

Michael Peintinger

Erfahrungsbericht über Patientenverfügungen im Alltag

A Report on Advanced Directives in Everyday Work

Zusammenfassung

Sechs Jahre nach Gesetzesbeschluss und drei Jahre nach Publikation der ersten Evaluation durch das Institut für Ethik und Recht in der Medizin in Wien soll eine Zusammenschau zwischen diesen Ergebnissen und den konkreten Erfahrungen in einem Krankenhaus versucht werden. Daraus abgeleitete Vorschläge zur Nachjustierung im Umgang sowie Adnota für zukünftig zu erwartende Probleme ergänzen die Übersicht.

Schlüsselworte: Patientenverfügung, Alltagserfahrungen, Empfehlungen

Abstract

Six years after enactment of the law stipulating advanced directives, and three years after the first evaluation of results by the Institute of Ethics and Law in Medicine (Vienna), it is time to compare these findings with the concrete experience of everyday work in a hospital. The results lead to proposals how to adjust implementation of the directives and also indicate possible future problems.

Keywords: Advanced Directive, Experience of everyday Work, Recommendations

Univ.Lektor OA Dr. Michael Peintinger
Krankenhaus „Göttlicher Heiland“
Dornbacher Straße 20-28, A-1170 Wien
michael.peintinger@meduniwien.ac.at

Sechs Jahre nach Inkrafttreten des Österreichischen Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) und drei Jahre nach der ersten Evaluation der Anwendung durch das Institut für Ethik und Recht in der Medizin¹ sowie ebenfalls drei Jahre nach einer ersten medizinethischen Standortbestimmung des Autors² ist der Zeitpunkt gekommen, innezuhalten und die zahlreichen, vorwiegend theoretischen Publikationen im Lichte der Erfahrungen jener Kollegen³ zu prüfen, die im konkreten Alltag mit diesem Instrument der Selbstbestimmung zu leben gelernt haben.

Dies ermöglicht im Sinne einer keineswegs banalisierenden oder verkürzenden „alltagspragmatischen Medizinethik“ eine umfassendere Sicht auf das Aufklärungs- und Interpretationsprozedere auf Basis einer qualitätsvollen Arzt-Patienten-Beziehung und bildet eine Vorbedingung für erforderliche Nachjustierungen, die durch theoretische Reflexionen allein nicht erarbeitet werden können! Eine Grundlage der hier beschriebenen Erfahrungen ist die konkrete Befassung des Autors mit Patientenverfügungen, insbesondere als Leiter des Klinischen Ethikkomitees des Krankenhauses „Göttlicher Heiland“ in Wien. Da sich dieses Spital der medizinischen Betreuung alter Menschen verpflichtet weiß, seit 20 Jahren das erste stationäre Hospiz – nun als Palliativstation geführt – beherbergt und auch frühzeitig eine akutgeriatrische Station etabliert hat, durfte hier mit der häufigeren Vorlage von Patientenverfügungen gerechnet werden. Weitere Momente der Erfahrung beruhen auf der Ordinationstätigkeit, in der zahlreiche Aufklärungsgespräche und Formulierungsarbeiten zur Errichtung von Verfügungen geleistet wurden. Schließlich erlaubte es auch die Tätigkeit als Leiter des Referates für Ethik und Palliativmedizin in der Wiener Ärztekammer, etwa auch durch die vom „Forum Medizin Ethik“ konzipierten „Workshops zur Aufklärung, Errichtung und Interpretation von Patientenverfügungen“, ein breites Feedback der Kollegschaft zu gewinnen.

Daten zu Patientenverfügungen

Im genannten Krankenhaus wurden im Jahr 2011 41 Patientenverfügungen zur Kenntnis gebracht. Diese Zahl liegt damit geringfügig über den statistischen Schätzungen in der Österreich weiten Gesamtbefragung⁴ und entspricht etwa einem Fünftel aller im Jahr 2011 in Salzburg errichteten Dokumente.⁵ Von diesen Verfügungen waren 17 von den Verfassern als verbindlich und 24 als beachtlich konzipiert. Im Vergleich zu den in der Studie publizierten Zahlen und zu den Erhebungen im Krankenhaus selbst stellt dies eine deutliche Zunahme an verbindlich errichteten Dokumenten dar. Keines wies formale Defizite auf, die gemäß den gesetzlichen Vorgaben eine Aberkennung der Verbindlichkeit erzwungen hätte.

Bei der überwiegenden Zahl an Verfügungen wurde das von diversen Institutionen empfohlene „offizielle“ vierseitige Formular verwendet. Vereinzelt finden sich allerdings auch noch immer Formblätter, die schon vor der Etablierung des Gesetzes zirkulierten und nicht als befriedigend angesehen werden, wenn sie etwa auf ein bloßes „Ankreuzen von Items“ abstellen.

