

ETHIK UND INTENSIVMEDIZIN

Herbert Benzer Lecture
zur Eröffnung des IFIMP 2005
Innsbrucker Forum 2005 für Intensivmedizin und Pflege
im Congress Innsbruck
am 23. Juni 2005

AXEL W. BAUER

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer
Koordinator des Querschnittbereichs
Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim
der Universität Heidelberg
Institut für Geschichte der Medizin
Im Neuenheimer Feld 327
69120 Heidelberg
Telefon: (06221) 54 48 16
Telefax: (06221) 54 54 57
E-mail: awb@uni-hd.de
Homepage: <http://www.awbauer.uni-hd.de>

INNSBRUCK 2005

Der „natürliche“ Tod als Schreckensszenario

Nur wenige Szenarien lösen auch in der westlichen Konsum- und Leistungsgesellschaft so substanzielle, ja archaische Ängste aus wie der Gedanke an den trotz allen medizinischen Fortschritts eines Tages unvermeidlich heran nahenden eigenen Tod. Als gesunde Bürger sind wir es gewohnt, unsere Entscheidungen „frei“ und „autonom“ zu treffen. Was passiert aber, wenn diese Selbständigkeit und Unabhängigkeit durch eine schwere Krankheit eingeschränkt wird?

In einem 1998 publizierten Illustrierten-Interview propagierte der am Bodensee lebende deutsche Schriftsteller Martin Walser (geb. 1927) mit folgenden Worten den Selbstmord: „Ich finde es toll. Ich möchte nicht eines natürlichen Todes sterben, weil der natürliche Tod der schlimmst mögliche ist“ [11]. Walser ließ hier implizit einen sehr hohen, vielleicht den höchsten Leitwert unserer westlichen Zivilisation anklingen, nämlich die „absolute Autonomie“ des „freien Individuums“, die zuletzt in der souveränen Entscheidung über den Zeitpunkt des eigenen Todes ihren Ausdruck finden soll. Allerdings erfreute sich der damals 71-jährige Autor offenbar guter Gesundheit, ein Zustand, in dem es sich leicht und souverän über das in ungewisser Zukunft und hoffentlich in weiter Ferne liegende Lebensende spekulieren lässt. Wenn es jedoch wirklich Ernst wird, dann sieht die gesundheitliche Lage ganz anders aus. Die Handlungsfähigkeit ist durch eine schwere Krankheit, durch starke Schmerzen, durch Hoffnungslosigkeit, durch das elementare Gefühl der Angst oder schlicht durch eine länger anhaltende Bewusstlosigkeit erheblich eingeschränkt. Hier stellt sich nicht selten die ethisch relevante Frage: Ist eine weitere medizinische Therapie noch sinnvoll?

Wann ist eine Therapie „sinnlos“? Eine komplexe Mischung aus Tatsachen und Wertungen

Therapiebegrenzung und Therapieabbruch wegen Aussichtslosigkeit einer Behandlung sind in der Intensivmedizin extreme ärztliche Handlungsoptionen, die einer besonders umfassenden und gründlichen ethischen Reflexion bedürfen [3, 15, 16]. Denn es geht dabei nicht nur um den naturwissenschaftlich geschulten ärztlichen Sachverstand, der hier gefordert ist. Hinter der auf den ersten Blick lediglich beschreibenden Aussage von der „Aussichtslosigkeit“ oder „Sinnlosigkeit“ einer Therapie verbirgt sich nämlich ein recht komplexes Wertungsproblem. Bezeichnungen wie „zwecklos“, „sinnlos“ oder „vergeblich“ beziehen sich nicht nur auf gesicherte medizinische Tatsachen [2]. Wo es um einfache Fakten („brute facts“) zu gehen scheint, spielen im Hintergrund individuelle und rollentypische Einstellungen der beteiligten Akteure (Ärzte, Patienten, Pflegepersonal, Angehörige) auf subtile Weise eine ganz entscheidende Rolle („institutional facts“).

