

# **PATIENTENVERFÜGUNG UND VORSORGEVOLLMACHT**

Selbstbestimmung am Lebensende aus der  
Perspektive von Patienten und Experten

## **Bachelorarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts in Business

FH Oberösterreich

Studiengang: Sozial- und Verwaltungsmanagement, Linz

Studienzweig: Sozialmanagement

## **Verfasserin:**

Elfriede Pichler

## **Gutachterin:**

Prof. (FH) Mag. Dr.<sup>in</sup> Renate Kränzl-Nagl

Neumarkt, 3. Juni 2013

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen entnommenen Stellen als solche gekennzeichnet habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Neumarkt, 3. Juni 2013

\_\_\_\_\_

Unterschrift

## Danksagung

Ich bedanke mich bei all jenen Personen, die mich während meines Studiums unterstützt haben, insbesondere bei meiner Familie und meinen Freunden, die Verständnis für meine Situation aufbrachten und mir stets eine große Hilfe waren.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Herrn Mag. Gupfinger, der mich mit Engagement unterstützt, viele Kontakte zur Verfügung gestellt und einen wesentlichen Grundstein zu dieser Arbeit gelegt hat.

Vor allem danke ich Frau Prof. (FH) Mag. Dr.<sup>in</sup> Renate Kränzl-Nagl, die mich schon während der empirischen Erhebungen mit Ihrem Fachwissen begleitete und wesentlich zum Gelingen dieser Bachelorarbeit beigetragen hat.

Ein besonderes Dankeschön gilt meinem Lebenspartner Otmar, nicht nur für die Geduld, die er stets aufbrachte, sondern weil er während des ganzen Studiums eine wichtige Stütze für mich war.

## **Kurzfassung**

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind beides Instrumente der Selbstbestimmung am Lebensende, die seit 2006 bzw. 2007 gesetzlich verankert sind. Sie sind Werkzeuge der Kommunikation, nämlich dann, wenn Kommunikation von Mensch zu Mensch nicht mehr möglich ist. Für die Gestaltung eines selbstbestimmten Lebensendes ist das Mitteilen der eigenen Wünsche und Vorstellungen aber wesentlich. Diese Form der Kommunikation ist in der heutigen zivilisierten Gesellschaft jedoch keine Selbstverständlichkeit.

Wie werden die Instrumente der Patientenautonomie tatsächlich wahr- und angenommen und wie stellt sich die derzeitige Handhabung dar? Anhand einer Fragebogenerhebung und qualitativer Experteninterviews wurden Mitglieder des Pensionistenverbandes, Errichter von Patientenverfügungen sowie Ärzte, Patientenvertreter und weitere Experten zu diesen und ähnlichen Problemstellungen befragt.

Im ersten Abschnitt dieser Arbeit werden theoretische Grundlagen zu den Autonomieinstrumenten abgehandelt; der zweite Teil präsentiert die Resultate der empirischen Untersuchungen. Im letzten Kapitel werden die Ergebnisse aus Theorie und Empirie abgeglichen und Schlussfolgerungen gezogen. Empfehlungen, die sich aus den gewonnenen Erkenntnissen ableiten, runden diese Arbeit ab.

## **Abstract**

Advance directives and power of attorney are instruments of self-determination for the end of life phase, which have been legitimate since 2006/2007. They are tools of communication used when communication from person to person is no longer possible. To allow for a self-determined end of life phase, the communication of wishes and ideas is essential. However, this form of communication is not a matter of course in today's civilized society.

How are these instruments of patient autonomy actually perceived and accepted, and how are they currently used? Based on interviews and a quantitative survey, members of the Pensionistenverband OÖ, makers of advance directives, physicians, patient representatives and other experts were questioned on these issues.

In the first section the theoretical basics concerning the tools of patient autonomy are discussed; the second part shows the results of empirical studies. Finally, the theoretical and empirical results are compared and conclusions are drawn resulting in given recommendations.

# Inhaltsverzeichnis

KURZFASSUNG.....	I
ABSTRACT .....	II
INHALTSVERZEICHNIS.....	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	VI
TABELLENVERZEICHNIS.....	VI
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	VII
1. EINLEITUNG.....	1
1.1. Ausgangslage und Problemstellung.....	2
1.2. Zielsetzung und Forschungsfragen.....	3
1.3. Methodik und Aufbau der Arbeit.....	4
2. THEMATISCHE GRUNDLAGEN ZU DEN INSTRUMENTEN DER SELBSTBESTIMMUNG.....	5
2.1. Sterbekultur .....	5
2.2. Das Selbstbestimmungsrecht .....	7
2.3. Menschenwürde .....	8
2.4. Die Patientenverfügung .....	10
2.4.1. Entstehung .....	10
2.4.2. Definition, Grundzüge und inhaltlicher Anwendungsbereich .....	11
2.4.3. Arten der Patientenverfügung.....	12
2.4.3.1. Die verbindliche Verfügung.....	12
2.4.3.2. Die beachtliche Verfügung.....	15
2.4.4. Bestimmungen beider Arten .....	18
2.4.4.1. Unwirksamkeit.....	18
2.4.4.2. Missbrauchsbestimmung.....	20
2.4.4.3. Notfallversorgung.....	20
2.4.5. Der Weg der Patientenverfügung zum behandelnden Arzt .....	21
2.4.6. Kritische Stimmen und Anregungen zum Patientenverfügungsgesetz.....	22
2.4.7. Abgrenzung zur Sterbehilfe .....	24
2.4.7.1. Aktive Sterbehilfe.....	25
2.4.7.2. Passive Sterbehilfe.....	25
2.5. Die Vorsorgevollmacht.....	26
2.5.1. Errichtung einer Vorsorgevollmacht.....	27
2.5.2. Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht.....	29

2.5.3.	Sachwalterverfügung und Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger.....	30
2.6.	Vergleich Vorsorgevollmacht . Patientenverfügung.....	31
2.7.	Regelungen anderer europäischer Länder.....	33
2.7.1.	Patientenautonomie in Deutschland .....	34
2.7.2.	Großbritanniens "advance decision±.....	34
2.7.3.	Das neue Erwachsenenschutzrecht in der Schweiz.....	35
2.7.4.	Regelungen in den Niederlanden.....	36
2.7.5.	Großzügige Bestimmungen in Belgien.....	37
2.7.6.	Dänische Regelungen .....	37
2.7.7.	Bestimmungen in Frankreich .....	37
2.7.8.	Patientenautonomie in Spanien .....	38
2.7.9.	Strenge Bestimmungen in Ungarn.....	38
2.7.10.	Keine gesetzlichen Grundlagen in Norwegen und Schweden .....	39
2.7.11.	Ländervergleich im Überblick.....	39
3.	METHODISCHES VORGEHEN UND DURCHFÜHRUNG DER EMPIRISCHEN ERHEBUNGEN .....	41
3.1.	Experteninterviews .....	42
3.2.	Fragebogenerhebung .....	45
3.3.	Qualitative Interviews mit Errichtern einer Patientenverfügung .....	47
4.	ERGEBNISDARSTELLUNG.....	48
4.1.	Instrumente der Selbstbestimmung aus der Perspektive von Patienten... ..	48
4.1.1.	Soziodemografische Angaben zu den Teilnehmern der Fragebogenerhebung .....	48
4.1.2.	Bekanntheit der Patientenverfügung.....	50
4.1.3.	Meinung über die Patientenverfügung und Selbstbestimmung am Lebensende.....	52
4.1.4.	Aufklärung und Information ist wesentlich.....	54
4.1.5.	Gründe, die eine Patientenverfügung überflüssig machen.....	56
4.1.6.	Motive der Errichtung.....	58
4.1.7.	Kritische Äußerungen zur Patientenverfügung.....	59
4.1.8.	Bekanntheit der Vorsorgevollmacht .....	60
4.1.9.	Meinungen über die Vorsorgevollmacht.....	61
4.1.10.	Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht?.....	61
4.2.	Instrumente der Selbstbestimmung aus der Perspektive von Experten....	63
4.2.1.	Die Patientenverfügung als wichtige Hilfestellung für ärztliche Entscheidungen.....	63

4.2.2.	Die Patientenverfügung als Kommunikationshilfe .....	65
4.2.3.	Verbindlich oder doch beachtlich? .....	65
4.2.4.	Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen.....	67
4.2.5.	Geringes Ausmaß an Patientenverfügungen .....	68
4.2.6.	Gründe für geringes Ausmaß an Patientenverfügungen .....	69
4.2.7.	Gründe der Errichtung .....	72
4.2.8.	Änderung von einmal festgelegten Wünschen.....	73
4.2.9.	Wille des Patienten oder ärztliche Hilfeleistungspflicht?.....	73
4.2.10.	Das Patientenverfügungsgesetz und die Patientenautonomie.....	76
4.2.11.	Missbrauch nahezu ausgeschlossen.....	77
4.2.12.	Der Weg der Patientenverfügung zum medizinischen Personal ....	77
4.2.13.	Wahrnehmung der Vorsorgevollmacht .....	78
5.	SCHLUSSFOLGERUNGEN .....	80
5.1.	Zusammenfassende Darstellung und Beantwortung der Forschungsfragen.....	80
5.2.	Handlungsempfehlungen.....	85
5.3.	Persönliches Resümee .....	87
6.	LITERATURVERZEICHNIS .....	89
6.1.	Bücher und Fachbeiträge.....	89
6.2.	Internetquellen.....	91
6.3.	Rechtsquellen.....	93
7.	ANHANG .....	94



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Inhalt und Form der Vorsorgevollmacht.....	28
Abbildung 2: Grafische Auflösung des Forschungsprozesses.....	41
Abbildung 3: Altersverteilung der Befragten .....	49
Abbildung 4: Bekanntheit der Patientenverfügung .....	50
Abbildung 5: Stellenwert der Selbstbestimmung .....	52
Abbildung 6: Einschätzung der Patientenverfügung .....	53
Abbildung 7: Interesse an Informationsveranstaltung zur Patientenverfügung .....	55
Abbildung 8: Interesse an Informationsveranstaltung zur Patientenverfügung nach Region .....	55
Abbildung 9: Gründe, warum eine Patientenverfügung nicht notwendig ist .....	56
Abbildung 10: Personen, die im Fall der Entscheidungsunfähigkeit entscheiden sollen.....	57
Abbildung 11: Bekanntheit der Vorsorgevollmacht.....	60
Abbildung 12: Meinung zur Vorsorgevollmacht .....	61
Abbildung 13: Entscheidung zwischen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.....	62

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verbindliche Patientenverfügung .....	14
Tabelle 2: Qualifiziert beachtliche Patientenverfügung.....	16
Tabelle 3: Beachtliche Patientenverfügung .....	17
Tabelle 4: Ländervergleich der gesetzlichen Bestimmungen.....	40
Tabelle 5: Methoden der empirischen Untersuchung .....	42
Tabelle 6: Rücklaufquoten .....	46
Tabelle 7: Bildung der Befragten.....	49
Tabelle 8: Bekanntheitsgrad der Patientenverfügung nach Region.....	51
Tabelle 9: Bekanntheit der Patientenverfügung nach Bildungsabschluss.....	51
Tabelle 10: Bevorzugte Variante nach Befragungsgruppen .....	62

## Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
Abs	Absatz
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
idF	in der Fassung
idR	in der Regel
iSd	im Sinne des
nF	neue Fassung
NO	Notariatsordnung
ÖZVV	Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis
PatVG	Patientenverfügungs-Gesetz
PV OÖ	Pensionistenverband Oberösterreich
RAO	Rechtsanwaltsordnung
SW	Sachwalter
SWRÄG	Sachwalterrechtsänderungsgesetz
VV	Vorsorgevollmacht
Z	Ziffer

Auf eine gendergerechte Sprache wird in der vorliegenden Arbeit aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit verzichtet. Es wird jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die männliche Form auch gleichermaßen für das weibliche Geschlecht gilt.

# 1. Einleitung

Durch die Fortschritte in der Schulmedizin konnte die Lebenserwartung der Menschen in den letzten Jahrzehnten deutlich erhöht und die Lebensqualität gesteigert werden. Doch wecken diese Chancen moderner Medizin nicht nur Hoffnungen, sondern auch gewisse Ängste der Bevölkerung, wenn lebensverlängernde Maßnahmen um jeden Preis kein Mehr an Lebensqualität, sondern eine sinnlose Verlängerung des Sterbeprozesses und Leidenszumutung bedeutet.<sup>1</sup> In dieser Auseinandersetzung um Entscheidungen am Lebensende spielen die Instrumente der Autonomie, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, eine wichtige Rolle. Sie gründen auf dem Selbstbestimmungsrecht jedes Patienten, das zu den wichtigsten Grundwerten der Medizinethik gehört,<sup>2</sup> und die Möglichkeit bietet, das eigene Lebensende mitzugestalten.

Die Patientenverfügung ist eine antizipierte Willenserklärung, anhand derer das Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende für Situationen, in denen keine eigene Willensbekundung mehr möglich ist, gesichert werden soll. Eine Person kann anhand dieser Verfügung festlegen, dass medizinische Maßnahmen für den Fall der Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsunfähigkeit an ihr nicht vorgenommen werden dürfen.<sup>3</sup> Seit dem Jahr 2006 hat der österreichische Gesetzgeber mit dem Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG) eine rechtliche Grundlage für vorausverfügte Willenserklärungen geschaffen, welches die Voraussetzungen und Wirksamkeit von Patientenverfügungen regelt.

Mit dem Inkrafttreten des Sachwalterrechtsänderungsgesetzes ab Jänner 2007 gibt es anhand der Vorsorgevollmacht eine weitere Möglichkeit, die Durchsetzung der Wünsche eines Patienten zu erwirken. Mit dem Instrument der Vorsorgevollmacht kann eine Person des Vertrauens, die unter anderem auch für Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten . in Situationen, in denen sich der Patient nicht mehr selbst vertreten kann . bestimmt und bevollmächtigt werden. Gerade wenn eine gewisse Scheu davor besteht, medizinische Behandlungen anhand einer

---

<sup>1</sup> Vgl. Nationaler Ethikrat (2006), 9.

<sup>2</sup> Vgl. Platzer (2010), 13.

<sup>3</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg, (2007), 13.

Patientenverfügung komplett auszuschließen, ist dieses Instrument eine geeignete Alternative.<sup>4</sup>

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind Instrumente der Autonomie und Selbstbestimmung. Sie sollen insbesondere das Selbstbestimmungsrecht am Lebensende stärken und eine selbstbestimmte Lebensgestaltung auch in einer naturgemäß eingeschränkten, zukünftigen Situation sichern.

### **1.1. Ausgangslage und Problemstellung**

Die Schaffung von rechtlichen Grundlagen zu den Autonomieinstrumenten durch den Gesetzgeber zeigt vor allem, dass das öffentliche Bewusstsein für Fragestellungen zur Gestaltung des menschlichen Lebensendes gestiegen ist.<sup>5</sup> Menschen werden immer älter und möchten für das Alter vorsorgen, sodass notwendige medizinische Entscheidungen im Fall einer mangelnden eigenen Handlungsunfähigkeit trotzdem den eigenen Vorstellungen und Wünschen entsprechen.<sup>6</sup>

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die These, dass zwar großes Interesse an Selbstbestimmung am Lebensende besteht, es jedoch kaum Informationen über die Vorsorgeinstrumente in der breiten Bevölkerung gibt und dass die Möglichkeiten der Selbstbestimmung am Lebensende noch kaum genutzt werden. Wie werden die Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht tatsächlich wahrgenommen und wie stellt sich die derzeitige Handhabung dieser Instrumente dar? Zu diesen und ähnlichen Fragestellungen gab es bislang noch kaum wissenschaftliche Untersuchungen.

Auch das Landesbildungsgremium des Pensionistenverbandes OÖ, das sich zum Ziel gemacht hat, Seniorinnen und Senioren über aktuelle Entwicklungen und Geschehnisse zu informieren, griff diese Thematik auf und setzte sich mit oben genannten Problemstellungen auseinander. Diese Arbeit soll wichtige Grundlagen für den Pensionistenverband OÖ (PV OÖ) bieten, um Seniorinnen und Senioren möglichst optimal über die Instrumente der Patientenautonomie zu informieren.

---

<sup>4</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg, (2007). 60.

<sup>5</sup> Vgl. Patzer, (2010), 17.

<sup>6</sup> Vgl. Barta/Kalchschmid (2004), 1.

## 1.2. Zielsetzung und Forschungsfragen

Zielsetzung der empirischen Untersuchung war, den Informationsstand bzw. Informationsbedarf und die Meinung über die Instrumente der Selbstbestimmung am Lebensende, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, zu erheben. Auch sollte die derzeitige Handhabung der Patientenverfügung erforscht und abgeklärt werden, ob eine praktische Anwendbarkeit der gesetzlichen Bestimmungen gegeben ist. Dazu wurde die Erhebung in die Themenbereiche °Patientenperspektive± und °Expertenperspektive± geteilt und folgende Forschungsfragen für die jeweiligen Bereiche formuliert:

### **Patientenperspektive:**

- Wie wichtig ist Selbstbestimmung am Lebensende?
- Wie hoch ist der Bekanntheitsgrad von Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht?
- Gibt es Informationsbedarf zu diesen Autonomieinstrumenten?
- Gibt es Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Region bezüglich der oben genannten Fragestellungen?

### **Expertenperspektive:**

- Wie nehmen Experten die Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht wahr?
- In welchem Ausmaß wird die Patientenverfügung als Instrument zur Selbstbestimmung wahrgenommen? Geht das Interesse an Patientenverfügungen mit der tatsächlichen Praxis konform?
- Wie stellt sich die Handhabung und Verbindlichkeit der Patientenverfügung dar?
- Tritt die Patientenverfügung in Konflikt mit der ärztlichen Hilfeleistungspflicht?
- Das Patientenverfügungs-Gesetz: Wie sind die gesetzlichen Regelungen zu bewerten? Ist die Patientenautonomie ausreichend verankert?

Die Beantwortung dieser Forschungsfragen erfolgt im fünften Kapitel im Rahmen einer zusammenfassenden Darstellung der Ergebnisse aus Literaturrecherche sowie empirischer Untersuchung.

### **1.3. Methodik und Aufbau der Arbeit**

Auf Basis einer umfassenden Literatur- und Internetrecherche werden im folgenden Kapitel dieser Arbeit relevante Begriffe definiert und thematische Grundlagen zur Selbstbestimmung am Lebensende sowie zur Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht dargestellt. Anschließend wird eine Abgrenzung zu Sterbehilfe erläutert. Auch ein Blick über die Grenzen wird geworfen, um die Regelungen anderer europäischer Länder aufzuzeigen.

Das dritte Kapitel beschäftigt sich mit dem methodischen Vorgehen der empirischen Untersuchung. Um die vielschichtigen Fragestellungen zur Patienten- und Expertenperspektive zu beantworten, wurde ein Methodenmix aus qualitativen und quantitativen Methoden der empirischen Sozialforschung gewählt. Für die Erhebung der Patientenperspektive<sup>7</sup> wurden 203 Mitglieder des Pensionistenverbandes OÖ anhand eines Fragebogens befragt. Die Motive und Einstellungen von drei Personen, die schon eine Patientenverfügung errichtet haben bzw. im Prozess der Errichtung sind, wurden mittels des qualitativen Interviews erkundet. Um die Meinungen und Sichtweisen von praktizierenden Ärzten, Krankenhausmedizinern, Patientenvertretern sowie andere Experten zu erforschen, wurden 14 Experteninterviews geführt.

Das vierte Kapitel enthält die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse der durchgeführten empirischen Untersuchung.

Im fünften Kapitel dieser Arbeit werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst, Verbindungen aus den Erkenntnissen der Literaturrecherche gezogen und die Forschungsfragen beantwortet. Daraus abgeleitet werden mögliche Handlungspotentiale bzw. Empfehlungen. Als Abschluss folgt ein persönliches Resümee der Autorin.

---

<sup>7</sup> Patient im Sinne des § 2 Abs 2 PatVG ist jene Person, die eine Patientenverfügung errichtet, egal ob sie zum Zeitpunkt der Errichtung erkrankt bzw. in medizinischer Behandlung ist oder nicht.

## 2. Thematische Grundlagen zu den Instrumenten der Selbstbestimmung

In diesem Kapitel werden Grundlagen und Bedeutung der Instrumente der Selbstbestimmung am Lebensende, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, näher vorgestellt und die Regelungen anderer europäischer Länder erörtert. Zuvor wird aber auf die Sterbekultur eingegangen und gezeigt, wie unsere moderne Gesellschaft mit dem Lebensende umgeht. Auch die Menschenwürde sowie das Selbstbestimmungsrecht von Patienten werden thematisiert.

### 2.1. Sterbekultur

Gerne würden wir glauben, der Tod sei nur ein Problem von Minderheiten, das Sterben eine Angelegenheit für Ärzte und Priester. Unsere Gesellschaft orientiert sich an Fortschritt und Fitness und gibt sich dem Jugendkult hin. Da passt Sterben nicht ins Bild. *Wir sind folglich auch Zeugen und gelegentlich Mitwirkende einer klammheimlichen Ausgrenzung der alternden, dem Tod sich nähernden und vor allem der sterbenden Menschen aus der Gemeinschaft der Lebenden.*<sup>8</sup> Nicht zuletzt die Gewissheit, dass wir selber sterben werden, veranlasst uns, das Sterben zu verdrängen. Stirbt ein Mensch, der uns nahe gestanden ist, erinnert uns das an den eigenen Tod und zumindest für kurze Zeit lassen wir ihn ins Bewusstsein. Wir sind die einzigen Lebewesen, die wissen, dass sie sterben werden, aber damit beschäftigen wollen wir uns nicht.<sup>9</sup>

Aber gerade weil diese Thematik unangenehm ist, weil der Tod Angst macht, ist es wichtig, sich damit auseinanderzusetzen, sich der Angst zu stellen, denn vielleicht nimmt es ihr den Schrecken. Möglicherweise wirkt sich das Beschäftigen mit diesem Thema auf unser Leben aus, nämlich dass wir wacher und aufmerksamer durchs Leben gehen. Wahrscheinlich lässt sich die Beklommenheit, die im Umgang mit dem eigenen wie auch dem Sterben anderer Menschen eintritt, nicht nehmen, da

---

<sup>8</sup> Schreiber (2007).

<sup>9</sup> Vgl. Schreiber (2007).

sie mit unserer Endlichkeit zu tun hat, aber eine Sterbekultur, die der Würde jedes einzelnen Menschen gerecht wird, ist längst überfällig.<sup>10</sup>

Für Platzer sind die Hospizbewegung als auch die Patientenverfügung Zeichen einer defizitären gesellschaftlichen und medizinischen Entwicklung. Seiner Meinung nach spiegelt sich die Notwendigkeit einer Hospizbewegung im *Verlust der Großfamilie, der Nachbarschaftshilfe, der Geborgenheit, des Eingebettetheits in ein System, einfach der Verlust der gemeinsamen Sorge umeinander*<sup>11</sup> wider. Die Hospizbewegung hat zum Ziel, das Sterben wieder als wichtigen Teil des Lebens ins öffentliche Bewusstsein zu rufen und einen humanen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer zu fördern. Die Wahrung und Förderung von Lebensqualität bis zuletzt soll den Sterbenden und ihren Angehörigen ein würdevolles Leben und Lebensende ermöglichen.<sup>12</sup> Die Würde und das menschliche Leben werden als letztendlich gottgegebene Gabe, die unserer Verfügung entzogen bleibt und auch bleiben soll, gesehen. Infolgedessen setzt sie sich gegen unsinnige Lebensverlängerung ein und befürwortet passive Sterbehilfe, denn ein Festhalten um jeden Preis ist mit unserer Menschenwürde nicht vereinbar. Die Hospizbewegung richtet sich aber auch gegen jede Form der direkten aktiven Sterbehilfe. Da wir das Leben nicht uns selbst verdanken, haben wir auch nicht das Recht, es mit Absicht zu verkürzen.<sup>13</sup>

Aber auch den generellen Aspekt der Kommunikation am Lebensende, den die Patientenverfügung und ihre gesetzliche Regelung für jeden einzelnen aber auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene durch die Konfrontation mit Sterben und Tod einbringt, kann als positiver Beitrag zur Sterbekultur und Sterbebegleitung gesehen werden. Man macht sich nicht nur selbst Gedanken über das Lebensende, man bezieht den Arzt und idealerweise Angehörige in den Kommunikations- und Entscheidungsprozess mit ein.<sup>14</sup> Durch die Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen, persönlichen Einstellungen und Werthaltungen kann die Sprachlosigkeit, die viele Menschen beim Thema Lebensende erfasst, überwunden werden.<sup>15</sup>

---

<sup>10</sup> Vgl. Scobel (2012).

<sup>11</sup> Platzer (2010), 190.

<sup>12</sup> Vgl. Platzer (2010), 149f.

<sup>13</sup> Vgl. Haucke, (2007) 158.

<sup>14</sup> Vgl. Platzer (2010), 81.

<sup>15</sup> Vgl. Platzer (2010), 182.



## 2.2. Das Selbstbestimmungsrecht

Das Selbstbestimmungsrecht von Patienten ist eines der bedeutendsten Rechte der medizinischen Ethik. Es besagt, dass der Patient die alleinige Entscheidungsbefugnis darüber hat, welcher medizinischen Behandlung er sich unterziehen möchte, auch dann, wenn eine medizinische Maßnahme aus ärztlicher Sicht sinnvoll und angebracht erscheint.<sup>16</sup>

Es ist also der Wille des Patienten wichtiger als sein Wohl. Das Wohl des Patienten ist demnach immer aus individueller Sicht des Patienten zu beurteilen und nicht aus der des Arztes.<sup>17</sup> Mediziner sind also rechtlich verpflichtet, dem Willen des Patienten entsprechend zu entscheiden und zu handeln: *Wird bei einem urteils-, einsichts- und äußerungsfähigen Patienten keine wirksame Einwilligung eingeholt, muss sich der behandelnde Arzt strafrechtlich wegen eigenmächtiger Heilbehandlung (§110 StGB) oder zivilrechtlich wegen Verletzung der körperlichen Integrität (§ 1325 ABGB) verantworten*<sup>18</sup>

Der Arzt hat nicht das Recht, an einem Patienten . von Notfällen abgesehen . eine Behandlung ohne dessen Zustimmung vorzunehmen. Ausgenommen von diesem Grundsatz sind jedoch Fälle, in denen Behandlungspflichten bestehen, zum Beispiel sieht das Tuberkulosegesetz eine Behandlungspflicht vor.<sup>19</sup> Sieht man von diesen Ausnahmen ab, darf der Patient eigenmächtig entscheiden, welcher Art von Heilbehandlung er sich unterziehen möchte. Er kann selbst bestimmen, welche medizinische Maßnahme an seinem Körper vorgenommen werden darf und welche nicht, auch wenn ein bestimmter Eingriff aus ärztlicher Sicht sinnvoll wäre.

Gerät hier das Recht auf Selbstbestimmung mit der Fürsorgepflicht und der Pflicht zur Lebenserhaltung in Konflikt? Ridder, Internist eines Berliner Krankenhauses, meint dazu: *Ärztliche Standesethik und Fürsorgepflicht sind wahrhaftig nicht gering zu schätzen. Doch die Pflicht zur Fürsorge, einschließlich der zur Lebenserhaltung, konkurriert keinesfalls mit dem Selbstbestimmungsrecht. Vielmehr hat Erstere an Letzterem ihre Grenze zu finden*<sup>20</sup> Er plädiert dafür, dass die Ärzteschaft zu

---

<sup>16</sup> Vgl. Platzer (2010), 13.

<sup>17</sup> Vgl. Bachinger (2007), 97.

<sup>18</sup> Ploier/Petutschnigg (2007), 14.

<sup>19</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 16.

<sup>20</sup> Ridder (2010), 199.

akzeptieren hat, dass Menschen anhand einer vorausverfügten Willenserklärung bewusst auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten und ihre eigenen Wunschvorstellungen vorziehen als sich dem ärztlichen Standpunkt zu unterwerfen.<sup>21</sup>

Das Recht auf Selbstbestimmung findet sich aber auch in der Patientencharta, einer Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte, die gemäß Art. 15a, BV-G, zwischen Bund und Ländern abgeschlossen wurde, wieder. In Abschnitt 4, "Recht auf Selbstbestimmung und Information", Artikel 16, ist unter anderem festgelegt, dass Patientinnen und Patienten ein Recht auf Aufklärung über ihren Gesundheitszustand sowie Aufklärung im Vorhinein über mögliche Diagnose- und Behandlungsarten und deren Risiken und Folgen haben. Artikel 17 besagt, dass eine Behandlung nur mit Zustimmung des Patienten durchgeführt werden darf.<sup>22</sup>

Die Selbstbestimmung eines einwilligungsfähigen Menschen wurde auch schon vor Verabschiedung des Patientenverfügungs-Gesetzes rechtlich gewährleistet. Obwohl Patientenverfügungen in der Praxis schon länger eine Rolle spielten, wurde für Menschen, die nicht mehr ihren Willen kommunizieren können, dieses Recht erst mit den gesetzlichen Regelungen der Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht legitimisiert.

### **2.3. Menschenwürde**

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Dieser Satz ist in Grundgesetzen vieler Länder verankert und bedeutet, dass die daraus abgeleiteten Menschenrechte nicht verletzt werden dürfen. Die Berufung auf die Menschenwürde verdeutlicht, dass der Staat für den Menschen da ist und nicht der Mensch für den Staat. Desgleichen könnte für die Medizin gelten: Menschenwürde in der Medizin heißt, dass die Medizin dem Wohl des Einzelnen zu dienen hat und nicht umgekehrt. Geht es um die Fragen, was menschenwürdiges Sterben heißt, ob es Grenzen der Selbstbestimmung am Lebensende gibt, wie mit Therapieabbruch bzw. -verzicht umgegangen wird oder gar, ob aktive Sterbehilfe weiterhin unter Strafe stehen soll, kann mit der Berufung auf Menschenwürde wenig angefangen werden, da jeder

---

<sup>21</sup> Vgl. Ridder (2010), 198.

<sup>22</sup> Vgl. Abschnitt 4, Art. 16, Bund . Oberösterreich Patientencharta (2001).

seine eigenen Vorstellungen dazu hat. Jedenfalls birgt Menschenwürde die Forderung nach Achtung und Anerkennung unabhängig von individuellen Leistungen oder sozialem Nutzen jedes einzelnen Menschen. Fragen der Gerechtigkeit haben mit ihr ebenso zu tun wie die Begriffe Selbstachtung, Freiheit und Autonomie.<sup>23</sup>

Für Ridder ist die Selbstbestimmung Kern der Menschenwürde, da die Freiheit in der Selbstbestimmung jedes einzelnen über den eigenen Lebensentwurf und seiner Vollführung besteht: *Nur der einzelne Mensch als Grundrechtsträger ist befugt, darüber zu befinden, was seine Würde ausmacht, einschließlich der Verfügung darüber, wie weit seine körperliche Unversehrtheit und sein Leben zu schützen sind.* (ö ) *Die Menschenwürde, so wie unsere Verfassung sie versteht, schützt den Menschen eben auch davor, zum Objekt der Menschenwürdedefinitionen anderer zu werden.*<sup>24</sup> Dies bedeutet, dass ein würdevolles Leben nur jeder für sich selbst definieren kann, auch wenn diese Definition nicht dem behandelnden Arzt oder den Angehörigen entspricht.

Vor allem für religiöse Institutionen wird Würde mit menschlicher Fürsorge gleichgesetzt. Würdevolles Sterben wird als betreuender und begleiteter Sterbeprozess verstanden und soll mit Leidenslinderung, guter Betreuung und Sterbebegleitung ermöglicht werden. Vertreter dieser Richtung sehen die Würde des Sterbenden durch aktive Sterbehilfe bedroht und lehnen diese ab.<sup>25</sup> Hier lassen sich zwei Konzepte von Würde ableiten: Würde durch Selbstbestimmung und Würde durch Fürsorge. Dadurch stehen auch zwei Positionen gegenüber: Achtung vor der Selbstbestimmung oder Schutz des Lebens. Dies führt zur Frage, ob sich die Selbstbestimmung eines Menschen gegen das Leben, das ja die Grundbedingung für die Selbstbestimmungsfähigkeit ist, wenden darf.<sup>26</sup>

Ab welchem Zeitpunkt ein Leben seine Würde verliert, kann jeder Mensch nur für sich bestimmen, daher kann auch die Bedeutung von Würde nur jeder für sich selbst definieren. Für die Begleitung Leidender und Sterbender ist die Fürsorgepflicht unentbehrlich, dennoch hat sie ihre Grenze im Recht auf Selbstbestimmung.

