

Michael Peintinger

Die Patientenverfügung

Standortbestimmung drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes

The Living Will: Where Do We Stand Three Years After the Law's Passage?

Zusammenfassung

Drei Jahre nach Beschlussfassung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) erscheint es sinnvoll, dieses Instrument zur Sicherung der Selbstbestimmung auf seine Vorteile, Probleme und Korrekturmöglichkeiten zu überprüfen. Nimmt man an grundlegenden medizinethischen Aspekten Maß, zeigt es sich, dass sich zahlreiche Bedenken im Alltag als berechtigt erwiesen. Bei absoluter Befürwortung der Patientenverfügung wird etwa auf die nur vermeintliche Sicherheit einer verbindlichen PV, ihre erheblichen Kosten und die Gefahr ihrer schleichenden Inkongruenz sowie die unter ihrem Bedeutungswert gehandelte beachtliche PV im Hinblick auf die darin deutliche authentische Willensbildung verwiesen. Desgleichen bedarf es dringlich eines (derzeit in der Wr. Ärztekammer in Vorbereitung befindlichen) Konzepts, ÄrztInnen für erforderliche Aufklärungsgespräche und Interpretationsvorgänge auszubilden. Forderungen für die Novellierung und ein kurzer Blick auf die Situation in Deutschland runden das Bild ab.

Schlüsselwörter: Patientenverfügung, Evaluationsphase, Novellierung

Abstract

After more than three years since commencement of the law on regulating an advance directive (patient's will, PW), a first re-evaluation of this instrument of securing autonomy is due in terms of its advantages, shortcomings and possibility of amendment. From a view of medicine-ethical aspects, several concerns arising from every-day practice seem to have a real basis. Even a strong supporter of the PW will question the certainty of a "binding" PW, recognize its considerable costliness and danger of incongruency. On the other hand, a so-called "noteworthy" PW – i. e., one with certain technical or verbal flaws – shouldn't be underestimated, but still respected as an expression of a clear and authentic will. Furthermore, a concept is urgently needed for the training of physicians concerning informational conversation and the process of interpretation of a PW. The paper is concluded with suggestions for future amendments and a review of the situation in Germany.

Keywords: Advance Directive, Evaluation, Amendments

Univ.-Lektor OA Dr. Michael Peintinger
Krankenanstalt Göttlicher Heiland
Dornbacherstraße 20-28, A-1170 Wien
Michael.Peintinger@meduniwien.ac.at

Vor mehr als drei Jahren wurde am 1. März 2006 das Patientenverfügungsgesetz (PatVG) vom österreichischen Parlament beschlossen und ist am 1. Juni des selben Jahres in Kraft getreten.

Die zugleich beschlossene dreijährige Evaluierungsphase, um in einer Novellierung entsprechende Nachjustierungen vornehmen zu können, hat sich nun ihrem Ende genähert. Dementsprechend scheint es auch aus medizinethischer Sicht ein guter Zeitpunkt, eine Standortbestimmung vorzunehmen. Welche Vorteile und Nachteile wurden auf der Basis des derzeit gültigen Gesetzestextes vermutet oder prognostiziert? Welche dieser Aspekte wurden im konkreten Alltag bestätigt, welche Befürchtungen erwiesen sich als zu pessimistisch? Ja schließlich: Wie sehr hat dieses Instrument der Selbstbestimmung des Patienten¹ überhaupt Eingang in den medizinischen Alltag gefunden?

Die Bewertung soll dabei ihren Ausgangspunkt von jenen grundlegenden medizinethischen Aspekten nehmen, welche schon bisher durchaus als kritische Kommentare zum Text zu verstehen waren, nun aber im Lichte der (immer noch geringfügigen) Erfahrungen auf ihre Berechtigung untersucht werden sollen.

Mit dem PatVG sollte ein weiterer Beitrag geleistet werden, die in vielfacher Hinsicht bereits bis dahin geförderte und mittlerweile doch einigermaßen unbestritten als notwendig erachtete Selbstbestimmung des Menschen im Gesundheitsbereich selbst dann abzusichern, wenn die Kommunikations- oder Kognitionsfähigkeit krankheitsbedingt verloren gegangen ist.²

Am Stellenwert der Selbstbestimmung entzündeten sich auch heute noch, ungeachtet aller grundsätzlichen Zustimmung, mitunter heftige Diskussionen über die Berechtigung des Kranken, auf seiner individuellen Lebensgestaltung zu beharren. Subtilere Gegenargumente basieren auf der Vermutung, dass eine autonome Entscheidung in gewissen Lebenssituationen überhaupt nur ein theoretisches, virtuelles Konstrukt darstellen könne, das vornehmlich von Theoretikern gefordert

werde, die nicht die Erfahrung des medizinischen Alltags besäßen.

Dem ist allerdings – und ebenso mit alltagsgesättigter Erfahrung – entgegenzuhalten, dass ganz grundsätzlich in *jedem* ambitionierten Arzt-Patient-Gespräch die Frage nach dem individuellen Wohl des Menschen eine Antwort erfordert, die über den wissenschaftlichen Erfahrungshorizont der Medizin hinausreicht und die selbstbestimmte Lebensgestaltung zum Inhalt hat.

Schon im gewohnten Alltag wird ja die Frage nach Beginn und Ende der medizinischen Therapie nicht allein durch den medizinischen Sachverstand und die bloße Möglichkeit naturwissenschaftlich-pragmatischen Handelns geregelt. Sie erfolgt – nach Orientierung am medizinisch Machbaren und Sinnvollen – auf der Basis von Verhaltensregeln und Normen, welche in Recht und Moral verwurzelt sind. Gesellschaftliche Werthaltungen, Glaubensüberzeugungen, moralisches Grundverständnis, aber auch Konsenshaltungen innerhalb einer multimoralen und multiethnischen Gesellschaft üben dabei beispielsweise einen erheblichen Einfluss auf sie aus. Deshalb muss der Arzt letztlich auch jene Entscheidungen des Patienten zur Kenntnis nehmen, die ihm aufgrund seiner eigenen Wertorientierung als unvernünftig erscheinen. Zweifellos wird es seinem Fürsorgegebotsgebot entsprechen, wenn er die unterschiedlichen Sinnfassungen – weder in zermürbender noch in vormundender Weise – hinterfragt und die Logik kausaler therapeutischer Möglichkeiten vor Augen stellt; letztlich aber sind ihm bei andauernd ablehnender Haltung des Patienten die Hände gebunden, da er sonst gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten verstoßen würde, das grundsätzlich eine absolute Behandlungsgrenze bildet.³ Nicht der Arzt hat ein Recht zu behandeln, sondern der Patient hat ein Recht, behandelt zu werden.

Im Hinblick auf einzelne Probleme der Erstellung, des Umgangs und der Anwendung der Patientenverfügung, auf die schon in dieser Zeitschrift Bezug genommen wurde,⁴ sei an dieser Stelle auch

auf den durchaus komplexen Werdegang des Gesetzes verwiesen, das – abweichend von ursprünglichen Konzepten – nach einem wohl zu kurzen gesellschaftspolitischen Diskurs⁵ beschlossen wurde. Dieser Werdegang kann zugleich als eine der Ursachen für Probleme im alltäglichen Umgang angesehen werden. So steht – bei absoluter Befürwortung von Patientenverfügungen seitens des Autors – ebenso eindeutig fest, dass es sich bei dem in Österreich gewählten Gesetzesweg angesichts zahlreicher problematischer Details derzeit wohl nur um eine erste Stufe der Implementierung des Instruments in den Alltag handeln kann. Insofern ist, wie auch am Schluss näher ausgeführt, zu hoffen, dass die Ergebnisse der Evaluation zu einer notwendigen Novellierung des Gesetzes führen werden.

