

**Diplomarbeit**

**Befragung österreichischer PatientInnen zum Thema  
Patientenverfügungen**

eingereicht von

**Manuel Auer**

Geb.Dat.: 10.11.1988

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor(in) der gesamten Heilkunde**

**(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin,**

**LKH Graz**

unter der Anleitung von

**Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll**

Graz, 14.04.2014

(Auer Manuel)

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 14.04.2014*

Auer Manuel

# Zusammenfassung

**Einführung:** die Möglichkeit zur Erstellung einer Patientenverfügung besteht seit mehreren Jahren. Obwohl die Existenz einer Patientenverfügung sowohl für die PatientInnen und Angehörigen als auch für die ÄrztInnen eine Hilfestellung bei schwierigen Entscheidungen sein kann, wird diese Möglichkeit nur sehr selten genutzt. In dieser Arbeit sollen nun die Gründe dafür geklärt werden.

**Methoden:** es wurde ein vierseitiger Fragebogen zum Thema Patientenverfügungen entworfen und für diese Studie verwendet. Dieser Fragebogen wurde von jeweils 250 chirurgischen bzw internistischen PatientInnen im stationären Aufenthalt im Marienkrankenhaus Vorau/Steiermark/Österreich beantwortet und abgegeben.

**Ergebnisse:** nur 6 PatientInnen (n=500) besaßen zum Befragungszeitpunkt eine Patientenverfügung. Als Ablehnungsgrund für eine Verfügung wurde Vertrauen zu den Ärztinnen (142), Vertrauen zur Familie (132), Unnotwendigkeit (72) sowie andere Gründe (30) angegeben. Außerdem hatten 181 PatientInnen (36,2%) noch nie von der Möglichkeit einer Patientenverfügung gehört. Weiters wurde bestätigt, dass die Faktoren Alter, Geschlecht, Bildung, Glauben, Erkrankungsgrad, Familie und Ängstlichkeit die Bereitschaft eine Verfügung zu erstellen, beeinflussen. Auch Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen wurden festgestellt.

**Schlussfolgerungen:** obwohl der Großteil der österreichischen PatientInnen von der Möglichkeit einer Patientenverfügung weiß und auch viele davon grundsätzlich Interesse daran zeigen, besitzt nur ein sehr geringer Anteil tatsächlich bereits eine Verfügung. Möchte man also eine Verbreitung von Patientenverfügungen erreichen, müsste man eine ausführliche Informationskampagne starten: 1. Personen, welche noch nie von einer Patientenverfügung gehört haben, sollen eine gute Grundinformation erhalten, sowie 2. Personen, die zwar schon von Patientenverfügungen gehört haben, sollten noch besser über die Vorteile und den Nutzen einer solchen Verfügung aufgeklärt werden.

**Keywords:** Advance directives, living will, Patientenverfügung

## **Abstract**

**Introduction:** Since a few years the opportunity to create an advance directive is given. The existence of an advance directive represents a support for difficult decisions for physicians as well as the patient or family members. This thesis should clarify the reasons why the possibility of an advance directive is rarely used.

**Methods:** For this study a four-page questionnaire on the subject of advance directive has been designed. The questionnaire has been answered by 250 surgical and by 250 internistical patients, which were treated in the Marienkrankenhaus Vorau/Styria/Austria hospital.

**Results:** Only 6 from 500 patients owned at time of survey an advance directive. The major reason of refusal was the lack of confidence to the physician (142) followed by the lack of trust to the family (132), the inessentiality (72) and other reasons (30). Another remarkable result is that 36.2% of the interviewed patients (181) have never heard of the possibility of advance directives. Furthermore, the research study confirms that factors such as age, gender, education, faith, disease severity, family, and the anxiousness influence the willingness to create a directive. Also differences between the two groups of patients were detected.

**Conclusion:** The majority part of the Austrian patients know of the possibility of an advance directive and fundamental interest in this topic. Nevertheless only a few people own an advance directive. To improve the dissemination of advance directives a information campaign including following points must be started: 1. patients which never heard about the possibility of an advance directive should get a fundamental overview of this. 2. patients which are used to such a directive should get further information about the benefit.

**Keywords:** advance directives, living will, Patientenverfügung

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Material und Methoden.....	2
2.1	Umfang.....	2
2.2	Inhalt.....	2
2.2.1	Schwere der Erkrankung.....	3
2.2.1.1	ASA-Klassifikation.....	3
2.2.1.2	NYHA-Klassifikation.....	4
2.3	Fragestil.....	4
2.4	PatientInnen.....	4
2.5	Auswertung.....	5
3	Die Patientenverfügung.....	6
3.1	Historie.....	6
3.2	Definitionen.....	6
3.2.1	Patientenverfügung.....	6
3.2.2	Organspende.....	7
3.3	Arten von Patientenverfügungen.....	7
3.3.1	Verbindliche Patientenverfügung.....	8
3.3.1.1	Voraussetzungen.....	8
3.3.1.2	Wirkungen.....	9
3.3.1.3	Inhalt.....	10
3.3.1.4	Ärztliche Aufklärung.....	11
3.3.1.4.1	Prüfung der Urteils- und Einsichtsfähigkeit.....	12
3.3.1.4.2	Bestätigung der ärztlichen Aufklärung.....	12
3.3.1.5	Die juristische Errichtung.....	12
3.3.1.6	Die Dauer der Verbindlichkeit.....	13
3.3.1.7	Erneuerung einer Patientenverfügung.....	14
3.3.2	Die beachtliche Patientenverfügung.....	14
3.3.2.1	Eckpunkte der Beachtlichkeit.....	15
3.3.2.1.1	Einschätzen der Krankheit bzw der Folgen der Verfügung.....	15
3.3.2.1.2	Konkrete Ablehnungen.....	15
3.3.2.1.3	Ärztliche Aufklärung.....	15
3.3.2.1.4	Form.....	16
3.3.2.1.5	Zeit.....	16
3.3.2.2	Weitere Faktoren zur Ermittlung des Willens.....	16
3.3.2.3	Wirkungen.....	16
3.3.3	Sonderfall „Qualifiziert beachtliche Patientenverfügung.....	17
3.3.3.1	Wirkungen.....	17
3.4	Unwirksamkeit einer Patientenverfügung.....	17
3.4.1	Willensmängel.....	18
3.4.2	Rechtswidrige Inhalte.....	19
3.4.3	Fragliche Inhalte.....	20
3.4.4	Veränderungen in der medizinischen Wissenschaft.....	20
3.4.5	Widerruf einer Patientenverfügung.....	21
3.4.6	Notfälle.....	21
3.5	Wie erfahren ÄrztInnen von Patientenverfügungen?.....	22
3.6	Die Zeugen Jehovas.....	23

4 Ergebnisse – Resultate.....	24
4.1 Wie viele PatientInnen wissen von der PV?.....	24
4.2 Was denken PatientInnen über PV?.....	25
4.3 Wie viele PatientInnen könnten sich vorstellen, eine PV auszufüllen?.....	26
4.4 Wie viele PatientInnen haben tatsächlich bereits eine PV?.....	27
4.5 Warum PatientInnen keine PV errichten wollen.....	28
4.6 Mit wem würden PatientInnen das Ausfüllen einer PV besprechen?.....	29
4.7 Wer würde für PatientInnen entscheiden, wenn sie es nicht mehr können?.....	30
4.8 Neigen beunruhigte PatientInnen eher zu PV?.....	31
4.9 Mit wem sprechen PatientInnen über ihre Ängste?.....	32
4.10 Haben sich PatientInnen aufgrund ihrer Befürchtungen speziell vorbereitet?.....	33
4.11 Ist ein Krankenhausaufenthalt ein guter Zeitpunkt, um über PV nachzudenken? ..	34
4.12 Spielt die Angehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft eine Rolle?.....	35
4.13 Wie verhält es sich mit der Stärke des Glaubens?.....	36
4.14 Spielt das Alter eine Rolle?.....	37
4.15 Hat Bildung einen Einfluss?.....	38
4.16 Gibt es einen Geschlechterunterschied?.....	39
4.17 Woran litten die chirurgischen PatientInnen?.....	40
4.18 Woran litten die internistischen PatientInnen?.....	41
4.19 Ändert die Schwere der Erkrankung die Meinung der PatientInnen?.....	42
5 Diskussion.....	43
5.1 Probleme bei der Durchführung.....	43
5.1.1 Einwilligung der PatientInnen.....	43
5.1.2 Präzise Fragen stellen.....	43
5.1.3 Ungleiche Probandenverteilungen.....	44
5.2 Ergebniszusammenfassung.....	44
5.3 Kritik an Ergebnissen.....	45
5.3.1 Sehr niedrige Zahl an erstellten PV.....	45
5.3.2 Fehlende Unterscheidung chronische/akute Erkrankungen.....	46
5.3.3 Glauben.....	47
5.3.4 Bildung.....	47
5.3.5 Zeitpunkt der Befragung.....	47
5.4 Vergleich zu anderen Studien.....	48
5.5 Mögliche Konsequenzen.....	49
5.6 Schlussfolgerung.....	49
6 Literaturverzeichnis.....	51
Anhang – Fragebogen.....	52

## Abkürzungen

AD	Advance directive(s)
ÄrzteG	Ärztegesetz
ASA	American Society of Anesthesiologists
LW	Living will
NYHA	New York Heart Association
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PV	Patientenverfügung(en)
StGB	Strafgesetzbuch

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bekanntheit von Patientenverfügungen.....	24
Abbildung 2: Interesse an Patientenverfügungen.....	25
Abbildung 3: PatientInnen, die eine Verfügung in Betracht ziehen.....	26
Abbildung 4: Vorhandene Patientenverfügungen.....	27
Abbildung 5: Gründe für eine Ablehnung.....	28
Abbildung 6: Mit wem PatientInnen über Verfügungserstellung sprechen.....	29
Abbildung 7: Wer für PatientInnen im Ernstfall entscheidet.....	30
Abbildung 8: Einfluss von Befürchtungen und Ängsten.....	31
Abbildung 9: Wem PatientInnen ihre Ängste anvertrauen.....	32
Abbildung 10: PatientInnen, die sich aufs Krankenhaus vorbereiten.....	33
Abbildung 11: Zeitpunkt, um über Verfügungen nachzudenken.....	34
Abbildung 12: Einfluss der Angehörigkeit einer Glaubensgemeinschaft.....	35
Abbildung 13: Einfluss des Glaubens.....	36
Abbildung 14: Einfluss des Alters.....	37
Abbildung 15: Einfluss der Bildung.....	38
Abbildung 16: Einfluss des Geschlechts.....	39
Abbildung 17: Grunderkrankungen der chirurgischen PatientInnen.....	40
Abbildung 18: Grunderkrankungen der internistischen PatientInnen.....	41
Abbildung 19: Einfluss der Schwere der Erkrankung.....	42

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: ASA-Klassifikation.....	4
Tabelle 2: NYHA-Klassifikation.....	5

# 1 Einleitung

Diese Diplomarbeit befasst sich mit dem Thema Patientenverfügungen. Dies ist ein rechtliches Mittel, das es PatientInnen ermöglicht, jede Art von medizinischen Behandlungen im Vorhinein abzulehnen. Relevant wird die Patientenverfügung hauptsächlich erst später, wenn der/die PatientIn nicht mehr in der Lage ist, den Willen selbst zu äußern. Dies kann beispielsweise durch schwere Unfälle oder Erkrankungen passieren, wenn dadurch die Handlungs-, Einsichts- und Äußerungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist.

Der Sinn von Patientenverfügungen liegt nicht nur darin, den Willen der PatientInnen durchzusetzen, sondern erleichtert sowohl den Angehörigen als auch den behandelnden ÄrztInnen die Entscheidungsfindung.

Da es sich hier im schlimmsten Fall auch um lebensentscheidende Maßnahmen handeln kann, wurden einige medizinische, juristische und formelle Kriterien ausgearbeitet, die den Wahrheitsgehalt solcher Verfügungen sicher stellen und Missbrauch so gut es geht verhindern sollen.

In Österreich gibt es die Möglichkeit einer verbindlichen Patientenverfügung seit Inkrafttreten des eigens dafür entworfenen Patientenverfügungsgesetzes im Jahre 2006. Seither hat jedoch nur ein Bruchteil der ÖsterreicherInnen eine solche Verfügung errichten lassen. Nun stellt sich daher die Frage nach dem „Warum“. Liegt es vielleicht an der Unnotwendigkeit einer solchen Verfügung oder aber eher an der Unwissenheit der Bevölkerung? Genau hier liegt die Aufgabe dieser Diplomarbeit. Niemand kann diese Frage besser beantworten, als das betroffene Patientengut selbst. Daher wurde ein Fragebogen entworfen, den 500 PatientInnen während ihres Spitalsaufenthaltes beantwortet haben. So wird die öffentliche Meinung zu diesem Thema eingefangen und aus den Ergebnissen können Schlüsse und eventuell Konsequenzen für die Zukunft gezogen werden.

Gerade in der heutigen Zeit, in der immer mehr Verrechtlichung in die Medizin einfließt und man als ÄrztIn jede Entscheidung begründen können sollte, sind Patientenverfügungen ein einfacher und rechtlich abgesicherter Weg, schwierige Behandlungsentscheidungen treffen zu können. Allein deswegen sollten nicht nur PatientInnen Interesse an diesem Thema zeigen, sondern auch die Ärzteschaft selbst sollte versuchen, die Anzahl der Patientenverfügungen zu erhöhen.

## **2 Material und Methoden**

Die Fragestellung dieser Studie kann nur durch die persönliche Meinung der PatientInnen beantwortet werden. Daher ist es notwendig, eine ausreichend große Zahl an PatientInnen zu befragen, um auf die Allgemeinheit schließen zu können. Da die Befragungen sowohl zeitlich effektiv als auch gut vergleichbar sein sollen, wurde ein Fragebogen erstellt, der auch den PatientInnen das Ausfüllen erleichtert.

Um auch die rechtliche Seite abzudecken, willigen die PatientInnen mittels ihrer Unterschrift, sowohl zur Teilnahme als auch zur anonymen Auswertung ein.

### **2.1 Umfang**

Insgesamt wurden mittels des Fragebogens 500 PatientInnen zu diesem Thema befragt. Mit dieser Anzahl lässt sich das Wissen der Bevölkerung über Patientenverfügungen gut darstellen und die Befragungen konnten in einer annehmbaren Zeitspanne durchgeführt werden.

### **2.2 Inhalt**

Der Fragebogen soll alle Bereiche umfassen, die Einfluss auf die Meinung zu Patientenverfügungen haben könnten. Insgesamt soll er aber natürlich nicht zu umfangreich sein, damit die PatientInnen nicht von der Dauer der Befragung abgeschreckt werden. Neben allgemeinen Fragen zum Thema Patientenverfügung, gilt es festzustellen, welche Lebensumstände auf die Entscheidung Einfluss nehmen, ob jemand eine Patientenverfügung erstellen lässt oder nicht. Deshalb sind Fragen zu den Themen Religion, Familie, Art und Schwere der Erkrankung, Ängste in Bezug auf Krankheit und Spital, sowie Alter und Bildung in den Fragebogen integriert. Insgesamt umfasst der Fragebogen somit 20 verschiedene Fragen aus den oben genannten Themenbereichen, die auf vier Seiten verteilt sind.

Außerdem ist auf dem Deckblatt des Fragebogens eine kleine Einführung in die Thematik platziert, um das Verständnis der PatientInnen zu fördern.

Die Fragebögen werden nur in Deutsch angeboten, sollten wider Erwarten PatientInnen dieser Sprache nicht mächtig sein, werden sie gebeten an dieser Umfrage nicht teilzunehmen. Sollte dennoch der Wunsch an Teilnahme bestehen, können sie aber natürlich beispielsweise mit Hilfe eines Dolmetschers den Fragebogen ausfüllen.

## 2.2.1 Schwere der Erkrankung

Die Einbindung dieser Fragen soll zeigen, ob für PatientInnen mit schwerer Erkrankung, da hier die Thematik unmittelbar greifbar erscheint, eher über Patientenverfügungen nachdenken als weniger schwer Erkrankte, für die der Nutzen in nächster Zeit unwahrscheinlicher ist.

Hier galt es zu entscheiden, wie die Schwere einer Erkrankung am Besten beurteilt werden sollte. Die Wahl fiel hier auf zwei im Spitalswesen weit gebräuchliche Scores. Für die chirurgischen PatientInnen die ASA Klassifikation, für die internistischen PatientInnen die NYHA-Skala.

Die Einteilung der PatientInnen in die entsprechenden Schweregrade erfolgt durch die ÄrztInnen. Als Grundlage dafür dient eine auf die jeweilige Klassifikation hin ausgerichtete Anamnese, beispielsweise nach Atemnot, bewältigbarer Gehstrecke, aktuelle und vorangegangene Erkrankungen, Thoraxschmerzen usw. wie auch eine grobe Inspektion der PatientInnen.

### 2.2.1.1 ASA-Klassifikation

Ein Schema zur Beurteilung des körperlichen Zustandes. Entwickelt von der American Society of Anesthesiologists (ASA) im Jahre 1941. Im engeren Sinn wird hier das präoperative Risiko eines/r Patienten/in beurteilt. Viele anästhesiologische Abteilungen verwenden diese Einteilung bei ihren präoperativen Durchuntersuchungen, um das allgemeine Narkoserisiko ihrer PatientInnen einschätzen zu können. Im Laufe der Zeit wurde das Schema einige Male angepasst, sodass es heute wie folgt lautet:

ASA-Stufe	Definition
ASA 1	Normale, gesunde PatientInnen
ASA 2	PatientInnen mit leichter Allgemeinerkrankung
ASA 3	PatientInnen mit schwerer Allgemeinerkrankung
ASA 4	PatientInnen mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt
ASA 5	Moribunde PatientInnen, die ohne Operation voraussichtlich nicht überleben werden
ASA 6	Hirntote PatientInnen, deren Organe zur Spende entnommen werden

*Tabelle 1: ASA-Klassifikation*

### 2.2.1.2 NYHA-Klassifikation

Ein Schema, das ursprünglich von der New York Heart Association zur Einteilung der Schwere von Herzerkrankungen veröffentlicht wurde. Zur Beurteilung wird hauptsächlich das Symptom Dyspnoe herangezogen, daneben haben aber auch Nykturie, Zyanose, Angina Pectoris und kalte Extremitäten Einfluss. Unmittelbar nach der stationären Aufnahme werden die PatientInnen auf den meisten internistischen Stationen nach dieser Klassifikation eingeteilt.

Stadium	Definition
NYHA I	Alltägliche körperliche Belastung verursacht keine körperlichen Einschränkungen
NYHA II	Alltägliche körperliche Belastung verursacht leichte Einschränkungen der Leistungsfähigkeit
NYHA III	Alltägliche körperliche Belastung verursacht schwere Einschränkungen der Leistungsfähigkeit
NYHA IV	Einschränkungen bei allen körperlichen Belastungen als auch bereits in Ruhe

*Tabelle 2: NYHA-Klassifikation*

## 2.3 Fragestil

Neben dem inhaltlichem Aspekt der Fragen ist auch die Art der Fragestellung wichtig. Um die Beantwortung durch die PatientInnen sowie Auswertung der Bögen zu vereinfachen und vergleichbarer zu machen, wurden die meisten Fragen im Single-Choice Stil verfasst. Es wurden einfache und präzise Antwortmöglichkeiten angeboten, die es nur abzuwählen galt. Einzig die Fragen zu den Erkrankungen mussten schriftlich beantwortet werden.

## 2.4 PatientInnen

Hier geht es darum, welche PatientInnen an dieser Befragung teilnehmen. Grundsätzlich kann jede/r mündige PatientIn an dieser Befragung teilnehmen um so ein breites Spektrum an Menschen zu erreichen. Voraussetzung ist natürlich die Zustimmung jedes/r einzelnen Patienten/in mittels Unterschrift.

Zusätzlich wurde das Patientengut von Beginn an in zwei Gruppen geteilt, internistische sowie chirurgische PatientInnen. Beiden Gruppen bestehen aus je 250 TeilnehmerInnen.

