

Ks. Marian Szczepan Machinek MSF¹

Katedra Teologii Fundamentalnej, Dogmatycznej i Moralnej

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Ethische Aspekte von Patientenverfügungen

Słowa kluczowe: oświadczenia *pro futuro*; relacja lekarz – pacjent; zaufanie; autonomia; godność; koncepcja medycyny.

Keywords: advanced directives; patient – doctor relationship; trust; autonomy; dignity; concept of medicine.

Ethische Fragen am Ende des Lebens, zu denen die Problematik von Patientenverfügungen gehört, werden in den letzten Dekaden zunehmend kontrovers diskutiert. Das steigende Interesse an diesem Fragenkomplex hängt einerseits mit dem enormen Zuwachs an medizinischem Wissen und andererseits mit der damit verbundenen Entwicklung der medizinischen Therapiemöglichkeiten zusammen. Ein großer Teil der heute lebenden Menschen verdankt ihre wenigstens halbwegs normalen Lebensbedingungen dieser wirklich atemberaubenden medizinischen Entwicklung. Diese neuen Möglichkeiten haben jedoch auch ihre Schattenseite: sie können nicht nur das Leben verlängern, sondern sie beeinflussen auch den Sterbeprozess in einer nicht immer erwünschten und positiven Art und Weise. Für viele Patienten ist die Perspektive, mit allen künstlichen Mitteln der Medizin am Leben erhalten zu werden, eine derartige Horrorvision, dass sie im Voraus einer solchen Eventualität vorbeugen wollen. Das ist der existentielle und ethische Kontext der Kontroverse um die Patientenverfügungen.

Bevor der Fragekomplex der Patientenverfügung erörtert wird, lohnt es sich auf einen Umstand aufmerksam machen. Wie in anderen bioethischen Kontroversen stellt auch hier die uneinheitliche Verwendung der Begriffe ein ernsthaftes Problem dar. Als Beispiel kann der Begriff der Sterbehilfe dienen. Er wird sowohl als eine Hilfe *beim* Sterben verstanden und hier im Unterschied zu jeglicher Form der Euthanasie geb-

¹ Ks. Marian Szczepan Machinek MSF, Katedra Teologii Fundamentalnej, Dogmatycznej i Moralnej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, ul. Hozjusza 15, 11-041 Olsztyn; Katedra Teologii Fundamentalnej, Dogmatycznej i Moralnej, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, ul. Hozjusza 15, 11-041 Olsztyn, marian.machinek@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1857-1018>.

raucht, als auch als Hilfe *zum* Sterben, wo er mehr oder weniger als ein Synonym zum Begriff der Euthanasie bzw. des medizinisch assistierten Suizids verwendet wird. Ein anderes Beispiel für die Begriffsverwirrung rund um die Patientenverfügung sind die Begriffe der aktiven und passiven Euthanasie. Die Befürworter der Patientenverfügungen betonen manchmal ihre Ablehnung jeglicher Form der aktiven Euthanasie, sie erklären sich aber bereit, einer passiven Euthanasie unter Umständen zuzustimmen. Als passive Euthanasie wird oft die Abbrechung der intensiven medizinischen Maßnahmen bei Sterbenden bezeichnet, was mit dem Begriff Euthanasie nichts zu tun hat und deswegen damit nicht in Verbindung gebracht werden sollte. Bei der Erörterung des Problemkomplexes rund um die Patientenverfügung muss also sorgfältig auf die Begriffsklärung geachtet werden.

Unter den Fragen, die in diesem Artikel erörtert werden sollen, werden zuerst historische und definitorische Aspekte sowie die Rechtslage in verschiedenen Rechtssystemen analysiert. Der Gegenstand einer differenzierten Analyse wird im weiteren verschiedene Aspekte der ethischen Problematik aufwerfen. Wichtig ist hier z.B. die Frage nach dem Selbstbestimmungsrecht als Ausdruck der Menschenwürde, aber auch die Frage nach der Reichweite der Patientenverfügung, eng verbunden mit der Frage nach der rechtlichen und moralischen Verbindlichkeit der Patientenverfügung für das Pflegepersonal. Schließlich wird versucht, einige theologische Aspekte der Problematik zu erörtern, z.B. die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem Recht auf das würdige Sterben und der moralischen Lebenserhaltungspflicht.

1. Historische, definitorische und rechtliche Bemerkungen

Eine Patientenverfügung ist ein schriftlich (bzw. mündlich) geäußerter Wunsch eines (potentiellen) Patienten, der sich auf den Behandlungsverzicht bzw. Behandlungsabbruch in einer eventuellen zukünftigen Situation bezieht, in der der Patient unfähig wird, seinen aktuellen Willen zu äußern (Schreiber Hans-Ludwig, Eisenbart Bettina, 2000, S. 844)². Der Sinn und Zweck einer Patientenverfügung ist die Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes des nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten.

In der ethischen Diskussion und Praxis in verschiedenen Rechtssystemen gibt es verschiedene Formen von Patientenverfügungen. Im englisch-

² Ursprünglich bezog man eine solche (schriftliche) Verfügung nur auf eine Patientenbehandlung, die „letztlich nur dazu dient, sein ohnehin zu Ende gehendes Leben künstlich zu verlängern“. Heute tendiert man dazu, die Verfügung auf alle Behandlungsarten und -situationen zu beziehen.

sprachigen Raum spricht man von Verzichtserklärungen auf Resus-zitation (*DNR – Do Not Resuscitate*), von Willenserklärungen (*Living Will*) bzw. Vorsorgedirektiven (*Advanced Directives*) oder – wenn es sich um umfassende Vorsorgemaßnahmen handelt – von einer vorsorgenden Pflegeplanung (*Advanced Care Planing*) (Berlinger Nancy, Jennings Bruce, Wolf Susan M., 2013, S. 36–38). In deutschsprachigen Ländern hat sich früher der Name Patiententestament eingebürgert. Heute spricht man eher von einer Patientenerklärung (Schreiber H.-L., Eisenbart B., S. 844–845). Die beiden Bezeichnungen werden auch in der polnischen ethischen Diskussion gebraucht (*Testament pacjenta, Oświadczenie pacjenta*) zusammen mit der genaueren Bezeichnung Patientenerklärung pro futuro (*Oświadczenie pacjenta pro futuro*), Willenserklärung des Patienten pro futuro (*Oświadczenie pacjenta pro futuro*) bzw. Direktiven für die Zukunft (*Dyrektywy na przyszłość*) (Szewczyk K. 2009, S. 295). Als eine Form der Selbstbestimmung des Patienten am Ende des Lebens wird in der Literatur neben der oben genannten sog. instruktiven Direktiven (*Instructional Directives*) auch die Vorsorgevollmacht (subsumiert unter der Bezeichnung von *Proxy Directives*) angesehen, also die Bestimmung einer rechtlich bevollmächtigten Person durch den potentiellen Patienten, die im Fall seiner Entscheidungsunfähigkeit alle wichtigen Entscheidungen in seinem Namen treffen wird. Diese Rechtsinstitution wird als *Durable Power of Attorney* oder einfach als *Proxy* bezeichnet.

