

# Leitlinienreport für die S2k-Leitlinie „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“

**AWMF-Registernummer 108 – 001**

## **Autorinnen des Leitlinienreports:**

### **Dr. Valentina Tesky**

Stellvertretende Leiterin des Arbeitsbereich Altersmedizin  
Institut für Allgemeinmedizin  
Goethe-Universität Frankfurt am Main

### **PD Dr. Julia Haberstroh**

Schumpeter Fellow der VolkswagenStiftung  
Leiterin der Forschungsgruppe EmMa  
Frankfurter Forum für Interdisziplinäre Altersforschung  
Goethe-Universität Frankfurt am Main

### **Prof. Dr. Johannes Pantel**

Leiter des Arbeitsbereich Altersmedizin  
Institut für Allgemeinmedizin  
Goethe-Universität Frankfurt am Main

**Schlüsselwörter (Deutsch):** Einwilligungsfähigkeit, Demenz, informierte Einwilligung, unterstützte Entscheidungsfindung

**Keywords (Englisch):** capacity to consent, dementia, informed consent, supported decision making

## **1. Geltungsbereich und Zweck**

### **o Begründung für die Auswahl des Leitlinienthemas**

Das medizinische Versorgungssystem wird in den nächsten Jahren mit einer dramatisch wachsenden Zahl an Menschen mit Demenz konfrontiert. Bundesweit sind bereits über 1.4 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt; eine Verdoppelung bis 2050 ist möglich. Menschen mit Demenz sind in der Regel multimorbide und leiden neben der Demenz durchschnittlich an 4-6 weiteren Grunderkrankungen; sie sind folglich angewiesen auf medizinische Maßnahmen und werden regelmäßig mit diesbezüglichen Entscheidungen (Diagnostik, Behandlung) konfrontiert. Jede medizinische Maßnahme, die in die körperliche Unversehrtheit eingreift, erfüllt sowohl in straf- als auch in zivilrechtlicher Hinsicht den objektiven Tatbestand der Körperverletzung. Sie ist jedoch dann gerechtfertigt, wenn eine wirksame Einwilligung vorliegt. Voraussetzungen einer rechtlich wirksamen Einwilligung sind, dass einem einwilligungsfähigen Patienten adäquate Informationen dargeboten werden und dieser daraufhin eine freiwillige Entscheidung treffen kann. Um beurteilen zu können, ob eine rechtlich wirksame Einwilligung vorliegt, bedarf es folglich zum einen der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit, zum anderen der Beurteilung der Adäquatheit der Information. Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit bezieht sich stets auf eine konkrete Entscheidungssituation und nicht auf eine generelle Einwilligungsunfähigkeit für alle möglichen Entscheidungen. Ob eine Person einwilligungsfähig ist, beurteilt der behandelnde Arzt. Während für die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von kognitiv unbeeinträchtigten Menschen hohe

Beurteilerübereinstimmungen erzielt werden, weisen Studien darauf hin, dass die Beurteilerübereinstimmung bei Menschen mit leichter Demenz nicht größer als zufällig ist, dass jedoch durch die Vermittlung von Kriterien und Prozeduren der informierten Einwilligung die Beurteilerübereinstimmung signifikant erhöht werden kann. Eben diese Kriterien und Prozeduren sind bislang in der medizinischen Praxis in Deutschland und anderen deutschsprachigen Ländern unzureichend bekannt, der entsprechende Bedarf an einer offiziellen Leitlinie wird von Medizin- und Rechtspraktikern sowie Medizinethikern als hoch eingestuft. Am 24. Februar 2009 wurde die UN-BRK in Deutschland ratifiziert. Laut Artikel 12, UN-BRK darf Menschen mit Behinderung (hierzu zählen auch Menschen mit Demenz) nicht allein aufgrund ihrer Behinderung ihr Recht auf Selbstbestimmung abgesprochen werden. Es wird vielmehr gefordert, dass die Vertragsstaaten Menschen mit Behinderungen den Zugang zu Unterstützung bereitstellen, die sie eventuell benötigen, um zu rechtswirksamen Entscheidungen befähigt zu werden. In der medizinischen und rechtlichen Praxis besteht bislang Unsicherheit, 1. welches Prozedere beim Einholen einer informierten Einwilligung (unter Berücksichtigung von Risiken, Komplexität und Zeitdruck) zu durchlaufen ist, 2. wie die Adäquatheit der Information gewährleistet werden kann (Person-Umwelt Passung), 3. wie Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz valide beurteilt werden kann (Assessment), 4. wie Einwilligungsfähigkeit ggf. hergestellt werden kann (Supported Decision Making) und 5. wie Entscheidungen gemäß Willen und Präferenzen (vgl. UN-BRK) des Patienten getroffen werden können, soweit Einwilligungsfähigkeit nicht herstellbar ist (Vorausplanung und Stellvertretung). Bezüglich dieser Fragestellungen soll die anzumeldende Leitlinie Handlungssicherheit schaffen.

