

PATIENTENVERFÜGUNG

Dr. Oswald Mayr

Die Entwicklung der Medizin, der Zuwachs diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten wecken nicht allein Zuversicht und Hoffnungen auf bessere Gesundheit und länger erhaltene gute Lebensqualität sondern geben für viele Menschen auch Anlass zur Sorge und Angst vor "Übertherapie":

3. Davor, dass die Medizin als institutionalisierte Gesundheitsversorgung, als Krankenhausbetrieb, vielmehr noch dass konkret Ärzte blind werden für die Wahrung individual- und sozialetisch wie anthropologisch oder religiös vertretbarer Wünsche eines kranken Menschen, dessen Lebensende absehbar oder herbeigewünscht oder durch ein irreversibel todbringendes Leiden gezeichnet ist;
4. Angst davor, Objekt einer am technisch Machbaren orientierten Medizin in den Organisationsstrukturen und Routineabläufen eines Krankenhauses oder auch zum bloßen Objekt der medizinischen Behandlung durch einen einzelnen Arzt zu werden;
5. Objekt eines Aktionismus, der an der (vermeintlich in jeder Situation bindenden) Verpflichtung zur Lebenserhaltung festhält, der gerechtfertigt erscheint durch Argumente wie "man könne ja nie wissen, ob nicht doch durch medizinische inkl. medizinisch-technische Maßnahmen eine aussichtslos erscheinende Situation überwunden" werden könnte
6. oder "die medizinischen Befunde könnten ja vielleicht fehlgewertet" werden,
7. oder auch (aus der angenommenen Sicht des Kranken) "er könnte ja vielleicht bei Linderung eines Leidens oder funktioneller Besserung körperlicher Behinderung doch noch weiterleben wollen" usw.;
8. Angst vor Leidensverlängerung oder gar Sterbensverlängerung da, wo eine bereits länger anhaltende Krankheit die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt oder eine akute Erkrankung nur mit einer starken Einschränkung an Lebensqualität, an Selbständigkeit und Selbstbestimmung überwunden werden kann (z.B. Schlaganfall);
9. Angst davor, dass Ärzte das Maß von zumutbarem Leiden nicht berücksichtigen könnten;

10. Angst vor Fremdbestimmtheit, vor Verlust an Selbstbestimmung und Autonomie, vor Abhängigkeit.

In unserer Zeit und in unserer Gesellschaft, in der **Selbstverwirklichung und Autonomie** als hoch gesetzte Ziele behauptet und verfolgt werden, rückt mehr und mehr auch das Lebensende und Sterben in den Blick des Selbstverfügteten, des Selbstgestalteten. Die Gedanken gehen in der Richtung auf Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes, zum Freitod, zum assistierten Suizid und Tötung auf Verlangen bis hin zur aktiven Euthanasie.

Verständlich ist auch der Wunsch, das Selbstbestimmungsrecht gewahrt zu sehen bis in den Tod durch Vorausverfügung in Tagen klaren, urteils- und entscheidungsfähigen Bewusstseins.

Verständlich auch der Wunsch rechtskräftiger, rechtsverbindlicher Willensbekundung. Eine solche Willenserklärung wird bei uns als Patiententestament, besser als Patientenverfügung, im angloamerikanischen Sprachraum als "living will" bezeichnet. Inhaltlich kann eine derartige Vorausverfügung sehr unterschiedlich sein:

Von dem Veto gegen jegliche Art medizinischer Hilfe im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung oder Verletzung bis zur Einschränkung von künstlicher Beatmung oder manueller oder maschineller Wiederbelebung unter besonderen Bedingungen, z. B. bei bestimmten Diagnosen wie irreversiblen Koma oder irreversiblen, unumkehrbarem Beginn des Sterbeprozesses oder bei apallischem Syndrom oder bei schwerer Hirnschädigung. Das Veto kann sich beschränken auf bestimmte Therapieverfahren wie Dialyse oder Blutersatz (Zeugen Jehovas!) oder künstliche Ernährung oder große Operationen. In der Mehrzahl der Verfügungen lehnen Kranke oder Vorausverfügende eine medizinisch-technisch aufgedrängte Lebens- und Leidens- oder Sterbensverlängerung ab, um eines "menschenwürdigen Sterbens willen". Ein menschenwürdiges Sterben als alleinige Begründung für den Behandlungsverzicht in einer Patientenverfügung ist jedoch wegen der Unbestimmtheit und der Abhängigkeit von individuellen Einschätzungen, was menschenwürdig sei, nicht rechtswirksam.

