

Journal für  
**Neurologie, Neurochirurgie  
und Psychiatrie**

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

**Das österreichische  
Patientenverfügungsgesetz (PatVG)**

Aigner G

*Journal für Neurologie*

*Neurochirurgie und Psychiatrie*

2007; 8 (4), 29-33

**Homepage:**

**[www.kup.at/](http://www.kup.at/)**

**JNeuroNeurochirPsychiatr**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

Member of the

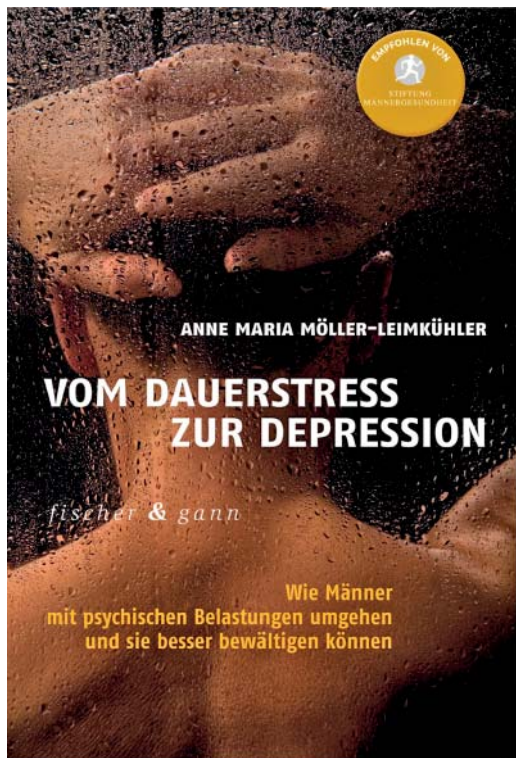


[www.kup.at/JNeuroNeurochirPsychiatr](http://www.kup.at/JNeuroNeurochirPsychiatr)

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Elsevier BIOBASE

Krause & Pacherneegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. 022031117M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz; Preis: EUR 10,-



Anne Maria Möller-Leimkühler  
**Vom Dauerstress zur Depression**  
**Wie Männer mit psychischen Belastungen umgehen**  
**und sie besser bewältigen können**  
Gebunden mit Schutzumschlag, 282 Seiten  
22,99 € / 23,60 € (A)  
978-3-903072-33-6

Das Buch wendet sich an Männer als potentielle Leser, schließt aber Frauen ausdrücklich mit ein, da sie oft die „Gesundheitshüter“ ihrer Ehemänner/Partner seien.

Im Zentrum der Darstellung steht die „Psychologie der Männer“, u.a. Aspekte der Männlichkeit und der Stressbewältigung bei Männern und insbesondere die Depression bei Männern bzw. der Prototyp der „männlichen Depression“ und der Weg, häufig über eine chronische Stressbelastung, dorthin. Die Autorin sieht insbesondere im gesellschaftlich angesehenen „Männlichkeits“-Ideal ein Grundproblem für diese Entwicklung. Dieses Ideal prägt verschiedene Verhaltensweisen des Mannes wie die Tendenz, sich in der Arbeitswelt und sonstigen Situationen zu überfordern, ein Übermaß von Stress in allen möglichen Lebensbereichen zu ertragen, stressbedingte körperliche und psychische Symptome nicht zu erkennen bzw. nicht wahrhaben zu wollen u.a. Auch die Tendenz, Gefühle für sich zu behalten, über Beschwerden nicht zu klagen, der Gesundheit keine nennenswerte Bedeutung im Alltagsleben einzuräumen, keine Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen und möglichst wenig in ärztliche Behandlung zu gehen, gehören zu diesem „Männlichkeits“-Ideal.

Irgendwann überwältigt die Depression dann den Mann, die aber selbst von Fachleuten oft nicht erkannt wird, da bestimmte Symptomkonstellationen, wie die Neigung zu Aggressivität, Alkoholabusus und externalisierendem Verhalten, vom Arzt nicht als Depressionssymptome (Prototyp der männlichen Depression!) erkannt werden. Die Autorin stellt die interessante Hypothese auf, dass die im Vergleich zu Frauen deut-

lich niedrigere Depressionsrate bei Männern weitgehend verschwinden würde, wenn die „männliche Depression“ erkannt würde und hat dazu einen eigenen Fragebogen als Screening-Instrument entwickelt. Auch das Geschlechter-Paradox – Männer haben viel seltener Depressionen, begehen aber viel häufiger Suizid als Frauen – würde sich dann auflösen.

All dies wird sehr detailliert (279 Seiten) und sachkundig dargestellt, u.a. unter Einbeziehung mehrerer eindrucksvoller Kasuistiken, und mit ausgewogenen Hinweisen zu den jeweiligen psychotherapeutischen, psychopharmakologischen und sonstigen neurobiologischen Behandlungsmöglichkeiten.

