



《高大法學論叢》

第 14 卷第 1 期 (09/2018), 頁 1-42

理想與現實之間的病患自主 —來自德國的經驗*

Gunnar Duttge** 著

陳俊榕*** 譯

摘要

對許多人而言，能夠有計畫地安排並實現自己的人生命運，是對於一個成功且具有品質的生命所不可或缺的。根據德國法的理解，每個具備同意能力的病患都有權去拒絕任何一個治療行為，即使可能在醫學上是性命攸關的治療行為時，亦同。對於自主的理解，是要讓每個病患都能嚴肅地看待其個人的需求以及其個人的資訊利益；而這就需要一個對於現行模式的轉變：從一個「客觀真實」走向一個「互為主觀的真實」。對此，我們就不能不去承

*本文為作者於國立高雄大學主辦之「2016 醫療科技與法律實務系列國際學術研討會—以《病人自主權利法》為中心」之報告論文。

**德國哥廷根（Göttingen）大學法學院暨醫事法中心教授

***國立臺灣海洋大學海洋法律研究所助理教授，德國哥廷根大學法學博士。
感謝匿名審稿人所提供的細心指正及寶貴的審查意見，此皆讓譯者受益匪淺。譯文中若有疏漏、誤解或其他錯誤之處，當然均應由譯者承擔責任。

投稿日期：09/25/2017；接受刊登日期：06/22/2018

責任校對：蔡岳玲、李兆麒

認一個「拒絕知悉的權利」，而這個想法已經在德國的基因診斷法中受到了承認。

在德國，雖然「病患預立醫療決定」已經透過法律予以確立，但仍有解釋上的難題存在；此外，自主的難題也會發生在：由於與決定時期的長期間隔，決定者通常在事後並未說明當下的意願是否仍與當初的決定相符，甚至也存有撤回的可能性。因此，我們就必須認真思考一個問題：病患自主在此是否會成為所謂的「自主安慰劑」？

從自決權對於「自然的」死亡結果是否也能推導出一個「(幫助)自殺權」，在德國是個最新而且充滿爭議的討論議題。原本德國刑法不處罰幫助自殺，但為了對抗諸如 *Dignitas* 這類自殺中介組織的影響，德國立法者在 2015 年底增訂了「業務上之幫助自殺罪」。然而，這個規定在自決權的範圍內是否合憲，則是受到不少質疑。

Patient Autonomy between Ideal and Reality

— Experience from Germany****

Gunnar Duttge (Author)*****

Chun-Jung Chen (Trans.)*****

Abstract

For many people, it seems to be essential for a successful and valuable life to be able to arrange and realize one's own life destiny. According to the understandings of the German law, each patient with the authorization ability is entitled to refuse any medical treatment, even when this medical treatment is vital. The understanding of autonomy forces each patient to take his own needs and individual information interests seriously. This requires changes to the current paradigm, namely from an "objective" to an "intersubjective concept of truth". Due to this reason, we have to admit "the right not to know", which has been recognized by the Convention on Biomedicine in Germany.

**** This article is written based on the author's speech at "2016 International Academic Conference on Medical Technology and Legal Practice — Focusing on The Patient Autonomy Act" organized by the National University of Kaohsiung.

***** Prof. Dr. Gunnar Duttge, Professor of Law, the Center for Medical Law, University of Göttingen, Germany.

***** Chun-Jung Chen, Assistant Professor, Institute of the Law of the Sea, National Taiwan Ocean University. Dr. iur., University of Göttingen, Germany.

Although “advance healthcare directive” has been anchored in the German law, the problem of interpretation still exists. Additionally, in view of the long period of time after the decision-making time, the decision-maker usually does not explain whether his current will still conforms to the original decision, which also could possibly be withdrawn. Therefore, we must seriously consider the question: whether the patient autonomy will become an “autonomy placebo” ?

Whether “the right to (assisted) suicide” can be generated from the right to self-determination with the result of natural death is a new and disputable topic in Germany. The assistance to suicide was not punishable by the previous German Criminal Law. However, in order to prevent the influences of the organizations for assisted suicide such as “Dignitas”, a new crime “businesslike assistance in suicide” was introduced by the lawmakers of Germany at the end of 2015. However, this provision is questioned whether it is in conformity with the constitution in terms of the right to self-determination.

理想與現實之間的病患自主

—來自德國的經驗

Gunnar Duttge 著

陳俊榕 譯

目錄

壹、「自主」— 一個重要而又模稜兩可的概念

貳、中心課題

一、醫師的說明—拒絕知悉的權利

二、生命末期的自主—病患預立醫療決定之方式

三、德國

二、幫助自殺的當前困境（德國刑法第 217 條）

參、展望

關鍵字：病患自主、拒絕知悉權、病患預立醫療決定、自決權、
自殺協助

Key words: patient autonomy, the right not to know, Advance
healthcare directive, the right to Self-
determination, assisted suicide

壹、「自主」— 一個重要而又模稜兩可的概念

「個人自主」的想法，在自由化的社會及其成員之中，理所當然地扮演了一個中心角色。對許多人而言，能夠有計畫地，也就是根據自己的確信來安排並實現自己的人生命運，是對於一個成功的生命所不可或缺的。按醫療倫理學者 John Harris 的話來說：「自主...是所謂的讓生命看起來充滿價值的重要部份。¹」自主生命的理想在現今的德國法制序之中，如果個人自由的行使不會干擾到他人的相同自由時，那麼任何自由空間的削減都需要法律上的授權。然而，這個自主原則的根本地位卻與其非常模糊的確切內涵形成對比。

道德哲學在「理性主義上」的自主或「非認知上」的自主之間，在「實質上」的自主或較強烈的「程序上」的自主之間，以及最後在一個傳統的「個人主義上」的自主或最近的「相關連上的自主 (relationale Autonomie)」之間，區分著多面向構想的爭論²。後者應該是對於自由主義理解上的感受「片面性 (Einseitigkeit)」上之抗拒，而且也考量到個人參與社會關係的社會事實。然而，與此相對的是，我們須再次思考自由主義對自主理解的核心，是不可以放棄的。

自主概念的這個核心，包含了對每個個人之個別的行為權限與決定權限的歸因 (Zuschreibung) 與承認 — 按澳洲的哲學家 Catriona Mackenzie 的話來說：「自主是賦予對於個人生命的規範

¹ John Harris, *Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik*, 1995 (Original: 1985), S. 277.

² 較詳細的概論，參閱：Holmer Steinfath/Anne-Marie Pindur, *Patientenautonomie im Spannungsfeld philosophischer Konzeptionen von Autonomie*, in: Wiesemann/Simon (Hrsg.), *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen*, 2013, S. 27 ff. (更進一步的說明)。

性權力(normativ authority);這個權力是讓個人基於自身的理由，且不論這些理由可能為何，來做出對於個人生命具有實際重要性的決定。³ 這個「自我立法 (Selbstgesetzgebung)」的基本想法，於此卻同時與 Immanuel Kant 所理解而強調的「道德上之自我立法」想法，有著決定性的歧異。因為，當意志衝動 (Willensimpuls) 「是來自於 (純粹或實際上的) 理性，以及因此而促成對於所有理性之人所希冀的順從」時，一個意志衝動才是「自主的」⁴ (全球化的公式 (Universalisierungsformel))。相反地，自由主義下的自主想法的重點，在免於一個他主的「理性」需求之自由，而這些需求則可能是由宗教上的、社會上的或傳統上的慣行所提供的。據此，自主的決定也包含了一些基於誤解及特殊 (有悖於規範) 的偏好⁵。

有鑑於此，尊重與注意的權力 (依近來由基本法第 1 條第 1 項之人性尊嚴的擔保而來的關於德國憲法上之理解) 就包含了一個要求，讓自己有權來對他人的「指令要求」拒絕的「實際上權力」，即使他人的指令要求是全然有好的理由時，亦然。⁶ 在這個意義下，自主並非 — 「追求完美地」— 建立在對於一個「良善」以及／或是「理性」的能予實現內容之目標上，而是建立在 — 「唯意志論地」— 對於個人的自由上，使其自我開展的請求權能

³ Catriona Mackenzie, Relational Autonomy. Normative Authority and Perfectionism, in: Journal of Social Philosophy, 512(2008).

⁴ Holmer Steinfath, Das Wechselspiel von Autonomie und Vertrauen – philosophische Einführung, in: Steinfath/Wiese-mann/Duttge u.a. (Hrsg.), Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin, 2016, S. 11, 18.

⁵ 參閱: Gerald Dworkin, The Theory and Practice of Autonomy, 1988, S. 102.。

⁶ Christian Seidel, Personale Autonomie als praktische Autorität, in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 59 (2011), 897 ff., 914.