Niemand kann verlangen, der behandelnde Arzt müsse auf der Basis der ihm vorliegenden Verfügung, unter Respektierung der Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten, Forderungen nachkommen, die rechtlich nicht erlaubt sind, wie z.B. ihn im Falle einer unheilbaren Krankheit töten.

Wie in ihrem Inhalt so kann die Vorausverfügung auch in ihrer Form unterschiedlich sein:

Von der mündlichen Absprache zwischen dem Kranken und seinem betreuenden Arzt bis zur notariell beglaubigten Urkunde in der Form eines persönlichen, vom Kranken unterschriebenen Patientenbriefes, hand- oder maschinenschriftlich oder als Formular, wie es von verschiedenen Vereinigungen überall in Europa angeboten wird. Die Mitzeichnung durch Zeugen ist nicht erforderlich. Der Unterzeichner muss zum Zeitpunkt der Unterzeichnung geschäfts- und einwilligungsfähig (gewesen) sein. Auf die mögliche Problematik einer nicht von Zeugen mitgezeichneten Verfügung sei hingewiesen. So kann die Niederschrift in einer Phase der Depression mit Suizid-Gedanken erfolgt sein. Hier ist die freie, unbeeinträchtigte Entscheidungsfähigkeit zu bezeugen.

Es können auch Minderjährige (zwischen 14 und 18 Jahren) eine Patientenverfügung rechtsbeachtlich abfassen, unter der Voraussetzung der Einsichtsfähigkeit für die Folgen eines eventuellen Behandlungsverzichtes oder -abbruches.

Für den Arzt können sich zahlreiche Umsetzungsschwierigkeiten der Verfügungen ergeben. Unter welchen Bedingungen wird nicht oft der Arzt (als Notarzt oder Intensivarzt) in die Situation gebracht, die Prämissen der Patientenverfügung mit den aktuellen medizinischen Gegebenheiten gar nicht "abstimmen" zu können, vielmehr akut handeln zu müssen, ohne den Willen des Kranken zu kennen.

So auch die Schwierigkeit, die reelle Prognose eines aktuellen Krankheitszustandes nicht abschätzen zu können und doch handeln zu müssen, um nicht durch Verzögerung von Therapiemaßnahmen die Aussichten auf Erfolg zu verringern. Bestehen Zweifel an der Aussichtslosigkeit der Krankheitssituation unter realistischen Möglichkeiten verfügbarer Mittel, so ist der Arzt zur Behandlung verpflichtet; er macht sich unterlassener Hilfeleistung strafbar, wenn er in dieser Situation eine Behandlung unterlässt.

Welche für den Arzt bindende, juristisch möglicherweise einklagbare Kraft hat die Patientenverfügung? Mancherlei Argumente schwächen die Rechtsverbindlichkeit:

3. der Gesunde könne bei Abfassung einer Vorausverfügung ja gar nicht seine medizinische, soziale, lebensperspektivische Situation antizipieren und deswegen auch nicht, selbst bei klarer Einsicht in ihm bekannte medizinisch-technische Möglichkeiten und Risiken und Therapiekonsequenzen, schon seiner Entscheidung zur Therapieverweigerung im Voraus sicher sein;

4. die aktuelle Situation der Behandlungsnotwendigkeit liege vielleicht außerhalb dessen, was im Rahmen der vielleicht weit im Voraus getroffenen Patientenverfügung inbegriffen sei;
5. die therapeutischen Fortschritte könnten die vom vorausverfügenden Gesunden oder Kranken nicht abgeschätzt und deswegen aktuell unterschätzt werden (die Möglichkeiten der Intensivmedizin nach einem Unfall z.B.);
6. vielleicht sei auch der Vorausverfügende nicht hinreichend über therapeutische Möglichkeiten und über die Folgen der Verweigerung aufgeklärt worden;
7. die Formulierung sei unbestimmt und untersage nicht ausdrücklich z. B. die Elektrotherapie, von potentiell lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen durch Defibrillation ("Elektroschock") oder Schrittmacher bzw. die künstliche Beatmung;
8. die Formulierung sei vielleicht auf ein allein hedonistisches Bild von "zumutbarer Lebensqualität" oder von Menschenwürde hin abgefasst und könne deswegen dem Arzt keine Handlungsrichtlinien geben.

