

Die im Titel gestellte Frage mag überraschen. Für viele ist die Gleichung Patientenverfügung = Selbstbestimmung zweifelsfrei gegeben. Spricht man aber mit Ärzten oder Pflegefachpersonen, so werden nicht selten Bedenken, Unsicherheiten oder Schwierigkeiten im Umgang mit Patientenverfügungen geäußert.

Peter Lack¹

Wie können Patientenverfügungen der Entscheidungsfindung dienen?



Peter Lack

1. Einleitung

Bevor auf Chancen und Grenzen der Patientenverfügung eingegangen wird, ist ein Blick zurück in die Entstehung des Instruments und die damit verbundenen Motivationen aufschlussreich.

- **Die Medizinische Entwicklung** hat im vergangenen Jahrhundert Fortschritte erzielt, u.a. neue Möglichkeiten der medizin-technischen Überbrückung bei Organausfällen sowie fortlaufend neue Medikamente zur Behandlung von Erkrankungen. Das Individuum hat aber diesen Zuwachs an Wissen und Behandlungsmöglichkeiten nicht immer als Fortschritt betrachtet bzw. stand der Inanspruchnahme dieser Errungenschaften ambivalent gegenüber. Vor allem die oftmals mit diesen Möglichkeiten der Lebenserhaltung einhergehende, lange andauernde medizinische oder pflegerische Abhängigkeit hat vielfach zu einer eher skeptischen Grundhaltung diesen Möglichkeiten gegenüber geführt. Primär aus diesen Beweggründen entstanden ab den 1970er Jahren Patientenverfügungen als persönliches Abwehrinstrument gegenüber Massnahmen, die sich mit den individuellen Überzeugungen in Bezug auf Lebensqualität nicht vereinen liessen.
- **Im gleichen Zeitraum lässt sich eine Verlagerung von Kranksein und Sterben aus dem häuslichen Bereich in die öffentliche Einrichtung feststellen.** Diese war nur zu einem geringen Teil – aufgrund bestimmter Voraussetzungen an Infrastruktur und Betreuung – medizinisch bedingt. Viel stärker haben dazu soziale Veränderungen in den Formen des familiären Zusammenlebens beigetragen. Weil die mehrere Generationen umfassende Familie, die am gleichen Ort oder sogar im selben Haus wohnte, immer seltener wurde, musste die Betreuung, die bisher familienintern übernommen werden konnte, an externe Fachpersonen delegiert werden. Weitere Gründe sind Veränderungen in den Rollenbildern von Mann und Frau sowie eine zunehmende Mobilität. Diese Verlagerung von Krankheit und Sterben aus dem häuslichen Bereich in die öffentliche Einrichtung stellt bis heute einen tief greifenden Einschnitt im Erleben des Krankseins dar. Der Kontroll-

verlust und das Gefühl des Ausgeliefertseins, das der Krankheitserfahrung oder bei andauernder Pflegebedürftigkeit schon inhärent eigen ist, wird durch die Betreuung durch «Fremde» in einem meist unbekanntem und zudem noch teilweise öffentlichen Umfeld, (Klinik, Alters- und Pflegeheim) verstärkt. Es kommen der weitgehende Verlust der Intimsphäre, an Privatheit und dem damit assoziierten Schutz der Betreuung durch Nahestehende in den «eigenen vier Wänden» dazu. Eine Reaktion auf diese Umstände und Einsichten sind in praktischer Hinsicht die Anliegen und Prinzipien der Hospiz-Bewegung, die bemerkenswerterweise ebenfalls ab den 1970er Jahren entsteht. Sie hatte sich zum Ziel gesetzt, für die Situation chronischer Krankheit und insbesondere am Lebensende im institutionellen Kontext Rahmenbedingungen zu schaffen für ein «würdevolles Sterben». Zu den wesentlichen Eckpfeilern des Konzepts gehört, dass die «Fremdheit» unter anderem durch das Schaffen einer persönlichen, «häuslichen» Atmosphäre und den Einbezug der Angehörigen reduziert wird und so chronisch kranken Menschen und Sterbenden mehr Lebensqualität und emotionale Sicherheit gegeben wird. In dieselbe Richtung weisen aber auch die immer wiederkehrenden Befragungen, gemäss denen sich – und dabei gibt es keine Länderunterschiede – eine überwiegende Mehrheit der Bevölkerung wünscht, auch bei Krankheit oder im Alter so lange wie möglich zuhause bleiben und insbesondere zuhause sterben zu können.

