

3,90 €

Die Patientenverfügung

Evolution(sgeschichte) eines ethischen
Kommunikationsinstruments

Erstellt von Martin Reindl

In der Reihe S:Z:D Arbeitspapiere
der Robert-Jungk-Stiftung

Die S:Z:D Arbeitspapiere werden von der Robert-Jungk-Bibliothek für Zukunftsfragen JBZ (Leiter: Dr. Walter Spielmann) in Partnerschaft mit den Salzburger:Zukunfts:Dialogen herausgegeben. Ansprechpartner für das Projekt ist Mag. Stefan Wally MAS. Die Inhalte der Arbeitspapiere geben nicht notwendigerweise die Meinung der Robert-Jungk-Bibliothek oder der Salzburger:Zukunfts:Dialoge wieder, sie sollen Diskussionen anregen.

Salzburg: JBZ-Verlag, 2012. ISBN 978-3-902876-02-7

Bisher erschienen:

Nr. 1/David Röhler/Government 2.0

Nr. 2/Minas Dimitriou/Sport zwischen Inklusion und Exklusion

Nr. 3/Nimet Ünal/Migration und schulischer Erfolg

Nr. 4/Georg Gruber/Zukunftsvorstellungen junger AsylwerberInnen

Nr. 5/Achim Eberspächer/Jungk: Zukunftsforscher u. Anführungszeichen

Nr. 6/Silvia Augeneder/Kommerzialisierung menschlicher Körperteile

Nr. 7/Bärbel Maureder/Der Salzburger IT Arbeitsmarkt

Nr. 8/Barbara Eder/Freiwilligentätigkeit in Österreich

Nr. 9/Silvia Augeneder et al/Diese Entwicklungen werden Salzburg bis 2030 prägen

Nr. 10/Reinhard Hofbauer/Lebensqualität als alternative Zielformel

Nr. 11/Sandra Filzmoser/Wohlbefinden und Engagement

Nr. 12/Edgar Göll/Governance-Modelle der Zukunft

www.arbeitspapiere.org

www.jungk-bibliothek.at

www.salzburg.gv.at/szd

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Patient - Patientenverfügung	4
2. Aufbau der Arbeit	6
3. Patientenverfügung – Ansätze einer Anamnese	7
3.1 (Vor-)Geschichte des PatVG	8
3.2 Die Entfaltung des Akzeptanz-Paradoxons	10
4. Ein erster Blick auf die Patientenverfügung – die individuelle Perspektive	13
4.1 Das Autonomie-Paradoxon	13
4.2 Autonomie – alles eine Frage der Geschlossenheit	15
4.3 Die Patientenverfügung als Reflexionsinstrument	17
5. Ein zweiter Blick auf die Patientenverfügung – die kollektive Perspektive	19
5.1 Das Asymmetrie-Paradoxon	19
5.2 Irritierbarkeit – alles eine Frage der Offenheit	21
5.3 Die Patientenverfügung als Kommunikationsinstrument	22
6. Ein dritter Blick auf die Patientenverfügung – die ganzheitliche Perspektive	24
6.1 Das moralische Paradoxon	24
6.2 Ethisierung – alles eine Frage der Beobachterebene	26
6.3 Patientenverfügung als ethisches Instrument	28
7. Ausblick: Evolution wirkt	29
Literaturverzeichnis	31

1. Einleitung: Patient - Patientenverfügung

„Authentischer Patientenwille“, Rechtssicherheit für alle Beteiligten, Regelung der Reichweite. Das sind nur einige Schlagworte, mit denen die Vorteile des neuen Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) bedacht wurden.

Doch wie bei jeder Medizin lohnt sich auch hier ein kurzer Blick auf den Beipackzettel nach möglichen Risiken und Nebenwirkungen.

Beschäftigt man sich näher mit den Auswirkungen des am 1. Juni 2006 in Kraft getretenen PatVG, fällt auf, dass die Zahl der empirischen Studien zu diesem Thema noch als mager zu bezeichnen ist. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Sample dieser Studien entweder über eine geringe Teilnehmerzahl, wie beispielsweise im Endbericht zu den Erfahrungen mit dem PatVG für das Bundesministerium für Gesundheit von Körtner et al. (2009), verfügen oder sich auf einen zu spezifischen Panel, wie bei den Studien von Sahn/Schröder (2007) und Platzer (2010), die beide akut kranke Patienten befragen, fokussieren. Auf dieser Basis sind keine endgültigen oder verallgemeinerbaren empirischen Schlussfolgerungen bezüglich der Akzeptanz und der Wirkung des neuen Gesetzes möglich.

Rückt man damit vom Versuch einer empirischen Betrachtung ab, so könnte man verführt sein, eine theoretische Analyse zu unternehmen, die sich aber in Anbetracht der Frage nach der Wirkung als eher unpraktisch erweisen würde.

Was bleibt übrig, wenn sich ein Untersuchungsgegenstand weder für die empirische noch für die theoretische Beobachtung empfiehlt? Die Antwort liegt im „Weder-noch“ verborgen, womit auf die Differenz zwischen Empirie und Theorie verwiesen wird. „[Es] bleibt das System als Differenz. Es ist (wie jede Differenz) kein Ding, kein Subjekt, kein Objekt, keine Festigkeit. Außer für einen Beobachter ist es: nichts.“ (Fuchs 2004: 16f.)

Umgekehrt kann man damit sagen, dass einem also nichts übrig bleibt – außer zu beobachten. Und genau das soll im Folgenden unternommen werden, indem auf eine prominente Denkfigur zurückgegriffen wird, die maßgeblich von dem österreichisch-amerikanischen Kybernetiker Heinz von Foerster im wissenschaftlichen

Diskurs verankert wurde. Es handelt sich dabei um das Konstrukt der Beobachtung, die in zwei Ausprägungen für die vorliegende Arbeit relevant ist: Erstens als Beobachtung erster Ordnung. Als solche stellt sie bestimmte Sachverhalte aus ihrem jeweiligen Blickwinkel dar und kann mit dem Allgemeinverständnis von Beobachtung gleichgesetzt werden. Als Beispiel könnte man sich hier jemandem vorstellen, der eine Blume beobachtet¹. Zweitens als Beobachtung zweiter Ordnung. Als solche beobachtet sie andere Beobachter beim Beobachten. Beispielsweise sei hier ein Wissenschaftler ins Treffen geführt, der diejenigen Leute beobachtet, die Blumen oder eben Leute, die über Moral diskutieren, beobachten. Auf diese Weise lassen sich Beobachtungsfolgen konstruieren, die aus unterschiedlichen und auch widersprüchlichen Beobachtungen und Gegenbeobachtungen bestehen können und damit die Betrachtung verschiedener Wertungen zulassen. Dies wiederum erlaubt, Begriffe wie Ethik und Moral zu diskutieren. Dies sind dann diejenigen Beobachtungspunkte, die es zu finden gilt, um eine differentialistische Analyse, wie sie Fuchs beschreibt, initiieren zu können.

Scannt bzw. beobachtet man das vorliegende Datenmaterial nach solchen Differenzen, wird man auch bei der Frage nach der Wirksamkeit des PatVG fündig. So versandte der Dachverband der Palliativ- und Hospizeinrichtungen über das Jahr 2009 hinweg 7.680 und im ersten Halbjahr 2010 bereits 5.649 Formulare zur Errichtung einer Patientenverfügung². Daraus lässt sich ein durchaus großes Interesse an der Thematik konstatieren. Ein völlig konträres Bild ergibt sich aber, wenn man die Anzahl der tatsächlich errichteten Patientenverfügungen gegenüberstellt. Zwischen der Einführung des Gesetzes im Jahr 2006 bis 2009 liegen demnach bei den Patientenanwaltschaften, bei der Anwalts- und bei der Notariatskammer insgesamt lediglich 4.941 Verfügungen vor³. Diesen offenkundigen Widerspruch zwischen administrativem Interesse und tatsächlicher Errichtung kann man auch als Akzeptanz-Paradoxon bezeichnen. Daraus lässt sich die zentrale Frage ablei-

¹ Eine Beobachtung erster Ordnung kann aber auch abstrakter sein und beispielsweise zwei Menschen im Zuge eines moralischen Disputs bezeichnen.

² Vgl. dazu <http://kurier.at/nachrichten/gesundheit/2057370.php>.

³ Vgl. dazu http://www.medmedia.at/medien/klinik_op/artikel/2009/06/7304_02-09_Patientenverfuegung.php.

ten: Wie ist es um die Autonomie des Patienten bestellt? An der entsprechenden Antwort, die in den folgenden Punkten schrittweise entwickelt wird, kann die Wirkungsweise des PatVG abgelesen werden.