---

<sup>23</sup> Vgl. Körtner (2010).

<sup>24</sup> Ridder (2010), 197.

<sup>25</sup> Vgl. Hahnen (2009), 25.

<sup>26</sup> Vgl. Hahnen (2009), 92.

## 2.4. Die Patientenverfügung

Die Möglichkeit, anhand einer Patientenverfügung Entscheidungen für einen zukünftigen Zeitpunkt, indem die Äußerungsfähigkeit nicht gegeben ist, zu treffen, ist die Ausgestaltung des Rechts des Menschen auf Selbstbestimmung und ist ein Resultat menschlicher Freiheit.<sup>27</sup>

Um seine Bürger in der Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes zu unterstützen, hat der österreichische Gesetzgeber per 1. Juni 2006 das Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz . PatVG) beschlossen, indem Voraussetzungen und Wirksamkeit von Patientenverfügungen geregelt sind.

### 2.4.1. Entstehung

In den USA wurden in den 1960er Jahren die ersten antizipierten Willenserklärungen verfasst, um sich gegen als unangemessen empfundene Behandlungen am Lebensende zu schützen.<sup>28</sup> In Österreich war bis Ende der 1980er Jahre die Thematik der Patientenverfügungen relativ unbekannt. Erst im Zuge der Aufarbeitung um die Vorkommnisse in Wien-Lainz . zahlreiche Pflegeheimbewohner wurden von Pflegekräften „aus Mitleid“ wie diese es nannten, getötet . legte der Gesetzgeber im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz, § 10, fest, dass vorausgreifende Willenskundgebungen, sogenannte Patientenverfügungen, in die Krankengeschichte aufgenommen werden müssen, um im Falle des Verlustes der Selbstbestimmung darauf Bedacht nehmen zu können. Die Verbindlichkeit dieser Vorausverfügungen war jedoch nicht eindeutig geregelt. Aufgrund dieser unklaren Regelung wurde die Forderung auf eine klare gesetzliche Lösung über Form, Inhalt und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen laut. Aber erst zu Beginn dieses Jahrhunderts beschäftigte sich der österreichische Nationalrat im Rahmen der parlamentarischen Enquete „Solidarität mit unseren Sterbenden . Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ wieder mit der Thematik und richtete eine „Expertengruppe Patientenverfügung“ ein, um praxisnahe Lösungsmöglichkeiten, z.B. die Erstellung eines Leitfadens für Patienten und Ärzte, zu entwickeln. Man konnte sich jedoch auf keine gemeinsamen Bestimmungen einigen, auch die Ärztekammer leistete Widerstand. Somit fasste man den Beschluss, einen Entwurf

---

<sup>27</sup> Vgl. Aigner (2007), 74.

<sup>28</sup> Vgl. Jox/Heßler/Borasio (2008), 4.

für ein Patientenverfügungsgesetz auszuarbeiten, welches letztendlich mit 1. Juni 2006 in Kraft getreten ist.<sup>29</sup>

Laut einer im Jahr 2009 von Körtner u.a. publizierten Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungsgesetzes haben 3,5 % der österreichischen Bevölkerung eine Patientenverfügung. Etwa ein Drittel davon hat sie in verbindlicher Form errichtet.<sup>30</sup> Die Möglichkeit der Vorsorge für medizinische Entscheidungen wurde bis dahin noch relativ selten genutzt, sie stellte eher die Ausnahme dar.

#### **2.4.2. Definition, Grundzüge und inhaltlicher Anwendungsbereich**

*„Eine Patientenverfügung im Sinn des Bundesgesetzes ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist.“<sup>31</sup>*

Dies bedeutet, dass ein Patient eine Willenserklärung für Situationen verfassen kann, in denen er selbst nicht mehr zu Entscheidungen fähig ist, z.B. weil er aufgrund einer Krankheit bewusstlos ist, im Koma liegt oder aus anderen Gründen nicht mehr zu einer Behandlung seine Einwilligung erteilen kann. Sie wird erst dann wirksam, wenn der Patient seinen eigenen Willen nicht mehr ausdrücken kann. Die Patientenverfügung ist also eine Vorwegnahme des Selbstbestimmungsrechtes für bestimmte zukünftige Situationen.

Patient im Sinne des Patientenverfügungsgesetzes ist eine Person, die eine Patientenverfügung errichtet, egal ob sie zum Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist oder nicht.<sup>32</sup> Daher können sowohl gesunde als auch Personen, die bereits erkrankt und/oder in Behandlung sind, eine Willenserklärung errichten. Die Patientenverfügung kann nur durch die Person selbst, nicht durch einen Stellvertreter oder Sachwalter errichtet werden. Die Errichtung ist somit ein höchstpersönliches Recht. Errichtende müssen außerdem einsichts- und urteilsfähig sein, das heißt, sie

---

<sup>29</sup> Vgl. Platzer (2010), 55ff.

<sup>30</sup> Vgl. Körtner u.a. (2009), 25.

<sup>31</sup> § 2 Abs 1 PatVG.

<sup>32</sup> Vgl. § 2 Abs 2 PatVG.

müssen in der Lage sein, den Grund und die Bedeutung einer abgelehnten Behandlung einzusehen.<sup>33</sup>

Inhalt einer Patientenverfügung ist die Ablehnung einer oder mehrerer medizinischer Behandlung(en), die konkret beschrieben sein müssen. Außerdem muss aus der Verfügung hervorgehen, dass der Errichter die Folgen der Ablehnung richtig einschätzt.<sup>34</sup> Maßnahmen der Pflege wie die Grundversorgung mit Nahrung und Flüssigkeit können nicht abgelehnt werden. Das Setzen einer Ernährungssonde ist jedoch ein medizinischer Eingriff und kann daher abgelehnt werden. Behandlungswünsche können Inhalt einer Patientenverfügung sein, sofern sie medizinisch indiziert, tatsächlich durchführbar und rechtlich erlaubt sind. Maßnahmen der aktiven, direkten Sterbehilfe (vgl. Kapitel 2.4.7.1) sind rechtlich verboten und können daher nicht in einer Patientenverfügung festgelegt werden.<sup>35</sup> Auch sonstige Angaben, wie die Nennung einer bestimmten Vertrauensperson, die Ablehnung des Kontaktes zu oder die obligatorische Information einer konkreten Person können Inhalt einer Patientenverfügung sein.<sup>36</sup>

### **2.4.3. Arten der Patientenverfügung**

Der Gesetzgeber sieht die Möglichkeit einer für die Ermittlung des Patientenwillens verbindlichen sowie einer beachtlichen Patientenverfügung vor. Erstere bedarf besonderer Voraussetzungen, während Letztere vorliegt, wenn diese strengen Kriterien nicht erfüllt sind. In den folgenden Abschnitten werden die jeweiligen Eigenschaften der verbindlichen sowie der beachtlichen Patientenverfügung erklärt.

#### **2.4.3.1. Die verbindliche Verfügung**

Eine verbindliche Patientenverfügung muss grundsätzlich vom Arzt befolgt werden, auch dann, wenn die Behandlung medizinisch angebracht ist und das Unterlassen der Maßnahme voraussichtlich zum Tod des Patienten führen würde. Sie lässt dem Arzt keinen Spielraum im Rahmen der Auslegung des mutmaßlichen Patienten-

---

<sup>33</sup> Vgl. § 3 PatVG.

<sup>34</sup> Vgl. § 4 PatVG.

<sup>35</sup> Vgl. NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (2008), 6f.

<sup>36</sup> Vgl. § 11 PatVG.

willens.<sup>37</sup> Der Arzt ist daher verpflichtet, festzustellen, ob eine beachtliche oder verbindliche Form der Errichtung vorliegt.<sup>38</sup>

Für die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung bestehen strenge Formvorschriften. Sie ist nur dann verbindlich, wenn:<sup>39</sup>

- die allgemeinen Voraussetzungen erfüllt sind, das heißt wenn der Patient sie höchstpersönlich errichtet und zum Zeitpunkt der Errichtung einsichts- und urteilsfähig ist;
- die abgelehnten medizinischen Maßnahmen konkret definiert sind oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen;
- der Arzt mit eigenhändiger, datierter Unterschrift bestätigt, dass der Patient bei der Errichtung einsichts- und urteilsfähig ist, ein umfassendes Aufklärungsgespräch über Folgen und Wesen der Patientenverfügung erfolgte und der Patient die Folgen der Behandlungsablehnung richtig einschätzt;
- die Errichtung vor einem Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundigen Mitarbeiter einer Patientenvertretung schriftlich unter Angabe des Datums erfolgte und der Patient über die Folgen der Patientenverfügung sowie über die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs aufgeklärt wurde;
- die Vornahme dieser Belehrung durch den Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundigen Mitarbeiter einer Patientenvertretung in der Patientenverfügung unter Angabe seines Namens und der Anschrift und eigenhändiger Unterschrift bestätigt wurde;
- die gesetzliche Frist von fünf Jahren oder eine vom Patienten bestimmte kürzere Frist noch nicht abgelaufen ist;
- sie nicht unwirksam geworden ist (vgl. Kapitel 2.4.4.1.).

Die gesetzliche Geltungsdauer einer Patientenverfügung beträgt fünf Jahre; der Patient kann aber auch eine kürzere Frist bestimmen. Um die Verbindlichkeit zu erhalten, muss sie daher vor Ablauf dieser Frist unter den oben genannten Formvoraussetzungen erneuert werden. Auch jede Ergänzung oder nachträgliche Änderung muss nach diesen Formvoraussetzungen erfolgen, womit die Frist neu zu

---

<sup>37</sup> Vgl. Platzer (2010), 68.

<sup>38</sup> Vgl. Kletecka-Pulker (2007), 87.

<sup>39</sup> Vgl. Pesendorfer (2012a), 383f.

laufen beginnt. Falls aber der Patient innerhalb von fünf Jahren die Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit verliert, bleibt die Verbindlichkeit der Patientenverfügung bestehen, da er sie ja nicht erneuern kann.<sup>40</sup>

In folgender Tabelle sind Willensbildung, Willensbekundung, Aktualität und Folgen der verbindlichen Patientenverfügung überblicksmäßig dargestellt.

Willensbildung		Willenskundgabe
Einsichts- und Urteilsfähigkeit	Ärztliche Bestätigung iSd § 5 PatVG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genaue Beschreibung der abgelehnten Behandlung</li> <li>• Errichtung vor Rechtsanwalt, Notar oder Patientenanwalt (§ 6 PatVG)</li> </ul>
Ärztliche Aufklärung	Ärztliche Bestätigung iSd § 5 PatVG	
Auseinandersetzung mit den Folgen der Patientenverfügung und zutreffende Einschätzung	Ärztliche Bestätigung iSd § 5 PatVG	
Aktualität		
Patientenverfügung wurde rechtzeitig (alle fünf Jahre) erneuert (außer der Patient hat vor dem Ablauf der fünfjährigen Erneuerungsfrist seine Einsichts- und Urteilsfähigkeit verloren) und es gab keine gravierende Verbesserung des Standes der medizinischen Wissenschaft.		
Folgen		
Behandlungsentscheidung des Sachwalters (SW) erforderlich		Nein
Patientenwille kommt zum Tragen, auch wenn er dessen objektivem Wohl widerspricht.		Ja

**Tabelle 1: Verbindliche Patientenverfügung**<sup>41</sup>

Die Beratungskosten für die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung belaufen sich auf etwa 450 bis 600 Euro, je nach Dauer der Beratungsgespräche. Bei jeder Erneuerung oder Änderung der Patientenverfügung fallen diese Kosten erneut an.<sup>42</sup> In einigen Bundesländern, wie etwa in Niederösterreich, kann zwar

<sup>40</sup> Vgl. § 7 PatVG.

<sup>41</sup> Tabelle in Anlehnung an: Barth (2006a), 74.

<sup>42</sup> Vgl. Platzer, (2010), 73.



bei den jeweiligen Patientenanwaltschaften die juristische Beratung kostenlos erstellt werden, für die ärztliche Beratung entstehen aber Kosten.<sup>43</sup>

Das österreichische PatVG stellt sehr hohe inhaltliche und formale Voraussetzungen an eine verbindliche Verfügung dar. Solch hohe Anforderungen können aber auch eine Barriere sein, den tatsächlichen Willen verbindlich festzuhalten.

#### **2.4.3.2. Die beachtliche Verfügung**

Eine beachtliche Patientenverfügung muss zwar nicht die oben genannten Formvorschriften der verbindlichen Verfügung erfüllen, eine höchstpersönliche Errichtung sowie die Voraussetzungen der Wirksamkeit (vgl. Kapitel 2.4.4.1) sind jedoch ebenfalls erforderlich.<sup>44</sup> Die beachtlich errichtete Verfügung ist zwar für den behandelnden Arzt nicht verbindlich, sie ist aber trotzdem wesentliches Hilfsmittel für die Ermittlung des Patientenwillens und muss beachtet werden, wie auch Bernat feststellt: *„Eine bloßbeachtliche Patientenverfügung (§ 8 PatVG) entfaltet (ö) für den Arzt, den Stellvertreter des Verfügenden sowie dessen Angehörige dieselbe Bindungswirkung wie die verbindliche Patientenverfügung, wenn sie jenen Qualitätskriterien entspricht, denen Willenserklärungen im Allgemeinen entsprechen müssen (Freiheit in der Willensbildung, Bestimmtheit oder zumindest Bestimmbarkeit des Erklärungsinhalts). Keine Bindungswirkung entfalten somit alle Patientenverfügungen, die an auch durch Auslegung nicht beseitigbarer Unverständlichkeit bzw. Mehrdeutigkeit leiden.“*<sup>45</sup> Je mehr Kriterien einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt werden, umso höher ist die Beachtlichkeit.

Für Patientenverfügungen, die zwar nicht verbindlich errichtet wurden, jedoch kaum mehr von der verbindlichen Form zu unterscheiden sind, hat sich der Begriff „qualifiziert beachtliche Patientenverfügung“ durchgesetzt. Beispielsweise ist eine Verfügung, die alle Kriterien der verbindlichen erfüllt, aber kurz nachdem sie abgelaufen ist, zur Anwendung kommt, als „qualifiziert beachtlich“ zu betrachten und kann mit einer verbindlich errichteten Verfügung gleichgesetzt werden. Der Arzt kann sich an den Patientenwillen halten, die Bestellung eines Sachwalters ist nicht

---

<sup>43</sup> Vgl. NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (2008), 25.

<sup>44</sup> Vgl. Pesendorfer (2012b), 413.

<sup>45</sup> Bernat, (2007), 73.

erforderlich.<sup>46</sup> Tabelle 2 zeigt die Bestimmungen einer qualifiziert beachtlichen Patientenverfügung.

Willensbildung	Willenskundgabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist dem behandelnden Arzt aus eigener Wahrnehmung bekannt oder aus ärztlicher Bestätigung ersichtlich</li> <li>• Ärztliche Aufklärung ist erfolgt (durch den behandelnden Arzt selbst oder ergibt sich aus ärztlicher Bestätigung)</li> <li>• Auseinandersetzung mit den Folgen der Patientenverfügung und zutreffende Einschätzung sind z.B. aus Krankengeschichte oder aus ärztlicher Bestätigung ersichtlich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genaue Beschreibung der abgelehnten Behandlung</li> <li>• Eindeutiger Wortlaut der Urkunde</li> </ul>
<b>Aktualität</b>	
Der Stand der medizinischen Wissenschaft hat sich auf diesen Fall bezogen nicht verbessert	
<b>Folgen</b>	
Behandlungsentscheidung des SW erforderlich	Nein
Patientenwille kommt zum Tragen, auch wenn er dessen objektivem Wohl widerspricht	Ja (da einer verbindlichen Patientenverfügung vergleichbar, s. § 9 PatVG)

**Tabelle 2: Qualifiziert beachtliche Patientenverfügung**<sup>47</sup>

Der Einführung der Kategorie qualifiziert beachtliche Patientenverfügung stehen aber auch kritische Stimmen gegenüber. So macht sie laut Koller die bestehende Sachlage noch komplizierter als sie ohnehin schon ist, widerspricht den gesetzlichen Bestimmungen und ist daher abzulehnen. Sie erhöht für medizinisches Personal das Haftungsrisiko, denn das Unterlassen einer notwendigen Behandlung anhand einer nicht verbindlichen Patientenverfügung kann ein Tötungsdelikt bedeuten. Aufgrund der Komplexität der momentanen gesetzlichen Regelung und der in der Praxis nicht so strengen Handhabung wird eine Reform der gesetzlichen Bestimmungen empfohlen. Dies könnte bedeuten, die qualifiziert beachtliche Variante zu legalisieren oder die Formvorschriften der verbindlichen Verfügung zu

<sup>46</sup> Vgl. Platzer (2010), 75.

<sup>47</sup> Tabelle in Anlehnung an: Barth (2006a), 75.

vereinfachen . etwa durch Verzicht auf die notarielle Beratung bzw. Beglaubigung im Fall, dass der Errichter sich bereits in ärztlicher Behandlung befindet.<sup>48</sup>

Eine bloß± beachtliche Patientenverfügung, kann grundsätzlich formlos, zum Beispiel auch mündlich errichtet werden. Eine mündliche Willensbekundung muss vom Pflegepersonal in die Krankengeschichte aufgenommen werden. Es wird jedoch eine schriftliche Errichtung mitsamt ärztlicher Beratung und die Erneuerung nach fünf Jahren empfohlen, denn je eher die Voraussetzungen der verbindlichen Verfügung erfüllt werden, umso mehr ist sie dieser gleichzusetzen.<sup>49</sup>

Willensbildung	Willenskundgabe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist dem Sachwalter z.B. aus eigener Wahrnehmung bekannt</li> <li>• Informiertheit des Patienten lag z.B. aufgrund zahlreicher derartiger Behandlungen des Patienten vor</li> <li>• Zutreffende Einschätzung der Folgen der Patientenverfügung z.B. aufgrund des vorangegangenen Leidensweges des Patienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genaue Beschreibung der abgelehnten Behandlung</li> <li>• Patientenwille kommt insgesamt und objektiv gesehen nachvollziehbar zum Ausdruck</li> </ul>
<b>Aktualität</b>	
Der Stand der medizinischen Wissenschaft hat sich auf diesen Fall bezogen nicht verbessert	
<b>Folgen</b>	
Behandlungsentscheidung des SW erforderlich	Ja
Patientenwille kommt zum Tragen, auch wenn er dessen objektivem Wohl widerspricht	Im konkreten Fall, ja (s. § 9 PatVG)

**Tabelle 3: Beachtliche Patientenverfügung<sup>50</sup>**

Ein wesentlicher Unterschied zwischen verbindlicher und beachtlicher Errichtung ist, dass bei der beachtlichen Form bei der Entscheidung ein Vertreter (Sachwalter) beigezogen werden muss. Wenn die beachtliche Form dem Status einer qualifiziert beachtlichen Patientenverfügung entspricht, ist die Bestellung eines Sachwalters nicht erforderlich, wie auch Tabelle 2 zeigt. Bei einer verbindlichen Verfügung darf

<sup>48</sup> Vgl. Koller (2012), 25f.

<sup>49</sup> Vgl. NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (2008), 13.

<sup>50</sup> Tabelle in Anlehnung an: Barth (2006a), 75.

kein Sachwalter bzw. Vertreter mitentscheiden, falls die in der Verfügung festgelegte Situation eingetreten ist.<sup>51</sup>

Der Gesetzgeber hat zwei Möglichkeiten geschaffen, eine Patientenverfügung zu errichten: die verbindliche Form, die das medizinische Personal unmittelbar bindet, und die beachtliche Form, welche nur eine Richtschnur für die Ermittlung des Patientenwillens ist. Mit der Einführung der qualifiziert beachtlichen Verfügung besteht eine weitere Kategorie, die allerdings einer gesetzlichen Grundlage entbehrt und die die Handhabung für das medizinische Personal keineswegs vereinfacht.

#### **2.4.4. Bestimmungen beider Arten**

In Abschnitt 4 des PatVG werden verschiedene Regelungen getroffen, z.B. wann eine Patientenverfügung unwirksam wird, welche Folgen ein Missbrauch nach sich zieht oder wie in Notfällen gehandelt werden soll. Diese Bestimmungen, die in folgendem Abschnitt näher erläutert werden, gelten sowohl für die verbindliche als auch für die beachtliche Form der Errichtung.

##### **2.4.4.1. Unwirksamkeit**

§ 10 PatVG regelt anhand der Voraussetzungen die Wirksamkeit von Patientenverfügungen. Nicht höchst persönlich errichtete Verfügungen, Willensmängel, rechtswidrige Inhalte, neue Erkenntnisse in der medizinischen Wissenschaft und der Widerruf einer Patientenverfügung sind Gründe, warum eine Patientenverfügung ihre Wirksamkeit verliert.<sup>52</sup>

##### Willensmängel

Laut § 10, Abs.1, Z.2 PatVG ist eine Verfügung dann unwirksam, wenn sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung, physischen bzw. psychischen Zwang veranlasst wurde. Dabei handelt es sich um allgemein gültige Regeln, die für das Vorliegen einer rechtlich wirksamen Willenserklärung vorhanden sein müssen. Grundsätzlich gilt die Vertrauenstheorie, das heißt der behandelnde Arzt kann mit der Gültigkeit einer Patientenverfügung rechnen. Bestehen aber

---

<sup>51</sup> Vgl. Pesendorfer (2012b), 413ff.

<sup>52</sup> Vgl. § 10 PatVG.

konkrete Hinweise, dass der Inhalt nicht wirklich dem selbstbestimmten Willen des Patienten entspricht, z.B. durch Täuschung, wird die Verfügung unwirksam.<sup>53</sup> Im Nachhinein ist es aber meist schwierig, die wirklichen Motive der Behandlungsablehnung festzustellen, im Zweifel ist aber vom freien Willen des Patienten auszugehen.<sup>54</sup> Eine missbräuchliche Verwendung der Patientenverfügung kann nie mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden, durch die strengen Formvorschriften von verbindlichen Verfügungen werden Willensmängel jedoch weitestgehend verhindert.

#### Rechtswidriger Inhalt

Eine Patientenverfügung ist auch unwirksam, wenn die festgelegten Maßnahmen rechtlich nicht erlaubt sind, wie das etwa beim Wunsch nach aktiver Sterbehilfe der Fall ist. Da in einer Patientenverfügung nur die Ablehnung einer Behandlung festgelegt werden darf, ist eine Anordnung von medizinischen Maßnahmen nicht zulässig. Sonstige Anmerkungen, wie z. B. die Nennung einer Vertrauensperson, die Ablehnung eines Kontaktes zu einer bestimmten Person oder eine verpflichtende Information einer bestimmten Person, stehen der Wirksamkeit nicht entgegen.<sup>55</sup>

#### Fortschritt in der Medizin

Ein wesentlicher Fortschritt in der Medizin im Hinblick auf die in einer Verfügung abgelehnten Maßnahmen kann ebenfalls Grund dafür sein, dass die Patientenverfügung ihre Wirksamkeit verliert. Damit soll gesichert sein, dass die Willensfindung des Patienten von einer informierten und aktuellen Aufklärung getragen ist.<sup>56</sup>

Bleibt die Frage offen, ob ein wesentlicher medizinischer Fortschritt in Bezug auf die abgelehnten Maßnahmen . falls er sich überhaupt innerhalb von fünf Jahren ergibt . nicht schon absehbar wäre und bei der ärztlichen Aufklärung besprochen werden könnte. Folglich wäre aufgrund der Gültigkeitsbeschränkung der Patientenverfügung diese Bestimmung nicht mehr zweckmäßig.

---

<sup>53</sup> Vgl. Kletecka-Pulker (2007), 92.

<sup>54</sup> Vgl. Pesendorfer (2012c), 423f.

<sup>55</sup> Vgl. Kletecka-Pulker (2007), 92f.

<sup>56</sup> Vgl. Pesendorfer (2012c), 429f.

### Widerruf einer Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn der Patient sie persönlich widerruft. Dies kann entweder ausdrücklich in Form einer schriftlichen oder mündlichen Äußerung oder schlüssig, z. B. durch die Vernichtung der schriftlichen Verfügung oder durch das Durchstreichen des Inhalts oder der Unterschrift geschehen. Ein Widerruf kann somit formfrei erfolgen und bedarf keiner Angabe von Gründen. Auch ein nicht mehr einsichts- und urteilsfähiger Patient kann eine Patientenverfügung widerrufen, indem er seinen Lebenswillen unmissverständlich äußert, wozu aber ein gewisses Maß an Äußerungsfähigkeit gegeben sein muss. Dieses Recht wird als sogenanntes Vetorecht des Einwilligungsunfähigen bezeichnet.<sup>57</sup>

Ein Widerruf der Patientenverfügung wird aber nur wirksam, wenn er an den Adressaten . das medizinische Personal . gelangt. Ebenso muss bedacht werden, dass er dokumentiert wird und dass alle Beteiligten davon erfahren. Falls die Verfügung z.B. in das Register der Notariatskammer (vgl. 2.4.5.) eingetragen wurde, muss sie gegebenenfalls von dort wieder gelöscht werden.

#### **2.4.4.2. Missbrauchsbestimmung**

Zum Schutz vor Missbrauch ist in § 15 PatVG festgelegt, dass der Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung oder der Erhalt solcher Leistungen nicht von einer Errichtung einer Patientenverfügung bzw. Unterlassung dieser Errichtung abhängig gemacht werden darf. Bei Missachtung drohen strafrechtliche Sanktionen, sie wird mit einer Verwaltungsstrafe von bis zu 25.000 Euro, im Wiederholungsfall bis 50.000 Euro bestraft.<sup>58</sup>

#### **2.4.4.3. Notfallversorgung**

Die medizinische Notfallversorgung bleibt durch das PatVG nicht beeinträchtigt. Im medizinischen Notfall soll also nicht nach einer Verfügung gesucht werden, sondern es sind die notwendigen Behandlungen zur Lebensrettung vorzunehmen. Hier gilt der Grundsatz, dass durch die Suche einer Patientenverfügung das Leben oder die

---

<sup>57</sup> Vgl. Pesendorfer (2012c), 430f.

<sup>58</sup> Vgl. § 15 PatVG.

Gesundheit eines Patienten nicht ernsthaft in Gefahr gebracht werden darf. Taucht jedoch während einer Notfallbehandlung eine Patientenverfügung auf, so muss, wenn die gerade gesetzte Maßnahme abgelehnt wurde, die Behandlung abgebrochen werden. Wird nur eine Hinweiskarte gefunden, auf der genannt ist, wo sich die Patientenverfügung befindet, so müssen trotzdem die Notfallmaßnahmen fortgesetzt werden.<sup>59</sup>

#### **2.4.5. Der Weg der Patientenverfügung zum behandelnden Arzt**

Damit die in der Verfügung getroffenen Maßnahmen auch eingehalten werden können, muss der behandelnde Arzt die Patientenverfügung und deren Inhalt kennen. Derzeit besteht laut PatVG eine „Bringschuld“ des Patienten, das heißt, der Errichter muss dafür sorgen, dass sich die Verfügung zur rechten Zeit am rechten Ort befindet. Sie muss entweder durch den Patienten selbst oder durch eine Vertrauensperson überreicht werden. Diese muss in die Krankengeschichte aufgenommen werden und entfaltet dann ihre Verbindlichkeit bzw. Beachtlichkeit. Die behandelnden Ärzte sind selbst nicht dazu verpflichtet, nach einer Patientenverfügung zu suchen. Besitzt der Patient eine Hinweiskarte mit einer darauf genannten Vertrauensperson, so muss das medizinische Personal umgehend mit dieser Kontakt aufnehmen und die Patientenverfügung anfordern. Eine persönliche Holpflicht von Seiten des medizinischen Personals besteht nicht.<sup>60</sup>

Obwohl es keine gesetzlichen Vorschriften zur Registrierung von Patientenverfügungen gibt, können diese in bereits bestehende Register der Patienten-anwaltschaften oder der Rechtsanwalts- oder Notariatskammer eingetragen werden, wie oben schon erwähnt, besteht aber für den Arzt keine Verpflichtung, in diesen Registern zu suchen.<sup>61</sup>

Diese Informationsbarriere ist als kritisch zu betrachten, da keine Gewähr besteht, ob die Verfügung auch an ihren Adressaten gelangt und eine Umsetzung erfolgen kann. Sie ist auch einer der wesentlichen Kritikpunkte am Patientenverfügungsgesetz, die im folgenden Kapitel behandelt werden.

---

<sup>59</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 111.

<sup>60</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 54ff.

<sup>61</sup> Vgl. Platzer (2010), 67f.

#### 2.4.6. Kritische Stimmen und Anregungen zum Patientenverfügungsgesetz

Grundsätzlich wird die gesetzliche Regelung für Patientenverfügungen positiv bewertet, da sie das Selbstbestimmungsrecht von Patienten unterstützt und für alle Beteiligten eine höhere Rechtssicherheit schafft.<sup>62</sup> Trotzdem gibt es zu einigen Bereichen des PatVG kritische Äußerungen sowie Anregungen zu Neuregelungen. Auf die Aspekte der Kenntnisnahme der Patientenverfügung durch das medizinische Personal, der hohen Kosten der Errichtung und der strengen formalen Voraussetzungen wird in folgendem Abschnitt näher eingegangen.

Einer der Kritikpunkte sind die Kosten, die bei der Errichtung einer verbindlichen Verfügung entstehen. Die ärztliche und die juristische Beratung können je nach Dauer der Beratungsgespräche bis zu " 600,- ausmachen, bei Erneuerung der Verfügung wiederholt sich der Betrag (vgl. Kapitel 2.4.3.1.). Diese Kosten könnten für Menschen mit geringem Einkommen eine Hürde darstellen. Wenn beispielsweise eine dreißigjährige Person anhand einer Patientenverfügung vorsorgen will und diese dann im Alter von 80 Jahren zum Tragen kommt, so muss sie zehn Mal mit den Formerfordernissen der ersten Errichtung erneuert werden, was ein erheblicher Kostenfaktor ist.<sup>63</sup> In einigen Bundesländern kann zwar bei den jeweiligen Patientenanwaltschaften die juristische Beratung für jedermann kostenlos erstellt werden, in Oberösterreich beispielsweise ist eine kostenlose juristische Beratung nur bei gewisser sozialer Indikation (z.B. für Rezeptgebührenbefreite) möglich.<sup>64</sup> Für die ärztliche Beratung entstehen aber jedenfalls Kosten.<sup>65</sup> Gerade für Personen mit niedrigem Einkommen wird eine selbstbestimmte Gestaltung des Sterbeprozesses kaum mehr leistbar. Vom sozialen Aspekt her betrachtet ist dieser Tatbestand kritisch zu bewerten, denn das Recht auf Selbstbestimmung in Form einer vorausverfügten Willenserklärung sollte nicht auf bestimmte Einkommensschichten begrenzt, sondern für jedermann zugänglich sein.

Ein weiterer Kritikpunkt ist das Fehlen gesetzlicher Regelungen bezüglich einer einheitlichen zentralen Registrierungsstelle. Wie in Kapitel 2.4.5. schon erwähnt, muss der Patient dafür sorgen, dass die Willensbekundung ihren Adressaten . den

---

<sup>62</sup> Vgl. Bachinger (2007), 99.

<sup>63</sup> Vgl. Körtner (2007), 29; Koller (2012), 25.

<sup>64</sup> Vgl. Hospiz Österreich (2012).

