

TEIL 2

PATIENTENAUTONOMIE UND RECHT

Herausgegeben von
G. Duttge, V. Lipp

Gunnar Duttge

Patientenautonomie und Einwilligungsfähigkeit

Grundsatz des *informed consent*

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist strukturell durch eine signifikante Asymmetrie der Machtverhältnisse geprägt: Auf das ärztliche Behandlungsteam als exklusivem Inhaber des Expertenwissens und Beherrscher der organisatorischen Abläufe richten sich die Hoffnungen des leidenden und bedürftigen Patienten, der sich zudem als »Handlungsobjekt« selbst der ärztlichen Fürsorge überantworten muss.¹ In Abkehr vom hippokratischen Modell einer paternalistisch geprägten Arzt-Patienten-Beziehung² betonen deshalb Medizinrecht und -ethik liberalstaatlich verfasster Gesellschaften die Berechtigung jedes einzelnen Patienten auf »Selbstherrschaft« (*autos nomos* = sich selbst Gesetze gebend) und Mitbestimmung über das »Ob« und »Wie« einer ärztlichen Intervention:

»Niemand darf sich zum Richter in der Frage aufwerfen, unter welchen Umständen ein anderer vernünftigerweise bereit sein sollte, seine körperliche Unversehrtheit zu opfern, um dadurch wieder gesund zu werden. Diese Richtlinie ist auch für den Arzt verbindlich. Zwar ist es sein vornehmstes Recht und seine wesentlichste Pflicht, den kranken Menschen nach Möglichkeit von seinem Leiden zu heilen. Dieses Recht und diese Pflicht finden aber in dem (...) freien Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seinen Körper ihre Grenze.«³

Dieses Recht bildet den Kern der würdebegründenden Subjektstellung eines jeden Menschen (»Person«) einschließlich des hieraus resultierenden Achtungsanspruchs, der auch nicht dadurch verloren geht, dass der Patient zur Ausübung

¹ Woopen 2009.

² Zu den Formen des ärztlichen Paternalismus vgl. Maio (2012, 156ff.); zu den verschiedenen Modellen der Arzt-Patienten-Beziehung vgl. Ezekiel, Ezekiel (1992).

³ BGHSt 11, 111, 114.

seines Selbstbestimmungsrechts ggf. nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr imstande ist. Denn das Grundrecht des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG

»schützt die körperliche Unversehrtheit des Menschen nicht lediglich nach Maßgabe seines jeweiligen konkreten Gesundheits- oder Krankheitszustands; es gewährleistet zuvörderst Freiheitsschutz im Bereich der leiblich-seelischen Integrität des Menschen (...) Auch der Kranke oder Versehrte hat das volle Selbstbestimmungsrecht über seine leiblich-seelische Integrität«⁴,

so dass jeder therapeutische, aber auch diagnostische wie vorbeugende Heileingriff einer wirksamen Einwilligung bedarf. Die hierin liegende Disposition des Patienten über seine körperliche Unversehrtheit setzt ein ausreichendes Maß an äußerer und innerer Verfügungsfreiheit voraus, was neben der Freiwilligkeit des Entscheiders (d. h. frei von äußerem Zwang) auch die nötige »Kompetenz« auf der Basis umfassenden Verstehens der Situation und aller möglichen Folgen der jeweiligen Entscheidungsoptionen bedingt.⁵ Die nötige Einsichts- und Urteilsfähigkeit impliziert ein hinlängliches Aufnahme- und Reflexionsvermögen des individuellen Patienten hinsichtlich der je Eingriff relevanten Informationen, über die er durch den behandelnden Arzt rechtzeitig und laienverständlich aufgeklärt werden muss. Soweit der Patient aufgrund einer unzulänglichen Informationslage, substantieller Mängel bei der Urteilsbildung oder infolge einer eingeschränkten Kontrollfähigkeit nicht mehr imstande ist, die entscheidungserheblichen Optionen zu erkennen bzw. entsprechend seiner »ureigensten Wertmaßstäbe«⁶ sachgerecht zu beurteilen, ist er ohne juristische Handlungskompetenz (»Einwilligungsfähigkeit«) und kann sein Selbstbestimmungsrecht somit nicht (mehr) höchstpersönlich ausüben. Für diesen Fall weist das deutsche Recht die Entscheidungsbefugnis einem Stellvertreter (Gesundheitsbevollmächtigten oder Betreuer⁷) zu, hilfsweise – in unaufschiebbaren Notfällen – dem behandelnden Arzt, der gleichsam überbrückungshalber gemäß dem »mutmaßlichen Willen« des individuellen Patienten⁸ zu entscheiden hat.⁹

Materieller Beurteilungsmaßstab

Die Einwilligung des Patienten in den ärztlichen Heileingriff ist keine rechtsgeschäftliche Willenserklärung, so dass die für die bürgerlich-rechtliche »Geschäftsfähigkeit« geltenden Altersgrenzen der §§ 104 ff. BGB (unbeschränkte Geschäftsfähigkeit erst mit Volljährigkeit) hierfür irrelevant sind. Anstelle dessen bedarf es im jeweils konkreten Einzelfall der Prüfung und Feststellung, ob der individuelle Patient hinreichend einsichts-, urteils- und selbststeuerungsfähig ist. Dazu muss er – so die Grundformel – mit vollem Verständnis der Sachlage

⁴ BVerfGE 52, 171, 173 f.

⁵ Beauchamp, Childress 2009.

⁶ BVerfGE 52, 171, 178.

⁷ Vgl. §§ 1896 ff. BGB.

⁸ Vgl. § 1901a Abs. 2 BGB.

⁹ BGHZ 154, 205, 211.

