

# Der Vorsorgedialog (VSD)

## Beachtliche Patientenverfügung oder aktuelle Behandlungsablehnung?

RdM 2017/154

§§ 4–9 PatVG;  
§ 110 StGB

Vorsorgedialog;  
Patienten-  
verfügung;  
aktuelle Behand-  
lungsablehnung

Eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Hospiz Österreich hat ein Instrument für die Alten- und Pflegeheime entwickelt, das den Willen des/der PatientIn<sup>1)</sup> für krisenhafte Situationen frühzeitig und kontinuierlich erkunden und dokumentieren soll. Konkret wurden unter dem Begriff „Vorsorgedialog (VSD)“ ein Gesprächsleitfaden, ein Dokumentationsbogen und Erläuterungen verfasst, die einen strukturierten Kommunikationsprozess ermöglichen sollen. Die für die Behandlung des/der PatientIn in einer Krisensituation relevanten Gesprächsinhalte werden auf dem sog Krisenblatt (s Anhang) dokumentiert und sollen vor allem NotärztInnen die Entscheidungsfindung erleichtern. Im 2. Erwachsenenschutz-Gesetz, das am 1. 7. 2018 in Kraft treten wird, ist der VSD als Grund für den Nachrang der Stellvertretung vorgesehen. Dies gibt Anlass, eine rechtliche Einordnung vorzunehmen.

Von Maria Kletečka-Pulker und Katharina Leitner

### Inhaltsübersicht:

- A. Hintergründe des Vorsorgedialogs
- B. Aufbau des Vorsorgedialogs
- C. Rechtliche Einordnung des Vorsorgedialogs
  - 1. Einsichts- und urteilsfähige PatientInnen
  - 2. Nicht einsichts- und urteilsfähige PatientInnen
- D. Der Vorsorgedialog im 2. ErwSchG
- E. Rechtssicherheit durch Krisenblatt?
  - 1. Einwilligungsfähige/r PatientIn oder gesetzliche/r VertreterIn
  - 2. Medizinische Indikation
  - 3. Patientenverfügung
  - 4. Nicht einsichts- und urteilsfähige/r PatientIn
- F. Bindungswirkung des Vorsorgedialogs
- G. Inhalt des Vorsorgedialogs
- H. Widerruf des Vorsorgedialogs
- I. Vorsorgedialog und HeimAufG
- J. Conclusio

### A. Hintergründe des Vorsorgedialogs

Nur etwa 2% der in Österreich lebenden Bevölkerung geben an, eine Vorsorgevollmacht, 4%, eine Patientenverfügung zu haben.<sup>2)</sup> Die Wünsche und Werthaltungen von PatientInnen sind daher oftmals nicht bekannt bzw dokumentiert, wodurch es vor allem in Alten- und Pflegeheimen, in denen keine durchgängige Präsenz von ÄrztInnen herrscht, in der Sterbephase oftmals zur Beziehung von NotärztInnen kommt. Es erfolgen Transferierungen ins Krankenhaus, die für die PatientInnen strapazios und vielfach nicht gewollt sind.<sup>3)</sup> Der VSD hat das Ziel, vor allem für diese Situationen den Willen der PatientInnen klar festzuhalten und rechtlich unklare Situationen zu vermeiden.

### B. Aufbau des Vorsorgedialogs

Der VSD ist ein strukturiertes Gespräch, das unter Teilnahme des/der PatientIn, eventuell des/der gesetz-

lichen VertreterIn und dem Betreuungsteam stattfindet, um den Willen des/der PatientIn zu eruieren und zu dokumentieren. Angehörige dürfen am Gespräch nur dann teilnehmen, wenn der/die einsichts- und urteilsfähige PatientIn das Behandlungsteam von der Verschwiegenheit diesen gegenüber entbunden hat.<sup>4)</sup> Gegenüber gesetzlichen VertreterInnen besteht hingegen keine Verschwiegenheitspflicht. Um die Aktualität der Dokumentation zu gewährleisten, findet der Dialog mindestens zwei Mal jährlich und jedenfalls bei Feststellung einer relevanten Veränderung des Gesamtzustands des/der PatientIn (zB Gesundheitszustand, PatientInnenwille) statt. Durch die Initiierung des Gesprächs soll der/die PatientIn ermuntert werden, sein/ihr Recht auf Selbstbestimmung wahrzunehmen. Darüber hinaus soll es in der Organisation Standard werden, die PatientInnen nach ihren Vorstellungen und der rechtlichen Vorsorge zu fragen. Durch die übersichtliche Dokumentation des PatientInnenwillens sollen die Rechtssicherheit erhöht und Entscheidungen in Krisensituationen für das Behandlungsteam erleichtert werden. Der VSD ist für alle PatientInnen – unabhängig von deren Einsichts- und Urteilsfähigkeit

