

**Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei
der Umsetzung von Patientenverfügungen**

**Folgeprojekt zur Evaluierung des
Patientenverfügungsgesetzes (PatVG)**

**Endbericht
August 2014**

Ulrich Körtner, Christian Kopetzki, Maria Kletečka-Pulker,
Lukas Kaelin, Stefan Dinges, Katharina Leitner
Unter der Mitarbeit von: Christine Rebernik

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Zusammenfassung	6
Projektkoordination	8
I. Einführung	9
1. Ergebnisse der Evaluierungsstudie 2009	10
1.1. Empirische Ergebnisse	10
1.2. Juristische Betrachtung	10
1.3. Ethische Analyse	11
2. Forschungsfragen und Ziele vorliegender Folgestudie	12
II. Empirischer Teil	14
1. Forschungsprozess	15
1.1. Erhebungsphasen	15
1.1.1. Phase I	15
1.1.2. Phase II	16
1.1.3. Phase III	18
2. Methode	20
2.1. Grounded Theory	20
2.2. Erhebung	21
2.2.1. Qualitatives halbstandardisiertes Interview	21
2.2.2. Fragebogenerhebung	22
2.2.3. Quantitative Telefonumfrage	22
2.2.4. Fokusgruppenerhebung	23
2.2.5. Literaturrecherche	23
2.3. Auswertung	23
2.3.1. Auswertungs- und Analyseverfahren nach Mayring	24
2.3.2. ATLAS.ti	24
3. Ergebnisse	25
3.1. Bekanntheit und Inanspruchnahme Patientenverfügung	25
3.1.1. Allgemein	25
3.1.2. Nach soziodemographischen Daten	27
3.1.3. Wissensdefizite seitens der Angehörigen der Gesundheitsberufe	29

3.2.	Beachtliche versus verbindliche Patientenverfügung	32
3.2.1.	Angehörige der Gesundheitsberufe.....	32
3.2.2.	Patientinnen/Bevölkerung.....	33
3.3.	Errichtungsprozess	35
3.4.	Gründe für die Errichtung	37
3.5.	Gründe für die Nicht-Errichtung	39
3.6.	Patientenverfügung und Kosten	41
3.7.	Patientenverfügung als Bringschuld.....	43
3.8.	Patientenverfügungsregister	45
3.9.	Patientenverfügung und ELGA	48
3.10.	Einflussfaktoren auf die medizinisch-pflegerische Praxis im Umgang mit Patientenverfügungen.....	49
3.10.1.	Selbstverständnis des Berufsbildes ‚Ärztin‘	49
3.10.2.	Eigener Wissensstand	49
3.10.3.	Umfeld	50
3.11.	Einbeziehen der Angehörigen bzw Angehörigenarbeit	51
3.11.1.	Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberufe.....	51
3.11.2.	Patientinnen/Bevölkerung.....	52
3.12.	Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.....	54
3.13.	Das Thema Sterbehilfe im Kontext von Patientenverfügungen.....	58
3.14.	Patientenverfügung im ‚Vorsorgedialog‘	59
4.	Zahlen zu errichteten verbindlichen Patientenverfügungen in Österreich.....	64
4.1.	Anzahl von errichteten verbindlichen Patientenverfügungen in Österreich 2006-2013	64
4.2.	Errichtete und registrierte verbindliche Patientenverfügungen 2006-2013 Rechtsanwaltskammer.....	67
4.3.	Errichtete und registrierte verbindliche Patientenverfügungen 2007-2013 der Notariatskammer	68
4.4.	Errichtete verbindliche Patientenverfügungen der Patientenanwaltschaften der Bundesländer von 2006 – 2013	69

III. Ethischer Teil	70
1. Menschenwürdiges Leben und Sterben im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge	71
2. Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit.....	78
3. Wissen als ethische Aufgabe	80
4. ‚Vorsorgedialog‘ und öffentlicher Diskurs	84
IV. Rechtlicher Teil.....	87
1. Einleitung.....	88
2. Rechtsentwicklung seit 2009	89
3. Das PatVG in Rechtsprechung und Lehre	91
4. Allgemeines	96
4.1. Grundsätzliche Bewertung	96
4.2. Quantitative Akzeptanz und Inanspruchnahme.....	97
5. Allgemeine Bestimmungen: Anwendungsbereich, Begriffe etc.....	99
5.1. Zur Unterscheidung zwischen verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen.....	99
5.2. Inhalt und sachlicher Anwendungsbereich von Patientenverfügungen	102
5.3. Errichtende Personen, „Reichweitenbegrenzung“?.....	103
5.4. Adressaten von Patientenverfügungen	104
5.5. Rechtliche Folgen der Ablehnung einer Behandlung.....	105
5.6. Internationale Aspekte.....	105
6. Verbindliche Patientenverfügungen.....	107
6.1. Allgemeines.....	107
6.2. Aufklärung	109
6.3. Errichtung.....	111
7. Beachtliche Patientenverfügungen.....	113
7.1. Bindungswirkung beachtlicher Patientenverfügungen.....	113
7.2. Aktuelle mündliche Ablehnungen.....	113
8. Gemeinsame Bestimmungen.....	115
8.1. Unwirksamkeit	115
8.2. Gerichtliche Kontrolle der Wirksamkeit	116
8.3. Sonstige Inhalte	117
8.4. Notfälle.....	117
9. Dokumentation, Zugang, Registrierung.....	119
9.1. Fehlen einer zentralen Registrierung.....	119
10. Zusammenfassung (rechtlicher Teil)	122

V. Conclusio	124
1. Information.....	125
2. Errichtungsprozess	127
3. Ganzheitlicher Prozess ‚Vorsorgedialog‘	128
VI. Abbildungsverzeichnis.....	130
VII. Tabellenverzeichnis	131
VIII. Anhang	132
1. Materialien Studie	132
1.1. Fragebogen Telefonumfrage	132
1.2. Fragebogen nach Informationsveranstaltung	132
2. Unterschiedliche Formulare zur Errichtung von Patientenverfügungen.....	132
2.1. Konsenspapier	132
2.2. Formular IGSL	132
2.3. Patientenverfügungsformular einer Ärztin.....	132
2.4. Patientenverfügungsformular Forum Medizinethik	132
3. Unterschiedliche Formulare ‚Vorsorgedialog‘	132
3.1. End of Life-Care Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf	132
3.2. Dokumentationsblatt Palliativbetreuung Dr. Schuh.....	132
3.3. Palliativer Betreuungsplan	132

Zusammenfassung

Vorliegende Studie zeigt, dass die Patientenverfügung unter der in Österreich lebenden Bevölkerung zwar durchaus bekannt ist und sich im Vergleich zur Erhebung 2009 deutlich mehr Personen bereits mit dem Thema beschäftigt haben, nur sehr wenige Personen allerdings tatsächlich eine Patientenverfügung für sich errichtet haben. Als Gründe dafür werden einerseits der Anspruch auf die Maximalversorgung, andererseits aber auch zeitliche und finanzielle Ressourcen genannt.

Auf Seiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe mangelt es an Information über die Patientenverfügung ebenso wie an einem Bewusstsein für deren Bedeutung. Nur sehr wenige Angehörige der Gesundheitsberufe sprechen ihre Patientinnen¹ auf die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung an, auch ein Abfragen über ein etwaiges Vorliegen einer Patientenverfügung stellt die Ausnahme dar. Noch gezieltere Informationen an Multiplikatorinnen im Gesundheitswesen, wie etwa an die Hausärztinnen und eine Abrufbarkeit der Patientenverfügung über ein zentrales Register (oder zB über ELGA), könnten hier Verbesserung schaffen.

Kernaussage vorliegender Studie ist allerdings, dass die Patientenverfügung nicht isoliert von anderen Instrumenten zur Selbstbestimmung, allen voran der Vorsorgevollmacht, betrachtet werden kann. Dies wird aus ethischer und rechtlicher Sicht untermauert. Ethisch ist Autonomie bzw Selbstbestimmung an die Begriffe der Menschenwürde und -rechte rückzubinden. Gleichzeitig ist es auch eine Gerechtigkeitsfrage, das relevante Wissen über Selbstbestimmung und Patientenverfügung in einem öffentlichen Diskurs zu verbreiten.

Grundlegend neue Rechtsfragen sind seit der ersten Studie 2009 nicht hervorgekommen. Ebenso wenig hat es gesetzliche Änderungen im österreichischen Recht gegeben, die sich unmittelbar auf die rechtliche Beurteilung von Patientenverfügungen auswirken. Zu erwähnen ist an dieser Stelle allerdings die jüngere Rechtsprechung des OGH, die die Bedeutung der beachtlichen Patientenverfügung erheblich geschwächt hat.

Um die Selbstbestimmung der Patientinnen und den reibungslosen Arbeitsalltag der Angehörigen der Gesundheitsberufe zu gewährleisten, wird es nötig sein, die Patientenverfügung in einen Dialog zwischen den Angehörigen der Gesundheitsberufe, Patientinnen und deren Umfeld, aber auch mit den bei der Errichtung der Patientenverfügung eingebundenen Personen

¹ In der Balance von Lesbarkeit und Geschlechtergerechtigkeit verwenden wir grundsätzlich die weibliche Form bzw Pluralkonstruktionen.

(Ärztinnen, Notarinnen, Rechtsanwältinnen) einzubetten. Dieser Dialog soll es erlauben, offen über unterschiedliche Möglichkeiten der Selbst- und Fremdbestimmung zu sprechen, um individuell für jede Patientin die geeignete Vorsorge treffen zu können.

Projektkoordination

Projektleitung:

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

Dr. Maria Kletečka-Pulker

Dr. Lukas Kaelin

Verantwortlich für den empirischen Teil:

MMag. Katharina Leitner

Verantwortlich für den ethischen Teil:

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

Dr. Lukas Kaelin

Dr. Stefan Dinges

Verantwortlich für den rechtlichen Teil:

Univ. Prof. DDr. Christian Kopetzki

Wissenschaftliche ProjektmitarbeiterInnen:

Mag. (FH) Silke Huber (11/2011 – 03/2012)

Carina Hauser, MA (10/2011 – 06/2013)

Christine Rebernig (09/2012 – 08/2014)

I. Einführung

Die Relevanz von Patientenverfügungen (PV) hat sich seit der Mitte der 90er Jahre – insbesondere im Kontext von palliativen Versorgungsansätzen und End-of-Life-Entscheidungen – verstetigt. Im deutschsprachigen Raum sind die aufgrund einzelner gerichtlicher Grundsatzentscheidungen und langjährigen wissenschaftlichen und öffentlichen Debatten geschaffenen Gesetze (Österreich 2006, Deutschland 2009, Schweiz 2013) nicht mehr wegzudenken. Dennoch wird das Thema ‚Selbstbestimmung über den Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinaus‘ immer noch und immer wieder kontrovers diskutiert und mit unterschiedlichen Vorstellungen von Lebensgestaltung und Weltanschauungen in Verbindung gebracht. Waren jedoch vor ein paar Jahren vor allem die Reichweite, die Verbindlichkeit und die Geltungsdauer umstritten, so stehen heute vor allem der Zugang zum Instrument der Patientenverfügung, deren Sinnhaftigkeit in konkreten Behandlungssituationen und die Nahtstellen zu anderen Instrumenten der Selbstbestimmung im Vordergrund der Diskussionen. Daher ist es naheliegend, die Patientenverfügung und deren Rahmenbedingungen fortlaufend zu beobachten, zu evaluieren und mit wissenschaftlichen Maßstäben – im Kontext aktueller Gesundheitspolitik bzw deren Gestaltungsmöglichkeiten – zu überprüfen.

Vor diesem Hintergrund wurde vom *Institut für Ethik und Recht in der Medizin (IERM)* bereits von 2007 bis 2009 eine erste Evaluierungsstudie des Patientenverfügungsgesetzes durchgeführt. Die damaligen Ergebnisse wurden in vorliegender Studie überprüft, aktualisiert und die Fragerücksicht hinsichtlich Aspekte des Nahtstellenmanagements erweitert und aktualisiert.

1. Ergebnisse der Evaluierungsstudie 2009

Das *IERM* hat 2009 die Ergebnisse der Evaluierungsstudie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG) 2006 aus empirischer, rechtlicher und ethischer Perspektive veröffentlicht²:

1.1. Empirische Ergebnisse

Der empirische Studienteil machte deutlich, dass das Wissen über die Existenz des Patientenverfügungsgesetzes im medizinischen und nicht-medizinischen Alltag angekommen ist, das Verständnis und der Gebrauch als ein Instrument der Selbstbestimmung aber noch ausbaufähig ist. In der österreichischen Bevölkerung hatten laut der vom *IERM* durchgeführten repräsentativen Umfrage im Jahr 2009 etwas unter 4% der in Österreich lebenden Personen eine Patientenverfügung errichtet, knapp ein Drittel hiervon waren verbindlich. Die Patientenverfügung wurde dabei von den Errichtenden vorwiegend als Kommunikationsinstrument angesehen, das am Lebensende im Sinne der Patientinnen die Arzt-Patienten-Kommunikation fortsetzen soll. Hierbei spielten für eine große Gruppe Errichtender Vorstellungen vom ‚würdevollen Sterben‘ eine zentrale Rolle.

Die Ergebnisse der Studie 2009 zeigten, dass Ärztinnen der Patientenverfügung gegenüber eine ähnliche Haltung einnehmen, wie gegenüber anderen Willensäußerungen von Patientinnen. Für einen Teil der Ärztinnenschaft sind diese zentrale Richtschnur für die eigenen Entscheidungen, ein anderer Teil sieht im Patientenverfügungsgesetz bzw in den einzelnen Patientenverfügungen genug Interpretationsspielraum, um sich nach eigenen Angaben ‚zum Wohl der Patientin‘ auch über den Patientinnenwillen hinwegsetzen zu können.

1.2. Juristische Betrachtung

Die juristische Betrachtung zeigte, dass die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung ein Mehr an Rechtssicherheit gebracht hat. Nur wenige Gesetzesvorhaben haben in der kurzen Zeitspanne von drei Jahren eine vergleichbar reichhaltige Auseinandersetzung in der juristischen Fachliteratur ausgelöst wie das PatVG. Durch die literarischen Stellungnahmen konnten zu Zweifelsfragen rasch Übereinstimmungen gefunden werden, was letztlich zur Rechtssicherheit beitrug bzw nach wie vor beiträgt. In einigen Fällen wurden Divergenzen sichtbar, bei denen noch ein Konsens fehlt bzw etwaige Regelungsdefizite vorliegen. In der veröffent-

² Die Studie sowie weitere Publikationen zum Thema finden sich auf <http://ierm.univie.ac.at/forschung/projekte/abgeschlossene-projekte/patvg/>.

lichten Rechtsprechung – insbesondere in jener des Obersten Gerichtshofes (OGH) – war das Patientenverfügungsgesetz noch nicht entscheidungsrelevant. Wie auch vor dem Inkrafttreten des PatVG traten bis 2009 immer wieder bewusste Missachtungen des Patientinnenwillens auf, die auf mangelnde Information oder Irrtum beruhten. Dies ist freilich nicht dem Gesetz als solches zuzurechnen und auch nicht mit Mitteln staatlicher Rechtsetzung zu bewältigen. Die Studie 2009 stellte fest, dass es hier einer umfassenden Information und Aufklärung der Rechtsanwenderinnen bedarf.

1.3. Ethische Analyse

Die ethische Analyse der Studie 2009 legte dar, dass das Patientenverfügungsgesetz ein weiterer wesentlicher Schritt zur Stärkung der Patienteninnautonomie von Seiten des Gesetzgebers ist. Darüber hinaus zeigten verschiedene Überlegungen auch die Grenzen des Wunsches nach Eindeutigkeit durch eine Patientenverfügung auf. Die Notwendigkeit der Interpretation des Patientinnenwillens bei beachtlichen Patientenverfügungen oder bei der Frage, ob lebensbejahend interpretierte Aussagen und Ausdrücke Demenzkranker als Widerruf zu deuten sind, machten deutlich, dass in der Praxis im Einzelfall Entscheidungsspielräume bestehen bleiben und die Patientenverfügung die vorausschauende Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen nicht ersetzen kann.

An dieser Stelle können Vorsorgevollmachten, mit denen die Entscheidung an eine Person des Vertrauens für den Fall der Nicht-Entscheidungsfähigkeit delegiert wird, eine wichtige Rolle spielen. Hier gilt es, Ärztinnen wie Pflegende in ihrer Arbeit insbesondere mit Sterbenden zu unterstützen.

2. Forschungsfragen und Ziele vorliegender Folgestudie

Aufbauend auf den kurz angeführten Ergebnissen der Studie 2009 – und um diese zu vertiefen und zu erweitern – fokussiert das vorliegende Forschungsprojekt auf die Frage der antizipierten Selbstbestimmung in Form einer Patientenverfügung im Kontext medizinischer Behandlungsentscheidungen. Den Ausgangspunkt der Forschungsfragen bildet dabei ethisch gesprochen ein ‚umfassendes Autonomieprinzip‘, juristisch gesprochen die ‚Sicherung der Selbstbestimmung‘ in Form einer Patientenverfügung. Das Forschungsprojekt untersucht, wie die Selbstbestimmung von Patientinnen sowohl aus der Sicht der Patientinnen als auch aus Sicht der Angehörigen der Gesundheitsberufe im Rahmen der Anwendung von Patientenverfügungen umgesetzt werden kann. Zudem werden organisatorische, strukturelle und institutionelle Hindernisse auf Seiten der Behandlerinnen bzw des Behandlungsteams beleuchtet, die die Anwendung der Patientenverfügung fördern oder behindern.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich daher schwerpunktmäßig mit folgenden Forschungsfragen:

- (1) Wie wird derzeit sichergestellt bzw wie kann sichergestellt werden, dass eine Patientenverfügung einer Ärztin, in den Situationen, für die sie erstellt wurde, auch vorliegt und Beachtung findet?
Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Frage gelegt, wie die behandelnde Ärztin von der Patientenverfügung erfährt und sicherstellen kann, dass die vorliegende Patientenverfügung von der Patientin nicht widerrufen wurde. Hierbei spielen die vorhandenen Register und die geplante Reform durch ELGA ebenso eine Rolle, wie Angehörige, die eine Patientenverfügung überbringen.
- (2) Ändert sich ein vormalig geäußelter Wille durch eine später auftretende konkrete Krankheits- bzw Behandlungssituation? Wie wird der geänderte Wille kundgemacht?
- (3) Sind rechtliche Problembereiche in der Praxis aufgetaucht bzw gibt es aktuelle Rechtsprechung zum Thema Patientenverfügung?
- (4) Wurden in der Praxis Lösungsmodelle entwickelt, um mit Problemen, die der Endbericht der ersten Studie 2009 aufgezeigt hat, umzugehen?

- (5) Welche Ärztinnengruppen arbeiten vor allem mit Patientenverfügungen, bzw machen bestimmte Ärztinnengruppen Patientinnen darauf aufmerksam, dass es die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung gibt?
- (6) Welche Gründe für Errichtung und Nicht-Errichtung der Patientenverfügung lassen sich erheben und welche weiteren Instrumente der Selbstbestimmung werden in der medizinisch-pflegerischen Praxis sowie in der Öffentlichkeit diskutiert?

Ein wesentliches Ziel der Studie ist es, Entwicklungsperspektiven aufzuzeigen, die eine bessere Nutzung der Patientenverfügung gewährleisten können. So werden im Folgenden auf Grundlage der Ergebnisse der Studie 2009 sowie der Auswertung der aktuellen empirischen Daten erwünschte und unerwünschte Praktiken im Umgang mit der Patientenverfügung herausgearbeitet und Erkenntnisse abgeleitet.

II. Empirischer Teil

1. Forschungsprozess

Im folgenden Teil der Studie wird zunächst der Forschungsprozess des empirischen Teils beschrieben. Daran anschließend werden die verwendeten Methoden dargestellt, um den Leserinnen dieses Berichtes einen Einblick in die in den letzten Jahren erfolgte Arbeit zu geben. Das Kernstück des empirischen Teils sind die Ergebnisse, die sich aus den qualitativen und quantitativen Daten ableiten lassen. Diese werden zunächst in mehreren Unterkapiteln aufgearbeitet, um dann daraus abgeleitete Erkenntnisse für den Umgang mit dem Instrument Patientenverfügung zu präsentieren.

1.1. Erhebungsphasen

Die Forschungsfragen der vorliegenden Studie wurden in drei Erhebungsphasen untersucht:

- **Phase 1:** Erhebung der aktuellen Praxis der Patientenverfügung mittels Befragung von Expertinnen unterschiedlicher Professionen, die mit Patientenverfügungen zu tun haben.
- **Phase 2:** Erhebung der Gründe für die Errichtung einer Patientenverfügung und Analyse dabei auftauchender Hindernisse mittels Befragung von Personen, die bereits eine Patientenverfügung errichtet haben bzw der Allgemeinbevölkerung.
- **Phase 3:** Erhebung der Verbreitung der Patientenverfügung und Feedback zum Errichtungsprozess mittels repräsentativer Telefonumfrage bei der österreichischen Bevölkerung.

Im Folgenden werden die einzelnen Phasen kurz näher erläutert:

1.1.1. Phase I

Im Zeitraum von Jänner 2012 bis Mai 2013 wurde untersucht, wie die medizinisch-pflegerische Praxis (Behandlungs- und Vorsorgepraxis) bei der Errichtung und beim Vorhandensein einer Patientenverfügung aussieht und wie alle beteiligten Professionen (Ärztinnen, DGKS, Rettungssanitäterinnen, Psychologinnen, Seelsorgerinnen, Rechtsanwältinnen) diese Praxis wahrnehmen bzw wie die Beteiligten ihre eigene Rolle bei der Errichtung und Ausführung der Patientenverfügung im Rahmen ihres Tätigkeitsbereiches und ihres Arbeitsumfeldes definieren und bewerten. Von der Tatsache ausgehend, dass das Instrument der Patientenverfügung mit etwas unter 4% im Jahr 2009 von einem geringen Anteil der Bevölkerung genutzt

wurde³, wurde unter anderem die Frage aufgegriffen, welche Strukturen und Einflussfaktoren förderlich oder hinderlich für die Errichtung sind oder bei der Ausführung der Patientenverfügung auftreten können. Hierbei wurden folgende Fragen untersucht:

- Auf welchen Wegen erfahren Ärztinnen derzeit von Patientenverfügungen und wie werden diese Wege bewertet?
- Welche Register zur Eintragung von Patientenverfügungen sind vorhanden? Wie werden die Register genutzt und von wem? Wurden Routinen hinsichtlich der Nutzung der Register entwickelt?
- Welche Anforderungen stellen Patientinnen an ein Register und welche Rolle ordnen sie den Angehörigen als Überbringer der Patientenverfügung zu?
- Würden sich Ärztinnen ein zentrales Register wünschen und wie stehen sie zur Aufnahme der Patientenverfügung in ELGA?
- Welche Professionen im Gesundheitswesen bzw welche ärztlichen Disziplinen werden hauptsächlich mit Patientenverfügungen konfrontiert? In welchen Bereichen macht eine Patientenverfügung nach Einschätzung der jeweiligen Professionen Sinn?
- Machen bestimmte Berufsgruppen die Patientinnen eher darauf aufmerksam, dass es das Instrument der Patientenverfügungen gibt, als andere?

Zur Datengewinnung, um diese Fragestellungen zu beantworten, wurde die Methode des qualitativen halbstandardisierten Interviews herangezogen, wobei 54 Personen in einer Dauer von 30 bis 60 Minuten interviewt wurden.

1.1.2. Phase II

Die zweite Erhebungsphase fand im Zeitraum von Mai 2013 bis Jänner 2014 statt und beschäftigte sich zum einen mit der Frage, warum das Instrument der Patientenverfügung erst von einem geringen Anteil der Bevölkerung genutzt wird. Zum anderen setzte sie sich mit der Frage auseinander, welche Gründe für oder gegen die Entscheidung eine Patientenverfügung zu errichten aus Sicht der Patientinnen existieren und welche Erfahrungen die Patientinnen bei der Errichtung gemacht haben. Liegen die Gründe vielleicht in den gesetzlich vorgeschriebenen Errichtungsvoraussetzungen oder in einer mangelnden zentralen Registrierung oder einfach an dem Umstand, dass viele Personen gar nicht eine solche antizipierte Entschei-

³ Vgl. Körtner / Kopetzki / Kletečka-Pulker / Inthorn 2009. Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG).

dung treffen wollen und mögliche Entscheidungen für einen Zeitpunkt der Nichteinsichts- und Urteilsfähigkeiten anderen Personen überlassen wollen?

Hierfür unterteilte sich die zweite Erhebungsphase in zwei Teilbereiche:

a) Selbstbestimmung und Nutzung der Patientenverfügung

- Welche Informationen bzgl Patientenverfügung werden Patientinnen zur Verfügung gestellt und sind ihnen auch bekannt?
- Wie stellt sich aus Patientinnensicht der ärztliche Umgang mit Patientenverfügungen und die Integration derselben in Behandlungsprozesse bzw in die dafür notwendigen Entscheidungen dar?
- Welche neuen Strukturen und Prozesse der Aufklärung haben sich etabliert (oder sind zu etablieren), um die Möglichkeiten der Errichtung einer Patientenverfügung als Teil einer Kommunikation in Behandlungsentscheidung zu gewährleisten?
- Welche strukturellen Bedingungen sind in Spitälern gegeben (oder sollten gegeben sein), um die Stärkung der Patientinnenautonomie auch durch Ärztinnen weiter zu fördern?

b) Die Patientenverfügung im Dissens/im Konflikt

- Bei Patientinnenwünschen jenseits medizinisch indizierter Eingriffe wie auch bei Wertekonflikten wurde untersucht, welche Routinen entwickelt wurden und welche rechtlichen Instrumente zur Verfügung stehen, zwischen divergierenden Positionen zu vermitteln sowie den allgemein gegebenen rechtlichen Rahmen jeder Behandlung zu stützen.
- Aus der Perspektive von Ärztinnen wurde erhoben, inwieweit durch Fortbildungen, Leitlinien und anderen Wegen innerhalb von Spitälern und anderen Einrichtungen Ärztinnen über das Instrument der Patientenverfügung informiert sind und darüber reflektieren, welchen Stellenwert die Patientenverfügung für ihre Entscheidungen hat.

Die benötigten Daten wurden durch die Methode des qualitativen halbstandardisierten Interviews, der Fragebogenerhebung und der Fokusgruppe erhoben.

1.1.3. Phase III

Die dritte Erhebungsphase fand im März 2014 statt. Mittels einer repräsentativen Telefonumfrage in der österreichischen Bevölkerung wurden die Verbreitungs- und Bekanntheitsquoten der Patientenverfügung erhoben. Zudem wurden Fragen zum Errichtungsprozess gestellt, um der österreichischen Bevölkerung die Möglichkeit zu geben, Feedback zum Instrument Patientenverfügung zu geben. Die repräsentative Telefonumfrage wurde vom Umfrageinstitut *wissma* operativ durchgeführt. Der Telefonfragebogen befindet sich im Anhang.

Folgende Grafik bietet einen Überblick über das Studiendesign der Telefonumfrage:

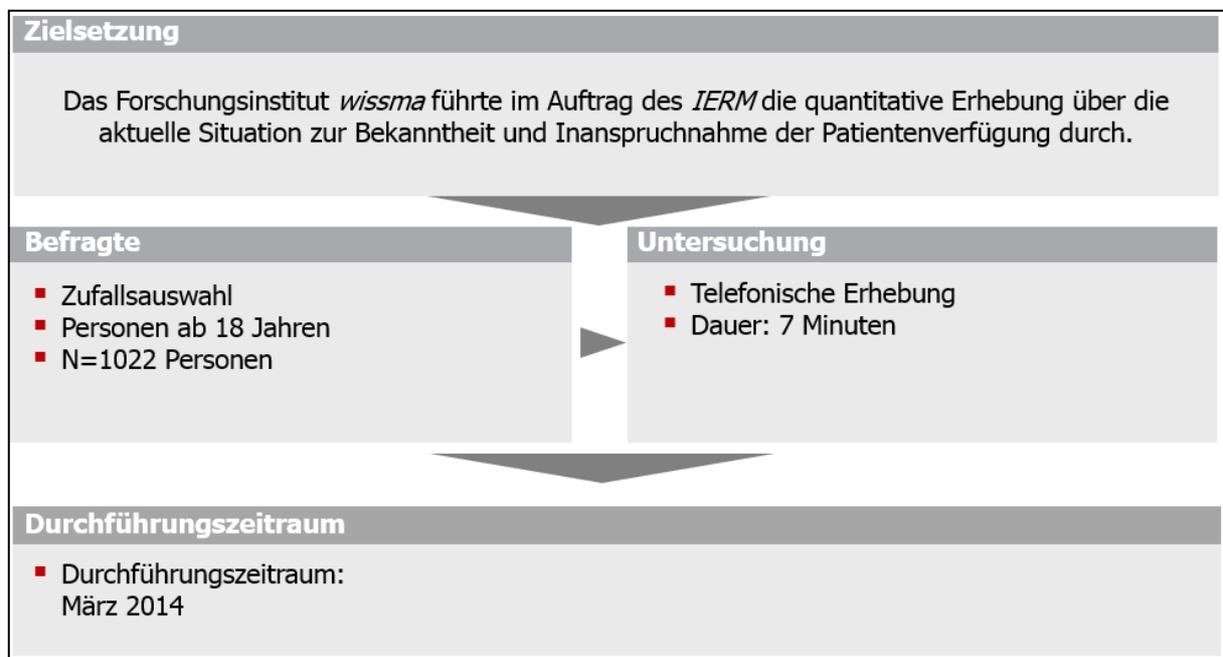


Abbildung 1: Studiendesign der Telefonumfrage

Nachfolgende Tabelle bieten einen Überblick über die einzelnen Phasen:

	Zielgruppe der Befragung	Methode	Anzahl der bisher Befragten
PHASE 1	Ärztinnen (stationär/niedergelassen/ambulant/palliativ/Notfall)	Qualitative Interviews	17
	DGKS und Pflegeleitung (stationär/Geriatriezentren/Pflegeheime/Hospiz)	Qualitative Interviews	13
	Rechtsanwältinnen	Qualitative Interviews	5
	Notarinnen	Qualitative Interviews	5
	Rettungssanitäterinnen	Qualitative Interviews	2
	Seelsorgerinnen, Psychotherapeutinnen, Sozialarbeiterinnen	Qualitative Interviews	4
PHASE 2	Personen mit verbindlicher PV	Qualitative Interviews	8
	Verbindliche PV errichtende Personen	Teilnehmende Beobachtung (bei Errichtung)	10
	Über PV informierte Personen	Fragebögen	32
PHASE 3	Österreichische Bevölkerung	Repräsentative Telefonumfrage	1022
	Österreichische Bevölkerung	Fokusgruppe	3 Gruppen mit insgesamt 30 Teilnehmerinnen

Tabelle 1: Überblick Forschungsphasen

2. Methode

Die Beantwortung der Forschungsfragen ist im Rahmen der vorliegenden interdisziplinär angelegten Studie geschehen, die empirische, ethische und rechtliche Aspekte der Fragestellung verbindet.

Als methodologische Grundlage der Forschung diente die Exploration, um „eine sinnvolle Erkundung neuer und theoretisch noch wenig strukturierter Gegenstandsbereiche“⁴ zu erreichen. Sozialwissenschaftliche Forschung muss als Prozess verstanden werden, der bei der Bildung der Forschungsfrage beginnt und über die auf vorhandenem Material basierende Generierung von Hypothesen zur Anpassung der Forschungsmethoden läuft.⁵

Zur Theoriegewinnung führte die Grounded Theory, die unter anderem besagt, dass Theorien auf Basis von empirischem Datenmaterial gebildet werden, die die Grundlage für brauchbare Erklärungen und Interpretationen schaffen.⁶

2.1. Grounded Theory

Das Verfahren der Grounded Theory, das von Anselm Strauss und Barney Glaser 1967 entwickelt wurde, ist keine spezifische Methode oder Technik, sondern als ein Stil zu verstehen, nach dem Daten qualitativ analysiert werden.⁷ Die Grounded Theory hilft, die Dichte und Komplexität der gesammelten Daten zu erfassen und zu konzeptualisieren und Fragen, die im Laufe des Forschungsprozesses auftreten, zu ordnen. Wie der Name schon sagt, liegt die Grundlage für die Theorie in empirischen Daten, die systematisch und intensiv analysiert werden, oft Satz für Satz oder Abschnitt für Abschnitt. Konstantes Vergleichen hat zur Folge, dass umfangreiches Datenmaterial erhoben und dann ausgiebig kodiert, sprich dass Rohdaten konzeptualisiert werden.⁸

Da die Methodologie der Grounded Theory nicht auf bestimmte Erhebungsformen spezialisiert oder gar beschränkt ist und sich ihre Verfasserinnen nach dem Motto „*all is data*“ ausdrücklich auf die Vielfalt an Erhebungsformen⁹ beziehen, eignet sie sich besonders gut für

⁴ Lamnek, Qualitative Sozialforschung. (5. vollständig überarbeitete Auflage), 2010, S 81.

⁵ Vgl ebd.

⁶ Vgl ebd, S 90ff.

⁷ Vgl Strauss, Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. 1998, S 25ff.

⁸ Vgl Strauss², Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. 2007, S 51.

⁹ Przyborski / Wohlrab- Sahr³, Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Oldebourg 2010, S 189.

den in dieser Studie verwendeten Methodenmix aus qualitativen Interviews, Fragebögen, Fokusgruppendifkussion, Telefonumfrage und teilnehmende Beobachtung.

Der Schwerpunkt der Grounded Theory liegt somit ganz klar nicht auf der Form der Erhebung sondern auf dem Prinzip des *Theoretical Sampling*, das als ein ineinander verwobener Prozess des Sampling und der Theoriebildung verstanden werden kann, wie auch die Abbildung unten zeigt. Charakteristisch für die Grounded Theory ist, dass sich die generierten Theorien im Laufe des weiteren Forschungsprozesses laufend unter Beweis stellen müssen. Eine Theorie kann dadurch verifiziert werden, dass sich der in ihr formulierte Zusammenhang an verschiedenen Stellen desselben Falles und schließlich an unterschiedlichen Fällen nachweisen lässt.

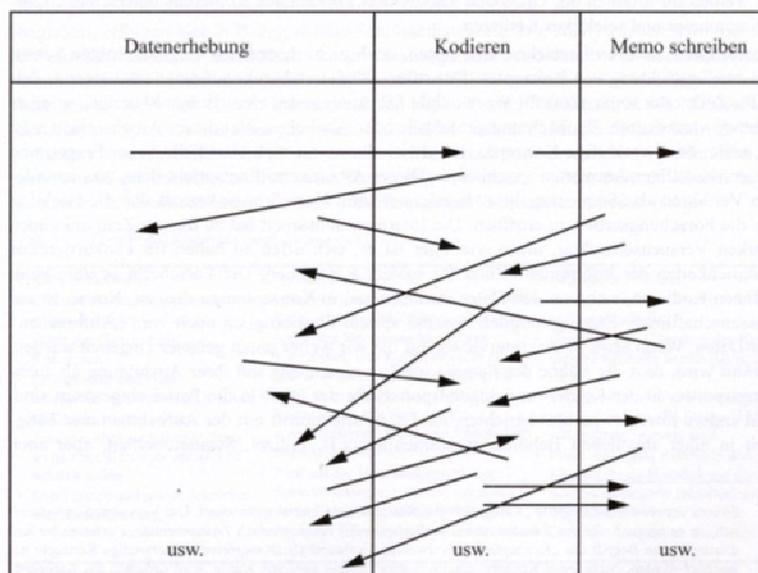


Abbildung 2: Funktionsweise Grounded Theory (aus Strauss 1998, S. 46)

2.2. Erhebung

Für den empirischen Ergebnisteil wurden die Erhebungsinstrumente des qualitativen halbstandardisierten Interviews, der Fokusgruppe, der quantitativen Telefonumfrage sowie der Literaturrecherche eingesetzt.

2.2.1. Qualitatives halbstandardisiertes Interview

Für die Datenerhebung der abgeschlossenen ersten Erhebungsphase wurde das qualitative halbstandardisierte Interview als Erhebungsinstrument gewählt, um durch das persönliche

Gespräch einerseits Gesprächs- und Reflexionsprozesse abzubilden und andererseits den Interviewpartnerinnen Platz für persönliche Meinungen und Erklärungen zu lassen.

Halbstandardisierte Interviews verbinden Aspekte des nicht-standardisierten Interviews und des standardisierten Interviews. Kennzeichen des Interviewleitfadens sind einerseits vorgefertigte Fragen, deren Beantwortung meist die eindeutige Bejahung oder Verneinung betrifft und andererseits thematisch fokussierte Fragen, die die Interviewpartnerinnen dazu auffordern zu erzählen. Durch diese Methode „erfährt man nicht nur insgesamt mehr, sondern auch mehr Details, eben alles, was für den Befragten von Bedeutung ist“ und man kann „durch die an den Gesprächsverlauf angepassten Fragen in Erfahrung bringen, wie gewichtig welche Aspekte für den Betroffenen sind“¹⁰.

Die Auswahl der Zielgruppen für die Interviews wurde durch die Forschungsfragen festgesetzt und betrifft jene Professionen bzw Personen, die mit dem Instrument der Patientenverfügung zu tun haben. Der Zugang zum Feld bzw die Akquise der Interviewpartnerinnen fand durch das Schneeballverfahren statt, also durch die Vermittlung von Personen über Interviewpartnerinnen und durch Auswahl nach von uns festgelegten Kriterien. Kontakt mit der jeweiligen Interviewpartnerin wurde von uns über Telefon oder Mail aufgenommen.

2.2.2. Fragebogenerhebung

Im Rahmen des methodologischen Vorgehens wurde ein standardisierter Fragebogen entwickelt, der sich aus offenen und geschlossenen Fragen zusammensetzt. Dieser Fragebogen wurde nach Vorträgen von Juristinnen und/oder Ärztinnen zum Thema Patientenverfügung an die Teilnehmerinnen des jeweiligen Vortrages ausgeteilt und zielte darauf ab, die Bereitschaft zur Errichtung einer Patientenverfügung zu erfragen. Zudem sollte ein Überblick gewonnen werden, welche Zielgruppe sich vor allem für Informationsveranstaltungen über Patientenverfügungen interessiert.

2.2.3. Quantitative Telefonumfrage

Eine wesentliche Datengewinnung komplementär zur qualitativen Erhebungsmethodik war die Informationsverdichtung mittels quantitativer Telefonumfrage, die repräsentativ für die österreichische Wohnbevölkerung ist.

¹⁰ Ebd, S 311.

Die Methode der quantitativen Telefonumfrage zeichnet sich unter anderem durch standardisierte Fragen und vorgefertigte Antworten aus, aus denen die Befragten die für sich passende Antwort wählen können. Ein bedeutender Unterschied zum qualitativen Interview ist hierbei, dass die Reihenfolge der zu stellenden Fragen feststeht.

2.2.4. Fokusgruppenerhebung

Die Fokusgruppe ist eine Gruppendiskussion mit ausgewählten Personen, die auf Grundlage eines Vortrages, eines Artikels, eines Films oä angeregt werden, über ein bestimmtes Thema zu diskutieren. Die Gruppendiskussion wurde von einem Mitglied des Forschungsteams moderiert. Die Fokusgruppe diente in vorliegender Forschung vor allem dazu, Meinungen und Einstellungen der einzelnen Teilnehmerinnen, der ganzen Gruppe und der Öffentlichkeit zu erheben.¹¹

2.2.5. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche ist besonders bei der Erhebung des derzeitigen Forschungsstands und der derzeitigen Praxis bestimmter Themen dienlich, da in Folge das erhobene Material verglichen werden kann.

2.3. Auswertung

Die aus der Literatur gewonnenen Daten wurden mit unterschiedlichen Methoden analysiert und interpretiert. Neben den hermeneutischen Verfahren der allgemeinen Textauslegung kamen auch Techniken der Inhalts- und Textanalyse, Dokumentanalyse und Aggregatdatenanalyse zum Einsatz, um prinzipielle Erkenntnisgewinnung erzielen zu können.

Daten aus den quantitativen Erhebungsverfahren wurden dem Analysetool der kritischen und deskriptiven Statistik unterzogen.

Informationsgehalt der Expertinneninterviews und Fokusgruppen wurden nach der Transkription mittels qualitativer Text- und Inhaltsanalysemethoden nach Mayring unter Zuhilfenahme der Analyse-Software ATLAS.ti ausgewertet, worauf hier noch kurz näher eingegangen wird.

¹¹ Vgl ebd, S 376f.

2.3.1. Auswertungs- und Analyseverfahren nach Mayring

Das Auswertungs- und Analyseverfahren nach Mayring erfordert, dass der Forscherin vor der Analyse klar ist, welche Aspekte für die Analyse wichtig sind und welcher der größte und welcher der kleinste Textbaustein ist, der analysiert werden soll. Um zu einem Ergebnis zu kommen, werden während des Analyseprozesses Kategorisierungen von Textbausteinen vorgenommen. Zum Schluss werden auf Basis der gebildeten Kategorien Generalisierungen vorgenommen¹².

2.3.2. ATLAS.ti

Als Unterstützung für eine effiziente Analyse des umfangreichen Datenmaterials diente das Programm ATLAS.ti. Dabei handelt es sich um ein Programm, das die Auswertung von qualitativen Daten (Text, Bild, Audio, Video) unterstützt. ATLAS.ti basiert auf dem sogenannten *Code-and-Retrieve-Verfahren*, also dem Indexieren (*Kodieren*) und Wiederauffinden (*Retrieve*) von Datensegmenten (in unserem Fall Textstellen). Dabei werden ähnlich wie beim Markieren oder Unterstreichen von Textstellen mit Leuchtmarkern zunächst ‚Zitate‘ erstellt, dh Datenausschnitte als bedeutungsvolle Belegstellen festgehalten. Diesen Zitaten werden beschreibende oder analytische Begriffe (Kodes) zugewiesen. Die mit solchen Kodes verknüpften Belegstellen können später in Suchabfragen wieder aufgefunden werden, um miteinander verglichen und analysiert werden zu können.¹³

Für die Auswertung der im Rahmen vorliegender Studie erhobenen Daten, wurden die transkribierten Interviews in das Programm geladen. Das Analyseverfahren ermöglichte die beschriebene Kodezuteilung durch Markierung einzelner Textbausteine und danach die Zuordnung ausgewählter Codes zu Kategorien (sogenannten ‚*Families*‘). „Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist.“¹⁴

¹² Mayring⁸, *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlage und Techniken*, Weinheim 2003.

¹³ Vgl Hadolt 2009, *Qualitative Datenanalyse mit ATLAS.ti*, online abrufbar unter: <http://comment.univie.ac.at/09-1/14/>

¹⁴ Zit nach Mayring 2003, S 58.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse des durch die empirische Forschung gewonnenen Datenmaterials dargestellt.

3.1. Bekanntheit und Inanspruchnahme Patientenverfügung

Die Darstellung der Bekanntheit und Inanspruchnahme der Patientenverfügung in Österreich folgt anhand der quantitativen Ergebnisse der Telefonumfrage unter der österreichischen Bevölkerung zunächst allgemein und dann nach soziodemographischen Daten aufgeschlüsselt. Als weiterer Schritt wird die Bekanntheit der Patientenverfügung bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe aufgezeigt, wobei sich diese Ergebnisse vor allem auf die qualitative Erhebung zurückführen lassen.

3.1.1. Allgemein

Die Patientenverfügung ist unter der in Österreich lebenden Bevölkerung durchaus bekannt. So gaben im Rahmen der repräsentativen quantitativen Telefonumfrage 76%¹⁵ der Bevölkerung an, bereits von der Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu errichten, gehört zu haben. Die Mehrheit dieser Personen, nämlich 40% der Gesamtbevölkerung, hat sich zudem auch bereits über das Instrument zur Selbstbestimmung informiert (siehe Abbildung 2). Dies ist eine deutliche Steigerung im Vergleich zur Erhebung 2009, als noch 58% der Befragten angaben, sich noch nicht mit dem Thema beschäftigt zu haben.¹⁶

Auffallend ist, dass aber nur 4,1% der in Österreich lebenden Bevölkerung tatsächlich eine Patientenverfügung für sich errichtet haben. Vergleicht man diese Zahl mit den Ergebnissen aus 2009, so hat sich hier nichts geändert. Damals lag die Zahl derjenigen, die eine Patientenverfügung errichtet hatten, bei knapp unter 4%. In absoluten Zahlen entsprächen die 4,1% etwa 348.000 Personen, was verglichen mit den registrierten Patientenverfügungen (20.398, siehe dazu unten) sehr viel klingt. Vergleicht man die Zahlen allerdings mit Deutschland, so

¹⁵ Sämtliche im Rahmen der Telefonumfrage erhobenen Zahlen sind als Tendenz zu verstehen. Zwar wurde die Telefonumfrage repräsentativ für die in Österreich lebende Bevölkerung durchgeführt, gerechnet auf die gesamte in Österreich lebende Bevölkerung kann es allerdings doch zu Unschärfen kommen. Die Schwankungsbreite nimmt grundsätzlich mit zunehmender Stichprobengröße ab und beträgt für die hier angeführten Zahlen bei ca. 1.000 befragten Personen 2-3%.