Ein primär für Laien geschriebenes, durchaus aber wissenschaftlich argumentierendes Buch, das auch von Fachleuten aus dem medizinischen und psychologischen Bereich mit Gewinn gelesen werden kann, da es viele Informationen vermittelt, die selbst in entsprechenden Lehrbüchern für Ärzte oder Psychologen nicht enthalten sind.

Die Autorin findet einen auch für Laien gut verständlichen Stil, ohne dabei wichtige theoretische Konzepte zu vernachlässigen und schreibt so spannend, dass man das Buch fast wie einen Kriminalroman liest. Obwohl sie Professorin für Sozialwissenschaft ist (Psychiatrische Klinik der Ludwig Maximilians Universität München), fokussiert sie nicht nur auf sozialpsychologische Konzepte, sondern bezieht gut balanciert auch neurobiologische Modelle zur Beschreibung und Erklärung von Stress und Depression mit ein.

# DAS ÖSTERREICHISCHE PATIENTENVERFÜGUNGSGESETZ (PATVG)\*

G. Aigner

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

RECHT

## EINLEITUNG

Werden einerseits die sensationellen Fortschritte der medizinischen Wissenschaft in aller Regel bewundert, so treten am Ende des menschlichen Lebens nicht selten Sorgen in die Richtung auf, daß ein „zu früher Tod“ einem „zu langen Sterben“ Platz gemacht habe. Diffuse Ängste vor einer hochtechnisierten Apparatedizin, die den Menschen nach seinem Leben in einer Art „Zwischenlager“ vor dem Tod beläßt, haben auch in Österreich wiederholt Forderungen nach spezifischen Regelungen entstehen lassen, die die Autonomie des Patienten – seine Selbstbestimmtheit – auch dann zu garantieren, wenn dies nach Wegfall seiner Handlungsfähigkeit, z. B. im Koma, dem Patienten selbst nicht mehr unmittelbar möglich ist.

Die Autonomie des Patienten und seine Möglichkeit, durch eine sogenannte „Patientenverfügung“ (antizipierte) Entscheidungen zu medizinischen Behandlungen für einen Zeitpunkt zu treffen, zu dem ihm Einsichts-, Urteils-, Willensbildungs- und Artikulationsfähigkeit nicht zukommen, stellt sich als Ausformung des Rechts des Menschen auf Selbstbestimmung dar und ist damit nichts anderes als eine Konsequenz menschlicher Freiheit.

In der österreichischen Rechtsordnung reichen die kodifizierten Wurzeln dieses Schutzes der Privatautonomie bereits mehrere hundert Jahre zurück, als etwa 1811 mit § 16 ABGB als privatrechtlicher Ausfluß der Privatautonomie und zugleich als Persönlichkeitsrecht gleichsam eine

Epochen überdauernde flexible Vorbildbestimmung geschaffen wurde: „Jeder Mensch hat angeborne, schon durch die Vernunft einleuchtende Rechte und ist daher als eine Person zu betrachten.“

Unterstützt wird dies durch eine typisch naturrechtliche Rechtsvermutung im § 17 ABGB: „Was den angeborenen natürlichen Rechten angemessen ist, dieses wird so lange als bestehend angenommen, als die gesetzmäßige Beschränkung dieser Rechte nicht bewiesen ist.“

Der Fortschritt moderner Kodifizierungen führte in der Folge zu einem weiten Bogen rechtlicher Absicherung der menschlichen Selbstbestimmung, teils schon auf Verfassungsebene, teils einfachgesetzlich, teils umschlossen von weitreichenden Postulaten des Schutzes menschlicher Freiheit, teils punktgenau *expressis verbis* angesprochen. Beispiele dafür sind:

- auf Verfassungsebene etwa (bloß Beispiele) durch
  - den Schutz von Religionsfreiheit (durch das StGG 1867, später auch Art. 63 Abs. 2 StV v St Germain, nunmehr Art. 9 EMRK)
  - das Recht auf Achtung des Privat- u. Familienlebens (Art. 8 EMRK)
- auf einfachgesetzlicher Ebene durch das Strafrecht (Verbot der eigenmächtigen Behandlung), in der Folge auch Krankenanstaltenrecht und Patientencharta mit dem Schutz der Entscheidung des Patienten durch Dokumentation und dem Recht auf ein würdevolles Sterben.

Diesem rechtlichen Rahmen des Schutzes der Patientenautonomie stehen freilich auf verfassungs- wie einfachgesetzlichem Boden auch Bestimmungen gegenüber, bei denen sich die Frage einer Einschränkung der Patientenautonomie stellt.

Klar ist die Antwort im Bereich des Strafrechts: Schützt dieses durch § 110 StGB zwar die Selbstbestim-

mung durch das Verbot der eigenmächtigen (Heil-) Behandlung, so stehen dem andererseits die Verbote der Tötung auf Verlangen und der Mitwirkung am Selbstmord gegenüber (§§ 77, 78 StGB). Euthanasie ist daher, auch nach der immer wieder einhellig durch sämtliche im Nationalrat vertretenen Parteien bekräftigten Überzeugung, in Österreich gleich der BRD kein Thema.

