ETHISCHE FB NIMWEGENER METHODE

Die Ethische Fallbesprechung nach der Nimwegener Methode findet vorwiegend sich vorwiegend im Bereich von Kliniken.

*Die „Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechung“ wurde für die Bedürfnisse der klinischen Praxis entwickelt. Es handelt sich dabei um eine Moderationsanlei- tung zur Unterstützung und Struk- turierung von Diskussionen im Be- handlungsteam über Entscheidun- gen in ethisch problematischen Situationen. (Steinkamp & Gordjin 2005: 23)*

Die Nimwegener Methode kennzeichnet sich durch 4 Phasen:

**SCHRITT 1: Vorbereitung, Situations- und Falldarstellung**

Zu Beginn der ethischen Fallbesprechung steht die Situations- und Falldarstellung im Mittel- punkt. Nachdem die Rahmenbedingungen (Moderation, Dauer, Protokoll) geklärt sind, be- ginnt die Falldarstellung. Die Teilnehmenden erfahren die wesentlichen Inhalte und haben Gelegenheit zum Nachfragen. Alle bekommen den gleichen Informationsstand zum Fall; das Wichtigste wird auf einem Flipchart stichwortartig notiert.

**SCHRITT 2: Formulierung der ethischen Fragestellung (Ethikfokus)**

Im zweiten Schritt klären die Teilnehmenden, welche der im Fall beteiligten Personen für welche Werte stehen. Ziel ist es, im Dilemma gegenüberstehende Wertepaare zu identifizieren, die das moralische Unbehagen der Teilnehmenden abbilden. Hier muss die Ethikmoderation darauf achten, dass alle Perspektiven zur Sprache kommen. Ist das der Fall, kann die ethische Frage, die für diese Fallbesprechung im Mittelpunkt steht, formuliert werden.

**SCHRITT 3: Ethische Reflexion (Ethikanalyse)**

Nun können Handlungsoptionen für den Fall gesammelt und ethisch reflektiert werden. Jeder von den Teilnehmenden gefundenen Handlungsoption kann ein Wert zugeordnet werden. Durch den Bezug auf die Werte, die in der Fragestellung zentral sind, werden die Handlungsoptionen ethisch begründet. Nach der Sammlung der Handlungsoptionen und der Benennung des Wertebezugs entscheiden sich die Teilnehmenden für diejenige Handlungsoption, die ihnen ethisch am ehesten angemessen erscheint. Auch diese Entscheidung soll wie die Ermittlung der ethischen Fragestellung im Konsens geschehen.

**SCHRITT 4: Konsequenzen und abzuleitendes Vorgehen aus der ethisch begründeten** **Entscheidung (Planung der Umsetzung)**

An diesem Punkt wird nochmals betrachtet, was nun das ethische Problem ist? Hat es sich verändert oder bleibt es beim „Eingangsproblem“? Schließlich werden relevante Handlungsschritte, die sich aus dem ethisch begründeten Konsens ableiten, formuliert. Das weitere Vorgehen, die verantwortlichen Personen und die Informationsweitergabe werden festgelegt sowie die Aufgaben terminiert. Am Ende steht eine Einigung auf eine mit guten ethischen und fachlichen Argumenten gestützte und von allen Teilnehmenden akzeptierte Vorgehensweise – ein hohes Gut!

**EMPFEHLUNG**

**SCHRITT 5: Feedback**

Zuletzt wird in einer Feedback-Runde die Fallbesprechung mit allen Teilnehmenden reflektiert. Dabei können Aspekte des gerade erlebten Prozesses wie auch Aspekte der erarbeiteten Ergebnisse Thema sein.

Eine sehr gute Praxisbeschreibung findet sich

Eine sehr gute Übersicht in der Umsetzung der Nimwegener Methode bietet das Erzbistum Köln mit der Diplom Theologin Anja Sickmann. Für diese Forschungsarbeit finden die Praxismaterialien Anwendung. Frau Sickmann bietet in der Version von 2016 drei Kategorien an Frageformulierungen an:

* Den Bereich Krankenhaus
* Den Bereich Psychiatrie
* Den Bereich stationäre Altenhilfe

Für die Forschungsarbeit ist es notwendig aus diesen Fragen passende Fragen für den Bereich Wohnen für Menschen mit Behinderungen anzupassen. Die Probanden dieser wissenschaftlichen Abhandlung arbeiten primär mit dem Personenkreis mit geistiger Behinderung, auffälligen Verhaltensweisen und intensivem Pflegebedarf. Im Folgenden findet eine Ableitung der Dimensionen Kategorien „Psychiatrie“ und „stationäre Altenhilfe“ in eine pädagogisch-pflegerisch-therapeutische Dimension statt. Dies soll die Möglichkeit ergeben, den Fragekatalog der Nimwegener Methode auf das spezifische Forschungsgebiet anzugleichen.

Im Folgenden werden die Schritte zur Synopse und Erweiterung dargestellt.

Im ersten Schritt werden die psychiatrische und die Stationäre Altenpflege gegenübergestellt.