1) Auch wenn in Alten- und Pflegeheimen idR von BewohnerInnen gesprochen wird, wird im Folgenden – so wie auch im PatVG oder ABGB – von PatientInnen gesprochen.

2) Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker/Inthorn, Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach In-Kraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG) (2009); Kletečka-Pulker/Körtner/Kaelin/Kopetzki/Leitner, Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen. Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) (2014).

3) Henry/Schuh/Beyer, Der Vorsorgedialog – Ein Kommunikationsinstrument der vorausschauenden Planung im interprofessionellen Team, in ÖGERN (Hrsg), Notfallmedizin am Lebensende (2016) 115.

4) Die Entbindung ist nicht an ein Formerfordernis geknüpft, weshalb sie auch mündlich oder schlüssig erfolgen kann. Wichtig ist, dass der Entbindungswille eindeutig zum Ausdruck gebracht wird (Klaus, Ärztliche Schweigepflicht [1991] 171; Leitner in Emberger/Wallner [Hrsg], Ärztegesetz mit Kommentar<sup>2</sup> [2008] § 54 Erläut 12).

– vorgesehen, die rechtliche Qualität ist jedoch maßgeblich von dieser abhängig.<sup>5)</sup>

## C. Rechtliche Einordnung des Vorsorgedialogs

### 1. Einsichts- und urteilsfähige PatientInnen

Ist der/die PatientIn zum Zeitpunkt des Gesprächs im Rahmen des VSD einsichts- und urteilsfähig, kommt eine Qualifizierung des geäußerten Willens als beachtliche Patientenverfügung<sup>6)</sup> oder als aktuelle Willenserklärung in Frage. Man könnte die Frage stellen, warum es notwendig ist, diese Differenzierung anzustellen, da die Angehörigen der Gesundheitsberufe auch im Falle einer qualifiziert beachtlichen Patientenverfügung verpflichtet sind, sich an den Willen des/der PatientIn zu halten. Die Differenzierung ist aber insofern von Relevanz, als einer aktuellen Willenserklärung faktisch mehr Bedeutung beigemessen wird. Dies einerseits deshalb, weil der OGH<sup>7)</sup> die beachtliche Patientenverfügung erheblich geschwächt hat, andererseits bestehen bei der Anwendung von Patientenverfügungen große Unsicherheiten auf Seiten des Gesundheitspersonals und werden diese nicht immer akzeptiert.<sup>8)</sup> Weiters kann durch eine aktuelle Willenserklärung eine weitreichendere Ablehnung vorgenommen werden als durch eine Patientenverfügung (siehe Pkt G.).

Der VSD ist jedenfalls keine verbindliche Patientenverfügung iSd PatVG, da die in § 6 Abs 1 PatVG vorgesehenen Formvorschriften nicht erfüllt werden.