Auf der Ebene des Verfassungsrechts könnte sich die Frage stellen, wie sich der im Art. 2 EMRK postulierte Lebensschutz zur Patientenautonomie einschließlich der Konsequenz, daß die Ablehnung einer Behandlung auch unmittelbar zum Tod führen kann, verhält. Die Antwort darauf gibt jene Sicht, die Art. 2 EMRK als verfassungsrechtlichen Schutz des Rechts auf Leben, direkt vor Zwangseingriffen, aber auch als verfassungsrechtliche Schranke für den Gesetzgeber bei der Setzung von Normen jedweder Art sieht, die aber zutreffend anerkennt, daß der Träger dieses Rechts auf Lebensschutz der einzelne Mensch ist, der als Träger dieses Rechts selbiges an sich selbst nicht verletzen kann.

Mit anderen Worten: Das Recht auf Leben bedeutet rechtlich keine Pflicht zum Leben; ethisch und moralisch ist wohl einschränkend hinzuzufügen: Jedenfalls nicht um jeden Preis, kann sich doch eine Pflicht (nicht im juristischen Sinn) zu leben etwa aus Sorgepflichten für unversorgte Kinder ergeben. Der Grundsatz des Lebensschutzes legitimiert weder ethisch noch rechtlich die Bevormundung und Entmündigung von Patienten. Wer glaubt, mündige Bürger vor sich selbst schützen zu müssen, gibt letztlich Forderungen nach einer Liberalisierung der Euthanasie neue Nahrung. Darauf wurde auch bereits in der Vergangenheit aus ethischer Sicht hingewiesen.

Ohne lange juristische Überlegungen anzustellen, ist diese Sicht im täglichen Leben als Selbstverständlichkeit

\*Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Neuen Wissenschaftlichen Verlages, Wien. Die Erstveröffentlichung erfolgte in: „Kierein M, Lanske P, Wenda S (Hrsg). Gesundheitsrecht Jahrbuch 2007. Neuer Wissenschaftlicher Verlag, Wien-Graz, 2007; 111–9“.



jedem geläufig, vgl. etwa gesundheitsgefährdenden Lebensstil, Widersetzen gegen dringende ärztliche Ratschläge (etwa sich einer Operation zu unterziehen, Tabak- oder Alkoholkonsum zu verändern), Teilnahme an beträchtlich gefahreneigenen Sportarten etc. Zu Diskussionen führt diese Betrachtung regelmäßig erst dann, wenn die Konsequenz aus der Beachtung der Patientenautonomie unmittelbar und in kürzester Zeit den Tod des Patienten herbeiführt. Wird beispielsweise auf der Ebene des unvernünftigen Patienten dessen Entscheidung akzeptiert, sich trotz vorhersehbarer tödlicher Konsequenzen nicht einer Operation zu unterziehen, so löst die Entscheidung eines Zeugen Jehovas, Fremdblut abzulehnen, heftige Diskussionen aus, ob nicht doch – auch gegen den ausdrücklichen Willen – eine Transfusion von Blut hätte stattfinden müssen. Beide Fälle unterscheiden sich nicht im tödlichen Ergebnis, sondern bloß durch den Zeitfaktor.

In diesem Zusammenhang ist auch auf die Enzyklika „Evangelium Vitae“ von Johannes Paul II. zu verweisen, die festhält, daß auch aus der Sicht der katholischen Kirche kein „therapeutischer Übereifer“ gefordert wird und sie vielmehr für einen Verzicht auf schmerzvolle und ungewisse Lebensverlängerung eintritt. Ebenso ist auch nach dieser Enzyklika die Palliativmedizin zu billigen, auch wenn diese eine Verkürzung des Lebens zur Folge hat.

Mit diesem Überblick über zentrale rechtliche Rahmenbedingungen und einem kurzen Blick auf die Sichtweise einer großen Glaubensgemeinschaft sollte zunächst kurz dargestellt werden, daß die aus dem ärztlichen Selbstverständnis häufig resultierende paternalistische Berufsauffassung dort an ihre Grenze stößt, wo der Mensch in einem Zustand der Selbstbestimmungsfähigkeit von seinem Freiheitsrecht der Selbstbestimmung Gebrauch macht; dies auch dann, wenn er von seinem Recht, in eigenen Angelegen-

heiten frei zu entscheiden, objektiv betrachtet unvernünftig Gebrauch macht. So verweist iZm § 110 StGB auch der Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch darauf (Triffterer), daß auch die „törichte Entscheidung“ zu akzeptieren ist.

Nicht unerwähnt soll allerdings bleiben, daß nicht alle Rechtsordnungen dem Patienten derart die Möglichkeit einräumen, auch zu seinem Nachteil medizinische Behandlungen abzulehnen. Einschränkungen der Patientenautonomie bei vitaler Indikation kennt z. B. die spanische Rechtsprechung, vergleichbar auch die Rechtsordnung in der Türkei und in Israel. Dem stehen freilich Länder mit großzügiger Legalisierung aktiver Sterbehilfe gegenüber (Holland, Schweiz, Belgien). In der BRD laufen seit Jahren Aktivitäten (Enquetekommission des deutschen Bundestags), rechtswissenschaftliche Bemühungen und Standortbestimmung der Bundesärztekammer zur Regelung des Umgangs mit Patientenverfügungen, doch ist das Stadium der Diskussion noch nicht überwunden.

