquent, une vie bonne contient beaucoup de plaisir et peu de déplaisir. Deuxièmement, il existe les théories conatives, pour lesquelles il s'agit d'examiner les émotions en lien avec les désirs de l'humain. Ce qui a de la valeur finale personnelle, explique Deonna, c'est obtenir ce que l'on veut et agir en sorte qu'on parvient à l'obtenir. Le bonheur revient par conséquent à obtenir ce que l'on désire. Le troisième type de théories est de nature évaluative et correspond aux théories populaires dans l'antiquité. Ces théories identifient le bonheur en relation avec les valeurs essentielles à l'épanouissement des êtres humains: avoir une vie heureuse signifie poursuivre les valeurs objectives nécessaires à cet épanouissement. Très répandues dans l'antiquité, ces théories passent moins bien de nos jours, car elles présupposent un ordre objectif de valeurs que chacun devrait poursuivre. Or, pourquoi – c'est ce que dit l'objection classique dite de l'aliénation – un individu devrait s'attacher à des valeurs objectivement déterminées, si ces valeurs n'ont pas de signification pour lui?

La nature des émotions

Afin de déterminer davantage le rôle que peuvent jouer les émotions pour la compréhension du bonheur, Julien Deonna souligne qu'il n'est pas nécessaire de trancher parmi les approches théoriques décrites jusqu'ici. Car passer en revue les principales théories sur la nature des émotions – théories fondamentalement proches des théories du bonheur – permet de démontrer que les émotions sont à même de rendre justice aux intuitions fondamentales derrière les trois théories et de nous instruire par conséquent sur leur rôle par rapport à la détermination du bonheur.

Ainsi, une théorie hédonique conçoit les émotions comme des états de plaisir ou de déplaisir. De même, et tout comme pour la détermination du bonheur, une théorie conative des émotions comprend les émotions en lien avec les désirs. Une émotion positive est donc la satisfaction d'un désir, alors qu'une émotion négative consiste en la frustration de celui-ci. Troisièmement, les théories évaluatives voient dans les émotions elles-mêmes des expériences de valeurs. Avoir peur, par exemple, revient à faire l'expérience d'un objet comme dangereux; avoir honte est l'expérience de son action comme dégradante; être triste consiste dans l'expérience d'une perte.

Quelle contribution des émotions au bonheur?

Selon Julien Deonna, c'est cette approche évaluative qui permet de concevoir au mieux la contribution que peuvent fournir les émotions à la compréhension du bonheur, tout en reliant cette approche évaluative aux trois théories du bonheur esquissées auparavant. Ainsi, dans une perspective hédoniste, seuls les émotions positives ont de la valeur pour le bonheur. Les émotions négatives et déplaisantes, au contraire, comptent négativement pour le bonheur.

Pour une théorie conative, pour laquelle le bonheur consiste à obtenir ce que l'on désire, les émotions sont finalement bonnes pour des raisons motivationnelles. Les expériences positives nous motivent à agir dans une direction souhaitée, alors que les expériences négatives contribuent à éviter certaines situations ou à obtenir des compensations pour un mal subi. Si elles sont appropriées, les émotions, considérées comme des dispositions à l'action, constituent dès lors des vertus – et par conséquent des vices si elles sont inappropriées. Dans cette perspective, les émotions négatives peuvent donc avoir de la valeur pour le bonheur en ce qu'elles poussent l'individu à agir d'une certaine manière. S'indigner contre une injustice, par exemple, va pousser l'individu à agir en fonction de son indignation et à se révolter contre cette injustice. Bien que négative d'un point de vue hédoniste, elle est positive dans une perspective conative, en ce qu'elle motive l'individu à agir contre la source de son indignation.

Pour le domaine médical, qui par sa nature repose sur des interactions humaines et donc sur des rapports émotionnels, une vision éclairée de ce que les émotions apportent au bonheur des patients revêt une dimension tout à fait pratique avec des implications que l'on ne saurait sous-estimer tant sur le plan organisationnel et structurel du quotidien clinique que dans les débats relatifs à une allocation juste des ressources en médecine.

Dans la perspective d'une théorie évaluative, finalement, les émotions peuvent être considérées comme bonnes pour des raisons épistémiques. C'est grâce à nos émotions que nous comprenons les valeurs qui orientent nos vies: la colère nous fait comprendre l'offense; la peur nous ouvre les yeux aux dangers; la honte nous fait sentir la dégradation qui nous est infligée. Comprises de cette manière, les émotions offrent une compréhension de l'univers des valeurs à laquelle nous n'aurions pas accès sans ces émotions. Par conséquent, les émotions sont bonnes pour l'individu en ce qu'elles apportent cette compréhension fondamentale des valeurs.

Si le bonheur consiste donc, dans la perspective de la théorie évaluative du bonheur, à poursuivre les valeurs essentielles à l'épanouissement humain, les émotions jouent un rôle clé pour le bonheur en ce qu'elles sont la source de la signification que chacun de nous leur donne. Ces valeurs ne nous seraient donc pas – et l'on a une réponse ici à l'objection de l'aliénation en défaveur des théories évaluatives – imposées de l'extérieur, mais feraient précisément partie de l'éventail de nos dispositions émotionnelles, indispensables au bonheur humain.

Quelle que soit l'approche que l'on retient, les émotions ont, conclut Julien Deonna, une importance essentielle pour nous permettre de comprendre ce que signifie le bonheur. Pour le domaine médical, qui par sa nature repose sur des interactions humaines et donc sur des rapports émotionnels, une vision éclairée de ce que les émotions apportent au bonheur des patients revêt une dimension tout à fait pratique avec des implications que l'on ne saurait sous-estimer tant sur le plan organisationnel et structurel du quotidien clinique que dans les débats relatifs à une allocation juste des ressources en médecine.

Bonheur et autonomie: Leçons de la médecine de l'addiction

Barbara Broers

Un domaine médical dans lequel le rapport et les tensions entre autonomie et bonheur sont particulièrement présents, est le domaine de la médecine de l'addiction. Car si l'addiction est souvent comprise comme un état de perte de contrôle et, dès lors, de la liberté de choix, c'est précisément à travers la consommation des substances dont ils sont dépendants que les personnes concernées éprouvent – du moins pour un temps limité – des moments de bonheur ou de bien-être. Qui plus est, les mêmes substances, notamment l'alcool et le tabac, qui amènent bien trop souvent des détresses graves et portent dangereusement atteinte à la santé de nombreuses personnes, sont tout aussi souvent considérées comme étant des sources de bonheur, de convivialité ou de sentiments de liberté. Or, cette perception se limite à tous ceux qui maîtrisent la consommation et sont en mesure de garder leur autonomie de choix vis-à-vis des substances en question. Quelles leçons tirer, donc, de l'expérience pratique dans le domaine de la médecine d'addiction pour mieux comprendre et conceptualiser la relation entre autonomie et bonheur?

