

SELBSTBESTIMMTE GESUNDHEITSVORSORGE IN DER KRISE

Hendrik Meyer-Magister

Medizinische Interventionen in gesundheitlichen Krisen verlangen nach Entscheidungen. Nach dem Prinzip der Patientenautonomie hat sich mittlerweile die Einsicht durchgesetzt, dass diese Entscheidungen letztlich von den Patient*innen selbst und nicht von den behandelnden Ärzt*innen getroffen werden müssen: „Nicht der Arzt als wissenschaftlich ausgewiesener und überlegener Experte, sondern der Patient als Experte seines eigenen Lebens soll letztlich über die Mittel und Ziele ärztlichen Handelns entscheiden.“ (Wiesemann 2013, 14). So geht Autonomie vor Paternalismus, eigene Lebensführung vor medizinisch Möglichem oder auch: Selbstbestimmung vor Fürsorge, die dann lediglich noch eine dienende Funktion erfüllt (vgl. Härle 2008). Die ärztliche Aufklärung über medizinische Indikationen, Behandlungsoptionen und deren Risiken dient nunmehr der selbstbestimmten Einwilligung in oder Ablehnung von medizinischen Maßnahmen. Das wird mit Begriffen wie *informed consent* (vgl. Jütte 2018) oder auch *shared decision making* (vgl. Loh et al. 2007) konzeptualisiert.

Vor diesem Hintergrund muss die Selbstbestimmung umso mehr in existenziellen gesundheitlichen Krisen zur Geltung gebracht werden, in denen es um Leben und Tod gehen kann: Die Betroffenen sollen insbesondere hier selbst entscheiden, was im Angesicht des nahenden und drohenden Todes mit ihnen passiert – und was auch nicht mehr. Allerdings gehen schwere gesundheitliche Krisen allzu oft auch mit einer Beeinträchtigung der aktuellen Ausdrucksmöglichkeiten von Selbstbestimmung einher. So entsteht gerade dann, wenn sie besonders gefragt ist, eine kritische Situation für die Selbstbestimmung der Patient*innen.

Um diesem Problem zu begegnen wurden in den letzten Jahrzehnten Instrumente zur gesundheitlichen Vorausplanung entwickelt und implementiert: In Deutschland vor allem die Patientenverfügung und neuerdings *Advance Care Planning (ACP)*. Grundsätzlich sollen diese Instrumente dazu dienen, durch eine Vorausverfügung dem Willen der Behandelten in Situationen Ausdruck zu verleihen, in denen sie nicht mehr selbst einer eigenen Entscheidung Ausdruck verleihen können.

Ich möchte im Folgenden die These vertreten, dass paradoxerweise gerade diese durchaus praktikablen Versuche, die Selbstbestimmung in der gesundheitlichen Krise durch Vorsorge zu gewährleisten, geeignet sind, die zu Grunde liegenden theoretischen Paradigmen von Selbstbestimmung und Vorsorge selbst in die Krise zu bringen. Ich werde zunächst argumentieren, dass gerade in dem Anliegen, Selbstbestimmung durch gesundheitliche Vorsorge über lange Zeiträume in die

Zukunft zu extrapolieren, eine innere Paradoxie des neuzeitlichen Selbstbestimmungsparadigmas besonders hell aufleuchtet. Weiter werde ich argumentieren, dass auch das moderne Sorgeparadigma sich in einer Paradoxie verfängt, wenn das Individuum sich zu einer prinzipiell schrankenlosen Übernahme von Verantwortung genötigt sieht. Angesichts dieser Problemlage werde ich erwägen, in die genannten Möglichkeiten der Patientenvorsorge, die zunächst vorgestellt werden, eine Art selbstbestimmte Reichweitenbegrenzung neuen Typs einzubinden, nach der Vorsorgedokumente nur für umgrenzte, konkrete und selbst definierte Erkrankungsszenarien gelten und nach einer festgelegten Zeit verfallen sollten, wenn sie nicht erneuert werden.

Patientenverfügungen und *Advance Care Planning*

2009 wurde die Gesetzesgrundlage für die schriftliche Gesundheitsvorsorge in das deutsche Betreuungsrecht eingefügt. Wenn eine schriftliche Patientenverfügung vorliegt, muss der darin niedergelegte Wille durch Bevollmächtigte und Betreuende gegenüber den Behandelnden zur Geltung gebracht werden. Der vorausverfügte Wille bindet das ärztliche Handeln, wenn die Vorausverfügung für die vorliegende Behandlungssituation einschlägig ist. Diese Prüfung wird wiederum den Betreuenden und Bevollmächtigten zugeschrieben, wobei die Expertise der Ärzt*innen für die medizinische Einschätzung der Situation unerlässlich ist (§1901a BGB).

Die Akzeptanz dieses Vorsorgeinstruments in der Bevölkerung ist groß. Zuletzt stieg die Zahl der Verfügungen deutlich an (vgl. Jox/in der Schmitten/Marckmann 2015: 23–25). Zugleich wurden die großen Hoffnungen mittlerweile ernüchert, dem Willen von äußerungsunfähigen Patient*innen durch schriftliche Vorausverfügungen mehr Beachtung und Gewicht zu verleihen. Es zeigte sich eine Reihe an Problemen in der praktischen Umsetzung: Patientenverfügungen sind Angehörigen, Bevollmächtigten und Betreuenden sowie behandelnden Ärzt*innen häufig nicht bekannt oder im entscheidenden Moment – gerade in Notfallsituationen – nicht zur Hand. In den Einrichtungen des Gesundheitswesens gab und gibt es häufig keine Routinen und keine gute Informationsweitergabe im Umgang mit diesen Dokumenten. Dazu sind Patientenverfügungen häufig nicht spezifisch genug auf eine dann tatsächlich eintreffende medizinische Fallkonstellation hin formuliert, so dass unklar ist, ob der vorausverfügte Wille in dieser Situation auch einschlägig ist. Verschärfend dazu hat der Bundesgerichtshof festgestellt, dass Patientenverfügungen nur dann wirklich bindend sind, wenn sie eine medizinisch ausreichend genaue Beschreibung der entsprechenden Situation und Behandlung bieten. Von medizinischen Laien selbstformulierte Verfügungen wie auch viele standardisierte Formulare haben sich hier häufig als zu unspezifisch erwiesen bis dahin, dass sie sich selbst widersprechen. Wenn wiederum Verfügungen ausreichend spezifisch formuliert sind, übersteigt es häufig die Expertise der Betreuenden oder Bevollmächtigten, unter Druck, Zeitnot und emotionalem Stress zu entscheiden, ob die Verfügung auf die gegenwärtige Situation zutrifft oder nicht. So werden schnell wieder die Ärzt*innen nicht nur als Expert*innen für die medizinische Indikation, sondern gleich als Exeget*innen der Verfügungen zu Rate gezogen. Auch wenn eine Patientenverfügung einschlägig ist, dient sie in der Praxis, anders als vom Gesetzgeber vorgesehen, häufig als eine bloße Richtschnur (vgl. Meier 2019 sowie Jox/in der Schmitten/Marckmann 2015).

