

BAGFW-Fachtagung am 21. Juni 2022

# Möglichkeiten und Grenzen der partizipativen Entscheidungsfindung für Menschen mit Demenz

Univ.-Prof. Dr. med. Johannes Pantel

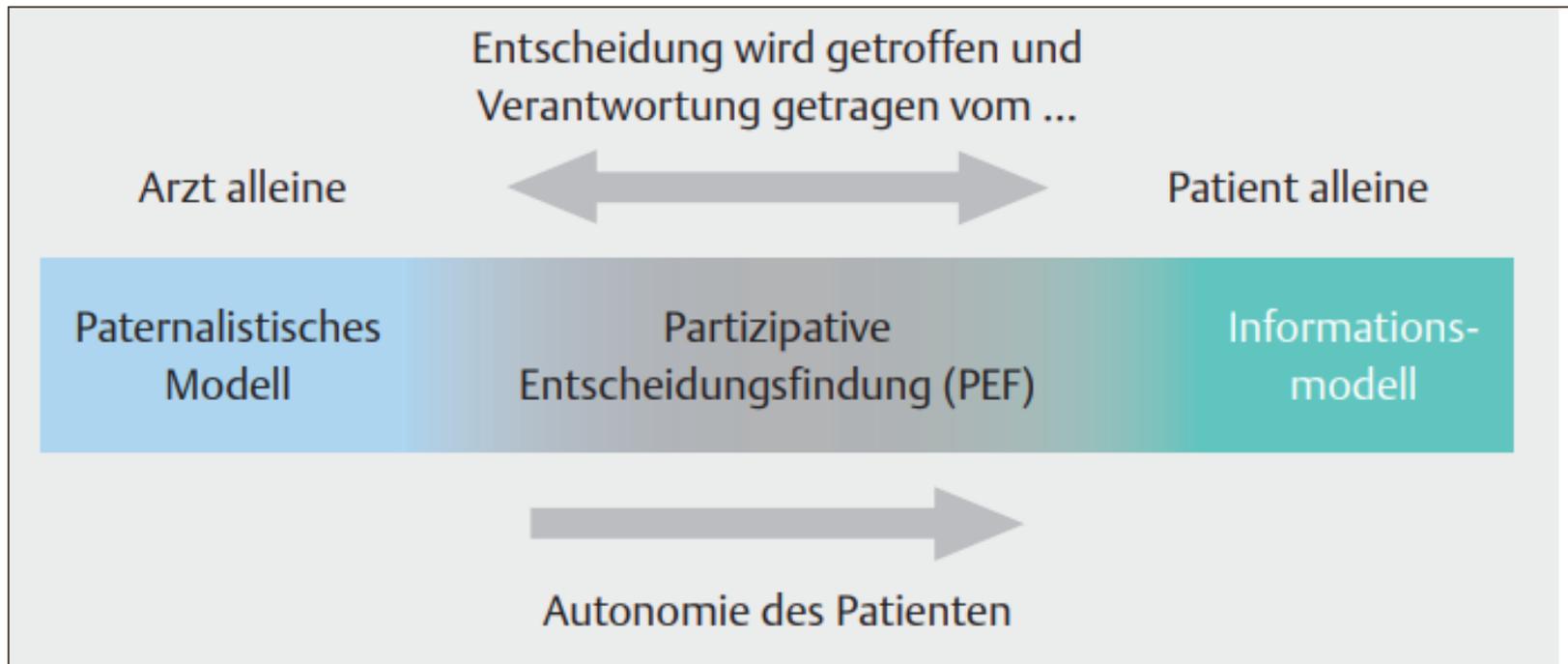
Arbeitsbereich Altersmedizin, Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität  
Frankfurt am Main

[pantel@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:pantel@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)



# Partizipative Entscheidungsfindung („shared decision making“)

Patient und Arzt als „Team“ (Patientenzentrierung)



Quelle: Bieber C et al. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) ... Rehabilitation 2017; 56: 198–213  
<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0043-106018.pdf>

# Partizipative Entscheidungsfindung („shared decision making“)

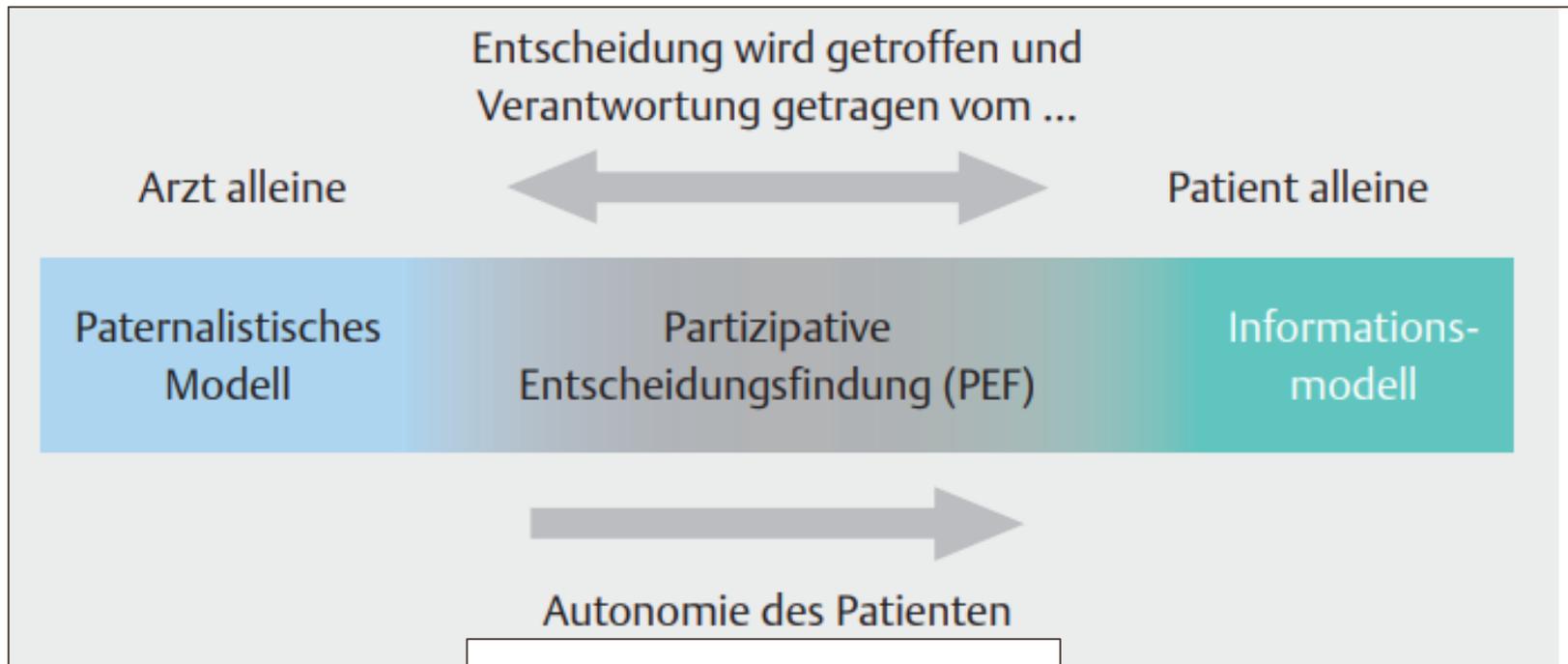
- **Aktuell:** Durchführung medizinischer und/oder pflegerischer Maßnahme
- **Aktuell:** Verzicht auf medizinische und/oder pflegerische Maßnahmen
- **Zukünftig:** „Advanced Care Planning“
- **Aktuell und zukünftig:** „End of live decisions“
- Setzt rechtsgültige **Einwilligung** des/der Betroffenen voraus
- Setzt **Einwilligungsfähigkeit** des/der Betroffenen voraus
- Stellvertreter-Entscheidungen sind manchmal unumgänglich, aber i.d.R. die „zweitbeste“ Option

# Einwilligungsfähigkeit: Rechtlicher Hintergrund

- Jede medizinische Maßnahme, die in die körperliche Unversehrtheit eingreift, erfüllt den objektiven Tatbestand der **Körperverletzung**
- Dies gilt auch für Maßnahmen, die **unterlassen** werden, obwohl sie medizinisch ggf. indiziert sind
- Beides ist jedoch gerechtfertigt, wenn eine **wirksame Einwilligung** vorliegt
- Medizinethische Entsprechung: **Selbstbestimmungsrecht** und **Autonomiegebot**

# Partizipative Entscheidungsfindung („shared decision making“)

- Patient und Arzt als „Team“



? Demenz ?

# Demografischer und medizinischer Hintergrund

- Aufgrund des demographischen Wandels wachsende Anzahl von **Menschen mit Demenz** (MmD)
- Zurzeit bundesweit ca. 1.6 Millionen MmD; Verdoppelung bis 2050 ist möglich
- MmD sind in der Regel **multimorbide**; leiden durchschnittlich an 4-6 weiteren Grunderkrankungen
- MmD sind angewiesen auf medizinische Maßnahmen und werden regelmäßig mit diesbezüglichen **aktuellen** (Diagnostik, Behandlung) und **zukünftigen** (Vorverfügungen) Entscheidungen konfrontiert
- > 40% aller Pflegebedürftigen und > 60% aller Bewohner von Altenpflege-Einrichtungen leiden an einer Demenz

# Ein Fallbeispiel

*Die an Demenz erkrankte Frau Müller sitzt mit ihrem Sohn beim Arzt, der sie über das Ergebnis einer medizinischen Untersuchung und die folgende Behandlung aufklären soll. Der Arzt redet schnell und zunehmend laut. Frau Müller schaut ihn irritiert an. Sie scheint ihn nicht zu verstehen. Der Arzt klärt im Folgenden den Sohn auf, der als Betreuer zur Sorge für die Gesundheit der Mutter eingesetzt ist. Der Sohn stimmt der Behandlung zu. Frau Müller verlässt den Raum, ohne zu wissen, welche Diagnose gestellt, welche Behandlung beschlossen wurde. Der Arzt hält sie für nicht einwilligungsfähig.*



# In der Praxis ...

- ... wird die Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz **häufig in Frage gestellt** und es werden bevorzugt stellvertretende Entscheidungen getroffen.
- Selbstbestimmte Entscheidung und/oder partizipative Entscheidungsfindung werden aufgrund der vermeintlichen und tatsächlichen Hürden häufig nicht in Betracht gezogen



# Die AWMF S2k-Leitlinie

publiziert bei:  **AWMF online**  
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

DGGG/DGPPN/DGN (Hrsg.)

## Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen

Interdisziplinäre S2k-Leitlinie  
für die medizinische Praxis

 **DGGG**  **DGPPN**  **DGN** Deutsche Gesellschaft  
für Neurologie

Deutsche Gesellschaft  
für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde

**Kohlhammer**

Aufgrund der breiten  
interdisziplinären Basis soll diese  
Leitlinie zur **Förderung der  
Autonomie** und  
Handlungsfähigkeit kognitiv  
beeinträchtigter Patienten  
beitragen.

**33 konsentierete Empfehlungen**  
**31 rechtliche Vorgaben**

Open access unter:  
<https://www.awmf.org>

# Beteiligung von 25 Fachgesellschaften und Arbeitskreisen

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)  
Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)  
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)  
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik & Nervenheilkunde (DGPPN)  
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)  
Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)  
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)  
Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)  
Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAIzG)  
Betreuungsgerichtstag (BGT)  
Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)  
Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA)

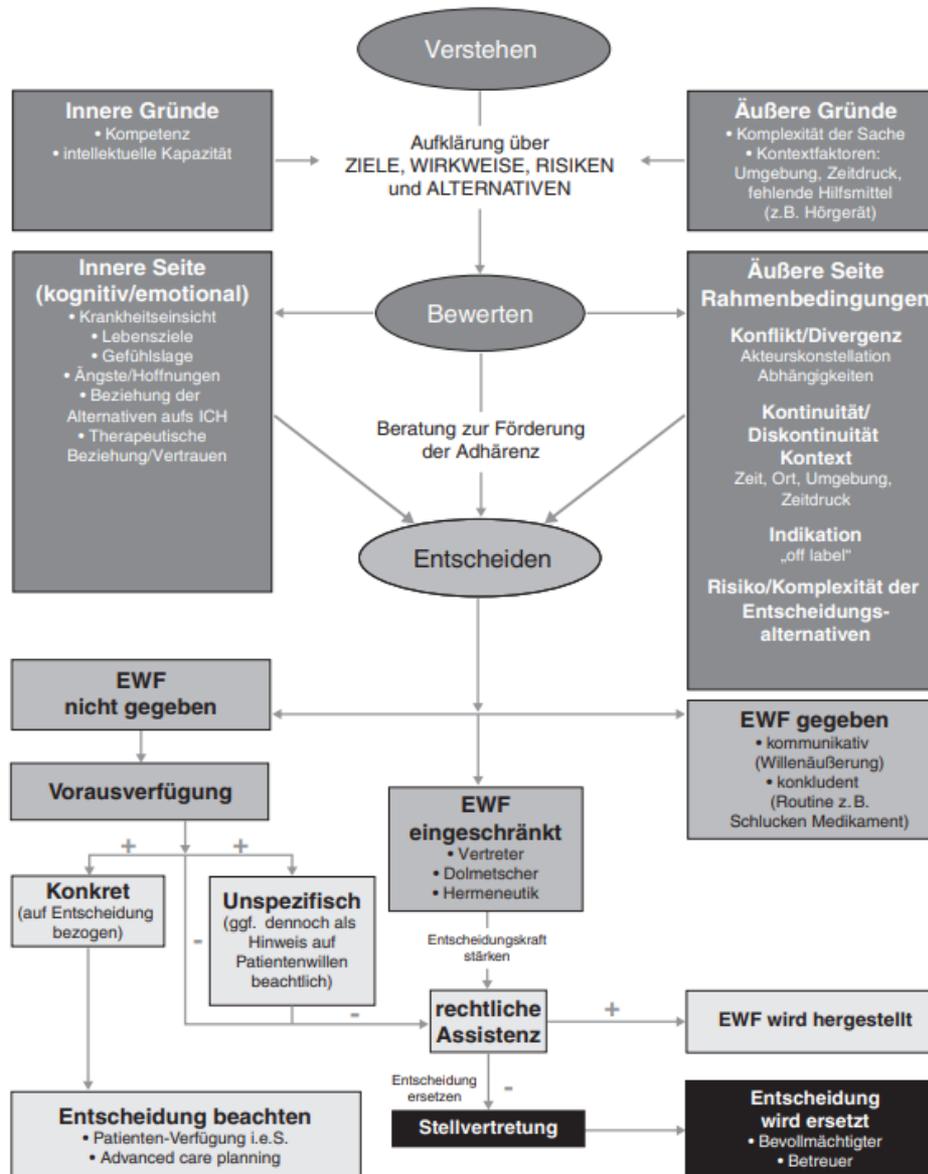
Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e.V. (DGMR)  
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)  
Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)  
Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)  
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)  
Arbeitskreises Ethik der DGZMK  
Interdisziplinärer Arbeitskreis für Zahnärztliche Anästhesie (IAZA)  
Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI)  
Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)  
Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)  
Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)  
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)

# Ziel der Leitlinie

Bezüglich folgender Fragestellungen soll die Leitlinie Handlungssicherheit schaffen:

- Wie kann die Entscheidungen gemäß Willen und Präferenzen des Patienten getroffen werden?
- Wie kann die Einwilligungsfähigkeit von MmD valide beurteilt werden?
- Wie kann die Einwilligungsfähigkeit ggf. hergestellt werden?
- Wie kann die Adäquatheit der Information gewährleistet werden?
- Welches Prozedere ist beim Einholen einer informierten Einwilligung zu durchlaufen?

# Entscheidung über medizinische Maßnahmen



# Wichtige Grundlagen!

## Empfehlung 4:

Es soll beachtet werden, dass die Diagnose einer Demenz die Einwilligungsfähigkeit nicht prinzipiell ausschließt.

*Starker Konsens*

## Empfehlung 6:

Aus einem einzelnen Test-Wert (z.B. MMST) soll keine abschließende Bewertung über die Einwilligungsfähigkeit in unterschiedliche Entscheidungssituationen getroffen werden.

*Starker Konsens*

# Kriterien der Einwilligungsfähigkeit

Eine Person gilt bezüglich einer konkreten medizinischen Maßnahme als einwilligungsfähig, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung folgende Kriterien erfüllt/gegeben sind:

- **Informationsverständnis**
- **Einsicht**
- **Urteilsvermögen**
- **Kommunizieren einer Entscheidung /  
Bestimmbarkeit des Willens**

# Informationsverständnis

## Empfehlung 8:

Zur Prüfung des Informationsverständnisses sollte durch Verwendung geeigneter Fragen ermittelt werden, ob der Mensch mit Demenz ein eigenes Verständnis davon entwickeln kann, worüber er zu entscheiden hat und worin die Risiken und der potentielle Nutzen bestehen.

*Starker Konsens*

# Leitfragen Informationsverständnis

- Können Sie bitte mit eigenen Worten wiedergeben, was Sie von über die Erkrankung/ die Symptome/ die Behandlung / Nutzen und Risiken verstanden haben?
- Welche Behandlung habe ich vorgeschlagen? Welches Ziel hat die Behandlung?
- Was ist der Zweck/Sinn der Untersuchung?
- Welche Risiken bestehen? Was ist der Nutzen?
- Warum schlagen wir Ihnen diese Behandlung vor?
- Was soll das Medikament bewirken?
- Woran merken Sie, dass Sie die Tabletten nicht vertragen?
- Wie sollen Sie die Tabletten einnehmen?
- Was wird bei der Untersuchung gemacht?

**Mögliche Beeinträchtigung/Grenzen: Die Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Auffassungsstörungen sind so stark ausgeprägt, dass ein Gespräch nur sehr eingeschränkt möglich ist und selbst einfachste Inhalte auch mit Assistenz nicht verstanden werden können**

# Krankheits- und Behandlungseisicht

## Empfehlung 9:

Zur Prüfung der Krankheits- und Behandlungseisicht sollte durch Verwendung geeigneter Fragen ermittelt werden, ob der Mensch mit Demenz erkennt, dass seine physische oder psychische Gesundheit eingeschränkt ist und dass Möglichkeiten zur Behandlung oder Linderung der gesundheitlichen Problematik bestehen und angeboten werden.

*starker Konsens*

# Leitfragen Krankheits/Behandlungseinsicht

- So sehen wir Ihre Erkrankung, stimmen Sie dem zu oder haben Sie eine andere Einschätzung?
- Wie beurteilen Sie aktuell ihren Gesundheitszustand?
- Können Sie einen möglichen Nutzen der vorgeschlagenen Behandlung nennen?

**Mögliche Beeinträchtigung/Grenzen (Bsp.): Ein Patient gibt an, an keiner gesundheitlichen Beeinträchtigung zu leiden. Eine nachvollziehbare Begründung kann nicht angegeben werden (Anosognosie). Er kann für sich selbst keinerlei Nutzen der vorgeschlagenen Diagnostik oder Therapie benennen.**

# Urteilsvermögen

## Empfehlung 10:

Zur Prüfung des Urteilsvermögens sollte durch Verwendung geeigneter Fragen ermittelt werden, ob der Mensch mit Demenz in der Lage ist, die erhaltenen Informationen und mögliche Behandlungsfolgen mit seiner Lebenssituation, seinen Werthaltungen und Interessen in Verbindung zu bringen sowie diese zu gewichten und zu bewerten.

*starker Konsens*

# Leitfragen Urteilsvermögen

- Was glauben Sie, ist das Beste für Sie?
- Warum haben Sie diese Entscheidung getroffen (wichtig ist der Begründungsprozess, bzw. die Art und Weise, wie die Entscheidung getroffen wurde)?
- Können Sie Konsequenzen Ihrer Entscheidung benennen (Schlussfolgern)?
- Welche Auswirkungen hätte das auf Ihren Alltag?
- Was sind aus Ihrer Sicht die Vorteile/Nachteile dieser Behandlung für Sie?
- Was ist Ihnen im Leben wichtig?
- Was ist auf lange Sicht der Vorteil/ der Nachteil? Ggf. kurz, mittel- und langfristige Folgen differenzieren.
- Was ist die Gefährdung, wenn sie die Maßnahme durchführen bzw. nicht durchführen?

Mögliche Beeinträchtigung/Grenzen: Patient kann das Für und Wider nicht gegeneinander abwägen und keine logische Konsequenz ableiten (z. B.: Der Patient beantwortet die Frage: „Was wäre, wenn Sie das Medikament nicht einnehmen?“ mit dem Satz: „Aber ich nehme es doch ein“) oder er kann keine Konsequenzen benennen. Eine Beeinträchtigung wäre auch gegeben, wenn die Entscheidung des Patienten eindeutig durch wahnhaftige Überzeugungen geprägt ist (z. B. man wolle ihm mit der geplanten medizinischen Maßnahme schaden).

# Kommunizieren einer Entscheidung

## Empfehlung 11:

Es sollte geprüft werden, ob der Mensch mit Demenz eine Entscheidung treffen und kommunizieren kann.

*Konsens*

# Leitfragen „Kommunizieren einer Entscheidung“

- Welche Entscheidung treffen Sie, nachdem wir alles besprochen haben?

**Mögliche Beeinträchtigung/Grenzen (Bsp.): Patient ist ambivalent und kommuniziert in unterschiedlichen Abschnitten eines Gesprächs immer wieder unterschiedliche Entscheidungen.**

# Schwierige Situationen I

## Der Patient lehnt die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit ab

- Hinweise für mögliche Ursachen des unkooperativen oder ablehnenden suchen, z.B. Angst, Ärger, Unverständnis
- Methoden der Validation anwenden (Wertschätzung und Verständnis zeigen, Perspektivwechsel, Emotionen spiegeln etc.)
- Versuch, dem Patienten ein besseres Verständnis der Situation zu vermitteln
- Fehlende Krankheits- und Behandlungseinsicht in Rechnung stellen (Anosognosie, wahnhaftes Erleben etc.)
- Tagesform? Evtl. kann die Entscheidung vertagt werden, wenn das aus medizinischer Sicht vertretbar ist. Manchmal kann ein zweiter Versuch zu einem späteren Zeitpunkt zielführender sein
- Ggf. zwischenzeitlich weitere Informationen einholen (Angehörige?)

# Schwierige Situationen II

## Der Patient fällt eine riskante Entscheidung

- Entscheidet sich ein Patient aus nicht unmittelbar nachvollziehbaren Gründen gegen eine medizinische Maßnahme oder kann gar keine Gründe für seine Ablehnung formulieren, so kann es manchmal hilfreich sein, weitere Informationen einzuholen.
- Insbesondere wenn eine Inkonsistenz zwischen der Ablehnung der Maßnahme - z.B. Wahl der riskanten Alternative, d.h. Risiko eines letalen Ausgangs versus geäußertem Willen („Ich will nicht sterben“)
- In Zweifelsfällen sollte hier die Durchführung einer ethischen Fallberatung oder die Einschaltung des Betreuungsgerichts erwogen werden
- Einwilligungsfähigkeit ggf. nicht gegeben? Stellvertreter-Entscheidung unter Berücksichtigung des mutmaßlichen Willens?

# Vorgehen bei Unsicherheit

## Empfehlung 16:

Bei Unsicherheit über die getroffene Feststellung über die Einwilligungsfähigkeit sollte eine wiederholte Untersuchung, ggf. mit weiterer **Assistenz**, erfolgen.

*starker Konsens*

# Entscheidungsassistenz

„Verfahren, die eingesetzt werden können, um die Selbstbestimmung von Patienten zu fördern, die durch innere oder äußere Faktoren in der Verwirklichung des ihnen zukommenden Rechts auf Selbstbestimmung im Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungen eingeschränkt sind.“

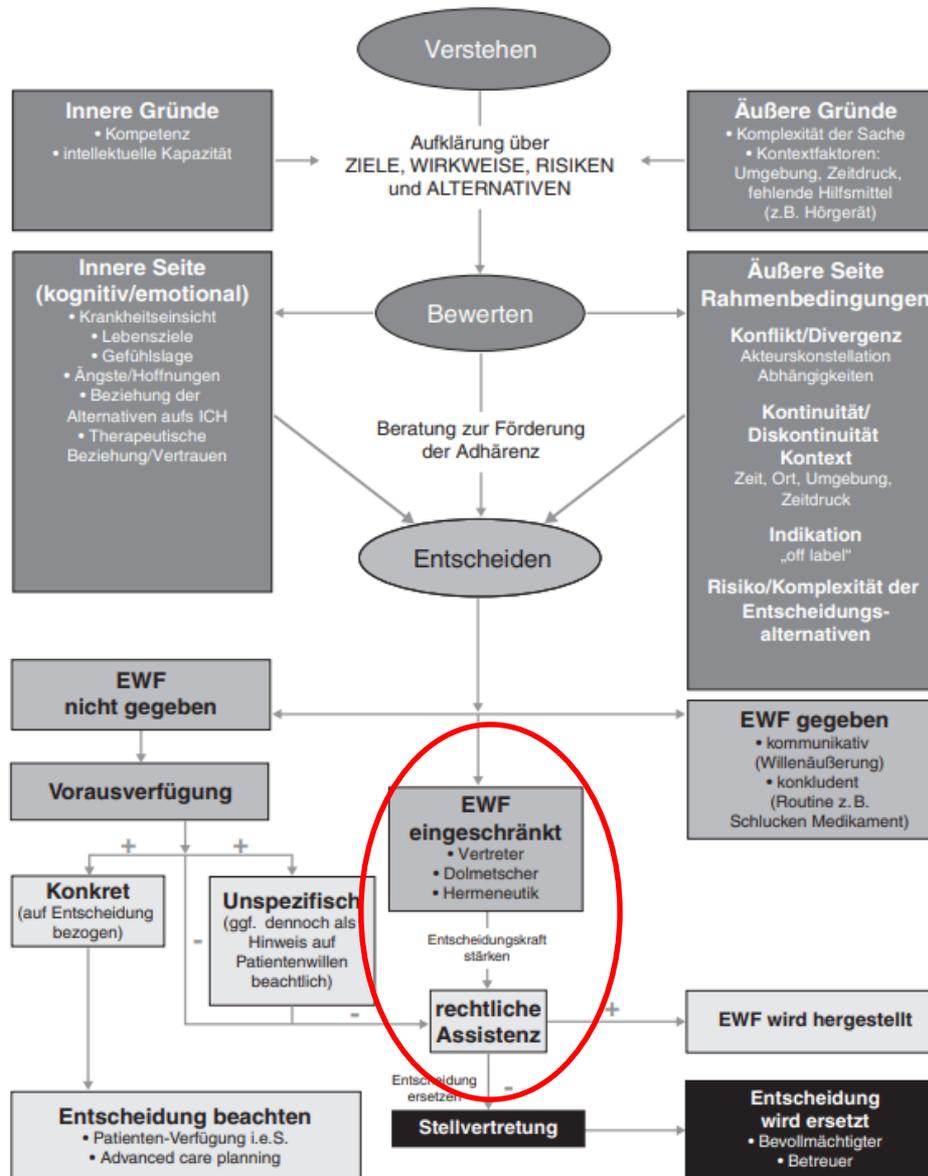
Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer,  
Deutsches Ärzteblatt, 2016, S. A1



## Paradigmenwechsel: Assistenz statt Stellvertretung

- Einsatz von *Decision Aids*
- Einsatz von *Enhanced Consent Procedures*
- Einwilligungsfähigkeit wird nachweislich verbessert

# Entscheidung über medizinische Maßnahmen



# Unterstützung durch Bezugspersonen

## Empfehlung 17:

Bei der Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit kann mit Einverständnis des Menschen mit Demenz eine Vertrauensperson zugegen sein.

### *Starker Konsens*

→ Ethisch ist hierbei kritisch anzumerken, dass das Risiko einer unzulässigen Beeinflussung besteht.



# Unterstützung der Gedächtnisfunktionen

## Empfehlung Nr. 18:

Menschen mit Demenz sollten beim Aufnehmen und Abrufen von für die Einwilligung relevanten Gedächtnisinhalten unterstützt werden.

### *Starker Konsens*

→ Unterstützung durch schriftliche Hilfsmittel

→ z.B. Stichwortlisten



# Unterstützung von Aufmerksamkeitsfunktionen

## Empfehlung Nr. 19:

Parallele kognitive Anforderungen im Prozess der informierten Einwilligung für Menschen mit Demenz sollten reduziert bzw. vermieden werden.

### *Starker Konsens*

Zu vermeiden sind:

- gleichzeitige Informationen
- Anwesenheit mehrerer Personen
- Störgeräusche
- unruhige Umgebung

# Unterstützung von Aufmerksamkeitsfunktionen

## Empfehlung Nr. 20:

Informationen (z.B. Patienteninformationen) sollten in kurze Abschnitte unterteilt und schrittweise präsentiert werden.

*Starker Konsens*

→ Zeigegeste

# Wertschätzende Kontextgestaltung

## Empfehlung Nr. 21:

Ein wertschätzender Kontext in Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit soll vom Aufklärenden gestaltet werden.

*starker Konsens*

- Blickkontakt aufnehmen und halten
- sich vorstellen
- Sitzplatz anbieten
- Ansprache mit Namen
- Fragen und Bedenken ernst nehmen
- Rücksichtnahme auf etwaige sensorische Beeinträchtigungen

# Berücksichtigung des Zeitrahmens

## Empfehlung Nr. 22:

Der zeitliche Rahmen für Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit soll an das Tempo des Menschen mit Demenz angepasst werden.

*Starker Konsens*



# Schriftliche Hilfsmittel

## Empfehlung Nr. 23:

Schriftliche Zusammenfassungen der gegebenen Informationen sollten angeboten werden (dabei hohe Lesbarkeit, z.B. Großdruck beachten).

### *Konsens*



# Sprachliche Unterstützung I

## Empfehlung Nr. 24:

Eine klare in der Komplexität reduzierte Sprache soll eingesetzt werden.

*Konsens*

Methoden der *Elaborated Plain Language* nutzen:

- kurze Sätze, nur einen Nebensatz pro Hauptsatz verwenden
- semantische Elaborationen
- schrittweise Vermittlung von Informationen
- Fremdwörter durch allgemein verständliche Begriffe ersetzen

# Sprachliche Unterstützung II

Bitte beachten:

Nicht sehr langsam sprechen, keine übermäßigen Pausen zwischen Sätzen und Wörtern machen, die Stimmlage nicht künstlich erhöhen, nicht übermäßig betonen oder akzentuieren!

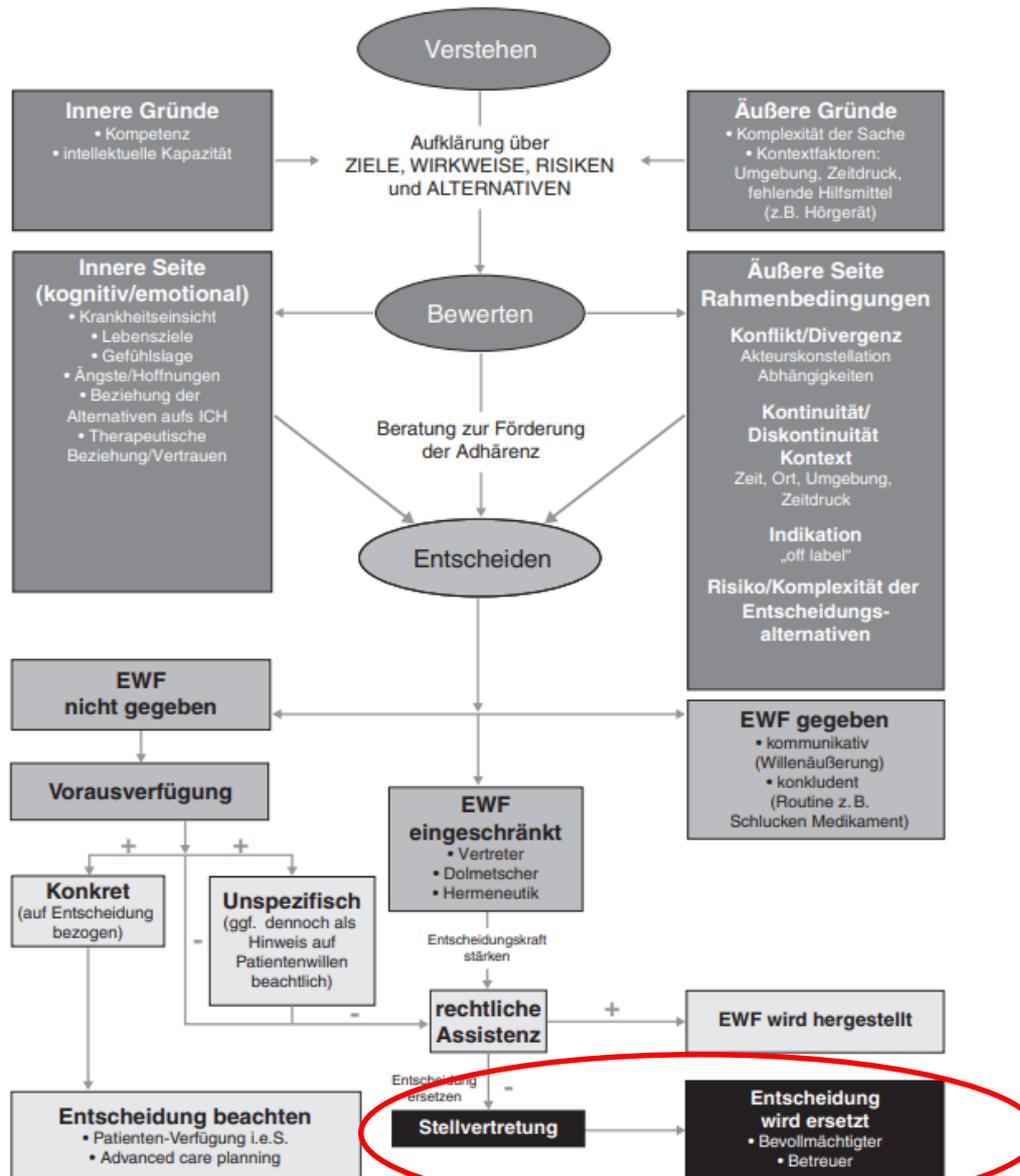


# Visuelle und technische Hilfsmittel

- Piktogramme können die Abstraktionsfähigkeit von Menschen mit Demenz übersteigen und können daher nicht generell empfohlen werden.
- Individuelles Stärkenprofil sollte vor dem Einsatz von Visualisierungen beachtet werden (z. B. mithilfe von CODEMamb).
- Insgesamt scheinen technische Hilfsmittel (z.B. visuelle Präsentationen am Computer, Schaubilder) den schriftlichen Hilfsmitteln nicht überlegen zu sein.



# Entscheidung über medizinische Maßnahmen



# Einsatz in der medizinischen Praxis

Z Gerontol Geriat 2021 · 54:167–175  
<https://doi.org/10.1007/s00391-020-01820-4>  
Eingegangen: 16. September 2020  
Angenommen: 19. Oktober 2020  
Online-publiziert: 8. Dezember 2020  
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
Springer Nature 2020

**Wissenschaftliche Leitung**  
M. Gosch, Nürnberg  
H.J. Heppner, Schwelm  
W. Hofmann, Lübeck





**CME**  
Zertifizierte Fortbildung

## Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz

Einblicke in die S2k-AWMF-Leitlinie 108 – 001

Julia Haberstroh<sup>1</sup> · Valentina A. Tesky<sup>2</sup> · Johannes Pantel<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psychologische Altersforschung, Fakultät II – Dep. Erziehungswissenschaft-Psychologie, Institut für Psychologie, Universität Siegen, Siegen, Deutschland  
<sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

**Zusammenfassung**

Menschen mit Demenz sind häufig auf medizinische und pflegerische Maßnahmen angewiesen und werden regelmäßig mit diesbezüglichen Entscheidungen konfrontiert. In der Praxis besteht jedoch oft Unsicherheit darüber, ob ein Mensch mit Demenz einwilligungsfähig ist, welches Prozedere beim Einholen einer informierten Einwilligung zu durchlaufen ist, wie adäquat informiert werden kann und wie Einwilligungsfähigkeit ggf. hergestellt werden kann. In der S2k-Leitlinie „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“ (koordiniert durch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF-Registernr. 108 – 001) wurden die relevanten medizinischen, rechtlichen, ethischen und psychologischen Anforderungen erstmals auf dem aktuellen Stand zusammengefasst und in Form strukturierter Handlungsempfehlungen für die Praxis erschlossen. Der vorliegende Beitrag ermöglicht einen Ein- und Überblick in bzw. über die wichtigsten Empfehlungen der Leitlinie.

**Schlüsselwörter**  
Informierte Einwilligung · Entscheidungsassistent · Entscheidungsfähigkeit · Selbstbestimmung · Alzheimer-Krankheit

**Lernziele**  
Nach Lektüre dieses Beitrags ...

- können Sie die Kriterien der Einwilligungsfähigkeit benennen.
- können Sie Methoden zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit benennen.
- können Sie die Ergebnisse eines Einwilligungsfähigkeitsassessments einordnen und interpretieren.
- können Sie Methoden der Entscheidungsassistent benennen.
- können Sie ausgewählte Methoden der Entscheidungsassistent anwenden.

Dieser Beitrag stützt sich im Wesentlichen auf die neue S2k-Leitlinie *Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen* [1], in deren Langfassung weitere Primärliteratur aufgelistet ist.

**Online teilnehmen unter:**  
[www.springermedizin.de/cme](http://www.springermedizin.de/cme)

Für diese Fortbildungseinheit werden 3 Punkte vergeben.

**Kontakt**  
Springer Medizin Kundenservice  
Tel. 0800 77 80 777  
(kostenfrei in Deutschland)  
E-Mail:  
[kundenservice@springermedizin.de](mailto:kundenservice@springermedizin.de)

**Informationen**  
zur Teilnahme und Zertifizierung finden Sie im CME-Fragebogen am Ende des Beitrags.

Haberstroh et al. (2020). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Online first:  
<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-020-01820-4.pdf>.

Nervenarzt

<https://doi.org/10.1007/s00115-020-00911-2>

© Der/die Autor(en) 2020



Katharina Bronner<sup>1</sup> · Lea Bodner<sup>2</sup> · Ralf J. Jox<sup>2</sup> · Georg Marckmann<sup>2</sup> · Janine Diehl-Schmid<sup>1</sup> · Johannes Hamann<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München, München, Deutschland

<sup>2</sup> Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München, München, Deutschland

## Entwicklung einer Entscheidungshilfe für partizipative Vorausplanungen für Menschen mit Demenz und deren Angehörige

### Zusatzmaterial online

Die Onlineversion dieses Beitrags (<https://doi.org/10.1007/s00115-020-00911-2>) enthält weitere Infomaterialien. Beitrag und Zusatzmaterial stehen Ihnen auf [www.springermedizin.de](http://www.springermedizin.de) zur Verfügung. Bitte geben Sie dort den Beitragstitel in die Suche ein, das Zusatzmaterial finden Sie beim

deutung [22]. Aus ethischer Sicht und nach Forderung verschiedener Patientenorganisationen sollten Menschen mit einer Demenzerkrankung so weit wie möglich in diese Entscheidungen einbezogen werden [13]. Die Belastung, sich mit schwierigen Entscheidungen zu beschäftigen [10, 33], führt nicht

tigen Versorgung zu ermöglichen [9]. Es hat sich gezeigt, dass in frühen Stadien der Erkrankung sowohl die Entscheidungsfähigkeit in wichtigen Bereichen noch weitgehend erhalten ist, als auch Interesse an sozialen und medizinischen Entscheidungen besteht [14, 27].

Im Folgenden sehen Sie eine Tabelle. Auf der linken Seite in grün lesen Sie, was Menschen bewegt, eine Vorsorgevollmacht zu erteilen. Auf der rechten Seite in blau lesen Sie, was Menschen bewegt, keine Vorsorgevollmacht zu erteilen.

Was bewegt Menschen, eine Vorsorgevollmacht zu erteilen?	Was bewegt Menschen, keine Vorsorgevollmacht zu erteilen?
Es soll jemand, insbesondere auch in einem Notfall, schnell für mich entscheiden können.	Ich kenne keine Person, der ich so umfassend vertraue.
Ich kann selbst die Bereiche der Vorsorgevollmacht bestimmen.	Ich möchte eine Kontrolle meines Vertreters durch das Gericht.

**Abb. 1** ▲ Beweggründe für bzw. gegen einer Erteilung der Vorsorgevollmacht. (Aus der Entscheidungshilfe [siehe Online-Zusatzmaterial], © Die Autoren)

# Fazit

- Menschen mit Demenz sind häufig noch bis ins mittlere Erkrankungsstadium einwilligungsfähig
- Dies gilt insbesondere, wenn man sie mithilfe von Entscheidungsassistenz adäquat unterstützt (Assistenz vor Stellvertretung, u.a. *decision aids, enhanced consent procedures*)
- Die konsentierete Leitlinie „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“ gibt weitere Hinweise zur praktischen Umsetzung
- Entsprechende Empfehlungen lassen sich gut in den Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung integrieren

# Ausgewählte Literatur

Bäckman, L., Small, B.J., & Fratiglioni, L. (2002). The Nature and Course of Memory Impairment in Alzheimers. In P. Graf & N. Ohta (Eds.), *Lifespan development of human memory* (pp. 205–233). Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.

Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R. (2013). Being central to decision making means I am still here!: the essence of decision making for people with dementia. *J Aging Stud.*, 27 (2), 143-50.

DGGG, DGPPN & DGN (2020) (Hrsg.). *Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen. Interdisziplinäre S2k-Leitlinie für die medizinische Praxis (AWMF-Leitlinie Registernummer 108 –001)*. Stuttgart: Kohlhammer.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Krause, K., Franzmann, J. & Pantel, J. (2011). TANDEM: Communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging and Mental Health* 15 (3), 405-413.

Haberstroh, J., Wollstadt, P., Knebel, M., Oswald, F., Schröder, J. & Pantel, J. (2013). Need for and challenges facing functional communication as an outcome parameter in AD clinical trials. *Alzheimer disease and associated disorders*, 27 (4), 293-301.

Haberstroh, J. & Müller, T. (2017). Einwilligungsfähigkeit bei Demenz: Interdisziplinäre Perspektiven. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50 (4), 298-303.

Haberstroh, J., Tesky, V.A. & Pantel, J. (2020). Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz. Einblicke in die S2k-AWMF-Leitlinie 108 – 001. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Online first: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-020-01820-4.pdf>.

Knebel, M., Haberstroh, J., Kümmel, A., Pantel, J. & Schröder, J. (2016). CODEM<sub>amb</sub> - an observational communication behavior assessment tool for use in ambulatory dementia care. *Aging Ment Health*, 20 (12), 1286-1296.

Mastwyk, M., Ames, D., Ellis, K.A., Chiu, E., & Dow, B. (2014). Disclosing a dementia diagnosis: what do patients and family consider important? *Int Psychogeriatr*, 26 (8), 1263-1272.

Moye, J., & Marson, D.C. (2007). Assessment of decision-making capacity in older adults: An emerging area of practice and research. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62 (1), 3-11.

Wied, T., Knebel, M., Tesky, V., & Haberstroh, J. (2019). The Human Right to Make One's Own Choices - Implications for Supported Decision-Making in Persons with Dementia, A Systematic Review. *European Psychologist*, 24 (2), 146-158.