---

## DIE PATIENTENVERFÜGUNG IM ÖSTERREICHISCHEN RECHT

---

Abgesehen von den schon zuvor erwähnten Postulaten des ABGB und dem Verbot der eigenmächtigen Behandlung durch § 110 StGB (die Überschrift zu dieser Gesetzesstelle spricht einschränkend vom Verbot „eigenmächtiger Heilbehandlung“, der im Gesetzestext selbst verwendete Ausdruck „Behandlung“ erfaßt jedoch auch die Bereiche Diagnostik und Prävention) war der österreichischen Rechtslage bis zu Beginn der 1990er Jahre die Thematik unbekannt. Erst im Zuge der Diskussionen zur Aufarbeitung einer Mordserie in einer großen österreichischen Gesundheitseinrichtung war das Gesundheitsressort mit der Forderung konfrontiert,

eine Rechtsgrundlage für die Patientenverfügung zu schaffen. Am Ende der Diskussion fand sich im Jahr 1993 mit der KAG-Novelle BGBl 1993/801 das Patientenrecht auf ein würdevolles Sterben und die Dokumentationspflicht der Spitalsträger, im Rahmen der Krankengeschichte auch sogenannte Patientenverfügungen aufzunehmen, um im Fall des Verlustes der Fähigkeit des Patienten zur Selbstbestimmung vor medizinischen Entscheidungen auf derart antizipierte Willenserklärungen des Patienten „Bedacht nehmen zu können“. Nahezu idente Worte wurden Jahre später auch in die zwischen dem Bund und den Ländern geschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur Sicherstellung der Patientenrechte (siehe z. B. Art. 18 der Patientencharta BGBl I 1999/195) aufgenommen.

Besonders hervorzuheben sind die Worte „Bedacht nehmen zu können“, wurde damit doch zum Ausdruck gebracht, daß eine in jedem Fall bindende Wirkung dieser Patientenverfügung nicht zukommen sollte. Dies entsprach dem Balanceakt zwischen Selbstbestimmung des Patienten einerseits und dem nie zur Diskussion gestandenen aufrechten Verbot von Tötung auf Verlangen und Mitwirkung am Selbstmord andererseits. Freilich sollten dabei auch Fälle bindender Wirkung möglich sein, nämlich dann, wenn im Rahmen des rechtlich Zulässigen ein Patient von seinem Ablehnungsrecht einer Behandlung Gebrauch gemacht hatte.

Für ca. zehn Jahre waren sodann Diskussionen zu diesem Thema nicht mehr wahrzunehmen. Faktum dürfte gewesen sein, daß Ärzte mit der Fallgruppe der Zeugen Jehovas pragmatisch umzugehen verstanden (eine Umfrage des Gesundheitsressorts erbrachte vor Jahren das Ergebnis wiederholter Todesfälle, verursacht durch die Ablehnung einer transfusionsmedizinischen Maßnahme), andererseits aber die paternalistische Anwendung von nach dem „State of the art“ gebotenen Maßnahmen auch

in Absprache mit Angehörigen wohl eher von Bedeutung war als eine Berücksichtigung zumeist auch nur vage und diffus geäußerter Patientenwünsche.

Zu Beginn dieses Jahrhunderts war Thema der österreichischen Innenpolitik u. a. der Komplex des Umgangs mit Schwerstkranken und Sterbenden, im Mittelpunkt stand dabei die Schaffung einer Familienhospizkarenzregelung, um sterbenden nahen Angehörigen im Familienkreis beistehen zu können. Im Rahmen einer parlamentarischen Enquete „Solidarität mit unseren Sterbenden – Aspekte einer humanen Sterbebegleitung in Österreich“ richtete aber die Politik an das Gesundheits- und das Justizressort auch die Forderung, die Rechtslage hinsichtlich ihrer Tauglichkeit im Umgang mit Patientenverfügungen zu überprüfen, eventuell auch für Klarstellungen durch Leitfäden u. ä. m. zu sorgen, allenfalls aber auch eine eigene gesetzliche Regelung vorzubereiten.

Versuche einer Klarstellung führten letztlich zu keinem Ergebnis. Damit war der Weg einer eigenständigen gesetzlichen Regelung zu gehen, die mit dem mit 01.06.2006 in Kraft getretenen Patientenverfügungsgesetz, BGBl I 2006/55 (in der Folge: PatVG), ihren Abschluß fand.

#### Zunächst einige Begriffe:

Zu unterscheiden sind zunächst aktive und passive Sterbehilfe. Aktive Sterbehilfe bedeutet eine absichtlich gesetzte Maßnahme zur Herbeiführung des Todes. Passive Sterbehilfe bedeutet Unterlassen (Nichtaufnahme oder Abbruch) medizinischer Maßnahmen („Sterbenlassen“).