Substances et modes de consommation

Barbara Broers, médecin-spécialiste avec plus de 30 ans d'expérience dans le domaine, rappelle que la vision de la société relative aux substances et à leur consommation est non seulement ambiguë, mais profondément polarisée. Ce n'est pas la substance en soi qui est connotée positivement ou négativement, mais bien la manière dont elle est consommée ainsi que l'attitude des consommateurs à son égard. Ainsi, la même substance peut faire l'objet d'œuvres d'art autant qu'elle peut devenir source de stigmatisation et d'exclusion. À juste titre, le souligne Barbara Broers, car la plupart des substances peuvent en effet être drogue *et* médicament – comme cela se manifeste actuellement dans la crise des opioïdes aux États-Unis.

Pour cette raison, Broers plaide en faveur d'une vision plus différenciée des substances. Selon elle, l'image d'un spectre convient le mieux, car elle permet d'illustrer que les manières d'en faire usage se situent en effet sur un continuum, allant de l'usage bénéfique pour le bien-être jusqu'à la dépendance qui porte atteinte à la santé de la personne concernée. Entre ces deux pôles se situeraient

la consommation non problématique, ne poursuivant aucun but médical, et la consommation dite problématique qui serait déjà à même d'induire des conséquences négatives pour la santé des consommateurs ou de personnes tierces. Cette vision d'un spectre est reprise dans la Stratégie nationale d'addiction de l'OFSP pour les années 2017–2024. Elle différencie entre un «comportement à faible risque» vis-à-vis de la substance en question, des «comportements à risque» et «l'addiction», déterminée comme une «maladie caractérisée par un comportement compulsif qui persiste malgré les conséquences graves pour la santé et la vie sociale de la personne concernée et de son entourage».

Addiction, choix et contrôle

Le terme d'addiction, rappelle Barbara Broers, connaît également de multiples définitions. Celle retenue dans la stratégie suisse – caractérisant l'addiction comme une maladie – est donc loin de faire l'unanimité. Selon Broers, il est pertinent de retenir une définition insistant sur le fait que l'addiction se traduit par la perte de l'autonomie du sujet vis-à-vis d'une substance, associée à une souffrance auprès de la personne concernée et une aliénation se manifestant dans un changement du rapport de la personne au monde environnant.

Pour Broers, cette définition a le mérite d'admettre que seule une minorité de consommateurs souffre effectivement d'une addiction. Par contre, la majeure partie des personnes qui essaient ou qui consomment une substance – plus de 90 % selon Broers – maîtrisent leur consommation et ne perdent pas le contrôle. Comprise ainsi, l'addiction s'explique par de multiples facteurs. Ceux-ci peuvent être liés à des dispositions de l'individu, à la substance en soi, ou à l'environnement dans lequel une personne vit, mais aucun des facteurs ne permet de prédire si une personne est plus encline à souffrir d'une addiction ou mieux placée pour s'en sortir.

Ces dernières décennies, deux visions polarisées du phénomène de l'addiction ont influencé le débat scientifique, politique et sociétal. D'une part, la vision de l'addiction comme le fruit d'un choix libre, qui présume que la personne décide de consommer une substance de la même manière qu'elle décide de consommer d'autres biens au quotidien. Ceci implique que la responsabilité pour la consommation et pour ses conséquences revient entièrement à l'individu et que la responsabilité de la société ou de l'État se limite à garantir une information claire et objective sur le produit et les risques y associés.

D'autre part, l'on trouve la vision de l'addiction comme étant une maladie chronique du cerveau, par rapport à laquelle les personnes concernées sont impuissantes. Ce modèle fournit selon Broers une meilleure justification pour un financement collectif de l'accès à des traitements. De même, comprendre l'addiction comme une maladie permet de déculpabiliser l'individu et son entourage, car l'addiction ne serait plus considérée comme étant de sa propre faute. Toutefois, cela déresponsabilise l'individu, ce qui soutient l'image négative de la personne dépendante sous-jacente à ce deuxième modèle.

Le modèle du «trouble de choix» permet de redéfinir les rôles des acteurs impliqués. Ainsi, le consommateur occupe désormais un rôle actif et responsable, car c'est lui qui est l'auteur de son choix. De même, la société dans son ensemble est responsabilisée par le fait qu'il lui revient de mettre à disposition les conditions requises pour que les consommateurs puissent faire le meilleur choix. Et au niveau clinique, l'entretien motivationnel comme outil clinique et la posture du personnel soignant sont tout autant renforcés que la justification de programmes de consommation contrôlée.

Addiction et choix: un modèle alternatif

Aucun des deux modèles n'est, comme le souligne Barbara Broers, entièrement pertinent à l'aune de l'expérience clinique. S'il n'est pas adéquat de voir en les personnes concernées des acteurs parfaitement libres, il est tout aussi inadéquat de les considérer comme des acteurs entièrement passifs sans aucun choix, même si les personnes sont gravement dépendantes d'alcool ou d'opioïdes. Ainsi, Broers propose de s'orienter selon le modèle développé récemment par Nick Heather et Gabriel Segal, qui conçoivent l'addiction comme un trouble du choix («disorder of choice»). Selon cette vision, les personnes concernées sont amenées continuellement à faire le mauvais choix, avec de mauvaises conséquences pour leur santé.

Selon Barbara Broers, ce modèle permet en outre de redéfinir les rôles des acteurs impliqués. Ainsi, le consommateur occupe désormais un rôle actif et responsable, car c'est lui qui est l'auteur de son choix. De même, la société dans son ensemble est responsabilisée par le fait qu'il lui revient de mettre à disposition

les conditions requises pour que les consommateurs puissent faire le meilleur choix. Et au niveau clinique, l'entretien motivationnel comme outil clinique et la posture du personnel soignant sont tout autant renforcés que la justification de programmes de consommation contrôlée.