Können Ärzte überhaupt jemals das Urteil ethisch rechtfertigen, einem Patienten sei eine bestimmte lebenserhaltende Therapie wegen „Sinnlosigkeit“ („Futility“) vorzuenthalten? Es wird zum Beispiel darüber gestritten, welches harte Kriterium für die Annahme von „Sinnlosigkeit“ angelegt werden soll [7, 13, 17]. Zwar stimmt man darin überein, dass Interventionen mit einer Erfolgsaussicht von 0% sinnlos sind, aber in den meisten Situationen, die als „hoffnungslos“ beschrieben werden, liegt die statistische Erfolgsaussicht einer Therapie stets ein wenig über der Nulllinie. Wie viel Prozent sind also noch „sinnlos“ - ein Prozent, zwei Prozent, fünf Prozent, zehn Prozent? Jede derartige Grenzziehung bleibt grundsätzlich angreifbar [8, 12, 14, 18]. Was nämlich ist das Kriterium für die Bewertung als „sinnlos“, wie misst man „Sinnlosigkeit“ quantitativ? In der Regel dürfte es sich bei derartigen Urteilen überwiegend um individuelle Lageeinschätzungen handeln, bei denen der Zustand der betroffenen Patienten vor dem empirischen Hintergrund vergleichbarer voraus gegangener Fälle

eine Rolle spielt. Die subjektive Einstellung des Arztes kann indessen aus diesem Urteil nicht eliminiert werden, sie ist vielmehr bereits ein Teil der Situationsbeschreibung.

Ärztliche Indikationen sind nun einmal keine absoluten Werte, die man an einem Messgerät exakt ablesen könnte. Hinter ihnen verbergen sich vielmehr explizite und implizite Wertentscheidungen, die in Zeiten der Ressourcenknappheit im stationären Sektor auch von ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusst werden. Es ist zu befürchten, dass künftig noch stärker als bisher versucht werden wird, klinische Rationierungsentscheidungen nach scheinbar wertneutralen, weil auf den ersten Blick „objektiven“ Parametern zu treffen. Als Maß dafür bietet sich die Kosteneffektivität an, denn sie sagt uns, wie viel Geld ein zusätzlich gewonnenes Lebensjahr kostet, wenn eine bestimmte Therapiemaßnahme angewandt wird.

Berechnet man die Kosteneffektivität nach „qualitätskorrigierten“ Lebensjahren (QALY's), so zeigt sich alsbald ihre große Variabilität in Abhängigkeit von der gewählten Messmethode. Dies wird besonders dann zu ethisch fragwürdigen Resultaten führen, wenn Kostenvergleiche nicht mehr nur *intraindividuell* (Therapie A oder Therapie B für die Patientin Hofer?), sondern *interindividuell* (Therapie A für die Patientin Hofer oder Therapie A für den Patienten Langer?) durchgeführt werden. Bei der Kosteneffektivität handelt es sich um ein utilitaristisches Maß, das immer nur genau diejenigen Parameter widerspiegelt, die bei seiner Kalkulation berücksichtigt worden sind. Man kann provokativ formulieren: „Sage mir, welches Resultat Du hören willst, und ich sage Dir, welche Parameter Du zu diesem Zweck in Deine Rechnung einstellen musst“.

Es wird deutlich, worin der moralische Preis utilitaristischer Kosten-Nutzen-Kalküle läge: Die vordergründig größere Objektivität und scheinbare Neutralität der ärztlichen Entscheidung könnte nur

dadurch erreicht werden, dass man das Leben eines Patienten mit dem Leben anderer Patienten durch interindividuelle Kostenvergleiche verrechnet. Dies wäre aber eine Verletzung nicht nur des Lebensrechts, sondern auch eine Gefahr für die Menschenwürde. Die Berechnung der interindividuellen Kosteneffektivität ist also kein glücklicher Ausweg, um die Feststellung der „Aussichtslosigkeit“ einer Behandlungsmaßnahme nicht mehr als ein Werturteil ansehen zu müssen. Doch wer vermag ein derartiges Urteil dann legitimer Weise zu fällen? Die Lösung etwa des bedrückenden Kapazitätsproblems in der Intensivmedizin – das heißt also relativ wenig Personal und relativ wenig Betten, aber (zu) viele potenzielle Patienten – kann vermutlich überhaupt nicht durch einen mathematischen Algorithmus gefunden werden; sie muss vielmehr politisch erfolgen. Hier werden allgemein anerkannte Kriterien zu entwickeln und zu etablieren sein, durch die der Zugang zu einer intensivmedizinischen Therapie geregelt wird. Vor allem aber müssen die adäquaten finanziellen und personellen Ressourcen vorgehalten werden, die für eine erfolgreiche Intensivbehandlung zwingend erforderlich sind. Keine dieser beiden Bedingungen ist derzeit hinreichend erfüllt; stattdessen wird in der rechtspolitischen Agenda im Augenblick bevorzugt über das Thema „Selbstbestimmung am Lebensende“ debattiert.

