

Memories

Urteilsfähigkeit

Ethische Relevanz, konzeptuelle Herausforderung und ärztliche Beurteilung

Manuel Trachsel, Helena Hermann, Nikola Biller-Andorno

Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich, Zürich

Quintessenz

- Eine ärztliche Beurteilung der Urteilsfähigkeit (UF) gemäss Art. 16 des Zivilgesetzbuches muss erfolgen, wenn der behandelnde Arzt aus bestimmten Gründen daran zweifelt, ob ein Patient in der Lage ist, sich für oder gegen eine Behandlungsoption zu entscheiden, eine Patientenverfügung zu verfassen oder eine gesetzliche Vertretungsperson einzusetzen.
- Als notwendige Voraussetzung für eine valide Einwilligung des Patienten in eine Behandlung ist UF unmittelbar mit dem ethischen Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten verbunden.
- Die aktuellen Richtlinien der SAMW schlagen folgende Fähigkeiten als Kriterien für UF vor: (1.) die Fähigkeit, Informationen in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen, (2.) die Fähigkeit, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, richtig abzuwägen, (3.) die Fähigkeit, die erhaltenen Informationen im Kontext eines kohärenten Wertesystems rational zu gewichten, und (4.) die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern.
- Die abschliessende Beurteilung von UF erfolgt auf der Basis eines umfassenden klinischen Urteils, das sowohl personenspezifische Faktoren (psychische Fähigkeiten) als auch Kontextfaktoren (Situation, Risiko, Zeit) berücksichtigt. Ein solches Urteil ist dabei nie nur rein deskriptiv, sondern beinhaltet immer auch normative Überlegungen.
- Verschiedene standardisierte und semi-standardisierte Hilfsmittel stehen zur Verfügung, um die Beurteilung von UF zu unterstützen.

Urteilsfähigkeit und ihre konzeptuellen Herausforderungen

Die *Urteilsfähigkeit (UF)* eines Patienten und deren ärztliche Beurteilung sind von grosser Relevanz für eine patientenorientierte Medizin.

Aus *ethischer Perspektive* zeigt sich die Relevanz des Konzepts der UF darin, dass sie eine notwendige Bedingung für die valide Einwilligung von Patienten in eine medizinische Behandlung darstellt. Sie ist daher unmittelbar mit dem ethischen Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten verbunden. Als die Fähigkeit, sich autonom zu entscheiden, stellt UF eine Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieses Rechts auf Selbstbestimmung dar [1]. Es folgt daraus, dass bei einer Beeinträchtigung der UF dieses Recht nur noch eingeschränkt vorliegt und dem Prinzip der ärztlichen

Fürsorge weniger entgegensteht. So betrachtet, bietet die Beurteilung der UF eine praktische Hilfestellung in der Abwägung der ethischen Prinzipien des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten einerseits und der ärztlichen Fürsorge andererseits.

Aus einer *praktisch rechtlichen Perspektive* hat die Bedeutung der UF seit dem Inkrafttreten des neuen Kinder- und Erwachsenenschutzrechts am 1.1.2013 – als Voraussetzung für die Abfassung einer gültigen Patientenverfügung – weiter zugenommen. Der Terminus «Urteilsfähigkeit» ist wie folgt im Artikel 16 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches festgelegt: «Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.» Im *medizinischen Jargon* ausgedrückt entspricht diese Definition einer Ausschlussdiagnose, da bei Abwesenheit der genannten Eigenschaften automatisch UF angenommen wird – *prima vista* eine einfache Angelegenheit. Die Schwierigkeit liegt jedoch in den Details. Eine detailliertere Betrachtung zeigt, dass die genaue Bedeutung und Reichweite des Konzepts der UF alles andere als trivial sind. Es besteht beispielsweise keine Einigkeit darüber, welche psychischen Fähigkeiten in welchem Ausmass betroffen sein müssen, damit einer Person die UF abgesprochen werden kann. Wenn UF im Zusammenhang mit medizinischen Entscheidungen bedeutet, dass jemand in der Lage ist, «vernunftgemäss», «autonom» oder «kompetent» zu entscheiden, dann ist zu definieren und zu untersuchen, aus welchen Elementen diese «Vernunft», «Autonomie» bzw. «Kompetenz» besteht.

Urteilsfähigkeit: psychische Fähigkeit oder Urteil?

Im Englischen werden im Zusammenhang mit UF die Begriffe «decision-making capacity» und «competence» unterschieden. Es handelt sich um eine wichtige Differenzierung, für die es im Deutschen leider kein Äquivalent gibt. Beide Begriffe werden mit Urteilsfähigkeit übersetzt. Der essentielle Unterschied ist, dass sich «decision-making capacity» auf konkrete *psychische Fähigkeiten* bezieht, die für autonomes Entscheiden als notwendig erachtet werden. «Competence» hingegen beschreibt das ärztliche oder richterliche *Urteil* darüber, ob die vorliegenden psychischen Fähigkeiten des Patienten ausreichend sind, um ihn als urteilsfähig anzuerkennen. Im Verlauf des Artikels wird klar, dass UF als *Urteil* mehr umfasst als die deskriptive Erfassung der relevan-



Manuel Trachsel

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert. Dieses Projekt wurde durch das Nationale Forschungsprogramm NFP 67 «Lebensende» des SNF (Nr. 406740_139294) finanziert.

ten *psychischen Fähigkeiten*. Im Folgenden werden die Begriffe *Urteilsfähigkeit (UF)* und *Urteilsunfähigkeit (UUF)* verwendet, wenn das ärztliche *Urteil* gemeint ist. Im anderen Fall wird von *relevanten psychischen Fähigkeiten* gesprochen.

Relevante psychische Fähigkeiten

Die generellen Rahmenbedingungen sagen also per se wenig über die psychischen Fähigkeiten aus, die konkret erfüllt sein müssen, damit einer Person für eine bestimmte Entscheidung UF oder UUF zugeschrieben werden kann. In Anlehnung an die in den USA gängigen Voraussetzungen (siehe z.B. [2]) definiert die SAMW die folgenden Kriterien für UF [3]:

- Die Fähigkeit, Informationen in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen.
- Die Fähigkeit, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, richtig abzuwägen.
- Die Fähigkeit, die erhaltenen Informationen im Kontext eines kohärenten Wertesystems rational zu gewichten.
- Die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern.

Ist Urteilsfähigkeit ein rein kognitives Konzept?

Die gelisteten Kriterien zeigen, dass die für UF relevanten psychischen Fähigkeiten vorwiegend über kognitive, prozessuale Faktoren definiert werden. Dieser enge Fokus wurde verschiedentlich dafür kritisiert, intuitive und emotionale Faktoren zu vernachlässigen (z.B. [4]). Dabei liegen profunde empirische Erkenntnisse vor, die zeigen, dass *intuitive und emotionale Prozesse* bei Entscheidungen eine essentielle Rolle spielen (z.B. [5]).

Nebst der Relevanz intuitiver und emotionaler Prozesse stellt sich auch die Frage nach der Authentizität von Entscheidungen und inwiefern diese als Kriterium für UF herangezogen werden sollte. Damit verbunden ist die Frage nach den einer Entscheidung zugrundeliegenden *Werten* der Patienten, deren Kohärenz und zeitliche Konsistenz [6].

Es bleibt zu klären, inwieweit solche nicht kognitiven Faktoren in die Beurteilung von Urteilsfähigkeit einfließen sollen und auf welche Weise sie erfasst werden können.

Das Verhältnis von Urteilsfähigkeit und psychischen Defiziten

Psychische Erkrankungen, geistige Behinderungen, Rauschzustände, kognitive Performanz oder einzelne psychopathologische Symptome bedeuten per se nicht UUF. Dies ist ein wichtiger Grundsatz bei der Beurteilung von UF [2]. Patienten können schizophran, schwer depressiv, mittelgradig dement, aber immer noch für einzelne oder alle Entscheidungen urteilsfähig sein. Die ausschlaggebende Frage ist, inwieweit solche Zustände

die für UF relevant erachteten psychischen Fähigkeiten beeinträchtigen. Obwohl zwischen den erwähnten Zuständen und den relevanten psychischen Fähigkeiten ein statistischer Zusammenhang besteht, konnten verschiedene Studien zeigen, dass eine Mehrheit von Patienten mit psychischen oder kognitiven Störungen hinsichtlich therapierrelevanter Fragen urteilsfähig ist und innerhalb derselben diagnostischen Gruppen eine grosse Heterogenität bezüglich psychischer Fähigkeiten besteht (für eine Übersicht siehe [7]).

Kontextfaktoren

UF bezieht sich nicht nur auf bestimmte psychische Fähigkeiten, sondern ist immer auch in Relation zu einem spezifischen Kontext und dessen Anforderungen zu verstehen. Eine diagnostizierte UUF gilt daher nicht absolut oder für alle möglichen Situationen, sondern sie ist relativ.

Situationale Relativität von Urteilsfähigkeit

Mit Relativität der UF ist unter anderem gemeint, dass UUF immer nur für einen bestimmten Kompetenzbereich, eine bestimmte Situation oder eine spezifische Entscheidung gilt [2]. Beispielsweise kann einer Person die UF zugesprochen werden, alltägliche Entscheidungen hinsichtlich Kleidung oder Ernährung zu fällen. Sie kann jedoch als urteilsunfähig erachtet werden, wenn es um eine schwierige medizinische Entscheidung geht. Es ist offensichtlich, dass solche Entscheidungen in ihrer Komplexität variieren und dadurch mehr oder weniger von der Person und ihren psychischen Fähigkeiten fordern. Zeitdruck oder fehlende soziale Unterstützung sind weitere situationale Faktoren, die höhere Anforderungen an die Fähigkeiten von Patienten stellen.

Gewisse Anforderungen sind unvermeidlich durch die medizinischen Sachverhalte gegeben, andere können und sollen vermieden oder reduziert werden. Veränderbare Aspekte sind beispielsweise die Art und Weise, wie Informationen vermittelt werden, oder in welchem Setting das Beurteilungsgespräch stattfindet. Ebenso kann das Hinzuziehen von Übersetzern oder anderen Drittpersonen eine Erleichterung für Patienten darstellen [8, 9].

Im medizinischen Jargon ausgedrückt entspricht die Definition der Urteilsfähigkeit im Zivilgesetzbuch einer Ausschlussdiagnose

Zeitliche Relativität von Urteilsfähigkeit

Die Relativität der UF bezieht sich auch darauf, dass eine für eine bestimmte Entscheidung einmal als urteilsunfähig diagnostizierte Person nicht automatisch für alle ähnlichen zukünftigen Situationen urteilsunfähig bleibt. Die Beurteilung der UF gilt nur für einen bestimmten Zeitpunkt, da die relevanten psychischen Fähigkeiten

teilweise stark fluktuieren können [2]. Bei der Lewy-Körperchen-Demenz beispielsweise, der zweithäufigsten degenerativen Demenz im Alter, bildet kognitive Fluktuation ein Hauptdiagnosekriterium [10]. Diese zeitliche Relativität führt zur Forderung, dass UF periodisch reevaluiert werden sollte.

Risikorelative Beurteilung von Urteilsfähigkeit

Das ethische Prinzip des Schutzes von Patienten, das im Fall von UUF im Vordergrund steht, weist bereits auf die Konsequenzen hin, die aus einer medizinischen Entscheidung resultieren können. Entsprechend stellt sich die Frage, ob die potentiellen Folgen einer Entscheidung in die Beurteilung von UF einfließen sollen (z.B. [11, 12]). Dies würde konkret heissen, dass die Anforderungen, die an die psychischen Fähigkeiten von Patienten gestellt werden, je nach Schwere der möglichen Konsequenzen einer Entscheidung variieren: Wenn Patienten eine risikoreiche Option wählen, sind bessere oder zusätzliche psychische Fähigkeiten gefordert, als wenn sie

A priori soll immer von einer Urteilsfähigkeit ausgegangen werden

sich für eine unbedenkliche Option aussprechen. Dies könnte beispielsweise bedeuten, dass der Patient bei der Wahl einer risikoarmen

Option die erhaltenen Informationen lediglich verstehen muss, um als urteilsfähig zu gelten. Bei der Wahl einer risikoreichen Option müsste er hingegen zusätzlich in der Lage sein, seine Wahl mit Bezugnahme auf seine Werthaltung zu begründen.

Eine solche risikorelative Beurteilung scheint intuitiv nachvollziehbar, geht jedoch, wie später dargelegt, auch mit einigen Schwierigkeiten einher. Zudem wird unter diesem Aspekt nochmals besonders deutlich, dass UF als klinisches Urteil mehr ist als eine inhärente Eigenschaft oder Fähigkeit der Person.

Es handelt sich bei Risikorelativität um eine andere Art der Berücksichtigung kontextueller Faktoren im Vergleich zur situationalen Relativität. Im Falle der oben beschriebenen situationalen Relativität werden die Situationsanforderungen, beispielsweise die Komplexität der vermittelten Informationen, mit den psychischen Fähigkeiten des Patienten verbunden [2]. Je komplexer der Sachverhalt ist, desto höher sind beispielsweise die Anforderungen an das Verstehen der Information. Das Kriterium bleibt jedoch das Verstehen. Dies verhält sich anders bei der Risikorelativität. In Abhängigkeit des Risiko-Nutzen-Profiles einer bestimmten Option werden andere, zusätzliche oder eine geringere Anzahl von Fähigkeiten gefordert. Wichtig ist dabei, dass diese Forderung nicht durch inhärente Merkmale der Situation selbst entsteht, wie bei der situationalen Relativität, sondern auf einer normativen Einschätzung beruht, die besagt, welche Fähigkeiten in einer spezifischen medizinischen Entscheidungssituation, die sich durch ein bestimmtes Risiko-Nutzen-Profil auszeichnet, notwendig sind. Unter diesem Aspekt wird besonders deutlich, wie sehr die Beurteilung von UF nicht nur ein rein deskriptiver, sondern immer auch ein normativer Vorgang ist. Die Beurteilung der UF kommt damit einem Abwägen

der Fähigkeiten des Patienten auf der einen Seite und des Risiko-Nutzen-Profiles einer Entscheidungsoption auf der anderen Seite gleich, wobei UF oder UUF das Resultat dieses Abwägens meint. Sie ist damit ein klinisches Urteil, das normative Überlegungen mit einschliesst.

Die Schwierigkeiten, die mit einer solchen risikorelativen Betrachtung einhergehen, sind sowohl praktischer als auch theoretischer Natur. Erstens ist die Beurteilung des Risiko-Nutzen-Profiles einer Behandlung sowie das Definieren von akzeptablen Grenzwerten für die psychischen Fähigkeiten in vielen Fällen nicht trivial. Zweitens besteht die Gefahr, dass durch eine risikorelative Beurteilung der UF das Selbstbestimmungsrecht der Patienten untergraben und ärztlicher Paternalismus durch die Hintertür wieder eingeführt wird [13, 14]. Drittens können sich asymmetrische Situationen ergeben: So ist es möglich, dass ein Patient mit stabilen psychischen Fähigkeiten beim Zustimmung zu einer Behandlung als urteilsfähig erachtet wird, beim Ablehnen der gleichen Behandlung jedoch als urteilsunfähig, weil die Ablehnung mit schwerwiegenderen Folgen einhergeht [15]. Laut Kim [6] ist eine solche Asymmetrie jedoch akzeptabel, wenn man UF eben nicht nur als eine Eigenschaft der Person versteht, sondern als klinisches Urteil, das personen- und kontextspezifische Faktoren integriert.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Frage nach der Risikorelativität eine der schwierigsten konzeptuellen Herausforderungen darstellt. Sie wird insbesondere aus theoretisch philosophischer Perspektive kontrovers diskutiert [16]. Praxisorientierte Forscher und Autoren von Guidelines zur Beurteilung von UF sprechen sich hingegen einheitlicher für eine risikorelative Beurteilung von UF aus [2, 6, 17].

Ärztliche Beurteilung der Urteilsfähigkeit

A priori soll immer von UF ausgegangen werden. UF ist daher erst in Frage zu stellen, wenn *erhebliche Zweifel* bestehen und *gewichtige Indikatoren* vorliegen, die auf eine Beeinträchtigung der relevanten psychischen Fähigkeiten hinweisen [2]. Zu solchen Indikatoren gehören abrupte *Veränderungen im mentalen Status* wie Desorientierung, formale Denkstörungen, Probleme mit Aufmerksamkeit, Konzentration oder Gedächtnis sowie Ängste oder depressive Verstimmungen [18].

Ebenso können bestimmte *Verhaltensweisen* Indikatoren für relevante psychische Defizite sein, z.B. wenn Patienten sich so verhalten, als wäre eine bestimmte Entscheidung für sie nicht relevant, wenn Patienten einem ärztlichen Vorschlag sofort und unkritisch zustimmen oder sich gegen die vom Arzt vorgeschlagene Behandlung aussprechen. Auf eine Einschränkung relevanter Fähigkeit kann zudem hinweisen, wenn Patienten eine Entscheidung nicht kommunizieren können bzw. wollen oder wenn sie hinsichtlich einer Entscheidung in einem Konflikt stehen, ambivalent oder blockiert sind. Ausserdem ist das Vorliegen der relevanten psychischen Fähigkeiten fragwürdig, wenn Patienten relevante Informationen nicht auf eine bestimmte Entscheidungssituation anwenden können oder wenn keine Einsicht in die Krankheit und die damit verbundenen kognitiven Einschränkungen besteht [2].


Ein Risikofaktor für beeinträchtigte psychische Fähigkeiten stellt auch das Alter dar, und zwar an beiden Enden des Spektrums, sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei hochbetagten Personen [19, 20].

Zusätzliche Indikatoren sind bestimmte klinische Diagnosen, die mit einer erhöhten Prävalenz von UUF bzw. Defiziten in den dafür relevanten psychischen Fähigkeiten einhergehen.

Zu den am ausgiebigsten untersuchten Diagnosen gehören Demenzen [20], leichte kognitive Störungen (mild cognitive impairment [MCI]) [21], Schizophrenie [22] und Depression [23]. In einer Studie von Vollmann und Kollegen [24] zeigten 68% der Patienten mit Demenz, 54% der Patienten mit Schizophrenie und 20% der Patienten mit Depression Defizite in den für UF relevanten psychischen Fähigkeiten. Weitere Studien liegen zu folgenden Störungsbildern vor: Delir [25], Manie [26], Schädelhirntrauma [27], Intelligenzminderung [28], Parkinson [29], Patienten mit Gliomen [30] oder Entwicklungsstörungen [31].

Nebst Untersuchungen von Patienten in psychiatrischen Einrichtungen und Alters- oder Pflegeheimen liegen auch einige Studien vor, die UUF in Allgemeinspitälern untersuchten. Auch in diesem Setting ist UUF bzw. sind Einschränkungen der relevanten psychischen Fähigkeiten nicht unüblich. Raymont und Kollegen konnten beispielsweise zeigen, dass bei 48% der Patienten auf akutmedizinischen Abteilungen UUF besteht [32]. Von Relevanz in diesem Zusammenhang sind auch Notfallsituationen. Obwohl hierzu kaum empirische Studien vorliegen, scheinen aus praktischer Sicht insbesondere leichtere Notfälle aufgrund der emotionalen Überforderung eine Herausforderung darzustellen. Im Falle von echten Notfallsituationen, die keine Zeit erlauben, um die UF detailliert zu überprüfen, steht das Gebot der ärztlichen Fürsorge an erster Stelle. Die Berufung auf den Nothilfe-Artikel (Schweizerisches Strafgesetzbuch, Art. 128) und ein entsprechendes Handeln sind wichtig, um keine Klage wegen Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht zu riskieren.

Relevante Faktoren für die Beurteilung

Aus den vorherigen Ausführungen zu den personenspezifischen und Kontextfaktoren lassen sich Implikationen für die Beurteilung von Urteilsfähigkeit ableiten, wobei die in Tabelle 1  gelisteten Aspekte für die Beurteilung wichtig sind [2].

Strukturierte Erfassung der relevanten psychischen Fähigkeiten

Für die Erfassung der für UF relevanten psychischen Fähigkeiten liegen mehr oder weniger strukturierte *Erhebungsinstrumente* vor, die vorwiegend im englischsprachigen Raum entwickelt wurden und sich an den US-Kriterien nach Appelbaum und Grisso orientieren [2]. Das meistverwendete Instrument ist das «MacArthur Competence Assessment Tool Treatment» (MacCAT-T)

[33]. Solche Instrumente unterstützen eine objektive und reliable Erfassung relevanter Fähigkeiten.

Wichtig ist jedoch, dass die Verwendung solcher Instrumente lediglich darüber Aufschluss geben kann, wie stark einzelne Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Aus den Ergebnissen alleine lässt sich die UF einer Person noch nicht beurteilen. Weitere Informationen sind hinzuzuziehen (siehe vorherigen Abschnitt) und in einem abschliessenden klinischen Urteil zu integrieren [2, 6].

Stellenwert kognitiver Tests

Ähnlich verhält es sich mit kognitiven Tests, wie zum Beispiel der «Mini Mental State Examination» (MMSE) [34]. Obschon die MMSE wichtige Aufschlüsse bezüglich der kognitiven Funktionen von Patienten liefern kann, sollte von den Testwerten nicht unmittelbar auf die UF geschlossen werden. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere Werte im Bereich von 16–26 Punkten wenig informativ sind. Werte darunter (<16) bzw. darüber (>26) haben jedoch eine gewisse Vorhersagekraft für UUF bzw. UF [35–37].

Abschliessende Beurteilung: Urteilsfähigkeit als normatives Urteil

Die definitive Beurteilung der UF kommt durch ein *umfassendes klinisches Urteil* zustande, in dem alle relevanten Informationen integriert werden. Einzelne Testwerte reichen hierfür nicht aus. Es geht dabei um die

Tabelle 1

Relevante Aspekte für die Beurteilung von UF^a.

Erfassung des psychopathologischen Status

- Kognitive Funktionen (z.B. Aufmerksamkeit, Orientierung, Gedächtnis)
- Emotionale Faktoren (z.B. Angst, Depressivität, Suizidalität)
- Weitere Symptome wie psychotische und manische (z.B. Wahn, formale Denkstörungen, Impulsivität)

Erfassung der für UF relevanten psychischen Fähigkeiten (z.B. SAMW-Kriterien^b)

Verständnis der situationsspezifischen Anforderungen

- Art und Komplexität der Erkrankung und der Behandlungsoptionen
- Weitere situationale Faktoren (z.B. Zeitdruck, soziale Unterstützung des Patienten)

Berücksichtigung der Konsequenzen und Alternativen einer medizinischen Entscheidung

- Evaluation der Chancen und Risiken einer Behandlung aus medizinischer, psychologischer und sozialer Perspektive
- Berücksichtigung der Verfügbarkeit alternativer Behandlungen

Periodische Reevaluation der Fähigkeiten des Patienten und der Situation

^a In Anlehnung an Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals [2].

^b Nachzuschlagen in den SAMW-Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende». Medizin-ethische Richtlinien [3].

Überführung graduell ausgeprägter Fähigkeiten in ein dichotomes Urteil (UF oder UUF). Wie bereits unter dem Punkt zur Risikorelativität besprochen wurde, erfolgt ein solches Urteil nie rein deskriptiv, sondern immer auch normativ. Es geht sowohl um die Frage, welche psychischen Fähigkeiten der Patient besitzen sollte, um in einer bestimmten Entscheidungssituation als urteilsfähig zu gelten, als auch darum festzustellen, ob der Patient diese Fähigkeiten auch tatsächlich aufweist. Unter einer risikorelativen Betrachtung wird die normative Bestimmung dabei flexibler gehandhabt und von Fall zu Fall entsprechend dem Risiko-Nutzen Profil einer Entscheidung neu festgelegt.

Danksagung

Die vorliegend präsentierten Inhalte wurden im Rahmen des Projekts «Urteilsunfähigkeit am Lebensende und deren ärztliche Beurteilung» aufgearbeitet. Die Autoren danken den folgenden Experten für wertvolle inhaltliche Hinweise: Prof. Paul S. Appelbaum (MD, Columbia University, New York), Susanne Brauer (PhD, Paulusakademie Zürich), Prof. Dr. med. dipl. theol. Bernice S. Elger (Universität Basel), Dr. iur. Julian Mausbach (RA, Universität Zürich), Prof. Dr. phil. Mike Martin (Universität Zürich), Christine Mitchell (RN, MS, MTS, Harvard Medical School), lic. iur. Michelle Salathé (MAE, SAMW), PD Dr. med. Egemen Savaskan (Universität Zürich), Prof. Dr. iur. Christian Schwarzenegger (Universität Zürich) und Prof. Dr. med. Armin von Gunten (CHUV, Universität Lausanne).

Korrespondenz:

Dr. phil. Manuel Trachsel
 Institut für Biomedizinische Ethik
 Universität Zürich
 Pestalozzistrasse 24
 CH-8032 Zürich
[manuel.trachsel\[at\]gmail.com](mailto:manuel.trachsel[at]gmail.com)

Empfohlene Literatur

- Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, Fox E, Derse AR. Ten myths about decision-making capacity. *J Am Med Dir Assoc.* 2005;6:100–4.
- Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, Derse AR. Pitfalls in assessment of decision-making capacity. *Psychosomatics.* 2005;44:237–43.
- Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals.* New York: Oxford University Press; 1998.
- Kim SYH. *Evaluation of capacity to consent to treatment and research.* Oxford: Oxford University Press; 2010.
- Cox White B. *Competence to consent.* Washington, DC: Georgetown University Press; 1994.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.