|  |  |
| --- | --- |
| **DIAGNOSTISCHE DIMENSION** | |
| PSYCHIATRIE | STATIONÄRE ALTENPFLEGE |
| * 1. Wie lautet die psychiatrische Diagnose des Patienten? Wie ist die Prognose? | * 1. Welche Diagnosen sind bekannt? |
| * 1. Welche Erkenntnisse über die psychiatrische Vorgeschichte liegen vor? | * 1. Welche Diagnose steht zurzeit im Vordergrund? |
| * 1. Wie sicher ist die Diagnose? Gibt es möglicherweise Differentialdiagnosen? | * 1. Wie sieht die aktuelle Behandlung aus? |
| * 1. Gibt es zusätzliche relevante körperliche Erkrankungen des Patienten? | * 1. Wie lautet die medizinische Indikationsstellung für die Behandlung? |
| * 1. Liegt eine Beeinträchtigung der Krankheitseinsicht und/ oder der Behandlungswilligkeit vor? Kann dies krankheitsbedingt sein? | * 1. Wie lautet das Therapieziel? |
| * 1. Welche Behandlung oder Maßnahme ist möglich/ geplant und mit welchem Behandlungsziel? | * 1. Welche alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ) sind möglich? |
| * 1. Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Behandlungsziel und mit welcher Nachhaltigkeit erreicht wird? Wovon wird ein möglicher Effekt noch abhängig sein? | * 1. Wie sieht die medizinische Prognose aus? |
| * 1. Hat die Behandlung oder Maßnahme u.U. auch unerwünschte Effekte? | * 1. Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt? |
| * 1. Wie sieht die Prognose aus, wenn von dieser Behandlung oder Maßnahme abgesehen wird? | * 1. Wie sieht die Prognose aus, wenn von einer Behandlung abgesehen wird? |
| **PFLEGEDIMENSION** | |
| * 1. Konnte im Rahmen der Bezugspflege ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufgebaut werden? | * 1. Wie ist die pflegerische Situation des Bewohners? |
| * 1. Welche Fakten aus der Patientenbeobachtung stehen im Vordergrund? | * 1. Inwieweit ist der Bewohner in der Lage, sich selbst zu versorgen? |
| * 1. Welches sind die in Bezug auf die ethische Fragestellung relevanten pflegerischen Probleme? | * 1. Bei welchen ATL/ AEDL braucht er/ sie Unterstützung? |
| * 1. Welche relevanten Pflegeziele wurden festgelegt? Wurden die Ziele gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet/ vereinbart? | * 1. Welche Fakten aus der Bewohnerbeobachtung und Pflegeplanung stehen im Vordergrund? |
| * 1. Welche Pflegeinterventionen wurden mit dem Patienten in Bezug auf die Ziele geplant? Kennt der Patient die Maßnahmen? | * 1. Gibt es besondere Pflegeprobleme bzw. sind sie zu erwarten? |
| * 1. Welche Pflegeprobleme sind zu erwarten, wenn die Behandlung oder Maßnahme durchgeführt wird – auch für die nach- stationäre Phase? | * 1. Welche pflegerischen Maßnahmen sind indiziert? |
| * 1. Welches sind die noch zu erwartenden Pflegeprobleme, wenn die Behandlung oder Maßnahme nicht umgesetzt wird – auch in der nachstationären Phase? | * 1. Inwieweit haben diese Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf den Verlauf? |
| * 1. Konnte im Rahmen der Bezugspflege ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufgebaut werden? | * 1. Welche Vereinbarung- gen sind über Aufgabenverteilungen in der Pflege getroffen worden? |
| **LEBENSANSCHAULICHE UND SOZIALE DIMENSION** | |
| * 1. Welche Aussagen über die Lebensanschauung (z.B. Kultur, Biographie, soziale Prägung) des Patienten gibt es? | 3.1 Welche Aussagen des Bewohners gibt es zu Krankheitsdeutung, lebensbedrohlicher Krankheit, Alter, Pflegebedürftigkeit, Sterben und Tod? |
| * 1. über welche Bewältigungsstrategien verfügt der Patient? | 3.2 Welche Aussagen gibt es, dass die Situation und die Maßnahmen die Kräfte des Bewohners übersteigen? |
| * 1. Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an; wie wichtig ist dies ggf. für ihn? | 3.3 Was ist der Bewohner bereit, in Kauf zu nehmen? |
| * 1. Welche Aussagen des Patienten gibt es über ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung? | 3.4 Welche wichtigen Lebensereignisse sind zu bedenken? |
| * 1. Wie haben sich soziale, arbeitsfeldbezogene, finanzielle und rechtliche Faktoren auf die Gesundung/Erkrankung des Patienten ausgewirkt und umgekehrt? | * 1. Welche kulturellen Hintergründe sind bekannt? Gehört der Bewohner einer Glaubensgemeinschaft an? |
| * 1. Welche Auswirkungen haben diese Faktoren auf das psychosoziale Umfeld? | 3.6 Welche Aussagen gibt es über ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung? |
| * 1. Gibt es Hinweise darauf, dass diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seines Umfeldes übersteigen? | 3.7 Welche religiösen, spirituellen oder persönlichen Überzeugungen sind im Hinblick auf die Entscheidung wichtig/relevant? |
| * 1. Können die vorgeschlagenen Maßnahmen die persönliche Entfaltung und soziale Integration des Patienten fördern? | 3.8 Welches soziale Umfeld hat der Bewohner? Wie gestaltet er sein soziales Leben? |
| * 1. Können die vorgeschlagenen Maßnahmen das Vertrauensverhältnis zu den Therapeuten oder dem sozialen Umfeld nachhaltig stören? | 3.9 Welche Auswirkungen haben die benannten Maßnahmen auf sein soziales Leben? |
| * 1. Wurde die vorgeschlagene Maßnahme (z.B. Zwangsmaßnahme) in der Vergangenheit schon einmal durchgeführt? Gibt es Hinweise darauf, wie der Patient diese Maßnahme zu einem späteren Zeitpunkt beurteilt hat? | 3.10 Welche Reaktionen aus seinem sozialen Umfeld sind dazu bekannt? |
|  | 3.11 Inwieweit haben die benannten Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf die persönliche Entfaltung und das soziale Leben des Bewohners? |
| JURISTISCHE DIMENSION UND ASPEKTE DER FREIEN WILLENSBILDUNG | |
| * 1. Auf welcher Rechtsgrundlage findet die aktuelle stationäre Behandlung statt? |  |
| * 1. Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten? |  |
| * 1. Was liegt vor: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung? Gibt eine gesetzliche Betreuung mit welchem Betreuungsumfang? Wer ist der Betreuer? |  |
| * 1. Ist die freie Willensbildungsbeeinträchtigt? |  |
| * 1. Wie und durch wen wird oder wurde festgestellt, dass der Patient in seiner freien Willensbildung beeinträchtigt ist? |  |
| * 1. Wodurch wird die freie Willensbildung konkret beeinflusst? |  |
| * 1. Ist dieser Zustand als zeitlich begrenzt oder als permanent zu betrachten? Welche Aussicht besteht auf Wiederherstellung der freien Willensbildung? |  |
| * 1. Ist der Patient in der Lage, eine Entscheidungsalter- native zu erkennen und nach dieser Erkenntnis eine freie Entscheidung zu treffen? |  |
| * 1. Können die jeweils zu treffenden Entscheidungen solange aufgeschoben werden? |  |
| * 1. Was ist über den mutmaßlichen Willen des Patienten bekannt? |  |
| * 1. Hat sich der Patient über mögliche Maßnahmen (z.B. Zwangsbehandlung) zu einem früheren Zeitpunkt, als die Willensbildung nicht als eingeschränkt eingestuft wurde, geäußert (z.B. durch eine Behandlungsvereinbarung)? |  |
| ORGANISATORISCHE UND ÖKONOMISCHE DIMENSION (JURIST ist bei Altenheim hier drin) | |
| * 1. Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege   nachgekommen werden? | * 1. Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Bewohners nachgekommen werden? |
| * 1. Sind genügend Ressourcen (Personal, Heilmittel, Raum etc.) da? | * 1. Sind dafür genügend Ressourcen vorhanden: Personal, Ausstattung, Heilmittel, Pflegematerial, Räumlichkeiten? |
| * 1. Wird die geplante Maßnahme oder deren Nichtdurchführung vom Kostenträger anerkannt? | * 1. Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten? |
| * 1. Sind andere Institutionen bereits involviert? | * 1. Was liegt vor: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung? |
|  | * 1. Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet? |
| BEWERTUNG: Wohltun und Schaden vermeiden | |
| * 1. Wie wirken sich Krankheit und Behandlung bzw. geplante Maßnahme aus der Sicht der Behandelnden auf das Wohl des Patienten aus?      1. Lebenserhalt      2. körperliches Wohl (z.B. Bewegungsfreiheit, Schmerzfreiheit)      3. geistiges Wohl   (z.B. Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit)   * + 1. seelisches Wohl (z.B. Angstminderung, Lebensfreude)     2. spirituelles Wohl (z.B. Sinn erleben)     3. soziale Integration     4. persönliche Entfaltung? | * 1. Inwieweit dienen die Maßnahmen dem Wohl des Bewohners:      1. Lebenserhalt,      2. körperliches Wohl   (z.B. Bewegungsfreiheit, Schmerzfreiheit),   * + 1. geistiges Wohl (z.B.   Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit),   * + 1. seelisches Wohl     2. (z.B. Angstminderung, Lebensfreude),     3. 5.1.5 spirituelles Wohl (z.B. Sinn erleben),     4. soziale Integration, persönliche Entfaltung? |
| * 1. Handelt es sich dabei um langfristige oder vorüber- gehende Auswirkungen? | * 1. Inwiefern können die Maßnahmen dem Bewohner schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen, Risiken)? |
| * 1. Welche Auswirkungen hat es auf den Patienten, wenn die Behandlung o- der Maßnahme unter Zwang angewendet wer- den muss? | * 1. Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander? |
| * 1. Inwiefern können die Maßnahmen dem Patienten schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen, Risiken)? | * 1. Ist die „medizinische/ pflegewissenschaftliche Indikation“ auch als „ärztliche / pflegerische Indikation“ zu bewerten ? |
| * 1. Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander? | * 1. Soll die Maßnahme vor- geschlagen werden? |
| * 1. Ist der Patient weitestgehend und fachlich korrekt über die Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten, das Therapieziel mit seinen Chancen und Risiken sowie über den Nutzen der Behandlung informiert worden? | * 1. Ist der Bewohner einwilligungsfähig? *(Wenn nein, bitte weiter mit den Fragen zur eing schränkten Willensfähigkeit)* |
| * 1. Was ist der aktuell geäußerte, voraus verfügte oder mutmaßliche Wille des Patienten (z.B. aus einer Patientenverfügung, oder aufgrund der bisher gesammelten Fakten)? | * + 1. Ist Bewohner über seine Situation und das Therapieziel mit seinen Chancen und Risiken der Wahrheit entsprechend in Kenntnis gesetzt? |
| * 1. Wie urteilt der Patient über die Belastungen und den Nutzen der Krankheit bzw. der Behandlung und in den Behandlungsprozess einbezogen worden? | * + 1. Wie bewertet der Bewohner selbst die Höhe der Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt? |
| * 1. Welche Werte und Auffassungen des Patienten sind relevant? Welche Haltung vertritt der Patient gegen- über der geplanten Behandlung oder Maßnahme? | * + 1. In welchen Situationen muss das Therapieziel neu überdacht und eventuell revidiert werden? |
| * 1. Wurde der Patient bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit ein- bezogen? | * + 1. Welche Haltung vertritt der Bewohner gegenüber lebensverlängernder Intensivtherapie? |
| * 1. Ist es richtig, dem Patienten die Entscheidung zur Behandlung zu überlassen? | * + 1. Wie bewertet der Bewohner die alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ)? |
| * 1. Welche Auffassung vertritt der Betreuer/ Bevollmächtigte zu o.g. Fragen? | * + 1. Wurde der Bewohner bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit ein- bezogen? |
| * 1. Wäre die Einrichtung einer Betreuung hilfreich zu dieser Fragestellung und kann sie vor Gericht aus- reichend begründet werden? | * + 1. Was ist der aktuell geäußerte Wille des Bewohners? |
|  | * + 1. Ist der aktuell geäußerte Wille ein Widerruf zu Aussagen in der Patientenverfügung? |
|  | * + 1. Welche weiteren Werte und Auffassungen des Bewohners sind zusätz- lich relevant? |
|  | * 1. Ist der Bewohner in seiner Willensfähigkeit eingeschränkt? |
|  | * + 1. Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Bewohner nicht zu einem eignen Willen fähig ist? |
|  | * + 1. In welcher Hinsicht ist er nicht willensfähig? |
|  | * + 1. Ist die Willens- einschränkung durchgängig, oder gibt es Phasen, in de- nen der Bewohner die Situ- ation klar erfassen kann? |
|  | * + 1. Gibt es verbale oder nonverbale, aktuelle oder frühere Äußerungen des Bewohners, die seinen Willen erkennen lassen? |
|  | * + 1. Ist eine Betreuung ein- gerichtet oder muss sie ein- gerichtet werden? Ist eine Betreuung ein- gerichtet oder muss sie ein- gerichtet werden? |
|  | * + 1. Gibt es eine Patien- tenverfügung? Welche Re- levanz hat sie für die zu pla- nenden Maßnahmen? |
|  | * + 1. In welchen Situationen muss das Therapieziel neu überdacht und eventuell re- vidiert werden? |
| GERECHTIGKEIT | |
| * 1. Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf Andere (Patienten, Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Klinikmitarbeiter, Angehö- rige) zu verantworten? | * 1. Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere (Mitbewohner, Pfle- gende, Angehörige) zu ver- antworten? |
| * 1. Können andere Menschen durch krankheitsbedingte Verhaltensweisen des Pa- tienten gefährdet werden? Wird diese Gefährdung durch die geplante Maß- nahme verändert? | * 1. Ist der personelle, räum- liche, wirtschaftliche Auf- wand angesichts des zu er- wartenden Therapieerfolges gerechtfertigt? |
| * 1. Ist der personelle und räumliche Aufwand ge- rechtfertigt (z.B. Verhinde- rung einer Fixierung durch Einzelbetreuung oder Blo- ckierung eines Zimmers bei Überbelegung)? |  |
| * 1. Ist der wirtschaftliche Auf- wand gerechtfertigt (z.B. durch langfristige Kosten, verlängerte oder wieder- holte Krankenhausaufent- halte, Unterbringung in ei- nem Wohnheim)? |  |
| BLICK AUF DAS TEAM UND DIE INSTITUTION | |
| * 1. Gibt es zwischen Ärzten, Pflegenden, anderen Be- teiligten, dem Patienten und seinen Angehörigen Meinungsverschiedenhei- ten darüber, was unter- nommen werden soll? Welche Werte stehen da- hinter? | * 1. Welche Werte und Ein- stellungen im Team sind deutlich geworden? Ergeben sich daraus Werte- konflikte? |
| * 1. Entsteht ein Wertekonflikt aufgrund von relevanten Richtlinien (z.B. Träger- grundsätze, Leitlinien) der Einrichtung zu den ge- planten Maßnahmen? | * 1. Welches sind die rele- vanten Richtlinien der Ein- richtung zu den vorgeschla- genen Maßnahmen? |
| * 1. Wurden alle Beteiligten berücksichtigt, die für die Umsetzung des Votums und dessen möglichen Konsequenzen Verant- wortung tragen? | * 1. Gibt es vom Bewohner mitgeteilte Informationen, die bisher noch nicht be- dacht, aber für die Entschei- dung relevant sind? |
| VOTUM | |
| * 1. Hat sich die ethische Fragestellung geändert; wenn ja, wie lautet sie nun? | * 1. Wie lautet nun die ethische Frage? |
| * 1. Sind wichtige Fakten un- bekannt? Kann dennoch ein verantwortliches Vo- tum gefasst werden? | * 1. Sind wichtige Fakten unbekannt? Welche? |
| * 1. In welchen Fällen müsste die Entscheidung aufs Neue überdacht werden? | * 1. Kann dennoch ein verantwortliches Votum abgeben werden? |
| * 1. Wie wird das Votum (einschließlich evtl. Minderheitenvotum) formuliert?   Begründung | * 1. In welchen Situationen muss die Entscheidung aufs Neue über- dacht werden? |
| * 1. Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Teilnehmer der Fallbe- sprechung ein? | * 1. Wie wird das Votum (einschließlich evtl. Minderheitenvotum) formuliert?   Begründung |
|  | * 1. Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Teilnehmer der Fall-besprechung ein? |

