

Aus dem Institut Ethik und Geschichte der Medizin
(Prof. Dr. med. C. Wiesemann)
im Zentrum Psychosoziale Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Wenn Kinder anderer Meinung sind

Die ethische Problematik von Kindeswohl und Kindeswille in der Kinder- und Jugendmedizin

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Sabine Peters

aus

Gifhorn

Göttingen 2013

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. K. Kroemer

I. Berichterstatterin: Prof. Dr. med. C. Wiesemann

II. Berichterstatter: Prof. Dr. med. M. Lakomek

III. Berichterstatter: Prof. Dr. med. M. Oppermann

Tag der mündlichen Prüfung: 12. November 2013

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	5
Abbildungsverzeichnis	6
1 Einleitung und Fragestellung	10
1.1 Einleitung und Überblick	10
1.2 Fragestellung	12
1.2.1 Die Problematik des Kindeswillens in der Kinderheilkunde	13
1.2.2 Methodik	14
2 Grundlagen	15
2.1 Menschenrechte von Kindern	15
2.1.1 UN-Kinderrechtskonvention	15
2.1.2 Die Wandlung im Verständnis der Kindheit – Emanzipation oder Schutz des Kindes?	16
2.2 Medizinrechtliche Grundlagen zur Einwilligungsfähigkeit	20
2.2.1 Rechtlicher Rahmen in der Bundesrepublik Deutschland	20
2.2.1.1 Geschäftsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit	20
2.2.1.2 Selbstbestimmungsfähigkeit in der BRD	21
2.2.2 Rechtlicher Rahmen im United Kingdom: Schottland	23
2.2.3 Rechtlicher Rahmen im United Kingdom: England, Wales und Nord Irland	24
2.2.3.1 Gillick Competence	25
2.2.3.2 Ablehnung einer Therapie und Diskrepanzen in der Entscheidungsfindung	26
2.2.4 Rechtlicher Rahmen in den USA	28
2.2.5 Rechtlicher Rahmen in Kanada	29
2.3 Die psychosoziale Entwicklung von Minderjährigen im Hinblick auf die Einwilligungsfähigkeit	31
2.3.1 Die geistige Entwicklung nach Piaget	31
2.3.2 Die moralische Entwicklung nach Kohlberg	33
2.3.3 Die psychosexuelle Entwicklung nach Freud	35
2.3.4 Die Identitätsentwicklung nach Erikson	37
2.4 Ethische Grundlagen	41
2.4.1 Das Informed-Consent-Modell	41
2.4.2 Die Selbstbestimmung des Patienten	41

2.4.3	Das Prinzip der elterlichen Autorität	44
2.4.4	Selbstbestimmung des Minderjährigen	46
2.4.5	Kindeswohl und Best-Interest-Standard	49
2.4.6	Der Kindeswille	50
3	Der Faktorielle Survey	52
3.1	Aufbau und Vorgehensweise des Faktoriellen Survey	52
3.2	Konzeption des Fragebogens	52
3.2.1	Fallvignetten	54
3.2.2	Fragen zu den Vignetten	57
3.2.3	Soziodemografische Daten der Kinderärzte	58
3.3	Auswertung und Ergebnisse	58
3.3.1	Quantitative Auswertung der Fallvignetten	59
3.3.2	Soziodemografische Daten der Kinderärzte	87
3.3.3	Der Einfluss der persönlichen Erfahrung mit einem Fall	91
3.3.4	Der Einfluss des Geschlechts	95
3.3.5	Der Einfluss des Alters und der beruflichen Erfahrung	100
3.4	Interpretation der empirischen Ergebnisse	102
4	Diskussion	105
4.1	Berücksichtigung des Kindeswillens in der Kinderheilkunde	105
4.2	Die Problematik des Kindeswillens in der Kinderheilkunde	105
4.2.1	Die medizinrechtliche Problematik	106
4.2.2	Die ethische Problematik	107
4.2.3	Die praktische Problematik	108
4.3	Schlussfolgerungen	110
5	Zusammenfassung	114
6	Anhang: Originalfragebogen	116
7	Literaturverzeichnis	125

Tabellenverzeichnis

1.1	Eine Übersicht der vier Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget (Thomas und Feldmann 2002, S. 191)	31
1.2	Eine Übersicht der Stufen der moralischen Entwicklung nach Kohlberg (Thomas und Feldmann 2002, S. 246)	33
1.3	Eine Darstellung der psychosexuellen Stadien in der kindlichen Entwicklung nach Freud (Thomas und Feldmann 2002, S. 109)	36
1.4	Eine Übersicht über die psychosozialen Krisen im Laufe der menschlichen Entwicklung nach Erikson (Thomas und Feldmann 2002, S. 140–141)	38
2.1	Soziodemografische Daten der Kinderärzte	87
2.2	Der Einfluss des Alters und der beruflichen Erfahrung von Kinderärzten auf die allgemeine Meinung zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin	102

Abbildungsverzeichnis

1.1	Fallvignette 1, Frage 1	
	"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?"	59
1.2	Fallvignette 1, Frage 2	
	"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des Minderjährigen zu entsprechen?"	60
1.3a	Fallvignette 1, Frage 3a	
	"Der/die Minderjährige hat durch seine Krankheit schon viel Krankenhauserfahrung gesammelt und weiß viel über seine Krankheit."	60
1.3b	Fallvignette 1, Frage 3b	
	"Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit."	61
1.3c	Fallvignette 1, Frage 3c	
	"Der/die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt."	61
1.3d	Fallvignette 1, Frage 3d	
	"Sie kennen den/die Minderjährige/n schon lange."	62
1.3e	Fallvignette 1, Frage 3e	
	"Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen."	62
1.3f	Fallvignette 1, Frage 3f	
	"Der Minderjährige ist ein Junge."	63
1.3g	Fallvignette 1, Frage 3g	
	"Die Minderjährige ist ein Mädchen."	63
2.1	Fallvignette 2, Frage 1	
	"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?"	64
2.2	Fallvignette 2, Frage 2	
	"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?"	65
2.3a	Fallvignette 2, Frage 3a	
	"Der/die Minderjährige hat durch seine Krankheit schon viel Krankenhauserfahrung gesammelt und weiß viel über seine Krankheit."	65
2.3b	Fallvignette 2, Frage 3b	
	"Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit."	66
2.3c	Fallvignette 2, Frage 3c	
	"Der/die Minderjährige ist in intellektuell weit entwickelt."	66
2.3d	Fallvignette 2, Frage 3d	
	"Sie kennen den/die Minderjährige/n schon sehr lange."	67
2.3e	Fallvignette 2, Frage 3e	
	"Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen."	67
2.3f	Fallvignette 2, Frage 3f	

	"Der Minderjährige ist ein Junge."	68
2.3g	Fallvignette 2, Frage 3g	
	"Die Minderjährige ist ein Mädchen."	68
3.1	Fallvignette 3, Frage 1	
	"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?"	69
3.2	Fallvignette 3, Frage 2	
	"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?"	70
3.3a	Fallvignette 3, Frage 3a	
	"Der/die Minderjährige hat durch seine Krankheit schon viel Krankenhauserfahrung gesammelt und weiß viel über seine Krankheit."	70
3.3b	Fallvignette 3, Frage 3b	
	"Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit."	71
3.3c	Fallvignette 3, Frage 3c	
	"Der/die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt."	71
3.3d	Fallvignette 3, Frage 3d	
	"Sie kennen den/die Minderjährige/n schon sehr lange."	72
3.3e	Fallvignette 3, Frage 3e	
	"Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen."	72
3.3f	Fallvignette 3, Frage 3f	
	"Der Minderjährige ist ein Junge."	73
3.3g	Fallvignette 3, Frage 3g	
	"Die Minderjährige ist ein Mädchen."	73
4.1	Fallvignette 4, Frage 1	
	"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?"	74
4.2	Fallvignette 4, Frage 2	
	"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?"	74
4.3a	Fallvignette 4, Frage 3a	
	"Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit."	75
4.3b	Fallvignette 4, Frage 3b	
	"Der/die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt."	75
4.3c	Fallvignette 4, Frage 3c	
	"Sie kennen den/die Minderjährige/n schon sehr lange."	76
4.3d	Fallvignette 4, Frage 3d	
	"Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen."	76
4.3e	Fallvignette 4, Frage 3e	

	"Der Minderjährige ist ein Junge."	77
4.3f	Fallvignette 4, Frage 3f	
	"Die Minderjährige ist ein Mädchen."	77
5.1	Fallvignette 5, Frage 1	
	"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?"	78
5.2	Fallvignette 5, Frage 2	
	"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch der Minderjährigen zu entsprechen?"	78
5.3a	Fallvignette 5, Frage 3a	
	"Die Minderjährige weiß über ihre Situation Bescheid und hat sich mit dem Thema Schwangerschaft auseinandergesetzt."	79
5.3b	Fallvignette 5, Frage 3b	
	"Die Minderjährige ist in ihrer emotionalen Reife schon sehr weit."	80
5.3c	Fallvignette 5, Frage 3c	
	"Die Minderjährige ist intellektuell schon weit entwickelt."	80
5.3d	Fallvignette 5, Frage 3d	
	"Sie kennen die Minderjährige schon sehr lange."	81
5.3e	Fallvignette 5, Frage 3e	
	"Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zur Minderjährigen."	81
6.1	Fallvignette 6, Frage 1	
	"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?"	82
6.2	Fallvignette 6, Frage 2	
	"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch dem/des Minderjährigen zu entsprechen?"	82
6.3a	Fallvignette 6, Frage 3a	
	"Das Kind hat eine Traumatisierung während einer früheren ärztlichen Behandlung erfahren."	83
6.3b	Fallvignette 6, Frage 3b	
	"Als Arzt sollte man keine/n Minderjährige/n in diesem Alter zu etwas zwingen, das er/sie nicht möchte."	84
6.3c	Fallvignette 6, Frage 3c	
	"Sie kennen den/die Minderjährige schon sehr lange."	84
7.1	„Die Meinung eines/einer Minderjährigen in der Medizin sollte in jedem Fall gehört werden.“	88
7.2	"Der/die Minderjährige hat ab dem Schulkindalter ein Recht, seine/ihre Interessen selbst zu vertreten."	88
7.3	"Ich würde keine/n Minderjährige/n ab dem Schulkindalter zu einer	

	Behandlung zwingen."	89
7.4	„Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Kind würde ich immer der Entscheidung der Eltern folgen.“	89
7.5	"Das Recht von Minderjährigen, ihre Interessen selbst zu vertreten, wird in der Kinderheilkunde zurzeit ausreichend berücksichtigt."	90
7.6	Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zustimmung zur Aussage: "Die Meinung eines/einer Minderjährigen in der Medizin sollte in jedem Fall gehört werden."	97
7.7	Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zustimmung zur Aussage: "Der/die Minderjährige hat ab dem Schulkindalter ein Recht, seine/ihre Interessen selbst zu vertreten."	98
7.8	Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zustimmung zur Aussage: "Ich würden keine/n Minderjährige/n ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung zwingen."	98
7.9	Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zustimmung zur Aussage: "Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Minderjährigen würde ich immer der Entscheidung der Eltern folgen."	99
7.10	Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zustimmung zur Aussage: "Das Recht von Minderjährigen, ihre Interessen selbst zu vertreten, wird in der Kinderheilkunde zurzeit ausreichend berücksichtigt."	100

1 Einleitung und Fragestellung

1.1 Einleitung und Überblick

Die 13-jährige Hannah erkrankte im Alter von fünf Jahren an Leukämie und wurde daraufhin acht Jahre mittels Chemotherapie behandelt. Als Folge der zytostatischen Therapie entwickelte das Mädchen eine Herzmuskelschwäche, welche ohne eine Herztransplantation einen letalen Ausgang bedeuten würde. Hannah lehnte diese lebensrettende Maßnahme entgegen der Ratschläge ihrer Ärzte jedoch ab, weil sie ihr Leben nicht weiter in einem Krankenhaus, sondern in ihrem gewohnten Umfeld mit ihrer Familie verbringen wollte. Dem Wunsch des Mädchens folgte wegen Kindeswohlgefährdung ein gerichtlicher Prozess.¹

Dieser Fall, der 2008 durch die Medien publik gemacht wurde, ist ein Beispiel für einen moralischen Konflikt, dem die folgende Dissertation gewidmet ist.

Während der Begriff der Kindeswohlgefährdung juristisch definiert ist², unterliegt das Kindeswohl selber bisher keiner Determinierung. Gleiches gilt für den Kindeswillen, der mehr und mehr Beachtung findet. Er kann verstanden werden als nachdrückliche Meinungsäußerung des Kindes, die wiederholt vorgetragen wird und für das Kind eine besondere emotionale Bedeutung hat. Ist der Kindeswille als ein Teil des Kindeswohls zu verstehen oder muss er separat von diesem betrachtet werden? Hängt der Kindeswille mit dem Kindeswohl zusammen, d. h. kann es durch eine Missachtung des Kindeswillens zu einer Gefährdung des Kindeswohls kommen? Es ist notwendig, die ethische Stellung des Kindes in der Medizin vor dem Hintergrund der Begriffe Kindeswohl und Kindeswillen zu klären.

Aus unzureichenden Begriffsdefinitionen können sich praktische Probleme ergeben, die insbesondere die Kinderärzte³ betreffen. Praktische Probleme ergeben sich vor allem in Fällen wie dem der Hannah Jones, nämlich wenn ein Kind eine andere Meinung bezüglich Therapieentscheidungen hat als seine Eltern und/oder der Kinderarzt.

Im Rahmen dieser Dissertation soll der Begriff des Kindeswillens vom Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit beziehungsweise Einwilligungsfähigkeit unterschieden und Zusammenhänge aufgezeigt werden.

¹ Vgl.: Becker 2008 (<http://www.welt.de/vermischtes/article2713185/Hannah-Jones-darf-nun-nach-ihrem-Willen-sterben.html>) (zuletzt aufgerufen am 02.08.2012)

² § 1666 BGB, Absatz 1: „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes [...] gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.“ (Vgl.: http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/___1666.html - zuletzt aufgerufen am 25.09.2012)

³ Das männliche Genus wird im Verlauf – mit Ausnahme des Faktoriellen Survey – zumeist synonym für beide Geschlechter verwendet.

Im juristischen Kontext werden zur Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger folgende Grenzen gesetzt: In der Bundesrepublik Deutschland ist ein Minderjähriger in der Regel unter 16 Jahren rechtlich einwilligungsunfähig, das heißt, die Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen werden durch gesetzliche Vertreter, z.B. die Eltern, getroffen. Ab einem Alter von 16 Jahren kann bei einem Minderjährigen in Deutschland in der Regel Selbstbestimmungsfähigkeit angenommen werden. Im Alter zwischen 14 und 16 Jahren kann der Arzt im Einzelfall prüfen, ob der Minderjährige in der Lage ist, die Entscheidung zu einer medizinischen Maßnahme selbstbestimmt zu treffen. Unter 14 Jahren gelten Minderjährige üblicherweise als einwilligungsunfähig. Wenngleich in vergleichbaren Ländern wie dem United Kingdom, den USA oder Kanada ähnliche Altersgrenzen zur Einwilligungsfähigkeit gezogen werden, wird in diesen Ländern insgesamt mehr Spielraum zur Selbstbestimmungsfähigkeit bei Minderjährigen gewährt als in Deutschland. In Großbritannien kennt man z. B. die *Gillick Competence*, der zufolge auch minderjährige Patienten deutlich unter 16 Jahren ihre eigenen Interessen gegenüber Ärzten und Eltern in Gerichtsverfahren vertreten dürfen, wenn ihnen die hierfür notwendige Reife zugesprochen wurde. In den USA spricht man von einem *Emancipated Minor* und *Mature Minor*, wenn Minderjährigen unter 16 Jahren eine selbstständige Interessenvertretung, z.B. in medizinischen Behandlungen, gewährt werden kann. Jedoch basieren diese individuell getroffenen Entscheidungen zur Reife des Minderjährigen auf den kognitiven Fähigkeiten als einzigem Beurteilungsfaktor.

In der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 wird auch jüngeren Minderjährigen im Artikel 12 zumindest das Recht auf die Berücksichtigung ihrer Meinung zugesprochen. Wie ist mit Willensäußerungen von Minderjährigen unter 14 beziehungsweise 16 Jahren umzugehen? Es muss also differenziert werden zwischen den Begriffen der Selbstbestimmungsfähigkeit und des Kindeswillens. Die Selbstbestimmungsfähigkeit wird von den dargestellten Ländern mittels der kognitiven Reife beziehungsweise des Alters festgesetzt. Ab diesem Zeitpunkt ist der Minderjährige in der Lage, für sich und seine Belange autonom zu entscheiden. Der Kindeswillen, der in der vorliegenden Dissertation erörtert wird, kann sich jedoch schon deutlich früher ausbilden und bildet die Voraussetzung für die Entwicklung zu einem selbstbestimmten Erwachsenen.

Um die Frage nach Berücksichtigung des Kindeswillens zu beantworten, werden in der vorliegenden Dissertation zunächst die ethischen Grundlagen von Kindeswohl und Kindeswille beleuchtet. Diese setzen sich aus der menschenrechtlichen Perspektive der Kinder sowie aus den medizinrechtlichen Grundlagen zusammen. Medizinrechtlich werden einige für diese Thematik bedeutende Länder – Deutschland, das United Kingdom, die USA und Kanada – gegenübergestellt und miteinander verglichen. Des Weiteren werden die

psychosozialen Grundlagen der Selbstbestimmungsfähigkeit erörtert, um einen Einblick in die Entwicklung von Kindern zu geben. Es sollen die wichtigen ethischen Begrifflichkeiten – insbesondere die ethische Sicht auf die Selbstbestimmungsfähigkeit des minderjährigen Patienten sowie die Begriffe des Kindeswohls und Kindeswillens – geklärt werden.

Anschließend soll mittels einer empirischen Untersuchung in Form eines Faktoriellen Survey⁴ die Problematik in der Kinderheilkunde dargestellt werden. In der vorliegenden Dissertation wird zunächst geprüft, ob die genannte Problematik in der Praxis deutscher Kinderärzte als solche wahrgenommen wird. Es wird untersucht, ob Kinderärzte den Kindeswillen in der Medizin als ausreichend berücksichtigt empfinden und ob diese der Meinung sind, dass Kinder schon früher, beispielsweise zwischen 8 und 14 Jahren, ein Recht auf die eigenständige Vertretung ihrer Interessen haben sollen. Es stellt sich weiterhin die Frage, welchen Stellenwert der Kindeswille in der Kinderheilkunde einnimmt. Würden Kinderärzte den Willen eines Kindes gegen den Willen der Eltern beziehungsweise gegen ihre eigene Vorstellung vom besten Interesse des Kindes berücksichtigen oder würden sie ein Kind gegen dessen Willen zu einer Behandlung zwingen? Hat der Wille des Kindes oder der der Eltern nach der Meinung der Kinderärzte oberste Priorität? Ziel des Faktoriellen Surveys war es auch, jene Kriterien zu bestimmen, die die Entscheidung der Kinderärzte beeinflussen.

Im Anschluss soll vor dem Hintergrund der Ergebnisse der theoretischen und empirischen Analyse die ethische Problematik von Kindeswohl und Kindeswille in der Kinderheilkunde diskutiert werden.

Letztendlich soll ein Ausblick auf jene notwendigen Interventionen gegeben werden, die zu einer Lösung des ethischen Dilemmas führen können.

1.2 Fragestellung

Der Kindeswille wird sowohl von Juristen als auch von Ethikern für wichtig erachtet und sollte deshalb auch in der Kinderheilkunde und somit bei Therapieentscheidungen von Minderjährigen berücksichtigt werden. Der Kindeswille als Kriterium des Kindeswohls muss nach Dettenborn zielorientiert, intensiv, stabil und autonom sein, um unabhängig vom Alter als „begründet“ oder „reflektiert“ betrachtet werden zu können (Dettenborn 2010, S. 71). Zielorientiert ist der Kindeswille, wenn er als stimmungsunabhängig und gerichtet angesehen werden kann. Das Kind hat eine Vorstellung davon, wie es sein Ziel erreichen kann. Die Intensität nimmt mit der subjektiven Bedeutung zu. Das Kind soll seinen Willen nachdrücklich und entschieden verfolgen können. Weiterhin soll er von Stabilität zeugen und unter verschiedenen Umständen konstant bleiben. Der Kindeswille ist „Ausdruck der individuellen, selbstinitiierten Strebungen“ im Rahmen der Autonomieentstehung eines Kindes (Dettenborn

⁴ Mit Hilfe des Faktoriellen Survey, auch Vignettenanalyse genannt, werden den befragten Personen unterschiedliche Situationen in Form von Fallbeispielen vorgestellt, die sie anhand von vorgegebenen Aussagen und einer Beurteilungsskala bewerten sollen.

2010, S. 70–71). Der Kindeswille bildet somit die Grundlage in der Entwicklung des Kindes zu einem selbstbestimmten Erwachsenen. Betrachtet man den Kindeswillen als einen Teil des Kindeswohls, so bedeutet dies, dass das Kindeswohl durch die angemessene Berücksichtigung der Meinung des Minderjährigen gefördert wird.

In welchem Ausmaß das geschehen soll und wie mit Konflikten zwischen Kindeswohl und Kindeswillen umzugehen ist, ist, wie in den Kapiteln 2.4.5 und 2.4.6 dargestellt, jedoch bislang nicht eindeutig geregelt und führt zu den im Folgenden dargestellten Problematiken.

1.2.1 Die Problematik des Kindeswillens in der Kinderheilkunde

Gibt es ein Kindeswohl gegen den Kindeswillen? Durch die UN-Kinderrechtskonvention wird Minderjährigen das Recht der Berücksichtigung ihrer frei geäußerten Meinung zugesprochen. Hat die Nichtbeachtung des Kindeswillens einen Eingriff in das Kindeswohl zur Folge und wird der Kindeswille als Teil des Kindeswohls verstanden, so bedeutet dies folglich, dass eine Berücksichtigung des Kindeswillens das Kindeswohl fördert.

Was jedoch ist zu tun, wenn bei bestehendem Zusammenhang zwischen Kindeswohl und Kindeswille der Kindeswille nicht mit dem Kindeswohl vereinbar ist? Betrachtet man die Situation aus der Sicht der Eltern oder eines Kinderarztes, so würde die Ablehnung einer Behandlung durch einen Minderjährigen möglicherweise eine Gefährdung des Kindeswohls bedeuten, indem sich der Gesundheitszustand des Minderjährigen weiterhin verschlechtert. Sollte man bei einer solchen Gefährdung des Kindeswohls dann den Kindeswillen missachten, obwohl, wie oben dargestellt, die Berücksichtigung des Kindeswillens zu einer Förderung des Kindeswohls führt? Würde eine Missachtung des Kindeswillens nicht zu einer weiterführenden Verletzung des Kindeswohls führen? Oder darf das Kindeswohl in einer solchen Situation nicht mehr nur aus der Sicht der Eltern und des Kinderarztes betrachtet werden und muss aus Sicht des Minderjährigen neu definiert werden? Denn möglicherweise ist der Kindeswillen aus Perspektive des Minderjährigen zur Förderung des Kindeswohls von Bedeutung. Möglicherweise hat die Ablehnung einer Therapie für einen Minderjährigen positivere Konsequenzen als die Durchführung dieser und führt demnach zu einer aus der Kindesperspektive betrachteten subjektiven Verbesserung des Kindeswohls durch die Berücksichtigung des Kindeswillens, auch wenn sie aus der Perspektive der Eltern oder des Kinderarztes nicht gerechtfertigt ist.

Hat der Minderjährige also einen anderen Wunsch als seine Eltern beziehungsweise der Kinderarzt, so stellt sich die Frage, ob die Berücksichtigung seines Willens das Kindeswohl aus Sicht des Erwachsenen gefährdet oder aus Sicht des Minderjährigen fördert und ob in einer solchen Situation das Kindeswohl neu definiert werden muss.

1.2.2 Methodik

Ein Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Bedeutung dieses Konflikts für die Praxis der Kinderheilkunde zu untersuchen. Es gilt herauszufinden, ob die in Kapitel 1.2.1 genannte Problematik des Kindeswillens in der Kinderheilkunde tatsächlich auftritt und in der Praxis eine Rolle spielt.

Folgende Fragen sind dafür von Bedeutung: Wird der Kindeswille in der Medizin heute schon ausreichend berücksichtigt, und wie werden die Rechte von Minderjährigen in der Medizin von Kinderärzten aktuell beurteilt? Werden die Wünsche von Minderjährigen durch die Kinderärzte ernst genommen? Sind die Kinderärzte in der Praxis mit Konflikten konfrontiert, in denen der Minderjährige eine andere Meinung bezüglich einer Therapieentscheidung äußert als seine Eltern, und würden Kinderärzte in einem solchen Konfliktfall dem Wunsch des Minderjährigen folgen oder dem Wunsch der Eltern entsprechend handeln? Unter welchen Umständen halten die Kinderärzte den Kindeswillen für beachtlich? Ist dafür das Alter ausschlaggebend oder werden auch andere Kriterien berücksichtigt?

Diesen Fragen wird in der vorliegenden Dissertation folgender Methodik nachgegangen: Es wird eine systematische Analyse der rechtlichen und ethischen Voraussetzungen der Begriffe Selbstbestimmung, Kindeswohl und Kindeswille in der Medizin vorgenommen. Eine quantitativ-empirische Untersuchung soll die praktische Relevanz der Fragestellung überprüfen. In Kooperation mit der Landesärztekammer Niedersachsen wurde dazu ein Fragebogen entwickelt, dessen Aufbau an den eines Faktoriellen Survey angelehnt ist. Der Fragebogen richtete sich an niedersächsische Kinderärzte und beinhaltete Vignetten mit fiktiven Fallbeispielen, die sich an Fällen aus der kinderärztlichen Praxis orientieren. Es folgt eine kritische Diskussion der rechtlichen und ethischen Analyse im Zusammenhang mit den Ergebnissen des Faktoriellen Survey.

2 Grundlagen

2.1 Menschenrechte von Kindern

2.1.1 UN-Kinderrechtskonvention

Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes trat am 02. September 1990 in Kraft, nachdem es am 20. November 1989 von der Vollversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde.

Die Britin Eglantyne Jebb hatte schon Anfang des 20. Jahrhunderts aus Anlass des Ersten Weltkrieges für den Völkerbund die Children`s Charter entworfen. Der Völkerbund verabschiedete 1924 einen Text über die grundlegenden Rechte des Kindes auf Basis dieser Charta, diese erlangten aber keine rechtliche Verbindlichkeit und verloren letztendlich mit der Auflösung des Völkerbundes 1946 jegliche Gültigkeit. 1959 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen erneut eine Erklärung der Rechte des Kindes (Schweizerisches Komitee für UNICEF 2003). Der Begriff des Kindeswohls wurde eingeführt.⁵ Die Kinderrechtskonvention von 1989 ist das wichtigste Menschenrechtsdokument für Kinder, das diese als Personen mit eigenen Rechten verbindlich anerkennt (Liebel 2007, S. 39). Bis heute haben 192 Staaten die UN-Kinderrechtskonvention ratifiziert. Es fehlen Somalia und die USA.⁶

Ein Kind ist nach Artikel 1 der UN-Kinderrechtskonvention „[...] jeder Mensch, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, soweit die Volljährigkeit nach dem auf das Kind anzuwendenden Recht nicht früher eintritt.“ (UN-Kinderrechtskonvention 1989, Artikel 1)

Die vier Grundprinzipien der Konvention sind:

- 1) Das Recht auf Gleichbehandlung (Artikel 2)
- 2) Das Prinzip des besten Interesses des Kindes (Artikel 3)
- 3) Das Recht auf Leben und persönliche Entwicklung (Artikel 6)
- 4) Die Achtung vor der Meinung und dem Willen des Kindes (Artikel 12).

Während mit dem Prinzip des besten Interesses des Kindes die Förderung des Wohls des Kindes bei jeglichem staatlichen Handeln eingefordert wird, regelt Artikel 12 „Die Achtung vor der Meinung und dem Willen des Kindes“, dass dem Minderjährigen ein alters- und reifegemäßer Respekt zusteht sowie das Recht, seine Meinung frei äußern zu dürfen (Schmitz-Forte 2001).

„Die Staaten sollen sicher stellen, dass Kinder in Angelegenheiten, die sie selbst betreffen, mittelbar oder unmittelbar Einfluss auf Entscheidungen nehmen können.“ (Schmitz-Forte

⁵ Vgl. Resolution der Generalversammlung: Erklärung der Rechte des Kindes 1959 (<http://www.un.org/depts/german/gv-early/ar1386-xiv.pdf>) (zuletzt aufgerufen am 06.12.2011)

⁶ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend: <http://www.kinderrechte.gv.at/home/un-konvention/content.html> (zuletzt aufgerufen am 05.12.2011)

2001, S. 8).

Aus diesen Grundprinzipien ergeben sich die Einzelrechte, die in drei Gruppen eingeteilt werden können: die Versorgungsrechte (Artikel 7–8, 23–29), die Schutzrechte (Artikel 19–22, 30, 32–38) und die Informations- und Partizipationsrechte. (Artikel 12–17, 31). Das Partizipationsrecht ist im Zusammenhang dieser Arbeit von besonderer Bedeutung. Denn Artikel 12 besagt: „Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife.“ (UN-Kinderrechtskonvention 1989, Artikel 12.1).

In Artikel 13 wird dem Kind überdies ein Recht auf freie Meinungsäußerung zugesprochen. „Dieses Recht schließt die Freiheit ein, ungeachtet der Staatsgrenzen Informationen und Gedankengut jeder Art [...] zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben.“ (UN-Kinderrechtskonvention 1989, Artikel 13.1).

Die Konvention sieht Kinder also nicht als unmündige Mitglieder unserer Gesellschaft, die der Gewalt der Eltern oder des Staates unterstellt sind, sondern gesteht ihnen auch im Bereich der Partizipation individuelle Rechte zu. Sie definiert damit Grundrechte, die völkerrechtlich verbindlich sind. Kinder sollen als Persönlichkeiten mit Recht auf die Wahrnehmung der eigenen Interessen angesehen werden. Diese Interessen müssen stellvertretend durch staatliche Institutionen geschützt werden (Schmitz-Forte 2001).

2.1.2 Die Wandlung im Verständnis der Kindheit – Emanzipation oder Schutz des Kindes?

Die Sicht auf die Kindheit hat sich in den letzten Jahrzehnten vor allem in den westlichen Industrienationen deutlich gewandelt. Es stellt einen großen Fortschritt in der Geschichte unserer Gesellschaft dar, dass mittlerweile auch Minderjährigen grundlegende Menschenrechte zustehen. Sie sind nicht mehr nur ausschließlich den Entscheidungen der Erziehungsberechtigten unterworfen und werden als eigenständige Persönlichkeiten mit einem Recht auf die Wahrnehmung ihrer Interessen angesehen.

Der Begriff „Kind“ beschreibt eine unmündige Person, die durch Hilfe von Erwachsenen zu einem eigenständigen Individuum heranwächst. Dieses neue Verständnis von Kindheit war eine Voraussetzung für die Entwicklung der Kinderrechte. Es entwickelte sich im Laufe des 18. Jahrhunderts im Europa der Aufklärung. Die Idee, dass Kinder eigene Rechte haben könnten, entstand ebenfalls in diesem Zeitalter, wurde aber im Rahmen der Erklärung der Menschen- und Bürgerrechte der Französischen Revolution von 1789 – die ja auch Rechte von Frauen aussparte – noch nicht als Grundsatz festgelegt. Während die allgemeinen

Menschenrechte die Freiheit des Menschen zur Grundlage hatten, stand in der Entwicklung der Kinderrechte der Schutz des Kindes vor seiner Freiheit im Vordergrund. Dieser Schutz des Kindes bildete die vorrangige Tendenz in der Entwicklung der Kinderrechte. Die Durchsetzung gleicher Rechte von Kindern und deren aktive Mitwirkung in der Gesellschaft stellten weitere wichtige, jedoch erst in letzter Zeit mit Nachdruck verfolgte Ziele dar. Als erstes internationales Abkommen zum Schutz der Kinder gilt die Genfer Deklaration der Rechte des Kindes von 1924, in der sich die Mitgliedsstaaten dazu verpflichteten, „für die Kinder das Beste anzustreben“. Dies stellte jedoch lediglich eine Verpflichtung der Erwachsenen gegenüber Kindern dar und beließ das Kind weiterhin in deren Abhängigkeit. Der Schutz des Kindes stand hier noch im Mittelpunkt. Die Autonomie des Kindes und seine Rolle in der Gesellschaft wurden unbeachtet gelassen (Liebel 2007, S. 16). Erste Kinderrechtsbewegungen, die die Selbstbestimmung, Partizipation und Gleichberechtigung des Kindes als Bürger eines Staates zum Ziel hatten, entstanden dennoch parallel dazu Anfang des 20. Jahrhunderts. Der Verein „Freie Erziehung der Kinder“, welcher während der Russischen Revolution 1917/1918 ins Leben gerufen wurde, gilt als Pionier dieser Bewegung. Er propagierte im Rahmen der Konferenz „Organisation für Kulturelle Aufklärung“ 1918 in Moskau eine „Deklaration der Rechte des Kindes“. Diese bezweckte nicht mehr nur, Kinder zu schützen, sondern auch ihre Gleichberechtigung voranzutreiben und die Rolle des Kindes unabhängig vom Alter in Gesellschaft und Politik zu stärken. Der Vorschlag der Deklaration wurde in der Moskauer Konferenz nicht verabschiedet (Liebel 2007, S. 18–21). Erst in den 70er-Jahren wurde dieses Thema der Kinderrechtsbewegung im Sinne der *Child Liberation* in den USA erneut aufgegriffen. Kinder sollten als Teil der Gesellschaft angesehen werden, eine Infantilisierung des Kindes wurde abgelehnt. Kinder galten neben Schwarzen und Frauen als unterdrückte Gruppe in der westlichen Gesellschaft. Ihre Befreiung sollte Ausdruck der Emanzipation der gesamten Menschheit darstellen. Neben der Institution Familie, der unterstellt wurde, nicht nur Frauen, sondern vor allem Kinder zu unterdrücken, galt unter den *Liberationists* auch die Schule als „tyrannische Institution“ (Archard 2004, S. 70). Es wurde die nicht-autoritäre, kooperative Erziehung gefordert, welche es Kindern erlauben sollte, ihrem Wesen Ausdruck zu geben. Die moderne Unterscheidung zwischen Kindheit und Erwachsensein galt den *Liberationists* als falsche Ideologie und Ursache für Unterdrückung und Diskriminierung. Sie forderten daher Rechte für Kinder, die bis dahin nur Erwachsenen zustanden. Ihr Ideal bestand in der Selbstbestimmung und Freiheit der Kinder, welche diese zu eigenem Handeln befähigen sollten. Die wichtigsten Vertreter der *Liberationists* waren Richard Farson, Autor von „Birthrights“ (1974), und John Holt, Autor von „Escape from Childhood“ (1974) (Archard 2004). Farson forderte Freiheits- und Beteiligungsrechte für Kinder, die auch Erwachsenen zustanden (Surall 2009). Diese beinhalteten das Recht zu wählen und zu arbeiten, das Recht auf eigenen Besitz und das

Recht auf sexuelle Freiheit. Er kritisierte, dass die damaligen Grundrechte der Kinder – das Recht auf Gesundheit, Bildung und Schutz vor Gewalt – lediglich dem Schutz des Kindes im Sinne eines Paternalismus dienen: „This is the way of protecting children, not protecting their rights.“ (Archard 2004, S. 72)

Holt übertraf die Forderungen Farsons noch, indem er Kindern zusätzlich das Recht auf Arbeit statt Schule und auf freien Drogenkonsum zusprach. Er stellte sich radikal gegen das Konzept der Kindheit und dessen Unterscheidung zwischen Kindheit und Erwachsensein sowie gegen die Vorstellung von der Kindheit als eigenem Lebensabschnitt (Surall 2009).

Sowohl Farson als auch Holt forderten gleiche Rechte für Kinder jeden Alters „from birth to adulthood“ (Archard 2004, S. 72). Die Beschreibung kindlichen Verhaltens (*Childishness*), durch Verletzlichkeit und Hilflosigkeit gekennzeichnet, stellte für beide ein ideologisches Konstrukt dar und erfasste nicht das Wesen des Kindes. Farson und Holt als Vertreter der *Liberationists* zufolge sollte das Recht auf Selbstbestimmungsfähigkeit jedem Kind zuteil werden, das davon Gebrauch machen wolle (Archard 2004, S. 74).

Die Gegenseite zu den *Children`s Liberationists* bildeten die Vertreter der *Caretaker Thesis*, die besagte, dass Kinder nicht autonom entscheiden und durch einen *Caretaker* vertreten werden sollten, der in der Lage sei, sich für ihr Wohl einzusetzen. *Caretaker* seien in der Regel die Eltern des Kindes, die paternalistisch handeln müssten, da das Kind noch keine ausreichenden kognitiven Fähigkeiten für eine autonome Entscheidung besitze. Grundsätzlich gelte, dass der *Caretaker* jedoch so entscheiden solle, wie das Kind selbst entscheiden würde, wäre es schon erwachsen: „The caretaker chooses for the child in the person of the adult which the child is not yet but will eventually be.“ (Archard 2004, S. 78).

Als Vertreter der *Caretaker Thesis* gilt Laura Purdy. Sie sieht die Kindheit als wichtige Phase im Leben eines Menschen an. Ziel der Entwicklung eines Kindes ist es, ein selbstbestimmter Erwachsener zu werden. In dieser Entwicklung müssten Kinder geschützt und unterstützt werden. Im Rahmen dieser Entwicklung muss das Kind erst die kognitiven Fähigkeiten erwerben, die nötig sind, um selbstbestimmt handeln zu können. Die Fähigkeit zur Selbstbestimmung beinhaltet die Fähigkeit zur Selbstreflexion, welche durch die Entwicklung des Charakters ausgebildet wird. Es ist nicht möglich, diese Bildung des persönlichen Charakters zu umgehen. Die *Caretaker* – in der Regel die Eltern – haben die Aufgabe, positiv auf die Charakterbildung des Kindes einzuwirken. Die Talente des Kindes und seine Fähigkeit zur Selbstverwirklichung sollten durch die *Caretaker* gefördert und gestärkt werden. Die Aufgabe eines guten *Caretakers* besteht demnach darin, die Persönlichkeit eines Kindes zu erkennen und dessen offene Zukunft sicher zu stellen (Archard 2004, S. 83–84).

Die *Caretaker Thesis* gibt eine Anleitung, um aus Kindern selbstbestimmte Erwachsene werden zu lassen, gesteht den Kindern aber keine frühen Beteiligungsrechte zu, denn „it is in

a child`s own interest not to be self-determining“ (Archard 2004, S. 84).

Eine Haltung, welche eine Mittelstellung zwischen den *Liberationists* und den *Caretakern* einnimmt, vertritt unter anderem Johannes Giesinger. Er erachtet es zwar als sinnvoll, Kinder als Träger von Rechten zu sehen, empfindet es jedoch nicht als richtig, die Eltern-Kind-Beziehung, welche unter anderem von Fürsorge und Liebe angetrieben wird, allein unter der Perspektive von Rechten zu betrachten (Giesinger 2007). Es sei zwar wichtig, Kindern gewisse Rechte zuzuschreiben, jedoch solle man ihnen keine vollen Autonomierechte einräumen.

Giesinger beschreibt die Aufgabe von Erziehung eines Kindes ähnlich wie die Vertreter der *Caretaker*-Auffassung, geht dabei aber einen Schritt weiter, indem er nicht nur den zukünftigen Erwachsenen in der Erziehung des Kindes zum Maßstab nimmt, sondern auch die Interessen des Kindes während der Kindheit berücksichtigt: „The child should be respected as a child, in his present individuality; and the child should be respected as a future adult, that is, in his potential to develop valuable capacities, among them the capacity for (discursive) autonomy.“ (Giesinger 2012, S. 11). Schon während der Kindheit, im Verlauf der Erziehung, sollen die individuellen Bedürfnisse, Meinungen und Wünsche des Kindes berücksichtigt werden. Eltern sollen als Erzieher demnach die Individualität des Kindes berücksichtigen und ernst nehmen. Ziel soll es sein, einen positiven Einfluss auf die Entwicklung des Kindes zum zukünftigen selbstbestimmten Erwachsenen zu nehmen. Giesinger stellt deshalb in seinem Aufsatz „Respect in Education“ die Achtung des Kindes während der Erziehung in den Mittelpunkt. Jemandem Achtung zu erweisen beziehungsweise ihn zu respektieren setzt eine vorhandene Selbstachtung (*Self-respect*) der Person voraus, die wiederum die Fähigkeit verleiht, Forderungen zu stellen beziehungsweise seine Meinung zu vertreten. Kindern fehlt diese Selbstachtung zunächst, sie muss während der Erziehung ausgebildet und gefördert werden. Auch die Selbstbestimmungsfähigkeit des Kindes ist in der Phase der Erziehung noch nicht ausgebildet. Um das Kind dennoch in Entscheidungen einzubeziehen, die sein eigenes Leben betreffen, hält Giesinger es für richtig, die Wünsche und Meinungen des Kindes zu berücksichtigen, sowie dem Kind auch Gründe darzulegen, wenn manche Wünsche nicht berücksichtigt werden können. Das Kind soll wissen, dass es Forderungen stellen kann und Respekt verdient. Diese Achtung des Kindes hat wiederum positiven Einfluss auf die Entwicklung seiner Selbstachtung, die Giesinger als Voraussetzung zur Entwicklung eines selbstbestimmten Erwachsenen ansieht. Nur wenn ein Kind sich seines „normativen Status“ bewusst ist, ist es in der Lage, sich selbst zu reflektieren und zu einem selbstbestimmten Erwachsenen zu entwickeln, der seine Meinung frei vertreten kann (Giesinger 2012, S. 9–11). Während Vertreter der *Caretaker Thesis* wie Laura Purdy das Entscheidungsrecht vollständig den Eltern übertragen, um dem Kind den Schutz zu bieten, den es in der Entwicklung zum autonomen Erwachsenen

benötigt, bezieht Giesinger eine Mittelposition zwischen den *Child Liberationists* und den Vertretern der *Caretaker Thesis*, indem er zwar den notwendigen Schutz durch die Eltern für wichtig erachtet, dem Kind jedoch eine gewisse Entscheidungsfähigkeit zuspricht. Er betrachtet dies als positiven Einfluss im Hinblick auf die Zukunft des Kindes als selbstbestimmten Erwachsenen (Giesinger 2012).

2.2 Medizinrechtliche Grundlagen zur Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger

2.2.1 Rechtlicher Rahmen in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland sind gemäß § 1629 Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) die Eltern die gesetzlichen Vertreter des Minderjährigen bis zum Erreichen der uneingeschränkten Geschäftsfähigkeit durch die Volljährigkeit mit 18 Jahren. Die Einwilligung des Minderjährigen, die auch für medizinische Behandlungen von Bedeutung ist, ist durch das BGB nicht geregelt.

2.2.1.1 Geschäftsfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit

Nach deutschem Recht gibt es eine Differenz zwischen der Geschäftsfähigkeit und der Einwilligungsfähigkeit des jungen Menschen (Dierks et al. 1995). Unter der Geschäftsfähigkeit versteht man die Fähigkeit, Rechtsgeschäfte wirksam vorzunehmen; hierbei lassen sich drei Gruppen unterscheiden: Die Geschäftsunfähigkeit bei Minderjährigen vor Vollendung des 7. Lebensjahres, die beschränkte Geschäftsfähigkeit von Minderjährigen zwischen dem 7. und dem 18. Lebensjahr und die volle Geschäftsfähigkeit von Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben (Dierks et al. 1995). Wer unter 18 Jahre alt ist, kann folglich beim Aufsuchen eines Arztes rechtlich gesehen keinen Behandlungsvertrag abschließen. Tut er dies jedoch im Wissen seiner Eltern, kann er als Bote oder Vertreter dieser agieren und den Behandlungsvertrag somit gültig erfüllen (Rothärmel 2004, S.55–56). Von der Geschäftsfähigkeit zu unterscheiden ist die Einwilligungsfähigkeit, welche die Fähigkeit bezeichnet, „Wesen, Tragweite und Bedeutung eines ärztlichen Eingriffs“ zu verstehen (Dierks et al. 1995, S. 76). „Bei Minderjährigen ist die Einwilligung zum Eingriff im Regelfall von den Eltern [...] einzuholen. [...] Jugendliche unter 18 Jahren haben jedoch in der Regel die Befugnis zur Einwilligung, wenn sie hinreichend reif sind, die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestaltung zu ermessen.“ (Narr 1994, S. 456).

Die Altersgrenzen der Geschäftsfähigkeit sind nicht bindend für die Einwilligungsfähigkeit. Diese kann demnach nicht automatisch der Geschäftsfähigkeit angepasst werden, denn „die Kompetenz, Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten zu treffen, hängt nicht von der

Geschäftsfähigkeit ab. Ausreichend für die wirksame Erteilung der Einwilligung in die Heilbehandlung ist [...] die Einwilligungsfähigkeit.“ (Rothärmel 2004, S. 61).

„Grundsätzlich ist jeder geistig gesunde Erwachsene, der älter als 18 Jahre ist, zur Einwilligung befugt. Jedoch können auch Personen, die älter als 14 und insbesondere solche, die älter als 16 Jahre sind, einwilligungsfähig sein. Voraussetzung dafür ist, dass der Jugendliche die Bedeutung und die Tragweite der Behandlung und ihrer Gefahren übersehen kann und nicht vorschnell oder unvernünftig entscheidet.“ (Deutsch und Spickhoff 2008, S. 168–169).

Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff bedeutet nicht nur die Zustimmung zur vorgeschlagenen Behandlung, sondern beinhaltet auch eine Einwilligung in die damit verbundene Gefahr. Dies bedeutet, dass der Patient auf eigene Gefahr handelt, beziehungsweise handeln lässt. Eine Zustimmung zu Behandlungsfehlern wird damit jedoch nicht erteilt, das heißt, der Patient willigt nur in die durchzuführende Therapie, nicht in die späteren Behandlungsfolgen ein.