»Wesen, Bedeutung und Tragweite«¹⁰ bzw. »Art, Bedeutung und Folgen« des konkret bevorstehenden Eingriffs erfassen und damit das Für und Wider seiner Entscheidung (insbesondere im Vergleich zu evtl. Alternativen) gegeneinander abwägen können.¹¹ Da Bezugsgegenstand stets der jeweils konkret in Rede stehende Heileingriff ist, bildet die Einwilligungsfähigkeit keine starre, sondern eine je nach Komplexität der Sachlage und Reichweite möglicher Folgen variable Größe: Generell sind dabei die Anforderungen bei folgenschweren, mit erheblichen Substanzverlusten verbundenen Interventionen deutlich strenger als bei Bagatellmaßnahmen.¹²

Weicht das Votum des Patienten von der »ärztlichen Vernunft« ab, so ist dies für sich kein Indiz für fehlende Einwilligungsfähigkeit, denn

»ein selbst lebensgefährlich Kranker kann triftige und sowohl menschlich wie sittlich achtenswerte Gründe haben, eine Operation abzulehnen, auch wenn er durch sie und nur durch sie von seinem Leiden befreit werden könnte.«¹³

Entscheidend sind allein die höchstpersönlichen Wertmaßstäbe des jeweiligen Patienten, nicht dasjenige, was andere in einer bestimmten Situation für »richtig« halten. Dementsprechend bedarf es auch in Konstellationen, in denen eine (aus ärztlicher Sicht) »grob unvernünftige« Entscheidung getroffen wird, stets der Ermittlung konkreter Fakten, um von einer mangelbehafteten Entscheidungskompetenz des Patienten ausgehen zu können: Während dies für die Ablehnung von Bluttransfusionen für Angehörige der »Zeugen Jehovas« inzwischen anerkannt ist,¹⁴ hat der Bundesgerichtshof in Strafsachen diese Eigenwertigkeit der Patientenautonomie im »Zahnextraktionsfall« missachtet.¹⁵

In der klinischen Praxis wird schon der Individualität der Willensbildung wegen eine »vollkommene Autonomie« stets unerreichbares Ideal bleiben; deshalb muss eine Entscheidung des Patienten bereits dann respektiert werden, wenn sie unter den obwaltenden Umständen »so autonom wie möglich« getroffen wird und »keine offensichtlichen Mängel« der Einsichts-, Urteils- oder Steuerungsfähigkeit erkennbar sind.¹⁶ Während bei volljährigen Patienten damit grundsätzlich – vorbehaltlich konkreter Verdachtsmomente (z. B. hohes Alter, Medikamenteneinfluss, Anhaltspunkte für Demenz, Depression) – vom Vorhandensein der nötigen »Mündigkeit« ausgegangen werden kann, bildet die Minderjährigkeit des Patienten einen triftigen Anlass für eine sorgfältige Einzelfall-

¹⁰ BGH NStZ 1981, 351.

¹¹ BGHZ 29, 33, 36; 176, 180; BGHSt 12, 379, 382f.; NStZ 2000, 87; siehe jetzt auch § 630e Abs. 1 S. 2 BGB i.d.F. des Patientenrechtegesetzes 2012: »Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten«.

¹² Ulsenheimer 2010, § 139 Rn. 43.

¹³ BGHSt 11, 111, 114.

¹⁴ Vgl. OLG München MedR 2003, 174ff.; LG Frankfurt a. M. FamRZ 2003, 632f.; zur grundrechtsverstärkenden Wirkung der Glaubensfreiheit – Art. 4 GG, Art. 9 EMRK – vgl. BVerfGE 32, 96ff. und EGMR NJOZ 2011, 1502ff.; siehe auch Hillenkamp (2007).

¹⁵ Vgl. BGH NJW 1978, 1206; zuletzt abl. Duttge 2005.

¹⁶ Harris 1995, 277f.

prüfung. Maßgeblich ist dabei die jeweilige »geistige Reife« des Jugendlichen, d. h. seine »intellektuell-emotive Basis«¹⁷ für eine »freiverantwortliche« Entscheidung, für die es wegen der Variationsbreite und Prozesshaftigkeit der Reifeentwicklung keine starren (generellen) Altersgrenzen geben kann. Dennoch hat sich in der Praxis im Sinne einer ersten Orientierung – vorbehaltlich der unverzichtbaren Einzelfallprüfung – eine altersentsprechende Stufung herausgebildet: Danach wird es vor Vollendung des 14. Lebensjahres (bei »Kindern«) in der Regel an der nötigen Einwilligungsfähigkeit fehlen,¹⁸ während nach Vollendung des 16. Lebensjahres meist von einer bereits vorhandenen Einwilligungsfähigkeit ausgegangen werden darf;¹⁹ für die Altersspanne zwischen dem 14. und 16. Lebensjahr besteht dagegen keine Regelvermutung (und ist die Beurteilung primär von der Komplexität und Gefährlichkeit des Eingriffs wie von seiner Dringlichkeit abhängig).²⁰ Je mehr es sich um eine reine Routinebehandlung oder um einen dringlichen lebensrettenden Eingriff handelt und das Alter des Jugendlichen sich der Volljährigkeitsgrenze nähert, desto eher kann diesem die nötige Verstehens- und Entscheidungskompetenz zugeschrieben werden.²¹ Die generelle Tendenz der bisherigen Judikatur ist allerdings eher restriktiv, so dass die Einwilligungsfähigkeit eines Minderjährigen mit besonderer Sorgfalt festgestellt und dokumentiert werden sollte.

Umstritten sind bislang die Rechtsfolgen bei festgestellter Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen im Hinblick auf das Erziehungsrecht der Personensorgeberechtigten (i. d. R. der Eltern)²²: Konsequent wäre die Annahme eines Alleinentscheidungsrechts des Minderjährigen, dem doch die nötige Befähigung zur Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts zugeschrieben worden ist;²³ denn das Elternrecht als pflichtgebundene, stets auf das Kindeswohl bezogene Berechtigung wird »in dem Maße, in dem das Kind in die Mündigkeit hineinwächst, überflüssig und gegenstandslos«.²⁴ Dem Minderjährigen einerseits eine ausreichende Kapazität an Urteilskraft zuzugestehen und ihn andererseits gleichwohl in der Abhängigkeit von der Fürsorge seiner Eltern zu belassen (und sei es auch nur in Form eines Vetorechts der Eltern), kommt einem Wertungswiderspruch nahe, zumal die Präferenzen der Eltern aus der Perspektive des Urteilsfähigen letztlich denselben Stellenwert besitzen wie die eines beliebigen Dritten: Es sind eben nicht die eigenen.²⁵ Die wohl noch vorherrschende Rechtsansicht

¹⁷ Paeffgen 2010, § 228 StGB Rn. 19.

¹⁸ Vgl. Geilen (2009, Rn. 430), allerdings für den »Bagatellbereich« Ausnahmefälle anerkennend; Odenwald (2003, 124 ff.); Spickhoff (2000, 2299 f.); für einen 9-Jährigen klar ablehnend: LG Frankenthal MedR (2005, 243, 244 f.).

¹⁹ AG Schlüchtern NJW 1998, 832 f.

