



Claudia Kutzer

## Multiprofessionelle ethische Fallbesprechungen auf einer neurologischen Station

Eine Bedarfserhebung und grundlegende Planung der  
Implementierung von ethischen Fallbesprechungen im  
multiprofessionellen Team

---

1. Auflage 2017

Transfertexte Theorie + Praxis – Schriftenreihe der EHB

Band 3

Selbstverlag Evangelische Hochschule Berlin (EHB) In Zusammenarbeit mit der Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin

Umschlaggestaltung: Eva Weyer. Foto: Pierre-Yves Dalka.

---

## Vorwort zur Schriftenreihe

Abschlussarbeiten, ob Diplom-, Bachelor- oder Masterarbeiten, beinhalten ein hohes Potential für den Austausch zwischen Hochschule und Praxis, sie bilden seit jeher eine wichtige Schnittstelle zwischen Studium und beruflichem Einstieg. Viele Studierende finden in dem Handlungsfeld eine Arbeitsstelle, das sie in ihrer Abschlussarbeit behandelt haben. Die Abschlussarbeit ist hier eine wichtige Referenz. Aber bereits im Vorfeld zeigt sich, dass die im Studium gesammelten praktischen Erfahrungen häufig die Wahl des Themas mitbestimmen. Die Studierenden stoßen in der Arbeit auf Handlungsbedarf, auf Schnittstellenprobleme in der Hilfeversorgung, sie entwickeln Ideen für neue Handlungskonzepte, werfen Fragen zu Wirkung und Erfolg in den verschiedenen Sozial- und Gesundheitsberufen auf, analysieren Effektivität und Effizienz des fachlichen Handelns etc. Sie formulieren hieraus eine Fragestellung, der sie in ihrer Abschlussarbeit, meist in Form einer empirischen Untersuchung, nachgehen und stellen allein dadurch einen hohen Praxisbezug her. Es entstehen mitunter sehr schöne Arbeiten, die mit ihren kritischen Analysen, Handlungsempfehlungen, Konzeptionen und Modellentwürfen für die Praktiker lesenswert wären – allein: ein systematischer Zugang für einen breiten Leser\_innen- und Interessent\_innenkreis fehlt. In der Regel wird die Arbeit lediglich an die beteiligten Träger und sozialen Dienste weitergereicht, die beispielsweise bei der Vermittlung von Interviewpartner\_innen, Mitarbeiter\_innen oder Klient\_innen, behilflich waren. Daraus lässt sich die berechtigte Frage ableiten: Wie kann verhindert werden, dass diese Arbeiten häufig ungelesen, unbeachtet „in der Schublade verschwinden“, oder wie können diese nützlichen Arbeiten der Praxis zugänglich gemacht werden? Genau hier liegt der Ansatzpunkt für diese, von der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) in Kooperation mit der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin (LIGA) vorgelegte Schriftenreihe, die besonders gelungene und praxisrelevante Abschlussarbeiten als „Handreichungen für die Praxis“ publiziert. Gleichzeitig wird mit dieser Reihe die Förderung des Austausches mit der Praxis abgestrebt. Die Verantwortlichen setzen auf Impulse aus der Praxis, die aktiv auf einen aktuellen Forschungsbedarf und auf Schlüsselthemen hinweisen und gegebenenfalls auf die Bereitschaft einzelner Träger, die Abschlussarbeit in Kooperation mit der eigenen Praxiseinrichtung zu ermöglichen.

Prof. em. Dr. Brigitte Wießmeier

(Projektinitiatorin, emeritierte Professorin für Soziale Arbeit an der EHB)

Wie ein erfahrener Praktiker der Sozialarbeit einmal sagte, richten sich die Lebenslagen von Menschen nicht nach den Sozialgesetzbüchern. Vielmehr müssten sich diese nach den Lebenslagen der Menschen richten! So ähnlich ist es auch mit der Weiterentwicklung der Theorie und Praxis. Die Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit und verwandter Sozial- und Gesundheitsberufe werden weiterentwickelt. Dabei sind veränderte gesellschaftliche Problemlagen, aber auch neue gesellschaftliche Zielvorstellungen häufig der Anstoß. Die Sozial- und Gesundheitsberufe müssen sich

---

methodisch und theoretisch immer wieder auf neue Herausforderungen und Handlungsfelder einlassen. Der LIGA Fachausschuss Behindertenhilfe möchte das Vorhaben der Evangelischen Hochschule unterstützen, Abschlussarbeiten von Studierenden für einen besseren Austausch zwischen den Reflexionen und Praxisprojekten der Hochschule und den Alltagsfragen der Einrichtungen und Dienste im Sozial- und Gesundheitsbereich zu machen. Die zum Teil anspruchsvollen und inhaltsreichen Abschlussarbeiten verdienen es, in der Fachöffentlichkeit diskutiert zu werden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zu Berlin unterstützen dieses Vorhaben gerne.