Sur le plan politique, une telle vision modifiée de l'addiction comme un trouble du choix soutiendrait les démarches en cours pour une légalisation de la consommation sous des conditions strictes, couplée à des contrôles sévères des produits. Pour Barbara Broers, un tel marché régularisé permettrait de réduire les conséquences négatives pour la santé des consommateurs d'une part et d'augmenter leur autonomie de choix d'autre part. En résumé, Barbara Broers plaide en faveur d'une médecine de l'addiction qui ne focalise pas sur l'addiction comme une maladie, mais sur la reprise de l'autonomie de choix des patients et des comportements moins dommageables de leur part. C'est ainsi également qu'il serait possible de reconnaître que le recours à des substances psychoactives peut certes avoir de multiples raisons, mais qu'il est motivé le plus souvent par la quête d'un «mieux-être» dont la médecine ne saurait à priori contester la légitimité.

Glück und Autonomie: Gibt es das eine ohne das andere?

Hardy Landolt

Die persönliche Antwort

Hardy Landolt, Professor für Privat- und Sozialversicherungsrecht sowie Haftpflichtrecht an der Universität St. Gallen, unterteilt seine Ausführungen in einen persönlichen und einen juristischen Teil. Im ersten Teil gehe es ihm darum, aus der Perspektive des Direktbetroffenen den Zusammenhang von Glück und Autonomie zu reflektieren. Seit dem Alter von 14 Jahren sei er aufgrund eines Unfalls, bei dem er sich den vierten und den fünften Halswirbel gebrochen habe, Tetraplegiker. 40 Jahre seines Lebens habe er somit im Rollstuhl zugebracht, sodass sich die Frage nach der Interdependenz von Autonomie und Glück immer wieder auch in seinem eigenen Leben – das nur dank der Medizin in dieser Form möglich sei – stelle.

Er habe ein Studium der Jurisprudenz absolvieren und Rechtsanwalt sowie Notar werden können. Auch habe er sich inklusive Auslandsaufenthalten habilitieren und Professor werden können. Deshalb gehe er, so Landolt, davon aus, dass möglicherweise einige daran zweifeln könnten, ob er ein glückliches Leben lebe, dass zugleich aber nur die wenigstens bezweifeln dürften, dass dieses Leben auch autonom sei. Aus seiner persönlichen Warte gelte es bezüglich der Autonomie zwei Dimensionen zu unterscheiden: Die eine betreffe die äussere Autonomie im Sinne der Frage, ob eine Person unabhängig sei von Dritten. Als Tetraplegiker seien seine Voraussetzungen diesbezüglich, so Landolt, selbstredend ungünstig. Tatsächlich sei seine äussere Autonomie eingeschränkt. Sie stelle sich aber ein, wenn die nötigen unterstützenden Massnahmen und Geräte zugänglich seien – etwa mit Blick auf die autonome Fortbewegung mit dem Rollstuhl. Seine äussere Autonomie sei also abhängig von anderen Gegebenheiten als individuellen. Die andere Dimension sei die innere Autonomie. Sie betreffe zum einen die Willensfreiheit, zum anderen das Selbstgefühl. Beides sei bei ihm unbestritten vorhanden und gut ausgeprägt. Entsprechend stehe es, so Landolt, nicht schlecht um seine innere Autonomie.

Auch bezüglich des Glücks gelte es äussere und innere Elemente zu unterscheiden. Zu den äusseren gehöre, dass Glückseligkeit eine Betätigung im Leben voraussetze. So sei es etwa für ihn eine glücksträchtige Betätigung, Anwalt zu sein und Menschen zu helfen. Er vertrete oft Menschen mit Behinderungen und könne unter Umständen dazu beitragen, dass es einer Klientin dank seiner Dienstleistung am Ende besser gehe. Neben der glücksträchtigen Betätigung gehörten laut Landolt auch gute äussere Lebensbedingungen zur äusserlichen Dimension von Glück. Auch hierum sei es bei ihm gut bestellt. Die innere Dimension von Glück habe, so Landolt, mit Fragen des Glücksgefühls – stellt sich hin und wieder ein solches ein? – und der Kontrolle über negative Gemütszustände – bleiben Zorn und Unmut in erträglichem Mass? – zu tun. In dieser Hinsicht unterscheide sich sein Leben als Tetraplegiker freilich in nichts vom Leben aller anderen: Schwankungen seien unvermeidlich, aber in einem durchschnittlichen Sinne würde er sich durchaus als glücklichen Mensch betrachten.

Autonomie und Glück, so Landolt, würden sich also nicht gegenseitig bedingen, aber doch gegenseitig begünstigen. Persönlich habe er trotz seiner hohen Querschnittlähmung ein relativ hohes Autonomie- und Glückslevel, auch weil er bei seinem Unfall und mit seiner Lebenssituation sicherlich das sprichwörtliche Glück im Unglück gehabt habe. Ein Glück im Unglück, das andere Menschen

mit einer Behinderung nicht hätten. Dies führe gemäss Hardy Landolt zur Frage, ob und inwiefern der Staat und die Medizin die Mittel zur Verfügung stellten, damit eben auch diese Menschen glücklich und autonom leben könnten.

Die juristische Antwort

Aus juristischer Sicht gelte es festzustellen, dass kein Rechtstext sich zum Begriff des Glücks äussere, weshalb es auch kein Recht auf Glück gebe. Gegenstand des Rechts sei jedoch die Autonomie. Artikel 7 ff. der Bundesverfassung etwa halte verschiedene Grundrechte fest, die jedoch alle als Abwehrrechte formuliert seien. Es könnten also keine grundrechtlichen Ansprüche materieller Natur an den Staat gestellt werden. Dies bedeute, dass die materielle Grundsicherung vom Gesetzgeber nach dessen Launen garantiert werde, nicht durch die Verfassung. Und zwar sowohl bezogen auf die Sozialversicherungen als auch auf das Gesundheitswesen. Für die Realisierung von Glück und Autonomie von Menschen mit Behinderungen ergebe sich hieraus eine problematische Situation.

Das Glück und die Autonomie von Menschen mit Behinderungen werden zunehmend von der Medizin und vom Sozialstaat, der nach Wirtschaftlichkeit giert, programmwidrig behindert. Um diesem Umstand Abhilfe zu schaffen, ist die Reflexion über den Zusammenhang von Autonomie und Glück durchaus von ganz praktischer Relevanz.