Als historisch erste wird die Bezeichnung *Living Will* gehalten. Sie wurde im Jahre 1967 von Luis Kutner, einem der weltweit bekannten Menschenrechtsaktivisten und Mitbegründer von *Amnesty International*, geprägt (Kutner L. 1969, S. 544–552). Seitdem wurden in vielen Staaten verschiedene Formen von Patientenverfügung eingeführt, wobei man eine Evolution ihres Charakters beobachten kann. Während die Verfügung der ersten Generation eine terminale Situation betraf und einer Übertherapierung vorbeugen sollte, enthalten die heutigen Patientenverfügungen keine Begrenzung auf die terminale Situation und werden als ein Pendant zum aktuellen Patientenwillen betrachtet. Die Europäische Bioethikkonvention aus dem Jahr 1997 bestimmt im Artikel 9 lakonisch, dass im Fall, in dem der Patient seinen Willen nicht äußern kann, seine früher geäußerten Wünsche bezüglich der medizinischen Intervention zu berücksichtigen sind. An einer anderen Stelle stärkt die Konvention die Rechte des Patienten. Jede medizinische Intervention darf nur nach seiner aufgeklärten Zustimmung erfolgen (Art. 5) (Europarat, 1997).

In Österreich gilt seit 1. Juni 2006 das Patientenverfügungsgesetz (PatVG), das präzise festlegt, welche Voraussetzungen eine Patientenverfügung erfüllen muss, damit sie als rechtsverbindlich gelten kann. Im

Augenblick der Unterzeichnung seiner Patientenverfügung muss der Patient fähig sein, die vorausgesehene Situation zu verstehen und richtig einzuschätzen. Das Patientenverfügungsgesetz unterscheidet zwischen Verfügungen, welche rechts verbindlich sind, und solchen, die nur beachtet werden sollen (PatVG §1.2). Bei den ersten geht es um eine präzise Beschreibung jener medizinischen Eingriffe, welche der Patient ablehnt. Bezüglich der letzteren muss der Arzt die Dispositionen des Patienten beachten, ist an sie aber nicht rechtlich gebunden (Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 2006).

In Deutschland werden Patientenverfügungen seit Ende der neunziger Jahre zwar zunehmend respektiert, eine gesetzliche Verankerung gibt es aber erst seit dem 2009 verabschiedeten sog. Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts, dessen Kern die §§ 1901a, 1901b und 1904 des Bundesgesetzbuches (BGB) bilden (Bundesgesetzbuch, 2009). Eine Patientenverfügung musste danach schriftlich verfasst werden und eine Beschreibung der medizinischen Eingriffe enthalten, die vom Unterzeichner im Fall seiner künftigen Einwilligungsunfähigkeit abgelehnt werden. Nach BGB § 1901b soll der Arzt (möglichst unter Einbezug der Angehörigen und Betreuer) bei der Erörterung der indizierten medizinischen Maßnahmen den Willen des Patienten als Grundlage einbeziehen. Die in den Jahren 2010, 2016 und 2017 vom Bundesgerichtshof durchgeführten Präzisierungen unterstreichen zum einen die rechtliche Verbindlichkeit einer Patientenverfügung, betonen aber zum anderen, dass die Voraussetzung dafür präzise und klar geäußerte Präferenzen des Patienten sind (Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften, 2019).

In manchen Staaten wurden auch Regelungen eingeführt, welche die Situation eines Patienten betreffen, der keine wirksame Patientenverfügung und auch keine Vorsorgevollmacht erstellt hat. In Ungarn z.B. werden in einem solchen Fall die den Patienten betreffenden Entscheidungen der Reihe nach vom Ehepartner, von den Kindern, Eltern, Geschwister, Großeltern und Enkelkindern getroffen. Der Gesetzgeber verlangt dabei, dass als befugte Personen in erster Linie diejenigen gelten, die mit dem Patienten zusammengewohnt haben und erst im Weiteren jene Familienmitglieder, welche diese Voraussetzung nicht erfüllen (Śliwka M., 2009, S. 2).

In Polen gibt es keine rechtlichen Regelungen bezüglich der Patientenverfügungen, wenngleich es Personen gibt, die solche Dokumente erstellen. Nach der gegenwärtigen juristischen Praxis werden sie als einseitige Rechtsakten, die ausreichen, um den Arzt zu entsprechenden Handlungen bzw. Unterlassungen gegenüber dem Patienten zu autorisieren, gesehen. Bezüglich der in der Patientenverfügung geäußerten

Wünschen in Bezug auf Präferenzen und aktiven Handlungen behält der Arzt das Recht, ihre Sinnhaftigkeit in eigener Verantwortung zu beurteilen (Szewczyk K., 2009, S. 295–298).

2. Bioethische Aspekte der Diskussion über Patientenverfügungen

2.1. Das grundlegende Argument: Achtung der Menschenwürde

Die rechtlichen Kodifizierungen von Patientenverfügungen werden für eine logische Konsequenz des Menschenwürdeprinzips gehalten. Das Unterschreiben einer Patientenverfügung wird als Ausdruck der Selbstbestimmung gesehen und ihre Respektierung als Maßstab der Achtung der Würde des Patienten. Es lohnt sich aber in diesem Kontext ein wenig über den Begriff der Würde zu reflektieren, vor allem im Zusammenhang mit dem Autonomiebegriff. Das bestimmte Verständnis dieser beiden Begriffe ist – wie es scheint – die Quelle der bioethischen Kontroverse im Kontext von Patientenverfügungen.

