

Peter Resetarits (Hrsg.) • Ulrike Docekal •
Ilse Zapletal • Bärbel Danneberg

Linde

Der Pflege-Ratgeber

Pflegeheim – 24-Stunden-Betreuung –
Erwachsenenvertretung – Vorsorgevollmacht –
Unterstützung für pflegende Angehörige

3. Auflage



Peter Resetarits (Hrsg.)

Ulrike Docekal * Ilse Zapletal * Bärbel Danneberg

Der Pflege-Ratgeber

**Pflegeheim – 24-Stunden-Betreuung –
Erwachsenenvertretung – Vorsorgevollmacht –
Unterstützung für pflegende Angehörige**

3. Auflage

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Hinweis: Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere die Rechte der Verbreitung, der Vervielfältigung, der Übersetzung, des Nachdrucks und der Wiedergabe auf fotomechanischem oder ähnlichem Wege, durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere elektronische Verfahren sowie der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, dem Verlag vorbehalten.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in diesem Werk trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung der Autor:innen oder des Verlages ausgeschlossen ist.

ISBN 978-3-7094-1264-0 (E-Book-PDF)

ISBN 978-3-7094-1265-7 (E-Book-ePub)

© Linde Verlag Ges.m.b.H., Wien 2023

1210 Wien, Scheydgasse 24, Tel.: 01/24 630

www.lindeverlag.at

Umschlag: buero8 & Linde Verlag Ges.m.b.H.

Satz: Linde Verlag Ges.m.b.H., Wien 2023

Druck: Hans Jentzsch & Co GmbH

1210 Wien, Scheydgasse 31

Dieses Buch wurde in Österreich hergestellt.



Gedruckt nach der Richtlinie des Österreichischen Umweltzeichens „Druckerzeugnisse“, Druckerei Hans Jentzsch & Co GmbH, UW-Nr. 790



INHALT

Vorworte zur 3. Auflage	9
Vorwort zur 2. Auflage	10
Vorwort zur 1. Auflage	12
Die zehn Gebote der Pflege – eine Einleitung	14
1. Zeichen	14
2. Entscheidung	17
3. Pflegealltag	19
4. Körperpflege	21
5. Geld	23
6. Gesundheit	26
7. Einsamkeit	29
8. Tagesbetreuung	30
9. Pflegeheim	32
10. Letzte Dinge	35
Kapitel 1: Pflegegeld und private Vorsorge	37
Allgemeines	38
Wodurch unterscheiden sich Sozialversicherung und Sozialhilfe?	38
Das Pflegegeld	39
Die private Pflegeversicherung	63
Kapitel 2: Die Organisation und Finanzierung der einzelnen Pflegeleistungen	67
Das Entlassungsmanagement im Krankenhaus	68
Wo erhält man weitere Beratung?	78
Medizinische Hauskrankenpflege	79
Stationäre Dienste – das Heim	80
24-Stunden-Betreuung zu Hause	91
Teilstationäre Dienste	98
Mobile Dienste	101
Heilbehelfe und Hilfsmittel	108
Exkurs: Die steuerliche Geltendmachung der Betreuungs- und Pflegekosten	113

Kapitel 3: Pflegende Angehörige	123
Welchen sozialversicherungsrechtlichen Schutz haben pflegende Angehörige?	124
Unterstützung für pflegende Angehörige	133
Pflegevermächtnis	153
Kapitel 4: Die 24-Stunden-Betreuung	157
Was ist eine 24-Stunden-Betreuung?	158
Das Unselbstständigen-Modell	159
Das Träger-Modell	160
Das Selbstständigen-Modell	161
Was ist bei einer Personenbetreuung aus dem Ausland zu beachten?	163
Wie finde ich eine 24-Stunden-Betreuung?	166
Vermittlungsagenturen	168
Abschluss des Betreuungsvertrags	178
Welche Pflichten haben selbstständige Betreuungskräfte?	182
Wie wird die Betreuung kontrolliert?	183
Kapitel 5: Aspekte des Aufenthalts in Alten- und Pflegeheimen	185
Wie finde ich ein Pflegeheim?	186
Der Heimvertrag	190
Die Pflegeheimgesetze der Länder – Ausstattungskriterien, Bewohnerrechte und Personal	219
Personalausstattung und Qualifikation des Personals	223
Kapitel 6: Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	229
Unter welchen Voraussetzungen darf eine Person in der Psychiatrie untergebracht werden?	230
Darf eine betreuungsbedürftige Person zu Hause in ihrer Freiheit beschränkt werden?	231
Unter welchen Voraussetzungen darf ein pflegebedürftiger Mensch in einem Heim in seiner Freiheit beschränkt werden?	232
Kapitel 7: Der Erwachsenenschutz	241
Was versteht man unter Erwachsenenschutz und unter Erwachsenenvertretung – Das Viersäulenmodell	242
Die Vorsorgevollmacht	262
Die gewählte Erwachsenenvertretung	267
Die gesetzliche Erwachsenenvertretung	271
Die gerichtliche Erwachsenenvertretung	276

Kapitel 8: Sterbehilfe, Sterbe- und Patientenverfügung ...	297
Aktive Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen	298
Assistierter Suizid bzw. Beihilfe zur Selbsttötung	300
Die Patientenverfügung	308
Adressen	316
Rechtsgrundlagen	350
Stichwortverzeichnis	356

VORWORTE ZUR 3. AUFLAGE

In den tausenden Beschwerdemails, die die ORF-Redaktionen der Sendungen „Bürgeranwalt“ und „Schauplatz Gericht“ jährlich erreichen, ist ein Thema immer präsent: jene Probleme, die sich ergeben, wenn jemand alt und/oder krank wird und Unterstützung braucht. Ein kurzer Einblick in die Sorgen, die viele Menschen umtreiben:

- Gibt es ein Recht auf 24-Stunden-Intensivpflege zu Hause?
- Der Gutachter hat das Pflegegeld zu niedrig berechnet. Was kann ich tun?
- Warum wurde X zum Erwachsenenvertreter bestellt und nicht Y?
- Mein schwerkranker Onkel möchte sterben und Assistenz beim Suizid bekommen. Wieso werden bei der Sterbeverfügung so viele Hürden aufgestellt?
- Meine Mutter wird im Heim nicht sorgfältig genug betreut. Ich bin pflegende Angehörige und kann nicht mehr, wo bekomme ich Hilfe?
- Wie komme ich zu einer kompetenten, bezahlbaren Altenbetreuerin?
- Wieso dürfen Bewohnerinnen und Bewohner eines Seniorenheims in der Pandemie „eingesperrt“ werden?

Ilse Zapletal und Ulrike Docekal haben solche und noch ein paar hundert andere Themenstellungen auch für die dritte Ausgabe des Pflege-Ratgebers genau recherchiert und die geltenden Regeln in gut verständlicher Weise dargestellt. Um nicht zu sagen, von Juristendeutsch ins Allgemeinverständliche übersetzt. Einige Kapitel sind im Vergleich zu den beiden vorherigen Auflagen an Veränderungen der Rechtslage angepasst worden. Manche sind völlig neu. Etwa ein Unterkapitel über das Community Nursing oder auch die Sterbeverfügung, also die seit 2022 bestehende Möglichkeit, assistierten Suizid in Anspruch zu nehmen.