Im nächsten Schritt werden die Fragen der Dimensionen Psychiatrie und Stationäre Altenpflege verglichen und nach ähnlichen Inhalten der Fragestellung sortiert sowie einander gegenübergestellt. Im Folgenden werden die gegenüberstehenden Inhalte sinnhaft erfasst und auf den Bereich des Wohnens adaptiert.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DIAGNOSTISCHE DIMENSION** | | |
| **PSYCHIATRIE** | **STATIONÄRE ALTENPFLEGE** | **BEREICH WOHNEN** |
| 1.1 Wie lautet die psychiatrische Diagnose des Patienten? Wie ist die Prognose? | 1.1 Welche Diagnosen sind bekannt? | 1.1 Welche Diagnosen sind bekannt (auch psychiatrische)? |
| 1.2 Welche Erkenntnisse über die psychiatrische Vorgeschichte liegen vor? |  | 1.2 Wie lautet die Vorgeschichte dazu? |
|  | 1.2 Welche Diagnose steht zurzeit im Vordergrund? | 1.3 Welche Diagnose steht derzeit im Vordergrund? |
| 1.3 Wie sicher ist die Diagnose? Gibt es möglicherweise Differentialdiagnosen? |  | „bereits in den vorherigen Fragen inkludiert“ |
| 1.4 Gibt es zusätzliche relevante körperliche Erkrankungen des Patienten? |  | „bereits in den vorherigen Fragen inkludiert“ |
|  | 1.4 Wie lautet die medizinische Indikationsstellung für die Behandlung? | „bereits in den vorherigen Fragen inkludiert“ |
| 1.5 Liegt eine Beeinträchtigung der Krankheitseinsicht und/ oder der Behandlungswilligkeit vor? Kann dies krankheitsbedingt sein? |  | 1.5 Liegt eine Beeinträchtigung der Krankheitseinsicht und/ oder der Behandlungswilligkeit vor? Kann dies krankheitsbedingt sein? |
| 1.6 Welche Behandlung oder Maßnahme ist möglich/ geplant und mit welchem Behandlungsziel? | 1.3 Wie sieht die aktuelle Behandlung aus? | 1.6 Wie lautet das Behandlungs- oder oder Förderziel und welche Maßnahmen sollen umgesetzt werden? |
|  | 1.5 Wie lautet das Therapieziel? | „bereits in den vorherigen Fragen inkludiert“ |
|  | 1.6 Welche alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ) sind möglich? | 1.7 Welche alternativen  Behandlungen (kurativ/palliativ) sind möglich? |
| 1.7 Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Behandlungsziel und mit welcher Nachhaltigkeit erreicht wird? Wovon wird ein möglicher Effekt noch abhängig sein? | 1.7 Wie sieht die medizinische Prognose aus? | 1.8 Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Behandlungsziel und mit welcher Nachhaltigkeit erreicht wird? Wovon wird ein möglicher Effekt noch abhängig sein? |
| 1.8 Hat die Behandlung oder Maßnahme u.U. auch unerwünschte Effekte? | 1.8 Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt? | 1.9 Gibt es auch durch die Behandlung/ Förderung sogar unerwünschte Effekte? |
| 1.9 Wie sieht die Prognose aus, wenn von dieser Behandlung oder Maßnahme abgesehen wird? | 1.9 Wie sieht die Prognose aus, wenn von einer Behandlung abgesehen wird? | 1.10 Wie sieht die Prognose aus, wenn von einer Behandlung abgesehen wird? |
| **PFLEGEDIMENSION** | | |
| 2.1 Konnte im Rahmen der Bezugspflege ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufgebaut werden? |  | 2.1 Konnte im Rahmen der versorgenden und pflegerischen Tätigkeiten ein Vertrauensverhältnis zwischen Bewohner:in und Betreuungskraft aufgebaut werden? (Bezugspflege) |
|  | 2.1 Wie ist die pflegerische Situation des Bewohners? | 2.2 Wie ist die pflegerische Situation des Bewohners? |
| 2.2 Welche Fakten aus der Patientenbeobachtung stehen im Vordergrund? | 2.2 Inwieweit ist der Bewohner in der Lage, sich selbst zu versorgen? | Inwieweit ist der Bewohner in der Lage, sich selbst zu versorgen? |
| 2.3 Welches sind die in Bezug auf die ethische Fragestellung relevanten pflegerischen Probleme? | 2.3 Bei welchen ATL/ AEDL braucht er/ sie Unterstützung? | 2.3 Welches sind in Bezug auf die ethische Fragestellung die relevanten Probleme in der Alltagsbewältigung der:des Bewohner:in? |
| 2.4 Welche relevanten Pflegeziele wurden festgelegt? Wurden die Ziele gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet/ vereinbart? | 2.4 Welche Fakten aus der Bewohnerbeobachtung und Pflegeplanung stehen im Vordergrund? | 2.4 Welche Förder- und Behandlungs- sowie Pflegeziele wurden festgelegt? |
| 2.5 Welche Pflegeinterventionen wurden mit dem Patienten in Bezug auf die Ziele geplant? Kennt der Patient die Maßnahmen? | 2.6 Welche pflegerischen Maßnahmen sind indiziert? | 2.5 Welche Interventionen wurden dazu geplant? |
| 2.6 Welche Pflegeprobleme sind zu erwarten, wenn die Behandlung oder Maßnahme durchgeführt wird – auch für die nach- stationäre Phase? | 2.5 Gibt es besondere Pflegeprobleme bzw. sind sie zu erwarten? | 2.6 Gibt es besondere Probleme, die in Pflege oder Förderung zu erwarten sind? |
| 2.7 Welches sind die noch zu erwartenden Pflegeprobleme, wenn die Behandlung oder Maßnahme nicht umgesetzt wird – auch in der nachstationären Phase? | 2.7 Inwieweit haben diese Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf den Verlauf? | 2.7 Inwieweit haben die Maßnahmen einen günstigen Verlauf und was wäre, wenn die Maßnahmen nicht umgesetzt würden? |
|  | 2.8 Welche Vereinbarung- gen sind über Aufgabenverteilungen in der Pflege getroffen worden? | 2.8 Welche Vereinbarung zur Aufgabenverteilung sind mit den Betreuungskräften getroffen worden? |
| **LEBENSANSCHAULICHE UND SOZIALE DIMENSION** | | |
| 3.1 Welche Aussagen über die Lebensanschauung (z.B. Kultur, Biographie, soziale Prägung) des Patienten gibt es? | 3.4 Welche wichtigen Lebensereignisse sind zu bedenken? | 3.1 Was ist über die Lebensanschauung und die Biografie der:des Beohner:in bekannt? (z.B. Kultur, soziale Prägung, Life-Events) |
| 3.2 Über welche Bewältigungsstrategien verfügt der Patient? | 3.2 Welche Aussagen gibt es, dass die Situation und die Maßnahmen die Kräfte des Bewohners übersteigen? | 3.2 Welche Bewältigungsstrategien hat die:der Bewohner:in und wo übersteigen die Maßnahmen deren:dessen Kräfte? |
|  | 3.3 Was ist der Bewohner bereit, in Kauf zu nehmen? | 3.3 Wie weit geht die:der Bewohnerin mit den Maßnahmen mit? |
| 3.3 Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an; wie wichtig ist dies ggf. für ihn? | 3.7 Welche religiösen, spirituellen oder persönlichen Überzeugungen sind im Hinblick auf die Entscheidung wichtig/relevant? | 3.4 Welche religiösen, spirituellen oder persönlichen Überzeugungen sind im Hinblick auf die Entscheidung wichtig/relevant? |
|  | 3.5 Welche kulturellen Hintergründe sind bekannt? Gehört der Bewohner einer Glaubensgemeinschaft an? | „bereits in den vorherigen Fragen inkludiert“ |
| 3.4 Welche Aussagen des Patienten gibt es über ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung? | 3.6 Welche Aussagen gibt es über ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung? | 3.5 Welche Aussagen gibt es über ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung? |
| 3.5 Wie haben sich soziale, arbeitsfeldbezogene, finanzielle und rechtliche Faktoren auf die Gesundung/Erkrankung des Patienten ausgewirkt und umgekehrt? | 3.8 Welches soziale Umfeld hat der Bewohner? Wie gestaltet er sein soziales Leben? | 3.6 Welches soziale Umfeld hat die:der Bewohner:in? Wie gestaltet sich sein soziales Leben? Hat die:der Bewohner:in die Möglichkeit eine sinnstiftenden Tätigkeit umzusetzen? |
| 3.6 Welche Auswirkungen haben diese Faktoren auf das psychosoziale Umfeld? | 3.10 Welche Reaktionen aus seinem sozialen Umfeld sind dazu bekannt? | 3.7 Welche Auswirkungen haben diese Faktoren auf das Umfeld der:des Bewohner:in und welche Reaktionen gibt es aus dem sozialen Umfeld? |
| 3.7 Gibt es Hinweise darauf, dass diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seines Umfeldes übersteigen? | 3.9 Welche Auswirkungen haben die benannten Maßnahmen auf sein soziales Leben? | 3.8 Gibt es Hinweise darauf, dass diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seines Umfeldes übersteigen? |