Die Menschenwürde gilt als strukturkonstitutiv für die Verfassung eines jeden modernen Rechtsstaates. Auch wenn sie nicht immer als eine der Verfassung vorgegebene *Wirklichkeit* akzeptiert wird, so wird sie es wenigstens als *Denkvoraussetzung* einer Gesellschaft angenommen, die die Freiheit und Gleichheit aller ihrer Mitglieder respektiert (Mieth D., 2008, S. 36–37). Auf der allgemeinen Ebene des Prinzips der Menschenwürde gibt es gegenwärtig keine Kontroverse. Sie ergibt sich erst, wenn man nach der näheren Bestimmung des Zusammenhangs zwischen der Menschenwürde und der Autonomie fragt. Was über den ethischen Charakter einer Patientenverfügung entscheidet, ist die Bestimmung der Reichweite der Selbstbestimmung des Patienten. Schon in den Anfängen dieser Problematik wurde ein Konzept der unbeschränkten Selbstbestimmung deutlich sichtbar. Es ging einfach um ein „Recht auf den eigenen Tod“, verstanden nicht als ein natürliches Sterben in Würde, sondern als ein Selbstbestimmen des Zeitpunktes des eigenen Todes (Vgl. Lack P., 2005, S. 689–690)³. In dieser Entwicklungsetappe bestand ein enger Zu-

³ Wegen der Euthanasiepraxis im Nazideutschland war die Problematik der Euthanasie für zwei Jahrzehnte nach dem zweiten Weltkrieg kein Thema der öffentlichen Debatte. Erst allmählich wurden in den sechziger Jahren des 20. Jh. in USA und England Stimmen laut, die die Vorkriegsideen (Nietzsche F., 1993, S. 64–65) vom Recht auf den eigenen Tod wieder aufgriffen und zum öffentlichen Thema machten.

sammenhang zwischen *Living will* und den Bestrebungen nach der Zulassung der Euthanasiepraxis, die damals von den britischen und amerikanischen Euthanasiegesellschaften vorgenommen wurden⁴.

Eine solche Einstellung zur Autonomie modifiziert in erheblicher Weise auch den Würdebegriff. Würde, also der spezifische Wert des Menschen, wird hier von seinem aktuellen Zustand abhängig. Gemäß einem solchen Verständnis kann man von der Menschenwürde nur in Bezug auf eine aktuell autonome Person sprechen, d.h. in Bezug auf jemanden, der sich selber bewusst und fähig ist, seine eigenen Interessen frei zu formulieren. Im Fall der Personen, welche die Fähigkeit, autonom über ihr eigenes Leben zu verfügen, verloren haben, spricht man vom Verlust der Würde. Das Leben einer dementen Person bzw. einer Person im sog. vegetativen Zustand wird als „unwürdig“ bezeichnet, gerade aus dem Grund, dass solche Personen die Fähigkeit zu autonomen Entscheidungen unwiderruflich verloren haben. Ein Ausdruck der Würde wäre hier auch eine Vorausentscheidung, aus dem Leben zu scheiden, sobald die Lebensqualität das nicht akzeptable Niveau erreicht hat. Die Respektierung einer solchen Entscheidung seitens der Umgebung samt einer eventuellen Hilfe beim selbstverfügteten Sterben, wäre ein Akt der Achtung der Menschenwürde des Sterbewilligen⁵. Es ist in diesem Zusammenhang bemerkenswert, dass das 1997 im amerikanischen Bundesstaat Oregon erlassene Gesetz, das die medizinisch unterstützte Selbsttötung erlaubt, den Titel *Dignity Act* trägt. Auch die schweizerische Organisation, welche eine solche Selbsttötung ermöglicht, trägt den Namen *Dignitas*. Nach den Worten von Ruth Macklin fügt die Rede von der Würde nichts wesentliches mehr hinzu, nachdem man den Grundsatz der Autonomie einmal akzeptiert hat (Macklin R., 2003, S. 1419–1420). Würde man eine Patientenverfügung in den Rahmen eines solchen Verständnisses von Patientenautonomie und Patientenwürde hineinstellen, wäre sie natürlich für eine christlich inspirierte Ethik – zumindest eine personalistische – unakzeptabel. Konsequenterweise wird bei Anhängern einer solchen Perspektive, z. B. bei Steven Pinker, das klassische Verständnis der Würde, die den unantastbaren Wert eines *jeden* menschlichen Wesens und seine unverlierbare Würde betont und die den Referenzpunkt für alle grundlegenden Menschenrechte bildet, als nutzlos (*useless*) oder sogar

⁴ Der enge Zusammenhang zwischen der Bezeichnung *living will* und den Bestrebungen nach der rechtlichen Zulassung der Euthanasie ergibt sich mittelbar aus der alternativen Bezeichnung, die der früher schon erwähnte Luis Kutner vorschlägt: „a declaration determining the termination of life“ (Vgl. Kutner L., 1969, S. 551).

⁵ Ein solches Verständnis findet seinen Niederschlag z. B. in den Vorschlägen von Walter Jens und Hans Küng (2017, S. 220–223) in ihrem starken Plädoyer für ein selbstverfügtetes Sterben geäußert in Patientenverfügungen.

sinnlos (*stupid*) bezeichnet (Pinker St., 2008). Nach Meinung von Pinker ist Würde ein relativer Begriff. Einen Beweis dafür sieht er in verschiedenen Definitionen dieses Begriffes im Laufe der Jahrhunderte und im Rahmen verschiedener Kulturen. Die Würde ist auch keineswegs, argumentiert Pinker weiter, unantastbar, weil jeder bereit wäre, seine Würde preiszugeben, um für sich wichtige Güter zu erreichen. Letztendlich kann die Akzentuierung der Würde gefährlich sein und zum totalitären Angriff auf die Freiheit des Einzelnen führen, so Pinker (Pinker St., 2008).