<sup>65</sup> Vgl. NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (2008), 25.



behandelnden Arzt . tatsächlich erreicht, was aber im Einzelfall außerhalb des Einflussbereiches des Patienten liegen kann. Eine zentrale Registrierungsstelle, wie sie im Fall des Widerspruchs zur Organentnahme im Transplantationsrecht schon realisiert ist, wäre in Verbindung mit einer ärztlichen Abfragepflicht eine mögliche Lösung dieses Problems. Der Datenschutz sowie die Möglichkeit des jederzeitigen formlosen Widerrufs der Patientenverfügung müssen jedoch bedacht bzw. in diese Überlegungen mit einbezogen werden.<sup>66</sup> Auch für Platzer bedarf dieser Punkt einer besseren Regelung, für ihn wäre *seine bundesweit zentrale, für Ärzte leicht zugängliche Registrierungsstelle (ö ) verbunden mit einer Verpflichtung, diese auch zu nutzen, wünschenswert.*<sup>67</sup>

Kritisiert werden auch formale Vorgaben, die eine verbindlich errichtete Verfügung voraussetzen, beispielsweise die begrenzte Gültigkeit. So könnte der Mündigkeit von Errichtern verbindlicher Verfügungen stärkeres Gewicht beigemessen und darauf vertraut werden, dass diese Personen von sich aus den Inhalt einer Patientenverfügung überdenken und falls notwendig auf neuestem Stand bringen. Anstelle der zeitlichen Begrenzung der Gültigkeit von fünf Jahren könnte der aufklärende Arzt verpflichtet werden, auf die sich ständig weiterentwickelnde Medizinwissenschaft hinzuweisen und ein regelmäßiges Überdenken der Verfügung anregen. Wie in Kap. 2.4.3.2. schon erwähnt, wäre eine weitere Möglichkeit, den Zugang zumindest für jene Personen, die sich aufgrund einer Erkrankung bereits in ärztlicher Behandlung befinden, zu erleichtern. In diesem Fall wäre die Mitwirkung eines Rechtsanwalts, Notars oder rechtskundigen Mitarbeiters einer Patientenanwaltschaft als überflüssig zu erachten und könnte daher weggelassen werden.<sup>68</sup> Für Koller wäre eine Vereinfachung der derzeitigen gesetzlichen Bestimmungen sinnvoll, denn *die derzeitige Komplexität der gesetzlichen Vorgaben in Zusammenhang mit der Errichtung einer Patientenverfügung ist nämlich weder für das medizinische Personal, das in der Handhabung oft überfordert ist, noch für die Bevölkerung, die mittels einer Patientenverfügung medizinische Vorsorge treffen möchte, ideal.*<sup>69</sup>

---

<sup>66</sup> Vgl. Körtner u.a. (2009), 64f.

<sup>67</sup> Platzer (2010), 68.

<sup>68</sup> Vgl. Koller (2012), 26.

<sup>69</sup> Koller (2012), 26.

Der behandelnde Arzt muss nicht nur das Vorliegen des aktuellen klinischen Zustands mit der in der Verfügung festgelegten Situation auf Übereinstimmung prüfen, er muss zudem mit vertretbarem Aufwand kontrollieren, ob die Voraussetzungen einer verbindlichen, qualifiziert beachtlichen oder „nur“ beachtlichen Verfügung vorliegen und ob die Wirksamkeitsbestimmungen erfüllt sind. Der Errichtende darf formale Hürden nicht scheuen und muss beträchtliche Kosten in Kauf nehmen, wenn er sich auf die Erfüllung seiner Behandlungsablehnungen verlassen möchte. Die derzeitige Anwendung des Selbstbestimmungsrechtes am Lebensende ist sowohl aus der Sicht des Patienten als auch vom ärztlichen Gesichtspunkt betrachtet mit hohem Aufwand verbunden und wirkt sich eher hemmend auf die Patientenautonomie aus.

#### 2.4.7. Abgrenzung zur Sterbehilfe

Das Leben eines Menschen ist durch die österreichische Gesetzgebung besonders geschützt und wird als höchstes Rechtsgut bezeichnet. Eine Verletzung dieses Rechts ist durch zahlreiche Bestimmungen unter Strafe gestellt. Bei der Einführung des PatVG wurde die Befürchtung laut, dass . wie z.B. in den Niederlanden . die aktive Sterbehilfe erlaubt werden könnte. Diese Sorge stellte sich jedoch als unbegründet heraus, da laut PatVG nur jene Bestimmungen Inhalt einer Patientenverfügung sein können, die strafrechtlich zulässig sind. Da Tötung auf Verlangen, Mord und Mithilfe zum Selbstmord nach dem Strafgesetzbuch unter Strafe gestellt sind, ist direkte aktive Sterbehilfe auch durch das PatVG nicht erlaubt.<sup>70</sup> Die Sachlage „Tötung auf Verlangen“ ist dann gegeben, wenn der Täter auf Verlangen des Getöteten die Tötungshandlung vorgenommen hat: *„Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“*<sup>71</sup>

Unter aktiver Sterbehilfe sind daher jene „aktiven“ Maßnahmen zu verstehen, die den Tod herbeiführen. Die Begrifflichkeiten der direkten und indirekten aktiven sowie der passiven Sterbehilfe werden in folgenden Kapiteln genauer charakterisiert.

---

<sup>70</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 50f.

<sup>71</sup> § 77 StGB.

#### **2.4.7.1. Aktive Sterbehilfe**

Eine Unterscheidung zwischen direkter und indirekter aktiver Sterbehilfe ist notwendig, da sie unterschiedliche Rechtsfolgen auslösen:

Direkte aktive Sterbehilfe bedeutet die Erfüllung der oben genannten Tatbestände (Mord oder Tötung auf Verlangen oder Mithilfe am Selbstmord). Der Täter leistet dabei ein aktives Tun, z.B. das Injizieren eines Medikaments, um so dem Leben des Kranken ein Ende zu setzen. Solcherart Sterbehilfe ist jedenfalls verboten und strafbar, eine derartige Maßnahme darf auch nicht als Inhalt in einer Patientenverfügung festgelegt werden.

Indirekte aktive Sterbehilfe liegt vor, wenn durch die Verabreichung von Medikamenten, die die Schmerzen des Patienten lindern, in Kauf genommen wird, das Leben des Patienten zu verkürzen. Diese Form der Sterbehilfe ist dann zulässig, wenn die Maßnahmen (Art des Arzneimittels und Dosierung) medizinisch indiziert sind und nach den Regeln der ärztlichen Wissenschaft durchgeführt werden.<sup>72</sup>

#### **2.4.7.2. Passive Sterbehilfe**

Die passive Sterbehilfe meint das Unterlassen einer medizinischen Maßnahme. Sie liegt dann vor, wenn eine Behandlung nicht durchgeführt oder eine bereits begonnene Behandlung wieder abgebrochen wird. Obwohl ein Behandlungsabbruch, z.B. das Abschalten einer künstlichen Beatmung, eine aktive Handlung ist, ist dies als Unterlassung zu bewerten, da eine weitere Behandlung unterlassen wird. Somit zählt ein Behandlungsabbruch nicht zur aktiven Sterbehilfe und ist jedenfalls erlaubt. Wird z.B. ein Patient mit einer Herz-Lungen-Maschine behandelt und taucht nach Behandlungsstart eine gültige Patientenverfügung auf, so muss die Maschine ausgeschaltet werden. Ein Behandlungsabbruch kann unter der Voraussetzung, dass sich der Patient bereits in einer Phase befindet, in der der Tod mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unaufhaltsam ist, auch ohne verfügte Anordnung vorgenommen werden. Passive Sterbehilfe, wie z.B. das Unterlassen der Ernährung mittels Sonde, ist immer straffrei und kann daher auch Inhalt einer Patientenverfügung sein.<sup>73</sup>

---

<sup>72</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 51f.

<sup>73</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 52ff.

## 2.5. Die Vorsorgevollmacht

Mit dem Instrument der Vorsorgevollmacht hat der Gesetzgeber seit Juli 2007 anhand des Sachwalterrechts-Änderungsgesetzes (SWRÄG 2006) die Möglichkeit geschaffen, eine Vertrauensperson mit der Wahrnehmung der Interessen und der Vertretung in Situationen, in denen der Betroffene nicht mehr fähig ist, selbst zu entscheiden oder sich selbst zu vertreten, zu betrauen.<sup>74</sup> Mit dieser Regelung wollte der Gesetzgeber die bürokratischen sowie finanziellen Hürden der Errichtung einer Vorsorgevollmacht bei gleichzeitig hohem Rechtsschutz möglichst gering halten.<sup>75</sup>

Somit ist es möglich, für zukünftige Zeiten, in denen unter Umständen das Entscheidungsvermögen abhandenkommt, z.B. bei Menschen, die an Demenz erkranken, aber auch für mögliche Einschränkungen oder länger andauernder Bewusstlosigkeit nach einem Unfall, für verschiedenste Angelegenheiten . etwa für Wohnungssitzänderungen, vermögensrechtliche oder auch gesundheitliche Fragen . vorzusorgen. Dadurch kann auch verhindert werden, dass eine fremde Person als Sachwalter bestellt wird.<sup>76</sup>

Die Möglichkeit der Erstellung einer Vorsorgevollmacht, bei der Angehörige oder vertraute Personen mit einbezogen werden, setzt allerdings voraus, dass eine soziale Einbettung des Patienten in seine Umwelt gegeben sein muss. Der Patient muss über eine Vertrauensperson verfügen können, die bereit ist, die übertragenen Angelegenheiten zu übernehmen. Diese darf mit den damit verbundenen Belastungen nicht überfordert sein und soll über die Wünsche und Vorstellungen des Bevollmächtigten Bescheid wissen.<sup>77</sup>

Dies bedeutet, dass die Fähigkeit, über das eigene Sterben mit Vertrauenspersonen zu kommunizieren, gegeben sein muss, was in der Praxis nicht immer der Fall sein wird. Auch wird es vorkommen, dass gerade ältere Menschen keine Vertrauensperson mehr haben. Hier kann eine Patientenverfügung das geeignetere Instrument sein. Das Einbeziehen einer Person, die dem Patienten nahesteht, und die auf das Wohl des Patienten bedacht ist, wird sich aber grundsätzlich positiv auf den Entscheidungsprozess auswirken.

---

<sup>74</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 60.

<sup>75</sup> Vgl. Barth (2006b) 140.

<sup>76</sup> Vgl. Ruland (2011), 48f.

<sup>77</sup> Vgl. Platzer (2010), 51ff.

### 2.5.1. Errichtung einer Vorsorgevollmacht

Die Vorsorgevollmacht ist an bestimmte Formerfordernisse gebunden. Sie muss eigenhändig geschrieben sowie unterschrieben werden und die Angelegenheiten, die dem Bevollmächtigten übertragen werden, müssen bestimmt angegeben werden. Wenn sie nicht eigenhändig geschrieben wurde, so müssen drei unbefangene, eigenberechtigte und sprachkundige Zeugen die Vorsorgevollmacht unterschreiben und bestätigen, dass der Inhalt dem Willen des Vollmachtgebers entspricht. Sie kann aber auch als Notariatsakt verfasst werden. Soll die Vollmacht auch Entscheidungen über gravierende medizinische Behandlungen, dauerhafte Wohnortsänderungen (z.B. Übersiedlung in ein Alten- und Pflegeheim) sowie Besorgung von Vermögensangelegenheiten umfassen, so darf sie nur vor einem Rechtsanwalt, Notar oder vor Gericht errichtet werden. Die Person, die bevollmächtigt wird, darf in keinem Abhängigkeitsverhältnis zu einer Krankenanstalt, einem Heim oder ähnlichen Einrichtung stehen, in der der Vollmachtgeber betreut wird. Es ist daher unzulässig, z.B. einem Angestellten eines Heimes, der den in diesem Heim wohnhaften Vollmachtgeber betreut, die Vorsorgevollmacht zu erteilen.<sup>78</sup>

Nachstehende Abbildung zeigt einen Überblick über die Inhalts- und Formvorschriften der Vorsorgevollmacht.

---

<sup>78</sup> Vgl. § 284f Abs 2-3 ABGB idF SWRÄG 2006.

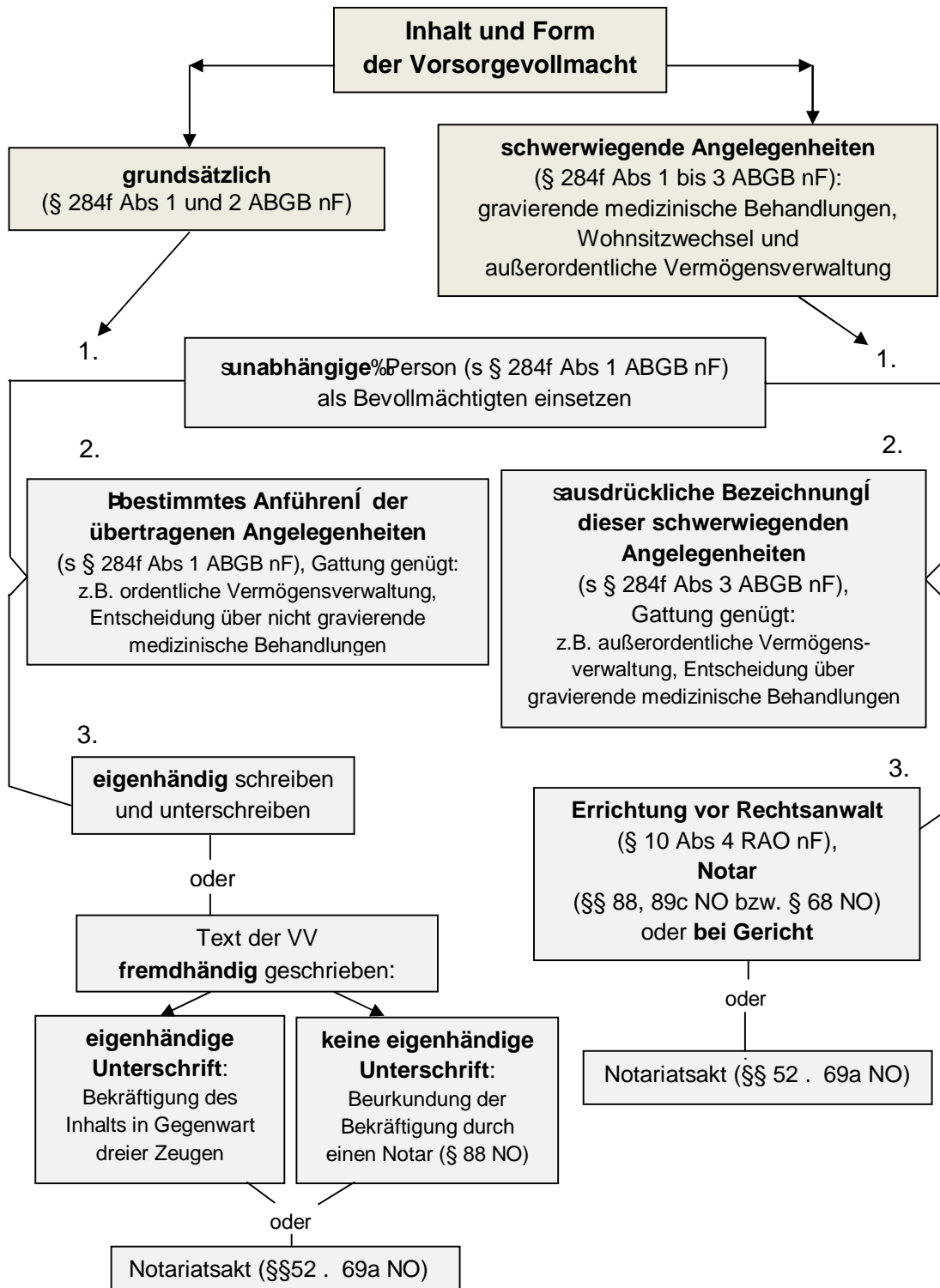


Abbildung 1: Inhalt und Form der Vorsorgevollmacht <sup>79</sup>

<sup>79</sup> Abbildung in Anlehnung an: Barth (2006b), 140.

Die Vorsorgevollmacht kann im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) registriert werden, dies ist aber keine Wirksamkeitsvoraussetzung. Sie kann außerdem . wie die Patientenverfügung . jederzeit widerrufen werden, solange der Vollmachtgeber die Geschäftsfähigkeit besitzt. Wie auch vorhin schon erwähnt, ist empfehlenswert, den Bevollmächtigten zu fragen, ob er die Besorgung der betrauten Angelegenheiten erfüllen kann und möchte. Auch eine persönliche Kommunikation über Beweggründe und Wünsche ist unumgänglich, um im Anlassfall dem Willen des Vollmachtgebers zu entsprechen.<sup>80</sup>

### 2.5.2. Wirksamkeit der Vorsorgevollmacht

Eine Vorsorgevollmacht wird erst dann wirksam, wenn *sder Vollmachtgeber die zur Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten erforderliche Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder seine Äußerungsfähigkeit verliert*<sup>81</sup> Somit tritt sie erst dann in Kraft, wenn der oben genannte Vorsorgefall eingetreten ist. Erlangt der Vorsorgegeber die Einsichts- und Urteilsfähigkeit wieder, ist die Vorsorgevollmacht nicht mehr gültig.<sup>82</sup>

Der Vollmachtgeber kann seinen Willen durch klare Anweisungen in der Vorsorgevollmacht festschreiben, der Bevollmächtigte hat nach diesen Anweisungen zu handeln und muss stets dem Wohl des Vollmachtgebers entsprechen. Teilt der Vollmachtgeber nach Verlust der Geschäftsfähigkeit mit, dass er vom Bevollmächtigten nicht mehr vertreten werden möchte, so muss ein Sachwalter bestellt werden, der die Aufgabe hat, den Bevollmächtigten bei der Besorgung der ihm anvertrauten Angelegenheiten zu überwachen; kommt er zu dem Schluss, dass er nicht nach dem Wohl des Patienten handelt, kann der Sachwalter die Vorsorgevollmacht widerrufen.<sup>83</sup>

---

<sup>80</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 62ff.

<sup>81</sup> § 284f Abs 1 ABGB idF SWRÄG 2006.

<sup>82</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 63.

<sup>83</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 64.

### 2.5.3. Sachwalterverfügung und Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger

Im SWRÄG sind neben der Vorsorgevollmacht noch weitere zum Teil neue Vertretungsarten, beispielsweise die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger oder die Sachwalterverfügung geregelt, welche hier kurz erläutert werden.

Anhand der Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger, § 284b SWRÄG, kann eine Person, wenn sie aufgrund einer psychischen oder geistigen Beeinträchtigung nicht mehr in der Lage ist, rechtswirksam zu handeln, und auch keinen Sachwalter oder sonstigen Vertreter hat, von den nächsten Angehörigen vertreten werden. Zu den nächsten Angehörigen zählen Eltern, volljährige Kinder, Ehegatten und Lebensgefährten, wenn diese mit der vertretenen Person seit mindestens drei Jahren im gemeinsamen Haushalt leben. Der nächste Angehörige kann die Vertretungsbefugnis im ÖZVV registrieren lassen. Somit darf ein Dritter (z.B. Bankinstitut) auf die Rechtmäßigkeit der Vertretung vertrauen. Der nächste Angehörige darf Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens für den Vertretenen tätigen, er kann auch über laufende Einkünfte und pflegebezogene Leistungen verfügen, insoweit dies zur Deckung des Pflegebedarfs notwendig ist. Die Befugnis umfasst auch die Zustimmung zu medizinischen Behandlungen, soweit sie nicht mit einer schweren Beeinträchtigung von Körper oder Psyche verbunden sind. Er hat dabei stets das Wohl der vertretenen Person zu fördern. Falls die vertretene Person trotz Geschäfts-, Einsichts- oder Urteilsunfähigkeit der Vertretungsbefugnis widerspricht, verliert diese die Gültigkeit.<sup>84</sup>

Ist ein Mensch aufgrund geistiger Behinderung oder psychischer Krankheit ohne Gefahr eines Nachteils nicht mehr in der Lage, bestimmte Angelegenheiten selbst zu erledigen, so ist . falls keine Alternativen wie z.B. die Vorsorgevollmacht oder die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger bestehen . als gesetzlicher Vertreter ein Sachwalter zu bestellen.<sup>85</sup> Anhand einer Sachwalterverfügung kann eine Person vor Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit ihre Wünsche bezüglich der als Sachwalter zu bestellenden Person bekunden. Das Gericht muss bei der Auswahl des Sachwalters diese Anliegen berücksichtigen. Die Errichtung der Sachwalterverfügung kann eigenhändig, fremdhändig oder vor einem Notar

---

<sup>84</sup> Vgl. §§ 284b-e ABGB idF SWRÄG 2006.

<sup>85</sup> Vgl. § 268 Abs 1 ABGB idFSWRÄG 2006.



durchgeführt werden, es besteht auch die Möglichkeit, sie im ÖZVV verzeichnen zu lassen, um die Beachtung zu erhöhen.<sup>86</sup> Die Sachwalterverfügung bietet jedoch ein sehr geringes Ausmaß an Selbstbestimmung.

Ein Grund warum diese Möglichkeiten durch das neue Sachwalterrecht geschaffen wurden, war die Tatsache, dass *die Zahl der Sachwalterschaften seit langer Zeit im Steigen begriffen ist und das bestehende System an die Grenzen seiner Möglichkeiten*<sup>87</sup> stieß. So ist zwar der Anteil der geistig beeinträchtigten Menschen und psychisch Kranken in der Bevölkerung stabil, die Zahl jener Personen aber, die altersbedingt beeinträchtigt sind, steigt stetig an.<sup>88</sup> Vorteil dieser Gesetzesneuerung ist nicht nur die Vermeidung einer Besachwalterung, sondern dass die Rechte der Betroffenen und deren Autonomie gewährleistet werden können. Dies wird damit begründet, dass nahe Angehörige in der Regel der betroffenen Person auch emotional nahe stehen und daher in ihrem Sinn handeln.<sup>89</sup>

## **2.6. Vergleich Vorsorgevollmacht & Patientenverfügung**

Beide Instrumente, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, dienen der Selbstbestimmung am Lebensende, wenn sie sinngemäß eingesetzt werden. Sie sind eine Kommunikationsbrücke zwischen Patient und Arzt in Zeiten, in denen direkte Kommunikation nicht mehr möglich ist. Während bei der Vorsorgevollmacht in der Regel der Wille des Patienten über eine dritte Person zum medizinischen Personal gelangt, wird anhand der Patientenverfügung der Patientenwille direkt dem Arzt übermittelt.

Für die Patientenverfügung spricht, dass durch das Festschreiben des Willens der Arzt einen Bezug zu den Wertvorstellungen und Wünschen des Patienten bekommt. Anhand einer gut durchdachten und eindeutig formulierten Verfügung geht der Wille des Patienten hervor, der Arzt kann danach handeln und braucht keine Mutmaßungen über den Patientenwillen anstellen.<sup>90</sup>

---

<sup>86</sup> Vgl. Beber (2008), 110f.

<sup>87</sup> Schauer (2006), 129.

<sup>88</sup> Vgl. Pilgram (2006), 145.

<sup>89</sup> Vgl. Schauer (2006), 129.

<sup>90</sup> Vgl. Pöschl (2008), 40f.

Andererseits kann durch das Bevollmächtigen einer Vertrauensperson ein persönlicher und rechtlich abgesicherter Kontakt zwischen Bevollmächtigtem und medizinischem Personal hergestellt, anhand von Gesprächen der Wille des Betroffenen eruiert und danach gehandelt werden. Auch bietet die Vorsorgevollmacht die Möglichkeit, flexibel auf Zustände zu reagieren, sie lässt mehr Diskussions- und Interpretationsspielraum zu.<sup>91</sup>

Gerade wenn eine Scheu davor besteht, bestimmte medizinische Behandlungen vollständig auszuschließen, ist die Erteilung einer Vorsorgevollmacht eine gute Alternative zur Patientenverfügung. Eine Vorsorgevollmacht kann aber auch mit einer beachtlichen Patientenverfügung kombiniert werden. So hat die bevollmächtigte Person eine Richtschnur für die Entscheidungsfindung. Wird sowohl eine verbindliche Patientenverfügung als auch eine Vorsorgevollmacht errichtet, so ist der Bevollmächtigte zwingend an die Patientenverfügung gebunden.<sup>92</sup>

Dass eine Kombination der beiden Instrumente zweckmäßig ist, bekräftigt auch Kerschner: *„Ein Nebeneinander zwischen Patientenverfügung und Vorsorgebevollmächtigung ist nämlich idR sehr sinnvoll, da es viele Fälle geben wird, in denen die Patientenverfügung nicht greift, vor allem weil der konkret eingetretene Fall nicht dem vorgestellten entspricht.“*<sup>93</sup> In der Praxis kommt es immer wieder vor, dass der aktuelle klinische Zustand nicht exakt mit der in der Patientenverfügung festgelegten Situation übereinstimmt. Anhand der Vorsorgevollmacht wird eine Vertrauensperson in die Entscheidungsfindung mit einbezogen, deren Ziel es ist, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten . durch bedachtes Handeln sowie durch die entstehenden Gespräche zwischen den Beteiligten und durch Berücksichtigung der Willensäußerungen in der Patientenverfügung . zu stärken.<sup>94</sup>

Für Platzer ist gerade bei Demenzerkrankungen das Einbeziehen von nahe stehenden Personen wichtig: *„Kommt es nun . wie etwa im Falle schwerer Demenz . bei einem Patienten zu starken Persönlichkeitsveränderungen und somit zu einer offensichtlichen Störung der Beziehung±zwischen den Zeitpunkten der Erstellung*

---

<sup>91</sup> Vgl. Ruland (2011), 56.

<sup>92</sup> Vgl. Ploier/Petutschnigg (2007), 60.

<sup>93</sup> Kerschner (2007), 166.

<sup>94</sup> Vgl. Platzer (2010), 52

*und einer etwaigen Anwendung einer Patientenverfügung, empfiehlt es sich schon vorab, die Autonomie eines Patienten durch das zusätzliche Verfassen einer Vorsorgevollmacht längerfristig zu stärken, damit die vorliegende Situation besser beurteilt werden kann.<sup>95</sup>*

Das Einbeziehen Angehöriger setzt aber voraus, dass ein vertrauensvolles Verhältnis zur bevollmächtigten Person besteht, was im Alltag nicht immer anzutreffen ist. Einerseits kommt es vor, dass Betroffene keine Vertrauensperson (mehr) haben, auch ist es denkbar, dass die bevollmächtigte Person in Entscheidungen die eigenen Interessen einfließen lässt. Zudem muss bedacht werden, dass Entscheidungen für oder gegen eine Behandlung Gewissenskonflikte auslösen können oder eine psychologische Belastung für nahe Angehörige bedeutet. Ein Therapieverzicht und die damit verbundenen Folgen sind meist mit Loslassen eines geliebten Menschen verbunden. Es macht daher Sinn, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung zu kombinieren, denn beide Instrumente bedeuten Kommunikation auf jeweils unterschiedliche Art und Weise. Allgemein sollte sich die Einbeziehung einer Vertrauensperson positiv auf die Qualität des Entscheidungsprozesses auswirken. Gerade eigenständige Entscheidungen über die Gestaltung des Lebensendes sind als Beziehungsgeschehen zu betrachten, somit ist der Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen und eine funktionierende Kommunikation wichtige Basis für die Vorsorge für Situationen am Lebensende.<sup>96</sup>

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sind beides Instrumente der Vorsorge, sie können jeweils einzeln eingesetzt, aber auch kombiniert werden. Wie sie benützt werden, ist eine individuelle Entscheidung und hängt sehr stark von den jeweiligen Einstellungen bzw. Gegebenheiten ab.

## **2.7. Regelungen anderer europäischer Länder**

Eine Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten am Lebensende und menschenwürdigem Sterben findet auch in anderen Ländern statt. Der Begriff "Patientenverfügung" ist mancherorts auch als Oberbegriff für Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen gebräuchlich, da Patientenverfügung und

---

<sup>95</sup> Platzer (2009), 51f.

<sup>96</sup> Vgl. Platzer (2010), 52ff.

Vorsorgevollmacht teilweise in gekoppelter Form vorzufinden sind. Auch Bezeichnungen wie 'living will', 'advance statement', 'Patientenanordnung' oder 'Lebens-testament' sind gebräuchlich.<sup>97</sup> Um einen Einblick zu bekommen, wie andere europäische Länder die Selbstbestimmung am Lebensende regeln, werden exemplarisch einige Länder herausgegriffen und deren Bestimmungen vorgestellt.

### **2.7.1. Patientenautonomie in Deutschland**

Nach mehrjähriger Debatte in Gesellschaft und Politik hat der Deutsche Bundestag 2009 eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung beschlossen, um mehr Rechtssicherheit zu schaffen und die Patientenautonomie zu stärken. Demnach muss sich die Patientenverfügung ausdrücklich auf die Einwilligung oder Ablehnung von Heilbehandlungen oder ärztlichen Eingriffen beziehen und auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Die Willenserklärung muss, um Geltung zu erlangen, schriftlich und freiwillig errichtet werden, der Errichtende muss volljährig und einwilligungsfähig sein. Eine Beratungspflicht – wie in Österreich – besteht in Deutschland nicht, zumindest die ärztliche Beratung wird aber dringend empfohlen. Die behandelnden Mediziner sind an die Verfügung gebunden, wenn die festgelegten Maßnahmen in eindeutiger Weise bestimmt sind und die in der Patientenverfügung geregelte Situation konkret zutrifft; allgemeine Formulierungen reichen demzufolge nicht aus. Der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe kann nicht verfügt werden, da sie nach geltendem Recht in Deutschland verboten ist. Laut einer Handreichung des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes aus dem Jahr 2009 haben circa zehn Prozent der Bürger Deutschlands eine Patientenverfügung errichtet. Da es in Deutschland keine automatische gesetzliche Vertretungsregelung, wie sie in Österreich besteht, gibt, wird empfohlen, die Patientenverfügung in Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht zu errichten.<sup>98</sup>

### **2.7.2. Großbritanniens 'Advance decision'**

Eine gesetzliche Regelung für Patientenverfügungen wurde in Großbritannien im Jahr 2005, im sogenannten Mental Capacity Act 2005 beschlossen. Bei der englischen Patientenverfügung, der 'advance decision' sind nur Behandlungsab-

---

<sup>97</sup> Vgl. Kalchschmid (2006), 90.

<sup>98</sup> Vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2009), 2ff.

lehnungen erlaubt; sie darf nur von geistig zurechnungsfähigen Personen ab dem 18. Lebensjahr errichtet werden und ist für Situationen gedacht, in denen die geistige Zurechnungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist. Formvorschriften bzw. Aufklärung und Beratung sind im Gesetz nicht vorgesehen, beides wird aber empfohlen. Die schriftliche Errichtung ist nur bei Ablehnung von lebenserhaltenden Maßnahmen obligatorisch, um eine Rechtssicherheit für den Errichter als auch für den Arzt zu gewährleisten. Die Behandlung selbst und die Umstände, wann diese Ablehnung gilt, sind genau zu definieren. Eine gültige und anwendbare advance decision ist rechtskräftig und muss befolgt werden, andernfalls drohen dem medizinischen Personal strafrechtliche bzw. zivilrechtliche Folgen. Aktive Sterbehilfe ist in England nach wie vor nicht erlaubt.<sup>99</sup>

### **2.7.3. Das neue Erwachsenenschutzrecht in der Schweiz**

In der Schweiz war bis Ende 2012 die Patientenverfügung national nicht einheitlich gesetzlich geregelt. Zwar verfügte die Mehrheit der Kantone über gesetzliche Bestimmungen zu Patientenverfügungen, diese waren jedoch in Bezug auf Gültigkeit und Gegenstandsbereich der Patientenverfügung stark unterschiedlich. Am 1. Jänner 2013 ist das neue Erwachsenenschutzrecht in Kraft getreten, welches das Recht auf autonome Entscheidungen in medizinischen Belangen auf Bundesebene regelt. Es werden zwei Möglichkeiten der Vorsorge eingeführt, der sogenannte Vorsorgeauftrag, mit dem eine Person für die Vertretung im Fall der Urteilsunfähigkeit bestimmt werden kann, und die Patientenverfügung, anhand derer medizinische Maßnahmen für den Fall der Urteilsunfähigkeit abgelehnt werden können. Die zwingenden formalen Kriterien für eine Patientenverfügung sind die Freiwilligkeit und Urteilsfähigkeit, außerdem muss sie schriftlich errichtet, datiert und unterzeichnet sein. Die Existenz und der Hinterlegungsort können auf der Versichertenkarte gespeichert werden. Der Arzt ist verpflichtet, das Vorhandensein einer Patientenverfügung für einen urteilsunfähigen Patienten anhand der Versichertenkarte abzuklären. Er muss außerdem der Willenserklärung Folge leisten, sofern keine gewichtigen Gründe dagegen sprechen. Ist keine Patientenverfügung vorhanden, so haben Angehörige (in gesetzlich festgelegter Reihenfolge) die Befugnis, zu medizinischen Maßnahmen zuzustimmen oder diese

---

<sup>99</sup> Vgl. Palzer (2010), 83ff.

abzulehnen. Somit wird außer in Notfällen die Entscheidungsbefugnis von Ärzten auf die vertretungsberechtigte Person verschoben.<sup>100</sup>

In der Schweiz wird außerdem dem Einzelnen die Freiheit zuerkannt, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens selbst zu bestimmen. Dieses Recht wird aus dem Persönlichkeitsrecht, aus dem in der Bundesverfassung, der Europäischen Menschenrechtskonvention und dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte garantierten Recht auf Achtung des Privatlebens und aus dem Recht auf Achtung der Menschenwürde abgeleitet. Die Beihilfe zum Suizid ist in der Schweiz straflos, ausgenommen der Helfer handelt aus egoistischen Beweggründen. Ein Anspruch des Sterbewilligen auf Beihilfe zur Selbsttötung oder auf aktive Sterbehilfe besteht jedoch nicht.<sup>101</sup>

#### **2.7.4. Regelungen in den Niederlanden**

In den Niederlanden ist die Patientenverfügung im Gesetz über medizinische Verträge geregelt. Voraussetzung ist zwar die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, als formales Kriterium genügt aber, wenn Name und Unterschrift des Verfassers sowie das Datum angegeben sind. Eine Patientenverfügung kann auch den Wunsch nach aktiver direkter Sterbehilfe beinhalten. Aktive Sterbehilfe ist zwar lt. niederländischem Strafrecht verboten, bei Beachtung bestimmter Kriterien, welche seit 2002 im Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei Selbsttötung geregelt sind, besteht jedoch ein Strafausschließungsgrund.<sup>102</sup> Der Arzt hat die Verpflichtung, vor jeder medizinischen Behandlung das Vorhandensein einer Verfügung über ein Zentralregister abzurufen. Die Verbindlichkeit der Patientenverfügung setzt voraus, dass der Wunsch des Betroffenen seinem freien Willen entspricht, reiflich bedacht wurde, dass der Arzt zu der Überzeugung kommt, dass das Leiden des Betroffenen unerträglich, sein Zustand aussichtslos und eine andere annehmbare Lösung nicht zumutbar ist. Der behandelnde Arzt muss zudem einen zweiten Arzt beiziehen, der zur Einhaltung der sogenannten Sorgfaltskriterien schriftlich Stellung nimmt. In den Niederlanden ist somit die Beihilfe zum Suizid oder die aktive Sterbehilfe unter Einhaltung dieser gesetzlichen Bestimmungen erlaubt.