Nach Ansicht der Autorinnen handelt es sich bei einer Willenserklärung des/der einwilligungsfähigen PatientIn im Rahmen des VSD idR um eine aktuelle Willensbekundung, wodurch die Anwendung des PatVG ausgeschlossen wird. Schon vor Inkrafttreten des PatVG war unstrittig, dass eine „einigermaßen aktuelle und konkrete Behandlungsverweigerung“<sup>9)</sup> eine gültige Ablehnung des/der PatientIn darstellt und ein Eingriff, der trotz dieser Ablehnung erfolgt, rechtswidrig ist (§ 110 Abs 2 StGB; § 8 Abs 3 KAKuG).<sup>10)</sup> Die Abgrenzung von aktuellen Willenserklärungen zum PatVG ist von den Faktoren Zeit und Konkretheit der Ablehnung abhängig, wie in den Mat zum PatVG ausgeführt wird: „Verfügt jemand, dass im Fall einer in der Zukunft liegenden Krankheitssituation eine bestimmte medizinische Behandlung unterbleiben soll, so entscheidet er nicht über eine konkrete und gegenwärtige (unmittelbar bevorstehende) Heilbehandlung. Vielmehr gibt er damit vorweg seinen Willen für künftige (mögliche oder wahrscheinliche) Situationen bekannt, die sich häufig nicht konkret abschätzen lassen und für die auch die Aufklärung im Vorhinein zumeist reichlich abstrakt bleiben muss.“<sup>11)</sup> Da der VSD regelmäßig – im Abstand von ca sechs Monaten, spätestens immer dann, wenn sich an der Gesamtsituation des/der PatientIn etwas ändert – in jener Einrichtung stattfindet, in der der/die PatientIn längere Zeit verbleiben wird und der/die PatientIn die Möglichkeit hat, dem Behandlungsteam (jedenfalls Arzt/Ärztin und Pflegepersonen) konkrete Vorstellungen bekannt zu geben, die sehr konkret auf dem Krisenblatt dokumentiert werden, bezieht sich die Willenserklärung des/der Pa-

tientIn auf konkrete, in einem absehbaren Zeitraum an einem bestimmten Ort eintretende Situationen. Dass der/die PatientIn dabei nicht genau weiß, ob und wann die Situation eintritt, ist nicht relevant, es kommt darauf an, dass die Situation klar abschätzbar ist, weshalb hier von einer aktuellen Willenserklärung, die nicht dem PatVG unterliegt, ausgegangen werden kann.<sup>12)</sup> Ein Unterschied besteht auch darin, dass sich die Patientenverfügung idR an eine/n unbekannte/n AnwenderIn bzw Personenkreis richtet. Im Fall des VSD ist der Anwenderkreis bekannt und darüber hinaus besteht mit diesem ein Vertragsverhältnis (Pflegeheimvertrag). Selbst wenn die Angehörigen der Gesundheitsberufe den/die NotfallmedizinerIn rufen, geschieht dies dem aktuellen Willen des/der BewohnerIn entsprechend und fungieren sie als BotInnen desselben, indem sie seinen/ihren Willen dem/der NotfallmedizinerIn mitteilen.<sup>13)</sup>

Auch der Verlust der Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der späteren Behandlung ändert nichts an der Gültigkeit der abgegebenen Willenserklärung. Ansonsten könnte man, wie *Kopetzki* treffend formuliert, jede Behandlungsablehnung einfach dadurch aushebeln, dass man zB den Wirkungsbeginn der Narkose abwartet.<sup>14)</sup>

Folgt man dieser Rechtsansicht jedoch nicht, so handelt es sich bei der Ablehnung einer Behandlung im Rahmen des VSD jedenfalls um eine beachtliche (§ 8 PatVG), nach Ansicht der Autorinnen um eine qualifiziert beachtliche Patientenverfügung. Der Grad der Beachtlichkeit richtet sich danach, inwieweit der/die PatientIn die Krankheitssituation, auf die sich die Patientenverfügung bezieht, sowie deren Folgen im Errichtungszeitpunkt einschätzen konnte, wie konkret die abgelehnten medizinischen Behandlungen beschrieben sind, wie umfassend eine der Errichtung vorangegangene ärztliche Aufklärung war, inwieweit die Verfügung von den Formvorschriften für eine verbindliche Patientenverfügung abweicht, wie häufig die Patientenverfügung erneuert wurde und wie lange die letzte Erneuerung zurückliegt (§ 9 PatVG). Der VSD garantiert die Teilnahme des/der behandelnden Arztes/Ärztin und die Krankheitssituation des/der Patien-

5) *Hospiz Österreich*, Der Hospiz und Palliative Care Vorsorgedialog. Vorausschauende Planung in Alten- und Pflegeheimen in Österreich. Stand 25. 10. 2016 (unveröffentlichte Version).

6) *Halmich* qualifiziert den VSD als beachtliche Patientenverfügung (*Halmich*, Rechtssicherheit durch Vorsorgedialog? Antworten zur Verbindlichkeit für Pflegepersonal, Sanitäter und [Not]Ärzte, in *ÖGERN* [Hrsg], Notfallmedizin am Lebensende [2016] 103 [109]).

7) OGH 8. 10. 2012, 9 Ob 68/11 g.