Das Buch bietet Laien, die gezwungen sind, sich mit verschiedenen Aspekten der Pflege auseinanderzusetzen, leicht auffindbare und vor allem in der Praxis verwertbare Tipps und Informationen.

Wien, im Februar 2023

Dr. Peter Resetarits

Die Überarbeitung des Pflegeratgebers war herausfordernd: Die Pflege- und Versorgungslandschaft, aber auch die Rechtsgrundlagen unterliegen einer ständigen Änderung – es ist nahezu unmöglich, den Überblick zu behalten. Wir haben es dennoch versucht, uns bemüht, pflegerelevante Themen österreichweit aufzubereiten und den Zugang zu Informationen zu erleichtern. Insbesondere haben wir einen ausführlichen Adressteil erstellt. Wir hoffen, dass auch der neue Pflege-Ratgeber seiner Aufgabe gerecht werden kann.

Die Pandemie hat bewirkt, dass Themen wie Krankheit und Pflege nicht mehr allein der Politik überlassen werden. Dieser Wandel ist begrüßenswert, denn das Alter gehört zum Leben und niemand kann den Bedarf besser formulieren als pflegende und pflegebedürftige Personen. Nicht zuletzt hängt es auch von uns ab, welche Rahmenbedingungen wir vorfinden werden, wenn wir selbst diese Lebensphase erreichen.

Wir alle möchten die 3. Auflage Niki Weiser widmen, der den Pflege-Ratgeber ins Leben gerufen hat und als Autor und Herausgeber und durch sein Engagement so maßgeblich an der Qualität und am Erfolg des Buches beteiligt war. Wir widmen den Ratgeber auch unseren Männern Mathias und Heinz, die uns immer liebevoll und vorbehaltlos unterstützt haben.

Wien, im Februar 2023

Mag. Ulrike Docekal, MSc
Mag. Ilse Zapletal, MA

VORWORT ZUR 2. AUFLAGE

Fünf Jahre sind seit Erscheinen der 1. Auflage vergangen. In dieser Zeit hat sich rechtlich im Bereich der Pflege einiges geändert.

So wurde der Zugang zum Pflegegeld der Stufen 1 und 2 durch Erhöhung der erforderlichen Stundenanzahl weiter erschwert. Dies trifft hauptsächlich Menschen, die zu Hause von ihren Angehörigen betreut und gepflegt werden. Im Bereich der 24-Stunden-Betreuung gibt es erfreulicherweise neue, detailliertere Regelungen für die Vermittlung von Personenbetreuerinnen.

Die problematische arbeitsrechtliche Situation der Betreuerinnen sowie die unzureichende finanzielle Förderung, die vielen die Wahlmöglichkeit zwischen Pflege daheim und Pflegeheim nimmt, bleiben allerdings nach wie vor bestehen. In einer Nacht-und-Nebel-Aktion wurde vor der Nationalratswahl der Vermögensregress für die stationäre Pflege abgeschafft. So positiv diese Maßnahme grundsätzlich ist, die genaue Umsetzung wirft in der Praxis noch viele Fragen auf. Darüber hinaus befürchtet der gelernte Österreicher wahrscheinlich nicht zu Unrecht, dass die durch die Abschaffung des Regresses entstandene Finanzierungslücke durch neue Belastungen geschlossen wird.

Am 30. März 2017 wurde das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz im Nationalrat beschlossen. Es tritt am 1. Juli 2018 in Kraft und löst das bisherige System der Sachwalterschaft ab. Obwohl die Gesetzesänderung jahrelang vorbereitet und von allen politischen Parteien begrüßt wurde, war bis kurz vor der Beschlussfassung nicht klar, ob der Finanzminister die dafür notwendigen finanziellen Mittel zur Verfügung stellen wird. Der Zweck des Gesetzes, die Selbstbestimmung von Menschen, die ihre Angelegenheiten nicht selbst besorgen können, zu fördern und sie nicht in ihrer Handlungsfähigkeit zu beschränken, kann aber nur dann erfüllt werden, wenn auch im Bereich der Bundesländer mehr Geld in die Erwachsenensozialarbeit investiert und der Zugang zu den Sozialleistungen barrierefrei gestaltet wird. Derartige Bestrebungen sind derzeit nicht erkennbar.

So erfreulich das verstärkte Bemühen der Politik ist, die Situation pflegebedürftiger Menschen, ihrer Angehörigen und der professionellen Betreuungs- und Pflegekräfte zu verbessern, so unverständlich ist es, dass es nach wie vor kein sinnvolles Gesamtkonzept gibt und vieles an der föderalen Struktur Österreichs scheitert.

Die positiven Reaktionen auf die 1. Auflage haben uns gezeigt, dass das Buch eine sinnvolle Hilfestellung im Dschungel der pflegerelevanten Rechtsvorschriften bietet. Die grundlegenden Probleme des Systems lassen sich dadurch natürlich nicht lösen.

Dr. Peter Resetarits

Mag. Nikolaus Weiser

Kapitel 8:

Sterbehilfe, Sterbe- und Patientenverfügung

Viele Menschen haben Angst, durch Krankheit und Alter hilflos und abhängig von anderen zu werden oder unter Schmerzen zu sterben. Die Möglichkeit der Sterbehilfe klingt dann vielleicht nach einer Lösung. International haben in den letzten Jahren einige Staaten Regeln erlassen, die Hilfe beim Sterben erlauben. Das Kapitel erläutert die in diesem Zusammenhang verwendeten Begriffe – aktive bzw. passive Sterbehilfe sowie assistierter Suizid – und stellt die in Österreich neue Rechtslage zur Sterbeverfügung dar sowie die Rahmenbedingungen für eine Patientenverfügung.

Da in Österreich Selbstmord nicht strafbar ist, kann jeder Mensch medizinische Behandlungen für sich selber – aus welchem Grund auch immer – verweigern. Voraussetzung dafür ist aber, dass man im Zeitpunkt der Ablehnung entscheidungsfähig ist oder eine wirksame Patientenverfügung vorliegt (in der die Maßnahme abgelehnt wird). Eine medizinische Behandlung gegen den Willen des Patienten ist strafrechtlich verboten.

Rechtliche Grundlage
§ 110 Strafgesetzbuch (Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung)

.....
BEISPIEL

Frau Meier ist 70 Jahre alt und hat eine demenzielle Erkrankung. Bei einer Untersuchung wird Darmkrebs diagnostiziert. Frau Meier müsste daher operiert werden. Im Gespräch mit dem Arzt lehnt sie jegliche Operation ab, kann aber keine Gründe dafür nennen. Ein hinzugezogener Psychiater kommt zu dem Ergebnis, dass Frau Meier nicht entscheidungsfähig ist. Die Entscheidungsfähigkeit kann auch nicht mit Unterstützung von vertrauten Personen hergestellt werden.



In diesem Beispiel muss der Arzt bei Gericht eine Erwachsenenvertretung anregen. In weiterer Folge hat der vom Gericht bestellte Erwachsenenvertreter zu entscheiden, ob er der Operation zustimmt. Lehnt er sie ab, kann sie nicht vorgenommen werden. Stimmt er ihr zu, muss aufgrund der Ablehnung der Patientin die Genehmigung des PflEGschaftsgerichts eingeholt werden (Näheres siehe Kapitel 7, Seite 251 ff.).