¹⁶ Vgl. dazu Körtner / Kopetzki / Kletečka-Pulker / Inthorn 2009, Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG).

geben dort 15% der Bevölkerung an, eine Patientenverfügung errichtet haben.¹⁷ Das wären bei einer Bevölkerung von 80,8 Millionen immerhin 1,3 Millionen Patientenverfügungen.

Auch wenn die Zahl derjenigen, die von der Möglichkeit eine Patientenverfügung zu errichten gehört haben, im Vergleich zu 2009 gestiegen ist, wissen doch immerhin 32% der Bevölkerung nicht genau, was eine Patientenverfügung ist und haben 24% noch nie davon gehört.

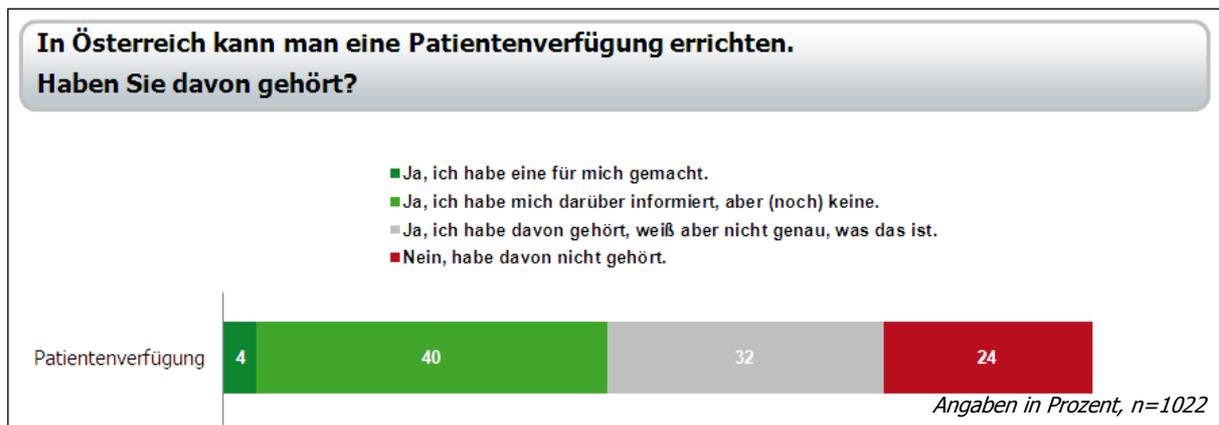


Abbildung 3: Wissen um die Patientenverfügung

Das mangelnde Wissen über die Patientenverfügung ist auch insofern als relativ hoch zu betrachten, weil gleichzeitig 82% der österreichischen Bevölkerung angaben, dass es ihnen leicht oder sehr leicht fallen würde, sich über ein gesundheitliches Thema zu informieren und an die erforderlichen Informationen zu kommen, wie folgende Abbildung zeigt:

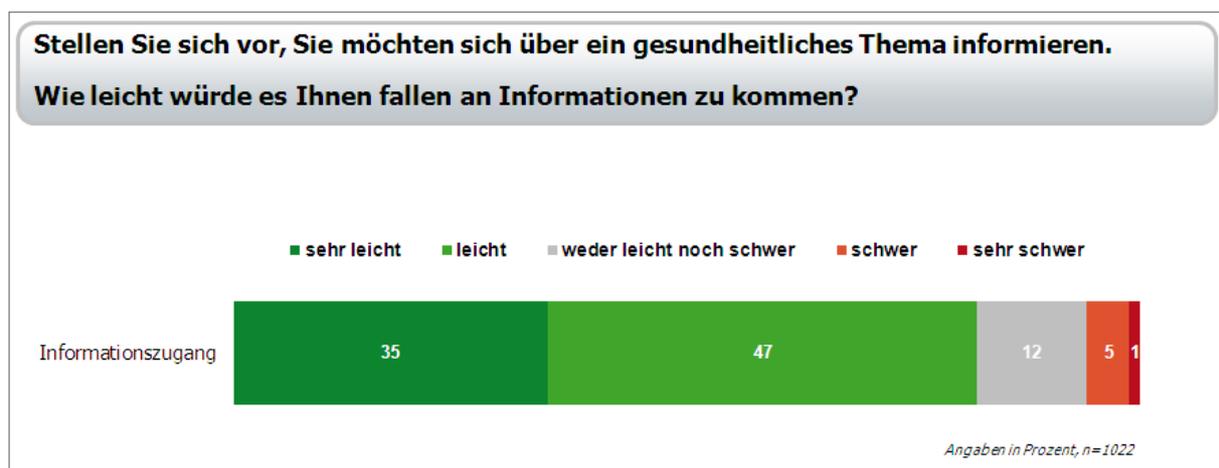


Abbildung 4: Informationszugang der österreichischen Bevölkerung zu Gesundheitsthemen

¹⁷ Vgl <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/169368/umfrage/interesse-an-patientenverfuegung/> (abgerufen am 15.05.2014).

Fragt man Menschen in Österreich, ob sie vorhaben, in den nächsten Jahren eine Patientenverfügung zu errichten, so geben 6% an, dies bestimmt zu tun und 15% wollen wahrscheinlich eine Patientenverfügung errichten. Insgesamt möchte also ca jede fünfte in den nächsten Jahren eine Patientenverfügung errichten.

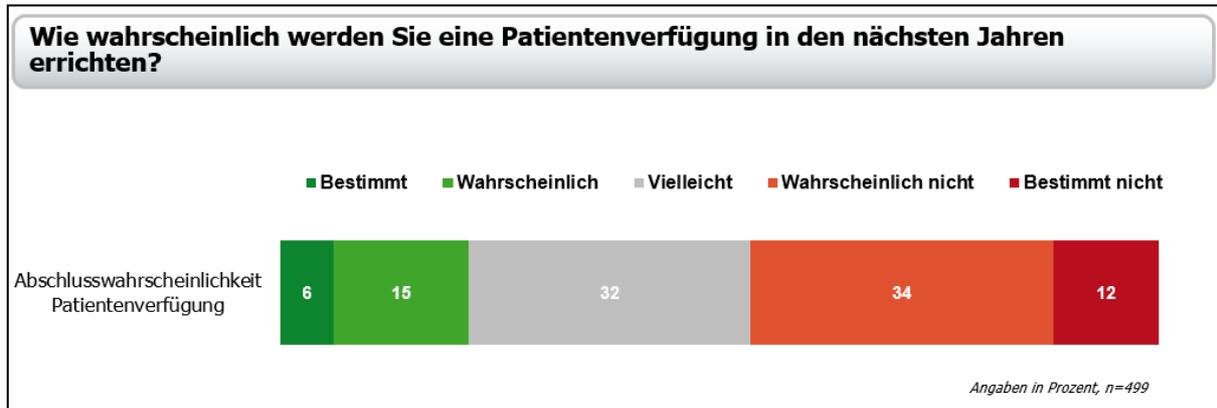


Abbildung 5: Abschlusswahrscheinlichkeit Patientenverfügung in den nächsten Jahren

3.1.2. Nach soziodemographischen Daten

Im Rahmen der quantitativen Erhebung zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung bzw die Absicht dazu, von soziodemographischen Faktoren wie Alter, Ausbildung und Einkommen abhängig ist. Das Geschlecht spielt hingegen keine Rolle. Ungefähr gleich viele Männer wie Frauen gaben an, eine Patientenverfügung errichtet zu haben bzw eine Patientenverfügung errichten zu wollen. Auch ein Migrationshintergrund wirkt sich nicht aus. Allerdings ist hier zu beachten, dass die Fallzahl der befragten Personen mit Migrationshintergrund so klein war, dass keine valide Aussage getroffen werden kann. Hinzu kommt, dass die Mehrheit der Personen, die angaben, einen Migrationshintergrund zu haben, aus Deutschland stammt. Generell ist die Fallzahl derjenigen, die eine Patientenverfügung errichtet haben, sehr gering und die daraus abgeleiteten quantitativen Aussagen sind als Tendenzen zu verstehen.

3.1.2.1. Alter

Die Telefonumfrage zeigt deutlich: Umso älter die befragte Person ist, desto wahrscheinlicher hat sie eine Patientenverfügung errichtet und desto wahrscheinlicher wird sie auch in den nächsten Jahren eine errichten. Während keine einzige der 18- bis 19-Jährigen eine Patientenverfügung errichtet hat, haben immerhin 3% der 20- bis 40-Jährigen und 5% der 40- bis 49-Jährigen eine. Bei den älter als 70-Jährigen liegt der Anteil jener, die eine Patientenverfügung errichtet haben, bei 8%, wie in folgender Abbildung ersichtlich wird:

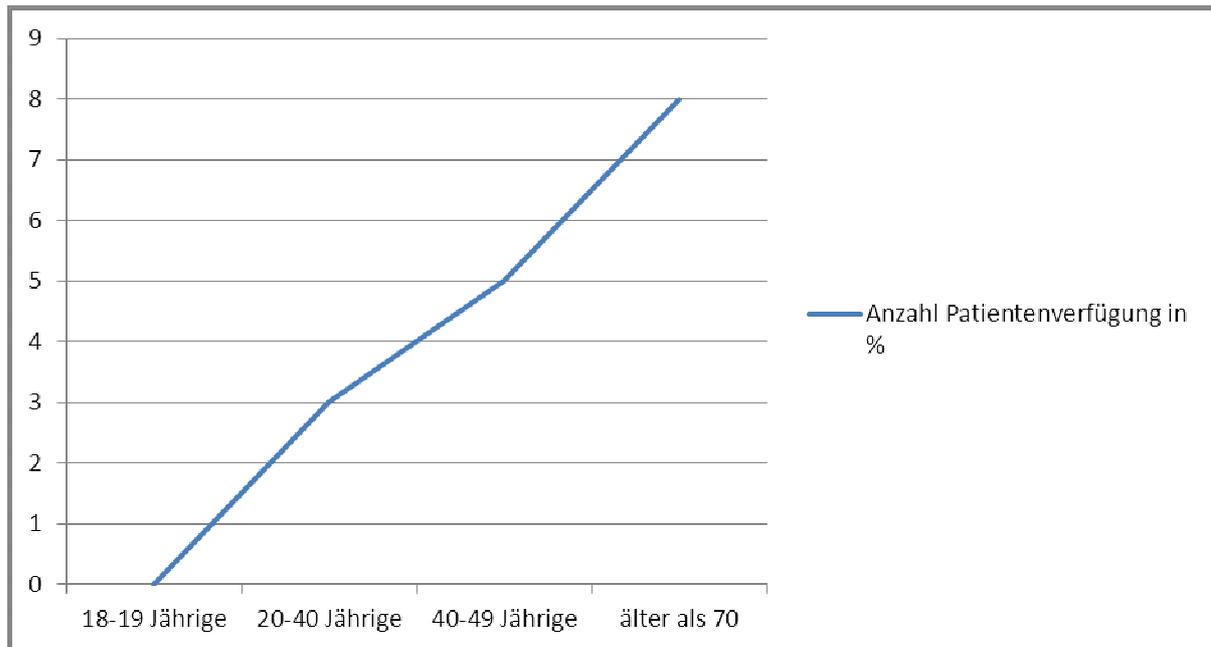


Abbildung 6: Anzahl der errichteten Patientenverfügungen in Prozent nach Altersgruppen

Laut Telefonumfrage nimmt die Bekanntheit der Patientenverfügung mit dem Alter zu. Dies ist auch insofern bemerkenswert, als auch 52% der befragten 18- bis 19-Jährigen und 39% der 20-29 Jährigen, also jene Gruppen, die in den letzten fünf Jahren wahrscheinlich noch in einer Bildungseinrichtung waren (Schule, Lehre, Fachhochschule, Universität) nicht von der Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung gehört haben.

3.1.2.2. Ausbildung

Dass der Grad der höchsten erreichten Ausbildung eine Rolle spielt, wird vor allem bei jenen Gruppen deutlich, die nicht von der Möglichkeit gehört haben, eine Patientenverfügung zu errichten. So haben nur 15% jener, die ein abgeschlossenes Studium (Uni, FH) absolviert haben, nicht von der Patientenverfügung gehört, hingegen allerdings 32% der Volks- oder Hauptschulabsolventinnen ohne abgeschlossene Lehre.

3.1.2.3. Einkommen

Personen, die angeben unter 1.250 EUR monatliches Haushaltsnettoeinkommen zu haben, haben deutlich weniger oft (2-3%) eine Patientenverfügung errichtet, als Personen, die in Haushalten leben, die bis zu 2.000 EUR monatliches Haushaltsnettoeinkommen zur Verfügung haben (4%) oder jenen, die bis zu 5.000 EUR monatliches Haushaltsnettoeinkommen vorweisen können (7%).

3.1.3. Wissensdefizite seitens der Angehörigen der Gesundheitsberufe

Obwohl das Patientenverfügungsgesetz bereits seit 2006 in Kraft ist, herrscht bei vielen Angehörigen der Gesundheitsberufe eine Wissenslücke bezüglich der Instrumente zur Selbstbestimmung. Wenngleich die Vorsorgevollmacht mehr davon betroffen ist, als die Patientenverfügung, zeigen die Interviews ganz deutlich, dass viele Angehörige der Gesundheitsberufe nur sehr wenig Wissen über Patientenverfügungen vorweisen können. Aussagen wie jene von Ärztin A¹⁸ waren im Rahmen unserer Interviews nicht ungewöhnlich:

„Also so eine richtige Patientenverfügung habe ich noch nie gesehen.“ (Interview Ärztin A, Zeile 87)

Dass viele Ärztinnen noch nie mit Patientenverfügungen zu tun hatten, bestätigt eine Studie der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), bei der 139 Leitungen österreichischer Intensivstationen befragt wurden. 30% gaben an, noch nie eine Patientenverfügung als Entscheidungsgrundlage zur Verfügung gehabt zu haben, nur 10% der Befragten hatten bereits mit über zehn Patientenverfügungen zu tun¹⁹.

Während in Einzelfällen die befragten Personen gar nicht wissen, was eine Patientenverfügung ist, ist den meisten unserer Befragten der Begriff geläufig und herrschen auch Vorstellungen davon, worum es sich dabei handelt. Es treten allerdings Unsicherheiten auf, wenn es um die Unterscheidung von verbindlicher und beachtlicher Patientenverfügung geht oder um den Errichtungsvorgang. Das Zitat folgender diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin steht stellvertretend für viele Aussagen, die zeigen, dass die Unterscheidung zwischen verbindlicher und beachtlicher Patientenverfügung nicht bekannt ist:

„Das weiß ich nicht, ja [Anmerkung: Ob die PV verbindlich oder beachtlich ist]. Weil ich diesen Ausdruck eigentlich auch gar nicht so – man liest zwar diesen Gesetzestext und Ding. Ich sag immer: gelesen, nicht verstanden.“ (Interview DGKS J, Zeile 35-36)

Wenngleich oftmals die Unterscheidung von beachtlicher und verbindlicher Patientenverfügung unklar ist, zeigen die Interviews, dass verbindliche Patientenverfügungen eher als solche erkannt werden und beschrieben werden können, die ‚Errichtung‘ und Anwendung von beachtlichen Patientenverfügung hingegen unklar ist. Dies zeigen auch folgende Zitate von Ärzten:

¹⁸ Die Namen der Interviewpartnerinnen werden aus Gründen der Anonymität hier nicht genannt. Die Bezeichnung erfolgt mit Buchstaben von A-Z je Befragungsgruppe.

¹⁹ Vgl Ulhir, Die Patientenverfügung in der Intensivmedizin. MedMedia – Medical Opinion Network. Klinik OP 02/09.

„Also wir haben Patienten, die einmal niedergeschrieben haben, ihr Wunsch ist bei Erkrankungen, dass das und das nicht mehr fortgeführt werden soll. Das ist aber nicht notariell bestätigt, die haben auch nie mit einem Arzt gesprochen. Lläuft das für Sie als Patientenverfügung?“ (Interview Arzt E, Zeile 18-21)

„Ich kann mich eigentlich nur an zwei oder drei Patienten erinnern, wo ich wirklich eine Patientenverfügung, eine verbindliche, ähhh, gehabt habe. Die schriftlich dokumentiert, Notar, so wie es halt vorgeschrieben ist, da war. Sonst keine Verbindliche und auch keine, also die, die Verbindliche und was ist die andere schnell, die, die, die?“ (Interview Arzt H, Zeile 26-29)

Auch Ärztinnen, die regelmäßig Patientenverfügungen errichten, wiesen uns darauf hin, in manchen Dingen nicht genau Bescheid zu wissen. So etwa auch die Allgemeinmedizinerin Dr. C, die bereits mehr als 15 Patientenverfügungen errichtet hat:

„Ich hatte eine Patientin, wo sie unbedingt eine Verbindliche wollte und dann zum Notar wollte. Und der Notar hat sie quasi zurück geschickt zu mir mit der Aussage, dass für ihn zu wenig konkrete – ja, konkrete, Situationen, Szenarien sind und das find ich einfach schwierig, manchmal, diese konkreten Szenarien wirklich im Voraus zu schauen.“ (Interview Ärztin C, Zeile 289-293)

Die Registrierung der Patientenverfügung in den diversen Registern ist, wie das Zitat unten zeigt, ebenso unklar wie die Frage, inwieweit eine Patientenverfügung mit einer Vorsorgevollmacht verknüpft werden kann oder wie und wo die Patientenverfügung aufbewahrt und übermittelt werden kann bzw soll.

„Die wollten das [Anmerkung: die medizinische Behandlung] gar nicht und da steht man natürlich dann blöd da, ja. Weil es ist es ist halt irgendwo irgendwie zentral gespeichert oder liegt irgendwie vor, ja. Das heißt, der Patient muss das immer bei sich haben, ja, was bei alten Damen oder alten Herren manchmal auch nicht möglich ist, ja.“ (Interview Ärztin A, Zeile 23-29)

Hinzu kommt, dass Angehörige der Gesundheitsberufe oftmals nicht sicher sind, welchen Stellenwert eine (verbindliche) Patientenverfügung aufweist. Hierbei wurde von vielen unserer Gesprächspartnerinnen angegeben, dass eine Patientenverfügung durch den Willen der Angehörigen der Patientin ersetzt werde oder dem Willen der Angehörigen nachrangig sei, wie auch folgendes Zitat eines Arztes zeigt:

„Aber ich denke mir, dass man das alles diskutieren kann mit den Angehörigen und wenn es keine Angehörigen gibt, dann muss ich halt die Patientenverfügung in dem Sinne interpretieren, wie ich glaube, dass es Sinn macht.“ (Interview Arzt E, Zeile 115-117)

Zudem unterlagen mehrere unserer Gesprächspartnerinnen dem Irrtum, dass eine Patientenverfügung nach fünf Jahren ihre Gültigkeit verliert, auch wenn die Betroffene in der Zwischenzeit die Einsichts- und Urteilsfähigkeit verloren hat. § 7 Abs 3 PatVG sagt allerdings ganz deutlich, dass eine Patientenverfügung ihre Verbindlichkeit nicht verliert, solange sie die Patientin mangels Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht erneuern kann.

Ein weiterer Punkt, der Unsicherheit schafft, ist die in § 12 PatVG normierte ‚Notfallregel‘, die besagt, dass das PatVG medizinische Notfallversorgung unberührt lässt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit der Patientin ernstlich gefährdet. Viele Angehörige der Gesundheitsberufe äußerten in den Gesprächen, dass ihnen die Unterscheidung zwischen Notfall und Nicht-Notfall unklar sei.

3.2. Beachtliche versus verbindliche Patientenverfügung

Die Unterscheidung von beachtlichen und verbindlichen Patientenverfügungen ist vielen Personen unklar. Dies ging sowohl aus den Gesprächen mit den Angehörigen der Gesundheitsberufe als auch mit Personen, die bereits eine Patientenverfügung errichtet haben oder gerne errichten möchten, hervor.

3.2.1. Angehörige der Gesundheitsberufe

Fragt man Angehörige der Gesundheitsberufe nach dem Wesen einer Patientenverfügung, so fällt auf, dass die Formalkriterien der verbindlichen Patientenverfügung eher mit dem Instrument Patientenverfügung in Verbindung gebracht werden, als beispielsweise schriftliche Willensäußerungen von Patientinnen. Diese werden von Ärztinnen, dem Pflegepersonal, aber auch von Angehörigen nicht als eine (beachtliche) Patientenverfügung erkannt. Angehörige der Gesundheitsberufe sind so auf die Formalkriterien einer verbindlichen Patientenverfügung bedacht, dass sie in Form einer beachtlichen Patientenverfügung geäußerte Willenserklärungen nicht als solche wahrnehmen und beispielsweise mangels notarieller oder anwaltlicher Bestätigung als ‚nichtig‘ erachten und auch nicht in ihre Überlegungen miteinbeziehen.

Hierbei spielt auch die Angst vor rechtlichen Konsequenzen aufgrund ‚falschen‘ Handelns eine zentrale Rolle. Weil die Ärztin oder Pflegeperson Angst vor rechtlichen Konsequenzen bei Beachten einer nicht-verbindlichen Patientenverfügung hat, wird diese ‚zur Vorsicht‘ nicht beachtet. Dabei wird außer Acht gelassen, dass auch dies rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann.

Genau konträr gestaltet sich die Situation hingegen bei Angehörigen der Gesundheitsberufe, die auf Palliativstationen arbeiten oder regelmäßig Patientenverfügungen errichten. Diese gaben in den Gesprächen oftmals zu bedenken, dass die Form der Patientenverfügung nicht so wichtig sei, sondern der klar formulierte Inhalt das sei, was zähle:

„Ich sag schon, dass uns sehr geholfen ist, wenn wir so einen beachtlichen Inhalt haben, weil wir uns prinzipiell richten können, aber dass wir dann noch sehr viel entscheiden können oder müssen, aber dass es schon sehr hilfreich ist, wenn einer sagt ‚das und das will ich auf gar keinen Fall‘ und genau und mit Überzeugung [...]. Das hilft uns sehr und wir haben dann noch die Entscheidungsfreiheit.“ (Interview Arzt F, Zeile 32-37).

Auch auf der Webseite von Hospiz Österreich²⁰ wird darauf hingewiesen, dass die beachtliche Patientenverfügung „Vorrang“ gegenüber der verbindlichen Patientenverfügung habe. Als Begründung für diesen Vorrang wird unter anderem angeführt, dass sie „Ärzte und Pflege teams mit jenen Informationen, die dem Patienten wichtig sind“²¹ versorge und man mit einer beachtlichen Patientenverfügung kein Risiko eingehe, weil „diese nie an etwas rechtlich binden kann, was ein Mensch in unvorhersehbaren zukünftigen Situationen eventuell doch nicht haben will“.²²

3.2.2. Patientinnen/Bevölkerung

Die quantitative Erhebung zeigt deutlich, dass die Unterscheidung von verbindlicher und beachtlicher Patientenverfügung von der Bevölkerung nicht wahrgenommen wird. So sagen 94% der Personen, die angegeben haben, eine Patientenverfügung errichtet zu haben, es sei eine verbindliche. Gleichzeitig sagen 76% der Befragten, ihre Patientenverfügung sei beachtlich. Zwar könnte man argumentieren, dass sämtliche verbindliche Patientenverfügungen jedenfalls auch beachtlich sind; aus den Gesprächen und Interviews mit Personen, die eine beachtliche Patientenverfügung haben, geht aber deutlich hervor, dass sie auch von einer beachtlichen Patientenverfügung erwarten, dass diese für die Ärztinnen verbindlich sind.

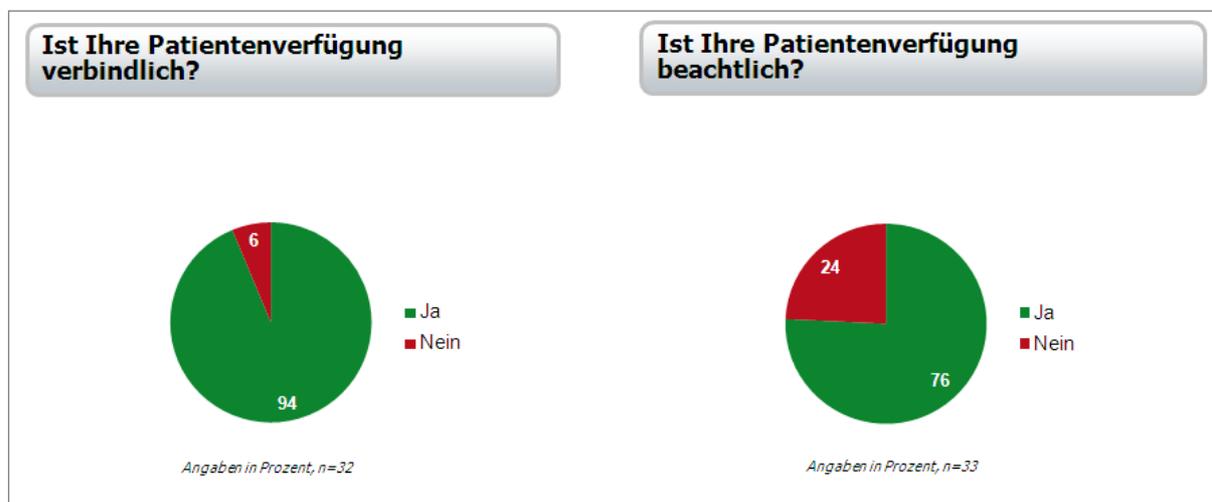


Abbildung 7: Angaben Bevölkerung über Beachtlichkeit oder Verbindlichkeit ihrer Patientenverfügung

Dies zeigt auch die Kontrollfrage, mit wem die Patientenverfügung errichtet wurde. Hier antworten 80% derjenigen, die ihre Patientenverfügung alleine errichtet haben, dass diese ver-

²⁰ Vgl www.hospiz.at (abgerufen am 09.05.2014).

²¹ Ebd.

²² Ebd.

bindlich sei. Hier ist zwar zu beachten, dass diese 80% nur eine sehr geringe Fallzahl sind, die Unbekanntheit der Unterscheidung wird aber auch dadurch deutlich, dass nur 41% der Befragten angaben, ihre Patientenverfügung sei mit einer Ärztin und einer Juristin errichtet worden, insgesamt aber 94% ihre Patientenverfügung für verbindlich halten.

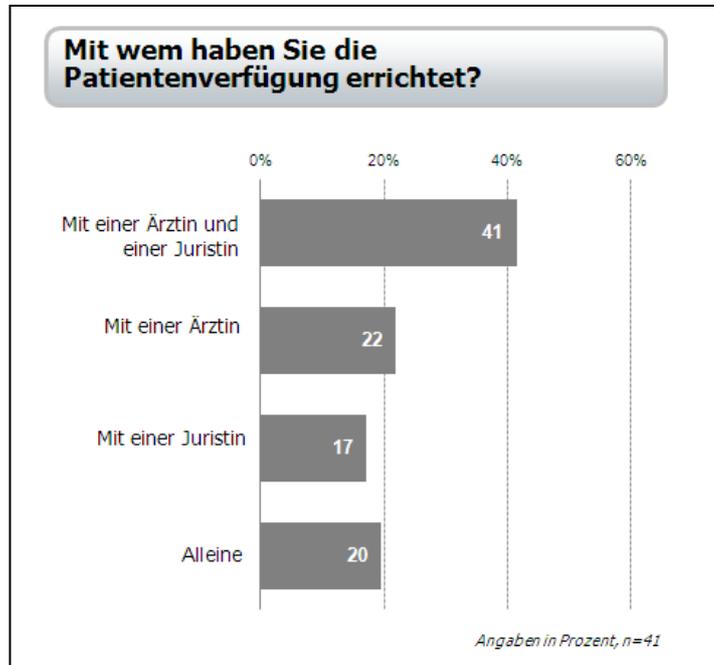


Abbildung 8: Errichtung der Patientenverfügung

3.3. Errichtungsprozess

Der Prozess der Errichtung – vor allem von verbindlichen Patientenverfügungen – führt sowohl auf Seiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe, als auch auf Seiten der österreichischen Bevölkerung zu Unsicherheiten. So geben 36% der im Rahmen der Telefonumfrage befragten Personen an, deswegen keine Patientenverfügung zu haben, weil sie nicht wüssten, wie und wo man dies machen kann.

Tatsächlich empfinden viele Personen den Errichtungsvorgang als zu kompliziert. Hinzu kommt ein damit verbundener organisatorischer, finanzieller und zeitlicher Aufwand.

Durch die Methode der teilnehmenden Beobachtung konnte erhoben werden, dass es bereits, um den organisatorischen Aufwand zur Errichtung einer Patientenverfügung zu vermindern, standardisierte Prozesse zur Errichtung von verbindlichen Patientenverfügungen gibt. Eine Institution in Wien bietet nach (kostenpflichtigen²³) Vorträgen zum Thema Patientenverfügung die Möglichkeit, eine verbindliche Patientenverfügung direkt vor Ort zu errichten. Eine Anwältin und ein Arzt befinden sich in nebeneinanderliegenden Räumen und führen die Beratungsgespräche unmittelbar nacheinander durch. Auf diese Weise dauert die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung nur etwa 15 Minuten und kostet für die Patientinnen 120 EUR (für Mitglieder) oder 150 EUR (für Nicht-Mitglieder).

Auch die meisten Anwältinnen und Notarinnen gaben an, den Errichtungsvorgang einer verbindlichen Patientenverfügung standardisiert abzuwickeln:

„Und, ähm, das läuft immer relativ gleich ab. Die Leute kommen schon zu mir, meistens sehr gut vorbereitet, kriegen dann schriftlich eine Information zur juristischen Frage. In der Regel auch zur medizinischen Frage. Dann kommt's zu einer Errichtung“ (Interview Anwalt C, Zeile 17-19)

In diesem Zusammenhang ist auch auf die unterschiedlichen Muster von Patientenverfügungen hinzuweisen, die beim Errichtungsvorgang zum Einsatz kommen. Während das Konsensblatt²⁴ erfordert, dass die abgelehnten Behandlungsmaßnahmen in eigenen Worten beschrieben werden, bieten andere Muster zusätzlich vorformulierte Beschreibungen zum Ankreuzen. Die unterschiedlichen Muster sind im Anhang zu finden.

²³ Die Kosten belaufen sich je nachdem ob man Mitglied dieser Institution ist oder nicht auf 12-15 EUR.

²⁴ Das Konsensblatt entstand 2006 in Zusammenarbeit der Patientenanwaltschaften Burgenland, Niederösterreich und Wien sowie Hospiz Österreich und Caritas in Kooperation mit den Bundesministerien für Gesundheit und Justiz.

Von Seiten der befragten und beobachteten Personen wird eine standardisierte Errichtung in Institutionen oder mit Hilfe vorgefertigter Formulare gewünscht. Vor allem das mögliche Ankreuzen von abzulehnenden Maßnahmen sei sehr hilfreich, so das Feedback jener Personen, die eine Patientenverfügung errichten möchten. Allerdings ist auch darauf aufmerksam zu machen, dass Personen, die eine Patientenverfügung errichtet haben, später oftmals nicht mehr genau sagen können, was darin zu lesen ist, wie auch dieser 72-jährige Herr bestätigt:

„Also ich kann's jetzt nicht wiederholen, weil ich's auch gar nicht da habe, aber so weit auch, wir waren sowohl bei einem Internisten als auch bei Ärztin C und haben das halt mit beiden besprochen, wo es eben sinnvoll ist und nimmer sinnvoll uns erscheint.“ (Interview Patient A, Zeile 58-61)

Auch die beratenden Ärztinnen stehen einem standardisierten Ablauf und vorformulierten Ablehnungsmöglichkeiten nicht ablehnend gegenüber, da einerseits die Aufklärung vereinfacht wird, andererseits zeitliche Ressourcen gespart werden können.

Andere hingegen betonen wiederum, dass es ihnen bei der Formulierung der Patientenverfügung darauf ankäme, dass die Errichtenden sich möglichst intensiv mit der Bedeutung der aufgeschriebenen Worte auseinandersetzen, was durch vorformulierte Beschreibungen verloren ginge.

Der zitierte Patient A spricht davon, dass „wir“ bei einem Internisten waren. Hier spricht er ein Phänomen an, das sich in den Interviews und teilnehmenden Beobachtungen herauskristallisierte. Viele Ehepaare errichten eine wortgleiche Patientenverfügung. Patient A spricht mit „wir“ von sich und seiner Ehegattin. Die beiden haben auch eine idente verbindliche Patientenverfügung errichten lassen.

Gibt es diese standardisierte Errichtung im Sinne einer raschen und unkomplizierten Vorgehensweise in manchen Institutionen wie in Hospizvereinen oder bei Notarinnen und Rechtsanwältinnen, so fehlt in Krankenanstalten und Pflegeheimen ein routinemäßiger Hinweis auf die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu errichten, völlig. Pflegepersonen und Ärztinnen gaben stets an, Patientinnen nicht aktiv auf eine mögliche Patientenverfügung anzusprechen:

„Ähm, aktiv von uns aus nicht. Aber wenn jetzt ein Patient das sagen würde, dann würde er die Möglichkeit bekommen. Also, über Patientenanwaltschaft, oder wenn er selber irgendeinen Notar oder je nachdem ... also wenn er die, wenn er das machen will, dann, dann, ähm, organisieren wir das für ihn.“ (Interview Heimleitung G, Zeile 135-138)

3.4. Gründe für die Errichtung

Aus den Interviews und Fokusgruppengesprächen geht hervor, dass vor allem jene Personen eine Patientenverfügung errichten oder überlegen dies zu tun, die persönliche Erfahrungen mit ‚unwürdigem Sterben‘ Angehöriger oder nahestehender Bekannter gemacht haben. Die befragten Personen gaben meist an, eine nahe Angehörige über Monate oder Jahre in einer Krankenanstalt ‚leiden‘ gesehen zu haben, ohne Hoffnung auf Verbesserung des Zustandes. Um sich ‚das zu ersparen‘, soll die eigene Patientenverfügung zum Einsatz kommen, wie es auch die folgende Interviewpartnerin beschreibt:

„Ich hab damals den Tod meines Sohnes, so furchtbar das war, als Erlösung empfunden. Ich, äh, ich hab’s herbei geseht, hab gesehen wie machtlos man ist, dass man ihm nicht helfen kann, dass er, dass er hinüber gehen darf und das hat uns so schockiert, dass man da so wenig, äh, Einfluss nehmen kann [...]. Das hat nichts mit Geld und Luxus und Sonstigem zu tun, sondern die Lebensqualität in der Schönheit des Lebens zu sehen, was auch immer das ist [...]. Aber deshalb ist es mir auch wichtig, dass ich eben nicht nur eine passive Gepflegtenrolle einnehmen möchte, dann irgendwann, sondern aktiv am Leben teilhaben möchte und nicht nur durch Augenzwinkern und Hand heben, ne. Das ist mir zu wenig.“ (Interview Patientin C, Zeile 267-279).

Viele der befragten Personen gaben als Grund für die Errichtung einer Patientenverfügung an, in ihrem Beruf (meist als Angehörige der Gesundheitsberufe) viele ‚Schicksale‘ mitzerleben und daher für den eigenen Ernstfall vorsorgen zu wollen.

Die quantitative Erhebung bestätigt diese Aussagen: Als Hauptgrund für die Errichtung einer Patientenverfügung wird die Selbstbestimmung angegeben. Auffällig ist auch, dass 31% als Grund für die Errichtung der Patientenverfügung angeben, dass sie niemandem zur Last fallen wollen.²⁵ Auch dieser Grund wurde in den Interviews und Fokusgruppendifkussionen immer wieder genannt, war allerdings nicht so zentral wie in der Telefonumfrage, wie die nachstehende Abbildung verdeutlicht:

²⁵ Vgl. Pleschberger, Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen, 2005.

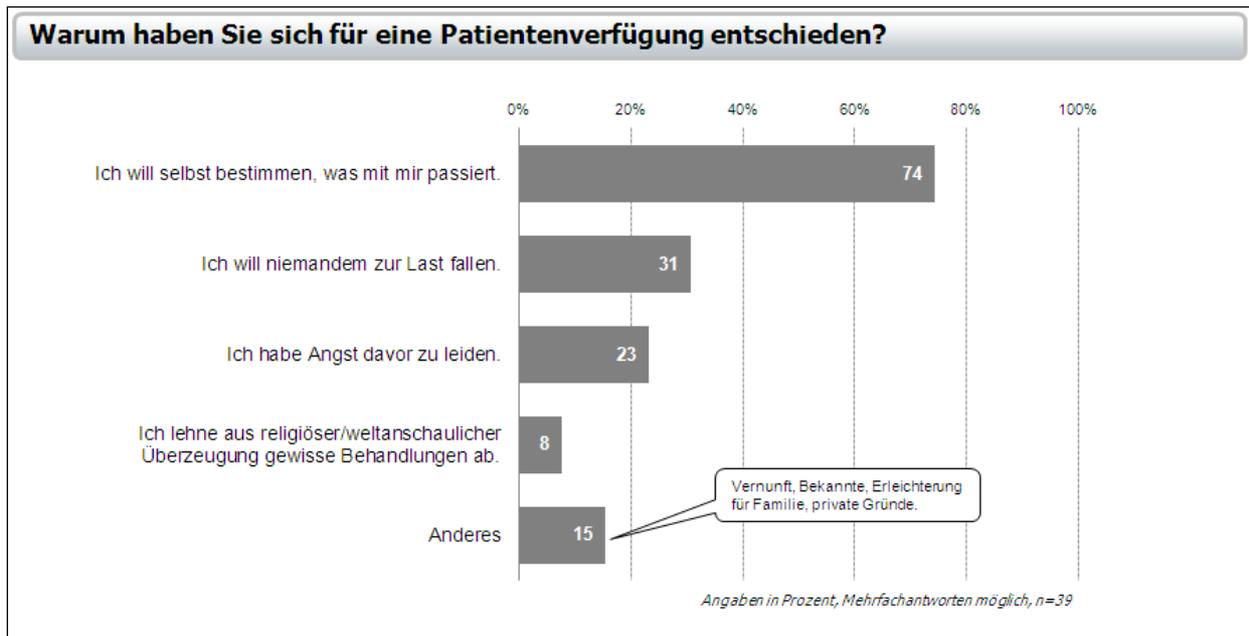


Abbildung 9: Gründe für die Errichtung einer Patientenverfügung

Es entsteht der Eindruck, dass vor allem jene Personen eine Patientenverfügung errichten, die das Gesundheitssystem auch kritisch hinterfragen. In den Fokusgruppendifkussionen wurde immer wieder betont, dass „man den Ärztinnen auf die Fingern schauen müsse“. So zeigt auch die quantitative Umfrage, dass Personen, die eine Patientenverfügung haben, angeben, grundsätzlich bei einer Diagnose meist eine zweite Ärztinnenmeinung einzuholen, während Personen ohne Patientenverfügung eher keine zweite Ärztinnenmeinung einholen.

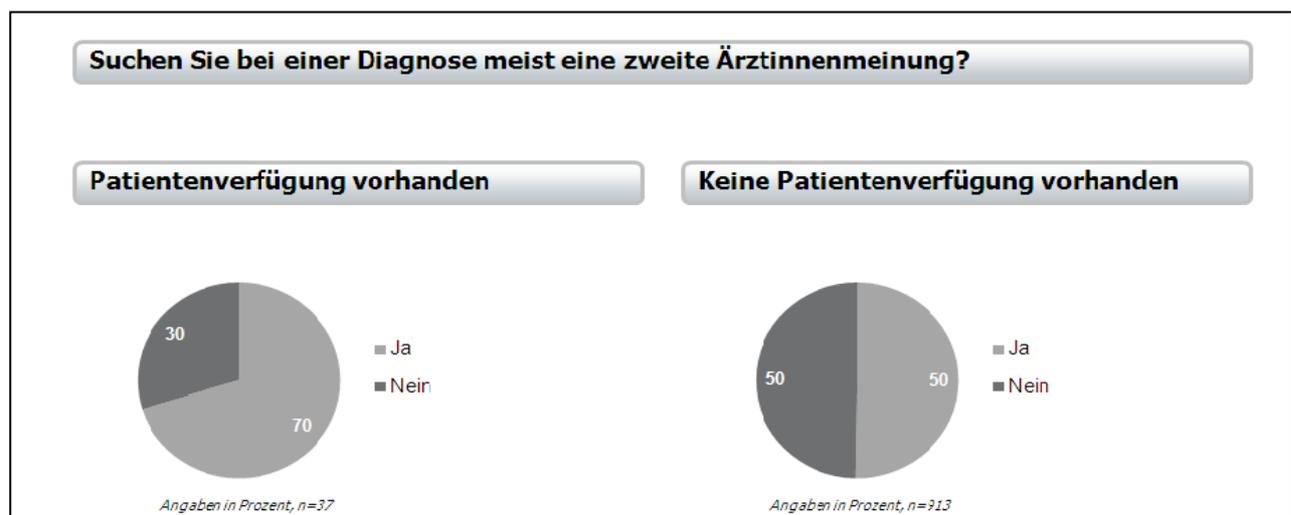


Abbildung 10: Korrelation Einholen zweiter Ärztinnenmeinung und Vorhandensein einer Patientenverfügung

3.5. Gründe für die Nicht-Errichtung

Ist die Selbstbestimmung das häufigste genannte Argument für die Errichtung einer Patientenverfügung, so zeigt sich, dass die meisten der Befragten (49%) angaben, dass sie keine Patientenverfügung hätten, weil immer alles medizinisch Mögliche für sie getan werden solle, wie in nachstehender Abbildung ersichtlich. Zu beachten ist hierbei, dass bei dieser Frage auch Mehrfachnennungen möglich waren.

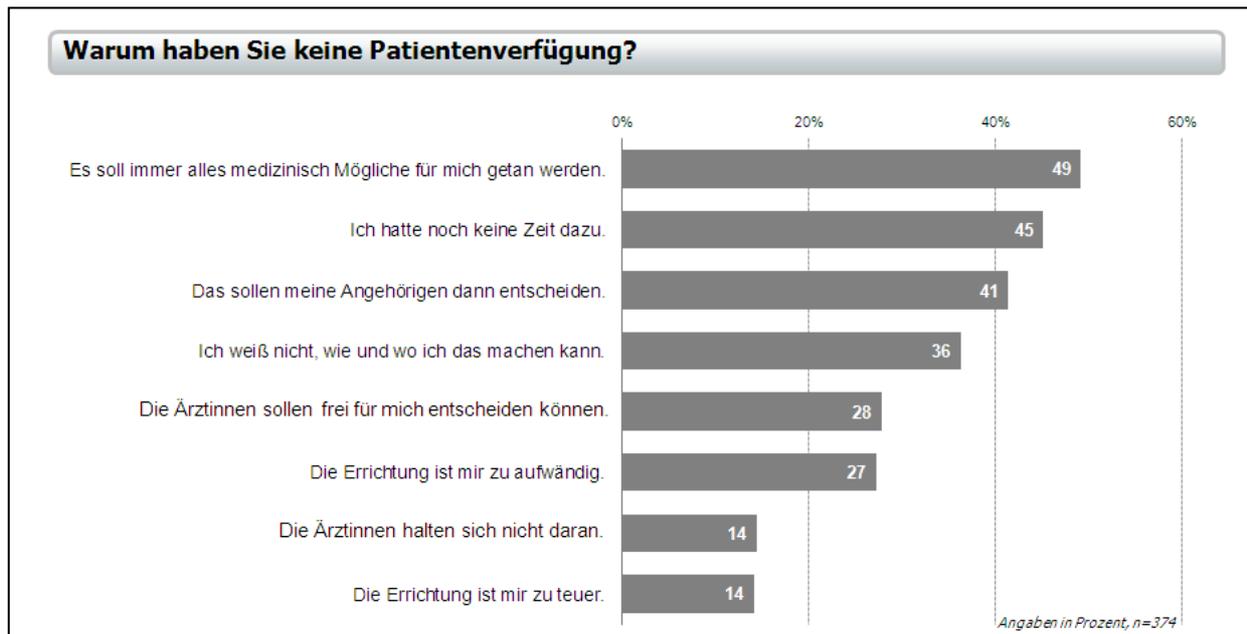


Abbildung 11: Gründe für die Nichterrichtung einer Patientenverfügung

Dieses Ergebnis lässt die Zahl von 4% der Bevölkerung, die eine Patientenverfügung errichtet haben, unter einem anderen Licht erscheinen. Viele Österreicherinnen sind zwar über die Möglichkeit zur Errichtung einer Patientenverfügung informiert, wollen aber bewusst keine Patientenverfügung, weil sie keine medizinische Behandlung ablehnen möchten bzw Anspruch auf Maximalversorgung erheben.

Dass viele Befragte (45%) angaben, keine Zeit für die Errichtung zu haben, könnte auch daher kommen, dass der Prozess der Errichtung von jenen, die ihn bereits durchlebt haben, als sehr zeitintensiv und langwierig beschrieben wird.

„Also vom Holen der Unterlagen, Durchlesen und dann richtig angehen das Ganze. Also da waren schon zwei Monate dazwischen und es ist auch jetzt noch Zeit vergangen. Wir haben uns das immer wieder durchgelesen und sind zu dem Schluss gekommen, das passt in dem Fall für uns zwei.“ (Interview Patient A, Zeile 257-260).