- **Auf der Ebene gesellschaftlicher Normen und Werte** schliesslich fand in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Entwicklung statt, die bisherige Autoritäten in Frage stellte. Zunehmend wurden vom Individuum bzw. dem Bürger Rechte eingefordert, u.a. solche, die Leib und Leben betrafen. Das zeigte beispielsweise die intensiv geführte Kontroverse um den Schwangerschaftsabbruch («Mein Bauch gehört mir»). Auf der anderen Seite des Lebensbogens erwächst eine ebenso intensive Auseinandersetzung um das Selbstbestimmungsrecht der Patienten bei schwerer Krankheit und am Lebensende; erwachsen aus der Überzeugung, dass das Sterben ein höchstpersönlicher Akt ist, der nicht von (medizinischer) Fremdbestimmung geprägt sein sollte («Mein Tod gehört mir»). Die dem klinischen Betrieb eigene Betrachtungs- und Behandlungsweise von Erkrankungen werden von vielen Menschen, insbesondere von solchen mit einer chronischen Erkrankung, als «entfremdend» bezüglich der eigenen Krankheitserfahrung erlebt.² Daraus entwickelte sich in ethischer und rechtlicher Hinsicht ein neues Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung, welches die Patientenautonomie stärker gewichtete und damit zwangsläufig das «Fremdbestimmungsrecht» des Arztes

¹ Peter Lack, lic.theol., Supervisor CPT / KSA, Vorsitzender ethische Subkommission «Patientenverfügung» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, Leiter Projekt Patientenverfügung des Schweizerischen Roten Kreuzes, Projektmitarbeiter GGG Voluntas

² Diese Problematik wurde vielfach und intensiv von Historikern und Soziologen bearbeitet und kann hier nicht weiter vertieft werden. Vgl. dazu Parsons (1967), Fox (1974), Engelhardt (1981), Foucault (1988).

einschränkte. Die Patientenverfügung wird unter diesem Aspekt auch zu einem Instrument, das die «objektive», «entpersönlichte» Erkrankung wieder ins eigene Leben integrieren will.

Diese Faktoren haben der Patientenverfügung nachhaltigen Aufschwung verliehen bis hin zu ihrer rechtlichen Verankerung heute. Mit Blick auf diese phänomenologisch-historischen Gegebenheiten lässt sich Folgendes feststellen:

- **Die Patientenverfügung drückt primär die persönliche Werthaltung des Patienten** in Bezug auf Lebensqualität, Krankheit, Abhängigkeit und Sterben aus. Von ihrem Anliegen her ist sie erst in zweiter Linie eine detaillierte Anordnung über das Nicht-Einleiten einzelner medizinischer Massnahmen.
- **Mit einer Patientenverfügung werden soziale und emotionale Anliegen ausgedrückt** wie z.B. das Bedürfnis nach respektvoller, «vertraut-familiärer» Behandlung, nach Schutz in einer Situation grosser Abhängigkeit und (emotionaler) Verletzlichkeit sowie Bedürftigkeit bzw. die Angst, einem Versorgungssystem mit unbekanntem Menschen ausgeliefert zu sein. Diese Themen kommen aber in herkömmlichen Patientenverfügungen nur selten zur Sprache. Sie werden medicalisiert und in der Folge medizinische Massnahmen oftmals pauschal und undifferenziert abgelehnt ohne vorausgehende Bewusstwerdung persönlicher Überzeugungen und Präferenzen.
- **Die Patientenverfügung ist schliesslich auch ein Mittel, um die Krankheits- oder Sterbeerfahrung oder das Leben als (hoch-)betagter Mensch bewusst (mit) zu gestalten.** Die Patientenverfügung ist in dieser Hinsicht auch ein Weg der existenziell-persönlichen Auseinandersetzung mit der mehr oder weniger zukünftigen Krankheitssituation oder im Fall einer bereits bestehenden Erkrankung die Anerkennung der aktuellen.

