



Leseprobe aus: Nickel-Schampier, Konflikte stellvertretender Entscheidungen in der Pädiatrie, ISBN 978-3-7799-4624-3  
© 2017 Beltz Verlag, Weinheim Basel  
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-4624-3>

# Kapitel 1

## Einleitung

Lange Zeit galt das Wohl des Patienten als oberste Maxime ärztlichen Handelns. Tugenden, wie Wohltätigkeit und Fürsorglichkeit, wurden bereits in der Antike anerkannt. Heutzutage tritt zunehmend ein Wert in den Vordergrund, demzufolge ärztliches Handeln die o.g. Aufgaben „unter Achtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten“ zu erfüllen habe: Die *Patientenautonomie*. Aus dem damit verbundenen Anspruch, bei Fragen der medizinischen Behandlung ebenso selbstbestimmt zu entscheiden wie bei Fragen der sonstigen Lebensführung, haben sich die Aufklärung und anschließende Einwilligung<sup>1</sup> des Patienten als ethische wie rechtliche Voraussetzungen zur Legitimierung medizinischer Behandlungen etabliert.<sup>2</sup> Dabei besteht weitgehender Konsens über die relevanten Kriterien für Einwilligungsfähigkeit und die Notwendigkeit, diese situativ festzustellen.<sup>3</sup>

- 
- 1 Prägend ist diesbezüglich der anglo-amerikanische Begriff des „informed consent“. In der deutschsprachigen Debatte werden korrespondierend auch die Termini „aufgeklärte Einwilligung“ (Vollmann 2003) oder „informierte Entscheidung“ (Alderson (2003), aus dem Englischen übersetzt von Brusdeylins) verwendet.
  - 2 Vgl. Schöne-Seifert (2005: 706) und Vollmann (2003: 50), wobei Vollmann Aufklärung und Einwilligung als eine lediglich ethische Voraussetzung für die Legitimität ärztlichen Handelns bezeichnet. Nach meinem Verständnis baut das Konzept der Einwilligung darüber hinaus auch auf allgemeinen vertrags- und medizinrechtlichen Grundlagen auf, die ethische Voraussetzungen für die Legitimität ärztlichen Handelns um rechtliche erweitern (siehe hierzu Thiele 2011: 122-130 und insbesondere Deutsch und Spickhoff 2003; Breitsameter 2011: 7).
  - 3 Übereinstimmend werden in der Literatur Mindestkriterien benannt, die im Wesentlichen auf den einflussreichen Vorschlag von Faden, Beauchamp und Childress zurückgehen (Faden/Beauchamp 1986: 235-373; Beauchamp/Childress 2001: 57-103). Entsprechend werden sowohl ein (1) hinreichendes Verständnis der gesundheitlichen Situation, der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten (Urteilsvermögen) als auch (2) eine hinreichende Einsicht in die gesundheitliche Situation (Krankheitseinsicht) und (3) die Konsequenzen der von ärztlicher Seite angebotenen Behandlungsmöglichkeiten (Behandlungseinsicht) genannt. Ferner wird die (4) Freiheit von Zwang zum Zeitpunkt der Einwilligung als unstrittiges Kriterium angesehen (siehe Vollmann 2003: 51). Medizinrechtlich wird betont, dass nicht die Geschäftsfähigkeit, sondern die Befähigung, Wesen, Bedeutung und Tragweite des Rechtsguteingriffs zu erkennen und sachgerecht bewerten zu können, das maßgebliche Kriterium darstellt (Duttge 2011: 39 f.; Jox 2006: 73). Strittig

Jedoch taugt die Vorstellung eines informierten Patienten, der eigenen Wertvorstellungen entsprechend abwägt und darüber befindet, was mit seinem Körper zu geschehen hat, für gewöhnlich nicht als realistische Beschreibung der tatsächlichen Umstände: Nicht alle Personen sind im gleichen Maße autonomiefähig und darüber hinaus beeinträchtigen Krankheiten oftmals ihre Entscheidungsfähigkeit. Aus diesem Grunde ist es erforderlich, sich der Fähigkeit zur Selbstbestimmung in der konkreten Situation zu vergewissern. Ein grundsätzliches Problem ergibt sich allerdings bei der Behandlung von jungen Minderjährigen, weil diese die Fähigkeit zur Ausübung ihrer Autonomie für gewöhnlich noch gar nicht oder in nicht hinreichendem Maße erworben haben.<sup>4</sup> Über medizinische Behandlungen junger Minderjähriger entscheiden diese deshalb nicht selbst, sondern andere. Die fehlende Autonomie Minderjähriger ist das (formale) Kriterium, aufgrund dessen Entscheidungen über ihre medizinische Behandlung in der Regel von den Eltern oder anderen Personen *stellvertretend* getroffen werden.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit interessieren diese Fälle, d.h. Fälle, in denen, wie bei Säuglingen und Kleinkindern, die Einwilligungsfähigkeit in eine medizinische Behandlung ausgeschlossen oder, wie bei Kindern und Jugendlichen, zumindest bezweifelt werden kann.<sup>5</sup> Woran dürfen und müssen sich diejenigen orientieren, die in diesen Fällen stellvertretende Entscheidungen treffen? Sollten die Kinder und Jugendliche an den Entscheidungen beteiligt werden? Insbesondere in Anbetracht schwerwiegender<sup>6</sup> medizinischer Entscheidungen ist Orientierung vonnöten und es scheint in dieser Hinsicht besonders in Deutschland noch ein Manko zu bestehen. So hat bspw. Goldbeck darauf hingewiesen, dass es hierzulande – im Unter-

---

ist allerdings das damit einhergehende Autonomieverständnis, das einen graduellen Autonomiebegriff bevorzugt (siehe weiter unten).

4 Vgl. Breitsameter 2011: 7.

5 Im Zusammenhang der Termini „Säuglinge“ und „Kleinkinder“ ist darauf hinzuweisen, dass die ihnen zugeordneten Gruppen weniger durch klare Altersgrenzen differenziert werden, sondern vielmehr durch Kriterien, wie z.B. bestimmte kognitive und emotive Fähigkeiten, die sich der jeweiligen Entwicklungsphase beordnen lassen. Entsprechend sehen z.B. Eisenberg et al. (1995) die Anfänge der emotionalen Selbstregulation als wesentlich für die Kleinkindphase an.

6 Die Schwere resultiert dabei aus der Schwere der Erkrankung und/oder den möglichen (zeitlich) späteren Schadensrisiken, die mit der Behandlung einhergehen können. Einen Zusammenhang zwischen der Schwere der Erkrankung und der Fähigkeit, Risiken zu bewerten, sehen u.a. Beauchamp und Childress (2001: 89); (Duttge 2011: 40); Marckmann (2011: 21). Die darauf gründende Position, dass sich mit steigenden Schadensrisiken die Anforderungen an die Einwilligungsfähigkeit erhöhen müssten („sliding scale“-Konzept), hat viele Befürworter (u.a. Drane (1985); Wilks (1997)) gefunden (Schöne-Seifert 2009: 119).

schied zu anderen Ländern, wie den Niederlanden – keine orientierenden normativen Vorgaben des Gesetzgebers darüber gibt, wann die Einwilligung Minderjähriger in medizinische Behandlungen einzuholen ist. Als Folge dessen wenden sich klinische Akteure in der Praxis vornehmlich oder ausschließlich an die Sorgeberechtigten, um deren Einwilligung einzuholen. Minderjährige Patienten werden oftmals nicht oder unzureichend beteiligt, da die Vorstellung vorherrscht, Sorgeberechtigte würden ohnehin im Interesse des Patienten entscheiden.<sup>7</sup> Davon ist jedoch – wie im Folgenden noch gezeigt werden wird – nicht ohne Weiteres auszugehen. Eine eingehende Auseinandersetzung mit dem normativen Aspekt der Stellvertretung ist daher geboten.

Konkret stellen sich zwei Fragen: Erstens, auf welcher Grundlage bzw. nach welchen Kriterien Eltern (oder andere Stellvertreter) stellvertretend entscheiden dürfen sollen und zweitens, inwieweit sie ihre Kinder dabei einzubeziehen haben bzw. inwiefern deren Präferenzen die Reichweite der elterlichen Stellvertretungsbefugnis begrenzen.<sup>8</sup>

Antworten auf diese Fragen lassen nicht nur Hinweise für spezifische pädiatrische Entscheidungssituationen erwarten, sondern darüber hinaus für den Umgang mit Minderjährigen insgesamt. Denn die Fragen lassen sich nur unter Berücksichtigung allgemeinerer und grundlegenderer Fragen beantworten, wie bspw. der, was überhaupt im Interesse von Minderjährigen liegt. Welche grundlegenden Güter zählen dazu? Welche ethische Norm verschafft Orientierung bei stellvertretenden Entscheidungen, die Minderjährige betreffen?

Unstrittig ist, dass den Belangen Minderjähriger, sei es in pädiatrischen oder anderen Bereichen, besondere Relevanz zukommt. Die besondere *Vulnerabilität* bzw. *Verwundbarkeit* Minderjähriger und ihres Entwicklungsprozesses scheinen hierfür ausschlaggebend: Entscheidungen und Handlungen prägen den kindlichen Entwicklungsprozess in besonderer Weise, und zwar umso mehr, je jünger und damit einhergehend unreifer und unselbstständiger das betreffende Kind ist. Als zentrale ethische Norm bei stellvertretenden Entscheidungen gilt deswegen das Wohl des Kindes. Kriterien des Kindeswohles sollen stellvertretenden Personen Orientierung bei ihrer Entscheidungsfindung bieten und ihnen helfen herauszufinden, was im Zuge einer bestimmten Angelegenheit im Interesse ihres Kindes

---

7 Goldbeck 2012: 269.

8 Büchner (2003: 13) bspw. wirft in der Einleitung des Bandes „Das Kind als Patient“ entsprechend die Frage auf, „[...] ob wir nicht Kindern, denen wir heute ganz allgemein mehr Selbständigkeit und Entscheidungsfreiheit in den sie betreffenden Angelegenheiten zugestehen und manchmal sogar zumuten, auch im medizinischen Anwendungsbereich mehr Entscheidungsfreiheit zutrauen können und zutrauen dürfen.“

liegt. Gefragt wird also danach, welche Kriterien und Aspekte das Kindeswohl umfasst und wie es inhaltlich bestimmt werden kann. Eine entsprechende inhaltliche Bestimmung verspräche für die Entscheidungsfindung, dass zumindest kein relevanter Aspekt des Kindeswohles übersehen würde.

Darüber hinaus wird aber auch danach gefragt werden müssen, wie sich das Verhältnis der verschiedenen Aspekte und Kriterien des Kindeswohles zueinander bestimmen und bewerten lässt. Entsprechend ist es z.B. unstrittig, dass das Kindeswohl sowohl subjektive Elemente, wie die Berücksichtigung kindlicher Wünsche und Präferenzen, als auch objektive Elemente, wie verallgemeinerbare Güter des kindlichen Wohlergehens, umfasst. Unklar ist jedoch, wie diese verschiedenen Elemente zu gewichten sind, wenn sie einander zuwiderlaufen. Wie ist bspw. eine Entscheidung zu bewerten, wenn Eltern während eines Restaurantbesuchs ihrem Kind aus gesundheitlichen Gründen den Genuss eines Glases Cola verbieten, obwohl ihr Kind dies ausdrücklich und vehement wünscht?

In diesem Zusammenhang wird ein Aspekt deutlich, der im Rahmen einer Erörterung der Stellvertretungsthematik von Belang ist und mich im Rahmen meiner Tätigkeit als Sozialarbeiter wiederholt beschäftigt hat: Wieso stellen uns bestimmte Entscheidungen, die wir stellvertretend für Minderjährige treffen, vor vergleichsweise weniger Probleme und Konflikte als andere Entscheidungen? Was genau ist es, das uns eine Entscheidung leichter erscheinen bzw. leichter treffen lässt? Denn augenscheinlich macht es einen Unterschied, ob wir einem Minderjährigen den Wunsch nach einem Glas Cola abschlagen oder ihm verbieten, sich am Nachmittag mit Freunden zu verabreden.

Auf den ersten Blick erscheint die zweite Entscheidung, den Wunsch des Minderjährigen zu durchkreuzen, folgenreicher als die erste. Doch warum eigentlich? Liegt es daran, dass es genügend alternative Optionen zu einem Glas Cola gibt, die das Kind hinreichend zufriedenstellen könnten? Ist die Frustration, die wir einem Minderjährigen im Falle der ersten Entscheidung zufügen, als geringer einzuschätzen als im Falle der zweiten? Ist eine Verabredung mit einem Freund oder einer Freundin ein ungleich reiferer Ausdruck eigener Präferenzen als die Wahl eines bestimmten Getränks? Steht die Ungewissheit über die Größe des Nutzens in Verbindung mit der Eintrittssicherheit und der Größe der Frustration infolge der Entscheidung im zweiten Falle in einem weitaus ungünstigeren Verhältnis als im ersten Fall?

Die Unterscheidung zwischen folgenreichen und weniger folgenreichen Entscheidungen ist in zweierlei Hinsicht von Bedeutung. Zum einen geht es um die Bedeutung der Entscheidungskonsequenzen für das Leben des betroffenen Minderjährigen: Folgenreiche Entscheidungen, insbesondere in der Pädiatrie, sind häufig dadurch gekennzeichnet, dass für Minderjährige, die ihr Leben noch vor sich haben, viel auf dem Spiel steht, wie bspw. ihre

langfristige psycho-emotionale und soziale Entwicklung oder ihr äußeres Erscheinungsbild. Von daher wird es wichtig sein, die verschiedenen Facetten folgenreicher Entscheidungen so präzise wie möglich herauszuarbeiten. Eine Facette folgenreicher Entscheidungen besteht bspw. darin, dass die von einer Entscheidung betroffenen Güter für die Entwicklung des betroffenen Minderjährigen besonders wichtig sind. Eine andere besteht in der besonderen Relevanz der zeitlichen Dimension einer stellvertretenden Entscheidung, z. B. wenn bestimmte gegenwärtige Risiken in Kauf genommen werden, um bestimmte zukünftige Nutzen erzielen zu wollen. Zum anderen geht es um die Frage, ob die Reichweite der Entscheidungskonsequenzen auch Auswirkungen auf die Zulässigkeit der Stellvertretung hat. Müssen Minderjährige an besonders folgenreichen Entscheidungen eher bzw. stärker beteiligt werden als an weniger folgenreichen? Vor dem Hintergrund, dass sich die Achtung vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten als zentraler Wert der Medizin-Ethik etabliert hat und Entwicklung sowie Förderung einer selbstbestimmten Persönlichkeit als Kernaufgaben erzieherischen Handelns insgesamt anerkannt werden, erscheint die Frage begründet, ob und wann genau folgenreiche Angelegenheiten über Minderjährige hinweg entschieden werden dürfen. Dies gilt besonders, wenn bedacht wird, dass diese ihr Leben in beträchtlichem Maße noch vor sich haben und zunehmend Kompetenzen erwerben werden, um die sie betreffenden Angelegenheiten zukünftig selbst entscheiden zu können. Von daher stellt sich die Frage, ob bestimmte folgenreiche pädiatrische Entscheidungen abgewartet werden sollten, bis der betreffende Minderjährige die nötigen Kompetenzen erworben hat, um eine (hinreichend) autonome Entscheidung gemäß eigener Präferenzen treffen zu können. An dieser Überlegung zeigt sich, wie stark sich die Auseinandersetzung mit der Stellvertretung im pädiatrischen Kontext mit einer allgemeineren Erörterung von Elternschaft und Freiräumen in der Erziehungsverantwortung verbindet. Die Frage, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen bestimmte folgenreiche Entscheidungen abgewartet werden müssen, fordert vorherrschende Konzeptionen elterlicher Sorge zumindest heraus. Man muss sich damit auseinandersetzen, unter welchen Voraussetzungen die elterliche Verantwortung für das eigene Kind begrenzt werden sollte. Anders formuliert: Unter welchen Voraussetzungen sind staatliche Interventionen in die Reichweite elterlicher Autonomie zu rechtfertigen und welche Besorgnisse bestehen bspw. hinsichtlich vorschneller elterlicher Einwilligungen in die Behandlung ihrer Kinder? Bei der kritischen Betrachtung der pädiatrischen Stellvertretung darf es demnach nicht allein um die aktuellen und prospektiven Interessen der Minderjährigen gehen. Auch die Rolle der Eltern und die damit verbundenen Interessen sind zu betrachten. Dass die Erörterung der normativen Grundlagen stellvertretenden Entscheidens im pädiatrischen Kontext von gesamtgesell-

schaftlichem Interesse ist, hat nicht zuletzt die immense öffentliche und mediale Resonanz auf das Kölner Beschneidungsurteil gezeigt.<sup>9</sup> Die damit einhergehende Diskussion hat noch einmal verdeutlicht, dass eine normative Bestimmung des Kindeswohles insbesondere unter Bedingungen der Pluralität unverzichtbar ist.

Es ist also das Kindeswohl, das einer präzisen und ausführlichen inhaltlichen wie normativen Bestimmung bedarf, wenn eine Erörterung der Stellvertretungsthematik gelingen soll. Das Kindeswohl im Zusammenhang mit der Stellvertretungsthematik zu präzisieren und inhaltlich wie normativ zu bestimmen, ist deshalb ausgesprochen wichtig. Eltern und andere Stellvertreter benötigen Anhaltspunkte und Orientierung, auf die sie bei konfliktreichen Entscheidungsfindungen für Kinder zurückgreifen können.

Die vorliegende Arbeit ist so aufgebaut, dass zunächst erörtert wird, welche Problemstellungen im Rahmen stellvertretenden Entscheidens relevant sind. Da sich Entscheidungen, die sich (noch) nicht an Kompetenzen autonomer Selbstbestimmung des Betroffenen orientieren können, an dessen Wohlergehen ausrichten, ist zunächst darzulegen, welche Dimensionen und Güter das Wohlergehen umfasst und in welcher Hinsicht es beeinträchtigt oder gar gefährdet sein kann.

Anschließend wird die zentrale Frage erörtert, ob und inwiefern sich mit den deskriptiven Gehalten bestimmter Eigenschaften Minderjähriger normative Forderungen verbinden lassen. Es wird sich hier zeigen, dass die besondere Verwundbarkeit Minderjähriger Forderungen nach ihrem Schutz und ihrer Förderung begründet.

---

9 Siehe Online-Archiv des Spiegels: In dem Kölner Fall ging es um einen vierjährigen Jungen, der am 4. November 2010 in einer Kölner Arztpraxis auf Wunsch der muslimischen Eltern beschnitten worden war. Zwei Tage später brachte die Mutter den Jungen in die Notaufnahme der Kölner Universitätsklinik, weil er unter starken Blutungen litt. Die Staatsanwaltschaft erhob Anklage gegen den Arzt.

Das Amtsgericht Köln stellte in einem ersten Urteil im September 2011 fest, dass die Behandlung medizinisch einwandfrei durchgeführt worden war. Der Angeklagte wurde freigesprochen. Das Gericht entschied, der Eingriff sei zwar eine Körperverletzung, diese sei aber gerechtfertigt, weil sie sich „am Wohl des Kindes“ ausrichte und eine Einwilligung der Eltern vorgelegen habe. Außerdem hob das Gericht darauf ab, dass die Beschneidung aus medizinischen Gründen von Vorteil sei. Die Staatsanwaltschaft legte Berufung gegen das Urteil ein. Daraufhin musste sich das Landgericht Köln mit dem Fall befassen. Es verwarf die Berufung, weil sich der Arzt in einem Verbotsirrtum befunden habe – der Freispruch ist damit bestätigt. Die Richter entschieden in ihrem Urteil vom 07.05.2012 jedoch, der Eingriff, also die Körperverletzung, sei nicht durch die Einwilligung der Eltern gerechtfertigt, weil sie nicht dem Wohl des Kindes entspreche (<http://www.spiegel.de/panorama/justiz/religioes-motivierte-beschneidung-von-jungen-ist-laut-gericht-straefbar-a-841084.html>).

Ausgehend von der Explikation des Ausdrucks Verwundbarkeit, dessen Aspekte in besonderer Weise die Relevanz der sozialen Dimension der Persönlichkeitsentwicklung unterstreichen, wird es im Folgenden um die normative Dimension des Kindeswohles gehen.

Die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Begriff des Kindeswohles wird Aufschluss darüber geben, welche spezifischen Interessen und Bedürfnisse Minderjährigen zugeordnet werden können. Besonderes Augenmerk gilt dabei der *zeitlichen Dimension* des Kindeswohles. Denn diese ist es, die stellvertretende Entscheidungen mitunter problematisch erscheinen lässt: wenn gegenwärtige Wünsche Minderjähriger durchkreuzt werden, um ungewisse und unsichere zukünftige Nutzen erzielen zu können.

Daran anknüpfend wird die Frage erörtert, wem die Verantwortung für das Kindeswohl obliegen soll. Gefragt wird in diesem Zusammenhang nach den verschiedenen Rollen und damit einhergehenden Verantwortungen sowie Kooperationen hinsichtlich der Förderung und des Schutzes des Kindeswohles.

Worin bestehen Konflikte für Verantwortliche bei stellvertretenden Entscheidungen? Stellvertretende Entscheidungen, die Wünsche Minderjähriger durchkreuzen oder deren Entscheidungshoheit in Abrede stellen, können problematisch sein. Im Rahmen der Erörterung des in diesem Zusammenhang relevanten Begriffes des Paternalismus wird danach gefragt, ob und inwiefern es sich beim Umgang mit Minderjährigen überhaupt um eine Form von Paternalismus handelt und welche ethischen Probleme der paternalistische Umgang mit Minderjährigen aufwirft. Des Weiteren wird danach gefragt, ob und unter welchen Umständen der paternalistische Umgang mit Minderjährigen zulässig oder gar geboten sein kann.

Mit Blick auf die praktische Umsetzung der bis hierher formulierten Forderungen werden im Anschluss Anwendungsregeln für stellvertretendes Entscheiden formuliert und eine Checkliste für stellvertretendes Entscheiden entwickelt. Beides zusammen soll der konkreten Entscheidungsfindung und nicht zuletzt auch der Konfliktvermeidung bzw. -bewältigung dienen. Wie sich die Regeln und die Liste auf schwierige Fälle stellvertretenden Entscheidens im pädiatrischen Kontext auswirken, wird schließlich anhand von prägnanten Fällen gezeigt: Die Entscheidung über die stellvertretende Einwilligung in eine Ohrenkorrektur bei abstehenden Ohren, über eine Cochlea-Implantation bei Formen kindlicher Schwerhörigkeit, über chirurgische und hormonelle Behandlungen bei Intersexualität zur Vereindeutigung des phänotypischen Erscheinungsbildes sowie die Entscheidung über eine Blutstammzellspende eines eigenen Kindes für ein anderes.



## Kapitel 2

# Konzept und Problematik der Stellvertretung

Die Vorstellung eines informierten Patienten, der in Übereinstimmung mit seinen eigenen Wertüberzeugungen und Präferenzen darüber entscheiden kann, was mit ihm geschehen soll, taugt selten als zutreffende Beschreibung der faktischen Situation. Wie Breitsameter ausführt, führt bei der praktischen Umsetzung des Respektes vor der Patientenautonomie insbesondere der Umstand zu Problemen, dass nur ein Teil der Menschen, die auf medizinische Hilfe angewiesen sind, auch faktisch der Vorstellung eines autonom entscheidenden Gegenübers entspricht. Viele Patienten haben die Fähigkeit zur Ausübung von Autonomie zeitweise oder dauerhaft verloren oder diese, wie junge Minderjährige, noch gar nicht erworben.<sup>1</sup> Patienten, auf die dies zutrifft, kann man bei Entscheidungen über eine medizinische Behandlung nicht mehr bzw. noch nicht fragen, welches Vorgehen sie bevorzugen. Es wird folglich eine stellvertretende Entscheidung für den Patienten notwendig, die sich gemäß dem gemeinhin anerkannten Wert der Patientenautonomie an den individuellen Präferenzen des Patienten orientieren soll. Für Marckmann stellen sich in diesem Zusammenhang zwei Fragen:

1. Wer soll stellvertretend für den Patienten entscheiden?
2. Woran soll sich die stellvertretende Entscheidung inhaltlich orientieren?<sup>2</sup>