Inzwischen wurde als Reaktion auf diese Probleme das Konzept des ACP aus den USA auch in Deutschland rezipiert und 2015 durch das Hospiz- und Palliativgesetz in Anfängen im Gesundheitswesen implementiert (§ 132g SGB V). Die Grundidee von ACP ist, dass Menschen ein moderierter Gesprächsprozess unter Einbeziehung von Angehörigen, etwaigen Bevollmächtigten und Ärzt*innen angeboten wird, in dem Behandlungsoptionen in der finalen Lebensphase erörtert und Behandlungspräferenzen erarbeitet werden. Zunächst werden dabei allgemeine Wertvorstellungen erkundet, diese sodann mit möglichen Krankheits- und Behandlungsszenarien in Verbindung gesetzt und in einem dritten Schritt in Behandlungsoptionen und -präferenzen gemünzt. Im Idealfall sollen diese Präferenzen dann in schriftlichen Vorausverfügungen festgehalten werden und regelmäßig durch neue Gespräche überprüft werden. Auch systemisch sieht ACP Strukturänderungen in regionalen Gesundheitssystemen vor, um die Verfügbarkeit und Beachtung der Vorausverfügungen durch die Gesundheitsinstitutionen zu erhöhen. (vgl. Coors/Jox/in der Schmitt 2015; in der Schmitt/Marckmann 2015 sowie weitere Beiträge im gleichen Band).

ACP verspricht in der Tat einige Probleme der Patientenverfügungen abzumildern. So steht zu erwarten, dass die Genauigkeit der Verfügungen durch den Einbezug medizinischer Expertise in den Beratungsprozess so gesteigert werden kann, dass Betreuende und Bevollmächtigte im Zusammenspiel mit den behandelnden Ärzt*innen im Ernstfall schneller und selbstständiger entscheiden können, ob eine Willensbekundung für eine Behandlungssituation einschlägig ist. Durch die kommunikativen und systemischen Umstellungen dürften auch die Bekanntheit, Verfügbarkeit und Beachtung des vorausverfügten Willens im sozialen Umfeld und bei behandelnden Ärzt*innen und Institutionen gesteigert werden. Insofern erscheint ACP als ein aussichtsreicher Ansatz.

Am Ende kann aber auch ACP ein ganz grundlegendes Problem der individuellen Gesundheitsvorsorge nicht lösen, das Michael Coors in der Debatte um die Patientenverfügungen treffend auf die Frage gebracht hat: *Was würdest du wollen?* (2012) Dieses Problem entsteht schon aus dem Grundansatz, durch Vorausverfügungen des Willens in einer zukünftigen Situation Selbstbestimmung ermöglichen zu wollen. Denn gerade wenn man, wie Coors, dem Ansatz einer narrativ-deskriptiver Ethik wie der Johannes Fischers folgt, in dem das konkrete Erleben und Wahrnehmen einer Situation anhand vorgeprägter Wahrnehmungsmuster und die dadurch ausgelösten moralischen Intuitionen unser Wollen und Handeln in einer Situation bestimmen (vgl. Fischer et al. 2008, 220–234), muss grundsätzlich gefragt werden, wie eigentlich das eigene Wollen für eine Situation vorherbestimmt werden kann, die selbst noch gar nicht erlebt wurde, sondern nur im Zusammenspiel von Beschreibungen und gegenwärtigen Vorstellungen eines guten Lebens imaginiert werden kann: „Ich kann im Blick auf eine Situation, die mir nicht bekannt ist, zwar ein moralisch-ethisches Urteil bilden, aber dieses unterliegt doch der massiven Einschränkung, dass meine sittliche Intuition durch das Erleben der Situation radikal verändert werden kann und dass dies Rückwirkungen auf mein Urteil hat.“ (Coors 2012, 110) Wie lässt sich unter diesen Bedingungen verhindern, dass selbstbestimmte Entscheidung, die nur unter der Antizipation und Vorstellung einer bestimmten zukünftigen Situation in der Gegenwart getroffen werden, nicht in eine Art „Selbstversklavung“ (Kirste 2008, 77) unter einen vergangenen Willen in der dann eingetretenen Situation führen, die unter Umständen anders wahrgenommen wird? Anders gesagt: Wie

lässt sich sicherstellen, dass Selbstbestimmung in der Gegenwart zukünftige Selbstbestimmung nicht unterminiert?

Das Paradox der Selbstbestimmung

Diese Spannung lässt sich nicht allein schon mit dem knappen Hinweis aus der Welt schaffen, dass willentliche Entscheidungen in der Gegenwart immer Selbstfestlegungen für die Zukunft bedeuten und eine gesundheitliche Vorausverfügung damit analog etwa zur Eheschließung zu sehen sei, wie es Jan P. Beckmann in seinem jüngst erschienenen Buch zur *Autonomie* ausführt (vgl. 2020, 171). Entsprechend dieser Analogie sei es gar nicht die Frage, was jemand in Zukunft wollen würde, die mit einer Patientenverfügung beantworten werde. Vielmehr würde eine Vorausverfügung die „künftige Geltung des jetzigen Willens“ (Beckmann 2020, 171) bestimmen – freilich um „einen hohen Preis“ (Beckmann 2020, 172), nämlich keine Möglichkeit mehr zu haben, zukünftig noch eine Willensänderung zu artikulieren, insbesondere wenn der medizinische Fortschritt in der Zwischenzeit neue Behandlungsmethoden möglich macht: „Der Verzicht hierauf ist eine unvermeidbare Folge des autonomiebasierten Selbstbestimmungsrechts, das auch für die Zukunft Geltung beansprucht“, so Beckmann (2020, 172).