Die Einwilligung ist kein „Rechtsgeschäft“, sondern lediglich die „willentliche Erklärung, dass im Rahmen der ärztlichen Behandlung in bestimmter Weise auf Personengüter⁷ eingewirkt werden darf.“ (Deutsch und Spickhoff 2008, S. 168). Diese setzt eine wirksame Aufklärung, im Idealfall eine Zusammenarbeit von Arzt und Patient in der Entscheidungsfindung voraus. Der internationale Begriff für die Einwilligung nach Aufklärung lautet *Informed Consent*. (Deutsch und Spickhoff 2008).

Da die Einwilligung kein „Rechtsgeschäft“, sondern eine „höchstpersönliche“ Handlung darstellt (Deutsch und Spickhoff 2008, S. 499–500), erfolgt diese nur so lange durch die Vertretung der Eltern, bis der Minderjährige reif ist, Entscheidungen selbst zu treffen, sobald er also in der Lage ist, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung zu verstehen. Der Minderjährige kann deshalb trotz eingeschränkter Geschäftsfähigkeit einwilligungsfähig sein.

2.2.1.2 Selbstbestimmungsfähigkeit in der BRD

In Deutschland wird neben der Volljährigkeit mit 18 Jahren die Grenze der Selbstbestimmungsfähigkeit oft bei einem Alter von 16 Jahren gezogen, diese „muss aber in einzelnen Bereichen der Medizin [...] grundsätzlich schon früher angesetzt werden.“ (Deutsch und Spickhoff 2008, S. 500) „Feste Altersgrenzen gibt es [...] nicht, weshalb die Frage der Einwilligungsfähigkeit fortlaufender Überprüfung bedarf.“ (Dierks et al. 1995, S. 76) Ist der Minderjährige im Alter zwischen 14 und 18 Jahren, liegt es in der Bundesrepublik

⁷ Personengüter, auch Persönlichkeitsrechte: Schutz der Ehre, Schutz der Privat- und Intimsphäre, Recht am eigenen Bild, der eigenen Stimme und dem gesprochenen Wort, Recht auf Selbstbestimmung, wie man in der Öffentlichkeit dargestellt werden will, Recht auf Verschonung von der Unterschreibung nicht getätigter Äußerungen, Recht auf informationelle Selbstbestimmung, Grundrecht der Vertraulichkeit und Integrität von informationstechnischen Systemen (Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland 1949)

Deutschland im Ermessen des behandelnden Arztes, zu prüfen, ob die Reife und Fähigkeit bei dem Minderjährigen vorhanden ist, die „Tragweite des Eingriffs für Körper, Beruf und Lebensglück“ zu begreifen (Dierks et al. 1995, S. 76). Unter 14 Jahren wird der Minderjährige in Deutschland jedoch als einwilligungsunfähig angesehen und muss somit durch die Eltern vertreten werden (Dierks et al. 1995).

Ein weiteres Kriterium zur Prüfung der Einwilligungsfähigkeit ist die Schwere eines Eingriffs an einem Minderjährigen:

„Je schwerwiegender, je weniger dringlich, je unübersehbarer in seinen Risiken und Folgen ein Eingriff und je jünger der Patient ist, desto eher fehlt die Einwilligungsmündigkeit des Jugendlichen.“ (Dierks et al. 1995, S. 77). Handelt es sich folglich um einen Routineeingriff, so wird dem Minderjährigen eher die Fähigkeit zugesprochen, in diese Behandlung einzuwilligen oder sie abzulehnen. Eine Besonderheit ergibt sich bei der Behandlung von schweren Erkrankungen, beispielsweise Tumorerkrankungen bei Kindern, denn gerade minderjährige Patienten wachsen im Verlauf der langen Erkrankung in die Einwilligungsfähigkeit hinein. Ulsenheimer argumentiert deshalb: „Wenn der Jugendliche aufgeklärt ist, die vorgeschlagene Therapie die einzige Chance auf Lebensrettung darstellt und die Folgen seiner Entscheidung für ihn übersehbar sind, sollte selbst einem 14-jährigen die ausschließliche Einwilligungskompetenz zuerkannt werden.“ (Ulsenheimer 2008, S. 155). Auch bei Eingriffen mit „lebensgestaltendem Charakter“ wird einem Minderjährigen eher die Fähigkeit zugesprochen, entscheidungskompetent zu sein. Zweifel an der Einwilligungsfähigkeit sind dann berechtigt, wenn die Erklärung des Minderjährigen „jeder Vernunft entbehrt oder aus [...] purem Widerspruchsgeist getroffen wird“ (Dierks et al. 1995, S. 77).

Wie ist die rechtliche Lage in der Bundesrepublik, wenn der einwilligungsfähige Minderjährige einen anderen Wunsch äußert als seine Eltern?

Treffen die Eltern eine andere Therapieentscheidung als ein einwilligungsfähiger Minderjähriger, so liegt die alleinige Entscheidungsmacht bei dem Minderjährigen. Dies gilt sowohl bei der Ablehnung einer Therapie entgegen dem Wunsch der Eltern, als auch bei einer Zustimmung. Lehnt der Minderjährige die Therapie ab, darf der Arzt diese nicht gegen dessen Willen vornehmen, da er sich sonst wegen „vorsätzlicher Körperverletzung, Nötigung und Freiheitsberaubung“ schuldig machen würde (Dierks et al. 1995, S. 86).

Das Selbstbestimmungsrecht des einwilligungsfähigen Minderjährigen markiert in der Bundesrepublik Deutschland folglich die Grenze des elterlichen Sorgerechts bei medizinischen Entscheidungen, was bedeutet, dass gegen dessen Willen keine Therapie vorgenommen werden darf. Im Fall der Einwilligungsunfähigkeit eines Minderjährigen entscheiden die Eltern zum Wohl des Kindes, wobei diese Entscheidung zusammen mit dem Arzt getroffen werden sollte (Dierks et al. 1995). Auf Grund des Persönlichkeitsrechtes muss

der Minderjährige aber in jedem Fall aufgeklärt werden, auch wenn er noch nicht einwilligungsfähig ist. Bei Minderjährigen unter 10 Jahren beinhaltet die Aufklärung zumindest den Verlauf der Therapie, über 10 Jahren zusätzlich mögliche Risiken der Behandlung (Deutsch und Spickhoff 2008, S. 501). Wird ohne vorherige Aufklärung an einem minderjährigen Patienten eine Behandlung durchgeführt, macht man sich wegen Körperverletzung nach § 223 StGB strafbar (Rothärmel 2004, S. 69).

Zusammengefasst darf der Minderjährige, Einwilligungsfähigkeit vorausgesetzt, ab 16 Jahren Maßnahmen eigenverantwortlich zustimmen, sie jedoch auch ablehnen, selbst wenn sie lebensrettend sein können. Eine unterschiedliche Behandlung von Zustimmung und Ablehnung gibt es nicht (Deutsch und Spickhoff 2008). Unter 14 Jahren wird der Minderjährige als einwilligungsunfähig angesehen und durch seine Eltern vertreten. Liegt das Alter im Zeitraum zwischen vorausgesetzter Einwilligungsunfähigkeit und Einwilligungsfähigkeit, so liegt es im Ermessen des behandelnden Arztes, zu entscheiden, ob der Minderjährige als einwilligungsfähig angesehen werden kann (Dierks et al. 1995).

2.2.2 Rechtlicher Rahmen im United Kingdom: Schottland

Der rechtliche Rahmen zur Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger unterscheidet sich im United Kingdom innerhalb der Einzelstaaten. Während England, Wales und Nordirland ähnliche Rechte aufweisen, setzt Schottland die Grenze der Einwilligungsfähigkeit niedriger an als die drei anderen Mitgliedsstaaten des Vereinigten Königreichs.

In Schottland hat eine Person bereits ab dem 16. Lebensjahr das Recht, wie ein Erwachsener medizinischen Entscheidungen zuzustimmen oder sie abzulehnen.

Unter 16 Jahren ist ein Minderjähriger einwilligungsfähig, wenn der zuständige Arzt bestätigt, dass der Minderjährige Art und Konsequenzen der Therapie verstanden hat. In diesem Fall gilt der Wunsch des Minderjährigen, auch wenn die Eltern anderer Meinung sind.

Wenn der Minderjährige für nicht einwilligungsfähig erklärt wurde, sind die Eltern verantwortlich, im besten Interesse des Minderjährigen zu entscheiden (Medical Protection Society 2011).

Jedoch gilt in Schottland, dass bei einem Kind, sobald es für einwilligungsfähig erklärt wurde, die Eltern jegliche Rechte bezüglich der Therapieentscheidung verlieren. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Eltern vollständig ausgeschlossen werden. Angestrebt wird, dass medizinische Entscheidungen von Kind und Eltern zusammen getroffen werden (Marshall 1997).

Von größter Bedeutung ist in Schottland dabei das Wohl des Kindes, das die Medical Protection Society in ihrem Merkblatt "Consent – children and young people" wie folgt darstellt:

"If the child lacks the ability to make their own medical decisions, the parents can consent on

behalf of the child, even if the child is refusing the treatment. However, you should consider carefully whether overriding the consent of a distressed child, given the clinical circumstances at the time, is necessary. Often, if sufficient time is given, the parents will be able to persuade the child that the intervention will be beneficial. You should aim to work in partnership with the parents, assuming that the child's best interests are paramount.”⁸ (Medical Protection Society 2011).

2.2.3 Rechtlicher Rahmen im United Kingdom: England, Wales und Nord Irland

In England, Wales und Nord Irland ist im Gegensatz zu Schottland in der Gesetzgebung das Alter der Volljährigkeit und gleichzeitig auch das der medizinischen Einwilligungsfähigkeit, auf 18 Jahre festgesetzt. Erst mit dem Erreichen dieses Alters ist eine Person rechtlich in der Lage, einer medizinischen Behandlung zuzustimmen oder diese abzulehnen. Im Falle des Minderjährigen ist es die Aufgabe der Eltern oder des Gerichts, im Namen des Kindes zu entscheiden. Kommt es in einer Notfallsituation zum Eintreten des Falls, dass keine Zustimmung eines Erwachsenen vorliegt, entscheidet der Arzt im besten Interesse des Kindes.

Weiterhin ist es legitim, lebensrettende Maßnahmen auch gegen den Willen der Eltern oder des Kindes durchzuführen, wenn die Folge des Unterlassens den Tod bedeuten würde.

Eine besondere Situation ergibt sich im United Kingdom jedoch, wenn der Jugendliche sich in einem Alter zwischen 16 und 18 Jahren befindet. In diesem Fall wird hier angenommen, dass er ebenso fähig ist, zu einer Behandlung zuzustimmen, jedoch nicht abzulehnen (British Medical Association 2001, S. 33).

Das bis heute gültige Family Law Reform Act von 1969 besagt in Artikel 8.1: „Consent of a minor who has attained the age of sixteen years to any surgical, medical or dental treatment⁹ which, in the absence of consent, would constitute a trespass to his person, shall be effective as it would be if he were of full age; and where a minor has by virtue of this section given an effective consent to any treatment it shall not be necessary to obtain any consent for it from his parent or guardian.” (Family Law Reform Act 1969 S 8.1).

Im “Consent to Treatment in Children” aus dem Jahr 2000 wird diese rechtliche Regelung insofern differenziert, dass Kinder dieses Alters zwar selbstbestimmt einer medizinischen Behandlung zustimmen dürfen, eine Ablehnung aber dann nicht akzeptiert werden sollte, wenn Eltern oder ein Gericht das Gegenteil entschieden haben: “A child aged 16–18 cannot

⁸Vgl.: Medical Protection Society 2011 (<http://www.medicalprotection.org/uk/scotland-factsheets/consent-children-and-young-people>) (zuletzt aufgerufen am 12.09.2011)

⁹ *Surgical, medical or dental treatment* beinhaltet die Diagnostik und medizinischen Verfahren ergänzend zur eigentlichen therapeutischen Behandlung des Patienten.

refuse treatment if it has been agreed by a person with parental responsibility or the Court, and it is in their best interests. Therefore they do not have the same status as adults.” (Knott 2000)¹⁰.

Bislang gibt es im United Kingdom kein Gesetz, welches das Recht von Minderjährigen unter 16 Jahren bei medizinischen Entscheidungen regelt.

2.2.3.1 Gillick Competence

Im Rahmen eines Rechtsstreits wurde der Begriff der *Gillick Competence* geprägt. Damit kann Minderjährigen unter 18 beziehungsweise gegebenenfalls auch unter 16 Jahren die Möglichkeit eingeräumt werden, medizinische Entscheidungen selbstständig zu treffen. Unter *Gillick Competence* versteht man, dass eine Person einwilligungsfähig ist, wenn sie Wesen und Zweck der für sie notwendigen medizinischen Behandlung verstanden hat und die ihm gegebenen Informationen abwägen und dazu verwenden kann, eine Entscheidung hinsichtlich der Behandlung zu treffen: “People are competent to make decisions if they are able to understand the nature and purpose of the proposed treatment, and to retain the information and weigh it in the balance in order to arrive at a decision.” (British Medical Association 2009, S 92).

Die Einwilligung des Kindes ist demnach dann zu berücksichtigen, wenn es ausreichend informiert wurde und die Intelligenz aufweist, Sinn und Zweck der Therapie sowie Tragweite der Entscheidung zu verstehen. Die *Gillick Competence* stützt sich im Wesentlichen auf die kognitiven Fähigkeiten des Minderjährigen (Brochhausen 2005). Darüber hinaus muss das Kind in der Lage sein, Informationen und Möglichkeiten abzuwägen. Die Urteilskraft ist somit eine weitere Fähigkeit neben der kognitiven, die erbracht werden muss, um als einwilligungsfähig zu gelten.

Welche Aspekte werden im Einzelnen zur Beurteilung der *Competence* durch ein Gericht heran gezogen?

Der in der *Gillick Competence* ausschlaggebende Faktor ist die kognitive Entwicklung des Minderjährigen. Der Minderjährige sollte in der Lage sein, seine eigenen Bedürfnisse und die seiner Mitmenschen wahrnehmen zu können. Diese Beurteilung geschieht im Vergleich, das heißt, er sollte diesbezüglich mehr Reife als ein gleichaltriger Jugendlicher aufweisen. Weiterhin sollte er das für die medizinische Entscheidung notwendige Verständnis aufbringen und gewillt sein, diese Entscheidung auch zu treffen. Die Fähigkeit zum Abwägen von Risiko und Nutzen einer medizinischen Behandlung und ein ausreichendes Krankheitsverständnis sind weitere Kriterien. Der Minderjährige sollte zudem verstanden

¹⁰ Vgl.: Knott 2000 (<http://www.patient.co.uk/doctor/Consent-to-Treatment-in-Children.htm>) (zuletzt aufgerufen am 02.11.2011)

haben, was die Behandlung bedeutet und welchen Vorteil sie ihm bietet, sowie auch, welche Konsequenzen eine Ablehnung dieser Therapie mit sich bringen.

Jedoch ist bei der Beurteilung dieser kognitiven Fähigkeiten des Minderjährigen zu beachten, dass sich Minderjährige desselben Alters in ihren Fähigkeiten deutlich unterscheiden können. Die Zustimmung zu einer Behandlung ist ein Prozess, in den vor allem die Eltern als Bezugspersonen mit eingebunden sein sollen. Eine altersgerechte Aufklärung und Information des Minderjährigen muss gegeben sein, um ihm die Möglichkeit der Partizipation an der Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Auch objektiv urteilende Personen wie Lehrer, Pflegepersonal oder Sozialarbeiter sollen einbezogen werden, um eine neutrale Einschätzung des Minderjährigen zu erlauben (British Medical Association 2001).

Laut Knott ist *Competence* kein statisches Vermögen, sondern kann sich durch ausreichende und altersgemäße Information oder in Folge der besonderen Erfahrungen des Minderjährigen entwickeln: "Competency is something that can be developed over time by presenting the child with information appropriate to their age and level of education, and this process may be a rewarding one in the management of children with long-term conditions that involve several therapeutic procedures or investigations." (Knott 2000).

2.2.3.2 Ablehnung einer Therapie und Diskrepanzen in der Entscheidungsfindung

Wie auch die British Medical Association hält Knott es für wichtig, dass Entscheidungen, die einen Minderjährigen betreffen, zusammen mit der Familie getroffen werden.

Was aber passiert, wenn es sich nicht um einen *Consent* (Zustimmung, Einwilligung) zur medizinischen Behandlung, sondern um ein *Refusal* (Ablehnung, Verweigerung) handelt?

Wenn der behandelnde Arzt nicht mit der Meinung der Eltern, vor allem bei der Ablehnung einer Therapie, übereinstimmt und es sich um eine lebensbedrohliche Situation handelt, liegt die Entscheidung beim zuständigen Gericht (Knott 2000).

Ebenso soll verfahren werden, wenn Eltern eines nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen entgegen den besten Interessen des Kindes eine Therapie ablehnen. Aufgabe des Gerichts ist es in beiden Situationen, das Kindeswohl zu schützen (British Medical Association 2001).

Relevante Faktoren für das Wohl des Kindes sind seine Wünsche und Gefühle, physischen, emotionalen und pädagogischen Bedürfnisse, sein Alter, Geschlecht und sein kultureller Hintergrund sowie weitere Umstände wie erfahrenes Leid oder andere negative Erfahrungen. Hat der Minderjährige eine andere Meinung als seine Eltern oder der behandelnde Arzt, gibt es zwei verschiedene Möglichkeiten:

Stimmt der entscheidungsfähige Minderjährige einer Behandlung zu, die seine Eltern ablehnen, darf nach oben aufgeführtem medizinrechtlichem Rahmen in England, Wales und Nordirland diese Therapie zugunsten des Kindes durchgeführt werden (Knott 2000).

Anders sieht es aus, wenn der entscheidungsfähige Minderjährige eine Behandlung ablehnt, die seine Eltern jedoch wünschen oder die dem ärztlichen Rat entspricht.

Ein Beispiel dafür ist die 13-jährige Hannah Jones aus Großbritannien, deren Fall 2008 Schlagzeilen machte, weil ihre Ablehnung einer lebensrettenden Herztransplantation anerkannt wurde.

Hannah erkrankte im Alter von fünf Jahren an Leukämie und wurde acht Jahre lang mit Chemotherapie behandelt. Folge dieser jahrelangen Zytostatika-Gabe war eine Kardiomyopathie, eine Herzmuskelschwäche, die die Leistung des Herzens auf 10% herabsetzte und die ohne eine Herztransplantation eine tödliche Gefahr darstellte.

Hannah entschied sich gegen diese lebensrettende Maßnahme, weil sie nach ihrer jahrelangen Krankheit mit zahlreichen Operationen, Therapien und Krankenhausaufenthalten ihr Leben nicht mehr nur im Krankenhaus verbringen wollte und die restliche Zeit, die ihr ohne die Transplantation noch blieb, zu Hause mit ihrer Familie genießen wollte.¹¹

Ein Arzt des Krankenhauses reichte Klage beim Obersten Gerichtshof ein, um Hannah auf diesem Wege zur Operation zu zwingen, weil diese in seinen Augen im besten Interesse des Kindes war. Da die Eltern die Entscheidung von Hannah akzeptierten und unterstützten, wollte man ihnen die Vormundschaft entziehen. In einem Gespräch mit einer Kinderschutzbeauftragten gelang es Hannah und ihren Eltern, die Richter davon zu überzeugen, dass sie reif genug ist, diese Entscheidung zu treffen und somit die Klage abzuwehren und den Wunsch des Mädchens anzuerkennen.¹²

Die British Medical Association hielt schon 2001 fest: "Refusal of treatment by a child of any age should be taken very seriously and treated with respect." (British Medical Association 2001, S. 107).

In England, Wales und Nordirland gilt aber auch eine Einschränkung für lebensbedrohliche Erkrankungen: „A refusal is most likely to be respected when the young patient clearly understands the nature and implications of the particular intervention and the treatment is not seen as crucial to his or her welfare at that time." (British Medical Association 2001, S. 18).

Beurteilt wird die Gültigkeit einer Ablehnung ähnlich wie die der Zustimmung anhand der kognitiven Entwicklung des Minderjährigen. Hinzu kommt die Sicht auf das Kindeswohl und das beste Interesse des Kindes, welches durch erwachsene Personen geschützt werden muss. Eine Ablehnung durch den Minderjährigen bedeutet immer, auch einen Blick auf die Hintergründe zu werfen. Dies wären zum Beispiel Therapien, die in der Vergangenheit

¹¹ Entnommen aus: Rötzer 2008 (<http://www.welt.de/vermischtes/article2713185/Hannah-Jones-darf-nun-nach-ihrem-Willen-sterben.html>) (zuletzt aufgerufen am 02.08.2012)

¹² Entnommen aus: Becker 2008 (<http://www.heise.de/tp/artikel/29/29118/1.html>) (zuletzt aufgerufen am 02.08.2012)

mehrfach keinen Erfolg gezeigt haben und für den Minderjährigen somit für die Zukunft aussichtslos erscheinen.

Die British Medical Association gesteht ein, dass es schwierig ist, einen kompetenten Minderjährigen zu einer solchen Therapie zu zwingen: „It is difficult to envisage a situation in which it is ethically acceptable to provide elective treatment when a competent, informed young person consistently refuses it.“ Doch sie beklagt auch die mangelnde rechtliche Hilfestellung in solchen Situationen: “There has been no guidance from the courts on this matter [...]” (British Medical Association 2001, S. 108).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung durch eine einwilligungsfähige minderjährige Person im United Kingdom mittlerweile klar geregelt ist, über eine Ablehnung bei Uneinigkeit zwischen dem Minderjährigen und den Eltern oder dem Minderjährigen und dem behandelnden Arzt jedoch durch ein Gericht im besten Interesse des Kindes und seiner persönlichen Entwicklung unter Berücksichtigung des Kontexts betrachtet und entschieden werden muss.

Diese gerichtlichen Entscheidungen basieren jedoch auf keiner rechtlichen Grundlage oder Richtlinie. Prinzipiell stellt sich die ethische Frage, warum der einwilligungsfähige Minderjährige zwar einer Maßnahme zustimmen, diese aber nicht ohne weiteres ablehnen darf.

2.2.4 Rechtlicher Rahmen in den USA

In den USA ist die rechtliche Lage zur Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger nicht einheitlich. Das liegt zum einen an den unterschiedlichen Grenzen der Volljährigkeit der verschiedenen Staaten, welche zwischen einem Alter von 16 bis 21 Jahren schwanken, zum anderen an unterschiedlichen Ansichten zum „Erwachsensein“. (Rothärmel 2004).

Im Großteil der Vereinigten Staaten ist das Volljährigkeitsalter auf 18 Jahre festgelegt. Dies bedeutet, dass Minderjährige unterhalb dieser Altersgrenze als einwilligungsunfähig bei medizinischen Behandlungen gelten.

Dennoch gibt es in den einzelnen Bundesstaaten Regelungen, die auch Minderjährigen unter 18 Jahren zugestehen, Einwilligungsfähigkeit schon vor der Volljährigkeit zu erlangen. In den USA werden drei Gruppen unterschieden: Der *Emancipated Minor*, der *Mature Minor* und eine Sonderregelung für Minderjährige, die in Folge besonderer Bedingungen für einwilligungsfähig erklärt wird (Magnus 2006).

Der *Emancipated Minor* weist die Besonderheit auf, schon vor dem Erreichen der Volljährigkeit „selbstständig zu leben, sich selbstständig versorgen zu können und nicht unter der Kontrolle der Eltern zu stehen.“ (Magnus 2006, S. 133).

Hierunter fallen auch verheiratete Minderjährige oder minderjährige Soldaten.

„Ein emanzipierter Minderjähriger wird als fähig angesehen, rechtlich wirksam in alle gesundheitsbezogenen Behandlungen und Verfahren einzuwilligen.“ (Magnus 2006, S. 134). *Mature Minor* ist ein Minderjähriger, der selbstständig eine Entscheidung bei medizinischen Behandlungen treffen kann, weil er Einsicht in seinen Gesundheitszustand hat, alternative Therapiemöglichkeiten sowie Risiken und Vorteile der ihm vorgeschlagenen Therapie verstanden hat.

Der Minderjährige muss in diesem Fall mindestens 15 Jahre alt sein, die oben genannten Fähigkeiten aufweisen und die Behandlungen mit jeglichen Konsequenzen verstehen. Zudem sollte die durchzuführende Behandlung nicht von komplizierter Natur sein.

„Dem Minderjährigen wird umso eher zugestanden, selbstständig in die medizinische Behandlung einzuwilligen, je älter er ist, je größer sein Verständnis von der Bedeutung des Eingriffs ist und je geringer die Gefahren sind, die von der Behandlung für die Gesundheit des Minderjährigen ausgehen.“ (Magnus 2006, S. 134).

Neben der *Mature Minor Rule* wird den Minderjährigen in den USA in besonderen Situationen zudem das Recht eingeräumt, in gewissen medizinischen Fragen auch unabhängig von dieser Regelung selbstständig und ohne elterliche Einwilligung entscheiden zu dürfen. Dies bezieht sich vor allem auf Fälle von Schwangerschaft, Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten und Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen (Magnus 2006).

Des Weiteren wird in vielen Staaten der USA von den Gerichten nach der *Rule of Seven* des englischen Common Law entschieden. Sie besagt, dass Minderjährige unter 7 Jahren in keinem Fall einwilligungsfähig sein können.

„Von Kindern zwischen 7 und 14 Jahren wird widerlegbar vermutet, dass sie nicht die Fähigkeit haben, einzuwilligen und von Kindern, die 14 Jahre oder älter sind, wird vermutet, dass sie die Fähigkeit haben, einzuwilligen, was allerdings durch Gegenbeweis widerlegbar ist.“ (Magnus 2006, S. 135).

2.2.5 Rechtlicher Rahmen in Kanada

Kanada stellt eine Besonderheit dar, indem es die Partizipation Minderjähriger bei medizinischen Entscheidungen in manchen Provinzen toleranter handhabt als die vergleichsweise konservative USA oder Deutschland. Kanada weist zwar ebenso wie die USA Unterschiede innerhalb der verschiedenen Provinzen auf, jedoch sind die Altersunterschiede breiter bemessen. Während in einigen Staaten die Volljährigkeit als Alter der Einwilligungsfähigkeit gilt, gilt in der kanadischen Provinz Quebec ein Minderjähriger schon mit 14 Jahren als einwilligungsfähig (Deutsch und Spickhoff 2008).

Generell ist in Kanada im Medical Consent of Minor`s Act¹³ festgehalten, dass Minderjährige ab einem Alter von 16 Jahren in medizinische Behandlungen einwilligen dürfen. Bei Minderjährigen unter 16 Jahren unterliegt es der Beurteilung des behandelnden Arztes, zu entscheiden, ob der Minderjährige in der Lage ist, Wesen und Konsequenzen der Therapie zu verstehen und somit selbstständig einwilligen zu können.

Die Canadian Paediatric Society unterteilt Minderjährige nach ihren kognitiven Fähigkeiten im Verhältnis zum Alter: Während Kinder im Vorschulalter als einwilligungsunfähig angesehen werden und durch ihre Eltern vertreten werden müssen, wird Kindern im Grundschulalter von 5 bis 11 Jahren schon ein gewisses Partizipationsrecht zugesprochen. Eltern vertreten das Kind zwar weiterhin, aber das Kind hat das Recht, einer Behandlung zuzustimmen oder sie abzulehnen, nachdem es altersgerecht aufgeklärt wurde: „Children of primary school age may participate in medical decisions but do not have full decision-making capacity. Although they may be able to indicate their assent or dissent without fully understanding the implications, this cannot be the final determinant for medical decisions. Children of this age should be provided with information appropriate to their level of comprehension and their assent should be sought. Although the child’s parents authorize or refuse treatment, the child’s assent should be sought and any strong or sustained dissent should be taken seriously [...]“ (Canadian Paediatric Society 2009)

Die Canadian Paediatric Society legt in ihren Leitlinien fest, dass Jugendliche ab einem Alter von etwa 12 Jahren¹⁴ wie erwachsene Personen einwilligungsfähig sein können: „Adolescents are developing the decision-making capacity of adults. So, just as for adults, adolescents with decision-making capacity will be able to understand and communicate relevant information; think and choose with some degree of independence; assess potential benefit, risk or harms of multiple options, and consider their consequences. Of note, these adolescents should also reflect a fairly stable set of personal values.“ (Canadian Paediatric Society 2009).

¹³ Vgl.: Medical Consent of Minor`s Act, 1975 Proceedings, S. 30, 162 (<http://www.ulcc.ca/en/us/index.cfm?sec=1&sub=1m5>) (zuletzt aufgerufen am 02.11.2011):

¹⁴ Vgl.: Canadian Paediatric Society Bioethics Community 2004 (http://www.bag-jugendschutz.de/PDF/MDA12-Laender_einzeln/Jugendschutzbestimmungen_Kanada.pdf) (zuletzt aufgerufen am 02.08.2012)

2.3 Die psychosoziale Entwicklung von Minderjährigen im Hinblick auf die Einwilligungsfähigkeit

2.3.1 Die geistige Entwicklung nach Piaget

Der Schweizer Entwicklungspsychologe Jean Piaget (1896–1980) sieht genetische Vererbung und Umwelteinflüsse nicht als isolierte spezifische Faktoren der kognitiven Entwicklung des Kindes, sondern als sich gegenseitig beeinflussende Effekte, die zur Reifung des Kindes in seiner Intelligenz beitragen. Diese Reifung geschieht durch zweierlei Faktoren: Die körperliche Erfahrung und die Erziehung.

Einerseits muss das Kind seine Umwelt selber entdecken und diese dabei begreifen, andererseits soll es während der Erziehung von den Erkenntnissen seiner Bezugspersonen oder Mitmenschen lernen (Thomas und Feldmann 2002).

Die kognitive Entwicklung des Menschen verläuft nach Piaget in vier Stadien (vgl. Tabelle 1.1):

ab Geburt	ab 1. Monat	ab 4. Monat	ab 8. Monat	ab 12. Monat	ab 18. Monat	ab 2 Jahre	ab 4–5 Jahre	ab 7 Jahre	11–15 Jahre
Reflexe	primäre Zirkulärreaktionen: erste Anpassungshandlungen »Übungen«	sekundäre Zirkulärreaktionen: scheinbar absichtsvolle Handlungen	Beginn der praktischen Intelligenz: zielorientierte Handlungen; Objektpermanenz	tertiäre Zirkulärreaktionen: erste Differenzierung zwischen »Ich« und Gegenständen	Vorstellungsmögen; »Einfallsreichtum«	egozentrischer Sprachgebrauch (kollektiver Monolog); perzeptives Denken; Zentration	sozialkommunikativer Sprachgebrauch; intuitives Denken; Dezentration	Operationen (Internalisierung, Reversibilität, Koordination); Konservativität; Kausalität	Hypothesenbildung; Faktorenkombinationen; logisches Denken; Transitivität
<i>Sensomotorische Entwicklungsstufe</i>						<i>Präoperationale Entwicklungsstufe</i>		<i>Konkret-operationale Entwicklungsstufe</i>	<i>Formal-operationale Entwicklungsstufe</i>

Tabelle 1.1
Eine Übersicht der vier Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget
(aus: Thomas und Feldmann 2002, S. 191)

Stadium 1 ist das der sensomotorischen Intelligenz im ersten und zweiten Lebensjahr, wenn das Kind noch nicht in der Lage ist, sich adäquat verbal zu äußern. Hier bilden sich vor allem die Objektpermanenz und die Fähigkeit zum Nachahmen, beginnend im 8–12. Lebensmonat, aus. Objektpermanenz bezeichnet das Wissen, dass ein aus dem Blickfeld verschwundener Gegenstand weiterhin vorhanden ist. Voraussetzung für dieses Wissen ist die Verinnerlichung, welche auch notwendig ist für das Nachahmen.

Das sensomotorische Stadium bildet für Piaget das „Erwachen der Intelligenz“ (Langfeldt und Nothdurft 2007, S. 82), die Anregung des Denkens durch Handeln.

Das Stadium 2, die Entwicklung der konkreten Operationen¹⁵, hat Piaget in zwei Phasen geteilt. Stadium 2a bildet das präoperationale, anschauliche Denken im zweiten bis siebten Lebensjahr, welches auch das egozentrische Denken genannt wird, da das Kind aus eigenen Erfahrungen heraus urteilt. Es ist nicht in der Lage, sich in andere Menschen hineinzusetzen. Das Kind in diesem Stadium ist unfähig, Objekte und Sachverhalte aus fremder Perspektive wahrzunehmen. Zentrierung bedeutet weiterhin, dass das Kind nicht in der Lage ist, mehr als einen Aspekt gleichzeitig wahrzunehmen. Im Hinblick auf die Einwilligungsfähigkeit kann man von einem Kind in diesem Stadium erwarten, dass es sich zwischen zwei unterschiedlichen und unangenehmen Therapiemöglichkeiten entscheiden kann, solange sich der angebotene Aspekt lediglich innerhalb einer Dimension bewegt wie das Pieksen einer Spritze und der schlechte Geschmack von Medizin (Brochhausen 2005).

Erst beim Übergang in das Stadium 2b des konkret-operationalen Denkens im siebten bis elften Lebensjahr entwickelt sich die Fähigkeit, mehrere Aspekte wahrzunehmen, die so genannte Invarianz. Das Kind kann Prozesse verstehen und umkehren (Reversibilität), es versteht Hierarchien, kann verschiedene Aspekte miteinander verknüpfen und hat eine Vorstellung von Zahlen. Eine soziale Perspektivenübernahme ist nun ebenfalls möglich, denn das Kind ist in der Lage, sich vorzustellen, was sein Gegenüber von ihm denkt. Weiterhin nimmt der Egozentrismus ab und das Kind beginnt, sich in andere Personen hinein versetzen zu können. Das Denken ist jetzt autonom-moralisch.

Stadium 4 des formalen Denkens setzt ab dem elften Lebensjahr ein. Nun ist es dem Kind möglich, Probleme durch Testung zu lösen und jeden Bestandteil des Problems als Bestandteil des Gesamten sehen zu können: Das logische Denken setzt ein (Petermann et al. 2003).

Nach Brochhausen stellt die Fähigkeit zum formalen Denken das „Einwilligungsideal“ dar, da das Kind in der Lage ist, mehrere Dimensionen gleichzeitig zu berücksichtigen, proportional zu denken und mehrere Ausprägungen zu kombinieren (Brochhausen 2005, S. 149).

Für die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit wäre es wichtig, durch zum Beispiel Intelligenztests evaluieren zu können, wie weit ein Kind in seiner kognitiven Entwicklung fortgeschritten ist. Folgt man dem Ansatz nach Piaget, ist ein Intelligenztest jedoch nicht aussagekräftig, den kognitiven Entwicklungsstand des Kindes festzustellen, da ein solcher Test nicht die spezifischen Denkprozesse des Kindes nachvollziehen kann. Besser wäre hier, die Problemlösung des Kindes zu beobachten. Beispiele für speziell entwickelte Tests

¹⁵ „Operationen“ sind nach Piaget Möglichkeiten zur Manipulation von Objektbeziehungen. Konkrete Operationen bezeichnen die direkte Manipulation eines Objektes, wenn dieses greifbar vorhanden ist. Geschieht diese Manipulation auf geistigem Wege, ist die Operation „formal“ zu nennen. (Thomas und Feldmann 2002, S. 182)

sind der „Hamburger Wechsler-Intelligenztest für Kinder“¹⁶ oder der „Stanford-Binet-Test“¹⁷ (Thomas und Feldmann 2002).

2.3.2 Die moralische Entwicklung nach Kohlberg

Der Amerikaner Lawrence Kohlberg (1927–1987) orientierte sich bei seinen Untersuchungen an der Theorie Piagets und teilte die Moralentwicklung in drei Stufen ein: die präkonventionelle Stufe, die konventionelle und die postkonventionelle Stufe, wobei sich jede Stufe noch einmal in jeweils zwei Stadien gliedert (vgl. Tabelle 1.2):

2 Jahre	6 Jahre	10 Jahre	12 Jahre	21 Jahre	35 Jahre u. älter
Orientierung an Bestrafung und Gehorsam (heterogene Moralität)	Naiv-instrumentelle oder egoistische Orientierung (instrumenteller Austausch)	»Guter Junge, liebes Mädchen«-Orientierung (gegenseitige zwischenmenschliche Beziehungen)	»Gesetz und Ordnung«-Orientierung (soziales System und soziales Gewissen)	Sozialverträgliche Orientierung (individuelle Rechte)	Orientierung an universell-ethischen Prinzipien
1. Stadium	2. Stadium	3. Stadium	4. Stadium	5. Stadium	6. Stadium
PRAEKONVENTIONELLE STUFE		KONVENTIONELLE STUFE		POSTKONVENTIONELLE STUFE	

Tabelle 1.2
Eine Übersicht der Stufen der moralischen Entwicklung nach Kohlberg
 (aus: Thomas und Feldmann 2002, S. 246)

Stadium 1 der präkonventionellen Stufe beinhaltet die Orientierung an Strafe und Gehorsam, in der sich das Kind vor allem nach dem Verhalten von Autoritätspersonen sowie deren Lob und Strafe richtet. Obwohl es noch keine spezifische Moralvorstellung gibt, versucht das Kind, Strafen zu vermeiden.

Stadium 2 ist das des naiven instrumentellen Hedonismus¹⁸. Das Kind handelt „loyal“, weil es die eigenen Bedürfnisse befriedigen möchte, nicht weil es seinem Gegenüber von Nutzen ist (Gudjons 2008).

Auf der präkonventionellen Stufe befinden sich Kinder bis etwa zum 10. Lebensjahr. Im Stadium 1 sind die Kinder im Alter von 2–6 Jahren, im Stadium 2 im Alter von 7–10 Jahren (Thomas und Feldmann 2002).

¹⁶ Vgl.: Testzentrale Hamburger Wechsler Intelligenztest für Kinder (HAWIK): Intelligenztest für diagnostische Einzelfalluntersuchung zur Darstellung eines Leistungsprofils durch die Erfassung der fünf Intelligenzwerte Sprachverständnis, wahrnehmungsgebundenes logisches Denken, Arbeitsgedächtnis, Verarbeitungsgeschwindigkeit, Gesamt-IQ-Wert. Vgl.: <http://www.testzentrale.de/programm/hamburg-wechsler-intelligenztest-fur-kinder-iv.html> (zuletzt aufgerufen am 27.10.2011)

¹⁷ Stanford-Binet-Test: Konzept des Intelligenzquotienten (IQ= Intelligenzalter/Lebensalter*100), verbaler Intelligenztest (Gerrig und Zimbardo 2008)

¹⁸ Vgl.: Lexikon für Psychologie und Pädagogik: „Hedonismus: Philosophische/ethische Lebensanschauung, in der das körperliche und geistige Vergnügen Bedingungen für die Glückseligkeit und das höchste Gut des Lebens darstellen und somit im Zentrum des Handelns stehen. Die Orientierung erfolgt an materiellen Werten und erfordert eine egoistische Lebenseinstellung.“ (<http://lexikon.stangl.eu/2185/hedonismus/>) (zuletzt aufgerufen am 02.08.2012)

Im Stadium 3 der konventionellen Stufe orientiert sich das Kind am „Ideal des guten Kindes“. Im Vordergrund steht nun, soziale Beziehungen aufrecht zu erhalten und sich konform mit der Meinung der Mehrheit zu verhalten. Das Kind versucht sich anzupassen.

Stadium 4 ist die Phase der Orientierung an Gesetz und Ordnung, in der sich der Mensch nicht mehr nur am eigenen Ideal misst, sondern auch versucht, sich dem Rechtssystem anzupassen. Dieses Stadium kann erst dann erreicht werden, wenn die Fähigkeit der formalen Operation und somit das abstrakte Denken gegeben ist (Gudjons 2008).

Die konventionelle Stufe läuft vor allem im Jugend- und Erwachsenenalter ab, das Stadium 3 insbesondere im Alter von 10–12 Jahren, das Stadium 4 im Alter von 12–21 Jahren.

Die postkonventionelle Ebene hingegen wird nach Kohlberg nur noch von wenigen, älteren, meist über 35-jährigen Erwachsenen erreicht (Thomas und Feldmann 2002). Im Stadium 5 wird die Orientierung am Sozialvertrag und die damit verbundene Anerkennung der demokratischen Gesetzgebung für wichtig erachtet. In diesem Stadium spielt besonders die Gerechtigkeit eine große Rolle. Stadium 6 schließlich beinhaltet die Orientierung an universalen ethischen Prinzipien und am Gewissen (Gudjons 2008).

Kohlberg meint mit dem Begriff „moralisch“ die persönlichen Meinungen des Menschen, die im Gegensatz zu objektiven Tatsachen stehen, aber nicht ganz unabhängig von diesen gesehen werden können. Laut Kohlberg beruhen moralische Urteile auf „objektiven, unpersönlichen und ideellen Grundlagen“ und tendieren zur „Universalität, Inklusivität und Beständigkeit“ (Thomas und Feldmann 2002, S. 237).

In seiner Entwicklungspsychologie verfolgt er die Schritte in der Entwicklung des Kindes, die letztendlich dazu führen, dass das Kind zur moralischen Urteilsbildung in der Lage ist und im Idealfall Stadium 6 der moralischen Entwicklung zu einem vollkommenen Sinn für Gerechtigkeit erreicht. Diese Moralentwicklung durchläuft ein Kind parallel zu seiner Sozialisation, „dem Anpassungsprozess des Kindes an die Erwartungen der Kultur“ (Thomas und Feldmann 2002, S. 238), weshalb die Übergänge in die nächst höheren Stufen als fließend gesehen werden müssen, da weiterhin andere Werte mit einfließen und soziale Regeln veränderlich sind.

Kohlberg identifiziert vier Faktoren, die ausschlaggebend sind, wie weit ein Mensch in den Stadien der moralischen Entwicklung voran schreiten kann.

Ebene 1 ist die Ebene der logischen Vernunft, die zum größten Teil vererbbar ist. Mit Piaget setzt Kohlberg kognitive Entwicklungsstufen voraus und ordnet seine moralischen Entwicklungsstufen dazu kongruent. Das logische Denken ist folglich die Voraussetzung dafür, ein moralisches Urteil bilden zu können.

Ebene 2 ist der Wunsch oder der Willen, der sowohl genetisch als auch durch Umwelt beeinflusst werden kann. Es sind hier vor allem die kindlichen Bedürfnisse oder die Motivation des Kindes, welche es daran hindern, Stadium 5 oder 6 zu erreichen.

Wichtiger als Motivation oder Wille ist nach Kohlberg die Ebene 3, die Übernahme sozialer Rollen, welche die Entwicklung des Kindes zu einer sozialen Person fördert, indem es Verhaltensweisen seiner Mitmenschen nachahmt und mit ihnen interagiert. Diese soziale Entwicklung ist sehr stark von der Umwelt abhängig, die das Kind in seiner moralischen Entwicklung fördern, aber auch bremsen kann.

Kinder aus Unterschichten, aber auch bei Gleichaltrigen unbeliebte Kinder würden laut Kohlberg deshalb eher in ihrer moralischen Urteilsfähigkeit zurück bleiben als Kinder, in deren Familien die Rollenübernahme durch Einbeziehen in Entscheidungsprozesse eingeübt wird.

Ebene 4, die Orientierung an Gerechtigkeit in sozialen Strukturen, beruht auf dem „Gleichheits- und Reziprozitätsprinzip“. Gleichheit bedeutet, dass jeder Mensch gleich behandelt werden sollte. Reziprozität beschreibt, dass jeder Mensch gleichermaßen für seine Taten bestraft oder belohnt werden sollte. Demnach erreichen Kinder aus einem sozialen Umfeld mit einem hohen Gleichheits- und Reziprozitätsprinzip auch höhere Stadien der moralischen Entwicklung als andere Kinder, da sie in diesem Umfeld lernen, ein Interesse für das Wohl der Mitmenschen zu entwickeln. Insgesamt beeinflussen die kognitive Reife, die Sozialisierung und die Gerechtigkeitsstruktur, aber auch die eigenen Bedürfnisse die Entwicklung der Moral eines Kindes (Thomas und Feldmann 2002, S. 247–251).

2.3.3 Die psychosexuelle Entwicklung nach Freud

Der österreichische Neurologe Sigmund Freud (1856–1939) prägte die Grundlagen der kindlichen Entwicklungspsychologie und ist Begründer der Psychoanalyse. Beides hängt insofern miteinander zusammen, als Freud glaubte, im späteren Leben entwickelte psychische Störungen seien Folgen unangemessener Problemlösungen im Kindesalter. Diese entstünden während der Entwicklung, welche er in psychosexuelle Phasen einteilte, in denen er die emotionalen Erfahrungen des Kindes mit dessen Libido ins Verhältnis bringt. Diese emotionalen Erfahrungen führen zur Entwicklung sozialer Beziehungen.

Freud teilt diese in vier Stadien ein (vgl. Tabelle 1.3):

0 bis 1 Jahr	2 bis 3 Jahre	3 bis 4 Jahre, 4 bzw. 5 bis 11 bzw. 13 Jahre	14 bzw. 16 bis 18 bzw. 21 Jahre
L	I B	I	D 0
Erogene Zonen: Mund	After	Genitalien	Genitalien (heterosexuelle Vereinigung)
Kathexisobjekt: Mutterbrust	Antikathexis: Toiletten- training	Ödipuskomplex gleichgeschlechtliches Banden- alter	
ES	ES, ICH	ES, ICH, ÜBER- ICH	ES, ICH, gut ausgebildetes ÜBER-ICH
Rezeptives Stadium Beißstadium		Phallisches Sta- dium Latenz- stadium	
ORALE PERIODE	ANALE PERIODE	INFANTIL- GENITALE PERIODE	GENITALE PERIODE

Tabelle 1.3
Eine Darstellung der psychosexuellen Stadien in der kindlichen Entwicklung nach Freud
(aus: Thomas und Feldmann 2002, S. 109)

Der „traumatische Anfang“ des Lebens beginnt mit der Geburt, zählt jedoch noch nicht zu den Stadien der psychosexuellen Entwicklung. Er bedeutet nur die erste schockierende Auseinandersetzung des Kindes mit der Umwelt, auf welches es mit Angst reagiert. Für Freud ist die Geburt demnach der Prototyp aller zukünftigen angstausslösenden Situationen (Thomas und Feldmann 2002, S. 99).