Weiters ist zu unterscheiden zwischen direkter und indirekter Sterbehilfe. Direkte Sterbehilfe bedeutet gleich der aktiven Sterbehilfe das absichtliche Herbeiführen des Todes, auch wenn dies zum Verkürzen eines qualvollen Sterbeprozesses erfolgt. Indi-

rekte Sterbehilfe liegt vor, wenn durch die Linderung von Qualen als Nebenwirkung eine Verkürzung der Lebensdauer in Kauf genommen wird; eine Strafbarkeit ist dabei nicht gegeben.

Aktive direkte Sterbehilfe war und ist in Österreich verboten (Mord, Tötung auf Verlangen).

Mit dem PatVG sollten nun Rechtsklarheit und -sicherheit geschaffen werden im Umgang mit Verfügungen zum Zweck einer passiven Sterbehilfe, insbesondere auch mit einer allfälligen absoluten Verbindlichkeit.

Definitionsgemäß besteht die Patientenverfügung vor dem Hintergrund des § 110 StGB und der Definition des ärztlichen Berufes als „Ausübung der Medizin“ (siehe § 2 Abs. 1 ÄrzteG 1998) darin, eine medizinische Behandlung (davon zu unterscheiden Pflege) abzulehnen, sie wird dann wirksam, wenn der Patient nicht mehr einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist. Die Entscheidung des Patienten wird damit gleichsam antizipiert.

Behandlungswünsche sind damit nicht Gegenstand einer Patientenverfügung. Dies entspricht nicht nur dem strafrechtlichen Verbot der eigenmächtigen Behandlung, das tatbildmäßig ebenso allein auf die Abwehr eines Eingriffs in die Integrität ausgerichtet ist, es entspricht auch im übergeordneten Zusammenhang dem Grundgedanken von Autonomie und Freiheitsschutz. Die Autonomie des Patienten soll diesen zwar davor bewahren, gegen seinen Willen Maßnahmen hinnehmen zu müssen, ebenso steht aber auch dem Behandler die Autonomie zu, Behandlungen nicht zu setzen, die aus seiner Sicht nicht zu setzen sind. Verbindliche Wünsche des Patienten könnten daher ihrerseits zu einem verpönten Eingriff in die Autonomie des Behandlers führen.

Der Bereich der Pflege wird – wie eben erwähnt – vom PatVG nicht erfaßt, doch darf nicht übersehen

werden, daß die Angehörigen der im GuKG geregelten Berufe im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich auch ärztliche Tätigkeiten ausüben. Insofern ist das PatVG daher sehr wohl auch für die im GuKG geregelten Gesundheits- und Krankenpflegeberufe von Relevanz. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, daß die Applikation von Sondennahrung bei liegenden Magensonden eine ärztliche Tätigkeit darstellt, die bloß – auf ärztliche Anordnung – auch von den Angehörigen der im GuKG geregelten Gesundheits- und Krankenpflegeberufe durchgeführt werden kann (siehe dazu JAB 1381 BlgNR 22. GP, 8).

Im übrigen kommt dem oben erwähnten Schutz der Patientenautonomie (siehe z. B. Art. 8 EMRK) selbstredend auch Relevanz für den Bereich der Pflege zu, greift doch auch eine manuelle Fütterung in den verfassungsrechtlich geschützten Anspruch auf Achtung des Privatlebens ein. In Übereinstimmung mit § 110 StGB ist der Bereich der Pflege allerdings nicht von den spezifischen Regelungen des PatVG erfaßt, doch kann nicht in Zweifel gezogen werden, daß es dem Patienten frei steht, ihm gereichte Nahrung auch abzulehnen.

Die Errichtung der Patientenverfügung ist ein höchstpersönliches Recht, der Patient muß bei ihrer Errichtung einsichts- und urteilsfähig sein. Entgegen dem Ausdruck „Patient“ ist allerdings nicht Voraussetzung, daß die errichtende Person bereits „Patient“ im medizinischen Sinn ist. So kann etwa eine gesunde Person aus religiösen Gründen eine Patientenverfügung errichten, das Erleben einer Erkrankung und eines Todesfalls im Umfeld kann ebenso auch gesunde Menschen zur Errichtung einer Patientenverfügung bewegen (z. B. der Tod eines nahen Angehörigen, „des besten Freundes“, ebenso aber auch berufliche Wahrnehmung, z. B. Tätigkeit in einem Hospiz). Damit verbunden ist freilich die Frage nach der Reichweite: Soll

etwa ein begeisterter Sportler lebensrettende Maßnahmen ausschließen können, falls feststeht, daß er verletzungsbedingt den Sport nicht mehr ausüben können? Im Sinne des Grundrechtsverständnisses der Freiheit wohl ja, aber ist dem so Verfügenden tatsächlich die notwendige Kompetenz, dies zu beurteilen, eigen? Eine im April 2004 veröffentlichte Arbeit „The failure of the living will“ stellt dies in Frage.