Selbstbestimmung am Lebensende in ethischer und medizinrechtlicher Perspektive

Kontroverse Diskussionen um Sinn, Nutzen und Grenzen medizinischer Behandlung in der Intensivmedizin sind um so stärker in Gang gekommen, je mehr deren therapeutische Möglichkeiten ausgeweitet werden konnten. Stets geht es dabei im Vordergrund – zumindest rhetorisch – um die Wahrung der Selbstbestimmung von betroffenen Patientinnen und Patienten. Doch was bedeutet dieser wohl klingende Begriff angesichts eines oft nicht mehr selbst entscheidungsfähigen schwer kranken Menschen? Selbstbestimmung ist in medizinethischen und medizinrechtlichen Zusammenhängen zunächst als ein Abwehrrecht aufzufassen, das verhindern soll, dass Handlungen gegen den Willen des

Patienten vorgenommen werden können. In dieser „Minimalvariante“ der Selbstbestimmung präsentierte sich diejenige Botschaft aus den ersten Jahren der heutigen Medizinethik, die in der Öffentlichkeit am meisten wahrgenommen wurde, weil sie im Gegensatz zu den traditionellen Werten Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit als der einzig innovative moralische Wert erschien. Der „Respect for Autonomy“ wurde zu einem neu in die Diskussion eingebrachten Prinzip [4, 10].

Etwa seit Mitte der 1980er Jahre hat sich eine Tendenz gezeigt, die Selbstbestimmung des Patienten in medizinethischen Debatten manchmal fast solitär in den Vordergrund zu stellen. Vermutlich liegt eine gewisse Tragik dieser Entwicklung darin, dass es ausgerechnet das Thema „Sterbehilfe“ war und ist, an dem sich diese Autonomie vorrangig bewähren soll. Ich habe den Eindruck gewonnen, dass *Selbstbestimmung* in medizinethischen Debatten mehr und mehr mit einem moralischen Recht auf den *selbst bestimmten Todeszeitpunkt* identifiziert wird. Eine solche Verkürzung der Selbstbestimmung wäre jedoch eine zynische Verkehrung dieses Begriffs, der man keinen Vorschub leisten sollte. Nicht ohne Grund ist es in den USA bereits dahin gekommen, dass der dort in den Spitälern regelmäßig anzutreffende Klinische Ethiker den Spitznamen „Doctor Death“ erhalten hat, weil er in der Regel erst dann in Erscheinung tritt, wenn es darum geht, einen geplanten Therapieabbruch zu legitimieren. Mir ist die ständig wiederholte Rede vom „selbst bestimmten Sterben“ hoch suspekt, denn während im Rahmen der Globalisierung die tatsächlichen Freiheitsrechte der Bürger - etwa auf dem Arbeitsmarkt - derzeit zunehmend geringer werden, redet man uns ein, bisher ungeahnte Spielräume ausgerechnet beim Sterben zu haben. „Wohin mit Oma?“, so fragte passend dazu die Titelgeschichte des Nachrichtenmagazins DER SPIEGEL vom 9. Mai 2005, in der über den Pflegenotstand in Deutschland berichtet wurde. Und ein Leserbriefschreiber merkte dazu im folgenden Heft an: „Gerade weil Ihr Beitrag fair und realistisch ist, bleibt wohl nur eine Konsequenz: lieber rechtzeitiger Abgang als die Beisetzung in einem Altersheim“.

Bei uns in Deutschland hat sich in den letzten Jahren eine straf- und zivilrechtlich sehr komplizierte Situation entwickelt, die für Patienten, Angehörige, Sachwalter und Ärzte nicht mehr ohne die Hilfe eines im Medizinrecht bewanderten Juristen zu verstehen ist. Dabei geht es im Kern um die Frage, ob und wie das Recht auf Selbstbestimmung eines nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten so in die Hände stellvertretender Dritter gelegt werden kann, dass diese die Wünsche des Betroffenen zutreffend zum Ausdruck bringen und sie wirkungsvoll durchsetzen.