Aktive Sterbehilfe bzw. Tötung auf Verlangen

Sterbehilfe ist ein sehr komplexes Thema – auf der einen Seite ist für viele Menschen die Vorstellung, hilflos und mit Schmerzen auf andere angewiesen zu sein, unerträglich. Außerdem wird argumentiert, dass es auch ohne Sterbehilfe Suizide gäbe und diese Menschen dann zumindest die Möglichkeit hätten, in Würde und begleitet zu sterben. Die Befürworter von aktiver Sterbe-

hilfe fordern daher das Recht auf einen selbstbestimmten Tod, und zwar mit sehr weitgehender Hilfe durch Dritte.

In den Debatten zur Sterbehilfe werden jedoch oft der assistierte Suizid und die Tötung auf Verlangen vermischt. Die Möglichkeit aktiver Sterbehilfe, sowohl als „medizinisch assistiertes Sterben“ (Australien, Kanada) als auch als „Euthanasie“ (Benelux) bezeichnet, existiert derzeit in den folgenden Ländern: Belgien, Luxemburg, den Niederlanden, Spanien, Kanada, Australien, Neuseeland und Kolumbien. Davon zu unterscheiden ist der assistierte Suizid, wie ihn auch Österreich oder die Schweiz erlauben – hier muss der Patient oder die Patientin noch in der Lage sein, das tödliche Medikament selbst einzunehmen. Bei der Tötung auf Verlangen können das Dritte übernehmen, ohne sich strafbar zu machen.

Die Gegner von Sterbehilfe argumentieren unter anderem damit, dass erweiterte Sterbehilfemöglichkeiten dazu führen können, dass Menschen aus ökonomischen Motiven dazu bewegt werden, zu sterben. Angesichts der Einsparungen in den staatlichen Gesundheitssystemen sowie aktueller Probleme in Kanada, wo das Gesundheitspersonal angehalten ist, den Patienten auch die Möglichkeit des „medically assisted dying“ als eine Behandlungsoption aktiv aufzuzeigen, ist dieses Argument nicht von der Hand zu weisen. Dazu kommt, dass vor allem alte Menschen oft Angst haben, für ihre Angehörigen zur Belastung zu werden.

Erfahrungen aus Ländern, die eine Tötung auf Verlangen erlauben, insbesondere Kanada, aber auch den Niederlanden und Belgien, zeigen weitere bedenkliche Entwicklungen: So ist in Kanada die Tötung auf Verlangen allein wegen einer körperlichen Behinderung erlaubt. Das bedeutet, dass Menschen mit Behinderung, die dennoch Jahrzehnte leben könnten, Sterbehilfe in Anspruch nehmen können. Menschenrechtsexperten und Behindertenverbände kritisieren das Gesetz als Diskriminierung von behinderten und von alten Menschen, weil das Gesetz damit ja aussagt, dass ein Leben mit Behinderung weniger lebenswert sei, als ein Leben ohne Behinderung.

In den Niederlanden können Patienten zwar nur dann um Sterbehilfe bitten, wenn ihr Leiden eine medizinische Ursache hat, auch dort muss aber nicht unbedingt eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegen. Sterbehilfe ist etwa dann erlaubt, wenn eine Kumulation von Altersbeschwerden wie Seh-

störungen, Schwerhörigkeit, Osteoporose, Arthrose, Gleichgewichtsprobleme oder ein Rückgang der kognitiven Fähigkeiten vorliegt, weil dies ein unerträgliches Leiden und einen aussichtslosen Zustand verursachen könnte.

Bei psychischen Erkrankungen stellt sich die Frage, ob die Betroffenen selbstbestimmte, freie Willensentscheidungen über ihren Tod überhaupt treffen können – dennoch ist in so einem Fall sowohl in der Schweiz der assistierte Suizid möglich, als auch in den Niederlanden, Belgien und Kanada (derzeit vorgesehen ab 2023) die Sterbehilfe. In den letztgenannten Ländern ist es außerdem möglich, Sterbehilfe und Organspende zu verbinden, was weitere ethische Fragen aufwirft.

Österreich hat sich bis dato gegen die Legalisierung der Tötung auf Verlangen entschieden und nur eine sehr eingeschränkte Möglichkeit des assistierten Suizids geregelt. Weitere Verfahren vor dem Verfassungsgerichtshof gegen das Verbot der Tötung auf Verlangen (d.h. aktive Sterbehilfe) wurden angekündigt.

Assistierter Suizid bzw. Beihilfe zur Selbsttötung

Bisher war in Österreich die Mitwirkung am Selbstmord eines anderen verboten. Der Verfassungsgerichtshof hat in seinem Erkenntnis vom 11.12.2020 zu G 139/2019 das strafgesetzliche Verbot der Hilfe beim Selbstmord aufgehoben. Er hat hier erstmals ausdrücklich ein verfassungsgesetzlich gewährleistetes Recht auf freie Selbstbestimmung aus der Bundesverfassung hergeleitet, das auch das Recht umfasse, über das eigene Lebensende zu entscheiden. Damit sei ein ausnahmsloses Verbot der Hilfe zum Suizid verfassungswidrig. Das Justizministerium hat daraufhin 2021 ein mehrtägiges Dialogforum veranstaltet, an dem diverse Interessenvertreter, von den Kirchen bis zu Vertretern der Wissenschaft sowie Ärzte, beteiligt waren, um den aus diesem Erkenntnis folgenden Handlungsbedarf auszuloten. Weitere Veranstaltungen und ein Begutachtungsverfahren mit zahlreichen Stellungnahmen aus der Zivilgesellschaft folgten.

Mit dem seit 1.1.2022 geltenden Sterbeverfügungsgesetz regelt der Gesetzgeber den Rahmen für den assistierten Suizid. Parallel soll die Hospiz- und Palliativversorgung bundesweit ausgebaut werden. Die **Tötung auf Ver-**

langen bleibt aber weiterhin verboten, d.h. Voraussetzung für die Sterbeverfügung ist, dass die sterbewillige Person noch in der Lage ist, Suizid zu begehen.

Beispiele für die Hilfe beim Suizid sind die Bereitstellung von Räumen zum Zweck des Suizids, das Legen von venösen Zugängen und Magensonden, das Abholen eines Präparats zur Selbsttötung von der Apotheke, aber auch die Abgabe des Präparats durch die Apotheke, sofern der letzte auslösende Schritt von der sterbewilligen Person selbst gesetzt wird. Die Aufklärung durch Ärzte und die Erstellung der Sterbeverfügung stellen keine Hilfe beim Suizid dar.

Bei bestimmten Personengruppen sowie unter bestimmten Umständen bleibt die Mitwirkung am Suizid strafbar: Zu den erwähnten Personengruppen zählen Minderjährige, nicht entscheidungsfähige volljährige Personen und Personen, die weder an einer tödlichen, unheilbaren Krankheit leiden, noch an einer gewichtigen und dauerhaften Krankheit mit schweren Leidenszuständen. Strafbar macht sich auch, wer aus einem verwerflichen Motiv hilft und wenn die sterbewillige Person nicht dem Sterbeverfügungsgesetz entsprechend ärztlich aufgeklärt wurde.