Außerdem galt es zu klären wo bzw in welchem Umfeld die PatientInnen befragt werden sollen. Da mir hier mein Betreuer die freie Wahl ließ, entschied ich mich dafür, die stationären PatientInnen der Internistischen Abteilung als auch der Abteilung für Allgemein Chirurgie des Marienkrankenhauses Vorau (Steiermark, Österreich) zu befragen. Grund für diese Entscheidung war einerseits die Nähe des Krankenhauses zu meinem Wohnort, andererseits hatte ich dort bereits einige Zeit famuliert und kannte daher auch das Krankenhauspersonal. Beides sollte mir die Befragungsarbeit erleichtern. Auf ambulante PatientInnen verzichtete ich deshalb, weil mir das Umfeld ungeeignet erschien. Erstens darf man den Betrieb im Krankenhaus nicht stören, zweitens sollen sich die PatientInnen ausreichend Zeit nehmen können und nicht das Nachhausegehen im Hinterkopf haben und drittens schafft man am Patientenbett ein persönlicheres und ruhigeres Ambiente ohne störende Einflüsse von außen. Ein weiterer Vorteil der Befragung von stationären PatientInnen ist die Tatsache, dass diese meist mehrere Tage im Krankenhaus bleiben und oft froh sind, wenn sie sich in den vielen Wartezeiten beschäftigen können. Somit müssen die Fragebögen nicht sofort ausgefüllt werden, sondern zu einem Zeitpunkt, den die PatientInnen selbst festlegen.

## **2.5 Auswertung**

Die Fragebögen werden nach der Beantwortung durch die PatientInnen von mir grob durchgesehen und auf Vollständigkeit überprüft. Sollten hier Mängel vorhanden sein, werden die PatientInnen daraufhin gewiesen und gebeten, diese richtig zu stellen. Sollte dies aus verschiedensten Gründen nicht möglich sein, gilt der Fragebogen als ungültig und wird zur Einhaltung des Datenschutzes zerstört. Diese Antworten fließen natürlich nicht in die Auswertung ein. Um die Gesamtzahl an 500 Befragungen aufrecht erhalten zu können, wird also ein/e weitere/r PatientIn befragt.

Die Antworten der einzelnen Fragebögen werden in eine Computerdatei eingegeben und so gesammelt. Sobald 500 beantwortete und gültige Fragebögen vorhanden sind, werden die erhobenen Daten statistisch ausgewertet, die Gruppen verglichen und die verschiedenen Fragestellungen im folgenden Punkt 4 (Ergebnisse – Resultate) beantwortet.

## **3 Die Patientenverfügung**

In diesem Kapitel geht es um allgemeine Informationen, interessante Daten sowie Fakten zum Thema Patientenverfügungen in Österreich. Auch in anderen Ländern, wie Deutschland, besteht für die PatientInnen die Möglichkeit eine ähnliche Verfügung einzurichten. Da sich aber sowohl die rechtliche Situation als auch die praktische Handhabung mit diesem Thema zwischen den verschiedenen Staaten unterscheidet, sind Daten aus anderen Ländern mit Österreich nicht vergleichbar. Werden, wie es häufig vorkommt, ausländische PatientInnen in Österreich behandelt, gilt das Recht des jeweiligen Herkunftslandes.

### **3.1 Historie**

Erste ansatzweise Bestrebungen zur Dokumentation des Willens der PatientInnen für den Fall beeinträchtigter Handlungs- oder Urteilsfähigkeit gab es bereits in den frühen 90er Jahren. Diese sollten aber nur als Entscheidungshilfe für die behandelnden ÄrztInnen dienen. „Es sollte lediglich sichergestellt sein, dass Ärzte bei der Ermittlung des Willens des Patienten auch derartige Erklärungen (Verfügungen) berücksichtigen können,...“ (Barth,P.;Ganner,M. 2007,S.371;).

Da die Rechtslage in diesem Gebiet aber mehr als unklar war, begann sich die Politik im Jahr 2001 mit dieser Thematik zu beschäftigen. Eine eingesetzte Expertengruppe erarbeitete kurz darauf die Grundlagen für ein erstes Patientenverfügungsgesetz (PatVG). Darin wurde festgehalten, unter welchen Voraussetzungen eine derartige Verfügung erstellt werden kann. Ebenso wurden die Punkte Gültigkeit, Wirkung und die rechtlichen Folgen abgearbeitet.

### **3.2 Definitionen**

In diesem Kapitel wird erklärt, worum es sich bei dem Begriff „Patientenverfügung“ überhaupt genau handelt, wie er in Österreich verwendet wird und worin der Unterschied zur Organspenderegelung besteht.

#### **3.2.1 Patientenverfügung**

Eine Patientenverfügung ist per gesetzlicher Definition eine Willenserklärung, mit der PatientInnen eine medizinische Behandlung ablehnen, die aber erst dann in Kraft tritt, wenn Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit nicht mehr gegeben sind.

„Der behandelnde Arzt darf und muss demnach erst dann auf eine Patientenverfügung zurückgreifen, wenn eine aktuelle Willensbildung durch den Patienten nicht mehr möglich ist“ (Barth,P.;Ganner,M. 2007,S.374;).

Es können medizinische Behandlungen nur abgelehnt werden, der Wunsch eine bestimmte Behandlung zu erhalten, fällt nicht in den Anwendungsbereich. Weiters ist die Gültigkeit einer Patientenverfügung nicht auf bestimmte Krankheiten oder Krankheitsphasen beschränkt, sondern bezieht sich auf alle möglichen, auch noch so ungewöhnlichen Szenarien.

Außerdem wichtig ist, dass nur medizinische Behandlungen abgelehnt werden können. Für alle anderen Leistungen, beispielsweise in der Pflege, gilt die Patientenverfügung nicht. Wie schwierig diese Tatsache in der Praxis umzusetzen ist, zeigt sich am Beispiel der künstlichen Ernährung. Findet diese über eine PEG-Sonde statt, handelt es sich um eine medizinische Behandlung und kann per Patientenverfügung abgelehnt werden. Findet sie jedoch über oralem Wege statt, handelt es sich um eine pflegerische Maßnahme und kann daher rechtlich nicht abgelehnt werden.

### **3.2.2 Organspende**

Da ich aus eigener Erfahrung bemerkte, dass ein großer Teil der Bevölkerung fälschlich glaubt, mittels Patientenverfügung eine Organspende verhindern zu können, sei hier auf dieses Kapitel gesondert eingegangen.

Die Entnahme von Spenderorganen ist keine medizinische Behandlung und fällt daher auch nicht in das PatVG. In Österreich gilt die Widerspruchsregelung, das heißt jeder Mensch, der sich derzeit in Österreich aufhält, gilt als potentieller Spender, außer er/sie hat sich im Widerspruchsregister registrieren lassen. Das Transplantationsrecht fällt in Österreich in die §62a bis 62c des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKug).

### **3.3 Arten von Patientenverfügungen**

Der Grund warum es überhaupt verschiedene Formen von derartigen Verfügungen gibt, liegt in der unterschiedlichen rechtlichen Verbindlichkeit für den/die behandelnde/n ÄrztIn. Man muss also unterscheiden zwischen einer verbindlichen Patientenverfügung, an die sich der/die ÄrztIn halten muss und einer beachtlichen Patientenverfügung, an die sich der/die ÄrztIn halten kann, aber eben nicht muss.

### **3.3.1 Verbindliche Patientenverfügung**

Eine Patientenverfügung gilt als verbindlich, wenn sie die allgemeinen unten angeführten Voraussetzungen erfüllt und den inhaltlichen sowie formellen Kriterien entspricht.

Außerdem ist die Gültigkeit einer verbindlichen Patientenverfügung auf fünf Jahre beschränkt. Ausnahme hierbei ist natürlich, wenn der/die PatientIn vor Ende dieser Frist die Einsichts-, Urteils- oder Äußerungsfähigkeit verliert. In diesem Fall bleibt die Gültigkeit weiterhin bestehen.

#### **3.3.1.1 Voraussetzungen**

- Höchstpersönliche Willenserklärung, also keine Erstellung durch eine/n PatientenvertreterIn möglich.
- Konkrete Beschreibung der abgelehnten medizinischen Behandlungen sowie Verständnis der damit verbundenen Folgen.
- Bestätigung eines Arztes, aus der die Einsichts- und Urteilsfähigkeit hervorgeht. Über die betroffenen Behandlungen muss aufgeklärt worden sein sowie die möglichen Folgen müssen von dem/der Patienten/in richtig eingeschätzt worden sein.
- Nach Bestätigung und Aufklärung durch eine/n ÄrztIn Errichtung der Verfügung vor einem/r befähigten Juristen/in, zB Notar oder RechtsanwältIn, der/die auch über die Möglichkeit eines Widerrufs aufklären muss.
- Formell gültige Dokumentation der Patientenverfügung von einem/r geeigneten Juristen/in.
- Kein Ablauf der Frist von fünf Jahren seit der Errichtung. Die Gültigkeit der Patientenverfügung kann nach erneuter ärztlicher und juristischer Aufklärung jederzeit wieder um fünf Jahre verlängert werden.
- Die Verfügung darf nicht unwirksam geworden sein (§ 10, PatVG).

### 3.3.1.2 Wirkungen

Der/die behandelnde ÄrztIn muss den Inhalt einer verbindlichen Patientenverfügung befolgen, da sie einer aktuellen Ablehnung einer medizinischen Behandlung eines einsichts-, urteils- und äußerungsfähigen Menschen gleichzusetzen ist. Diese Entscheidung kann weder durch Wünsche der Familie noch eines eventuell eingesetzten Sachwalters beeinflusst werden. Selbst wenn der Tod des/der PatientIn die unmittelbare Folge der Behandlungsablehnung ist, muss dies akzeptiert werden. Ist die Ablehnung der Behandlung aus ärztlicher Sicht verständlich, kann jede/r ÄrztIn dies vermutlich auch akzeptieren. Tritt jedoch der Fall ein, dass sich der/die PatientIn aus ärztlicher Sicht selbst damit schadet, kann ein Gewissenskonflikt zwischen Helfen wollen und PatientInnenautonomie die Folge sein.

Auch andere Autoren haben sich mit diesem Problem beschäftigt, wie „...Arzt sowohl dem Prinzip der Autonomie als auch dem Prinzip des Wohltuns gerecht werden muss, so tritt hier ein Konflikt auf...“ ( Ernst,G. 2008;). Andere Autoren haben sich damit beschäftigt, diesen Autonomie-Begriff näher zu beleuchten und folgende These aufgestellt: „...dass eine Handlung umso autonomer ist, je mehr sie sich dem Ideal annähert, in eine Persönlichkeit eingebettet zu sein“ ( Gesang,B. et al 2013;).

Erfährt der/die BehandlerIn erst später von einer vorhandenen Patientenverfügung, müssen darin abgelehnte, aber bereits begonnene Behandlungen unmittelbar abgebrochen werden. Das Rückgängigmachen bereits gesetzter Maßnahmen ist nicht verpflichtend, jedoch dürfen diese nicht fortgeführt werden.

Ein Verstoß gegen diese Verordnung ist laut Gesetz eine strafbare eigenmächtige Heilbehandlung, da es sich um eine Behandlung ohne Einwilligung des/der Patienten/in handelt. „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“ (§ 110, StGB).

Sollte die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung nicht einwandfrei festgestellt werden können, so muss der/die behandelnde ÄrztIn von ihrer bloßen Beachtlichkeit ausgehen. Dies bedeutet dringende medizinische Behandlungen sind sofort durchzuführen und ein befähigter Vertreter des/der Patienten/in, etwa ein/w SachwalterIn, muss bestellt werden, um weitere Entscheidungen zu treffen.

Sollten ohnehin bereits vorher Sachwalter, Vorsorgebevollmächtigter oder andere gesetzliche PatientInnenvertreter eingesetzt sein, sind diese verpflichtet die behandelnden Ärzten/Innen über das Vorhandensein einer Patientenverfügung zu informieren und diese dann auch vorzulegen. Ansonsten machen sie sich ebenfalls strafbar, beispielsweise wegen Urkundenunterdrückung.

Eine verbindliche Patientenverfügung betrifft aber nicht nur die behandelnden ÄrztInnen, sondern kann auch auf das Pflegepersonal Auswirkungen haben, da auch diese teilweise medizinische Behandlungen durchführen, wie etwa die Ernährung über einer PEG-Sonde, das Anhängen gewisser Infusionen oder subkutane Injektionen.

Auch die Krankenanstalten selbst können für das Missachten von verbindlichen Patientenverfügungen durch ihre MitarbeiterInnen haftbar gemacht werden.

Die Auswirkungen auf eventuell eingesetzte PatientenvertreterInnen bestehen darin, dass sie die behandelnde ÄrztInnen, Pflegepersonal sowie allenfalls das Gericht über die vorhandene Verfügung zu informieren haben und ihnen eine Kopie der Verfügung zugänglich machen müssen.

### **3.3.1.3 Inhalt**

Damit eine Patientenverfügung verbindlich sein kann, müssen die weiter oben genannten Kriterien genauestens eingehalten werden. Dabei müssen die abgelehnten medizinischen Behandlungen konkret beschrieben werden oder zumindest eindeutig aus dem Zusammenhang hervorgehen. Zu allgemein gehaltene Formulierungen „beispielsweise Formulierungen wie das Verbot eines menschenunwürdigen Daseins“ (Barth,P.;Ganner,M. 2007,S.380;) sind also nicht zulässig. Diese Aufgabe obliegt dem/der ÄrztIn, der/die die Verfügung gemeinsam mit dem/der Patienten/in verfasst. Wichtig hierbei ist, dass der Inhalt der Verfügung in verständlicher Sprache verfasst wird, damit auch die PatientInnen sowie der/die beteiligte und in dem meisten Fällen der medizinischen Fachsprache nicht mächtige JuristIn diesen verstehen.

Es können auch weitere bestimmte Lebenssituationen genannt werden, in denen die Verfügung wirksam werden soll. Eine genaue Liste aller eventuell möglichen Situationen, in denen die Verfügung in Kraft treten soll, ist aber nicht notwendig.

Weiters muss in der Verfügung auch angeführt werden, dass der/die PatientIn sowohl die gesundheitlichen als auch rechtlichen Folgen des Inhalts der Verfügung wirklich verstanden hat.

Dies ist durch Arzt bzw Jurist zu bestätigen, der/die Ärztin hat sogar zu begründen, warum der/die PatientIn die medizinischen Folgen der Verfügung richtig verstanden hat. Dem/der JuristIn bleibt dies in Bezug auf die rechtlichen Konsequenzen aber erspart.

Wünschenswert wäre es auch, wenn sich der/die aufklärende ÄrztIn, der/die den/die Patienten/in im Idealfall schon länger kennt, in den/die Patienten/in hineinversetzt, um tatsächlich zu verstehen, was mit der Patientenverfügung bezweckt wird. „So stellt der Einblick in die persönlichen Wertvorstellungen und -haltungen der verfügenden Person eine praktisch notwendige Voraussetzung dar, um für die Anwendungssituation konkrete Wünsche ableiten zu können“ (Brauer,S. 2008;).

#### **3.3.1.4 Ärztliche Aufklärung**

Der/die aufklärende ÄrztIn muss über das Wesen einer verbindlichen Patientenverfügung sowie über mögliche Alternativen informieren, muss die Einsichts- und Urteilsfähigkeit überprüfen und auch dokumentieren. Danach muss der Wille der PatientInnen abgeklärt werden und dementsprechend konkrete Behandlungen herausgearbeitet werden. Auch über die Folgen und Risiken der abgelehnten Behandlungen ist aufzuklären. Dies ist aufgrund der Tatsache entscheidend, dass viele Ansuchen um Patientenverfügungen bereits in fortgeschrittenen Krankheitsstadien geschehen. Nachvollziehbar, da man sich in solchen eventuell lebensbedrohlichen Phasen vermehrt mit diesen Themen beschäftigt. Sollte der/die UntersucherIn Bedenken haben, kann beispielsweise die Hilfe eines Psychiaters beansprucht werden.

Auch kann von jedem/r ÄrztIn diese Aufklärung abgelehnt werden, beispielsweise aus ethischen Gründen oder wenn es unvernünftig erscheint.

Die Aufklärung mehrerer PatientInnen gleichzeitig ist prinzipiell auch erlaubt, natürlich muss hier aber auf die individuellen Besonderheiten eingegangen werden.

Grundsätzlich gilt es zu vermeiden, dass die PatientInnen voreilige und überhastete Entscheidungen treffen, die sie im Nachhinein bereuen könnten.

„Die von einem Arzt ausgestellte Bestätigung (Dokumentation) nach § 5 PatVG ist ein ärztliches Zeugnis...“ ( Barth,P.;Ganner,M. 2007,S.385;). Da „jeder zur selbstständigen Ausübung des Berufs berechnigte Arzt befugt ist, ärztliche Zeugnisse auszustellen (§ 2 Abs 3 ÄrzteG, 1998), kann die Aufklärung also von jedem/r AllgemeinmedizinerIn sowie FachärztIn durchgeführt werden. FachärztInnen dürfen aber nur Aufklärungen durchführen, wenn diese ihr Spezialgebiet betreffen. TurnusärztInnen dürfen diese Aufklärung nur unter Anleitung durchführen, da sie noch nicht zur selbstständigen Berufsausübung berechnigt sind.

#### **3.3.1.4.1 Prüfung der Urteils- und Einsichtsfähigkeit**

Der/die aufklärende ÄrztIn muss diese feststellen und danach auch dokumentieren. Dabei muss geprüft werden, ob der/die PatientIn den Wert sowohl betreffend Diagnose, Therapiemöglichkeiten als auch Risiken der in Frage kommenden Behandlungen richtig einschätzt. Konkret überprüft werden müssen „Die Fähigkeit zur Erkenntnis von Tatsachen und Kausalverläufen, die Fähigkeit zur Bewertung und die Fähigkeit zur einsichtsgemäßen Selbstbestimmung“ ( Barth,P.;Ganner,M. 2007,S.389;).

Bei Zweifeln ist der Abschluss dieser Prüfung zu verweigern und eventuell ein/e PsychiaterIn oder Neurologe/in hinzuzuziehen.

#### **3.3.1.4.2 Bestätigung der ärztlichen Aufklärung**

Es handelt sich hier um eine schriftliche Bestätigung von dem/der ÄrztIn, die einige Punkte beinhalten muss.

Erstens die erfolgte Aufklärung, wobei der Inhalt dieser nicht wiedergegeben werden muss, sehr wohl aber die konkreten Behandlungen, über die aufgeklärt wurde. Weiters Name, Anschrift und eigenhändige Unterschrift des Arztes bzw der Ärztin. Dies kann auf der Verfügung selbst oder auf einer gesonderten Urkunde erfolgen.

Zweitens muss das Vorliegen der Einsicht- und Urteilsfähigkeit vermerkt werden.

Drittens die richtige Einschätzung der mit der jeweiligen Behandlungsablehnung verbundenen Folgen inklusive deren Gründe.

#### **3.3.1.5 Die juristische Errichtung**

Der/die befähigte JuristIn hat die PatientInnen über die Folgen der Patientenverfügung sowie über das jederzeitige Widerrufsrecht zu belehren und muss dies mit Unterschrift und Datum bestätigen. Wichtig ist hier dem/der Patienten/in klarzumachen, dass sich die ÄrztInnen in jedem Fall an den Inhalt der Verfügung halten müssen und dies durch niemandem außer ihm/ihr selbst geändert werden kann. Außerdem soll hier sichergestellt werden, dass der Inhalt der Verfügung auch für in Zukunft beteiligte Personen, zB behandelnde Ärzte/Innen, verständlich formuliert ist. Weiters kann auch hier noch die Bestätigung verweigert werden, sollten Zweifel an der Einsichts- oder Urteilsfähigkeit bestehen und somit eine erneute ärztliche Prüfung gefordert werden.

Die PatientInnen sind in diesem Teil auch über mögliche und weniger strenge Alternativen zur verbindlichen Patientenverfügung aufzuklären, etwa beachtliche Verfügungen oder Vorsorgevollmachten, da diese im Ernstfall mehr Spielraum lassen.

Auch über die Verbindlichkeitsdauer von 5 Jahren ist hier gesondert belehren, sowie über die Möglichkeit der Erneuerung nach erneuter Prüfung und Aufklärung. Weitere Punkte der Belehrung sind die mögliche Unwirksamkeit der Verfügung nach wesentlichen Änderungen im Stand der medizinischen Wissenschaft sowie die Tatsache, dass in Notfällen vorerst trotzdem behandelt werden muss, bis sich die behandelnden ÄrztInnen über den Inhalt der Verfügung informieren konnten.

Auch hier ist die Aufklärung mehrerer PatientInnen gleichzeitig nicht ausgeschlossen, vor allem bei den rechtlichen Folgen oder beim Widerspruchsrecht scheint dies sinnvoll zu sein. Zusätzliche Einzelgespräche, die dann natürlich kürzer ausfallen, müssen aber ebenfalls angeboten werden.

Schlussendlich muss der/die JuristIn prüfen, ob die Patientenverfügung die gesetzlichen Anforderungen erfüllt und somit verbindliche Wirksamkeit erlangen kann. Dabei muss er/sie auch sicherstellen, dass die inhaltlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Dazu zählen die ausreichende Konkretisierung der abgelehnten medizinischen Behandlungen, die Sicherstellung dass die ärztliche Bestätigung die nötigen inhaltlichen und formellen Erfordernisse erfüllt, dass die ärztliche Aufklärung der juristischen Errichtung in engem Zeitabstand vorangegangen ist und dass die Inhalte der Verfügung nicht rechtswidrig sowie frei von Willensmängeln sind.