順利地發展，並且在決定與行為上能夠實際地予以實現⁷。

在這個背景下，自主原則在醫病關係中 — 於此是以所謂的「病患自主 (Patientenautonomie)」呈現 — 發展為主流的規範上範例，也就不再讓人訝異。各個病患（或是在科學研究的脈絡下之受試者；在基因診斷的脈絡下之當事人）在對於共同決定及共同確定的要求中，最終在許多方面都有危險：長久以來，人們對於醫療專家的要求，是要根據其醫療專業而能夠有較佳的能力來做出必要的決定（「穿白袍的神人 (Halbgott in Weiß)」），然而也有不少情況是人們因為其基於患病而來的求助需要，並且最終只能將該必要的決定，無能為力地移交給具高度分工而有組織的醫療機構，作為其運作下的一種例行公事和自律而已。

與此相對的是，現代醫學以及西方醫學倫理轉向特別強調所謂的「自我決定權 (Selbstbestimmungsrecht)」，因為侵入性治療最終都會直接涉及到病患的個人專屬之身體完整性。因此，基本權對於個人身體完整性的保護 — 如同聯邦憲法法院所說的 — 「不僅只在依據個人的具體健康情況及疾病情況；其所首要保障的，是在人的肉體和精神完整性之範圍內的自由保護」，所以，就此而言，病人或殘障者也都擁有完全的自我支配權利⁸。或是按聯邦最高法院的話來說：「沒有人能以審判者自居，在什麼情況下，他人應該對於犧牲其身體完整性以及藉此來恢復健康一事，已經理智地準備好了。⁹」

因此，對於每一個治療以及診斷或預防的侵入性治療，始終都需要「成年」病患的明確同意，而在建立其認知上的權限之前，

⁷ 對此的主要爭論，詳閱：Thomas Schramme, Selbstbestimmung zwischen Perfektionismus und Voluntarismus, in: Deutsche Zeitschrift für Philosophie 59 (2011), 881 ff., 895.

⁸ BVerfGE 52, 頁 171, 173 以下。

⁹ BGHSt 11, 頁 111, 114。

就必須先對於治療的風險和益處之範圍有充分的說明(「知情同意 (informed consent)」)。這種對於保障相關病患的重要主體地位之同意需求及同意權限，特別是包含了拒絕醫師的指示和建議措施的權利，即使是「一般水準的病患 (Durchschnittspatient)」或是絕大多數的病患會做出不同的決定時，亦然。

此外，根據現今完全沒有爭議的法律觀點，在病患罹患具有生命危險的疾病以及假如可預見其拒絕會消逝時，病患也都不會因此而失去這項最終決定權；因為，這個結果正是作為其自我負責的不利面後果 — 並非他主的事先受評估 — 的決定自由，而這個自由乃是醫療照護責任所無法攀越的界限。或者以另外的話來說：治療責任在現代的醫病關係中，不(再)是僅由醫師承擔，而是一個在醫師與病人之間各自分擔一部份的責任 — 以透過病患作為一位其個人專屬價值觀的「專家」方式¹⁰。

假如個別的病患在當下的情況中，不再具備必要的識別能力及判斷能力時，其最終仍保有自我決定的權利¹¹；對於這種情況，德國法將病患的權利交由代理人（基於私法自治所委託的健康代理人¹² (Gesundheitsbevollmächtigte) 或由法院所指定的照顧人 (Betreuer)¹³，民法第 1896 條以下)來行使，其協助方式方式是 — 為處理急迫的緊急情況下 — 讓負責治療的醫師得以根據個別病患的「推測意願 (mutmaßlicher Willen)」來行事（參閱：民法第 1901a 條第 2 項）。

¹⁰ Gunnar Duttge, Das geltende Sterbehilferecht in Deutschland: Kritische Würdigung aus der Perspektive des Lebensschutzes, in: Duttge/Syn (Hrsg.), Human Dignity at the End of Life (kor.), 2016, S. 313, 315 f.

¹¹ 明確地指出此點：BGHZ 154, 頁 205, 211。

¹² 德國法上之「健康代理人」概念，與我國病人自主權利法所稱之「醫療委任代理人」意義相近。

¹³ 於我國現行法中，並無由法院指定照顧人（代理人）之制度。

然而，這個在德國蔚為主流的基本想法至今仍沒有充足的區分，亦即，無法由此具體地看出其更進一步所延伸的結論為何，因而近來就遭受到批評¹⁴。事實上，透過進一步的觀察，就可呈現出至今對於「病患自主」並未充分思考以及對其細節的理解不足，所預示之許多範圍的難題。

首先，這些涉及在堅定的理性主義關於自主理解之意義下，對於醫師說明所為的極度強調，然而，這樣的自主理解卻有耽誤病患的各個生活世界的危險（詳下述：貳、一）。其次，這些同樣地也會發生在一個可能是以一個不清楚且因此而不足的「自我決定」形式為對象的病患預立醫療決定（Patientenverfügung），以作為在生命末期的自我決定之預防措施的方式上（詳下述：貳、二）。最後，在特殊的現實意義下，有疑問的是，新的刑法關於「業務上之幫助自殺罪」（刑法第 217 條¹⁵）究竟應如何與自我生命旅程的終點，在個別自我負責的基本想法上相互調和（詳下述：貳、三）。

貳、中心課題

一、醫師的說明—拒絕知悉的權利

在「醫病共享決策（shared decision making）」的意義下，對於病患在治療過程中「自我決定的¹⁶」參與，要求其應是一位「成年」且受完整「說明」的病患一事，可以算是在現代醫學中的長

¹⁴ 一份教授資格論文對此內容的說明：Dorothea Magnus, Patientenautonomie im Strafrecht, 2015.

¹⁵ 條文實施自：2015 年 12 月 3 日 (BGBl. I, 2177).

¹⁶ 對此僅參閱：Cathy Charles/ Amiram Gafni/ Tim Whelan, Social Science & Medicine .681 (44rd ed.1997),和：Cathy Charles/ Amiram Gafni/ Tim Whelan, Social Science & Medicine.,651 (4 rd ed 1999), 頁以下; Sidney Hirsch/ Lawrence C. Shulman, Social Work in Health Care,433 (1rd ed 1976), ; Fülöp Scheibler/ Christian Janssen/ Holger Pfaff, Sozial- und Präventivmedizin 48 (2003), 11 ff.。

久認識。因此，現行的法律為了病患在認知上的「促進權力（Empowerment）」，將最大的重要性擺在對負責治療之醫師課予一個透過介紹所有重要的醫療事實之照顧義務。

超過十年的最高法院判決以及最近透過民法第 630a 條以下¹⁷的法律規定，都強調「治療者」在對其損害賠償責任的避免上，必須從初次治療的開始以及 — 假如是不可或缺的 — 接下來治療事件的過程，「以可理解的方式...對於治療的重要情況予以全部說明，特別是診斷、可預見的健康發展、治療以及治療後所要採取的措施」（民法第 630c 條第 2 項）¹⁸。

相較於可能的治療選擇，關於診斷以及關於「種類、範圍、實施、（醫師方面提供的）措施所預期的效果和風險及其副作用、必要性、急迫性、合適性及成功率」的說明（參閱：民法第 630e 條第 1 項第 2、3 句），是企圖讓病患「自我決定地」參與治療的過程，而最後提到的方面 — 所謂的「安全性說明（Sicherungsaufklärung）」 — 則是想要避免因缺乏病患的「承諾」而對治療成果造成破壞，並且因此為醫療上的健康保護來服務¹⁹。

整體來說，這個意義脈絡可以用三句話來總結：「對於病患的說明義務來自於病患不是一個客體，而是主體，是一個為喚起其自由決定的生命體，也因此他是醫病關係中的當事人。由於醫療行為侵入了病患的肉體和精神完整性，因此原則上要與當事人的同意連結在一起。而自由的決定，則是以對自身的情況有相當地

¹⁷ 此規定係為改善病患的權利而設，實施自：2013 年 2 月 20 日 (Patientenrechtgesetz, BGBl. I, 277)。

¹⁸ 醫師說明義務的發展基礎及範圍，參閱：Christian Katzenmeier, Ärztliche Aufklärung, in: Wiesemann/Simon (Hrsg.), Patientenautonomie, 2013, S. 91 ff.

¹⁹ 參閱：Erwin Deutsch/ Andreas Spickhoff, Medizinrecht, 7. Aufl., 2014, Rn 450 ff.; Adolf Laufs, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl., 2010, § 58 Rn 1.

了解為前提...」²⁰。

如果把「相當地了解」的真正內涵究竟為何的疑問納入我們的視野之中時，這個表面上相當清楚的權利及醫學倫理上的規範，就會意想不到地失去說服力。雖然，法律從潛在的重要性觀點安排了次序（診斷、過程、風險、益處...），但對於每一個被要求的說明，卻完全沒有就其順序上的範圍做出說明。當徹底地將全部的醫學知識及所有目前可知的認識，完整地作為訊息傳遞的對象時，在邏輯上必然可以得出一個對於「客觀真實（objektive Wahrheit）²¹」的理想定位。最終，人們在選擇特定的治療選項時，在一個作為唯一的專家代表和一個門外漢之間，人們幾乎不會想去參與對於病情及治療預測的一個純粹的「互為主觀的同意（intersubjektiver Konsens）」。

醫師治療的「實證基礎（Evidenzbasierung）」原則、對於所謂的「專業醫師水準（Facharztstandard）」的注意標準定位，以及專業責任上的進修義務，都是在堅定的客觀性要求意義下，對於醫師自我理解（ärztliches Selbstverständnis）的重要結論。但若著重在病患應藉由醫師的說明而處於一個具有「足夠的資訊基礎」和做出「自主」決定的狀態時²²，那麼從此觀點可能就會產生一個後果，就是要求所有關於這些對於患病事件根本只是具有可能關聯性的事實之未刪減且未過濾過之訊息傳遞。

眾所周知的是，醫事法律長久以來並未廣泛地規範，而是原則上對於疾病的狀況和前景，從醫學方面而言，只不過是「整體地（im Großen und Ganzen）」侷限在「基本的說明」要求而已²³。

²⁰ Günther Pöltner, Grundkurs Medizin-Ethik, 2002, S. 98 f.