Es erscheint aber fraglich, ob mit dieser Analogie die Sachlage angemessen modelliert ist: Charakteristisch für eine Eheschließung ist doch, dass ich diese Entscheidung im Hier und Jetzt treffen muss, genauer gesagt in der konkreten Situation, in der ich äußerungsfähig vor dem Traualtar stehe und zu diesem Menschen in diesem Moment *Ja* sage – natürlich in dem Wissen, mich damit im Idealfall lebenslang zu binden. Damit fallen die Äußerung einer Entscheidung und die Situation, in der diese Entscheidung getroffen werden muss, im Hier und Jetzt zusammen, auch wenn das eine weitreichende Festlegung für die Zukunft bedeutet – die im Falle einer Ehe, ganz nebenbei bemerkt, auch immer noch die Möglichkeit einer Willensänderung umfasst. Das erscheint doch anders zu liegen im Falle gesundheitlicher Vorausverfügungen. Hier wird ein Willen geäußert und bindend festgelegt für eine Situation, die eben noch nicht im Hier und Jetzt eingetreten ist. Ich gerate ja erst zukünftig in die konkrete Situation, in der am Krankenbett entschieden werden muss, wie weiter zu verfahren ist (vgl. auch Anderheiden 2008, 146). Als äußerungsfähiger Patient würde ich Behandlungsentscheidungen nach dem Prinzip des *informed consent* in dieser Situation unter den dann geltenden Bedingungen treffen und äußern – und nur, weil ich möglicherweise dann nicht mehr äußerungsfähig bin, lege ich mich im Voraus auf die künftige Geltung meines jetzigen Willens fest. Die Analogie wäre also eher in einer Ehwillensbekundung zu suchen für den Fall, dass ich an einem zukünftig möglicherweise kommenden Hochzeitstag aktual meine Einwilligung in die Ehe nicht artikulieren kann und daher in dieser zukünftigen Situation vorsorglich der jetzige Wille gelten soll. Diese Vorstellung erscheint dann doch einigermaßen merkwürdig und führt letztlich auf die Frage von Michael Coors zurück, ob der vorausverfügte Wille wirklich noch aktuell ist, wenn ich diese Situation zukünftig auch tatsächlich erlebe.

Zumindest würde man in diesem fiktiven Beispiel einer Ehwillensbekundung sehr wahrscheinlich nicht so leicht sagen können, dass der Verzicht auf die Änderung des Willens in der dann

eintretenden konkreten Situation „eine unvermeidbare Folge des autonomiebasierten Selbstbestimmungsrechts [sei, HMM], das auch für die Zukunft Geltung“ habe (Beckmann 2020, 172). Das gilt insbesondere, wenn man Beckmanns eigene und einleuchtende Unterscheidung von Autonomie und Selbstbestimmung zu Grunde legt. Er fasst Autonomie als eigentümliche Verfasstheit des menschlichen Subjekts auf und Selbstbestimmung als deren reale Manifestation (vgl. Beckmann 2020, 26). Gerade in diesem Verständnis von Autonomie als Eigentümlichkeit des Menschlichen gilt aber, dass sie unverlierbar ist: sie besteht von der Geburt bis zum Tod und ohne Abstufungen – und eben auch unabhängig von der sonstigen Verfassung des Menschen. Es kann so auch nicht von verminderter oder fehlender Autonomie von Patient*innen gesprochen werden, die ihren Willen nicht aktual äußern können, lediglich von verminderten Möglichkeiten diese Autonomie zu manifestieren (vgl. Beckmann 2020, 21–23): „Auch wenn der Mensch sein Selbstbestimmungsrecht aus kontingenten Gründen nicht in Anspruch nimmt oder nehmen kann, bleibt er unverändert autonom; auch bleibt das Selbstbestimmungsrecht bei ihm“ (Beckmann 2020, 27). Nicht äußerungsfähige Patient*innen behalten also nicht nur ihre Autonomie, sondern im Grunde auch ihr Selbstbestimmungsrecht, selbst wenn sie dieses Recht durch fehlende Artikulationsmöglichkeiten nicht in Anspruch nehmen können. Beckmann macht es sich also vor dem Hintergrund seiner eigenen theoretischen Grundlagen zu einfach, diese Selbstbestimmung in den Moment der Vorausverfügung vorzuverlagern und dann den Verzicht von äußerungsunfähigen Patient*innen auf eine selbstbestimmte Willensänderung als zwar schmerzliche, aber unvermeidliche Konsequenz gerade aus ihrem Selbstbestimmungsrecht zu formatieren. Im Gegenteil: Dieser Verzicht ist zwar ein praktikabler Umgang mit dem Problem, stellt auf der Theorieebene aber ein echtes Problem für die Selbstbestimmung dar, weil diese Patient*innen in der Situation der Äußerungsunfähigkeit theoretisch ein Selbstbestimmungsrecht haben, das sie nur in der Praxis nicht ausüben können. An dem zeitlichen Auseinandertreten von selbstbestimmter Entscheidung und eigentlicher Entscheidungssituation tritt also eine innere Spannung des zu Grunde liegenden Selbstbestimmungparadigmas deutlich vor Augen.

Diese Spannung kann auch theorieimmanent nachvollzogen werden. Trotz aller mittlerweile zu Recht formulierten Kritik am *liberalistischen Standardmodell* von Autonomie (vgl. Steinfahrt/Pindur 2013), ist der Kern des neuzeitlichen Paradigmas von Autonomie und Selbstbestimmung unzweifelhaft kantisch (vgl. auch Beckmann 2020, 20–21). Immanuel Kants Bestimmung lässt sich wie folgt umreißen: Autonomie zeigt sich darin, dass sich der freie Wille – unabhängig von äußeren, empirischen oder heteronomen Einflüssen und Bestimmungen – gemäß der reinen Vernunft selbst ein Gesetz setzt, das den Anspruch erfüllt, als allgemeines Sittengesetz denkbar zu sein. Anders gewendet: Der Wille unterwirft sich selbst einer zwar vernünftigen und verallgemeinerbaren aber immer selbst gesetzten Maxime und erfährt sich gerade darin als autonom und frei (Kant 1983, 140–155).