Zu unterscheiden ist nach dem PatVG weiters zwischen verbindlichen und sogenannten „beachtlichen“ Patientenverfügungen, womit indirekt auch die eben angesprochene Problematik der Reichweite abgedeckt scheint. So setzt die verbindliche Patientenverfügung neben formalen Hürden wie umfassende ärztliche Aufklärung und juristisch professionelle Errichtung (Notar, Rechtsanwalt, rechtskundiger Mitarbeiter einer Patienten-anwaltschaft) insbesondere die konkrete Beschreibung der abgelehnten medizinischen Maßnahmen voraus. Dies mag bei religiös motivierter Ablehnung einzelner Maßnahmen, bei einschlägiger beruflicher Tätigkeit oder persönlichem Erleben im Angehörigenkreis durchaus möglich sein, hingegen wird Menschen, die allein aus der Vorstellung, nicht mehr Spitzensport betreiben zu können, dies nicht möglich sein.

Die formalen Hürden für die Errichtung einer verbindlichen Patientenverfügung stoßen freilich auch auf Kritik. So ist zunächst schon zu hinterfragen, wie das eingangs dargestellte persönliche Freiheits- und Religionsausübungsrecht des Menschen in Einklang mit einer unabdingbaren ärztlichen Aufklärung und juristisch professioneller Errichtung zu bringen ist. Der Zeuge Jehovas bedarf nicht ärztlicher Aufklärung über die Folgen der Unterlassung einer Bluttransfusion, ebenso nicht ein Arzt, der jahrelang z. B. auf dem Gebiet der Onkologie mit Sterbenden zu tun hatte. Die mit diesen Hürden verbundenen Kosten ließen

auch die Kritik in Richtung Zweiklassen-Medizin laut werden.

Werden die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung nicht erfüllt, liegt eine beachtliche Verfügung vor, d. h., daß der eigentliche Wille des Patienten erst zu ermitteln ist, ein Vorgang, der sich bei Vorliegen einer verbindlichen Verfügung erübrigt. Bei entsprechender Klarheit der beachtlichen Patientenverfügung kann diese im Ergebnis aber der verbindlichen durchaus gleich sein, ist doch durch § 110 StGB die eigenmächtige Behandlung schlechthin verboten. Hiezu werden Fälle zählen, in denen etwa aus Krankheitsgründen oder aus zeitlichen, geographischen oder finanziellen Umständen Rechtsprofis der Errichtung nicht beigezogen werden konnten, im übrigen aber am Willen des Patienten, insbesondere z. B. wegen einer genauen ärztlichen Aufklärung, kein Zweifel besteht. Vagen Wünschen hingegen, „Apparatemedizin abzulehnen“, „nicht an Schläuchen hängen zu wollen“ etc. wird – wenn überhaupt – nur die Bedeutung einer vagen Richtschnur für den vermeintlichen Willen des Patienten zu kommen, von Verbindlichkeit oder gleichwertiger Beachtlichkeit kann keine Rede sein.

Nach fünf Jahren verliert eine verbindliche Patientenverfügung ihre Verbindlichkeit.

Zahlreiche Stellen des PatVG zeigen deutlich den *favor vitae*, den der Gesetzgeber nicht in Frage stellen wollte: So wird die Patientenverfügung unwirksam, wenn sich der Stand der medizinischen Wissenschaft wesentlich geändert hat, ebenso dann, wenn der Patient widerruft (dazu genügt in allen Fällen Formfreiheit) oder auch nur zu erkennen gibt, daß die Verfügung nicht mehr wirksam sein soll. Strafrechtlich unzulässige Inhalte führen ebenso zu Unwirksamkeit wie Willensmängel (z. B. Irrtum, Täuschung). Im Rahmen der Notfallversorgung geht die Ge-

fahr im Verzug und die dadurch geforderte sofortige Behandlung einer allfälligen Recherche nach dem Vorliegen einer Patientenverfügung ausdrücklich voraus, schließlich darf die Errichtung bzw. Nichterrichtung einer Patientenverfügung nicht Voraussetzung für den Zugang zu einer Versorgungseinrichtung sein.

---

## BILANZ

---

Eine erste Beurteilung des PatVG fällt – bei aller gebotenen Vorsicht – positiv aus. Zwar ist ein juridischer Mehrwert kaum erkennbar, sicherten legitime Eckpfeiler auf verfassungsrechtlicher und einfachgesetzlicher Ebene schon bisher die Selbstbestimmung des Patienten auch im Kontext mit dem Verlust von Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit. Der Mehrwert ist damit wohl eher auf pragmatischer Ebene, im alltäglichen Umgang, zu erkennen. Das PatVG bekräftigt Selbstbestimmung, Freiheit und Patientenautonomie, zieht allerdings auch deutlich Grenzen zu Euthanasie und Mitwirkung am Selbstmord. Holländische und belgische Wege sollten der österreichischen Rechtsordnung daher bis auf weiteres erspart bleiben. Das PatVG schafft mehr Rechtsklarheit und Rechtssicherheit, was insbesondere Ärzten zugute kommen soll. Wiederholt schildern Ärzte Situationen, in denen ein Teil der Familie – eventuell von Rente und Pflegegeld profitierend – mit Drohungen der Anzeige beim Staatsanwalt alles zu erwirken versuchte, um den Sterbenden noch länger an der Schwelle zum Tod im Diesseits zu behalten, während der andere Teil das größte Interesse mit ebenso juristischem Nachdruck am sofortigen Sterbenlassen bekundete. Die Patientenverfügung sollte hier den ärztlichen Entscheidungen hilfreich zur Seite stehen. Da die meisten Patientenverfügungen beachtliche sein werden, wird auch Freiraum für ärztliche Entscheidungsfindung bleiben.