.....
BEISPIEL

Herr Jelinek leidet an Multipler Sklerose und ist mittlerweile bettlägrig. Er möchte sich nicht noch länger in einem Zustand völliger Abhängigkeit von der andauernden Hilfe Dritter, wie insbesondere Ärzten, Krankenpflegern, Heimhilfen und/oder Angehörigen, und einer weiteren Verschlechterung seines Zustandes und damit weiterem Leiden aussetzen. Er ist voll geschäftsfähig und möchte sein Leben selbstbestimmt beenden. Sein guter Freund Otto wäre bereit, ihm zu helfen. Herr Jelinek möchte aber nicht, dass dieser sich strafbar macht.



Die Sterbeverfügung

Herr Jelinek kann eine Sterbeverfügung errichten. Das ist eine einseitige Willenserklärung, mit der die sterbewillige Person ihren dauerhaften, freien und

selbstbestimmten Entschluss festhält, ihr Leben zu beenden. Die Sterbeverfügung ist die einzige Möglichkeit, auf legalem Weg ein tödliches Präparat in der Apotheke zu erhalten. Helfer wie hier Otto, aber auch der abgebende Apotheker bleiben damit straffrei.

Rechtliche Grundlagen

- § 75 (Mord), § 77 (Tötung auf Verlangen), § 78 (Verleitung zu/Mitwirkung an der Selbsttötung) Strafgesetzbuch (StGB)
- Sterbeverfügungsgesetz (StVfG), BGBl. I Nr. 242/2021

Die Sterbeverfügung kann nur persönlich errichtet werden, nicht durch Vertreter. Herr Jelinek kann die Sterbeverfügung bei einem Notar (kostenpflichtig) oder einem Mitarbeiter der Patientenanwaltschaft errichten. Man spricht von „dokumentierender Person“. Diese muss sich von seiner Entscheidungsfähigkeit überzeugen. Die Sterbeverfügung gilt ein Jahr ab Errichtung, dann ist sie bei Bedarf zu erneuern.

Mit der Sterbeverfügung kann ein Betroffener wie Herr Jelinek oder ein in der Verfügung namentlich genannter Helfer, wie sein Freund Otto, in einer öffentlichen Apotheke ein Präparat erhalten, das den Tod herbeiführt. Das Gesundheitsministerium regelt mit Verordnung, welche Präparate das sind – derzeit ist nur Natrium-Pentobarbital zugelassen. Nicht jede Apotheke folgt diese Präparate aus, und es darf die Abgabe auch nicht beworben werden. Betroffene und dokumentierende Personen können von der Österreichischen Apothekerkammer erfahren, welche Apotheke in der Nähe der sterbewilligen Person das tödliche Präparat abgibt.

Wer darf Sterbehilfe in Anspruch nehmen?

Nur volljährige, entscheidungsfähige Personen mit österreichischer Staatsbürgerschaft oder gewöhnlichem Aufenthalt in Österreich können eine Sterbeverfügung errichten. Es kann vorkommen, dass das Recht anderer Staaten tangiert ist: z.B. wenn ausländische Staatsbürger mit gewöhnlichem Aufenthalt in Österreich oder Österreicher, die im Ausland leben, eine Sterbeverfügung aufsetzen wollen. Für diesen Fall hat der Gesetzgeber geregelt, dass österreichisches Recht anwendbar ist.

Betroffene müssen entweder a) an einer unheilbaren und tödlichen Krankheit leiden oder b) an einer schweren, dauerhaften Krankheit, die ihre gesamte Lebensführung beeinträchtigt. In beiden Fällen muss die Krankheit einen für die betroffene Person nicht anders abwendbaren Leidenszustand mit sich bringen. Ob das der Fall ist, richtet sich nach dem subjektiven Empfinden der betroffenen Person.

Die Entscheidungsfähigkeit, die bei Volljährigen normalerweise vermutet wird, muss für die dokumentierende Person zweifelsfrei vorliegen. Anders als bei der Patientenverfügung, die man vorab für den Fall der späteren Entscheidungsunfähigkeit erstellt, muss die sterbewillige Person nicht nur bei Erstellung der Sterbeverfügung, sondern auch im Zeitpunkt des Suizids entscheidungsfähig sein.

Inhalt der Sterbeverfügung

Die Sterbeverfügung muss den Entschluss zur Lebensbeendigung und eine ausdrückliche Erklärung darüber enthalten, dass dieser Entschluss frei und selbstbestimmt nach ausführlicher Aufklärung gefasst wurde. Auch die Bestätigung über die Entscheidungsfähigkeit muss darin enthalten sein.

Man kann in der Sterbeverfügung eine oder mehrere hilfeleistende Personen nennen, die das Präparat in der Apotheke abholen können. Die dokumentierende Person kann auf Wunsch der sterbewilligen Person auch nachträglich Personen als Helfer aufnehmen oder streichen. Ist jemand nicht in der Sterbeverfügung genannt, kann er zwar anderweitig Hilfe leisten, nicht aber das Präparat aus der Apotheke abholen.

Sicherstellung der freien Willensentscheidung

Die formalen Voraussetzungen sollen sicherstellen, dass die sterbewillige Person ihren Entschluss frei und selbstbestimmt trifft. Dazu zählen Aufklärungsgespräche durch zwei Ärzte bzw. Ärztinnen, von denen eine eine palliativmedizinische Qualifikation besitzen muss. Beide müssen unabhängig voneinander bestätigen, dass die sterbewillige Person entscheidungsfähig ist und ihren Entschluss selbstbestimmt gefasst hat. Im Zweifelsfall ist eine psychologische oder psychiatrische Abklärung zu veranlassen.

Im Gespräch ist jedenfalls auf alternative Behandlungsoptionen, Hospizversorgung und palliativmedizinische Möglichkeiten und konkrete Angebote

für psychotherapeutische Gesprächs- und Suizidpräventionsberatung hinzuweisen, aber auch über den Ablauf der lebensbeendenden Maßnahmen aufzuklären sowie die Dosierung des Präparates zur Lebensbeendigung festzulegen.

Die Dokumentation der Gespräche ist der sterbewilligen Person auszuhandigen. Weder die aufklärenden Ärzte oder Ärztinnen, noch die dokumentierende Person dürfen selber auch die Suizidassistenz durchführen.

Das Gesetz regelt ausdrücklich, dass kein Arzt verpflichtet werden kann, das Aufklärungsgespräch durchzuführen. Ausdrücklich wird im Gesetz auch geregelt, dass kein Apotheker und kein anderer Helfer zur Suizidassistenz verpflichtet werden kann.

Fristen

Der Gesetzgeber will sichergehen, dass die Entscheidung der sterbewilligen Person nicht bloß einer vorübergehenden Stimmung geschuldet ist. Daher müssen zwischen dem (ersten) Aufklärungsgespräch und der Errichtung der Sterbeverfügung mindestens zwölf Wochen liegen. Ausnahme: Die sterbewillige Person befindet sich in der terminalen Phase, d.h. dass der Tod innerhalb von sechs Monaten zu erwarten ist. Das ist von einem Arzt zu bestätigen. In diesem Fall reicht eine zweiwöchige Frist.

Form

Die Verfügung selbst muss höchstpersönlich und schriftlich entweder vor einem Notar bzw. einer Notarin oder bei der Patientenanwaltschaft errichtet werden. Das Original ist der sterbewilligen Person auszuhändigen, eine Abschrift bleibt aber beim Notar oder der Patientenanwaltschaft. Außerdem werden die Daten in das staatliche elektronische Sterbeverfügungsregister eingegeben.