#### ○ **Zielorientierung der Leitlinie**

Ziel dieser Leitlinie ist es, strukturierte Empfehlungen zur Sicherung der Handlungsfähigkeit von Menschen mit Demenz (insbesondere im Sinne der Selbstbestimmung) bei Entscheidungen über medizinische Maßnahmen (Diagnostik, ärztliche Heilbehandlung, palliativmedizinische Maßnahmen) zur Verfügung zu stellen, die medizinische, medizin-rechtliche, medizin-ethische und gerontopsychologische Anforderungen erfüllen. Auf Seiten der Patienten soll hiermit Autonomie (Entscheidungen in der Situation, Berücksichtigung von früheren Willensäußerungen, Wertenscheidungen) und Wohl ermöglicht werden. Auf Seiten der Ärzte soll die ethische Qualität der Entscheidung und die Rechtmäßigkeit (u.a. informierte Einwilligung) gefördert werden. Um diese Ziele zu erreichen, sollen nicht nur die Eigenschaften des Patienten berücksichtigt werden, sondern es sollen auch Empfehlungen zur Gestaltung von Entscheidungskontexten (Situation, Interaktion) unterbreitet werden, in denen sich Handlungsfähigkeit realisieren kann.

#### ○ **Patientenzielgruppe**

Patientenzielgruppe dieser Leitlinie sind Erwachsene zumeist hochbetagte Menschen mit einem ärztlich diagnostiziertem Demenzsyndrom (nach ICD-10-Kriterien).

Zunächst nicht beachtet wird das Delir.

Die im Folgenden aufgeführten Studien schließen als Studienpopulation fast ausschließlich Menschen mit Alzheimer Demenz, manchmal auch Menschen mit vaskulärer oder gemischter Demenz ein. Die zitierten Studienergebnisse sind folglich nicht unbedingt übertragbar auf andere Formen der Demenz.

Eine Demenz (ICD-10-Code: F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden zumeist im höheren Erwachsenenalter erworbenen Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen.

- **Versorgungsbereich**

Ambulanter, teilstationärer und stationärer Sektor sowie häusliche Pflege und Versorgung.

- **Anwenderzielgruppe/Adressaten**

Ziel ist es die mit der Behandlung und Betreuung von Menschen mit Demenz befassten Personen eine systematisch entwickelte Hilfe zum Umgang mit potenziell einwilligungsunfähigen Personen zu bieten. Dazu gehören Ärzte, Psychologen und Pflegekräfte der beteiligten Fachgesellschaften und Organisationen und sie dient zur Information von weiteren Personen (z.B. Ärzte weiterer Fachgesellschaften, sonstigen Therapieberufen und Sozialarbeitern). Der Schwerpunkt liegt auf einwilligungspflichtige medizinische Maßnahmen (u.a. Diagnostik, Therapie) und auf denjenigen praktischen Situationen, in denen die Einwilligungsfähigkeit der Betroffenen erforderlich ist. Darüber hinaus bietet die Leitlinie Informationen für Erkrankte, Angehörige, gesetzliche Betreuer und sonstige Betreuungsbevollmächtigte sowie allen anderen Personen, die mit Menschen mit Demenz umgehen und für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen.

## **2. Zusammensetzung der Leitliniengruppe: Beteiligung von Interessensgruppen**

- **Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligte Berufsgruppen**

---

### **Leitlinien-Steuergruppe**

---

#### **Vorsitzende/Koordinatoren**

---

Prof. Dr. Johannes Pantel                      Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

Prof. Dr. Julia Haberstroh                      Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

---

#### **Mitglieder der Steuergruppe (in alphabetischer Reihenfolge)**

---

Dipl.-Soz. Martin Beyer                      Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Prof. Dr. Richard Dodel                      Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)

Prof. Dr. Frank Jessen                      Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Prof. Dr. Thomas Klie                      Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

Prof. Dr. Wolfgang Maier                      Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Prof. Dr. Frank Oswald                      Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

Prof. Dr. Dr. Michael Rapp                      Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)