2. Medizinethische Verankerung in der Schweiz

Ab dem Jahr 2003 (SAMW 2003) findet die Patientenverfügung prinzipiell Eingang in verschiedenen behandlungsspezifischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Im Gegensatz zu früheren Dokumenten wird die Patientenverfügung eigens behandelt und grundsätzlich bekräftigt. Es wird festgehalten, dass ein Patient mittels einer Patientenverfügung in eine Behandlung einwilligen oder sie ablehnen kann. Im Jahr 2005 wurden die in den verschiedenen Richtlinien gemachten Aussagen auf einen gemeinsamen Nenner gebracht und ein Grundsatzpapier zum Selbstbestimmungsrecht der Patienten veröffentlicht (SAMW 2005). Darin werden die in der juristischen Lehre gängigen Gedankengänge aufgenommen. Es wird beschrieben, wie mit urteilsunfähigen Patienten zu verfahren ist. Das Papier bestätigt grundsätzlich das Selbstbestimmungsrecht der Patienten sowie die üblichen Anforderungen für die Rechtfertigung eines medizinischen Eingriffs, v.a. das Prinzip des «informed con-

sent» als Voraussetzung für die Willensbildung. Die Verbindlichkeit der Patientenverfügung wird im Anschluss an verschiedene früher publizierte medizinethische Richtlinien für den Fall des urteilsunfähigen Patienten bekräftigt. Damit eine Patientenverfügung ihre Wirkung entfalten kann, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Patientenverfügung muss eine medizinisch indizierte Behandlung betreffen;
- die in der Verfügung beschriebene Situation muss auf die aktuelle Situation zutreffen;
- es dürfen keine Anhaltspunkte vorliegen, die auf eine Willensänderung schliessen lassen.

Neu ist die sogenannte «Hierarchie der Surrogate». Danach gibt beim urteilsunfähigen Patienten die Patientenverfügung an erster Stelle Auskunft über dessen mutmasslichen Willen, an zweiter Stelle die Vertrauensperson (bevollmächtigte Vertretungsperson für medizinische Angelegenheiten). Und an dritter Stelle wird – wenn die ersten beiden Surrogate nicht vorhanden sind – auf frühere mündliche Äusserungen des Patienten abgestellt. Seit 2006 werden spezifische medizinethische Richtlinien zu Patientenverfügungen erstellt, welche Ende 2008 in Vernehmlassung gingen und noch vor dem Sommer 2009 definitiv verabschiedet werden sollen (vgl. dazu den Beitrag von M. Salathé in diesem Heft).

3. Probleme im Umgang mit Patientenverfügungen und Qualitätsstandards

Die Aussagen der neuen SAMW-Richtlinien «Patientenverfügungen» decken sich mit Inhalten eines Gutachtens des deutschen Bundesgesundheitsministeriums (Meran et al 2002), welches Schwierigkeiten bei der Erstellung und Umsetzung von Patientenverfügungen untersucht und Qualitätsstandards formuliert hat. In der Situation des Erstellens sind es vor allem Informationsdefizite, die zu Mängeln bei Patientenverfügungen führen. Diese lassen sich wie folgt gruppieren:

- Mangelnde medizinische Informationen über mögliche Krankheitssituationen und Therapien
- Mangelnde Kenntnisse formaler Anforderungen und rechtlicher Rahmenbedingungen
- Mangel einer dialogischen Entscheidungsfindung
- Begrenzte Voraussehbarkeit möglicher Problemsituationen
- Unpräzise Äusserungen, die nicht praxistauglich sind, z.B. «nicht an den Schläuchen hängen», «keine Apparatemedizin»
- Mangel eines persönlichen Werteklärungsprozesses

Für die Situation der Umsetzung wurde untersucht, welche Faktoren die Nicht-Beachtung einer Patientenverfügung begünstigen. Dies sind:

- Unklare Anweisungen in der Patientenverfügung
- Zu grosse Interpretationsspielräume für das Behandlungsteam

- Zweifel bei der Identität der Person oder Zweifel an der Stabilität der Willensbekundung
- Konflikte für Ärzte oder Pflegefachpersonen, die aufgrund der Uneinigkeit zwischen Bevollmächtigten und Angehörigen entstehen
- Grosser zeitlicher Abstand zwischen Abfassung und Umsetzung