8) *Kletečka-Pulker/Körtner/Kaelin/Kopetzki/Leitner*, Patientenverfügungen (2014).

9) *Kopetzki*, Das Patientenverfügungsgesetz im System der Rechtsordnung, in *Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker* (Hrsg), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte (2007) 127 (138).

10) *Kopetzki* in *Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker*, Patientenverfügungsgesetz 139; *Moos* in *Höpfel/Ratz* (Hrsg), Wiener Kommentar<sup>2</sup> Vorbem zu §§ 75–79 StGB Rz 32, 36 (Stand 1. 5. 2004, rdb.at).

11) 1299 BlgNR 22. GP 3.

12) *Kletečka-Pulker*, Grundzüge und Zielsetzungen des Patientenverfügungsgesetzes, in *Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker* (Hrsg), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte (2007) 81 (84 f.).

13) *Kozio/Welser/Kletečka*, Bürgerliches Recht I<sup>14</sup> (2014) 695 ff.

14) *Mangold/Mascherbauer/Peintinger/Kopetzki*, Behandlungsablehnung trotz vitaler Indikation, RdM 2010/4, 15.



tIn wird besprochen. Die abgelehnten medizinischen Behandlungen sind konkret auf dem Krisenblatt formuliert, sodass in dieser Hinsicht keine Unklarheiten bestehen. Die Aufklärung hat im Rahmen des VSD umfassend zu erfolgen, der VSD findet regelmäßig statt und dient der Aktualhaltung der Willenserklärungen des/der PatientIn. Der Grad der Beachtlichkeit ist somit sehr hoch, weshalb von einer qualifiziert beachtlichen Patientenverfügung ausgegangen werden muss.

## 2. Nicht einsichts- und urteilsfähige PatientInnen

Ist der/die PatientIn nicht einsichts- und urteilsfähig, scheidet sowohl die Qualifizierung des VSD als aktuelle Willenserklärung als auch als Patientenverfügung aus (§ 3 PatVG). Der VSD kann dann allerdings als Dokumentation des mutmaßlichen PatientInnenwillens gesehen werden. Der OGH hat die Rechtsfigur der „mutmaßlichen Behandlungsverweigerung“ als Kehrseite der mutmaßlichen Einwilligung zur Anwendung gebracht. Dabei nimmt er einen Wegfall der Behandlungspflicht nicht nur bei Vorliegen einer Ablehnung einer Behandlung durch eine frühere Willenserklärung (etwa eine Patientenverfügung) an, sondern auch bei Vorliegen einer „inneren Verweigerungshaltung des/der PatientIn“. <sup>15)</sup> Die Lit steht dem sehr skeptisch gegenüber, <sup>16)</sup> ungeklärt ist die Frage, wie dieser mutmaßliche Wille festgestellt werden kann. Im VSD können zwar durch Befragung der Angehörigen und Dokumentation der Beobachtungen des Behandlungsteams Anhaltspunkte für die Wünsche des/der PatientIn gesammelt werden, *Mazal* weist aber zu Recht darauf hin, dass die Aussagen der Angehörigen nur in den seltensten Fällen entscheidungsrelevant sein könnten. <sup>17)</sup>

## D. Der Vorsorgedialog im 2. ErwSchG<sup>18)</sup>

Das 2. ErwSchG, das am 1. 7. 2018 in Kraft treten wird, sieht ua Änderungen des ABGB im Bereich der Vertretung von nicht entscheidungsfähigen Erwachsenen vor. Volljährige Personen, die aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer vergleichbaren Beeinträchtigung in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind, sollen möglichst selbständig, erforderlichenfalls mit entsprechender Unterstützung, am rechtlichen und geschäftlichen Verkehr teilnehmen können (§ 239 Abs 1 ABGB neu). Eine solche Unterstützung kann insb durch die Familie, andere nahestehende Personen, Gruppen von Gleichgestellten, Beratungsstellen oder im Rahmen eines betreuten Kontos oder eines Vorsorgedialogs geleistet werden (§ 239 Abs 2 ABGB neu). Die Erläut halten dazu fest, dass unter dem VSD eine strukturierte Form eines Vorsorgegesprächs nach Übersiedlung in eine Einrichtung oder am Beginn von längeren Krankenhausaufenthalten verstanden wird. <sup>19)</sup> Die bisherige Empfehlung der Arbeitsgruppe zum VSD richtet sich an Alten- und Pflegeheime. Das 2. ErwSchG spricht von einer Anwendung am Beginn von längeren Krankenhausaufenthalten, lässt jedoch offen, in welcher Form diese stattfinden soll.

