

Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis

Medizin-ethische Richtlinien

I. Präambel	2
II. Richtlinien	4
1. Geltungsbereich	4
2. Grundsätze	4
2.1. Grundsätzlich wird von Urteilsfähigkeit ausgegangen	4
2.2. Urteilsunfähigkeit ist eine Zuschreibung, die auf ethisch-normativen Überlegungen basiert	4
2.3. Urteilsunfähigkeit wird situations- und zeitbezogen beurteilt	4
2.4. Selbstbestimmtes Entscheiden setzt bestimmte mentale Fähigkeiten voraus	4
2.5. Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit kann nur bei signifikant eingeschränkten mentalen Fähigkeiten erfolgen	5
2.6. Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit nur aufgrund unerwarteter Entscheidungen ist unzulässig	5
2.7. Mentale Fähigkeiten der Patientin sind zu unterstützen und zu fördern	5
2.8. Die Tragweite der Entscheidung ist für die Beurteilung relevant	5
2.9. Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit ist angemessen zu begründen und zu dokumentieren	5
2.10. Gesellschaftliche und persönliche Werte und Normen sowie Interessenkonflikte sind zu reflektieren	6
3. Anwendungsbereiche	6
3.1. Allgemeines	6
3.2. Patientinnen beim Hausarzt	8
3.3. Kinder und Jugendliche	8
3.4. Notfall- und intensivmedizinische Patientinnen	9
3.5. Patienten mit psychischen Störungen	10
3.6. Patientinnen mit Demenz und anderen Hirnleistungsstörungen	11
3.7. Patienten in Palliative Care	12
3.8. Evaluation der Urteilsfähigkeit bei Patientinnen mit Wunsch nach Suizidhilfe	12
III. Anhang	13
1. Rechtliche Grundlagen	13
2. Evaluation der Urteilsfähigkeit	16
2.1. Instrumente	16
2.2. U-Kit-Formular zur Evaluation und Dokumentation der Urteilsfähigkeit	17
2.3. Literatur	18
IV. Hinweise zur Ausarbeitung dieser Richtlinien	19

I. Präambel

Die Urteilsfähigkeit ist im medizinischen Alltag von grundlegender Bedeutung. Nur eine urteilsfähige Patientin¹ kann rechtswirksam in eine medizinische Behandlung einwilligen oder ihren Willen im Voraus in einer Patientenverfügung festhalten. Ist eine Patientin urteilsunfähig und hat ihren Willen nicht vorausverfügt, übernehmen Vertretungspersonen ihre Rolle im Entscheidungsprozess. Das Vorhandensein von Urteilsfähigkeit ist somit ein entscheidender Faktor zur Abgrenzung zwischen Selbst- und Fremdbestimmung.²

Obwohl grundsätzlich von Urteilsfähigkeit ausgegangen wird,³ kann bei Vorliegen begründeter Zweifel eine Evaluation der Urteilsfähigkeit angezeigt sein. Eine solche Evaluation ist ein höchst sensibler Vorgang. Einer Person die Entscheidungsbefugnis über persönliche Belange wie die Einwilligung in eine medizinische Behandlung abzusprechen, ist ein schwerwiegender Eingriff, der massive Auswirkungen auf das Selbstverständnis der Person, auf die Beziehung zwischen Patientin und Behandlungsteam sowie auf das weitere Beziehungsgefüge der Patientin haben kann. Aus ethischer Perspektive lässt sich ein solcher Eingriff nur rechtfertigen, wenn die Voraussetzungen für selbstbestimmtes Handeln klar nicht mehr gegeben sind und der Betreffende vor möglichen negativen Konsequenzen seiner Entscheidungen geschützt werden soll.

Zugleich ist zu beachten, dass es keinen absoluten Massstab für Autonomie gibt. Vielmehr handelt es sich um einen sozialen Aushandlungsprozess: Erachten wir unser Gegenüber als hinreichend autonom, um eine bestimmte Entscheidung zu fällen, oder sehen wir uns in der Verantwortung, schützend einzugreifen? Dabei bedeutet «Selbstbestimmung» nicht, dass der Einzelne in seiner Entscheidungsfindung soziale Beziehungen unberücksichtigt lässt.⁴ Selbstbestimmte Entscheide berücksichtigen durchaus die Bedeutung für andere. Auch kann ein selbstbestimmter Entscheid durch Beratungen mit anderen nahestehenden Personen, zu denen der Betreffende in einer vertrauensvollen Beziehung steht, gestärkt werden.

Urteilsfähigkeit ist kein medizinischer, sondern ein vom Recht her vorgegebener Begriff.⁵ Es wird eine Ja-Nein-Entscheidung gefordert – die Patientin ist urteilsfähig mit Blick auf eine Entscheidung oder sie ist es nicht. In der medizinischen Praxis ist die Evaluation der Urteilsfähigkeit jedoch nicht immer so einfach. Beurteilt werden Fähigkeiten, die sich altersbedingt erst entwickeln oder die durch Krankheiten oder andere Einflüsse vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigt sein können.

Nicht nur die Urteilsfähigkeit der Patientin, auch das Urteilsvermögen der Evaluierenden kann eingeschränkt sein. Voreingenommenheit, z. B. aufgrund von starken weltanschaulichen Überzeugungen, persönlichen Vorlieben oder Interessenkonflikten, können zu einer verzerrten Einschätzung führen. Ein angemessener Umgang mit Befangenheit ist im Sinne einer qualitativ hochstehenden Evaluation dringend geboten, da das Ergebnis für die Patientin weitreichende Konsequenzen haben kann.

¹ In SAMW-Richtlinien werden kapitelweise abwechselnd männliche oder weibliche Formulierungen verwendet. Die entsprechenden Texte betreffen immer alle Angehörigen der genannten Personengruppen.

² Allerdings haben sich stellvertretend Urteilende stets am deklarierten oder mutmasslichen Willen des Betroffenen zu orientieren.

³ Ausgenommen sind Situationen offensichtlicher Urteilsunfähigkeit, z. B. bei Säuglingen oder bewusstlosen Patienten.

⁴ Diese Erwägungen werden unter dem Begriff der «relationalen Autonomie» erfasst.

⁵ Gemäss 16 Art. ZGB ist jede Person urteilsfähig, «der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.»

Studien zeigen, dass Ärztinnen, Pflegefachpersonen und weitere therapeutisch tätige Fachpersonen bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit oft unsicher sind und sich mehr Hilfestellung wünschen.⁶ Viele Richtlinien, Leitlinien und andere klinische Orientierungshilfen nehmen Bezug auf das Konzept der Urteilsfähigkeit, ohne dieses jedoch weiter zu operationalisieren.

Die vorliegenden Richtlinien wollen in diesem Sinne Orientierung für die medizinische Praxis bieten. Sie halten die Grundsätze fest, die bei der Abklärung der Urteilsfähigkeit zu beachten sind und umschreiben das Vorgehen zur Evaluation im Allgemeinen und in einzelnen Handlungsfeldern der Medizin. Im Anhang werden die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie Instrumente zur Evaluation der Urteilsfähigkeit beschrieben.

⁶ Vgl. Lamont et al. 2013; Hermann et al. 2014.

II. Richtlinien

1. Geltungsbereich

Die vorliegenden Richtlinien konzentrieren sich auf die Frage der Urteilsfähigkeit im medizinischen Kontext. Sinngemäss sind sie anwendbar auf Lebensbereiche und andere Berufsgruppen. Die Evaluation der Urteilsfähigkeit im medizinischen Kontext ist primär eine ärztliche Aufgabe. Dafür zuständig ist in erster Linie die für eine Behandlung verantwortliche Person. Sie kann weitere Expertise beziehen oder die Aufgabe an kompetente Experten delegieren, namentlich Psychiater, Psychologen oder weitere Fachpersonen.

Die Richtlinien beziehen sich auf das Schweizerische Recht, insbesondere Artikel 16 des Zivilgesetzbuchs. Sie wenden sich an Ärzte⁷ und weitere im medizinischen Bereich tätige Fachpersonen, die in ihrem klinischen Alltag mit der Evaluation der Urteilsfähigkeit von Patienten befasst sind. Die Richtlinien setzen keine Standards für gutachterliche Abklärungen mentaler Fähigkeiten oder Zustände, z. B. durch neurologische oder psychologische Expertise.

2. Grundsätze

2.1. Grundsätzlich wird von Urteilsfähigkeit ausgegangen

Eine Person gilt grundsätzlich als urteilsfähig. Die Urteilsfähigkeit wird nur dann evaluiert, wenn begründbare Zweifel an dieser aufkommen. Die Patientin ist über die Evaluation zu informieren. In besonderen, rechtlich festgelegten Situationen (z. B. Lebendorganspende, Sterilisation) ist in jedem Fall eine Evaluation der Urteilsfähigkeit erforderlich. In der Regel lässt sich weder aus dem Lebensalter noch aus einer bestimmten Diagnose auf Urteilsunfähigkeit schliessen.

2.2. Urteilsunfähigkeit ist eine Zuschreibung, die auf ethisch-normativen Überlegungen basiert

Urteilsunfähigkeit ist keine inhärente Eigenschaft, sondern wird dem Patienten zugeschrieben. Diese Zuschreibung beruht auf einem Abwägen relevanter Informationen; sie erfolgt unter Einbezug der moralischen Prinzipien «Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten» und «Fürsorge». Sie gründet somit auf ethisch-normativen Überlegungen, ob dem Patienten die Entscheidungshoheit zu seinem Schutz abgesprochen werden soll.

2.3. Urteilsunfähigkeit wird situations- und zeitbezogen beurteilt

Urteilsunfähigkeit wird der Patientin nur im Hinblick auf eine spezifische Entscheidung und zu einem definierten Zeitpunkt zugeschrieben. Diese spezifische Zuschreibung darf nicht als dauerhaft gegeben angesehen werden, sondern ist erneut zu evaluieren, wenn es Hinweise darauf gibt, dass sich der Zustand der Patientin verändert hat.

2.4. Selbstbestimmtes Entscheiden setzt bestimmte mentale Fähigkeiten voraus

Sowohl kognitive als auch emotionale, motivationale und voluntative (auf die Willensbildung und -umsetzung bezogene) Faktoren sind für die Urteilsfähigkeit des Patienten relevant und betreffen die folgenden Kategorien mentaler Fähigkeiten:

⁷ Mit Aufnahme in die Standesordnung der FMH werden die Richtlinien für FMH-Mitglieder verbindliches Standesrecht.

- *Erkenntnisfähigkeit*: Fähigkeit, die für die Entscheidung relevanten Informationen zumindest in den Grundzügen zu erfassen;
- *Wertungsfähigkeit*: Fähigkeit, der Entscheidungssituation vor dem Hintergrund der verschiedenen Handlungsoptionen eine persönliche Bedeutung beizumessen;
- *Willensbildungsfähigkeit*: Fähigkeit, aufgrund der verfügbaren Informationen und eigener Erfahrungen, Motive und Wertvorstellungen einen Entscheid zu treffen;
- *Willensumsetzungsfähigkeit*: Fähigkeit, diesen Entscheid zu kommunizieren und zu vertreten.

Eine angemessene Beurteilung relevanter Fähigkeiten erfordert eine ganzheitliche Betrachtung der Person.

2.5. Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit kann nur bei signifikant eingeschränkten mentalen Fähigkeiten erfolgen

Für eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit muss eine signifikante Einschränkung mentaler Fähigkeiten vorliegen. Die Einschränkung muss zudem auf eine Ursache zurückgeführt werden können, die den Rechtsbegriffen «Kindesalter», «psychische Störung», «geistige Behinderung», «Rausch» oder «ähnliche Zustände» zuzuordnen ist.

2.6. Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit nur aufgrund unerwarteter Entscheidungen ist unzulässig

Bei der Evaluation der Urteilsfähigkeit sind Wertpluralismus, unterschiedliche kulturelle Kontexte und unkonventionelles Denken zu respektieren. Es ist nicht zulässig, dem Patienten Urteilsunfähigkeit zuzuschreiben, nur weil er einen Entscheid fällt, der den Empfehlungen und der Sichtweise der beurteilenden Person nicht entspricht. Entscheidungsinhalte oder -motive können jedoch Anlass für begründbare Zweifel und damit für eine Evaluation sein.

2.7. Mentale Fähigkeiten der Patientin sind zu unterstützen und zu fördern

Selbstbestimmtes Entscheiden und die dafür notwendigen mentalen Fähigkeiten der Patientin sind wenn immer möglich durch geeignete Interventionen zu unterstützen und zu fördern. Hinderliche Faktoren gilt es möglichst zu beheben, Ressourcen der Patientin zu erkennen und einzubeziehen.

2.8. Die Tragweite der Entscheidung ist für die Beurteilung relevant

Je weitreichender oder dauerhafter die Konsequenzen einer Entscheidung sind, desto sorgfältiger ist zu prüfen, ob Urteilsunfähigkeit vorliegt. Dies gilt insbesondere für Handlungsoptionen, deren Folgen unumkehrbar sind oder gar mit grosser Wahrscheinlichkeit zum Tod führen. Im Zweifelsfall und bei Entscheidungen mit grosser Tragweite wird empfohlen, die Evaluation der Urteilsfähigkeit gegebenenfalls interdisziplinär, interprofessionell und unter Einbezug besonderer Fachkompetenz vorzunehmen (Mehr-Augen-Prinzip).

2.9. Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit ist angemessen zu begründen und zu dokumentieren

Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit ist durch die beurteilende Person zu begründen. In dieser Begründung soll nachvollziehbar dargelegt werden, welche Beeinträchtigungen Anlass für eine solche Zuschreibung geben und weshalb. Ebenso sollten Einwände und Gegenpositionen bedacht und kritisch reflektiert werden. Das Ergebnis der Evaluation und die zugrundeliegenden Argumente sind angemessen zu dokumentieren und der Patientin resp.

deren Vertreterin auf Verlangen zugänglich zu machen. Ist die Patientin mit der Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit nicht einverstanden, ist eine Evaluation der Urteilsfähigkeit unter Einbezug weiterer Fachkompetenz (Mehr-Augen-Prinzip) zu prüfen.

2.10. Gesellschaftliche und persönliche Werte und Normen sowie Interessenkonflikte sind zu reflektieren

Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit wird durch gesellschaftliche und persönliche Werte und Normen der beurteilenden Person beeinflusst. Zudem können Interessenkonflikte der beurteilenden Person eine Rolle spielen. Solche Einflüsse sind jeweils kritisch zu reflektieren und transparent zu machen. Bei starker Befangenheit aufgrund persönlicher Wertvorstellungen oder Interessenkonflikte ist von der Beurteilung Abstand zu nehmen.

3. Anwendungsbereiche

3.1. Allgemeines

Jeder medizinische Eingriff erfordert die informierte Zustimmung der betroffenen urteilsfähigen Person.⁸ Die Urteilsfähigkeit wird grundsätzlich vermutet. Bestehen Zweifel an der Urteilsfähigkeit, ist eine orientierende Abklärung und gegebenenfalls eine ausführliche Evaluation vorzunehmen.

Bei der orientierenden Abklärung handelt es sich in der Regel um einen Prozess, der mehr oder weniger formlos erfolgt, dessen Ergebnis häufig nicht (ausführlich) dokumentiert wird und der in der Regel auch nicht mit dem Patienten besprochen wird. Kommt der Arzt im Rahmen einer solchen orientierenden Abklärung zum Schluss, dass eine Evaluation der Urteilsfähigkeit erforderlich ist, muss er den Patienten darüber informieren. Das Gespräch soll offen und ehrlich sein und den physischen und emotionalen Zustand des Patienten berücksichtigen. Lehnt der Patient die Evaluation der Urteilsfähigkeit ab und/oder verweigert die Mitwirkung, so muss der Arzt aufgrund der vorhandenen Informationen eine klinische Einschätzung der Urteilsfähigkeit vornehmen, welche dann Grundlage des weiteren Vorgehens ist (z. B. Einbezug des gesetzlichen Vertreters⁹ oder bei dessen Fehlen die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde KESB).

Oft stammen Hinweise auf kognitive Probleme von Personen, die in die Betreuung und Pflege eines Patienten involviert sind oder in enger Beziehung zu ihm stehen. Solche Hinweise müssen kritisch überprüft werden, insbesondere im Hinblick auf allfällige Interessenkonflikte. Erst wenn begründbare Zweifel an der Urteilsfähigkeit bestehen und das weitere Vorgehen durch das Vorliegen oder Fehlen der Urteilsfähigkeit beeinflusst würde, ist eine Evaluation der Urteilsfähigkeit angezeigt.

Die Urteilsfähigkeit kann nicht durch einfache Testverfahren bestimmt werden. Vielmehr erfolgt die Evaluation im Rahmen einer klinischen Beurteilung, häufig unter Zuhilfenahme von

⁸ Dies gilt nicht für dringliche Situationen, die im Interesse der Lebenserhaltung ein unverzügliches Handeln erfordern.

⁹ Bei medizinischen Massnahmen sind die folgenden Personen der Reihe nach berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten: 1. Personen, die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnet wurden; 2. der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen; 3. wer als Ehegatte, eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt führt *oder* der urteilsunfähigen Person regelmässig persönlich Beistand leistet; 4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt *und* ihr regelmässig persönlich Beistand leistet; 5. die Nachkommen; 6. die Eltern oder 7. die Geschwister, *wenn* sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten (Art. 378 ZGB). Bei Patienten, die im Rahmen einer Fürsorgerischen Unterbringung medizinisch behandelt werden, ist Art. 434 ZGB zu beachten.

Instrumenten wie Kriterienkatalogen und Gesprächsleitfäden.¹⁰ Der Arzt, der eine Evaluation der Urteilsfähigkeit vornimmt, sollte über eine entsprechende Weiterbildung verfügen. Hohe Qualitätsstandards in der Beurteilung und eine sorgfältige Dokumentation sind unerlässlich. Letztere ermöglicht es dem Patienten, den Vorgang nachzuvollziehen und sich dazu zu verhalten. Die therapeutische Beziehung soll möglichst nicht durch die Evaluation der Urteilsfähigkeit belastet werden.

Das Vorgehen soll so gewählt werden, dass der Patient so gut wie möglich in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit unterstützt wird. Ziel der Evaluation ist letztendlich, ein Entscheidungsprozedere definieren zu können, das den Fähigkeiten des Patienten gerecht wird und dessen Bedürfnisse und Präferenzen so weit wie möglich berücksichtigt. Unabhängig davon ob der Patient aktuell urteilsfähig ist oder nicht, sein Wille ist die Richtschnur für das weitere Vorgehen. Die Frage ist nur, ob die aktuellen Äusserungen des Patienten als Wille gewertet werden können oder ob vielmehr Patientenverfügung oder Stellvertreterregelung zum Tragen kommen. Dabei ist zu beachten, dass Patienten die Auswirkungen einer Entscheidung auf die Angehörigen berücksichtigen und ihre persönlichen Bedürfnisse zurückstellen können. Dazu kann eine Ambivalenz kommen, die dazu führen kann, dass der Patient widersprüchliche Aussagen macht oder nicht in der Lage ist, eine Entscheidung zu treffen. Eine solche Ambivalenz darf jedoch nicht automatisch mit Urteilsunfähigkeit gleichgesetzt werden. Wenn Hinweise für ein solches Verhalten vorliegen, muss sich das Behandlungsteam vergewissern, dass die Entscheidung den Willen des Patienten widerspiegelt und nicht auf eine unbeabsichtigte oder absichtliche Willensbeeinflussung durch die Angehörigen zurückzuführen ist.

Inhalt, Dauer und der Umfang der Gespräche zur Evaluation der Urteilsfähigkeit sollen an die physischen, kognitiven und emotionalen Fähigkeiten des Patienten angepasst sein. Die Anwesenheit von engen Bezugspersonen – sofern der Patient dies wünscht – kann die Evaluation unterstützen. Sie kennen den Patienten am besten und können häufig am ehesten einschätzen, welche Äusserungen dem Willen ihres Angehörigen entsprechen. In jedem Fall muss dem Patienten jedoch Gelegenheit gegeben werden, sich ohne Anwesenheit Dritter zu äussern. In komplexen oder konfliktbeladenen Situationen kann ein externes Konsilium (neuropsychologisch, gerontopsychiatrisch, Memory Clinic) sinnvoll sein, auch zum Schutz der bestehenden therapeutischen Beziehung.

Im Rahmen der Evaluation werden folgende Teilfähigkeiten systematisch überprüft, wobei sich die Untersuchung je nach Patientensituation auf einen Teilbereich konzentrieren kann (vgl. Kap. 2.2. ff.):

- Erkenntnisfähigkeit;
- Wertungsfähigkeit;
- Willensbildungsfähigkeit und
- Willensumsetzungsfähigkeit.

Das Vorgehen unterstützen können Instrumente zur Evaluation und zur Dokumentation.¹¹ Das Ergebnis der Evaluation ist im Patientendossier festzuhalten und dem Patienten in geeigneter Form mitzuteilen. Der Patient und ggf. die Vertretungsperson kann Einsicht in die Dokumentation nehmen und sich dazu äussern. Er kann Korrekturen vorschlagen, eine Zweitmeinung einholen und sich gegebenenfalls an die KESB wenden.

¹⁰ Vgl. Anhang, Kap. 2.

¹¹ Vgl. Anhang, Kap. 2.

3.2. Patientinnen beim Hausarzt

Angesichts des breiten Patientenspektrums in der Hausarztpraxis sind die Situationen vielfältig, die eine Evaluation der Urteilsfähigkeit erfordern. Hauptsächlich betrifft dies (hoch)betagte Patientinnen, aber auch Jugendliche, chronisch Kranke oder Patientinnen mit Suchtproblemen.

Häufig kennt die Ärztin die Patientin über längere Zeit, erhält Informationen über sie aus der näheren Umgebung (z. B. Angehörige, Spitex), vielfach ist ihr auch das Umfeld bekannt. Bei langjährigen Patientinnen können allfällige kognitive Probleme deshalb oft über einen längeren Zeitraum verfolgt und der Zustand der Patientin wiederholt überprüft und dokumentiert werden. In vielen Fällen ist die Hausärztin gut geeignet, die Urteilsfähigkeit im Hinblick auf einen anstehenden Entscheid zu beurteilen. Wenn die bestehende Beziehung, ein patientenorientierter Ansatz und das gegenseitige Vertrauen eine gemeinsame konsensuelle Entscheidungsfindung ermöglichen, die an die kognitiven Kompetenzen der Patientin angepasst ist, kann bei anstehenden therapeutischen Entscheidungen im hausärztlichen Rahmen oft auch auf eine Evaluation der Urteilsfähigkeit verzichtet werden.

Bei Entscheidungen von grosser Tragweite und wenn Hinweise auf signifikant eingeschränkte mentale Fähigkeiten bestehen, ist hingegen eine systematische Evaluation der Urteilsfähigkeit erforderlich, auch um eine allfällige Patientenverfügung berücksichtigen oder Vertretungspersonen in gebotener Masse in die Entscheidung involvieren zu können.

3.3. Kinder und Jugendliche

Fragen zur Urteilsfähigkeit treten in der Kinder- und Jugendmedizin regelmässig auf. Es existiert für die Vermutung der Urteilsfähigkeit kein gesetzlich festgelegtes Mindestalter und auch keine Abhängigkeit von der Volljährigkeit¹². Die für die Urteilsfähigkeit relevanten Fähigkeiten entwickeln sich vom Kleinkindesalter bis zur Volljährigkeit unterschiedlich rasch. Um die Urteilsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen einschätzen zu können, ist entwicklungspsychologische Kompetenz erforderlich.

Neben der individuellen Entwicklungsstufe hat auch die Lebenserfahrung Einfluss auf die mentalen Fähigkeiten eines Kindes und Jugendlichen. Die jeweiligen Informationen müssen der Entwicklungsstufe der Kinder und Jugendlichen angepasst sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche oft Schwierigkeiten haben, sich in die Zukunft zu projizieren. Steht das «Hier und Jetzt» im Vordergrund, kann dies Krankheitsverständnis und Behandlungseinsicht beeinflussen, indem die Tragweite und die lebenspraktischen Folgen der Entscheidungen ungenügend erkannt und bewertet werden (Erkenntnisfähigkeit, Wertungsfähigkeit).

Zwischen den Wertvorstellungen des Kindes resp. Jugendlichen und den Vorstellungen der um das Kindeswohl besorgten Eltern kann eine Spannung bestehen. Die Entscheidung wird zusätzlich erschwert, wenn sich die beiden Eltern nicht einig sind. Urteilsfähige Kinder und Jugendliche haben das Recht selbst über medizinische Behandlungen zu entscheiden. Die Eltern sind jedoch für die Erziehung verantwortlich und können deshalb ein berechtigtes Anliegen haben, in den Informationsprozess einbezogen zu werden. Dies steht im Konflikt zur ärztlichen Schweigepflicht, die bei urteilsfähigen Jugendlichen auch gegenüber ihren Eltern gilt (z. B. Verschreibung eines Verhütungsmittels). In diesen Situationen kommt der Beurteilung der Urteilsfähigkeit eine entscheidende Rolle zu, wenn es um die Frage geht, inwieweit Eltern informiert und in gesundheitsrelevante Entscheidungen einbezogen werden sollen. Obwohl

¹² Hinweise dazu vgl. das Kapitel «Rechtliche Grundlagen» im Anhang.

mit dem Erreichen der Urteilsfähigkeit das Entscheidungsrecht über medizinische Massnahmen von den Eltern auf den Jugendlichen übergeht, finden Entscheidungsprozesse bereits vor diesem Zeitpunkt und noch lange danach in einer komplexen Interaktion zwischen Eltern und Kind, bzw. dem Jugendlichen statt, die für die Behandelnden oft nicht sichtbar ist. Im Idealfall räumen die Eltern dem noch nicht urteilsfähigen Kind so viel Mitbestimmungsrecht ein wie möglich, und der urteilsfähige Jugendliche gewährt seinen Eltern beratende Mitsprache bzw. Mitentscheidung, wo er sich überfordert fühlt.

Auch wenn Eltern, Kinder und Jugendliche einer Massnahme gemeinsam zustimmen, sollte bei besonders belastenden und risikoreichen Eingriffen sorgfältig geprüft werden, ob das Kind bzw. der Jugendliche seine Zustimmung wirklich selbstbestimmt erteilt. Es kann nämlich, namentlich bei onkologischen Patienten, vorkommen, dass diese von ihren Eltern bewusst oder unbewusst zur Zustimmung oder Ablehnung einer Behandlung gedrängt werden (Willensbildungsfähigkeit, Willensumsetzungsfähigkeit). Es ist deshalb wichtig, mit dem Kind bzw. Jugendlichen auch ohne Beisein der Eltern zu sprechen. Besondere Herausforderungen betreffen Probleme wie Suizidalität, gynäkologische Situationen, Essstörungen oder die Therapieadhärenz bei chronischen Krankheiten. In schwierigen Situationen kann eine kinderpsychiatrische Beurteilung von grosser Hilfe sein.

3.4. Notfall- und intensivmedizinische Patientinnen

Bei Notfallpatientinnen kann die Urteilsunfähigkeit aufgrund von Bewusstseinsveränderungen oder kognitiven Einschränkungen offensichtlich sein und bereits bei der Anamnese bzw. klinischen Untersuchung festgestellt werden. Klinische Zustände, die mit schweren kognitiven Einschränkungen und potentieller Urteilsunfähigkeit einhergehen (z. B. Enzephalopathien, delirante Zustände oder bei Intoxikation) sind ebenfalls häufig. Bei diesen Patientinnen ist eine Evaluation der Urteilsfähigkeit sinnvoll.

In der Notfallsituation stehen Massnahmen zur Erhöhung der Überlebenschancen, Reduktion von Folgeschäden und Linderung der Symptome im Vordergrund und für eine Evaluation der Urteilsfähigkeit fehlt in der Regel die Zeit. Sofern kein entgegenstehender Willen bekannt ist, geht das Behandlungsteam von der Vermutung aus, dass die Patientin die Durchführung der Therapie wünscht.¹³ Sei dies, weil sie die Behandlung akzeptiert und damit vorübergehend angenommen wird, dass sie ihrem Willen entspricht, oder weil sie offensichtlich urteilsunfähig ist und gemäss ihrem mutmasslichen Willen gehandelt wird.

Sobald sich der Zustand der Patientin stabilisiert hat, muss die Urteilsfähigkeit evaluiert werden, wenn diesbezüglich Zweifel bestehen. Wenn die Patientin eine vorgeschlagene Behandlung ablehnt, muss das Team in Betracht ziehen, dass die Ablehnung Symptom der Grunderkrankung, Ausdruck von Ängsten oder Überforderung der Patientin sein kann. Die Fähigkeit, der Entscheidungssituation eine persönliche und angemessene Bedeutung beizumessen (Wertungsfähigkeit), hat in dieser Situation ein besonderes Gewicht.

Die Evaluation wird in Situationen der Notfall- und Intensivmedizin durch verschiedene Faktoren erschwert. Oft besteht Zeitdruck und Entscheidungen müssen rasch getroffen werden. Es ist vielfach nicht möglich, die Patientin detailliert aufzuklären oder ihr Zeit einzuräumen, sich vertieft mit verschiedenen Behandlungsoptionen auseinanderzusetzen und eventuell auch den Rat von Drittpersonen einzuholen, bevor die Ärztin ihr Verständnis der Situation evaluiert. Zudem kennt die Ärztin die Patientin in der Regel nicht und kann deshalb nicht auf

¹³ Vgl. Art. 379 ZGB: «In dringlichen Fällen ergreift die Ärztin oder der Arzt medizinische Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person.»

eine bestehende therapeutische Beziehung zurückgreifen, die es ihr erlauben könnte, die Bedürfnisse der Patientin einzuordnen und sie in einem weiteren Kontext zu stellen.

In der Akutsituation kann es auch vorkommen, dass die Patientin, die sofortige Symptomerleichterung wünscht, eine Behandlung akzeptiert, die nicht mit ihren vorgängig geäusserten Willen im Einklang steht. Das Behandlungsteam muss berücksichtigen, dass die Urteilsfähigkeit durch körperliche Symptome beeinträchtigt sein kann. Behandlungsoptionen sollten daher vor allem besprochen werden, wenn Patientinnen klinisch stabil und relativ beschwerdefrei sind; dann ist auch die initial beschlossene Behandlung zu re-evaluieren.

Bei Patientinnen mit chronischen Erkrankungen, bei denen akute Verschlechterungen und Komplikationen zu erwarten sind, kann der Zustand der noch vorhandenen Urteilsfähigkeit genutzt werden, um vorausschauend Therapieoptionen zu diskutieren und ggf. im Sinne einer gesundheitlichen Vorausplanung festzulegen.

Bestimmte Therapien beeinflussen die kognitiven Fähigkeiten oder die Kommunikationsfähigkeiten (z. B. Sedativa, andere psychotrope Medikamente, Intubation). Werden solche Therapien eingesetzt, darf das Behandlungsteam daraus nicht automatisch folgern, dass die Patientin urteilsunfähig ist. Vielmehr muss es für jede anstehende Entscheidung deren Urteilsfähigkeit abklären. Dafür sind die bestmöglichen Rahmenbedingungen vorzusehen. Dies erfolgt durch eine an die Situation adaptierte Kommunikation, das Ausschliessen oder Vermindern von Störfaktoren und den Zuzug unterstützender Angehöriger.

3.5. Patienten mit psychischen Störungen

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit bei Personen mit psychischen Störungen orientiert sich an denselben Grundsätzen wie bei allen anderen Patienten in der Medizin. Grundsätzlich gilt die Vermutung der Urteilsfähigkeit, und eine Evaluation der Urteilsfähigkeit ist nur angezeigt, wenn begründbare Zweifel an dieser aufkommen.

Die Mehrheit von Patienten mit psychischen Störungen ist in der Regel hinsichtlich behandlungsrelevanter Entscheide urteilsfähig.¹⁴ Innerhalb der diagnostischen Gruppen besteht jedoch eine grosse Heterogenität bezüglich der für selbstbestimmtes Entscheiden relevanten mentalen Fähigkeiten. Es kann in den jeweiligen diagnostischen Gruppen sowohl Personen mit erhaltener als auch mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit hinsichtlich bestimmter Entscheidungen (z. B. Zustimmung zu einer indizierten Behandlung) zu einem bestimmten Zeitpunkt geben.

Je nach Art der psychischen Störung können unterschiedliche für selbstbestimmtes Entscheiden relevante mentale Fähigkeiten mehr oder weniger lang beeinträchtigt sein. Beispielsweise sind bei affektiven Störungen wie depressiven oder bipolaren Störungen typischerweise emotionale oder motivationale Faktoren betroffen (Wertungsfähigkeit), während bei einer Schizophrenie und psychotischen Störungen eher kognitive Fähigkeiten eingeschränkt sein können und eine Störung des Realitätsbezugs vorliegen kann (Erkenntnisfähigkeit). Bei wahnhaften Störungen und anderen inhaltlichen Denkstörungen besteht bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit eine besondere Schwierigkeit aufgrund eines allfällig beeinträchtigten Realitätsbezugs oder ggf. bedingt durch Krankheitsprozesse bestehende Unkorrigierbarkeit (Erkenntnisfähigkeit).¹⁵

¹⁴ Vgl. Okai et al. 2007.

¹⁵ Vgl. Appelbaum, Grisso 1988.

Die werte- und situationsabhängige Einschätzung der Urteilsfähigkeit ist anspruchsvoll. Vor allem darf die Urteilsfähigkeit nicht nur aufgrund einer Behandlungsverweigerung des Patienten angezweifelt werden.

Der Patient soll über das Ergebnis der Evaluation informiert werden, sodass er die Chance hat, sich gegen eine als ungerechtfertigt erachtete Beurteilung zu wehren. Festzuhalten ist, dass Urteilsunfähigkeit rechtlich keine Voraussetzung für eine Fürsorgerischen Unterbringung (FU)¹⁶ gemäss Art. 426 ff. ZGB ist. Entscheidend ist, ob eine nicht anders abwendbare ernsthafte Selbstgefährdung vorliegt.¹⁷ Hingegen ist die Anordnung einer Behandlung ohne Zustimmung bei Patienten in FU gemäss Art. 434 ZGB durch den Chefarzt nur dann erlaubt, wenn der betroffene Patient in Bezug auf die konkrete Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig ist.¹⁸

3.6. Patientinnen mit Demenz¹⁹ und anderen Hirnleistungsstörungen

Hirnleistungsstörungen, seien sie progredient verlaufend oder stabil, erworben oder angeboren, äussern sich zumeist in kognitiven Einschränkungen, in Verhaltensstörungen (inklusive Selbst- oder Fremdgefährdung) sowie in Planungs- und Wahrnehmungsstörungen. Hinweise auf kognitive Probleme können von der Patientin selbst oder den Angehörigen stammen, die Symptome können aber auch der behandelnden Ärztin auffallen und eine Evaluation der Urteilsfähigkeit nahelegen. Auch in diesen Situationen gilt die Vermutung der Urteilsfähigkeit und ob Urteilsunfähigkeit vorliegt muss situations- und zeitbezogen beurteilt werden. Während Urteilsfähigkeit beispielsweise der demenzkranken Person für einfache Eingriffe und Betreuungsmassnahmen, Essenswünsche etc. noch vorhanden sein kann, kann sie für komplexere Angelegenheiten und solche von grosser Tragweite fehlen. Abhängig vom Ausmass der Hirnleistungsstörungen können die mentalen Einschränkungen jedoch so weitgehend sein (z. B. Vorliegen einer schweren Demenz), dass von der Urteilsunfähigkeit ausgegangen werden kann.

Die Evaluation der Urteilsfähigkeit kann bei Patientinnen mit Hirnleistungsstörungen durch Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung und sprachlichen Ausdrucksfähigkeit erschwert sein. Durch einfache und kurze Sätze und das Vermindern von ablenkenden Umgebungsfaktoren etc. kann die Entscheidungsfähigkeit gefördert werden. Es empfiehlt sich, kritische Fragen mehrmals auf verschiedene Weise zu wiederholen, um damit auch die Konsistenz der Antworten beurteilen zu können (Erkenntnisfähigkeit, Willensbildungs- und Umsetzungsfähigkeit). Wahrnehmungs- und Kommunikationsmöglichkeiten (z. B. Hörgerät, Brille) der Patientin müssen unterstützt werden, soweit sie dies will.

In bestimmten Situationen ist es sinnvoll, zunächst das für die kognitiven Fluktuationen verantwortliche medizinische Grundproblem (z. B. Delir) zu behandeln, bevor die Urteilsfähigkeit evaluiert wird. Eine Überprüfung der Medikamentendosierung oder –zusammensetzung kann hilfreich sein. Zu achten ist auch auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Behandlung von Schmerzen und eine reizarme Umgebung.

¹⁶ Dies gilt analog für die Zurückbehaltung freiwillig eingetretener Patienten gemäss Art. 427 ZGB.

¹⁷ Voraussetzung für die Anordnung einer FU ist das Vorliegen eines Schwächezustands (psychische Störung, geistige Behinderung oder schwere Verwahrlosung), der eine Behandlung oder Betreuung erforderlich macht, die nicht anders als mittels einer FU in einer geeigneten Einrichtung erfolgen kann (individuelles Schutzbedürfnis). Die unzumutbare Belastung der Angehörigen oder weiterer Drittpersonen kann ein zusätzliches wichtiges Kriterium für die Anordnung einer FU sein; für sich genommen rechtfertigt sie jedoch keine FU.

¹⁸ Vgl. ausführlich «Zwangsmassnahmen in der Medizin», medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2015).

¹⁹ Zur Definition von *Demenz*, vgl. «Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz», medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2017), Kap. 2 (Begriffsdefinition und Stadieneinteilung).

3.7. Patienten in Palliative Care

Bei Patienten in Palliative Care kann die Evaluation der Urteilsfähigkeit dadurch erschwert sein, dass die Konzentrationsfähigkeit des Patienten, ihre Reflexionsfähigkeit und die Möglichkeit, sich auszudrücken, schwanken. Ein (vorübergehender) Zustand der Verwirrtheit, aber auch Fatigue oder rasche Ermüdbarkeit können zu solchen Schwankungen führen. Aus diesem Grund kann es hilfreich sein, bestimmte Situationen vorzubesprechen und zu klären, wenn der Zustand des Patienten solche Gespräche besser erlaubt.

Die Angehörigen sind manchmal sehr präsent und stark involviert in die Behandlung des Patienten. Es besteht das Risiko, dass die Behandelnden den Willen des Patienten zu wenig beachten oder zu wenig abklären und stattdessen mit den Angehörigen sprechen. Das Betreuungsteam hat dann die Tendenz, sich so zu verhalten, als wäre der Patient urteilsunfähig oder zumindest eingeschränkt in seiner Urteilsfähigkeit. Die Gründe für dieses Verhalten können vielfältig sein: zum Beispiel das Bedürfnis, dem bereits geschwächten Patienten eine mühsame und ermüdende Diskussion zu ersparen; eine Arbeitserleichterung, wenn es rascher geht oder einfacher ist mit den Angehörigen zu sprechen (z. B. über eine aussichtslose Prognose); aber auch die Schwierigkeit für das Behandlungsteam, sich den Wünschen der Angehörigen zu widersetzen. Falls Angehörige die Aufklärung des Patienten über seinen Zustand oder dessen Einbezug in die Behandlungsplanung ablehnen, sollte das Behandlungsteam die Motive und Gründe für die Ablehnung eruieren. Sodann ist das Recht des Patienten auf Information und auf eine selbstbestimmte Entscheidung zu erläutern.

Durch eine patienten-zentrierte Versorgung kann das Behandlungsteam zur Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten beitragen, insbesondere wenn die Interaktionen mit den Angehörigen vertrauensvoll und konstruktiv sind. Wenn es sinnvoll ist, soll die vorgeschlagene medizinische Betreuung die Möglichkeit des Behandlungsverzichts als Behandlungsalternative mit einschliessen. Dies setzt voraus, dass die Behandelnden sich über ihre eigenen Werte und Haltungen in Bezug auf schwere Krankheiten und deren Folgen bewusst sind. Wenn ein Patient die Kraft zur Entscheidung nicht aufbringen kann oder will, impliziert dies nicht, dass er urteilsunfähig ist. Patienten können sich Behandlungsempfehlungen Dritter zu eigen machen und diese stillschweigend akzeptieren. Sie haben jederzeit das Recht, seine Meinung wieder zu ändern.

3.8 Evaluation der Urteilsfähigkeit bei Patientinnen mit Wunsch nach Suizidhilfe²⁰

Es kommt vor, dass eine Patientin den Wunsch nach Suizidhilfe äussert und die Ärztin bittet die Urteilsfähigkeit zu bestätigen. Angesichts der grossen Tragweite des Entscheids ist besonders sorgfältig zu evaluieren, ob eine Depression oder andere psychische Störung vorliegt und falls ja, ob diese zur Urteilsunfähigkeit im Hinblick auf den Suizidwunsch führt.

Die Ärztin sieht sich in dieser Situation mit einer Anfrage konfrontiert, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit ihrem therapeutischen Auftrag steht. Die Ärztin muss für sich selbst entscheiden, ob die Übernahme einer solchen Aufgabe mit ihrem berufsethischen Selbstverständnis vereinbar ist. Bei Befangenheit aufgrund persönlicher Wertvorstellungen muss sie die Anfrage ablehnen.

²⁰ Vgl. «Umgang mit Sterben und Tod». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2018).

III. Anhang

1. Rechtliche Grundlagen

Urteilsfähigkeit wird im schweizerischen Zivilgesetzbuch in Artikel 16 wie folgt definiert: «Urteilsfähig im Sinne des Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.»

Das Gesetz definiert somit nicht die Urteilsfähigkeit im positiven Sinne, sondern die Ausnahme davon, nämlich die *Urteilsunfähigkeit*. Die doppelte Negation, die in dieser Definition enthalten ist, unterstreicht die *Urteilsfähigkeit als Normalzustand*. Entsprechend muss derjenige, der die *Urteilsunfähigkeit* einer Person behauptet, z. B. der Arzt, diese in der Regel auch beweisen (Art. 8 ZGB). Für den Beweis genügt eine überwiegende Wahrscheinlichkeit.²¹ Erst wenn eine dauernde, offensichtliche und unbestrittene Beeinträchtigung der mentalen Fähigkeiten eines Patienten vorliegt, gilt nicht mehr die Vermutung der Urteilsfähigkeit, sondern darf davon ausgegangen werden, dass die Person im Allgemeinen *urteilsunfähig* ist.²²

In bestimmten Situationen wird allerdings spezialgesetzlich eine positive Feststellung (Sterilisation²³) oder explizite Abklärung der Urteilsfähigkeit (Lebendorganspende²⁴) verlangt. Die Abklärung ist zu dokumentieren. Empfohlen durch medizin-ethische Richtlinien und Rechtsprechung wird die besonders sorgfältige Abklärung und Dokumentation der Urteilsfähigkeit im Hinblick auf Suizidhilfe, Einschluss in ein Forschungsprojekt, wenn die Urteilsfähigkeit fraglich ist, sowie bei der medizinischen Behandlung ohne Zustimmung im Rahmen einer fürsorglichen Unterbringung nach ZGB Art. 434.

Auch beim Abfassen einer Patientenverfügung wird Urteilsfähigkeit gefordert.²⁵ Das Thema der Urteilsfähigkeit nimmt beim Verfassen einer Patientenverfügung deshalb eine besondere Stellung ein, weil die Person ihren Willen für einen Zeitpunkt in der Zukunft vorausverfügt, zu dem sie nicht mehr urteilsfähig sein wird. Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit zum Verfassen einer Patientenverfügung unterscheidet sich nicht grundsätzlich von anderen Situationen, in denen die Urteilsfähigkeit von Patienten beurteilt wird. Auch hier gilt eine Person grundsätzlich als urteilsfähig, und die Urteilsfähigkeit wird nur dann evaluiert, wenn der Verfasser selbst dies wünscht (z. B. weil sie an Demenz erkrankt ist) oder wenn begründbare Zweifel an ihrer Urteilsfähigkeit bestehen. Retrospektiv ist diese Beurteilung jedoch nicht immer ein-

²¹ Vgl. Widmer Blum 2010.

²² Vgl. ebd. mit Hinweis auf BGer 5C.193/2004, E. 4.1.

²³ Vgl. Art. 5 SterilisationsG: ¹ Die Sterilisation einer über 18-jährigen urteilsfähigen Person darf nur vorgenommen werden, wenn diese über den Eingriff umfassend informiert worden ist und diesem frei und schriftlich zugestimmt hat. ² Wer den Eingriff durchführt, muss in der Krankengeschichte festhalten, auf Grund welcher Feststellung er auf die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person geschlossen hat.

²⁴ Vgl. Art. 12 Transplantationsgesetz: Organe, Gewebe oder Zellen dürfen einer lebenden Personen entnommen werden, wenn: a. sie urteilsfähig und mündig ist (...); sowie Art. 10 Verordnung zum Transplantationsgesetz:

¹ Einer lebenden Person dürfen Organe, Gewebe oder Zellen nur entnommen werden, wenn eine unabhängige und in solchen Abklärungen erfahrene Fachperson sich vergewissert hat, dass die Spende freiwillig und unentgeltlich erfolgt. ² Die Fachperson muss die Abklärung dokumentieren und die Unterlagen getrennt von der Krankengeschichte während zehn Jahren aufbewahren.

²⁵ Vgl. «Patientenverfügungen». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2009, aktualisiert 2013), S. 7: «Der Verfasser einer Patientenverfügung muss in der Lage sein, die Tragweite der Patientenverfügung zu verstehen und er muss so weit wie möglich abschätzen können, welche Folgen diese in einem bestimmten Krankheitszustand hätte.» Eine Patientenverfügung ist dann gültig, wenn sie in schriftlicher Form vorliegt und von einer urteilsfähigen Person eigenhändig unterschrieben wurde. Eine Patientenverfügung muss grundsätzlich umgesetzt werden, ausser wenn sie gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder dem mutmasslichen Willen des Patienten (noch) entspricht.

fach. Eine Bestätigung der Urteilsfähigkeit durch eine Drittperson, die bereits beim Abfassen vorliegt, kann in spezifischen Situationen (z. B. bei Widerstand in der Familie) hilfreich sein.

Die gesetzliche Umschreibung der Urteilsfähigkeit in Art. 16 ZGB enthält einerseits *subjektive Elemente, nämlich die Fähigkeit vernunftgemässen Handelns*, andererseits setzt sie das *Fehlen objektivierbarer physiologischer bzw. psychischer Ursachen*, die die Urteilsfähigkeit beeinträchtigen können, voraus.

Die *subjektive Fähigkeit*, vernunftgemäss zu handeln, beinhaltet nach Lehre und Rechtsprechung zwei Teilaspekte: Die Fähigkeit, sich einen vernünftigen Willen zu bilden (*Willensbildungsfähigkeit*) einerseits, und die Fähigkeit, entsprechend diesem Willen zu handeln (*Willensumsetzungsfähigkeit*) andererseits.²⁶ Willensbildungsfähigkeit und Willensumsetzungsfähigkeit setzen wiederum verschiedene Teilfähigkeiten voraus, nämlich die verstandesmäßige Einsicht, die Fähigkeit aufgrund von Lebenserfahrung die Realität zu erfassen und Entscheide lebenspraktisch einschätzen zu können, die Bildung und Abwägung nachvollziehbarer Motive, die Motivkontrolle sowie die Fähigkeit zur Willensbildung und -umsetzung.

Die vom Gesetz genannten *objektiven Ursachen (Kindesalter, psychische Störung und geistige Behinderung, Rausch oder ähnliche Zustände)* haben keine absolute Geltung. So kann beispielsweise in Bezug auf das Kindesalter nicht von einer fixen Altersgrenze für Urteilsfähigkeit ausgegangen werden; Kinder entwickeln sich unterschiedlich. In der Literatur werden als grobe Orientierung folgende Lebensalter angegeben: im Bereich geringfügiger medizinischer Entscheidungen ist ein Mindestalter von 7 Jahren angemessen, für einfache Eingriffe gelten 12 Jahre und für komplexe bzw. über einen längeren Zeitraum dauernde Behandlungen werden 16 Jahre als Richtschnur angegeben. Den *psychischen Störungen* werden psychiatrische Krankheitsbilder (Psychosen oder Psychopathien), aber auch Erkrankungen wie Demenz oder Suchterkrankungen, zugeordnet. Mit einer *geistigen Behinderung* sind angeborene oder unfallbedingte kognitive Einschränkungen gemeint.

Aber auch schwere somatische Krankheiten oder schwere Schockzustände können die Urteilsfähigkeit beeinträchtigen. Bei diesen objektiven Ursachen ist nicht deren Vorhandensein entscheidend, sondern die Frage, ob und wie sie sich im konkreten Einzelfall auf die Fähigkeiten auswirken, die Voraussetzungen der Urteilsfähigkeit sind. Mit *Rausch* sind Beeinträchtigungen (z. B. durch Alkohol, Drogen oder Medikamente) angesprochen, die die Urteilsfähigkeit vorübergehend beeinträchtigen können. Als *ähnlich* werden sonstige Zustände bezeichnet, die die Urteilsfähigkeit beeinträchtigen können (z. B. Schockzustand, Delir etc.).

Urteilsfähigkeit wird nicht allgemein beurteilt, sondern immer im Hinblick auf eine konkrete Willensäusserung und eine bestimmte Entscheidung. Die betreffende Person muss zum Zeitpunkt der Willensäusserung und in Bezug auf die konkrete zu entscheidende Frage urteilsfähig sein (*zeitliche und sachliche Relativität der Urteilsfähigkeit*). Das Bundesgericht formuliert dies wie folgt: «Zu beachten ist ferner, dass das schweizerische Recht keine abstrakte Feststellung der Urteilsunfähigkeit kennt. Das Gericht hat vielmehr stets zu prüfen, ob die fragliche Person im konkreten Fall, das heisst im Zusammenhang mit einer bestimmten Handlung oder bei der Würdigung bestimmter tatsächlicher Gegebenheiten als urteilsfähig gesehen werden kann.»²⁷

In *zeitlicher* Hinsicht bedeutet, dass die betreffende Person nur Zeitpunkt der Willensäusserung urteilsfähig sein muss. So können beispielsweise manche Demenzformen (z. B. Lewy-Body-Demenz, vaskuläre Demenz) mit erheblichen kognitiven Schwankungen einhergehen.

²⁶ Vgl. Bucher 1976, N 42 ff. zu Art. 16 ZGB, zitiert nach Aebi-Müller 2017.

²⁷ BGE 118 Ia 236 E. 2b; BGE 117 II 23 E. 2a.

Für die Abklärung der Urteilsfähigkeit muss ein Zeitpunkt und ein Setting gewählt werden, in dem sich die Patientin in bestmöglicher Verfassung befindet und sich wohl fühlt. Erstreckt sich eine Behandlung über einen längeren Zeitraum oder liegen Information über die geplante Behandlung und deren Durchführung zeitlich weit auseinander, genügt es nicht, wenn Urteilsfähigkeit nur zu Beginn (Zeitpunkt der Information oder Start der Behandlung) vorhanden ist.

Relativität der Urteilsfähigkeit in *sachlicher* Hinsicht bedeutet, dass die betreffende Person im Hinblick auf die konkrete Entscheidung urteilsfähig sein muss. Das heisst, je nach Komplexität oder Tragweite der Situation kann eine Person urteilsfähig sein oder nicht. So ist es möglich, dass ein Patient mit leichter Demenz sich noch urteilsfähig zu pflegerischen Massnahmen, Essenswünschen etc. äussern kann, aber nicht mehr in der Lage ist, sich zu komplexeren medizinischen Entscheidungen oder solchen von hoher Tragweite zu äussern.

Von der Urteilsfähigkeit abzugrenzen ist die *Rechtsfähigkeit und die Handlungsfähigkeit*. Gemäss Art 11 Abs. 1 ZGB ist jede Person rechtsfähig, d.h. Trägerin von Rechten und Pflichten (Rechtsfähigkeit). Voll handlungsfähig, d.h. in der Lage durch das eigene Handeln rechtliche Wirkungen auszulösen, sind allerdings erst volljährige²⁸ Personen, die urteilsfähig sind (Art. 13 ZGB). Kinder und Jugendliche, die jünger als 18 Jahre sind, sind daher nie voll handlungsfähig. Sind sie aber urteilsfähig, können ihre Handlungen gewisse Rechtswirkungen auslösen (beschränkte Handlungsunfähigkeit). So können sie insbesondere höchstpersönliche Rechte wahrnehmen. Für die Einwilligung in eine medizinische Behandlung genügt Urteilsfähigkeit. Daher muss der urteilsfähige Minderjährige immer selber in eine Behandlung einwilligen, eine Vertretung durch die Eltern ist nicht mehr zulässig. Weniger klar ist die Frage, ob der urteilsfähige Minderjährige selber den Vertrag mit dem Spital oder Arzt abschliessen kann, da der Abschluss von Verträgen grundsätzlich volle Handlungsfähigkeit voraussetzt. Die herrschende Lehre geht jedoch davon aus, dass urteilsfähige Minderjährige in diesem höchstpersönlichen Bereich selbständig einen Vertrag abschliessen können (z. B. Schwangerschaftsverhütung).

Ist ein *Patient* für die konkret in Frage stehende medizinische Behandlung *urteilsunfähig*, so kann er nicht selbständig in die Behandlung einwilligen oder diese gültig verweigern.²⁹ Er bedarf der Vertretung, wenn nicht eine gültige, hinreichend konkrete Patientenverfügung vorliegt, die direkt angewandt werden kann. Vorbehalten sind dringliche medizinische Entscheide, wenn im Interesse des Patienten nicht zugewartet werden kann, bis der Vertreter entschieden hat; hier ist (ausnahmsweise) der Arzt befugt, nach dem mutmasslichen Willen und den objektiven Interessen des Patienten zu handeln.

Die Frage, wer den *urteilsunfähigen* Patienten vertritt, ist gesetzlich in Art. 378 ZGB im Sinne einer *Stufenfolge der vertretungsberechtigten Personen* (Kaskadenordnung) geregelt: (1) die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person; (2) der von der Erwachsenenschutzbehörde eingesetzte Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen; (3.) wer als Ehegatte, eingetragener Partner oder eingetragener Partner einen gemeinsamen Haushalt mit der *urteilsunfähigen* Person führt oder ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet; (4) die Person, die mit der *urteilsunfähigen* Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet; (5) die Nachkommen, wenn sie der *urteilsunfähigen* Person regelmässig und persönlich Beistand leisten; (6) die Eltern, wenn sie der *urteilsunfähigen* Person regelmässig und persönlich Beistand leisten; (7) die Geschwister, wenn sie der *urteilsunfähigen* Person regelmässig

²⁸ Gemäss Art. 14 ZGB sind Personen mit dem vollendeten 18. Altersjahr volljährig.

²⁹ Vgl. hierzu auch Aebi-Müller 2017.

und persönlich Beistand leisten. Ist kein Vertreter entsprechend dieser gesetzlichen Regelung vorhanden, können sich mehrere gleichberechtigte Vertreter (z. B. mehrere Nachkommen) nicht einigen oder sind die Interessen des Patienten sonstwie gefährdet, ist die *Erwachsenenschutzbehörde* zu informieren.

Der gesetzliche Vertreter ist gehalten, so zu entscheiden, wie der Patient dies für sich selber tun würde, wäre sie urteilsfähig (mutmasslicher Wille). Nur wenn keine Anhaltspunkte für den *mutmasslichen Willen* bestehen, ist nach den objektiven Interessen, d.h. gemäss medizinischer Indikation zu entscheiden. Ist der urteilsunfähige Patient bei Bewusstsein, so ist er, soweit möglich, in die Entscheidungsfindung einzubeziehen (sog. *Partizipationsrecht*).

Nach Art. 377 ZGB hat der behandelnde Arzt einen *Behandlungsplan* zu erstellen und die Vertreterin über die vorgesehene medizinische Massnahme, deren Gründe, Zweck, Art, Modalitäten, Risiken, Nebenwirkungen und Kosten, über Folgen eines Unterlassens der Behandlung sowie über allfällige alternative Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, damit der Vertreter an Stelle des Patienten einen aufgeklärten Entscheid treffen kann.

2. Evaluation der Urteilsfähigkeit

Die Frage, wie Urteilsfähigkeit am besten evaluiert werden soll, ist Gegenstand kontroverser Diskussionen. So gibt es unterschiedliche Auffassungen, wie stark kognitive Elemente gewichtet werden sollten.³⁰ Auch ob technische Untersuchungen, wie etwa bildgebende Verfahren, in die Bewertung einfließen oder sie gar ersetzen können, wird thematisiert. Die Richtlinien selbst gehen nicht vom Konzept aus, die Urteilsfähigkeit sei einen objektiv feststellbaren Befund. Vielmehr wird die Urteilsfähigkeit definiert als ein reflektiertes Werturteil des Evaluierenden, das sich auf empirischen Fakten zum Denken und Fühlen des Patienten stützt. Aus dieser Perspektive können technische Untersuchungsbefunde allenfalls eine ergänzende Rolle spielen, indem sie ein besseres Verständnis der mentalen Vorgänge ermöglichen.

2.1. Instrumente

Instrumente zur Evaluation der Urteilsfähigkeit beziehen sich vorwiegend auf das amerikanische Rechtssystem und liegen zumeist in englischer Sprache vor.³¹ Die Instrumente decken in der Regel Erkenntnis-, Wertungs- und Willensbildungsfähigkeit, zum Teil auch die Willensumsetzungsfähigkeit ab.³² Während die Erkenntnisfähigkeit zumeist als Informationsverständnis abgeprüft wird, bleiben die Bereiche des Wertens und Entscheidens vielfach ohne klare Konzeptualisierung und Anleitung zur Umsetzung in der Praxis. Die Umsetzung der Wertungsfähigkeit ist eher unscharf und wird unterschiedlich thematisiert; bei der Willensbildungsfähigkeit stehen zumeist logische, rationale Erwägungen im Vordergrund. Die Willensumsetzungsfähigkeit wird, wenn überhaupt, als Fähigkeit, eine Wahl zu äussern, geprüft.³³ In der Regel handelt es sich um strukturierte oder semi-strukturierte Interviews, in denen Patientinnen mit ihrer eigenen Therapieentscheidung konfrontiert werden. Die Verwendung von Vignetten ist kritisch zu sehen, da diese der Erfordernis des Bezugs auf die spezifische Entscheidungssituation der Patientin nicht gerecht werden.³⁴ Die benötigte Zeit für die Evaluation variiert zwischen 10 und 90 Minuten.

³⁰ Vgl. Hermann et al. 2016.

³¹ Vgl. Lamont et al. 2013.

³² Im englischsprachigen Raum gebräuchlich sind die Begriffe «Understanding», «Appreciation», «Reasoning» und «Evidencing a Choice». Sie entsprechen weitgehend den in der Schweizer Rechtslehre gebräuchlichen Begriffen «Erkenntnisfähigkeit», «Wertungsfähigkeit», «Willensbildungsfähigkeit» und «Willensumsetzungsfähigkeit».

³³ Vgl. Lamont et al. 2013.

³⁴ Vgl. z. B. Silberfeld et al. 1993.

Von den spezifischen Evaluationsinstrumenten zu unterscheiden sind (Kurz-)Tests, namentlich der *Mini Mental Status Examination (MMSE)*, bei welchem es sich lediglich um ein Screening für Demenz und nicht um ein Instrument zur Evaluation der Urteilsfähigkeit handelt. Wie sich in Studien gezeigt hat, kann der MMSE die Urteilsfähigkeit nicht erfassen.³⁵

Das Instrument, das international die weiteste Verbreitung gefunden hat und als einziges als publiziertes Manual vorliegt, ist das *MacArthur Competence Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T)*.³⁶ Das MacCAT-T stellt einen Interviewleitfaden bereit, anhand dessen die Fähigkeiten der Patientin erfasst und anhand einer vorgegebenen Rating Skala bewertet werden. Es wird als das umfassendste Instrument mit den überzeugendsten psychometrischen Eigenschaften erachtet. Dennoch wird betont, dass es nur eine Hilfe für den Evaluationsprozess darstelle und das klinische Urteil nicht ersetzen.³⁷ Informationen zu weiteren Instrumenten werden bei Lamont et al. (2013) bereitgestellt. Hervorzuheben ist insbesondere auch der sog. Silberfeld-Questionnaire.³⁸

Allen Instrumenten gemeinsam ist, dass primär kognitive Faktoren evaluiert werden. Zurückzuführen ist dies auch auf rein pragmatische Überlegungen; die Fähigkeiten jenseits von Informationsverständnis und Bekanntgabe sind schwer zu operationalisieren und sie weisen eine relativ geringe Urteilsübereinstimmung auf.³⁹ Zwar bringen durch den Fokus auf kognitive Faktoren viele dieser Instrumente den Vorteil einer standardisierten, nachvollziehbaren Erfassung mit sich, sie vernachlässigen aber emotionale, intuitive Faktoren und Werthaltungen. Kritisiert wird, dass die eher «mechanistische» Vorgehensweise sowohl die Komplexität der Beurteilung als auch relevante Beziehungsaspekte in der Entscheidungsfindung nicht adäquat abbilde.⁴⁰ Das stark an Formvorgaben orientierte Vorgehen kann zudem eine Pseudo-Objektivität vortäuschen und dazu führen, dass ethisch-normative Überlegungen zu wenig berücksichtigt werden.

2.2. U-Kit-Formular zur Evaluation und Dokumentation der Urteilsfähigkeit⁴¹

Das U-Kit⁴² hat die Kritik eines kognitivistischen Zugangs vieler gebräuchlicher Instrumente aufgenommen. Anstelle eines Instruments zur Messung der für die Urteilsfähigkeit relevanten Fähigkeiten, stellt das U-Kit – in Übereinstimmung mit den Grundsätzen – einen Kriterienkatalog für die Begründung der Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit zur Verfügung.

Zum U-Kit gehört ein Formular, das flexibel eingesetzt werden kann, als Gedankenstütze, als Entscheidungshilfe aber auch als Diskussions- und/oder Dokumentationsvorlage. Ergänzt wird das Formular durch ein ausführlicheres Manual und Leitfragen. Das Formular ist jedoch selbsterklärend und kann unabhängig von den weiteren Elementen genutzt werden. Neben kognitiven Faktoren werden auch emotionale, intuitive Faktoren, biografisches Wissen und Werthaltungen berücksichtigt. Durch das Ausfüllen soll eine selbstkritische Reflexion des Beurteilenden angeregt werden (Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit).

³⁵ Vgl. Fassassi et al. 2009.

³⁶ Vgl. Appelbaum, Grisso 1988. Eine deutsche Übersetzung wird bei Vollmann 2008 bereitgestellt.

³⁷ Vgl. Dunn et al. 2006.

³⁸ Vgl. Silberfeld et al. 1993.

³⁹ Vgl. Breden, Vollmann 2004.

⁴⁰ Vgl. Breden, Vollmann 2004.

⁴¹ Der Dokumentationsbogen wurde als Teil des vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Forschungsprojekts «Assessing decision-making incapacity at the end of life» am Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich entwickelt und evaluiert, vgl. www.nfp67.ch/en/projects/module-3-regulations-proposals-action/project-biller-andorno

⁴² Vgl. www.ibme.uzh.ch/de/ethik/forschung/ukit.html

2.3. Literatur

Aebi-Müller R.

Der urteilsunfähige Patient – eine zivilrechtliche Auslegeordnung. Jusletter 22. September 2017.

Appelbaum PS, Grisso T.

Assessing patients' capacities to consent to treatment. N Engl J Med. 1988; 319: 1635–8.

Breden TM, Vollmann J.

The cognitive based approach of capacity assessment in psychiatry: a philosophical critique of the MacCAT-T. Health Care Anal. 2004; 12: 273–83; discussion 265–72.

Bucher E.

Berner Kommentar zum Schweiz. Privatrecht, Band I: Einleitung und Personenrecht, 2. Abteilung: Die natürlichen Personen, 1. Teilband: Kommentar zu den Art. 11-26 ZGB, Bern 1976.

Dunn LB, Nowrangi MA, Palmer BW, Jeste DV, Saks ER.

Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: a review of instruments. Am J Psychiatry. 2006; 163: 1323–34.

Fassassi S, Bianchi Y, Stiefel F, Waeber G.

Assessment of the capacity to consent to treatment in patients admitted to acute medical wards. BMC Med Ethics. 2009; 10–15.

Hermann H, Trachsel M, Elger BS, Biller-Andorno N.

Emotion and Value in the Evaluation of Medical Decision-Making Capacity: A Narrative Review of Arguments. Front Psychol. 2016; 7–765.

Hermann H, Trachsel M, Mitchell C, Biller-Andorno N.

Medical decision-making capacity: Knowledge, attitudes, and assessment practices of physicians in Switzerland. Swiss Medical Weekly 144:w14039, 2014.

Lamont S, Jeon YH, Chiarella M.

Assessing patient capacity to consent to treatment: An integrative review of instruments and tools. J Clin Nurs. 2013; 22: 2387–403.

Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M.

Mental capacity in psychiatric patients: Systematic review. Br J Psychiatry. 2007; 191: 291–7.

Silberfeld M, Nash C, Singer PA.

Capacity to complete an advance directive. J Am Geriatr Soc. 1993; 41: 1141–3.

Vollmann J.

Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik. Kohlhammer, Stuttgart 2008.

Wasserfallen JB, Stiefel F, Crespo A.

Appréciation de la capacité de discernement des patients: procédure d'aide à l'usage des médecins. Schweiz Ärztztg. 2004; 85(3233): 1701–1704.

Widmer Blum, CL.

Urteilsunfähigkeit, Vertretung und Selbstbestimmung – insbesondere: Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag, Dissertation, Zürich 2010.

IV. Hinweise zur Ausarbeitung dieser Richtlinien

Auftrag

Im September 2015 hat die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW eine Subkommission mit der Ausarbeitung von medizin-ethischen Empfehlungen zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit beauftragt.

Verantwortliche Subkommission

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno, Ethik, Zürich (Vorsitz)
Prof. Dr. med. Thomas Bischoff, Hausarztmedizin, Lausanne
Juliette Bonsera, Pflege/Rehabilitation, Basel
Susanne Brauer, PhD, Ethik, Zürich (ZEK-Vizepräsidentin)
Prof. Dr. iur. Andrea Büchler, Recht, Zürich
Prof. Dr. med. Christophe Büla, Medizin, Geriatrie, Lausanne
Dr. med. Marianne Caflisch, Jugendmedizin, Genève
PD Dr. med. Monica Escher, Palliative Care, Genève
Dr. iur. Patrick Fassbind, Recht, Bern
Dr. sc. med. Helena Hermann, Psychologie/Ethik, Zürich
Prof. Dr. med. Christian Kind, Pädiatrie, St. Gallen, (ehem. ZEK-Präsident SAMW)
Prof. Dr. phil. Andreas Monsch, Psychologie, Basel
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Recht, Bern (SAMW)
Dr. med. Anastasia Theodoridou, Psychiatrie, Zürich
PD Dr. med. Dr. phil. Manuel Trachsel, Psychiatrie/Ethik, Bern

Beigezogene Expertinnen und Experten

Prof. Dr. iur. Regina Aebi-Müller, Luzern
Prof. em. Dr. iur. Dr. h. c. Thomas Geiser, St. Gallen
PD Dr. rer. nat. Julia Haberstroh, Frankfurt am Main
Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf J. Jox, Lausanne
Dr. med. Roland Kunz, Zürich
Ruedi Winet, Pfäffikon

Vernehmlassung

Am 17. Mai 2018 hat der Senat der SAMW eine erste Fassung dieser Richtlinien genehmigt zur Vernehmlassung bei Fachgesellschaften, Organisationen und interessierten Personen.