Nun hat Thomas Khurana auf die immanente Paradoxie dieser Figur hingewiesen. Die Beobachtung dieser Paradoxie nimmt ihren Ausgangspunkt in der besonderen Verschränkung von Freiheit und Normativität bei Kant: Gesetze sind nur normativ, wenn sie aus Freiheit selbst gesetzt sind und der Wille nur frei, wenn er sich selbst Gesetze gibt. Khurana argumentiert nun, dass diese Struktur im Kern widersprüchlich ist, denn Kant verteidige ja gerade die Voraussetzungslosigkeit

der autonomen Selbstgesetzgebung des Willens (vgl. Khurana 2011, 7-12):

„Damit Autonomie zur Existenz kommt, scheint somit ein vollkommen ungebundenes Subjekt gefordert zu sein, das sich in einem gesetzlosen Akt das Gesetz allererst gibt. Diese Voraussetzung der Autonomie scheint ihre Möglichkeit aber zugleich gerade in Frage zu stellen: Es scheint unverständlich, wie dieses gesetzlose Subjekt je als durch das Gesetz gebunden vorgestellt werden könnte. Wenn das Gesetz der Autonomie aus einem gesetzlosen Akt der Einsetzung herrührt, dann bleibt unklar, was das Subjekt des Gesetzes davon abhalten sollte, sich von dem Gesetz wieder zu lösen und ein neues zu erlassen.“ (Khurana 2011, 12–13).

Die Autonomie der Gesetzgebung unterläuft also deren Normativität – oder aber die Normativität der Gesetzgebung unterläuft deren Autonomie. Gerade das wird deutlich, wenn Zeithorizonte in die Figur einbezogen werden: Dann wird unklar, wie sich meine Selbstgesetzgebung heute zum Anspruch auf die Verwirklichung meiner Autonomie morgen verhält. Entweder gilt die Normativität meiner Selbstgesetzgebung nur momentan, so dass ich immer wieder gänzlich neu vor die grundsätzliche Frage gestellt bin, was ich tun soll. Oder die Normativität meiner Selbstgesetzgebung bindet meinen Willen über den Moment hinaus, so dass ich die Frage, was ich tun soll, nicht mehr absolut neu und ungebunden stellen kann. Entweder beschränkt meine Selbstgesetzgebung in der Gegenwart meine Freiheit zur Selbstgesetzgebung in der Zukunft, oder aber die Achtung vor meiner zukünftigen Freiheit zur Selbstgesetzgebung beschränkt meine Selbstgesetzgebung in der Gegenwart. Selbstbestimmung über Zeithorizonte gedacht wird so in sich widersprüchlich und gegenläufig.

Das ist genau das Problem, das bereits für die Praxis mit dem Schlagwort der Selbstversklavung durch gesundheitliche Vorausverfügungen markiert wurde. Wie kann die heute in Freiheit erstellte Verfügung morgen immer noch als Freiheit erscheinen und nicht als Unfreiheit? Die Problematik erscheint umso drängender, je weiter der Moment der Vorausverfügung meines Willens und die Situation, in der dieser Wille zum Tragen kommt, zeitlich auseinanderliegen. Denn dann wird es umso wahrscheinlicher, dass sich mein Wille – auch angesichts neuer Behandlungschancen – in der Zwischenzeit verschiebt und sich so eine Lücke auftut zwischen dem heute vorausverfügten Willen und dem zukünftigen Willen. An der Praxis der gesundheitlichen Vorausverfügung, die dem Selbstbestimmungsparadigma gerade zu größerer Geltung verhelfen mag, tritt die Paradoxie des Selbstbestimmungsparadigmas damit besonders hervor. Es ließe sich auch noch pointierter sagen: Durch Vorsorgedokumente für gesundheitliche Krisen gerät die Selbstbestimmung selbst in die Krise.

Das Paradox der Vorsorge

Nun lässt sich analog dazu der Gedankengang auch noch mal am Vorsorgebegriff selbst nachzeichnen. Auch hier lässt sich formulieren: Durch Vorsorge für gesundheitliche Krisen kann das Paradigma der Vorsorge selbst in die Krise geraten und zwar insofern, als dass über weite Zeithorizonte gestreckte Vorsorge sich selbst zu blockieren droht.

Zur Entwicklung dieses Gedankens lässt sich an das politische *Vorsorgeprinzip* anknüpfen, das sich seit einigen Jahrzehnten in den politischen Debatten um Ökologie, Nachhaltigkeit, Technikfolgen aber auch um öffentliche Gesundheitsvorsorge etabliert hat. Nach diesem Paradigma sollen politische Beschlüsse gar nicht erst getroffen und etwa neue Technologien nicht zugelassen werden, wenn Risiken und mögliche Nebenfolgen für Mensch und Umwelt bestehen oder aber die Auswirkungen auf die Gesundheit, Sicherheit und Umwelt der Menschen wissenschaftlich noch unklar sind (vgl. Bourguignon 2016, 8). Knapper formuliert: „Vermeide Schritte, die das Risiko eines Schadens nach sich ziehen“, oder gar aphoristisch gesagt: „Vorsicht ist besser als Nachsicht.“ (Sunstein 2007, 25). Wolfgang Huber hat daher mit Recht darauf hingewiesen, dass das Prinzip eigentlich ein *Vorsichtsprinzip* sei und dieser Begriff dem englischen Begriff *precautionary principle* auch eher entspreche (vgl. 2013, 252).

Ausgelöst wurde die Entwicklung des Vorsichts- bzw. Vorsorgeprinzips maßgeblich durch Hans Jonas' verantwortungsethischen *Versuch einer Ethik für die technologische*, der erstmals 1979 veröffentlicht wurde, sowie die dort skizzierte *Heuristik der Furcht* (vgl. Jonas 2020, 65–66; Huber 2013, 251–253). Hans Jonas' Entwurf steht im Kontext eines insgesamt ab den 1970er Jahren auf breiter Front zu beobachtenden gesellschaftstheoretischen Neuansatzes. Nicht zuletzt mitausgelöst durch konkrete Ereignisse wie dem Bericht des *Club of Rome*, dem Ölpreisschock, aber auch der Reaktorkatastrophe in Tschernobyl wurden klassische soziologische Modernetheorien von einer Reihe neuer Theorien abgelöst, die unter Begriffen wie *Postmoderne*, *Reflexive Modernisierung*, *Risiko-* oder auch *Prognosegesellschaft* firmieren. Ausdruck des neuen wissenschaftlichen Paradigmas ist, dass die im Modernisierungsprozess zwangsläufig mitproduzierten Risiken nun bewusst gemacht, reflektiert und systematisch mitbedacht werden (vgl. Beck 1986, 25–31): „Die Phase der Latenz der Risikobedrohung geht zu Ende. Die unsichtbaren Gefährdungen werden sichtbar.“ (Beck 1986, 73). Entsprechend geht es beim Vorsorgeprinzip um ethische Verantwortung für die Zukunft, bzw. darum, auch Gefahren in den Blick zu nehmen, die „erst in einer weiteren Zukunft zu befürchten sind.“ (Huber 2013, 252).