Denn die zunehmenden Möglichkeiten der Medizin führten auch dazu, dass immer mehr Menschen mit Behinderungen lebten. Wenn aber nachgelagert nicht garantiert sei, dass die entsprechenden Versorgungssysteme ausreichten, um Bedingungen für autonomes und glückliches Leben zu schaffen, wirke sich der medizinische Fortschritt – der ihr Leben überhaupt erst möglich mache – trotz aller guten Absichten für die Betroffenen bisweilen zweiseitig aus. Der hippokratische Eid rufe dazu auf, niemanden durch medizinische Handlungen zu schädigen. Bewusst provokativ formuliert stelle sich für ihn, so Landolt, aber nicht selten die Frage, welcher Arzt oder welche Ärztin so leben möchte, wie man es Menschen mit Behinderungen aufbürde. In diesem Sinne sei zu diskutieren, ob die moderne Medizin mit ihren Möglichkeiten nicht bisweilen – und entgegen ihren Absichten – zur Folge habe, dass Behandlungen dem Glück und der Autonomie der Patienten auf lange Frist abträglich seien. Dies liege aber auch an der

Kombination mit dem Umstand, dass die Versorgung gerade für Menschen mit Behinderungen allzu oft ungenügend sei. Zwar sei man (sozial-)versichert, aber die sozialversicherten Leistungen seien am Markt nicht erhältlich, etwa weil Pflegefachkräfte fehlten. Im Sinne eines gewollt knappen und plakativ gehaltenen Fazits hält Landolt fest, dass in seinen Augen das Glück und die Autonomie von Menschen mit Behinderungen zunehmend von der Medizin und vom Sozialstaat, der nach Wirtschaftlichkeit giere, programmwidrig behindert würden. Um diesem Umstand Abhilfe zu schaffen, sei die Reflexion über den Zusammenhang von Autonomie und Glück durchaus von ganz praktischer Relevanz.

Podiumsdiskussion: Wie bedeutsam ist Autonomie für das glückliche Leben?

Wie wichtig ist Autonomie für ein glückliches Leben? Und was folgt aus den Überlegungen zum Zusammenhang von Autonomie und Glück für die medizinische Praxis? Diesen Fragen geht eine zweite Podiumsdiskussion mit den Referentinnen und Referenten, die zum zweiten Teil der Tagung beigetragen haben, nach.

Medizin und Glück

Im Vordergrund steht dabei zunächst die Frage, ob und gegebenenfalls wie die Medizin zum Glück beitragen kann. Auch wenn zuvor deutlich geworden sei, dass Glücklichsein einiges zu tun habe mit dem Kultivieren positiver Emotionen, äussert sich *Julien Deonna* skeptisch zur Frage, ob der Medizin hierbei eine Rolle zukommen kann. Gewiss bemühe sich die Psychologie, namentlich unter dem Titel der positiven Psychologie, Mittel und Wege aufzuzeigen, wie der Einzelne seine Emotionen nutzen und sie zugleich kontrollieren könne. Dabei stehe, so *Deonna*, das Bestreben im Zentrum, positive Emotionen zu mehrer und negative Emotionen zu vermeiden. Insofern gelte das Augenmerk also tatsächlich stark dem Glücksempfinden und der Frage, wie dieses herbeigeführt werden könne.

Allerdings gelte es laut *Deonna* nicht zuletzt mit Blick auf den Respekt vor der Autonomie eben stets auch zu lernen, dass gerade im medizinischen Umfeld negative Emotionen ihren Platz haben und eine adäquate Reaktion auf die Einflüsse darstellen können, denen die Einzelnen – speziell als Patientinnen – in diesem Umfeld ausgesetzt sind. So sei es bestimmt nicht abwegig, aufgebracht oder wütend auf gewisse Diagnosen oder andere Vorkommnisse zu reagieren. Sollten sich negative Emotionen aber, etwa als Reaktion auf eine chronische Erkrankung, verstetigen, könne es demgegenüber angezeigt sein, an diesen Emotionen zu arbeiten, indem beispielsweise versucht werde, die Sichtweise auf die eigene Situation zu ändern. Er sehe jedoch nicht, in welcher Form die Medizin als Medizin hierbei spezifisch behilflich sein könnte. Als Medizinerin teile sie diese Einschätzung, ergänzt *Barbara Broers*. Denn zum Zeitpunkt, da die Menschen die Ärztin aufsuchen, sei es im Grunde immer schon zu spät. Die Rolle

der Ärztin sei es dann, gegenüber dem Patienten auf die Bedeutung der Emotionen hinzuweisen und ihn zu ermutigen, an und mit seinen Emotionen zu arbeiten, um positive Empfindungen wiederzufinden – wenn auch, soweit es ihren Fachbereich betreffe, beispielsweise ohne Rückgriff auf abhängig machende Substanzen.

Lebensbedingungen und Gerechtigkeit

Eine wichtige Aufgabe für die Medizin und die Psychologie wäre es jedoch, so *Broers*, aufzuzeigen, wie negative Emotionen im Vorfeld verhindert werden können, namentlich in Gebieten wie jenem der Suchtmedizin, wo die eigentliche medizinische Problematik – nämlich das gesundheitsschädigende Verhalten – auf diese Weise womöglich verhindert werden könnte, bevor sie sich im klinischen Kontext manifestiere. Dabei gehe es nicht allein um die Frage nach dem Zugang zu den potenziell problematischen Substanzen, sondern auch um die Lebensbedingungen, die Suchterkrankungen begünstigen könnten.

Der Zusammenhang von Autonomie und Glück, insbesondere die Frage, wie viel Autonomie für ein glückliches Leben notwendig ist, bleibt zumindest aus philosophischer Sicht schwierig zu bestimmen.

Die Bedeutung der Lebensbedingungen betont auch *Hardy Landolt*, der im Anschluss an seinen Vortrag in Erinnerung ruft, wie sehr die Medizin mit ihren heutigen Möglichkeiten es vielfach erst möglich mache, dass Menschen mit immer noch schwereren Funktionsstörungen (über-)leben könnten. Hier sei in der Folge nicht allein die Medizin gefordert, sondern liege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe vor, wenn es darum gehe, dafür besorgt zu sein, dass die nötigen Ressourcen – sowohl finanzieller als auch personeller Natur – zur Verfügung stünden, um allen Betroffenen ein hinreichend autonomes Leben zu ermöglichen. In Zeiten zunehmenden Kosten- und Wirtschaftlichkeitsdrucks im Gesundheitswesen hege er jedoch Zweifel daran, dass der Wille hierzu aufgebracht werde.