Und zum Aufwand des Errichtungsprozesses weiter:

„Also mit dem Internisten haben wir sicherlich mehrmals darüber gesprochen. Hat sicher insgesamt eineinhalb Stunden das Ganze gedauert und mit der Ärztin C ebenfalls eineinhalb Stunden, ja. [...] Und das Ganze unterschreiben und einen Termin beim Patientenanwalt vereinbaren und dann dieses Gespräch bei der Patientenanwaltschaft führen nochmal.“ (Interview Patient A, Zeile 271-274).

3.6. Patientenverfügung und Kosten

Der Errichtungsprozess für eine verbindliche Patientenverfügung ist im Regelfall mit Kosten verbunden. Für den juristischen Teil der Errichtung besteht in den Bundesländern Niederösterreich²⁶, Wien²⁷, Burgenland²⁸, Vorarlberg²⁹, Tirol³⁰ und Salzburg³¹ die Möglichkeit für alle Einwohnerinnen kostenlos eine Errichtung durchzuführen. In den Bundesländern Oberösterreich³², Kärnten³³ und der Steiermark³⁴ ist das rechtliche Gespräch zur Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung nur für sozialbedürftige bzw rezeptgebührenbefreite Einwohnerinnen kostenlos. Ansonsten verlangen Notarinnen und Rechtsanwältinnen für den Errichtungsprozess ein entsprechendes Honorar, das je nach Dauer des Gesprächs mehrere hundert Euro kosten kann.

Auch auf Seiten der Ärztinnen gibt es manche Allgemeinmedizinerinnen, die kein Honorar für das notwendige ärztliche Aufklärungsgespräch verlangen, in der Regel fallen aber auch hier Kosten in der Höhe von 50-150 EUR³⁵ für die Patientinnen an. Hinzu kommen Kosten für die Eintragung in eines der beiden Register, die sich auf 18 EUR (zzgl USt) belaufen³⁶.

In der Regel belaufen sich demnach die Kosten für die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung auf mehrere hundert Euro (+/- 350 EUR). Dies ist für viele Personen, die eine Patientenverfügung errichten möchten, zu teuer. Dies zeigten nicht nur die Gespräche in den Fokusgruppen und Interviews, sondern auch bei der quantitativen Befragung gaben 14% der österreichischen Bevölkerung an, aus Kostengründen keine Patientenverfügung errichtet zu haben. Ebenso zeigen die soziodemographischen Daten, dass Personen, die angeben unter 1.250 EUR monatliches Haushaltsnettoeinkommen zu haben, deutlich weniger oft (2-3%) eine Patientenverfügung errichtet haben, als Personen, die in Haushalten leben, die bis zu

²⁶ Vgl <http://www.patientenanwalt.com/ihre-rechte/patientenverfuegung/> (abgerufen am 15.05.2014).

²⁷ Vgl <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/patientenanwaltschaft/vorsorge/patientenverfuegung.html> (abgerufen am 15.05.2014).

²⁸ Vgl <http://www.burgenland.at/buergerservice/buergerservicestellen/patientenanwalt/1257> (abgerufen am 15.05.2014).

²⁹ Vgl <http://www.patientenanwalt-vbg.at/patientenverfuegung/> (abgerufen am 15.05.2014).

³⁰ Vgl <https://www.tirol.gv.at/gesundheit-vorsorge/patientenvertretung/patientenverfuegung/> (abgerufen am 15.05.2014).

³¹ Vgl <http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/gesundheit/patientenvertretung/patientenverfuegung.htm> (abgerufen am 15.05.2014).

³² Telefonische Auskunft am 15.05.104.

³³ Vgl www.patientenanwalt-kaernten.at (abgerufen am 15.05.2014).

³⁴ Vgl <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10002277/72715854/> (abgerufen am 15.05.2014).

³⁵ Kosten laut Angaben der befragten ÄrztInnen.

³⁶ Vgl AnwBl 2010, 288.

2.000 EUR monatliches Haushaltsnettoeinkommen zur Verfügung haben (4%) oder jenen, die bis zu 5.000 EUR monatliches Haushaltsnettoeinkommen vorweisen können (7%).

3.7. Patientenverfügung als Bringschuld

Wie bereits in der Studie 2009 aufgezeigt wurde, trifft Patientinnen eine Art ‚Bringschuld‘: Sie müssen dafür Vorsorge treffen, dass die Patientenverfügung ihre Adressatin tatsächlich erreicht. Viele der im Rahmen der Interviews und Fokusgruppendifkussion Befragten machen dies, indem sie ein Hinweiskärtchen oder die Patientenverfügung an sich in der Geldbörse mit sich führen, fast alle haben ihre Patientenverfügung zusätzlich bei Angehörigen deponiert. Die meisten von uns befragten Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberufe machten deutlich, dass sie nicht aktiv nach einer Patientenverfügung suchen oder fragen, sondern diese erst dann zur Kenntnis nehmen, wenn Angehörige diese an sie herantragen.

„Na, na, nicht bei uns, na. Wenn die vorliegt, also die ist vorgelegen, die hat sie mitgebracht, die war in ihrer, ihrer Mappe drinnen. Da war es ersichtlich. Und sonst ist es nicht, bei uns nicht, es, es gibt keine Leitlinie wie man Patienten nach seiner Patientenverfügung abfragt oder die Angehörigen abfragt. Das nicht, na.“ (Interview Arzt H, Zeile 67-70)

Nach dem Vorliegen einer Patientenverfügung – etwa bei der Aufnahme in die Krankenanstalt oder ins Pflegeheim – wird in der Regel nicht gefragt. Das Thema sei schwierig anzusprechen und nicht sehr ‚angenehm‘.

„Drum, wir machen eine ärztliche Anamnese, Schwerpunkt auf Medizin. Wir machen eine pflegerische Anamnese. Die dringenden Sachen gleich, die anderen lassen wir uns auch ein bisschen mehr Zeit, sodass nicht so ein Überfall gleich zur Begrüßung da ist, und schauen dass wir diese Informationen aber zusammenschreiben.“ (Interview Pflegedirektorin I, Zeile 107-110)

Diese Praxis, dass nicht aktiv nach einer Patientenverfügung gefragt oder danach gesucht wird, ist aus zwei Gründen problematisch. Zunächst erwarten die Patientinnen, die eine Patientenverfügung errichtet haben, dass diese auch von den Ärztinnen zur Kenntnis genommen wird. Zwar wissen die meisten, dass sie eine Bringschuld trifft, glauben diese aber mit dem Deponieren der Patientenverfügung bei den Angehörigen bzw durch das Mitführen einer Hinweiskarte erbracht zu haben. Diese Problematik wird bei in einem der beiden bestehenden Register eingetragenen Patientenverfügung noch verschärft (siehe dazu unten).

Die Rechtsanwältinnen und Notarinnen, die regelmäßig Patientenverfügungen errichten, empfinden das passive Verhalten der Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberufe als kontraproduktiv:

„Das Problem ist oft, dass die Ärzte sich selbst nicht wirklich aktiv auf die Suche machen, ob es jetzt eine Patientenverfügung gibt und ob die registriert sein könnte und wo man da nachfragen kann, weil es a) mit einem Zeitverlust verbunden ist und b) habe ich auch schon gehört, ‚Um Gottes willen, da braucht er das auch und jetzt müssen wir das juristisch einmal bewerten.‘“ (Interview Notar B, Zeile 167-171)

Auch in Situationen, in denen Notärztinnen oder die Rettung gerufen wird, spielt das Thema Patientenverfügung eine Rolle. Hier gilt zwar die Regelung des § 12 PatVG, dass das PatVG medizinische Notfallversorgung unberührt lässt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit der Patientin ernstlich gefährdet, Notärztinnen und Rettungssanitäterinnen geben allerdings an, dass hin und wieder dennoch genug Zeit bliebe, um die Patientenverfügung zu berücksichtigen. Allerdings sei es Aufgabe der Ärztin und nicht der Sanitäterin nach dieser zu fragen, erklärt Sanitäter B:

„...ich maße es mir nicht an zu sagen, also, wenn ich einen Notarzt mithabe, dass ich da frage nach einer Patientenverfügung. Ich denke mir, du [Anm.: der Notarzt] bist höherwertig, du hast die bessere Ausbildung.“ (Interview Sanitäter B, Zeile 139-141)

Im Rahmen der Erhebung begegneten uns auch vereinzelt Pflegeeinrichtungen und Krankenanstalten, in denen im Rahmen der Anamnese strukturiert nach dem Vorliegen einer Patientenverfügung gefragt wird. Diese Abfrage passiert in der Regel durch das Pflegepersonal und wird auch entsprechend dokumentiert.

3.8. Patientenverfügungsregister

Patientenverfügungen können derzeit in zwei Register eingetragen werden. Zum einen bietet das Österreichische Notariat in Kooperation mit dem Österreichischen Roten Kreuz die Möglichkeit zur Registrierung einer bestehenden Patientenverfügung³⁷, zum anderen betreiben die Österreichischen Rechtsanwälte ein Register.³⁸

Seit Inbetriebnahme des Patientenverfügungsregisters der Österreichischen Rechtsanwälte im Jahr 2006 sind bis dato 4.207 Patientenverfügungen registriert worden. Zu beachten ist hier allerdings, dass der Todesfall der Patientin oder der Verlust der Gültigkeit der Patientenverfügung nach fünf Jahren keine automatische Löschung aus dem Register nach sich zieht. Die registrierende Rechtsanwältin müsste die Registrierung aus dem Register löschen, was nach Angaben der Anwältinnen nicht routinemäßig gemacht wird.

Im Register des Österreichischen Notariates wurden mit Stand 28.02.2014 10.326 Registrierungen gezählt. Nachfolgende Abbildung zeigt, dass die meisten Registrierungen in Wien, Niederösterreich und Oberösterreich erfolgt sind.

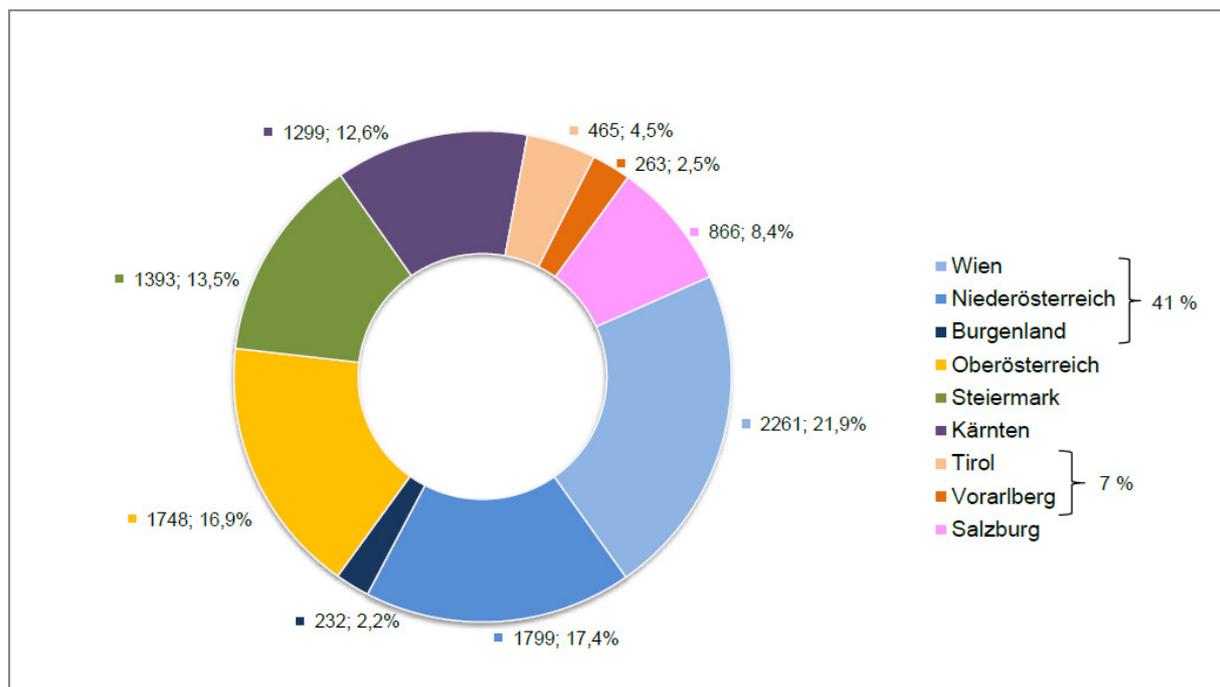


Abbildung 12: Übersicht Registrierungen Register Österreichisches Notariat nach Bundesländer

³⁷ Vgl <https://www.notar.at/notar/de/home/infoservice/lexikon/lexikonp/patientenverfuegungsregister/> (abgerufen am 15.05.2014).

³⁸ Vgl [http://www.rechtsanwaelte.at/presse/news/patientenverfuegungsregister-der-oesterreichischen-rechtsanwaelte-ab-sofort-online/?tx_news_pi1\[controller\]=News&tx_news_pi1\[action\]=detail&cHash=f350be1ea454a9a62e616ceba85b42ad](http://www.rechtsanwaelte.at/presse/news/patientenverfuegungsregister-der-oesterreichischen-rechtsanwaelte-ab-sofort-online/?tx_news_pi1[controller]=News&tx_news_pi1[action]=detail&cHash=f350be1ea454a9a62e616ceba85b42ad) (abgerufen am 15.05.2014).

Das Österreichische Notariat hat in Kooperation mit dem Österreichischen Roten Kreuz eine 24-h-Hotline eingerichtet. Unter dieser Mehrwertnummer kann jede österreichische Krankenanstalt³⁹ nach erfolgreicher kostenfreier Anmeldung mittels eines Anmeldeformulars rund um die Uhr Auskunft über das Vorhandensein einer Patientenverfügung erfragen. Das Österreichische Rote Kreuz teilt der Krankenanstalt in der Folge das Einsichtnahmeergebnis per Telefax oder E-Mail mit. Die Verfügung selbst wird in diesem Register nicht hinterlegt.⁴⁰ Die Österreichischen Rechtsanwälte bieten ein Onlineabfragetool an. Dort erhält man nicht nur Informationen darüber, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist, sondern auch, wann sie errichtet, wo sie hinterlegt wurde und wer die beratende Ärztin war. Auch eine eingescannte Abbildung der Verfügung selbst wird hier hinterlegt.⁴¹ Auch hier ist eine vorausgegangene kostenfreie Anmeldung der Krankenanstalten erforderlich.

Nach Auskunft der jeweiligen Institution wurden für die Onlineabfrage über www.rechtsarchiv.at der Österreichischen Rechtsanwälte seit Errichtung des Registers 2.580 Abfragen bei 266 registrierten Krankenanstalten gezählt.

Das Österreichische Notariat zählt laut Auskunft des Kooperationspartners Rotes Kreuz insgesamt seit Bestehen 20 Abfragen.

Fragt man jene Personen, die bereits eine Patientenverfügung errichtet haben, ob diese in ein Register eingetragen ist, so bejahen dies 17 von 31 Personen (55%).

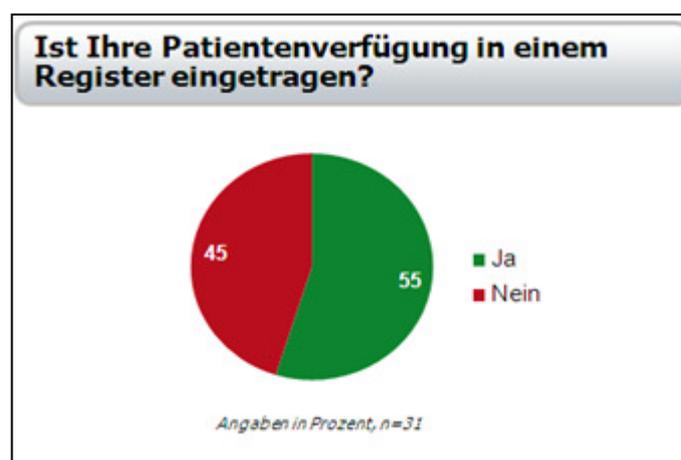


Abbildung 13: Angaben Bevölkerung Patientenverfügung registriert

³⁹ Gemäß § 1 iVm § 2 Abs 1 Z 1 und 2 KAKuG.

⁴⁰ Vgl WKO Fachverband der Gesundheitsbetriebe 2008, Patientenverfügung.

⁴¹ Vgl [http://www.rechtsanwaelte.at/presse/news/patientenverfuegungsregister-der-oesterreichischen-rechtsanwaelte-ab-sofort-online/?tx_news_pi1\[controller\]=News&tx_news_pi1\[action\]=detail&cHash=f350be1ea454a9a62e616ceba85b42ad](http://www.rechtsanwaelte.at/presse/news/patientenverfuegungsregister-der-oesterreichischen-rechtsanwaelte-ab-sofort-online/?tx_news_pi1[controller]=News&tx_news_pi1[action]=detail&cHash=f350be1ea454a9a62e616ceba85b42ad) (abgerufen am 15.05.2014).

Hier zeigt sich, dass offenbar mehr Personen davon ausgehen, eine registrierte Patientenverfügung zu haben, als es der Wirklichkeit entsprechen kann. In absoluten Zahlen wären nämlich 55% der Befragten hochgerechnet auf ganz Österreich ca 160.000 Personen, die man der Zahl von 14.533 in den beiden Registern eingetragenen Patientenverfügungen gegenüberstellen muss. Auch in den qualitativen Interviews und Fokusgruppendifkussionen hat sich herausgestellt, dass viele Personen irrtümlicherweise davon ausgehen, dass ihre Patientenverfügung automatisch in ein Register eingetragen wird oder den Ärztinnen mit der e-card zur Verfügung steht. Zudem hat die teilnehmende Beobachtung bei der Errichtung der Patientenverfügung mit einer Juristin gezeigt, dass diese den Errichtenden in einem Nebensatz die Frage nach der Eintragung in ein Register stellt, wobei der Eindruck vermittelt wird, dass die Registrierung eine Garantie für die Einsehbarkeit der Patientenverfügung von Seiten der Ärztinnen ist. Zudem stellte die Juristin die Bearbeitungsgebühr in der Höhe von 72 EUR als notwendig und selbstverständlich dar. (Beobachtungsprotokoll 4, Zeile 20-21) Daher verwundert es auch kaum, dass die Frage von allen sieben beobachteten Personen bejaht wurde, ohne genauer über die Art des Registers oder die Abrufbarkeit desselben informiert zu sein. Dies ist insofern bedenklich, als aus dieser mangelnden Information über das bzw die beiden Register der Irrtum unter den Errichtenden entsteht, ihre Patientenverfügung stünde der Ärztin im Ernstfall zur Verfügung. Die Interviews mit den Ärztinnen und den Pflegepersonen widerlegen dies eindeutig. Keine einzige der interviewten Angehörigen der Gesundheitsberufe hat von den beiden Registern gehört bzw diese abgerufen. Diese Problematik ist auch den mit der Eintragung befassten Personen (Notarinnen, Rechtsanwältinnen) bekannt.

„Aber prinzipiell halte ich das System, dass man so etwas registriert und dadurch zugänglich macht schon für vernünftig. Ich habe nur das Gefühl, das wird auch in der Praxis ein bisserl von Ärzten gescheut – die wirkliche Suche danach.“ (Interview Notar B, Zeile 219-212)

3.9. Patientenverfügung und ELGA

Bereits derzeit gehen viele Patientinnen davon aus, dass Ärztinnen Zugriff auf ihre Patientenverfügung haben, weil sie diese in einem Register eintragen haben lassen oder weil sie davon ausgehen, dass diese mit der e-card abrufbar wäre.

Klärt man diese Personen darüber auf, dass ihnen nach wie vor eine ‚Bringschuld‘ zukommt, so sprechen sie sich deutlich für eine zentrale Speicherung und Zugriff von Seiten der Ärztinnen und Krankenanstalten auf den Volltext der Patientenverfügung aus. Die Fokusgruppendifkussionen hat eine starke Befürwortung der Abrufbarkeit der Patientenverfügung via e-card bzw ELGA ergeben. Auch viele Ärztinnen halten die Registrierung der Patientenverfügung auf ELGA für eine gute Idee:

„Und die e-card hat man meistens bei sich und dann wärs ein Leichtes rauszukriegen, ok, worum geht es. Oder was gibt es auch für Krankheiten die auch zu berücksichtigen sind?“ (Interview Ärztin M, Zeile 206-207)

„Ich glaub schon, dass es eine Hilfe wäre. Ich halte von zentralen Registern sehr viel. Ich bin auch ein Fan von der E-Medikation, ja.“ (Interview Ärztin A, Zeile 248-249)

Auch Vertreterinnen der Rettungsdienste sprechen sich für eine Speicherung der Patientenverfügung auf der e-card aus.

„Natürlich, wenn ich die Daten einfach krieg, wenn ich sag, phh, e-card- Lesegerät, ja, wo dann drinsteht, wenn das und das und das, dann [...]“ (Interview Bereichsleiter A, Zeile 395-396)

3.10. Einflussfaktoren auf die medizinisch-pflegerische Praxis im Umgang mit Patientenverfügungen

Der Umgang mit Patientenverfügungen – sowohl bei der Errichtung als auch bei der Ausführung – ist ein durchaus heterogener und abhängig von vielfältigen Faktoren, die nicht immer unabhängig voneinander betrachtet werden können, da sie sich zum Teil bedingen. Folgende Einflussfaktoren spielen dabei eine Rolle:

3.10.1. Selbstverständnis des Berufsbildes ‚Ärztin‘

Bereits in der Studie 2009 wurde ersichtlich, dass einzelne Ärztinnen Patientenverfügungen sehr unterschiedlich gegenüberstehen und dies auch den Umgang damit stark beeinflusst. Dies ist mitunter ein Resultat aus der Selbstwahrnehmung der eigenen Person und des eigenen Berufsbildes.

Auch aus den Erhebungen der aktuellen Studie lässt sich zeigen, dass abhängig vom Selbstverständnis des eigenen Berufsbildes, den damit einhergehenden Aufgaben und Nicht-Aufgaben, auch die Bereitschaft Beratungsgespräche über Patientenverfügungen mit Patientinnen zu führen, diese mit Patientinnen durchzusprechen oder diese auszuführen, variiert. Das Spektrum reicht hierbei von Ärztinnen, die sehr schlecht über die Patientenverfügung informiert sind und auch kein Interesse an Informationen darüber zeigen, über Ärztinnen, die mit einer paternalistischen Haltung an das Thema herangehen und Patientenverfügungen als unnötiges Infragestellen ihrer ärztlichen Kompetenz betrachten. Auf der anderen Seite des Spektrums stehen Ärztinnen, die oftmals auf Palliativstationen arbeiten oder niedergelassen palliativ tätig sind und die Selbstbestimmung ihrer Patientinnen als höchstes Gut erachten. Diese Ärztinnen bemühen sich nicht nur, ihre Patientinnen über die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung zu informieren, sie organisieren auch Fortbildungen für ihre Kolleginnen zu diesem Thema. Diese werden allerdings vor allem von Pflegepersonen in Anspruch genommen.

3.10.2. Eigener Wissensstand

Viele Angehörige der Gesundheitsberufe wissen selbst nicht über die Details der Errichtung oder Anwendung einer Patientenverfügung Bescheid. In Ausnahmefällen ist ihnen das Instrument völlig fremd. Daraus resultierend gestaltet sich auch der Umgang mit Patientinnen, die eine Patientenverfügung errichten möchten oder eine bereits errichtete vorlegen, unter-

schiedlich. Fühlt die Angehörige des Gesundheitsberufes sich mit dem Instrument vertraut, ist in der Regel auch die ihre Bereitschaft erhöht, mit diesem zu arbeiten.

3.10.3. Umfeld

Ein wichtiger Einflussfaktor auf den Umgang mit Patientenverfügungen ist das medizinische, aber auch das persönliche Setting. Wie auch schon von § 12 PatVG vorgesehen, kommt einer Patientenverfügung in einer Notfallsituation eine andere Bedeutung zu, als zB im Palliativbereich oder auf der Geriatrie. Auffallend ist, dass vor allem Ärztinnen, die im Palliativbereich oder im geriatrischen Bereich arbeiten, Patientenverfügungen aufgeschlossener gegenüberstehen, als zB Allgemeinmedizinerinnen, Anästhesistinnen oder Internistinnen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen jedoch, dass neben der Art der Ambulanz/des Krankheitsbildes auch das familiäre Umfeld, die Dauer des Aufenthaltes in einer Krankenanstalt und die persönlichen Verbindungen zu Ärztinnen und/oder Mitarbeiterinnen von Krankenanstalt oder Pflegeheim den Umgang mit der Patientenverfügung beeinflussen. Dies wurde sowohl für den Prozess der Errichtung als auch für jenen der Anwendung deutlich. So zeigen schon die soziodemographischen Daten, dass Faktoren wie Bildung und Einkommen einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Errichtung haben. Die qualitativen Daten zeigen zudem, dass Patientinnen, die familiäre oder berufliche Verbindungen zu Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberufe haben, angeben, ‚mehr Gehör‘ bei den Angehörigen der Gesundheitsberufe zu finden als andere und ihre Selbstbestimmung besser ausüben können.

3.11. Einbeziehen der Angehörigen bzw Angehörigenarbeit

Ein wichtiges Thema bei nahezu jedem Interview war der Umgang mit den Angehörigen der Patientinnen. In diesem Zusammenhang stellt sich einerseits die Frage, inwieweit Angehörige in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden (müssen bzw sollen), andererseits inwiefern sie selbst mitbetreut werden müssen. Auffällig ist vor allem die Tatsache, dass sowohl viele Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberufe als auch die im Rahmen der Telefonumfrage Befragten davon ausgehen, dass die Angehörigen automatisch und ohne dass eine Vorsorgevollmacht oder eine Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger besteht, an Stelle nicht einichts- und urteilsfähiger Patientinnen Entscheidungen treffen dürfen.

3.11.1. Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberufe

Nach den Aussagen der Interviewpartnerinnen werden Angehörige im Regelfall in Entscheidungen über einen möglichen Behandlungsabbruch miteinbezogen oder, wie die zweite Aussage zeigt, sogar anstelle des Betroffenen als Entscheidungsträgerinnen herangezogen:

„Wenn sich die Situation ergibt, dass man eine Entscheidung – eine therapeutische Entscheidung zum Beispiel – treffen muss; um lebenserhaltende Maßnahmen oder das Einsetzen von eben nur Symptomkontrollen und nicht jetzt kurative Prozedere. Wenn diese Entscheidungen anstehen, dann, dann besprechen wir das mit den Angehörigen“ (Interview Arzt C, Zeile 121-124)

„Also, dass der Patient dabei ist, ist bei uns relativ selten. [Anmerkung: Bei Besprechungen zur Therapie] [...] Das ist ein Prozess der oft schon monatelange vorher beginnt, nämlich auch mit den Angehörigen.“ (Interview DGKS K, Zeile 286- 290)

Das Einbeziehen der Angehörigen gehört nach Aussagen der Befragten zur derzeitigen medizinisch-pflegerischen Praxis, wobei auffällig ist, dass sowohl Ärztinnen als auch MitarbeiterInnen der Pflege nicht ganz klar ist, inwieweit eine Verpflichtung besteht, die Angehörigen miteinzubinden und wer als Angehörige/r zu definieren sei:

„Ich mache das immer so, dass ich mir immer das Familienoberhaupt hole, also ich frage, wer ist der Entscheidungsträger hier und das dann mit dem einen diskutiere und sage, er soll das mit der Familie diskutieren und mir dann als Sprachrohr der Familie wieder Feedback geben.“ (Interview Arzt H, Zeile 201-2013)

Der Wille von Angehörigen bekommt im Falle divergierender Aussagen in der Patientenverfügung und jener der Angehörigen mehr Beachtung als die Patientenverfügung. Dies ist einer-

seits auf Angst von Seiten der Ärztinnen vor rechtlichen Konsequenzen zurückzuführen, andererseits auf zu unkonkret formulierte Patientenverfügungen.

Zudem zeigen die Interviews auch deutlich auf, dass das Einbeziehen von Angehörigen nicht nur für die Behandlung der Patientin wichtig ist, sondern auch die Betreuung der Angehörigen selbst eine wichtige Rolle spielt:

„Ich habe viele Gesichter erlebt und ich bin so ein Gesichtermensch. Die kommen zu uns, ängstlich, gequält, und nach einer gewissen Zeit beruhigen sie sich und sie sind, wenn sie in so einer Atmosphäre der Geborgenheit, des Getragen-Seins sind...man muss auch die Angehörigen beruhigen, also das ist auch ein großes Thema, die Angehörigenarbeit, also das ist auch ganz wichtig bei uns und für mich, also, auch die Angehörigen zu begleiten.“ (Interview Ärztin L, Zeile 322-327)

3.11.2. Patientinnen/Bevölkerung

In der quantitativen Erhebung hat sich bestätigt, was auch die Fokusgruppendifkussionen ergeben haben: Viele in Österreich lebende Personen glauben, dass ihre Angehörigen für sie entscheiden dürfen, wenn sie selbst nicht mehr einsichts- und urteilsfähig sind.

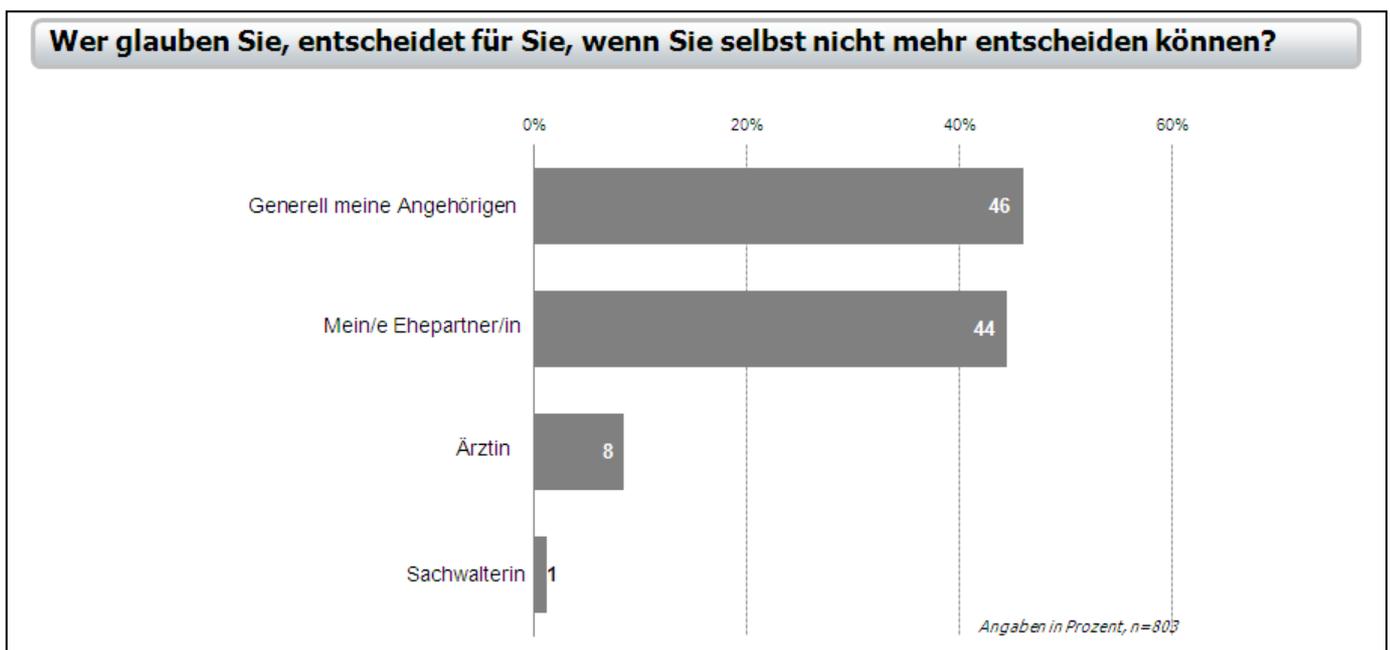


Abbildung 14: Entscheidungsträgerinnen nach Ansicht der österreichischen Bevölkerung

Insgesamt 90% glauben, dass generell die Angehörigen oder der/die EhepartnerIn für sie entscheiden dürfen.

Auffällig ist, dass nur 1% der Befragten die juristisch korrekte Antwort – nämlich dass eine Sachwalterin entscheidet – angegeben hat. Immerhin 8% denken, die Ärztin entscheide über Vornahme oder Unterlassung medizinischer Heilbehandlungen.

3.12. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Stellt man die beiden Instrumente zur Selbstbestimmung (Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht) gegenüber, so sieht man deutlich, dass die Patientenverfügung das bekanntere Instrument ist. Während nur 24% noch nicht von der Möglichkeit eine Patientenverfügung zu errichten, gehört haben, haben 67% noch nie vom Instrument der Vorsorgevollmacht gehört.

Auch die Zahl derer, die eine Vorsorgevollmacht errichtet haben, ist deutlich geringer als derjenigen, die eine Patientenverfügung errichtet haben. Während 4% der in Österreich lebenden Personen eine Patientenverfügung für sich errichtet haben, haben nur 2% eine Vorsorgevollmacht.

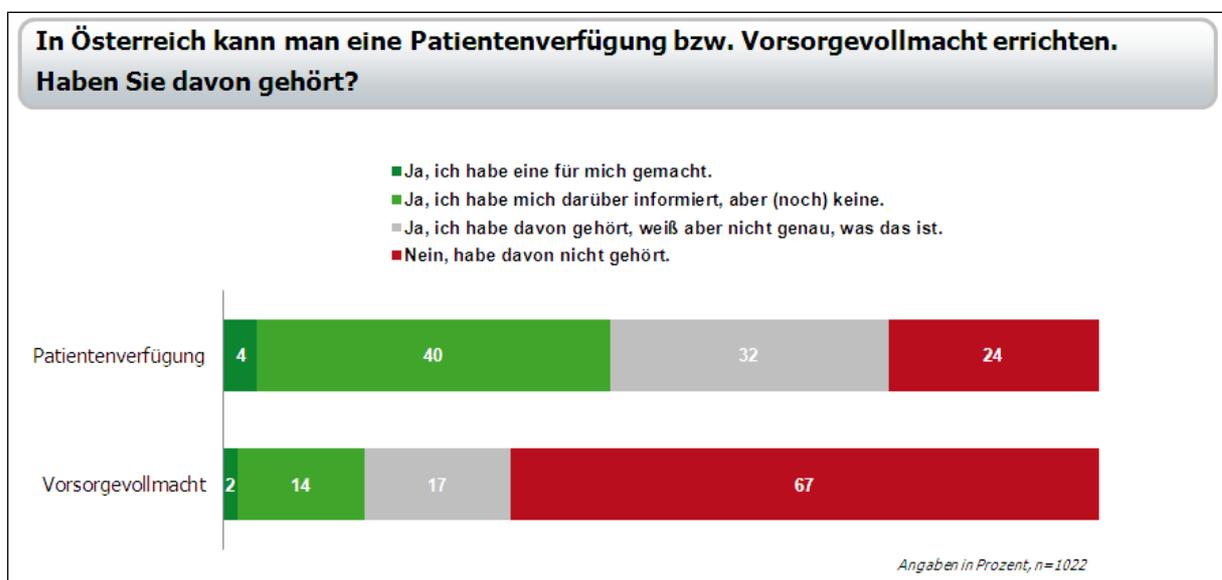


Abbildung 15: Informationsstand PV und VV der österreichischen Bevölkerung

Umso interessanter ist es, dass im Rahmen der Telefonumfrage mehr Personen angaben, bestimmt bzw wahrscheinlich eine Vorsorgevollmacht in den nächsten Jahren zu errichten als eine Patientenverfügung. Trotz des Informationsrückstandes denken die befragten Personen in den nächsten Jahren eher daran, eine Vorsorgevollmacht als eine Patientenverfügung zu errichten, wie folgende Abbildung darstellt:

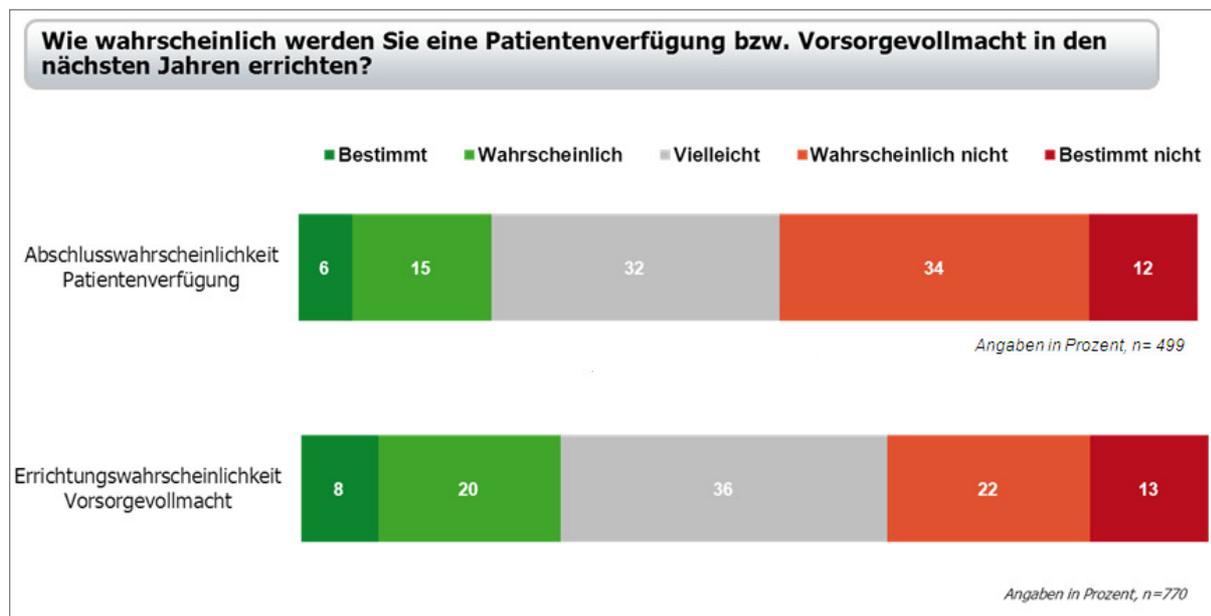


Abbildung 16: Wahrscheinlichkeit Errichtung Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht österreichische Bevölkerung

Diese Ergebnisse der quantitativen Erhebung wurden auch in den Fokusgruppen und durch die Fragebogenerhebung bestätigt. Gibt man Personen, die weder das Instrument der Patientenverfügung noch der Vorsorgevollmacht kennen, Informationen über beide, so geben sie meist an, sie könnten sich eher vorstellen, eine Vorsorgevollmacht als eine Patientenverfügung zu errichten.

Begründet wird dies damit, dass die Vorsorgebevollmächtigte in der konkreten Situation entscheiden könne, während bei der Patientenverfügung die Ablehnung medizinischer Maßnahmen im Vorhinein schriftlich erfolgen muss.

In den Fokusgruppen und bei informellen Gesprächen gaben viele Personen an, eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht kombiniert errichtet zu haben.

Auch manche Ärztinnen empfehlen eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht in Kombination zu errichten. So etwa Arzt A, der regelmäßig mit seinen Patientinnen das Aufklärungsgespräch zur Patientenverfügung führt:

„Ja, ja, wir machen diese Vollmacht gleich mit. Weil sonst ist das ja brotlos! Ja, weil wenn das wirklich eine Situation sein sollte, wo der Patient dann nicht mehr in der Lage ist zu entscheiden und es steht niemand drinnen, dann haben wir ein Problem, nämlich auch von ärztlicher Seite her. Weil dann müsste ich eigentlich, das Gericht einen Sachwalter bestellen und äh, wenn man in so einer Situation ist, ist das oft sehr schwierig,

rasch eine Sachwalterschaft zu bekommen. Also deswegen, da tu ich immer gerne vorbeugen, damit das wirklich so abgesichert ist.“ (Interview Arzt G, Zeile 155-161).

Die quantitative Befragung zeigt hier ein konträres Bild auf. So haben nur 0,3% der Befragten eine Patientenverfügung und eine Vorsorgevollmacht kombiniert:

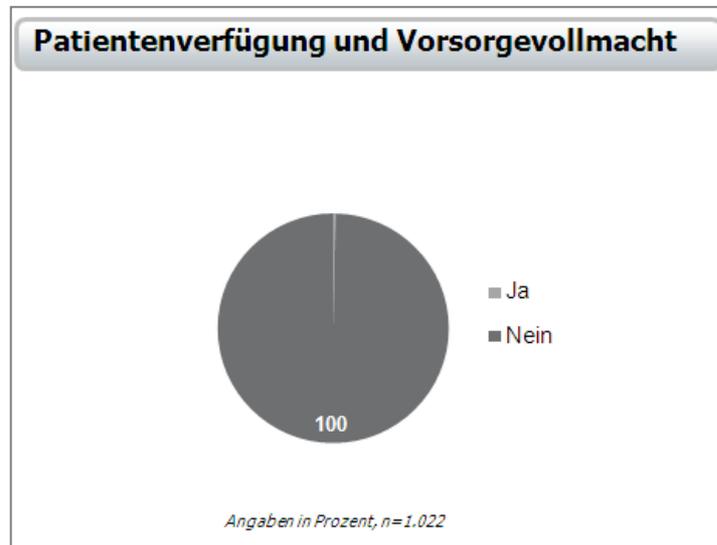


Abbildung 17: Angaben Bevölkerung Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Kombination

Dass diese Zahl bei der quantitativen Umfrage so gering ist, während viele Ärztinnen und Interviewpartnerinnen berichten, beides zu kombinieren, kann auch daran liegen, dass den Befragten die Begrifflichkeiten nicht klar sind und Personen oftmals die beiden Instrumente zur Selbstbestimmung nicht auseinander halten können.

Zu erwähnen sind an dieser Stelle auch noch die Kosten. Anders als die Patientenverfügung kann die Vorsorgevollmacht in medizinischen Angelegenheiten nicht bei der Patientenanzwtschaft errichtet werden. Notarinnen und Rechtsanwältinnen verrechnen für den Errichtungsprozess ein entsprechendes Honorar, das je nach Dauer des Gesprächs mehrere hundert Euro kosten kann. Dies hängt freilich davon ab, welche Belange durch die Vorsorgevollmacht abgedeckt werden sollen und wie aufwändig die juristische Beratung ist. Die Errichtung vor Gericht zieht ebenfalls Kosten nach sich. Diese belaufen sich auf 88 EUR für die Errichtung der Vorsorgevollmacht.⁴² Die Möglichkeit zur Errichtung einer Vorsorgevollmacht bei Gericht wird jedoch kaum genutzt.⁴³

⁴² Art 1 § 32 Gerichtsgebührengesetz, BGBl. Nr. 501/1984 zuletzt geändert durch BGBl. II Nr. 280/2013.

⁴³ Telefonische Auskunft Bezirksgericht Innere Stadt und Bezirksgericht Josefstadt sowie Aussagen Fokusgruppendifkussionen und Fragebogenerhebung.

Hinzu kommt die Gebühr für die Eintragung in das ÖZVV, die sich derzeit auf 22 EUR (netto) beläuft.⁴⁴

In der Regel belaufen sich demnach die Kosten für die Errichtung einer Vorsorgevollmacht auf mehrere hundert Euro, wobei die Angaben auseinander gehen. So sprechen die befragten Notarinnen von etwa 400 EUR, die Informationsseite *help.gv.at* führt Kosten je nach Aufwand von ca 500 EUR zuzüglich Umsatzsteuer und Barauslagen an⁴⁵ und das Institut für Sozialdienste Vorarlberg gibt in seiner Broschüre die Kosten inklusive Registrierung im ÖZVV mit zwischen 480 EUR und 720 EUR an.⁴⁶

⁴⁴ ‚Netto‘ bedeutet in diesem Zusammenhang zuzüglich Umsatzsteuer in gesetzlicher Höhe. Siehe Richtlinien der Österreichischen Notariatskammer vom 04.06.2007 für das Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis idF 20.10.2011, (ÖZVV-RL 2007), 17.8.1.

⁴⁵ <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/290/Seite.2900200.html> (abgerufen am 15.05.2014).

⁴⁶ IfS- Sachwalterschaft. Institut für Sozialdienste Vorarlberg. Broschüre Vorsorgevollmacht.

3.13. Das Thema Sterbehilfe im Kontext von Patientenverfügungen

Sowohl das Errichten von Seiten der Patientinnen als auch das Anwenden von Seiten der Ärztinnen und des Pflegepersonals wird von Seiten der Befragten nicht mit der Debatte um die aktive Sterbehilfe in Zusammenhang gebracht. Auch Unterlassungen von Behandlungsmaßnahmen aufgrund einer Patientenverfügung werden nicht als ‚ethisch‘ oder ‚moralisch‘ bedenklich angesehen.