Man kann jedoch den Zusammenhang zwischen Autonomie und Menschenwürde auch anders verstehen. Das Postulat der Achtung der Autonomie des Patienten behält auch hier seine Bedeutung, es wird jedoch in die ganzheitliche Vision der menschlichen personalen Natur eingefügt. Würde wird hier mit der Existenz einer menschlichen Person in Verbindung gebracht. Konsequenterweise steht sie jedem menschlichen Wesen zu, unabhängig von der Rasse, der Herkunft oder dem sozialen Rang und auch – was für die Bioethik wichtig ist – unabhängig vom aktuellen Gesundheitszustand. Würde bedeutet hier nicht nur einen Anspruch und ein Recht auf Achtung seitens der Umgebung, sondern auch eine sittliche Aufgabe, gemäß der eigenen Würde zu handeln. Frei nach Immanuel Kant könnte man sagen: Ich soll die Würde in jedem Menschen und in mir selber achten (Kant I., 1990, S. 354–355)⁶. Dazu gehört die Achtung vor dem fremden, aber auch dem eigenen Leben.

Das bloße Bedürfnis, das hinter den meisten Patientenverfügungen steht, in Würde sterben zu wollen, wird im Rahmen einer solchen Sicht nicht in Frage gestellt. Es wird jedoch betont, dass der handlungsunfähige Mensch keineswegs seine Würde verliert. Eine Person, die ihre Patientenverfügung im Rahmen einer solchen Sicht verfasst, nimmt sich nicht das Recht, über den Zeitpunkt ihres Todes bestimmen bzw. ihre medizinische Umgebung in ihr Vorhaben der Selbsttötung involvieren zu wollen, sondern will ihren Verzicht auf eine künstliche Verlängerung ihres Lebens mit Hilfe der modernen Medizintechnik bekunden, wenn sich dieses Leben unumgänglich seinem Ende nähern wird. Wichtig ist hier sowohl das Verständnis der Würde, als auch die Problematik der Reichweite der Autonomie.

⁶ „Gleichwie er also sich selbst für keinen Preis weggeben kann (welches der Pflicht der Selbstschätzung widerstreiten würde), so kann er auch nicht der ebenso notwendigen Selbstschätzung anderer als Menschen entgegenhandeln, d. i. er ist verbunden, die Würde der Menschheit an jedem anderen Menschen praktisch anzuerkennen“.

2.2. Entstehungsumstände einer Patientenverfügung

Einer der Grundsätze des weitläufig akzeptierten Konzeptes des Arzt-Patient-Verhältnisses ist das *informed consent*. Jeder Eingriff in die leib-seelische Integrität des Patienten darf nur unter Voraussetzung von seiner Zustimmung erfolgen, die ihrerseits anhand der kompetenten und ausreichenden Information erfolgen soll. Es ist die Pflicht des pflegenden Arztes, dem Patienten den Einblick in eine solche fachliche Information zu gewähren (Beauchamp T.I., Faden R.R., 2004, S. 1277–1280; Schreiber H.L., Jungeblodt S., 2000, S. 838–839; Maio G., 2017, S. 201–208). Was im Grundsatz kaum Kontroversen auslöst, erweist sich jedoch im konkreten Fall als eine schwer zu lösende Aufgabe. Probleme, die sich schon in einer klinischen Standardsituation zeigen, werden im Fall der Entstehung einer Patientenverfügung noch ernsthafter und komplizierter. Die standardisierte Einholung der informierten Patientenzustimmung wurde ja nicht nur als Schutzmaßnahme für die Patientenautonomie eingeführt, sondern dient auch als Schutz des medizinischen Personals vor eventuellen nachträglichen Beschuldigungen und Klagen seitens des Patienten. Dieser Umstand soll hier keineswegs als ein Missbrauchsvorwurf verstanden werden. Angesichts der Erwartungshaltung mancher Patienten ist es durchaus legitim, dass Ärzte versuchen, eventuell ungerechten und übertriebenen Forderungen vorzubeugen. Trotzdem kann dieser Umstand dazu führen, dass die Einholung der informierten Zustimmung als eine lästige Formalität abgetan wird. Zudem kann es in akuten Situationen wirklich schwierig oder sogar unmöglich sein, eine wirklich gut informierte Zustimmung einzuholen. Wenn die Zeit drängt, kann eine gleichzeitig fachliche und verständliche Information kaum effizient erfolgen, zumal die Verständniskapazität des Patienten und sein Gemütszustand die effektive Kommunikation zusätzlich erschweren können.

Auf den ersten Blick ist die Situation eines *potentiellen* Patienten, also einer Person, die eine Vorausverfügung aufsetzen will, viel besser. Es besteht kein Zweifel bezüglich ihrer Zurechnungsfähigkeit, sie befindet sich normalerweise auch nicht in einer Notsituation, die keine Zeit für eine genügende Information lässt. Dennoch tauchen andere Umstände auf, die berücksichtigt werden müssen. Um eine detaillierte Patientenverfügung, die sich auf medizinischen Spezialmaßnahmen bezieht, erstellen zu können, müsste der potentielle Patient eine vertiefte medizinische Information bekommen. Das würde bedeuten, dass eine Patientenverfügung in einem längeren Dialog mit dem medizinischen Fachpersonal sowie in einem komplexen, graduellen Prozess zustande kommen sollte

(Maio G., 2010, S. 3–7). Diese Voraussetzung scheint nicht sehr realistisch zu sein.

Um das erklärte Ziel einer Patientenverfügung, also die Respektierung der Autonomie des Patienten auch in der Situation seiner andauernden Unzurechnungsfähigkeit, erreichen zu können, müssen einige Voraussetzungen erfüllt werden. Zunächst muss die faktische spätere Situation des Patienten derjenigen in der Vorausverfügung entsprechen. Es muss auch vorausgesetzt werden, dass die Patientenpräferenzen bezüglich der (un)gewünschten Therapiemaßnahmen sowie seine weltanschaulichen und spirituellen Ansichten stabil und unveränderlich bleiben. Die in den letzten Jahren durchgeführten Untersuchungen zeigen jedoch ein nüchternes Ergebnis (Orłowski T., 2009, S. 2)⁷.