Reinald Purmann

(LIGA Fachausschuss Behindertenhilfe)

---

## Vorwort zu dieser Abschlussarbeit

Häufig sind die Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen bei ihren Handlungsentscheidungen mit ethischen Fragestellungen konfrontiert. Diese reichen von der Frage zu lebensverlängernden Maßnahmen bei schwerkranken einwilligungsunfähigen oder -eingeschränkten Patientinnen und Patienten bis zu der Überlegung, ob bestimmte medizinische, pflegerische oder therapeutische Handlungen nicht mehr Schaden als Nutzen nach sich ziehen. Nicht selten fühlen sich einzelne Berufsangehörige der Gesundheitsberufe mit diesen Fragestellungen allein gelassen oder überfordert. Eine Lösung zu diesem Problem können multiprofessionelle ethische Fallbesprechungen sein.

Diesem hochaktuellen Thema widmet sich die Bachelorarbeit von Claudia Kutzer, die sie als Abschlussarbeit im Studiengang "Bachelor of Nursing" verfasst hat. Sie führte auf einer neurologischen Station, auf der sie selbst als Gesundheits- und Krankenpflegerin tätig ist, eine Bedarfserhebung zu ethischen Fallbesprechungen im multiprofessionellen Team durch und erstellte eine Planung für die Implementierung solcher Fallbesprechungen.

Auch wenn sich diese Arbeit auf das neurologische Fachgebiet bezieht, ist sie durchaus auf andere medizinische Fachgebiete übertragbar. Für alle Angehörige der Gesundheitsberufe, die sich für Methoden der ethischen Entscheidungsfindung im Team interessieren und darüber hinaus planen, multiprofessionelle ethische Fallbesprechungen in ihrem Arbeitsbereich einzuführen, ist dieses Werk ein gewinnbringender Impulsgeber.

Prof. Dr. Cornelia Heinze, Professorin für Pflegewissenschaft, Evangelische Hochschule Berlin

---

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	8
1.1. Problemstellung.....	9
1.2. Zielsetzung und Forschungsfrage.....	11
1.3. Vorgehensweise der Arbeit.....	12
1.4. Vorgehen bei der Literaturrecherche.....	13
1.5. Ergebnisse der Literaturrecherche.....	14
2. Theoretische Grundlagen.....	16
2.1 Einführung in ethische Grundlagen.....	17
2.1.1 Ethik und Moral.....	18
2.1.2 Werte, Normen und Tugenden.....	19
2.1.3 Ethische Fragen.....	20
2.1.4 Einblicke in die ethischen Prinzipien im Gesundheitswesen.....	21
2.2 Ethisches Handeln im Krankenhaus.....	24
2.2.1 Zunahme von ethischen Problemen.....	26
2.2.2 Ethische Fallbesprechungen im Krankenhaus am Beispiel der Nimwegener Methode.....	27
2.3 Die Ethikkommission.....	34
2.4 Allgemeine Fakten zur Implementierung einer Maßnahme.....	36
2.4.1 Voraussetzungen für eine Implementierung einer Innovation.....	40
2.4.2 Einflussfaktoren bei einer Implementierung.....	41
2.5 Das multiprofessionelle Team im Theodor-Wenzel-Werk.....	44
2.5.1 Pflege.....	45
2.5.2 Ärztlicher Dienst.....	46
2.5.3 Physiotherapie.....	47
2.5.4 Logopädie und Patholinguistik.....	48
2.5.5 Ergotherapie.....	49
2.5.6 Psychologischer Dienst.....	50
2.5.7 Sozialdienst.....	51
2.5.8 Seelsorge.....	52
3. Methodik.....	53
3.1 Erstellung des Fragebogens.....	54
3.2 Durchführung der empirischen Datenanalyse.....	55
3.3 Methode der Datenauswertung.....	56

---

4. Auswertung der Ergebnisse.....	57
4.1 Auswertung der geschlossenen Thesen und Frage.....	58
4.2 Auswertung der offenen Fragen und Ergänzungen.....	62
5. Diskussion der Ergebnisse (Fehlerbetrachtung).....	64
6. Implementierung von ethischen Fallbesprechungen auf der neurologischen Station.....	70
6.1 Nötige Voraussetzungen.....	72
6.2 Mögliche Einflussfaktoren.....	74
6.3 Integration und Anwendung des Konzepts im Praxisalltag.....	76
7. Schlussfolgerung mit Implikation für die Praxis und weitere Forschung.....	77
8. Zusammenfassung.....	79
Literaturverzeichnis.....	80
Anhang.....	83
Anhang 1: Protokoll der Nimwegener Methode.....	84
Anhang 2: Prototyp des Fragebogens zu ethischen Fallbesprechungen.....	88
Anhang 3: Kodierplan.....	90

