

# MEDIZIN- ETHISCHE URTEILSFÄHIGKEIT IN DER MEDIZINISCHEN PRAXIS RICHT- LINIEN



Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Académie Suisse des Sciences Médicales  
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche  
Swiss Academy of Medical Sciences

**Herausgeberin**

Schweizerische Akademie  
der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)  
Haus der Akademien  
Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern  
T +41 (0)31 306 92 70  
mail@samw.ch  
www.samw.ch

**Gestaltung**

Howald Fosco Biberstein, Basel

**Druck**

Gremper AG, Basel

**Auflage**

1. Auflage 6000 (Januar 2019)

Alle medizin-ethischen Richtlinien der SAMW sind unter  
[www.samw.ch/richtlinien](http://www.samw.ch/richtlinien) in D/F/E/I verfügbar.

© SAMW 2019

Medizin-ethische Richtlinien

# Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis

Vom Senat der SAMW genehmigt am 29. November 2018.  
Die deutsche Fassung ist die Stammversion.



Der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK empfiehlt seinen Mitgliedern und allen Pflegenden, diese Richtlinien zu achten und anzuwenden.

<b>I. PRÄAMBEL</b>	5
<b>II. RICHTLINIEN</b>	7
<b>1. Geltungsbereich</b>	7
<b>2. Grundsätze</b>	7
2.1. Grundsätzlich wird von Urteilsfähigkeit ausgegangen	7
2.2. Urteilsunfähigkeit ist eine Zuschreibung, die auf ethisch-normativen Überlegungen basiert	7
2.3. Urteilsunfähigkeit wird situations- und zeitbezogen beurteilt	8
2.4. Urteilsfähigkeit setzt bestimmte mentale Fähigkeiten voraus	8
2.5. Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit kann einzig bei signifikant eingeschränkten mentalen Fähigkeiten erfolgen	8
2.6. Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit nur aufgrund unerwarteter Entscheidungen ist unzulässig	8
2.7. Mentale Fähigkeiten der Patientin unterstützen und fördern	9
2.8. Die Tragweite der Entscheidung ist für die Beurteilung relevant	9
2.9. Die Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit angemessen begründen und dokumentieren	9
2.10. Gesellschaftliche und persönliche Werte und Normen sowie Interessenkonflikte reflektieren	9
<b>3. Anwendungsbereiche</b>	10
3.1. Allgemeines	10
3.2. Patientinnen bei der Hausärztin	12
3.3. Kinder und Jugendliche	12
3.4. Patienten mit geistiger Behinderung	14
3.5. Notfall- und intensivmedizinische Patientinnen	14
3.6. Patienten mit psychischen Störungen	15
3.7. Patientinnen mit Demenz und anderen Hirnleistungsstörungen	17
3.8. Patienten in Palliative Care	18
3.9. Patientinnen mit Wunsch nach Suizidhilfe	18



<b>III. ANHANG</b>	20
1. <b>Rechtliche Grundlagen</b>	20
2. <b>Evaluation der Urteilsfähigkeit</b>	24
2.1. Instrumente	25
2.2. U-Doc-Formular zur Evaluation und Dokumentation der Urteilsfähigkeit	26
3. <b>Literatur</b>	27
<b>IV. HINWEISE ZUR AUSARBEITUNG DIESER RICHTLINIEN</b>	28

## I. PRÄAMBEL

---

Die Urteilsfähigkeit ist im medizinischen Alltag von grundlegender Bedeutung. Nur eine urteilsfähige Patientin<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>

Obwohl grundsätzlich von Urteilsfähigkeit ausgegangen wird,<sup>3</sup> 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 nicht gegeben sind und die Betreffende vor möglichen negativen Konsequenzen ihrer Entscheidungen geschützt werden soll.

Urteilsfähigkeit ist kein medizinischer, sondern ein vom Recht her vorgegebener Begriff.<sup>4</sup> Es wird eine Ja-Nein-Entscheidung gefordert – die Patientin ist urteilsfähig mit Blick auf eine bestimmte 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, individuellen Wertvorstellungen oder persönlichen Interessenkonflikten, kann 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. Das Absprechen der Urteilsfähigkeit darf nicht will-

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 Gemäss Art. 16 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». Weitere Ausführungen im Anhang, Kap. 1. «Rechtliche Grundlagen».

kürlich erfolgen, der Entscheid muss sich auf transparente Kriterien stützen und intersubjektiv nachvollziehbar sein.

Studien zeigen, dass Ärztinnen, Pflegefachpersonen und weitere therapeutisch tätige Fachpersonen bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit oft unsicher sind und sich mehr Hilfestellungen wünschen.<sup>5</sup> Viele Richtlinien, Leitlinien und andere klinische Orientierungshilfen nehmen Bezug auf das Konzept der Urteilsfähigkeit, ohne dieses jedoch weiter zu operationalisieren.

Die vorliegenden Richtlinien bieten in diesem Sinne Orientierung für die medizinische Praxis. 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.

<sup>5</sup> Vgl. Lamont et al. 2013; Hermann et al. 2014.



### 1. Geltungsbereich

Die vorliegenden Richtlinien konzentrieren sich auf die Evaluation der Urteilsfähigkeit im medizinischen<sup>6</sup> Kontext.

Die Richtlinien beziehen sich auf das Schweizerische Recht, insbesondere Artikel 16 und die Bestimmungen des Kindes- und Erwachsenenschutzes im Zivilgesetzbuch. Sie wenden sich an Ärzte<sup>7</sup> und weitere im medizinischen Bereich tätige Fachpersonen, die in ihrem klinischen Alltag mit der Evaluation der Urteilsfähigkeit von Patienten befasst sind. Die zuständige medizinische Fachperson ist entsprechend ihren Kompetenzen verantwortlich für das Vorgehen und das Ergebnis der Evaluation. Sie soll den interprofessionellen Austausch im Team suchen und kann weitere Expertise beziehen.

Die Richtlinien setzen keine Standards für gutachterliche Abklärungen mentaler Fähigkeiten oder Zustände, z. B. durch neurologische, psychiatrische oder psychologische Expertise.

### 2. Grundsätze

#### 2.1. Grundsätzlich wird von Urteilsfähigkeit ausgegangen

Eine Person gilt grundsätzlich als urteilsfähig. Die Urteilsfähigkeit wird nur dann systematisch evaluiert, wenn begründbare Zweifel an dieser aufkommen oder die Feststellung aus juristischen Gründen<sup>8</sup> erforderlich ist. Die Patientin ist über die Evaluation zu informieren. 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 Entscheidungsverantwortung abgenommen werden muss.

6 Als *medizinischer Kontext* werden alle Handlungen und Entscheidungen im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung und Betreuung verstanden. Dazu gehört auch die Teilnahme an einem medizinischen Forschungsprojekt.

7 Die Richtlinien der SAMW richten sich an medizinische Fachpersonen (Ärzte, Pflegende und therapeutisch tätige Fachpersonen). Wird eine Richtlinie in die Ständesordnung der FMH aufgenommen, ist sie für FMH-Mitglieder verbindliches Ständesrecht.

8 Vgl. Anhang, Kap. 1. «Rechtliche Grundlagen».

### 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. Urteilsfähigkeit 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:

- **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 Entschluss zu treffen;
- **Willensumsetzungsfähigkeit:** Fähigkeit, diesen Entschluss zu kommunizieren und zu vertreten.

Je komplexer die Entscheidung ist, desto höher sind die Anforderungen an die mentalen Fähigkeiten. Deren angemessene Beurteilung erfordert eine ganzheitliche Betrachtung der Person.

### 2.5. Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit kann einzig 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 Entschluss 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 vertiefte Evaluation sein.

### **2.7. Mentale Fähigkeiten der Patientin unterstützen und 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.

### **2.9. Die Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit angemessen begründen und dokumentieren**

Eine Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit ist durch die beurteilende Person zu begründen. In dieser Begründung muss 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 zugrunde liegenden Argumente sind angemessen zu dokumentieren und der Patientin resp. deren Vertreterin auf Verlangen zugänglich zu machen. Ist die Patientin mit dem Ergebnis der Evaluation nicht einverstanden, kann sie den Einbezug weiterer Fachkompetenz verlangen bzw. eine Zweitmeinung einholen.

### **2.10. Gesellschaftliche und persönliche Werte und Normen sowie Interessenkonflikte 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

Medizinische Handlungen erfordern die Zustimmung des betroffenen urteilsfähigen Patienten.<sup>9</sup> Die Urteilsfähigkeit wird grundsätzlich vermutet. Bestehen Zweifel an der Urteilsfähigkeit, ist eine orientierende Abklärung und gegebenenfalls eine vertiefte 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 die medizinische Fachperson im Rahmen einer solchen orientierenden Abklärung zum Schluss, dass eine vertiefte Evaluation der Urteilsfähigkeit erforderlich ist, muss sie 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 er die Mitwirkung, muss aufgrund der vorhandenen Informationen eine klinische Einschätzung der Urteilsfähigkeit vorgenommen werden, die dann Grundlage des weiteren Vorgehens ist (z. B. Einbezug des gesetzlichen Vertreters<sup>10</sup> oder bei dessen Fehlen der Kindes- 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 vertiefte 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 Instrumenten wie Kriterienkatalogen und Gesprächsleitfäden.<sup>11</sup> Die Fachperson, die eine vertiefte Evaluation der Urteilsfähigkeit vornimmt, sollte über entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten verfügen. Hohe Qualitätsstandards in der Beurteilung und eine sorgfältige Dokumentation sind

9 Dies gilt nicht für dringliche Situationen, die im Interesse der Lebenserhaltung ein unverzügliches Handeln erfordern, ohne dass vorher eine vertiefte Evaluation der Urteilsfähigkeit erfolgen kann.

10 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 oder 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.

11 Vgl. Anhang, Kap. 2. «Evaluation der Urteilsfähigkeit».

unerlässlich. Letztere ermöglicht es dem Patienten, den Vorgang nachzuvollziehen und sich ggf. dagegen zu wehren. 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, ein Entscheidungsprozedere für die medizinischen Massnahmen sicherzustellen, 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, ist sein Wille 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 aus Loyalität oder aufgrund einer krankheitsbedingt veränderten Werthaltung (z. B. bei einer Depression) ihre eigenen Interessen missachten können. Andererseits steht es dem Patienten frei, die Interessen seiner Angehörigen einzubeziehen und persönliche Bedürfnisse zurückzustellen. Ambivalenzen können spürbar werden, wenn ein 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 Betreuungsteam 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 (psychiatrisch, neuropsychologisch, Memory Clinic) sinnvoll sein, auch zum Schutz der bestehenden therapeutischen Beziehung.

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

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

Instrumente zur Evaluation und zur Dokumentation<sup>12</sup> können das Vorgehen unterstützen. 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 ggf. an die KESB wenden.

### 3.2. Patientinnen bei der Hausärztin

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, Patientinnen mit geistiger Behinderung, Suchtproblemen oder psychischen Störungen.

Häufig kennt die Hausärztin 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. Alterungsprozesse per se begründen noch keine Urteilsunfähigkeit, ausser wenn ausgeprägte Hirnleistungsstörungen vorliegen. 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 medizinischen 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 vertiefte Evaluation der Urteilsfähigkeit erforderlich, auch um eine allfällige Patientenverfügung zu berücksichtigen oder Vertretungspersonen in die Entscheide 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 Volljährigkeit.<sup>13</sup> Die für die Urteilsfähigkeit relevanten Fähigkeiten entwickeln sich vom Kleinkindalter bis zur Volljährigkeit unterschiedlich rasch. Neben der individuellen Entwicklungsstufe hat auch die Lebenserfahrung Einfluss auf die mentalen Fähigkeiten eines Kindes und Jugendlichen. Das Alter, mit dem Urteilsfähigkeit für eine bestimmte medizi-

<sup>12</sup> Vgl. Anhang, Kap. 2.1. «Evaluation der Urteilsfähigkeit».

<sup>13</sup> Hinweise dazu vgl. Anhang, Kap. 1. «Rechtliche Grundlagen».

nische Entscheidung erreicht wird, hängt neben persönlichen Faktoren stark davon ab, wie komplex die Fragestellung ist und wie nahe bzw. fern sie zur Lebenswelt und Lebenserfahrung des Kindes steht. Die Urteilsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen einzuschätzen, erfordert entwicklungspsychologische Kompetenz. Auch bei fehlender Urteilsfähigkeit ist die Partizipation des Kindes an der Entscheidung zu gewährleisten und der Kindeswille mitzubersichtigen.

Medizinische Informationen müssen der Entwicklungsstufe der Kinder und Jugendlichen angepasst sein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche oft Schwierigkeiten haben, die Auswirkungen von Entscheidungen auf ihr zukünftiges Leben abzuschätzen und zu bewerten. 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 Situation wird zusätzlich kompliziert, wenn sich die beiden Elternteile nicht einig sind oder wenn ihre Vorstellungen vom Kindeswohl relevant von denjenigen des Betreuungsteams abweichen. Kinder und Jugendliche haben das Recht, über medizinische Behandlungen, für die sie urteilsfähig sind, selbst zu entscheiden. Die Eltern sind jedoch für Unterhalt und 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 mit dem Erreichen der Urteilsfähigkeit das Entscheidungsrecht über medizinische Massnahmen von den Eltern auf den Jugendlichen übergeht, finden Entscheidungsprozesse häufig 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. In Situationen, in denen dem Kind bzw. dem Jugendlichen erheblicher Schaden oder der Tod droht, kann es vorkommen, dass dieser von Eltern bewusst oder unbewusst zur Zustimmung oder Ablehnung einer Behandlung gedrängt wird (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 und/oder der Einbezug der KESB sinnvoll sein.

### 3.4. Patienten mit geistiger Behinderung

Patienten, die in der Entwicklung ihrer kognitiven Fähigkeiten und damit ihrer Urteilsfähigkeit von Kindheit an durch angeborene oder erworbene Störungen beeinträchtigt wurden, stellen eine besondere Herausforderung für die Evaluation der Urteilsfähigkeit dar. Auch wenn sie einer umfassenden Beistandschaft unterstehen, darf keinesfalls pauschal von Urteilsunfähigkeit ausgegangen werden. Bei angepasster Information, einfühlsamer Kommunikation und genügend Zeit sind in vielen medizinischen Fragen selbstbestimmte Entscheide möglich, auch wenn dies auf den ersten Blick nicht so aussieht. Dafür sind allerdings entsprechende Erfahrung und kommunikative Kompetenz notwendig.<sup>14</sup> Angehörige und/oder Betreuungspersonen können in diesem Prozess hilfreich sein. Bei Urteilsunfähigkeit ist die Vertretungsregelung (Beistandschaft durch Angehörige, Berufsbeistandschaft bzw. bei Fehlen einer Beistandschaft die Regelung zur Vertretung in medizinischen Angelegenheiten gemäss ZGB) zu beachten. Auch in diesen Fällen besteht ein Partizipationsrecht des Patienten.

### 3.5. 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 potenzieller Urteilsunfähigkeit einhergehen (z. B. Enzephalopathien, delirante Zustände oder bei Intoxikation) sind ebenfalls häufig. Bei diesen Patientinnen ist eine vertiefte 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.<sup>15</sup>

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

14 Vgl. «Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2008, aktualisiert 2013).

15 Vgl. Art. 379 ZGB und Art. 435 ZGB.



Ablehnung Symptom der Grunderkrankung, Folge eines Delirs oder Ausdruck von Ängsten oder Überforderung 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. Zudem kennt die Ärztin die Patientin in der Regel nicht und kann deshalb nicht auf eine bestehende therapeutische Beziehung zurückgreifen, die es ihr erlauben könnte, die Bedürfnisse der Patientin einzuordnen und sie in einen weiteren Kontext zu stellen.

In der Akutsituation kann es auch vorkommen, dass die Patientin, die sofortige Symptomerleichterung wünscht, damit gleichzeitig eine Behandlung akzeptiert, die nicht mit ihrem 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 erneut zu prüfen.

Bei Patientinnen mit chronischen Erkrankungen, bei denen akute Verschlechterungen und Komplikationen zu erwarten sind, soll 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 für jede anstehende Entscheidung deren Urteilsfähigkeit evaluiert werden. 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.

### 3.6. 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 vertiefte 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.<sup>16</sup> Innerhalb der diagnostischen Gruppen besteht jedoch eine grosse Heterogenität, was die für selbstbestimmtes Entscheiden relevanten mentalen Fähigkeiten betrifft. 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).<sup>17</sup>

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 die Durchführung und das Ergebnis der vertieften Evaluation der Urteilsfähigkeit 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 Fürsorgerische Unterbringung (FU)<sup>18</sup> gemäss Art. 426 ff. ZGB darstellt. Entscheidend ist, ob eine nicht anders abwendbare ernsthafte Selbstgefährdung vorliegt.<sup>19</sup> 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.<sup>20</sup>

16 Vgl. Okai et al. 2007.

17 Vgl. Appelbaum, Grisso 1988.

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

19 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.

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

### 3.7. Patientinnen mit Demenz<sup>21</sup> und anderen Hirnleistungsstörungen

Hirnleistungsstörungen, seien sie progredient verlaufend oder stabil, erworben oder angeboren, äussern sich zumeist in kognitiven Einschränkungen (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Sprache, Wahrnehmung, planerische Fähigkeiten etc.) und/oder in Verhaltensstörungen (inklusive Selbst- oder Fremdgefährdung).

Hinweise auf kognitive Probleme oder auf Verhaltensauffälligkeiten können von der Patientin selbst oder von Angehörigen stammen, die Symptome können aber auch der behandelnden Ärztin auffallen und eine Evaluation der Urteilsfähigkeit nahelegen. Auch bei Hirnleistungsstörungen gilt die Vermutung der Urteilsfähigkeit. Eine Evaluation muss jeweils situations- und zeitbezogen erfolgen. Menschen mit mittelschwerer Demenz können beispielsweise noch urteilsfähig sein bezüglich einfacher Eingriffe und Betreuungsmassnahmen, Essenswünschen etc. Doch bereits bei der Beurteilung solcher Wünsche muss die Wahrnehmung der Betroffenen (insb. die Krankheitseinsicht) in die Evaluation der Urteilsfähigkeit einbezogen werden. Während Urteilsfähigkeit bezüglich einfacher Massnahmen noch vorhanden sein kann, ist diese oft bei komplexeren Entscheidungen nicht mehr gegeben. Bereits beim Wunsch nach dem Verbleib in der gewohnten Umgebung ist die Beurteilung der Urteilsfähigkeit oft nicht einfach. Nur bei schweren Erkrankungen (z. B. schwere Demenz) ist davon auszugehen, dass eine Urteilsunfähigkeit vorhanden ist.

Die Evaluation der Urteilsfähigkeit kann bei Patientinnen mit Hirnleistungsstörungen durch Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses, der Wahrnehmung und der 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. Einsetzen von Hörgerät, Brille) der Patientin müssen unterstützt werden, soweit sie dies will.

Menschen mit Demenz haben ein hohes Risiko, an einem Delir zu erkranken (Verwirrheitszustand im Rahmen einer Akuterkrankung). In diesen Situationen muss zunächst das für die kognitiven Fluktuationen verantwortliche medizinische Grundproblem behandelt werden, 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 vertraute Umgebung.

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

### 3.8. Patienten in Palliative Care

Bei Patienten in Palliative Care kann die Evaluation der Urteilsfähigkeit dadurch erschwert sein, dass die Konzentrationsfähigkeit des Patienten, die 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 am besten 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: etwa 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 einen selbstbestimmten Entscheid zu erläutern.

Durch eine patientenzentrierte 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 Verzichts auf lebenserhaltende Massnahmen als Alternative 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, ihre Meinung zu ändern.

### 3.9. Patientinnen mit Wunsch nach Suizidhilfe

Es kommt vor, dass eine Patientin den Wunsch nach Suizidhilfe äussert und die medizinische Fachperson bittet, die Urteilsfähigkeit zu bestätigen. Die medizinische Fachperson entscheidet in eigener Verantwortung, ob die Übernahme dieser Aufgabe mit ihrem berufsethischen Selbstverständnis und ihren persönlichen Werten vereinbar ist.

Angesichts der grossen Tragweite des Entscheids ist besonders sorgfältig zu evaluieren, ob eine durch eine psychiatrische Erkrankung<sup>22</sup> (z. B. Depression) oder durch eine andere Ursache bedingte Einschränkung der mentalen Fähigkeiten vorliegt. In diesem Fall muss durch eine vertiefte Evaluation abgeklärt werden, ob diese zur Urteilsunfähigkeit im Hinblick auf den Suizidwunsch führt. Insbesondere ist zu prüfen, ob die Patientin eine realistische Einschätzung ihrer Prognose und der Erfolgchancen der ihr angebotenen therapeutischen Optionen und anderen Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten hat.

22 Das Bundesgericht hat im Jahr 2006 entschieden, dass bei psychisch Kranken ein vertieftes psychiatrisches Fachgutachten notwendig ist (BGE 133 I 58 E. 6.3.5.2).

#### 1. Rechtliche Grundlagen

Urteilsfähigkeit wird im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) 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.<sup>23</sup> 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.<sup>24</sup>

In bestimmten Situationen wird allerdings spezialgesetzlich eine positive Feststellung (Sterilisation<sup>25</sup>) oder explizite Abklärung der Urteilsfähigkeit (Lebendorganspende<sup>26</sup>) 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.

23 Vgl. Widmer Blum 2010.

24 Vgl. Widmer Blum 2010 mit Hinweis auf BGer 5C.193/2004, E. 4.1.

25 Vgl. Art. 5 Sterilisationsgesetz: «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, aufgrund welcher Feststellungen er auf die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person geschlossen hat.»

26 Vgl. Art. 12 Transplantationsgesetz: «Organe, Gewebe oder Zellen dürfen einer lebenden Person entnommen werden, wenn: a. sie urteilsfähig und volljährig 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.»

Auch beim Abfassen einer Patientenverfügung wird Urteilsfähigkeit gefordert.<sup>27</sup> 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 eines 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 er an Demenz erkrankt ist) oder wenn begründbare Zweifel an seiner Urteilsfähigkeit bestehen. Retrospektiv ist diese Beurteilung jedoch nicht immer einfach. 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.<sup>28</sup> 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

27 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.

28 Vgl. Bucher 1976, N 42 ff. zu Art. 16 ZGB, zitiert nach Aebi-Müller 2014.

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.

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. Der Richter 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 angesehen werden kann.»<sup>29</sup>

In *zeitlicher* Hinsicht bedeutet, dass die betreffende Person zum Zeitpunkt der Willensäußerung urteilsfähig sein muss. So können beispielsweise manche Demenzformen (z. B. Lewy-Body-Demenz, vaskuläre Demenz) mit erheblichen kognitiven Schwankungen einhergehen. Für die Abklärung der Urteilsfähigkeit müssen ein Zeitpunkt und ein Setting gewählt werden, in dem sich die Patientin in bestmöglicher Verfassung befindet und sich wohlfühlt. Erstreckt sich eine Behandlung über einen längeren Zeitraum oder liegen Informationen 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.

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



Von der Urteilsfähigkeit abzugrenzen sind die *Rechtsfähigkeit* und die *Handlungsfähigkeit*. Gemäss Art. 11 ZGB ist jede Person rechtsfähig, d. h. Trägerin von Rechten und Pflichten (Rechtsfähigkeit). Handlungsfähig, d. h. in der Lage, durch das eigene Handeln rechtliche Wirkungen auszulösen, sind allerdings erst volljährige<sup>30</sup> Personen, die urteilsfähig sind (Art. 13 ZGB). Kinder und Jugendliche, die jünger als 18-jährig sind, sind daher nie uneingeschränkt handlungsfähig. Sind sie 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 uneingeschränkte Handlungsfähigkeit voraussetzt. Die herrschende Lehre geht jedoch davon aus, dass urteilsfähige Minderjährige in diesem höchstpersönlichen Bereich selbstständig einen Vertrag abschliessen können (z. B. Schwangerschaftsverhütung).

Ist ein Patient für die konkret in Frage stehende medizinische Behandlung *urteilsunfähig*, so kann er nicht selbstständig in die Behandlung einwilligen oder diese gültig verweigern.<sup>31</sup> 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, eingetragene Partnerin 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

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

31 Vgl. hierzu auch Aebi-Müller 2014.

urteilsunfähigen Person regelmässig 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 auf andere Weise gefährdet, ist die *Erwachsenenschutzbehörde* zu informieren.

Der gesetzliche Vertreter ist gehalten, so zu entscheiden, wie der Patient dies für sich selber tun würde, wäre er 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 den Vertreter 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.<sup>32</sup> 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 ein objektiv feststellbarer Befund. Vielmehr wird die Urteilsfähigkeit definiert als ein reflektiertes Werturteil des Evaluierenden gestützt auf empirische Fakten zum Denken und Fühlen des Patienten. Aus dieser Perspektive können technische Untersuchungsbefunde allenfalls eine ergänzende Rolle spielen, indem sie ein besseres Verständnis der mentalen Vorgänge ermöglichen.

32 Vgl. Hermann et al. 2016.

## 2.1. Instrumente

Instrumente zur Evaluation der Urteilsfähigkeit beziehen sich vorwiegend auf das amerikanische Rechtssystem und liegen zumeist in englischer Sprache vor.<sup>33</sup> Die Instrumente decken in der Regel Erkenntnis-, Wertungs- und Willensbildungsfähigkeit, zum Teil auch die Willensumsetzungsfähigkeit ab.<sup>34</sup> 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.<sup>35</sup> In der Regel handelt es sich um strukturierte oder semistrukturierte Interviews, in denen Patientinnen mit ihrer eigenen Therapieentscheidung konfrontiert werden. Die Verwendung von Vignetten ist kritisch zu sehen, weil diese den nötigen Bezug auf die spezifische Entscheidungssituation der Patientin nicht erfüllen.<sup>36</sup> Die benötigte Zeit für die Evaluation variiert zwischen 10 und 90 Minuten.

Von den spezifischen Evaluationsinstrumenten zu unterscheiden sind (Kurz-)Tests, namentlich die *Mini Mental State Examination (MMSE)*, bei der 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 die MMSE die Urteilsfähigkeit nicht erfassen.<sup>37</sup>

Das Instrument, das international die weiteste Verbreitung gefunden hat und als einziges als publiziertes Manual vorliegt, ist das *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)*.<sup>38</sup> Das MacCAT-T stellt einen Interviewleitfaden bereit, anhand dessen die Fähigkeiten der Patientin erfasst und anhand einer vorgegebenen Ratingskala 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 ersetze.<sup>39</sup> Informationen zu weiteren Instrumenten werden bei Lamont et al. (2013) bereitgestellt. Hervorzuheben ist insbesondere auch der sog. Silberfeld-Fragebogen.<sup>40</sup>

33 Vgl. Lamont et al. 2013.

34 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».

35 Vgl. Lamont et al. 2013.

36 Vgl. z.B. Silberfeld et al. 1993.

37 Vgl. Fassassi et al. 2009.

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

39 Vgl. Dunn et al. 2006.

40 Vgl. Silberfeld et al. 1993.

Allen Instrumenten gemeinsam ist, dass primär kognitive Faktoren evaluiert werden. Zurückzuführen ist dies auch auf rein pragmatische Überlegungen; denn Fähigkeiten jenseits von Informationsverständnis und Kommunikation des Entscheids sind schwer zu operationalisieren und verlässlich zu überprüfen.<sup>41</sup> 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 die Komplexität der Beurteilung und relevante Beziehungsaspekte in der Entscheidungsfindung nicht adäquat abbilde.<sup>42</sup> 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-Doc-Formular zur Evaluation und Dokumentation der Urteilsfähigkeit<sup>43</sup>

Das U-Doc<sup>44</sup> hat die Kritik eines kognitivistischen Zugangs vieler gebräuchlicher Instrumente aufgenommen. Statt eines Instruments zur Messung der für die Urteilsfähigkeit relevanten Fähigkeiten, stellt das U-Doc – in Übereinstimmung mit den Grundsätzen gemäss Kapitel 2 – einen Kriterienkatalog für die Begründung der Zuschreibung von Urteilsunfähigkeit zur Verfügung.

Das U-Doc ist ein Formular, das flexibel eingesetzt werden kann, als Gedankenstütze, als Entscheidungshilfe, aber auch als Diskussions- und/oder Dokumentationsvorlage. Der Anlass für die Evaluation und deren Ergebnis sind festzuhalten. Neben kognitiven Faktoren werden auch emotionale Faktoren und Werthaltungen berücksichtigt. Während leichtere Einschränkungen in einem der Teilbereiche allenfalls durch Fähigkeiten in anderen Bereichen kompensiert werden können, ist dies beim Vorliegen schwerer Beeinträchtigungen nicht mehr der Fall. Durch das Ausfüllen soll eine selbstkritische Reflexion des Beurteilenden mit Blick auf eigene Werthaltungen und mögliche Interessenkonflikte angeregt werden.

41 Vgl. Breden, Vollmann 2004.

42 Vgl. Breden, Vollmann 2004.

43 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](http://www.nfp67.ch/en/projects/module-3-regulations-proposals-action/project-biller-andorno)

44 Vgl. [www.ibme.uzh.ch/de/Biomedizinische-Ethik/U-Doc.html](http://www.ibme.uzh.ch/de/Biomedizinische-Ethik/U-Doc.html)

### 3. Literatur

**Aebi-Müller R.**

Der urteilsunfähige Patient – eine zivilrechtliche Auslegung. Jusletter 22. September 2014.

---

**Appelbaum PS, Grisso T.**

Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med.* 1988 Dec 22; 319(25): 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 Dec; 12(4): 273–83; discussion 265–72.

---

**Bucher E.**

Berner Kommentar. Kommentar zum schweizerischen 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 Aug; 163(8): 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 Sep 2; 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 Med Wkly.* 2014 Oct 15; 144:w14039.

---

**Lamont S, Jeon YH, Chiarella M.**

Assessing patient capacity to consent to treatment: An integrative review of instruments and tools. *J Clin Nurs.* 2013 Sep; 22(17–18):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 Oct; 191: 291–7.

---

**Silberfeld M, Nash C, Singer PA.**

Capacity to complete an advance directive. *J Am Geriatr Soc.* 1993 Oct; 41(10): 1141–3.

---

**Vollmann J.**

Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik. Stuttgart: Kohlhammer; 2008.

---

**Wasserfallen JB, Stiefel F, Clarke S, Crespo A.**

Appréciation de la capacité de discernement des patients: procédure d'aide à l'usage des médecins. *Schweiz Arzteztg.* 2004; 85(32/33): 1701–4.

---

**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 Richtlinien 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 Cafilisch, 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)  
Prof. Dr. phil. Andreas Monsch, Psychologie, Basel  
lic. iur. Michelle Salathé, MAE, Recht, Bern (SAMW, ex officio)  
PD Dr. med. Anastasia Theodoridou, Psychiatrie, Zürich  
PD Dr. med. Dr. phil. Manuel Trachsel, Psychiatrie/Ethik, Bern

### **Beigezogene 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 genehmigte der Senat der SAMW eine erste Fassung dieser Richtlinien zur Vernehmlassung bei Fachgesellschaften, Organisationen und interessierten Personen. Die eingegangenen Stellungnahmen sind in der Endfassung berücksichtigt.

### **Genehmigung**

Die definitive Fassung dieser Richtlinien wurde am 29. November 2018 vom Senat der SAMW genehmigt.