Als eine noch gesunde Person, entwirft der Patient in seiner Vorstellung die hypothetische Situation einer Krankheit bzw. Verletzung, die ihn dauerhaft oder sogar unwiderruflich jeglicher Selbstbestimmung beraubt. Verglichen mit der Situation der jetzigen Gesundheit, muss ihm *jede* Situation, in der er dauerhaft auf Hilfe anderer angewiesen wird, als vollkommen unerträglich erscheinen. Personen, die eine Patientenverfügung erstellen, definieren das zulässige Schwierigkeitsspektrum, das sie im Fall der ernsthaften Krankheit zu akzeptieren und als ertragbar anzusehen bereit sind, sehr eng. Verglichen mit diesen Angaben bei Menschen, die tatsächlich ernsthaft verletzt oder sogar behindert wurden, nimmt – nach der ersten Schock- und Depressionsphase – die Bereitschaft zu, ihre Lage und mit ihr verbundene therapeutische Maßnahmen zu akzeptieren. Nur in wenigen Fällen spiegeln auch die faktischen Umstände der neuen Situation die in Patientenverfügungen vorausgesehenen Umstände wider (Fischer G.S., Tulskey J.A., Arnold R.M., 2004, S. 76–78).

Auch die Befürworter einer Patientenverfügung betonen, dass der Patient jederzeit seine Verfügung ändern kann. Diese Möglichkeit wird also in Betracht gezogen. Gerade jedoch aus diesem Grund kann es sehr schwierig oder sogar unmöglich sein, den aktuellen Willen des Patienten, der vor einer längeren Zeit eine Patientenverfügung verfasst hat, zu interpretieren. Das Problem lässt sich an einem exemplarischen Fall veranschaulichen. Trotz der standardmäßigen Behandlung eines Patienten, der mit Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert wurde, verschlechtert sich die Situation. Bevor er während der nächsten Krise das Bewusstsein verliert, drückt der Patient die Alarmglocke. Wenn der herbeigerufene Arzt den Defibrillator einsetzen will, informiert ihn die Krankenschwes-

⁷ Orłowski analysiert eine ganze Reihe von Untersuchungen, darunter durchgeführt von Marion Danis und Stefan Sahm.

ter, dass eine DNR-Verfügung des Patienten vorliegt⁸. Wie ist die Tatsache, dass der Patient die Alarmglocke drückte, zu interpretieren? Ist das als ein Zeichen der Änderung der in der Patientenverfügung festgesetzten Option zu werten oder dürfen derartige Gesten angesichts der schriftlichen Patientenverfügung als unwichtig abgetan werden?

2.3. Autonomie des Patienten versus Autonomie des Arztes: das Problem der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen

Im Kontext der Frage nach der rechtlichen Gestalt von Patientenverfügungen lohnt es sich, einmal die Perspektive zu wechseln und die Problematik nicht nur aus der Sicht des Patienten, sondern auch aus der Sicht des Arztes zu betrachten. Einer der fraglosen Vorzüge einer Patientenverfügung für den Patienten ist die Möglichkeit, seine Meinung, seine Prioritäten und weltanschauliche Präferenzen äußern zu können. Im Fall eines bewusstlosen Patienten befindet sich der behandelnde Arzt damit in einer Drucksituation. Es steht ihm ein ganzer Fächer der Errungenschaften der medizinischen Technik und Therapie zur Verfügung. Der Arzt muss einerseits die Entscheidung zwischen Einsetzen bzw. Unterlassen treffen. Diese Wahl wird noch zusätzlich durch finanzielle Einschränkungen und Ressourcenknappheit erschwert. Andererseits werden aber bestimmte Erwartungen seitens der Familie bzw. der Angehörigen erhoben. In einer solchen Drucksituation kann das Vorliegen einer Patientenverfügung die Entscheidung erheblich erleichtern. Sie wird für den Arzt zu einer wichtigen Interpretationshilfe. Zusätzlich kann der Arzt in diesem Fall noch sicher sein, dass ihm später keine rechtlichen Konsequenzen drohen, falls er den etwaigen Forderungen der Angehörigen nicht entspricht.

Dennoch stellt sich hier ein anderes Problem – der potentielle Konflikt zwischen der Garantenstellung des Arztes und seiner moralischen Pflicht zur Lebensrettung einerseits und dem Willen des Patienten, wenn er sein Leben bewusst beenden will, andererseits. Es wird manchmal die Erwartung formuliert, dass die Entscheidung des Patienten auch in diesem Fall vom Arzt respektiert werden soll. Dieser Respekt wird sogar zum Rang des Prüfsteins seiner (des Arztes) psychologischen Eignung und medizinischen Kompetenz zur Ausübung des Arztberufes erhoben (Siep L., 2000, S. 841–842). Gegenüber einer solchen Einstellung könnte man jedoch die kritische Frage formulieren: Was unterscheidet den Arzt von einem medizinischen Roboter, wenn nicht gerade seine moralische Integrität? Man kann schwer erwarten, dass der Arzt mit dem Anlegen

⁸ Das Beispiel verdanke ich T. Orłowski (2009, S. 10, Anm. 42).

seines weißen Kittels sein Gewissen ablegt und moralisch vollkommen wertefrei und neutral handelt, indem er einfach die Wünsche des Patienten erfüllt. Die moralische Integrität des medizinischen Mitarbeiters muss hier in Betracht gezogen werden. Seine moralische Autonomie muss genauso geachtet werden wie die Autonomie der anderen Akteure des therapeutischen Verhältnisses. Wie es Eberhard Schockenhoff treffend formuliert: „Solange die oberste Norm ärztlichen Handelns nicht allein der Wille des Kranken, sondern sein umfassendes Wohl als Person ist, kann der Arzt seine eigene Verantwortung nicht völlig an eine schriftliche Verlautbarung des Patientenwillen abtreten, zumal diese mit dem tatsächlichen Selbstentscheid des Patienten in der gegebenen Situation nicht unbedingt identisch sein muss“ (Schockenhoff E., 2009, S. 383).