Das Instrument Patientenverfügung

Von ethischen Gesichtspunkten ausgehend, stellt sich die Patientenverfügung als (schriftliche) Erklärung dar, die dazu dienen soll, einen im Voraus geplanten und nun möglicherweise zu Ende gehenden Lebensentwurf selbst dann weiter gestalten zu können, wenn Kommunikations- oder Kognitionsfähigkeit verloren gegangen sind.

Diese positive Sichtweise verhindert, dass die Verfügung nicht als bloße „Abwehr- und Kampfmaßnahme eines widerständigen Patienten“ angesehen wird, die auf dem Misstrauen gegenüber verbissenem therapeutischem Übereifer oder der Angst vor einem erschwerten, verlängerten Sterben beruht. Das erlaubt den zukünftigen Interpreten damit einen weniger defensiven, weniger misstrauischen Zugang zum Instrument, und fördert damit deren Bereitschaft, sich im Zuge der Auslegung näher und kreativer an den Patientenwillen heranzutasten.

Verbindliche und Beachtliche Verfügung

Der Gesetzgeber hat zwischen einer verbindlichen und einer beachtlichen Patientenverfügung (PV) unterschieden.

Eine Verfügung gilt als verbindlich, wenn neben einem zulässigen Inhalt (§ 4) und einer ordnungs-

gemäßen ärztlichen Aufklärung mit ausreichender Folgenabschätzung (§ 5) auch formale Vorschriften eingehalten wurden (§ 6). Die Errichtung darf dabei maximal fünf Jahre (bzw. nicht länger als eine von der verfassenden Person selbst festgelegte kürzere Frist, § 7) zurückliegen. Ebenso dürfen sich in der Zwischenzeit keine wesentlich neuen Gesichtspunkte therapeutischen Handelns durch medizinische Fortschritte ergeben haben.

Sowohl die Unterscheidung zwischen verbindlicher und beachtlicher PV als auch die Befassung mit Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundigem Mitarbeiter der Patientenvertretungen sowie die daraus erwachsenden Kosten wurden und werden weiterhin häufig kritisch bewertet, und es wird in diesem Zusammenhang von „hohen formalen Hürden“ gesprochen.⁶

Bezugnehmend auf die – aus Sicht des Autors und im Einklang mit den Alltagserfahrungen – durchaus zu Recht bestehende Kritik hinsichtlich der unterschiedlichen Graduierungen „verbindlich“ vs. „beachtlich“ müssen kritische Adnota zur Bedeutung der Verbindlichkeit und zu den formalen und finanziellen Erfordernissen angeführt werden, welche auch nach zweijähriger Erfahrung keineswegs an Gültigkeit verloren haben.

Grundsätzliche Bedeutung der Verbindlichkeit

Jene Argumente, die zumeist für eine Verbindlichkeit ins Treffen geführt werden, beziehen sich auf ein dadurch klar abgelegtes Bekenntnis zur Tragweite der Entscheidungen durch den Verfasser, auf den Schutz vor Voreiligkeit sowie die dadurch empfundene Sicherheit, dass die Ärzte den Inhalt auch zu respektieren haben. Letzteren wiederum scheint die Sicherheit geboten, dass keine strafrechtlichen oder zivilrechtlichen Folgen drohen sollten, sofern sie ihrer Sorgfaltspflicht nachkommen und sie auf Grundlage der naturwissenschaftlichen Gegebenheiten die in der Verfügung beschriebenen Handlungsablehnungen befolgen. In formaler Hinsicht wird oft kritisch von einer „rechtlichen Überregulierung“ gesprochen, die Inkongruenz im Vergleich

zur formlosen aktuellen Ablehnungsmöglichkeit von therapeutischen Handlungen aufgezeigt und generell deren Bedeutung für eine „durchschnittliche“ PV infrage gestellt.⁷

Ethisch gesehen suggeriert eine verbindliche PV allerdings letztlich *mehr* Sicherheit als tatsächlich gegeben erscheint. Denn das Hauptgewicht der Verfügung liegt weiterhin einerseits auf der konkreten *inhaltlichen* Ausgestaltung, andererseits auf der qualitätvollen Interpretation, in der die Kongruenz zwischen der vorherbeschriebenen Situation, an welche eine konkrete Behandlungsablehnung geknüpft ist, mit der aktuell vorgefundenen bewertet wird.

Für den Patienten ist damit die „Sicherheit“ weniger von den formalen Kriterien abhängig als von einer sorgfältigen inhaltlichen Ausgestaltung und einer ebenso genauen, dem Willen des Patienten tatsächlich nahe kommenden Interpretation.

Die Verbindlichkeit einer Verfügung kann sich auch noch in einer anderen Hinsicht als „Pferdefuß“ erweisen. Wenn nämlich das strenge Regime für eine verbindliche PV als Signal dafür zu sehen ist, dass bei „nur geringsten Zweifeln“ seitens der Ärzte Vertreter des Patienten beizuziehen oder die Bestellung eines Sachwalters anzuregen seien,⁸ werden die Interpretierenden generell eher geneigt sein, Zweifel wahrzunehmen und aus Schutzinteressen eine Relativierung der Verbindlichkeit anzustreben.

Dementsprechend problematisch nimmt sich daher der gelegentliche Jubel aus, wonach eine verbindliche – und teuer erworbene – PV dazu angetan sei, die Ängste des Patienten, bzw. das Unsicherheitsgefühl des Interpreten schon per se zu beherrschen.

Verbindlichkeit – finanzielle Erfordernisse

Schon aufgrund dieser eben getroffenen Einschätzung nimmt sich die an sich schon kritisch beurteilte Frage der Kosten bei der Errichtung einer verbindlichen PV noch problematischer aus. Hinsichtlich der finanziellen Belastungen lässt sich zudem – auch weiterhin – kritisch anmerken,

dass Zweifel bestehen, ob seitens des Gesetzgebers tatsächlich ausreichend dafür gesorgt wurde, dass dieses Selbstbestimmungsinstrument auch sozial Bedürftigen zugänglich ist. Denn wie die Erfahrung zeigt, kann – entgegen mancher den Ankündigungen – auch seitens der Patientenanwaltschaften keineswegs von einer österreichweiten und generellen kostenlosen Dienstleistung gesprochen werden.

Desgleichen stellt auch die Honorierung des ärztlichen Aufklärungsgespräches mangels Rückvergütung durch die Sozialversicherungen ein ungelöstes Problem dar. Wenn allerdings diese wertorientierten, reflexionsreichen und anspruchsvollen Aufklärungsgespräche sowohl für die aktuellen Entscheidungsszenarien und für die bestehende Arzt-Patient-Beziehung als auch für gegenwärtige und zukünftige Therapieschritte von Bedeutung sind, sollte längerfristig daran gedacht werden, diesem Gespräch seinen therapeutischen Stellenwert zuzuerkennen und seitens der Sozialversicherungen zu honorieren. Davon unbeeinflusst wird innerhalb der Ärztekammer dafür Sorge getragen werden müssen, dass dieser herausfordernde Aufklärungsprozess zur Errichtung einer PV gut eingeübt und kompetent angeboten werden kann.