Letztlich handle es sich bei dieser Frage um eine Gerechtigkeitsfrage. Diese sei für den Zusammenhang von Glück und Autonomie durchaus bedeutsam, wie *Tobias Eichinger* betont. Gerade die wunscherfüllende Medizin könne hier eine Rolle spielen, die über den eingegrenzten Bereich jener Massnahmen, die mit diesem Titel bezeichnet werden, hinausreicht. Denn die breitere Diskussion der

Möglichkeiten und Eingriffe, welche auf dem Gebiet des *Enhancement* zur Verfügung stehen, präge auch die allgemeine Diskussion darüber, was erstrebenswert sei und gegebenenfalls allgemein zugänglich sein müsse. Aufgrund dieser immer zu verhandelnden Normalisierungstendenzen sei es durchaus von allgemeiner Relevanz, welche wunscherfüllenden Massnahmen Verbreitung finden – auch wenn sie derzeit überwiegend von Selbstzahlern finanziert werden.

Autonomie und Glück

Der Zusammenhang von Autonomie und Glück, insbesondere die Frage, wie viel Autonomie für ein glückliches Leben notwendig sei, bleibe zumindest aus philosophischer Sicht, so *Julien Deonna*, schwierig zu bestimmen. In einer hedonistischen Perspektive auf das Glück spiele die Autonomie keine Rolle, denn in diesem Verständnis komme es lediglich auf die innere Empfindung an – weitgehend unabhängig von der Frage, wie und unter welchen Bedingungen sie zustande komme. In einer evaluativen Auffassung des Glücks dagegen, die sich für das gute Leben interessiere, könne bestimmten Werten – darunter der Autonomie – Bedeutung zukommen, und zwar gerade unabhängig von ihrem Beitrag zu unserem inneren Empfinden und dem Glück, das in unserem Leben verwirklicht ist. In einer solchen Perspektive könne es beispielsweise schwierig vorstellbar sein, dass ein Sklave ein glückliches Leben führen könne, da ein solches Leben ein Leben ohne jegliche Autonomie sei. Für *Deonna* ist es jedoch unbestritten, dass Glück stets über die reine innere Empfindung hinausgeht und auch mit der Verwirklichung gewisser Werte verbunden ist – auch wenn diese Verwirklichung unter Umständen auf Kosten der blossen und vor allem der kurzfristigen Empfindung eines Glückszustandes gehen könne.

Praktisch gesprochen, so führt *Hardy Landolt* aus, stelle sich diesbezüglich oft die Frage nach dem Ineinandergreifen der Versorgungssysteme und der Verantwortung der einzelnen Dienstleister. Er höre oft, dass sich Klienten nie so alleine gelassen und auf sich selbst gestellt fühlten wie beim Austritt aus der Klinik, wo die Autonomie- und Glücksprobleme erst richtig begännen. In Tat und Wahrheit falle die Versorgung an dieser Stelle heute auseinander, und es könnte laut *Landolt* Teil der medizinischen Verantwortung sein, gerade im Namen von Autonomie und Glück gegenüber der Gesellschaft und dem Staat auf diesen Umstand hinzuweisen. Denn werde Menschen das Überleben ermöglicht, müssten ihnen auch die nötigen Rahmenbedingungen zur Verfügung stehen, um dieses

Leben möglichst glücklich und autonom leben zu können. Dieser Ressourcenaspekt sei jedoch nicht nur an den Schnittstellen innerhalb der Versorgungskette von Bedeutung, sondern überall dort, wo der Zeitfaktor und die Abgeltung von Leistungen, die mit Aufmerksamkeit, Zuwendung und Empathie zu tun hätten, im medizinischen Kontext auf dem Spiel stünden. Hier gelte es heute wirksame Fehlanreize zu beheben und zu grosse Unterschiede bei der Vergütung von technischen gegenüber menschlichen Leistungen zu verringern.

Auf die abschliessende Frage, ob die Begriffe des Glücks und der Autonomie für ihre Praxis hilfreich seien, gibt *Barbara Broers* zu bedenken, dass für Suchtbetroffene das Versprechen der Wiedererlangung von Autonomie – gerade auch gegenüber den von ihnen konsumierten Substanzen – einen sehr starken positiven Anreiz darstellen könne. Deshalb arbeite sie gerne mit diesem Konzept und sei überzeugt, dass sie dadurch auch einen Beitrag leisten könne, dass die Betroffenen weniger unglücklich seien, weil sie sich weniger Schaden zufügten. Daraus abzuleiten, dass sie als Medizinerin auch zum Glück dieser Menschen beitrage, sei jedoch nicht statthaft. Zwar hoffe sie, entsprechend wirken zu können; das Versprechen dafür abzugeben, schiene ihr für die Medizin insgesamt aber vermessen.

Fazit: Autonomie und Glück – Spannungsfelder und Konfliktlinien

Ist Autonomie Voraussetzung für ein glückliches Leben – und sind glückliche Menschen besser in der Lage, autonome Entscheidungen zu fällen? Gehören Autonomie und Glück zusammen oder können sie auch miteinander in Konflikt treten? Und falls ja: Wie ist damit umzugehen?

Die Fragestellungen mögen, so zeigte die Tagung «Autonomie und Glück», theoretisch klingen. Für eine autonomieorientierte Medizin, die selbstbestimmtes Entscheiden als eine zentrale Errungenschaft und eines ihrer leitenden Prinzipien versteht, sind sie jedoch von eminenter praktischer Relevanz. Dies unter anderem deshalb, weil sich die wohl wichtigsten Schauplätze von Autonomie in der Medizin, nämlich die Interaktion zwischen Pflegenden und Patientinnen einerseits und die Arzt-Patienten-Beziehung andererseits, auch als die Orte erweisen, an denen positive Emotionen ihren wichtigsten Platz haben.