In der Praxis läuft das Problem vor allem darauf hinaus, dass geklärt werden muss, ob Sachwalter, Angehörige oder Ärzte über Leben und Tod eines schwer erkrankten und nicht mehr selbst entscheidungsfähigen Patienten befinden sollen. Hierzu erging am 17. März 2003 ein Beschluss des Bundesgerichtshofes in Karlsruhe (XII ZB 2/03). Nach diesem Beschluss müssen im Falle der Einwilligungsunfähigkeit eines Patienten, dessen Grundleiden einen „irreversibel tödlichen Verlauf“ angenommen hat, lebenserhaltende oder lebensverlängernde Maßnahmen unterbleiben, wenn dies seinem zuvor etwa in Form einer Patientenverfügung geäußerten Willen entspricht. Die Würde des Menschen gebietet – so argumentierte der Bundesgerichtshof – sein Selbstbestimmungsrecht auch dann noch zu respektieren, wenn er zu eigenverantwortlichem Entscheiden nicht mehr in der Lage ist. Ist ein Sachwalter bestellt worden, so kann dieser seine Einwilligung in eine ärztlicherseits angebotene lebenserhaltende oder lebensverlängernde Behandlung nur mit Zustimmung des Sachwaltergerichts verweigern.

Der Bundesgerichtshof betonte aber auch, dass für eine Einwilligung des Sachwalters in eine lebensverlängernde oder lebenserhaltende Behandlung von vornherein kein Raum sei, „wenn ärztlicherseits eine solche Behandlung nicht angeboten wird – sei es, dass sie nach Auffassung der behandelnden

Ärzte von vornherein nicht indiziert, sinnlos geworden oder aus sonstigen Gründen nicht möglich ist“ (S. 24 des Beschlusses vom 17.3.2003). Gerade aus dieser Feststellung könnte angesichts knapper Budgets in den Spitälern eine Gefahr für das Leben schwer erkrankter Patienten resultieren: Denn was geschieht, wenn es zu einer „unheilvollen Allianz“ zwischen Sachwaltern und Ärzten kommt, weil die Ärzte – zum Beispiel aus Kostengründen – eine teure Behandlung nicht mehr „anbieten“ und weil die Sachwalter hiergegen – sei es aus Naivität oder aus (Des-)Interesse - nicht mehr protestieren? In einem solchen Fall kann - zumindest in der Praxis – schon heute kein Gericht mehr verhindern, dass der Patient sterben muss. Denn wo kein Antragsteller ist, da entscheidet auch kein Sachwalterrichter.

Mehr Selbstbestimmung durch rechtsverbindliche Patientenverfügungen?

Wie können nun Bürgerinnen und Bürger ihr Recht auf Selbstbestimmung bei Zeiten so wahrnehmen, dass ihr tatsächlicher Wille im Fall eines späteren medizinischen Behandlungsdilemmas unmissverständlich zum Ausdruck kommt? Verstärkt wird seit einigen Jahren auf die steigende Bedeutung von Patientenverfügungen als Entscheidungshilfe hingewiesen [1]. In Österreich wurde im Frühjahr 2005 der Entwurf eines *Bundesgesetzes über Patienten- / Patientinnenverfügungen (PvG)* kontrovers diskutiert, in dem eine stärkere Bindungswirkung von Patientenverfügungen festgeschrieben werden soll. Ich möchte im Folgenden vor möglichen Illusionen über die Höhe des ethischen Nutzens von Patientenverfügungen warnen.

Eine Patientenverfügung ist eine schriftliche oder mündliche Willenserklärung eines entscheidungsfähigen Menschen zur zukünftigen Behandlung im Fall der Äußerungsunfähigkeit. Mit ihr kann der Verfügende bestimmen, ob und in welchem Umfang bei ihm in bestimmten, näher umrissenen Krankheitssituationen medizinische Maßnahmen eingesetzt werden sollen [5, 6]. Die Patientenverfü-

gung tritt in Kraft, wenn man nicht mehr in der Lage ist, seinen aktuellen Willen selbst zu äußern und eine Heilung der Krankheit nicht mehr möglich erscheint. Sie soll den behandelnden Ärzten helfen, die Therapie an den Wünschen des Patienten auszurichten und damit dem Patienten ein menschenwürdiges Sterben entsprechend den eigenen Vorstellungen zu ermöglichen. So beschreibt der *Dachverband Hospiz Österreich* die Ziele der Patientenverfügung.

Ist der Erkrankte nicht mehr in der Lage, seinen aktuellen tatsächlichen Willen mitzuteilen, so ist für die weitere ärztliche Behandlung der mutmaßliche Wille des Patienten maßgebend. Für die Einschätzung dieses mutmaßlichen Willens sind primär die mündlichen und schriftlichen Äußerungen des Betroffenen entscheidend. Eine schriftliche Willenserklärung ist somit ein wichtiges Indiz für den mutmaßlichen Willen des Patienten. Wenn angenommen werden kann, daß es sich dabei um den ernstlichen Willen des Patienten handelt, bietet die schriftliche Willenserklärung dem Arzt die rechtliche Absicherung, den Wünschen des Patienten folgen zu können. Nach der geltenden österreichischen Rechtsdogmatik ist der Wille des Patienten, den natürlichen Sterbeprozess nicht zu hindern, grundsätzlich für den Arzt verpflichtend. Ausgenommen davon sind Handlungen, die gegen bestehende Gesetze verstoßen, so zum Beispiel die Mitwirkung am Selbstmord (§ 78 StGB) sowie die Tötung auf Verlangen (§ 77 StGB).