In der Praxis herrscht in Österreich ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes noch immer große Unsicherheit, wie man mit Anfragen zum assistierten Suizid umgehen soll. Die Österreichische Palliativgesellschaft betreibt die Berichts- und Meldeplattform ASCIRS für Ereignisse im Zusammenhang mit einem assistierten Suizid (<https://www.ascirs.at>). Die dort einmeldenden Fachpersonen (Ärzte und Ärztinnen, Psychologinnen, Pflegepersonen etc.) berichten von Überforderung, fehlenden Handlungsanweisungen durch die

Arbeitgeber und entsprechender Unsicherheit ganzer Palliativteams. Im ersten Jahr des Gesetzes haben laut Angaben der OGP vier Personen durch assistierten Suizid den Tod gefunden. Die Palliativversorgung wird gleichzeitig als viel zu lückenhaft kritisiert, obwohl parallel zum Sterbeverfügungsgesetz ein Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung beschlossen wurde.

Indirekte Sterbehilfe bzw. Therapien am Lebensende

BEISPIEL

Herr Petrić leidet an einer Krebserkrankung im letzten Stadium. Seine Schmerzen sind unerträglich, er verlangt daher nach schmerzstillenden Medikamenten. Es ist aber sehr wahrscheinlich, dass durch diese Medikamente der Tod früher eintreten wird.

Wenn, wie im obigen Beispiel, Hilfe beim Sterben geleistet wird, indem das Leiden des Betroffenen gelindert werden soll, so ist diese Handlung – unabhängig davon, ob eine Sterbeverfügung vorliegt oder nicht – nicht strafbar, auch wenn sie (als Nebenwirkung) zu einer Verkürzung des Lebens führt.

Passive Sterbehilfe bzw. Zulassen des Sterbens

Unter dem Begriff der passiven Sterbehilfe wird hauptsächlich der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung (z.B. durch Abschalten von Maschinen, Beendigung der künstlichen Ernährung) verstanden. Das „Passive“ an dieser Vorgangsweise ist, dass eine weitere Behandlung unterlassen wird. Ein mit Einwilligung des Patienten erfolgter Behandlungsabbruch ist nicht strafbar. Die Einwilligung kann vom Patienten erteilt sein oder in Form einer Patientenverfügung vorliegen. Der Behandlungsabbruch kann auch durch den Willen des nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten gerechtfertigt sein. Allerdings muss sich dieser Wille eindeutig ermitteln lassen, z.B. anhand früher getätigter Äußerungen oder des Vorsorgedialogs (siehe unten). Unabhängig vom Willen des Patienten kann der Arzt aber nicht gezwungen werden, eine Behandlung zu beginnen oder fortzusetzen, die aufgrund ihrer Aussichtslosigkeit medizinisch nicht indiziert ist.

Sterbebegleitung bzw. Hospiz- und Palliativversorgung

Vorrangiges Ziel der Hospiz- und Palliativversorgung ist es, schwerst- und unheilbar kranken Menschen die bestmögliche Lebensqualität bis zuletzt und ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Neben dem Patienten sollen aber auch Angehörige umfassende Betreuung, Begleitung und Beratung erfahren. Palliativversorgung umfasst in erster Linie die medizinische Betreuung, bei der Hospizversorgung steht die Pflege im Vordergrund.

Als **Palliativtherapie** bezeichnet man eine medizinische Behandlung, die nicht auf die Heilung einer Erkrankung abzielt, sondern darauf, die Symptome wie Schmerz oder Übelkeit zu lindern sowie andere belastende Beschwerden zu reduzieren. „Palliativ“ bedeutet „Umgang“ bzw. „Mantel“: Palliativmedizin soll den unheilbar kranken Patienten wie ein Mantel vor den Beschwerden schützen. Bei der **Hospizversorgung** steht der pflegerische Aspekt im Mittelpunkt. Hospiz (lat. *hospitium*) kann mit „Gastfreundschaft“ oder „Herberge“ übersetzt werden. In diesem Sinne steht das Hospiz für die liebevolle Begleitung und Betreuung „auf der letzten Reise“.

Die Hospiz- und Palliativversorgung bietet sowohl unterstützende als auch betreuende Angebote an. Zu den unterstützenden Angeboten gehören das Hospizteam, das Palliativteam sowie der Palliativkonsiliardienst.

Hospizteams bestehen aus qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleitern und mindestens einem hauptamtlichen Koordinator. Sie begleiten Patienten und Angehörige in der Zeit der Krankheit, des Schmerzes, des Abschieds und der Trauer zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim. Hospizteams können auch unabhängig von anderen Diensten in Anspruch genommen werden. Die Hospizteams arbeiten unentgeltlich.

Die multiprofessionellen **mobilen Palliativteams** sind beratend und anleitend tätig und bieten ihre Erfahrung in Schmerztherapie, Symptomkontrolle, Palliativpflege und psychosozialer Begleitung an. Ziel der Betreuung durch mobile Palliativteams ist es, den Verbleib des Patienten zu Hause oder in einer vertrauten Umgebung zu ermöglichen, Krankenhausaufenthalte so weit wie möglich zu reduzieren und beim Übergang zwischen stationärer und mobiler Betreuung zu helfen. Da mobile Palliativteams in jedem Bundesland anders organisiert und finanziert sind, sollte beim Erstkontakt die Kostenfrage angesprochen werden.

Der **Palliativkonsiliardienst** wird von einem multiprofessionell zusammengesetzten Team im Krankenhaus gebildet. Er berät primär Ärzte und Pflegepersonen, die Palliativpatienten stationär oder ambulant betreuen.

Das Tageshospiz, das stationäre Hospiz und die Palliativstation zählen zu den betreuenden Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung. In einem **Tageshospiz** erfolgt die Behandlung, Beratung und Begleitung durch ein multiprofessionelles Team, das von ehrenamtlichen Hospizbegleitern unterstützt wird. Psychosoziale und therapeutische Angebote werden ebenso eingesetzt. In der Regel ist ein Besuch im Tageshospiz nicht mit Kosten verbunden.

Die Patientinnen und Patienten in einem **stationären Hospiz** bedürfen keiner medizinischen Behandlung in einem Krankenhaus oder auf einer Palliativstation, sondern besonderer pflegerischer und psychosozialer Betreuung. In einem stationären Hospiz sind Ärzte nur stundenweise anwesend, aber rund um die Uhr erreichbar. Während der Fokus einer Palliativstation auf der Stabilisierung und Entlassung der Patienten liegt, werden Patienten im stationären Hospiz eher im späteren Krankheitsverlauf aufgenommen und dort in der Regel bis zum Tod begleitet. Stationäre Hospize verrechnen je nach Träger und Bundesland unterschiedliche Kostenbeiträge.

Palliativstationen befinden sich innerhalb oder im Anschluss an ein Krankenhaus und sind auf die Versorgung von Palliativpatienten spezialisiert. Ein multiprofessionelles Team betreut Patienten, die aufgrund komplexer medizinischer, pflegerischer oder psychosozialer Symptomatik nicht durch andere Einrichtungen oder Dienste betreut werden können. Das Ziel der Behandlung und Betreuung ist die Linderung von Symptomen und eine weitgehende Stabilisierung, um die Patienten wieder nach Hause oder in eine adäquate Einrichtung entlassen zu können. Da Palliativstationen Teil von Akutkrankenhäusern sind, ist der Kostenbeitrag für Spitalsbehandlungen zu bezahlen, wenn keine Rezeptgebührenbefreiung besteht.

