

# **Der Weg zum österreichischen Patientenverfügungsgesetz und erste Erfahrungen aus der Patientenperspektive**

Projekt zur Erlangung des: „Akademischen Experten in Palliative Care“  
an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg

eingereicht von

**Mag. Leena Pelttari-Stachl**

am 6. November 2006

Unter Betreuung von

Prof. Dr. Johannes G. Meran

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b>	<b>4</b>
2.1	ETHISCHE GRUNDLAGEN	5
2.2	DEFINITION - ALLGEMEINE BEGRIFFE ZUR PATIENTENVERFÜGUNG	6
<b>3</b>	<b>FRAGESTELLUNGEN</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>METHODE</b>	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>DER WEG ZUM ÖSTERREICHISCHEN PATIENTENVERFÜGUNGSGESETZ</b>	<b>10</b>
5.1	RECHTSZUSTAND VOR DEM PATIENTENVERFÜGUNGSGESETZ	10
5.1.1	§ 10 Abs. 1 Z 7 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz	10
5.1.2	Patientencharta und Übereinkommen des Europarates	11
5.1.3	Ärztliches Berufsrecht vs. Patientenrechte	11
5.1.4	Strafrechtliche Schranken der Verbindlichkeit	13
5.1.5	Oberster Gerichtshof	13
5.2	DER WEG AUS DER SICHT DES DACHVERBANDS HOSPIZ ÖSTERREICH	14
5.2.1	Entstehung der Parlamentarischen Enquete und die Forderung für mehr Klarheit für die Patientenverfügungen	14
5.2.2	Verhandlungen in der Expertenkommission zur Erstellung von „Leitlinien“	15
5.2.3	Nach dem Scheitern der Leitlinien durch die Ablehnung der Österreichischen Ärztekammer	16
5.2.4	In der Begutachtungsphase des Gesetzes	17
5.2.5	Von der Veröffentlichung der Regierungsvorlage des PatVG bis zum Entschluss im Nationalrat	20
5.2.6	Prozess für ein einheitliches Formular in Österreich	25
5.2.7	Beginn der Implementierungsphase (bis Ende Oktober 2006)	26
5.3	ENTWICKLUNG DER PATIENTENVERFÜGUNGSBROSCHÜRE VON HOSPIZ ÖSTERREICH	27
5.4	STATISTIK ÜBER DIE NACHFRAGE DER PATIENTENVERFÜGUNGS-BROSCHÜREN	30
<b>6</b>	<b>DAS ÖSTERREICHISCHE PATIENTENVERFÜGUNGSGESETZ</b>	<b>33</b>
6.1	ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN	33
6.1.1	Anwendungsbereich	33
6.1.2	Begriffe	33
6.1.3	Höchstpersönliches Recht, Fähigkeit der Person	34
6.2	VERBINDLICHE PATIENTENVERFÜGUNG	35
6.2.1	Inhalt	35
6.2.2	Aufklärung	36
6.2.3	Errichtung	37
6.2.4	Erneuerung	38
6.3	BEACHTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG	39

6.3.1	<i>Vorraussetzungen</i> .....	39
6.3.2	<i>Beachtung der Patientenverfügung</i> .....	40
6.4	<b>GEMEINSAME BESTIMMUNGEN</b> .....	41
6.4.1	<i>Unwirksamkeit</i> .....	41
6.4.2	<i>Sonstige Inhalte</i> .....	42
6.4.3	<i>Notfälle</i> .....	42
6.4.4	<i>Pflichten des Patienten</i> .....	43
6.4.5	<i>Dokumentation</i> .....	43
6.4.6	<i>Verwaltungsstrafbestimmung zum Schutz vor Missbrauch</i> .....	43
<b>7</b>	<b>ERSTE ERFAHRUNGEN AUS DER PATIENTENPERSPEKTIVE</b> .....	<b>44</b>
7.1	ZUR AUSWAHL DER INTERVIEWPARTNER.....	44
7.2	INFORMATIONEN ZUM PATIENTENVERFÜGUNGSGESETZ .....	44
7.3	VERFASSEN EINER PATIENTENVERFÜGUNG .....	46
7.4	DIE GESPRÄCHE MIT DEN ANGEHÖRIGEN/VERTRAUENSPERSONEN.....	48
7.5	BERATUNGSGESPRÄCH MIT EINEM ARZT .....	49
7.6	JURISTISCHE AUFKLÄRUNG .....	50
7.7	EMOTIONALE EMPFINDUNGEN DER PATIENTEN.....	52
<b>8</b>	<b>PERSÖNLICHE GEDANKEN ZUM PATIENTENVERFÜGUNGSGESETZ</b> .....	<b>53</b>
<b>9</b>	<b>SCHLUSSFOLGERUNGEN</b> .....	<b>54</b>
<b>10</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>57</b>
<b>11</b>	<b>LEBENS LAUF</b> .....	<b>58</b>
<b>12</b>	<b>DANKSAGUNG</b> .....	<b>60</b>

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit meistens das männliche Geschlecht verwendet, selbstverständlich sind dabei beide Geschlechter wertungsfrei und gleichberechtigt gemeint.

# 1 Zusammenfassung

Am 1. Juni 2006 ist in Österreich nach einem langwierigen Prozess das Patientenverfügungsgesetz in Kraft getreten. Der Weg zu diesem Gesetz war sehr kontroversiell da viele gegensätzliche Interessen und Kräfte im Spiel waren. Dies ist bei derart sensibler Materie nicht weiter verwunderlich, geht es doch um Leben und Tod.

Die Rolle des Dachverbandes Hospiz Österreich war während des ganzen Weges nicht unbedeutend. Dies soll auch in dieser Arbeit dargestellt werden. Weiters sollen aus den Erhebungen Perspektiven deutlich werden, die für die weitere Implementierungsphase wichtig sein werden.

Es soll zuerst der Weg zum österreichischen Patientenverfügungsgesetz und das Gesetz selbst dargestellt werden. Einen wesentlichen Teil dieser Arbeit stellen die Interviews mit Menschen, die entweder eine Patientenverfügung nach den neuen Richtlinien schon errichtet haben oder gerade dabei sind. Durch diese Interviews soll deutlich werden, wie der Normalbürger dieses Gesetz handhaben kann und welche Schwierigkeiten sich ihm in den Weg stellen. Es könnten daraus entsprechende Maßnahmen abgeleitet werden.

## 2 Einleitung

Die Fortschritte der modernen Medizin haben neben großen Hoffnungen auch große Ängste geweckt. Viele Menschen haben Angst, in einer Zeit schwerer Krankheit ärztlichen Entscheidungen „ausgeliefert“ zu sein. (Simon et al, 2004, p. 721-726) Die moderne Medizin erlaubt in vielen Fällen eine wesentliche Lebensverlängerung. Heute sind viele Krankheiten behandelbar, die früher zu einem raschen Tod geführt haben. Dadurch hat sich auch ein Raum für neue Entscheidungen eröffnet.

Oft stehen schwere Entscheidungen über Fortsetzung, Eskalation oder Absetzen therapeutischer Maßnahmen gerade dann an, wenn der Patient in einem Zustand ist, wo er sich nicht mehr äußern kann und seine Mitwirkung an der Entscheidung nicht mehr möglich ist. Den Ärzten fehlen in solchen Situationen oft sowohl die formale Einwilligung von Patienten, als auch wesentliche Entscheidungsgrundlagen um Maßnahmen zu treffen, die im Sinne des Patienten sind.

„Denn Therapieentscheidungen entstehen nicht als medizinisch statistische Schlussfolgerungen, sondern basieren neben dem physiologischen Krankheitsbild und den vorhandenen

Behandlungsmöglichkeiten auf den individuellen Prioritäten und Wertvorstellungen des Patienten.“  
(Meran, 2000, p. 89)

Die Patientenverfügungen entstanden aus der Überlegung, dass jeder entscheidungsfähige Patient das Recht haben soll, Einfluss auf seine zukünftige medizinische Behandlung zu nehmen und lebenserhaltende Maßnahmen wie z. B. Beatmung oder künstliche Ernährung auch ablehnen zu können. Viele Menschen fühlen sich durch die Möglichkeiten der Medizin zur Verlängerung des Lebens verunsichert und wünschen sich Lebensqualität bis zuletzt, Würde und Respektierung ihres Willens, Schmerzbekämpfung und Symptomkontrolle, aber keine künstliche Verlängerung des Sterbeprozesses gegen ihren Willen.

Das Verfassen einer Patientenverfügung ist der Versuch, eine selbst bestimmte Lebensgestaltung auch in einer naturgemäß eingeschränkten zukünftigen Situation zu sichern. Solche Verfügungen, - in anderen Ländern auch Patiententestamente genannt - , geben Richtlinien für zukünftige Situationen an, in denen sich ein Patient selbst nicht mehr äußern kann und nicht direkt an Entscheidungen beteiligt werden kann. (Vgl. Meran, 2000, p.89-90)

Hospiz Österreich, der Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen, verbreitet die Idee von Patientenverfügungen seit über 10 Jahren. Er unterstützt die Selbstbestimmung von Patienten in ihrer letzten Lebensphase, um ihre Würde zu wahren und ihre Lebensqualität zu verbessern, denn er weiß sich einem Menschenbild gegenseitiger Wertschätzung verpflichtet.

Ziel der Bemühungen ist ein integratives Versorgungskonzept, das sich am Patientenwunsch orientiert: Hospiz- und Palliative Care soll allen Menschen, die es brauchen, angeboten werden. Es geht darum, körperliche, psychische, soziale und spirituelle Nöte zu lindern, die Angst vor dem Ausgeliefertsein zu nehmen und Angehörige in der Begleitung und Pflege zu unterstützen. Wahrhaftigkeit in der Kommunikation und Respekt vor der Würde und Autonomie des Menschen gehören zum Wesen der Hospizbewegung.

Die Hospizbewegung lehnt Euthanasie (aktive Sterbehilfe) ausdrücklich ab. Gleichzeitig setzt sich die Hospizbewegung aber dafür ein, dass Maßnahmen, die den Sterbevorgang eines Menschen gegen seinen Willen hinauszögern, unterlassen werden. Für solche Situationen bietet sich die Patientenverfügung als geeignetes Instrument an.

Patientenverfügungen sind daher im Gesamtkonzept der Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase zu sehen. Sie sind eine gute Möglichkeit, Wünsche und Präferenzen für eine Zeit, in der ein Mensch selbst nicht mehr entscheiden kann, deutlich zu machen.

## **2.1 Ethische Grundlagen**

Die ethische Forderung einer patientenorientierten Medizin in einer pluralistischen und vom individualistischen kantischen Freiheitsbegriff geprägten Gesellschaft ist sehr einfach: Behandle

Patienten individuell und nach ihren je eigenen Wert- und Wunschbildern, ihren je eigenen Hoffnungen, Ängsten, Lebenszielen und ihrer je eigenen Definition von Lebensqualität.(Sass u. Kielstein, 2001, p.20) . „Das Konzept der Patientenverfügungen beruht auf zwei wichtigen Prämissen. Erstens: Grundlage jeglicher Verfügung ist die prinzipielle Anerkennung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten. Die zentrale Bedeutung des Selbstbestimmungsrechtes und dessen Grenzen stehen in einer gewissen Spannung zu der Tatsache, dass das Prinzip der Autonomie keine homogene Theorie darstellt, sondern aus verschiedenen Moralsystemen ableitbar ist und entsprechend auch kontrovers interpretiert wird.

So kann Respekt vor der Autonomie des Einzelnen sowohl aus der deontologischen Ethik, wie dem kategorischen Imperativ Immanuel Kant's abgeleitet werden, als auch von utilitaristischen Philosophien. Breiter Konsens scheint darüber zu bestehen, dass grundsätzlich die berechnete Freiheit eines Menschen nicht eingeschränkt werden darf und Möglichkeiten zur freien Wahl unter medizinischen Behandlungsoptionen gegeben sein sollte.

Zweitens wird vorausgesetzt, dass ein Patient medizinische Behandlung nicht nur hier und jetzt bestimmen kann, sondern dass seine Autonomie auch in spätere bewusstlose, inkompetente Zustände hineinreicht. Dass es also prinzipiell möglich und wünschenswert sei, auch für zukünftige, letztlich unvorhersehbare Situationen verbindliche Direktiven festzulegen. Diese zweite Bedingung verursacht die meisten ethischen Fragen und praktischen Probleme.

Eine weitere wesentliche Begrenzung des Selbstbestimmungsrechtes besteht darin, dass es an bestimmte Bedingungen geknüpft ist. Patientenverfügungen versuchen das Selbstbestimmungsrecht aber auf Situationen auszudehnen, in denen zumindest ein wichtiges Element der Autonomie fehlt: **die aktuelle persönliche Entscheidungsfähigkeit**. Es gibt daher Stimmen, die das Recht auf Selbstbestimmung eines entscheidungsunfähigen Patienten eine trügerische Fiktion nennen, weil die ganze Verantwortung der Entscheidung bei anderen liegt. Allein deshalb müssten bei der Umsetzung solcher Bestimmungen immer normative, moralische Grenzen berücksichtigt werden.

Gerade für Patientenverfügungen besteht ein wesentlicher Unterschied zwischen der negativen Freiheit in Ruhe gelassen zu werden, (also eine Therapie ablehnen zu können) und der positiven Freiheit im Sinne eines Anspruchs auf bestimmte Behandlungsoptionen. Die Ablehnung und das Fordern von medizinischer Behandlung scheinen daher unterschiedliche moralische Stringenz zu haben.“ (Meran, 2000, p. 90-91)

## **2.2 Definition - allgemeine Begriffe zur Patientenverfügung**

In der Interdisziplinären Zeitschrift für Familienrecht, FamZ schreibt Martin Schauer Wesentliches über den Begriff Patientenverfügung: „In der Patientenverfügung trifft der Patient durch die Ablehnung bestimmter medizinischer Maßnahmen Anordnungen, die in einem Zeitpunkt wirksam

werden sollen, in dem er nicht mehr einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist. Sie dient der Äußerung seines Willens und verwirklicht sein Selbstbestimmungsrecht in der letzten Phase des Lebens. Die Patientenverfügung ist in einem Spannungsfeld von Interessen angesiedelt: Wenngleich sie auf der Patientenautonomie als fundamentalem Wert beruht, so ist sie auch ein kommunikativer Akt, dessen Adressat der behandelnde Arzt ist. Der Wert der Patientenverfügung hängt demnach davon ab, welche Anleitungen oder Entscheidungsgrundlagen ihr der Arzt in einer konkreten Behandlungssituation entnehmen kann. Ferner ist zu bedenken, dass zwischen der Errichtung der Patientenverfügung und ihrem Wirksamwerden eine lange Zeitspanne liegen kann. Sowohl die Wertvorstellungen des Patienten als auch die medizinischen Behandlungsmaßnahmen können sich geändert haben. Deshalb ist nicht gewiss, dass der Patient - könnte er sich noch äußern - im Zeitpunkt der Behandlung dieselbe Entscheidung treffen würde wie bei der Errichtung. Es geht also auch um die Sicherung der Konvergenz des tatsächlichen Willens des Patienten bei der Errichtung der Verfügung und seinem hypothetischen Willen bei der Entscheidung über die Behandlung.“ (FamZ Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht, 2006, p. 57)

Zum Begriff Patientenverfügung schreiben Johannes G. Meran et al:

„Eine Patientenverfügung stellt eine schriftliche oder mündliche Willensäußerung eines einwilligungsfähigen Patienten zur zukünftigen Behandlung im Fall der Äußerungsunfähigkeit dar. Sie enthält Aussagen zu Art und Umfang medizinischer Behandlung mit der Option der vollständigen Ablehnung, aber auch dem Wunsch nach Fortführung der Behandlung oder Maximaltherapie als Schutz vor ‚Untertherapie‘. Grundsätzlich können mit einer Patientenverfügung sowohl Maßnahmen der passiven als auch indirekten Sterbehilfe gefordert werden. Der Patient kann also verlangen, dass lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen bzw. schmerzlindernde Medikamente verabreicht werden, selbst wenn der Arzt nicht ausschließen kann, dass sich diese möglicherweise lebensverkürzend auswirken könnten. Dem Wunsch nach Maßnahmen der aktiven Sterbehilfe darf der Arzt nicht nachkommen, da diese nach geltendem Recht strafbar sind.“ (Meran, et. al, 2002, p.13-14)

„In einer Patientenverfügung äußert sich ein einwilligungsfähiger Patient in Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts zu der Frage, wie er in einer Situation behandelt werden möchte, in der er selbst nicht mehr entscheiden kann. Eine Patientenverfügung enthält Angaben zu Art und Umfang medizinischer Maßnahmen, die von einer vollständigen Ablehnung einer Therapie bis zum Wunsch einer eventuell noch nicht etablierten Therapie reichen können. Durch eine Patientenverfügung sind die Behandlungswünsche bekannt, und ein Rückgriff auf den abstrakten, mutmaßlichen Willen als Willen, den der Patient jetzt äußern würde, wenn er könnte, ist nicht nötig. Aus: „Ratgeber Patientenverfügung“ (Jacobi. et al., 2001, p.12)

„Das am 1. Juni 2006 in Kraft getretene Patientenverfügungsgesetz [PatVG] (BGBl I 2006/55) geht von einem **engen Patientenverfügungsbegriff** aus, indem es nur die für den Fall einer späteren Selbstbestimmungsunfähigkeit antizipierte **Ablehnung ärztlicher Maßnahmen** (= Eingriffe therapeutischer, diagnostischer und prophylaktischer Art) regelt. Über diesem engen Begriff steht der **weite Patientenverfügungsbegriff**, der von Teilen der Literatur<sup>1</sup> verwendet wird: Eine Patientenverfügung ist eine Erklärung, die zeitlich vor der aktuellen Entscheidungssituation abgegeben wird und in der für den Fall eines bestimmten Krankheitsstadiums neben der Ablehnung von ärztlichen Maßnahmen auch Wünsche für die Behandlung zum Ausdruck gebracht werden.“ (Memmer, 2006, p. 69)

Eine Patientenverfügung kann sich auf jede medizinische Situation beziehen. Das Patientenverfügungsgesetz kennt **keine Reichweitenbegrenzung**. Häufig werden Patientenverfügungen errichtet, um die Behandlung in der letzten Lebensphase zu regeln. Eine zweite große Gruppe für Verfügungen sind die psychiatrischen Patienten (psychiatrisches Testament). Eine dritte Hauptgruppe bilden die religiös motivierten Verfügungen der Zeugen Jehovas, in denen eine medizinisch indizierte Fremdbluttransfusion abgelehnt wird. (Memmer, 2006, p. 69)

### 3 Fragestellungen

Die Patientenverfügung ist im Gesamt des sehr komplexen Themas „Betreuung in der letzten Lebensphase“ zu sehen. Einerseits geht es um eine stark emotionale und persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod, andererseits braucht es rechtlich fundierte Grundlagen zur Absicherung der Patientenautonomie und zur Rechtssicherheit der Ärzte. Weiters müssen praktische Anleitungen transportiert werden, wie Menschen am besten unterstützt werden können.

Diese Arbeit soll den Weg zum österreichischen Patientenverfügungsgesetz vor allem aus der Sicht des Dachverbandes Hospiz Österreich und die ersten Erfahrungen aus der Patientenperspektive darstellen.

Es soll der Frage nachgegangen werden, wie es den Menschen geht, für die dieses Gesetz in erster Linie mehr Autonomie bringen soll, und die bereits eine Patientenverfügung nach den neuen

---

<sup>1</sup> ZB *Lachmann*, Zur Bindungswirkung des Patiententestaments, AnwBl 1991, 74; *Memmer*, Das Patiententestament, RdM 1996, 99 (100); *Frauscher*, Rechtsprobleme des Patiententestaments (1998) 4; *Memmer*, Patiententestament und Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten, in *Kopetzki*, Antzipierte Patientenverfügungen (2000) 1 (8); *Barta/Kalchschmid*, Die „Patientenverfügung“ in Europa, WiKliWo 2004, 442 (445); *Spitzer* in *Welser*, Fachwörterbuch zum bürgerlichen Recht (2005) 384.



Regelungen verfasst haben. Dabei wird es wichtig sein heraus zu finden, wie es den Patienten beim Verfassen einer Patientenverfügung gegangen ist.

Der Begriff „Patient“ wird im Zusammenhang mit dem Patientenverfügungsgesetz für alle verwendet, die eine Patientenverfügung errichten wollen; also auch für jene, die noch nicht erkrankt sind.

Ich habe einige Menschen, die nach dem In-Kraft-Treten des Gesetzes am 1.6.2006 eine Patientenverfügung errichtet haben, telefonisch interviewt und Fragen zu folgenden Themenbereichen gestellt:

1. Wie lief der Informationsbeschaffungsprozess?
2. Was wollen die Patienten mit Ihrer Patientenverfügung erreichen?
3. Wie war das schriftliche Verfassen einer Patientenverfügung?
4. Wie war das Gespräch mit den Angehörigen/Vertrauenspersonen?
5. Wie war das Ärztliche Beratungsgespräch?
6. Welche Bedeutung hat die Beratung durch den Juristen?
7. Bei vielen Menschen kommen Gedanken über das eigene Sterben ins Bewusstsein, wenn Sie eine Patientenverfügung verfassen. Wie ist es den Patienten dabei ergangen?

Die Ergebnisse der Interviews werden im Punkt 7 dieser Arbeit ausführlich dargestellt.

## **4 Methode**

Die Beschreibung der Entwicklung zum Patientenverfügungsgesetz basiert auf einer ausgedehnten Literaturrecherche, die unter anderem auch Protokolle von Sitzungen und Briefverkehr mit einschließt. Dabei wurde die qualitative Textanalyse zur Herausarbeitung neuer Erkenntnisse angewandt.

Das neue Patientenverfügungsgesetz wird anhand des Gesetzestextes und seiner Erläuterungen dargestellt.