| 3.8 Können die vorgeschlagenen Maßnahmen die persönliche Entfaltung und soziale Integration des Patienten fördern? | 3.11 Inwieweit haben die benannten Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf die persönliche Entfaltung und das soziale Leben des Bewohners? | 3.9 Inwieweit haben die benannten Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf die persönliche Entfaltung und das soziale Leben des Bewohners? |
| 3.9 Können die vorgeschlagenen Maßnahmen das Vertrauensverhältnis zu den Therapeuten oder dem sozialen Umfeld nachhaltig stören? |  | 3.11 Können die vorgeschlagenen Maßnahmen das Vertrauensverhältnis zwischen Bewohner:in und Betreuenden nachhaltig stören? |
| 3.10 Wurde die vorgeschlagene Maßnahme (z.B. Zwangsmaßnahme) in der Vergangenheit schon einmal durchgeführt? Gibt es Hinweise darauf, wie der Patient diese Maßnahme zu einem späteren Zeitpunkt beurteilt hat? |  | 3.12 Wurde die vorgeschlagene Maßnahme (z.B. Zwangsmaßnahme) in der Vergangenheit schon einmal durchgeführt? Gibt es Hinweise darauf, wie der Patient diese Maßnahme zu einem späteren Zeitpunkt beurteilt hat? |
|  | 3.1 Welche Aussagen des Bewohners gibt es zu Krankheitsdeutung, lebensbedrohlicher Krankheit, Alter, Pflegebedürftigkeit, Sterben und Tod? | 3.13 Gibt es relevante Aussagen der:des Bewohner:in zum Thema Alter, Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Tod? |
| **JURISTISCHE DIMENSION UND ASPEKTE DER FREIEN WILLENSBILDUNG** | | |
| 4.1 Auf welcher Rechtsgrundlage findet die aktuelle stationäre Behandlung statt? |  | 4.1 Auf welcher Rechtsgrundlage findet die Betreuung / Behandlung statt? |
| 4.2 Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten? |  | 4.2 Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten? |
| 4.3 Was liegt vor: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung? Gibt eine gesetzliche Betreuung mit welchem Betreuungsumfang? Wer ist der Betreuer? |  | 4.3 Was liegt vor: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung? Gibt eine gesetzliche Betreuung mit welchem Betreuungsumfang? Wer ist der Betreuer? |
| 4.4 Ist die freie Willensbildungsbeeinträchtigt? |  | „folgt im späteren Verlauf“ |
| 4.5 Wie und durch wen wird oder wurde festgestellt, dass der Patient in seiner freien Willensbildung beeinträchtigt ist? |  | „folgt im späteren Verlauf“ |
| 4.6 Wodurch wird die freie Willensbildung konkret beeinflusst? |  | „folgt im späteren Verlauf“ |
| 4.7 Ist dieser Zustand als zeitlich begrenzt oder als permanent zu betrachten? Welche Aussicht besteht auf Wiederherstellung der freien Willensbildung? |  | „folgt im späteren Verlauf“ |
| 4.8 Ist der Patient in der Lage, eine Entscheidungsalter- native zu erkennen und nach dieser Erkenntnis eine freie Entscheidung zu treffen? |  | „folgt im späteren Verlauf“ |
| 4.9 Können die jeweils zu treffenden Entscheidungen solange aufgeschoben werden? |  | „folgt im späteren Verlauf“ |
| 4.10 Was ist über den mutmaßlichen Willen des Patienten bekannt? |  | „folgt im späteren Verlauf“ |
| 4.11 Hat sich der Patient über mögliche Maßnahmen (z.B. Zwangsbehandlung) zu einem früheren Zeitpunkt, als die Willensbildung nicht als eingeschränkt eingestuft wurde, geäußert (z.B. durch eine Behandlungsvereinbarung)? |  | „folgt im späteren Verlauf“ |
| ORGANISATORISCHE UND ÖKONOMISCHE DIMENSION (JURIST ist bei Altenheim hier drin) | | |
| 5.1 Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege  nachgekommen werden? | 4.1 Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Bewohners nachgekommen werden? | 4.4 Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Bewohners nachgekommen werden? |
| 5.2 Sind genügend Ressourcen (Personal, Heilmittel, Raum etc.) da? | 4.2 Sind dafür genügend Ressourcen vorhanden: Personal, Ausstattung, Heilmittel, Pflegematerial, Räumlichkeiten? | 4.5 Sind dafür genügend Ressourcen vorhanden: Personal, Ausstattung, Heilmittel, Pflegematerial, Räumlichkeiten? |
| 5.3 Wird die geplante Maßnahme oder deren Nichtdurchführung vom Kostenträger anerkannt? | 4.3 Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten? | 4.6 Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten? |
| 5.4 Sind andere Institutionen bereits involviert? | 4.4 Was liegt vor: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung? | „folgt im späteren Verlauf“ |
|  | 4.5 Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet? | „folgt im späteren Verlauf“ |
| **BEWERTUNG** | | |
| **WOHLTUN UND SCHADEN VERMEIDEN** | | |
| 6.1 Wie wirken sich Krankheit und Behandlung bzw. geplante Maßnahme aus der Sicht der Behandelnden auf das Wohl des Patienten aus?  6.1.1 Lebenserhalt  6.1.2 körperliches Wohl (z.B. Bewegungsfreiheit, Schmerzfreiheit)  6.1.3 geistiges Wohl  (z.B. Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit)  6.1.4 seelisches Wohl (z.B. Angstminderung, Lebensfreude)  6.1.5 Spirituelles Wohl (z.B. Sinn erleben)  6.1.6 soziale Integration  6.1.7 persönliche Entfaltung? | 5.1 Inwieweit dienen die Maßnahmen dem Wohl des Bewohners:  5.1.1 Lebenserhalt  5.1.2 körperliches Wohl  (z.B. Bewegungsfreiheit, Schmerzfreiheit),  5.1.3 geistiges Wohl (z.B.  Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit),  5.1.4 seelisches Wohl  (z.B. Angstminderung, Lebensfreude),  5.1.5 spirituelles Wohl (z.B. Sinn erleben),  5.1.6 soziale Integration, persönliche Entfaltung? | 5.1 Inwieweit dienen die Maßnahmen dem Wohl des Bewohners:  5.1.1 Lebenserhalt  5.1.2 körperliches Wohl  (z.B. Bewegungsfreiheit, Schmerzfreiheit),  5.1.3 geistiges Wohl (z.B.  Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit),  5.1.4 seelisches Wohl  (z.B. Angstminderung, Lebensfreude),  5.1.5 spirituelles Wohl (z.B. Sinn erleben),  5.1.6 soziale Integration, persönliche Entfaltung? |
| 6.2 Handelt es sich dabei um langfristige oder vorübergehende Auswirkungen? | 5.2 Inwiefern können die Maßnahmen dem Bewohner schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen, Risiken)? | 5.2 Inwiefern können die Maßnahmen dem Bewohner schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen, Risiken)? |
| 6.3 Welche Auswirkungen hat es auf den Patienten, wenn die Behandlung oder Maßnahme unter Zwang angewendet werden muss? |  | 5.3 Welche Auswirkungen hat es auf die:den Bewohner:in, wenn die Behandlung oder Maßnahme unter Zwang angewendet werden muss? |
| 6.4 Inwiefern können die Maßnahmen dem Patienten schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen, Risiken)? | 5.3 Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander? | Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander? |
|  | 5.4 Ist die „medizinische/ pflegewissenschaftliche Indikation“ auch als „ärztliche / pflegerische Indikation“ zu bewerten ? | 5.4 Ist die „medizinische/ pädagogische/ pflegewissenschaftliche Indikation“ auch als „ärztliche / pflegerische Indikation“ zu bewerten ? |
| 6.5 Wie verhalten sich die positiven und negativen Effekte zueinander? | 5.5 Soll die Maßnahme vor- geschlagen werden? | 5.6 Soll die Maßnahme vor- geschlagen werden? |
| AUTONOMIE DES PATIENTEN / BEWOHNERS | | |
|  | 6.1 Ist der Bewohner einwilligungsfähig? *(Wenn nein, bitte weiter mit den Fragen zur einge- schränkten Willensfähigkeit)* | 6.1 Ist der Bewohner einwilligungsfähig? *(Wenn nein, bitte weiter mit den Fragen zur einge- schränkten Willensfähigkeit* |
| 7.1 Ist der Patient weitestgehend und fachlich korrekt über die Diagnosen, Behandlungsmöglichkeiten, das Therapieziel mit seinen Chancen und Risiken sowie über den Nutzen der Behandlung informiert worden? | 6.1.1 Ist Bewohner über seine Situation und das Therapieziel mit seinen Chancen und Risiken der Wahrheit entsprechend in Kenntnis gesetzt? | 6.1.1 Ist Bewohner über seine Situation und das Therapieziel mit seinen Chancen und Risiken der Wahrheit entsprechend in Kenntnis gesetzt? |