.....
WEB- UND LITERATURTIPPS

→ <https://www.hospiz.at> ist die Webseite des Dachverbandes der Österreichischen Hospizdienste.

- <https://www.palliativ.at> ist die Webseite der Österreichischen Palliativgesellschaft.
- <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-federale-de-controle-et-devaluation-de-leuthanasie> ist die Webseite der belgischen Kommission zur Kontrolle und Evaluierung der Sterbehilfe.
- <https://www.euthanasiecommissie.nl> ist die Webseite der niederländischen Regionalen Kontrollkommission für Sterbehilfe.
- Unter <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html#a7> findet man Informationen der kanadischen Regierung zu medizinisch assistiertem Sterben.
- Österreichisches Parlament, Fachinfos zu aktuellen Parlamentsthemen: Warum wurde das Verbot der Beihilfe zum Suizid vom VfGH aufgehoben und wie ist Sterbehilfe in ausgewählten Staaten geregelt? <https://fachinfos.parlament.gv.at/politikfelder/arbeit-soziales/warum-wurde-das-verbot-der-beihilfe-zum-suizid-vom-vfgh-aufgehoben-und-wie-ist-sterbehilfe-in-ausgewaehlten-staaten-geregelt> (Stand: Juli 2021)
- Österreichischer Behindertenrat, Position zum assistierten Suizid, abrufbar: https://www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2021/09/Position-assistierter-Suizid_final.pdf (Stand September 2021)
- Elisabeth Kübler-Ross, Interviews mit Sterbenden (2001)



Die Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche Willenserklärung, die zu einem späteren Zeitpunkt, wenn der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann, wirksam werden soll und mit der er konkrete medizinische Behandlungen ablehnt. Der Hauptanwendungsfall ist die Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen. Dazu kann auch die künstliche Ernährung gehören (z.B. durch eine PEG-Sonde). Hingegen kann die Ablehnung pflegerischer Maßnahmen (z.B. Hilfestellung beim Trinken oder bei der „normalen“ Nahrungsaufnahme durch Handreiche) nicht Gegenstand einer Patientenverfügung sein, auch wenn der Patient sie faktisch natürlich ablehnen kann. Die Bevollmächtigung einer anderen Person zur Entscheidung über eine medizinische Behandlung

für den Fall, dass man selbst dazu nicht mehr in der Lage ist, kann im Rahmen einer Vorsorgevollmacht (siehe Unterkapitel „Die Vorsorgevollmacht“ in Kapitel 7) geregelt werden.

Rechtliche Grundlagen

- Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG)
- § 253 Abs. 4 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch (ABGB)

Verbindliche oder andere Patientenverfügung

Das Gesetz unterscheidet zwischen **verbindlichen** und **anderen** Patientenverfügungen. Vor der Errichtung einer Patientenverfügung ist Folgendes zu klären:

- Soll die Ablehnung einer medizinischen Behandlung für den behandelnden Arzt verbindlich sein, soll sie der Arzt also auf jeden Fall befolgen müssen? Bejaht man das, wird man eine verbindliche Verfügung errichten.
- Oder möchte ich einem zukünftigen Erwachsenenvertreter oder Vorsorgebevollmächtigten durch die Patientenverfügung eine Handlungsanleitung geben, die Entscheidungsbefugnis über die Behandlung aber bei meinem Vertreter belassen? In dem Fall wird man die Patientenverfügung nicht verbindlich gestalten, man spricht daher von einer anderen Patientenverfügung.

Eine andere Patientenverfügung kann aber auch vorliegen, wenn der Patient eine verbindliche Verfügung errichten wollte, diese aber nicht alle dafür notwendigen Voraussetzungen aufweist.

Welche Voraussetzungen muss eine Patientenverfügung erfüllen?

Sowohl für eine verbindliche als auch für eine andere Patientenverfügung müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Sie muss höchstpersönlich errichtet werden, der Patient kann sich bei der Errichtung nicht vertreten lassen.
- Der Patient muss im Zeitpunkt der Errichtung der Patientenverfügung entscheidungsfähig sein.

- Die Patientenverfügung muss frei von Willensmängeln errichtet werden. Dadurch soll zum Beispiel verhindert werden, dass die Verfügung auf Druck von Angehörigen zustande kommt. Ein Irrtum über die Art der Behandlung, die abgelehnt wurde, führt auch zur Unwirksamkeit der Patientenverfügung. Wurde die Behandlung aber bloß falsch bezeichnet und ist dem behandelnden Arzt klar, was der Patient meinte, ist die Verfügung wirksam.
- Der Inhalt der Verfügung darf nicht strafgesetzwidrig sein. Das wäre der Fall, wenn der Arzt durch die Verfügung zur Mitwirkung am Selbstmord (siehe hierzu aber das zur Sterbeverfügung Ausgeführte) oder zur Tötung auf Verlangen veranlasst werden soll.
- Der Stand der medizinischen Wissenschaft im Behandlungszeitpunkt darf sich im Vergleich zum Zeitpunkt der Errichtung der Patientenverfügung nicht wesentlich geändert haben. Diese Voraussetzung ist ein wichtiger Schutzmechanismus für den Patienten. Da der Patient im Zeitpunkt der Errichtung nicht weiß, wann die Patientenverfügung wirksam wird und welche neuen Behandlungsmethoden es dann geben wird, kann die Ablehnung einer bestimmten Behandlung sich nur auf den im Zeitpunkt der Errichtung der Patientenverfügung gültigen Stand der medizinischen Wissenschaft beziehen. Verändert sich dieser Stand wesentlich und ist dadurch die vom Patienten abgelehnte Behandlung anders zu beurteilen, weil zum Beispiel die Erfolgsaussichten erheblich gestiegen sind, kann dies zur Unwirksamkeit der Patientenverfügung führen.
- Es liegt kein Widerruf der Patientenverfügung vor. Ein Widerruf ist jederzeit ohne Einhaltung einer bestimmten Form möglich.

Welche zusätzlichen Voraussetzungen müssen für eine verbindliche Patientenverfügung vorliegen?

Neben den genannten Voraussetzungen müssen auch folgende Kriterien erfüllt werden:

- Die medizinischen Behandlungen, die abgelehnt werden, müssen eindeutig bestimmt oder bestimmbar sein.
- Der Errichtung muss eine umfassende ärztliche Aufklärung vorangehen.
- Die Patientenverfügung muss schriftlich vor einem Notar, Rechtsanwalt oder einem rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenrechtsanwaltschaft oder (nach Maßgabe technischer und personeller Möglichkeiten) eines Erwach-

senenschutzvereins unter Angabe des Datums errichtet werden. Schriftlich heißt, dass der Patient unterschreiben muss. Die Verfügung selbst kann eigenhändig oder fremdhändig, das heißt auch am Computer geschrieben bzw. es kann auch ein Formular verwendet werden. Der Jurist hat den Patienten über die Rechtsfolgen der Patientenverfügung und über die Widerrufsmöglichkeit zu belehren.

.....

TIPP

Die Errichtung der Patientenverfügung bei den Patientenanwaltschaften ist im Gegensatz zum Notar und Rechtsanwalt kostenlos.

.....