Eine Patientenverfügung bzw. Willenserklärung kann natürlich niemals sämtliche Eventualitäten antizipieren und für alle Zweifelsfälle eindeutige Willensäußerungen schaffen. Sie kann damit auch die ärztliche Entscheidung in der konkreten Situation nicht definitiv vorwegnehmen. Die Willenserklärung beschreibt eine konkrete Lebenseinstellung zum eigenen Sterben und beinhaltet die Bitte an den Arzt, die Behandlungsentscheidungen in diesem Sinne zu treffen. Zu allgemein gehaltene und generalklauselartig formulierte Willensbekundungen stellen indessen keine Entscheidungshilfe für den behandelnden Arzt dar, da die Umstände, unter denen sie verfasst wurden, nicht bekannt sind

behandelnden Arzt dar, da die Umstände, unter denen sie verfasst wurden, nicht bekannt sind und da die unvorhersehbare individuelle Situation eines Patienten in gesunden Tagen kaum treffend und im Detail korrekt antizipiert werden kann. Es muss aber verhindert werden, dass durch ungenau und dilettantisch abgefasste Patientenverfügungen Raum für eine verschleierte Fremdbestimmung eröffnet wird. Für eine wirksame Patientenverfügung wären deshalb nach meiner Auffassung formelle Sicherungen zu fordern, durch die gewährleistet würde, dass eine einmal geäußerte Erklärung als noch aktuell gültige Willensbestimmung verstanden werden kann. Dazu bedürfte es nicht nur einer umfassenden medizinischen und rechtlichen Beratung, sondern auch einer wiederholten Bekräftigung innerhalb überschaubarer Zeiträume.

In Deutschland hat nun vor genau drei Wochen der Nationale Ethikrat, ein 2001 von der Bundesregierung in Berlin eingesetztes Beratungsgremium, eine 36-seitige Stellungnahme zur Patientenverfügung abgegeben. Der Ethikrat sieht im Gegensatz zu mir die Patientenverfügung einhellig positiv und bezeichnet sie als ein „Instrument der Selbstbestimmung“ [9]. Er ist mehrheitlich der Auffassung (Empfehlung 12), dass die Gültigkeit einer Patientenverfügung weder von vorgegebenen Fristen noch von wiederholter Bestätigung abhängig gemacht werden sollte. Er spricht sich für die gesetzlich festzulegende Vermutung aus, dass die in der Patientenverfügung getroffene Entscheidung in der konkreten Situation noch gelten soll. Einige Mitglieder des Rates sind allerdings der Auffassung, dass bei der Anwendung der Patientenverfügung nachgewiesen werden muss, dass der darin geäußerte Wille noch dem aktuellen mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Der Nationale Ethikrat vertritt darüber hinaus ganz überwiegend die Meinung, dass die Reichweite und Verbindlichkeit einer Patientenverfügung nicht auf bestimmte Krankheitsphasen beschränkt werden sollten (Empfehlung 5). Schließlich will der Ethikrat es den Bürgern sogar ermöglichen, dass sie

sich schon weit im Vorfeld etwa einer Demenzerkrankung definitiv und unwiderruflich selbst zum Tode verurteilen können (Empfehlung 13): Anzeichen von Lebenswillen eines entscheidungsunfähigen Patienten sollen nämlich dann unbeachtlich sein,

- a.) wenn die medizinische Entscheidungssituation hinreichend konkret in der Patientenverfügung beschrieben wurde,
- b.) wenn die Patientenverfügung auf die genannten Anzeichen von Lebenswillen Bezug nimmt und deren Entscheidungserheblichkeit ausschließt,
- c.) wenn die Patientenverfügung schriftlich abgefasst oder in vergleichbarer Weise verlässlich dokumentiert ist und
- d.) wenn dem Abfassen der Patientenverfügung eine geeignete Beratung vorausgegangen ist.