Die Soziologin Anna Henkel hat vor diesem Hintergrund jüngst die einleuchtende These aufgestellt, dass Zeit bzw. Zukunft zum spezifischen Problem moderner Gesellschaften geworden ist und dass die Sorge der dafür angemessene Modus gegenwärtigen Zukunftsbezugs ist. Mit explizitem Bezug auf Hans Jonas bezeichnet sie Verantwortung als die angemessene ethische Leitkategorie in der Sorgegesellschaft – hier schließt sich der Kreis zum politischen Vorsorgeprinzip. Dabei wird aber nun, nach Henkel, die generelle Zukunftssorge mehr und mehr den Einzelnen anheimgestellt und zunehmend als Verantwortung für konkrete, partikuläre Aspekte formatiert. Sorge und Verantwortung als grundlegender Zukunftsbezug und Modus ihrer Bewältigung werden also zunehmend individualisiert und an spezifischen Problemen konkretisiert (Henkel 2016). Dabei kommt in dieser *Sorgegesellschaft* gerade medizinischen Vorsorgefragen eine zentrale Bedeutung zu, wie sich mit Isolde Karle ergänzen lässt (vgl. 2019, 24).

Vorsorgefragen, wie sie in Patientenverfügungen und durch ACP konzeptionell bearbeitet werden, fügen sich geradezu paradigmatisch in die so skizzierte Struktur der gegenwärtigen Sorgegesellschaft ein: es geht darum, durch Sorge bzw. Vorsorge die Zukunft und ihre potentiellen

Risiken und Unwägbarkeiten zu bewältigen. Diese Vorsorge – und hier sind dann Neufokussierungen des älteren *Prinzips Verantwortung* zu erkennen – obliegt vor allem der individuellen Verantwortung. Es ließe sich also analog zum politischen Vorsorgeprinzip im Horizont dieser Entwicklung auch von einem individuellen Vorsorgeprinzip sprechen, mit dem partikulare, zukünftige Risiken minimiert werden sollen und dessen Ratio Patientenverfügungen und ACP zu Grunde liegt.

Hans Jonas selbst spricht nun davon, dass die „Zeitspannen der Verantwortung [...] wie des wissenden Planens sich ungeahnt erweitert haben“ und fährt fort, so gäbe „es doch der Unbekannten genug in der Rechnung, und das Überraschende wäre, wenn es ohne Überraschungen für die Planer abginge.“ (2020, 215) Jonas schreibt diese Sätze ausdrücklich über kollektive Verantwortung, das heißt, er spricht vom staatlichen und politischen Handeln und nicht von der individuellen Ebene der Verantwortung. Gleichwohl lassen sich hier strukturelle Parallelen ausmachen, die darin liegen, dass auch auf der Ebene individueller Verantwortungsübernahme durch Vorsorge dieser Effekt beobachtbar ist: Je weiter die Zeitspannen desto unwägbarer werden die einzuberechnenden Umstände, Nebenfolgen und Risiken des vorsorgenden Planens. Jonas will in seiner kurzen Passage erklärtermaßen darauf hinweisen, dass eine Verantwortungsethik gerade in dem Moment, in dem sie angesichts der Weite der Zukunft und ihrer Möglichkeiten überhaupt erst für das menschliche Handeln in den Vordergrund tritt, zugleich eigentlich unanwendbar wird (vgl. 2020, 216). Er formuliert also eigentlich ein Paradox seiner Verantwortungsethik angesichts weiter Zukunftshorizonte. Man könnte auch sagen: Verantwortungsethik als konsequentialistische Ethik wird in dem Moment eigentlich unmöglich, in dem sie angesichts sich potenzierender möglicher Konsequenzen des Handelns in immer weiteren Zukunftshorizonten umso nötiger wird.

Diese paradoxe Figur findet sich nun auch in der ausführlichen Kritik am Vorsorgeprinzip, die Cass R. Sunstein formuliert (vgl. 2007, 25–55). Seine These lautet:

„In seinen starken Versionen ist das Vorsorgeprinzip inkohärent – und das ist das eigentliche Problem. Es beansprucht Orientierung zu geben, scheitert aber daran, weil es genau diejenigen Schritte verurteilt, die es fordert [...] Das Prinzip steht in der Gefahr uns zu lähmen.“ (Sunstein 2007, 27).

Es geht Sunstein nicht darum, politische Vorsicht und Vorsorge an sich in Zweifel zu ziehen, sondern lediglich darum, die starken Varianten als in sich widersprüchlich zu markieren, weil sie auf eine Ausschließung jeglichen Risikos abzielen (vgl. 2007, 32–34.40). Sunstein argumentiert überzeugend, dass ein starkes politisches Vorsorgeprinzip letztlich Politik verhindert. Denn jede politische Entscheidung und jedes politische Handeln hat einen Nutzen und wünschenswerte Folgen, ist aber auch mit Risiken und Nebenfolgen verbunden. Das gilt auch für vorsorgliches Entscheiden und Handeln, das auf die Vermeidung von Risiken und Nebenfolgen zielt. Und es gibt eben genauso für vorsorgliches Nicht-Handeln. Egal also, was sie tut oder nicht tut: die Politik nach dem Vorsorgeprinzip produziert bei der Vermeidung von Risiken und der Bearbeitung von Nebenfolgen immer nur neue Risiken, Nebenfolgen und Folgeprobleme, die wiederum nach dem gleichen Paradigma bearbeitet werden müssen (Sunstein 2007, 44–55). In diesem Sinne ist das Vorsorge-

prinzip, was auch immer davon ansonsten zu halten ist, lähmend: „Es steht Regulierungsmaßnahmen ebenso im Weg wie ihrer Unterlassung und allem, was dazwischen liegt.“ (Sunstein 2007, 54)

