



Prof. Dr. med. Jürgen in der Schmitt, MPH
 Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät der
 Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Koautoren: Prof. Dr. med. Friedemann Nauck,
 Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin
 Göttingen; Prof. Dr. med. Georg Marckmann,
 MPH, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie
 der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität
 München

Neues Konzept der Patientenverfügung

„Behandlung im Voraus Planen“

Patientenverfügungen sollen medizinisches Handeln leiten, wenn Patienten kritisch erkranken und ihren Behandlungswillen nicht mehr selbst äußern können. Sie haben jedoch in den letzten Jahrzehnten wenig bewirkt, meinen die Autoren. Ein neuer Ansatz könnte dies ändern.

— Die Idee der Patientenverfügung wurde erstmals 1969 publiziert [1], am Ende eines Jahrzehnts, das entscheidende Erfolge in der Intensivmedizin (u. a. Herz-Lungen-Wiederbelebung) mit sich brachte. Damit verbunden war aber auch eine große Unsicherheit, unter welchen Umständen eine mögliche Lebensverlängerung (nicht mehr) begonnen oder fortgesetzt werden sollte.

Wenn Patienten im Voraus aufschreiben, so der Grundgedanke, wie sie in gesundheitlichen Krisen behandelt werden

wollen, in denen sie sich selbst nicht mehr äußern können, kann diese vorausverfügte Willensäußerung zur Leitlinie medizinischen Handelns werden.

Nicht so einfach wie es scheint

Was so einfach scheint, muss 50 Jahre später auch hierzulande als weitgehend gescheitert angesehen werden, wie zuvor schon in den USA [2]. Das Konzept der Patientenverfügungen, wie es in Deutschland angewendet wird, hat sich – ungeachtet des Patientenverfügungsge-

setzes aus dem Jahr 2009 – als nicht erfolgreich erwiesen: Noch immer hat nur eine Minderheit selbst hochbetagter pflegebedürftiger Menschen eine Patientenverfügung, und diese ist für Situationen, in denen sie gebraucht wird, meist nicht aussagekräftig und damit nutzlos. Das bestätigen empirische Erhebungen sowie BGH-Urteile aus jüngster Zeit.

Selbst wenn Patientenverfügungen sich ausnahmsweise auf einen konkreten Fall anwenden lassen, erweisen sie sich bei genauer Prüfung oft als nicht nachvollziehbar valide. D. h., man kann sich nicht darauf verlassen, dass sie zuverlässig widerspiegeln, was der Betroffene gewollt hätte – ein Faktum, das bisher noch wenig wissenschaftliche und öffentliche Aufmerksamkeit erfahren hat. Patientenverfügungen erfüllen somit nicht die ethischen und rechtlichen Bedingungen eines „Informed Consent“ bzw. einer „Informed Refusal“. Dazu kommt, dass selbst die Vorlage einer aussagekräftigen Patientenverfügung von Seiten des medizinischen Personals nicht zuverlässig beachtet wird [3, 4, 5].



Über zukünftige Krisensituationen sprechen, solange dies möglich ist.

© Mangostar / stock.adobe.com (Symbolbild mit Fotomodellen)

Reichweitenbeschränkung und Autonomie-Placebos

Die Idee, dass Patienten qua Vorausplanung selbst entscheiden sollen, welche

lebensverlängernde Therapie sie im Notfall erhalten wollen und welche nicht, hat in Deutschland nicht alle begeistert. Und wenn man eine neue Entwicklung verhindern will, die liberal erscheint und dem Zeitgeist entspricht, dann gibt es neben der u. U. heiklen Konfrontation auch die andere Möglichkeit, das Konzept vordergründig zu protegieren, es dabei aber bis zur Unkenntlichkeit zu verwässern. Diese Strategie lässt sich hinter dem Konzept der sog. Reichweitenbegrenzung erkennen, das Patientenverfügungen in Deutschland bis heute äußerst erfolgreich und weitgehend unbemerkt der Bedeutungslosigkeit anheim gegeben hat.

Kritiker von Patientenverfügungen haben von jeher gefordert, zuletzt im Mehrheitsvotum einer Enquete-Kommission des Bundestages im Jahr 2004, die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen „auf Fallkonstellationen zu beschränken, in denen das Grundleiden irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tode führen wird“ [6, S. 38].