| 7.2 Was ist der aktuell geäußerte, voraus verfügte oder mutmaßliche Wille des Patienten (z.B. aus einer Patientenverfügung, oder aufgrund der bisher gesammelten Fakten)? | 6.1.7 Was ist der aktuell geäußerte Wille des Bewohners? | 6.1.2 Was ist der aktuell geäußerte Wille des Bewohners? |
| 7.3 Wie urteilt der Patient über die Belastungen und den Nutzen der Krankheit bzw. der Behandlung und in den Behandlungsprozess einbezogen worden? | 6.1.3. In welchen Situationen muss das Therapieziel neu überdacht und eventuell revidiert werden? | „bereits inkludiert“ |
| 7.4 Welche Werte und Auffassungen des Patienten sind relevant? Welche Haltung vertritt der Patient gegen- über der geplanten Behandlung oder Maßnahme? | 6.1.4 Welche Haltung vertritt der Bewohner gegenüber lebensverlängernder Intensivtherapie? | „bereits inkludiert“ |
| 7.5 Wurde der Patient bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit ein- bezogen? | 6.1.6 Wurde der Bewohner bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit ein- bezogen? | 6.1.3 Wurde der Bewohner bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit ein- bezogen? |
| 7.6 Ist es richtig, dem Patienten die Entscheidung zur Behandlung zu überlassen? | 6.1.5 Wie bewertet der Bewohner die alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ)? | 6.1.4 Wie bewertet der Bewohner die alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ)? |
|  | 6.1.2 Wie bewertet der Be- wohner selbst die Höhe der Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt? | 6.1.5 Wie bewertet der Be- wohner selbst die Höhe der Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Therapieziel eintritt? |
| 7.7 Welche Auffassung vertritt der Betreuer/ Bevollmächtigte zu o.g. Fragen? | 6.1.8 Ist der aktuell geäußerte Wille ein Widerruf zu Aussagen in der Patientenverfügung? | 6.1.6 Ist der aktuell geäußerte Wille ein Widerruf zu Aussagen in der Patientenverfügung? |
| 7.8 Wäre die Einrichtung einer Betreuung hilfreich zu dieser Fragestellung und kann sie vor Gericht ausreichend begründet werden? | 6.1.9 Welche weiteren Werte und Auffassungen des Bewohners sind zusätz- lich relevant? | 6.1.7 Welche weiteren Werte und Auffassungen des Bewohners sind zusätz- lich relevant? |
|  | 6.2 Ist der Bewohner in seiner Willensfähigkeit eingeschränkt? | 6.2 Ist der Bewohner in seiner Willensfähigkeit eingeschränkt? |
|  | 6.2.1 Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Bewohner nicht zu einem eignen Willen fähig ist? | 6.2.1 Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Bewohner nicht zu einem eignen Willen fähig ist? |
|  | 6.2.2 In welcher Hinsicht ist er nicht willensfähig? | „bereits inkludiert“ |
|  | 6.2.3 Ist die Willens- einschränkung durchgängig, oder gibt es Phasen, in de- nen der Bewohner die Situ- ation klar erfassen kann? | 6.2.2 Ist die Willens- einschränkung durchgängig, oder gibt es Phasen, in de- nen der Bewohner die Situ- ation klar erfassen kann? |
|  | 6.2.3 Gibt es verbale oder nonverbale, aktuelle oder frühere Äußerungen des Bewohners, die seinen Willen erkennen lassen? | 6.2.3 Gibt es verbale oder nonverbale, aktuelle oder frühere Äußerungen des Bewohners, die seinen Willen erkennen lassen? |
|  | 6.2.4 Ist eine Betreuung ein- gerichtet oder muss sie ein- gerichtet werden? Ist eine Betreuung ein- gerichtet oder muss sie ein- gerichtet werden? | 6.2.4 Ist eine Betreuung ein- gerichtet oder muss sie ein- gerichtet werden? Ist eine Betreuung ein- gerichtet oder muss sie ein- gerichtet werden? |
|  | 6.2.5 Gibt es eine Patien- tenverfügung? Welche Re- levanz hat sie für die zu pla- nenden Maßnahmen? | 6.2.5 Gibt es eine Patien- tenverfügung? Welche Re- levanz hat sie für die zu pla- nenden Maßnahmen? |
|  | 6.2.7 In welchen Situationen muss das Therapieziel neu überdacht und eventuell re- vidiert werden? | 6.2.7 In welchen Situationen muss das Therapieziel neu überdacht und eventuell re- vidiert werden? |
| **GERECHTIGKEIT** | | |
| 8.1 Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf Andere (Patienten, Ärzte, Pflegende, Therapeuten, Klinikmitarbeiter, Angehö- rige) zu verantworten? | 7.1 Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere (Mitbewohner, Pfle- gende, Angehörige) zu ver- antworten? | 7.1 Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere (Mitbewohner, Pfle- gende, Angehörige) zu ver- antworten? |
| 8.2 Können andere Menschen durch krankheitsbedingte Verhaltensweisen des Pa- tienten gefährdet werden? Wird diese Gefährdung durch die geplante Maß- nahme verändert? |  | 7.2 Können andere Personen durch die Behinderung oder Krankheit der:des Bewohner:in gefährdet werden, wenn die Behandlung umgesetzt wird? |
| 8.3 Ist der personelle und räumliche Aufwand ge- rechtfertigt (z.B. Verhinde- rung einer Fixierung durch Einzelbetreuung oder Blo- ckierung eines Zimmers bei Überbelegung)? | 7.2 Ist der personelle, räumliche, wirtschaftliche Auf- wand angesichts des zu erwartenden Therapieerfolges gerechtfertigt? | 7.3 Ist der personelle, räumliche, wirtschaftliche Aufwand angesichts des zu er- wartenden Therapieerfolges gerechtfertigt (z.B. Verhinde- rung einer Fixierung durch Einzelbetreuung oder Blo- ckierung eines Zimmers bei Überbelegung)? |
| 8.4 Ist der wirtschaftliche Auf- wand gerechtfertigt (z.B. durch langfristige Kosten, verlängerte oder wiederholte Krankenhausaufenthalte, Unterbringung in einem Wohnheim)? |  | „bereits abgebildet“ |
| BLICK AUF DAS TEAM UND DIE INSTITUTION | | |
| 9.1 Gibt es zwischen Ärzten, Pflegenden, anderen Beteiligten, dem Patienten und seinen Angehörigen Meinungsverschiedenheiten darüber, was unternommen werden soll? Welche Werte stehen da- hinter? | 8.1 Welches sind die relevanten Richtlinien der Einrichtung zu den vorgeschlagenen Maßnahmen? | 8.1 Gibt es zwischen allen Beteiligten (Ärzte, Pflegekräfte, Pädagog:innen, Leitung, etc.) Meinungsverschiedenheiten, was untenrommen werden soll? |
| 9.2 Entsteht ein Wertekonflikt aufgrund von relevanten Richtlinien (z.B. Träger- grundsätze, Leitlinien) der Einrichtung zu den ge- planten Maßnahmen? | 8.2 Welche Werte und Ein- stellungen im Team sind deutlich geworden? Ergeben sich daraus Wertekonflikte? | 8.2 Gibt es Wertekonflikte? Welche Werte und Einstellungen sind relevant? |
| 9.3 Wurden alle Beteiligten berücksichtigt, die für die Umsetzung des Votums und dessen möglichen Konsequenzen Verantwortung tragen? | 8.3 Gibt es vom Bewohner mitgeteilte Informationen, die bisher noch nicht bedacht, aber für die Entscheidung relevant sind? | 8.3 Wurden alle Beteiligten für eine Entscheidungsfindung einbezogen und gibt es Informationen, die bisher noch nicht bedacht wurden? |
| 9.4 Hat sich die ethische Fragestellung geändert; wenn ja, wie lautet sie nun? | 8.4 Wie lautet nun die ethische Frage? | 8.4 Hat sich die ethische Fragestellung geändert? Wenn ja, wie lautet sie nun? |
| 9.5 Sind wichtige Fakten unbekannt? Kann dennoch ein verantwortliches Votum gefasst werden? | 8.5 Sind wichtige Fakten unbekannt? Welche? | 8.5 Sind wichtige Fakten unbekannt? Welche? |
| 9.6 In welchen Fällen müsste die Entscheidung aufs Neue überdacht werden? | 8.6 Kann dennoch ein verantwortliches Votum abgeben werden? | 8.6 Kann dennoch ein verantwortliches Votum abgeben werden? |
|  | 8.7 In welchen Situationen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden? | 8.9 In welchen Situationen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden? |
| 9.7 Wie wird das Votum (ein- schließlich evtl. Minderheitenvotum) formuliert?  Begründung | 8.9 Wie wird das Votum (einschließlich evtl. Minderheitenvotum) formuliert?  Begründung | 8.10 Wie wird das Votum (einschließlich evtl. Minderheitenvotum) formuliert?  Begründung |
| 9.10 Welche konkreten Ver- pflichtungen gehen die Teilnehmer der Fallbesprechung ein? | 8.10 Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Teilnehmer der Fall- besprechung ein? | 8.11 Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Teilnehmer der Fall- besprechung ein? |

Die abgeleiteten Fragen für die Dimension „Bereich Wohnen“ lassen sich nun in einem eigenen Fragekatalog darstellen und dienen als Grundlage für die ethische Fallbesprechung.

|  |
| --- |
| DIAGNOSTISCHE DIMENSION |
| 1.1 Welche Diagnosen sind bekannt (auch psychiatrische)? |
| 1.2 Wie lautet die Vorgeschichte dazu? |
| 1.3 Welche Diagnose steht derzeit im Vordergrund? |
| 1.4 Liegt eine Beeinträchtigung der Krankheitseinsicht und/ oder der Behandlungswilligkeit vor? Kann dies krankheitsbedingt sein? |
| 1.5 Wie lautet das Behandlungs- oder Förderziel und welche Maßnahmen sollen umgesetzt werden? |
| 1.6 Welche alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ) sind möglich? |
| 1.7 Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Behandlungsziel und mit welcher Nachhaltigkeit erreicht wird? Wovon wird ein möglicher Effekt noch abhängig sein? |
| 1.8 Gibt es auch durch die Behandlung/ Förderung sogar unerwünschte Effekte? |
| 1.9 Wie sieht die Prognose aus, wenn von einer Behandlung abgesehen wird? |

|  |
| --- |
| PFLEGEDIMENSION |
| 2.1 Konnte im Rahmen der versorgenden und pflegerischen Tätigkeiten ein Vertrauensverhältnis zwischen Bewohner:in und Betreuungskraft aufgebaut werden? (Bezugspflege) |
| 2.2 Wie ist die pflegerische Situation des Bewohners? |
| 2.3 Welches sind, in Bezug auf die ethische Fragestellung, die relevanten Probleme in der Alltagsbewältigung der:des Bewohner:in? |
| 2.4 Welche Förder- und Behandlungs- sowie Pflegeziele wurden festgelegt? |
| 2.5 Welche Interventionen wurden dazu geplant? |
| 2.6 Gibt es besondere Probleme, die in Pflege oder Förderung zu erwarten sind? |
| 2.7 Inwieweit haben die Maßnahmen einen günstigen Verlauf und was wäre, wenn die Maßnahmen nicht umgesetzt würden? |
| 2.8 Welche Vereinbarung zur Aufgabenverteilung sind mit den Betreuungskräften getroffen worden? |

|  |
| --- |
| LEBENSANSCHAULICHE UND SOZIALE DIMENSION |
| 3.1 Was ist über die Lebensanschauung und die Biografie der:des Bewohner:in bekannt? (z.B. Kultur, soziale Prägung, Life-Events) |
| 3.2 Welche Bewältigungsstrategien hat die:der Bewohner:in und wo übersteigen die Maßnahmen deren:dessen Kräfte? |
| 3.3 Wie weit geht die:der Bewohnerin mit den Maßnahmen mit? |
| 3.4 Welche religiösen, spirituellen oder persönlichen Überzeugungen sind im Hinblick auf die Entscheidung wichtig/relevant? |
| 3.5 Welche Aussagen gibt es über ein Bedürfnis nach seelsorglicher Begleitung? |
| 3.6 Welches soziale Umfeld hat die:der Bewohner:in? Wie gestaltet sich sein soziales Leben? Hat die:der Bewohner:in die Möglichkeit eine sinnstiftende Tätigkeit umzusetzen? |
| 3.7 Welche Auswirkungen haben diese Faktoren auf das Umfeld der:des Bewohner:in und welche Reaktionen gibt es aus dem sozialen Umfeld? |
| 3.8 Gibt es Hinweise darauf, dass diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seines Umfeldes übersteigen? |
| 3.9 Inwieweit haben die benannten Maßnahmen eine günstige Auswirkung auf die persönliche Entfaltung und das soziale Leben des Bewohners? |
| 3.11 Können die vorgeschlagenen Maßnahmen das Vertrauensverhältnis zwischen Bewohner:in und Betreuenden nachhaltig stören? |
| 3.12 Wurde die vorgeschlagene Maßnahme (z.B. Zwangsmaßnahme) in der Vergangenheit schon einmal durchgeführt? Gibt es Hinweise darauf, wie die:der Bewohner:in diese Maßnahme zu einem späteren Zeitpunkt beurteilt hat? |
| 3.13 Gibt es relevante Aussagen der:des Bewohner:in zum Thema Alter, Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Tod? |

|  |
| --- |
| JURISTISCHE DIMENSION |
| 4.1 Auf welcher Rechtsgrundlage findet die Betreuung / Behandlung statt? |
| 4.2 Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten? |
| 4.3 Was liegt vor: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung? Gibt eine gesetzliche Betreuung mit welchem Betreuungsumfang? Wer ist der Betreuer? |

|  |
| --- |
| ORGANISATORISCHE UND ÖKONOMISCHE DIMENSION |
| 4.4 Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Bewohners nachgekommen werden? |
| 4.5 Sind dafür genügend Ressourcen vorhanden: Personal, Ausstattung, Heilmittel, Pflegematerial, Räumlichkeiten? |
| 4.6 Sind bei der Behandlung oder dem Behandlungsverzicht konkret rechtliche Konsequenzen zu erwarten? |

|  |
| --- |
| BEWERTUNG: WOHLTUN UND SCHADEN VERMEIDEN |
| 5.1 Inwieweit dienen die Maßnahmen dem Wohl des Bewohners:  5.1.1 Lebenserhalt  5.1.2 körperliches Wohl (z.B. Bewegungsfreiheit, Schmerzfreiheit),  5.1.3 geistiges Wohl (z.B. Wachheit, geistige Anregung, Orientiertheit),  5.1.4 seelisches Wohl  (z.B. Angstminderung, Lebensfreude),  5.1.5 spirituelles Wohl (z.B. Sinn erleben),  5.1.6 soziale Integration, persönliche Entfaltung? |
| 5.2 Inwiefern können die Maßnahmen dem Bewohner schaden (Nebenwirkungen, Komplikationen, Risiken)? |
| 5.3 Welche Auswirkungen hat es auf die:den Bewohner:in, wenn die Behandlung oder Maßnahme unter Zwang angewendet werden muss? |
| 5.4 Ist die „medizinische/ pädagogische/ pflegewissenschaftliche Indikation“ auch als „ärztliche / pflegerische Indikation“ zu bewerten ? |
| 5.6 Soll die Maßnahme vorgeschlagen werden? |

|  |
| --- |
| AUTONOMIE DES BEWOHNERS |
| 6.1 Ist der Bewohner einwilligungsfähig? *(Wenn nein, bitte weiter mit den Fragen zur einge- schränkten Willensfähigkeit* |
| 6.1.1 Ist Bewohner über seine Situation und das Pflege- und/ oder Förderziel mit seinen Chancen und Risiken der Wahrheit entsprechend in Kenntnis gesetzt? |
| 6.1.2 Was ist der aktuell geäußerte Wille des Bewohners? |
| 6.1.3 Wurde der Bewohner bis dato ausreichend in die Beschlussfassung mit ein- bezogen? |
| 6.1.4 Wie bewertet der Bewohner die alternativen Behandlungen (kurativ/palliativ)? |
| 6.1.5 Wie bewertet der Bewohner selbst die Höhe der Wahrscheinlichkeit, dass durch die Maßnahme das Pflege- und/ oder Förderziel eintritt? |
| 6.1.6 Welche weiteren Werte und Auffassungen des Bewohners sind zusätzlich relevant? |
| 6.2 Ist der Bewohner in seiner Willensfähigkeit eingeschränkt? |
| 6.2.1 Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Bewohner nicht zu einem eignen Willen fähig ist? |
| 6.2.2 Ist die Willenseinschränkung durchgängig, oder gibt es Phasen, in denen der Bewohner die Situation klar erfassen kann? |
| 6.2.3 Gibt es verbale oder nonverbale, aktuelle oder frühere Äußerungen des Bewohners, die seinen Willen erkennen lassen? |
| 6.2.4 Ist eine Betreuung eingerichtet oder muss sie eingerichtet werden? |
| 6.2.5 Gibt es eine Patientenverfügung? Welche Relevanz hat sie für die zu planenden Maßnahmen? |
| 6.2.7 In welchen Situationen muss das Pflege- und/ oder Förderziel neu überdacht und eventuell revidiert werden? |

|  |
| --- |
| GERECHTIGKEIT |
| 7.1 Ist das vorgeschlagene Vorgehen im Hinblick auf andere (Mitbewohner, Pflegende, Angehörige) zu verantworten? |
| 7.2 Können andere Personen durch die Behinderung oder Krankheit der:des Bewohner:in gefährdet werden, wenn die Behandlung umgesetzt wird? |
| 7.3 Ist der personelle, räumliche, wirtschaftliche Aufwand angesichts des zu erwartenden Pflege- und/ oder Förderzieles gerechtfertigt (z.B. Verhinderung einer Fixierung durch Einzelbetreuung oder Blockierung eines Zimmers bei Überbelegung)? |

|  |
| --- |
| Blick auf das Team und die Institution |
| 8.1 Gibt es zwischen allen Beteiligten (Ärzte, Pflegekräfte, Pädagog:innen, Leitung, etc.) Meinungsverschiedenheiten darin, was unternommen werden soll? |
| 8.2 Gibt es Wertekonflikte? Welche Werte und Einstellungen sind relevant? |
| 8.3 Wurden alle Beteiligten für eine Entscheidungsfindung einbezogen und gibt es Informationen, die bisher noch nicht bedacht wurden? |
| **8.4 Hat sich die ethische Fragestellung geändert? Wenn ja, wie lautet sie nun?** |
| 8.5 Sind wichtige Fakten unbekannt? Welche? |
| 8.6 Kann dennoch ein verantwortliches Votum abgeben werden? |
| 8.9 In welchen Situationen muss die Entscheidung aufs Neue überdacht werden? |
| 8.10 Wie wird das Votum (einschließlich evtl. Minderheitenvotum) formuliert?  Begründung |
| 8.11 Welche konkreten Verpflichtungen gehen die Teilnehmer der Fallbesprechung ein? |

***PRE\_TEST\_PHASE***

PROBELAUF

Der Fragekatalog wurde in zwei Einrichtungen der Eingliederungshilfe getestet. Dazu wurde jeweils ein realer Fall aus Einrichtung 001 und Einrichtung 002 ausgewählt. Für die Umsetzung wurde ein Teammitglied als Protokollant:in benannt, sodass sich die Forscherin auf die Moderation konzentrieren konnte. Zur Umsetzung der ethischen Fallbesprechung wurde ein Flipchart sowie eine Pinnwand bereitgestellt. Auf dem Flipchart wurde seitens der Forscherin die Inhalte der 4 Schritte der ethischen Fallbesprechung notiert. Gleichzeitig dienten die Inhalte des Flipchartes als Agenda der ethischen Fallbesprechung. Der Fragekatalog lag dabei nur der Forscherin und der:dem Protokollant:in vor. Die Fallbesprechung der Einrichtung 001 dauerte 90 Minuten, die Fallbesprechung der Einrichtung 002 dauerte ebenfalls 90 Minuten.