Diese Problematik wirkt umso stärker im Kontext der Rechtssysteme, die die Patientenverfügung als nicht nur moralisch, sondern auch rechtlich verbindlich anerkennen. In einem solchen Kontext kann eine Situation auftreten, in der der Arzt zum aktiven Vollstrecker des Patientenwillens reduziert wird. Man argumentiert, dass das Arzt-Patient-Verhältnis asymmetrisch sei. Auf Grund seines krankheitsbedingten psychisch labilen Zustandes sowie seiner begrenzten medizinischen Kenntnisse ist der Patient von vorneherein das schwächere Glied dieses Verhältnisses und muss deswegen geschützt und bevorzugt werden. Es wäre schwer diese Feststellung zu verneinen. Bedeutet das aber, dass sich der Arzt mit der Rolle des ethisch neutralen, dafür aber medizinisch ausgebildeten Fachmanns begnügen muss? Man muss in diesem Kontext unbedingt nochmals auf die Person des Arztes hinweisen. Es geht eben um eine *Person* und nicht bloß um eine *Fachkraft*. Eine Person, die mit ihren medizinischen Fachkenntnissen die Lage des Patienten umfassender und profunder einschätzen kann und vor allem ihre eigene moralische Integrität hat. Das Arzt-Patient-Verhältnis stellt nicht die Begegnung einer Patientenautonomie mit einer Institution, sondern die Begegnung von zwei autonomen Personen dar. Beiden Autonomien gebühren die gleiche Achtung und der gleiche Respekt.

Diese Feststellung erscheint wichtig, wenn man bedenkt, dass Patientenverfügungen auch gänzlich inadäquate Forderungen enthalten können, bzw. solche, die dem ärztlichen Ethos direkt widersprechen, z.B. der Wunsch getötet zu werden. Zudem werden in manchen Rechtssystemen Patientenverfügungen zugelassen, in denen nicht nur die unerwünschten Behandlungsmethoden und -eingriffe benannt werden, sondern die auch Wünsche bzw. Ansprüche diesbezüglich enthalten. Es lässt sich generell sagen, dass je detaillierter die Patientenverfügung verfasst wird, desto größer die Wahrscheinlichkeit ist, dass ihre Interpretation ethische Prob-

leme aufwerfen wird. Deswegen wird manchmal die obengenannte Vorsorgevollmacht als eine Ergänzung bzw. sogar eine Alternative zur Patientenverfügung erwogen. Dieser Lösung wird zwar vorgeworfen, dass in ihrem Rahmen die Präferenzen des Patienten durch die Meinung einer dritten Person ersetzt werden. Die bevollmächtigte Person wird jedoch vom Patienten selbst bestellt, um seine Wünsche und Präferenzen zu repräsentieren. Auf der anderen Seite soll man auch einen wichtigen Vorteil einer solchen Lösung nicht übersehen. Eine bevollmächtigte Person ist der konkreten Situation, in der sich der bewusste Patient befindet, näher und kann auf unvorhergesehene Umstände besser reagieren. Für den behandelnden Arzt ist eine bevollmächtigte Person ein echter Gesprächspartner, mit dem alle Einzelheiten der Situation besprochen werden können. Zudem erwartet nur eine Minderheit der Patienten, dass ihre Patientenverfügung vom Arzt strikt respektiert werden muss. Die Mehrheit ist der Meinung, dass ihre Patientenverfügung *einer* der Faktoren sein soll, nach denen die Entscheidung in der konkreten Situation vom Arzt, nach der Konsultation mit Angehörigen, getroffen wird (Orłowski T., 2009, S. 9–10).

2.4. Darf der Staat eine Patientenverfügung einfordern?

Mit der Frage nach den Entstehungsumständen einer Patientenverfügung hängt die Frage nach der Bereitschaft der Patienten, solche Dokumente zu erstellen, zusammen. Wie die Situation zeigt, werden Patientenverfügungen nicht massiv erstellt. Es lässt sich allerdings eine Tendenz beobachten, Patientenverfügungen weitläufig zu propagieren und auch eine erhöhte Bereitschaft, ein solches Dokument erstellen zu wollen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2018).

In diesem Kontext könnte ein Blick in einen besonderen Bereich von Patientenerklärungen zum Denken geben, nämlich in den Bereich der schriftlichen Erklärungen zur Organentnahme. Auf Grund des akuten Mangels an Organspenden werden neue Wege gesucht, die Bürger dazu zu motivieren, eine Entscheidung diesbezüglich zu treffen. Dies bezieht sich besonders auf Länder, in denen die sog. Zustimmungslösung gilt, nach der Organe nur unter der früher erklärten Zustimmung des Spenders entnommen werden dürfen. Um möglichst viele Bürger zur Entscheidung diesbezüglich zu bewegen, wurden Vorschläge geäußert, die Unterzeichnung einer solchen Erklärung mit anderen amtlichen Handlungen, die Bürger zu tätigen haben, zu verbinden. Eine Einwilligung bzw. Nicht-Einwilligung zur Organentnahme sollte z.B. bei der Erneuerung des Personalausweises bzw. der Wohnanmeldung unterzeichnet

werden (Nowak P., 2019). Es wird argumentiert, dass es der Grundsatz der klaren Zustimmung bzw. Verweigerung erlaubt, die Autonomie des Patienten besser zu respektieren als alle Formen der supponierten Zustimmung, die lediglich aus der Tatsache herausgelesen wird, dass der/die Betroffene in keinerlei Weise seinen/ihren Einspruch geäußert hat. Es scheint jedoch, dass gerade die zufälligen Umstände, in denen solche Einwilligungen zustande kommen, die Seriosität eines solchen Vorhabens bezweifeln lassen. Viele Bürger würden sich auch durch eine solche Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit den Umständen ihres Lebensendes mehr genötigt denn respektiert fühlen.

Sollten ähnliche Vorschläge an den Bereich der Verfügungen bezüglich des Lebensendes angewandt werden, würden sich die Einwände nur noch verstärken. Viele Menschen sind nicht bereit, sich mit den hypothetischen Umständen ihres Todes auseinanderzusetzen. Andere verschieben es auf eine ferne Zukunft und messen dieser Sache heute keine große Bedeutung zu. Viele fühlen sich auch überfordert und empfinden die Perspektive der mehr oder weniger pflichtmäßigen Erstellung einer Patientenverfügung als Bedrängnis und nicht als Ausdruck der Selbstbestimmung. Man kann und muss betonen, dass es nicht nur ein Recht gibt, die zukünftige (Nicht-)Behandlung mitzubestimmen, sondern auch ein Recht, darüber nicht entscheiden zu müssen. Dieses Anrecht resultiert aus dem Recht auf Nicht-Wissen über seinen gesundheitlichen Zustand. Der Patient darf eine Konfrontation mit seinem hypothetischen zukünftigen Gesundheitszustand ablehnen, wenn er sich z.B. psychisch unfähig fühlt, darüber zu reflektieren. Man könnte hier zwar einwenden, dass der potentielle Patient durch eine solche Entscheidung sein zukünftiges Schicksal völlig dem Gutdünken der Umgebung, vor allem dem medizinischen Personal, überlässt. Und es wäre wirklich so, würde das Handeln des medizinischen Personals in keinerlei ethischem Rahmen geschehen. In einem klassischen Konzept der Medizin ist es jedoch keineswegs so, sondern das medizinische Personal ist verpflichtet, in seiner Behandlungsplanung das bestverstandene Wohl des Patienten zu suchen. Angesichts der Tatsache, dass dieses klassische Konzept der Medizin gegenwärtig in Frage gestellt wird, lohnt es sich, abschließend wenigstens skizzenhaft ein Problem zu signalisieren, dass zwar die Problematik der Patientenverfügung überschreitet, das aber damit auch zusammenhängt. Es ist die Frage nach dem Gesamtkonzept der Medizin.