Beleuchtet man das Konzept der Stellvertretung, erscheint es plausibel, sich zunächst dem Begriff „Stellvertretung“ anzunähern. Relevant ist dafür, in welcher Weise der Begriff verwendet wird und wie er formal ausgestaltet ist. Unter den Begriffen „Vertretung“ bzw. „Stellvertretung“ wird in juristischer Hinsicht das rechtsgeschäftliche Handeln einer Person für eine andere verstanden.<sup>3</sup> Für die klinische Praxis, in deren Kontext der Begriff hier interessiert, wird der Begriff der Stellvertretung hinsichtlich der Einwilligung in

---

1 Breitsameter 2011: 7.

2 Marckmann 2011: 23.

3 Gesetzlich geregelt ist die rechtsgeschäftliche Vertretung in den §§ 164 ff. BGB.

eine medizinische Behandlung konkretisiert. Erforderlich wird eine „stellvertretende Einwilligung“ nach der Definition des Deutschen Referenzzentrums für Ethik in den Biowissenschaften dann, wenn „eine Person wegen ihres Alters oder mangelnder Reife nicht persönlich in einen medizinischen Eingriff einwilligen“<sup>4</sup> kann.

In der Erwachsenenmedizin gibt es, zumindest rechtlich, klare Vorgaben hinsichtlich der formalen Gestaltung der Stellvertretung und der Frage, *wer* stellvertretend für den Patienten entscheiden darf: Ist ein volljähriger Patient einwilligungsunfähig, kann entweder ein Bevollmächtigter oder ein Betreuer die Interessen des Patienten wahrnehmen.<sup>5</sup> Ein Bevollmächtigter wird vom Patienten per Vorsorgevollmacht beauftragt, stellvertretende Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten verbindlich zu treffen, während ein Betreuer dann erforderlich und vom Betreuungsgericht bestellt wird, wenn der Patient seine Angelegenheiten ganz oder zu Teilen nicht mehr selbst besorgen kann und kein Bevollmächtigter für die Personensorge durch den Patienten bestimmt worden ist.<sup>6</sup> Dagegen treffen im Falle der Einwilligungsunfähigkeit Minderjähriger deren Erziehungsberechtigte, i. d. R. also ihre Eltern als gesetzliche Vertreter, die fraglichen Entscheidungen.<sup>7</sup> In dieser Konstellation stellt sich allerdings die Frage, woran sich stellvertretende Entscheidungen inhaltlich orientieren sollten und inwiefern Unterschiede zwischen Erwachsenenmedizin und Pädiatrie festzustellen sind. Während in der Erwachsenenmedizin stellvertretende Entscheidungen häufig in der Nähe zum Lebensende des Patienten verortet sind (z. B. Wachkoma) und orientierende Präferenzen durch Vorausverfügungen oder Werthaltungen des Patienten i. d. R. zumindest „verfügbar“<sup>8</sup> sind, finden stellvertretende Entscheidungen in der Pädiatrie vor dem Hintergrund statt, dass mit den Entscheidungen neben dem Eingriff in die körperliche Integrität weitreichende Konsequenzen für das zukünftige Leben des Minderjährigen verbunden sind bzw. sein können, man aber über subjektive Präferenzen und Werthaltungen des Betroffenen aufgrund des geringen Alters nur

---

4 <http://www.drze.de>.

5 In diesem Zusammenhang sind bio-physiologische Zustände gemeint, die einwilligungsbefähigende Kompetenzen erheblich beeinträchtigen, wie z. B. ein persistierender vegetativer Zustand (sog. „Wachkoma“) oder fortgeschrittene Demenz.

6 Siehe Marckmann 2011: 23 f. Die rechtliche Betreuung ist in den §§ 1896-1908 BGB geregelt.

7 §§ 1626, 1627, 1629 BGB. Soweit keine Entscheidungen bezüglich schwerwiegender bzw. riskanter medizinischer Behandlungen nötig sind, kann von einer wechselseitigen konkludenten Bevollmächtigung ausgegangen werden. Sind die Eltern uneins, wird eine Anrufung des Familiengerichts notwendig (siehe Duttge 2011: 48).

8 Diesbezüglich bleiben die weiter oben bereits angeführten Schwierigkeiten der Interpretation solcher verfügbaren Werthaltungen gleichwohl bestehen.