## E. Rechtssicherheit durch Krisenblatt?

Das einseitige Krisenblatt dokumentiert die Willensäußerungen des/der PatientIn hinsichtlich konkret festgelegter Eingriffe übersichtlich und bietet die Möglichkeit für den/die Arzt/Ärztin festzuhalten, dass es für bestimmte Eingriffe keine medizinische Indikation gibt. Es soll vor allem dem/der gerufenen NotfallmedizinerIn als Entscheidungshilfe dienen. Konkret beschäftigt sich das Krisenblatt mit einer kardio-pulmonalen Reanimation bei Atem-Kreislaufstillstand sowie mit der Verlegung in ein Krankenhaus mit dem Ziel der Lebensverlängerung. Es wird der Wille hinsichtlich dieser konkreten Eingriffe des/der einwilligungsfähigen PatientIn oder dessen/deren gesetzlichen VertreterIn, die diesbezügliche medizinische Indikation sowie das Vorliegen einer Patientenverfügung dokumentiert. Zwar kann auf dem Krisenblatt sowohl der Wunsch als auch die Ablehnung einer bestimmten Behandlung dokumentiert werden, ein vom/von der PatientIn geäußelter Behandlungswunsch hat allerdings nicht die gleiche Bedeutung wie eine Ablehnung, da die Einwilligung in eine Behandlung nur eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für eine Behandlung darstellt. Der/die Arzt/Ärztin darf die Behandlung nur dann durchführen, wenn eine medizinische Indikation dafür besteht. Der/die PatientIn kann zwar einen Behandlungsabbruch bei medizinischer Indikation, nicht jedoch eine Behandlungsführung ohne medizinische Indikation rechtlich erzwingen. <sup>20)</sup>

## 1. Einwilligungsfähige/r PatientIn oder gesetzliche/r VertreterIn

Einwilligungsfähige PatientInnen können medizinische Maßnahmen jederzeit aktuell ablehnen. Der/die Vorsorgebevollmächtigte in Gesundheitsangelegenheiten kann als gesetzliche VertreterIn ebenfalls konkrete Behandlungen ablehnen (§§ 284 f – h ABGB). Wenn es dem objektiven Wohl entspricht, kann dies auch der/die SachwalterIn tun (§§ 268 ff ABGB). Das Krisenblatt stellt eine Dokumentation des aktuellen Willens des/der PatientIn bzw des/der gesetzlichen VertreterIn

15) OGH 7. 7. 2008, 6 Ob 286/07 p.

16) *Schmoller*, Lebensschutz bis zum Ende? Strafrechtliche Reflexionen zur internationalen Euthanasiediskussion, ÖJZ 2000, 361; *Kopetzki*, Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten. Praktische Auswirkungen der gesetzlichen Neuerungen durch PatVG und SWRÄG, iFamZ 2007, 197; *Schütz*, Abbruch der künstlichen Ernährung bei einer einwilligungsunfähigen Patientin – vorsätzliche Tötung durch Unterlassen? Anmerkung zu OGH 7. 7. 2008, 6 Ob 286/07 p aus strafrechtlicher Perspektive, iFamZ 2009, 32.

17) *Mazal*, Rechtsfragen der ärztlichen Behandlung von Zeugen Jehovas, in *Mazal* (Hrsg), Grenzfällen der ärztlichen Behandlung (1998) 27 (35).

18) Bundesgesetz, mit dem das Erwachsenenvertretungsrecht und das Kuratorenrecht im Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt werden und das Ehegesetz, das Eingetragene Partnerschaft-Gesetz, das Namensänderungsgesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Außerstreitgesetz, die Zivilprozessordnung, die Jurisdiktionsnorm, das Vereinssachwalter-, Patientenanwalts- und Bewohnerververtretungsgesetz, das Unterbringungsgesetz, das Heimaufenthaltsgesetz, die Notariatsordnung, die Rechtsanwaltsordnung, das Gerichtsgebührengesetz und das Gerichtliche Einbringungsgesetz geändert werden (2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG), BGBl 2017/59.