---

## 1. Einleitung



---

## 1.1. Problemstellung

Ethisches Handeln im Krankenhaus nimmt im Zuge des demografischen Wandels sowie der Zunahme von verschiedenen ethnischen Hintergründen und Komplexität verschiedenster Krankheitsbilder an Wichtigkeit zu. Durch den technischen Fortschritt und wirtschaftlichen Druck innerhalb der Institution lassen unterschiedliche Auffassungen, was für den Patienten<sup>1</sup> am besten sei, in Bezug auf die Therapie oder den zukünftigen Behandlungsweg, die Meinungen der verschiedenen Berufsbilder sowie Angehörigen auseinanderklaffen (vgl. Marckmann 2005, S.89-90).

Mein primäres Anliegen für die Bachelorthesis war es eine Thematik zu finden, die zur Optimierung der Patientenbetreuung beiträgt und die alltägliche Stationsarbeit fördert.

Nach Abschluss der Ausbildung und Beginn meiner Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin auf der neurologischen Station im Theodor-Wenzel-Werk (im weiteren Verlauf auch TWW genannt) wurde mir immer wieder bewusst, wie viele verschiedene Faktoren zu einer ganzheitlichen Behandlung eines Patienten gehören.

Abhängig von dem jeweiligen Patientenkontext nehmen Themen wie die Sinnhaftigkeit von Therapie und Behandlung an Wichtigkeit zu. Auch Auseinandersetzungen mit Angehörigen oder psychiatrischen Patienten sind auf der Station keine Seltenheit und führen zeitweise zu Diskussionspotenzial innerhalb des multiprofessionellen Teams (im weiteren Verlauf auch MT genannt). Vor allem entscheidungs- und urteilsunfähige bzw. eingeschränkte Patienten benötigen ein höheres Augenmerk, um in ihrem Sinne unter anderem ethisch zu handeln und ihre Autonomie zu wahren (vgl. Albisser Schleger, Meyer- Zender, Reiter-Theil 2012, S.86). Ebenso augenscheinlich kleine ethische Dilemmata sollten die Aufmerksamkeit des MT erhalten und nicht verschwiegen werden.

Im Zuge dessen habe ich mich in der Klinik informiert, welche Möglichkeiten bestehen spezielle Patientenfälle, die ethisches Handeln benötigen, zu besprechen.

Das TWW besitzt eine Ethikkommission (im weiteren Verlauf auch EK genannt), die ethische Fallbesprechungen (im weiteren Verlauf auch EFB genannt) in separaten Sitzungen durchführt oder diese auf der jeweiligen Station organisiert und ausführt. Letzteres ist bislang auf der Neurologie

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

---

nicht implementiert worden. Mögliche ethische Fragen werden vorzugsweise in den verschiedenen vorhandenen Teambesprechungen thematisiert. Allerdings sehe ich diese nicht als Ort, um ethische Dilemmata adäquat zu analysieren.

---

## 1.2. Zielsetzung und Forschungsfrage

In der Neurologie arbeiten wir mit Patienten zusammen, die verschiedene chronische Krankheitsbilder und somatische sowie psychiatrische Begleiterkrankungen mitbringen, die sich in ihrer Intensität stark unterscheiden. Zusätzlich ist für unsere Station ein Palliativzimmer in Planung. Gerade dann sollte das MT über die Möglichkeit EFB auf der Station durchzuführen sensibilisiert werden. Die Teammitglieder sollten die Chance erhalten sich mit dem Ablauf von EFB vertraut zu machen und mögliche Handlungsoptionen für ethische Probleme zu erfassen. Durch dieses neu erlangte Wissen, ethische Fallbesprechungen auf der Station durchzuführen, würde sich das MT dieser Herausforderung stellen und behält die Verantwortung bei problembehafteten Fällen im Team.

Primär ist es jedoch wichtig, dass das MT ethische Fallbesprechungen durchführen *möchte* und auch die *Wichtigkeit* von EFB erkennt und zudem diese Form von Fallbesprechung *akzeptiert*.