Das Paradox zeigt nun dreierlei: Erstens verweist es auf eine Kontroverse, wenn nicht sogar auf einen Bruch in der bisherigen Diskussion: Die Medizin wird so – zumindest einstweilen – zum Patienten gemacht, indem sie aus ihrer sonst aktiven Position in die passive Position des Forschungs-, bzw. Beobachtungsobjekts befördert wird. Geduld ist an dieser Stelle für alle Beteiligten eine unabdingbare Tugend und Exaktheit bleibt gefragt, was den Umgang mit dem Skalpell der von Foersterschen Beobachtungskonzeption anbelangt. In diesem Perspektivenwechsel zeigt sich bereits die rekursive Vernetzung zwischen Objekt- und Theoriebereich, eine Folge des Spiels mit wechselnden Beobachterpositionen, die nie unabhängig voneinander funktionieren (können). Zweitens schimmert hier eine politisch-moralische Dimension durch, die es (wissenschaftlich) qua Beobachtung zu exzerpieren gilt. Die Darstellung der Anamnese beschreibt zum einen den Weg, der die Entwicklungsgeschichte der Patientenverfügung verständlich macht. Zum anderen ist sie gleichzeitig der Weg, der es ermöglicht, das Instrument der Patientenverfügung weiter zu entwickeln und, metaphorisch gesprochen, zur Medizin werden lässt. Drittens bildet das Paradox die Ausgangsbasis für eine differentialistische Analyse, deren Aufbau in Punkt 2 dargestellt werden soll.

2. Aufbau der Arbeit

Um die Bausteine, die für die Darstellung einer solchen Analyse notwendig sind, mit den Befunden im Fall der Patientenverfügung und ihrer Wirkung verbinden zu können, wird folgendes Vorgehen gewählt:

In Punkt 3 werden hierfür die Grundlagen gelegt. Zuerst wird die Vorgeschichte des PatVG dargestellt, um daran das Paradox und vor allem die ihm zugrunde liegenden Widersprüche zu extrapolieren. Dies ermöglicht es, das Paradox zu entfalten und drei Schlüsselkomponenten, nämlich Unsicherheit, (Nicht-)Entscheidbarkeit und Lebensende herauszudestillieren. Auf dieser Basis kann (in

Punkt 4) ein erster Blick auf die Autonomie geworfen werden. Im Fokus steht dabei die individuelle Perspektive des Patienten. Die zentrale Herausforderung zeigt sich hier als Autonomie-Paradoxon und führt hin zur Forderung nach echter Autonomie, die von anderen unechten Formen zu unterscheiden ist. Das damit verbundene Bild des Patienten als geschlossenes System führt dazu, die Patientenverfügung auf dieser ersten Stufe als Reflexionsinstrument zu begreifen.

Ein zweiter Blick mit Betonung der kollektiven Perspektive folgt in Punkt 5. Hier geht es schwerpunktmäßig um die Rolle der Autonomie im zentralen Arzt-Patienten-Verhältnis. Das Paradoxon, alltagssprachlich als Widerspruch definiert, stellt sich im Rahmen dieser Arbeit als Asymmetrie zwischen Arzt und Patient dar. Wie der Patient vom Arzt beraten werden und dabei gleichzeitig seine Autonomie behalten kann, wird ebenso diskutiert wie die Rolle der Patientenverfügung als Kommunikationsinstrument.

Der dritte Blick auf die Patientenverfügung (Punkt 6) nimmt eine ganzheitliche Perspektive ein, die für die rekursive Vernetzung der beiden ersten Beobachterspositionen steht. Das Paradoxon zeigt sich in diesem Punkt durchtränkt von moralischen Widersprüchen. Seine Entfaltung erfolgt derart, dass die Patientenverfügung als ethisches Instrument begriffen werden kann.

3. Patientenverfügung – Ansätze einer Anamnese

Um die Wirkung des PatVG abschätzen und das Akzeptanz-Paradox verstehen zu können, wird in Punkt 3.1 zuerst die komplexe Entwicklung bis zur Einführung des PatVG skizziert.

Durch den Vergleich mit den Zielen, die der Gesetzgeber mit dem PatVG verfolgt hat, ist es möglich, wichtige Indizien zu sammeln. Im Anschluss daran werden die gewonnenen Erkenntnisse in Punkt 3.2 zu einer vertiefenden Analyse in den Blick genommen.

3.1 (Vor-)Geschichte des PatVG

Bereits vor Einführung des PatVG gab es die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu errichten. Die gesetzliche Formulierung war allerdings auf Krankenanstalten zugeschnitten, wie § 10 Abs 1 Z 7 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz verdeutlicht:

„Durch die Landesgesetzgebung sind die Krankenanstalten zu verpflichten, bei der Führung der Krankengeschichte Verfügungen des Pflégelings, durch die dieser erst für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, zu dokumentieren, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können.“

Hinzu kommt, dass es weder eine Konkretisierung bezüglich der inhaltlichen und formalen Anforderungen an derartige „Verfügungen“, noch eine Bindung der behandelnden Ärzte daran gab. Eine ähnliche Unschärfe findet sich in Artikel 18 der Patientencharta, insofern „bei künftigen medizinischen Entscheidungen soweit wie möglich darauf [gemeint sind die Willensäußerungen des Patienten; Anm. des Autors] Bedacht genommen werden kann.“

Die Verbindlichkeit jener Verfügung muss also als juristisch uneindeutig eingeschätzt werden. Zieht man auf dieser Ebene nun die Forderung nach der Einwilligung des Patienten zu jeglicher Heilbehandlung aus § 110 StGB heran, findet sich auch hier ein Widerspruch, der die Notwendigkeit einer juristischen Novellierung und einer politischen Auseinandersetzung mit der Thematik erforderte. Die politische Motivation kann dadurch aber nicht gänzlich erklärt werden. Die Bemühungen auf diesem Gebiet sind von zahlreichen Rückschlägen gekennzeichnet, sei es nun die große Kritik am ersten Gesetzesentwurf des Ministeriums für Gesundheit im Jahr 2004 oder aber auch der nicht lösbare Expertendissens innerhalb der Bioethikkommission zum zweiten Entwurf⁴. Hinzu kommen noch divergierende

⁴ Vgl. dazu die ausführliche Darstellung der politischen Situation im Vorfeld der Erstellung des PatVG Bogner (2007: 324f.) oder Gmeiner/Kopetzki (2005: 69f.).

moralische Positionen, wie sie in Punkt 5 weiter erläutert werden. Die kurze Skizze soll reichen, um klarzumachen, dass die Lage vor der Einführung des PatVG ohne Untertreibung als schwierig und komplex bezeichnet werden muss. Hinzu kommt noch, dass die im PatVG behandelte Frage nach dem Umgang mit Sterbenden und dem eigenen Tod weit über den juristischen oder politischen Bereich Auswirkungen bis tief in alle anderen gesellschaftlichen Systeme hat. Dies führte und führt natürlich auch zum vermehrten Auftreten moralischer Kommunikation in und zwischen den Systemen und zeigt die Durchsetzungs- und Integrationskraft des politischen Systems, das an dieser Stelle zu einer (politischen) Entscheidung gelangte, indem es das Gesetz auf den Weg brachte.

Als Ziele sind demnach die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten im Sinne einer Patientenautonomie, die Rechtssicherheit durch eindeutige Regelungen und eine damit verbundene höhere Transparenz und Klarheit für alle Beteiligten genannt worden. Dies mündete in § 2 Abs 1 PatVG in folgende Definition der Patientenverfügung. Sie ist demnach „eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist.“

Mit dem PatVG liegt damit ein klares Bekenntnis zur Stärkung der Autonomie des Patienten vor, der seinen (autonomen) Willen für eine Zeit der Abhängigkeit antizipierend und rechtsverbindlich äußern kann. Der Realisierungsgrad der Patientenautonomie, an dem sich viel Kritik auf verschiedenen Seiten entzündet hat, ist auch der Gradmesser für die Wirksamkeit des Gesetzes. An dieser Stelle schließt sich durch den Rekurs auf das in der Einleitung beschriebene Akzeptanz-Paradoxon der Kreis. Das Wissen um die Entstehungsgeschichte erlaubt nun aber einen weiteren Blick auf und eine bessere Einordnung des, dem Paradoxon zugrunde liegenden, Widerspruchs zwischen angeforderten und tatsächlich ausgefüllten Formularen. Körtner et al. (2009: 26), die eine Wirkungsstudie zum PatVG im Auftrag des Ministeriums für Gesundheit durchführten, kommen in diesem Zusammenhang zu dem vorsichtig skeptischen Ergebnis, dass „Patientenverfügungen vor allem für Sondersituationen und nicht als allgemeines Vorsorgeinstrument genutzt wird [sic!]“. Deutlicher hingegen sind die Einschätzungen des

Frankfurter Medizinethikers Sahm (2007: 50), der in Anlehnung an Fagerlin/Schneider (2004: 30ff.) folgende Frage formuliert:

„Es steht niemandem an, es als Defizit zu klassifizieren, wenn eine Mehrheit der Bevölkerung sich nicht willens und fähig fühlt, Entscheidungen über medizinische Behandlung am Lebensende zu antizipieren. Zeigt dies nicht vielmehr, dass Patientenverfügungen ein unzulängliches Instrument zur Lösung eines schwierigen Problems sind?“

Sahm stellt damit das Scheitern der Patientenverfügung und damit auch des PatVG in den Raum, wird doch das Akzeptanz-Paradox als solches nicht nur in seiner Existenz bestätigt, sondern auch als unauflösbar gesehen. Und es stimmt: ein Paradoxon kann formal-logisch nicht aufgelöst werden, sonst wäre es schließlich auch kein Paradoxon. Das Fazit, (analytische) Operation gelungen, Patient tot, ist allerdings etwas vorschnell, das Beharren auf den unauflösbaren und komplexen Widersprüchen zu bequem, zeigt es doch vor allem eines: so kommen weder die Diskussion, noch die Entwicklung der Patientenverfügung, deren Entwicklungsbedarf als solcher damit alles andere als in Abrede gestellt werden soll, weiter.