Einige Punkte können allerdings durchaus kritisch betrachtet werden, etwa wenn das PatVG die Bedeutung autonomer Entscheidungen mündiger Menschen von formalen Hürden abhängig macht. Der Alltag wird auch die Grenze der erhofften Rechtsicherheit aufzeigen, werden doch genügend Situationen gegeben sein, in denen weder eine verbindliche noch eine jeden Zweifel am Patientenwillen ausschließende beachtliche Patientenverfügung vorliegt und es daher auch künftig schwierig bleibt, den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ergründen. Auch wird nicht immer zu verhindern sein, daß Ärzte an den Grenzen des menschlichen Lebens in ethische Dilemmata geraten, in denen das Urteil, ob es sich um ein Sterbenlassen oder eine aktive direkte Herbeiführung des Todes handelt (überwiegt der Aspekt der Linderung?), eine Frage des Blickwinkels ist.

Manche Fragen läßt das Patientenverfügungsgesetz offen, etwa wie mit Kopien umzugehen ist. Im Hinblick auf den mehrfach zum Ausdruck kommenden *favor vitae* und den vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollten formfreien Widerruf muß angenommen werden, daß Kopien von Patientenverfügungen kaum ein Stellenwert zukommt. Für eine Lösung zu einer späteren Zeit aufgeschoben wurde das Anliegen der Errichtung eines zentralen Patientenverfügungsregisters, keine Antwort gibt das PatVG auf die Frage, ob die Patientenverfügung eine Bringschuld des Patienten oder eine Holschuld des medizinischen Leistungserbringers ist.

Zuletzt sei auf Gedanken von Univ.-Prof. Dr. Ulrich Körtner, Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin an der Universität Wien, verwiesen: „*Ein ethisch verantwortungsvoller Umgang mit Sterben und Tod läßt sich nicht durch die Präzisierung von Gesetzesformulierungen erreichen, sondern setzt eine Reflexion und Integration des Sterbens in unser alltägliches Leben voraus.*“

## Weiterführende Literatur:

### Zur Geschichte des PatVG

- Aigner G. Die Patientenverfügung – Rückblick. In: Memmer M, Kern G (Hrsg). Das Patientenverfügungsgesetz – Stärkung oder Schwächung der Patientenrechte? Verlag Österreich, Wien, 2006; 15–22.
- Aigner G. Die Patientenverfügung – Zur Entstehungsgeschichte des PatVG. FamZ 2006; 2: 66–8.
- Gmeiner R, Kopetzki C. Österreich auf dem Weg zu einem Patientenverfügungsgesetz? Z Biopolitik Nr. 2/2005; 67–75.
- Memmer M. Patientenverfügungen und Patientenrechte. In: Kern G, Kopetzki C (Hrsg). Patientenrechte und ihre Handhabung. Über Patientenverfügungen, Patientenvertretungen und Mediation. Verlag Österreich, Wien, 2006; 45–74.

### Zum PatVG

- Barta H, Kalchschmid G (Hrsg). Die Patientenverfügung – Zwischen Selbstbestimmung und Paternalismus. LIT, Wien-Münster, 2005.
- Barth P. Die Patientenverfügung und ihre praktischen Folgen für den behandelnden Arzt. FamZ 2006; 2: 72–6.
- Bernat E. Planungssicherheit am Lebensende? Anmerkungen zum BG über Patientenverfügungen sowie zur Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten. Teil 1: EF-Z 2006; 2: 42–8. Teil 2: EF-Z 2006; 3: 74–9.
- Bernat E, Gaberc S. Das österreichische Patientenverfügungsgesetz: ein Schritt vorwärts, zwei Schritte zurück. GesR 2007; 1: 1–7.
- Christian A. Patientenverfügungsregister der österreichischen Rechtsanwälte. AnwBl 2006; 496.
- Jahn B. Patientenvertretungen und die Patientenverfügung – am Beispiel der NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft. In: Memmer M, Kern G (Hrsg). Das Patientenverfügungsgesetz – Stärkung oder Schwächung der Patientenrechte? Verlag Österreich, Wien, 2006; 97–104.
- Kathrein G. Das Patientenverfügungsgesetz. ÖJZ 2006; 555–67.
- Kern G. Die religiös motivierte Patientenverfügung. In: Memmer M, Kern G (Hrsg). Das Patientenverfügungsgesetz – Stärkung oder Schwächung der Patientenrechte? Verlag Österreich, Wien, 2006; 67–76.
- König R, Pesendorfer U. Die Patientenverfügung. In: Barth P, Ganner M (Hrsg). Handbuch Sachwalterrecht. Linde Verlag, Wien, 2007.
- Körtner UHJ. Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Zeitschrift für evangelische Ethik 2006; 50: 221–7.
- Kunz P, Gepart C. Aufgaben der bei der Errichtung einer Patientenverfügung mitwirkenden Juristen – am Beispiel des Rechtsanwalts. FamZ 2006; 2: 81–5.
- Memmer M. Patientenverfügungen – Rechtslage nach dem 1. Juni 2006. FamZ 2006; 2: 69–72.
- Memmer M. Überlegungen zum Patientenverfügungsgesetz 2006. In: Memmer M, Kern G (Hrsg). Das Patientenverfügungsgesetz – Stärkung oder Schwächung der Patientenrechte? Verlag Österreich, Wien, 2006; 31–50.
- Memmer M. Das Patientenverfügungsgesetz 2006. RdM 2006; 13: 163–73.