Das Gutachten hat aus diesen Einsichten Standards für valide Patientenverfügungen formuliert. Der Einfachheit halber werden nur die für diesen Beitrag relevanten Punkte aufgeführt. Diese betreffen den Punkt «Willensbildung»:

- Entdecken eigener Wertvorstellungen
- Aufklärung und Beratung
- Klärung von Motivation und Zielen

4. Welche Inhalte kann eine Patientenverfügung haben und was sollte beim Erstellen beachtet werden?

Eine grundsätzliche Frage in der ethischen und rechtlichen Diskussion um die Patientenverfügung ist diejenige der «antizipierten Willensbildung». Der Einwand, dass zukünftige Problemsituationen nicht ausreichend antizipiert werden können und deshalb die Möglichkeit der Vorausbestimmung mittels einer Patientenverfügung grundsätzlich in Frage gestellt wird (vgl. Fagerlin 2004), entspricht nicht einem medizinethischen (vgl. dazu auch die Richtlinien und Grundsätze der SAMW) und offenbar auch nicht einem gesellschaftlichen Konsens (vgl. die zunehmende Verankerung der Patientenverfügung). Die begrenzte Voraussehbarkeit möglicher lebensgefährdender Situationen (dies trifft insbesondere dann zu, wenn zum Zeitpunkt des Erstellens keine spezifische Krankheitsdiagnose vorliegt) legt aber die Frage nahe, welche Inhalte eine Patientenverfügung sinnvollerweise hat bzw. wie sie aufgebaut sein sollte. Dazu muss der übliche Kontext der medizinischen Entscheidungsfindung kurz vergegenwärtigt werden: Der Arzt bzw. das behandelnde Team beurteilt, welche medizinischen Interventionen in einer gegebenen Situation ergriffen werden könnten. Dieser fachlichen Perspektive steht die Perspektive der individuellen Bewertung dieser Behandlungsoptionen gegenüber (vgl. Brückner 1999). Im «Normalfall» wird dies durch den urteilsfähigen Patienten eingebracht, in der Regel in einer diskursiv-prozesshaften Auseinandersetzung mit dem Arzt, Pflegefachpersonen und oftmals auch Nahestehenden. Beim urteilsunfähigen Patienten braucht es dafür wie bereits erwähnt Surrogate. Die Patientenverfügung oder eine Vertretungsperson haben demnach in erster Linie die Aufgabe, diese persönliche Sicht bzw. die individuelle Bewertung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten stellvertretend für den Patienten einzubringen. Diese gewinnt desto mehr an Gewicht, je unsicherer die Prognose bzw. der erwartete Behandlungserfolg der zu ergreifenden medizinischen Massnahme(n) ist. Praktisch bedeutet dies, dass die medizinische Indikation mit der Werthaltung und den persönlichen Überzeugungen des Patienten abge-

stimmt werden muss (vgl. zum Konzept der «persönlichkeitsbezogenen Indikation» Brückner 1999). Diese Informationen sollten in verständlicher und aussagekräftiger Weise in einer Patientenverfügung zum Ausdruck kommen.

Eine solche Werteerklärung kann grundsätzlich vom Verfügenden frei formuliert werden. Es dürfte aber für viele nicht einfach sein, die für Behandlungsentscheide relevanten von nichts sagenden persönlichen Informationen zu unterscheiden. Eigens entwickelte Fragen (BMJ 2004) oder Fallgeschichten zur Werteanamnese (vgl. Sass, 2001) sollen Verfügenden helfen, eine aussagekräftige Werteerklärung zu formulieren. Alternativ kann im Rahmen eines Gesprächs die persönliche Werthaltung erfragt und dokumentiert werden.

Auch Angaben über das Ziel möglicher Interventionen können sinnvoll sein. Oft können Massnahmen mit unterschiedlicher Absicht und Wirkung (lebenserhaltend, palliativ) eingesetzt werden. Sind Anwendungssituationen und Therapieziele beschrieben, kann der Einsatz der einzelnen medizinischen Massnahmen angepasst werden. Kurzum: Eine Patientenverfügung steht demnach weniger unter dem Anspruch einer möglichst umfassenden Auflistung einzelner medizinischer Massnahmen, sondern vielmehr aussagekräftiger Angaben zu persönlichen Überzeugungen und Werthaltungen. Diesen ist grosse Bedeutung beizumessen, insbesondere wenn die mögliche Anwendungssituation noch unbestimmt ist. Weiter hat eine Werteerklärung den Vorteil, dass sie «zur Entscheidungsfindung beitragen [kann], wenn die eigene Meinung noch nicht klar herausgebildet ist.» (Meran 2002).