Daher wird mit dieser Arbeit ein anderer Ansatz gewählt, der im besten Fall als evolutionär bezeichnet werden kann. Hierbei wird das Paradoxon in Anlehnung an Luhmann (2004) „entfaltet“, wobei die eingangs erwähnten Beobachterebenen und der differentialistische Ansatz in Anschlag gebracht werden. Wie die Mechanik dieses Modells auszusehen hat, wird im folgenden Punkt vertieft.

3.2 Die Entfaltung des Akzeptanz-Paradoxons

Widersprüche und Dissens, wie sie sich im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens dargestellt haben, sind ein Hinweis für eine tiefer liegende Friktionschicht. In Anlehnung an Kuhn (1996: 52f.) kann man sie auch als Anomalien bezeichnen, die ein Anzeichen für einen möglichen Paradigmenwechsel sein können. Mit dem

Analysemittel des Paradoxons kann man in diese Tiefe vordringen und die Widersprüchlichkeit somit produktiv nutzen, indem man sie als Prozess eines neu entstehenden Paradigmas versteht und somit eine evolutionäre Brille verwendet. Legt man dann den gewählten – und hier gibt es ganz offensichtlich mehrere kontingente Möglichkeiten, wie es anhand der unterschiedlichen Perspektiven in den folgenden Punkten gezeigt wird – Widerspruch zwischen Interesse an einer Patientenverfügung und deren Errichtung offen, kann man selbigen als Unsicherheit interpretieren⁵, als Unfähigkeit von grundsätzlich interessierten und motivierten Menschen zu einer Entscheidung bezüglich ihres Lebensendes zu kommen. Damit wird Unsicherheit zum Schlüssel der folgenden Ausführungen, der das eben Gesagte insofern erschließt, als ein Paradigmenwechsel immer in eine unsichere Zukunft hin erfolgt. Es ist eben unklar, was danach kommt. Kirsch (1999: 346) spricht in diesem Zusammenhang von einer „offenen Zukunft im starken Sinn, da uns heute sogar die adäquaten Möglichkeiten zur Beschreibung möglicher zukünftiger Zustände fehlen.“ Darin kann man gleichzeitig die Minimaldefinition von Evolution sehen.

„Die Evolution macht somit kontinuierlich die im System existierenden Sprachen bzw. Ansätze obsolet und erfordert eine Proliferation anderer und neuartiger Konstruktionen.“ (Kirsch 1997: 49)

Unsicherheit, das ist an dieser Stelle zentral, wird damit nicht als per se negativ bewertet. Dies entspräche einem Verharren auf der wenig konstruktiven Ebene des Widerspruchs. Sie setzt aber bestimmte Bedingungen voraus, um positiv wirken zu können. Diese werden in Punkt 4 erarbeitet.

Der zweite Schlüssel ist die Frage nach der Tragweite von Entscheidungen, vor allem von Fehlentscheidungen. Die Unsicherheit in Form des Risikos einer Fehlentscheidung ist im Zuge der Errichtung einer Patientenverfügung sehr groß, da sie das eigene Weiterleben oder Sterben beeinflussen kann. Dahinter verbirgt sich eine weitere Frage, nämlich die der Verantwortung, die der Entscheidungsträger er mit jeder Wahl übernimmt. Und mit Verantwortung ist es so eine Sache: Zunächst einmal wollen sie viele, weil damit eine teils erhebliche Erweiterung des

⁵ Das obige Zitat Sahms legt diesen Gedanken nahe.

persönlichen Handlungsspielraums, also Macht einhergeht. Aber wenn etwas schief geht, will sie – das Phänomen ist nur allzu bekannt – keiner (gehabt haben). Jede Entscheidung birgt nämlich das Risiko des Fehl-Entscheidens. Wird dieses Risiko akut, wird die Fehlentscheidung sofort als Schuld stigmatisiert. Und Schuld braucht immer einen Schuldigen. Wer trägt also im Zusammenhang mit der Patientenverfügung die Verantwortung: Der Errichter einer Patientenverfügung? Der behandelnde Arzt? Der beratende Rechtsanwalt? Die gesetzgebende Politik? Oder gar die Gesellschaft an sich? Wer behält am Ende den Schwarzen Peter? Daher geht es hier um eine kritische Auseinandersetzung mit dem Konstrukt der Patienten-Autonomie, deren Zweck es schließlich ist, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu stärken. Die (systemtheoretische) Antwort auf diese Frage ist zweiseitig: In Punkt 4 geht es zuerst um die Rolle des Patienten und seinen Teil der Verantwortung. Anschließend wird der Blickwinkel in Punkt 5 erweitert und die Interaktion am Beispiel Arzt-Patient aufgezeigt. Ziel dabei ist es, einen differenzierten Autonomiebegriff zu finden, der in der Lage ist, sowohl auf die „Schwarzer Peter“-motivierte Kritik einzugehen, als auch einen alternativen Ausweg daraus zu zeigen.

Der dritte Schlüssel liegt in der Frage nach dem Lebensende und den unterschiedlichen wie ebenso widersprüchlichen Wertekonzepten, vor deren Hintergrund versucht wird, die Frage zu beantworten⁶. Die Reflexion über das Lebensende lässt sich aber schwer von der über das Leben selbst trennen, wie sie in Punkt 4 skizziert wird. Und gerade die Tatsache, dass es sich hier um zwei Grundfragen handelt, die nicht nur philosophisch und theoretisch, sondern auch praktisch von höchster Relevanz sind, sorgt für die notwendige Tiefe der Betrachtung, um den Wertekonflikt, der in Punkt 6 dargelegt wird, darstellen zu können.

Wendet man die anhand der drei Schlüssel demonstrierte Funktionsweise der Paradoxon-Analyse auf das -Objekt der Patientenverfügung an, gewinnt auch die Frage nach ihrer Wirkung Tiefe. Die Patientenverfügung stellt sich nun nämlich als Instrument dar, dessen Kritik und Widersprüche Wegpunkte eines evolutionären Prozesses darstellen, der die Patientenautonomie in einem neuen Licht erschei-

⁶ Vgl. dazu die Darstellung des Paradoxons als moralisches Paradoxon in Punkt 6.1.

nen lässt. Dieser Umstand wird auch durch den weiteren Verlauf dieser Arbeit deutlich. So wird in Punkt 4 die Patientenverfügung als Reflexions-, in Punkt 5 als Kommunikations- und in Punkt 6 als ethisches Instrument beobachtet.

4. Ein erster Blick auf die Patientenverfügung – die individuelle Perspektive

Im diesem Abschnitt geht es zuerst darum, die paradoxe Rolle der Autonomie in der Patientenverfügung darzustellen (Punkt 4.1). Aufbauend darauf kann in Punkt 4.2 ein systemtheoretisches Grundgerüst skizziert werden, mit dem ein Perspektivenwechsel innerhalb des Disputs möglich wird. Dieser Wechsel ist die Basis für die Charakterisierung der Patientenverfügung als Reflexionsinstrument, wie es in Punkt 4.3 unternommen wird.

4.1 Das Autonomie-Paradoxon

Ziel des PatVG ist es, den politisch favorisierten Philosophiewechsel vom medizinischen Paternalismus, der in Punkt 5 vertieft wird, hin zur Autonomie des Patienten zu realisieren, wie es bereits in § 110 StGB angedeutet wird. Ob, bzw. inwieweit dies auch Auswirkungen auf der praktischen Seite und beim Patienten hat, ist eine Frage nach der Wirksamkeit des Gesetzes. Doch es ist genau der Autonomiebegriff, der im Zentrum der kritischen Auseinandersetzung steht. Ein klares Bekenntnis dazu hätte nämlich bedeutet, dass der Patient seinen Willen und seine „Vision vom schönen Sterben“ frei und ohne Einschränkungen formulieren kann. Und genau diese Einschränkungen sehen Kritiker als Akt der Sabotage an der Autonomie an.