Problem der schleichenden Inkongruenz des Willens bei verbindlicher Patientenverfügung

Im Hinblick auf die rechtlichen Regelungen einer verbindlichen Verfügung lässt sich zudem ein bislang kaum beachtetes, ethisch jedoch durchaus relevantes Problem identifizieren. Es entzündet sich an dem Umstand, dass der Verfasser, bedingt durch äußere Vorkommnisse, zunächst gewisse, vielleicht bloß marginale Differenzen zwischen seinen Vorstellungen und seinem bereits schriftlich niedergelegten und teuer beurkundeten Willen in seiner verbindlichen PV wahrnimmt. Selbst wenn er in den nächsten Monaten einige Formulierungen oder Behandlungsablehnungen als tatsächlich nicht mehr so zutreffend empfindet, wird er nicht gleich von neuem mit der formalen Prozedur zur Korrektur seiner Verfügung beginnen, einerseits

des Zeitaufwandes wegen, andererseits, weil dadurch ja auch neuerlich finanzielle Kosten anfallen würden. Vielmehr wird er wohl dazu neigen, aus ökonomischen Gründen erst einmal abzuwarten und einige Änderungsvorstellungen zu „sammeln“, bis deren Summe den neuerlichen Weg zu Arzt und Rechtsanwalt rechtfertigen würde. Auf diese Weise könnten im Laufe der Zeit erhebliche Inkongruenzen zwischen verbindlicher PV und dem tatsächlichen Willen auftreten. Verliert nun der Patient seine Einsichts- und/oder Urteilsfähigkeit in dieser eventuell bereits länger andauernden „Latenzphase“, wäre seine – aufgeschobener Weise unveränderte – Verfügung anzuwenden, obschon nunmehr bereits beträchtliche Differenzen zwischen seinem aktuellen und dem schriftlich niedergelegten Willen bestehen könnten, diese also tatsächlich nicht mehr dem aktuellen Willen entspricht.

Die beachtliche Patientenverfügung

Der Umstand, dass aus juristischer Sicht eine PV dann als „beachtlich“ anzusehen ist, wenn sie *Mängel* hinsichtlich der in §§ 4-7 geforderten Bedingungen aufweist, mag allzu leicht zur Auffassung verführen, dass von einem „Dokument zweiter Klasse“ gesprochen wird oder die Verfügung gar als „Trostpreis“ für all jene qualifiziert wird, die an den formalen Hürden scheiterten. Setzen sich diese Einschätzungen nämlich fest, ist zu befürchten, dass eine Verfügung, die bereits vorab als Mängelwesen betrachtet wird, auch im Alltag als weniger bedeutsam angesehen wird, was sich in der Qualität der Interpretation niederschlagen kann. In der Folge soll eine der möglichen ethischen Begründungen geboten werden, weshalb eine beachtliche PV nicht nur zu „beachten“, sondern ebenfalls als authentische Willensäußerung wahrzunehmen ist. Sie beruht dabei auf Überlegungen zum bisherigen Handlungsmaßstab bei kommunikations- oder kognitionsunfähigen Patienten, dem so genannten „mutmaßlichen Willen“.

Denn dieser, zumeist durch Befragung von Angehörigen und Bekannten erhoben, weist bei nähe-

rer Betrachtung selbst erhebliche Unsicherheiten auf. Es kann nämlich keineswegs garantiert werden, dass Aussagen Dritter tatsächlich den Willen der Person repräsentieren. So können z. B. Schuldgefühle oder Verlustängste Angehörige dazu verleiten, eine ihnen bekannte Behandlungsablehnung nicht in der tatsächlichen Unbedingtheit wiederzugeben. Umgekehrt können Belastungen, beispielsweise im Hinblick auf Pflege und Versorgung, als Motiv für eine verstärkte Darstellung von möglicherweise nur dahingesprochene Aussagen über die Unerträglichkeit des Lebens und einer daraus resultierenden Einstellung von therapeutischen Optionen dienen. Es bedarf also letztlich auch einer „Meta-Interpretation“ der Aussage, damit authentische Willensäußerungen von individuellen emotional geprägten Fremddarstellungen unterschieden werden können. Noch deutlicher lässt sich dies zeigen, wenn man bedenkt, dass Behandlungsentscheidungen öfters überhaupt nur mit allgemeinen Wertvorstellungen verbunden werden können, weil beispielsweise bei sozial völlig isolierten alten Menschen keine Information hinsichtlich des mutmaßlichen Willens erhoben werden kann. Im Gegensatz zu diesen beiden Entscheidungsmaßstäben erweist sich eine beachtliche PV letztlich als hoch authentische Willenskundgebung. Dabei muss auch bedacht werden, dass jeder Verfügung in der Regel ein durchaus anspruchsvoller Reflexionsprozess vorausgeht und dass die sprachliche Gestaltung und Niederschrift einer Verfügung, auch im Wissen um die daraus resultierende Selbstbindung für niemanden einen einfachen Prozess darstellt. All dies sollte als gewichtige Argumentation dafür gelten, eine „bloß“ beachtliche PV als ebenso handlungsleitend anzusehen und daraus die moralische Verpflichtung abzuleiten, diesen authentischen Willen „verbindlich“ im Sinne von „verpflichtend“ zu befolgen, selbst wenn dieser nicht alle formalen Absicherungen aufzuweisen hat.⁹ Der Charme, den eine beachtliche Verfügung im Gegensatz zur verbindlichen besitzt, liegt dabei genau in jenem Umstand geborgen, dass die oben beschriebene Inkon-

gruenz-Problematik vermieden werden kann. Der Verfasser hat ja tatsächlich die Möglichkeit, täglich und in einfacher Weise seine Verfügung zu revidieren und Ergänzungen vorzunehmen.

Die derzeitige Hauptproblematik der „beachtlichen“ PV lässt sich somit in der *Bewertung der Beachtlichkeit durch die Interpreten* identifizieren. Denn der an sich ungenaue Begriff der „Beachtlichkeit“ erscheint untrennbar mit der wertorientierten Haltung des Interpreten verbunden. Er stellt jedoch – im Sinne einer „Beliebigkeit“ – keineswegs einen Freibrief für ein Ermessen des Arztes aus. Wer „beachtlich“ höchstens im Sinne von „zur Kenntnis nehmen“ versteht, wird wohl schon vor aller Interpretation pragmatisch davon ausgehen, dass Notwendigkeiten, Sachzwänge und sinnvolles Handeln vorrangig die Handlungsentscheidung bestimmen, die in der Folge dann höchstens durch die Willensäußerung des Patienten geringfügig nachjustiert wird.

Ethische Conclusio zu „Verbindlich“ vs. „Beachtlich“

Die genannten Probleme im Umfeld einer verbindlichen PV und die argumentierbare Authentizität einer beachtlichen Verfügung sollten daher Ansporn sein, diese Zweiteilung künftig zu überdenken und jedenfalls einen grundsätzlich positiven Zugang zur Interpretation des Dokuments anzustreben. Dies sollte auch von der Erkenntnis begleitet sein, dass der Patient das Vertrauen in den ehrlichen Interpreten setzt, der dem Willen des Patienten bei größtmöglicher Sorgfalt der Auslegung den Vorrang vor allen normativen und formalen Gesichtspunkten und ohne bloßes Maßnehmen an der eigenen Sicherheit einräumt.