Interpretationshilfen durch klinische Ethikberatung

Als besonderer Dienst der Ethikberatung des Krankenhauses werden seit einigen Jahren alle von Patienten mitgebrachten Verfügungen, unabhängig von der gesetzlich geforderten Beifügung zur Krankengeschichte, auch in Kopie dem Komitee übermittelt. Damit wird die Möglichkeit geboten, zusätzlich zu den Bemühungen der Ärzteschaft auf der Station, eine medizinethische Interpretation der Verfügung vorzunehmen, Stärken und Schwächen zu identifizieren und mit den betreuenden Kollegen zu besprechen. Dies kann dazu führen, dass allenfalls Unklarheiten in den Formulierungen mit den stationär aufgenommenen und in der Regel orientierten Verfassern besprochen werden können. Auf diese Weise kann einerseits insbesondere bei beachtlichen Verfügungen eine notwendig

erscheinende Nachjustierung mit dem Patienten gelingen. Andererseits wird die grundsätzliche Aufmerksamkeit der Kollegenschaft für das Selbstbestimmungsinstrument angeregt. In der Möglichkeit zur Reflexion und Besprechung auslegungsfähiger Formulierungen können auch bereits junge Kollegen allmählich eine Kenntnis in der Interpretation gewinnen. Aufgrund dieses Konzeptes wurde sowohl in den Routinen der Pflgeanamnese als auch der Anamneseerhebung durch die Turnusärzte der verpflichtende Punkt verankert, nach einem Vorsorgedokument zu fragen.⁶ In der Anfangszeit wurde mitunter in einigen Publikationen und Diskussionen die Sorge formuliert, dass diese Frage Patienten möglicherweise verstören könnte. Wie jedoch schon vorab vermutet, konnte diese Befürchtung im Krankenhausalltag tatsächlich als grundlos qualifiziert werden. So wie auch sonst viele Fragen, die den Patienten möglicherweise zunächst überraschend und – je nach Anlassfall – nicht ad hoc einsichtig scheinen mögen, wird dies nun als ein weitreichender Akt der Fürsorge erlebt. Dazu bedarf es natürlich einer empathischen Kommunikationshaltung des therapeutischen Teams und einer Art der Befragung, die diese Frage in den richtigen konkreten Kontext zum aktuellen Aufenthalt zu stellen weiß!

Mittlerweile antworten zusehends mehr Patienten, dass sie „ohnehin schon daran gedacht hätten, eine Verfügung zu errichten“, und fragen oft auch gleich nach der Möglichkeit zur Errichtung in der Institution. Für diese Fälle sind weiterführende Informationsmaterialien vorbereitet. In einzelnen besonders prekären Fällen steht auch das Klinische Ethikkomitee für die Hilfe zur Errichtung bereit.

Diese Vorgehensweise und die Hilfestellung bei der Durchsicht hat im Laufe der letzten zwei Jahre dazu geführt, dass einige durch die Interpretationsarbeit inspirierte Kollegen im Rahmen von Ausbildungsangeboten auch die Kompetenz zur Führung der für die Errichtung notwendig qualitätvollen Aufklärungsprozesse erwarben. Denn, wie schon mehrfach publiziert,⁷ sind letztere umso zielgenau-

er, je mehr Schwierigkeiten bei der Interpretation von fremden Verfügungen erfahren wurden.

Absicherung – Abwehrinstrument – Instrument für „würdevolles Sterben“

Ein wesentlicher Aspekt der empirischen Ergebnisse der Studie des Instituts beschreibt die Intentionen der Befragten, eine Verfügung zu errichten. Wie im Einklang mit zahlreichen Publikationen vermerkt,⁸ werden eine persönliche Absicherung, die Abwehr medizinischer Handlungen, die nicht im Einklang mit dem persönlichen Willen stünden, sowie die Sicherung eines „würdevollen Sterbens“⁹ als Hauptmotive angegeben, wobei die letztgenannte Intention von den Befragten am häufigsten genannt wurde. Die Motive lassen sich mitunter auch im Abschnitt der Verfügung entdecken, in dem – gewissermaßen als „Ouverture“ – die Beschreibung der „persönlichen Umstände“ vorgenommen werden. Dies ist zugleich auch der aus medizinethischer Sicht wesentliche Abschnitt, will man zur Einschätzung des Patientenwillens bei der Interpretation einer Verfügung im Einklang mit §4 PatVG den „Gesamtzusammenhang“ sinnvoll einbeziehen.¹⁰

Dahingehend zeigt die Durchsicht der vorliegenden Verfügungen in der Institution, dass sich in rund der Hälfte aller Dokumente in diesem Abschnitt tatsächlich aussagekräftige Informationen finden lassen, die Rückschlüsse auf die Intentionen der Verfasser erlauben. Von diesen können drei Dokumente im Sinne eines problematischen Arzt-Bildes oder einer negativen medizinischen Erfahrung ausgelegt werden.¹¹ Eine Verfügung wurde in der Intention errichtet, die Ärzte von einer vermeintlichen automatischen Handlungsverpflichtung „zugunsten des Lebens“ entlasten zu wollen,¹² eine weitere wurde ausdrücklich deshalb errichtet, „um der Familie nicht zur Last zu fallen“.¹³ Eine Verfügung bezieht sich schließlich konkret auf den „Erhalt der Autonomie“. Hinsichtlich der vertretenen Werthaltungen können zwei als christlich orientiert und eine als explizit „philosophisch“ mit Be-

zug auf eine „grundsätzliche Unverfügbarkeit des Lebens“ interpretiert werden.