„Nein. Nein, also ich hatte da, ich kann jetzt nur von mir ausgehen, ja. Aber ich hatte nie das Gefühl weder Sterbehilfe zu geben, son... als Arzt ist es manchmal so weit, dass man die Patienten einfach gehen lassen muss, ja. Und viele wollen dann auch nicht mehr, die, die kämpfen lange mit irrsinnig vielen Grunderkrankungen, haben meist ein sehr schweres Leben hinter sich und die, die, sagen wir so, sie strengen sich dann auch irrsinnig an, aber irgendwann sieht man einfach, dass sie sich, dass sie sich fallen lassen, ja.“ (Interview Ärztin A, Zeile 156-165)

Manche Ärztinnen und Pflegeleiterinnen gaben im Gegenteil zu bedenken, dass eine Betreuung nach den Wünschen der Patientin den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe verringere. Nur wenn die Patientinnen das Gefühl hätten, so behandelt zu werden, wie es ihrem Empfinden oder ihren Vorstellungen von einem ‚würdevollen‘ Leben entspräche, sehnten sie den Tod nicht herbei und würden das Gesundheitspersonal nicht um ein ‚schnelles Ende‘ bitten.

„Schauen Sie, ich bin eine absolute Gegnerin der Euthanasie. Also ich bin gegen die aktive direkte Sterbehilfe. Ich glaube, dass man viel, ich finde es aber wichtig, offen darüber zu sprechen. Ich finde, es hat keinen Sinn, das Thema unter den Teppich zu kehren. Ich glaube, dass man trotzdem wiederum sehr viel Bewusstseinsarbeit braucht, dass man den Leuten sagt, es ist... Also weil ich glaube hinter diesem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe, weil Menschen nicht würdelos sterben wollen, deswegen muss man den Menschen sagen, es gibt eine Möglichkeit, die Medizin, die Pflege, die kann sicherstellen, dass Sie in Würde, dass Sie geborgen sein können bis zuletzt, auch wenn Sie pflege- und hilfsbedürftig sind.“ (Interview Ärztin L, Zeile 290-297)

3.14. Patientenverfügung im ‚Vorsorgedialog‘⁴⁷

Die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung ist im Vergleich zu 2009 in der Bevölkerung durchaus bekannter. Zudem wird als Hauptgrund für die Errichtung einer Patientenverfügung der Wunsch nach Selbstbestimmung angegeben. Die Errichtung einer verbindlichen, aber auch beachtlichen Patientenverfügung erweist sich für alle an der Errichtung teilnehmenden Personen als sehr zeitintensiv und ressourcenintensiv, wodurch es eine Hürde darstellt, eine Patientenverfügung zu errichten. Sind die genannten Schritte von der Information bis zur Errichtung nach den Regeln des Gesetzes erfolgt, erwarten die meisten Patientinnen ihren Wunsch nach einem ‚selbstbestimmten und würdevollen Sterben‘ erfüllt zu bekommen. Wie bereits in der Studie 2009 dargestellt, ist die Patientenverfügung zweifelsohne ein Instrument zur Selbstbestimmung und verbessert die Entscheidungssituation im Ernstfall für viele Patientinnen und Angehörige der Gesundheitsberufe wesentlich. Allerdings zeigt sich, dass trotz Vorliegens einer verbindlichen Patientenverfügung sehr viel Kommunikationsbedarf zwischen den Patientinnen, deren Vertrauenspersonen und den Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberufe notwendig ist. Dieser Kommunikationsbedarf beginnt bei der ‚Bringschuld‘ der Patientenverfügung und erstreckt sich über Situationen, die eventuell nicht von der Patientenverfügung gedeckt sind oder mit denen Vertrauenspersonen oder Angehörige trotz Vorliegens des Patientinnenwunsches mittels Patientenverfügung nicht einverstanden sind.

So kommt es nach Aussagen von Ärztinnen, Pflegepersonen aber auch von Patientinnen, die eine Patientenverfügung errichtet haben, dazu, dass die Beteiligten trotz Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung im ‚Ernstfall‘ nicht wissen, was zu tun ist. In Pflegeheimen oder bei Betreuung der Angehörigen zu Hause kommt es oft zur Situation, dass multimorbide Personen trotz Vorliegens einer Patientenverfügung und/oder dem dezidierten Wunsch der Patientin nicht mehr reanimiert zu werden, mit der Rettung in eine Krankenanstalt verlegt werden.

⁴⁷ Der Begriff ‚Vorsorgedialog‘ ist hier ein Überbegriff für unterschiedliche Konzepte und steht deshalb auch unter Anführungszeichen. So wird das hier behandelte Thema auch unter dem Schlagwort ‚*advance care planning*‘ oder ‚umfassender Vorsorgeplan‘ diskutiert. Speziell der Dachverband Hospiz Österreich beschäftigt sich mit dem Thema und erarbeitet in einer eigenen Arbeitsgruppe ein Konzept für einen ‚Vorsorgedialog‘ in den österreichischen Alten- und Pflegeheimen.

Der Bereichsleiter einer der größten Rettungsorganisationen in Wien bringt die Problematik auf den Punkt:

„Wir erleben es schon immer wieder, dass wir reinkommen und die Angehörigen sagen: ‚Na, eigentlich wollte ich ja gar keine Rettung und Ding, wir wissen ja eh, dass er stirbt und Sie müssen nicht‘. Aber: ‚Hearst wir müssen, tut mir Leid, wir müssen jetzt. Ja.‘“ (Interview Bereichsleiter A, Zeile 478-480)

Der Bereichsleiter führt dieses ‚ungewollte‘ Rufen der Notärztin bzw der Rettung auf eine logistische Überforderung zurück.

„... weil man ihnen nicht gesagt hat, was soll man denn jetzt tun. Weil man nicht sagt, naja, wenn man stirbt, dann rufen Sie vielleicht einmal den Hausarzt an, die Bestattung und bla bla bla. Das sagt man ihnen dann nicht. Sondern man sagt ihnen halt, ja, er [Anmerkung: der Angehörige] wird sterben, aus. Ja. Und dann aus einer, aus einer Panik heraus, ich weiß jetzt nicht was ich tun soll. Die wollen gar nicht, dass wir den reanimieren. Die rufen jetzt nicht an, weil sie sagen, ich will, dass die den wieder starten und hin und her, sondern die rufen einfach aus einer Verzweiflung heraus an.“ (Interview Bereichsleiter A, Zeile 500-508)

Der Bereichsleiter schildert anschaulich, was auch Ärztinnen und Pflegepersonen berichten: Häufiger komme es beim Sterbeprozess der Patientin bei den anwesenden Personen zu Unsicherheiten, weshalb diese die Rettung oder eine Ärztin rufen.

Die genannten und vor allem die geschilderte Situationen zeigen deutlich, dass das bloße Vorliegen und Bekanntsein einer Patientenverfügung alleine nicht ausreicht, um die Selbstbestimmung der Patientin zu gewährleisten. Vielmehr äußerten sich sowohl die Angehörigen der Gesundheitsberufe, als auch die Patientinnen dahingehend, dass die Patientenverfügung Teil eines größeren ‚Vorsorgedialoges‘ sein sollte, in dessen Rahmen unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten, Vorgehensweisen und Szenarien besprochen und die Patientin, deren Angehörige, aber auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe darauf vorbereitet werden. Aus der Erhebung geht hervor, dass die Beteiligten sich wünschen, diesen ‚Vorsorgedialog‘ über einen längeren Zeitraum zu führen und von der niedergelassenen Ärztin begonnen wird, wenn die Patientin noch gesund ist.

Dabei ist es den befragten Patientinnen wichtig, die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Wahrung der Selbstbestimmung über den Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinaus (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Sachwalterverfügung, Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger etc) gesamt aufzuzeigen und sich nicht auf die Patientenverfügung zu beschränken.

In folgender Tabelle ist ersichtlich, wie häufig diese anderen Möglichkeiten zur Entscheidungsfindung nach Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit genutzt werden:

Instrument	Anzahl
Patientenverfügung	4,1% der Bevölkerung ⁴⁸
Vorsorgevollmacht (in vermögensrechtlichen und/oder medizinischen Angelegenheiten)	16.588 ⁴⁹
Vorsorgevollmacht und Sachwalterverfügung als einheitliche Urkunde	22.480 ⁵⁰
Sachwalter	59.000 ⁵¹
Sachwalterverfügungen	1.065 ⁵²
Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger	9.389 ⁵³
Widerspruch gegen Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger	205 ⁵⁴

Tabelle 2: Anzahl Vorsorgevollmacht, Sachwalter, Sachwalterverfügungen, Vertretungsbefugnisse nächster Angehöriger sowie Widersprüche gegen Vertretungsbefugnisse nächster Angehöriger

Kommt es dann zu einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt oder einem Pflegeheim, sollten bestehende Unterlagen systematisch abgefragt und dokumentiert werden bzw der ‚Vorsorgedialog‘ fortgesetzt werden. Es gibt schon Versuche einzelner Einrichtungen diesen ‚Vorsorgedialog‘ zu systematisieren bzw routinemäßig zu führen. Zu diesem Zweck haben diese Einrichtungen ‚Formulare‘ bzw Dokumente entwickelt, die beim Führen dieses ‚Vorsorgedialoges‘ unterstützen sollen. Die unterschiedlichen Blätter sind im Anhang zu finden.

⁴⁸ Nach Telefonumfrage vorliegender Studie.

⁴⁹ Stichpunkt 31.03.2014, Auskunft Anfrage Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis (ÖZVV).

⁵⁰ Stichpunkt 31.03.2014, Auskunft Anfrage Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis (ÖZVV).

⁵¹ Vgl Österreichischer Seniorenbund. OTS0175, 19.3.2014. Seniorenbund: Justizminister setzt erste erfolgreiche Schritte zur Umsetzung der „Alterswohlfahrt“.

⁵² Stichpunkt 31.03.2014, Auskunft Anfrage Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis (ÖZVV).

⁵³ Stichpunkt 31.03.2014, Auskunft Anfrage Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis (ÖZVV).

⁵⁴ Stichpunkt 31.03.2014, Auskunft Anfrage Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis (ÖZVV).

Die Patientenverfügung kann also nicht als unabhängiges, isoliertes Instrument betrachtet werden, sondern sollte immer im Kontext eines ‚Vorsorgedialoges‘ besprochen, errichtet und eingesetzt werden.

Unter dem Schlagwort ‚Vorsorgedialog‘ wird hier eine umfassende Beschäftigung mit dem Thema Lebensende und Sterbebegleitung, Behandlungsabbruch, Palliativversorgung verstanden. Dieser Vorsorgedialog sollte auf drei Ebenen geführt werden:

- Mikroebene: Angehörige bzw Teams der Gesundheitsberufe
- Mesoebene: Gesundheitseinrichtungen
- Makroebene: Gesellschaft/Gesundheitspolitik

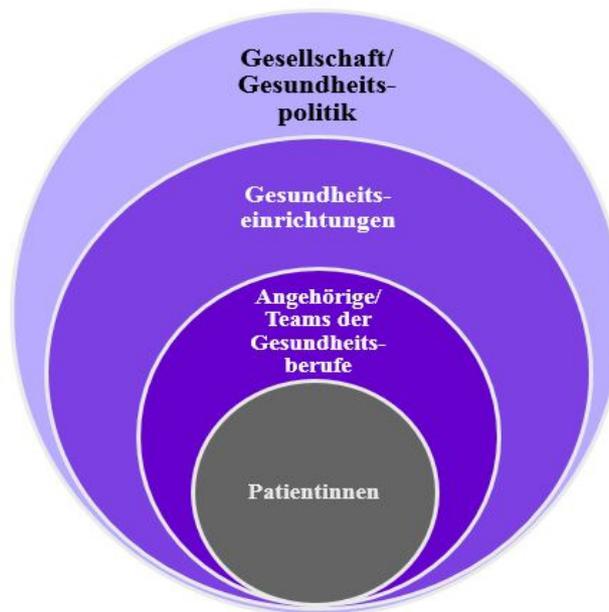


Abbildung 18: ‚Vorsorgedialog‘ auf unterschiedlichen Ebenen

Auf der *Mikroebene* steht das persönliche Gespräch zwischen den Angehörigen/Teams der Gesundheitsberufe und den Patientinnen im Vordergrund. Die Sensibilisierung der Angehörigen der Gesundheitsberufe auf das Thema ‚Selbstbestimmung am Lebensende‘ ist notwendige Voraussetzung dafür, dass individuellen Patientinnen auf ihre konkrete Situation angesprochen werden und versucht wird, mit den bei der Patientin vorhandenen Ressourcen eine bestmögliche Vorsorge zu treffen.

Die *Mesoebene* betrifft die Einrichtungen des Gesundheitswesens und ist für die umfassende Implementierung eines ‚Vorsorgedialoges‘ entscheidend. Zudem wird von dieser Ebene das

notwendige Bewusstsein für bestimmte Problematiken geschaffen, das schließlich Auswirkungen auf die einzelnen Angehörigen der Gesundheitsberufe und deren Umgang mit Patientinnen hat. Hierfür ist es wichtig, dass die einzelnen Institutionen Rahmenbedingungen in Form von systematisierten Vorgehensweisen schaffen, sodass gewährleistet werden kann, dass jede Patientin auf das Thema ‚Vorsorge‘ angesprochen wird.

Die *Makroebene* schließlich ist jene, auf der das Gesundheitssystem mit gesellschaftspolitischen Entwicklungen interagiert. Hierfür ist es von großer Bedeutung, dass vom Staat Rahmenbedingungen geschaffen werden und ein gesellschaftlicher Diskurs darüber angestoßen wird, der die Bedeutung der Vorsorge fördert.

4. Zahlen zu errichteten verbindlichen Patientenverfügungen in Österreich

Im Zuge der Studie wurde versucht, die Zahlen der errichteten (verbindlichen) Patientenverfügungen in Österreich zu erheben. Die im Folgenden veranschaulichten Zahlen wurden von den Patientenanwaltschaften der einzelnen Bundesländer, der Österreichischen Rechtsanwaltskammer und der Österreichischen Notariatskammer zur Verfügung gestellt, stellen aber nicht die Gesamtzahl der existierenden Patientenverfügungen in Österreich dar. Die Patientenanwaltschaften haben Zahlen über die Errichtung in ihren Einrichtungen sowohl von beachtlichen als auch von verbindlichen Patientenverfügungen. Die Daten der von Notarinnen und Rechtsanwältinnen errichteten verbindlichen Patientenverfügungen umfassen lediglich die im ‚Patientenverfügungsregister des österreichischen Notariats‘ bzw im ‚Patientenverfügungsregister der österreichischen Rechtsanwälte‘ registrierten Patientenverfügungen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die tatsächliche Zahl der von Notarinnen und Rechtsanwältinnen errichteten Patientenverfügungen höher ist als die Registrierungszahlen in den Registern. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass in der Bevölkerung weitaus mehr Patientenverfügungen existieren, als die von den genannten Institutionen erfassten. 4,1% der in Österreich lebenden Bevölkerung gaben im Rahmen der repräsentativen Telefonumfrage an, eine Patientenverfügung zu haben, das entspräche in absoluten Zahlen etwa 348.000 Personen.

4.1. Anzahl von errichteten verbindlichen Patientenverfügungen in Österreich 2006-2013

Im Folgenden sind alle von den oben genannten Einrichtungen (Patientenanwaltschaften, Notariatskammer, Rechtsanwaltskammer) dokumentierten verbindlichen Patientenverfügungen tabellarisch und graphisch dargestellt.

Jahr	Einrichtung	Anzahl Patienten- verfügung	Gesamt
2006	Patientenanwaltschaft	243	340
	Rechtsanwältinnen	97	
	Notarinnen	-	
2007	Patientenanwaltschaft	742	2.473
	Rechtsanwältinnen	701	
	Notarinnen	1.030	
2008	Patientenanwaltschaft	494	1.807
	Rechtsanwältinnen	379	
	Notarinnen	934	
2009	Patientenanwaltschaft	545	2.141
	Rechtsanwältinnen	400	
	Notarinnen	1.196	
2010	Patientenanwaltschaft	610	2.292
	Rechtsanwältinnen	461	
	Notarinnen	1.221	
2011	Patientenanwaltschaft	868	3.054
	Rechtsanwältinnen	605	
	Notarinnen	1.581	
2012	Patientenanwaltschaft	1.244	4.481
	Rechtsanwältinnen	1.027	
	Notarinnen	2.210	
2013	Patientenanwaltschaft	740	3.810
	Rechtsanwältinnen	997	
	Notarinnen	2.073	
<u>Summe</u>			<u>20.398</u>

Tabelle 3: Aufgeschlüsselte Gesamtübersicht registrierter verbindlicher PV 2006-2013

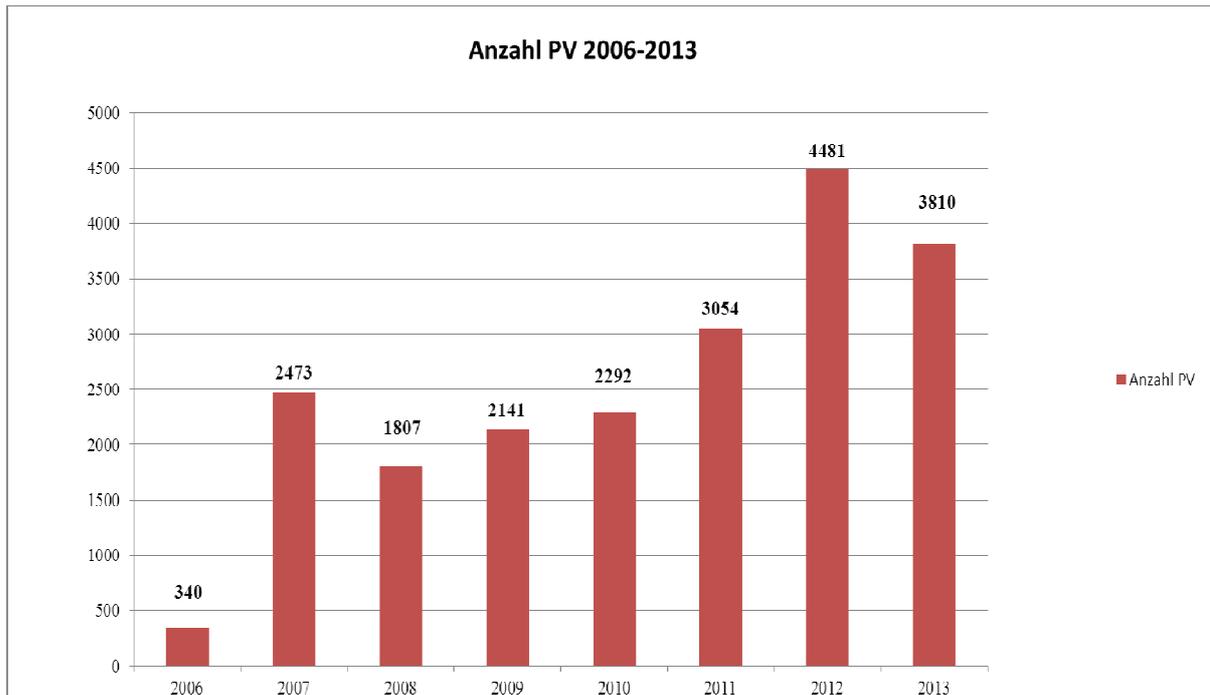


Abbildung 19: Gesamtüberblick registrierter verbindlicher PV 2006-2013

Die Grafik veranschaulicht, dass im Jahr 2007 – also ein Jahr nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes – österreichweit 2.473 verbindliche Patientenverfügungen errichtet wurden. Nach 2007 und bis 2010 waren sowohl Errichtung als auch Registrierung rückläufig. Ab dem Jahr 2011 ist allerdings wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Im Jahr 2012 wurden mit 4.481 bis dato die meisten verbindlichen Patientenverfügungen bei den Österreichischen Patienten-anwaltschaften, der Österreichischen Rechtsanwaltskammer und der Österreichischen Notariatskammer errichtet. 2013 waren die Zahlen leicht rückläufig, 2014 lagen zum Stichtag 28.02.2014 bereits 461 verbindliche Patientenverfügungen vor. Für 2006 ist zu beachten, dass das Register der Österreichischen Notariatskammer noch nicht existiert hat und die 340 Patientenverfügungen von den Patienten-anwaltschaften und dem Register der Rechtsanwaltskammer stammen.

Im Folgenden werden die dokumentierten Patientenverfügungen aufgeschlüsselt nach den einzelnen Einrichtungen dargestellt:

4.2. Errichtete und registrierte verbindliche Patientenverfügungen 2006-2013 Rechtsanwaltskammer

Von den Rechtsanwältinnen wurden nach deren Angaben insgesamt 4.667 verbindliche Patientenverfügungen im Register eingetragen. Aufgeschlüsselt nach einzelnen Jahren ergibt sich folgende Zusammenstellung:

Jahr	Anzahl Patientenverfügung
2006	97
2007	701
2008	379
2009	400
2010	461
2011	605
2012	1.027
2013	997
Gesamt	4.667

Tabelle 4: Registrierte verbindliche PV der österreichischen Rechtsanwälte 2006-2013

4.3. Errichtete und registrierte verbindliche Patientenverfügungen 2007-2013 der Notariatskammer

Da das Patientenverfügungsregister des österreichischen Notariats erst seit Juli 2007 besteht, liegen ab hier auch Zahlen zu den von den Notarinnen errichteten und eingetragenen Patientenverfügungen vor. Konkret wurden die Zahlen seit Juli 2007 dokumentiert. Dennoch wurden, wie in nachstehender Abbildung ersichtlich, auffällig viele Patientenverfügungen in diesem halben Jahr errichtet.

Insgesamt wurden 2012 die meisten verbindlichen Patientenverfügungen registriert.

Jahr	Anzahl Patientenverfügung
2006	-
2007	1.030
2008	934
2009	1.196
2010	1.221
2011	1.581
2012	2.210
2013	2.073
Gesamt	10.245

Tabelle 5: Registrierte verbindliche PV der österreichischen Notare 2006-2013

4.4. Errichtete verbindliche Patientenverfügungen der Patientenanwaltschaften der Bundesländer von 2006 – 2013

Folgende Zahlen wurden uns von den einzelnen Patientenanwaltschaften der Bundesländer zur Verfügung gestellt. Die Patientenanwaltschaft Niederösterreich führt zudem eine Gesamtdokumentation. Hierbei ist auffällig, dass die Zahlen dieser Dokumentation nicht deckungsgleich mit den angegebenen Zahlen der Patientenanwaltschaften der Bundesländer sind. Dennoch lässt folgende Tabelle Entwicklungen erkennen.

Bundesland	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Gesamt
Wien	119	263	215	254	223	346	447	254	2.121
Salzburg	45	133	58	79	116	207	275	248	1.161
Niederösterreich	46	87	63	82	98	122	169	168	835
Tirol	10	53	62	42	101	106	188	-	562
Oberösterreich	16	89	50	42	33	44	9	0	283
Vorarlberg	4	86	28	31	12	21	113	38	333
Burgenland	-	29	16	9	23	12	43	26	158
Steiermark	0	2	0	3	2	5	4	4	20
Kärnten	3	0	2	3	2	5	0	2	17
Gesamt	243	742	494	545	610	868	1.248	740	<u>5.490</u>

Tabelle 6: Aufgeschlüsselte Gesamtübersicht verbindlicher PV der Patientenanwaltschaften in den Bundesländern

Die Zahlen der errichteten verbindlichen Patientenverfügungen in den Patientenanwaltschaften in den einzelnen Bundesländern lassen erkennen, dass im Jahr 2007 ein Anstieg an Errichtungen verbindlicher Patientenverfügungen stattfand. Während die Jahre 2008-2010 rückläufige Zahlen aufweisen, erwiesen sich die Jahre 2011, 2012 als zahlenstärkste, während 2013 wieder rückläufig ist.

Wie aus der Tabelle erkennbar, wurde die Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung am häufigsten in Wien mit insgesamt 2.121 errichteten verbindlichen Patientenverfügungen, in Salzburg mit 1.161 und in Niederösterreich mit 835 verbindlichen Patientenverfügungen in Anspruch genommen.

III. Ethischer Teil

1. Menschenwürdiges Leben und Sterben im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge

Die Debatte über das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben sowie auch über die Rahmenbedingungen für menschenwürdiges Leben bzw. bestmögliche Lebensqualität als Ergebnis von Behandlungsprozessen ist seit dem Abschluss der ersten Studie zum PatVG international wie auch in Österreich intensiv fortgeführt worden. Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten sind als wichtige Instrumente zu betrachten, die wirksam helfen können, ein menschenwürdiges Sterben ebenso wie die Verwirklichung individueller Vorstellungen von Lebensqualität zu ermöglichen, weil sie das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen stärken. Die Zielvorstellung eines menschenwürdigen Sterbens lässt sich aber nicht auf die Problematik der Selbstbestimmung am Lebensende reduzieren. Hier ist vielmehr ein mehrdimensionaler Prozess zu beschreiben, in dem einerseits Patientinnen über ihr eigenes Leben und Sterben nachdenken und andererseits dafür Sorge tragen, dass diese Vorstellungen in verwandtschaftliche Netzwerke und in medizinisch-pflegerische Behandlungssettings hinein kommuniziert werden. Außerdem gehen die Vorstellungen von einem menschenwürdigen Sterben in einer pluralistischen Gesellschaft auseinander. Wenn heute zudem von einem Recht auf ein menschenwürdiges Sterben gesprochen wird, bleibt zunächst offen, inwieweit es sich dabei um eine ethische Forderung oder auch im juristischen Sinne um einen Rechtsanspruch handelt, der gesetzlich verankert und somit einklagbar sein soll.

Aus ethischer Sicht ist zu sagen, dass das unveräußerliche Recht auf Leben, das Recht zu sterben einschließt, ist doch das Leben grundsätzlich endlich und gehört darum das Sterben zum Leben als sein natürliches Ende hinzu. Strittig ist aber, ob das Recht zu Sterben auch das Recht einschließt, über den eigenen Tod aktiv zu verfügen und ob folglich auch ein Recht auf Suizid, Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen begründet werden kann. Übereinstimmend wird man aber festhalten können, dass das grundlegende und unveräußerliche Menschenrecht auf Leben nicht mit einer unbedingten Pflicht zum Leben verwechselt werden darf. Das Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung in § 110 des österreichischen StGB trägt diesem Grundsatz Rechnung. Das Instrument der Patientenverfügung und die Einzelbestimmungen des PatVG verschaffen diesen ethischen und rechtlichen Grundsätzen für jene Situationen Geltung, in denen eine Patientin selbst nicht mehr zustimmungsfähig ist. Jedoch gilt stets der ethische Grundsatz: Im Zweifelsfall für das Leben – in dubio pro vita. Auch ihm trägt das PatVG auf angemessene Weise Rechnung.

Menschenwürde und Autonomie oder Selbstbestimmung sind Schlüsselbegriffe in der Diskussion um die Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende und die unterschiedlichen Formen von Sterbehilfe.⁵⁵ Strittig ist nicht allein die Terminologie, mit der verschiedene Arten des Tuns, des Lassens und Unterlassens am Lebensende bezeichnet werden – wobei die Beschreibungskategorien immer auch schon moralische und rechtliche Werturteile enthalten.⁵⁶ Strittig sind auch Sinn und Bedeutung von Autonomie und Menschenwürde sowie das Begründungsverhältnis von Menschenwürde und Menschenrechten.

Die Menschenwürde kann als Inbegriff der Menschenrechte verstanden werden, der diese in ihrer Gesamtheit benennt, oder sie wird als Bezeichnung für einen Kernbestand elementarer Menschenrechte wie des Rechts auf Leben, des Rechts auf Selbstbestimmung und des Folterverbots verstanden. Menschenwürde kann als Kriterium für die Auslegung der Menschenrechte begriffen werden, als ein mittleres Axiom oder Prinzip neben anderen, oder aber als Letztbegründung der Menschenrechte.

In jedem Fall wird man sagen können, dass der Begriff der Menschenwürde für die Menschenrechte eine integrative Funktion hat. Dass der Mensch eine angeborene und unverlierbare Würde hat, zeigt sich darin, dass er grundlegende Menschenrechte besitzt. Diese wiederum lassen sich zusammenfassend auf den Begriff der Menschenwürde bringen. Es sind im Wesentlichen vier Elemente, die den Kern der Menschenwürde ausmachen:⁵⁷ 1. das Recht auf Leben und damit verbunden der Schutz von Leben, körperlicher Unversehrtheit und Gesundheit, 2. das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, 3. die Gleichheit aller Menschen und 4. die Voraussetzungslosigkeit der Geltung von Menschenwürde und damit auch ihre Unverlierbarkeit.

Nun wird in der Diskussion um ein menschenwürdiges und selbstbestimmtes Sterben häufig mit einem sehr verengten Autonomiebegriff argumentiert, der Autonomie mit Selbstbestimmung gleichsetzt. Diese Auffassung herrscht in der Medizin vor, wenn unter Autonomie die aktuelle Einsichts- und Urteilsfähigkeit sowie die Fähigkeit verstanden wird, den eigenen

⁵⁵ Vgl. Körtner, Menschenwürde am Lebensende, in: Joerden / Hilgendorf / Thiele (Hg.), Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch, Berlin 2013, S. 669-685; ders., Recht auf Leben – Recht auf Sterben. Autonomie am Lebensende und ihre Grenzen, in: Frieb (Hg.), Wie sterben? Zur Selbstbestimmung am Lebensende. Eine Debatte, Gütersloh 2012, S. 120-139.

⁵⁶ Vgl. dazu die „Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende“ der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt aus dem Jahr 2011. Das Dokument ist abrufbar unter <http://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=46713> (letzter Zugriff am 20.6.2014).

⁵⁷ Vgl. Kreß, Ethik der Rechtsordnung. Staat, Grundrechte und Religionen im Licht der Rechtsethik, Stuttgart 2012, S. 149.

Willen zu äußern. Informed Consent⁵⁸ – die freiwillige Einwilligung eines Patienten in eine Behandlung oder ihre Ablehnung nach eingehender Aufklärung – und Patientenverfügungen sind dann die praktischen Instrumente, um das Selbstbestimmungsrecht auf dieser basalen Stufe auszuüben.

Folgt man Immanuel Kant, so ist allerdings zwischen Selbstbestimmung und Autonomie zu unterscheiden. Kant setzt die Autonomie mit der eigenen Gesetzgebung des Willens gleich, unterscheidet diese aber von der Willkür, die meint tun und lassen zu können, was man wolle. Unter der eigenen Gesetzgebung des Willens versteht Kant die freiwillige und auf Einsicht beruhende Anerkennung eines allgemeinen Sittengesetzes, durch das sich der Mensch ebenso frei wie sittlich gebunden weiß. Nicht jede Form der Selbstbestimmung genügt daher dem Kriterium der sittlichen Vernunft. Im Übrigen kann ein autonomer Mensch selbstbestimmt handeln, muss es aber nicht. Auch ist die Autonomie im Sinne Kants nicht als ein Ausschluss- oder Selektionskriterium zu verstehen, das es zuließe, zB Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen oder bei Verlust des Bewusstseins ihr volles Menschsein, ihr Personsein und ihre Würde abzusprechen.

Autonomie im Sinne Kants lässt sich als wesentlicher Ausdruck der Menschenwürde interpretieren, diese ist aber von der Autonomie nochmals zu unterscheiden. So gewiss der Mensch seinem Wesen nach zu einem selbstbestimmten und bewussten Leben bestimmt ist, ist es doch problematisch, seine Würde auf seine Moralfähigkeit zu reduzieren. Das Personsein des Menschen ist vielmehr mit seiner leiblichen Existenz gegeben. In diesem Punkt ist nicht nur ein in der Medizinethik anzutreffender reduzierter Autonomiebegriff zu kritisieren, der Autonomie mit Selbstbestimmung gleichsetzt, die nicht, wie bei Kant, an verallgemeinerungsfähige moralische Maximen gebunden sein muss. Problematisch ist vielmehr auch Kants eigene Bindung der Menschenwürde an die Autonomie. Auch Menschen im sogenannten Wachkoma oder Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz haben als Personen zu gelten, die als solche mit allen Rechten in die menschliche Kommunikationsgemeinschaft einbezogen bleiben.

So verstanden besteht auch kein notwendiger Gegensatz zwischen Autonomie und Abhängigkeit, wie sie in gewisser Weise jede Arzt-Patienten-Beziehung kennzeichnet. Überhaupt ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie, auch für einen erfolgreichen Pflegeprozess, das Vorhandensein von Vertrauen. Vertrauen aber ist akzeptierte Abhängig-

⁵⁸ Ein Überblick über die Begriffsgeschichte findet sich bei Stollberg, Informed consent und Shared Decision Making. Ein Überblick über medizinische und sozialwissenschaftliche Literatur, in: Soziale Welt 59, 2008, S 397-411.

keit.⁵⁹ Die faktische Abhängigkeit des hilfsbedürftigen Menschen darf freilich nicht zur Entmündigung der Patientin führen. Das Verhältnis zwischen Ärztin und Patientin ist vielmehr so zu gestalten, dass die Selbstbestimmung der Patientin im Rahmen seiner akzeptierten Abhängigkeit gestärkt wird. Insoweit ist Patientinnenautonomie ein sinnvolles Prinzip heutiger Medizin- und Pflegeethik, auch wenn man sich am Begriff der Autonomie in diesem Zusammenhang stoßen mag.

Oftmals besteht allerdings die Gefahr, dass von einem abstrakten Autonomiebegriff ausgegangen wird, welcher der tatsächlichen Hilfs- und Schutzbedürftigkeit kranker Menschen nicht gerecht wird. Es ist philosophisch wie theologisch betrachtet problematisch, die Würde des Menschen an ein Autonomiekonzept zu binden, das Individualität mit Autarkie und völliger Unabhängigkeit verwechselt und umgekehrt jede Form der Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere als narzisstische Kränkung erlebt. Ein solches Autonomieverständnis aber führt dazu, Leiden und Schwäche als menschenunwürdig zu betrachten und nur ein abstrakt selbstbestimmtes Sterben als menschenwürdig zu akzeptieren.

Gegen solch ein abstraktes Autonomieverständnis wendet sich das Konzept der relationalen Autonomie, das in der feministischen Ethik entwickelt worden ist.⁶⁰ Der Mensch ist ein Beziehungswesen, was besonders die Philosophie des dialogischen Personalismus bewusst gemacht hat. Ein Ich kann nicht ohne ein Du existieren. Auch die moderne Entwicklungspsychologie und die Psychoanalyse weisen nach, dass das menschliche Selbst in seiner Individualität immer auch ein soziales Selbst ist. Der Begriff der relationalen Autonomie besagt, dass das Selbst auch in seiner Selbstbestimmtheit auf andere verwiesen und angewiesen ist. Das gilt auch für die Bereiche von Medizin und Pflege. Autonomie als normatives Prinzip von Medizin- und Pflegeethik ist stets mit sozialen Formierung und Heteronomien verschränkt. Die Freiheit zum selbstbestimmten Handeln und Leben ist auch in diesem Sinne endliche

⁵⁹ Vgl. Rössler, *Der Arzt zwischen Technik und Humanität. Religiöse und ethische Aspekte der Krise im Gesundheitswesen*, München 1977, S 63.

⁶⁰ Vgl. Mackenzie / Stoljar (Hg.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford 2000. Das Konzept der relationalen Autonomie wurde laut Mackenzie und Stoljar erstmals von Jennifer Nedelsky aus feministischer Sicht formuliert. Vgl. Mackenzie / Stoljar, *Introduction: Autonomy Refigured*, in: dies. (Hg.), a.a.O., S 3-34, hier S 26, Anm. 1; für den deutschsprachigen Kontext zB I. Praetorius (Hg.), *Sich in Beziehung setzen. Die Weltsicht der Freiheit in Bezogenheit*, Sulzbach 2005. – Siehe auch Körtner, *Würde, Respekt und Mitgefühl aus Sicht der Pflegeethik*, in: *Österreichische Pflegezeitschrift* 66, 2013, H. 11, S 24-27.

Freiheit. Autonomie ist daher weniger eine Fähigkeit „als eine reflexive Haltung des Moralsubjekts im Hinblick auf sein Handeln und Sein in der Geschichte“⁶¹.

Das Konzept der relationalen Autonomie stimmt in der medizinischen und pflegerischen Praxis – auf einer zweiten Stufe von Selbstbestimmen und Entscheiden – mit dem Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) überein.⁶² Die Patientin trifft in der Regel keine einsamen Entscheidungen, sondern sie berät sich mit Menschen ihres Vertrauens, mit der behandelnden Ärztin ebenso wie mit Angehörigen oder ihm sonst nahestehende Personen, vielleicht auch mit einer Psychologin oder einer Seelsorgerin. Das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung ersetzt den herkömmlichen Begriff der *Compliance* durch die Begriffe *Adherence* und *Concordance*.⁶³ Während *Compliance* traditionell ein paternalistisches Modell der Arzt-Patienten-Beziehung bzw der Beziehung zwischen Pflegeperson und Gepflegtem unterstellt – die Patientin befolgt die Anordnungen der Ärztin oder der Pflegeperson – wird der Begriff *Adherence* heute davon abgegrenzt. *Adherence* setzt *Concordance* voraus, also ein partnerschaftliches Aushandeln zwischen Ärztin oder Pflegeperson und Patientin. Das Modell setzt auf gemeinsame Entscheidungsfindung und Therapiezielvereinbarung. Die WHO (2003) definiert *Adherence* als „das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person, wie die Medikamenten-Einnahme, ein Diät-Regime und/oder eine Lebensstiländerung, mit den mit dem Therapeuten vereinbarten Empfehlungen übereinstimmt“.

Das Konzept der relationalen Autonomie und das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung sollten nicht erst zur Anwendung kommen, wenn sich eine Patientin bereits in einer akuten Krankheitssituation oder in der Sterbephase befindet, sondern schon vorher. Darüber hinaus werden heute, zum Beispiel in den USA oder im asiatischen Raum, als Ausdruck und Umsetzung relationaler Autonomie auch Modelle diskutiert, die einen Übergang vom *Individual Informed Consent* zu einem *Family Consent*⁶⁴ sehen. Je nach kulturellem Hintergrund wird hier von *Family Involvement*, *Family Consultation* bis hin zu *Family Decision-Making*

⁶¹ Haker, Narrative Bioethik, in: Holderegger / Müller / Sitter-Liver / Zimmermann-Acklin (Hg.), Theologie und biomedizinische Ethik. Grundlagen und Konkretionen (SThE 97) Fribourg/Freiburg i.Br. 2002, S 227-240, hier S 229.

⁶² Vgl Butzlaff / Floer / Isfort, „Shared Decision Making“: Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag, in: Böcken / Braun / Schnee (Hg.), Gesundheitsmonitor 2003, Gütersloh 2003, S 41-55.

⁶³ Vgl Gray / Wykes / Gournay, From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication, J Psychiatr Ment Health Nurs 9(3), 2002, S 277-284.

⁶⁴ Braune / Wiesemann / Biller-Andorno, Informed Consent und seine Konkretisierung in der internationalen Bioethik: Zur medizinethischen Bedeutung von Aufklärung und Zustimmung in Taiwan und Deutschland, in: Biller-Andorno / Schaber / Schulz-Baldes (Hg.), Gibt es eine universale Bioethik? Zürich 2008, S 135-158.

gesprächen. „Gewollt ist eine Balance von individueller Zustimmung durch den Patienten und einer Beteiligung der Familie.“⁶⁵

Die Stärkung des individuellen Willens von Patientinnen für Behandlungsentscheidungen ist ein wichtiger, unaufgebar Schritt im Sinne von Patientinnenrechten. Die Überlegung, Familienmitglieder (bzw. vorausbestimmte Freundinnen/Vertreterinnen) mit einzubeziehen, ist jedoch aus zweierlei Gründen nicht von der Hand zu weisen: Insbesondere Angehörige tragen große physische, psychische und finanzielle Lasten, wenn ein Familienmitglied pflegebedürftig wird. Zugleich gehen Patientinnen davon aus, dass ihre Angehörigen (46%) bzw. ihre Ehepartnerinnen (44%) für sie entscheiden werden, wenn sie nicht mehr einwilligungsfähig sind.⁶⁶ Obwohl diese Auffassung rechtlich nicht gedeckt ist, ist sie offenbar mehrheitlich in den Köpfen der Menschen. Die Beobachtungen der aktuellen Evaluationsstudie zeigen eine Tendenz zu einer Entscheidungsdelegation an Ärztinnen bzw. Angehörige.⁶⁷ Es wäre zu diskutieren, ob das jetzige Maß an Autonomie respektive Selbstbestimmung bei Behandlungsentscheidungen für viele Menschen ohne eine entsprechende Unterstützung und Begleitung bereits eine Überforderung oder gar eine Zumutung bedeutet.⁶⁸ Gleichzeitig wurde schon darauf hingewiesen, dass der Vollzug der individuellen Selbstbestimmung an die Autonomie der anderen, dh. der medizinisch-pflegerischen Berufe sowie der Angehörigen anstößt und damit immer auch von Heteronomien beeinflusst wird. Einige dieser Einflüsse lassen sich in der Studie als Ängste auf Seiten der Ärztinnen sowie der Angehörigen erkennen. Auf Seiten der Ärztinnen sind diese Ängste geprägt davon, etwas zu tun oder zu lassen, was nicht der eigenen fachlichen Expertise und moralischen Überzeugung entspricht. Dazu kommt die Angst, rechtlich belangt zu werden.⁶⁹ Auf Seiten der Angehörigen findet sich die Angst, dass der voraus verfügte Wille in der Patientenverfügung zu ungenau ist oder der aktuellen Situation nicht entspricht und damit die Patientin eine notwendige/mögliche Behandlung nicht erhält.

Das Konzept der relationalen Autonomie und Modelle der partizipativen Entscheidungsfindung sind freilich gerade nicht so zu verstehen, als solle auf diesem Wege die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen abgeschwächt oder unterlaufen werden. Sie führen aber zum Mo-

⁶⁵ Wiesemann, Autonomie als Bezugspunkt einer universalen Medizinethik, in: *Ethik Med* 24 (4), 2012, S 287-295, hier S 290. Vgl. hierzu auch Fan, Self determination vs. Family determination, in: *Bioethics* 11, 1997, S 309-322.

⁶⁶ Vgl. Ergebnisteil, S 48 (3.11.).

⁶⁷ Vgl. Ergebnisteil, S 37 (3.5.).

⁶⁸ Vgl. Heller / Krobath, Das ethische Gespräch und die organisationsethische Entscheidungsfindung in der sozialen Arbeit, in: Begemann / Rietmann (Hg.), *Soziale Praxis gestalten. Orientierungen für ein gelingendes Handeln*, Stuttgart 2011, S 179-190, hier S 183.

⁶⁹ Vgl. Ergebnisteil, S 30 (3.2.1.).

dell des ‚Vorsorgedialogs‘. Unter dem Begriff ‚Vorsorgedialog‘ werden hier unterschiedliche Konzepte zusammengefasst, für die auch andere Bezeichnungen wie ‚*advance care planning*‘ oder ‚umfassender Vorsorgeplan‘ gebräuchlich sind. Die Schlussfolgerung lautet daher, dass das Instrument der Patientenverfügung nicht nur, wie es in der Studie von 2009 hieß, in aktuellen Entscheidungssituationen „als kommunikativer Platzhalter des Patienten zu den übrigen Entscheidungsträgern (Arzt, Angehörige bzw Bevollmächtigte) transparent in Beziehung gesetzt werden“ soll,⁷⁰ sondern bereits früher im Rahmen eines umfassenden ‚Vorsorgedialogs‘ Anlass zu direkter und multiperspektivischer Kommunikation wird.⁷¹

Ethisch steht auch das Verhältnis von Selbstbestimmungsrecht und Fürsorgepflicht zur Diskussion. Im Sinne der relationalen Autonomie dürfen beide Prinzipien nicht abstrakt gegeneinander gestellt werden. Einerseits ist die Selbstbestimmung auf Fürsorge angewiesen. Andererseits gehört es gerade zu den Pflichten der Fürsorge, die Selbstbestimmung einer Patientin nicht nur zu achten und ihr soweit wie möglich Folge zu leisten, sondern sie auch zu schützen und zu stärken, wo diese etwa durch Dritte, aber auch durch Krankheit und ihre Folgen gefährdet oder eingeschränkt wird. Die Achtung des Selbstbestimmungsrechts ist geradezu eine Implikation des Fürsorgeprinzips. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind geeignete Instrumente, das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Sterbenden in Übereinstimmung mit dem Prinzip der Fürsorge zu achten und zu stärken. Das können sie freilich nicht isoliert leisten, sondern nur im Rahmen eines umfassenderen strukturierten Kommunikationsgeschehens, in das auch die übrigen Entscheidungsträgerinnen eingebunden sind. Hier kommt es auch ganz entscheidend auf die organisationalen Rahmenbedingungen in einem Krankenhaus, einer Abteilung oder eine Einrichtung der Pflege an, von denen noch weiter unten ausführlicher die Rede sein wird.

⁷⁰ Vgl Körtner / Kopetzki / Kletečka-Pulker / Inthorn, Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG), Wien 2009, S 84.

