



universität
wien

Titel der Diplomarbeit

„Instrumente zur Sicherung der Selbstbestimmung am Lebensende – und die daraus folgenden ethischen und rechtlichen Aspekte für die Pflege“

Verfasserin

Stefanie Ruland

Angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.^a)

Wien, 2011

Studienrichtung lt. Studienblatt: A057/122

IDS Pflegewissenschaften

Betreuerin:

Dr. iur Maria Kletečka-Pulker

Institut für Ethik und Recht in der Medizin

Universität Wien, Österreich

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quellen gekennzeichnet.

Weiter erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Wien, am

Stefanie Ruland

Zusammenfassung

Die Diplomarbeit befasst sich mit dem Thema rund um die vorausverfügte Selbstbestimmung durch Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Sachwalterverfügung. Die einzelnen Instrumente werden mit ihren Vor- und Nachteilen, sowie ihren Grenzen für die Selbstbestimmung der PatientInnen beim Eintreten eines Ernstfalles dargestellt und diskutiert. Als Grundlage dienen das Patientenverfügungsgesetz, das Sachwalterrechtsänderungsgesetz im ABGB, die jeweiligen Regierungsvorlagen und Rechtsvorschriften sowie ethische, rechtliche, medizinisch-pflegerische und theologische Literatur.

Bei einer Gegenüberstellung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ergibt sich, dass der höchste Grad an Selbstbestimmung am Lebensende wohl durch eine inhaltliche Kopplung dieser beiden Rechtsinstrumente erreicht werden kann.

Um die herrschende Rechtslage in Österreich verständlich zu machen bzw. zu hinterfragen werden gesellschaftlich-ethische Grundpositionen sowie die Einstellungen zum Thema aus der Sicht von PatientInnen kurz erläutert. Der PatientInnenwille spielt im Zusammenhang mit der Behandlung eines/einer PatientIn eine sehr große Rolle, selbst wenn dieser nur als „mutmaßlicher Wille“ festgestellt werden kann.

Daher wird ein Hauptaugenmerk auf den Umgang von Pflegenden mit schwerkranken und sterbenden PatientInnen, den Instrumenten zur Selbstbestimmung dieser PatientInnen und deren Konsequenzen für die Praxis gelegt.

Es wird außerdem aufgezeigt welche Rolle Pflegepersonen bei möglichen Grenzfällen, in denen keine Eindeutigkeit der Handlungsalternativen gegeben ist, einnehmen können. Die ethische und rechtliche Verantwortung von Pflegepersonen wird dargestellt. Aber auch Rechte und Handlungsmöglichkeiten, die ihnen bei der Betreuung von Sterbenden zukommen, falls Meinungsverschiedenheiten bei Entscheidungen bestehen.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflegenden, ÄrztInnen, eventuell PsychotherapeutInnen und sonstigen an der Betreuung beteiligten Personen, SachwalterInnen und/oder Bevollmächtigten und Angehörigen kann in jedem Fall die bestmögliche Behandlung für den/die PatientIn garantieren.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	4
Einleitung.....	6
1. Definitionen – allgemeine Begriffe im Zusammenhang mit dem Thema.....	8
1.1 Palliativmedizin	9
1.2 PatientInnenautonomie	10
1.3 Menschenwürde.....	11
1.4 Selbstbestimmung des Menschen.....	12
1.5 PatientInnen-Wohl und PatientInnen-Wille.....	13
1.6 Einwilligungsfähigkeit	15
1.7 „Informed Consent“ (informierte Einwilligung).....	16
1.8 Euthanasie	17
2. Sterbebegleitung als Überbegriff	18
2.1 Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe	19
2.2 Unterscheidungsproblematik bei der Einordnung von Sachverhalten	20
3. Neue, genauere Begriffsbestimmungen	22
3.1 „Sterbebegleitung“	22
3.2 „Therapie am Lebensende“	23
3.3 „Sterbenlassen“	23
3.4 „Beihilfe zur Selbsttötung“	24
3.5 „Tötung auf Verlangen“	24
4. Instrumente der Selbstbestimmung.....	25
5. Das Patientenverfügungsgesetz.....	26
5.1 Die verbindliche Patientenverfügung	28
5.1.1 Aufklärung.....	29
5.1.2 Errichtung	29
5.1.3 Erneuerung	30
5.1.4 Zusammenfassender Überblick	31
5.2 Die beachtliche Patientenverfügung	31
5.3 Allgemein gültige Bestimmungen beider Arten.....	35
5.3.1 Unwirksamkeit.....	35
5.3.2 Schutz vor Missbrauch.....	37
5.4 Grenzen und Probleme der Selbstbestimmung durch Patientenverfügung.....	37
5.5 Kritik am Patientenverfügungsgesetz	39
6. Das Sachwalterrechts-Änderungsgesetz (SWRÄG).....	45
6.1 Vertretung nächster Angehöriger	46

6.2	Die Sachwalterverfügung.....	47
6.3	Die Vorsorgevollmacht.....	48
6.3.1	Errichtung einer Vorsorgevollmacht	49
6.3.2	Inkrafttreten einer Vorsorgevollmacht	52
6.3.3	Wirksamkeit gegenüber einer Sachwalterbestellung	53
6.3.4	Registrierung und Vertrauensschutz	54
7.	Zusammenfassender Vergleich der Instrumente.....	55
8.	Ergebnis	58
9.	Selbstbestimmung am Lebensende aus der Sicht von PatientInnen	61
10.	Ethische Grundpositionen zur Rechtslage über Selbstbestimmung am Lebensende in Österreich und Deutschland	64
11.	Umgang von Pflegepersonal mit Sterbenden	71
11.1	Der Bezug von Pflegenden zum Thema Tod und Sterben	71
11.2	Strategien zur Unterstützung der PatientInnenautonomie	75
11.2.1	Grundsätzliche Erfassung von Vorsorgeinstrumenten bei der Aufnahme.....	75
11.2.2	Weitere Beratung von Betroffenen und Angehörigen/ Bevollmächtigten	76
11.2.3	Kontinuierliche Anpassung im kooperativen Pflegeprozess	77
11.2.4	Erfassung wichtiger Informationen im Pflegebericht.....	79
11.2.5	Kommunikation zur Analyse selbstbestimmter Wünsche.....	80
11.2.6	Kranken- und Verhaltensbeobachtung	80
11.2.7	Interdisziplinäre Kommunikation	81
11.2.8	Ethikkomitees	82
12.	Der Wille des/der PatientIn und dessen Bedeutung	83
12.1	Mögliches Konzept zur Ermittlung des PatientInnenwillens.....	84
12.2	Weitere wichtige Anhaltspunkte für den PatientInnenwillen	87
13.	Anwendbare Strafbestimmungen	89
14.	Fallbeispiel: Fehlverhalten anderer Personen aus der Sicht des Pflegenden	95
14.1	Handlungsmöglichkeiten für Pflegende bei Fehlentscheidungen	97
15.	Ethische Verantwortung der Pflegenden für das eigene Handeln	100
16.	Fazit	103
17.	Abbildungsverzeichnis	106
18.	Literaturverzeichnis	107
19.	Anhang	113
	BUNDESGESETZBLATT	113
	BUNDESGESETZBLATT	116
20.	Lebenslauf	128

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (österreichisch)
Abs.	Absatz
BGBLA	Bundesgesetzblatt
BlgNr.	Beilagennummer
bzw.	beziehungsweise
D	Dokumentation
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
d.h.	das heißt
Dr.	Doktor
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
JB	„Juristische Blätter“ (Zeitschrift)
K	Kriterium
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
M	Methode
NS	Nationalsozialismus
NÖ	Niederösterreich
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit
OGH	Oberster Gerichtshof
öStGB	österreichisches Strafgesetzbuch
ÖZVV	Österreichisches zentrales Vertretungsverzeichnis
Pat.	PatientIn
PatV	Patientenverfügung
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
RV	Regierungsvorlage
S.	Seite
sog.	sogenannt

StGB	Strafgesetzbuch (österreichisch)
SW	SachwalterIn
SWRÄG	Sachwalterrechtsänderungsgesetz
u.	und
Univ	Universität
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
VSPBG	Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz
WHO	Weltgesundheitsorganisation
Z.	Zeile
Zak	„Zivilrecht aktuell“ (Zeitschrift)
z.B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

Einleitung

„Wir leben in einer Zeit vollkommener Mittel und verworrener Ziele“ (Einstein). Übertragen auf die immer noch heiß diskutierte Debatte über die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung von todkranken und sterbenden PatientInnen bedeutet dies, dass unsere Gesellschaft nun in einem Zeitalter von immer neuen, besseren medizinischen Errungenschaften einen Weg finden muss, diese auch sinnvoll einzusetzen. Denn die allgemeine Angst vor einem bloßen „vor sich hinvegetieren“, in einem Zustand der in einem natürlichen Verlauf schon zum Tod geführt hätte, ist groß.

Ist der/die PatientIn bei vollem Bewusstsein und einwilligungsfähig gilt es im Rechtsverständnis unserer Gesellschaft als „richtig“ und selbstverständlich, dass Nichts gegen seinen/ihren Willen geschieht. Dies ist auch im österreichischen Gesetz verankert unter §110 Absatz 1 StGB:

„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.“

Davon ausgenommen sind jedoch jene Fälle, in denen „durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des[/der] Behandelten ernstlich gefährdet wäre“, wie es dem zweiten Absatz zu entnehmen ist. Weitere, diesem Inhalt analoge Gesetzestexte finden sich in §8 Absatz 3 KAKuG, §146 Absatz 3 ABGB sowie §283 Absatz 3 ABGB. (vgl. Kopetzki, 2007, S.197-198)

Typische Behandlungsformen, die in bestimmten Situationen am Lebensende abgelehnt werden können sind:

- künstliche Ernährung bzw. Flüssigkeitszufuhr durch eine Ernährungs-sonde
- künstliche Beatmung
- Reanimation
- Verabreichung von Herz-Kreislaufmedikamenten,
- Dialyse
- Antibiotikabehandlung einer Lungenentzündung
- Operationen

(vgl. Schima, 2008, S.498)

Es ist also durchaus möglich, nach eigenem Willen, auch lebensrettende medizinische Behandlungen abzulehnen. Was passiert aber wenn der Mensch, vorübergehend oder auf Dauer, nicht mehr in der Lage ist seinen eigenen Willen auszudrücken, wenn er, wie im Sinne des Patientenverfügungsgesetzes, „im Zeitpunkt der Behandlung nicht [mehr] einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist“ (§2 Absatz 1 PatVG)? In vielen anderen Bereichen des alltäglichen Lebens ist es selbstverständlich Vorsorge zu treffen, beispielsweise durch Finanzplanung oder den Abschluss von verschiedensten Versicherungen. Da es in der heutigen Medizin sehr häufig mehr als nur eine Lösung bzw. Behandlungs- oder Nichtbehandlungsmöglichkeit gibt, erfordert auch dieser Bereich des Lebens vom/von der mündigen BürgerIn eine hohe Bereitschaft zur Regelung und Auseinandersetzung mit den Folgen einer schweren Erkrankung, eines Unfalls oder einfach dem altersbedingten geistigen Abbau. Dies wird, gemäß Schima, vor allem auch durch die statistischen Bevölkerungszahlen gefordert, denn „rund 95 Prozent der mitteleuropäischen Bevölkerung [sterben] nach längerer Krankheit [], während nur 5 Prozent einem plötzlichen Tod erliegen“ (Schima, 2008, S.495-496).

1. Definitionen – allgemeine Begriffe im Zusammenhang mit dem Thema

Zunächst soll ein kurzer Überblick über die genaue Bedeutung der einzelnen Rechtsinstrumente zur Selbstbestimmung am Lebensende gegeben werden. Dabei haben all diese Instrumente gemeinsam, dass der/die PatientIn sie noch in einem Zustand der Einwilligungsfähigkeit verfasst. Die Bedeutung von „Einwilligungsfähigkeit“ wird im Kapitelunterpunkt 1.6 genauer erläutert. Der/die PatientIn muss jedenfalls diese Fähigkeit besitzen um eine Patientenverfügung, eine Vorsorgevollmacht oder eine Sachwalterverfügung erteilen bzw. errichten zu können. Diese treten jedoch erst dann in Kraft wenn der/die Betroffene beispielsweise geistig nicht mehr zurechnungsfähig ist und/oder nicht mehr kommunizieren kann. Auf die spezifischen Regelungen und Anforderungen, die es bedarf, um verschiedene Verfügungen und Vollmachten zu errichten etc., wird später genauer eingegangen.

Bei einer Patientenverfügung, welche durch das Patientenverfügungsgesetz (PatVG) geregelt wird, geht es immer rein um medizinische Behandlungen. Der/die PatientIn kann durch solch eine Verfügung festlegen, welche medizinischen Behandlungen (meist lebensverlängernde Maßnahmen) er/sie in bestimmten Situationen ablehnen will. Dabei ist es nur möglich, Behandlungen abzulehnen und nicht zu fordern. (vgl. Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft in: <http://www.wien.gv.at>, o.J.)

Die Vorsorgevollmacht, deren gesetzliche Grundlage sich im Sachwalterrechtsänderungsgesetz (SWRÄG) findet, kann sich im Grunde auf alle möglichen Geschäftstätigkeiten und Entscheidungen eines Menschen beziehen. Der/die PatientIn bestimmt dabei im Voraus eine (meist sehr vertraute) Person, der er/sie die Regelung bestimmter Angelegenheiten überträgt. Diese können beispielsweise finanzieller Art sein, oder auch den Wohnort betreffend, usw.. Wichtig im Zusammenhang mit dieser Arbeit ist jedoch eine Vorsorgevollmacht im Bezug auf Entscheidungen über schwerwiegende medizinische Behandlungen, wie über den Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen. Eine solche Vollmacht kann nur unter bestimmten Voraussetzungen erstellt werden, welche im Kapi-

telunterpunkt 6.2.1 genauer erläutert werden. (vgl. Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft in: <http://www.wien.gv.at>, o.J.)

Die Sachwalterverfügung ist eine spezielle Form der Vorsorgevollmacht. Normalerweise wird durch das Gericht ein/e SachwalterIn bestellt, wenn der/die PatientIn nicht mehr über die notwendige Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt, um alltägliche Angelegenheiten zu regeln. (vgl. Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft in: <http://www.wien.gv.at>, o.J.)

Aufgaben eines/einer SachwalterIn können dabei Rechtsgeschäfte oder Vermögensverwaltung betreffen, bis hin zur Regelung aller Angelegenheiten zum Wohle des/der PatientIn (§275 ABGB). Hierunter können auch medizinische Entscheidungen fallen. Die Tragweite der Entscheidungsbefugnis eines/einer SachwalterIn hängt von den individuellen Bestimmungen durch den/die PatientIn ab und wird dann durch das Gericht festgelegt.

Bei der Sachwalterverfügung hat der/die PatientIn die Möglichkeit im Voraus Wünsche darüber zu äußern, welche Person im Ernstfall als SachwalterIn eingesetzt werden soll. Diese Wünsche werden durch das Gericht bei der Sachwalterbestellung so weit wie möglich berücksichtigt.

Im Folgenden werden einige zentrale Begriffe definiert und erklärt. Damit soll einerseits verhindert werden, dass es durch unterschiedliche, subjektive Auffassung des/der Einzelnen zu Missverständnissen im Laufe der Arbeit kommt. Andererseits dient dies auch zur weiteren Einführung in das Thema.

1.1 Palliativmedizin

Die Palliativstation in einem Krankenhaus ist wohl jene Station auf der man am häufigsten mit Fragen des Lebensende betreffend, konfrontiert wird. Palliativmedizin bedeutet im Allgemeinen, dass einem/einer PatientIn eine ganzheitliche Behandlung zukommt. Das heißt, der ganze Mensch wird dabei nicht nur auf körperlicher Ebene behandelt. Die Palliativmedizin ist „gemäß der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 2002 ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten[/Patientinnen] und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung

einhergehen“ (Präambel der Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) in: <http://www.dgpalliativmedizin.de>, 03.10.2009). Auf kurative Behandlungen spricht der/die PatientIn zu diesem Zeitpunkt bereits nicht mehr an. Das Ziel der palliativen Behandlung ist dann, das Leiden durch Schmerzlinderung und Symptomkontrolle so gut wie möglich von dem/der PatientIn fernzuhalten. Dazu gehören auch die Berücksichtigung von „anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (Präambel der Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) in: <http://www.dgpalliativmedizin.de>, 03.10.2009) und das Miteinbeziehen von Angehörigen. Wichtig ist vor allem der möglichst lange Erhalt von Lebensqualität. Um diese Ziele zu erreichen ist es notwendig, dass es eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen aus verschiedensten Fachgebieten, Pflegenden, Psycho- und PhysiotherapeutInnen, ehrenamtlich Beauftragten und allen weiteren Personen gibt, die mit der Betreuung des/der PatientIn in Zusammenhang stehen. (vgl. Präambel der Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) in: <http://www.dgpalliativmedizin.de>, 03.10.2009).

Auch in Hospizen findet die Palliativmedizin Anwendung. Der Unterschied zu Palliativstationen in Krankenhäusern ist jedoch, dass es sich bei einem Hospiz um eine eigenständige Einrichtung handelt. (vgl. Hintergrund-Information / Palliativmedizin im stationären Sektor, in: <http://www.dgpalliativmedizin.de>, 30.06.2009)

1.2 PatientInnenautonomie

Der Begriff der „Autonomie“ des Menschen ist keine Erscheinung der Neuzeit, sondern stellte bereits in der alten Philosophie einen wichtigen Kernaspekt dar. Eine Definition von Immanuel Kant kann folgendermaßen interpretiert werden: Die Autonomie einer Person ist die „Basis der Selbstständigkeit der menschlichen Natur und schließt eine Verwendung des Menschen als Mittel zum Zweck aus“ (Pott, 2007, S.37).

Im Zusammenhang mit dem Arzt/Ärztin-PatientIn Verhältnis in der Praxis hat sich der Begriff der „relationalen Autonomie“ entwickelt. Inhalt dieses Terminus

ist, „dass eine Patienten[/Patientinnen]-Autonomie nur im Zusammenhang mit umgebenden helfenden Personen möglich ist, die seine[/ihre] ethischen Entscheidungen beeinflussen“ (Pott, 2007, S.41). Das bedeutet, dass die Autonomie des/der PatientIn immer durch die persönliche Beziehung zu den ihn/sie behandelnden Personen beeinflusst wird. Dadurch wird die eigene Meinung des/der Betroffenen häufig in Anlehnung an die Erfahrungen mit den Betreuenden entstehen. Daraus ergibt sich sowohl für Das betreuende Personal, als auch für die PatientInnen eine große Verantwortung. Der/die PatientIn ist selbst dazu verpflichtet sich mit den Inhalten und Begrifflichkeiten lebensverlängernder Maßnahmen und Möglichkeiten der Sterbebegleitung auseinanderzusetzen. Wichtig ist, im Zuge dessen eine frühzeitige Entscheidung hinsichtlich der Instrumente der Selbstbestimmung am Lebensende zu treffen.

Dennoch ist der Begriff der PatientInnenautonomie in der Medizinpraxis keine Selbstverständlichkeit. Oft wird der/die PatientIn eher „zum reinen Objekt medizinischer Anwendungen“ (Pott, 2007, S.41) gemacht. Verantwortlich dafür sind, laut Pott, die MedizinerInnen selbst, in deren Profession das Ganzheitliche dem Speziellen mehr und mehr gewichen ist. Trotzdem ist in der Palliativmedizin ein Gegentrend erkennbar, hin zu einer den gesamten Menschen betrachtenden Betreuung. (vgl. Pott, 2007, S.41)

1.3 Menschenwürde

„Die Würde des Menschen ist unantastbar“. Was steckt hinter diesem Ausdruck? Im rechtlichen Zusammenhang bedeutet dies hauptsächlich, dass die daraus abgeleiteten Menschenrechte bzw. Grundrechte eines Menschen nicht verletzt werden dürfen. Jeder Mensch ist unabhängig von seinem Geschlecht, Alter, Hautfarbe, Herkunft und anderen Merkmalen mit den gleichen Grundrechten ausgestattet und ist gleich zu behandeln. Alles andere wäre „menschenunwürdig“. Doch, um es mit Hans Küngs Worten auszudrücken, „zu einem menschenwürdigen Leben gehört auch ein menschenwürdiger Tod“ (Küng, 1995, S.17). Das bedeutet, dass der Inhalt des Begriffs „Menschenwürde“ im Bezug auf die letzte Lebensphase eines Menschen nur dann einen Sinn ergeben kann,

wenn man „das Sterben als Dimension des Lebens“ (Küng, 1995, S.17) begreift.

Maleczky sieht dabei die Selbstbestimmung als „maßgebliche Stütze der Würde“ (Maleczky, 2008, S.143). Die Selbstbestimmung hat zwar ihre, vor allem rechtlichen, Grenzen beim Selbstmord, nicht aber im natürlichen Sterbeprozess. „Eine Erhaltung des Lebens gegen den Willen des betroffenen Menschen würde ihn in dieser Situation zum bloßen Objekt herabstufen, seiner Würde berauben“ (Maleczky, 2008, S.143).

Um dieses geforderte selbstbestimmte und würdevolle Sterben zu ermöglichen, ist durch das neue Patientenverfügungsgesetz (PatVG) und Sachwalterrechtsänderungsgesetz (SWRÄG) im ABGB ein Schritt in die richtige Richtung gegeben. Es ist in gesetzlich geregelter Ausmaß möglich, dass der einzelne Mensch auch die letzte Phase seines Lebens selbstbestimmt und dadurch würdevoll erlebt.

1.4 Selbstbestimmung des Menschen

Das Recht auf Selbstbestimmung gehört zu den Grundrechten des Menschen. Nicht nur in Artikel 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) (siehe auch Artikel 3 Absatz 2 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union [vgl. Stadler, 2010, S.120]), sondern ebenso in der österreichischen Patientencharta, eine Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte, wurde dieses Recht, in Abschnitt 4, Artikel 16 jedes Bundeslandes für den medizinischen Bereich genauer definiert:

„Abschnitt 4

Recht auf Selbstbestimmung und Information

Artikel 16

- (1) Patienten und Patientinnen haben das Recht, im Vorhinein über mögliche Diagnose- und Behandlungsarten sowie deren Risiken und Folgen aufgeklärt zu werden. Sie haben das Recht auf Aufklärung über ihren Gesundheitszustand, weiters sind sie über ihre erforderliche Mitwirkung bei der Behandlung sowie eine therapieunterstützende Lebensführung aufzuklären.

- (2) Die Art der Aufklärung hat der Persönlichkeitsstruktur und dem Bildungsstand der Patienten und Patientinnen angepasst und den Umständen des Falles entsprechend zu erfolgen.
- (3) Ist eine Behandlung dringend geboten und würde nach den besonderen Umständen des Einzelfalles durch eine umfassende Aufklärung das Wohl des Patienten oder der Patientin gefährdet werden, so hat sich der Umfang der Aufklärung am Wohl des Patienten oder der Patientin zu orientieren.
- (4) Auf die Aufklärung kann von den Patienten und Patientinnen verzichtet werden; sie dürfen zu einem Verzicht nicht beeinflusst werden.
- (5) Patienten und Patientinnen sind im Vorhinein über die sie voraussichtlich treffenden Kosten zu informieren.“

Die Selbstbestimmung eines einwilligungsfähigen Menschen ist also schon lange, auch rechtlich, garantiert. Die eines im Sterbeprozess befindlichen, oftmals bereits einwilligungsunfähigen Menschen jedoch erst durch das Patientenverfügungsgesetz und Sachwalterrechtsänderungsgesetz im ABGB.

1.5 PatientInnen-Wohl und PatientInnen-Wille

SachwalterInnen, ÄrztInnen und Pflegende sind immer dazu verpflichtet bestmöglich zum Wohl des/der PatientIn zu handeln (vgl. §275 Absatz 1 ABGB). In den meisten Fällen, vor allem denen mit stationärer Behandlung, entspricht die von ÄrztInnen und/oder Pflegenden empfohlene und bevorzugte Behandlung für das PatientInnen-Wohl, auch dem PatientInnen-Willen. Es gibt jedoch in vielen anderen Fällen einen großen Unterschied zwischen dem objektiv gesehenen Wohl für eine/n PatientIn und dem eigenen subjektiven Willen dieser Person.

Eine allgemeine Definition für das „PatientInnen-Wohl“, an das sich die behandelnden Personen zu halten haben, gibt es eigentlich nicht. Wichtig ist hier die Betrachtung des Einzelfalles und dessen Bewertung immer in Abhängigkeit von den jeweiligen gesellschaftlichen Normen und Werten. (vgl. Müller/Prinz, 2007, S.48-49) Daraus ergibt sich dann ein durch Experten (meist medizinisches Personal, SachwalterInnen oder Gerichte) definiertes „Wohl“ für eine/n PatientIn.

Die zentralen Begriffe in der Medizinethik wurden besonders durch die beiden US-Amerikaner Beauchamp und Childress geprägt. Sie entwickelten die vier medizinethischen Prinzipien denen betreuende Personen zu folgen haben:

1. Prinzip der Gerechtigkeit (justice) → vor allem bei der Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem
2. Nichtschadensprinzip (nonmaleficence)
3. Prinzip der Fürsorge (beneficence)
4. Prinzip der Autonomie (autonomy)

(vgl. Beauchamp/Childress, 2001)

Die Sorge um das Wohl eines/einer PatientIn fällt demnach unter das Fürsorgeprinzip. Das Prinzip der Autonomie, welches den PatientInnen-Willen wieder spiegelt, stellt jedoch eine Gegensteuerung zum Fürsorgeprinzip dar. Eine Gewichtung der vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress gibt es aber nicht. Die Gewichtung in der Praxis ist immer abhängig von den jeweiligen gesellschaftlichen Gegebenheiten.

Während nämlich in unserem früheren Gesundheitswesen der autoritäre Rat des/der Arztes/Ärztin kaum hinterfragt und somit dem Prinzip der Fürsorge deutlicher Vorrang eingeräumt wurde, hat hier ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Inzwischen hat sich das Prinzip der (PatientInnen-) Autonomie in den Vordergrund gestellt, was bedeutet, dass der persönliche Wille und die Selbstbestimmung eine sehr viel größere Bedeutung bekommen haben. (vgl. Remmers, 2004, S.30) „Unter ethischen [] Gesichtspunkten, muss eine Willenserklärung [nun] auch dann als bindend angesehen werden, wenn damit Wünsche, Interessen und Ziele bekundet werden, die dem aus professioneller Sicht definierten Wohl des[/der] Patienten[/Patientin] zuwiderlaufen“ (Remmers, 2004, S.30). Diese Richtung wurde, besonders im Hinblick auf die Regelung der letzten Lebensphase eines Menschen, auch rechtlich durch das Sachwalterrechtsänderungsgesetz im ABGB und das Patientenverfügungsgesetz eingeschlagen und gefördert. (vgl. Müller/Prinz, 2007, S.49)

Der Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge, bzw. Wille und Wohl von PatientInnen soll durch folgendes Beispiel aus der Wiener medizinischen Wochenschrift 2006 verdeutlicht werden:

Der Fall handelt von einer 60-jährigen Patientin. Sie wurde wegen sich ausbreitendem Brustkrebs und Hirnmetastasen ins Krankenhaus eingeliefert und litt bereits seit 15 Jahren an einer unbehandelten Schizophrenie. Ihre Einsichts- und Urteilsfähigkeit wurde aber als „partiell vorhanden eingestuft“ (Henry, 2006, S. 273). Medizinische Behandlungen hat sie durchwegs klar abgelehnt. Mit der vom Onkologen indizierten Krebsbehandlung würde sich ihr Leben aber um einige Monate verlängern lassen. Eine gezielte Tumorbehandlung sowie eine Schmerztherapie wären die Folgen, eine Heilung ist aber nicht mehr denkbar. Auf der anderen Seite würden die Maßnahmen eine sehr starke Belastung für die Patientin bedeuten und „mit einem deutlichen Verlust an Lebensqualität einhergehen“ (Henry, 2006, S. 273).

Das betreuende Team steht hier vor einer schwierigen medizinisch, ethisch und rechtlich zu lösenden Frage: Wer entscheidet im Falle einer recht ungewissen Urteilsfähigkeit einer Patientin über deren Wohl und vor allem wie soll entschieden werden?

In diesem Fall kam das medizinische Personal einvernehmlich zu dem Schluss, den Willen der Patientin „als größtenteils autonomen Willen zu respektieren [] und bei Befragung von Seiten des Sachwalters diese Haltung zu vertreten“ (Henry, 2006, S. 273).

1.6 Einwilligungsfähigkeit

Dem Begriff der Einwilligungsfähigkeit eines/r PatientIn, im Englischen: ability to consent, kommt rechtlich sowie medizinisch eine große Bedeutung zu. Laut dem medizinischen Lexikon Pschyrembel ist sie die „für die Einwilligung notwendige Fähigkeit eines[/einer] Pat., seine gegenwärtige Situation u. deren Folgen adäquat einzuschätzen, die für die Behandlung u. deren Folgen relevanten Informationen zu verstehen u. angemessen zu bewerten, einen eigenen Willen zu bilden u. selbstverantwortlich Entschlüsse zu fassen“ (Pschyrembel, 2004, S.459). Hat ein/e PatientIn also seine/ihre Einwilligungsfähigkeit verloren, kann er/sie nicht mehr selbst über das eigene Schicksal entscheiden. Jemand anders wird in dieser Situation diese Entscheidungen treffen müssen, vor Allem, wenn keine schriftlich gültige, und eindeutige Patientenverfügung oder Vorsorgevoll-

macht vorliegt. EntscheidungsträgerInnen können dann ÄrztInnen sein, vom Gericht eingesetzte SachwalterInnen oder in weniger schwerwiegenden Fällen auch Angehörige.

1.7 „Informed Consent“ (informierte Einwilligung)

Der Ausdruck „Informed Consent“ stammt aus dem Angloamerikanischen und bedeutet „informierte, d.h. auf Aufklärung beruhende Einwilligung“ (Pschyrembel, 2004, S.863). In diesem Sinne gibt ein/e einwilligungsfähige PatientIn dem/der Arzt/Ärztin seine/ihre Zustimmung zu medizinischen Handlungen, nachdem er/sie durch den/die Arzt/Ärztin beraten und aufgeklärt wurde. Der „Informed Consent“ impliziert also eine Übereinstimmung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn über das weitere medizinische Vorgehen, während die Autonomie des/der PatientIn vorrangig ist. Ein weiterer Gesichtspunkt ist, dass der/die PatientIn auch Eigeninitiative zeigen muss und aktiv zur Heilung und Gesunderhaltung beitragen muss (vgl. Pott, 2007, S.39). Zentrale Elemente des Informed Consent sind deshalb:

- „ • Aufklärung und Information
- Verstehen der Information
- Bemühen um das Verstehen
- Freiwilligkeit der Zustimmung
- Kompetenz des[/der] Patienten[/Patientin]
- Autorisierung des[/der] Arztes[/Ärztin] zu einer bestimmten Behandlung“

(Pott, 2007, S.39)

Hinsichtlich der Praxistauglichkeit wird der Informed Consent jedoch noch kritisch betrachtet. Wegen meist starker Überlastung von Krankenhauspersonal auf der einen Seite und dem hohen Anteil an nicht einwilligungs- und äußernungsfähigen PatientInnen auf der anderen Seite, ist es oft nicht möglich einen Informed Consent zu erreichen. Mögliche Lösungsvorschläge werden dabei in einer stärkeren Einbeziehung von Angehörigen gesehen und durch eine effiziente Aufteilung der Aufklärungskompetenzen unter ÄrztInnen und Pflegenden (vgl. Pott, 2007, S.39/40).

1.8 Euthanasie

Auf den Ausdruck „Euthanasie“ wird im Folgenden nur kurz eingegangen und im weiteren Verlauf dieser Arbeit bewusst verzichtet. Allerdings werden im allgemeinen Sprachgebrauch die Begriffe „Euthanasie“ und „Sterbehilfe“ häufig synonym verwendet, was nicht ganz stimmig ist. Denn es müsste zudem noch zwischen den verschiedenen Arten von Sterbehilfe unterschieden werden. In der allgemeinen Euthanasiedebatte geht es wiederum vor allem um die Entscheidung, ob in einem Staat die aktive Sterbehilfe erlaubt werden sollte oder nicht.

Aber nicht nur der Begriff der Sterbehilfe steht im Zusammenhang mit „Euthanasie“, sondern auch die Verbrechen des NS-Regimes an meist psychisch Kranken und Behinderten.

Es bestehen also gewaltige Unterschiede in der Verwendung des Begriffs „Euthanasie“. Denn im „Nationalsozialismus wurden die Menschen aufgrund eines staatlichen Programms gegen ihren Willen getötet, während sich die heute zu führende Diskussion der Frage widmet, ob Personen auf ihr Verlangen hin von Dritten getötet werden dürfen“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.37). Hinzu kommt, dass es sich heutzutage bei jenen Personen, um die es in dieser Diskussion geht, um Sterbenskranke handelt, welche sich in der Endphase ihrer Krankheit befinden.

Alles in Allem kann der Begriff „Euthanasie“ also Verwirrung stiften. Im Folgenden sollen deshalb andere dementsprechende Begriffe erklärt und verwendet werden.

2. Sterbebegleitung als Überbegriff

Im Zusammenhang mit dem Tod und dem Sterben steht oft ein Prozess, der mehrere Stunden oder sogar Tage dauern kann. Meist findet dieser Prozess in Krankenhäusern, Palliativ- und Hospizeinrichtungen, Pflegeheimen oder auch zu Hause statt. Der Begriff der „Sterbebegleitung“ wird als Überbegriff für die stattfindende Betreuung durch andere Personen während dieses Zeitraumes verwendet. Dabei gilt die „Sterbehilfe“ als eine Form der Sterbebegleitung. (vgl. Gdaniec, 2004, S.13)

Hier ist eine terminologische Abgrenzung wichtig. Denn „Sterbebegleitung“ und „Sterbehilfe“ stehen zwar beide im Zusammenhang mit dem Sterbeprozess, die Definition einer „sterbenden Person“ kann jedoch sehr unterschiedlich ausfallen. Diese Arbeit schließt sich der Definition von Linke an. „Sterbende“ sind Personen, bei denen „der Sterbevorgang eingesetzt hat, sobald jede Chance längerfristiger Lebensbewahrung vertan und nur noch die bloße Hinauszögerung des Todeseintrittes möglich ist“ (Linke, 2004, S.22). Ein Mensch, der also allein durch intensivmedizinische Versorgung sogar noch Monate am Leben erhalten werden könnte, dadurch aber nur sein Sterbeprozess hinausgezögert werden würde, gilt demnach als Sterbender. Das bedeutet, dass der Wille zu sterben, oder die Diagnose einer irgendwann tödlich verlaufenden Krankheit nicht ausreichen, um Sterbebegleitung oder Sterbehilfe in Anspruch zu nehmen. (vgl. Linke, 2004, S.22)

Im Allgemeinen hat sich die Art der Sterbebegleitung bereits sehr verändert. Während früher, in Deutschland beispielsweise noch bis in die 90er Jahre, der/die Arzt/Ärztin die alleinige Entscheidungsbefugnis über Leben und Tod hatte, gilt es heutzutage den Willen der PatientInnen absolut zu befolgen. (vgl. Gdaniec, 2004, S.19) Die Frage hierbei ist nur, wie präzise der/die PatientIn seinen/ihren Willen zuvor festgelegt bzw. ausgedrückt hat, oder noch ausdrücken kann.

2.1 Aktive, passive und indirekte Sterbehilfe

Zunächst ist die Sterbehilfe im Allgemeinen von spezifischen Formen, wie der Palliativ- und Hospizbetreuung, begrifflich abzugrenzen. Denn laut Gdaniec verbieten diese Formen jegliche „aktive Maßnahme, um den Sterbevorgang zu verkürzen“ (Gdaniec, 2004, S.20) oder sogar einzuleiten.

Im verbreiteten Sprachgebrauch ist der Terminus der „Sterbehilfe“ je nach Art der Maßnahme nach drei Hauptformen zu unterscheiden: aktive, passive und indirekte Sterbehilfe.

Mit „aktiver Sterbehilfe“ werden jene Handlungen bezeichnet, die Dritte ausführen, um dadurch den Tod des/der PatientIn zu erwirken. Dies kann mit der ausdrücklichen Einwilligung des/der Betroffenen sein, was dann „Tötung auf Verlangen“ bedeutet, oder aber auch ohne, bzw. nur mit mutmaßlicher Einwilligung. (vgl. Gdaniec, 2004, S.20-21 und Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.52) Ein Beispiel für aktive Sterbehilfe stellt das Geben tödlicher Injektionen dar und ist in Österreich (§75, §77, §78 StGB) bzw. Deutschland (§216 StGB) eine Straftat im Sinne von Totschlag oder Mord.