→ Aus der Patientenverfügung muss hervorgehen, dass der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt. Sowohl der Arzt als auch der Jurist müssen die Aufklärung bzw. Belehrung entsprechend dokumentieren. Die zutreffende Einschätzung durch den Patienten ist der wohl heikelste Punkt. Bei Patienten, die bereits schwer krank sind oder die den Leidensweg eines nahen Angehörigen miterlebt oder sich aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit (z.B. Pflegefachassistent) mit Alter und Sterben intensiv auseinandergesetzt haben, wird die Vorstellung über die abzulehnende Behandlung eher der Realität entsprechen als bei Personen, denen diese Erfahrung fehlt.

Die verbindliche Patientenverfügung gilt für die gewählte Dauer, aber maximal für acht Jahre. Sie kann jederzeit geändert oder ergänzt werden, was einer Erneuerung entspricht, ab der die Frist wieder läuft. Ist eine Erneuerung nicht mehr möglich, weil der Patient nicht mehr entscheidungsfähig ist, gilt diese Frist nicht.

.....

TIPP

Sie müssen die Patientenverfügung nicht bei jeder Erneuerung ganz neu schreiben. Dafür gibt es ein abgekürztes Formular, das Sie etwa bei <https://www.patientenvertretung.com> und auf <https://www.hospiz.at/publikationen/patientenverfuegung> erhalten.

.....

Andere Patientenverfügungen

Eine Patientenverfügung, die nicht alle Voraussetzungen einer verbindlichen Verfügung aufweist, ist aber im Zweifel bei der Ermittlung des Patientenwillens zu berücksichtigen. Das umso mehr, je mehr Voraussetzungen einer verbindlichen Patientenverfügung erfüllt sind. Bei einer quasi-verbindlichen Patientenverfügung muss die Behandlung ohne Befassung eines Vertreters unterbleiben. Auch wenn eine mündliche Verfügung beachtlich ist, wird eine schriftliche Verfügung nach einer ärztlichen Aufklärung empfohlen.

Bei der Ermittlung des Patientenwillens ist nämlich besonders zu beachten, inwieweit der Patient die Krankheitssituation und deren Folgen einschätzen konnte, wie konkret die medizinischen Maßnahmen beschrieben sind, wie umfassend die ärztliche Aufklärung erfolgte, wieweit die Form von einer verbindlichen Verfügung abweicht und wann bzw. wie oft die Verfügung erneuert wurde.

Wie wird die Patientenverfügung aufbewahrt bzw. aufgefunden?

Patientenverfügungsregister führen der Österreichische Rechtsanwaltskammertag und die Österreichische Notariatskammer, diese in Kooperation mit dem Roten Kreuz. Krankenhäuser können rund um die Uhr die Patientenverfügung in diesen Registern abfragen. Die Registrierung erfolgt gegen eine Gebühr. Wurde die Patientenverfügung in einem Register erfasst, sind Rechtsanwälte und Notare verpflichtet, eine zur Kenntnis gebrachte Erneuerung, Ergänzung oder Änderung im jeweiligen Register zu vermerken.

Es ist ratsam, eine **Hinweiskarte** bei sich zu tragen, die angibt, wo die Patientenverfügung aufbewahrt wird. Die Aufbewahrung sollte so erfolgen, dass die Patientenverfügung ohne großen Zeitverlust dem behandelnden Arzt vorgelegt werden kann. Es empfiehlt sich außerdem, einen Scan der Verfügung im Register aufzubewahren, damit die Ärzte auch den Inhalt der Verfügung rasch einsehen können.

Patientenverfügungen sollen künftig auch in der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) gespeichert werden. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass der Errichter der Patientenverfügung auch ELGA-Teilnehmer ist und kein Widerspruch gegen die Speicherung von ELGA-Gesundheitsdaten besteht.

Derzeit (Jänner 2023) besteht eine solche Möglichkeit der Speicherung in ELGA noch nicht.

.....
TIPP

Nähere Informationen zum Patientenverfügungsregister finden Sie auf <https://www.rechtsanwaelte.at> und auf <https://www.notar.at>.



Musterpatientenverfügung

Von zahlreichen Institutionen wurde ein gemeinsames Formular für eine Patientenverfügung entworfen bzw. wird dessen Verwendung empfohlen. Mehr dazu, auch in einfacher Sprache, finden Sie auf <https://www.hospiz.at/publikationen/patientenverfuegung>.

.....
TIPP

Auf der Webseite der Niederösterreichischen Patienten- und Pflegeanwaltschaft finden Sie eine Arbeitsmappe für diese Patientenverfügung, ein Formular für eine Hinweiskarte und einen ausführlichen Ratgeber zur Patientenverfügung, u.a. mit Fragen, die Sie sich vor Errichtung einer solchen Verfügung stellen sollten: <https://www.patientenanwalt.com>.



Patientenverfügung und Erwachsenenvertretung

Zwei Fragen stellen sich in diesem Zusammenhang: Kann eine Patientenverfügung eine Erwachsenenvertretung vermeiden? Und: Wie hat ein Stellvertreter mit einer Patientenverfügung umzugehen?

.....
BEISPIEL

Frau Ogris ist nicht mehr ausreichend entscheidungsfähig, um die Notwendigkeit einer medizinischen Maßnahme beurteilen zu können. Nach einer Krebsoperation und mehreren Chemotherapien, die nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben, ist sie sehr geschwächt. Der Arzt prognostiziert, dass der Tod mit hoher Wahrschein-

lichkeit in den nächsten Tagen bis Wochen eintreten wird. Frau Ogris kann nicht mehr ausreichend Nahrung zu sich nehmen; sie müsste künstlich ernährt werden. In einer verbindlichen Patientenverfügung hat sie für einen solchen Fall verfügt, dass sie eine Ernährungssonde ablehnt.



Da die Patientenverfügung von Frau Ogris verbindlich ist, muss sich der behandelnde Arzt auf jeden Fall daran halten. Es bedarf daher keines Erwachsenenvertreters, der über die Ernährungssonde entscheidet. Auch ein anderer Stellvertreter wie z.B. ein Vorsorgebevollmächtigter hat aufgrund der Verbindlichkeit der Patientenverfügung hinsichtlich der von Frau Ogris abgelehnten Maßnahme keine Entscheidungsbefugnis.

Rechtliche Grundlagen
§ 253 Abs. 4 ABGB

Anders ist die Situation bei einer nicht verbindlichen, anderen Patientenverfügung. Da diese bei der Ermittlung des Patientenwillens einfließen muss, und zwar je mehr, desto näher sie an eine verbindliche Patientenverfügung heranreicht, ist fraglich, ob ein Erwachsenenvertreter zu bestellen ist bzw. inwieweit dieser mitzuwirken hat. Der Erwachsenenvertreter oder Vorsorgebevollmächtigte hat sich von der Patientenverfügung leiten zu lassen, sollte die Ermittlung des aktuellen Patientenwillens in einem persönlichen Gespräch nicht mehr oder nur eingeschränkt möglich sein. (Details zum Erwachsenenvertreter und Vorsorgebevollmächtigtem siehe Kapitel 7 „Der Erwachsenenschutz“.)