Der Inhalt

Gemäß § 4 müssen Behandlungsablehnungen entweder konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Zusammenhang hervorgehen.

Der Umstand, dass in einer PV nur *Behandlungsablehnungen* Verbindlichkeit beanspruchen

können, entspricht der schon bisher verfassungsmäßig geschützten Autonomie im Sinne eines Schutzrechts, das sowohl dem Verfasser als auch dem Interpreten zusteht. Es ist daher irreführend, wenn immer noch Formulierungshilfen zur Errichtung von Patientenverfügungen angeboten werden, die zahlreiche Wunschformulierungen aufweisen.¹⁰

Als äußerst positiv ist dabei der Umstand zu bewerten, dass der Patientenwille auch aus dem *Gesamtzusammenhang* erschlossen werden darf.

Um diesen Willen aus einer „Gesamtsituation“ abzuleiten, bedarf es jedoch der Hilfe des Patienten, der nicht bloß wortkarg einige Ablehnungen formuliert, sondern diese auch zu begründen weiß. Mit jeder wertorientierten Begründung verdichtet sich das Bild, das der Betreffende von seinem zu Ende gehenden Leben entworfen hatte und welches ein wesentlicher Bestandteil der „Gesamtsituation“ ist. Je umfassender die Begründungen, desto gewichtiger können sie in einer Zusammenschau von Situation und Willen herangezogen werden und umso leichter wird es für den Interpreten, selbst dann dem Willen des Patienten gemäß zu handeln, wenn sich deutliche Inkongruenzen zwischen vorherbeschriebener Situation und aktuell vorgefundenem Zustandsbild zeigen. Dass dies in Spannung zu juristischen Meinungen steht, die im Zweifel deshalb eine Behandlung empfehlen, weil „weniger passieren könne“, sei nicht verschwiegen. Die Erarbeitung von Begründungen wird damit zum Kernpunkt des in § 5 geforderten ärztlichen Aufklärungsgespräches.

Zu den vor und nach der Gesetzeswerdung besonders diskutierten Aspekte des Inhalts zählt besonders die Frage nach der Verbindung zwischen PV und Sterbehilfe.

Zur Besänftigung einer Angst vor strafrechtlich relevantem Handeln muss dabei auf die genaue Unterscheidung der verschiedenen Formen der Sterbehilfe Bezug genommen werden. Die aktive, direkte und freiwillige Sterbehilfe verfolgt unter Einsatz eines Mittels (= aktiv) die Intention, dass der Patient im Endeffekt tot sei (= direkt). Der Patient muss unbeeinflusst dazu seine Zustimmung

gegeben haben (= freiwillig). Als passive Sterbehilfe hingegen wird jene Form verstanden, welche durch Unterlassung einer Handlung (= passiv) den Tod des Patienten entweder bewusst intendiert (= direkt) oder lediglich „in Kauf nimmt“ (= indirekt).

Da gemäß gesetzlicher Regelung der Mensch in seiner Verfügung ja nur *Behandlungsablehnungen* festlegen kann, und das Gesetz keine Möglichkeit von Wünschen vorsieht, lässt sich mit Hilfe einer PV österreichischen Zuschnitts eine gesetzlich verbotene *aktive direkte* Sterbehilfe logisch keineswegs erzwingen.

Hinsichtlich einer passiven Sterbehilfe muss bedacht werden, dass das Unterlassen einer Handlung aufgrund einer Behandlungsablehnung ja gerade auf den eigentlichen Grundcharakter und die Intention einer PV verweist. Dass dieses Unterlassen den Tod zur Folge haben kann, wird Gegenstand der richtigen Folgeabschätzung des Patienten sein und in der ärztlichen Aufklärung thematisiert werden müssen.

Wer jedoch in diesem durch eine Verfügung hervorgerufenen Umstand eine Bedrohung vermutet, übersieht, dass dies auch im gewöhnlichen medizinischen Alltag durchaus typisch und gebräuchlich ist. Der Patient hat ja auch aktuell das Recht, eine Behandlung abzulehnen, selbst wenn dies dem Arzt „unvernünftig“ erscheint und unabhängig von den möglicherweise tödlichen Konsequenzen. Sofern der Patient keinem Irrtum unterliegt, was aus der klaren und richtigen Einschätzung der Konsequenzen abzuleiten ist, und sofern er in seiner Entscheidung frei und ungenötigt ist, verhindert seine Ablehnung jedes ärztliche Handeln, selbst wenn dadurch der Tod herbeigeführt oder beschleunigt würde. Weder ergibt sich daher durch die gesetzlich ermöglichte PV eine neue Situation, noch müssen erst neue Maßstäbe für ein Handeln gefunden werden, da diese ja bereits bestehen und im Alltag angewendet werden. Wer das zu verhindern trachten möchte, setzt sich dem Verdacht aus, neuerlich eine „Behandlungspflicht“ oder gar eine „Zwangsbehandlung“ anzustreben. Zugleich wür-

de der Wille des Patienten (aktuell oder im Rahmen der Patientenverfügung) neuerlich dem Ermessen des Arztes unterworfen: Die Respektierung von Behandlungsablehnungen wäre dann nur insoweit berücksichtigungswürdig, als nicht die Gefahr bestünde, dass dadurch das Leben gefährdet würde. Wer solches intendiert, führt jede (deshalb noch keineswegs überdehnte!) Selbstbestimmung und damit auch das Instrument der PV ad absurdum.

Parallel zu den Bedenken hinsichtlich der passiven Sterbehilfe wird meist in ähnlicher Weise auch vor der Gefahr von vermehrten suizidalen Handlungen durch die Einführung der PV gewarnt. Doch auch diesbezüglich muss auf die Analogie zur aktuellen Situation bei wachen und entscheidungsfähigen Patienten verwiesen werden. Die Behandlungsbegrenzung durch die Selbstbestimmung des Patienten gilt ja unabhängig davon, welchen Motiven zufolge der Patient seine Entscheidung trifft. Hingegen nämlich die Respektierung seiner Entscheidung von der Art des Motivs ab, wäre dem Therapeuten auf diese Weise letztlich neuerlich die durch nichts gerechtfertigte Kompetenz zuerkannt, die Motive zu bewerten. Die Selbstbestimmung des Patienten wäre in geradezu unzulässiger Weise relativiert. Überdies wäre auch die Rechtssicherheit hinsichtlich des explizit bestehenden Persönlichkeitsrechts auf freie Lebensgestaltung, wozu sich auch Gesundheitsentscheidungen zählen lassen, nicht mehr gegeben. Es wird daher aus guten Gründen geraten sein, fürsorglich nach den Motiven der Entscheidung zu fahnden. Jedoch kann der Patient keineswegs zu einem „Offenbarungseid“ gezwungen werden. Wenn aber diese Problematik schon aktuell besteht, kann es sich keineswegs um eine zusätzliche, durch das neue Instrument der Selbstbestimmung hervorgerufene Gefahr handeln.¹¹

Aufklärung durch den Arzt

Im Zuge der Errichtung einer verbindlichen PV hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass die betreffende Person sich einem ärztlichen Aufklärungsgespräch zu unterziehen habe (§ 5).