²¹ 以下較詳細的論述，參閱：Gunnar Duttge, Die Rolle der Wahrheit im Medizinrecht, in: Nembach (Hrsg.), Informationes Theologiae Europae 23 (2015), S. 193 ff.。

²² BT-Drucks. 17/10488, S. 9（病患權利法草案）

²³ BGHZ 90, 103, 105 f.; 102, 17, 23; 144, 1, 7; 166, 336, 339; LG Heidelberg MedR

從法律上的自我理解而言，這些內容顯然一點都不是真正的規範，而是還不如說只是基於一種務實的理由而來：「因此，判決有很強的義務去確保病患能夠行使憲法對其所擔保的自決權，在另一方面同樣地也必須提防這些要求對醫師而言是太過苛求...」²⁴。因此，——在個別病患具有廣泛的資訊要求之前提下——為了能「理智地」做出決定，對於知識的需要關鍵，就在於一位「理性的病人（verständiger Patient）」²⁵。

為了對各個說明的要求，能根據個案而控制在一個理想的「適當性」上，司法實務就藉由判決所創造的虛擬形象而建立了一種方式。完全顯而易見的是，這種作法當然會造成重大的法不安定性；然而更引人注目的是一個內在矛盾，法律藉由這個矛盾來嘗試將病患在資訊上「升級」的崇高理想，透過生活世界的框架條件（*lebensweltliche Rahmenbedingungen*），特別是取決於特殊的治療情況和病患有限的理解力，與一個有權且因此獨立的決定者來達成調和。因為，從自決權的觀點來看，不足的範圍必須要遵照事實上全部的說明，且甚至必須要遵照個別病患的資訊要求和在經驗上「具體的病患之接受者水平為出發點²⁶」，而且不可遵照一個遠離病患本身的標準，而這個標準是在醫師解釋權下，所事先挑選出基於實務上理由的重要「知識（Wissen）」。

我們可以從最高法院的判決中，找到醫師說明的射程範圍，而且這個範圍會基於一個廣泛、堅定的價值理由而受到限制：其所支持的理由是對於病患的人道關懷（「行善（*Wohltun*）」，「不傷害（*Nicht-Schädigung*）」），以至於允許負責治療之醫師在根據自

2012, 136, 138.

²⁴ OLG Celle VersR 1981, 1184。

²⁵ BGH NJW 1963, 393.

²⁶ 參閱：Erwin Deutsch/ Andreas Spickhoff（註 17），Rn 455.

己的評估後，基於「重大的治療理由」而隱瞞一些資訊；雖然病患權利法對此並沒有明說，但從立法資料中的內容予以衡量後，可以得到確認²⁷。對於這個在資訊上仍是「合理」及「兼容」的觀點，當然不能說是一般性的見解，因此這個觀點同樣地從一開始也會強迫病患在個別的同意上，去接受說明的不足。

近年來，由於對所謂的「反安慰劑效應 (Nocebo-Effekt)」在實務上之重要性的新發現，對於可能的「透過說明而帶來傷害」的事實問題，取得了出乎意料的現實意義：依此 — 似乎與眾所周知的安慰劑效應相對應²⁸ — ，負面的資訊可能如同病患的負面基本態度般地，有時會對身體造成有害的影響。而且當時是透過使用影像技術的神經科學方式來顯示安慰劑效應，於此並非涉及一些純粹的偶發現象或甚至是純粹的「幻想」，而是涉及到一個真正客觀的、腦生理學和解剖學上可以確定的事實²⁹，而反安慰劑效應也能夠相反地從實證上來證實，以及從心理學上來解釋這點³⁰。一個臨床研究系列³¹ 曾做出一個值得注意的研究成果；對此，美國的一位醫學家及暢銷作家 Clifton K. Meador 曾將其臨床經驗以驚人的洞察力做出總結：「有些病患並非死於癌症，而是死

²⁷ 參閱：BR-Drucks. 312/12, S. 32 und 36; 對此立法實務的批評，詳閱：Gunnar Duttge, in: Yamanaka/Schorkopf/Jehle (Hrsg.), Präventive Tendenzen in Staat und Gesellschaft zwischen Sicherheit und Freiheit, 2014, S. 143 ff.

²⁸ 聯邦醫事法庭 (Bundesärztekammer) 於 2010 年 11 月對此的相關立場，下載點：http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Placebo_LF_1_17012011.pdf。

²⁹ 對此更多的說明，參閱：Bundesärztekammer (註 26)，頁 49 以下。

³⁰ 詳閱：Näher F. Benedetti/ M. Lanotte/ L. Lopiano/ L. Colloca, Neuroscience 147 (2007), 260 ff; Shlomo Cohen, Bioethics 3/2014, 147 ff; 更多的說明：Winfried Häuser/ Emil Hansen/ Paul Eck, DÄBl. 109 (2012), A-459 ff. m.w.N.; Rudolf Likar/ Günther Bernatzky, in: Likar et al. (Hrsg.), Schmerztherapie in der Pflege 2009, S. 47 ff.; Winfried Rief/ Stefan G. Hofmann/ Yvonne Nestoriuc, Social and Personality Psychology Compass 2008, 1624 ff.。

³¹ 摘要自：Winfried Häuser/ Emil Hansen/ Paul Eck (註 28), A-463 (表格 2)。

於其相信其會死於癌症。³²」；這句話也是來自於「死，是來自於絕望與負面的期望³³」。

假如醫師的說明會因此對所有有利於自由的知識上力量的啟蒙信念³⁴ 造成不利，那麼在社會現實中，對於「自決」有時就會產生出乎意料的「風險與副作用」，於是相反地，「不知」就具有保持自由的潛能。在病患自主的前提下，就只有病患本人來對此的運用及對此射程進一步地確認——「什麼是個別病患真正想知道及不想知道的？」——而不是受託（父權式的）行動的醫師。由此，在德國的醫療法中，就引起了最近所討論的「拒絕知悉的權利（Recht auf Nichtwissen）」或是「資訊孤立權（Recht auf informationelle Abgeschlossenheit）」的想法，而這個想法最終在基因診斷，甚至是在法律上（基因診斷法第9條第2項第5款）以及在最高法院的承認³⁵ 中可以尋獲。

對此，目前尚未解決的問題有三方面：首先，這樣的主觀權利之合法性（基於一般人格權的憲法上基礎，基本法第2條第1項連結第1條³⁶），是否在其事實範圍內只限於人類遺傳學，或是——有理由地——依普遍的重要性而適合於全部的健康資料；其次，在與相衝突而值得保護的利益相較下，其所受到的規範上界限之程度為何，以及最後第三，要如何能讓權利人對此的「自決」行使無論如何成為可能，因為病患無法在事先就知道潛在的

³² 引自：Bartens, in: SZ v. 12.7.2012 網站：<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/nocebo-effekt-wenn-der-arzt-mit-worten-toetet-1.1410542>（最後瀏覽日：10/09/2018）

³³ Bartens（註30）。

³⁴ 培根在其著作 *Novum Organum*（1620）有一段著名的話：「人類的知識和力量是一致的，因為對於原因的無知蒙蔽了對其的作用。」

³⁵ BGH MedR 2015, 頁186, 188。

³⁶ 較精確而言，其涉及到的是「資訊自決權」的「第二面」，對此請詳閱：Gunnar Duttge, in: Wehling (Hrsg.), *Vom Nutzen des Nichtwissens*, 2015, S. 75, 82 f；涉及的並非「出口」（資料保護），而是涉及個人資訊的「入口」。

知悉或不知的對象為何。

對於這三方面的問題，不久前由一個跨學科、聯邦政府部門為教育與研究所資助的哥廷根研究計畫³⁷，包含了人類基因學、精神病學、倫理學和法律，來進行深入研究，並且把由此所獲得的知識轉化為「可運用的建議」³⁸。如果醫病關係內的話語有時可能是一把巨大的「雙面刃」—如同著名的哈佛醫學院及諾貝爾和平獎得主 Bernard Lown 在其著作「失落的治療藝術³⁹」中所言時，那麼，在個別病患決定權上，關於病患所預期和—仍然或不再—承受的知悉事項之範圍，也是由病患自主之根本原則所產生。

二、生命末期的自主—病患預立醫療決定之方式

對於一個基於自我負責、有能力參與醫療事件的病患而言，不可或缺的前提當然是對每一個具體上可預期的侵入性治療具備必要的認識、判斷及掌控能力。於此，在各個具體個案中，就需要—從醫師方面所負責的—查驗及確認，個別病患是否能夠對於具體上其即將面臨的侵入行為之具體情況、「本質、意義及影響⁴⁰」有完全的了解，並且也能對其同意或反對的決定予以相互權衡。由於這些相關內容總是出現在每個具體而具爭議的侵入性治療中，所以同意能力的形成並非一成不變的，而是視一個可能結果的事實情況之複雜性以及其射程之變動範圍而定：一般來說，對此的要求，在後果嚴重的、帶有物質上重大損耗或甚至對生命會造成危險的干預行為上，要比在微不足道的措施中顯然嚴格得

³⁷ www.recht-auf-nichtwissen.de. (最後瀏覽日：10/09/2018)

³⁸ 發表於：: MedR 2016, 399 ff.。

³⁹ Bernard Lown, Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken, 11. Aufl., 2012 (engl. Originalausgabe 1996), S. 17, 30, 87, 106 et passim.