---

<sup>100</sup> Vgl. Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (2011), 12ff.

<sup>101</sup> Vgl. Barta/Kalchschmid (2004), 453.

<sup>102</sup> Vgl. Ladebeck (2006), 93.

Falls Zweifel an der Einsichtsfähigkeit des Patienten bestehen oder die Verfügung nicht eindeutig interpretiert werden kann, muss sie der Arzt nicht umsetzen, er muss aber belegen, warum er dem Behandlungsverzicht nicht entspricht.<sup>103</sup>

### **2.7.5. Großzügige Bestimmungen in Belgien**

Belgien hat ebenfalls seit 2002 eine gesetzliche Grundlage zur Verbindlichkeit von voraus verfügten Willenserklärungen, das sogenannte Gesetz über die Patientenrechte. Diesem Gesetz zufolge bedarf eine verbindliche Patientenverfügung der Schriftform, der Verfasser muss einsichts- und urteilsfähig sein. Die Willenserklärung kann auch zusammen mit einer Vorsorgevollmacht errichtet werden. In Belgien ist überdies bei Vorhandensein bestimmter Voraussetzungen aktive Sterbehilfe erlaubt. Die belgische Regelung wird als die großzügigste Europas betrachtet, da sie nicht nur für sterbenskranke Menschen die Tötung auf Verlangen, sondern auch für unheilbar Kranke, deren Tod noch nicht absehbar ist, erlaubt.<sup>104</sup>

### **2.7.6. Dänische Regelungen**

In Dänemark gibt es seit 1998 gesetzliche Regelungen zur Patientenverfügung. Sie kann grundsätzlich von jedem, der älter als 18 Jahre und nicht besachwaltert ist, errichtet werden, wobei eine ärztliche und rechtliche Aufklärung nicht erforderlich ist. Ärzte sind verpflichtet, im seit 1992 bestehenden Register nachzufragen, ob eine Verfügung besteht oder nicht. Verfügungen sind dann verbindlich, wenn die Erkrankung des Patienten einen unumkehrbar tödlichen Verlauf genommen hat, in allen anderen Krankheitsfällen ist sie nur Orientierungshilfe für den Arzt. Auch in Dänemark gibt es die Möglichkeit eine Vorsorgevollmacht zu erteilen, wobei die vom Verfasser festgelegten Wünsche nur eine Handlungsanweisung sind.<sup>105</sup>

### **2.7.7. Bestimmungen in Frankreich**

Seit 2005 gibt es in Frankreich ein Gesetz über Patientenrechte am Lebensende und seit 2006 eine Verordnung zur Patientenverfügung (*directives anticipées*).

---

<sup>103</sup> Vgl. Roglmeier/Lenz (2009), 52f.

<sup>104</sup> Vgl. Kalchschmid (2006), 92.

<sup>105</sup> Vgl. Kalchschmid (2006), 92.

Jeder volljährige Patient hat die Möglichkeit, eine Behandlung zu verweigern, wenn er dies schriftlich vor Eintreten der Akutsituation bestätigt hat. Patientenverfügungen sind in Frankreich für die Ärzte jedoch nicht verbindlich, sie sind nur richtungsweisend für den Willen des Patienten. Um die Gültigkeit zu bewahren, müssen Patientenverfügungen alle drei Jahre bestätigt werden.<sup>106</sup>

### **2.7.8. Patientenautonomie in Spanien**

In Spanien gibt es seit 2002 eine gesetzliche Regelung, die unter anderem die Patientenautonomie regelt. Der Verfasser einer Verfügung muss mindestens 18 Jahre alt und einwilligungsfähig sein, die Verfügung muss schriftlich errichtet werden. Meist wird die Patientenverfügung vor einem Notar errichtet, obwohl dies gesetzlich nicht erforderlich ist. Nur wenn Verfügungen gesetzeswidrig sind, sich der Stand der medizinischen Wissenschaft geändert hat oder die medizinische Situation nicht der in der Verfügung festgelegten entspricht, brauchen behandelnde Ärzte die Verfügung nicht beachten. Patientenverfügungen haben in Spanien keine zeitliche Begrenzung, sie können auch gemeinsam mit einer Vorsorgevollmacht errichtet werden.<sup>107</sup>

### **2.7.9. Strenge Bestimmungen in Ungarn**

Ungarn hat seit 1997 gesetzliche Regelungen über Patientenverfügungen. Formvoraussetzungen sind die Einwilligungsfähigkeit und die Schriftlichkeit in Form einer öffentlichen Urkunde. Für die Gültigkeit muss außerdem ein ärztliches Gutachten bestätigen, dass der Errichter die Ablehnung der Maßnahmen in vollem Bewusstsein der Konsequenzen getroffen hat. Lebensrettende Behandlungen können nur abgelehnt werden, wenn der Betroffene an einer unheilbaren Krankheit leidet und der Tod innerhalb kurzer Zeit auch ohne Behandlung eintreten würde. Anhand der Patientenverfügung kann auch ein Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten mit der Ablehnung von medizinischen Maßnahmen bevollmächtigt werden. Die Patientenverfügung ist in Ungarn bis auf Widerruf, höchstens aber zwei Jahre gültig.<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> Vgl. Roglmeier/Lenz (2009), 52.

<sup>107</sup> Vgl. Kalchschmid (2006), 93f.

<sup>108</sup> Vgl. Schopper (2006), 94.



### 2.7.10. Keine gesetzlichen Grundlagen in Norwegen und Schweden

In beiden Ländern existieren derzeit keine gesetzlichen Regelungen über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. In Schweden hat das Gesundheitsministerium 2008 einen Bericht zur Stärkung der Patientenrechte herausgegeben.<sup>109</sup> In Norwegen wird aus den allgemeinen Patientenrechten das Recht auf Ablehnung einer Behandlung abgeleitet. Eine Willenserklärung kann grundsätzlich formlos errichtet werden, beim Errichten einer schriftlichen Verfügung wird von der Organisation „mitt livstestamente“ Unterstützung angeboten. Aufgrund des Fehlens einer gesetzlichen Regelung wird sie jedoch nicht als verbindlich betrachtet.<sup>110</sup>

### 2.7.11. Ländervergleich im Überblick

Vergleicht man die österreichische Regelung zur Patientenverfügung mit denen anderer europäischer Länder, so fallen wesentliche Unterschiede auf:

- Die gesetzlich geregelte Teilung der Patientenverfügung in beachtlich und verbindlich gibt es in keinem der Vergleichsländer und ist somit in Österreich einzigartig.
- In den meisten europäischen Ländern, die eine gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung haben, wird . anders als in Österreich . dem mündigen Bürger zugemutet, eine voraus verfügte Willenserklärung ohne ärztliche und rechtliche Beratung bzw. Beglaubigung zu errichten. Nur das ungarische Gesetz sieht diese Formvoraussetzungen vor.
- Die Begrenzung der Gültigkeit sieht neben Österreich nur Ungarn und Frankreich vor.

Tabelle 4 zeigt einen überblicksmäßigen Ländervergleich der gesetzlichen Bestimmungen.

---

<sup>109</sup> Vgl. Roglmeier/Lenz (2009), 54.

<sup>110</sup> Vgl. Kalchschmid (2006), 93.

	Gesetzl. Regelung	Gültigkeit	Form	Ärztl. Aufklärung	Rechtliche Beratung
Österreich	PatVG 2006	5 Jahre	schriftlich	erforderlich	erforderlich
Deutschland	Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts	bis auf Widerruf	schriftlich	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Schweiz	Erwachsenenschutzrecht 2013	bis auf Widerruf	schriftlich	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Frankreich	Verordnung zur Patientenverfügung 2006	3 Jahre	schriftlich	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Spanien	Grundgesetz 41/2002	bis auf Widerruf	schriftlich	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Großbrit.	Mental Capacity Act 2005	bis auf Widerruf	schriftlich	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Norwegen, Schweden	keine Regelung	bis auf Widerruf	formfrei	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Dänemark	Gesetz über Patientenrechte 1998	bis auf Widerruf	schriftlich	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Niederlande	Gesetz über medizinische Verträge 1994	bis auf Widerruf	formfrei	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Belgien	Gesetz über Patientenrechte 2002	bis auf Widerruf	schriftlich	nicht erforderlich	nicht erforderlich
Ungarn	Gesundheitsgesetz 1997	2 Jahre	schriftlich	erforderlich	erforderlich

**Tabelle 4: Ländervergleich der gesetzlichen Bestimmungen <sup>111</sup>**

Die Formvorschriften, die der österreichische Gesetzgeber durch das PatVG geschaffen hat, zählen somit zu den strengsten gesetzlichen Regelungen der Patientenautonomie in Europa. Das Errichten einer antizipierten Willenserklärung unterliegt in Österreich weit strengeren Formvorschriften als bei den meisten Vergleichsländern. Es muss aber angemerkt werden, dass mit der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen unterschiedlich umgegangen wird, in Frankreich beispielsweise haben sie für das medizinische Personal keine unmittelbar bindende Wirkung.

In Belgien, Niederlande und der Schweiz ist die Patientenautonomie weitreichender als in anderen Ländern, denn hier ist aktive Sterbehilfe unter festgelegten Voraussetzungen erlaubt.

---

<sup>111</sup> Tabelle in Anlehnung an: Kalchschmid (2006), 94f; Ergänzung von Daten aus: Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2009), 2ff; Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, Schweiz (2011), 12ff; Roglmeier/Lenz (2009), 52.

### 3. Methodisches Vorgehen und Durchführung der empirischen Erhebungen

Zu Beginn des Forschungsprozesses wurde ein Forschungsdesign entwickelt, welches die Vorgehensweise sowie die gewählten Methoden der empirischen Untersuchung beinhaltet. Folgende grafische Darstellung soll die Untersuchungsebenen visualisieren, zeigt die Handlungsfelder sowie die gewählten Methoden auf und gibt einen Überblick über den Forschungsablauf:

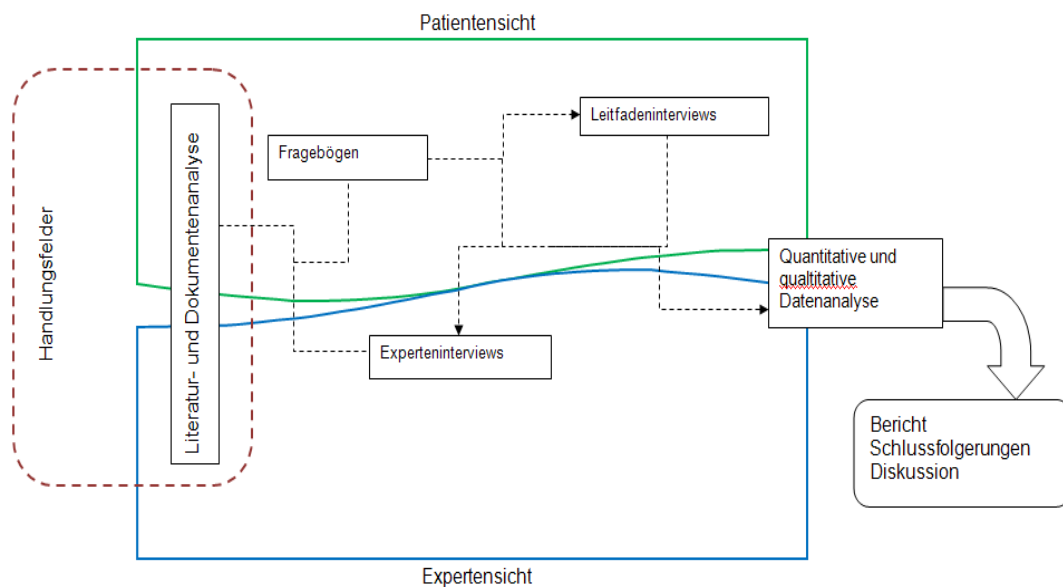


Abbildung 2: Grafische Auflösung des Forschungsprozesses

Ausgehend von der Zielsetzung der empirischen Untersuchung, die es erforderte, einerseits die Perspektive von (potentiellen) Anwendern der Vorsorgeinstrumente und andererseits die Sichtweise von Ärzten, Patientenvertretern und anderen Experten zu erforschen, wurde die Untersuchung in **PATIENTENPERSPEKTIVE** und **EXPERTENPERSPEKTIVE** eingeteilt.

Für die Erforschung der Patientenperspektive<sup>112</sup> wurden Mitglieder des Pensionistenverbandes OÖ anhand des quantitativen Instruments der Fragebogenerhebung befragt. Erfahrungen von Personen, die bereits eine Patientenverfügung errichtet haben bzw. gerade im Prozess der Errichtung sind, wurden anhand eines qualitativen Interviews erkundet. Um die Meinungen und Erfahrungen der Experten zu untersuchen, wurde die qualitative Methode des Experteninterviews gewählt. Die Ergebnisse dieser empirischen Erhebungen sowie der Literaturanalyse bildeten die Grundlage dieser Arbeit.

Nachstehende Tabelle zeigt die Methoden der empirischen Untersuchung, gegliedert nach Blickwinkel, Befragungsteilnehmer und Anzahl der Befragten.

Methode	Fragebogen- erhebung	Qualitatives Interview	Experteninterview
Blickwinkel	Patienten- perspektive	Patienten- perspektive	Experten- perspektive
Befragungsteilnehmer	Mitglieder des PV OÖ	Errichter einer Patientenverfügung	Experten
Anzahl der Befragten	203	3	14

**Tabelle 5: Methoden der empirischen Untersuchung**

### 3.1. Experteninterviews

Das Experteninterview gehört aufgrund der niedrigen Anzahl an Befragten zu den qualitativen Methoden der empirischen Sozialforschung.<sup>113</sup> Beim qualitativen Interview geht es darum, *den subjektiv gemeinten Sinn des untersuchten Gegenstandes aus der Perspektive der Beteiligten zu erfassen*.<sup>114</sup> Die subjektiven Erfahrungen und Sichtweisen der befragten Person werden eingebracht, das Interview erlaubt einen großen Spielraum bei der Beantwortung und es kann ein detaillierter Informationsgehalt generiert werden.<sup>115</sup> Welche Interviewpartner kann man als Experten betrachten? Als Experte kann jemand bezeichnet werden, der

<sup>112</sup> Laut § 3, Abs. 2, PatVG ist ein Patient eine Person, die eine Patientenverfügung errichtet, egal, ob sie zum Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist oder nicht.

<sup>113</sup> Vgl. Miegl/Näf (2005), 4f.

<sup>114</sup> Flick (2009), 25.

<sup>115</sup> Vgl. Flick (2009), 25ff.

aufgrund langjähriger Erfahrung über spezifisches Wissen bzw. Können in einem bestimmten Bereich verfügt. Im Experteninterview werden Personen zu ihrem spezifischen Fachwissen über gewisse sachliche Themen oder Probleme befragt, wobei meist auch der Experte Interesse daran hat, sich zu einem seinem Sachgebiet betreffenden Thema zu äußern.<sup>116</sup>

Daher fiel die Entscheidung für die Erforschung der Erfahrungen und Sichtweisen von Ärzten, Patientenvertretern und anderen beteiligten Experten auf die Methode des Experteninterviews.

Bei der Auswahl der zu befragenden Experten wurde auf ein ausgewogenes Verhältnis von Patientenvertretern sowie Ärzten geachtet. Es wurde außerdem berücksichtigt, dass sowohl beratende Ärzte (meist praktizierende Ärzte), jene die die Errichter einer Patientenverfügung beraten, als auch behandelnde Ärzte (Krankenhausmediziner) . sie kommen im Rahmen ihrer behandelnden Tätigkeit mit Patientenverfügungen in Berührung und müssen diese ausführen . befragt wurden.

Insgesamt 14 Experten der folgenden Berufsbereiche konnten für ein Interview gewonnen werden:

- vier Krankenhausmediziner
- drei praktizierende Ärzte
- ein Jurist der Ärztekammer
- zwei juristische Mitarbeiter von Patientenanwaltschaften
- eine Mitarbeiterin der Hospizbewegung
- eine juristische Mitarbeiterin der Sachwalterschaft
- ein Rechtsanwalt
- ein Leiter eines Alten- und Pflegeheimes

Für die Befragung wurden ein Interviewleitfaden für Ärzte sowie ein weiterer für Patientenvertreter bzw. andere Experten konzipiert. Beide beinhalten jedoch sehr ähnliche Fragestellungen und sind im Anhang nachzulesen.

---

<sup>116</sup> Vgl. Mieg/Näf (2005), 7ff.

Kernbereiche der Experteninterviews waren die Wahrnehmung der Autonomieinstrumente, die Handhabung und Verbindlichkeit der Patientenverfügung sowie die Bewertung der gesetzlichen Regelungen.

Die Interviewleitfäden waren in drei Teilbereiche gegliedert. Im ersten Teil wurde danach gefragt, inwieweit der Experte mit der Patientenverfügung zu tun hatte und wie die persönliche Einstellung dazu war. Auch Erfahrungen zu den Beweggründen für die Errichtung einer Patientenverfügung sowie das festgestellte Ausmaß wurde erfragt. Der zweite Teil beinhaltete Fragen nach der Verbindlichkeit, nach einem etwaigen Konflikt zwischen Patientenverfügung und ärztlicher Hilfeleistungspflicht sowie Fragen zu Erfahrungen und Meinungen zur Vorsorgevollmacht. Im letzten Abschnitt des Interviews ging es um Fragen zum Patientenverfügungsgesetz.

Die Kontaktaufnahme erfolgte meist anhand einer telefonischen Anfrage, wobei bei den Medizinerinnen die Bekanntschaft zu Funktionären des PV OÖ oder zur Autorin die Bereitschaft für ein Interview erhöhte. Bei den anderen Experten und Patientenvertretern wurden Vertreter der unterschiedlichen Institutionen festgelegt und die Kontaktdaten recherchiert. Die Bereitschaft, ein Interview zu geben, war grundsätzlich sehr hoch, nur bei den intramural tätigen Ärzten gab es welche, die ein Interview ablehnten.

Alle Experteninterviews wurden von Juli bis Anfang September 2012 durchgeführt. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 14 und 52 Minuten. Nach Zustimmung der befragten Teilnehmer zur Aufnahme mit Diktiergeräten wurden alle Interviews aufgezeichnet und anschließend Wort-für-Wort transkribiert. Aus Gründen der Anonymität wurde den Interviews die Nummern Experteninterview 1 bis 14 zugewiesen.

Das so gewonnene Datenmaterial wurde in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Mayring charakterisiert seine Methode folgendermaßen: *Die Stärke der Inhaltsanalyse ist, dass sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert. Sie zerlegt ihr Material in Einheiten, die sie nacheinander bearbeitet. Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitet am Material*

*entwickeltes Kategoriensystem; (ö ).%*<sup>117</sup> Dabei werden anhand von Kategorien jene Aspekte festgelegt, die herausgefiltert werden sollen.

Es wurden Analysekategorien gebildet, die auf die im Vorhinein definierten Fragekategorien des Interviewleitfadens basierten; teilweise wurden diese Kategorien auch um Erkenntnisse aus den Interviews erweitert. Anhand dieser Analysekategorien wurden die transkribierten Texte zugeordnet, auf übereinstimmende Aussagen überprüft und paraphrasiert, also sinngemäß interpretiert und mit eigenen Worten wiedergegeben. Die Auswertung ist im Kapitel 4.2 "Instrumente der Selbstbestimmung aus der Perspektive von Experten" zu lesen.

### **3.2. Fragebogenerhebung**

Für die Erforschung der Patientenperspektive war neben der Frage, welchen Stellenwert die Selbstbestimmung am Lebensende hat, einerseits der Grad der Bekanntheit von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht erheblich, andererseits sollte der Informationsbedarf zu den Vorsorgeinstrumenten festgestellt werden. Zusätzlich war von Interesse, ob es zu diesen Fragestellungen Unterschiede zwischen der städtischen und ländlichen Bevölkerung gab. Dazu wurde die quantitative Methodik der Befragung mittels Fragebogen gewählt, weil sie das Messen der Häufigkeitsverteilung von sozialen Erscheinungen oder die Überprüfung von Hypothesen ermöglicht. Außerdem können durch das Befragen einer großen Anzahl von Personen statistisch möglichst verlässliche Aussagen gemacht werden.<sup>118</sup>

Es wurde ein Fragebogen entwickelt, der auch offene Fragen enthielt, sodass die Befragten nicht nur aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wählen, sondern teilweise auch frei antworten konnten. Der Fragebogen gliederte sich in drei Abschnitte, wobei im ersten Teil des Fragebogens die Bekanntheit, der Informationsbedarf und die Einstellung zur Patientenverfügung sowie der Stellenwert der Selbstbestimmung am Lebensende abgefragt wurden. Auch nach Gründen einer etwaigen Ablehnung der Patientenverfügung wurde gefragt. Der zweite Abschnitt beinhaltete ähnliche Fragestellungen zur Vorsorgevollmacht und im

---

<sup>117</sup> Mayring (2002), 114.

<sup>118</sup> Vgl. Mieg/Näf (2005), 4.

letzten Teil wurden soziodemografische Daten erhoben. Der gesamte Fragebogen der Mitgliederbefragung ist im Anhang zu finden.

Als Befragungsgruppen wurden die Mitglieder einer ländlichen (Neumarkt im Mühlkreis) und einer städtischen Ortsgruppe (Linz . Neue Heimat) des Pensionistenverbandes OÖ ausgewählt, was das Feststellen von Stadt-Land-spezifischen Unterschieden ermöglichte. Um auch die Ansichten und Einstellungen der Landesvorstandsmitglieder mit einzubeziehen, wurden als dritte Gruppe die Mitglieder des Landesvorstands befragt.

Ortsgruppe Neumarkt: Es wurden die Fragebögen an alle erreichbaren Mitglieder der Ortsgruppe mithilfe der Subkassiere ausgegeben; auch das Einsammeln der Fragebögen wurde von den Subkassieren erledigt.

Ortsgruppe Linz . Neue Heimat: Im Rahmen einer monatlichen Versammlung der Ortsgruppe wurden die Fragebögen an die anwesenden Mitglieder verteilt. Die Fragebögen konnten zuhause ausgefüllt und abgegeben werden.

Landesvorstand: An die Mitglieder des Landesvorstandes, die ehrenamtlich ihre Funktion ausüben, wurde der Fragebogen auf dem Postweg verschickt sowie retourniert.

Insgesamt wurden Mitte Juni 2012 330 Fragebögen ausgeteilt, wobei 203 davon ausgefüllt retourniert wurden, was einer Rücklaufquote von 61,5 Prozent entsprach. Folgende Tabelle zeigt die Anzahl der ausgegebenen Fragebögen sowie Rücklaufquoten der drei Erhebungsgruppen:

Erhebungsgruppe	Ausgabe	Rücklauf	Rücklaufquote
Ortsgruppe Neumarkt	200	142	71 %
Ortsgruppe Linz . Neue Heimat	98	41	42 %
Landesvorstandsmitglieder	32	20	62,5 %
Insgesamt	330	203	61,5 %

**Tabelle 6: Rücklaufquoten**

Die aus den Fragebögen gewonnenen Daten wurden in das Programm 'Win Mask±' eingegeben und mit dem statistischen Auswertungsprogramm 'SPSS Statistics±' ausgewertet, die Ergebnisse interpretiert und zu Grafiken verarbeitet.



Bei Gegenüberstellungen zwischen den Gruppen Neumarkt und Linz . Neue Heimat ist zu berücksichtigen, dass es sich um gering unterschiedliche Erhebungseinheiten handelt. Während in Neumarkt an alle erreichbaren Mitglieder ein Fragebogen ausgegeben wurde, bekamen in Linz . Neue Heimat nur die bei der monatlichen Versammlung anwesenden Pensionistinnen und Pensionisten einen Fragebogen. Dieses Faktum ist bei Gegenüberstellungen der beiden Gruppen zu beachten. Trotz alledem sind aber Tendenzen wahrnehmbar.

### **3.3. Qualitative Interviews mit Errichtern einer Patientenverfügung**

Zwei Personen, die bereits eine Patientenverfügung errichtet haben sowie eine Person, die gerade im Prozess der Errichtung war, konnten für die Befragung mittels eines qualitativen Interviews gewonnen werden. Kernthemen der Befragung waren ihre Beweggründe, Motive und Erfahrungen mit der Errichtung einer Patientenverfügung.

Auch für diese Interviews wurde ein Leitfaden entwickelt, der im Anhang zu finden ist. Sie wurden Anfang September 2012 bzw. im März 2013 durchgeführt und dauerten zwischen sieben und dreizehn Minuten. Die Vorgehensweise der Durchführung und Auswertung der Interviews erfolgte in ähnlicher Weise wie bei den Experteninterviews. Auch diese Interviews wurden anonymisiert und mit den Nummern Interview 15, 16 und 17 gekennzeichnet.

Die Ergebnisse dieser qualitativen Interviews sowie der Fragebogenerhebung sind im Kapitel 4.1. "Instrumente der Selbstbestimmung aus der Perspektive von Patienten± zusammengefasst.

## **4. Ergebnisdarstellung**

Im vierten Kapitel dieser Arbeit werden die Ergebnisse der empirischen Erhebungen vorgestellt. Der erste Abschnitt beinhaltet die Resultate der Fragebogenerhebung sowie der Interviews jener Personen, die bereits eine Patientenverfügung errichtet haben bzw. zu errichten beabsichtigen und zeigt somit die Patientenperspektive. Der zweite Teil präsentiert die Ergebnisse der Experteninterviews und stellt die Sichtweise von Ärzten, Patientenvertretern und anderen Experten dar.

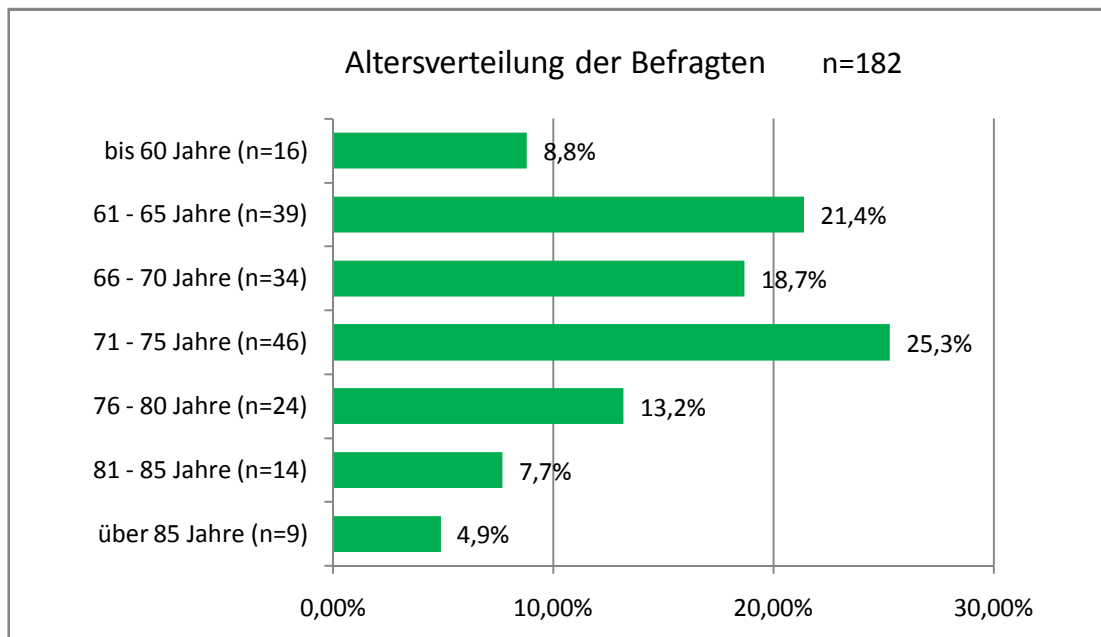
### **4.1. Instrumente der Selbstbestimmung aus der Perspektive von Patienten**

Wie informiert ist die breite Bevölkerung wirklich über die Möglichkeiten der Vorsorge und Selbstbestimmung am Lebensende? Bestehen Informationsdefizite zu den Vorsorgeinstrumenten? Ist Selbstbestimmung am Lebensende überhaupt wichtig? Dieses Kapitel bringt Antworten zu diesen und ähnlichen Fragestellungen aus der Sicht von Mitgliedern des Pensionistenverbandes OÖ. Die Ergebnisse der Interviews von zwei Personen, die bereits eine Patientenverfügung errichtet haben, sowie einer Person, die die Errichtung einer Patientenverfügung beabsichtigt, ergänzen diesen Abschnitt.

#### **4.1.1. Soziodemografische Angaben zu den Teilnehmern der Fragebogenerhebung**

Von den insgesamt 203 Mitgliedern des PV OÖ, die bei der Befragung teilgenommen haben, machten 182 Personen Angaben zum Alter, wobei der jüngste Teilnehmer 49 und der älteste 92 Jahre alt war. Der Großteil der Befragten war zum Zeitpunkt der Befragung . wie auch Abb. 3 zeigt . zwischen 61 und 75 Jahre alt, das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 70,6 Jahre.

Die Geschlechterverteilung war in etwa ausgewogen. Unter den Teilnehmern der Befragung waren 52,7 % Frauen und 47,3 % Männer.



**Abbildung 3: Altersverteilung der Befragten**

Etwa 75 % der Befragten gaben an, Mitglied einer Religionsgemeinschaft zu sein. Unter denen, die eine nähere Angabe zum Religionsbekenntnis machten, waren knapp 96 % der römisch-katholischen und etwa 4 % der evangelischen Glaubensgemeinschaft zuzuordnen.

Auch der Bildungsstand der Befragten wurde erhoben, 200 von 203 Befragten machten dazu Angaben. Wie aus Tabelle 7 ersichtlich, gaben insgesamt 38,5 % der Befragten Mitglieder des PV OÖ einen Pflichtschulabschluss und mit 37,5 % fast ebenso viele Befragte eine Lehre als höchste abgeschlossene Ausbildung an.