²⁰ Vgl. BGH NJW (1970, 511, 512); BayObLG NJW (1999, 372); LG München NJW (1980, 646); Ulsenheimer (2010, § 139 Rn. 45).

²¹ BGHZ 12, 379, 283.

²² Art. 6 Abs. 2 S. 1 GG, §§ 1626 ff. BGB.

²³ So z. B. Ulsenheimer 2010, § 139 Rn. 48.

²⁴ BVerfGE 59, 360, 387.

²⁵ Treffend Harris 1995, 297.

geht hingegen von einer kumulativen Entscheidungsbefugnis von Minderjährigem und Personensorgeberechtigten aus, weil das Erziehungsrecht erst mit Eintritt der Volljährigkeit gänzlich entfällt.²⁶ Die damit angestrebte Gleichrangigkeit des Minderjährigen gegenüber seinen Personensorgeberechtigten ist aber in Wahrheit nur eine scheinbare, weil seine Entscheidungen trotz höchstpersönlicher Betroffenheit nach wie vor keine vollumfängliche Anerkennung finden; im Übrigen lässt sich rechtsdogmatisch kaum begründen, warum hinsichtlich ein und derselben Entscheidungssituation die Wahl der einer Option (Einwilligung) unter erswerteren Bedingungen durchsetzbar sein soll als die Wahl der gegenteiligen (Ablehnung), ebenso wie sich die bei Ablehnung des Heileingriffs ggf. ergebende Verschlechterung des Gesundheitszustands mit der treuhänderischen Fürsorge der – angeblich fortgeltenden – elterlichen (Mit-)Verantwortung vereinbaren lässt. Diese Einwände beanspruchen erst recht Geltung mit Blick auf jene Auffassung, die – noch restriktiver – das Entscheidungsrecht grundsätzlich bei den Sorgeberechtigten belassen und dem Minderjährigen lediglich ein Veto-recht zugestehen will.²⁷

Fehlt dem Minderjährigen hingegen das erforderliche Mindestmaß an »geistiger Reife«, so muss das Einverständnis der Sorgeberechtigten eingeholt werden; sofern das Sorgerecht nicht einem Elternteil allein übertragen ist, kann die Entscheidung nur gemeinschaftlich getroffen werden.²⁸ Welche Anstrengungen dem behandelnden Arzt abverlangt sind, um sich hierüber Gewissheit zu verschaffen, ist nach der vom Bundesgerichtshof in Zivilsachen entwickelten »Dreistufentheorie« von der Schwere und Risikoträchtigkeit der geplanten Intervention abhängig:²⁹ In alltäglichen »Routinefällen« (z. B. einfache Untersuchung, Blutabnahme) darf sich der Arzt, solange ihm nicht Gegenteiliges bekannt ist, »ungefragt auf die Ermächtigung des erschienenen Elternteils zum Handeln für den anderen verlassen«; bei »Eingriffen schwererer Art mit nicht unbedeutenden Risiken« müsse er sich hingegen durch Rückfrage beim erschienenen Elternteil »vergewissern, ob dieser die Ermächtigung des anderen hat und wie weit diese reicht«; handelt es sich jedoch um eine »große Operation mit schwierigen, weit reichenden Entscheidungen und erheblichen Risiken«, bedarf es der ausdrücklichen Zustimmung beider (sorgeberechtigten) Elternteile, was der behandelnde Arzt ggf. durch Rücksprache mit dem nicht erschienenen Elternteil sicherstellen muss. Besteht zwischen den Sorgeberechtigten ein nicht auflösbarer Dissens oder wird die Zustimmung trotz dringlicher Indikation verweigert (z. B. die lebensrettende Bluttransfusion wegen Mitgliedschaft der Eltern in der Gemeinschaft

²⁶ Dazu Deutsch, Spickhoff (2008, Rn. 686); Kohte (1985, 143 ff.); jedenfalls »in besonders gravierenden, für das weitere Leben des Minderjährigen folgenschweren Entscheidungen« ebenso Coester-Waltjen (2012); i.S. einer kumulativen Zustimmungsbedürftigkeit auch § 40 Abs. 4 Nr. 3 S. 4 AMG für die Teilnahme an klinischen Arzneimittelprüfungen.

²⁷ So zuletzt BGH MedR (2008, 289 ff.) für den Fall eines nur relativ indizierten Eingriffs; weiterhin OLG Stuttgart NJW-RR (2011, 747 ff.); Geiß, Greiner (2009, C Rn. 115); vertiefend Paeffgen (2010, § 228 StGB Rn. 16: »Veto-Kompetenz«).

²⁸ §§ 1626, 1629 BGB.

²⁹ BGH NJW 1988, 2946 ff.; GesR 2010, 479, 480 f.

»Zeugen Jehovas«), so ist das Familiengericht nach Maßgabe des Kindeswohls zur Entscheidung berufen.³⁰ Wenn nach herkömmlicher Auffassung Adressat der ärztlichen Aufklärung grundsätzlich nur derjenige ist, dem die Gesundheitsfürsorge für den Minderjährigen obliegt, dann beschränkt sich diese bei dessen Einwilligungsunfähigkeit allein auf eine solche gegenüber den Personensorgeberechtigten.³¹ Eine kinderfreundlichere Auffassung verlangt demgegenüber eine – laienverständliche und adressatengerechte – Veranschaulichung des Bevorstehenden auch dem kindlichen Patienten gegenüber, dem gleichermaßen Respekt und Ernstnahme seiner Befindlichkeiten geschuldet ist.³² Ob bei Vorliegen eines gewissen Grundverständnisses auch »unterhalb« der Einwilligungsfähigkeit – jenseits von dringend indizierten Heileingriffen – eine sog. »Vetofähigkeit« kraft »natürlichen Willens« anerkannt werden kann, wie sie im arzneimittelrechtlichen Kontext ihren gesetzlichen Niederschlag gefunden hat,³³ ist bislang nicht geklärt (siehe u. »aktuelle Tendenzen«).