Es ist ein soziologisches Phänomen, dass Bevölkerung und Fachwelt bis heute nicht mehrheitlich den offenkundigen Unsinn erkannt und zurückgewiesen haben, der in dieser „Reichweitenbeschränkung“ verborgen ist. Denn in einer „irreversibel“ zum Tode führenden Situation gibt es definitionsgemäß nur *eine lege artis* vertretbare ärztliche Option. Somit kann seitens des Patienten in einer Vorausverfügung nicht gewählt, sondern allenfalls bestätigt werden, was auch ohne seine Bestätigung unausweichlich wäre.

Hiermit wird nicht bestritten, dass solche Situationen nicht immer eindeutig sind und auch reichweitenbeschränkte Patientenverfügungen im Einzelfall eine Entscheidung im Übergangsbereich zwischen sehr schlechter Prognose und definitiver Aussichtslosigkeit erleichtern können. Doch der große und von vielen Menschen als relevant angesehene Bereich solcher Behandlungsentscheidun-

gen, in denen aus ärztlicher Perspektive ein lebensrettender Eingriff erfolgversprechend erscheint, bleibt der Selbstbestimmung des Patienten auf diese Weise verschlossen.

Angesichts des Patientenverfügungsgesetzes von 2009, bei dem sich die parlamentarischen Befürworter der Patientenautonomie (und Kritiker der Reichweitenbeschränkung) spektakulär durchgesetzt haben und das die Ablehnung potenziell lebensverlängernder Therapie qua Patientenverfügung ohne Beschrän-

kung für bindend erklärt hat, sollte man diesen Exkurs auf die Reichweitenbeschränkung für einen Ausflug in die Medizingeschichte halten. Doch das ist er nicht.

„Patientenverfügung
bisher kaum mehr
als ein Autonomie-
Placebo“

Kannten sich die Abgeordneten nicht genügend aus?

Möglicherweise war die Mehrheit der Abgeordneten, die das Patientenverfügungsgesetz unterstützt haben, in der Materie nicht gut genug bewandert, um zu verstehen, wie tief verwurzelt die Reichweitenbeschränkung in der deutschen Gesundheitskultur mittlerweile war. Bis heute ist das offizielle Patientenverfügungs-Formular des Bundesministeriums für Justiz, Vorlage für viele Länderministerien und auch Ärztekammern, in weiten Teilen Ausdruck einer implizit in Deutschland fortwirkenden Reichweitenbeschränkung. Damit ist es kaum mehr als ein Autonomie-Placebo, das nur in Extremfällen wie dem Wachkoma, einer Schluckstörung bei schwerst fortgeschrittener Demenz oder eben einer offenkundigen Palliativsituation eine gewisse Wirkung entfalten kann.

Ansonsten gilt der gesetzte Standard der Lebensverlängerung durch Notfallmedizin (nahezu) egal in welcher Situation und um welchen Preis. Und Ärzte sowie das nicht-ärztliche Personal in Rettungsdienst, Krankenhaus und etwa Pflegeeinrichtungen haben bisher keine Anregung geschweige denn systematische Unterstützung erhalten, das Konzept der Patientenverfügung von Grund

auf neu zu denken und für ihre Patienten bzw. Bewohner neu zu konzipieren.

Advance Care Planning (ACP)/ Behandlung im Voraus Planen (BVP)

Advance Care Planning (ACP)/deutsch: Behandlung im Voraus Planen (BVP) wurde in den 1990er-Jahren in den USA entwickelt, um den Behandlungswillen des Betroffenen in Situationen, in denen er sich nicht (mehr) äußern kann, konsequent zur Geltung zu bringen [7, 8]. Das Konzept beruht auf zwei einfachen Grundgedanken (s. **Kasten** unten).

Die zwei Grundgedanken von „Behandlung im Voraus Planen“

1. Damit die Behandlung in künftigen kritischen, von Entscheidungsunfähigkeit begleiteten Situationen aussagekräftig und valide im Voraus geplant werden kann, müssen alle Personen der avisierten Zielgruppe das Angebot erhalten, durch ein persönliches, ausführliches Gespräch hierzu befähigt zu werden. Es handelt sich um einen Sonderfall gemeinsamer Entscheidungsfindung (Shared Decision Making), nämlich für mögliche zukünftige gesundheitliche Krisen, dessen Ergebnis dem Informed-Refusal-Standard Rechnung trägt. Der hierfür erforderliche Gesprächsprozess nimmt ausweislich empirischer Studien im Mittel 1–2 Std. in Anspruch und kann in großen Teilen an hierfür geschultes nicht-ärztliches Personal delegiert werden. Die Befähigung kennt keine Reichweitenbeschränkung, sondern stellt Wunsch und Willen des Betroffenen mit Blick auf Therapieziel, Risiken und Belastungen in den Vordergrund.

