

Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας

■ Π. ΒΟΥΛΤΣΟΣ¹, Α. ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ²

¹Πνευμονολόγος - Νομικός, Διδάκτωρ Ποινικού Δικαίου

²Αναπλ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Πτυχιούχος Νομικής ΑΠΘ, Πρόεδρος Α' Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας

Περίληψη: Ο νέος ελληνικός Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας έρχεται να καλύψει αρκετά ζητήματα σχετικά με την άσκηση της ιατρικής και τη σχέση ιατρού-ασθενούς, για τα οποία υπήρχε στην ελληνική νομοθεσία κενό νόμου. Στην παρούσα μελέτη εξετάζεται το ζήτημα της συναίνεσης του ασθενούς, το οποίο αποτελεί επίμαχο ζήτημα, όχι μόνο στην ελληνική αλλά και στη διεθνή έννομη τάξη. Ρυθμίζεται η συναίνεση των ανηλίκων και η συναίνεση δια αντιπροσώπου. Διατηρείται όμως η προσήλωση του νομοθέτη στο σεβασμό της ανθρώπινης ζωής ως ύψιστης, ιεραρχικά, αξίας.

Γίνεται δεκτό γενικά στο νομικό χώρο, τόσο από την επιστήμη όσο και τη νομολογία, ότι μια ιατρική επέμβαση που διενεργείται χωρίς τη συναίνεση του ασθενούς συνιστά παράνομη πράξη, με αντίστοιχες συνέπειες, τόσο σε επίπεδο αστικού όσο και ποινικού δικαίου.

Το συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα του αρρώστου (όπως κάθε πολίτη) για αυτοδιάθεση, αυτοκαθορισμό, ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας (αρ. 5§1Σ) καθώς και για σεβασμό στην αξιοπρέπιά του (αρ. 2§1Σ) σε συνδυασμό με διεθνή νομοθετήματα και δεοντολογικές αρχές που επικύρωσε η χώρα μας, καθώς και διατάξεις του εσωτερικού δικαίου, συνηγούνται σε αυτό¹³. Με τη συναίνεση «διαθέτει» ο άρρωστος τη σωματική του ακεραιότητα, αν και η έννοια της διάθεσης έννομου αγαθού θεωρείται έννοια ευρύτερη.

Σύμφωνα με την απολύτως κρατούσα διεθνώς άποψη, η συναίνεση του ασθενούς, που είναι απαραίτητη για τη νομιμοποίηση κάθε (επεμβατικής) ιατρικής πράξης, ώστε να επιτελεί η τελευταία την κοινωνική της λειτουργία⁵, έχει ως προϋπόθεση, για να είναι έγκυρη, την προηγούμενη πλήρη και επαρκή ενημέρωση του ασθενούς, ώστε η παρεχόμενη συναίνεση να συνιστά δήλωση βούλησής του, η οποία διαμορφώθηκε ελεύθερα. Συναίνεση και (προηγούμενη) ενημέρωση^{13,16} του ασθενούς συνιστούν ένα αδιαχώριστο δίδυμο. Σημειωτέον ότι η σύνδεση αυτή δεν ήταν εξαρχής αυτονόητη αλλά διαπλάστηκε σταδιακά, ιδίως στο χώρο του γερμανικού (ποινικού) δικαίου^{19,20}.

Αντικείμενο διαμάχης ωστόσο παραμένουν ζητήματα που σχετίζονται με τη θεμελίωση, έκταση και περιεχόμενο της υποχρέωσης ενημέρωσης του ασθενούς. Ιδίως εν όψει του γεγονότος ότι ο χαρακτήρας της προηγούμενης ενημέρωσης συνδέεται στε-

νά με το ιατρικό σφάλμα, το οποίο συχνά υποκαθιστά σε περίπτωση αγωγής αποζημίωσης εναντίον του ιατρού, προς όφελος του ασθενούς.

Η υποχρέωση του ιατρού να μην ενεργεί αυτόγνωμες ιατρικές επεμβάσεις, εξάλλου, προέκυπε έμμεσα στον ελληνικό χώρο ήδη παλαιότερα, από το αρ. 8 ΒΔ 1955 «περί του κανονισμού ιατρικής δεοντολογίας» (που καταργήθηκε με τον νέο ΚΙΔ ο οποίος ψηφίστηκε με το ν. 3418 της 28-11-2005), το οποίο ήταν ασαφώς και γενικώς διατυπωμένο. Η ανάγκη ύπαρξης προηγούμενης ενημέρωσης και ελεύθερης έκφρασης της συναίνεσης του αρρώστου διατυπώθηκε με περισσότερη σαφήνεια στο αρ. 47 του ν. 2071/1992 (§3, §4), το οποίο αφορούσε όμως μόνον τους νοσοκομειακούς ιατρούς. Σε επίπεδο αστικού δικαίου, η προϋπόθεση της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς προκύπτει από την προστασία της προσωπικότητας του ασθενούς (αρ. 57ΑΚ). Αλλά και από την ίδια τη συμβατική σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή (όπως ιδιαίτερα υποστηρίχθηκε στο γαλλικό δίκαιο)⁴, θεωρείται ότι προκύπτει η υποχρέωση λήψης ενημερωμένης συναίνεσης του ασθενούς από τον ιατρό, τόσο ως κύρια όσο και ως παρεπόμενη συμβατική υποχρέωσή του (αρ. 288 Α.Κ.).

Η ίδια υποχρέωση του ιατρού προβλέπεται και σε πολλά διεθνή κείμενα που περιέχουν κανόνες ιατρικής δεοντολογίας, όπως: ο «Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης» (αρ. 3§2 στιχ.1), η «Διακήρυξη της Λισαβόνας» (1981/1996), η «Παγκόσμια Διακήρυξη σχετικά με το ανθρώπινο γονιδίωμα και τα ανθρώπινα δικαιώματα».

Ενδιαφέρουσα εν προκειμένω είναι η πρόταση του ΠΟΥ σχετικά με την ενημερωμένη συναίνεση, όπως αυτή καταγράφεται ➡

⇒ το 1994 στη Διακήρυξη του Άμστερνταμ για την Προώθηση των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Νομοθέτημα-σταθμός σε διεθνές επίπεδο, το οποίο ρητά και με σαφήνεια τυποποιεί την υποχρέωση του ιατρού να μη διεξάγει αυτόγνωμα ιατρικές επεμβάσεις και να παρέχει στον ασθενή κάθε αναγκαία σχετική πληροφορία, ειδικότερα στις §1 και §2 του αρ.5, είναι η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Oviedo, 1997) η οποία κυρώθηκε από τη χώρα μας και αποτελεί πλέον εσωτερικό δίκαιο (ν. 2619/1998). Βεβαίως είναι γνωστό ότι οι χώρες που προσυπέγραψαν την ως άνω σύμβαση δεν προχώρησαν ακόμη στην υλοποίηση όλων των σχετικών διατάξεων.

Στην ελληνική ποινική επιστήμη, ο ρόλος της συναίνεσης υποστηρίχθηκε έντονα^{3,9,11}. Στην Ευρώπη, η συναίνεση του ασθενούς σε κάποιες έννομες τάξεις, όπως η γερμανική¹⁹, έχει τόσο κυρίαρχο χαρακτήρα, ώστε εδώ και πολλά χρόνια έγινε δεκτό από το Ανώτατο Γερμανικό Ακυρωτικό Δικαστήριο (BGH) ότι θα πρέπει να γίνεται σεβαστή η άρνηση (που συνιστά την άλληλη όψη του ιδίου νομίματος ως προς τη συναίνεση), ακόμη και της μόνης σωτήριας της ζωής του ασθενούς ιατρικής αγωγής (BGH St 11, 111). Μάλιστα έφθασε εν προκειμένω η γερμανική νομολογία (και επιστήμη) να υποκαθιστά την πραγματική συναίνεση με την εικαζόμενη, όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε οριστική και αμετάκλητη απώλεια της συνείδησής του και οδεύει προς το θάνατο ο οποίος επίκειται (παθητική ευθανασία - οριοθέτηση του ιατρικού καθήκοντος). Χαρακτηριστική σχετικά είναι η απόφαση BGH, 13-9-1994. Στη Γερμανία επίσης αναπτύχθηκε και η θεωρία (την οποία υιοθέτησε και μεγάλη μερίδα της παλαιότερης ελληνικής ποινικής επιστήμης) σχετικά με τη δικαιολόγηση του επιτρεπτού των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων, η οποία θεωρεί ότι με την ιατροχειρουργική επέμβαση συντελείται καταρχήν το έγκλημα της σωματικής βλάβης^{13,15,19,21} (εφαρμόζεται το αρ. 308Π.Κ.), του οποίου ο άδικος χαρακτήρας αίρεται κατόπιν σε δεύτερο βαθμό από την υπάρχουσα έγκυρη (ενημερωμένη δεόντως) συναίνεση του ασθενούς.

Η θεωρία αυτή, εκτός του ότι «στιγματίζει» ως εγκληματική την ιατρική επέμβαση, τραυματίζει την ισορροπία της σχέσης εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, μεταφέρει το βάρος της απόδειξης ότι υπήρχε έγκυρη συναίνεση του ασθενούς στον ιατρό και συνεπάγεται από αστικής πλευράς υψηλότερα ποσά αποζημίωσης, σε σχέση με την άλλη θεωρία η οποία υποστηρίχθηκε ευρύτερα στον ελληνικό χώρο, κατά την οποία η αυτόγνωμα ιατρική επέμβαση συνιστά προσβολή της προσωπικότητας^{10,14,16} (εφαρμόζονται τα αρ.330 ΠΚ και 57 ΑΚ). Η θεωρία αυτή^{6,8,9} δεν είναι στιγματιστική για τον ιατρικό κόσμο, επιρρίπτει ορθά το βάρος της απόδειξης της ανυπαρξίας έγκυρης συναίνεσης στον ενάγοντα ασθενή (αφού η ύπαρξη έγκυρης συναίνεσης είναι προϋπόθεση για να μη υπάρξει εξ αρχής η άδικη πράξη του αρ.330 ΠΚ, ενώ κατά την άλλη θεωρία συγκροτείται αρχικά η άδικη πράξη της σωματικής βλάβης, αλλά ο άδικος χαρακτήρας αίρεται σε τελικό βαθμό από την έγκυρη συναίνεση του ασθενούς) και επιδικάζει μικρότερα ποσά αποζημίωσης (ηθική βλάβη)⁴ σε σχέση με την άλλη θεωρία (από αδικοπρακτική ευθύνη με βάση το αρ.914 ΑΚ που στοιχειοθετείται οποιαδήποτε θεωρία και να γίνεται δεκτή).

Έγινε προσπάθεια σύζευξης των δύο θεωριών (με βάση τη

θεωρία της «διαφάνειας» του Deutsch⁴ από το γερμανικό χώρο), η οποία όμως φαίνεται μάλλον αβάσιμη μετά τη Σύμβαση του Oviedo, αφού ο άρρωστος μπορεί να αποφασίζει και ενάντια στο καλό του.

Κατά τη θεωρία της «διαφάνειας» συνδέεται το αγαθό της προσωπικότητας (βουλητική αυτονομία) με εκείνο της σωματικής ακεραιότητας. Το δικαίωμα αυτοδιάθεσης είναι «διαφανές», με την έννοια ότι πίσω από αυτό διακρίνεται ως προστατευόμενο αγαθό η ίδια η σωματική ακεραιότητα. Έτσι, δια της προσβολής του αυτοκαθορισμού του αρρώστου προσβάλλεται η σωματική ακεραιότητα.

Στον ελληνικό χώρο αναπτύχθηκαν συνδυαστικές θεωρίες όσον αφορά στη νομιμοποίηση της ιατροχειρουργικής επέμβασης². Έτσι, υιοθετήθηκε ευρέως και η άποψη που διατύπωσε ο Laufs¹⁷⁻¹⁹ στο γερμανικό χώρο, κατά την οποία συνδέεται η συναίνεση με την ιατρική αναγκαιότητα. Άλλοι μάλιστα συγγραφείς περιορίζουν την ανάγκη ύπαρξης ενημερωμένης συναίνεσης μόνον στις κινδυνώδεις ιατρικές επεμβάσεις¹, υποβαθμίζοντας έτσι το ρόλο της συναίνεσης και ενισχύοντας τον ιατρικό πατερναλισμό^{6,14}.

Όσον αφορά στην άρνηση της μόνης σωτήριας της ζωής του ασθενούς ιατρικής επέμβασης εκ μέρους του, έχει υποστηριχθεί στην ελληνική ποινική επιστήμη από τους υποστηρικτές της αυτοδιάθεσης του ατόμου, ότι αυτή θα πρέπει να γίνεται σεβαστή, ώστε εάν ο ιατρός επεμβεί αυτόγνωμα, ακόμη και για τη σωτηρία της ζωής του ασθενούς, να μην αίρεται ο άδικος χαρακτήρας της πράξης του (330 ΠΚ)⁷, ενώ άλλοι υποστήριξαν ότι μια τέτοια άρση του αδικού που στοιχειοθετείται αρχικά είναι δυνατή³ (π.χ. με αναλογική εφαρμογή των διατάξεων της κατάστασης ανάγκης).

Τόσο η ύπαρξη του αρ. 308§2 ΠΚ, από το γράμμα του οποίου περιορίζεται η ισχύς της συναίνεσης του παθόντος (ώστε να αίρεται σε τελικό βαθμό ο άδικος χαρακτήρας μόνον των απλών σωματικών βλαβών), όσο και η γενικότερη φιλοσοφία του δικαίου των χωρών στις οποίες ανήκει η χώρα μας (μεσογειακή βιοηθική ζώνη), όπου υποχωρεί ο φιλελεύθερος-ατομοκεντρικός χαρακτήρας προς όφελος ενός κοινωνικο-αλληλεγγυητικού καθήκοντος (αντίθετα με τις βορειοευρωπαϊκές και αμερικανικές πολιτείες), οδηγούν σε σχετική υποβάθμιση του ρόλου της συναίνεσης του ασθενούς.

Η ασάφεια στον ελληνικό χώρο για το ρόλο της συναίνεσης σε συνδυασμό με τη Σύμβαση του Oviedo οδήγησαν στην ανάγκη να καλυφθεί το σχετικό νομοθετικό κενό για ένα τόσο σημαντικό, οικουμενικό ενδιαφέροντος, νομικό αλλά και ανθρωπιστικό ζήτημα.

Στο νέο Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ) που ψηφίστηκε με τον ν. 3418/28-11-2005 (ΦΕΚ 287), στα άρθρα 11 και 12 ρυθμίζονται τα σχετικά ζητήματα ρητά και με σαφήνεια, καλύπτοντας το κενό νόμου που υπήρχε για χρόνια στην ελληνική νομοθεσία. Μεταξύ άλλων, μπορεί πλέον (στον αστικό χώρο) η έλλειψη έγκυρης συναίνεσης να αποτελέσει αυτοτελή βάση για στήριξη αγωγής αποζημίωσης, ώστε να μη γίνεται κάτι τέτοιο μόνο στα πλαίσια του ιατρικού σφάλματος. Η υποχρέωση ενημέρωσης (αρ. 11) και η υποχρέωση συναίνεσης (αρ. 12) του ασθενούς αποτελούν αυτοτελείς διατάξεις, ώστε πλέον να αυτονομείται ο δικανικός ισχυρισμός περί μη ενημέρωσης του ⇒

⇒ ασθενούς. Επιχειρείται να περιγραφεί, όσο είναι δυνατό στα πλαίσια ενός νομοθετήματος που δεν επιτρέπει περιπτώσιολογική αντιμετώπιση, η έκταση ενημέρωσης ώστε να διασώζεται αυτή, όπως και η ισχύς της συναίνεσης, από τυχόν περιοριστικές ερμηνείες. Δικαιολογείται από την άλλη όμως και η αυτόγνωμη επέμβαση προς όφελος της υγείας του ασθενούς, όταν δεν είναι δυνατή η λήψη της πραγματικής συναίνεσής του. Κάτι που πριν τουλάχιστον από τη Σύμβαση του Oviedo -η οποία παρείχε σαφές νομοθετικό θεμέλιο- επιχειρείτο να βασισθεί σε διάφορες νομικές κατασκευές (εικαζόμενη συναίνεση, αναλογική εφαρμογή των διατάξεων του αστικού δικαίου για τη διοίκηση αλλότριων κ.ά.).

Στο αρ. 11 του ΚΙΔ του 2005 ρυθμίζεται η προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς. Πρέπει να τονισθεί ότι δεν υπήρχε πριν τον νέο ΚΙΔ η γενική ρητή νομοθετική ρύθμιση του καθηκοντος προηγούμενης ενημέρωσης του ασθενούς¹⁰, ενώ επιχειρείται και η όσο το δυνατόν περιγραφή και οριοθέτηση της ενημέρωσης.

Είναι ωστόσο γεγονός από τη de facto λειτουργία της ιατρικής πράξης ότι η έκταση και εξατομίκευση της ιατρικής ενημέρωσης παραμένει δυσεπίλυτο ζήτημα. Πάντως, όπως συνάγεται από την §3 του αρ. 11, το καθήκον του ιατρού για προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς είναι σαφώς οριοθετημένο όταν πρόκειται για θεραπευτικές επεμβάσεις (με τη στενή έννοια). Η ίδια η ενημέρωση μπορεί βέβαια να λειτουργήσει αρνητικά για τον ασθενή. Αναγνωρίζεται έτσι στο αρ.11 §2 το δικαίωμα άρνησης του ασθενούς για ενημέρωση, ως εκδήλωση σεβασμού στην προσωπικότητα και τον αυτοκαθορισμό του.

Άστοχη φαίνεται η διατύπωση του αρ.12 §2γ, όπου γίνεται λόγος για συναίνεση που έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη. Ορθότερο είναι να γίνεται λόγος για συναίνεση σε πράξη αντίθετη με τα χρηστά ήθη.

Άξιοσημείωτο είναι ότι ο νέος ΚΙΔ επιχειρεί να συμβιβάσει τη μέγιστη προστασία της ατομικής αυτοδιάθεσης και του αυτοκαθορισμού με τη μέγιστη δυνατή προστασία του ύψιστου στην ιεράρχηση εννόμου αγαθού της ανθρώπινης ζωής.

Σε ανάλογη κατεύθυνση κινείται και η φιλοσοφία της Διακήρυξης για την Προώθηση των Δικαιωμάτων των Ασθενών του Άμστερνταμ (1994), όπου όμως γίνεται ρητή αναφορά στο δικαίωμα του ασθενούς να αρνείται ή να διακόπτει την ιατρική επέμβαση (οπότε πρέπει να εξηγούνται προσωπικά σε αυτόν όλες οι συνέπειες μιας τέτοιας άρνησης ή διακοπής). Τέτοια αναφορά δε γίνεται στον ελληνικό πρόσφατο ΚΙΔ αλλά θα πρέπει να συνάγεται αυτό a contrario από το αρ. 12 και ιδίως την §1.

Αντίθετα, φαίνεται ότι ο νέος ΚΙΔ επιχειρεί (πιστός σε ένα κοινωνικό-αλληλεγγυητικό μοντέλο μεσογειακού βιοηθικού τύπου) να διασώσει κατά το μέγιστο βαθμό την προστασία της ανθρώπινης ζωής, μη επιτρέποντας -ρητά- οριοθέτηση ή υποχώρηση του αλληλεγγυητικού καθήκοντος του ιατρού, σε ορισμένες περιπτώσεις αυτοδιάθεσης, όπως είναι η περίπτωση του αυτόχειρα (αρ. 12 §3β). Είναι βέβαια γνωστό ότι και η παλαιότερη γερμανική νομολογία, παρόλο το σεβασμό στην αυτονομία και αυτοδιάθεση του ασθενούς (εκδήλωση φιλελευθερισμού), διέκρινε το «φυσιολογικό» ασθενή που αρνείτο τη μόνη ιατρική επέμβαση που θα του παρέτεινε την ζωή (αποδεκτό, από τον «αυτόχειρα» ασθενή (απαράδεκτο). Το κατά πόσον μια

απόφαση αυτοκτονίας μπορεί να συνιστά έγκυρη και σεβαστή, καλά σταθμισμένη, ώριμη απόφαση να οδηγηθεί κανείς προς το θάνατο, είναι ζήτημα επίμαχο. Πάντως το πρόβλημα γίνεται οριακό και ενδιαφέρον όταν λάβει κανείς υπόψιν ότι και η (κατά τα άλλα σεβαστή) βούληση του αρρώστου να μη λάβει τη μόνη σωτήρια της ζωής του αγωγή, συνιστά στην ουσία «αυτοχειρική» απόφαση. Αλλά και από το αρ. 12§3γ συνάγεται η προσήλωση του νομοθέτη στον πρωταρχικό σκοπό της ιατρικής, που είναι η διάσωση της ανθρώπινης ζωής.

Η συναίνεση του ασθενούς θεωρείται στα πλαίσια του ΚΙΔ ευρέως ισχύουσα, με την έννοια ότι μπορεί να ασκείται και από ανηλικούς ή δια αντιπροσώπου.

Δε διακρίνονται όμως πρώιμα και όψιμα στάδια στην ανηλικότητα (π.χ. περισσότερη ανεξαρτησία του μεγαλύτερου των 16 ετών εφήβου), ούτε καθορίζεται δικαστική έγκριση της συναίνεσης του αντιπροσώπου του ασθενούς (δικαστικού συμπαραστάτη ή οικείου) σε κάποιες τουλάχιστον οριακές καταστάσεις (κινδυνώδεις επεμβάσεις, υποστήριξη της ζωής στην επιθανάτια φάση κ.ά.).

Γεγονός είναι ότι ο νέος ΚΙΔ καλύπτει ένα κενό νόμου για ζητήματα ζωτικής σημασίας για την ιατρική καθημερινή πράξη, αλλά και επίμαχο στο νομικό χώρο, τουλάχιστον ως προς τη δογματική του θεμελίωση. Ο νέος ΚΙΔ διαπνέεται από διάθεση φιλελευθερισμού σε αρμονία με τα κρατούντα στο διεθνή χώρο, σε συνδυασμό όμως με το σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και το αλληλεγγυητικό καθήκον, όπως αυτό ανταποκρίνεται στις βιοηθικές αντιλήψεις του ελληνικού και ευρύτερα του μεσογειακού χώρου.

Abstract

The greek law has finally recognized the principle that the non consensual treatment is illegal. The concept of the informed consent, the proxy consent and the consent of minors is established. On the other hand, the law's attachment to the respect of human life is recognized.

Βιβλιογραφία

1. Μπέκας. Η προστασία της ζωής και της υγείας στον ποινικό κώδικα. 2004. 67 εν.
2. Μανωλεδάκης. Παρατηρήσεις στην Διατ. Εισ. Εφ. Θεσ/Νίκης 25/72. Αρμ. 1972. 468 εν.
3. Συμεωνίδου-Καστανίδου. Εγκλήματα κατά της ζωής. 2η εκδ. 2001. 333 εν.
4. Φουντεδάκη. Αστική Ιατρική Ευθύνη. 2003. 174 εν. 207εν.
5. Μαγκάκης. Ποινικό Δίκαιο. Διάγραμμα Γενικού Μέρους. 3η εκδ. 1984. 249 εν.
6. Ανδρουλάκης. Ποινικών Δικαιών. Ειδικών Μέρους. 1974. 116 εν.
7. Γιαννίδης-Μπιτσάξης. Ιδιωτική γωμοδότηση. Ποιν. Χρ. ΜΑ'. 511 εν.
8. Ψαρούδα-Μπενάκη. Το ιατρικό καθήκον διαφωτισέως του ασθενούς ως προϋπόθεση της συναίνεσώς του. Ποιν. Χρ. ΚΔ'. 641 εν.
9. Καϊάφα-Γκμπάνι. Η ποινική ευθύνη του αναισθησιολόγου στις ιατροχειρουργικές επεμβάσεις. Νο Β 1989, 872 εν.
10. Καραγεώργος. Η ποινική εκτίμηση των ιατροχειρουργικών επεμβάσεων. 1996. 54 εν.
11. Παρασκευόπουλος. Ποινική ευθύνη από αυτοκαταστροφικές πράξεις. Ελλ. Επιθ. Εγκλ. 1991, 58 εν.
12. Παπανεοφύτου. Συναίνεση και προσβολή του εννόμου αγαθού. Ποιν. Χρ. ΛΔ'. 881 εν.
13. Engisch. Die ärztliche Aufklärungspflicht aus rechtlicher und ärztlicher Sicht. 1970. 9 εν.
14. Bockelmann. Strafrecht des Arztes. 1968. 66 εν.
15. Kaufmann. Die eigenmächtige Heilbehandlung. ZStW 1961. 341 εν.
16. Schmidt. Der Arzt im Strafrecht. 1939. 69 εν.
17. Laufs. Arztrecht, 5. Aufl. 1993. 78 εν. 349 εν.
18. Laufs. Schutz der Persönlichkeitssphäre und ärztliche Heilbehandlung. Vers R 1972. 1 εν.
19. Laufs/Uhlenbruck. Handbuch des Arztrechts, 2. Aufl. 1999. §62 εν.
20. Geilen. Einwilligung und ärztliche Aufklärungspflicht. 1963. 19 εν.
21. Giesen. International Medical Malpractice Law. A Comparative Law Study of Civil Liability Arising from Medical Care. 1988. 269 εν. 338 εν.