Freud unterteilt das Bewusstsein des Menschen in drei Ebenen, die parallel zu einander existieren, aber auch mit einander konkurrieren. Das *Es* bezeichnet das unmittelbare Bestreben, Bedürfnisse zu befriedigen, und ist folglich ab dem Zeitpunkt der Geburt vorhanden. Das *Ich* ist das bewusste Wahrnehmen der Bedürfnisse und deren Befriedigung im Einklang mit der Umwelt. Das *Über-Ich* bezeichnet die in der Gesellschaft bestehenden, internalisierten Normen und Werte.

Das erste Stadium der psychosexuellen Entwicklung, die orale Phase, findet im ersten Lebensjahr statt. Das *Es* des Neugeborenen strebt danach, Personen zu finden, die seine Bedürfnisse befriedigen und seinen Lustgewinn steigern können. Die Energie, die dazu benötigt wird, ist die Libidoenergie oder auch Kathexis.

Die orale Zone ist der wichtigste Körperteil in dieser Phase, da das Neugeborene sie benötigt, um sein Nahrungs- und Atembedürfnis zu stillen, aber auch, um später seine

Umwelt zu erkunden, indem Gegenstände in den Mund gesteckt werden. Diese Phase der Entwicklung sieht Freud als besonders prägend für zukünftige Beziehungen und Verhaltensweisen an.

In der analen Phase im zweiten und dritten Lebensjahr befasst sich das Kind mit seinen Ausscheidungsfunktionen. Seine sozialen Kontakte und Emotionen beschränken sich in diesem Stadium auf seine Eltern, die ihre Aufmerksamkeit besonders dem Trockenwerden des Kindes widmen. In diesem Rahmen erfährt das Kind Lob und Anerkennung für den Umgang mit seinen Ausscheidungen.

Im dritten und vierten Lebensjahr durchläuft das Kind die infantil-genitale Phase, in der es sein eigenes Geschlecht kennen lernt. Probleme stellen sich hier als Ödipuskomplex beziehungsweise Elektrakomplex dar, wenn Mutter oder Vater zum ersten Liebesobjekt des Kindes werden. Im Idealfall kann sich das Kind mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil identifizieren und die sexuellen Gefühle für Mutter oder Vater von sich weisen. In diesem Zuge entwickelt das Kind geschlechtsspezifische Merkmale, in dem die Tochter sich mit der Mutter und der Sohn sich mit dem Vater identifiziert. Gleichzeitig entwickelt sich das *Über-Ich*, indem das Kind die Wertvorstellungen des jeweiligen Elternteils durch einen Identifikationsprozess übernimmt. Ab diesem Zeitpunkt kann das Kind sich selber maßregeln und muss nicht weiter durch die soziale Kontrolle in seine Grenzen gewiesen werden.

Ist der Ödipuskomplex überwunden, tritt das Kind in die Latenzperiode ein, die bis zur Pubertät im Alter von 11 bis 13 Jahren andauert. Freud behauptet, dass das Kind seine sexuelle Lust in dieser Phase verdrängen möchte, indem es seine Aufmerksamkeit auf das Spielen mit gleichgeschlechtlichen Gleichaltrigen legt. Er nennt diese Phase auch die homosexuelle Phase, ohne damit eine sexuelle Wertung zu implizieren.

Konnte das Kind seinen Ödipuskomplex jedoch nicht lösen, tritt es niemals in die Latenzperiode ein und wird immer ein Problem mit Personen des anderen Geschlechts aufweisen, sexuelle Beziehungen meiden oder andersartigen, gar aggressiven Sex bevorzugen (Thomas und Feldmann 2002, S. 100–107).

Die Pubertät im Anschluss an die Latenzperiode gestaltet sich als genitale Phase im Alter von 14 bis etwa 21 Jahren. Neben der äußerlichen Entwicklung wendet sich die Aufmerksamkeit jetzt dem anderen Geschlecht zu, und der Sexualtrieb darf erstmalig, auch im Rahmen der gesellschaftlichen Normen und Werte, ausgelebt werden.

Diese Phase bildet die letzte in der psychosexuellen Entwicklung nach Freud (Thomas und Feldmann 2002, S. 107–109).

2.3.4 Die Identitätsentwicklung nach Erikson

Das Schema der Identitätsentwicklung des deutsch-amerikanischen Psychoanalytikers Erik Homburger Erikson (1902–1994) beinhaltet acht Stadien im Laufe des Lebens, die sich mit

den verschiedenen Krisen in Beziehungen und Sozialleben beschäftigen, die ein Mensch durchlaufen muss (vgl. Tabelle 1.4).

Merkmale seiner Arbeit sind zunächst die Betonung der Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit, des Sozialisationsprozesses eines Kindes und des Erreichens der Ich-Identität durch die Bewältigung von Krisen im Laufe dieser Entwicklung (Thomas und Feldmann 2002).

0–1 Jahr	2–3 Jahre	3–6 Jahre	7–12 Jahre	12–ca. 18 Jahre	19–Ende 20 Jahre	Ende 20–50 Jahre	50 und älter Jahre
Mutter	Eltern	Familienzelle	Wohngemeinschaft und Schule	»eigene« Gruppen, die »Anderen«, Führungsvorbilder	Freunde, sexuelle Partner, Rivalen, Mitarbeiter	gemeinsame Arbeit, Zusammenleben in der Ehe	die »Menschheit«
Gegeben bekommen	Halten (Festhalten)	Tun (Drauflosgehen)	Etwas »Richtiges« machen	»Wer bin ich?«, »Wer bin ich nicht?«	Sich im anderen verlieren und finden	Schaffen	»Menschen meiner Art«
Geben	Lassen (Loslassen)	»Tun als ob« (= Spielen)	Etwas mit anderen zusammen machen	Das Ich in der Gesellschaft		Versorgen	Sein, was man geworden ist, wissen, daß man einmal nicht mehr sein wird
Vertrauen gegen Mißtrauen	Autonomie gegen Scham u. Zweifel	Initiative gegen Schuldgefühl	Wertsinn gegen Minderwertigkeitsgefühl	Identität gegen Identitätsdiffusion	Intimität und Distanzierung gegen Selbstbezogenheit	Generativität gegen Stagnierung	Integrität gegen Verzweiflung
Freudsche psychosexuelle Stadien:							
oral-respiratorisch	anal-urethral	infantil-genital	Latenzzeit	Pubertät			
sensorisch-kinästhetisch	muskulär	lokomotorisch					
	(Einverleibungsmodi)	(retentiv-eliminiierend)	(eindringend-einschließend)			Genitalität	

Tabelle 1.4
Eine Übersicht über die psychosozialen Krisen im Laufe der menschlichen Entwicklung nach Erikson (aus: Thomas und Feldmann 2002, S. 140 –141)

Im ersten Lebensjahr handelt es sich um die Krise „Vertrauen versus Misstrauen“, bei der es darum geht, ein optimales Verhältnis zwischen den Gegensätzen zu finden. Das Vertrauen und die Zuneigung, die das Kind von der Mutter erfährt, führen zu einer Entwicklung von

Selbstvertrauen und Sicherheit, während ein gewisses Misstrauen Schutz vor Gefahren bietet. Ist letzteres stark entwickelt, führt dies zur sozialen Isolation. In dieser ersten Phase bildet das Kind die Grundlage der eigenen Identität aus.

Das zweite und dritte Lebensjahr ist geprägt von der Ambivalenz von „Autonomie versus Scham und Zweifel“. Im Zusammenhang mit seiner motorischen Entwicklung lernt das Kind Autorität und Regeln kennen. Autonomie bedeutet, dass das Kind lernt, eigene Ziele zu verfolgen, welche jedoch durch Autorität gestört werden können.

Scham entsteht hingegen, wenn diese eigenen Ziele nicht erreicht werden können.

In dieser Phase beginnt das Kind, eine gewisse Selbstständigkeit zu entwickeln, indem es sich durch das Sprechen erster Worte wie „ich“ oder „nein“ erstmalig artikuliert.

Stadium 3 im fünften Lebensjahr beinhaltet den Konflikt von „Initiative versus Schuldgefühl“, in dem auch das Gewissen des Menschen gebildet wird.

Das Kind beginnt, selbstständig seine Umwelt zu erforschen, probiert sich in Rollenspielen aus und entdeckt sein eigenes Geschlecht.

In der präpubertären Phase im Alter von 7 bis 12 Jahren, Latenzphase genannt, setzt sich das Kind mit der Krise „Werksinn gegen Minderwertigkeitsgefühl“ auseinander. Im sozialen Rahmen der Schule und unter gleichaltrigen Personen will es sowohl gefordert als auch gelobt werden. Das Kind benötigt realistische und interessante Aufgaben, durch die es Anerkennung erlangen kann. Ein Minderwertigkeitsgefühl stellt sich folglich ein, wenn das soziale Umfeld die gelösten Aufgaben nicht ausreichend würdigt.

Die Krise der Pubertät führt zum Konflikt von „Identität versus Identitätsdiffusion“, der im Alter von 12 bis etwa 18 Jahren durchlaufen wird.

Das Kind, beziehungsweise der Jugendliche, macht in dieser Phase nicht nur gravierende körperliche Veränderungen durch, auch die soziale Rolle entwickelt sich vollständig, und die Erwartungshaltung durch erwachsene Personen verändert sich. Dadurch kann der Jugendliche in eine Identitätskrise geraten (Thomas und Feldmann 2002, S. 142–146).

Die Identitätskonfusion entsteht im Rahmen der unfertigen Entwicklung der sozialen Rolle, die der Jugendliche einmal einnehmen wird. Er drückt diese Konfusion durch das Verhalten im Umgang mit seinen gleichaltrigen Cliquen-Mitgliedern aus. Durch den verstärkten Umgang mit der Clique entwickelt sich eine Diskrepanz zwischen der Erwartung des Jugendlichen an sich selber und die seiner Eltern, was häufig zu Konflikten innerhalb der Familie führen kann. Meistert der Jugendliche diese Krise, so hat er eine eigene Individualität entwickeln können. Dies zieht die Aufnahme in die Gesellschaft nach sich.

Erikson beschließt seine Untersuchungen jedoch nicht mit der Adoleszenz, sondern definiert drei weitere Stadien für das Erwachsenenalter: „Intimität und Distanzierung gegen Selbstbezogenheit“, „Generativität gegen Stagnierung“ und „Integrität gegen Verzweiflung“.

Erikson ist der Ansicht, dass die Identität des Menschen nicht durch die biologischen Anlagen vorbestimmt ist, sondern durch die sozialen Institutionen, die diese Person umgeben und prägen (Thomas und Feldmann 2002, S. 147–157).

Er orientiert sich bei seiner Arbeit an den Theorien Sigmund Freuds und komplettiert dessen psychosexuelle Phasen durch die von ihm entwickelten psychosozialen Phasen (Miller 1993).

2.4 Ethische Grundlagen

2.4.1 Das Informed-Consent-Modell

Die informierte Einwilligung hat in der modernen Medizin sowohl medizinethisch als auch medizinrechtlich einen hohen Stellenwert. Sie soll sicherstellen, dass jeder Patient hinsichtlich medizinischer Behandlungen selbstbestimmt und eigenverantwortlich handeln darf. Ziel ist es, vor jedem medizinischen Eingriff die Zustimmung des kompetenten, freien und einwilligungsfähigen Patienten einzuholen, der eine angemessene Aufklärung durch den Arzt voran gegangen ist.

Voraussetzung für den *Informed Consent* stellen zum einen die Informationsvermittlung und das Informationsverständnis sowie zum anderen die Einwilligungsfähigkeit des Patienten und dessen freie Entscheidung dar (Vollmann 2008). Eine freie Entscheidung verlangt die Abwesenheit von innerem und äußerem Zwang beziehungsweise Fremdkontrolle (Beauchamp und Childress 2001). Der Patient muss durch den Arzt über das Ziel, den Nutzen, die Risiken und die Alternativen zur erforderlichen medizinischen Behandlung aufgeklärt werden, bevor er seine Entscheidung trifft. Die Aufklärung muss so vonstattengehen, dass der Patient die Informationen verstehen und bewerten kann. Die Einwilligung muss aus freiem Willen heraus erfolgen und darf weder durch Zwang, noch durch Nötigung erlangt worden sein.

Des Weiteren muss der Patient einwilligungsfähig sein. Das bedeutet, dass er die gegebenen Informationen verstanden haben und bewerten können soll, Krankheitseinsicht nachweisen können muss und dies kommunizieren können sollte (Vollmann 2008). Die Einwilligung ist rechtlich unwirksam, wenn zuvor keine ordnungsgemäße Aufklärung stattgefunden hat. Wird diese Aufklärungspflicht verletzt und die Therapie dennoch durchgeführt, kann dies den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen (Rothärmel 2004, S. 36).

Appelbaum und Gutheil heben noch einen zweiten wichtigen Aspekt des *Informed Consent* neben dessen rechtlicher Bedeutung hervor: Der *Informed Consent* könne eine gute Gesprächs-Atmosphäre in der Arzt-Patienten-Beziehung fördern. „Informed Consent [...] represents an atmosphere of openness and honesty, nurtured by an ongoing dialogue between clinician and patient that begins from the first encounter and lasts for the duration of the relationship. It's not a brief conversation, capped by the patients signature on a form that renders the issue closed.“ (Appelbaum und Gutheil 2006, S. 149).

2.4.2 Die Selbstbestimmung des Patienten

Die Erklärung zu den "Rechten des Patienten" der World Medical Association wurde zuletzt 2005 in einer neuen Fassung veröffentlicht. Sie wurde von der 34. Generalversammlung des

Weltärztebundes in Lissabon im September/Oktober 1981 zum ersten Mal verabschiedet und von der 47. Generalversammlung in Bali im September 1995 revidiert.¹⁹

Die Deklaration beschreibt jene Rechte des Patienten, die durch die behandelnden Ärzte und andere im Gesundheitswesen tätige Personen beachtet und gewahrt werden müssen.

Grundsatz 3 dieser Deklaration erläutert das Recht auf Selbstbestimmung. Er besagt, dass der Patient ein Recht auf freie Entscheidung bezüglich seiner Person hat. Die Aufgabe des Arztes ist es hierbei, den Patienten über die Folgen seiner Entscheidung zu informieren. Der Patient hat weiterhin das Recht, in jede Diagnostik oder Therapie einzuwilligen oder sie abzulehnen. Der Arzt muss ihm alle dazu notwendigen Informationen, die diese Entscheidung beeinflussen können, zukommen lassen. Ist der Patient nach Grundsatz 4 nicht einwilligungsfähig (*Incompetent*), weil er bewusstlos oder anderweitig nicht in der Lage ist, seinen Willen auszudrücken („unconscious or otherwise unable to express his/her will“) (The World Medical Association 2005, Grundsatz 4), so muss die Einwilligung durch einen gesetzlichen Vertreter erfolgen. Ist dieser im Notfall nicht erreichbar, so kann bei medizinisch indizierten Maßnahmen die Einwilligung des Patienten unterstellt werden, insofern keine ausdrückliche Ablehnung in der Vergangenheit erfolgt ist.

Auch im Falle eines minderjährigen Patienten (*Minor*) muss durch einen gesetzlichen Vertreter in eine medizinische Behandlung eingewilligt werden. Dennoch soll der Minderjährige nach Grundsatz 5 in Abhängigkeit seiner Fähigkeiten in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Hat er die Fähigkeit, vernünftige Entscheidungen zu treffen, so müssen diese respektiert werden („If the legally incompetent patient can make rational decisions, his/her decisions must be respected [...]“) (The World Medical Association 2005, Grundsatz 5). Ebenso darf er dann die Weitergabe von den ihn betreffenden Informationen an den gesetzlichen Vertreter verbieten. Lehnt der gesetzliche Vertreter eine Behandlung ab, die im besten Interesse des Minderjährigen ist, so muss eine gerichtliche Entscheidung getroffen werden. Im Notfall handelt der Arzt im besten Interesse des Minderjährigen (The World Medical Association 2005).

Die sich in diesen Regelungen widerspiegelnde Wertschätzung der Selbstbestimmung des Patienten hat das Arzt-Patient-Verhältnis nachhaltig geändert.

Während noch bis in die siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts ein paternalistisches Arzt-Patienten-Verhältnis vorherrschte, bei dem der Arzt davon ausging, am besten um das Wohl seines Patienten Bescheid zu wissen, wird heute vom Arzt eher eine partnerschaftliche, patientenorientierte Haltung erwartet. Angestrebt wird in der Regel eine partizipative Entscheidungsfindung, das *Shared-Decision Making*. Der Patient ist dem Arzt nicht mehr untergeordnet, sondern gleichgestellt. Voraussetzung für dieses Modell der Arzt-Patienten-Beziehung ist, dass beide Parteien bereit sind, eine gemeinsame Entscheidung zu treffen,

¹⁹ Vgl.: World Medical Association Declaration of Lisbon on The Rights of the Patient. Oktober 2005, Principles 1-11 (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/14/>) (zuletzt aufgerufen am 02.08.2012)

sowie das Bereitstellen aller notwendigen Informationen zu Erkrankung, Therapiemöglichkeiten, Komplikationen und Risiken durch den Arzt (Schweickhardt und Fritsche 2007).

Der *Informed Consent* ist Ausdruck dieser geänderten Haltung. In vielen Ländern, darunter auch die Bundesrepublik Deutschland, ist die informierte Einwilligung durch den Patienten Voraussetzung für den ärztlichen Eingriff. Das Fachwissen des Arztes allein trägt heute nur noch zu einem geringen Teil zu einer Therapieentscheidung bei. Die individuelle Wertvorstellung eines Patienten hat einen erheblichen Anteil eingenommen. Sie bestimmt, was der Patient unter Gesundheit versteht und damit auch die darauf folgende Therapieentscheidung. Diese mittlerweile anerkannte Autonomie eines jeden Patienten ist demnach in der Regel Mittel zur Bestimmung des Patientenwohls. Somit bedeutet eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts mittelbar eine Einschränkung der Lebensqualität des Patienten (Schramme 2002).

Die autonome Entscheidung durch den Patienten im Rahmen des *Informed Consent*-Modells gliedert sich in vier Elemente.

Das erste Element ist die Kompetenz, das heißt, die Fähigkeit, Informationen zu verstehen, abzuwägen, Entscheidungen zu treffen sowie emotional so bewerten zu können, dass eine Entscheidungsfindung möglich wird. Der Patient soll zudem in der Lage sein, kommunizieren zu können. Kann er dies alles nicht oder ist er nicht in der Lage, sich ein Urteil zu bilden, so wird er als inkompetent beziehungsweise nicht einwilligungsfähig angesehen.

Das zweite Element ist die Freiwilligkeit und die damit verbundene Abwesenheit von Zwang und Fremdkontrolle.

Die Informiertheit bildet das dritte Element der autonomen Entscheidung. Hier steht die schon erwähnte ärztliche Aufklärung im Mittelpunkt, mittels derer dem Patienten die Therapieoptionen und -alternativen so erläutert werden, dass dieser sie verstehen und bewerten kann. In welchem Ausmaß Informationen an den Patienten weiter gegeben werden, wird durch die Arzt-Patienten-Beziehung bestimmt. Während in einem paternalistischen Verhältnis zumeist wenige Informationen weiter gegeben werden, steht dem Patienten in einem partnerschaftlichen Verhältnis umfassende Aufklärung zu.

Das vierte und letzte Element der Autonomie ist die Zustimmung, die meistens in Form einer Unterschrift gegeben wird. Wird die Zustimmung durch den aufgeklärten und kompetenten Patienten verweigert, so darf der Arzt die Behandlung nicht durchführen. Jedoch gibt es auch in diesem Fall Ausnahmen: In einer Notfallsituation darf bei medizinisch indizierten Maßnahmen davon ausgegangen werden, dass der Patient zustimmen würde. Der Patient kann zudem freiwillig auf sein Recht auf Selbstbestimmung verzichten, dann überlässt er die Entscheidung dem behandelnden Arzt. Eine weitere Ausnahme ist das so genannte

therapeutische Privileg, wenn davon ausgegangen werden muss, dass eine Aufklärung dem Patienten gravierend schaden würde (Schramme 2002).

2.4.3 Das Prinzip der elterlichen Autorität

Gesetzlich ist die elterliche Autorität im Recht der elterlichen Sorge verankert. Eltern haben die Pflicht und das Recht, für ihr minderjähriges Kind zu sorgen. Das Recht der elterlichen Sorge orientiert sich dabei am Wohl des Kindes beziehungsweise – in der angelsächsischen Rechtstradition – an dessen bestem Interesse (Vollmann 2008).

Während vom Begriff des *Informed Consent* nur gesprochen werden darf, wenn die einzuwilligende Person die dafür notwendige Kompetenz sowie die gesetzliche Vollmacht (*Legal Empowerment*) besitzt, wird insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern im angelsächsischen Diskurs von der *Parental Permission*, der elterlichen Erlaubnis, gesprochen. Die medizinische Entscheidung entsteht aus der Zusammenarbeit von behandelndem Arzt und Eltern, die sich die Verantwortung bei dieser Entscheidungsfindung teilen. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, wie beim *Informed Consent* den Eltern alle notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen. Das Ziel der *Informed Permission* stellt die informierte Erlaubnis der Eltern dar, die wiederum im besten Interesse des Kindes erteilt werden sollte. Schwierigkeiten ergeben sich in bei dieser Thematik zum Beispiel daraus, dass Familien aus unterschiedlichen religiösen und sozialen Kulturen stammen und verschiedene Auffassungen vom „Wohl des Kindes“ haben können (American Academy of Pediatrics 1995).

Auch der Begriff des *Patient Assent* muss vom Begriff des *Informed Consent* abgegrenzt werden. Der *Patient Assent* kommt neben der *Parental Permission* bei älteren Kindern und Jugendlichen zum Einsatz. Er erlaubt die Partizipation des älteren Minderjährigen an der Entscheidungsfindung. Aufgabe der Eltern und behandelnden Ärzte ist es, den Minderjährigen bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Das Committee on Bioethics der American Academy of Pediatrics veröffentlichte 1995 in der Zeitschrift „Pediatrics“ Empfehlungen zu „Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice“. Sie stufen darin auch ältere Minderjährige als nicht-autonome, einwilligungsunfähige Personen ein. Diese sollten dennoch beim *Patient Assent* mit Hilfe der notwendigen Aufklärung und Unterstützung durch den Arzt altersgerecht in die Entscheidungsfindung einbezogen werden: „Paediatrics should not necessarily treat children as rational, autonomous decision makers, but they should give serious consideration to each patient’s developing capacities for participating in decision-making, including rationality and autonomy.“ (American Academy of Pediatrics 1995, S. 314–317).

Im Rahmen des *Patient Assent* sollte der ältere Minderjährige nach einer Einschätzung seiner individuellen Fähigkeiten durch den Arzt die Zustimmung (*Assent*) zu einer

Behandlung geben können. Während der Arzt versucht, die Fähigkeiten des Kindes einzuschätzen, unterstützt er es zugleich dabei, seinen eigenen Gesundheitszustand zu verstehen. Er sollte dem Minderjährigen den Nutzen der Therapie altersgerecht erläutern, Einflussfaktoren und Risiken erklären, aber auch den Willen des minderjährigen Patienten eruieren, an dieser Entscheidung teilhaben zu wollen (American Academy of Pediatrics 1995, S. 314–317).

Hat der Arzt innerhalb dieses Prozesses die Fähigkeit und den Willen zur Partizipation feststellen können, darf der minderjährige Patient an der Entscheidungsfindung teilhaben und sein Einverständnis zu der Behandlung geben.

Wie verhält es sich aber, wenn der Patient die Therapie ablehnt?

Hierbei kommt es auf das Ausmaß und die Gewichtung der Behandlung an. Beeinflusst die Ablehnung nicht das Wohl des Minderjährigen, so sollte dieser Ablehnung zugestimmt werden, da grundsätzlich gilt, die Wünsche eines Patienten zu respektieren, und da Zwang zu einer Behandlung den letzten Ausweg darstellen sollte (American Academy of Pediatrics 1995, S. 314–317).

Die American Academy of Pediatrics nennt einige Beispiele zu den jeweiligen Begriffen der Entscheidungsfindung: Medizinische Eingriffe, bei denen eine *Parental Permission* einzuholen ist, sind Impfungen, invasive Diagnostiken, medikamentöse Therapien und operative Eingriffe. Handelt es sich um Schulkinder ab dem Alter von neun Jahren, so wird neben der *Parental Permission* auch der *Patient Assent* benötigt. Dies kann eine Blutentnahme, allgemeine Diagnostik, aber auch operative Eingriffe im Rahmen der ästhetischen Chirurgie wie die Korrektur abstehender Ohren betreffen. Es sollte bedacht werden, dass ab diesem Alter ein Missachten der kindlichen Meinung zu negativen Konsequenzen in der Eltern-Kind- wie auch der Arzt-Kind-Beziehung führen kann und aus diesem Grund nicht angemessen ist. Befindet sich der Minderjährige im jugendlichen Alter ab etwa 15 Jahren und ist er ein *Emancipated* oder *Mature Minor* (siehe Kapitel 2.2.4), so darf er laut American Academy of Pediatrics im Rahmen des *Informed Consent* selbstständig entscheiden, wenn es sich um Diagnostik der Genitalorgane, orale Kontrazeptiva oder weitere medikamentöse Therapien wie eine Antibiotikatherapie bei Akne handelt. Mit dem Erreichen des Jugendalters habe der minderjährige Patient häufig jene Fähigkeiten eines Erwachsenen entwickelt, die für die Entscheidungsfindung im Rahmen des *Informed Consent* benötigt werden. Doch auch wenn der Patient in den genannten Fällen in der Regel als einwilligungsfähig angesehen wird, wünscht die American Academy of Pediatrics eine Kooperation, also eine gemeinsame Entscheidungsfindung des Patienten mit Hilfe seiner Eltern („The Academy encourages parental involvement in such cases, as appropriate“) (American Academy of Pediatrics 1995, S.314–317).

Bei minderjährigen Patienten gilt das Prinzip der elterlichen Autorität und somit das der *Parental Permission* und des *Patient Assent* bis zum Erreichen des Jugendalters, da bei den Eltern davon ausgegangen wird, dass sie diejenigen Personen sind, die ihr Kind am besten kennen und daher am ehesten in der Lage sind, im besten Interesse ihres Kindes zu entscheiden. Häufig sind diese Interessen darüber hinaus innerhalb einer Familie durch die Erziehung, kulturelle und soziale Einflüsse ähnlich (McCabe 1996).

Ist es aber offensichtlich, dass die Eltern nicht zum Wohl des Kindes handeln, so darf der minderjährige Patient selbstständig einer Maßnahme zustimmen. Dies betrifft z.B. Situationen, in denen Eltern eine lebensrettende Maßnahme ablehnen, wenn der Eingriff keinen direkten Vorteil für das Kind mit sich bringt wie bei der Lebendorganspende, wenn die Privatsphäre des Kindes verletzt oder es in seiner Freiheit eingeschränkt wird (McCabe 1996, S. 507).

2.4.4 Selbstbestimmung des Minderjährigen

Die Einwilligungsfähigkeit eines Patienten wird durch den behandelnden Arzt festgestellt. Wie in Kapitel 2.2.1.1 erläutert, kann die Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen vor Erreichen der Geschäftsfähigkeit gegeben sein. Laut Bundesgerichtshof (BGHZ 29,33) heißt es: „Einwilligungsfähig ist, wer nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffes zu ermessen vermag.“ (Rothärmel et al. 2006, S. 42) Es gibt jedoch bislang keine eindeutige Regelung zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit. Diese Rechtsunsicherheit bei Ärzten wirkt sich zu Lasten des minderjährigen Patienten aus, der unter diesen Umständen in der Regel als unfähig angesehen wird, selbstbestimmt zu handeln. Den Eltern wird folglich bis zum Ende der Minderjährigkeit Vorrang bei Entscheidungen gegeben (Rothärmel et al. 2006, S. 48).

Jedoch ist das erste der vier bioethischen Grundprinzipien nach Beauchamp und Childress von 1989 das Recht auf Selbstbestimmung bzw. das Prinzip der Autonomie (Beauchamp und Childress 2001). Es stellt in der Pädiatrie vor allem vor dem Hintergrund der vorhandenen Rechtsunsicherheit eine tägliche Herausforderung an Ärzte dar, dieses ethische Grundprinzip bei der Behandlung von Kindern zu berücksichtigen. Alderson und Montgomery betonen, dass der Begriff der Autonomie in zweierlei Hinsicht verstanden werden kann. Zum einen meint Autonomie eine Eigenschaft der Person: „the conscious sense of self and physical and mental integrity“ sowie die prinzipielle Fähigkeit, rationale Entscheidungen zu treffen (Alderson und Montgomery 1996, S.18). Zum anderen beschreibt Autonomie den Akt der Selbstbestimmung. Häufig kommt es dabei zu Verwechslung der beiden: „when children do not have opportunities or permission to demonstrate their autonomy, it is often mistakenly assumed that they do not have the personal qualities or the capacity for autonomy.“ (Alderson und Montgomery 1996, S. 18). Die UN-

Kinderrechtskonvention sichert dem minderjährigen Patienten jedoch das Recht auf Partizipation in medizinischen Belangen zu, wenn er in der Lage ist, seine Sichtweise und seinen Willen auszudrücken.

Laut Alderson und Montgomery ist es für die medizinische Behandlung von Vorteil, auch dem minderjährigen Patienten zumindest Partizipation zu ermöglichen. Die Autonomie eines Patienten zu respektieren erweise sich als förderlich für den Therapieausgang, da sich ein Patient ohne Zwang kooperativer verhält: „Listening to children and sharing serious personal decision-making with them from an early age can help to avoid severe and even fatal harm to them.“ (Alderson und Montgomery 1996, S. 20) Die Unterstützung auf seinem Weg zu einem autonomen Menschen ist es, den Minderjährigen die „Autonomie üben zu lassen“, ihm dabei zu helfen und ihm zu vertrauen. „One way to nurture developing autonomy is to encourage children to exercise it, to trust them, to have high expectations and to support them whatever the outcome“ (Alderson und Montgomery 1996, S. 20).

Von einem Recht auf Selbstbestimmung minderjähriger Patienten ist bis heute weder in der Kinderrechtskonvention noch in der Erklärung zu den Rechten des Patienten der World Medical Association die Rede. Laut World Medical Association werden die Rechte des Minderjährigen durch einen Vertreter, in den meisten Fällen durch die Eltern, gewährleistet. Der Minderjährige muss jedoch in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden, sobald er die Fähigkeit besitzt, rationale Entscheidungen zu treffen: „If the legally incompetent patient can make rational decisions, his/her decisions must be respected [...]“²⁰ (World Medical Association 2005, Grundsatz 5). Anspruch auf ein Recht auf Selbstbestimmung haben laut World Medical Association nur Personen, die einwilligungsfähig (*Competent*) sind. Auch im Rahmen des *Informed Consent* haben lediglich diejenigen Personen das Recht, einer medizinischen Behandlung zuzustimmen oder sie abzulehnen, die einwilligungsfähig und frei in ihrer Entscheidung sind.

Kriterien, die laut Dan W. Brock für bei Einwilligungsfähigkeit erfüllt sein müssen, sind die Fähigkeiten zum Kommunizieren und zum Informationsverständnis sowie zum rationalen Überlegen, Argumentieren und Schlussfolgern. Diese Fähigkeiten setzen wiederum kognitive, sprachliche und gedankliche Fähigkeiten, aber auch Lebenserfahrung voraus. Des Weiteren muss der Patient Nutzen und Risiken einer Behandlung erkennen und abwägen können. Dafür soll er persönliche Zukunftsvorstellungen entwickelt haben (Brock 1989, S. 184). Erwachsene Patienten haben dies in der Regel, solange sie nicht durch psychische Krankheiten, Medikamente oder Suchtmittel darin eingeschränkt sind. Minderjährigen Patienten werden diese Fähigkeiten üblicher Weise nicht zugeschrieben. Sie bilden diese im Laufe ihrer Entwicklung zu einem erwachsenen Menschen erst aus (Brock 1989, S. 185). Die von Brock formulierten Kriterien zur Einwilligungsfähigkeit beruhen auf den kognitiven

²⁰ Vgl.: World Medical Association 2005 (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/>) (zuletzt aufgerufen am 02.08.2012)

Fähigkeiten, die nach Piaget im Stadium der formalen Operationen im Alter von etwa 12 bis 13 Jahren in dem Maße ausgebildet sind; ab diesem Zeitpunkt kann ein Minderjähriger die genannten Kriterien zur Einwilligungsfähigkeit erfüllen (Brock 1989, S. 186–187).

Kriterien zur Definition der Selbstbestimmungsfähigkeit, in denen hingegen emotionale und kommunikative Fähigkeiten im Vordergrund stehen, hat die britische Ethikerin Alisa McLaren auf Grundlage der Care-Ethik²¹ vorgeschlagen; diese sollen eine Beurteilung anhand des Alters und der kognitiven Fähigkeiten ersetzen. Ihr zufolge sind *Self Awareness*, *Managing Emotions* und *Empathy* von Bedeutung. *Self Awareness* beinhaltet die Fähigkeit, die eigenen Gefühle wahrnehmen und ausdrücken zu können. *Managing Emotions* beschreibt den angemessenen Umgang mit den wahrgenommenen Gefühlen und die Fähigkeit, diese steuern zu können. Voraussetzung hierfür ist eine emotionale Selbstkontrolle (*Motivating Oneself*). *Empathy* meint die Sensibilität, Gefühle anderer Personen erkennen und bewerten zu können. Insbesondere das Hineindenken in unterschiedliche Perspektiven ist nach McLaren die Voraussetzung dafür, Entscheidungen selbstständig treffen zu können. Dies wird auch als „soziale Intelligenz“ bezeichnet (Vollmann 2008).

Alderson und Montgomery befassen sich nicht ausdrücklich mit dem Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit oder ihrer Feststellung. Jedoch vertreten sie die Ansicht, dass zumindest die Partizipation Minderjähriger in der Medizin von großer Bedeutung sei. Wie in Punkt 2.4.2 erläutert, findet die autonome Entscheidungsfindung bei Minderjährigen, vergleichbar mit der Erwachsener, in vier Stufen statt. Alderson und Montgomery erläutern diese Stufen in einem *Code of Practice*, der für den gesamten Behandlungsprozess eine Rolle spielt. Er zeigt einen Weg auf, die Partizipationsrechte der UN-Kinderrechtskonvention in der Praxis anzuwenden: Der minderjährige Patient muss aufgeklärt werden und die notwendigen Informationen erhalten, um sich eine Meinung bilden zu können. Diese Meinung sollte das Kind äußern dürfen, sie muss in die Entscheidung mit einbezogen werden. Das Kind sollte idealer Weise der wichtigste Entscheider in Maßnahmen sein, die seinen Körper und sein Leben betreffen (Alderson und Montgomery 1996, S. 66). Kinder seien darauf angewiesen, Unterstützung durch erwachsene Personen zu erhalten, die das Kind aufklären und informieren, um seinen Wünschen entsprechend einer Behandlung zuzustimmen oder diese abzulehnen (Alderson 2003, S. 36).

Der Arzt hat die Aufgabe, beide Parteien über Art, Zweck und Dauer der medizinischen Behandlung zu informieren, Methoden und Alternativen sowie dessen Vorteile, aber auch Nebenwirkungen und Risiken aufzeigen und Auswirkungen auf die Gesundheit und das zukünftige Leben des Kindes zu erläutern (Alderson 2003, S. 41). Der Arzt muss das Aufklärungsgespräch so gestalten, dass dem Kind die Möglichkeit gegeben wird, die Informationen zu verstehen. Die Eltern sollten das Kind dabei unterstützen und beratend zur

²¹ Care-Ethik bedeutet Fürsorgeethik und entwickelte sich aus der feministischen Ethik. Bei der Care-Ethik stehen Fürsorglichkeit, Anteilnahme und zwischenmenschliche Beziehungen im Mittelpunkt. (Vgl. Hiemetzberger 2010)

Seite stehen.

Ob ein Kind die Kompetenz aufweist, eine eigene Entscheidung zu treffen, ist folglich weniger abhängig von seinem Alter und seiner Intelligenz, sondern vielmehr vom Umgang mit erwachsenen Personen, die das Kind unterstützen, sowie auch durch persönliche Erfahrungen geprägt (Alderson 2003).

2.4.5 Kindeswohl und Best-Interest-Standard

Der im Deutschen verwendete Begriff „Kindeswohl“ und der im englischsprachigen Raum benutzte Begriff des „Best Interest“ meinen Ähnliches, lassen sich aber nicht vollständig zur Deckung bringen.

Das deutsche Recht unterscheidet zwischen Kindeswohl und Kindesinteresse: „Kindesinteresse umfasst als Oberbegriff das Kindeswohl sowie das Kindesinteresse i.e.S. Kindeswohl und Kindesinteresse i.e.S. betreffen ihrerseits verschiedene Bereiche. Zum Bereich des Kindeswohls zählen die persönlichkeitsbezogenen Belange. Dort gelten vor allem das Prinzip des Vorbehalts beziehungsweise des absoluten Vorranges²² der Kindesposition sowie der Wertungsansatz „vom Kind her“. Im Kindesinteressebereich gibt es dagegen zur Definition anzuerkennender rechtliche Ansprüche des Kindes auch eine Abwägung widerstreitender Interessen verschiedener Rechtssubjekte.“ (Moritz 1989, S. 219). Die Trennung der Begriffe Kindeswohl und Kindesinteresse hat demnach eine Bedeutung für die rechtliche Wertung bei „Drittpositionen“, z.B. dem Willen der Eltern. Nur wenn es sich um das Kindesinteresse handelt, darf eine Interessenabwägung unter Beachtung des Kindeswohls stattfinden.

Gemeinsam ist beiden Begriffen, dass sie das Grundprinzip medizinischer Behandlungen darstellen und durch Eltern, Ärzte und auch den Staat gewährleistet werden müssen. Sie beschreiben keinen statischen Sachverhalt, dieser kann sich vielmehr im Verlauf einer Therapie ändern und muss dann individuell neu überdacht werden (Jochum 2005).

Das Prinzip des Kindeswohls ist von Bedeutung, wenn ein minderjähriger Patient durch die Eltern bei medizinischen Entscheidungen vertreten wird, solange er einwilligungsunfähig ist. Auch die UN-Kinderrechtskonvention befasst sich zusätzlich zu den in Punkt 2.1.1 erläuterten Rechten der Kinder im Artikel 3 explizit mit dem Wohl des Kindes. In Abschnitt 1 heißt es: „Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen [...] ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.“ (UN-Kinderrechtskonvention 1989, Artikel 3).

Der Begriff des Kindeswohls besagt, dass dem Wohl des Kindes dient, was seinen Bedürfnissen entspricht. Es müssen aber auch seine Empfindungen, Wünsche und Ängste berücksichtigt werden (Zitelmann 2001, S. 146). Das Prinzip des Kindeswohls fungiert dabei

²² Vorbehalt/absoluter Vorrang bedeutet, dass bei der Betrachtung des Kindeswohls die Interessen der Eltern nicht gegen die Interessen des Kindes in Anschlag gebracht werden können.

zum Schutz des Kindes und soll seine Zukunft sichern. Das Kindeswohl zu berücksichtigen heißt, das Kind vor Ausbeutung zu schützen und ein intaktes soziales Umfeld bieten zu können. „Die Achtung des Kindes als vulnerables Wesen kann vor allem dadurch gewahrt werden, dass das Kind in seinem sozialen Gefüge wahrgenommen und sein Umfeld als Teil seiner eigenen Identität und seines Wohlergehens betrachtet wird.“ (Niethammer und Marckmann 2009, S. 56) Das soziale Gefüge stellen in den meisten Fällen die Eltern dar, die folglich für das Wohl des Kindes von großer Bedeutung sind (Niethammer und Marckmann 2009).

Wie bestimmt man nun das Wohl eines einwilligungsunfähigen Patienten? Eltern und Ärzte sollen sich hierbei am „wohlverstandenen Interesse des Kindes“ orientieren, welches objektiv ermittelt werden muss. Zu berücksichtigen sind hierbei die Entwicklung des Kindes wie auch seine Zukunftsperspektiven (Sprecher 2007, S. 266). Eltern dürfen jedoch nicht nur aus einer objektiven Sicht entscheiden, sondern sollen auch auf die Wünsche des Kindes eingehen, denn auch das psychische Wohl ist Bestandteil des Kindeswohls. Auch wenn in die Entscheidung zum Kindeswohl familiäre und gesellschaftliche Aspekte mit einfließen, so müssen die Interessen der Außenstehenden, selbst die der Eltern, hinter denen des Kindes zurückstehen. Bei medizinischen Entscheidungen sind nicht nur die Eltern diejenigen, die zum Wohl des Kindes zu entscheiden haben, auch Ärzte und weitere beteiligte Personen müssen in den Entscheidungsprozess eingebunden werden (Jochum 2005).

2.4.6 Der Kindeswille

Neben dem Kindeswohl nimmt der Kindeswille eine immer wichtiger werdende Rolle ein. Der Kindeswille bezeichnet das, was ein Kind ausdrücklich als seinen Willen äußert (Zitelmann 2001, S. 146). Der Wille kann als Voraussetzung zum Erkennen der eigenen Persönlichkeit gesehen werden. Das sogenannte „Icherleben“ ist der Entwicklungszeitpunkt, an dem der Mensch fähig ist, seinen Willen auszudrücken. Auch Säuglinge sind dazu ab den ersten Lebenswochen in der Lage (Moritz 1989, S. 243). In der Entwicklungspsychologie wird der Begriff der Willensbildung unterteilt in einen emotionalen und einen rationalen Willen. Während der Säugling seinen (emotionalen) Willen noch nicht verbal/rational artikulieren kann, wird ab einem Alter von 11 Jahren davon ausgegangen, dass das Kind seinen Willen verbalisieren und begründen kann. Der „begründete Kindeswille“ gilt dann als Maßstab zur Beurteilung des Kindeswohls (Moritz 1989, S. 244–247): „Es kann kein Kindeswohl gegen den Kindeswillen geben, weshalb der Kindeswille bestimmend für jede Entscheidung sein müsse, sofern nicht schwerwiegende Gründe gegen die Respektierung des Kinderwillens bestehen.“ (Eil 1986, S. 289). Die Nichtbeachtung des Kindeswillens hat einen Eingriff in das Kindeswohl zur Folge (Moritz 1989, S.221). Dettenborn beschreibt Mindestanforderungen an den Kindeswillen als Kriterium des Kindeswohls. Um den Kindeswillen unabhängig vom Alter

als „begründet“ oder „reflektiert“ anerkennen zu können, muss er folgende Merkmale erfüllen: Er muss zielorientiert, d.h. stimmungsunabhängig und gerichtet sein. Das Kind soll eine Vorstellung davon haben, wie es sein Ziel erreichen kann. Der Kindeswille soll nachdrücklich und entschieden (intensiv) verfolgt werden können. Weiterhin muss er Stabilität in unterschiedlichen Situationen und gegenüber verschiedenen Personen aufweisen. Er soll die Grundlage in der Entwicklung des Kindes zu einem autonomen Erwachsenen bilden und somit „Ausdruck der individuellen und selbstinitiierten Strebungen“ sein (Dettenborn 2010, S. 70–71).

Auch die UN-Kinderrechtskonvention beschäftigt sich neben dem Kindeswohl mit dem Kindeswillen, zumindest – dem Wortlaut nach etwas abgeschwächt – mit dem als „Meinung“ geäußerten Willen des Kindes. Im Artikel 12 Abschnitt 1 heißt es: „Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife.“ (UN-Kinderrechtskonvention 1989, Artikel 12).

In der Pädiatrie kann die Berücksichtigung des Kindeswillens zu komplexen Situationen führen. Nach Dettenborn kann im Gegensatz zur oben genannten These von Moritz` das Beachten des Kindeswillens die Gefährdung des Kindeswohls bedeuten. Es solle dann folgender Ausgleich angestrebt werden: „So viel Akzeptierung des Kinderwillens wie möglich, so viel [...] Eingriff wie nötig, um das Kindeswohl zu sichern.“ (Dettenborn 2002, S. 78).

Um den Schutz des Kindes in so einem Fall zu sichern, ergeben sich zwei Vorgehensweisen: Es müssen die möglichen Konsequenzen geprüft werden, die zu einer Kindeswohlgefährdung führen können, wenn dem Kindeswillen gefolgt wird, und es müssen die Konsequenzen geprüft werden, die bei einer Nicht-Beachtung des Kindeswillens auftreten können. Letztere können z. B. Resignation und Ohnmachtsgefühle beim Kind sein. Der Wille des Kindes ist nach Dettenborn also grundsätzlich zu berücksichtigen, das Wohl des Kindes bei einem Vorgehen gegen seinen Willen ist ebenfalls erheblich (Dettenborn 2002, S. 79).

Auch Jochum argumentiert, dass es bei medizinischen Entscheidungen von Vorteil sei, Kinder über das Vorgehen zu informieren und ihre Wünsche zu berücksichtigen. Es gelte, „je notwendiger die Behandlung, desto eher können kindliche Bedenken übergangen werden; je mehr es sich um einen elektiven Eingriff handelt, desto wichtiger ist die kindliche Beteiligung.“ (Jochum 2005, S. 461).