Solche und andere Argumente können die Rechtsverbindlichkeit einschränken.

In jedem Falle sollte eine Patientenverfügung aber als handlungsrelevantes Indiz für den mutmaßlichen Willen des Kranken beachtet und als Entscheidungshilfe berücksichtigt werden. Je zeitnäher die Verfügung zur Situation der Therapienotwendigkeit abgefasst oder wenn sie sogar mit erneuerter, datierter Unterschrift wiederholt wurde, desto entscheidungsgewichtiger ist sie.

Mit dem Stichwort der generellen Therapieverweigerung, der gewollten Nichtbehandlung sind wir (sofern nicht die Ablehnung einer bestimmten Therapieform, z. B. schulmedizinische Maßnahmen, gemeint ist) in der Nähe der willentlichen Lebensverkürzung, der gewollten Lebensbeendigung oder des Suizids.

Behandlungsverweigerung ist (das muss manchen Ärzten und Behandlungspersonen entgegengehalten werden) weder rechtlich noch moralisch als Selbstmord anzusehen. Vielmehr kann sie Ausdruck völliger Ergebung in ein als von Gott gegebenes "Schicksal" sein, also ein "Sichschicken" in Fremdbestimmtheit und gerade nicht Ausdruck autonomen Verfügens über das eigene Lebensende. Dem aufgrund entschiedener Behandlungsverweigerung bewusstlos gewordenen Kranken gegenüber besteht denn auch (anders als beim bewusstlosen Suizidenten) keine Behandlungspflicht zur Lebensrettung, wohl die

Beistandspflicht, die Pflicht zur Sorge für Schmerzlinderung, Behandlung von Angst und Unruhe und ggf. zur Flüssigkeitszufuhr. Intensivmedizinische Maßnahmen sind bei Kenntnis des Patientenwillens zu unterlassen, selbst da, wo aus medizinischer Sicht noch eine Chance besteht, dass der Kranke unter Einsatz derartiger Behandlungsmethoden gerettet werden könnte.

Auf der anderen Seite schützt eine Patientenverfügung den Arzt vor strafrechtlicher Belangung wegen Tötung durch unterlassene Hilfeleistung. Wenn auch eine Patientenverfügung den Arzt nicht entbindet von der Verpflichtung sorgfältigster Prüfung der medizinischen Sachlage und der Erfolgswahrscheinlichkeit aktuell verfügbarer Mittel und Maßnahmen, so erleichtert sie doch seine Handlungsentscheidungen erheblich.

Wie aber ist zu erfahren, wenn kein solches Dokument vorliegt? Hier wird mehr und mehr das Votum eines Patientenanwalts als "Sachwalter des Patientenwillens" oder eine vom Verfüger zu benennende Person seines Vertrauens akzeptiert für den Fall der Willens- und Entscheidungsunfähigkeit (Vorsorgevollmacht).

Inhaltlich sprechen Patientenverfügungen jedweder Form intensivmedizinische Behandlungsmaßnahmen an, deren Einsatz verweigert werde. Was zählt dazu? Sind die Elektrokardioversion, der Elektroschock bei Kammerflimmern oder die Intubation zur Sauerstoffzufuhr bei akutem Lungenödem bei Patienten mit potentiell überwindbar erscheinenden Krankheitssituationen zu unterlassende Behandlungsmethoden? Oder die antibiotische Behandlung schwerer Infektionen? Der Blutersatz bei spontanen oder traumatischen Blutungen? Die "Entgiftung" bei unabsichtlicher Vergiftung? Werden nicht mit dem Fortschritt der medizinischen Praxis (damit seien hier Wissen, Erfahrung und Verfügbarkeit zusammengefasst) auch die Aussichten auf Erfolg der Akutmaßnahmen wie der Behandelbarkeit à la longue verbessert? Kann nicht vielleicht damit auch das Schreckgespenst nur halb gelungener Wiederbelebung etwas von seinem Schrecken verlieren? Hier wird die u. U. schwer zu erfüllende Pflicht des Arztes zu einer weitreichenden, sorgfältigen Aufklärung über eine aktuelle Krankheit mit ihrer zeitlichen und lebensqualitativ zu beschreibenden Prognose, über Möglichkeiten der vom Kranken und vom nur potentiell Kranken gefürchteten lebensverlängernden Intensivmedizin mit den Erfolgsaussichten und Risiken herausgefordert. Das verlangt fachliche und kommunikative Kompetenz, .Aufklärung bringt wiederum eigene medizinische und psychologische Probleme mit sich: Das Problem der Sicherheit oder Unsicherheit der Diagnose und mehr noch der Prognose eines Krankheitszustandes mit dem zu erwartenden spontanen oder dem therapeutisch beeinflussten Verlauf, das Problem der seelischen Belastung des Kranken durch Aufklärung, das Problem der möglichen Diskrepanz zwischen rationaler Einsicht und emotionaler Akzeptanz. So kann Aufklärung auch die Angst des Kranken und