⁴⁰ BGH NStZ 1981, 351.

多⁴¹。因此，一個概括的年齡限制（於未成年人）只是一個根據推測的（「平均的」）成熟發展而做的初步、粗略定位；而在各個個案中，概括的年齡限制對於同意能力的查驗，也絕非是多餘的⁴²。

在老年醫學的病患方面，迄今對於其同意能力的衰退一事，不僅在醫療實務，也在法律中系統性地遭忽視：這樣一來，儘管對於高齡病患有擔保其免於歧視的一般性保護（參閱：歐盟基本權憲章第 21 條、第 25 條，基本法第 3 條第 1 項連結第 1 條），但在趨勢上，其卻有在方式的運用上（例如在對侵入性醫療行為的忍受上），處於不再能有效抗拒的危險之中⁴³。

尤其是對於急診病患，多半都欠缺必要的同意能力 — 可能是由於重大疾病、因年老而引起的虛弱以及／或是因鎮靜藥品而產生的作用：一個個人專屬 — 法律上有效的 — 決定的無法行使，當然不會導致無同意能力人的自決權喪失⁴⁴；然而，其卻需要其他的病患意願的表達形式。長久以來，在法律中流行的想法是，對於（法律上）無行為能力的病患，由他人根據其可推測的意願要求，來為其做必要的決定。

透過推測承諾來承認侵入性醫療行為的合法性，是在習慣法上受承認的；然而，有疑問的是，由誰以及根據什麼標準，要求而有權限來為病患做決定。當一個嚴重的緊急事件發生，而且也沒有時間進行更仔細地查明諸如親屬範圍時，依德國法，其負責治療之醫師才具有這項權限。然後，考慮到人類普遍具有的存活

⁴¹ 僅參閱：Klaus Ulsenheimer, Die fahrlässige Körperverletzung, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl. 2010, § 139 Rn. 43.

⁴² 有關未成人之同意，詳閱 Gunnar Duttge, Patientenautonomie und Einwilligungsfähigkeit, in: Wiesemann/Simon, a.a.O. (Fn. 16.), S. 77, 80 ff.。

⁴³ 對此，詳閱：Gunnar Duttge, Die Funktion der Altersgrenzen: Medizinrechtliche Probleme, in: Schicktanz/Schweda (Hrsg.), Pro-Age oder Anti-Aging?, 2012, S. 87 ff.

⁴⁴ 對此的明白表示：BGHZ 154, 205, 210 f.。

意願，在各種情況下，就會做出有利於維持生命措施的決定（「在疑惑時選擇生命（in dubio pro vita）」）⁴⁵，因為，相反的假設大多缺乏一個足夠的事實基礎。這項醫師的決定權限僅適用於嚴重的緊急情況之理由，可從經驗上來說明，因為依照其專業上的照護義務，必然會因其內在的「認知失調（kognitive Dissonanz）」⁴⁶而存有角色混亂的危險：病患的自決權假如與負責治療之醫師的信念相違背時，其或許就會被宣告為「不理性的」，而最終落空。

因此，德國法將代理人的功能分配給受挑選出的人群，此後有決定權限的人，要嘛是由病患自己在世時所委託，要嘛是照顧法院（Betreuungsgericht）在無同意能力發生時所能選任的（參閱：民法第 1896 條第 2 項第 2 句、第 1901 條、第 1901a 條第 5 項、第 1904 條）⁴⁷。健康代理權（Gesundheitsvollmacht）的授予，只在其是由有權決定者自己對於有效地同意或反對病患意願的範圍內所進行的選任，對病患的意願而言才是合法的；這種可以將「正當性連結」直接歸因於病患的情形，在透過照顧人而決定的情形下，就會變得較為薄弱，因為於此並沒有一個由其私人所為的選擇情況發生，即使其至少可以藉由照顧意願證明書（Betreuungsverfügung）來表示意願時，亦然（民法第 1897 條第 4 項、第 1901c 條）。

然而，在代理人權限的委託上，始終都需要一個獨立的法律上授權書，其可能是透過照顧法院或是透過病患自己授予代理權；與此相反的是，德國的立法者至今⁴⁸仍否定一個「天然的」家庭

⁴⁵ 對此毫無疑問，參閱：LG Kleve PflegeR 2010, 164 ff.。

⁴⁶ 關於著名的「認知失調理論」，基本上參閱 Leon Festinger 之同名著作：Leon Festinger, 1978 (再版：2012 年)。

⁴⁷ 關於自選及法定代理人在法律地位上的等價，僅參閱：Volker Lipp, Freiheit und Fürsorge: Der Mensch als Rechtsperson, 2000, S. 182 ff.。

⁴⁸ 雖然於 2016 年 9 月 7 日聯邦參議院在當時的法律草案（BR-Drucks. 505/16）中，

親密關係下的自動代理權力，因為家庭成員也有可能基於自私的利益而做出對病患不利之事，而且 — 由於其必然地會共同參與其中 — 也不見得其會有無私的行為。代理人被委任來為病患做充分有效的決定，而在外部關係上，相對於負責治療之醫師來作為病患「延伸的手足」，但在內部關係上，則是受到照顧人或委託人的推測意願之拘束⁴⁹。

立法者已在 2009 年第三次照顧法之修改法（3. *Betreuungsrechtsänderungsgesetz 2009*）⁵⁰ 中說明，推測意願只能根據個別的意思表示及確信而為調查（民法第 1901a 條第 2 項第 1 句）⁵¹；因此，代理人在不受制於推測及誤解 — 對其行為的可靠性會帶有負面後果 — 的精確意願調查上，同樣地也會有實際上的困難，而且，其於另一方面，必須在懷疑中做出有利於使用維生措施的決定⁵²。

於此顯示出一個重要的動機，為何法律政策上的爭論，在德國如同在其他國家一樣，近年來愈來愈多圍繞在「病患預立醫療決定」的方式上：因為，其首先預告了人們藉由具有充分內容的規範，想像能在不受中介角色（*Vermittlungsinstanz*）的干擾而直接在當下的決定情況中，使其個人專屬意願發生作用的方式，來持續增強其自決權。

規定了法定的配偶「緊急代理權」，但直至本文完成前，該草案仍未通過且未產生法律上之效力。

⁴⁹ 對此概念上的區別（「法律上可以（*rechtliches Können*）」和「法律上允許（*rechtliches Dürfen*）」），亦僅參閱：Volker Lipp/ Daniel Brauer, *Patientenvertreter und Patientenvorsorge*, in: Wiesemann/Simon, a.a.O. (Fn. 16.), S. 104, 110.。

⁵⁰ 本法於 2009 年 7 月 29 日公佈（*BGBl. I*, 2286），並於 2009 年 9 月 1 日生效。

⁵¹ 因此，聯邦最高法院早期於「肯普田案（*Kemptener Fall*）」之判決（*BGHSt* 40, 頁 257, 263 以下）於此範圍內受到修正。

⁵² *LG Kleve PflegeR* 2010, 164 ff.

另外，早期的判決還認為⁵³，在病患預立醫療決定的形式中所預先表明之意願，不應純粹僅是在眾多的推測意願之調查中的一個推定證據，而是對於全部的參與者 — 尤其也對於其負責治療之醫師 — 有嚴格的拘束性。就此，也同時結合第二個且並非不重要的預告：也就是法安定性同時也正是適用於醫師及照顧人。

對此，許多人能盡可能地將這種沒有「透過行政機構進行的障礙」之健康預防措施方式，納入考慮的範圍之內，因而立法者就放棄了對於「射程的限制 (Reichweitenbeschränkung)」(亦即，將病患預立醫療決定的規範效力限於一個根據「不利的預測 (infauste Prognose)」之情況，參閱：民法第 1901a 條第 3 項⁵⁴) 以及對於特定形式和程序之要求上，不必再親自簽名 (參閱：民法第 126 條)，亦即，在撰寫一份病患預立醫療決定之前 — 不同於奧地利的法律⁵⁵ — 不必再經過公證人公證，也不必有一份事先的醫療諮商，以及最後也不必再更新⁵⁶。

換句話說，即使撰寫人是在多年前而不清楚的情況下所撰寫的，不論其文字是以何種形式及何種外在形象呈現，每個文字上的內容，都會因此而具有高度的規範效力和約束力。雖然立法者在名義上有要求決定者的同意能力，但該能力就如同對於成年要求般地缺乏事後的審查且難以保證 — 因為，同樣都不必對日期加以說明。

在「制衡原則 (check and balances)」的意義下，立法者對於

⁵³ BGHSt 40, 257, 263 — 參閱：註 51。

⁵⁴ 對此，詳閱：BT-Drucks. 16/8442, S. 3；其他的早期反對意見：BGHZ 154, 205 ff。

⁵⁵ 參閱奧地利關於病患預立醫療決定聯邦法 (病患預立醫療決定法 — PatVG)；對該法之綜覽，參閱：Gunnar Duttge, Das österreichische Patientenverfügungsgesetz: Schreckensbild oder Vorbild?, ZfL 2006, 81 ff。