Die Diskrepanzen in den durch die hier aufgeführten Autoren gemachten Aussagen bezüglich des Kindeswillens lassen darauf schließen, dass bisher keine Einigkeit zur Berücksichtigung des Kindeswillens und dessen Auswirkungen in medizinischer Therapieentscheidung besteht

3 Der Faktorielle Survey

3.1 Aufbau und Vorgehensweise des Faktoriellen Survey

Ein Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, zu erheben, ob und wie Kinderärzte minderjährige Patienten in medizinische Entscheidungen einbeziehen und wie sie in der alltäglichen Praxis bei Konfliktsituationen entscheiden, wenn das betroffene Kind, seine Eltern und gegebenenfalls sie selbst nicht einer Meinung sind. Zu diesem Zweck wurde eine quantitativ-empirische Erhebung unter niedersächsischen Kinderärzten durchgeführt.

Die Befragung erfolgte mittels eines Faktoriellen Survey, auch Vignettenanalyse genannt.

Entwickelt wurde diese Methode 1951 von Peter H. Rossi (Beck und Opp 2001). Den befragten Personen werden Situationen vorgestellt, die sie anhand von vorgegebenen Aussagen und einer Beurteilungsskala bewerten sollen.

Der Faktorielle Survey bietet vielfältige Anwendungsmöglichkeiten – beispielsweise für die Analyse komplexer Konstellationen von Merkmalen – und ist geeignet, die Ansichten einer Stichprobe von Personen nach bestimmten Kriterien zu beurteilen. Die Durchführung erfordert initial die Bildung von Hypothesen, welche durch den Faktoriellen Survey überprüft werden sollen. Als weiterer Schritt werden die Vignetten mit den dazu gehörigen Beurteilungsskalen formuliert.

Es wird im Fragebogen den befragten Personen eingangs das Vorgehen der Bearbeitung erläutert. Danach werden ihnen Vignetten mit einer dazugehörigen Beurteilungsskala vorgelegt. Ein weiterer Bestandteil eines Fragebogens kann es sein, Merkmale der Befragten zu ermitteln, die für den Hintergrund der Vignetten von Bedeutung sind (Beck und Opp 2001, S. 285– 295).

Ein Nachteil dieser Art der Methodik kann sein, dass die beschriebenen Situationen zu „künstlich“ und somit als fiktiv empfunden werden (Beck und Opp 2001, S. 304) oder aber auch, dass die befragten Personen eine so beschriebene Situation nicht erlebt und über deren Bewertung bisher nicht nachgedacht haben (Beck und Opp 2001).

3.2 Konzeption des Fragebogens

Zur Beantwortung der in Kapitel 1.2 erläuterten Fragestellung wurde ein Fragebogen mit einer geschätzten Bearbeitungszeit von etwa 15–20 Minuten entwickelt, der an in Niedersachsen praktizierende Kinderärzte versandt werden sollte. Dazu wurden niedersächsische Kinderärzte stichprobenartig nach dem Zufallsprinzip²³ aus dem Verzeichnis sämtlicher, bei der Landesärztekammer Niedersachsen registrierter Kinderärzte, ausgewählt. Die Untersuchung gilt somit als repräsentativ. Die randomisierte Auswahl sowie

²³ Durch Zufallsauswahl wird in Studien Repräsentativität erreicht. Dies bedeutet, dass die Teilgesamtheit ein möglichst getreues Spiegelbild der Gesamtpopulation ist. Ist eine Studie repräsentativ, kann also eine verlässliche Aussage über die Grundgesamtheit getroffen werden. Kriterien für Repräsentativität sind: Chancengleichheit und Unabhängigkeit (Jann 2005, S. 100–101).

der Versand der Fragebogen erfolgte in Kooperation mit der Landesärztekammer Niedersachsen.²⁴

Der Fragebogen bestand aus sechs Fallvignetten, in denen verschiedene fiktive, aber an Beispielen aus der Praxis der Kinderheilkunde angelehnte Fälle, vorgestellt wurden.

Als Patienten wurden Kinder im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren, dem sogenannten Schulkindalter, vorgegeben. Jeder Fall stellt eine Konfliktsituation dar, in denen die Meinung des Kindes nicht der Meinung der Eltern entspricht. Fall 1 beschreibt die Ablehnung einer weiteren Chemotherapie durch das Kind. Fall 2 stellt die Ablehnung eines Kindes einer Herztransplantation dar. Im Fall 3 wünscht das Kind die Einhaltung der Schweigepflicht gegenüber seinen Eltern bezüglich selbstverletzenden Verhaltens. Das Kind in Fall 4 lehnt einen für die Eltern durchzuführenden Vaterschaftstest ab. Im Fall 5 wünscht ein minderjähriges Mädchen die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, während ihre Eltern diese Behandlung ablehnen. Fall 6 beschreibt die Ablehnung einer Impfung durch das Kind.

Während die ersten beiden Fälle Situationen beschreiben, in denen die Ablehnung der Therapie durch das Kind einen möglicherweise letalen Ausgang bedeutet, beschreiben die Fälle 3 bis 6 keine lebensgefährlichen, aber dennoch belastende oder folgenreiche Situationen für das Kind beziehungsweise Jugendlichen, welche direkt im Zusammenhang mit der Behandlung oder später auftreten können.

Aufgabe der Kinderärzte war es, zu entscheiden, ob sie dem Wunsch des Kindes entsprechen würden oder nicht, sowie Faktoren, die auf ihre Entscheidung Einfluss haben, zu benennen.

Im allgemeinen Teil des Fragebogens wurden soziodemografische Daten der Kinderärzte wie Alter, Geschlecht, Fachgebiet, Erfahrung und Tätigkeitsort erhoben.

Im Oktober 2011 wurde der Fragebogen per Post, versehen mit einem Anschreiben und einem frankierten Rückumschlag an 300 per Zufall ausgewählte Personen verschickt. Dabei handelt es sich um Kinderärzte, die in Niedersachsen niedergelassen oder in einer Klinik tätig sind. Zusätzlich wurde der Fragebogen an 25 Kinderärzte der Universitätskinderklinik Göttingen verteilt. Die Befragung erfolgte anonym.

Von den 300 per Post verschickten Fragebögen wurden 124 Fragebögen (41,3 %) durch die niedersächsischen Kinderärzte beantwortet und zurückgeschickt. Der Rücklauf der Fragebögen von Kinderärzten der Universitätsklinik lag bei 84 % (21 Fragebögen).

²⁴ Ich danke Dr. Karsten Scholz und Jendrik Schröder von der Ärztekammer Niedersachsen für die Möglichkeit der Kooperation und den Versand der Fragebögen.

3.2.1 Fallvignetten

Die Fallvignetten bestanden aus sechs fiktiven Fällen, die an erlebte Fallgeschichten aus der Praxis der Kinderheilkunde angelehnt sind. Die Fallvignetten wurden in Kooperation mit Pädiatern entwickelt.²⁵

Diese beschreiben Konfliktsituationen, in denen die Meinung des Kindes nicht der Meinung der Eltern entspricht. Es handelt sich bei allen Fällen um Kinder im Alter von 8 bis 14 Jahren. Im Folgenden werden die Fallvignetten aufgeführt und beschrieben.

(Originalfragebogen siehe Anhang)

Fallvignette 1: Ablehnung der Therapie bei Rezidiv einer akuten myeloischen Leukämie

„Ein/e Minderjährige/r im Alter von 10 Jahren liegt wegen eines Rezidivs einer akuten myeloischen Leukämie auf der kideronkologischen Station eines Universitätsklinikums. Das Rezidiv tritt noch vor Ablauf des ersten Jahres nach Erreichen der Erstremission auf. Die erstmalige Behandlung erfolgte durch Chemotherapie, sowie Strahlentherapie. Der behandelnde Arzt schlägt den Eltern und der/dem Minderjährigen eine erneute Behandlung durch Chemotherapie vor, bei welcher er eine 20%ige Heilungschance annimmt. Die Eltern stimmen der Therapie zu. Der/die Minderjährige aber erklärt, es möchte keine weitere Chemotherapie. Er/sie möchte nicht mehr im Krankenhaus verbleiben. Er/sie versteht, dass die Erkrankung dann vermutlich tödlich verlaufen wird.“

In dieser Vignette wird ein Fall vorgestellt, dessen Diagnose für ein Kind regelmäßige Klinikaufenthalte, regelmäßige invasive Maßnahmen und Nebenwirkungen durch die zytostatische Therapie bedeutet. Das Kind hat aufgrund der sich wiederholenden Therapieeinheiten nicht die Möglichkeit, einem kindgerechten Alltag nachzugehen.

Da es sich in einem Rezidiv der Erkrankung befindet, dauert diese schon mehrere Jahre an. Man kann davon ausgehen, dass das Kind im Laufe dieser Zeit viel über seine Krankheit gelernt hat und ein Verständnis für diese Krankheit gewonnen hat.

Aus der Sicht des Kinderarztes bedeutet eine Ablehnung der Therapie eine sehr wahrscheinliche Lebensgefährdung für das Kind. Eine 20%ige Heilungswahrscheinlichkeit stellt andererseits möglicherweise einen ausreichenden Grund für die Durchführung dieser Therapie dar, da sie immerhin eine Chance auf Lebensverlängerung für das Kind bietet. Die Zustimmung der Eltern bringt den Kinderarzt in einen Konflikt zwischen zwei Parteien, bei denen im rechtlichen Kontext davon ausgegangen wird, dass der minderjährige Patient

²⁵ Ich danke an dieser Stelle allen Beteiligten: Frau Prof. Brigitte Stiller, Prof. Christoph Höger aus Göttingen, Prof. Joachim Boos aus Münster, PD Dr. Michael Kölch aus Ulm, Prof. Ronald Kurz aus Wien, Prof. Jörg Ritter aus Münster, Prof. Hansjörg Seyberth aus Marburg, Prof. Volker von Loewenich aus Frankfurt/M. und Prof. Lucas Wessel aus Mannheim.

beziehungsweise die minderjährige Patientin im Alter von 10 Jahren keine freie Entscheidungsfähigkeit aufweist.

Fallvignette 2: Ablehnung einer lebensrettenden Herztransplantation

„Ein/e Minderjährige/r im Alter von 12 Jahren hat einen schweren Herzfehler und ist deswegen schon mehrfach operiert worden. Weil sich der Allgemeinzustand zunehmend verschlechtert, wird er/sie für die Herztransplantation angemeldet. Der/die Minderjährige ist damit einverstanden. Kurze Zeit später wird klar, dass er/sie die Wartezeit ohne eine Kunstherzunterstützung nicht überleben wird. Während die Eltern auch dies gutheißen, verweigert der/die Minderjährige diese Operation. Er/sie fürchtet vor allem, dass die Narben im Bauchbereich später deutlich zu sehen sein werden.“

Auch in diesem Fall bedeuten die mehrfachen Operationen häufige und lange Krankenhausaufenthalte im Leben des Kindes. Ein Herzfehler mit der Indikation zur Transplantation führt dazu, dass ein Kind über einen längeren Zeitraum nicht die Belastbarkeit eines gleichaltrigen Kindes aufweisen kann. Auch dieses Kind ist nicht mehr in der Lage, ein kindgemäßes Leben außerhalb des Krankenhauses zu führen.

Weiterhin befürchtet der/die Minderjährige, dass durch die Operation später Narben im Bauchbereich sichtbar sein könnten. Im Alter von 12 Jahren befindet sich der/die Minderjährige in einem Alter, in dem das Aussehen zunehmend an Bedeutung gewinnt und subjektiv einen wichtigen Bestandteil des Lebens ausmacht. Der Kinderarzt sieht durch eine Ablehnung der Kunstherztransplantation das Leben des/der Minderjährigen gefährdet. Aus der Sicht eines Erwachsenen sind sichtbare Narben im Bauchbereich rational betrachtet kein Grund, eine lebensrettende Maßnahme abzulehnen. Die Zustimmung der Eltern bringt die Kinderärztin beziehungsweise den Kinderarzt in den Konflikt, Partei ergreifen zu müssen, da auch im Alter von 12 Jahren rechtlich davon ausgegangen wird, dass keine Entscheidungsfähigkeit vorliegt.

Fallvignette 3: Schweigepflicht gegenüber den Eltern bei selbstverletzendem Verhalten

„Ein 14-jährige/r Minderjährige/r befindet sich stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In diesem Umfeld tritt erstmalig selbstverletzendes Verhalten bei ihm/ihr auf. Im Gespräch mit dem Arzt äußert er/sie den ausdrücklichen Wunsch, dass die Eltern über die Selbstverletzungen nicht informiert werden sollen.“

Der/die Minderjährige befürchtet durch das neu aufgetretene selbstverletzende Verhalten Sanktionen durch seine Eltern, z.B. in Form von Verlängerung des stationären Aufenthaltes.

Die Bitte an die Kinderärztin beziehungsweise den Kinderarzt drückt den Wunsch nach Vertraulichkeit aus. Der Kinderarzt würde durch das Schweigen gegenüber den Eltern das Vertrauensverhältnis zu seiner/seinem minderjährigen Patienten stärken, was eine zukünftige Behandlung möglicherweise verbessern würde. Der Fall wirft die Frage auf, ob sich allein gegenüber dem Kind eine Schweigepflicht des Arztes begründen lässt. Andererseits wünschen sich die Eltern gegebenenfalls regelmäßige Berichterstattung durch den Arzt und wollen über das Ausmaß der Gefährdung des Kindes aufgeklärt sein. Durch ein Verschweigen von Symptomen würde die Kinderärztin beziehungsweise der Kinderarzt das Vertrauensverhältnis zu den Eltern des/der Minderjährigen riskieren und gegebenenfalls dem elterlichen Recht, die Interessen des Kindes zu vertreten, nicht genügen.

Fallvignette 4: Ablehnung eines Vaterschaftstests

„Die Eltern eines/r Minderjährigen im Alter von 12 Jahren leben in Scheidung. Der Ehemann bezweifelt die Vaterschaft und möchte die Abstammung des Kindes klären lassen. Die Mutter ist damit einverstanden. Der/die Minderjährige wünscht jedoch, dass diese Untersuchung nicht durchgeführt wird.“

Fall 4 behandelt einen Fall, in dem eine minderjährige Person einen Vaterschaftstest ablehnt. Der/die Minderjährige hat möglicherweise Angst, durch einen solchen Test etwas zu erfahren, das sich negativ auf ihn/sie auswirken könnte. Der Kinderarzt ist mit einer Situation konfrontiert, deren Ausgang dem Kind möglicherweise psychisch schaden könnte. Ein invasiver Eingriff wäre für den Vaterschaftstest nicht zwingend notwendig, sodass eine körperliche Verletzung des/der Minderjährigen ausgeschlossen werden kann.

Fallvignette 5: Ablehnung einer Abtreibung durch die Eltern aus religiösen Gründen

„Eine 14-jährige Minderjährige kommt in die Sprechstunde eines niedergelassenen Gynäkologen, von dem sie vor etwa vier Wochen erfahren hat, dass sie schwanger ist. Sie wünscht eine Abtreibung. Nach Rücksprache mit den Eltern stellt sich heraus, dass diese einer Abtreibung aus religiösen Gründen nicht zustimmen.“

Dieser Fall beschreibt eine Situation, in der ein minderjähriges Mädchen einen medizinischen Eingriff wünscht, während ihre Eltern diesen ablehnen.

Wird der durch die Minderjährige gewünschte Eingriff nicht durchgeführt, so hat dies möglicherweise gravierende Auswirkungen auf das Leben der Minderjährigen. Allerdings kann auch eine Abtreibung selbst bei dem Mädchen einen psychischen und – selten – einen körperlichen Schaden hervorrufen. Der Arzt steht hier vor dem Konflikt, dass eine minderjährige Person einen Eingriff wünscht, die Eltern diesen jedoch ablehnen.

Fallvignette 6: Ablehnung einer Impfung

„Ein/e 8-jährige/r Minderjährige/r soll im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung geimpft werden. Als er/sie die Spritze sieht, schlägt er/sie um sich und lässt dem Arzt keine Möglichkeit, die Injektion durchzuführen. Mit Hilfe von Arzthelferin und Mutter kann der/die Minderjährige festgehalten und der Arm somit fixiert werden.“

Der/die Minderjährige in dieser Situation hat Angst vor der angekündigten Impfung und wehrt sich körperlich dagegen. Durch die Fixierung durch die Arzthelferin und die Mutter wird er in seiner Freiheit eingeschränkt, was seine Angst in zukünftigen ähnlichen Situationen möglicherweise noch erhöhen könnte. Für den Kinderarzt ist eine Impfung ein notwendiger, elektiver Eingriff, der unangenehm, aber schnell vorbei ist.

3.2.2 Fragen zu den Vignetten

Um zu untersuchen, wie Kinderärzte mit den vorgestellten Fällen in ihrem Alltag umgehen würden, wurden ihnen folgende, mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantwortende Fragen gestellt:

- Frage 1: „Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?“
- Frage 2: „Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?“

Die Kinderärzte wurden gebeten, den Einfluss nachfolgender, möglicher Gründe auf ihre Entscheidung zu bewerten. Sie konnten den Grad des Einflusses auf einer Skala von 1 bis 5 wählen, wobei 1 „sehr unwichtig“ und 5 „sehr wichtig“ bedeutete. Im Verlauf des Textes der Darstellung der empirischen Ergebnisse wird zum besseren Verständnis die Antwortmöglichkeit „2“ als „eher unwichtig“, die Antwortmöglichkeit „3“ als „unentschieden“ und die Antwortmöglichkeit „4“ als „eher wichtig“ benannt.

- a) „Der/die Minderjährige hat durch seine Krankheit schon viel Krankenhauserfahrung gesammelt und weiß viel über seine Krankheit.“
- b) „Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit.“
- c) „Der/die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt (kognitive Reife).“
- d) „Sie kennen den/die Minderjährige/n schon sehr lange.“
- e) „Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen.“
- f) „Der Minderjährige ist ein Junge.“
- g) „Die Minderjährige ist ein Mädchen.“

Die Frage beinhaltete auch ein Freitextfeld, in dem weitere Gründe angeführt werden konnten.

3.2.3 Soziodemografische Daten der Kinderärzte

Die Kinderärzte wurden gebeten, Angaben zu ihrem Geschlecht, ihrem Alter und ihrer Religionszugehörigkeit²⁶ zu machen. Des Weiteren wurden sie gefragt, in welchem Fachbereich der Pädiatrie sie tätig sind, wie lange sie als Kinderarzt praktizieren und ob sie niedergelassen oder in einer Klinik arbeiten.

Zusätzlich wurden die Kinderärzte im Abschnitt 7.7 des Fragebogens über ihre allgemeine Meinung zur Partizipation von Kindern in der Medizin befragt.

7.7 a) „Die Meinung eines/einer Minderjährigen in der Medizin sollte in jedem Fall gehört werden.“

7.7 b) „Der/die Minderjährige hat ab dem Schulkindalter ein Recht, seine/ihre Interessen selbst zu vertreten.“

7.7c) „Ich würde keine/n Minderjährige/n ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung zwingen.“

7.7d) „Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Minderjährigen würde ich immer der Entscheidung der Eltern folgen.“

7.7e) „Das Recht von Minderjährigen, ihre Interessen selbst zu vertreten, wird in der Kinderheilkunde zurzeit ausreichend berücksichtigt.“

Hierbei konnten die Kinderärzte ihren Grad der Zustimmung auf einer Skala von 1 bis 5 („Stimme gar nicht zu“ bis „Stimme ganz und gar zu“) angeben. Im Text wird zum besseren Verständnis die Antwortmöglichkeit „2“ als „stimme eher nicht zu“, die Antwortmöglichkeit „3“ als „unentschieden“ und die Antwortmöglichkeit „4“ als „stimme eher zu“ bezeichnet.

3.3 Auswertung und Ergebnisse

Von den 300 per Post versendeten Fragebögen wurden 124 (41,3 %) Fragebögen von den niedersächsischen Kinderärzten beantwortet und zurückgesandt.

Von den 25 Kinderärzten der Universitätsmedizin Göttingen reagierten 21 (84 %) auf die Fragebögen.

Für die deskriptive Auswertung der Fragebögen wurden Häufigkeitszählungen verwendet.

Die frei formulierten Antworten der Kinderärzte zu weiteren Gründen, die ihre Meinung bezüglich der Entscheidung zugunsten des Kindes beeinflussen, wurden in Kategorien zusammengefasst.

²⁶ Die Religionszugehörigkeit wurde bei der statistischen Auswertung nicht berücksichtigt, da einige Items zu selten angekreuzt wurden.

Um zu untersuchen, ob ein Zusammenhang zwischen dem Erleben eines Falles und der Zustimmung zur Meinung des minderjährigen Patienten besteht, wurde der Chi-Quadrat-Test eingesetzt.

Zur Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen dem Geschlecht der Kinderärzte und deren allgemeiner Meinung zu Kinderrechten in der Medizin (siehe Fragebogen 7.7) wurde der Wilcoxon-Mann-Whitney-Test angewendet. Der Wilcoxon-Mann-Whitney-Test erlaubt den Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben (Storm 2007, S. 286), wie in diesem Fall den Vergleich zwischen den beiden Geschlechtern.

Der Zusammenhang zwischen dem Alter der Kinderärzte sowie deren Erfahrung beziehungsweise Tätigkeitsdauer wurde mittels Kruskal-Wallis-Test ermittelt. Der Kruskal-Wallis-Test erlaubt im Gegensatz zum Wilcoxon-Mann-Whitney-Test die Prüfung von mehr als zwei Variablen, welche in Form des Alters und der Erfahrung vorlagen.

Sowohl der Wilcoxon-Mann-Whitney-Test, als auch der Kruskal-Wallis-Test prüfen die Nullhypothese (Voß 2003, S 484).

3.3.1 Quantitative Auswertung der Fallvignetten

Fallvignette 1: Ablehnung der Therapie bei Rezidiv einer akuten myeloischen Leukämie

Deskriptive Auswertung

Abbildung 1.1 zeigt, dass 21 (14,5 %) Kinderärzte diesen oder einen vergleichbaren Fall schon persönlich erlebt haben. 124 (85,5 %) Kinderärzte haben dagegen diesen oder einen vergleichbaren Fall bisher noch nicht erlebt.

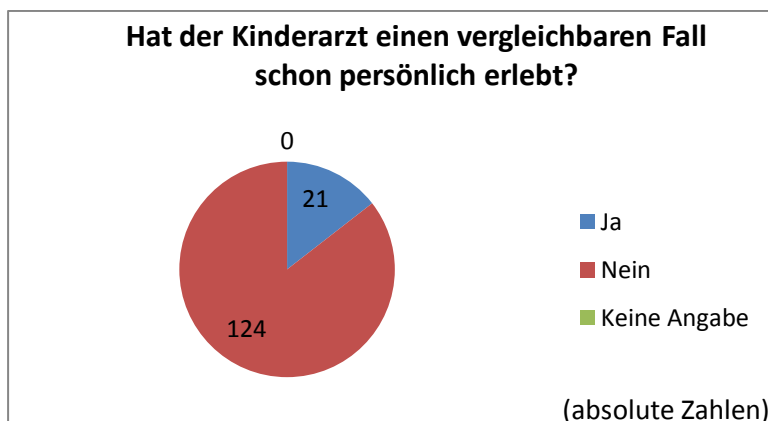


Abbildung 1.1, Fallvignette 1, Frage 1
"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?" (N=145)

Abbildung 1.2 zeigt, dass 68 Kinderärzte (46,9 %) dem Wunsch der/des Minderjährigen entsprechen würden, während 68 Kinderärzte (46,9%) diesem Wunsch nicht nachkommen würden. 9 Kinderärzte (6,2 %) enthielten sich einer Meinung.

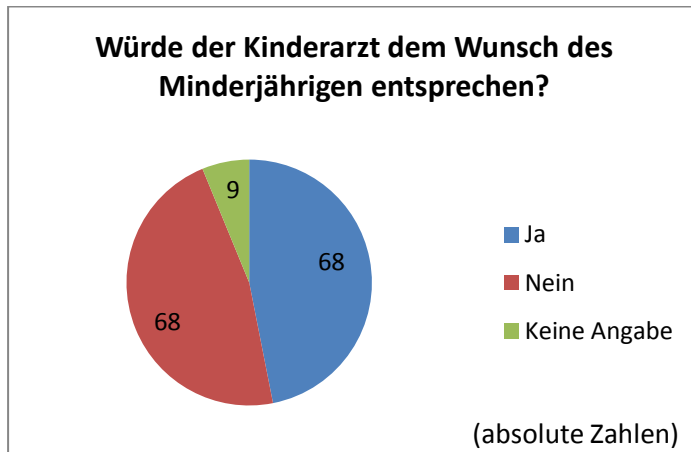


Abbildung 1.2, Fallvignette 1, Frage 2
 "Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des Minderjährigen zu entsprechen?" (N=145)

Abbildung 1.3a zeigt, dass 77 Kinderärzte (53,1%) auf einer Skala von 1 bis 5 („Sehr unwichtig“ bis „Sehr wichtig“) den Einfluss der Krankenhauserfahrung und des Krankheitsverständnisses als sehr wichtig für ihre Entscheidung einstufen würden. 43 Kinderärzte (29,7%) sehen es als eher wichtig an und 15 (10,3%) sind unentschieden. Lediglich 6 der Kinderärzte (4,1%) sehen dieses Kriterium als eher unwichtig, 2 (1,4%) als sehr unwichtig an.

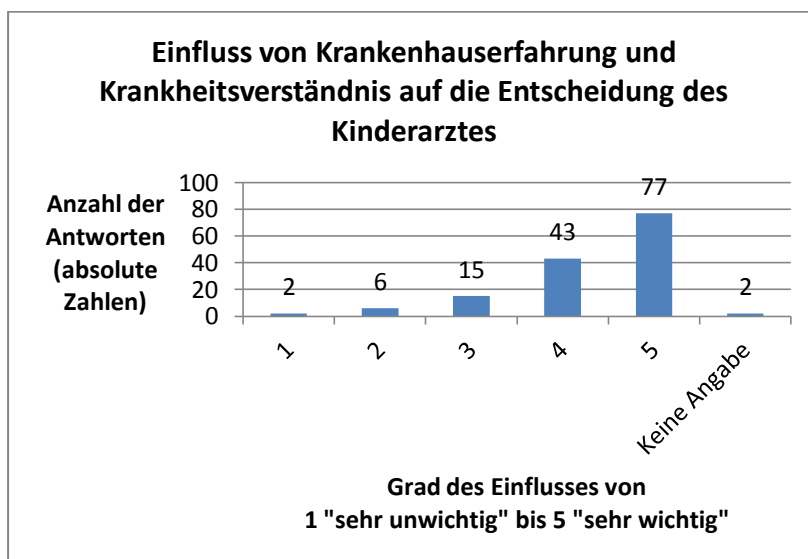


Abbildung 1.3a , Fallvignette 1, Frage 3a
 "Der/die Minderjährige hat durch seine Krankheit schon viel Krankenhauserfahrung gesammelt und weiß viel über seine Krankheit." (N=145)

In Abbildung 1.3b zeigt sich, dass 69 Kinderärzte (47,6%) das Kriterium der emotionalen Reife als sehr wichtig einstufen. 41 (28,3%) finden dieses Kriterium eher wichtig und 22 (15,1%) sind unentschieden. Auch die emotionale Reife spielt nur bei neun Kinderärzten (6,2%) eine eher unwichtige oder bei 2 (1,4%) gar eine sehr unwichtige Rolle.

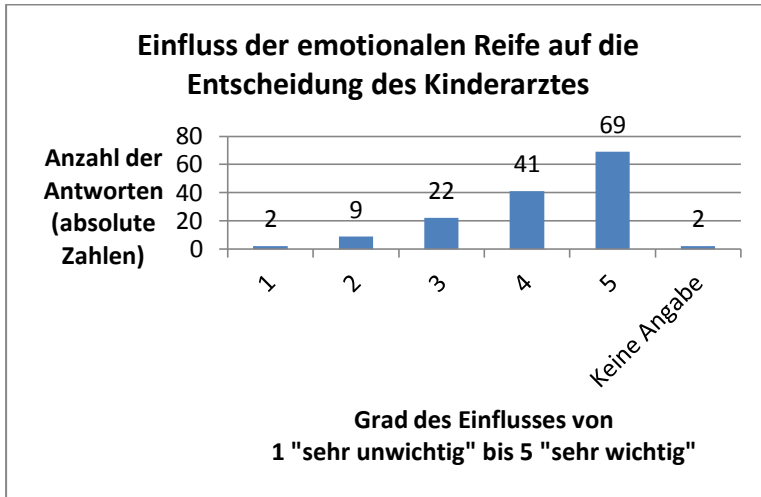


Abbildung 1.3b, Fallvignette 1, Frage 3b
 "Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit." (N=145)

Abbildung 1.3c zeigt den Einfluss der intellektuellen Entwicklung des Minderjährigen auf die Entscheidung der Kinderärzte. 59 der Kinderärzte (40,7%) schätzen dieses Kriterium als sehr wichtig ein. 48 (33,1%) immer noch als eher wichtig und 22 (15,2%) sind unentschieden. Lediglich von 10 Kinderärzten (6,9%) ist das Kriterium der intellektuellen Entwicklung als eher unwichtig beziehungsweise von 4 (2,8%) als sehr unwichtig eingestuft worden.

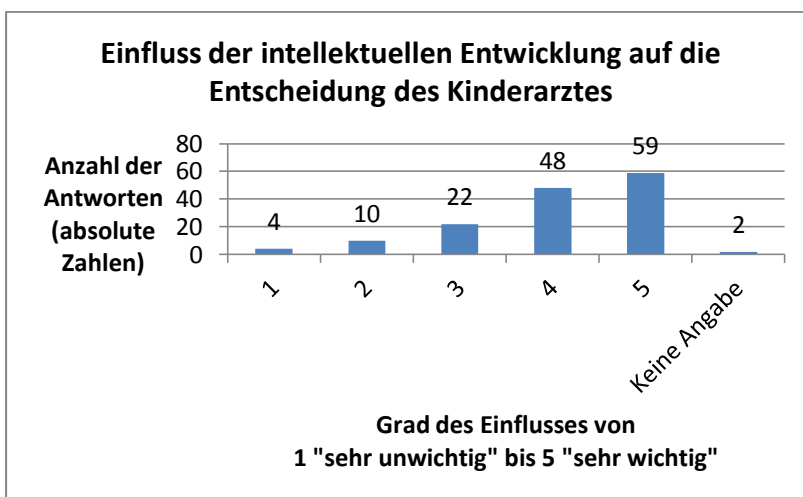


Abbildung 1.3c, Fallvignette 1, Frage 3c
 "Der/die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt." (N=145)

Abbildung 1.3d zeigt auf, dass auch das Verhältnis zwischen dem Kinderarzt und dem Kind von Bedeutung ist. 61 (42,1%) der Kinderärzte sehen es als sehr wichtiges Kriterium für die Entscheidung, dem Kindeswillen nachzukommen beziehungsweise nicht nachzukommen, an. Immerhin noch 38 (26,2%) von ihnen findet das Kriterium, das Kind schon lange zu kennen, eher wichtig. Unentschieden sind 19 (13,1%) der Kinderärzte, während 14 (9,7%) das Verhältnis als eher unwichtig ansehen. 10 (6,7%) stufen dieses Kriterium ist als sehr unwichtig ein.

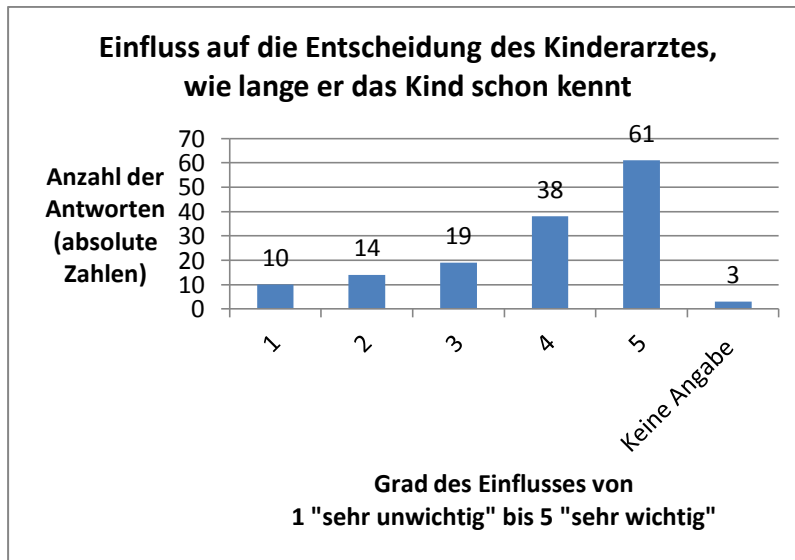


Abbildung 1.3d, Fallvignette 1, Frage 3d
 "Sie kennen den/die Minderjährige/n schon lange." (N=145)

Abbildung 1.3e zeigt den Einfluss eines schlechten Eltern-Kind-Verhältnisses auf die Entscheidung der Kinderärzte. 43 der Kinderärzte (29,7%) finden dieses Kriterium sehr wichtig, 29 (20%) eher wichtig, 34 (23,4%) sind unentschieden, 12 (8,3%) finden es eher unwichtig und 24 (16,6%) sehr unwichtig.

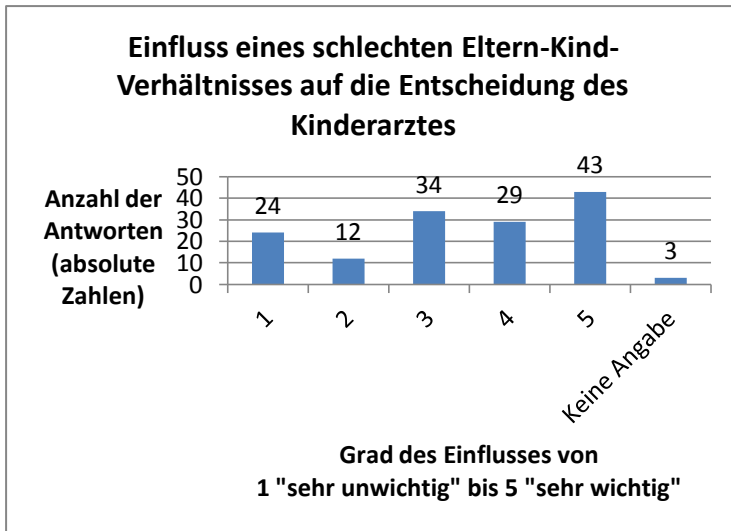


Abbildung 1.3e, Fallvignette 1, Frage 3e
 "Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen." (N=145)

Abbildung 1.3f und 1.3g zeigen den Einfluss des Geschlechts auf die Entscheidung der Kinderärzte. Dieses Kriterium sehen jeweils 119 (82,1%) der Kinderärzte als sehr unwichtig an. Lediglich jeweils 2 (1,4%) von ihnen empfinden das Geschlecht als sehr wichtig.

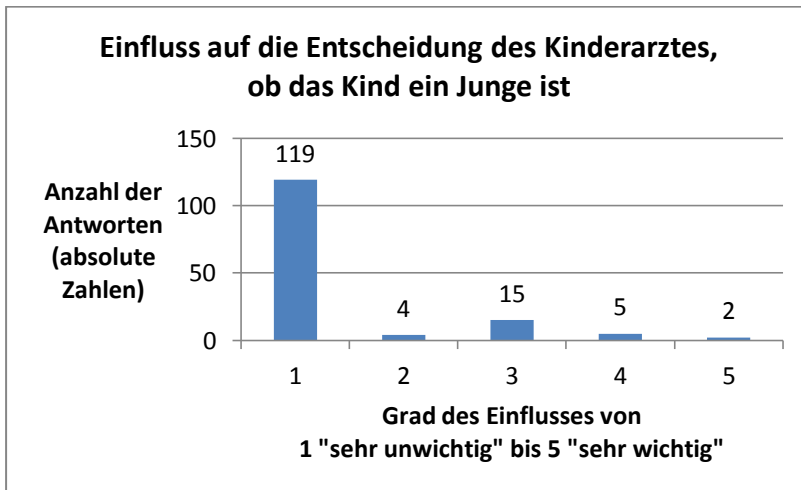


Abbildung 1.3f, Fallvignette 1, Frage 3f
 "Der Minderjährige ist ein Junge." (N=145)

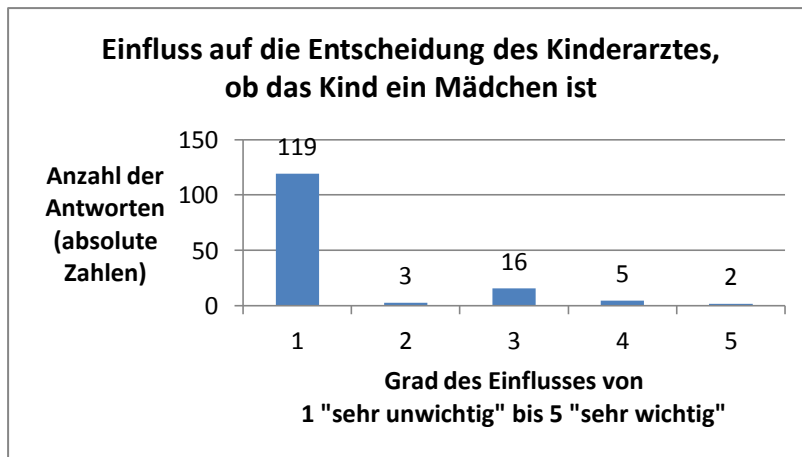


Abbildung 1.3g, Fallvignette 1, Frage 3g
"Die Minderjährige ist ein Mädchen." (N=145)

Auswertung der Kommentare

Die Kinderärzte hatten im Anschluss an die Beurteilungsskalen die Möglichkeit, weitere Gründe zu nennen, die für eine Entscheidung, dem Wunsch des Kindes zu entsprechen beziehungsweise nicht zu entsprechen, von Bedeutung sein können.

19 (13,1%) der Kinderärzte nannten zusätzliche Gründe:

Jeweils zwei Kinderärzte gaben als beeinflussenden Grund an, dass das Kind als einziges seine Krankheit erlebt habe und ohne Compliance keine erfolgreiche Behandlung stattfinden könne. Auch die Nebenwirkungen der bisherigen Behandlungen gelten für zwei Kinderärzte als Einflussgrößen.

Die Notwendigkeit der Beurteilung durch einen Psychologen nannte ein Kinderarzt. Dass das Kind die Konsequenzen einer Ablehnung der Chemotherapie nicht in Gänze erfassen kann, wurde von 4 Kinderärzten aufgeführt. Spätere Vorwürfe der Eltern, das Kind nicht überzeugt haben zu können, sah ein Kinderarzt als problematisch an.

Auch dass die depressive Verstimmung des Kindes zum Entscheidungszeitpunkt eine Rolle gespielt haben könnte, nimmt laut zwei Kinderärzten Einfluss auf die Entscheidung. Zwei Kinderärzte würden abwarten und weitere Gespräche mit dem Kind führen wollen.

Entscheidend wäre laut einem Kinderarzt auch die palliative Versorgung des Kindes zuhause. Ein Kinderarzt stellte fest, dass die Gründe des Kindes medizinisch vertretbar sein müssen, während eine andere/ein anderer der Meinung war, dass auch eine minimale Heilungschance besser sei als eine nicht vorhandene Chance.

Fallvignette 2: Ablehnung einer lebensrettenden Herztransplantation

Deskriptive Auswertung

Einen Fall wie den der Ablehnung einer Herztransplantation hatten, wie in Abbildung 2.1 dargestellt, 16 (11%) Kinderärzte schon persönlich erlebt. Der Großteil mit 129 Kinderärzten (89%) wurde mit so einem oder vergleichbaren Fall bisher nicht konfrontiert.

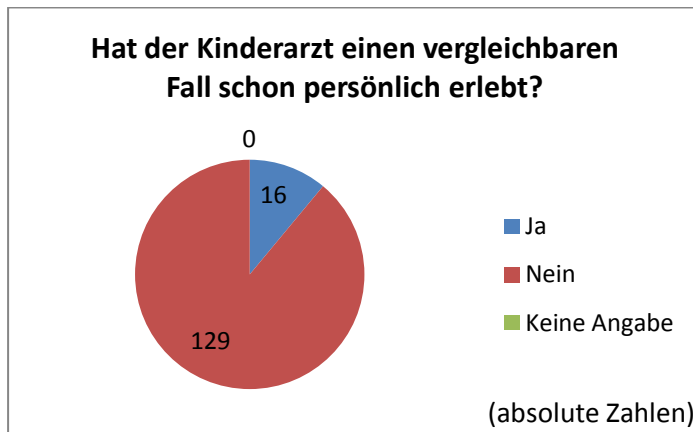


Abbildung 2.1, Fallvignette 2, Frage 1
"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?" (N=145)

In Abbildung 2.2 wird deutlich, dass der Großteil der Kinderärzte mit einer Zahl von 129 (89%) dem Wunsch des/der Minderjährigen nicht entsprechen würde. Nur 12 (8,3%) von ihnen würden die Ablehnung der Herztransplantation respektieren.

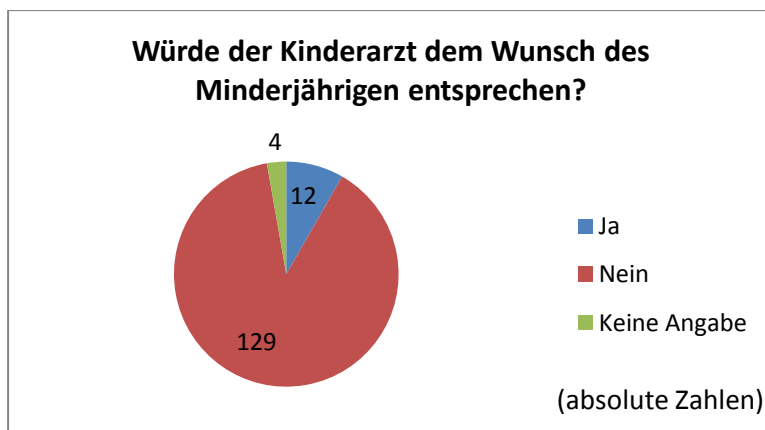


Abbildung 2.2, Fallvignette 2, Frage 2
"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?" (N=145)

Abbildung 2.3a zeigt, dass die Krankenhauserfahrung und das Krankheitsverständnis der/des Minderjährigen einen großen Einfluss auf die Entscheidung der Kinderärztin beziehungsweise des Kinderarztes hat. 61 (42,1%) halten diesen Faktor für sehr wichtig, 42 (29%) für eher wichtig, 19 (13,1%) sind unentschieden und nur 6 (4,1%) halten ihn für eher

unwichtig. 15 (10,3%) der Kinderärzte sehen den Einfluss der Krankenhauserfahrung und das Krankheitsverständnis als sehr unwichtig an.

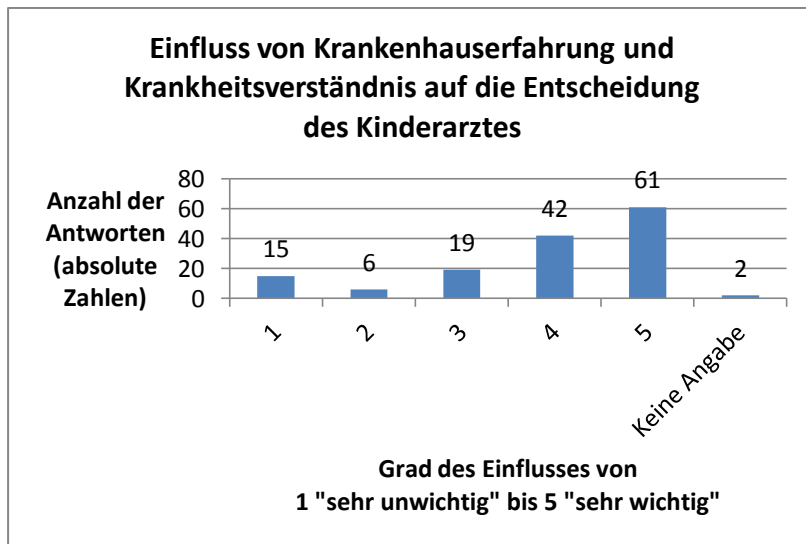


Abbildung 2.3a, Fallvignette 2, Frage 3a
 "Der/die Minderjährige hat durch seine Krankheit schon viel Krankenhauserfahrung gesammelt und weiß viel über seine Krankheit." (N=145)

Die emotionale Reife hat ebenfalls einen ausschlaggebenden Einfluss auf die Entscheidung der Kinderärzte. Wie in Abbildung 4.2.3b ersichtlich, geben auch bei diesem Kriterium 52 (35,9%) Kinderärzte die emotionale Reife als sehr wichtig an, 35 (24,1%) als eher wichtig. 19 (13,1%) Kinderärzte sind unentschieden, während 20 (13,8%) beziehungsweise 14 (9,7%) Kinderärzte die emotionale Reife eher unwichtig oder auch sehr unwichtig finden.

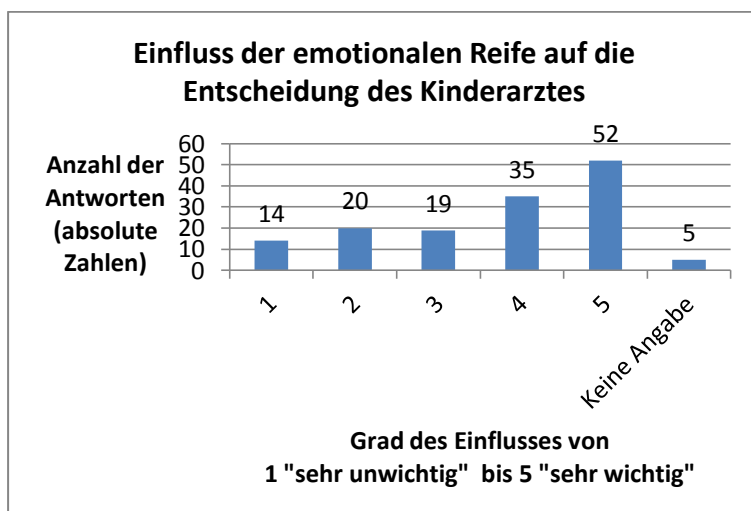


Abbildung 2.3b, Fallvignette 2, Frage 3b
 "Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit." (N=145)

Auch die intellektuelle Entwicklung wird von den Kinderärzten als wichtiges Kriterium zur Entscheidung angegeben. Abbildung 2.3c zeigt, dass 47 (32,4%) Kinderärzte den Intellekt

eines/einer Minderjährigen als sehr wichtig bewerten und 40 (27,6%) von ihnen als eher wichtig. Unentschieden sind bezüglich der intellektuellen Entwicklung 28 (19,3%) der Kinderärzte. Eher unwichtig oder sehr unwichtig ist sie für 12 (8,3%) beziehungsweise 14 (9,7%).