⁷¹ Vgl Ergebnisteil, S 56f (3.13)

2. Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit

Die Thematik des menschenwürdigen Sterbens darf freilich nicht auf die Problematik von Autonomie und Fürsorge beschränkt werden. Es geht auch nicht allein um die individual- oder personaethische Frage, wie Ärztinnen, Pflegende und Angehörige im Einzelfall mit den Wünschen einer Sterbenden oder ihrer im Voraus getroffenen Verfügungen umgehen, sie interpretieren und ihnen Folge leisten. Die Zielvorstellung eines menschenwürdigen Sterbens als Teil eines guten Lebens hat auch erhebliche soziaethische Implikationen. Die medizinische Versorgung von Patientinnen und Sterbenden, auch die Pflege und Betreuung von Langzeitpatientinnen und alten Menschen gehört zu den Aufgaben des Gesundheitswesens, dessen institutionelle und organisatorische Strukturen Rückwirkungen auf das einzelne Schicksal von Patientinnen und Sterbenden haben. So ist auch die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit von Instrumenten wie der Patientenverfügung oder der Vorsorgevollmacht im Rahmen einer systemischen Gesamtbetrachtung des Gesundheitswesens zu diskutieren.

Menschenwürdiges Sterben ist immer auch eine Frage der sozialen Gerechtigkeit. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind lediglich Teilinstrumente im Rahmen einer umfassenden Strategie zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Sterbenden. Sie sind in ein umfassendes Konzept von Palliativmedizin und Palliative Care zu integrieren, dessen Ausbau zu den vordringlichen Aufgaben im Gesundheitssystem gehört. Damit berühren wir aber das Problem der Allokation im Gesundheitswesen. Das Recht auf menschenwürdiges Sterben, das sich im Rechtsinstrument der Patientenverfügung und der Vorsorgevollmacht konkretisiert, schließt weiter gefasst das Recht auf Palliativmedizin und einen gerechten Zugang zur einer palliativmedizinischen Versorgung ein, die keine neuen sozialen Ungleichheiten schafft.

Unter dem Gesichtspunkt der sozialen Gerechtigkeit ist nun freilich auch über die Kosten zu diskutieren, die mit der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung verbunden sind. Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, belaufen sich die Kosten auf mehrere hundert Euro. Bei jeder Erneuerung, die alle fünf Jahre zu erfolgen hat, entstehen diese Kosten erneut. Wie die Befragungen ergeben haben, ist die Zahl der Errichtung von verbindlichen Patientenverfügungen durchaus einkommensabhängig. Die fehlende Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen führt also zu sozialer Selektion. Soll das Instrument der Patientenverfügung wirklich allen Bevölkerungsschichten zugänglich gemacht werden, ist nach Lösungen zu suchen, wie diese Selektion vermieden werden kann, sei es, dass die Kosten für die Errichtung einer Patientenverfügung generell eine Sozialleistung des Staates werden, sei es,

dass zumindest für Personen mit niedrigen Einkommen die Kosten von der öffentlichen Hand übernommen werden.

3. Wissen als ethische Aufgabe

Die Frage nach der Selbstbestimmung im Behandlungsprozess, im Alter, in chronifizierten Erkrankungen, in der letzten Lebensphase und am Lebensende und dem Instrument der Patientenverfügung, welche durch das PatVG geregelt ist, hat verschiedene weitere (sozial- und organisations-) ethische Aspekte. Ein wichtiger davon ist die Rolle des Wissens über die Patientenverfügung. Trivialerweise gilt, dass nicht nur die Selbstbestimmung am Lebensende für alle Menschen gleichermaßen gelten soll, sondern auch, dass alle gleichermaßen befähigt sein sollen, die notwendigen Schritte zu unternehmen, um ihre Vorstellung des menschenwürdigen Sterbens umzusetzen. Dazu gehören die Kenntnisse der rechtlichen Rahmenbedingungen medizinischer Behandlung insbesondere der Patientenverfügung. Dieses Wissen über die Möglichkeit der Patientenverfügung sollte sowohl bei Patientinnen als auch bei allen Angestellten der Gesundheitsberufe vorhanden sein, damit Patientenverfügungen eingesetzt werden können. Damit Patientenverfügungen die ihnen zugesprochene Aufgabe der rechtlichen Regelung am Ende des Lebens übernehmen können, bedarf es nicht nur der Kenntnis dieses rechtlichen Instruments von den Angehörigen der Gesundheitsberufe, sondern Patientenverfügungen sollten auch von allen Beteiligten als sinnvoll erachtet werden. Für die medizinische Praxis macht es einen großen Unterschied, ob das medizinische Personal Patientenverfügungen nur als notwendiges Übel erachtet, das als Bedrohung des professionellen Selbstverständnisses wahrgenommen wird, oder als sinnvolles Instrument, welches die Kommunikation zwischen Patientinnen und Ärzteschaft verbessert.

Vor diesem Hintergrund über die Bedeutung des Wissens über die Patientenverfügungen sind die Ergebnisse der empirischen Untersuchung zu interpretieren. Drei empirische Ergebnisse sind bezüglich ihrer ethischen Implikationen hervorzuheben: Erstens besteht auf der Seite der Angehörigen der Gesundheitsberufe eine nicht unerhebliche Unsicherheit bezüglich der Funktionsweise und Geltung von Patientenverfügungen. Besonders hoch ist diese Unsicherheit hinsichtlich der Unterscheidung von verbindlicher und beachtlicher Patientenverfügung. Diese Unsicherheit kann ein Unbehagen gegenüber Patientenverfügungen zur Folge haben und führt unter Umständen dazu, dass in ihr nicht ein sinnvolles Instrument zur Selbstbestimmung am Ende des Lebens gesehen wird, sondern dass es als störend empfunden wird und man das Thema Patientenverfügung nicht aktiv anspricht. Es gibt außerdem noch weitere Gründe für das Unbehagen aktiv nach einer Patientenverfügung bei Patientinnen zu fragen, die mit der

Tabuisierung von Tod und Sterben in der Gesellschaft zusammenhängen.⁷² Ethisch geboten ist hier eine verbesserte Aufklärung bezüglich der Funktionsweise von Patientenverfügungen unter dem Gesundheitspersonal, damit diese als Instrumente zur Selbstbestimmung auch zum Tragen kommen können. Bloße Aufklärung wird jedoch nicht genügen, da sie die kommunikative, psychologische und soziale Dimension des Themenkomplexes ‚Selbstbestimmung am Lebensende und Sterben‘ außer Acht lässt. Diese Aufklärung des Gesundheitspersonals sollte Hand in Hand mit kommunikativen Schulungen gehen, wie dieses heikle Thema proaktiv mit Patientinnen diskutiert werden kann. Dabei geht es nicht primär darum, das Thema Patientenverfügung anzusprechen und abzuhacken, sondern auch die Hinderungsgründe eines offenen Umgangs mit diesem Thema zu reflektieren.

Zweitens besteht auf Seite der Patientinnen nach wie vor mangelndes Wissen über die Möglichkeit, Funktionsweise und Reichweite von Patientenverfügungen. In der Expertinnen-Fokusgruppendifkussion in dieser Studie wurden Patientenverfügungen als „Minderheitenprogramm“ bezeichnet, das nur von einer kleinen Gruppe gut informierter und mit dem medizinischen System vertrauter Personen in Anspruch genommen werde. Dagegen spiele sich die Hauptproblematik bezüglich der Selbstbestimmung am Ende des Lebens jenseits des Instruments der Patientenverfügungen ab. Daran zeigt sich zum einen die Notwendigkeit von kontinuierlicher Aufklärung auf Patientinnen-Seite, zum anderen aber auch die Einbettung der Patientenverfügung in den weiteren Kontext der Selbstbestimmung der Patientinnen. Aus ethischer Perspektive ist daher die Aufklärung der Patientinnen mit dem Ziel der Selbstbestimmung am Ende des Lebens – unter anderem durch die Patientenverfügung – von hoher Bedeutung. Mit dem Verweis auf ein relationales Verständnis der Selbstbestimmung (siehe oben) und des zu verbessernden Wissenstandes des Gesundheitspersonals ist auf die Rolle der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Patientinnen in der Selbstbestimmung am Lebensende hinzuweisen.

Drittens schließlich ist die Patientenverfügung auch acht Jahre nach dem In-Kraft-Treten des Gesetzes erst unzureichend bei der Bevölkerung angekommen. Die Ergebnisse der repräsentativen Telefonumfrage zeigen, dass eine Mehrheit der Bevölkerung Österreichs entweder noch nicht von der Patientenverfügung gehört hat oder nicht weiß, was diese (genau) ist. Da das Wissen bzw Unwissen außerdem über die Altersschichten hinweg mehr oder weniger konstant ist (das Wissen nimmt mit dem Alter tendenziell zu), kann auch nicht auf einen Automa-

⁷² Vgl die empirischen Ergebnisse weiter oben, in denen vom Unbehagen das Thema Patientenverfügung direkt anzusprechen die Rede ist.

tismus gesetzt werden, dass jüngere Generationen durch die Schule davon erfahren. Hier bedarf es einer erhöhten Anstrengung, um die Bürgerinnen über Patientenverfügungen zu informieren. Diese Information ist jedoch Teil eines größeren Diskurses, auf den im folgenden Abschnitt noch gesondert eingegangen werden soll.

Die Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Sterbenden, die ein zentrales Anliegen des Patientenverfügungsgesetzes ist, benötigt das Wissen über die gesetzlichen Möglichkeiten, dieses Recht zu wahren und zudem ein möglichst offenes Sich-Einlassen auf mit Tod und Sterben verbundenen (gesellschaftlichen) Fragen. Zurzeit besteht sowohl in den Gesundheitsberufen als auch bei den Patientinnen noch eine große Unsicherheit bezüglich der Patientenverfügung, welche ihren sinnvollen Einsatz zum selbstbestimmten Sterben erschwert. Ein verbessertes Wissen, eine enttabuisierte Kommunikation darüber und eine Einbettung in Organisationsstrukturen der Gesundheitseinrichtungen sind vonnöten, damit sich Patientenverfügungen in der medizinischen Praxis verwurzeln können.

Auch aus einer organisationsethischen Sicht legt es sich nahe, den Umgang mit Patientenverfügungen einerseits und die Organisation eines ‚Vorsorgedialogs‘ andererseits stärker auf die einzelnen Gesundheitseinrichtungen zu fokussieren und als Element einer lokalen Organisationskultur auszugestalten. So sind die einzelnen Einrichtungen auch gefordert, Behandlungs- und Beratungsprozesse enger und besser miteinander zu verzahnen und für die Dokumentation insbesondere der Beratungen, das Instrument der Patientenverfügung zu nutzen. Als ein unterstützendes Procedere haben sich die klinischen Ethikkomitees und entsprechende Ethikberatungsstrukturen in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe etabliert.⁷³ Dies kommt nicht nur den einzelnen Akteurinnen (Ärztinnen und Patientinnen) zugute, sondern auch einer gemeinsamen Entscheidungskultur in den Einrichtungen. Aus dieser Perspektive heraus sind aktuelle Angebote zur Errichtung einer Patientenverfügung (zum Beispiel als Service von Rechtsanwältinnen oder Notarinnen bzw von Hospizvereinen oder Patientenanwaltschaften) nur als eine Ergänzung bei der Verankerung von Patientenverfügungen im Gesundheitssystem zu sehen.

Es ist unabdingbar, dass es neben dem individuellen Wissen bzw der gesellschaftlichen Aufmerksamkeit auf Patientenverfügungen ein kollektives Wissen auf der Ebene der Gesundheitseinrichtungen gibt. Der Nutzen und der Umgang mit Patientenverfügungen darf nicht einem motivierten Arzt oder einer aufmerksamen Pflegekraft überlassen werden. Damit wür-

⁷³ Vgl zB Dörries / Neitzke / Simon / Vollmann (Hg.), *Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch* (2. erw. Aufl.), Stuttgart 2010.

de der Einsatz von Patientenverfügungen beliebig oder zufällig organisiert werden, jedoch kein gemeinsam nutzbares Wissen über das *Wie* und *Warum* von Patientenverfügungen entstehen. Es braucht eine kollektive Aufmerksamkeit darauf, wie der Nutzen von Patientenverfügungen (und anderen Vorsorgeinstrumenten) eingesetzt und als Element einer guten Patientinnenversorgung verstanden werden kann.⁷⁴ Ferner braucht es ein gemeinsames Lernen, wie diese Qualität zu erreichen ist, die freilich auch dann zu gewährleisten ist, wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Diese bleibt ein freiwilliges Instrument, um den individuellen Willen und Wunsch von Patientinnen möglichst klar und eindeutig als vorrangige Entscheidungsgrundlage zu positionieren.⁷⁵

⁷⁴ Zur ethischen Diskussion vgl. auch Heimerl / Wegleitner, Entscheidungen in Organisationen – sind Patientenverfügungen eine Hilfe?, in: Krobath / Heller (Hg.), Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik, Freiburg 2010, S 678-699.

⁷⁵ § 15 PatVG will in diesem Zusammenhang Missbrauch vorbeugen: Weder die Errichtung einer Patientenverfügung noch das Unterlassen darf in punkto Versorgungsqualität in allen Bereichen des Gesundheitssystems eine Konsequenz haben.

4. ‚Vorsorgedialog‘ und öffentlicher Diskurs

Der Fortschritt in der medizinischen Forschung und Praxis verändert nicht nur unsere Vorstellung vom Leben, sondern mehr und mehr das Leben selber.⁷⁶ Ein Kernaspekt dieser Veränderung betrifft das Ende des Lebens, welches immer mehr dem Schicksal entrissen und in die Verfügungsmacht des Menschen gestellt wird. Diese Veränderung des Lebens und Sterbens geht alle Menschen an, weswegen sowohl die individuelle Auseinandersetzung mit dem Thema als auch der öffentliche Diskurs über die Art und Weise, wie die Gesellschaft mit dieser Frage umzugehen gedenkt, von großer Bedeutung ist. Die rechtliche Regulierung ist ein Aspekt dieser gesamtgesellschaftlichen Frage des Umgangs mit dem Sterben am Ende des Lebens. Die Öffentlichkeit spielt dabei das Medium, in welchem eine (nationale) Gesellschaft sich ihrer Werte und Vorstellungen vom Lebensende und vom Sterben versichert. Da Fragen der medizinischen Technologie alle Menschen betreffen und in der Zukunft zunehmen werden, müssen diese Fragen auch in einem offenen Diskurs unter möglichst großer Beteiligung der Bürgerinnen diskutiert werden. Eine gesetzliche Regelung wie das Patientenverfügungsgesetz kann dabei der Anlass sein sowohl im individuell-persönlichen Gespräch (unter anderem zwischen Angehörigen der Gesundheitsberufe und Patientinnen) als auch im gesamtgesellschaftlichen Diskurs sich über die eigenen Vorstellungen vom menschenwürdigen Sterben als auch deren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu verständigen. Problematisch wäre es aufgrund vermuteter politischer Sprengkraft des Themas diesen Diskurs sozial und politisch nicht zu führen.⁷⁷

Die empirischen Ergebnisse unserer Studie zeigen, dass das Patientenverfügungsgesetz in einem bestimmten Umfang in der Lage ist, für die Auseinandersetzung über die Frage, wie man sterben möchte, beizutragen. Jedoch führte unsere Untersuchung der Praxis auch die Gefahr einer standardisierten Errichtung von Patientenverfügungen vor Augen, in welcher weder die individuellen Sorgen und Bedürfnisse zur Sprache kommen und die Errichtung der Patientenverfügung auch nicht in einen kommunikativen Prozess zwischen Ärztin und Patientin eingebettet ist. Solcher Art fungieren Patientenverfügungen als bloßes Abwehrrecht. Dies hat durchaus seine Berechtigung, führt jedoch nicht dazu, die Form der Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin zu verbessern, und ein primäres Unbehagen an der modernen Medizin

⁷⁶ Vgl UNESCO: Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (2005). Online abrufbar unter: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html, (abgerufen am 14. Juli 2014)

⁷⁷ Vgl Grießler, „Weil das so ein heißes Thema ist, rühren wir das besser nicht an“. Zur Regulierung kontroverser biomedizinischer Forschung in Österreich, in: Biegelbauer (Hg.), *Steuerung von Wissenschaft?*, Innsbruck et al 2010, S 143-186.

besteht gerade in der mangelnden Kommunikation zwischen Ärztin und Patientin. Ethisch geboten ist eine Stärkung des kommunikativen Aspekts der Selbstbestimmung am Lebensende, welcher durch einen proaktiv von Seiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe initiierten ‚Vorsorgedialog‘ idealerweise geschehen sollte. Dieser ‚Vorsorgedialog‘ ist nicht bloß auf die Aspekte der Patientenverfügung beschränkt, sondern umfasst prospektiv alle Aspekte der eigenen Vorstellung eines guten und gelungenen letzten Lebensabschnitts und kann zum Beispiel (aber nicht nur) beim Übertritt in ein Alters- und/oder Pflegeheim geführt werden. Dabei ist es wichtig, dass dieser Dialog sowohl umfassend alle Bereiche des Lebens und Sterbens abdeckt und nicht auf die Begrenzung medizinischer Behandlungen beschränkt wird. Es versteht sich daher, dass dieser Dialog zwischen Patientin und den Angehörigen der Gesundheitsberufe über eine längere Dauer geführt werden muss und viel Zeit in Anspruch nimmt⁷⁸. Sowohl als ‚Vorsorgedialog‘ wie auch dann in der Komplexität von akuter Behandlungsentscheidungen ist ein dialogisch-partizipativer Entscheidungsprozess⁷⁹ (*shared decision making process*) zu organisieren. Vorsorge- und Behandlungsentscheidungen stellen nicht eine einzige große und schwer zu revidierende Entscheidung dar, sondern brauchen einen fortschreitenden Dialog, ausgerichtet an den Bedürfnissen und dem Willen der Patientinnen⁸⁰.

Die Bedeutung der Kommunikation über die Selbstbestimmung am Lebensende und das Sterben hat nicht nur diese individuelle Dimension in der Form eines ‚Vorsorgedialogs‘, sondern auch eine gesellschaftliche Dimension eines öffentlichen Diskurses. Die individuelle und die gesellschaftliche Dimension bedingen einander insofern, als eine offene Diskussion in der Gesellschaft den Boden schafft für eine enttabuisierte individuelle Auseinandersetzung und aufgrund der individuellen Beschäftigung ein öffentlicher Diskurs angestoßen werden kann. Da Tod und Sterben alle Menschen gleichermaßen angeht, ist es nicht nur bedeutsam, dass alle Menschen die Möglichkeit zur Errichtung von Patientenverfügung ungeachtet ihrer finanziellen Lage haben (siehe oben), sondern auch dass am öffentlichen Diskurs möglichst viele Menschen partizipieren. Hier zeigt sich aufgrund unserer empirischen Ergebnisse, dass die Komplexität der Patientenverfügung sowohl hinsichtlich der Unterscheidung zwischen verbindlicher und beachtlicher Patientenverfügung als auch hinsichtlich der Errichtungshürden

⁷⁸ Dass *advance care planning* einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Pflege am Ende des Lebens leistet, zeigt unter anderem die Studie von Detering et al, The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial, in: BMJ 2010 S 340, c1345.

⁷⁹ Vgl Dinges / Oehmichen, Lebenserhaltung um jeden Preis? Plädoyer für verantwortbare Therapieentscheidungen bei chronisch-kritisch-kranken Menschen, in: Intensiv- und Notfallbehandlung 37 (3), 2012, S 146-151.

⁸⁰ Oorschot / Anselm (Hg.), Mitgestalten am Lebensende. Handeln und Behandeln Sterbenskranker, Göttingen 2007.

von vielen Menschen als abschreckend empfunden wird. Während das Patientenverfügungsgesetz als Instrument der Selbstbestimmung am Lebensende konzipiert wurde, kommt diese Intention des Gesetzgebers in vielen Fällen nicht bei der Bevölkerung an, sondern nur der Subtext eines langwierigen und komplexen Prozesses. Für die öffentliche Auseinandersetzung mit dem selbstbestimmten Sterben ist die Aufklärungsarbeit daher vor allem insofern zu leisten, dass die Grundintention des Patientenverfügungsgesetzes besser kommuniziert wird.

In diesem Zusammenhang ist auch die immer wieder aufflammende öffentliche Diskussion zur Sterbehilfe zu deuten, nämlich als Auseinandersetzung mit der Selbstbestimmung am Lebensende. Jenseits von irreführenden Parolen, wie derjenigen, dass der Staat nichts am Sterbebett zu suchen habe, sind die dahinterliegenden individuellen Sorgen und Ängste in einem öffentlichen Diskurs zu thematisieren. Diese Ängste können sowohl medizinische Über- als auch Unterversorgung am Lebensende betreffen. Eine öffentliche Diskussion über das Patientenverfügungsgesetz könnte für diese Auseinandersetzung ein guter Ausgangspunkt sein.

IV. Rechtlicher Teil

1. Einleitung

1.1. Ebenso wie im rechtlichen Teil der Studie aus 2009 wird die grundlegende Zielsetzung des PatVG als demokratische Abwägungsentscheidung des Gesetzgebers im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Fürsorgeprinzip auch im Folgenden als gegeben vorausgesetzt. Das Erkenntnisinteresse des rechtlichen Teils zielt daher nicht auf eine umfassende rechtspolitische (Neu-)Bewertung des PatVG, sondern auf die Identifikation und Diskussion von möglichen Hindernissen, die einer effektiven Erreichung dieser Ziele entgegen stehen, sowie auf die Analyse von „unerwünschten“ Nebenwirkungen und Begleitfolgen des Gesetzes, die bei seiner Erlassung noch nicht vorhersehbar waren. Durch das Festhalten an diesen Beurteilungsmaßstäben wird zugleich die Kontinuität zur Studie aus 2009 gewährleistet.

1.2. Der Fortgang der Untersuchung orientiert sich aus Gründen der Transparenz und Zuordenbarkeit zu einzelnen Regelungsinhalten weiterhin an der systematischen **Gliederung** des PatVG, soweit dies angesichts des (mehrere Bestimmungen übergreifenden) Charakters mancher Fragestellungen sinnvoll und möglich ist.

1.3. Vorauszuschicken ist, dass sich – abgesehen von einigen kleineren Details und der steten Weiterentwicklung von Lehre und Rechtsprechung – **seit 2009** in rechtlicher **Hinsicht keine wesentlich neuen Aspekte und Problemstellungen** ergeben haben. Das gilt insb für die einschlägige Rechtslage nach dem PatVG, das nach wie vor unverändert in Kraft steht. Aus diesem Grund können die Aussagen des rechtlichen Teils der Studie aus dem Jahr 2009 auch heute im Wesentlichen beibehalten werden. Zur Vermeidung von Wiederholungen beschränkt sich der vorliegende rechtliche Teil daher über weite Strecken auf jene Diskussionspunkte, bei denen entweder inhaltliche Neuerungen zu verzeichnen oder früher getroffene Aussagen bestätigt oder revidiert worden sind; im Übrigen kann auf die Ergebnisse der Studie aus 2009 verwiesen werden. Auch Literatur und Judikatur, die schon 2009 verarbeitet worden ist, wird nicht neuerlich zitiert.

2. Rechtsentwicklung seit 2009

2.1. **Gesetzliche** Änderungen im österreichischen Recht, die sich unmittelbar auf die rechtliche Beurteilung von Patientenverfügungen auswirken, sind seit der Studie aus dem Jahr 2009 nicht ersichtlich. Weder das PatVG selbst noch darauf verweisende Bezugnahmen in anderen Gesetzen (§ 8 Abs 3 KAKuG; § 268 Abs 2 ABGB) wurden seither novelliert. Neu ist allerdings die ausdrückliche Einbeziehung der Patientenverfügungen iSd § 2 Abs 1 PatVG und der Vorsorgevollmachten iSd § 284f ABGB in die Legaldefinition der „**ELGA-Gesundheitsdaten**“ durch § 2 Ziffer 9 lit c des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 – GTelG 2012, BGBl I 2012/111. Nach der Übergangsbestimmung des § 27 Abs 5 GTelG 2012 haben (unter anderem) Patientenverfügungen (§ 27 Abs 5 Z 1 GTelG 2012) und Vorsorgevollmachten (§ 27 Abs 5 Z 2 GTelG 2012) ab 01. 01. 2017 – „nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit“ – in der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zur Verfügung zu stehen.

2.2. Das neue **Organtransplantationsgesetz** – OTPG, BGBl I 2012/108, und die darin enthaltenen Bestimmungen über den Widerspruch zur postmortalen Organspende haben mit Patientenverfügungen iSd PatVG nichts zu tun. Widersprüche gegen eine Organentnahme von Verstorbenen wirken erst nach dem Todeseintritt, während Patientenverfügungen iSd PatVG ihre Wirkung definitionsgemäß zu Lebzeiten entfalten sollen. Da das OTPG die schon bisher geltenden Regelungen des Krankenanstaltenrechts über Organentnahmen von Verstorbenen (§§ 62a ff KAKuG) inhaltsgleich übernommen hat, ergeben sich für das Verhältnis zwischen Patientenverfügung und Transplantationsrecht keine neuen Aspekte.

2.3. Das Schicksal der im Arbeitsprogramm der amtierenden Bundesregierung in Aussicht genommenen verfassungsrechtlichen Verankerung eines Verbots der „Tötung auf Verlangen“ ist derzeit ebenso wenig absehbar wie das Ergebnis der parlamentarischen Enquete „Würde am Ende des Lebens“ (39/KOMM 25. GP). Obwohl sich die neu entflammte rechtspolitische Debatte über die „aktive **Sterbehilfe**“ nicht gegen das Rechtsinstitut der Patientenverfügung richtet, ist nicht auszuschließen, dass eine – wie auch immer formulierte – verfassungsrechtliche Verankerung von „Sterbehilfeverboten“ zu einer Schwächung des Selbstbestimmungsrechts führen wird, die sich mittelbar auch auf die Rechtslage im Bereich der Patientenverfügungen auswirken kann. In jedem Fall würde eine solche verfassungsrechtliche Festschreibung das Gewicht des Selbstbestimmungsrechts am Lebensende mindern.

2.4. Ab dem Geltungsbeginn der europäischen **Verordnung über klinische Prüfungen** von Humanarzneimitteln (Verordnung [EU] 536/2014 vom 16. 04. 2014 des Europäischen Parla-

ments und des Rates, ABl 2014/158, 1) werden voraussichtlich ab 2016 neue Bestimmungen über klinische Arzneimittelprüfungen unmittelbar wirksam, die die bisherige Richtlinie 2001/20/EG ersetzen. Dies trifft auch auf die Regelungen über die mögliche Vorab-Verweigerung der Teilnahme an klinischen Prüfungen bei nichteinwilligungsfähigen Personen zu (vgl Art 31 Abs 1 lit c, Art 32 Abs 1 lit c, Art 35 Abs 1 lit d der VO 536/2014). Da die VO 536/2014 im Gegensatz zur Vorläuferregelung in der – umsetzungsbedürftigen – Richtlinie 2001/20 unmittelbar wirksam wird, können die Bestimmungen über antizipierte Ablehnungen von klinischen Arzneimittelprüfungen als *leges speciales* zu jenen des PatVG angesehen werden.

2.5. Die **Biomedizinkonvention des Europarates** wurde von Österreich nach wie vor weder unterzeichnet noch ratifiziert. Daher gilt auch die – bisher einzige – einschlägige völkerrechtliche Bestimmung über Patientenverfügungen (Art 9 Biomedizinkonvention⁸¹) nicht für Österreich. Vernünftige Gründe für diese Verweigerungshaltung und die damit verbundene Torpedierung eines europäischen „bioethischen“ Mindeststandards sind nach wie vor nicht erkennbar.⁸²

2.6. Im Rahmen seiner Arbeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung der in der Biomedizinkonvention festgelegten Prinzipien hat der Europarat seit 2009 mehrere (rechtlich nicht verbindliche) Dokumente vorgelegt, die sich mit medizinischen Entscheidungen am Lebensende befassen und die daher auch das Thema Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht betreffen. Zu erwähnen ist vor allem die **Recommendation CM/Rec(2009)11 des Ministerkomitees (MKER) des Europarates vom 09. 12. 2009 „on principles concerning continuing powers of attorney and advance directives for incapacity“**⁸³ sowie der vom Ausschuss für Bioethik des Europarates (DH-BIO) erstellte **Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende**“(2014).⁸⁴

81 Vgl den von *Roberto Andorno* verfassten Bericht für den Europarat: *The previously expressed wishes relating to health care. Common principles and differing rules in national legal systems* (2008) (www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/CDBI_2008_29%20Andorno%20e.pdf).

82 Dazu zuletzt *Kopetzki*, Zur Bindungswirkung der Biomedizinkonvention des Europarates und ihren Grenzen, FS Fuchs (2014) 225 ff.

83 Dazu *Pesendorfer*, Die Patientenverfügung – ausgewählte zivilrechtliche Fragen unter Berücksichtigung internationaler Aspekte und Entwicklungen, Wiener rechtswissenschaftliche Dissertation (2012) 97 ff.

84 Siehe www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/conferences_and_symposia/Guide%20FDV%20deutsch.pdf.

3. Das PatVG in Rechtsprechung und Lehre

3.1. Mit Beschluss vom 21. 02. 2013, G 45/12, wies der **Verfassungsgerichtshof** (VfGH) einen gem Art 140 B-VG eingebrachten Individualantrag auf Aufhebung des § 9 PatVG als unzulässig zurück. Der Antragsteller machte unter Hinweis auf eine von ihm errichtete beachtliche Patientenverfügung geltend, es sei wegen § 9 PatVG nicht gesichert, dass er gegen seinen Willen keinen medizinischen Eingriffen unterzogen werde. § 9 PatVG stelle daher einen Eingriff in sein durch Art 8 Abs 1 EMRK garantiertes Recht auf Selbstbestimmung dar. In der Sache brachte der Antragsteller verfassungsrechtliche Bedenken gegen § 9 PatVG insb im Hinblick auf das Recht auf Privat- und Familienleben des Art 8 EMRK, das Recht auf Gleichheit aller Staatsbürger vor dem Gesetz und das Bestimmtheitsgebot des Art 18 B-VG vor. Der VfGH wies den Antrag mit der – im Lichte seiner ständigen Rechtsprechung nahe liegenden – Begründung zurück, dass der lediglich auf Aufhebung der Bestimmung des § 9 PatVG gerichtete Antrag zu eng formuliert sei: § 9 PatVG regle nur die Voraussetzungen einer beachtlichen Patientenverfügung. Der Antragsteller machte jedoch geltend, dass die rechtlichen Voraussetzungen für eine verbindliche Patientenverfügung in verfassungswidriger Weise zu streng gefasst seien. Damit aber richteten sich seine Bedenken nicht gegen § 9 PatVG, sondern vielmehr gegen die Regelungen der §§ 4 bis 7 PatVG. Das Ziel des Antragstellers, nämlich dass die von ihm errichtete Patientenverfügung verbindlich sein soll, würde selbst im Fall einer Aufhebung des § 9 PatVG nicht erreicht. Vielmehr bliebe die Rechtslage für ihn im Wesentlichen unverändert, weil seine Patientenverfügung gemäß der ausdrücklichen Anordnung des § 8 PatVG weiterhin (bloß) beachtlich wäre. Mit Entscheidung vom 5. 3. 2012, G 130/11, hat der VfGH auch den Verfahrenshilfeantrag des Betroffenen wegen Aussichtslosigkeit abgewiesen.

Auch ein zweiter – ähnlich begründeter – Versuch, Teile des PatVG durch einen Individualantrag zu Fall zu bringen, scheiterte neuerlich an der unzureichenden Formulierung des Aufhebungsbegehrens: der Antrag wurde vom VfGH mit Beschluss vom 16. 6. 2014, G 82/2013, ebenfalls zurückgewiesen.

Eine inhaltliche Aussage über die Verfassungsmäßigkeit des PatVG hat der VfGH mit diesen prozessualen Entscheidungen über die (Un-)Zulässigkeit der Individualanträge nicht getroffen. Es kann aber mit guten Gründen bezweifelt werden, dass die Antragsteller selbst bei einem besser gefassten Aufhebungsantrag in der Sache Erfolg gehabt hätte, da die (hohen) Er-

richtungsvoraussetzungen für eine verbindliche Patientenverfügung einem legitimen gesetzlichen Ziel dienen.⁸⁵

3.2. Der **OGH** hatte in einer Sachwalterschaftssache 2012 erstmals über die rechtlichen **Wirkungen einer (beachtlichen) Patientenverfügung** zu entscheiden (OGH 8. 10. 2012. 9 Ob 68/11g). Im Mittelpunkt des Verfahrens stand die (sachwalterrechtliche) Frage, ob der vom Sachwalter – im Einklang mit der mangels Unterschrift bloß „beachtlichen“ Patientenverfügung der Betroffenen – gewünschte Abbruch einer lebenserhaltenden medizinischen Behandlung (Sondenernährung) einer pflegschaftsgerichtlichen Genehmigung bedarf. Der OGH verneinte dies entgegen verbreiteter Ansicht in der Literatur, da für eine derartige gerichtliche Zuständigkeit weder eine gesetzliche Grundlage bestehe noch eine analoge Anwendung des Genehmigungsvorbehalts gem § 283 Abs 2 ABGB in Betracht komme. Darüber hinaus nahm der OGH auch zu einigen Auslegungsfragen in Bezug auf Patientenverfügungen Stellung: Zum Ersten bestätigte er die (ganz herrschende) Auffassung, wonach auch die Sondenernährung eine medizinische Behandlung darstelle, deren Ausschluss Gegenstand einer Patientenverfügung sein kann. Zum zweiten stellte er (entgegen Teilen der Lehre) klar, dass § 268 Abs 2 ABGB, der die Bestellung eines Sachwalters bei Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung ausschließt, bei beachtlichen Patientenverfügungen nicht anwendbar sei. Und zum Dritten betonte der OGH zwar, dass der Sachwalter die beachtliche Patientenverfügung zur Erforschung des mutmaßlichen Willens des Betroffenen „ins Kalkül zu ziehen“ habe und er „an den in einer bloß beachtlichen Patientenverfügung verankerten Willen des Patienten als Richtschnur und Orientierungshilfe gebunden“ sei. In weiterer Folge kam der OGH aber zum überraschenden Schluss, dass in einem solchen Fall „weder dem Sachwalter noch dem behandelnden Arzt [...] die alleinige Entscheidungsbefugnis“ zukomme. „Vielmehr haben sie unter Beachtung der beachtlichen Patientenverfügung über die weitere Vorgangsweise konsensual zu befinden. Ist nur einer von ihnen für die Lebenserhaltung, hat diese Vorrang.“

Die Entscheidung 9 Ob 68/11g wurde in der rechtswissenschaftlichen Literatur überaus **kritisch** rezipiert.⁸⁶ Vor allem die – aus dem positiven Recht nicht ableitbare – These des „konsensualen Vorgehens“ von Sachwalter und Arzt sowie die vom OGH behaupteten Folgen eines fehlenden Konsenses stießen weithin auf Ablehnung. Diese Auslegung läuft darauf hinaus, dass es der behandelnde Arzt auch bei einem zweifelsfrei feststellbaren (und in einer beachtlichen Patientenverfügung ausgedrückten) Patientenwillen und einer darauf gegründeten

⁸⁵ In diesem Sinn die zutreffende Einschätzung von *Ganner*, iFamZ 2013/35, 71 f.

⁸⁶ Vgl – durchwegs ablehnend – zB *Bernat*, EF-Z 2013, 5, *Ganner*, iFamZ 2013/14, 52 f; *Kletecka*, Zak 2012/762, 415 f; *Kopetzki*, RdM 2013/74, 111 ff; *Pfurtscheller*, EvBl 2013/60, 418 f.

Zustimmungsverweigerung des Sachwalters in der Hand hat, den „Konsens“ mit dem Sachwalter aufzukündigen und dem Patienten eine ungewollte Behandlung aufzuzwingen. Im Ergebnis wurde mit dieser Entscheidung die rechtliche Wirksamkeit von „beachtlichen Patientenverfügungen“ ebenso geschwächt wie die Bedeutung des „mutmaßlichen Patientenwillens“.⁸⁷ Wenn man zudem noch die ohnehin recht uneinheitliche Akzeptanz der Patientenverfügung in der Ärzteschaft berücksichtigt, dann erscheint das hohe, weder durch die beachtliche Patientenverfügung noch durch den Willen des Sachwalters übergehbare Gewicht, das der OGH der Lebenserhaltungsabsicht des behandelnden Arztes zuspricht, im Lichte des grundrechtlich verbürgten Selbstbestimmungsrechts des Patienten besonders fragwürdig. Diese Judikaturentwicklung könnte Anlass für eine rechtspolitische „Nachjustierung“ geben. Vgl auch 5.1.3, 7.1.2 und 8.2.

3.3. Die **Volksanwaltschaft** hat in ihrem Bericht für das Jahr 2013 erstmals Empfehlungen zum Thema Patientenverfügungen abgegeben.⁸⁸ Ausgehend von der Feststellung erheblicher Wartezeiten bei der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung bei der Patientenvertretung eines Bundeslandes sprach sich die Volksanwaltschaft dafür aus, den Patientenanwaltschaften personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um die Ansuchen auf Errichtung einer Patientenverfügung in angemessener Frist bearbeiten zu können. Darüber hinaus stellt die Volksanwaltschaft ganz allgemein in Frage, ob die zwingende Neuerrichtung einer Patientenverfügung nach fünf Jahren unbedingt erforderlich sei; dieses Erfordernis bedeute – auch angesichts der durch die ärztliche Beratung entstehenden Kosten – eine Hürde für eine kontinuierliche Patientenverfügung. Die Volksanwaltschaft trat daher dafür ein, dass die Gültigkeitsdauer von verbindlichen Patientenverfügungen zumindest verlängert werden sollte. Dadurch würde – so die Volksanwaltschaft abschließend – „auch die Autonomie der Patientinnen und Patienten als Ausdruck des Respekts vor deren Willen gestärkt werden.“

3.4. Ein zum **deutschen** Strafrecht ergangenes Urteil des (deutschen) **BGH**,⁸⁹ das die Abgrenzung zwischen (verbotenen) „aktiven“ Tötungshandlungen und (bei entgegenstehendem Patientenwillen erlaubten und gebotenen) „passiven“ Behandlungsabbrüchen betrifft, verdient auch für Österreich Beachtung. Obwohl aus juristischer Sicht breiter Konsens darüber besteht,

87 Die Entscheidung steht auch in einem Spannungsverhältnis zur Vorjudikatur, in der der OGH sogar die „mutmaßliche Behandlungsablehnung“ als zulässigen Grund für die Einstellung lebensverlängernder medizinischer Maßnahmen anerkannt – und durch Hinweis auf das PatVG zusätzlich unterstrichen – hat (OGH 7. 7. 2008, 6 Ob 286/07p, RdM 2009/119). Insofern hat die in der Studie 2009 konstatierte Funktion des PatVG bei der Stärkung des Selbstbestimmungsrechts einen Rückschlag erlitten.

88 Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und den Bundesrat für das Jahr 2013 (April 2014), III-60 BlgNR 25. GP = III-521-BR/2014, Punkt 4.8.2, 171-173.

89 BGH 25. 6. 2010, 2 StR 454/09, BGHSt 55, 191.

dass das strafrechtliche Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung (§ 110 StGB) und die Möglichkeit der Ablehnung einer medizinischen Behandlung nach dem PatVG auch dann greift, wenn der Abbruch einer bereits eingeleiteten und technisch unterstützten Behandlung auf ein neuerliches „aktives“ Tätigwerden (zB Abschalten eines Gerätes, Entfernung eines Hilfsmittels etc) angewiesen ist, tauchen zu dieser Grenzziehung immer wieder Unsicherheiten auf. Wer die (eine aktive Intervention erfordernde) Abschaltung einer maschinellen Lebenserhaltung oder die Einstellung einer vom Patienten verweigerten Sondenernährung mitunter in den Dunstkreis eines strafrechtlich verpönten Verhaltens rückt, bewegt sich freilich weder in Deutschland noch in Österreich auf dem Boden des geltenden Rechts. Der BGH hat dies nun für den deutschen Rechtsbereich bekräftigt, indem er eine aktive Verhinderung der (vom Patienten abgelehnten, jedoch von der Heimleitung erzwungenen) Wiederaufnahme einer Sondenernährung in Form der Durchtrennung der PEG-Sonde nicht als strafbare „aktive“ Tötungshandlung, sondern als (insofern „passives“) Sterbenlassen gewertet hat.⁹⁰ Mit dieser – im Wesentlichen auch für Österreich zutreffenden – höchstgerichtlichen Entscheidung sollte das semantische Verwirrspiel um „aktive“ und „passive“ Sterbehilfe ein Ende finden.

3.5. Die Auseinandersetzung mit dem PatVG in der **juristischen Fachliteratur** hat auch in den letzten fünf Jahren kontinuierlich angehalten, wenngleich nicht mehr in dem Umfang und in der Intensität wie in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes;⁹¹ mitunter han-

90 Vgl dazu aus österreichischer Sicht nur *Reiff*, Können wir wissen, was wir eines Tages wollen. Das BGH-Urteil zum Behandlungsabbruch, *juridikum* 2010, 380; *Kopetzki*, Abbruch lebenserhaltender Sondenernährung auf Grundlage des Patientenwillens auch bei „aktivem“ Tun nicht strafbar, *RdM* 2010/91.

91 Für Literaturnachweise bis einschließlich 2009 vgl die Studie 2009, insb FN 31. Zum seither erschienenen juristischen Schrifttum vgl (neben den in FN 86 schon erwähnten Entscheidungsbesprechungen) zB *Bernat*, Entwicklungslinien des Medizinrechts, *RdM* 2014, 36 (48 f); *Bernat*, Sterbehilfe und Sachwalterrecht. Zugleich eine Besprechung des Beschlusses des OGH v 18. 10. 2012, 9 Ob 68/11g, EF-Z 2013, 5; *Christian*, Patientenverfügungsregister der österreichischen Rechtsanwälte, *AnwBl* 2010/02, 57; *Fuchs*, Lokale Rechtskulturen im Sachwalterrecht, *iFamZ* 2010, 318; *Ganner*, Rechtsstatsächliches zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und gesetzlicher Vertretung durch nächste Angehörige. Erhebungen in Österreich und Deutschland zur Akzeptanz in der Bevölkerung, *iFamZ* 2009, 150; *Glanzer*, Alternativen zur Sachwalterschaft (2009); *Inthorn*, Wünsche und Befürchtungen bei der Errichtung von Patientenverfügungen, in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen. Handlungspflicht versus Ablehnungsfreiheit* (2010) 67; *Kern*, Patienten mit limitierter Einwilligung – Wege zur vorurteilslosen Behandlung, in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen. Handlungspflicht versus Ablehnungsfreiheit* (2010) 81; *Kerschner/Lang*, Patientenrechte und Behandlungsbegrenzung (Abbruch, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht), in *Resch/Wallner* (Hrsg), *Handbuch Medizinrecht* (2011) 129 (105 ff); *Kind*, *Mein Recht als Patient*² (2014) 69 ff; *Koller*, Gibt es eine qualifiziert beachtliche, unmittelbar bindende Patientenverfügung? Betrachtungen de lege lata und de lege ferenda, *iFamZ* 2012, 24; *Kopetzki*, Der Abbruch der künstlichen Ernährung beim Wachkomapatienten, in *Kröll/Schaupp* (Hrsg), *Eluana Englaro – Wachkoma und Behandlungsabbruch. Medizinische – ethische – rechtliche Aspekte* (2010) 61; *Kopetzki*, Behandlungsablehnung trotz vitaler Indikation. Juristische Stellungnahme, *RdM* 2010/4, 15; *Kopetzki*, 3 Jahre Patientenverfügungsgesetz, *RdM* 2010/1; *Kotorman*, Die Patientenverfügung – wirksamer Ausdruck des Patientenwillens oder doch nur ein geduldiges Stück Papier? *ÖZPR* 2011, 92; *Lorenz*, The Austrian Way – Die neue Patientenverfügung in der Praxis – „Der österreichische Weg“, in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen. Handlungspflicht versus*

delt es sich „nur“ um aktualisierte Neuauflagen älterer Werke.⁹² Hinzugekommen sind rechtswissenschaftliche Dissertationen, Diplomarbeiten und sonstige akademische Abschlussarbeiten, die sich – mit unterschiedlichen Schwerpunkten – der Patientenverfügung widmen.⁹³ Durch die Weiterentwicklung der literarischen Diskussionen haben sich in manchen Fragen durchaus „herrschende Auffassungen“ herausgebildet; einiges bleibt umstritten. Im Großen und Ganzen hat die Literatur seit 2009 aber keine wesentlich neuen Aspekte hervorgebracht.

Es kann deshalb darauf verzichtet werden, die bereits in der Studie 2009 aufgezeigten Unklarheiten, Auslegungsprobleme und etwaige Regelungsdefizite in voller Breite zu wiederholen. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf jene Punkte, die im Vergleich zur Studie 2009 neu sind oder bei denen zumindest neue Gesichtspunkte aufgeworfen wurden. Die Literaturhinweise beanspruchen auch diesmal keine Vollständigkeit und werden nur beispielhaft und punktuell angeführt.