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Anzahl	Prozent
Pflichtschule	77	38,5
Lehre	75	37,5
Berufsbildende mittlere Schule	20	10,0
Meisterprüfung	16	8,0
Matura	5	2,5
Hochschule/Universität	4	2,0
Sonstiges	3	1,5
<b>Gesamt</b>	<b>200</b>	<b>100,0</b>

**Tabelle 7: Bildung der Befragten**

Nur vier Personen, das sind 2 % der Befragten, konnten eine akademische Ausbildung aufweisen. Zur Ausprägung 'Sonstiges' wurden folgende Angaben gemacht: Studienberechtigungsprüfung, Verwaltungsdienstprüfung, Exekutivausbildung.

#### 4.1.2. Bekanntheit der Patientenverfügung

Wichtiges Ziel der Erhebung war, den Bekanntheitsgrad der Patientenverfügung zu eruieren. Wie aus Abbildung 4 ersichtlich, konnte zwischen fünf Antwortkategorien gewählt werden. Dabei kam mit 80 Nennungen die Antwort 'Ich habe zwar schon davon gehört, weiß aber nichts Näheres darüber' am häufigsten vor. Knapp 28 % (56 Nennungen) kannten die Patientenverfügung gar nicht. Fasst man diese beiden Kategorien zusammen, so wissen mit 67,7 % über zwei Drittel der Befragten nicht näher über die Patientenverfügung Bescheid. Knapp 25 % (50 Nennungen) gaben an, dass sie die Möglichkeit der Patientenverfügung kennen, und 6,5 % (13 Personen) der Befragten haben sich damit schon auseinandergesetzt.

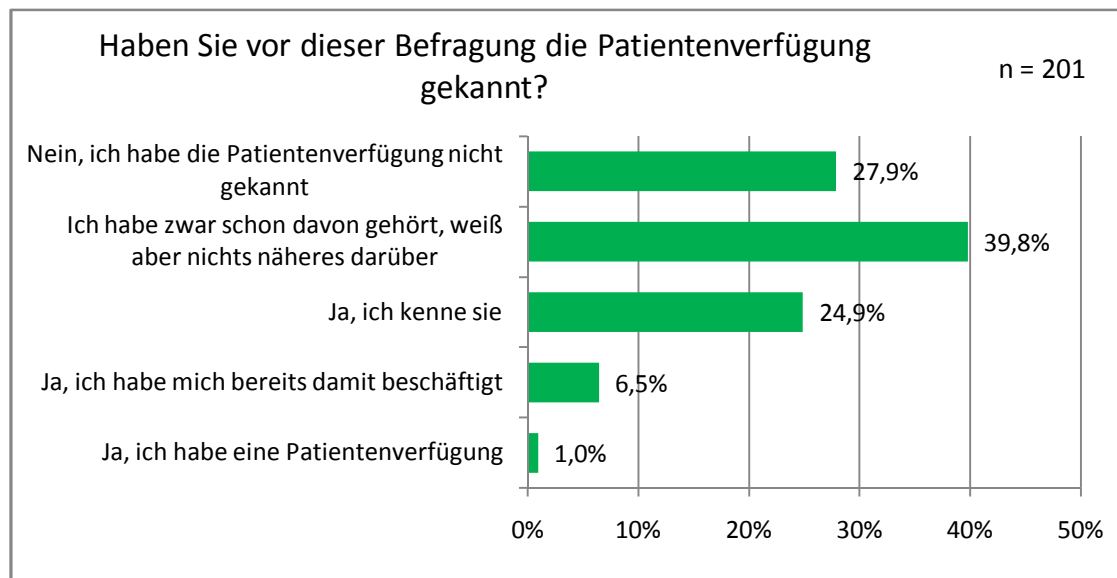


Abbildung 4: Bekanntheit der Patientenverfügung

Nur zwei von 203 Personen gaben an, bereits eine Patientenverfügung errichtet zu haben. Die Patientenverfügung als Instrument zur Selbstbestimmung am Lebensende nimmt also nur ein sehr kleiner Personenkreis in Anspruch. Ein möglicher Grund dafür ist die Tatsache, dass die Patientenverfügung noch einen sehr niedrigen Bekanntheitsgrad aufweist bzw. noch sehr wenig im Bewusstsein der Bevölkerung ist.

Untersucht wurde auch, ob es Unterschiede der Bekanntheit zwischen der städtischen und ländlichen Befragungsgruppe gibt. Dazu wurden die Merkmalsausprägungen der Bekanntheit zusammengefasst.<sup>119</sup> Es konnte festgestellt werden, dass die Bekanntheit der Patientenverfügung bei den städtischen Befragten höher ist als bei der ländlichen Befragungsgruppe.

Befragungsgruppe	Bekanntheit		Gesamt
	Nein	Ja	
Neumarkt (n=141)	78,0 %	22,0 %	100 %
Linz . Neue Heimat (n=41)	51,2 %	48,8 %	100 %
<b>Gesamt (n=182)</b>	<b>72,0 %</b>	<b>28,0 %</b>	<b>100 %</b>

**Tabelle 8: Bekanntheitsgrad der Patientenverfügung nach Region** (Signifikanzniveau (1-p)x100 = 99,9 %, Phi = 0,249)

Ein Zusammenhang konnte auch zwischen dem Bekanntheitsgrad und der Höhe des Bildungsabschlusses festgestellt werden: Je höher der Bildungsabschluss, desto bekannter ist die Möglichkeit, anhand einer Patientenverfügung vorzusorgen, wie auch Tabelle 9 zeigt.

Höchster Bildungsabschluss	Bekanntheit		Gesamt
	Nein	Ja	
Pflichtschule (n=76)	76,3 %	23,7 %	100 %
Lehre (n=75)	74,7 %	25,3 %	100 %
Meisterprüfung (n=16)	56,3 %	43,8 %	100 %
Berufsbildende mittlere Schule (n=19)	47,4	52,6 %	100 %
Matura, Studium, sonstiges (n=12)	25 %	75 %	100 %
<b>Gesamt (n=198)</b>	<b>68,2 %</b>	<b>31,8 %</b>	<b>100 %</b>

**Tabelle 9: Bekanntheit der Patientenverfügung nach Bildungsabschluss** (Signifikanzniveau (1-p) x100 = 99,9 %, Cramers-V = 0,309)

---

<sup>119</sup> Die Merkmalsausprägung "Nein" beinhaltet die Ausprägungen: "Nein, ich habe sie nicht gekannt" bzw. "Ich habe zwar schon davon gehört, weiß aber nichts Näheres darüber". Die Merkmalsausprägung "Ja" umfasst die Ausprägungen: "Ja, ich kenne sie" und "Ja, ich habe mich bereits damit beschäftigt" und "Ich habe eine Patientenverfügung".

Während bei den Befragten mit mindestens Maturaabschluss 75 % angaben, die Patientenverfügung zu kennen, waren dies bei den Personen mit Pflichtschulabschluss als höchste abgeschlossene Ausbildung 23,7 % der Befragten.

#### 4.1.3. Meinung über die Patientenverfügung und Selbstbestimmung am Lebensende

Die Teilnehmer wurden auch gefragt, wie wichtig für sie Selbstbestimmung am Lebensende ist. Hier hat sich gezeigt, dass die Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase einen sehr hohen Stellenwert aufweist. Für 83,7 % der Befragten ist sie sehr wichtig bzw. eher wichtig. Sieben Teilnehmer machten dazu keine Angaben.

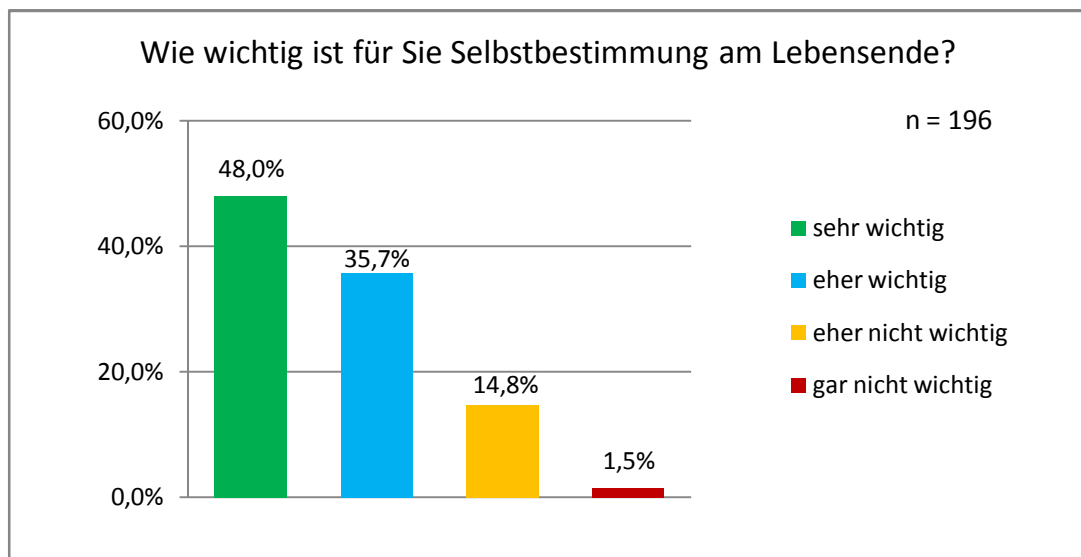
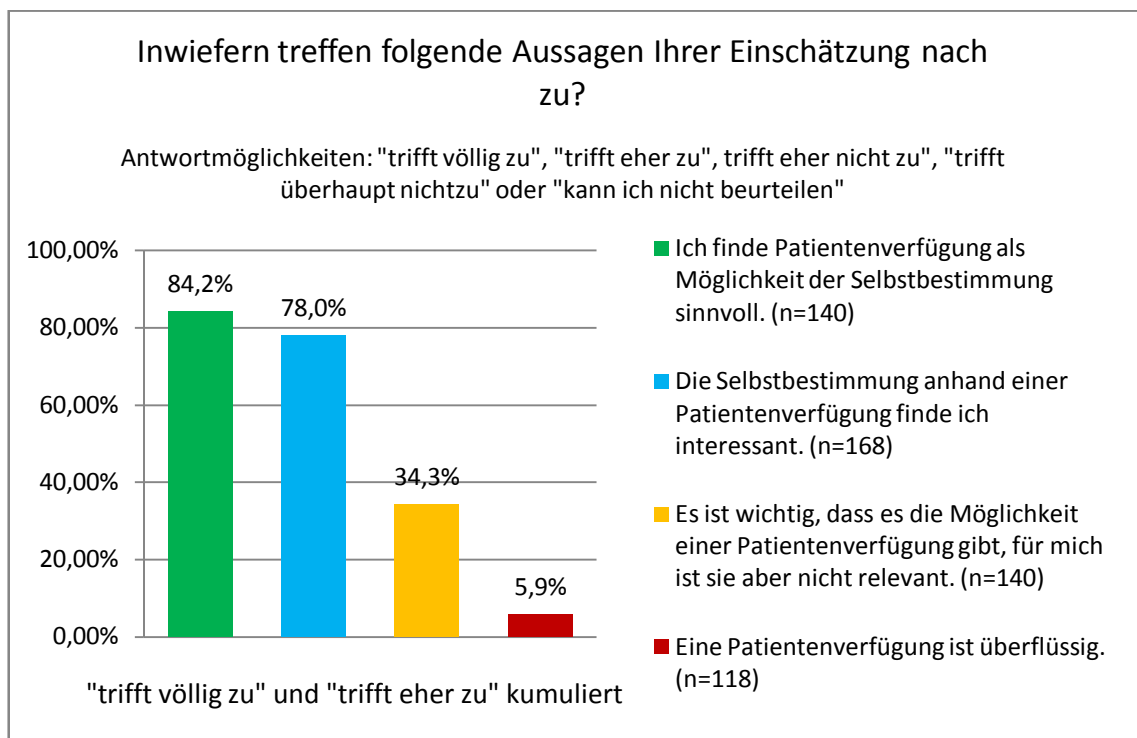


Abbildung 5: Stellenwert der Selbstbestimmung

In der urbanen Befragungsgruppe hat Selbstbestimmung am Lebensende eine höhere Bedeutsamkeit als in der ländlichen Vergleichsgruppe. Während für 92,7 % der Befragten aus Linz Neue Heimat Selbstbestimmung am Lebensende sehr wichtig bzw. eher wichtig ist, war dies bei 80 % der Neumarkter Befragten der Fall. Ein statistischer Zusammenhang war jedoch nicht signifikant (Signifikanzniveau  $(1-p) \times 100 = 89,5 \%$ ,  $\Phi = 0,187$ ).

Nachdem im Fragebogen der Begriff "Patientenverfügung" erklärt wurde, konnten die Befragten vorgegebene Aussagen anhand verschiedener Antwortkategorien<sup>120</sup> einschätzen. Die Haltung der Befragten gegenüber der Patientenverfügung war insgesamt sehr positiv und interessiert. Dass die Patientenverfügung ein interessantes und sinnvolles Instrument zur Selbstbestimmung am Lebensende ist, ist für etwa 80 % der Befragten völlig bzw. eher zutreffend. Wie aus Abbildung 6 ersichtlich, gaben aber auch etwa ein Drittel der Befragten (48 Personen) an, es sei wichtig, dass es die Möglichkeit der Patientenverfügung gibt, für sie sei sie jedoch nicht relevant.



**Abbildung 6: Einschätzung der Patientenverfügung**

<sup>120</sup> Antwortkategorien: "trifft völlig zu", "trifft eher zu", "trifft eher nicht zu", "trifft überhaupt nicht zu" oder "kann ich nicht beurteilen"

#### 4.1.4. Aufklärung und Information ist wesentlich

Das Informationsdefizit, welches bezüglich der Patientenverfügung besteht, schränkt die Selbstbestimmung am Lebensende ein. Nur wer Bescheid weiß über die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten kann auch darüber verfügen.

*Ich finde es wichtig, dass die Leute über diese Themen informiert sind und Bescheid wissen. Jeder sollte in erster Linie über sein Leben (oder Sterben) entscheiden!*<sup>121</sup>

Diese Aussage stammt von einem Teilnehmer der Fragebogenerhebung und macht deutlich, dass Informationen über bestehende Möglichkeiten der Selbstbestimmung am Lebensende wichtig sind, um bedeutende Entscheidungen selber treffen zu können. Auch folgendes Zitat bringt zum Ausdruck, dass das Wissen um die Patientenrechte essentiell für die Selbstbestimmung ist und dass es an einer allgemeinen Aufklärung von Patienten über deren Rechte und Möglichkeiten mangelt:

*Es müssten erst einmal die Patientenrechte jedermann/frau verinnerlicht werden, da diese der erste Schritt zur Patientenverfügung sind.*<sup>122</sup>

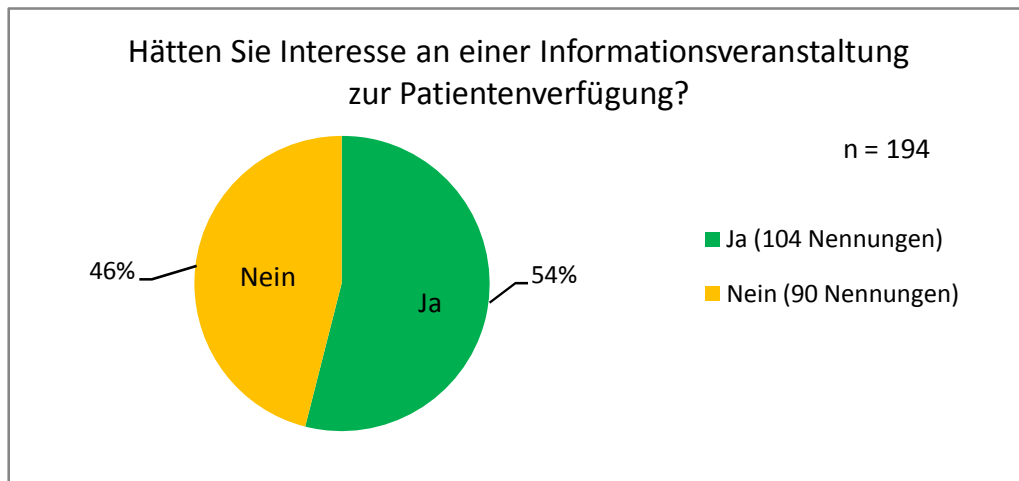
Der Informationsbedarf, den die Mitglieder des PV OÖ bei der Befragung anmeldeten, ist zwar nicht überdurchschnittlich hoch, aber immerhin gaben 54 % der Befragten an, Interesse an einer Informationsveranstaltung zur Patientenverfügung zu haben. Wie auch in Abbildung 7 ersichtlich, besteht für die restlichen 46 % dieser Bedarf offensichtlich nicht. Neun Personen machten keine Angaben zu dieser Frage.

---

<sup>121</sup> Teilnehmer der Fragebogenerhebung

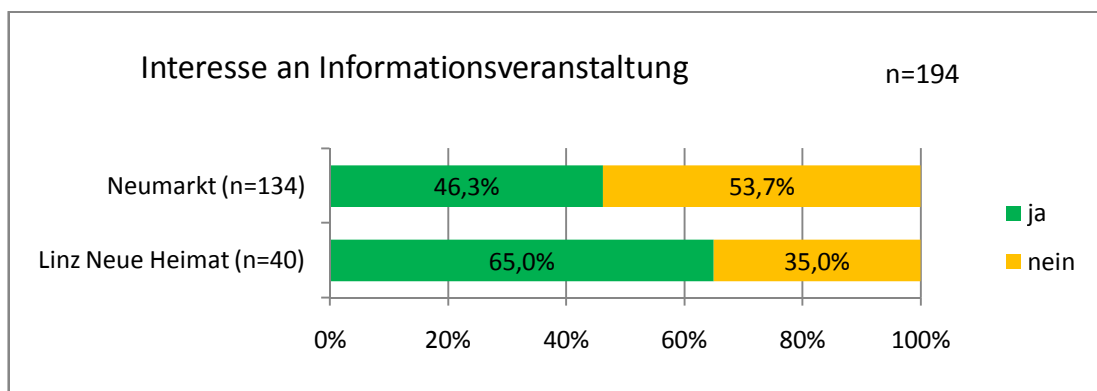
<sup>122</sup> Teilnehmer der Fragebogenerhebung





**Abbildung 7: Interesse an Informationsveranstaltung zur Patientenverfügung**

Beim Informationsbedarf konnte ein Unterschied zwischen der urbanen und der ländlichen Befragungsgruppe festgestellt werden. In der Ortsgruppe Linz Neue Heimat gab mit 65 % ein Großteil der Befragten an, Interesse an einer Informationsveranstaltung zu haben. Bei den Befragten in Neumarkt waren es rund 46 %, die Interesse bekundet haben, wie auch Abb. 8 zeigt.



**Abbildung 8: Interesse an Informationsveranstaltung zur Patientenverfügung nach Region**  
 (Signifikanzniveau  $(1-p) \times 100 = 96,2\%$ ,  $\Phi = 0,158$ )

Somit kann abgeleitet werden, dass der Informationsbedarf in der städtischen Befragungsgruppe höher ist.

#### 4.1.5. Gründe, die eine Patientenverfügung überflüssig machen

Wie in Kapitel 4.1.3. schon erwähnt, gaben 34,3 % der Befragten an, für sie sei eine Patientenverfügung nicht relevant. Das Errichten einer Patientenverfügung kommt folglich für einen Teil der alten Menschen nicht in Frage. Um die Motive und Hintergründe dieser Einstellung zu ergründen, wurde gefragt, welche Gründe zu dieser Einstellung führen. Die Befragten konnten zwischen verschiedenen Antwortkategorien (vgl. Abb. 9) wählen, Mehrfachnennungen waren möglich.

Den Ergebnissen zufolge macht großes Vertrauen zu Angehörigen und zu Ärzten bei diesen Befragungsteilnehmern die Vorsorge zur Selbstbestimmung am Lebensende entbehrlich, wie auch in Abbildung 9 ersichtlich.

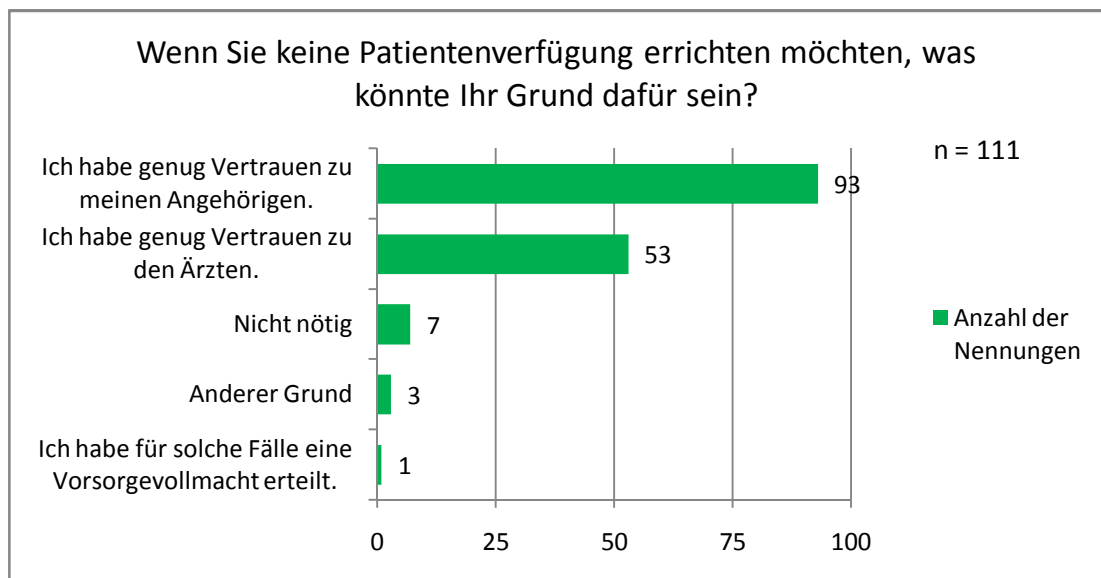
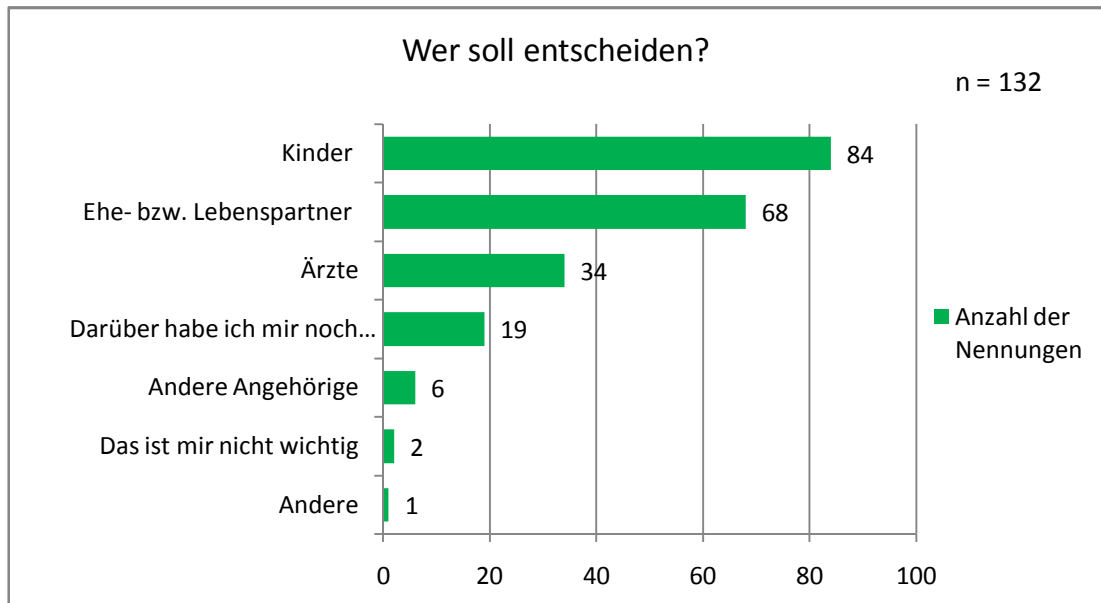


Abbildung 9: Gründe, warum eine Patientenverfügung nicht notwendig ist

Mit 93 Nennungen war „Vertrauen zu den Angehörigen“ der meistgenannte Grund, warum eine Patientenverfügung überflüssig sei. Auch „Vertrauen zu den Ärzten“ war mit 53 Nennungen wesentliches Argument für eine ablehnende Haltung zur Patientenverfügung. Diese Angaben lassen aber keine Aussagen darüber zu, ob bei diesen Personen eine gelungene Einbettung in ein vertrauenswürdiges Umfeld bzw. Familiengefüge gegeben ist, in der sie sich wirklich gut aufgehoben fühlen und die Gewissheit haben, dass die Angehörigen oder Ärzte in ihrem Sinn entscheiden, oder ob sie sich diesen Fragen gar nicht stellen bzw. einfach die Verantwortung über Entscheidungen am Lebensende abgeben wollen.

Desweiteren wurden Befragungsteilnehmer, für die eine Patientenverfügung nicht in Frage käme, gefragt, wer in medizinischen Angelegenheiten in Fällen, in denen eine Entscheidungs- oder Äußerungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, entscheiden soll. Auch hier waren die Antwortkategorien vorgegeben, Mehrfachnennungen waren möglich. In erster Linie wird die Entscheidung zu medizinischen Angelegenheiten den Kindern und/oder dem Ehe- bzw. Lebenspartner überlassen, wie Abbildung 10 zeigt.



**Abbildung 10: Personen, die im Fall der Entscheidungsunfähigkeit entscheiden sollen**

Nur etwa ein Viertel der Befragten, die sich zu dieser Frage äußerten, gab an, auch die Ärzte bei der Entscheidung zu medizinischen Angelegenheiten mit einbeziehen zu wollen.

Im Folgenden wurden die Befragungsteilnehmer gefragt, ob sie bereits mit den Personen, denen sie die Entscheidung überlassen wollen, über ihre Wünsche und Vorstellungen zum Lebensende gesprochen haben. Hier wurde deutlich, dass der Mensch nicht gerne über sein Lebensende und Sterben redet bzw. selten seine Wünsche und Vorstellungen dazu mitteilt. Etwa 70 % der Personen, die angaben, im Falle einer Entscheidungs- bzw. Kommunikationsunfähigkeit die Entscheidung über medizinische Behandlungen anderen zu überlassen, haben mit diesen noch nicht über ihre Vorstellungen und Wünsche zum Lebensende gesprochen.

#### 4.1.6. Motive der Errichtung

Was sind die Beweggründe und Motive für die Errichtung einer Patientenverfügung? Personen, die bereits eine Patientenverfügung errichtet haben, wurden gebeten, die Gründe der Errichtung zu nennen. Dabei wurden folgende Motive genannt:<sup>123</sup>

- die Vermeidung einer qualvollen, unnützen sowie Ablehnung der 'künstlichen' Lebensverlängerung:

*Ich möchte das so sagen, wenn die Natur ausdrückt, es ist Leben nur mehr mit künstlicher Hilfe möglich, dann möchte ich, dass das nicht passiert.*<sup>124</sup>

- den Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen
- die Tatsache, alleinstehend zu sein

Da ältere Menschen gerne den Angehörigen die Entscheidung zu medizinischen Angelegenheiten überlassen (vgl. Kapitel 4.1.5.), ist für alleinstehende Menschen die Patientenverfügung als Vorsorgeinstrument wichtiger als für Menschen, die in einem Familiensystem eingebettet sind.

Auf die Frage, warum nur die verbindliche und nicht eine beachtliche Verfügung in Frage kam, antwortete eine Interviewpartnerin:

*Eine beachtliche wäre nicht in Frage gekommen, weil ich ganz genaue Vorstellungen hab, ich merke, dass mein Mann keine Freude mit der Patientenverfügung hat, (ö ) ich bin mir nicht sicher, ob er im Krankenhaus darauf hinweisen würde, dass ich eine Patientenverfügung hab.*<sup>125</sup>

Diese Aussage macht deutlich, dass Entscheidungen am Lebensende nicht immer von den Angehörigen mitgetragen werden und dass dieses Faktum bei der Errichtung bedacht werden muss.

---

<sup>123</sup> Zusammenfassung der Ergebnisse der Fragebogenerhebung sowie der Interviews der Personen, die bereits eine Patientenverfügung errichtet haben bzw. errichten wollen.

<sup>124</sup> Interview 16 vom 03.09.2012, Errichter einer Patientenverfügung.

<sup>125</sup> Interview 15 vom 27.08.2012, Errichter einer Patientenverfügung.

#### 4.1.7. Kritische Äußerungen zur Patientenverfügung

Von Errichtern der Patientenverfügung wurde der Bürokratismus, der sich durch die Errichtung einer verbindlichen Verfügung ergibt, kritisiert. Insbesondere die Errichtung vor einem Rechtsanwalt oder Notar und die Kosten, die dadurch anfallen, sind Hürden, die nicht für notwendig erachtet werden:

*sNotarkosten, ich meine das ist eine sinnlose Geschichte, die Gesellschaft spart sich, wenn man diese Patientenverfügung betrachtet, irre viel Geld, von Behandlungskosten etc. etc., das könnte eine Sozialversicherung locker übernehmen, wenn es unbedingt ein Notar sein muss.%<sup>126</sup>*

Die Tatsache, dass ein Instrument, welches möglicherweise eine Einsparung von Behandlungskosten bringt, nicht gratis zur Verfügung steht, stößt auf Unverständnis. Die ärztliche Beratung wird aber auf jeden Fall als Notwendigkeit betrachtet und selbst bei einer beachtlichen Errichtung befürwortet.

Im folgenden Zitat eines Fragebogenteilnehmers kam zum Ausdruck, dass die Formulierung der Wünsche und Vorstellungen bzw. Behandlungsablehnungen eine Hürde sein kann:

*sVielleicht wäre ein Musterformular günstig, das man nur ausfüllen muss, das aber alle Möglichkeiten vorsieht.%<sup>127</sup>*

Hier zeigt sich, dass gerade der bürokratische Aufwand der Erstellung für ältere Menschen ein schwer überwindbares Hindernis sein kann.

Unmut wurde auch von Seiten der Errichter über die Tatsache, dass manche niedergelassene Ärzte die ärztliche Beratung zur Patientenverfügung ablehnen, geäußert. Es wird empfohlen, sich bezüglich der Beratung zum (Haus)Arzt des Vertrauens zu wenden.<sup>128</sup> Wenn dieser Arzt aber die Beratungsleistung ablehnt, ist dies eine weitere Barriere, die die Errichtung gerade für ältere Menschen erschwert.

---

<sup>126</sup> Interview 16 vom 03.09.2012, Errichter einer Patientenverfügung.

<sup>127</sup> Teilnehmer der Fragebogenerhebung

<sup>128</sup> Vgl. NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft (2008), 24.

#### 4.1.8. Bekanntheit der Vorsorgevollmacht

Die Befragungsteilnehmer wurden auch gefragt, ob sie die Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht zu erstellen, kannten. Dabei stellte sich heraus, dass die Bekanntheit der Vorsorgevollmacht noch geringer ist als die Bekanntheit der Patientenverfügung. Fast 85 % der befragten Mitglieder des PV OÖ kannten sie gar nicht oder haben zwar schon davon gehört, wussten aber nichts Näheres darüber. Wie auch bei der Patientenverfügung gaben nur zwei Personen an, bereits eine Vorsorgevollmacht erteilt zu haben.