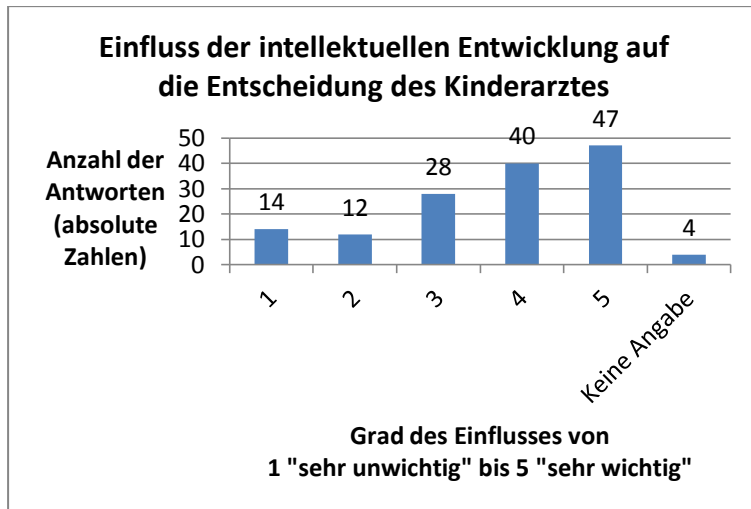


Abbildung 2.3c, Fallvignette 2, Frage 3c
 "Der/die Minderjährige ist in intellektuell weit entwickelt." (N=145)

Den Einfluss des Aspekts, dass der Kinderarzt das Kind schon lange kennt, zeigt Abbildung 2.3d. Auch dieses Kriterium sehen 58 (40%) beziehungsweise 29 (20%) Kinderärzte als sehr wichtig oder eher wichtig an. Unentschieden sind 24 (16,6%) Kinderärzte. 14 (9,7%) beziehungsweise 16 (11%) Kinderärzte messen dem Zeitraum des Kennens eine eher unwichtige oder auch sehr unwichtige Bedeutung zu.

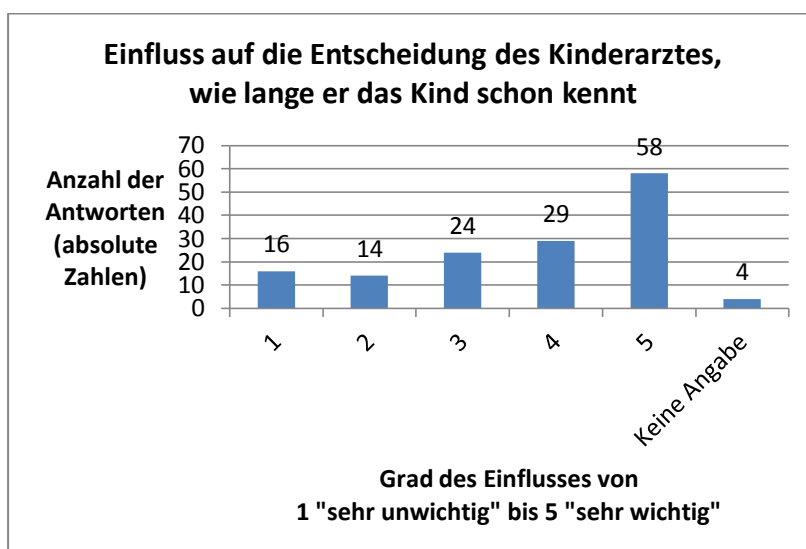


Abbildung 2.3d, Fallvignette 2, Frage 3d
 "Sie kennen den/die Minderjährige/n schon sehr lange." (N=145)

Ein schlechtes Eltern-Kind-Verhältnis wird im Fall der abgelehnten Herztransplantation unterschiedlich bewertet. Abbildung 2.3e zeigt, dass es für 32 (22,1%) Kinderärzte als wichtig für ihre Entscheidung erachtet wird. Jedoch sehen dieses Kriterium auch 30 (20,7%) von ihnen als sehr unwichtig an. Unentschieden sind 36 (24,8%) Kinderärzte.

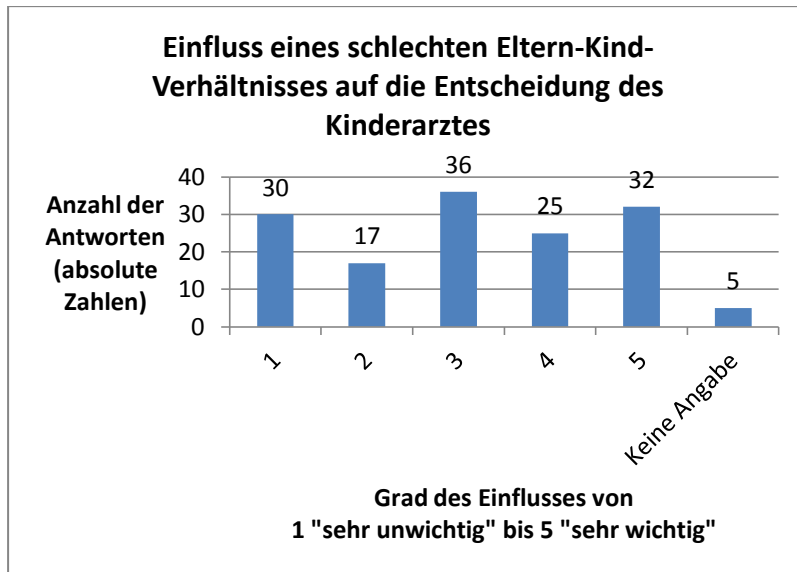


Abbildung 2.3e, Fallvignette 2, Frage 3e
 "Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen." (N=145)

Abbildung 2.3f und 2.3g zeigen den Einfluss des Geschlechts auf die Entscheidung des Kinderarztes im Fall der abgelehnten Herztransplantation. Der Großteil der Kinderärzte sieht das Geschlecht als sehr unwichtigen Faktor für ihre Entscheidung an. 114 (78,6%) beziehungsweise 113 (78%) Kinderärzte entschieden sich derart. Lediglich 3 (2,1%) sehen auch das Geschlecht als sehr wichtiges Kriterium an.

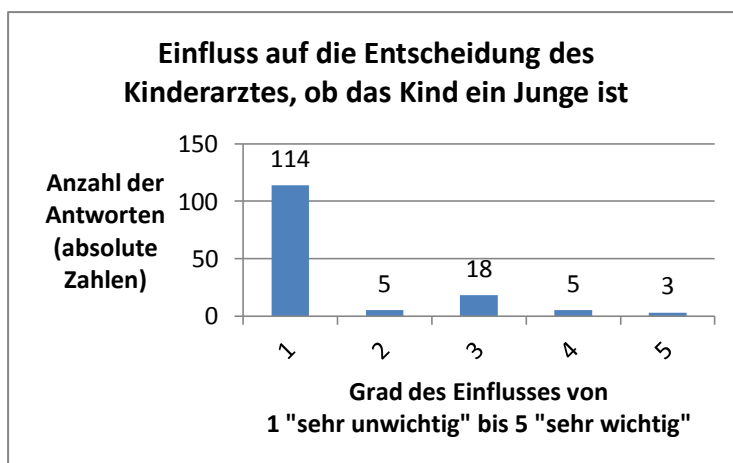


Abbildung 2.3f, Fallvignette 2, Frage 3f
 "Der Minderjährige ist ein Junge." (N=145)

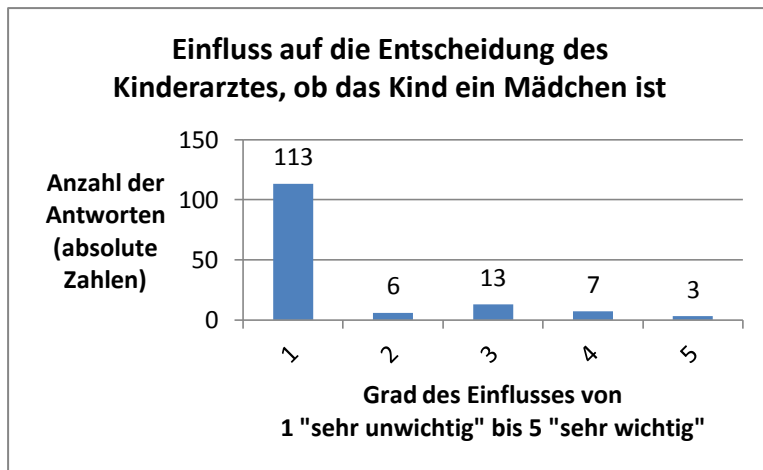


Abbildung 2.3g, Fallvignette 2, Frage 3g
 "Die Minderjährige ist ein Mädchen." (N=145)

Auswertung der Kommentare

13 (9%) Kinderärzte gaben zu dem Fall der abgelehnten Herztransplantation noch zusätzliche Gründe an, die sie als Kommentare frei formulieren konnten.

Fünf Kinderärzte sagten, dass es von der Unreife des/der Minderjährigen zeugt, wenn allein die Narben als Grund für die Ablehnung angegeben werden. Vier Kinderärzte würden weitere Gespräche mit dem/der Minderjährigen führen wollen, um evtl. doch noch zu einer Zustimmung zur Therapie zu gelangen. Jeweils ein Kinderarzt würde in diesem Fall abwarten und die Ablehnung des/der Minderjährigen auf eine ungenügende Aufklärung ihrerseits/seinerseits beziehungsweise die der Eltern zurückführen.

Während ein Kinderarzt der Meinung war, dass eine 12-jährige Person unabhängig von der Reife und der Entwicklung nicht in der Lage sein kann, eine solche Entscheidung zu treffen, gab ein Kinderarzt an, dass niemand zu einer Behandlung gezwungen werden sollte.

Fallvignette 3: Schweigepflicht gegenüber den Eltern bei selbstverletzendem Verhalten

Deskriptive Auswertung

Im Fall der gewünschten Schweigepflicht gegenüber den Eltern bei selbstverletzendem Verhalten gaben 80 (55,2%) der Kinderärzte an, einen vergleichbaren Fall bisher nicht erlebt zu haben. 65 (44,8%) haben einen vergleichbaren Fall schon erlebt. Abbildung 3.1 zeigt das Verhältnis.

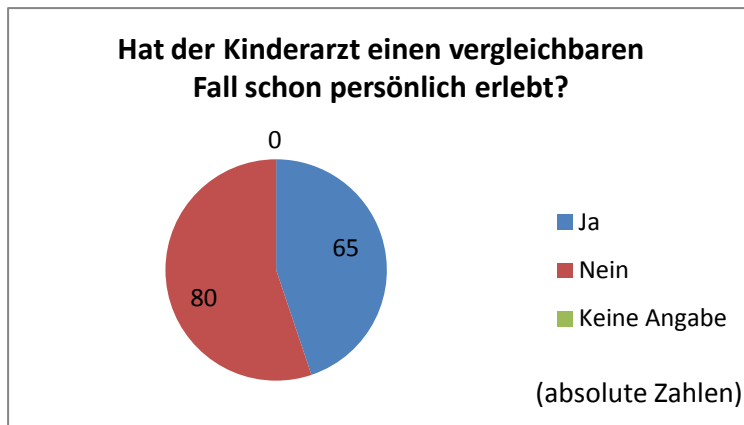


Abbildung 3.1, Fallvignette 3, Frage 1
"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?" (N=145)

In Abbildung 3.2 wird ersichtlich, dass 102 (70,3%) der Kinderärzte dem Wunsch des/der Minderjährigen entsprechen würden. Nur 37 (25,5%) würden im Fall der Selbstverletzung während eines stationären Aufenthaltes die Eltern gegen den Willen des/der Minderjährigen informieren.

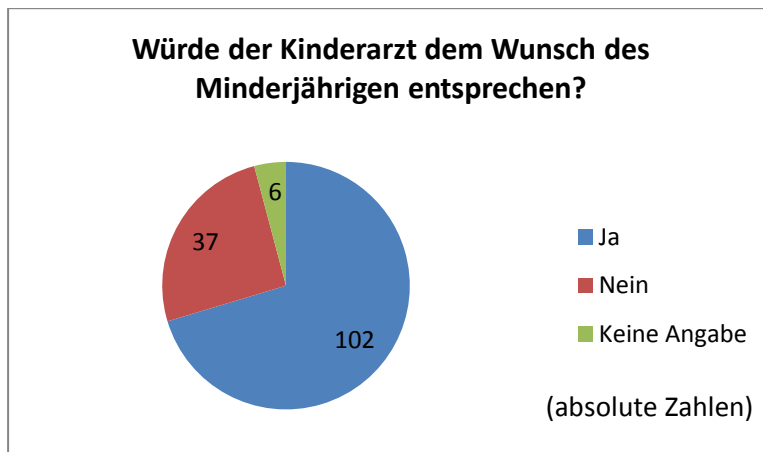


Abbildung 3.2, Fallvignette 3, Frage 2
"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?" (N=145)

Im Fall der Selbstverletzung sind, wie in Abbildung 3.3a dargestellt, die Krankenhauserfahrung und das Krankheitsverständnis kein eindeutiges Kriterium für die Entscheidung der Kinderärzte.

39 (26,9%) der Kinderärzte bewerten dieses Kriterium als sehr wichtig, 27 (18,6%) als eher wichtig, 26 (17,9%) sind unentschieden, 24 (16,6%) bewerten es als eher unwichtig und 27 (18,6%) als sehr unwichtig.

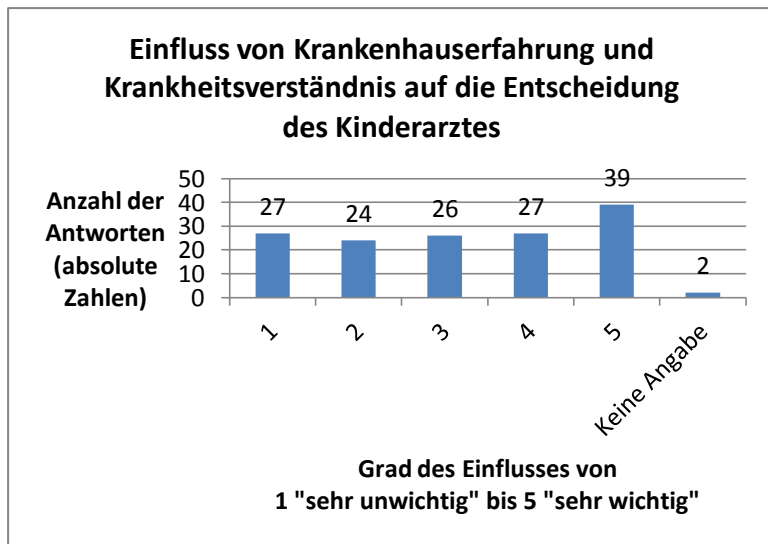


Abbildung 3.3a, Fallvignette 3, Frage 3a
 "Der/die Minderjährige hat durch seine Krankheit schon viel Krankenhauserfahrung gesammelt und weiß viel über seine Krankheit." (N=145)

Abbildung 3.3b zeigt die Wertung des Einflusses der emotionalen Reife, der im Fall des selbstverletzenden Verhaltens eine größere Rolle einzunehmen scheint. 44 (30,3%) der Kinderärzte bewerten die emotionale Reife als sehr wichtig, 41 (28,3%) als eher wichtig und 31 (21,4%) sind unentschieden. Nur 14 (9,7%) beziehungsweise 12 (8,3%) sehen die emotionale Reife als eher unwichtigen oder sehr unwichtigen Einflussfaktor an.

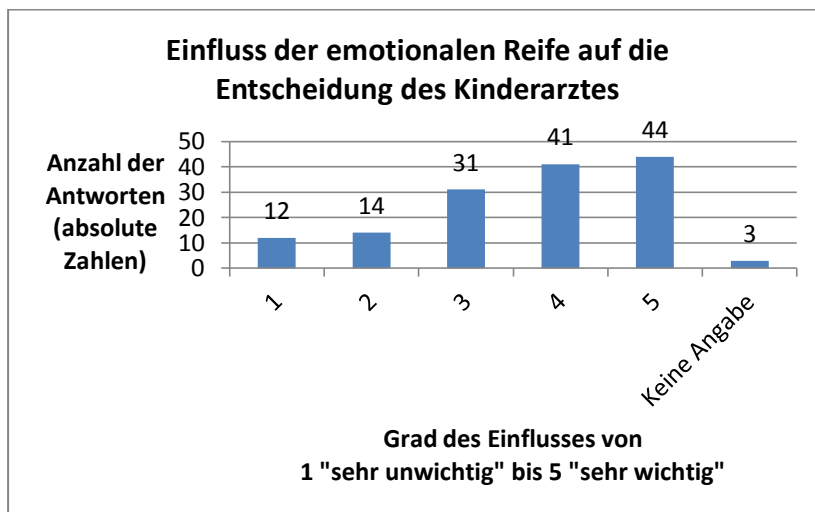


Abbildung 3.3b, Fallvignette 3, Frage 3b
 "Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit." (N=145)

Wie die emotionale Reife ist auch die intellektuelle Entwicklung ein als wichtig eingeschätzter Faktor bei der Entscheidung zugunsten des/der Minderjährigen. Abbildung 3.3c zeigt, dass jeweils 43 (29,7%) Kinderärzte die intellektuelle Entwicklung des/der Minderjährigen als sehr wichtig oder eher wichtig einstufen würden. 26 (17,9%) von ihnen sind unentschieden,

während 18 (12,4%) und 12 (8,3%) Kinderärzte 'eher unwichtig' oder 'sehr unwichtig' ankreuzten.

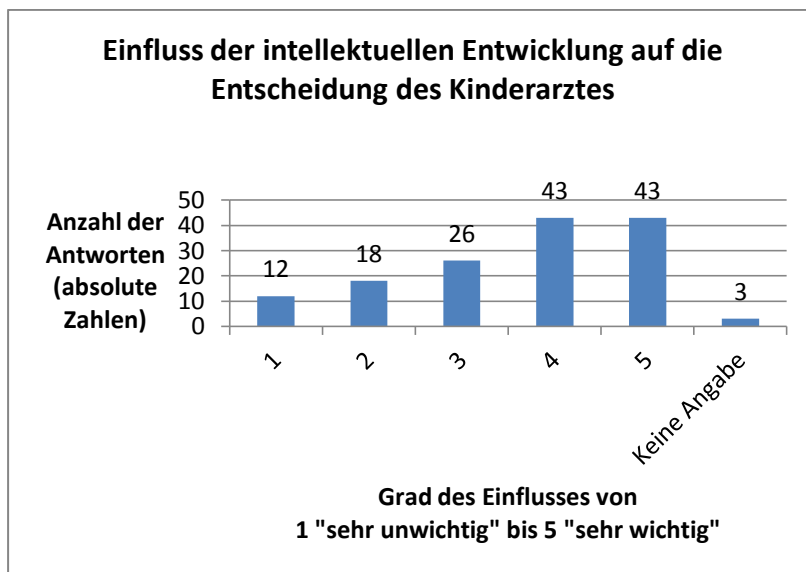


Abbildung 3.3c, Fallvignette 3, Frage 3c
 "Der/die Minderjährige ist in intellektuell weit entwickelt." (N=145)

Abbildung 3.3d zeigt, dass 53 (36,6%) beziehungsweise 36 (24,8%) der Kinderärzte im Fall des selbstverletzenden Verhaltens das Kriterium, dass sie den/die Minderjährige/n schon kennen, als sehr wichtig beziehungsweise eher wichtig ansehen. 19 (13,1%) sind unentschieden, 22 (15,2%) beziehungsweise 13 (9%) finden das Kriterium sogar eher unwichtig oder sehr unwichtig.

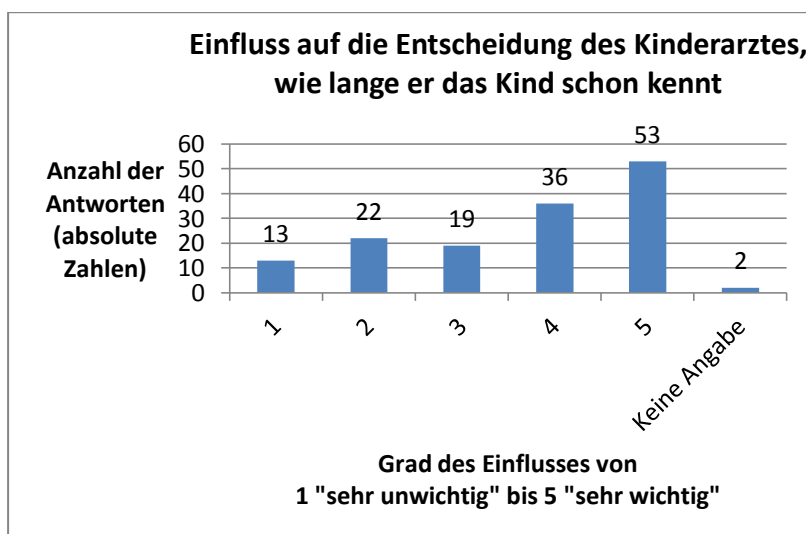


Abbildung 3.3d, Fallvignette 3, Frage 3d
 "Sie kennen den/die Minderjährige/n schon sehr lange." (N=145)

Eine schlechte Eltern-Kind-Beziehung sehen 66 (45,5%) Kinderärzte als sehr wichtigen Einflussfaktor an. 37 (25,5%) von ihnen finden diesen Faktor eher wichtig für die

Entscheidung. 13 (9%) sind unentschieden, 8 (5,5%) und 18 (12,4%) der Kinderärzte sehen das Kriterium der Eltern-Kind-Beziehung eher unwichtig und sehr unwichtig an. Abbildung 3.3e zeigt dies.

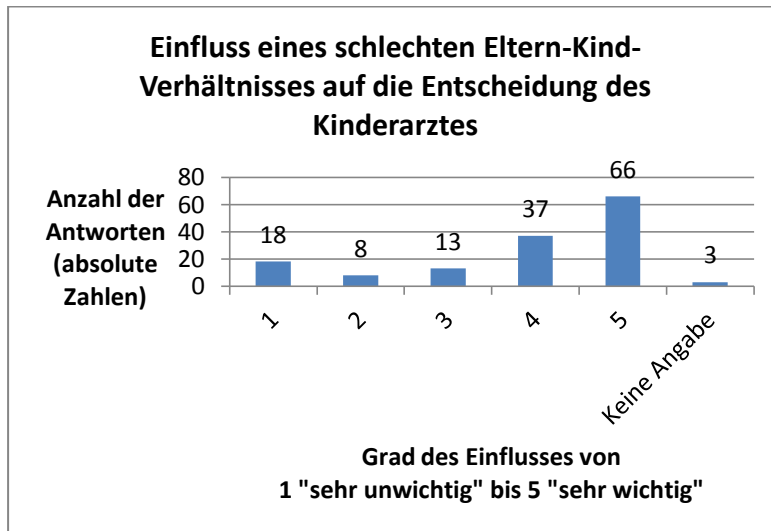


Abbildung 3.3e, Fallvignette 3, Frage 3e

"Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen." (N=145)

Im Fall der Selbstverletzung nimmt auch das Geschlecht ihrer Einschätzung nach keinen Einfluss auf die Entscheidung der Kinderärzte. Jeweils 118 (81,4%) Kinderärzte halten das Geschlecht für sehr unwichtig. Lediglich 2 (1,4%) halten das Geschlecht als Einfluss für sehr wichtig. Abbildung 3.3f und 3.3g zeigt dies eindeutig.

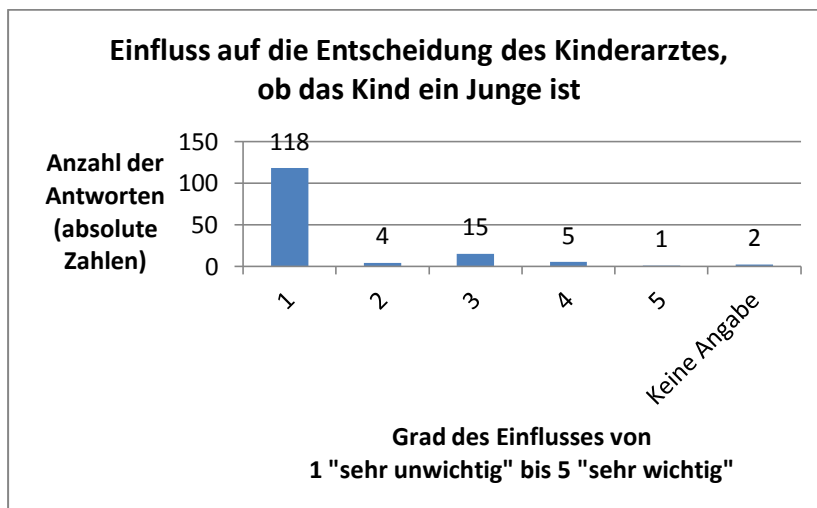


Abbildung 3.3f, Fallvignette 3, Frage 3f

"Der Minderjährige ist ein Junge." (N=145)

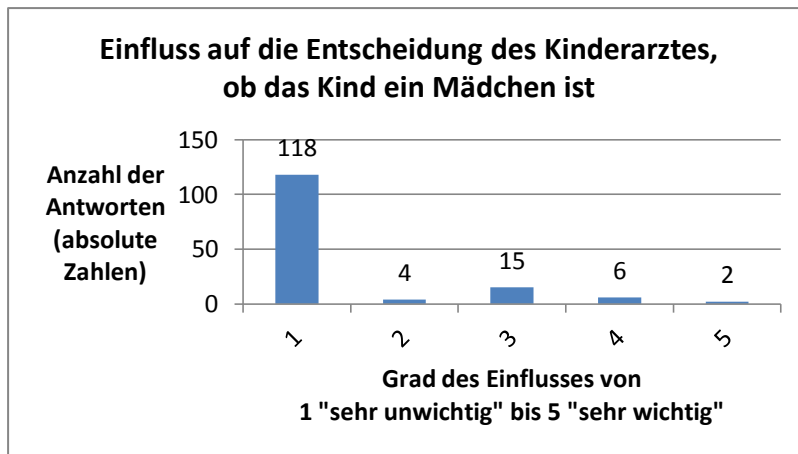


Abbildung 3.3g, Fallvignette 3, Frage 3g
"Die Minderjährige ist ein Mädchen." (N=145)

Auswertung der Kommentare

Sieben (4,8%) Kinderärzte gaben zum Fall des selbstverletzenden Verhaltens und der gewünschten Schweigepflicht gegenüber den Eltern einen freien Kommentar ab.

Drei der Kinderärzte sagten, dass es hier vor allem um die Vertrauensbildung zwischen Arzt und Kind geht. Die Schweigepflicht einzuhalten stärkt das Vertrauen zum Arzt und erleichtert somit die Therapie. Ein Kinderarzt erwähnte jedoch die Problematik des Vertrauensbruches zwischen dem Kind und seinen Eltern.

Zwei Kinderärzte würden den Grund für das selbstverletzende Verhalten als ausschlaggebend für ihre Entscheidung ansehen, den Eltern diese Auffälligkeit mitzuteilen. Ein Kinderarzt würde die Entscheidung von der Dauer des stationären Aufenthaltes abhängig machen.

Fallvignette 4: Ablehnung eines Vaterschaftstests

Deskriptive Auswertung

Die Ablehnung eines Vaterschaftstestes haben 134 (92,4%) der Kinderärzte bisher noch nicht erlebt. 11 (7,6%) haben einen vergleichbaren Fall schon erlebt (siehe Abbildung 4.1).

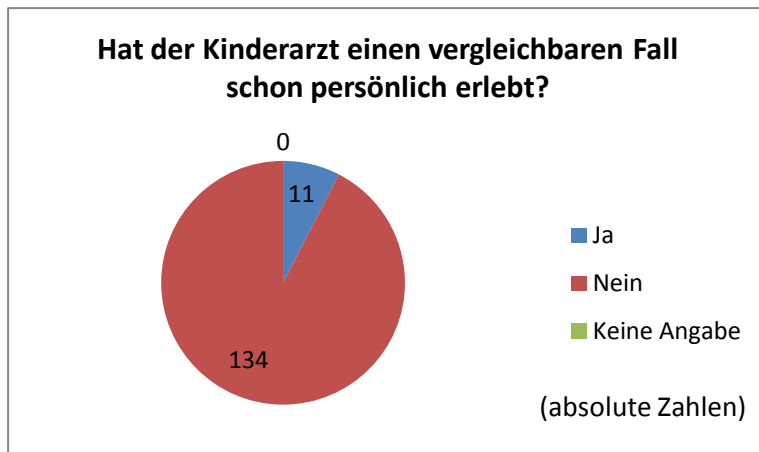


Abbildung 4.1, Fallvignette 4, Frage 1
"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?" (N=145)

In Abbildung 4.2 wird ersichtlich, dass 76 (52,4%) der Kinderärzte dem Wunsch des/der Minderjährigen nachkommen würden. 61 (42,1%) würden den Wunsch ignorieren.

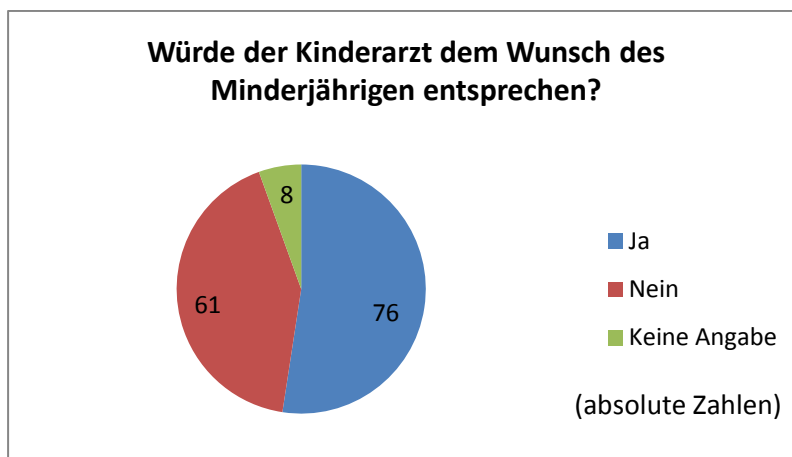


Abbildung 4.2, Fallvignette 4, Frage 2
"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?" (N=145)

Den Einfluss der emotionalen Reife im Fall der Ablehnung eines Vaterschaftstestes seitens des/der Minderjährigen bewerten 58 (40%) der Kinderärzte als sehr wichtig für ihre Entscheidung. 25 (17,2%) finden dieses Kriterium immer noch eher wichtig. 27 (18,6%) sind unentschieden, 14 (9,7%) empfinden die emotionale Reife als eher unwichtig und 16 (11%) als sehr unwichtig (Abbildung 4.3a).

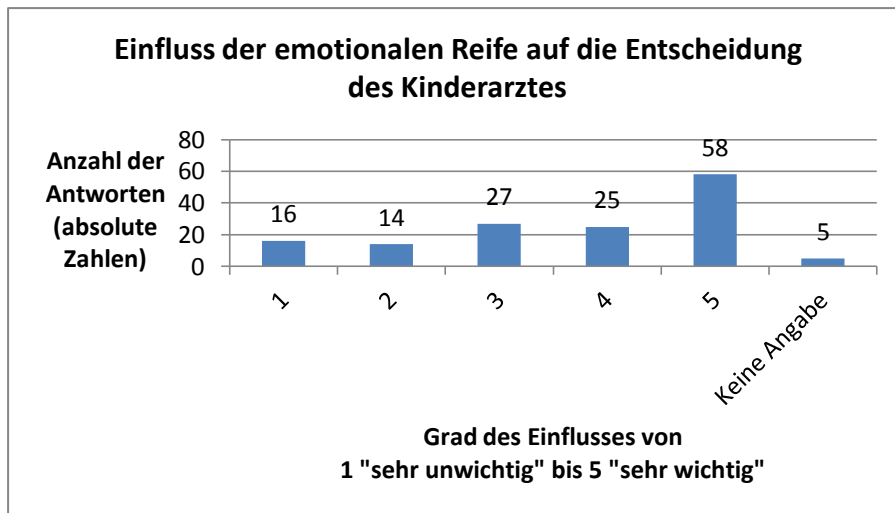


Abbildung 4.3a, Fallvignette 4, Frage 3a
"Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit." (N=145)

Abbildung 4.3b zeigt die Beurteilung der intellektuellen Entwicklung seitens der Kinderärzte. Auch in diesem Fall wird diese von 54 (37,2%) und 31 (21,4%) der Kinderärzte als sehr wichtig und eher wichtig angesehen. 22 (15,2%) sind unentschieden. 17 (11,7%) und 16 (11%) Kinderärzte halten die intellektuelle Entwicklung für eher unwichtig oder sehr unwichtig.

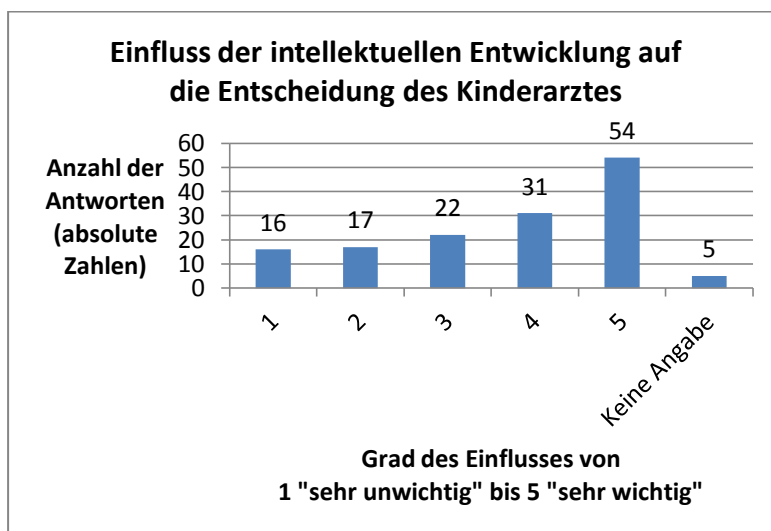


Abbildung 4.3b, Fallvignette 4, Frage 3b
"Der/die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt." (N=145)

Das Verhältnis zwischen Kinderarzt und Minderjährigem/Minderjähriger wird wiederum unterschiedlich bewertet. Jeweils 37 (25,5%) Kinderärzte würden es als sehr unwichtig beziehungsweise sehr wichtig ansehen, das Kind schon lange zu kennen. 24 (16,6%) finden dieses Kriterium eher wichtig, 22 (15,2%) eher unwichtig.

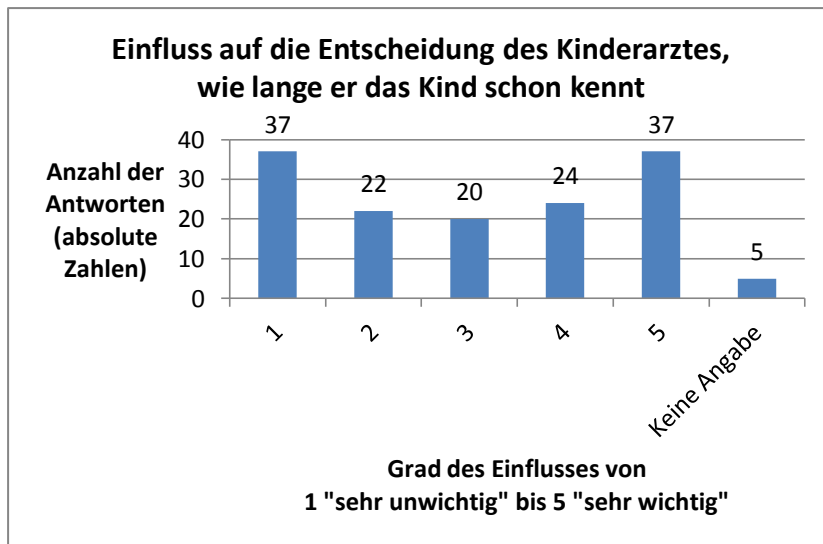


Abbildung 4.3c, Fallvignette 4, Frage 3c
 "Sie kennen den/die Minderjährige/n schon sehr lange." (N=145)

Abbildung 4.3d zeigt, dass auch ein schlechtes Eltern-Kind-Verhältnis im Fall der Ablehnung des Vaterschaftstests keinen eindeutigen Einfluss auf die Entscheidung zugunsten des/der Minderjährigen hat. 41 (28,3%) beurteilen das Kriterium als sehr wichtig, 19 (13,1%) als eher wichtig, 33 (22,8%) sind unentschieden und 15 (10,3%) beziehungsweise 31 (21,4%) beurteilen es als eher unwichtig und sehr unwichtig.

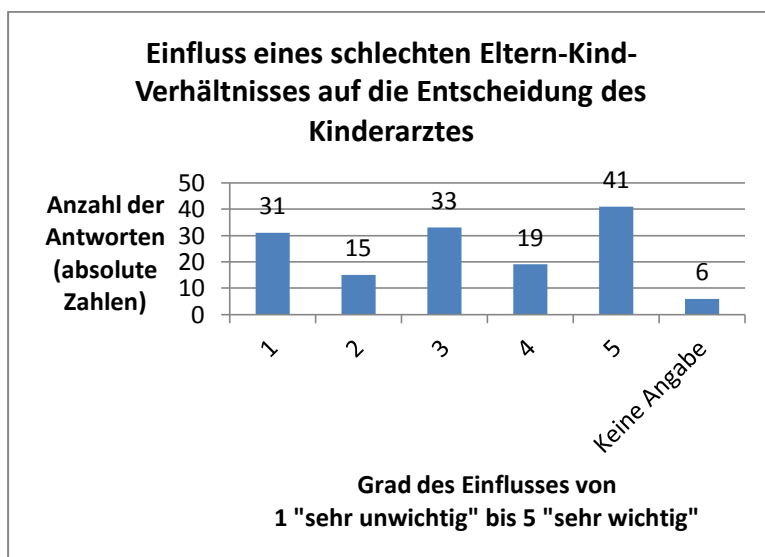


Abbildung 4.3d, Fallvignette 4, Frage 3d
 "Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen." (N=145)

Das Geschlecht hat auch im Fall der Ablehnung des Vaterschaftstestes keinen großen Einfluss auf die Entscheidung der Kinderärzte. 116 (80%) beziehungsweise 117 (80,7%) kreuzten hier sehr unwichtig an, während lediglich jeweils 2 (1,4%) das Kriterium als sehr wichtig ansehen (Abbildung 4.3e und 4.3f).

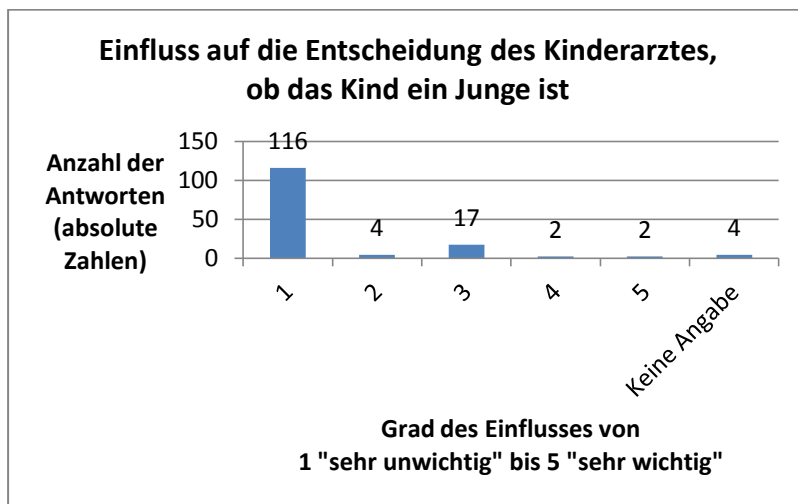


Abbildung 4.3e, Fallvignette 4, Frage 3e
"Der Minderjährige ist ein Junge." (N=145)

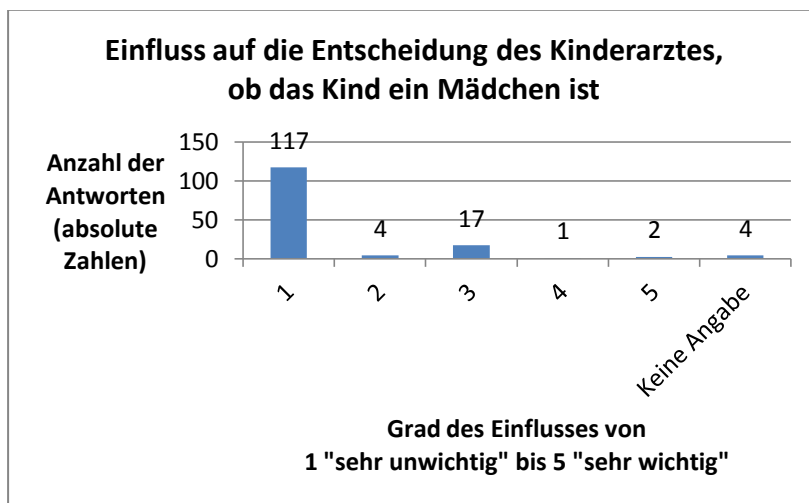


Abbildung 4.3f, Fallvignette 4, Frage 3f
"Die Minderjährige ist ein Mädchen." N(=145)

Auswertung der Kommentare

11 (7,6%) der Kinderärzte gaben zum Fall der Ablehnung des Vaterschaftstestes weitere beeinflussende Gründe in freier Form an.

Drei Kinderärzte erwähnten, dass das Recht des Vaters auf Kenntnis der Vaterschaft im Falle eines Vaterschaftstestes über dem Recht des Kindes stehe.

Zwei Kinderärzte würden dem Kind das Ergebnis des Testes gar nicht mitteilen, und jeweils eine Kinderärztin beziehungsweise ein Kinderarzt nannte die Gründe, dass ein Rosenkrieg der Eltern kein Grund für einen Eingriff am Kind sein darf, dass die Rechtslage ausschlaggebend sein muss und dass der Vaterschaftstest eine alleinige Entscheidung der Eltern sei. Ein Kinderarzt würde den Wunsch des Kindes auf jeden Fall berücksichtigen und ein Kinderarzt nannte die Notwendigkeit einer vertrauensvollen Begleitung des Kindes.

Fallvignette 5: Ablehnung einer Abtreibung durch die Eltern aus religiösen Gründen

Deskriptive Auswertung

131 (90,3%) der Kinderärzte haben diesen oder einen vergleichbaren Fall einer Ablehnung des Schwangerschaftsabbruchs durch die Eltern persönlich noch nicht erlebt. 14 (9,7%) ist ein solcher Fall schon begegnet (Abbildung 5.1).

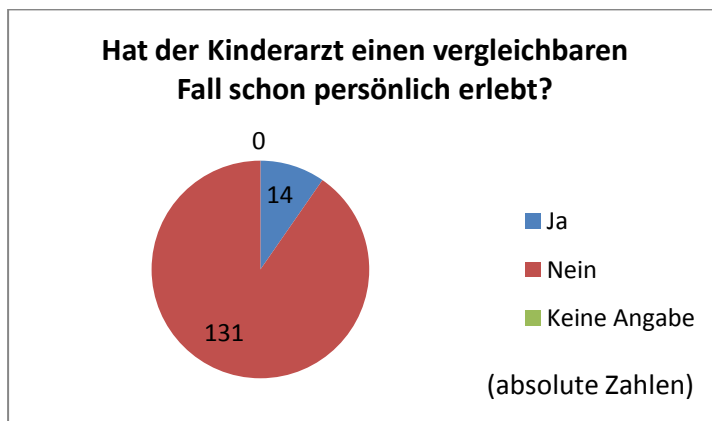


Abbildung 5.1, Fallvignette 5, Frage 1
"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?" N(=145)

Abbildung 5.2 zeigt, dass 114 (78,6%) Kinderärzte dem Wunsch der Minderjährigen gegen den Willen der Eltern nachkommen würden. Nur 22 (15,2%) würden dem Wunsch nicht entsprechen.