Prof. Dr. Susanne Zank                      Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

---

#### **Projektmanagement**

Dr. Valentina Tesky                      Leitliniensekretariat

---

#### **Methodische Beratung/Moderation des Konsensusprozesses**

---

Prof. Dr. Ina Kopp                      Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)

Dr. Susanne Blödt                      Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)

---

## Expertengruppe (mit für den Konsens relevanter Affiliation, in alphabetischer Reihenfolge)

Dr. Dr. Anna Greta Barbe	Deutsche Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) Deutsche Gesellschaft für Zahnerhaltung (DGZ)
Prof. Dr.Dr.h.c.Dieter Birnbacher	Institut für Philosophie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Prof. Dr. Dr. Monika Daubländer	Interdisziplinärer Arbeitskreis für Zahnärztliche Anästhesie (IAZA)
Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
PD Dr. Ulrich Finckh	Deutsche Gesellschaft für Humangenetik (GfH)
Dr. Jakob Gather	Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Astrid Gieselmann	Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Prof. Dr. Dr. Dr. Dominik Groß	Arbeitskreis Ethik der DGZMK
Sabine Jansen	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz (DAIzG)
Monika Kaut	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz (DAIzG)
Prof. Dr. Rainer Kiefmann	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI)
Prof. Dr. Winfried Kluth	Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht e.V. (DGMR)
Dr. Maren Knebel	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
Gertraude Koetter	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
Prof. Dr. Michaela Köttig	Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA)
Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
Prof. Dr. Ulrich Liener	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
Prof. Dr. Katja Makowsky	Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)
Dr. Tanja Müller	Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Dr. Klaus Maria Perrar	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
Prof. Dr. Martina Roes	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
Prof. Dr. Axel Rominger	Deutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin (DGN)
Prof. Frank Schwarz	Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI)
Dr. Matthé Scholten	Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Dr. Rüdiger Thiesemann, MSc	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
Prof. Dr. Dr. Jochen Vollmann	Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Peter Winterstein	Betreuungsgerichtstag (BGT)
N.N.	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

### ○ **Repräsentativität der Leitliniengruppe: Beteiligung von Patienten**

Als repräsentative Patientenvertreter nahmen Frau Sabine Jansen und Frau Monika Kaut stimmberechtigt für die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.- Selbsthilfe Demenz teil.

## **3. Methodologische Exaktheit**

## Recherche, Auswahl und Bewertung wissenschaftlicher Belege (Evidenzbasierung)

### ○ Formulierung von Schlüsselfragen

Grundlage für die Literaturrecherche waren die Schlüsselfragen, die in der Steuergruppe erarbeitet und formuliert wurden. Die Literatursuche wurde innerhalb der einzelnen Kapitel vom jeweiligen Autoren-Team in Abhängigkeit der Fragestellungen modifiziert, gesichtet und auf Ihre Relevanz hin bewertet. Literatur bis November 2018 floss in die Erstellung der Leitlinie mit ein. Eine systematische Evidenzbewertung wurde nicht durchgeführt. Die jeweiligen Autoren haben jedoch zu der Mehrzahl der Hintergrundtexte aktuelle, orientierende Recherchen (z.B. Medline, PsychInfo, Cochrane Library) durchgeführt und die aktuelle Literatur entsprechend zitiert.

### ○ Verwendung existierender Leitlinien zum Thema

Zur Anwendung kam die S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN & DGN, 2016).

## Formulierung der Empfehlungen und strukturierte Konsensfindung

### ○ Formale Konsensfindung: Verfahren und Durchführung

Die Leitlinie wurde unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) mit zentraler Einbindung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.- Selbsthilfe Demenz erstellt. Das Verfahren folgte den Vorgaben der Arbeitsgemeinschaft für medizinische Fachgesellschaften (AWMF) zur Entwicklung einer konsensbasierten S2k-Leitlinie und den Anforderungen des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung DELBI ([www.delbi.de](http://www.delbi.de)). Durch die DGGG, DGPPN und DGN wurde zunächst eine Steuerungsgruppe benannt. Diese Steuerungsgruppe strukturierte den gesamten Entwicklungsprozess. Zunächst wurden Experten benannt, die in Unterarbeitsgruppen zu einzelnen Kapiteln systematische Literaturrecherchen zu Schlüsselfragen (ohne systematische Evidenzbewertung) erstellt haben. Auf Basis dieser Recherchen und der Expertise der ausgewählten Autoren wurden erste Empfehlungen formuliert. In einem zweiten Schritt wurden diese ersten Empfehlungen durch die Leitliniengruppen im Rahmen einer ersten Konferenz unter Anleitung einer neutralen Moderatorin der AWMF ausführlich diskutiert und kommentiert. Nach Überarbeitung der Kommentare wurde dieser zweite Entwurf der Empfehlungen zunächst in Anlehnung an das Delphi-Verfahren durch alle Mitglieder der Leitliniengruppe kommentiert. Im Rahmen einer strukturierten Konsensuskonferenz unter Anleitung einer Moderatorin der AWMF verabschiedet.