Sonderkonstellationen

Von erheblicher praktischer Bedeutung ist die hier verhandelte Thematik für das Verschreiben von Kontrazeptiva, was nach den älteren Leitsätzen der Bundesärztekammer (BÄK) von 1975 bei Mädchen unter 16 Jahren überhaupt nicht und bei solchen in der Altersgruppe von 16–18 Jahren nur mit Zustimmung der Eltern für akzeptabel gehalten wurde.³⁴ In der überarbeiteten Fassung aus dem Jahr 1984 wird hingegen die Auffassung vertreten, dass bei 16-Jährigen – vorbehaltlich der aus dem Aufklärungsgespräch zutage tretenden Erkenntnisse – von der nötigen Einwilligungsfähigkeit regelmäßig ausgegangen werden dürfe.³⁵ Die im November 2011 aktualisierte Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) geht noch wesentlich weiter und sieht – »nach sorgfältiger Prüfung« – schon 14–16-Jährige u.U. als hinreichend einsichtsfähig an, »in Ausnahmefällen« selbst Patientinnen unter 14 Jahre.³⁶ Die dabei leitende Erwägung, wonach die Alternative nicht »Geschlechtsverkehr ja oder nein«, sondern »Geschlechtsverkehr mit oder ohne Verhütungsmittel« laute,³⁷ ist im Sinne einer pragmatischen Folgenabschätzung verständlich, vermag für sich jedoch das Verordnen hochwirksamer Hormone nicht zu legi-

³⁰ § 1666 BGB, §§ 151 ff. FamFG; vgl. auch OLG Celle NJW (1995, 792f.); OLG Hamm NJW (1968, 212, 213); Diederichsen (1995, 102f.); allein die Mitgliedschaft bei den »Zeugen Jehovas« steht aber der Übertragung der elterlichen Sorge noch nicht entgegen: OLG Düsseldorf NJW-RR (1996, 390ff.); OLG Hamm NJWE-FER (1997, 54); OLG Karlsruhe FamRZ (2002, 1728f.).

³¹ BGH MedR 2008, 289f.; Lipp 2008.

³² Näher Rothärmel, Wolfslast, Fegert 1999.

³³ Vgl. § 40 Abs. 4 S. 3 AMG: »ist zu beachten«; in diesem Sinne Ulsenheimer (2010, § 139 Rn. 47).

³⁴ DÄBl. 1975, A-2521 ff.

³⁵ DÄBl. 1984, A-3170 ff.

³⁶ Stellungnahme der DGGG zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger, Nov. 2011, Ziff. 2.2.

³⁷ Ebd.: »kleineres Übel« gegenüber Schwangerschaftsabbruch.

timieren:³⁸ Denn sie verfehlt die eigentliche Aufgabenstellung (konkret-individuelle Feststellung der Einwilligungsfähigkeit) und verleitet Ärzte tendenziell zur wirkmächtigen Gehilfenschaft beim Bestreben der Minderjährigen, sich der elterliche Fürsorge heimlich zu entziehen. Das (straf-)rechtliche Risiko mag somit im Hinblick auf den Vorwurf einer Beihilfe zum sexuellen Missbrauch von Kindern³⁹ bzw. einer Förderung sexueller Handlungen Jugendlicher⁴⁰ de facto (ungeachtet der juristischen Begründungsschwierigkeiten: »erlaubtes Risiko«, soweit medizinisch indiziert?, kein Beihilfevorsatz?, rechtfertigende Pflichtenkollision?) gering sein:⁴¹ Es liegt jedoch offen zutage, wenn ärztlicherseits ein hinreichendes Erfassen der aus der Gabe des Kontrazeptivums resultierenden (Neben-)Wirkungen sowie die Fähigkeit zur Abwägung über das Für und Wider der sich bietenden Alternativen im konkreten Einzelfall nicht zweifelsfrei festgestellt wird. Selbst im Falle der Einwilligungsunfähigkeit darf das Mädchen jedoch die Einnahme verweigern und kann auch von ihren Sorgeberechtigten nicht dazu gezwungen werden, weil ihre »Vetomündigkeit« weiter reicht.⁴²

Während die Sterilisierung wegen ihrer Eingriffstiefe und sehr wahrscheinlichen Irreversibilität bei Minderjährigen von Gesetzes wegen verboten ist,⁴³ wird in Bezug auf Schönheitsoperationen ein entsprechendes Verbot bislang kontrovers diskutiert.⁴⁴ Viele halten es für ein begrüßenswertes rechtspolitisches Anliegen, derart »unvernünftige Modetorheiten« durch gesetzliche Beschränkung der Patientenautonomie nach Möglichkeit zu verhindern oder jedenfalls unter den Vorbehalt einer Zustimmung der Eltern zu stellen.⁴⁵ Die verfassungsrechtliche Legitimationsproblematik einer generalisierenden Verbotsregelung liegt freilich auf der Hand, weil sich dadurch auch jene »entmündigt« sähen, die »eigentlich« als einwilligungsfähig gelten: Wohlverstandene Patientenautonomie begünstigt zwar durch Aufklärung und Beratung(sangebote) eine reflektierte Entscheidung, die aber in letzter Konsequenz stets von der betroffenen Person selbst gefällt wird – und es ist kein legitimes Anliegen, durch ein apodiktisches Verbot möglichen Zweifeln bei der Zubilligung der nötigen Einwilligungsfähigkeit abzuwehren. Diese steht zudem in keinerlei Zusammenhang mit einem evtl. Indikationsmangel.⁴⁶ Kosmetische Eingriffe gegen den Willen des Minderjährigen sind allerdings stets unzulässig; bei nichteinwilligungsfähigen Kindern dürften sich die grundlegenden (verfassungs- und menschenrechtlichen) Bedenken gegen eine medizinisch nicht indizierte (mithin fremdnützige) Beschneidung (sog. Zirkumzision von Knaben) allein aus Gründen der Religionsausübungsfreiheit der

³⁸ Ebenso Laufs 2009, Kap. VII, Rn. 75.

³⁹ §§ 176, 176a, 27 StGB.

⁴⁰ § 180 Abs. 1 StGB.

⁴¹ Laufs 1992, 123 f.; Ulsenheimer 2008, Rn 109h.

⁴² Laufs 2009, Kap. VII, Rn. 79; dazu auch u. »aktuelle Tendenzen«.

⁴³ § 1631c BGB.

⁴⁴ becklink 1019788.

⁴⁵ Dazu Spickhoff (2012a, 16; 2012b, 1774); dagegen Kern (1994, 756): Eltern dürfen nicht in nicht-indizierte Maßnahmen einwilligen.

⁴⁶ zutr. Joost 2010, 417.