die Befürchtungen eines in gesunden Tagen über seine spätere Nichtbehandlung Verfügenden verstärken.

Wovor hat aber ein Mensch Angst, wenn er über den Behandlungsverzicht antizipierend verfügt? Ist es der Verlust der Selbständigkeit, der Selbstbestimmung, der Autonomie, die Angst bereitet? Angst vor einem Leben in Hilflosigkeit und Abhängigkeit? Ist es die Angst davor, anderen Menschen zur Last zu fallen, zur körperlichen, seelischen oder finanziellen Last? Ist es die Angst vor der Versachlichung, Vergegenständlichung? Angst davor, zum Objekt eines medizinisch-technischen Aktionismus, gar des Experimentes zu werden? Diese vielfältig möglichen Motive der Vorausverfügung erfordern intensive vertrauensvolle Gespräche mit dem Arzt, mit Angehörigen und eventuell stellvertretenden Vertrauenspersonen. Der "Arzt des Vertrauens" kann, sofern er der behandelnde Arzt ist, nicht die Funktion des rechtlichen Stellvertreters übernehmen. Hier ist der Arzt nicht nur als Sachwalter der Medizin sondern auch als Anwalt des Kranken oder Verfügenden gefordert, d. h. auch als Person, die durch den Umgang mit Menschen in dieser Grenzerfahrung und durch die eigene Stellungnahme ihre Authentizität gewinnt. Und sei es auch, dass der Kranke entgegen der Überzeugung seines Arztes weitergehende Behandlung verweigert, so muss der Arzt solche Entscheidung, sofern sie unter den beschriebenen Prämissen getroffen ist, achten, ohne dann die Betreuung abzubrechen.

Im klinischen Alltag betrifft die Achtung einer Patientenverfügung oft nicht nur einen Arzt allein, sondern ein Behandlungsteam. Hier können Konflikte unterschiedlicher Überzeugung, verschiedener Zuständigkeit, unterschiedliche sachliche und kommunikative Kompetenz die Situation belasten. Auch ist in der Klinik häufig zu beobachten, dass verschiedene Personen, oft mit unterschiedlichen rationalen oder emotionalen Argumenten die Funktion des Sachwalters für den Kranken affektiv oder praktisch, versteckt oder offen übernehmen. Derartige Konflikte können nur im Stations- oder Teamgespräch, intensiviert durch eine angemessene Supervision, aufgedeckt und (mindestens partiell) überwunden werden. Wieder werden mit diesen praktischen Problemen der Umsetzung einer Patientenverfügung in der Klinik Aspekte deutlich, die über den zum beiderseitigen Schutz juristisch geregelten, medizinischen Handlungsbereich hinaus gehen. Neben der Verweigerung intensivmedizinischer Maßnahmen wird in vielen persönlich verfassten oder auch als Formular unterzeichneten Patientenverfügungen ein **"menschenswürdiges Sterben"** als zu beachtender Wert, auch als Begründung für die Verfügung angegeben. Was heißt das? Was ist menschenwürdiges Sterben? Im Zusammenhang mit der meist mehr emotional als sachlich geführten Kritik an heute möglicher und praktizierter Hochleistungsmedizin und sicher besonders mit dem Blick auf das Sterben unter den Bedingungen einer Intensivstation wird die Menschenwürde, die mit solcher Art Medizin eo ipso verletzt werde (so die Kritik) als Argument in die Diskussion

gebracht, das die Ablehnung dieser Behandlungsmethoden hinreichend zu begründen scheint.