Danach muss der/die PatientIn die Verfügung eigenhändig unterzeichnen. Sollte dies wegen Schreibunfähigkeit nicht möglich sein, kann dieser Akt auch unter zwei Zeugen erfolgen, von denen einer anstelle des/der Patienten/in unterzeichnet.

Sinnvoll ist es auch, die PatientInnen über die Möglichkeit der Registrierung ihrer Verfügungen zu informieren, etwa im Register des Österreichischen Rechtsanwaltskammertags.

### **3.3.1.6 Die Dauer der Verbindlichkeit**

Gründe für die Beschränkung der Verbindlichkeit auf eine gewisse Zeit sind das fortschreitende Wissen in der Medizin sowie der mögliche Sinneswandel der PatientInnen. In wie fern dieser Sinneswandel über die Zeit bei PatientInnen genau eintritt, kann bisher nicht gesagt werden. „Empirische Daten zur Stabilität von Therapie-Präferenzen über die Zeit hinweg sind bisher kontrovers“ ( Jox,R.J. 2009;).

Normalerweise liegt die Beschränkung bei einer Zeitspanne von fünf Jahren, kann aber von PatientInnen durchaus mit einer kürzeren Wirksamkeitsdauer versehen werden. Längere Gültigkeitszeiten sind gesetzlich nicht zulässig.

Verliert der/die PatientIn innerhalb dieser Frist die Einsichts- oder Urteilsfähigkeit, so bleibt die Verbindlichkeit der Patientenverfügung unbegrenzt bzw bis zum Wiedererlangen der Fähigkeiten gültig. Sollte sich der medizinische Wissensstand wesentlich ändern, kann die Patientenverfügung auch dadurch ihre Wirksamkeit verlieren.

### **3.3.1.7 Erneuerung einer Patientenverfügung**

Hierfür gelten dieselben Voraussetzungen wie für eine erstmalige Errichtung. Sowohl von ärztlicher als auch juristischer Seite sind neuerliche Bestätigungen einzuholen. Jedoch reicht es dabei auf die neuen Inhalte zu verweisen. Eine völlige Neuverfassung ist somit nicht notwendig. Nach Fertigstellung der erneuerten Patientenverfügung beginnt die zeitliche Wirksamkeitsfrist wieder von Vorne.

Sollten PatientInnen eine bestehende gültige Verfügung ändern wollen, gelten auch hier dieselben Regeln. Wichtig ist es, Widersprüche mit dem Inhalt der ursprünglichen Verfügung zu vermeiden, sowie genaue Datumsangaben der Änderungen. Auch hier beginnt die Frist der Verbindlichkeit wieder neu.

Die Änderung selbst kann entweder in einer gesonderten Urkunde erfolgen oder in der Patientenverfügung selbst.

Der/die JuristIn hat hier die Aufgabe sicherzustellen, dass durch die Änderungen die Übersichtlichkeit der Verfügung nicht verloren geht, keine Widersprüche auftreten und genaue Datumsangaben erfolgen, da durch jede Änderung die 5-Jahresfrist wieder neu zu laufen beginnt.

### **3.3.2 Die beachtliche Patientenverfügung**

„Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen der §§ 4 bis 7 des PatVG erfüllt, ist dennoch für die Ermittlung des Willens des Patienten beachtlich“ (§ 8, PatVG). Somit ist jede nicht verbindliche Patientenverfügung beachtlich. Solche Verfügungen können die Entscheidung eines/r geeigneten Patientenvertreters/in nicht ersetzen, sollen aber als Hilfsmittel herangezogen werden. Der/die behandelnde ÄrztIn muss sich also nicht an den Inhalt der Verfügung halten.

Jedoch gilt hier folgender Gesetzestext: „Eine beachtliche Patientenverfügung ist bei der Ermittlung des Patientenwillens umso mehr zu beachten, je eher sie die Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt“ (§ 9, PatVG).

Eine beachtliche Verfügung muss die allgemeinen Voraussetzungen also nicht erfüllen.

Die wesentlichen Unterschiede zur verbindlichen Patientenverfügung liegen neben der Wirksamkeit in der völligen Formfreiheit, der unbegrenzten Dauer sowie der nicht notwendigen ärztlichen oder juristischen Aufklärung.

Um aber überhaupt als Entscheidungshilfe herangezogen werden zu können, muss auch eine beachtliche Verfügung gewissen Kriterien erfüllen, „sie muss höchstpersönlich erklärt werden und darf nicht unwirksam (geworden) sein“ ( Barth,P.;Ganner,M. 2007,S.405;).

### **3.3.2.1 Eckpunkte der Beachtlichkeit**

Der Wert einer beachtlichen Patientenverfügung kann anhand einiger Kriterien bewertet werden. Je eher diese erfüllt sind, desto eher lässt sich aus der Verfügung der Wille des/der Patienten/in ableiten und somit auch in die Tat umsetzen. Im Wesentlichen ähneln diese Punkte den Voraussetzungen für eine verbindliche Verfügung.

#### **3.3.2.1.1 Einschätzen der Krankheit bzw der Folgen der Verfügung**

Hier sollten die PatientInnen beschreiben, in welchen Situationen spezielle Behandlungen abgelehnt werden sollen. Auch wenn die Krankheit bzw die Situation bereits einmal erlebt wurde oder Verwandte betroffen sind, ist dies ein Hinweis darauf, dass der/die PatientIn weiß, was auf ihn/sie zukommt.

Auch sollten die Konsequenzen des Inhalts der Verfügung schriftlich festgehalten werden. Daraus lässt sich später schließen, ob der/die PatientIn tatsächlich wusste, worauf er/sie sich hier einlässt.

#### **3.3.2.1.2 Konkrete Ablehnungen**

Wie bei der verbindlichen Patientenverfügung sollen auch hier die medizinischen Behandlungen konkret beschrieben werden, die abgelehnt werden sollen. Je genauer diese Beschreibung ist, desto mehr hat sich der/die PatientIn mit diesem Thema beschäftigt und desto wohlüberlegter passierte diese Entscheidung.

#### **3.3.2.1.3. Ärztliche Aufklärung**

Liegt eine Bestätigung vor, dass der/die PatientIn ärztlich über die Verfügung bzw die abgelehnten Behandlungen aufgeklärt wurde und möglicherweise auch noch eine Bestätigung der Urteils- und Einsichtsfähigkeit, dann bestärkt dies die Aussagekraft der Verfügung immens.

#### **3.3.2.1.4 Form**

Grundsätzlich kann eine beachtliche Patientenverfügung in jeglicher Form existieren. Denkbar sind also verschiedenste Möglichkeiten, zum Beispiel schriftlich, mündlich oder auf elektronischen Geräten wie Handy oder Video.

Empfohlen werden natürlich Formen, die sicher nachvollziehbar sind, etwa unterschriebene Schriftstücke oder auch Filme. Rein mündliche Verfügungen ohne Beweiskraft verlieren deshalb an Beachtlichkeit.

Erwähnt sei hier auch eine weitere mögliche, aber sehr kuriose Form einer beachtlichen Verfügung, die aber tatsächlich bereits von Menschen genutzt wurde, nämlich die Tätowierung.

#### **3.3.2.1.5 Zeit**

Auch hier gilt, je neuer eine Verfügung ist bzw je öfter sie in der Vergangenheit erneuert worden ist, desto eher eignet sie sich zur Findung des aktuellen Willens des/der Patienten/in. Als Anhaltspunkt wird meist die Fünfjahresfrist wie bei der Verbindlichkeit herangezogen.

#### **3.3.2.2 Weitere Faktoren zur Ermittlung des Willens**

Es gibt zahlreiche weitere Kriterien, die als Entscheidungshilfe dienen können, aber im Gesetz nicht erwähnt werden. Beispiele wären der Zeitraum seit Verlust der Handlungsfähigkeit, gravierende Änderungen in den Lebensverhältnissen der PatientInnen, die restliche Lebenserwartung sowie frühere Äußerungen betreffend medizinischer Behandlungen.

Auch religiöse oder persönliche Weltanschauungen können eine wichtige Rolle spielen. Der bisherige Umgang der PatientInnen mit medizinischen Behandlungen oder generell dem Thema Leid ist ebenfalls relevant für eine spätere Entscheidungsfindung.

#### **3.3.2.3 Wirkungen einer beachtlichen Verfügung**

Ist eine beachtliche Patientenverfügung vorhanden, ändert sich für den/die behandelnde/n ÄrztIn im Vergleich zum Fehlen einer Verfügung vorerst wenig. Da Patientenverfügungen erst bei Verlust von Einsicht- und Urteilsfähigkeit in Kraft treten, muss der/die ÄrztIn eine geeignete Vertretung bestellen, etwa einen Sachwalter, der dann die notwendigen Behandlungen gestatten oder ablehnen muss.

Die Ermittlung des Patientenwillens liegt also in der Hand der Vertretung und nicht des ärztlichen Personals, außer es handelt sich um eine qualifiziert beachtliche Verfügung (siehe 3.3.3). Ausgenommen sind natürlich wieder unmittelbar notwendige Notfallmaßnahmen, die keinen Aufschub bis zur Ermittlung des Willens erlauben.

### **3.3.3 Sonderfall „Qualifiziert beachtliche Patientenverfügung“**

Dieser Sonderfall trifft ein, wenn eine verbindliche Patientenverfügung älter als fünf Jahre wird, nicht erneuert wurde und somit ihre Verbindlichkeit verliert. Ist die Verbindlichkeit nun noch nicht allzu lange abgelaufen und besteht auch kein Grund zur Annahme einer Meinungsänderung des/der Patienten/in, können die behandelnden ÄrztInnen trotzdem ohne Angst vor juristischen Konsequenzen wie bei einer verbindlichen Verfügung handeln. Bestehen Zweifel, ist aber dennoch ein/e PatientenvertreterIn zu bestellen.

#### **3.3.3.1 Wirkungen**

In diesem Fall braucht der/die behandelnde ÄrztIn keine Patientenvertretung bestellen, muss sich aber genau an den Inhalt der Verfügung halten, genauso wie bei einer verbindlichen Verfügung. Logischerweise muss diese ärztliche Beurteilung aber später nachvollziehbar sein, sonst drohen strafrechtliche Konsequenzen.

## **3.4 Unwirksamkeit einer Patientenverfügung**

Die Frage wann eine Patientenverfügung wirksam wird, ist gesetzlich genau definiert. Sie soll dann wirksam werden, wenn die PatientInnen zum Zeitpunkt der Durchführung einer in der Verfügung abgelehnten Behandlung nicht mehr urteils-, einsichts- oder äusserungsfähig sind.

Die Frage, wann eine Patientenverfügung nun unwirksam wird, ist ebenfalls genau festgelegt. Ist die Patientenverfügung nicht höchstpersönlich geäußert worden, liegen Willensmängel oder rechtswidrige Inhalte vor, dann verliert die Verfügung ihre Gültigkeit. Dasselbe gilt, wenn in der Zeit seit der Errichtung neue medizinische Erkenntnisse in der Wissenschaft hervorgegangen sind, die in der Verfügung abgelehnte Behandlungen betreffen oder wenn der/die PatientIn einen Widerruf eingelegt hat.

Die meisten dieser erwähnten Punkte sollten verbindliche Verfügungen nicht betreffen, da die dafür notwendigen strengen Voraussetzungen und Prüfungen solche Fehler bereits im Vorhinein ausschließen.

Schließlich greift man durch eine Unwirksamkeitserklärung einer Patientenverfügung stark in das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen ein. „...die individuelle Autonomie des Patienten nur dann gewahrt ist, wenn er, und nur er selbst, über medizinische Eingriffe bestimmen darf“ (Ernst,G. 2008;).

Aus diesen Gründen ist es bei allen Verfügungen prinzipiell zu empfehlen, Vertrauens- oder Kontaktpersonen in der Verfügung anzuführen, die im Falle einer Unwirksamkeit zugezogen werden können. Viele PatientInnen, die schwerer erkrankt sind, haben dies aber ohnehin bereits getan, wie eine bayrische Studie zeigte, in der 402 PatientInnen, die eine Verfügung besaßen, auf Palliativstationen befragt wurden: „Eine Mehrheit von 66,7% gab an, zusätzlich zur PV eine Vorsorgevollmacht erstellt zu haben“ (Jox,R.J. 2009;).

### **3.4.1 Willensmängel**

In den meisten Fällen ist es im Nachhinein nur schwierig festzustellen, ob die Patientenverfügung wirklich nur aus freien Stücken erstellt wurde. Oft drängen Angehörige bzw mögliche Erben darauf. Andererseits ist auch manchmal der gesellschaftliche Druck ausschlaggebend, um etwa später Niemandem zur Last zu fallen. Missbrauch wird zwar mit Verwaltungsstrafen geahndet, schützt aber dennoch nicht immer vor Willensmängeln. Die entscheidende Bedeutung fällt daher dem/der ÄrztIn zu, der/die gemeinsam mit den PatientInnen die Verfügung anfangs erstellt. In dieser Situation kann wohl noch am ehesten geklärt werden, warum die PatientInnen diese Verfügung erstellen wollen.

Im Gesetz ist genau festgelegt, wann eine Patientenverfügung unwirksam wird. „Eine Patientenverfügung ist unwirksam, wenn 1. sie nicht frei und ernstlich erklärt oder durch, Irrtum, List, Täuschung oder physischen oder psychischen Zwang veranlasst wurde“ (§ 10 Abs 1 Z 1, PatVG). Frei bedeutet in diesem Zusammenhang, dass keine Willensmängel vorliegen und ernstlich bedeutet, dass der erkennbare Wille vorhanden war, eine gültige Verfügung zu erstellen. Wie bereits erwähnt ist dies aber meist nur schwer zu ermitteln und müsste bei der Erstellung von dem/der beteiligten ÄrztIn und/oder Juristen/in erkannt werden.

Auch hier gilt festzuhalten, dass bei beachtlichen Verfügungen eine solche ärztliche Prüfung womöglich gar nicht stattgefunden hat..

### 3.4.2 Rechtswidrige Inhalte

Auch hier ist gesetzlich genau festgelegt, dass das PatVG strafrechtliche Gesetze nicht antasten oder gar umgehen kann. Sollten, wieder vor allem bei beachtlichen Verfügungen, dennoch solche Inhalte bestehen, wird die Verfügung sofort ungültig. „Eine Patientenverfügung ist unwirksam, wenn 2. ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist“ (§ 10 Abs 1 Z 2, PatVG).

Das verbreitetste Beispiel zu diesem Kapitel wäre das Thema Sterbehilfe. Durch eine Patientenverfügung dürfen keine lebens- und damit leidensverkürzenden Maßnahmen getroffen werden. Im Gegensatz dazu können aber natürlich lebensverlängernde Maßnahmen abgelehnt werden. Kurz zusammengefasst darf also der natürliche Tod nicht beschleunigt werden.

Somit kann durch eine Patientenverfügung die passive Sterbehilfe also erlaubt werden. Da dies trotz strenger Richtlinien aber auch Spielraum für Missbrauch bietet, haben einige Fachleute auch ihre Bedenken geäußert. Ein Beispiel: „...die absichtliche gezielte Herbeiführung des Todes durch Unterlassen von medizinischer Hilfe bei Zugrundelegung eines (mutmaßlichen) Willens des Patienten dagegen zulässig ist und sogar zur Pflicht für diejenigen wird, denen der hilflose handlungs- unfähige Patient anvertraut ist, erscheint ethisch schwer begründbar“ (Riedel,U. 2005;).

Ein weiterer interessanter Punkt ist der Selbstmord, denn die Mitwirkung an diesem ist natürlich verboten. „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“ (§ 78 StGB).

Inhalte einer Patientenverfügung können durchaus selbstmörderische Hintergedanken beinhalten. Auffällig wird es vor allem dann, wenn eine Verfügung nur kurze Zeit vor einem gescheiterten Selbstmordversuch erstellt wurde. Da die meisten Selbstmorde aber im Affekt passieren, wären die Personen bei der kurz zuvor erstellten Verfügung wohl nicht mehr als urteils- oder einsichtsfähig zu beurteilen, vorausgesetzt der/die ÄrztIn erkennt es. Grundsätzlich gilt hier, je beachtlicher eine Verfügung ist, desto eher handelt es sich um keine Affekthandlung und umso unwahrscheinlicher sind selbstmörderische Gedanken im Spiel gewesen.

### **3.4.3 Fragliche Inhalte**

Es gibt wie überall auch beim Thema Patientenverfügung spezielle Fälle, an die in erster Linie wohl niemand denken würde.

Ein Beispiel dafür wären sämtliche unmöglichen Inhalte, die der/die behandelnde ÄrztIn einfach nicht einhalten kann. Treten solche Inhalte auf, stellt sich natürlich die Frage, ob der/die PatientIn den Willen überhaupt durchsetzen will oder ob die Einsichts- bzw Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt der Verfassung gegeben war. Dies ist zwar gesetzlich nicht geregelt, wird aber in der Regel wohl zur Unwirksamkeit führen.

Ein weiteres fragliches Beispiel wäre die Ablehnung sämtlicher Alternativbehandlungen, um so eine gewisse Behandlung zu erzwingen. Dies würde dem ursprünglichen Sinn einer Patientenverfügung widersprechen und sollte bereits bei der ärztlichen Aufklärung ausgeschlossen werden. Auch hier gibt es keine genaue gesetzliche Regelung, da aber das absichtlich missbräuchliche Verhalten im Nachhinein schwer nachzuweisen ist, bleibt die Wirksamkeit wohl erhalten.

Ein drittes und letztes Beispiel bezieht sich auf Sittenwidrigkeit. Hier entsteht die Problematik, sobald Drittpersonen betroffen sind. Lehnt ein/e PatientIn beispielsweise Schmerztherapie ab und stört dann durch unzumutbare schmerzbedingte Schreie und Unruhe die ganze Krankenstation oder auch die Familie, stellt sich ebenfalls die Frage der Gültigkeit. Das Gesetz trifft auch hier keine Vorgaben, sodass wohl eine individuelle Entscheidung getroffen werden muss.

### **3.4.4 Veränderungen in der medizinischen Wissenschaft**

Mittels dieser Maßnahme soll bezweckt werden, dass der Wille in einer Patientenverfügung auf ausreichender Information basiert. Sollte sich daher etwas Gravierendes in der medizinischen Wissenschaft ändern, das den Inhalt einer Verfügung betrifft, so wird diese damit unwirksam.

Kleine Veränderungen zählen hier aber nicht, sondern nur wesentliche Fortschritte. „Eine Patientenverfügung ist unwirksam, wenn der Stand der medizinischen Wissenschaft sich im Hinblick auf den Inhalt der Patientenverfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert hat“ (§ 10 Abs 1 Z 3 PatVG).

Stellt sich aber heraus, dass der/die PatientIn diese Entwicklungen bereits vorausgesehen hat und diese in der ärztlichen Aufklärung bereits Thema waren, dann bleibt die Patientenverfügung weiterhin wirksam.

Sollte aus dem Gesamtbild des Inhalts einer Verfügung zu deuten sein, dass der/die PatientIn auch die neue Entwicklung ablehnt, so kann diese ebenso wirksam bleiben. Hierbei verfällt aber die Verbindlichkeit und man hat es nur noch mit einer beachtlichen Verfügung zu tun.

### **3.4.5 Widerruf einer Patientenverfügung**

„Eine Patientenverfügung verliert ihre Wirksamkeit, wenn sie der Patient selbst widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll“ (§ 10 Abs 2 PatVG). Dies kann schriftlich, mündlich oder auch durch eindeutige Zeichen erfolgen. So gilt etwa das Zerreißen oder Durchstreichen der Verfügung als ausreichender Grund für die Unwirksamkeit.

Der Widerruf bedarf also keiner speziellen Form oder der Angabe von Gründen. Jedoch sind auch hier letztlich wieder die PatientInnen selbst verantwortlich, dass der Widerruf die behandelnden ÄrztInnen erreicht. Der/die PatientIn hat aber die Möglichkeit, einem/r Vorsorgebevollmächtigten zuvor ein Widerrufsrecht einzuräumen. Ohne solche Vollmacht kann aber niemand eine verbindliche Verfügung widerrufen.

Für den bisher genannten Widerruf ist ebenso wie für die Erstellung der Verfügung aber Urteils- und Einsichtsfähigkeit notwendig. Sollte der/die PatientIn diese aber nicht mehr besitzen, so bleibt ihm/ihr weiterhin ein Vetorecht gegen den Vollzug der Verfügung. Es gibt hierfür zwar keine klaren Regeln, jedoch sollte aus dem Verhalten eindeutig ersichtlich sein, dass der/die PatientIn widerrufen will. Letztlich gilt es also individuell zu entscheiden.

