



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2016

Einwilligungsfähigkeit: inhärente Fähigkeit oder ethisches Urteil?

Hermann, Helena ; Trachsel, Manuel ; Biller-Andorno, Nikola

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0360-x>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-114595>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Hermann, Helena; Trachsel, Manuel; Biller-Andorno, Nikola (2016). Einwilligungsfähigkeit: inhärente Fähigkeit oder ethisches Urteil? *Ethik in der Medizin*, 28(2):107-120.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0360-x>

Einwilligungsfähigkeit: Inhärente Fähigkeit oder ethisches Urteil?

Helena Hermann, Manuel Trachsel, Nikola Biller-Andorno

Anschriften:

Helena Hermann, MSc ✉, Dr. med. Dr. phil. Manuel Trachsel, Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno

Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte

Universität Zürich

Pestalozzistrasse 24

8032 Zürich, Schweiz

E-Mail: helena.hermann@uzh.ch

Zusammenfassung

Die Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit von Patienten beinhaltet weitreichende ethische und rechtliche Implikationen. Ausreichende Klärung des Begriffs ist daher unerlässlich. Solche Bemühungen gelten vorwiegend der Definition von Kriterien hinsichtlich relevanter mentaler Fähigkeiten. Grundlegendere Aspekte werden kaum explizit besprochen. Dabei stellt sich die Frage, ob Einwilligungsfähigkeit eher eine inhärente Fähigkeit oder ein ethisches Urteil bezeichnet. Zentral bei dieser Unterscheidung ist der Stellenwert ethischer Überlegungen die Zulässigkeit fürsorglicher Bevormundung betreffend. Geht man von einer inhärenten Fähigkeit aus, schließen solche Überlegungen an die Beurteilung von Einwilligungsfähigkeit an. Im Fall eines Urteils sind diese konstitutiv für das Verständnis und die Bestimmung von Einwilligungsfähigkeit. Obwohl Einwilligungsfähigkeit idealerweise als inhärente Fähigkeit gedacht wird, weist die tatsächliche Herangehensweise eher in die Richtung, sie als ethisches Urteil zu verstehen. Diese verschiedenen Tendenzen sind für konzeptuelle Kontroversen hinsichtlich des Stellenwerts risiko-relativer Beurteilungen verantwortlich. Des Weiteren muss sich die Bestimmung von Einwilligungsfähigkeit – konzipiert man sie als ethisches Urteil – nicht rigide an einer bestimmten Definition des Begriffs der Autonomiefähigkeit orientieren und vermag so mit dessen definitorischen Unklarheiten besser umzugehen.

Schlüsselwörter

Einwilligungsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Informierte Einwilligung, Paternalismus, Selbstbestimmung, Moralische Intuition

Decision-making capacity: inherent ability or ethical judgment?

Abstract

Definition of the problem Because determining a patient's decision-making competence has far-reaching ethical and legal implications, the concept of competence must be clearly understood. The criteria for competence are commonly defined in terms of mental abilities; more basic questions as to whether competence refers to an inherent ability or to an ethical judgment are rarely discussed in more detail. *Arguments* A central aspect of this distinction between ability and judgment concerns the significance of ethical considerations relating to paternalism and its legitimacy. Where competence is conceived as inherent ability, such considerations follow a determination of competence; where it is conceived as ethical judgment, these matters become constitutive of understanding and determining competence. *Conclusion* Despite the observed tendency to understand competence ideally as an inherent ability, actual practice suggests that, to the contrary, competence is conceived as a matter of ethical judgment. These conflicting tendencies may account for associated conceptual controversies, especially with regard to risk-relative evaluations. Moreover, conceived as judgment, determinations of competence need not adhere rigidly to definitions of autonomy, and so are better able to deal with the inherent ambiguity of this notion.

Keywords

Competence, Capacity, Informed consent, Paternalism, Self-determination, Moral intuition

Als Voraussetzung für die *informierte Einwilligung* in eine medizinische Intervention kommt der Einwilligungsfähigkeit (EF)¹ des Patienten eine wichtige Rolle zu. Sie bestimmt, ob von einer gültigen Patienteneinwilligung ausgegangen werden kann und inwieweit der Patientenselbstbestimmung Geltung und Respekt zukommt. Diese ethischen und rechtlichen Implikationen verlangen nach einer angemessenen und sorgfältigen Beurteilung der EF in der klinischen Praxis.

In der Auseinandersetzung mit dem Konzept der EF zeigt sich bald dessen Komplexität und man sieht sich mit grundlegenden Fragen konfrontiert: Worum geht es bei der Beurteilung von EF und wofür ist der Begriff bezeichnend? Diese Fragen bezwecken eher ein grundlegendes Verständnis, als die Definition konkreter, inhaltlicher Aspekte wie die Bestimmung relevanter mentaler Fähigkeiten.² Oftmals sind Letztere Gegenstand ausführlicher Reflexionen, ohne dass aber ausreichend Klarheit betreffend elementarerer Punkte bestehen würde. So entsteht beim Lesen der Literatur der Eindruck, es gäbe unterschiedliche Vorstellungen darüber, was EF grundsätzlich bezeichnet. Manche verstehen sie als inhärente Fähigkeit des Patienten (z. B. [23]), andere als ein ethisches Urteil (z. B. [5]). Es handelt sich um verschiedene Betrachtungsweisen mit je unterschiedlichen Vorstellungen des normativen Gehalts von EF; es sind Divergenzen, die beispielsweise der Debatte um risiko-relative Beurteilungen von EF zugrunde liegen und dort besonders prägnant zu Tage treten (vgl. [4, 23]).³ Eine Klärung der Frage, was mit EF grundsätzlich gemeint wird, ist ausstehend. Der vorliegende Beitrag hat daher das Ziel, diese unterschiedlichen Vorstellungen von EF genauer zu untersuchen.

Einwilligungsfähigkeit im Kontext der *informierten Einwilligung*

Es bietet sich an, die beiden Konzeptionen von EF – einerseits als inhärente Fähigkeit, andererseits als ethisches Urteil – vor dem Hintergrund der *informierten Einwilligung* einzuführen. Die *informierte Einwilligung* macht das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung geltend. Sie entwickelte sich in der Mitte des 20. Jahrhunderts aus gesellschaftlichen Tendenzen und liberalen Strömungen sowie der Aufdeckung schwerer Missbrauchsfälle in der klinischen Forschung. Beides führt zu einer Aufwertung der Patientenselbstbestimmung und einer Infragestellung der traditionellen ärztlichen Ethik, nach der ein tugendhafter Arzt alleine zum Wohl des Patienten entscheidet [8]. Grundsätzlich gilt, dass vor jeder medizinischen Intervention eine ausdrückliche Einwilligung des Patienten eingeholt werden muss. Von einer gültigen Einwilligung oder einem gültigen Behandlungsverzicht ist jedoch nur dann die Rede, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind: (1) Der Patient ist ausreichend informiert; (2) versteht die vermittelten Informationen; (3) trifft die Entscheidung freiwillig; und (4) besitzt EF [8]. Unter diesen Bedingungen gilt es, den Entscheid des Patienten zu respektieren, auch wenn dieser mit schädlichen Folgen, gar dem Tod einhergeht. Sind diese Voraussetzungen hingegen nicht erfüllt, ist der Respekt vor dem Entscheid des Patienten nicht geboten. Andere moralische Prinzipien, wie der Schutz des Patienten, können dann Vorrang haben [5]. So entsteht der Eindruck, dass in der Ausformulierung der *informierten Einwilligung* die volle Entscheidungshoheit des Patienten durch die genannten Voraussetzungen eine Restriktion erfährt. Eine solche Restriktion ist plausibel und lässt sich aus zweierlei Perspektive erklären. Im einen Fall wird die Selbstbestimmung des Patienten als Erklärung in den Vordergrund gestellt, im anderen Fall sind es paternalistische Überlegungen, die im Fokus stehen. Wenn nun im Folgenden diese zwei Perspektiven genauer betrachtet werden, soll dies lediglich im Hinblick auf die vierte Bedingung der *informierten Einwilligung*, die EF, geschehen.

Argumentiert man ausgehend von der Selbstbestimmung, kommt dem Patienten nur dann ein Recht auf Achtung seines Entscheids oder seiner Selbstbestimmung zu, wenn er auch fähig ist, sich selbst zu bestimmen. Zudem ist dieses Recht im Kontext der *informierten Einwilligung* unter dieser Voraussetzung ein absolutes [5]. Diese Fähigkeit zur Selbstbestimmung als Bedingung für eine gültige Einwilligung wird unter dem Begriff der EF gefasst. Folglich wird EF als eine inhärente Fähigkeit des Patienten oder spezifischer als ein Komplex mentaler Fähigkeiten verstanden. Als eine solche ist sie unabhängig von ethischen

¹ Im schweizerischen Recht gilt der Begriff der *Urteilsfähigkeit* (Schweizerisches Zivilgesetzbuch, Art. 16).

² Gängige Kriterien in Anlehnung an Grisso und Appelbaum [10] sind: Informationsverständnis (*understanding*), Krankheits- und Behandlungseinsicht (*appreciation*), Gewichtung und Integration von Informationen (*reasoning*), Kommunikation eines Entscheids (*evidencing a choice*).

³ Die Debatte wird auch unter dem Stichwort *Sliding Scale* geführt (z. B. [7]). *Risiko-Relativität* und der Begriff *Sliding-Scale* verweisen beide auf eine Beurteilung der EF in Abhängigkeit der Konsequenzen eines Entscheids.

Überlegungen, welche die Angemessenheit paternalistischer Maßnahmen betreffen. Hingegen bestimmt sie als Voraussetzung für eine gültige Einwilligung, ob fürsorgliches Fremdbestimmen erlaubt oder gar geboten ist.

Der Stellenwert der EF innerhalb der *informierten Einwilligung* lässt sich jedoch nicht nur von der Warte der Selbstbestimmung betrachten, sondern auch aus der Perspektive paternalistischer Bevormundung. Mit dem noblen Zweck der *informierten Einwilligung*, unzulässigen Paternalismus einzudämmen, muss, ohne die genannten Voraussetzungen, in Kauf genommen werden, dass alle Interventionen Dritter – sowohl unzulässiger als auch moralisch zulässiger Paternalismus – unrechtmäßig sind. Um diesem unerwünschten Effekt entgegenzuwirken, braucht es die genannten Voraussetzungen der *informierten Einwilligung*. EF kann so als Mittel gesehen werden, gerechtfertigtem Paternalismus wieder den Weg zu ebnen. Pointierter ausgedrückt, beschreibt und umfasst die Kategorie *Einwilligungsunfähigkeit* all jene Individuen, bei denen man zu der Überzeugung gelangt, dass eine Bevormundung aufgrund von Faktoren, die innerhalb der Person liegen, legitim oder gar geboten ist. Diese Herangehensweise bringt mit sich, dass EF nicht primär als eine inhärente Fähigkeit verstanden wird, sondern als zweckdienliches Etikett, das jene Personen umfasst, bei denen man eine fürsorgliche Fremdbestimmung als moralisch richtig erachtet. Aus diesem Verständnis folgt, dass die Bestimmung von EF eng mit ethischen Überlegungen betreffend gerechtfertigten respektive ungerechtfertigten Paternalismus verknüpft ist.⁴ EF ist somit keine unabhängige Voraussetzung für paternalistisches Eingreifen, sondern ein aus diesen ethischen Überlegungen heraus konstruierter Begriff.

Hier treffen zwei Perspektiven aufeinander, die sich hinsichtlich ihrer Ausgangslage voneinander unterscheiden, was folgende Fragen aufwirft: Besteht in der Begegnung mit bestimmten Patienten zuerst die moralische Intuition, dass diesen aufgrund gewisser Merkmale schützend beigestanden werden muss? Veranlasst diese Intuition dazu, über ihre Ursachen nachzudenken, diese zu systematisieren und unter den Begriff der EF zusammenzufassen? Oder steht die Vorstellung eines selbstbestimmten Individuums am Anfang, von der bestimmte Patienten derart abweichen, dass es ihnen unmöglich ist, selbstbestimmt zu entscheiden, weshalb schützende Maßnahmen geboten sind? – Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Betrachtungsweisen liegt dort, wo es um ein Gewichten moralischer Prinzipien geht. Im einen Fall basiert die Bestimmung von EF auf einem Abwägen moralischer Grundsätze. Im anderen Fall erfolgt dieses Abwägen erst im Anschluss an die Beurteilung der EF, wobei die EF darüber bestimmt, wie die Prinzipien zu gewichten sind. Es stellt sich sodann die Frage, welches der beiden Modelle bevorzugt wird. Es wäre nicht erstaunlich, würde die Mehrheit auf das zweite Modell setzen, da es in sich schlüssig und im Vergleich zum ersten Modell weniger widersprüchlich erscheint, denn jenes weist im Kontext der *informierten Einwilligung* tatsächlich eine gewisse Zirkularität auf. Es wird hier behauptet, dass die Idee einer inhärenten Fähigkeit zwar einer Idealvorstellung entspricht, dass EF sinnvollerweise aber als ethisches Urteil angegangen wird. In den folgenden Abschnitten werden Gründe und Evidenzen für diese Behauptung vorgebracht.

Bestimmung von Grenzwerten

Es ist anerkannt, dass die Bestimmung von EF eine normative Angelegenheit ist [3]. Sie lässt sich nicht direkt aus der Deskription von Patientenmerkmalen ableiten, sondern verlangt ein Urteil darüber, ob diese Merkmale, die meistens in Abstufungen vorliegen, ausreichend intakt sind. Nur durch die Bestimmung solcher Grenzwerte kommt man zu einem dichotomen Urteil (*einwilligungsfähig* oder *einwilligungsunfähig*) [5].

Grenzwerte lassen sich auf unterschiedlicher Basis festlegen. Es wäre möglich, sie a priori aus theoretischen Überlegungen abzuleiten, aus Reflexionen darüber, was Selbstbestimmungsfähigkeit bedeutet. Die tatsächliche Vorgehensweise ist jedoch eine andere. Namhafte Autoren betonen, dass das Festlegen von Grenzwerten einzelfallspezifisch auf einem Abwägen morali-

⁴ In der Literatur finden die Begriffe *schwacher* und *starker Paternalismus* Verwendung, um gerechtfertigtere und ungerechtfertigtere Formen von Paternalismus zu unterscheiden (siehe [9]). *Schwacher Paternalismus* bezeichnet fürsorgliche Maßnahmen in Fällen unzureichend autonomer Entscheidungen, beispielsweise bei fehlender EF, und gilt als moralisch unproblematisch. *Starker Paternalismus* hingegen steht für fürsorgliche Fremdbestimmung bei einer hinreichend autonomen Entscheidung des Patienten, und ist aus moralischer Perspektive umstritten. Auf die Verwendung dieser Begriffe wird in der vorliegenden Arbeit verzichtet, weil sie bereits ein Verständnis von EF als inhärente Fähigkeit implizieren und deshalb für die Infragestellung eines solchen nicht geeignet sind.

scher Prinzipien beruht, genauer auf dem Prinzip des Patientenschutzes einerseits und des Respekts vor dessen Selbstbestimmung andererseits [4, 5, 8, 10]. So schreibt Brock ([4], S. 106):

Suppose that we are correct that the central function of the competence determination is to allocate decisional authority either to the patient or to surrogate. Why does the competence determination then require balancing patients' self-determination and well-being? The answer is that these are the two fundamental interests or values of patients which are at stake in whether they retain decisional authority about their medical treatment.

Weiter sagt er:

[...] the crucial question on a particular occasion for competence is how good decisionmaking must be to be "good enough" to warrant leaving decisional authority with the patient and respecting his or her choice. It is in answering this question in borderline cases that balancing the patient's self-determination and well-being is required ([4], S. 106).

Den Zitaten zufolge spielt das Abwägen moralischer Prinzipien eine zentrale Rolle bei der Definition von Grenzwerten, die letztlich über die EF bestimmen. Es handelt sich um eine ethisch normative Aufgabe, womit eine Parallele zum Denkmodell besteht, das EF als ethisches Urteil konzipiert und moralischen Intuitionen eine wichtige Rolle zuweist.

Eine solche Vorgehensweise ist mit risiko-relativen Standards gekoppelt, denn sie schließt Merkmale der Entscheidungssituation inklusive der Folgen einer Entscheidung ein; diese geben dem Prinzip des Patientenschutzes Gewicht. Eine derartige Bestimmung von Grenzwerten ist also sowohl theoretisch gestützt, als auch durch die vorherrschende Rechtspraxis, welche EF risiko-relativ beurteilt, als *lege artis* anerkannt [17].

Bedeutung moralischer Intuitionen

Die Art und Weise wie in der Literatur die gängigen Kriterien für EF diskutiert werden, bestätigt EF ebenfalls als ethisches Urteil. Mehrere Beiträge legen ihre Argumentation um illustrative Fälle herum an [1, 12, 22]. Dabei werden Personen beschrieben, die man intuitiv zu ihrem Wohl schützen würde. Die Autoren setzen also bei den moralischen Intuitionen der Leser an, um dann zu zeigen, dass unter den gegenwärtigen Kriterien für EF, genau dort, wo paternalistische Maßnahmen angebracht wären, die Patienten entgegen der intuitiven Einschätzung einwilligungsfähig sind. Im Anschluss wird die Essenz dieser Intuitionen herausgearbeitet und Argumente für eine Revision der gängigen Kriterien vorgelegt. Obwohl die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten von den Autoren als Begründung herangezogen wird, bleibt der Ausgangspunkt für die Überarbeitung des Konzepts der EF die intuitive Einschätzung darüber, ob fürsorgliches Fremdbestimmen im konkreten Fall gerechtfertigt ist. Moralische Intuitionen, die im Grunde ein implizites Abwägen moralischer Prinzipien bedeuten, spielen in der Konzeption von EF somit eine zentrale Rolle [14].

Noch deutlicher zeigt sich dies dort, wo stabile moralische Intuitionen vorliegen, es jedoch Schwierigkeiten bereitet, diese zu systematisieren, durch universelle Kriterien abzubilden oder mit einem wertneutralen Verständnis von Autonomie in Einklang zu bringen. Ein Beispiel hierfür ergibt sich aus dem Vergleich eines Behandlungsverzichts aufgrund religiöser Gründe und aufgrund von Wahnvorstellungen (vgl. [20]). In beiden Fällen erfolgt der Verzicht mit gutem Informationsverständnis und einer kohärenten Argumentation. Das Mitglied einer Sekte begründet seinen Entscheid damit, dass der medizinische Eingriff sein Verhältnis zu Gott nachhaltig beeinträchtige, während der Psychotiker der Überzeugung ist, dass durch den Eingriff seine Verbindung zu außerirdischen Unionen auf dem Spiel stehe. Die Existenz Gottes oder außerirdischer Unionen sowie deren Verhältnis zum Patienten sind gleichermaßen evident wie unrealistisch. Es ist also schwierig, diese beiden Patienten zu unterscheiden, außer man hebt das wertneutrale Verständnis von Autonomie auf und bezieht eine klare normative Position für oder gegen den Glauben an Gott oder außerirdische Unionen. Möchte man hingegen die Wertneutralität aufrechterhalten, müssen entweder beide als einwilligungsfähig oder beide als einwilligungsunfähig bezeichnet werden. Dies entspricht jedoch nicht der gängigen Intuition, derzufolge die Patienten nicht gleich zu behandeln sind. Im Falle des religiösen Patienten besteht weitge-

hender Konsens, seinen Entscheid zu respektieren – man denke nur an die Verweigerung von Bluttransfusionen bei einem Zeugen Jehovas [2]; im Falle des Psychotikers wird paternalistisches Intervenieren hingegen als zulässig erachtet.

Formuliert man, was diesen unterschiedlichen Intuitionen zugrunde liegt, lassen sich unterschiedliche Punkte anführen. Im Falle des Psychotikers kann argumentiert werden, dass der Wahn Ausdruck einer psychischen Erkrankung ist und der Entscheid somit nicht das wahre Selbst des Patienten widerspiegelt, also nicht authentisch ist. Womöglich spielt es auch eine Rolle, dass der Wahn des Psychotikers höchst individualisiert ist, während die Vorstellungen des religiösen Patienten von einer größeren Gemeinschaft geteilt werden. Hinzu kommt die Tatsache, dass religiöse Praktiken in allen Kulturen verankert sind; dies gilt für den Glauben an außerirdische Unionen nicht. Entsprechend ist es wahrscheinlich, dass unserer Intuition auch ein explizites Werturteil zugrunde liegt. Solche Argumente stellen also nicht nur ein wertneutrales Verständnis von Autonomie auf die Probe, sondern sind schwer als allgemeingültige Kriterien zu formulieren. Würde man beispielsweise die Authentizität eines Entscheids zu einem solchen Kriterium machen, ergäben sich andere Schwierigkeiten: Man stelle sich zum Beispiel vor, der religiöse Patient ist erst eine Woche vor dem Behandlungsverzicht der Sekte beigetreten und hat sich davor noch nie zu einem religiösen Glauben bekannt. Kann man in diesem Fall von einem authentischen Entscheid sprechen? Und wenn ja, welches Verständnis von Authentizität legen wir zugrunde? Sollte es Menschen nicht auch erlaubt sein, ihre Werthaltungen und Lebensführung radikal zu ändern? – Ein Argumentieren über die Authentizität funktioniert besonders gut im Zusammenhang mit psychiatrischen Diagnosen, die eine Trennung zwischen einem erkrankten, nicht-authentischen und einem gesunden, authentischen Selbst suggerieren.

Intuitionen hinsichtlich der EF verschiedener Patienten fallen unterschiedlich aus. Oft ist man zwar in der Lage, diese Intuitionen zu erklären und Argumente für oder gegen die EF vorzubringen. Diese Begründungen sind jedoch fallspezifisch; sie lassen sich nicht vollständig aus allgemeingültigen Kriterien für selbstbestimmtes Handeln ableiten. Ebenso ist es oft schwierig, in solchen Fällen an einem wertneutralen Verständnis von Autonomie oder EF festzuhalten [14, 20]. Um solche Schwierigkeiten zu umgehen, wird in der Literatur der Vorschlag diskutiert, die Frage nach der Zulässigkeit paternalistischer Interventionen unabhängig von der Frage nach der EF zu beantworten [5, 16, 20, 23]. Das bedeutet, dass fürsorglich eingegriffen werden kann, obwohl eine Person einwilligungsfähig ist, oder umgekehrt, dass ein Patientenentscheid trotz der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten zu respektieren ist. Soll also – bezogen auf die obige Ausgangslage – der psychotische Patient als einwilligungsunfähig erklärt werden, gilt dies konsequenterweise auch für den religiösen Patienten; somit ist dieser ebenso einwilligungsunfähig, sein Entscheid aber dennoch zu respektieren. Soll umgekehrt der religiöse Patient als einwilligungsfähig beurteilt werden, was dann gleichermaßen für den psychotischen Patienten gilt, würde man urteilen, dass Letzterer zwar einwilligungsfähig ist, eine Bevormundung aber dennoch erlaubt ist. Dies veranschaulicht noch einmal, dass die Lösung im Grunde von Beginn an klar ist; das heißt paternalistisches Intervenieren ist gerechtfertigt im Falle des psychotischen Patienten und ungerechtfertigt im Falle des religiösen Patienten. Mühe bereitet das Formulieren von allgemeingültigen und wertneutralen Kriterien, sodass im beschriebenen Fall scheinbar nur noch auf eine Reformulierung des Verhältnisses von EF und moralisch Gebotenem zurückgegriffen werden kann [14].

Den Ausführungen zufolge bestehen also drei Möglichkeiten, das Verhältnis zwischen EF und moralisch Gebotenem zu konzipieren (vgl. [5]): (1) EF ist vollkommen losgelöst von ethischen Überlegungen; (2) EF ist von ethischen Überlegungen unbeeinflusst, bestimmt jedoch was moralisch geboten ist; (3) EF ist nicht unabhängig von ethischen Überlegungen beziehungsweise konstituiert sich teilweise über unsere moralischen Intuitionen und über ein Abwägen moralischer Prinzipien. Die zweite und dritte Konzeption finden sich in den beiden vorgeschlagenen Betrachtungsweisen von EF wieder. Die erste Konzeption macht im Kontext der *informierten Einwilligung* wenig Sinn; hat die EF keine bindenden Implikationen, wird sie ihrer Funktion als Voraussetzung für eine gültige Einwilligung, die ihrerseits bestimmt, ob der Patientenwille zu respektieren ist, nicht gerecht. Die Bestimmung der EF ist damit nutzlos und wird hinfällig [4, 5].

Zwei Seiten einer Medaille?

In den vorhergehenden Abschnitten wurde bisher aufgezeigt, dass die tatsächliche Herangehensweise an das Konzept der EF, entgegen dem theoretischen Ideal, sie als inhärente Fähigkeit zu begreifen, in eine andere Richtung weist. Die Tatsache, dass sowohl die normative Bestimmung von Grenzwerten als auch die Infragestellung und Neuformulierung von Kriterien auf Intuitionen und Überlegungen basieren, die ein Gewicht moralischer Grundsätze beinhalten, spricht dafür, EF als ein ethisches Urteil zu verstehen. Es soll nun weiter untersucht werden, in welchem Verhältnis diese beiden Denkweisen zueinander stehen und welche praktischen und theoretischen Vorteile es hat, EF als ethisches Urteil zu denken.

Wie bereits dargelegt wurde, ist EF als inhärentes Merkmal eng mit dem Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit verbunden. Wenn man EF im Gegensatz dazu als Urteil versteht, resultiert sie aus einer situationsspezifischen Einschätzung der Angemessenheit paternalistischer Bevormundung. So gesehen ist EF das Ergebnis der Grenzziehung zwischen gerechtfertigtem und ungerechtfertigtem Paternalismus: Wird eine Bevormundung als legitim erachtet, besteht Einwilligungsunfähigkeit, und wo diese als ungerechtfertigt angesehen wird, besteht EF. Dabei wird die Bevormundung durch Merkmale des Patienten begründet.⁵ Entsprechend lässt sich die Frage, deren Beantwortung Aufschluss über die EF gibt, wie folgt formulieren: Lässt sich paternalistisches Intervenieren durch Merkmale, die in der zu beurteilenden Person liegen, ausreichend rechtfertigen? Dem gegenüber steht die Frage, die im Zusammenhang mit der zweiten Konzeption zentral ist: Besitzt der Patient die Fähigkeit zur Selbstbestimmung? Es lohnt sich, diese Fragen genauer anzuschauen, insbesondere in ihrer Beziehung zueinander, scheint es doch als würde es sich um zwei Seiten einer Medaille handeln.

Eine eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit ist eine akzeptable Rechtfertigungsgrundlage für Paternalismus. Bejaht man, begründet durch eine mangelhafte Autonomiefähigkeit des Patienten, dass paternalistisches Intervenieren gerechtfertigt ist, und wird der Patient somit für einwilligungsunfähig erklärt, dann ist dieses Urteil wohl legitim. Es fragt sich aber, ob auch andere Begründungen genügen, die sich weniger klar auf ein Konzept von Selbstbestimmungsfähigkeit berufen.

Das obige Beispiel mit dem wahnbedingten Behandlungsverzicht zeigt, weshalb ein zu enger Fokus auf die Autonomiefähigkeit problematisch sein kann. Im Fall des psychotischen Patienten könnte der behandelnde Arzt wie folgt argumentieren:

Es handelt sich um einen Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung, die unter anderem durch phasenweise schwere Störungen des Realitätsbezugs in Form von Halluzinationen, Ich-Störungen und Wahn gekennzeichnet ist. Der in der konkreten Entscheidungssituation wirksam werdende Wahn stellt eine ausgeprägte Fehlbeurteilung der Realität dar. Wo bei diese Fehlbeurteilung zu einer Einschätzung der Situation führt, die der Patient höchstwahrscheinlich ohne die akute Erkrankung so nicht teilen würde, und die in dieser Form jeglicher einfühlsamer Nachvollziehbarkeit entbehrt und somit als ausschlaggebender Grund für den Patientenentscheid in Anbetracht der Schwere der Konsequenzen des Entscheids – schwerwiegende, irreversible Schädigungen sind wahrscheinlich – nicht anerkannt werden sollte und es deshalb geboten ist – zum Schutz des Patienten – seinem Entscheid nicht Folge zu leisten.

Reicht diese Argumentation aus, um ein Urteil von *Einwilligungsunfähigkeit* zu legitimieren? – Akzeptiert man nur Begründungen, die sich strikt auf ein Konzept von Selbstbestimmungsfähigkeit abstützen, ist es schwierig, die Güte dieser Darlegung abschließend zu beurteilen. Es ist nämlich nicht eindeutig, ob die vorgebrachten Argumente auf eine eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit hinweisen oder diese überhaupt betreffen. Für eine genauere Prüfung muss unter anderem geklärt werden, ob die Kriterien für Selbstbestimmung nur prozessualer Art sind oder auch inhaltliche, werthaltige Kriterien beinhalten, oder welches Verständnis von Authentizität ausschlaggebend ist, denn die vorgebrachten Argumente setzen exakt bei diesen Punkten an (vgl. [18, 19, 21]). So ist das Argument einer ausgeprägten Fehlbeurteilung der Realität und der damit einhergehenden fehlenden Nachvollziehbarkeit der Gründe des Patienten nicht mit einem wertneutralen Verständnis vereinbar. Der Glaube an außerirdische Unionen wird in diesem Fall nicht mehr bloß als exzentrische Eigenart, sondern als eine pathologische Normab-

⁵ Äußerliche Faktoren, die paternalistische Interventionen legitimieren, werden von anderen Voraussetzungen der informierten Einwilligung abgedeckt (mangelhafte Information, Manipulation durch Dritte).

weichung aufgefasst. Ebenfalls spielt eine bestimmte Vorstellung von Authentizität eine Rolle insofern nicht das gesunde und damit authentische Selbst des Patienten, sondern die vorübergehende Erkrankung für den Entscheid verantwortlich gemacht wird. Beide Argumente stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose, die ihrerseits normativ konnotiert ist.

Die Argumente ließen sich eingängig auf ihre Probleme hin untersuchen. Das Authentizität-Argument erweist sich zum Beispiel in Fällen von chronifizierten psychischen Erkrankungen als problematisch, weil eine Gleichsetzung von *gesund* und *authentisch* respektive *krank* und *nicht-authentisch* nicht mehr in gleicher Weise funktioniert. Unter theoretischen Gesichtspunkten und hinsichtlich der Forderung nach generalisierbaren Standards könnte also durchaus gefolgert werden, dass die vorgebrachten Argumente nicht Bestandteil einer Definition von Selbstbestimmungsfähigkeit sind und sie damit eine Zuschreibung von *Einwilligungsunfähigkeit* nicht zu legitimieren vermögen. Dennoch bleibt die moralische Intuition, den psychotischen Patienten zu seinem Schutz zu bevormunden. Dies wiederum führt dazu, dass die Kriterien für Selbstbestimmung oder EF abermals in Frage gestellt werden; und erneut ist man mit der Schwierigkeit konfrontiert, wertneutrale und allgemeingültige Standards zu formulieren. Eine zu rigide Ausrichtung am Begriff der Selbstbestimmungsfähigkeit führt also immer wieder in Sackgassen und ist tendenziell wenig hilfreich.

Obwohl die dargelegte Begründung sich nicht auf eine klare Definition von Selbstbestimmung abstützt, beruht sie dennoch auf Argumenten, die ein solches Konzept tangieren und dabei ausreichend stichhaltig und nachvollziehbar erscheinen sowie auf breiten Konsens stoßen, dass sie eine Bevormundung und damit ein Urteil von *Einwilligungsunfähigkeit* zu legitimieren vermag. Auf alle Fälle handelt es sich nicht um Gründe, die sich auf persönliche, als alleingültig erachtete Werte und Ansichten der beurteilenden Person berufen und damit klarerweise ungerechtfertigt paternalistisch wären.

Eine solche Vorgehensweise negiert keineswegs die Bedeutung der Autonomiefähigkeit des Patienten für die Beurteilung von EF. Sie bietet vielmehr eine Möglichkeit, mit der Ambiguität dieses Begriffs besser umzugehen, indem sie sich nicht rigide an einem bestimmten Verständnis orientiert oder universell gültige Kriterien fordert – im Falle einer inhärenten Fähigkeit wäre dies Voraussetzung –, sondern Raum für alternative Vorstellungen von Selbstbestimmung schafft. Was für die Zuschreibung von EF zählt, ist nicht in erster Linie die Überprüfung vordefinierter Kriterien für mentale Fähigkeiten, sondern eine nachvollziehbare Begründung, weshalb in einem konkreten Fall fürsorglich eingegriffen werden soll. Dabei kommt man nicht umhin, Charakteristika des Patienten gründlich zu explorieren. Ausgangspunkt der Beurteilung von EF bilden moralische Intuitionen, deren zugrunde liegenden Faktoren spezifiziert und untersucht werden sowie auf ihren Stellenwert für die Beurteilung von EF geprüft werden. Anschließend folgt ein Abwägen der gewonnenen Informationen unter Einbezug moralischer Prinzipien und eine argumentative Begründung für oder gegen ein Urteil von *Einwilligungsunfähigkeit*. Die fachliche Urteilsbildung mit ihrer moralischen Komponente rückt somit ins Zentrum, wobei EF als Resultat dieser Einschätzung dem Patienten von außen zugeschrieben wird.

Stellenwert der Folgen und der Nachvollziehbarkeit eines Entscheids

Divergente Vorstellungen von EF sind für bestimmte konzeptuelle und praktische Kontroversen verantwortlich. Die Beobachtung, dass EF insbesondere dann in Frage gestellt wird, wenn es sich um eine folgenreiche medizinische Entscheidung handelt, oder wenn sich der Patient gegen den Ratschlag des Arztes äußert, ist tatsächlich irritierend und nicht zu erklären, wird EF als eine inhärente Eigenschaft verstanden. Denn eine Eigenschaft der Person hängt nicht von äußeren Faktoren wie der Tragweite der Konsequenzen oder Divergenzen mit der beurteilenden Person ab. Wenn EF hingegen als Urteil verstanden wird, an dessen Grundlage Überlegungen bezüglich der Zulässigkeit von Paternalismus sind, ist die obige Beobachtung durchaus nachvollziehbar. Die Tendenz, paternalistisch einzugreifen, zeigt sich nur dann, wenn überhaupt die Möglichkeit einer Schädigung des Patienten besteht; sie nimmt mit der Schwere der Konsequenzen einer medizinischen Entscheidung gar zu. Gleiches gilt für Situationen, in denen der Patient eine aus medizinischer Perspektive suboptimale Behandlungsoption wählt, wenn seine Wahl

für die beurteilende Person also nicht nachvollziehbar ist. Ist die beurteilende Person nun aufgefordert, ihre Tendenzen im Rahmen eines Urteils von *Einwilligungsunfähigkeit* zu rechtfertigen, und führt sie bloß an, dass paternalistisches Eingreifen deswegen geboten ist, weil der Patient einen Entscheid trifft, der aus medizinischer Perspektive nicht nachvollziehbar ist, dann mangelt es an einer akzeptablen Begründung. Eine Zuschreibung von *Einwilligungsunfähigkeit* ist in diesem Fall unzulässig bevormundend. Begründet die beurteilende Person ihre Tendenzen hingegen dahingehend, dass der Patient die relevanten Informationen nur unzulänglich verstanden und insbesondere deren Tragweite nicht vollständig erfasst hat und dass er deswegen zu diesem unverständlichen Entscheid gekommen ist, dann handelt es sich um eine angemessene Begründung, die den spezifischen Merkmalen des Patienten Rechnung trägt.

Die Konsequenzen und die Nachvollziehbarkeit eines Patientenentscheids spielen bei der Beurteilung von EF also insofern eine wichtige Rolle, als dass sie Zweifel respektive moralische Intuitionen bei der beurteilenden Person evozieren. Für sich alleine betrachtet, legitimieren sie jedoch keine Bevormundung [5].

Auch in Bezug auf die Frage, ob risiko-relative Beurteilungen angemessen sind, ergeben sich unterschiedliche Antworten, je nachdem welches Verständnis von EF zugrunde liegt (vgl. [4, 23]). Konzipiert man EF als inhärente Fähigkeit, die durch klar umschriebene Kriterien näher spezifiziert ist, bedeutet Risiko-Relativität ein variables Definieren dieser Kriterien in Abhängigkeit der Tragweite der medizinischen Entscheidung. Das heißt konkret, dass bei schwerwiegenden Konsequenzen höhere Anforderungen an die mentalen Fähigkeiten gestellt werden, also entweder bessere oder zusätzliche Fähigkeiten verlangt werden [5]. Dies ist nicht mit dem Begriff einer inhärenten Fähigkeit vereinbar, denn eine solche definiert sich ja gerade nicht über äußere Faktoren. Zusätzlich impliziert eine risiko-relative Herangehensweise aufgrund der variablen Kriterien, dass es im Grunde nicht nur eine, sondern verschiedene Einwilligungsfähigkeiten gibt und dass man sich je nach äußeren Gegebenheiten auf die eine oder andere bezieht. Das ist nicht nur konzeptuell problematisch, sondern mutet tatsächlich willkürlich an und schürt den Verdacht, es handle sich bei einer solch flexiblen Handhabung der Kriterien um eine elegante Möglichkeit, unzulässigen Paternalismus über die Hintertür einzuführen [23].

Denkt man EF hingegen als ein Urteil, das auf einem begründeten Votum für oder gegen eine Bevormundung beruht, ist die Berücksichtigung der Konsequenzen viel weniger problematisch. Mehr noch: Eine vollständige Begründung kommt nicht umhin, die Tragweite der medizinischen Entscheidung mitzureflectieren. Sie ist es, die den Fähigkeiten des Patienten gegenüber gestellt wird und bestimmt, ob diese unzureichend sind (vgl. [10]). Dieser Sachverhalt wird gut im obigen Beispiel des psychotischen Patienten illustriert, wo ein fürsorgliches Eingreifen mit der verzerrten Realitätswahrnehmung und der schwerwiegenden, irreversiblen Schädigung des Patienten begründet wird, wobei diese Begründung kaum weiter argumentativ zu unterlegen und letztlich eine Ermessenssache ist [10].

Die Berücksichtigung der Konsequenzen eines Entscheids mutet im Fall einer inhärenten Fähigkeit also willkürlich und konstruiert an, im Fall eines ethischen Urteils ist sie integraler, nicht wegzudenkender Bestandteil der Bestimmung der EF. Somit kann die Debatte um risiko-relative Beurteilungen größtenteils als Folge der hier beschriebenen konzeptuellen Unklarheiten verstanden werden.

Einwilligungsfähigkeit als ethisches Urteil: einige Implikationen

Wir haben dargelegt, dass EF tatsächlich und sinnvollerweise als ethisches Urteil angegangen wird. Dennoch liegt das Schwergewicht in der Diskussion auf einzelnen Kriterien: Die valide, reliable und objektive Erfassung mentaler Fähigkeiten wird zur Ausgangslage für die Beurteilung von EF gemacht. Zu diesem Zweck werden standardisierte Instrumente bereitgestellt und somit gewissermaßen suggeriert, es handle sich um eine inhärente Fähigkeit (z. B. [11]). Kann man allenfalls von der Idealvorstellung einer inhärenten Fähigkeit nur schwer Abschied nehmen? Und wieso bereitet es Mühe, die moralische Dimension von EF anzuerkennen? Es scheint fast so, als wäre man bestrebt, in Anbetracht der negativen Konnotation des Paternalismus-Begriffs das scheinbar Ungebührliche, das ihm anhaftet, vom Konzept der EF fernzuhalten. Sie deshalb als inhärente

Fähigkeit zu konzipieren ist jedoch nur eine vermeintlich elegante Lösung. Wir plädieren dafür, die moralische Dimension von EF stärker anzuerkennen und sie zur Grundlage der Beurteilung von EF zu machen, anstatt die Messung von Fähigkeiten an erste Stelle zu setzen. Das bedeutet, die beurteilende Person stärker mit der Frage zu konfrontieren, ob sich ihre Tendenz, fürsorglich eingreifen zu wollen, legitimieren lässt, und sie daraufhin aufzufordern, gute Gründe zu nennen und Gegenargumente zu reflektieren.

Gleichfalls muss ein Umdenken hinsichtlich der Art und Weise stattfinden, wie Fachpersonen bei der Bestimmung von EF unterstützt werden. Stellt man ein Hilfsmittel bereit, so muss dieses derart aufgebaut sein, dass es der beurteilenden Person hilft, ihren Zweifeln und Intuitionen auf den Grund zu gehen. Dieses Instrument muss mögliche Gründe für eine Entscheidung strukturieren und so einen relativ offenen Rahmen bieten, um Zweifel systematisch zu explorieren. Faktoren, die es zu berücksichtigen gilt, sind einerseits Merkmale des Patienten, wie beispielsweise sein Informationsverständnis, seine Krankheits- und Behandlungseinsicht oder seine Entscheidungsmotive, andererseits aber auch entscheidungsspezifische Aspekte, wie die Tragweite der Konsequenzen, sowie Faktoren, die den beurteilenden Arzt und den weiteren gesellschaftlichen Kontext betreffen, insbesondere im Hinblick auf vorherrschende Werthaltungen. Die Gesamtheit dieser Faktoren kann Zweifel generieren und muss somit kritisch auf ihren normativen Gehalt und Stellenwert innerhalb der Beurteilung von EF untersucht werden, bevor sie unter Bezugnahme auf moralische Prinzipien abgewogen und in einem abschließenden Urteil integriert werden. Ein solches Hilfsinstrument ist nicht auf eine beschränkte Anzahl Kriterien festgelegt, sondern öffnet das Feld für alternative Positionen, die ein weiteres, durchaus begründetes Verständnis von Selbstbestimmung vertreten. Dies schließt all diejenigen Aspekte mit ein, die gegenwärtig als relevant für EF erachtet und diskutiert werden, die jedoch (noch) keinen Eingang in den traditionellen Kriterienkatalog gefunden haben, wie beispielsweise Werte oder Emotionen (z. B. [1, 6]). Weitere Implikationen ergeben sich auch für die Qualitätssicherung des fachlichen Urteils. Das Augenmerk liegt dabei nicht bloß auf der Beurteilung der Fähigkeiten des Patienten, indem sichergestellt wird, dass diese valide und reliabel erfasst werden; ebenso gründlich sollte die abschließende argumentative Begründung bezüglich ihrer Qualität untersucht werden.

EF als ethisches Urteil zu denken, bedeutet, in eine Dialektik zu treten zwischen dem Grundsatz der *informierten Einwilligung* und ihrer rechtlichen Verankerung – Paternalismus ist legitim, weil der Patient einwilligungsunfähig ist – und dessen Umkehrung, nämlich dass der Patient einwilligungsunfähig ist, weil sich Paternalismus legitimieren lässt. Die beurteilende Person legt dar, weshalb eine Bevormundung legitim ist, und stellt EF – verstanden als inhärente Fähigkeit – nicht lediglich fest. Anstatt also die zentrale Frage nach der angemessenen Grenze zwischen zulässiger und unzulässiger Bevormundung an das Konzept der EF als Selbstbestimmungsfähigkeit zu delegieren, rückt diese Grenzziehung stärker in den Fokus und wird zur eigentlichen Aufgabe. Es geht darum zu bestimmen, in welchem Maß die Merkmale des Patienten, der Entscheidungssituation sowie Faktoren seitens der beurteilenden Person und der Gesellschaft – oft finden diese implizit Eingang in die Beurteilung [13] – eine fürsorgliche Fremdbestimmung legitimieren. Dies hat den Vorteil, dass eine nuanciertere Betrachtung möglich wird und auch kritischer Reflexion und Diskussion mehr Platz eingeräumt werden kann. Die Frage, ob es sich um zulässigen oder unzulässigen Paternalismus handelt, muss nicht mithilfe bestimmter Definitionen und einzelner Kriterien beantwortet werden, sondern kann sich stärker an der Spezifität und Komplexität einzelner Fälle ausrichten.

Durch die Betonung der fachlichen Urteilsfindung wird auch die Rolle der beurteilenden Person und die daraus abgeleiteten Verantwortlichkeiten und Pflichten im Rahmen der Bestimmung von EF stärker thematisiert. Es ist naheliegend, dass die Aushandlung dieser Rolle in der Beziehung zum Patienten die Urteilsfindung beeinflusst und dass das Ergebnis bis zu einem gewissen Grad spezifisch für ein bestimmtes Rollenverständnis ist. Insofern ist die Autonomie des Patienten in ihrer Ausübung nicht nur eine Funktion der inneren Merkmale des Patienten, sondern relational, durch die wahrgenommenen Rollen und Verantwortlichkeiten der involvierten Personen mit bestimmt (vgl. [15]).

Die Anforderungen an die beurteilende Person werden mit einem solchen Verständnis von EF gleichfalls anspruchsvoller. Profunde Kompetenzen in ethischer Entscheidungsfindung und ein Wissen über damit einhergehende relevante Aspekte, Fra-

gen und Schwierigkeiten sind Voraussetzungen. Des Weiteren verlangt ein solches Vorgehen ein höheres Maß an Einsichtsfähigkeit, Bereitschaft zur Selbstkritik, Artikuliertheit und nicht zuletzt auch Zeit. Es bleibt zu klären, inwieweit solche Forderungen die ärztlichen Kompetenzen überschreiten, der Ärzteschaft in ihrer klinischen Arbeit überhaupt zumutbar sind oder eine Überforderung bedeuten.

Fazit

Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit waren Unklarheiten hinsichtlich des Grundverständnisses von EF. Dabei wurde insbesondere der Frage nachgegangen, ob EF eher ein inhärentes Merkmal des Patienten oder ein ethisches Urteil bezeichnet. Für diese Unklarheit sind widersprüchliche Tatsachen und Annahmen verantwortlich respektive Diskrepanzen zwischen Idealvorstellungen, der möglichen und tatsächlichen Herangehensweise. Einerseits verweist der Begriff der *Einwilligungsfähigkeit* auf eine mentale Fähigkeit des Patienten. Es geht vorwiegend um die Definition angemessener Kriterien für EF und deren valide und reliable Erfassung. Patientenmerkmale stehen also im Vordergrund und man bemüht sich, das Konzept in einem weiteren Rahmen mit dem Begriff der Autonomie- oder Selbstbestimmungsfähigkeit zusammenzuführen. Andererseits ist EF eine Voraussetzung für die *informierte Einwilligung* und damit nicht losgelöst von moralischen Prinzipien denkbar. Sie beruht letztlich auf einem umfassenden fachlichen Urteil und basiert ihrerseits bereits auf einem Abwägen des Patientenschutzes einerseits und des Respekts vor dem Entscheid des Patienten andererseits. Mit dieser Gegenüberstellung wird gleichsam klarer, woher die Schwierigkeiten mit dem Konzept herrühren. In dem Moment, in dem EF als Voraussetzung für die *informierte Einwilligung* Geltung erhält, besteht sie nicht mehr als unabhängige, implikationslose Größe, sondern entscheidet darüber mit, ob dem Patienten die volle Entscheidungshoheit zukommt und er ein Recht auf Selbstbestimmung hat. Aufgrund der Ambiguität des Begriffs der Selbstbestimmung und insbesondere kraft moralischer Intuitionen beginnen ethische Überlegungen in die Definition und Bestimmung von EF einzufließen. Die Frage *Ist der Patient einwilligungsfähig?* wandelt sich zur Frage *Soll der Patient für einwilligungsfähig erklärt werden?*, womit EF keine inhärente Fähigkeit, sondern nur das Resultat eines ethischen Urteils meinen kann (vgl. [1, 4]). Bei der Beurteilung von EF geht es folglich um eine Zuschreibung von Entscheidungshoheit und somit um die Frage, ob eine Bevormundung unter Berücksichtigung der inneren Merkmale des Patienten und der äußeren Umstände moralisch richtig oder falsch ist. Bloß anzunehmen, es gehe um die Bestimmung der Fähigkeit des Patienten, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen, greift zu kurz, weil diese Annahme der moralischen Dimension von EF nicht angemessen Rechnung trägt.

Denkt man EF zudem als ethisches Urteil, klären sich weitere Unklarheiten, so zum Beispiel die Frage nach dem Stellenwert der Konsequenzen oder der Nachvollziehbarkeit des Patientenentscheids. Außerdem eröffnen sich neue Wege, die Beurteilung von EF anzugehen, unterstützende Hilfsmittel zu gestalten und Fachpersonen angemessen zu schulen.

Danksagung

Wir danken dem *Schweizerischen Nationalfonds* für die Finanzierung des Projekts *Urteilsunfähigkeit am Lebensende und ihre Beurteilung*, im Rahmen dessen diese Arbeit entstanden ist. Ebenso gilt unser Dank der Mittragstellerin des Projekts Bernice S. Elger und dem Projektbeirat: Paul S. Appelbaum, Susanne Brauer, Mike Martin, Julian Mausbach, Christine Mitchell, Michelle Salathé, Egemen Savaskan, Christian Schwarzenegger und Armin von Gunten.

Interessenkonflikt

H. Hermann, M. Trachsel und N. Biller-Andorno geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Banner NF (2012) Unreasonable reasons: normative judgements in the assessment of mental capacity. *J Eval Clin Pract* 18:1038–1044
2. Beauchamp TL, Childress JF (2008) *Principles of biomedical ethics*, 6. Auflage. Oxford University Press, New York
3. Berghmans R, Dickenson D, Rudd TM (2004) Mental capacity: in search of alternative perspectives. *Health Care Anal* 12:251–263
4. Brock DW (1991) Decisionmaking competence and risk. *Bioethics* 5:105–112
5. Buchanan AE, Brock DW (1989) *Deciding for others: the ethics of surrogate decision making*. Cambridge University Press, Cambridge UK
6. Cox White B (1994) *Competence to consent*. Georgetown University Press, Washington, D.C.
7. Drane JF (1985) The many faces of competency. *Hasting Cent Rep* 15:17–21
8. Faden RR, Beauchamp TL (1986) *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press, New York
9. Feinberg J (1971) Legal paternalism. *Can J Philos* 1:105–124
10. Grisso T, Appelbaum PS (1998) *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. Oxford University Press, New York
11. Grisso T, Appelbaum PS (1998) *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)*. Professional Resource Press, Sarasota
12. Halpern J (2012) When concretized emotion-belief complexes derail decision-making capacity. *Bioethics* 26:108–116
13. Hermann H, Trachsel M, Biller-Andorno N (2015) Physicians' personal values in determining medical decision-making capacity: A survey study. *J Med Ethics*. doi:10.1136/medethics-2014-102263
14. Holroyd J (2012) Clarifying capacity: value and reasons. In: Radoilska L (Hrsg) *Autonomy and mental disorder*. Oxford University Press, New York, S 145–169
15. Mackenzie C, Stoljar N (2000) *Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford University Press, New York
16. Martin AM (2007) Tales publicly allowed: competence, capacity, and religious consent should be clarified. *Hastings Cent Rep* 37:33–40
17. Nedopil N, Minne A, Fritze J, Fenercioglu N, Güntert A, Müller K-M (2012) *Arztrecht*. In: Fritze J, Mehrhoff F (Hrsg) *Die ärztliche Begutachtung*. Springer, Berlin, S 99–121
18. Oshana M (2006) *Personal autonomy in society*. Ashgate Publishing Ltd, Hampshire
19. Owen GS, Freyenhagen F, Richardson G, Hotopf M (2009) Mental capacity and decisional autonomy: an interdisciplinary challenge. *Inquiry (Oslo)* 52:79–107
20. Radoilska L (2012) Introduction: personal autonomy, decisional capacity, and mental disorder. In: Radoilska L (Hrsg) *Autonomy and mental disorder*. Oxford University Press, New York, S ix–xli
21. Salmela M, Mayer VE (2009) *Emotions, ethics, and authenticity*. John Benjamins Publishing, Amsterdam
22. Tan J, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope RA (2006) Competence to make treatment decisions in anorexia nervosa: thinking processes and values. *Philos Psychiatr Psychol* 13:267–282
23. Wicclair MR (1991) Patient decision-making capacity and risk. *Bioethics* 5:91–104