Über den gesetzlichen Auftrag hinausgehend jedoch findet sich im Wesen der Selbstbestimmung¹² auch die zentrale ethische Begründung, weshalb eine PV ohne eine ärztliche Aufklärung zu meist bruchstückhaft, ja mitunter überhaupt nur „dem Anschein nach autonom“ ist, weil wesentliche Erkenntnisschritte unreflektiert bleiben oder die Freiheit der Entscheidung Mängel aufweist.

Somit werden im Zuge der ärztlichen Aufklärung zwei unterschiedliche Handlungsbereiche verknüpft. Zum einen die Information des Patienten und die Möglichkeit zur gemeinsamen Wertreflexion.¹³ Zum anderen die ärztliche Einschätzung des Patienten hinsichtlich der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, seiner Folgenabschätzung, seines ernsthaften Willens und der fehlenden Nötigung.

So gesehen kann das aktuelle Gespräch als Modell für ein Aufklärungsgespräch „in die Zukunft hin“ verstanden werden, dessen Entscheidungen nur nicht unmittelbar in der dabei beschlossenen Therapie münden und dessen Ausgangspunkt keine „therapeutischen Notwendigkeiten“, sondern die Präferenzen des Patienten darstellen. Dabei ist aus ethischer Sicht noch nicht ausreichend er-messen, dass sich im Gespräch ein bedeutender Spannungsbogen des Patientenvertrauens zwischen dem aktuell aufklärenden Arzt und den zukünftigen ärztlichen Interpreteten aufbaut. Dies – und nicht bloß die pragmatische Sicht, wonach klare Formulierungen eine allfällige Verwendung erleichtern – sollte auch moralischer Ansporn sein, Aufklärungsgespräche sorgfältig, behutsam und dennoch in aller Klarheit und mit Respekt vor der aufscheinenden Wertorientierung zu führen.¹⁴

Die zahlreichen Vorteile und der - angestrebte - qualitativ hochwertige Beratungsprozess mit seinen eben genannten Auswirkungen auf die alltägliche Arzt-Patient-Beziehung relativieren damit die gelegentlich geäußerte Kritik von einem „unzumutbaren Aufklärungszwang“¹⁵, der bereits wenige Tage nach dem Gesetzesbeschluss im Österreichischen Parlament im Deutschen Feuilleton gegeißelt wurde, oder den sarkastischen Hinweis

auf das vom Gesetzgeber der Ärzteschaft zusätzlich ermöglichte Geschäftsfeld.¹⁶

Neue Fürsorglichkeit des Arztes und des therapeutischen Teams

Unter Berücksichtigung aller genannten Aspekte, die eine PV erst zu einem authentischen Instrument der Selbstbestimmung werden lassen, das in äußerst sensiblen Lebensphasen zum Einsatz kommt, ist daher auch ein hoher Anspruch an eine qualitativ hochwertige Fürsorglichkeit aller im Gesundheitsbereich Beteiligten zu setzen.¹⁷

Diese beginnt mit der auf der grundsätzlichen positiven Haltung zur PV beruhenden Bereitschaft, eine für Verfügungen spezifisch notwendige Gestaltung des Aufklärungsprozesses zu erlernen, einzuüben und anzuwenden, in dem naturwissenschaftliches Fachwissen, Ängste und Folgeeinschätzungen qualifiziert thematisiert werden, wie auch begründete Ablehnungen aufgrund der je individuellen Wertorientierung erarbeitet werden. Diese Fürsorglichkeit setzt sich fort in einer aufgeschlossenen Haltung gegenüber den zu interpretierenden Verfügungen, die als Ausdruck eines Menschen, der über sein zu Ende gehendes Leben intensiv nachgedacht hat, verstanden werden sollen.

Schließlich sollte auch der fürsorgliche Akt eines strukturell und menschlich gepflegten Feedbacks von jenen Kollegen nicht unterschätzt werden, die schon Erfahrungen mit Interpretationen jener Verfügungen sammeln konnten, welche den eigenen Aufklärungsgesprächen entstammten.

Zusätzliche ethische Aspekte zum Thema Patientenverfügung

1. Reichweitenbegrenzung und Abfassung durch gesunde Menschen

Die bereits oben genannte „Reichweitenbegrenzung“ wurde unter anderem damit begründet, dass es für einen gesunden Menschen schwer sei, sich zukünftige Situationen vorzustellen, woraus die Gefahr erwachse, dass Patientenverfügungen von Gesunden mehr als Akt einer Lebenswerteinschät-

zung dienen könnten. Wenn die PV jedoch als ein Instrument der selbstbestimmten Gestaltung des eigenen Lebens verstanden wird, kann die Berechtigung dazu, die auf der – keineswegs deshalb schon überschätzten – Autonomie basiert, nicht von etwaigen Diagnosen abhängig gemacht werden.

Es ist zweifellos einsichtig, dass die Verfügung, die von einem gesunden Menschen verfasst wird, in wesentlichen Teilbereichen wohl immer weniger konkret sein muss, als dies beispielsweise bei einem langjährig an einer chronischen Erkrankung leidenden Patienten der Fall ist. Andererseits scheint dem Menschen jedoch von diesen Kritikern kaum die generelle Fähigkeit abgesprochen zu werden, weitreichende Entscheidungen für eine grundsätzlich ungewisse Zukunft zu treffen.

Näher hin betrachtet lässt sich auch die Behauptung wagen, dass gleichsam niemand – auch nicht der Arzt abseits seiner medizinischen Kenntnisse und therapeutischen Erfahrungen – *persönliche* Erfahrungen über das *Erleben* solcher Zustandsbilder besitzt, ein Faktum, das auch bei aktuellen Alltagsentscheidungen zweifellos bedacht werden muss. Es handelt sich dabei wohl um ein wesentliches, jedoch nicht ausreichendes Argument, um die Möglichkeit einer bleibenden Willensbildung einzuschränken. Zusätzlich lässt sich diese Sorge durchaus mit dem Hinweis relativieren, dass ja niemand zur Errichtung einer Verfügung gezwungen wird. Zudem hat der Patient auch die Möglichkeit, gewisse Situationen oder Unwägbarkeiten in seiner Verfügung auszuschließen oder etwa für spezielle Szenarien die Expertise des dann behandelnden Arztes über die eigene, vorab verfasste Willenskundgebung zu stellen.

Zur Erläuterung der Sinnhaftigkeit, dass auch gesunde Menschen eine Verfügung errichten, sollte zudem auch bedacht werden, dass die Freiheit von äußerer und innerer Nötigung eine der drei Säulen darstellt, welche einer Entscheidung erst tatsächlich die Qualität der Selbstbestimmtheit verleiht. Diese Freiheit ist wohl zweifellos in größerem Maß vorhanden, wenn durch das Fehlen der Dramatik

einer Erkrankung oder Belastung durch Leiden eine noch nötigungsfreiere und gelassener Reflektion gewährleistet ist. Dies bestätigen indirekt alle Kritiker, die davon ausgehen, dass ein „abstrakter Autonomiebegriff“ als Ansatzpunkt für selbstbestimmte Entscheidungen die besondere Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Schwerkranken und Sterbenden nicht wahrnehme, was im Umkehrschluss ja geradezu ein Argument für eine frühzeitige Abfassung einer PV darstellt.