Wie aber ist Menschenwürde zu charakterisieren und geht sie tatsächlich dem Blick des Intensivmediziners, d.h. in seinem Handeln verloren? Ich will die Gefahr des Verlustes nicht verleugnen und sehe auch die Berechtigung solcher Kritik. Dennoch: Oft wie eine inflationäre Worthülse gebraucht, kann das Argument der Menschenwürde nicht überzeugen, wo es ohne einen vom Verfasser einer Patientenverfügung authentischen Inhalt gebraucht wird; wo also dieser Wert „menschenswürdiges Sterben“ nicht aus der Existenz des voraus verfügenden Kranken und Gesunden erwächst oder zu erschließen ist.

Von daher auch ist anzugeben, welche medizinischen Behandlungsmaßnahmen sicher menschenunwürdig sind. So ist gerade auch im Bereich der Intensivmedizin klar zu sagen,

- dass eine nicht zu rechtfertigende experimentelle Behandlung, die Degradierung des Kranken zum ausschließlichen Objekt einer medikamentösen, apparativen oder physikalischen Medizin als menschenunwürdig verurteilt werden muss.
- So auch die sich entwickelnde computergestützte Prognose,
- die Einschätzung der Erfolgchancen oder Vergeblichkeit oder die Kostenkalkulation aufgrund von Computerdaten,
- die Außerachtlassung notwendiger Schmerzbehandlung oder der Sedierung (sei diese auch mit der Möglichkeit eines beschleunigten Sterbeprozesses verbunden).

Diese möglichen Verletzungen der Menschenwürde sind es, die mit der Verweigerung intensivmedizinischer Maßnahmen gemeint sind. Sie vermögen aber nicht hinreichend Menschenwürde positiv zu definieren. Und das ist im Zusammenhang der Patientenverfügung unabdingbar. Führt doch die Reflexion weitere dialektische Aspekte der Patientenverfügung vor Augen:

Menschenwürde ist in der abendländischen Philosophiegeschichte sehr unterschiedlich verstanden worden:

- Von der Stellung in der Gesellschaft und der Teilhabe an der allgemeinen Vernunft (bei Cicero)
- über die Gottebenbildlichkeit, Geistigkeit und Geschöpflichkeit (im Mittelalter)
- über die autonome, selbstgesetzliche Sittlichkeit (bei Kant),
- als politisches Programm sozialer Gerechtigkeit (bei den frühen Sozialisten)

- bis hin zu der Entscheidungsfreiheit, "sich im Äußersten selbst den Tod geben zu können" (K. Jaspers)
- und wieder zu dem Gedanken, dass Menschenwürde an das Bewusstsein eigener Sterblichkeit gebunden ist.

Im juristischen Gebrauch ist Menschenwürde ein Wert der Person an sich, etwas das unveräußerlich zu seiner Naturausstattung qua Mensch gehört; ohne dass aber in dieser Definition gesagt wäre, was Person meint und ob nicht auch (entsprechend der neuzeitlichen Denktradition) "Kultur", nämlich die Entwicklung der Sittlichkeit und des Bewusstseins sozialer Verantwortung, handlungsrelevante Bedingungen von Menschenwürde darstellen.

Mit der Jaspers'schen Formulierung, die - so gebraucht "sich im äußersten selbst den Tod geben zu können" - mit dem Äußersten autonomer Sittlichkeit als *Conditio sine qua non*, als unabdingbare Bedingung von Menschenwürde auch den Freitod (z. B. als Selbstopfer) rechtfertigt, sind wir ganz dicht an dem heutigen Selbstverständnis derer, die um der Menschenwürde willen über ihr Sterben vorausverfügen wollen, auch sehr nahe an der Argumentation der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben (DGHS).