Dahingegen ist das bloße Abstellen lebenserhaltender Maßnahmen, auf Wunsch des/der PatientIn keine aktive Sterbehilfe, obwohl dies auch eine aktive Handlung ist. Dies zählt zu Handlungen der „passiven Sterbehilfe“, welche grundsätzlich, solange sie dem PatientInnenwillen entsprechen, nicht strafbar sind. Von „passiver Sterbehilfe“ spricht man, wenn „bei einer absehbar tödlich verlaufenden Erkrankung von einer noch möglichen Behandlung abgesehen wird, also potentiell lebensverlängernde Maßnahmen entweder nicht eingeleitet oder beendet werden“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.52). Gdaniec schreibt dazu, dass das Leben bzw. Sterben eines Menschen bei der passiven Sterbehilfe nicht künstlich verlängert werden darf. (vgl. Gdaniec, 2004, S.22)

Bei der „indirekten Sterbehilfe“ dreht es sich weniger um das Sterben selbst, als um eine Art der medizinischen Therapie, die angesetzt wird um das Leiden zu verringern. Gemäß dem Deutschen Nationalen Ethikrat stehen im „Vordergrund [] Schmerzbehandlung und Sedierung, bei denen das Risiko in Kauf genommen wird, dass als eine mögliche Nebenwirkung der Eintritt des Todes beschleunigt wird, etwa weil das verabreichte schmerzlindernde Medikament eine Atemdepression auslösen kann“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.51).

2.2 Unterscheidungsproblematik bei der Einordnung von Sachverhalten

Der Begriff „Sterbehilfe“ allein ist, wie oben schon beschrieben, mit bestimmten Assoziationen besetzt. Man denkt dabei an „Hilfe zum oder im Sterben“. Und wer würde freiwillig die Hilfe in solch einem ungewissen, vielen Menschen Angst machenden, aber sicher eintretenden Ereignis ablehnen? Dabei hat der vorherig besprochene Kapitelunterpunkt bereits gezeigt, dass dem Begriff der „Sterbehilfe“ ein sehr breites Feld zugewiesen worden ist: Von der tödlichen Injektion, bis hin zur bloßen Schmerzbehandlung. Allein daraus lässt sich bereits die Begriffsproblematik von aktiver, passiver und indirekter Sterbehilfe erkennen.

So „positiv“ sich der Begriff „Sterbehilfe“ auch anhören mag, hinter der „aktiven Sterbehilfe“ kann sich auch die Handlung einer unfreiwilligen Tötung verbergen. Dieser Ausdruck kann also „geradezu als beschönigend und den wahren Tatbestand verschleiern empfunen werden“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.50).

Ein weiterer Punkt ist, dass in „allen Bereichen [] ein konkretes aktives Handeln Voraussetzung [ist] – auch bei der sogenannten passiven Sterbehilfe“ (Gdaniec, 2004, S.22). Ein Beispiel dafür ist das Entfernen einer Ernährungssonde (PEG-Sonde), was definitiv eine medizinische und aktive Handlung darstellt, jedoch zur passiven Sterbehilfe gehört, vorausgesetzt natürlich, dies entspricht auch dem mutmaßlichen bzw. ausdrücklichen PatientInnenwillen. Als Folge daraus wird eine solche Handlung sogar von ÄrztInnen und Pflegenden eher in die Sparte der aktiven Sterbehilfe eingereiht. Somit entsteht gegenüber der Entfernung einer PEG-Sonde eine stärkere Ablehnung. Grundsätzlich ist es, laut Deutschem Nationalen Ethikrat, psychologisch durchaus verständlich, wenn es vor allem das medizinische Personal als weniger problematisch ansieht, keine Handlung zu vollziehen, das heißt zum Beispiel keine PEG-Sonde zu legen, anstatt diese durch aktives Tun entfernen zu müssen. „Der Sache nach ist jedoch dieser Unterschied nicht gerechtfertigt“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.51). Denn beide Handlungen verwirklichen den eigentlichen Willen des/der PatientIn, falls diese/r eine künstliche Ernährung abgelehnt hat. Vor

allem müssen Behandlungen auch dann abgebrochen bzw. nicht durchgeführt werden, wenn sie medizinisch nicht mehr indiziert sind.

Zuletzt geht es bei der „indirekten Sterbehilfe“, wie schon erwähnt, eigentlich nicht um das Sterben und den Tod an sich, sondern eher um die Betreuung Sterbenskranker. Dabei muss beispielsweise eine Schmerztherapie mit sehr starken Medikamenten noch nicht einmal zwingend zum frühzeitigeren Tod führen. Auch hier ist die Begrifflichkeit wieder sehr irreführend.

(vgl. Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.51)

3. Neue, genauere Begriffsbestimmungen

Die im momentanen Sprachgebrauch üblichen Begriffe, im Zusammenhang mit dem Ende des Lebens und dem Prozess des Sterbens, stellen sich in vielen Situationen als sehr missverständlich heraus. In diesem Zusammenhang ist auch Kopetzki der Meinung, dass es besonders in der juristischen Diskussion von Nutzen wäre „auf die weltanschaulich aufgeladene und historisch belastete Terminologie über „aktive“ und „passive Sterbehilfe“ bzw. „Euthanasie“ überhaupt verzichten“ (Kopetzki, 2010, S.63) zu können. Deshalb wird in dieser Arbeit der Vorschlag des Deutschen Nationalen Ethikrates übernommen, und eine Terminologie aus fünf neuen Begriffen verwendet: Sterbebegleitung, Therapie am Lebensende, Sterbenlassen, Beihilfe zur Selbsttötung und Tötung auf Verlangen. Dadurch können Handlungen, die beim Sterbeprozess stattfinden, „angemessen beschrieben und unterschieden werden“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.53).

3.1 „Sterbebegleitung“

Unter den Begriff der „Sterbebegleitung“ im neueren Sprachverständnis fällt nur die tatsächliche menschliche Begleitung eines/r Sterbenden in den Tod. Das bedeutet, dass Pflegende, ÄrztInnen und manchmal auch PsychologInnen während des Sterbeprozesses für den/die PatientIn und seine/ihre Angehörigen da sind, sie versorgen und betreuen. „Ziel muss es sein, die Fähigkeit des[/der] Patienten[/Patientin], den eigenen Willen auch in der Sterbephase zur Geltung zu bringen, so lange zu erhalten, wie es medizinisch möglich, für den Betroffenen erträglich und von ihm gewollt ist“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.53).

3.2 „Therapie am Lebensende“

Therapien am Lebensende sind (palliativ-) medizinische Maßnahmen, die eingesetzt werden um dem/der Sterbenden einen möglichst angenehmen, unbelasteten Weg in den Tod zu bereiten. Dies schließt die Schmerzbehandlung und die Sedierung, also die Gabe von starken Beruhigungsmitteln, des/der PatientIn mit ein. Eine bekannte Folge daraus kann eine Verkürzung des Sterbeprozesses bzw. des Lebens des/der PatientIn sein. Trotzdem kann solch eine medizinische Therapie nicht, wie im früheren Sprachgebrauch, als „indirekte Sterbehilfe“ bezeichnet werden, da der Tod des/der PatientIn nicht intendiert wird. (vgl. Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.54)

3.3 „Sterbenlassen“

Der Begriff des „Sterbenlassen“ gibt den Inhalt der „passiven Sterbehilfe“ genauer wieder. Die Behandlung des/der PatientIn mit lebensverlängernden medizinischen Maßnahmen wird eingestellt. Ob dies durch (passives) Nichtstun, oder durch aktives Entfernen lebenserhaltender Maßnahmen geschieht, macht hier keinen Unterschied. Wichtig ist die Tatsache, dass dem/der PatientIn das Sterben ohne lebensverlängernde Medizin gewährt wird. Gründe dafür sind entweder dass diese Maßnahmen nicht mehr medizinisch indiziert sind, oder dass eine weitere Heilbehandlung gegen den PatientInnenwillen stattfinden würde. Diese beiden Voraussetzungen deuten jedoch bereits auf einen Schwachpunkt dieser Bezeichnung hin. Denn der Begriff „Sterbenlassen“ impliziert diese nicht. Kann keiner dieser beiden Gründe gefunden werden, so handelt es sich um das Strafdelikt der „Tötung“. (vgl. Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.54/56)

3.4 „Beihilfe zur Selbsttötung“

Bei der Beihilfe zur Selbsttötung verschafft ein/eine Dritte/r dem/der Sterbenswilligen die Möglichkeit zum Suizid. Dies kann mit Hilfe tödlicher Medikamente der Fall sein, oder aber auch durch das bloße Einleiten bestimmter Schritte, ohne die der/die Sterbenswillige sein/ihr Vorhaben nicht umsetzen könnte. (vgl. Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.55)

Eine solche Tat ist in Österreich, wie in Deutschland, eine Straftat und wird im österreichischen StGB unter §78 „Mitwirkung am Selbstmord“ mit bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe bestraft. Eine genauere Ausführung dazu findet sich im Kapitel „Anwendbare Strafbestimmungen“ im Unterpunkt 9.8.

3.5 „Tötung auf Verlangen“

Um Tötung auf Verlangen handelt es sich wiederum, wenn ein/eine Dritte/r selbst den/die Sterbenswillige auf dessen/deren Aufforderung tötet, ohne dass der Sterbeprozess bereits eingetreten wäre. (vgl. Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.55)

Auch diese Handlung ist in Österreich und Deutschland verboten. Sie steht gemäß §77 „Tötung auf Verlangen“ unter dem gleichen Strafmaß wie Handlungen die unter §78 fallen. Weitere Ausführungen hierzu finden sich dementsprechend im Unterpunkt 9.9 dieser Arbeit.

4. Instrumente der Selbstbestimmung

Es ist also strafbar, wenn gegen den zuvor ausdrücklich durch den/die PatientIn klargemachten Willen eine medizinische Behandlung vorgenommen wird. „Liegt [jedoch] eine ausdrückliche Willenserklärung nicht vor, ist für die weitere ärztliche Behandlung der mutmaßliche Wille des[/der] Patienten[In] maßgebend“ (Kopetzki, C., 2008, S.149). Dieser kann, wenn überhaupt, ausschließlich durch Äußerungen des/der Betroffenen (schriftlich oder mündlich) eruiert werden. Gesellschaftliche oder subjektive Meinungen von Angehörigen, Freunden oder behandelndem Personal müssen außen vor gelassen werden. Ist dieser mutmaßliche Wille aber nicht ermittelbar, muss der/die PatientIn weiter medizinisch indizierte Behandlungen erhalten und auch das „Sterbenlassen“ des/der Patienten/Patientin könnte in solch einem Fall strafbar werden. (vgl. Kopetzki, C., 2008, S.149)

Um solch eine Situation für den letzten Abschnitt des Lebens so gut wie möglich vermeiden zu können, hat der Gesetzgeber dem/der mündigen BürgerIn durch das Patientenverfügungsgesetz und das Sachwalterrechtsänderungsgesetz im ABGB verschiedene Möglichkeiten zur vorausverfügten Selbstbestimmung eingeräumt. „Insofern hat der[/die] Patient[/In] ein uneingeschränktes Vetorecht, dessen Ausübung keinen Mitentscheidungsrechten und auch keiner „Vernünftigkeitkontrolle“ Dritter unterliegt: Er[/Sie] kann seinen[/ihren] ablehnenden Willen – rechtlich gesehen – immer durchsetzen, selbst wenn diese Entscheidung den Tod nach sich zieht“ (Kopetzki, 2010, S.63).

Falls diese Möglichkeiten vom/von der PatientIn nicht genutzt wurden, wird im Bedarfsfall durch das Gericht eine Person zum/zur gesetzlichen VertreterIn bestellt. Dabei kann durchaus zunächst geprüft werden, ob ein/e Angehörige/r dafür in Frage kommt. Wenn dies aber nicht zutrifft, wird eine familienfremde Person als SachwalterIn bestellt.

5. Das Patientenverfügungsgesetz

Gemäß dem österreichischen Patientenverfügungsgesetz 2006, §2 Absatz 1 ist eine Patientenverfügung „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 Absatz 1 PatVG). Ein wichtiger Kernpunkt dieser Formulierung ist, dass durch eine Patientenverfügung nur Behandlungen abgelehnt werden können, jedoch nicht gefordert.

Ausgangslage:

Bereits vor 2006 war es im österreichischen, wie auch im deutschen Gesetz verankert, dass keine medizinischen Behandlungen gegen den Willen eines/einer PatientIn geschehen dürfen (§110 StGB). Eine Patientenverfügung dient dabei als Hilfsmittel für eine, wenn auch sehr beschränkt mögliche, Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn, wenn diese aufgrund einer Einschränkung des/der PatientIn nicht mehr auf normalem Wege stattfinden kann. Die Errichtung einer Patientenverfügung ist jedem/jeder möglich, der/die zu diesem Zeitpunkt noch einsichts- und urteilsfähig ist und muss zudem höchstpersönlich stattfinden. Das bedeutet, es ist nicht möglich, dass eine/e SachwalterIn, ein/e Bevollmächtigte/r oder Angehörige/r für den/die PatientIn eine Patientenverfügung errichtet. (vgl. Müller/Prinz, 2007, S.122-123)

Unklar blieb jedoch vor Inkrafttreten des neuen Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) immer die Frage, wie mit vorausverfügten Willenserklärungen rechtlich und medizinisch umgegangen werden soll. Beispielsweise war die Errichtung einer Patientenverfügung zwar keine Seltenheit, nur konnte der/die PatientIn auf der einen Seite nicht versichert sein, dass seine/ihre „Erklärung auch wirklich beachtet werden wird“ (RV 1299 BlgNr. 22 GP 1). Und auf der anderen Seite hatte der/die ÄrztIn „demgegenüber kein sicheres rechtliches Fundament, auf dem er[sie] seine[ihre] medizinische Entscheidung treffen“ (RV 1299 BlgNr. 22 GP 1) konnte. Damit entstanden auch für das gesamte medizinische Personal komplizierte Situationen, in denen weder rechtlich, noch ethisch eindeutig vertretbare Handlungsalternativen existierten.

Diese Probleme warfen zudem noch weitere komplexe ethische und damit auch rechtlich zu regelnde Fragen bei einer Patientenverfügung auf. Wie bindend kann eine Willensäußerung sein, wenn der/die PatientIn die genaue Situation im Voraus nicht kennen kann? Er/sie kann sich höchstens vorstellen, wie die eigene Befindlichkeit und die Gefühlslage sein mögen. Und wie kann gewährleistet werden, dass es nicht leichtfertig und vor allem unbeeinflusst durch andere Personen zu Entscheidungen kommt?

Formen einer Patientenverfügung:

Durch das österreichische Gesetz sind zwei Formen der Patientenverfügung vorgesehen. Die verbindliche und die beachtliche Verfügung. Bei einer verbindlichen Patientenverfügung sind behandelnde ÄrztInnen und Pflegende unter allen Umständen zur Befolgung der darin vorgesehenen Willensbekundungen angewiesen. Eine beachtliche Patientenverfügung erfüllt den Zweck, dass sie den Patientenwillen wiedergibt und bei der Behandlung, wie der Name schon sagt, beachtet werden muss. Sie soll außerdem „nach dem Willen des Gesetzgebers ein Hilfsmittel zur Ermittlung des „mutmaßlichen“ (hypothetischen) Patient[Innen]willens darstellen“ (Kopetzki, 2010, S.65).

Zunächst ist es daher wichtig den Unterschied zwischen den beiden Formen einer Patientenverfügung deutlich abzugrenzen. Dabei müssen auch allgemeine Gültigkeitserfordernisse geregelt werden. Im neuen österreichischen Patientenverfügungsgesetz von 2006 musste deshalb definiert werden, welche Voraussetzungen notwendig sind um eine Patientenverfügung verbindlich zu machen, bzw. welche Form und welchen Inhalt diese haben muss und kann, um auch das behandelnde Personal abzusichern. Zudem musste, um beispielsweise möglichen Veränderungen im Leben des/der PatientIn und in der Medizin gerecht zu werden, eine bestimmte Gültigkeitsdauer von verbindlichen Patientenverfügungen festgelegt werden, sowie die Bestimmungen über eine Erneuerung. Bei nicht verbindlichen Patientenverfügungen soll die „Beachtlichkeit anderer Patientenverfügungen bei der Ermittlung des Willens des[/der] Patient[In]“ (RV 1299 BlgNr. 22 GP 1) geregelt werden.

Außerdem ist ein ganz besonders wichtiges Problem das des Schutzes des Individuums vor dem Missbrauch durch Andere.

All diese Fragen wurden im neuen Patientenverfügungsgesetz vom 08. Mai 2006 beantwortet, damit „dieses Rechtsgebiet eindeutig und transparent geregelt werden“ (RV 1299 BlgNr. 22 GP 1) kann, und zwar für PatientInnen, Angehörige und medizinisches Personal. (vgl. RV 1299 BlgNr. 22 GP 1-10)

5.1 Die verbindliche Patientenverfügung

Wenn eine Patientenverfügung verbindlich gültig ist, beinhaltet sie den ernstlichen Willen des/der PatientIn, dessen Befolgung durch nichts zu umgehen ist. Die behandelnden ÄrztInnen, Pflegepersonal und Angehörige sind damit an die in der Verfügung festgelegten Bestimmungen unmittelbar gebunden. Eine SachwalterInnenbestellung wird dadurch „für die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung, die mittels verbindlicher Patientenverfügung abgelehnt wurde, [] unzulässig“ (Müller/Prinz, 2007, S.123). Wichtig ist dabei, dass sie den durch das PatVG vorgeschriebenen inhaltlichen und formalen Anforderungen genügt, um als verbindlich zu gelten. (vgl. Kathrein, 2006, S.26; Kletečka-Pulker, 2007, S.87) Auf diese Errichtungsvorschriften wird im Folgenden genauer eingegangen.

Ein wichtiger Bestandteil einer verbindlichen Patientenverfügung ist, dass jene medizinischen Behandlungen, die abgelehnt werden, „konkret beschrieben oder eindeutig aus dem Gesamtzusammenhang der Verfügung hervorgehen“ (§4 PatVG) müssen. Sind die Formulierungen zu allgemein gehalten bzw. lassen diese zu viel Interpretationsspielraum, kann aus einer solchen Patientenverfügung höchstens ein mutmaßlicher Wille ermittelt werden. Hinzu kommt, dass deutlich werden muss, „dass der[/die] Patient[In] die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt“ (§4 PatVG). Deshalb gibt es in §5 PatVG genaue Vorschriften, wie die Aufklärung von Personen, die eine verbindliche Verfügung einrichten wollen, auszusehen hat.

5.1.1 Aufklärung

Die vorschriftsmäßige ärztliche Aufklärung ist der erste Schritt in die Richtung einer verbindlichen Patientenverfügung. Der/die PatientIn erhält dabei umfassende Informationen über medizinische Details und die Folgen aus der Ablehnung bestimmter Behandlungen.

Der/die aufklärende Arzt/Ärztin muss gemäß §5 PatVG auch seine/ihre eigenen Daten (Name und Anschrift) angeben, und mit seiner/ihrer Unterschrift auf der Patientenverfügung bestätigen, dass der/die PatientIn das Wesen und die Folgen einer solchen Verfügung nach der Aufklärung richtig einschätzen kann. Zudem ist es dann noch erforderlich, dass der/die Arzt/Ärztin die Fähigkeit zur richtigen Einschätzung der Situation durch den/die PatientIn schriftlich begründet. Er/sie muss bestätigen, dass der/die PatientIn zum Zeitpunkt der Aufklärung voll einsichts- und urteilsfähig war. Dies ist gemäß §14 Absatz 1 PatVG entweder in der Krankengeschichte oder in der ärztlichen Dokumentation festzuhalten.

Sollte der/die Arzt/Ärztin aber feststellen, dass der/die PatientIn keine Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzt, so ist es gemäß §14 Absatz 2 PatVG erforderlich, dass auch dies dokumentiert und festgehalten wird, beispielsweise in der Krankengeschichte.

(vgl. §5 PatVG; §14 PatVG)

5.1.2 Errichtung

Wenn sich der/die PatientIn nach ärztlicher Aufklärung über die Inhalte seiner/ihrer Patientenverfügung bewusst ist, kann diese nur verbindlich werden, „wenn sie schriftlich unter Angabe des Datums vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretungen (§11e, KAKuG, BGBl. Nr. 1/1957) errichtet worden ist“ (§6 Absatz 1 PatVG) bzw. vor einer Rechtsanwältin, einer Notarin oder einer Mitarbeiterin der Patientenvertretungen. Patientenvertretungen sind Patientenanwaltschaften jedes Bundeslandes, welche gemäß §11e KAKuG für Krankenhäuser und/oder Pflegeeinrichtungen zuständig sind (vgl. Müller/Prinz, 2007, S.124).

Diese/r rechtliche BeraterIn muss den/die PatientIn zudem „über die Rechtsfolgen der Patientenverfügung sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs belehren und diese Tatsache mit [] [der eigenen] Unterschrift dokumentieren“ (Schabel, 2007, S.141). (vgl. §6 PatVG)

5.1.3 Erneuerung

Gemäß §7 PatVG muss eine verbindliche Patientenverfügung spätestens alle fünf Jahre erneuert werden, außer der/die PatientIn hat selbst einen kürzeren Gültigkeitszeitraum veranlasst. Bei einer Erneuerung müssen wieder alle Formvorschriften, inklusive der neuerlichen ärztlichen Aufklärung gemäß §6 PatVG eingehalten werden. Auch wenn zwischendurch nur einzelne Inhalte der Verfügung verändert werden sollen kommt dies einer Erneuerung gleich und es müssen die gleichen Voraussetzungen dafür erfüllt werden. Danach beginnt die Frist von fünf Jahren erneut zu laufen.

Hintergrund dieser Regelungen ist zum einen, dass eine Patientenverfügung nicht einfach in Vergessenheit geraten kann und im Ernstfall womöglich die falsche Entscheidung getroffen wird. Zum Anderen sollen damit auch medizinische und technische Fortschritte berücksichtigt werden, die eine Krankheitssituation entscheidend verändern können.

Natürlich bedarf es keiner Erneuerung, wenn der/die PatientIn aufgrund des Verlusts seiner/ihrer Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit dazu nicht in der Lage ist. Die Patientenverfügung verliert in diesem Fall also nicht ihre Verbindlichkeit. (vgl. §7 PatVG)

5.1.4 Zusammenfassender Überblick

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die im Patientenverfügungsgesetz festgelegten Bestimmungen zur Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung:

Willensbildung		Willenskundgabe
Einsichts- und Urteilsfähigkeit	Ärztliche Bestätigung iSd § 5 PatVG	• Genaue Beschreibung der abgelehnten Behandlung (§ 4 PatVG)
Ärztliche Aufklärung	Ärztliche Bestätigung iSd § 5 PatVG	
Auseinandersetzung mit den Folgen der Patientenverfügung und zutreffende Einschätzung	Ärztliche Bestätigung iSd § 5 PatVG	• Errichtung vor Rechtsanwalt, Notar oder Patientenanwalt (§ 6 PatVG)
Aktualität		
Rechtzeitig (alle fünf Jahre) erneuert (außer der Patient hat vor dem Ablauf der fünfjährigen Erneuerungsfrist seine Einsichts- und Urteilsfähigkeit verloren) und es gab keine gravierende Verbesserung des Standes der medizinischen Wissenschaft		
Folgen		
Behandlungsentscheidung des SW erforderlich	nein	
kommt zum Tragen, auch wenn er dessen objektivem Wohl widerspricht	ja	

Abbildung 1: „Verbindliche Patientenverfügung“ (Barth, 2006, S.74)

5.2 Die beachtliche Patientenverfügung

Die beachtliche Patientenverfügung ist „nicht im Sinne einer direkten Anweisung verbindlich, sondern nur eine Entscheidungshilfe bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens aufgrund aller Umstände des Einzelfalles“ (Schabel, 2007, S.140). Somit gelten laut §8 PatVG all jene Patientenverfügungen als beachtlich, die nicht alle Voraussetzungen der §§4 bis 7 erfüllen. Durch

eine solche Verfügung ist es immerhin einfacher den mutmaßlichen Willen eines/einer PatientIn zu ermitteln. Der/die SachwalterIn hat diesen mutmaßlichen Willen durch die beachtliche Patientenverfügung bei seiner/ihrer Entscheidung über die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung zu berücksichtigen.

Dabei verhält sich laut §9 PatVG die Beachtlichkeit einer Patientenverfügung proportional stark zum Ausmaß in dem sie einer verbindlichen Verfügung nahe kommt und deren Voraussetzungen erfüllt. Je eher eine Patientenverfügung also die Formvorschriften von §4-7 PatVG erfüllt, desto stärker werden die in der Verfügung geäußerten Wünsche in der Entscheidungssituation beachtet.

Besonders wichtig ist dabei eine individuelle Bewertung der beachtlichen Patientenverfügung und die Beurteilung folgender Aspekte:

Konnte der/die PatientIn zum Errichtungszeitpunkt die Krankheitssituation überhaupt einschätzen?

Wie umfassend wurde er/sie zuvor ärztlich aufgeklärt?

Und wie konkret ist die Beschreibung der abgelehnten medizinischen Behandlungen, bzw. war sich der/die PatientIn über die Folgen einer solchen Ablehnung bewusst?

(vgl. §9 PatVG)

Was passiert nun konkret, wenn eine Patientenverfügung „nur“ beachtlich ist?

Zunächst ist offiziell der/die Arzt/Ärztin jene Person, die feststellen muss, ob die in der Patientenverfügung festgelegten Bestimmungen auch dem Willen des/der PatientIn entsprechen. Wenn ja, so ist diese Verfügung gleich einer verbindlichen Patientenverfügung zu behandeln, und es gibt keine weitere Diskussion über die entsprechende Behandlungsentscheidung. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn der/die PatientIn eine ehemals gültige verbindliche Patientenverfügung errichtet hat, der Gültigkeitszeitraum von 5 Jahren jedoch schon leicht überschritten wurde. (vgl. Kletečka-Pulker, 2007, S.95)

In der herrschenden Literatur wird diese Art von Patientenverfügung, die die Bestellung eines/einer SachwalterIn unnötig macht, als „qualifiziert beachtliche Patientenverfügung“ bezeichnet. In der folgenden Tabelle ist dies überblicksmäßig dargestellt:

QUALIFIZIERT BEACHTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

Willensbildung		Willenskundgabe	
• Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist dem behandelnden Arzt aus eigener Wahrnehmung bekannt oder aus ärztlicher Bestätigung ersichtlich • Ärztliche Aufklärung ist erfolgt (durch den behandelnden Arzt selbst oder ergibt sich aus ärztlicher Bestätigung) • Auseinandersetzung mit den Folgen der Patientenverfügung und zutreffende Einschätzung sind zB aus Krankengeschichte oder aus ärztlicher Bestätigung ersichtlich		• Genaue Beschreibung der abgelehnten Behandlung • Eindeutiger Wortlaut der Urkunde	
Aktualität			
Der Stand der medizinischen Wissenschaft hat sich in concreto nicht verbessert			
Folgen			
Behandlungsentscheidung des SW erforderlich		nein	
kommt zum Tragen, auch wenn er dessen objektivem Wohl widerspricht		ja(da einer verbindlichen PV vergleichbar, s § 9 PatVG)	

**Abbildung 2: „Qualifiziert beachtliche Patientenverfügung“
(Barth, 2006, S.75)**

Wenn die vorliegende Patientenverfügung im einzelnen Fall nicht als qualifiziert beachtlich betrachtet werden kann, ist es meist sehr aufwändig einen mutmaßlichen PatientInnenwillen zu ergründen. Zunächst ist die Bestellung eines/einer Sachwalterin notwendig. Es muss festgestellt werden, ob vielleicht auch nur Teile der beachtlichen Patientenverfügung für die jeweilige, individuelle Situation anwendbar sind. Abbildung 3 zeigt eine Zusammenfassung der beachtlichen Patientenverfügung:

BEACHTLICHE PATIENTENVERFÜGUNG

Willensbildung	Willenskundgabe
• Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist dem Sachwalter zB aus eigener Wahrnehmung bekannt • Informiertheit des Patienten lag zB aufgrund zahlreicher derartiger Behandlungen des Patienten vor • Zutreffende Einschätzung der Folgen der Patientenverfügung zB aufgrund des vorangegangenen Leidensweges des Patienten	• Genaue Beschreibung der abgelehnten Behandlung • kommt insgesamt und objektiv gesehen nachvollziehbar zum Ausdruck
Aktualität	
Der Stand der medizinischen Wissenschaft hat sich in concreto nicht verbessert	
Folgen	
Behandlungsentscheidung des SW erforderlich	ja
kommt zum Tragen, auch wenn er dessen objektivem Wohl widerspricht	Im [Einzel-] Fall, ja (s § 9 PatVG)

Abbildung 3: „Beachtliche Patientenverfügung“ (Barth, 2006, S.75)

Genauere Ausführungen über den PatientInnenwillen und dessen Ermittlung finden sich unter Kapitel 12 „Der Wille des/der PatientIn und dessen Bedeutung“.

5.3 Allgemein gültige Bestimmungen beider Arten

Abschließend gibt es einige Bestimmungen, die ganz unabhängig von Formvorschriften und Voraussetzungen für alle Patientenverfügungen gelten.

Beispielsweise kann bei der Notfallversorgung keine Rücksicht auf den (mutmaßlichen) Patientenwillen genommen werden, „sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet“ (§12 PatVG). Eine Ausnahme stellt jene Situation dar, in der sich der/die behandelnde Arzt/Ärztin über das Vorliegen und den Inhalt einer Patientenverfügung bewusst ist. In diesem Fall würde er/sie sich mit der Durchführung einer vom/von der PatientIn ungewollten medizinischen Behandlung strafbar machen. (vgl. Schabel, 2007, S.142)

Ein weiterer, für alle Patientenverfügungen gültiger Grundsatz wird in §13 PatVG festgehalten. Der/die PatientIn „kann durch eine Patientenverfügung die ihm/[ihr] allenfalls aufgrund besonderer Rechtsvorschriften auferlegten Pflichten, sich einer Behandlung zu unterziehen, nicht einschränken“ (§13 PatVG). Das bedeutet, dass sich jede/r in bestimmten Krankheitsfällen, wie beispielsweise bei ansteckenden, andere gefährdenden Krankheiten, einer Behandlung unterziehen muss. Diese Behandlungspflicht kann rechtlich auch nicht durch eine verbindliche Patientenverfügung abgelehnt werden. (vgl. §13 PatVG)

5.3.1 Unwirksamkeit

In §10 PatVG werden jene Voraussetzungen angeführt, unter denen Patientenverfügungen grundsätzlich unwirksam werden:

Widerruf durch PatientIn

Eine Patientenverfügung wird immer unwirksam, wenn sie durch den/die PatientIn selbst widerrufen wird. Dazu bedarf es keinerlei Beachtung von Formvorschriften. Es reicht bereits aus, wenn der/die PatientIn, beispielsweise durch Handzeichen oder durch Einwilligung in die zuvor abgelehnte Behandlung, nur zu erkennen gibt, dass die Patientenverfügung unwirksam werden soll. (vgl. §10 Absatz 2 PatVG)

„Für den Widerruf ist die Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht erforderlich. Eine gewisse – wenn auch bloß eingeschränkte – Fähigkeit zur Willensbildung wird aber dennoch zu verlangen sein“ (Kletečka-Pulker, 2007, S.91).

Unrechtes Zustandekommen einer Patientenverfügung

Grundsätzlich gilt, dass behandelnde Personen mit der Gültigkeit einer Patientenverfügung rechnen können. Wenn jedoch der geringste Zweifel besteht, dass der Inhalt auch wirklich dem freien, tatsächlichen Willen des/der PatientIn entspricht, kann nicht auf die Wirksamkeit der Verfügung vertraut werden.

Eine Patientenverfügung wird gemäß §10 PatVG dann unwirksam, wenn sie nicht frei und ernstlich erklärt wurde und festgestellt werden musste, dass sie durch einen Irrtum, List oder Täuschung, physischen oder psychischen Zwang zustande gekommen ist.

Unzulässige Beweggründe können auch oft finanzieller oder gesellschaftlicher Art sein. Der/die PatientIn will dann beispielsweise niemandem, vor allem nicht den Angehörigen, „auf der Tasche liegen“ und/oder zur Last fallen.

(vgl. §10 Absatz 1 Zeile 1 PatVG; RV 1299 BlgNr. 22. GP 9)

Unzulässiger Inhalt

Ein weiterer Grund dafür, dass eine Patientenverfügung unwirksam werden kann, ist ein (strafrechtlich) unzulässiger Inhalt. Beispielsweise durch eine Formulierung, die auf Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen hinausläuft. (vgl. §10 Absatz 1 Zeile 2 PatVG)

Hinzu kommt, dass in einer Patientenverfügung nur Behandlungen abgelehnt werden können, nicht aber gefordert. Deshalb gilt zum Beispiel auch die „Anordnung von nicht indizierten Behandlungsmaßnahmen“ (Kletečka-Pulker, 2007, S.92) als unzulässig.

Wesentlicher Fortschritt in der Medizin

Zuletzt ist eine Patientenverfügung auch dann nicht mehr wirksam, wenn sich seit der Errichtung oder Erneuerung „der Stand der medizinischen Wissenschaft [] im Hinblick auf den Inhalt“ (§10 Absatz 1 Zeile 3 PatVG) der Verfügung wesentlich verändert hat.

Beispielsweise ist dies der Fall, wenn die vorherige medizinische Aufklärung, aufgrund der neuen Errungenschaft(en), nicht mehr als ausreichend angesehen werden kann. (vgl. Kletečka-Pulker, 2007, S.91) Der/die PatientIn hatte damals also nicht die Möglichkeit alle wichtigen bzw. für die Entscheidung relevanten Aspekte zu berücksichtigen, da ein oder mehrere neue Gesichtspunkte hinzugekommen sind. Dadurch können sich Entscheidungssituationen völlig verändern und auch neue, ungeahnte Blickwinkel entstehen.

5.3.2 Schutz vor Missbrauch

In Anlehnung an §10 Absatz 1 Zeile 1 PatVG hat der Gesetzgeber in §15 eine Verwaltungsstrafbestimmung zum Schutz vor Missbrauch festgelegt. Damit soll gewährleistet werden, dass „der Zugang zu Einrichtungen der Behandlung, Pflege oder Betreuung oder [der] Erhalt solcher Leistungen“ (§15 PatVG) nicht von der Errichtung einer Patientenverfügung abhängig gemacht wird. Je nach Art der Tat, kann diese auch mit gerichtlicher Strafe bedroht sein, sie fällt aber auf jeden Fall unter die Verwaltungsstrafbestimmungen und wird mit einer Geldstrafe von bis zu 25.000 Euro bestraft, im Wiederholungsfall dann mit bis zu 50.000 Euro.

Dadurch sollen äußere und besonders wirtschaftliche Zwänge gegenüber den PatientInnen verhindert werden. (vgl. Memmer, 2006, S.50)

5.4 Grenzen und Probleme der Selbstbestimmung durch Patientenverfügung

Die auf den ersten Blick deutlichste Begrenzung der Selbstbestimmung mit Patientenverfügung stellt die Tatsache dar, dass keine Behandlungen gefordert bzw. nicht jene/r Anstalt, Arzt/Ärztin gewählt werden kann, der/die die gewünschte Behandlung durchführt, sondern nur medizinisch indizierte Maßnahmen abgelehnt werden können. Es müssen also aus der Auswahl bestimmter Behandlungsmöglichkeiten alle anderen Möglichkeiten ausgeschlossen werden, bis nur noch die gewünschte übrig bleibt.

Dabei ist es oft schwierig, wenn „positive Vorstellungen des guten Sterbens übersetzt werden [müssen] in die Ablehnung medizinischer Maßnahmen“ (Inthorn/Kletečka-Pulker, 2008, S.139). Hinzu kommt, dass dies einerseits eine

juristische Aufgabe darstellt, andererseits aber auch eine Medizinische. Hier kann es also leicht zu Missverständnissen zwischen den Professionen bei den Formulierungen und später auch bei der Interpretation der Patientenverfügung kommen.

Vor allem die Deutung und das Handeln im Sinne einer Patientenverfügung liegen letzten Endes grundsätzlich in der Macht des/der Arztes/Ärztin.

Des Weiteren gibt es nur begrenzte Möglichkeiten zur Aufklärung und Information über medizinische Bedingungen und zukünftige Situationen. Es gibt zahllose Aspekte und Variationen, die „selbst die umfassendste Aufklärung über mögliche zukünftige Szenarien und Verläufe, die in einer Patientenverfügung relevant sind“ (Meran, 2003, S.1318), als vage und nur oberflächliche Beschreibung erscheinen lassen. Die Zukunft ist einfach nicht vorhersehbar.

Hinzu kommt, dass sich die Einstellungen eines Menschen durch bestimmte Einschlüsse in seinem Leben sehr schnell verändern können, „Patientenverfügungen hingegen geben eine statische Antwort auf ein dynamisches Geschehen“ (Meran, 2003, S.1318). Der Gesetzgeber hat zwar versucht dies zu berücksichtigen, indem alle fünf Jahre eine Erneuerung der verbindlichen Patientenverfügung notwendig wird, trotzdem bleibt jede/r Einzelne in der großen Verantwortung, selbst rechtzeitig eine Veränderung in der Verfügung vorzunehmen.