2. Die Akteure der regionalen Gesundheitssysteme müssen lernen, umzudenken und konsequente Patientenzentrierung auch für den Fall kritischer Erkrankung in den Mittelpunkt ihres Handelns zu stellen. Dazu bedarf es einer systematischen Implementierung von BVP, welche sicherstellt, dass der Patientenwille in der kritischen Situation bekannt ist und Beachtung findet. Das erfordert Information und Schulungen der Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen, der Hausärzte sowie des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals von Rettungsdiensten und Krankenhäusern. Hinzu kommen strukturelle Änderungen der einschlägigen Abläufe und Vorgaben (System Design).



Der Wille des Patienten muss dokumentiert, aber auch immer wieder überprüft werden.

Mit diesem Konzept kann es gelingen, die Rate der Patientenverfügungen und andere Parameter der Prozessqualität erheblich zu steigern [9]. Darüber hinaus kann vor allem auch die Ergebnisqualität bei der Behandlung von Menschen, die eine solche Vorausplanung gemacht haben, günstig beeinflusst werden. BVP fördert die Qualität der Behandlung, ist aber auch anspruchsvoll und aufwendig [10, 11, 13]. Zudem kommt es durch den Verzicht vieler hochbetagter und fragiler bzw. chronisch kranker Menschen auf lebensverlängernde Therapie unter bestimmten Umständen zu einer Umverteilung von Ressourcen [14].

Grundlegende Systemänderung notwendig!

Um das zu ermöglichen, erfordert die Implementierung von BVP eine grundlegende Systemveränderung gegenüber dem in westlichen Ländern seit Jahrzehnten etablierten Status quo. Zahlreiche BVP-Implementierungsversuche der letzten Jahre, sowohl international als auch hierzulande, sind im Sande verlaufen, weil nur punktuell Veränderungen vorgenommen oder sie mit zu geringen Ressourcen umgesetzt wurden [15].

Insofern lässt sich sagen, dass der entscheidende neue Aspekt von BVP nicht im bloßen Prozess der regelmäßigen BVP-Gesprächsbegleitung liegt, oder in klinisch relevanten Inhalten der Vorausplanung, in deren kongruenter Doku-

mentation bis hin zum einheitlichen Notfallbogen [16], in dem aufsuchenden Charakter der Beratung oder in einem perfekten System von Archivierung und Zugriff. Dies alles sind Elemente, die es in der einen oder anderen Weise punktuell auch in Deutschland schon gibt.

Der entscheidend neue Aspekt von BVP ist die Bereitschaft oder besser die Selbstverpflichtung des regionalen Systems, die Ergebnisverantwortung dafür zu übernehmen (und die gesamte Handlungskette entsprechend konsequent so zu transformieren), dass Menschen künftig in mit Entscheidungsunfähigkeit einhergehenden Krisensituationen zuverlässig so behandelt werden, wie sie das im Vorhinein geäußert haben. Darum kann BVP zwar im Rahmen begrenzter Pionierleistungen und Pilotprojekte, nicht aber in der Breite und auf lange Sicht von einzelnen Akteuren oder Institutionen beschlossen und durchgeführt werden. Dies gelingt nur mit aktiver Unterstützung der für die relevanten Abläufe Verantwortlichen einer Region.

Der neue § 132g SGB V

Von vielen – auch Fachleuten – unbemerkt hat BVP mit dem § 132g SGB V seinen Weg in das Regelwerk der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gefunden, bislang allerdings nur für Bewohner in Einrichtungen der Seniorenpflege und der Lebenshilfe. Diese Einrichtungen können ihren Bewohnern qualifizierte Gesprächsbegleitungen durch nicht-ärztliches Personal als Kassenleistung anbieten.

Die Deutsche interprofessionelle Vereinigung Behandlung im Voraus Planen e.V. (DiV-BVP) bietet Workshops an, in denen (ihrerseits gemäß einem spezifischen Curriculum qualifizierte) BVP-Trainer künftige BVP-Gesprächsbegleiter unterrichten. Das Modell entstand im Rahmen eines vom Bundesministe-

rium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Forschungsprojekts in den Jahren 2008–2011 in Anlehnung an das US-amerikanische ACP-Programm Respecting Choices und wird kontinuierlich weiterentwickelt [9].