- Memmer M. Patientenverfügungsgesetz am 1. Juni 2006 in Kraft getreten! Imago hominis 2006; 3: 179–82.
- Memmer M. Patientenverfügungen. In: Aigner G, Kletecka A, Kletecka-Pulker M, Memmer M (Hrsg). Handbuch Medizinrecht für die Praxis I. Manz, Wien, 2006; 295–39.
- Peintinger M. Zum Stellenwert und zu den Aufgaben ärztlicher Aufklärung vor Errichtung einer Patientenverfügung. FamZ 2006; 2: 78–81.
- Pogacar M. Wann ist eine Patientenverfügung verbindlich? Zak 2006; 391: 223.
- Zakrajsek G. Das Patientenverfügungsgesetz aus der Sicht der Notare. In: Memmer M, Kern G (Hrsg). Das Patientenverfügungsgesetz – Stärkung oder Schwächung der Patientenrechte? Verlag Österreich, Wien, 2006; 107–10.

### Checkliste

- Kletecka-Pulker M. Checkliste Patientenverfügung. FamZ 2006; 2: 76–7.

### Allgemein

- Barta H, Kalchschmid G. Die „Patientenverfügung“ in Europa. Wien Klin Wochenschr 2004; 116: 442–57.
- Bernat E. Behandlungsabbruch und (mutmaßlicher) Patientenwille. RdM 1995; 2: 51–61.
- Bernat E, Kröll W (Hrsg). Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik. Schriftenreihe Recht der Medizin, Bd. 7, Verlag Manz, Wien, 1999.
- Bernat E. Rechte des Patienten, Pflichten des Arztes und Entscheidungen an der Grenze zwischen Leben und Tod – ein österreichischer Diskussionsbeitrag. In: Wienke A, Lippert D (Hrsg). Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben – Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 2001; 119–37.
- Bundesministerium für Justiz (Hrsg). Recht und Würde im Alter. Österreichische Richterwoche Saalfelden, Mai 2005; Wien-Graz, 2006.
- Fagerlin A, Schneider CE. The failure of the living will. The Hastings Center Report 2004, 34: 30–42.
- Kerschner F. Arzthaftung bei Patientenverfügungen. RdM 1998; 5: 131–4.
- Kneihls B. Grundrechte und Sterbehilfe. Verlag Österreich, Wien, 1998.
- Kopetzki A. Landesbericht Österreich. In: Taupitz J (Hrsg). Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens. Springer-Verlag, Berlin, 2000.
- Kopetzki A (Hrsg). Antizipierte Patientenverfügungen. Schriftenreihe Recht der Medizin, Bd. 10, Verlag Manz, Wien, 2000.
- Memmer M. Das Patiententestament. RdM 1996; 3: 99–107.
- Memmer M. Das Patiententestament im Alltag. RdM 1996; 3: 167–70.

### Korrespondenzadresse:

Hon.-Prof. Dr. iur. Gerhard Aigner  
Bundesministerium für Gesundheit,  
Familie und Jugend  
A-1030 Wien, Radetzkystraße 2  
E-Mail: gerhard.aigner@bmgfj.gv.at

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)

## Fachzeitschriften zu ähnlichen Themen:

➔ [Österreichische Gesellschaft für Epileptologie – Mitteilungen](#)

Krause & Pachernegg GmbH · Verlag für Medizin und Wirtschaft · A-3003 Gablitz

## Wir stellen vor:



# Zeitschrift für Gefäßmedizin

Bildgebende Diagnostik • Gefäßbiologie • Gefäßchirurgie • Hämostaseologie •  
Konservative und endovaskuläre Therapie • Lymphologie • Neurologie • Phlebologie

### Offizielles Organ:

- Österreichische Gesellschaft für Internistische Angiologie (ÖGIA)
- Österreichischer Verband für Gefäßmedizin

**Herausgeber:** Univ.-Prof. Dr. Erich Minar; PD Univ.-Prof. Martin Schillinger

**Homepage:** <http://www.kup.at/gefaessmedizin>