Weiters darf nicht übersehen werden, dass jede Konstruktion, die eine Reichweitenbegrenzung in die Gültigkeit einer PV einbeziehen möchte, letztlich auch eine Unzahl weiterer Fragen wie etwa jene nach den Krankheitsbildern und –zuständen, in denen eine PV abgefasst werden „dürfe“, aufwerfen. Man denke z. B. an die Möglichkeit, dass ein an amyotropher Lateralsklerose erkrankter Mensch im frühen Stadium wohl zwar theoretisch die späten Erkrankungszustände begreifen wird, jedoch in diesem Fall ebenfalls bloß optional entscheiden können wird, – so wie dies jeder andere Mensch etwa im Hinblick auf mögliche Folgen von Verkehrsunfällen erwägt. Würde man ihm aber im Sinne einer sehr rigid-engen Auslegung der „Reichweitenbegrenzung“ die Möglichkeit zur Abfassung erst in einem späten Stadium der Erkrankung zuerkennen, wäre wieder der Grad der bestehenden Nötigung wesentlich höher und damit die Qualität der selbstbestimmten Entscheidung herabgesetzt.

Nicht zuletzt muss, im Einklang mit den alltäglichen Erfahrungen im medizinischen Alltag natürlich auch davon ausgegangen werden, dass insbesondere zahlreiche ältere Menschen an einer Vielzahl von Einzelerkrankungen leiden, deren Summe erst ein Zustandsbild ergibt, das entweder aus medizinischer oder individueller Sicht eine weitere Behandlung als wenig anstrebenswert erscheinen lässt.

2. Ethische Relevanz der fehlenden „Gewaltentrennung bei der Interpretation“

Auf einen möglicherweise ethisch relevanten Umstand, der mit der Interpretation bzw. mit je-

nem Arzt, der diese vornimmt, zusammenhängt, soll noch hingewiesen werden. So kann sich die Situation ergeben, dass derselbe Arzt, der die Diagnose einer Kommunikations- oder Kognitionsunfähigkeit stellt, zugleich derjenige ist, der die PV interpretiert und danach sein therapeutisches Handeln ausrichtet. Dies kann zweifellos zu Interessenskonflikten führen. Beispielsweise könnte ein Arzt, der eine Therapie durchführen will, jedoch zugleich Bescheid weiß, dass eine Verfügung mit einer entsprechenden Ablehnung vorliegt, noch bemüht sein, in einer sehr weiten Sichtweise Reste einer „Kommunikationsfähigkeit“ zu diagnostizieren, damit er nicht auf die Verfügung zurückgreifen muss. Weiters ist im Zusammenhang mit der Notfallsregelung (§ 12) denkbar, dass der Arzt im Wissen um einen Verfügungsinhalt einen Therapiebeginn als lebensnotwendig deklariert, damit er auf diese Weise zunächst seiner Interpretationspflicht entgeht und durch Schaffung von Fakten einer Ablehnung zuvorkommt. Schließlich wäre auch denkbar, dass es, ungeachtet einer bestehenden und verbindlichen Behandlungsablehnung, durch eine sehr spezielle Auslegung der Verfügung doch gelänge, die eigenen Therapievorstellungen mit dem Patientenwillen zu vereinen.

Es wäre daher aus ethischer Sicht sinnvoll, für die Diagnose des Zustands, der den Griff zur Verfügung erfordert, sowie für die Interpretation ein „Mehr-Augen-Prinzip“ zu etablieren. Längerfristig jedoch sollte die bereits jetzt mancherorts genutzte Vorgehensweise geübt werden, insbesondere die Interpretation innerhalb des gesamten therapeutischen Teams gemeinsam vorzunehmen.

3. „Künstliche Ernährung“ – PEG-Sonde

Insbesondere in den vergangenen Jahren war die Frage der PV in Verbindung mit der Möglichkeit, die künstliche Ernährung abzulehnen, Gegenstand häufiger Diskussionen.¹⁸ In Anlehnung an Kopetzki darf derzeit als weitgehend unbestritten gelten, dass jede Sondenernährung durch die PEG-Sonde einschließlich der Nahrungszufuhr in die liegende

Sonde zu diesen „medizinischen“ und daher nach PatVG ablehnungsmöglichen Maßnahmen gehört. Ebenso unbestritten sei zwar, dass die „normale“ Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit keine medizinische Maßnahme sei und daher vom PatVG nicht erfasst werden könne, „dass aber dieser eingeschränkte Anwendungsbereich des PatVG nicht den Umkehrschluss zulasse, die Grundversorgung mit Nahrung und Flüssigkeit könne überhaupt nicht wirksam verweigert werden“.¹⁹

Es steht zu hoffen, dass sich nach diesen Klarstellungen die weithin überhitzte und oft auch moralisch überfrachtete Diskussion zu dieser Thematik entspannt und damit dieses zusätzliche aber unnötige moralische Gewicht von der PV genommen werden kann.

4. Auswahl möglicher weiterer Probleme

Gegenwärtig beginnen sich am Horizont Probleme abzuzeichnen, deren Folgen im Rahmen der Gesetzeswerdung nicht thematisiert wurden und erst im Zuge der Anwendung ins Blickfeld geraten sind. Einige davon sollen hier in gebotener Kürze angedeutet werden.

So lassen sich etwa aus Versicherungs-Kreisen Stimmen vernehmen, die beispielsweise eine „zu frühe Auszahlung einer Lebensversicherung“ durch die korrekte Anwendung einer verbindlichen PV mit logischer Todesfolge monieren.

Weiters seien die mit der PV neuerlich aufkeimenden Diskussionen rund um die Glaubensgruppe der Zeugen Jehovas genannt, die derzeit zwei besondere Aspekte aufzeigen. Zum einen handelt es sich darum, dass auch jüngere Mitglieder der Glaubensgemeinschaft, die bislang unter dem Thema des Kindeswohles einen höheren staatlichen Schutz genossen, eine rechtsgültige Behandlungsablehnung formulieren können. Zum anderen muss etwa den Verantwortlichen von Krankenanstalten vermehrt bewusst werden, dass auch die Ablehnung der Aufnahme eines Mitglieds der Glaubensgruppe die Sanktionen nach § 15 des PatVG nach sich ziehen wird.

Noch nicht in ihrer Tragweite abzuschätzen scheint auch die Frage, welche Mechanismen verhindern könnten, dass jede verbindliche oder beachtliche PV durch Aussagen Dritter, die von aktuelleren Willensbekundungen des Patienten berichten, in ihrer Wirkung „ausgehelt“ werden könnte.

Schließlich darf auch nicht der Aufmerksamkeit entgehen, dass das Instrument – ungeachtet aller präventiven rechtlichen Regelungen – als subtiles Steuerungselement für kostensparende Therapien angesehen werden kann. Diese Problematik darf weder mit Panik noch mit Blauäugigkeit behandelt werden, sollte jedoch in ausreichend breitem gesellschaftspolitischen Rahmen diskutiert werden.

Kurze Anmerkungen zur Situation in Deutschland

Der Diskussionsprozess in Deutschland verlief und verläuft nicht nur deutlich länger, sondern auch wesentlich fundierter und unter Einbindung zahlreicher gesellschaftsrelevanter Gruppen.²⁰

Dies ist allerdings vor dem Hintergrund zu sehen, dass ein an sich bereits bestehendes und allseits als befriedigend eingeschätztes Betreuungsvollmachten-Konzept (ähnlich der in Österreich 2007 erfolgten gesetzlich geregelten Vorsorgevollmacht) existiert und die gesetzliche Implementierung einer isolierten PV auch weniger dringlich erscheint, ungeachtet des Umstands, dass derzeit in der Bundesrepublik mehr als zweihundert verschiedene Formulare zirkulieren.

