

Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen

Die S2k-Leitlinie „Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen“ bietet Hilfe zum Umgang mit potenziell einwilligungsunfähigen Menschen. Sie soll deren Handlungsfähigkeit in Entscheidungssituationen über medizinische und pflegerische Maßnahmen sichern.

Die Leitlinie wurde federführend von 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) erstellt. Weitere Fachgesellschaften waren an der interdisziplinären Leitlinie beteiligt, darunter die Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP).

Kernaussagen der Leitlinie

- Vor jeder die körperliche Unversehrtheit tangierenden Pflegemaßnahme ist zu prüfen, ob der Mensch mit Demenz in der Lage ist, in die Maßnahme einzuwilligen.
- Hierzu ist durch geeignetes Nachfragen zu prüfen, ob der Mensch mit Demenz verstanden hat, worüber er entscheiden soll sowie welcher Nutzen und welche Risiken mit der jeweiligen Maßnahme einhergehen.
- Auch ist zu hinterfragen, ob der Mensch mit Demenz erkannt hat, dass seine Gesundheit eingeschränkt ist und dass ihm Möglichkeiten zur Behandlung bzw. Linderung angeboten werden.
- Wenn keine Patientenverfügung vorhanden ist und keine Dokumente im Sinne einer Versorgungsplanung vorliegen, die die aktuelle Situation betreffen, ist die Einwilligung einer stellvertretenden Person einzuholen.
- Die Aufklärung des Menschen mit Demenz über eine medizinische oder pflegerische Maßnahme muss grundsätzlich in einer für ihn oder sie verständlichen Form erfolgen und die sprachlichen, kognitiven und emotionalen Kompetenzen des oder der Betroffenen berücksichtigen.
- Die Aufklärung über die medizinische oder pflegerische Intervention soll in verständlichen Worten erfolgen. Die Anwesenheit von vertrauten Personen ist sinnvoll. Parallele kognitive Anforderungen sind grundsätzlich zu vermeiden. Hilfreich ist, die Informationen in kurze Abschnitte zu unterteilen und schrittweise zu präsentieren. Die Aufklärung sollte in einem wertschätzenden Kontext stattfinden: die Person mit ihrem Namen ansprechen, den Blickkontakt aufrechterhalten, auf Augenhöhe kommunizieren, Bedenken ernst nehmen, sich dem Tempo des Erkrankten anpassen.
- Wenn möglich, sind Alternativen zu der jeweiligen medizinischen oder pflegerischen Intervention aufzuzeigen. Sollten Nebenwirkungen oder unerwünschte Wirkungen bekannt sein, ist hierauf ebenfalls hinzuweisen.

Ein Interview mit Prof. Dr. Katja Makowsky, die an der Leitlinie mitgearbeitet hat, finden Sie auf unserem Portal **BibliomedPflege**:



Wissenswertes zum Typ-1-Diabetes

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG) hat 2018 eine S3-Leitlinie herausgegeben, die die Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 fokussiert. Auf 108 Seiten gibt es viel Wissenswertes rund um Themen wie Therapieziele, Insulininjektion und Diät.

Kernaussagen der Leitlinie

- Der früher als „jugendlicher Diabetes“ bezeichnete Typ-1-Diabetes manifestiert sich meist im Kindes- oder Jugendalter. Die Patientinnen und Patienten (im Folgenden: Patienten) sind ihr Leben lang von Insulininjektionen abhängig. Die Erkrankung wirkt sich daher stark auf das Sozialleben der Betroffenen aus und bestimmt Berufswahl, Leistungsfähigkeit und nicht zuletzt auch das gesamte Privatleben einschließlich sportlicher Aktivitäten und Reisen.
- Die Therapie des Typ-1-Diabetes zielt darauf ab, diabetesbedingte Minderungen der Lebensqualität zu vermeiden. Das Risiko für schwere Stoffwechsellentgleisungen mit Anstieg des Blutzuckers nach oben oder nach unten soll möglichst gering gehalten werden. Diabetische Folgeschäden an Gefäßen und am Zentralnervensystem sollen möglichst vermieden werden.
- Bei der Therapie dienen nicht nur der Blutzucker- und HbA1c-Wert als Zielgrößen, sondern es müssen auch Parameter wie Körpergewicht, Blutdruck und Lipidwerte kontrolliert und ggf. möglichst auf die Sollwerte eingestellt werden.
- Der Typ-1-Diabetes muss lebenslang mit exogen zugeführtem Insulin behandelt werden. Bei der konventionellen Insulintherapie wird das Insulin in fixer Dosis angewandt, ebenso wird eine feste Diät mit definierten Kohlenhydratportionen mit dem Patienten vereinbart. Der Blutzucker soll drei- bis viermal täglich selbst gemessen werden. Die konventionelle Therapie setzt einen sehr geordneten Tagesablauf mit festen Essenszeiten und festem Kostplan voraus.
- Sehr viel flexibler kann der Patient seine Ernährung gestalten, wenn eine intensivierete Insulintherapie angewandt wird. Darunter versteht man die Gabe von mindestens drei Insulindosen pro Tag. Außerdem gehört zur Definition der intensivierten Insulintherapie, dass der Basisinsulinbedarf mit einem langwirkenden Basalinsulin abgedeckt wird, während zusätzlich ein kurzwirksames Insulin vor den Mahlzeiten appliziert wird.
- Wenn die Blutzuckermessung bei einem Krankenhauspatienten einen zu hohen Wert ergibt, muss individuell nachdosiert werden. Hierfür gilt die klassische 30er- oder 40er-Regel. Sie besagt, dass durch Subkutan-Gabe von 1,0 IE Normal- oder rasch wirkendem Analoginsulin eine Blutzuckersenkung von 30–40 mg/dl erzielt werden kann. Umgekehrt führt bei zu niedrigem Blutzuckerwert die Zufuhr von 10 g Kohlenhydrat zu einer Anhebung des Blutzuckers um 30–40 mg/dl.
- Bei der Pumpentherapie wird ein kurzwirksames Insulin als Dauerinfusion für den Basisbedarf kontinuierlich über eine batteriebetriebene Pumpe subkutan appliziert.