Damit wird auch schon das nächste Problem einer Patientenverfügung angeschnitten. Es muss eine bestimmte Gewissenhaftigkeit der PatientInnen vorausgesetzt werden. Der/die mündige BürgerIn muss sich selbst um die frühzeitige Veranlassung von schriftlichen Änderungen kümmern.

Ein weiteres wichtiges Problem ist die Voraussetzung, dass jeder Mensch dazu in der Lage sein sollte, die umfangreichen medizinischen Informationen individuell für sich abzuwägen, und eine für sich vertretbare Entscheidung zu treffen. Da der Mensch nachgewiesenermaßen eine hohe Anpassungsfähigkeit, an für ihn augenscheinlich schlimme Extremsituationen besitzt, ist die Selbstbestim-

mung eines Menschen im Voraus für zukünftige Situationen von Natur aus sehr bruchstückhaft. „Gesunde haben [] oft keine oder falsche Vorstellungen davon, wie sie sich fühlen, wenn sie einmal krank werden“ (Meran, 2003, S.1319). Dies kann durch das Beispiel einer erfolgreichen Professorin verdeutlicht werden, die für den Fall einer Demenzerkrankung entscheiden soll, ob sie in einem solch verwirrten Zustand noch lebensverlängernde Maßnahmen erhalten will. Das Gleiche gilt für einen Hochleistungssportler, falls er in die Situation eines bettlägerigen Schlaganfallpatienten kommt. Die Antwort in Form einer ausdrücklichen Ablehnung der lebensverlängernden Maßnahmen scheint offensichtlich und vielleicht auch verständlich. Was aber, wenn der/die Betroffene in diesem, zuvor als unwürdig angesehenen, Lebenszustand, sein/ihr Dasein offenbar genießt? Auch hier ist die Aussagekraft einer Patientenverfügung durch ihre statische, schriftliche Form sehr begrenzt. (vgl. Meran, 2003, S.1318-1320)

Manche Menschen hingegen, sind der Meinung, dass schwerwiegende Entscheidungen am Lebensende anderen Menschen überlassen werden sollten, die Erfahrung mit Sterbenden und Schwerkranken haben. Aus einem anderen Blickwinkel betrachtet, stellt auch das eine Ausübung von individueller Autonomie dar. EntscheidungsträgerInnen können in diesem Fall dann SachwalterInnen oder Vorsorgebevollmächtigte/r, auch in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Personal sein. In diesem Sinne würde eine Patientenverfügung im Allgemeinen eine starke Autonomiebegrenzung für den/die PatientIn darstellen.

5.5 Kritik am Patientenverfügungsgesetz

In Österreich wurde nicht nur das Patientenverfügungsgesetz an sich kritisiert, sondern auch die Durchsetzung dieses Gesetzes durch die Regierung.

Kohlhofer (2006) kritisierte beispielsweise, dass die Gesetzgeber einfach ohne eingehende, bzw. ausreichende Diskussion mit ExpertInnen in diesem Fachbereich, das Patientenverfügungsgesetz verabschiedet haben. (vgl. Kohlhofer, 2006, S.6-7)

Auch Barta (2006) bemängelt den Alleingang der Bundesregierung, da das Gesetz beschlossen wurde, ohne auf vorgeschlagene Änderungen eines ExpertIn-

nenteams, bestehend aus Kurt Grünewald, Gerhard Aigner, Elisabeth Medicus, Elmar Waibl, Karl Heinz Auer, Michael Ganner, Elmar Hohmann, Erich H. Loe-
wy, Gertrud Kalchschmid und Heinz Barta, einzugehen. Außerdem hegt er die
Vermutung, dass das Patientenverfügungsgesetz nicht ganz ohne „machtpoliti-
sche[] und monetäre[] Interessen der Politik, der Medizin und der Rechtsberu-
fe“ (Barta, 2006, S.52) zustande gekommen ist. (vgl. Barta, 2006, S.51-52,
S.59)

Ein schwerwiegender Ansatzpunkt zur Kritik des Gesetzes an sich, liegt in der
Trennung von Patientenverfügungen in Verbindliche und Beachtliche. Im Fol-
genden werden einige Kritikpunkte des Patientenverfügungsgesetzes darges-
tellt.

1. Da bereits tausende Patientenverfügungen existieren und schriftlich verfasst
wurden, jedoch nicht den notwendigen Formvorschriften einer verbindlichen
Patientenverfügung entsprechen, werden diese automatisch zu „unverbindli-
chen Meinungsäußerungen“ (Kohlhofer, 2006, S.7) degradiert. Vor allem jenen
Menschen, die sich bereits sehr viele Gedanken um ihre Wünsche bei zukünftigen
medizinischen Behandlungen gemacht haben, aber auch allen Anderen,
wird, laut Kohlhofer (2006), durch dieses Gesetz der Zugang zur Selbstbestim-
mung als PatientIn erschwert und möglichst verhindert. (vgl. Kohlhofer, 2006,
S.7; Barta, 2006, S.57-58; Kalchschmid, 2006, S.90-91)

2. Hinzu kommt, dass es durch die Voraussetzungen für eine verbindliche Pa-
tientenverfügung zu enormen finanziellen Aufwendungen kommt, die der/die
PatientIn selbst zu tragen hat. Zu diesen Aufwendungen zählt nicht nur, gemäß
§6 PatVG, die Einbeziehung eines/r Notars/Notarin, Rechtsanwalts/-anwältin
oder MitarbeiterIn einer Patientenvertretung nach §11e KAKuG. Sondern auch
die Beratung und Aufklärung durch den/die ÄrztIn muss der/die selbstbestim-
mungswillige PatientIn aus eigener Tasche bezahlen. Bei der Errichtung einer
verbindlichen Patientenverfügung muss mit Kosten um ca. 300 Euro gerechnet
werden. Die einzige Möglichkeit einen Teil der Kosten einzusparen, ist die rech-
tliche Beratung durch eine Patientenvertretung, welche jedoch in jedem Bun-
desland anderes geregelt ist, durchführen zu lassen. Hinzu kommen spätestens

alle fünf Jahre ungefähr die gleichen Kosten, um durch Erneuerung der Verfügung, unter den gleichen Formerfordernissen, ihre Verbindlichkeit aufrecht zu erhalten. Bei einer Abänderung in der Verfügung, noch bevor diese fünf Jahre alt ist, ist eben schon früher zu bezahlen.

Diese Tatsache hat nicht nur in der Praxis Empörung hervorgerufen, sondern auch bei sämtlichen Experten, die sich mit dem Thema der Selbstbestimmung am Lebensende und der Patientenverfügung auseinander gesetzt haben. „Zu hohe Kosten wurden kritisiert vom Vizepräsidenten des Österreichischen Seniorenrates Dr. *Zupancic*, von Professor DDr. *Kopetzki* (Univ Wien), vom NÖ Patientenanwalt Dr. *Bachinger* und von Dr. *Barta* (Univ Innsbruck)“ (- siehe Parlamentskorrespondenz/02/23.03.2006/Nr 249; Memmer, 2006, S.45). Sogar „von einer Zweiklassen-Selbstbestimmung bzw. Zwei-Klassen-Medizin“ (Memmer, 2006, S.45) war die Rede.

(vgl. Memmer, 2006, S.45-46; Kohlhofer, 2006, S.7; Barta, 2006, S.59)

3. Barta (2006) sieht vor allem auch die Formvorschriften als zu hohe Hürde für die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung an. Seiner Meinung nach wird dadurch alles Andere als Rechtssicherheit geschaffen, denn es ist nicht möglich alle Situationen und deren Varianten zu bedenken, egal wie hoch die Formvoraussetzungen und die Kosten dafür angesetzt werden. (vgl. Barta, 2006, S.61)

4. Daran schließt ein weiterer Kritikpunkt an. Dass die Erneuerung einer verbindlichen Patientenverfügung, aufgrund medizinischer Entwicklungen oder einer Änderung im Krankheitsverlauf, eine sinnvolle Voraussetzung darstellt, wird nicht in Frage gestellt. Auch nicht, dass eine neuerliche ärztliche Aufklärung notwendig ist. Die erneute rechtliche Beratung jedoch, die gemäß §6 notwendig ist, stellt eine nicht nachvollziehbare Hürde dar. (vgl. Memmer, 2006, S.46)

5. Aber was, wenn ein/eine PatientIn aus religiösen Gründen eine Behandlung ablehnt? Auf diesen speziellen Fall wird im Gesetz keineswegs eingegangen. Vielmehr wird es solchen Menschen durch das neue Patientenverfügungsgesetz sogar erschwert ihre eigene Selbstbestimmung bzw. Autonomie anderen Menschen gegenüber wahrzunehmen. Zum Einen können sie ihre Wünsche nur geltend machen, wenn sie eine verbindliche Patientenverfügung errichten und

damit den höheren Aufwand und die Kosten auf sich nehmen. Des Weiteren kann eine intensive ärztliche Aufklärung in diesem Fall nicht als Voraussetzung für die Errichtung gelten. Denn ein Mensch, der aus religiöser Überzeugung eine Patientenverfügung errichten möchte, hat bereits unbeeinflusst durch medizinische Hintergründe seine Entscheidung getroffen. Und zwar die, „sich der Urteilskraft seines Gottes zu beugen. Er gebraucht sein Selbstbestimmungsrecht, indem er sich dem Urteil Gottes unterwirft“ (Kern, 2006, S.73). Es wäre also anmaßend zu behaupten, dass ein religiöser Mensch durch ärztliche Aufklärung zu einer besseren Entscheidung fände, als die, die er bereits aufgrund seines Glaubens und der Verbindung zu seinem Gott getroffen hat. (vgl. Kern, 2006, S.73)

6. Memmer (2006) kritisiert auch, dass im Gesetz keine Möglichkeit offen gelassen wurde, zur Klärung von Auslegungsfragen eine gerichtliche Kontrolle herbeizuführen. Noch im Ministerialentwurf §11 2005 sollte dies möglich sein. Es war eigentlich vorgesehen, dass ein Tribunal eingeschalten werden kann, was auch die Österreichische Notariatskammer und Professor DDr. Kopetzki sehr begrüßten. Dies wurde im Gesetz jedoch nicht durchgesetzt. (vgl. Memmer, 2006, S.49)

7. Außerdem gibt es keine gesetzlichen Vorschriften für eine Registrierung von Patientenverfügungen. Die PatientInnen bzw. deren Angehörige müssen also immer selbst dafür Sorge tragen, dass dem/der behandelnden Arzt/Ärztin auch rechtzeitig die Patientenverfügung zukommt. Barta (2006) schlägt als Lösung eine Registrierung beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) vor, oder aber über die österreichische e-card. (vgl. Barta, 2006, S.61; Kern, 2006, S.85; Kalchschmid, 2006, S.92-93; Jahn, 2006, S.104; Zakrajsek, 2006, S.107-108)

8. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Tatsache, dass mit einer Patientenverfügung bestimmte Behandlungen nur abgelehnt werden können. Kern (2006) sieht das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen hier besonders eingeschränkt. Wie zuvor schon beschrieben, hat der/die PatientIn bei mehreren Behandlungsalternativen nicht die Möglichkeit, mittels einer Vorausverfügung festzulegen, welche Behandlung er/sie wünscht. Nur durch die Ablehnung aller anderen Möglichkei-

ten kann eine bestimmte Behandlung erwirkt werden. Hinzu kommt die nicht im Gesetz geregelte Frage, welche Konsequenzen aus einer Verfügung gezogen werden, die trotzdem bestimmte Behandlungswünsche beinhaltet. (vgl. Kern, 2006, S.75-76)

9. Daran schließt sich die Frage an, was mit einer Patientenverfügung geschieht, die nur teilweise aus unzulässigem Inhalt besteht. Auch hier lässt der Gesetzgeber offen, ob dann die gesamte Verfügung als ungültig angesehen werden soll, oder ob der zulässige Teil trotzdem als verbindlich gilt. (vgl. Kletečka-Pulker, 2007, S.92)

10. Ungeklärt bleibt auch die Problematik, inwiefern ein/e einzelne/r Arzt/Ärztin bestimmen kann, ob der/die Verfügende einsichts- bzw. urteilsfähig ist. Wenn der/die Arzt/Ärztin zu dem Schluss kommt, dass der/die PatientIn bei der Erstellung einer Patientenverfügung diese Fähigkeiten nicht besitzt, diese/r sich selbst aber sehr wohl dazu in der Lage fühlt, führt dies zu Problemen. Wo liegt der rechtliche Ansatzpunkt, wenn ein/e PatientIn nicht mit der Einschätzung des/der Arztes/Ärztin einverstanden ist? Kann der/die Verfügende gegen die Fehleinschätzung des/der Arztes/Ärztin, die er/sie auch noch bezahlen musste, zivilrechtlich vorgehen? Oder ist es einfach möglich so lange verschiedene Ärzte zu besuchen, bis man das gewünschte Ergebnis erhält? Welcher der in der Krankengeschichte vermerkten Einschätzungen wird Recht gegeben? Zudem hat der Gesetzgeber „keine Aussage hinsichtlich der Qualifikation des[/der] aufklärenden Arztes[/Ärztin] getroffen“ (Kletečka-Pulker, 2007, S.88).

Kern sieht diese Fragen besonders für religiöse Menschen als problematisch und relevant an. Denn es mag vielleicht nicht jede/r Arzt/Ärztin, der/die die gesetzlich verordneten Aufklärung vornimmt, die religiösen Motive der Menschen verstehen und Sie daraufhin zutreffend einschätzen.

(vgl. Kern, 2006, S.80)

11. Bei der Umsetzung des Patientenverfügungsgesetzes in die Praxis ergibt sich ein weiteres Problem. Im Gesetz werden keine Vorgaben über die Art und Weise der ärztlichen Aufklärung gemacht. Tatsache ist nur, dass diese Aufklärung stattfinden muss. ÄrztInnen werden dadurch verunsichert, denn es bleibt in ihrem eigenen Ermessen wie detailliert sie diese Aufklärung vornehmen und

was sie davon dokumentieren. Außerdem ist nicht geklärt ob, bzw. inwieweit sie mit haftungsrechtlichen Konsequenzen zu rechnen haben. (vgl. Kalchschmid, 2006, S.94)

12. Eine weitere Lücke im Patientenverfügungsgesetz muss beim Widerruf festgestellt werden. Denn, dass eine Patientenverfügung nur höchstpersönlich errichtet werden kann ist durchaus einleuchtend. Was passiert aber, wenn zusätzlich ein/e Vorsorgebevollmächtigte/r durch den/die PatientIn bestellt wurde? Kann diese/r die Patientenverfügung widerrufen? Nach Ansicht von Kletečka-Pulker (2007) spricht mehr dafür, dass „aus der Formulierung „der Patient selbst“ ein höchstpersönlicher Widerruf abgeleitet werden kann“ (Kletečka-Pulker, 2007, S.91). (vgl. Kletečka-Pulker, 2007, S.91)

Kerschner (2007) ist der Meinung, dass ein Widerruf durch den/die Vorsorgebevollmächtigte/n dahingehend möglich ist, wenn diese/r im Vorfeld ausdrücklich durch den/die PatientIn dazu bevollmächtigt wurde. (vgl. Kerschner, 2007, S.166)

13. Da die Patientenverfügung zwar per Gesetz auch dann ungültig wird, wenn es zu einem, für den Inhalt, wesentlichen Fortschritt in der Medizin kommt und die Situation aus völlig anderen Blickwinkeln gesehen werden kann, stellt sich eine weitere Frage. Denn auch hier wird offen gelassen, ob der/die PatientIn in seiner/ihrer Verfügung per se ausschließen kann, dass sich ein solcher Fortschritt auf diese auswirken soll. (vgl. Kletečka-Pulker, 2007, S.91-92)

Besonders davon betroffen sind wieder religiös motivierte Menschen, für die ein Wandel in der Medizin nicht relevant ist. Auf Sie kommen dadurch wieder Kosten und Mühen zustande, die eigentlich von vornherein auszuschließen gewesen wären.

6. Das Sachwalterrechts-Änderungsgesetz (SWRÄG)

Dem Patientenverfügungsgesetz folgte bald darauf das neue Sachwalterrechts-änderungsgesetz (SWRÄG) im ABGB, das am 23. Juni 2006 kundgetan wurde und am 01.07.2007 in Kraft trat. (vgl. BGBLA_2006_I_92)

Ausschlaggebend für tiefgreifende Änderungen im Sachwalterrecht war, unter Anderem, die Tatsache, dass die Zahl der Sachwalterschaften stetig stieg und somit das bestehende System an seine Grenzen stieß. (vgl. Schauer, 2006, S.129) Während der Anteil der geistig Behinderten und psychisch Kranken in der Bevölkerung gleich bleibt, steigt jener der altersbedingt Beeinträchtigten immer mehr an. Die „Zahl der jährlichen Neuunterstellungen unter Sachwalter-schaft zwischen 1981 und 2001 [hat sich jedoch] mehr als versiebenfacht“ (Pilg-ram, 2006, S.145), was einen überproportional starken Anstieg im Vergleich zu den oben genannten Personengruppen bedeutet. „Die schiere Fallmenge ge-fährdet [somit] heute den intendierten verbesserten Rechtsschutz durch Sach-walterschaft“ (Pilgram, 2006, S.145). Ohne das Eingreifen des Gesetzgebers hätte das alte System wohl nach dem ökonomischen Grundgesetz von Angebot und Nachfrage und aufgrund von überforderten Angehörigen zu einem Mas-sengeschäft von AnwältInnen und NotarInnen geführt. Vor allem würde es zu einer Vernachlässigung der Personensorge von Betroffenen kommen. (vgl. Pilg-ram, 2006, S.145)

Es gab also nur unzureichende Regelungen zur Betreuung besachwalteter Per-sonen. Deshalb ist ein weiteres Ziel des Gesetzes die Rechte dieser Personen zu stärken und deren Schutz zu verbessern. Insbesondere sollte der Schutz der Autonomie gewährleistet werden. (vgl. Schauer, 2006, S.129)

Schauer (2006) hat den Inhalt des SWRÄG in folgenden Schlagworten zusam-mengefasst:

- „• ausdrückliche Regelung der Vorsorgevollmacht
- Einführung einer gesetzlichen Vertretungsbefugnis für Angehörige
- Einführung einer „Sachwalterverfügung“
- Regelung der medizinischen Behandlung der behinderten Person
- Regelung der Wohnortbestimmung
- Bestellung des Vereins zum Sachwalter

- Einführung des „Clearings“ durch Sachwaltervereine
- Höchstzahl von durch eine Person übernommenen Sachwalterschaften“

(Schauer, 2006, S.129)

Im Folgenden soll auch kurz auf die beiden anderen im SWRÄG geregelten Vertretungsarten für einwilligungsunfähige PatientInnen eingegangen werden, bevor das Instrument der Vorsorgevollmacht genauer beschrieben wird. Die anderen, im SWRÄG geregelten Aspekte sind für diese Arbeit nicht relevant, können aber im Anhang im Originaltext nachgelesen werden.

6.1 Vertretung nächster Angehöriger

Die Einführung der gesetzlichen Vertretungsbefugnis für Angehörige ist im österreichischen Recht ein neues Rechtsinstitut und wird in §284b, §284c, §284d, §284e ABGB geregelt. Dabei ist der Grundgedanke, dass eine Person, die nicht mehr zu rechtswirksamen Handlungen fähig ist, im Bereich von Rechtsgeschäften des täglichen Lebens von ihren nahen Angehörigen vertreten werden kann. Dies beruht auf der Annahme, dass die nahen Angehörigen im Normalfall auch der Person emotional nahe stehende Menschen sind. Gemäß §284b Absatz 2 ABGB sind „nächste Angehörige [] befugt, über laufende Einkünfte der vertretenen Person und pflegebezogene Leistungen an diese insoweit zu verfügen, als dies zur Besorgung der Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens und zur Deckung des Pflegebedarfs erforderlich ist“ (§284b Absatz 2 ABGB). Die Angehörigenvertretung umfasst jedoch nicht die Möglichkeit der Zustimmung oder Ablehnung des/der VertreterIn einer medizinischen Behandlung, die „gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist“ (§284b Absatz 3 ABGB)

Gemäß §284c Absatz 1 ABGB sind die nächsten Angehörigen die Eltern, volljährige Kinder, im gemeinsamen Haushalt lebende Ehepartner sowie LebensgefährtenInnen, die seit mindestens drei Jahren im gemeinsamen Haushalt gelebt haben. Dabei gibt es im Gesetz keine hierarchische Ordnung, falls mehrere der nächsten Angehörigen ihre Vertretungsbefugnis in Anspruch nehmen wollen. Jede/r hat das gleiche Mitspracherecht und es „genügt die Erklärung einer Person. Liegen dem Erklärungsempfänger [jedoch] widerstreitende Erklärungen

vor, so ist keine wirksam“ (§284c Absatz 2 ABGB). Nimmt ein/e Angehörige die Vertretungsbefugnis an, so muss dies im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) registriert werden, damit auch Dritte auf den Wahrheitsgehalt der Befugnis vertrauen können. (vgl. §284e Absatz 2 ABGB)

Gemäß §284d Absatz 2 ABGB kann die Vertretungsbefugnis von Angehörigen aber auch beschränkt werden, denn diese „tritt nicht ein oder endet, soweit ihr die vertretene Person ungeachtet des Verlusts ihrer Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit widersprochen hat oder widerspricht“ (§284d Absatz 2 ABGB). Damit verliert der/die jeweilige Angehörige seine/ihre Vertretungsbefugnis, selbst wenn der Widerspruch nach Verlust der Geschäftsfähigkeit des/der Betroffenen stattgefunden hat. (vgl. Schauer, 2006, S.150-151)

Auch „die Errichtung einer Vorsorgevollmacht oder die Bestellung eines Sachwalters schließen die Angehörigenvertretung [damit] im Umfang der Vollmacht bzw. des Wirkungskreises des Sachwalters aus“ (Lunzer, 2006, S.156).

Ein großer Vorteil dieses neuen Rechtsinstituts ist es zwar, dass es dadurch gelungen ist, die Bestellung eines/einer SachwalterIn in vielen Belangen entbehrlich zu machen, jedoch wurde die Selbstbestimmung und Autonomie des/der betroffenen PatientIn dadurch nicht gefördert. (vgl. Schauer, 2006, S.152-153) Im Bezug auf die Entscheidung über schwerwiegende medizinische Behandlungen, im Fall der eigenen Einwilligungsunfähigkeit, muss der/die PatientIn im Vorfeld jedoch andere Instrumente, wie die Patientenverfügung oder die Vorsorgevollmacht wählen, da die Angehörigen in solch einer Sachlage gemäß §284b Absatz 3 ABGB nicht zu einer Entscheidung befugt sind.

6.2 Die Sachwalterverfügung

Eine weitere Neuregelung im ABGB durch das Sachwalterrechtsänderungsgesetz ist die Möglichkeit einen Wunsch darüber zu äußern, wer im Bedarfsfall als SachwalterIn bestellt werden soll. Dies muss vor Verlust der Geschäftsfähigkeit und/oder der Einsichts- und Urteilsfähigkeit durch eine Sachwalterverfügung geschehen. Dabei sind bestimmte Personengruppen von vornherein von der Übernahme einer Sachwalterschaft ausgeschlossen. Dazu zählen beispielsweise

se Minderjährige oder Personen, die selbst unter Sachwalterschaft stehen, im Allgemeinen also nicht eigenberechtigte Personen. Außerdem muss sich die in der Sachwalterverfügung bestimmte Person auch selbst dazu in der Lage fühlen, mit der Situation umzugehen und im Folgenden dem Sachwalterauftrag zustimmen.

Daher ist es durchaus zu empfehlen, dies im Vorfeld zu klären bzw. auch die Vorstellungen des/der Verfügenden über die Amtsausführung des/der SachwalterIn. Der geäußerte Wunsch hat dann bei Gericht aber lediglich Einfluss auf die Wahl des/der SachwalterIn. Es muss trotzdem in jedem individuellen Fall unter Berücksichtigung vieler einzelner Aspekte geprüft werden, ob jemand als SachwalterIn geeignet erscheint oder nicht. (vgl. Müller/Prinz, 2007, S.39-40)

Die Verfügung kann, muss aber nicht, „wie eine Vorsorgevollmacht, also eigenhändig, fremdhändig oder als Notariatsakt errichtet werden“ (Barth, 2006, S.141). Wird sie aber schriftlich verfasst, besteht die Möglichkeit sie im Österreichischen zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) registrieren zu lassen. Einer Sachwalterverfügung mit Berücksichtigung dieser Formvorschriften wird zwar keine größere Wirksamkeit beigemessen, grundsätzlich wird sie aber in der Praxis, besonders durch eine Registrierung, mehr Geltung erfahren. (vgl. Barth, 2006, S.141)

Außerdem kann der Wunsch über den/die bestimmte SachwalterIn „sowohl unabhängig von einer Vorsorgevollmacht als auch in einer Vorsorgevollmacht für Bereiche und Fälle, die durch die Vollmacht nicht abgedeckt sind, geäußert werden“ (Lunzer, 2006, S.156).

6.3 Die Vorsorgevollmacht

Bei einer Vorsorgevollmacht soll es einer mittlerweile einwilligungsunfähigen Person durch §284f, §284g und §284h ABGB ermöglicht werden, eine/n im Vornhinein bestimmten Vorsorgebevollmächtigte/n, auf rechtlich abgesichertem Weg, die Entscheidungsfähigkeit in bestimmten oder auch allen Belangen zu übertragen. Es handelt sich also „um eine Vollmacht, in der jemand (Vollmachtgeberin oder Vollmachtgeber) festlegt, wer später für sie oder ihn einmal bestimmte Angelegenheiten, zum Beispiel Wohnungsmietangelegenheiten, Ent-

scheidung über medizinische Behandlungen et cetera, besorgen beziehungsweise erledigen soll, wenn sie oder er seine Geschäfts-, Urteils- oder Einsichtsfähigkeit nicht mehr besitzt, zum Beispiel bei länger dauernder Bewusstlosigkeit oder bei einer Demenzerkrankung“ (Bundesministerium für Justiz, <http://www.justiz.gv.at>, 2010). Damit können PatientInnen gemäß §268 Absatz 2 ABGB auch verhindern, dass, wenn nötig, durch das Gericht eine fremde Person als SachwalterIn eingesetzt wird. Ein weiteres Ziel dieses Gesetzes ist „die administrativen (und finanziellen) Hürden für die Erstellung einer Vorsorgevollmacht möglichst gering zu halten“ (RV 1420 BlgNr. 22 GP 26). Dabei regelt §284f ABGB „die Voraussetzungen einer wirksamen Vorsorgevollmacht, § 284g ABGB ihre Folgen im Sachwalterrecht und §284h ABGB die besonderen Pflichten des Vorsorgebevollmächtigten“ (RV 1420 BlgNr. 22 GP 26).

6.3.1 Errichtung einer Vorsorgevollmacht

Gemäß §284f ABGB ist eine Vorsorgevollmacht im Allgemeinen eine Vollmacht für eine andere Person, damit diese bestimmte Angelegenheiten des/der PatientIn, bei dessen/deren Verlust seiner/ihrer Geschäfts-, Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit, regeln kann. Daraus folgt, dass der/die VollmachtgeberIn bei der Errichtung der Vorsorgevollmacht noch über eine „hinreichende Geschäftsfähigkeit“ (Schauer, 2006, S.148) verfügen muss.

Es können auch mehrere Personen in der Vorsorgevollmacht als VertreterInnen eingesetzt werden. Diese können entweder in gleichem Maße und unabhängig voneinander berechtigt sein, Entscheidungen zu treffen, oder die Entscheidung ist abhängig von der Meinung der anderen und somit nur im Einvernehmen Aller möglich. Des Weiteren gibt es die Option, dass der/die VollmachtgeberIn für den Fall des Verhindertseins des/der eigentlichen Bevollmächtigten eine/n, oder mehrere weitere Bevollmächtigte bestimmt, die einspringen. (vgl. Kunz/Gepart, 2006, S.159)

Dabei müssen die Bevollmächtigten geschäftsfähig sein (vgl. Kunz/Gepart, 2006, S.159) und dürfen in keinerlei engerem Verhältnis zu der jeweiligen Krankenanstalt, dem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung stehen, in der/dem der/die VollmachtgeberIn untergebracht ist oder betreut wird. Außerdem darf zwischen keinem der Beteiligten ein Abhängigkeitsverhältnis bestehen. Außer-

dem muss die Art der Angelegenheiten grundsätzlich unterschieden und in der Vollmacht genau angeführt werden. (vgl. §284f Absatz 1 ABGB)

„Soll die Vollmacht [nämlich] auch Einwilligungen in medizinische Behandlungen im Sinn von §283 Absatz 2, Entscheidungen über dauerhafte Änderungen des Wohnorts sowie die Besorgung von Vermögensangelegenheiten, die nicht zum ordentlichen Wirtschaftsbetrieb gehören, umfassen, so muss sie unter ausdrücklicher Bezeichnung dieser Angelegenheiten vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder bei Gericht errichtet werden“ (§284f Absatz 3 ABGB). Diese Form der Vorsorgevollmacht wird oft auch als wirksam erteilte oder qualifizierte Vorsorgevollmacht bezeichnet. Die medizinischen Behandlungen im Sinne des §283 Absatz 2 ABGB beinhalten jene Behandlungen, „die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden“ (§283 Absatz 2 ABGB) sind.

Andere Vorsorgevollmachten, die nicht zumindest eine der oben genannten Angelegenheiten beinhalten, können zwar als Notariatsakt aufgenommen werden, müssen aber nicht. Hier genügt es auch, wenn der/die VollmachtgeberIn die Vollmacht eigenhändig verfasst und unterschreibt. Kann oder will er/sie die Vollmacht nicht eigenhändig schreiben, so muss er/sie „in Gegenwart dreier unbefangener, eigenberechtigter und sprachkundiger Zeugen [bekräftigt], dass der Inhalt der von ihm/[ihr] unterschriebenen Vollmachtsurkunde seinem/[ihrem] Willen entspricht“ (§284f Absatz 2 ABGB). Ist auch eine Unterschrift nicht mehr möglich, muss die Zustimmung des/der VollmachtgeberIn notariell beurkundet werden. (vgl. §284f Absatz 2 ABGB)

Für die, in dieser Arbeit relevante, qualifizierte Vorsorgevollmacht gibt es dabei noch weitere Formerfordernisse. Der/die VollmachtgeberIn muss über die Rechtsfolgen und den jederzeitigen Widerruf einer Vorsorgevollmacht aufgeklärt werden. Diese Belehrung wird auch durch den/die jeweilige/n Rechtsanwalt/-anwältin, NotarIn oder das Gericht vorgenommen und muss in der Vollmacht einschließlich Name, Anschrift und eigenhändiger Unterschrift dokumentiert werden. (vgl. §284f Absatz 3 ABGB)

In der folgenden Abbildung hat Barth (2006) die Inhalts- und Formvorschriften der Vorsorgevollmacht noch einmal graphisch und übersichtlich aufgearbeitet:

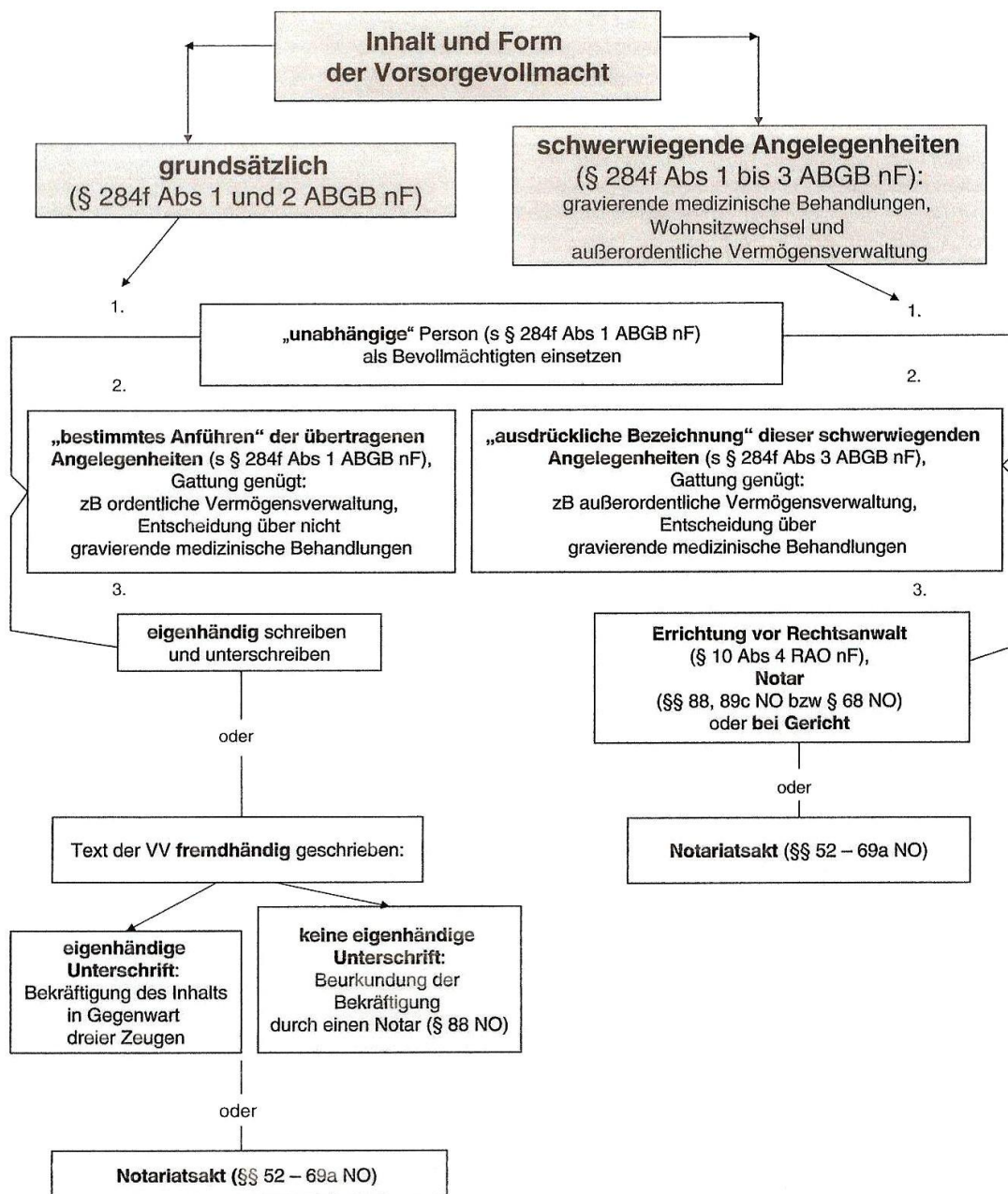


Abbildung 4: „Inhalt und Form der Vorsorgevollmacht“
(Barth, 2006, S.140)

Laut Bauer (2009) gibt es für die Errichtung einer Vorsorgevollmacht Pauschalgebühren in Höhe von 76 Euro. (vgl. Bauer, 2009, S.95)

Zudem ist das erste Informationsgespräch bezüglich einer Vorsorgevollmacht bei dem/der NotarIn kostenlos. (vgl. Notariatskammer Österreich, <http://www.help.gv.at>, 01.01.2010)

6.3.2 Inkrafttreten einer Vorsorgevollmacht

Eine errichtete Vorsorgevollmacht tritt erst dann in Kraft, wenn der/die VollmachtgeberIn „die zur Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten erforderliche Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder seine[/ihre] Äußerungsfähigkeit verliert“ (§284f Absatz 1 ABGB).

Zudem muss der/die Bevollmächtigte seinem/ihrem Auftrag auch zustimmen und dazu bereit sein die notwendige Verantwortung zu übernehmen, da sonst die errichtete Vorsorgevollmacht einfach wieder unwirksam wird. Deshalb ist es von großem Nutzen, wenn VollmachtgeberIn und Bevollmächtigte/r im Vorfeld einen Auftragsvertrag abschließen. Erst dadurch wird der/die Bevollmächtigte auch rechtlich dazu verpflichtet in den ihm/ihr übertragenen Angelegenheiten tätig zu werden.

Im Zuge dessen wird empfohlen mit der jeweiligen Vertrauensperson über eine „Honorierung für die Tätigkeit als Bevollmächtigte[/r]“ (Kunz/Gepart, 2006, S.160) zu sprechen und auch mögliche Aufwandsentschädigungen sicherzustellen, wobei diese dem/der Bevollmächtigten auch gesetzlich, gemäß §1014 ABGB, zustehen. (vgl. Kunz/Gepart, 2006, S.159-160)

Außerdem kann ein/e Bevollmächtigte/r seine/ihre „Vollmacht zur Einwilligung in eine medizinische Behandlung, oder zur Entscheidung über Änderungen des Wohnorts“ (§284h Absatz 3 ABGB) nicht an eine andere Person wirksam weitergeben.