„Auch wenn der Gesetzgeber angesichts der Gefahren einer voreiligen Verfügung gute Gründe für die Festsetzung einer Zwangsaufklärung hat, bleibt im Ergebnis, dass der Preis für den Patienten, der das vom Gesetzgeber eröffnete Recht auf Entscheidung wahrnehmen will, ist, dass er

sich deswegen wie ein weitgehend unmündiges Wesen behandeln lassen muss.“ (Tolmein 2006: 37)

Vordergründig stellt sich damit der Streit um die Autonomie als Paradoxie begründender Widerspruch zwischen Autonomie in Sinne von ‚Freiheit‘ bzw. ‚freien Willen‘ und Heteronomie im Sinne von ‚Zwang‘ und ‚Fremdbestimmung‘ dar. Vor diesem Hintergrund kann man die Grenzen des Selbstbestimmungsrechts, die der Gesetzgeber verfügt hat, als Anzeichen für eine gestiegene Heteronomie betrachten. Dies gilt für die bürokratischen Hürden, wie zum Beispiel die Tatsachen, dass die Verfügungen mit einem teilweise erheblichen Kostenaufwand verbunden sind und alle fünf Jahre erneuert werden müssen, ebenso, wie für Einschränkungen in ihrer Wirksamkeit. So muss der Patient bestimmte Behandlungsformen ablehnen und kann nicht seine positive Vision in der Verfügung manifestieren. Damit verbunden ist die Forderung, dass sich der Patient der Folgen der abgelehnten Behandlungsformen bewusst sein muss. Und damit schränkt das PatVG die freie Entscheidung des Patienten, die den Kern seiner Autonomie ausmacht, maßgeblich ein, da das PatVG „erstens dem Patienten eine ‚Rechtfertigung‘ für seine Wünsche abverlangt und zweitens den beratenden Arzt als Maßfigur einführt, der die Nachvollziehbarkeit der Patientenentscheidung überprüft.“ (Hemmer 2006: 168)

Doch gerade die letztgenannten Einschränkungen kann man auch unter einer anderen Perspektive betrachten. Autonomie steht nämlich nicht nur zur von den Kritikern kolportierten Heteronomie in Widerspruch, sondern eben auch zur in reiner Willkür gipfelnden Autarkie, als die Autonomie ebenfalls nicht missverstanden werden darf. Die Vorgaben des Gesetzgebers könnten demnach auch als Schutz und nicht als Einschränkung der Autonomie verstanden werden, wenn man das Paradoxon als Autonomie vs. Autarkie versteht, wie es in Punkt 4.2 erläutert wird. Mit diesem Perspektivenwechsel als Ausgangspunkt sollen im nächsten Schritt die systemtheoretischen Begriffe eingeführt werden, die nötig sind, um das Paradoxon fruchtbar zu machen.

4.2 Autonomie – alles eine Frage der Geschlossenheit

In Punkt 3 wurde die Frage nach dem Leben bzw. seinem Ende als dritter und schwieriger Schlüssel in der vorliegenden Debatte herausgearbeitet. Dahinter steckt die ebenso fundamentale Frage danach, was Leben ist. Die Unmöglichkeit, dies eindeutig zu beantworten und die damit verbundene Angst, eine falsche, in ihren Auswirkungen katastrophale Antwort darauf zu geben, erklärt zwar sicherlich einen Teil derjenigen Position, die sich um die Einschränkung der Autonomie bemüht, ist aber genau der Grund, warum eine Antwort gesucht werden muss. Das klingt paradox und ist es auch – doch dazu später mehr. Aus einer konstruktivistischen Perspektive heraus wäre ein solcher archimedischer Punkt auch Teil eines veralteten Denkens, das selbst Teil des Problems und nicht der Lösung würde. Stattdessen soll hier eine Möglichkeit vorgeschlagen werden, der es nicht um ubiquitäre Wahrheit geht, sondern darum, eine echte Alternative anbieten zu können.

Was ist also Leben? Vor dem Hintergrund der systemtheoretischen Orientierung dieser Arbeit muss⁷ die Frage in Anlehnung an die chilenischen Biologen Maturana und Varela mit Autopoiese beantwortet werden, was ‚Selbst(re-)produktion‘ bedeutet.

„Wir behaupten, dass es Systeme gibt, deren Einheit als Produktions-Netzwerk von Komponenten definiert ist, die (1) rekursiv, also durch ihre Interaktionen, das Netzwerk generieren und realisieren, das sie produziert, und (2) im Raum, in dem sie existieren, die Grenzen dieses Netzwerks als Komponenten konstituieren, die an der Realisierung des Netzwerks teilnehmen. Solche Systeme nannten wir autopoietische Systeme und die Organisation, die sie als Einheiten im Raum ihrer Komponenten definiert, autopoietische Organisation.“ (Maturana 1981: 21f., freie Übersetzung.)

⁷ Luhmann macht im Zuge seiner sogenannten autopoietischen Wende eben diesen Begriff zu einem der zentralen Aspekte seiner systemtheoretischen Konzeption.

Solch ein System kann beispielsweise eine Pflanze sein. Sie reproduziert sich selbst, d. h., sie benutzt ihre eigenen Zellen, um neue Zellen zu produzieren. Das genau meint Autopoiese. Damit verbunden ist auch die Tatsache, dass die Pflanze für diese Vorgänge Wasser, Erde, Licht und Kohlendioxid benötigt. Diese Stoffe bezieht sie aus ihrer Umwelt, verwendet sie allerdings systemspezifisch, d. h., gemäß ihrer autopoietischen Organisation. Nicht das Licht gibt vor, was die Pflanze macht oder wie sie reagiert, sondern ihre eigene Organisation, die Vernetzung ihrer Zellen bestimmt, wie sie mit dem Licht umgeht.

Diese Bemerkungen führen dazu, dass das Autonomie-Paradoxon vertiefend betrachtet werden kann. Autopoiese kann nämlich mit Autonomie gleichgesetzt werden, wobei nun Autonomie eben nicht gleichbedeutend mit einer absoluten Umweltunabhängigkeit ist. Dies wäre dann Autarkie, die Unabhängigkeit von Wasser, Licht, etc., die somit den paradoxalen Gegenpol zur Autonomie bildet. Eine Übertragung auf den Gegenstand der Patientenverfügung erfolgt nun in diesem Punkt – und ausschließlich in diesem, da es sonst zu durchaus diskussionsbedürftigen Unschärfen in der systemtheoretischen Terminologie käme. Jeder Mensch⁸ als in sich geschlossenes und von seiner Umwelt autonomes System muss sich selbst organisieren. Das ist die Minimalan-Forderung an Autonomie, die in diesem Zusammenhang als Nicht-Trivialisierung im Sinne von Heinz von Foerster (1993: 206ff.) zur Heteronomie und als Nicht-Unabhängigkeit zur Autarkie in Opposition steht und das Autarkie-Paradoxon, wie es in Punkt 4.1 bereits angedeutet wurde, bildet.

Daraus ergeben sich aber folgende Schlussfolgerungen:

Erstens muss das System, um Autonomie für sich reklamieren zu können, geschlossen sein. D. h., ja, es ist der Patient, der entscheidet, nicht der Arzt, nicht der Politiker, etc. Zweitens erfolgen die Entscheidungen nach dem eigenen Willen

⁸ Der „Mensch“ ist in der Systemtheorie nicht Gegenstand der Betrachtung. Es handelt sich hier korrekterweise um die drei Subsysteme Kommunikations- und psychisches und organisches System, die alle drei gekoppelt werden. Da eine systemtheoretische Durchdringung in dieser Tiefe für die Argumentation nicht notwendig erscheint, wird an dieser Stelle auf eine weitergehende Erörterung verzichtet. In aller gebotenen Unschärfe kann der Mensch hier mit dem (Kommunikations-)system „gleichgesetzt“ werden.

des Patienten. Dies bedeutet nun nicht die von den Kritikern forcierte Willkür, die in eine Reihe mit einer Forderung nach Autarkie stünde. Drittens braucht jedes System auch eine Umwelt, von der es sich unterscheidet, sonst ist es kein System. Hier kommt u. a. der Arzt mit ins Spiel. Viertens ist es offensichtlich, dass der Patient auch die Verantwortung für sich und seine Entscheidungen trägt. Fünftens bedarf er dazu aber des geeigneten Inputs von außen⁹ – denn Autonomie bedeutet weder vollkommene Unabhängigkeit, noch Willkür in dem von den Kritikern behaupteten Sinne. Sechstens muss der Patient dafür in die Lage versetzt werden, sich überhaupt als geschlossenes System sehen zu können. Dies ist wieder der Rückgriff auf den ersten Schritt und zeigt die Rekursivität. Die Rolle der Patientenverfügung dabei soll im Folgenden erläutert werden.