Denn positive Emotionen – zu denen Glücksempfinden ganz zentral gehört – prägen, so zeigen die neurowissenschaftlichen Befunde, die Wahrnehmung von Situationen ebenso wie die Wahrnehmung des Gegenübers. Sie sind damit ein wichtiger Faktor dafür, dass sich stabile Vertrauensverhältnisse herausbilden können, die der Autonomie des Patienten ohne Zweifel zuträglich und für voraussetzungsreiche Ansätze wie die geteilte Entscheidungsfindung (*Shared Decision Making*) geradezu unverzichtbar sind. Emotionen können in solchen Beziehungsgeflechten aber auch ambivalent sein, wie der Blick auf die Fähigkeit zur Empathie zeigt (vgl. den Vortrag von Émilie Qiao, S. 25 in diesem Band): Institutionen des Gesundheitswesens sind gefordert, in ihren Strukturen das richtige Mass zwischen übermässiger Identifikation zwischen Behandelnden und Patienten zu fördern, auch um Erstere vor einer letztlich kontraproduktiven emotionalen Involviertheit zu schützen. Selbstbestimmung, Glück und eine autonomieorientierte Medizin stehen also, so hat die Tagung bestätigt, durchaus in einem bedeutungsvollen Spannungsverhältnis, dessen Ausgestaltung für das Wohlergehen aller am Geschehen Beteiligten – Patientinnen, Gesundheitsfachpersonen, Angehörige, die breite Öffentlichkeit – von beträchtlicher Relevanz ist. Dies soll im Folgenden an drei Spannungsfeldern und möglichen Konfliktlinien zusammenfassend dargestellt werden.

Zur Bedeutung von Glück für die Autonomie

Positive Emotionen zu fördern kann der Autonomie zuträglich sein und die Voraussetzungen stärken, auf die autonomen Entscheidungen angewiesen sind.

Ist Glück eine Voraussetzung für autonomes Entscheiden? Müssen Institutionen und Fachpersonen das Glück der Patientinnen fördern, um dem Prinzip des Respekts vor ihrer Autonomie gerecht zu werden? Die Neurowissenschaften geben Anhaltspunkte dafür, dass positive Emotionen die Fähigkeit, gute Entscheidungen zu treffen, unterstützen. Derweil beeinträchtigen negative Emotionen, auch anhaltender Stress, die Qualität der Entscheidungsfindung – und zwar sowohl deshalb, weil sie Menschen darin einschränken, überhaupt zu entscheiden, als auch aufgrund der Tatsache, dass sie den Menschen die Beurteilung der Situation erschweren. Negativ beeinflusst wird aber auch die Art und Weise, wie die anderen an der Entscheidungsfindung beteiligten Personen wahrgenommen und beurteilt werden. In Anbetracht des Gewichts, das den vermittelten Sachverhalten und Optionen für eine informierte Entscheidung zukommt, dürfte dieser Aspekt von grosser Bedeutung sein: Je positiver der Blick auf das Gegenüber, desto grösser die Wahrscheinlichkeit, dass die von dieser Person vermittelten Informationen positiv aufgenommen und verarbeitet werden können. Es resultiert ein Vertrauensverhältnis, das selbstredend wiederum darauf angewiesen ist, von der Person mit Informationsvorsprung nicht ausgenutzt zu werden, was etwa im Kontext von *nudging* in gewisse Grauzonen führen kann (vgl. den Vortrag von Christine Clavien, S. 30 in diesem Band).

Positive Emotionen zu fördern kann also der Autonomie zuträglich sein und die Voraussetzungen stärken, auf die autonome Entscheidungen angewiesen sind. Dies kann aber, so betonte im Rahmen der Tagung etwa Hardy Landolt (vgl. den Vortrag von Hardy Landolt, S. 61 in diesem Band), nicht gleichgesetzt werden damit, dass Glück eine Voraussetzung von Autonomie ist. Menschen, denen es gut geht und die mit ihrer Lebenssituation zufrieden sind, verfügen wohl für manche Entscheidungen gerade in medizinischen Konstellationen über einfachere Voraussetzungen. Doch sind Zufriedenheit, physisches und psychisches Wohlergehen oder materieller Wohlstand keine Kriterien, die für die Beurteilung der Urteilsfähigkeit und somit die entscheidende Voraussetzung von Autonomie von Belang sind. Im Gegenteil ist es gerade von grosser Bedeutung, Menschen, deren Glück objektiv oder subjektiv beeinträchtigt ist, nicht bevormundend und

in Bezugnahme auf eine letztlich ohnehin nur subjektiv zu beurteilende Kategorie wie das Glück gewisse Behandlungen oder Verhaltensweisen aufzudrängen. Vielmehr gilt es auch hier, beispielsweise durch Vermittlung aller relevanten Informationen, die Menschen weder unangebracht schonen noch ihnen paternalistisch einen bestimmten Weg nahelegen zu wollen.

Dass es Grenzfälle geben kann, in denen nicht die betroffene Person selbst am besten weiss, was für sie gut ist, wurde im Rahmen der Tagung nicht in Abrede gestellt. Wie etwa Dieter Thomä ausführte, verweist dies in Zusammenhang mit der modernen Medizin auch auf einen inhaltlichen Aspekt von Glück: Glückserfahrungen können beinhalten, dass wir uns gerade nicht in jeder Situation als ultimativ Handelnde auffassen, sondern auch ein «Entgegenkommen der Welt» zulassen und uns entsprechend eingebettet fühlen wollen (vgl. den Vortrag von Dieter Thomä, S. 16 in diesem Band). Und im Kontext der wunscherfüllenden Medizin wurde diskutiert, dass die Wünsche und vor allem Hoffnungen, denen mit der Inanspruchnahme medizinischer Mittel bisweilen nachgelebt werden soll, auch überzogen sein oder auf Fehlinterpretationen der eigentlichen individuellen Problemstellung beruhen können. Dies in einem solchen Mass, dass gerade das, was als Beitrag zum persönlichen Glück angestrebt wird, nur vermeintlich selbstbestimmt ins Auge gefasst wird, weil zentrale Informationen ausgeblendet und nicht in die Entscheidungsfindung einbezogen werden (vgl. den Vortrag von Tobias Eichinger, S. 48 in diesem Band). Das Bewusstsein dafür, dass solche Situationen eintreten können, geht zweifellos mit der Forderung einher, dass alle Beteiligten sie aufmerksam zu erkennen versuchen müssen. Es genügt für sich allein aber keinesfalls, um Glück, Wohlergehen oder Zufriedenheit als Voraussetzung für Autonomie zu werten – und Letztere bei Menschen, die unglücklich sind, eher infrage zu stellen.

Das Wohlergehen der Menschen als begünstigenden Faktor für Autonomie zu berücksichtigen kann aber, wie Barbara Broers in ihren Ausführungen anlässlich der Tagung betonte, durchaus für die Medizin von Bedeutung sein (vgl. den Vortrag von Barbara Broers, S. 58 in diesem Band). Dies dann, wenn es als Aufforderung dafür interpretiert wird, die Lebenssituationen der Menschen so mitzugestalten, dass sie wo immer möglich gar nicht erst in die Situation geraten, in der sie auf medizinische Unterstützung angewiesen sind. In vielen Fällen, in denen somatische oder psychische Einschränkungen der Gesundheit zu behandeln sind, kann dies nicht möglich sein. Für Bereiche wie jenen der Suchtmedizin bedeute es aber, so Broers, aufmerksam zu sein auf diejenigen Lebensverhältnisse der Menschen, die ihren Umgang mit den abhängig machenden

Substanzen beeinflussen. Und auch seitens der Medizin – etwa in der hausärztlichen Praxis – Zeichen zu erkennen für Situationen, in denen die Verbesserung dieser Lebensverhältnisse einer Erkrankung am besten vorzubeugen erlaubte.

Zur Bedeutung von Autonomie für das Glück

Nicht nur die Frage, ob Glück für die Autonomie von Bedeutung ist, sondern auch die umgekehrte Frage, inwieweit Autonomie für das Glücksempfinden und das Wohlergehen der Menschen eine Rolle spielt, stand im Fokus der Tagung. Tatsächlich wird ja oft geltend gemacht, dass es zu einem glücklichen Leben gehört, möglichst lange die wichtigen Entscheidungen selbstbestimmt treffen zu können und – auch in einem physischen Sinn – autonom und unabhängig von helfenden Dritten leben zu können. So gehört es beispielsweise in der Alterspolitik zu den Grundannahmen, dass das autonome Leben in den eigenen vier Wänden nicht nur für die Gesamtgesellschaft kostengünstiger, sondern allem voran der Lebensqualität der Betroffenen zuträglich ist.

In der Tat legen sowohl neurowissenschaftliche Befunde als auch eine philosophische Auseinandersetzung nahe, der Autonomie einen Wert für das Glück bzw. das gute Leben zuzuschreiben. So scheint nachgewiesen, dass autonomes Entscheiden jene Hirnregionen aktiviert, die mit Glück assoziiert sind. Zugleich zeitigt ein Entscheiden unter Zwang Auswirkungen, die dem Glücksempfinden im Weg stehen. Philosophisch gesprochen wiederum kann die Position vertreten werden, dass es zum Glück gehört, erkennen zu können, was einem wertvoll scheint (vgl. den Vortrag von Julien Deonna, S. 53 in diesem Band). Das Empfinden von Glück wäre damit nicht nur ein wichtiger Hinweis darauf, woran sich autonome Entscheidungen orientieren können sollten, sollen sie Ausdruck individueller Werthaltungen sein können. Das Glücksempfinden dürfte vielmehr auch gespeist werden aus der Erfahrung, selbst bestimmen und erleben zu können, welche Werte für uns leitend sind, statt diese von aussen auferlegt zu bekommen.

So kann, wie Andreas Müller an der Tagung festhielt, aus philosophischer Sicht davon ausgegangen werden, dass Autonomie auf mindestens drei Arten zum Glück beitragen kann (vgl. dazu den Vortrag von Andreas Müller, S. 35 in diesem Band). Zum einen ist die Vorstellung verbreitet, dass autonome Entscheidungen aufgrund des Gegenstands, auf den sie gerichtet sind, zum Glück beitragen. In der Tradition von John Stuart Mill werde dabei, so Müller, davon

ausgegangen, dass Menschen in der Regel selbst am besten wissen, was für sie gut ist. Entsprechend ist eine selbstbestimmte Entscheidung in dieser Perspektive in der Regel eine, die auf einen Gegenstand gerichtet ist, der gut für die betreffende Person ist. Zum Zweiten kann autonomes Entscheiden selbst, also unabhängig vom Gegenstand der Entscheidung, Quelle von Glück sein: Dem Wunsch, autonom handeln und entscheiden zu können, messen die meisten grosses Gewicht bei. Autonom zu sein ist in diesem Sinne gleichbedeutend mit der Erfüllung eines wichtigen menschlichen Wunsches. Wunscherfüllung wiederum trägt – das zeigt sich nirgends so deutlich wie an Hochzeiten und Geburtstagen – zum menschlichen Glück bei. Zum Dritten schliesslich ist in der philosophischen Tradition auch die Vorstellung von Bedeutung, dass autonomes Entscheiden Bestandteil eines gelingenden, guten Lebens ist. Zwang, eingeschränkte (Wahl-) Freiheiten und fehlende Perspektiven jedenfalls sind gewiss Faktoren, die nach gängiger Auffassung nicht mit einem glücklichen Leben vereinbar sind.

Freilich sprechen all diese Überlegungen wiederum lediglich für die Bedeutung, die Autonomie für das Glück haben *kann*, und weisen darauf hin, dass Selbstbestimmung *ein Faktor* sein kann, um Glück bzw. die Empfindung von Glück zu befördern. Es wurde im Rahmen der Tagung denn auch nicht argumentiert, dass Autonomie oder selbstbestimmtes Entscheiden ein zwingendes Element des Glücks darstellen. Die Konflikte, in die ein solcher Blick auf die Verschränkung von Autonomie und Glück gerade im Bereich der Medizin führt, liegen jedoch auf der Hand: Wenn beide Kategorien für die jeweils andere so bedeutsam sein können – lässt es sich dann unter Umständen rechtfertigen, im Namen des Glücks die Autonomie eines Patienten zu missachten? Oder gilt es der autonomen Entscheidung immer Vorrang zu geben, auch wenn eine alternative Option dem Wohlergehen bzw. dem Glück zuträglich wäre?

Glück: eine Kategorie für die Medizin?

