



Foto: Photocase

Patientenverfügung und Autonomie

Dem Patientenwillen mehr Gewicht geben

Wer soll darüber entscheiden, welche medizinischen und pflegerischen Massnahmen getroffen werden sollen, wenn der Patient nicht mehr oder eingeschränkt urteilsfähig ist? In einem Pilotprojekt der Solothurner Spitäler AG wurde ein Vorgehen festgelegt, das den Patientenwillen frühzeitig in Erfahrung bringt. Für die Gespräche über eine Patientenverfügung werden ausgewählte Pflegefachpersonen speziell geschult.

ERNST NÄF

DER medizinische Fortschritt führt zu Situationen, in denen es für Patienten schwierig ist, ihr Selbstbestimmungsrecht – eines der Grundprinzipien der pflegerischen und medizinischen Ethik – wahrnehmen zu können. Wie die Erfahrung in der Solothurner Spitäler AG (soH) zeigt, kommt es zudem bezüglich des Sinns weiterer Behandlungen zu regelmässig wiederkehrenden Meinungsverschiedenheiten zwischen Pflegenden und Ärzten. Um dieses Problem anzugehen, führte der

Pflegeexperte auf einer medizinischen Station Interviews mit Pflegenden, Ärzten und Patienten und machte Beobachtungen im Rahmen seines Praxiseinsatzes. Es zeigte sich, dass die Unstimmigkeiten zum einen Teil durch Kommunikationsprobleme und mangelndes Fachwissen auf pflegerischer und ärztlicher Seite entstehen, aber auch darauf zurückzuführen sind, dass der Patientenwille oft nicht klar ist:

- Äusserungen (z.B. «Ich mag nicht mehr» oder «Lasst mich doch einfach in Ruhe»), welche Patienten in einer vorübergehen-

den Leidenssituation machen, werden von Pflegenden regelmässig als generelle Willensäusserung des Patienten für Therapieablehnung verstanden, ohne dass dies im Gespräch mit dem Patienten gesichert wird.

- Von pflegerischer und ärztlicher Seite wird übereinstimmend gesagt, dass am wenigsten Probleme entstehen, wenn der Patientenwillen bekannt und eindeutig ist.
- Es ist nicht geregelt, wer den Patientenwillen bei welchen Patienten zu welchem Zeitpunkt in welcher Art einholt.

• Es wird oft erst daran gedacht, den Patientenwillen einzuholen, wenn dessen Urteilsfähigkeit schon eingeschränkt ist. In der Literatur wird diese Praxisbeobachtung bestätigt: Wenn Pflegefachpersonen Interventionen am Lebensende als «Übertherapie» empfinden, führt dies zu moralischem Distress (Albisser Schleger, Pargger, & Reiter-Theil, 2008) und einer schlechteren Zusammenarbeit mit den Ärzten (Hamric & Blackhall, 2007). Wie sich die Kenntnis resp. Befolgung des Patientenwillens auf die Zusammenarbeit mit den Ärzten bei Therapieentscheidungen am Lebensende auswirkt, scheint bisher nicht untersucht worden zu sein. Es gibt jedoch Richtlinien, wie jene einer australischen Regierungsbehörde (Guidelines for the end of life care and decision making, 2005), die ausdrücklich empfehlen, den Patientenwillen frühzeitig zu eruiieren, um Probleme in der Zusammenarbeit zu reduzieren.

Die beobachtete Problemreduktion bei bekanntem Patientenwillen (siehe oben) sowie die Tatsache, dass die Ziele und Vorstellungen der Pflegebedürftigen grundsätzlich Bestandteil des Modells der Evidence-basierten Pflegepraxis sind (Behrens & Langer, 2006), waren Grund genug, in den Solothurner Spitälern dieses Problem anzugehen.