Behandelnde niedergelassene Ärzte – i. d. R. der Hausarzt – sind wichtige und hierfür eigens von der DiV-BVP zertifizierte Kooperationspartner. Sie erhalten dafür seit April auch eine (freilich geringe) extrabudgetäre Vergütung (GOP 37400), sofern sie Bewohner betreuen, deren Einrichtung eine solche Gesprächsbegleitung anbietet.

Wie kann die Umsetzung gelingen?

Behandlung im Voraus Planen steht und fällt mit der Unterstützung durch die regional kooperierenden Akteure, insbesondere Ärzte. Die Erfahrungen der DiV-BVP besagen: Wenn BVP einrichtungsbezogen (d. h. mit etwa einem geschulten Gesprächsbegleiter in jeder Einrichtung) eingeführt werden soll, dann scheitert dies meist ungeachtet allen Enthusiasmus‘ aus einer Reihe von Gründen. Die Einführung von BVP sollte vielmehr mit einer gewissen Zentralisierung oder besser Regionalisierung erfolgen, nämlich im Rahmen einer regionalen Implementierung gemäß § 7(2)c der Bundesvereinbarung zur Umsetzung des § 132g SGB V [17].

Bei dieser regionalen Implementierung in den genannten Pflegeeinrichtungen sind die behandelnden Ärzte (speziell die Hausärzte) von besonderer Bedeutung. Sie zeichnen durch ihre Mit-Unterschrift für die Validität der Verfügung. Das gilt insbesondere für den regional einheitlichen Notfallplan, die „Ärztliche Anordnung für den Notfall“ (s. **Abb. 1**), die von den DiV-BVP-zertifizierten Gesprächsbegleitern mit den Bewohnern vorbesprochen wird.

Neue Pauschale und mehr Sicherheit

Neben der neuen Pauschale gewinnen die Hausärzte (wie auch Pflegepersonen und Angehörige) ein großes Mehr an Sicherheit. Sie können die von ihnen betreuten Bewohner im Ernstfall so behandeln, wie diese es tatsächlich gewünscht haben: Bei dem einen wird im Fall eines ▶

Abb. 1

Ärztliche Anordnung für den Notfall (ÄNo)

Name _____ Adresse / ggf. Stempel der Einrichtung _____
 Vorname _____
 geb. am ____ . ____ . ____
Ansprechpartner im Notfall (Tel.): _____

In einer lebensbedrohlichen Notfallsituation gilt bei o.g. Person, **sofern sie nicht selbst einwilligungsfähig ist:** Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung – soweit medizinisch möglich und vertretbar

A ●●●●●● **Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie einschließlich einer Herz-Lungen-Wiederbelebung**

THERAPIEZIEL = Lebensverlängerung, aber mit folgenden Einschränkungen der Mittel

B0 ●●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B1 ●●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfall- und Intensivtherapie

B2 ●●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (Normalstation)

B3 ●●●●●● **Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung**
Keine invasive (Tubus-) Beatmung
Keine Behandlung auf Intensivstation
Keine Mitnahme ins Krankenhaus *
Ansonsten Beginn uneingeschränkter Notfalltherapie (ambulant)

THERAPIEZIEL = Linderung (Palliation), nicht Lebensverlängerung

C ●●●●●● **Ausschließlich lindernde Maßnahmen***
Wenn möglich Verbleib im bisherigen heimischen Umfeld

_____, den ____ . ____ . 20____
„Ich bestätige Einwilligungsfähigkeit und Verständnis der Implikationen dieser Entscheidung.“
 * Ein Krisenplan wurde erstellt.
 X
 Unterschrift und Stempel des zertifizierten Arztes

_____, den ____ . ____ . 20____
„Diese ÄNo ist Ausdruck meines Behandlungswillens.“
 X
 Unterschrift der oben genannten Person
„Die hier getroffene Festlegung gibt den Behandlungswillen der oben genannten Person angemessen wieder.“
 X
 Ggf. Unterschrift und NAME des Bevollmächtigten/Betreuers
„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“
 X
 Unterschrift und NAME des DiV-BVP-Gesprächsbegleiters

! Dieses Formular verwendet Fachsprache und ist nicht selbsterklärend. Es wird dringend empfohlen, es nur im Rahmen einer regionalen Implementierung und mit Unterstützung einer zertifizierten Fachperson nach den Standards der DiV-BVP zu verwenden. Andernfalls drohen Missverständnisse mit fatalen Folgen, etwa die Unterlassung einer Maßnahme im Notfall (mit Todesfolge), deren lebensrettende Durchführung gewollt gewesen wäre.