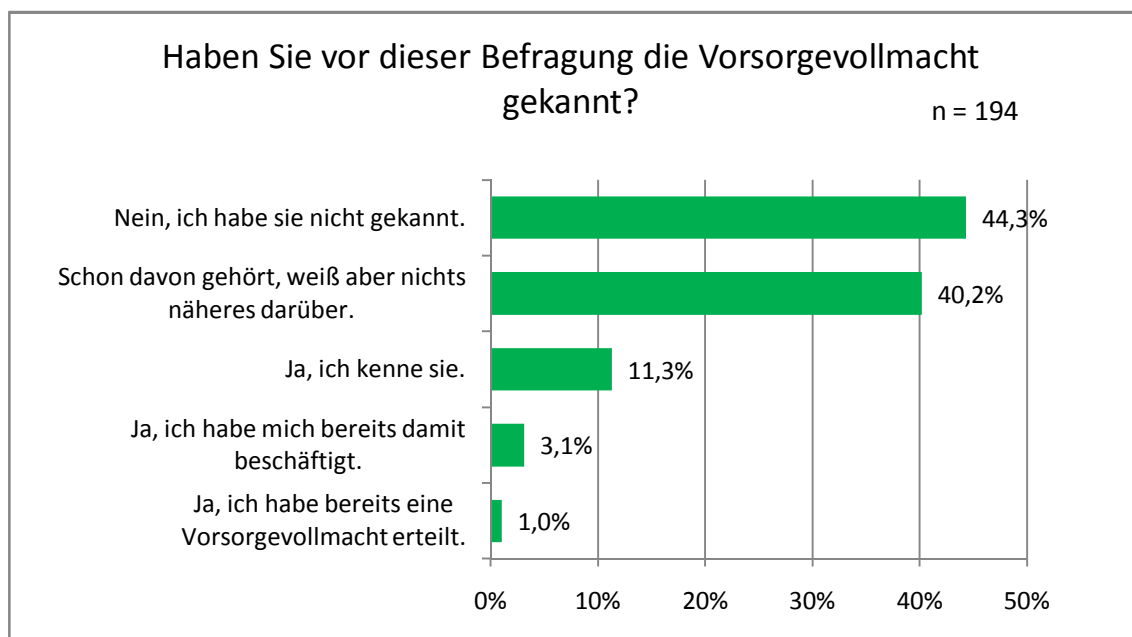


Abbildung 11: Bekanntheit der Vorsorgevollmacht

Unterschiede der Bekanntheit der Vorsorgevollmacht zwischen der städtischen und ländlichen Befragungsgruppe waren nicht signifikant. Nur unter den Landesvorstandsmitgliedern ist der Grad der Bekanntheit etwas höher. Ein Zusammenhang zwischen Bildung und Bekanntheit kann bei der Vorsorgevollmacht nicht festgestellt werden.

Auch bezüglich der Vorsorgevollmacht wurde der Informationsbedarf abgefragt. Knapp 60 % der befragten Mitglieder des PV OÖ möchte besser über die Vorsorgevollmacht informiert und aufgeklärt werden, für die restlichen 40 % besteht dieser Bedarf offensichtlich nicht.

#### 4.1.9. Meinungen über die Vorsorgevollmacht

Nachdem der Begriff der Vorsorgevollmacht den Befragungsteilnehmern im Fragebogen erklärt worden ist, konnten sie Angaben zur Attraktivität, Sinnhaftigkeit und Relevanz dieses Instruments machen. Für fast zwei Drittel der Befragten ist die Aussage, das Instrument der Vorsorgevollmacht sei interessant und sinnvoll, völlig bzw. eher zutreffend. Für 37 % der Befragten hat eine Vorsorgevollmacht zwar ihre Berechtigung, für sie persönlich habe sie aber keine Relevanz.

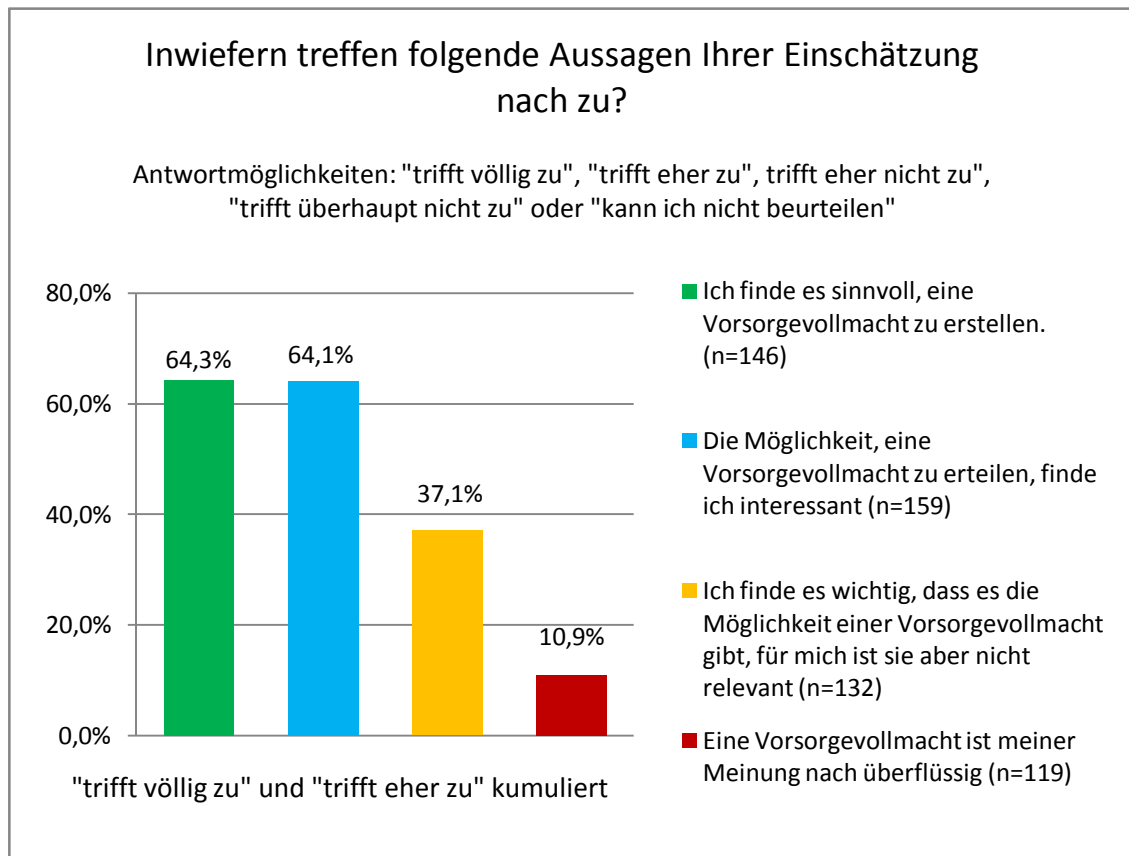
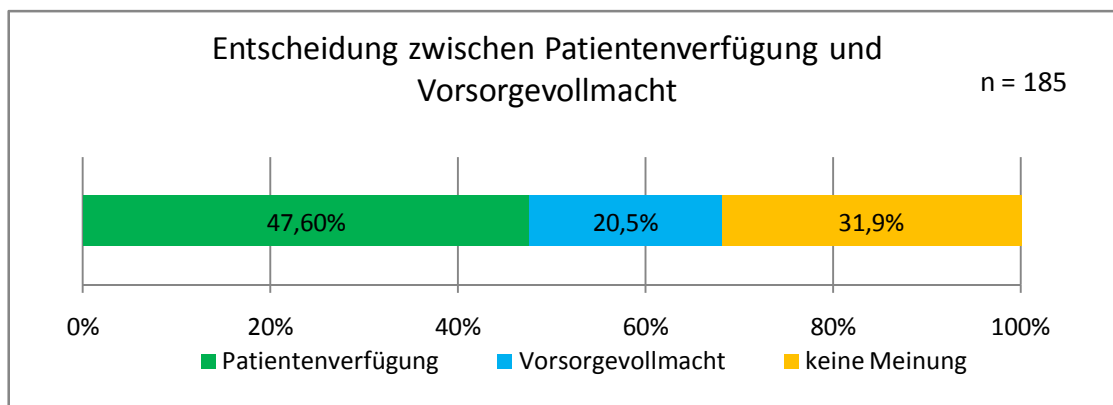


Abbildung 12: Meinung zur Vorsorgevollmacht

#### 4.1.10. Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht?

Bei der Vorsorgevollmacht vertraut man dem Bevollmächtigten, dass er im Sinne des Patienten entscheidet, man überlässt ihm im Falle des Eintritts der Urteils- und Äußerungsunfähigkeit die endgültige Entscheidung. Bei der verbindlichen Patientenverfügung ist nur der in der Verfügung festgelegte Wille des Patienten maßgebend für Entscheidungen zu medizinischen Behandlungen (vgl. Kapitel 2.6.).

Die Mitglieder des Pensionistenverbandes wurden gefragt, welche dieser beiden Varianten sie bevorzugen würden. 185 Befragungsteilnehmer äußerten sich zu dieser Frage. Wie auch Abbildung 13 zu entnehmen, hat sich ein großer Teil der Befragten für die Patientenverfügung entschieden. Während 47,6 % die Patientenverfügung der Vorsorgevollmacht vorzog, entschieden sich nur 20,5 % für die Vorsorgevollmacht. Fast ein Drittel der befragten Pensionisten hatten dazu keine Meinung bzw. konnten sich nicht für eine dieser beiden Varianten festlegen.



**Abbildung 13: Entscheidung zwischen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht**

Tabelle 10 ist zu entnehmen, dass sich bei den Neumarkter Befragten nur 41,7 % für die Patientenverfügung als bevorzugte Variante entschieden haben, wohingegen knapp 58 % der urbanen Befragungsgruppe und 65 % der Landesvorstandsmitglieder der Patientenverfügung den Vorzug gaben.

Befragungsgruppe	Bevorzugte Variante			Gesamt
	Patientenverfügung	Vorsorgevollmacht	Keine Meinung	
Neumarkt (n=127)	41,7 %	19,7 %	38,6 %	100,0 %
Linz Neue Heimat (n=38)	57,9 %	23,7%	18,7 %	100,0 %
Landesvorstand (n=20)	65,0 %	20,0 %	15,0 %	100,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>47,6 %</b>	<b>20,5 %</b>	<b>31,9 %</b>	<b>100,0 %</b>

**Tabelle 10: Bevorzugte Variante nach Befragungsgruppen** (Signifikanzniveau  $(1-p) \times 100 = 93,9 \%$ , Kontingenzkoeffizient = 0,215)

Auffallend war auch, dass 38,6 % der ländlichen Befragten angaben, keine Meinung zu dieser Frage zu haben, während dieser Anteil in der städtischen Befragungsgruppe sowie bei den Landesvorstandsmitgliedern bedeutend geringer



war. Ein statistischer Zusammenhang zwischen Befragungsgruppe und Patientenverfügung als bevorzugte Variante ist jedoch sehr schwach ausgeprägt.

## **4.2. Instrumente der Selbstbestimmung aus der Perspektive von Experten**

Die Sichtweisen, Einstellungen und Meinungen von Ärzten, Patientenvertretern und anderen Experten, die in ihrem beruflichen Umfeld mit den Instrumenten der Selbstbestimmung zu tun haben, liefern einen wichtigen Beitrag, um die Erfahrungen zu den Autonomieinstrumenten sowie deren Handhabung zu erforschen. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der Experteninterviews vorgestellt.

### **4.2.1. Die Patientenverfügung als wichtige Hilfestellung für ärztliche Entscheidungen**

Insgesamt wird eine im Voraus verfügte Willensbekundung von den befragten Experten durchwegs positiv wahrgenommen. Gerade auch Mediziner beschreiben sie als sinnvoll, notwendig und wünschenswert, denn je mehr Informationen sie vom Patienten bekommen, desto besser können Sie im Sinne des Patienten handeln bzw. Entscheidungen treffen, wie auch folgendes Zitat zeigt:

*„Absolut wichtig, macht Sinn und gehört forciert, weil wir in der heutigen Zeit immer wieder vor dem Problem stehen, dass ältere Leute, wenn man es ganz provokant formuliert, auch nicht mehr sterben dürfen. Ich muss ja als Arzt, ich kann ja nicht ich entscheiden, das wäre ja Euthanasie, ich kann nicht die Entscheidung abnehmen und sagen jetzt hören wir auf.“<sup>129</sup>*

Die Patientenverfügung wird als Hilfestellung insbesondere bei ethisch schwierigen Entscheidungen gesehen, denn Ärzte sind verpflichtet, alle Mittel auszuschöpfen, die sie medizinisch zur Verfügung haben. Wenn der Arzt den Willen des Patienten kennt, erleichtert dies auf jeden Fall die Entscheidung über Behandlungen und

---

<sup>129</sup> Experteninterview 5 vom 13.07.2012, Krankenhausmediziner.

Maßnahmen. Folgendes Zitat eines praktizierenden Arztes unterstreicht diesen Standpunkt:

*„Absolut sinnvoll, weil sie am Lebensende einem Arzt eine deutliche Hilfestellung gibt. (ö ) Man kommt unter Umständen immer wieder in einen Entscheidungszwang, wo man was entscheiden muss, wo man ethisch moralisch ein Problem hat mit Entscheidungen (ö ) und da ist, wenn vom Patienten eine klare Aussage da ist, das einfach eine deutliche Hilfestellung, etwas zu tun oder nicht zu tun.“<sup>130</sup>*

Je präziser und klarer die abgelehnten medizinischen Behandlungen beschrieben werden, desto besser kann dem Wunsch des Patienten entsprochen werden. Daher ist das ärztliche Aufklärungsgespräch . welches am besten von einem Arzt, der den Patienten in seiner Krankheit kennt, durchgeführt werden sollte . bedeutungsvoll, um möglichst alle Eventualitäten durchdenken und in die Entscheidung einfließen lassen zu können. Als Inhalt von Patientenverfügungen sind neben der Ablehnung von bestimmten Behandlungen vor allem auch die Wertvorstellungen des Patienten seinem Leben gegenüber, möglichst in eigenen Worten verfasst, wichtig. So bekommt der Arzt eine Vorstellung des mutmaßlichen Patientenwillens und kann im Sinne des Patienten agieren.

Die Patientenverfügung ist eine wichtige Hilfestellung für Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen. Da es in Hospiz- und Palliativeinrichtungen vorrangig um Leidenslinderung und nicht um Lebensverlängerung geht, hat hier die Patientenverfügung an sich nicht mehr die große Bedeutung. Das medizinische Personal kennt anhand einer dialogischen und vorausschauenden Betreuungsplanung die Wünsche ihrer Patientinnen und Patienten genau und respektiert diese vollständig.

Diskussionsbedarf wird bei der Thematik Demenz und Autonomie gesehen. Es bedarf einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Willen eines Demenzkranken in Zusammenhang mit seinem Willen in gesunden Tagen. Dieser Diskurs hat noch zu wenig Beachtung in der Diskussion um die Patientenverfügung bekommen, wird aber unerlässlich, da die Demenzproblematik stets an Tragweite zunimmt.

---

<sup>130</sup> Experteninterview 9 vom 25.07.2012, praktizierender Arzt.

#### 4.2.2. Die Patientenverfügung als Kommunikationshilfe

Um über sein Leben und Sterben auch in zukünftigen Situationen entscheiden zu können, ist Kommunikation, egal welcher Art, essentiell. Die Patientenverfügung ermöglicht diesen Aspekt der Kommunikation über Vorstellungen zum Lebensende. Die Auseinandersetzung mit Wünschen, Vorstellungen und Ängsten und in weiterer Folge mit der Patientenverfügung ist die Gelegenheit, dass es zu diesen wichtigen Gesprächen zwischen den Betroffenen, Angehörigen und auch beteiligten Ärzten kommt:

*„Also rein das Auseinandersetzen, da beschäftigt sich jemand mit der Patientenverfügung, bringt die Familie dazu, Freunde, was auch immer, mitunter sogar den behandelnden Arzt dazu, (ö ) sich wirklich mit den Themen, den Wunschvorstellungen und formalen Ängsten des Patienten auseinanderzusetzen. Das ist für mich die eigentlich positive Chance, was Patientenverfügung heißt, dass es endlich zum Dialog (ö ) der Menschen kommt, die es dann auch trifft, aber nicht das Schriftstück selber.“<sup>131</sup>*

Laut Expertenmeinung können und wollen auch Angehörige in schwierigen Situationen nicht immer die Entscheidung treffen. Sie tun sich verständlicherweise schwer, die Verantwortung über möglicherweise tödliche Konsequenzen zu übernehmen, gerade wenn sie den Willen und die Meinung des Patienten nicht kennen. Daher ist vor allem einerseits die Beschäftigung mit dem Thema wichtig und andererseits die Kommunikation der eigenen Vorstellungen nach außen, wie etwa mit der Familie, mit Vertrauten bzw. mit dem Hausarzt. Nur so kann Selbstbestimmung auch wenn die Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, stattfinden. Eine Patientenverfügung soll den Blick auf den Menschen und das Gespräch nicht verhindern, sondern fördern.

#### 4.2.3. Verbindlich oder doch beachtlich?

Wie schon in den theoretischen Ausführungen beschrieben, kann entweder eine verbindliche oder eine beachtliche Patientenverfügung errichtet werden (vgl. Kapitel 2.4.3.). Welche Form der Errichtung gewählt werden soll, hängt immer von der

---

<sup>131</sup> Experteninterview 1 vom 04.07.2012, Krankenhausmediziner.

jeweiligen Sachlage ab und ist eine ganz individuelle Entscheidung. Es kommt stark auf die Situation an, welches Instrument das richtige ist.

Wenn jemand ganz bestimmt sagen kann, welche Maßnahmen oder Behandlungen er in einer gewissen Situation nicht mehr haben möchte, so wird die verbindlich errichtete Verfügung das Mittel der Wahl sein. Diese gilt aber dann auch nur für die jeweils festgelegte Situation; tritt eine andere Sachlage ein, so ist sie nicht mehr verbindlich.

Die beachtliche Form gibt dem Arzt Orientierung und Richtung und lässt mehr Diskussions- und Interpretationsspielraum zu, ist aber bei der Entscheidungsfindung immer zu beachten. Wenn sich der Patient nicht ganz sicher ist, in welcher Situation er welche Unterlassungen haben möchte, ist wahrscheinlich die beachtliche Verfügung das geeignetere Mittel der Wahl, denn so kann ein breiteres Spektrum an Unterlassungen abgedeckt werden und der behandelnde Arzt kann sich nach den festgelegten Wertvorstellungen richten.

Je nach Situation kann also die eine oder die andere Form der Errichtung richtig und passend sein und muss individuell und persönlich entschieden werden.

Aus ärztlicher Sicht gibt es bezüglich beachtlicher oder verbindlicher Form der Errichtung recht unterschiedliche Ansichten. Einige Ärzte empfinden die verbindliche Verfügung eher als Hemmschuh, da sie weniger Handlungsmöglichkeiten im Sinne des Patienten zulässt. Gerade wenn das klinische Bild nicht genau dem in der Verfügung festgelegten entspricht. Interpretationen sind zu vermeiden. sind die Möglichkeiten eingeschränkt. Die beachtliche Verfügung wird eher als tauglicheres Instrument erlebt, da sie mehr Spielräume im Sinne des Patienten zulässt.

*„Für viele Leute steht halt dann eher im Vordergrund (ō), dass sie wenn sie sehr schlecht sind oder wenn sie sterben, dass sie halt das würdevoll machen können, dass das technische Arsenal im Hintergrund bleibt und da ist es vielleicht eher sinnvoll eine Methode zu haben, die weicher formuliert ist und die mir einen Spielraum erlaubt.“<sup>132</sup>*

---

<sup>132</sup> Experteninterview 3 vom 10.07.2012, Krankenhausmediziner.

In Bezug auf eine verbindliche Errichtung sind sich die Experten einig, dass sie vor allem dann sinnvoll ist, wenn jemand absolute Gewissheit hat, dass er bestimmte Behandlungen oder Maßnahmen in bestimmten Situationen nicht (mehr) haben will.

Einen Vorteil für eine verbindlich errichtete Verfügung sehen Mediziner auch in der Tatsache, dass sie Rechtssicherheit schafft. Nur die verbindliche Errichtung bewirkt auch eine Absicherung vor Regressansprüchen.

#### **4.2.4. Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen**

Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen wird von Experten vorwiegend durch das Vorhandensein der formalen Voraussetzungen und der eindeutigen Erkennbarkeit des festgelegten Patientenwillens definiert. Je besser und klarer der Wille des Patienten aus der Verfügung hervorgeht, umso eher kommt die Verbindlichkeit von Willensbekundungen zum Tragen. Da ja die Fälle, für denen eine verbindliche Verfügung gelten soll, genau definiert und beschrieben sein müssen, verliert sie ihre Verbindlichkeit wenn sich eine Situation anders darstellt, als sie festgelegt worden ist.

Manche Mediziner sind auch der Auffassung, dass die Form der Errichtung nicht wesentliches Kriterium der Verbindlichkeit sei. Es wird auch nicht immer genau geprüft, ob die Voraussetzungen der verbindlichen Errichtung vorliegen. Wichtig für eine verbindliche Umsetzung ist in erster Linie, dass der Wille des Patienten klar und deutlich definiert wurde bzw. sich eindeutig bestimmen lässt. Wenn die Patientenverfügung zusätzlich durch eine Vorsorgevollmacht unterstützt wird und so eine Person, die dem Patienten nahesteht, beigezogen werden kann, wird dies von Seiten der Mediziner als zusätzliche Hilfestellung für die Willenserkundung und Entscheidung im Sinne des Patienten wahrgenommen. Sofern Angehörige vorhanden sind, wird prinzipiell versucht, gemeinsam eine Entscheidung im Sinne des Patienten zu treffen.

#### 4.2.5. Geringes Ausmaß an Patientenverfügungen

Grundsätzlich kann festgestellt werden, dass die befragten Mediziner selten mit Patientenverfügungen zu tun haben. Bei praktizierenden Ärzten aber auch in Hospizeinrichtungen kommen Anfragen und Erkundigungen von Seiten der Patienten regelmäßig vor, letztendlich errichten aber nur wenige tatsächlich eine Verfügung. Krankenhausmediziner gaben an, dass der Anteil der behandelten Patienten mit Patientenverfügung sehr gering sei. Bei der Patienten-anwaltschaft OÖ wurden im Jahr 2011 44 verbindliche Patientenverfügungen abgeschlossen. Bis Mitte des Jahres 2012 konnte ein Rückgang der Errichtungen festgestellt werden, was auf die Tatsache, dass aufgrund von Einsparungsmaßnahmen eine kostenlose rechtliche Beratung nur mehr Personen mit gewisser sozialer Indikation (Einkommen netto bis 1.000 € bzw. Ausgleichszulagenbezieher oder Rezeptgebührenbefreite) erhalten, zurückzuführen ist.

Obwohl heutzutage Selbstbestimmung, freie Wahl und Eigenständigkeit oberstes Prinzip ist, wird die Möglichkeit der Patientenverfügung nur sehr selten wahrgenommen, sie hat sich in der breiten Bevölkerung noch nicht wirklich durchgesetzt. Dies bestätigt und bedauert durchwegs ein Großteil der Experten, von Ärzten bis hin zu Patientenvertretern. Man möchte zwar ungeklärte zukünftige Situationen vermeiden, trotzdem werden Instrumente der Vorsorge kaum genutzt, wie auch folgendes Zitat zeigt:

*„Wenn man in einem Raum einen Vortrag macht, so mit ca. ein paar hundert Leuten, sagt jeder, ‚um Gottes Willen, das möchte ich nicht, z.B. da an irgendwelchen Maschinen hängen und keiner entscheidet.‘ Und dann fragt man, wie viele schon vorgesorgt haben, dann kommt großes Schweigen.“<sup>133</sup>*

Grundsätzlich stellen Experten fest, dass Interesse an der Thematik Patientenverfügung besteht, eine tatsächliche Umsetzung hinkt aber diesem Interesse deutlich nach.

---

<sup>133</sup> Experteninterview 11 vom 02.08.2012, Juristin einer Sachwalterschaft.

#### 4.2.6. Gründe für geringes Ausmaß an Patientenverfügungen

Ursache für das geringe Ausmaß von Patientenverfügungen sind laut Erfahrungen der Experten vielschichtig und reichen von der Tabuisierung des Sterbens bis hin zu den Barrieren der Erstellung, Informationsdefiziten, mangelnder Eigenverantwortung bzw. Bequemlichkeit und Skepsis gegenüber der Patientenverfügung. Jene Aspekte, die am häufigsten zur Sprache kamen, werden im Folgenden näher ausgeführt.

- **Tabu Lebensende**

Es ist nach wie vor Tatsache, dass man sich nicht mit dem Lebensende auseinandersetzen will. Natürlich will keiner sterben . die Beschäftigung mit der Patientenverfügung und somit mit dem Lebensende erinnert aber an den eigenen Tod und das macht Angst. Der Mensch will dieses Thema verdrängen und so weit wie möglich hinausschieben, wie auch folgendes Zitat zeigt:

*so das Nicht-Beschäftigen-Wollen mit den unangenehmen Seiten unseres menschlichen Daseins, dazu gehört der Tod und natürlich auch krankheits- oder unfallbedingtes Leiden, das man sich ja nicht wünscht und das man verdrängt, die Möglichkeiten werden verdrängt, dass mir das zustoßen könnte und deshalb tue ich lieber nichts, das steckt in den Köpfen, das ist so.<sup>134</sup>*

Aber Ärzte machen auch die Erfahrung, dass Patienten erleichtert sind, wenn sie bezüglich der Vorstellungen zum Lebensende angesprochen werden, sich über ein Gespräch freuen, weil sie sich ernst genommen fühlen. Auch wirkt es letzten Endes beruhigend, wenn solche Fragen geregelt sind, wenn die Wünsche und Vorstellungen zum Lebensende jemandem anvertraut, mitgeteilt oder schriftlich niedergehalten wurden.

Es wurde auch festgestellt, dass sich die Kultur des Sterbens und Verabschiedens schon erkennbar verbessert hat. Noch vor 15 bis 20 Jahren wurde bei einem Todesfall in einem Alten- und Pflegeheim darauf geachtet, dass es niemand erfährt bzw. mitbekommt. Heutzutage gibt es in vielen Heimen schon die Möglichkeit, sich ganz bewusst von verstorbenen Mitbewohnern zu verabschieden. Es wird versucht,

---

<sup>134</sup> Experteninterview 8 vom 24.07.2012, Rechtsanwalt.

wesentlich aktiver mit dem Lebensende umzugehen, den Tod nicht mehr zu verdrängen, sondern als Teil des Lebens zu integrieren.

- **Hürden der Errichtung**

Auch der Aufwand der Erstellung, wie zum Beispiel der hohe finanzielle und bürokratische Aufwand der Beratungen und der damit verbundene Zeitaufwand, ist ein wesentlicher Grund, warum viele Menschen es vermeiden, eine Patientenverfügung zu errichten.

*„Die Lösung, die jetzt ist, ist so eine halbherzige, weil man hat solche Hürden eingezogen, (ö) für eine verbindliche Patientenverfügung ist es zu kompliziert, zu teuer und zu komplex.“<sup>135</sup>*

Gerade die Kosten werden von Experten kritisiert, wie auch aus folgendem Zitat hervorgeht:

*„Das Selbstbestimmungsrecht ist sozusagen eine Grundlage eines Menschenrechtes und es sollte keine Kosten verursachen, das zu machen.“<sup>136</sup>*

Teilweise versuchen Ärzte zwar, die Kosten für die Beratungsleistung für ihre Patienten niedrig zu halten; manche Ärzte erbringen diese Leistung bei langjährigen Patienten sogar kostenlos. Die Tatsache, dass Rechtsanwälte für die notarielle Beratung bzw. Beglaubigung eine deutlich höhere Summe verlangen, sorgt für Unverständnis, da der ärztlichen Beratung eine höhere Wertigkeit beigemessen wird.

Neben den Kosten kommt die Schwierigkeit der möglichst genauen Formulierung hinzu, die ein Hindernis sein kann, eine Patientenverfügung zu errichten. Alle möglichen Ereignisse abzuschätzen und exakt zu beschreiben, in welchen Fällen sie gelten soll oder nicht, ist kein leichtes Unterfangen und bedeutet ein intensives Beschäftigen mit dem Thema.

Wenn dann noch dazu der eigene Hausarzt der Patientenverfügung eher skeptisch gegenübersteht und die Leistung der ärztlichen Beratung verweigert, wird das

---

<sup>135</sup> Experteninterview 11 vom 02.08.2012, Juristin einer Sachwalterschaft.

<sup>136</sup> Experteninterview 12 vom 07.08.2012, Jurist einer Patientenrechtsanwaltschaft.



Errichten einer Patientenverfügung zum Hürdenlauf. Die Suche eines Arztes, der diese Leistung erbringt, bedeutet wieder einen Mehraufwand, der für ältere Menschen zum Hindernis werden kann. Am ehesten wird eine gute Beratung trotzdem der Hausarzt, der den Patienten im Hinblick auf seine Krankengeschichte genau kennt, erbringen können.

- **Geringe Bekanntheit der Patientenverfügung**

Da das Instrument der antizipierten Willenserklärung noch relativ jung ist, ist auch der Aufklärungsstand noch verhältnismäßig gering. Die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu erstellen, ist in unserer Gesellschaft noch zu wenig bekannt, es bestehen hier noch beträchtliche Informationsdefizite.

*„Eines der wesentlichsten Dinge wäre, meines Erachtens nach, dass man das Dasein oder das Vorhandensein dieser Möglichkeit noch versucht, besser unter die Leute zu bringen, das Bewusstsein zu bilden in der Öffentlichkeit, dass das eine sehr sinnvolle Einrichtung ist.“<sup>137</sup>*

- **Bequemlichkeit**

Auch Bequemlichkeit und mangelnde Eigenverantwortung wurden als Grund genannt, warum die Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung nur selten wahrgenommen wird.

*„...es hängt auch mit dem Verhalten unserer jetzigen Zeit zusammen. ...regelt eh der andere, macht eh der andere, was mach ich mir da jetzt Gedanken±(õ). Die Herausforderung der Eigenverantwortung könnte man schon noch mehr nutzen.“<sup>138</sup>*

Obwohl man selbstbestimmt leben möchte, ist es nicht gerade modern, aktiv Entscheidungen für die Zukunft zu treffen und damit Verantwortung für sich zu übernehmen.

---

<sup>137</sup> Experteninterview 8 vom 24.07.2012, Rechtsanwalt.

<sup>138</sup> Experteninterview 10 vom 31.07.2012, Leiter eines Alten- und Pflegeheimes.

#### 4.2.7. Gründe der Errichtung

Laut Erfahrungen der befragten Experten gibt es unterschiedlichste Motive, warum Menschen eine Patientenverfügung errichten. Die Angst vor dem Ausgeliefertsein an medizinische Alleinentscheidungen, an Apparate, an lebensverlängernde Maßnahmen, die aber keine Besserung der Lebensqualität bringen, sondern eher den Sterbeprozess hinauszögern, ist ein Hauptmotiv. Man möchte, wenn der Sterbeprozess einmal in Gang ist, auch sterben dürfen und nicht von Maschinen gezwungen sein, weiterzuleben. Oft geben Fälle, die man im Bekanntenkreis, vielleicht auch in der Familie erlebt hat und die mit starkem Leiden verbunden sind, Anlass, um für sich vorzusorgen und zu sagen, "ich möchte nicht, dass dieses oder jenes mit mir geschieht"

Weitere Gründe, die nach Erfahrung der Experten jemanden veranlassen, eine Patientenverfügung zu errichten, sind:

- den Angehörigen nicht zur Last fallen wollen;
- religiöse Gründe;
- das Fehlen einer nahestehenden Person, insbesondere Alleinstehende sind davon betroffen;
- klare Verhältnisse schaffen, den Willen deponieren;
- bei chronischer Krankheit, aussichtsloser Prognose oder bei vorhersehbaren Krankheitsverläufen möchte man festlegen, wie weitreichend die Behandlung angelegt werden soll.

Menschen, die eine Patientenverfügung errichten, sind nach Ansicht der befragten Experten eher strukturiert und wollen für sich entscheiden und Verantwortung übernehmen. Manche Experten sind der Meinung, dass eher wohlhabende und gut gebildete Menschen eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht errichten. Laut Erfahrungen der niederösterreichischen Patientenanwaltschaft gehören hingegen Menschen aller sozialen Schichten zu den Errichtenden. Grund für diese verschiedenartigen Erkenntnisse könnte der unterschiedliche Zugang, der in Kapitel 2.4.6. dieser Arbeit bereits erwähnt wurde, sein: Während z.B. bei der niederösterreichischen Patientenanwaltschaft jedermann die rechtliche Beratung/Beglaubigung kostenlos in Anspruch nehmen kann, ist dies in Oberösterreich nur für Menschen mit gewisser sozialer Indikation möglich.

#### 4.2.8. Änderung von einmal festgelegten Wünschen

Wie absolut ist eine Entscheidung, die getroffen wird? Kommt es vor, dass Patienten einmal festgelegte Ablehnungen zu Maßnahmen wieder revidieren oder vorher abgelehnte Behandlungen dann doch akzeptieren?