So wird deutlich, wie ein starkes Vorsorgeprinzip letztlich in einem aktivistischen aber die Lösung der ursprünglichen politischen Probleme verhindernden Zirkel enden kann, in dem durch immer neue Vorsorge immer neue Risiken aufgefangen werden müssen, die selbst durch Vorsorge entstanden sind. Zugespitzt gesagt läuft das Vorsorgeprinzip so sowohl leer als auch heiß. Umgekehrt kann die starke Anwendung des Vorsorgeprinzips das Vorsorgeprinzip auch gerade kaltstellen: Denn wenn nichts entschieden werden kann, das nicht nachweislich für Mensch und Umwelt völlig unbedenklich ist, wird Handeln faktisch unmöglich, weil es ja immer auch noch unentdeckte Risiken und Nebenfolgen geben könnte. Ob leerer Aktivismus oder gelähmte Passivität: In letzter Konsequenz blockiert das Vorsorgeprinzip so sich selbst. Es wird paradox. Das heißt nicht, dass das Vorsorgeprinzip unbrauchbar ist, aber es muss dosiert angewandt werden (Huber 2013, 255), bzw. mit Blick nur auf bestimmte und priorisierte Risiken:

„Aus rein logischen Gründen können Gesellschaften ebensowenig wie Individuen mit Blick auf alle Risiken Vorsorgemaßnahmen treffen. Jede Gesellschaft und jede Person muss bestimmte Risiken auswählen und ihnen besondere Aufmerksamkeit schenken.“ (Sunstein 2007, 54)

Überträgt man diese Überlegungen noch einmal auf das individuelle Vorsorgeprinzip, ist eine ähnlich paradoxe Struktur erkennbar. Gerade durch die Semantik der Selbstbestimmung werden in der Sorgegesellschaft die Einzelnen selbst dafür verantwortlich gemacht, durch Vorsorge zukünftige Risiken zu bearbeiten, die angesichts von gesundheitlichen Krisen möglicherweise drohen. Angesichts immer ausgedehnter Zeithorizonte und immer weitgehenderer medizinischer Möglichkeiten werden die Chancen und Risiken als auch der mögliche Nutzen und Schaden medizinischer Behandlungen sowie der eigenen Vorausverfügungen für zukünftige Behandlungsentscheidungen immer unüberschaubarer. Konkret: Ob meine Vorausverfügung, nicht beatmet werden zu wollen, mir in einigen Jahren wirklich nutzt oder nicht vielleicht doch schadet, mag ich genauso schlecht überblicken, wie die Frage, ob der bewusste Verzicht auf eine Verfügung mir dann nutzt oder schadet. In der praktischen Konsequenz sind nun wiederum beide Beobachtungen zu machen: Das Heißlaufen der individuellen Vorsorge, nämlich sich durch immer neue Vorsorgeinstrumente immer engmaschiger abzusichern und zugleich durch die Vorsorge immer neue Risiken und Nebenfolge zu produzieren, die wiederum abgesichert werden müssen. Oder aber das Kaltstellen von Vorsorge nach dem resignierten Gestus, sich sowieso nicht gegen alle etwaigen, teilweise noch unbekanntes Risiken absichern zu können. Es ließe sich also genauso wie oben zur Selbstbestimmung sagen, dass durch Vorsorgeinstrumente für gesundheitliche Krisen das Vorsorgeparadigma selbst in die Krise zu kommen droht.

Erwägungen zu einer selbstbestimmten Reichweitenbegrenzung

Isolde Karle scheint genau diese Paradoxie im Blick zu haben, wenn sie schreibt:

„Menschen geraten durch diese vielen neuen Optionen in eine Paradoxie zwischen einer Eigenverantwortung, die als Empowerment etwas sehr Positives darstellen kann, und einer Responsibilisierung, die überfordern kann, weil man zuweilen sehr existentielle Entscheidungen fällen muss, die man eigentlich nicht fällen kann.“ (Karle 2019, 25)

Es spricht in dieser Lage insgesamt viel für den Vorschlag Andreas Lob-Hüdepohls, in Bezug auf die eigene Vorsorge eine Grundhaltung des *gelassenen Gestaltens* zu finden, nach der die gebotene Vorsorge nicht der Illusion anheimfällt, alle Eventualitäten regeln zu können oder zu müssen (2019). Wie kann aber nun konkret – im Wissen um die Paradoxien von Selbstbestimmung und Vorsorge – gelassen für gesundheitliche Krisen vorgesorgt werden? Klar ist: An Vorsorge durch Vorausverfügungen geht grundsätzlich kein Weg vorbei – sie darf nur weder im obigen Sinne heiß laufen noch sich selbst kaltstellen. Letztlich wird es kaum einen besseren Umgang mit dem Problem geben, der Patientenautonomie von äußerungsunfähigen Patient*innen Ausdruck zu verleihen und Beachtung zu schenken, als die Selbstbestimmung durch Vorausverfügungen in eine Situation vorzuverlegen, in der noch Äußerungsfähigkeit herrscht. Das erscheint opportun trotz des geltenden Selbstbestimmungsrechts von äußerungsunfähigen Patient*innen – aber eben nicht als konsequente Folge dieses Rechtes. Gesundheitliche Vorausverfügungen bleiben ein letztlich immer kompromisshafter Umgang mit dem Paradox der Selbstbestimmung in zeitlichen Horizonten. Anders gesagt: Die Krise der Selbstbestimmung bei äußerungsunfähigen Patient*innen ist damit nicht gelöst, aber praktikabel gehandhabt.

Angesichts der bleibenden Frage, ob der verfügte Willen noch aktuell sei, hat Michael Coors vorgeschlagen, Patientenverfügungen nur als Indiz zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens äußerungsunfähiger Patient*innen zu werten (2012, 108–113). Das widerspricht allerdings klar der geltenden Gesetzeslage, die die bindende Wirkung schriftlicher und einschlägiger Vorausverfügungen betont. Es negiert nicht zuletzt auch die Intentionen des Gesetzgebers, nämlich äußerungsunfähige Patient*innen äußerungsfähigen Patient*innen gleich zu stellen. (Beckmann 2020, 183).

Ich möchte etwas anderes vorschlagen und damit an Überlegungen anknüpfen, die bereits länger in der Debatte präsent sind (vgl. etwa Anderheiden 2008, 149–150). Mir erscheint es vielversprechend, in der Beratung zu Vorsorge und Vorausverfügungen, gerade im Rahmen von ACP-Prozessen und -Gesprächen, nicht nur auf einschlägige schriftliche Verfügungen hinzuwirken, sondern auf die Möglichkeit einer selbstbestimmten Begrenzung dieser Verfügungen hinzuweisen. Damit ist wohlgerne nicht eine Reichweitenbegrenzung qua Gesetz auf bestimmte, irreversibel tödlich verlaufende Grunderkrankungen gemeint, die in der Debatte um die Einfügung der Patientenverfügungen unter anderem von den Kirchen gefordert, aber vom Gesetzgeber zu Recht verworfen wurde (vgl. dazu Coors 2019, 154–157 sowie in der Schmitt/Marckmann 2019, 227–233). Gemeint ist damit vielmehr, selbst – als Verfasser*in – in die Vorsorgedokumente Formulierungen aufzunehmen, die ihre sachliche und zeitliche Reichweite begrenzen – etwa dass die Willensverfügungen nur im sachlichen und zeitlichen Horizont einer ganz bestimmten gesundheitlichen Krise gelten sollen.