Über die Dokumentation der persönlichen Werthaltung besteht aber im Rahmen einer Patientenverfügung auch die Möglichkeit, dass in spezifische medizinische Behandlungsmassnahmen eingewilligt wird bzw. diese abgelehnt werden. Diese sind dann zu berücksichtigen, wenn aus der Patientenverfügung hervorgeht, dass der Patient für die eingetretene Situation seinen Willen verfügt hat und die Einwilligung bzw. Ablehnung eine medizinisch indizierte Behandlung betrifft. Weiter oben wurde darauf hingewiesen, dass sich der Standard des «informed consent» in medizinethischen und –rechtlichen Fragestellungen durchgesetzt hat, d.h. ethisch und rechtlich anerkannt ist und im Fall des urteilsfähigen Patienten erfüllt sein muss (vgl. SAMW 2005). Es gibt keine Gründe, dass der Anspruch des informierten Entscheids nicht auch im Fall der Patientenverfügung zur Anwendung kommen sollte (Lack 2005). Insbesondere muss aus der Patientenverfügung hervorgehen, dass sich der Verfügende der Tragweite der Entscheidung bewusst war bzw. eine informierte Willensbildung stattgefunden hat. Die bisher stark verbreiteten vorformulierten Patientenverfügungen sind bezüglich dieser Anforderung besonders mangelhaft, weil dies nicht oder nur schlecht beurteilt werden kann. Sind Anwendungssituation und Massnahmen undeutlich bzw. undifferenziert beschrieben, bleibt auch oft unklar, ob es dem Willen des Patienten entspricht, dass in der gegebenen Situation die Patientenverfügung zur Anwendung kommen

soll oder welchen konkreten Massnahmen zugestimmt wird oder welche abgelehnt werden – in ethischer Hinsicht zentrale Voraussetzungen für die Verbindlichkeit und in praktischer Hinsicht oft ein grosses Problem. Je detaillierter, vor allem in medizinischer Hinsicht, also eine Patientenverfügung ist, desto grösser ist der Informations- und Aufklärungsbedarf in der Situation des Erstellens.

«Die Qualität einer Patientenverfügung hängt unter anderem vom Ausmass einer vorausgegangenen Willensbildung ab. Diese Willensbildung sollte unter Einbeziehung von adäquaten Informationen über mögliche Krankheitsverläufe, unter Reflexion auf eigene Werte und Präferenzen erfolgen. Zu berücksichtigen sind ferner die Konsequenzen der Patientenverfügung [...]» (Meran et al. 2002)

Schliesslich dürfen auch keine Anhaltspunkte für eine Willensänderung vorliegen. Dies weist darauf hin, dass der Aktualität der Patientenverfügung besondere Beachtung geschenkt werden muss. Ärzte und Pflegefachpersonen sind aufgrund der Erfahrungen mit chronischen Patienten und den im Krankheitsverlauf sich ändernden Einstellungen gegenüber Lebensqualität, Krankheit und Tod besonders sensibilisiert für dieses Thema.