Ablehnungsfreiheit (2010) 33; *Marzi*, Patienten mit limitierter Einwilligung im Krankenhaus – Patientengewissen versus Arztgewissen, in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen. Handlungspflicht versus Ablehnungsfreiheit* (2010) 15; *Neumayr*, Wer verwaltet wen? Leitlinien für die Verwaltung des Vermögens von behinderten Personen, *iFamZ* 2012, 244 (248); *Oswald/Schmallegger*, Partnerschaftsvertrag zwischen nichtehelichen Lebensgefährten, *EF-Z* 2013, 13 (16); *Perner*, Ärztliche Nachforschungspflichten und ELGA, *ÖJZ* 2013, 1052; *Pierer*, Grenzen der Vertretungsmacht des Sachwalters in Fragen der Personensorge, *EF-Z* 2014, 14 (17); *Reiff*, Können wir wissen, was wir eines Tages wollen? Das BGH-Urteil zum Behandlungsabbruch, *Juridikum* 2010, 380; *Riesz*, Grundrechtliche Überlegungen zum neuen „ELGA-G“, *SPRW* 2013 V&V A 17; *Schwamberger*, Gesundheitsberufsrechte und Ethik, *RdM* 2012/34; *Sprohar-Heimlich*, Die Patientenverfügung, in *Gruber/Kalss/Müller/Schauer* (Hrsg), *Erbrecht und Vermögensnachfolge* (2010) 695 § 24; *Stadler*, Einwilligung in die medizinische Behandlung – ein Überblick, *ÖZPR* 2010/113; *Taban*, Das neue Schweizer Erwachsenenschutzrecht, Die wichtigsten Regelungen im Rechtsvergleich mit Österreich, *iFamZ* 2012, 80; *Tschugguel*, Kommentar zu §§ 268, 283 ABGB, in *Kletetcka/Schauer* (Hrsg), *ABGB-ON 1.02* (2013) (www.rdb.at).

92 ZB *Bernat*, Kommentar zum PatVG, in *Schwimann/Kodek* (Hrsg), *ABGB*⁴ (2011); *Memmer*, Patientenverfügungen, in *Aigner* ua (Hrsg), *Handbuch Medizinrecht für die Praxis* (18. ErgLfg Stand April 2014) I.8; *Pesendorfer*, Die Patientenverfügung, in *Barth/Ganner*, *Handbuch des Sachwalterrechts*² (2010) 383.

93 *Pesendorfer*, Die Patientenverfügung – ausgewählte zivilrechtliche Fragen unter Berücksichtigung internationaler Aspekte und Entwicklungen, Wiener rechtswissenschaftliche Dissertation (2012); *Pichler*, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Selbstbestimmung am Lebensende aus der Perspektive von Patienten und Experten, Bachelorarbeit an der FH Oberösterreich (2013); *Palzer*, Die Patientenverfügung. Ein Rechtsvergleich Österreich – England, Wiener rechtswissenschaftliche Dissertation (2010); *Gaberc*, Umfang und Grenzen des Selbstbestimmungsrechts des Patienten in Österreich, Deutschland und Slowenien – gezeigt insbesondere am Beispiel der Patientenverfügung, Grazer rechtswissenschaftliche Dissertation (2010); *Decker*, Der Abbruch intensivmedizinischer Maßnahmen in den Ländern Österreich und Deutschland, Wiener rechtswissenschaftliche Dissertation (2010) (als Buch erschienen im Verlag Peter Lang 2012).

4. Allgemeines

4.1. Grundsätzliche Bewertung

4.1.1. Die grundsätzliche rechtliche und rechtspolitische Bewertung des PatVG durch das juristische Schrifttum fällt – trotz kritischer Einwände in Details – weiterhin tendenziell positiv aus.⁹⁴ Jene (wenigen) Autoren, die dem PatVG schon nach Inkrafttreten ablehnend gegenüberstanden, haben ihren Standpunkt freilich beibehalten.⁹⁵

4.1.2. Ausgehend von der oben (1.1) skizzierten Fragestellung soll die Entscheidung des demokratischen Gesetzgebers, den Gegenstand der Patientenverfügungen bundeseinheitlich zu regeln, ebenso wenig hinterfragt werden wie die dabei getroffenen grundsätzlichen rechtspolitischen Abwägungen im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und „fürsorglichem“ Gesundheitsschutz im Bereich der Medizin. Dass diese Gewichtungen und die dabei verwendeten Regelungstechniken auch ganz anders ausfallen können, zeigt nach wie vor die große Heterogenität gesetzlicher Regelungsmodelle in anderen europäischen Staaten,⁹⁶ die sich seit 2009 noch weiter verschärft hat. So haben etwa Deutschland (2009)⁹⁷ und die Schweiz (2013)⁹⁸ durch den Verzicht auf spezifische (über das Schriftformgebot hinausgehende) formelle und inhaltliche Vorgaben für Patientenverfügungen sehr niedrige Errichtungsvoraussetzungen festgelegt, während in Liechtenstein durch die (geringfügig adaptierte und durch ein Register ergänzte) Rezeption des österreichischen PatVG eine weitgehend gleichartige Rechtslage gilt wie in Österreich.⁹⁹ Das Ministerkomitee des Europarates hat diese erheblichen Beurteilungsspielräume der Mitgliedstaaten in seiner Empfehlung CM/Rec(2009)11 indirekt anerkannt, indem sowohl die Intensität der Bindungswirkung von Patientenverfügungen als auch die Art und Weise der Sicherstellung ihrer Gültigkeit und Effektivität dem Ermessen der Staaten überlassen wird.¹⁰⁰ Insofern befindet sich Europa auf diesem Gebiet also noch in einer gewissen rechtspolitischen

94 ZB *Kotorman*, ÖZPR 2011, 94; *Marzi* in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen* 16, 20.

95 So insb *Bernat*, RdM 2014, 48 ff.

96 Vgl die rechtsvergleichende Übersicht bei *Pesendorfer*, *Patientenverfügung* 15 ff; *Andorno*, *The previously expressed wishes relating to health care. Common principles and differing rules in national legal systems* (2008) (vgl FN 81).

97 In Deutschland erfolgte 2009 eine Regelung der Patientenverfügung im Kontext des Betreuungsrechts als Teil des BGB (§ 1901a BGB); vgl das Gesetz vom 29. 7. 2009 zur Änderung des Betreuungsrechts, BGBl 2009 I Nr 48; in Kraft seit 1. 9. 2009.

98 In der Schweiz steht die (erstmalige) gesetzliche Regelung der Patientenverfügung ebenfalls im Kontext des Vormundschaftsrechts und wurde mit der Reform des Erwachsenenschutzrechts ab 2013 in Kraft gesetzt (Art 370-373 ZGB); vgl das Gesetz vom 19. 12. 2008, in Kraft seit 1. 1. 2013 (AS 2011 725; BBl 2006 7001). Für einen Vergleich mit Österreich siehe zB *Taban*, *iFamZ* 2012, 80.

99 Patientenverfügungsgesetz (PatVG) vom 13. April 2011, Liechtensteinisches LGBl 2011/209; gleichzeitig wurde das FL-IPRG novelliert (FL-LGBl 2011/210). Grundlage des Patientenverfügungsregisters ist die Verordnung vom 3. 4. 2012 über das Zentrale Patientenverfügungsregister (ZPVRV), FL-LGBl 2012/99.

100 Vgl Principle 15, 16 CM/Rec (2009)11.

„Experimentalphase“. Eine rechtsvergleichende Evaluation der Vor- und Nachteile der jeweiligen Regelungskonzepte wäre lohnend, erscheint aber erst nach einer längeren Beobachtungsphase sinnvoll.

4.2. Quantitative Akzeptanz und Inanspruchnahme

Der stete mediale,¹⁰¹ inzwischen auch in einer parlamentarischen Anfrage¹⁰² formulierte Hinweis auf die „geringe Inanspruchnahme“ der Patientenverfügung in der österreichischen Bevölkerung begleitete das PatVG weiterhin. Wie schon in der Studie 2009 betont, ergibt sich daraus aber kein tragfähiges Argument gegen die Wirksamkeit des PatVG. Weder gibt es einen verlässlichen objektiven Maßstab dafür, ab welcher quantitativen Inanspruchnahme einem Gesetzesprojekt ein tatsächlicher „Erfolg“ zu bescheinigen wäre, noch werden die Zielsetzung und die Effizienz des PatVG dadurch geschmälert, dass sich nur eine kleine Zahl von Menschen der dadurch eröffneten Handlungsmöglichkeiten bedient. Auch die Entscheidung, eine andere – oder überhaupt keine – Vorsorge für künftige Entscheidungssituationen im Bereich medizinischer Behandlungen zu treffen, muss als Ausdruck der Selbstbestimmung ebenso respektiert werden wie die Errichtung einer Patientenverfügung. Dazu kommt, dass die Akzeptanz des neuen Rechtsinstituts ganz unterschiedlich bewertet wird: Manche bedauern, dass die Patientenverfügung „(noch) nicht weit verbreitet ist“,¹⁰³ während andere deren „bereits zahlreich[e]“ Inanspruchnahme konstatieren.¹⁰⁴

Insoweit der Hinweis auf die „geringe Inanspruchnahme“ mit dem **mangelnden Informationsstand** der Bevölkerung und/oder der Angehörige der Gesundheitsberufe verknüpft wird,¹⁰⁵ handelt es sich dabei um kein Problem, das mit gesetzlichen Mitteln zu lösen wäre. Abgesehen davon ist realistischerweise davon auszugehen, dass sich die (geringe) Rechtskenntnis breiter Bevölkerungsschichten in Bezug auf die Patientenverfügung nicht wesentlich von der Rechtskenntnis in anderen Bereichen des (Medizin)Rechts unterscheidet. Der staatlichen Informationspolitik ist daraus jedenfalls kein Vorwurf zu machen, weil die Informationsangebote gerade auf diesem Themengebiet besonders zahlreich¹⁰⁶ und – insb in Zeiten der elektroni-

101 Vgl statt aller den Bericht unter <http://noe.orf.at/news/stories/2503462/> vom 3.10.2011 („Patientenverfügung: Nur wenig gefragt“).

102 Vgl die Anfrage 10767/J 24. GP sowie die Anfragebeantwortung des Bundesministers für Gesundheit vom 26. 4. 2012, 10669/AB 24. GP.

103 *Marzi* in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen* 17.

104 *ZB Kerschner/Lang* in *Resch/Wallner* (Hrsg), *Handbuch Medizinrecht* 167 Rz 107.

105 Statt vieler *Fuchs*, *iFamZ* 2010, 323 (sollte „wesentlich besser beworben werden“); *Kotorman*, *ÖZPR* 2011, 94 (es fehle „unter den Normadressaten vielfach noch am Bewusstsein“).

106 Vgl statt vieler die Informationen seitens der Patientenanwaltschaften der Länder (zB www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/patientenanwaltschaft/vorsorge/patientenverfuegung.html;

schen Kommunikationsmedien – für jeden Interessierten leicht zugänglich sind. Die – gewiss notwendige – Verbesserung der Rechtskenntnisse der Angehörigen der Gesundheitsberufe ist im Wesentlichen eine Aufgabe der für die Ausbildung zuständigen Stellen sowie der Dienstgeber.

www.patientenanwalt.com/ihre-rechte/patientenverfuegung), des Bundesministeriums für Gesundheit (vgl insb den Leitfaden „Patientenverfügung und Selbstbestimmung“ aus 2009 sowie weitere Informationen unter www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Patientenverfuegung) oder des Vereins für Konsumenteninformation (vgl den Ratgeber von *Kind*, Mein Recht als Patient² [2010]).

5. Allgemeine Bestimmungen: Anwendungsbereich, Begriffe etc

5.1. Zur Unterscheidung zwischen verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen

5.1.1. Die gesetzliche – in dieser Form nur in Österreich und Liechtenstein anzutreffende – Differenzierung **zwischen „verbindlichen“ und „beachtlichen“ Patientenverfügungen** ist – trotz der mit der Relativität dieser Unterscheidung einhergehenden Unklarheiten und Missverständnisse – nach wie vor als sinnvoller rechtspolitischer Kompromiss zwischen divergierenden Zielsetzungen und Prinzipien zu bewerten. Die parallele Verfügbarkeit der formgebundenen „verbindlichen Patientenverfügung“ (neben der beachtlichen Verfügung) eröffnet wegen der damit verbundenen inhaltlichen und formellen Garantien die Möglichkeit, die Beweis- und Interpretationsprobleme bei der Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ erheblich einzuschränken, ohne zugleich den (mitunter gleichwertigen) Rückgriff auf den in einer „beachtlichen“ Verfügung ausgedrückten „mutmaßlichen Willen“ gänzlich abzuschneiden. Die Beibehaltung der „verbindlichen“ Patientenverfügung verspricht immer noch ein erhöhtes Maß an Rechtssicherheit und Verlässlichkeit bei der Ermittlung des Patientenwillens als die „bloß“ beachtliche Patientenverfügung. Ein Verzicht auf die Kategorie der „beachtlichen Patientenverfügung“ und ein „Monopol“ formgebundener „verbindlicher“ Patientenverfügungen würde zu einem unverhältnismäßigen Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht jener Patienten führen, die die inhaltlichen und prozeduralen Hürden solcher verbindlicher Verfügungen nicht bewältigen wollen oder können.

Der „Dualismus“ zwischen verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen ist auch durch die **Empfehlung CM/Rec(2009)11** des Ministerkomitees des Europarates gestützt worden: Die Empfehlung überlässt es einerseits den Mitgliedstaaten, die materiellen und formellen Kriterien für die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bzw „gewisser Arten von Patientenverfügungen“ festzulegen¹⁰⁷ – was Österreich insb mit den Errichtungsbestimmungen für verbindliche Patientenverfügungen getan hat. Andererseits sollen aber auch jene Patientenverfügungen, die keine unmittelbare Bindungswirkung aufweisen, nicht gänzlich unbeachtlich sein, sondern als Ausdruck des Patientenwunsches angemessen berücksichtigt wer-

¹⁰⁷ Vgl Principle 15 Abs 1 Satz 1 („States should decide to what extent advance directives should have binding effect“) sowie Principle 16 („1. States should consider whether advance directives or certain types of advance directives should be made or recorded in writing to have binding effect. 2. States should consider what other provisions and mechanisms may be required to ensure the validity and effectiveness of those advance directives“).

den.¹⁰⁸ Einen ähnlichen Standpunkt nimmt der vom Europarat vorgelegte Leitfaden ein.¹⁰⁹ Das entspricht grundsätzlich durchaus dem Konzept der beachtlichen Patientenverfügung als Grundlage des „mutmaßlichen Patientenwillens“.

5.1.2. Die Unterscheidung zwischen „verbindlichen“ und „beachtlichen“ Patientenverfügungen ermöglicht auch die Kontinuität zu der **Rechtsprechung des OGH**, der in einer Entscheidung zur Rechtslage vor dem PatVG bereits die Relevanz einer „mutmaßlichen Behandlungsverweigerung“ bejaht hat. Der Gerichtshof hat damals nicht nur ausdrückliche aktuelle oder in Form einer verbindlichen Patientenverfügung gekleidete ablehnende Willensäußerungen des Patienten, sondern darüber hinaus auch die bisher strittige „mutmaßliche Behandlungsverweigerung“ als Grund für einen Behandlungsabbruch anerkannt, sofern sich diese auf nachvollziehbare schriftliche oder mündliche Äußerungen des Patienten stützt.¹¹⁰ Das entspricht im Wesentlichen den Bestimmungen des PatVG, da die §§ 8 und 9 PatVG die Ermittlung des tatsächlichen (wenn auch hypothetischen) Patientenwillens im Rahmen der Beurteilung einer „beachtlichen Patientenverfügung“ zur zentralen Maxime erheben.¹¹¹

In seiner späteren – schon unter der Geltung des PatVG ergangenen – Entscheidung 9 Ob 68/11g (vgl oben 3.2) hat der OGH anlässlich einer als bloß „beachtlich“ eingestuften Patientenverfügung die Verbindlichkeit des darin ausgedrückten „mutmaßlichen Patientenwillens“ neuerlich bekräftigt. Freilich wird diese in der Folge dadurch konterkariert, dass der OGH die Durchsetzung dieses mutmaßlichen Willens nicht dem Sachwalter überlässt, sondern ein konsensuales Vorgehen zwischen Sachwalter und Arzt verlangt, mit der Konsequenz, dass die Behandlung auch gegen den Willen des Sachwalters (und des „mutmaßlichen Patientenwillens“) fortzusetzen ist, sofern sich nur der behandelnde Arzt für die weitere Behandlung ausspricht. Im Lichte der Zielsetzungen des PatVG, der Selbstbestimmung der betroffenen Personen jenseits „verbindlicher“ Patientenverfügungen zum Durchbruch zu verhelfen, wird die-

108 Vgl Principle 15 Abs 1 Satz 2 („Advance directives which do not have binding effect should be treated as statements of wishes to be given due respect“).

109 Vgl den Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende (FN 84) 20, wo – zum Beispiel des Ablaufs der Gültigkeitsdauern einer Patientenverfügung – betont wird, dass diese „immer noch einen Anhaltspunkt dafür [bieten], was der Patienten gewünscht hätte“.

110 OGH 7. 7. 2008, 6 Ob 286/07p, RdM 2009/119; dazu ausführlich *Bernat*, Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei einwilligungsunfähigen Patienten, JBl 2009, 129; *Kletecka*, Zak 2008/571, 332; *Schütz*, Abbruch der künstlichen Ernährung bei einer einwilligungsunfähigen Patientin – vorsätzliche Tötung durch Unterlassen?, iFamZ 2009, 32.

111 *Schütz*, iFamZ 2009, 33.

se Judikatur mit guten Gründen als „ernüchternd“¹¹² und als Wegbereiter eines die Patientenautonomie aushöhlenden „**Behandlungsautomatismus**“ eingestuft.

5.1.3. Vor dem Hintergrund dieser Judikaturentwicklung und deren kontraproduktiver Effekte hinsichtlich der „Beachtlichkeit“ nicht verbindlicher Patientenverfügungen sollte überlegt werden, ob bzw wie das Gewicht und die Bindungswirkung von (qualifiziert) „beachtlichen Patientenverfügungen“ durch **gesetzliche Nachjustierungen** gestärkt werden könnte. In diesem Zusammenhang ist die schon in der Studie 2009 ausgesprochene Empfehlung zu erneuern, zumindest die **Begleitbestimmungen** in anderen Gesetzen entsprechend anzupassen. Das trifft nach wie vor auf **§ 8 Abs 3 KAKuG** zu, wonach für einsichts- und urteilsunfähige Patienten grundsätzlich die Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters erforderlich ist, „sofern die Vornahme der medizinischen Behandlung nicht durch eine verbindliche Patientenverfügung ausgeschlossen ist“. Diese Formulierung lässt den – inzwischen durch OGH 9 Ob 68/11g bestätigten – Eindruck zu, dass alle anderen Erscheinungsformen einer Behandlungsablehnung (zB eine zeitnahe mündliche Weigerung; sonstige qualifiziert beachtliche Patientenverfügungen) immer eine stellvertretende Entscheidung durch Dritte verlangen. Das trifft aber auch auf **§ 268 Abs 2 ABGB** zu, nachdem der OGH jenen Lehrmeinungen¹¹³ eine Absage erteilt hat, wonach es auch dann keiner Sachwalterbestellung bedarf, wenn eine informierte Entscheidung des Patienten in Form einer qualifiziert beachtlichen Patientenverfügung eindeutig feststeht. Hiefür würde es genügen, den Vorschlag von *Pesendorfer* aufzugreifen und das Wort „verbindliche“ in **§ 268 Abs 2 Satz 2 ABGB** zu streichen, sodass auch qualifiziert beachtliche Patientenverfügungen eine Sachwalterbestellung entbehrlich machen würden. Für alle anderen (nicht verbindlichen) Patientenverfügungen würde dies nichts ändern, weil gem **§ 268 Abs 2 ABGB** ohnehin konkret darauf abzustellen ist, ob für die Besorgung der Angelegenheiten der behinderten Person „im erforderlichen Ausmaß vorgesorgt“ ist (was bei „bloß“ beachtlichen Patientenverfügungen eben in der Regel nicht zutrifft).¹¹⁴

Auch eine gesetzliche Klarstellung der – vom OGH verneinten – pflegschaftsgerichtlichen Zuständigkeit bei Behandlungsablehnungen durch den Sachwalter in **§ 283 Abs 2 ABGB** könnte mittelbar zur Aufwertung beachtlicher Patientenverfügungen beitragen (vgl auch 8.2).

112 ZB *Ganner*, iFamZ 2013, 52; grundlegende Kritik bei *Bernat*, EF-Z 2013, 5 ff.

113 Für den Ausschluss der Sachwalterbestellung auch bei „qualifiziert beachtlichen“ Patientenverfügungen zuletzt wieder *Stadler*, ÖZPR 2010, 121; *Tschugguel*, ABGB-ON § 283 Rz 5; *Kerschner/Lang* in *Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht 175 Rz 141; *Pesendorfer*, Patientenverfügung 108. Diese Auffassung wird auch in der Anfragebeantwortung des Gesundheitsministers 10699/AB 24. GP (Punkt 4) vertreten. Der OGH folgte hingegen der Gegenmeinung von *Koller*, iFamZ 2012, 24.

114 In diesem Sinn – auch unter Bezugnahme auf die Empfehlung EKMR Rec(2009)11 – *Pesendorfer*, Patientenverfügung 99.

5.2. Inhalt und sachlicher Anwendungsbereich von Patientenverfügungen

5.2.1. Dass Gegenstand einer Patientenverfügung iSd PatVG nur die **Ablehnung medizinischer Maßnahmen** sein kann, ist wegen § 2 Abs 1 PatVG nicht strittig, auch wenn in der Praxis mitunter auch ganz andere Inhalte (zB positive Behandlungswünsche, Widerspruch zur Organentnahme gem OTPG oder zur Heranziehung zu Unterrichtszwecken gem § 44 KAKuG) aufgenommen werden;¹¹⁵ diese unterliegen aber jedenfalls nicht der Wirksamkeit bzw Verbindlichkeit iSd PatVG.

5.2.2. Ebenso unbestritten ist, dass der Begriff der (nach PatVG ablehnbaren) „medizinischen Behandlung“, insb auch Maßnahmen der „**künstlichen Ernährung**“ (insb der **Sondenernährung**) einschließt.¹¹⁶ Das gilt sowohl für die Ablehnung des Setzens der Sonde als auch für die Verweigerung der Fortsetzung der Ernährung und des Fortbestandes der Sonde in jenen Fällen, in denen der ablehnende Wille erst nach dem schon erfolgten Beginn der Ernährung bekannt wird. Auch der OGH hat in 9 Ob 68/11g die grundsätzliche Anwendbarkeit des PatVG auf die Ablehnung einer Sondenernährung nicht in Frage gestellt.¹¹⁷

5.2.3. Die Anwendbarkeit des PatVG im Rahmen der psychiatrischen **Unterbringung** nach dem UbG wurde vom Gesetzgeber anlässlich der UbG-Novelle 2010 indirekt bestätigt.¹¹⁸ An der fehlenden Ablehnbarkeit von Maßnahmen, in Bezug auf welche eine gesetzliche Duldungspflicht besteht (vgl § 13 PatVG), ändert dies freilich nichts. Das gilt auch für freiheitsbeschränkende Maßnahmen nach dem Heimaufenthaltsrecht, die nicht mit medikamentösen Mitteln erfolgen.

5.2.4. Fragen der Entscheidungsbefugnis bei **postmortalen Eingriffen an Leichen** haben auch nach Inkrafttreten des neuen Organtransplantationsgesetzes (OTPG) nichts mit dem PatVG zu tun (vgl oben 2.1).¹¹⁹ Die Wirksamkeit eines Widerspruchs zur Organentnahme nach dem Tod ist nicht Gegenstand des PatVG, sondern richtet sich nach Transplantationsrecht (§ 5 Abs 1 OTPG).

115 Dazu mwN wieder *Stadler*, ÖZPR 2010, 120.

116 Zuletzt wieder *Kotorman* ÖZPR 2011, 92; *Kerschner/Lang* in *Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht 165 Rz 102.

117 Dazu – und zur fehlenden Erzwingbarkeit „händischer“ Ernährung – *Ganner*, iFamZ 2013, 52.

118 Vgl 601 BlgNR 24. GP 18; dazu *Kopetzki*, Grundriss des Unterbringungsrechts³ (2012) Rz 662.

119 Das gilt auch für Verfügungen betreffend die postmortale „Körperspende“ an eine Universität für die ärztliche Weiterbildung bzw Wissenschaft: zur höchstpersönlichen und nicht durch einen Sachwalter vertretbaren Natur solcher Willenserklärungen vgl OGH 13. 12. 2012, RdM 2013/103 (*Kräftner*) = EvBl 2013/66 = JBl 2013, 166 = EF-Z 2013/90 = iFamZ 2013/97 (*Reiter*).

5.3. Errichtende Personen, „Reichweitenbegrenzung“?

5.3.1. Dass eine Patientenverfügung immer „nur höchstpersönlich errichtet“ werden kann, ist wegen der eindeutigen Formulierung des § 3 PatVG nicht fraglich, ebenso wenig der Umstand, dass die Errichtung einer Patientenverfügung bei vorliegender „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ (§ 3) nach den allgemeinen zivilrechtlichen Regeln (vgl nun § 173 ABGB) und im Gegensatz zu Deutschland auch Minderjährigen (typischerweise ab 14 Jahren) oder Personen mit Sachwalter offensteht.¹²⁰ Zusätzlicher Zustimmungskakte Dritter (zB der Eltern) bedarf es dabei nicht.¹²¹ Das Abstellen auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist im Lichte des geltenden Kindschaftsrechts konsequent, wenngleich dadurch die Zugangshürden zur Patientenverfügung deutlich anders gezogen werden als bei der Vorsorgevollmacht, für die Geschäftsfähigkeit erforderlich ist.¹²² Hingewiesen sei auch darauf, dass der Gesetzgeber durch den generellen Ausschluss Minderjähriger von Lebendorganspenden (§ 8 Abs 1 OTPG) jüngst eine abweichende Wertung getroffen hat.

5.3.2. Der Verzicht des Gesetzgebers auf eine „Reichweitenbegrenzung“ von Patientenverfügungen auf bestimmte Lebensphasen, Krankheitsbilder oder bereits aktuell erkrankte Personen war nicht nur aus verfassungsrechtlicher Sicht zwingend, da es für eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts auf bestimmte Krankheitsbilder oder Krankheitsphasen keinen sachlichen Grund gibt. Auch die Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates CM/Rec(2009)11 enthält keine solche Einschränkung; sie hat sich auch in den Nachbarstaaten nicht durchgesetzt. Umso befremdlicher ist deshalb, wenn in einer aktuellen – und immerhin als allgemeinverständlicher Ratgeber für Laien konzipierten – Publikation zu lesen ist, dass das „Wirksamwerden einer Patientenverfügung“ unter anderem „vom aussichtslosen Verlauf einer Krankheit oder einer anderen Körperschädigung“ abhängt, „die unmittelbar den Sterbeprozess einleitet“.¹²³ Für solche Fehlinformationen ist gewiss weder das PatVG noch dessen Vollziehung verantwortlich zu machen; das Beispiel wirft aber ein deutliches Licht auf die weiterhin bestehenden Schwierigkeiten bei der korrekten Vermittlung der geltenden Rechtslage.

120 ZB Bernat in Schwimann/Kodek, § 3 PatVG Rz 4; Kerschner/Lang in Resch/Wallner (Hrsg), Handbuch Medizinrecht 170 Rz 122; Pierer, EF-Z 2014, 17.

121 Pesendorfer in Barth/Ganner (Hrsg), Handbuch Sachwalterrecht 447.

122 Pierer, EF-Z 2014, 17. Das Problem der (allenfalls fehlenden) Geschäftsfähigkeit kann sich allerdings auch bei verbindlichen Patientenverfügungen in Bezug auf Rechtsgeschäfte über die ärztliche bzw rechtliche Beratung stellen; dazu Memmer in Aigner ua (Hrsg), Handbuch Medizinrecht Kap I.8.2.2.2.2.

123 So das vom Verein für Konsumenteninformation in zweiter Auflage herausgegebene Buch „Mein Recht als Patient“ (2014) 70.

5.3.3. Da eine Patientenverfügung immer nur für den Fall wirksam wird, dass der Patient im Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr einsichts- und urteilsfähig ist (§ 2 Abs 2 PatVG), gilt bei entscheidungsfähigen Personen immer ihre **aktuelle Entscheidung**, unabhängig davon, ob sie eine (allenfalls abweichende) Patientenverfügung errichtet haben oder nicht.¹²⁴ Der aktuell geäußerte Wille geht der früheren Willenserklärung – und umso mehr dem hypothetischen bzw „mutmaßlichen“ Willen – immer vor.¹²⁵ Es besteht auch kein Grund für die Annahme, dass eine aktuelle Willensbildung hinsichtlich einer anstehenden Behandlungsentscheidung einen Widerruf in Bezug auf eine früher errichtete, aber inhaltlich abweichende Patientenverfügung impliziert.¹²⁶ Es steht jedem frei, im Zustand der Einsichts- und Urteilsfähigkeit von der eigenen Patientenverfügung nach Belieben abzuweichen, ohne dadurch deren Wirksamkeit für künftige Fälle zu gefährden, in denen die Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht mehr gegeben ist. Selbstverständlich kann – entgegen einem immer wieder auftauchenden Missverständnis – auch niemand dazu verhalten werden, eine Behandlungsablehnung in Gestalt einer Patientenverfügung zu formulieren, wenn er aktuell ohnehin hinreichend entscheidungsfähig ist.¹²⁷

5.4. Adressaten von Patientenverfügungen

5.4.1. Die Einsicht, dass sich Patientenverfügungen an keinen bestimmten Adressatenkreis richten und ihre Wirkung daher grundsätzlich gegenüber jedermann entfalten, hat sich allgemein durchgesetzt.¹²⁸ Eine Patientenverfügung gilt daher für jede Person, die über die Vornahme einer medizinischen Behandlung zu entscheiden hat, also nicht nur für Ärzte, sondern gegebenenfalls auch für Angehörige, für das Pflegepersonal, den Sachwalter und den Vorsorgebevollmächtigten. Im Verhältnis zum Vorsorgebevollmächtigten wird die Bindungswirkung der Patientenverfügung aber dadurch relativiert, dass in der – wenngleich nicht herrschenden – Lehre mitunter die Auffassung vertreten wird, wonach auch der Vorsorgebevollmächtigte (bei entsprechender Bevollmächtigung) die Patientenverfügung widerrufen könne.¹²⁹

124 MwN *Kopetzki*, RdM 2010, 16; *Kind*, Mein Recht als Patient 69.

125 *Neumayr* iFamZ 2012, 248.

126 In diese Richtung allerdings *Kerschner/Lang* in *Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht 175 f Rz 147 und 152.

127 Vgl die Falldiskussion bei *Mangold/Maschenbauer/Peintinger/Kopetzki*, Behandlungsablehnung trotz vitaler Indikation, RdM 2010/4.

128 Statt vieler *Kotorman*, ÖZPR 2011, 92; *Stadler*, ÖZPR 2010, 121; *Tschugguel*, ABGB-ON § 283 Rz 4; *Kerschner/Lang* in *Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht 174 Rz 139.

129 *Kerschner/Lang* in *Resch/Wallner* 174 Rz 138; anders die wohl herrschende Ansicht, die nur einen höchstpersönlichen Widerruf anerkennt: mwN *Pesendorfer* in *Barth/Ganner*, Handbuch Sachwalterrecht 431.

5.5. Rechtliche Folgen der Ablehnung einer Behandlung

5.5.1. Während die grundsätzliche „Verbotswirkung“ einer verbindlichen Patientenverfügung aus juristischer Sicht nicht in Frage gestellt wird, bestehen über die **Bindungswirkung von „beachtlichen“ Patientenverfügungen** weiterhin recht unterschiedliche und widersprüchliche Auffassungen.¹³⁰ Das hängt zum einen mit den Schwierigkeiten bei der Ermittlung des „mutmaßlichen Willens“ zusammen. Zum anderen hat auch die Rechtsprechung des OGH und die dort vertretene These vom „konsensualen Vorgehen“ zwischen Sachwalter und Arzt (9 Ob 68/11g; vgl oben 3.2.) eher zur Verwirrung als zur Klärung beigetragen.

5.5.2. Das mitunter schwierige Verhältnis zwischen einer Behandlungsablehnung und der ärztlichen Behandlungspflicht bzw einer allfälligen krankenanstaltenrechtlichen Aufnahmepflicht in Fällen, in denen ein Patient eine bestimmte Behandlung bzw deren Ziel nicht generell ablehnt, sondern nur **bestimmte Methoden verweigert** (zB Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas), ist schon in der Studie 2009 ausführlich thematisiert worden. Die in der Literatur berichtete Haltung mancher Einrichtungen, bestimmte medizinische Eingriffe bzw eine Aufnahme unter Hinweis auf das Vorliegen einer Patientenverfügung generell zu verweigern,¹³¹ erscheint auch im Lichte von § 15 PatVG problematisch: Denn gem § 15 PatVG darf (unter Verwaltungsstrafandrohung) weder der Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung noch der Erhalt solcher Leistungen davon abhängig gemacht werden, dass eine Patientenverfügung errichtet oder dies unterlassen wird.

5.5.3. Die unter juristischen Laien gelegentlich anzutreffende Erwartung, dass selbst verbindliche Patientenverfügungen „im Fall des Falles“ durch Ärzte oder Angehörige übergangen werden dürfen, um dem Patienten die medizinisch „richtige“ Behandlung zukommen zu lassen, beruht auf einem fundamentalen Missverständnis über den Sinn und die rechtliche Funktion von Patientenverfügungen. Die Beseitigung dieser Fehlschätzung wäre Aufgabe der juristischen Beratung über die Folgen der Patientenverfügung (§ 6 Abs 1 PatVG).

5.6. Internationale Aspekte

Die Auffassungsunterschiede über die innerstaatliche Wirksamkeit von Patientenverfügungen, die unter der Geltung einer fremden Rechtsordnung errichtet wurden, konnten auch seit 2009

130 Hinweise zB bei *Kotorman*, ÖZPR 2011, 93.

131 Dazu *Lorenz* in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen* 35 ff; *Kern* *ibid* 81 ff.

nicht beigelegt werden.¹³² Für hinreichende Rechtssicherheit bedürfte es wohl einer ausdrücklichen gesetzlichen Klarstellung, wie sie etwa Liechtenstein in einer – das FL-PatVG begleitenden – Novellierung des FL-IPRG vorgenommen hat.¹³³

132 MwN zum Meinungsstand wieder *Pesendorfer*, Patientenverfügung 83 ff; *Bernat* in *Schwimann/Kodek* (Hrsg), ABGB⁴ § 6 PatVG Rz 4.

133 Vgl das Gesetz vom 13. 4. 2011 betreffend die Abänderung des Gesetzes über das internationale Privatrecht, FL-LGBl 2011/210. Gem Art 16 Abs 2 FL-IPRG ist für die Voraussetzungen der Errichtung und für die Wirksamkeit von Patientenverfügungen liechtensteinisches Recht maßgebend. Dazu auch *Pesendorfer*, Patientenverfügung 61 ff.

6. Verbindliche Patientenverfügungen

6.1. Allgemeines

6.1.1. Berichte über die Schwierigkeiten von Patienten, ihre eigenen positiven Vorstellungen über künftige Behandlungssituationen in die Ablehnung medizinischer Maßnahmen zu transformieren, haben auch in den letzten Jahren nicht abgenommen. Das gilt insb für den **Transformations- und Übersetzungsprozess** individueller Werthaltungen, Wünsche und Vorstellungen des Patienten in die vom PatVG gebotenen konkreten sprachlichen Beschreibungen jener medizinischen Behandlungen, die Gegenstand einer verbindlichen Ablehnung sein sollen (§ 4).

Wie bereits in der Studie 2009 näher ausgeführt, ist die **begrenzte Antizipierbarkeit künftiger Ereignisse** aber mit dem Rechtsinstitut einer „antizipierten Selbstbestimmung“ zwingend verbunden und kann daher nicht als Argument gegen das PatVG ausgespielt werden. Folglich ist auch die Möglichkeit einer „**Situationsdiskordanz**“¹³⁴ – also der mehr oder weniger starken Divergenz zwischen der in der Patientenverfügung antizipierten und der dann tatsächlich eingetretenen Entscheidungssituation – dem Rechtsinstitut der Patientenverfügung immanent. Es wäre zwar denkbar, den Druck zur konkreten Formulierung der abgelehnten Behandlungen gesetzlich zurückzunehmen und/oder die formellen Errichtungskriterien abzusenken. Damit würde man aber eine Reihe anderer Nachteile und Risiken in Kauf nehmen, die sich aus der dann zunehmenden Unbestimmtheit und Auslegungsfähigkeit der Patientenverfügungen ergeben. Vor diesem Hintergrund muss die vom Gesetzgeber getroffene Abwägungsentscheidung, die im Wesentlichen auf den Schutz der Authentizität, Aktualität und Ernsthaftigkeit der Willensbildung abzielt, nach wie vor als legitimer rechtspolitischer Kompromiss gewertet werden.

Auch der Forderung, auf einzelne Anforderungen bei der Errichtung (zB Aufklärung, Formvorschriften, Erneuerungspflicht) zu verzichten und dem Patienten auf diese Weise den Prozess der Übersetzung seines Willens in eine bindende Willenserklärung zu erleichtern, ist weiterhin entgegen zu halten, dass dies nur unter Inkaufnahme anderer Probleme möglich wäre: Der Entfall des gesetzlichen Konkretisierungsgebotes würde die Auslegungsspielräume bei Patientenverfügungen vergrößern, der Wegfall einer Erneuerungspflicht würde die Frage nach der Aktualität der Willensbildung bzw einer zwischenzeitigen Willensänderung weiter zuspitzen, und durch den Verzicht auf eine obligate ärztliche und juristische Beratung würde eine

134 Dazu *Kerschner/Lang* in *Resch/Wallner*, Handbuch Medizinrecht 171 ff Rz 125 ff.

Schutzfunktion wegfallen, deren Ziel gerade in der Erzwingung einer grundlegenden und informierten Auseinandersetzung des Patienten mit seiner eigenen zukunftsorientierten Entscheidung liegt.

6.1.2. Dass die gesetzliche Festlegung bestimmter formeller Erfordernisse für die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen ebenso legitim wie notwendig ist, um nachvollziehbare Kriterien für die Überprüfung der Gültigkeit der Verfügung zu etablieren, wird inzwischen auch in den **Empfehlungen des Europarates** anerkannt, auch wenn den Staaten ein weiter Spielraum bei der Konkretisierung dieser formalen Regeln zugestanden wird. Das Schriftlichkeitsgebot wird dabei nur als Untergrenze genannt: „Die Notwendigkeit, etwas Schriftliches in der Hand zu haben, das es erlaubt, seine Echtheit zu überprüfen, ist ein unstrittiges Erfordernis: Je rechtlich bindender Vorausverfügungen [...] sind, desto mehr kommt es darauf an, dass sie in der erforderlichen Weise abgefasst wurden“.¹³⁵ Als zusätzliche Formalkriterien werden beispielsweise die „Gültigkeitserklärung durch den Arzt“ nach Überprüfung des mentalen Zustandes des Patienten, die Begrenzung der Gültigkeitsdauer oder die Aufnahme in ein nationales Register erwähnt.¹³⁶ In die selbe Richtung weist Principle 16 Abs 2 der Empfehlung CM/Rec(2009)11: „States should consider what other provisions and mechanisms may be required to ensure the validity and effectiveness of those advance directives“.

6.1.3. In Frage stellen lässt sich allerdings die schematische **fünfstufige Verbindlichkeitsdauer** des § 7 Abs 1 PatVG, weil dies der unterschiedlichen Dynamik von Krankheitsverläufen nur bedingt gerecht wird.¹³⁷ Im Sinne der Empfehlungen der Volksanwaltschaft könnte daher in Erwägung gezogen werden, die Gültigkeitsdauer von verbindlichen Patientenverfügungen zu verlängern¹³⁸ oder – wie von *Koller* vorgeschlagen – deren Festlegung selbst wieder von der individuellen Entscheidung des Betroffenen abhängig zu machen¹³⁹. Damit würde sich auch die Kostenproblematik etwas entspannen.

6.1.4. Für die Beibehaltung der (bei verbindlichen Patientenverfügungen) obligaten **ärztlichen und rechtlichen Beratung** sprechen hingegen weiterhin gute Gründe. Die – durch die Erfahrungen der letzten Jahre und die dabei aufgetauchten Missverständnisse wiederholt be-

135 Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende (FN 84) 21.

136 Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende (FN 84) 20 f.

137 Vgl auch den Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende (FN 84) 20: „Je nach Erkrankung kann die Antwort in diesem Punkt verschieden ausfallen.“

138 III-60 B1gNR 25. GP 171 ff.

139 *Koller*, iFamZ 2012, 26.

stätigte – Bedeutung dieser Beratung liegt unter anderem darin, jene Patienten „herauszufiltern“ (und vor der Errichtung einer verbindlichen Verfügung zu bewahren), die im Grunde gar keine „verbindliche“ Entscheidung für künftige Behandlungsablehnungen treffen wollen, sondern das Instrument der Patientenverfügung eher als Projektions- und Artikulationsfläche für ungeklärte Wünsche oder Befürchtungen betrachten.

6.1.5. Abgesehen davon würden die Schwierigkeiten einer einigermaßen plausiblen Antizipation künftiger Geschehnisse **noch viel massiver auftreten, wenn es das Rechtsinstitut der verbindlichen Patientenverfügung iSd PatVG nicht gäbe**: Dann bedürfte es nämlich in jedem Behandlungsfall einer Rekonstruktion des „mutmaßlichen Patientenwillens“, die außerhalb der geregelten Bahnen des PatVG ungleich schwerer fallen würde als im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Vorgaben. Die im PatVG enthaltenen inhaltlichen, formellen und prozeduralen Bedingungen der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen bieten immerhin einen rechtlich geordneten Rahmen, um künftige therapeutische Entscheidungen möglichst eng an den Patientenwillen zu binden und die Formulierung dieses Willens so präzise wie möglich zu gestalten. Wer die Hürden der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung nicht auf sich nehmen möchte, hat immer noch die Möglichkeit, gar keine oder eine „beachtliche“ Patientenverfügung (als Hilfsmittel für die Feststellung des mutmaßlichen Willens) zu errichten. Für die Sicherstellung situationsnaher Vertretungsentscheidungen steht als Alternative die Vorsorgevollmacht zur Verfügung.

6.2. Aufklärung

6.2.1. Die Kritik an der obligaten **ärztlichen Aufklärung** als Voraussetzung einer verbindlichen Patientenverfügung (§ 5) ist auch seit der Studie 2009 nicht verstummt. Dabei spielt die **Kostenfrage** nach wie vor eine zentrale Rolle.¹⁴⁰ Diese Einwände zielen auf ein gänzlich anderes – weniger formgebundenes – Regelungsmodell bei der Errichtung von Patientenverfügungen, wie es inzwischen etwa in Deutschland und in der Schweiz verwirklicht ist.

Die Argumente, die für die Beibehaltung des derzeitigen Modells sprechen, haben sich allerdings nicht geändert: Im System des PatVG ist die obligate Aufklärung eine konsequente Ergänzung des Bestimmtheitsgebots hinsichtlich der „konkreten Beschreibung“ der abgelehnten Maßnahme, da der medizinische Laie ohne fachkundige (auch terminologische) Unterstützung kaum in der Lage sein wird, seine mitunter vagen Vorstellungen in eine **Sprache** zu

140 Vgl zB den Bericht der Volksanwaltschaft III-60 BlgNR 25. GP 172 oder die parlamentarische Anfrage 10767/J 24. GP.

fassen, die dem behandelnden Arzt eine hinreichend klare Handlungsanweisung gibt. Weiters bietet die Aufklärung eine Sicherung gegen voreilige Entscheidungen, die zB auf **Fehleinschätzungen** des Patienten über künftige Situationen und Therapieoptionen oder über die – unter Umständen medizinisch negativen – **Folgen** einer Beachtung der Verfügung beruhen können.

6.2.2. Zu bedenken ist vor allem, dass dem aufklärende Arzt auch die Beurteilung und Dokumentation der **Einsichts- und Urteilsfähigkeit** obliegt. Schon allein diese Aufgabe rechtfertigt für sich genommen die Einschaltung eines Arztes, weil nur auf diese Weise sichergestellt werden kann, dass überhaupt eine rechtserhebliche, auf entsprechender Handlungsfähigkeit beruhende Willenserklärung vorliegt. Die Notwendigkeit einer vorangehenden ärztlichen Beurteilung des Geisteszustandes wird auch im Leitfaden des Europarates angesprochen.¹⁴¹ Würde man auf diesen Schritt verzichten, wäre jede Patientenverfügung mit dem im Nachhinein kaum beseitigbaren Zweifel belastet, ob der Patient im Zeitpunkt seiner Willensbildung überhaupt ausreichend handlungsfähig war. Dieser Zweifel würde im Lichte der Rechtsprechung des OGH gegen eine Bindungswirkung der Verfügung ausschlagen.¹⁴² Ein Entfall der Aufklärungspflicht hätte also eine höchst ambivalente Wirkung: Die Schwelle zur Errichtung einer (verbindlichen) Patientenverfügung würde zwar scheinbar abgesenkt, die Bindungswirkung der Verfügung wäre dadurch aber im Ergebnis nicht gestärkt, sondern generell in Frage gestellt.