- ▶ Herzstillstands *ungeachtet geringer Erfolgschancen* eine Reanimation begonnen, der andere wird bei einer mit Entscheidungsunfähigkeit einhergehenden Pneumonie *ungeachtet guter Heilungschancen* palliativ behandelt. Entscheidend ist jeweils nicht „die Indikation“, sondern – bis zur Grenze des medizinisch Vertretbaren – der vorausverfügte Wille des wohlinformierten Patienten.

Große Verantwortung – auch für die kooperierenden Hausärzte

Mit dem für das Konzept BVP konstitutiven Verzicht auf eine Reichweitenbeschränkung von Patientenverfügungen geht freilich eine große Verantwortung der BVP-Gesprächsbegleiter und kooperierenden Hausärzte einher. In den gemeinsamen Gesprächen mit dem Bewohner, wenn möglich im Beisein seines Vertreters (Vorsorgebevollmächtigten oder Betreuer), muss dessen Wille zuverlässig ermittelt werden. Die Dokumentation dieser Willensäußerung muss im Verlauf auch immer wieder überprüft werden. Die DiV-BVP setzt daher auf hohe Qualitätsstandards für die Trainings und auf eine einheitliche Dokumentation [16].

Der Erfolg einer kassenfinanzierten Befähigung zur Erstellung von Patientenverfügungen gemäß § 132g SGB V wird wesentlich davon abhängen, wie sich die beteiligten Akteure positionieren. Manche Fortbildungs-Akademien, die seit Jahrzehnten Fortbildungen zu Patientenverfügungen abgehalten haben, sind über Nacht dazu übergegangen, Kurse gemäß § 132g SGB V anzubieten. Dabei wird nicht erkennbar, wie sich diese Dozenten dafür qualifiziert haben. Die zwischen GKV-Spitzenverband und den Bundesverbänden der Einrichtungsträger getroffene Vereinbarung zum § 132g SGB V vom 13. 12. 2017 sieht bezeichnenderweise eine Qualifizierung der Trainer ebenso wenig vor wie eine Akkreditierung der Curricula.

Unsere Erfahrung ist aber, dass auch hoch erfahrene, häufig im Palliativbereich als Trainer tätige nicht-ärztliche wie ärztliche Kollegen/-innen nach der Qualifikation der DiV-BVP berichten, wie sehr sie den grundlegend neuen An-

satz der BVP-Gesprächsführung vorher unterschätzt haben.

Alten Wein in neuen Schläuchen zu verkaufen, wird den Status quo der o. g. Unzulänglichkeit des über Jahrzehnte verfestigten Systems Patientenverfügung daher nicht verändern. Die Gefahr ist groß, dass der § 132g SGB V in kurzer Zeit wieder kassiert wird, wenn der Eindruck entstehen sollte, dass die Pflegeeinrichtungen (und Ärzte) sich aus den darin bereitgestellten zusätzlichen Mitteln bedienen – ohne ihren Bewohnern tatsächlich etwas substanzvoll Neues zu bieten und ohne dass eine stärkere Patientenzentrierung der klinischen Behandlungsrealität erkennbar wird.

Revolutionäres Konzept

Advance Care Planning/Behandlung im Voraus Planen ist ein für Deutschland revolutionäres Konzept, das Begeisterung für eine konsequent patientenzentrierte Behandlung, großes Engagement, langen Atem, hohe Qualitätsstandards und ein einheitliches Vorgehen fordert, wenn Effekte im Bereich der Ergebnisqualität klinisch relevanten Handelns erwartet werden. Wenn das gelänge, wäre mit Nachfrage über den § 132g SGB

V hinaus zu rechnen. Dies könnte im Verlauf dazu führen, dass der Anspruch auf eine kassenfinanzierte, qualifizierte, individuelle Vorausplanung auf andere Personenkreise wie Menschen im betreuten Wohnen oder der ambulanten Pflege ausgeweitet wird.

Der Gesetzgeber hat die Möglichkeiten geschaffen, mit dem Instrument der Patientenverfügung neue Wege zu gehen. Die Umsetzung liegt nun in der Hand der Akteure im Gesundheitswesen.