So wie sich die Anschauungen im Laufe eines Menschenlebens immer wieder ändern, können sich auch die Ansichten von Menschen innerhalb eines Krankheitsverlaufs wandeln. Gerade schwere Schicksalsschläge oder Krankheiten können im Laufe der Zeit die Werthaltung eines Menschen ändern. Maßnahmen, die anfangs unvorstellbar waren, werden plötzlich erlaubt und tragen unter Umständen zu einem würdigen Leben bzw. Lebensende bei:

*Ja, wenn sich die Situation für den Patienten ändert, kann es natürlich sein, dass sich der dann anders entscheidet, (ö ) letztlich biete ich jedem Patienten etwas an, von dem ich glaube, dass dies machbar und sinnvoll ist (ö ) er muss sich dann entscheiden, was er möchte und dies gibt mir dann die Grenzen vor in denen ich mich beweg, das darf sich ändern und das tut es auch.%<sup>139</sup>*

Gerade bei langwierigen Krankheitsverläufen kommt es immer wieder vor, dass Patienten einer zuvor abgelehnten Maßnahme zustimmen. Zum Beispiel ist die Sondenernährung ein oft abgelehnter Eingriff, der dann fallweise wieder akzeptiert oder gewünscht wird, weil im Krankheitsverlauf Schluckstörungen auftreten oder weil der Patient zu Hause gepflegt werden möchte und nur so die notwendigen (Schmerz)Medikamente zugeführt werden können.

Der Widerruf von Behandlungsablehnungen ist aber jederzeit . solange die Kommunikationsfähigkeit gegeben ist . möglich.

#### 4.2.9. Wille des Patienten oder ärztliche Hilfeleistungspflicht?

Immer wieder wird thematisiert, dass die Patientenverfügung, egal ob verbindlich oder beachtlich errichtet, in Konflikt tritt mit der ärztlichen Hilfeleistungspflicht, dass der Wille des Patienten laut Wertvorstellung des Arztes nicht immer dem Wohl des Patienten dient.

---

<sup>139</sup> Experteninterview 3 vom 10.07.2012, Krankenhausmediziner.

Von Seiten der Patientenrechtsanwaltschaft wird klar vermittelt, dass die Patientenverfügung nicht in Widerspruch treten kann mit der ärztlichen Hilfeleistungspflicht. Das Behandlungsrecht ist immer abgeleitet vom Willen des Patienten, daher sind Konflikte allein aus rechtlicher Perspektive nicht möglich. Grundsätzlich muss sich der Arzt an das in der verbindlichen Verfügung festgelegte halten, ansonsten ist das eine eigenmächtige Heilbehandlung, welche strafrechtlich verfolgt werden kann. Fälle, in denen der Wille des Patienten nicht bekannt ist oder eine Patientenverfügung keine eindeutige Interpretation zulässt, sind auch gesetzlich geregelt: Kommt aus einer schlecht formulierten Patientenverfügung der Wille des Patienten nicht klar hervor, dann kommt die allgemeine Grundregel *in dubio pro vitae* zur Anwendung. Das bedeutet, dass sich im Zweifel der Arzt für das Leben zu entscheiden hat. Diese Entscheidung entspringt aber nicht der Wertvorstellung des Arztes, sondern ist Vorgabe des Gesetzes.

Auch Mediziner nehmen die Patientenverfügung nicht als Widerspruch zur ärztlichen Hilfeleistungspflicht wahr. Sie sehen ihre Aufgabe darin, den Menschen so gut es geht in seinem Leben, in seinen Krankheiten zu unterstützen und auch beim Sterben zu dienen. Die Tatsache, dass der Mensch selber bestimmen darf und dass Hilfe gewollt sein muss, wird von Ärzten akzeptiert und anerkannt, wie auch folgende Zitate verdeutlichen:

*Es ist nicht mein Körper, das bin nicht ich und ich kann auch nicht meine Wertvorstellungen jemand anderem aufzubügeln versuchen.*<sup>140</sup>

*Ich möchte dem Gesamtwohl des Patienten entsprechen, dann ist es zum Wohl des Patienten auch vielleicht, dass ich ihm seinem Schicksal überlasse, weil es von ihm so gewünscht ist.*<sup>141</sup>

Schwierigkeiten treten aber dann auf, wenn die Formulierung in der Patientenverfügung sehr weitreichend angelegt ist, oder wenn nicht klar hervorgeht, ob der Patient die festgelegten Maßnahmen auch genau in dieser Situation haben wollte, weil das Verfügte selten genau deckungsgleich mit der klinischen Situation eintritt. Zur Erläuterung wird als Beispiel ein Patient, der aufgrund eines starken Infekts sich nicht mehr äußern konnte, angeführt. Er lehnte in seiner Verfügung

---

<sup>140</sup> Experteninterview 3 vom 10.07.2012, Krankenhausmediziner.

<sup>141</sup> Experteninterview 7 vom 23.07.2012, Krankenhausmediziner.

lebensverlängernde Maßnahmen, unter anderem auch eine künstliche Beatmung ab. Unklar war aber, wie weitreichend er diese Maßnahmen für sich haben bzw. nicht haben wollte. Wie wird die Infektbehandlung angelegt, die von einer antibiotischen Therapie bis hin zu intensivmedizinischer Überwachung und . höchstwahrscheinlich vorübergehender . Beatmung reichen kann? Sind hier Behandlungen lebensverlängernd, im Sinne von lebensunwürdigem Leben?

Aufgrund solcher oder ähnlich schwieriger Entscheidungssituationen wird immer wieder auf die Wichtigkeit der exakten und detaillierten Formulierung, gerade bei verbindlichen Verfügungen, hingewiesen.

Herausforderungen für Mediziner stellen mitunter auch immer wieder Auseinandersetzungen mit Angehörigen dar, einerseits, weil sie nicht akzeptieren können, was der Betroffene in der Verfügung bestimmt hat, im Sinne von "das ist jetzt nicht die Situation, die festgelegt war". obgleich seitens des Arztes diese Situation zutrifft . oder weil mehrere Angehörige mit unterschiedlichen Meinungen mitentscheiden wollen. Solche Kontroversen können im Vorfeld mit aktiver Kommunikation zumindest verringert werden. Je besser Angehörige über den Willen des Patienten Bescheid wissen, je deutlicher diese Wünsche deponiert wurden, desto leichter können solche Herausforderungen gelöst werden.

Praktizierende Ärzte wurden gefragt, ob sie sich mehr Unterstützung für die Beratung von Patienten wünschen würden. Dabei stellte sich heraus, dass zwar die juristische Beratung seitens der Ärztekammer abgedeckt sei, Hilfen für die Erstellung mussten sich die Ärzte nach dem Motto "learning by doing" anhand der Erfahrungen erarbeiten. Zum Teil werden aber auch Erstellungsunterlagen, z.B. von der Hospizbewegung verwendet. Von einem praktizierenden Arzt wurde der Wunsch nach einer Diskussionsplattform, anhand derer problematische Fälle dargestellt und diskutiert werden könnten, geäußert. Für niedergelassene Ärzte, die mit Patienten das Aufklärungsgespräch führen, ist es hilfreich, wenn sie Informationen über das Geschehen und Vorgehen bezüglich lebensverlängernder Maßnahmen auf stationären Einrichtungen erhalten, da es um das Abstimmen von schwerwiegenden Entscheidungen geht.

#### 4.2.10. Das Patientenverfügungsgesetz und die Patientenautonomie

Nicht alle der befragten Experten haben sich mit den gesetzlichen Grundlagen zur Patientenverfügung auseinandergesetzt. Soweit Mediziner das PatVG beurteilen können, wird es generell als gute Basis für das Selbstbestimmungsrecht gesehen.

*Es hat mich sehr viel Überwindung gekostet, überhaupt da einmal durchzurackern, durch diese verbindliche und beachtliche, alleine die Wortwahl ist glaub ich relativ schwierig und die gesetzliche Verankerung, ich denk mir prinzipiell ist es gut, dass es sowas gibt.<sup>142</sup>*

Jedoch wird beim Umgang mit Patientenverfügungen im Krankenhaus nicht immer unterschieden zwischen beachtlicher und verbindlicher Form. Einerseits lässt sich darauf schließen, dass die gesetzlichen Regelungen bei Mediziner\*innen noch nicht voll und ganz durchgedrungen sind, andererseits unterstreicht dies die Komplexität der rechtlichen Bestimmungen, wie dies bereits im vorigen Zitat zum Ausdruck kam.

Patientenverfügungen sollen selbstbestimmte, autonome Entscheidungen für zukünftige Situationen ermöglichen. Das PatVG ist eine wichtige Grundlage für diese Patientenautonomie, eine praktikable Umsetzung wird von den befragten Experten aber am ehesten der beachtlichen Form zugeschrieben. Insbesondere die Hürden der verbindlichen Errichtung, wie in Kapitel 4.2.6. bereits beschrieben, beeinträchtigen das Recht auf autonome Entscheidungen, da dadurch der Zugang zur bindenden Patientenverfügung erschwert wird.

Dass die Autonomie im Leben eines Menschen seine Grenzen haben kann, wurde auch in den Interviews zum Ausdruck gebracht. Wo bleibt die Autonomie, wenn man zu Verrichtungen der Bedürfnisse des täglichen Lebens auf Unterstützung angewiesen ist, und entgegengesetzt, wie viel Fürsorge ist notwendig, sodass man in diesen Situationen noch irgendwie autonom sein kann? Es ist immer ein Gegenüber notwendig, das den hilfsbedürftigen Patienten als ganzen Menschen wahrnimmt, denn Betreuung am Lebensende erfordert besondere Empathie und Behutsamkeit. Solcherart Fürsorge zeichnet eine soziale und verantwortungsvolle Gesellschaft aus und macht Selbstbestimmung am Lebensende erst möglich.

---

<sup>142</sup> Experteninterview 9 vom 25.07.2012, praktizierender Arzt.

#### **4.2.11. Missbrauch nahezu ausgeschlossen**

Durch die formalen Voraussetzungen der Errichtung, die bei der verbindlichen Verfügung zwingend sind, sowie durch die Missbrauchs- (§ 10, PatVG) und Unwirksamkeitsbestimmungen (§ 15, PatVG) ist ein Missbrauch der österreichischen Patientenverfügung laut Expertenmeinungen nahezu ausgeschlossen. Es gab auch keinerlei Hinweise auf Missbrauch, die den befragten Experten zu Ohren gekommen wären.

Es wurde lediglich die Befürchtung, dass die Aufnahme eines Bewohners in ein Alten- und Pflegeheim etc. zukünftig vom Errichten einer Patientenverfügung abhängig gemacht werden könnte, wie dies in den USA praktiziert werde, oder dass Patienten genötigt werden könnten, Patientenverfügungen abzuschließen, um eine rechtliche Absicherung des Arztes oder der Institution zu erhalten, geäußert. Dies ist aber durch die oben genannte Missbrauchsbestimmung gesetzlich verboten und unter Strafe gestellt.

Eine Gefahr des Missbrauchs wird eher bei der Vorsorgevollmacht gesehen. Hier besteht immer die Möglichkeit, dass das Vertrauen des Vollmachtgebers missbraucht wird und Entscheidungen fallen, die nicht dem Willen des Betroffenen entsprechen.

#### **4.2.12. Der Weg der Patientenverfügung zum medizinischen Personal**

Momentan kommt eine Patientenverfügung noch auf sehr unterschiedliche Weise zum behandelnden Arzt und Pflegepersonal. Entweder legt sie der Patient im Fall eines klinischen Aufenthaltes selber vor, oder die Angehörigen übergeben sie. Teilweise wird auch bei der Aufnahme gefragt, ob eine Patientenverfügung vorhanden ist. Es kann auch vorkommen, dass die Verfügung erst im Laufe eines Krankenhausaufenthaltes „auftaucht“. Absolute Sicherheit, dass der Arzt im Anlassfall von einer Willenserklärung Kenntnis bekommt, gibt es aber derzeit nicht, denn der Arzt ist nicht verpflichtet, in derzeit bestehenden Registern nachzufragen.

Einig waren sich fast alle Experten, dass die Kenntnisnahme von Patientenverfügungen ein ungeklärtes Problem darstellt. Ein zentrales Patientenverfügungsregister oder eine Speicherung auf der E-Card wären Möglichkeiten, diesem Problem zu begegnen. Gerade die Speicherung auf der E-Card wird von vielen Experten befürwortet.

Da in ELGA (Elektronische Gesundheitsakte), einem Dokumentationssystem, das bis spätestens 2014 zu erwarten ist, eine fixe Applikation für Patientenverfügungen vorgesehen ist, können Krankenhausmediziner in Zukunft jederzeit auf Patientenverfügungen zugreifen. Es kann jeder Errichtende selbst entscheiden, ob die Patientenverfügung in diesem System gespeichert werden soll oder nicht. Zweifel, die bezüglich der Sicherheit des Datenschutzes geäußert wurden, seien lt. Meinung eines Patientenanwalts unberechtigt, da zukünftig in ELGA hinterlassene Daten auf höherem Niveau abgesichert werden als dies derzeit in Ordinationen der Fall ist.

Zu beachten ist jedoch, dass die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs einer Patientenverfügung auch bei zentralen Speicherungsmöglichkeiten gegeben sein muss.

#### **4.2.13. Wahrnehmung der Vorsorgevollmacht**

Im Falle der Äußerungsunfähigkeit werden bezüglich der Behandlungsentscheidungen in der Regel Personen des Vertrauens oder nahe Angehörige in den Entscheidungsprozess mit einbezogen, denn sie kennen den Betroffenen und können dessen Willen am besten einschätzen. Daher ist die Vorsorgevollmacht ein wichtiges und sinnvolles Instrument der Vorsorge.

Grundsätzlich wird die Patientenverfügung aber von den befragten Experten bevorzugt, weil sie eine dem Willen des Patienten entsprechendere Vorgangsweise erlaubt.

*sch würd eher die Patientenverfügung vorziehen, aber grundsätzlich würde ich es am meisten noch vorziehen, den Patienten zu kennen und selber zu wissen was der konkret will, um dann auch mit den Angehörigen gemeinsam den Weg zu gehen.<sup>143</sup>*

Als Ergänzung zur Patientenverfügung wird die Vorsorgevollmacht wiederum begrüßt, wie auch folgendes Zitat zeigt. Durch das Vorhandensein der Patientenverfügung ist der Wille des Patienten bekannt, zusätzlich hat der Arzt die Möglichkeit, mit der Person des Vertrauens das Verfugte zu interpretieren und gemeinsam zu entscheiden.

---

<sup>143</sup> Experteninterview 3 vom 10.07.2012, Krankenhausmediziner.



*sō das ist auf jeden Fall eine positive Ergänzung, absolut, nicht entweder oder, einer der zur Vorsorge bevollmächtigt ist, tut sich auch schwer, über viele Entscheidungen das mit sich alleine auszutragen.<sup>144</sup>*

Die Vorsorgevollmacht ist gerade dann eine Hilfestellung zu Entscheidungen, wenn das in der Verfügung festgelegte nicht klar zum Ausdruck kommt oder nicht genau der klinischen Situation entspricht. Die Meinung der engsten Angehörigen, ob bevollmächtigt oder nicht, wird bei einer Entscheidungsfindung normalerweise ohnedies mit einbezogen, denn Angehörige können den subjektiven Willen des Patienten am besten einschätzen.

Betont wird aber auch, dass eine Vorsorgevollmacht nur Sinn macht, wenn das Lebensumfeld bzw. die Familienverhältnisse passen und wenn die Beziehung zum Bevollmächtigten tragfähig und vertrauensvoll ist. Der Bevollmächtigte kennt nicht nur die Meinungen, Einstellungen und Wünsche des Vollmachtgebers, er steht auch dazu und kann sie voll und ganz vertreten. Eine Vorsorgevollmacht anzutreten bedeutet eine große Verantwortung zu übernehmen, eine Verantwortung, die möglicherweise belasten kann und unter Umständen Gewissenskonflikte und Schuldgefühle herbeiführen kann.

Die Vorsorgevollmacht ist eine zweite oder zusätzliche Möglichkeit der Vorsorge und Hilfestellung für die Entscheidungsfindung, es ist aber immer die individuelle Situation entscheidend, wann und wie diese Möglichkeit eingesetzt wird. Für ein sinnvolles Einsetzen dieses Instruments ist auch hier Kommunikation zwischen allen Beteiligten essentiell.

Aus ärztlicher Sicht wird eine Kombination von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht als ideale Form der Vorsorge für die Entscheidungsfindung im Fall der Einsichts-, Urteils- und Äußerungsunfähigkeit gesehen.

---

<sup>144</sup> Experteninterview 1 vom 04.07.2012, Krankenhausmediziner.

## 5. Schlussfolgerungen

Diese Bachelorarbeit setzt sich mit den Instrumenten der Selbstbestimmung am Lebensende, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, auseinander. In der wissenschaftlichen Erarbeitung des Themas wurden qualitative Interviews sowie eine Fragebogenerhebung eingesetzt und eine Literaturrecherche durchgeführt. In diesem abschließenden Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst, Querverbindungen zur Literaturrecherche hergestellt sowie die Forschungsfragen beantwortet. In weiterer Folge werden Handlungsempfehlungen abgeleitet und vorgestellt. Ein persönliches Resümee rundet das Kapitel ab und bildet den Schlusspunkt dieser Arbeit.

### 5.1. Zusammenfassende Darstellung und Beantwortung der Forschungsfragen

Anhand des PatVG hat der österreichische Gesetzgeber im Jahr 2006 die Möglichkeit geschaffen, medizinische Behandlungen im Falle der Entscheidungs- und Äußerungsunfähigkeit im Vorhinein abzulehnen, um so die Patientenautonomie zu stärken und verbindliche Entscheidungen für die Zukunft zu treffen. Gerade in Zeiten der Apparatedizin wird diese Möglichkeit immer wichtiger, da Ärzte verpflichtet sind, im Rahmen des Möglichen alles zu tun, um Leben zu erhalten. Das Recht auf Selbstbestimmung ist auch in der Patientencharta<sup>145</sup>, einer Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte, gesetzlich verankert. Seit 2007 besteht auch die Möglichkeit anhand einer Vorsorgevollmacht vorzusorgen. Sie zählt ebenfalls zu den Instrumenten der Selbstbestimmung, da eine Person des Vertrauens mit der Vertretung der eigenen Interessen im Falle einer Urteils- oder Äußerungsunfähigkeit bestimmt und bevollmächtigt werden kann.

Doch wie wichtig ist Selbstbestimmung am Lebensende überhaupt? Die Befragung von städtischen als auch ländlichen Mitgliedern des Pensionistenverbandes OÖ ergab, dass Selbstbestimmung am Lebensende einen sehr hohen Stellenwert aufweist. Auch Experten stellen fest, dass Interesse an dieser Thematik vorhanden

---

<sup>145</sup> Vgl. Abschnitt 4, Art. 16, Bund . Oberösterreich Patientencharta (2001).

ist. Tatsächlich sorgen aber nur sehr wenige Menschen anhand einer Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vor.

Bei Erhebungen bezüglich des Bekanntheitsgrades der Patientenverfügung wurde deutlich, dass die Möglichkeit, eine antizipierte Willenserklärung zu verfassen, noch wenig bekannt ist. Rund 68 % der Befragten sagten aus, eine Patientenverfügung entweder gar nicht zu kennen oder den Begriff Patientenverfügung schon gehört zu haben, jedoch nichts Näheres darüber zu wissen. Nur zwei Personen . das sind ein Prozent der befragten Mitglieder des PV OÖ . gaben an, bereits eine Patientenverfügung errichtet zu haben. Diese Ergebnisse decken sich mit den Erfahrungen der Experten sowie den Erkenntnissen der Literaturrecherche, wonach der Anteil der Personen mit Patientenverfügung sehr gering ist. Etwa ein Drittel der Befragungsteilnehmer gab aber auch an, dass die Patientenverfügung zwar ein wichtiges Instrument ist, für sie jedoch nicht relevant sei. Großes Vertrauen zu Angehörigen, die sich im Bedarfsfall für den Betroffenen einsetzen, ist ein wesentlicher Grund, warum das Errichten einer Patientenverfügung bei diesen Personen nicht in Frage kommt.

Auch ein Zeichen dafür, dass Interesse an den Autonomieinstrumenten besteht, ist die Tatsache, dass ein Informationsbedarf zu den Instrumenten der Selbstbestimmung besteht. Mehr als die Hälfte der befragten Mitglieder des PV OÖ möchten besser über die Instrumente der Vorsorge informiert werden.

Bei einem Vergleich der städtischen sowie ländlichen Befragungsgruppe zeigte sich in allen Bereichen ein Stadt-Land-Gefälle: Die Bekanntheit und der Informationsbedarf ist in der urbanen Befragungsgruppe deutlich höher, auch die Selbstbestimmung am Lebensende weist in der urbanen Gruppe einen höheren Stellenwert auf.

Wie nehmen Ärzte, Patientenvertreter und andere Experten die Patientenverfügung wahr? Die Möglichkeit der Selbstbestimmung anhand einer antizipierten Willenserklärung wird durchwegs positiv wahrgenommen und als notwendig erachtet. Gerade auch Mediziner sehen sie als Entscheidungshilfe in ethisch-moralisch schwierigen Entscheidungssituationen. Dabei ist bedeutend, dass die abgelehnten medizinischen Behandlungen genau definiert und beschrieben werden, um dem Willen des Patienten zu entsprechen.

Die Patientenverfügung ist auch eine Brücke zur Kommunikation über Themen, die tabuisiert und verdrängt werden. Sich mit den eigenen Wünschen, Vorstellungen

und Ängsten zum Lebensende zu beschäftigen, verlangt eine Auseinandersetzung mit dem Sterben, aber auch eine dialogische Konfrontation mit den Beteiligten. Letztendlich bedeutet sie, Verantwortung für sich selbst, für die letzte Phase des Lebens, zu übernehmen.

Wie vorhin schon erwähnt, weist Selbstbestimmung am Lebensende einen hohen Stellenwert bei den Befragten auf und ruft Interesse hervor. Trotzdem ist die derzeitige Anzahl an errichteten Patientenverfügungen sehr gering. Wieso geht das Interesse an dieser Thematik nicht mit der tatsächlichen Praxis konform? Einer der Hauptgründe dafür ist die Tatsache, dass der Tod in unserer Gesellschaft ein Tabu ist und Fragen rund um das Lebensende verdrängt oder vermieden werden. Der geringe Bekanntheitsgrad zählt ebenfalls zu den Ursachen des geringen Ausmaßes an Patientenverfügungen. Weitere wesentliche Gründe sind die bürokratischen und finanziellen Barrieren der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung. Die möglichst genaue Formulierung ist für viele Errichtende eine Herausforderung, vor allem aber sind es die hohen Kosten, die von Experten als auch von Errichtern kritisiert werden. Die notarielle Beratung/Beglaubigung, die ja ein bürokratischer, finanzieller und zeitlicher Aufwand für die Errichtenden bedeutet, wird nicht als Notwendigkeit betrachtet, insbesondere dann, wenn sich ein Errichter aufgrund einer schwerwiegenden Diagnose bereits in ärztlicher Behandlung befindet. Auch die Tatsache, dass es praktische Ärzte gibt, die die verpflichtende ärztliche Beratung zur Errichtung einer Patientenverfügung ablehnen, wird als Hürde empfunden.

Motive der Errichtung sind in erster Linie die Angst vor dem Ausgeliefertsein an medizinische Maßnahmen, die zwar eine Verlängerung des Lebens, aber kein „Mehr an Lebensqualität“ mit sich bringen, sondern nur das Leiden verlängern. Auch negative Erfahrungen im Familien- oder Bekanntenkreis sind oft Anlass für die Errichtung einer Patientenverfügung.

Eine Patientenverfügung kann in verbindlicher als auch in beachtlicher Form errichtet werden. Grundsätzlich hängt die Verbindlichkeit vom Vorhandensein der formalen Voraussetzungen ab. Für behandelnde Ärzte sind weniger die formalen Kriterien ausschlaggebend für die Behandlungsentscheidung, sondern der klar erkennbare Wille. Dies kann als Zeichen der Komplexität der gesetzlichen Regelung, wie sie auch in der Literatur beschrieben ist, bewertet werden. Vorteil der beachtlichen Errichtung ist aus ärztlicher Sicht der größere Handlungsspielraum,

aber auch die verbindliche Errichtung hat ihre Berechtigung, da sie Rechtssicherheit schafft.

Eine verbindliche Errichtung ist zweckmäßig, wenn jemand ganz bestimmt sagen kann, dass er gewisse Behandlungen in genau definierten Situationen nicht haben will. Die beachtliche Errichtung ist dann zu bevorzugen, wenn man sich nicht ganz genau festlegen kann und wenn ein gewisser Interpretationsspielraum für den Arzt bleiben soll. Von Medizinern wird eher die beachtliche Form der Errichtung bevorzugt, da sie Handlungsspielräume offen lässt.

Die Kenntnisnahme von Patientenverfügungen durch das medizinische Personal ist nach derzeitiger Regelung nicht zufriedenstellend gelöst, dies zeigt sowohl die Literaturrecherche als auch die empirische Untersuchung. Eine Lösung dieses Problems wird mit der Einführung der ELGA (elektronischen Gesundheitsakte) in Aussicht gestellt. Als weitere Option wird auch die Speicherung der Patientenverfügung auf der E-Card befürwortet.

Die ärztliche Hilfeleistungspflicht wird nicht als Widerspruch zur Patientenverfügung wahrgenommen, da das Gesamtwohl des Patienten im Vordergrund steht. Herausfordernd sind aber Situationen, in denen das klinische Bild nicht exakt mit dem Verfügten übereinstimmt. Daher ist für Mediziner eine möglichst konkrete und eindeutige Formulierung der Behandlungsablehnungen von Bedeutung.

Die gesetzlichen Bestimmungen werden als gute Grundlage für die Patientenautonomie bewertet, von manchen Experten werden sie jedoch als sehr komplex und in der Anwendung als wenig praktikabel beschrieben. Die Komplexität der verschiedenen Formen der Errichtung . in der Literatur ist zusätzlich von der qualifiziert beachtlichen Verfügung die Rede . dient nicht einer praktikablen Handhabung, sowohl seitens der Errichter als auch des medizinischen Personals. Vergleicht man das österreichische Gesetz mit den Bestimmungen anderer europäischer Länder, so zählt es zu den strengsten Regelungen Europas.

Eine missbräuchliche Verwendung ist durch die im Gesetz verankerten Missbrauchs- und Unwirksamkeitsbestimmungen nahezu ausgeschlossen und ist den befragten Experten auch noch nie widerfahren.

Die Vorsorgevollmacht weist einen noch geringeren Bekanntheitsgrad als die Patientenverfügung auf. Etwa 84 % der befragten Mitglieder des PVOÖ kennen die Vorsorgevollmacht gar nicht oder haben zwar schon davon gehört, wissen aber

nichts Näheres darüber. Auch hier gibt es Informations- und Aufklärungsbedarf, denn ca. 60 % der Befragten möchte mehr über dieses Instrument wissen. Ein Stadt-Land-spezifisches Gefälle kann hier nicht festgestellt werden.

Eine Vorsorgevollmacht zu erteilen ist dann sinnvoll, wenn eine Person des Vertrauens zur Verfügung steht, die bereit ist, die Verantwortung und die damit verbundene Belastung zu übernehmen. Auch hier ist eine aktive Kommunikation zu den Vorstellungen am Lebensende wesentlich, denn die bevollmächtigte Person sollte über die Wünsche und Vorstellungen des Betroffenen Bescheid wissen. Eine Kombination von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ist empfehlenswert, da der Wille des Betroffenen dadurch deponiert ist und in unklaren Situationen gemeinsam mit der Vertrauensperson eine Entscheidung gefunden werden kann.

Die Autonomieinstrumente versuchen, im eigentlichen Sinn ein Kommunikationsproblem zu lösen . ein Problem, das dann besteht, wenn Kommunikation von Mensch zu Mensch nicht mehr möglich ist. In Bezug auf Vorstellungen zum Lebensende ist aber genau diese Form der Kommunikation wesentlich und darf nicht verlorengelassen. Egal, ob eine Patientenverfügung errichtet wird oder nicht, der eigentliche Dialog zwischen den beteiligten Menschen von Beginn an ist Grundvoraussetzung für das Gestalten und Gelingen eines würdevollen und selbstbestimmten Lebensendes. Die eigenen Vorstellungen nach außen transportieren, seine Ängste, Motive und Wünsche anderen mitteilen, sich mit anderen damit auseinandersetzen, ist notwendig, um zu sich selbst und zu den eigenen Wertvorstellungen zu finden. Das Errichten einer Patientenverfügung hat auch deswegen eine hohe Bedeutung, weil es als Anlass genommen wird, sich mit den wichtigen Fragen des Lebensendes zu beschäftigen und darüber mit Angehörigen und behandelnden Ärzten ins Gespräch zu kommen.

## 5.2. Handlungsempfehlungen

Folgende Handlungsempfehlungen wurden aus den Ergebnissen abgeleitet, um die Thematik der Selbstbestimmung am Lebensende besser in der Gesellschaft implementieren zu können.

- **Information und Aufklärung**

Das Errichten einer Patientenverfügung erfordert Mündigkeit, Reflexion der eigenen Wünsche und Vorstellungen und ein hohes Maß an Eigeninitiative. Für viele Menschen wird Selbstbestimmung am Lebensende anhand einer Patientenverfügung nicht in Frage kommen. Das Recht auf Selbstbestimmung impliziert auch das Recht, keine Willenserklärung für die Zukunft zu verfassen. Aber nur wer über die verschiedenen Arten der Vorsorge Bescheid weiß, hat die Möglichkeit, darüber zu bestimmen. Da der Bekanntheitsgrad der Instrumente der Vorsorge gering ist, ist eine breit angelegte Informationskampagne unerlässlich. Dies kann in Form von Informationsvorträgen, Aussendungen oder Informationsbroschüren geschehen. Auch muss das Internet in Betracht gezogen werden, da die ältere Generation diesem Medium immer aufgeschlossener gegenübersteht bzw. die nachfolgende Generation dieses ohnedies nutzt. Auch eine Zusammenarbeit mehrerer Institutionen (Patientenvertretungen, Hospiz-Einrichtungen, Sozialversicherungsträger etc.) ist abzuwägen, um über die Möglichkeiten der Selbstbestimmung am Lebensende umfassend und flächendeckend aufzuklären.

Ein weiterer Aspekt ist die Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Thema Sterben, Tod und Trauer, die durch Information und Aufklärung über die Instrumente der Selbstbestimmung am Lebensende passiert. So kann der Tabuisierung dieser Thematik entgegengewirkt werden.

- **Sozialversicherung als Kostenträger der ärztlichen Beratung**

Dass ein Instrument der Autonomie hohe Kosten verursacht, obwohl es im Fall der Umsetzung letztendlich Kosten einspart, wird sowohl in der Literatur als auch bei den Befragungsteilnehmern stark kritisiert. Da die ärztliche Beratung jedenfalls als sinnvoll und notwendig erachtet wird, könnte die finanzielle Abgeltung des beratenden Arztes von den Sozialversicherungsträgern übernommen werden. Dies würde auch der Problematik, dass manche Ärzte die Beratung zur Patientenverfügung ablehnen, entgegenwirken, da die sichergestellte, finanzielle Abgeltung einen Anreiz darstellt.

- **Kostenlose rechtliche Errichtung bei den Patientenanwaltschaften**

In einigen Bundesländern, z.B. in Niederösterreich, kann bei der jeweiligen Patientenanwaltschaft die rechtliche Beratung/Beglaubigung kostenlos durchgeführt werden. Eine Ausweitung dieser Handhabung auf alle Bundesländer wäre zweckmäßig, um dem finanziellen Aufwand der Errichtung entgegenzuwirken. Ein Abbau der finanziellen Barriere wäre eine Weiterentwicklung im Sinne der Patientenautonomie, denn das Selbstbestimmungsrecht als grundlegendes Menschenrecht sollte keine Kosten verursachen.

- **Einrichtung einer umfassenden Beratungsstelle**

Beispielsweise könnten die Patientenanwaltschaften eine Beratungsstelle einrichten, anhand derer die ärztliche Beratung als auch die rechtlichen Formerfordernisse der Errichtung erledigt werden kann. Auch eine Ankoppelung an bestehende Beratungsstellen, z.B. an Pensionsversicherungsanstalten, könnte angedacht werden. So könnten im Sinne eines "One-Stop-Shops" mehrfache (Amts-)Wege, die gerade für ältere Menschen beschwerlich sind, vermieden werden.

