

Das Patientenverfügungsgesetz

Von Dr. Michael Peintinger

Am 1.6.2006 ist in Österreich das Patientenverfügungsgesetz in Kraft getreten. Damit wurde eine zusätzliche Möglichkeit geschaffen, den Menschen selbst dann in Therapieentscheidungen einbinden zu können, wenn seine Kommunikations- oder Kognitionsfähigkeit krankheitsbedingt verloren gegangen ist. Aus der Fülle medizinethisch relevanter Aspekte und juristisch interessanter, bisweilen allerdings auch problematischer Normierungen sollen hier, in gebotener Kürze, einige praxisrelevante Gesichtspunkte aufgelistet werden.

Zum Gesetz

Manchen Sorgen, insbesondere hinsichtlich haftungsrechtlicher Konsequenzen für Ärzte Rechnung tragend, wurde seitens des Gesetzgebers zwischen einer verbindlichen und einer beachtlichen Patientenverfügung unterschieden.

Als verbindlich im Sinne des Gesetzes gilt eine Verfügung, wenn neben einem zulässigen Inhalt (§4) und einer ordnungsgemäßen ärztlichen Aufklärung mit ausreichender Folgenabschätzung (§5) auch formale Vorschriften eingehalten wurden (§6). Die Errichtung darf weder länger als fünf Jahre (bzw. länger als eine vom Verfasser selbst festgelegte kürzere Frist, §7) zurückliegen, noch dürfen sich in der Zwischenzeit durch medizinische Fortschritte wesentliche neue Gesichtspunkte therapeutischen Handelns ergeben haben.

Ethisch gesehen suggeriert eine verbindliche Patientenverfügung damit letztlich mehr Sicherheit, als tatsächlich gegeben erscheint. Denn das Hauptgewicht ihrer Bedeutung liegt weiterhin in der konkreten inhaltlichen Ausgestaltung einerseits und andererseits in der Qualität der Interpretation, welche die Übereinstimmung zwischen der vorbeschriebenen Situation, an welche eine konkrete Behandlungsablehnung geknüpft ist, mit der aktuell vorgefundenen bewertet.

Im Gegensatz zu den hohen rechtlichen Anforderungen, denen die verbindliche Patientenverfügung entsprechen muss, wird die beachtliche Patientenverfügung gewissermaßen als „Mängelwesen“ (§8) definiert, das Defizite in den oben genannten Verbindlichkeitskriterien aufweist.

Einige Konsequenzen

Da wohl davon auszugehen ist, dass sich im Alltag vorwiegend beachtliche Patientenverfügungen finden werden, ergeben sich problematische Konsequenzen. So ist zu befürchten, dass eine Verfügung, welche bereits vorab als Mangelwesen betrachtet wird, als weniger bedeutsam angesehen wird, was sich in der Qualität der Interpretation niederschlagen kann. Zudem nimmt der Gesetzestext keineswegs auf die Art des Mangels Bezug, selbst wenn er in §9 Kriterien auflistet, welche die Berücksichtigung einer beachtlichen Patientenverfügung fördern solle. Ethisch gesehen besteht jedoch eindeutig ein Unterschied, ob eine Patientenverfügung deshalb nicht verbindlich ist, weil die ärztliche Aufklärung fehlt, oder weil die Unterschrift eines Rechtskundigen fehlt, ob grobe Unschärfen des Inhalts oder ein eventuell geringfügiges Überschreiten der Fünf-Jahres-Frist vorliegen.

Es spricht jedoch einiges dafür, eine beachtliche Patientenverfügung nicht bloß zu „beachten“, sondern ebenfalls als authentische Willensäußerung wahrzunehmen. Ausgangspunkt der Überlegungen stellt dabei der so genannte „mutmaßliche Wille“ des Pa-

tienten dar, der auch bislang bei konkreten Handlungsentscheidungen für kommunikations- oder kognitionsunfähige Patienten herangezogen wurde.

