

## Urteilsfähigkeit im klinischen Alltag

Jede therapeutische Massnahme bedarf der Zustimmung des Patienten. Diese Zustimmung erfolgt im klinischen Alltag durch Einholen des sogenannten «informed consent». Damit soll garantiert werden, dass die Zustimmung unter bestimmten Voraussetzungen erfolgt: Der Patient muss einwilligungsfähig sein, die für die Zustimmung nötige Information sollte vermittelt werden, der Patient sollte die Information verstanden haben, die Entscheidung sollte frei erfolgen in Bezug auf eine konkrete medizinische Massnahme.

Die Forderung nach Zustimmung gilt für alle Patientinnen und Patienten und ist unabhängig davon, an welcher Krankheit Personen leiden und weswegen eine Behandlung erfolgen soll. Im Einklang damit steht ein Patientenselbstverständnis, das sich durch Selbstbestimmung und Autonomie auszeichnet und dem ein partnerschaftlicher Ansatz für Behandlungsentscheide (Shared Decision Making) zugrunde liegt (Gerber et al. 2014). Shared Decision Making oder partizipative Entscheidungsfindung gilt als ideales Modell der Entscheidungsfindung im klinischen Kontext. Gemäss diesem Modell treffen Arzt und Patient gemeinsam die Entscheidung für eine bestimmte Behandlung.

Die Entscheidungsfindung ist an bestimmte Voraussetzungen und Bedingungen gebunden, die sich aus juristischen und klinischen Komponenten zusammensetzen.

«Grundsätzlich gilt: die Urteilsfähigkeit wird vermutet, es sei denn, eine der im Gesetz aufgezählten Einschränkungen werde nachgewiesen.»

Die Voraussetzung unter rechtlicher Perspektive ist mit dem juristischen Terminus der Urteilsfähigkeit umschrieben und findet sich so in der Rechtsprechung (Zivilgesetz). Patientinnen

und Patienten sollten urteilsfähig sein, um einen Behandlungsentscheid treffen zu können. Im umgangssprachlichen Gebrauch wird die Urteilsfähigkeit noch häufig mit Zurechnungsfähigkeit gleichgesetzt. Dieser Begriff stammt jedoch aus dem alten Strafgesetzbuch und bezieht sich auf eine Straftat. Im revidierten Strafgesetzbuch tritt der Begriff der Schuldfähigkeit an Stelle des Begriffs der Zurechnungsfähigkeit (Art.19 StGB).

### Urteilsfähigkeit bezieht sich auf bestimmte Situationen

Was ist unter Urteilsfähigkeit genau zu verstehen? «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» (Schweizerisches Zivilgesetzbuch Artikel 16). Das Zivilgesetzbuch enthält keine positive Umschreibung des Begriffes der Urteilsfähigkeit. Grundsätzlich gilt daher: die Urteilsfähigkeit wird vermutet, es sei denn, eine der im Gesetz aufgezählten Einschränkungen werde nachgewiesen.

Es ist grundsätzlich nicht zulässig, generell aus einer vorliegenden Erkrankung eine Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit oder eine Einwilligungsunfähigkeit abzuleiten. Historisch bekannte Zuordnungsversuche von diagnostischer Klassifikation und Einwilligungsfähigkeit können nach heutigem Wissensstand nicht mehr aufrechterhalten werden (Vollmann 2000). Es muss jeweils abgeklärt werden, ob sich eine psychische Beeinträchtigung auf eine bestimmte Handlung auswirkt, zum Beispiel auf die Einnahme eines Medikamentes, auf die Einwilligung in eine Operation, auf den Kauf eines Autos, auf die Verfassung eines Testamentes, auf Ablehnung von Nahrung oder auf einen Sterbewunsch, und wie sie zu gewichten ist. Urteilsfähigkeit ist immer bezogen auf eine be-



Urteilsfähigkeit ist immer bezogen auf eine bestimmte Situation und eine bestimmte Handlung. Eine Person, die unter einer beginnenden Demenz leidet, kann durchaus in der Lage sein zu beurteilen, welche Kleidung sie kaufen möchte, während schwierige Rechtsgeschäfte nicht mehr möglich sein können (Bild: bobbio/iStockphoto)

stimmte Situation und eine bestimmte Handlung (Relativität der Urteilsfähigkeit) und es muss geprüft werden, ob die Urteilsfähigkeit hinsichtlich dieser Situation gegeben ist oder nicht. So ist es möglich, dass eine Person hinsichtlich verschiedener Gegebenheiten einmal als urteilsfähig und das andere Mal als nicht urteilsfähig gelten kann.

Im Kontext der Psychiatrie bedeutet das beispielsweise: Eine unter einer wahnhaften Störung leidende Person, die aufgrund ihres Wahns fälschlicherweise behauptet, ihr Ehepartner betrüge sie täglich, und an der wahnhaften Überzeugung festhält, ist nicht urteilsfähig betreffend dieser Behauptung; sie kann jedoch durchaus fähig sein ihren Beruf auszuüben und dort anstehende Entscheidungen zu treffen, also hinsichtlich dieser Tätigkeit als urteilsfähig gelten.

«Solange sich Patienten mit einer Behandlung – zum Beispiel mit der Einnahme eines Medikamentes – einverstanden erklären, wird eine Einwilligungsfähigkeit kaum angezweifelt.»

Eine Person, die unter einer beginnenden Demenz leidet, kann durchaus in der Lage sein zu beurteilen, was sie essen und trinken möchte, welche Kleidung sie kaufen möchte, und diese Einkäufe auch durchführen, während schwierige Rechtsgeschäfte (Verkauf des Hauses, Aufnahme von Darlehen) nicht mehr möglich sein können.

Die Beeinträchtigung von Urteilsfähigkeit kann sich auf zwei Arten auswirken: Entweder weiss oder versteht der Betroffene gar nicht, was um ihn herum geschieht (Wissenskomponente), oder er versteht es, ist aber nicht fähig, die richtigen Schlüsse daraus zu ziehen (Willenskomponente). Die Urteilsfähigkeit kann sowohl das Wissen als auch den Willen allein betreffen oder bezüglich beider Komponenten eingeschränkt sein. In praktischen Fällen erfolgt die Überprüfung der Urteilsfähigkeit anhand von vier Komponenten (Dittmann 2000): Erkenntnisfähigkeit, Wertungsfähigkeit, Fähigkeit zur Willensbildung, Fähigkeit gemäss eigenem Willen zu handeln.

In den SAMW-Richtlinien (2012) «Betreuung von Patienten am Lebensende» werden folgende Kriterien aufgeführt:

- die Fähigkeit, Information 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 erhaltene Information im Kontext eines kohärenten Wertesystems rational zu gewichten;
- die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern.

#### Einwilligungsfähigkeit

Im klinischen Alltag wird die Urteilsfähigkeit in Bezug auf eine konkrete Behandlung bedeutsam. In diesem Kontext wird Urteilsfähigkeit auch als Einwilligungsfähigkeit bezeichnet und meint Urteilsfähigkeit in Bezug auf eine medizinische Behandlung, welche in die physische oder psychische Integrität einer Person eingreift und diese auch verletzen kann. Einwilligungsfähigkeit meint demnach, dass eine Person fähig ist, «das Wesen, die Bedeutung und Tragweite des Rechtsguteingriffes zu beurteilen und entsprechend dieser Einsicht einen frei verantwortlichen Willen zu bilden» (Rippe et al. 2005, 86). Es ist Teil der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit, zu überprüfen, ob Patientinnen und Patienten imstande sind, eine therapeutische Massnahme zu beurteilen, in sie einzuwilligen oder sie nach Abwägen möglicher Konsequenzen abzulehnen.

Bei dieser Überprüfung wird deutlich, dass die juristische Sichtweise der Dichotomie der Urteilsfähigkeit (Hürlimann/Trachsel, 2015) – das heisst zu einem bestimmten Zeitpunkt ist Urteilsfähigkeit entweder vollständig gegeben oder fehlt vollständig – im klinischen Alltag zu kurz greift. Das Zustandekommen eines Behandlungsentscheidens entspricht häufig nicht einer Momentaufnahme, sondern erfolgt im Prozess. Die Einschätzung, ob ein Patient einwilligungsfähig ist oder nicht, ist mit Schwierigkeiten behaftet,

die sich aus den zugrundeliegenden Krankheiten und deren Auswirkungen auf den psychischen Zustand ergeben. Je nach Intensität und Dauer der Auswirkung wird das damit verbundene Vermögen zur Einwilligung mehr oder weniger beeinträchtigt und kann im Zeitverlauf variieren. Daraus entsteht ein Spannungsfeld zwischen den rechtlichen Vorgaben der Urteilsfähigkeit beziehungsweise Einwilligungsfähigkeit als Ausdruck der Selbstbestimmung und den tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten der Patientin, auch frei entscheiden und einwilligen zu können (Meier-Allmendinger et. al. 2015). Nicht allein psychische Erkrankungen können Fähigkeiten beeinträchtigen, sondern auch körperliche Leiden können hier Einfluss nehmen. Es ist zum Beispiel zu fragen, ob Patienten trotz klarem Bewusstsein und vorhandener Orientierung unter akuten Schmerzen in der Lage sind, Informationen zu verstehen, ihre Situation und Konsequenzen abzuwägen, Informationen rational zu gewichten, und eine eigene Wahl zu äussern.

Nicht nur Krankheiten mit deutlicher Beeinträchtigung des Realitätsbezuges wie manische, psychotische oder schwer depressiv-suizidale Zustände wirken sich auf die Einwilligungsfähigkeit aus. In vielen Krankheitsbildern sind die Willensbildung und die Einwilligungsfähigkeit betroffen: Der depressive Patient, der aufgrund seiner krankheitsbedingten Ambivalenz einer Therapie nicht zustimmen kann oder unsicher ist. Die Borderline-Patientin, deren Einwilligung zur Behandlung aufgrund ihrer emotionalen Instabilität von Tag zu Tag schwankt; der Suchtkranke, dessen Zustimmung zur Abstinenz und zur Behandlung immer wieder überlagert ist durch den unkontrollierbaren Drang zum Alkoholkonsum; Patienten, die aufgrund einer Störung ihrer Persönlichkeit ihre Impulse situativ nicht mehr kontrollieren können, dadurch andere verbal oder körperlich verletzen und damit das therapeutische Bündnis gefährden.

Es wäre aber falsch, diesen Personen aufgrund ihrer Diagnose grundsätzlich ihre Urteilsfähigkeit oder ihre Autonomie abzuspochen, dies entspricht häufig einer gängigen Meinung in der Allgemeinbevölkerung und auch in Fachkreisen, tatsäch-

lich gilt es nur für einen sehr kleinen Teil der psychiatrischen Patienten (Kurmann 2015). Die genannten Beispiele weisen vielmehr darauf hin, dass die juristische Sichtweise der Momenterhebung für die Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit nicht ausreicht und um eine klinisch-therapeutische Sichtweise erweitert werden muss.

Solange sich Patientinnen und Patienten mit einer Behandlung – zum Beispiel mit der Einnahme eines Medikamentes – einverstanden erklären, wird eine Einwilligungsfähigkeit kaum angezweifelt in der Annahme, man handle ja im Interesse des Patienten. Man überprüft dabei oft nicht, ob beispielsweise wichtige Informationen zu einem Medikament verstanden worden sind. Bei psychischen Erkrankungen sind aber häufig Gründe und Motive nicht klar, welche die Patienten zu einem Behandlungseinverständnis führen. Es käme dem behandelnden Team nicht in den Sinn, aus klinisch-therapeutischer Sicht mit der Medikamentenabgabe zu zögern, nur weil nicht klar ist, ob Patientinnen und Patienten alles verstanden haben, rational und folgerichtig denken und Konsequenzen abwägen können.



**Diana Meier-Allmendinger**, Theologin und Psychiaterin, leitende Ärztin Ambulatorium Klinik Schützen in Aarau. Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen, Mitbegründerin und Mitglied des Arbeitskreises Ethik in der Medizin der Universität Ulm, Dozentin und Leiterin der Ethik-Foren am Spital Aarau und der Schlössli-Gruppe.

### Fragen entstehen bei Uneinigkeit zwischen Patient und Behandler

Erst wenn sich Behandler und Patient nicht einig sind oder wenn Schwankungen der Einwilligungsfähigkeit im Zeitverlauf deutlich werden, entstehen Fragen und Probleme. Diese Situationen stellen keine juristische, sondern eine therapeutischen Herausforderung dar und verlangen von Seite der Behandler ein spezifisches Sicheinlassen auf den Patienten unter Respektierung seiner Autonomie, die durch Krankheit überdeckt oder verzerrt sein kann.

«Die klinisch-therapeutische Herausforderung besteht darin, mit der <bedingungslosen Grundhaltung der Offenheit, Neugierde, Zuwendung> auf Patienten einzugehen.»

Dies erfordert eine situativ und kontextbezogene Anpassungsleistung, welche von den Behandlern gegenüber den Patienten zu erbringen ist und nicht umgekehrt. Die klinisch-therapeutische Herausforderung besteht darin, mit der «bedingungslosen Grundhaltung der Offenheit, Neugierde, Zuwendung» auf Patienten einzugehen und sich interaktiv auf einen Prozess der Verständigung einzulassen (Kurmann 2015, 156). Gerade unter beschränkter vorhandenen Fähigkeiten ist es therapeutische Aufgabe, Informationen patientenbezogen und sprachlich so zu vermitteln, dass sie im Kontext der Erkrankung verstanden werden können. Um diese Informationen abwägen zu können, braucht es auch genügend Zeit. Diese muss Patienten gewährt werden. Es ist therapeutische Aufgabe, zusammen mit dem Patienten sein Wertesystem herauszufinden und trotz Erkrankung eine Kohärenz herauszuarbeiten. Es ist therapeutische Pflicht, Patienten mit dem Ziel der Befähigung zur Einwilligung zu begleiten. Ihre Vorstellungen und Wünsche, ihr Wille, müssen häufig erst erschlossen werden, da sie durch psychische oder körperliche Leiden überdeckt sind. Dies kann nur gelingen, wenn ein Patient nicht nur in Einzelsituationen wahrgenommen und beurteilt wird, sondern die Wahrnehmung im Zeitverlauf erfolgt – wie in einem Film, dessen Ablauf sich aus vielen Moment-

aufnahmen zusammensetzt und in deren Gesamtschau das Bild einer Person und ihrer Individualität entsteht. Diese zeitliche Dimension muss als Instrument der Willensbestimmung und Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit akzeptiert und eingesetzt werden. Unterschiedliche Äusserungen von Patientinnen und Patienten oder zeitlich variierende Fähigkeiten können in ihrer Summe betrachtet durchaus den Willen eines Patienten, seine Werte, Präferenzen und Kompetenzen abzeichnen. Einwilligungsfähigkeit entspricht keiner Momentaufnahme, sondern ist das Ergebnis eines therapeutischen Prozesses. ◀ **Diana Meier-Allmendinger**

### Literatur:

- Dittmann, V. (2007): Forensische Psychiatrie in der Schweiz. In: Nedopil, N.: Forensische Psychiatrie. Thieme, Stuttgart, 802–816
- Gerber, M.; Kraft, E.; Bosshard, Ch. (2014): Shared Decision Making – Arzt und Patient entscheiden gemeinsam. In: Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des médecins suisses – Bollettino dei medici svizzeri 2014; 95: 50: 1883–1889
- Hürlimann, D.; Trachsel, M. (2015): Urteilsfähigkeit, Zurechnungsfähigkeit und Schuldfähigkeit. In: Swiss Medical Forum–Schweizerisches Medizin-Forum 2015; 15(25): 604–606
- Kurmann, J. (2015): Patientenaufklärung – therapeutisch interpretiert. In: Swiss Archives of Neurology and Psychiatry 2015; 166(5): 151–157
- Meier-Allmendinger, D.; Kurmann, J.; Baumann-Hölzle, R. (2015): ethische Entscheidungsfindung in der Psychiatrie. In: Schweizerische Ärztezeitung – Bulletin des médecins suisses – Bollettino dei medici svizzeri 2015; 96(33): 1151–1154
- Rippe, K.P.; Schwarzenegger, C.; Bosshard, G.; Kieseetter, M. (2005): Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen. SJZ 101, 53–91
- SAMW (2012): Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende (2004, aktualisiert 2012). Siehe [www.samw.ch](http://www.samw.ch)
- Vollmann, J. (2000): Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie: Ein Beitrag zur Ethik in der Medizin. Steinkopff, Darmstadt