19) 222/ME 25. GP Erläut 18.

20) *Kopetzki*, iFamZ 2007, 197 (198).

oder jedenfalls eine qualifiziert beachtliche Patientenverfügung dar und ist daher bindend (s Pkt C.).

## 2. Medizinische Indikation

Dokumentiert der/die Arzt/Ärztin mittels Krisenblatt, dass die genannten medizinischen Maßnahmen nicht (mehr) medizinisch indiziert sind, kommt diese Dokumentation einer sog DNR- oder AND-Anordnung gleich.<sup>21)</sup> Zwar ist der/die NotfallmedizinerIn nicht an diese Anordnung gebunden und muss eigenverantwortlich eine medizinische Einschätzung der Situation vornehmen, er/sie darf jedoch darauf vertrauen, dass der/die behandelnde Arzt/Ärztin eine fachlich richtige Situationseinschätzung vorgenommen hat.<sup>22)</sup>

## 3. Patientenverfügung

Eine verbindliche Patientenverfügung ist grundsätzlich nur dann verbindlich, wenn sie im Original, als Ausfertigung oder als gerichtlich oder notariell beglaubigte Kopie vorliegt. Andernfalls ist sie beachtlich.<sup>23)</sup> Der/die NotfallmedizinerIn muss daher die originale Patientenverfügung, die sich idR in der Krankengeschichte befindet, heranziehen, sofern er/sie Zeit dazu hat (s dazu § 12 PatVG).<sup>24)</sup> Da das Krisenblatt im Rahmen des qualitätsgesicherten VSD unter Beiziehung von ÄrztInnen, Pflegepersonen und des/der PatientIn ausgefüllt und aktuell gehalten wird, kann der/die NotfallmedizinerIn von der Richtigkeit dieser Information ausgehen und auch bei Nichtvorliegen des Originals von einer qualifiziert beachtlichen Patientenverfügung in Form des Krisenblatts ausgehen.

## 4. Nicht einsichts- und urteilsfähige/r PatientIn

Das Krisenblatt bietet die Möglichkeit, die im Rahmen des VSD eruierten mutmaßlichen Vorstellungen des/der PatientIn zu dokumentieren. Der/die NotfallmedizinerIn ist nicht an den mutmaßlichen Willen des/der PatientIn gebunden, er dient ihm/ihr allerdings als Richtschnur und Orientierungshilfe.<sup>25)</sup> Im Zweifel hat der/die Arzt/Ärztin jedoch die indizierten Maßnahmen durchzuführen.

## F. Bindungswirkung des Vorsorgedialogs

Eine aktuelle Behandlungsablehnung bindet ebenso wie eine Patientenverfügung nicht nur ÄrztInnen, sondern auch Pflegepersonen sowie Angehörige.<sup>26)</sup> Zwar ist der Bereich der Pflege vom PatVG nicht umfasst, Angehörige der GuKG üben jedoch im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich auch ärztliche Tätigkeiten aus und sind somit ebenfalls gebunden.<sup>27)</sup> Sowohl bei der Qualifikation des VSD als aktuelle Willenserklärung als auch als beachtliche Patientenverfügung sind daher nicht nur ÄrztInnen, sondern alle den/die PatientIn behandelnden Personen umfasst. Es können daher auch Pflegepersonen oder Angehörige des/der PatientIn aufgrund einer Ablehnung der Reanimation verpflichtet sein, diese zu unterlassen.

## G. Inhalt des Vorsorgedialogs

Qualifiziert man den VSD als Dokumentation des aktuellen PatientInnenwillens, so ist es dem/der PatientIn möglich, sowohl pflegerische (zB manuelle Fütterung) als auch medizinische Maßnahmen abzulehnen. Qualifiziert man den VSD hingegen als (qualifiziert) beachtliche Patientenverfügung, so kann der/die PatientIn lediglich medizinische Behandlungen ablehnen. Davon umfasst sind medizinische Behandlungen im engeren Sinn sowie diagnostische und prophylaktische Maßnahmen (einschließlich der Sondenernährung<sup>28)</sup>).<sup>29)</sup>