Aktuelle Vorsorgeformulare nehmen durchaus auf konkrete sachliche Zustände Bezug, um das

Kriterium der Einschlägigkeit zu erfüllen: so wird etwa vom „Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Erkrankung“ gesprochen, „auch wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist“ (Bayerisches Staatsministerium für Justiz 2019, 28). In dieser Situation kann dann etwa eine Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen verfügt werden (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Justiz 2019, 29). Aber es könnte ja erstens aus Betroffenenperspektive durchaus einen Unterschied mit Blick auf Wiederbelebungsmaßnahmen machen, um welche Erkrankung es sich hier genau handelt und ob diese Erkrankung letztlich überhaupt den gesundheitlichen Zustand ausgelöst hat, in dem die Patientenverfügung greift. Konkret: Es macht womöglich einen Unterschied für Menschen, die in gesundem Zustand eine Patientenverfügung verfassen, ob sie über eine in fernerer Zukunft tödlich verlaufende Krebserkrankung oder eine ALS-Erkrankung im Endstadium nachdenken. Und es mag einen Unterschied machen, ob diese Krankheit dann wirklich die akute gesundheitliche Krise auslöst, in der die Patientenverfügung greift, oder ob diese beispielsweise in einem Unfall oder einer zusätzlichen Covid-19-Infektion begründet liegt, der oder die zusätzlich auftritt. So wäre etwa denkbar zu verfügen, dass der Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen nur gelten soll, wenn diese durch eine tödlich verlaufende Krebserkrankung medizinisch indiziert ist, nicht aber, wenn im Endstadium dieser Erkrankung die Wiederbelebung durch einen weiteren Faktor wie einen Unfall oder eine Covid-19-Infektion nötig wird.

Zweitens wäre darüber nachzudenken, die eigene Verfügung mit einem Ablaufdatum zu versehen. Das ist meines Wissens in bestehenden Formularen bisher nicht vorgesehen. Es könnte ja durchaus einen Unterschied machen, sich nicht für alle Zeiten darauf festzulegen, nicht wiederbelebt werden zu wollen, sondern dies vielleicht nur anlässlich einer akuten, derzeitigen Erkrankung mit ungünstiger Prognose und für einen überschaubaren und begrenzten Zeitraum zu verfügen, um später noch einmal neu zu entscheiden. Sicherlich: auch bestehende Patientenverfügungen lassen sich ändern. Aber die Hartnäckigkeit, mit der etwa die jüngste Handreichung der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern einschärft, seine Vorsorgedokument regelmäßig zu überprüfen und auch in allen hinterlegten Versionen zu aktualisieren (vgl. ELKB 2020, 17.53), zeigt doch, dass hier offenbar ein Problem mit nicht aktualisierten Patientenverfügungen besteht. Daher erscheint es mir überlegenswert, den umgekehrten Weg zu gehen und Vorsorgedokumente mit einem selbstgewählten Ablaufdatum zu versehen. Die Aufgabe bliebe bestehen, die Dokumente regelmäßig zu überprüfen, nicht aber die Gefahr, später einmal unter die bindende Kraft veralteter Vorausverfügungen zu fallen.

Für die Überprüfung bietet die auch langfristig auf Wiederholung setzende Struktur von ACP-Gesprächen eine gute Gelegenheit. Im Rahmen eines solchen regelmäßigen Gesprächs könnten Vorsorgedokumente entweder verlängert, geändert oder neu aufgesetzt werden. Wenn es nicht dazu kommt, läuft die bestehende Patientenverfügung aus, wenn der oder die Verfasser*in das selbst so angegeben hat. Abgelaufene, auch länger zurückliegende Patientenverfügungen könnten dann immer noch im Sinne Michael Coors' als Anhaltspunkte für einen vermuteten Willen dienen (vgl. 2012, 111–113).

Solchermaßen selbstbestimmte Besgrenzungen auf spezifische Gesundheitskrisen und überschaubare Zeiträume könnten helfen, die hier aufgezeigten Paradoxien einzuhegen und damit

den krisenhaften Charakter von Selbstbestimmung und Vorsorge zumindest abzufedern. Denn durch eine derartige Begrenzung der sachlichen und zeitlichen Geltung würden die möglichen Konsequenzen der eigenen Vorausverfügungen überschaubarer und damit individuell besser verantwortbar. Auch wäre die Gefahr zumindest vermindert, dass der vorverfügte Wille nicht mehr dem aktuellen entspricht. So erscheint eine selbstgewählte Reichweitenbegrenzung von Vorsorgedokumenten als eigenverantwortlicher, gangbarer Weg, angesichts von gesundheitlichen Krisen nicht in eine Krise der Selbstbestimmung und Vorsorge zu geraten.

Um mit einem konkreten Beispiel zu schließen: Es macht eben einen Unterschied sich festzulegen, nicht beatmet werden zu wollen, wenn dies im Rahmen einer Krebstherapie im nächsten Jahr medizinisch indiziert sein könnte, und dabei zu wissen, dass diese Selbstfestlegung nach Ablauf des Jahres und Abschluss der Therapie ihre Gültigkeit verliert sowie je nach Verlauf der Krankheit und Therapie binnen Jahresfrist in einem erneuten Beratungsgespräch verlängert oder verändert werden kann – oder aber sich mit einer Vorausverfügung jetzt für alle Zeiten und alle zukünftigen gesundheitlichen Krisen darauf festzulegen, nicht beatmet werden zu wollen.

Literatur

Anderheiden, Michael (2008): *Leben, Sterben, Patientenverfügungen*, in: Ders. / Huber J. Bardenheuer / Wolfgang U. Eckart (Hgg.): *Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer ars moriendi*, Mohr Siebeck Tübingen, S. 131–151.

Bayerisches Staatsministerium für Justiz (2019): *Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter durch Vollmacht Betreuungsverfügung Patientenverfügung* (19. Auflage), C. H. Beck München.

Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp Frankfurt a. M.