6.3.3 Wirksamkeit gegenüber einer Sachwalterbestellung

Im Allgemeinen kann durch eine wirksam erteilte Vorsorgevollmacht die Bestellung eines/einer SachwalterIn verhindert werden, wenn der/die Bevollmächtigte im Sinne des Bevollmächtigungsvertrags tätig wird und zum Wohle der vertretenen Person handelt. (vgl. §284g ABGB)

Barth (2006) verdeutlicht aber, „dass das Bestehen einer Vollmacht für sich allein nicht ausreicht, um die Bestellung eines[/r] Sachwalters[/In] zu verhindern; es muss überdies ein Auftragsvertrag mit dem[/der] Bevollmächtigten bestehen, der eine Besorgung der Angelegenheiten des[/der] Betroffenen tatsächlich erwarten lässt“ (Barth, 2006, S.141). Daher ist in der Praxis ein im Vorfeld geklärt Auftragsvertrag durchaus von Vorteil. Wie vorhergehend schon beschrieben, muss aber nicht zwingend ein Vertrag zwischen VollmachtgeberIn und Bevollmächtigtem/r über die tatsächliche Besorgung der Angelegenheiten durch den/die Bevollmächtigte/n im Zuge einer Vorsorgevollmacht geschlossen werden. Denn auch allein durch das „faktische[] Tätigwerden für den Vollmachtgeber“ (Barth, 2006, S.141), also durch eine konkludente Willenserklärung des Bevollmächtigten dem Auftrag zuzustimmen, erlangt eine Vorsorgevollmacht ihre Wirksamkeit und es wird nicht notwendig sein eine/n SachwalterIn zu bestellen. (vgl. Barth, 2006, S.141)

Selbst wenn „eine Vollmacht zwar nicht die Voraussetzungen des §284f erfüllt, aber auf Grund der Umstände des Einzelfalls nicht zu befürchten ist, dass der[/die] Bevollmächtigte seine[/ihre] Aufgaben zum Nachteil der behinderten Person besorgen wird“ (§284g ABGB) kann von einer Sachwalterbestellung abgesehen werden.

Bestehen hingegen begründete Zweifel, dass der/die Bevollmächtigte seinem/ihrem Auftrag gerecht werden kann bzw. wird, „ist die Bestellung eines[/r] einstweiligen Sachwalters[/In] zum Wohl des[/der] Betroffenen zulässig“ (Resch, 2010, S.88).

6.3.4 Registrierung und Vertrauensschutz

Vorsorgevollmachten können, müssen aber nicht, im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) registriert werden. Dieses Verzeichnis wird von der Österreichischen Notariatskammer geführt und die Registrierung des Wirksamwerdens einer Vorsorgevollmacht, oder der Vertretung durch eine/n Angehörige/n im ÖZVV kann nur durch eine/n NotarIn vorgenommen werden. Andere Registrierungen im ÖZVV können entweder durch ein/e NotarIn oder durch eine/n Rechtsanwalt/-anwältin durchgeführt werden. Dazu gehören schriftliche Vorsorgevollmachten und Sachwalterverfügungen sowie der Widerruf des/der Vollmachtgebers/-geberin gegen eine Vollmacht, oder die Vertretungsbefugnis eines/einer nahen Angehörigen. (vgl. Lunzer, 2006, S.156)

Die Registrierung über das Wirksamwerden einer Vorsorgevollmacht im ÖZVV durch den/die NotarIn kann wiederum nur vorgenommen werden, „wenn ein ärztliches Zeugnis vorgelegt wird, dass dem[/der] Vollmachtgeber[In] die erforderliche Geschäftsfähigkeit, Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder Äußerungsfähigkeit fehlt“ (Schauer, 2006, S.153). Gemäß §284h Absatz 2 ABGB kann eine dritte Person nur dann auf die Vertretungsbefugnis des/der Bevollmächtigten vertrauen, wenn er/sie „eine Bestätigung über die Registrierung des Wirksamwerdens der Vorsorgevollmacht im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis vorlegt“ (§284h Absatz 2 ABGB). Ist der dritten Person jedoch „bekannt oder fahrlässig unbekannt [], dass der Vorsorgefall nicht eingetreten ist“ (§284h Absatz 2 ABGB), oder nicht eintreten hätte dürfen, ist ihr Vertrauen somit nicht mehr durch das bloße Vorlegen der Bestätigung geschützt. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn das ärztliche Zeugnis falsch ausgestellt wurde und der Vorsorgefall eigentlich nicht eingetreten wäre. Ein weiterer Fall, der eintreten kann ist, dass die Vollmacht durch den/die VollmachtgeberIn widerrufen wurde, dies aber nicht zur Kenntnis genommen wurde. (vgl. Schauer, 2006, S.153)

7. Zusammenfassender Vergleich der Instrumente

Im Zuge erster Erhebungen in Österreich und Deutschland wurde laut Ganner deutlich, dass die Instrumente zur Selbstbestimmung am Lebensende „von der Bevölkerung durchaus angenommen werden“ (Ganner, 2009, S.154). Dies belegt, dass bei vielen Menschen das Bedürfnis besteht auch für die letzte Phase ihres Lebens vorzusorgen, um im Ernstfall nach ihren Wünschen behandelt, oder auch nicht behandelt zu werden. (vgl. Ganner, 2009, S.154) Es bedeutet aber auch, dass sich die Menschen durchaus darüber im Klaren sind, dass es große Fortschritte in der Medizin gegeben hat und dadurch umso mehr Behandlungsmöglichkeiten bzw.-varianten entstanden sind. Es gibt immer weniger Situationen am Lebensende, in denen keine schwerwiegende und sehr individuelle Entscheidungen bei der Behandlung notwendig werden.

Da die Sachwalterverfügung im Vergleich zur Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung ein sehr geringes Ausmaß an Selbstbestimmung für einen Menschen garantieren kann, wird auch in der herrschenden Literatur hauptsächlich nur die Patientenverfügung mit der Vorsorgevollmacht verglichen.

Beide dieser Instrumente können einen hohen Grad an Autonomie am Lebensende versprechen, wenn sie richtig angewendet und eingesetzt werden.

Die Patientenverfügung und der/die Vorsorgebevollmächtigte/r stellen dabei eine Kommunikationsbrücke zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn dar, welche Variante jedoch mehr zur PatientInnenautonomie beiträgt, kann auch sehr stark vom individuellen Fall abhängen.

Im Folgenden sollen einige Vor- und Nachteile der Beiden im Vergleich beleuchtet werden.

Der/die Arzt/Ärztin kann durch einen selbst verfassten Text des/der Betroffenen vielleicht einen direkteren Bezug zu seinem/seiner PatientIn, seinen/ihren Wertvorstellungen und Wünschen bekommen (vgl. Pöschl, 2008, S.41), als durch Aussagen eines/einer Dritten. Durch eine gut durchdachte und genau ausformulierte Patientenverfügung muss der/die Arzt/Ärztin auch keine Interpretationen oder Mutmaßungen über den Willen des/der PatientIn anstellen. Denn es kann durchaus vorkommen, dass „Stellvertreter[/Innen] im Fall einer Entschei-

„... oft uninformiert, emotional überfordert und in einem Interessenkonflikt“ (Pöschl, 2008, S.41) sind.

Auch Meran et al. (2003) geben zu bedenken, dass StellvertreterInnen nicht immer im Sinne des/der vertretenen Person entscheiden (können). Grund dafür ist „z.T. weil sie dessen[/deren] Präferenzen nicht kennen, z.T. aus [aber auch] anderen Gründen“ (Meran et al., 2003, S.1321) falsche Entscheidungen treffen. Dies muss nicht zwingendermaßen aus Missbrauchs- bzw. niederen Beweggründen sein, empirische Studien haben ergeben, dass beispielsweise besonders Angehörige die eigentlichen PatientInnenwünsche im Ernstfall sehr schlecht einschätzen und abwägen können. (vgl. Meran et al., 2003, S.1321)

Auf der anderen Seite wird durch das Einsetzen eines/einer Bevollmächtigte/n ein persönlicher und rechtlich abgesicherter Kontakt zwischen den Menschen hergestellt, die dem/der Betroffenen helfen wollen. Vorausgesetzt der/die Bevollmächtigte ist ausreichend im Bilde über die Wünsche des/der VollmachtgeberIn, kann durch ein persönliches Gespräch mit dem medizinischen Personal besser auf den PatientInnenwillen eingegangen werden. Es kann nämlich kaum davon ausgegangen werden, dass sich jede der betreuenden Personen eingehend mit der, womöglich sehr langen und ausführlichen, Patientenverfügung beschäftigt hat.

Auch Meran et al. (2003) sehen einen besonderen Nutzen in der direkten Kommunikation zwischen behandelndem/behandelnder Arzt/Ärztin und einem/einer StellvertreterIn. Nur so wird es möglich, „dass er oder sie flexibel auf die sich ändernden Situationen reagieren kann“ (Meran et al., 2003, S.1321) und die Chance zur Diskussion über die verschiedenen Entscheidungsmöglichkeiten besteht. Eine Patientenverfügung kann dabei hingegen nur eine sehr statische Auskunft geben, die dann vom/von der Arzt/Ärztin für die jeweilige Situation interpretiert und umgelegt werden muss.

Müller und Weiser (2008) sehen zudem einen der größten Vorteile der Vorsorgevollmacht in der Tatsache, dass der/die Betroffene gemäß seiner Wünsche Forderungen und genaue Angaben zu seiner/ihrer Behandlung machen kann. Beispielsweise könnte der/die Bevollmächtigte dazu angehalten sein darauf zu achten, dass Behandlungen so gut wie möglich entweder zu Hause oder ambu-

lant durchgeführt werden, ohne dass der/die VollmachtgeberIn in ein Krankenhaus oder Pflegeheim muss. Außerdem können durch eine Vollmacht nicht nur Behandlungen gefordert werden, sondern es ist, je nach individuell erteilter Tragweite des Wirkungskreises für den/die Bevollmächtigte/n, auch die Regelung anderer wichtiger Angelegenheiten möglich. All dies kann durch eine Patientenverfügung hingegen nicht abgedeckt werden. Die Selbstbestimmung des/der PatientIn reicht bei einer Patientenverfügung nur so weit, dass er/sie bestimmte Behandlungen ablehnen kann. (vgl. Müller/Weiser, 2008, S.254)

Auch Ganner (2009) ist der Meinung, dass zur Selbstbestimmung am Lebensende, besonders auch durch die Erkenntnisse der Erhebungen, die Vorsorgevollmacht „das geeignetste Instrument dafür ist“ (Ganner, 2009, S.154). Obwohl das Instrument der Patientenverfügung momentan noch sehr viel bekannter zu sein scheint, wird der Vorsorgevollmacht, vor allem durch rechtliche BeraterInnen, bereits „immer häufiger der Vorzug gegeben“ (Ganner, 2009, S.154). (vgl. Ganner, 2009, S.154)

8. Ergebnis

Wenn man nun die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht betrachtet, kann es bei jedem dieser Instrumente zu großen Schwierigkeiten bei der Umsetzung kommen. Allein wegen der unterschiedlichen Form der jeweiligen Instrumente kann das Ausmaß der Schwierigkeiten bei jedem/jeder PatientIn individuell verschieden sein.

Einerseits verfügen einige PatientInnen über die Fähigkeit sich selbst besser durch persönliche Gespräche artikulieren zu können. Für diese Personengruppe kommt die Festlegung des PatientInnenwillens eher in Form einer Vorsorgevollmacht in Frage. Im Vergleich dazu eignet sich andererseits eine Patientenverfügung mehr für Personen, die sich schriftlich besser auszudrücken verstehen.

Weitere individuelle Aspekte, die entweder eher für das eine oder das andere Instrument sprechen sind:

- Verfügt der/die PatientIn überhaupt über eine nahestehende Person, der die Aufgabe des/der Bevollmächtigten übertragen werden könnte?
- Wäre diese Person bereit, diese verantwortungsvolle Aufgabe zu übernehmen?
- Ist diese Person überhaupt dazu fähig oder wäre sie mit der ihr übertragenen Aufgabe und den Belastungen völlig überfordert?
- Ist der/die Bevollmächtigte ausreichend über die PatientInnenwünsche informiert?
- Wurde die Patientenverfügung sorgfältig durchdacht und niedergeschrieben?
- Wie weitreichend konnte der/die PatientIn seine/ihre Bestimmungen in der Patientenverfügung darstellen und sie auf die verschiedenen möglichen Situationen umlegen?

Eine mögliche Lösung für dieses Problem schlagen Barta sowie Kalchschmid (2006) vor. Da „sich beide Rechtsinstrumente funktional überschneiden“ (Barta, 2006, S.60) wäre es sehr sinnvoll sie „inhaltlich abzustimmen und dem Zusammenhang entsprechend gemeinsam zu regeln“ (Kalchschmid, 2006, S.95).

(vgl. Barta, 2006, S.59-61; Kalchschmid, 2006, S.95) Dadurch könnten sich einige Probleme der einzelnen Instrumente gegenseitig aufheben. Der Nachteil dabei dürfte wiederum ein hoher Arbeitsaufwand und womöglich auch finanzieller Aufwand sein.

Denn, dass sich sehr viele Menschen für das Alter und besonders auch für ein selbstbestimmtes Sterben absichern möchten ist eine Tatsache. Auch Körtner (2008) spricht sich eindeutig für eine Koppelung zwischen Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht aus. Seiner Meinung nach ist die Errichtung einer Patientenverfügung nicht sinnlos und das Patientenverfügungsgesetz kann „in etlichen Fällen für mehr Rechtssicherheit sorgen []. Es werden dennoch genügend Situationen bleiben, bei denen eine verbindliche und eindeutige Verfügung nicht vorliegt und wo es auch künftig schwierig bleibt, den mutmaßlichen PatientInnenwillen zu ergründen und zu befolgen“ (Körtner, 2008, S.284).

Außerdem wirkt sich die Einteilung in verbindliche und beachtliche Verfügung durch das Patientenverfügungsgesetz in einigen Situationen hinderlich aus. Denn dadurch werden auch die bereits bestehenden Verfügungen hauptsächlich nur beachtlich sein. Das hat zur Folge, dass der ärztliche Entscheidungsspielraum doch immer noch sehr groß zu bleiben scheint.

Körtner (2008) betont, dass jeder Mensch, egal wie präzise und gut durchdacht seine Patientenverfügung sein mag, im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit immer der Verantwortung und den Entscheidungen Dritter überlassen sein wird und auf deren „richtige“ Handlungsweise angewiesen ist. Durch das Patientenverfügungsgesetz wird zwar das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen gestärkt, doch ist es zusätzlich sehr ratsam eine Vertrauensperson im Zuge einer Vorsorgevollmacht mit den eigenen Wünschen zu betrauen. Dies dient dazu, dass die Bevollmächtigten im Ernstfall einen festen Standpunkt beziehen können.

Alles in Allem besteht jedoch bei beiden, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, die Voraussetzung, dass sich der/die PatientIn intensiv mit dem Thema Sterben und Tod und den eigenen Vorstellungen und Wünschen dazu beschäftigt. Da die zukünftigen Situationen nicht vorhersehbar sind, kann es nur von Vorteil sein, die eigenen Überlegungen sowohl schriftlich gemeinsam mit VertreterInnen der dafür zuständigen Berufsgruppen darzulegen, als auch

mündlich mit einer vertrauten und verantwortungsbewussten Person zu besprechen.

Meran et al. (2003) geben demgegenüber zu bedenken, dass es in manchen Fällen sogar bei dieser Lösung zu Problemen kommen könnte. „Im Falle divergierender Aussagen steht man [] vor dem Dilemma, wem nun Vorrang zu geben ist, dem schriftlichen Dokument oder der Aussage des[/der] Vertreters[/Vertreterin]“ (Meran et al., 2003, S.1321).

Dies macht deutlich, dass es keine allgemeine Lösungsmöglichkeit geben kann, die in jeder Konfliktsituation angebracht wäre. Trotz dessen ermöglicht die Kombination von (umfassender) Patientenverfügung und (gut abgesprochener) Vorsorgevollmacht den Ausschluss sehr viele Probleme.

9. Selbstbestimmung am Lebensende aus der Sicht von PatientInnen

Aus mehreren Studien hat sich ergeben, dass der Wunsch der meisten Menschen, selbstbestimmt zu sterben, hauptsächlich darauf basiert, würdevoll behandelt werden zu wollen bzw. die eigene Würde auch zuletzt nicht zu verlieren. Daher hängt die Autonomie an sich sehr stark mit der Würde eines Menschen zusammen.

„Alte, pflegebedürftige, auch leicht demente Personen beurteilen ihre Würde nach dem Grad und der Art ihrer Unabhängigkeit im Alltag“ (Kristoferitsch, 2010, S.9). Außerdem bewerten viele Menschen in ihrer Vorstellung die Art der Pflege, die ihnen im Falle der Pflegebedürftigkeit zukommen würde, als mangelhaft. Dies mag auch an häufig bekanntem Zeit- und Personalmangel und aufwändiger Bürokratie im Gesundheitssystem liegen. Die Angst vor dem Verlust der Autonomie ist somit groß. „Daraus leitet sich die Vorstellung ab, dass ein würdevoller Tod ein „zeitgerechter“ Tod sei, der noch vor Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie erhofft wird und auch ein bewusstes „Abschiednehmen unter nahestehenden Personen“ gewährleistet“ (Kristoferitsch, 2010, S.12-13). Dies darf jedoch nicht mit dem Wunsch nach Beihilfe zur Selbsttötung, oder nach Tötung auf Verlangen verwechselt werden. Dies könnte dazu führen, dass beispielsweise direkt die Todesart und der Todeszeitpunkt gewählt werden könnten.

Die PatientInnen haben also durchaus ihre Vorstellungen über ein selbstbestimmtes Lebensende, wobei sich deren Wünsche sehr stark auf die eigene Pflege und das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse beziehen.

Zusammengefasst herrscht ein sehr starker Kausalitätszusammenhang zwischen Autonomie, Würde und Identität der PatientInnen. Im Falle der Pflegebedürftigkeit kommt es bei vielen Personen immer mehr zum Verlust der Selbstbestimmungsmöglichkeiten und der Autonomie. Dies geht einher mit der Befürchtung des Identitätsverlusts. Die PatientInnen haben Angst, nicht mehr als Individuum gesehen zu werden, nur noch zur Last zu fallen und keinen Sinn mehr im Leben zu haben. Dies wird als starke Bedrohung für den Erhalt der eigenen Würde empfunden. (vgl. Kristoferitsch, 2010, S.11-13)

Dabei nimmt die Pflege eine sehr zentrale Rolle ein. Aus mehreren Studien ergaben sich vier Bereiche, die die PatientInnen als besonders starke Bedrohung für den Erhalt ihrer Autonomie, Identität und Würde sahen:

„1. Umfeld der Pflege

(Verletzungen der Intimsphäre, mangelhafte Waschräume und Toiletten, Zimmer ohne Geschlechtertrennung, Vernachlässigung der Einrichtung)

2. Verhalten und Einstellung der Betreuungspersonen

(Intoleranz, Ungeduld, Bevormundung, Mangel an Respekt)

3. Pflegekultur

(Werte und „Stil“ der Abteilung, Beachtung der Patientenautonomie und Menschenwürde, Berücksichtigung kultureller Unterschiede)

4. Spezifische Pflegeaktivitäten, die Würde gefährden können

(Ernähren, Ankleiden, Baden, Toilettengang, etc.)“

(Kristoferitsch, 2010, S.13-14)

Hinsichtlich der rechtlichen Möglichkeiten zur Selbstbestimmung am Lebensende, vor allem durch das Instrument der Patientenverfügung, lässt sich die Zweckmäßigkeit aus der Sicht von PatientInnen laut Inthorn in drei Typen einteilen: Die Verfügung als „Instrument der Absicherung, Abwehrinstrument und Instrument zum schönen Sterben“ (Inthorn, 2008, S.431).

Dabei wird von den PatientInnen selbst die Patientenverfügung weniger „als Instrument der Selbstbestimmung und Gestaltung“ (Inthorn/Kletečka-Pulker, 2008, S.139) in der letzten Phase ihres Lebens gesehen, sondern eher als Möglichkeit, um „auf der Basis ihrer Erfahrungen mit dem System Medizin [] die eigene soziale Rolle fortzusetzen“ (Inthorn/Kletečka-Pulker, 2008, S.139).

Von manchen PatientInnen wird eine Patientenverfügung also eingesetzt, um sich abzusichern. Das bedeutet, dieser Personengruppe ist es besonders wichtig, neben dem Testament und anderer Sterbevorsorge, auch das erledigt zu haben. Oft handelt es sich bei dieser PatientInnengruppe um Personen mit einer in absehbarer Zeit tödlich verlaufenden Krankheit.

Eine andere PatientInnengruppe wiederum sieht eine Verfügung als Möglichkeit an, sich im heutigen Medizinsystem gegen die, wahrscheinlich durch eigene Erfahrungen manifestierte, Angst vor Paternalismus durch die ÄrztInnen zur

Wehr zu setzen. Das Vertrauen in das Können von medizinischem Personal und vor allem von ÄrztInnen, denen die Behandlungsentscheidung unterliegt, ist hier sehr geschwächt.

Eine dritte Gruppe hingegen ist der Meinung, dass die Patientenverfügung als ein Instrument genutzt werden kann, um sich selbst ein möglichst positives und „schönes“ Sterben zu gestalten. „Hierbei wird ein positives, zT romantisierendes Bild des guten Sterbens transportiert, das während der Beratung in die Ablehnung medizinischer Maßnahmen übersetzt werden muss“ (Inthorn/Kletečka-Pulker, 2008, S.139).

(vgl. Inthorn, 2008, S.431-439; Inthorn/Kletečka-Pulker, 2008, S.139-141).

Der Drang nach Selbstbestimmung am Lebensende kann also auf vielen verschiedenen Motiven beruhen. Einerseits sind diese sehr individuell, andererseits gibt es doch eine Tendenz zur „Normierung des guten Sterbens jenseits der Apparatedizin“ (Inthorn/Kletečka-Pulker, 2008, S.141), was auch den allgemeinen Wunsch nach dem Erhalt der Würde impliziert.

10. Ethische Grundpositionen zur Rechtslage über Selbstbestimmung am Lebensende in Österreich und Deutschland

Obwohl die Thematik der Selbstbestimmung am Lebensende auf der einen Seite ein sehr individueller und privater Aspekt ist, ist es auf der anderen Seite auch notwendig, eine allgemeine gesellschaftliche Übereinkunft zu schaffen. Für alle Beteiligten, dabei besonders für ÄrztInnen und Pflegende, ist es wichtig, sich auch selbst mit dem eigenen Dasein und dem Sterben auseinanderzusetzen. Denn um einen anderen Menschen, bzw. in der Berufslaufbahn viele andere Menschen, beim Sterben zu begleiten ist es von großer Bedeutung über das Leben und seine Endlichkeit zu reflektieren, um und eine eigene Meinung mit faktischem Hintergrund zu vertreten.

Betreuende Personen von PatientInnen, die am Ende ihres Lebens stehen und/oder Entscheidungen darüber treffen, sollten keine eigene Unsicherheit über dieses Thema verspüren. Nicht nur um den/die PatientIn nicht noch mehr zu verunsichern, sondern auch um sich selbst vor einer übergroßen Belastung zu schützen bzw. mit der immer vorhandenen Belastung umgehen zu können.

Die Auseinandersetzung mit der Bedeutung des eigenen Lebens, des Todes, den Folgen von Alter und Krankheit und der Selbstbestimmung bzw. den eigenen Wünschen bezüglich der Lebensqualität in der letzten Phase, stellt eine sehr große Herausforderung dar. In dieser Arbeit wird deren Aufarbeitung jedoch kaum zu bewältigen sein. Deshalb sollen im Folgenden lediglich überschlagsmäßig die Meinungen und Erkenntnisse von ExpertInnen aus dem österreichisch-deutschen Kulturkreis sowie des Deutschen Nationalen Ethikrates wiedergegeben werden. Damit soll zumindest ein Denkanstoß gegeben und die Grundlage zur momentanen rechtlichen Lage erklärt und verständlich gemacht werden.

Körtner (2008) beschreibt die Problematik, die bei der Diskussion um die Ethik am Lebensende entstanden ist, als einen Konflikt zwischen drei Grundprinzipien die eine/n PatientIn in der letzten Phase seines/ihrer Lebens umgeben:

1. Das zu den Menschenrechten gehörende Recht auf Leben

→ Dieses Recht wiederum umfasst das grundlegende Verbot von absichtlicher Tötung und begrenzt somit auch die beiden anderen Rechte

2. Das Recht des/der PatientIn auf Selbstbestimmung und Autonomie

→ begrenzt durch die Autonomie jedes anderen Menschen

3. Die Pflicht zur Fürsorge und das Hilfsgebot von medizinischem Personal

→ begrenzt vom Übergang in überfürsorglichen Paternalismus

In diesem Spannungsfeld ist es also sehr schwierig einen medizinethischen, politischen aber auch gesetzlich regelbaren und geeigneten Mittelweg zu finden, der ein „menschenwürdiges Sterben“ ermöglicht.

Um aus all diesen Aspekten einen sinnvollen Konsens zu finden, setzt Körtner (2008) einen gemeinsamen Nenner ein, die Menschenwürde.

„Zur Menschenwürde gehört nicht nur das Recht auf Leben, sondern auch das Recht, zu sterben“ (Körtner, 2008, S.130). Dies darf jedoch nicht mit einem Recht auf Suizidbeihilfe oder Tötung auf Verlangen verwechselt werden. Der Mensch hat lediglich ein Recht auf den eigenen Tod, aber ohne Andere damit zu beeinflussen. Somit hat Jede/r die Möglichkeit Maßnahmen, die sein Leben ungewollt verlängern würden, abzulehnen. Denn das „Recht auf Leben bedeutet keine Pflicht zum Leben um jeden Preis“ (Körtner, 2008, S.130), sondern ergibt sich, in jenem Ausmaß in dem es in Anspruch genommen wird, aus „der religiösen oder weltanschaulichen Einstellung und der persönlichen Lebensumstände“ (Körtner, 2008, S.131) eines/einer jeden Einzelnen.

Hinzu kommt, dass das Recht auf Selbstbestimmung und die Möglichkeit zur Autonomie eines Menschen, Teil seiner Würde sind. Deshalb ist der Wille des/der Einzelnen immer vorrangig vor dem durch Andere definierten Wohl. Mögliche Ausnahmen stellen Situationen dar, in denen andere Menschen durch eine Entscheidung des/der Betroffenen beeinflusst bzw. gefährdet wären. Die Fürsorgepflicht des medizinischen Personals findet also in diesem Bereich, zwischen absoluter Befolgung des PatientInnenwillens und der Gefährdung Anderer, ihre Grenzen.

Schwierig wird es wiederum bei der Eingrenzung des Autonomiebegriffs. Denn, das Konzept der autonomen Selbstbestimmung und die Individualität eines

Menschen dürfen nicht „mit Autarkie und völliger Unabhängigkeit verwechselt und umgekehrt jede Form von Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere als narzisstische Kränkung erlebt“ (Körtner, 2008, S.130) werden. Dieses „Missverständnis“ des Autonomiebegriffs würde dazu führen, dass das Leiden und die Schwäche, welche grundsätzlich ein Teil des Lebens eines jeden Menschen sind, verdrängt und als „menschenunwürdig“ angesehen werden würden. Damit wäre der Begriff „Selbstbestimmung“ abstrahiert und mit einer neuen Bedeutung belegt worden. Körtner (2008) schlägt daher vor, „in diesem Zusammenhang Überlegungen von Farideh Akashe-Böhme und Gernot Böhme zur Autonomie kranker und leidender Menschen“ (Körtner, 2008, S.130) anzunehmen. Hier gilt es, den Begriff der Autonomie mehr im Sinne von Souveränität zu sehen. Und zwar eine Souveränität in der Krankheit, Leiden und Sterben durchaus als Teil des Lebens gesehen werden können. Einem souveränen Menschen ist es möglich, Abhängigkeiten hinzunehmen, Hilfe anzunehmen und dies aber nicht als Autonomieverlust zu werten. In dieser Sichtweise können auch Schwerstkranke, Sterbende und Behinderte ihre Menschenwürde nicht verlieren, weil sie so ihre Autonomie bzw. Souveränität behalten. (vgl. Körtner, 2008, S.130-131)

Auch wenn der Gedankengang der Souveränität im Bezug auf die Menschenwürde dem christlichen Glauben und seiner Lehre zugeordnet werden können (vgl. Körtner, 2008, S.130), widerspricht die österreichische bzw. deutsche Gesetzeslage der vom Vatikan vertretenen Position. Dies ist an einem Beispiel zu verdeutlichen: Es könnte sich dabei um einem/einer WachkomapatientIn mit einer Ernährungssonde, dessen/deren Zustand irreversibel und zudem langfristig gleichbleibend ist handeln. In diesem Fall wäre es gemäß der Ansicht des Vatikans verboten, die PEG-Sonde zu entfernen, auch wenn der/die PatientIn im Vornhinein eindeutig dazu angewiesen hat.

Dieser Widerspruch zwischen Recht und Religion ist demnach sehr schwer mit den kirchlichen Einrichtungen in Einklang zu bringen. Krankenhäuser und Pflegeheime sind einerseits an die Gesetze gebunden, andererseits haben kirchliche Häuser auch ihre Verpflichtung ihrem Glauben und der Kirche gegenüber.

Über das tatsächliche Handeln solcher Einrichtungen in diesem, fallweise sicher auftretenden, Dilemma ist bisher nichts bekannt. (vgl. Körtner, 2008, S. 282)

Auch Ernst (2008) sieht in seinen ethischen Überlegungen über das Thema der Selbstbestimmung am Lebensende Konflikte zwischen dem Grundwert der Autonomie eines Menschen als Individuum und anderen Werten wie das PatientInnenwohl und die „Familienautonomie“.

Die Kontroverse zwischen der Berücksichtigung der Individualautonomie eines/einer PatientIn, der/die eine Behandlung ablehnt, welche aber eigentlich medizinisch indiziert und zum PatientInnenwohl beitragen würde, wurde bereits besprochen. Ernst (2008) hinterfragt hier jedoch das Autonomieprinzip, dem durch das Gesetz eindeutig Vorrang eingeräumt wird: „Zumindest in eindeutigen Fällen stellt sich die Frage, ob eine paternalistische Haltung nicht die moralisch angemessene Reaktion des Arztes[/der Ärztin] wäre“ (Ernst, 2008, S.240). Auch die „Familienautonomie“, wie Ernst (2008) es nennt, steht in Kontrast zur Individualautonomie des Menschen. „Krankheit ist etwas, das nicht nur das kranke Individuum, sondern auch dessen Familie betrifft (Ernst, 2008, S.241). Im Gegensatz zu westlichen Gesellschaften, die sehr individualistisch geprägt sind, wird in asiatischen Gesellschaften die Familie sehr stark in solche Entscheidungen mit eingebunden. Das Individuum steht hier einerseits deutlich stärker unter dem Schutz der familiären Gemeinschaft und muss weniger Angst vor Einsamkeit oder Wertschätzungsverlust haben. Andererseits besteht aber auch die Gefahr der Bevormundung und des Paternalismus durch die Familienmitglieder.

Die Wertung bzw. Rangordnung der einzelnen Werte hängt also von der Kultur und auch von der Zeit ab, in der sich eine Gesellschaft befindet.

Des Weiteren diskutiert Ernst (2008) die Frage, ob es ethisch überhaupt möglich ist in diesem Bereich Prinzipien aufzustellen, die für jede Situation „richtige“ oder „falsche“ Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. In gewisser Weise spielt dies auch für die Gesetzgebung eines Landes eine große Rolle. Denn in einem Rechtsstaat spiegelt sich das Selbstverständnis dieser Gemeinschaft in den Gesetzen.

Dabei betont er, dass sich weder die eine, noch die andere Gesellschaft moralisch im Irrtum befindet. In jeder Kultur wird verschiedenen Werten der Vorrang gegeben. Mehrere Ansichtsweisen können „Recht“ haben bzw. als genau richtig gelten, solange sie sich im sogenannten „Spielraum des gleich Guten“ (Ernst, 2008, S.245) befinden. Ernst (2008) verwendet diesen Begriff um zu beschreiben, dass „innerhalb eines bestimmten Bereiches [] die Gewichtung verschiedener Werte moralisch unbestimmt“ (Ernst, 2008, S.245) ist. Das bedeutet, keines der unterschiedlichen „Wertsysteme“ der Gesellschaften kann als besser oder als schlechter bestimmt werden. Jede kulturelle Gemeinschaft hat sich anders entwickelt und in jeder dieser Gemeinschaften kann die „rational nicht mehr begründbar[e] oder kritisierbar[e]“ (Ernst, 2008, S.245) Entscheidung für eine stärkere Gewichtung eines bestimmten Wertes in diesem Spielraum stark auseinanderdriften.

In der Praxis bedeutet dies, dass die Entscheidung über „richtiges“ Handeln von historischer, soziologischer, wirtschaftlicher etc. Entwicklung jener kulturellen Gemeinschaft abhängt, der der/die Entscheidende angehört. „Wenn man sich etwa in einer Kultur dafür entscheidet, persönliche Autonomie sehr viel stärker als soziale Eingebundenheit zu betonen (oder umgekehrt), beziehungsweise wenn die Kultur sich einfach ohne entsprechende Entscheidung dahingehend entwickelt, dann schafft das Verpflichtungen für die Angehörigen der Kultur“ (Ernst, 2008, S.245). Ansonsten wäre eine gemeinsame Werte- und Zielbildung in einer Gesellschaft nicht möglich. „Dass beispielsweise individuelle Autonomie in westlich geprägten Kulturen de facto einen höheren Stellenwert hat als in asiatischen“ (Ernst, 2008, S.242) kann nicht bestritten werden. Dadurch finden auch die Instrumente zur Selbstbestimmung, vor allem Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, ihre Bestätigung und der alleinige Vorrang des PatientInnenwillens vor dem von Anderen vertretenen PatientInnenwohl ist durchaus gerechtfertigt.

(vgl. Ernst, 2008, S.240-246).

Auch der Deutsche Nationale Ethikrat hat sich intensiv mit dem Thema Tod und Sterben auseinandergesetzt und den Umgang damit aus ethischer Sicht diskutiert. Es wurde „umfangreiches Material gesichtet, [] Expertisen eingeholt [und]

mit Ärzten und medizinischem Fachpersonal gesprochen“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.9), um eine umfangreiche Stellungnahme abzugeben. Die Mitglieder dieses Ethikrates stammten aus den verschiedensten Bereichen: Medizin, Theologie, Rechtswissenschaften und Philosophie.

Der Ethikrat (2006) definiert ein „Grundproblem der ethischen Bewertung von Entscheidungen und Handlungen am Lebensende“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.73). Bestimmte Normen und Werte einer kulturellen Gemeinschaft werden zwar in breitem Konsens akzeptiert und auch vertreten, in einzelnen Fallkonstellationen ist man sich wiederum nicht immer einig über die Gewichtung bzw. den Vorrang eines bestimmten Wertes. Dies ist auch ein allgemeines Phänomen: Wenn einem bestimmten Wert, vor allen anderen Werten, ein höherer Rang eingeräumt werden muss, kommen die Vorteile, die sich aus diesem Wert ergeben voll zur Geltung. Positiv ist dabei auch, dass die Nachteile der anderen Werte somit minimiert werden. Eine negative Konsequenz ist jedoch, dass bei deren Vorteilen Abstriche in Kauf genommen werden müssen. Ein Beispiel: „Wer mehr Sicherheit in einem Staat haben möchte, muss (in bestimmten) Bereichen Abstriche in seinen Freiheitsrechten machen etc.“ (Ernst, 2008, S.245). Hier wird der Sicherheit im Staat, beispielsweise durch Gefängnisse für Verbrecher, ein höherer Rang zugeteilt, als der absoluten Freiheit jedes/jeder Einzelnen.

Im Bezug auf die einzelnen Fallkonstellationen, besteht einer der häufigsten Konflikte darin, „eine einmal begonnene Handlung nicht nur auslaufen zu lassen, sondern sie auch in der Form eines aktiven Eingreifens abubrechen“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.76). Vor allem das Entfernen eines Beatmungsgeräts oder einer PEG-Sonde rufen häufig einen inneren und äußeren Konflikt hervor. Zudem war die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr lange ein grundlegender Bestandteil der Basisversorgung, die jedem/jeder zukommt. Dabei wurde jedoch kein Unterschied gemacht zwischen dem Stillen von wirklich verspürtem Hunger- und Durstgefühl auf der einen Seite, was durchaus mit Leiden verbunden wird und auch immer noch unerlässlich zur Basisversorgung zählt. Und auf der anderen Seite, die Tatsache, dass die rein „künstliche[]“ Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit, ohne das subjektive Empfinden von Hunger und Durst zum Maßstab zu nehmen“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006,

S.76), eine medizinische Maßnahme ist, die gegen den Willen des/der Betroffenen nicht durchgeführt werden darf.

Es mag oft nicht einfach sein, diesen Perspektivenwechsel in der Praxis zu vollziehen. „Hier ist zu bedenken, dass es unzulässig ist, einen Menschen gegen sein Gewissen zu bestimmten Handlungen zu zwingen, insbesondere wenn es um einen so grundlegenden Wert wie das Leben des Menschen geht“ (Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.76). Dies darf jedoch nicht auf eine Zwangsbehandlung des/der PatientIn hinauslaufen. Deshalb ist es in Situationen, in denen sich die absolut legitime Forderung des/der PatientIn nicht mit dem eigenen Gewissen vereinbaren lässt, wohl am sinnvollsten die Betreuung bzw. den Therapieabbruch an andere Personen abzugeben, die persönlich nicht involviert und daher emotional abgekapselt sind.