## H. Widerruf des Vorsorgedialogs

Eine im Rahmen des VSD ausgesprochene Ablehnung von Maßnahmen kann jederzeit formfrei widerrufen werden. Ist der/die PatientIn einsichts- und urteilsfähig, hat sein/ihr aktueller Wille Vorrang vor der Dokumentation. Auch nach Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit ist ein Widerruf – wie auch nach den Regeln des PatVG – möglich.<sup>30)</sup>

## I. Vorsorgedialog und HeimAufG

In einem ersten Schritt wird der VSD in Einrichtungen zur Anwendung kommen, die dem HeimAufG unterliegen. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen werden daher ein Thema im Rahmen des VSD sein. Einsichts- und urteilsfähige PatientInnen können einer Unterbindung der Ortsveränderung zustimmen, was zur Folge hat, dass keine Freiheitsbeschränkung iSd HeimAufG vorliegt (§ 3 Abs 2 HeimAufG). Verliert der/die PatientIn die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, wirkt die erteilte Zustimmung nicht unbegrenzt weiter,<sup>31)</sup> sie tritt aber auch nicht „automatisch“ außer Kraft. Eine absolute zeitliche Wirksamkeitsgrenze besteht nicht, vielmehr muss die Gültigkeit der Einwilligung im Einzelfall geprüft werden, wobei die Faktoren Zeit, Konkretheit der Einwilligung und Änderung des BewohnerInnenwillens ausschlaggebend sind.<sup>32)</sup> →

21) Wallner, Die richtigen Worte für medizinische Entscheidungen am Lebensende finden, Wiener klinische Wochenschrift 2008, 647.

22) Kletečka-Pulker, Ethik und Recht der Reanimation: Wann muss man anfangen, wann soll man aufhören? Journal für Kardiologie 2014, 21; Burkowski/Halmich/Hellwagner/Koppensteiner, „DNR“/„AND“-Vermerke aus medizinrechtlicher Sicht, in ÖGERN (Hrsg), Notfallmedizin am Lebensende (2016) 125 (133).

23) Pesendorfer in Barth/Ganner (Hrsg), Handbuch des Sachwalterrechts<sup>2</sup> (2010) 446.

24) Siehe näher dazu Leitner, Patientenverfügung: Ein Instrument auch für die Notfallmedizin? in ÖGERN (Hrsg), Notfallmedizin am Lebensende (2016) 83.

25) OGH 7. 7. 2008, 6 Ob 286/07 p; 8. 10. 2012, 9 Ob 68/11 g.

26) OGH 17. 9. 2014, 6 Ob 147/14 g; Moos in Höpfl/Ratz, Vorbem zu §§ 75–79 StGB Rz 32.

27) Aigner, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz (PatVG), Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 2007/4, 29 (31).

28) Siehe zur Sondenernährung: Kletečka-Pulker, Die PEG-Sonde aus rechtlicher Sicht, Universum Innere Medizin 2014/3, 77.

29) Kopetzki, iFamZ 2007, 198.

30) 1299 BlgNR 22. GP; Kletečka-Pulker in Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker, Patientenverfügungsgesetz 91.

31) OGH 19. 4. 2012, 7 Ob 36/12 p.

32) Siehe dazu Bürger/Halmich, HeimAufG. Heimaufenthaltsgesetz (2015) § 3 Rz 33; Leischner-Lenzhofer, Zur Wirksamkeit der Zustimmungserklärung zu einer Freiheitsbeschränkung nach Verlust der Einwilligungsfähigkeit, RdM 2012/130 (188); Hoch/Reisenhofer, Überprüfung trotz Zustimmung zu künftigen Freiheitsbeschränkungen, EvBl 2012/124.

Eine Ablehnung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen kann im VSD grundsätzlich nicht erfolgen, da sie weder durch eine Patientenverfügung (§ 13 PatVG) noch durch eine aktuelle Willenserklärung möglich ist. Allerdings kann der/die PatientIn (bestimmte) medizinische Maßnahmen (zB Medikamente) ablehnen und dadurch eine Freiheitsbeschränkung mit diesen konkreten Mitteln verhindern. Die Freiheitsbeschränkung muss dann auf andere Weise (zB durch körperlichen Zwang oder mit Medikamenten, auf die sich die Ablehnung nicht bezieht) durchgeführt werden.<sup>33)</sup>