Der Vorsorgedialog

Der Vorsorgedialog betrifft Alten- und Pflegeheime. Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Gespräch zwischen einem Heimbewohner, gegebenenfalls dessen gesetzlichen Vertreter, und dem Betreuungsteam (Pflege und Ärzte). Natürlich können auf Wunsch des Heimbewohners auch Angehörige und Vertrauenspersonen am Vorsorgedialog teilnehmen. In diesem Fall muss der Heimbewohner das Behandlungsteam von der Verschwiegenheitspflicht entbinden.

Der Vorsorgedialog hat das Ziel, physische, psychosoziale und spirituelle Wünsche des Bewohners sowie dessen Wünsche zum Vorgehen in krisenhaften Situationen (z.B. Krankenhauseinweisung am Lebensende, Wiederbelebung in prognostisch aussichtsloser Situation) frühzeitig zu besprechen und in einem Krisenblatt zu dokumentieren. Als lebendiger Prozess, der beim Eintritt in das Heim beginnt und mit dem Tod des Heimbewohners endet, wird eine laufende Willenserhebung und -positionierung durchgeführt.

Der Dialog soll mindestens halbjährlich sowie anlässlich einer relevanten Änderung des Gesundheitszustands stattfinden. Der Vorsorgedialog soll mehr Sicherheit für alle Beteiligten, wie z.B. den Notarzt, den behandelnden Arzt, die Pflegekräfte und natürlich in erster Linie den Heimbewohner, schaffen.

.....
TIPP

Nähere Informationen finden Sie unter: <https://www.hospiz.at/fachwelt/vorsorgedialog>.

.....

STICHWORTVERZEICHNIS

- 24-Stunden-Betreuung 91
 - Kontrolle 183
 - selbstständige Betreuungskräfte 182
 - Selbstständigen-Modell 161
 - Träger-Modell 160
 - Unselbstständigen-Modell 159
 - Vermittlungsagenturen 168 ff.
 - Vermittlungsvertrag 170 ff., 178 ff.

Abkklärung 282

Altenwohnheime 80

Angehörige, nächste 272

Angehörige, pflegende 124

- Arbeitslosengeld 131
- Bedarfsorientierte Mindestsicherung 132
- Krankenversicherung 124
- Notstandshilfe 131
- Pensionsversicherung 126
- Unterstützung 133

Angehörigenbonus 129

Arbeitnehmerveranlagung, Außergewöhnliche Belastungen 115 ff.

Asylierung 90

Aufwandersatz 266, 270, 275, 291

Behindertenpass 113

Berichterstattung und Rechnungslegung, Pflicht 290

Bescheid 57

Bestellungsbeschluss 287

Rekurs 287

Besuchsdienst 107

Betreuungsbedarf 47 ff.

Betreuungs- und Pflegekosten

- staatliche Unterstützung 103 ff.
- steuerliche Geltendmachung 113

Betreuungsvertrag 178

Bewohnerrechte 220

Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) 195

Ehefähigkeit 250

Einstufung, funktionsbezogene 46

Entlassungsmanagement 68

Entschädigung 291

Entscheidungsfähigkeit 244

Erschwerniszuschlag 50 f.

Erwachsenenschutz 242

– Viersäulenmodell 242

Erwachsenenschutzverein 282

Erwachsenenvertreter

– einstweiliger 283

– gerichtlicher 245

Erwachsenenvertreter-Verfügung 257

Erwachsenenvertretung

– Banken 248

– gerichtliche 294

– gesetzliche 271

– gewählte 267

– medizinische Behandlung

– Wohnortveränderung 255

Fahrten- und Transportdienste 108

Familienhospizkarenz 143 ff.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen 233

Genehmigungsvorbehalt 280

Gericht, Kosten 62

Geschäftsfähigkeit 247

Gutachten 60

Handlungsfähigkeit 246

Hauskrankenpflege

– einfache 107

– medizinische 79

Heilbehelfe und Hilfsmittel 108

Heimaufsicht 225

Heimhilfe 105

Heimvertrag 190

– Ablöse 197, 202

- Beendigung 212
 - Betretungsrecht des Heimpersonals 210
 - Eintrittsgelder 202
 - Entgeltänderung 204
 - Geschenkannahmeverbot 224
 - Gewährleistung 206
 - Grundbetreuung 193
 - Haftung 210
 - Haustierhaltung 209
 - Heimvertragsgesetz 190
 - Instandsetzungsgebühr 197, 202
 - Kautio 202
 - Kündigung 212
 - Leistungsänderungen 205
 - Mängel 206
 - Rauchen 209
 - Tod des Bewohners 216
 - Verpflegung 193
 - Verschwiegenheitspflicht 224
 - Vertragsabschluss 200
 - Vertragserrichtungsgebühr 201
 - Wäscheversorgung 192
 - Zusatzleistungen 194
- Hospiz- und Palliativversorgung 306

Kautio, Heimvertrag 197

Klage 57

Kurzzeitpflege 90

- Urlaub von der Pflege 136

Legalzession 87

Mahlzeitendienst – „Essen auf Rädern“ 107

Medizinische Behandlung 251

Mindesteinstufung, diagnosebezogene 53

Mobile Dienste 101

Musterpatientenverfügung 313

Netzbett 240

Notruftelefondienst, Rufhilfe 108

Patientenanwaltschaften 227
Patientenverfügung 308
– Aufbewahrung 312
– und Erwachsenenvertretung 313
– verbindliche 309
– Voraussetzungen 309
Patientenverfügungsregister 313
Pensionstaschengeld 88
Persönlichkeitsrechte der Heimbewohner 198
Pflegeanwaltschaften 227
Pflegeaufwand, qualifizierter 52
Pflegebedarf, Ermittlung 45 ff.
Pflegegeld 39
– Antrag 54
– Höhe 43
– Voraussetzungen 40
Pflegegeldstufen 43
Pflegegeldtaschengeld 88
Pflegegeldvoraussetzung 40
Pflegeheim
– Barrierefreiheit 221
– Besuche 210
– Personalausstattung 223
– Pflegedokumentation 224
– räumliche Mindestanforderungen 222
– Räumlichkeiten 192
– Suche 186 ff.
Pflegeheimgesetze der Länder 219
Pflegekarenz 139 ff.
Pflegeombudsstellen 227
Pflegeregress 84 ff.
Pflegeteilzeit 139 ff.
Pflegevermächtis 153 ff.
Pflegeversicherung 63
– private 63
Pflegschaftsgericht 246
Psychiatrie 230 ff.

Rechtsbeistand im Verfahren 283
Reinigungsdienst (Haus- und Heimservicedienst) 107
Reparaturdienst 107

Sachverständigengutachten 284
Sachwalterschaft 295
Schlüsselsafe 108
Seniorenresidenz 81
Seniorenwohngemeinschaft 80
Sozialhilfe 38
Sozialhilfetaschengeld 88
Sozialversicherung 38
Stationäre Dienste 80
Sterbebegleitung 306 ff.
Sterbehilfe 302 ff.
Sterbeverfügung 301 ff.
– Form 304
– freie Willensentscheidung 303
– Fristen 304
– Inhalt 303

Teilstationäre Dienste 98
Telemedizin 113
Testierfähigkeit 250
Tötung auf Verlangen 301

Übergangspflege 90
Urteil 61

Verhandlung, mündliche 284
Vermittlungsagenturen 168
Vorsorgedialog 314
Vorsorgevollmacht 262 ff.

Wäschepflegedienst 107
Wohnformen, alternative 80