Um die ersten Erfahrungen aus der Patientenperspektive zu untersuchen, wurden halbstrukturierte Interviews per Telefon durchgeführt. Die Anzahl der befragten Personen vermittelt einen ersten Eindruck, ist jedoch zu gering, um statistisch eine relevante Aussage treffen zu können. Sie stellen im Wesentlichen ein Convenience Sample dar, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

## 5 Der Weg zum österreichischen Patientenverfügungsgesetz

### 5.1 Rechtszustand vor dem Patientenverfügungsgesetz

Schon zu Beginn der 90er-Jahre gab es gesetzgeberische Aktivitäten, um Patienten ein Instrumentarium anzubieten, womit sie rechtsverbindliche Verfügungen treffen können. Sie fanden sich im Rahmen des Krankenanstaltenrechts, um Behandlungsmaßnahmen für den Fall des Verlustes von Einsichts- und Urteilsfähigkeit und somit den Zustand eigener Handlungsunfähigkeit ausschließen zu können. Die Gesetzesmaterialien zur KAG-Novelle, BGBl 1993/801, führten aus, dass in der Diskussion über Patientenrechte die Forderung erhoben wurde, Patienten die Möglichkeit zu bieten, die Anwendung „bestimmter“ Behandlungsmethoden auszuschließen. Diese Möglichkeit war gedacht für die Phasen eines Fortschreitens der Erkrankung, in denen die Patienten möglicherweise nicht in der Lage sind, einen Willen zu bilden oder zu artikulieren. (Aigner, 2006, p. 15)

#### 5.1.1 § 10 Abs. 1 Z 7 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz

Oben erwähnter Forderung kam der Gesetzgeber im Jahr 1993 nur sehr verhalten nach. Gesetzlich festgelegt wurde lediglich eine Dokumentationspflicht von Krankenanstalten. Gemäß § 10 Abs 1 Z 7 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG idF BGBl 1993/801) *„sind die Krankenanstalten verpflichtet, die Verfügungen des Pflégelings zu dokumentieren durch die dieser erst für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Handlungsmethoden wünscht, um darauf bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen Bedacht nehmen zu können.“* (<http://www.ris.bka.gv.at/bgbl>) Mit dieser Bestimmung wurde die entscheidende Frage nach der Verbindlichkeit kunstvoll offen gelassen. (Gmeiner und Kopetzki, 2005, p. 69) Laut Gerhard Aigner diente diese Formulierung bewusst dem Ziel, eine Bindungswirkung für behandelnde Ärzte auszuschließen. Ärzte sollen in der Lage sein, den Willen des Patienten durch die Dokumentation des Wunsches in der Krankengeschichte so weit als möglich zu berücksichtigen. Die wörtliche Interpretation der Wendung „Bedacht nehmen“ drückte nur die Pflicht aus, ein bestimmtes Wissen in die Entscheidungsfindung einfließen zu lassen, aber ohne im Ergebnis daran gebunden zu sein. (Aigner, 2006 p. 66) Durch die Dokumentationspflicht ist immerhin sichergestellt worden, dass antizipierte Behandlungsverweigerungen in der Krankengeschichte festzuhalten sind und daher für zukünftige Behandlungsentscheidungen zur Verfügung stehen. (Gmeiner und Kopetzki, 2005, p. 68). „Auf im Einzelfall sehr wohl verbindliche Äußerungen von Patienten i.S. des Verbotes einer eigenmächtigen Heilbehandlung, des aus dem Schutz der ‚angeborenen‘ Persönlichkeitsrechte gemäß § 16 ABGB (veröffentlicht: JGS Nr. 946/1811) erfließenden Rechts auf körperliche Unversehrtheit sowie auf Art 8 EMRK (siehe dazu BGBl.Nr. 210/1958 zuletzt geändert durch BGBl.

III Nr. 30/1998) Gebot der Achtung der Privatsphäre wurde in den Gesetzesmaterialien nicht eingegangen.“ (Aigner, 2006 p. 66)

Zur Begründung führten die erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage ua. aus, dass Äußerungen von Patienten nicht zeitlich unbeschränkt verbindlich sein könnten, sondern vielmehr auch unter der sg, „clausula rebus sic stantibus“ zu sehen wären und daher zu ihrer Wirksamkeit vom permanenten und verständigen Willen des Erklärenden getragen sein müssten.

Der Gesetzgeber versuchte mit dieser von Unverbindlichkeit ausgehenden Regelung einem strafrechtlichen Spannungsfeld auszuweichen und trachtete danach, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Einklang mit den strafrechtlichen Verboten der Tötung auf Verlangen und der Mitwirkung am Selbstmord zu halten. (§§ 77 und 78 StGB, siehe dazu BGBl.Nr. 60/1974) (Aigner, 2006 p. 66)

### **5.1.2 Patientencharta und Übereinkommen des Europarates**

In die Richtung, jede verbindliche Aussage zu vermeiden, zielt auch die „Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte“, die im Jahr 1999 zwischen dem Bund und den meisten Bundesländern abgeschlossen worden ist. In der Patientencharta heißt es in Art.18 (siehe dazu z.B. Bund/Burgenland BGBl. I Nr. 89/2001), dass Patienten *„das Recht haben im vorhinein Willensäußerungen abzugeben, durch die sie für den Fall des Verlustes ihrer Handlungsfähigkeit das Unterbleiben einer Behandlung oder bestimmter Behandlungsmethoden wünschen, damit bei künftigen medizinischen Entscheidungen soweit wie möglich darauf Bedacht genommen werden kann.“* (Gmeiner und Kopetzki, 2005, p. 68) Vereinbarungen gemäß Art 15a B-VG (siehe dazu BGBl.Nr. 1/1930 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 100/2003) können nicht subjektive Rechte schaffen, sondern lediglich Pflichten für die Vertragsteile Bund-Länder begründen und somit handelt es auch bei Art 18 Patientencharta um eine „Kann-Bestimmung“. (Aigner, 2006, p. 17)

Auf völkerrechtlicher Ebene ist hier das Übereinkommen des Europarates zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin zu nennen. Nach Art. 9 dieses Übereinkommens sind bei einem im Zeitpunkt der Behandlung nicht äußerungsfähigen Patienten Wünsche zu berücksichtigen, die er früher im Hinblick auf eine solche Intervention geäußert hat. Österreich hat allerdings dieses Übereinkommen nicht ratifiziert. (Materialien zum Pat VG, 2006, P. 2)

### **5.1.3 Ärztliches Berufsrecht vs. Patientenrechte**

Eine der zentralen Bestimmungen des ärztlichen Berufsrechts verpflichtet den Arzt, unter Berücksichtigung der bestehenden Vorschriften das Wohl des Kranken zu wahren. (§ 49 Abs 1 ÄrzteG 1998) *„Der Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung*

*übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat hierbei nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren.“* siehe dazu BGBl. I Nr. 169/1998 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 156/2005) „

Nach dem geltenden Recht ist es einem einsichts- und urteilsfähigen Patienten überlassen, medizinische Maßnahmen einzuwilligen oder solche abzulehnen. Das aus § 16 des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuchs (ABGB) und aus § 110 des Strafgesetzbuchs (Siehe dazu BGBl.Nr. 60/1974) *„Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen. Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, dass durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs.1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§ 6) hätte bewusst sein können. Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen,,* aber auch aus zahlreichen anderen Regelungen abgeleitete Patientenrecht auf Selbstbestimmung verpflichtet den Arzt dazu, den Patienten vor einer Behandlung aufzuklären und seine „informierte Einwilligung“ einzuholen. Die Entscheidung des Patienten, mit der er eine Behandlung ablehnt, ist im Allgemeinen rechtlich verbindlich. Der Arzt muss diese Entscheidung befolgen, auch wenn er persönlich anderer Meinung ist. Das gilt selbst dann, wenn eine Behandlung medizinisch indiziert ist und der Patient ohne diese voraussichtlich sterben wird. Die Patientenautonomie begrenzt damit die ärztliche Behandlungspflicht. (Materialien zum Pat VG, 2006, P. 2)

In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass bei einer Behandlung, die aus medizinischer Sicht nicht indiziert oder mangels Wirksamkeit aussichtslos oder nicht mehr Erfolg versprechend ist, eine Behandlungspflicht des Arztes aus rechtlicher Sicht nicht gegeben ist, weil eine entsprechende medizinische Indikation fehlt. (Kopetzki, 2000, p. 10)

Seitens des Gesundheitsministeriums wird der Standpunkt vertreten, dass „keinesfalls davon auszugehen ist, dass Ärzte verpflichtet wären, Maßnahmen zu setzen, die einen irreversiblen Ablauf ohne Aussicht auf einen medizinischen Erfolg nur hinauszögerten.“ Eine Schmerztherapie, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft möglich und rechtlich zulässig ist, ist vor diesem Hintergrund nach den ärztegesetzlichen Berufspflichten geboten, selbst bei der Wahrscheinlichkeit einer dadurch bedingten Verkürzung der verbleibenden Restlebenszeit des Patienten. Der Unterlassung solcher Schmerztherapie könnte auch schadenersatzrechtliche Bedeutung zukommen. (Aigner, 2006, p. 17)

Ein Patient, der sich nicht mehr rechtswirksam äußern kann, kann aber nicht selbst entscheiden. Wenn die Zeit nicht ausreicht, um einen gerichtlichen Sachwalter zu bestellen, muss der Arzt eine

notwendige Behandlung durchführen (s. § 8 Abs. 3 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes [KAKuG] BGBl.Nr. 1/1957 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 122/2006).

Dabei wird sich der Arzt notgedrungen am objektiv verstandenen Interesse des Patienten orientieren, nicht aber am Willen des Patienten. Solchen von ihm unter Umständen nicht gewollten Situationen kann der Patient dadurch vorbeugen, dass er in einer Patientenverfügung vorweg den eigenen Willen artikuliert. (Materialien zum Pat VG, 2006, P. 2)

#### **5.1.4 Strafrechtliche Schranken der Verbindlichkeit**

Mit der Patientenverfügung kann sich der Patient nicht über rechtliche Schranken hinwegsetzen. Der Patient kann den Arzt zu der in Österreich verbotenen „aktiven direkten Sterbehilfe“ nicht veranlassen. Unter den Vorgaben des StGB darf auch ein eindeutiger und zweifelsfrei artikulierter Wunsch des Patienten nicht dazu führen, den Arzt zu aktiven Tötungshandlungen zu legitimieren. (Aigner, 2006, p. 17)

(Siehe dazu StGB BGBl.Nr. 60/1974: § 77. *„Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen“* und § 78 *„Wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.“*)

#### **5.1.5 Oberster Gerichtshof**

Entscheidungen österreichischer Gerichte gibt es – soweit ersichtlich – zu den mit einer Patientenverfügung zusammenhängenden allgemeinen Fragen nicht. (Materialien zum Pat VG, 2006, P. 3) Der Oberste Gerichtshof ist bis heute nur ein Mal mit der Frage nach der Bedeutung von Patientenverfügungen - im Zusammenhang mit einem „psychiatrischen Testament“ - befasst worden. (OGH 16.7.1998, 6 Ob 144/98i, RdM 1999/21=EvBl 1999/21). In dieser Entscheidung wurde die Gültigkeit der Verfügung bereits mit der Begründung verneint, dass sich die nötige Einwilligungsfähigkeit der psychisch kranken Patientin zum Zeitpunkt der Abfassung der Verfügung im nach hinein nicht mehr klären ließ. Die zentrale Frage nach der Verbindlichkeit einer Vorausfügung des einwilligungsfähigen Patienten konnte das Höchstgericht offenlassen. (Gmeiner und Kopetzki, 2005, p. 68-69).

Der geltende Rechtszustand wurde zum größten Teil aus oben erwähnten Bestimmungen abgeleitet. Exakte Handlungsanweisungen an den behandelnden Arzt und an andere Beteiligte enthielten diese Bestimmungen und auch die schon erwähnten krankenanstaltenrechtlichen Regelungen aber nicht. Das trug zur Verunsicherung der Patienten bei, die sich nicht darauf verlassen konnten, dass ihre Anordnungen im Fall des Falles auch befolgt werden. Das erschwerte aber auch die Aufgabe des Arztes, der komplexe Fragen letztendlich in ärztlicher Verantwortung entscheiden muss. Betroffen waren jedoch auch die Angehörigen von Patienten und die mit der

Pflege betrauten Personen, die in ohnehin schon schwierigen Situationen mit für sie nicht lösba­ren Problemen konfrontiert werden. (vgl. Materialien zum Pat VG, 2006, P. 3)

Vor diesem Hintergrund wurde wiederholt das Anliegen nach klarer gesetzlicher Regelung laut und von der Politik schließlich aufgegriffen

## **5.2 Der Weg aus der Sicht des Dachverbands Hospiz Österreich**

Der Dachverband Hospiz Österreich hat bei der Entstehung des Patientenverfügungsgesetzes eine wichtige Rolle gehabt, die im Folgenden ausgeführt werden soll.

Anfang der 90-Jahre begann in Österreich eine breitere wissenschaftliche Diskussion über die Patientenverfügungen. Diese Debatten waren durch Entwicklungen im Ausland, so z.B. die Euthanasie-Diskussion in den Niederlanden und in der Schweiz sowie die „living wills“ in den USA beeinflusst. Vor allem aufgrund der niederländischen Gesetzgebung zur Sterbehilfe flammte die Euthanasie-Diskussion im Jahr 2001 erneut auf. (Gmeiner und Kopetzki, 2005, p. 68-69).

### **5.2.1 Entstehung der Parlamentarischen Enquete und die Forderung für mehr Klarheit für die Patientenverfügungen**

Für den Dachverband Hospiz Österreich ist die enge Zusammenarbeit mit den politisch Verantwortlichen auf Bundesebene seit seiner Gründung 1993 eines der wichtigsten Ziele: Was Menschen in der schwierigsten Phase ihres Lebens brauchen, soll aus der Basiserfahrung der haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen aller Bundesländer zentral in Worte gefasst und jenen, die für akute Hilfen und langfristige Verbesserungen gesamtösterreichisch Sorge tragen müssen, weitergeleitet werden. Als wirksames Beispiel für erfolgreiche Lobbying - Tätigkeit kann die Parlamentarische Enquete im Mai 2001 genannt werden:

**Im September 2000** schreibt Kardinal DDr. Franz König nach intensiven Beratungen mit Vertretern der Caritas und der Hospizbewegung einen Brief an alle Klubobleute der im Parlament vertretenen Parteien und regt ein „Bündnis für Menschlichkeit“ an. Die Situation schwerkranker und sterbender Menschen sollte nach den christlichen Grundsätzen und den Erfahrungen der Hospizbewegung so verbessert werden, dass nicht der Ruf nach aktiver Sterbehilfe – wie in den Niederlanden laut werden könne. Kardinal König prägt ein Wort, das bis heute vielfach zitiert wird: „Menschen sollen an der Hand eines anderen Menschen sterben dürfen und nicht durch die Hand eines anderen Menschen“.

In Folge dieses Briefes gibt es intensive Gespräche und schriftliche Entwürfe für Veränderungsvorschläge, die wiederum von Vertretern des Dachverbands Hospiz Österreich und der Caritas mit den Politikern aller Parteien geführt bzw. eingebracht werden.

**Am 29. Mai 2001** kommt es dann zur Parlamentarischen Enquete: „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“. Nach einem Grundsatzreferat von Kardinal Dr. Franz König referieren an diesem Tag auch drei Mitglieder des Dachverbands Hospiz Österreich (Mag. Sr. Hildegard Teuschl, Dr. Harald Retschitzegger und Angelika Feichtner, DGKS). Ergebnis dieser Enquete ist der klare Beschluss: „In Österreich darf es keine aktive Sterbehilfe geben“ und der Appell: „Für optimale Sterbebegleitung ist zu sorgen“.

Wieder sind es Vertreter von Hospiz Österreich und der Caritas, die mit den Politikern zusammen die wesentlichsten Elemente für relevante Entscheidungen zusammentragen.

**Am 13. Dezember 2001** fasst dann der Nationalrat einen Entschließungsantrag mit 12 wesentlichen Punkten für Veränderungsansätze, die durch die Ministerien bzw. die Landesregierungen umgesetzt werden sollten.

**Der Punkt 10 des Entschließungsantrags betraf die Patientenverfügung:**

***„Das BMSG wird ersucht, gemeinsam mit dem BMJ praxisorientierte Lösungsmöglichkeiten für Patientenverfügungen auf der Basis des geltenden Rechtes – mit Hilfe einer einzurichtenden Expertengruppe – zu erarbeiten, aber auch allfällige legislativen Handlungsbedarf zu ermitteln“***

### **5.2.2 Verhandlungen in der Expertenkommission zur Erstellung von „Leitlinien“**

**Im Frühjahr 2002** beruft das BMSG eine Expertenkommission zur Erarbeitung von Leitlinien für Patientenverfügungen ein.

Mitglieder dieser Kommission sind:

MR. Dr. Gerhard Aigner BMSSG, Dr. jur. Gerald Bachinger, PA NÖ, Dr. jur. Walter Dohr, PA Wien, Dr. Sylvia Füzsl, BMSG, Prof. Dr. Eberhard Gabriel, Dr. jur. Michael Kierein, BMSG, Mag. Roland König, BMSG, Univ.-Prof. Dr. theol. Ulrich Körtner, Ethik u. Recht i.d.Med., DDr. med. Andreas Kyriakoulis, Prakt Arzt Wien, Prof. Dr. Anton Laggner, Univ.-Prof. Dr. jur. Michael Memmer, Univ.Wien, Univ.-Doz. Dr. med. Johannes Meran, HOSPIZ ÖSTERREICH, Univ.-Lekt. Dr.med. Michael Peintinger, Univ.Wien, Dr. jur. Thomas Russegger, PA Salzburg, Prof. Dr. Martin Schauer, Dr. med. Martina Schmidl, Ärztin im GZW, Mag. theol. Jakob Sint, HOSPIZ ÖSTERREICH, Dr. Lukas Stärker, Dr. jur. Michael Stormann, BMJ, Mag. Hildegard Teuschl CS, HOSPIZ ÖSTERREICH, Dr. Alexander Wolf, Univ.-Prof. Dr. theol. Günter Virt, Ethik u. Recht i.d.Med., Vertreter der Österreichischen Ärztekammer

### **Zwischen März 2002 und 23. Mai 2003**

In 4 Plenarsitzungen und 3 Subarbeitsgruppensitzungen wird ein Entwurf für diese Leitlinien erarbeitet.

Als Beispiel habe ich folgende Unterlagen als Anlage beigefügt:

- Einladung des BMSG am 19.9.2002 (Anhang1)
- Einladung des BMSG am 7.4.2003 (Anhang 2)
- Entwurf: Richtlinien für die Errichtung von verbindlichen Patientenverfügungen vom 19.9.2002 (Anhang 3)
- Entwurf: Richtlinien für Patientenverfügungen (Anhang 4)

### **5.2.3 Nach dem Scheitern der Leitlinien durch die Ablehnung der Österreichischen Ärztekammer**

**Zwischen Juni und Oktober 2003** gibt es zahlreiche Gespräche und Versuche die Vertreter der Ärztekammer von der Sinnhaftigkeit dieser Leitlinien zu überzeugen, was leider scheitert.

Seitens des Dachverbands Hospiz Österreich engagiert sich Hildegard Teuschl besonders mit Aigner, Bachinger, Meran und Peintinger für das Auflisten positiver Argumente.

**Am 30.Okt.2003** zeigt sich klar, dass der Versuch, mit der ÖÄK (KAD Dr. Kux, Mag. Wagner) möglicher Verbesserungen im aktuellen Richtlinienentwurf auszuloten, als gescheitert betrachtet werden musste.

Für die letzte Gesprächsrunde am 29.10.2003 war vereinbart, dass insbesondere hinsichtlich der Einschränkung "terminales Stadium" seitens Frau Mag. Wagner Verbesserungen überlegt werden sollten. Wie sich jedoch feststellen lässt - und auf welche Direktiven auch immer diese Haltungsänderung beruht - ist nicht nur keine Rede mehr davon, diesen Punkt zu erweitern. Vielmehr erklärte Frau Mag. Wagner, dass nach Durchsicht des vom BM übermittelten Entwurfes der ÖÄK die Verbindlichkeit immer noch zu sehr aufscheine und die ÖÄK daher sie eine weitere Einschränkung fordern würden.

Erstaunte Rückfrage hinsichtlich der für das Gespräch in Aussicht genommenen Adaptation der Einschränkung auf das "terminale Stadium" beantwortet die ÖÄK damit, dass sie von diesen "Forderungen" keinesfalls abgehen könne. Eine diesbezügliche Stellungnahme der ÖÄK langt beim BM ein.

**Am 31.Okt. 2003** schreibt Teuschl an das BMGF:

**GZ: 92.645/15-IB/8/03 v. 22.10.2003**

#### **Änderungen der Ärztekammer zu den Leitlinien für Patientenverfügungen**

Sehr geehrter Herr Dr. Aigner,

Nach Studium des vorgelegten Entwurfes und sorgfältigen Vergleichen des von der Expertenkommission erarbeiteten Papiers mit den von der Österr. Ärztekammer geforderten Veränderungen, lehne ich in Übereinstimmung mit Dr. Meran, Dr. Bachinger und Dr. Peintinger den vorgelegten Entwurf ab.

Ich bin über das Prozedere der Österr. Ärztekammer, deren Vertreter ja von Anfang an zur Mitarbeit eingeladen waren, sehr verärgert. Nach sieben Sitzungen mit viel persönlichen Zeitinvestitionen der Experten ein erarbeitetes Papier einseitig so zu verändern, dass phasenweise das Gegenteil vom bereits gewonnenen Konsens herauskommt, finde ich sehr schlimm!

In der Argumentation schließe ich mich jenen der genannten Kollegen an.



Danach gibt es eine Nachdenkphase und viele mündliche Gespräche der handelnden Personen.

**Das BMGF entscheidet sich im Jahr 2004 für die Erarbeitung eines Gesetzes, da keine Einigung für die Leitlinien erreicht werden konnte.**

#### **5.2.4 In der Begutachtungsphase des Gesetzes**

**Im Oktober 2004 wird Gesetzesentwurf erstmals veröffentlicht**

Es erfolgt die Einladung zur Stellungnahme an das Präsidium des Nationalrates.

#### **5.11.2004**

Stellungnahme des Dachverbandes Hospiz Österreich zum Gesetzesentwurf:

Der Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH verbreitet seit Jahren Patientenverfügungen mit dem Ziel, die bewusste Auseinandersetzung mit der letzten Lebensphase und die Selbstbestimmung der PatientInnen zu fördern. Die beachtliche Nachfrage nach Patientenverfügungen (ca. 80.000 Exemplare einer Informationsbroschüre mit grundsätzlichen Erwägungen und Anleitungen zur Erstellung wurden bisher auf Anfrage und nach Beratung versandt) ist für uns ein deutlicher Hinweis, dass es sich hierbei um einen Themenbereich von beachtlicher gesellschaftspolitischer Relevanz handelt.

Die im Folgenden angeführten drei Punkte erscheinen uns als wesentlich und beachtenswert:

#### **1. Leitlinien vor gesetzlicher Regelung**

Der Dachverband Hospiz Österreich bedauert, dass für die Etablierung von **Leitlinien** für Patientenverfügungen bisher kein Konsens gefunden werden konnte. In dieser Situation sehen wir den Weg einer gesetzlichen Regelung als durchaus auch gangbar und unterstützenswert. Allerdings glauben wir, dass es für diese Form von Vorteil wäre, im Vorfeld doch noch Konsensversuche zu starten. Eine breit angelegte Tagung zum Thema, die der Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH gemeinsam mit dem Bildungszentrum St. Virgil / Salzburg für 4./5. Feb. 2005 derzeit vorbereitet, könnte ein Beitrag unsererseits dazu sein.

#### **2. Eine Klärung scheint uns erforderlich, ob der Geltungsbereich der Patientenverfügung auf die unmittelbare Sterbephase eingeschränkt sein soll.**

In den Erläuterungen (Allgemeiner Teil, Hauptgesichtspunkte des Entwurfs- S 2 letzter Absatz) heißt es: "Die Entscheidung des Patienten ..., welche Behandlung er ... wünscht oder nicht wünscht, ist rechtlich verbindlich ... dies gilt auch dann, wenn ein Eingriff medizinisch dringend erforderlich ist und der Patient ohne ihn sterben würde."

Zu § 4 (S. 4 der Erläuterungen) heißt es: „Deshalb ist es auch dem Verfasser einer Patientenverfügung erlaubt, im Voraus zu bestimmen, welche lebenserhaltenden Behandlungsmethoden er im Fall einer künftigen, an sich unmittelbar zum Tode führenden Erkrankung ablehnt.“

**Variante 1:** Unser Vorschlag geht dahin, den Satz ohne diese Einschränkung zu belassen, also: **Deshalb ist es auch dem Verfasser einer Patientenverfügung erlaubt, im Voraus zu bestimmen, welche lebenserhaltenden Behandlungsmethoden er oder sie ablehnt.**

Sollte dem Gesetzgeber aber der Bezug zum unmittelbaren Tod für nicht entbehrlich halten, schlagen wir als **Variante 2** vor: „.....welche lebenserhaltenden Behandlungsmethoden er ablehnt, insbesondere im Fall einer unmittelbar zum Tode führenden Erkrankung“.

### **3. Darüber hinaus würde der Vorstand von HOSPIZ ÖSTERREICH die Möglichkeit, einen Stellvertreter in Gesundheitsangelegenheiten benennen zu können, sehr begrüßen.**

Diese Möglichkeit wäre für die Sicherheit und wahrscheinlich auch für die Handhabung gesetzlich geregelter Patientenverfügungen vorteilhaft. Uns ist allerdings bewusst, dass diese Möglichkeit weitere beträchtliche Vorbereitungsarbeit erfordert.

### **4. – 5. 2.2005 Patientenverfügungstagung in St. Virgil**

Am 4./5. Feb 2005 ist der Dachverband Hospiz Österreich gemeinsam mit der Salzburger Patientenvertretung Mitveranstalter einer großen Tagung „ETHIK:RAT-öffentlich. Autonomie und Fürsorge. Die Patientenverfügung in der Praxis von Pflege und Medizin“ mit ca 300 TeilnehmerInnen in St.Virgil/Salzburg, wo die Frage eines Patientenverfügungsgesetzes sehr unterschiedlich diskutiert wird.

Namhafte VertreterInnen aus dem gesamten deutschsprachigen Raum diskutieren rechtliche, ethische und medizinische Fragen rund um die Patientenverfügung. Die ExpertInnengespräche werden höchst kontroversiell geführt. In der Schlussdebatte werden die unterschiedlichen Forderungen seitens der Ärzteschaft und der Pflegepersonen einerseits, und jenen der Gesetzgebung und der Beratungsorgane andererseits deutlich. Die deutsche Philosophin Thea Rehbock sieht einen Paradigmenwechsel in der Haltung der Patienten gegenüber dem Arzt. Die alte Sichtweise, dass der Arzt es schon besser wissen wird, wird von einer neuen und mündigeren Haltung der Patienten abgelöst. Jedem Menschen muss zugestanden werden, sein Sterben und dessen Gestaltung in die Hand nehmen zu dürfen.

Prof. Dr. Günter Virt plädiert, als eines der zwölf Mitglieder des Europäischen Ethikrates, für eine klare Definition der Reichweite einer Patientenverfügung. Hier ortet er viele gefährliche Grauzonen, die weder Ärzten noch Patienten und Angehörigen zumutbar sind. Patientenverfügungen müssen in ihrer Form und Verbindlichkeit noch ausführlich diskutiert und erprobt werden, bevor eine Klarheit in der Gesetzgebung geschaffen werden kann. Es ringen alle europäischen Staaten um Gesetzesentwürfe zur Gestaltung dieser Lebensbereiche. In der Folge kamen noch Landeshauptfrau Mag. Gabi Burgstaller seitens der Gesetzgebung, der Präsident der Österreichischen Ärztekammer Dr. Brettenthaler, Mag. Hildegard Teuschl von Hospiz Österreich, sowie zahlreiche VertreterInnen der Wissenschaft und Rechtsmedizin wie OA Dr. Michal Peintinger Wien, oder Dr. Arnd May vom Zentrum für Medizinische Ethik in Bochum zu Wort.

"Ärzte können keine Interpreten des Rechts sein. Das ist keinem Arzt in der Situation der Entscheidung zwischen Leben und Tod zumutbar" stellte der Präsident der Österreichischen Ärztekammer Dr. Reiner Brettenthaler fest. Er forderte unmissverständliche Handlungsrichtlinien. Um die Arbeit des Arztes zu erleichtern forderte Brettenthaler die Errichtung eines Zentralregisters für Patientenverfügungen. Er räumte allerdings auch Skepsis über die Notwendigkeit eines

Gesetzes ein, weil zu viele ungeklärte Situationen vorliegen. Dies ist auch der Grund warum seitens der Ärzte die Schaffung eines Gesetzes nicht vorrangig betrieben wird. Vorwürfe, wonach die Ärzte "Angst vor der Beschneidung ihrer Entscheidungsgewalt hätten" wies Brettenthaler massiv zurück und meinte: "Es fragt niemand, wie es den Ärzten dabei geht?" Die Befindlichkeit aller anderen Betroffenen werde weitaus mehr berücksichtigt. "Wir sind keine Todesengel", sondern dem Leben und der Hilfeleistung verpflichtet. Prof. Dr. Günter Virt warnt ausdrücklich vor Missbrauch eines derartigen Gesetzes, auch im Hinblick auf mögliche wirtschaftliche Überlegungen (z. B. bei Komapatienten). Eine breite gesellschaftliche Diskussion wird unerlässlich sein.

"Sich noch viel Zeit nehmen" forderte auch Mag. Hildegard Teuschl vom Dachverband Hospiz Österreich. Sie spricht sich gegen die Schaffung eines Zentralregisters aus. Eine Patientenverfügung ist dafür zu persönlich. Außerdem ist auf diese Weise nicht gesichert, dass dem letzten Stand, also bei Änderung des Patientenwillens nach Errichtung der Verfügung, auch Rechnung getragen werden kann. Sie regt eine nach deutschem Vorbild zu erarbeitende Vorsorgevollmacht an.

Konsens herrscht hingegen bei allen Beteiligten über die Notwendigkeit einer breiten Diskussion und der Erprobung von Richtlinien vor Schaffung eines neuen Gesetzes. Weiters wünschen sich alle DiskussionsteilnehmerInnen die Möglichkeit von mehr Beratung für Angehörige, Ärzte und Pflegepersonal, also für alle Betroffenen in diesen entscheidenden Fragen am Lebensende.

#### **Für 21. Februar 2005**

lädt das BMGF (Dr. Aigner /Dr. Füzsl) die Mitglieder der ARGE Patientenverfügung ins Amtsgebäude in der Radetzkystr. ein und legt einen Gesetzesentwurf vor.

Auch bei dieser Sitzung gibt es ziemliche Differenzen zwischen den Vertretern der ARGE Patientenverfügung und der ÖÄK. Das BMJ und die Bioethikkommission bringen sich verstärkt ein.

#### **Am 25. Februar 2005**

Befürwortender Artikel von Mag. Hildegard Teuschl, Vorstands- Vorsitzende des Dachverbandes Hospiz Österreich erscheint in der Österreichischen Ärztezeitung, der ausführlich über die Patientenverfügung berichtet. Gleichzeitig spricht sich der Ärztekammerpräsident Dr. Brettenthaler strikt gegen die „Leitlinien“ aus.

#### **März 2005 Nächster Entwurf zum Patientenverfügungsgesetz**

### **13. Mai 2005**

Die Richtervereinigung (Präs. Barbara Hellige) äußert schwere Bedenken gegen den Patientenverfügungsentwurf: Eine verbindliche Patientenverfügung birgt die Gefahr, dass „Menschen Entscheidungen treffen, die sie später nicht mehr revidieren können, weil es der Gesundheitszustand nicht mehr zulässt“. Weiters könnte ein gesellschaftlicher Druck entstehen, dass durch hohe Kosten, die medizinische Behandlungen manchmal verursachen, man Lebensverlängerungen aus Kostengründen in Frage stellt. Dadurch könnten sich alte Menschen selbst unter Druck setzen, wenn sie ihrer Umgebung nicht zur Last fallen wollen.

Präsidentin Hellige: „Das halte ich für hoch bedenklich und plädiere daher dafür, grundsätzliche Punkte unserer humanitären Verpflichtungen nicht in Frage zu stellen. Es sollte für niemanden der Eindruck entstehen, er könne der Gesellschaft, der Familie oder dem österreichischen Budget ‚helfen‘ indem er auf die Verlängerung seines Lebens verzichtet.“

### **Mai 2005**

Der Dachverband Hospiz Österreich überlegt mit Prof. DDr. Paul M. Zulehner vom Institut für Pastoraltheologie der Universität Wien eine Studie über die Patientenverfügung zu machen. Nach einigen Überlegungen wird diese Studie wegen zu hoher Kosten und Arbeitsintensität verworfen.

### **30. Juni 2005**

Expertenrunde zur Patientenverfügung wird von BM Maria Rauch-Kallat ins Parlament eingeladen.

### **6. Juli 2005**

Nächster überarbeiteter Entwurf des Gesetzes

### **8. Juli 2005**

Nächste Expertenrunde auf Einladung von BM Rauch-Kallat im Parlament.

## **5.2.5 Von der Veröffentlichung der Regierungsvorlage des PatVG bis zum Entschluss im Nationalrat**

**2. Februar 2006 Ministerrat verabschiedet das Patientenverfügungsgesetz** (siehe Kapitel 6)

Aus den folgenden Pressemeldungen und Stellungnahmen und werden unterschiedliche Reaktionen auf die Regierungsvorlage ersichtlich:

**APA0035 2006-02-01/05:00 / Gesetzesentwurf zur Patientenverfügung am Donnerstag im Ministerrat  
Grundlage für verbindliche Regelung des Behandlungs(un)willens geschaffen**

Wien (APA) - Mit der gesetzlichen Regelung der Patientenverfügung hat der Ministerrat am morgigen Donnerstag **2.2.06** ein sensibles Thema auf der Tagesordnung. Die Patientenverfügung ist ein Dokument, in dem aufgezeichnet wird, welche medizinischen Behandlungsmethoden nicht angewendet werden dürfen, wenn man zu einer diesbezüglichen Meinungsäußerung selbst nicht mehr in der Lage ist. Durch den Gesetzesentwurf, der von Justiz- und Gesundheitsministerium eingebracht wird, soll sowohl für Patienten als auch für Ärzte Rechtssicherheit und Klarheit über die Verbindlichkeit des Behandlungs(un)willens geschaffen werden.

Unterschieden wird dabei zwischen der "verbindlichen" und der "beachtlichen" Patientenverfügung. Für eine verbindliche Verfügung ist volle Einsichts- und Urteilsfähigkeit nötig. Minderjährige oder Personen, die unter Sachwalterschaft stehen, können diese Erklärung nicht abgeben, erläuterte Ulrike Steinkogler aus dem Kabinett von Justizministerin Karin Gastinger (B) im Gespräch mit der APA.

Zum Unterschreiben einer rechtlich verbindlichen Patientenverfügung ist im Vorfeld eine adäquate Aufklärung durch den behandelnden Arzt Voraussetzung. In der Verfügung können lediglich gewisse medizinische Maßnahmen abgelehnt werden - "man kann sich aber keine Behandlung wünschen", so Steinkogler.

Die Gültigkeit der Verfügung, die nur vor einem Notar, Rechtsanwalt oder der Patientenanwaltschaft abgegeben werden kann, soll auf fünf Jahre beschränkt sein (ursprünglich vorgesehen waren drei Jahre). Anschließend muss gegebenenfalls eine neue wirksame Erklärung fixiert werden. Um den formalen Kriterien zu genügen, wird im Justizministerium derzeit die Möglichkeit eines Vordrucks für Patientenverfügungen erwogen, sagte Steinkogler.

Werden nicht alle Formvorschriften eingehalten, handelt es sich bei der Patientenverfügung nicht um eine "verbindliche" sondern lediglich um eine "beachtliche", die als Orientierungshilfe bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens dienen soll. Ein ursprünglicher Gesetzesentwurf des Gesundheitsministeriums zu dieser Causa war bereits im Herbst 2004 in Begutachtung. Mit Hilfe des von Justiz- und Gesundheitsressort überarbeiteten Entwurfes, der am Donnerstag Thema im Ministerrat sein wird, soll die Patientenverfügung aus ihrer rechtlichen Grauzone herausgehoben und auf eine verbindlich solide Basis gestellt werden.

**Einladung zur Pressekonferenz mit BM Maria Rauch-Kallat und BM Karin Gastinger**

"Patientenverfügung - mehr Rechte für Patient/innen, Sicherheit für Ärzt/innen"

Wien (OTS) - Wir laden die Damen und Herren von Presse, Hörfunk und Fernsehen sehr herzlich zur

**P R E S S E K O N F E R E N Z**

zum Thema: "Patientenverfügung - mehr Rechte für Patient/innen, Sicherheit für Ärzt/innen"

mit Bundesministerin Maria Rauch-Kallat - BMGF und

Bundesministerin Karin Gastinger - BMJ

Zeit: Freitag, 3. Februar 2006 um 9:00 Uhr

Ort: Pressezentrum, Stubenring 1, 1010 Wien

ein.

## **2. Februar 2006** Stellungnahme des Dachverbands HOSPIZ ÖSTERREICH zum Gesetz:

Der Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH begrüßt den Beschluss eines Gesetzesentwurfs über "Patientenverfügungen" des Ministerrats vom Donnerstag, 2. 2. 06. Das Gesetz muss nun noch vom Parlament bestätigt werden. Damit ist ein wichtiger Schritt zur Stärkung der Patientenrechte gesetzt.

So wie in vielen Ländern Europas wird in Österreich seit Jahren über die rechtliche Absicherung von Patientenverfügungen beraten. Ziel ist sowohl die Verbesserung der Patientenautonomie als auch die Entscheidungshilfe für Ärzte, Pflegende und Angehörige, im Sinne eines Schwerstkranken zu handeln, wenn dieser selbst nicht mehr sprechen kann.

Durch die großen Fortschritte der Medizin sind viele Menschen verunsichert, ob in ihren letzten Tage und Wochen wohl alles getan wird, damit sie keine Schmerzen leiden müssen. Sie möchten aber nicht, dass ihr Sterben künstlich hinausgezögert wird. Dass Schwerkranke und ihre Angehörigen zunehmend auf die Hilfe von Hospizbewegung und Palliativmedizin zählen, zeigt sich auch in der Tatsache, dass in den letzten 5 Jahren über 100.000 Exemplare der Broschüre zur Errichtung einer Patientenverfügung beim Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH angefordert wurden.

Der Gesetzesentwurf sieht nun eine adäquate Aufklärung durch den behandelnden Arzt vor und unterscheidet zwischen "verbindlichen" und "beachtlichen" Patientenverfügungen.

Es wird nun weiter zu überlegen sein, welche Hilfen und Informationen vor allem ältere und schwerkranke Menschen bekommen. Für sie ist es besonders wichtig Vertrauen in Ärzte und Pflegende zu haben. Gleichzeitig sollen sie ihre Rechte als mündige Patienten zu einem Zeitpunkt wahrnehmen, wo sie noch gut in der Lage sind, Entscheidungen für ihre letzte Lebensphase zu treffen. Dass dabei Gespräche mit Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen eine bedeutende Rolle spielen, versteht sich von selbst. Die Hospizbewegung wird gerade in diesem Punkt verstärkt wieder auf die Zuhör- und Gesprächshilfe von Ehrenamtlichen BegleiterInnen setzen und spezielle Schulungen für den Umgang mit Patientenverfügungen anbieten.

## **3. Februar 2006** Presseinformation BMFG mit mißverständlichen Satz über die künstliche Ernährung(Anhang 5) und weitere Pressemeldungen (Anhang 6, 7 und 8)

### **Februar 2006:**

Vertreter der Tiroler Hospizbewegung plädieren innerhalb des Dachverbands Hospiz Österreich für eine Negativ-Stellungnahme zum Gesetzesentwurf.

Hildegard Teuschl lehnt dies ab. Es kommt zu Spannungen im Vorstand.

## **2. März 2006** Eine kritische Stellungnahme von Prof. Dr. Johannes Meran in der Kathpress (siehe Anhang 9)

**17. März 2006** Ein Gespräch im BMGF auf Einladung von Dr. Aigner u. Mag. Pressl im Auftrag von BM Maria Rauch-Kallat mit den unterschiedlichen Meinungsvertreter innerhalb des Dachverbandes Hospiz Österreich, OPG (Österreichische Palliativgesellschaft) und Caritas.

Anwesend seitens des BMGF: MR. Dr. Gerhard Aigner, Mag. Florian Pressl, Dr. Roland König,.

Mag. Arnold Schett und Dr. Elisabeth Medikus (Tiroler Hospizbewegung) sowie der Tiroler NR-Abgeordnete Maria Grander, Dr. Hans Zoidl (OÖ), Dr. Heinrich Kiss (B), Mag. Christof Eisl (S) , Dr. Franz Zdrahal und Dr. Michaela Werni (OPG) sowie Mag. Judit Marte (Österreich. Caritaszentrale),

Sigrid Boschert (Caritas Wien, Grundlagenarbeit), Mag. Leena Stachl u. Hildegard Teuschl CS (Hospiz Österreich)

Die Tiroler Hospizbewegung und die Caritas Tirol waren mit dem vorliegenden Patientenverfügungsgesetz, wie es im Ministerrat beschlossen worden ist, in folgenden Punkten nicht einverstanden.

1. Künstliche Ernährung: Hier wollen sie eine Klarstellung der nicht eindeutigen Formulierungen sowie eine Ausweitung auf den Bereich der Pflege.
2. Der beachtlichen Patientenverfügung soll gegenüber der verbindlichen PV der Vorzug gegeben werden.
3. Die formalen Hürden für die verbindliche Patientenverfügung sollen reduziert werden, wobei sie hier sowohl die umfangreiche ärztliche Beratung, vor allem aber die juristische Beratung (die Patientenverfügung muss vor einem Rechtsanwalt, Notar oder Patientenanwalt errichtet werden) ablehnen.

Dies wurde allen NR-Abgeordneten, den Mitgliedern im Gesundheits- und Justizausschuss sowohl in einem Schreiben mit dem Emblem der Tiroler Hospizbewegung als auch dem Logo der Caritas der Diözese Innsbruck mitgeteilt.

Zu diesen Punkten nahm Dr. Aigner Stellung und stellte klar, dass neben dem Setzen einer PEG-Sonde auch die künstliche Ernährung als Teil der ärztlichen Ernährung, also auf Anordnung des Arztes, mit einer Patientenverfügung ausgeschlossen werden kann. Es wird zugegeben, dass dies in den Erläuterungen nicht explizit formuliert ist. Mittels Ausschussfeststellung (d.h. die Abgeordneten als der Gesetzgeber können sagen, wie sie bestimmte Erläuterungen verstanden haben wollen) wird versucht werden, eine Klarstellung zu erreichen. Eine Sondenernährung, die eine ärztliche Anordnung erforderlich macht, fällt selbstverständlich nicht unter den Begriff der Pflege.

A. Schett hält eine Ausweitung auf den Bereich der Pflege, gerade wenn es um die Ernährung geht, für wichtig, denn es darf keine Zwangsernährung geben. Diese Ausweitung wird abgelehnt, weil das PatVG nur für den Bereich des Verbots der eigenmächtigen medizinischen Heilbehandlung (§110 StGB) gilt.

Diese Einschränkung ist gerechtfertigt, denn ein medizinischer Eingriff gegen den Willen des Patienten ist wesentlich problematischer (körperliche Integrität, Eingriff auf bzw. Gefahr für Leib und Leben) zu beurteilen, als z.B. eine Körperpflege (waschen, einschmieren), die gegen den Willen des Patienten durchgeführt wird. Daher wird die eigenmächtige Heilbehandlung unter Strafe gestellt, nicht aber eine Pflegehandlung, die gegen den Willen des Patienten durchgeführt wird.

Für diese Grenzziehung zwischen Pflege und Medizin gibt das GuKG sehr viele Anhaltspunkte und klare Regelungen, auch wenn man damit nicht alle Einzelfälle klären wird, wie dies in keinem Gesetz gelingt. Hier muss akzeptiert werden, dass einige Fragen offen bleiben, das ist nicht zu ändern und kann nicht über das PatVG gelöst werden!

In der Diskussion über "verbindliche" und "beachtliche" Patientenverfügungen zieht Dr. Aigner folgendes Fazit:

- Eine beachtliche Patientenverfügung kann so beachtlich sein, dass sie an die verbindliche Patientenverfügung ganz nah heran reicht! Dies stärkt den Rücken der ÄrztInnen.
- Das Wörtchen „NUR“ vor beachtlicher Patientenverfügung sollte möglichst vermieden werden.
- Was bei einer beachtlichen Patientenverfügung allerdings nicht verhindert werden kann (im Gegensatz zur verbindlichen Patientenverfügung): Ein Sachwalter muss eingeschaltet werden.
- Die einen haben die ärztliche Aufklärung abgelehnt (Zeugen Jehovas), die anderen meinten, wenn man bei bestimmten Rechtsgeschäften (Kauf eines Grundstückes) einen Notar benötigt, dann müsste dies aber auch bei einer Patientenverfügung, wo es um Leben und Tod geht, angewandt werden.
- Eine Änderung ist hier nicht mehr möglich, das Gesetz müsste völlig neu geschrieben werden.

Diskussion zu Punkt 3:

Die derzeitige Regelung wurde von Dr. Aigner als Ergebnis eines sehr langen und umfassenden Diskussionsprozesses dargestellt. Überdies gibt es in anderen Bereichen, wo es nicht um Leben oder Tod geht, noch ganz andere und weit umfangreichere Vorschriften. Er verweist darauf, dass es hier um sehr sensible Fragen geht. Dr. Medicus, Tiroler Hospizverein, hält dem entgegen, dass es doch möglich sein müsse, eine höchst persönliche Entscheidung und Willenskundgebung ohne diese Formalakte fest zu legen.

Wiederum Dr. Aigner:

- Gewisse Hürden für die Errichtung einer Patientenverfügung sind gerechtfertigt, denn diese Formvorschriften erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass hier tatsächlich der Wille des Patienten erfasst wird. (Aigner deutete an, dass ansonsten kein Konsens hätte erreicht werden können.)



- Wir betreten absolutes Neuland, daher sollte man beim Start eher vorsichtiger sein. Dem 4-Augen-Prinzip (Patient und Arzt) soll noch ein 6-Augen-Prinzip (Patient + Arzt + rechtskundiger Mitarbeiter einer Patientenvertretung (oder RA, Notar) hinzugefügt werden.

Aigner bestätigte, dass das Gesetz von Anfang an evaluiert werden soll. „Wir brauchen jetzt einfach konkrete Erfahrungen, weil weitere Diskussionen im Sinne der Betroffenen uns wenig weiterhelfen.“

Was ein Zentralregister für Patientenverfügungen betrifft, sind sich alle Anwesend einig, dass dies nicht wünschenswert ist. Es wird darüber noch beraten, ob die **e-card** ein Transportmittel für das Vorhandensein einer Patientenverfügung sein könnte.

**23. März 2006** Justizausschuss, wo auch Hildegard Teuschl vom Dachverband Hospiz Österreich zur einen Stellungnahme eingeladen wurde. (Protokoll als Anhang 10)

**29. März 2006** Beschluss des Pat.VG im Nationalrat. Leider kein einstimmiger Beschluß. Die SPÖ stimmt dagegen, vor allem wegen der hohen Kosten für die verbindliche Patientenverfügung. Der Abänderungsantrag der Grünen war zuvor in der Minderheit geblieben. (Anhang 11)

**8. Mai 2006** Veröffentlichung in dem Bundesgesetzblatt (Anhang 12)

## **In Krafttreten am 1. Juni 2006**

### **5.2.6 Prozess für ein einheitliches Formular in Österreich**

#### **April – Juni 2006:**

Zahlreiche Sitzungen zur Erstellung eines gemeinsamen Formblattes zur Errichtung einer Patientenverfügung: 11 Versionen werden hauptsächlich von: Patientenanwaltschaft NÖ (Bachinger, Kräftner, Ortel) Dachverband Hospiz Österreich (Hildegard Teuschl) Caritas (Sigrid Boschert) erarbeitet. Einbezogen sind BMGF, BMJ, ÖÄK, Notariatskammer, Rechtsanwaltskammer, Patientenanwaltschaften Wien und Burgenland und Vorstandsmitglieder des Dachverbands Hospiz Österreich.

Durchbruch gelingt am Ende Juni 2006, als endlich auch die Österreichische Ärztekammer dem gemeinsamen Entwurf zustimmt.

Parallel dazu im Dachverband Hospiz Österreich Erarbeitung einer neuen Broschüre mit Erläuterungen zum Gesetz und Textbausteinen. Der Druck und die österreichweite Verteilung aller Broschüren wird von der Tiroler Hospizgemeinschaft an den Dachverband Hospiz Österreich verlegt. Anfang Juli 2006 Druck von 20.000 neuen Broschüren und am Anfang Oktober Neudruck von 12.000 Broschüren. Details über die Versendung der Broschüren sind im Kapitel 5.4. Statistik über die Nachfrage der Patientenverfügungs-Broschüren zu lesen.

### **5.2.7 Beginn der Implementierungsphase (bis Ende Oktober 2006)**

Am **6. September 2006** organisiert der Dachverband Hospiz Österreich eine gemeinsame Pressekonferenz zum Thema Patientenverfügung mit den Patientenanwaltschaften NÖ (Dr. Bachinger) und Wien (Dr. Dohr) sowie mit Caritas Wien (Dr. Landau). Pressemeldung von Kathpress im Anhang. (Anhang 13)

Im Laufe des Herbstes 2006 veröffentlicht Hildegard Teuschl zahlreiche Artikel in verschiedenen Medien und ist in mehreren Radiosendungen als Gast (z.B. Ö1 Mittagsjournal) und zwei Mal im Fernsehen (ZiB 1 und Willkommen Österreich). Sie hält auch mehrere Vorträge zum Thema Patientenverfügung und Hospizarbeit in Österreich und informiert in dieser Weise die Bevölkerung über das neue Patientenverfügungsgesetz.

### **Infokampagne mit BMJ und BMFG für die Multiplikatoren in allen Bundesländern**

**3.7.2006** 1. Besprechung im BMJ für eine Implementierungskampagne im Herbst.

**25.7.2006** 2. Besprechung im BMJ für die Implementierungskampagne / Aufgabenverteilung; Beschluss die Veranstaltungen über die Hospizbewegung und Bildungshäuser der Kirche zu organisieren.

**August - September 2006:** Planungsphase der Implementierung

**Oktober – Dezember 2006:** Fachtagungen über Patientenverfügungen und Sachwalterrecht für Multiplikatoren (Ärzte, Pflegepersonal, Juristen) in allen österreichischen Bundesländern werden organisiert. (Einladung siehe Anhang 14 und Programm siehe Anhang 15)

Eine gemeinsame Homepage: [www.patientenverfuegung.org.at](http://www.patientenverfuegung.org.at) wird gestaltet.

## 5.3 Entwicklung der Patientenverfügungsbroschüre von Hospiz Österreich

Im Jahr 1994 wurde der erste Entwurf für eine Patientenverfügung von der Tiroler Hospizgemeinschaft erstellt. Dr. Josef Bachlechner, Staatsanwalt in Innsbruck und Vorstandsmitglied bei der Tiroler Hospizgemeinschaft hat diesen Entwurf gemeinsam mit dem Moraltheologen Pater Dr. Hans Rotter SJ erstellt. Diese erste Version lag damals nur als einfache Kopie vor. Im Sommer 1995 wurde die erste Version noch einmal überarbeitet und dann in gedruckter Form in die Öffentlichkeit gebracht. Das Original war in grünlicher Seifenblasen-Optik gehalten.


„Wir haben dann mehrere Aktionen zur Patientenverfügung gemacht, die ja damals noch für die meisten völlig neu und vehement umstritten war. Um hier sowohl rechtlich als auch theologisch-ethisch fundiert arbeiten zu können, haben wir damals Bischof Stecher um seine Stellungnahme gebeten und er hat dem Formular ausdrücklich seine Zustimmung erteilt. Weiters beteiligt war nach meiner Erinnerung auch die Obfrau der Hospiz-Bewegung, Margit Klingan.“ so erzählt MMag. Franz Tichy, ehemaliger Geschäftsführer der Tiroler Hospizgemeinschaft. Bis zum Jahr 1996 wurden 4000 Stück von dieser ersten Patientenverfügungsbroschüre verteilt.

<p>Ich bitte meine behandelnden Ärzte, ihre Entscheidungen bezüglich meiner lebenserhaltenden Therapie gewissenhaft und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung zu treffen und mit den vorstehend genannten Vertrauenspersonen zu besprechen sowie diese über meinen Zustand und die Prognose ohne Vorbehalt aufzuklären. Zu diesem Zweck entbinde ich meine behandelnden Ärzte von der Verschwiegenheitspflicht in Bezug auf die genannten Vertrauenspersonen. Ich möchte mein Leben und Sterben in Würde, Achtung und Humanität zu Ende bringen und vertraue darauf, daß meine Wünsche erfüllt werden.</p> <p style="text-align: center;"><b>Ich danke von Herzen allen Personen für jede Hilfe, die sie mir für ein menschenwürdiges und persönliches Sterben angedeihen lassen.</b></p> <p><i>Klein, 1.1.1999</i> Datum _____</p> <p>_____ eigenhändige Unterschrift</p> <p>Wiederbestätigt am (Datum) _____ eigenhändige Unterschrift</p> <p>Wiederbestätigt am (Datum) _____ eigenhändige Unterschrift</p> <p>Wiederbestätigt am (Datum) _____ eigenhändige Unterschrift</p> <p><small>Diese Willenserklärung basiert auf einem Text der Tiroler Hospiz-Gemeinschaft und wurde vom Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH mit den Verantwortlichen der Hospizbewegung in den Bundesländern überarbeitet. Sie ist erhältlich:</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BEI DER TIROLER HOSPIZGEMEINSCHAFT, 6020 Innsbruck, Erlenstraße 12, Tel. 0512 / 72 70-38</li> <li>• BEI DEN REGIONALEN HOSPIZGRUPPEN IN DEN ÖSTERREICHISCHEN BUNDESLÄNDERN</li> <li>• IN DEN HOSPIZEN, PALLIATIVSTATIONEN UND BEI DEN AMBULANTEN HOSPIZDIENSTEN</li> <li>• BEIM DACHVERBAND „HOSPIZ ÖSTERREICH“, 1130 Wien, Lainzerstraße 138, Tel. 01 / 804 75 93</li> </ul> <p><small>Herausgeber: Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH / Menschenwürde bis zuletzt A-1130 Wien, Lainzerstraße 138, Tel. 01 / 804 75 93 / September 1997 Gestaltung: Egger &amp; Lerch, 6840 Götzis / Druck: Fischer, 6430 Ostal</small></p>	<p><i>i</i> ch lebe mein Leben in wachsenden</p> <h2 style="text-align: center;">Willenserklärung</h2> <p><b>PATIENTENVERFÜGUNG</b></p> <p>Ringen, die sich über die Dinge ziehn. Ich werde den letzten vielleicht nicht vollbringen, aber versuchen will ich ihn.</p> <p><i>Rainer Maria Rilke</i></p> <p><small>Gilt nur für den Fall, daß ich mich selbst über einen Zeitraum von mehreren Tagen oder Wochen nicht mehr äußern kann und auch keine reale Aussicht auf meine Mittelbarkeit besteht.</small></p>
---	---

1997

Danach folgte im Jahr 2002 eine neu überarbeitete Version der Broschüre  
Patientenverfügung

## Patientenverfügung Willenserklärung



Herausgegeben von  
**HOSPIZ ÖSTERREICH**  
Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen  
A-1130 Wien, Lainzer Str. 138  
Tel/Fax: +43-1-803 98 68  
E-mail: dachverband@hospiz.at  
Web: www.hospiz.at

### Informationen zur internationalen Hospizbewegung

Der Begriff „Hospiz“ kommt vom lateinischen „hospitium - Herberge, Gast“. Er steht heute für eine weltweite Bewegung, die sich die Begleitung Schwerkranker, Sterbender, aber auch deren Angehöriger zur Aufgabe gemacht hat.

Die Ärztin und Krankenschwester Dr. Cicely Saunders, die 1967 in London die Hospizbewegung durch die Einbindung der Palliativmedizin ins Spitalswesen neu begründete, formuliert dies wie folgt: „Du bist wichtig, weil du eben DU bist, du bist wichtig bis zum letzten Augenblick deines Lebens, und wir werden alles tun, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben kannst.“

Eine gezielt gewollte Lebensverkürzung (= aktive Euthanasie) wird von der Hospizbewegung aus Überzeugung abgelehnt, vielmehr die sogenannte „palliative care“ (= „lindernde Fürsorge“) als echte Alternative gefordert.

Palliative Betreuung ist dann angezeigt, wenn keine „curativen“ (d. h. heilenden) Behandlungsergebnisse mehr zu erwarten sind. Wenn schmerzhaftes Behandlungsmethoden keine Aussicht auf Erfolg bieten, ist darauf zu verzichten. Eine sorgfältige Schmerztherapie, die die Linderung vorhandener Schmerzen zum Ziel hat, ist ein wesentliches Grundelement der Hospizidee.

„Palliative Care“ ermöglicht Menschen mit lebensbedrohlichen Erkrankungen ein würdiges Leben bis zum Schluss.

PatientInnen denen die liebevolle Betreuung palliativer Pflege zuteil wurde hatten nach kürzester Zeit den Wunsch nach Euthanasie aufgeben.

In Österreich bemüht sich die Hospizbewegung daher seit vielen Jahren, alles zu tun damit Palliative Care immer mehr Zustimmung findet. Erfreulicher Weise ist gerade in jüngster Zeit die Zahl der Ärztinnen und Pflegenden, die im Sinne der Hospizidee um Schmerzlinderung und Reduzierung des Leidens besorgt sind, stark im Steigen begriffen.

Helpen Sie mit, die Hospizidee zu verbreiten und informieren Sie sich und Ihre Umwelt weiter über hilfreiche Adressen in allen Österreichischen Bundesländern unter:  
[www.hospiz.at](http://www.hospiz.at)

Herausgeber u. Verleger: Dachverband HOSPIZ ÖSTERREICH, A 1130 Wien, Lainzer Str. 138  
4. erweiterte Auflage / September 2002  
Gestaltung und Druck: DIE DRUCKEREI Hans Egger Ges.m.b.H., 6400 Innsbruck

Im Jahr 2005 wurde dann die erste Version mit einer Hinweiskarte erstellt


Ich lebe mein Leben  
in wachsenden Ringen,  
die sich über die Dinge zieh'n  
ich werde den letzten  
vielleicht nicht vollbringen,  
aber versuchen will ich ihn

(R. M. Rilke)

Bitte abtrennen, bei sich tragen und eventuell auch einer Vertrauensperson übergeben

<p style="font-size: x-small;">Ich habe eine Patientenverfügung verfasst. Sie befindet sich:</p>    <p style="font-size: x-small;">Name(n) und Adresse(n) meiner Vertrauensperson/en:</p>	<p style="font-size: x-small;">Ich habe eine Patientenverfügung verfasst. Sie befindet sich:</p>    <p style="font-size: x-small;">Name(n) und Adresse(n) meiner Vertrauensperson/en:</p>
---	---

## Patientenverfügung Willenserklärung

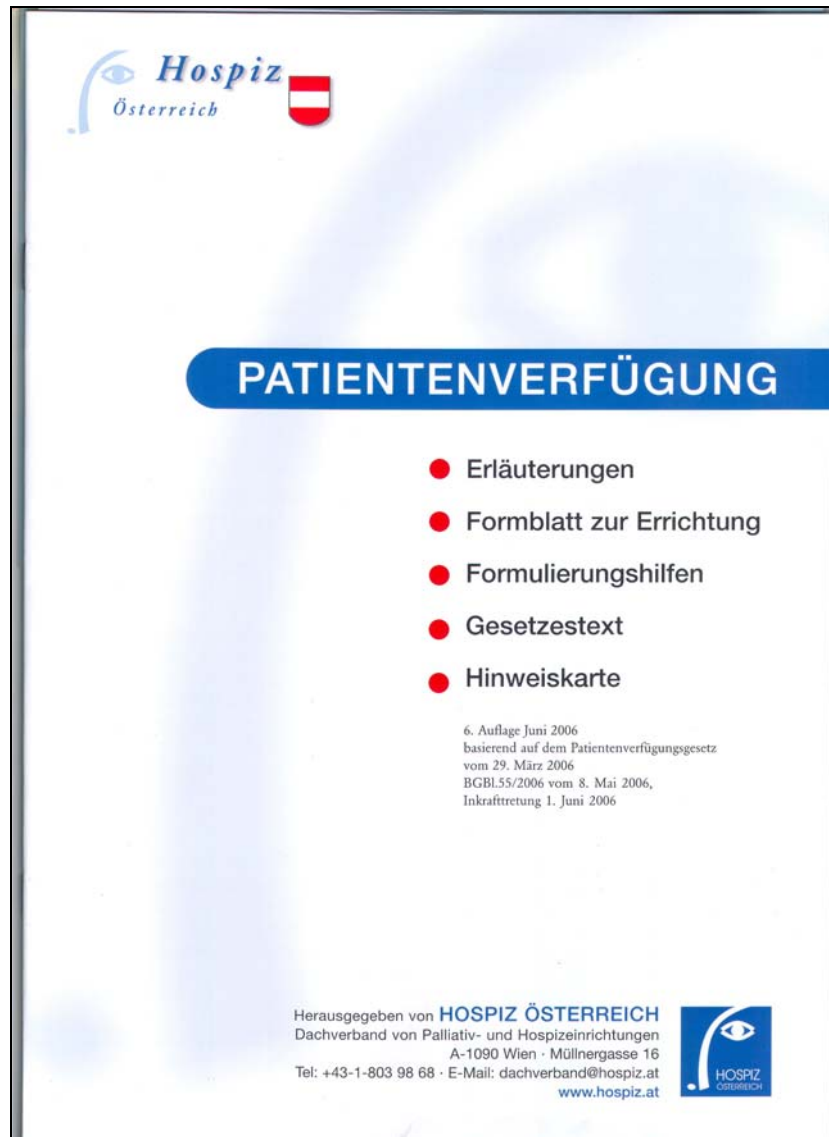


Herausgegeben von  
**HOSPIZ ÖSTERREICH**  
Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen

A 1130 Wien, Lainzer Str. 138  
Tel: +43-1-803 98 68  
E-mail: dachverband@hospiz.at  
[www.hospiz.at](http://www.hospiz.at)

5. ergänzte Auflage Juni 2005

Die neue Broschüre mit dem einheitlichen österreichweiten Formular nach dem Patientenverfügungsgesetz in der Mitte wurde im Juli 2006 gedruckt



## 5.4 Statistik über die Nachfrage der Patientenverfügungs-Broschüren

Seit über 10 Jahren leistet HOSPIZ ÖSTERREICH durch die Information über Patientenverfügungen einen Beitrag zur Optimierung der Sterbebegleitung. Über 157.000 Stück der Patientenverfügungs-Broschüre wurden bisher auf Anfrage in ganz Österreich über den Dachverband Hospiz Österreich und den Hospiz- und Palliative Care Institutionen in allen Bundesländern verteilt. Dabei zeigt sich, dass besondere Anlässe, wie z. B. im April 2005 das lange Sterben der amerikanischen Koma-Patientin Terry Schiavo oder der medial präsente Tod von Papst Johannes Paul II. große Auswirkungen auf die persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen Sterbephase haben und die Interesse an die Patientenverfügungen wecken.

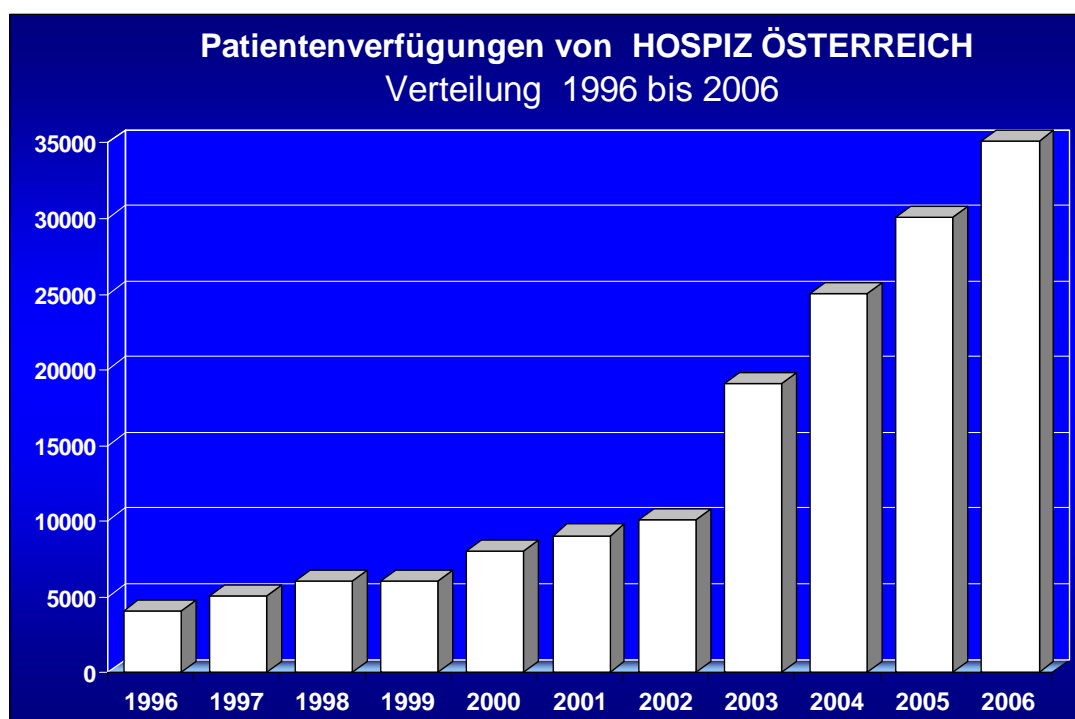


Abb. 1 Gesamtstatistik über den Druck und die Verteilung der Patientenverfügungsbroschüren von Hospiz Österreich 1996 – 2006

Im Büro des Dachverbands Hospiz Österreich wurden im Zeitraum 1.1.2006 – 31.10.2006 insgesamt **5.433 Stück** Patientenverfügungsbroschüren **telefonisch** bestellt. Die meisten Anrufer wollten 2 oder 3 Stück bestellen, weil sie auch den Angehörigen oder Freunden einer Patientenverfügungsbroschüre geben wollten. Manche haben gleich mehrere Stück bestellt, weil sie als Multiplikatoren in der Bevölkerung fungieren, d.h. sie sprechen andere Menschen wegen Patientenverfügung an oder sie leiten eine Gruppe wie z.B. eine Seniorengruppe oder eine Familienrunde, wo sie Patientenverfügung als Thema behandelt haben. Auch Bestellungen von

Institutionen, wie Schulen, Akademien, Pflegeheime und Krankenhäuser sowie verschiedene Vereine und natürlich mehrere Arztpraxen und Rechtsanwaltskanzleien sind in diesen Zahlen inbegriffen. Die Anzahl der Patientenverfügungsformulare, die über die landesweit koordinierenden Hospiz- und Palliative Care Institutionen in den Bundesländern verteilt worden sind, sind noch zusätzlich zu berechnen. Siehe dazu Abb.1.

Im Zeitraum 1.1.2006 – 31.10.2006 wurden **6.545 Stück** Patientenverfügungsbroschüren über die Bestellmöglichkeit auf der **Homepage: [www.hospiz.at](http://www.hospiz.at)** bestellt.

**Insgesamt** wurden also **11.978 Stück** Patientenverfügungsbroschüren in den ersten 10 Monaten im Jahr 2006 von Hospiz Österreich Büro auf Anfrage versendet. In dieser monatlichen Verteilung der Bestellungen kann man die Spitzenzeiten gut erkennen. Nach der Veröffentlichung des Gesetzesentwurfs Anfang Februar haben die Medienberichte ein großes Interesse bei der Bevölkerung geweckt. Die nächste Spitze war vor und nach dem In-Kraft-Treten des Gesetzes am 1. Juni 2006. Nach dem Urlaubsmonat Juli ist das Interesse wieder kräftig gestiegen. Vor allem im August war die Nachfrage sehr groß.

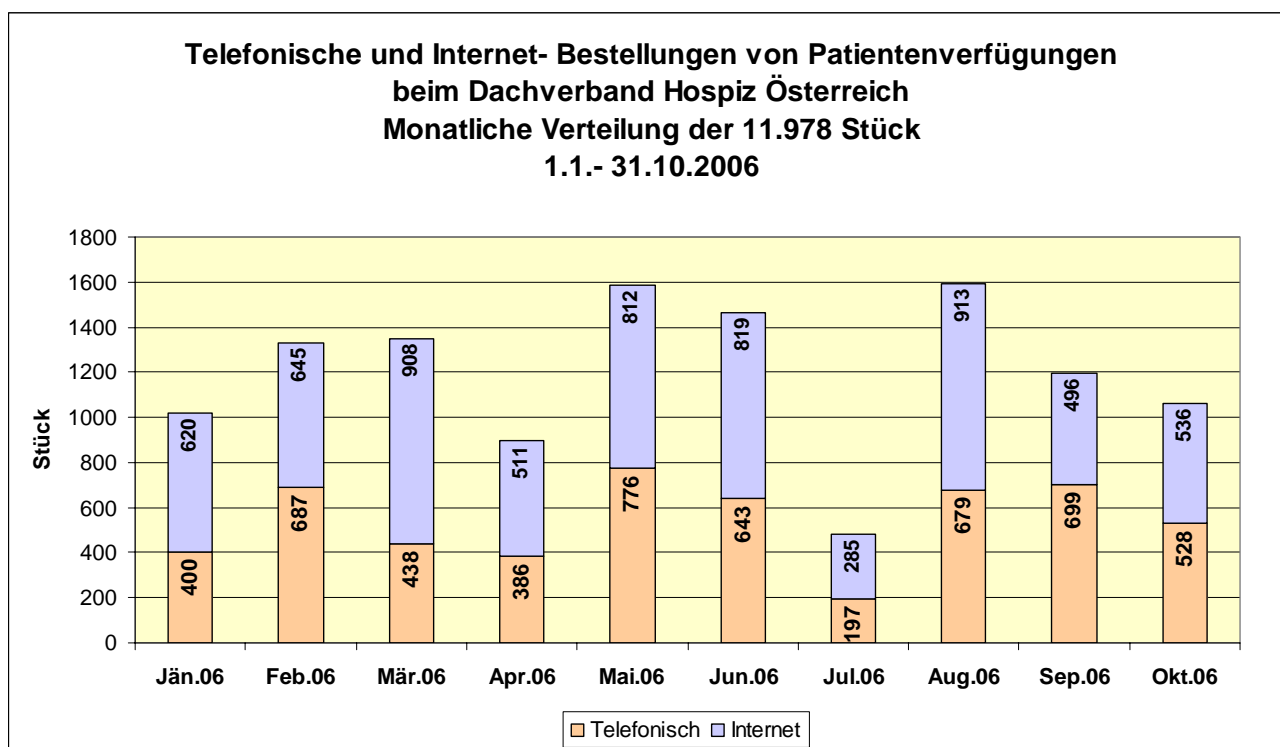


Abb. 2 Telefonische und Internet-Bestellungen von Patientenverfügungen beim Dachverband Hospiz Österreich (Stückzahl)

Insgesamt **1.106 Personen** haben das Hospiz Österreich Büro in der Zeit von 1.Jänner bis 31. Oktober 2006 wegen Patientenverfügung **angerufen**. 40 % der Anrufer geben ihre Adresdaten bekannt und wollen einfach eine oder mehrere Patientenverfügungsbroschüren per Post zugeschickt bekommen. 50% der Anrufer wollen zusätzlich noch Grundinformationen zu Patientenverfügung oder haben einige Fragen, wo sie sich unsicher sind, wie z.B. „Was ist der



Unterschied zwischen einer beachtlichen und verbindlichen Patientenverfügung?“ oder einer der häufigsten Fragen: “Muss ich jetzt zum Notar gehen?“. Mit 10 % der Anrufer wurde ein ausführliches Beratungsgespräch geführt. Dabei sind auch einige Ärzte und Rechtsanwälte gewesen. Einige Male wurden auch Ärzte beraten, die gerade ein ärztliches Beratungsgespräch mit einem Patienten geführt haben und so ist daraus eine Dreier-Konferenz am Telefon entstanden.

Über die **Homepage** [www.hospiz.at](http://www.hospiz.at) haben **1.182 Personen** Patientenverfügungsbroschüren bestellt.

In den ersten 10 Monaten im Jahr 2006 haben sich also insgesamt **2.288** Personen für Patientenverfügungen im Dachverband Hospiz Österreich interessiert.

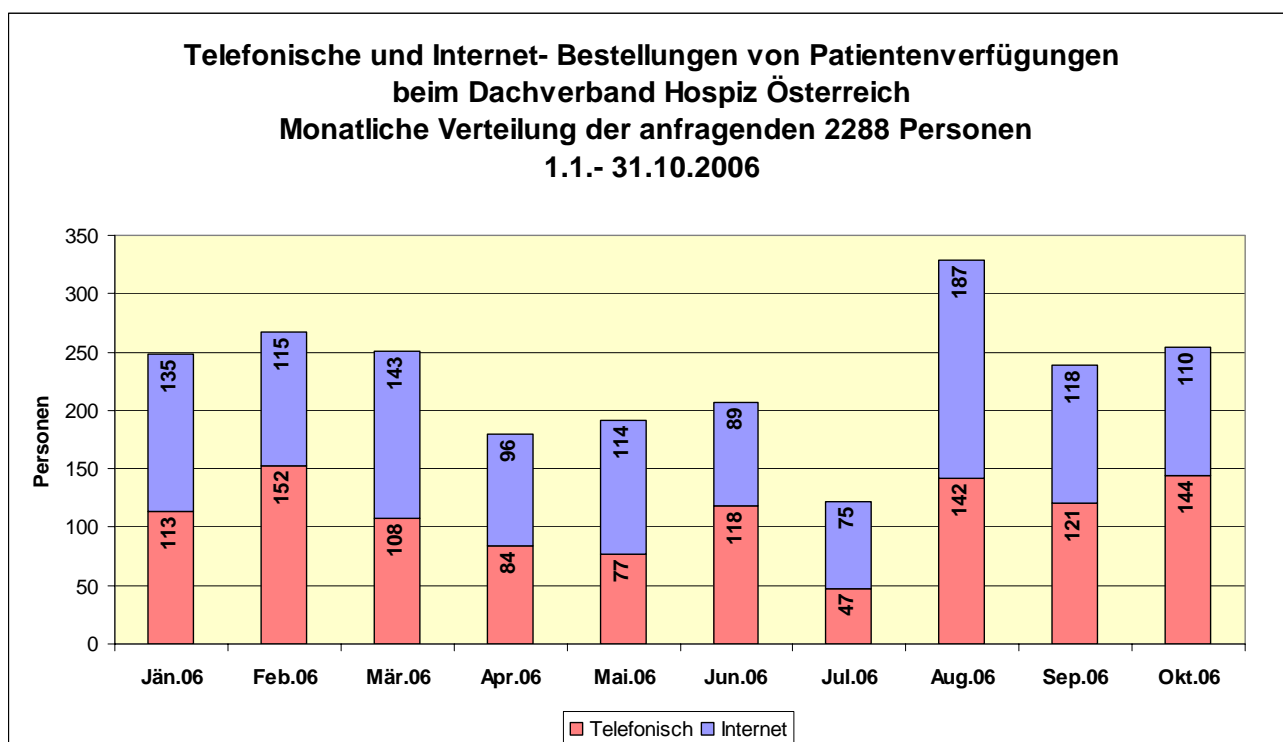


Abb. 3 Anzahl der Personen, die beim Dachverband Hospiz Österreich im Zeitraum 1.1.-31.10.2006 Patientenverfügungsbroschüren **telefonisch oder online** bestellt haben.

Von den **1.106 Anrufern** waren 2/3 Frauen und 1/3 Männer, d.h. 744 Frauen und 362 Männer haben sich **telefonisch** für eine Patientenverfügung interessiert und eine Patientenverfügungsbroschüre von Dachverband Hospiz Österreich bestellt. Wie viele tatsächlich eine Patientenverfügung errichtet haben, wird schwerlich festzustellen sein.



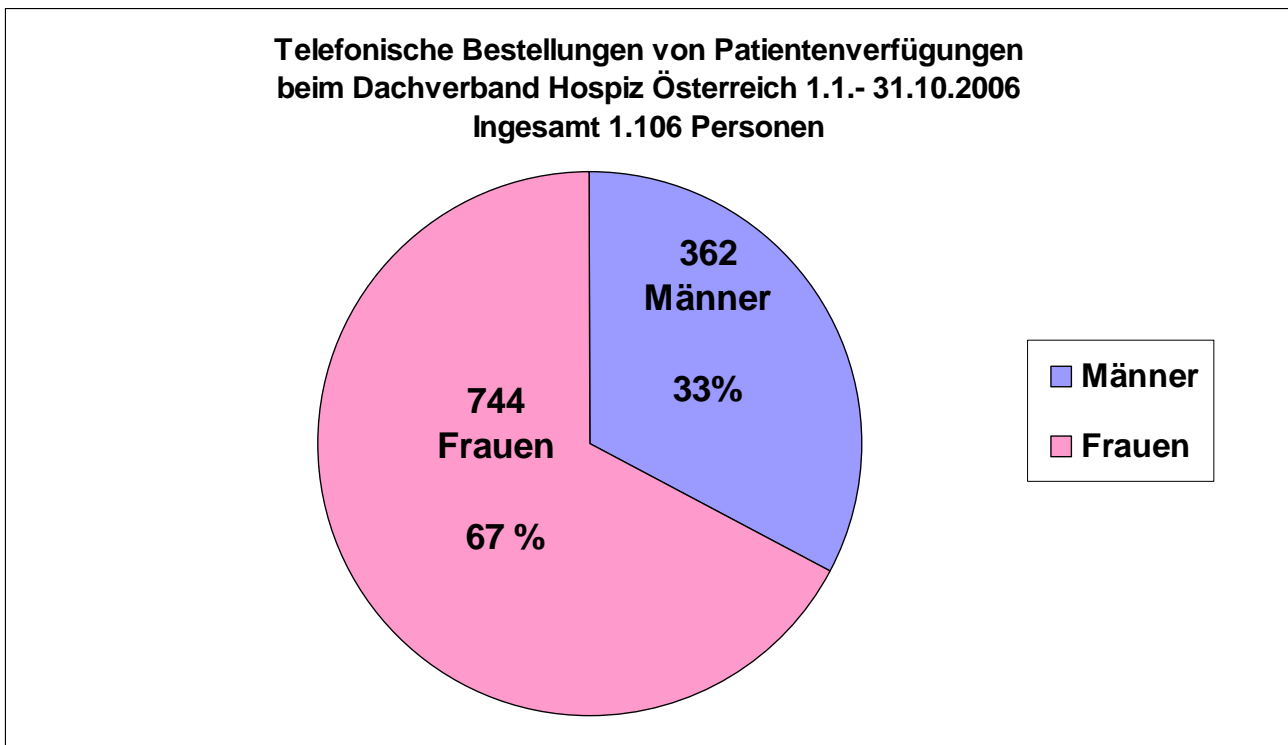


Abb. 4 Anzahl der Frauen und Männern, die eine Patientenverfügung beim Dachverband Hospiz Österreich **telefonisch** bestellt haben

## 6 Das österreichische Patientenverfügungsgesetz

Zusammenschau der Gesetzesparagrafen des PatVG mit den Erläuterungen und erklärenden Materialien zum Gesetzesentwurf:

### 6.1 Allgemeine Bestimmungen

#### 6.1.1 Anwendungsbereich

**§ 1. (1) Dieses Bundesgesetz regelt die Voraussetzungen und die Wirksamkeit von Patientenverfügungen.**

**(2) Eine Patientenverfügung kann verbindlich oder für die Ermittlung des Patientenwillens beachtlich sein.**

#### 6.1.2 Begriffe

**§ 2. (1) Eine Patientenverfügung im Sinn dieses 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.**

**(2) Patient im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Person, die eine Patientenverfügung errichtet, gleichgültig, ob sie im Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist oder nicht.**

Unter einer Patientenverfügung versteht der Entwurf eine Willenserklärung, mit der eine einsichts-, urteils- und äusserungsfähige Person im Voraus eine bestimmte medizinische Behandlung für den Fall ablehnt, dass sie nicht mehr einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist. Der Verfasser dieser Verfügung (der Entwurf bezeichnet ihn in § 2 Abs. 2 der Einfachheit halber als Patient, auch wenn er im Zeitpunkt der Abgabe der Erklärung noch nicht erkrankt sein muss) sorgt damit für den Fall vor, dass er später – beispielsweise infolge einer Erkrankung, eines Unfalls, einer körperlichen oder geistigen Schwäche oder einer Medikation – nicht mehr zu einer aktuellen Entscheidung oder Äußerung seines Willens fähig sein sollte. Die Patientenverfügung kann zum einen dann bedeutsam sein, wenn der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann, also wenn er sich nicht mehr mündlich, durch Zeichen oder durch technische Hilfsmittel mit seiner Umwelt klar verständigen kann. Die Patientenverfügung kann aber zum anderen auch nach dem Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten zum Tragen kommen. Wenn der Patient zum Zeitpunkt der medizinischen Behandlung noch eine autonome Entscheidung treffen und diese auch artikulieren kann, gilt seine aktuelle Entscheidung. Sie geht einer in Form einer Patientenverfügung gekleideten Willenserklärung vor. Gegenstand einer Patientenverfügung kann nur die Ablehnung einer bestimmten medizinischen Behandlung sein; Maßnahmen im Bereich der Pflege unterliegen nicht dem Anwendungsbereich dieses Gesetzes. Deshalb kann der Patient nicht vorweg seine Grundversorgung mit Nahrung und Flüssigkeit, die Teil der Pflege ist, ausschließen. Auch kann er den Arzt in seiner Verfügung nicht dazu verhalten, eine bestimmte Behandlung vorzunehmen. Anspruch auf eine medizinisch nicht indizierte Behandlung hat der Patient nicht, hier stößt sein Selbstbestimmungsrecht an rechtliche Grenzen. Im Einklang mit den bisher in diesem Bereich geltenden Bestimmungen (§ 10 Abs. 1 Z 7 KAKuG, Art. 18 der Patientencharta) kann in einer Patientenverfügung daher nur eine bestimmte Behandlung abgelehnt werden.

### **6.1.3 Höchstpersönliches Recht, Fähigkeit der Person**

#### **§ 3. Eine Patientenverfügung kann nur höchstpersönlich errichtet werden. Der Patient muss bei Errichtung einer Patientenverfügung einsichts- und urteilsfähig sein.**

Nach § 3 des Entwurfs muss der Patient bei der Errichtung seiner Verfügung bestimmten allgemeinen Anforderungen entsprechen: Er muss im Zeitpunkt der Verfassung seiner Willenserklärung über die notwendige Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügen. Er muss also in der Lage sein, den Grund und die Bedeutung der von ihm abgelehnten Behandlung einzusehen. Darüber hinaus muss er aber auch über die Fähigkeit verfügen, seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen. Er muss also hinsichtlich der Diagnose, der Behandlungsmöglichkeiten und ihrer Alternativen sowie ihrer Risiken und Chancen den Wert der von seiner Entscheidung umfassten Güter und Interessen erfassen und sein Verhalten danach ausrichten können. Dabei kommt es maßgeblich auf die Umstände des Einzelfalls an. Die Einsichts- und Urteilsfähigkeit muss im Zeitpunkt der Errichtung der Patientenverfügung vorliegen. Dagegen ist es nicht erforderlich, dass der Patient auch weiterhin einsichts- und urteilsfähig bleibt. Seine Verfügung soll ja gerade dann eingreifen, wenn er nicht mehr selbst entscheiden kann oder wenn er seinen Willen nicht mehr artikulieren kann (s. auch § 7 Abs. 3 des Entwurfs). Bei der Errichtung einer Patientenverfügung kann sich der Patient nicht vertreten lassen, er kann

nur selbst, also höchstpersönlich verfügen. Hat das Gericht einen Sachwalter bestellt, so kann der Patient dennoch ohne dessen Zustimmung oder Genehmigung eine wirksame Patientenverfügung errichten. Der Sachwalter kann dagegen in einem solchen Fall nicht für den Patienten vorweg wirksam handeln.

## 6.2 Verbindliche Patientenverfügung

Die §§ 4 – 7 des Entwurfs sehen einige inhaltliche und formelle Standards für verbindliche Patientenverfügungen vor. Der Verfasser muss die medizinischen Behandlungen, die er verweigert, einigermaßen konkret in seiner Erklärung umschreiben (§ 4 des Entwurfs). Er muss darüber hinaus über das Wesen und die Folgen seiner Verfügung für die medizinische Behandlung umfassend durch einen Arzt aufgeklärt werden (§ 5 des Entwurfs). Zudem muss die Errichtung einer verbindlichen Verfügung erhöhten Anforderungen genügen. Der Patient kann die Verfügung nur vor einem Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundigen Patientenvertreter errichten, der ihn über die Folgen seiner Erklärung sowie über die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs zu belehren hat (§ 6 des Entwurfs). Letztlich soll die Wirksamkeitsdauer einer Patientenverfügung zeitlich mit einer Frist von fünf Jahren begrenzt werden (§ 7 des Entwurfs). Alle diese Kautelen sollen die Gewähr dafür bieten, dass verbindliche Patientenverfügungen mit ihren unter Umständen gravierenden Auswirkungen den tatsächlichen Willen des informierten Patienten wiedergeben. Eine diesen Voraussetzungen entsprechende Verfügung bindet Arzt und Pflegepersonal ebenso wie Angehörige; eines Sachwalters bedarf der Patient dann insoweit – also soweit es um die Zustimmung zur medizinischen Behandlung geht, die in der Patientenverfügung wirksam abgelehnt wird – nicht.

### 6.2.1 Inhalt

**§ 4. In einer verbindlichen Patientenverfügung müssen die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, konkret beschrieben sein oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen. Aus der Patientenverfügung muss zudem hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt.**

Damit eine Patientenverfügung verbindlich ist, muss sie bestimmte – hohe – Anforderungen erfüllen, die typischerweise gewährleisten, dass der Patient eine wohlüberlegte, ernsthafte Entscheidung trifft. Die Patientenverfügung ist in diesem Sinn nur dann unmittelbar verbindlich, wenn die vorweggenommene Situation der tatsächlich vorliegenden entspricht. Das setzt nach § 4 des Entwurfs voraus, dass die medizinischen Maßnahmen, die abgelehnt werden, in der Erklärung eindeutig umschrieben werden. Hiefür kann es freilich nicht auf eine detaillierte Aufzählung aller erdenkbaren Fälle, in denen bestimmte Maßnahmen unterbleiben sollen, ankommen. Es reicht aus, wenn aus dem Gesamtzusammenhang der Patientenverfügung hervorgeht, welche medizinischen Behandlungen abgelehnt werden. Allzu allgemeine Formulierungen, wie das Verbot eines „menschunwürdigen Daseins“, der Wunsch nach der Unterlassung einer „risikoreichen Operation“, die Ablehnung einer „künstlichen Lebensverlängerung“ oder das Verlangen nach einem „natürlichen Sterben“, werden aber wieder zu unbestimmt sein und als Direktiven ausscheiden. Sie können nur für die Ermittlung des relevanten Patientenwillens eine wesentliche Hilfe sein. Aus der

Patientenverfügung muss zudem hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt. Der aufklärende Arzt hat in der Patientenverfügung darzulegen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt (s. näher § 5 des Entwurfs und die Erläuterungen hierzu). Mit dieser inhaltlichen Voraussetzung einer verbindlichen Patientenverfügung soll verhindert werden, dass die Behandlung bestimmter Krankheiten unreflektiert abgelehnt werden kann. Diese Einschränkung der Patientenautonomie vermeidet es auch, dass frühzeitige und uninformierte Entscheidungen „schlagend werden“. Findet sich die Bestätigung in der Urkunde, dass der Patient die Folgen seiner Verfügung im Errichtungszeitpunkt zutreffend abschätzen konnte, so wird der behandelnde Arzt also in erster Linie prüfen müssen, ob die in der Patientenverfügung beschriebene Situation dem Zustand des nunmehr einsichts-, urteils- oder äußerungsunfähigen Patienten entspricht. Nur in diesem Fall sind die Anordnungen des Patienten unmittelbar verbindlich.

## **6.2.2 Aufklärung**

**§ 5. Der Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung muss eine umfassende ärztliche Aufklärung einschließlich einer Information über Wesen und Folgen der Patientenverfügung für die medizinische Behandlung vorangehen. Der aufklärende Arzt hat die Vornahme der Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren und dabei auch darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt, etwa weil sie sich auf eine Behandlung bezieht, die mit einer früheren oder aktuellen Krankheit des Patienten oder eines nahen Angehörigen zusammenhängt.**

§ 5 des Entwurfs fordert weiter als inhaltliche Voraussetzung einer Patientenverfügung, dass der Patient über das Wesen und die Folgen einer Patientenverfügung für die medizinische Behandlung (gesundheitliche Folgen bei Unterlassung der Behandlung, Behandlungsalternativen usw.) ärztlich aufgeklärt wird. Auf die ärztliche Aufklärung kann der Patient bei Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung – anders als sonst – nicht verzichten. Damit ein Patient sein Recht auf Selbstbestimmung in Anspruch nehmen kann, muss er alle Informationen erhalten, die Grundlage seiner Entscheidung sind. Der Arzt muss den Patienten dabei in einer für den medizinischen Laien verständlichen Form informieren. Dies soll nicht nur für die Entscheidung eines Patienten über die aktuelle Vornahme einer Behandlung gelten, sondern auch für die verbindliche Patientenverfügung, bei der die Erklärung des Patienten und die Behandlung zeitlich auseinander fallen. Für dieses inhaltliche Erfordernis sprechen aber auch andere, insbesondere praktische, Gründe: Informationsdefizite über die moderne Medizin, über ihre Mittel und Möglichkeiten und über deren Einsatz, können zu falschen Vorstellungen und missverständlichen Formulierungen führen. Darüber hinaus wird es dem nicht medizinisch geschulten Laien oft schwer fallen, seine Vorstellungen entsprechend zu artikulieren. Auch diesbezüglich ist die Aufklärung eines Arztes unerlässlich, da der Patient das Risiko ungenauer Erklärungen selbst trägt. Der aufklärende Arzt muss schließlich auch prüfen, ob der Patient die Rechtsfolgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt (s. § 4 Satz 2 des Entwurfs). Dies kann etwa dann der Fall sein, wenn sich die Patientenverfügung auf eine Behandlung einer Krankheit bezieht, an der der Patient selbst oder

ein naher Angehöriger (etwa sein Ehegatte oder Lebensgefährte oder Personen, die mit ihm oder seinem Ehegatten in gerader Linie oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, sowie Wahl- und Pflegekinder; vgl. § 4 Anfechtungsordnung, § 32 Konkursordnung) leidet oder gelitten hat. Die zutreffende Einschätzung der Folgen der Patientenverfügung kann sich aber auch aus vergleichbaren Umständen ergeben, etwa wenn der Patient selbst über lange Zeit mit bestimmten Krankheitsbildern beruflich zu tun hatte und für sich selbst eine solche Behandlung nicht will oder wenn er bestimmte Behandlungsmethoden aus religiösen Gründen ablehnt. Die Vornahme der eingehenden Aufklärung und das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit müssen vom aufklärenden Arzt in der Verfügung selbst (falls der Arzt bei der Errichtung nach § 6 des Entwurfs anwesend ist) oder auch in einer gesonderten – später als Anhang der Patientenverfügung fungierenden – Urkunde dokumentiert werden. Er hat dabei auch darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt. Wird die Patientenverfügung in Anwesenheit des Arztes (s. § 6) errichtet, so erfüllt dieser durch die Aufnahme einer Kopie derselben (samt den ärztlichen Vermerken auf der Urkunde) in die Krankengeschichte gleichzeitig die ihm krankenanstalten- oder arztrechtlich vorgegebenen Dokumentationspflichten (vgl. § 14 des Entwurfs).

### 6.2.3 Errichtung

**§ 6. (1) Eine Patientenverfügung ist verbindlich, wenn sie schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen (§ 11e Kranken- und Kuranstaltengesetz, BGBl. Nr. 1/1957) errichtet worden ist und der Patient über die Folgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehrt worden ist. (2) Der Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundige Mitarbeiter der Patientenvertretungen hat die Vornahme dieser Belehrung in der Patientenverfügung unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren.**

Bei Patientenverfügungen kann sich für den behandelnden Arzt und für andere mit solchen Erklärungen Befasste ein besonderes Dilemma ergeben: Die inhaltlichen Voraussetzungen der Verbindlichkeit der Erklärung des Patienten sind nämlich vielfach weitaus schwieriger festzustellen als bei aktuellen Willenserklärungen. Nur bei solchen besteht „die Möglichkeit des Nachfragens, der Präzisierung oder des Widerrufs“. Bei der Patientenverfügung ist man dagegen auf die Auslegung einer „mehr oder weniger bestimmten Erklärung“ angewiesen (s. Kopetzki in Kopetzki, Antizipierte Patientenverfügungen 38, 46 f.). § 6 des Entwurfs will diese für die Praxis überaus problematische Unsicherheit eindämmen, indem für verbindliche Patientenverfügungen besondere Errichtungs- und Formvorschriften statuiert werden. Demnach muss eine verbindliche Patientenverfügung schriftlich vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Patientenvertreter (einem juristischen Mitarbeiter der „Patientenrechtsanwaltschaft“ im Sinn des § 11e KAKuG) errichtet werden. Der Ausdruck „schriftlich“ ist dabei im Verständnis des § 886 ABGB auszulegen, die Erklärung muss vom Patienten im Allgemeinen eigenhändig unterfertigt werden. Die strengere Form des Notariatsakts reicht immer aus. Auch muss die Erklärung datiert werden, zumal nur dadurch die Frage beantwortet werden kann, ob eine Verfügung im Sinn des § 7 des Entwurfs noch

verbindlich ist. Mit dem Erfordernis der Errichtung der Patientenverfügung vor einer rechtskundigen Person soll insbesondere sichergestellt werden, dass die Verfügung in ihrer Formulierung auch verständlich ist und den Anforderungen dieses Gesetzesentwurfs entspricht. Der Patient muss nach § 6 Abs. 1 des Entwurfs weiter über die Folgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit ihres jederzeitigen Widerrufs belehrt werden. Nach § 5 des Entwurfs muss der Patient u. a. über die gesundheitlichen Folgen der Patientenverfügung und mögliche medizinische Alternativen der abgelehnten Behandlung durch einen Arzt aufgeklärt werden. Bei der Belehrungspflicht nach § 6 Abs. 1 des Entwurfs geht es dagegen um die Information über die rechtlichen Auswirkungen der Erklärung des Patienten. Der Rechtsanwalt, Notar oder Patientenvertreter muss den Patienten über das Wesen der verbindlichen Erklärung belehren und ihn vor allem darauf aufmerksam machen, dass seine Entscheidung vom Arzt in aller Regel befolgt werden muss, selbst dann nämlich, wenn die Behandlung medizinisch indiziert ist und der Patient ohne diese voraussichtlich sterben wird. Der Patient muss ferner auch darüber informiert werden, dass der behandelnde Arzt in solchen Situationen auch nicht Angehörige befragen oder das Verfahren zur Bestellung eines Sachwalters einleiten kann. Die Pflicht zur rechtlichen Aufklärung über die Auswirkungen einer verbindlichen Patientenverfügung wird schließlich auch eine Belehrung über die Alternativen zu einem solchen Schritt, etwa die Verfassung einer nicht verbindlichen Verfügung, enthalten.

Nach § 6 Abs. 2 des Entwurfs hat der Rechtsanwalt, Notar oder Patientenvertreter die Vornahme dieser Belehrung in der Patientenverfügung (also in der Urkunde selbst, aber auch in einem Anhang dazu) unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift zu bestätigen. Der Entwurf lässt es zu, dass ein Patient seine Erklärung in Anwesenheit eines Rechtsanwalts, Notars oder Patientenvertreters selbst errichtet und unterschreibt. Es reicht aber auch aus, wenn eine solche Person die Urkunde für den Patienten nach einem vorangegangenen Gespräch aufsetzt und diese dann vom Patienten unterfertigt wird. Die nach § 5 des Entwurfs erforderliche Aufklärung durch den Arzt muss entweder vorher stattgefunden haben oder im Zuge der Errichtung der Patientenverfügung erfolgen. Im ersten Fall hat der Patient die vom Arzt verfasste gesonderte Urkunde vorzuweisen; sie ist als Anhang der Patientenverfügung beizufügen. Im zweiten denkbaren Fall, dass der Notar, Rechtsanwalt oder Mitarbeiter der Patientenanwaltschaft den Patienten in der Krankenanstalt aufsucht, können die ärztlichen Vermerke direkt auf der Patientenverfügung vorgenommen werden.

#### **6.2.4 Erneuerung**

**§ 7. (1) Eine Patientenverfügung verliert nach Ablauf von fünf Jahren ab der Errichtung ihre Verbindlichkeit, sofern der Patient nicht eine kürzere Frist bestimmt hat. Sie kann unter Einhaltung der Formerfordernisse des § 6 nach entsprechender ärztlicher Aufklärung erneuert werden; damit beginnt die Frist von fünf Jahren neu zu laufen.**

**(2) Einer Erneuerung ist es gleichzuhalten, wenn einzelne Inhalte der Patientenverfügung nachträglich geändert werden. Dabei sind die Bestimmungen über die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung entsprechend anzuwenden. Mit jeder nachträglichen Änderung beginnt die in Abs. 1 genannte Frist für die gesamte Patientenverfügung neu zu laufen.**

### **(3) Eine Patientenverfügung verliert nicht ihre Verbindlichkeit, solange sie der Patient mangels Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht erneuern kann.**

Da die medizinische Wissenschaft sich ständig weiter entwickelt und die Haltung des Patienten gegenüber einer von ihm zunächst abgelehnten medizinischen Maßnahme im Lauf der Zeit sich auch ändern kann, ist es zweckmäßig, die Wirksamkeitsdauer einer verbindlichen Patientenverfügung zeitlich zu begrenzen. Der Entwurf sieht dafür eine Frist von fünf Jahren vor. Für diesen Zeitraum können die Entwicklungen in der Medizin, im Krankheitsverlauf, aber auch in den Pflege- und Behandlungsmethoden vorweg einigermaßen abgesehen werden. Wenn der Patient an seiner Patientenverfügung weiterhin festhalten will, muss er sie nach einer erneuten ärztlichen Aufklärung unter Einhaltung der Formerfordernisse des § 6 des Entwurfs nach Ablauf ihrer Gültigkeitsdauer (oder auch noch rechtzeitig vorher) erneuern. Dabei soll es genügen, wenn er auf die von ihm bereits verfasste Verfügung Bezug nimmt. Der Entwurf verlangt also nicht die Errichtung einer neuen Verfügung. Mit diesem Erneuerungserfordernis wird sichergestellt, dass sich der Patient nach einer bestimmten Zeit wieder mit seiner Verfügung auseinandersetzt. Das bietet ihm die Gelegenheit, mögliche Fortschritte in der Medizin zu berücksichtigen. Er wird damit mittelbar aber auch dazu verhalten, seine Verfügung auch immer wieder grundsätzlich zu überdenken. Dies kann dazu führen, dass der Patient nachträglich Änderungen vornimmt (Abs. 2). Solche Änderungen sind – wie ein Widerruf – jederzeit und ohne Angabe von Gründen möglich; anders als beim Widerruf sind aber auf nachträgliche Änderungen die Bestimmungen über die Errichtung einer Patientenverfügung entsprechend anzuwenden. Die Änderungen können auch an einer bereits früher getroffenen Verfügung vorgenommen werden. Sie dürfen dabei aber nicht die Klarheit und Übersichtlichkeit der ursprünglichen Erklärung beeinträchtigen oder gar zu Widersprüchen führen. Bei jeder nachträglichen Änderung der Patientenverfügung gemäß Abs. 2 beginnt die in Abs. 1 vorgesehene Frist von fünf Jahren neu zu laufen. Von dem Erneuerungserfordernis sind nach Abs. 3 aber diejenigen Fälle ausgenommen, in denen der Patient nach Errichtung der Patientenverfügung innerhalb der Gültigkeitsdauer die Einsichts-Urteils- oder Äußerungsfähigkeit verliert und deshalb eine zeitgerechte Erneuerung nicht stattfinden kann. Auf solche Situationen zielt die Patientenverfügung definitionsgemäß ab.

## **6.3 Beachtliche Patientenverfügung**

### **6.3.1 Voraussetzungen**

**§ 8. Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen der §§ 4 bis 7 erfüllt, ist dennoch für die Ermittlung des Willens des Patienten beachtlich.**

Wenn eine Patientenverfügung im Einzelfall nicht unmittelbar verbindlich ist, etwa weil sie nicht ausreichend bestimmt ist, weil der Patient nicht ausreichend aufgeklärt wurde, weil die Erklärung nicht nach den Vorschriften des § 6 errichtet wurde oder weil sie nicht erneuert wurde, so soll dies doch nicht zur Folge haben, dass die Erklärung des Patienten bedeutungslos ist. Darüber hinaus soll dem Patienten auch die Möglichkeit eingeräumt werden, Patientenverfügungen zu errichten, die zwar nicht verbindlich sind, aber doch in die Behandlungsentscheidung des Arztes einfließen sollen. Auch eine nicht verbindliche

Patientenverfügung soll also beachtet werden, nämlich als ein – wesentliches – Hilfsmittel für die Ermittlung des relevanten Patientenwillens. Dabei spielt es keine Rolle, ob der Mangel dem Patienten ungewollt unterlaufen ist oder ob er seine Verfügung gezielt als bloße Orientierungshilfe errichtet hat.

Schon nach geltendem Recht kann der mutmaßliche Wille des Patienten für die weitere ärztliche Behandlung maßgebend sein, wenn er selbst keine Entscheidung mehr treffen kann. Abgesehen von Fällen der Gefahr im Verzug, in denen der Arzt notwendige Behandlungen unmittelbar vorzunehmen hat (dies ergibt sich aus den derartige Situationen abschließend regelnden Bestimmungen des § 8 Abs. 3 KAKuG und der §§ 282 sowie 146c Abs. 3 ABGB; s. Ganner, Selbstbestimmung im Alter [2005], 286 f.), muss die Einwilligung des Patienten durch die Zustimmung eines gerichtlich bestellten Sachwalters ersetzt werden. Das erübrigt sich nach dem Konzept des Entwurfs, wenn die Patientenverfügung verbindlich ist. Andernfalls muss ein Sachwalter bestellt werden. Für diesen ist auch eine nicht verbindliche Patientenverfügung beachtlich. Er hat zwar bei seiner Entscheidung das Wohl des Betroffenen zu wahren. Ob eine Behandlung dem Wohl des Patienten entspricht, ist aber nicht allein nach objektiven Kriterien zu messen. Vielmehr spielen hier auch subjektive Momente – etwa aktuell geäußerte Wünsche – eine Rolle (vgl. § 273a Abs. 3 ABGB). Der Sachwalter hat daher die Patientenverfügung bei seiner Entscheidung ins Kalkül zu ziehen. Das Gleiche gilt für das Sachwaltergericht, wenn es aufgrund der Bedeutung der Behandlung für den Patienten die Entscheidung des Sachwalters genehmigen muss. In solchen Fällen muss aufgrund einer sorgfältigen Abwägung aller Umstände des Einzelfalls ermittelt werden, wie der Betroffene in der gegebenen Situation entscheiden würde, wenn er seinen Willen noch kundtun könnte. Dazu muss nach Anhaltspunkten gesucht werden, die seinen Willen erkennen lassen. Diese Anhaltspunkte müssen bewertet und gegeneinander abgewogen werden. Dazu gehören etwa die religiöse oder weltanschauliche Überzeugung, persönliche Wertvorstellungen des Patienten, aber auch frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen. Für solche Fälle kann die Patientenverfügung eine gewichtige und authentische Entscheidungshilfe für die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens sein.

### **6.3.2 Beachtung der Patientenverfügung**

**§ 9. Eine beachtliche Patientenverfügung ist bei der Ermittlung des Patientenwillens umso mehr zu beachten, je eher sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt. Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, inwieweit der Patient die Krankheitssituation, auf die sich die Patientenverfügung bezieht, sowie deren Folgen im Errichtungszeitpunkt einschätzen konnte, wie konkret die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, beschrieben sind, wie umfassend eine der Errichtung vorangegangene ärztliche Aufklärung war, inwieweit die Verfügung von den Formvorschriften für eine verbindliche Patientenverfügung abweicht, wie häufig die Patientenverfügung erneuert wurde und wie lange die letzte Erneuerung zurückliegt.**

§ 9 des Entwurfs stellt Kriterien zur Verfügung, nach denen sich die Beachtlichkeit einer Patientenverfügung richtet. Auch wenn an eine beachtliche Patientenverfügung nicht derselbe Maßstab wie an eine verbindliche angelegt wird, ist sie doch kein „rechtliches Nichts“. Sie liefert im Gegenteil umso größere Anhaltspunkte für



den maßgeblichen Patientenwillen, je eher sie den Voraussetzungen der §§ 4 bis 7 des Entwurfs entspricht. Eine beachtliche Patientenverfügung ist stets bei der Ermittlung des Willens des Patienten heranzuziehen. Je näher sie einer verbindlichen Patientenverfügung kommt, umso größere Bedeutung wird ihr zukommen.

## **6.4 Gemeinsame Bestimmungen**

### **6.4.1 Unwirksamkeit**

#### **§ 10. (1) Eine Patientenverfügung ist unwirksam, wenn**

- 1. sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde,**
- 2. ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist oder**
- 3. der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat.**

**(2) Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn sie der Patient selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll.**

Eine verbindliche und eine beachtliche Patientenverfügung müssen ganz allgemein die in § 10 des Entwurfs angeführten Wirksamkeitsvoraussetzungen erfüllen. Liegt auch nur eine dieser Voraussetzungen nicht vor, so darf die Patientenverfügung bei der Behandlung nicht beachtet werden. Bei diesen Kriterien handelt es sich zum einen um Umstände, die allgemein für das Vorliegen einer zivilrechtlich wirksamen Willenserklärung gefordert werden (vgl. etwa die §§ 869 ff. ABGB). Sie sollen hier wiederholt werden, um dem nicht unbedingt zivilrechtskundigen Rechtsanwender die Prüfung einer Patientenverfügung zu erleichtern. Zum anderen sieht der Entwurf Wirksamkeitsvoraussetzungen vor, die besonders auf die spezifische Erklärung in einer Patientenverfügung abgestimmt sind.

Die Patientenverfügung muss frei von Willensmängeln sein, also frei und ernstlich erklärt und nicht durch Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst worden sein (§ 10 Abs. 1 Z 1 des Entwurfs). Die Erklärung ist ernstlich, wenn der Patient mit dem erkennbaren Willen handelte, eine gültige Verfügung zu treffen. Weiter entkräften konkrete Hinweise, wonach der Patient bei Errichtung seiner Erklärung einem Irrtum (auch über die Beweggründe) unterlag, seine Verfügung. Gleiches gilt, wenn er bei Errichtung der Verfügung getäuscht wurde oder unter physischem oder psychischem Zwang stand. Das kann insbesondere auch dann der Fall sein, wenn auf den Patienten ein unangemessener finanzieller oder auch nur gesellschaftlicher Druck ausgeübt wurde, eine bestimmte Behandlung in Zukunft abzulehnen. Ergeben sich aus der Verfügung selbst oder aus anderen Umständen Hinweise auf solche Umstände, so ist die Patientenverfügung unwirksam.

Ihr Inhalt muss weiter strafrechtlich zulässig sein (§ 10 Abs. 1 Z 2 des Entwurfs). Patientenverfügungen gehen bisweilen inhaltlich über Behandlungsverbote hinaus, indem der Patient aktiv auf die Behandlung Einfluss nehmen will. Er kann jedoch nichts rechtlich Verbotenes (§ 879 ABGB) vom Arzt verlangen. In Österreich ist

die „aktive direkte Sterbehilfe“ verboten. Das soll auch so bleiben. Deshalb ist der in einer Patientenverfügung artikulierte Wunsch nach einer solchen aktiven direkten Sterbehilfe nicht bindend. Nach § 10 Abs. 1 Z 3 des Entwurfs ist eine Patientenverfügung auch dann nicht wirksam, wenn sich seit dem Zeitpunkt der Errichtung oder der letzten Erneuerung der Fortschritt der Medizin derart wesentlich geändert hat, dass die ursprünglich erfolgte Aufklärung des Patienten nicht mehr ausreichend war, um die nun zu beurteilende medizinische Entscheidung abzudecken (clausula rebus sic stantibus).

Eine Patientenverfügung ist letztlich dann nicht wirksam, wenn sie der Patient selbst widerruft oder selbst zu erkennen gegeben hat oder gibt, dass er daran nicht mehr gebunden sein will (§ 10 Abs. 2 des Entwurfs). Der Patient kann die von ihm getroffene Verfügung jederzeit – formfrei – widerrufen. Dabei ist es – anders als nach allgemeinen Regeln – nicht erforderlich, dass er noch einsichts- und urteilsfähig ist. Der Widerruf kann nicht nur ausdrücklich (schriftlich oder mündlich), sondern auch durch ein schlüssiges Verhalten (d. h. durch Handlungen, die eindeutig als Widerruf anzusehen sind) erklärt werden. Hier ist z. B. an die Vernichtung der Verfügung durch deren Zerreißen zu denken.

#### **6.4.2 Sonstige Inhalte**

**§ 11. Der Wirksamkeit einer Patientenverfügung steht es nicht entgegen, dass darin weitere Anmerkungen des Patienten, insbesondere die Benennung einer konkreten Vertrauensperson, die Ablehnung des Kontakts zu einer bestimmten Person oder die Verpflichtung zur Information einer bestimmten Person, enthalten sind.**

§ 11 des Entwurfs stellt klar, dass die Wirksamkeit einer Patientenverfügung durch allfällige zusätzliche Erklärungen, wie etwa die Nennung bestimmter Kontaktpersonen, nicht beeinträchtigt wird.

#### **6.4.3 Notfälle**

**§ 12. Dieses Bundesgesetz lässt medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.**

Nach § 12 des Entwurfs sollen Maßnahmen der medizinischen Notfallversorgung durch das vorgesehene Patientenverfügungsgesetz nicht beeinträchtigt werden. Im Besonderen sollen solche Maßnahmen, deren Aufschub das Leben oder die Gesundheit des Patienten gefährden kann, nicht durch die Suche nach einer Patientenverfügung hinausgezögert werden. Das gilt auch für die im Anschluss an die unmittelbare Notversorgung folgenden Behandlungen in weiteren Versorgungseinrichtungen. Wenn aber in einer Notfallseinrichtung oder in einer anderen Versorgungseinrichtung eine Patientenverfügung in der Krankengeschichte dokumentiert ist, muss diese auch in Notfällen beachtet werden.

#### **6.4.4 Pflichten des Patienten**

**§ 13. Der Patient kann durch eine Patientenverfügung die ihm allenfalls aufgrund besonderer Rechtsvorschriften auferlegten Pflichten, sich einer Behandlung zu unterziehen, nicht einschränken.**

Nach § 13 des Entwurfs kann sich ein Patient durch eine Patientenverfügung nicht einer ihm durch besondere Rechtsvorschriften auferlegten Verpflichtung, sich (z. B. bei bestimmten übertragbaren Krankheiten) medizinisch behandeln zu lassen, entziehen. Die sich aus einer solchen besonderen Bestimmung ergebende Behandlungspflicht bleibt unabhängig von der Patientenverfügung in vollem Umfang bestehen.

#### **6.4.5 Dokumentation**

**§ 14. (1) Der aufklärende und der behandelnde Arzt haben Patientenverfügungen in die Krankengeschichte oder, wenn sie außerhalb einer Krankenanstalt errichtet wurden, in die ärztliche Dokumentation aufzunehmen.**

**(2) Stellt ein Arzt im Zuge der Aufklärung nach § 5 fest, dass der Patient nicht über die zur Errichtung einer Patientenverfügung erforderlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt, so hat er dies, gegebenenfalls im Rahmen der Krankengeschichte, zu dokumentieren.**

Der aufklärende Arzt (§ 5 des Entwurfs) und der behandelnde Arzt haben vor ihnen errichtete und ihnen zugemittelte Patientenverfügungen in die Krankengeschichte bzw. die ärztliche Dokumentation (§ 51 Ärztegesetz 1998) aufzunehmen. Dies kann etwa durch die Anfertigung einer Kopie erfolgen. In der ärztlichen Dokumentation ist nach den Vorgaben des § 51 ÄrzteG 1998 auch festzuhalten, aus welchen Gründen im Einzelfall der Arzt die notwendige Mitwirkung an einer Patientenverfügung ausschließt und deshalb die Patientenverfügung nicht zustande kommen kann. Ist für den Arzt die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Patienten gegeben, so muss dies auf der Urkunde nicht weiter dokumentiert werden. Findet sich auf der Patientenverfügung kein Hinweis auf die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so kann davon ausgegangen werden, dass diese im Zeitpunkt der Errichtung gegeben war.

#### **6.4.6 Verwaltungsstrafbestimmung zum Schutz vor Missbrauch**

**§ 15. Wer den Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung oder den Erhalt solcher Leistungen davon abhängig macht, dass eine Patientenverfügung errichtet oder dies unterlassen wird, begeht, sofern die Tat nicht mit gerichtlicher Strafe bedroht ist, eine Verwaltungsübertretung und ist mit Geldstrafe bis zu 25 000 Euro, im Wiederholungsfall bis zu 50 000 Euro, zu bestrafen.**

Die Errichtung einer Patientenverfügung muss stets im Ermessen des Patienten liegen und darf nicht durch äußere Zwänge beeinflusst werden. Vor allem sollen nicht wirtschaftliche oder gesellschaftliche Zwänge den

Patienten veranlassen, eine bestimmte Behandlung abzulehnen. Besondere Bedeutung erhält dies beim Zugang oder Erhalt von Versorgungsleistungen. Hier darf die Errichtung einer Patientenverfügung oder auch die Unterlassung einer solchen Erklärung keinesfalls zur Bedingung für die Aufnahme in die Einrichtung gemacht werden. Um dies zu gewährleisten, werden derartige Einflussnahmen mit einer Verwaltungsstrafe sanktioniert. Der Strafrahmen soll vor allem im Hinblick auf eventuelle wirtschaftliche Interessen vorbeugenden Charakter haben und Druck auf den Patienten so weit wie möglich verhindern.

## **7 Erste Erfahrungen aus der Patientenperspektive**

### **7.1 Zur Auswahl der Interviewpartner**

Um eine größere Bandbreite zu erhalten, bemühte ich mich, über verschiedene Stellen Namen und Telefonnummern zu bekommen. Diese stellten auch den Erstkontakt mit den zu Interviewenden her. Es war mir wichtig, nicht nur Personen aus dem Umkreis des Dachverbandes Hospiz Österreich zu befragen.

Bei der Auswahl der acht Interviewpartner war es mir wichtig, auf einer ausgewogene Verteilung der Geschlechter zu achten. Unter den acht Interviewpartnern sind 5 Frauen und 3 Männer. Sie leben in Wien, Niederösterreich und in der Steiermark. Nach ihrem Alter und Beruf wurde gefragt, nicht aber nach ihrem religiösen Bekenntnis. Altersmäßig spannt sich der Bogen zwischen 30 und 77 Jahren. Ihre berufliche Herkunft ist: Monteur, Absolvent der Wirtschaftsuniversität, Diplomierte Krankenschwester, Übersetzerin, Pensionistin und Büroangestellte.

Bis auf zwei schwerkranke Interviewpartnern waren alle mehr oder weniger gesund.

Vier der Befragten leben in einem Einzelhaushalt.

Bei aller Verschiedenheit der interviewten Personen, die mir auch wichtig war, haben alle bereits eine Patientenverfügung nach dem 1. Juni 2006 – also nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes errichtet bzw. sind dabei eine solche zu errichten.

Es sollen nun die Ergebnisse der telefonischen Patienteninterviews dargestellt werden.

### **7.2 Informationen zum Patientenverfügungsgesetz**

Fast alle befragten Personen haben erste Informationen bezüglich des Patientenverfügungsgesetzes von den Printmedien erhalten. Manche haben zusätzlich auch Informationen von Radio und Fernsehen bekommen. Besonderes erwähnt wurden folgende Medien: Die Presse, Kirchenzeitungen, Wachturm, Ö1 Radiodoktor, ORF 2- Willkommen Österreich. Ein Herr erhielt Erstinformationen vom Dachverband Hospiz Österreich und eine andere Person direkt von der Patientenanwaltschaft. Als weitere Informationsquellen wurden noch: Internet, Hausarzt, Notar und Bekannte/Verwandte genannt.

Nach der Erstinformation haben sich die befragten Personen **aktiv** auf die Suche von vertiefenden Informationen begeben. Die meisten haben sich entweder mit dem Dachverband Hospiz Österreich oder mit einem Patientenanwalt in Verbindung gesetzt. Manche haben sogar mit beiden Institutionen Kontakt aufgenommen gehabt.

Für alle Interviewpartner war die Informationsbeschaffung leicht, sei es weil die Lebenspartnerin/der Lebenspartner schon eine Patientenverfügung hatte und es daher in der Familie bereits Informationen gab, oder weil sie sich schon früher mit der Materie auseinander gesetzt hatten und darüber hinaus keine Schwierigkeiten mit Recherchen sahen.

Einige Aussagen zur Informationsbeschaffung:

- Ich habe schon vieles gewusst, weil ich die erste Patientenverfügung schon im Jahr 1999 verfasst habe. Habe das Formular von Hospiz damals vom Kardinal König Haus bekommen. Jetzt habe ich die Infos über Zeitungen und TV bekommen. Es war nicht schwierig. Ich könnte mir aber vorstellen, dass es für einfachere Leute schwierig ist.
- Die Broschüre von Hospiz Österreich ist gut, die Infos auf der Homepage von der Patientenanwaltschaft noch besser, weil ausführlicher. Für mich war lange nicht klar, was der Unterschied zwischen beachtlicher und verbindlicher Patientenverfügung ist. Jetzt habe ich es endlich verstanden. Von der Patientenanwaltschaft OÖ habe ich nur das nackte Formular bekommen. Ohne Formulierungshilfen ist es sehr schwer.
- Als erstes war ich beim Notar, wo ich eine verbindliche Patientenverfügung errichtet habe. Dann habe ich noch weitere Infos geholt bei der Patientenanwaltschaft NÖ und DV Hospiz Österreich, weil ich mir unsicher war, ob es eine richtige Entscheidung war, eine verbindliche Patientenverfügung zu errichten. Der Satz: „Eine verbindliche Patientenverfügung kann sich auch gegen den aktuellen Willen des Patienten richten...“ hat mich sehr nachdenklich gemacht und dazu wollte ich noch mehr Infos haben. Habe sehr gute und informative Gespräche mit Hospiz Österreich gehabt. Habe auch dabei emotionale Unterstützung bekommen. Es ist erschütternd, wie wenig meine Bekannten (80% Akademiker) über die Patientenverfügung wissen. Wenn es keinen konkreten Anlass fürs Nachdenken gibt, informiert man sich nicht – denkt man nicht nach. Voriges Jahr wo Terry Schiavo in den Medien war, haben viele Leute über diese Themen nachgedacht und es wurde auch viel darüber gesprochen. Intensive Aufklärungsarbeit ist sehr notwendig. Vor allem bei den Arztpraxen sollten Plakate und Infomaterial aufliegen. Ich war selbst aktiv und bin gewohnt zu recherchieren. Daher war alles für mich leichter, aber ich denke, dass es für einen „Normalbürger“ gar nicht so leicht sein wird die richtigen Infos zu finden.
- Zuerst bin ich zum Hausarzt gegangen. Er hat mich an den Notar verwiesen, weil er sich mit den juristischen Sachen nicht so ausgekannt hat. Dann habe ich von einer Freundin, die im Krankenhaus arbeitet eine Broschüre vom Dachverband Hospiz Österreich bekommen. Das war sehr hilfreich sowohl für den Arzt als auch für mich. Die Formulierungen waren eine wichtige Hilfe.

### 7.3 Verfassen einer Patientenverfügung

Von den acht interviewten Personen hatten vier verbindliche Patientenverfügungen verfasst, eine war gerade dabei eine beachtliche Patientenverfügung zu erneuern und zwei Frauen hatten eine beachtliche Patientenverfügung neu verfasst. Ein junger Herr war noch nicht entschlossen, ob er eine beachtliche oder eine verbindliche Patientenverfügung errichten will.

Als Entscheidungsgrund für die verbindliche Form der Patientenverfügung gaben die Verfasser an: Wunsch nach Sicherheit und wenig Vertrauen in unser Gesundheitssystem. Eine beachtliche Patientenverfügung wurde nach einer Empfehlung der lokalen Hospizbewegung verfasst und die andere ist beachtlich geblieben, weil der Arzt im Krankenhaus das Aufklärungsgespräch verweigerte. Hier handelt es sich um eine Frau, die keine österreichische Staatsbürgerschaft hat und nach meinen neuesten Informationen in Österreich deswegen keine verbindliche Patientenverfügung errichten kann.

Alle haben das Formular entweder vom Dachverband Hospiz Österreich oder von den Patientenanwaltschaften erhalten, also von dort wo sie sich vertiefende Information geholt haben. Eine Person hat sich die Mühe gemacht und das Formular noch am PC neu geschrieben und für die eigenen Bedürfnisse adaptiert. Alle bewahren die ausgefüllte Patientenverfügung in der Dokumentenmappe und einige haben erwähnt, dass sie eine Kopie bereits den Angehörigen oder dem Hausarzt gegeben haben oder gerade dabei sind, die Kopie zu übergeben.

Einige typische Motivationsgründe seien hier angeführt:

- Dass ich nicht zur Last falle und mein Leben nicht unnötig verlängert wird. Ich möchte, dass meine behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal genug über meine Wertvorstellungen und über meine Lebenssituation wissen.
- Ich will nicht immer wieder „aufgeputscht“ werden, wenn es sowieso schon aussichtslos ist. Das sollen aber dann die Ärzte entscheiden. Ich möchte aber auch keine Sterbehilfe! Ich will vermeidbare Qualen vermeiden. Habe bei einem Bekannten erlebt, wie er im bereits bewusstlosen Zustand noch über die Sonde ernährt wurde
- Dass mein Leben nicht unnötig verlängert wird und ich nicht „hinsiechen“ muss.
- Dass ich in Würde sterben kann und mein Leben nicht künstlich verlängert wird.
- Dass mein Wille keine Fremdbluttransfusion zu bekommen, akzeptiert wird.
- Dass ich in Würde sterben kann und keine Schmerzen ertragen muss. Ich lebe allein, habe keine Familie. Ich möchte wenigstens relative Sicherheit haben, dass ich dem „Medizinapparat“ nicht ausgeliefert sein werde.
- Meine Philosophie ist: Nicht zu kurz leben, nicht zu lange leben. Ich möchte nicht gequält werden.

Die Interviewpartner wollten also generell keine künstliche Verlängerung des Lebens: keine künstliche Ernährung, keine künstliche Beatmung; wenn es bereits aussichtslos ist, keine Intensivtherapie, keine Wiederbelebung; nur bei Unfällen ist Wiederbelebung erwünscht; Ablehnung verschiedener Medikamente, natürliches Sterben geschehen lassen. Einige wollen Maßnahmen der Palliative Care und beim Sterben von Hospizmitarbeitern begleitet werden, Schmerzfreiheit und Überprüfung von Scheintot.

Auf die Frage: „**Hat sich durch das schriftliche Verfassen etwas für Sie geändert. Wenn ja, was?**“ haben die Befragten folgendes geäußert:

- Es hat mich beruhigt und es war gut für mich, dass es nun geregelt ist. Wenn man alleine lebt, ist man ängstlich, in die Maschinerie eines Krankenhauses hinein zu kommen. Jetzt ist es ja nicht mehr so. Jetzt müssen die Ärzte meinen Patientenwillen respektieren.
- Beim ersten Verfassen hatte ich keine Probleme. Dann habe ich das Gesetz nochmals gelesen und habe mehr Informationen geholt. Der Satz: „Eine Verbindliche Patientenverfügung kann sich auch gegen die aktuellen Interessen des Patienten richten...“ hat mich sehr nachdenklich gemacht. In dieser Situation habe ich Sie dann angerufen.
- Das Verfassen einer Patientenverfügung war ein langer Prozess. Zuerst hatte ich die Gedanken einfach im Kopf. Durch meinen Beruf habe ich ja gewusst, dass es eine Patientenverfügung gibt. Dann habe ich immer mehr und mehr Beschwerden bekommen und dann auch in den Medien über die Patientenverfügung gehört. Dann ist der Zeitpunkt gekommen: „Jetzt machst du es!“ Ich wollte auch meine persönlichen Umstände und Einstellungen ausführlich hinein schreiben, aber ich hatte Angst, dass ich keine Patientenverfügung errichten kann, wenn ich depressiv bin. Daher schrieb ich es erst nachher. In Salzburg war ja auch der Euthanasie-Fall, wo es auch um die Erkrankung der Psyche gegangen ist. Jetzt, da ich es geschrieben habe, ist es etwas Endgültiges, Gewichtiges. Vorher hatte ich es nur im Kopf und jetzt habe ich es wirklich.
- Ich habe besser geschlafen – schon beim ersten Mal, da ich die Patientenverfügung gemacht habe. Damals wusste ich nicht, dass es eine beachtliche und verbindliche Patientenverfügung gibt. Da ich nun eine verbindliche Patientenverfügung habe, hat es mich noch mehr beruhigt. Ich schlafe noch besser. Ein angenehmes Gefühl.

#### **Was war beim Verfassen schwierig?**

- Der Inhalt ist schwierig.
- Die Beschreibung bzgl. medizinischer Ablehnungen war schwierig. Daher kontaktierte ich einen Arzt, der mir dabei Hilfe leistete.
- Das Schwierigste ist das Begründen dessen, was man nicht möchte.

#### **Was war hilfreich?**

Als hilfreich wurde die Broschüre „Patientenverfügung“ empfunden (auch die alten Formulare von Hospiz Österreich wurden als hilfreiche Mittel erwähnt). Die Formulierungshilfen und Erläuterungen

zum Formular wurden als hilfreich angesehen. Die Gespräche mit dem Dachverband Hospiz Österreich, mit der Patientenanwaltschaft oder Notar wurden ebenfalls positiv erwähnt. Auch die Gespräche mit Angehörigen und Bekannten und Verwandten haben die befragten Menschen beim Verfassen der Patientenverfügung kräftig unterstützt. Am wenigsten hilfreich wurden die Gespräche mit den Ärzten empfunden. Als sonstige Unterstützung wurden noch die Psychosoziale Beratung und Ö1-Sendungen erwähnt.

Auf die Frage nach der **Unterstützung bei der Verfassung** hat nur eine Frau bei einer Patientenanwaltschaft nachgefragt. Sonst haben alle die ersten Formulierungen selbst gemacht oder Formulierungshilfen verwendet.

Meine Frage nach „**Emotionaler Unterstützung**“ erhielt folgende Antworten:

- Ich habe diese Unterstützung in den Gesprächen mit Ihnen bekommen. Ich wollte noch mit jemandem diskutieren, der fachkundig ist und auch Verständnis hat. Auch das Gespräch mit dem Mitarbeiter von der Patientenanwaltschaft hat mich unterstützt.
- Ja, Ich habe bei der Psychosozialen Beratung eine Stunde für die PV verwendet. Es war sehr hilfreich. Sie haben mir emotional und auch bei den Formulierungen geholfen. Eine gewisse Objektivität hat geholfen. Sie sind aber dort noch nicht so „ausgerüstet“ für die Patientenverfügung. Wir haben auch darüber gesprochen, wie ich es meinem Sohn sagen könnte.

## 7.4 Die Gespräche mit den Angehörigen/Vertrauenspersonen

Alle, außer einer Person, haben positive, gute Gespräche über die Patientenverfügung mit den Angehörigen oder Vertrauenspersonen geführt. Als Grund für die guten Gespräche haben sie die gleiche Meinung über die Wünsche in der letzten Lebensphase genannt. Die meisten haben vor und nach dem Verfassen mit ihren Angehörigen gesprochen. So konnten sie ihre Entscheidungen mit beeinflussen. Die meisten Angehörigen waren schon früher mit dem Thema Patientenverfügung vertraut.

Aussagen zu guten Gesprächen mit Angehörigen:

- „Ich habe die Gespräche mit meiner Lebensgefährtin geführt und wir sind in diesem Punkt gleicher Meinung. Meine Lebensgefährtin hatte schon eine Patientenverfügung und wir hatten sehr angenehme Gespräche. Wir haben uns „für den Fall der Fälle“ ausgetauscht. Wir wollen beide das Gleiche. Schwierig war eigentlich nichts, bis auf die Frage: „Was ist dann, wenn wir beide gleichzeitig in einer schwierigen Situation sein sollten, beide sich gleichzeitig mitten im Sterbeprozess befinden?“
- „Meine Brüder haben meine Entscheidungen akzeptiert. Meine Brüder waren lieb und nicht wankend. Nichts war schwierig, weil sie meine Meinung schon lange kennen. Sie haben das Sterben unserer Mutter miterlebt und so sind wir ähnlicher Meinung.“



- „Positiv, hatte ja die erste Patientenverfügung von der Schwägerin bekommen. Habe auch mit meiner Schwester gesprochen. Alles ist gut gelaufen, weil wir der gleichen Meinung sind. Gar nichts war schwierig.“
- „Ich habe keine Angehörige. Ich habe seinerzeit, als ich das erste Mal eine Patientenverfügung gemacht habe, zwei Freunde gefragt, ob sie meine Vertrauenspersonen werden würden und habe ihnen meine Gedanken und Wünsche erklärt. Ich habe ihnen dann zwei Wochen Zeit gegeben um zu überlegen, ob sie es für mich tun würden. Man kann ja niemanden mit so etwas überfallen. Sie haben dann Ja gesagt.“

Eine Person hatte große Angst, ihrem Sohn über ihre Patientenverfügung zu erzählen. Vor allem aber hatte sie Angst wahrhaftig über ihren Krankheitszustand zu sprechen. Sie wollte den Sohn nicht beunruhigen, vor allem auch deswegen, weil diese noch nicht ganz diagnostizierte Krankheit evtl. vererbbar ist. Sie hatte früher auch schon Psychosoziale Dienste in Anspruch genommen, um an diesem Thema zu arbeiten. Für dieses Gespräch würde sie nun sehr viel Energie brauchen, die sie derzeit krankheitsbedingt nicht hat.

## 7.5 Beratungsgespräch mit einem Arzt

Die meisten haben ein Beratungsgespräch mit dem eigenen Hausarzt geführt oder sind gerade dabei, neuerlich ein Gespräch wegen einer Umänderung einer beachtlichen Patientenverfügung in eine verbindliche zu führen. Auch die eine Person, die eine beachtliche Patientenverfügung verfasst hatte, führte ein Gespräch mit einem Arzt.

Derartige Gespräche vermochten die Einstellung der Patienten zur Patientenverfügung nicht zu ändern; bei manchen gab es noch einige Präzisierungen hinsichtlich der medizinischen Inhalte.

Die Dauer der Gespräche war in der Regel sehr kurz: 5-10 Minuten. Diese Gespräche waren nicht mit Kosten für Patienten verbunden.

Kommentare zu diesen Gesprächen:

- „Der Arzt kennt mich gut und hat gesagt, dass ich das alles sicherlich gut mache. Er unterschreibt das Formular schnell. Das war es...Ich mache ihm aber keinen Vorwurf...“
- „Ich bin mit fertigen Formulierungen hingegangen und habe gefragt, ob diese Formulierungen medizinisch vertretbar sind. Er hat gesagt, dass es passt. Mein persönlicher Nutzen war die Bestätigung der medizinischen Formulierungen, sonst nichts. Ich bin ja schon mit fertigen Formulierungen hingegangen.“
- „Ich habe einen Stempel bekommen, dass ich einsichts- und urteilsfähig bin. Mehr war es nicht. Hatte keine Fragen. Mir ist alles klar.“

- „Das Gespräch war für mich nicht hilfreich, weil sich der Arzt selbst noch nicht ausgekannt hat. Er hat gesagt: „Sie sind die Erste, die eine Patientenverfügung bei mir errichten will und ich bin Ihnen dankbar, weil ich jetzt wenigstens weiß, was ich zu tun habe. Die Arzthelferin hat mich auch gefragt, wo man die Unterlagen bekommen kann.“

Einem Herrn wurde zweimal ein Beratungsgespräch verweigert: zuerst von der Hausärztin und danach von der Primarärztin im Krankenhaus. Eine Frau wurde das Beratungsgespräch ebenso im Krankenhaus verweigert, aber ihre selbstverfasste Patientenverfügung wurde zu ihrer Krankengeschichte beigelegt.

„Ich habe mit meiner Hausärztin gesprochen und wollte eine verbindliche Patientenverfügung errichten. Sie hat sich aber geweigert, ein Aufklärungsgespräch zu machen und hat gesagt, dass ich zum Rechtsanwalt gehen sollte. Sie sei nicht zuständig. Als nächstes bin ich ins Hanusch Krankenhaus gegangen, weil ich dort meine Chemotherapien mache. Auch dort war es nicht möglich, ein Aufklärungsgespräch durchzuführen. Frau Primaria hat gesagt, dass sie solche Gespräche aus Kapazitätsgründen nicht führen und überfordert sind. Mittlerweile hat sich die Hausärztin aber die Unterlagen von der Patientenanwaltschaft beschafft und hat sich bei mir entschuldigt. Sie bot an, mit mir ein Aufklärungsgespräch zu machen. Ich wollte dies aber nicht mehr tun.“

„Die Ärzte haben allgemein falsche oder unzulängliche Vorstellungen über die rechtlichen Fragen und sollten besser informiert werden. Sie sind auch mit dem Schriftverkehr schon so überlastet, dass jede zusätzliche Arbeit als Belastung gesehen wird. Sie haben keine Zeit und sind überfordert.“

Eine Frau hat ein ärztliches Beratungsgespräch geführt, das ca. 60 Minuten gedauert hat. Sie hat dafür bei ihrer Hausärztin € 240,- bezahlt.

Ihre Meinung zu diesem Gespräch:

„Ich kenne viele Ärzte und kann bei den wenigsten denken, dass sie die Patientenverfügungs-Beratung ordentlich machen. Aber auch das sagt etwas über die Qualität unseres Gesundheitssystems aus. Es gibt ja schon lange eine 2-Klassen Medizin. Die Ärztin hat meine Patientenverfügung noch verschärft. Sie hat noch zusätzliche Medikamente hineingeschrieben, die ich ablehnen kann/soll. Sie hat manche Punkte auch noch umformuliert.“

## 7.6 Juristische Aufklärung

Ein Herr hat zweimal mit einem Notar gesprochen. Diese Gespräche haben jeweils ca. 30 Minuten gedauert. Für diese Gespräche hat er € 120,- bezahlt. Er hat eine verbindliche Patientenverfügung errichtet mit dem Zusatz, dass es „wie ein Testament gilt.“ Das haben noch zwei MitarbeiterInnen des Notars mit ihren Unterschriften bestätigt. Der Notar hat auch die zwei Vertrauenspersonen von der Patientenverfügung in das Vorsorgevollmachtsregister eingetragen.

Sein Kommentar zum Beratungsgespräch beim Notar:

- „Ich kenne den Notar schon länger. Er ist ein angenehmer Mensch. Dies war ein Grund, warum ich gerade zu ihm gegangen bin. Auf Grund meiner Fragen ist ein sehr emotional geführtes Gespräch entstanden. Ich habe mich dabei wohl gefühlt. Es war berührend.“

Ein zweiter Herr hat zweimal bei einem Notar Informationen eingeholt, aber noch keine verbindliche Patientenverfügung errichtet. Er hat für diese Gespräche nichts bezahlt und der Notar hat ihm empfohlen zu einem Patientenanwalt zu gehen damit er nichts zahlen muss.

Zwei Frauen haben eine verbindliche Patientenverfügung bei einer rechtskundigen Mitarbeiterin einer Patientenanwaltschaft errichtet.

Ihre Meinungen zu den Gesprächen:

- „Ich war im September dort und war die erste, die dort eine verbindliche Patientenverfügung errichtet hat. Das war für mich erstaunlich. Sie hat mir drei Seiten vorgelesen, die ich dann unterschrieben habe. Mich hat noch berührt, dass da drinnen gestanden ist, dass ich verstehe, dass es zu Tode führen kann. Viele Dinge waren für mich vorher klar, weil ich mich sehr gut informiert hatte, aber es war trotzdem gut das alles nochmals zu hören. Es geht nochmals sehr nahe. Sind viele Emotionen drinnen. Ich war nicht so cool. Es war nochmals eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Sein, der eigenen Zukunft, auch mit dem eigenen Tod.“
- „Das Gespräch war sehr nett und die Frau Magister war sehr lieb und hilfreich. Ich war eine der Ersten, die eine Patientenverfügung dort gemacht hat. Sie haben mir schon vorher am Telefon zwei ergänzende Formulierungen empfohlen, die ich dann auch noch eingefügt habe.“

Auf die Frage: **Wie sehen Sie die Bedeutung von ärztlicher und juristischer Aufklärung?** erhielt ich folgende Antworten:

- Es ist wesentlich und absolut notwendig. Aufklärungsarbeit ist bei Juristen und Ärzten notwendig.
- Die ärztliche Aufklärung ist sehr wichtig. Das andere ist ja nur zu unterschreiben. Sie müssen ja nichts mehr aufklären. (Diskussion über die Belehrungsfunktion der Juristen)
- Individuell – für manche sicherlich wichtig.
- Sicher wichtig, vor allem die ärztlicher Aufklärung. Selbst für mich als DGKS war es schwierig. Wie soll es dann Laien gehen, die die Begrifflichkeiten nicht kennen.
- Ich finde es nicht schlecht, habe eigentlich nicht so sehr darüber nachgedacht. Es ist einfach ein Gesetz und es gehört sich so. Für mich hätten noch intensivere Gespräche nichts geändert, weil ich schon lange weiß, was ich will. Für Leute, die noch nichts wissen, ist es sicherlich gut. Sie müssen gut informiert sein.

## 7.7 Emotionale Empfindungen der Patienten

Wenn man eine Patientenverfügung verfasst, kommen natürlich auch Gedanken zum eigenen Sterben ins Bewusstsein. Die Interviewpartner hatten folgende Empfindungen dazu:

- „Das Sterben hat mich in diesem Zusammenhang am wenigsten berührt. Am meisten hat mich der Zustand eines hilflosen Menschen berührt, der eine unterdänige Haltung zu den Ärzten hat. Mit der Phase vor dem Sterben haben wir schwierige Erfahrungen mit unserer Schwiegermutter gemacht. Sie war auf einer Bettenstation im Pflegeheim und auch im Krankenhaus. Beides war sehr, sehr schwer.“
- „Ich hatte vorher eine Hüftoperation und habe in diesem Zusammenhang MS-Patienten und Schlaganfallpatienten kennen gelernt. Ich war der Gesundeste in der Klinik. Dort habe ich eine 40-jährige Frau kennen gelernt, die schon drei Mal einen Schlaganfall hatte. Sie hat mir über Ihre Erlebnisse mit dem „Fast-Sterben“ erzählt. Das hat mich damals sehr beschäftigt und ich habe mich mit dem Sterben auseinander gesetzt. Diese Frau hat erzählt, wie angenehm das Gefühl beim „Fast-Sterben“ war. Es war wie ein Licht und beim 3. Mal wäre sie fast lieber schon dort geblieben. Das hat mir die Angst vor dem Sterben genommen. Das Sterben tut wahrscheinlich nicht so weh.“
- „Ich habe keine Angst vor dem Tod. Ich habe nur Angst vor Schmerzen. Ich habe schon drei Operationen hinter mir und weiß, was es heißt, starke Schmerzen zu haben.“
- „Ich bin nicht ängstlich. Ich habe schon eine Parte für mich geschrieben. Ich habe es bei einem Bekannten erlebt, dass wir eine von ihr verfasste Parte bekommen haben. Das ist eine große Entlastung für die Angehörigen in der schwierigen Zeit. Habe das auch für meinen Mann gemacht. Mein Mann ist im März gestorben und ich habe ihn im Krankenhaus und im Pflegeheim von 16.11.2005 – 15.3.2006 selber begleiten können. Er ist in meinen Armen gestorben.“
- „Das geht schon sehr an die Substanz. Ich habe schon in meinem Beruf als Krankenschwester viele Sterbende gesehen und betreut. Habe auch schon Sterbebegleitungsseminare gemacht und kenne mich aus.“
- (Schluckt und fängt an fast zum weinen)  
„Ich war schon bei zwei für mich lieben Menschen beim Sterben dabei: Meine Mutter und mein Mann, der mit 59 Jahren an Leukämie gestorben ist. Beide sind ruhig eingeschlafen und haben einfach zu Atmen aufgehört. Für mich war es tröstlich, dass es ruhig passiert ist. Habe damals, als mein Mann gestorben ist, die Bücher von Kübler-Ross gelesen. Ein Teil von mir ist mit gestorben, als mein Mann gestorben ist. Vier Jahre lang wussten wir, dass er sterben wird. Damals war ich böse auf die Wissenschaft, dass sie ihn nicht helfen konnten. Das Leben geht aber nachher weiter und man wundert sich, dass man wieder lachen kann.“
- „Religion hilft mir gar nicht. Meiner Oma hat Jesus geholfen. Sie hat gesagt, dass Jesus am Kreuz so viel leiden hat müssen, und wir sollen es auch aushalten. Das hat mich beeindruckt, weil ich es heute noch weiß. Manchmal denke ich, ob ich die gläubigen Menschen beneiden soll, aber dann verstehe ich wieder nicht, warum sie beim Sterben eines Angehörigen so viel weinen, wenn sie doch wissen, dass sie ihn eh wieder sehen werden. Ich nehme das Sterben hin – es ist von der Natur so gegeben. Es gehört zum Leben.“
- „Ich habe zwei Menschen hier im Haus so dahin siechen gesehen. So möchte ich am Ende meines Lebens nicht dahinvegetieren und sterben.“

## 8 Persönliche Gedanken zum Patientenverfügungsgesetz

Das Patientenverfügungsgesetz, das am 1. Juni 2006 in Kraft getreten ist, hat in Österreich und teilweise auch in unseren Nachbarländern doch einige Aufmerksamkeit erregt. Meiner Meinung nach ist das der größte Gewinn, denn damit kommt bei nicht wenigen Menschen die letzte Lebensphase ins Blickfeld und die Patientenautonomie wird zum Gesprächsthema. Durch die vielen Medienberichte interessieren sich immer mehr Menschen für diese Thematik. „Es muss ja etwas Wichtiges sein, wenn es nun sogar ein Gesetz dazu gibt!“ Sehr hilfreich scheint mir, dass dadurch Gespräche über das eigene Sterben und über die Wünsche für die letzte Lebensphase mit Angehörigen angeregt werden. Informationsmaterial und Broschüren, wie z. B. jene des Dachverbands Hospiz Österreich sind da ein gutes Medium, anhand dessen über die schwierigen Themen kommuniziert werden kann. Solche Gespräche sind dann im Ernstfall sicher hilfreich für die Angehörigen. Es entlastet sie, zu wissen welche Wünsche und Einstellungen der Sterbende geäußert hat und sie können danach handeln.

Auf Grund zahlreicher Gespräche mit Interessenten und mit einigen Experten, habe ich die Meinung gewonnen, dass nur sehr wenige Patientenverfügungen im Ernstfall als verbindliche gelten werden können. Ich denke, dass es fast unmöglich ist, in gesunden Tagen eine verbindliche Patientenverfügung so zu errichten, dass sie auch im Ernstfall als solche gilt.

- Ein gesunder Mensch kann nur sehr schwer alle Möglichkeiten medizinischer Maßnahmen so genau auflisten und die Situation zutreffend beschreiben, was er wirklich ablehnt. Es wäre eine unendlich lange Patientenverfügung und dennoch könnte die Situation oder die Umstände doch ganz anders sein als beschrieben. Dann würde die verbindliche eben als beachtliche Patientenverfügung gelten.
- Ein gesunder Mensch kann sich schwer vorstellen, wie sein Leben und seine Lebensqualität sein wird, wenn er schwer krank ist. Es ist wissenschaftlich belegt, dass sich bei lang andauernder Krankheit die Einstellung zu Leben und Tod häufig verändert. Eigentlich sollte dann bei jeder Veränderung der Einstellung auch die Patientenverfügung geändert werden. Das würde heißen: es müsste jedes Mal ein Beratungsgespräch mit einem Arzt stattfinden und jedes Mal ein Gang zum Patientenanwalt, Rechtsanwalt oder Notar. Wie soll das ein kranker Mensch schaffen? Noch dazu ist es immer mit beträchtlichem Aufwand und mit Kosten verbunden.
- Für den behandelnden Arzt bleibt trotzdem immer die Entscheidung, ob die Patientenverfügung als verbindliche Patientenverfügung zu interpretieren ist und ob alle Voraussetzungen für eine verbindliche Patientenverfügung tatsächlich erfüllt sind. Sehr schwierig scheint es mir auch festzustellen, welche Qualität das Aufklärungsgespräch mit dem Arzt hat. Hatte der Patient seine Entscheidung wirklich in gut informiertem Zustand

getroffen? Sind die Umstände genau so wie in der Patientenverfügung beschrieben oder nicht? Tritt der Fall tatsächlich ein, welcher in der Patientenverfügung festgelegt ist oder vielleicht nur teilweise? Wahrscheinlich wird die aktuelle Situation in vielen Fällen mit der in der Patientenverfügung beschriebenen nicht völlig deckungsgleich sein.

Bei all meinen Bedenken, halte ich die Möglichkeit eine verbindliche Patientenverfügung zu errichten nur in ganz speziellen Einzelfällen für sinnvoll.

Leider stelle ich bei manchen Leuten eine Tendenz fest, möglichst zu einem Stempel des Arztes und des Juristen zu kommen. Ich befürchte fast, dass es da und dort zu einer „Stempeljagd“ kommt, weil viele Österreicher gerne absolute Sicherheit haben wollen und diese ihnen durch ein Dokument mit Stempel gewährleistet scheint. Was ein Rechtsanwalt oder Notar unterschrieben und mit Stempeln versehen hat, was möglichst auch in ein Register eingetragen ist, hat im Empfinden mancher Menschen mehr Gültigkeit.

Mir sind bei meinen Gesprächen in den letzten Wochen viele Menschen begegnet, die eigentlich die Voraussetzungen für die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung gar nicht erfüllen, aber sie wollen trotzdem eine verbindliche Patientenverfügung machen. Leider haben zu dieser Haltung auch die Werbungen verschiedener Rechtsanwälte beigetragen, die anscheinend hier ein neues Geschäftsfeld sehen.

Durch die vom BMJ und BMGF nun mit dem Dachverband Hospiz Österreich und den Patientenanwaltschaften anlaufende Implementierungskampagne für Multiplikatoren kann hier hoffentlich eine deutliche Aufklärungsarbeit geleistet werden. Auch die gerade neu entstandene Homepage [www.patientenverfuegung.or.at](http://www.patientenverfuegung.or.at) soll ein wichtiges Medium zur Aufklärung der Bevölkerung sein.

Nach meiner Meinung ist die beachtliche Patientenverfügung die richtige Form für die meisten Menschen. Wichtig ist, dass im Ernstfall Ärzte und Pflorgeteams wissen, welche Einstellung zu Leben und Sterben der Patient hat, welche Werte für ihn wichtig sind und was er für seine letzte Lebensphase wünscht oder nicht wünscht. Nur so können die richtigen Entscheidungen im Interesse des nicht kommunikationsfähigen Patienten getroffen werden.

Patientenverfügungen sind im Kontext aller Bemühungen um die Verbesserung der letzten Lebensphase sterbender Menschen und ihrer Angehörigen zu sehen.

## **9 Schlussfolgerungen**

Der Weg zum Patientenverfügungsgesetz war lang und viele haben auf ihre Weise mitgewirkt, ehe es am 1. Juni 2006 in Kraft treten konnte. Wie im Kapitel 5.1. dargelegt und auch MR Dr. Gerhard Aigner aus dem BMGF in einem Fachgespräch erwähnte, wurde mit dem Patientenverfügungsgesetz kein juridischer Mehrwert geschaffen, sondern es wurden klarere

Regelungen für Patientenverfügungen festgelegt. Dadurch konnte mehr Rechtssicherheit gewonnen werden. Naturgemäß gab es in dem Prozess viele Positionen und Gegenpositionen, es gab Interessen und Interessenskonflikte. Die Materie betrifft schließlich auf irgendeine Weise alle, geht es doch um Fragen des Lebens und des Todes. Dies zu zeigen, war eine der Aufgaben dieser Arbeit.

Die Rolle, die der Dachverband Hospiz Österreich dabei einnahm, war vielfältig. Einiges konnte in diesen Ausführungen deutlich herauskristallisiert werden. Es soll zusammenfassend noch einmal erwähnt sein:

Von Anfang an war der Dachverband Impuls gebend und aktiv vernetzend. Im Vorstand des Dachverbands Hospiz Österreich sind etliche Vertreter aus den Bundesländern, die eben deren Interessen und Anliegen zur Sprache bringen konnten. Auf diese Weise war ein gewichtiges Sprachrohr der Basis wirksam.

In Symposien und Enqueten wurde gerungen und diskutiert. Immer ging es um die Interessen der Patienten, um den Schutz des Lebens bis zuletzt, um eine menschenwürdige letzte Lebensphase um ein Sterben in Würde.

Aus den Interviews geht deutlich hervor, dass nicht nur der Prozess der Gesetzgebung ein langer war, sondern ebenso der Weg bis zum Vorliegen einer errichteten Patientenverfügung. Von dem Augenblick in dem der Patient davon erfährt, dass es so etwas wie eine Patientenverfügung gibt; bis zum Zeitpunkt wo er verstanden hat, worum es geht; bis er seine Wünsche und Ideen artikuliert; bis er Sicherheit in der Wahl der Art der Patientenverfügung hat; und die nötigen Schritte dazu kennt, vergeht oft lange Zeit.

Die Tatsache, dass die meisten Interviewten keine Probleme bei der Informationssuche erwähnt haben, beruht wahrscheinlich auf dem Umstand, dass die meisten sich bereits vor dem Gesetz mit dem Thema auseinandergesetzt hatten. Aus den Statistiken über die Nachfrage der Patientenverfügungsbroschüren des Dachverbands Hospiz Österreich und vielen Beratungsgesprächen kann man einen großen Informationsbedarf in der Bevölkerung herauslesen.

Aus den Interviews geht auch hervor, dass den ärztlichen Beratungsgesprächen eine besondere Bedeutung zukommt und diese somit einer hohen Aufmerksamkeit bedürfen. Wichtig wäre die Ärzteschaft gut zu informieren, sodass ihre Vorbehalte abgebaut werden können und das Gesetz als Unterstützung auch für die Ärzte gesehen werden kann.

Der Implementierungskampagne des BMJ mit dem BMGF, dem Dachverband Hospiz Österreich und anderen kommt eine große Bedeutung zu, um alle Multiplikatoren gut über das neue Gesetz zu informieren.

Die Motive für das Verfassen einer Patientenverfügung könnten in einer Aussage zusammengefasst werden: „Mein Leben soll nicht künstlich verlängert werden. Ich möchte in Würde sterben können, möglichst wenig Schmerzen ertragen müssen und nicht der „Apparatemedizin“ ausgeliefert sein.“ So haben die meisten Interviewpartner erwähnt, dass sie mehr Angst vor den Schmerzen als dem Sterben haben.

Hilfestellungen für das Verfassen einer Patientenverfügung fanden die Befragten insbesondere in der Broschüre von Hospiz Österreich und den Formulierungshilfen der Patientenanwaltschaft NÖ. Die zur Verfügung Stellung eines Formulars wurde von den Interviewten als sehr hilfreich empfunden. So beweisen schon die ersten Erfahrungen aus der Praxis wie wichtig die Vernetzungstätigkeit des Dachverbands Hospiz Österreich beim Prozess der Schaffung eines österreichweit einheitlichen Patientenverfügungsformulars war. Das ist ein großer Gewinn für alle Beteiligten, wenn man das z.B. mit der deutschen Situation vergleicht, wo man ca. 200 verschiedene Formulare vorfindet.

Überraschend für mich war, dass die meisten Gespräche mit den Angehörigen so harmonisch zu laufen scheinen und dass juristische Beratungsgespräche durchaus mit Emotionalität verbunden sein können.

Auf der Rückseite der Broschüre des Dachverbandes Hospiz Österreich zur Patientenverfügung wird R. M. Rilke zitiert:

Ich lebe mein Leben in wachsenden Ringen,  
die sich über die Dinge zieh'n.

Ich werde den letzten vielleicht nicht vollbringen, aber versuchen will ich ihn.

Dies kann gewiss auch vom Werden und sich Bewähren des neuen Patientenverfügungsgesetzes gesagt sein.



## 10 Literaturverzeichnis

- G. Aigner (2006): Patientenverfügungsgesetz. Stärkung oder Schwächung der Patientenrechte? In: Memmer M, Kern G (Hrsg.) Schriftenreihe Colloquium, Band 14, Verlag Österreich, Wien, p. 15
- G. Aigner (2006): Die Patientenverfügung – zur Entstehungsgeschichte des PatVG. FamZ, 1. Jahrgang/Juli 2006/ Nr. 2: p. 66-68
- Gmeiner R, Kopetzki Ch (2005) Österreich auf dem Weg zu einem Patientenverfügungsgesetz? Zeitschrift für Biopolitik : 2/4: p. 68-70
- FamZ Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (2006), Linde, Wien, p. 57
- Jacobi T, May A, Kielstein R, Bienwald W (Hrsg) (2001) Ratgeber Patientenverfügung. Vorgedacht oder selbstverfasst? LIT, Münster Hamburg Berlin London, p.12
- Materialien zum Pat VG ( 2006), P. 1-2
- Memmer M (2006) Patientenverfügungen – Rechtslage nach dem 1. Juni 2006. FamZ, 1.Jg/Juli 2006: p. 69 -75
- Meran JG, Geissendörfer SE, May AT, Simon A (Hrsg) (2002) Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung – Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums der Gesundheit. LIT, Münster Hamburg Berlin London, p. 13 - 14
- Meran JG, (2000) Ethische und Rechtliche Aspekte von Patientenverfügungen ein Vergleich zwischen England und Deutschland, In: Kopetzki Ch Antizipierte Patientenverfügungen, Wien, p. 89 - 91
- Kopetzki Ch (2000) Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, Wien p. 10
- Sass H-P, Kielstein R (2001) Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht, LIT, Münster Hamburg Berlin London, p.12
- Simon A, Meran JG, Fangerau H (2004) Patientenverfügungen als Instrument der Patientenselbstbestimmung. Hautarzt 55: 721-726

### Links:

<http://www.parlinkom.gv.at>

<http://www.ris.bka.gv.at/bgbl>

## 11 Lebenslauf

### Mag. Leena Pelttari-Stachl

Spitzendorfergasse 22a  
2511 Pfaffstätten  
lps@kabsi.at



<b>Persönliche Daten</b>	Geboren am 09.08.1963 in Kiikka, Finnland, verheiratet, 2 Kinder (1992, 1995)		
<b>Ausbildung</b>	Grundschule	Äetsä, Finnland	1970 - 1979
	Gymnasium	Äetsä, Finnland	1979 - 1982
	Wirtschaftsuniversität	Turku, Finnland	1982 – 1987
	Spezialfächer: Internationales Management und Wirtschaftsrecht		
	Nostrifizierung des akademischen Grades durch die Universität Innsbruck 1992		
<b>Berufserfahrung</b>			
Sommer 1982	Pelttari Auto KY, Kundenbetreuung u. Bürotätigkeit, Äetsä, Finnland		
Sommer 1984	Sparkasse Keikyä, Kundenbetreuung, Äetsä, Finnland		
Sommer 1985	NEWAG-NIOGAS, Praktikum, Wien		
Sommer 1986	Finnische Vereinsbank, Auslandsabteilung, Turku, Finnland		
Sommer 1987	Budopol, Praktikum, Krakau, Polen		
Nov. 1987 – Mai 1990	AAC-Sprachschule, Kursmanagerin, Helsinki, Finnland		
Sep.1990 – Dez 1991	Metallwerk Plansee, Exportsachbearbeiterin, Reutte, Tirol		
Okt. 1997 – Juli 1998	WRP GesmbH, Office Managerin, Wien		
Sep.1998 – Aug. 2005	Kardinal König Akademie, Leitungsassistentin, Wien		
Seit 1999	Dachverband Hospiz Österreich, Geschäftsführerin, Wien		

<b>Weiterbildung</b>	<b>Einführungskurs für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung</b>	
<b>Lehrgänge</b>	Kardinal König Akademie, Wien	2001
	<b>Intensivlehrgang Social Profit: Soziale Dienste wirtschaftlich führen</b>	
	Akademie für Sozialmanagement	2002 - 2003
	<b>Interdisziplinärer Palliativbasislehrgang</b>	
	Kardinal König Akademie, Wien	2004 - 2005
	<b>Fachspezifischer Aufbaulehrgang Psychosozial-Spirituelle Palliative Care</b>	
	DV Hospiz Österreich, Wien/St. Virgil, Salzburg	2005 – 2006
	<b>Hospice &amp; Palliative Care Study Seminar in Britain</b>	
	Hospice Education Institute, London	
	<b>mit Praktikum in Strathcarron Hospice in Schottland</b>	2005
<b>Seminare</b>	<b>Word für Windows</b>	
<b>Kurse</b>	Volkshochschule, Baden	1996 - 1997
<b>Tagungen</b>	<b>Schöner streben? Ansprüche und Wirklichkeit in der Hospizarbeit</b>	
<b>Kongresse</b>	Kardinal König Akademie, Wien	Okt. 2000
	<b>Was kümmert uns das Ende – Tod und Trauer in der Erziehung</b>	
	St. Virgil, Salzburg	Nov. 2000
	<b>Pressearbeit als System und im Krisenfall</b>	
	Akademie für Sozialmanagement, Wien	Juni 2001
	<b>Moderieren und Präsentieren</b>	
	IFF Palliative Care und Organisationales Lernen, Wien	Sept. 2001
	<b>Systemische Strukturaufstellungen</b>	
	Akademie für Sozialmanagement, Wien	Jänner 2002
	<b>Medienpräsenz: Interview- und Kameratraining</b>	
	Akademie für Sozialmanagement, Wien	April 2003
	<b>Symposium: Management und Spiritualität</b>	
	Laxenburger Forum, Laxenburg	Nov. 2004
	<b>Kommunikationstraining – Körpersprache und Selbstdarstellung</b>	
	Volkshochschule, Baden	Frühjahr 2005
	<b>Schlagfertigkeit ist etwas, das uns erst 24 Stunden später einfällt</b>	
	Health Care Communications, Wien	Dez. 2005
	<b>Sterbefall Mensch – Wie werden wir morgen leben und sterben</b>	
	Universität Klagenfurt IFF Palliative Care und OrganisationsEthik	April 2006
	<b>Fundraising Seminar</b>	
	Akademie für Sozialmanagement, Wien	Mai 2006
	<b>EU-Symposium „Menschenwürde bis zuletzt“</b>	
	Koordination Palliativbetreuung Stmk – Hospizverein Stmk, Graz	Juni 2006
	<b>6. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin</b>	
	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Hamburg	Sept. 2006
	<b>Fachtagung: Patientenverfügungs-Gesetz und Sachwalterrechts-Änderungsgesetz</b>	
	DV Hospiz Österreich mit BMJ und BMGF, Wien	Nov. 2006

## 12 Danksagung

Als erstes möchte ich Mag. Sr. Hildegard Teuschl für die Unterstützung für meine Projektarbeit herzlich danken. Sie hat mich immer wieder motiviert und in verschiedenen Zusammenhängen mich unterstützt und vielerlei Informationen organisiert. Ohne Ihre mühsame Kleinarbeit für das Kapitel: „Die Entstehung des Patientenverfügungsgesetzes aus der Sicht des Dachverbands Hospiz Österreich“ wäre es nicht möglich gewesen, diese historische Zusammenstellung zu schreiben.

Herrn Prof. Dr. Johannes G. Meran als meinen Betreuer danke ich für die guten Ratschläge, Literaturhinweise und die Neustrukturierung meiner Projektarbeit.

Bei Herrn Martin Kräftner von der NÖ Patientenadvokatur, Herrn Hans Marsam vom Hospiz St. Pölten, Frau Dr. med. Trautgundis Kaiba vom Hospizverein Steiermark und Frau Dr. med. Marianne Putz, Hausärztin bedanke ich mich für die Vermittlung der Patienten als Interviewpartner.

Frau Dr. Hildegard Lorenz, Frau Lore Kojan und Herrn Dipl.- Ing. Peter Zottele sowie meinem Mann, Mag. Rudolf Stachl bedanke ich mich für die Unterstützung bei den statistischen Zahlen. Frau Mag. Mireille Haslinger danke ich für die praktische Unterstützung meiner Projektarbeit.

Zum Schluss sage ich ein besonderes Dankeschön an meine Interviewpartner für ihre Zeit, für ihre Offenheit und für die guten Gespräche.