Als letztes erfolgte die schriftliche Konsultation in einem um die Berufsverbände erweitertem Gremium. Hierfür wurden alle beteiligten Fachgesellschaft um die Nennung von relevanten Berufsverbänden gebeten. Die angeschriebenen Berufsverbände hatten sechs Wochen Zeit für eine Kommentierung. Von sechs Berufsverbänden erfolgte eine Rückmeldung. Insgesamt gingen 16 Kommentare und Anmerkungen ein, die bearbeitet werden konnten. Daraus resultierende Änderungen einerseits bzw. die Feststellung keines Änderungsbedarfs andererseits mit jeweiligen Begründungen wurden der Steuergruppe präsentiert und von ihr beschlossen. Abschließend erfolgte die finale Überarbeitung der Kommentare durch das Leitliniensekretariat und die redaktionelle Zusammenstellung der Leitlinie.

Nähere Informationen zu den Inhalten der Kommentare sind im Anhang des Leitlinienreports zu finden.

### ○ Formulierung der Empfehlungen und Vergabe von Evidenzgraden und/ oder Empfehlungsgraden

Bei dieser S2K Leitlinien wurde Literatur nach bestem Wissen und Gewissen gesucht, bearbeitet und ausgewertet. Die Graduierungen der Empfehlungen sind angelehnt an Formulierung der S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN & DGN, 2016). Es fand jedoch keine systematische Evidenzbewertung statt. Durch die Berücksichtigung ethischer Rahmenbedingungen und Patientenpräferenzen im Bereich der

Einwilligungsfähigkeit können sich jedoch Abweichungen in den Graduierungsstufen nach oben und unten ergeben.

Die Abstufungen sind folgendermaßen zu verstehen (siehe auch Tabelle 1):

- Für eine „soll“- Empfehlung liegt zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz vor, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde.
- Für eine „sollte“-Empfehlung liegen gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direkten Bezug zur Empfehlung vor.
- Für eine „kann“-Empfehlung liegen Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinungen und/oder klinische Erfahrungen anerkannter Autoritäten vor.
- Als Novum werden in dieser Leitlinie analog zu den fachlichen Empfehlungen die rechtlichen Vorgaben (z.B. laut BGB) ebenfalls optisch kenntlich gemacht. Es handelt sich demnach nicht um fachliche Hinweise, sondern um vom Gesetzgeber vorgegebene handlungsleitende Rechtsnormen. Aus diesem Grund wurden diese auch nicht formal konsentiert.

Auf die Vergabe von Evidenz-und Empfehlungsgraden wurde aufgrund der fehlenden systematischen Evidenzaufbereitung verzichtet, die Empfehlungsstärke ist sprachlich ausgedrückt (siehe Tabelle 1):

Tabelle 1: Schema zur Graduierung von Empfehlungen

Beschreibung	Syntax
Starke Empfehlung	soll/ soll nicht
Empfehlung	sollte/ sollte nicht
Empfehlung offen	kann erwogen werden/ kann verzichtet werden

Am 06.12.2018 in Frankfurt wurden die Schlüsselempfehlungen im Rahmen einer strukturierten Konsenskonferenz nach dem NIH Typ unter neutraler Moderation der AWMF verabschiedet:

- Vorstellung der Empfehlung
- inhaltliche Klärung und Aufnahme von Änderungsvorschlägen
- Abstimmung der Empfehlung und allen Änderungsvorschläge
- gegebenenfalls Diskussion und erneute Abstimmung.

Die Konsensstärke wurde wie folgt klassifiziert (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2: Feststellung der Konsensusstärke

Klassifikation der Konsensusstärke	
starker Konsens	Zustimmung von > 90 % der Teilnehmer
Konsens	Zustimmung von > 75-90 % der Teilnehmer
mehrheitliche Zustimmung	Zustimmung von > 50-75 % der Teilnehmer
kein Konsens	Zustimmung von < 50 % der Teilnehmer

## 4. Externe Begutachtung und Verabschiedung

- **Pilottestung**

In Vorbereitung ist eine Online-Studie im Rahmen eines laufenden Promotionsvorhabens, welches die Analyse hemmender und fördernder Faktoren für die Implementation der Leitlinie in die bundesdeutsche Versorgungsrealität erfasst.