## J. Conclusio

Der VSD ist der von der Hospiz Österreich entwickelten Arbeitsgruppe stellt ein strukturiertes Gespräch dar, das den Willen des/der PatientIn ermitteln soll. Die rechtliche Einordnung der dabei bekannt gewor-

nen Wünsche des/der PatientIn hängt zunächst von dessen/deren Einsichts- und Urteilsfähigkeit ab. Ist der/die PatientIn einsichts- und urteilsfähig, kann der VSD als aktuelle Willenserklärung des/der PatientIn qualifiziert werden, wenn die besprochene Situation sehr klar abschätzbar ist. Jedenfalls handelt es sich aber um eine (qualifiziert) beachtliche Patientenverfügung. Ist der/die PatientIn nicht einsichts- und urteilsfähig, kann das Gespräch dazu dienen, den mutmaßlichen Willen zu eruieren und dem/der PatientIn auf diese Weise ein Stück Selbstbestimmung zu ermöglichen. In diesem Sinn versteht auch das 2. ErwSchG den VSD, lässt jedoch die konkrete Umsetzung offen.

33) Siehe ausführlich dazu *Kopetzki in Körtner/Kopetzki/Kletečka-Pulker, Patientenverfügungsgesetz* 150f.

### 4.6. Krisenblatt auf Basis des Vorsorgedialoges

Name der Bewohnerin/des Bewohners: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum/SVNR: \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsträger: \_\_\_\_\_

Kontaktpersonen:	
Name	Telefonnummer
Hausärztin/Hausarzt:	
Angehörige/Vertrauenspersonen:	
Gesetzliche Vertreter/in:	

### MASSNAHMEN FÜR KRISENHAFT SITUATIONEN

I.	Cardiopulmonale Reanimation bei Atem-Kreislaufstillstand wird ...			
	wenn beobachtet		wenn NICHT beobachtet	
	ABGELEHNT	BEFURWORTET	ABGELEHNT	BEFURWORTET
... von der/dem urteils- und einsichtsfähigen Bewohnerin/Bewohner bzw. der gesetzlichen Vertretung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt entsprechend der aktuellen medizinischen Indikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... durch eine verbindliche Patient/Innenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... durch eine beachtliche Patient/Innenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II.	Die Verlegung in ein Krankenhaus mit dem Ziel der Lebensverlängerung wird ... (Krankenhausweisungen mit dem Behandlungsziel der Linderung, z.B. Knochenbrüche, Schmerztherapie sind davon nicht betroffen.)			
	ABGELEHNT	BEFURWORTET		
... von der/dem urteils- und einsichtsfähigen Bewohnerin/Bewohner bzw. der gesetzlichen Vertretung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
... von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt entsprechend der aktuellen medizinischen Indikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
... in einer verbindlichen Patient/Innenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
... in einer beachtlichen Patient/Innenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



## → In Kürze

Der Vorsorgedialog (VSD) soll in Alten- und Pflegeheimen einen strukturierten Kommunikationsprozess darstellen, um den Willen des/der PatientIn zu eruieren und zu dokumentieren. Ist der/die PatientIn zum Zeitpunkt der Willensäußerung einsichts- und urteilsfähig, stellt der VSD eine aktuelle Willenserklärung dar, wenn die besprochene Situation sehr klar abschätzbar ist. Jedenfalls handelt es sich um eine (qualifiziert) beachtliche Patientenverfügung. Ist der/die PatientIn nicht einsichts- und urteilsfähig, sind eventuelle Äußerungen des/der PatientIn zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens heranzuziehen.

## → Zum Thema

### Über die Autorinnen:

Dr. Maria Kletečka-Pulker ist Geschäftsführerin des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin und der Österreichischen Plattform Patientensicherheit.

MMag. Katharina Leitner ist Juristin und Kultur- und Sozialanthropologin und ihr Forschungsschwerpunkt ist das Medizinrecht.

Beide Autorinnen haben ehrenamtlich an der Entwicklung des Vorsorgedialogs der Hospiz Österreich mitgewirkt.

Kontaktadresse: Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8., 1090 Wien.

E-Mail: [maria.kletecka-pulker@univie.ac.at](mailto:maria.kletecka-pulker@univie.ac.at),  
[katharina.leitner@univie.ac.at](mailto:katharina.leitner@univie.ac.at)