4.3 Die Patientenverfügung als Reflexionsinstrument

Autarkie als Willkür, als vollkommene, uneingeschränkte Freiheit verstanden, ist eine Illusion. Dies zu verdeutlichen war der Zweck der vorangegangenen Ausführungen. Autonomie markiert zwar den paradoxalen Gegenpol, wäre aber als konträre Position in Form von Unfreiheit missverstanden. Es handelt sich stattdessen eher um die illusionslose Betrachtung des Paradoxons. Der Auswirkungen der Autarkie reichen nämlich tief in das Beobachtungsobjekt der Patientenverfügung hinein und sind damit stets von einer autonomen Betrachtung zu separieren. Als Beispiel kann hier die Rolle der Patientenverfügung als Absicherungsinstrument dienen, wie es Körtner et al. (2009: 16) konstatieren. Neben dem Testament und dem Kauf einer Grabstelle steht die Patientenverfügung für den Wunsch des Patienten, alles regeln und die eigene Entscheidungsautonomie bis zum Ende wahren zu können. Eine solche weitreichende Unabhängigkeit ist aber eben Illusion und reflektiert die Angst des Menschen vor seiner unbekanntem Umwelt. Die Unsicherheit ist es, die sich als Angst vor dem eigenen Tod manifestiert. Ist sie zu groß, führt sie zu einer möglichen Manipulierbarkeit der Entscheidung durch den Pati-

⁹ Vgl. dazu schwerpunktmäßig Punkt 5.

enten selbst, Dritte oder die Gesellschaft als Ganzes¹⁰. So kann die genannte Angst vor dem Tod oder der Wunsch, anderen nicht zur Last zu fallen, zu folgenreichen Entscheidungen führen. Auch die mögliche Institutionalisierung der Errichtung von Patientenverfügungen, die zwar gesetzlich untersagt, aber aufgrund sozialer Erwartungen oder gar Drucks ohne Weiteres denkbar ist, stellt eine Gefahr für die Autonomie des Patienten dar. Daher ist der Gesetzgeber gut beraten gewesen, weitere Hürden einzubauen. Die Kosten, die einer vorschnellen Errichtung entgegenwirken sollen, oder die im PatVG verankerte Forderung, die Folgen der abgelehnten Maßnahmen vor einem Arzt zu artikulieren, können Ausfluss dieses Gedankens sein. Eine aus medizinischer Sicht gesehene riskante oder gar gefährliche Entscheidung des Patienten ist dann immer noch ausdrücklich erlaubt, aber weniger wahrscheinlich. So scheint die Patientenverfügung auf den ersten Blick den Charakter eines Absicherungsinstruments zur klaren Ordnung und Strukturierung der Sterbephase¹¹ zu haben, trägt in sich aber das Potenzial zur Auslösung und Unterstützung der Reflexion auf Patientenseite. Diese geht letztlich so weit, dass der Patient in der Auseinandersetzung mit den auszuschließenden medizinischen Maßnahmen durch die Patientenverfügung die Möglichkeit hat, sich unterstützt (!) von außen mit dem eigenen Tod auseinanderzusetzen, auch wenn dieser aus der Sicht des Medizinsystems, das zwischen gesunden und kranken Menschen unterscheidet, damit auf die Körperlichkeit Lebender fixiert bleibt. Mit dem Tod hat das Medizinsystem also Schwierigkeiten und das nicht nur rein professionell, weil er die Unterscheidung zwischen gesund und krank und damit das Medizinsystem zu transzendieren droht. Daher muss er argumentativ in das Medizinsystem integriert werden, wie Nassehi/Saake (2005: 34) ausführen: „Die Attraktivität des Körpers ist nicht seine bloß ästhetische Attraktivität, seine Ästhetik besteht vielmehr darin, dass er für schlichte Ontologie steht, für schlichtes Sein, das zu negieren dieses Sein selbst bestätigt.“

Das Ende des eigenen Lebens wird über die ontologische Behelfsbrücke der

¹⁰ Systemtheoretisch spricht man hier von der Öffnung eines Systems gegenüber seiner Umwelt. Das Verschwinden der System-Umwelt-Differenz bedeutet in diesem Fall den System-Tod, weil es eben keinen Unterschied mehr gibt zwischen System und Umwelt.

¹¹ Vgl. dazu Inthorn (2008: 431).

Machbarkeit des organischen Dahinscheidens dirigiert. Machbarkeit in Form der Vorstellung, den eigenen Tod über den Ausschluss von medizinischen und in diesem Sinne körperlichen Maßnahmen beherrschen zu können, ist hier der Ausfluss illusionärer Autarkie, die, erkennt man sie (an), den ersten Schritt hin zu einer reflexiven Betrachtung des eigenen Lebens, seines Endes und der unendlich großen Lücke dazwischen bildet. In der Reflexion liegt auch der erste Schritt in Richtung der Schließung des Systems, in dem sich erst ein freier Wille entwickeln und entfalten kann, der dann eine wahrlich autonome Entscheidung trifft. Der zweite dafür notwendige Schritt dazu folgt auf dem Fuße.

5. Ein zweiter Blick auf die Patientenverfügung – die kollektive Perspektive

In Punkt 5.1 wird mit dem Asymmetrie-Paradoxon eine neue Perspektive auf die Wirkung des PatVG eingenommen, um im Anschluss daran in Punkt 5.2 die Möglichkeit der Beratung im Rahmen des Arzt-Patientenverhältnisses genauer beleuchten zu können. Abschließend offenbart sich die Patientenverfügung in Punkt 5.3 als Kommunikationsinstrument.

5.1 Das Asymmetrie-Paradoxon

Während im letzten Abschnitt der Fokus auf der Patientensicht lag, wird dieser nun geöffnet und die relevanten sozialen Beziehungen miteinbezogen. Im Zentrum des Interesses sowie der Diskussionen steht das besondere Verhältnis zwischen Patient und Arzt. Dieses war in den vergangenen Jahrhunderten von Paternalismus, also dem aus dem Hippokratischen Eid ableitbaren Fürsorgeprinzip des Arztes geprägt, der aufgrund seiner professionellen Stellung das Handeln des Patienten leitete und ihn in medizinischen Fragen damit aber auch trivialisierte. Eines der Hauptziele, das die Politik mit der Einführung des PatVG verfolgte, ist die Stärkung der Patientenautonomie. Der Widerspruch lautet in dieser Perspektive demnach Patientenautonomie versus Paternalismus.

Vor diesem Hintergrund lassen sich nun wieder einige der öffentlich diskutierten Streitpunkte einordnen. So fordert § 5 PatVG eine „ärztliche Aufklärung“, um eine verbindliche Patientenverfügung errichten zu können, was zu leidenschaftlichen Diskussionen ob des paternalistischen (Rest-)Gehalts des Gesetzes führt. Dass die Handhabung dieses Widerspruchs im Zuge des Gesetzgebungs-Verfahrens eine Gratwanderung war, verdeutlicht Körtner (2008: 280), wenn er davon spricht, dass „Zugeständnisse an die Bedenkenträger gemacht werden, welche im Zweifelsfall die Patientenautonomie gemäß der Maxime ‚in dubio pro vita‘ der ärztlichen Fürsorgepflicht unterordnen möchten.“

Dass Ärzte, wechselt man für einen Moment zu ihrer Perspektive, ebenso von diesem Konflikt betroffen sind, indem sie beim Vorliegen eines „unvernünftigen Willens“ zwar eine medizinische, aber fortan keine rechtliche Möglichkeit des (heilenden) Eingreifens haben, soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, zeigt es doch, dass das Paradoxon für beide Seiten höchst problematisch ist. Der Gesetzgeber hat zwei weitere hier zu erwähnende Lücken im Gesetz offen gelassen oder geöffnet. Die erste liegt in der Einschränkung des § 10 Abs 1 Z 3 PatVG, der besagt, dass eine Patientenverfügung unwirksam wird, wenn sich seit Errichtung die „medizinische Wissenschaft [] wesentlich geändert hat.“ Dies lässt sogar angesichts der ohnehin eingeschränkten Haltbarkeit von Patientenverfügungen einen Interpretationsspielraum offen, da hier verabsäumt wurde, eine genaue Begriffsdefinition von medizinischem Fortschritt zu geben. Dies kann als Beispiel für die, in Punkt 3 erläuterte, offene Zukunft im starken Sinne sein, der sich die Politik in diesem Fall entzogen hat. Die zweite Lücke findet man in einer ebenfalls unscharfen zeitlichen Abgrenzung, nämlich bei der Bestimmung des Eintritts in die Sterbephase, so sie der Patient beispielsweise bei einer infausten Prognose durch die Forderung nach dem Ausschluss bestimmter medizinischer Maßnahmen angibt. Auch hier liegt es beim Arzt, zu entscheiden, ob und wann die Sterbephase beginnt – eine Situation, die für alle Beteiligten problematisch ist und zeigt, wie akut und unauflöslich die Asymmetrie zwischen Arzt und Patient auf dieser Ebene wirkt und wie wichtig hier auch der politische Klärungsbedarf in Bezug auf zeitliche Qualitäten ist. Es scheint unter dem Strich unmöglich, die Dominanz des Arztes aufheben zu können und zu einer wirklichen Patientenautonomie zu kommen. Daher geriert sich das Paradoxon aus dieser Sichtweise als Asymmetrie-Paradoxon,

in Anlehnung an die Vormachtstellung des Arztes bzw. die Trivialisierung des Patienten. Wie die Sichtweise zu ändern ist, um eine Trivialisierung auf der einen Seite zu verhindern, ohne den Arzt auf der anderen Seite zu ignorieren, soll im Folgenden gezeigt werden.