Dieser „mutmaßliche Wille“ wurde in der Regel durch Befragung von Angehörigen und Bekannten erhoben und weist bei näherer Betrachtung erhebliche Unsicherheiten auf. Denn es ist keineswegs garantiert, dass diese Aussagen Dritter tatsächlich den Willen der Person wiedergeben. Auch ohne böse Absicht werden z.B. Angehörige, welche unter Verlustängsten, Schuldgefühlen oder unaufgearbeiteten Beziehungsproblemen leiden, wohl mitunter eher dazu neigen, keine zu prononcierten Behandlungsablehnungswünsche wiederzugeben. So bedarf es letztlich einer „Metainterpretation“ der Aussage, damit zwischen tatsächlicher Willensäußerung und der unter Umständen emotional geprägten Darstellung unterschieden werden kann. Bedenkt man ferner, dass Behandlungsentscheidungen öfters überhaupt nur mit allgemeinen Wertvorstellungen verbunden werden müssen, weil niemand zur Information hinsichtlich des mutmaßlichen Willens beigezogen werden kann, wie dies beispielsweise bei sozial völlig isolierten alten Menschen in Wien der Fall ist, erweist sich im Gegensatz dazu eine beachtliche PV letztlich als hoch authentische Willenskundgebung. Schließlich sollten auch der ja durchaus anspruchsvolle Reflexionsprozess zur Errichtung einer Verfügung oder das Wissen um die Selbstbindung zweifellos als weitere gewichtige Argumente dafür gelten, eine „bloß“ beachtliche Patientenverfügung als ebenso handlungsleitend anzusehen. Damit steht jedoch auch die Interpretation unter der moralischen Verpflichtung, diesen authentischen Willen zu befolgen.

Inhalt

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

Der Umstand, dass in einer Patientenverfügung 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 gegenwärtig Formulierungshilfen zur Errichtung von Patientenverfügungen mit zahlreichen Wunschformulierungen angeboten werden.

Als sehr positiv ist der Umstand zu bewerten, dass sich der Patientenwille auch aus dem Gesamtzusammenhang erschließen lassen darf. War es bislang von der akribisch geschilderten Situation abhängig, ob die Patientenverfügung angewendet werden konnte, eröffnet sich auf diese Weise eine entlastende und zugleich plastischere Möglichkeit, dem Willen des Patienten zu entsprechen.

Um diesen Willen aus einer „Gesamtsituation“ abzuleiten, bedarf es jedoch der Hilfe des Patienten, der nicht bloß wortkarg einige Ablehnungen formuliert, sondern diese auch begründet. 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 desto leichter wird es für den Interpreten, selbst dann dem Willen des Patienten gemäß zu handeln, wenn sich deutliche Inkongruenzen zwischen vorbe-

schriebener 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 Aufklärungsgesprächs. Dieses, „in die Zukunft hin“ geführt, sollte die naturwissenschaftlichen Aspekte als Basis für die gemeinsamen Reflexionen bieten, aus denen heraus anschließend die wertorientierten Begründungen für Behandlungsablehnungen formuliert werden. Der Spannungsbogen des Vertrauens zwischen dem aktuell aufklärenden Arzt und dem späteren Interpreten sollte auch moralischer Ansporn sein, Aufklärungsgespräche sorgfältig, behutsam und dennoch in aller Klarheit und mit Respekt vor der aufscheinenden Wertorientierung zu führen. Zur Förderung der Qualität ist es weiters wichtig, dass zwischen Aufklärenden und späteren Interpreten ein Feedback erfolgt, welches positive wie problematische Erfahrungen darlegt.

Ängste und Probleme den Inhalt betreffend

Hinsichtlich des Inhalts werden zuweilen Ängste laut, inwieweit durch eine Patientenverfügung eine ja grundsätzlich schon verbotene aktive direkte Sterbehilfe oder – verdeckt – ein Suizid erreicht werden könne.

Eine aktive direkte Sterbehilfe bedeutet definitionsgemäß, dass eine aktive Handlung mit der Intention einer Tötung als „Handlungserfolg“ gesetzt wird. Es ist jedoch logisch nicht nachvollziehbar, wie durch die einzig verbindlichen Handlungsablehnungen (welche eben gerade keine Wünsche mit einer aktiven Reaktion darauf darstellen!) ein aktives Handeln erzwungen werden könnte.

Auch hinsichtlich etwaiger suizidaler Absichten muss geprüft werden, inwieweit sich aus der neuen Möglichkeit einer Patientenverfügung eine andere Situation als die gegenwärtig bestehende entwickeln könnte. Denn auch heute ist jeder Mensch, der z.B. eine lebensrettende Behandlung im Wissen um die zwangsläufig tödlichen Folgen ablehnt, vor Zwangsbehandlungen geschützt. Dabei ist nicht gänzlich auszuschließen, dass sich im Bündel seiner Motive auch verdeckt der Wunsch nach Lebensbeendigung findet. Wenn wir dieses höchstpersönliche Recht des Patienten auf Behandlungsablehnung jedoch – ungeachtet aller fürsorglichen Versuche, ihn umzustimmen – letztlich akzeptieren müssen, muss auch dasselbe für eine antizipierte Ablehnung gelten. Die Patientenverfügung stellt diesbezüglich weder eine neue noch eine größere Gefahr dar.