(vgl. Nationaler Ethikrat Deutschland, 2006, S.71-76)

11. Umgang von Pflegepersonal mit Sterbenden

Das Dilemma zwischen PatientInnenautonomie und Fürsorgepflicht des medizinischen Personals wurde bereits mehrfach beleuchtet. Im Folgenden soll mehr auf praktische Handlungsstrategien und Voraussetzungen eingegangen werden, die notwendig sind um als Pflegende/r einen rechtlich abgesicherten und ethisch vertretbaren Umgang mit PatientInnen an den Tag zu legen, was im beiderseitigen Interesse liegt.

Viele PatientInnen sind mit absoluter Selbstbestimmung überfordert bzw. damit, dass sie die komplette Verantwortung alleine tragen müssen. Das andere Extrem dazu wäre die paternalistische Haltung von ÄrztInnen und Pflegenden den PatientInnen gegenüber, wegen der sie aufgrund der Bevormundung und der Überfürsorglichkeit übergangen werden. „Aufgabe ist es [deshalb], ein verantwortlich-partnerschaftliches Verhältnis zu finden, in dem nach gemeinsamer Überlegung zwischen [] Experten und [] Betroffenen eine gemeinsame Entscheidung im individuellen Kontext getroffen wird, bei der das letzte Wort immer der [/die] Patient[/In] behält“ (Meran, 2009, S.971).

Ziel sollte deshalb immer sein, den/die PatientIn durch kontinuierliche Beratung und Aufklärung bei seiner/ihrer Entscheidungsfindung zu begleiten. Dadurch wird er/sie nicht in seiner/ihrer Autonomie beschränkt, aber auch nicht alleine gelassen. (vgl. Meran, 2009, S.971)

Durch die im Folgenden beschriebenen Strategien soll diese Gratwanderung, vor allem für Pflegende, erleichtert werden.

11.1 Der Bezug von Pflegenden zum Thema Tod und Sterben

Da Pflegende berufsbedingt häufig mit dem Thema Tod und Sterben konfrontiert werden, ist es wichtig sich selbst, als Person, kritisch damit auseinanderzusetzen. Erst wenn ein eigener Bezug dazu hergestellt wurde und ein Verständnis über die Endlichkeit des Lebens besteht, kann die notwendige Sensibilität den Schwerstkranken gegenüber aufgebracht werden.

Gemäß Schreiner und Pack (2002) gibt es drei Situationen in denen Pflegende berufsbedingt mit dem Thema Sterben und Tod konfrontiert werden:

„Das „einfache“ Sterben des Menschen“, „Die Selbsttötung“ und die „Sterbehilfe-Diskussion“. Die Definitionen dieser Möglichkeiten werden im Folgenden dargestellt.

Das ‚einfache‘ Sterben des Menschen stellt dabei eine Situation dar, in der Pflegepersonen häufig mit dem Tod konfrontiert werden. Es handelt sich dabei um die Betreuung schwerstkranker und sterbender PatientInnen, welche im Normalfall bis zum Ende in Institutionen, wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen stattfindet.

In diesem Zusammenhang ist es notwendig, dass die Betreuenden den PatientInnen kompetent und einfühlsam eine möglichst friedvolle letzte Phase ihres Lebens bereiten. Bei der Sterbebegleitung sind die drei folgenden Aspekte daher von besonderer Bedeutung:

- Die Sprache bzw. Kommunikation zwischen Pflegendem/Pflegender und PatientIn muss in ihrer verbalen und vor allem nonverbalen Form besonders berücksichtigt werden.
- Im Bezug auf den Kommunikationsprozess stellt vor allem der Umgang mit der Wahrheit über die Situation etc. eine schwierige Gradwanderung dar, da der/die PatientIn zwar nicht übergangen werden darf, aber auch so gut wie möglich entlastet werden soll.
- Zudem müssen die Betreuenden nicht nur für sich selbst, sondern auch für den/die Sterbende/n und deren Angehörige mit den Arten der Trauerarbeit bzw. –bewältigung vertraut sein. Die unterschiedlichen Rituale aus den verschiedenen Kulturen sollten dabei nicht vergessen werden.

Dabei muss auch innerhalb der Situationen mit Sterbenden noch einmal differenziert werden. Das Erleben des/der Betreuenden und dessen/deren daraus folgender Bezug zum Thema Sterben und Tod hängen von folgenden Faktoren ab:

- Alter des/der Sterbenden → beispielsweise stellt es einen besonders starken Unterschied dar, ob es sich um ein Kind, oder um einen älteren Menschen handelt.

- Art des Krankheitsprozesses → Kam der Tod sehr plötzlich, oder war er Folge einer langen schweren Krankheit?
- Art der Beziehung zu dem/der PatientIn
- Eigener Eindruck der Pflegeperson von der Behandlung → bleibt das Gefühl, dass nicht alles „richtig“ gemacht wurde? Bzw., und das wäre „die denkbar schlimmste Variante – [ist] ein Mensch infolge eines Behandlungsfehlers“ (Schreiner/Pack, 2002, S.81) gestorben?

Hinsichtlich der zweiten Situation in der Pflegende mit dem Thema Sterben und Tod in Berührung kommen, dem Versuch eines/einer PatientIn zur Selbsttötung, kommen noch weitere Aspekte bei der Betreuung hinzu. Es geht um eine „angemessene Bewertung des Suizids“ (Schreiner/Pack, 2002, S.83) bzw. um einen angemessenen Umgang damit. Dies führt weiter zur Beschäftigung mit der Motivfrage. Ein wichtiger Unterschied ist zudem, ob der/die Pflegende eine/n PatientIn betreut dem/der ein Suizidversuch nicht geglückt ist, oder, ob der/die Schwerstkranke den Freitod wählt nachdem er/sie von dem/der Pflegenden betreut wurde und schlimmstenfalls eine Beziehung aufgebaut wurde. Eine mögliche Ursache für den Selbstmord eines/einer PatientIn könnte dabei sein, dass er/sie die Schmerzen nicht mehr erträgt.

„Die Beschäftigung mit den Thema „Suizid“ fordert den[/die] einzelnen[/einzeln] vielleicht mehr noch als die Beschäftigung mit Sterben und Tod allgemein“ (Schreiner/Pack, 2002, S.83) und macht deshalb wohl auch eine weitere Auseinandersetzung damit notwendig. Darauf soll in dieser Arbeit zwar hingewiesen, aber nicht im Speziellen eingegangen werden, da dies zu weit führen würde.

Die dritte Situation, die „Sterbehilfe-Diskussion“ beinhaltet eher eine indirekte Konfrontation mit dem Sterben. Die öffentliche Debatte um die Legalisierung und moralische Vertretbarkeit von Tötung auf Verlangen oder Beihilfe zur Selbsttötung birgt auch eine Diskussion über den gesamten Fachbereich der Medizin in sich. Es ist berufsbedingt, dass „das pflegerische Tun nicht losgelöst von gesellschaftlichen Werthaltungen betrachtet werden kann“ (Schreiner/Pack, 2002, S.83).

Nun werden im Alltag eines/einer Pflegenden die bereits beschriebenen drei Situationen der Konfrontation mit dem Thema Sterben und Tod wiederum stark beeinflusst durch drei Ebenen, in denen sich der/die Pflegende bewegt:

- „die gesellschaftliche
- die institutionelle
- die individuelle“ (Schreiner/Pack, 2002, S.85)

Auch diese Ebenen beeinflussen sich gegenseitig.

Die durch Tradition und Kultur entstandenen Gesellschaften sind geprägt durch bestimmte Normen und Werte. So sind die „Gesellschaften der meisten westlichen Industriestaaten [] auf Funktionalität und Leistung ausgerichtet; Dysfunktionalität und Leistungsunfähigkeit haben keinen Platz“ (Schreiner/Pack, 2002, S.85). Dieses Leitbild beeinflusst jede/n einzelne/n Angehörige/n dieser Gesellschaft. Sie „delegiert, so darf man folgern, eine wichtige Aufgabe, nämlich die Pflege und Begleitung Sterbender, an Institutionen und die dort Tätigen“ (Schreiner/Pack, 2002, S.85).

Auf institutioneller Ebene gilt zwar, dass alle MitarbeiterInnen der jeweiligen, dem Gesundheitsversorgungssystem angehörigen Institution mit der Betreuung Sterbender betraut worden sind. „Die Pflegenden sind jedoch, da sie sowohl gemäß ihrem Selbstverständnis als auch gemäß der ihnen zugewiesenen Aufgaben für die Befriedigung der elementaren Bedürfnisse des Menschen zuständig sind, am unmittelbarsten und kontinuierlichsten an und mit dem[/der] Patienten[/Patientin] beschäftigt“ (Schreiner/Pack, 2002, S.87). Hinzu kommt, dass die Pflegepersonen, aufgrund ihrer emotionalen Einbindung und der nahen Zusammenarbeit mit den PatientInnen, keinerlei Optionen haben, sich von der Betreuung zurückzuziehen, so wie es doch den Professionen im Krankenhaus möglich ist.

Die Wahrnehmung der Pflegenden zum Thema Sterben und Tod auf individueller Ebene ist also gesellschaftlich und institutionell geprägt. Vor allem das Leitbild von Funktionalität und Leistungsfähigkeit hat einen großen Einfluss.

Auch das Miterleben, „wie ein Mensch immer weniger wird und schließlich stirbt, zwingt den[/die] Pflegenden[/Pflegende], sich mit seiner[/ihrer] eigenen Endlichkeit auseinanderzusetzen“ (Schreiner/Pack, 2002, S.80-87). Diese Er-

lebnisse sind für die Persönlichkeit und das Selbsterlebnis eines Menschen sehr prägend. (vgl. Schreiner/Pack, 2002, S.80-87)

„Es dürfte [zudem] als sicher angesehen sein, daß mit zunehmendem Lebensalter und damit steigender Berufserfahrung und langen Zeiten am Arbeitsplatz die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod intensiver wird“ (Beine, 1998, S.758). Gemäß Beine (1998) nimmt bei Pflegenden im Laufe ihrer Berufsausübung auch die Bereitschaft ab, der „Beihilfe zur Selbsttötung“ oder der „Tötung auf Verlangen“ einer rechtlichen Legalisierung zuzustimmen. Dies gilt besonders für die Vorstellung über die eigene Betroffenheit als PatientIn. „Je näher der eigene Tod eingeschätzt wird, desto ablehnender ist die Einstellung“ (Beine, 1998, S.758) der Pflegenden.

11.2 Strategien zur Unterstützung der PatientInnenautonomie

Im Folgenden werden Strategien beschrieben, die den Pflegenden helfen sollen, in den sehr individuellen Situationen mit Schwerstkranken und Sterbenden verantwortungsbewusst zu handeln und den/die PatientIn in seiner/ihrer Würde und Selbstbestimmung zu stärken. Zudem unterstützen diese Strategien auch „den Entscheidungsprozess durch den[/die] Arzt[/Ärztin], die Angehörigen und die Pflegenden, wenn der[/die] Betroffene selbst seine[/ihre] Wünsche oder Entscheidungen nicht mehr äußern kann“ (Löser, A., 2006, S.69).

11.2.1 Grundsätzliche Erfassung von Vorsorgeinstrumenten bei der Aufnahme

Bereits bei der Aufnahme eines/einer PatientIn in eine Betreuungseinrichtung ist es wichtig, dass im Gespräch erfasst wird, ob eine schriftliche Verfügung und/oder eine Vollmacht vorliegt. „Liegen entsprechende Dokumente vor, so sollte eine Kopie angefertigt und der Hinweis darauf direkt auf dem Stamblatt vermerkt werden“ (Löser, A., 2006, S.71). Gemäß §10 KAKuG über die „Führung von Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen“ (§10 KAKuG) ist es neben der Dokumentation von Daten und Informationen über Krankheit, Aufklärung sowie medizinische Behandlungen und Leistungen wichtig, „Patientenverfügungen (§ 2 Abs. 1 Patientenverfügungsgesetz, BGBl. I Nr. 55/2006) des

Pfleglings zu dokumentieren“ (§10 Absatz 1 KAKuG). Auch weitere Aussagen, die diese Dokumente betreffen, müssen dokumentiert werden. Beispielsweise „allfällige Widersprüche gemäß § 44 und § 62a Abs. 1“ (§10 Absatz 1 KAKuG). Löser (2006) weist aber besonders darauf hin, dass dieses Thema nicht als Routinefrage angeschnitten werden darf, sondern ein gewisses Maß an Einfühlbarkeit und Vorsicht nötig ist. Dem/der PatientIn soll vor allem das Gefühl vermittelt werden, dass Wert auf die Wahrung seines/ihrer Rechts auf Selbstbestimmung gelegt wird und nicht, dass es sich um ein standardisiertes Verfahren ohne Beachtung der spezifischen Hintergründe handelt.

Dabei ist es nicht nur wichtig zu eruieren, ob eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht vorhanden ist, sondern auch, ob beispielsweise weiterführender Beratungsbedarf besteht bzw. auch, wie genau und verständlich die Inhalte formuliert wurden. Des Weiteren wird eine Zusammenarbeit mit dem/der Hausarzt/-ärztin angeraten. Es gilt festzustellen, ob diese/r über eine bestehende Verfügung oder Vollmacht informiert ist. Sollte keine Verfügung bzw. Vollmacht vorhanden sein, wird eine Besprechung mit dem/der PatientIn angeraten, in der geklärt werden muss, ob beispielsweise im Falle einer fortschreitenden Krankheit, der/die Hausarzt/-ärztin eingeschaltet werden sollte.

Hat der/die PatientIn bisher noch keine spezifischen Wünsche festgelegt, sollte er/sie eingehend über seine/ihre Möglichkeiten zur Selbstbestimmung informiert werden bzw. an Adressen und Stellen überwiesen werden, an denen er/sie bei einer Errichtung ausführlich betreut werden kann und Hilfestellung dabei bekommt.

11.2.2 Weitere Beratung von Betroffenen und Angehörigen/ Bevollmächtigten

Die weitere Beratung und Information von Betroffenen mit deren Angehörigen und oder Bevollmächtigten richtet sich vor allem an jene Personen, die sich noch keine, oder wenig Gedanken über die letzte Phase ihres Lebens gemacht haben. Im Rahmen von Pflegevisiten oder z.B. Angehörigenabenden in Pflegeheimen, kann die Kommunikation zwischen Betroffenen und Angehörigen gefördert werden, um für den, oft verdrängten, Ernstfall gegen Ratlosigkeit und Verzweiflung vorzubeugen.

Im Gespräch können die Hilfestellungen zu den einzelnen Situationen aufgezeigt und eine Auseinandersetzung mit dem Thema zwischen allen Betroffenen gefördert werden. Hilfreiche Fragen wären in diesem Zusammenhang:

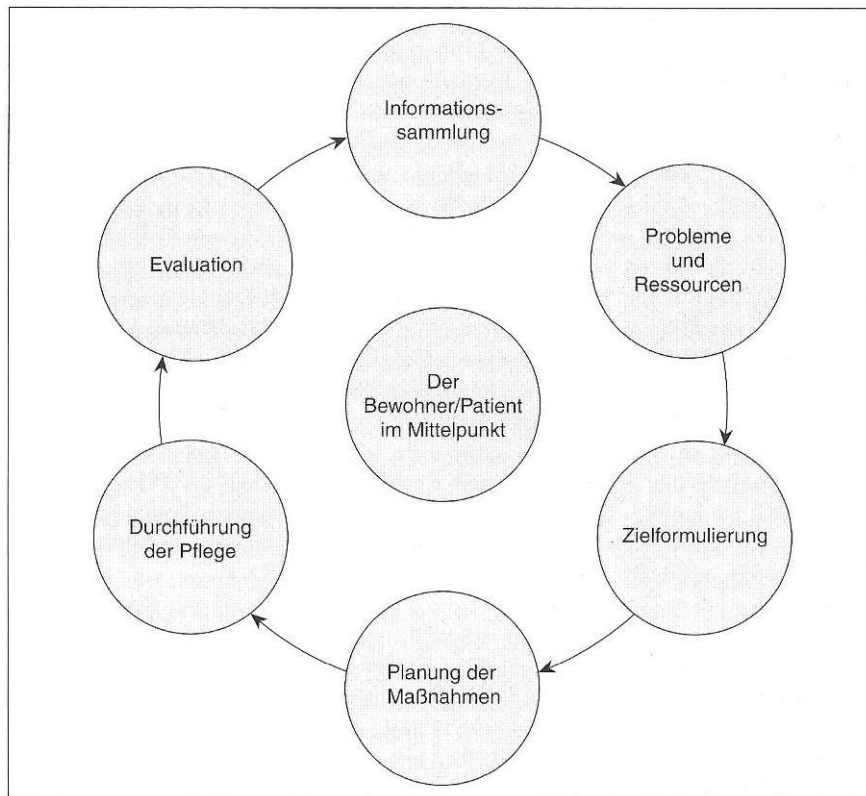
- Gab es bereits eingehende Gespräche untereinander?
- Kennen die Angehörigen und/oder Bevollmächtigten eigentlich die Wünsche des/der Betroffenen?
- „Wenn ja, welche sind dies?“ (Löser, A., 2006, S.71)
- Wie ist die eigene Einstellung zur Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht und den geäußerten Wünschen des/der PatientIn?
- Inwiefern besteht ein einvernehmliches Verständnis zwischen Betroffenem/Betroffener und Angehörigen bzw. Bevollmächtigtem/ Bevollmächtigter?
- Wie wird die zukünftige Situation wahrgenommen und bewertet?

(vgl. Löser, A., 2006, S.71)

11.2.3 Kontinuierliche Anpassung im kooperativen Pflegeprozess

Die kontinuierliche Anpassung im Pflegeprozess ist eine Strategie, die von der Pflegeperson eine Prozessgestaltung verlangt, in der der/die PatientIn mit seinen/ihren Wünschen immer im Mittelpunkt steht. Nur so können gemeinsame Ziele formuliert werden. „Der Pflegeprozess ist ein Regelkreis, in dem auf der Basis einer erhobenen Informationssammlung Ressourcen und Probleme des[/der] Pflegebedürftigen analysiert, geeignete Ziele festgelegt und entsprechende Maßnahmen zur Zielerreichung geplant und durchgeführt werden. Immer wieder muss dieser Vorgang bewertet, d.h. evaluiert werden, um ggf. Anpassungen vornehmen zu können“ (Löser, A., 2006, S.73).

Die folgende Abbildung zeigt den „Regelkreis der Pflegeprozessplanung“:



**Abbildung 5: „Regelkreis der Pflegeprozessplanung“
(Löser, A., 2006, S.73)**

In der ersten Phase, der Informationssammlung, geht es um die Beschaffung von Auskünften über persönliche Erfahrungen des/der Betroffenen. Wie ist er/sie bisher mit schweren Krisen umgegangen bzw. wie konnten diese bewältigt werden? Hatte er/sie bereits Erlebnisse im Zusammenhang mit Sterben und Tod bei Angehörigen und/oder Freunden? Wie wird die eigene Situation unter Berücksichtigung dieser Hintergründe bewertet?

Besonders bei Demenzkranken, oder Personen mit anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen muss in der Kommunikation eher zwischen den Zeilen gelesen werden bzw. mehr auf nonverbale Ausdrücke geachtet werden.

Auch eine Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen durch den/die PatientIn sollte differenziert betrachtet werden. Denn es besteht durchaus, besonders bei älteren Menschen, die Möglichkeit, dass diese nur aus einem Gefühl des „Zur-Last-Fallens“ der Gesellschaft, den Angehörigen oder FreundInnen gegenüber,

weitere Behandlungen ablehnen. Dieser ethisch und moralisch sehr fragwürdigen Motivation versucht auch der Gesetzgeber Grenzen zu setzen.

Bezüglich der darauffolgenden Phase, der Analyse der Ressourcen des/der PatientIn und den auftretenden Problemen, sollte sich der/die Pflegende darüber bewusst sein, dass dabei die eigene subjektive Wahrnehmung durchaus eine Rolle spielt. Dies sollte bei der Bewertung und Einschätzung der erkannten Phänomene bei dem/der PatientIn berücksichtigt werden. Ein Beispiel dafür wäre die Frage, ob es immer notwendig ist einem/einer PatientIn, der/die nicht mehr mit Besteck essen kann, dafür aber mit den Fingern, ihm/ihr das Essen einzugeben. Möglich wäre doch auch, dass diese/r sich damit wohl fühlt und es nur die Pflegeden und Angehörigen sind, „die sich vom beschmutzten Anblick des[/der] Pflegebedürftigen beeinträchtigt fühlen“ (Löser, A., 2006, S.75).

Auch bei der Phase der Zielsetzung muss darauf geachtet werden, dass die Ziele des/der PatientIn formuliert werden, ohne die subjektive Sichtweise anderer Beteiligter. Hauptziel sollte immer sein, dem/der Betroffenen aus seiner/ihrer individuellen Sichtweise heraus, so viel Lebensqualität wie möglich zu verschaffen. In diesem Fall wäre es sehr sinnvoll, wenn eine Verfügung oder Vollmacht des/der PatientIn existieren würde.

Die gesetzten Ziele geben die Planung der Maßnahmen vor. Auch in dieser Phase gilt es dem Willen des/der PatientIn zu folgen und keine Maßnahmen ohne dessen/deren Einwilligung durchzuführen. „Eine gegen den Willen des Menschen durchgeführte Maßnahme stellt den Tatbestand der Körperverletzung dar“ (Löser, A., 2006, S.76).

Wie schon erwähnt, besteht die Durchführung der Pflegemaßnahmen nicht durch statische Vorgänge. Der Pflegeprozess muss immer wieder hinterfragt und evaluiert werden, um Fehler in der Behandlung zu vermeiden.

11.2.4 Erfassung wichtiger Informationen im Pflegebericht

Besonders im Falle eines/einer einwilligungsunfähigen PatientIn, der/die weder eine Patientenverfügung verfasst hat, noch eine/n Bevollmächtigte/n betraut hat, ist es von großer Bedeutung Indizien für seinen/ihren mutmaßlichen Willen festzuhalten.

Deshalb sollten beispielsweise Aussagen aus Gesprächen mit Angehörigen im Pflegebericht festgehalten werden, wenn es um deren Verhältnis zum/zur Betroffenen geht und um dessen/deren Wünsche. Problematisch ist die Annahme von Aussagen über PatientInnenwünsche, wenn das Verhältnis zwischen dem/der Betroffenen und dem/der Angehörigen eher schwierig ist, oder wenn bestimmte Erbensprüche eine Rolle spielen könnten.

Daher sollte nicht nur auf Aussagen von verwandten Personen Wert gelegt werden, sondern besonders auch auf jene von Bekannten und FreundInnen.

Zusätzlich hat der/die Pflegende noch die Möglichkeit das allgemeine Befinden des/der PatientIn zu dokumentieren, um so viele Informationen wie möglich, auch über die Stimmung des/der Betroffenen, zusammenzutragen, um das Persönlichkeitsbild und einen mutmaßlichen Willen zu eruieren.

11.2.5 Kommunikation zur Analyse selbstbestimmter Wünsche

Eine weitere Möglichkeit eine/n PatientIn in seiner/ihrer Selbstbestimmung zu stärken ist die verbale Kommunikation. Man sollte sich darüber bewusst sein, dass viele Menschen, vor allem ältere, großen Respekt vor den „Göttern in Weiß“ haben und teilweise Behandlungen in Kauf nehmen, oder über sich ergehen lassen, die nicht ihren grundsätzlichen Wünschen entsprochen hätten. Durch Nachfragen kann den Betroffenen die Angst vor Widerspruch genommen und somit ihre Autonomie gestärkt werden.

Wird eine Maßnahme abgelehnt, sollte dies im Pflegebericht dokumentiert werden.

11.2.6 Kranken- und Verhaltensbeobachtung

Nicht selten bleibt als einziges Kommunikationsmittel nur mehr die nonverbale Ausdrucksweise von PatientInnen. Hier sind Pflegende besonders gefordert die Wünsche des/der PatientIn zu erkennen und welche Alternativen bei Abwehrverhalten zu ermöglichen.

Die folgenden Verhaltensweisen zur Ablehnung sollten nicht paternalistisch übergangen werden, nur weil sich der/die PatientIn nicht mehr verbal äußern kann. Vielmehr ist es wichtig diese zu dokumentieren, vor allem auch in ihrer

Häufigkeit und dem Ausmaß bzw. den Anlässen, um sich dann eine Art „Befindlichkeitsbild“ über den/die PatientIn machen zu können und so besser auf seine/ihre Bedürfnisse einzugehen.

Löser zählt einige direkte körperliche Abwehrverhaltensarten auf:

- „ • Beißen
- Schlagen
- Kneifen
- Spucken
- Schreien
- Treten“ (Löser, A., 2006, S.80)

Des Weiteren definiert sie „Abwehrverhalten, das eine innere Verweigerung ausdrückt:

- Mund fest schließen
- Sich wegrehen
- Den anderen nicht ansehen
- Körperhaltungen, die eine Abkapselung signalisieren sollen wie die Embryonalhaltung
- Aktivitäten verweigern usw.“ (Löser, A., 2006, S.81)

11.2.7 Interdisziplinäre Kommunikation

Die interdisziplinäre Kommunikation vereint die Ergebnisse der vorherigen Strategien. Informationen, Beobachtungen, Aussagen sowie alle weiteren dokumentierten Angaben und Ansichten über den/die Betroffene/n sind für alle Beteiligten von großer Bedeutung. Nur durch einen Austausch zwischen Pflegenden, ÄrztInnen, anderem medizinischen Personal (z.B. Physio- oder PsychotherapeutInnen), aber auch Angehörigen und/oder Bevollmächtigten bzw. BetreuerInnen ist es möglich angemessene und individuelle Handlungsalternativen zu finden und richtig zu bewerten. Solch schwerwiegende Entscheidungen, wie jene über lebenserhaltende Maßnahmen bei einem Menschen, können für eine einzelne Person extrem belastend sein und sogar Schuldgefühle über den letztendlichen Tod des/der PatientIn hervorrufen. Durch eine gemeinsame und ausführlich diskutierte Entscheidungsfindung können solche Probleme vermieden werden. (vgl. Löser, A., 2006, S.82)

11.2.8 Ethikkomitees

Die Bildung eines klinischen Ethikkomitees ist von der jeweiligen Einrichtung abhängig, jedoch aufgrund des Fortschritts in der Medizin und den damit immer häufiger vorkommenden moralisch und ethisch sehr grenzwertigen Entscheidungen, die nicht mehr von dem/der Betroffenen selbst getroffen werden können, eine sehr sinnvolle Maßnahme.

Die Hauptaufgabe eines solchen Ethikkomitees ist es, einzelne schwierige Behandlungsfälle im Team zu besprechen. Dabei sollte jede Berufsgruppe im Komitee vertreten sein: Pflegende, ÄrztInnen, TheologInnen oder TherapeutInnen etc. „Alle Überlegungen und alle Entscheidungsprozesse müssen auf Basis der rechtlichen Rahmenbedingungen, unter Berücksichtigung einer evtl. vorhandenen Patientenverfügung oder der Aussagen eines[/einer] Bevollmächtigten getroffen werden“ (Löser, A., 2006, S.83).

Das Ethikkomitee sollte zudem im Streitfall die Klärung nicht vernachlässigen, ob einem/einer PatientIn vielleicht eine sinnvolle medizinische Behandlung vor-
enthalten wird, nur weil diese von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin nicht als indizierte Maßnahme gesehen wird. (vgl. Löser, A., 2006, S.79-84)

„Die in dieser Gruppe durchgeführte Diskussion und die getroffene Entscheidung sind gründlich zu dokumentieren, um späteren juristischen Zweifeln entgegenwirken zu können“ (Löser, A., 2006, S.84).

Nicht nur die bereits beschriebenen Handlungsstrategien sind ein wichtiger Beitrag zur PatientInnenautonomie, den Pflegende aktiv leisten können. Es ist auch von großer Bedeutung, dass Weiterbildungsangebote in diesem Bereich angeboten und in Anspruch genommen werden. Pflegenden, aber auch anderen Beteiligten, sollte durch „medizinische, juristische, ethische und theologische Kenntnisse über die Bewertung der Aufnahme, des Nichtbeginns oder des Abbruchs ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen“ (Neitzke et al., 2006, S.193-194) ein verantwortlicher Umgang und Interpretation des PatientInnenwillens, egal in welcher geäußerten Form, vermittelt und damit ermöglicht werden. (vgl. Neitzke et al., 2006, S.193-194)

12. Der Wille des/der PatientIn und dessen Bedeutung

Grundsätzlich gilt es als wichtigste und erstgereichte Maßnahme, den Willen des/der PatientIn zu eruieren und danach zu handeln. Als einzige Ausnahme gelten dabei Notfallsituationen. Für eine erste grobe Einteilung gibt es das Stufenmodell mit seinen „vier Stufen zur Ermittlung des Willens.

- „1. Stufe: Der einwilligungsfähige Mensch wird befragt, er kann entscheiden
2. Stufe: Ein vorausverfügter Wille (Patientenverfügung) wird berücksichtigt
3. Stufe: Der mutmaßliche Wille des[/der] Betroffenen wird ermittelt
4. Stufe: Es gelten allgemeine Werte und Normen einer Gesellschaft“

(Löser, A., 2006, S.84)

Es gilt der Grundsatz, dass immer die höchstmögliche Stufe zu wählen ist. (vgl. Löser, A., 2006, S.84)

„Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens dient der Antwort auf die Frage, wie sich der[/die] Patient[/Patientin] entscheiden würde, wenn er[/sie] sich jetzt in dieser Situation mit den aktuell vorliegenden medizinischen Befunden vor dem Hintergrund der heute möglichen medizinischen Behandlungsmethoden und in seiner[/ihrer] jetzigen psychischen Verfassung äußern könnte“ (Wunder, 2004, S.321).

Die Tatsache, dass nun im Zweifelsfall der mutmaßliche Wille eines/einer PatientIn als Entscheidungsgrundlage gilt, war nicht immer selbstverständlich und hat sich in Deutschland beispielsweise erst in den 90iger Jahren im Zuge des mittlerweile sehr bekannten „Kemptener Falls“ durchgesetzt. Bei diesem Fall handelte es sich um eine 72-jährige Frau, die bereits seit mehr als 2 Jahren im irreversiblen Wachkoma lag, wobei sie an eine Ernährungssonde angeschlossen war. Dadurch wurde das Einsetzen eines Sterbeprozesses verhindert. Der Sohn und der behandelnde Arzt waren der Überzeugung, dass es der Wille der Frau sei, durch das Entfernen der PEG-Sonde sterben zu können. Dem widersetzte sich jedoch das Pflegepersonal. Nach einem Rechtsstreit urteilte der deutsche Bundesgerichtshof 1994 folgendermaßen: „beim[/bei der] unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten[/Patientin] kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten

Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. **Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Patienten[/der Patientin]**“ (Ploier/Petutschnigg, 2007, S.131).

„Damit wurde erstmals die Maßnahme des Nahrungsentzuges als erlaubte Behandlungsbegrenzung bei einer nicht Sterbenden anerkannt, wenn diese von dem geäußerten oder zumindest gemutmaßten Willen gedeckt ist“ (Wunder, 2004, S.319).

Dabei ist es nicht einfach den mutmaßlichen Willen eines Menschen herauszufinden. Auch der deutsche Bundesgerichtshof stellte in seinem Urteil hohe Anforderungen als Voraussetzung für das rechtmäßige Handeln nach dem mutmaßlichen Willen eines/einer PatientIn.

(vgl. Ploier/Petutschnigg, 2007, S.131-132; Wunder, 2004, S.319)

Im Folgenden werden einige Instrumente und Kriterien dargestellt, die bei der Eruiierung des mutmaßlichen Willens sehr hilfreich sein können und einzelne Methoden zu dessen Feststellung unterstützen.

12.1 Mögliches Konzept zur Ermittlung des PatientInnenwillens

Gemäß Wunder (2004) gibt es vier Kriterien, die Aufschluss über den mutmaßlichen Willen eines Menschen geben können:

- „K1 allgemeine gesellschaftliche Wertvorstellungen (vgl. Leitsatz 3 im sog. Kemptener BHG-Urteil von 1994);
- K2 allgemeine Werthaltungen oder Eigenschaften, die vom[/von der] Patienten[/Patientin] bekannt sind (religiöse Einstellungen, Einstellungen zum eigenen Leben, vorherrschende seelische Verfassung);
- K3 allgemeine Äußerungen zum Thema Tod und Sterben und medizinische Maßnahmen am Ende des Lebens (Meinungen zur einschlägigen Debatte, Äußerungen anlässlich von erlebten Ereignissen)
- K4 konkrete Äußerungen, die sich auf die eigene Person und den gewünschten Umgang mit ihr am Lebensende beziehen (einschließlich Äußerungen in nicht direkt anwendbaren Patientenverfügungen)“

(Wunder, 2004, S.321)

Je höher die Stufe des jeweiligen Kriteriums, desto reliabler und valider ist es. Das bedeutet damit auch, dass es einen höheren Wert für die Feststellung des mutmaßlichen Willens besitzt.

Es müssen noch weitere Kriterien beachtet werden, um den mutmaßlichen Willen einer Person erfassen zu können. Dabei muss jedes Kriterium zusätzlich nach drei Unterkriterien unterschieden werden:

„K 4.1 Zeitnähe zur Entscheidungssituation (höchstens drei Jahre)

K 4.2 Konkretheit der gewünschten Maßnahmen und der Beziehbarkeit der Äußerungen auf die Entscheidungssituation sowie

K 4.3 Angemessenheit der Situation, in der diese Äußerungen gemacht wurden“

(Wunder, 2004, S.321)

Des Weiteren gibt es fünf Methoden, welche eine Feststellung des mutmaßlichen Willens eines Menschen ermöglichen. Auch hier gilt wieder: je höher die Zahl, desto besser ist die Methode.

Zum besseren Verständnis soll ein Beispiel im Folgenden dargestellt werden:

Es könnte sich um einen 76-jährigen Patienten mit infauster Prognose handeln, der bereits einwilligungsunfähig ist, aber weder seinem Arzt gegenüber, noch seinem (eventuell vorhandenen) Bevollmächtigten, oder gesetzlichen Betreuer gegenüber konkrete Aussagen über seine Behandlungswünsche gemacht hat.

Das weitere Vorgehen könnte also durch die folgenden Methoden festgelegt werden:

„M 1 durch die Entscheidung des behandelnden Arztes alleine;

M 2 durch die Entscheidung des behandelnden Arztes in Rücksprache mit anderen behandelnden Ärzten[/Ärztinnen] und/oder mit dem Patienten befaßten Pflegenden;

M 3 durch die gemeinsame Entscheidung des behandelnden Arztes und der anderen behandelnden Ärzten[/Ärztinnen] und/oder mit dem Patienten befaßten Pflegenden;

M 4 durch die gemeinsame Entscheidung des behandelnden Arztes und der anderen behandelnden Ärzten[/Ärztinnen] oder/und mit dem Patienten befaßten Pflegenden nach Rücksprache per Telefon mit den Angehörigen/ dem gesetzlichen Betreuer/ dem Bevollmächtigten;

M 5 durch die gemeinsame Entscheidung des behandelnden Arztes, der anderen behandelnden Personen und der Angehörigen/ des gesetzlichen Betreuers/ des Bevollmächtigten in einem Gespräch.“

(Wunder, 2004, S.322)

Dabei weist Wunder noch einmal im Speziellen darauf hin, dass, wenn möglich, Methode M 5 gewählt werden sollte. Denn nur durch eine persönliche, interdisziplinäre Kommunikation im Team mit den Angehörigen können die verschiedenen Sichtweisen und Meinungen der Beteiligten über den/die PatientIn aufgedeckt werden. So ist es möglich die Facetten, die jede/r Einzelne über die Charakterzüge und Vorstellungen eines/einer PatientIn gesammelt hat, zu einem gesamten Persönlichkeitsbild zusammenzufügen. Dies ermöglicht, dass die meisten Fehlerquellen, wie subjektive Annahmen oder Vorurteile, sowie mögliche Eigeninteressen bei der Entscheidungsfindung ausgeschlossen werden können. Selbst wenn kein eindeutig feststellbarer mutmaßlicher Wille gefunden werden kann, ist doch diese Methode die eindeutig positivste, um dem/der Betroffenen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen.

Auch bei der Dokumentation sollte nach drei verschiedenen Arten unterschieden werden:

- „D1 ohne spezifische Dokumentation
- D2 Kurzdokumentation ohne Angabe der Kriterien und Methoden
- D3 Dokumentation wer, wann, auf Grund welcher Kriterien, in welcher Form miteinander entschieden hat.“

(Wunder, 2004, S.322)

Bei der Bewertung der verschiedenen Kriterien, Methoden und Dokumentationsarten schließt Wunder das K 1, die M 1 und D 1 von vornherein als praktikable Möglichkeiten aus. Demnach überließe man die Entscheidung über das Leben eines/einer PatientIn allein dem/der behandelnden Arzt/Ärztin, der/die aufgrund allgemeiner gesellschaftlicher Wertvorstellungen eine medizinische Behandlung durchführt oder nicht, ohne dies zu dokumentieren.

