

Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit in ethischer Perspektive

von *Andreas Klein*

Im Gesundheitswesen allgemein, bei bestimmten Diagnose- oder Therapieformen im speziellen, spielt die Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit von Patienten eine zentrale Rolle. Prinzipiell wird Personen das Recht eingeräumt, über ihre Belange, auch im Blick auf Therapiemaßnahmen, selbst zu entscheiden, sofern nicht andere höherrangige Güter dadurch tangiert werden. Entsprechend werden zunehmend Bereiche vorgesehen, in denen Personen auch festlegen können, was unter bestimmten Bedingungen an Therapieformen und/oder z.B. lebensverlängernden Maßnahmen *nicht* mehr durchgeführt werden soll (Stichwort: Patientenverfügung). Dabei geht es u.a. auch um Bereiche, wenn z.B. eine Person zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr in der Lage ist, eine Entscheidung zu treffen und damit ihre Einwilligung oder Ablehnung zu bekunden.

Gerade dieser Bereich der Entscheidungs- oder Einwilligungsunfähigkeit führt permanent zu Problemen und argumentativen Divergenzen. In notfallmedizinischen Situationen etwa genießt die Pflicht zur Lebensrettung und Lebenserhaltung Vorrang gegenüber anderen Abwägungsprozessen – etwa auch, wenn der zu Behandelnde durch Suizid sein Leben selbst beenden wollte. Derzeit ist – auch medial wirksam – wieder einmal das Thema der „aktiven Sterbehilfe“ ins Blickfeld getreten und wird – wie zu erwarten – äußerst kontrovers diskutiert. Auch in anderen europäischen Ländern wird dieses Thema auf die Tagesordnung treten. Die jeweiligen Argumente für oder gegen aktive Sterbehilfe liegen dabei weitgehend auf dem Tisch und die Positionen sind weiterhin eher verhärtet. Dennoch hat es den Anschein, dass sich international die Mentalität insofern verschiebt, als für eine strikte Ablehnung keine Mehrheit mehr zu gewinnen ist. International zeigt sich eine Befürwortung bei durchschnittlich mehr als 60% der Befragten, wobei derartige Befragungen freilich mit äußerster Vorsicht zu bewerten sind. Aber auch bei politischen Fraktionen innerhalb Österreichs lässt sich eine strikte Ablehnung nur noch gelegentlich feststellen. Menschenwürde und Verbot aktiver Sterbehilfe in den Verfassungsrang zu heben, wie gelegentlich gefordert wird, dürfte jedoch als abwegig gelten, zumal – wie etwa in Deutschland – durch einen Verfassungsrang der Menschenwürde über Stammzellforschung und/oder Präimplantationsdiagnostik noch lange nicht vorab entschieden ist. Es ist nämlich keineswegs klar, dass sich verbrauchende Embryonenforschung (Stammzellforschung an humanen embryonalen Stammzellen) und Menschenwürde widersprechen müssen. Jedenfalls sollten

Gegner der aktiven Sterbehilfe den Menschen auch erklären können, warum man meint, politisch das Recht auf Selbstbestimmung an diesem Punkt einschränken zu müssen oder zu sollen – zumal entgegen einer Mehrheitsmeinung in der Bevölkerung, was auch demokratiepolitisch nicht unbedenklich ist (als gewählte Repräsentanten des Volkes) –. Ebenso verfehlt wäre es, innerhalb dieser Strategie nun einseitig alles von einer Verbesserung der Palliativmedizin abhängig zu machen. Die Palliativmedizin kann das Gewicht der zugrunde liegenden Fragestellung jedenfalls nicht stemmen und dieser Rekurs erscheint gelegentlich als ein Ausweichen vor konkreter Verantwortung. Es sollte auf jeden Fall in der Diskussion der Vorteil genutzt werden, internationale Vergleiche im Blick auf den Umgang mit aktiver Sterbehilfe einzubeziehen.

Mit den Stichworten Einwilligung- und Entscheidungsunfähigkeit ist offensichtlich ein äußerst heikler Nerv im Gesundheitswesen getroffen. Denn es stellen sich hier laufend zentrale (ethische) Fragen, etwa auch im Blick auf Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bei Menschen mit geistigen Behinderungen oder, wie schon erwähnt, bei Embryonen. Dementsprechend schwierig gestalten sich die jeweiligen Konsensfindungen. Zwar sind zunächst einmal die jeweils geltenden rechtlichen Bedingungen heranzuziehen und zu erörtern, was aber nicht automatisch bedeutet, dass diese auch schon in ethischer Hinsicht überzeugen müssen. Vielmehr harrt auch in Österreich so manche gesetzliche zentrale Regelung der Revision, weil etwa keine maßgeblichen ethischen oder andere Bedenken gegen eine Änderung sprechen (Beispiel: Samenspende bei weiblichen homosexuellen Paaren mit Kinderwunsch).

Es wäre unangebracht, hier nun gerade von ethischen Experten Letztantworten zu erwarten – das ist auch nicht ihre Aufgabe. Vielmehr sollen sie in methodisch-reflexiv-kritischer Hinsicht Alternativen erörtern und bewerten vor dem Hintergrund bestimmter Ausgangsbedingungen. Es muss hier ständig zwischen unterschiedlichen Gütern und Werten vermittelt werden, die sowohl subjektiv-individuell als auch gesellschaftlich ausdifferenzieren sind. Was genau das Recht auf Leben und das Recht auf Gesundheit jeweils bedeuten, wie weit diese Rechte reichen und was damit zum Ausdruck gebracht werden soll, muss stets Gegenstand intensiver Erörterungen sein. Analog gilt dies für das Recht auf Selbstbestimmung. Es müssen aber sehr gute Gründe beigebracht werden, wenn das Recht auf Selbstbestimmung eingeschränkt werden soll. Es ist auch zu akzeptieren, wenn Menschen anders entscheiden, als wir es in einer analogen Situation getan hätten. Insgesamt sollte einerseits dafür plädiert werden, die Möglichkeit einer Patientenverfügungen verstärkt in Anspruch zu nehmen – was zunächst erhöhte Informationsanstrengungen bedürfte –, und andererseits aktive Sterbehilfe nachhaltiger zu diskutieren. Aber auch dann bleiben noch zahlreiche offene Fragen.