

Zwischen Fürsorge und Autonomie

Hilfe für Menschen mit Demenzerkrankten



Zusammenfassung des Symposiums vom 4. Dezember 2014

Dr. Gabriella Hänggi

Programm

- 14.00–14.15** **Begrüssung und Einführung**
Dr. med. René Bridler M.H.A., Ärztlicher Direktor, Sanatorium Kilchberg AG
- 14.15–15.00** **Soviel Autonomie wie möglich, so wenig Bevormundung wie nötig –
Fragestellungen bei der Betreuung von demenzkranken Menschen**
Dr. med. Ulrich Erlinger M.P.H., Chefarzt Gerontopsychiatrie,
Sanatorium Kilchberg AG
- 15.00–15.45** **Rechtliche Aspekte der Fürsorgerischen Unterbringung und von
Medikationen bei demenzkranken Menschen**
lic. iur. Beat Bloch, Richter am Bezirksgericht Horgen
- 15.45–16.00** **Diskussion und Fragen an die Referenten**
- 16.00–16.30** **Kaffeepause**
- 16.30–17.30** **2 Workshops, die von zwei Gruppen nacheinander abwechselnd
besucht werden**
- Workshop 1**
**Fürsorgerische Unterbringung bei Demenz und andere vormundschaftliche
Massnahmen - Fallbeispiele**
lic. iur. Beat Bloch, Richter am Bezirksgericht Horgen und Iris Zemlitz,
Leitende Ärztin gerontopsychiatrisches Ambulatorium und Memory-Klinik
Zimmerberg, Horgen
- Workshop 2**
Medikation bei urteilsunfähigen Menschen mit Demenz - Fallbeispiele
Dr. med. Ulrich Erlinger M.P.H., Chefarzt Gerontopsychiatrie und
Dr. med. Ingo Bergmann, Leitender Arzt Geriatrie, Sanatorium Kilchberg AG
- Anschliessend Apéro mit allen Teilnehmenden**

Am 4. Dezember 2014 fand im Sanatorium Kilchberg ein Symposium statt, in dem das Dilemma zwischen der Achtung der Patientenautonomie und der Pflicht zur ärztlichen Fürsorge aus ethischer und psychiatrischer Sicht beleuchtet wurde. Darüber hinaus wurde auf die rechtlichen Aspekte der fürsorglichen Unterbringung und der Gabe von Medikamenten bei Personen, deren Urteilsfähigkeit wegen einer Demenzerkrankung eingeschränkt ist, eingegangen.

Dr. med. René Bridler M.H.A., ärztlicher Direktor am Sanatorium Kilchberg AG, bemerkte einleitend, dass der Konflikt zwischen ärztlicher Fürsorge und dem Recht des Patienten auf Selbstbestimmung bereits vor über 100 Jahren in der medizinischen Literatur thematisiert wurde. Dieses komplexe Spannungsfeld hat in der gegenwärtigen medizinethischen Diskussion mit der Einführung neuer rechtliche Rahmenbedingungen und anderer Gewichtung der ethischen Prinzipien einen noch höheren Stellenwert erlangt und stellt im Hinblick auf die Sicherstellung einer angemessenen medizinischen Versorgung eine enorme Herausforderung für das Gesundheitswesen dar.

Die vier klassischen Prinzipien der Medizinethik umfassen erstens die Autonomie, die sowohl ein Abwehrrecht gegenüber Unerwünschtem als auch ein Erfüllungsrecht für Gewünschtes beinhaltet, zweitens das Nicht-Schaden, das ein Verbot schädlicher Eingriffe impliziert, drittens die Fürsorge, die zu aktivem Handeln verpflichtet, und viertens die Gerechtigkeit, die eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen fordert. In der psychiatrischen Praxis stösst dieses Konzept jedoch häufig an Grenzen, wenn das therapeutische Handeln einem oder mehreren der vier Prinzipien nicht zu entsprechen scheint oder wenn die Prinzipien untereinander in Konflikt geraten.

Während in der Medizinethik lange Zeit die Fürsorge als oberster Grundsatz galt, ist seit Mitte des letzten Jahrhunderts das Prinzip der Autonomie ins Zentrum ethischer Überlegungen gerückt. Dieses Prinzip, welches massgeblich von Immanuel Kant geprägt wurde, anerkennt den Menschen als Selbstzweck und verbietet dessen Instrumentalisierung. Als unmittelbare Folge dieser zentralen Stellung der Patientenautonomie setzt die Zulässigkeit einer medizinischen Intervention neben einer medizinischen Indikation stets auch eine individuelle, den autonomen Patientenwillen berücksichtigende Einwilligung voraus, weshalb sich die entscheidende Frage nach der Willensfreiheit stellt. Die Willensautonomie unterliegt einer strengen Definition und ist nur bei Erfüllung von Freiwilligkeit, Informiertheit, Urteilsfähigkeit und Authentizität gegeben, wobei Urteilsfähigkeit die Fähigkeit zum richtigen Erkennen, Bewerten und Entscheiden sowie zur Handlungskontrolle voraussetzt und Authentizität eine Überzeugung zweiten Grades und eine Rückbindung des Willens an Wertvorstellungen und Überzeugungen verlangt.

Aus der Forderung, für jede diagnostische und therapeutische Massnahme eine gültige Einwilligung zu erhalten, ergibt sich für die klinische Praxis die Notwendigkeit einer objektiven Aufklärung des Patienten und einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient. Dieser Prozess ist bei Demenzpatienten, die zu einer aktuellen Selbstbestimmung nur noch begrenzt fähig sind, erschwert, weshalb Entscheidungen auf eine allenfalls vorhandene Patientenverfügung oder auf den mutmasslichen Willen der Patienten abgestellt werden müssen.

So viel Autonomie wie möglich, so wenig Bevormundung wie nötig – Fragestellungen bei der Betreuung von demenzkranken Menschen

Dr. med. Ulrich Erlinger M.P.H., Chefarzt Gerontopsychiatrie am Sanatorium Kilchberg, wies darauf hin, dass weltweit rund 24 Millionen Menschen mit Demenz leben und dass bis ins Jahr 2040 sogar annähernd 50 Millionen Demenzkranke zu erwarten sind. In der Schweiz leiden heute ungefähr 110'000 Menschen an Demenz, wovon der grösste Teil undiagnostiziert ist und ungefähr 40 Prozent in Heimen leben.

Bei der Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung stellt die Würde einen zentralen Aspekt dar, wobei die als inhärente Würde bezeichnete Menschenwürde allen Menschen gleichermaßen zukommt, unbedingt gilt und unverlierbar ist. Die inhärente Würde kann auch als mit dem Menschsein gegebene Seinswürde oder als zum Wesen des Menschseins gehörige Wesenswürde bezeichnet werden und beinhaltet den vierfachen Anspruch auf Schutz von Leib und Leben, auf Autonomie beziehungsweise Selbstbestimmung, auf grundlegende Rechte wie insbesondere die Menschenrechte sowie auf einen elementaren Respekt vor der eigenen Person. Im Unterschied zur inhärenten Würde handelt es sich bei der kontingenten Würde um eine Handlungs- oder Situationswürde, die von zufälligen Faktoren abhängig ist und einen Gestaltungsauftrag umfasst. Die Handlungswürde bedeutet in der Pflege eine die Menschenwürde des Patienten respektierende Handlung, während die Situationswürde die Schaffung einer Lebens- und Pflegesituation meint, die durch Respekt vor der Menschenwürde des Patienten geprägt ist.

Ein zweiter wesentlicher Aspekt im Zusammenhang mit der Betreuung demenzkranker Menschen ist der Anspruch auf Autonomie, der auch bei einer abnehmenden Fähigkeit zur Selbstbestimmung bleibende Gültigkeit besitzt. Im gerontologischen Kontext wird die Autonomie der Unabhängigkeit in einem handlungsorientierten Sinn als funktionale Selbstständigkeit, beispielsweise als Unabhängigkeit von der Hilfe anderer bei der Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens verstanden, während die Autonomie der Selbstbestimmung als Kontrolle der eigenen Lebenssituation gegebenenfalls auch mit fremder Hilfe, aber eigenverantwortlich, angesehen wird.

Wie der Deutsche Ethikrat 2012 in einer Stellungnahme festhielt, können Demenzpatienten unabhängig vom Stadium ihrer Erkrankung Alltagssituationen emotional differenziert wahrnehmen und ihre emotionale Befindlichkeit nonverbal zum Ausdruck bringen. Dementsprechend sind auch im späten Stadium der Demenz auf der Ebene der emotionalen Wahrnehmung und Differenzierung Reaktionen möglich, die Elemente von Verstehen, Bewerten und Wollen enthalten. Angesichts dieser Tatsache drängen sich bei Menschen mit einer Demenzerkrankung abgestufte Selbstbestimmungsmöglichkeiten auf, die von einer uneingeschränkten Selbstbestimmungsfähigkeit bei voller Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit im Frühstadium der Demenz über eine eingeschränkte Selbstbestimmungsfähigkeit, bei der die Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit auf bestimmte erlebnisnahe Handlungsfelder begrenzt ist und bei Entscheidungen ausserhalb der Erlebnisaue noch eine gewisse Mitbestimmungsmöglichkeit besteht, bis hin zu einer auf den Erlebnisaue eingeschränkten blossen Mitwirkungsmöglichkeit im Spätstadium der Erkrankung reichen.

Als Voraussetzung für die Ausübung des Selbstbestimmungsrechts gilt die Urteilsfähigkeit, welche gemäss der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften die Fähigkeit umfasst, Informationen in Bezug auf die zu fällende Entscheidung zu verstehen, die Situation und die sich aus alternativen Möglichkeiten ergebenden Konsequenzen richtig abzuwägen, die erhaltenen Informationen im Kontext eines kohärenten Wertesystems rational zu gewichten und die eigene Wahl auch zu äussern. Bei der praktischen Beurteilung der Urteilsfähigkeit stellt sich die Frage, inwieweit neben

den kognitiven Funktionen auch intuitive und emotionale Prozesse sowie die Authentizität von Entscheidungen und damit verbunden die einer Entscheidung zugrundeliegenden Werthaltungen, deren Kohärenz und zeitliche Konsistenz einfließen sollten.

Zu einem wichtigen Faktor bei der Betreuung von Patienten mit einer Demenzerkrankung ist die Lebensqualität geworden, welche individuell und vom Alter und von den jeweiligen Umständen abhängig ist, kurz- oder langfristig sein kann und subjektiv oder objektiv, generell oder krankheitsspezifisch definiert werden kann. Bedeutsame Bereiche für eine gute Lebensqualität bei Demenz betreffen die räumliche und soziale Umwelt, die medizinische und die psychiatrische Gesundheit, die erlebte Kompetenz bezüglich Mobilität, Alltagsbewältigung, Kommunikation und Orientierung, die Individualität sowie das subjektive Erleben und die emotionale Befindlichkeit. Im Anfangsstadium der Demenz sind die erlebten Einbussen an Autonomie und an eigener Kontroll- und Verhaltenskompetenz die dominierenden Einflussfaktoren auf die Lebensqualität, wobei aber deren Bedeutung im Verlauf der Erkrankung abnimmt und die Lebensqualität im mittleren Stadium vornehmlich von Aspekten der Sicherheit, Gesundheit und Hilfsbedürftigkeit bestimmt wird. Die Lebensqualität im späten Stadium der Demenz mit somatischen Erkrankungen wird durch eine demenzgerechte Umgebung und die Erfüllung der körperlichen Grundbedürfnisse sowie durch eine achtsame Begleitung und empathische Kontakte geprägt, wogegen im späten Demenzstadium mit psychopathologischen Auffälligkeiten vor allem das soziale Umfeld und die Art der Betreuung sowie eine demenzgerechte Behandlung und sorgfältig ausgewählte pharmakologische Interventionen eine Stabilisierung der Lebensqualität ermöglichen.

Aus einer Auswertung der bezirksärztlichen Hausbesuche in der Stadt Zürich, die im Jahr 2008 zur Prüfung von fürsorgerischen Massnahmen bei Personen über 65 Jahren durchgeführt wurden, geht hervor, dass bei 20 Prozent der Überprüften eine ungenügende Betreuung, bei 18 Prozent eine Verwahrlosung, bei 18 Prozent Verwirrtheit, bei 11 Prozent eine Verhaltensstörung und bei erschreckend hohen 7 Prozent eine Betagtenmisshandlung vorlag. Von diesen Betroffenen litten 52 Prozent an einer Demenz, während in je 14 Prozent der Fälle körperliche Leiden beziehungsweise Persönlichkeitsstörungen und in 10 Prozent der Fälle eine paranoide Störung festgestellt wurde. Bei der überwiegenden Mehrheit der überprüften Personen wurde eine Lösung durch ambulante Massnahmen angestrebt, indem in 35 Prozent der Fälle eine Beistandschaft, in 19 Prozent der Fälle Spitzeneinsätze und in 8 Prozent der Fälle eine Beratung angeordnet wurde, wogegen nur in 17 Prozent der Fälle eine Heimeinweisung und in 11 Prozent der Fälle eine fürsorgerische Unterbringung als indiziert erachtet wurden.

Die Prüfung der Notwendigkeit von fürsorgerischen Massnahmen bei demenzkranken Personen stellt eine grosse Herausforderung dar, da es stets abzuwägen gilt, inwieweit eine Lebenssituation für die Betroffenen noch als würdevoll angesehen werden kann und inwieweit das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen geachtet und der ärztlichen Verpflichtung zum selbst- und fremdbeschützenden Eingreifen entsprochen werden kann. Bei dieser Abwägung besteht ein wesentlicher Gesichtspunkt darin, dass bei Menschen mit Demenz eine beträchtliche Selbstgefährdung, beispielsweise wegen mangelhafter Ernährung oder ungenügender Hygiene, aber auch eine Fremdgefährdung, beispielsweise durch Wasser, Gas oder Feuer, als ausreichender Grund für die Anordnung von freiheitseinschränkenden Massnahmen in Form von Bevormundung, betreutem Wohnen oder fürsorgerischer Unterbringung angesehen werden kann. Als bevorzugtes Vorgehen sollte jedoch ein Rahmen geschaffen werden, welcher dem Betroffenen einen Verbleib in der gewohnten Umgebung ermöglicht, wofür sich ambulante Massnahmen zur Autonomieförderung im Alltag wie der frühzeitige Einsatz von Spitexdiensten, die Ausschaltung von Gefahrenquellen durch Verbesserung der Wohnsi-

tuation sowie die Unterstützung der Angehörigen durch Schulungen, Seminare und Selbsthilfegruppen eignen. Ein heikles Thema ist auch die Fahrtauglichkeit, die vom Arzt sorgfältig abgeklärt werden muss und allenfalls eine Meldung an das Strassenverkehrsamt erforderlich machen kann. Darüber hinaus sind die Urteilsfähigkeit bei der Vermögensverwaltung und der Erledigung von allgemeinen administrativen Angelegenheiten, aber auch im Hinblick auf medizinische Entscheidungen zu prüfen, da ein rechtzeitig erteilter Vorsorgeauftrag und eine Patientenverfügung die Hilfestellung und Betreuungsaufgaben für alle Beteiligten wesentlich erleichtern.

Aus der Sicht der psychiatrischen Praxis ergibt sich die Notwendigkeit einer möglichst objektiven Feststellung der für die Urteilsfähigkeit relevanten psychischen Fähigkeiten, wofür eine ganze Reihe von Erhebungsinstrumenten zur Verfügung steht. In Ergänzung zu diesen Tests kann eine Befragung der Angehörigen nach der Hilfsbedürftigkeit des Betroffenen sowie nach den in den letzten zwei Jahren festgestellten Verhaltensänderungen wertvolle Erkenntnisse liefern, um eine einvernehmliche und sachgerechte Lösung zu finden.

Rechtliche Aspekte der fürsorgerischen Unterbringung und von Medikationen bei demenzkranken Menschen

Gemäss *lic. iur. Beat Bloch, Richter am Bezirksgericht Horgen*, wird in dem am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht nicht mehr von einer fürsorgerischen Freiheitsentziehung gesprochen, sondern der neue Begriff der fürsorgerischen Unterbringung verwendet. Als wesentliche Änderung sieht das aktuelle Gesetz anstelle der bisherigen Einweisung in eine Klinik oder Anstalt neu die Unterbringung in einer geeigneten Einrichtung vor, womit neben psychiatrischen Kliniken auch andere stationäre Einrichtungen wie Spitäler, Alters- oder Pflegeheime, Seniorenresidenzen sowie betreute Wohngruppen, aber auch Invalidenheime zugänglich werden. Im Rahmen der Gesetzesrevision wurden zudem die Voraussetzungen für eine fürsorgerische Massnahme umformuliert, indem anstelle von «Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, andere Suchterkrankungen oder schwere Verwahrlosung» nunmehr die Aufzählung «psychische Störung, geistige Behinderung oder schwere Verwahrlosung» verwendet wird. Während es bisher erforderlich war, dass die nötige persönliche Fürsorge nicht anders erwiesen werden kann, muss es jetzt an anderen Möglichkeiten der nötigen Behandlung oder Betreuung fehlen. Als Grundlage für eine fürsorgerische Massnahme, für die im alten Gesetz allein die Belastung für die Umwelt massgeblich war, kann nach dem neuen Recht die Belastung und der Schutz von Angehörigen und Dritten mitberücksichtigt werden. Schliesslich musste unter dem alten Gesetz die betroffene Person entlassen werden, sobald ihr Zustand es erlaubte, wogegen nach dem neuem Gesetz die betroffene Person zu entlassen ist, sobald die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr erfüllt sind.

Eine fürsorgerische Unterbringung ist grundsätzlich durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde zu veranlassen, wobei aber Ärztinnen und Ärzte im Kanton Zürich ebenfalls dazu ermächtigt sind, sofern sie unabhängig von der aufnehmenden Einrichtung sind. Dabei kann die fürsorgerische Unterbringung nur durch Ärztinnen und Ärzte angeordnet werden, die über ein eidgenössisches oder ein eidgenössisch anerkanntes ausländisches Diplom und eine Bewilligung zur selbständigen Berufsausübung in der Schweiz verfügen oder unter der Verantwortung einer Ärztin oder eines Arztes mit einer entsprechenden Bewilligung tätig sind.

Die von einer Ärztin oder einem Arzt veranlasste Unterbringung ist im Unterschied zur zeitlich unbeschränkten früheren Regelung auf höchstens sechs Wochen beschränkt und ist anschliessend hinfällig, falls bis dann kein vollstreckbarer Unterbringungsentscheid der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde vorliegt. Demgegenüber ist eine durch die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde angeord-

nete Unterbringung prinzipiell unbefristet, wobei aber spätestens nach sechs Monaten und anschliessend so oft wie nötig und mindestens einmal jährlich überprüft werden muss, ob die Voraussetzungen für eine fürsorgerische Unterbringung noch erfüllt sind und ob die betreffende Einrichtung weiterhin geeignet ist. Personen, die freiwillig in eine Einrichtung eintreten, konnten diese unter dem bisherigen Gesetz jederzeit wieder verlassen, wogegen nach dem neuen Gesetz aufgrund eines Entscheids der ärztlichen Leitung der Einrichtung eine Zurückbehaltung während bis zu drei Tagen beziehungsweise 72 Stunden möglich ist.

Für die ärztlich veranlasste fürsorgerische Unterbringung wurden neue Verfahrensvorschriften eingeführt, wonach die betroffene Person zunächst von der Ärztin oder dem Arzt persönlich untersucht und angehört werden muss. Ein anschliessend ergehender Unterbringungsentscheid muss in schriftlicher Form ausgestellt werden und Mindestangaben zu Ort und Datum der Untersuchung, Name der Ärztin oder des Arztes, Befund, Gründe und Zweck der Unterbringung sowie eine Rechtsmittelbelehrung enthalten. Der Unterbringungsentscheid ist der betroffenen Person und der aufnehmenden Einrichtung auszuhändigen, und – sofern es nicht gegen den Willen des Betroffenen geschieht – sollte auch eine nahestehende Person durch Aushändigung oder postalische Zustellung des Entscheids über die Unterbringung und die Befugnis, an das Gericht zu gelangen, informiert werden. Im Kanton Zürich sind ärztlich angeordnete Unterbringungsentscheide innerhalb von 10 Tagen seit der Mitteilung mittels Beschwerde anfechtbar, die beim Einzelgericht des am Ort der aufnehmenden Einrichtung zuständigen Bezirksgerichtes einzulegen ist. Das Gericht ist verpflichtet, nach Möglichkeit innerhalb von fünf Arbeitstagen seit Eingang der Beschwerde einen Entscheid zu fällen.

Zur Medikation bei Menschen mit einer Demenzerkrankung gilt als Grundsatz, dass mit Ausnahme von Notfallsituationen keine Medikation ohne Einwilligung der Patientin oder des Patienten verabreicht werden darf. Voraussetzung für eine gültige Einwilligung ist die Urteilsfähigkeit, wobei im Sinne des Gesetzes jede Person urteilsfähig ist, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln. Für eine gültige Einwilligung müssen zudem die Folgen der Einwilligung überblickt werden können, was allenfalls eine Aufklärung von ärztlicher Seite erforderlich macht.

Bei Urteilsfähigen besteht die Aufklärungspflicht des Arztes darin, über Art, Zweck, Risiken, Nebenwirkungen und Kosten der in Aussicht genommenen Behandlungsmethode sowie über die Folgen eines Unterlassens der Behandlung und über allfällige alternative Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, wobei aber die Aufklärung des Betroffenen keinen gesundheitsschädlichen Angstzustand hervorrufen darf. Dabei kann der Arzt von einem verständigen Patienten ausgehen, der aufgrund seiner Lebenserfahrung die allgemein bekannten Gefahren der in Frage kommenden Therapie abschätzen kann. Als Ziel dieser Aufklärung sollte der Patient über den Eingriff oder die Behandlung soweit unterrichtet sein, dass er seine Einwilligung in Kenntnis der Sachlage geben kann.

Im Falle einer urteilsunfähigen Person ist der Arzt grundsätzlich ebenfalls zur Aufklärung verpflichtet, die jedoch dem Ausmass der Urteilsunfähigkeit angepasst werden muss. Darüber hinaus besteht eine Aufklärungspflicht gegenüber dem gesetzlichen Vertreter, welche derjenigen gegenüber urteilsfähigen Personen entspricht. Der gesetzliche Vertreter einer urteilsunfähigen Person ist die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person oder der Beistand beziehungsweise die Beiständin, sofern ein Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen erteilt wurde. In allen anderen Fällen ergibt sich die zur Vertretung berechnete Person aus einer gesetzlich definierten Reihenfolge, welche mit dem Ehegatten, der eingetragenen Partnerin beziehungsweise dem eingetragenen Partner oder der Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsa-

men Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet, beginnt und durch die Nachkommen, die Eltern und schliesslich die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten, fortgesetzt wird.

Eine Medikation ohne Zustimmung kann den strafrechtlichen Tatbestand der Körperverletzung erfüllen und zivilrechtlich eine Haftung für einen entstandenen Schaden auslösen, wobei zudem strafrechtlich wie auch zivilrechtlich eine Genugtuung zu leisten sein kann. Vor diesem Hintergrund liegen die Vorteile einer guten Aufklärung auf Seiten des Arztes in einem Schutz vor straf- und zivilrechtlicher Verfolgung sowie in einem Vertrauensaufbau mit dem Patienten und den Angehörigen, während zu den Nachteilen der teilweise grosse Aufwand und die Gefahr einer fehlenden Einwilligung des Patienten wegen Verunsicherung oder Überforderung gehören.

Weiterführende Literatur

- Würde und Autonomie im Alter, Heinz Ruegger, Institut Neumünster, 2013
- Grisso T., Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: A guide for physicians and other health professionals
- SAMW-Richtlinien 'Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende'.
Medizin-ethische Richtlinien
- Schweiz. Med. Forum 2014; 14(11):221-225 Urteilsfähigkeit. Ethische Relevanz, konzeptuelle Herausforderung und ärztliche Beurteilung. Trachsel M., Hermann H., Biller-Andorno N.
- ZGB: Art. 377 Abs. 2; Art 426 ff.; Art. 428; Art. 429 i.V.m.; Art. 430 Abs. 1; Art. 430 Abs. 2; Art. 430 Abs. 4; Art. 430 Abs. 5
- § 27 ff. EG KESR (§ 30 EG KESR)
- BGE 117 Ib 197

Für weitere Auskünfte steht gerne zur Verfügung

Dr. med. Ulrich Erlinger M.P.H.
Chefarzt Gerontopsychiatrie

Telefon 044 716 42 42
u.erlinger@sanatorium-kilchberg.ch