6.2.3. Die Hürde, dass die ärztliche (wie auch die juristische) Beratung **Kosten** nach sich zieht, lässt sich jedenfalls nicht dadurch bewältigen, dass man die Angehörigen der betroffenen freien Berufe zu kostenlosen Leistungen zwangsverpflichtet. Eine Alternative bestünde darin, für bestimmte ärztliche Beratungskosten eine sozialversicherungsrechtliche Leistungspflicht vorzusehen oder – wie von der Volksanwaltschaft hinsichtlich der Rechtsberatung vorgeschlagen¹⁴³ – entsprechende personelle Ressourcen bei anderen öffentlichen Einrichtungen (zB Patientenanwaltschaften der Länder, öffentliche Krankenanstalten) bereitzustellen. Die Entscheidung über die Finanzierbarkeit solcher Maßnahmen bleibt weiterhin eine politische Frage.

141 Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende (FN 84) 21, zur ärztlichen Bestätigung des „mentalens Zustandes des Patienten“ und der „Glaubwürdigkeit seiner Anweisungen“.

142 OGH 16. 7. 1998, 6 Ob 144/98i = RdM 1999/21 = EvBl 1999/21 („psychiatrisches Testament“).

143 III-60 BlgNR 25. GP 171 ff.

6.3. Errichtung

6.3.1. Auch die anhaltenden Einwände gegen die **Sinnhaftigkeit der Beteiligung** von Juristen im Errichtungsprozess verbindlicher Patientenverfügungen¹⁴⁴ sind durch ihre stete Wiederholung nicht plausibler geworden. Dem Juristen kommt nicht nur eine „**Warnfunktion**“ vor übereilten oder unbedachten Entscheidungen zu, wie sie in der Rechtsordnung auch sonst durch erhöhte Formerfordernisse erzielt wird. Er ist auch Garant für die Erfüllung der rechtlichen Verbindlichkeitsvoraussetzungen im Sinne einer „**Textverantwortlichkeit**“ (Verständlichkeit und Bestimmtheit der Formulierungen, Verifizierung der Identität, Prüfung allfälliger Willensmängel, Grobkontrolle der Handlungsfähigkeit, Vorliegen einer ärztlichen Aufklärung etc). Außerdem erweist sich die dem Juristen obliegende rechtliche „**Belehrung über die Folgen**“ der verbindlichen Patientenverfügung und deren Widerrufbarkeit auch deshalb als unverzichtbar, weil sie dem Betroffenen die (bindenden) Konsequenzen seiner Verfügung vor Augen führt, ihn an das damit einhergehende **Befolungsrisiko** erinnert und ihn gegebenenfalls über alternative Instrumente der Entscheidungsvorsorge informiert. Gerade die anlässlich dieser Studie neuerlich sichtbar gewordenen Missverständnisse über die Bindungswirkung von Patientenverfügungen – etwa in Gestalt der Erwartung, die Ärzte und Angehörigen könnten ungeachtet der Patientenverfügung weiterhin frei über die Notwendigkeit der Behandlung entscheiden – bekräftigen nachhaltig die Bedeutung der Einbeziehung von rechtskundigen Personen.

6.3.2. Die mit der rechtlichen Beratung verbundene **Kostenbelastung** lässt sich aus denselben Gründen nicht ganz vermeiden wie bei der ärztlichen Beratung. Sie könnte aber – entsprechend den Empfehlungen der Volksanwaltschaft¹⁴⁵ – durch einen Ausbau der personellen Ressourcen für eine (kostenlose) Beratung durch die Patientenanwaltschaften bzw Patientenvertretungen der Länder entschärft werden. Auch die von der Volksanwaltschaft vorgeschlagene Verlängerung der maximalen Gültigkeitsdauer von verbindlichen Patientenverfügungen könnte zur Senkung der Kosten im Zusammenhang einer Neuerrichtung beitragen.

Dass mit der „beachtlichen Patientenverfügung“ ohnehin eine „im Ergebnis“ gleichwertige kostenlose Alternative zur Verfügung steht,¹⁴⁶ mag im Prinzip – und von der ursprünglichen Konzeption des Gesetzes her – zutreffend sein. Die Effektivität dieser Alternative wird aller-

144 Vgl für viele nun wieder *Koller*, iFamZ 2012, 26.

145 III-60 B1gNR 25. GP 171 ff.

146 So die parlamentarische Anfragebeantwortung 10669/AB 24. GP.

dings davon abhängen, ob es in Zukunft gelingt, der von der Judikatur des OGH¹⁴⁷ erheblich geschwächten „beachtlichen Patientenverfügung“ wieder mehr Gewicht zu verschaffen.

147 Vgl (insb zu OGH 9 Ob 68/11g) oben 3.2 und 5.1.3.

7. Beachtliche Patientenverfügungen

7.1. Bindungswirkung beachtlicher Patientenverfügungen

7.1.1. Zur allgemeinen Frage der Bindungswirkung „beachtlicher“ Verfügungen und zum Verhältnis zur „verbindlichen“ Patientenverfügung vgl schon oben 5.1.

7.1.2. Das in der Literatur überwiegend vertretene – und dem PatVG durchaus entsprechende – Konzept der „**qualifiziert beachtlichen Patientenverfügungen**“, die in Anwendung der Kriterien des § 9 einer verbindlichen Patientenverfügung so nahe kommen, dass sie im Ergebnis dieselbe unmittelbare Bindungswirkung entfalten (und eine Sachwalterbestellung gem § 268 Abs 2 ABGB entbehrlich machen),¹⁴⁸ hat durch die Rechtsprechung des OGH¹⁴⁹ eine Absage erhalten. Damit sind zugleich die Erwartungen enttäuscht worden, die „beachtliche Patientenverfügung“ stelle eine kostengünstigere, einfacher zu errichtende und elastischer handhabbare Alternative zur „verbindlichen Patientenverfügung“ dar, die jedoch in „qualifizierten“ Grenzfällen nichtsdestoweniger gleich „verbindlich“ ist.

Unabhängig davon, wie man zu den – nun vom OGH entschiedenen – Meinungsdivergenzen *de lege lata* steht, sollte **de lege ferenda** nach rechtspolitischen Strategien gesucht werden, um das rechtliche Gewicht der „bloß“ beachtlichen Patientenverfügungen wieder zu verstärken. Vgl dazu auch unter 5.1.3.

7.2. Aktuelle mündliche Ablehnungen

Die schon in der Studie 2009 berichteten Unsicherheiten der Praxis beim Umgang mit **aktuellen mündlichen Behandlungsablehnungen** dürften nach wie vor bestehen. Das gilt insb für die verfehlte These, der – eine bestimmte Behandlung verweigernde – entscheidungsfähige Patient müsse zur Durchsetzung seines Willens zuerst zwingend eine verbindliche Patientenverfügung errichten.¹⁵⁰ Diese Fehleinschätzung hat freilich mit dem PatVG nichts zu tun, sondern beruht auf Unkenntnis oder schlicht auf mangelnder Akzeptanz einer seit langem geltenden und im Wesentlichen unstrittigen Rechtslage: Die vorsätzliche Missachtung mangelfreier aktueller mündlicher Behandlungsverweigerungen durch einsichts- und urteilsfähige

148 MwN und Beispielen statt vieler *Pesendorfer* in *Barth/Ganner* (Hrsg), Handbuch Sachwalterrecht 413, 418 ff; *Stadler*, ÖZPR 2010, 121; ebenso die parlamentarische Anfragebeantwortung des Gesundheitsministers 10669/AB 24. GP. Anders *Koller*, iFamZ 2012, 24 ff.

149 OGH 9 Ob 68/11g; näher oben 3.2., 5.1.3.

150 Kritische Diskussion bei *Mangold/Maschenbauer/Peintinger/Kopetzki*, Behandlungsablehnung trotz vitaler Indikation, RdM 2010/4.

Patienten ist und bleibt ebenso eine (straf-)rechtswidrige eigenmächtige Heilbehandlung gem § 110 StGB wie die Missachtung einer verbindlichen Patientenverfügung.

8. Gemeinsame Bestimmungen

8.1. Unwirksamkeit

8.1.1. Von den in § 10 PatVG formulierten Unwirksamkeitstatbeständen hat vor allem der Widerruf gem § 10 Abs 2 PatVG weiterhin literarische Kontroversen ausgelöst. Doch auch hinsichtlich der anderen (Un)Wirksamkeitstatbestände bleibt die Problematik bestehen, dass der durch die Formbindung verbindlicher Patientenverfügungen erweckte Eindruck besonderer Rechtssicherheit einer nicht unerheblichen Belastung ausgesetzt wird, wenn die Wirksamkeit durch mehr oder weniger unbestimmte (und nicht einer vergleichbaren Formbindung unterliegende) Kriterien nachträglich wieder beseitigt werden kann.

8.1.2. Das in Österreich teilweise kritisch kommentierte Unwirksamkeitskriterium der „**wesentlichen Veränderung des Standes der Wissenschaft**“ (§ 10 Abs 1 Z 3) hat durch die Empfehlung des Ministerkomitees des Europarates CM/Rec(2009)11 eine gewisse „Rückendeckung“ bekommen: Principle 15 Abs 1 sieht vor, dass Staaten bei der Regelung der Patientenverfügung berücksichtigen sollten, „welche Konsequenz eine wesentliche Änderung der Umstände zur Folge hat“¹⁵¹.

8.1.3. Die verunglückte Formulierung des § 10 Abs 1 Z 2 PatVG, wonach eine Patientenverfügung unwirksam ist, wenn ihr **Inhalt „strafrechtlich nicht zulässig“ ist**, ist auch durch Zeitablauf nicht besser geworden (und wegen § 879 ABGB überflüssig). Die damit intendierte Bekräftigung der Strafbarkeit aller Varianten der „aktiven Sterbehilfe“ ist auch deshalb entbehrlich, weil gem § 2 Abs 1 PatVG ohnehin nur „Ablehnungen“ Gegenstand einer Patientenverfügung sein können. Im Übrigen sei angemerkt, dass die Hoffnung, man könne durch eine Regelung der Patientenverfügung jegliche politische Diskussion über die Legalisierung „aktiver Sterbehilfe“¹⁵² hintanhalten,¹⁵³ wohl von Anfang an unrealistisch war: Man kann beides zwar unterschiedlich regeln, aber thematisch nicht völlig voneinander trennen. Diese Erwartung hat sich bekanntlich auch nicht erfüllt, wie die regelmäßig von Neuem aufflammende „Sterbehilfedebatte“ zeigt.

8.1.4. Die juristischen Diskussionen über die Regelung des **Widerrufs** gem § 10 Abs 2 PatVG haben sich auch seit der Studie 2009 fortgesetzt. Umstritten ist dabei nicht, dass die

151 „States should address the issue of situations that arise in the event of a substantial change in circumstances.“ Dazu auch *Pesendorfer*, Patientenverfügung 102.

152 Zum inhaltlichen Konnex zwischen Patientenverfügung und „Sterbehilfe“ jüngst wieder *Pesendorfer*, Patientenverfügung 3 ff.

153 Vgl zB die Anfragebeantwortung 10669/AB 24. GP.

jederzeitige Widerrufbarkeit als Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts selbstverständlich ist; auch die Ermöglichung eines gänzlich formfreien, allenfalls konkludenten Widerrufs steht nicht zur Debatte, zumal dies inzwischen auch Inhalt der Empfehlung des Europarates CM/Rec(2009)11 ist.¹⁵⁴ Weiterhin ungeklärt ist hingegen, welche Sachverhalte als konkludenter Widerruf gedeutet werden dürfen und welche Handlungsfähigkeit für einen wirksamen Widerruf erforderlich ist. Die in den Erläuterungen vertretenen Auslegung, wonach für die Gültigkeit des Widerrufs keine Einsichts- und Urteilsfähigkeit erforderlich ist,¹⁵⁵ kann – gemeinsam mit geringen Anforderungen an die Schlüssigkeit des Widerrufs – im Ergebnis dazu führen, dass „Ärzte bereits kleinste Zeichen überinterpretieren und als Widerruf der Patientenverfügung deuten“¹⁵⁶. Das eröffnet im Ergebnis eine erhebliche „Escapeklausel“, die den Patienten „der Deutungsmacht der Ärzte“ ausliefert.¹⁵⁷ Hier besteht wohl weiterhin Klärungsbedarf. Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass die inhaltlich ähnliche Widerrufsregelung des deutschen § 1901a Abs 1 BGB¹⁵⁸ zu einer vergleichbaren – ebenso ungelösten – Kontroverse über die „Widerrufsfähigkeit“ geführt hat.

8.2. Gerichtliche Kontrolle der Wirksamkeit

8.2.1. Anders als die ministeriellen Vorentwürfe sieht das PatVG keine gerichtliche Überprüfung der Verbindlichkeit bzw Wirksamkeit von Patientenverfügungen vor. Eine solche „Präventivkontrolle“ hätte nicht nur die „Interpretationshoheit der Ärzte“ in Bezug auf die Wirksamkeit der Verfügung begrenzt, sondern auch für die Adressaten eine Entlastung geboten.

8.2.2. Die in der Studie 2009 aufgezeigte Möglichkeit, im Wege des Sachwalterrechts und der **Vorfragenbeurteilung** bei Einleitung eines Sachwalterbestellungsverfahrens eine hinreichende gerichtliche Zuständigkeit zu begründen, um bei Unklarheiten über die Auslegung oder Wirksamkeit einer Patientenverfügung den Zugang zu einem rechtsstaatlichen gerichtlichen Kontrollverfahren zu eröffnen, besteht zwar im Prinzip immer noch. Für den in der Praxis wohl typischsten Anwendungsfall einer solchen mittelbaren Kontrolle, nämlich die impli-

154 Principle 17: „Ad advance directive shall be revocable at any time and without any formalities“.

155 1299 BlgNR 22. GP 9; nach wie vor zustimmend zB *Pesendorfer* in *Barth/Ganner* (Hrsg), Handbuch Sachwalterrecht 431 f; ebenso nun *Kerschner/Lang* in *Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht 170 f Rz 123 mwN, die sogar den nachträglich geäußerten Behandlungswunsch als partiellen Widerruf deuten (175 f Rz 147 und 152).

156 *Inthorn* in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen* 77 f.

157 *Inthorn* in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen* 78.

158 Danach kann die Patientenverfügung „jederzeit formlos“ widerrufen werden. Nach hA genügt eine mündliche Äußerung oder nonverbales Verhalten; dazu und zum Streit über die dafür nötige Handlungsfähigkeit mwN – und Handlungsfähigkeit explizit ablehnend – *Steenbreker*, *Zivilrechtliche Unbeachtlichkeit eines „natürlichen Willens“* für den Widerruf der Patientenverfügung, *NJW* 2012, 3207 ff.

zite Beurteilung einer beachtlichen Patientenverfügung im Rahmen der gerichtlichen **Genehmigung des Unterbleibens bzw Abbruchs einer medizinischen Behandlung**,¹⁵⁹ fehlt es inzwischen allerdings an der dafür nötigen gerichtlichen Zuständigkeit: Der OGH hat in seiner Entscheidung 9 Ob 68/11g die Zuständigkeit des Sachwalterschaftsgerichts für die Genehmigung eines Behandlungsabbruchs verneint, da § 283 Abs 2 ABGB nur die „Zustimmung“ des Sachwalters zur Behandlung, nicht aber die „Ablehnung“ der Behandlung erwähnt.¹⁶⁰ Damit entfällt zugleich die Möglichkeit, im Rahmen eines pflegschaftsgerichtlichen Genehmigungsverfahrens die Wirksamkeit der Patientenverfügung zum Gegenstand gerichtlicher Beurteilung zu machen, obwohl gerade die schwierige Rekonstruktion des „mutmaßlichen Willens“ in besonderem Maße auf die Garantien eines rechtsstaatlichen Verfahrens angewiesen wäre.¹⁶¹ Hier wäre eine gesetzliche Klarstellung in § 283 ABGB wünschenswert. Allerdings setzt auch diese Überprüfungsmöglichkeit im Rahmen des Sachwalterrechts voraus, dass überhaupt ein Sachwalter bestellt ist. Wo dies nicht der Fall ist (etwa bei einer verbindlichen Patientenverfügung, vgl § 268 Abs 2 ABGB), scheidet auch diese Option aus.

8.3. Sonstige Inhalte

Zur – faktisch möglichen, aber nicht nach PatVG zu beurteilenden – Aufnahme sonstiger Inhalte (zB Anordnungen, Wünsche) in Patientenverfügungen vgl oben 5.2.1.

8.4. Notfälle

Obwohl der Begriff des „Notfalls“ bzw der „**medizinischen Notfallversorgung**“ (§ 12) durchaus einer plausiblen Auslegung zugänglich ist – gemeint sind all jene Situationen, in denen eine mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene zeitliche Verzögerung notwendiger medizinischer Interventionen eine (wahrscheinliche und schwere) Lebens- oder Gesundheitsgefahr nach sich ziehen würde – bestehen hiezu in der Praxis weiterhin unterschiedliche Deutungen, die Klärungsbedarf aufwerfen.¹⁶² Das betrifft etwa die fragwürdige These, wonach bereits die Anwesenheit eines „Notarztes“ einen „Notfall“ iSd § 12 begründet.¹⁶³ Das betrifft aber auch die – im Gesetz nicht angesprochene – Frage, ob § 12 nicht nur

159 Dazu mwN *Pesendorfer* in *Barth/Ganner* (Hrsg), Handbuch Sachwalterrecht 441 f.

160 Vgl oben 3.2.; zur massiven literarischen Kritik an dieser Judikatur vgl die Hinweise in und bei FN 86.

161 *Bernat*, EF-Z 2013, 5 ff, insb 8.

162 Beispiele bei *Inthorn* in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen* 76 f.

163 Dazu *Inthorn* in *Kern* (Hrsg), *Arzt und Gewissen* 77.

auf das aktuelle Fehlen einer Patientenverfügung (bzw deren „Suche“), sondern auch auf Auslegungsschwierigkeiten bei einer vorliegenden Patientenverfügung anwendbar ist.¹⁶⁴

¹⁶⁴ ZB *Pesendorfer/Traar*, iFamZ 2008, 371; ebenso wohl *Pesendorfer* in *Barth/Ganner* (Hrsg), Handbuch Sachwalterrecht 438, in Bezug auf die Feststellung des anwendbaren Rechts bei Patientenverfügungen von ausländischen Patienten.

9. Dokumentation, Zugang, Registrierung

9.1. Fehlen einer zentralen Registrierung

9.1.1. Zentraler Kritikpunkt ist nach wie vor der Mangel eines einheitlichen und rechtlich geregelten bundesweiten **Registers** für Patientenverfügungen.¹⁶⁵ Die derzeit auf freiwilliger Basis bestehenden Registrierungsangebote von Kammern der mit der Errichtung befassten Rechtsberufe (Rechtsanwaltskammertag, Notariatskammer)¹⁶⁶ – können das Problem mangels einer gesetzlich abgesicherten Monopolstellung des jeweiligen Dokumentationsmodells ebenso wenig lösen wie individuelle Hinweiskarten über das Vorhandensein und den Aufbewahrungsort einer Patientenverfügung. Der derzeitige Wildwuchs an unterschiedlichen fakultativen Dokumentationsvarianten hat überdies den negativen Nebeneffekt, dass in der Bevölkerung mitunter der trügerische Eindruck entsteht, als wäre ein geordneter und flächendeckender Zugang zu Patientenverfügungen bereits gegeben.

9.1.2. Ob eine Patientenverfügung im Fall des Falles ihren Adressaten erreicht, bleibt somit vielfach dem Zufall überlassen. Da es keine klar geregelte – über die Durchsicht der Personalpapiere und die Einsichtnahme in die hauseigene Krankengeschichte hinausgehende – gesetzliche **Nachforschungspflicht** über das allfällige Vorhandensein einer Patientenverfügung gibt (bzw darüber unterschiedliche Auffassungen bestehen),¹⁶⁷ trifft den Patienten eine „**Bringschuld**“ dafür, dass die Patientenverfügung ihren Adressaten tatsächlich erreicht. Er hat aber kein verlässliches Hilfsmittel, um die Zugänglichkeit seiner Patientenverfügung effektiv sicherzustellen.

9.1.3. Das Erfordernis einer – wie auch immer bewerkstelligten – Registrierung von Patientenverfügungen ist inzwischen auch Gegenstand **internationaler Empfehlungen**: Die Empfehlung des Ministerkommittees des Europarates CM/Rec(2009)11 verlangt in Principle 16 Vorkehrungen dafür, um die Beachtung der Patientenverfügung sicherzustellen¹⁶⁸, was je-

165 Vgl dazu neuerdings wieder kritisch *Kerschner/Lang* in *Resch/Wallner* (Hrsg), Handbuch Medizinrecht 168 Rz 113 („Kinderkrankheit“); *Kotorman*, ÖZPR 2011, 94 f.

166 Vgl für Details zB *Christian*, Patientenverfügungsregister der österreichischen Rechtsanwälte, AnwBl 2010/2, 57; *Kotorman*, ÖZPR 2011, 84; näher *Pesendorfer* in *Barth/Ganner* (Hrsg), Handbuch Sachwalterrecht 444 f.

167 *Kotorman*, ÖZPR 2011, 94; zu den de lege lata begründbaren Ansätzen einer Nachforschungspflicht *Pesendorfer* in *Barth/Ganner* (Hrsg), Handbuch Sachwalterrecht 440 f; weitergehend mwN *Perner*, ÖJZ 2013, 1054.

168 Principle 16 Abs 1: „States should consider what other provisions and mechanisms may be required to ensure the validity and effectiveness of those advance directives.“

denfalls entsprechende Regelungen über die Auffindbarkeit impliziert.¹⁶⁹ Das Desiderat einer nationalen – oder sogar internationalen¹⁷⁰ – Registrierung von Patientenverfügungen findet sich auch in anderen europäischen Dokumenten, etwa im Leitfaden des Europarates zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende¹⁷¹ und im „Andorno-Bericht“ über Patientenverfügungen.¹⁷²

9.1.4. Im **Rechtsvergleich** sind rechtlich strukturierte Registrierungen von Patientenverfügungen (noch) eher selten.¹⁷³ Entsprechende Registrierungsbestimmungen finden sich aber in Frankreich, Dänemark und Liechtenstein.¹⁷⁴ Das Beispiel Liechtensteins ist für Österreich deshalb von besonderem Interesse, weil das FL-PatVG im Wesentlichen dem österreichischen PatVG nachgebildet, jedoch um explizite Bestimmungen über ein beim Landgericht geführtes und jederzeit abrufbares „**Zentrales Patientenverfügungsregister**“ ergänzt worden ist (§ 14 Abs 3 und 4 FL-PatVG).¹⁷⁵ Einzelheiten, insb betreffend die zu registrierenden Daten, das Verfahren bei Registrierung, Änderung, Erneuerung oder Lösung, die Abfrage und die Zugriffsberechtigung, sind in der Verordnung über das Zentrale Patientenverfügungsregister geregelt.¹⁷⁶ In der Schweiz sieht § 371 Abs 2 ZGB lediglich vor, dass die „Tatsache der Errichtung und der Hinterlegungsort“ auf der Versicherungskarte gespeichert werden können;¹⁷⁷ nähere Bestimmungen, namentlich über den Zugang zu den Daten, werden dem Bundesrat überlassen.

9.1.5. Auch in Österreich besteht ein dringender Bedarf nach rechtlichen Vorkehrungen, damit die Patientenverfügung den in Betracht kommenden Einrichtungen und Ärzten bei Bedarf und ohne mühsame Recherchen zugänglich ist. Zielführend wäre eine zentrale Dokumentation bzw **Registrierung** in Kombination mit einer entsprechenden **Abfragepflicht**, wie dies bei-

169 *Pesendorfer*, Patientenverfügung 103, der den Mangel eines Registers daher im Lichte der Empfehlung als „problematisch“ ansieht.

170 Zum Vorschlag eines „European network of registries on advance directives“ vgl *Andorno*, The previously expressed wishes relating to health care. Common principles and differing rules in national legal systems (2008) (vgl FN 81) 16.

171 Siehe www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/conferences_and_symposia/Guide%20FDV%20deutsch.pdf (21).

172 *Andorno*, The previously expressed wishes relating to health care. Common principles and differing rules in national legal systems (2008) (vgl FN 81) 16.

173 Vgl die rechtsvergleichende Übersicht bei *Pesendorfer*, Patientenverfügung 15 ff. Unter den untersuchten Ländern (Belgien, Estland, Frankreich, Niederlande, Dänemark, Ungarn, Finnland, Grossbritannien, USA, Liechtenstein, Deutschland) haben nur vier (Frankreich, Dänemark, Liechtenstein, Schweiz) Regelungen über die Registrierung, wobei in der Schweiz lediglich die Tatsache bzw der Hinterlegungsort der Patientenverfügung registriert werden kann.

174 Vgl näher *Pesendorfer*, Patientenverfügung, insb 15 ff.

175 Patientenverfügungsgesetz (PatVG), FL-LGBl 2011/209. Vgl dazu *Pesendorfer*, Patientenverfügung 57 ff.

176 Verordnung über das Zentrale Patientenverfügungsregister (ZPVRV), FL-LGBl 2012/99.

177 In der Literatur wird daher bedauert, dass es „ein einheitliches, gesetzlich vorgeschriebenes Register für Patientenverfügungen“ auch in der Schweiz nicht gäbe (*Taban*, iFamZ 2012, 85).

spielsweise für den Widerspruch zur Organentnahme im Transplantationsrecht schon seit langem verwirklicht ist.¹⁷⁸ Damit könnte auch der parlamentarischen EntschlieÙung aus dem Jahr 2006 entsprochen werden, die darauf abzielt, dass „Ärzte möglichst rasch und einfach vom Vorliegen einer Patientenverfügung Kenntnis erlangen können“.¹⁷⁹

Ein erster Schritt in diese Richtung ist durch die Einbeziehung der Patientenverfügungen sowie der Vorsorgevollmachten in den Kreis der „**ELGA-Gesundheitsdaten**“ durch das Gesundheitstelematikgesetz 2012 bereits erfolgt.¹⁸⁰ Die Registrierung bleibt freilich auf ELGA-Teilnehmer beschränkt. Die Details der Implementierung von ELGA sind noch ebenso offen wie manche damit verbundene Rechtsfrage.¹⁸¹

9.1.6. Auf die **begleitenden Rechtsprobleme**, die bei formalisierten Zugangs- und Dokumentationsregeln auftreten können, sei neuerlich hingewiesen. Das betrifft insb das Verhältnis zwischen dem in der registrierten Verfügung ausgedrückten Patientenwillen und später abgegebenen abweichenden Erklärungen, die außerhalb der geregelten Dokumentationsroutinen erfolgen (zB ein Widerruf oder eine nachträgliche Änderung). Für das – durch ein Register verschärfte – Spannungsverhältnis zwischen dem Aspekt der Rechtssicherheit (der für die alleinige Relevanz der dokumentierten Version nach dem Vorbild öffentlicher Bücher spricht) und dem Gesichtspunkt des Selbstbestimmungsrechts und der Wahrung der aktuellen Willensbildung (der für die jederzeitige Beachtlichkeit jüngerer Erklärungen spricht), ist keine „hundertprozentige“ Lösung erkennbar. Es wird in der Verantwortung der errichtenden Personen liegen, die registrierten Versionen ihrer Patientenverfügungen laufend auf ihre Aktualität zu überprüfen und keine gravierenden Divergenzen zwischen dem registrierten und dem tatsächlichen Willen auftreten zu lassen. Das gilt im Ergebnis auch für das Verhältnis zwischen Original-Verfügungen und Kopien etc.

178 Zu dem bei der „Gesundheit Österreich GesmbH elektronisch geführten „Widerspruchsregister“ vgl nunmehr §§ 6-7 OTCG, die auch Regeln über die Zugriffsberechtigung und die Abfragepflicht enthalten.

179 EntschlieÙung des Nationalrates betreffend Vorlage eines Berichtes über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen im Zusammenhang mit der Errichtung von Patientenverfügungen, angenommen in der 142. Sitzung des Nationalrates am 29. 3. 2006, StProtNR 22. GP. 142. Sitzung 107 (1381 BlgNR 22. GP).

180 § 2 Z 9 lit c des Gesundheitstelematikgesetzes 2012 – GTelG 2012, BGBl I 2012/111. Gem § 27 Abs 5 GTelG 2012 sollen (unter anderem) Patientenverfügungen (§ 27 Abs 5 Z 1 GTelG 2012) und Vorsorgevollmachten (§ 27 Abs 5 Z 2 GTelG 2012) ab 1. 1. 2017 – „nach Maßgabe der technischen Verfügbarkeit“ – in der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) zur Verfügung stehen. Vgl auch *Riesz*, Grundrechtliche Überlegungen zum neuen „ELGA-G“, SPRW 2013 V&V A 17.

181 Vgl zB *Perner*, Ärztliche Nachforschungspflichten und ELGA, ÖJZ 2013, 1052.

10. Zusammenfassung (rechtlicher Teil)

10.1 An der grundsätzlich positiven Bewertung des PatVG hat sich in den Jahren seit der Studie 2009 nichts geändert. Allerdings sind auch die damals aufzeigten Probleme immer noch aktuell. Wesentlich neue Pro- und Contra-Argumente sind aber ebenso wenig hervorgekommen wie grundlegend neue Rechtsfragen. Dem Regelungskonzept des PatVG ist daher weiterhin eine plausible Abwägung zwischen den Gesichtspunkten der Patientenautonomie, der Rechtssicherheit und der ärztlichen Fürsorge zu attestieren. Daran ändert der Umstand nichts, dass es im Rechtsvergleich auch ganz andere Lösungsmodelle gibt, weil jedes dieser Modelle mit jeweils unterschiedlichen Vor- und Nachteilen einhergeht, deren Gewichtung letztlich im Beurteilungsspielraum eines demokratischen Gesetzgebers liegt. Der österreichische Weg hat mit der Differenzierung in „verbindliche“ und „beachtliche“ Patientenverfügungen und den hohen materiellen und formellen Anforderungen an „verbindliche“ Patientenverfügungen jedenfalls einen plausiblen Schritt zur Schaffung von Rechtssicherheit und zur Wahrung der Authentizität der Patientenentscheidung getroffen, ohne (durch die gleichzeitige Option einer „beachtlichen“ Patientenverfügung) anderen Artikulationen des Patientenwillens schlechthin die Beachtlichkeit zu entziehen. Bedauerlich ist allerdings, dass die Bedeutung der „beachtlichen Patientenverfügung“ von der jüngeren Rechtsprechung des OGH erheblich geschwächt worden ist.

10.2. Viele Einwände gegen das PatVG beruhen nach wie vor auf Missverständnissen, Fehlinterpretationen oder enttäuschten Erwartungen, die nicht dem Gesetz als solchem anzulasten sind. Das gilt auch für den weithin unzureichenden Informationsstand über die geltende Rechtslage, sowohl in Kreisen der Patienten als auch bei Angehörigen von Gesundheitsberufen. In diesem Punkt bedürfte es weiterer Bemühungen zur Verbesserung der Ausbildung, der Information und der Rechtsakzeptanz.

10.3. Für die Schwierigkeiten, individuelle Werthaltungen und Vorstellungen in bestimmte und konkrete Umschreibungen der abgelehnten Behandlungsmaßnahmen zu übersetzen, kann es weiterhin keine rechtliche Lösung geben. Das ergibt sich aus der Unvorhersehbarkeit der Zukunft und ist der Patientenverfügung immanent. Die hohen inhaltlichen und formellen Anforderungen an verbindliche Patientenverfügungen bieten aber immerhin die Gewähr, dass die Kluft zwischen dem authentischen Willen des Patienten und der künftigen „antizipierten“ Entscheidungssituation möglichst verringert wird. Ein Verzicht auf die strengen Anforderungen an verbindliche Patientenverfügungen würde zwar die antizipierte Artikulation des Pati-

entenwillens erleichtern, die Auslegungsspielräume und Subsumtionsprobleme bei der Anwendung der Verfügung in künftigen Behandlungssituationen jedoch weiter erhöhen.

10.4. Unter den Defiziten, die mit rechtlichen Mitteln lösbar wären, sind an erster Stelle nach wie vor das Fehlen einer zentralen und rechtlich geordneten Registrierung zu erwähnen, wenngleich im Gesundheitstelematikgesetz inzwischen erste Regelungsansätze geschaffen wurden. Mit einem rund um die Uhr zugänglichen Register und einer begleitenden Abfragepflicht könnten auch bestehende Unklarheiten über den Umfang einer ärztlichen Nachforschungspflicht betreffend Patientenverfügung beigelegt werden. Auch die Unsicherheiten betreffend die Wirksamkeit ausländischer Patientenverfügungen, die Voraussetzungen eines gültigen Widerrufs oder Notfälle ließen sich durch gesetzliche Präzisierungen mindern. Erwägenswert sind weiters die Empfehlungen der Volksanwaltschaft zur Verlängerung der Gültigkeitsdauer verbindlicher Patientenverfügungen sowie zur Aufstockung personeller Ressourcen für eine kostenlose rechtliche Beratung. Vor dem Hintergrund der jüngeren Rechtsprechung des OGH sollte überdies nach gesetzlichen Strategien gesucht werden, um dem Selbstbestimmungsrecht im allgemeinen und der „(qualifiziert) beachtlichen Patientenverfügung“ im besonderen – entgegen der Judikatur – wieder mehr Gewicht zu verleihen. Eine verfassungsrechtliche Verankerung von „Sterbehilfeverboten“ wäre zum Schutz der Selbstbestimmung am Lebensende in jedem Fall kontraproduktiv.

V. Conclusio

Ausgehend von der Analyse der empirischen Ergebnisse und ethisch-rechtlichen Gewichtung, lassen sich Erkenntnisse im Hinblick auf gesundheitspolitische Umsetzungen zu folgenden Themenschwerpunkten ableiten:

- a) Information
- b) Errichtungsprozess
- c) Ganzheitlicher Prozess ‚Vorsorgedialog‘

1. Information

Sowohl auf Seiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe als auch in der österreichischen Bevölkerung herrscht nach wie vor ein Informationsdefizit, was die Patientenverfügung betrifft. Es kommt zwar nur selten vor, dass Angehörige der Gesundheitsberufe noch gar nicht von Patientenverfügungen gehört haben; viele können diese allerdings weder verständlich beschreiben noch die Kriterien für eine gültige Errichtung nennen. Dies trifft auch auf junge Gesprächspartnerinnen zu, die in den letzten fünf Jahren in Ausbildung (Universität – Studium Humanmedizin, Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester) waren. Verstärkte Informationen zu medizinrechtlichen und medizinethischen Inhalten an die Angehörigen der Gesundheitsberufe – etwa in der Ausbildung – könnten die Situation verbessern.

Auf Seiten der österreichischen Bevölkerung haben zwar die meisten der in Österreich lebenden Personen von der Möglichkeit der Errichtung einer Patientenverfügung gehört, immerhin 24% kennen das Instrument aber gar nicht und 32% wissen nicht, was es genau ist. Insgesamt weiß also die Hälfte der österreichischen Bevölkerung gar nicht, oder nicht genau, was eine Patientenverfügung ist. Auch hier könnte eine Intensivierung der Information Abhilfe schaffen.

Wie die quantitative Befragung zeigt, fragen 79% der in Österreich lebenden Personen ihre Ärztin um Rat, wenn es um ihre Gesundheit geht. Somit haben Hausärztinnen gute Voraussetzungen dafür, den ‚Vorsorgedialog‘ zu starten und als Multiplikatorinnen das Thema in der Bevölkerung bekannter zu machen.

Um den sinnvollen Einsatz der Patientenverfügung dort zu gewährleisten, wo er von Nutzen für die Selbstbestimmung ist, ist es auch nötig über Alternativen zu informieren. Die Vorsorgevollmacht sollte hierbei ebenso als Option besprochen werden, wie die Vertretungsbefugnis

nächster Angehöriger, die Sachwalterverfügung oder die Konsequenzen bei Fehlen einer Vorsorge.

Vorliegende Patientenverfügungen werden vor allem auch deswegen nicht angewendet, weil Angehörige der Patientinnen bzw Mitarbeiterinnen von Pflegeheimen mit der Sterbesituation der Patientin überfordert sind und in der Sterbesituation die Rettung rufen, die aufgrund der Notfallregelung des § 12 PatVG das Vorliegen einer Patientenverfügung nicht überprüfen kann (und muss) und daher in der Regel Wiederbelebensmaßnahmen vornimmt. Wären Angehörige und Pflegepersonen, die Patientinnen daheim oder in einem Pflegeheim ohne Ärztin betreuen, umfassend über die Vorgehensweise rund um den Tod der Patientin informiert, könnte dies vermieden werden. Auch eine entsprechende Unterstützung für einen individuellen Notfallplan, der zB eine nicht gewollte Spitalweisung verhindert, wäre wünschenswert.

Ein Informationsdefizit gibt es nicht nur auf Seiten aller am Errichtungsprozess und an der Anwendung beteiligten Personen, es fehlen auch valide Daten und Statistiken. Zwar wurden in vorliegender Studie einige wertvolle Daten erhoben, eine Studie kann jedoch nur einen Ausschnitt der Wirklichkeit abbilden. Vor allem bei der quantitativen Erhebung zeigt sich, dass die repräsentative Umfrage viele Fragen offen lässt. So haben laut Telefonumfrage 4,1% der in Österreich lebenden Personen eine Patientenverfügung. Das entspräche in absoluten Zahlen etwa 348.000 Personen. Zählt man jedoch sämtliche Angaben der Patientenanwaltschaften, Notariats- und Rechtsanwaltskammer zusammen (siehe unten), sind nur 20.398 Patientenverfügungen von diesen Institutionen erfasst bzw registriert. Dieser große Unterschied in den Zahlen kann einerseits daher rühren, dass Personen, die lediglich eine beachtliche Patientenverfügung haben, von den genannten Institutionen nur selten erfasst werden, weil sie die beachtliche Patientenverfügung alleine oder mit der Hausärztin verfasst haben, andererseits ist aber auch nicht auszuschließen, dass Fehleinschätzungen vorliegen. So wurden uns etwa auch andere Zahlen von den einzelnen Patientenanwaltschaften der Bundesländer mitgeteilt, als uns die Patientenanwaltschaft Niederösterreich als Sammelstelle für die Zahlen der Bundesländer bekannt gegeben hat. Mit einem zentralen Register und einer verpflichtenden Registrierung verbindlicher Patientenverfügungen könnte man eine umfassende Datenlage garantieren.

2. Errichtungsprozess

Wie die Ergebnisse der empirischen Erhebung zeigen, herrscht ein großes Wissensdefizit bezüglich der Unterscheidung zwischen verbindlicher und beachtlicher Patientenverfügung. Während die meisten Verfasserinnen einer beachtlichen Patientenverfügung davon ausgehen, dass diese verbindlich ist, sind auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe mit der Überprüfung der Formalkriterien einer verbindlichen Patientenverfügung überfordert. Hinzu kommt, dass sensibilisierte Angehörige der Gesundheitsberufe beachtliche Patientenverfügungen ebenso wie verbindliche beachten, wenn diese konkret formuliert sind, während nicht auf das Thema Patientenverfügung und Selbstbestimmung sensibilisierte Angehörige der Gesundheitsberufe auch verbindliche Patientenverfügungen nicht beachten.

Der Errichtungsprozess für eine verbindliche Patientenverfügung ist im Regelfall mit Kosten verbunden. Zwar besteht in manchen Bundesländern die Möglichkeit, den rechtlichen Teil kostenlos bei der Patientenanzwaltschaft durchzuführen und auch manche Hausärztinnen verrechnen kein Honorar für das ärztliche Aufklärungsgespräch. Die Wartezeiten bei den Patientenanzwaltschaften sind allerdings sehr lang und in der Regel belaufen sich die Kosten für die Errichtung einer Patientenverfügung auf mehrere hundert Euro (+/- 350 EUR). Die Kosten machen die Errichtung einer Patientenverfügung von der finanziellen Situation des/der Einzelnen abhängig und stellen daher eine nicht unerhebliche Hürde dar. Um diese Hürde zu überwinden, können bereits vorhandene Einrichtungen genutzt werden. Der rechtliche Teil könnte bei den Patientenanzwaltschaften belassen werden, niedergelassene Ärztinnen sollten das Aufklärungs- und Beratungsgespräch den Krankenkassen verrechnen können.

3. Ganzheitlicher Prozess ‚Vorsorgedialog‘

Informationsdefizite, das Thema Patientenverfügung betreffend herrschen sowohl auf Seiten der österreichischen Bevölkerung als auch auf Seiten der Angehörigen der Gesundheitsberufe. Hinzu kommen Unsicherheiten beim Errichtungsprozess und eine relativ geringe Verbreitung der Patientenverfügung in der Bevölkerung. Zwar kann mit aufgezeigten Erkenntnissen die Patientenverfügung gestärkt werden, doch ist sie nur eine Möglichkeit von vielen, die Selbstbestimmung über den Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit hinaus zu bewahren und mitunter auch nicht die für die konkrete Situation am besten geeignete Variante. So gibt es Situationen, in denen eine Vorsorgevollmacht den Wünschen der Patientin eher entspricht oder eine Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger oder eine Sachwalterverfügung ausreicht, um die Wünsche der Patientin zu gewährleisten. Hinzu kommt, dass, wie die quantitative Befragung gezeigt hat, viele Personen bewusst keine Patientenverfügung errichten, weil sie alles medizinisch Mögliche für sich in Anspruch nehmen möchten. Auch dieser Wunsch sollte den Angehörigen der Gesundheitsberufe mitgeteilt werden können. Dies könnte etwa in Form eines ‚Vorsorgedialoges‘ im Sinne des *advance care planning* geschehen.

Dieser ‚Vorsorgedialog‘ sollte institutionenübergreifend gestaltet werden, damit sichergestellt werden kann, dass Vorstellungen über medizinische Behandlungen und über das Lebensende, die beispielsweise im Pflegeheim besprochen wurden, auch bei Behandlungen in Krankenanstalten bekannt sind. Der ‚Vorsorgedialog‘ versteht sich demnach als Prozess, der sich über mehrere Lebensphasen erstreckt. Was alles unter diesen Begriff ‚Vorsorge‘ fällt, ist von Einrichtung und Patientinnen abhängig. Grundsätzlich sollte aber jeder Patientin die Möglichkeit gegeben werden, beim Eintritt in eine Krankenanstalt oder eine Pflegeeinrichtung ihre Gedanken über Behandlungsabläufe und Sterbeszenarien den Angehörigen der Gesundheitsberufen mitzuteilen bzw in Kommunikation mit ihnen die individuellen Vorstellungen über Leben und Sterben zu entwickeln bzw zu festigen.

Wie die qualitative Erhebung gezeigt hat, ist es vielen Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberufe unangenehm, das Thema ‚Vorsorge‘ gegenüber ihren Patientinnen anzusprechen, weil es ihrer Meinung nach den Eindruck erweckt, die Patientin werde bald sterben. Gerade die Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberufe sollte allerdings aktiv das Thema ansprechen, um über die Vorstellungen und Wünsche der Patientinnen informiert zu sein. Gezielte Schulungen in diese Richtung scheinen hier sinnvoll.

Erfolgt ein ‚Vorsorgedialog‘ in allen Gesundheitseinrichtungen von der Hausärztin bis zum Pflegeheim regelmäßig und strukturiert, so wird es einerseits für die Mitarbeiterinnen der Gesundheitsberufe einfacher das Thema anzusprechen, andererseits sind die Patientinnen gewohnt, nach ihren Vorstellungen über medizinische Behandlungen und über das Lebensende gefragt zu werden. Somit kann verhindert werden, dass es den Beteiligten unangenehm ist, darüber zu sprechen. Ein routinemäßiges Abfragen bei der Aufnahme nach dem Vorliegen einer Patientenverfügung bzw nach einem sonstigen Instrument zur Selbstbestimmung stellen zudem eine wichtige Maßnahmen des Qualitätsmanagements dar.

Bei vielen Angehörigen der Gesundheitsberufe mangelt es an einer Sensibilisierung hinsichtlich des Themas Patientenverfügung bzw hinsichtlich der Eröffnung eines ‚Vorsorgedialoges‘. Ein fächerübergreifendes und auf Kommunikation basierendes Instrument wie jenes der Patientenverfügung kann allerdings nur funktionieren, wenn sich die Institutionen dazu bekennen. Von Seiten der Führung der Institutionen sollten daher unmissverständlich die Notwendigkeit der Führung eines ‚Vorsorgedialoges‘ kommuniziert werden. Dies kann etwa durch die Definition wesentlicher ‚Werte‘ geschehen, die für alle Angehörigen der Gesundheitsberufe bindend sind.

In vielen Fällen kommen Patientinnen erst nach Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit in eine Krankenanstalt oder ein Pflegeheim. Bestehende oder neu zu schaffende Instrumente sollen die Möglichkeit bieten, auch in diesen Fällen das Vorliegen einer Patientenverfügung oder einem anderen Instrument zur Selbstbestimmung zu überprüfen. Ein zentrales Register, das auch routinemäßig abgefragt wird, könnte hierbei hilfreich sein.