Eltern⁴⁷ auch durch die inzwischen verabschiedete gesetzliche Regelung⁴⁸ nicht ohne weiteres ausräumen lassen.⁴⁹

Auch für die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs wird – sei es nach Pflichtberatung innerhalb der ersten zwölf Wochen p.c.⁵⁰ oder im Rahmen der medizinisch-sozialen Indikation⁵¹ – zum Teil stets die Zustimmung der Sorgeberechtigten verlangt.⁵² Diese restriktive Haltung findet sich jedoch in neuerer Zeit zunehmend dahin relativiert, dass der elterliche »Fürsorgevorbehalt« nur noch dann Geltung beanspruche, wenn das Austragen des ungeborenen Kindes mit dem Risiko eines schweren Gesundheitsschadens verbunden sei.⁵³ Konsequenterweise sollte jedoch auch hier allein die Einwilligungsfähigkeit der Schwangeren maßgeblich sein;⁵⁴ ihre Feststellung erfordert allerdings mit Blick auf das Lebensrecht des Ungeborenen⁵⁵ sowie der besonderen Tragweite der Entscheidung größte Sorgfalt und ein deutlich erhöhtes Maß an persönlicher »Reife«.⁵⁶ Ist die Schwangere einwilligungsunfähig, kann die Entscheidung der Sorgeberechtigten nur bei Verdacht eines Missbrauchs des Erziehungsrechts (d. h. bei manifester Kindeswohlgefährdung) durch das Familiengericht korrigiert werden.⁵⁷ Vorstellen lässt sich dies vor allem für den Fall eines beharrlichen Abbruchsverlangens gegen den »natürlichen« Willen der Minderjährigen,⁵⁸ jedenfalls soweit nicht der medizinischen Indikation herausragendes Gewicht zukommt, u.U. aber auch bei Verweigerung der Zustimmung, sofern die Schwangere dadurch ihrem ungewissen Schicksal überlassen wird.⁵⁹

In Fällen einer (versuchten) Selbsttötung besteht schon von rechtsethischer Warte aus Dissens, ob das Leben für den Einzelnen insoweit überhaupt disponibel ist.⁶⁰ Sofern man dies heute auf dem Boden einer freiheitlich verfassten Gesellschaftsordnung nicht mehr kategorisch bestreiten⁶¹ und daher annehmen will, dass das Selbstbestimmungsrecht (des Patienten) auch die »Selbstbe-

⁴⁷ Für eine Strafbarkeit LG Köln NJW (2012, 2128ff.); Bernat (2012); Herzberg (2009; 2012a); Putzke (2008); dagegen Beulke, Dießner (2012); Schwarz (2008); Zähler (2009).

⁴⁸ § 1631d BGB i.d.F. des Regierungsentwurfes v. 5.11.2012, BT-Drucks. 17/11295.

⁴⁹ Eingehend Czerner 2012; Herzberg 2012b.

⁵⁰ § 218a Abs. 1 StGB: »Verlangen«.

⁵¹ § 218a Abs. 2 StGB: »Einwilligung«.

⁵² OLG Hamm NJW 1998, 3424f.; AG Celle NJW 1987, 2307ff.

⁵³ Fischer 2011, § 218a Rn. 16a.

⁵⁴ So auch LG München I NJW (1980, 646); Deutsch, Spickhoff (2008, Rn. 741) unter Hinweis auf die internationale Entwicklung.

⁵⁵ BVerfGE 39, 1ff.; 88, 203ff.

⁵⁶ So auch die Stellungnahme der DGGG zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger (Nov. 2011, Ziff. 2.5); Duttge (2011a, §§ 218, 218a StGB Rn. 21).

⁵⁷ § 1666 BGB, §§ 151ff., 157 FamFG.

⁵⁸ Kern 1994, 754: »in ihren Körper darf kein Zwangseingriff vorgenommen werden«.

⁵⁹ Eser, Koch 1987, 28f.

⁶⁰ Dazu im Überblick Duttge 2004.

⁶¹ So aber BGHSt 6, 147, 153 unter Verweis auf »das Sittengesetz«; BGHSt 46, 279, 285: »Wertordnung des Grundgesetzes«.

stimmung zum Tode« einschließt,⁶² bleibt noch immer klärungsbedürftig, ob eine Suizidabsicht jemals von einem »freien Willen« getragen sein kann. Hier begnügt sich das Recht nicht mit einem groben Negativbefund (keine jugendliche Unreife, manifeste seelische Erkrankung/Störung oder gravierende Notstandslage⁶³), sondern verlangt positiv den Nachweis hinreichender »Ernstlichkeit« in Bezug auf die Irreversibilität des Tatvollzugs (sog. »Einwilligungslehre« im Gegensatz zur »Exkulpationslehre«). Nach den Erkenntnissen der fachlich berufenen Psychiatrie und empirisch-psychologischen Suizidforschung ist der Anteil von Suizidenten mit massiven psychosozialen Beeinträchtigungen zwar sehr hoch; in einem wenigstens auf 5 % der Fälle geschätzten Umfang soll freilich durchaus die Möglichkeit eines nicht pathologischen, »reiflich überlegten« (sog. Bilanz-)Suizids bestehen,⁶⁴ insbesondere dort, »wo unheilbare körperliche Erkrankung, Mangel aller Mittel und völlige Isolierung in der Welt zusammenkommen«. ⁶⁵ Ohne eine zuverlässige, detaillierte Faktenlage muss aber vom statistischen Normalfall der mangelnden »Freiverantwortlichkeit« ausgegangen und damit »in dubio pro vita« gehandelt werden.⁶⁶

Geriatrische Patienten gelten dagegen in der klinischen Praxis bis zur Evidenz des Gegenteils offenbar generaliter als einwilligungsfähig, obgleich ihre »Mündigkeit« aufgrund von Altersschwäche, evtl. degenerativen Erkrankungen, Depressionen und Medikamenteneinwirkung keineswegs selbstverständlich ist.⁶⁷ Auf diese Weise geraten sie ungeachtet des ihnen normativ verbürgten Schutzes vor Diskriminierung⁶⁸ tendenziell in Gefahr, sich einem instrumentalisierenden Zugriff (etwa beim Tolerieren ärztlicher Fürsorge) nicht mehr effektiv zur Wehr setzen zu können.⁶⁹ Dabei wird verkannt, dass der Kategorie der Einwilligungsfähigkeit nicht nur eine begrenzende, sondern zugleich schützende Wirkung zukommt, indem eine ggf. erteilte Zustimmung etwa wegen hochgradiger Verwirrtheit rechtlich unwirksam ist und dadurch u.U. riskante Interventionen grundsätzlich (vorbehaltlich der Zustimmung eines Vertreters) unterbleiben müssen.⁷⁰ Eine gewissenhafte Prüfung der Einwilligungsfähigkeit und die evtl. Feststellung ihres Nichtvorliegens sind somit ein »Akt der Fürsorge«.⁷¹

⁶² Dazu OLG München NJW (1987, 2940, 2943: »Hackethal«); zuletzt auch EGMR NJW (2011, 3773, 3774: »Haas«); VG Hamburg MedR (2009, 550, 555: »Kusch«); LG Gießen NStZ (2013, 43).