2.5. Die Frage nach den Konsequenzen für das Gesamtkonzept der Medizin

Schon allein die Existenz einer Patientenverfügung ist ein deutliches Zeichen, dass die Medizin endgültig vom Schreckgespenst eines starken Paternalismus befreit ist, im Rahmen dessen dem Patient jegliches Mitspracherecht abgesprochen wurde. In den heutigen Medizinkonzepten lässt sich zunehmend ein Paradigmenwechsel von einer standardisierten zu einer personalisierten Auffassung beobachten. Es wird auch zunehmend der holistische Ansatz aufgewertet, im Rahmen dessen nicht mehr die Krankheit bzw. das kranke Organ, sondern der ganze Mensch gesehen und behandelt wird. In der Diskussion verschwindet aber zunehmend, wie soeben beschrieben wurde, die Person des Arztes.

Es muss gefragt werden, ob eine Medizin auf Grund der vielerorts beschworenen Wertneutralität wirklich und konsequent wertneutral bleiben kann, ohne dabei ihre eigene Grundlage zu zerstören. Es scheint, dass das Arzt-Patient-Verhältnis eine gemeinsame moralische Grundlage voraussetzt (und voraussetzen muss), die nicht in jedem Einzelfall neu verhandelt werden soll. Diese Grundlage ist die Akzeptanz der grundsätzlichen ethischen Werthaftigkeit des Lebens und der Gesundheit. Sie bildet die Voraussetzung des gesellschaftlichen Vertrauensvorschlusses, dessen sich der Arzt- bzw. der Pflegeberuf erfreut. Sie markiert einerseits einen gemeinsamen ethischen Raum sowohl für den Arzt als auch für den Patienten, stellt aber andererseits eine Grenze dar, die für beide Seiten verbindlich ist, freilich nur bezüglich der Entscheidungen, die das Arzt-Patient-Verhältnis betreffen.

Fazit

Im Kontext der Patientenverfügung bezieht sich die Kontroverse nicht so sehr auf die ethische Zulässigkeit eines solchen Dokumentes, sondern auf seinen Inhalt, seine Reichweite und seine rechtliche Verbindlichkeit. Sie kann generell als ein Ausdruck des Respekts gegenüber der Selbstbestimmung jeder Person im medizinischen Kontext verstanden werden. Während jedoch die eine Seite in ihr ein ultimatives Instrument sieht, das in allen Lagen und Situationen strikt respektiert werden muss, selbst wenn es ein Involvieren der Umgebung in die Selbsttötung des Patienten bedeuten sollte, betont die andere Seite sowohl den fundamentalen ethischen Wert des menschlichen Lebens, als auch die Interpretationsprobleme, welche die Brauchbarkeit einer Patientenverfügung

limitieren. Das Problem, wie es Tomasz Orłowski formuliert, liegt nicht auf der Ebene der Implementierung und des Vollzugs einer Patientenverfügung, sondern in der illusorischen Annahme, dass es möglich wäre, die Kontrolle über etwas zu übernehmen, was sich grundsätzlich nicht kontrollieren lässt (Orłowski T., 2009, S. 12).

ETYCZNE ASPEKTY OŚWIADCZENIA PACJENTA PRO FUTURO

(STRESZCZENIE)

Dla wielu ludzi perspektywa bycia sztucznie podtrzymywanym przy życiu przy jednoczesnej utracie zdolności decydowania o własnym losie jest tak przerażająca, że postanawiają zawnocześnie zapobiec takiej sytuacji, sporządzając oświadczenie pacjenta *pro futuro*. Są to prawnie uznane oświadczenia zawierające życzenia ich sygnatariuszy odnoszące się do opieki medycznej w przypadku, gdy nie będą w stanie tych życzeń wyrazić. Z jednej strony takie uprzedzające deklaracje pacjenta mogą odegrać istotną rolę w razie konieczności podejmowania medycznych decyzji dotyczących zastosowania nadzwyczajnych środków medycznych czy też rezygnacji z nich. Pacjent zyskuje dzięki temu moralną pewność, że wszelkie medyczne interwencje podczas jego mentalnej niezdolności do podejmowania decyzji będą zgodne z jego życzeniami. Dokumenty takie mogą przyczynić się do wzajemnego zaufania między pacjentem a personelem medycznym. Pojawiają się jednak także etyczne zastrzeżenia dotyczące oświadczeń pacjenta *pro futuro*. Przyszli pacjenci, którzy w momencie podpisywania oświadczeń są jeszcze zdrowi, nie są w stanie adekwatnie ocenić swojej hipotetycznej przyszłej sytuacji. Mogą pozostawać pod wpływem różnych czynników, przede wszystkim lęku przed przedłużającym się cierpieniem. Ważne jest także pytanie, czy oświadczenia *pro futuro* dotyczą jedynie choroby terminalnej i kresu życia, czy też każdej sytuacji przedłużającej się utraty świadomości? Niektóre głosy proponują instytucję trwałego pełnomocnictwa jako alternatywę dla oświadczeń pacjenta *pro futuro*.