5. Beratungspflicht oder Aufklärung?

Die Subkommission «Patientenverfügung» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat sich trotz dieser vielfachen und offensichtlichen Vorteile einer vorgängigen Beratung gegen eine Beratungspflicht entschieden. Die Bevölkerung sollte – gerade im Hinblick auf das neue Erwachsenenschutzgesetz – vielmehr über die Chancen und Grenzen von Patientenverfügungen informiert werden. Dazu gehören auch die Anforderungen, welche eine Patientenverfügung erfüllen muss. Insbesondere aber sollten Menschen mit einer bestehenden, fortschreitenden Erkrankung über ihr Selbstbestimmungsrecht informiert und auf die Möglichkeit, eine Patientenverfügung zu verfassen, hingewiesen werden. Die manchmal geäusserten Bedenken, dass Patienten brüskiert würden, wenn das Thema Patientenverfügung von betreuenden Fachpersonen aufgegriffen wird, lässt sich nicht erhärten. Im Gegenteil: Federspiel konnte in ihrer Untersuchung in einem Schweizer Akutspital zeigen, dass mehr als 50 Prozent der Patienten sogar positiv auf das Thema reagieren. Für die betreuenden Fachpersonen hat es den Vorteil, dass eine «Auftragsklärung» bezüglich der Betreuung am Lebensende geschieht (Federspiel 2004). Trotz allem Engagement für die Patientenautonomie muss das Verfassen einer Patientenverfügung immer ein freiwilliger Akt bleiben und darf beispielsweise nicht zu einer Bedingung für eine Behandlung oder die Aufnahme in eine Einrichtung gemacht werden. Hat jemand bereits eine Patientenverfügung erstellt, kann aber das proaktive Aufgreifen der Thematik und das Besprechen der Inhalte einer Patientenverfügungen helfen, dass allfällige Veränderungen beim Patienten erfasst, über neue Behandlungsmethoden informiert und so die Patientenverfügung angepasst

werden kann. So können Unsicherheiten für die Fachpersonen sowie Konflikte und Enttäuschungen vermieden bzw. minimiert werden. Dies geschieht aber nicht durch das wortlose Verteilen vorgefertigter Formulare, sondern nur im beratenden Gespräch über Motivation, Absichten und Inhalte. Dass dazu bestimmte persönliche Voraussetzungen und Fähigkeiten bezüglich der Gesprächsführung vonnöten sind, zeigt sich in der Praxis und wird auch in den Richtlinien zu den Patientenverfügungen der SAMW aufgegriffen werden. In Einrichtungen, die sich an Palliative Care orientieren, sollte mindestens eine Person (oder je nach Grösse mehrere Personen) fähig sein oder befähigt werden, solche Gespräche zu führen und unter Berücksichtigung der ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen mit dem Patienten eine valide Patientenverfügung zu verfassen.

Verwendete Literatur:

- BMJ Bundesministerium der Justiz (2004). Patientenverfügung – Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin? Deutsche Regierung: Berlin.
- Brückner, Ch (1999). Die Rechtfertigung des ärztlichen Eingriffs in die körperliche Integrität gemäss Art. 28 Abs. 2 ZGB. In: Zeitschrift für Schweizerisches Recht (ZSR), Bd. 140 (1999): 451-479.
- Engelhardt Jr., T H (1981): Illnesses, Diseases and Sicknesses. In: Kestenbaum, Victor (Hrsg. 1981): The Humanity of the Ill. Phenomenological Perspectives. University of Tennessee Press, Knoxville.
- Fagerlin A, Schneider C E: Enough: The Failure of the Living Will. In: Hastings Center Report 34, Nr. (2004): 30-42.
- Federspiel, B (2004). Patientenverfügung zur Auftragsklärung am Lebensende. Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Zürich.
- Foucault, M (1988): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt. (Orig. Naissance de la Clinique, 1963).
- Fox, R C (1974). Experiment Perilous. Physicians and Patients Facing the Unknown. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- Lack, P (2005). Die individuell im Beratungsgespräch erstellte Patientenverfügung als Klärungs-, Selbstbestimmungs- und Kommunikationsinstrument. In: Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: Nr. 11: 689-694.
- Lack, P (2006). Die Bedeutung der Werteanamnese als Grundlage für Patientenverfügungen. In: Knipping C (Hrsg.). Lehrbuch Palliative Care. Bern: 588-596.
- Meran, J. G. et al (2002). Möglichkeiten einer standardisierten Patientenverfügung – Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums der Gesundheit. LIT Verlag, Münster.
- Parsons, T (1967): Illness and the Role of the Physician: A sociological Perspective. In: Kluckholm & Murray (Hrsg. 1967): Personality in Nature, Society and Culture (2nd Edition). Alfred A. Knopf, New York
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2003). Behandlung und Betreuung von schwerst geschädigten Langzeitpatienten. Medizin-ethische Richtlinien. Basel
- SAMW Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2005). Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Medizinethische Grundsätze. Basel.
- Sass, H. M., Kielstein R (2001). Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht. Münster: LIT Verlag.

Korrespondenzadresse:

Peter Lack
Coaching – Projekte – Ethik
St. Alban-Ring 248, CH-4052 Basel
E-Mail: peter.lack@me.com
www.peterlack.ch