Die anderen angeführten Möglichkeiten zur Feststellung des mutmaßlichen Willens eines/einer PatientIn sind abhängig von ihrer Durchführbarkeit. Grundsätzlich sollte aber darauf hingearbeitet werden, dass immer die höchste Kriteriums- und die Methodenstufe angewandt wird. (vgl. Wunder, 2004, S.319-323)

12.2 Weitere wichtige Anhaltspunkte für den PatientInnenwillen

Zu den Ausführungen des deutschen Bundesgerichtshofs im Zuge seines Urteils 1994 gehörten auch fünf Anhaltspunkte für die Ermittlung des PatientInnenwillens. Die ersten beiden, die „**altersbedingte Lebenserwartung**“ und das „**Ausmaß von Schmerzen**“ die den/die PatientIn bei der Durchführung der Behandlung erwarten würden, sind größtenteils bereits aufgrund der Erfahrung des medizinischen Personals, das den/die PatientIn behandelt und des medizinischen Fortschritts voraussagbar.

Die drei weiteren Anhaltspunkte können, neben der eigenen Kenntnis über den/die PatientIn, durch Gespräche mit Angehörigen oder Freunden eruiert werden. Insbesondere hat „eine Arbeitsgruppe in der Bayrischen Landesärztekammer [] eine Liste von acht Fragen zusammengestellt“ (Sass/Kielstein, 2003, S.96), die helfen soll ein zielführendes Gespräch zu führen.

Hinsichtlich des dritten Punktes, den „**früheren Äußerungen**“ des/der PatientIn, werden einige Vorschläge gemacht:

„Hat sich der Patient[/die Patientin] früher schon einmal zu einer vergleichbaren Krankheitssituation geäußert, von der Dritte betroffen waren und hat er[/sie] sich ausgesprochen, was er[/sie] für sich selbst in dieser Situation wünschen würde? Wie hat er[/sie] auf Behinderungen anderer reagiert? (Da zunächst keine spontanen Antworten auf eine derartige Frage erfolgen, muss nachgefragt werden, ob Nachbarn, Bekannte oder Verwandte schon in einer ähnlichen Situation waren, ob im Rahmen einer Fernsehsendung vergleichbare Schicksale gezeigt wurden oder ähnliches.)“ (Sass/Kielstein, 2003, S.96)

Der nächste wichtige Punkt betrifft die „**religiöse Überzeugung**“ des/der PatientIn und das Ausmaß in dem er/sie, wenn es eine gab, diese ausgelebt hat bzw. wie sehr die Religion in dem spezifischen Fall für den/die PatientIn wichtig wäre. Mögliche Fragen in diesem Zusammenhang wären:

„Wie war die religiöse Einstellung des Patienten[/der Patientin]? Hat sie bei früheren Erkrankungen oder in anderen Lebenskrisen des Patienten[/der Patientin] eine wichtige Rolle gespielt? Welche Rolle?“ (Sass/Kielstein, 2003, S.96)

Die „**persönlichen Wertvorstellungen**“ und Einstellungen im Leben des/der PatientIn sind ebenfalls entscheidende Stützen bei der Feststellung eines ver-

mutlichen PatientInnenwillens. In diesem Zusammenhang gibt es besonders viele wichtige Fragen, die geklärt werden sollten:

„Hat der Patient[/die Patientin] über das Leben nach dem Tode gesprochen? Hat er[/sie] sich bezüglich Bestattungswünschen, Nachruf, Nachlass geäußert oder etwas schriftlich festgelegt?

[] War der Patient[/die Patientin] so selbstständig, das er[/sie] fremde Hilfe nie annehmen konnte? Hat er[/sie] unter vorübergehendem Nachlassen bestimmter Fähigkeiten sehr gelitten? Oder konnte er[/sie] fremde Hilfe gut annehmen?

[] Waren menschliche Beziehungen für den Patienten[/die Patientin] wichtig? Hat er[/sie] sich wohlgefühlt im Kreis der Familie oder Freunde; gab es Spannungen? Gibt es nicht gelöste Spannungen innerhalb der Familie, die noch der Lösung bedurften?

[] Wie verlief der Alltag des Patienten[/die Patientin] in den letzten Jahren?

[] Hat sich der Patient[/die Patientin] dazu geäußert, ob er[/sie] möglichst lange leben möchte unabhängig von der Lebensqualität oder ob ihm[/ihr] die Lebensqualität so wichtig ist, dass er[/sie] bei eingeschränkter Lebensqualität keinen Wert mehr auf lebenserhaltende Maßnahmen legen würde? Hat er[/sie] sich zu Fragen der Selbsttötung und Euthanasie geäußert?“ (Sass/Kielstein, 2003, S.96)

„Wovor hatte er[/sie] Angst?“ (Sass/Kielstein, 2003, S.96)

All diese Fragen sind nicht bloß dann zu berücksichtigen, wenn der/die PatientIn bereits urteils- und einsichtsunfähig ist. Sie sollten, besonders bei PatientInnen mit, beispielsweise chronischen und infausten Prognosen, schon vor dem Ernstfall, am besten mit dem/der PatientIn selbst, geklärt werden.

(vgl. Sass/Kielstein, 2003, S.92/96)

13. Anwendbare Strafbestimmungen

Für die bei der medizinischen Versorgung beteiligten Personen können bestimmte Situationen, besonders am Lebensende eines Menschen, im Hinblick auf die rechtlichen Gegebenheiten sehr riskant werden. Als allgemeiner Handlungsgrundsatz gilt, dass der PatientInnenwille das oberste Gut ist. Deshalb können die Konsequenzen der Durchführung, oder des Abbruchs einer bestimmten Behandlung immer andere sein. Es muss je nach Individualität der Situation damit gerechnet werden, sich strafbar zu machen. Deshalb ist eine rechtliche Kenntnis wichtig, um nicht der Gefahr ausgesetzt zu werden mit strafrechtlichen, aber auch zivil- und verwaltungsrechtlichen Konsequenzen rechnen zu müssen.

Es gibt mehrere Strafbestimmungen der österreichischen Rechtsordnung, mit denen Einzelpersonen, ob als Angehörige/r, Betreuende/r, Pflegende/r oder Arzt/Ärztin, im Ernstfall im Zusammenhang mit einem/einer Schwerstkranken oder Sterbenden in Berührung kommen können. Diese sollen im Folgenden ausgeführt werden.

Wie bereits in der Einleitung kurz beschrieben, ist es gemäß §110 StGB strafbar an einem Menschen Heilbehandlungen durchzuführen, die zwar „medizinisch indiziert waren und kunstgerecht durchgeführt wurden“ (Schabel, 2007, S.57), aber ohne dessen Einwilligung stattfanden.

§ 110 „Eigenmächtige Heilbehandlung

(1) 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.

(2) 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.

(3) **Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen.**“

„Nach herrschender Meinung schützt §110 öStGB die „Freiheit der Entscheidung eines[/einer] Patienten[/Patientin] über die Zulassung einer Behandlung““ (Schabel, 2007, S.57). Der Gesetzgeber nimmt hiermit Bezug auf Artikel 8 EMRK (Europäische Menschenrechtskonvention) in dem das Recht auf Privatleben und somit auch auf die Selbstbestimmung über den eigenen Körper als Grundrecht gesichert wird. (vgl. Schima, 2008, S.504)

Das Selbstbestimmungsrecht wird nicht nur strafrechtlich, sondern auch zivilrechtlich geschützt. (vgl. Stadler, 2010, S.1)

Das bedeutet, dass der/die Behandelnde für alle Folgen, die im Zuge der vom/von der PatientIn nicht gewünschten Behandlung auftreten, schadensersatzpflichtig ist. Dabei geht es nicht um Folgen aus Behandlungsfehlern, sondern um Folgen aus kunstgerecht durchgeführten medizinischen Eingriffen mit denen der/die PatientIn bei einer Zustimmung zur Behandlung hätte rechnen müssen. (vgl. Kletečka-Pulker/Aigner, 2009, S.19)

Der Vollständigkeit halber soll hier kurz darauf hingewiesen werden, dass eine fehlerhafte ärztliche Behandlung oder die Verletzung der Aufklärungspflicht natürlich strafrechtlich verfolgt werden würde, beispielsweise im Sinne der Körperverletzung. Dies bezieht sich aber nicht direkt auf die in dieser Arbeit behandelte Selbstbestimmung von PatientInnen und soll deshalb nicht genauer erläutert werden. (vgl. Schabel, 2007, S.51)

Soweit auch „eine Operationserweiterung nicht mehr vom hypothetischen Patientenwillen umfasst“ wird, hat ein/e PatientIn gemäß der Entscheidung des Obersten Gerichtshofs (OGH) in Österreich vom 26.6.2007, im Zuge von §1325 ABGB und §1295 Absatz 1 ABGB, „Anspruch auf Schmerzensgeld für die auf die Erweiterung zurückzuführenden Schmerzen“. (vgl. OGH 26.6.2007, 10 Ob 50/07m in: Zak 2007/612)

Demgegenüber kann die bloße Tatsache der durch den Eingriff unerwünscht entstandenen Lebensverlängerung schadensersatzrechtlich nicht geltend gemacht werden. Der/die gegen den PatientInnenwillen Behandelnde hat aber auch keinen Honoraranspruch für die erbrachten Leistungen. (vgl. Kletečka-Pulker/Aigner, 2009, S.19)

Wird gegen den Willen eines/einer PatientIn, bzw. auch wenn dessen/deren mutmaßlicher Wille nicht feststellbar ist, eine lebensrettende Maßnahme abge-

brochen oder gar nicht durchgeführt kommt es im schlimmsten Fall zu einer Anklage wegen vorsätzlicher Tötung. Zudem ist das medizinische Personal in solch einem Fall seiner Fürsorge-, Hilfeleistungs- und Behandlungspflicht nach bestem medizinischem Wissen nicht nachgekommen.

Jede/r direkt Beteiligte, macht sich gemäß §75 StGB des Mordes schuldig:

§ 75 „Strafbare Handlungen gegen Leib und Leben

Mord

Wer einen anderen tötet, ist mit **Freiheitsstrafe von zehn bis zu zwanzig Jahren oder mit lebenslanger Freiheitsstrafe** zu bestrafen.“

Zudem gilt in der österreichischen Rechtsordnung, im Gegensatz zur Deutschen oder Schweizerischen, bereits jene Handlung als Mord „wenn es der[/die] Täter[/n] *ernstlich für möglich hält*, dass durch sein[/ihr] Verhalten ein bestimmter Mensch zu Tode kommen wird, und er[/sie] sich mit dem Ergebnis seines[/ihres] Verhaltens abfindet“ (Birklbauer, 2010, S.90). Dabei muss es sich nicht um niedere Beweggründe des/der TäterIn handeln. Die Motive „sind für die Einstufung als Mord unmaßgeblich“ (Birklbauer, 2010, S.90), sie wirken sich nur auf die Schwere der Strafe aus. (vgl. Birklbauer, 2010, S.90)

Hinzu kommt, dass es sich beispielsweise beim Abstellen von lebenserhaltenden medizinischen Geräten um eine wissentliche, absichtliche oder vorsätzliche Maßnahme handelt. Deshalb kommt in diesem Zusammenhang §5 StGB zum Tragen.

§ 5 „Vorsatz

(1) Vorsätzlich handelt, wer einen Sachverhalt verwirklichen will, der einem gesetzlichen Tatbild entspricht; dazu genügt es, daß der Täter diese Verwirklichung ernstlich für möglich hält und sich mit ihr abfindet.

(2) Der Täter handelt absichtlich, wenn es ihm darauf ankommt, den Umstand oder Erfolg zu verwirklichen, für den das Gesetz absichtliches Handeln voraussetzt.

(3) Der Täter handelt wissentlich, wenn er den Umstand oder Erfolg, für den das Gesetz Wissentlichkeit voraussetzt, nicht bloß für möglich hält, sondern sein Vorliegen oder Eintreten für gewiß hält.“

Dabei wird auch in diesem Zusammenhang nicht nur die Durchführung der Tat bestraft, sondern auch der bloße Versuch, das Leben eines Menschen ohne dessen Einwilligung durch Nichtdurchführung oder Abbruch einer Behandlung zu beenden. §15 StGB macht dies deutlich:

§ 15 „Strafbarkeit des Versuches

(1) Die Strafdrohungen gegen vorsätzliches Handeln gelten nicht nur für die vollendete Tat, sondern auch für den Versuch und für jede Beteiligung an einem Versuch.

(2) Die Tat ist versucht, sobald der Täter seinen Entschluß, sie auszuführen oder einen anderen dazu zu bestimmen (§ 12), durch eine der Ausführung unmittelbar vorangehende Handlung betätigt.

(3) Der Versuch und die Beteiligung daran sind nicht strafbar, wenn die Vollendung der Tat mangels persönlicher Eigenschaften oder Verhältnisse, die das Gesetz beim Handelnden voraussetzt, oder nach der Art der Handlung oder des Gegenstands, an dem die Tat begangen wurde, unter keinen Umständen möglich war.“

All diese Vorwürfe können auch Jenem/Jener gemacht werden, der/die zwar nicht unmittelbar an der Tat beteiligt war, diese aber durch sein/ihr Zutun begünstigt hat oder den/die TäterIn sogar dazu angewiesen hat. Gemäß §12 StGB werden alle Beteiligten gleich behandelt, egal wer die Aktion ausgeführt hat:

§ 12 „Behandlung aller Beteiligten als Täter

Nicht nur der unmittelbare Täter begeht die strafbare Handlung, sondern auch jeder, der einen anderen dazu bestimmt, sie auszuführen, oder der sonst zu ihrer Ausführung beiträgt.“

Gemäß §2 StGB führt auch das bloße Nicht-Eingreifen bei einer strafbaren Handlung zur eigenen Mittäterschaft. Damit macht sich Jede/r strafbar der/die beispielsweise nichts gegen einen Ernährungsabbruch bei einem/einer PatientIn unternimmt, dieser aber weder durch schriftlichen oder mündlichen Ausdruck des/der PatientIn, noch durch den mutmaßlichen PatientInnenwillen zu rechtfertigen ist.

§ 2 „Begehung durch Unterlassung

Bedroht das Gesetz die Herbeiführung eines Erfolges mit Strafe, so ist auch strafbar, wer es unterläßt, ihn abzuwenden, obwohl er zufolge einer ihn im besonderen treffenden Verpflichtung durch die Rechtsordnung dazu verhalten ist und die Unterlassung der Erfolgsabwendung einer Verwirklichung des gesetzlichen Tatbildes durch ein Tun gleichzuhalten ist.“

Beruht die Handlung hingegen auf einer irrtümlichen Annahme und zwar darauf dass ein Behandlungsabbruch oder eine Nicht-Durchführung gerechtfertigt wären, ist der/die Betroffene gemäß §8 StGB nur „wegen fahrlässiger Begehung zu bestrafen“. Dies könnte beispielsweise der Fall sein, wenn angenommen wird, dass es sich bei einer Patientenverfügung um eine Verbindliche handelt, wenn sie jedoch aufgrund von nicht erfüllten Formvorschriften nur beachtlich ist.

§ 8 „Irrtümliche Annahme eines rechtfertigenden Sachverhaltes

Wer irrtümlich einen Sachverhalt annimmt, der die Rechtswidrigkeit der Tat ausschließen würde, kann wegen vorsätzlicher Begehung nicht bestraft werden. Er ist wegen fahrlässiger Begehung zu bestrafen, wenn der Irrtum auf Fahrlässigkeit beruht und die fahrlässige Begehung mit Strafe bedroht ist.“

Wie zu Anfang der Arbeit schon beschrieben, ist es in Österreich auch strafbar einem Menschen bei der Selbsttötung behilflich zu sein oder ihn auf sein Drängen hin zu töten. Dabei muss es eine strikte Trennung zwischen dem Selbstbestimmungsrecht eines/einer PatientIn und unzulässigen Forderungen durch diese/n geben. Er/sie kann zwar selbst entscheiden, ob der Verlauf seiner/ihrer Krankheit und damit das eigene Sterben durch eine medizinische Behandlung unterbrochen bzw. sogar abgewendet werden soll, oder nicht. Ein/e PatientIn hat jedoch definitiv nicht das Recht eine/n Andere/n damit zu beauftragen ihn/sie zu töten, auch wenn der eigene Tod gewollt ist. §77 und §78 StGB machen hier die Grenzen deutlich:

§ 78 „Mitwirkung am Selbstmord

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.“

§ 77 „Tötung auf Verlangen

Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit **Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren** zu bestrafen.“

Dennoch kann eine Mitwirkung oder eine Tötung auf Verlangen nicht als Mord bestraft werden, auch wenn sich der/die TäterIn durchaus über die Folgen seiner/ihrer Handlung bewusst war bzw. diese ja beabsichtigt waren.

In diesem Zusammenhang gibt es eine rechtliche Ausnahme, sog. Privilegierung, die sich auf das *Ernstliche Verlangen* des/der Sterbewilligen bezieht. Nur wenn dieses vorhanden ist, greift §75 nicht mehr.

Es ist zu prüfen ob solch ein Verlangen auch wirklich ernstlich begründet ist. Davon müssen beispielsweise Situationen mit Gewalteinwirkung oder Drohung ausgenommen werden. „Auch Augenblicksstimmungen, die auf einer starken Erregung, Alkoholisierung, Drogenbeeinträchtigung oder vorübergehenden Depression beruhen, begründen keine Ernstlichkeit des Verlangens“ (Birklbauer, 2010, S.91).

(vgl. Birklbauer, 2010, S.91)

14. Fallbeispiel: Fehlverhalten anderer Personen aus der Sicht des Pflegenden

Höchstgerichtlich entschiedene „Haftungsfälle wegen Fehlverhalten von Krankenpflegepersonal“ (Resch, 2010, S.92) sind selten. Daraus wird ersichtlich, dass es wenige Fälle gibt, welche die Beteiligung von Pflegepersonen in ihrer Berufsausübung zum Gegenstand haben. Im Folgenden wird einer dieser seltenen Fälle dargestellt. Die Relevanz dieses Fallbeispiels ist, anhand eines OGH - Urteils aufzuzeigen, welche Möglichkeiten Pflegende haben um mit einem Fehlverhalten durch EntscheidungsträgerInnen umgehen zu können.

Es handelt sich um eine 88-jährige Frau, die aufgrund ihrer vollkommenen Pflegebedürftigkeit nach einem Hirnschlag knapp 1 Jahr, bis zu ihrem Tod, in einem Pflegeheim untergebracht werden musste. Im letzten halben Jahr konnte die Patientin nicht mehr gehen, stehen oder sitzen. Auch die Nahrungsaufnahme war nicht mehr möglich bzw. wurde von ihr durch Ausspucken von Essen verweigert. Daher wurde ihr eine Ernährungssonde (PEG-Sonde) gelegt. Zudem war sie harn- und stuhlinkontinent und nicht mehr fähig, sich verbal zu artikulieren. Ein zugezogener Psychotherapeut und Facharzt für Neurologie und Psychiatrie diagnostizierte bei der noch zu diesem Zeitpunkt kontaktfähigen und bewussteinseinsklaren Patientin, demente und depressive Züge. „Eine verbale Kommunikation zwischen der [Patientin] und dem Pflegepersonal hat während ihres gesamten Aufenthalts im Seniorenwohnheim praktisch nicht stattgefunden“ (OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p in: JBI 2009, S.102).

Die Patientin war seit knapp 60 Jahren mit ihrem vier Jahre jüngeren Ehemann verheiratet. Zwischen den Eheleuten, der gemeinsamen Tochter und deren Ehemann ist es jedoch in den Jahren zuvor zu Streitigkeiten bezüglich den Testamentsbestimmungen über das gemeinsame Hotel gekommen. Die Mutter hatte ihr Testament zu Gunsten ihres Ehemanns geändert. Die Tochter hat daraufhin das Testament angefochten. Sie war der Meinung, dass die Mutter vom Vater zu dieser Entscheidung gedrängt worden sei. Dies hatte besonders die Beziehung von Vater und Tochter verändert, so dass es vor und während der Einlieferung der Mutter ins Pflegeheim kaum zu einer Kommunikation zwischen den Beiden kam. Aber auch zur Mutter hatte die Tochter ca. die zwei Jahre zu-

vor sehr wenig Kontakt, da sie und der Schwiegersohn von dem Ehepaar Hausverbot erteilt bekommen hatten.

Der Ehemann der Patientin besuchte diese weder im Pflegeheim noch im Krankenhaus. Er schickte jedoch fast täglich die zuvor gemeinsame Betreuerin des Ehepaars, um nach ihr sehen zu lassen. Gründe für sein Fernbleiben konnten dabei nur vermutet werden. Die Tochter hingegen besuchte die Mutter häufiger. Nun kam es ca. vier Monate vor dem Ableben der bereits kontaktunfähigen Patientin dazu, dass sich der Ehemann gemeinsam mit dem behandelnden Arzt, der zuvor langjähriger Hausarzt der Patientin war, dazu entschied die Versorgung der Schwerkranken mit Medikamenten und mit Nahrung und Flüssigkeit über die PEG-Sonde einstellen zu lassen. Der Ehemann war sich wohl der festen Überzeugung, dass er die Befugnis hätte über schwerwiegende Behandlungen zu entscheiden, um so (in seinen Augen!) seiner schwerkranken Frau das leidende vor sich hinvegetieren zu ersparen. Die Patientin hatte jedoch weder eine Patientenverfügung noch eine Vorsorgevollmacht, oder sonstige Vorkehrungen getroffen. Somit wurde nur irrtümlich ein mutmaßlicher Wille der Patientin, nach dem Ermessen des Ehemannes und des Arztes, angenommen.

Aus medizinischer Sicht konnte der Arzt sein Handeln aber nicht argumentieren. Seine Begründung lautete vielmehr, „dass die [Patientin] schon so alt sei und schon mehrere Operationen gehabt habe; es werde nicht mehr besser, und der [Ehemann] tue ihm so leid; dieser habe ihn auch darum gebeten“ (OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p in: JBI 2009, S.102).

Der zunächst nur mündlich durch den Arzt angeordneten Einstellung von Nahrung und Flüssigkeit widersetzte sich ein in dem Pflegeheim tätiger Pfleger, „Alexander“, da er mit dieser Anweisung nicht einverstanden war. Der Arzt vermerkte daraufhin „handschriftlich auf dem Medikamentenblatt „Absetzen von Medikamenten und Nahrung trotz Einspruchs von Pfleger Alexander“(OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p in: JBI 2009, S.102). Nur auf das Drängen des Pflegers hin erlaubte der Arzt wenigstens die weitere Zuführung von Flüssigkeit. Da der Pfleger immer noch der Überzeugung war, dass die Anweisungen des Arztes nicht gerechtfertigt waren, handelte er der ausdrücklichen Anordnung entgegen indem er der Patientin heimlich Nahrung verabreichte.

Daraufhin erstattete die Tochter Anzeige gegen den Vater und den Arzt. Es wurde ein Verfahren wegen des Verdachts des versuchten Mordes eingeleitet. Das Verfahren wurde zwar aufgrund eines Gutachtens von der Staatsanwaltschaft Salzburg eingestellt. Auf die genaueren Hintergründe soll aber in der Diplomarbeit nicht mehr eingegangen werden, da dies irrelevant für den Inhalt ist. (vgl. OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p in: JBl 2009, S.100-108)

Im Folgenden sollen Handlungsmöglichkeiten beschrieben werden, die Pflegende in schwierigen Situationen, wie der beschriebenen, haben um sich medizinisch, rechtlich und ethisch angemessen zu verhalten.

14.1 Handlungsmöglichkeiten für Pflegende bei Fehlentscheidungen

An dieser Stelle soll betont werden, dass es in diesem Abschnitt der Arbeit zwar um Situationen geht, in denen Pflegende in der Ausübung ihres Berufes nicht mit dem weiteren Behandlungsvorgehen bei PatientInnen einverstanden sind. Jedoch bezieht sich dies nur auf Situationen in denen weder ein vorausverfügter, noch ein mutmaßlicher Wille des/der PatientIn feststellbar ist. Wäre dieser Wille feststellbar, würde er definitiv als bindend gelten und es dürfte auf keinen Fall in das Selbstbestimmungsrecht des/der PatientIn eingegriffen werden. Auch der „Hinweis auf medizinische Handlungsgebote, der Appell an die ‚ethische Integrität‘ und das eigene Selbstbestimmungsrecht der Angehörigen heilender Berufe oder gar die Berufung auf religiöse Wertauffassungen und Glaubensinhalte eines Anstalts- oder Heimträgers reichen – rechtlich betrachtet – nicht hin, um eine insofern ‚eigenmächtige‘ Heilbehandlung zu legitimieren“ (Kopetzki, 2010, S.76). In solchen Fällen steht der/die Pflegende natürlich in der Verantwortung Schritte gegen die unzulässigen Handlungen einzuleiten, ethisch und rechtlich, da er/sie sich sonst gemäß §12 und §2 StGB mit strafbar macht. Wie im vorherigen Fallbeispiel, in dem sich ein Pfleger den irrtümlichen Anordnungen des Arztes und des Ehepartners der Patientin widersetzt und so seiner Verantwortung als Pflegender gerecht geworden ist, besteht oft keine rechtliche und manchmal auch medizinisch-ethisch eindeutige Grundlage für einen Behandlungsabbruch oder eine Behandlungsverweigerung. Solche Situationen, in denen keine ausreichende interdisziplinäre Zusammenarbeit stattgefunden hat,

um einen Willen des/der PatientIn zu eruieren und ihm/ihr damit die bestmögliche Behandlung bieten zu können, können sehr belastend sein.

Welche möglichen Handlungsalternativen stehen einem/einer Pflegenden hier zur Verfügung?

Aus rechtlicher Sicht kann dies im Zusammenhang des interdisziplinären Tätigkeitsbereichs der Pflege betrachtet werden, also §16 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (GuKG). Gemäß Absatz 2 „haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahmen“ (§16 Absatz 2 GuKG). Der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich umfasst dabei die „Mitwirkung bei Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen sowie zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit“ (§16 Absatz 3 GuKG) und die Beratung, Vorbereitung und Hilfestellung für PatientInnen und deren Angehörigen.

Im Fallbeispiel hat der Pfleger den Arzt deutlich darauf hingewiesen, dass er mit den angeordneten Maßnahmen nicht einverstanden ist. Da der Arzt jedoch weiterhin den Behandlungsabbruch angeordnet hat, hätte in diesem Fall die Bestellung eines/einer Sachwalters/Sachwalterin angeregt werden müssen. Der Pflegende hätte sich zunächst mit dem Heimträger (oder in anderen Fällen dem Krankenhausträger) in Verbindung setzen müssen, um den Fall zu besprechen. Wenn der Heimträger dann jedoch nicht mit den notwendigen Schritten reagiert hätte, wäre es nötig gewesen, dass der Pflegende selbst die Bestellung eines/einer Sachwalterin anregt. Grundsätzlich ist es nämlich, gemäß §4 des Vereinssachwalter-, Patientenadvokats- und Bewohnervertretengesetzes (VSPBG), „nahe stehende[n] Personen oder sonstige Personen oder Stellen [möglich], die [] Bestellung eines Sachwalters“ (§4 VSPBG) oder einer Sachwalterin anzuregen. Dabei sollte der/die Pflegende jedoch auf interne Vorschriften und Vorgehensweisen der einzelnen Einrichtung achten.

Der/die SachwalterIn hätte dann gemeinsam mit allen anderen Beteiligten, wie Angehörigen, Pflegenden und ÄrztInnen, ein Gespräch über die weitere Vorgehensweise zu führen sollen, um die medizinisch indizierten Maßnahmen klar aufzuzeigen und zu versuchen einen mutmaßlichen PatientInnenwillen zu ermitteln. „Ist jedoch (auch) der mutmaßliche Wille des[/der] Patienten[Patientin]

nicht feststellbar, gilt im Zweifel der Wille, durch die medizinische Behandlung weiterzuleben („in dubio pro vitae“), also der normale ärztliche Heilauftrag“ (OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p in: JBl 2009, S.102). Ansonsten ist ebenso das „Sterbenlassen“ an sich, ohne Anwendung medizinischer Maßnahmen, strafbar. Dies vermied der Pfleger in dem Fallbeispiel, indem er sich der Durchführung der Anordnungen entgegenstellte und der Patientin trotzdem Nahrung und Flüssigkeit verabreichte.

Was aber die Missachtung des PatientInnenwillens angeht, so kann „nach Maßgabe des neuen VerbandsverantwortlichkeitsG [] diese strafrechtliche Verantwortung auch den Träger einer Einrichtung treffen, wenn er durch mangelnde Aufsicht, fehlende organisatorische bzw personelle Maßnahmen oder gar durch gezielte Begünstigung eines „autonomiefeindlichen“ anstaltsinternen Klimas einem nachlässigen Umgang [damit] Vorschub leistet“ (Kopetzki, 2007, S.154). Ein selbstverantwortliches, reflexives Handeln als medizinische/r MitarbeiterIn ist zwar immer erforderlich, jedoch besonders bei der Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden von größter Bedeutung, da die Konsequenzen für alle Beteiligten immens sein können.

15. Ethische Verantwortung der Pflegenden für das eigene Handeln

Gerade in einem sozialen Berufsfeld wie das der Pflege werden die Angehörigen dieser Berufsgruppe sehr häufig mit ethischen und moralischen Aspekten konfrontiert. „Freie Berufe wie Mediziner und Juristen haben moralische Maßstäbe in Berufsordnungen und Kodizes festgelegt; Pflegende hingegen, die in aller Regel in abhängigen Beschäftigungsverhältnissen arbeiten und nicht nach dem Kammerprinzip organisiert sind, verfügen zwar über Ethikkodizes, aber über keine verbindlichen Richtlinien zum Umgang mit moralischen Problemen. Dies wird subjektiv unterschiedlich als belastend empfunden“ (Großklaus-Seidel, 2002, S.74).

Demgegenüber gibt es, wie in den vorherigen Kapiteln bereits dargelegt, aus juristischer Sicht jedoch sehr wohl genau geregelte rechtliche Konsequenzen für Fehlverhalten.

Für gewöhnlich sollte die Gesetzgebung zwar mit den ethisch-moralischen Vorstellungen einer Gesellschaft im Einklang stehen, jedoch kommt es aufgrund der Individualität eines jeden Falles immer wieder zu Situationen in denen „Recht und Moral keine deckungsgleichen Größen sind“ (Großklaus-Seidel, 2002, S.74). Das folgende Fallbeispiel soll eine solche Situation aufzeigen. (vgl. Großklaus-Seidel, 2002, S.74-75)

„Die Pflegehelferin Frau K. (31 Jahre) ist seit einigen Jahren in der ambulanten Sozialstation einer Kirchengemeinde beschäftigt. Zu den Patient[Inn]en, die sie regelmäßig betreut, gehört auch der 49-jährige Herr T., der mit seiner allein stehenden Mutter zusammenlebt. Herr T. leidet unter einem tief sitzenden, metastasierenden Rektumkarzinom. Die Operation verlief ungünstig, die Metastasen ließen sich auch nur unvollständig entfernen. Ein künstlicher Darmausgang wurde angelegt, den der Patient mit der Hilfe seiner Mutter und der Pflegekraft eigenständig versorgt. Herr T. ist über die Diagnose und über den weiteren Verlauf seiner Krankheit informiert und äußert den Wunsch, zu Hause in Ruhe sterben zu wollen. Er hat letzte Angelegenheiten bereits mit seinem Rechtsanwalt geregelt und sich von engen Freunden verabschiedet. Die Krankenpflege-

helferin ist durch ihre tägliche Anwesenheit mit den Gegebenheiten vertraut. An einem Sonntagmorgen kommt es bei einem Routinebesuch von Frau K. zu einer Notfallsituation. Frau K. ist daraufhin völlig verunsichert. Sie befürchtet, sich wegen unterlassener Hilfeleistung [] strafbar zu machen und fordert gegen die ausdrückliche Bitte der Mutter den Notarztwagen an. Herr T. wird ins örtliche Krankenhaus gebracht, wo er nach drei Tagen trotz Einsatz aller medizintechnischen Möglichkeiten verstirbt.“

(Großklaus-Seidel, 2002, S.75)

Bei diesem Fall geht es nicht mehr nur um die Frage der Durchführung oder Nicht-Durchführung einer Heilbehandlung an sich, deren Antwort juristisch hauptsächlich durch das PatVG und §110 StGB gefunden werden kann.

Die eigentlich interessante Frage des Falles bezieht sich eher auf die ethische Diskussion über die Handlungsmöglichkeiten der Pflegenden. Wie kann sich ein/e Pflegende/r in solch einem Fall rechtlich gleichzeitig aber auch moralisch richtig verhalten?

Einerseits kann die Pflegeperson ohne ärztliche Diagnose nicht unbedingt wissen, ob es sich in der Notfallsituation um einen krankheitsbedingten Sterbebeginn handelt, oder ob durch einfaches ärztliches Eingreifen dem/der PatientIn nicht noch einige schöne Tage/Wochen/Monate in seinem/ihrer Leben gewährt werden könnten. Auch wenn sie es erfahrungsgemäß vielleicht wüsste bzw. der Überzeugung wäre, würde sie rechtlich wohl nicht dazu befugt sein ohne ärztliche Überprüfung eine Entscheidung zu treffen.

Andererseits stellt sich die Frage, ob es sich nicht doch bereits durch die Anweisung zur Einlieferung eines/einer PatientIn in eine Krankenanstalt, in der diese/r meist sofort wegen „Gefahr in Verzug“ mit lebensrettenden Maßnahmen behandelt wird, um eine „Heilbehandlung“ entgegen dem PatientInnenwillen handelt? Denn, wie im Fallbeispiel, müsste der mutmaßliche Wille des Patienten erst durch eine Zusammenarbeit der behandelnden ÄrztInnen, der Pflegerin und der Mutter festzustellen sein. Der Patient hat lediglich seinen Willen bekundet, Zuhause sterben zu wollen und nicht, dass er jegliche lebensrettende Maßnahmen ablehnen würde. Selbst wenn der Patient, in welcher Form auch immer, kundgetan hätte, dass er einige dieser Maßnahmen ablehnt, wäre es

der Pflegenden zudem nicht zwingend möglich gewesen, festzustellen, ob die notwendigen den abgelehnten Maßnahmen entsprechen würden. Sie hätte lediglich dafür Sorge tragen müssen die Informationen über die abgelehnten Maßnahmen dem/der Notärztin weiterzuleiten. Dabei ist die nächste Frage, ob ihre Aussage allein dazu ausreicht, dass diese Maßnahmen nicht eingeleitet werden und der Patient sterben kann, oder ob sie in der Notfallsituation beweispflichtig ist.

Die Problemstellung ist also offensichtlich: Wie kann ein/e Pflegende/r richtig handeln, ohne sich in eine rechtliche Grauzone zu begeben. Wenn er/sie sich über den mutmaßlichen, aber nicht schriftlich festgehaltenen PatientInnenwillen bewusst ist. Das Problem dabei wäre, dass es in der Notfallsituation bei der Betätigung des Notrufs ihrerseits zu einer vom/von der PatientIn ungewollten Behandlung kommen würde, da die Eruierung des mutmaßlichen Willens so kurzfristig nicht ausreichend möglich gewesen wäre.

Die einfachste Lösung dieses Falls wäre es wohl gewesen, wenn der Patient seiner Mutter im Vorfeld durch eine Vorsorgevollmacht die Befugnis zur Entscheidung übertragen hätte. Als Vorsorgebevollmächtigte hätte die Mutter, die wohl am meisten mit den Wünschen ihres Sohnes betraut war, eine weitere Behandlung verhindern können und ihm so seinen Wunsch „zu Hause zu sterben“ erfüllen können.

16. Fazit

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Praxisumsetzung der durch das Sachwalterrechtsänderungsgesetz im ABGB und das Patientenverfügungsgesetz zur Verfügung gestellten Instrumente zur Selbstbestimmung am Lebensende, ein hohes Maß an Eigeninitiative durch den/die mündige/n BürgerIn erfordert. Zudem wird, vor allem durch die Formvorschriften, die Bereitschaft zur intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod vorausgesetzt. Meran/Niedersüss-Beke (2009) sprechen hier auch von der Gefahr einer „Autonomiefalle“, insofern als manche Patienten[/Patientinnen] überfordert werden und nicht die Voraussetzungen für autonome Entscheidungen mitbringen“ (Meran/Niedersüss-Beke, 2009, S.970). So vorteilhaft und wünschenswert dieser Paradigmenwechsel also auch war und ist, weg vom ärztlichen/medizinischen Paternalismus und hin zur selbstbestimmten PatientInnenautonomie, birgt die Umsetzung auch einige Risiken für den/die einzelne/n PatientIn in sich. Auch finanzielle Hürden stellen ein großes Problem bei der Übertragung der Gesetze in die Praxis dar. Die hohen Kosten, vor allem bei der verbindlichen Patientenverfügung, geben Kritikern, neben den anderen Kritikpunkten, zunehmend Anlass die Möglichkeit zum „selbstbestimmten Sterben“ den höheren Einkommens- und Bildungsschichten zuzuordnen.