⁶³ §§ 19, 20, 35 StGB, § 3 JGG analog.

⁶⁴ Z. B. Kutzer 2005; Reimer 2005; ebenso BGHSt 32, 367, 373.

⁶⁵ Jaspers 1932.

⁶⁶ Koch 1996; Schöch 2006.

⁶⁷ Duttge 2012.

⁶⁸ Vgl. Art. 21, 25 EU-Grundrechte-Charta, Art. 3 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG, § 1 Allgemeines Gleichstellungsgesetz.

⁶⁹ Dazu Fallbeispiel bei Duttge, Schander (2010, 341 f., 345 f.).

⁷⁰ Lipp 2000, 44 ff.

⁷¹ Amelung 2002, 28.

Verfahrensrechtliche Aspekte

Die Beantwortung der Frage, ob der Patient einwilligungsfähig ist, fällt in den Aufgaben- und Verantwortungsbereich des behandelnden Arztes: Dieser hat dabei unvoreingenommen sämtliche Umstände der lebensweltlichen Situation des Patienten in seine Beurteilung einzubeziehen, also insbesondere Alter, physische und psychische Verfassung des Patienten, der Einfluss von Medikamenten, soziobiographische und kulturelle Prägungen des Patienten (Bildungsgrad, Vorkenntnisse, Traditionen) usw. Ergibt sich in keiner Richtung ein hinreichend klares Bild und verbleiben mehr als nur theoretische Zweifel, so bedarf es fachkundiger Unterstützung durch Konsultation eines Psychiaters oder eines psychiatrischen Konsils. Die Verwendung standardisierter Testverfahren (Mac Arthur Competence Test, Hopkins Competency Assessment Test u. a.) wird allgemein eher zurückhaltend beurteilt und darf jedenfalls die persönliche Begutachtung durch einen erfahrenen Arzt nicht ersetzen.⁷²

Aktuelle Tendenzen

Da einer nicht höchstpersönlichen Entscheidung schon wegen der jedwedem Fremdverstehen anhaftenden Schwierigkeiten unweigerlich ein Moment der Fremdbestimmung immanent ist,⁷³ kommt der Kategorie der Einwilligungsfähigkeit nach tradiertem Verständnis für die lebensweltliche Substanz selbstbestimmten Entscheidens eine fundamentale »gate-keeper-Funktion« zu:⁷⁴ Nur Willensbekundungen einwilligungsfähiger Patienten gelten als »autonom«, und nur ihnen gegenüber gilt das Achtungsgebot, während gegenüber »nicht-autonomen« Patienten eine paternalistische Haltung gerechtfertigt sei. Von der mangelnden Adäquatheit einer solch scharfen Grenzziehung für die soziale Wirklichkeit abgesehen, liegt diesem simplifizierenden Schema eine doppelte Fehlannahme zugrunde:⁷⁵ Einerseits verpflichtet die naturgegebene Begrenztheit menschlichen Vermögens nicht nur bei Einwilligungsunfähigen, sondern bei jedem Patienten zur Fürsorge; die ärztliche Aufklärungspflicht ist nur singulärer Ausdruck und Bestätigung dieses Gedankens: dass Autonomie notwendig Fürsorge impliziert, und der Achtungsanspruch des Patienten nicht minder verletzt wird als im Falle der paternalistischen Entmündigung, wenn er in seiner Handlungs- und Entscheidungsfreiheit ganz auf sich allein gestellt bleibt (»autonomistischer Fehlschluss«). Andererseits ist die Achtung gegenüber dem Personsein des Patienten auch und gerade dem einwilligungsunfähigen Patienten geschuldet und darf deshalb sein höchstpersönlicher Wille nicht kraft externer Deutung seines »Wohls« einfach gebeugt werden (»paternalistischer Fehlschluss«). Die Aner-

⁷² Näher Rothärmel 2004, 155 ff.

⁷³ Dazu Schwab (2008, 496 f.): Risiko der Fremdbestimmung »als Preis dafür, als rechtlich Handelnder existent zu bleiben«.

⁷⁴ Beauchamp, Childress 2009, 111 f.

⁷⁵ Zum Folgenden Rehbock, 312 ff.; zuletzt Duttge 2011b.

kennung sog. »Vetorechte«⁷⁶ zeigt dies deutlich an, auch wenn ihr begründendes Fundament und ihre sachliche Reichweite noch nicht abschließend geklärt sind.

Zuletzt hat diese Perspektive eines wechselseitig inkludierenden, nicht zueinander hermetisch abgeschlossenen Verständnisses von »Autonomie« und »Fürsorge« jedoch nachhaltige Bestätigung gefunden durch zwei aktuelle Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts:⁷⁷ Danach ändert auch die krankheitsbedingte Einsichtsunfähigkeit von im Maßregelvollzug Untergebrachten nichts daran, dass eine gegen ihren »natürlichen Willen« vorgenommene Zwangsbehandlung nicht nur in ihre körperliche Unversehrtheit, sondern zugleich in den Schutzbereich des Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG (körperbezogenes Selbstbestimmungsrecht) eingreift. Ein solcher Eingriff könne von dem jeweils Betroffenen aufgrund der fehlenden Einsichtsfähigkeit sogar als besonders bedrohlich erlebt werden, da sich dieser dem Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert sehe, wodurch sich die Schwere des Eingriffs u.U. sogar erhöhe. Auch die vertretungsweise erfolgende Entscheidung eines bestellten Betreuers nimmt der medizinischen Maßnahme nicht ihren Eingriffscharakter, der sich daraus ergebe, dass die Maßnahme gegen den »natürlichen Willen« des Betroffenen durchgeführt werde.