- **Verabschiedung durch die Vorstände der herausgebenden und beteiligten Fachgesellschaften/Organisationen**

Die Leitlinie wurde allen Vorständen der beteiligten und herausgebenden Fachgesellschaften zur Stellungnahme vorgelegt und von diesen verabschiedet. Durch die AWMF erfolgte eine externe formale Beurteilung, bevor die LL bei der AWMF ins Register aufgenommen wurde.

## 5. Redaktionelle Unabhängigkeit

- **Finanzierung der Leitlinie**

Die Finanzierung der Leitlinie erfolgte durch den Wilhelm-Woort-Förderpreis für Altersforschung 2016 und durch Eigenmittel des Arbeitsbereichs Altersmedizin des Instituts für Altersmedizin der Goethe Universität Frankfurt. Die Expertenarbeit erfolgte ehrenamtlich ohne Honorar.

- **Darlegung von Interessen und Umgang mit Interessenkonflikten**

Vertreter der pharmazeutischen Industrie sowie sonstige Industrie wurden nicht am Prozess der Leitlinienentwicklung beteiligt, um Neutralität und Unabhängigkeit zu wahren. Alle Mitglieder der Leitliniengruppe haben vorab ihre Interessenskonflikte offengelegt. Hierfür wurden Interessenskonflikte schriftlich mit Hilfe des Formblattes der AWMF (Betaversion, 2016), das materielle und immaterielle Interessen umfasst, erfasst und der Leitliniengruppe tabellarisch zur Verfügung gestellt. Die Interessen und der Umgang mit Interessenskonflikten wurden zu Beginn der Leitlinienkonferenz offen diskutiert und es wurde einstimmig beschlossen, dass Personen mit Interessenskonflikten bei Abstimmungen über Empfehlungen, die von diesen Interessenskonflikten berührt werden könnten, sich ihrer Stimme enthalten. Sekundären Interessen wie z.B. Forschungsprojekte zum Informed Consent dem primären Interesse dient, eine Leitlinie zu diesem Thema mit entsprechender Expertise zu erstellen, wurde auf Konsequenzen wie Stimmenthaltung verzichtet. Auf ein Management der sekundären Interessen von Pharmakotherapie bei Alzheimer wurde aufgrund des fehlenden thematischen Bezug verzichtet. Ein potenzieller Interessenskonflikt läge zum Beispiel vor, wenn ein Mandatsträger ein kostenpflichtiges Instrument/Testverfahren entwickelt oder das Patent dafür hätte, um die Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit Demenz zu erfassen und festzustellen. Dies war bei keiner Person der Fall, so dass auf Konsequenzen, wie z.B. Stimmenthaltungen, verzichtet werden konnten. Als protektive Faktoren gegen das Risiko einer Verzerrung durch potentielle Interessenkonflikte können auch die pluralistische Zusammensetzung der Leitliniengruppe, die strukturierte Konsenskonferenz, die Diskussion des Managements mit potentiellen Interessenkonflikten zu Beginn der strukturierten Konsensuskonferenz sowie das Peer-Review-Verfahren durch die Berufsverbände betrachtet werden.

## 6. Verbreitung und Implementierung

- **Konzept zur Verbreitung und Implementierung**

Die Leitlinie sowie der Leitlinienreport werden auf der Homepage der AWMF zum freien Download zur Verfügung gestellt. Die Kurz- und Langversion der Leitlinie wird im Kohlhammer Verlag in deutscher Sprache publiziert.

- **Unterstützende Materialien für die Anwendung der Leitlinie**

Der Langversion der Leitlinie ist eine Kurzversion im Dokument vorangestellt.

## **7. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren**

- **Aktualisierungsverfahren**

Die Gültigkeit der Leitlinie ist 5 Jahre nach der letzten inhaltlichen Überarbeitung. Diese erfolgte am 31.10.2019. Eine Aktualisierung wird von Mitgliedern der Steuergruppe und dem Leitliniensekretariat koordiniert.



## ANHANG

- Zusammenfassung der Rückmeldungen der Berufsverbände

**Erstveröffentlichung:** **10/2019**

**Nächste Überprüfung geplant:** **10/2024**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

**Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online**