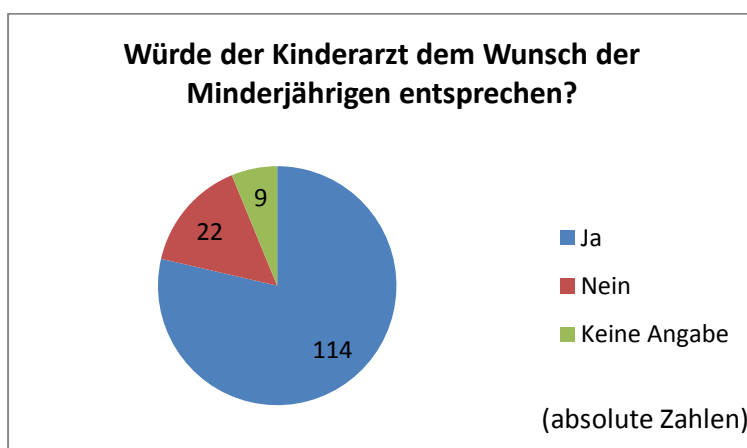


Abbildung 5.2, Fallvignette 5, Frage 2
"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch der Minderjährigen zu entsprechen?" (N=145)

Hat sich die Minderjährige mit dem Thema Schwangerschaft schon beschäftigt, würden 121 (83,4%) der Kinderärzte dem Wunsch der Minderjährigen entsprechen. 14 (9,7%) finden dieses Kriterium immer noch eher wichtig, 5 (3,4%) sind unentschieden und nur 4 (2,8%) empfinden das Kriterium sehr unwichtig (Abbildung 5.3a)

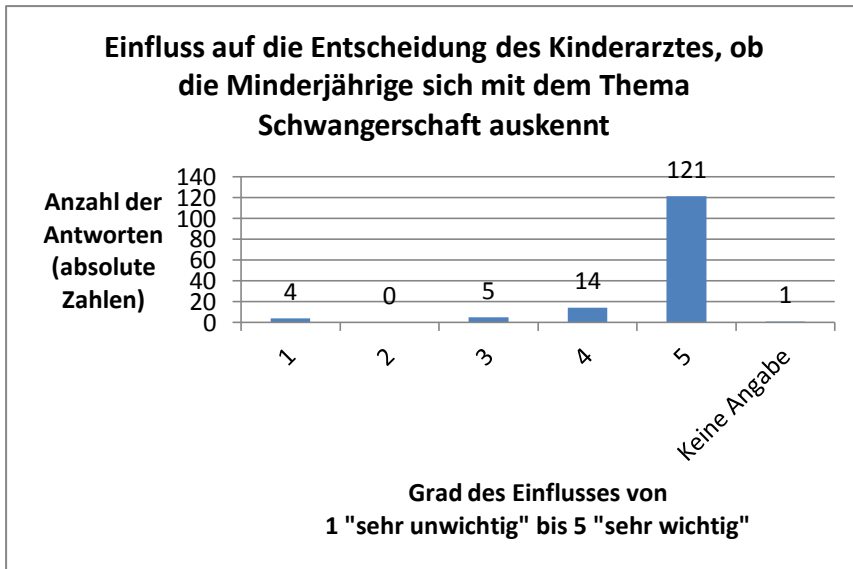


Abbildung 5.3a, Fallvignette 5, Frage 3a
 "Die Minderjährige weiß über ihre Situation Bescheid und hat sich mit dem Thema Schwangerschaft auseinander gesetzt." (N=145)

Abbildung 5.3b stellt dar, dass die emotionale Reife auch in diesem Fall einen Einfluss auf die Entscheidung des Kinderarztes hat.

109 (75,2%) Kinderärzte empfinden es als sehr wichtigen Faktor für ihre Entscheidung und 14 (9,7%) als eher wichtigen Faktor. Unentschieden sind 12 (8,3%) Kinderärzte. Für eher unwichtig halten es 3 (2,1%) und für sehr unwichtig 6 (4,1%) der Kinderärzte.

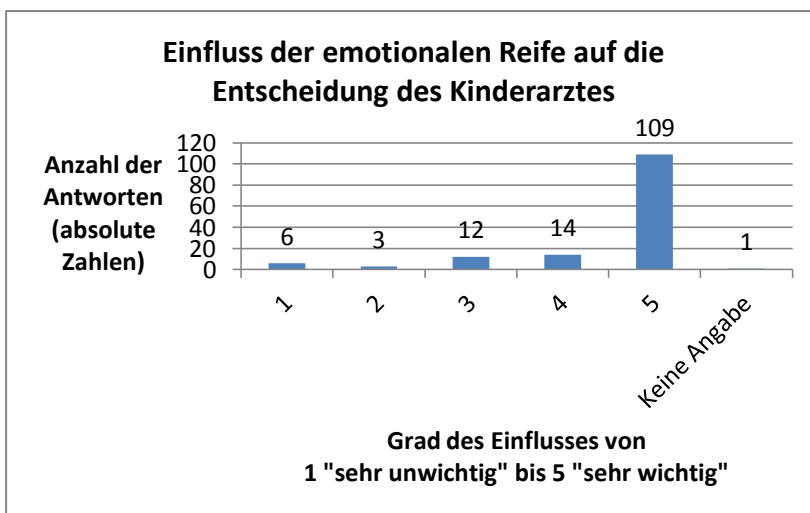


Abbildung 5.3b, Fallvignette 5, Frage 3b
 "Die Minderjährige ist in ihrer emotionalen Reife schon sehr weit." (N=145)

Die intellektuelle Entwicklung der Minderjährigen beeinflusst die Entscheidung der Kinderärzte ebenfalls ihrer Einschätzung nach, wie Abbildung 5.3c zeigt. 91 (62,8%) und 27

(18,6%) der Kinderärzte sehen das Kriterium als sehr wichtig und eher wichtig an, 14 (9,7%) sind unentschieden, während 5 (3,4%) und 7 (4,8%) die intellektuelle Entwicklung der Minderjährigen als eher unwichtig bis sehr unwichtig einstufen würden.

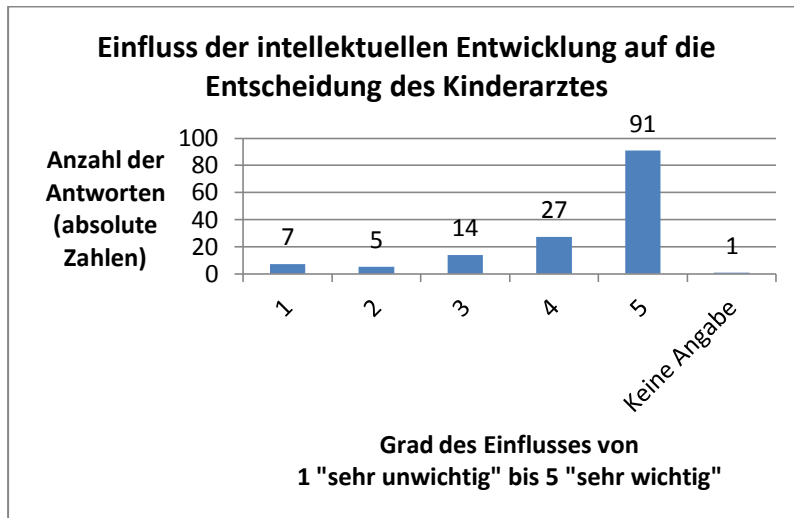


Abbildung 5.3c, Fallvignette 5, Frage 3c
 "Die Minderjährige ist intellektuell schon weit entwickelt." (N=145)

50 (34,5%) und 28 (19,3%) der Kinderärzte würden dem Wunsch der Minderjährigen eher entsprechen, wenn sie das Mädchen schon lange kennen. 25 (17,2%) sind unentschieden und für 16 (11%) beziehungsweise 25 (17,2%) ist das Kriterium sogar eher unwichtig bis sehr unwichtig (Abbildung 5.3d).

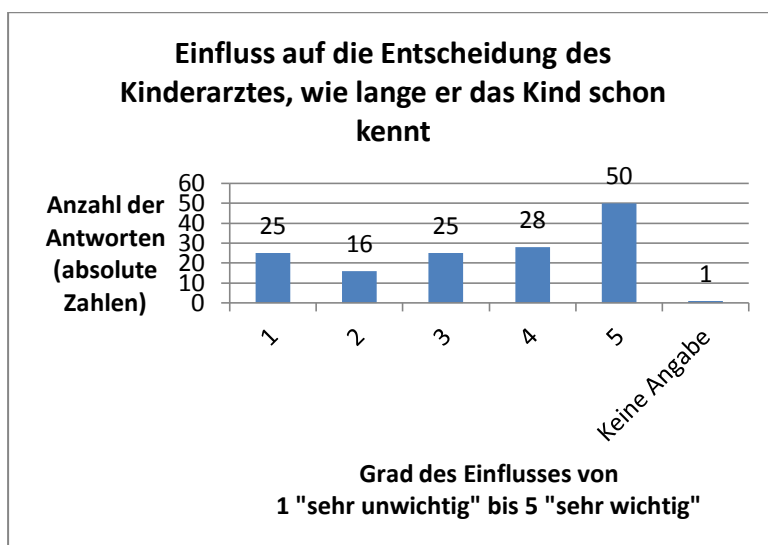


Abbildung 5.3d, Fallvignette 5, Frage 3d
 "Sie kennen die Minderjährige schon sehr lange." (N=145)

Abbildung 5.3e zeigt, dass ein schlechtes Verhältnis zwischen dem Mädchen und ihren Eltern für 56 (38,6%) beziehungsweise 24 (16,6%) der Kinderärzte ein Grund wäre, dem Wunsch der Minderjährigen nachzukommen. Für 10 (6,9%) beziehungsweise 30 (20,7%) ist dieser Grund eher unwichtig oder sehr unwichtig. 23 (15,9%) sind unentschieden.

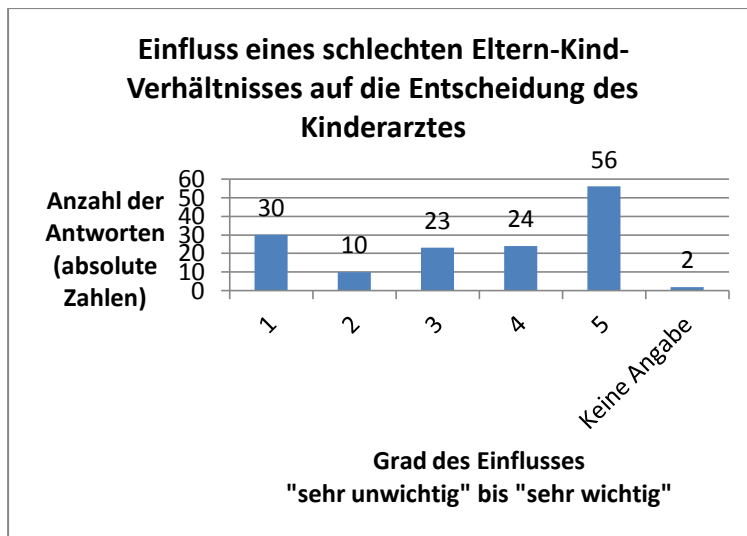


Abbildung 5.3e, Fallvignette 5, Frage 3e
 "Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zur Minderjährigen." (N=145)

Auswertung der Kommentare

Sechs (4,1%) Kinderärzte gaben zum Fall des Schwangerschaftsabbruchs einen freien Kommentar ab. Als ein weiterer beeinflussender Faktor für die Entscheidung der Kinderärzte wurde hier vier Mal genannt, dass der Kinderarzt selbst Abtreibungsgegner sei. Jeweils ein Kinderarzt sagte, dass es die alleinige Entscheidung des Mädchens sein müsse und dass es im Fall einer Schwangerschaft um die Zukunft des Mädchens ginge, für die es allein entscheiden dürfen sollte.

Fallvignette 6: Ablehnung einer Impfung

Deskriptive Auswertung

Abbildung 6.1 zeigt, dass 134 (92,4%) der Kinderärzte einen vergleichbaren Fall wie der Ablehnung einer Impfung durch den/die Minderjährige/n schon persönlich erlebt haben. 11 (7,6%) sind mit einer solchen Situation bisher nicht konfrontiert worden.

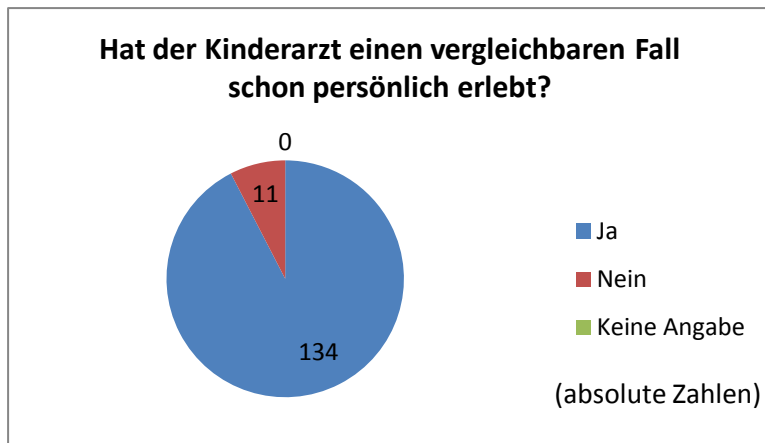


Abbildung 6.1, Fallvignette 6, Frage 1
"Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?" (N=145)

82 (56,6%) der Kinderärzte würden dem Wunsch des/der Minderjährigen nicht nachkommen und die Impfung trotzdem durchführen. 58 (40%) würden die Impfung bei Ablehnung nicht durchführen (Abbildung 6.2)

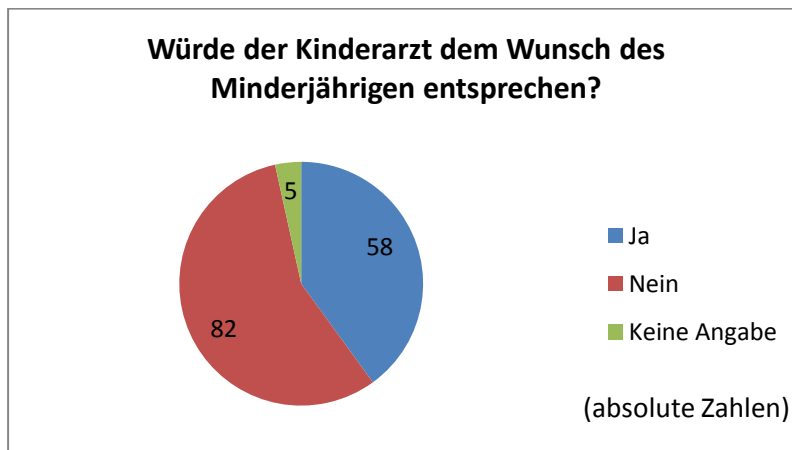


Abbildung 6.2, Fallvignette 6, Frage 2
"Halten Sie es für richtig, dem Wunsch dem/des Minderjährigen zu entsprechen?" (N=145)

In Abbildung 6.3a zeigt sich, dass 62 (42,8%) der Kinderärzte eine Traumatisierung in einer früheren ärztlichen Behandlung des/der Minderjährigen ernst nehmen und als beeinflussenden Faktor für ihre Entscheidung ansehen würden. 29 (20%) finden diesen Grund immer noch eher wichtig, während 23 (15,9%) unentschieden sind. 15 (10,3%) würden ihn als eher unwichtig und 14 (9,7%) als sehr unwichtig beurteilen.

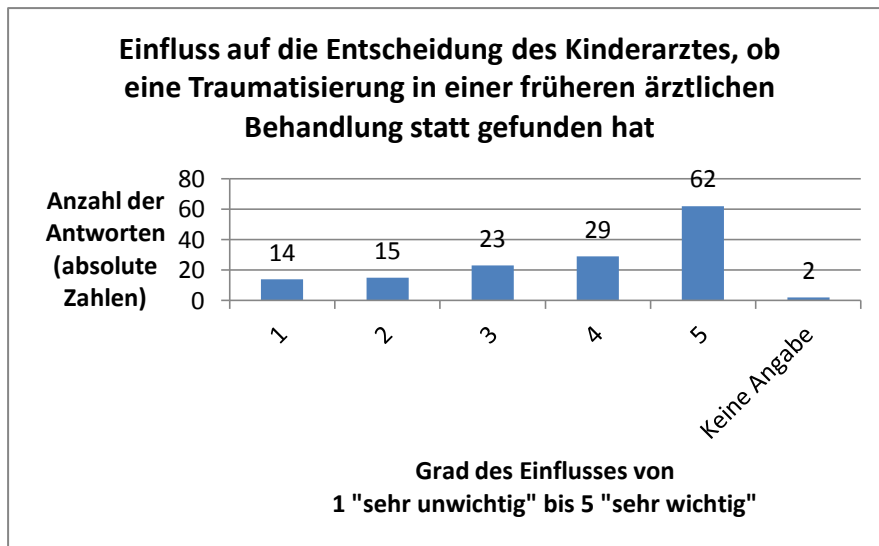


Abbildung 6.3a, Fallvignette 6, Frage 3a
 "Das Kind hat eine Traumatisierung während einer früheren ärztlichen Behandlung erfahren." (N=145)

33 (22,8%) und 36 (24,8%) der Kinderärzte bewerten den Grund, dass ein Kind nicht zu einer Behandlung gezwungen werden sollte, im Fall der Impfung als sehr unwichtig und eher unwichtig. 38 (26,2%) sind unentschieden, während 22 (15,2%) beziehungsweise 16 (11%) der Kinderärzte bei einer Impfablehnung dem Wunsch des/der Minderjährigen nachkommen würden (Abbildung 36.3b)

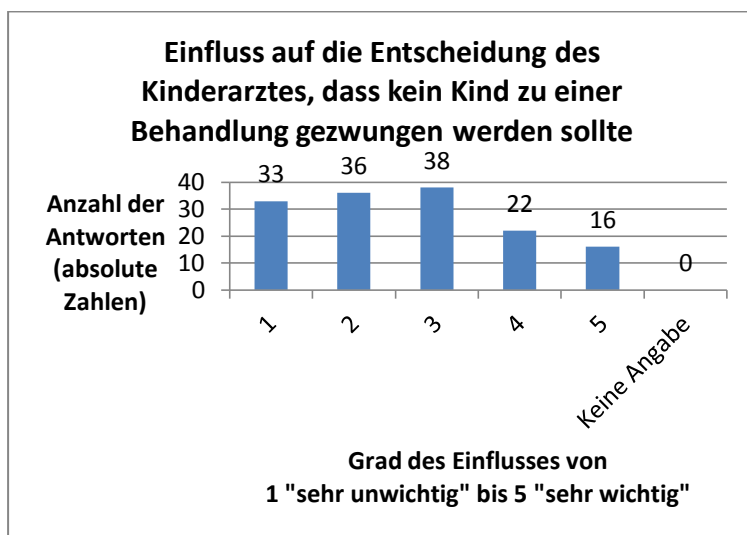


Abbildung 6.3b, Fallvignette 6, Frage 3b
 "Als Arzt sollte man keine/n Minderjährige/n in diesem Alter zu etwas zwingen, das er/sie nicht möchte." (N=145)

Abbildung 6.3c stellt die unterschiedliche Auffassung der Kinderärzte bezüglich des der Dauer der Arzt-Kind-Beziehung dar. 44 (30,3%) und 31 (21,4%) beurteilen das Kriterium als sehr wichtig oder eher wichtig, 28 (19,3%) sind unentschieden. 15 (10,3%) und 26 (17,9%) sehen es als eher unwichtig oder sehr unwichtig an, das Kind schon lange zu kennen.

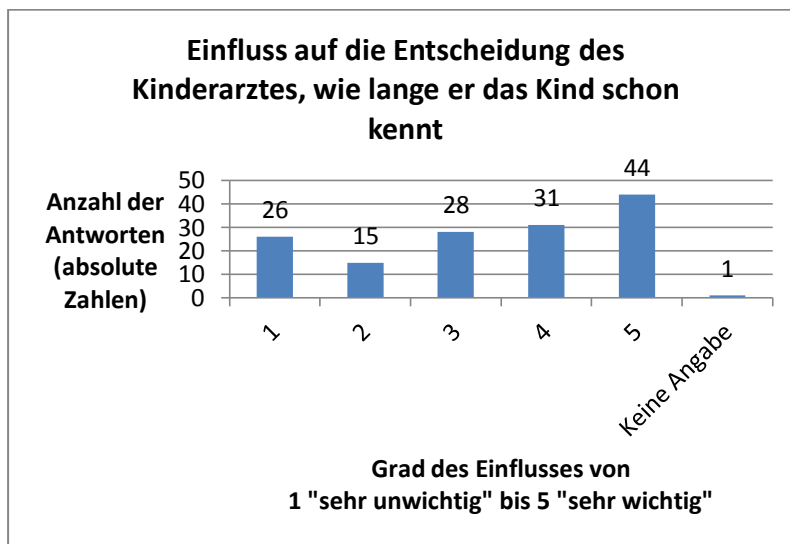


Abbildung 6.3c, Fallvignette 6, Frage 3c
 "Sie kennen den/die Minderjährige schon sehr lange." (N=145)

Auswertung der Kommentare

Fünf (4,3%) Kinderärzte gaben als freien Kommentar an, dass sie einen neuen Termin ausmachen würden, für den das Kind durch die Eltern vorab über Ablauf und Notwendigkeit der Behandlung altersentsprechend informiert wird und dementsprechend bereit ist, die Impfung durchführen zu lassen.

Zusammenfassung der quantitativen Auswertung der Fallvignetten

Die deskriptive Auswertung der Vignetten ergibt, dass alle vorgestellten Fälle wie dargestellt oder aber auch in einer ähnlichen Form – in einigen Fällen öfter als in anderen – von Kinderärzten schon erlebt wurden.

Handelt es sich um die Ablehnung einer Therapie bei akuter myeloischer Leukämie, würden bei 9 Enthaltungen (6,2%) jeweils 68 (46,9%) Kinderärzte dem Wunsch des Kindes entsprechen beziehungsweise nicht nachkommen wollen.

Faktoren, die zu dieser Entscheidung des Kinderarztes beitragen würden, sind besonders die Krankenhauserfahrung des Kindes, die von der Mehrheit der Kinderärzte als sehr wichtig oder eher wichtig eingestuft wurde. Ebenso ist sowohl die emotionale als auch die intellektuelle Entwicklung (kognitive Reife) für die meisten Kinderärzte ein entscheidender Einflussfaktor. Als eher unwichtig oder gar unwichtig werden die Faktoren „Dauer der Kind-Arzt-Beziehung“, „Eltern-Kind-Verhältnis“ und vor allem das Geschlecht beurteilt.

Die Ablehnung einer lebensrettenden Herztransplantation würden 129 (89%) Kinderärzte, und damit eine eindeutige Mehrheit, nicht akzeptieren. Auch hier sind die ausschlaggebenden Faktoren zur Entscheidung die Krankenhauserfahrung, die emotionale und die kognitive Reife. Zusätzlich wird in einem solchen Fall von 58 (40%) beziehungsweise 29 (20%) der Kinderärzte auch die Dauer der Arzt-Kind-Beziehung als sehr wichtig oder eher

wichtig angesehen. Das Eltern-Kind-Verhältnis und das Geschlecht würden keinen großen Einfluss auf die Entscheidung der Kinderärzte haben.

Handelt es sich um den Wunsch nach Vertraulichkeit gegenüber den Eltern bei selbstverletzendem Verhalten, so würde der Großteil der Kinderärzte (102 beziehungsweise 70,3%) diesem Wunsch nachkommen und die Eltern nicht informieren. Wichtige Einflussfaktoren sind auch hier die emotionale und kognitive Reife sowie das Eltern-Kind-Verhältnis, das 66 (45,5%) beziehungsweise 37 (25,5%) der Kinderärzte als sehr wichtig oder eher wichtig erachten.

Bei der Ablehnung eines Vaterschaftstestes durch den/die Minderjährige/n würden 76 (52,4%) Kinderärzte diesem Wunsch der Ablehnung zustimmen und 61 (42,1%) ihn ablehnen. Als wichtig erachtete Einflussfaktoren gelten in diesem Fall die kognitive und die emotionale Reife.

Dem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch trotz Ablehnung durch die Eltern würden mit einer deutlichen Mehrheit 114 (78,6%) der Kinderärzte nachkommen. Wichtig zu sein scheint hier, dass sich das Mädchen mit der Bedeutung der Schwangerschaft befasst hat sowie seine emotionale und kognitive Reife. Ein schlechtes Eltern-Kind-Verhältnis würden nur 56 (38,6%) beziehungsweise 24 (16,6%) der Kinderärzte als beeinflussend ansehen.

Die Ablehnung einer Impfung, ein Fall, den die Mehrheit der Kinderärzte schon erlebt hat, würden 82 (56,6%) nicht akzeptieren, während 58 (40%) sie respektieren würden. Eine vorangegangene Traumatisierung des/der Minderjährigen würde bei 62 (42,8%) Kinderärzten einen Grund darstellen. 69 (47,6%) der Kinderärzte haben keine prinzipiellen Einwände dagegen, ein Kind zur Impfung zu zwingen.

In den freien Kommentaren merkten einige Befragte an, dass auch bei minderjährigen Patientinnen und Patienten eine Compliance nötig sei, um eine Behandlung erfolgreich durchführen zu können, Kinder dürfe man folglich nicht zu einer Behandlung zwingen. Handelt es sich bei der Ablehnung der Therapie um Folgen, die schwerwiegend für das Kind sein können, so raten einige Befragte dazu, abzuwarten, weitere Gespräche mit dem Kind zu führen und gegebenenfalls einen Psychologen hinzuziehen. Kindern seien generell die Konsequenzen einer Ablehnung nicht klar. Hinzufügend bemerkten einige Kinderärzte, dass diese Ablehnung in höchstem Maße medizinisch vertretbar sein müsse, um akzeptiert werden zu können. Wichtig ist vielen Kinderärzten aber vor allem das Vertrauensverhältnis zum Kind, das unter keinen Umständen zerstört werden sollte und als Basis für eine erfolgreiche Behandlung gilt.

3.3.2 Soziodemografische Daten der Kinderärzte

Tabelle 2.1 zeigt eine Übersicht zu den erhobenen Daten bezüglich der soziodemografischen Daten der Kinderärzte in Niedersachsen.

Soziodemografische Daten der Kinderärztinnen und Kinderärzte		
Geschlecht	weiblich	71 (48,9%)
	männlich	73 (50,3%)
	Keine Angabe	1 (0,6%)
Alter	20-30 Jahre	4 (2,7%)
	31-40 Jahre	30 (20,6%)
	41-50 Jahre	56 (36,5%)
	51-60 Jahre	39 (26,8%)
	>60 Jahre	18 (12,1%)
	Keine Angabe	1 (0,6%)
Berufserfahrung	1-5 Jahre	6 (4,1%)
	6-10 Jahre	24 (16,5%)
	11-20 Jahre	52 (35,9%)
	>20 Jahre	62 (47,7%)
	Keine Angabe	1 (0,6%)
Tätigkeitsort	Praxis	70 (48,3%)
	Krankenhaus	62 (42,8%)
	Sonstiges	12 (8,2%)
	Keine Angabe	1 (0,6)
Fachbereich (Mehrfachnennung)	Allgemeinpädiatrie	109 (56,8%)
	Kinderonkologie	2 (1,0%)
	Kinder- und Jugendpsychiatrie	6 (3,1%)
	Kinderkardiologie	20 (10,4%)
	Neonatologie	15 (7,8%)
	Kindergastroenterologie	2 (1,0%)
	Kidernephrologie	4 (2,1%)
	Kinderpneumologie	10 (5,2%)
	Kinderrheumatologie	0 (0%)
	Kinderorthopädie	0 (0%)
	Neuropädiatrie	17 (8,9%)
	Kinderendokrinologie	4 (2,1%)
	Kinderchirurgie	0 (0%)
	Keine Angabe	3 (1,6%)

Tabelle 2.1
Soziodemografische Daten der Kinderärzte (N=145)

Allgemeine Fragen zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin

Abbildung 7.1 zeigt, dass 106 (73,1%) der Kinderärzte ganz und gar zustimmen, die Meinung von Minderjährigen in der Medizin müsse gehört werden. 27 (18,6%) Kinderärzte würden dieser Aussage immerhin noch eher zustimmen, während nur 3 (2,1%) eher nicht oder gar nicht zustimmen. Nur 9 (6,2%) Kinderärzte sind unentschieden.

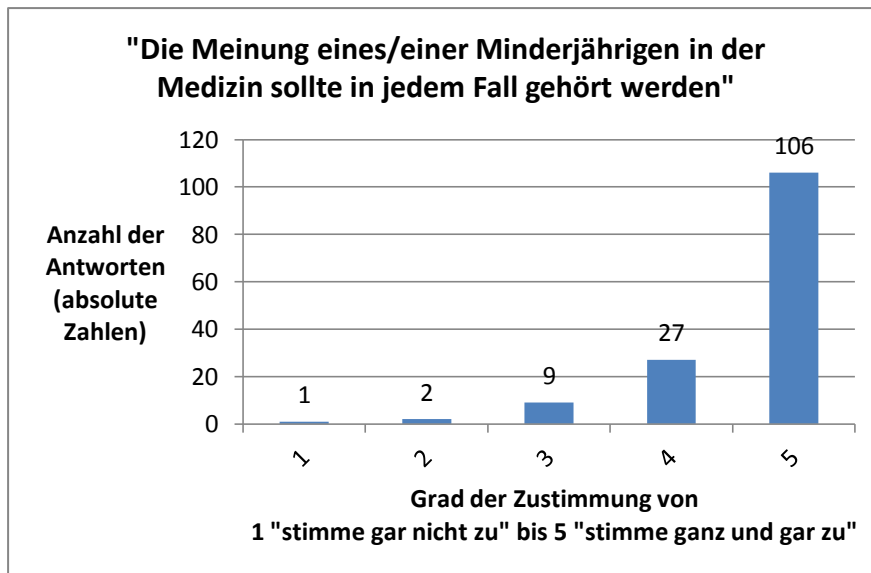


Abbildung 7.1
 „Die Meinung eines/einer Minderjährigen in der Medizin sollte in jedem Fall gehört werden.“ (N=145)

Der Aussage, dass ein Schulkind das Recht auf die Vertretung seiner eigenen Interessen haben sollte, stimmen 28 (19,3%) der Kinderärzte ganz und gar zu. 47 (32,4%) und 44 (30,3%) stimmen eher zu oder sind unentschieden, während 26 (17,9%) der Kinderärzte der Aussage eher nicht oder gar nicht zustimmen würden (Abbildung 7.2)

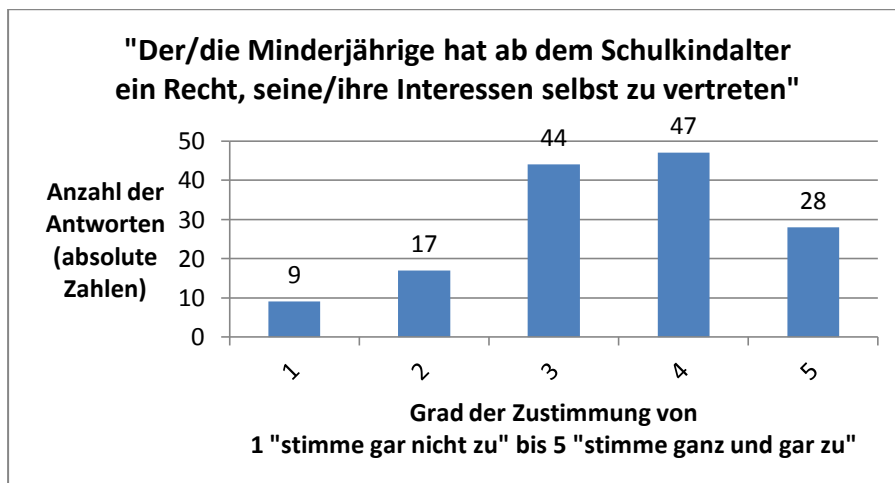


Abbildung 7.2
 "Der/die Minderjährige hat ab dem Schulkindalter ein Recht, seine/ihre Interessen selbst zu vertreten." (N=145)

Abbildung 7.3 zeigt die Meinung der Kinderärzte bezüglich der Aussage, Minderjährige ab dem Schulkindalter nicht mehr zu einer Behandlung zu zwingen. 45 (31%) der Kinderärzte stimmen dieser Aussage eher nicht zu, 29 (20%) stimmen gar nicht zu. 35 (24,1%) sind unentschieden, während 24 (16,6%) beziehungsweise 11 (7,6%) dieser Aussage eher zustimmen oder ganz und gar zustimmen.

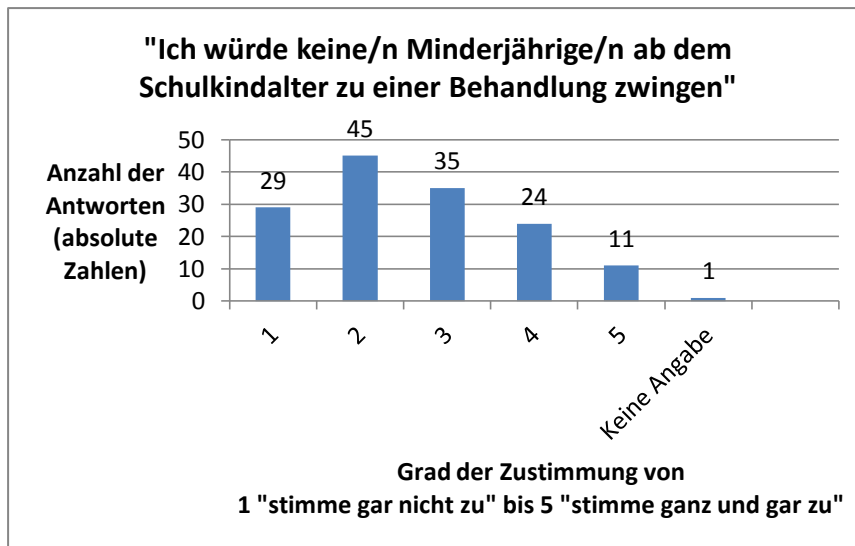


Abbildung 7.3
"Ich würde keine/n Minderjährige/n ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung zwingen." (N=145)

Ob Kinderärzte bei Meinungsverschiedenheiten zwischen den Eltern und dem Kind immer der Entscheidung der Eltern folgen würden zeigt Abbildung 7.4.

46 (31,7%) der Kinderärzte stimmen dieser Aussage gar nicht zu, 31 (21,4%) stimmen eher nicht zu. 47 (32,4%) der Kinderärzte sind unentschieden. 17 (11,7%) und 4 (2,8%) Kinderärzte stimmen dieser Aussage eher zu beziehungsweise ganz und gar zu.

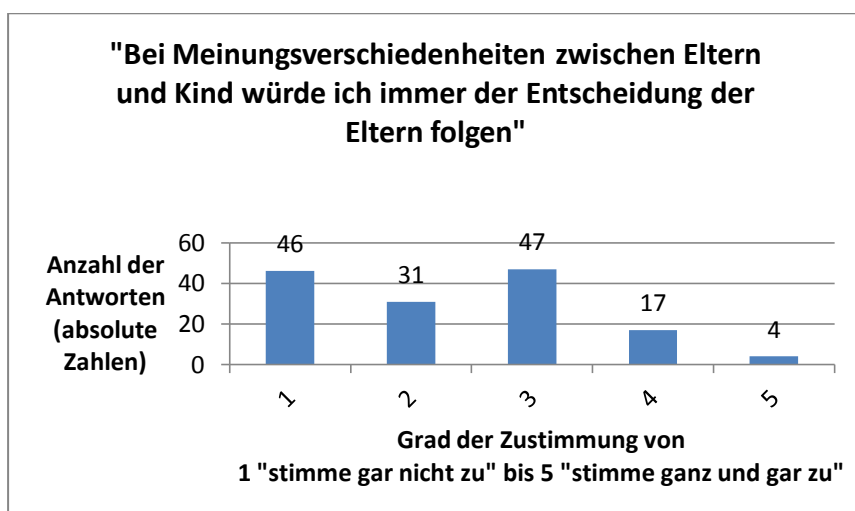


Abbildung 7.4
„Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Kind würde ich immer der Entscheidung der Eltern folgen.“ (N=145)

Abbildung 7.5 zeigt die Meinung der Kinderärzte bezüglich der Interessenvertretung von Minderjährigen in der Kinderheilkunde. 61 (42,1%) sind unentschieden. 40 (27,6%) stimmen dieser Aussage eher nicht zu und 8 (5,5%) stimmen gar nicht zu. 28 (19,3%) und 5 (3,4%) der Kinderärzte stimmen der Aussage eher zu oder ganz und gar zu, dass das Recht auf

Interessenvertretung durch den/die Minderjährige/n in der Kinderheilkunde ausreichend berücksichtigt wird.

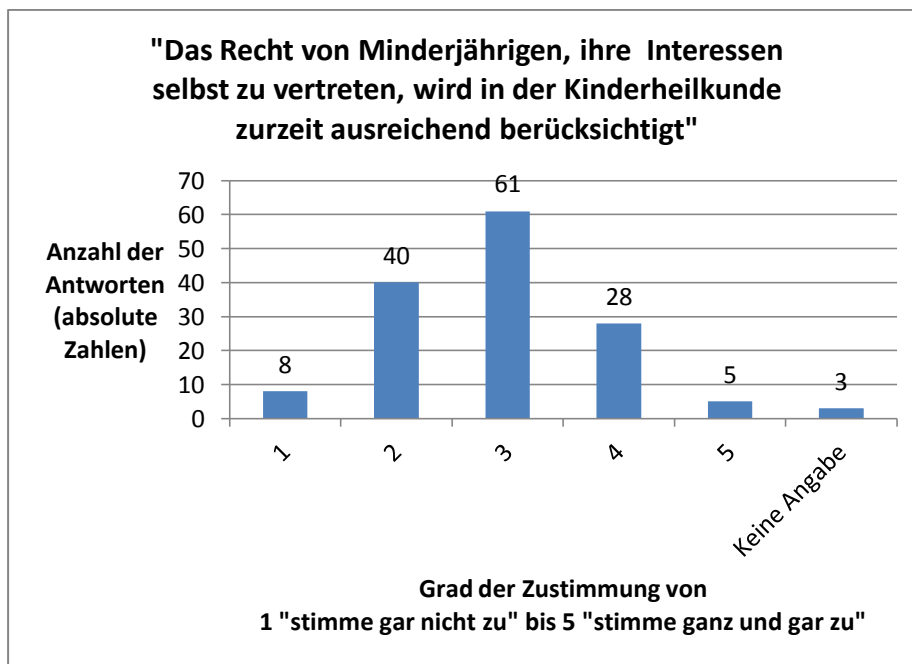


Abbildung 7.5
"Das Recht von Minderjährigen, ihre Interessen selbst zu vertreten, wird in der Kinderheilkunde zurzeit ausreichend berücksichtigt." (N=145)

Zusammenfassung der Aussagen zu den allgemeinen Fragen zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin

Die befragten Kinderärzte in Niedersachsen sind überwiegend der Ansicht, dass die Meinung der Minderjährigen in der Medizin gehört werden muss. 106 (73,1%) der 145 Kinderärzte aus Niedersachsen stimmten dieser Aussage ganz und gar zu (siehe Abbildung 4.7.1). Auch befand der Großteil der Kinderärzte für zustimmungswürdig, dass Minderjährige ab dem Schulkindalter ein Recht auf die Vertretung ihrer Interessen haben sollten (siehe Abbildung 4.7.2). Insgesamt stimmten 75 (51,7%) (28 ganz und gar, 47 eher zustimmend) Kinderärzte dieser Aussage zu, während 44 (30,3%) Kinderärzte unentschieden waren. Nur insgesamt 26 (17,9%) der Kinderärzte sind der Auffassung, dass Schulkinder kein Recht auf die Vertretung ihrer Interessen in der Medizin haben sollten.

Unterschiedliche Meinungen ergaben sich bei der Frage, ob Minderjährige ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung gezwungen werden dürfen. 74 (51%) der Kinderärzte („stimme gar nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“) sind der Ansicht, dass Minderjährige im Schulkindalter zu einer Behandlung gezwungen werden dürfen. 35 (24,1%) Kinderärzte („stimme ganz und gar zu“ und „stimme zu“) vertreten im Gegenteil die Meinung, dass Schulkinder nicht mehr zu Behandlungen gezwungen werden sollten. Ebenso viele, nämlich

35 (24,1%) Kinderärzte, sind unentschieden, ob eine Behandlung unter Zwang bei Schulkindern unzulässig ist (siehe Abbildung 7.3).

Gibt es Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Therapie zwischen dem Schulkind und seiner Eltern, würden insgesamt 77 (53,1%) Kinderärzte nicht automatisch dem Wunsch der Eltern nachkommen („stimme gar nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“). Nur 21 (14,5%) der Kinderärzte würde in einem Fall der Meinungsverschiedenheit den Wunsch des Kindes unbeachtet lassen und dem Wunsch der Eltern folgen. 47 (32,4%) sind unentschieden, ob sie eher dem Wunsch der Eltern nachkommen würden (siehe Abbildung 7.4).

Wird das Recht der Minderjährigen, ihre eigenen Interessen vertreten zu können, in der Kinderheilkunde in der heutigen Zeit ausreichend berücksichtigt?

Während insgesamt 48 (33,1%) Kinderärzte diese Frage verneinten, gaben 33 (22,8%) Kinderärzte an, dieses Recht würde ausreichend berücksichtigt. Die Mehrheit der Befragten, nämlich 61 (42,1%), sind unentschieden, ob das Recht auf Interessenvertretung ausreichend berücksichtigt wird.

3.3.3 Der Einfluss der persönlichen Erfahrung mit einem Fall

Mittels des Chi-Quadrat-Testes²⁷ wurde geprüft, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen der Aussage, einen bestimmten Fall schon einmal erlebt zu haben, und der Entscheidung zugunsten der/des Minderjährigen durch den Kinderarzt.

Dabei wurden jeweils die Fragen „Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?“ und „Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?“ ins Verhältnis gesetzt.

Es galt herauszufinden, ob ein Kinderarzt dem Wunsch des Minderjährigen, in den meisten Fallbeispielen die Ablehnung einer Therapie gegen den Wunsch der Eltern, eher entsprechen würde, wenn er oder sie einen vergleichbaren Fall schon persönlich erlebt hat.

²⁷ Der Chi-Quadrat-Vierfeldertest testet die vorhandenen Merkmale auf Unabhängigkeit. Die Vierfeldertafel basiert auf einer 2x2-Kontingenztafel, die die Häufigkeitsverteilung der Merkmale „Fall schon persönlich erlebt“ und „dem Wunsch des/der Minderjährigem entsprechen“ zeigt. Beim Chi-Quadrat-Test gilt es, die Nullhypothese, das heißt die Gegenhypothese (es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Erleben eines Falles und der Zustimmung zur Meinung des/der Minderjährigen) zu verwerfen. Der zu überprüfende Wert ist der p-Wert. Liegt dieser unter einem Wert von 0,05, so wird die Nullhypothese verworfen und es besteht ein Zusammenhang zwischen den Merkmalen (Erläuterung von Sabine Peters).

Fallvignette 1: „Ablehnung der Therapie bei Rezidiv einer akuten myeloischen Leukämie“

Bei der Fallvignette 1 „Ablehnung der Therapie bei Rezidiv einer akuten myeloischen Leukämie“ haben 124 (85,5%) der Kinderärzte einen vergleichbaren Fall bisher noch nicht erlebt. Nur 21 (14,5%) konnten diese Frage mit „Ja“ beantworten. Bei der Frage, ob die Kinderärzte dem Wunsch des/der Minderjährigen entsprechen würden, antworteten 68 (46,9%) mit „Ja“ und 68 (46,9%) mit „Nein“.

11 (52,4%) Kinderärzte, die einen vergleichbaren Fall schon erlebt haben, würden auch dem Wunsch des Kindes entsprechen. 57 (49,6%) Kinderärzte, die einen vergleichbaren Fall bisher noch nicht erlebt haben, würden ebenfalls dem Wunsch des Kindes entsprechen. Dem Wunsch des Kindes würden 10 (47,6%) Kinderärzte nicht entsprechen, die einen vergleichbaren Fall schon erlebt haben und 58 (50,4%) Kinderärzte, die einen vergleichbaren Fall bisher nicht erlebt haben.

Durch die Korrelation beider Fragen mittels des Chi-Quadrat-Testes ergab sich ein p-Wert von 0,8. Da dieser deutlich über 0,05 liegt, kann die Nullhypothese nicht verworfen werden. Bei der Fallvignette 1 besteht demnach kein Zusammenhang zwischen dem Erleben des Falles und der Entscheidung zugunsten des Kindes.

Fallvignette 2: „Ablehnung einer lebensrettenden Herztransplantation“

In Fall 2 gaben 129 (89%) der Kinderärzte an, einen vergleichbaren Fall bisher nicht erlebt zu haben. 16 (11,3%) haben einen vergleichbaren Fall schon erlebt. Ebenso gaben 129 (89%) der Kinderärzte an, dem Wunsch des/der Minderjährigen nicht zu entsprechen, während lediglich 12 (8,3%) von ihnen dem Wunsch der Ablehnung entsprechen würden.

Im Chi-Quadrat-Test ergab sich, dass drei (20%) Kinderärzte, die einen vergleichbaren Fall schon erlebt haben, dem Wunsch des/der Minderjährigen auch entsprechen würden. Neun (7,1%) Kinderärzte würden dem Wunsch der Ablehnung auch entsprechen, obwohl sie einen vergleichbaren Fall bisher nicht erlebt haben. Nicht dem Wunsch entsprechen würden 12 (80%) Kinderärzte, die einen vergleichbaren Fall schon erlebt haben und 117 (92,9%), die einen vergleichbaren Fall bisher nicht erlebt haben. Der p-Wert in diesem Test auf Unabhängigkeit ergab einen Wert von 0,09. Die Nullhypothese kann nicht verworfen werden, jedoch ein Trend aufgezeigt werden. Dieser besagt, dass Kinderärzte im Fall der abgelehnten Herztransplantation dazu tendieren, dem Wunsch des/der Minderjährigen nicht zu entsprechen, wenn sie einen vergleichbaren Fall noch nicht erlebt haben.

Fallvignette 3: Schweigepflicht gegenüber den Eltern bei selbstverletzendem Verhalten

65 (44,8%) Kinderärzte haben einen vergleichbaren Fall schon persönlich erlebt, während 80 (55,2%) einen vergleichbaren Fall bisher nicht erlebt haben. Dem Wunsch des/der Minderjährigen entsprechen würden 102 (70,3%) der Kinderärzte, während lediglich 37 (25,5%) diesem Wunsch nach Schweigepflicht nicht nachkommen würden.

52 (82,5%) der Kinderärzte würden dem Wunsch des/der Minderjährigen entsprechen, weil sie einen vergleichbaren Fall schon persönlich erlebt haben. 50 (65,8%) der Kinderärzte haben einen solchen Fall noch nicht erlebt, würden dem Wunsch des/der Minderjährigen dennoch nachkommen. 11 (17,5%) würden dem Wunsch nach Schweigepflicht nicht nachkommen, obwohl sie einen solchen Fall schon erlebt haben und 26 (34,2%) Kinderärzte würden dem Wunsch nicht nachkommen, obwohl sie einen vergleichbaren Fall noch gar nicht erlebt haben. Der p-Wert beträgt im Fall der Schweigepflicht gegenüber der Eltern 0,03. Es besteht demnach ein Zusammenhang zwischen den geprüften Merkmalen: Die Kinderärzte, die einen vergleichbaren Fall schon persönlich erlebt haben, würden dem Wunsch des/der Minderjährigen eher entsprechen als diejenigen, die einen solchen Fall bisher noch nicht erlebt haben.

Fallvignette 4: Ablehnung eines Vaterschaftstests

Im Fall der Ablehnung eines Vaterschaftstestes haben 134 (92,4%) der Kinderärzte diese oder eine vergleichbare Situation bisher nicht erlebt. 11 (7,6%) der Kinderärzte haben einen solchen Fall schon erlebt. Während 76 (52,4%) von ihnen dem Wunsch des Kindes nachkommen würden, lehnen 61 (42,1%) der Kinderärzte eine Zustimmung ab.

9 (81,8%) der Kinderärzte würden dem Wunsch der/des Minderjährigen entsprechen, weil sie/er einen solchen Fall schon persönlich erlebt hat, während 11 (17,5%) von ihnen dem Wunsch nicht nachkommen würden.

Haben die Kinderärzte einen solchen Fall noch nicht erlebt, würden 50 (65,8%) der Kinderärzte dem Wunsch der/des Minderjährigen entsprechen und 26 (34,2%) diesen verneinen.

Mit einem p-Wert von 0,07 kann die Nullhypothese nicht verworfen werden. Es besteht jedoch eine Tendenz in die Richtung, dass in einem Fall wie der Verweigerung eines Vaterschaftstestes durch die/den Minderjährigen diejenigen Kinderärzte dem Wunsch der/des Minderjährigen nachkommen würden, die einen solchen Fall schon persönlich erlebt haben.

Fallvignette 5: Ablehnung einer Abtreibung durch die Eltern aus religiösen Gründen

131 (90,3%) der Kinderärzte haben einen solchen Fall bisher nicht erlebt, während 14 (9,7%) diesen oder einen ähnlichen schon erlebt haben. 114 (78,6%) würden dem Wunsch der Minderjährigen entsprechen, 22 (15,2%) würden dem Wunsch nicht nachkommen und der Entscheidung der Eltern folgen.

11 (91,7%) der Kinderärzte, die einen solchen Fall schon erlebt haben, würden dem Wunsch der Minderjährigen entsprechen, während einer (8,3%) dem Wunsch nicht nachkommen würde.

Haben die Kinderärzte den Fall noch nicht erlebt, würden 103 (83,1%) der Minderjährigen zustimmen, während 21 (16,9%) den Wunsch verneinen würden.

Ein p-Wert von 0,4 zeigt, dass das Erleben oder Nichterleben des Falles keinen Einfluss auf die Entscheidung der Kinderärzte hat.

Fallvignette 6: Ablehnung einer Impfung

134 (92,4%) der Kinderärzte haben die Situation einer Impfablehnung schon persönlich erlebt. 11 (7,6%) haben diesen Fall noch nicht erlebt. 82 (56,6%) der Kinderärzte würden dem Wunsch der/des Minderjährigen nachkommen und die Impfung nicht durchführen, während 58 (40%) trotz Ablehnung impfen würden.

52 (40%) der Kinderärzte, die diesen Fall schon erlebt haben, würden die Impfung nicht durchführen. 78 (60%) würden die Impfung trotz Ablehnung durchführen. Von den Kinderärzten, die diesen Fall noch nicht erlebt haben, würden 6 (60%) dem Wunsch der/des Minderjährigen nachkommen und 4 (40%) dennoch impfen und den Wunsch ablehnen.

Bei einem p-Wert von 0,2 kann auch im Fall der Ablehnung einer Impfung kein Einfluss von persönlichem Erleben auf die Entscheidung der Kinderärzte fest gemacht werden.

Zusammenfassung

Mittels des Chi-Quadrat-Testes sollte überprüft werden, ob ein Zusammenhang darin besteht, dass diejenigen Kinderärzte dem Wunsch des/der Minderjährigen eher entsprechen würden, wenn sie einen solchen oder vergleichbaren Fall schon einmal erlebt haben. Der p-Wert als Testwert gibt eine Aussage über diesen möglichen Zusammenhang.

Im Fall der Ablehnung einer Therapie bei akuter myeloischer Leukämie ergab sich bei einem p-Wert von 0,8 kein Zusammenhang zwischen dem Erleben des Falles und der Entscheidung zugunsten des/der Minderjährigen. Auch im Fall des Schwangerschaftsabbruches und der Ablehnung einer Impfung besteht bei p-Werten von 0,4 beziehungsweise 0,2 kein Zusammenhang zwischen dem Erleben eines Falles und der Entscheidung.

Handelt es sich um die Ablehnung einer lebensrettenden Herztransplantation, zeigt sich bei einem p-Wert von 0,09 ein Trend insofern, als dass diejenigen Kinderärzte, die den Fall noch nicht erlebt haben, dem Wunsch des/der Minderjährigen eher nicht nachkommen würden.

Im Fall des Wunsches nach Vertraulichkeit bei selbstverletzendem Verhalten zeigt sich, dass bei einem p-Wert von 0,03 ein Zusammenhang zwischen dem Erleben des Falles und der Respektierung des Wunsches des Kindes besteht: Die Kinderärzte, die einen solchen Fall schon erlebt haben, würden dem Wunsch des Kindes entsprechen.

Ebenso verhält es sich bei der Ablehnung eines Vaterschaftstestes durch den/die Minderjährigen. Der Trend geht bei einem p-Wert von 0,07 dahin, dass diejenigen Kinderärzte, die den Fall schon erlebt haben, dem Wunsch des/der Minderjährigen eher entsprechen würden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kinderärzte sich tendenziell eher für die Meinung des/der Minderjährigen entscheiden würden, wenn sie einen solchen Fall schon erlebt haben.

3.3.4 Der Einfluss des Geschlechts

Es galt herauszufinden, ob das Geschlecht der Kinderärzte einen Einfluss auf deren Ansicht hinsichtlich der Partizipation Minderjähriger in der Medizin hat. Würden eher die männlichen oder die weiblichen Kollegen Minderjährigen in der Medizin ein Recht auf Partizipation zusprechen?

Die allgemeine Meinung zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin wurde mit folgenden Fragestellungen geprüft:

- 7.7a) „Die Meinung eines/einer Minderjährigen in der Medizin sollte in jedem Fall gehört werden.“
- 7.7b) „Der/die Minderjährige hat ab dem Schulkindalter ein Recht, seine/ihre Interessen selbst zu vertreten.“
- 7.7c) „Ich würde keine/n Minderjährige/n ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung zwingen.“
- 7.7d) „Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Minderjährigen würde ich immer der Entscheidung der Eltern folgen.“
- 7.7e) „Das Recht von Minderjährigen, ihre Interessen selbst zu vertreten, wird in der Kinderheilkunde zurzeit ausreichend berücksichtigt.“

Die Kinderärzte konnten ihren Grad der Zustimmung auf einer Skala von 1 bis 5 („Stimme gar nicht zu“ bis „Stimme ganz und gar zu“) angeben.

Der Wilcoxon-Mann-Whitney-Test (WMW-Test) erlaubt den Vergleich zweier unabhängiger Stichproben (Storm 2007). Auch hier gilt es, die Nullhypothese²⁸ zu überprüfen, um einen Verteilungsunterschied zwischen dem Geschlecht von Kinderärzten und deren Meinung zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin feststellen zu können. Die Darstellung der Verteilung des Antwortverhaltens von Kinderärztinnen im Vergleich zu Kinderärzten erfolgt in Form von Boxplots.²⁹

„Die Meinung eines/einer Minderjährigen in der Medizin sollte in jedem Fall gehört werden.“

Der p-Wert beläuft sich bei dieser Frage auf 0,6: Das Geschlecht der Befragten hat keinen Einfluss auf die gestellte Frage.

Der Boxplot zeigt, dass bei beiden Geschlechtern die Mehrheit der Aussagen im Bereich der Zustimmung liegt. Sie sind folglich ähnlicher Ansicht darüber, dass die Meinung der Minderjährigen in der Medizin gehört werden sollten (Abbildung 7.6)

²⁸ Der Testwert wird wie beim Chi-Quadrat-Test durch den p-Wert gebildet. Liegt dieser unter 0,05, so kann die Nullhypothese verworfen werden und es besteht ein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Meinung. Liegt der p-Wert über 0,05, so kann die Nullhypothese nicht verworfen werden: Es besteht kein Zusammenhang (Erklärung von Sabine Peters).

²⁹ Der Boxplot eignet sich, um eine Verteilung in mehreren Gruppen zu vergleichen. Die X-Achse zeigt das Geschlecht, die Y-Achse den Grad der Zustimmung auf einer Skala von 1 bis 5, bei der 1 „stimme gar nicht zu“ und 5 „stimme ganz und gar zu“ bedeutet. Die Grenzen der Box werden durch die Quartile gebildet. Dies bedeutet, dass 25% beziehungsweise 75% der Daten gleich oder kleiner dieses Wertes sind. Die Größe der Box ist der Interquartilabstand, in dem sich 50% aller Werte befinden. Die sogenannten „Whisker“ beschreiben die Ausreißer zum Minimum und Maximum. Der Median zeigt an, dass 50% der Werte darüber und 50% der Werte darunter liegen.

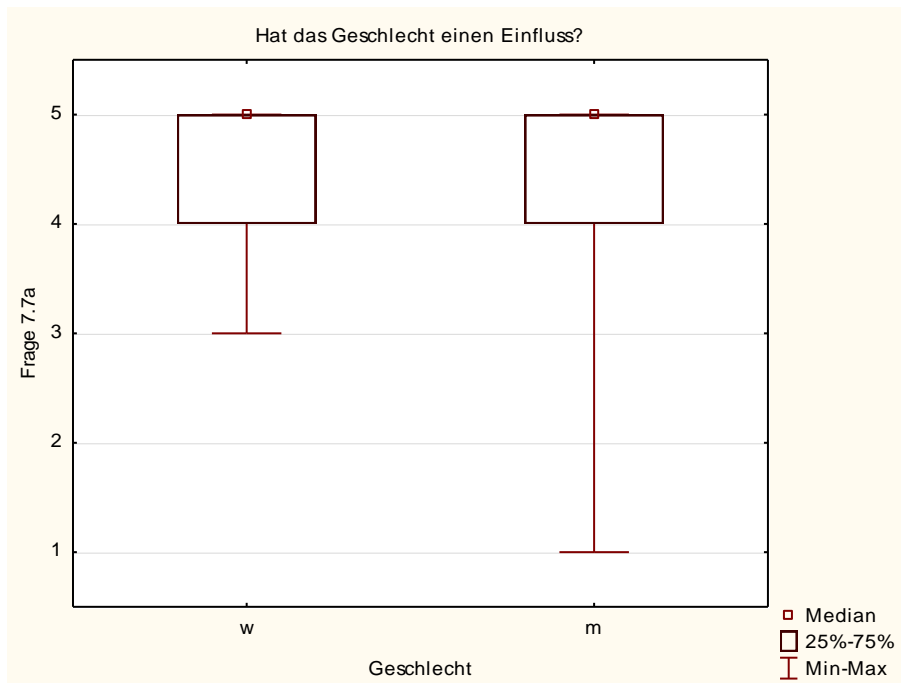


Abbildung 7.6
Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zustimmung zur Aussage "Die Meinung eines/einer Minderjährigen in der Medizin sollte in jedem Fall gehört werden."

„Der/die Minderjährige hat ab dem Schulkindalter ein Recht, seine/ihre Interessen selbst zu vertreten.“

Der p-Wert beträgt 0,9: Auch bei dieser Fragestellung hat das Geschlecht der Befragten keinen Einfluss auf das Antwortverhalten und die dadurch abgebildete Meinung der Kinderärztinnen und Kinderärzte.

Die Box der Darstellung zeigt eine Verteilung bei beiden Geschlechtern in den Aussagen „unentschieden“ und „stimme eher zu“. Die Kinderärztinnen und Kinderärzte sind sich hier im Wesentlichen einig, dass Kinder ab dem Schulkindalter ein Recht auf eigene Interessenvertretung haben sollten (Abbildung 7.7).

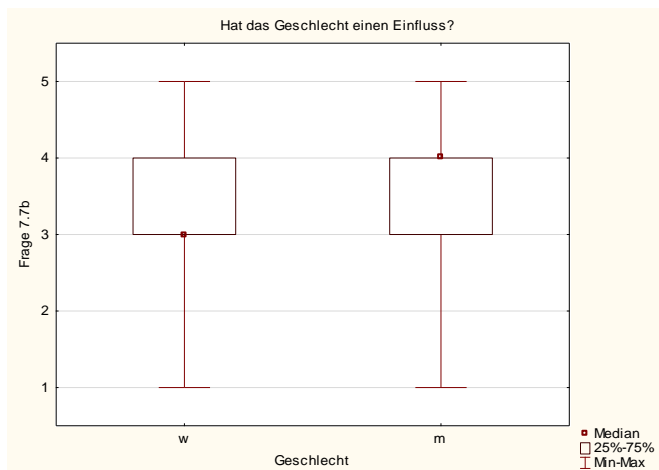


Abbildung 7.7

Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zustimmung zur Aussage: "Der/die Minderjährige hat ab dem Schulkindalter ein Recht, seine/ihre Interessen selbst zu vertreten."

„Ich würde keine/n Minderjährige/n ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung zwingen.“

Bei einem p-Wert von 0,5 besteht auch bei dieser Frage kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Befragten und dem Antwortverhalten.

Während bei den Kinderärztinnen die Box in der Darstellung zwischen der Aussage „stimme eher nicht zu“ und „unentschieden“ befindet, hat sie bei den Kinderärzten größere Ausmaße in Richtung Zustimmung. Die Kinderärzte würden folglich von einem Zwang in der Behandlung eher absehen als ihre weiblichen Kollegen (Abbildung 7.8).

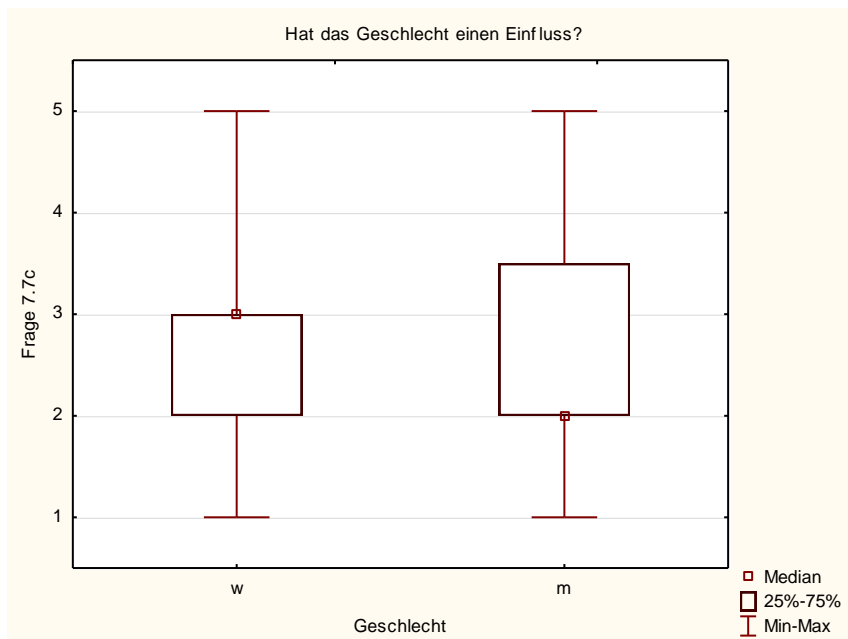


Abbildung 7.8

Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zustimmung zur Aussage: "Ich würden keine/n Minderjährige/n ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung zwingen."

„Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Minderjährigen würde ich immer der Entscheidung der Eltern folgen.“

Bei einem p-Wert von 1,0 lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Befragten und der Meinung bezüglich Partizipation Minderjähriger in der Medizin feststellen. Bei beiden Geschlechtern liegt die Box – mit „Ausreißern“ Richtung „stimme ganz und gar zu“ – im Bereich der Aussagen „stimme eher nicht zu“ bis „unentschieden“. Beide Geschlechter sind demnach eher nicht der Ansicht, dass sie grundsätzlich der Meinung der Eltern nachkommen würden (Abbildung 7.9).

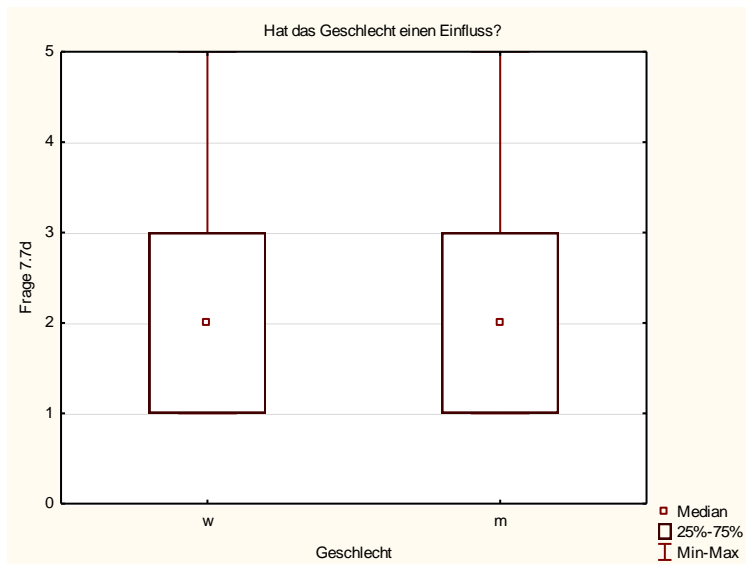


Abbildung 7.9

Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zustimmung zur Aussage: "Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Minderjährigen würde ich immer der Entscheidung der Eltern folgen."

„Das Recht von Minderjährigen, ihre Interessen selbst zu vertreten, wird in der Kinderheilkunde zurzeit ausreichend berücksichtigt.“

Der p-Wert beläuft sich auf 0,06. Es gibt die Tendenz dazu, dass Männer dieser Aussage eher zustimmen als Frauen.

Die Box der Kinderärztinnen bewegt sich zwischen den Aussagen „stimme eher nicht zu“ und „unentschieden“, während die Aussagen der Kinderärzte zwischen „stimme eher nicht zu“ und „stimme eher zu“ schwanken. Kinderärztinnen sind demnach eher der Ansicht, dass die Interessenvertretung der Minderjährigen in der Medizin noch nicht ausreichend berücksichtigt wird (Abbildung 7.10).

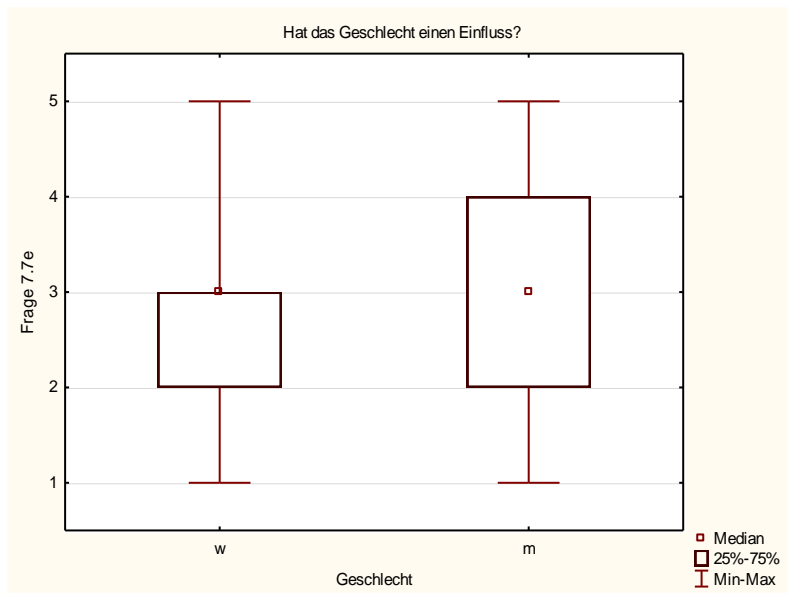


Abbildung 7.10
Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zustimmung zur Aussage: "Das Recht von Minderjährigen, ihre Interessen selbst zu vertreten, wird in der Kinderheilkunde zurzeit ausreichend berücksichtigt."

Zusammenfassung

Sowohl die Kinderärztinnen als auch die Kinderärzte sind mehrheitlich der Ansicht, dass die Meinung von Minderjährigen in der Medizin gehört werden muss und dass Kinder ab dem Schulkindalter ein Recht auf die Vertretung ihrer Interessen haben sollten. Das Antwortverhalten zwischen beiden Geschlechtern weist keinen signifikanten Unterschied auf. Lediglich bei der Einschätzung der momentanen Situation von Kindern und der Berücksichtigung ihrer Interessen in der Medizin geht der Trend in die Richtung, dass die Kinderärztinnen anders als ihre männlichen Kollegen die Meinung und Interessen der Minderjährigen derzeit für noch nicht ausreichend berücksichtigt halten.

3.3.5 Der Einfluss des Alters und der beruflichen Erfahrung

Mittels des Kruskal-Wallis-Testes soll herausgefunden werden, ob das Alter der Kinderärzte und deren Erfahrung im Hinblick auf die Tätigkeitsdauer in Jahren einen Einfluss auf die allgemeine Meinung zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin aufweisen. Möglicherweise haben ältere und erfahrenere Kinderärztinnen und Kinderärzte, die schon lange in der Kinderheilkunde praktizieren, eine andere Meinung zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin als ihre jüngeren und unerfahreneren Kolleginnen und Kollegen.

Da es sich, anders als bei der Betrachtung des Geschlechtes, in beiden Fällen um mehr als zwei Einflussfaktoren handelt, wird für die Betrachtung des Alters und der Erfahrung nicht der WMW-Test, sondern der Kruskal-Wallis-Test heran gezogen. Auch hier gilt wieder die Betrachtung der Nullhypothese.

Stellt man die Hypothese auf, dass das Alter beziehungsweise die Erfahrung einen Einfluss auf die allgemeine Meinung zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin haben, so besagt die Nullhypothese das Gegenteil, die bei einem p-Wert unter 0,05 zu verwerfen ist.

„Die Meinung eines/einer Minderjährigen in der Medizin sollte in jedem Fall gehört werden.“

Sowohl die Korrelation mit dem Alter als auch mit der Erfahrung ergibt bei dieser Fragestellung einen p-Wert von 0,9. Das bedeutet, dass weder das Alter, noch die Erfahrung eines Kinderarztes Einfluss auf die oben genannte Aussage haben.

„Der/die Minderjährige hat ab dem Schulkindalter ein Recht, seine/ihre Interessen selbst zu vertreten.“

Der p-Wert beim Vergleich des Alters mit der Meinung zur oben genannten Aussage ergibt einen p-Wert von 0,3. Der Faktor Erfahrung ergibt einen p-Wert von 0,2. Auch hier lässt sich kein Zusammenhang nachweisen.

„Ich würde keine/n Minderjährige/n ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung zwingen.“

Der p-Wert bei der Korrelation des Alters ergibt 0,7, der Erfahrung 0,6. Beide Faktoren haben keinen Einfluss auf die allgemeine Meinung zur Partizipation Minderjähriger.

„Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Minderjährigen würde ich immer der Entscheidung der Eltern folgen.“

Auch bei dieser Fragestellung lässt sich kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Erfahrung mit der oben genannten Aussage feststellen. Beim Faktor Alter ergibt sich ein p-Wert von 0,6, beim Faktor Erfahrung ein p-Wert von 0,2.

„Das Recht von Minderjährigen, ihre Interessen selbst zu vertreten, wird in der Kinderheilkunde zurzeit ausreichend berücksichtigt.“

Der Faktor Alter ergibt bei dieser Aussage einen p-Wert von 0,5, der Faktor Erfahrung einen p-Wert von 0,7. Auch hier besteht kein Einfluss.

Zusammenfassung

Es lässt sich feststellen, dass weder das Alter der Kinderärzte, noch deren berufliche Erfahrung einen Einfluss auf die Meinung zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin hat (siehe Tabelle 2.2).

Es kann davon ausgegangen werden, dass ältere Kinderärzte, die schon viel Erfahrung in ihrer Zeit als praktizierende Pädiater sammeln konnten, ihre minderjährigen Patienten ebenso an Entscheidungen teilhaben lassen oder nicht teilhaben lassen würden wie ihre jüngeren Kollegen. Es kann zudem nicht geschlussfolgert werden, dass eine Altersgruppe eher bereit ist, dem Wunsch einer Patientin/eines Patienten im Schulkindalter nachzukommen, oder eher der Entscheidung der Eltern entsprechen würde.

Frage	p-Wert Alter	p-Wert Erfahrung
Meinung des Minderjährigen muss gehört werden	0,9	0,9
Ab Schulkindalter Recht auf eigene Interessenvertretung	0,3	0,2
Kein Kind ab Schulkindalter zu Behandlung zwingen	0,7	0,6
Meinung der Eltern folgen	0,6	0,2
Recht auf Interessenvertretung wird ausreichend berücksichtigt	0,5	0,7

Tabelle 2.2
Der Einfluss des Alters und der beruflichen Erfahrung von Kinderärzten auf die allgemeine Meinung zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin

3.4 Interpretation der empirischen Ergebnisse

Es lässt sich aus der Darstellung der empirischen Ergebnisse feststellen, dass Konflikte in Form von Meinungsverschiedenheiten zwischen minderjährigen Patienten und ihren Eltern im klinischen Alltag von Pädiatern durchaus vorkommen. Alle Fälle, die den niedersächsischen Kinderärzten mittels Fallvignetten vorgestellt wurden, sind von diesen wie dargestellt oder in ähnlicher Weise schon erlebt worden – einige Fälle häufiger, andere Fälle, vermutlich wegen der geringeren Alltäglichkeit des Krankheitsbildes, seltener. Die Auswertung zeigt, dass der Kindeswille in der Medizin eine wachsende Bedeutung einnimmt, was die Kinderärzte in die problematische Situation der Meinungsungleichheit zwischen dem minderjährigen Patienten und dessen Eltern geraten lässt. In allen vorgestellten Fallvignetten würde der Wunsch des Minderjährigen von einigen Kinderärzten berücksichtigt werden – in drei Fällen sogar von der (teils überwiegenden) Mehrheit der Befragten. Nur in einem Fall würde sich die überwiegende Mehrheit gegen den Kindeswunsch entscheiden (Herztransplantation). Dies zeigt, dass der Kindeswille von Bedeutung ist und dementsprechend – zumindest der Selbsteinschätzung nach – von den Kinderärzten ernst genommen wird. Auch bei komplexen Therapien wie einer Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie oder einer Herztransplantation, bei denen die Ablehnung der Therapie durch das Kind möglicherweise einen letalen Ausgang zur Folge hat, sind einige Kinderärzte der Ansicht, dem Wunsch des Kindes unter gewissen Umständen nachkommen

zu können. Hat ein Kinderarzt einen Fall schon persönlich erlebt, so zeigt sich ein Trend, die Entscheidung zugunsten des Kindes zu treffen. Dies mag damit zusammen hängen, dass die Erfahrung, einen solchen Fall schon behandelt zu haben, zeigt, dass das Kind nicht unterschätzt werden und seine Wünsche ernst genommen werden sollten.

Kriterien, die Kinderärzte bei ihrer Entscheidung, dem Wunsch des Kindes zu folgen, beeinflussen, sind vor allem die Krankenhauserfahrung und das Krankheitsverständnis des Kindes. Auch die emotionale und kognitive Reife scheint eine große Bedeutung als Einflussfaktor zu haben. Kennt der Kinderarzt das Kind schon lange, so kann dies ebenfalls dazu führen, dass der Wunsch des Kindes eher umgesetzt wird. Ein schlechtes Eltern-Kind-Verhältnis scheint vor allem dann eine Rolle zu spielen, wenn es wie im Fall des selbstverletzenden Verhaltens darum geht, die Vertrauensbasis zwischen Kind und Kinderarzt zu stärken, um auf diesem Weg die Compliance des/der minderjährigen Patienten/Patientin hinsichtlich der Therapieabsichten zu stärken. Als generell unwichtig wird das Geschlecht des Kindes angesehen. Die Kinderärzte scheinen hier nicht zwischen dem oft vorhandenen unterschiedlichen Entwicklungsstand von Mädchen und Jungen im gleichen Alter zu differenzieren.

Bezüglich des Kindeswillens und der Beteiligung des minderjährigen Patienten bei Therapieentscheidungen scheint somit das alleinige Kriterium des Alters nicht ausreichend zu sein. Die Kinderärzte würden vor allem die Krankheitserfahrung und die individuelle Reife als Bewertungsgrundlage betrachten, dem Kindeswillen zu folgen.

Werden Minderjährige in der Medizin heute ausreichend beteiligt und haben sie eine ausreichende Möglichkeit, ihre Interessen vertreten zu können?

Die Kinderärzte verneinten dies in der überwiegenden Mehrheit. Dass die Meinung der Minderjährigen in der Medizin gehört werden muss, wird erkennbar für wichtig erachtet. Auch sollte schon Kindern im Schulkindalter ein Recht auf die Vertretung ihrer eigenen Interessen zusätzlich zu der Interessenvertretung durch die Eltern zugesprochen werden. Der Großteil der Kinderärzte empfindet diese Berücksichtigung der eigenständigen Interessenvertretung bislang nicht als ausreichend. Die Forderung nach mehr Beachtung des Kindeswillens scheint hier deutlich zu werden. Vergleicht man in dieser Fragestellung das Antwortverhalten der unterschiedlichen Geschlechter, so zeigt sich, dass Frauen eher noch als Männer der Meinung sind, dass das Recht auf Interessenvertretung nicht ausreichend berücksichtigt wird. Dies mag damit zusammen hängen, dass Frauen im Rahmen der Rollenerwartungen in unserer Gesellschaft mehr Empathie für die Situation von Kindern haben und deren Meinungen und Wünsche unter Umständen sensibler wahrnehmen können als ihre männlichen Kollegen.

Kindeswille gegen Elternwillen – wem folgen die Kinderärzte eher? Die Empirie zeigt, dass wie oben aufgeführt, bei vielen Fällen der Wunsch des/der Minderjährigen berücksichtigt

werden würde. Fragt man gezielt, ob bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Kind und seinen Eltern der Kinderarzt immer dem Elternwillen folgt, so wird dies deutlich verneint. Der Elternwille scheint nicht mehr automatisch über dem Willen des Kindes zu stehen. Eine mögliche Interpretation dieses Ergebnisses ist, dass sich die Kinderärzte damit gegen einen „Paternalismus“ in der Medizin aussprechen, bei dem die Eltern eine Entscheidung für das Kind treffen, ohne dessen Meinung zu berücksichtigen.

Als inkonsistent zeigt sich jedoch das Verhalten der Kinderärzte, wenn es um ihre eigene Handlungsfreiheit geht. Wenngleich sie das Recht auf Interessenvertretung der Minderjährigen für noch nicht ausreichend berücksichtigt halten und es als wichtig ansehen, die Meinung der Minderjährigen in der Medizin zu hören, so sind sie dennoch bereit, Kinder im Schulkindalter zu einer Behandlung zu zwingen. Die Aussage „Ich würde keine/n Minderjährige/n ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung zwingen“ wird von den meisten Kinderärzten verneint. Dies bestätigt sich auch im Fall der Impfbefragung: Die Aussage „Als Arzt sollte man keine/n Minderjährige/n in diesem Alter zu etwas zwingen, das er/sie nicht möchte.“ wird von den Kinderärzten mehrheitlich als nicht zutreffend bezeichnet. Dass Kinderärzte eine Behandlung durchführen, die sie selber für wichtig für das Kind erachten, auch ohne die Meinung des Kindes zu berücksichtigen, ist nicht per se illegitim. Doch legt die hier geschilderte Diskrepanz den Schluss nahe, dass nach Ansicht der Befragten zwar der Kindeswille Vorrang vor dem Elternwillen, der Arztwille jedoch weiterhin Vorrang vor dem des Kindes haben soll. Möglicherweise kennzeichnet diese Schlussfolgerung eine allgemeine Angst von Ärzten vor einer völligen Entscheidungsfreiheit des Kindes. Oder ist dieser interne Widerspruch Ausdruck der Zwänge des klinischen Alltags? Sehen sich die Kinderärzte möglicherweise gezwungen, ihre „alte“ Rolle weiterzuspielen, in der der Arzt in besonderer Weise berechtigt erscheint, das Kindeswohl zu bestimmen? Denkbar ist auch, dass der Widerspruch Ausdruck einer Unsicherheit ist, der durch mangelnde Gesetzgebung bezüglich des Stellenwerts des Kindeswillens hervorgerufen wird. Handeln also Kinderärzte weiterhin nach altem Schema, um rechtliche Konsequenzen zu vermeiden, die entstehen können, wenn dem Kindeswillen nachgegeben wird und damit möglicherweise das Kindeswohl in Gefahr gebracht wird? Letztere Frage ließ sich durch die empirische Befragung der vorliegenden Dissertation nicht beantworten, sollte aber in zukünftigen Forschungen berücksichtigt werden.

4 Diskussion

4.1 Berücksichtigung des Kindeswillens in der Kinderheilkunde

Der Fall der 13-jährigen Hannah Jones, der im Jahr 2008 durch die Medien publik gemacht wurde, illustriert jenen moralischen Konflikt, der in der vorliegenden Dissertation diskutiert wird: Ein schwer krankes Mädchen lehnt eine lebensrettende Herztransplantation entgegen den Ratschlag ihrer behandelnden Ärzte ab. Hannah ist minderjährig und leidet seit ihrem fünften Lebensjahr an Leukämie. Die notwendige Chemotherapie führte zu einer Herzmuskelschwäche, die ohne die Herztransplantation letal enden würde. Es folgte ein Prozess wegen Kindeswohlgefährdung.

Während der Begriff der Kindeswohlgefährdung juristisch definiert ist, unterliegt der Begriff des Kindeswohls bisher keiner verbindlichen Determinierung. Gleiches gilt für den Begriff des Kindeswillens, obgleich dieser in der gesellschaftlichen Diskussion stetig an Bedeutung zunimmt. Er kann verstanden werden als nachdrückliche Meinungsäußerung des Kindes, die wiederholt vorgetragen wird, für das Kind eine besondere emotionale Bedeutung hat und dessen Nichtbeachtung die Selbstachtung (*Self-respect*) des Kindes untergraben würde. Ist der Kindeswille als ein Teil des Kindeswohls zu verstehen, oder muss er separat von diesem betrachtet werden? Hängt der Kindeswille mit dem Kindeswohl zusammen, d. h. kann es durch eine Missachtung des Kindeswillens zu einer Gefährdung des Kindeswohls kommen? Zur Beantwortung dieser Fragen ist es notwendig, die ethische Stellung des Kindes in der Medizin vor dem Hintergrund der Begriffe Kindeswohl und Kindeswillen zu klären.

Aus einer unzureichenden Definition von Begriffen und der daraus resultierenden unklaren ethischen Stellung des Kindes können sich praktische Probleme ergeben, die insbesondere die Kinderärzte betreffen. Probleme ergeben sich dabei vor allem durch moralische Konflikte wie im Fall der Hannah Jones, wenn ein Kind eine andere Meinung bezüglich Therapieentscheidungen hat als seine Eltern und/ oder der Kinderarzt.

4.2 Die Problematik des Kindeswillens in der Kinderheilkunde

Die rechtliche Stellung des Kindes wurde in der vorliegenden Dissertation anhand der UN-Kinderrechtskonvention und im Ländervergleich dargestellt. Insbesondere wurde Deutschland den Ländern United Kingdom, USA und Kanada gegenüber gestellt. Es wurde heraus gearbeitet, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede mit Blick auf das hier diskutierte Thema medizinrechtlich gegeben sind. Die Selbstbestimmungsfähigkeit Minderjähriger wurde vor dem Hintergrund psychosozialer sowie ethischer Grundlagen erörtert.

4.2.1 Die medizinrechtliche Problematik

Die UN-Kinderrechtskonvention von 1989 gilt als das wichtigste menschenrechtliche Dokument für Kinder. Sie definiert völkerrechtlich verbindliche Grundrechte, die Kindern ein Recht auf Partizipation gewährt und ihnen den Status als eigenständige Rechtssubjekte verleiht. Die vier Grundprinzipien der UN-Kinderrechtskonvention sind: Das Recht auf Gleichbehandlung (Artikel 2), das Prinzip des besten Interesses des Kindes (Artikel 3), das Recht auf Leben und persönliche Entwicklung (Artikel 6) und die Achtung vor der Meinung und dem Willen des Kindes (Artikel 12). Kinder bekommen durch die Kinderrechtskonvention sowohl das Recht auf eine freie Meinungsbildung sowie freie Meinungsäußerung als auch das Recht auf Partizipation zugesprochen. Dabei geht es um alle Angelegenheiten, die das Kind selbst betreffen – somit auch um Angelegenheiten medizinischer Art. Die Ausübung aller Rechte ist abhängig vom Alter und der Reife des Kindes. Jedoch gewährt die UN-Kinderrechtskonvention auch jenen minderjährigen Kindern, die laut nationalem Gesetz einwilligungsunfähig sind, ein Recht auf die Berücksichtigung ihrer Meinung, also der Berücksichtigung des Kindeswillens.

In der Bundesrepublik Deutschland werden Minderjährige unter 16 Jahren in der Regel als rechtlich einwilligungsunfähig angesehen, das heißt, Entscheidungen bezüglich medizinischer Maßnahmen werden durch gesetzliche Vertreter, z.B. die Eltern, getroffen. Ab einem Alter von 16 Jahren kann bei einem Minderjährigen in Deutschland in der Regel Selbstbestimmungsfähigkeit angenommen werden. Im Alter zwischen 14 und 16 Jahren kann der Arzt im Einzelfall prüfen, ob der Minderjährige in der Lage ist, die Entscheidung zu einer medizinischen Maßnahme selbstbestimmt zu treffen. Unter 14 Jahren gelten Minderjährige üblicherweise als einwilligungsunfähig.

Im Ländervergleich bezüglich der medizinrechtlichen Stellung des Kindes in der Medizin wurde die Bundesrepublik Deutschland für die hier behandelte Thematik bedeutsamen Ländern wie dem United Kingdom, den USA und Kanada gegenüber gestellt.

Wenngleich in diesen Ländern ähnliche Altersgrenzen zur Einwilligungsfähigkeit gezogen werden, wird insgesamt mehr Spielraum bei der Selbstbestimmungsfähigkeit bei Minderjährigen gewährt als in Deutschland. In Großbritannien kennt man z.B. die *Gillick Competence*, der zufolge minderjährige Patienten unter 16 Jahren und im Besonderen auch unter 14 Jahren ihre eigenen Interessen gegenüber Ärzten und Eltern in Gerichtsverfahren vertreten dürfen, wenn ihnen die hierfür notwendige Reife zugesprochen wurde. In einzelnen Bundesstaaten der USA spricht man von einem *Emancipated Minor* und *Mature Minor*, wenn Minderjährigen unter 18 Jahren eine selbstständige Interessenvertretung, z.B. in medizinischen Behandlungen, gewährt werden kann. Jedoch basieren diese im Einzelfall

getroffenen Entscheidungen zur Reife des Minderjährigen im United Kingdom und den USA auf den kognitiven Fähigkeiten des Minderjährigen als einzigem Beurteilungsfaktor.

In allen genannten Ländern, insbesondere dem United Kingdom und einzelnen Bundesstaaten der USA, ist die Zustimmung zu einer medizinischen Behandlung durch eine einwilligungsfähige minderjährige Person mittlerweile klar geregelt. Lehnt ein Kind, wie im Fall der Hannah Jones, eine Therapie jedoch ab, so ist die Sachlage weniger eindeutig. Lediglich Schottland spricht Minderjährigen ab 16 Jahren die vollständige Entscheidungsfähigkeit – auch im Fall der Ablehnung einer Therapie – zu. Unter 16 Jahren sind Minderjährige nach Ermessen des Arztes einwilligungsfähig und haben dann auch die volle Legitimation zur Ablehnung wie zu einer Zustimmung. Die Gültigkeit einer Ablehnung wird ebenso wie die Zustimmung zu einer Therapie anhand der kognitiven Fähigkeiten beurteilt. Besonders berücksichtigt wird in diesem Kontext jedoch das Kindeswohl, das es zu schützen gilt. Im Rahmen der Einwilligungsfähigkeit wird der Begriff des Kindeswillens jedoch nicht genannt. Der Kindeswille als wiederholt geäußerte Meinung ist im Leben eines Kindes schon früh - vor Bestehen der Einwilligungsfähigkeit - vorhanden. Für die Entwicklung des Kindes zu einem selbstbestimmten Erwachsenen bildet der Kindeswille die Grundlage. Wird der Wille des Kindes ernst genommen, wird das Kind als Person respektiert und seine Selbstachtung, was wiederum eine Voraussetzung für das Erlangen der Selbstbestimmungsfähigkeit ist, gefördert.

4.2.2 Die ethische Problematik

Johannes Giesinger beschreibt die Selbstbestimmungsfähigkeit als das Ziel der Entwicklung eines Kindes und damit als Ziel von Erziehung. Voraussetzung für die Selbstbestimmungsfähigkeit ist die Fähigkeit zur Selbstachtung (*Self-respect*), die durch die Eltern gefördert werden muss. Die Aufgabe der Eltern als Erzieher ist es, die Wünsche des Kindes zu berücksichtigen und durch das Respektieren des Kindeswillens einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Selbstachtung des Kindes zu nehmen. Für diese Entwicklung ist es notwendig, das Kind als Person zu respektieren und ihm zumindest Gründe darlegen zu können, warum sein Wille aus übergeordneten Gesichtspunkten nicht berücksichtigt werden kann. Wichtig in der Entwicklung zu einem selbstbestimmten Erwachsenen ist nach Giesinger nicht die vollständige Autonomie des Kindes, sondern dessen Partizipation an Entscheidungen (Giesinger 2012).

Die UN-Kinderrechtskonvention spricht Minderjährigen das Recht auf eine freie Meinungsäußerung und auf Berücksichtigung der Meinung entsprechend des Alters und der Reife zu. Wie der Kindeswille mit dem Kindeswohl zusammen hängt, unterliegt keiner gemeingültigen Definition. In der Erklärung zu den „Rechten des Patienten“ der World Medical Association wird jedem Patienten das Recht auf Selbstbestimmung zugesprochen.

Voraussetzung dafür sind die Einwilligungsfähigkeit, Freiwilligkeit und Informiertheit. Einwilligungsfähig ist derjenige, der laut Definition Bedeutung und Tragweite eines Eingriffes ermessen kann. Dazu können auch minderjährige Patienten in der Lage sein, denn in der Theorie der geistigen Entwicklung nach Piaget besitzt ein Kind ab einem Alter von 11 Jahren, dem Stadium des formalen Denkens, die idealen Voraussetzungen zur Einwilligungsfähigkeit: Das Kind ist zu logischem Denken fähig und kann Probleme auf unterschiedlichen Ebenen lösen. Vom Recht auf Selbstbestimmung minderjähriger Patienten ist jedoch weder in der Kinderrechtskonvention noch in der Erklärung zu den Rechten des Patienten der World Medical Association die Rede. Die Rechte Minderjähriger sollen vielmehr durch Vertreter, z.B. die Eltern, gewährleistet werden (*Parental Permission*). Im Fall des älteren Minderjährigen, ab etwa 9 Jahren, gilt das Prinzip des *Patient Assent*. Es ist dem Minderjährigen erlaubt, an der Entscheidung über ihn betreffende medizinischer Behandlungen teilzunehmen. *Assent* bezeichnet hier die Berücksichtigung des Kindeswillens solange es sich um die Zustimmung zu einer Therapie handelt. Die Unterstützung bekommt er dabei weiterhin durch seine Eltern oder den Arzt. Soweit von Partizipation in diesen Texten die Rede ist, bezieht diese sich demnach auf die Zustimmung (*Assent*) zu einer Behandlung, nicht auf die Ablehnung.

4.2.3 Die praktische Problematik

Die praktische Problematik, die sich durch die mangelnde Begriffsdefinition und Verhältnisbestimmung von Kindeswohl und Kindeswille in der Kinderheilkunde ergibt, wurde mittels einer quantitativ-empirischen Untersuchung in Form eines Faktoriellen Surveys geprüft. Hierfür wurden in Kooperation mit der Landesärztekammer Niedersachsen 300 Kinderärzte aus Niedersachsen sowie 25 Kinderärzte der Universitätsmedizin Göttingen befragt. Der Fragebogen bestand aus sechs fiktiven Fallgeschichten, die jedoch an realen Fällen aus der Praxis der Kinderheilkunde angelehnt waren. Jeder Fall stellte eine Konfliktsituation dar, in welcher die Meinung des Kindes nicht der Meinung der Eltern entsprach. Das Alter der Kinder in den fiktiven Fallbeispielen war zwischen 8 und 14 Jahren. Aufgabe der Kinderärzte war es, anzugeben, ob sie einen solchen oder vergleichbaren Fall schon erlebt haben, und zu entscheiden, ob sie dem Wunsch des Kindes entsprechen würden. Mittels dieser Befragung sollte herausgefunden werden, welche Haltung niedersächsische Kinderärzte zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin einnehmen. Insbesondere stellte sich die Frage, welchen Stellenwert der Kindeswille in der Kinderheilkunde aktuell einnimmt. Würden Kinderärzte den Willen eines Kindes gegen den Willen der Eltern bzw. gegen ihre eigene Vorstellung vom besten Interesse des Kindes berücksichtigen oder würden sie ein Kind gegen dessen Willen zu einer Behandlung zwingen? Hat der Wille des Kindes oder der der Eltern nach der Meinung der Kinderärzte

oberste Priorität? Ziel des Faktoriellen Surveys war es auch, jene Kriterien zu bestimmen, die die Entscheidung der Kinderärzte beeinflussen.