Infolgedessen lässt sich eine solche Zwangsbehandlung nur noch ausnahmsweise aufgrund eines (hinreichend klar und bestimmt gefassten) Gesetzes legitimieren, sofern dieses das Ziel verfolgt, auch dem einsichtsunfähigen Untergebrachten die Chance auf Heilung zukommen zu lassen.⁷⁸ Die weiteren Mindestbedingungen, die es erlauben, die Willensbekundung des Untergebrachten zu übergehen, sind: Es muss die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs gewahrt bleiben, was insbesondere dadurch zu gewährleisten ist, dass »der Zwangsbehandlung, soweit der Betroffene gesprächsfähig ist, der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen sein« muss, »seine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen«.⁷⁹ Die Devise lautet daher: »Kommunikation vor Zwang«! Denn obgleich aufgrund der Einsichtsunfähigkeit keine wirksame Einwilligung hinsichtlich der medizinischen Maßnahmen zu erlangen ist, darf der Betroffene nicht im Unklaren über das »Ob« und »Wie« der Behandlung gelassen werden. Von Fällen einer akuten Eilbedürftigkeit abgesehen bedarf es grundsätzlich auch einer Ankündigung der geplanten Maßnahme, so dass dem Betroffenen die Möglichkeit verbleibt, hiergegen Rechtsschutz zu ersuchen.

Diese Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts betreffen zwar unmittelbar allein Personen in psychiatrischer Unterbringung; sie sind jedoch aufgrund ihres menschenrechtlichen Fundaments ihrem Sinngehalt nach auf medizinische Maßnahmen an einwilligungsunfähigen Minderjährigen übertragbar. Denn auch diese befinden sich, wenngleich nicht infolge einer staatlich angeordneten freiheits-

⁷⁶ Dazu Amelung 1995; Rothärmel 2004, 165 ff.

⁷⁷ BVerfG v. 23. 3. 2011 – 2 BvR 882/09 – NJW 2011, 2113 ff.; v. 12. 10. 2011 – BvR 633/11 – NJW 2011, 3571 ff.

⁷⁸ Zum gesetzgeberischen Handlungsbedarf aufgrund aktuell unzureichender Regelungen Duttge (2013).

⁷⁹ BVerfG ebd.

beschränkenden Umgebung, in einer Lebenssituation besonderer Abhängigkeit und Vulnerabilität.⁸⁰ Ihr Anspruch auf Information und Partizipation verdient somit verstärkte Beachtung; die Einwilligung ihrer Sorgeberechtigten kann einer Zwangsbehandlung, die also gegen ihren »natürlichen Willen« vollzogen wird, den Eingriffscharakter nicht nehmen. Inwieweit sich Minderjährige künftig mit ihrem »Veto« u.U. sogar durchsetzen können, bedarf in diesem Licht einer dringlichen Klärung.

Literatur

- Amelung K (1995) *Vetorechte beschränkt Einwilligungsfähiger in Grenzbereichen medizinischer Intervention*. Walter de Gruyter, Berlin/New York
- Amelung K (2002) Die Einwilligungsfähigkeit in Deutschland. In: Kopetzki C (Hrsg.) *Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit*. Manz, Wien, 24–37
- Beauchamp TL, Childress JF (2009) *Principles of Biomedical Ethics*, 6. Aufl., Oxford University Press, New York/Oxford
- Bernat E (2012) Die rituelle Beschneidung nichteinwilligungsfähiger Knaben. In: *Familien- und Erbrecht* 7:196–199
- Beulke W, Dießner A (2012) »(...) ein kleiner Schnitt für einen Menschen, aber ein großes Thema für die Menschheit«. In: *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik* 7:338–346
- Birnbacher D (2012) Vulnerabilität und Patientenautonomie – Anmerkungen aus medizinethischer Sicht. In: *Medizinrecht* 30:560–565
- Coester-Waltjen, D (2012) Reichweite und Grenzen der Patientenautonomie von Jungen und Alten – Ein Vergleich. In: *Medizinrecht* 30:553–560
- Czerner F (2012) Staatlich legalisierte Kindeswohlgefährdung durch Zulassung ritueller Beschneidung zugunsten elterlicher Glaubensfreiheit? In: *Zeitschrift für Kinderschutzrecht und Jugendhilfe* 7:374–384, 433–436
- Deutsch E, Spickhoff A (2008) *Medizinrecht*. 6. Aufl., Springer, Berlin/Heidelberg
- Diederichsen U (1995) Zustimmungsersetzung bei der Behandlung bösartiger Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen. In: Dierks C, Graf-Baumann T, Lenard HG (Hrsg.) *Therapieverweigerung bei Kindern und Jugendlichen*. Springer, Berlin/Heidelberg, 97–118
- Duttge G (2004) Lebensschutz und Selbstbestimmung am Lebensende. In: *Zeitschrift für Lebensrecht* 13:30–38
- Duttge G (2005) Zum Unrechtsgehalt des kontraindizierten ärztlichen »Heileingriffs«. In: *Medizinrecht* 23:706–711
- Duttge G (2011a) Kommentierung der §§ 218, 218a StGB. In: Prütting D (Hrsg.) *Fachanwaltskommentar Medizinrecht*. 2. Aufl., Luchterhand, Köln
- Duttge G (2011b) Die Kategorie der Einwilligungsfähigkeit im Arztrecht: Grund- und Zweifelsfragen aus der Perspektive des deutschen Rechts. In: *Biomedical Law & Ethics* 5:23–44
- Duttge G (2012) Die Funktion von Altersgrenzen: Medizinrechtliche Probleme. In: Schicktanz S, Schweda M (Hrsg.) *Pro-Age oder Anti-Aging?* Campus Verlag, Frankfurt/New York, 87–105
- Duttge G, Schander M (2010) Mutmaßlicher Widerruf einer Patientenverfügung? In: *Ethik in der Medizin* 22:345–346

⁸⁰ Zum Begriff näher Birnbacher 2012.