Bei der verbindlichen Patientenverfügung lässt sich zudem das Problem der schleichenden Inkongruenz des Willens feststellen. Das in seiner Tragweite bislang noch nicht wahrgenommene Problem beruht auf dem Umstand, dass ein Patient, welcher eine verbindliche Patientenverfügung – unter Umständen mit erheblichem organisatorischen und finanziellen Aufwand – verfasst hat, wenig geneigt sein wird, daran bald Änderungen vorzunehmen. Selbst wenn der Verfasser, bedingt durch äußere Vorkommnisse und Überlegungen, in den nächsten Monaten Formulierungen oder Behandlungsablehnungen als nicht mehr so zutreffend empfindet, wird er nicht gleich von neuem mit der formalen Prozedur zu einer Korrektur fortfahren, sondern vielmehr dazu neigen, erst einmal einige Änderungsvorstellungen zu „sammeln“. Auf diese Weise könnten im Laufe der Zeit erhebliche Inkongruenzen zwischen verbindlicher Patientenverfügung und dem tatsächlichen Willen auftreten. Verliert nun der Patient seine Einsichts- und/oder Urteilsfähigkeit, wäre seine – aufgeschobenerweise unveränderte – Verfügung anzuwenden, obschon sie tatsächlich nicht mehr dem aktuellen Willen entspricht.

Interpretation

Auch die Interpretationsphase kann neue ethische Probleme mit sich bringen. Denn häufig wird derselbe Arzt, der eine Therapie durchführen möchte, auch der Diagnostiker der Kognitions- und/oder Kommunikationsunfähigkeit und der Interpret der Patientenverfügung sein. Dabei könnte, beispielsweise bei Spannungen zwischen dem ärztlichen Therapiewillen und einer Ablehnung in der Verfügung, die Versuchung bestehen, noch eine rudimentäre Zustimmungsfähigkeit des Patienten wahrzunehmen oder durch exzessive Auslegung der Formulierung die angestrebte Behandlung zu legitimieren. Im Sinne eines sauberen prozeduralen Vorgehens sollte daher bewusst eine „Gewaltentrennung“ durch Einbindung mehrerer Ärzte angestrebt werden. Es ist aus ethischer Sicht wohl überhaupt anzustreben, dass die Interpretation einer Verfügung – als ein explizit wertorientiertes Instrument. – innerhalb des gesamten therapeutischen Teams erfolgen sollte.

Neue Fürsorglichkeit

Unter Berücksichtigung aller genannten Aspekte, welche eine Patientenverfügung 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 der damit befassten Gesundheitsberufe zu setzen.

Diese beginnt mit der Bereitschaft, eine für Patientenverfügungen spezifisch notwendige Gestaltung des Aufklärungsprozesses einzuüben und anzuwenden. Dabei wird es, neben einem umfassenden naturwissenschaftlichen Fachwissen, von noch größerer Bedeutung sein, dass der Arzt imstande ist, Ängste und Folgeeinschätzungen des Patienten ebenso qualifiziert zu thematisieren, wie auch die Begründungen von Ablehnungen im Einklang mit der je individuellen Wertorientierung deutlich zu erarbeiten. Die Fürsorglichkeit setzt sich fort in einer aufgeschlossenen Haltung gegenüber den vorgelegten Verfügungen, welche die konkrete Lebensgestaltung und Begründungen als authentischen Willen wahrnimmt und als Ausdruck eines Menschen versteht, der über sein zu Ende gehendes Leben intensiv nachgedacht hat. Sie braucht weiters die Bereitwilligkeit zum Kontakt zwischen Interpreten und ehemaligem Aufklärer, damit in Zusammenschau der beiden Erfahrungen ein Beitrag zu zukünftigen qualitativvollen Aufklärungsgesprächen und Interpretationsvorgängen geleistet werden kann. Nicht zuletzt bedarf es auch der Erkenntnis, dass eine Patientenverfügung nur einen neuen zusätzlichen Teil im Gesamtmosaik einer fürsorglichen Begleitung darstellt, welche das Leben selbst im Sterben noch glücken lassen kann.

Es ist begründet zu hoffen, dass sich nach anfänglichem Zögern die Erkenntnis durchsetzt, dass eine sorgfältig verfasste Verfügung tatsächlich hilfreich zur Lösung von Problemen beitragen kann, die bislang zahlreiche therapeutische Situationen geprägt haben. Diese wird auch seitens der Ärzteschaft weitere kreative Anstrengungen hervorrufen, damit die Autonomie der Patienten in schwierigen Lebensphasen gewährleistet werden kann.

Dr. Michael Peintinger

Lehrbeauftragter für Medizinethik an der Medizinischen Universität Wien und der Universität Wien, Lektor an der WU Wien und der Donau-Universität Krems sowie am International Management Center der Fachhochschule Krems, Facharzt für Anästhesie und Vorsitzender der Ethikkommission der KA „Göttlicher Heiland“, Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen

