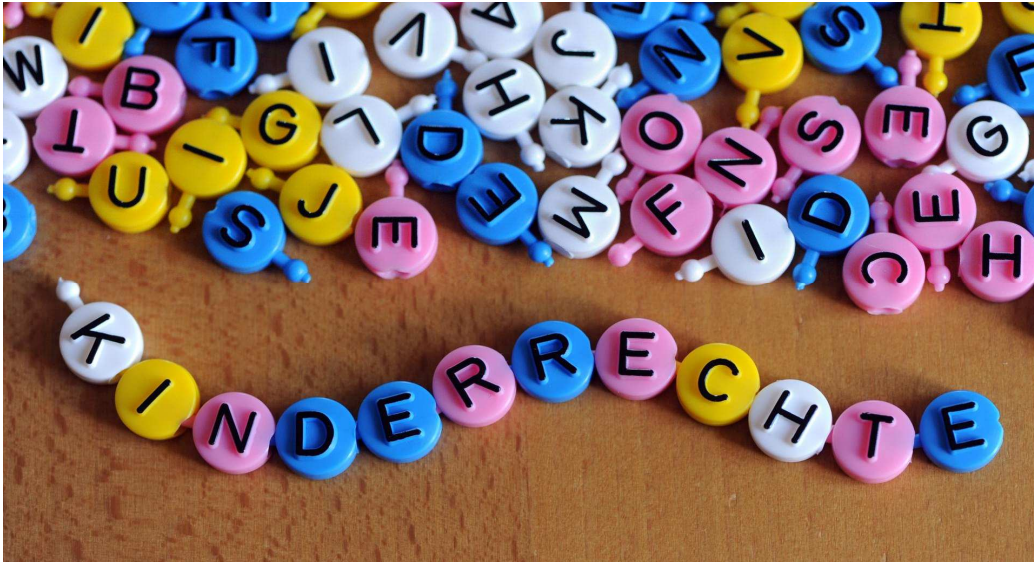


# Zwischen Kindeswohl und Kindeswille

## Die rechtlichen Grundlagen der Schweiz



Diplomarbeit zur diplomierten Expertin Anästhesiepflege NDS HF

Ariela Frey

Mentor: Sven von Niederhäusern

Xund Bildungszentrum Gesundheit Zentralschweiz

Klasse 19F A

Oktober 2020

## **Abstract**

### **Ziel**

Im medizinischen Alltag, insbesondere in der Anästhesie, kommt es immer wieder zu einem Spannungsfeld zwischen dem Kindeswillen und dem Kindeswohl. Das Kind hat Angst bezüglich der bevorstehenden Narkose oder der Operation und wehrt sich. Dabei spielen vor allem die rechtlichen Grundlagen eine wichtige Rolle. Aber auch psychologische und ethische Aspekte müssen beachtet werden. Ziel dieser Diplomarbeit ist es, die rechtlichen Grundlagen der Schweiz in Bezug auf die Rechte des Kindes verständlich aufzuzeigen. Die Rolle der Eltern sowie die Grenzen ihrer Entscheidungsbefugnis wird geklärt. Wichtige Begrifflichkeiten wie Kindeswohl und Kindeswille werden beschrieben und eventuelle Dilemmata psychologisch und ethisch beleuchtet.

### **Methodik**

Die Fragestellung und die Zielsetzung wurden anhand einer Theoriearbeit erstellt. Diese Diplomarbeit wird mittels Literaturrecherche in Datenbanken wie Google Scholar, Homepages der Schweizerischen Eidgenossenschaft und Netzwerk für Kinderrechte geschrieben. Zusätzlich wurde das Schweizerische Zivilgesetzbuch, die Bundesverfassung, die UN-Kinderrechtskonvention und Bundesgerichtsentscheide beigezogen und mit Fachliteratur ergänzt. Die Literatur wird verglichen, bewertet und die Erkenntnisse ausgewiesen.

### **Ergebnisse**

Mit der Ratifizierung des Übereinkommens über die Rechte des Kindes hat sich die Schweiz verpflichtet, diese Rechte anzuwenden und umzusetzen. Neben dem internationalen Rechtsrahmen gelten aber auch die nationalen Gesetzgebungen. Um rechtsgültig in eine medizinische Behandlung einzuwilligen, hat sich das Informed-Consent-Prinzip durchgesetzt. Voraussetzung dafür ist die Urteilsfähigkeit. In der Schweiz besteht zur Bestimmung derselben keine Altersgrenze. Die Urteilsfähigkeit muss von Fall zu Fall individuell durch das behandelnde Ärzteteam eruiert werden. Dabei müssen das Kindeswohl und der Kindeswille betrachtet werden. Die Inhaber der elterlichen Sorge können stellvertretend in eine medizinisch indizierte Behandlung einwilligen, da es sich dabei um ein relativ höchstpersönliches Recht handelt. Absolut höchstpersönliche Rechte, wie zum Beispiel eine kosmetische Behandlung, sind jedoch vertretungsfeindlich. Ist eine Person in Bezug auf die Ausübung solcher Rechte urteilsunfähig, können sie insgesamt von niemandem ausgeübt werden.

### **Schlussfolgerung**

Das Ergebnis hat zu keiner allgemeingültigen Antwort geführt. Jede Situation gilt es individuell zu analysieren und zu beurteilen. Alle Autorinnen und Autoren sind sich einig, dass der Kindeswille zwar gehört und berücksichtigt werden soll, aber keinesfalls das Kindeswohl gefährden darf.

# Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
1.1.	Begründung der Themenwahl	4
1.2.	Fragestellung	5
1.3.	Zielsetzung	5
1.4.	Themeneingrenzung	5
1.5.	Methodik	5
2.	Begrifflichkeiten Kind und Kindeswille	6
3.	Rechte der Kinder in der Schweiz	8
3.1.	Die UN-Kinderrechtskonvention und das Kindeswohl	8
3.2.	Die nationalen Gesetzgebungen	9
3.3.	Die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit	10
3.4.	Höchstpersönliche Rechte	12
3.5.	Partizipation	13
4.	Diskussion	15
5.	Schlussfolgerung	18
6.	Reflexion	19
7.	Danksagung	20
8.	Quellenverzeichnis	21
8.1.	Literaturverzeichnis	21
8.2.	Abbildungsverzeichnis	22
9.	Erklärung zur Diplomarbeit	23

# 1. Einleitung

## 1.1. Begründung der Themenwahl

In meinem früheren Arbeitsalltag als diplomierte Pflegefachfrau hatten wir nur wenig Kinder und Jugendliche zur stationären Behandlung oder operativen Nachsorge hospitalisiert. Sehr selten hatten wir ein Kind im Schulalter auf der Abteilung. In diesem Fall war dies meist nur im Beisein der Eltern, welche die Betreuung übernahmen.

Erst während meines Nachdiplomstudiums zur diplomierten Expertin Anästhesiepflege NDS HF kam ich vermehrt im Berufsalltag mit Kindern in Kontakt. Dabei hörte ich von Kollegen und Kolleginnen die Aussage: „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen“. Mir scheint es wichtig, dass das Fachpersonal versteht, dass die Kinder nicht dasselbe Verständnis für die Situation haben können und demnach die Erwartungen an das Verhalten dem Kind angepasst werden sollte. Immer wieder zu beobachten ist, dass das Kind offensichtlich nervös oder ängstlich in die Einleitung kommt.

Im hektischen Alltag kann ein weinendes Kind das Anästhesiepersonal schon mal fordern. Das kann dazu verleiten, inadäquat mit dem Kind umzugehen. Erwachsene verlieren beim Spitaleintritt ihre Autonomie, ihre Selbstkontrolle und fühlen sich nicht wohl. Wie fühlt sich dann ein Kind, welches im Spital ist, umringt von unbekanntem Menschen? Der natürliche Widerstand gegen die unbekannte, beängstigende Situation wird grösser. Keine netten, ruhigen Worte kommen mehr an. Und irgendwann folgen die Worte: „Jetzt geht es nicht mehr anders“. Etwas überspitzt formuliert hält jemand das Kind, jemand die Maske und das Kind wird gegen seinen Willen zappelnd, strampelnd und weinend inhalativ eingeleitet.

Diese Situation hinterliess bei mir verschiedene Fragen. Ist das immer so? Hat das Kind das Recht, nein zu sagen?

Natürlich habe ich in der Zwischenzeit gesehen, dass die beschriebene Situation nicht eine normale, ruhige und alltägliche Einleitung war. Trotzdem löste das bei mir eine Ablehnung gegenüber einer solchen Einleitung aus. Es hat mich motiviert, mich intensiver mit den rechtlichen Grundlagen von Kindern in der Schweiz im medizinischen Setting zu befassen.

Beim Recherchieren für meine Diplomarbeit stolperte ich zudem über ein Zitat von Dr. med. Martin Jöhr (2014, S.33): „Trotz allen Bemühungen der modernen Kindermedizin werden Kinder immer noch zu häufig mit unangenehmen Dingen und Leiden konfrontiert und fürchten dann jede auf sie zukommende medizinische Massnahme.“

## **1.2. Fragestellung**

Beim Erstellen der Diplomarbeit werde ich mich mit folgender Fragestellung befassen:

**Wie sieht die rechtliche Lage in der Anästhesie aus, wenn sich das Kind in der Narkoseeinleitung wehrt?**

## **1.3. Zielsetzung**

Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich folgende Ziele erarbeiten:

1. Die rechtlichen Begrifflichkeiten und deren rechtliche Wirkung, welche diese Fragestellung tangieren sind ausgearbeitet und beschrieben.
2. Die Rechte des Kindes für medizinische Interventionen sind beschrieben und die Verantwortlichkeit der Eltern ist dargelegt.
3. Die rechtliche Sachlage wird mit der berufsethischen Situation verglichen und diskutiert.

## **1.4. Themeneingrenzung**

Die Theoriearbeit beschränkt sich auf die Kinderrechte, die Bezug zur medizinischen Praxis haben. In dieser Arbeit wird die Situation von Kindern zwischen drei und 18 Jahren berücksichtigt. Es werden sowohl Notfall- wie auch Elektiveingriffe berücksichtigt, die dann rechtlich beurteilt werden. Es werden ausschliesslich Kinder einbezogen, welche keine geistige Einschränkung haben.

## **1.5. Methodik**

Diese Diplomarbeit ist eine Theoriearbeit. Die Recherche der Fachliteratur erfolgt mittels Google Scholar, der Schweizerischen Bundesverfassung und dem Zivilrechtsbuch sowie Bücher und Dissertationen der rechtswissenschaftlichen Bibliothek.

## 2. Begrifflichkeiten Kind und Kindeswille

Ein Kind wird beschrieben als ein Mensch, der sich im Lebensabschnitt der Kindheit befindet, aber noch kein Jugendlicher ist. Oft reicht die Definition von der Geburt bis etwa zum Eintritt in die Geschlechtsreife. Dabei ist die Unterscheidung weniger biologisch geprägt als vielmehr soziokulturell. Gemäss entwicklungspsychologischer Analyse wird zwischen Kleinkindalter, früher Kindheit, mittlerer Kindheit und später Kindheit unterschieden. Auf die Kindheit folgt die Adoleszenz und das Kind wird somit mündig (Raithel, Dollinger & Hörmann, 2009). In der folgenden Abbildung 1 werden die verschiedenen Lebensphasen und Altersspannen dargestellt.

<b>1. Säuglingsalter</b> ( <i>Geburt bis zum 1. Lebensjahr</i> )
<b>2. Kindesalter</b> ( <i>1. bis 12. Lebensjahr</i> ) -frühe Kindheit (1. - 6. Lebensjahr) -Kleinkindalter (1. - 4. Lebensjahr) -Vorschulalter (4. - 6. Lebensjahr) -mittlere Kindheit (6. - 10. Lebensjahr) -Grundschulalter -späte Kindheit (Präadoleszenz) (10. - 12. Lebensjahr)
<b>3. Jugendalter/Adoleszenz</b> ( <i>11./12. bis 21. Lebensjahr</i> ) -frühe Jugend (Pubertät) (11./12. - 14. Lebensjahr) -mittlere Jugend bzw. „Kernjugend“ (15. - 18. Lebensjahr) -späte Jugend (18. - 21. Lebensjahr)
<b>4. Erwachsenenalter</b> ( <i>21. - 55. Lebensjahr</i> ) -Postadoleszenz, frühes Erwachsenenalter (21. - 30. Lebensjahr) -mittleres Erwachsenenalter (30. - 40. Lebensjahr) -spätes Erwachsenenalter (40. - 55. Lebensjahr)
<b>5. (Senioren)Alter</b> ( <i>55. Lebensjahr bis zum Tod</i> ) -„Junge Alte“ (55. - 65. Lebensjahr) -mittleres Alter (65. - 75. Lebensjahr) -hohes Alter, Senioren (ab 75. Lebensjahr)

Abbildung 1: Einteilungsmodell von Lebensphasen/Altersspannen (Oerter & Montada, 2002)

Eine rechtliche Definition beschreibt die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) in Art. 1. Ein Kind ist jeder Mensch, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, soweit die Volljährigkeit nach dem auf das Kind anzuwendenden Recht nicht früher eintritt (UN-KRK, 1997).

Kinder werden geboren als vollkommen unselbständige, auf die Fürsorge und den Schutz von Erwachsenen angewiesene Menschen. Im Laufe ihrer Entwicklung erlangen sie immer mehr Eigenständigkeit und Verständnis für die Umwelt. Vor allem in den ersten Lebensjah-

ren befindet sich das Kind in einem starken Abhängigkeitsverhältnis von seinen Bezugspersonen (UN-KRK, 1997).

Die subjektiven Bedürfnisse des Kindes und damit verbunden der Kindeswille sind wichtige Elemente für die Bestimmung des Kindeswohles. Der Begriff Kindeswille meint, was das Kind aus subjektiver Perspektive möchte. Das impliziert seine Wünsche, Bedürfnisse, Befürchtungen und Anliegen (Büchler, 2018). Als Kindeswille wird in der rechtlichen und psychologischen Literatur, die dem Alter entsprechende, stabile und autonome Ausrichtung des Kindes auf die eigene Person betreffende, bedeutsame Ziele verstanden. Sie haben eine gewisse Intensität und Stabilität und drücken die individuellen Bestrebungen des Kindes aus (Dettenborn, 2017). Kinder können zwischen absichtlichen und zufälligen Handlungen unterscheiden. Das versetzt sie in die Lage, zum Beispiel belastende Ereignisse zu beurteilen und darauf zu reagieren (Piaget, 1983). Der Kindeswille ist bei drei bis vierjährigen Kindern primär emotional fundiert. Erst mit steigendem Alter wird er zunehmend rational begründet. Der Stand der Persönlichkeitsentwicklung und somit der Kindeswille des Kindes oder des Jugendlichen, ist der Einfachheit halber, meist festgemacht am Alter. Jedoch ist dieses Kriterium sehr umstritten. Jedes Kind mit seinem Entwicklungsstand und jede Situation muss auf den Einzelfall bezogen analysiert und abgewogen werden (Dettenborn, 2017).

Rechtlich wird zwischen Vernunft und Wille unterschieden. Die Erwägungsfähigkeit, der die Vernunft zugrunde liegt, ist die Fähigkeit verschiedene Gesichtspunkte kognitiv und sachlich abzuwägen und zu prüfen. Somit ist der Willensbegriff durch Rationalität bestimmt. Das Gefühl bestimmt aber den Willen wesentlich (Zitelmann, 2001).

Besteht ein Missverhältnis zur objektiven Bedürfnislage und dem Kindeswillen, kommt es unter dessen Berücksichtigung zur Kindeswohlgefährdung. Dettenborn (2017) spricht in diesem Zusammenhang vom selbstgefährdenden Kindeswillen. Das Kind schätzt den möglichen Nutzen, Schaden und die Eintrittswahrscheinlichkeit ab. Die Selbstgefährdung ist meist das Resultat aus unrealistischen, verfehlten oder gar fehlenden Einschätzungen.

Wird der Kindeswille oder dessen persönliche Einstellung von aussen beeinflusst, spricht man von induziertem Kindeswille. Dies kann durch verbale Versprechungen, drohende Äusserungen aber auch nonverbal mittels Mimik und Gestik induziert werden (Dettenborn, 2017).

Der kurz angesprochene und ebenfalls zentrale Begriff des Kindeswohls wird sogleich im Zusammenhang mit der auch in der Schweiz geltenden UN-KRK abgehandelt.

### **3. Rechte der Kinder in der Schweiz**

In der Schweiz sind bezüglich Rechte von Kindern und Jugendlichen sowohl nationale als auch internationale Rechtsnormen relevant. Für Kinder und Jugendliche gelten prinzipiell dieselben Rechte wie für Erwachsene (UN-KRK, 1997). Die unter anderem in der Schweizer Bundesverfassung (BV) und der Europäischen Menschenrechtskonvention verankerten Menschenrechte sind auch für minderjährige Personen gültig.

Einer der grössten internationalen Schritte in der Entwicklung von Kinderrechten wurde 1989 mit der Verabschiedung der Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen gemacht. Mit dieser Konvention wurden Kinder erstmals als eigenständige Personen mit eigenem Willen und Meinung anerkannt (Unicef, n.d). Die Kinderrechtskonvention ist auch für die Schweiz von grosser Bedeutung und verdient eine detaillierte Betrachtung.

#### **3.1. Die UN-Kinderrechtskonvention und das Kindeswohl**

Erst 1996 wurde das Übereinkommen über die Rechte des Kindes von der Bundesversammlung der Schweizer Eidgenossenschaft ratifiziert und ist seit 1997 in Kraft. Damit hat sich die Schweiz verpflichtet, die UN-KRK anzuwenden und umzusetzen. In dieser wird klar festgehalten, dass das Kind als Subjekt wahrgenommen wird und in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden muss.

Die UN-KRK umfasst 54 Artikel. Im folgenden Abschnitt wird auf einzelne Artikel eingegangen, die einen relevanten Bezug zum Thema Kinderrechte in der Anästhesie haben. Gemäss Art. 3 Abs. 1 der UN-KRK muss bei allen Massnahmen, die das Kind betreffen, das Wohl des Kindes vorrangig berücksichtigt werden.

In den General Comments des UN-Kinderrechtsausschusses Nr. 14 wird das „Wohl des Kindes“ als einer der Schlüsselbegriffe des Übereinkommens bezeichnet. In diversen Artikeln wird immer wieder auf diesen verwiesen (General Comment Nr. 14, 2013). Beim Begriff des Kindeswohls handelt es sich um einen unbestimmten Rechtsbegriff, eine Generalklausel, welche individuell ausgelegt werden muss. Dies ist naturgemäss mit einer gewissen Problematik verbunden (Dettenborn, 2017). Die Beurteilung des Begriffs ist kulturell, politisch und religiös geprägt. Er wird von Erwachsenen bestimmt und hängt von Werten einer Gesellschaft ab. Das Kindeswohl kann nur individuell und zum jetzigen Zeitpunkt beurteilt werden, da sich das Kind stets weiterentwickelt und sich Umstände verändern. Es impliziert Aspekte wie Persönlichkeitsentwicklung, Bedürfnislage und Lebensbedingungen. Wichtig dabei ist, die Sichtweise des Kindes zu berücksichtigen. Dabei ist der jeweilige Entwicklungsstand zu beachten und das Kind entsprechend an den es betreffenden Angelegenheiten zu beteiligen (Brückner, 2014). Der Begriff Kindeswohl umschreibt nicht eine Bestvariante, sondern einen



Minimalstandard, welcher erfüllt werden muss (Rosch, Fountoulakis & Heck, 2018). Jedoch legt Artikel Art. 12 Abs. 1 der UN-KRK eine Methode zur Ermessung des Wohls des Kindes fest. Demnach sichern die Vertragsstaaten dem Kind zu, dass es fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden. Es hat das Recht, diese Meinung in allen es berührenden Angelegenheiten frei zu äussern. Die Vertragsstaaten berücksichtigen die Meinung des Kindes in einer angemessenen und seinem Alter und Reife entsprechender Weise. Der Art. 12 UN-KRK bezieht sich auch auf medizinische Behandlungen. Er setzt keine Urteilsfähigkeit oder sprachliche Äusserungsfähigkeit voraus. Ein sehr kleines Kind kann mittels Mimik und Gestik eine Meinung äussern (Michel, 2009). Im Gesundheitswesen sollen Kinder Informationen über vorgesehene Behandlungen, ihre Wirkung und Ergebnisse erhalten (Ausschuss für die Rechte des Kindes, 2009).

### **3.2. Die nationalen Gesetzgebungen**

Neben dem internationalen Rechtsrahmen ist für die medizinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch der nationale Rechtsrahmen zu berücksichtigen. Die verfassungsrechtliche Grundlage lässt sich vor allem in Art. 11 BV finden. Dieser hält im Abs. 1 fest, dass Kinder und Jugendliche Anspruch auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit und auf Förderung ihrer Entwicklung haben. Im Abs. 2 wird beschrieben, dass sie ihre Rechte im Rahmen ihrer Urteilsfähigkeit ausüben. Art. 11 BV ist unter anderem genau deshalb geschaffen worden, um die von der KRK garantierten Rechte auch im schweizerischen Verfassungsrecht zu verankern (Michel, 2009).

Grundsätzlich muss an dieser Stelle hervorgehoben werden, dass jeder medizinische Eingriff und jede medizinische Behandlung, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern, als widerrechtliche Persönlichkeitsverletzung gemäss Art. 28 ZGB zu qualifizieren ist. Dasselbe gilt für Eingriffe, die der Heilung dienen. Wichtigster Rechtfertigungsgrund ist die Einwilligung nach vorgängiger Aufklärung (Michel, Rutishauser, 2016).

Voraussetzung einer gültigen Einwilligung sind die Urteilsfähigkeit der einwilligenden Person, welche berechtigt sein muss, diese Einwilligung zu erteilen, sowie eine rechtsgenügende Aufklärung vor der Erteilung dieser Einwilligung. Dies wird als sogenanntes Informed-Consent-Prinzip bezeichnet (Michel, 2009). Dies meint die freiwillige und informierte Zustimmung des Patienten bei medizinischen Behandlungen (Wiethoff, Dippold, 2006).

Im Schweizer Recht wird die Grenze zwischen Selbst- und Fremdbestimmung nicht bei der Volljährigkeit, sondern bei der Urteilsfähigkeit gezogen. Auch urteilsunfähige Personen können einen Willen bilden, den sie teilweise auch sehr deutlich äussern können. Dieser Wille ist jedoch nicht gleichzusetzen mit demjenigen einer urteilsfähigen Person. Die Willensäusserungen einer urteilsunfähigen Person müssen nicht immer befolgt werden. Das heisst aber

nicht, dass der Wille völlig unbeachtlich ist. Wie später aufgezeigt wird, ist er durchaus zu berücksichtigen (Michel, Rutishauser, 2016).

Da der Begriff der Urteilsfähigkeit bei der Einwilligung durch minderjährige Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle einnimmt, ist diese Voraussetzung genauer zu betrachten.

### **3.3. Die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit**

Die rechtliche Bestimmung der Urteilsfähigkeit wird durch Art. 16 des Zivilgesetzbuchs (ZGB) zum Ausdruck gebracht. Demnach ist jede Person urteilsfähig, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.

Im medizinischen Alltag ist die Urteilsfähigkeit von Patienten und Patientinnen von grundlegender Bedeutung. Nur durch die Urteilsfähigkeit kann rechtswirksam in die medizinische Behandlung eingewilligt werden. Die Urteilsfähigkeit bewirkt auch bei unmündigen, also nicht volljährigen Personen, die Einwilligungsfähigkeit. Demnach ist in der Regel Urteilsfähigkeit gleichbedeutend mit Einwilligungsfähigkeit. Dadurch wird das Selbstbestimmungsrecht erlangt, Eingriffe in die eigene Körperintegrität zuzulassen oder abzulehnen. Somit bildet die Urteilsfähigkeit die Schwellenfunktion zwischen Selbst- und Fremdbestimmung (Michel, 2009).

Die Ethikkommission des Schweizerischen Berufsverbands für Pflegefachfrauen und Pflegefachfrauen (SBK-ASI, 2003) beschreibt vier ethische Prinzipien, die im medizinischen und pflegerischen Handeln von zentraler Bedeutung sind. Diese beinhalten Autonomie, Gutes tun, Nicht-Schaden sowie Gerechtigkeit. Das Prinzip der Autonomie meint, der Respekt vor der Selbstbestimmung. Das bedeutet, Menschen als Individuen zu respektieren, dass ihre Entscheidungen das Resultat ihrer persönlichen Überzeugungen und Wertvorstellungen sind. Dies auch dann, wenn ihre Fähigkeiten vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigt sind.

Die Urteilsfähigkeit hat jedoch auch eine Schutzfunktion. Nur wer in der Lage ist, die Folgen seiner Entscheidung zu überblicken, sich eine eigene Meinung zu bilden und sich dem gemäss zu verhalten, soll die Folgen dieser Entscheidung tragen müssen. Wem diese Fähigkeiten fehlen, darf die Verantwortung nicht aufgebürdet werden (Michel, Rutishauser, 2016).

Die Beantwortung der Frage, wer urteilsfähig ist, folgt keinem starren Muster. Die Urteilsfähigkeit einer Person wird immer in Hinblick auf eine konkrete Situation und einen bestimmten Zeitpunkt beurteilt und ist somit in sachlicher und zeitlicher Hinsicht relativ. Eine erwachsene Person gilt grundsätzlich als urteilsfähig. Bei Kindern gilt diese Vermutung nicht. Das Kindesalter stellt gemäss Art. 16 ZGB einen Zustand dar, welcher die Urteilsfähigkeit ausschliessen kann. Gerade bei Kindern ist es deshalb von zentraler Bedeutung, die Urteilsfähigkeit von Fall zu Fall individuell abzuklären (Michel, 2009). Die Gewährung der Urteilsfä-

higkeit ist sehr flexibel und berücksichtigt neben dem Alter auch die Reife, die Auffassungsgabe, die Fähigkeit zu differenzieren, sowie die mündliche Ausdrucksfähigkeit (Zermatten, 2014).

Zur Evaluierung der Urteilsfähigkeit verwenden medizinische Fachkräfte oft ein vierstufiges Modell, welches in der Abbildung 2 dargestellt wird. Ein Kind kann diese benötigten mentalen Fähigkeiten bereits erlangt haben (Zermatten, 2014).

1. Stufe: Die Erkenntnisfähigkeit In einer verständlichen Sprache werden die Diagnose und die Behandlung inklusive deren Risiken dem Kind übermittelt.
2. Stufe: Die Wertungsfähigkeit Dem Alter und Reife entsprechend muss das Kind das Problem und die Behandlungsmöglichkeiten verstehen.
3. Stufe: Die Willensbildungsfähigkeit Persönliche Entscheidungen bezüglich der eigenen Behandlung kann das Kind begründen.
4. Stufe: Die Willensumsetzungsfähigkeit Das Kind kann seinem Willen Ausdruck geben und ihn unmissverständlich kommunizieren

*Abbildung 2: Vierstufige Modell, eigene Darstellung*

Massgebend für die Einwilligung in eine medizinische Behandlung ist Art. 19c ZGB. Geht es doch um Eingriffe in persönlichkeitsrechtlich geschützte Rechtspositionen. Dementsprechend nehmen urteilsfähige Kinder und Jugendliche das Selbstbestimmungsrecht über ihren Körper selbständig wahr. Bei urteilsunfähigen Kindern und Jugendlichen müssen die Eltern, als Inhaber der elterlichen Sorge oder alternativ ein Beistand oder eine Beiständin die Einwilligung in eine Heilbehandlung erteilen. Sie haben die Einwilligungskompetenz. Laut Art. 304 Abs. 1 ZGB ist die Vertretungsbefugnis grundsätzlich Teil der elterlichen Sorge. Diese ist gemäss Art. 296 Abs. 1 ZGB darauf gerichtet, das Kind in die Selbständigkeit zu führen und dient dem Wohl des Kindes. Die Eltern sind jedoch nicht völlig frei in ihrem Vertreterentscheid. Zuzufolge Art. 301 Abs. 2 ZGB haben sie einerseits die Persönlichkeit des Kind zu achten und das Kindeswohl zu berücksichtigen, andererseits sollen sie in wichtigen Entscheiden auf die Meinung des Kindes entsprechend dessen Reife Rücksicht nehmen (Aebi-Müller, Fellmann, Gächter, Rüsche & Tag, 2016).

Die elterliche Einwilligung vermag jedoch die fehlende Einwilligung des urteilsfähigen Kindes nicht zu ersetzen. Die zusätzliche Einwilligung der Eltern beim urteilsfähigen Kind ist, wie aus Art. 19 ZGB ersichtlich, bei medizinischen Behandlungen nicht erforderlich (Michel, Rutishauser, 2016).

Laut Art. 19c ZGB stehen, unabhängig vom Vorliegen der Urteilsfähigkeit, jeder Person höchstpersönliche Rechte zu, die dieser nicht entzogen werden dürfen. Deren Unterteilung spielt bei der Einwilligung eines Kindes in eine Heilbehandlung eine entscheidende Rolle. Anschliessend werden sie deshalb separat betrachtet.

### **3.4. Höchstpersönliche Rechte**

Gemäss Art. 12 und 13 ZGB sind Minderjährige grundsätzlich handlungsunfähig. Das heisst, sie vermögen durch ihre Handlungen keine Rechte und Pflichten zu begründen. Voraussetzung der Handlungsfähigkeit ist die Volljährigkeit, also das Zurücklegen des 18. Lebensjahres im Sinne von Art. 14 ZGB, und die Urteilsfähigkeit gemäss Art. 16 ZGB. Die höchstpersönlichen Rechte erfahren eine besondere Regelung.

Höchstpersönliche Rechte sind die Rechte, die untrennbar mit der Persönlichkeit verbunden sind und jedem Einzelnen zustehen. Somit gehört der Entscheid bezüglich Eingriffe am eigenen Körper zu den höchstpersönlichen Rechten (Michel, Rutishauser, 2016). Gemäss Art. 19c Abs. 1 ZGB üben urteilsfähige Kinder und Jugendliche die Rechte, die ihnen um ihrer Persönlichkeit willen zustehen, selbstständig aus. Dabei bedarf es keiner Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters. Hierbei wird zwischen den absolut und relativ höchstpersönlichen Rechten unterschieden. Höchstpersönliche Rechte (absolut oder relativ) können und müssen durch den urteilsfähigen Minderjährigen oder die urteilsfähige Minderjährige selbst ausgeübt werden. Im Gegensatz dazu können urteilsunfähige minderjährige Patienten und Patientinnen auch in höchstpersönlichen Bereichen nicht selbst handeln, sondern müssen sich zur Wahrung ihrer Rechte stets vertreten lassen (Michel, 2009). Dies fällt jedoch dort ausser Betracht, wo es sich um absolut höchstpersönliche Rechte handelt. Absolut höchstpersönliche Rechte können aufgrund ihrer Nähe zur Person nur von ihr selbst ausgeübt werden. Sie sind vertretungsfeindlich. Ist eine Person in Bezug auf die Ausübung solcher Rechte urteilsunfähig, können sie insgesamt von niemandem ausgeübt werden (Art. 19c Abs. 2 ZGB). Beispiele absolut höchstpersönlicher Rechte sind die Einwilligung zu kosmetischen Eingriffen oder zu einer Gebärmutterentfernung. Verallgemeinert gesagt, handelt es sich um medizinische Behandlungen ohne Heilzweck (Michel, 2009).

Relativ höchstpersönliche Rechte sind trotz ihrer höchstpersönlichen Natur der Vertretung zugänglich und vertretungsfreundlich. Folge davon ist, dass bei Urteilsunfähigkeit des betroffenen Kindes solche Rechte durch den gesetzlichen Vertreter ausgeübt werden müssen. Ist

die betroffene Person urteilsfähig, muss sie solche Rechte selber ausüben. Nach herrschender Lehre zählt das Recht, in eine medizinisch indizierte Behandlung einzuwilligen zu der Kategorie der relativ höchstpersönlichen Rechte. Als Beispiel genannt werden können die üblichen notwendigen medizinischen Eingriffe, so wie etwa eine Radiusfraktur (Büchler & Michel, 2014).

Die Abgrenzung zwischen absolut und relativ höchstpersönlichen Rechten ist im Einzelnen schwierig und unterliegt dem medizinischen und gesellschaftlichen Wandel. Dies zeigt sich zum Beispiel bei der operativen Korrektur abstehender Ohren. Bei diesem Eingriff geht es nicht um die medizinisch indizierte Behandlung, hingegen aber sehr stark um das Wohlbefinden und somit um die Gesundheit des Kindes. Aufgrund dessen und im Interesse der Persönlichkeitsrechte von Kindern ist es wichtig, regelmässig zu fragen, ob es möglich ist mit Eingriffen zuzuwarten, bis das Kind sich selbst dazu verbindlich äussern kann (Büchler & Michel, 2014).

Als Nächstes stellt sich hiermit die Frage, inwiefern sich urteilsunfähige Kinder am Entscheidungsprozess hinsichtlich medizinischer Eingriffe beteiligen können. Man spricht dabei von der Partizipation.

### **3.5. Partizipation**

Urteilsunfähige Kinder müssen nicht im Sinne eines Informed-Consent-Prinzips über eine individuelle Behandlung aufgeklärt werden. Aber auch sie sind altersgerecht über ihre Diagnose und eine allfällige Krankheit zu informieren. Ein solches Recht ergibt sich schon aus Art. 12 UN-KRK. Das Recht auf Partizipation ist nicht an die Voraussetzung der Urteilsfähigkeit geknüpft. Die Bestimmung der Kinderrechtskonvention verlangt nicht, dass ein Kind selbst entscheiden oder ein Veto gegen die Behandlung einlegen kann (Michel, 2009). Die Bestimmung verlangt lediglich, dass die Meinung des Kindes dem Alter und seinem Reifegrad entsprechend berücksichtigt werden muss. Hierzu kann auch Art. 301 Abs. 2 ZGB herangezogen werden. Demgemäss wird verlangt, dass die Eltern in wichtigen Angelegenheiten auf die Meinung des Kindes Rücksicht nehmen, soweit dies möglich ist.

Das Prinzip der Partizipation lässt sich aus juristischer Sicht durchaus übersichtlich beschreiben. Im medizinischen Alltag hingegen ist die Umsetzung allerdings eine grosse Herausforderung. Eine Partizipation von urteilsunfähigen Kindern und Jugendlichen kann in der Realität nur dann erfolgreich sein, wenn alle involvierten erwachsenen Personen, wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und Eltern, dies aktiv wollen und fördern. Kindern und Jugendlichen, welchen es an Urteilsfähigkeit mangelt, können ihre Beteiligungsrechte ohne die Mithilfe Erwachsener nicht wahrnehmen. Gefordert wird die Rücksichtnahme auf das Kind. Sei dies bei der Kommunikation, der ausreichenden Information oder auch in Bezug

auf die Ermutigung z.B. Ängste zu äussern, Fragen zu stellen und die eigene Meinung zu sagen. Resultat der Partizipation soll sein, Kinder und Jugendliche ernst zu nehmen. Es muss verhindert werden, dass Entscheidungen mit grossen Konsequenzen bezüglich des zukünftigen Lebens über die Köpfe der Kinder getroffen werden (Michel, Rutishauser, 2016).

Nachfolgend gilt es die bereits beschriebenen Konzepte des Kindeswohles und des Kindeswillens gegeneinander abzuwägen. Im Weiteren soll dies anhand eines Beispiels aus der Praxis veranschaulicht werden.

## 4. Diskussion

Wie bereits im Kapitel 2 aufgezeigt, wird unter Kindeswille die altersgemässe stabile und autonome Ausrichtung des Kindes auf erstrebte, persönlich bedeutsame Zielzustände verstanden. Das Kindeswohl hingegen ist ein Rechtsgut, welches zusätzlich zur gesunden Entwicklung auch das gesamte Wohlergehen eines Kindes miteinschliesst.

In der Praxis treffen die Konzepte von Kindeswohl und Kindeswille oft aufeinander. Sie lassen sich jedoch nicht immer miteinander vereinbaren. Michel (2009) schreibt, dass das Kindeswohl und der Kindeswille nicht zwangsläufig übereinstimmen. Jedoch erhält der Kindeswille mit zunehmender Reife des Kindes mehr Gewicht bei der Definition des Kindeswohls. Im Bundesgerichtsentscheid BGE 5A\_428 von 2014 wurde festgehalten, dass der Kindeswille nicht gleichgesetzt werden kann mit dem Kindeswohl, da sich die beiden Elemente durchaus widersprechen können. Dettenborn (2017) beschreibt eine These und Antithese zum Verhältnis von Kindeswohl und Kindeswille. Die eine Position lautet, dass es kein Kindeswohl gegen den Kindeswillen gibt. Dies wird damit begründet, dass der Kindeswille der wesentliche Inhalt des Kindeswohls sei. Die andere Position beschreibt, dass die Umsetzung des Kindeswillens dem Kindeswohl schaden kann. Dettenborn argumentiert weiter, dass Menschen etwas wollen können, was objektiv nicht zu ihrem Besten ist, oder was erst unter Einfluss anderer zu ihrem Wunsch wurde. Dabei stellt sich die Frage, ob auch, wenn der Wille des Kindes beeinflusst wurde, dieser dann weniger bedeutsam eingeschätzt werden darf. Es kann argumentiert werden, dass ein durch Beeinflussung entstandener Wille kein eigener Wille ist. Andererseits ist jeder menschliche Wille, auch der von Erwachsenen, beeinflussbar. Des Weiteren ist Erziehung immer Beeinflussung (Lempp, 1983, zitiert nach Dettenborn, 2017). Wird dem Kindeswillen nicht stattgegeben, besteht die Gefahr der Resignation, Hilflosigkeit und schwächt das Selbstwertgefühl auf Seiten des Kindes. Wird dem Kindeswillen stattgegeben, müssen mögliche Gefährdungen berücksichtigt werden, die nicht mehr mit dem Wohl des Kindes vereinbar sind. Im teilweisen Widerspruch dazu meint der Bundesgerichtsentscheid BGE 5A\_428 aus dem Jahr 2014, dass die vom Kind geäusserte Meinung bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen ist. Jedoch ist der Wille des Kindes nur eines von mehreren Kriterien. Berücksichtigen heisst also nicht, dass der Wille des Kindes einen besonderen Vorrang genießt. Somit kann auch urteilsfähigen Kindern keine alleinige Entscheidungsbefugnis in Bezug auf das Kindeswohl zugesprochen werden. Hier ist zu klären, wie dieser Entscheid mit der Haltung der UN-KRK übereinstimmt. Das Kind ist fähig, sich eine eigene Meinung zu bilden und wird gemäss seinem Alter und seiner Reife berücksichtigt. Ziel ist es, einen möglichst umfassenden Miteinbezug des Kindes zu gewähren, ohne die Partizipation einzuschränken respektive auf das Vorliegen einer Urteilsfähigkeit zu beschränken. Die Urteilsfähigkeit soll nicht Voraussetzung sein, ob ein Kind angehört wird oder nicht (Michel, 2009). Ähnlich wie Michel schreibt Zermatten (2014), dass sowohl die

Reife, als auch die Auffassungsgabe, sowie die Fähigkeit zu differenzieren und schliesslich die mündliche Ausdrucksfähigkeit zu berücksichtigen sind. Er beschreibt ein Modell zur Evaluierung der Urteilsfähigkeit und argumentiert, dass ein Kind diese benötigten mentalen Fähigkeiten bereits erlangt haben kann. Auch Dettenborn (2017) argumentiert, dass bereits sehr kleine Kinder fähig sind, sich eine eigene Meinung zu bilden und diese ausdrücken können. Gegenteiligere Ansicht ist Büchler (2018), indem sie schreibt, dass ein Kind nicht selten seinen Willen ohne Begründung oder mit einer für erwachsene Personen nur schwer nachvollziehbaren Begründung kundgibt. Sie stützt sich dabei auf das Argument, dass Kinder eher einen kurzfristigen Zeithorizont haben und ihr Wille in ihrer momentanen emotionalen Verfassung gründet. Zitelmann (2001) widerspricht und schreibt, dass das Gefühl den Willen wesentlich bestimmt und daher auch der nicht rational erwogene Wille Gehör finden muss. Auch die emotional bestimmte Tendenz des Kindes muss beachtet werden. Solange jedoch der Kindeswille nicht anerkannt ist, hat das Kindeswohl Ersatzfunktion.

Aufgrund der Komplexität des Themas wird die Diskussion anhand eines fiktiven, aber praxisnahen und realistischen Fallbeispiels weiter aufgezeigt.

Der zehnjährige Reto stürzt beim Fahrradfahren. Er kommt in Begleitung seiner Eltern auf die Notfallstation. Nach der Röntgenaufnahme teilen die Ärzte Reto und seinen Eltern die Diagnose einer komplizierten Radiusfraktur mit. Nach Ansicht der Ärzte bestehen aus medizinischer Sicht keine Zweifel, dass die Fraktur nur operativ versorgt werden kann. Die Ärzte informieren Reto und seine Eltern über den beabsichtigten Eingriff, die geplante Anästhesie inklusive Risiken und Heilungsverlauf. Die Eltern unterschreiben als gesetzliche Vertreter von Reto die Einwilligungserklärung. Reto wird zur Einschleusung in den Operationssaal gebracht. In der Einleitung fängt Reto an zu weinen und sagt, dass er statt der Operation lieber nach Hause will.

Als zehnjähriger Grundschüler befindet er sich gemäss der Lebensphasentabelle in der mittleren Kindheit. Laut Dettenborn (2017) ist das Kind fähig sich eine Meinung zu bilden und diese zu äussern. Dies wird durch Art. 12 der UN-KRK bestätigt. Die Ärzte haben Reto und seine Eltern gemeinsam aufgeklärt. Alle Autoren sind sich einig, dass es wichtig ist, das Kind an den es betreffenden Angelegenheiten zu beteiligen und seine Meinung entsprechend seinem Alter und Reife zu berücksichtigen. Michel und Rutishauser (2016) sehen in der Umsetzung im medizinischen Alltag aber eine grosse Herausforderung. Eine Partizipation kann nur erfolgreich sein, wenn alle involvierten Personen dies aktiv wollen und fördern. Wie in Kapitel 3.3 beschrieben, gilt die Vermutung der grundsätzlichen Urteilsfähigkeit bei Kindern nicht. Gemäss Zermatten (2014) sieht die Schweizer Gesetzgebung keine Altersgrenze für die Gewährung der Urteilsfähigkeit vor. Somit muss die Urteilsfähigkeit individuell und von Fall zu Fall beurteilt werden. Michel und Rutishauser (2016) schreiben, dass in der Praxis die behandelnden Ärzte beurteilen, ob ein minderjähriger Patient oder eine minderjährige Patien-



tin für den Behandlungsentscheid urteilsfähig ist. Die Relativität der Urteilsfähigkeit und die fehlende Möglichkeit einer Abstufung stellen die Ärzteschaft vor eine grosse Herausforderung. Michel (2009) schreibt, dass in der Praxis im Zweifel die Urteilsfähigkeit der minderjährigen Patienten eher verneint wird. Sie begründet dies mit den unterschiedlichen Prozessrisiken. Das Risiko, dass die Minderjährigen ein gerichtliches Verfahren anstreben ist erheblich kleiner, als dasjenige, dass die Eltern gerichtlich gegen das behandelnde Ärzteteam vorgehen. In Übereinstimmung mit Michel und Rutishauser schreiben Aebi-Müller et al. (2016) von einer schwierigen Ausgangslage, insbesondere wenn zwischen dem Minderjährigen und gesetzlichen Vertreter Uneinigkeit besteht. Zermatten (2014) argumentiert, dass das Schweizer Rechtssystem hinsichtlich Kinderrechten einen Vorteil gegenüber anderen Systemen genießt, da es im Gegensatz zu diesen nicht einzig auf dem Alter der Kinder basiert. Stellvertretend für Reto haben seine Eltern, als Inhaber der elterlichen Sorge, die Einwilligung für den operativen Eingriff und die Anästhesie unterschrieben. Wie in Kapitel 3.4 dargelegt, handelt es sich beim Recht zur Einwilligung einer medizinischen indizierten Behandlung um ein relativ höchstpersönliches Recht. Daher ist dieser Eingriff vertretungsfreundlich, eine Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter ist grundsätzlich möglich. Indem Reto sagt, dass er nach Hause will, äussert er so seinen Kindeswillen. Dieser impliziert klar, dass er weder die Anästhesie noch die Operation will. Zwei Punkte sind hier allerdings zentral: Einerseits haben seine Eltern die Vertretungsbefugnis, welche gemäss Art. 304 Abs. 1 ZGB Teil der elterlichen Sorge ist. Die Eltern haben die Einwilligung bereits erteilt. Andererseits entspricht der Wille Retos vorliegend eindeutig nicht seinem Wohl. Dettenborn (2017) spricht in diesem Zusammenhang von selbstgefährdendem Kindeswillen. Auch aus berufsethischer Sicht ist diese Situation ein Dilemma. Es entsteht ein Spannungsfeld zwischen den vom SBK (2003) formulierten Prinzipien. Akzeptiert man die Autonomie von Reto, hat das negative Auswirkungen auf seine Gesundheit und man handelt damit nicht nach den Prinzipien Gutes tun und Nicht-Schaden. Michel und Rutishauser (2016) schreiben, dass nur wer in der Lage ist, die Folgen seiner Entscheidung zu überblicken, auch die Folgen dieser Entscheidung tragen soll. Würde man in Retos Beispiel den Kindeswillen beachten und von der operativen Versorgung absehen, wäre das nicht nur nicht im Sinne des Kindeswohls. Die Umsetzung des Kindeswillens würde dem Kindeswohl sogar schaden. Entsprechend muss das Kind davor geschützt werden (Dettenborn, 2017). Somit steht fest, dass dem Willen von Reto im vorliegenden Beispiel aufgrund der Kindeswohlgefährdung nicht gefolgt werden kann.

## 5. Schlussfolgerung

In der Schweiz regeln vor allem das Zivilgesetzbuch und die Bundesverfassung den gesetzlichen Status des Kindes und das Vorgehen bei einer medizinischen Behandlung. Da jeder medizinische Eingriff oder jede medizinische Behandlung eine rechtswidrige Persönlichkeitsverletzung darstellt, muss die betreffende Person vorgängig einwilligen. Voraussetzung für das gültige Informed-Consent-Prinzip ist die Urteilsfähigkeit der einwilligenden Person und die Berechtigung, diese Einwilligung zu erteilen. Laut Art. 16 ZGB kann möglicherweise aufgrund des Kindesalters die Urteilsfähigkeit ausgeschlossen werden. Michel (2009) und Zermatten (2014) schreiben beide, dass die Schweizer Gesetzgebung keine Altersgrenze für die Gewährung der Urteilsfähigkeit vorsieht. Sie sind sich einig, dass es von zentraler Bedeutung ist, die Urteilsfähigkeit von Fall zu Fall individuell abzuklären. In der Praxis beurteilen die behandelnden Ärzte, ob minderjährige Patienten urteilsfähig sind. Urteilsfähige Kinder nehmen das Selbstbestimmungsrecht über ihren Körper selbstständig wahr. Sie sind befugt, in eine medizinische Behandlung einzuwilligen oder diese abzulehnen. Bei urteilsunfähigen Kindern müssen hingegen die Inhaber der elterlichen Sorge die Einwilligung erteilen. Eine entscheidende Rolle bei der Einwilligung spielt die Unterteilung von relativ und absolut höchstpersönlichen Rechten (Art. 19c ZGB). Nur relativ höchstpersönliche Rechte können durch die Inhaber der elterlichen Sorge vertreten werden. Dazu gehören medizinisch indizierte Behandlungen. Alle Autoren sind sich einig, dass auch die Partizipation des urteilsunfähigen Kindes wichtig ist. Gemäss Art. 12 UN-KRK soll die Meinung des Kindes dem Alter und seinem Reifegrad entsprechend berücksichtigt werden. Laut Michel und Rutishauser (2016) schaffen Erwachsene die Bedingungen für die Partizipation. Das gelingt jedoch nur, wenn alle erwachsenen involvierten Personen dies aktiv wollen und fördern. Weiterführend könnte man sich fragen, wie und in welchem Rahmen die Partizipation im zunehmend ökonomisierten Spitalalltag bestmöglich durchgeführt werden könnte. In Bezug auf das Kindeswohl sind sich ebenfalls alle Autoren einig: Der Kindeswille soll auf jeden Fall angehört und wenn möglich berücksichtigt werden, darf aber keinesfalls das Kindeswohl gefährden. Das SBK (2003) beschreibt vier ethische Prinzipien, die moralisch unser Handeln begründen sollen. Angehende Ärzte und Ärztinnen legen einen Eid ab, der sie verpflichtet, nach ethischen Prinzipien zu handeln. Die Pflege hingegen muss keinen solchen Eid ablegen. An dieser Stelle sollte es durchaus erlaubt sein, diesbezüglich die Frage einer möglichen Lücke im Pflegebereich aufzuwerfen.

Die eingangs gestellte Frage nach der rechtlichen Lage bei Weigerung des Kindes bezüglich Anästhesie kann nicht allgemeingültig beantwortet werden. Jede Situation muss individuell und zum aktuellen Zeitpunkt betrachtet und die bestmögliche Lösung gefunden werden.

## 6. Reflexion

Mit der Wahl meines Themas wollte ich mir und den Lesenden die rechtlichen Grundlagen der Schweiz im medizinischen Kontext näherbringen. Da gerade Kinder sehr schutzbedürftig sind, habe ich mich auf diese Thematik beschränkt.

Eines meiner Ziele war, die rechtlichen Begriffe verständlich zu erklären und aufzuzeigen, wie wichtig diese rechtlichen Regelungen in unserem Alltag sind. Zu Beginn des Schreibprozesses fiel es mir nicht immer leicht, den Fokus auf die wesentlichen Gesetzestexte zu legen. Da sich die Sprache der Gesetze stark von der Umgangssprache unterscheidet, brauchte es auch einige Zeit, um mich daran zu gewöhnen und sie in eigene Worte zu fassen. Ein weiteres Ziel war es, die Rechte des Kindes bei medizinischen Interventionen sowie die Rolle, welche die Eltern dabei übernehmen, zu beschreiben. Ich habe viel über Urteilsfähigkeit, Selbstbestimmung und relativ oder absolut höchstpersönliche Rechte gelernt. Somit konnte ich meine gesteckten Ziele erreichen.

Bei der Themeneingrenzung habe ich bewusst auf den Bezug zu Zeugen Jehovas verzichtet. Es ist eine Thematik, die immer wieder grosse Anforderungen an das Behandlungsteam stellt. Jedoch spielen dabei noch Aspekte wie Religion und Glaube eine wichtige Rolle. Mit solchen Situation beschäftigen sich ganze Ethik Kommissionen und hätte den Rahmen einer Diplomarbeit gesprengt.

Durch das Erstellen meiner Diplomarbeit habe ich erkannt, wie wenig ich zuvor über die rechtliche Lage des Kindes und auch von Erwachsenen in Bezug auf medizinische Interventionen wusste. Da es ein sehr komplexes Thema ist, spielten nicht nur die rechtlichen Grundlagen eine wichtige Rolle. Auch psychologische sowie ethische Gesichtspunkte galt es zu betrachten. Das Spannungsfeld von Kindeswohl und Kindeswille erleben wir immer wieder im Arbeitsalltag. Durch das intensive Auseinandersetzen mit den nationalen und internationalen Gesetzen habe ich gelernt, wie wichtig es ist, das Kind anzuhören und wenn möglich dessen Meinung zu beachten. Als einer der wichtigsten Punkte wird mir schliesslich besonders in Erinnerung bleiben, dass der Kindeswille nicht immer berücksichtigt werden kann, wenn dieser droht, dem Kindeswohl zu schaden. In der Praxis werde ich nun sicherlich vermehrt darauf achten, dass ich junge Patienten und Patientinnen bei der Narkoseeinleitung miteinbeziehe, ihre individuellen Bedürfnisse wahrnehme und diesen wenn immer möglich nachkomme.

## **7. Danksagung**

Ein grosser Dank gilt meinem Mentor Sven von Niederhäusern. Mit Geduld und der Beantwortung von kurzfristigen Fragen hat er mich immer unterstützt. Sein Engagement und Fachwissen waren sehr hilfreich und haben mich sehr motiviert. Ein ebenso grosser Dank gilt meiner Familie und Freunden, die mir moralisch beigestanden haben. Sie waren mir mit einem offenen Ohr und aufmunternden Worten stets eine Stütze.

## 8. Quellenverzeichnis

### 8.1. Literaturverzeichnis

- Aebi-Müller, R., Fellmann, W., Gächter, T., Rüttsche, B., Tag, B. (2016). *Arztrecht*. Bern: Stämpfli Verlag AG.
- Ausschuss für die Rechte des Kindes. *Allgemeine Bemerkung Nr. 12. Das Recht des Kindes gehört zu werden*. (2009) Abgefragt am 15.08.2020 von [https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/CRC/crc\\_GC\\_12\\_de.pdf](https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRC/crc_GC_12_de.pdf)
- Brückner, S. (2014). *Das medizinische Selbstbestimmungsrecht Minderjähriger*. Marburg: Tectum Verlag.
- Botschaft des Bundesrates (1994). *Betreffend den Beitritt der Schweiz zum Übereinkommen von 1989 über die Rechte des Kindes*. Abgefragt am 05.09.2020, von <https://www.amtsdruckschriften.bar.admin.ch/viewOrigDoc.do?id=10053209>
- Bundesgericht. (2014). *BGE 5A\_428*. Abgefragt am 19.10.2020 von [https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight\\_docid=aza%3A%2F%2F22-07-2014-5A\\_428-2014&lang=de&type=show\\_document&zoom=YES&](https://www.bger.ch/ext/eurospider/live/de/php/aza/http/index.php?highlight_docid=aza%3A%2F%2F22-07-2014-5A_428-2014&lang=de&type=show_document&zoom=YES&)
- Büchler, A. (2018). *Der persönliche Verkehr unter besonderer Berücksichtigung des Kindeswillen*. Abgefragt am 06.09.2020, von [https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:756fceaa-3746-42fc-81ac-9ca7c7efc3b0/Buechler\\_Enz\\_Der-persoenliche-Verkehr.pdf](https://www.ius.uzh.ch/dam/jcr:756fceaa-3746-42fc-81ac-9ca7c7efc3b0/Buechler_Enz_Der-persoenliche-Verkehr.pdf)
- Büchler, A. & Michel, M. (2014). *Medizin-Mensch-Recht Eine Einführung in das Medizinrecht der Schweiz*. Zürich: Schulthess.
- Dettenborn, H. (2017). *Kindeswohl und Kindeswille, Psychologische und rechtliche Aspekte*. München: Ernst Reinhardt.
- Jöhr, M. (2014). *Das nicht kooperative Kind – Prophylaxe, Vorgehen, Tipps*. Aktuelles Wissen für Anästhesisten, Refresher Course Nr. 40, S. 33-37. Leipzig: Aktiv Druck & Verlag GmbH.
- Michel, M. (2009). *Rechte von Kindern in medizinischen Heilbehandlungen*. Basel: Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Michel, M. & Rutishauser, C. (2016). *Kinder und Jugendliche als Patientinnen und Patienten - Ein Beitrag aus rechtlicher und medizin-ethischer Sicht*. Zürich: Stämpfli Verlag AG.
- Piaget, J. (2015). *Das moralische Urteil des Kindes*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Raithel, J., Dollinger, B., Hörmann, G. (2009). *Einführung Pädagogik, Begriffe, Strömungen, Klassiker, Fachrichtungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rosch, D., Fountoulakis, C., Heck, C. (2018). *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz, Recht und Methodik für Fachleute*. Bern: Haupt.
- Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (2003). *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern: SBK-ASI.
- Schweizerische Eidgenossenschaft (1907). *Schweizerisches Zivilgesetzbuch*. Abgefragt am 09.08.2020 von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/index.html>

Schweizerische Eidgenossenschaft (1999). *Bundesverfassung*. Abgefragt am 09.08.2020 von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html>

Schweizerische Eidgenossenschaft, *Übereinkommen der Rechte des Kindes*, Stand 25. Oktober 2016 (SR 0.107). Abgefragt am 08.08.2020 von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19983207/index.html#a1>

Unicef, *Die UN-Kinderkonvention*. Abgefragt am 08.08.2020 von <https://www.unicef.ch/de/ueber-unicef/international/kinderrechtskonvention>

UNO-Kinderrechtsausschuss. *General Comment Nr. 14 zur Auslegung des Begriffs „Kindeswohl“* (2013). Abgefragt am 09.08.2020 von <https://www.humanrights.ch/de/ipf/grundlagen/durchsetzungsmechanismen/uno/kinderrechts-ausschuss/general-comment-nr-14-kindesswohl>

Wiethoff, K., Dippold, I. (2006). *Die stationäre Behandlung im Urteil minderjähriger Patienten*. Dissertation. Abgefragt am 24.08.2020 von <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/7630>

Zermatten, J. (2014). *Die Stellung des Kindes bei einer medizinischen Behandlung: Einwilligung, Verweigerung, Recht auf Anhörung, Kindeswohl*. Schweizerisches Kompetenzzentrum für Menschenrecht, Newsletter Nr. 16. Schweiz: SKMR

Zitelmann, M. (2001), *Kindeswohl und Kindeswille: Im Spannungsfeld von Pädagogik und Recht*. Münster: Votum.

## **8.2. Abbildungsverzeichnis**

*Titelbild Kinderrechte*. (n.d.). Abgefragt am 05.10.2020 von <https://insieme.ch/ombudsstelle-fuer-kinderrechte/>

*Abbildung 1: Einteilungsmodell von Lebensphasen/Altersspannen* nach Oerter & Montada (2002) abgebildet in Raithel, Dollinger & Hörmann (2009). Einführung Pädagogik, S. 6.

*Abbildung 2: Vierstufiges Modell*, eigene Darstellung (Zermatten, 2014). S. 11.

## 9. Erklärung zur Diplomarbeit

Ich bestätige,

dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst habe und dass fremde Quellen, welche in der Arbeit enthalten sind, deutlich gekennzeichnet sind.

dass alle wörtlichen Zitate als solche gekennzeichnet sind.

dass ich die Bereichsleitung Weiterbildung vorgängig informiere, wenn die Arbeit als Ganzes oder Teile davon veröffentlicht werden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Bildungszentrum Xund über die Aufnahme der Diplomarbeit in der Bibliothek, einer Aufschaltung auf der Homepage des Bildungszentrums Xund oder auf Homepages von Fachgesellschaften entscheidet. Sie kann ebenso zu Schulungszwecken für den Unterricht in den NDS Studien AIN verwendet werden.

Ort und Datum: *Zürich, 11.10.2020*

Vorname, Name: *Ariela Frey*

Unterschrift:

