

Thomas Benke

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Innsbruck

Entscheidungs-, Geschäfts- und Testierfähigkeit bei neurologischen Erkrankungen

Werkzeugfunktionen; Exekutive Funktionen; Denken; post mortem. Zur wesentlichen Grundlage der Selbständigkeit zählt das Treffen komplexer Entscheidungen – ungeachtet des Alters. Die juristischen Vorgaben sind Testier-, Geschäfts- und Entscheidungsfähigkeit. Die Aufgabe des Sachverständigen – insbesondere des neurologischen Sachverständigen – in diesen Verfahren liegt in der Prüfung krankheitsbedingter Störungen, die Einfluss auf die kognitiven und/oder psychischen Fähigkeiten haben. Gerade durch die stetig steigende Lebenserwartung nehmen jene zu, was – wie der Beitrag zeigt – eine gründliche und umfassende Untersuchung und Prüfung der Unterlagen erfordert.

Co-Autor: Udo Zifko, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Wien

Einleitung

Das richtige Treffen komplexer Entscheidungen ist eine wesentliche Grundlage unserer Selbständigkeit und erfordert in jedem Lebensabschnitt Erfahrung und gründliche Überlegungen. Im höheren Lebensalter sind diese Entscheidungen oft wegweisend; sie betreffen u.a. die Verwaltung und Weitergabe von Vermögen, Vertragsabschlüsse, die Festlegung einer Vollmacht, die Zustimmung zu medizinischen Behandlungen, die Planung von Pflege, aber auch die Abfassung eines Testamentes. Für Jurist:innen fallen diese Entscheidungen in den Bereich der Geschäfts- und Testierfähigkeit. Für die Betroffenen und ihre Familien bedeuten sie nicht nur rechtliche und soziale, sondern auch kognitive Herausforderungen.

Grundlage für die Geschäfts- und Testierfähigkeit ist eine erhaltene Entscheidungsfähigkeit (EF). Entscheiden entsteht aus dem Zusammenwirken vieler kognitiver und psychischer Funktionen in einem funktionstüchtigen Gehirn. Mit zunehmender Alterung der Gesellschaft steigt die Prävalenz dementieller und anderer schwerer Erkrankungen, die die Hirngesundheit und somit die EF beeinträchtigen können. Die Einschätzung der EF älterer Menschen ist daher eine Aufgabe, die sowohl juristisch als auch medizinisch zu treffen ist. Die vorliegende Übersichtsarbeit befasst sich mit den neurologischen Grundlagen der EF und mit den neurologischen Erkrankungen, die eine EF einschränken.

Juristische Vorgaben

Testier-, Geschäfts- und Entscheidungsfähigkeit sind gesetzlich definiert.

Bei der **Testierfähigkeit** muss der Erblasser die Bedeutung und die Folgen seiner

letztwilligen Verfügung verstehen und sich entsprechend verhalten können (§ 566 ABGB). Er muss in der Lage sein, den Inhalt des Testaments zu bestimmen und sprachlich auszudrücken, sich ein klares Urteil darüber zu bilden, die Tragweite der Testierung abzusehen, um sich frei von Einflüssen Dritter zu entscheiden.

Geschäftsfähigkeit ist die Fähigkeit, rechtlich bindende Willenserklärungen abzugeben, etwa Verträge ohne Schaden für die eigene Person zu schließen (§ 865 ABGB).

Der Begriff der **Urteils- oder Entscheidungsfähigkeit**, der für die bisherigen Termini der Einsichts- und Urteilsfähigkeit steht, bedeutet, dass Entscheidungen selbst treffen kann, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang versteht, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann (§ 24 ABGB).

- Die EF umfasst die kognitive Fähigkeit, um den Grund und die Bedeutung der vorzunehmenden Rechtshandlung einzusehen.
- Sie besteht weiters in der Fähigkeit, den Willen gemäß dieser gewonnenen Einsicht bestimmen zu können (voluntatives Element). Die Willensbestimmung muss dabei nicht objektiv nachvollziehbar, also nicht zwingend vernünftig sein.
- Ferner umfasst die EF die Fähigkeit, sich entsprechend der gefällten Entscheidung zu verhalten. Sowohl der Testier- als auch der Geschäftsfähigkeit und den Vorsorgeinstrumenten (Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung) muss eine hinreichende EF zugrunde liegen. Liegt die EF nicht

hinreichend vor, so wird die Person vom Erwachsenenschutzrecht erfasst (§§ 239–276 ABGB).

Neurologische Grundlagen des Entscheidens

Komponenten des Entscheidungssystems

Trifft jemand eine Entscheidung, so muss er die relevante Information und Fragestellung verstehen, Lösungen finden, Konsequenzen einschätzen, sich für eine Option entscheiden und die Entscheidung befolgen. Aus neurologischer Sicht funktioniert das Fällen einer Entscheidung durch das Zusammenwirken einer psychischen und einer kognitiven Komponente.

Die **psychische Komponente** besteht aus situativ angepasstem, kontrolliertem Verhalten, dem Fehlen krankhafter Verhaltensauffälligkeiten (Verwirrtheit, Wahn, Psychose, Sucht etc.) und in einer funktionierenden Persönlichkeitsstruktur.

Die **kognitive Komponente** (kognitives Entscheidungssystem) vermittelt die Erkenntnis von Sachverhalten (Gegebenheiten, Kausalverläufe, Handlungsmöglichkeiten, Risiken und Alternativen), das Erkennen von Entscheidungsmöglichkeiten, die Fähigkeit zur Bewertung vorab (Bedeutung einer Entscheidung für sich und die anderen, Risikobewertung) und das selbstbestimmte Treffen der Entscheidung (Willensbildung). Das kognitive Entscheidungssystem ist eine Summenfunktion vieler Module:

- Motivation:** Initiative und Antrieb zur Durchführung und Abschluss des Entscheidungsprozesses.
- Werkzeugfunktionen:** Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-

nis- und Rechenfunktionen, sowie Sprachleistungen (z.B. Sprach-, Text- und Lesesinnverständnis, expressive Sprachfunktionen) werden als Werkzeugfunktionen in nahezu jedem Entscheidungsprozess benötigt.

- **Recherche:** Am Beginn des Prozesses steht die Erfassung von Umständen und Sachlagen (Sammeln und Verstehen von Information).
- **Abwägen:** Die meisten Entscheidungen haben eine emotionale (Belohnungs- oder Reward-) Komponente, die vom limbischen System repräsentiert wird. Hier gilt es, „hot decision making“ (emotional getöntes, häufig risikobehaftetes Treffen von Entscheidungen; unverzügliche Belohnung) und „cold decision making“ (kontrollierte, rationale, nichtemotionale Verarbeitung von Entscheidungsgrundlagen; ggf. Belohnungsaufschub) gegeneinander abzuwägen.
- **Soziale Kognition:** Viele Entscheidungen sind durch soziale Erfahrung geprägt. Hier haben die sog. Theory of mind (ToM)-Funktionen eine wichtige Bedeutung. Das ist die Fähigkeit, die Perspektive anderer zu übernehmen und ihre Gefühle, Gedanken und Absichten zu verstehen.
- **Werte und Normen:** Manche Entscheidungen stützen sich auf gesellschaftlich kodierte oder individuell erfahrene Werte- und Normsysteme wie Moral oder Glauben, die mit dem semantischen System und der Persönlichkeit assoziiert sind.
- **Denken:** Die Bewertung des vorliegenden Sachverhaltes erfordert analytische, kausale, strategische und schlussfolgernde Denkprozesse.
- **Exekutive Funktionen:** Eine führende Rolle bei allen Entscheidungen spielen die exekutiven Funktionen, eine Gruppe hierarchisch hochstehender Kontroll- und Steuerungsleistungen. Exekutive Funktionen starten und steuern Vorgänge wie Situations- und Risikoeinschätzung, Planen und Problemlösen, flexibles Reagieren, die Suche nach Alternativen oder die Abwehr von Störfaktoren. Der exekutive Kontrollmodus des Entscheidungssystems selektiert und verwaltet die genannten untergeordneten Module, die in der jeweiligen Entscheidungssituation zur Anwendung kommen.

Neuroanatomie des Entscheidungssystems

Die kognitiven Module des Entscheidungssystems sind im Gehirn in getrennten, miteinander kommunizierenden Netzwerken organisiert. Wichtige Netzwerke befinden sich vor allem im Frontal- und Temporallappen, dem limbischen System und den Basalganglien. Besonders bedeutend für die funktionelle Anatomie des Entscheidungssystems sind vor allem der dorsolaterale, ventromediale und orbitobasale frontale Kortex (exekutives und limbisches System, soziale Kognition und ToM-Funktionen), die perisylvische Region der dominanten Hemisphäre (Sprache), die Basalganglien (Reward-System), die anterior-temporalen Regionen (semantisches System), das hippocampale System (Papez-Kreis, episodisches Gedächtnis), Inselregion und Amygdala (limbisches System) und die Bahnsysteme der weißen Substanz (Netzwerkonnektivität).

EF im Alter

Menschen unterscheiden sich stark hinsichtlich ihrer EF. Entscheiden ist bei Gesunden vor allem durch Bildung, Beruf, Alter und Persönlichkeitsmerkmale geprägt. Bildungsjahre, berufliche Tätigkeit und sozio-kultureller Hintergrund (kognitive Reserve) beeinflussen die Fähigkeit, alle relevanten Elemente in einem Entscheidungsprozess zu berücksichtigen, vorausschauend, flexibel und perspektivisch zu denken, Fehler zu vermeiden und den Entscheidungsvorgang abzuschließen. Auch der erlernte Umgang mit modernen Medien, die Fähigkeit, sich sprachlich auszudrücken und seinen Standpunkt zu vertreten, tragen wesentlich zum Entscheidungsprozess bei. Darüber hinaus unterscheiden sich Individuen stark bezüglich Lebensperspektive, sozialen Fähigkeiten, Rollenverständnis und Selbsteinschätzung. Auch diese Faktoren, die großteils im Begriff der Persönlichkeit erfasst werden, spielen eine wichtige Rolle.

Die EF funktioniert altersabhängig. Nach dem 60. Lebensjahr erleben viele alternde Menschen ein graduelles Nachlassen kognitiver Funktionen. Beim Gesunden entsteht diese Abnahme durch den physiologischen Alterseffekt. Sie betrifft vor allem komplexe Funktionen wie die Planungsfähigkeit, das Lösen von Problemen und Treffen von Entscheidungen¹.

Ein Nachlassen der EF zeigt sich u.a. in einem erhöhten Risiko älterer Menschen, ungünstige Geschäfte einzugehen.²

Auch bei gesundheitsbezogenen Entscheidungen, etwa der Einwilligung zu einer operativen Therapie oder medizinischen Vorsorgemaßnahme, treffen viele ältere Personen fehlerhafte oder nachteilige Entscheidungen.³ Häufig können die Betroffenen ihre eigene EF nur schlecht beurteilen.

Kognitive Funktionen bestimmen die Qualität von Entscheidungen und nehmen im Alter oft unmerklich ab.

Eine Verschlechterung der EF bei älteren Menschen kann viele Ursachen haben. Außer dem physiologischen Alterseffekt kommen ursächlich neurologische oder Systemerkrankungen (internistisch, onkologisch), Delir (Verwirrheitszustand) oder Polymorbidität in Frage. Bei den psychiatrischen Ursachen ist neben anderen Erkrankungen eine Altersdepression (late life depression) eine häufige Ursache. Die Depression beeinträchtigt neben mnestischen hauptsächlich exekutive Steuerungsfunktionen und flexibles Verhalten, weshalb die meisten depressiven Personen Probleme mit Entscheidungen haben.

Hinweis:

Die wichtigste Differentialdiagnose älterer Personen mit eingeschränkter EF ist jedoch eine beginnende oder bereits manifeste Demenzerkrankung.

¹ Zamboni L et al: Normal aging affects decisions under ambiguity, but not decisions under risk. *Neuropsychology* 2008; 22 (5); 645–57. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.22.5.645> (abgefragt 8. 6. 2025); Boyle PA et al: Poor Decision Making Is a Consequence of Cognitive Decline among Older Persons without Alzheimer's Disease or Mild Cognitive Impairment. *PLoS ONE* 2012; 7 (8), e43647. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043647> (abgefragt 8. 6. 2025). ² ... BD et al: Correlates of Susceptibility to Scams in Older Adults Without Dementia. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2014; 26 (2), 107–122. <https://doi.org/10.1080/08946566.2013.821809> (abgefragt 8. 6. 2025); Yu L et al: Financial fragility and scam susceptibility in community dwelling older adults. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2022; 34 (2), 93–108. <https://doi.org/10.1080/08946566.2022.2070568> (abgefragt 8. 6. 2025); Boyle PA et al: Scam susceptibility is associated with a markedly accelerated onset of Alzheimer's disease dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2025; 21 (3), e14544. <https://doi.org/10.1002/alz.14544> (abgefragt 8. 6. 2025).

³ ... BW, Harmell AL: Assessment of Healthcare Decision-making Capacity. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2016; 31 (6), 530–540. <https://doi.org/10.1093/arclin/acw051> (abgefragt 8. 6. 2025); Pertl M-T et al: Effects of Healthy Aging and Mild Cognitive Impairment on a Real-Life Decision-Making Task. *Journal of Alzheimer's Disease* 2017; 58 (4), 1077–1087. <https://doi.org/10.3233/JAD-170119> (abgefragt 8. 6. 2025).

Degenerative Erkrankungen	Alzheimer-Demenz, FTLD, LBD, Parkinsondemenzen (PDD, PSP, MSA, CBD), Motoneuronerkrankungen, Ataxien
Zerebrovaskuläre Erkrankungen	Zerebrale Ischämien, Blutungen, SAB, SDH, Vaskulitis, Makro-, Mikroangiopathien, SAE
Infektiöse Erkrankungen	Meningitis, Encephalitis, AIDS, Prionenerkrankung, COVID
Demyelinisierende Erkrankungen	Multiple Sklerose, Enzephalomyelitis
Onkologische Erkrankungen	Tumoren des ZNS, Meningeom, Metastasen, paraneoplastische E.
Anfallserkrankungen	Epilepsien, Narkolepsie
Andere Erkrankungen	Hirntrauma, Hydrozephalus, Hypoxie, Encephalopathien, Intoxikationen, Substanzmissbrauch, hämatologische, metabolische, rheumatische Erkrankungen, Sarkoidose, HIV

Tabelle 1: Übersicht Neurologischer Erkrankungen mit Störung der EF

EF bei neurologischen Erkrankungen

Durch ihre hohe Komplexität, die große Zahl assoziierter Hilfssysteme und die ausgedehnte zerebrale Repräsentation hat das zerebrale Entscheidungssystem einen hohen Grad an Störungsanfälligkeit. Fokale Läsionen (Trauma, Ischämie, Blutung), die fronto-subkortikale Schaltkreise zerstören, bzw. diffuse oder multifokale Läsionen des frontotemporalen Neokortex und der weißen Substanz (Hypoxie, Demenz, neuroimmunologische oder Multiinfarkterkrankungen) verursachen Störungen der EF. Je nach der Art und Ausdehnung der Läsion können Entscheidungsnetzwerke einzeln oder mehrfach gestört sein. Das mit der Erkrankung assoziierte kognitive Defizitprofil bestimmt, welche Module des Entscheidungsprozesses (exekutive, sprachliche, mnestische, limbische etc.) in welchem Ausmaß dysfunktional sind. Aus diesen Gründen kann die Störung der EF verschieden ausgeprägt sein bzw. einzelne oder alle Arten von Angelegenheiten betreffen (§ 265 ABGB).

Die EF funktioniert spezifisch für bestimmte Entscheidungssituationen und -anforderungen; das bedeutet in der Praxis, dass eine Person, die medizinische Behandlungsentscheidungen gut treffen kann, nicht auch zwangsläufig das Risiko finanzieller Transaktionen richtig einzuschätzen weiß.

Störungen der EF sind **nicht krankheitsspezifisch**. Eine Minderung der EF ist bei schweren Läsionen des ZNS, wie bei zerebrovaskulären Erkrankungen (große Ischämien oder Blutungen; SAB; chronische Kleingefäßerkrankungen; Angiopathien; strategische Läsionen wie im Thalamus), Hirntraumen, Malignomen (Gliome, Metastasen, paraneoplastische Syndrome, andere onkologische Erkrankungen), sowie progredienten oder Systemerkrankungen mit sekundärer Beeinträchtigung von Hirnfunktionen zu erwarten. Hier liegt meist ei-

ne Kombination aus kognitiven Defiziten mit psychopathologischen Symptomen vor.

Die Störung der EF ist an Schweregrad und Verlauf der Erkrankung gebunden und daher **nicht in jedem Fall persistent**. Eine temporäre Störung der EF findet sich bei Erkrankungen mit guter Rückbildung wie dem Delir, einem Hirntrauma oder einer Depression.

EF bei der Demenz

Die Einschätzung der EF wird am häufigsten bei der Diagnose oder Verdachtsdiagnose einer dementiellen Erkrankung veranlasst. Demenz ist ein Sammelbegriff für zerebrale Erkrankungen, die zum progredienten Verlust kognitiver Funktionen und der Selbständigkeit führen.

Eine Störung der EF tritt am häufigsten bei der Alzheimer-Erkrankung, der Frontotemporalen Demenz, der Parkinsondemenz und den vaskulären Demenzen auf. Bei vielen Patient:innen liegen Mischformen von Neuropathologien vor. Das kognitive Profil ist auch bei Personen mit gleicher Erkrankung heterogen. Der wichtigste Faktor für die Entwicklung einer EF-Störung bei Demenzen ist der Verlust exekutiver Leistungen.

Hinweis:

Primäre Demenzen beginnen schleichend und verlaufen fortschreitend über mehrere Jahre.

Eine phasenhaft-progrediente Entwicklung ist am besten bei der Alzheimer-Erkrankung, der häufigsten Demenzerkrankung, untersucht. Im sog. Alzheimer-Kontinuum wird ein präklinisches Stadium gefolgt von einem Prodromalstadium (entsprechend der Leichten Kognitiven Störung, LKS oder Mild Cognitive Impairment, MCI), danach entwickelt sich eine milde, sodann eine moderate und schließlich eine schwere Krankheitsphase.

Die kognitiven Defizite betreffen Gedächtnis, Sprache, Raumkognition, exekutive und andere Leistungen sowie die EF, wobei das Ausmaß von Person zu Person variiert. Störung der EF sind bereits bei vielen Personen mit LKS feststellbar⁴ und nehmen in den späteren Krankheitsstadien der AE deutlich zu.⁵ Oft sind sie erster Anlass, eine Demenzerkrankung zu vermuten bzw. abklären zu lassen.

Störungen der EF wurden u.a. bei der medizinischen Aufklärung und Einwilligung⁶ für finanzielle und ökonomische⁷ medizinische (informed consent)⁸, aber auch für Alltagsentscheidungen⁹ dokumentiert, ebenso bei der Erstellung des Testaments,¹⁰ Entscheidungen im Straßenverkehr¹¹ oder bei Gewinnspielen.¹²

⁴ Chaturvedi O et al: Medical decision-making capacity in patients with mild cognitive impairment. *Neurology* 2007; 69 (15): 1528–35. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000277639.90611.d9> (abgefragt 8. 6. 2025). ⁵ Chainay F, Chainay H: Decision-Making Competence in Patients with Alzheimer's Disease: A Review of the Literature. *Neuropsychology Review* 2021; 31 (2), 267–87. <https://doi.org/10.1007/s11065-020-09472-2> (abgefragt 8. 6. 2025). ⁶ Wilman J et al: Einwilligungsfähigkeit und neuropsychologische Einschränkungen bei dementen Patienten. *Der Nervenarzt* 2004; 75 (1), 29–35. <https://doi.org/10.1007/s00115-003-1514-5> (abgefragt 8. 6. 2025). ⁷ D et al: Assessing Financial Capacity in Patients With Alzheimer Disease: A Conceptual Model and Prototype Instrument. *Archives of Neurology* 2000; 57 (6), 877. <https://doi.org/10.1001/archneur.57.6.877> (abgefragt 8. 6. 2025); Fernandes C et al: Economic decision-making in the continuum between healthy aging and Alzheimer's Disease: A systematic review of 20 years of research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2021; 131; 1243–63. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.10.030> (abgefragt 8. 6. 2025); Bangma D et al: How well do people living with neurodegenerative diseases manage their finances? A meta-analysis and systematic review on the capacity to make financial decisions in people living with neurodegenerative diseases. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2021; 127; 709–39. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.05.021> (abgefragt 8. 6. 2025); Ariessen A et al: Let Us Talk Money: Subjectively Reported Financial Performance of People Living with Neurodegenerative Diseases – A Systematic Review. *Neuropsychology Review* 2024; 34 (2); 668–719. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09597-0> (abgefragt 8. 6. 2025). ⁸ PS: Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment. *New England Journal of Medicine* 2007; 357 (18); 1834–40. <https://doi.org/10.1056/NEJMc074045> (abgefragt 8. 6. 2025); wie FN4. Van Duinkerken E et al: Medical and Research Consent Decision-Making Capacity in Patients with Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Journal of Alzheimer's Disease* 2018; 65 (3); 917–30. <https://doi.org/10.3233/JAD-180311> (abgefragt 8. 6. 2025). ⁹ J et al: Everyday Decision-Making Ability in Older Persons With Cognitive Impairment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2008; 16 (8); 693–6. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31816c7b54> (abgefragt 8. 6. 2025); wie FN3; Davis R et al: Everyday Decision Making in Individuals with Early-Stage Alzheimer's Disease: An Integrative Review of the Literature. *Research in Gerontological Nursing* 2017; 10 (5); 240–47. <https://doi.org/10.3928/19404921-20170831-05> (abgefragt 8. 6. 2025). ¹⁰ AI: Testing for Testamentary Capacity in the Older Adult: A Model of Ethical Considerations for the Clinical Neuropsychologist. *Frontiers in Psychology* 2019; 10; 1905. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01905> (abgefragt 8. 6. 2025); Gerstenecker A et al: Cognitive Correlates of Impaired Testamentary Capacity in Alzheimer's Dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology* 2022; 37 (6); 1148–57. <https://doi.org/10.1093/arclin/acac034> (abgefragt 8. 6. 2025). ¹¹ A et al: Mild Dementia Related to Unsafe Street-Crossing Decisions? *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2015; 29 (4); 294–300. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000074> (abgefragt 8. 6. 2025). ¹² M et al: Decision-making with explicit and stable rules in mild Alzheimer's disease. *Neuropsychologia* 2007; 45 (8); 1632–41. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2007.01.006> (abgefragt 8. 6. 2025); Sinz H et al: Impact of ambiguity and risk on

		Prävalenz der EF-Störung	kognitive Ursache der EF-Störung
Leichte kognitive Störung		++	dexS
Alzheimer-Erkrankung	typische Variante	+++	dexS, Sprach-, Gedächtnis-, Orientierungs-, Rechenstörung, Störung der sozialen Kognition
	dysexekutive Variante aphasische Variante	++++	dexS Sprachstörung
Fronto-temporale Demenzen	Verhaltensvariante (bvFTD)	+++	dexS Impulsivität, Antriebsstörung, Störung der sozialen Kognition
	PPA: nichtflüssige Variante, PPA: semantische Demenz	+++	Sprachstörung Störung der Semantik
Overlap-Syndrome	CBD PSP MND	++++	dexS, Sprachstörung dexS dExS
Vaskuläre Demenzen		+++	dexS
Parkinson-Demenz und LBD		++	dexS

Tabelle 2: Störung der EF bei dementiellen Erkrankungen

Legende:

LKS – Leichte kognitive Störung, bvFTD = behavioral variant frontotemporal dementia,

PPA = primäre progressive Aphasie, CBD = kortikobasale Degeneration,

PSP = progressive supranukleäre Paralyse, MND = Motoneuronerkrankungen,

LBD = Demenz mit Lewy-Körpern, dexS = dysexekutive Störung

Unter dem Überbegriff der **Frontotemporalen Demenz** (Frontotemporale lobäre Degeneration) wird eine heterogene Gruppe von Demenzerkrankungen mit unterschiedlichen Leitsymptomen verstanden.¹³ Je nach Subtyp sind überwiegend Verhalten, Sprache und/oder die Motorik beeinträchtigt. Patient:innen mit Verhaltensvariante der FTD (bvFTD) haben wegen der Kombination aus kognitiven und Verhaltensauffälligkeiten (Impulsivität, Apathie, gestörte emotionale Verarbeitung und Kontrolle) die höchste Prävalenz von EF-Störungen.¹⁴

Einschränkungen der EF finden sich auch bei den **Primären progressiven Aphasien**,¹⁵ ebenso bei den **Overlap-Syndromen** (atypische Parkinsonsyndrome; Motoneuronerkrankungen).¹⁶

Auch **Demenzen mit extrapyramidaler Symptomatik** (Parkinsondemenz, LBD),¹⁷ **vaskuläre Demenzen** (Multiinfarkt-erkrankung, Amyloid-Angiopathie) und **Mischdemenzen** zeichnen sich wegen ihres kognitiven Profils mit exekutiven Fehlleistungen durch eine hohe Rate an EF-Störungen aus. Störungen der EF sind bei allen Demenzformen häufig zu beobachten; sie können durch verschiedene kognitive Ursachen entstehen (siehe Tabelle 2).

Störungen der kognitiven Funktionen sind bei Demenz häufig, oft früh erkennbar – und mit weitreichenden Folgen für Selbstständigkeit, Sicherheit und Lebensqualität verbunden.

Patienten mit Demenz und einer Störung der EF erleiden zahlreiche Nachteile; dazu gehören Einbußen bei der Lebensqualität, der medizinischen Behandlung und der Altersversorgung sowie Verluste an Eigentum bis hin zur Existenzbedrohung. So werden etwa Patienten mit LKS und AE, aber auch gesunde ältere Menschen im Rahmen ihrer EF-Störung bei finanziellen Betrugsangeboten häufig wegen falscher Risikoeinschätzung (Scam awareness) ausgebeutet;¹⁸ die geschätzte Gesamtbetrugssumme an Personen mit Demenz macht in den USA jährlich etwa 3 Milliarden Dollar aus,¹⁹ die Dunkelziffer ist deutlich höher.

Fallbeispiel 1: Einschränkung der EF durch eine Alzheimer Erkrankung

Pat. HL, 78 Jahre. Diabetes mellitus, Hypertonie. Seit zwei Jahren zunehmende Merk-

schwierigkeiten und Persönlichkeitsänderung. Früher penibel genau, jetzt desorganisiert. Vergaß monatliche Rückzahlung eines vor kurzem aufgenommenen Kredites. Massive Kontoüberziehungen. Kauft wahllos teurer Artikel im Internet. Nimmt Medikamente nicht mehr regelmäßig, deshalb häufige BZ-Entgleisungen. Öffnet keine Post, ignoriert Mahnschreiben. Telefon und Strom wegen Zahlungsausständen gesperrt.

Zeitlich desorientiert, Kritikfähigkeit hochgradig herabgesetzt, Konfabulationen. Mehrere Karambolagen beim Autofahren,

decision making in mild Alzheimer's disease. *Neuropsychologia* 2008; 46 (7); 2043–55. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2008.02.002> (abgefragt 8. 6. 2025).

¹³ Rascovalsky K et al: Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain* 2011; 134 (9); 2456–77. <https://doi.org/10.1093/brain/awr179> (abgefragt 8. 6. 2025).

¹⁴ Stuss D et al: Interactions between decision-making and emotion in behavioral-variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2020; 15 (6); 681–94. <https://doi.org/10.1093/scan/nsaa085> (abgefragt 8. 6. 2025); Bertoux M et al: Discounting of future rewards in behavioural variant frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Neuropsychology* 2015; 29 (6); 933–39. <https://doi.org/10.1037/neu0000197> (abgefragt 8. 6. 2025); Chiong W et al: Financial errors in dementia: Testing a neuroeconomic conceptual framework. *Neurocase* 2014; 20 (4); 389–96. <https://doi.org/10.1080/13554794.2013.770886> (abgefragt 9. 6. 2025); Day M-E et al: Risky decision-making in dementia: Exploring neural correlates and related clinical symptoms. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience* 2025; <https://doi.org/10.3758/s13415-025-01291-3> (abgefragt 8. 6. 2025).

¹⁵ S et al: Real World Financial Mismanagement in Alzheimer's Disease, Frontotemporal Dementia, and Primary Progressive Aphasia. *Journal of Alzheimer's Disease* 2024; 99 (1); 251–62. <https://doi.org/10.3233/JAD-231021> (abgefragt 8. 6. 2025).

¹⁶ Stuss D, Bonuccelli U: Decision-Making Impairment May Precede Limb Apraxia in Corticobasal Degeneration. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 2011; 23 (2); E 29. <https://doi.org/10.1176/jnp.23.2.jmpe29> (abgefragt 8. 6. 2025); Imai K et al: The neural network basis of altered decision-making in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Annals of Clinical and Translational Neurology* 2020; 7 (11); 2115–26. <https://doi.org/10.1002/acn3.51185> (abgefragt 8. 6. 2025).

¹⁷ Stuss D, E et al: Predictors of performance-based measures of instrumental activities of daily living in nondemented patients with Parkinson's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 2013; 35 (9); 926–33. <https://doi.org/10.1080/13803395.2013.838940> (abgefragt 8. 6. 2025); Martin RC et al: Impaired financial abilities in Parkinson's disease patients with mild cognitive impairment and dementia. *Parkinsonism & Related Disorders* 2013; 19 (11); 986–90. <https://doi.org/10.1016/j.parkrel-dis.2013.06.017> (abgefragt 8. 6. 2025); Spoto N et al: Decision-Making Deficits Associated with Amyloidosis in Lewy Body Disorders. *Frontiers in Human Neuroscience* 2017; 10. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00693> (abgefragt 8. 6. 2025).

¹⁸ P et al: Scam Awareness Related to Incident Alzheimer Dementia and Mild Cognitive Impairment: A Prospective Cohort Study. *Annals of Internal Medicine* 2019; 170 (10); 702–09. <https://doi.org/10.7326/M18-2711> (abgefragt 8. 6. 2025); Ueno D et al: Mild Cognitive Decline Is a Risk Factor for Scam Vulnerability in Older Adults. *Frontiers in Psychiatry* 2021; 12; 685451. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.685451> (abgefragt 8. 6. 2025); Han S et al: Mild Cognitive Impairment and Susceptibility to Scams in Old Age. *Journal of Alzheimer's Disease* 2015; 49 (3); 845–51. <https://doi.org/10.3233/JAD-150442> (abgefragt 8. 6. 2025); Kapasi A et al: Association of Amyloid-β Pathology with Decision Making and Scam Susceptibility. *Journal of Alzheimer's Disease* 2021; 83 (2); 879–87. <https://doi.org/10.3233/JAD-210356> (abgefragt 8. 6. 2025).

¹⁹ RN et al: Cognitive, social, and neural determinants of diminished decision-making and financial exploitation risk in aging and dementia: A review and new model. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2016; 28 (4–5); 320–44. <https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1237918> (abgefragt 8. 6. 2025).

das er trotz Selbst- und Fremdgefährdung nicht aufgeben will.

Negiert alle Defizite, verweigert ärztliche Beratung auch nach schweren Stürzen. MMSE 22/30, pathologischer Uhrentest.

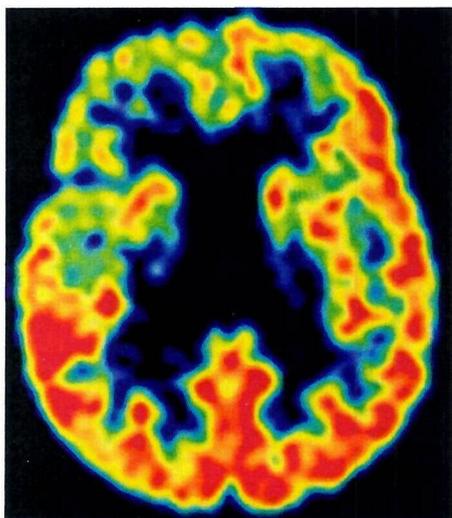
Fallbeispiel 2: Einschränkung der EF durch bvFTD

Pat. FR, 71 Jahre. Ab 60. Lebensjahr zunehmende Persönlichkeitsänderung (Antriebsminderung und impulsive Durchbrüche). Zahlreiche Fehlleistungen im Beruf, Vernachlässigung der eigenen Person, ritualistisches Verhalten.

Emotional verflacht, Empathieverlust, Hyperoralität (Nutella, Alkohol), fehlende Krankheitseinsicht. Auffälliges Risikoverhalten mit Aufnahme einer hohen Kreditsumme ohne Rücksprache mit Familie; Geld kurz danach unauffindbar.

Neuropsychologischer Befund: Störung bei exekutiven Leistungen und beim Erkennen emotionaler Stimuli. Im Iowa Gambling Task (Treffen emotionaler Entscheidungen) zahlreiche Verluste durch impulsives und unvorsichtiges Verhalten.

FDG-PET: asymmetrische frontal und rechtsbetonte Perfusionsminderung (siehe Abb.).



FDG-PET: Asymmetrische frontale und rechtsbetonte Perfusionsminderung.

Erfassung der EF

Bestehen bei einer Person Zweifel an der Intaktheit der Testier- oder Geschäftsfähigkeit, so ist eine fachgerechte Untersuchung der EF erforderlich. Das ist in der Praxis meist der Fall, wenn Verträge abgeschlossen, eine Vorsorgevollmacht erstellt, deren Wirkungseintritt überprüft oder ein Testament erstellt werden soll.

Zentraler Anteil der Untersuchung ist eine Erfassung der EF, für die kein spezifischer Messwert – Laborwert, Test, Biomarker – existiert. Aussagen zur EF können daher nur aus anderen diagnostischen Variablen abgeleitet werden und stellen indirekte Einschätzungen dar. Dabei stellt sich die grundsätzliche Frage, wie präzise demografische, Krankheits- oder Testvariable die EF voraussagen können.

Für den „Normalbereich“ der EF existieren **keine Absolutwerte**, weil dafür die betreffende Entscheidungssituation gemeinsam mit den individuellen mentalen (kognitiven und psychischen) Fähigkeiten einer Person zu beurteilen ist. Eine Bewertung muss daher abschätzen, wie die EF einer bestimmten Person in einzelnen Situationen funktioniert. Dieser Tatsache wird auch bei der Erwachsenenvertretung Rechnung getragen.

In die Bewertung der EF hat auch einzufließen, ob eine Person durch entsprechende **Unterstützungsmaßnahmen** kognitive und psychische Barrieren – wie Wahrnehmungs-, Sprachstörung, Zeitdruck, Verhandlung, Stress – überwinden kann.

Außerdem ist die EF einer Person nicht bereits dann abzusprechen, wenn sie nicht jeden Aspekt der Bedeutung und Folgen ihres Handelns versteht. Es geht vielmehr darum, dass die Person im Kern erfasst, dass sie ein rechtserhebliches Verhalten setzen oder es unterlassen kann, und welche Auswirkungen dieses Handeln hat.²⁰

Auch für neurologische Patient:innen gilt: Maßgebend bei der Beurteilung ist nicht die diagnostische, sondern die **psychopathologische und die kognitive Ebene**. Das bedeutet, dass nicht allein die Diagnose einer bestimmten Erkrankung, sondern deren klinische Ausgestaltung, der Schweregrad und die assoziierten Funktionseinbußen die EF bestimmen. Dabei muss ein gewisser Schweregrad der Beeinträchtigung gegeben sein, wobei für die Geschäftsfähigkeit höhere Formen der EF erforderlich sind als für die Testierfähigkeit.²¹

So erfordert etwa der Abschluss eines Kaufvertrages neben den Werkzeugfunktionen (Sprache, Denken, Aufmerksamkeit, Gedächtnis) auch Erfahrung und Fachwissen, Risikoabschätzung und Erkennen von Nachteilen, rechnerisches Kalkül und Impulskontrolle.

Auch die Einwilligung in eine medizinische Behandlung oder Vorsorgevollmacht

stellt höhere kognitive Anforderungen, einschließlich metakognitiver Fähigkeiten.

Hingegen kann ein Testament mit deutlich geringerem Aufwand kognitiver Funktionen erstellt werden.

In Österreich existieren bislang keine konkreten Verfahrensvorgaben zur adäquaten Prüfung der EF. Vor allem die Einschätzung der EF bei Personen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten und die posthume Beurteilung stellen besondere Herausforderungen an den Gutachter. In der Praxis sollte ein möglichst komplettes Spektrum relevanter Befunde erfasst werden (siehe Tabelle 3).

Die Prüfung kognitiver Funktionen wie Gedächtnis, Sprache, Denken, exekutive Funktionen hat einen entscheidenden Anteil an der Beurteilung der EF.

Kognitive Fähigkeiten sind alters- und bildungs- und in manchen Domänen auch geschlechtsabhängig. Unkorrigierte Rohwerte kognitiver Tests liefern häufig falsch positive oder falsch negative Resultate, weil sie den Einfluss von Alter und Schulbildung nicht berücksichtigen und keine objektive Beurteilung anhand von Normen oder Cutoffs zulassen.

Hinweis:

Es ist die Verwendung von psychometrischen Verfahren mit Alters- und Bildungskorrektur anzustreben, was eine Selektion der Testmaterialien erfordert.

Zur genaueren Charakterisierung und Schweregradeinschätzung eines neurokognitiven Defizites bietet sich das Beurteilungsschema von DSM-5 an (leichte vs. schwere neurokognitive Störung, Anzahl und Art betroffener Domänen).

²⁰ **Hilfsmittel** M: Erwachsenenschutzrecht für Gesundheitsberufe: Behandlungsentscheidungen, Vorsorge, Vertretung?, Educa Verlag, Wien, 2020. ²¹ **Hilfsmittel** R: Das psychiatrische Gutachten: Grundriss der Psychiatrie für Juristen, Sozialarbeiter, Soziologen, Justizbeamte, Psychotherapeuten, gutachterlich tätige Ärzte und Psychologen?, Manz Verlag, Wien, 2002.

Fragestellung und Sachverhalt	Anlass zur Untersuchung Störungen der EF-Anlässe, Zeitpunkt, Bereich und Situation der Begebenheit
Person	demografische Daten, Schuljahre, Beruf, Sozialanamnese
Vorbefunde	Arztbriefe, ärztliche Zeugnisse, medizinische Befunde Gutachten, Gerichtsakt, Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, Clearingbericht, Patientenverfügung, Pflegegutachten etc.
Klinik	klinisch-neurologischer Befund
Erkrankungen	Eigen-, Außenanamnese neurologische, psychiatrische, andere Beginn, Verlauf, Stadium, Prognose Therapie, Medikamente Befunde – Bildgebung, Labor, etc.
Diagnose	neurologische Diagnose nach Leitlinien kodiert (ICD-10) Schweregrad bzw. Krankheitsstadium
Kognitiver Befund	klinischer Befund – Informationsverständnis, Urteils-, Kommunikationsvermögen kognitive Screeningtests formale neuropsychologische Untersuchung Ausmaß und Art des kognitiven Defizits (DSM-5)
Beeinträchtigung	Alltagsfunktionen kognitive Funktionen Selbständigkeit/unabhängiges Leben Unterstützungsbedarf
Psychopathologischer Befund	Verhaltensänderungen Halluzinationen, Zwänge, Impulsivität abnorme, inhaltliche und formale Denkstörungen grobe Störungen des Antriebs oder der Affektivität ²² Fremdbeeinflussbarkeit (Suggestibilität) Krankheitsselbstwahrnehmung, Selbsteinschätzung der eigenen Behinderung
Gutachterliche Stellungnahme	Bewertung der EF, Geschäfts-, Testierfähigkeit

Tabelle 3: Diagnoseschema zur Erfassung der EF

Post-Mortem-Beurteilung der EF

Entsprechend der zunehmenden Zahl der Demenzen wird die Fragestellung der posthumen Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit im Auftrag von Gerichten zunehmend häufig.

Eine gutachterliche Beurteilung ohne persönliche Kenntnis des Probanden erfordert das Vorliegen **sämtlicher Befunde**, aber auch psychologische, pflegerische Behandlungsdokumentationen und allfällige gutachterliche Stellungnahmen für den fraglichen Zeitraum. Dies umfasst in der Regel eine Zeitspanne von mindestens drei Jahre vor bis ca. ein bis zwei Jahre nach dem zu beurteilenden Zeitpunkt.

Die Herbeischaffung ist nur über das Gericht möglich; Sachverständige dürfen Befunde Verstorbener nicht selbstständig beischaffen.

Zeugenaussagen

Die Bewertung von Zeugenaussagen, diese finden sich üblicherweise in Gerichtsakten, ist für den Sachverständigen nur von untergeordneter Rolle. Diese sollen generell nur dann verwendet werden, wenn die schriftlichen Befunde, Behandlungsdokumentationen oder allfällige Gutachten nur ungenü-

gend für den entsprechenden Zeitraum vorliegen.

In einigen Fällen fordert das Gericht Sachverständige auf, bei den Zeugeneinnahmen anwesend zu sein. Dies ermöglicht, durch konkretes Nachfragen die oft oberflächlichen bzw. vorgefassten Aussagen von Bekannten oder Familienmitgliedern der verstorbenen Person bezüglich deren Wertigkeit zu überprüfen. Es ist oft verwunderlich, wie konträr die Aussagen unterschiedlicher Zeugen zu ein und derselben Person sein können. Wenn im schriftlichen Gutachten dann die Zeugenaussagen gewertet werden und allfällig in die Beurteilung des Gutachtens einfließen, so wird empfohlen im Gutachten zu verweisen, dass die Beweiswürdigung der Zeugenaussagen dem Gericht obliegt. Lediglich bei der eindeutigen Vorgabe des Gerichtes im Rahmen des Gutachtauftrages auch die Zeugenaussagen für die Beurteilung der Testier(un)fähigkeit zu berücksichtigen, ist die Beweiswürdigung der Zeugenaussagen ausnahmsweise vom Sachverständigen zu lösen.²³

Aus eigener Erfahrung sind die Aussagen von Notaren und der Notariatsmitarbeiter in den überwiegenden Fällen wenig hilfreich. Meist besteht keine Erinnerung mehr an die konkrete Person und die Aus-

sagen bei Gericht sind meist allgemein gehalten, jedoch oft in dem Sinne, dass die Notariatskanzlei auf die freie Willensbildung und die ausreichende Klarheit des Testierenden immer achte.

Üblicherweise findet sich aber die Angabe, wer den Termin vereinbart hat und ob es Vorgespräche zum Testament bzw. Testamentsentwurf gegeben hat. Beispielhaft ist die Vereinbarung eines Termins durch den Testierenden selbst ein Hinweis für die zumindest freie Willensbildung und kognitive Fähigkeiten.

Terminvereinbarungen durch andere Personen, insbesondere Begünstigte des Testamentes, sind per se nicht das Gegenteil bedeutend, sollten aber den Sachverständigen Anlass geben, den Faktor der freien Willensbildung mit all den vorliegenden Befunden entsprechend zu prüfen.

Beurteilung persönlicher Dokumente

Geschäftliche Korrespondenzen, Kalendernotizen, Tagebücher, Kontoauszüge, Rechnungen, persönliche Briefe, Verträge, unledigte Steuererklärungen, eine Vielzahl an Mahnungen etc. können, soweit diese datiert sind, relevante Aufschlüsse geben.

Hinweis:

Zu berücksichtigen ist, dass handschriftliche Dokumente auch (vor-) formuliert sein können. Dies gilt auch für handschriftliche Testamente.

Beurteilung des Testamentes

Der Sachverständige hat nicht den Inhalt einer letztwilligen Verfügung auf dessen Angemessenheit hin zu beurteilen, sondern ausschließlich, ob diese **frei von krankheitsbedingten Störungen** verfasst wurde (OLG Frankfurt 5. 9. 1995, 20 W 107/95²⁴).

Weder bei einem handschriftlichen noch notariellen Vertrag oder Testament lässt sich in der Regel erkennen, welche Formulierungen und Vorgaben tatsächlich vom Verstorbenen stammen bzw. von Vorlagen Dritter übernommen wurden. Ein formal und inhaltlich adäquater Text kann somit nicht als Beweis gewertet werden, der Proband sei geschäfts- bzw. testierfähig gewesen. Umgekehrt ist ein ungewöhnlich oder unvernünftig erscheinendes Testament kein Beleg für die Unfähigkeit. Dies

²² FN 21. ²³ FN 21. ²⁴ C, Hausner H: Zur Methodik der retrospektiven Befundermittlung. In: Cording C, Nedopil N (Hrsg.): Psychiatrische im Zivilrecht. Ein Handbuch für die Praxis⁴. Pabst Science Publishers, Lengerich, Westfalen, 2023.

ergibt sich aus der grundsätzlich bestehenden Vertrags- und Testierfreiheit, denn auch ein Gesunder muss nicht vernünftig entscheiden (BayObLGZ 1999, 205 [211]²⁵).

Die Beurteilung der Unterschrift und eines handgeschriebenen Satzes („dies ist mein letzter Wille“) muss mit Vorsicht erfolgen. Einerseits ist auf mögliche Augenerkrankungen ebenso zu achten wie auf körperliche Erkrankungen, beispielhaft extrapyramidale Erkrankungen oder schwerwiegende orthopädisch-rheumatologische Erkrankungen der Schreibhand.

Hinweis:

Das Vorliegen von wiederholten Wortneubildungen oder gänzlich fehlerhaften Wörtern spricht für relevante kognitive Defizite.

Medizinische Befunde

Diese können sehr wohl hilfreiche und oft entscheidende Informationen über psychische und/oder kognitive Auffälligkeiten geben. Insbesondere Pflegeberichte und erhobene Anamnesen können relevante Informationen bieten. Andererseits sind hier auch wiederholte Fehlerquellen vorliegend, wessen sich der Sachverständige bewusst sein muss:

Nicht selten finden sich sogenannte Gefälligkeitsbefunde in den Unterlagen (Fallbeispiel 3). Meist sind solche Befunde an wenig konkreten medizinischen Informationen, dafür an vermehrt allgemeinen Aussagen erkennbar.

Fallbeispiel 3:

Eine 86-jährige Dame, R.S., erstellt am 21. 9. 2016 ein Testament. Aufgrund eines Rechtsstreites einer fraglichen Testierunfähigkeit erfolgt vom zuständigen Gericht (IA 22/21d-88) der Gutachtenauftrag.

Am Tag der Testamentserrichtung findet sich in den Unterlagen ein handschriftlicher Befund einer Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie mit folgendem Wortlaut: „... besteht im klinisch-neurologisch-psychiatrischen Status keinerlei Hinweis auf eine dementielle Entwicklung. Die Patientin ist im vollen Umfang geschäftsfähig. Sie ist in der Lage ein Testament zu errichten.“ Es finden sich keinerlei Angaben über einen durchgeführten neurologisch-psychiatrischen Befund oder allfällige medizinische Befunde.

Sämtliche anderen Befunde ergeben das Bild einer im September 2016 örtlich und zeitlich in allen Unterpunkten fehlenden

Orientierung sowie einer eingeschränkten persönlichen und auch eingeschränkten situativen Orientierung.

Bei der Zeugeneinvernahme ist der Sachverständige anwesend und es wird die befundende Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie befragt. Diese könne sich nicht erinnern, ob sie einen Status durchgeführt habe. Es wird nach weiterem Befragen von der Fachärztin angegeben, dass es auch sein könne, dass dieser Befund nach einem üblichen, allgemeinen Gespräch mit der Betroffenen erfolgte und auch auf Basis der Angaben der betreuenden Pflegerin (Anmerkung: diese war die Begünstigte des Testaments).

Dieser Fallbericht zeigt, dass ein auch noch so eindeutiger fachärztlicher Befund am gleichen Tag der Testamentserrichtung für die retrospektive Beurteilung einer EF nicht ausreichend ist und sämtliche Befunde vor und nach der Testamentserrichtung ausführlich gutachterlich bewertet werden müssen.

Häufig finden sich von Verstorbenen, welche selten einen Arzt aufgesucht haben, meist **nur Befunde aus Krankenhäusern**. Hierbei ist zu achten, dass neuropsychologische Auffälligkeiten im Rahmen von akuten Erkrankungen sowie den oft erforderlichen Medikamenten inklusive Schmerzmedikamenten als auch krankheitsbedingten Verschlechterungen der Kognition durch Exsikkose, Fieber etc. stark beeinflusst werden können. Dies ist entsprechend zu berücksichtigen und auch entsprechend darzulegen. Auch Angaben der Pflege und der ärztlichen Dokumentation über nächtliche Verwirrtheit während eines Krankenhausaufenthaltes können nicht als Argument für eine Testierunfähigkeit herangezogen werden (Fallbeispiel 4).

Fallbeispiel 4:

Frau E.G., geboren 27. 11. 1942, muss nach einem Sturz zu Hause wegen Schmerzen im Beckenbereich, LWS und Kopf an die unfallchirurgische Abteilung eines öffentlichen Krankenhauses eingeliefert werden. Dort werden mehrfache Prellungen sowie ein diskretes, 3–4 mm breites Subduralhämatom rechts temporal (keine weitere Konsequenz) diagnostiziert werden.

Die Patientin ist, bis zum Eintreffen einer Bekannten, zu Hause mehrere Stunden gelegen und zeigt entsprechend Exsikkosezeichen. Nach der Aufnahme wurden zentralwirksame Schmerzmedikamente verab-

reicht. In der ersten Nacht trat ausgeprägte Verwirrtheit auf.

Am Folgetag ergibt die Durchführung eines MMSE den Wert von 17/30 Punkten. Es wird eine mittelgradige Demenz diagnostiziert, die weitere Betreuung bei dem niedergelassenen Nervenfacharzt empfohlen und ein Antrag für Erwachsenenvertretung gestellt.

Die Patientin stellt sich drei Wochen nach der Krankenhausentlassung bei einem der Autoren (U.Z.) vor. Es findet sich ein MoCA Test (Montreal Cognitive Assessment Test) mit 30/30 Punkten und somit regelrecht. Neurologisch und psychopathologisch waren die Untersuchungsbefunde bis auf eine sensible Polyneuropathie unauffällig. Die Kontrolle der zerebralen Bildgebung zeigt eine komplette Rückbildung des Subduralhämatoms sowie mäßige, alterstypische mikrovaskuläre Läsionen und eine diskrete frontotemporal betonte Atrophie.

Dieses Beispiel zeigt die **nicht vorhandene Wertigkeit einer einmalig durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung**, noch dazu in einer Ausnahmesituation. Solche Befunde können daher für die gutachterliche Beurteilung nur im Gesamtkontext mit allen anderen Befunden beurteilt werden.

Ein einmaliger kognitiver Test in einer Ausnahmesituation ist kein verlässlicher Beleg für die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit.

Weiters ist zu beachten, dass bei einer Vielzahl von internistischen oder chirurgischen Befunden und auch anderer Fachrichtungen psychische Auffälligkeiten und auch demenzielle Veränderungen nicht Eingang in den Befund finden. Somit ist ein fehlender Vermerk über eine Psychopathologie bei nicht neurologischen bzw. nicht psychiatrischen Befunden kein ausreichender Hinweis für eine allfällig vorhandene EF.

Bildgebende Befunde, CT und/oder MRT des Gehirns stellen wesentliche Informationen für Ursache und den biologischen Merkmalen von Erkrankungen im Sinne der ersten Beurteilungsebene –

²⁵ Cording C: Geschäftsfähigkeit und ihre Unterformen: Die Freiheit der Willensbestimmung. In: Cording C, Nedopil N (Hrsg.): Psychiatrische im Zivilrecht. Ein Handbuch für die Praxis⁴. Pabst Science Publishers, Lengerich, Westfalen, 2023.

Krankheit – dar. Dies ist allerdings für den zivilrechtlichen Krankheitsbegriff und die retrospektive Feststellung einer EF im Vergleich zur zweiten Beurteilungsebene – psychopathologische Symptomatik – von untergeordneter Rolle²⁶. Hierfür sind die vorhandenen **psychopathologischen Symptome und deren Auswirkung auf die Freiheit des Willensentschlusses** entscheidend. Demnach sind neuroradiologische Befunde des Gehirns wichtig für die retrospektive Diagnoseebene, aber eben nur ein Teilaspekt bei der Berücksichtigung sämtlicher vorliegender Informationen über den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Geschäfts-Testamentsabschlusses.

Das Vorliegen von zeitnahen neurologisch-psychiatrischen Befunden mit guter Dokumentation und/oder neuropsychologischen Befunden mit allfällig ausführlicher psychopathologischer Diagnostik sind für die Beantwortung einer EF besonders hilfreich. Es genügt hierbei nicht, die Zusammenfassung des Befundes in das Gutachten einzubauen, sondern es bedarf auch der **tatsächlich durchgeführten Untersuchungen und deren Teilergebnisse**.

Gleiches gilt für die Angabe des Ergebnisses einer Mini Mental State Untersuchung. Hierbei ist wesentlich, wenn vorhanden, den **originalen MMSE-Fragebogen anzufordern bzw. auszuwerten**, um hier die Teilbereiche der Defizite und deren Auswirkung auf eine EF darzulegen.

Weiters ist die Schwankungsbreite des Ergebnisses einer einzigen MMSE Untersuchung zu berücksichtigen und es sollten daher idealerweise, sofern vorhanden, sämtliche Befunde und der sich daraus ergebende **zeitliche Verlauf in Bezug auf den Zeitpunkt des Geschäfts-Testamentsabschlusses** bewertet werden.

Die wiederholt anzutreffende Meinung, dass leichtgradige Veränderungen des MMSE (Punktwert 20–26) meist noch einer erhaltenen Testierfähigkeit entsprechen und mittelgradige oder schwere Demenzformen (Punktwert unter 19) einer Testierunfähigkeit, kann von den Autoren nicht uneingeschränkt geteilt werden.

Es wurde einerseits bereits auf die **Variabilität der Testergebnisse** zu unterschiedlichen Zeiten hingewiesen als auch auf die Subanalyse der Testung, die Berücksichtigung allfällig **einschränkender Faktoren** – wie höhergradige Seheinschränkung für visuokonstruktive Aufgaben, Anspannung und Nervosität bei Durchfüh-

rung dieses Testes in Anwesenheit von Angehörigen und bei einem bis dahin noch nicht vertrauten Arzt oder Neuropsychologen, allfällige Einnahme von Schmerz und/oder sedativ wirkenden Medikamenten, um einige wesentliche Faktoren hervorzuheben.

Luzides Intervall

Der immer wieder bemühte Begriff des „luziden Intervalls“ wird von forensischen Psychiatern übereinstimmend abgelehnt.²⁷ Auch oberlandesgerichtliche Entscheidungen (OLG München 1. 7. 2013, 31 Wx 266/12) haben ein luzides Intervall praktisch ausgeschlossen, sofern aufgrund einer chronisch-progredienten Demenz eine Testierunfähigkeit vorliegt. Auch wenn sich in besonders günstigen Umständen gelegentlich chronisch verlaufende Symptome im Einzelfall bessern, so sind die Besserungen in derartigen Fällen nur allmählich im Verlauf mehrere Monate und haben nichts mit einem plötzlich aufhellenden Intervall zu tun.

Retrospektive Beurteilung – Zusammenfassung

Zusammenfassend ist für die retrospektive Beurteilung einer EF die Beischafterung aller zur Verfügung stehenden Unterlagen inklusive persönlicher Aufzeichnungen, Korrespondenzen, Bankauszügen, aller medizinischen Befunde und allfällig vorliegender Gutachten die Basis für die gutachterliche Beantwortung.

Hierbei sind insbesondere die sich daraus herauslesende psychopathologische Symptomatik sowie der zeitliche Verlauf relevant. Nach Gewichtung aller Faktoren möge dann die Beurteilung erfolgen.

Bei sehr mangelhaften Unterlagen bzw. Unterlagen in einem zu weiten zeitlichen Abstand des Geschäfts-Testamentsabschlusses kann es nicht vermeidbar sein, dass auch der erfahrenste Sachverständige eine nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit zu beurteilende Geschäfts-Testier-(un)fähigkeit feststellen muss.

Zusammenfassung

Eine intakte Entscheidungsfähigkeit (EF) ist die Voraussetzung für ein selbständiges, erfolgreiches Handeln. Die EF ist eine wichtige Grundlage für die Bewältigung komplexer kognitiver Probleme, wie den Abschluss eines Vertrages, die Planung der Altersvorsorge, die Zustimmung zur medizinischen Behandlung oder die Erstellung eines Testaments.

Bei der gutachterlichen Beurteilung der Geschäfts- und Testierfähigkeit spielt die EF eine zentrale Rolle. Viele bisher verfasste Kommentare befassen sich mit dem Einfluss psychiatrischer Erkrankungen und psychopathologischer Symptome auf die EF.

Die vorliegende Arbeit behandelt die neurologischen Aspekte der EF. Sie gibt einen Überblick über die kognitiven Grundlagen, die Organisationsstruktur und zerebrale Repräsentation des Entscheidens.

Ferner beschreibt sie jene neurologischen Erkrankungen, die das Entscheidungssystem am häufigsten einschränken. Dabei wird vor allem auf die dementiellen Erkrankungen eingegangen.

DAG 2025/21

²⁶ WlG FN 24, 25. ²⁷ WlG FN 23, 24.

Zum Thema

Über die Autoren

Univ.-Prof. Dr. Thomas Benke, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Spezialist für kognitive und Verhaltensneurologie, langjähriger leitender Oberarzt der Gedächtnissprechstunde an der Klinik für Neurologie der MedUni Innsbruck, Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger.

Kontakt: neuro@tombenke.at

Univ.-Doz. Dr. Udo Zifko, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Geriatrie und Palliativmedizin im Rudolfinerhaus in Wien und Ordination in Prein, Allgemein beeideter und gerichtlich zertifizierter Sachverständiger.

Kontakt: udo@zifko.at