→ **Literatur:** springermedizin.de/mmw

→ **Title and Keywords:** **Advance Care Planning: a new concept to ensure that patients' preferences are known and honoured**

Advance Care Planning / advance directive / patient autonomy

→ **Für die Verfasser:**

Prof. Dr. med. Jürgen In der Schmitzen
 Institut für Allgemeinmedizin
 Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität
 Moorenstr. 5
 D-40225 Düsseldorf
 E-Mail: jids@med.uni-duesseldorf.de

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Das konventionelle Konzept der Patientenverfügung muss auch nach dem Patientenverfügungsgesetz von 2009 als gescheitert gelten: Patientenverfügungen sind zu wenig verbreitet, meist nicht aussagekräftig und damit häufig für kritische klinische Entscheidungen unbedeutend. Hinzu kommt, dass sie vom medizinischen Fachpersonal oft unbeachtet bleiben.
2. Advance Care Planning (ACP)/Behandlung im Voraus Planen (BVP) ist ein neues Konzept, nach dem Menschen so behandelt werden sollen, wie sie möchten, auch wenn sie sich nicht mehr äußern können.
3. Kernelemente von ACP/BVP sind: ein aktives Angebot an Personen einer definierten Zielgruppe, eine qualifizierte Gesprächsbegleitung, eine Dokumentation klinisch relevanter Festlegungen auf regional einheitlichen Formularen sowie eine konsequente Implementierung bei allen relevanten Akteuren und in den Standards des regionalen Gesundheitssystems.
4. BVP ist durch den neuen § 132g SGB V des Hospiz- und Palliativgesetzes eine Kassenleistung für Bewohner von Einrichtungen der Seniorenpflege und der Behindertenhilfe geworden. Behandelnde (Haus-) Ärzte können für ihren Beitrag zu BVP jedes Quartal extrabudgetär abrechnen.
5. Voraussetzung für den nachhaltigen Erfolg dieses neuen Konzepts ist eine engagierte regionale Implementierung unter Beachtung hoher Qualitätsstandards – Haus- und Palliativärzte können dabei eine zentrale Rolle spielen.

Literatur

1. Kutner L. Euthanasia: due process for death with dignity; the living will. *Indiana Law J* 1969;44
2. Fagerlin A, Schneider CE. Enough. The failure of the living will. *Hastings Cent Rep* 2004;34:30-42
3. Sommer S, Marckmann G, Pentzek M, et al. Patientenverfügungen in stationären Einrichtungen der Seniorenpflege: Vorkommen, Validität, Aussagekraft und Beachtung durch das Pflegepersonal. *Dtsch Arztebl* 2012;37:577-583
4. Hartog CS. Grenzen der Vorausverfügung in der Intensivmedizin. In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J eds, *Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Stuttgart: Kohlhammer; 2015
5. Jox R, in der Schmitten J, Marckmann G. Ethische Grenzen und Defizite der Patientenverfügung. In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J eds, *Advance Care Planning Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Stuttgart: Kohlhammer; 2015:23-38
6. Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin. Zwischenbericht an den Deutschen Bundestag vom 13.09.2004 (DS 15/3700). <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/037/1503700.pdf> (Zugriff 12.05.19)
7. Hammes B, Harter T. Philosophisch-ethische Gründe für Advance Care Planning In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J eds, *Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Stuttgart: Kohlhammer; 2015
8. Hammes B, Briggs L. Das „Respecting Choices“ Advance-Care-Planning-Programm in den USA: ein nachgewiesener Erfolg. In: Coors M, Jox R, in der Schmitten J eds, *Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*. Stuttgart: Kohlhammer; 2015
9. in der Schmitten J, Lex K, Mellert C, et al. Implementierung eines Patientenverfügungs-Programms in Senioreneinrichtungen: eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie. *Dtsch Arztebl* 2014;111:50-57
10. Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD. A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:1249-1255
11. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med* 2014;28:1000-1025
12. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010;340:c1345
13. Flo E, Husebo BS, Bruusgaard P, et al. A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes. *BMC Geriatr* 2016;16:24
14. Klingler C, In der Schmitten J, Marckmann G. Does facilitated Advance Care Planning reduce the costs of care near the end of life? Systematic review and ethical considerations (in print). *Palliat Med* 2015;1-II
15. Overbeek A, Korfage IJ, Jabbarian LJ, et al. Advance Care Planning in Frail Older Adults: A Cluster Randomized Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc* 2018;66:1089-1095
16. Nauck F, Marckmann G, In der Schmitten J. [Advance Care Planning and its Relevance for Emergency and Intensive Care Medicine]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2018;53:62-70
17. Marckmann G, In der Schmitten J, Feddersen B, et al. Plädoyer für eine regionale Implementierung. *Behandlung im Voraus Planen für stationäre Einrichtungen gemäß § 132g SGB V*. *Dr med Mabuse* 2018;236:25-28