Bei 300 befragten niedersächsischen Kinderärzten belief sich die Antwortquote auf 41,3%. Von den 25 befragten Kinderärzten der Universitätsmedizin Göttingen reagierten 84% auf den Fragebogen.

Die sechs fiktiven Fallbeispiele beinhalteten Konfliktsituationen, in der die Meinung des Kindes nicht der Meinung der Eltern entsprach. Aufgabe der Kinderärzte war es, zu entscheiden, ob sie dem Wunsch des Kindes entsprechen würden und welche Faktoren Einfluss auf ihre Entscheidung hatten. Fall 1 beschreibt die Ablehnung einer weiteren Chemotherapie bei akuter myeloischer Leukämie durch das Kind. 21 Kinderärzte (14,5%) haben einen solchen oder ähnlichen Fall schon erlebt. Jeweils 68 (46,9%) der Kinderärzte würden in diesem Fall dem Wunsch des Minderjährigen entsprechen bzw. nicht nachkommen. Faktoren, die zu der Entscheidung der Kinderärzte beitragen, sind besonders die Krankenhauserfahrung, die emotionale und die kognitive Reife des Kindes, die von der Mehrzahl der Kinderärzte als wichtig bzw. sehr wichtig eingestuft wurden.

Fall 2 stellt die Ablehnung eines Kindes einer Herztransplantation dar. 16 Kinderärzte (11%) haben einen solchen oder ähnlichen Fall schon erlebt. Die Ablehnung würden 129 (89%) Kinderärzte nicht akzeptieren. Auch hier sind die ausschlaggebenden Faktoren die Krankenhauserfahrung, die emotionale und die kognitive Reife. Zusätzlich wird in einem solchen Fall die Dauer der Arzt-Kind-Beziehung als sehr wichtig oder wichtig angesehen. Im Fall 3 wünscht das Kind die Einhaltung der Schweigepflicht gegenüber seiner Eltern bezüglich selbstverletzenden Verhaltens. 65 Kinderärzte (44,8%) haben einen solchen oder ähnlichen Fall schon erlebt. 102 der Kinderärzte (70,3%) würden dem Wunsch des Minderjährigen nachkommen und die Eltern nicht informieren. Neben der emotionalen und kognitiven Reife wird hier auch das Eltern-Kind-Verhältnis von den Kinderärzten berücksichtigt. Das Kind in Fall 4 lehnt einen beim Vater durchzuführenden Vaterschaftstest ab. Dieses Beispiel haben 11 Kinderärzte (7,6%) so oder ähnlich schon erlebt. 76 Kinderärzte (52,4%) würden dem Wunsch der Ablehnung nachkommen, 61 (42,1%) würden ihn ablehnen. Auch hier gelten die emotionale und die kognitive Reife als besondere Entscheidungsfaktoren. Im Fall 5 wünscht ein minderjähriges Mädchen die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, während die Eltern diesen Eingriff ablehnen. 14 Kinderärzte (9,7%) haben diesen Fall schon einmal erlebt. Die Mehrheit von 114 (78,6%) Kinderärzten würden dem Wunsch des Mädchens entsprechen. Fall 6 beschreibt die Ablehnung einer Impfung durch das Kind, der 82 Kinderärzte (56,6%) nicht nachkommen würden. Einflussfaktor ist hier die vorausgegangene Traumatisierung des Kindes. 58 Kinderärzte (40%) würden dem Wunsch des Kindes Folge leisten. 69 Kinderärzte (47,6%)

würden den Wunsch des Kindes nicht nur ablehnen sondern ein Kind sogar zu der Impfung zwingen. 134 Kinderärzte (92,4%) haben einen solchen Fall bereits erlebt.

Um zu evaluieren, welchen Stellenwert der Kindeswille in der Kinderheilkunde aktuell einnimmt, wurden den Kinderärzten allgemeine Fragen zur Partizipation Minderjähriger in der Medizin gestellt. Die Kinderärzte sind überwiegend der Ansicht, dass die Meinung der Minderjährigen in der Medizin gehört werden muss. 106 Kinderärzte (73,1%) stimmte dieser Aussage ganz und gar zu. Auch der Aussage, dass Kinder ab dem Schulkindalter ein Recht auf die Vertretung ihrer Interessen haben sollten, stimmte die Mehrheit der Kinderärzte (75 Kinderärzte - 51,7%) zu. Allerdings tendierten 74 (51%) Kinderärzte eher dazu, der Aussage zu widersprechen, dass kein Minderjähriger ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung gezwungen werden sollte. 35 (24,1%) Kinderärzte sind der gegenteiligen Meinung. Ebenso viele Kinderärzte sind unentschieden, ob sie eine Behandlung unter Zwang generell ausschließen oder nicht. Gibt es Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Therapie zwischen dem Kind und seinen Eltern, so würden 77 (53,1%) der Kinderärzte nicht automatisch dem Wunsch der Eltern folgen. Nur 21 Kinderärzte (14,5%) würden in diesem Fall den Wunsch des Kindes unbeachtet lassen. Auf die Frage, ob das Recht der Minderjährigen auf eine Interessenvertretung in der heutigen Zeit ausreichend berücksichtigt ist, gaben nur 33 Kinderärzte (22,8%) an, dass dieses Recht ausreichend berücksichtigt werde. 48 (33,1%) verneinten diese Aussage und die überwiegende Mehrheit, nämlich 61 (42,1%), waren unentschieden.

4.3 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Konflikte in Form von Meinungsverschiedenheiten zwischen minderjährigen Patienten und ihren Eltern im klinischen Alltag von Kinderärzten durchaus vorhanden sind. Alle Fälle, die den Kinderärzten vorgestellt wurden, sind in der dargestellten oder einer ähnlichen Weise schon erlebt worden – einige Fälle häufiger, andere aufgrund der geringeren Alltäglichkeit des zugrunde liegenden medizinischen Problems seltener.

Die Auswertung zeigt, dass der Kindeswille in der Medizin eine wachsende Bedeutung einnimmt. Dies geschieht zu Recht, denn Respekt vor dem Kindeswillen gilt als Voraussetzung für den Minderjährigen, sich zu einem selbstbestimmten Erwachsenen zu entwickeln. Die Selbstbestimmungsfähigkeit stellt wiederum das Ziel der Erziehung eines Kindes dar. Allerdings bringt dies die Kinderärzte in die problematische Situation der Meinungsverschiedenheiten zwischen dem minderjährigen Patienten und dessen Eltern. In allen vorgestellten Fallvignetten würde der Wunsch des Minderjährigen im Grundsatz berücksichtigt werden, in drei dieser Fälle sogar von der Mehrheit der Befragten. Nur im Fall

der Herztransplantation würde sich die ganz überwiegende Mehrheit gegen den Wunsch des Minderjährigen aussprechen. Dieses Antwortverhalten zeigt, dass der Kindeswille in der Praxis von Bedeutung ist und dementsprechend von den Kinderärzten ernst genommen wird. Auch bei komplexen und folgenreichen Therapien wie einer Chemotherapie oder einer Herztransplantation sind nicht wenige Kinderärzte der Ansicht, dem Wunsch des Minderjährigen unter gewissen Umständen nachkommen zu müssen, obwohl das Unterlassen der Therapie möglicherweise einen letalen Ausgang zur Folge hat. Kriterien, die die Kinderärzte bei ihrer Entscheidung, dem Wunsch des Kindes zu folgen, beeinflussen, sind vor allem die Krankheitserfahrungen und das Krankheitsverständnis des Kindes. Auch die emotionale sowie kognitive Reife haben nach Angaben der befragten Ärzte Einfluss auf ihre Entscheidung. Kennt der Kinderarzt das Kind schon lange, so kann dies ebenfalls – seiner eigenen Einschätzung nach – dazu führen, dass der Wunsch des Kindes eher umgesetzt wird. Ein schlechtes Eltern-Kind-Verhältnis scheint vor allem dann eine Rolle zu spielen, wenn es darum geht, die Vertrauensbasis zwischen Kind und Kinderarzt zu stärken. Als generell unwichtig wird das Geschlecht des Kindes angesehen. Die Kinderärzte scheinen hier nicht zwischen dem möglichen unterschiedlichen Entwicklungsstand zwischen Mädchen und Jungen eines Alters zu differenzieren. Bezüglich des Kindeswillens und der Partizipation bei Therapieentscheidungen scheint ohnehin das Kriterium des Alters nicht den Ausschlag zu geben.

Die Auswertung der Befragung zur Haltung der Kinderärzte bezüglich der Partizipation Minderjähriger in der Medizin ergab, dass nach Meinung der Kinderärzte eine ausreichende Berücksichtigung der Interessen von Minderjährigen bislang nicht gegeben ist. Es wird von den Kinderärzten für wichtig erachtet, dass die Meinung der Minderjährigen in der Medizin gehört wird und dass auch schon Kinder ab dem Schulkindalter ein Recht auf die Vertretung ihrer Interessen haben sollten. Die Forderung nach mehr Beachtung des Kindeswillens seitens der Kinderärzte scheint hier deutlich zu werden. Steht der Kindeswille gegen den Willen der Eltern, so würde die Mehrheit der Kinderärzte dem Willen des Kindes Folge leisten. Der Kindeswille hätte in diesem Fall vor dem Elternwillen folglich Priorität.

Anders verhält es sich, wenn der Kindeswillen gegen das, was der Arzt für richtig hält, abgewogen werden muss. In diesem Fall tendieren die Kinderärzte eher dazu, ihrer eigenen Meinung zu folgen. Die Mehrheit der Kinderärzte ist also nicht prinzipiell dagegen eingestellt, Kinder im Schulkindalter zu einer Behandlung zwingen. Dass Kinderärzte eine Behandlung durchführen, die sie selbst für wichtig erachten, auch ohne die Meinung des Kindes zu berücksichtigen, ist nicht per se illegitim. Es liegt jedoch ein Widerspruch darin, sich einerseits mehrheitlich für eine stärkere Berücksichtigung des Kindeswillens in der Medizin auszusprechen und dies im Fall eines Konfliktes mit den Eltern auch umzusetzen und andererseits der eigenen Meinung im Konfliktfall mehrheitlich Priorität einzuräumen. Ist dies

die Folge einer Unsicherheit hinsichtlich der rechtlichen Konsequenzen eines solchen Verhaltens? Denn folgt der Kinderarzt dem Willen des Kindes, so könnte dies als Kindeswohlgefährdung rechtlich geahndet werden. Dies verweist darauf, wie wichtig es wäre, den Stellenwert des Kindeswillens in der Medizin eindeutig rechtlich zu regeln.

Im Hinblick auf das Recht auf Selbstbestimmung sowie die sich in der Praxis ergebende Problematik war es notwendig, den Kindeswohlbegriff näher zu bestimmen. In dieser Arbeit wird eine Unterteilung in den eng gefassten und den erweiterten Kindeswohlbegriff vorgenommen. Während beim eng gefassten Kindeswohlbegriff das Kindeswohl auch ohne den Kindeswillen bestimmt werden kann, schließt der erweiterte Kindeswohlbegriff den Kindeswillen mit ein. Die vorliegende Arbeit stützt sich auf den erweiterten Kindeswohlbegriff. Das Ziel war, den erweiterten Kindeswohlbegriff herzuleiten, seine Bedeutung in der kinderärztlichen Praxis aufzuzeigen und auf eine Reihe von praktischen und ethischen Problemen einzugehen, die damit verbunden sind. Berücksichtigt man das Recht auf Selbstbestimmung in medizinischen Behandlungen, so ist nur der erweiterte Kindeswohlbegriff angemessen, um die ethische Stellung des Kindes in der Medizin anzupassen. Der Wille des Kindes kann verstanden werden als nachdrückliche Meinungsäußerung des Kindes, die wiederholt vorgetragen wird, für das Kind eine besondere emotionale Bedeutung hat und deren Nichtbeachtung die Selbstachtung (*Self-respect*) des Kindes untergraben würde. Die eigene Meinung ist ein Teil der eigenen Identität, die zu entwickeln die Voraussetzung für die Ausbildung von Selbstbestimmungsfähigkeit im Jugendlichen- und Erwachsenenalter bildet. Der Wille des Kindes muss im Hinblick auf diese Entwicklung zu einer autonomen Persönlichkeit respektiert werden. Das Alter ist hierbei als alleiniges Kriterium nicht ausreichend. Schon die Kinderrechtskonvention spricht auch jüngeren Kindern unter 16 oder 14 Jahren das Recht auf die Berücksichtigung ihrer Meinung zu. Der Kindeswille verdient in der Medizin aber nicht nur aufgrund der UN-Kinderrechtskonvention eine besondere Berücksichtigung. Ein Ziel der Erziehung des Kindes ist die Entwicklung seiner Selbstbestimmungsfähigkeit. Die Entwicklung des Kindes zu einem selbstbestimmten Erwachsenen kann nur gefördert werden, indem seine Selbstachtung (*Self-respect*) gefördert wird. Dies geschieht vor allem durch das Respektieren der eigenen Meinung des Kindes auch dann, wenn noch keine Selbstbestimmungsfähigkeit vorliegt.

Es sollte also tatsächlich – wie Eil sagt – kein Kindeswohl gegen den Kindeswillen geben (Eil 1986, S. 289). Schließt man den Kindeswillen in die Begriffsdefinition des Kindeswohls mit ein, muss bestimmt werden, wie und unter welchen Umständen der Kindeswille zu berücksichtigen ist. Kommt es zu Konfliktsituationen, in denen das Kind eine andere Meinung hat als seine Eltern bzw. der Arzt, muss der Nutzen der geplanten diagnostischen

oder therapeutischen Maßnahme gegen die Folgen für das Kind abgewogen werden, die eine Nichtbeachtung des Kindeswillens mit sich bringen würde. Die Nichtbeachtung des Kindeswillens in medizinischen Entscheidungen hat nicht nur die Verminderung der Compliance des Kindes zur Folge, sie kann auch seine Selbstachtung und damit seine Entwicklung zu einem selbstbestimmten Erwachsenen untergraben. Ein Verstoß gegen den nachdrücklich geäußerten Kindeswillen muss somit als ein gravierender Eingriff in das Wohl des Kindes, verstanden als freie Entwicklung der Persönlichkeit, gelten. Die niedersächsischen Kinderärzte in unserer Studie teilen diese Ansicht mehrheitlich zumindest implizit. Sie zeigen zwar eine Bereitschaft, den Kindeswillen von Minderjährigen im Schulkindalter zu berücksichtigen, sehen diese Berücksichtigung aber nur so lange als notwendig an, wie der Kindeswille nicht mit dem Willen der Eltern übereinstimmt. Steht der Kindeswillen im Widerspruch zur Entscheidung des Arztes, so sind die niedersächsischen Kinderärzte eher bereit, sich dem Willen des Kindes zu widersetzen. Eine solche Ungleichbehandlung ist jedoch nicht schlüssig. Um die Selbstachtung und die Entwicklung des Kindes zu einer selbstbestimmten Persönlichkeit zu fördern, muss der Kindeswille auch dann berücksichtigt werden, wenn der Arzt diesen Willen nicht teilt. In allen diesen Fällen muss es das Ziel sein, eine Lösung zu finden, die für alle Beteiligten, also auch für das Kind, akzeptabel und nachvollziehbar ist. Die Achtung vor dem Willen des Kindes sollte erste Priorität haben. Ein Verstoß gegen den Kindeswillen ist somit eigens rechtfertigungsbedürftig. Sollte dieser von den beteiligten Erwachsenen als notwendig angesehen werden, muss das Kind zumindest die Gelegenheit bekommen, an allen Entscheidungen teilzunehmen und eine verständliche Erklärung erhalten, warum sein Wunsch als nicht durchführbar angesehen wird. Dieses Recht auf Partizipation ist ebenfalls Teil eines Rechts auf Selbstachtung und auf eine ungestörte Entwicklung zu einem selbstbestimmten Erwachsenen.

5 Zusammenfassung

Während der Begriff der Kindeswohlgefährdung in Deutschland gesetzlich klar geregelt ist, fehlt es hinsichtlich der Begriffe Kindeswohl und Kindeswillen an einer eindeutigen Definition. Betrachtet man den Kindeswillen im Zusammenhang mit dem Kindeswohl, so hat die Missachtung des Kindeswillens einen Eingriff in das Kindeswohl zur Folge. Dies kann allerdings in der Medizin zu Konfliktsituationen führen. Diese sind Grundlage der vorliegenden Arbeit.

Dazu wurde der Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit von dem des Kindeswillens unterschieden und der Zusammenhang zwischen beiden aufgezeigt. Selbstbestimmungsfähigkeit kann im juristischen Kontext in Deutschland ab einem Alter von 16 Jahren angenommen werden. Zwischen 14 und 16 Jahren unterliegt es der Einzelfallentscheidung des Arztes, ob der Minderjährige selbstbestimmt medizinische Entscheidungen treffen darf. Unter 14 Jahren werden Minderjährige in Deutschland üblicherweise als einwilligungsunfähig angesehen. Durch die UN-Kinderrechtskonvention von 1989 wird aber auch schon jüngeren Minderjährigen das Recht auf die Berücksichtigung ihrer Meinung zugesprochen. In der vorliegenden Dissertation stellt sich die Frage, wie demnach mit Willensäußerungen von Patienten unter 14 bzw. 16 Jahren umgegangen werden soll, und zwar insbesondere dann, wenn das Kind sich abweichend vom Willen von Eltern oder Ärzten entscheidet. Der Kindeswille kann verstanden werden als nachdrückliche, mehrfach wiederholte Meinungsäußerung des Kindes, die für das Kind eine besondere emotionale Bedeutung hat. Ist der Kindeswille als Teil des Kindeswohls zu verstehen, kommt es zu einer Kindeswohlgefährdung, wenn der Kindeswille missachtet wird. Es ist unklar, wie dieser Konflikt in der Praxis wahrgenommen wird und welche Lösungen dafür bereitstehen.

Um diese Fragen zu beantworten, wurden zunächst die ethischen Grundlagen von Kindeswohl und Kindeswillen im Kontext von menschenrechtlichen sowie medizinrechtlichen Aspekten dargestellt. Es wurden die psychosozialen Grundlagen der Selbstbestimmungsfähigkeit im Rahmen der Entwicklung des Kindes erörtert.

Mittels einer empirischen Untersuchung in Form eines Faktoriellen Survey wurde geprüft, ob die Problematik in der Praxis deutscher Kinderärzte als solche wahrgenommen wird. Es wurde untersucht, ob Kinderärzte den Kindeswillen in der Medizin als ausreichend berücksichtigt empfinden und ob diese der Meinung sind, dass Kinder schon zwischen 8 und 14 Jahren ein Recht auf die eigenständige Vertretung ihrer Interessen haben sollen. Es stellte sich die Frage, welchen Stellenwert der Kindeswille in der Kinderheilkunde einnimmt. Untersucht wurde, ob Kinderärzte den Willen eines Kindes im Alter von 8 bis 14 Jahren gegen den Willen der Eltern bzw. gegen ihre eigene Vorstellung vom besten Interesse des Kindes berücksichtigen würden oder ob sie ein Kind gegen dessen Willen zu einer

Behandlung zwingen würden. Ziel des Faktoriellen Surveys war es auch, jene Kriterien zu bestimmen, die die Entscheidung der Kinderärzte beeinflussen.

Eine Analyse des Faktoriellen Survey sowie die anschließende Diskussion der theoretischen und empirischen Ergebnisse ergaben, dass die genannte ethische Problematik nicht nur in der kinderärztlichen Praxis vorkommt, sondern auch als Dilemma wahrgenommen wird. Kinderärzte halten es in einzelnen Fällen mehrheitlich für notwendig, den Kindeswillen zu respektieren, auch wenn er dem Elterninteresse widerspricht. Dies wird bisher in der rechtlichen Regelung nicht abgebildet. Es wurde zudem als problematisch herausgearbeitet, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit Minderjähriger bisher ausschließlich anhand der kognitiven Fähigkeiten oder des Alters beurteilt wird. Handelt es sich um die Ablehnung einer Therapie durch den Minderjährigen, so wird ihm das Recht auf Selbstbestimmung seltener zugesprochen als bei der Zustimmung zu einer Therapie. Minderjährige unter 14 Jahren gelten zwar üblicherweise als einwilligungsunfähig, ihnen wird aber durch die UN-Kinderrechtskonvention auch ein Recht auf die Berücksichtigung ihrer Meinung zugesprochen.

Der entsprechende Artikel 12 der Kinderrechtskonvention ist aber nicht der einzige Grund für eine verstärkte Berücksichtigung des Kindeswillens in der Medizin. In der vorliegenden Arbeit wird vom erweiterten Kindeswohlbegriff ausgegangen, d.h. wird der Kindeswille nicht berücksichtigt, hat das einen Eingriff in das Kindeswohl zur Folge. Das Respektieren des Kindeswillens kann als Voraussetzung in der Entwicklung des Minderjährigen zu einem selbstbestimmten Erwachsenen angesehen werden. Nach Giesinger führt das Respektieren des Kindeswillens zur Ausbildung der Selbstachtung des Kindes, welche wiederum Grundlage für die Ausbildung der Selbstbestimmungsfähigkeit beim Kind ist. Damit ein Kind sich also zu einem selbstbestimmten Erwachsenen entwickeln kann, ist die Förderung der Selbstachtung von großer Wichtigkeit. Dies gilt nicht nur für Erziehungssituationen, sondern auch für medizinische Behandlungssituationen. Im Einzelfall kann es dennoch notwendig sein, gegen den Willen des Kindes zu handeln. Dies erfordert dann eine besondere Begründung. In einem solchen Fall ist zudem zu fordern, das Kind an der Entscheidung teilhaben zu lassen und ihm verständliche Gründe darzulegen, warum sein Wille in diesem Fall nicht respektiert werden wird. Die Lösung muss für das Kind nachvollziehbar sein. Nur so wird es als moralisches Wesen respektiert und die Entwicklung seiner Selbstbestimmungsfähigkeit gefördert. Im Normalfall aber, so das Ergebnis dieser Arbeit, sollte die Achtung vor dem Willen des Kindes erste Priorität haben.

6 Anhang: Originalfragebogen³⁰

Fragebogen

„Kinderrechte in der Medizin“

Landesärztekammer Niedersachsen

in Kooperation mit

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann

Abt. Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen,

Prof. Dr. med. Brigitte Stiller,

Direktorin Pädiatrische Kardiologie, Universitätsklinik Freiburg

Sehr geehrte Mitglieder der Landesärztekammer Niedersachsen,

Kinderrechte erlangen eine wachsende Bedeutung in der Medizin. Die Erfahrung zeigt, dass Kinder auch schon in jüngeren Jahren eigene Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit entwickeln und an Entscheidungsprozessen beteiligt werden wollen. Doch wie soll man vorgehen, wenn ein Kind etwas wünscht, was Eltern und Ärzte nicht für richtig halten?

Um zu erfahren, wie niedersächsische Kinderärztinnen und Kinderärzte in Konfliktsituationen entscheiden würden, haben wir verschiedene Fälle in einem Fragebogen zusammengestellt. Bitte kreuzen Sie an, was Sie für richtig halten. Senden Sie dann den Fragebogen im beigefügten frankierten Umschlag an die oben angegebene Adresse.

Es werden keine personenbezogenen Daten weitergegeben. Die Auswertung der Daten erfolgt anonymisiert und in Kooperation mit der Abt. Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Göttingen. Über die Ergebnisse der Befragung werden wir Sie gern informieren.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Dr. Karsten Scholz, ÄKN

Prof. Dr. Claudia Wiesemann

³⁰ Die Formatierung ist angepasst. Vignetten und Fragen sind in der ursprünglichen Reihenfolge erhalten

1) Ein/e Minderjährige/r im Alter von 10 Jahren liegt wegen eines Rezidivs einer akuten myeloischen Leukämie auf der kideronkologischen Station eines Universitätsklinikums. Das Rezidiv tritt noch vor Ablauf des ersten Jahres nach Erreichen der Erstremission auf. Die erstmalige Behandlung erfolgte durch Chemotherapie, sowie Strahlentherapie.

Der behandelnde Arzt schlägt Eltern und der/dem Minderjährigen eine erneute Behandlung durch Chemotherapie vor, bei welcher er eine 20%ige Heilungschance annimmt.

Die Eltern stimmen der Therapie zu. Der/die Minderjährige aber erklärt, es möchte keine weitere Chemotherapie. Er/sie möchte nicht mehr im Krankenhaus sein müssen. Er/sie versteht, dass die Erkrankung dann vermutlich tödlich verlaufen wird.

1.1 Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?

Ja Nein

1.2 Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?

Ja Nein

1.3 Bewerten Sie die nachfolgenden Gründe. Wie unwichtig oder wichtig sind sie Ihrer Meinung nach für Ihre Entscheidung?

a) Der/die Minderjährige hat durch seine Krankheit schon viel Krankenhauserfahrung gesammelt und weiß viel über seine Krankheit.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

b) Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

c) Der/die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt (kognitive Reife).

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

d) Sie kennen den/die Minderjährige schon sehr lange.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

e) Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

f) Der Minderjährige ist ein Junge.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

g) Die Minderjährige ist ein Mädchen.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

h) Andere Gründe:

2) Ein/e Minderjährige/r im Alter von 12 Jahren hat einen schweren Herzfehler und ist deswegen schon mehrfach operiert worden. Weil sich der Allgemeinzustand zunehmend verschlechtert, wird er/sie für die Herztransplantation angemeldet. Der/die Minderjährige ist damit einverstanden. Kurze Zeit später wird klar, dass er/sie die Wartezeit ohne eine Kunstherzunterstützung nicht überleben wird. Während die Eltern auch dies gutheißen, verweigert der/die Minderjährige diese Operation. Er/sie fürchtet vor allem, dass die Narben im Bauchbereich später deutlich zu sehen sein werden.

2.1 Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?

Ja Nein

2.2 Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?

Ja Nein

2.3 Bewerten Sie die nachfolgenden Gründe. Wie unwichtig oder wichtig sind sie Ihrer Meinung nach für Ihre Entscheidung?

a) Der/die Minderjährige hat durch seine Krankheit schon viel Krankenhauserfahrung gesammelt und weiß viel über seine Krankheit.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

b) Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

c) Der/die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt (kognitive Reife).

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

d) Sie kennen den/die Minderjährige schon sehr lange.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

e) Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

f) Der Minderjährige ist ein Junge.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

g) Die Minderjährige ist ein Mädchen.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

h) Andere Gründe:

3) Ein 14-jährige/r Minderjährige/r befindet sich stationär in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
In diesem Umfeld tritt erstmalig selbstverletzendes Verhalten bei ihm/ihr auf.
Im Gespräch mit dem Arzt äußert er/sie den ausdrücklichen Wunsch, dass die Eltern über die Selbstverletzungen nicht informiert werden sollen.

3.1 Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?

- Ja Nein

3.2 Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?

- Ja Nein

3.3 Bewerten Sie die nachfolgenden Gründe. Wie unwichtig oder wichtig sind sie Ihrer Meinung nach für Ihre Entscheidung?

a) Der/die Minderjährige hat durch seine Krankheit schon viel Krankenhauserfahrung gesammelt und weiß viel über seine Krankheit.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

b) Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

c) Der/die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt (kognitive Reife).

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

d) Sie kennen den/die Minderjährige schon sehr lange.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

e) Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

f) Der Minderjährige ist ein Junge.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

g) Die Minderjährige ist ein Mädchen.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

h) Andere Gründe:

4) Die Eltern eines/r Minderjährigen im Alter von 12 Jahren leben in Scheidung. Der Ehemann bezweifelt die Vaterschaft und möchte die Abstammung des Kindes klären lassen. Die Mutter ist damit einverstanden. Der/die Minderjährige wünscht jedoch, dass diese Untersuchung nicht durchgeführt wird.

4.1 Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?

- Ja* *Nein*

4.2 Halten Sie es für richtig, dem Wunsch des/der Minderjährigen zu entsprechen?

- Ja* *Nein*

4.3 Bewerten Sie die nachfolgenden Gründe. Wie unwichtig oder wichtig sind sie Ihrer Meinung nach für Ihre Entscheidung?

a) Der/die Minderjährige ist in seiner emotionalen Reife schon sehr weit.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

b) Der/die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt (kognitive Reife).

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

c) Sie kennen den/die Minderjährige schon sehr lange.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

d) Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zum/zur Minderjährigen.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

e) Der Minderjährige ist ein Junge.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

f) Die Minderjährige ist ein Mädchen.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

g) Andere Gründe:

5) Eine 14-jährige Minderjährige kommt in die Sprechstunde eines niedergelassenen Gynäkologen, von dem sie vor etwa vier Wochen erfahren hat, dass sie schwanger ist.

Sie wünscht eine Abtreibung.

Nach Rücksprache mit den Eltern stellt sich heraus, dass diese einer Abtreibung aus religiösen Gründen nicht zustimmen.

5.1 Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?

Ja *Nein*

5.2 Halten Sie es für richtig, dem Wunsch der Minderjährigen zu entsprechen?

Ja *Nein*

5.3 Bewerten Sie die nachfolgenden Gründe. Wie unwichtig oder wichtig sind sie Ihrer Meinung nach für Ihre Entscheidung?

a) Die Minderjährige weiß über ihre Situation gut Bescheid und hat sich mit dem Thema Schwangerschaft auseinander gesetzt.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

b) Die Minderjährige ist in ihrer emotionalen Reife schon sehr weit.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

c) Die Minderjährige ist intellektuell weit entwickelt (kognitive Reife).

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

d) Sie kennen die Minderjährige schon sehr lange.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

e) Die Eltern haben kein gutes Verhältnis zur Minderjährigen.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

f) Andere Gründe:

6) Ein/e 8-jährige/r Minderjährige/r soll im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung geimpft werden. Als er/sie die Spritze sieht, schlägt er/sie um sich und lässt dem Arzt keine Möglichkeit, die Injektion durchzuführen.

Mit Hilfe von Arzthelferin und Mutter kann der/die Minderjährige festgehalten und der Arm somit fixiert werden.

6.1 Haben Sie einen vergleichbaren Fall schon einmal persönlich erlebt?

- Ja* *Nein*

6.2 Halten Sie es für richtig, den Protest des Minderjährigen zu respektieren?

- Ja* *Nein*

6.3 Bewerten Sie die nachfolgenden Gründe. Wie unwichtig oder wichtig sind sie Ihrer Meinung nach für Ihre Entscheidung?

a) Das Kind hat eine Traumatisierung während einer früheren ärztlichen Behandlung erfahren.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

b) Als Arzt sollte man keine/n Minderjährige/n in diesem Alter zu etwas zwingen, das er/sie nicht möchte.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

c) Sie kennen den/die Minderjährige schon sehr lange.

Sehr unwichtig *Sehr wichtig*

d) Andere Gründe:

7) Allgemeiner Teil

7.1) Welches Geschlecht haben Sie?

- weiblich männlich

7.2) Wie alt sind Sie?

- 20-30 31-40 41-50 51- 60 > 60

7.3) Was ist Ihre Religionszugehörigkeit?

- Christlich Muslimisch Jüdisch Andere keine

7.4.1) Welchem Beruf gehen Sie nach?

- Kinderärztin/Kinderarzt
 Kinderkrankenpflegerin/Kinderkrankenpfleger
 Sonstige:

7.4.2) In welchem Fachbereich arbeiten Sie (*Mehrfachnennung möglich*)?

- Allgemeinpädiatrie Kinderonkologie Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Kinderkardiologie Neonatologie Kindergastroenterologie
 Kindernephrologie Kinderpneumologie Kinderrheumatologie
 Kinderorthopädie Neuropädiatrie Kinderendokrinologie
 Kinderchirurgie

7.5) Wie lange sind Sie in der Kinderheilkunde tätig?

- 1-5 Jahre 6-10 Jahre 11-20 Jahre >20 J.

7.6) Wo sind Sie in der Kinderheilkunde tätig?

- In einer Praxis Im Krankenhaus Sonstiges

7.7) Bitte geben Sie den Grad Ihrer Zustimmung an:

- a) Die Meinung eines/einer Minderjährigen in der Medizin sollte in jedem Fall gehört werden.

Stimme gar nicht zu *Stimme ganz und gar zu*

- b) Der/die Minderjährige hat ab dem Schulkindalter ein Recht, seine/ihre Interessen selbst zu vertreten.

Stimme gar nicht zu *Stimme ganz und gar zu*

- c) Ich würde keine/n Minderjährige/n ab dem Schulkindalter zu einer Behandlung zwingen.

Stimme gar nicht zu *Stimme ganz und gar zu*

- d) Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Eltern und Minderjährigen würde ich immer der Entscheidung der Eltern folgen.

Stimme gar nicht zu *Stimme ganz und gar zu*

- e) Das Recht von Minderjährigen, ihre Interessen selbst zu vertreten, wird in der Kinderheilkunde zurzeit ausreichend berücksichtigt.

Stimme gar nicht zu *Stimme ganz und gar zu*

7 Literaturverzeichnis

Alderson P: Selbstbestimmungsfähigkeit von Kindern in der Medizin; in: Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille; hrsg. v. Wiesemann C, Dörries A, Wolfslast G, Simon A; Campus-Verlag, Frankfurt/Main 2003, 28–48

Alderson P, Montgomery J: Health Care Choices. Making decisions with children. Institute for Public Policy Research, London 1996

American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics (1995): Informed Consent, Parental Permission, and Assent in Pediatric Practice. *Pediatrics* 95, 314–317.

Appelbaum PS, Gutheil TG: Clinical Handbook of Psychiatry and the Law. Fourth Edition; Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2006

Archard D: Children. Rights and Childhood. 2. Auflage; Routledge, London 2004

Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. Fifth Edition; Oxford University Press, New York 2001

Beck M, Opp KD (2001): Der faktorielle Survey und die Messung von Normen. *Köln Sozialpsychol Soziol* 53, 283–306

Becker C (2008): Hannah Jones darf nun nach ihrem Willen sterben. Verfügbar unter: <http://www.welt.de/vermischtes/article2713185/Hannah-Jones-darf-nun-nach-ihrem-Willen-sterben.html> [02.08.2012]

British Medical Association: Consent, Rights and Choices in Health Care for Children and Young People. BMJ Books, London 2001

Brochhausen C: Kinder in klinischen Studien – Grenzen medizinischer Machbarkeit?; hrsg. V. Brochhausen C, Seyberth HW; Lit, Münster 2005

Brock DW: Children`s Competence for Health Care Decisionmaking; in: Children and Health Care. Moral and Social Issues; hrsg. v. Kopelmann LM, Moskop JC; Kluwer; Academic Publishers, Dordrecht 1989, 181–212

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendschutz (2009): Europäischer Jugendschutzatlas. Kanada. Verfügbar unter: http://www.bag-jugendschutz.de/PDF/MDA12-Laender_einzeln/Jugendschutzbestimmungen_Kanada.pdf [05.12.2011]

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend: Die UN-Kinderrechtskonvention. Verfügbar unter: <http://www.kinderrechte.gv.at/home/un-konvention/content.html> [05.12.2011]

BGB (1896): Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung vom 1. August 2012. Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/index.html> [25.09.2012]

Canadian Paediatric Society Bioethics Committee (2004): Treatment decisions regarding infants, children and adolescents. *Paediatr Child Health* 9, 99–103

Dettenborn H: Kindeswohl und Kindeswille. Psychologische und rechtliche Aspekte. 3. Auflage; Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel 2010

Dettenborn H, Walter E: Familienrechtspsychologie. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel 2002

Deutsch E, Spickhoff A: Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht. 6. Auflage; Springer, Berlin 2008

Dierks C: Therapieverweigerung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinrechtliche Aspekte; hrsg. v. Dierks C, Graf-Baumann T, Lenard HG; Springer, Heidelberg 1995

Ell E: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen. Deutscher Studienverlag, Weinheim 1986

Family Law Reform Act (1969): Family Law Reform Act 1969, Chapter 46. Verfügbar unter: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1969/46> [05.12.2011]

Gerrig RJ, Zimbardo PG: Psychologie. 18. Auflage; Pearson Studium, München 2008

Giesinger J (2007): Die moralischen Rechte von Kindern. *Int Rev Educ* 53, 73–91.

Giesinger J (2012): Respect in Education. *J Philos Educ* 46, 100–112

GG: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der Fassung vom 21.07.2010. Verfügbar unter: <http://www.bundestag.de/dokumente/rechtsgrundlagen/grundgesetz/gg.html> [12.08.2012]

Gudjons H: Pädagogisches Grundwissen: Überblick – Kompendium – Studienbuch. Klinkhardt, Bad Heilbrunn 2008

Hiemetzberger M, Messner I, Dorfmeister M: Berufsethik und Berufskunde: Ein Lehrbuch für Pflegeberufe. 2. Auflage; Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2010

Jann B: Einführung in die Statistik. 2. Auflage; Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München 2005

Jochum F: Infusionstherapie und Diätetik in der Pädiatrie. Springer, Heidelberg 2005

Knott L (2000): Consent to Treatment in Children (Mental Capacity and Mental Health Legislation). Verfügbar unter: <http://www.patient.co.uk/doctor/Consent-to-Treatment-in-Children.htm> [02.11.2011]

Langfeldt HP, Nothdurft W: Psychologie: Grundlagen und Perspektiven für die soziale Arbeit. 4. Auflage; Reinhardt-Verlag, München 2007

Lexikon für Psychologie und Pädagogik: Hedonismus. Verfügbar unter: <http://lexikon.stangl.eu/2185/hedonismus/> [02.08.2012]

Liebel M: Wozu Kinderrechte? Grundlagen und Perspektiven. Juventa Verlag, Weinheim 2007

Magnus D: Medizinische Forschung an Kindern: Rechtliche, ethische und rechtsvergleichende Aspekte der Arzneimittelforschung an Kindern. Mohr Siebeck, Tübingen 2006

Marshall K: Children's Rights in the Balance: The Participation – Protection Debate. The Stationery Office, Edinburgh 1997

McCabe MA (1996): Involving Children and Adolescents in Medical Decision Making: Developmental and Clinical Considerations. *J Pediatr Psychol* 21, 505–516

Medical Protection Society (2011): Consent – Children and young people. Verfügbar unter: <http://www.medicalprotection.org/Default.aspx?DN=d9997179-0c9a-405c-b422-819104e769c8> [12.09.2011]

Miller P: Theorien der Entwicklungspsychologie. Spektrum Akademischer Verlag GmbH, Heidelberg 1993

Moritz HP: Die (zivil-)rechtliche Stellung der Minderjährigen und Heranwachsenden innerhalb und ausserhalb der Familie. Duncker & Humblot, Berlin 1989

Narr H: Ärztliches Berufsrecht: Ausbildung – Weiterbildung – Berufsausübung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1994

Niethammer G, Marckmann G: Ethische Aspekte der pädiatrischen Forschung. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2009

Petermann F, Niethammer K, Scheithauer H: Entwicklungswissenschaft: Entwicklungspsychologie – Genetik – Neuropsychologie. Springer, Berlin 2003

Resolution der Generalversammlung (1959): Erklärung der Rechte des Kindes. Verfügbar unter: <http://www.un.org/depts/german/gv-early/ar1386-xiv.pdf> [06.12.2011]

Rothärmel S: Einwilligung, Veto, Mitbestimmung: Die Geltung der Patientenrechte für Minderjährige. Nomos, Baden-Baden 2004

Rothärmel S, Dippold I, Wiethoff K, Wolfslast G, Fegert JM: Patientenaufklärung, Informationsbedürfnis und Informationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Eine interdisziplinäre Untersuchung zu Partizipationsrechten minderjähriger Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2006

Rötzer F (2008): Recht auf Sterben. Verfügbar unter: <http://www.heise.de/tp/artikel/29/29118/1.html> [02.08.2012]

Schmitz-Forte A: Kinder haben Rechte! Die UN-Konvention über die Rechte des Kindes. Eine Einführung. hrsg. v. Deutsches Komitee für UNICEF; UNICEF Dokumentation Nr. 11, Köln 2001

Schramme T: Bioethik. Campus Verlag, Frankfurt/Main 2002

Schweickhardt A, Fritsche K: Kursbuch ärztliche Kommunikation: Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2007

Schweizerisches Komitee für UNICEF: Geschichte der Kinderrechte. Kinder haben Rechte. UNICEF, Zürich 2003

Sprecher F: Medizinische Forschung mit Kindern und Jugendlichen: nach schweizerischem, deutschem, europäischem und internationalem Recht. Rechtswissenschaft. Diss. St. Gallen 2007

Storm R: Wahrscheinlichkeitsrechnung, mathematische Statistik und statistische Qualitätskontrolle. 12. Auflage; Fachbuchverlag Leipzig im Carl Hanser Verlag, München 2007

Surall F: Ethik des Kindes. Kinderrechte und ihre theologisch-ethische Rezeption. Kohlhammer, Stuttgart 2009

Testzentrale: Hamburg Wechsler Intelligenztest für Kinder. Verfügbar unter: <http://www.testzentrale.de/programm/hamburg-wechsler-intelligenztest-fur-kinder-iv.html> [27.10.2012]

The World Medical Association (1995): Declaration on the Rights of the Patient in der Fassung von Oktober 2005. Verfügbar unter: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/l4/> [02.08.2012]

Thomas R, Feldmann B: Die Entwicklung des Kindes. Ein Lehr- und Praxisbuch. Beltz, Weinheim 2002

Ulsenheimer K: Arztstrafrecht in der Praxis. 4. Auflage; C. F. Müller, Heidelberg 2008

Uniform Law Conference of Canada (1975): Medical Consent of Minors Act, pages 30, 162.
Verfügbar unter: <http://www.ulcc.ca/en/us/index.cfm?sec=1&sub=1m5> [09.08.2012]

UN – Kinderrechtskonvention (1989): Übereinkommen über die Rechte des Kindes.
Verfügbar unter: http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/Aktionen/Kinderrechte18/UN-Kinderrechtskonvention.pdf [02.08.2012]

Vollmann J: Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur klinischen Ethik. Kohlhammer, Stuttgart 2008

Voß W: Taschenbuch der Statistik. 2. Auflage; Fachbuchverlag Leipzig im Carl Hanser Verlag, München 2003

Zitelmann M: Kindeswohl und Kindeswille im Spannungsfeld von Pädagogik und Recht. Pädagogik. Diss. Frankfurt/Main 2001

Danksagung

Mein Dank gilt allen Personen, die mir die Durchführung und Vollendung meiner Promotion ermöglicht haben.

Besonders danke ich Frau Prof. Dr. Claudia Wiesemann für die Möglichkeit, die Promotion unter ihrer Leitung ausführen zu können. Ich danke ihr für eine außerordentlich gute Betreuung meiner Arbeit, die durch regelmäßige Diskussionen, konstruktive Kritik und gemeinsame Zusammenarbeit an einem Projekt erheblich dazu beigetragen hat, mein Interesse und meine Motivation zur Fertigstellung der Arbeit dauerhaft aufrecht zu erhalten.

Der Ärztekammer Niedersachsen danke ich für die Kooperation und den Versand des Fragebogens zur Befragung der niedersächsischen Kinderärztinnen und Kinderärzte.

Mein Dank gilt hier besonders Karsten Scholz und Jendrik Schröder, die diese Durchführung ermöglichten.

Ich danke Frau Prof. Brigitte Stiller aus Freiburg, Prof. Christoph Höger aus Göttingen, Prof. Joachim Boos aus Münster, PD Dr. Michael Kölch aus Ulm, Prof. Ronald Kurz aus Wien, Prof. Jörg Ritter aus Münster, Prof. Hansjörg Seyberth aus Marburg, Prof. Volker von Loewenich aus Frankfurt/M. und Prof. Lucas Wessel aus Mannheim für ihre Kooperation bei der Erstellung des Fragebogens und den konstruktiven Vorschlägen durch ihre pädiatrische Erfahrung.

Den Mitarbeitern Benjamin Becker und Simon Schneider der Abteilung für Medizinische Statistik des Universitätsklinikums Göttingen danke ich für ihre Beratung und Hilfestellung bei der Erstellung und Auswertung meines Fragebogens.

Ein weiterer Dank gilt allen Mitarbeitern der Abteilung für Ethik und Geschichte der Medizin für regelmäßige Anregungen und Austausch im Rahmen der institutsinternen Doktorandenkolloquien. Insbesondere danke ich Frau Susanne Günther-Fecke, die mir organisatorisch vieles erleichtert hat.

Ich danke allen niedersächsischen Kinderärztinnen und Kinderärzten, die an der Befragung teilgenommen und mir somit einen Einblick in ihre Ansichten und Standpunkte gewährt haben.

Ganz besonderer Dank gilt auch meinen Eltern Rainer und Maria Peters, meinen Geschwistern Michael und Florian Peters sowie Colin Morick für ihre Geduld, Unterstützungen, Anmerkungen und tagtägliche Motivation.

Lebenslauf

Am 08.11.1985 wurde ich, Sabine Peters, als erstes Kind der Diplom-Verwaltungswirtin Maria Peters, geb. Stübe, und des Diplom-Ingenieurs für Versorgungstechnik Rainer Peters in Gifhorn geboren. Ich habe zwei jüngere Brüder.

Das Abitur absolvierte ich 2005 am Humboldt-Gymnasium Gifhorn und begann im Anschluss meine Ausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin am Städtischen Klinikum Braunschweig. Diese beendete ich 2007 vorzeitig und nahm das Studium der Humanmedizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn auf.

Den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung legte ich im Frühjahr 2010 nach einem Wechsel an die Georg-August-Universität Göttingen ab.

Seit dem Sommer 2010 promoviere ich in der Abteilung für Ethik und Geschichte der Medizin in Göttingen unter der Anleitung von Frau Prof. Dr. Claudia Wiesemann.

Den zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung werde ich im Frühjahr 2014 absolvieren.