### **3.4.6 Notfälle**

In medizinischen Notfallsituationen ist gesetzlich festgelegt, dass der Zeitaufwand, der für die Suche oder Überprüfung einer Patientenverfügung notwendig ist, nicht das Leben oder die Gesundheit der PatientInnen gefährden darf. „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“ (§ 12, PatVG).

Somit sind alle unmittelbar notwendigen Behandlungen durchzuführen, wenn keine verbindliche Verfügung vorliegt oder der Inhalt dieser noch nicht auf Wirksamkeit geprüft werden konnte bzw die Zustimmung eines Patientenvertreters nicht schnell genug eingeholt werden kann.

Dies alles gilt aber nur, wenn der Schadenseintritt durch Nichtbehandlung objektiv als wahrscheinlich eingestuft werden kann und auch weiterhin besteht.

Eine wichtige Frage betrifft hier auch die ausländischen PatientInnen. Sollte das ausländische Recht nicht in angemessener Zeit ermittelt werden können, so ist österreichisches Recht anzuwenden.

### **3.5 Wie erfahren ÄrztInnen von Patientenverfügungen?**

Allgemein gelten hier die Regeln der Bringschuld der PatientInnen. Das bedeutet, dass die PatientInnen selbst dafür Sorge zu tragen haben, dass die behandelnden ÄrztInnen von dem Existieren einer Patientenverfügung informiert werden. Dies kann natürlich in Fällen von Äußerungsunfähigkeit ein Problem darstellen.

Fraglich ist nun, in wie weit man von ÄrztInnen verlangen kann, nach eventuell vorhandenen Patientenverfügungen zu forschen. Zumutbar wäre die Durchsicht der Personalpapiere oder der hauseigenen Krankengeschichte.

Eine weiterreichende Suche ohne jeglichen Hinweis auf das Existieren einer Verfügung ist aber nicht sinnvoll und kann auch nicht abverlangt werden.

Verpflichtend ist dagegen, dass sowohl der/die aufklärende Ärztin, der/die an der Erstellung der Verfügung beteiligt ist, als auch später in Kenntnis gesetzte behandelnde ÄrztInnen diese Verfügung in die Krankengeschichte oder andere ärztliche Dokumentationen einzufügen hat. Da es in Österreich aber kein allgemeines Register für Patientenverfügungen gibt, werden damit nicht alle Fälle abgedeckt.

Sobald jedoch der Verdacht auf eine vorhandene Patientenverfügung entsteht, muss diese so schnell als möglich von dem/der behandelnden ÄrztIn bzw der Krankenanstalt verfügbar gemacht werden, um den Inhalt begutachten zu können. Aus Sicht der PatientInnen ist es daher ratsam, beispielsweise einen Hinweiszettel in der Geldbörse zu platzieren. Auch sollten die nächsten Angehörigen darüber informiert werden, da diese die Verfügung dann auftreiben könnten.

Hier ist auch zu erwähnen, dass nur originale oder notariell beglaubigte Kopien von Patientenverfügungen verbindlich sein können. Einfache Kopien gelten nur als beachtlich, da die Aktualität nicht sicher feststellbar ist.

### 3.6 Die Zeugen Jehovas

Da die Zeugen Jehovas einige medizinische Fragen in ihrem Glauben so geregelt haben, dass sie nicht dem aktuellen Stand der Schulmedizin entsprechen, kann ihre Behandlung den betroffenen ÄrztInnen Probleme bereiten. Häufig nutzen die Zeugen daher auch die Möglichkeit einer Patientenverfügung, um so die sichere Durchsetzung ihres Glaubens zu ermöglichen. Daher sei in diesem Kapitel gesondert auf diese Zielgruppe eingegangen. Hauptsächlich geht es hier um das Thema Blut. Zeugen Jehovas lehnen aus religiöser Überzeugung heraus jegliche Blutverabreichung ab. Dies kann etwa bei Operationen aufgrund des Blutverlustes bis zum Tod führen. Folglich ist auch hier eine Regelung notwendig, die sowohl den Willen der Zeugen legitimiert, als auch die ÄrztInnen vor Strafen schützt, wenn sie Bluttransfusionen an Zeugen Jehovas unterlassen.

Lehnt ein mündiger und einsichtsfähiger Zeuge Jehovas (oder auch jede/r andere PatientIn) eine medizinische Behandlung (etwa Bluttransfusionen) ab, dürfen diese nicht durchgeführt werden. „Das ausdrückliche Veto des volljährigen Zeugen Jehovas ist vom Arzt strikt zu beachten“ (Zimmermann, R. et al 2004;). Liegt bei einem nicht einsichtsfähigen Zeugen Jehovas keine Form der Ablehnung vor, muss die notwendige Behandlung durchgeführt werden.

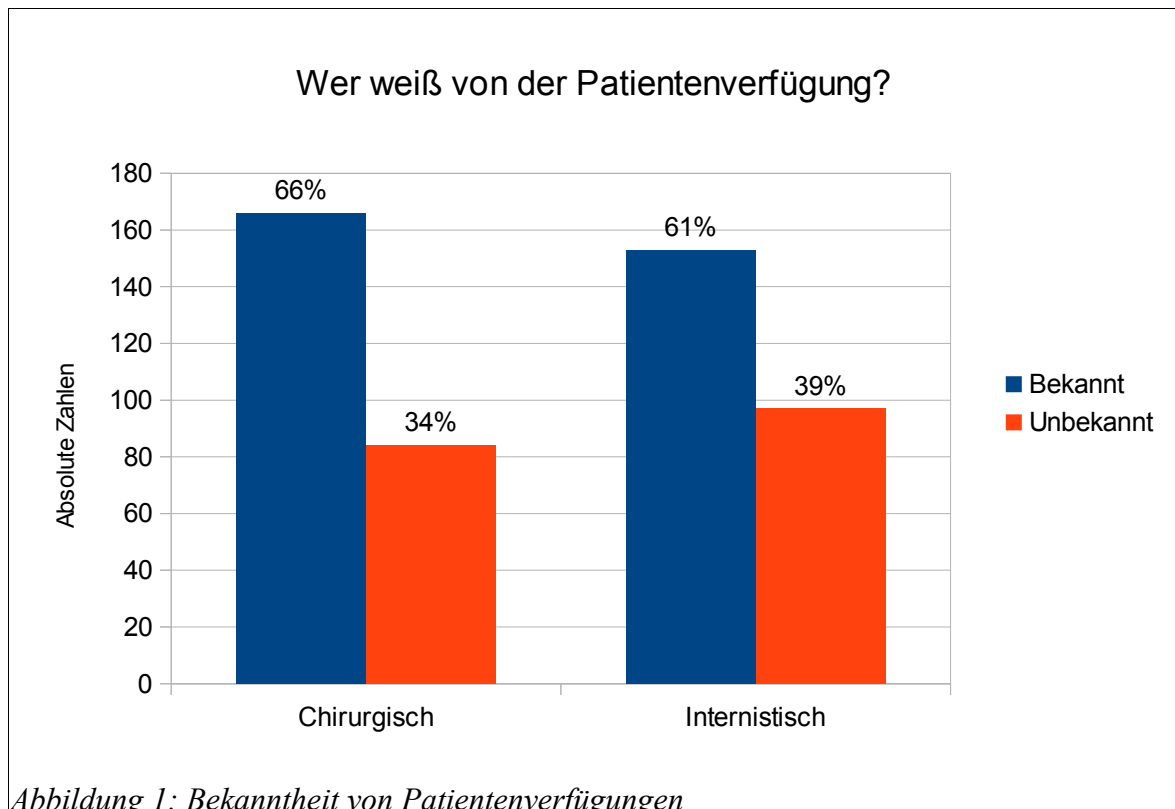
Außerdem dürfen Eltern ihren unmündigen Kindern keine notwendigen Bluttransfusionen aus religiösen Gründen verweigern, wenn die Gesundheit des Kindes dadurch gefährdet werden würde. Verweigern Eltern dies dennoch, kann der Staat ihnen das Sorgerecht entziehen und die Behandlung genehmigen.

## 4 Ergebnisse – Resultate

Die Hauptfrage dieser Studie war der Versuch zu klären, warum nur wenige österreichische PatientInnen die Möglichkeit einer Patientenverfügung nutzen. Nebenbei lassen sich aus den erhobenen Daten aber natürlich auch weitere interessante Fakten herauslesen.

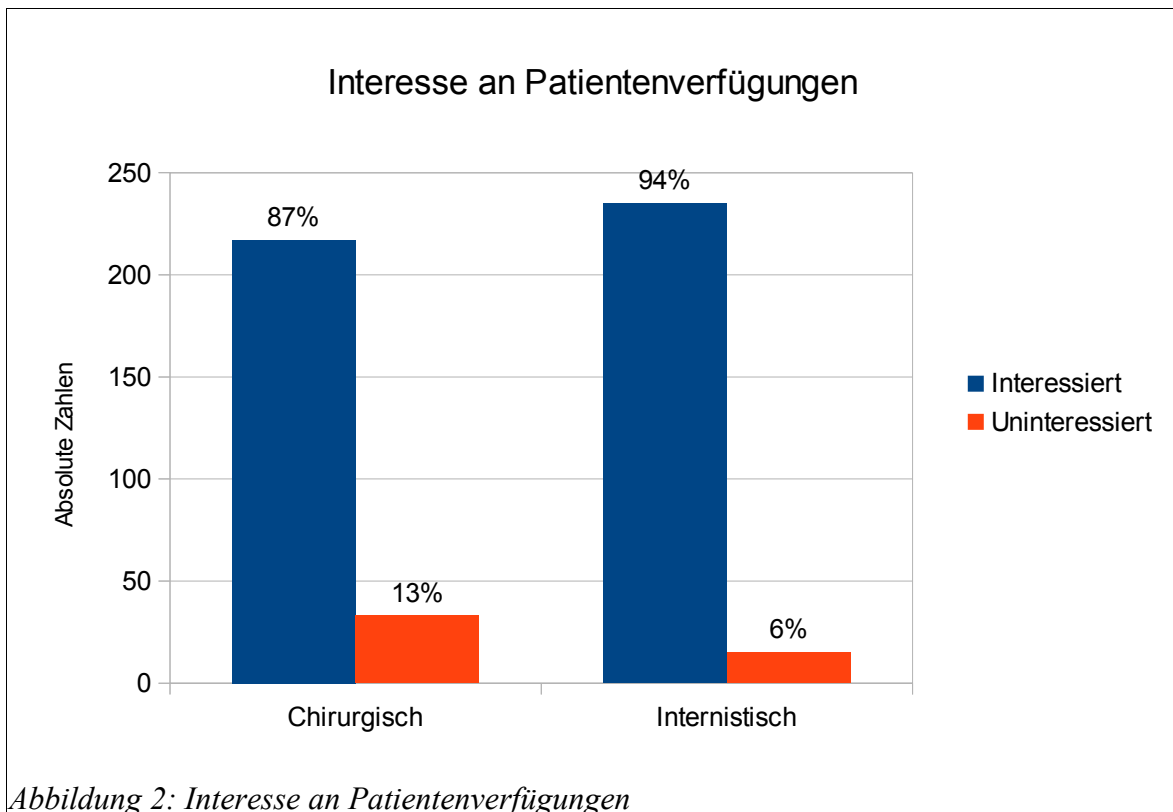
In den folgenden Seiten wird nun auf die Beantwortung dieser vielen Fragen näher eingegangen und die Schlüsse daraus gezogen. Dies geschieht meist im Vergleich zwischen der chirurgischen und der internistischen Patientengruppe und wird durch Diagramme anschaulich dargestellt.

### 4.1 Wie viele PatientInnen wissen von der Patientenverfügung?



Hier sehen wir, dass zwar der Großteil der PatientInnen von der Möglichkeit einer Patientenverfügung bereits gehört hat, jedoch sind es immerhin noch 181 PatientInnen (36,2%), die noch nie von diesem Wort gehört haben. In der internistischen Gruppe wissen um 5% weniger PatientInnen von der Möglichkeit einer Patientenverfügung.

## 4.2 Was denken PatientInnen über Patientenverfügungen?



In diesem Diagramm sieht man, dass ein Großteil der PatientInnen, genauer 217 (86,8%) aus der chirurgischen Gruppe sowie 235 (94%) aus der internistischen Gruppe grundsätzlich an Patientenverfügungen interessiert sind und diese als sinnvoll erachten. Dies bedeutet, dass im Nachhinein prozentuell gesehen weit mehr PatientInnen positiv gegenüber Patientenverfügungen eingestellt sind, als vorher überhaupt von der Möglichkeit gewusst haben.

### 4.3 Wie viele PatientInnen könnten sich vorstellen, eine Patientenverfügung auszufüllen?

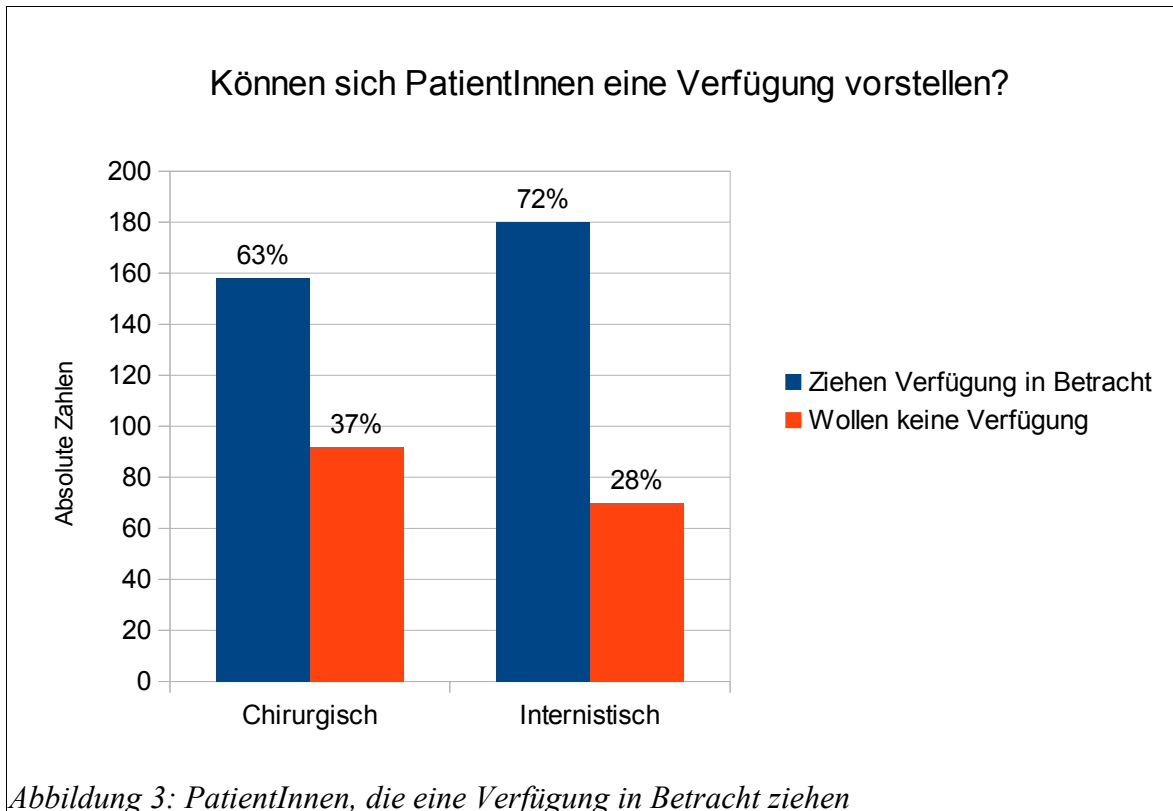


Abbildung 3: PatientInnen, die eine Verfügung in Betracht ziehen

Ein Großteil der PatientInnen denkt nicht nur positiv über Patientenverfügungen, sondern könnte sich auch vorstellen, selbst irgendwann eine auszufüllen. Genau genommen sind es 158 (63,2%) aus der chirurgischen Gruppe sowie 180 (72%) aus der internistischen Gruppe. Obwohl, wie in Punkt 4.1 dargestellt, zuerst weniger internistische PatientInnen über Patientenverfügungen Bescheid wussten, ziehen diese nun um 9 % eher eine Verfügung in Betracht als die chirurgischen PatientInnen. Wären also aus beiden Gruppen gleich viele PatientInnen über Patientenverfügungen informiert gewesen, wäre der Unterschied hier statistisch gesehen noch deutlicher ausgefallen.

#### 4.4 Wie viele PatientInnen haben tatsächlich bereits eine Patientenverfügung?

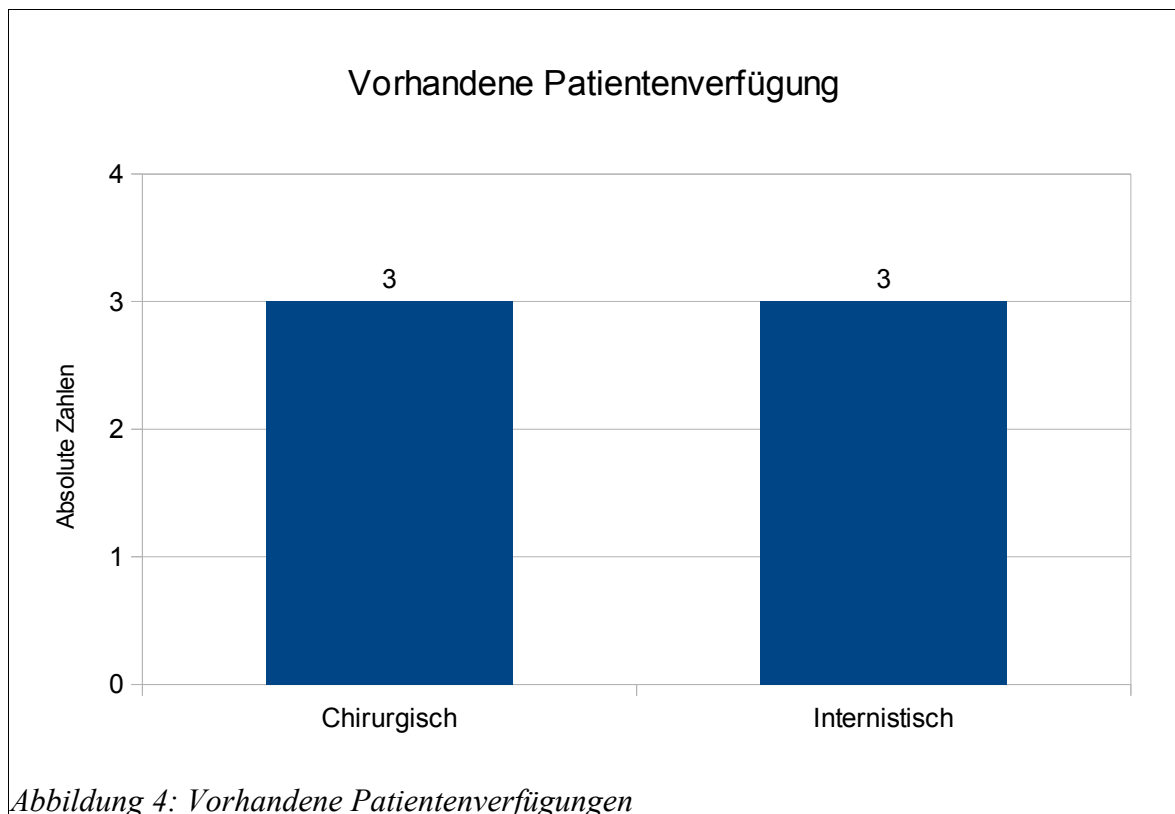
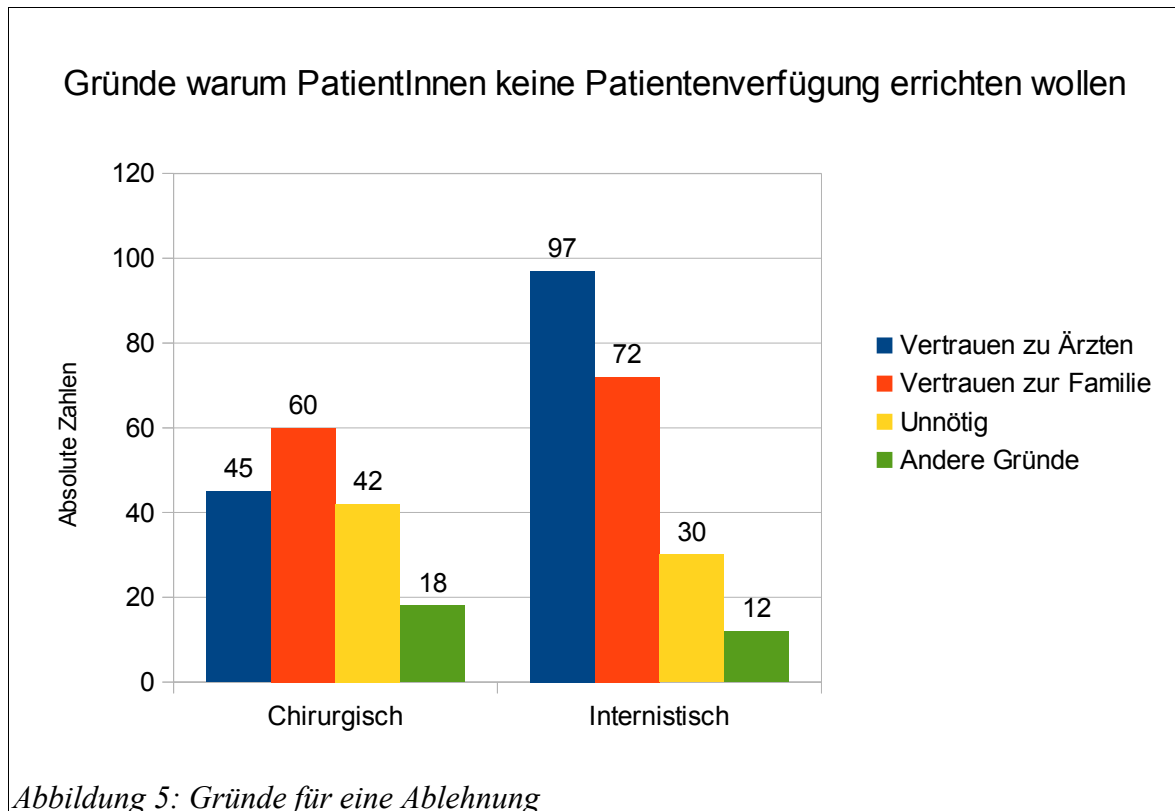


Abbildung 4: Vorhandene Patientenverfügungen

Hier sind die absoluten Zahlen an vorhandenen Patientenverfügungen angezeigt. Man sieht deutlich, dass nur die allerwenigsten PatientInnen bereits eine Verfügung angelegt haben. Von den insgesamt 500 befragten PatientInnen besitzen nur 6 eine Patientenverfügung. Beide Patientengruppen verhalten sich hier identisch, jeweils 3 TeilnehmerInnen besitzen eine Verfügung.