VI. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign der Telefonumfrage	18
Abbildung 2: Funktionsweise Grounded Theory (aus Strauss 1998, S. 46)	21
Abbildung 3: Wissen um die Patientenverfügung.....	26
Abbildung 4: Informationszugang der österreichischen Bevölkerung zu Gesundheitsthemen	26
Abbildung 5: Abschlusswahrscheinlichkeit Patientenverfügung in den nächsten Jahren	27
Abbildung 6: Anzahl der errichteten Patientenverfügungen in Prozent nach Altersgruppen ..	28
Abbildung 7: Angaben Bevölkerung über Beachtlichkeit oder Verbindlichkeit ihrer Patientenverfügung.....	33
Abbildung 8: Errichtung der Patientenverfügung	34
Abbildung 9: Gründe für die Errichtung einer Patientenverfügung.....	38
Abbildung 10: Korrelation Einholen zweiter Ärztinnenmeinung und Vorhandensein einer Patientenverfügung.....	38
Abbildung 11: Gründe für die Nichterrichtung einer Patientenverfügung	39
Abbildung 12: Übersicht Registrierungen Register Österreichisches Notariat nach Bundesländer	45
Abbildung 13: Angaben Bevölkerung Patientenverfügung registriert.....	46
Abbildung 14: Entscheidungsträgerinnen nach Ansicht der österreichischen Bevölkerung ...	52
Abbildung 15: Informationsstand PV und VV der österreichischen Bevölkerung.....	54
Abbildung 16: Wahrscheinlichkeit Errichtung Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht österreichische Bevölkerung	55
Abbildung 17: Angaben Bevölkerung Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht in Kombination.....	56
Abbildung 18: ‚Vorsorgedialog‘ auf unterschiedlichen Ebenen.....	62
Abbildung 19: Gesamtüberblick registrierter verbindlicher PV 2006-2013	66

VII. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick Forschungsphasen	19
Tabelle 2: Anzahl Vorsorgevollmacht, Sachwalter, Sachwalterverfügungen, Vertretungsbefugnisse nächster Angehöriger sowie Widersprüche gegen Vertretungsbefugnisse nächster Angehöriger	61
Tabelle 3: Aufgeschlüsselte Gesamtübersicht registrierter verbindlicher PV 2006-2013	65
Tabelle 4: Registrierte verbindliche PV der österreichischen Rechtsanwälte 2006-2013	67
Tabelle 5: Registrierte verbindliche PV der österreichischen Notare 2006-2013.....	68
Tabelle 6: Aufgeschlüsselte Gesamtübersicht verbindlicher PV der Patientenanwaltschaften in den Bundesländern	69

VIII. Anhang

1. Materialien Studie

1.1. Fragebogen Telefonumfrage

1.2. Fragebogen nach Informationsveranstaltung

2. Unterschiedliche Formulare zur Errichtung von Patientenverfügungen

2.1. Konsenspapier

2.2. Formular IGSL

2.3. Patientenverfügungsformular einer Ärztin

2.4. Patientenverfügungsformular Forum Medizinethik

3. Unterschiedliche Formulare ‚Vorsorgedialog‘

3.1. End of Life-Care Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf

3.2. Dokumentationsblatt Palliativbetreuung Dr. Schuh

3.3. Palliativer Betreuungsplan

Fragebogen Version 3: 0108 Institut für Ethik und Recht in der Medizin: Patientenverfügung & Vorsorgevollmacht

Telefonische Befragung, Länge 7 Minuten

Sofern nicht anders vermerkt, kann jeweils nur eine Antwortkategorie ausgewählt werden.

Texte in weiß sind Programmierhinweise.

In der Umfrage geht es darum, wie sehr sich Personen mit ihrer gesundheitlichen Zukunft beschäftigen. Auftraggeber sind das Institut für Ethik und Recht in der Medizin der Universität Wien und das Gesundheitsministerium. Die Befragung wird ca. 5 Minuten dauern. Ihre Daten sind vollständig anonym.

I. Screening

1.	Sie sind ...	[1] Männlich [2] Weiblich
2.	Wie alt sind Sie?	[1] Jünger als 18 Jahre ⇒ Screenout [2] 18-19 Jahre [3] 20 – 29 Jahre [4] 30 – 39 Jahre [5] 40 – 49 Jahre [6] 50 – 59 Jahre [7] 60 – 69 Jahre [8] 70 – 79 Jahre [9] Älter als 79 Jahre
3.	Wo wohnen Sie?	[1] Burgenland [2] Kärnten [3] Niederösterreich [4] Oberösterreich [5] Salzburg [6] Steiermark [7] Tirol [8] Vorarlberg [9] Wien

II. Hinführung

4.	Stellen Sie sich vor, Sie möchten sich über ein gesundheitliches Thema informieren. Wie leicht würde es Ihnen fallen an Information zu kommen?	[1] Sehr leicht [2] leicht [3] weder leicht noch schwer [4] schwer [5] sehr schwer
5.	Wenn es um Ihre Gesundheit geht, wen fragen Sie um Rat?	[1] Arzt/medizinisches Personal [2] Verwandte [3] Freunde [4] Ich entscheide alleine [5] Andere: _____
6.	Suchen Sie bei einer Diagnose meist eine zweite Ärztemeinung?	[1] Ja [2] Nein [3] Weiß nicht

III. Patientenverfügung

7.	In Österreich kann man eine Patientenverfügung errichten. Haben Sie davon gehört?	[1] Ja, ich habe eine Patientenverfügung für mich gemacht. [2] Ja, ich habe mich darüber informiert, aber (noch) keine Patientenverfügung. [3] Ja, ich habe davon gehört, weiß aber nicht genau, was das ist. [4] Nein, habe davon nicht gehört.
8.	Filter Frage 7=1 Mit wem haben Sie die Patientenverfügung errichtet?	[4] Mit einem Arzt & einem Juristen. Beide haben die Verfügung unterschrieben. [5] Mit einem Arzt [6] Mit einem Juristen [7] Ich habe die Patientenverfügung alleine gemacht.
9.	Filter Frage 7=1 Ist Ihre Patientenverfügung in einem Register eingetragen?	[1] Ja [2] Nein [3] Weiß nicht
10.	Filter Frage 7=1 Ist Ihre Patientenverfügung verbindlich, d.h. für die behandelnden Ärzte gesetzlich verpflichtend?	[1] Ja [2] Nein [3] Weiß nicht
11.	Filter Frage 7=1 Ist Ihre Patientenverfügung beachtlich, d.h. die Ärzte müssen diese in ihre Entscheidung einbeziehen, sind aber nicht gebunden?	[1] Ja [2] Nein [3] Weiß nicht
12.	Filter Frage 7=1 Warum haben Sie sich für eine Patientenverfügung entschieden?	[1] Ich habe Angst davor zu leiden [2] Ich will niemandem zur Last fallen [3] Ich will selbst bestimmen, was mit mir passiert [4] Ich lehne aus religiöser oder weltanschaulicher Überzeugung gewisse Behandlungen ab [5] Anderes: _____
13.	Filter Frage 7=2 Warum haben Sie keine Patientenverfügung? Ich lese Ihnen mögliche Gründe vor und bitte Sie, anzugeben, ob sie auf Sie zutreffen.	

Items sind rotiert		Trifft zu	Trifft nicht zu	Weiß nicht
13.1	Die Errichtung ist mir zu aufwändig.	[1]	[2]	[3]
13.2	Die Errichtung ist mir zu teuer.	[1]	[2]	[3]
13.3	Die Ärzte sollen frei für mich entscheiden können.	[1]	[2]	[3]
13.4	Die Ärzte halten sich nicht daran.	[1]	[2]	[3]
13.5	Ich hatte noch keine Zeit dazu.	[1]	[2]	[3]
13.6	Es soll immer alles medizinisch Mögliche für mich getan werden.	[1]	[2]	[3]
13.7	Das sollen meine Angehörigen dann entscheiden.	[1]	[2]	[3]
13.8	Ich weiß nicht, wie und wo ich das machen kann.	[1]	[2]	[3]

14.	Filter Frage 7=3 oder 4 Mit einer Patientenverfügung können Sie medizinische Behandlungen ablehnen, für den Fall, dass Sie nicht selbst entscheiden können, z.B. wenn Sie im Koma liegen. Wie wahrscheinlich werden Sie eine Patientenverfügung in den nächsten Jahren machen?	[1] Bestimmt [2] Wahrscheinlich [3] Vielleicht [4] Wahrscheinlich nicht [5] Bestimmt nicht [6] Weiß nicht
IV. Vorsorgevollmacht		
15.	In Österreich kann man eine Vorsorgevollmacht errichten. Haben Sie davon gehört?	[1] Ja, ich habe eine Vorsorgevollmacht für mich gemacht. [2] Ja, ich habe mich darüber informiert, aber (noch) keine Vorsorgevollmacht. [3] Ja, ich habe davon gehört, weiß aber nicht genau, was das ist. [4] Nein, habe davon nicht gehört.
16.	Filter Frage 15=1 Mit wem haben Sie die Vorsorgevollmacht errichtet?	[1] Mit einem Notar [2] Mit einem Rechtsanwalt [3] Ich habe die Vorsorgevollmacht eigenhändig verfasst, nach z.B. einer Beratung durch einen Arzt.
17.	Filter Frage 15=1 Ist Ihre Vorsorgevollmacht im ÖZVV (Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis) eingetragen?	[1] Ja [2] Nein [3] Weiß nicht
18.	Filter Frage 15=1 Warum haben Sie sich für eine Vorsorgevollmacht entschieden?	[1] _____ [2] _____ [3] _____ [4] _____ [5] _____
19.	Filter Frage 15=2 Warum haben Sie keine Vorsorgevollmacht? Ich lese Ihnen mögliche Gründe vor und bitte Sie, anzugeben, ob sie auf Sie zutreffen.	
Items sind rotiert		
		Trifft zu Trifft nicht zu Weiß nicht
19.1	Die Errichtung ist mir zu aufwändig.	[1] [2] [3]
19.2	Die Errichtung ist mir zu teuer.	[1] [2] [3]
19.3	Die Ärzte sollen allein für mich entscheiden können.	[1] [2] [3]
19.4	Die Ärzte hören nicht auf meine/n Angehörigen.	[1] [2] [3]
19.5	Ich hatte noch keine Zeit dazu.	[1] [2] [3]
19.6	Meine Angehörigen wären damit überfordert.	[1] [2] [3]
20.	Filter Frage 15=3 oder 4 Mit einer Vorsorgevollmacht bestimmen Sie, wer für Sie entscheidet, für den Fall, dass Sie sich nicht mehr selbst äußern können, z.B. wenn Sie im Koma liegen. Wer, glauben Sie, entscheidet für Sie, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können?	[1] Mein Ehepartner [2] Generell meine Angehörigen (wenn kein Ehepartner vorhanden ist) [3] Sachwalter [4] Arzt [5] Weiß nicht

- | | |
|--|--|
| 21. Filter Frage 15=3 oder 4
Wie wahrscheinlich werden Sie eine Vorsorgevollmacht in den nächsten Jahren machen? | <ul style="list-style-type: none"> [1] Bestimmt [2] Wahrscheinlich [3] Vielleicht [4] Wahrscheinlich nicht [5] Bestimmt nicht [6] Weiß nicht |
|--|--|

V. Soziodemographie

Abschließend möchten wir Sie noch um einige allgemeine Angaben zu Ihrem Unternehmen bitten.

- | | |
|---|---|
| 22. Welche Schulbildung haben Sie? Bitte nennen Sie mir Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung. | <ul style="list-style-type: none"> [1] Volks-/Hauptschule ohne abgeschlossene Lehre [2] abgeschlossene Lehre [3] Höherbildende Schule ohne Matura [4] Matura (AHS, BHS) [5] abgeschlossenes Studium (Uni/FH) [6] keine Angabe |
| 23. In welche der folgenden Gruppen fällt Ihr monatliches Haushaltsnettoeinkommen? | <ul style="list-style-type: none"> [1] bis unter 750 € [2] von ca. 750 € bis unter 1.250 € [3] von ca. 1.250 € bis unter 2.000 € [4] von ca. 2.000 € bis unter 3.500 € [5] von ca. 3.500 € bis unter 5.000 € [6] ab ca. 5.000 € [7] keine Angabe |
| 24. Sind Sie selbst, oder beide Ihrer Eltern im Ausland geboren? | <ul style="list-style-type: none"> [1] Ja, und zwar in _____ [2] Nein [3] keine Angabe |

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit bei dieser Befragung. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Wir wünschen Ihnen noch einen angenehmen Tag. Auf Wiedersehen!

Fragebogen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

1. Wie alt sind Sie? _____

2. Sind Sie männlich oder weiblich

3. Haben Sie vor diesem Vortrag schon vom Instrument Patientenverfügung gehört oder gelesen?
JA NEIN
Wenn ja, wo? _____

4. Haben Sie vor diesem Vortrag schon vom Instrument Vorsorgevollmacht gehört oder gelesen?
JA NEIN
Wenn ja, wo? _____

5. Wie gut fühlen Sie sich jetzt informiert?
Nicht ausreichend Ausreichend Vollständig

6. Was ist der Unterschied zwischen einer *beachtlichen* und einer *verbindlichen* PV?

7. Spielen Sie mit dem Gedanken, eine Patientenverfügung oder
Vorsorgevollmacht errichten zu lassen?

Patientenverfügung JA NEIN

Vorsorgevollmacht JA NEIN

8. Welche Variante würden Sie für sich wählen?

beachtliche PV verbindliche PV Vorsorgevollmacht

Warum? _____

9. Wen würden Sie als Vorsorgebevollmächtigte/n einsetzen?

10. Haben Sie bereits mit Angehörigen über die Errichtung einer
Patientenverfügung und/oder einer Vorsorgevollmacht gesprochen?

Patientenverfügung JA NEIN

Vorsorgevollmacht JA NEIN

Danke für die Teilnahme!

Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügungs-Gesetz (BGBl. I Nr. 55/2006) errichtet.

● Meine Patientenverfügung:

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, bei klarem Bewusstsein, ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der rechtlichen Tragweite erstelle ich diese Patientenverfügung für den Fall, dass ich in Folge einer Krankheit meinen Willen als Patient(in) nicht mehr fassen oder – in welcher Form auch immer – äußern kann (z. B. Bewusstlosigkeit). Solange ich diese Patientenverfügung nicht widerrufe oder sonst zu erkennen gebe, dass sie nicht mehr wirksam sein soll, bzw. eine von mir vorgenommene Änderung vorliegt, gilt diese Patientenverfügung als Ausdruck meines Willens.

Ich möchte mit dieser Urkunde eine Patientenverfügung errichten.

Diese Patientenverfügung ist beachtlich, auch wenn die Seite 4 nicht vollständig ausgefüllt ist. Als beachtliche Patientenverfügung muss sie als wichtige Orientierungshilfe berücksichtigt werden. (Ein ärztliches Aufklärungsgespräch wird in jedem Fall empfohlen!)

1 Meine Daten:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Straße: PLZ, Wohnort:

allenfalls:

Telefon: Geburtsort:

Rel.-Bek.: E-Mail:

2 Beschreibung meiner persönlichen Umstände und Einstellungen:

Damit meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte für den Fall, dass ich mich während meiner medizinischen Behandlung nicht mit ihnen verständigen kann, meinen Willen als Patient(in) besser beurteilen können, halte ich Folgendes über meine Einstellung zu meinem Leben, meiner Gesundheit und Krankheit, meinem Sterben und meinem Tod fest:

.....
.....
.....
.....

Dieses Formular wurde von den Patientenanwaltschaften Burgenland, Niederösterreich und Wien sowie Hospiz Österreich und Caritas in Zusammenarbeit mit den Bundesministerien für Gesundheit und für Justiz erarbeitet und wird von der Arbeitsgemeinschaft der Österreichischen Patientenanwälte, sowie den folgenden Institutionen empfohlen:



.....
.....
.....
.....
.....
.....

6 Sonstige Anmerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....

7 Hinweis auf eine/n allfällige/n Vorsorgebevollmächtigte/n:

Name: Vorname:
Straße: PLZ, Wohnort:
Telefon: E-Mail:

Die Vollmachtsurkunde ist bei hinterlegt.

● Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine Patientenverfügung selbst errichtet habe.

Ort, Datum: Unterschrift:

● **Zeugen:**

Nur für den Fall, dass die/der Erkrankte **nicht in der Lage ist** zu unterschreiben, muss sie/er bei „Unterschrift“ ein Handzeichen setzen. Dieses muss entweder notariell oder gerichtlich beglaubigt sein oder vor zwei Zeugen erfolgen. Einer der Zeugen muss den Namen der Person, die mit Handzeichen gefertigt hat, unter dieses Handzeichen setzen.

Wenn auch ein Handzeichen nicht möglich ist, muss die Errichtung der Patientenverfügung von einem Notar (oder Gericht) beurkundet werden.

1. Zeuge/in: 2. Zeuge/in:
Name und Unterschrift: Name und Unterschrift:

● **Ärztliche Aufklärung**

Als Ärztin/Arzt habe ich mit der Patientin/dem Patienten ein ausführliches Gespräch geführt. Diese(r) ist zum Zeitpunkt der Beratung in der Lage, das Besprochene zu verstehen und ihren/seinen Willen danach zu richten.

Im Gespräch haben wir die gesundheitliche Ausgangslage und die medizinischen Folgen der im Einzelnen abgelehnten Maßnahmen umfassend besprochen und ich beschreibe den Inhalt dieses Gespräches wie folgt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nur wenn diese Seite ab hier vollständig ausgefüllt ist, ist diese Patientenverfügung für meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte verbindlich.

Ich als Ärztin/Arzt habe die Patientin/den Patienten über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung ausführlich informiert. Die Patientin/Der Patient schätzt die medizinischen Folgen der Patientenverfügung zutreffend ein, weil

.....

.....

.....

.....

.....

Ort, Datum:

Name, Unterschrift und Stampiglie Ärztin/Arzt:

.....

● **Errichtung vor einem rechtskundigen Patientenvertreter oder vor einem Notar bzw. Rechtsanwalt:**

Ich habe den Erklärenden über das Wesen der verbindlichen Patientenverfügung und die rechtlichen Folgen sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt. Insbesondere habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass die Verfügung vom Arzt in aller Regel befolgt werden muss, selbst dann, wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert ist.

Ort, Datum:

Name, Unterschrift und Stampiglie des rechtskundigen Patientenvertreters, Notars bzw. Rechtsanwalts:

.....



PATIENTENVERFÜGUNG

Name:

Vorname:

Geburtsort:

SVNr.:

Geburtsdatum:

Ausweis:

Adresse:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Errichtungsdatum:

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, bei klarem Bewusstsein, ohne Druck oder Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der rechtlichen und medizinischen Tragweite, errichte ich diese Patientenverfügung nach dem Patientenverfügungsgesetz für den Fall, dass ich infolge des Verlustes meiner Einsichts-, Äußerungs- oder Urteilsfähigkeit nicht in der Lage bin, meinen Willen als Patient zu äußern.

Ich möchte eine **beachtliche** **verbindliche** Patientenverfügung errichten.

1. Grundsätzliches

Mit einer Patientenverfügung erklärt man – unabhängig davon, ob man zum Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist, oder nicht - bestimmte medizinische Behandlungen abzulehnen. Diese Behandlungen sind im Punkt 4. ausgeführt.

Sie wird wirksam, wenn man zum Zeitpunkt der Behandlung darüber nicht mehr bestimmen kann oder sich nicht darüber äußern kann.

Eine Patientenverfügung ist freiwillig und kann nur höchstpersönlich (nicht in Vertretung) errichtet werden.

Vor Errichtung einer *verbindlichen* Patientenverfügung werden ein medizinisches und ein juristisches Beratungsgespräch geführt, in denen die medizinischen und rechtlichen Folgen der Verfügung erklärt werden. Durch die untenstehende anwaltliche Mitunterfertigung wird die Verfügung verbindlich.

Die Patientenverfügung kann jederzeit widerrufen werden. Bei Änderungen der Patientenverfügung hinsichtlich des Patientenwillens sind die genannten Beratungsgespräche neuerlich zu führen und die gesetzlichen Formerfordernisse wieder einzuhalten.

Sie ist 5 Jahre gültig und muss dann erneuert werden, um weiter verbindlich zu sein. Kann ein Patient die Verfügung mangels Einsichts-, Äußerungs- oder Urteilsfähigkeit nicht erneuern, bleibt die ursprüngliche Verbindlichkeit bestehen.

Die Ärzte sind verpflichtet, sich an die verbindliche Patientenverfügung zu halten. Die Patientenverfügung gilt allerdings nicht für Notfälle, in denen der Zeitaufwand für die Suche nach der Verfügung das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährden würde.

2. Motivation zur Errichtung einer Patientenverfügung

Ich möchte eine Patientenverfügung verfassen, wegen

aktueller Diagnose/Erkrankung: _____

Erfahrungen bei früheren Erkrankungen: _____

Erkrankung eines nahen Angehörigen: _____

beruflichen Erfahrungen: _____

grundsätzliche Lebenseinstellung: _____

3. Aussicht auf Heilung und Besserung

Ich möchte, solange nach medizinischer Erkenntnis Aussicht auf Heilung oder Besserung besteht, nach den geltenden und anerkannten medizinischen Methoden behandelt werden.

4. Inhalt der Patientenverfügung

Jede aussichtslose, insbesondere intensivmedizinische Maßnahme lehne ich ab:

bei infauster (unheilbarer) Prognose, wenn ich im Sterbeprozess bin und wenn ärztliche Behandlungen oder Eingriffe den nahe bevorstehenden Tod nicht abwenden, sondern lediglich das Leben/Leiden verlängern. (Diese Behandlungen sind z.B.: Infusionen oder künstliche Ernährung. Medikamente gegen Schmerzen möchte ich aber sehr wohl verabreicht bekommen.) Mir ist bewusst, dass dadurch der Tod früher eintreten kann, als mit Behandlung.

bei Bewusstlosigkeit, die mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht mehr rückgängig gemacht werden kann und eine irreversible (nicht rückkehrbare) Schädigung des Gehirns mit sich bringt. (Das bedeutet, dass in diesem Fall Wiederbelebensmaßnahmen, die Reanimation, unterlassen wird.) Mir ist bewusst, dass dadurch der Tod früher eintreten kann.

bei dauerndem Ausfall der gesamten Herz-Lungenfunktion, bei der nur mit technischen Maßnahmen die Erhaltung des Herz-Kreislaufsystems gewährleistet ist. (Das bedeutet, dass in diesem Fall die Herz-Lungenmaschine nicht verwendet oder unter Umständen auch abgeschaltet wird.) Mir ist bewusst, dass dadurch der Tod früher eintreten kann.

Was wird unterlassen?

Mögliche Folgen:

Behandlungsalternativen:

5. Erwartungen

Ich erwarte von meinem behandelnden Arzt eine optimale und adäquate Schmerztherapie, ungeachtet der Möglichkeit, dass eine Dosierung nötig sein sollte, die als eventuelle Nebenwirkung eine Lebensverkürzung zur Folge hat.

Ich erwarte eine umfassende Behandlung nach den wissenschaftlich anerkannten Methoden der palliativen Pflege und Medizin, einschließlich wirksamer komplementärer Methoden.

6. Wünsche

In der Endphase meines Lebens wünsche ich:

im Kreise der Familie, Angehörigen bzw. in gewohnter Umgebung sein zu können

in einer Palliativstation oder in einem Hospiz betreut zu werden.

psychosoziale Unterstützung.

spirituelle Begleitung. Meine Konfession: _____

7. Aufbewahrungsort / Überbringung

Das Original dieser Patientenverfügung befindet sich in meinem auf Seite 1 angegebenen Wohnort, und zwar: _____

Als Kontaktperson zur Überbringung des Originals gebe ich an:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Kann ich über mich und meinen Gesundheitszustand selbst keine Entscheidung mehr treffen, ersuche ich, obige Person umgehend zu benachrichtigen.

Zu diesem Zweck entbinde ich jeden Arzt gegenüber obiger Person von der ärztlichen Schweigepflicht.

8. Hinweis auf eine/n allfällige/n Vorsorgebevollmächtigte/n

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Die Vollmachtsurkunde ist hinterlegt bei: _____

9. Medizinische Dokumentation

hat mich beim Erstellen der Patientenverfügung in ärztlicher Hinsicht umfassend über Wesen und Folgen der Patientenverfügung und über die Konsequenzen, die durch eine Ablehnung medizinischer Behandlungen entstehen, beraten. Er bestätigt die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit. Der Patient schätzt die Folgen der Patientenverfügung aus medizinischer Sicht zutreffend ein.

-----Datum-----

-----Stempel und Unterschrift-----

10. Juristische Dokumentation

hat am heutigen Tage den/die Errichter/in im Sinne des Patientenverfügungs-Gesetzes umfassend belehrt. Die Belehrung erfolgte insbesondere über nachstehende Punkte:

- Arten der Patientenverfügung und deren rechtliche Folgen
- Verbindlichkeit
- ärztliche und rechtliche Aufklärungspflicht
- Notwendigkeit der Erneuerung
- Möglichkeiten des jederzeitigen Widerrufs
- Alternativen (Verfassung einer nicht verbindlichen Verfügung)
- Aufbewahrung und Überbringung der Patientenverfügung

Der/Die Errichter/in schätzt die rechtlichen Folgen der Patientenverfügung zutreffend ein.

Registrierung im Patientenverfügungsregister:

erwünscht

nicht erwünscht

MUSTER

-----Datum-----

-----Stempel und Unterschrift-----

Ort und Datum: _____

eigenhändige Unterschrift

Patientenverfügung

Diese Patientenverfügung wird gemäß Patientenverfügungsgesetz (BGBI. I Nr. 55/2006) errichtet

Meine Patientenverfügung:

Im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte, bei klarem Bewußtsein, ohne Druck und Zwang, nach reiflicher Überlegung und in Kenntnis der rechtlichen Tragweite, erstelle ich diese Patientenverfügung für den Fall, daß ich infolge einer Krankheit meinen Willen als Patientin nicht mehr fassen oder - in welcher Form auch immer - äußern kann. (z.B. Bewußtlosigkeit)
Solange ich diese Patientenverfügung nicht widerrufe oder sonst zu erkennen gebe, daß sie nicht mehr wirksam sein soll, bzw. eine von mir vorgenommene Änderung vorliegt, gilt diese Patientenverfügung als Ausdruck meines Willens.

Ich möchte mit dieser Urkunde eine **beachtliche Patientenverfügung** errichten.

Als beachtliche Patientenverfügung muß sie als wichtige Orientierungshilfe berücksichtigt werden.

1) Meine persönlichen Daten:

Name:	xxxxxxx	Vorname:	xxxxxx
Geburtsdatum:	xxxxxxx		
Straße:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	PLZ, Wohnort:	xxxxxx
Telefon:	xxxxxxxxxxxx	Geburtsort:	xxxxxx
Rel. Bek.:	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	E-Mail:	-----

2) Beschreibung meiner persönlichen Umstände und Einstellungen:

Damit meine behandelnden Ärztinnen / Ärzte für den Fall, daß ich mich während meiner medizinischen Behandlung nicht mit ihnen verständigen kann, meinen Willen als Patientin besser beurteilen können, halte ich Folgendes über meine Einstellung zu Leben, meiner Gesundheit und Krankheit, meinem Sterben und meinem Tod fest:

Hier individuellen Text einfügen

3) Meine Vertrauenspersonen:

Folgenden Personen dürfen ärztliche Auskunft über meinen Gesundheitszustand erhalten und Ärztinnen / Ärzten Auskunft über mich geben:

Hier individuellen Text einfügen

4) Ärztin, die mich beim Erstellen der Patientenverfügung aufgeklärt und beraten hat:

5) Inhalt der Patientenverfügung:

Wichtige Information für Ärztinnen / Ärzte sowie für Pflegepersonal, die für meine medizinische Behandlung und / oder Pflege zuständig sind:

5.a) Anwendung dieser Patientenverfügung:

Für den Fall, daß durch medizinische Maßnahmen nicht mehr erreicht werden kann als eine Verlängerung des Sterbevorganges oder eine Verlängerung meines Leidens.

Außerdem für den Fall, daß ich mich unabwendbar in der Sterbephase befinde.

5.b) Von mir abgelehnte medizinische Maßnahmen:

Alle medizinischen Maßnahmen, die nur der Verlängerung meines Sterbevorganges oder der Verlängerung meines Leidens dienen, außer jenen Maßnahmen, welche zur Beherrschung anders nicht kontrollierbarer quälender Symptome, wie z.B. Schmerzen, Atemnot zweckdienlich sind.

Ich möchte nicht, daß mein Leben um jeden Preis verlängert wird, sondern daß fallweise mein unmittelbarer Sterbeprozess akzeptiert und höher bewertet wird, als die medizinischen und technischen Möglichkeiten einer zeitlichen Verlängerung meines Lebens.

Für den Fall, daß ich nicht mehr schlucken kann oder nicht mehr schlucken will, obwohl mir durch eine vertraute Bezugsperson immer wieder Nahrung angeboten wurde, lehne ich auch die Ernährung über eine PEG - Sonde oder über intravenöse Zugänge ab.

6) Sonstige Anmerkungen:

Solange nach medizinischen Erkenntnissen Aussicht auf Besserung meines Zustandes besteht, will ich nach den geltenden Regeln der Medizin behandelt werden.
Ich akzeptiere Eingriffe, die zur Genesung oder Besserung unerlässlich, und zur Durchführung einer schonenden und menschenwürdigen Pflege notwendig sind.

Ich stimme einer Behandlung nach den Prinzipien der **Palliativmedizin** zu.
Ich stimme einer wirkungsvollen Schmerzlinderung zu, auch wenn dadurch eine Lebensverkürzung nicht auszuschließen ist.

7) Hinweise auf einen allfälligen Vorsorgebevollmächtigten

Hier fallweise individuellen Text einfügen

Die Vollmachtsurkunde ist hinterlegt in der Notariatskanzlei:

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, daß ich meine Patientenverfügung selbst errichtet habe.

Ort, Datum

Unterschrift

8) Ärztliche Aufklärung

Als Ärztin habe ich mit der Patientin ein ausführliches Gespräch geführt. Diese ist zum Zeitpunkt der Beratung in der Lage, das Besprochene zu verstehen und ihren Willen danach zu richten.

Im Gespräch haben wir die gesundheitliche Ausgangslage und die medizinischen Folgen der im Einzelnen abgelehnten Maßnahmen umfassend besprochen und ich beschreibe den Inhalt dieses Gespräches wie folgt:

Meine Patientin, XXXXXXXXXXXX, hat sich selbst gewünscht dieses Gespräch mit mir zu führen.

Sie ist geistig vollkommen in der Lage, den Inhalt der Verfügung zu verstehen und zu formulieren.

Ich habe den Eindruck gewonnen, daß Frau XXXXXXXXX ein erfülltes Leben hinter sich hat, und den Tod als natürlichen Abschluß dieses Lebens für sich annehmen kann.

Sollte sie nicht mehr in der Lage sein, eigene Entscheidungen bezüglich einer medizinischen Behandlung zu treffen und sollte sich dieser Zustand nach medizinischem Ermessen nicht positiv verändern können, wünscht sie sich die nötigen Maßnahmen, um keine Schmerzen zu haben und gut und liebevoll gepflegt zu werden, möchte aber auf keinen Fall medizinische Maßnahmen, die nur zu einer Verlängerung des Leidens ohne Aussicht auf wirkliche Heilung führen.

Beispiele:

PEG Sonde, Reanimation, Operative Eingriffe, etc.

Ort, Datum

Name, Unterschrift und Stampiglie der Ärztin

Patientenverfügung

Bei klarem Bewusstsein und im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte verfasse ich diese Patientenverfügung. Bei der Erstellung bin ich frei von Druck und Zwang, habe die Folgen meiner Entscheidungen reiflich überlegt und weiß auch um die rechtliche Tragweite meines Dokuments. Wenn ich aufgrund einer Erkrankung meinen Willen nicht mehr bilden oder ihn aus welchen Gründen auch immer nicht mehr äußern kann (zB. Bewusstlosigkeit) ist die Verfügung als mein aktueller Wille anzusehen und zu respektieren. Dies gilt, solange ich diese Verfügung in keiner wie immer gearteten Form widerrufe!

MEINE persönlichen DATEN

Name: _____ Geburtsname _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort _____

Straße: _____ Plz/Wohnort _____

Telefon: _____ Fax/email _____

Die DATEN meiner VERTRAUENSPERSONEN, welche die volle ärztliche Auskunft über meinen gesundheitlichen Zustand erhalten und den Ärzten Auskunft über mich und meinen Willen geben dürfen:

Name: _____ Vorname _____

Verhältnis zum Patienten: _____

Straße: _____ Plz/Ort _____

Telefon: _____ Fax/email _____

Name: _____ Vorname _____

Verhältnis zum Patienten: _____

Straße: _____ Plz/Ort _____

Telefon: _____ Fax/email _____

Mein Vertrauensarzt, der mich vor der Erstellung der Patientenverfügung beraten hat, kann unter folgender Adresse erreicht werden:

Name, Vorname : _____

Straße: _____ Plz/Ort _____

Telefon: _____ Fax/email _____

Meine Werte und Einstellungen zu Leben und Tod. Meine gesundheitliche und soziale Ausgangslage

Folgende Hinweise auf meine Einstellung zum Leben, meinem Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Sterben und Tod sollen dazu dienen, dass meine behandelnden Ärztinnen/Ärzte meine Patientenverfügung besser interpretieren können:

Meine konkreten Willenserklärungen

Folgende konkret beschriebene Behandlungen lehne ich gemäß § 4 PatVG ab:

Da mir meine selbstbestimmte Lebensgestaltung sehr wichtig ist, vertraue ich darauf, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ihre Entscheidungen bezüglich meiner medizinischen Behandlung gewissenhaft und bei vollem Respekt vor meinem hier vorliegenden Willen treffen und mit den von mir genannten Vertrauenspersonen umfassend besprechen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Inhalt und die persönliche Errichtung der Verfügung:

Ort/Datum

Fortsetzung: Formularseite 3 von 4; Hg FME

Unterschrift des Patienten

Ärztliche Stellungnahme zum Aufklärungsgespräch und Einschätzung der Willensbildung

Ich habe die Patientin/den Patienten gemäß den gesetzlichen Vorgaben im PatVG über Wesen und Folgen der vorliegenden Patientenverfügung umfassend informiert. Nach einem ausführlichen Gespräch kann ich das Verständnis für die Gesprächsinhalte und die realistische und irrtumsfreie Folgeneinschätzung der geplanten Therapieablehnungen bestätigen. Folgende Aspekte des Gespräches und der Willensbildung untermauern meine Einschätzung:

Ort/Datum

Name, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Eintragung etwaiger Zeugen

Ich bestätige, dass mir der/die VerfasserIn dieser Patientenverfügung persönlich bekannt ist und diese Willenserklärung eigenhändig unterzeichnet hat. Ich habe an seiner/ihrer freien und selbstbestimmten Entscheidung keine Zweifel. Soweit ich es beurteilen kann, sind mir keine Anzeichen bekannt, die die Willens- bzw. Geschäftsfähigkeit des Verfassers dieser Patientenverfügung in Zweifel ziehen können.

Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Unterschrift _____

Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Unterschrift _____

Nachfolgender Abschnitt ist nur von Bedeutung, wenn eine VERBINDLICHE Patientenverfügung errichtet wird:

Bestätigung der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung vor einem Notar/Rechtsanwalt/rechtskundigen Mitarbeiter einer Patientenvertretung:

Ich habe die Verfasserin/den Verfasser dieser Patientenverfügung persönlich über das Wesen einer verbindlichen Patientenverfügung, die rechtlichen Folgen sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt. Insbesondere habe ich auch darauf hingewiesen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte die Verfügung befolgen müssen, selbst dann, wenn die untersagte Behandlung medizinisch indiziert wäre und die Unterlassung den Tod zur Folge haben könnte. Informationen und Folgeneinschätzungen wurden umfassend und zweifelsfrei verstanden.

Ort/Datum

Name, Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes

Auch bei Krankheit kann
Gesundheit maximiert werden.



Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf
Geriatrizentrum

Hinaysgasse 1
A-1210 Wien
Tel.: +43 1 27522-0
Fax: +43 1 27522-1219
E-Mail: post.flo@wienkav.at
<http://www.wienkav.at/flo>

END OF LIFE CARE
aktualisiert 12.1.2005

Patienten/Bewohneretikette

Dokumentation von Therapiebegrenzungs- oder Therapierückzugsübereinkommen

Patienten/Bewohnergruppen:

- 1 Uneingeschränkte Therapie
- 2 Selektiv eingeschränkte Therapie
- 3 Rückzug auf Basistherapie und Pflege

Evaluierung bei Verbesserung bzw. Verschlechterung des
Allgemeinzustandes

Wien, am _____

Anwesend:

FLORIDSDORF
zeigt ZUKUNFT

Name:

Unterschrift:

Checkliste für Therapiebegrenzung oder Therapierückzug - 9 Fragen

1. Gesicherte Diagnose einer inkurablen zum Tode führenden Grunderkrankung
2. Gesicherte wesentliche Comorbiditäten¹
3. Medizinische Prognose aufgrund einer möglichst umfassenden Datenlage
4. Biologisches Alter und Allgemeinzustand
5. Aktueller Wunsch des Patienten/Bewohners
6. Früher geäußerte Patienten/Bewohnerwünsche
7. Haltung der Vertrauensperson (Angehörige)
8. Lebensqualität vor der aktuellen Erkrankung

¹ Zusatzerkrankungen

9. Abschätzung der Lebensqualität bei Überleben der aktuellen Erkrankung

Begrenzung oder Rückzug von
therapeutischen Maßnahmen

Patient/Bewohner auf der Langzeitpflegestation

		ja	nein
⊖	Transferierung in ein Krankenhaus (z.B.: Monitoring, parenterale Ernährung, Cavakatheter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⊖	CP-Reanimation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⊖	Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⊖	Blutkonserven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
⊖	PEG-Sonde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anmerkungen und Evaluierung:

Begriffserklärung und Basisstatements:

1. Alle Therapiebegrenzungs- und Rückzugsübereinkommen sind Gruppenentscheidungen und müssen im Konsens getroffen werden. Bei fehlendem Konsens gilt volle Therapie (Gruppe 1)
2. Patienten/Bewohner ohne dokumentierte Übereinkommen sind automatisch in Gruppe 1.
3. Zusammensetzung der Gruppe: Stationsarzt/Ärztin bzw. Vertretung. Stationsnr./Pfl. bzw. Vertretung, leitender Oberarzt(Vertretung auf Akutgeriatrie) 1 Basispflegeperson (DGKP/PH). Psychologin und Seelsorge erhalten Info über Termin. Teilnahme auf eigenen Wunsch oder den der Gruppe, aber nicht in jedem Fall für Entscheidungsfindung erforderlich.
4. Die Letztentscheidung liegt immer beim diensthabenden Arzt, das schriftlich dokumentierte Übereinkommen soll dafür eine Hilfe sein. Sollte diese Entscheidung vom Gruppenergebnis abweichen, so muß dies dokumentiert werden (Blatt4).
5. Jeder Patient/Bewohner erhält eine Basistherapie im Sinne von adäquater Schmerz- und Flüssigkeitstherapie.
6. In pflegerischen Belangen gibt es keine Begrenzung und keinen Rückzug.
7. Verwendung positiver Begriffe in der Dokumentation und gegenüber Vertrauensperson/Angehörigen wie „konservative Therapie“, „keine intensivtherapeutischen Maßnahmen“, „... kein invasives/invasiveres Vorgehen“, „sichere Schmerzbekämpfung“ oder ähnliches.
8. Vermeidung negativer Begriffe wie „Therapieabbruch“, „nichts mehr tun“, oder ähnliches, die tatsächlich nicht stattfinden.
9. Information der Vertrauensperson/Angehörigen über das Therapieübereinkommen erfolgt durch den Stationsarzt/Ärztin.
10. Es gibt keine Verpflichtung und keinen Auftrag, Therapieformen, die nach sorgfältiger Analyse und ausreichender Datenlage nach aktuellem medizinischem Standard als nutzlos beurteilt werden, anzuwenden oder weiterzuführen.

Wer regt das Zusammentreffen des „End of Life Care“ Teams an?

- ☞ Arzt/In
- ☞ Pflege
- ☞ Psychologin
- ☞ Physiotherapeuten
- ☞ Ergotherapeuten
- ☞ Logopäden
- ☞ Seelsorge
- ☞ Abteilungshelfer

Wer veranlaßt und terminisiert das Zusammentreffen?

Der Stationsarzt/Ärztin und Stationssr./Pfl. (oder deren Vertretungen) vereinbaren einen Termin innerhalb von 5 Werktagen nach der Anregung. Information über den Termin wird folgendermaßen weitergegeben:



Wie läuft das Zusammentreffen ab?

- ☞ Ort: Behandlungsraum der Station
- ☞ Zeit: maximal 2 Stunden
- ☞ Pager wird abgegeben
- ☞ Dokumentation wird vom Arzt durchgeführt (handschriftlich)
- ☞ Komplette Dokumentation vom Patienten/Bewohner erforderlich.
- ☞ Ausgefüllter Bogen bleibt hinter dem Therapieblatt.
- ☞ Eintrag im Interdisziplinären Dekursblatt seitens des Arztes
- ☞ Eintragung im Verordnungsblatt rechte Seite unteres Drittel, wird regelmäßig auf neues Blatt übertragen.

~~Der Bogen wird danach kopiert und bei Oberschwester aufbewahrt:~~

Dokumentationsblatt Palliativbetreuung**Datum:**

Persönliche Daten			
Familienname			
Vorname			
Vsnr./Geb.Datum			
Krankenkasse			
Anschrift			
Diagnose			
Betreuung			
Ansprech-/ Vertrauensperson			
Hausärztin/ Hausarzt			
Medizinische Behandlungsziele		Unterschrift	Datum
Pflegeziele			

Rechtliches		Unterschrift	Datum
Patientenverfügung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Sachwalter		<input type="radio"/> Nein	
Vorsorgevollmacht	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Aufklärungsgespräch			
Willenserklärung			

Palliativer Betreuungsplan

Teilnehmer: BW Ang. Name:.....
 O Arzt Name:..... O PP Name:.....

Bewohner kann sich selbst äußern: ja nein

Patientenverfügung vorhanden ja nein

Was soll geschehen/was soll gar nicht geschehen/was können wir tun in Bezug auf:

Fieber.....

Ablehnung von Nahrung Trinken

PEG Sonde?.....

Mundtrockenheit.....

Schmerzen.....

Unruhe, Angst.....

Atemnot/Rasselgeräusche.....

Epi –Anfall.....

HerzKreislaufstillstand.....

Verständigungen bei Verschlechterung des Allgemeinzustandes:

Uhrzeiten von.....bis..... immer

Verständigung bei Todesfall

Uhrzeit von bis..... immer

Spirituelle Wünsche:

Seelsorger/Priester soll kommen (Krankensalbung): ja nein

Bestattungsinstitut:

Besondere Wünsche zur Kleidung, zum Verabschiedungsritual (Tuch auswählen,...):
.....

Medizinischer Bereich:

- KH nur bei akuten Problemen
- Medikamentenreduktion
- BZ und RR Kontrollen(Notwendigkeit?)
- Verabreichung von div. Supp. – Intervalle/Notwendigkeit überdenken
- Verabreichungsform von Medikamenten beachten (bes. bei Schluckstörungen)
- Anstreben einer optimalen Schmerz – und Symptomkontrolle
- O2 Gabe – Notwendigkeit überdenken
- s.c Infusionen überdenken
- eventuell Therapievorschlag von MPT (Palliativärzte) einholen

Pflegerischer Bereich:

- Kreative und individuelle Pflege anbieten (Pflegeplanung beachten, evaluieren)
- Zuwendung ist wichtig – Pflege der Situation anpassen (Wohlbefinden geht vor!)
- Grenzen und Selbstbestimmung der Bewohner respektieren
- Körpertemperatur beachten (Hitze – Kälte, Socken anziehen, Kuschedecke)
- Ruhebedürfnis beachten (Körperpflege in Wachphasen und nicht nur zur gewohnten Zeit)
- Lieblings Speisen und Getränke anbieten (Wunschkost)
- Mundpflege beachten –kreative Möglichkeiten nutzen (Ananas-, Orangensaft, Mundpflegeset)
- Basale Stimulation (ASE, Waschungen, alle Sinne ansprechen – Musik),
- Aromapflege, Validation

Angehörige:

- Angehörige auf Wunsch in die Pflege miteinbeziehen (alternative Möglichkeiten)
- Angebot beim Bewohner bleiben zu können (so lange man will!)
- Erinnerungsstein – vorbereiten, mitgeben, aufheben
- Gedenkmesse erzählen
- Informationsmaterial anbieten
- Besuchsdienst/Begleitung (Sitzwache, Gesprächsmöglichkeit für Angehörige)
- Palliativ Ecke – Rondo (Wohlfühlkiste,...)

Ehrenamtliche MA:

Frühzeitig miteinbeziehen

Information über event. KH Einweisungen, Verschlechterungen vom AZ, Todesfall

- Information an alle Mitarbeiter – interdisziplinär, Aushang Symbol!)