- Duttge G (2013) Patientenverfügung gegen Zwangsbehandlung in der Psychiatrie? In: Institut für Konfliktforschung (Hrsg.) *Heilung erzwingen? Medizinische und psychologische Behandlung in Unfreiheit* (im Erscheinen)
- Eser A, Koch H-G (1987) Rechtsfragen bei der gynäkologischen Betreuung minderjähriger Patientinnen. In: Huber A et al. (Hrsg.) *Praxis der Gynäkologie im Kindes- und Jugendalter*, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart, 18–30
- Ezekiel JE, Ezekiel LL (1992) Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: *Journal of the American Medical Association* 267:2221–2226
- Fischer T (2011) *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*. Kommentar, 58. Aufl., C. H. Beck, München
- Geilen G (2009) Materielles Arztstrafrecht. In: Wenzel F (Hrsg.) *Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht*, 2. Aufl., Luchterhand, Köln
- Geiß G, Greiner H-P (2009) *Arzthaftpflichtrecht*, 6. Aufl., C. H. Beck, München
- Harris J (1995) *Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik* (dt. Ausgabe) Wolf U (Hrsg.), Akademie Verlag, Berlin
- Herzberg R-D (2009) Rechtliche Probleme der rituellen Beschneidung. In: *Juristenzeitung* 64: 332–339
- Herzberg R-D (2012a) Steht dem biblischen Gebot der Beschneidung ein rechtliches Verbot entgegen? In: *Medizinrecht* 30:169–175
- Herzberg R-D (2012b) Die Beschneidung gesetzlich gestatten? In: *Zeitschrift für Internationale Strafrechtsdogmatik* 7:486–505
- Hillenkamp T (2007) Zur Strafbarkeit des Arztes bei verweigerter Bluttransfusion. In: Hettinger M, Zopfs J et al. (Hrsg.) *Festschrift für Wilfried Küper zum 70. Geburtstag*. C. F. Müller, Heidelberg, 123–147
- Jaspers K (1932) *Philosophie*, Bd. II. Springer, Berlin
- Joost N (2010) Schönheitsoperationen – Die Einwilligung in medizinisch nicht indizierte »wunscherfüllende« Eingriffe. In: Roxin C, Schroth U (Hrsg.) *Handbuch des Medizinstrafrechts*. 4. Aufl., Boorberg, Stuttgart/München u. a.
- Kern B-R (1994) Fremdbestimmung bei der Einwilligung in ärztliche Eingriffe. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 47:753–759
- Koch H-G (1996) Suizid und Sterbehilfe: Eine rechtliche Bestandsaufnahme. In: Anschütz F, Wedler H-L (Hrsg.) *Suizidprävention und Sterbehilfe*. Ullstein, Berlin/Wiesbaden, 101–115
- Kothe W (1985) Die rechtfertigende Einwilligung. In: *Archiv für civilistische Praxis* 185:105–159
- Kutzer K (2005) Die derzeitige Rechtsprechung auf dem Prüfstand: Kann die Unterscheidung von »Normalpatient« und Suizidpatient Bestand haben? In: Wolfslast G, Schmidt KW (Hrsg.) *Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag*. C. H. Beck, München, 181–195
- Laufs A (1992) *Fortpflanzungsmedizin und Arztrecht*. Duncker & Humblot, Berlin
- Laufs A (2009) Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch und Sexualmedizin. In: Laufs A, Katzenmeier C, Lipp V (Hrsg.) *Arztrecht*, 6. Aufl., C. H. Beck, München
- Lipp V (2000) *Freiheit und Fürsorge: Der Mensch als Rechtsperson*. Mohr Siebeck, Tübingen
- Lipp V (2008) Aufklärung bei der Behandlung Minderjähriger (Anmerkung zu BGH v. 10.10.2006 – VI ZR 74/05). In: *Medizinrecht* 26:289–293
- Maio G (2012) *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Schattauer, Stuttgart
- Odenwald S (2003) *Einwilligungsfähigkeit im Strafrecht unter besonderer Hervorhebung ärztlichen Handelns*. Peter Lang, Frankfurt/M

- Paeffgen H-U (2010) Kommentierung des § 228 StGB. In: Kindhäuser U, Neumann U, Paeffgen H-U (Hrsg.) *Nomos Kommentar. Strafgesetzbuch*, 3. Aufl., Nomos, Baden-Baden
- Putzke H (2008) Rechtliche Grenzen der Zirkumzision bei Minderjährigen. Zur Frage der Strafbarkeit des Operateurs nach § 223 des Strafgesetzbuchs. In: *Medizinrecht* 26:268–272
- Rehbock T (2005) *Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns*. Mentis, Paderborn
- Reimer C (2005) Zum Verständnis des Suizids: Freiheit oder Krankheit? In: Wolfslast G, Schmidt KW (Hrsg.) *Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag*. C. H. Beck, München, 27–45
- Rothärmel S (2004) *Einwilligung, Veto, Mitbestimmung. Die Geltung der Patientenrechte für Minderjährige*. Nomos, Baden-Baden
- Rothärmel S, Wolfslast G, Fegert JM (1999) Informed consent, ein kinderfeindliches Konzept? In: *Medizinrecht* 17:293–298
- Schöch H (2005) Die Verantwortlichkeit des Klinikpersonals aus strafrechtlicher Sicht. In: Wolfslast G, Schmidt KW (Hrsg.) *Suizid und Suizidversuch. Ethische und rechtliche Herausforderung im klinischen Alltag*. C. H. Beck, München, 163–180
- Schwarz K-A (2008): Verfassungsrechtliche Aspekte der religiösen Beschneidung. In: *Juristenzeitung* 64:1125–1129
- Spickhoff A (2000) Die Patientenautonomie am Lebensende: Ende der Patientenautonomie? – Zur Feststellbarkeit und Durchsetzbarkeit des realen oder hypothetischen Willens des Patienten. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 53:2297–2304
- Spickhoff A (2012a) Die Eingriffsindikation im Wandel der Zeit – aus Sicht eines Juristen. In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.) *Lifestyle-Medizin – von der medizinischen Indikation zum modischen Trend*. Springer, Berlin, 11–20
- Spickhoff A (2012b) Die Entwicklung des Arztrechts 2011/2012. In: *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)* 65:1773–1779
- Ulsenheimer K (2008) *Arztstrafrecht in der Praxis*, 4. Aufl., C. F. Müller, Heidelberg
- Ulsenheimer K (2010) Die fahrlässige Körperverletzung. In: Laufs A, Kern B-R (Hrsg.) *Handbuch des Arztrechts*, 4. Aufl., Beck, München, § 139
- Woopon C (2009) Der Arzt als Heiler und Manager – zur erforderlichen Integration des scheinbar Unvereinbaren. In: Katzenmeier C, Bergdolt K (Hrsg.) *Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert*. Springer, Berlin/Heidelberg, 181–194
- Zähle K (2009): Religionsfreiheit und fremdschädigende Praktiken. In: *Archiv des öffentlichen Rechts* 134:434–454