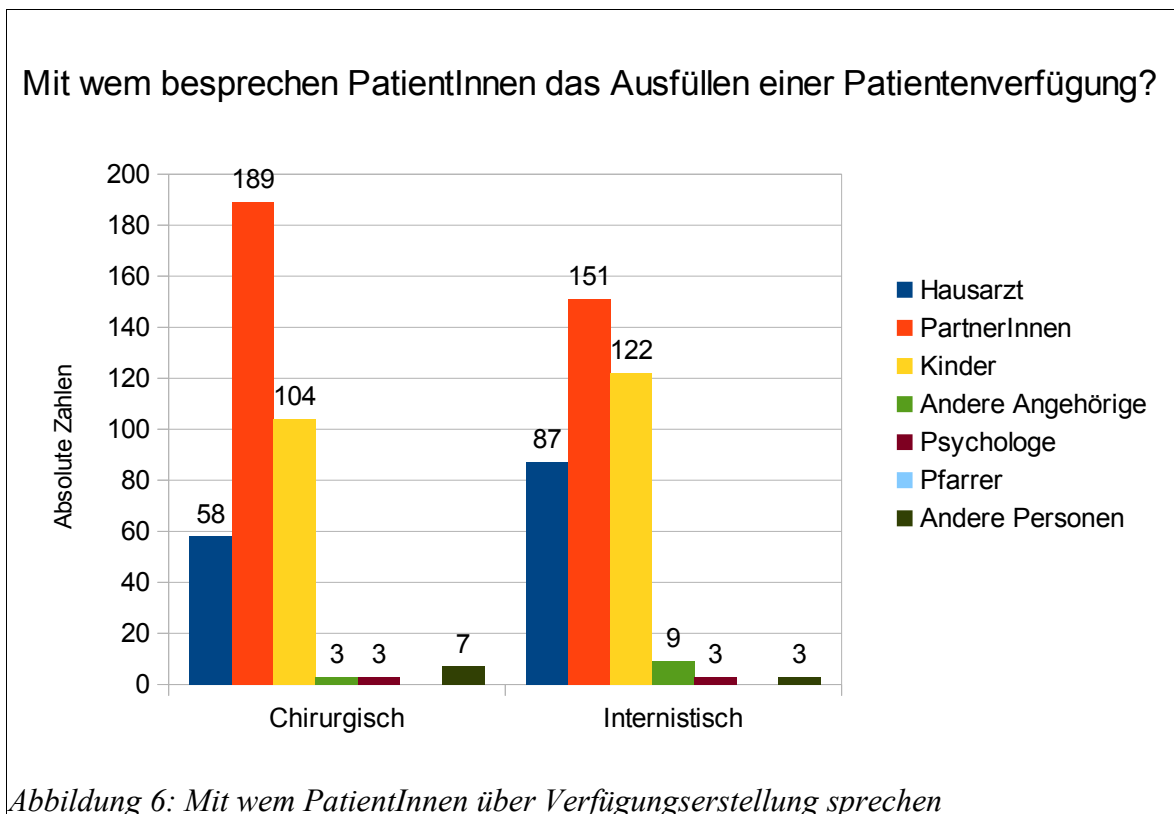
In Prozentzahlen bedeutet dieses Ergebnis, dass 1,2% der befragten PatientInnen eine Verfügung eingerichtet haben. Um die Einflussfaktoren zu untersuchen, die zur Erstellung dieser Verfügungen führten, ist diese Fallzahl zu gering.

## 4.5 Warum PatientInnen keine Verfügung errichten wollen



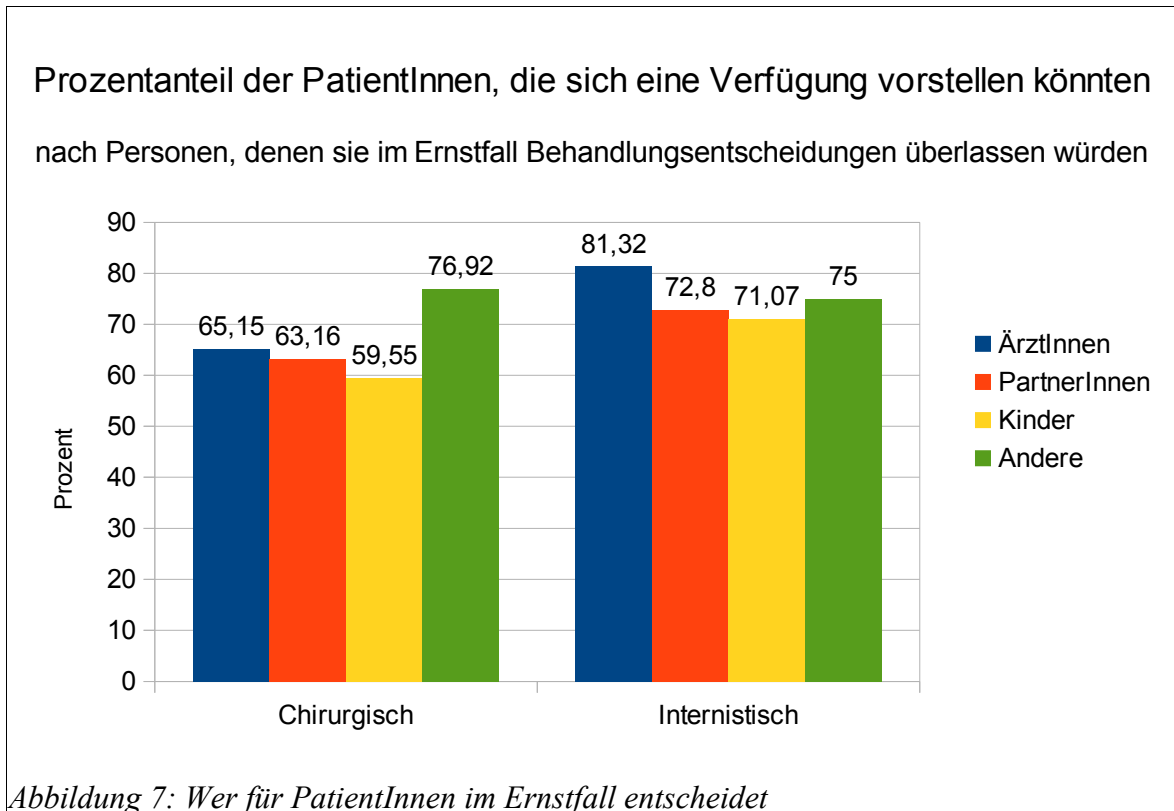
Einige PatientInnen, die sich sehr wohl eine Verfügung vorstellen könnten haben diese Frage gar nicht beantwortet. Andererseits waren hierfür Mehrfachantworten erlaubt. Auffallend ist, dass laut dieser Befragung das ausreichende Vertrauen zu ÄrztInnen in der internistischen Gruppe doppelt so häufig angekreuzt wurde als bei der chirurgischen Gruppe. Auch das Vertrauen zur Familie ist bei der internistischen Gruppe eher gegeben. Die Antwortmöglichkeiten „Unnötig“ sowie „Andere“ wurden dagegen bei der chirurgischen Gruppe häufiger genutzt.

## 4.6 Mit wem würden PatientInnen das Ausfüllen einer Patientenverfügung besprechen?



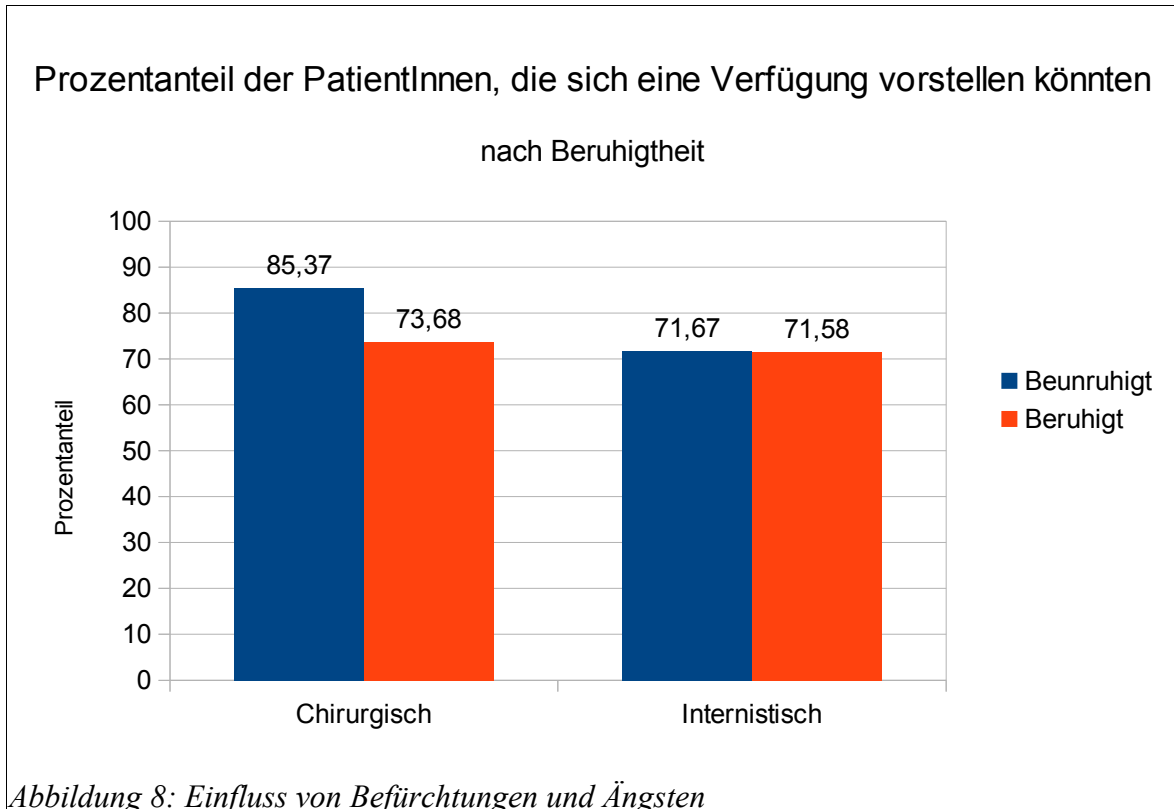
Die Ergebnisse dieser Frage sind in beiden Untersuchungsgruppen ähnlich. Auch hier waren Mehrfachnennungen erlaubt. Am häufigsten werden PartnerInnen in solche Entscheidungen einbezogen, danach folgen Kinder und HausärztInnen. Kinder und HausärztInnen werden in der internistischen Gruppe häufiger einbezogen, PartnerInnen dafür in der chirurgischen Gruppe. Alle anderen Personen, wie Psychologen, Freunde oder entfernter Verwandte, spielen bei den befragten PatientInnen nur sehr selten eine Rolle. Auffällig ist auch, dass die Antwortmöglichkeit „Pfarrer“ kein einziges Mal angekreuzt wurde.

## 4.7 Wer würde für die PatientInnen entscheiden, wenn sie selbst es nicht mehr können?



In diesem Diagramm wird geklärt, ob die Bereitschaft zu Patientenverfügungen davon abhängt, wer im Ernstfall für die PatientInnen Behandlungsentscheidungen trifft. Grundsätzlich ähneln sich die Ergebnisse in den meisten Untergruppen, aber in der chirurgischen Gruppe neigen PatientInnen für die nicht näher erwähnte andere Personen, also weder Familie noch Ärzte, entscheiden würden eher zu Verfügungen. In der internistischen Gruppe hingegen gilt dasselbe für PatientInnen, für die nur ÄrztInnen entscheiden würden.

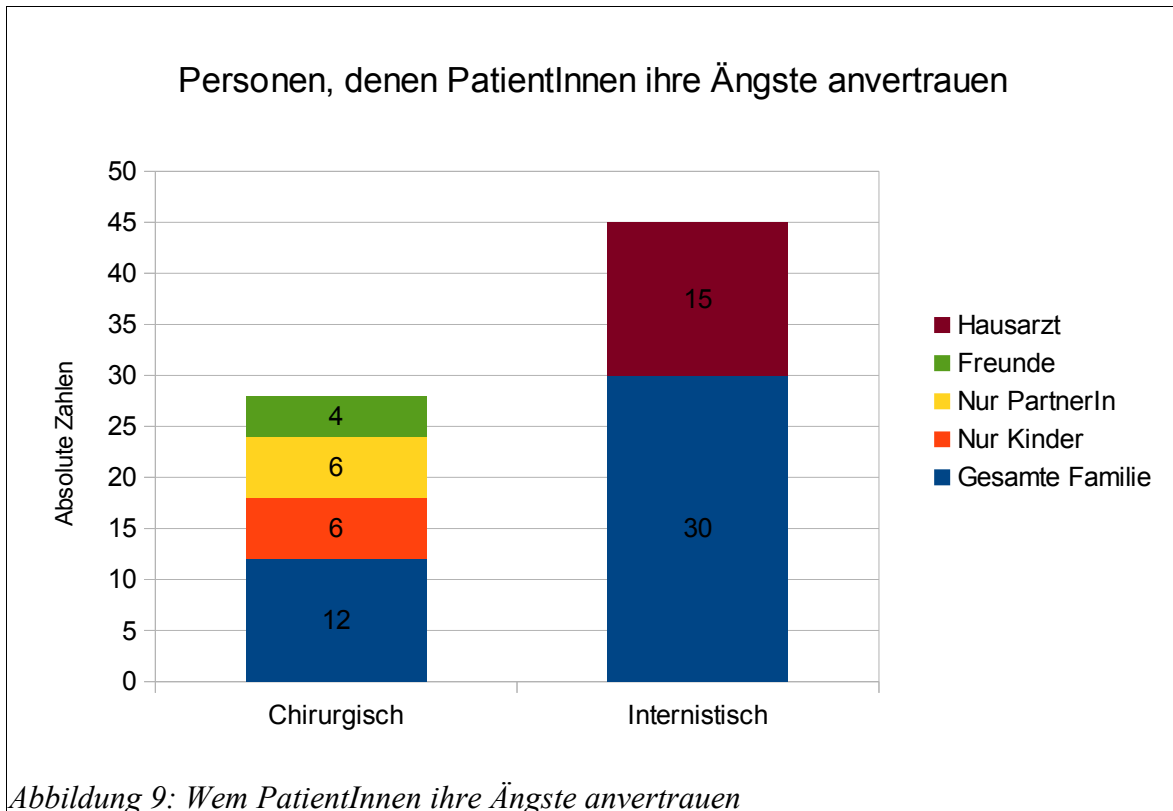
## 4.8 Neigen beunruhigte PatientInnen eher zu Patientenverfügungen?



In der chirurgischen Gruppe sieht man eindeutig, dass PatientInnen, die durch einen Krankenhausaufenthalt verängstigt sind, eher eine Patientenverfügung abschließen würden als die Nichtverängstigten (um etwa 12%). Interessanterweise besteht in der internistischen Gruppe dieser Unterschied überhaupt nicht. Hier ist die Anzahl der beunruhigten und beruhigten PatientInnen sogar fast gleich auf.

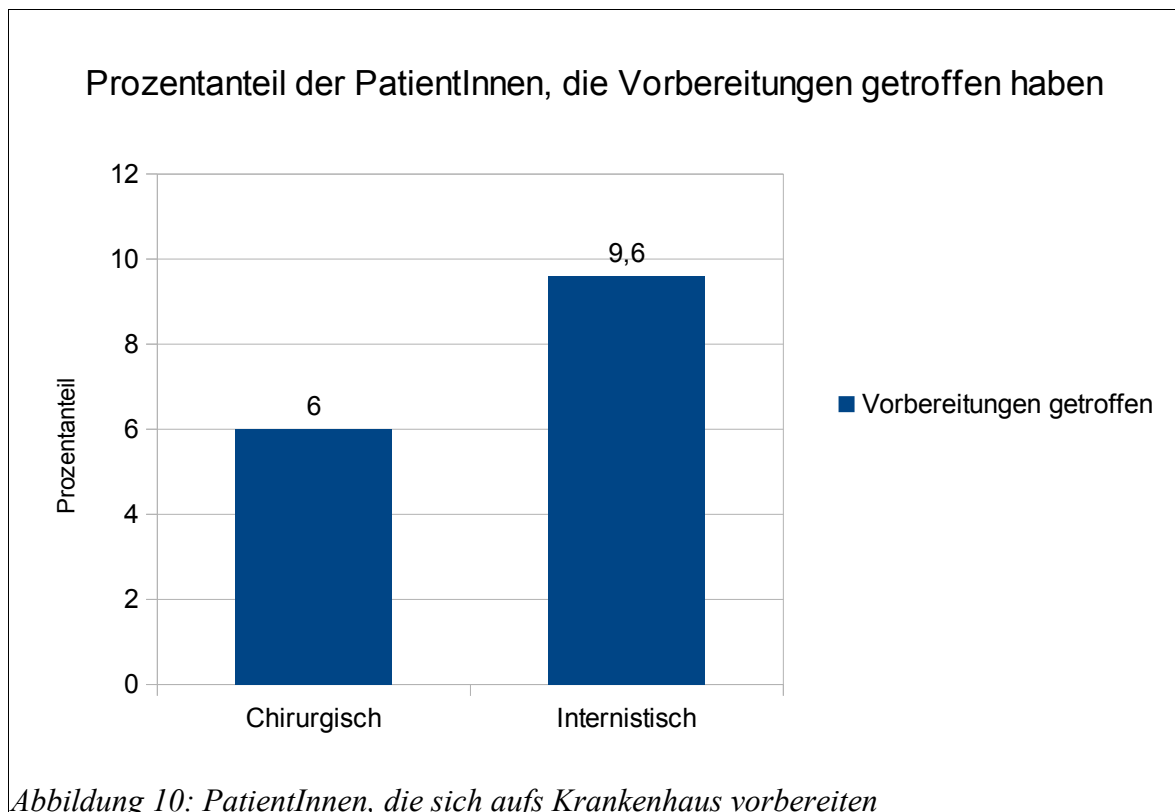
Ob Angst nun einen Einfluss auf die Bereitschaft zu Patientenverfügungen hat, lässt sich aufgrund der ungleichen Ergebnisse in beiden Untersuchungsgruppen kaum sagen.

## 4.9 Mit wem sprechen PatientInnen über ihre Ängste und Befürchtungen bezüglich eines Krankenhausaufenthaltes?



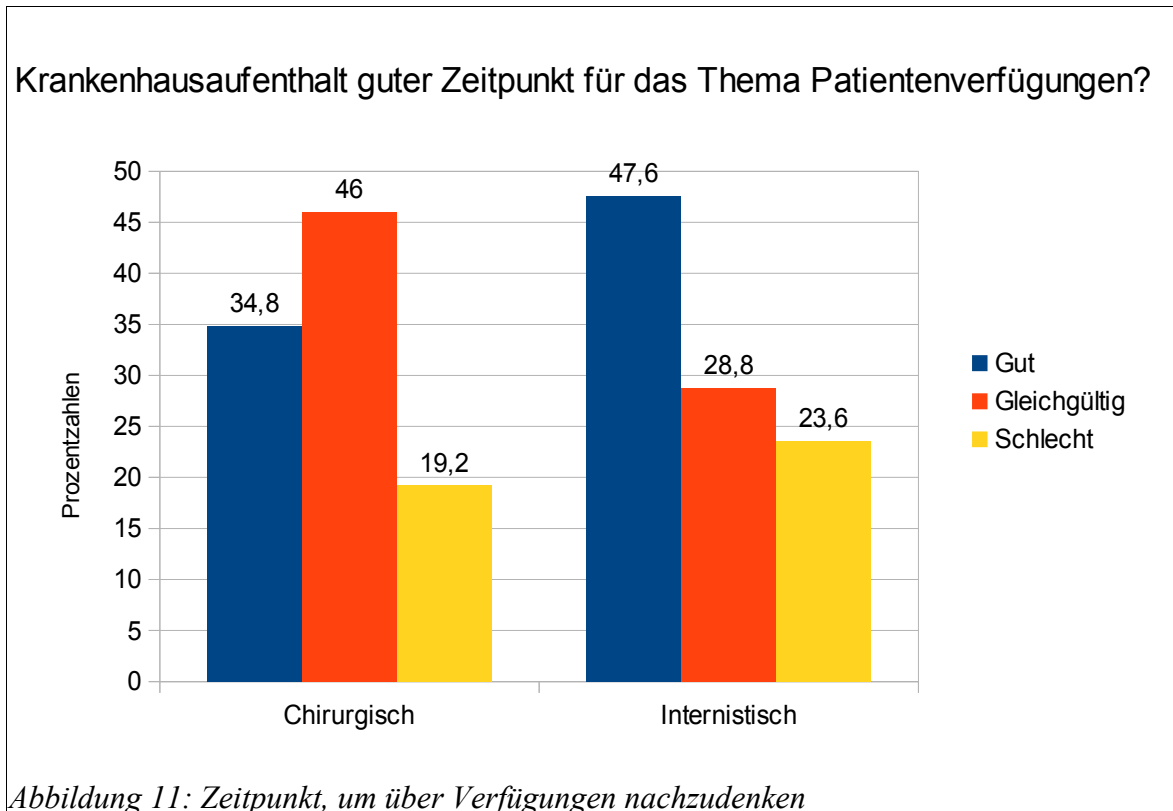
Hier wird gezeigt, wem die durch einen Krankenhausaufenthalt verängstigten PatientInnen ihre Sorgen anvertrauen. In beiden Gruppen wird am ehesten die gesamte Familie (also PartnerInnen plus Kinder) daran beteiligt. In der chirurgischen Gruppe werden in einigen Fällen nur PartnerInnen bzw nur Kinder daran beteiligt, was in der internistischen Gruppe interessanterweise nie ausgewählt wurde. Auch interessant ist, dass HausärztInnen in der internistischen Gruppe oftmals angekreuzt wurden, in der chirurgischen Gruppe jedoch nie. Die Gründe dafür können in dieser Befragung nicht festgestellt werden und müssten in einer gesonderten Arbeit erforscht werden.

#### 4.10 Haben PatientInnen aufgrund ihrer Befürchtungen vor dem Krankenhausaufenthalt spezielle Vorbereitungen getroffen?



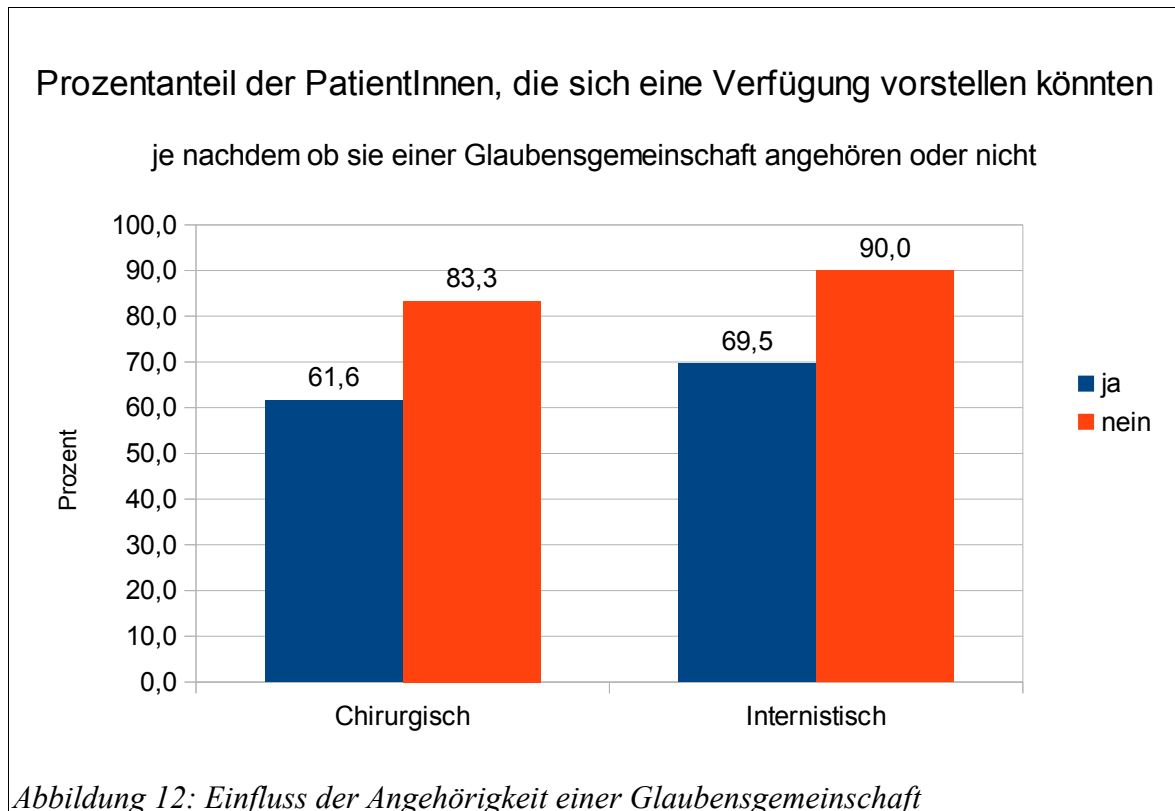
Nur die wenigsten PatientInnen treffen vor einem Krankenhausaufenthalt besondere Vorbereitungen. In dieser Studie waren es 6% der chirurgischen PatientInnen und weit mehr, nämlich 9,6% der internistischen PatientInnen. Da die meisten PatientInnen aber nicht schwer erkrankt sind und auf baldige Genesung hoffen, werden es viele PatientInnen auch als unnötig erachten, sich auf den stationären Aufenthalt speziell vorzubereiten. Auch bereiten sich weit nicht alle speziell vor, die, wie in 4.8 angegeben, mit Vertrauenspersonen über ihre Ängste und Befürchtungen sprechen.

#### 4.11 Ist ein Krankenhausaufenthalt ein guter Zeitpunkt um über Patientenverfügungen nachzudenken?



Eine weitere Frage des Fragebogens war, ob PatientInnen den Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes als gut oder schlecht empfinden, um über Patientenverfügungen nachzudenken. In beiden Gruppen empfanden die wenigsten PatientInnen den Zeitpunkt als schlecht. Jedoch wählten fast die Hälfte der chirurgischen PatientInnen „Gleichgültig“ aus und nur ein Drittel „Gut“. In der internistischen Gruppe hingegen, empfand es die Hälfte als guten Zeitpunkt und nur knapp 29% wählten hier „Gleichgültig“. Zusammenfassend ist der Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes also gut geeignet, um PatientInnen auf das Thema Patientenverfügungen anzusprechen.

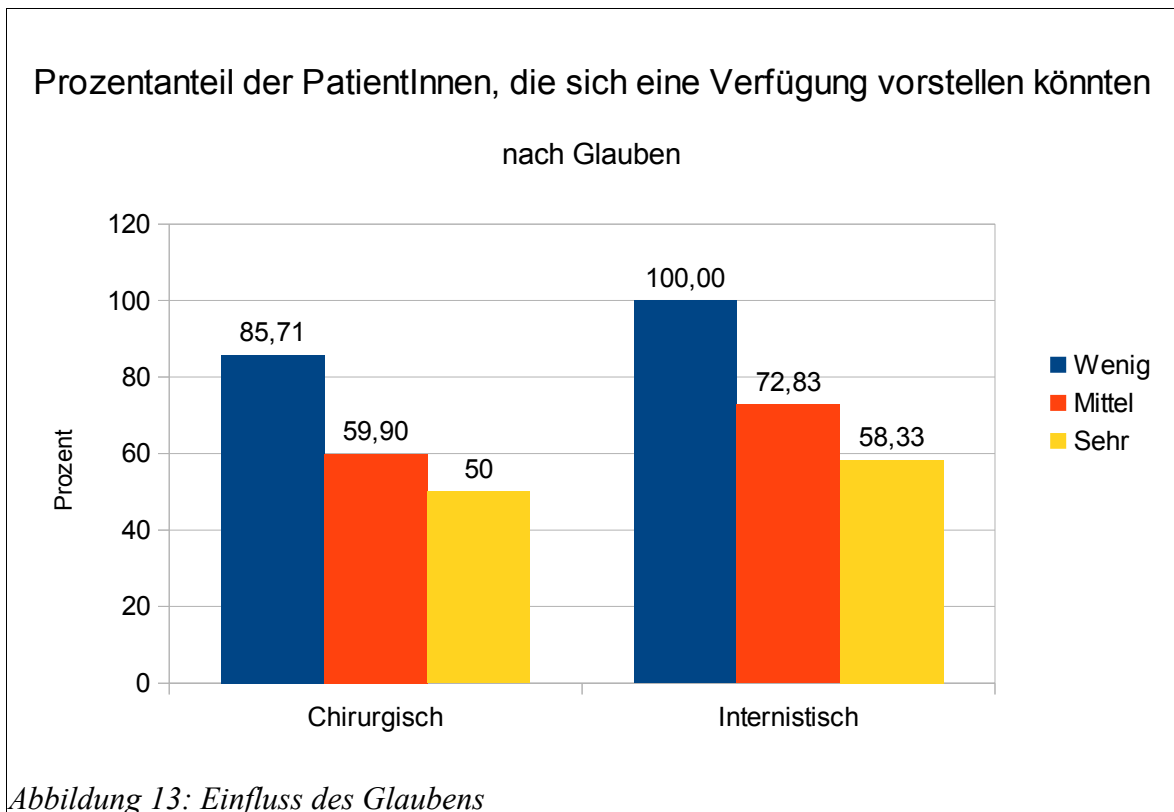
#### 4.12 Spielt die Angehörigkeit zu einer Glaubensgemeinschaft eine Rolle?



Aus diesem Diagramm geht hervor, dass jene PatientInnen, die offiziell keiner Religion angehören, um etwa 20% in beiden Gruppen eher eine Patientenverfügung in Betracht ziehen. Gemeinsam mit dem folgenden Ergebnis aus Punkt 4.12 betrachtet, senkt also Glauben die Bereitschaft, eine Verfügung zu erstellen.

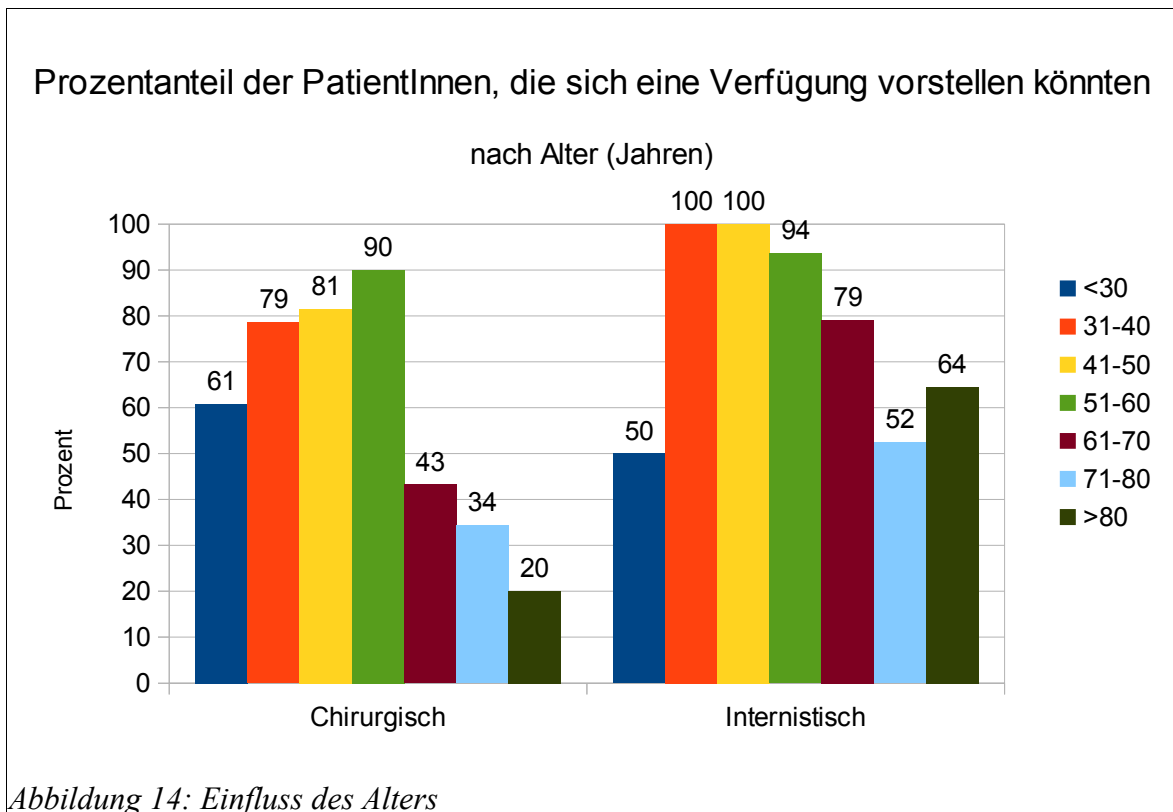
Angemerkt sei hier, dass die Gruppe der Religionsangehörigen mit insgesamt 452 PatientInnen (90,4%) zahlenmäßig weit stärker vertreten war als die Gruppe der PatientInnen, die keiner Religion angehören (48 Personen bzw 9,6%).

#### 4.13 Wie verhält es sich mit der Stärke des Glaubens?



Bei Betrachtung dieser Aufstellung erkennt man sofort, dass auch der Glauben Einfluss darauf hat, ob man sich eine Patientenverfügung vorstellen könnte oder nicht. In beiden Untersuchungsgruppen sinkt die Bereitschaft für eine Patientenverfügung stark mit zunehmendem Glauben. Auch können sich hier die internistischen PatientInnen je nach Untergruppe um 8-15% eher eine Verfügung vorstellen als die chirurgischen PatientInnen. Erwähnt werden muss hier auch, dass in der chirurgischen Gruppe die Untergruppe „Sehr“ mit nur 8 TeilnehmerInnen zahlenmäßig schwach vertreten war und daher nicht als allzu aussagekräftig angesehen werden kann.

#### 4.14 Spielt das Alter eine Rolle?

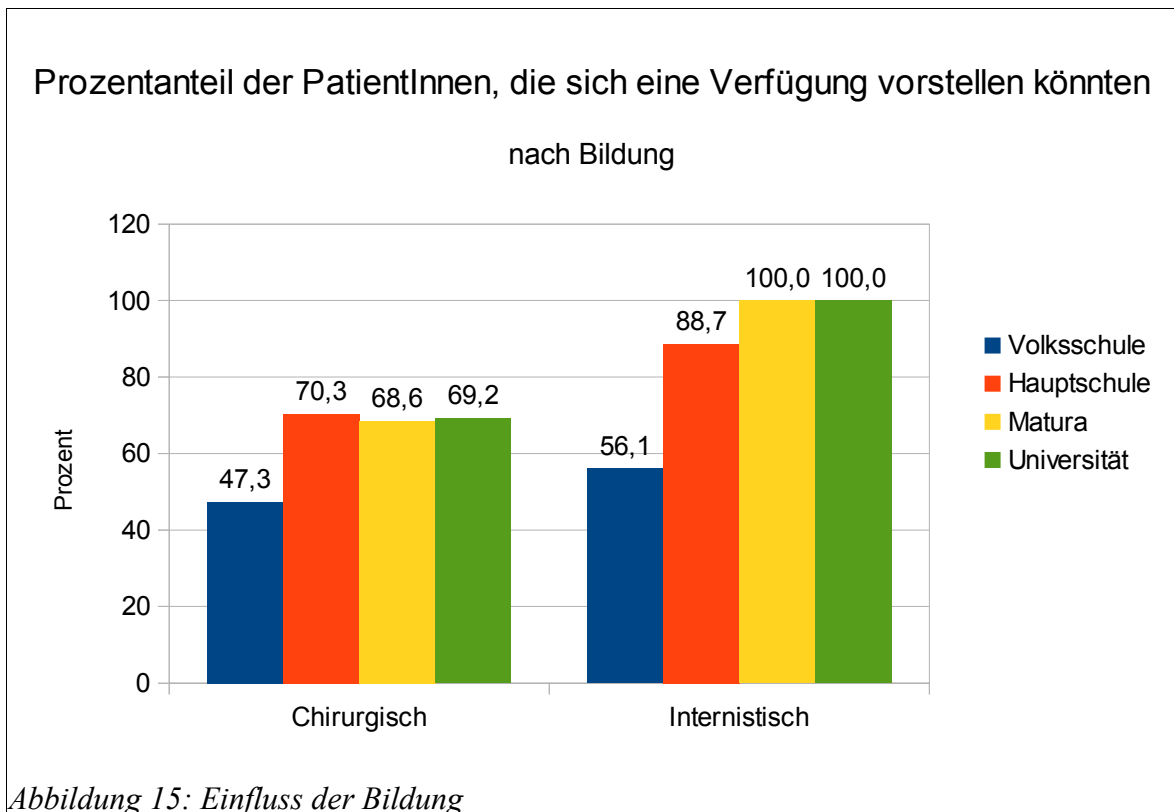


Dieses Diagramm zeigt, dass in beiden untersuchten Gruppen die Meinung zu Patientenverfügungen eine eindeutige Altersabhängigkeit aufweist. In den Altersgruppen <30 bzw ab etwa 60 Jahren können sich weit weniger PatientInnen eine Verfügung vorstellen als in den Gruppen dazwischen.

Erwähnt muss hier werden, dass die im Fragebogen angeführten Altersgruppen <20 bzw >90 Jahren aufgrund geringer Teilnehmerzahlen mit der jeweils nächsten Gruppe zusammengelegt wurden. Dennoch sei angemerkt, dass die Gruppe <30 Jahren sowie 31-40 Jahre in der internistischen Gruppe weit weniger TeilnehmerInnen beinhaltet als die übrigen Gruppen und das Ergebnis daher in Hinblick auf die Gesamtbevölkerung weniger aussagekräftig ist.

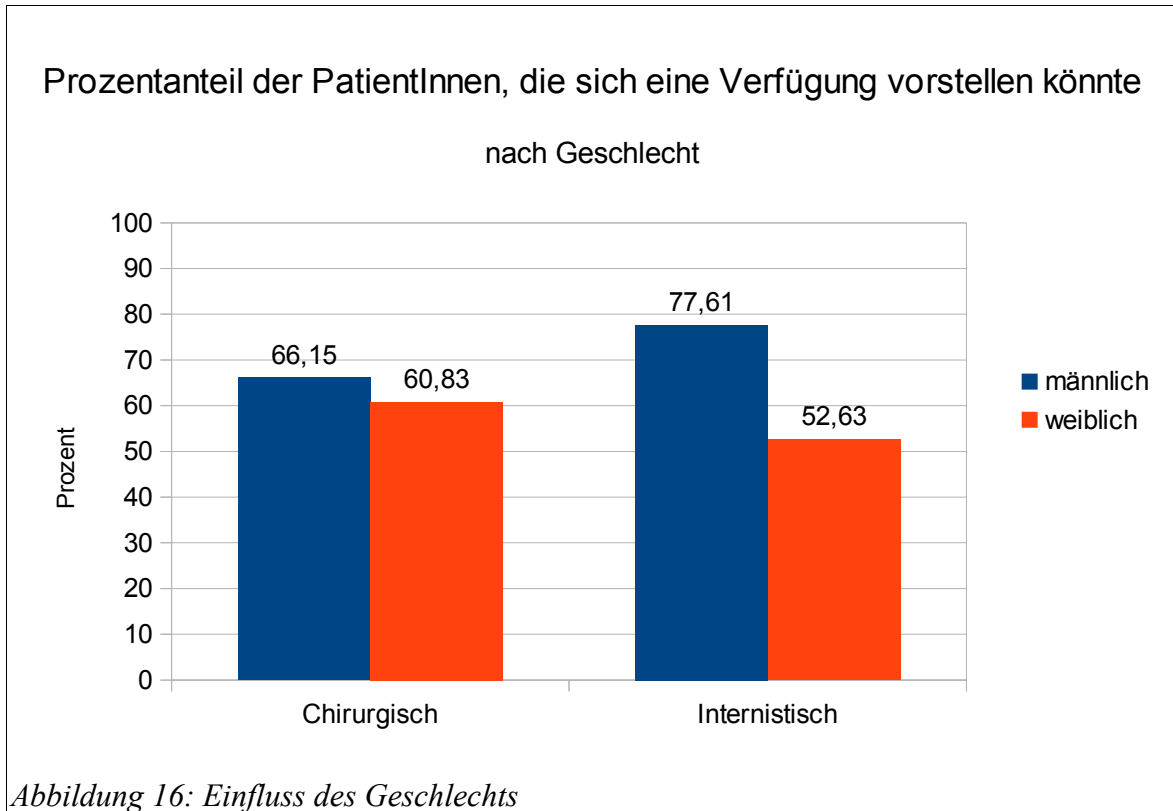
Auch sieht man dass außer bei <30jährigen die internistische Gruppe in jeder Alterssparte eher zu Verfügungen bereit ist als die chirurgische Gruppe, bei den über 60jährigen PatientInnen sogar fast doppelt so häufig.

#### 4.15 Hat Bildung einen Einfluss?



Ab der Hauptschule ändert sich laut diesem Diagramm mit steigender Bildung die Bereitschaft eine Patientenverfügung einzurichten in der chirurgischen Gruppe kaum noch, in der internistischen Gruppe hingegen schon. Die PatientInnen, die lediglich die Volksschule abgeschlossen haben, sind aber weit seltener bereit, eine Verfügung zu errichten. Da es sich bei der gesamten Befragung aber hauptsächlich um ländliche Bevölkerung handelt, hatten die meisten älteren PatientInnen in ihrer Jugend aber gar keine Möglichkeit weitere Bildungseinrichtungen als die Volksschule zu besuchen. Da wir bereits wissen, dass das Alter großen Einfluss hat, ist es hier natürlich fraglich, ob diese Statistik nicht mehr vom Alter als von der Bildung beeinflusst wird.

#### 4.16 Gibt es einen Geschlechterunterschied?

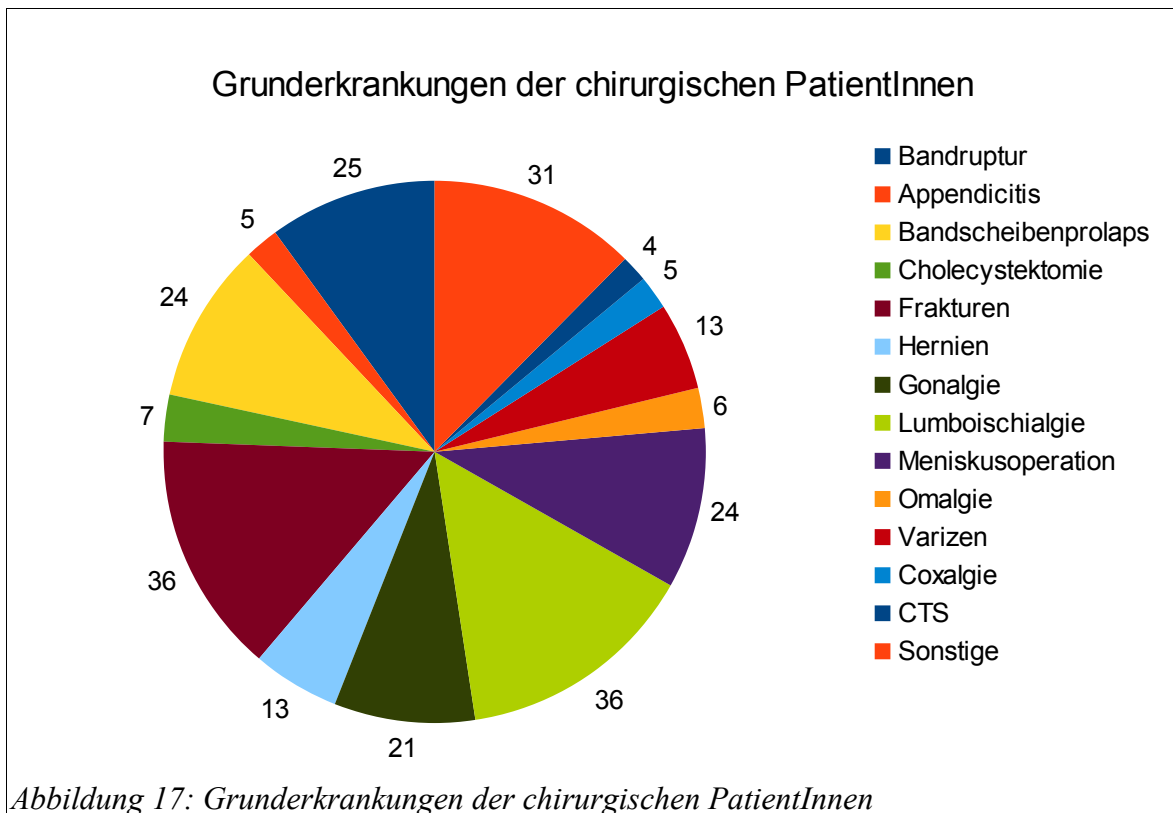


Aus diesem Diagramm wird ersichtlich, dass männliche Patienten sich um etwa 5,5% in der chirurgischen Gruppe bzw sogar 25% in der internistischen Gruppe eher eine Patientenverfügung vorstellen könnten als weibliche PatientInnen.

Dazu kommt, dass sich männliche chirurgische Patienten um über 11% weniger eine Verfügung vorstellen können als männliche internistische Patienten, weibliche chirurgische Patientinnen aber um 8 % eher als ihre internistischen Gegenüber.

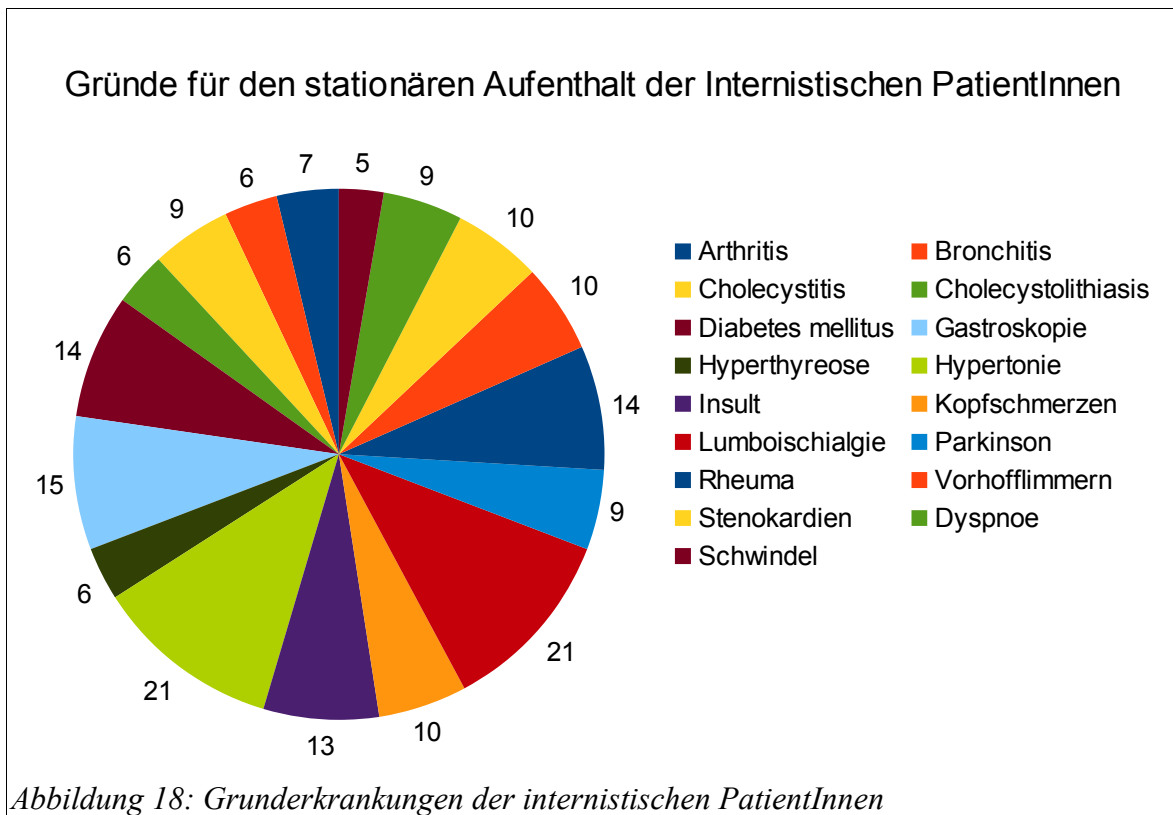
Insgesamt bedeutet dies, dass sich um rund 8% mehr PatientInnen aus der internistischen Gruppe eine Patientenverfügung vorstellen könnten als aus der chirurgischen Gruppe.

#### 4.17 Woran litten die chirurgischen PatientInnen?



Die häufigsten Gründe warum die befragten PatientInnen stationär auf der chirurgischen Abteilung lagen waren Frakturen und Lumboischialgie (je 14,4%), Bandrupturen (10%), Bandscheibenprolaps und Meniskusoperationen (je 9,6%) sowie Gonalgie (8,4%). Außerdem lief keiner der befragten PatientInnen in einem palliativen Setting noch befand sich jemand in einem lebensbedrohlichen Zustand. Wollte man also wissen, ob PatientInnen mit Nähe zum Lebensende häufiger Patientenverfügungen besitzen, könnte man daher diese Studie nicht heranziehen.

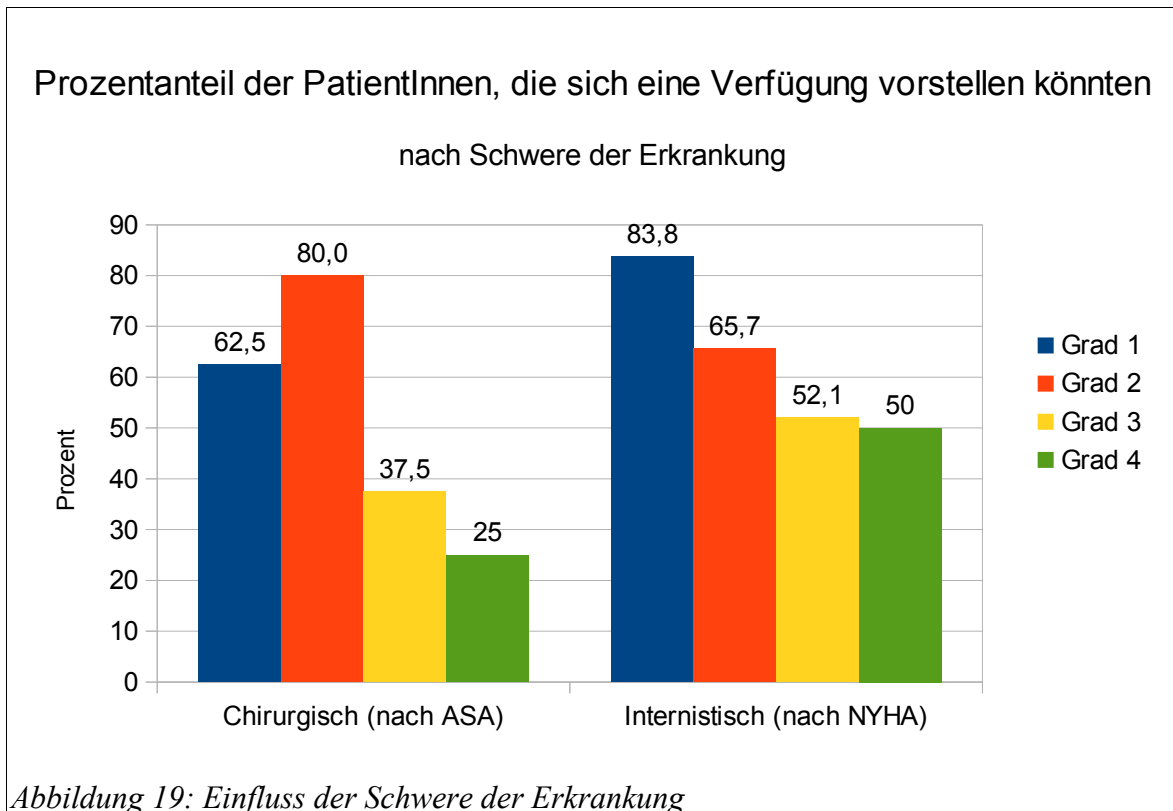
#### 4.18 Woran litten die internistischen PatientInnen?



Hier sind die häufigsten Gründe, warum die befragten PatientInnen stationär auf der internistischen Abteilung aufgenommen wurden. An erster Stelle stehen Hypertonie und Lumboischialgie (je 8,4%), danach Gastroskopie (6%), Diabetes mellitus und Rheuma (je 5,6%) sowie Insult (5,2%). Grundsätzlich sind die Diagnosen und Ursachen des stationären Aufenthaltes hier unterschiedlicher als in der chirurgischen Gruppe.

Auch keiner der befragten internistischen PatientInnen wurde palliativ betreut, jedoch waren die PatientInnen auch aufgrund des höheren Alters meist in einem schlechteren Allgemeinzustand. Akute Lebensbedrohung kam jedoch auch hier nicht vor.

#### 4.19 Ändert die Schwere der Erkrankung die Meinung der PatientInnen?



Aus diesem Diagramm wird ersichtlich, dass auch die Schwere der Erkrankung Einfluss auf die Bereitschaft der PatientInnen, eine Verfügung zu erstellen, nimmt. In beiden Gruppen sinkt überraschenderweise die Bereitschaft mit zunehmendem Erkrankungsgrad. Somit sind PatientInnen, die am ehesten bald Nutzen aus einer Verfügung ziehen würden, am abgeneigtesten diesem Thema gegenüber. Ausnahme bildet die chirurgische Gruppe mit den ASA Graden 1 und 2, denn hier steigt die Bereitschaft zwischen diesen beiden Graden sogar deutlich. Danach bei Grad 3 sinkt die Bereitschaft aber wieder umso stärker.

## **5 Diskussion**

In diesem Kapitel wird auf die Probleme und Kritikpunkte an dieser Studie eingegangen. Es werden Vergleiche zu anderen ähnlichen Studien hergestellt und sich Gedanken über die Ergebnisse gemacht.

### **5.1 Probleme bei der Durchführung**

Wie bei jeder Studie sind auch hier während der Durchführung einige Probleme aufgetaucht, mit denen man zu anfangs nicht gerechnet hat. Um zukünftigen Arbeiten diese Probleme zu ersparen, sind sie in den folgenden Unterpunkten angeführt.

#### **5.1.1 Einwilligung der PatientInnen**

Obwohl die meisten PatientInnen bedenkenlos an der Befragung teilgenommen haben, gab es doch einige, die sich an der abschließenden Unterschrift zur Einwilligung an der anonymen Auswertung gestoßen haben. Viele davon willigten nach einem kurzen weiteren Aufklärungsgespräch schließlich doch ein, aber einige verweigerten dennoch ihre Unterschrift, da sie trotz genauer Aufklärung Angst hatten, sich hierbei zu etwas zu verpflichten oder gar Kosten zu tragen hätten.

#### **5.1.2 Präzise Fragen stellen**

Auch wenn mir am Anfang sämtliche Fragen des Fragebogens klar verständlich erschienen, stellte sich bereits nach kurzer Zeit doch heraus, dass einige PatientInnen Probleme damit hatten. Als Beispiel dient hier die Frage „Gehören Sie einer Glaubensgemeinschaft an?“. Nun hätte man das Wort Glaubensgemeinschaft wohl durch das Wort Religion ersetzen sollen, da manche ältere PatientInnen dachten, es werde hier nach Sektenzugehörigkeit gefragt und die Frage damit fälschlicherweise mit „nein“ beantwortet. Auch die Frage nach der Grunderkrankung verursachte Probleme, weshalb ich meist einfach nach dem Grund des Spitalsaufenthaltes fragte.

Solche Probleme mit den Fragestellungen ließen sich wohl großteils vermeiden, wenn man den Bogen im Vorhinein älteren Menschen, beispielsweise den eigenen Großeltern, zum Probelesen geben würde und so auf schlecht formulierte Ausdrücke schon im Vorfeld hingewiesen werden würde.

### 5.1.3 Ungleiche Probandenverteilungen

Abgesehen von der PatientInnenzahl pro Fachgebiet wurden alle anderen Faktoren des Patientenguts vom Zufall bestimmt. Daher ergab sich eine unausgeglichene Altersverteilung oder auch Geschlechtsverteilung. So waren die meisten an der Befragung beteiligten chirurgischen PatientInnen zwischen 40 und 60 Jahre alt, die meisten internistischen PatientInnen hingegen zwischen 60 und 80 Jahre alt. Selbiges Ungleichgewicht gilt natürlich auch für andere Fragen wie Geschlecht, Schwere der Erkrankung, Glauben, usw. Will man daher eine noch genauere Auskunft erhalten, müsste man auch hier auf ausgeglichene Fallzahlen achten.

## 5.2 Ergebniszusammenfassung

Insgesamt wussten 63,8% der PatientInnen über die Möglichkeit einer Patientenverfügung Bescheid. Außerdem gaben 90,4% an, dass sie Patientenverfügungen interessant und sinnvoll finden, wobei sich 67,6% sogar vorstellen konnten, irgendwann im Leben selbst eine Verfügung einzurichten. Dies steht natürlich im krassen Gegensatz zu den 1,2% die tatsächlich bereits eine Verfügung erstellt haben.

Die Gründe warum PatientInnen keine Verfügung erstellen wollen, sind hauptsächlich das ausreichende Vertrauen zu den ÄrztInnen (145 mal angegeben), das Vertrauen, dass die Familie im Ernstfall die richtigen Entscheidungen trifft (132 mal) sowie die Unnötigkeit einer solchen Verfügung (72 mal).

Ähnlich fiel auch das Ergebnis der Frage aus, mit wem PatientInnen das Ausfüllen einer Verfügung besprechen würden. PartnerInnen wurde 340 mal angegeben, Kinder 226 mal und die HausärztInnen 145 mal.

Wer zur Zeit im Ernstfall für die PatientInnen entscheiden würde, wurde wie folgt beantwortet. In 73,24% fiel unter anderem die Wahl auf die ÄrztInnen, in 67,98% auf die PartnerInnen, in 65,31% auf die Kinder sowie in 75,96% auf Sonstige.

Die Angst vor dem Krankenhausaufenthalt hatte in der chirurgischen Gruppe den Effekt, dass um 12% eher eine Verfügung vorstellbar war. In der internistischen Gruppe trat dieser Unterschied allerdings nicht auf.

Von den 73 PatientInnen, die vor dem Krankenhausaufenthalt mit jemandem über ihre Ängste und Befürchtungen sprachen, taten dies 73,97% mit Familienmitgliedern und 20,55% mit ihren HausärztInnen. Spezielle Vorbereitungen trafen aber im Durchschnitt nur 7,8% aller PatientInnen.