ETHICAL ASPECTS OF PATIENT'S ADVANCED DIRECTIVES

(SUMMARY)

To many people, the perspective of being artificially kept alive while no longer capable of deciding their own fate is so disturbing, that they are extremely anxious to make provisions for such future situation in form of advanced directives. They are legal documents stating the author's wishes concerning their health care in the event when they cannot make those wishes known. Closely linked to the entire issue of the relationship between patient and physician, modern concept of medical science and the place and role of ethics in it. The patient's advance declaration may be critical in time of making medical decisions whether to apply or withhold extraordinary medical measures in his treatment. The patient himself gains a moral certitude that any medical intervention attempted during his mental and/or physical incapacity will be in

concord with his specific wishes. It may establish and nurture mutual trust between patient and medical personnel. But they are also some ethical restriction concerning such documents. The future patients who are still healthy in moment of signing of the advanced directives can hardly make an accurate assessment of their hypothetical future situation. They may be influenced by many different factors first of all fear of prolonged suffering. Important is also the question whether advance directives concern terminal illness and end-of-life care only, or any prolonged state of unconsciousness of the patient? Some voices propose the institutions of the institution of Durable Power of Attorney as an alternative proposal to advanced directives.

BIBLIOGRAPHIE

- Berlinger Nancy, Jennings Bruce, Wolf Susan M., 2013, *The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life*, 2. Edition, Oxford University Press, Oxford–New York.
- Beauchamp Tom I., Faden Ruth R., 2004, *Informed Consent. II. Meaning and Elements*, in: Post Steven G. (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics*, Bd. 2, 3. Edition, Macmillan, New York, S. 1277–1280.
- Bóloz Wojciech, 2013, *Znaczenie godności człowieka w bioetyce*, in: Sinkiewicz Władysław, Krajnik Małgorzata, Grabowski Rafał (Hg.), *Dylematy etyczne końca życia – problem uporczywej terapii*, Bydgoska Izba Lekarska Komisja Bioetyczna, Bydgoszcz, S. 17–32.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich*, 2006, *Patientenverfügungsgesetz*, https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/4/8/9/CH4042/CMS1160730474485/gesetzestext_patvg_patientenverfuegung.pdf (26.02.2019).
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz*, 2018, *Patientenverfügung. Leiden – Krankheit – Sterben*, http://www.bmjv.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Patientenverfuegung.pdf;jsessionid=FC454D2A4ADA421A367ED67C39CE1063.2_cid289?__blob=publicationFile&v=24 (26.02.2019).
- Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften*, 2019, *Patientenverfügungen. II. Rechtliche Regelungen*, <http://www.drze.de/im-blickpunkt/patientenverfuegungen/rechtlicher-teil> (26.02.2019).
- Bundesgesetzbuch*, 2009, *Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts*, http://www.gesmat.bundesgerichtshof.de/gesetzesmaterialien/16_wp/betrtraendg3/bgbl120092286.pdf (26.02.2019).
- Europarat, *Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin vom 4. April 1997*, http://www.kritischebioethik.de/225_bioethik-konvention.pdf (26.02.2019).
- Fischer Gary S., Tulskey James A., Arnold Robert M., 2004, *Advanced Directives and Advance Care Planning*, in: Post Steven G. (Hg.), *Encyclopedia of Bioethics*, Bd. 1, 3. Edition, Macmillan, New York, S. 74–79.
- Jens Walter, Küng Hans, 2017, *Menschenwürdig Sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*, 4. Ausgabe, Piper, München.
- Kant Immanuel, 1990, *Die Metaphysik der Sitten*, Reclam, Stuttgart.

- Kuttner Luis, 1969, *Due Process of Euthanasia: The Living Will*, A Proposal, Indiana Law Journal 44, Issue 4, S. 539–554.
- Lack Peter, 2005, *Die individuell im Beratungsgespräch erstellte Patientenverfügung als Klärungs-, Selbstbestimmungs- und Kommunikationsinstrument*, in: Schweizerische Ärztezeitung 86, Nr. 11, S. 689–694.
- Macklin Ruth, 2003, *Dignity is a Useless Concept*, British Medical Journal 327, S. 1419–1420.
- Maio Giovanni, 2010, *Eine neue Kultur des Sterbens. Patientenverfügung und aktive Sterbehilfe*, Bachem Verlag, Köln.
- Maio Giovanni, 2017, *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin*, 2. Ausgabe, Schattauer, Stuttgart.
- Mieth Dietmar, 2008, *Grenzenlose Selbstbestimmung? Der Wille und die Würde Sterbender*, Patmos, Düsseldorf.
- Nietzsche Friedrich, 1993, *Also sprach Zarathustra. Ein Buch für Alle und Keinen*, Reclam, Stuttgart.
- Nowak Piotr, 2018, *O przewadze regulacji sprzeciwu nad regulacjami opartymi na zasadzie wyraźnej zgody*, https://www.academia.edu/9963881/O_przewadze_regulacji_sprzeciwu_nad_regulacjami_opartymi_na_zasadzie_wyra%C5%BAnej_zgody (26.02.2019).
- Orlowski Tomasz, 2009, *Testament biologiczny: obiecuje więcej, niż jest w stanie zrealizować*, http://www.ptb.org.pl/pdf/orlowski_testament_1.pdf (26.02.2019).
- Pinker Steven, 2008, *The Stupidity of Dignity. Conservative bioethics' latest, most dangerous ploy*, The New Republic, May 28, <http://www.ub.edu/valors/Estilos%20UB/imatges/Documents/The%20stupidity%20of%20dignity.pdf> (12.04.2015).
- Schockenhoff Eberhard, 2009, *Ethik des Lebens. Grundlagen und neue Herausforderungen*, Freiburg–Basel–Wien.
- Schreiber Hans-Ludwig, 2000, *Eisenbart Bettina, Patiententestament. 2. Rechtlich*, in: Korf Wilhelm, Beck Lutwin, Mikat Paul (Hg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, Gütersloh, S. 844–845.
- Siep Ludwig, 2000, *Patient/Patientenrecht. 3. Ethisch*, in: Korf Wilhelm, Beck Lutwin, Mikat Paul (Hg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, Gütersloher Verlag, Gütersloh, S. 841–842.
- Szewczyk Kazimierz, 2009, *Bioetyka. Medycyna na granicach życia*, t. 1, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa.
- Śliwka Marcin, 2009, *Testament życia I inne oświadczenia pro futuro – przyczynek do dyskusji*, http://www.ptb.org.pl/pdf/sliwka_testament_1.pdf (26.02.2019).