Erkenntnis-Protokoll:

Aufbau:

* die Leitung sollte im Vorfeld mit dem Prinzip der ethischen Fallbesprechung vertraut gemacht worden sein
* dies insbesondere, um das Team auf die Art der Fallbesprechung einzustimmen
* die Teilnehmenden sollten zuvor mit dem Prinzip einer ethischen Fallbesprechung und den Fragen vertraut gemacht worden sein
* das Vorlegen des Fragebogenkataloges während der Fallbesprechung kann hilfreich sein, um einen gemeinsamen „roten Faden“ zu haben
* die Fallfrage sollte im Vorfeld allen bekannt sein; bzw. es sollte geklärt sein, zu welcher Frage die Fallberatung angesetzt wird
* Protokollant:in sollte sein, wer Erfahrung mit der Methode hat

Auswertung:

Die Auswertung konnte in keinem der beiden Test-Versionen vollumfänglich umgesetzt werden. In einem Fall war die Teamkultur einheitlich geprägt und die einzelnen Teammitglieder sich in der Umsetzung einer Maßnahme dadurch schnell einig. Aus diesem Anlass heraus, konnte ein Teil der Fragen übersprungen werden.

Im anderen Fall ergab es sich, dass die teilnehmenden Fachkräfte viel Zeit benötigten, um sich über eine gemeinsame Fallfrage zu einigen. Insofern konnte der Fragekatalog nicht komplett abgefragt werden. Etwa 2/3 der Zeit wurden seitens der Moderation verwandt, um die eigentliche Fallfrage des Teams bestimmen zu lassen. Aufgrund des Fragebereiches zu „Werte und Haltung“ wurde seitens der Teilnehmenden erkannt, dass sich die eigentliche Fallfrage nicht auf den Bewohner bezog, sondern sich in den Bedarf nach einem Teamcoaching wandelte.

UMSETZUNG

Probanden-Auswahl und Vorgehen

Die Probanden, für die ethischen Fallbesprechungen, wurden im Rahmen des Projektes PINO der LMU München im Oktober 2022 angefragt. Dabei handelte es sich um Einrichtungen des sog. Intensiv-Wohnens oder intensivtherapeutischen Wohnens, hier mit „IW“ gekennzeichnet, in Oberbayern. Im Rahmen runder Tische und über Medien (Flyer und Email) wurden die Einrichtungen auf das Angebot durch die Doktorandin aufmerksam gemacht. Die Teilnahme an der ethischen Fallbesprechung war für die Einrichtungen kostenfrei und freiwillig. Die Teilnahme konnte jederzeit abgesagt werden. Die Fallbesprechungen wurden protokolliert und anonymisiert (Nummer und Zahlencode), damit keine etwaigen Rückschlüsse möglich waren. Die Dauer der Fallbesprechung wurde auf 1-1,5 Stunden angesetzt. Die Leitungen der Teams wurden im Vorfeld über die Methode informiert und ein an das IW angepasster Fragebogen wurde im Vorfeld an die teilnehmenden Einrichtungen verschickt. Dies erwies sich im Pretest als hilfreich, um die Teams auf den Ablauf vorzubereiten. Jede Einrichtung erhielt nach der ethischen Fallbesprechung ein Protokoll von der Forscherin. Das Protokoll diente der Einrichtung als Ergebnis zum Termin und diente der Forscherin als Datengrundlage. Die Leitungen hatten zudem die Möglichkeit Rückmeldung zu geben, ob es Anpassungen im Protokoll geben musste. Die Umsetzung der ethischen Fallbesprechung sollte möglichst vor Ort bei den Einrichtungen stattfinden; alternativ im Online-Format über Zoom.

Begründung der Probandenwahl

Die Wahl von Probanden im Rahmen des IW ergab sich aus dem Grund, dass der Bereich des IW ein Bereich ist, der sich bei der Teilhabegestaltung für Menschen mit geistiger Behinderung, sowohl pädagogisch, pflegerisch als auch ethisch im besonderen Maße reflektieren muss. Im IW befinden sich BewohnerInnen, die in klassischen Wohneinrichtungen aufgrund ihrer Verhaltensweisen, keinen Raum mehr finden. Die Verhaltensweisen kennzeichnen sich bspw. durch Aggression, selbst- und fremdverletzendes Verhalten etc. (CALABRESE) Bewohner\*innen haben häufig nicht die Möglichkeit den zweiten oder ersten Arbeitsmarkt zu besuchen, sodass sie wenig sinnstiftende Tätigkeiten umsetzen und sich selbst als wenig selbstwirksam erfahren können. Dies generiert eine hohe Frustration. (NACWEIS) Psychische Belastungsfaktoren machen den Umgang mit den Bewohnenden ebenfalls deutlich sensibler als in Einrichtungen des Wohnens, in denen Bewohner\*innen keine psychischen Erkrankungen haben. Hierbei ist eine systemökologische Perspektive erst einmal hintergründig. Dies ist gleichermaßen eine weitere Herausforderung für die Fachkräfte im IW. So werden bspw. häufig Fixierungen durch das Personal vorgenommen, um die\*den Bewohner\*in vor Autoaggressivität oder Fremdaggressivität zu schützen. In wenigen Fällen besteht die Möglichkeit einer umfangreichen System-Umwelt-Verhaltens-Analyse, die eine Fixierung ggf. präventiv verhindert (NACHWEIS). Inwiefern diese extreme Maßnahme dann tatsächlich gerechtfertigt ist, stellt in Folge ein klassisches ethisches Dilemma im IW dar (NACHWEIS). Durch diese wenigen Anhaltspunkte lässt sich erkennten, dass das IW ein sehr geeignetes Feld zur Betrachtung ethischer Handlungsmotive von Fachkräften in der Behindertenhilfe, Bereich Wohnen darstellt. Die Auseinandersetzung mit der täglichen Arbeit am, mit und für den Menschen mit geistiger Behinderung ist, in moralischer Hinsicht, scheint hier besonders intensiv ausgeprägt.

BESCHREIBUNG DER TEILNEHMENDEN PROBANDEN

Auf die Anfrage zu einer freiwilligen Teilnahme meldeten sich im Laufe von 7 Monaten (von Oktober 2022 bis April 2023) vier Einrichtungen in Oberbayern. Die Forscherin führte die ethischen Fallbesprechungen in drei Einrichtungen des IW in Präsenz (p) durch. Eine Einrichtung wurde im Online-Format (o) via Zoom begleitet.

Die Termine fanden wie folgt statt:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Termin | Einrichtung | p/o | Teilnehmende m=männlich  w=weiblich | Alters-spanne  in Jahre | Beruf/ Tätigkeit | Angestellt seit (Jahre/n) |
| 06.02.2023 | 001 | P | 1x m  5x w | 25-43 | Erzieher:innen und Heilerziehungspfleger:innen Praktikant HEP | P001\_a:  P001\_b:  P001\_c:  P001\_d:  P001\_e:  P001\_f: |
| 17.04.2023 | 002 | P | 1x m  4x w | 25-50 | Erzieher:innen  Pfleger:in  Assistenz-Helfer:in Pflege | P002\_a:  P002\_b:  P002\_c:  P002\_d:  P002\_e: |
| 03.05.2023 | 003 | P | 4x w | 28-55 | Erzieherinnen  Sozialpädagogin  Ergotherapeutin | P003\_a:  P003\_b:  P003\_c:  P003\_d: |
| .06.2023 | 004 | o |  |  |  |  |

Die Einrichtungen arbeiten alle mit Bewohner\*innen mit intensivem Betreuungs- und Unterstützungsbedarf. Dabei handelt es sich sowohl um Einrichtungen, die in einem großen Wohnkomplex als Intensiv-Wohnen angegliedert sind und Intensiv-Wohngruppen ergänzend führen, als auch um Einrichtungen, die primär therapeutisch arbeiten und geschlossen sind.

AUSWERTUNG

Die Auswertung der Protokolle der ethischen Fallbesprechung wurde mittels Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt. Hierbei wurde induktiv, also kategorienbildend, gearbeitet. Ziel der Inhaltsanalyse war das Filtern von Aspekten wie:

* Motivationen
* Werte
* Menschenbilder
* Normen (im Sinne von Erwartungshaltung durch die Gesellschaft im Umgang mit MmgB)

QUELLEN:

CALABRESE

Steinkamp, N. & Gordjin, B. (2005): Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen. Eine ethisch optimal verantwortete Behandlung und Versorgung von Patienten ist das Hauptziel der Nimwegener Methode für die interdisziplinäre ethische Fallbesprechung. *Forum. Rheinisches Ärzteblatt (5).* 22-23. WWF. Greven

Sickmann, A. (2016): *Moderation ethischer Fallbesprechung. Die Moderation von 66 Fragen. Herausforderung-Ballast-Entlastung. Praxishilfe.* Erzbistum Köln