Gespräche zur Errichtung der Patientenverfügung

Während bei der verbindlichen Patientenverfügung gemäß §5 PatVG eine ärztliche Aufklärung erfolgen muss, unterliegen beachtliche Patientenverfügungen keiner ähnlichen gesetzlichen Auflage. Dies wurde bereits wiederholt und kritisch kommentiert, da die Absicherung der Intention und der Qualität der konkreten Behandlungsablehnungen gerade durch diese ärztliche Aufklärung gewährleistet werden kann. Um so erfreulicher erscheint der Umstand, dass die im Krankenhaus eingebrachten beachtlichen Verfügungen überwiegend unter ärztlicher Mitwirkung errichtet worden waren,¹⁴ wobei sich sowohl in den Inhalten als auch in den Stellungnahmen oft die Qualität der Aufklärungsgespräche und die Ambitionen der Kollegen widerspiegeln können. Dies zeigt sich etwa in prägnanten Formulierungen¹⁵ sowohl für Situationsbeschreibungen als auch für Begründungen, wodurch der spätere Umgang mit der Verfügung erleichtert, der Zeitaufwand für die Auslegungsprozesse verkürzt und Unsicherheiten in der Interpretation im klinischen Alltag reduziert werden. Dazu bedarf es – neben dem Engagement – allerdings auch der ärztlichen Erfahrung, die grundsätzliche Komplexität wertorientierten menschlichen Handelns zu verstehen¹⁶, und eine gemeinsame Offenheit, dieses durchaus herausfordernde Gespräch zu führen.

In diesem Zusammenhang soll folgendes kritisch angemerkt werden. Die Gespräche zur Errichtung sind herausfordernd und zeitintensiv. Darüber hinaus aber zählen sie wohl auch zu den intimsten Gesprächen, die innerhalb einer Ordinationsbegegnung erlebt werden dürfen. Erfahrene Kollegen wissen bereits vorab um diese Umstände, während sich diese Kenntnis bei Patienten oft erst nach dem Gespräch einstellt. Es ist deshalb nicht verwunderlich, wenn, wie in der Studie beklagt, Ärzte im Gegensatz zu vorab befragten Errichtungswilligen

kaum bereit waren, einer Aufzeichnung dieser Gespräche zuzustimmen. Die in der Studie daraus jedoch vorrangig gezogene Mutmaßung, wonach dies ein Hinweis auf die „Unsicherheit der Beratenen“ sein könne, ist in diesem Lichte daher zumindest verwunderlich.¹⁷

Typische Inhalte der Behandlungsablehnungen

Die angestrebten Behandlungsablehnungen beziehen sich überwiegend auf die Themen einer weiteren „lebenserhaltenden“ Therapie, der Wiederbelebung und künstlichen Beatmung, auf die Frage der „Künstlichen Ernährung“ und die Vornahme von Operationen. Dabei gehen die Verfasser in der Regel von einer „nicht mehr endenden Bewusstlosigkeit“, einer „fortgeschrittenen Demenzerkrankung“, einem „unabwendbar unmittelbaren Sterbeprozess“ und einem „dauerhaften Koma ohne Aussicht auf Wiedererlangen des Bewusstseins“ aus. Die Ursachen, die zu diesen Zustandsbildern führen, stehen in den Aufklärungsgesprächen – selbst bei offensiven Informationsangeboten – in der Regel nicht im Fokus des Interesses der Verfügungswilligen und werden, wie die Erfahrung zeigt, selten genauer bezüglich etwaiger Details hinterfragt. Deshalb scheint die im Vorfeld mitunter geäußerte Befürchtung, dass die Aufklärung nur bei immensem Wissen der zu Lebensbegrenzungen führenden unterschiedlichsten Krankheitsbilder erfolgen könne, im Alltag wenig Relevanz zu besitzen. Was hinsichtlich der *Ursache* der „dauernden Bewusstlosigkeit“ unproblematisch erscheint, ist jedoch hinsichtlich der *Folgen* einer konkreten Behandlungsablehnung kritischer zu sehen. Die bloße Erwartung, dass damit das Leben „früher zu Ende ginge“, ohne dass dabei gemeinsam unterschiedliche Auswirkungen einer unterlassenen Maßnahme mitbedacht werden, ist keineswegs ausreichend. Demzufolge ist Kopetzki völlig beizupflichten, dass gewisse ärztliche Berufsgruppen hinsichtlich der Aufklärung über die Folgen von abgelehnten Maßnahmen wohl besonders prädestiniert erscheinen, da sie die Begleitsymptome, die unter Umständen

aus unterlassenen Handlungen erwachsen können, exakter einzuschätzen vermögen.¹⁸

Im Umkehrschluss zum Beschriebenen ist es wenig überraschend, dass die geringe Zahl jener beachtlichen Verfügungen, die ohne ärztliche Hilfe errichtet zu sein schienen, inhaltlich deutliche Qualitätsdefizite aufwiesen.¹⁹

Das ärztliche Aufklärungsgespräch erfüllt jedoch gemäß §5 PatVG noch einen zweiten Aspekt, nämlich die Wahrnehmung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Verfassers.²⁰ Dies geschieht bei allen therapeutischen Gesprächen und zeigt deutlich, dass durch die Teilnahme des Arztes an der Errichtung eine weitere Sicherheit geboten wird, welche Verfügungen ohne ärztlichen Beistand nicht leisten können, nämlich, dass nicht im Anlassfall aufgrund von Zweifeln an der Einsichtsfähigkeit bei der Errichtung, die ja damit nicht dokumentiert wurde, eine Relativierung des Patientenwillens erfolgt.