- **Diskussion und Hinterfragen der Sinnhaftigkeit der rechtlichen Beratung/Beglaubigung**

Das Errichten einer Patientenverfügung erfordert eingehende Beschäftigung und Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und bedarf besonderer Reflexion der Wünsche und Vorstellungen dazu. Wieso braucht eine Willenserklärung . die gemeinsam mit dem Arzt des Vertrauens, der die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Errichtenden bestätigt, errichtet wurde . eine Belehrung und Beurkundung durch einen Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundigen Mitarbeiter einer Patientenvertretung? Wäre hier nicht stärkeres Vertrauen auf die Mündigkeit der Errichtenden angesagt? Die Sinnhaftigkeit der rechtlichen Beratung/Beglaubigung könnte in Diskussionsrunden, Workshops etc. mit relevanten Vertretern (Ärzte, Patientenanwälte, Ethiker etc.) diskutiert werden.

- **Diskussion und Hinterfragen der Teilung in verbindliche und beachtliche Patientenverfügung**

Für eine verbindliche Patientenverfügung, die bei einer Behandlungsentscheidung zum Tragen kommt, müssen lt. PatVG bestimmte Kriterien erfüllt sein, die eine beachtliche Errichtung nicht erfordern. Jedoch sind diese Kriterien beim



medizinischen Personal nicht immer bekannt und fließen auch nicht immer in die Entscheidung mit ein. Für medizinische Entscheidungen sind der eindeutig bestimmbare Wille des Patienten und das Eintreten der klinischen Situation, die in der Verfügung festgelegt wurde, wichtigstes Kriterium. Sicher ist eine Entscheidung immer abhängig von der jeweiligen klinischen Situation, aber was bedeutet es für einen Arzt, eine verbindliche Verfügung nicht zu befolgen oder eine beachtliche Verfügung zu erfüllen? Sowohl in der Literatur als auch in den Experteninterviews kam zum Ausdruck, dass durch die Komplexität der Bestimmungen die Anwendung und Umsetzung sowohl von Patienten- als auch von Seiten der Mediziner erschwert ist. Ist die Teilung in verbindliche und beachtliche Form der Errichtung im Sinne der Patientenautonomie bzw. unterstützt sie das Recht auf Selbstbestimmung am Lebensende? War es im Sinne des Gesetzgebers, eine komplizierte Lösung zu schaffen? Solche und ähnliche Fragestellungen laden ein zur Diskussion und Reflexion. Schon jetzt gibt es Debatten über medizinische Behandlungen, die ab einem bestimmten Alter nur mehr eingeschränkt zur Verfügung stehen sollten, da die finanziellen Gegebenheiten des Gesundheitssystems derartige Einschränkungen erfordern würden. Ein Gesetzgeber sollte Rahmenbedingungen für ein breit zugängliches Angebot der Vorsorge und Selbstbestimmung am Lebensende zur Verfügung stellen, aber nicht finanzielle, sondern ethische Überlegungen sollten diesem Angebot zugrunde liegen!

### **5.3. Persönliches Resümee**

Durch das Beschäftigen mit dieser Thematik habe ich viele interessante Gespräche über das Ende des Lebens und über das Sterben geführt. Fast jeder hat dazu Erfahrungen, die er mitteilen möchte. Eine Aussage speziell zum Thema Patientenverfügung hat mich sehr berührt, daher möchte ich sie hier sinngemäß wiedergeben: *Wenn mein Leben nur mehr mit künstlicher bzw. technischer Hilfe möglich ist, dann drückt es aus, dass es beendet werden darf*± Der Tod wird hier nicht negativ betrachtet, sondern im positiven Sinn . *man darf gehen*± Hier kommt zwar eine spirituelle Sichtweise zutage, denn die Erlaubnis zum Gehen kann nur von einer höheren Macht gegeben werden. Ob man jetzt an diese höhere Macht glaubt oder nicht, diese Aussage wirkt irgendwie beruhigend.

Und trotzdem ist es immens schwer, heute zu entscheiden, was man in zukünftigen Situationen, die eigentlich jenseits unserer Vorstellungskraft liegen, haben möchte.

Woher weiß ich, was ich z.B. in einem komatösen Zustand wirklich empfinde, was ich alles mitbekomme und was ich wirklich möchte? Mit absoluter Sicherheit kann ich das im Vorhinein nie sagen. Immer wieder gibt es Erfahrungsberichte, dass Menschen, die im Koma liegen oder das Bewusstsein verloren haben, weit mehr mitbekommen, als vorher angenommen. Hier bestimmte Maßnahmen antizipiert auszuschließen, ist extrem schwierig.

Dennoch oder gerade deshalb finde ich es wichtig, sich mit möglichen zukünftigen Situationen auseinanderzusetzen und nachzudenken, um sich klar zu werden, wie man die letzte Lebensphase erleben möchte, wie weitreichend man eine Behandlung anlegen möchte oder was man auf keinen Fall haben will. Der nächste Schritt ist dann, diese Erkenntnis . in welcher Form auch immer . seinen Mitmenschen oder auch dem Hausarzt bzw. medizinischen Personal mitzuteilen.

Vorausverfügte Willenserklärungen dienen nicht nur der Gestaltung des eigenen Lebensendes, sondern bieten auch dem medizinischen Personal eine wichtige Hilfe und Unterstützung. Die Arbeit von medizinischem Personal, von Ärztinnen und Ärzten, ist unermesslich wertvoll und verdient höchste Achtung und Anerkennung. Oft unter schwierigen Bedingungen und Belastungen geben sie stets ihr Bestes und möchten dem Wohl ihrer Patienten dienen. Dies kam auch bei den Interviews für diese Arbeit zum Ausdruck. Entscheidungen zwischen Leben und Tod für andere Menschen zu treffen, sind immer belastend und bedürfen einer großen Verantwortung des Entscheidungsträgers. Wenn aber bekannt ist, was dieser Mensch, für den entschieden werden muss, für sich gehabt haben wollte, dann verringert sich diese Belastung und Verantwortung des Arztes, sie liegt nicht mehr alleine bei ihm. Das gleiche gilt auch für Angehörige, sie werden ebenfalls °entlastet± wenn sie die Entscheidungen nicht alleine treffen müssen.

Meine eigenen Wünsche zum Lebensende mitzuteilen ist für mein Leben und mein Lebensende dienlich, aber auch für die lieben Menschen, die mich auf diesem letzten Weg begleiten und unterstützen werden.

## 6. Literaturverzeichnis

### 6.1. Bücher und Fachbeiträge

**Aigner**, Gerhard: Das Patientenverfügungs-Gesetz - Historie und Ausgangslage, in: Körtner, Ulrich / Kopetzki, Christian / Kletecka-Pulker, Maria (Hrsg.): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, 74-80.

**Bachinger**, Gerald: Das neue Patientenverfügungs-Gesetz in Österreich, in: Körtner, Ulrich / Kopetzki, Christian / Kletecka-Pulker, Maria (Hrsg.): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, 97-107.

**Barth**, Peter (2006a): Die Patientenverfügung und ihre praktischen Folgen für den behandelnden Arzt, in: FamZ, Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht, 2/2006, 72-76.

**Barth**, Peter (2006b): Das Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006. Die Reform im Überblick, in: FamZ, Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht, 3/2006, 138-145.

**Beber**, Harald Gunther: Neuerungen im Sachwalterrecht durch das Sachwalterrechtsänderungsgesetz 2006, München 2008.

**Bernat**, Erwin: Nicht verbindlich . und dennoch beachtlich. Das österreichische Patientenverfügungs-Gesetz 2006 im Lichte der amerikanischen Rechtsentwicklung, in: Körtner, Ulrich / Kopetzki, Christian / Kletecka-Pulker, Maria (Hrsg.): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, 43-73.

**Flick**, Uwe: Sozialforschung. Methoden und Anwendungen, Hamburg 2009.

**Hahnen**, Marie-Christin: Autonomie, Würde, Patientenverfügung. Die Medizin am Lebensende im Spiegel der Gesellschaft, Wuppertal 2009.

**Kalchschmid**, Gertrud: Die sPatientenverfügung%in Europa. Ein Kurzüberblick, in: FamZ, Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht, 2/2006, 90-95.

**Kerschner**, Ferdinand: Patientenverfügung . Vorsorgevollmacht, in: Körtner, Ulrich / Kopetzki, Christian / Kletecka-Pulker, Maria (Hrsg.): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, 163-171.

**Kletecka-Pulker**, Maria: Grundzüge und Zielsetzungen des Patientenverfügungsgesetzes, in: Körtner, Ulrich / Kopetzki, Christian / Kletecka-Pulker, Maria (Hrsg.): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, 81-96.

**Koller**, Erwin: Gibt es eine qualifiziert beachtliche, unmittelbar bindende Patientenverfügung? In: FamZ, Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht, 1/2012, 24-26.

**Körtner**, Ulrich: Patientenverfügungen in der theologischen Diskussion, in: Körtner, Ulrich / Kopetzki, Christian / Kletecka-Pulker, Maria (Hrsg.): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, 20-33.

**Ladebeck**, Martina: Die Patientenverfügung in den Niederlanden, in: FamZ, Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht, 2/2006, 93.

**Mayring**, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken, 5. überarbeitete und neu ausgestattete Auflage, Weinheim und Basel 2002.

**Pesendorfer**, Ulrich (2012a): Die verbindliche Patientenverfügung, in: Barth, Peter / Ganner, Michael (Hrsg.): Handbuch des Sachwalterrechts. Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, 2. aktualisierte Auflage, Wien 2012, 383-412.

**Pesendorfer**, Ulrich (2012b): Die beachtliche Patientenverfügung, in: Barth, Peter / Ganner, Michael (Hrsg.): Handbuch des Sachwalterrechts. Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, Wien 2012, 412-420.

**Pesendorfer**, Ulrich (2012c): Unwirksamkeit einer Patientenverfügung, in: Barth, Peter / Ganner, Michael (Hrsg.): Handbuch des Sachwalterrechts. Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, Wien 2012, 420-434.

**Pilgram**, Arno: Ein Versuch, Rechtsfürsorge ohne Überfürsorglichkeit zu verwirklichen. Das neue Sachwalterrecht aus sozialwissenschaftlicher Sicht, in: FamZ, Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht, 2/2006, 145-147.

**Platzer**, Johann: Patientenverfügungen. Unser Lebensende mitgestalten. Ethik, Recht und Praxis, Sulztal 2010.

**Ploier**, Monika / **Petutschnigg**, Berthold: Die Patientenverfügung. Alles Wissenswerte für Patienten, Ärzte und Juristen, Wien 2007.

**Pöschl**, Christine: Die Patientenverfügung im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung als innere und äußere Herausforderung. Was wir von Patienten lernen können. Linz 2008.

**Ridder**, Michael de: Wie wollen wir sterben? Ein ärztliches Plädoyer für eine neue Sterbekultur in Zeiten der Hochleistungsmedizin, ohne Ortsangabe, 2010.

**Roglmeier**, Julia / **Lenz**, Nina: Die neue Patientenverfügung. Patientenverfügung . Vorsorgevollmacht . Betreuungsverfügung, München 2009.

**Ruland**, Stefanie: Instrumente zur Sicherung der Selbstbestimmung am Lebensende . und die daraus folgenden ethischen und rechtlichen Aspekte für die Pflege, Wien 2011.

**Schauer**, Martin: Von der Sachwalterschaft und ihren Alternativen . der Umbau des Sachwalterrechts durch das SWRÄG 2006, in: FamZ, Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht, 3/2006, 129.

**Schopper**, Andrea: Die Patientenverfügung in Ungarn, in: FamZ, Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht, 2/2006, 94.

## 6.2. Internetquellen

**Barta**, Heinz / **Kalchschmid**, Gertrud: Die Patientenverfügung in Europa, in: Wiener Klinische Wochenschrift, 116/13 2004, 442-457,  
<http://www.uibk.ac.at/zivilrecht/mitarbeiter/barta/patientenverfuegung.pdf> (Stand: 24.04.2013).

**Deutscher Hospiz- und PalliativVerband**: Handreichung zum neuen Gesetz zur Regelung der Patientenverfügungen und seiner Umsetzung,  
[http://www.dhvp.de/tl\\_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/pv\\_haandreichung.pdf](http://www.dhvp.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/pv_haandreichung.pdf) (Stand: 24.04.2013).

**Haucke**, Kai: Aktive Sterbehilfe vs. Sterbebegleitung? Anmerkungen zu einer scheinbaren Alternative, in: Aufklärung und Kritik, Zeitschrift für freies Denken und humanistische Philosophie, 2/2007, <http://www.gkpn.de/Haucke.pdf> (Stand: 24.04.2013).

**Hospiz Österreich:** Beratungsmöglichkeiten zur Errichtung einer Patientenverfügung,

[http://www.hospiz.at/pdf\\_dl/PV\\_Beratungsmoeglichkeiten\\_Oesterreich\\_05\\_2012.pdf](http://www.hospiz.at/pdf_dl/PV_Beratungsmoeglichkeiten_Oesterreich_05_2012.pdf)  
(Stand: 12.04.2013).

**Jox, Ralf / Heßler, Hans-Joachim / Borasio, Gian Domenico:** Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, in: Der Nervenarzt 2008, [http://palliativmedizin.klinikum.uni-muenchen.de/docs/jox/Jox\\_Nervenarzt08.pdf](http://palliativmedizin.klinikum.uni-muenchen.de/docs/jox/Jox_Nervenarzt08.pdf)  
(Stand: 12.04.2013).

**Körtner, Ulrich:** Medizin und Menschenwürde, 2010, <http://science.orf.at/stories/1653184/> (Stand: 24.05.2013).

**Körtner, Ulrich u.a.:** Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügung-Gesetzes (PatVG), Endbericht, Wien 2009, [http://www.univie.ac.at/ierm/php/cms/uploads/Projekte/Projekt%20PatVG/IERM%20Endbericht%20PatVG\\_Dez%202009.pdf](http://www.univie.ac.at/ierm/php/cms/uploads/Projekte/Projekt%20PatVG/IERM%20Endbericht%20PatVG_Dez%202009.pdf) (Stand: 24.04.2013).

**Mieg, Harald / Näf, Matthias:** Experteninterviews in den Umwelt- und Planungswissenschaften. Eine Einführung und Anleitung, Zürich 2005, [http://www.mieg.ethz.ch/education/Skript\\_Experteninterviews.pdf](http://www.mieg.ethz.ch/education/Skript_Experteninterviews.pdf) (Stand: 16.04.2013).

**Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin:** Patientenverfügung. Ethische Erwägungen zum neuen Erwachsenenschutzrecht unter besonderer Berücksichtigung der Demenz, Bern 2011, [http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKdHx4gWym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/nek-cne/04229/04232/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCKdHx4gWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--)  
(Stand: 24.04.2013).

**Nationaler Ethikrat:** Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme, [http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme\\_Selbstbestimmung\\_und\\_Fuersorge\\_am\\_Lebensende.pdf](http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf) (Stand: 24.04.2013).

**NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft:** Ratgeber zur Patientenverfügung, [http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/02\\_ihre\\_rechte/PPA\\_RatgeberPV2008.pdf](http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/02_ihre_rechte/PPA_RatgeberPV2008.pdf) (Stand: 24.04.2013).

**Palzer**, Marieluise: Die Patientenverfügung. Ein Rechtsvergleich Österreich . England, Wien 2010, [http://othes.univie.ac.at/10880/1/2010-08-11\\_0001621.pdf](http://othes.univie.ac.at/10880/1/2010-08-11_0001621.pdf) (Stand: 24.04.2013).

**Schreiber**, Hermann: Leben heißt Sterben lernen, <http://www.abendblatt.de/kultur-live/article890552/Leben-heisst-sterben-lernen.html> (Stand: 24.04.1013).

**Scobel**, Gert: Sterben, ein vielschichtiges, sensibles Thema. Für Palliativmedizin und eine neue Sterbekultur, <http://www.3sat.de/page/?source=/scobel/166547/index.html> (Stand: 24.04.1013).

### **6.3. Rechtsquellen**

**ABGB** (2013): Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch vom 01.01.1812 (JGS Nr. 946/1811), zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 50/2013

**Bund Æ Oberösterreich Patientencharta** (2013): Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte vom 01.09.2001 (BGBl. I Nr.116/2001)

**PatVG** (2013): Bundesgesetz über Patientenverfügungen vom 01.06.2006 (BGBl.I Nr. 55/2006)

**StGB** (2013): Bundesgesetz über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen vom 01.01.1975 (BGBl. Nr 60/1974), zuletzt geändert durch BGBl I Nr. 25/2013

## 7. Anhang

- Fragebogen der Befragung der Mitglieder des PV OÖ
- Leitfaden für Interviews mit Errichtern einer Patientenverfügung
- Leitfaden für Experteninterviews . Ärzte
- Leitfaden für Experteninterviews . Patientenvertreter



# Befragung von Mitgliedern des Pensionistenverbandes

Ihre Aussagen und Meinungen sind uns sehr wichtig!

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen.

**Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!**

## Was Sie über die Patientenverfügung denken...

Im ersten Frageblock möchten wir Ihre Meinungen und Einstellungen zu Patientenverfügung und Selbstbestimmung am Lebensende in Erfahrung bringen.

*Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Willenserklärung, anhand derer bestimmte medizinische Behandlungen (lebensverlängernde Maßnahmen im Sterbeprozess) im Voraus abgelehnt werden können. Sie ist für mögliche zukünftige Situationen gedacht, für den Fall, dass der Patient/die Patientin zum Zeitpunkt der Einwilligung in die Behandlung nicht mehr einsichts- und urteilsfähig ist, also den eigenen Willen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr ausdrücken kann. Die Patientenverfügung dient der Vorsorge und sichert ein selbstbestimmtes, würdevolles Lebensende.*

**1. Haben Sie vor dieser Befragung die Möglichkeit einer Patientenverfügung gekannt?**

- Nein
- Ich habe zwar schon davon gehört, weiß aber nichts Näheres darüber.
- Ja
- Ja, ich habe mich bereits damit beschäftigt.
- Ja, ich habe eine Patientenverfügung erstellt.

**1a. Wenn Sie schon eine Patientenverfügung haben, können Sie uns die Gründe nennen, warum Sie diese erstellt haben?**

---

---

## 2. Inwiefern treffen folgende Aussagen Ihrer Einschätzung nach zu?

	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Die Selbstbestimmung anhand einer Patientenverfügung finde ich interessant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Patientenverfügung ist überflüssig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde die Patientenverfügung als Möglichkeit der Selbstbestimmung sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig, dass es die Möglichkeit einer Patientenverfügung gibt, für mich ist sie aber nicht relevant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Wie wichtig ist für Sie Selbstbestimmung am Lebensende?

- Sehr wichtig    Eher wichtig    Eher nicht wichtig    Gar nicht wichtig

## 4. Hätten Sie Interesse an einer Informationsveranstaltung, in der Sie mehr über Erstellung, Handhabung, Vor- und Nachteile einer Patientenverfügung erfahren?

- Nein    Ja

Die Fragen 5, 6 und 7 brauchen Sie nur zu beantworten, wenn eine Patientenverfügung für Sie mit ziemlicher Sicherheit nicht in Frage käme.

## 5. Wenn Sie keine Patientenverfügung ausstellen möchten, was könnte Ihr Grund dafür sein? (Bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Ich habe genug Vertrauen zu meinen Angehörigen
- Ich habe genug Vertrauen zu den Ärzten
- Ich habe für solche Fälle eine Vorsorgevollmacht erteilt
- Nicht nötig
- Anderer Grund:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Wenn Sie keine Patientenverfügung ausstellen möchten, wer soll Ihrer Meinung nach in einer Situation, in der Sie Ihre Wünsche nicht selbst äußern können, über Ihre Behandlung entscheiden? (Bitte alles Zutreffende ankreuzen)

Ehe- bzw. Lebenspartner

Kinder

Andere Angehörige

Andere: \_\_\_\_\_

Ärzte

Darüber habe ich mir noch keine Gedanken gemacht

Das ist mir nicht wichtig

7. Haben Sie mit den oben angegebenen Personen bereits über Ihre Vorstellungen zum Lebensende gesprochen?

Nein

Ja, und zwar mit \_\_\_\_\_

### ***Was Sie über die Vorsorgevollmacht denken ...***

In diesem Frageblock möchten wir Ihre Meinungen und Einstellungen zur Vorsorgevollmacht in Erfahrung bringen.

*In einer Vorsorgevollmacht gibt eine Person in gesunden Tagen für den Fall eines später eintretenden Verlustes der Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit einer oder mehreren anderen Personen die Vollmacht, für sie zu handeln und gegebenenfalls zu medizinischen Behandlungen Entscheidungen zu treffen.*

8. Haben Sie vor dieser Befragung die Vorsorgevollmacht gekannt?

Nein

Ich habe zwar schon davon gehört, weiß aber nichts Näheres darüber.

Ja

Ja, ich habe mich bereits damit beschäftigt.

Ja, ich habe bereits eine Vorsorgevollmacht erteilt.

**9. Inwiefern treffen folgende Aussagen ihrer Meinung nach auf die Vorsorgevollmacht zu?**

	Trifft völlig zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Die Möglichkeit, eine Vorsorgevollmacht zu erteilen, finde ich interessant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Vorsorgevollmacht ist meiner Meinung nach überflüssig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es sinnvoll, eine Vorsorgevollmacht zu erstellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde es wichtig, dass es die Möglichkeit einer Vorsorgevollmacht gibt, für mich ist sie aber nicht relevant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Möchten Sie mehr wissen über die Vorsorgevollmacht?**

Nein  Ja

**11. Bei der Patientenverfügung steht Ihr eigener Wille im Vordergrund, bei einer Vorsorgevollmacht überlassen Sie die Entscheidung der Person, die von Ihnen bevollmächtigt wurde. Welche dieser beiden Varianten würden Sie bevorzugen?**

Patientenverfügung  Vorsorgevollmacht  Dazu habe ich keine Meinung

***Persönliche Angaben***

Abschließend möchten wir Sie noch um ein paar Angaben über Ihre Person bitten.

**12. Sie sind:**  weiblich  männlich

**13. Ihre höchste abgeschlossene Bildung:**

Pflichtschule  Matura  
 Lehre  Hochschule / Universität  
 Meisterprüfung  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 weiterführende Schule ohne Matura



## Leitfaden für Interviews mit Errichtern einer Patientenverfügung

1. Seit wann haben Sie eine Patientenverfügung?  
Ist sie verbindlich oder beachtlich?  
(Käme eine beachtliche/verbindliche auch in Frage? Warum nicht?)
2. Was waren Ihre Motive/Beweggründe für die Erstellung einer Patientenverfügung? Gab es ein ausschlaggebendes Ereignis zur Erstellung?
3. Wie/wo haben sie sich die Informationen über die Patientenverfügung geholt? War die ärztliche Beratung ausreichend?
4. Wie/wo bewahren Sie sie auf, haben sie sie immer bei sich? Ist sie bei der Notariatskammer/Rotem Kreuz registriert? Wer weiß von Ihren Angehörigen, dass sie eine Patientenverfügung haben?
5. Wissen Ihre Angehörigen/Freunde auch, was sie in der Patientenverfügung bestimmt haben? Haben Sie dieses Thema mit Ihren Angehörigen/Freunden besprochen?
6. Ist die Erstellung einer verbindlichen Patientenverfügung kompliziert/teuer? Finden Sie die momentane Praxis, ärztliche Beratung und notarielle Beglaubigung sinnvoll?
7. Haben Sie schon einmal vorher festgeschriebene Vorstellungen zu Behandlungsmaßnahmen im Laufe der Zeit geändert? Warum?
8. Warum glauben Sie, wird die Selbstbestimmung anhand einer Patientenverfügung, obwohl eigentlich großes Interesse besteht, nicht häufiger wahrgenommen? Was könnten mögliche Gründe dafür sein?
9. Haben Sie auch eine Vorsorgevollmacht erstellt?  
Was halten Sie davon?

## Leitfaden für Experteninterviews Ë Ärzte

### Einstieg, anknüpfen an persönliche Erfahrungen

Im Rahmen Ihrer ärztlichen Tätigkeit betrifft Sie wahrscheinlich auch das Thema Patientenverfügung.

1. Zu Beginn würde mich interessieren, inwiefern und wie häufig haben Sie mit Patientenverfügungen zu tun?  
Waren Sie diesbezüglich als beratender und/oder als behandelnder Arzt tätig?
2. Wie sehen Sie persönlich die Patientenverfügung als Möglichkeit der Selbstbestimmung? Welche Funktion hat die Patientenverfügung aus Ihrer Sicht? Ist sie sinnvoll oder nicht? Welchen Sinn hat sie aus Ihrer Sicht?
3. Was sind die Beweggründe für die Erstellung einer Patientenverfügung? Was ist der Grund für eine Abstandnahme davon?
4. Allgemein gesehen, in welchem Umfang wird das Recht auf Selbstbestimmung anhand einer Patientenverfügung wahrgenommen? Warum wird es in diesem Umfang wahrgenommen? Was könnten mögliche Gründe dafür sein?

### Wille des Patienten oder ärztliche Entscheidung

Behandelnde und beratende Ärzte:

Patientenverfügungen sollen ein Ausdruck der Patientenautonomie sein. Für Sie als Arzt ist die Lebenserhaltung oberstes Gebot.

5. Widerspricht eine Patientenverfügung aus Ihrer Sicht der ärztlichen Hilfeleistungspflicht? Wie sehen Sie das? Sind Sie diesbezüglich schon einmal in einen Konflikt geraten oder gab es Probleme damit? (wenn ja, beschreiben lassen, Bsp.)  
Mussten Sie in Ihrer Praxis Heilbehandlungen schon einmal Heilbehandlungen unterlassen, weil Sie Ihnen in der Patientenverfügung untersagt worden sind? (Wie geht es Ihnen dabei?)
6. Eine verbindliche Patientenverfügung muss eingehalten werden, Sie als Arzt sind dadurch auch rechtlich geschützt. Bei einer beachtlichen

Patientenverfügung bleibt Ihnen ein gewisser Entscheidungsspielraum.  
Welche Möglichkeit finden Sie sinnvoller und warum?

7. Inwieweit werden Willenserklärungen von Patienten als verbindlich angesehen und umgesetzt? Gibt es Gründe, anhand derer Willenserklärungen in Patientenverfügungen unbeachtlich sind? Grenzen einer Patientenverfügung?  
Erleben Patienten aus Ihrer Erfahrung das Vorhandensein einer PV als Belastung oder als Erleichterung?
8. Treten Fälle auf, in denen sich früher geäußerte Vorstellungen zu bestimmten Behandlungsmaßnahmen von schwerstkranken, entscheidungsfähigen Menschen im Laufe der Erkrankung ändern?
9. Wie stehen Sie zur Vorsorgevollmacht, bei der ein oder mehrere Angehörige bei einer Entscheidung mitreden können?  
(Vor- und Nachteile?)

#### Patientenverfügungsgesetz

In diesem Frageblock geht es um Ihre Meinung zum Patientenverfügungsgesetz, welches seit dem Jahr 2006 besteht.

10. Patientenverfügungen sollen Ausdruck der Patientenautonomie sein. Ist durch das Patientenverfügungsgesetz die Patientenautonomie ausreichend verankert?
11. Ist das Patientenverfügungsgesetz ein geeignetes Instrument, um Missbräuche zu vermeiden?
12. Wie bzw. wann erfahren Sie von der Existenz einer Patientenverfügung?  
Wäre die Einrichtung eines öffentlichen Registers für Patientenverfügungen oder die Speicherung auf der E-Card hilfreich bzw. sinnvoll?
13. Ist das Patientenverfügungsgesetz aus dem Jahr 2006 noch zeitgemäß?  
Haben Sie Veränderungswünsche, Kritik, Empfehlungen?

Zusatzfrage an beratende Ärzte:

14. Würden Sie sich, um einen Patienten in Sinne des Patientenverfügungsgesetzes ausreichend zu beraten bzw. zu informieren, mehr Unterstützung erwarten? Von wem?
15. Gibt es sonst noch etwas, was Sie mir zu diesem Thema mitteilen möchten?

Dann bedanke ich mich ganz herzlich für Ihre Offenheit, das interessante Gespräch und dass Sie sich so viel Zeit genommen haben, um meine Fragen zu beantworten!



## Leitfaden für Experteninterviews Æ Patientenvertreter

### Einstieg, anknüpfen an persönliche Erfahrungen

Im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit betrifft Sie wahrscheinlich auch das Thema Patientenverfügung.

1. Zu Beginn würde mich interessieren, inwiefern und in welchem Ausmaß (wie häufig) Sie mit Patientenverfügungen zu tun haben?
2. Wie sehen Sie persönlich die Patientenverfügung als Möglichkeit der Selbstbestimmung? Welche Funktion hat die Patientenverfügung aus Ihrer Sicht? Ist sie sinnvoll oder nicht? Welchen Sinn hat sie aus Ihrer Sicht?
3. Was sind die Beweggründe für die Erstellung einer Patientenverfügung? Was ist der Grund für eine Abstandnahme davon?
4. Allgemein gesehen, in welchem Umfang wird das Recht auf Selbstbestimmung anhand einer Patientenverfügung wahrgenommen? Warum wird es in diesem Umfang wahrgenommen?

### Wille des Patienten oder ärztliche Entscheidung

In den nächsten Fragen geht es unter anderem um die Konfrontation von Patientenwillen und ärztlicher Entscheidung.

5. Sind Ihnen Fälle bekannt, in denen die Patientenautonomie in Konflikt mit der ärztlichen Hilfeleistungspflicht getreten ist? (Inwiefern, können Sie das beschreiben?)
6. Inwieweit werden Willenserklärungen von Patienten als verbindlich angesehen und umgesetzt? Haben Sie diesbezüglich Erfahrungswerte? Gibt es Gründe, anhand derer Willenserklärungen in Patientenverfügungen unbeachtlich sind? Wo sind die Grenzen einer Patientenverfügung?
7. Sind Ihnen Fälle bekannt, in denen sich früher geäußerte Vorstellungen zu bestimmten Behandlungsmaßnahmen von schwerstkranken, entscheidungsfähigen Menschen im Laufe der Erkrankung ändern?

8. Eine verbindliche Patientenverfügung muss eingehalten werden, bei einer beachtlichen Patientenverfügung bleibt ein gewisser Entscheidungsspielraum. Welche Möglichkeit finden Sie sinnvoller und warum?
9. Wie stehen Sie zur Vorsorgevollmacht, bei der ein oder mehrere bevollmächtigte Angehörige bei einer Entscheidung mitreden können? In welchem Ausmaß wird diese Möglichkeit Ihres Wissens nach wahrgenommen? Was spricht dafür oder dagegen?

#### Ihre Meinung zum Patientenverfügungsgesetz

Im Patientenverfügungsgesetz, welches seit 2006 besteht, ist die Patientenautonomie geregelt.

10. Ist durch dieses Gesetz die Patientenautonomie Ihrer Meinung nach ausreichend verankert?
11. Ist das Patientenverfügungsgesetz ein geeignetes Instrument, um Missbräuche zu vermeiden? Sind Ihnen diesbezüglich Fälle bekannt. wenn ja, welche?
12. Einerseits besteht anscheinend großes Interesse an Patientenverfügungen, andererseits gibt es aber nur sehr wenige Personen, die dieses Instrument der Selbstbestimmung wahrnehmen. Warum ist das so, was könnten mögliche Gründe dafür sein?  
(Ist das Patientenverfügungsgesetz für die Praxis zu kompliziert bzw. die Erstellung zu aufwändig oder zu teuer ist?)
13. Wie bzw. wann erfahren die Ärzte/Pflegeheime von der Existenz einer Patientenverfügung? Wäre die Einrichtung eines öffentlichen Registers für Patientenverfügungen oder die Speicherung auf der E-Card hilfreich bzw. sinnvoll?
14. Ist das Patientenverfügungsgesetz aus dem Jahr 2006 noch zeitgemäß? Haben Sie Veränderungswünsche, Kritik, Empfehlungen?
15. Gibt es sonst noch etwas, was Sie mir zu diesem Thema mitteilen möchten?

Dann bedanke ich mich ganz herzlich für Ihre Offenheit, das interessante Gespräch und dass Sie sich so viel Zeit genommen haben, um meine Fragen zu beantworten!