Diese vom deutschen Nationalen Ethikrat nahe gelegte diktatorische Lesart von Patientenverfügungen, die im Namen des Selbstbestimmungsrechts vorgebracht wird, brächte für die Betroffenen ein hohes Risiko mit sich. Es bestünde die Gefahr, dass eine nützliche Behandlung gar nicht mehr vorgenommen würde, wenn eine absolut zwingend zu befolgende Patientenverfügung vorläge. Würde das deutsche Straf- und Zivilrecht tatsächlich in der empfohlenen Weise geändert, dann müssten wir uns als Staatsbürger künftig wirklich *ganz* genau überlegen, was wir in eine Patientenverfügung hineinschreiben und was wir im Beisein von Zeugen über gesundheitsbezogene Themen mündlich äußern. Es könnte sich nämlich um unser wahrhaft „letztes Wort“ in eigener Sache handeln.

Begrenzte Entscheidungsspielräume am Lebensende

Unser persönlicher Entscheidungsspielraum am Ende des Lebens wird sehr begrenzt sein. Diese sicher bittere, aber durch kein juristisch noch so ausgeklügeltes Verfahren aus der Welt zu schaffende Wahrheit müssen sich Ärzte, Patienten, Sachwalter und Angehörige, letztlich wir alle uns rechtzeitig

vor Augen führen. Die meisten Menschen werden mit großer Wahrscheinlichkeit nicht „autonom“ und „selbstbestimmt“ sterben, wie es vermeintliche Idealvorstellungen aus Politik, Recht und Ethik gegenwärtig einfordern. Es wäre deshalb meines Erachtens gut, diese letzte Illusion des Lebens uns selbst und unseren Patienten gar nicht erst aufzubauen.

Literatur

1. Arbeitsgruppe "Sterben und Tod" der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (1998) Patientenverfügung, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht. Eine Handreichung für Ärzte und Pflegende. Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen
2. Bauer AW (2003) Futility-Debatte in der Onkologie. Ein ethisches und rechtliches Problem. *Der Onkologe* 9:1325-1334
3. Bonelli J (1996) Grenzen des ärztlichen Heilauftrages. Überlegungen zum Behandlungsverzicht. *Imago Hominis* 2:101-106
4. Brody H (1992) *The Healer's Power*. Yale University Press, New Haven, S. 48
5. Bundesärztekammer (1999) Handreichung für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. *Deutsches Ärzteblatt* 96:C1995-C1996
6. Koch HG (1999) Wie verbindlich sind Patientenverfügungen? *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 54:397-400
7. Lantos JD, Singer PA, Walker RM (1989) The illusion of futility in clinical practice. *American Journal of Medicine* 87:81-84
8. Loewy EH (1993) Futility and the goals of medicine. Concepts in need of social definition. *European Philosophy of Medicine and Health Care* 2:15-29
9. Nationaler Ethikrat (2005) Patientenverfügung – Ein Instrument der Selbstbestimmung. Stellungnahme, veröffentlicht zu Berlin am 2.6.2005.
http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Patientenverfuegung.pdf
10. Peintinger M (2003) *Therapeutische Partnerschaft. Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung*. Springer, Wien, New York, S. 42-50
11. Sahner P (2001) Am Ende geht der Dichter baden. Martin Walser und sein neuer Roman: eine mysteriöse Liebesgeschichte mit wahren Hintergrund. *BUNTE* Nr. 33 vom 9.8.2001:80-83
12. Sass HM, Kielstein R (1999) Die medizinische Betreuungsverfügung in der Praxis. Vorbereitungsmaterial, Modell einer Betreuungsverfügung, Hinweise für Ärzte, Bevollmächtigte, Geistliche und Anwälte. (= Medizinethische Materialien, 111.) Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum
13. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR (1990) Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Annals of Internal Medicine* 112:949-954
14. Schultheiss C (2000) Rationierung im Gesundheitswesen. Ein Beitrag zur Begriffserklärung. *Zeitschrift für medizinische Ethik* 46:219-230

15. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cooke M, Schecter WP, Fink C, Epstein-Jaffe E, May C, Luce JM (1990) Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *New England Journal of Medicine* 322:309-315
16. The Society of Critical Care Medicine Ethics Committee (1994) Attitudes of critical care medicine professionals concerning distribution of intensive care resources. *Critical Care Medicine* 22:358-362
17. Truog RD, Brett AS, Frader J (1992) The problem with futility. *New England Journal of Medicine* 326:1560-1564
18. Ubel PA (2000) *Pricing Life. Why it's time for health care rationing.* MIT Press, Cambridge / Mass. London, S. 178-179