⁵⁶ 對於在病患預立醫療決定中的說明者「僵化」之批評：參閱：Gunnar Duttge, Zur rechtlichen Problematik von Patientenverfügungen, Intensiv- und Notfallbehandlung 2005, S. 171 ff。

病患預立醫療決定的實施並未立刻託付給負責治療之醫師，而是託付給照顧人（代理人）；因為該決定應由其「表示及履行被照顧人之意願」（民法第 1901a 條第 1 項第 2 句）。相反地，醫師可以在照顧法院對照顧人的行為和最終的分歧決定做出審查結果的情況下，透過拒絕照顧人的指示來違抗照顧人的闡明（民法第 1904 條第 2 項）⁵⁷。

然而，一個可能由照顧人所要求的治療限制之許可，在法院裁決宣告後二週，亦即於一個對此所開啟的法律救濟（抗告）的截止日期後，才生效（家事事件及非訟事件程序法第 287 條第 3 項）。有鑑於並不少見的導致加重的疾病變化過程，因此在這二週的期限內，允許或必須做什麼，在醫療實務上非常地模糊，而且如何能對這種模糊予以補救，目前仍非常有爭議⁵⁸。

同樣地，至今對於法安定性仍有疑問的是，假如病患未來想要將其病患預立醫療決定撤回時，病患是否必須要一直具有同意能力：對於這種反向行為，法律放棄了書面形式（參閱：民法第 1901a 條第 1 項第 3 句），但也同時放棄了每個有效性前提的正面規定。這個疑問在實務上絕非無意義的：如果我們 — 符合法律上的邏輯 — 須具體確認一個持續具有同意能力的病患⁵⁹，那麼這點在臨床的日常工作上，對於急診病患的照護來說，就可能會

⁵⁷ 依最近的實務判決，輔助法院也能隨時查明「人為分歧」的原因，以獲得澄清，參閱：B BGH FamRZ 2014, 1909, 1911。

⁵⁸ 於此的批評，參閱：Alfred Simon/ Gunnar Duttge, Zwangsbehandlung kraft Betreuungsrechts?, ZRP 2015, 176 ff。

⁵⁹ 於此意義下，參閱 Rolf Coepicus, Offene Fragen zum „Patientenverfügungsgesetz“, NJW 2011, 2085; Thomas Steenbreker, Zivilrechtliche Unbeachtlichkeit eines „natürlichen Willens“ für den Widerruf der Patientenverfügung, NJW 2012, 3207; 原則上，亦可參閱：Andreas Spickhoff, Rechtssicherheit kraft Gesetzes durch sog. Patientenverfügungen? - Zum Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts -, FamRZ 2009, 1949, 1955，然而該文僅對「解釋規則」做補充說明，而是否應以同意能力為出發點，則仍有疑問。

無可避免地導致一個撤回選擇性成為不具重要意義的結果，因為這些當事人可能會毫不留情地堅持其以前的意願表示。

如果我們因此在大幅降低「自主能力(Autonomiebefähigung)」的狀態中，滿足於確認純粹「足夠明確的表示⁶⁰」時，則會提高在決定的場合中，病患預立醫療決定可能會充滿來自於外部原因的撤回聲明之危險——而且，畢竟近來法律政策的全部努力，都在強化和確保病患的自主權上⁶¹。

最後，聯邦最高法院再次廣泛地對於生命末期而無同意能力之病患的脆弱同意，做了兩則詳細的原則性決議，而且於此——首先——，很重視關於推測的病患意願及其拘束力之確認——這點也同樣地適用於病患預立醫療決定⁶²——，至於疾病的種類和狀態則並不重要。尤其，對於推測的死亡意願之接受，並不取決於一個帶有「不可逆的死亡過程」的基礎疾病存在⁶³。對於為了證明推測的死亡意願之要求而言，疾病狀態並不重要。

第二，聯邦最高法院在參閱民法第 1901a 條第 2 項第 1 句的條文內容後，強調在當事人的「推測意願」及其「治療願望(Behandlungswünsche)」之間應予以區分，後者應具有優先地位。合議庭對於這個脈絡下的「治療願望」特別指出，「表示...對於一個病患預立醫療決定之要求而言並不足夠，因為這些要求並非以書面做成、並不切合預期的決定或是由未成年人所撰寫」；此外也

⁶⁰ 相同見解，例如：Nationale Ethikrat, Stellungnahme: Patientenverfügung, 2005, 頁 34：於「生存意願的表示」；類似見解：Wolfram Höfling, Das neue Patientenverfügungsgesetz, NJW 2009, 頁 2849, 2850 以下。

⁶¹ 對於此種的法不安定性及其他之批評，參閱 Gunnar Duttge, in: Coors/Jox/in der Schmittgen (Hrsg.), Advance Care Planning, 2015, S. 39, 45. (更多的說明)。

⁶² 同前揭註 54。

⁶³ 其他相同見解，參閱：BGHZ 154, 205 ff；但目前見解，參閱：BGH FamRZ 2014, 1909.。

包了一些內容「並不確切地符合當前的生活及治療情況...」之病患預立醫療決定類型⁶⁴。

第三，「假如當事人已經將相關的個人意願記載於一個有效的病患預立醫療決定...之中，而且該內容也合乎具體發生的生命及治療情況時」，聯邦最高法院認為，不需要一個依民法第 1904 條第 2 項之照顧法院的許可，來中止維生措施。因為，在這類案例中，病患預立醫療決定本身，已經包含了對於特定醫療措施的同意或不同意之決定性結論，因此就不再需要一個照顧法院許可要求下的照顧人（額外的）同意。

第四，最終必須嚴肅看待病患預立醫療決定內之有效的明確要求，而這就意味著，一般條款的規定（諸如：「不要維生措施」）並不會劣於病患所擬做的精確之約束力⁶⁵。

易於理解的是，期望藉由病患預立醫療決定的方式來強化自決權的法安定性，透過進一步地觀察就會顯露出這就只是一種幻想，因為不可避免的模糊和法條語句表達的不明確，都與一個「真正的」病患意願的直接實施相互對立（「解釋學上的難題（hermeneutisches Problem）」）。此外，隨著藉由為相關目的而撰寫——但仍未足夠明確⁶⁶——的病患預立醫療決定而來的，是一個人們的廣泛過度要求（「權限難題（Kompetenzproblem）」）。在長久以來的醫療實務中，這種「安定性漏洞（Sicherheitslücke）」引起了一個對於病患預立醫療決定內容在解釋權上的競逐，因為這種允許對預立人的內容而為的解釋，在事實上就是對於真正事

⁶⁴ 參閱：註 61 — 對此的批評，參閱：Gunnar Duttge, Anmerkung zu BGH, Urteil v. 17.09.2014 – XII ZB 202/13 – Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme kraft Patientenverfügung, mündlichen Behandlungswunsches und mutmaßlichen Willens, JZ 2015, 頁 43 以下。

⁶⁵ BGH, Beschl. v. 6.7.2016 – XII ZB 61/16 – NJW 2016, 頁 3297 以下。

⁶⁶ 參閱：註 65。

件的終局性決定。

現在，聯邦最高法院於其所提及的最新判決⁶⁷中，再次地將這個問題尖銳化：因其認為，在有一個病患預立醫療決定存在的情況下，根據民法第 1904 條第 2 項本身所規定的照顧法院監督將會遭放棄。由於醫療上的決定時間嚴重不足，以及病況每天都可能發生變化而沒有請求訴訟的價值，因此，請求照顧法院的這項義務必然會導致程序的延遲，而這點就可以完全說明前述情形。

如果負責治療之醫師和照顧人／代理人雙方對於（推測的）病患意願的評估取得一致（民法第 1904 條第 4 項），那麼就只有在此時，這種由其雙方間所為的相互控制才會讓立法者覺得足夠，因此，在中心人物原則是平等的情形下所出現的分歧案例中，必然會要有更高一級的判斷機關登上舞台。於此放棄了司法形式的框架⁶⁸，轉而將此解釋程序和轉化程序委由醫療實務上的權力組織，因而忽略了對於病患意願的謹慎審查，且最終也忽略了病患自主的初衷。

因此，當病患預立醫療決定在實際上能夠遵循時，不僅病患預立醫療決定的期望很高——根據其對於病患自主的全部和非常簡單化的理解，也包含了它的基本思想：因為這並不是說，尋求幫助的病患在有生命危險的情況下，必須要根據定義而沒有疑慮地接受其所為的每一個隨意的放棄。對於醫師的說明有一個流行的原則，就是其思想基礎重要地認識到，病患在本質上並非自主地決定，而是作為一個不完美且脆弱的生命體，始終還是需要關懷的幫助。因此，這就形成了一個錯誤的結論⁶⁹而去認為：根據

⁶⁷ 前揭註 65。

⁶⁸ BGH FamRZ 2014, 頁 1909。

⁶⁹ 於此根本上的相同觀點，參閱：Theda Rehbock, Personsein in Grenzsituationen. Zur Kritik der Ethik menschlichen Handelns, 2005, S. 312 ff.。

個人的自主想法，必須保持其只在具有充分資訊下的決定自由才有完全的價值，也就是說，自主決定在本質上是免於強迫與欺騙下所擔保的自由。

因為，就如 E.T.A. Hoffmann 所理解的，大家都知道人類的意願是「一件易碎品」；「從彼處吹來的一陣微風往往將其折裂⁷⁰」。所以，對於表意者在書面上確定的單獨行為而言，該如何在其任一生命狀態下的任一時期，在其並未認知將來會有新來之人（Kommende）的情況下，或是只從其早期可以信賴的基礎中，來為其將來有關生存及死亡的決定予以表示？

從那時起，在實證上充分證明了一種認識，就是病患的意願會隨著患病的過程及生活世界之框架條件的走向而變化；尤其是所謂的「吸管效應（Strohhalmeffekt）」，其首先促使了在生存之決定情形的印象中，對於一個想要繼續存活之人而言，其溝通上的條件在面臨死亡時就會再度成為問題，而且也被修正的情形並不少見（所謂的卡爾門差距（Calman-Gap）⁷¹）。因此，在人類學上，人們的決定或許大多是在一個理想的願望想法和一個——儘管只是猶豫不決地——對於現實的可接受性之間擺盪。而基於人們在意欲和追求上的活躍動力，無法預先推定代理人和當事人本身是可靠的。

不久前，德國安寧緩和醫療（Palliativmedizin）⁷² 最新的實證研究顯示，非常多人明顯地無法將自己的病患預立醫療決定之

⁷⁰ E.T.A. Hoffmann, Meister Floh, 1822, Kap. 20.

⁷¹ K.C. Calman, Quality of life in cancer patients – an hypothesis, in: Journal of Medical Ethics 1984, 124 ff.

⁷² Friedemann Nauck/ Birgit Jaspers/ Matthias Becker/ Claudius King/ Lu kas Radbruch/ Raymond Voltz, Inwieweit lassen sich Wünsche des Verfassers seiner Patientenverfügung entnehmen? – Eine qualitative Analyse, in: <https://www.dgpalliativmedizin.de/foerderpreise-der-dgp/foerderpreis-der-dgp-stiftermundipharma-gmbh.html>.（最後瀏覽日：10/09/2018）

內容準確地予以描述。在醫師方面，因病患預立醫療決定所隨之發生的病患意願之形式化及「石化（Versteinerung）⁷³」，這點提升了一個僅僅意識到自己在法律上風險的「防禦性醫療（Defensivmedizin）⁷⁴」的有害趨勢，而取代了真正的醫師職責。不管怎樣，病患預立醫療決定在其現今的型態中，換言之，不再作為一種形式化的「自主安慰劑（Autonomieplacebo）」了。

在深思後的理解下，自主和照護並非彼此互斥，而是一個可以被理解為具有相互包含的意義，而這也是德國在不久前才開始對於所謂的「預立醫療照護諮商（advanced care planning）⁷⁵」這個課題進行討論：這是一個希望透過病患與負責治療之醫師間的相互配合，以作為完整預防照護計畫下的結構化程序，因而其能夠隨時適當地反應疾病過程的新變化以及病患的意願。據此，在「預立醫療照護諮商」的中心，就有一個在所有的參與人和關係人之間的專業諮商程序，若有需要的話，也會有專業的解說員加入。

在對罹患致命疾病之病患的服務，以及特別是在對大醫院通常只將病患當作醫療生物學上的「疾病案例」來處理的主要作法及運算法則基礎上的醫治而言，這個諮商程序包含了一個在根本上改變的諮商文化。因此，在這一方面，最終也不需要加強醫生及護理人員去努力進修，以推動他們的溝通能力——對此，高科技醫療再次透過一個「談話的、具同理心的醫療⁷⁶」來予以充實了。

⁷³ 適切的說明，參閱：Hans-Ludwig Schreiber, Palliative und kurative Therapie am Lebensende, Medizinische Klinik 100 (2005), 429 ff.

⁷⁴ 僅參閱：Hilmar Burchardi et al. (Hrsg.), Die Intensivmedizin, 10. Aufl., 2008, S. 10; Adolf Laufs, Arzt und Recht im Wandel der Zeit, MedR 1986, 163 ff; Bernard Lown (註 37), 頁 101, 118, 177 上下文參照。

⁷⁵ 對此，參閱近作：Gunnar Duttge (註 59), S. 39, 45.

⁷⁶ Giovanni Maio, in: Duttge/Zimmermann-Acklin (Hrsg.), Gerecht sorgen. Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende, 2013, S. 169 ff.

三、幫助自殺的當前困境（德國刑法第 217 條）

當個人的決定是指向自己的死亡時，就如本文前面關於病患預立醫療決定的敘述所示，自己的人生道路的自我負責型態，也是受德國法所承認的。德國的法秩序並不區分死亡意願本身，是否是因為一個需受尊重的治療上之否決（「治療界限（Therapiebegrenzung）」或「放棄治療（Behandlungsabbruch）」⁷⁷），或完全是以積極明確地自殺方式以終結生命而發生。而且在後者的情形中，由於涉及到共犯從屬性原則（刑法第 26 條、第 27 條），在此缺乏一個具有違法性的主行為，因此至今仍不處罰幫助行為。然而，在 2015 年底時，立法者透過「業務上之幫助自殺罪（geschäftsmäßige Suizidförderung）」（刑法第 217 條⁷⁸）的新條文，已經拋棄了這樣的自由態度。

這項重要的法律政策上之決定背景，首先是因為發現非常多的德國國民利用瑞士組織「Dignitas」的自殺陪伴⁷⁹服務，而且該組織也更進一步地在漢堡創立了德國的自殺協助組織（「德國死亡協助協會⁸⁰」）。因此，坦白地說，刑法第 217 條應該是要避免幫助自殺發展成為一個「健康照護的一般性服務」以及「在一定程度上（假如也有可能是無償的話）的商業化」⁸¹。所以，可以看出這個構成要件的主要不法基礎動能，就在於自殺協助的「商業性（Geschäftsmäßigkeit）」，而依多數的解釋，該動能也不再以準

⁷⁷ BGHSt 55, 191, 202 f.。

⁷⁸ 條文實施自：2015 年 12 月 3 日（BGBl. I, 2177）。

⁷⁹ 參閱：<http://www.dignitas.ch/>（統計欄位）：7,764 名會員中，有 3,223 人；總計：41,51 %（最後瀏覽日：10/09/2018）

⁸⁰ <http://www.sterbehilfedeutschland.de/>.（最後瀏覽日：10/09/2018）

⁸¹ BT-Drucks. 18/5373, 頁 2, 13 以下, 17 以下：「一般的治療選擇」。

備反覆實施（或許是第一次行為）為前提⁸²。

隨著「商業或組織模式」的從事行為而來的「專業化」本身，就是一種「危害自主的利益衝突」，因為透過這個被迫害的「自我利益」——有別於身為承擔保護病危親屬的成員在「特殊處境」下，可能有利於該親屬之情形（參閱：第 2 項）——「會對於當事人的自主決定產生問題」⁸³。因而有需要動用刑法，否則的話，就會擔心「年老以及／或是病患會受引誘去協助自殺，或是覺得完全是直接或間接地被逼而為」⁸⁴。

據此，德國法區分了對於包括在喪失同意能力期間，病患為了結束維生治療的自主性決定自由的這種「正確死亡」（病患預立醫療決定、預防照護代理權、照顧意願證明書），以及對於人們有意而無理地積極設法由周遭之相關人來終結其生命的這種「錯誤死亡」。

然而，若我們從以自由所建構的法秩序觀點來看的話，很顯然對於個別人類的最終生命旅程——倘若結果只涉及他自己——不容置疑地予以規定，並非國家的主權任務；畢竟，對於每一個人在原則上所承認的主體地位（基本法第 1 條第 1 項），包含了關於自我存在的「生命品質」之個人專屬評估特權以及仍可忍受的疾病界線，而對於該界線則不必去屈從於（透過集體的、透過專家或機構的）「客觀的理性保留（objektiver Vernunftvorbehalt）」⁸⁵。如果凡是在可以確認自殺者欠缺必要的「自主能力」的情況下，

⁸² 僅參閱：Gunnar Duttge, in: Prütting, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 4. Aufl. 2016, § 217 StGB Rn 12.

⁸³ BT-Drucks. 18/5373, S. 17, 19。

⁸⁴ BT-Drucks. 18/5373, S. 2.。

⁸⁵ 歐洲人權法院認為，在他殺的情況中，也可能有「隱私權」（歐洲人權公約第 8 條）的適用，並且可以藉由援引「法秩序的存在」將這種禁止情況予以合法化（NJW 2002, 頁 2851 以下：「Diane Pretty 案」）。

就將與自殺有關的「自主」所相反的異常行為引入這個範圍，是有理由的；那麼，對於法共同體就會產生一項絕對的維持生命之保護義務。

在德國，精神病學基於一份確定的研究顯示，在所有透過自殺而身亡的死者中，只有約 90% 的人患有精神疾病（主要是憂鬱症，但也有精神分裂症和精神病，而部份則是因成癮性疾病所引起），而且這些情況也不必然會排除行為的「自由責任（Freiverantwortlichkeit）」⁸⁶。因此，這意味著，現今即使是相關的專業科目都不（再）從自殺與心理上的「疾病」具有強制性的相互關係為出發點；甚至最近有人懷疑，至今所同意的 90% 的界線是否為事實上的反應，或者更可能甚至是過度誇張而已⁸⁷。

然而，由此引起了一個重要的合法性問題：刑法第 217 條這個一般性的禁止規定直接干預了所有基於「業務」而實施的幫助自殺者的自由領域，而且也同時 — 間接 — 表現出對於（至少）10% 有意自殺者一種強硬的父權式干預（paternalistische Intervention）⁸⁸。因為這些範圍內的人，在尋求專業的服務提供者的幫助上，會受到阻礙而違背他們自己的「自主」確信，而且必須完全地放棄實施這類自我決定的生命終結，或是動用「非專業者」的幫助。就這方面來說，刑法規定錯失了其所準備要做的「確

⁸⁶ 德國精神病學及心理治療、身心醫學及神經病學協會（DGPPN），於德國國會之公聽會，以「自殺預防改善...」為題之聲明（BT-Drucks. 18/5104）於 2015 年 10 月 12 日，委員會出版品 18(14)0135(3)。

⁸⁷ 這個研究結論是出自著名的精神病學家 Brieger 於 2015 年 DGPPN 紀念年會上所發表，引自：Hans Wedler, Suizid kontrovers. Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft, 2017, 頁 16：「最多只有 60%」。

⁸⁸ 關於父權主義對「強硬」或「強烈」以及「溫和」或「微弱」之區分，詳閱：Joel Feinberg, Canadian Journal of Philosophy 1 (1971), 106 ff.,及同作者，Harm to Self, 1986, S. 12 ff.。

保自主」之目的設定⁸⁹，而且還反過來做出相反的規定，因為那些範圍內的人是「自主地」決定自殺，而且因此無法被「引誘」或「逼迫」。可是這個刑罰卻僅適用於幫助者，而不適用於有意自殺者自己；由此可以得出一個結論，就是刑法上受非難、行為不法而有責的觀點，於此對於父權式之約束而言，是完全沒有意義的。

刑罰介入的目的，是針對有意自殺者的絕對的（部份地）行為限制，而如果這樣的規定真的生效了，各個有意自殺者就必須在實際上經常證明其「自主能力」，但透過這點並不會改變任何事情，而且對於「過於寬泛」的問題也無助益⁹⁰。因為在這樣的基礎上，始終只能暫時地，而非在時間上是不定期地、絕對地來阻卻違法⁹¹。

透過制度性的及程序法上的預防措施，能夠對於各個有自殺意向的人來謹慎地審查其所必要的「自由責任」，而且透過這樣的「疏濬化（Kanalisierung）」或許在整體上更能促進廣泛有效的自殺防治⁹²。基於總體的及其所具有刑罰效果的禁止特性（*Verbotscharakter*），新制定的刑法第 217 條因而從那時起就提昇了合憲的疑慮⁹³，因為刑罰的威嚇是將目光放在（至少）10%基

⁸⁹ 前揭註 81。

⁹⁰ 關於美國法上「過寬限制原則（*oberbreath-Doktrin*）」之概述，參閱：Niels Petersen, *Verhältnismäßigkeit als Rationalitätskontrolle*, 2015. S. 229 ff.; 深入的論述，例如：Samuel W. Buell, in: *New York University Law Review* 2008, 1491 ff.。

⁹¹ 相同見解，參閱：von Andreas Hirsch/ Ulfrid Neumann, in: von Hirsch/Neumann/Seelmann (Hrsg.), *Paternalismus im Strafrecht*, 2010, S. 71, 86 f. und 97 f.。

⁹² 對此的思考概述，參閱：Gunnar Duttge, *Zehn Thesen zur Regelung des (ärztlich) assistierten Suizid*, *medstra* 2015, 257 ff.。

⁹³ 於此意義下，大多數的德國刑法學者均同意此看法，參閱：medstra 2015, 129 ff.; 深入的批評，亦參閱：Gunnar Duttge, *Strafrechtlich reguliertes Sterben?*, *NJW* 2016, 120 ff., 以及於：Gunnar Duttge, *Die „geschäftsmäßige Suizidassistenz“ (§ 217 StGB): Paradebeispiel für illegitimen Paternalismus!*, *ZStW* 2017, 頁 448 以下。與

於「自主」決定而自殺之人的身上，而此舉是將其等同於一個違法的「不法嫌疑」。聯邦行政法院在不久前完全忽視這個意義下的幫助自殺禁忌而聲明說：只要麻醉藥品的取得讓病患「能夠有尊嚴而無痛苦地自我了結」，那麼對於麻醉藥品的取得可能性就是「自決權」的對象⁹⁴。

參、展望

從康德的「道德形上學的基礎」一書中，可以找到一句重要的話：「自主，是在人性的以及每個理性的本質上之尊嚴根源。⁹⁵」於此明顯看出，一方面，個人有要求尊重、注意、共同發表意見及參與的權利，另一方面，同時也有對於獨特的「理性」-之天賦的期待，而以之作為人的特性。然而，這些對康德而言，充其量只是作為可以利用的潛在可能性，絕非是其生命現實中理所當然的一部分；相反地，近來藉由行為經濟學和認知心裡學⁹⁶而來的認識，強力地駁斥了人們是符合規定而「理性地」決定的看法。

如果我們可以接受對於長期的未來計畫在根本上的情緒偏轉、認知偏差、意志薄弱、以及對於社會解釋框架（「邊框 (frames)」）在理解上的依賴性本身，在任何時候都適用於「健康的」人們時⁹⁷，那麼，「自主的」行為歸因對於需要幫助（且脆弱）的病患來說，

此同時，有多個對於刑法第 217 條的憲法訴願正在聯邦憲法法院進行中：Verfahren 2 BvR 1624/16, 1494/16, 1593/16, 1807/16 及 2354/16.

⁹⁴ BVerwG, Urteil v. 2.3.2017 – 3 C 19.15, 參閱該院的通訊報導：BVerwG Nr. 11/2017.

⁹⁵ 參閱：reußische Akademie der Wissenschaften (Hrsg.), Kant's gesammelte Schriften, Bd. IV, 1902, S. 436.。

⁹⁶ 關於不切實際的經濟學上之「理性選擇理論 (rational-choice-Theorie)」，特別參閱：Susanne Hahn, Rationalität. Eine Kartierung, 2013, S. 190 ff. (更多的說明)。

⁹⁷ 對此的概論，參閱：Anne van Aaken, in: Anderheiden/Bürkli u.a. (Hrsg.), Paternalismus und Recht, 2006, S. 109, 114 ff.。

就格外地有意義。由此產生了一個觀念，就是醫療上的照護並不是要否定對於「病患自主」的一個高層次要求的理解，而是更要以此作為先決條件。然而，這個決定權必須最終隨時是由病患所保有，而且也不許藉由一個涉及（預期的）「正確的自由實施」之他主的法定（「客觀」）應為要求，而來欺騙自主原則。

這點標示出了一個關鍵的緊張地帶，而病患自主在這個地帶中，首先必須對其進一步的相關運用予以具體化。因此，即使關於這類的方針是意見一致地，但只要是由此所得出的結果是不清楚或是完全分歧的話，仍是不足夠的。而且，在最後需要特別注意的是，病患自主的崇高理想並非僅僅在「紙上」予以肯定（「書本上的法律（law in books）」），而是也要在醫療實務，亦即在具體的醫病關係中表現出來（「事實運作中的法律（law in action）」）。

參考文獻

一、英文

- Benedetti, F./Lanotte, M./Lopiano, L./Colloca, L. (2007). When words are painful: Unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*, 147, 260-271.
- Buell, Samuel W. (2008). *The Upside of Overbreadth*. New York University Law Review, 83, 1491-1564.
- Calman, K.C. (1984). *Quality of life in cancer patients – an hypothesis*. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Charles, Cathy/Gafni Amiram/Whelan, Tim (1997). *Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango)*. *Social Science & Medicine*, 44, 681-692.
- Charles, Cathy/Gafni Amiram/Whelan, Tim (1999). *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model*. *Social Science & Medicine*, 49, 651-661.
- Cohen, Shlomo (2014). *The Nocebo Effect of Informed Consent*. *Bioethics*, 3, 147-154.
- Dworkin, Gerald (1988). *THE THEORY AND PRACTICE OF AUTONOMY*, Cambridge: Cambridge University.
- Feinberg, Joel (1971). *Legal Paternalism*. *Canadian Journal of Philosophy* 1, 105-124.
- Feinberg, Joel (1986). *Harm to Self*, New York.
- Hirsch, Sidney/Shulman, Lawrence C. (1976). *Participatory Governance: A Model for shared Decision Making*. *Social Work in Health Care*, 1, 433-446.
- Mackenzie, Catriona (2008). *Relational Autonomy. Normative Authority*

and Perfectionism. *Journal of Social Philosophy*, 39, 512-533.

Rief, Winfried/Hofmann, Stefan G./Nestoriuc, Yvonne (2008). *The Power of Expectation – Understanding the Placebo and Nocebo Phenomenon*. *Social and Personality Psychology Compass*, 2, 1624-1637.

二、徳文

van Aaken, Anne (2006). Begrenzte Rationalität und Paternalismusgefahr: Das Prinzip des schonendsten Paternalismus, in: Anderheiden/Bürkli u.a. (Hrsg.), *Paternalismus und Recht: In memoriam Angela Augustin (1968 - 2004)*, Tübingen.

Bartens, Werner. Wenn der Arzt mit Worten tötet, *Süddeutsche Zeitung*, 12. Juli 2012; auch abrufbar unter <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/nocebo-effekt-wenn-der-arzt-mit-worten-toetet-1.1410542>

BMBF-Projektgruppe “Recht auf Nichtwissen” (2016). Empfehlungen zum anwendungspraktischen Umgang mit dem “Recht auf Nichtwissen”, *MedR* 34, S. 399-405.

Burchardi, Hilmar (2008). *Die Intensivmedizin*, 10. Aufl., Berlin u.a.

Coeppicus, Rolf (2011). Offene Fragen zum „Patientenverfügungsgesetz“, *NJW*, S. 2085-2091.

Deutsch, Erwin/Spickhoff, Andreas (2014). *Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht*, 7. Aufl., Berlin.

Duttge, Gunnar (2005). Zur rechtlichen Problematik von Patientenverfügungen, *Intensiv- und Notfallbehandlung*, Heft 4, S. 171 ff.

Duttge, Gunnar (2006). Das österreichische Patientenverfügungsgesetz: Schreckensbild oder Vorbild?, *ZfL* 3, S. 81-87.

- Duttge, Gunnar (2012). Die Funktion der Altersgrenzen: Medizinrechtliche Probleme, in: Schicktanz/Schweda (Hrsg.), Pro-Age oder Anti-Aging?, Frankfurt am Main u.a.
- Duttge, Gunnar (2013). Patientenautonomie und Einwilligungsfähigkeit, in: Wiesemann/Simon (Hrsg.), Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen, Münster.
- Duttge, Gunnar (2014). Begrenzung der ärztlichen Aufklärung aus therapeutischen Gründen? Renaissance eines alten Thema im neuen Patientenrechtegesetz, in: Yamanaka/Schorkopf/Jehle (Hrsg.), Präventive Tendenzen in Staat und Gesellschaft zwischen Sicherheit und Freiheit: Ein deutsch-japanisches Symposium, Göttingen.
- Duttge, Gunnar (2015). Anmerkung zu BGH, Urteil v. 17.09.2014 – XII ZB 202/13 – Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme kraft Patientenverfügung, mündlichen Behandlungswunsches und mutmaßlichen Willens, JZ, S. 43-46.
- Duttge, Gunnar (2015). Rechtlich-normative Implikationen des Rechts auf Nichtwissen in der Medizin, in: Wehling (Hrsg.), Vom Nutzen des Nichtwissens: sozial- und kulturwissenschaftliche Perspektiven, Bielefeld.
- Duttge, Gunnar (2015). Die Rolle der Wahrheit im Medizinrecht, in: Nembach (Hrsg.), Informationes Theologiae Europae 23, Frankfurt am Main u.a.
- Duttge, Gunnar (2015). Juristische Fragen und Kritik am Instrument der Patientenverfügung, in: Coors/Jox/in der Schmitten (Hrsg.), Advance Care Planning: von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung, Stuttgart.
- Duttge, Gunnar (2015). Zehn Thesen zur Regelung des (ärztlich) assistierten Suizids, medstra, S. 257-258.
- Duttge, Gunnar (2016). Das geltende Sterbehilferecht in Deutschland:

- Kritische Würdigung aus der Perspektive des Lebensschutzes, in: Duttge/Syn (Hrsg.), *Human Dignity at the End of Life*, Korea.
- Duttge, Gunnar (2016). Strafrechtlich reguliertes Sterben?, *NJW*, S. 120-125.
- Duttge, Gunnar (2017). Die „geschäftsmäßige Suizidassistenz“ (§ 217 StGB): Paradebeispiel für illegitimen Paternalismus!, *ZStW*, S. 448-466.
- Ethikrat, Nationaler (2005). *Patientenverfügung: Stellungnahme*, Berlin.
- Hahn, Susanne (2013). *Rationalität: Eine Kartierung*, Münster.
- Harris, John (1995). *Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik*, Berlin.
- Häuser, Winfried/Hansen, Ernil/Eck, Paul (2012). Nocebophänomene in der Medizin: Bedeutung im klinischen Alltag, *DÄBl.* 109, S. 459-466.
- Hilgendorf, Eric/Rosenau, Henning (2015). Stellungnahme deutscher Strafrechtslehrerinnen und Strafrechtslehrer zur geplanten Ausweitung der Strafbarkeit der Sterbehilfe, *medstra*, S. 129-131.
- Hirsch, Andreas/Neumann, Ulfrid (2010). „Indirekter Paternalismus“ im Strafrecht — am Beispiel der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB), in: von Hirsch/Neumann/Seelmann (Hrsg.), *Paternalismus im Strafrecht*, Baden-Baden.
- Hoffmann, E. T. A. (1822). *Meister Floh: Ein Märchen in sieben Abentheuern zweier Freunde*, Frankfurt am Mayn bei Friedrich Wilmans.
- Höfling, Wolfram (2009). Das neue Patientenverfügungsgesetz, *NJW*, S. 2849-2853.
- Preußische Akademie der Wissenschaften (1902). *Kant's Gesammelte*

- Schriften, Band IV, Berlin.
- Katzenmeier, Christian (2013). Ärztliche Aufklärung, in: Wiesemann/Simon (Hrsg.), Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen, Münster.
- Laufs, Adolf (1986). Arzt und Recht im Wandel der Zeit, MedR, S. 163-170.
- Laufs, Adolf (2010). § 58. Die therapeutische Aufklärung (Sicherungsaufklärung), in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl., München.
- Likar, Rudolf/Bernatzky, Günther (2009). Wirkung ohne Wirkstoff — der Placebo/Noceboeffekt, in: Likar et al. (Hrsg.), Schmerztherapie in der Pflege, Wien.
- Lipp, Volker (2000). Freiheit und Fürsorge: der Mensch als Rechtsperson. Zu Funktion und Stellung der rechtlichen Betreuung im Privatrecht, Tübingen.
- Lipp, Volker/Brauer Daniel (2013). Patientenvertreter und Patientenvorsorge, in: Wiesemann/Simon (Hrsg.), Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen, Münster.
- Lown, Bernard (2012). Die verlorene Kunst des Heilens: Anleitung zum Umdenken, 11. Aufl., Frankfurt am Main.
- Magnus, Dorothea (2015). Patientenautonomie im Strafrecht, Tübingen.
- Maio, Giovanni (2013). Wenn die sprachliche Hilflosigkeit flüchtend zur Technik greift — Für eine neue Kultur der Besonnenheit am Ende des Lebens, in: Duttge/Zimmermann-Acklin (Hrsg.), Gerecht sorgen. Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende, Göttingen.
- Nauck, Friedemann/Jaspers, Birgit/Becker, Matthias/King, Claudius/Radbruch, Lu kas/Voltz, Raymond. Inwieweit lassen sich Wünsche des Verfassers seiner Patientenverfügung entnehmen?

- Eine qualitative Analyse; abrufbar unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/foerderpreise-der-dgp/foerderpreis-der-dgp-stifter-mundipharma-gmbh.html>
- Petersen, Niels (2015). Verhältnismäßigkeit als Rationalitätskontrolle: eine rechtsempirische Studie verfassungsgerichtlicher Rechtsprechung zu den Freiheitsgrundrechten, Tübingen.
- Pöltner, Günther (2002). Grundkurs Medizin-Ethik, Wien.
- Prütting, Dorothea (2016). Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 4. Aufl., Köln.
- Rehbock, Theda (2005). Personsein in Grenzsituationen: zur Kritik der Ethik medizinischen Handelns, Paderborn.
- Scheibler, Fülöp/Janssen, Christian/Pfaff, Holger (2003). Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur, Sozial- und Präventivmedizin 48, S. 11-23.
- Schramme, Thomas (2011). Selbstbestimmung zwischen Perfektionismus und Voluntarismus, Deutsche Zeitschrift für Philosophie 59, S. 881-896.
- Schreiber, Hans-Ludwig (2005). Palliative und kurative Therapie am Lebensende, Medizinische Klinik 100, S. 429-433.
- Seidel, Christian (2011). Personale Autonomie als praktische Autorität, Deutsche Zeitschrift für Philosophie 59, S. 897-915.
- Simon, Alfred/Duttge, Gunnar (2015). Zwangsbehandlung kraft Betreuungsrechts?, ZRP, S. 176-178.
- Spickhoff, Andreas (2009). Rechtssicherheit kraft Gesetzes durch sog. Patientenverfügungen? - Zum Dritten Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts -, FamRZ, S. 1949 ff.
- Steenbreker, Thomas (2012). Zivilrechtliche Unbeachtlichkeit eines „natürlichen Willens“ für den Widerruf der Patientenverfügung, NJW, S. 3207-3211.

- Steinfath, Holmer (2016), Das Wechselspiel von Autonomie und Vertrauen – philosophische Einführung, in: Steinfath/Wiesemann/Duttge u.a. (Hrsg.), Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin, Wiesbaden.
- Steinfath, Holmer/Pindur, Anne-Marie (2013). Patientenautonomie im Spannungsfeld philosophischer Konzeptionen von Autonomie, in: Wiesemann/Simon (Hrsg.), Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen, Münster.
- Ulsenheimer, Klaus (2010). § 139. Die fahrlässige Körperverletzung, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl., München.
- Wedler, Hans (2017). Suizid kontrovers: Wahrnehmungen in Medizin und Gesellschaft, Stuttgart.