Das Projekt

Eine vom Pflegeexperten geleitete Projektgruppe aus Stationsleitung, einer HöFa1-Pflegefachperson und einem Oberarzt machte sich Gedanken darüber, wie der Patientenwille früher erhoben werden könnte. Die Projektgruppe legte unter anderem fest, wie mit dem Thema Patientenverfügung (siehe Artikel S. 13) umgegangen werden soll. So ist vorgesehen, dass im Rahmen der Festlegung des Reanimationsstatus alle erwachsenen Patienten der Station vom Assistenzarzt gefragt werden, ob sie bereits eine Patientenverfügung haben.

Wenn der Patient schon zu einem früheren Zeitpunkt eine Verfügung erstellt hat, wird dafür gesorgt, dass diese vorliegt und eine Kopie für die Krankengeschichte und die Pflegedokumentation gemacht wird. Froman & Owen (2005) zeigten, dass ein erheblicher Teil der Patienten mit Patientenverfügungen Änderungen daran vornehmen wollen, teilweise schon nach kurzer Zeit. Vorliegende Patientenverfü-

gungen werden deshalb von der Bezugspflegernden und dem Arzt zusammen mit dem Patienten auf Aktualität, Klarheit, Detaillierungsgrad und Widersprüche zum aktuellen Verhalten des Patienten hin geprüft.

Anstoss zur Willensbildung

Um den Patientenwillen frühzeitig in Erfahrung zu bringen, sollen die Patienten auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung angesprochen werden. Der Projektgruppe war klar, dass eine Patientenverfügung bei fast allen Patienten der allgemeinmedizinischen Station des Spitals mit erweiterter Grundversorgung sinnvoll wäre. Um die Anzahl der Gespräche aus Ressourcegründen einzugrenzen, wurde beschlossen, auf der ersten Kaderarztvisite die sogenannte Triggerfrage («Auslöser»-Frage) zu stellen: «Wären wir (sehr) erstaunt, wenn dieser Patient in den nächsten zwölf Monaten sterben würde?» Im englischsprachigen Raum ist die Frage als «Surprise Question» bekannt und wird dort als Screening-Instrument für den Einsatz von Palliative Care eingesetzt (Pattison & Romer, 2001). Wird die Frage verneint, wird noch während der Visite abgemacht, ob eine Pflegefachperson oder ein Arzt das Gespräch führt.

Um den Patienten, mit denen ein Gespräch erfolgt, zu zeigen, dass dies nichts Ungewöhnliches ist, wurde in der Patienteninformationsmappe eine Seite mit Informationen eingefügt bezüglich Patientenverfügungen und dem Umgang auf der Station damit. Das Ziel des Gesprächs ist es ausdrücklich, die Willensbildung des Patienten «anzustossen»; die Anzahl der ausgefüllten Verfügungen ist nicht die primäre Erfolgsgrösse.

Während des Gesprächs wird der Patient auf seine aktuelle gesundheitliche Situation angesprochen, auf eine mögliche Urteilsunfähigkeit und er wird auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung aufmerksam gemacht. Patienten, die eine Verfügung ausfüllen möchten, wird eine Vorlage angeboten und sie werden dazu ermuntert, diese zusammen mit Angehörigen und dem Hausarzt zu diskutieren. Je nach Situation, sollen Patientenpräferenzen bezüglich Behandlungszielen und eventuell konkreten Behandlungsarten im Falle einer Urteilsunfähigkeit in Erfahrung gebracht werden. Die Werth-

altung des Patienten zu dokumentieren, stellt eine sinnvolle Ergänzung dar oder ist manchmal auch das Einzige, was erhoben werden kann, wenn der Patient im Moment keine Willensbildung vornehmen kann oder will.

Die den interessierten Patienten angebotenen Patientenverfügung ist in enger Anlehnung an jene der Thurgauer Spitäler AG formuliert. Es handelt sich um eine relativ einfache und allgemein formulierte Variante, mit welcher der Patient seinem Wunsch Ausdruck geben kann, dass sein Leben in einer medizinisch ausweglosen Situation nicht unnötig verlängert wird und belastende Symptome stattdessen gelindert werden sollen. Weiter kann der Patient Vertretungspersonen benennen, es steht Platz zur Verfügung für persönliche Wünsche und Gedanken zum Leben und er kann Stellung nehmen zu den Themen Autopsie/Obduktion und Organspende.

Der Entscheid für diese relativ einfache Variante wurde unter anderem getroffen, weil sich in der Schweizer «PAVE»-Praxisstudie (Harringer & Hoby, 2009) zeigte, dass einfache Vorlagen gegenüber ausführlicheren Varianten deutlich bevorzugt wurden.

Gesprächsschulung

Gespräche mit Patienten über eine Patientenverfügung stellen hohe Anforderungen an die Gesprächsführung. Jene Pflegenden, welche die Gespräche mit dem Patienten führen, erhalten deshalb eine halbtägige Schulung durch den Pflegeexperten. Die Schulung orientiert sich zu wesentlichen Teilen an einem interprofessionellen Lernprogramm von Health Canada zur Förderung von Patientenverfügungen (Grant 2007).

Dabei werden neben rechtlichen Grundsätzen bezüglich Erstellung, Gültigkeit und Verwendung auch Inhalte einer Patientenverfügung thematisiert. Mögliche Gesprächseinstiege und Verläufe werden mittels Rollenspiel geübt und die Dokumentation von vom Patienten geäusserten Werthaltungen wird ebenfalls besprochen.

Die Auswahl der Pflegefachpersonen, welche solche Gespräche führen, erfolgt «auf dem Berufungsweg», in Absprache zwischen der Stationsleitung und dem Pflegeexperten. Initial wurden sieben Pflegenden geschult bei einer Stationsgrös-



Im Gespräch machen spezielle geschulte Pflegefachpersonen die Patienten auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung aufmerksam.

Foto: Martin Glauser

se von 24 Betten. Der Pflegeexperte führte ebenfalls einen Teil der Gespräche.

Die Erfahrungen

Eine Zwischenauswertung zweieinhalb Monate nach Pilotstart zeigte, dass die Triggerfrage relativ konsequent gestellt und beantwortet wurde. Mehrheitlich waren es unterschiedliche Einschätzungen des generellen Patientenzustandes der an der Visite beteiligten Ärzte, welche zu etwas längeren Diskussionen führte. Gelegentlich konnte der Arzt auf Nachfrage hin der Pflege auch begründen, weshalb er die Triggerfrage mit «Ja» beantworten würde, was wiederum zu zusätzlichem Verständnis der allgemeinen Therapieentscheidungen und weniger Hinterfragen von Seiten der Pflege führte.

- 30 Gespräche wurden auf der Visite der Pflege zugewiesen, drei dem ärztlichen Dienst.
- Bei elf Patienten wurde eine Verfügung abgegeben und von den Patienten zur weiteren Besprechung meist mit nach Hause genommen, drei Patienten haben sie direkt ausgefüllt.
- Vier Patienten hatten kein Interesse an einer Verfügung. Mit einem dieser Patienten wurde mündlich eine Art Verfügung besprochen und mit dessen Erlaubnis dokumentiert.
- Zehn Patienten hatten schon eine Verfügung, wobei sich dies erst beim Gespräch herausstellte.

- Bei neun Patienten konnte das Gespräch nicht begonnen oder zu Ende geführt werden, weil sie kognitiv eingeschränkt waren.
- Bei neun Patienten hat das Gespräch aus Koordinations- oder Kapazitätsgründen nicht stattgefunden.
- Vereinzelt haben Patienten, bei welchen kein Gespräch geführt wurde, auf Grund der Informationen in der Informationsmappe von sich aus um eine Patientenverfügung gebeten. In anderen Fällen haben Angehörige, welche in die Gespräche involviert waren, für sich ebenfalls eine Verfügung mit nach Hause genommen.

Positive Patientenmeinung

An einem Stichtag wurden alle Patienten der Station gefragt, was sie davon halten, dass das Thema Patientenwille und Patientenverfügung offen angesprochen wird. Von den 18 befragbaren Patienten fanden es 17 eine gute Sache, nur einer war sich diesbezüglich nicht sicher. Die Befürchtung einzelner Führungs- und Fachpersonen im Vorfeld, die Patientinnen und Patienten könnten ablehnend oder erschrocken auf das Thema reagieren, war also unbegründet. Folgende Kommentare von Patienten bestätigten dies:

- Ich finde es gut, dass mit Patienten direkt Rücksprache genommen wird.
- Ich habe mir selber auch schon Gedanken darüber gemacht.

- Man muss auch über *das* reden.
- Man muss *vorher* darüber reden, bevor es zu spät ist.

Es ist auch für die Angehörigen gut. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit der Literatur, welche beispielsweise zeigt, dass viele Patienten dankbar sind für das Angebot (Harringer & Hoby, 2009) und dass die Zufriedenheit der Patienten steigt, wenn Patientenverfügungsgespräche mit ihnen geführt werden (Tierney et al., 2001). Anders als von Froman & Owen (2005) geäußert, mussten an bereits vorhandenen Patientenverfügungen nach der Besprechung praktisch keine Änderungen vorgenommen werden.

Weniger Konflikte

Mit dem neu festgelegten Vorgehen wird die Frage, was der Wille des Patienten ist und welche Therapien Sinn machen, früher und offener diskutiert. Die diesbezüglichen Konflikte zwischen Pflege und ärztlichem Dienst haben sich reduziert. Pflegende und Ärzte nehmen wahr, dass der Patient stärker in den Entscheidungsfindungsprozess einbezogen wird und sie haben den Eindruck, dass ein vom Patienten klar formulierter Wille vom Behandlungsteam respektiert wird. Es kommt zudem weniger häufig vor, dass Pflegende momentane Leidensäußerungen des Patienten als generelle Therapieablehnung interpretieren.

Auf Grund der positiven Erfahrungen der Pilotstation wurde das Projekt auf zwei weitere Stationen ausgedehnt. Die Umsetzung wurde jedoch durch Personalreduktionen und die Verkürzungen der Aufenthaltsdauer im Vorfeld der DRG-Einführung erheblich erschwert. Deshalb kann nur noch mit einem kleinen Teil der Patienten, bei denen die Triggerfrage mit nein beantwortet wurde, tatsächlich ein Gespräch geführt werden.

Um die Anzahl der Gespräche wieder zu erhöhen, wird demnächst eine grössere Anzahl Pflegefachpersonen in der Gesprächsführung geschult, so dass sich die Chance erhöht, dass die Bezugspfleger des Patienten, welcher ein Gespräch benötigt, die Gesprächsschulung absolviert hat. Der Pflegefachperson fällt das Gespräch nämlich einfacher, wenn sie gleichzeitig die Bezugspfleger des Patienten ist, mit dem sie das Gespräch führen soll. Sie hat schon eine Beziehung zum Patienten aufgebaut und benötigt

auch weniger Zeit zur vorbereitenden Informationsbeschaffung.

Kritische Fragen

Die Frage könnte aufkommen, ob in Zeiten eingeschränkter Ressourcen Zeit für etwas aufgewendet werden soll, was sich, wenn überhaupt, erst später und vielleicht erst noch in einer anderen Institution auszahlen wird. Weiter kann gefragt werden, ob eine so allgemein formulierte Verfügung wie sie hier angeboten wird, im konkreten Anwendungsfall überhaupt eine Entscheidungshilfe ist.

Alle gesprächsführenden Pflegenden stellten sich trotz der Umsetzungsprobleme in der Ausdehnungsphase deutlich hinter das Projekt. Die allgemeine «Klimaänderung» in Richtung Austausch über und Berücksichtigung des Patientenwillens auf den Stationen wird geschätzt. Der Pflegeexperte ist zudem überzeugt, dass die Willensbildung des Patienten auch hilfreich ist, wenn es zu keinem Anwendungsfall oder nicht einmal zu einer Verfügung kommt. Oft müssen sich Patienten innert kurzer Zeit für oder gegen eine Therapie entscheiden, wenn sie zwar schon in einer schlechten Verfassung, aber immer noch urteilsfähig sind. Solche Entscheidungen werden dem Patienten voraussichtlich einfacher fallen, wenn er sich vorgängig Gedanken zu seinen Werten und Wünschen machte, solange er sich noch nicht in akutem Entscheidungsdruck befand.

Ähnliches kann von den Angehörigen gesagt werden. Immer wieder kommt es in der Praxis vor, dass Patienten überzeugt sind, dass Angehörige bei einer Urteilsunfähigkeit als Vertretungspersonen in ihrem Sinn entscheiden. Werden dann Gespräche zwischen Patient und Angehörigen darüber initiiert, kommt zum Vorschein, dass die Angehörigen die Wünsche des Patienten zu wenig kennen und dankbar für den Anstoss zu diesen Gesprächen sind. In der Studie von Engelberg, Patrick & Curtis (2005) zeigte sich denn auch, dass Vertretungspersonen ein besseres Verständnis von den Wünschen des Patienten am Ende des Lebens hatten, wenn sie dies früher miteinander besprochen hatten. □

Ernst Näf, Pflegeexperte MNS, Solothurner Spitäler AG. Kontakt: ernst.naef@spital.so.ch

Die Literatur- und Referenzenliste sowie die in den soH abgegebene Patientenverfügung sind beim Autor erhältlich.

Patientenverfügungen

Rechtlich besser verankert

Mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht werden Patientenverfügungen verbindlicher sein als bisher. Bereits heute existiert ein grosses Angebot an Formen und Vorlagen.

MIT einer Patientenverfügung haben Menschen die Möglichkeit, im Voraus zu bestimmen, wie sie behandelt und gepflegt werden möchten, wenn sie in einen Zustand geraten, in dem sie nicht mehr selber entscheiden können. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat die Bedeutung der Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung schon in früheren medizinisch-ethischen Richtlinien bekräftigt. 2009 wurde eine Richtlinie ausliesslich zum Thema Patientenverfügung verabschiedet, bei deren Erarbeitung Pflegefachpersonen mitarbeiteten, und welche der SBK den Pflegenden auch explizit zur Anwendung empfiehlt (SAMW, 2009)¹. Die Richtlinie thematisiert wichtige Grundsätze und gibt Empfehlungen für den praktischen Umgang mit Patientenverfügungen.

Gesetzliche Grundlage

Im neuen Erwachsenenschutzrecht, das am 1. Januar 2013 in Kraft treten wird, wird die juristische Grundlage von Patientenverfügungen landesweit vereinheitlicht. Im Moment gelten, soweit vorhanden, die kantonalen Bestimmungen. Unabhängig von der gesetzlichen Grundlage ist zu beobachten, dass vorhandene Verfügungen im Anwendungsfall in den letzten Jahren zunehmend ernster genommen werden. Haben sich Ärzte früher gelegentlich noch kritiklos über eine Verfügung hinweggesetzt, so schreibt nun das Zivilgesetzbuch vor, dass der Verfügung

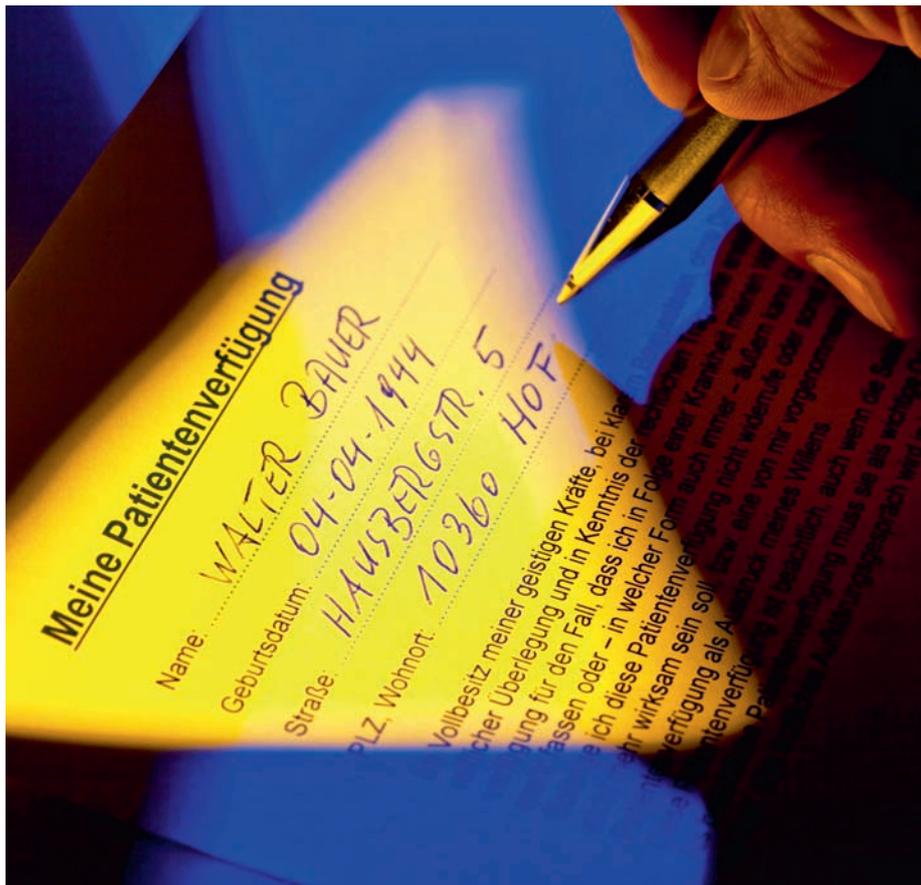
entsprochen werden muss, ausser es bestehen begründete Zweifel, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht. Gemäss der neuen Regelung kann zukünftig jede dem Patienten nahestehende Person die Erwachsenenschutzbehörde anrufen wenn sie den Eindruck hat, dass der Verfügung nicht entsprochen wird. Forschungsliteratur aus dem angelsächsischen Raum zeigt, dass vorhandene Verfügungen im Anwendungsfall auch tatsächlich umgesetzt werden (Silveira, Kim, & Langa, 2010; Torke, Moloney, Siegler, Abalos, & Alexander, 2010).

Das neue Recht regelt auch die Möglichkeit des Patienten, im Voraus Vertretungspersonen zu benennen, welche seine Interessen im Falle einer Urteilsunfähigkeit vertreten sollen. Hat der Patient selber keine Vertretungspersonen genannt, so regelt das Gesetz genau, wer sonst aus dem nahen Umfeld des Patienten das Vertretungsrecht wahrnehmen soll. Dabei ist der Arzt verpflichtet, diese Personen über alle Belange zu informieren und in die Behandlungsplanung einzubeziehen.

Verschiedene Formen

Obwohl die Verfügungen aus rechtlicher Sicht frei formuliert sein können, werden von den meisten Interessierten mindestens teilweise vorformulierte Versionen bevorzugt, welche oft mit persönlichen Ergänzungen vervollständigt werden können. Sucht man im Internet, zeigt sich, dass die Anzahl der Vorlagen überwältigend gross ist. In der Deutschschweiz oft verwendet werden z.B. die allgemeinen Vorlagen von

¹ Die SAMW-Richtlinie «Patientenverfügungen» steht als Download zur Verfügung unter www.sbk-asi.ch (Bestell-Service/Publikationen) oder kann als Broschüre gratis bestellt werden.



Es gibt eine grosse Anzahl von vorformulierten Patientenverfügungen, die mit persönlichen Ergänzungen vervollständigt werden können.

Foto: Bilderbox

Caritas Schweiz, Dialog Ethik, SRK, aber zunehmend auch solche, welche sich an spezifische Gruppen richten, wie etwa jene der Schweizer Alzheimervereinigung, der Krebsliga oder von Parkinson Schweiz (die beiden Letztgenannten wurden wiederum in Zusammenarbeit mit Dialog Ethik erstellt). Die wohl am häufigsten ausgefüllte Verfügung, jene der FMH, wurde gemeinsam mit der SAMW überarbeitet und steht seit Juni dieses Jahres in einer ausführlichen und einer Kurzversion zur Verfügung. Die meisten Verfügungsvorlagen sehen einen Platz für die Nennung von Vertretungspersonen vor. Oft wird auch Platz geboten für Werteanamnesen (siehe weiter unten) und für Willensäusserungen betreffend Organspende und Obduktion.

Mehrere Organisationen bieten Beratungen zur Erstellung von Patientenverfügungen an. So etwa das SRK und Dialog Ethik. GGG Voluntas engagiert sich seit 1993 in der Beratung beim Erstellen individueller Patientenverfügungen und erarbeitet diese oft in

einem längeren Prozess mit ihren Klienten.

Grenzen

Abgesehen davon, dass die Auseinandersetzung mit Krankheit, Unfall, Sterben und Tod oft eine Herausforderung darstellt, ist es schwierig, sich im Voraus vorzustellen, wie man in solchen Grenzsituationen wohl entscheiden würde. Zudem ist zu berücksichtigen, dass Menschen ihre Anpassungsfähigkeit an Widrigkeiten gelegentlich unterschätzen (Schwartz, 2005).

Schaut man sich Verfügungsvorlagen genauer an, wird klar, dass diese auf unterschiedlichen konzeptionellen, weltanschaulichen und religiösen Ansichten basieren, was die Auswahl schwierig machen kann. Beim Erstellen einer Patientenverfügung stellt sich auch die Frage, wie allgemein gehalten oder detailliert diese sein soll. Allgemeine Verfügungen haben im Anwendungsfall eine hohe Interpretationsbedürftigkeit zur Folge, wohingegen sehr

detaillierte Versionen Gefahr laufen, dann doch nicht genau der zukünftigen Situation zu entsprechen.

Diesbezüglich die beste Ausgangslage bei der Erstellung dürfte bei Patienten vorhanden sein, welche an einer fortschreitenden oder schon fortgeschrittenen Krankheit leiden, bei welchen die Wahrscheinlichkeit für das Eintreten bestimmter Szenarios relativ hoch ist. In diesen Situationen ist der Beratungsbedarf und die nötige Beratungskompetenz entsprechend hoch, da der Patient genau verstehen sollte, welche Konsequenzen aus welchen Entscheiden zu erwarten sind.

Werteanamnesen, also schriftlich festgehaltene Lebenseinstellungen, Werte, Wünsche, Ängste, Erwartungen und Hoffnungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit können im Anwendungsfall von Patientenverfügungen hilfreich sein für deren Interpretation. Auch Vertretungspersonen können diese Funktion erfüllen, vorausgesetzt, dass die Betroffenen vorher genügend miteinander kommuniziert haben.

Forschungsliteratur zeigt, dass Vertretungspersonen in einem Drittel der Fälle die Wünsche von Patienten nicht korrekt voraussagen (Shalowitz, Garrett-Mayer, & Wendler, 2006) und dass es schwierig ist, diesen Anteil zu reduzieren (Ditto et al., 2001), dies mit vorausgehenden Gesprächen aber unter Umständen möglich ist (Engelberg, Patrick, & Curtis, 2005). *Ernst Näf*

Links zu den wichtigsten Vorlagen von Patientenverfügungen:

- <http://web.caritas.ch/edoc/patienten/>
- <http://www.dialog-ethik.ch/patientenverfuegung>
- <http://www.redcross.ch/activities/health/pv/index-de.php>
- <http://www.alzheimerurischwyz.ch/home/index.php?id=220>
- http://www.krebsliga.ch/de/leben_mit_krebs/patientenverfuegung/
- <http://www.parkinson.ch/index.php?id=137>
- <http://www.fmh.ch/service/patientenverfuegung.html>
- <http://www.ggg-voluntas.ch/Patientenverfuegung.5.0.html>

www.sbk-asi.ch

- Patientenverfügung
- Gesprächsführung
- Patientenbezeichnung