In den Diskussionen und zahlreichen Publikationen werden insbesondere eine lange Zeit verworfene, mittlerweile aber von einigen Gruppen wieder neu angedachte Verbindlichkeit und natürlich auch die „Reichweitenbegrenzung“²¹ äußerst kontrovers diskutiert. Zugleich fehlt es nicht an Appellen, in Analogie zur Möglichkeit einer formlosen aktuellen Behandlungsablehnung auf formale Hürden weitgehend zu verzichten. Dementsprechend herrscht auch große Übereinstimmung dahingehend vor, dass die Gültigkeit einer PV kei-

nesfalls von einer fachlichen – also sowohl juristischen wie ärztlichen – Beratung abhängen dürfe. Die Argumentationen zielen dabei vorwiegend auf den Umstand ab, dass jeder Mensch sein Recht auf einen Aufklärungsverzicht habe.

Was sich allerdings – im Gegensatz zur österreichischen Gesetzgebung – in der Themenbehandlung in Deutschland als Vorteil darstellt, ist die große Zahl gerichtlicher Erkenntnisse, die sich mit der Frage des mutmaßlichen Willens, konkret nachweisbaren Aussagen des nunmehr kommunikationsunfähigen Patienten bis hin zu problematischen Stellvertreterentscheidungen befassen. Selbst wenn im Spannungsbogen zwischen dem sog. „Kemptener Urteil“ bis zum Fall „Peter K.“, mitunter durchaus einander widersprechende Begründungen aufgezeigt werden konnten, finden sich doch zahlreiche Argumentationsansätze, die eine umfassende Basis für die engagierte gesellschaftspolitische Diskussion bildeten. Schließlich lässt sich vermuten, dass einige Erkenntnisse dieser umfassenden Diskussion auch dem Novellierungsprozess in Österreich wertvolle Impulse geben werden.

Ausblick

In Zusammenfassung des Dargelegten lassen sich die Notwendigkeiten für die Zukunft aus ethischer Sicht mit folgenden fünf Stichworten festlegen:

Information

Zweifellos ist es immer noch notwendig, ausreichende Informationen über dieses neue Instrument der Selbstbestimmung des Menschen zu geben. Dies bezieht sich sowohl auf das Medizinstudium, als auch in besonderer Weise auf alle bereits im Berufsalltag stehende Mediziner und Angehörige weiterer Gesundheitsberufe. Darüber hinaus jedoch sollte auch das nach wie vor bestehende Informationsdefizit der grundsätzlich interessierten Bevölkerung dringend behoben werden, wozu besonders der Bildungsbereich zu zählen ist.²²

Animation

Auf Basis der ausreichend gegebenen Informationen sollte die erwachsene Bevölkerung auch dazu ermuntert werden, versuchsweise mit der Errichtung einer „provisorischen“ Verfügung zu beginnen. In Workshops können dabei sowohl das Bewusstsein der je eigenen Werthaltung als auch die Darstellung von konkreten und typischen Szenarien, sowie möglichen Formulierungen behandelt und eingeübt werden. Spezielle Fortbildungsangebote für Mediziner und Angehörige von Gesundheitsberufen sollten weiters die Interpretation mit Probebeispielen thematisieren.

Reflexion

Schließlich sollte auch dazu ermuntert werden, dass schon heute, anlässlich der – zumeist beachtlichen – Verfügungen, welche im aktuellen medizinischen Alltag vorgefunden werden können, seitens der Interpreten ein Feedback an jenen Arzt gegeben wird, der das Aufklärungsgespräch geführt hat.

Hinweise auf hilfreiche oder schwer interpretierbare Formulierungen sowie die entsprechenden Erläuterungen des ehemaligen Aufklärers trügen auf diese Weise dazu bei, dass sich die Qualität zukünftiger Aufklärungsgespräche und Interpretationsprozesse erhöhen wird.

Evaluation

Wesentliche Themen und Arbeitsbereiche, die im Hinblick auf Verbesserungen erfasst werden sollten und sich keineswegs in der vom Gesetzgeber in Auftrag gegebenen Evaluationsarbeit erschöpfen können, beziehen sich erstens auf die Frage nach der Anwendung der Verfügung. Dabei sollten insbesondere die Orte (Ursachen für Häufungen bzw. Seltenheiten von Verfügungen in manchen Institutionen?), die Zeitpunkte (z. B. zu späte Einbeziehung?), aber auch die Art und Weise der Berücksichtigung sowie die unterschiedlichen Handhabungen zwischen verbindlichen und beachtlichen Verfügungen erhoben werden.

Zweitens sollte die Frage, ob ein Feedback zwischen Interpreten und bei der Errichtung behilflichen Kollegen besteht, etwa als fixer Bestandteil einer abschließenden Kommunikation zwischen Krankenhaus und behandelndem Arzt, ausgelotet werden.

Drittens schließlich sollten der Verlauf und die Qualität der Aufklärungsgespräche evaluiert werden. In diesem Zusammenhang werden sich auch finanzielle und strukturelle Folgen als bedeutsam erweisen.

Schließlich sollten, viertens, alle „formalen Hürden“ auf ihre Sinnhaftigkeit, Praktikabilität und Notwendigkeit geprüft werden.

Fünftens sollte in eine Evaluation auch die Frage einfließen, inwieweit die dringend gebotene Information der Bevölkerung qualitativ erfolgt und welche Wirkungen sie, beispielsweise bezogen auf die Zahl von Verfügungen, zeitigt.

Sechstens schließlich, sollte auch der Umgang der Gesellschaft und der Medien mit diesem sensiblen Thema einer Prüfung unterzogen werden. Einseitige Berichte, welche die Problematik entweder banalisieren oder dämonisieren, und somit verhindern, dass das Wesen dieser Entscheidungshilfe deutlich wird, sollten dabei ebenso kritisch betrachtet werden wie tendenziöse Versuche, das Instrument für spezielle Wertorientierungen zu vereinnahmen.

Novellierung

Aus der Fülle der kritischen Aspekte, die beschrieben wurden, sollten nach Ansicht des Autors bereits jetzt einige konkrete Ansätze zur Novellierung des PatVG nach der dreijährigen Evaluationsphase erfolgen. Dazu zählen insbesondere:

1. Die Gleichstellung von verbindlicher und beachtlicher PV nach Maßgabe des Inhalts.
2. Die Schaffung der Möglichkeit, dass die PV nach Ermessen des Patienten überall mit einem *tatsächlich kostenlosen* Rechtsakt errichtet werden kann, sofern der Patient diese zusätzliche Sicherheit *für sich* als nötig erachtet. Der

Rechtsakt sollte dabei jedoch lediglich einer Bestätigung der Authentizität des Verfassers dienen. Im Übrigen sollte die Bestätigung durch den beratenden Arzt als Nachweis der Authentizität dienen können.