Haltung und Aufgeschlossenheit der Ärzteschaft

Die Aufgeschlossenheit der Kollegenschaft hat – über die Institution hinaus – in den vergangenen Jahren zweifellos zugenommen. Dies beruht wohl vorwiegend auf einer generell größeren Sensibilität für die Wahrnehmung der Selbstbestimmung, die eine in der Studie zu Recht kritisierte Haltung zunehmend zurückdrängte, wonach der Patientenwille den naturwissenschaftlichen Anschauungen untergeordnet wurde.²¹ Die mitunter befürchtete unterschiedliche Gewichtung von einem „verbindlichen“ Dokument (zur Stärkung des ärztlichen Sicherheitsempfindens) im Vergleich zu einer „bloß beachtlichen“ Verfügung (mit einer gewissen „Beliebigkeit“ der Einbeziehung)²² konnte hingegen bei den damit befassten Ärzten kaum festgestellt werden. Die zentrale Bedeutung des *Inhalts* selbst stand vorrangig im Fokus des Interesses. Dies bestätigt sowohl die bezüglich der Unterscheidung kritischen Stellungnahmen²³ als auch die Einschätzung, dass eine beachtliche Verfügung „nicht zwingend

eine geringere Bindungskraft entfaltet.“²⁴ Letztlich handelt es sich dabei also um „qualifiziert beachtliche“ Patientenverfügungen, ein Begriff, der seit der OGH-Erkenntnis vom 7. Juli 2008 zum Thema einer „mutmaßlichen Behandlungsverweigerung“²⁵ im juristischen Schrifttum eingeführt wurde und im Alltag bereits durchaus akzeptiert zu sein scheint.²⁶ Einzig die Einschränkung, dass bei Vorliegen einer verbindlichen Verfügung eine Sachwalterbestellung nicht möglich ist, könnte im Alltag gelegentlich an Relevanz gewinnen und sollte daher jeweils mitbedacht werden! Die genannte Entscheidung des OGH lässt jedenfalls hoffen, dass sich der Stellenwert der „beachtlichen“ Verfügung ungeachtet dessen weiter verfestigt, dass, wie Kopetzki erläutert, die Unterscheidung etwa aufgrund verfassungsrechtlicher Bedenken bestehen bleiben muss!²⁷

Freilich muss abseits der positiven Erfahrungen vor Ort zugleich festgestellt werden, dass die Kenntnisse über die Patientenverfügung, sowohl was die rechtlichen Gegebenheiten als auch den Umgang mit dem Selbstbestimmungsinstrument betrifft, in der Ärzteschaft *grosso modo* noch wesentlich verbessert werden muss. Es kann in diesem Zusammenhang nicht oft genug betont werden, dass die kontinuierliche ärztliche Weiterbildung nicht bloß für die naturwissenschaftlichen, sondern auch für die medizinethischen und medizinrechtlichen Belange gilt²⁸ und die zahlreichen Bemühungen (mittlerweile auch von Kongressveranstaltern), solche Themen in ihre Programme aufzunehmen, sehr zu begrüßen sind.²⁹

Interpretation

Die Interpretation von Verfügungen stellt eine neue Herausforderung im Kontext von Arzt-Patienten-Beziehungen dar, wurde allerdings bislang aus unterschiedlichen Gründen noch nicht ausreichend geübt. Dies liegt unter anderem auch daran, dass die Ärzte auf den Stationen generell noch mit zu wenigen Verfügungen konfrontiert werden. Auch diesem Umstand trägt das „Forum Medizin Ethik“ Rechnung, indem im Rahmen von Fortbildungen

zahlreiche, natürlich vollständig anonymisierte Verfügungen zu Übungszwecken vorliegen, die unterschiedliche Auslegungsspielräume aufweisen.

Interpretationen stützen sich gemäß §4 PatVG einerseits auf die Beschreibung einzelner konkreter Ablehnungen sowie bei Bedarf auf die Einbeziehung der über die Behandlungsablehnungen hinausreichenden „Gesamtsituation“. Diese Deutung erweist sich jedoch nur dann als durchführbar, wenn zumindest im Abschnitt „Beschreibung meiner persönlichen Umstände“ ausreichende Informationen über die Wertorientierung und die persönliche Standortbestimmung³⁰ formuliert worden waren. Fehlten diesbezügliche Angaben, boten sich nur wenige Möglichkeiten zu Interpretationen, da zumeist auch die aus medizinethischer Sicht als hilfreich angesehene Darlegung von *Begründungen* für einzelne Handlungsablehnungen oder gegebenenfalls Ergänzungen zu diesen (wie etwa Einschränkungen unter bestimmten Voraussetzungen) nur spärlich zu finden waren. Dies sollte in zukünftigen Aufklärungsgesprächen besonders bedacht werden!

Rechtliche Befassungen

Die rechtlichen Erfordernisse für das Zustandekommen von verbindlichen Verfügungen wurden etwa zu gleichen Teilen durch Rechtsanwälte, Notare und Mitarbeiter der Wiener Patientenanwaltschaft geleistet.

In diesem Zusammenhang – und im Hinblick auf die in der Studie aufgezeigte Bandbreite an anfallenden Kosten³¹ – sollte einmal mehr darauf verwiesen werden, dass eine für jeden Verfasser finanziell leistbare Variante gewährleistet bleiben muss, damit dem Zustandekommen dieses Instruments nicht zusätzliche Hürden entgegenstehen. Ob die zentrale Funktion der juristischen Beratung allerdings, wie von Kopetzki erläutert, tatsächlich darin besteht, „herauszufiltern, wer eigentlich keine verbindliche Errichtung anstrebt“,³² darf angesichts eines diesem Errichtungsschritt vorangehenden ärztlichen Gesprächs, in dem doch wohl zweifellos Intentionen

und Absichten des Verfassers dargelegt werden, bezweifelt werden.