Dass Autonomie für die moderne Medizin eine zentrale Kategorie ist, ist unbestritten. Die Tagungsreihe «Autonomie in der Medizin», deren Abschlussveranstaltung das vorliegend dokumentierte, fünfte Symposium «Autonomie und Glück» darstellte, dokumentiert ausführlich, dass hierbei nicht allein die Selbstbestimmung der einzelnen Patientin im Blick sein kann.¹⁰ Vielmehr geht es stets um die Autonomie aller Beteiligten, ganz besonders aber um die Beziehungen

10 Eine Zusammenstellung aller Beiträge zu den Tagungen der Jahre 2015–2019 findet sich hier: www.samw.ch/autonomie

zwischen ihnen, welche die so zentralen Voraussetzungen überhaupt erst schaffen, dass Autonomie wahrgenommen werden kann. Beziehungen sind einerseits der Schlüssel, damit auch jene an Entscheidungen partizipieren können, die dazu ohne Unterstützung (noch) nicht in der Lage wären. Hier ist die unterstützende Begleitung durch medizinische Fachpersonen und das Pflegepersonal unabdingbarer Ausdruck des Respekts vor der Autonomie. Sie setzt eine tragfähige Beziehung zwischen Patientinnen und Gesundheitsfachpersonen voraus. Beziehungen sind andererseits aber auch deshalb wichtig, weil sich an ihnen die Konfliktsituationen entscheiden, die sich zwischen dem Respekt vor der Autonomie und der Förderung des Glücks bzw. des Wohlergehens der Patientin ergeben können.

Ist die Beziehung, in der Behandelnde zu ihren Patientinnen stehen, tragfähig, dürften auch jene Konfliktkonstellationen eher aufzulösen sein, in denen die Bezugnahme auf das Glück bzw. Wohlergehen der Patientin eine Gesundheitsfachperson dazu bringen könnte, eine dem autonomen Wunsch des Gegenübers widersprechende Empfehlung abzugeben. Es könnte gerade ein Verdienst des Einbezugs von Glück in die Medizin sein, dass in solchen Situationen ein der Behandlungsqualität letztlich zuträgliches Gegengewicht zur strikten Orientierung an der Autonomie ins Spiel kommen kann.

Wie die Tagung zeigte, ist die Frage, inwieweit Glück eine relevante Kategorie für die Medizin darstellen kann, weit weniger eindeutig zu beantworten, als es für die Autonomie selbstverständlich der Fall ist. Einschlägig, so die Diskussion anlässlich des Symposiums, dürfte der Bereich der «wunscherfüllenden» Medizin sein: Er steht für eine Inanspruchnahme der Medizin bzw. medizinischer Mittel und Methoden, mit denen Betroffene direkt Prädispositionen, Fähigkeiten und äusserliche Voraussetzungen in eine Richtung beeinflussen möchten, die sie als ihrem Wohlergehen zuträglich verstehen. Die zentrale Frage, welche sich am Beispiel der wunscherfüllenden Medizin verdeutlichen lässt, ist, wie mit Situationen umzugehen ist, in denen der autonom geäußerte Wunsch der behandlungswilligen Person in Widerspruch steht zu dem, was von dritter Seite als dem Wohlergehen, allenfalls dem Glück, zuträglich eingeschätzt wird.

Auch diese Frage verweist letztlich – und damit bezieht sich Glück durchaus auf eine verwandte Ebene wie die Autonomie – auf die Beziehung, in der Behandelnde zu ihren Patientinnen stehen. Denn ist diese Beziehung tragfähig, dürften auch jene Konfliktkonstellationen eher aufzulösen sein, in denen die Bezugnahme auf das Glück bzw. Wohlergehen der Patientin eine Gesundheitsfachperson dazu bringen könnte, eine dem autonomen Wunsch des Gegenübers widersprechende Empfehlung abzugeben. Es könnte, so lautet ein Fazit der Tagung, gerade ein Verdienst des Einbezugs von Glück in die Medizin sein, dass in solchen Situationen ein der Behandlungsqualität letztlich zuträgliches Gegengewicht zur strikten Orientierung an der Autonomie ins Spiel kommen kann.

Wie Andrea Büchler, Präsidentin der NEK-CNE, abschliessend und im Rückblick auf die gesamte Tagungsreihe festhielt, zeigt auch der Blick auf die Zusammenhänge zwischen Glück und Autonomie, dass die Voraussetzungen gut sind dafür, dass das Konzept der Autonomie mit seinem ganzen inhaltlichen Reichtum in der zeitgenössischen Medizin zum Tragen kommen kann. Doch gilt es sorgsam mit den Rahmenbedingungen umzugehen, die für autonome Entscheidungen unverzichtbar sind. Das betrifft beispielsweise die Verfügbarkeit und die Qualität von Informationen und ihrer Vermittlung. Es betrifft aber auch das Vorhandensein und die Pflege sozialer Netze – und damit die Ressourcen, die besonders in den Institutionen vorhanden sein müssen, um solche Netze aufrechtzuerhalten. Nicht zuletzt betrifft es auch den gesellschaftlichen Konsens über den Wert der Selbstbestimmung in einer Zeit, in der Privatheit, Solidarität oder gegebenenfalls das Glück des Einzelnen durchaus auch unter Druck geraten könnten.

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten | Liste des oratrices et orateurs

Susanne Brauer, PhD

Vizepräsidentin der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW

Prof. Dr. méd. Barbara Broers

Médecin responsable de l'Unité des dépendances, Département de médecine communautaire aux HUG Genève, vice-présidente de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction

Prof. Dr. iur. Andrea Büchler

Professorin für Privatrecht und Rechtsvergleichung an der Universität Zürich, Präsidentin der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin (NEK)

Dr. Christine Clavien

Maître d'Enseignement et de Recherche, Institut Éthique Histoire Humanités, Université de Genève

Prof. Dr. phil. Julien Deonna

Professeur associé et professeur boursier FNS au Département de philosophie de l'Université de Genève et chef de projet au NCCR en Sciences affectives

Dr. phil. Tobias Eichinger

Oberassistent am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich

Prof. Dr. iur. Hardy Landolt

Professor für Privat- und Sozialversicherungsrecht sowie Haftpflichtrecht an der Universität St. Gallen, Schriftleiter der Zeitschrift «Pflegerecht – Pflegewissenschaft» (PRPW)

Prof. Dr. phil. Andreas Müller

Assistenzprofessor für Praktische Philosophie mit Schwerpunkt Ethik an der Universität Bern

Dr. Émilie Qiao-Tasserit

Docteure en médecine et doctorante en neurosciences fondamentales à la Faculté de médecine de l'Université de Genève

Prof. Dr. med. Jürg Steiger

Chefarzt Nephrologie und Transplantationsimmunologie, Universitätsspital Basel, Präsident der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW

Prof. Dr. phil. Dieter Thomä

Professor für Philosophie an der Universität St. Gallen