Einen Fachartikel von
Hardy-Thorsten Panknin
über diese Leitlinie finden
Sie auf unserem Portal
BibliomedPfleger:



Aktuelles Wissen zur Kompressionstherapie

Die Kompressionstherapie ist eine wesentliche Säule der Behandlung von Menschen mit chronisch venöser Insuffizienz und der hiermit im Zusammenhang stehenden chronischen Beinwunde, Ulcus cruris venosum (UCV). Die 2019 veröffentlichte S2k-Leitlinie „Medizinische Kompressionstherapie der Extremitäten mit Medizinischem Kompressionsstrumpf (MKS), Phlebologischem Kompressionsverband (PKV) und Medizinischen adaptiven Kompressionssystemen (MAK)“ thematisiert die Möglichkeiten der Versorgung dieser Patientinnen und Patienten.

Kernaussagen der Leitlinie

- In den drei Phasen der Kompressionstherapie – Entstauungsphase, Erhaltungsphase, Prävention – setzt die Versorgung unterschiedliche Schwerpunkte. Daher ist die Materialauswahl an die jeweilige Therapiephase anzupassen.
- In der Entstauungsphase liegt der Schwerpunkt auf der Reduzierung der Beinödeme. Der PKV erwirkt durch einen kräftigen Druck die Ödemreduktion und ermöglicht so die Abheilung des UCV. Laut Studien ist hierfür ein Druck von $\geq 40\text{--}60$ mmHg geeignet. Der PKV ist laut Leitlinie nach dem Konzept P-LA-C-E zu beurteilen: Pressure (Druck), Layers (Lagen bzw. Überlappungen), Components (verschiedene Bestandteile) und Elasticity (die Fähigkeit, bei unbewegtem Bein hohen Druck zu erwirken).
- Der Anwenderin bzw. dem Anwender ist in der Praxis kaum möglich, zu erschließen, welcher Druck tatsächlich erzeugt wird. Elektronische Druckmessgeräte ermitteln über eine Sonde den Druck unterhalb einer Kompressionsversorgung. Allerdings sind diese Geräte kostspielig und nur schwer zu beschaffen. Grundlage des Therapieerfolgs in dieser Phase ist also die Erfahrung der Anwenderin bzw. des Anwenders im Umgang mit den Materialien. Für die Behandlung in der Entstauungsphase stehen drei Versorgungsoptionen zur Verfügung: Kurzzugbinden, Mehrkomponentensysteme und Medizinische Adaptive Kompressionssysteme (MAK).
- Nach der Entstauungsphase liegt ein stabiler Zustand vor, Ödeme sind entstaut und die Ulkuseheilung schreitet voran. Da sich der Beinumfang nicht mehr fortlaufend reduziert, sind keine aufwendigen und auftragenden Bindenbandagierungen mehr notwendig. In dieser Phase kommen Ulkus-Strumpfsysteme zum Einsatz.
- In der Phase der Prävention ist das UCV abgeheilt und es gilt, eine Neuentstehung zu vermeiden. Um dies zu gewährleisten, sind MKS als Rezidivprophylaxe oft lebenslang zu tragen. Üblicherweise ist hierfür eine mittlere Kompression mit MKS in KKL II ausreichend. Diese sind heutzutage, laut Leitlinie, gut verträglich und Allergien auf bestimmte Bestandteile wie Polyamid, Elastan, Baumwolle oder Viskose werden selten beobachtet.

Einen Fachartikel von Kerstin Protz über diese Leitlinie finden Sie auf unserem Portal **BibliomedPflege:**