Vor allem das Grundgerüst des österreichischen Patientenverfügungsgesetzes, muss sich zwar vielen Kritikpunkten unterziehen, aber auch das Konzept der Vorsorgevollmacht ist in der Praxis nicht ohne Schwierigkeiten durchführbar. Bei Beiden spielen viele individuelle, ethische und rechtliche Aspekte eine große Rolle.

Trotzdem erweisen sich die beiden Rechtsinstrumente in Kombination, als durchaus praktikable und empfehlenswerte Methode, auch die letzte Phase des Lebens den eigenen Wünschen entsprechend zu gestalten.

Eisl (2008) fordert durch Information und Aufklärung über diese möglichen Vorsorgeinstrumente „das öffentliche Bewusstsein für den Themenkreis Sterben, Tod und Trauer zu sensibilisieren“ (Eisl, 2008, S.138). Durch eine Internalisierung des Sterbens, als Teil des Lebens in der Gesellschaft kann ein würdevolles Sterben gewährleistet werden. Körtner (2008) betont in diesem Zusammen-

hang wie wichtig die „Unterstützung und öffentliche Solidarität“ (Körtner, 2008, S.285) ist, um den schmalen Grat zwischen Paternalismus und der, unter bestimmten Voraussetzungen, Freigabe von Mord und Selbstmord bewältigen zu können. Durch eine Verinnerlichung und Enttabuisierung des Themas „Sterben“ sowie durch das Schaffen eines öffentlichen Bewusstseins für die neue PatientInnenautonomie und die daraus folgende Eigenverantwortung der PatientInnen, könnten hingegen viele Probleme bei der Anwendung der neuen Instrumente aus dem Weg geräumt werden.

Aber nicht nur diese Aspekte allein tragen dazu bei, sondern vor allem auch die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation zwischen allen an der Betreuung beteiligten Personen. Eine gleichwertige Zusammenarbeit der Professionen, gemeinsam mit den Angehörigen und Bevollmächtigten der PatientInnen, würde einen großen Beitrag zur Gewährleistung einer optimalen Behandlung und Begleitung in der letzten Lebensphase eines Menschen leisten. Besonders in der Beziehung zwischen ÄrztInnen und Pflegenden ist es wichtig auf eine Verbesserung des kommunikativen und kooperativen Verhaltens hinzuarbeiten und das Treffen von „nachvollziehbare[n] und gemeinsamen[n] Entscheidungen“ (Körtner, 2008, S.132) voranzutreiben. Daraus ergeben sich weitere Vorteile, die dem Arbeitsalltag in Institutionen sehr förderlich sein können. Die Erhöhung der MitarbeiterInnenzufriedenheit, die Beschleunigung von Konfliktlösungen und die Verringerung von emotionaler Belastung während der Arbeit mit Sterbenden und Schwerkranken. (vgl. Körtner, 2008, S.132)

Des Weiteren werden eine „qualifizierte medizinethische Aus- und Fortbildung [,] praktische Maßnahmen zur Beseitigung von personellen, räumlichen und strukturellen Engpässen in der Pflege sowie eine gesellschaftliche aber auch finanzielle Aufwertung des Pflegeberufs“ (Körtner, 2008, S.285) gefordert.

Alles in Allem kann so die Würde eines sterbenden Menschen bewahrt werden und medizinisches Betreuungspersonal, vor allem aber Pflegende, können auf rechtlicher und gleichzeitig auf ethischer Basis Handlungsentscheidungen treffen.

Kann dieses Ziel jedoch nicht verwirklicht bzw. weiter ausgebaut werden, besteht die Gefahr, dass sich das bereits häufig vorhandene Misstrauensverhältnis von PatientInnen zur Medizin vergrößert. Einer Verunsicherung der Patien-

tInnen, aber auch der Behandelnden, in rechtlicher und ethischer Hinsicht sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung sollte also durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten, die gesellschaftliche Aufklärung und Information sowie durch eine spezifische Aus- und Weiterbildung der Betreuenden entgegengewirkt werden.

17. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: „Verbindliche Patientenverfügung“	31
Abbildung 2: „Qualifiziert beachtliche Patientenverfügung“	33
Abbildung 3: „Beachtliche Patientenverfügung“	34
Abbildung 4: „Inhalt und Form der Vorsorgevollmacht“	51
Abbildung 5: „Regelkreis der Pflegeprozessplanung“	78

18. Literaturverzeichnis

- Barta, H. (2006). Zur „Sorge um sich“ am Lebensende. In: Memmer, M., Kern, G., Patientenverfügungsgesetz (S.51-66). Wien: Verlag Österreich.
- Barth, P. (2006). Das Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 - Die Reform im Überblick. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 1 (3), 138-147.
- Barth, P. (2006). Die Patientenverfügung und ihre praktischen Folgen für den behandelnden Arzt. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 1 (2), 72-76.
- Bauer, T. (2009). Die Errichtung einer Vorsorgevollmacht bei Gericht – ein Praxisleitfaden. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 4 (2), 94-95.
- Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (2001). Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press.
- Beine, K. (1998). Wie Krankenschwestern und -pflege über aktive Sterbehilfe denken. Ergebnisse einer Untersuchung. *Die Schwester - Der Pfleger*, 37 (9), 755-760.
- Birklbauer, A. (2010). Strafrechtliche Aspekte des Behandlungsabbruchs. In: Kröll, W./Schaupp, W., Eluana Englaro – Wachkoma und Behandlungsabbruch, Medizinische – ethische – rechtliche Aspekte (S.61-88). Wien: Manz.
- Eisl, C. S. (2008). Medizinisch assistiertes Sterben als ethisch-rechtliche Herausforderung – Handlungs- und Entscheidungsprobleme bei der Palliativautonomie und Palliativversorgung. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 3 (3), 136-138.
- Ernst, G. (2008). Patientenverfügung, Autonomie und Relativismus. *Ethik in der Medizin*, 20 (3), 240–247.
- Ganner, M. (2009). Rechtstatsächliches zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und gesetzlicher Vertretung durch nächste Angehörige – Erhebungen in Österreich und Deutschland zur Akzeptanz in der Bevölkerung. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 4 (3), 150-154.
- Gdaniec, T. (2004). Todesbegriff, Palliativmedizin, Sterbebegleitung, Sterbehilfe – Die rechtliche Terminologie. (13-27). In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V.. Ärztliche Behandlung an der Grenze des Lebens – Heil-auftrag zwischen Patientenautonomie und Kostenverantwortung. Berlin – Heidelberg – New York: Springer.
- Großklaus-Seidel, M. (2002). Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegende ihr Handeln reflektieren und begründen können. Stuttgart: Kohlhammer.

Henry, A. (2006). Patientenautonomie bei fraglicher Urteilsfähigkeit. Psychiatrische Palliativpatientin verweigert onkologische Therapie. Wer entscheidet über das „beste Wohl“? *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 156/9–10, 270–274.

Inthorn, J. (2008). Wünsche und Befürchtungen von Patienten bei der Errichtung von Patientenverfügungen. Ergebnisse einer Studie zum Patientenverfügungs-Gesetz in Österreich. *Bulletin de la Societe des Sciences Medicales du Grand-Duché de Luxembourg (Bull. Soc. Sci. Med.)*, 3/2008, 429-440.

Inthorn, J./Kletečka-Pulker, M. (2008). Ergebnisse der ersten Phase der Evaluationsstudie zum Patientenverfügungs-Gesetz – Die Patientenverfügung als ein Weg zum „guten Sterben“? *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 3 (3), 139-141.

Jahn, B. (2006). Patientenvertretungen und die Patientenverfügung am Beispiel der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft. In: Memmer, M./Kern, G., Patientenverfügungsgesetz (S.97-105). Verlag Österreich: Wien.

Kalchschmid, G. (2006). Was bringt das Patientenverfügungsgesetz Patienten, Ärzten und Juristen? In: Memmer, M./Kern, G., Patientenverfügungsgesetz (S.87-96). Verlag Österreich: Wien.

Kathrein, G. (2007). Regierungsvorlage für ein Patientenverfügungsgesetz. In: Memmer, M./Kern, G., Patientenverfügungsgesetz (S. 23-30). Verlag Österreich: Wien.

Kern, G. (2006). Die religiös motivierte Patientenverfügung. In: Memmer, M./Kern, G., Patientenverfügungsgesetz (S. 67-86). Verlag Österreich: Wien.

Kerschner, F. (2007). Patientenverfügung – Vorsorgevollmacht. In: Körtner, U. H.J./Kopetzki, C./Kletečka-Pulker, M. (Hrsg.) (2007). Das österreichische Patientenverfügungsgesetz - Ethische und rechtliche Aspekte. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Band 1, (S.163-171). Wien: Springer.

Kletečka-Pulker, M./Aigner, G. (2009). Patientenverfügung und Selbstbestimmung - Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zur Erstellung und Anwendung einer Patientenverfügung. Broschüre des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit in Kooperation mit dem Institut für Ethik und Recht in der Medizin.

Kletečka-Pulker, M. (2007). Grundzüge und Zielsetzungen des Patientenverfügungs-Gesetzes. In: Körtner, U. H.J./Kopetzki, C./Kletečka-Pulker, M. (Hrsg.) (2007). Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Band 1, (S.81-96). Wien: Springer.

Kohlhofer, R. (2006). Vorwort. In: Memmer, M., Kern, G., Patientenverfügungsgesetz (S.1-8). Wien: Verlag Österreich.

Kopetzki, C. (2010). Abbruch der künstlichen Ernährung beim Wachkomapatienten. In: Kröll, W./Schaupp, W., Eluana Englaro – Wachkoma und Behandlungsabbruch, Medizinische – ethische – rechtliche Aspekte (S.61-88). Wien: Manz.

Kopetzki, C. (2007). Das Patientenverfügungs-Gesetz im System der Rechtsordnung. In: Körtner, U. H.J./Kopetzki, C./Kletečka-Pulker, M. (Hrsg.) (2007). Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte. Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Band 1, (S.127-155). Wien: Springer.

Kopetzki, C. (2007). Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten – Praktische Auswirkungen der gesetzlichen Neuerungen durch PatVG und SWRÄG. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 2 (4), 197-204.

Körtner, U. H.J. (2008). Patientenverfügungen in Österreich – ethische Diskussionslage. *Bulletin de la Societe des Sciences Medicales du Grand-Duché de Luxembourg (Bull. Soc. Sci. Med.)*, 3/2008, 279-287

Körtner, U. H.J. (2008). Sterben in Würde – Ethik am Lebensende im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorgepflicht. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 3 (3), 129-135.

Kristoferitsch, W. (2010). Altern in Würde aus der Sicht alter Menschen. *Imago Hominis*, 17 (1), 9-15.

Küng, H. (1995). Menschenwürdig Sterben. In Jens, W. & Küng, H., Menschenwürdig Sterben – Ein Plädoyer für die Selbstverantwortung (S.13-87). München, Zürich: Piper.

Kunz, P./Gepart, C. (2006). Erteilung einer Vorsorgevollmacht für künftige medizinische Behandlungen – Was sollte beachtet werden? *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 1 (3), 157-160.

Linke, T. (2004). Grundrechtliche Spannungslagen am Lebensende – Zur Bedeutung der grundrechtlichen Abwehrrechte, Schutzpflichten und Leistungsaspekte für die Sterbehilfe. Baden-Baden. Nomos.

Löser, A. (2007). Möglichkeiten und Grenzen pflegerischen Mitwirkens bei der Gestaltung und Umsetzung autonomer Selbstbestimmung im Sterbeprozess. In: Ambrosy, H./Löser, A. (2006). Entscheidungen am Lebensende – Sterbehilfe und Patientenverfügung im Pflegealltag aus juristischer und pflegerischer Sicht, (S.69-89). Hannover: Schlütersche.

Lunzer, M. (2006). Vorsorgevollmacht, Sachwalterverfügung und Widerspruch gegen die Angehörigenvertretung aus der Sicht der notariellen Beratungspraxis. Aspekte des Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnisses. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 1 (3), 154-156.

- Maleczky, O. (2008) Wenn Todgeweihte sterben möchten – Sterbehilfe aus strafrechtlicher Sicht. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 3 (3), 141-143.
- Meran, J./Niedersüss-Beke, D. (2009). Autonomiefälle in der Betreuung onkologischer Patienten. *Der Onkologe*, 15 (10), 964-971.
- Meran, J.G. et al. (2003). Möglichkeiten und Grenzen von Patientenverfügungen. Was geschieht, wenn ich selbst nicht mehr entscheiden kann? *Der Onkologe*, 9 (12), 1313-1324.
- Memmer, M. (2006). Überlegungen zum Patientenverfügungs-Gesetz 2006. In: Memmer, M., Kern, G., Patientenverfügungsgesetz (S.31-50). Wien: Verlag Österreich.
- Müller, I./Weiser, N. (2008). Angehörigenvertretung und Heimvertrag – Ein Plädoyer für die Vorsorgevollmacht. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 3 (5), 252-254.
- Müller, I. /Prinz, M. (2007). Sachwalterschaft und Alternativen. Ein Wegweiser. Wien/Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.
- Nationaler Ethikrat* Deutschland (2006). Stellungnahme, Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende.
- Neitzke, G./Charbonnier, R./Diemer, W./May, A.T./Wernstedt, T. (2006). Göttinger Thesen zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. *Ethik in der Medizin*, 18 (2), 192–194.
- Pilgram, A. (2006). Ein Versuch, Rechtsfürsorge ohne Überfürsorglichkeit zu verwirklichen. Das neue Sachwalterrecht aus sozialwissenschaftlicher Sicht. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 1 (3), 145 – 147.
- Ploier, M./Petutschnigg, B. (2007). Die Patientenverfügung. Alles Wissenswerte für Patienten, Ärzte und Juristen. Wien: Juridica.
- Pöschl, C. (2008). Die Patientenverfügung im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Selbstverantwortung als innere und äußere Herausforderung. Was wir von Patienten lernen können. Linz: Trauner.
- Pott, G. (2007). Ethik am Lebensende. Intuitive Ethik, Sorge um einen guten Tod, Patientenautonomie, Sterbehilfen. Stuttgart: Schattauer.
- Pschyrembel, (2004). Klinisches Wörterbuch. 260. Auflage. Berlin: De Gruyter.
- Remmers, H. (2004). In: Schulze, U./Niewohner, S., Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase – zwischen Autonomie und Fürsorge (29-31). Münster: Lit Verlag.

Resch, R. (2010). Vorsorgevollmacht – Bestellung eines einstweiligen Sachwalters. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 5 (2), 88-89.

Resch, R. (2010). Abweisung eines Kranken durch einen Krankenpfleger. *Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht (ÖZPR)*, 1 (3), 92-94.

Sass, H.-M./Kielstein R.(2003). Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht. Münster – Hamburg – London: Lit – Verlag.

Schabel, B. (2007). Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Österreich. Wien: Verlag Österreich.

Schauer, M. (2006). Vorsorgevollmacht und gesetzliche Angehörigenvertretung nach dem SWRÄG 2006. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 1 (3), 148-153.

Schauer, M. (2006). Von der Sachwalterschaft und ihren Alternativen – der Umbau des Sachwalterrechts durch das SWRÄG. *Interdisziplinäre Zeitschrift für Familienrecht (iFamZ)*, 1 (3), 129.

Schima, S. (2008). Nachtrag zum „Neuen Recht 2006“: Die legistische Behandlung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht und einige Überlegungen aus religionsrechtlicher Perspektive. *Österreichisches Archiv für Recht & Religion (öarr)*, 55 (3), 494-524.

Schreiner, P.W./Pack, J. (2002). Begegnung mit Sterben und Tod in der Pflege. *PR-InterNet*, 4 (4), *Pflegepädagogik*, 76-90.

Stadler, M. (2010). Einwilligung in die medizinische Behandlung – ein Überblick. *Österreichische Zeitschrift für Pflegerecht (ÖZPR)*, 1 (4), 120-123.

Wunder, M. (2004). Medizinische Entscheidungen am Lebensende und der „mutmaßliche Wille“. *Medizinrecht (MedR)*, 22 (6), 319-323.

Zakrajsek, G. (2006). Das Patientenverfügungsgesetz aus der Sicht der Notare. In: Memmer, M., Kern, G., Patientenverfügungsgesetz (S.107-109). Wien: Verlag Österreich.

Entscheidungen des Obersten Gerichtshof (OGH):

OGH 7.7.2008, 6 Ob 286/07p in: JBl 2009, 100 ff.

OGH 26.6.2007, 10 Ob 50/07m in: Zak 2007/612

Gesetze:

BGBLA_2006. 55. *Bundesgesetz: Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG* (NR: GP XXII RV 1299 AB 1381 S. 142. BR: AB 7518 S. 733.). Ausgegeben am 8. Mai 2006.

BGBLA_2006. 92. *Bundesgesetz: Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 – SWRÄG 2006* (NR: GP XXII RV 1420 AB 1511 S. 153. BR: AB 7566 S. 735.). Ausgegeben am 23. Juni 2006.

BGBLA_2006. 122. *Bundesgesetz: Gesundheitsrechtsänderungsgesetz 2006 – GRÄG 2006*. (NR: GP XXII RV 1414 AB 1495 S. 150. Einspr. d. BR: 1621 AB 1630 S. 160. BR: 7539 AB 7601 S. 736.)). Ausgegeben am 26. Juli 2006.

Internetseiten:

Satzung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP):
http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/DGP-Satzung%202009%20_091003_.pdf
03.12.2009 ; (Zugriff am 30.07.2010)

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Hintergrundinformation/ Palliativmedizin im stationären Sektor:
http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/presse/HI%20Palliativmedizin%20_stationaer.pdf
30.06.2009 ; (Zugriff am 30.07.2010)

Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft:
<http://www.wien.gv.at/gesundheit/wppa/patientenverfuegung.html>
o.J. ; (Zugriff am 07.07.2010)

Bundesministerium für Justiz; 1070 Wien, Museumstr. 7:
<http://www.justiz.gv.at/internet/html/default/2c948485246bff6f0124b96dd98b412f.de.html>
2010 ; (Zugriff am 06.10.2010)

Notariatskammer Österreich:
<http://www.help.gv.at/Content.Node/290/Seite.2900200.html>
01.01.2010 ; (Zugriff am 20.10.2010)

19. Anhang

BUNDESGESETZBLATT FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2006	Ausgegeben am 8. Mai 2006	Teil I
55. Bundesgesetz:	Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG (NR: GP XXII RV 1299 AB 1381 S. 142. BR: AB 7518 S. 733.)	

55. Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz - PatVG)

Der Nationalrat hat beschlossen:

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

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.

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.

Höchstpersönliches Recht, Fähigkeit der Person

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

2. Abschnitt

Verbindliche Patientenverfügung

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.

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.

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.

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.

3. Abschnitt

Beachtliche Patientenverfügung

Voraussetzungen

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

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.

4. Abschnitt

Gemeinsame Bestimmungen

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.

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.

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.

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.

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.

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.

5. Abschnitt

Schlussbestimmungen

Personenbezogene Bezeichnungen

§ 16. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Verweisungen

§ 17. Soweit in diesem Bundesgesetz auf andere Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

In-Kraft-Treten

§ 18. Dieses Bundesgesetz tritt mit dem auf den Monat seiner Kundmachung folgenden Monatsers-ten in Kraft. Patientenverfügungen, die zu diesem Zeitpunkt bereits errichtet sind, sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nach diesem Bundesgesetz zu beurteilen.

Vollziehung

§ 19. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Justiz betraut.

Fischer

Schüssel

BUNDESGESETZBLATT

FÜR DIE REPUBLIK ÖSTERREICH

Jahrgang 2006	Ausgegeben am 23. Juni 2006	Teil I
92. Bundesgesetz:	Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 – SWRÄG 2006 (NR: GP XXII RV 1420 AB 1511 S. 153. BR: AB 7566 S. 735.)	

92. Bundesgesetz, mit dem das Sachwalterrecht im allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch und das Ehegesetz, das Außerstreitgesetz, das Konsumentenschutzgesetz, das Vereinssachwalter- und Patientenanwaltsgesetz, die Notariatsordnung, das Gerichtsorganisationsgesetz und das Berufsrechts-Änderungsgesetz 2006 geändert werden (Sachwalterrechts-Änderungsgesetz 2006 – SWRÄG 2006)

Der Nationalrat hat beschlossen:

Artikel I

Änderung des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuchs

Das allgemeine bürgerliche Gesetzbuch, JGS Nr. 946/1811, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 120/2005, wird wie folgt geändert:

1. Vor § 187 lautet die Überschrift des Vierten Hauptstücks:

„Viertes Hauptstück

Von der Obsorge einer anderen Person“

2. In § 216 erhält die bisherige Bestimmung die Absatzbezeichnung „(1)“ und wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) Einer medizinischen Behandlung, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist, kann die mit der Obsorge betraute Person nur zustimmen, wenn ein vom behandelnden Arzt unabhängiger Arzt in einem ärztlichen Zeugnis bestätigt, dass das Kind nicht über die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt und die Vornahme der Behandlung zur Wahrung seines Wohles erforderlich ist. Wenn ein solches Zeugnis nicht vorliegt oder das Kind zu erkennen gibt, dass es die Behandlung ablehnt, bedarf die Zustimmung der Genehmigung des Gerichts. Erteilt die mit der Obsorge betraute Person die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung nicht und wird dadurch das Wohl des Kindes gefährdet, so kann das Gericht die Zustimmung ersetzen oder die Obsorge an eine andere Person übertragen.“

3. In § 229 erhält die bisherige Bestimmung die Absatzbezeichnung „(1)“ und wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) Auf Vertretungshandlungen und Einwilligungen in Vermögensangelegenheiten ist § 154 Abs. 3 und 4 sinngemäß anzuwenden.“

4. Die Überschriften vor dem § 268 lauten:

„Fünftes Hauptstück

Von der Sachwalterschaft, der sonstigen gesetzlichen Vertretung und der Vorsorgevollmacht

Voraussetzungen für die Bestellung eines Sachwalters oder Kurators

a) für behinderte Personen;“

5. § 268 lautet:

„§ 268. (1) Vermag eine volljährige Person, die an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist (behinderte Person), alle oder einzelne ihrer Angelegenheiten nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst zu besorgen, so ist ihr auf ihren Antrag oder von Amts wegen dazu ein Sachwalter zu bestellen.

(2) Die Bestellung eines Sachwalters ist unzulässig, soweit Angelegenheiten der behinderten Person durch einen anderen gesetzlichen Vertreter oder im Rahmen einer anderen Hilfe, besonders in der Familie, in Pflegeeinrichtungen, in Einrichtungen der Behindertenhilfe oder im Rahmen sozialer oder psychosozialer Dienste, im erforderlichen Ausmaß besorgt werden. Ein Sachwalter darf auch dann nicht bestellt werden, soweit durch eine Vollmacht, besonders eine Vorsorgevollmacht, oder eine verbindliche Patientenverfügung für die Besorgung der Angelegenheiten der behinderten Person im erforderlichen Ausmaß vorgesorgt ist. Ein Sachwalter darf nicht nur deshalb bestellt werden, um einen Dritten vor der Verfolgung eines, wenn auch bloß vermeintlichen, Anspruchs zu schützen.

(3) Je nach Ausmaß der Behinderung sowie Art und Umfang der zu besorgenden Angelegenheiten ist der Sachwalter zu betrauen

1. mit der Besorgung einzelner Angelegenheiten, etwa der Durchsetzung oder der Abwehr eines Anspruchs oder der Eingehung und der Abwicklung eines Rechtsgeschäfts,
2. mit der Besorgung eines bestimmten Kreises von Angelegenheiten, etwa der Verwaltung eines Teiles oder des gesamten Vermögens, oder,
3. soweit dies unvermeidlich ist, mit der Besorgung aller Angelegenheiten der behinderten Person.

(4) Sofern dadurch nicht das Wohl der behinderten Person gefährdet wird, kann das Gericht auch bestimmen, dass die Verfügung oder Verpflichtung hinsichtlich bestimmter Sachen, des Einkommens oder eines bestimmten Teiles davon vom Wirkungsbereich des Sachwalters ausgenommen ist.“

6. § 274 samt Überschrift wird zu § 269 samt der Überschrift „b) für Ungeborene;“.

7. § 276 samt Überschrift wird zu § 270 samt der Überschrift „c) für Abwesende und für unbekannte Teilnehmer an einem Geschäft;“.

8. Die Überschrift vor dem § 271 lautet: „d) im Kollisionsfall;“.

9. Die §§ 273 bis 283 lauten samt Überschriften:

„Bestellung

§ 273. (1) Bei der Auswahl des Sachwalters oder Kurators ist auf die Art der Angelegenheiten, die für die zu vertretende Person (den Pflegebefohlenen) zu besorgen sind, zu achten.

(2) Mit der Sachwalterschaft oder Kuratel dürfen nicht betraut werden

1. nicht eigenberechtigte Personen;
2. Personen, von denen, besonders auch wegen einer strafgerichtlichen Verurteilung, eine dem Wohl des Pflegebefohlenen förderliche Ausübung der Sachwalterschaft oder Kuratel nicht zu erwarten ist.

§ 274. (1) Derjenige, den das Gericht zum Sachwalter (Kurator) bestellen will, hat alle Umstände, die ihn dafür ungeeignet erscheinen lassen, dem Gericht mitzuteilen. Unterlässt er diese Mitteilung schuldhaft, so haftet er für alle dem Pflegebefohlenen daraus entstehenden Nachteile.

(2) Ein Rechtsanwalt oder Notar kann die Übernahme einer Sachwalterschaft (Kuratel) nur ablehnen, wenn ihm diese unter Berücksichtigung seiner persönlichen, familiären, beruflichen und sonstigen Verhältnisse nicht zugemutet werden kann. Dies wird bei mehr als fünf Sachwalterschaften (Kuratelen) vermutet.

Rechte und Pflichten

§ 275. (1) Die Sachwalterschaft (Kuratel) umfasst alle Tätigkeiten, die erforderlich sind, um die dem Sachwalter (Kurator) übertragenen Angelegenheiten zu besorgen. Der Sachwalter (Kurator) hat dabei das Wohl des Pflegebefohlenen bestmöglich zu fördern.

(2) In wichtigen, die Person des Pflegebefohlenen betreffenden Angelegenheiten hat der Sachwalter (Kurator) die Genehmigung des Gerichts einzuholen. Ohne Genehmigung getroffene Maßnahmen oder Vertretungshandlungen sind unzulässig und unwirksam, sofern nicht Gefahr im Verzug vorliegt.

(3) In Vermögensangelegenheiten gelten die §§ 229 bis 234 sinngemäß.

Entschädigung, Entgelt und Aufwandsersatz

§ 276. (1) Dem Sachwalter (Kurator) gebührt unter Bedachtnahme auf Art und Umfang seiner Tätigkeit, insbesondere auch im Bereich der Personensorge, und des damit gewöhnlich verbundenen Aufwands an Zeit und Mühe eine jährliche Entschädigung. Diese beträgt fünf Prozent sämtlicher Einkünfte nach Abzug der hievon zu entrichtenden Steuern und Abgaben, wobei Bezüge, die kraft besonderer gesetzlicher Anordnung zur Deckung bestimmter Aufwendungen dienen, nicht als Einkünfte zu berücksichtigen sind; bei besonders umfangreichen und erfolgreichen Bemühungen des Sachwalters kann das Gericht die Entschädigung auch mit bis zu zehn Prozent dieser Einkünfte bemessen. Übersteigt der Wert des Vermögens des Pflegebefohlenen 10 000 Euro, so ist darüber hinaus pro Jahr zwei Prozent des Mehrbetrags an Entschädigung zu gewähren. Das Gericht hat die Entschädigung zu mindern, wenn es dies aus besonderen Gründen für angemessen hält.

(2) Nützt der Sachwalter (Kurator) für Angelegenheiten, deren Besorgung sonst einem Dritten entgeltlich übertragen werden müsste, seine besonderen beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten, so hat er hierfür einen Anspruch auf angemessenes Entgelt. Dieser Anspruch besteht für die Kosten einer rechtsfreundlichen Vertretung jedoch nicht, soweit beim Pflegebefohlenen die Voraussetzungen für die Bewilligung der Verfahrenshilfe gegeben sind oder diese Kosten nach gesetzlichen Vorschriften vom Gegner ersetzt werden.

(3) Die zur zweckentsprechenden Ausübung der Sachwalterschaft (Kuratel) notwendigen Barauslagen, die tatsächlichen Aufwendungen und die Kosten einer zur Deckung der Haftung nach § 277 abgeschlossenen Haftpflichtversicherung sind dem Sachwalter vom Pflegebefohlenen jedenfalls zu erstatten, soweit sie nach gesetzlichen Vorschriften nicht unmittelbar von Dritten getragen werden.

(4) Ansprüche nach den vorstehenden Absätzen bestehen insoweit nicht, als durch sie die Befriedigung der Lebensbedürfnisse des Pflegebefohlenen gefährdet wäre.

Haftung

§ 277. Der Sachwalter (Kurator) haftet dem Pflegebefohlenen für jeden durch sein Verschulden verursachten Schaden. Der Richter kann die Ersatzpflicht insoweit mäßigen oder ganz erlassen, als sie den Sachwalter (Kurator) unter Berücksichtigung aller Umstände, insbesondere des Grades des Verschuldens oder eines besonderen Naheverhältnisses zwischen dem Pflegebefohlenen und dem Sachwalter (Kurator), unbillig hart träfe.

Änderung und Beendigung

§ 278. (1) Das Gericht hat die Sachwalterschaft (Kuratel) auf Antrag oder von Amts wegen einer anderen Person zu übertragen, wenn der Sachwalter (Kurator) stirbt, nicht die erforderliche Eignung aufweist, ihm die Ausübung des Amtes nicht zugemutet werden kann, einer der Umstände des § 273 Abs. 2 eintritt oder bekannt wird oder das Wohl des Pflegebefohlenen dies aus anderen Gründen erfordert. § 145 Abs. 3 ist sinngemäß anzuwenden.

(2) Der Sachwalter (Kurator) ist auf Antrag oder von Amts wegen zu entheben, wenn die Voraussetzungen für seine Bestellung nach den §§ 268 bis 272 wegfallen; fallen diese Voraussetzungen nur für einen Teil der dem Sachwalter (Kurator) übertragenen Angelegenheiten weg, so ist sein Wirkungskreis einzuschränken. Sein Wirkungskreis ist zu erweitern, wenn dies erforderlich ist. Stirbt der Pflegebefohlene, so erlischt die Sachwalterschaft (Kuratel). § 172 Abs. 2 sind sinngemäß anzuwenden.

(3) Das Gericht hat in angemessenen, fünf Jahre nicht überschreitenden Zeitabständen zu prüfen, ob das Wohl des Pflegebefohlenen die Beendigung oder Änderung der Sachwalterschaft (Kuratel) erfordert.

Besondere Vorschriften für die Sachwalterschaft

a) Auswahl des Sachwalters;

§ 279. (1) Bei der Auswahl des Sachwalters ist besonders auf die Bedürfnisse der behinderten Person und darauf Bedacht zu nehmen, dass der Sachwalter nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung zu einer Krankenanstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung steht, in der sich die behinderte Person aufhält oder von der sie betreut wird. Wünsche der behinderten Person, insbesondere solche, die sie vor Verlust der Geschäftsfähigkeit und Einsichts- und Urteilsfähigkeit geäußert hat (Sachwalterverfügung), und Anregungen nahe stehender Personen sind zu berücksichtigen, sofern sie dem Wohl der behinderten Person entsprechen.

(2) Einer behinderten Person ist eine geeignete, ihr nahe stehende Person zum Sachwalter zu bestellen. Wird eine behinderte Person volljährig, so ist ein bisher mit der Obsorge betrauter Elternteil zum Sachwalter zu bestellen, sofern dies dem Wohl der behinderten Person nicht widerspricht.

(3) Ist eine geeignete, nahe stehende Person nicht verfügbar, so ist ein geeigneter Verein mit dessen Zustimmung zum Sachwalter zu bestellen. Kommt auch ein Verein nicht in Betracht, so ist nach Maßgabe

des § 274 Abs. 2 ein Rechtsanwalt (Rechtsanwaltsanwärter) oder Notar (Notariatskandidat) oder eine andere geeignete Person mit deren Zustimmung zu bestellen.

(4) Ein Rechtsanwalt (Rechtsanwaltsanwärter) oder Notar (Notariatskandidat) ist vor allem dann zum Sachwalter zu bestellen, wenn die Besorgung der Angelegenheiten vorwiegend Rechtskenntnisse erfordert, ein geeigneter Verein vor allem dann, wenn sonst besondere Anforderungen mit der Sachwalterschaft verbunden sind.

(5) Eine Person darf nur so viele Sachwalterschaften übernehmen, wie sie unter Bedachtnahme auf die Pflichten eines Sachwalters, insbesondere jene zur persönlichen Kontaktnahme, ordnungsgemäß besorgen kann. Eine Person – ausgenommen ein geeigneter Verein – darf insgesamt nicht mehr als fünf, ein Rechtsanwalt oder Notar nicht mehr als 25 Sachwalterschaften übernehmen; Sachwalterschaften zur Besorgung einzelner Angelegenheiten bleiben dabei außer Betracht.

b) Geschäftsfähigkeit der behinderten Person;

§ 280. (1) Die behinderte Person kann innerhalb des Wirkungskreises des Sachwalters ohne dessen ausdrückliche oder stillschweigende Einwilligung rechtsgeschäftlich weder verfügen noch sich verpflichten.

(2) Schließt die behinderte Person im Rahmen des Wirkungskreises des Sachwalters ein Rechtsgeschäft, das eine geringfügige Angelegenheit des täglichen Lebens betrifft, so wird dieses Rechtsgeschäft mit der Erfüllung der die behinderte Person treffenden Pflichten rückwirkend rechtswirksam.

c) Berücksichtigung des Willens und der Bedürfnisse der behinderten Person;

§ 281. (1) Der Sachwalter hat danach zu trachten, dass die behinderte Person im Rahmen ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten ihre Lebensverhältnisse nach ihren Wünschen und Vorstellungen gestalten kann.

(2) Die behinderte Person hat das Recht, von beabsichtigten, ihre Person oder ihr Vermögen betreffenden wichtigen Maßnahmen vom Sachwalter rechtzeitig verständigt zu werden und sich hiezu, wie auch zu anderen Maßnahmen, in angemessener Frist zu äußern; diese Äußerung ist zu berücksichtigen, wenn der darin ausgedrückte Wunsch dem Wohl der behinderten Person nicht weniger entspricht.

(3) Ist der Sachwalter mit der Verwaltung des Vermögens oder des Einkommens der behinderten Person betraut, so hat er diese vorrangig zur Deckung der den persönlichen Lebensverhältnissen entsprechenden Bedürfnisse der behinderten Person zu verwenden.

(4) Ist das Wohl der behinderten Person gefährdet, so hat das Gericht jederzeit, von wem immer es angerufen wird, die zur Sicherung ihres Wohles nötigen Verfügungen zu treffen.

d) Personensorge;

§ 282. Der Sachwalter hat mit der behinderten Person in dem nach den Umständen des Einzelfalls erforderlichen Ausmaß persönlichen Kontakt zu halten und sich darum zu bemühen, dass der behinderten Person die gebotene ärztliche und soziale Betreuung gewährt wird. Sofern der Sachwalter nicht bloß zur Besorgung einzelner Angelegenheiten bestellt ist, soll der Kontakt mindestens einmal im Monat stattfinden.

§ 283. (1) In eine medizinische Behandlung kann eine behinderte Person, soweit sie einsichts- und urteilsfähig ist, nur selbst einwilligen. Sonst ist die Zustimmung des Sachwalters erforderlich, dessen Wirkungsbereich die Besorgung dieser Angelegenheit umfasst.

(2) Einer medizinischen Behandlung, die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist, kann der Sachwalter nur zustimmen, wenn ein vom behandelnden Arzt unabhängiger Arzt in einem ärztlichen Zeugnis bestätigt, dass die behinderte Person nicht über die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt und die Vornahme der Behandlung zur Wahrung ihres Wohles erforderlich ist. Wenn ein solches Zeugnis nicht vorliegt oder die behinderte Person zu erkennen gibt, dass sie die Behandlung ablehnt, bedarf die Zustimmung der Genehmigung des Gerichts. Erteilt der Sachwalter die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung nicht und wird dadurch das Wohl der behinderten Person gefährdet, so kann das Gericht die Zustimmung des Sachwalters ersetzen oder die Sachwalterschaft einer anderen Person übertragen.

(3) Die Einwilligung der einsichts- und urteilsfähigen behinderten Person, die Zustimmung des Sachwalters und die Entscheidung des Gerichts sind nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung, der Zustimmung oder der gerichtlichen Entscheidung verbundene Aufschub das Leben der behinderten Person gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre.“

10. Nach dem § 283 werden folgende §§ 284 bis 284h angefügt:

„§ 284. Der Sachwalter kann einer medizinischen Maßnahme, die eine dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit der behinderten Person zum Ziel hat, nicht zustimmen, es sei denn, dass sonst wegen eines dauerhaften körperlichen Leidens eine ernste Gefahr für das Leben oder einer schweren Schädigung der Gesundheit der behinderten Person besteht. Ebenso kann der Sachwalter einer Forschung, die mit einer Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit der behinderten Person verbunden ist, nicht zustimmen, es sei denn, die Forschung kann für deren Gesundheit oder Wohlbefinden von unmittelbarem Nutzen sein. Die Zustimmung bedarf in jedem Fall einer gerichtlichen Genehmigung.

§ 284a. (1) Über ihren Wohnort entscheidet eine behinderte Person, soweit sie einsichts- und urteilsfähig ist, selbst.

(2) Sonst hat der Sachwalter diese Aufgabe zu besorgen, soweit dies zur Wahrung des Wohles der behinderten Person erforderlich ist und sein Wirkungskreis die Besorgung dieser Angelegenheit umfasst. Soll der Wohnort der behinderten Person dauerhaft geändert werden, so bedarf dies der gerichtlichen Genehmigung.

Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger

§ 284b. (1) Vermag eine volljährige Person aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens nicht selbst zu besorgen und hat sie dafür keinen Sachwalter und auch sonst keinen gesetzlichen oder gewillkürten Vertreter, so kann sie bei diesen Rechtsgeschäften, soweit sie ihren Lebensverhältnissen entsprechen, von einem nächsten Angehörigen vertreten werden. Gleiches gilt für Rechtsgeschäfte zur Deckung des Pflegebedarfs sowie die Geltendmachung von Ansprüchen, die aus Anlass von Alter, Krankheit, Behinderung oder Armut zustehen, insbesondere von sozialversicherungsrechtlichen Ansprüchen, Ansprüchen auf Pflegegeld und Sozialhilfe sowie Gebührenbefreiungen und anderen Begünstigungen.

(2) Der nächste Angehörige ist befugt, über laufende Einkünfte der vertretenen Person und pflegebezogene Leistungen an diese insoweit zu verfügen, als dies zur Besorgung der Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens und zur Deckung des Pflegebedarfs erforderlich ist.

(3) Die Vertretungsbefugnis des nächsten Angehörigen umfasst auch die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung, sofern diese nicht gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist und der vertretenen Person die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit fehlt.

§ 284c. (1) Nächste Angehörige sind die Eltern, volljährige Kinder, der im gemeinsamen Haushalt mit der vertretenen Person lebende Ehegatte und der Lebensgefährte, wenn dieser mit der vertretenen Person seit mindestens drei Jahren im gemeinsamen Haushalt lebt.

(2) Sind mehrere Angehörige vertretungsbefugt, so genügt die Erklärung einer Person. Liegen dem Erklärungsempfänger widerstreitende Erklärungen vor, so ist keine wirksam. Für die Vertretung in zivilgerichtlichen Verfahren gilt § 154a sinngemäß.

§ 284d. (1) Der nächste Angehörige hat die vertretene Person von der Wahrnehmung seiner Vertretungsbefugnis zu informieren.

(2) Die Vertretungsbefugnis eines nächsten Angehörigen tritt nicht ein oder endet, soweit ihr die vertretene Person ungeachtet des Verlusts ihrer Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit widersprochen hat oder widerspricht.

§ 284e. (1) Bei Wahrnehmung seiner Vertretungsbefugnisse hat der nächste Angehörige das Wohl der vertretenen Person bestmöglich zu fördern und danach zu trachten, dass sie im Rahmen ihrer Fähigkeiten und Möglichkeiten ihre Lebensverhältnisse nach ihren Wünschen und Vorstellungen gestalten kann.

(2) Der nächste Angehörige hat seine Vertretungsbefugnis vor der Vornahme einer Vertretungshandlung im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis registrieren zu lassen. Ein Dritter darf auf die Vertretungsbefugnis eines nächsten Angehörigen vertrauen, wenn ihm dieser bei Vornahme einer Vertretungshandlung nach § 284b eine Bestätigung über die Registrierung der Vertretungsbefugnis im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis vorlegt. Dies gilt für Geldbezüge von einem Konto der vertretenen Person, soweit sie den erhöhten allgemeinen Grundbetrag des Existenzminimums (§ 291a Abs. 2 Z 1 EO) monatlich nicht überschreiten. Das Vertrauen des Dritten ist nicht geschützt, wenn ihm die mangelnde Vertretungsbefugnis des nächsten Angehörigen bekannt oder fahrlässig unbekannt ist.

Vorsorgevollmacht

§ 284f. (1) Eine Vorsorgevollmacht ist eine Vollmacht, die nach ihrem Inhalt dann wirksam werden soll, wenn der Vollmachtgeber die zur Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten erforderliche Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder seine Äußerungsfähigkeit verliert. Die Angele-

genheiten, zu deren Besorgung die Vollmacht erteilt wird, müssen bestimmt angeführt sein. Der Bevollmächtigte darf nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis oder in einer anderen engen Beziehung zu einer Krankenanstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung stehen, in der sich der Vollmachtgeber aufhält oder von der dieser betreut wird.

(2) Die Vorsorgevollmacht muss vom Vollmachtgeber eigenhändig geschrieben und unterschrieben werden. Hat der Vollmachtgeber die Vollmacht zwar eigenhändig unterschrieben, nicht aber eigenhändig geschrieben, so muss er in Gegenwart dreier unbefangener, eigenberechtigter und sprachkundiger Zeugen bekräftigen, dass der Inhalt der von ihm unterschriebenen Vollmachtsurkunde seinem Willen entspricht. Die Einhaltung dieses Formerfordernisses ist von den Zeugen unmittelbar nach der Erklärung des Vollmachtgebers mit einem auf ihre Zeugeneigenschaft hinweisenden Zusatz auf der Urkunde zu bestätigen. Unterschreibt der Vollmachtgeber die Vollmachtsurkunde nicht, so muss ein Notar die Bekräftigung durch den Vollmachtgeber beurkunden. Die Vorsorgevollmacht kann immer auch als Notariatsakt aufgenommen werden.

(3) Soll die Vorsorgevollmacht auch Einwilligungen in medizinische Behandlungen im Sinn des § 283 Abs. 2, Entscheidungen über dauerhafte Änderungen des Wohnorts sowie die Besorgung von Vermögensangelegenheiten, die nicht zum ordentlichen Wirtschaftsbetrieb gehören, umfassen, so muss sie unter ausdrücklicher Bezeichnung dieser Angelegenheiten vor einem Rechtsanwalt, einem Notar oder bei Gericht errichtet werden. Dabei ist der Vollmachtgeber über die Rechtsfolgen einer solchen Vorsorgevollmacht sowie die Möglichkeit des jederzeitigen Widerrufs zu belehren. Der Rechtsanwalt, der Notar oder das Gericht hat die Vornahme dieser Belehrung in der Vollmachtsurkunde unter Angabe seines Namens und seiner Anschrift durch eigenhändige Unterschrift zu dokumentieren.

§ 284g. Eine behinderte Person, die eine Vorsorgevollmacht erteilt hat, bedarf insoweit keines Sachwalters, es sei denn, dass der Bevollmächtigte nicht oder nicht im Sinn des Bevollmächtigungsvertrags tätig wird, durch seine Tätigkeit sonst ihr Wohl gefährdet oder die behinderte Person zu erkennen gibt, dass sie vom Bevollmächtigten nicht mehr vertreten sein will. Von der Bestellung eines Sachwalters kann auch dann abgesehen werden, wenn eine Vollmacht zwar nicht die Voraussetzungen des § 284f erfüllt, aber auf Grund der Umstände des Einzelfalles nicht zu befürchten ist, dass der Bevollmächtigte seine Aufgaben zum Nachteil der behinderten Person besorgen wird.

§ 284h. (1) Der Bevollmächtigte hat bei Besorgung der anvertrauten Angelegenheiten dem Willen des Vollmachtgebers, wie er in dem Bevollmächtigungsvertrag zum Ausdruck gebracht wird, zu entsprechen. Einem Willen des Vollmachtgebers, der nach Eintritt des Vorsorgefalls aus Äußerungen des Vollmachtgebers oder sonst aus den Umständen des Einzelfalles hervorgeht, hat der Bevollmächtigte Rechnung zu tragen, wenn er dem Wohl des Vollmachtgebers nicht weniger entspricht. Mangels eines feststellbaren Willens hat der Bevollmächtigte das Wohl des Vollmachtgebers bestmöglich zu fördern.

(2) Ein Dritter darf auf den Eintritt des Vorsorgefalls vertrauen, wenn ihm der Bevollmächtigte bei Vornahme einer Vertretungshandlung eine Bestätigung über die Registrierung des Wirksamwerdens der Vorsorgevollmacht im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis vorlegt. Das Vertrauen des Dritten ist nicht geschützt, wenn ihm bekannt oder fahrlässig unbekannt ist, dass der Vorsorgefall nicht eingetreten ist.

(3) Der Bevollmächtigte kann die Vollmacht zur Einwilligung in eine medizinische Behandlung oder zur Entscheidung über Änderungen des Wohnorts nicht weitergeben.“

11. In § 310 wird der Ausdruck „§ 151 Abs. 3“ durch den Ausdruck „§ 151 Abs. 3 und § 280 Abs. 2“ ersetzt.

12. In § 865 wird der Ausdruck „§ 273a Abs. 2“ durch den Ausdruck „§ 280 Abs. 2“ ersetzt.

13. § 1034 lautet:

„§ 1034. Das Recht der Großeltern, der Pflegeeltern, anderer mit der Obsorge betrauter Personen, der Sachwalter und Kuratoren, die Geschäfte ihrer Pflegebefohlenen zu verwalten, gründet sich auf die Anordnung des Gerichts. Die Eltern (ein Elternteil) werden unmittelbar durch das Gesetz mit der Vertretung ihrer minderjährigen Kinder betraut; Gleiches gilt nach Maßgabe der §§ 211, 212 und 215 Abs. 1 letzter Satz für Jugendwohlfahrtsträger und nach Maßgabe der §§ 284b bis 284e für nächste Angehörige.“

Artikel II

Änderung des Ehegesetzes

Das Ehegesetz, dRGBL. I S. 807/1938, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 119/2004, wird wie folgt geändert:

In § 102 Abs. 2 wird der Ausdruck „§ 273“ durch den Ausdruck „§ 268“ ersetzt.

Artikel III Änderung des Außerstreitgesetzes

Das Außerstreitgesetz, BGBl. I Nr. 111/2003, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 8/2006, wird wie folgt geändert:

1. In § 122

a. lautet Abs. 3:

„(3) Der Beschluss über die Einstellung hat den Ausspruch zu enthalten, ob die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger (§§ 284b bis 284e ABGB) besteht.“

b. wird der bisherige Abs. 3 zu Abs. 4; der erste Satz des neuen Abs. 4 lautet nunmehr:

„Der Beschluss über die Einstellung ist der betroffenen Person, ihrem Vertreter und ihren nächsten Angehörigen, deren Vertretungsbefugnis im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis registriert ist (§ 284e Abs. 2 ABGB), zuzustellen.“

2. In § 123 werden in Abs. 1 am Schluss der Z 6 der Punkt durch einen Strichpunkt ersetzt und folgende Z 7 angefügt:

„7. gegebenenfalls, ob daneben die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger (§§ 284b bis 284e ABGB) besteht.“

3. § 124 Abs. 1 lautet:

„(1) Der Beschluss über die Bestellung eines Sachwalters ist der betroffenen Person zu eigenen Händen und ihrem Vertreter, ihren nächsten Angehörigen, deren Vertretungsbefugnis im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis registriert ist (§ 284e Abs. 2 ABGB), sowie dem Sachwalter zuzustellen.“

4. In § 126

a. lautet Abs. 1:

„(1) Von der Bestellung des Sachwalters sind auf geeignete Weise der Notar, der die Vertretungsbefugnis eines nächsten Angehörigen registriert hat (§ 140h Abs. 5 NO), und Bevollmächtigte, bei denen das Wirksamwerden der Vorsorgevollmacht im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis registriert ist (§ 284h Abs. 2 ABGB), sowie diejenigen Personen und Stellen zu verständigen, die nach den Ergebnissen des Verfahrens, insbesondere nach den Angaben des Sachwalters, ein begründetes Interesse daran haben.“

b. wird Abs. 3 zu Abs. 4 und folgender Abs. 3 eingefügt:

„(3) Das Gericht hat dem Notar, der die Vertretungsbefugnis eines nächsten Angehörigen im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis registrieren soll, auf Anfrage über die Bestellung des Sachwalters, dessen Wirkungsbereich und über den Stand des Sachwalterschaftsverfahrens Auskunft zu erteilen.“

5. § 127 lautet:

„§ 127. Der Rekurs steht der betroffenen Person, ihrem Vertreter, dem Verfahrenssachwalter, der Person, die zum Sachwalter bestellt werden soll, und den nächsten Angehörigen zu, deren Vertretungsbefugnis im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis registriert ist (§ 284e Abs. 2 ABGB). § 119 letzter Satz gilt entsprechend. § 46 Abs. 3 ist nicht anzuwenden.“

6. § 130 lautet:

„§ 130. Der Sachwalter hat dem Gericht in angemessenen Abständen, mindestens jedoch jährlich, über seine persönlichen Kontakte mit der betroffenen Person, deren Lebensverhältnisse sowie deren geistiges und körperliches Befinden zu berichten. Das Gericht kann dem Sachwalter auch einen Auftrag zu einem solchen Bericht erteilen.“

7. In § 199 erhält der bisherige Inhalt der Bestimmung die Absatzbezeichnung „(1)“ und wird folgender Abs. 2 angefügt:

„(2) § 122 Abs. 3 und 4, § 123 Abs. 1 Z 6 und 7, § 124 Abs. 1, § 126 Abs. 1, 3 und 4, § 127 und § 130 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 92/2006 treten mit 1. Juli 2007 in Kraft. Sie sind – soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird – auch auf Verfahren anzuwenden, die vor dem Inkraft-Treten dieses Bundesgesetzes anhängig geworden sind.“

8. Dem § 204 wird folgender Abs. 8 angefügt:

„(8) § 130 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 92/2006 hat auf vom Gericht vor dem Inkraft-Treten dieses Bundesgesetzes festgelegte Fristen keinen Einfluss. Ist zu diesem Zeitpunkt seit der letzten Berichterstattung über ein Jahr verstrichen und ist keine gerichtliche Frist festgelegt, so hat der Sachwalter längstens binnen eines halben Jahres zu berichten.“

Artikel IV **Änderung des Konsumentenschutzgesetzes**

Das Konsumentenschutzgesetz, BGBl. Nr. 140/1979, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 62/2004, wird wie folgt geändert:

1. § 27d Abs. 1 Z 6 lautet:

„6. die Fälligkeit und die Höhe des Entgelts, eine Aufschlüsselung des Entgelts jeweils für Unterkunft, Verpflegung, Grundbetreuung, besondere Pflegeleistungen und zusätzliche Leistungen sowie die vom Träger der Sozial- oder Behindertenhilfe gedeckten Leistungen und“

2. Dem § 27d wird folgender Abs. 6 angefügt:

„(6) Der Sachwalter einer behinderten Person (§ 268 ABGB) bedarf für den Abschluss eines Heimvertrags nicht der gerichtlichen Genehmigung, wenn der Heimvertrag die inhaltlichen und formellen Voraussetzungen der Abs. 1 bis 5 erfüllt und das Entgelt in den Einkommens- und Vermögensverhältnissen der behinderten Person Deckung findet oder durch die Sozialhilfe getragen wird.“

3. Dem § 41a wird folgender Abs. 19 angefügt:

„(19) § 27d Abs. 1 Z 6 und Abs. 6 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 92/2006 tritt mit 1. Juli 2007 in Kraft. Die in § 27d Abs. 1 Z 6 vorgesehene Offenlegung der vom Träger der Sozial- oder Behindertenhilfe gedeckten Leistungen und § 27d Abs. 6 sind auf Verträge, die vor diesem Zeitpunkt geschlossen worden sind, nicht anzuwenden.“

Artikel V **Änderung des Vereinssachwalter- und Patientenanwaltsgesetzes**

Das Vereinssachwalter- und Patientenanwaltsgesetz, BGBl. Nr. 156/1990, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 98/2001, wird wie folgt geändert:

1. Der Titel des Gesetzes lautet:

„Bundesgesetz über Vereine zur Namhaftmachung von Sachwaltern, Patientenanwälten und Bewohnervertretern (Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnervertretergesetz – VSPBG)“

2. § 1 lautet:

„§ 1. (1) Die Eignung eines Vereins, gemäß § 279 Abs. 3 und 4 ABGB zum Sachwalter bestellt zu werden, gemäß § 13 Abs. 1 UbG Patientenanwälte oder gemäß § 8 Abs. 3 HeimAufG Bewohnervertreter namhaft zu machen, hat die Bundesministerin für Justiz mit Verordnung festzustellen.

(2) Eine solche Verordnung kann nur mit Zustimmung des betreffenden Vereins erlassen werden.

(3) In der Verordnung ist der sachliche und räumliche Tätigkeitsbereich des Vereins anzuführen.“

3. § 3 lautet:

„§ 3. (1) Ein Verein, dessen Eignung gemäß § 1 festgestellt worden ist, hat entsprechend seinem sachlichen und räumlichen Tätigkeitsbereich hauptamtliche Vereinssachwalter, Patientenanwälte und Bewohnervertreter auszubilden und bekannt zu geben oder namhaft zu machen, sie fortzubilden, anzuleiten und zu überwachen. Der Verein kann auch geeignete ehrenamtlich tätige Personen als Vereinssachwalter bekannt geben, wenn er sicherstellt, dass sie entsprechend angeleitet und überwacht werden.

(2) Der Verein, der zum Sachwalter bestellt wurde, hat dem Gericht die mit der Wahrnehmung der Sachwalterschaft betraute Person (Vereinssachwalter) bekannt zu geben. Der Verein darf nur Personen bekannt geben, die das Wohl und die Interessen der Betroffenen in unabhängiger Weise wahren können. Gleiches gilt für die Namhaftmachung von Patientenanwälten und Bewohnervertreter.

(3) Der Verein kann die Bekanntmachung oder Namhaftmachung aus wichtigen Gründen widerrufen. Widerruft der Verein die Bekanntmachung eines Vereinssachwalters, so hat er dem Gericht eine

andere mit der Wahrnehmung der Sachwalterschaft betraute Person bekannt zu geben und dieser eine Urkunde über ihre Betrauung auszustellen.

(4) Zustellungen im Sachwalterschaftsverfahren an die vom Verein bekannt gegebenen Person (Abs. 2) sind an der Abgabestelle des Vereins zu bewirken.

(5) Der Verein kann als Sachwalter in behördlichen Verfahren durch die Person vertreten werden, die er dem Gericht als mit der Wahrnehmung der Sachwalterschaft betraut (Abs. 2) bekannt gegeben hat.“

4. § 4 lautet:

„§ 4. (1) Der Verein hat nach Maßgabe seiner Möglichkeiten nahe stehende Personen oder sonstige Personen oder Stellen, die die Bestellung eines Sachwalters anregen, über das Wesen der Sachwalterschaft und mögliche Alternativen zu informieren.

(2) Im Vorfeld oder im Rahmen eines Sachwalterbestellungsverfahrens hat der Verein, insbesondere auf Ersuchen des Gerichts, nach Maßgabe seiner Möglichkeiten abzuklären, welche Angelegenheiten zu besorgen sind, ob Alternativen zur Sachwalterschaft bestehen und ob nahe stehende Personen als Sachwalter in Frage kommen. Darüber hat der Verein dem Gericht, bei dem ein Sachwalterschaftsverfahren anhängig ist oder anhängig gemacht werden soll, zu berichten.

(3) Der Verein hat nahe stehende Personen, die als Sachwalter bestellt sind, nach Maßgabe seiner Möglichkeiten bei der Wahrnehmung der Sachwalterschaft zu beraten.“

5. § 6 lautet:

„§ 6. (1) Die im Rahmen der Vereine tätigen Sachwalter, Patientenanwälte, Bewohnervertreter und sonstigen Personen sind, außer gegenüber dem PflEGschafts- und Unterbringungsgericht, zur Verschwiegenheit über alle ihnen ausschließlich aus dieser Tätigkeit bekannt gewordenen Tatsachen verpflichtet, soweit die Geheimhaltung im Interesse des Betroffenen erforderlich ist.

(2) Wer entgegen Abs. 1 Tatsachen offenbart oder verwertet und dadurch ein berechtigtes Interesse des Betroffenen verletzt, ist vom Gericht mit Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(3) Der Täter ist nicht zu bestrafen, wenn die Offenbarung oder Verwertung nach Inhalt und Form durch ein öffentliches oder ein berechtigtes privates Interesse gerechtfertigt ist.“

6. § 8 lautet:

„§ 8. (1) Die Bundesministerin für Justiz hat den Vereinen den Aufwand, der mit den durch ihre Mitarbeiter erbrachten Vertretungs- und Beratungsleistungen im Zusammenhang steht, im Rahmen der jeweils im Bundesfinanzgesetz für diese Zwecke verfügbaren Geldmittel zu ersetzen. Dabei ist eine möglichst ausreichende Versorgung der Betroffenen mit Vereinssachwaltern, Patientenanwälten und Bewohnervertretern sicherzustellen.

(2) Der Verein hat sich dem Bund gegenüber zu verpflichten, über die widmungsgemäße Verwendung der Geldmittel alljährlich Bericht zu erstatten, Rechnung zu legen und zum Zweck der Überwachung der widmungsgemäßen Verwendung der Mittel Organen des Bundes die Überprüfung der Durchführung durch Einsicht in die Bücher und Belege sowie durch Besichtigung an Ort und Stelle zu gestatten und ihnen die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Der Verein hat sich weiter zu verpflichten, bei nicht widmungsgemäßer Verwendung der Geldmittel oder Nichteinhaltung der angeführten Verpflichtungen die Mittel dem Bund zurückzuzahlen, wobei der zurückzuzahlende Betrag für die Zeit von der Auszahlung bis zur Rückzahlung mit drei Prozentpunkten über dem jeweils geltenden Basiszinssatz pro Jahr zu verzinsen ist.“

7. § 12 wird aufgehoben.

Artikel VI

Änderung der Notariatsordnung

Die Notariatsordnung vom 25. Juli 1871, RGBl. Nr. 75/1871, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 164/2005, wird wie folgt geändert:

1. In § 140b

a. werden in Abs. 1 am Schluss der Z 4 das Wort „und“ durch einen Beistrich ersetzt und sodann nach Z 5 das Wort „und“ sowie folgende Z 6 eingefügt:

„6. das „Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis““

b. lautet der erste Satz in Abs. 2:

„Das Urkundenarchiv und die Register (einschließlich des Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnisses) können mittels automationsunterstützten Datenverkehrs geführt werden.“

2. Die §§ 140h und 140i werden zu den §§ 140i und 140j, davor wird folgender § 140h eingefügt:

„§ 140h. (1) Das „Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis (ÖZVV)“ dient der Registrierung

1. der einem Notar oder Rechtsanwalt vorgelegten Vorsorgevollmachten (§ 284f ABGB) und der einem Notar oder Rechtsanwalt vorgelegten schriftlichen (§ 886 ABGB) Sachwalterverfügungen (§ 279 Abs. 1 ABGB);
2. der einem Notar oder Rechtsanwalt vorgelegten schriftlichen (§ 886 ABGB) Widersprüche gegen die Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger;
3. der Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger (§§ 284b bis 284e ABGB) und
4. des Wirksamwerdens der einem Notar vorgelegten Vorsorgevollmacht und deren Widerrufs.

(2) Die Registrierung im ÖZVV muss von einem Notar oder Rechtsanwalt, im Fall des Abs. 1 Z 3 und 4 von einem Notar vorgenommen werden. Auf Verlangen der Partei sind Notare und Rechtsanwälte zur Meldung der in Abs. 1 Z 1 genannten Urkunden verpflichtet. Widersprüche nach Abs. 1 Z 2, die Vertretungsbefugnis nach Abs. 1 Z 3 und das Wirksamwerden einer Vorsorgevollmacht nach Abs. 1 Z 4 sind jedenfalls zu registrieren.

(3) Bei der Registrierung sind insbesondere

1. die Bezeichnung der Urkunde als Vorsorgevollmacht, Sachwalterverfügung oder Widerspruch beziehungsweise das Vorliegen der Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger oder das Wirksamwerden einer Vorsorgevollmacht,
2. Vor- und Zuname, Geburtsdatum und Wohnanschrift des Vollmachtgebers, des Verfügenden oder des Widersprechenden sowie des Bevollmächtigten, des vorgeschlagenen Sachwalters oder des Vertreters,
3. Vor- und Zuname und Kanzleianschrift des registrierenden Notars oder Rechtsanwalts sowie,
4. nach Angabe der Partei, der Verwahrer der Vorsorgevollmacht, Sachwalterverfügung oder des Widerspruchs und das Datum der Errichtung der Urkunde

anzugeben. Der registrierende Notar oder Rechtsanwalt hat den Vollmachtgeber, Verfügenden, Widersprechenden oder Vertretenen von der Registrierung im ÖZVV zu verständigen, im Fall des Abs. 1 Z 3 und 4 hat der registrierende Notar den Vertreter (Bevollmächtigten) über die Registrierung im ÖZVV und ihre Folgen zu informieren.

(4) Die Registrierung des Widerrufs einer Vorsorgevollmacht, einer Sachwalterverfügung oder eines Widerspruchs hat entsprechend Abs. 3 zu erfolgen und ist unter Beifügung des Datums des Widerrufs vorzunehmen.

(5) Der Notar hat die Vertretungsbefugnis eines nächsten Angehörigen zu registrieren, wenn der nächste Angehörige sein Naheverhältnis bescheinigt und ein entsprechendes ärztliches Zeugnis darüber vorlegt, dass der Vertretene aufgrund einer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung die in § 284b ABGB genannten Angelegenheiten nicht selbst zu besorgen vermag. Ist ein Widerspruch gegen die Vertretungsbefugnis dieses nächsten Angehörigen registriert, so kann die Vertretungsbefugnis nicht registriert werden. Gleiches gilt, soweit die Bestellung eines Sachwalters oder eine registrierte Vorsorgevollmacht der Vertretungsbefugnis entgegensteht (§ 284b Abs. 1 ABGB). Ist ein Sachwalterschaftsverfahren anhängig, so hat der Notar das PflEGschaftsgericht über die Registrierung der Vertretungsbefugnis zu informieren. Der Notar hat nach erfolgter Registrierung diesem nächsten Angehörigen im Namen der Österreichischen Notariatskammer eine Bestätigung über die Registrierung seiner Vertretungsbefugnis auszustellen. Mit der Bestätigung ist eine Übersicht über die mit der Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger verbundenen Rechte und Pflichten, insbesondere auch über die Verpflichtung, die Bestätigung nach Beendigung der Vertretungsbefugnis nicht mehr im Rechtsverkehr zu verwenden, auszuhändigen.

(6) Der Notar hat das Wirksamwerden der ihm vorgelegten Vorsorgevollmacht bei Vorlage eines entsprechenden ärztlichen Zeugnisses darüber, dass dem Vollmachtgeber die erforderliche Geschäftsfähigkeit, Einsichts- und Urteilsfähigkeit oder Äußerungsfähigkeit fehlt, zu registrieren. Ist ein Sachwalterschaftsverfahren anhängig, so hat der Notar das PflEGschaftsgericht über die Registrierung des Wirksamwerdens einer Vorsorgevollmacht zu informieren. Der Notar hat nach erfolgter Registrierung dem Bevollmächtigten im Namen der Österreichischen Notariatskammer eine Bestätigung über die Registrierung des Wirksamwerdens der Vorsorgevollmacht auszustellen. Mit der Bestätigung ist eine Übersicht über die mit der Vorsorgevollmacht verbundenen Rechte und Pflichten auszuhändigen, insbesondere auch über die Verpflichtung, die Bestätigung nach Beendigung der Vertretungsbefugnis nicht mehr im Rechtsverkehr zu verwenden.

(7) Wird der Notar vom Gericht über die Bestellung eines Sachwalters verständigt (§ 126 Abs. 1 AußStrG), so hat er – soweit der Sachwalter für die in § 284b ABGB genannten Angelegenheiten bestellt ist – das Ende der Vertretungsbefugnis zu registrieren. In gleicher Weise hat er vorzugehen, wenn der Vertretene einen schriftlichen Widerspruch gegen eine bereits registrierte Vertretungsbefugnis registrieren lässt oder der Vollmachtgeber oder sein Sachwalter die Vorsorgevollmacht widerruft. Der registrierende Notar hat den Vertreter (Bevollmächtigten) über das Ende der Vertretungsmacht und die Folgen, insbesondere über die Verpflichtung, die Bestätigung nicht mehr im Rechtsverkehr zu verwenden, zu informieren. Gibt der Vollmachtgeber nach Verlust seiner Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu erkennen, dass er vom Bevollmächtigten nicht mehr vertreten werden will (§ 284g ABGB), so hat der Notar ebenfalls das Ende des Wirksamwerdens der Vorsorgevollmacht zu registrieren und darüber hinaus dem Pflegschaftsgericht eine Mitteilung über dessen Schutzbedürftigkeit zu machen (§ 117 Abs. 1 AußStrG).

(8) Zur Ausstellung der Bestätigungen nach Abs. 5 und 6 und zur Vornahme aller damit im Zusammenhang stehenden Registrierungen hat sich die Österreichische Notariatskammer des registrierenden Notars als Organ zu bedienen. Für Fehler bei der Registrierung der Vertretungsbefugnis nächster Angehöriger oder des Wirksamwerdens einer Vorsorgevollmacht beziehungsweise des Endes der Vertretungsmacht und bei der Ausstellung der Bestätigungen nach Abs. 5 und 6 haftet auch die Österreichische Notariatskammer. Auf die Haftung der Österreichischen Notariatskammer sind die Bestimmungen des Amtshaftungsgesetzes anzuwenden.

(9) Die Österreichische Notariatskammer hat auf Anfrage den Gerichten, dem registrierenden Notar oder Rechtsanwalt, den Trägern der Sozialversicherung, den Trägern der Sozialhilfe und sonstigen Entscheidungsträgern in Sozialrechtssachen (§ 22 Abs. 1 Z 3 bis 8 BPGG), dem Vertreter (Bevollmächtigten), dem Vertretenen (Vollmachtgeber), dem Verfügenden und dem Widersprechenden Einsicht in das Verzeichnis zu gewähren.“

Artikel VII

Änderung des Gerichtsorganisationsgesetzes

Das Gerichtsorganisationsgesetz vom 27. November 1896, RGL. Nr. 217/1896, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. I Nr. 7/2006, wird wie folgt geändert:

1. § 89c Abs. 3 dritter Satz lautet:

„Die elektronische Signatur der Justiz ist eine Signatur, die zumindest den Erfordernissen des § 2 Z 3 lit. a, b und d SigG entspricht.“

2. Im Art. VII wird Z 2 dahingehend abgeändert, dass die Wortfolge „Führung von Gerichtverfahren“ durch die Wortfolge „Abwicklung von gesetzlichen Aufgaben des Justizressorts“ ersetzt werden.

3. Die Paragrafenüberschrift vor dem § 91b lautet:

„Beglaubigungsarchiv der Justiz, Urkundensammlungen des Grundbuchs und des Firmenbuchs“

4. In § 91b Abs. 7 wird im zweiten Satz nach der Wortfolge „oder einer wirksamen Ermächtigung zum Zugang zu den Daten der gespeicherten Urkunde“ die Wortfolge „oder der Hinweis auf eine in der Urkundensammlung des Grundbuchs oder Firmenbuchs gespeicherte Urkunde“ eingefügt.

5. In § 91c Abs. 3 zweiter Satz wird die Wendung „mit einer elektronischen Signatur gemäß § 2 Z 3 lit. a bis d SigG einer vom Rechtsträger ermächtigten natürlichen Person“ durch die Wendung „mit einer zumindest den Erfordernissen des § 2 Z 3 lit. a, b und d SigG entsprechenden Signatur“ ersetzt.

Artikel VIII

Änderung des Berufsrechts-Änderungsgesetzes für Notare, Rechtsanwälte und Ziviltechniker 2006

Das Berufsrechts-Änderungsgesetz für Notare, Rechtsanwälte und Ziviltechniker 2006, BGBl. I Nr. 164/2005, wird wie folgt geändert:

1. Art. XIII § 3 lautet:

„§ 3. Art. I Z 2, Z 7, Z 8, Z 14, Z 16, Z 17, Z 19, Z 20, Z 21, Z 22, Z 23 lit. b und c, Z 24, Z 25, Z 26, Z 28, Z 29, Z 30, Z 31, Z 33, Z 34, Z 35, Z 36, Z 37, Z 38, Z 39, Z 40, Z 41, Z 42, Z 43 lit. a, Z 46, Z 47, Z 48, Z 50, Z 51, Z 52, Z 53, Z 54, Z 55, Z 56, Z 57, § 111 Abs. 4 NO (Art. I Z 58), Z 59 lit. a, Z 60,

Z 61, Z 62, Z 64, Z 65, Z 66 lit. a und c, Z 70, Z 71, Z 73, Z 75 sowie § 89c Abs. 5 GOG (Art. IV) treten mit 1. Juli 2007 in Kraft.“

2. In Art. XIII § 18 wird die Datumsangabe „1. Jänner 2007“ durch die Datumsangabe „1. Juli 2007“ ersetzt.

3. In Art. XIII § 19 werden die Datumsangaben „31. Dezember 2005“ jeweils durch die Datumsangaben „30. Juni 2007“ ersetzt.

Artikel IX

Vollziehungsmaßnahmen

Verordnungen und Richtlinien zur Vollziehung dieses Bundesgesetzes und sonstige organisatorische und technische Maßnahmen zur Vorbereitung der zeitgerechten Umsetzung dieses Bundesgesetzes, insbesondere die Einrichtung des Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnisses, können bereits von dem der Kundmachung dieses Bundesgesetzes folgenden Tag an erlassen werden. Sie dürfen jedoch nicht vor den durchzuführenden Gesetzesbestimmungen in Wirksamkeit gesetzt werden. Soweit auf Grund dieses Bundesgesetzes Richtlinien der Österreichischen Notariatskammer neu zu erlassen oder zu ändern sind, sind die erforderlichen Beschlüsse bis zum 30. Juni 2007 zu fassen.

Artikel X

Schluss- und Übergangsbestimmungen

Verweisungen

§ 1. (1) Soweit in diesem Bundesgesetz auf andere Bundesgesetze verwiesen wird, sind diese in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden.

(2) Soweit in anderen Bundesgesetzen auf die Sachwalterschaft nach § 273 ABGB verwiesen wird, tritt an die Stelle dieser Verweisung die Verweisung auf § 268 ABGB.

Personenbezogene Bezeichnungen

§ 2. Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

In-Kraft-Treten

§ 3. Dieses Bundesgesetz tritt, soweit nichts anderes bestimmt wird, mit 1. Juli 2007 in Kraft.

Übergangsbestimmung

§ 4. (1) Wurde ein Sachwalter gemäß § 281 Abs. 2 ABGB in der bisher geltenden Fassung bestellt, so geht die Sachwalterschaft mit dem In-Kraft-Treten des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 92/2006 auf den Verein über, der ihn namhaft gemacht hat. Der bisherige Sachwalter gilt als die vom Verein gemäß § 279 Abs. 2 ABGB in der Fassung dieses Bundesgesetzes bekannt gemachte Person, die mit der Wahrnehmung der Sachwalterschaft betraut ist (Vereinsachwalter).

(2) § 279 ABGB in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 92/2006 ist bei der erstmaligen Bestellung zum Sachwalter ab dem 1. Juli 2007 anzuwenden. Zudem hat das Gericht in angemessenen Zeitabständen zu überprüfen, ob anstelle eines Sachwalters, der die Voraussetzungen des § 279 Abs. 5 ABGB nicht erfüllt, ein anderer Sachwalter in Betracht kommt. Bis zum 1. Juli 2010 sollen tunlichst alle Sachwalter diese Voraussetzungen erfüllen.

(3) Artikel VI ist auf alle Erklärungen anzuwenden, die nach dem 30. Juni 2007 beim Notar oder Rechtsanwalt bzw. bei der Österreichischen Notariatskammer einlangen.

Vollziehung

§ 5. Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes ist die Bundesministerin für Justiz betraut.

Fischer

Schüssel

20. Lebenslauf

Persönliche Daten

Vor-, Zuname:	Stefanie Ruland
Geburtsdatum:	23. April 1986
Geburtsort:	Dachau, Deutschland
Nationalität:	Deutsch
Familienstand:	Ledig

Schulbildung

1992 – 1996	Grundschule Dachau an der Klosterstraße; Klosterstraße 5, 85221 Dachau
1996 – 2005	Josef-Effner-Gymnasium Dachau; Erich-Ollenhauer-Str. 12, 85221 Dachau
2005	Abschluss am Josef-Effner-Gymnasium Dachau mit Abitur
2006 – 2011	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften, Universität Wien, 1010 Wien
seit 09/2007	Bachelorstudium Wirtschafts- und Sozialwissen- schaften, Wirtschaftsuniversität Wien, 1090 Wien