Klärung der Notfallssituation

Von Beginn an herrschte eine gewisse Unsicherheit in der Ärzteschaft und in therapeutischen Teams, welche in §12 PatVG beschriebenen Situationen als „Notfall“ zu qualifizieren wären. Klarheit hätte dabei schon ein Blick in die Materialien zum Gesetzestext geschaffen. Diese kann nunmehr durch die nochmalige Verdeutlichung Kopetzkis, was unter dem Begriff „Notfall“ in §12 PatVG zu verstehen und wie die vom Gesetz intendierte Vorgangsweise in Notfallssituationen anzusehen ist,³³ verringert werden. Die im Kern wesentliche Bezugnahme auf etwaige Wissensdefizite wird im Krankenhaus durch die bereits vorab geleisteten Interpretationen von Verfügungen minimiert, sodass ein unreflektiertes Handeln im Notfall weitgehend vermieden werden kann. Zweifellos wird diese Frage wohl häufiger in Pflegeheimen als Krankenhäusern thematisiert werden, weshalb auch in diesen Einrichtungen bereits vorab eine Interpretation eines Patientenwillens und der daraus resultierende richtige Umgang in Notfallssituationen erfolgen sollte, ein Dienst, der beispielsweise auch vom „Forum Medizin Ethik“ angeboten wird.

Klärung der Frage „Künstliche Ernährung“

Ebenfalls besonders hilfreich ist – nach allen historischen Irrungen, die bereits bei der ersten Pressekonferenz der Bundesministerin für Gesundheit im Jahr 2006 ihren Anfang nahmen – die eindeutige Feststellung Kopetzkis, wonach selbstverständlich *alle* Maßnahmen der „künstlichen Ernährung“ innerhalb der Patientenverfügung geregelt werden können und „abweichende Begriffsdefinitionen und Abgrenzungsversuche zwischen ‚medizinischen‘ und ‚pflegerischen‘ Maßnahmen“ für die rechtliche Sphäre „keine Relevanz“ besitzen.³⁴ Dies kann für die Diskurse des therapeutischen Teams insbesondere dann hilfreich sein, wenn möglicherweise dissente, meist wertgebun-

dene Vorstellungen von „Ernährung“ im Raum stehen! Dass Patienten nach wie vor damit konkrete Sorgen verbinden, zeigt sich in der Häufigkeit, mit der weiterhin explizit die einzelnen technischen Zugangsmöglichkeiten angeführt werden.

Gegenwärtige und zukünftige Fragen

Auf Basis der rezenten Literatur, in Kenntnis und Erfahrung mehrerer Jahre des Umgangs und in Zusammenschau mit den Erfahrungen in anderen ostösterreichischen Institutionen lassen sich derzeit einige Wegmarken identifizieren, die zukünftig einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen und von denen einzelne nachfolgend herausgehoben werden sollen.

Patientenverfügungen mündiger Minderjähriger

Mit der seit dem Kindschaftsrechts-Änderungsgesetz begonnenen Positionierung mündiger Minderjähriger als eigenverantwortliche Partner im Gesundheitsbereich wurde diesen im Patientenverfügungsgesetz auch die Möglichkeit eingeräumt, eine Patientenverfügung errichten zu können. Wenn wohl im Alltag derzeit kaum ein nennenswerter Gebrauch davon gemacht zu werden scheint, zeigt sich jedoch eine daraus resultierende neue Problematik, wenn man die Gruppe junger Menschen in Betracht zieht, die sich zur Glaubensgemeinschaft von Jehovas Zeugen bekennen. Während bislang die Ablehnung von Blutgaben über die Frage der Wahrung des „Kindeswohls“ und durch die Hilfe externer Sachwalterschafts-Konstruktionen unterlaufen werden konnte, ist dies bei einer verbindlichen Verfügung, die ja nun in der Regel vorliegen wird, nicht mehr möglich. Es steht daher zu befürchten, dass in absehbarer Zeit diesbezüglich neue und besonders emotional belastete Fragen auftauchen könnten. Dies betrifft insbesondere die nicht einfach zu beantwortende Frage nach eventuellen diskreten Beeinflussungen, die in der Entstehungsgeschichte der individuellen Verfügung maßgeblich gewesen sein könnten!

Verfügungen ausländischer Patienten

Der Umstand, dass sich zusehends mehr Länder um ähnliche Rechtsregelungen bemühen³⁵, lässt aufgrund des großen Mobilitätsverhaltens und des Tourismus vermuten, dass sich die konkrete Frage des Umgangs mit im Ausland verfassten Verfügungen in absehbarer Zeit vermehrt stellen wird. Es ist daher auch seitens der Kollegenschaft darauf zu dringen, dass die von Kopetzki diesbezüglich angeregte „ausdrückliche gesetzliche Klarstellung“³⁶ bald erfolgt. Aus alltagspragmatischer Sicht, wonach ja schon jetzt ausländische Staatsbürger ihre aktuelle Zustimmung zu therapeutischen Eingriffen gemäß österreichischer Rechtslage leisten, schiene – abseits aller übrigen Probleme wie beispielsweise der schwierigen Verständigung – derzeit eine sinnvolle Regelung wohl möglich, wenn man beispielsweise am Umgang mit im Inland errichteten beachtlichen Verfügungen Maß nimmt. Im Hinblick darauf, dass Österreich zu einem der ersten Länder mit einem Patientenverfügungsgesetz zählte und im Sinne eines zusammenwachsenden Europas könnte eine diesbezügliche Gesetzesinitiative auf europäischer Ebene auch von Österreich ausgehen.

Ökonomische Begehrlichkeiten

Schließlich soll noch auf eine Entwicklung verwiesen werden, die – wenn derzeit auch erst zaghaft beginnend – in den nächsten Jahren vermehrt wahrgenommen werden wird. Es finden sich bereits erste Publikationen zum Verfügungsthema, die weniger die Schutzfunktion für den Patienten oder die Hilfe für das therapeutische Team beschreiben, sondern die vielmehr auf den „ökonomischen Benefit“ verweisen, der durch die Berücksichtigung von Patientenverfügungen zu erhoffen ist oder bereits realistisch erwartet wird.³⁷ Es ist daher dringend darauf zu achten, dass dieses Hilfskonstrukt zur Sicherung der individuellen Selbstbestimmung des Patienten nicht, ähnlich manchen Konzepten zur Lebensqualitätsmessung, auf diesem Umweg erst beworben und dann – ungeachtet des §15 PatVG – zweckentfremdet wird!

Ausbildung und Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft

Die begonnenen Initiativen zur Aus- und Fortbildung der Kollegenschaft zu dieser Thematik sind fortzuführen und zu intensivieren. Dabei sollte die Grundidee des „Forum Medizin Ethik“ verfolgt werden, wonach Aufklärungsgespräche umso qualitätsvoller geführt werden können, je mehr Erfahrung beispielsweise in Interpretationsversuchen von Verfügungen und daran angeschlossenen Diskursen gewonnen wird.

Daraus lässt sich die zweite Forderung ableiten, die bereits 2009³⁸ erhoben wurde.

Es sollte zwischen Krankenhaus beziehungsweise Betreuungsinstitution und den in der Verfügung angeführten aufklärenden Ärzten rasch ein Feedback-Mechanismus etabliert werden, wodurch Probleme, Fragen und zukünftige Notwendigkeiten direkt kommuniziert werden können und in Nachjustierungen sowohl hinsichtlich der Aufklärungsgespräche als auch der Interpretationsvorgänge münden können.

Schließlich sollte die Kollegenschaft auch in dieser Hinsicht ihre gesellschaftspolitische Verantwortung wahrnehmen und überlegen, ob sie nicht selbst mit der Errichtung von Verfügungen, die ja von der Ärzteschaft im Alltag allgemein durchaus „als hilfreich“ eingestuft werden, vorangehen könnte!³⁹

Information der Bevölkerung

Auch sechs Jahre nach Inkrafttreten kann der allgemeine Wissensstand der Bevölkerung als ausbaubar angesehen werden. Demzufolge ist eine gezielte und breitere Information der Bevölkerung anzustreben. Wenn diese von gemeinsamer medizinischer, ethischer und juristischer Kompetenz getragen ist, ließe sich zudem auch eine bessere Abgrenzung zu problematischen Anbietern verdeutlichen. Die stärkere Präsentation des Themas ist auch deshalb erforderlich, da gerade in so sensiblen Bereichen ein ausreichendes Wissen schon vor jedem konkreten Errichtungsgespräch hilfreich ist.

Dies verstärkt die Überzeugung, dass eine Abfassung auch von gesunden Personen sinnvoll erscheint.⁴⁰ Denn sowohl die Bereitschaft zur gedanklichen Annäherung an das Thema als auch der eigentliche Entstehungsprozess braucht zumeist länger als angenommen, während gleichzeitig manche Dinge vielleicht theoretisch, aber dafür auch gelassener bedacht werden können.⁴¹

Dass auch junge Menschen besonders in die Informationsbemühungen einbezogen werden sollten, sei nochmals deutlich betont, umso mehr als sie, wie gezeigt, ja ab dem Augenblick der Mündigkeit eine Patientenverfügung errichten können. Damit erscheint die Etablierung von entsprechend aufbereiteten medizinethischen Inhalten einschließlich der einschlägigen Informationen zu Selbstbestimmung, Aufklärungsprozess und Patientenverfügung in den Bildungskanon der höheren Schulstufen als ein dringendes Gebot der Stunde. Demzufolge sind die ministeriellen Ablehnungen von diesbezüglichen projektorientierten und mehrere Schulfächer einbindenden Konzepten besonders kritisch anzusehen.⁴²

Vorsorgevollmacht und beachtliche Patientenverfügung

In Zusammenschau mit allen im Krankenhaus vorgefundenen Stellvertreterkonstruktionen für die individuelle Selbstbestimmung – von Patientenverfügung über Sachwalterschaften bis Vorsorgevollmacht (VSV) – muss neuerlich darauf verwiesen werden, dass mittelfristig vermehrt eine Kombination von VSV in Verbindung mit einer beachtlichen Patientenverfügung beworben werden sollte.⁴³ Die durch einen Vorsorgebevollmächtigten ermöglichte Verringerung der „Statik“ der Verfügung wurde bereits hinreichend als positiv beschrieben.⁴⁴ Die Erfahrung lehrt jedoch, dass sich insbesondere bei den – wenn auch bislang nur vereinzelt auftretenden – Vorsorgevollmachten zeigte, dass Angehörige im konkreten Fall die Last der Willensbindung und die daraus resultierenden Verantwortungen umso größer

empfinden, je weniger der Vollmachtgeber in früherer Zeit seine Vorstellungen explizit dargelegt hatte. Findet sich hingegen zusätzlich eine qualitativvolle beachtliche Patientenverfügung, erlaubt dies einerseits dem Angehörigen, der ja an den Willen des Patienten gebunden ist, sich mehr als engagierter Kommunikator der vorab beschriebenen Vorstellungen zu verstehen. Andererseits erleichtert es die Kombination von Verfügung und Bevollmächtigtem, den dokumentierten – wenn auch statischen – Willen des Patienten von persönlichen Einflüssen des Bevollmächtigten wie beispielsweise aus Verlustängsten resultierende Aussagen deutlich zu unterscheiden.

Neue Entwicklungen

Ab dem Zeitpunkt, an dem die Selbstbestimmung des Patienten und seine antizipierte Willensäußerung einmal etabliert außer Streit steht, sollten weitere Überlegungen angestellt werden, wie mit Situationen umzugehen ist, in denen eine bestehende Patientenverfügung in deutlicher Inkongruenz zur emotionalen Befindlichkeit des Patienten steht. Auf mögliche Lösungsansätze, die seitens des Autors bereits zum ersten Mal wenige Monate nach dem Gesetzesbeschluss 2006 im Rahmen eines Expertenkreises vorgestellt und diskutiert wurden,⁴⁵ kann hier nicht detailliert eingegangen werden. Dennoch sollte schon jetzt auf diesen Umstand in Aufklärungsgesprächen Bezug genommen werden, denn der Verfügungswillige bekommt damit zumindest die Möglichkeit geboten, ihm diesbezüglich sinnvoll erscheinende Entscheidungskorridore für das therapeutische Team zu formulieren.

Gerade im Hinblick darauf, dass – wie anfangs gezeigt – weniger das Misstrauen gegenüber der Behandelnden, sondern mehr die Bereitschaft zur Kommunikation jenseits der Kognitionsfähigkeit das bestimmende Element zur Verfügung darstellt, wird dadurch auch die Befürchtung von unreflektierten Behandlungen nicht zunehmen.

Ausblick

Betrachtet man die Entwicklung von der Gesetzgebung über die Ergebnisse, welche die Befragung in der Studie ergaben bis hin zu den nunmehr vorgelegten Alltagserfahrungen, lässt sich grundsätzlich durchaus eine positive Zwischenbilanz ziehen. Es darf realistischerweise angenommen werden, dass in einem ähnlichen Zeitraum und insbesondere bedingt durch eine Zunahme von aus dem alltäglichen Umgang gewonnenen Erkenntnissen eine umfassende Etablierung dieses wichtigen Instruments zur Sicherung der Selbstbestimmung zügig erreicht werden wird.

Referenzen

- 1 Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., *Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG). Endbericht*, Institut für Ethik und Recht in der Medizin (2009)
- 2 vgl. Peintinger M., *Zum Stellenwert und den Aufgaben ärztlicher Aufklärung*, iFamZ (2006); 78-81; 78; Peintinger M., *Demenz aus Sicht der Medizinethik*, in: Maier M., Hörhan J., *Arzt/Ärztin und Ethik*, (2012), S. 244 ff. (BLB23); vgl. Peintinger M., *Die Patientenverfügung. Standortbestimmung drei Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes*, Imago Hominis (2009); 16(2): 141-154
- 3 Geschlechtsspezifische Termini sind zur leichteren Lesbarkeit nur einfach angeführt. Das jeweils andere Geschlecht ist dabei mitgemeint!
- 4 Von 1002 Befragten hatten 35 eine Patientenverfügung, weshalb die Autorin wegen der geringen Fallzahl zu Recht feststellt, dass weitere Aussagen „nur Tendenzen andeuten“ könnten: Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 25
- 5 vgl. Salzburger Nachrichten, 29. Mai 2012; Salzburg stellt neben Wien die meisten Verfügungen.
- 6 Verpflichtende Frage der elektronischen Pflegeanamnese.
- 7 Peintinger M. (2006), siehe Ref. 2, 80 f.; Peintinger M. (2012), S. 252
- 8 Dazu näher Peintinger M., *Ethische Grundfragen in der Medizin*, Facultas, Wien (2008), S. 163 ff.
- 9 vgl. Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 17 f
- 10 vgl. Peintinger M., siehe Ref. 8, S. 154 f.
- 11 Mit Bezug auf Fußnote 4 ist es daher nicht nachvoll-