5.2 Irritierbarkeit – alles eine Frage der Offenheit

Bereits die Ablehnung von Autarkie in Punkt 4 hat deutlich gemacht, dass es einen notwendigen Austausch zwischen dem System und seiner Umwelt gibt. Um überleben zu können, braucht das System damit Input von außen. Diesen erhält es in Form von Irritationen, aus denen es Neuigkeiten für sich, also Information, ableitet. Die Auslösung von solchen Irritationen stammt aus der Umwelt, die Bewertung als Information oder Nicht-Information obliegt aber alleine der Logik des Systems. So kann ein externer Beobachter, um es vorerst im Rahmen der generellen Terminologie zu formulieren, die Initialzündung für Irritationen auslösen, aber nicht bestimmen, ob ein geschlossenes, autopoietisches System daraus irgendeinen Informationswert generiert oder nicht. Um es frei nach Bateson zu formulieren, obliegt es dem System, ob ein Unterschied (in der Umwelt) wirklich einen Unterschied im System ausmacht. Das ist ein zentraler Punkt, weil dadurch die Autonomie in Form von Autopoiesie in Zusammenhang mit der sie mitbestimmenden Umwelt verbunden wird.

Um es nun im Kontext der Patientenverfügung zu reformulieren: Ein Patient gilt nur dann als autonom, wenn er vom Umfeld in der Person seines beratenden Arztes zwar irritiert wird, aber dabei immer selbst entscheidet, was er mit der Information anzufangen hat. Die Entscheidung, die er dann trifft, ist frei, folgt also rein seiner Logik und kann damit gar nicht „unvernünftig“ sein, wie es von manchen Kritikern moniert wird. Die Rolle des Arztes als Reflexionsauslöser darf bei dieser Konstellation aber auf keinen Fall unterschätzt werden. Aber wie kann dies geschehen, ohne dass wieder auf die Patienten-Trivialisierung paternalistischer Couleur rekuriert wird?

Hier ist an die Figur des informierten Konsenses zu denken, bei dem der Arzt auf der Sachdimension als Inputgeber und damit als Auslöser für Informationen steht.

So bleibt einerseits die asymmetrische Stellung zwischen Arzt und Patient erhalten, weil es der Arzt ist, der über das kritische medizinische Wissen verfügt, das der Patient braucht. Auf der anderen Seite ist es aber nun der Patient, der anhand der Informationen des Arztes zu einer Entscheidung kommt, nämlich zu seiner. Die Beziehung wird damit auf der Sozialebene symmetrisch – dafür steht der informierte Konsens. Somit ist die paternalistische Vormachtstellung des Arztes gebrochen, bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung seiner Legitimität, die nicht mehr in der klassischen Rollenverteilung oder einer Machtposition liegt, sondern in der „Reflexion der Moral der Anerkennung des anderen nicht in der Kommunikation durch Argumente und deliberative Konsensfindung, sondern durch die Kommunikation, also dadurch, dass Kommunikation auf gleicher Augenhöhe stattfindet“ (Nassehi 2007: 381; Hervorhebungen wie im Original).

Der Arzt wird zum beratenden Partner auf Augenhöhe – eine Rolle, die durchaus dem Geiste des hippokratisch fundierten Ärztebildes nicht widerspricht. Und dies ist gleichzeitig die Entfaltung des Asymmetrie-Paradoxons: Partnerschaft auf Augenhöhe mit gleichzeitiger Anerkennung der Informationsauslöseabhängigkeit durch den Arzt auf der einen und der Entscheidungsfreiheit des Patienten auf der anderen Seite. Dies ist Offenheit durch autopoietische Geschlossenheit. Dies ist echte Autonomie, die damit wesentlich voraussetzungsvoller ist als es so manche Kritik vermuten lässt.

5.3 Die Patientenverfügung als Kommunikationsinstrument

Aus dieser Perspektive weist die Patientenverfügung auf die Illusion hin, dass Autonomie gleichbedeutend mit der Unabhängigkeit der ärztlichen Meinung sei. Diese Illusion ist aber Humbug würde sie doch zu Autarkie führen. Wie gezeigt wurde, kann kein System ohne seine Beziehungen zur Umwelt überleben. Und gerade für Entscheidungen sind Irritationen von vitalem Interesse, weil Irritationen zu unterschiedlichen und unter Umständen widersprüchlichen Informationen führen, die Entscheidungen erst nötig werden lassen. Daher ist die Konstellation, wie sie der Gesetzgeber im PatVG umsetzte, nämlich ein ärztliches Beratungsgespräch zur Generierung von Irritationen verbindlich für die Errichtung

einer Patientenverfügung zu fordern, richtig. Das Schlagwort heißt: Kommunikation auf Augenhöhe. Und die Patientenverfügung ist hierfür sicherlich ein interessantes Instrument. Allerdings gibt es hier noch erheblichen Verbesserungsbedarf für die Praxis. Für eine solche Kommunikation ist nämlich ein solides Vertrauensverhältnis nötig, weil sonst der Patient nicht mit der nötigen Offenheit auf die Ausführungen des Arztes eingeht. Körtner (209: 17) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Patientenverfügung unter anderem als „Abwehrinstrument“ des Patienten gegen das Medizinsystem verwendet wird. Hier gilt es, die Schritte hin zu einer gestärkten Autonomie klar und offen zu kommunizieren, sodass bei Patienten nicht mehr der Eindruck von Bevormundung oder Entmündigung entsteht. Auf der anderen Seite müssen auch Ärzte mit der nötigen Kenntnis über das neue Instrument ausgestattet werden, damit sie zumindest Rechtssicherheit und einen routinierten Umgang mit Patientenverfügungen bekommen. Hier finden sich in der Literatur Hinweise auf kritische Defizite, nämlich dass Ärzte noch wenig Erfahrung mit Patientenverfügungen haben und auch haben können, weil deren Zahl noch sehr überschaubar ist. Auf der anderen Seite sollen wenige Ärzte trotz der notwendigen Fortbildung für die Beratungsgespräche im Zuge der Errichtung der Patientenverfügung diese dann auch anbieten. Hier besteht dringender Klärungs- und Änderungsbedarf, damit die Zurückhaltung der Ärzte im erörterten Zusammenhang reduziert und gleichzeitig ein flächendeckendes Angebot für Patienten zur Verfügung gestellt werden kann. Nur so ist davon auszugehen, dass mit der Zeit ein vernünftiges Vertrauensverhältnis entsteht, das in Anlehnung an den Mediziner und Theologen Dietrich Rössler zur akzeptierten Abhängigkeit werden kann, einer Autonomie, die sich ihrer Grenzen bewusst ist und so eben nicht zur Autarkie mutiert.

Die Patientenverfügung kann so die Funktion eines Kommunikationsinstruments einnehmen, das über die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Kommunikation hinaus auch die institutionellen Kommunikationsschnittstellen, beispielsweise zwischen Seniorenheim, Pflegeheim und Krankenhaus, verbindet. So kann das Vorliegen einer Patientenverfügung wichtige Informationen enthalten, wenn beispielsweise der Bewohner eines Seniorenwohnheims in ein Krankenhaus verlegt wird¹². Denn schließlich ist es (gleichberechtigte) Kommunikation, die dem Patienten verdeut-

¹² Vg. Dazu Körtner (2008: 283).

licht, dass Reden über den Tod immer Reden über den eigenen Tod bedeutet und damit hilft, die Differenz zwischen Leben und Lebensende durch die Ausdehnung der Differenz zumindest temporär zu verkleinern.

6. Ein dritter Blick auf die Patientenverfügung – die ganzheitliche Perspektive

Neben der individuellen und kollektiven gibt es noch die ganzheitliche Perspektive, welche die Verbindung zwischen den Darstellungen aus Punkt 4 und Punkt 5 darstellt und das dynamische Zusammenspiel aus Schließen und Öffnen erläutert. Hierzu wird zuerst das moralische Paradoxon als letzte Ausformung des Aufmerksamkeits-Paradoxons in Punkt 6.1 dargestellt. Im Anschluss daran wird die ethische Beobacherebene in Punkt 6.2 betreten, um abschließend in Punkt 6.3 die Patientenverfügung als ethisches Instrument zu charakterisieren.

6.1 Das moralische Paradoxon

Die öffentlich geführten konträren Auseinandersetzungen um das PatVG können auch aus der Perspektive eines Wertekonflikts heraus verstanden werden und stellen sich somit als moralische Grabenkämpfe dar. Die schwierige Situation, sich hier mit den Grundfragen nach Leben und Lebensende auseinandersetzen zu müssen, betrifft nicht nur Patienten, die sich als Betroffene wahrnehmen, sondern macht aufgrund ihrer großen Anziehungskraft auch andere Beobachter wie Ärzte, Politiker und Angehörige mindestens zu Beteiligten, wenn nicht sogar zu Betroffenen. Dies soll wieder am Bild des Arztes, bzw. des Medizinsystems als solches nachgezeichnet werden:

„Dass der Verweis auf den Tod symbiotisch fungiert, zeigt sich daran, daß seine Thematisierung im Gesundheitssystem schwer fällt. [] Terminale Körperzustände fügen sich damit nicht der Co-dierung des Mediums. Treten sie auf, muß sich das System auf eine Semantik hin umdirigieren, die ihm schwer fällt: auf die Semantik des nur Palliativen und seit einiger Zeit

vermehrt: auf die Semantik der Sterbehilfe, die nur mühsam in das Gesundheitssystem integriert werden kann, weil sich das Sterben weder dem Code noch dem Medium anbequemen lässt.“ (Fuchs 2007: 45f.)

Für Ärzte, die um die Rettung und Heilung von Leben bemüht sind, ist es schwer, ihre berufs- oder auch berufungsspezifische Unterscheidung von gesund und krank auf Leben und Sterben, bzw. Tod zu wechseln. Denn hier ist es plötzlich möglich, dass der Mensch in seiner Körperlichkeit aufhört zu existieren. Dies bedeutet, dass es eine Grenze gibt, ab der nichts mehr getan werden kann. So ist die weiter oben geäußerte Kritik an einer der Lücken im PatVG, nämlich die Notwendigkeit des Arztes zu entscheiden, wann die Sterbephase beginnt, Hinweis für ein für alle Beteiligten hoch problematisches Thema.

Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang zu sagen, dass eine Thematisierung für Patienten und Ärzte, aber auch für die Entscheider anderer gesellschaftlicher Teilsysteme, wie beispielsweise Politiker, sehr schwer ist. Dies zeigt sich unter anderem in der Tendenz, sich in moralischen Totalitarismen zu verschanzen, wie es in Punkt 6.2 am Diskurs des (absoluten) Wertes des Lebens gezeigt wird. Neben diesem Interwertekonflikt gibt es auch noch einen Intrawertekonflikt. So haben unter anderem Sahm/Schröder (2007) nachgewiesen, dass sich der Patientenwille nach dem Eintreten einer (schweren) Erkrankung maßgeblich verändern kann. Leidensfähig- und Leidenswilligkeit steigen an. Ärztliche Eingriffe, die der Patient in seinem gesunden Zustand als unerträglich eingestuft hatte, werden dann bereitwillig hingenommen. Das Entscheidungsverhalten wandelt sich radikal. Ad extremum geht es dann um die Frage, ob ein instinktiver (Rest-)Wille ausreichend ist, eine zuvor schriftlich fixierte Position zu revidieren¹³.

Die Widersprüche in den Aussagen und moralischen Positionen präsentieren sich als moralisches Paradoxon, dessen zugrunde liegende Differenz auf genau einen Punkt hinweist: Die Riskanz des Todes. Eine falsche Entscheidung kann sich im Nachhinein als tödlich erweisen. Daher ist auf den ersten Blick nur allzu verständlich, dass die Positionen so eingenommen werden wie sie eingenommen werden.

¹³ Diese Grenzsituation, die ebenfalls nicht befriedigend im PatVG gelöst ist, überschreitet den Rahmen dieser Arbeit, muss aber in der weiteren Diskussion unbedingt vertieft werden.

Im Folgenden wird wieder die Möglichkeit zur Entfaltung des Paradoxons vorgeschlagen.

6.2 Ethisierung – alles eine Frage der Beobachterebene

Das im vorangegangenen Punkt erläuterte moralische Paradoxon offenbart die Differenz zwischen Leben und Lebensende. Doch wo ist die Grenze zwischen beiden? Und die vielleicht noch interessantere Frage: Ist diese denn *sui generis* fix? Dann hätte man die Basis für eine beobachterunabhängige Ontologie gefunden. Eine solche ist aber im Lichte einer systemtheoretischen Konzeption abzulehnen, mag dies auch aus einer praktischen Sichtweise erst einmal unplausibel wirken und auf Widerstand stoßen. Um sich einer Antwort zu nähern, kann man auf eine der beiden in Punkt 5.1 erwähnten Lücken rekurrieren, in diesem Fall auf die in Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt, der die Definition bezüglich des Einsetzens der Sterbephase dynamisiert.

„Die Technisierung der Medizin hat für die Patientenversorgung also nicht nur Lösungen gebracht, sondern entwickelte sich auch zu einem Teil des Problems. Das gilt für die Intensivmedizin, deren Fähigkeit zur apparativen Verlängerung des Lebens offene Fragen des legitimen Behandlungsabbruchs aufgeworfen hat, [sowie] für die Organtransplantation, die durch eine notorische Knappheit an Organspenden zu einer ethisch problematischen Selektion der potenziellen Rezipienten gezwungen ist.“ (Feuerstein 2008: 162)

Die Grenze ist damit keine stabile, objektive Entität, sondern beobachterabhängig. Zur Minimierung der Differenz zwischen Leben und Tod trägt dies freilich nicht bei. Im Gegenteil steigt die Unsicherheit damit an. Moralische Kommunikation, versteht man sie als ein „So nicht!“ wird damit in Anlehnung an Spencer-Brown zur Aufforderung, eine (andere) Entscheidung zu treffen. Dies ist in Anbetracht der Thematisierung von Leben und Tod eine durchwegs verständliche und auch sinnvolle Reaktion. In Summe führt sie zu einer Zunahme von Kommunikation, wie es bereits in Punkt 5 ausführlich dargestellt wurde. Kommunikation kann generell als

Stimulus für Systeme verstanden werden, um daraus eigene Informationen abzuleiten. Diese können wieder die Grundlage für Entscheidungen und das Bestehen und Leben von Autonomie bilden. Insofern kann moralische Kommunikation erstmals als „gut“ im moralischen Sinne bezeichnet werden.

Mit dem Verweis auf die streng geführten Wertedebatten werden aber die möglichen Nebenwirkungen klar. Moralische Kommunikation regt auf, kumuliert mediale Aufmerksamkeit auf ein Thema, wie beispielsweise die Patientenverfügung. Wie man es aus den Medien kennt, gelten aber bestimmte Aufregungszyklen, die Themen genauso schnell an prominenter Stelle in der Öffentlichkeit positionieren, wie sie selbige wieder verschwinden lassen. Zudem ist die moralische Kommunikation, die sich an Konflikten entzündet, leidenschaftlich und universell im Sinne von Schwarz-Weiß-Malerei und kann daher zu Extrempositionen neigen. Moral ist riskant und hat die Tendenz zu eskalieren. In Summe führt dies dazu, dass regelmäßig Themen verbrannt werden und über längere Zeit keine Beachtung mehr im öffentlichen Diskurs erhalten können. Im konkreten Fall der Patientenverfügung ist die Situation diesbezüglich kritisch. Die Unsicherheit der Patienten wird durch die medial inszenierten Kontroversen verstärkt. Die Möglichkeit auf Konsens, wie es typisch für die Eskalation moralischer Kommunikation ist, scheint es nicht zu geben.

Hier kann und muss nun Ethik in Anschlag gebracht werden. Sie kann aber nicht im Sinne der philosophischen Tradition als Begründungsethik verstanden werden, sondern ist eine Reflexionsebene, die sich der Beobachtung von Moral und ihrer Unterscheidung zwischen gut und böse widmet. Ihre erste Aufgabe ist gemäß Luhmann (1990) damit auch die Warnung vor Moral, die er für zu riskant hält, und ihre Begrenzung. So werden zwar die von moralischer Kommunikation ausgelösten Paradoxien nicht gelöst – dies ist nicht möglich –, aber eine damit verbundene Eskalation zu verhindern versucht. Wie dies im konkreten Fall der Patientenverfügung aussieht, wird im Folgenden behandelt.

6.3 Patientenverfügung als ethisches Instrument

Der Versuch, auf Ebene der Moral mit noch so ausgeklügelten Argumenten oder auf Ebene der philosophischen Ethik eine Begründung für diese oder jene Position zu finden, entpuppt sich als Illusion. Einen risikolosen Ausweg aus den Widersprüchen kann es nicht geben. Was Ethik in dem hier verstandenen systemtheoretischen Sinne nun auszurichten vermag, ist, dass sie nicht an theoretischen Begründungsmustern ansetzt, sondern am Menschen selbst.

„Der Gegenstand der Ethik ist der Mensch – der Mensch, ausgestattet mit einem freien Willen oder wenigstens mit seiner Unterstellung.“
(Nassehi 2009: 45)

Erst das Vorhandensein von moralischen Alternativen, die nicht durch logisches Schlussverfahren auf eine einzige Möglichkeit eingedampft werden können, stellt das Vorhandensein einer echten Entscheidungssituation dar. Hier kann der Patient keine Lösung durch Schlussfolgerungen erreichen, sondern er muss eine echte Entscheidung treffen und kann sich dabei seines freien Willens bedienen. Das Wissen um die Echtheit der Entscheidung kann eine tiefe und intensive Selbst-Reflexion auslösen. Die Auseinandersetzung mit dem Wunsch, eine Patientenverfügung zu errichten, um, wie es Körtner et al. (2009: 17) formulieren, „schönes Sterben“ zu ermöglichen, geht beim Patienten mit dem intensiven Nachdenken über den eigenen Tod einher. Hier hat moralische Kommunikation vielleicht schon geholfen, weil sie es ermöglicht hat, das Thema überhaupt in seiner ganzen Wucht zu thematisieren. Auch die ärztlichen Beratungen stellen einen wesentlichen Beitrag durch die Initiierung von Nachdenkmöglichkeiten, die sich beim Patienten als Alternativen formieren können, bei. Ethik greift aber dann genau hier, wenn es Alternativen gibt, die sich nicht in „gut“ oder „schlecht“ aufteilen lassen, weil sie schlicht nicht bewertet werden können. Das liegt an der Riskanz des Todes, der eben jederzeit eintreten kann. Hier ist der Patient an einem zentralen Punkt angelangt: qua seiner Autonomie kann er frei entscheiden. Entscheiden, nicht zu entscheiden und keine Patientenverfügung zu errichten, wie es viele tun. Oder sich für den anderen Weg entscheiden und selbst-reflexiv zu werden. Dass

sich das „schöne Sterben“ dann als Illusion entpuppt, weil der eigene Tod eben nicht voll kontrollierbar ist und der Umgang mit der eigenen Krankheit und dem eigenen Sterben in seiner Wirkung eben nicht prognostiziert werden kann, ist die eine Seite, die, auf der die Unsicherheit und Riskanz des ganzen Verfahrens offensichtlich werden. Es zeigt sich aber auch die andere Seite, nämlich, dass im Nachdenken über den eigenen Tod der Wert des eigenen Lebens erkannt werden kann. Und dann wird der Wunsch nach „schönem Sterben“ im Sinne von Regeln persönlicher Angelegenheiten mit den Angehörigen bis hin zum Wunsch, nach einem erfüllten Leben zu sterben, plötzlich greifbar. Die Patientenverfügung wird damit zum ethischen Instrument, das den Menschen zum Vorschein bringen kann. Dass dies nicht in allen Fällen ohne fremde Hilfe geht, lassen die niedrigen Errichtungszahlen vermuten; dies ist aber weniger ein Problem, als ein Indikator für die Notwendigkeit der Unterstützung. Einige Gedanken hierzu mögen die Arbeit beschließen.

7. Ausblick: Evolution wirkt

Eine Beobachtung der Beobachtung ist eine komfortable Aussichtsplattform, auf der sich der Beobachter oberhalb des Tumults der dargestellten Konflikte und gut-schlecht-motivierter Dilemmata befindet. Jenseits dieser Wertung lassen sich die Widersprüche dann als Anomalien, als Punkte eines sich abzeichnenden Paradigmenwechsels konstruieren, dem ein prozessualer Charakter zugrunde liegt. So können die drei Typen von Instrumenten, als die von Körtner et al. (2099: 16ff.) die Patientenverfügung dargestellt wird, auch als Wegpunkte einer zeitlichen und damit evolutionären Entwicklung verstanden werden. Auf der ersten Stufe dient die Patientenverfügung als Absicherungsinstrument, das der Patient nutzen kann, um sich seiner grundsätzlichen Selbstbestimmtheit, also seiner Autonomie bewusst zu werden. Die Patientenverfügung als Abwehrinstrument dient auf der zweiten Stufe dazu, sich kontrolliert ärztlichen, juristischen und anderen Beratungen zu öffnen, ohne dabei fremdgesteuert zu werden. Auf der dritten Stufe ist die Patientenverfügung ein Instrument zum „schönen Sterben“ und konzentriert sich damit auf einen zentralen Entscheidungspunkt, den das Akzeptanz-Paradoxon

fokussiert: Entscheidet sich der Patient dafür, nicht zu entscheiden und errichtet keine Patientenverfügung oder entscheidet er sich für eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod? Das sind zwei echte Alternativen.

Der zweite Weg, wie er in der Arbeit dargestellt wurde, ist sehr anspruchsvoll. Nicht nur, dass er ein sehr hohes Maß an Unsicherheit erzeugt und dazu noch die Riskanz des eigenen Todes offenbart, sondern er stellt zudem auch hohe Anforderungen an die Werte in der Interaktion der Beteiligten. Echte Autonomie erfordert einen hohen Grad an Eigeninitiative und Verantwortung an den Patienten. Die irritierende Interaktion zwischen Patient und Arzt ist ohne eine solide Vertrauensbasis nicht als solche denkbar. Kommunikation, findet aber mitten im Gewühl der Widersprüche statt. Hier kommt das ethische Potenzial der Patientenverfügung ins Spiel. Als ethisches Instrument im Sinne einer Beobachtung höherer Ordnung kann sie dazu beitragen, dass Kommunikation darauf hin reflektiert wird, dass sie auf Augenhöhe stattfindet und dass die Beteiligten immer wieder daran erinnert werden. Zudem kann sie ein wesentliches Mittel zur Selbsterkenntnis sein, denn das Nachdenken über das Lebensende ist nicht möglich, ohne dabei über sein eigenes Leben nachzudenken. Der inhärente Wert des Evolutionsprozesses ist, wie das Wirkungspotenzial der Patientenverfügung, immens. Nur muss es auch erkannt und entwickelt werden. So versteht sich diese Arbeit Beitrag zur Beobachtung höherer Ordnung. Ihr Ziel wäre erreicht, wenn sie nicht bis zur Anschlusslosigkeit verunsichert, aber doch so viel irritiert hat, dass auf Seite ihrer Beobachter Information entstehen kann. Dann wirkt sie.

Literaturverzeichnis

- Bogner, Andreas (2007), Was heißt „Politisierung von Expertise“?, in: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft 36(3), 319-335
- Fagerlin, Angela/Schneider, Carl E. (2004), Enough. The failure of the living will, in: Hastings Center Report 34(2), 30-42
- Feuerstein, Günter (2008), Die Technisierung der Medizin. Anmerkungen zum Preis des Fortschritts, in: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hg.), Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung, Wiesbaden, 161-188
- Foerster, Heinz von (1993), Zukunft der Wahrnehmung, in: Ders., Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke, Frankfurt am Main, 194-210
- Fuchs, Peter (2004), Der Sinn der Beobachtung, Weilerswist
- Fuchs, Peter (2007), „Media vita in morte sumus“. Zur Funktion des Todes in der Hochmoderne, in: Gehring, Petra et al. (Hg.), Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien, Darmstadt, 31-50
- Gmeiner, Robert/Kopetzki, Christian (2005), Österreich auf dem Weg zu einem Patientenverfügungs-Gesetz?, in: Zeitschrift für Biopolitik 4, 67-75
- Hemmer, Michael (2006), Das Patientenverfügungs-Gesetz 2006, in: Recht der Medizin 2006(6), 163-173
- Inthorn, Julia (2008), Wünsche und Befürchtungen von Patienten bei der Errichtung von Patientenverfügungen. Ergebnisse einer Studie zum Patientenverfügungs-Gesetz in Österreich, in: Bull. Soc. Sci. Med. 2008(3), 429-440

Kirsch, Werner (1997), Wegweiser zur Konstruktion einer evolutionären Theorie der strategischen Führung, München, 2. Aufl.

Kirsch, Werner (1999), Evolutionäre Organisationstheorie III. „Baustellen“ eines Theorieprogramms. Unveröffentlichter Arbeitstext, München

Körtner, Ulrich H. J. (2008), Patientenverfügungen in Österreich – ethische Diskussionsgrundlage, in: Bull Soc. Sci. Med. 2008(3), 279-287

Körtner, Ulrich H.J. et al. (2009), Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG).

Endbericht; in:

http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/9/7/CH1096/CMS1261481034491/ierm_endbericht_patvg_dez_2009.pdf

Kuhn, Thomas S. (1996), The Structure of Scientific Revolutions, Chicago, 3. Aufl.

Luhmann, Niklas (1990), Paradigm lost: Über die ethische Reflexion der Moral. Rede von Niklas Luhmann anlässlich der Verleihung des Hegel-Preises 1989, Frankfurt

Luhmann, Niklas (2004), Einführung in die Systemtheorie, Heidelberg, 2. Aufl.

Maturana, Humberto R. (1981), Autopoiesis, in: Zeleny, Milan (Hg.), Autopoiesis: A Theory of Living Organizations, New York/Oxford, 21-32

Nassehi, Armin (2007), Organisation – Macht – Medizin. Unterbrechungen in einer Gesellschaft der Gegenwart, in: Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hg.), Mythen der Medizin, Wiesbaden, 379-397

Nassehi, Armin (2009), Wie die Ethik nach Menschen sucht und doch nur Bilder findet. Ein soziologischer Blick auf die Praxis des ethischen Entscheidens, in: Vos-

senkuhl, Wilhelm et al. (Hg.), *Ecce Homo! Menschenbild – Menschenbilder*, Stuttgart, 24-48

Nassehi, Armin/Saake, Irmhild (2005), *Kontexturen des Todes. Eine Neubestimmung soziologischer Thanatologie*, in: Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hg.), *Thanatosoziologie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin, 31-54

Platzer, Johann (2010), *Patientenverfügungen. Unser Lebensende mitgestalten. Ethik, Recht und Praxis*, Ehrenhausen

Sahm, Stephan (2007), *Medizinische Entscheidungen am Lebens-ende. Alternativen zur Patientenverfügung*, in: *Forschung Frankfurt* 2007(2), 48-52

Sahm, Stephan/Schröder, Lars (2007), *Patientenverfügungen. Verbreitung und Befürchtungen – ein empirische Untersuchung*, Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden

Tolmein, Oliver (2006), *Im Sinne des Gesetzes. Der österreichische Weg*, in: *FAZ* vom 20.04.2006, 37

Walger, Gerd (1999), *Idealtypen der Unternehmensberatung*, in: *Ders., Formen der Unternehmensberatung*, Köln, 1-18