Was den Zeitpunkt betrifft, wann PatientInnen mit dem Thema Patientenverfügungen konfrontiert werden, halten, bei deutlichen Unterschieden in beiden Gruppen, im Schnitt 41,2% den Krankenhausaufenthalt als gut, 37,4% als gleichgültig und 21,4% als schlecht. Was den Glauben betrifft, führt die Angehörigkeit zu einer Religion zu einer um 20% erhöhten Wahrscheinlichkeit, dass PatientInnen sich keine Verfügung vorstellen können. Auch die Stärke des Glaubens hat Einfluss, während sich von den wenig Gläubigen noch 92,86% der PatientInnen eine Verfügung vorstellen können, sind es bei den mittelstark Gläubigen nur noch 66,37% und bei den sehr Gläubigen sogar nur mehr 54,17%. Auch das Alter spielt eine entscheidende Rolle, vor allem die 30-60jährigen PatientInnen können sich sehr häufig eine Verfügung vorstellen, wohingegen der Rest etwas abgeneigter ist. Genaue Zahlen sind Kapitel 4.14 zu entnehmen.

Als nächsten Einflussfaktor konnte die Bildung festgemacht werden. Während sich die PatientInnen, die nur die Volksschule absolvierten, zu 51,7% eine Verfügung vorstellen können, sind es bei den MaturantInnen schon 84,45%.

Auch das Geschlecht hat deutlichen Einfluss auf die Bereitschaft zu Patientenverfügungen. Je nach Gruppe konnten sich Männer um 5,5% bzw 25% eher eine Verfügung vorstellen als die Frauen.

Schlussendlich hat sich auch die Schwere der Erkrankung noch auf das Ergebnis ausgewirkt. Die weniger stark Erkrankten konnten sich deutlich eher eine Verfügung vorstellen als die schwerer Erkrankten. Auch hier sind genaue Zahlen dem Kapitel 4.19 zu entnehmen.

## **5.3 Kritik an Ergebnissen**

Durch die Befragung kamen viele Erkenntnisse ans Licht, jedoch sind nicht alle gleich aussagekräftig. Deswegen werden die Ergebnisse hier genauer beleuchtet und etwaige Kritikpunkte angebracht.

### **5.3.1 Sehr niedrige Zahl an erstellten Patientenverfügungen**

Wie im Ergebnisteil angeführt, hatten nur 6 der 500 befragten PatientInnen tatsächlich bereits eine Patientenverfügung. Mit dieser niedrigen Zahl ließe sich natürlich keine sinnvolle Auswertung durchführen, daher wurden die meisten Fragestellungen darauf bezogen, ob die PatientInnen sich eine Verfügung vorstellen könnten. Wollte man nun wirklich feststellen warum PatientInnen eine Verfügung erstellt haben, müsste man eine adäquate Gruppe an Verfügungsbesitzern in die Studie einbeziehen.

Da es laut dieser Studie in ländlichen Gegenden ohne große Kliniken aber kaum solche Verfügungen gibt, wäre es zumindest noch heutzutage schier unmöglich dieses Projekt in annehmbarer Zeit abzuschließen. Andere Studien zeigen, dass vor allem an Palliativstationen zahlreiche PatientInnen anzutreffen sind, die bereits eine Patientenverfügung erstellt haben, wie folgende internationale Studie zeigt, in der 159 PatientInnen an eben solchen Stationen befragt wurden: „The prevalence of a formal written AD was 79% in the United States, 18% in Germany, and 9% in Japan“ (Voltz, R. et al 1998;). Im Gegensatz zu den 18% an Patientenverfügungen in Deutschland an Palliativstationen steht eine weitere deutsche Studie, durchgeführt an 2050 zufälligen Personen. Die dortige Häufigkeit an Patientenverfügungen mit „2.5 % of patients who have actually written advance directives“ (Schröder C. et al 2002) ähnelt schon eher den 1,2% dieser Studie.

### **5.3.2 Fehlende Unterscheidung chronische/akute Erkrankung**

Wir haben gesehen, dass ein eindeutiger Unterschied zwischen der chirurgischen und internistischen Gruppe besteht. Dass die Ursache hierfür am Durchschnittsalter der PatientInnen liegen könnte, wird durch das Altersdiagramm in Punkt 4.14 widerlegt, da auch ältere chirurgische PatientInnen weniger offen für Verfügungen sind als ihre gleichaltrigen Gegenüber. Laut Punkt 4.19 ist auch die Schwere der Erkrankung nicht verantwortlich für dieses Phänomen, da sich auch schwer kranke chirurgische PatientInnen nur selten eine Verfügung vorstellen können. Somit bleibt die Frage nach der Ursache für diesen Unterschied weiter offen. Ein möglicher Grund wäre die Art der Erkrankung, also Unterscheidung zwischen akut und chronisch. Viele stationäre chirurgische PatientInnen leiden an akuten Problemen wie Knochenfrakturen oder Appendicitis, die sich in den meisten Fällen mittels Operation vollständig heilen lassen. Internistische PatientInnen hingegen leiden oft an chronischen Erkrankungen, die sich nur selten heilen lassen und daher bis ans Lebensende mitgetragen werden müssen. Dieser Umstand könnte durchaus für die größere Neigung zu Verfügungen verantwortlich sein. Untersucht wurde es in dieser Arbeit nicht, könnte also als Anreiz für eine weitere Studie dienen.

### **5.3.3 Glauben**

Laut Punkt 4.13 spielt Glauben eine wesentliche Rolle in der Bereitschaft für Patientenverfügungen. Allerdings wie bereits dort kurz erwähnt, sind die Fallzahlen der Gruppen „Wenig gläubig“ und „Sehr gläubig“ weitaus geringer als die Gruppe der Mittelschicht.

Auch wenn die Zahlen hoch genug für eine repräsentative Aussage sind, sollten bei genauerer Interesse an dieser Fragestellung die Fallzahlen in einer speziell dafür ausgelegten Arbeit ausgewogener sein.

### **5.3.4 Bildung**

Ebenfalls im Ergebnisteil bereits kurz erwähnt wurde das Problem, den Bildungsstand älterer PatientInnen an abgeschlossener Schulbildung festzumachen. Nur eine vergleichsweise winzige Gruppe der über 60jährigen ländlichen Bevölkerung hat mehr als die Hauptschule abgeschlossen, der Großteil sogar nur die Volksschule. Wie ebenfalls bereits erwähnt liegt dies an den damaligen logistischen, finanziellen sowie auch, aufgrund vieler Arbeit zu Hause, zeitlichen Problemen. Somit hängt der Bildungsstand quasi direkt mit dem Alter zusammen.

Da wir bereits wissen, dass ältere PatientInnen weniger offen für Verfügungen sind, drängt sich die Frage auf, ob das Ergebnis der Bildungsfrage nicht weit mehr vom Alter beeinflusst wird als von der Bildung selbst. Wollte man dieser Fragestellung genauer nachgehen, müsste man eine ähnliche Befragung mit PatientInnen nur einer gewissen Altersgruppe durchführen, beispielsweise 30-40jährige.

### **5.3.5 Zeitpunkt der Befragung**

Auch wenn der Großteil der befragten PatientInnen den Zeitpunkt der Befragung im Krankenhaus als gut oder zumindest gleichgültig empfunden hat, stellt sich natürlich die Frage, ob die Ergebnisse anders ausgefallen wären, hätte man Menschen zu Hause ohne aktuellen Bezug zu Erkrankungen gefragt. Es wäre naheliegend, dass gesunde Menschen weniger offen für Patientenverfügungen sind. Um diese Frage zu beantworten, wäre wieder eine eigene Studie notwendig.

## 5.4 Vergleich zu anderen Studien

Auch in anderen Teilen der Welt beschäftigt man sich seit Jahren wissenschaftlich mit dieser Thematik. Hier sei aus Verständnisgründen erwähnt, dass das Wort „Patientenverfügung“ im Englischen meist mit „living will“ oder „advance directive“ übersetzt wird.

In einer aktuellen spanischen Arbeit widmete man sich der Frage, wie der typische Besitzer einer Patientenverfügung aussieht. Dazu wurden 123 BesitzerInnen einer Patientenverfügung herangezogen.

„Those that made an LW, were mainly women (64.2%), had a mean age of 53.3 years (SD: 14.5), higher levels of education (61% with at least secondary education), and a lifestyle other than living with a partner, and with children (67.5%)“ (Del Pozo,K. 2014;). Dies bestätigt zwar einerseits unser Ergebnis, dass höhere Bildung eher zu Verfügungen führt, jedoch widerspricht es unserer Geschlechterverteilung. Laut unserer Befragung waren ja Männer eher bereit, eine Verfügung abzuschließen.

In einer anderen, diesmal finnischen, Studie ging es zwar grundsätzlich um Reanimationen, jedoch wurden auch dort Informationen zu Patientenverfügung erhoben. „Forty-four of the 378 participants (12%) had a LW. As compared with those without one (n = 334), there were more women [82% (36/44) vs. 63% (210/334)] and widows [57% (25/44) vs. 41% (135/334)] among those with a LW“ (Laakkonen,M.L. 2004;). Einerseits ist hier auffällig, dass mit 12% deutlich mehr PatientInnen eine Verfügung hatten als bei unserer Befragung (1,2%). Außerdem war hier mit 82% der Frauenanteil sogar noch höher.

Auch interessant ist die Tatsache, dass Witwen eher Verfügungen abschlossen.

Neben der Patientenverfügung gibt es natürlich auch noch andere Wege seinen Willen im Vorhinein festzulegen. Beispielsweise könnte man sich an eine Vertrauensperson wenden oder Jemanden mit einer Vorsorgevollmacht ausstatten. In einer amerikanischen Studie wurde überprüft, wie viele PatientInnen einer Herz-Intensivstation, also wirklich schwer Kranke, überhaupt irgendeine Vorsorge bzgl ihres Willens getroffen haben. „The prevalence of use of any advance directives was 26% in 112 patients hospitalized in a cardiac care unit (CCU)/intensive care unit (ICU) in an academic medical center“ (Kumar,A. 2010;).

## 5.5 Mögliche Konsequenzen

Zur ersten Konsequenz führt die Tatsache, dass über ein Drittel der befragten PatientInnen noch nie von einer Patientenverfügung gehört hat. Hier herrscht also dringend Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung. Wie genau man diese Informationen unter die Menschen bringen sollte, bleibt noch zu überlegen. Eine allgemeine Postwurfsendung würde wohl großteils ignoriert werden, daher sollte man hier vermutlich die AllgemeinmedizinerInnen einbinden, da es ja auch diese sind, die in den meisten Fällen gemeinsam mit den PatientInnen die Verfügungen erstellen.

Viele PatientInnen gaben als Ablehnungsgrund auch das Vertrauen zur Familie an. Da es sich hier um ländliches Patientengut handelt, dürfte diese Antwort überdurchschnittlich häufig gewählt worden sein.

Jedoch gibt es auch hier immer weniger Großfamilien bzw eventuelle Pflegemöglichkeiten innerhalb der Familie. Insofern ist anzunehmen, dass in Zukunft mehr Menschen Patientenverfügungen abschließen, da familiäre Vertrauenspersonen seltener werden. Auch haben wir erfahren, dass mit steigendem Erkrankungsgrad sowie Alter die Bereitschaft für eine Verfügung abnimmt, daher würde eine Aufklärungskampagne an gesunden, jüngeren Menschen wohl am effektivsten sein und am ehesten angenommen werden, wohingegen sich schwerer erkrankte, ältere PatientInnen weniger leicht beeinflussen lassen.

## 5.6 Schlussfolgerung

Nun folgen abschließend die Erkenntnisse, die diese Studie gebracht hat.

Das Thema Patientenverfügung ist, wie in Punkt 4.1 ersichtlich, auch in ländlichen Gebieten Österreichs knapp zwei Dritteln der Bevölkerung bekannt und viele davon hegen durchaus Interesse daran, irgendwann selbst eine Verfügung einzurichten. Nichtsdestotrotz ist auch der Anteil der Unwissenden groß, weshalb Aufklärungsarbeit sicher notwendig sein wird.

Außerdem ist klar geworden, dass viele Faktoren Einfluss darauf haben, ob man eine solche Verfügung erstellt. Dazu zählen Geschlecht, Alter, Familie, Erkrankungsgrad, Bildung, Glauben usw.

Die Gründe weshalb Menschen keine Verfügung erstellen wollen, sind ebenfalls vielschichtig, liegen aber hauptsächlich im Vertrauen zu Familie und Ärzten bzw in der aktuellen gesundheitlichen Unnotwendigkeit. Möchte man also mehr Menschen zur

Erstellung einer Verfügung bewegen, müsste man wohl an letzterer Gruppe ansetzen. Auch wurde ersichtlich, dass dieses Thema nicht nur in Österreich behandelt wird. Andere Staaten wie Spanien oder die USA bieten ähnliche Modelle zur Willensbezeugung an. Obwohl gerade in den letzten Jahren viel in diese Richtung geforscht wird, muss man sich auch in Zukunft weiter mit diesem Thema beschäftigen und bisher offen gebliebene Fragen beantworten. Immerhin nützen Patientenverfügungen nicht nur den PatientInnen selbst, sondern auch den behandelnden ÄrztInnen, in dem sie schwere Behandlungsentscheidungen auf rechtlich abgesichertem Boden übernehmen.

## 6 Literaturverzeichnis

- Barth, Peter; Ganner, Michael (Hg.) (2010 // 2007): Handbuch des Sachwalterrechts. Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. 2., aktualisierte Aufl., Stand: 1.1.2010. Wien: Linde (Schriftenreihe der Interdisziplinären Zeitschrift für Familienrecht, 1 // [1]).
- Brauer, Susanne (2008): Die Autonomiekonzeption in Patientenverfügungen – Die Rolle von Persönlichkeit und sozialen Beziehungen. In: *Ethik Med* 20 (3), S. 230–239. DOI: 10.1007/s00481-008-0579-x.
- Del Pozo, Katia; López-Torres, Jesús; Simarro, M. José; Navarro, Beatriz; Rabanales, Joseba; Gil, Vicente (2014): Características sociosanitarias de quienes formalizan el documento de voluntades anticipadas. In: *Semergen*. DOI: 10.1016/j.semergen.2013.04.005.
- ernst, gerhard (2008): Patientenverfügung, Autonomie und Relativismus. In: *Ethik Med* 20 (3), S. 240–247. DOI: 10.1007/s00481-008-0568-0.
- Gesang, Bernward; Mertz, Marcel; Meyer-Zehnder, Barbara; Reiter-Theil, Stella (2013): Starke und schwache Autonomie – eine hilfreiche Unterscheidung für die Vorbeugung von Unter- und Überbehandlung. In: *Ethik Med* 25 (4), S. 329–341. DOI: 10.1007/s00481-012-0226-4.
- Jox, Ralf J.; Krebs, Mirjam; Bickhardt, Jürgen; Heßdörfer, Karlo; Roller, Susanne; Borasio, Gian Domenico (2009): Verbindlichkeit der Patientenverfügung im Urteil ihrer Verfasser. In: *Ethik Med* 21 (1), S. 21–31. DOI: 10.1007/s00481-009-0600-z.
- Kumar, Anil; Aronow, Wilbert S.; Alexa, Margelusa; Gothwal, Ritu; Jesmajian, Stephen; Bhushan, Bharat et al. (2010): Prevalence of use of advance directives, health care proxy, legal guardian, and living will in 512 patients hospitalized in a cardiac care unit/intensive care unit in 2 community hospitals. In: *Arch Med Sci* 6 (2), S. 188–191. DOI: 10.5114/aoms.2010.13892.
- Laakkonen, Marja-Liisa; Pitkala, Kaisu H.; Strandberg, Timo E.; Berglind, Saila; Tilvis, Reijo S. (2004): Living will, resuscitation preferences, and attitudes towards life in an aged population. In: *Gerontology* 50 (4), S. 247–254. DOI: 10.1159/000078354.
- Mueller-Eckhardt, Christian; Kiefel, Volker (Hg.) (2004): Transfusionsmedizin: Springer Berlin Heidelberg.
- Riedel, Ulrike (2005): Patientenverföngungen. In: *Ethik Med* 17 (1), S. 28–33. DOI: 10.1007/s00481-005-0355-0.
- Schroder, Christina; Schmutzer, Gabriele; Brahler, Elmar (2002): Representative survey of german people concerning enlightenment and patient directive in a case of terminal illness. In: *Psychother Psychosom Med Psychol* 52 (5), S. 236–243. DOI: 10.1055/s-2002-28526.
- Voltz, R.; Akabayashi, A.; Reese, C.; Ohi, G.; Sass, H. M. (1998): End-of-life decisions and advance directives in palliative care: a cross-cultural survey of patients and health-care professionals. In: *J Pain Symptom Manage* 16 (3), S. 153–162.
- Zimmermann, R.; Bender, A.; Eckstein, R. (2004): Rechtliche Grundlagen. In: Christian Mueller-Eckhardt und Volker Kiefel (Hg.): Transfusionsmedizin: Springer Berlin Heidelberg, S. 227-243. Online verfügbar unter [http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-10597-9\\_13](http://dx.doi.org/10.1007/978-3-662-10597-9_13).

## Anhang – Fragebogen

Sehr geehrte Patientin!

Sehr geehrter Patient!

Die Patientenverfügung stellt eine Möglichkeit dar mit der Sie selbst jederzeit Behandlungsmaßnahmen, aus welchem Grunde auch immer, ablehnen können. Gerade dann, wenn Sie einmal nicht mehr einsichts-, urteils- und äußerungsfähig sind, dürfen Behandlungsmaßnahmen, die Sie zu einem früheren Zeitpunkt abgelehnt haben, nicht mehr vorgenommen werden. Damit helfen Sie nicht nur sich selbst, damit unterstützen Sie auch die Ärzte und das Pflegepersonal bei der Entscheidungsfindung.

Leider wird diese Möglichkeit der Selbstbestimmung noch viel zu wenig genutzt. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung in der Bevölkerung noch zu wenig bekannt ist. Es könnte aber auch sein, dass Sie als Patient einfach keine Veranlassung sehen, eine Patientenverfügung zu errichten.

Die Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin möchte diesen Fragestellungen nachgehen und ersucht Sie daher, gemeinsam mit einem Kollegen, diese Fragen zu beantworten und mit Ihrer Unterschrift in die Teilnahme und anonyme Auswertung einzuwilligen.

Graz, am .....

U: .....

### Fragebogen zur Patientenverfügung

Bitte ankreuzen, mehrere Antworten sind möglich. Danke

1. Ist Ihnen bekannt, dass es die Möglichkeit gibt, mittels einer von Ihnen erstellten Patientenverfügung Behandlungsmaßnahmen abzulehnen?

- Ja
- Nein

2. Was denken Sie über Patientenverfügungen?

- interessant
- uninteressant
- notwendig
- überflüssig

- sinnvoll
- sinnlos

3. Könnten Sie sich vorstellen, eine Patientenverfügung auszufüllen?

- Ja
- Nein

4. Haben Sie schon eine Patientenverfügung errichtet?

- Ja
- Nein

5. Wenn Sie keine Patientenverfügung ausstellen möchten, welche Gründe sprechen dafür?

- Vertrauen zu Angehörigen
- Vertrauen zu Ärzten
- Nicht nötig
- Andere Gründe

6. Mit wem würden Sie das Ausfüllen einer Patientenverfügung besprechen?

- Lebenspartner
- Kinder
- Andere Angehörige
- Hausarzt
- Psychologe
- Pfarrer
- Andere

7. Wenn Sie keine Patientenverfügung ausstellen möchten, wer wird Ihrer Meinung nach in einer Situation, in der Sie Ihre Wünsche nicht selbst äußern können, über Ihre Behandlung entscheiden?

- Lebenspartner
- Kinder
- Ärzte
- Andere

8. Beunruhigt Sie die Tatsache der Krankenhausaufnahme?

- Ja
- Nein

9. Haben Sie mit den oben angeführten Personen über Ihre Befürchtungen und Ängste gesprochen?

Ja

Wenn ja, mit wem .....

Nein

10. Haben Sie aufgrund Ihrer Befürchtungen irgendwelche Vorbereitungen getroffen (persönliche Angelegenheiten geregelt)?

Ja

Nein

11. Halten Sie den Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme für einen guten oder schlechten Moment über eine Patientenverfügung nachzudenken?

Gut

Schlecht

Gleichgültig

12. Gehören Sie einer Glaubensgemeinschaft an?

Ja

Nein

13. Wie würden Sie sich in religiöser Hinsicht bezeichnen?

Sehr gläubig

Gläubig

Eher nicht gläubig

### **Demografische Daten**

#### **Alter**

< 20 Jahre

21 – 30 Jahre

31 – 40 Jahre

41 – 50 Jahre

51 – 60 Jahre

61 – 70 Jahre

71 – 80 Jahre

81 – 90 Jahre

> 90 Jahre

#### **Schulbildung**

Volksschule

- Hauptschule
- Matura
- Universität

**Geschlecht**

- männlich
- weiblich

**Daten zur Erkrankung**

**Fachgebiet**

- chirurgisch
- internistisch

**Grunderkrankung**

---

**Begleiterkrankungen**

---

**Risikoklassifikation**

---

Danke für Ihre Mitarbeit!