Beckmann, Jan P. (2020): *Autonomie. Aktuelle Herausforderungen der Gesellschaft*, Karl Alber Freiburg / München.

Bourguinion, Didier (2016): *Das Vorsorgeprinzip. Begriffsbestimmungen, Anwendungsbereiche und Steuerung. Eingehende Analyse. Wissenschaftlicher Dienst des Europäischen Parlaments* Luxembourg.

Coors, Michael (2012): "Was würdest Du wollen?" *Patientenverfügung und vermuteter Patientenwille – zum praktisch-hermeneutischen Problem von Patientenverfügungen*, in: ZEE 56/2, S. 103–115.

Coors Michael/ Jox, Ralf J. / in der Schmitt, Jürgen (2015): *Advance Care Planning: eine Einführung*, in: Michael Coors / Ralf J. Jox / Jürgen in der Schmitt (Hgg.): *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*, Kohlhammer Stuttgart, S. 11–22.

Coors, Michael (2019): Zur ethischen Bewertung von "Advance Care Planning" (ACP) aus evangelisch-theologischer Perspektive, in: Wolfram Höfling / Thomas Otten / Jürgen in der Schmitt (Hgg.): Advance Care Planning / Behandlung im Voraus Planen: Konzept zur Förderung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung: Juristische, theologische und medizinethische Perspektiven, Nomos Baden-Baden, S. 153–169.

Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern (2020): Meine Zeit steht in Gottes Händen. Handreichung zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung (4. überarbeitete Auflage), Selbstverlag München.

Fischer, Johannes et al. (2008): Grundkurs Ethik. Grundbegriffe philosophischer und theologischer Ethik, Kohlhammer Stuttgart.

Härle, Wilfried (2008): Selbstbestimmung und Fürsorge – ein unlösbarer Widerspruch?, in: Michael Anderheiden / Huber J. Bardenheuer / Wolfgang U. Eckart (Hgg.): Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer ars moriendi, Mohr Siebeck Tübingen, S. 53–66.

Henkel, Anna (2016): Zukunftsbewältigung. Dimensionen der Sorge als Analyseperspektiven moderner Gesellschaft, in: Dies. et al. (Hgg.): Dimensionen der Sorge. Soziologische, philosophische und theologische Perspektiven, Nomos Baden-Baden, S. 35–59.

Huber, Wolfgang (2013): Ethik. Die Grundfragen unseres Lebens von der Geburt bis zum Tod, C. H. Beck München.

in der Schmitt, Jürgen / Marckmann, Georg (2015): Was ist Advance Care Planning? Internationale Bestandsaufnahme und Plädoyer für eine transparente, zielorientierte Definition, in: Michael Coors / Ralf J. Jox / Jürgen in der Schmitt (Hgg.): Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, Kohlhammer Stuttgart, S. 75–94.

in der Schmitt, Jürgen / Marckmann, Georg (2019): Advance Care Planning: Ärztliche Fürsorge im Dienste der Patientenautonomie, in: Wolfram Höfling / Thomas Otten / Jürgen in der Schmitt (Hgg.): Advance Care Planning / Behandlung im Voraus Planen: Konzept zur Förderung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung: Juristische, theologische und medizinethische Perspektiven, Nomos Baden-Baden, S. 227–245.

Jonas, Hans (2020): Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Mit einem Nachwort von Robert Habeck, Suhrkamp Frankfurt a.M.

Jox, Ralf J. / in der Schmitt, Jürgen / Marckmann, Georg (2015): Ethische Grenzen und Defizite der Patientenverfügung, in: Michael Coors / Ralf J. Jox / Jürgen in der Schmitt (Hgg.): Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, Kohlhammer Stuttgart, S. 23–38.

Jütte, Robert (2018): Aufklärung und „informed consent“, in: Deutsches Ärzteblatt 115/27-28, S. A1324–A1325, A1328.

Kant, Immanuel (1983): Kritik der praktischen Vernunft (1788), Werke in zehn Bänden hrsg. v.

Wilhelm Weischedel, Bd. 6, Wissenschaftliche Buchgesellschaft Darmstadt.

Karle, Isolde (2019): „Sorget nicht“ in der Sorgegesellschaft, in: Anna Henkel et al. (Hgg.): Sorget nicht – Kritik der Sorge. Dimensionen der Sorge, Nomos Baden-Baden 2019, S. 19-30.

Khurana, Thomas (2011): Paradoxien der Autonomie. Zur Einleitung, in: Ders. / Christoph Menke (Hgg.): Paradoxien der Autonomie. Freiheit und Gesetz I, August Berlin.

Kirste, Stephan (2008): Paternalismus am Lebensende – zum Vorrang des Patientenwillen vor der Expertenentscheidung, in: Michael Anderheiden / Hubert J. Bardenheuer / Wolfgang U. Eckart (Hgg.): Ambulante Palliativmedizin als Bedingung einer ars moriendi, Mohr Siebeck Tübingen, S. 67–84.

Lob-Hüdepohl, Andreas (2019): Gelassen.Gestalten. Moraltheologische Erkundungen zum "Advance Care Planning", in: Wolfram Höfling / Thomas Otten / Jürgen in der Schmitt (Hgg.): Advance Care Planning / Behandlung im Voraus Planen: Konzept zur Förderung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung: Juristische, theologische und medizinethische Perspektiven, Nomos Baden-Baden, S. 109–129.

Loh, Andreas et al. (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen, in: Deutsches Ärzteblatt 104/21, S. A1482–A1488.

Meier, Stefan (2019): Konventionelle Patientenverfügungen im Krankenhaus – ein nicht eingelöstes Versprechen, in: Wolfram Höfling / Thomas Otten / Jürgen in der Schmitt (Hgg.): Advance Care Planning / Behandlung im Voraus Planen: Konzept zur Förderung einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung: Juristische, theologische und medizinethische Perspektiven, Nomos Baden-Baden, S. 209–225.

Steinfath, Holger / Pindur, Anne-Marie (2013): Patientenautonomie im Spannungsfeld philosophischer Konzeptionen von Autonomie, in: Claudia Wiesemann / Alfred Simon (Hgg.): Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen, Mentis Münster, S. 27–41.

Sunstein, Cass R. (2007): Gesetze der Angst, Suhrkamp Frankfurt a. M.

Wiesemann, Claudia (2014): Die Autonomie des Patienten in der modernen Medizin, in: Dies. / Alfred Simon (Hgg.): Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen, Mentis Münster, S. 13–26.