3. Die Strukturierung einer Kommunikation zwischen den Interpreten und den bei der Abfassung und Aufklärung behilflichen Kollegen zur Förderung der Qualität zukünftiger Verfügungen und zukünftiger Interpretationen.
4. Die Korrektur der Begleitumstände im Bezug auf den jederzeit möglichen Widerruf. Im Hinblick auf die Alltagspraktikabilität sollte – in Anlehnung an Schauer – besser von einem „Mindestmaß an Einsichtsfähigkeit“ gesprochen werden, da sonst bei jeder noch so unreflektierten Handlung die Unsicherheit hinsichtlich der Deutung erwartet werden muss.²³
5. Die längerfristige Zusammenführung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Durch die Benennung einer Vertrauensperson könnte einer qualitätvollen Verfügung der Makel des „statischen Instruments“ genommen werden. Der eingesetzte Kommunikator der Vorstellungen des Patienten würde so als Bindeglied der beiden therapeutischen Partner fungieren.

Die Patientenverfügung stellt zweifellos hohe Ansprüche an alle Beteiligten. An die Verfasser, welche sich ihrer Wertorientierung vermehrt bewusst werden müssen und die sprachliche Gestaltung in möglicherweise mehrfachen Versionen einer klaren Interpretation zugänglich machen; an die Ärzteschaft für eine neue und qualitativ hochwertige Fürsorglichkeit, welche der Sicherung der Selbstbestimmung des Patienten in allen Lebenslagen von einer sorgfältigen Aufklärung bis zur Phase eines zu Ende gehenden Lebens mit Kommunikationsdefiziten dient; an die Gesellschaft, sowohl hinsichtlich eines umfassenden Bildungsangebots für alle Alterstufen als auch ihrer Pflicht, den freien Umgang mit dem Selbstbestimmungsinstrument zu gewährleisten und durch qualifizierte Rechtsprechung zu bestätigen sowie gesundheitspoliti-

sche Akzente wie etwa die Gesprächshonorierung zu setzen, welche die Wichtigkeit der Verfügung generell unterstreichen.

Zugleich darf nicht übersehen werden, dass die Probleme rund um ein zu Ende gehendes Leben nicht auf eine wie immer normierte PV reduzierbar sind. Daher müssen seitens der Gesellschaft der Beantwortung von Fragen, die der Thematik Patientenverfügung deutlich vorgelagert sind – wie etwa der Umgang mit dem Sterben und die Bewältigung der damit komplexen, intellektuell wie emotional herausfordernden Situationen für Patient, Arzt, Pflegeberufe, Angehörige, einschließlich der dafür notwendigen Kommunikationsmöglichkeiten –, besonderes Augenmerk geschenkt werden.

Es ist durchaus zu erwarten, dass sich nach anfänglichem Zögern auf allen Seiten allmählich die Erfahrung und damit die Erkenntnis durchsetzen werden, dass eine sorgfältig verfasste Verfügung tatsächlich hilfreich zur Lösung von Problemen beitragen kann, die bislang zahlreiche therapeutische Situationen geprägt haben. Dies wird das Motiv dafür sein, dass seitens der Ärzteschaft weitere kreative Anstrengungen unternommen werden, damit abseits aller naturwissenschaftlichen Großleistungen auch durch die Förderung der Autonomie von Patienten in schwierigen Lebensphasen ein Maximum an Heilsamkeit gewährleistet werden kann.

Referenzen

- 1 Geschlechtsspezifische Termini sind aus Gründen der leichteren Lesbarkeit nur einfach angeführt. Das jeweils andere Geschlecht ist dabei stets mitgemeint!
- 2 vgl. Kopetzki C., *Das Patientenverfügungsgesetz im System der Rechtsordnung*, in: Körtner U. H. J., Kopetzki C., Kletecka-Pulker M., *Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte*, Springer, Wien (2008), S. 127 f.
- 3 vgl. § 8 Abs. 3 KaKuG, § 110 StGB, eigenmächtige Heilbehandlung!
- 4 Memmer M., *Patientenverfügungs-Gesetz am 1. Juni 2006 in Kraft getreten*, *Imago Hominis* (2006); 13: 179-182
Prat E. H., *Das Österreichische Patientenverfügungs-Gesetz aus ethischer Sicht*, *Imago Hominis* (2006); 13: 179-185
- 5 Vgl. dazu auch kritisch: Bernat E., *Nicht verbindlich – und*

- dennoch beachtlich, in Körtner U. et al., siehe Ref. 2, S. 45
- 6 vgl. etwa Tolmein O., *Im Sinne des Gesetzes: Der österreichische Weg*, FAZ, 20. April 2006
 - 7 Vgl. Bernat E., siehe Ref. 5
 - 8 Barth P., *Ärztliche Behandlungsentscheidung und Recht*, in: Körtner U. H. J., Kopetzki C., Kletecka-Pulker M., siehe Ref.2, S. 120
 - 9 Vgl. dazu auch Bernat E., siehe Ref. 5, S. 73
 - 10 Die Kritik zielt dabei keineswegs z.B. auf den „Wunsch nach Schmerztherapie“, die sich auch ohne Hinweis in der Verfügung als selbstverständliche medizinische Basisleistung verstehen sollte!
 - 11 Andere Rechtsordnungen sehen sehr wohl Einschränkungen der Patientenautonomie bei vitaler Indikation vor: z. B. Spanien, Türkei Israel. Liberalere Umgänge etwa in den Niederlanden, der Schweiz oder Belgien. Vgl. dazu kritisch Körtner U. et al., siehe Ref. 2, S. 27
 - 12 „Eine selbstbestimmte Entscheidung beruht auf den eigenen Wertvorstellungen und/oder dem Glauben der Person, basiert auf adäquaten Informationen, welche auch verstanden – im Sinne von reflektiert - werden müssen und ist frei von innerer und äußerer Nötigung“: vgl. Peintinger M., *Ethische Grundfragen in der Medizin*, Fakultas, Wien (2008), S. 85
 - 13 vgl. Peintinger M., *Therapeutische Partnerschaft*, Springer, Wien (2003), S. 352 ff.
 - 14 Vgl. dazu May A. et al., *Standards für die Beratung zu Patientenverfügungen*, *Ethik Med* (2005); 20: 332-336
 - 15 vgl. Tolmein O., siehe Ref. 6
 - 16 Bernat E., siehe Ref. 5, S. 45
 - 17 vgl. May A. T., Charbonnier R. (Hrsg.), *Patientenverfügungen. Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge*, Lit, Münster (2005), S. 62
 - 18 Vgl. Gillen E., *Wie Ethik Moral voranbringt: Beiträge zu Moral und Ethik in Medizin und Pflege*, Lit, Münster (2006), S. 174
 - 19 Kopetzki C., siehe Ref. 2, S. 146
 - 20 vgl. auch Beckmann, *Vorschläge zur Regelung von Patientenverfügungen*, *Imago Hominis* (2004); 11: 168 ff.
 - 21 Ebenso kritisch: Borasio G. D., *Selbstbestimmung im Dialog. Die Beratung über Patientenverfügungen als Ausdruck ärztlicher Fürsorge*, in: Meier C. et al., *Patientenverfügung: Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zu Fürsorge*, Kohlhammer, Stuttgart (2005), S. 44 f.
 - 22 Initiativen des Autors für diesbezügliche Schulprojekte stießen allerdings bislang auf überraschenden Widerstand seitens des Bildungsministeriums!
 - 23 Vgl. Bernat E., *Planungssicherheit am Lebensende? (Teil I)*, *EF-Z* (2006); 1: 45