Ist nicht aber auch eine Kennzeichnung von Menschenwürde denkbar, die sie - indem sie die Denktradition aufnimmt und die wachsende plurikulturelle Gesellschaft mit den so unterschiedlichen Wertorientierungen berücksichtigt - als "Ebenbildlichkeit denkbarer und gedachter Humanität im Sinne anthropologischer Konstitution, als Mitmenschlichkeit und potentielle Vernunftbegabung" versteht? Diese Kennzeichnung lässt die Möglichkeit auch des Bewusstseins eigener Sterblichkeit, des (durchaus unterschiedlichen) religiösen Selbstverständnisses offen. Und sie bindet den vorausverfügenden Kranken oder Gesunden wie den möglicherweise behandelnden Arzt wie die Gemeinschaft (von Angehörigen, Freunden, Behandelnden) in die Solidarität gegenseitiger Achtung. Damit gewinnt Menschenwürde Handlungsrelevanz auch in der Extremsituation der Intensivmedizin wie in der Achtung einer Entscheidung zum Behandlungsverzicht und einem Sterben in Frieden. Mit dem Begriff der Menschenwürde ist nicht nur in der philosophischen Denktradition, sondern auch im nicht immer klar artikulierten Bewusstsein vieler Menschen heute das Kennzeichen der Autonomie und des Selbstbestimmungsrechtes verbunden, auch das des "mündigen Patienten", der selbst über seinen Körper entscheiden und verfügen könne und dürfe.

Auch hier wieder zeigt sich die Dialektik solcher Selbstverfügung. Wir sehen das auch im ärztlichen Alltag klinischer Tätigkeit. Der Kranke ist unter günstigen Bedingungen geistiger Klarheit wohl autonomes Subjekt. Aber er ist ja auch Kranker, Leidender, und deswegen unfrei, nur dialektisch frei. Er entscheidet in

existentieller Not, zudem noch abhängig von dem behandelnden Arzt, eingefügt in den Funktionsapparat einer Klinik und in die Mentalität und Abläufe einer naturwissenschaftlich ausgerichteten und institutionalisierten Medizin, deren Segen er auch genießt neben den Lasten und Begrenzungen, die sie (diese Medizin) ihm menschlich auferlegt. Was kann unter diesen Bedingungen Autonomie, autonome Entscheidung und Verfügung heißen?

Wir sehen, wie intensiv uns das Nachdenken über die Patientenverfügung aus dem juristisch geschätzten, von medizinischen Entscheidungskriterien mitbestimmten Rahmen hinausführt in die Weite unseres anthropologischen Selbstverständnisses jeder einzelnen und auch mitmenschlichen Existenz. Unsere Aufgabe als ärztlich oder pflegerisch Behandelnde, als juristisch auch Urteilende wie als potentiell selbst Betroffene oder Verfügende müssen diese Dimensionen im Auge haben, wenn es um die Beurteilung von Patientenverfügung als Entscheidung und als Instrument geht. Gleichviel, ob wir eine Patientenverfügung als solche ablehnen oder akzeptieren, so steht die Beurteilung stets im Horizont unseres Menschenbildes.

Weiterführende Literatur zu diesem Thema

Rehbock, Theda: Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Zur Kritik (medizinisch-)ethischer Grundbegriffe. In Ethik in der Medizin 14-2002, Springer Verlag

Dziewas, Rainer; Sörös, Peter; Henningsen, Henning: Informed Consent im klinischen Alltag – eine pragmatische Interpretation. In Ethik in der Medizin 14-2002, Springer Verlag

Gaul, Charly: Kann Autonomie „fremdvertreten“ werden? Philosophische, medizinische und juristische Überlegungen zur Einstellung lebenserhaltender Therapie bei Schwerstkranken unter Wahrung der Autonomie der Betroffenen. In Ethik in der Medizin 14-2002, Springer Verlag

M. Strätling, V.E. Scharf, B. Eisenbart: Vorausfügungen von Patienten und Stellvertreterentscheidungen in Gesundheitsfragen. Eine interdisziplinär-wissenschaftliche Analyse mit Empfehlungen für eine Reform des deutschen Betreuungsrechtes zur Beseitigung oder Verminderung der ethischen und rechtlichen Probleme bei der medizinischen Behandlung von nicht einwilligungsfähigen Personen. Herausgeber: Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen, August 2000.

Arbeitsgruppe „Sterben und Tod“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V.: Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht. Eine

Handreichung für Ärzte und Pflegende. Herausgeber: Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Göttingen, November 1998.

Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. Herausgeber: Bundesärztekammer Deutschland, 1999

Orsi, Luciano: Direttive anticipate e pianificazione anticipata delle cure. Living will e Advance care planning. U.O. Rianimazione e T.I. Ospedale Maggiore Crema; Consulta di Bioetica Milano.