- ziehbar, dass die empirischen Ergebnisse „insgesamt auf einen großen Vertrauensverlust zwischen Patienten und Ärzten“ zurückgeführt werden: Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 27
- 12 vgl. Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 13
- 13 vgl. dazu die Schweizer Untersuchung in: Zellweger C., *Patientenverfügungen als Ausdruck individualistischer Selbstbestimmung? Die Rolle der Angehörigen in Patientenverfügungsformularen*, Ethik Med (2008); 20: 201-212
- 14 In der Studie wurden 39% der beachtlichen Verfügungen unter ärztlicher Assistenz errichtet: Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 26
- 15 Dabei finden sich öfters typische „Textbausteine“ von zirkulierenden Formulierungshilfen.
- 16 z. B. ist bei der häufig sehr eindimensional abgehandelten Ablehnung einer „künstlichen Ernährung“ auch die Frage, welchen Stellenwert „Essen“ für den Menschen besitzt, von Bedeutung: Peintinger M. (2012), siehe Ref. 2, S. 251
- 17 siehe Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 10, Fußnote 7. Da Hinweise auf erfragte Begründungen fehlen, ist diese Interpretation kritisch zu sehen!
- 18 ebd., S. 53; Das Klinische Ethikkomitee hat deshalb aufgrund von vorgelegten Verfügungen bei der Religionsgemeinschaft von Jehovas Zeugen angeregt, die Aufklärungsgespräche ebenfalls durch diesbezüglich wirklich qualifizierte Ärzte durchführen zu lassen.
- 19 vgl. zu Tolmein O., *Im Sinne des Gesetzes. Patient zur ärztlichen Verfügung: Der österreichische Weg*, FAZ, 20.4.2006; Peintinger M., siehe Ref. 8, S. 161
- 20 vgl. dazu Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 52
- 21 vgl. ebd., S. 20 ff.
- 22 vgl. Peintinger M., siehe Ref. 8, S. 164 f.
- 23 vgl. z. B. Bernat E., *Nicht verbindlich- und dennoch beachtlich: Das österreichische Patientenverfügungsgesetz 2006 im Lichte der amerikanischen Rechtsentwicklung*, in: Körtner U. et al., *Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte*, Verlag Österreich, Wien (2007), S. 43-73; 64ff.
- 24 Zur Unterscheidung zwischen verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen: Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 34 f.
- 25 OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p. Dazu ergänzend: Schütz H., *Abbruch der künstlichen Ernährung bei einer einwilligungsunfähigen Patientin – vorsätzliche Tötung durch Unterlassen?*, iFamZ (2009); 32-34; 32
- 26 Kritisch erscheint, dass damit gerade durch Juristen ein nicht gesetzlich normierter Begriff eingeführt wird: Vgl dazu bereits Barth P., *Die Patientenverfügung und ihre praktischen Folgen für den behandelnden Arzt*, FamZ (2006); 1(2): 72
- 27 Kopetzki sieht die Ausdifferenzierung als „tragfähigen rechtspolitischen Kompromiss“: Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 36 ff.
- 28 So etwa – als Kuriosum – die publizierte Fallbesprechung, wonach ein Patient aufgefordert wurde, eine klare aktuelle Willensentscheidung durch eine PV zusätzlich „abzusichern“, damit der Behandlungsablehnung gefolgt werden könne: Mangold A. et al., *Behandlungsablehnung trotz vitaler Indikation*, mit Kommentaren, RdM (2010); 17(1): 13-16
- 29 Das Referat für Ethik an der Wiener Ärztekammer hat angeregt, dass Ethik-Veranstaltungen mit einer höheren DFP-Punktezahl honoriert werden sollten, damit dieses Wissen in der Kollegenschaft vermehrt Einzug findet!
- 30 vgl. dazu auch: Meran J., *Ethische und Rechtliche Aspekte von Patientenverfügungen ein Vergleich zwischen England und Deutschland*, in: Kopetzki Ch., *Antizipierte Patientenverfügungen*, Manz, Wien (2000), S. 89-91; 89
- 31 Laut Erhebungen lagen die finanziellen Aufwendungen zwischen 150 bis 800 Euro: Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 12
- 32 Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 48
- 33 vgl. ebd., S. 63ff
- 34 ebd., S. 38
- 35 Deutschland: Juni 2009 §1901 des Betreuungsrechts, Slowenien: 2008; Liechtenstein: Dzt. Adaptierung des österreichischen PatVG: Körtner U., Kopetzki Ch., Kletečka-Pulker M., Inthorn J., siehe Ref. 1, S. 32
- 36 vgl. ebd., S. 44; vgl. dazu auch Ofner H., (2007), *Patientenverfügung und Internationales Privatrecht*, in: Körtner U. et al., *Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte*, Verlag Österreich, Wien (2007), S. 185-196
- 37 Der mögliche Missbrauch, Ablehnungen zum Schutz des Gesundheitsbudgets zu sehen, wurde auch schon frühzeitig thematisiert: Memmer M., *Patiententestament und Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten*, in: Kopetzki Ch., *Antizipierte Patientenverfügungen*, Manz, Wien (2000), S. 1-37; 17
- 38 vgl. Peintinger M. (2009), siehe Ref. 2, 152 ff.

- 39 Laut Mitteilung der Neurologin Dr. Pfausler, Innsbruck, im Rahmen der ÖGARI-Ethik-Arbeitsgruppe, 5. Juni 2012, hätten 8% der intensivmedizinischen Kollegen Innsbrucks eine Verfügung errichtet.
- 40 vgl. Eisenbart, die allerdings eine stärkere Beeinflussung von Kranken im Terminalstadium höher als von gesunden Verfassern einschätzt: Memmer M., siehe Ref. 37, S. 17
- 41 Es handelt sich gewissermaßen um eine moderne Form der „ars moriendi“, die abseits der konkreten Thematik in vielen Lebensbereichen hilfreich sein kann! Vgl. Peintinger M., siehe Ref. 8, S. 171
- 42 Das „Forum Medizin Ethik“ hat wiederholt Konzepte angeboten, die allerdings jeweils auf Empfehlung des schulpsychologischen Dienstes abgelehnt wurden!
- 43 vgl. Albrecht-Balić K., *Das Patientenverfügungsgesetz 2006 und seine geschichtliche Entwicklung*, Dissertation, Univ. Wien (2008) S. 187 f.
- 44 vgl. Peintinger M., siehe Ref. 8, S. 177 f.
- 45 vgl. 2. Weissenseer Symposium 2006 zum Thema Möglichkeiten und Grenzen einer Patientenverfügung