Aus diesen Vorinformationen und Gesprächen leite ich meine Forschungsfrage ab: *„Besteht der Bedarf ethische Fallbesprechungen auf der neurologischen Station im Theodor-Wenzel-Werk anzuwenden, sodass eine Implementierung erfolgreich wäre?“*

Mein Fernziel ist es ein bereits bestehendes Konzept, welches die EK unseres Hauses entwickelte, auf der neurologischen Station stärker bekannt zu machen und das MT zu sensibilisieren, die Möglichkeit EFB auf der neurologischen Station durchzuführen, anzunehmen sowie anzuwenden. Die vorliegende Bachelorthesis soll für diesen Prozess als Grundlage dienen, indem sie zeigt wie ethische Fallbesprechungen auf der neurologischen Station etabliert werden könnten. Es soll jedoch auch die Auffassung der Mitarbeiter in Form einer Befragung berücksichtigt werden.

---

### 1.3. Vorgehensweise der Arbeit

Das erste Kapitel dient zur Einführung in die Thematik. Zu Beginn wird Stellung zur vorliegenden Problematik genommen und das Ziel der Arbeit beschrieben. Des Weiteren werden das Vorgehen der Literaturrecherche sowie die Ergebnisse dieser erläutert. Das darauffolgende Kapitel beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen von Ethik, die zur Verständlichkeit der Arbeit verfasst wurden. Primär werden ethische Begriffe definiert und die ethischen Prinzipien im Gesundheitswesen erörtert. Ein weiteres Teilkapitel beschäftigt sich mit der ethischen Situation im Krankenhaus sowie der Beschreibung der in der Bachelorthesis aufgegriffenen *Nimwegener Methode* (im weiteren Verlauf auch NW genannt) (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.256), welche in Form eines Prototypens zusätzlich zur Visualisierung vorhanden ist (siehe Anhang). Des Weiteren wird die EK im Allgemeinen mit einem klinischen Ethikkomitee (im weiteren Verlauf auch KEK genannt) verglichen sowie am Beispiel des TWW beschrieben. Im darauffolgenden Teilabschnitt wurden allgemeine Aspekte beschrieben, die bei einer Implementierung beachtet werden sollten. Im letzten theoretischen Kapitel wird das MT des Theodor- Wenzel-Werks vorgestellt.

Es folgt der praktische Teil der Arbeit mit empirischer Datenanalyse, um den Bedarf an EFB, von Seiten des MT, zu erfassen. Zuerst werden der Fragebogen sowie das Vorgehen der empirischen Datenanalyse beschrieben. Es folgt die Auswertung und Diskussion der Ergebnisse. In Folge dessen wird eine grundlegende Planung der zu implementierenden Innovation für die neurologische Abteilung dargestellt.

Zum Abschluss erfolgen eine Schlussfolgerung und eine möglicher Implikation für die Praxis. Am Ende ist eine Zusammenfassung der Bachelorthesis zu finden.

---

#### 1.4. Vorgehen bei der Literaturrecherche

Um primär eine Übersicht über die momentane Forschungslage sowie weitere Informationen zu und über EFB zu erhalten, wurde über verschiedene Suchmaschinen (z.B. Google) Suchbegriffe, wie z.B. „Einführung ethische Fallbesprechung“, „Implementierung ethische Fallbesprechung“, „Bedarf an ethischen Fallbesprechungen“, „Studien zu ethischen Fallbesprechungen“, eingegeben. Danach erfolgte die Recherche über zwei Datenbanken (Cochrane Library und Pubmed), um mögliche nationale sowie internationale Studien o.Ä. zu finden, die zu der gestellten Forschungsfrage und Thematik passten.

Zu den Begrifflichkeiten wurden weitere Artikel und Bücher über die Bibliothek der Charité und der Evangelischen Hochschule gefunden.

---

## 1.5. Ergebnisse der Literaturrecherche

Die eingegeben Suchbegriffe (siehe Kapitel 1.4) in der Suchmaschine „Google“ erbrachten zwar Informationen und gaben einen Überblick über die nationale (teilweise auch internationale) Situation, jedoch existieren wenige wissenschaftlich fundierte Artikel bzw. Studien, die direkt zur vorliegenden Thematik passen.

Unter anderem wurde das Projekt METAP ins Leben gerufen, um ethische Leitlinien zu entwickeln, welche darauffolgend in die Praxis implementiert werden können, damit ethisches Handeln effektiv durchgeführt werden kann (vgl. Albisser Schleger et al. 2012, S.4-5).

Des Weiteren sind fast ausschließlich Artikel und Literaturverweise von und auf Anette Riedel, Sonja Lehmeier und Astrid Elsbernd zu finden. Ihre Literatur betont auch die wenigen Forschungserkenntnisse im Bereich der ethischen Fallbesprechungen. Im Rahmen eines Projektes entstand die Idee ein Buch zu verfassen, welches eine Konzeptentwicklung und Implementierung unterstützen sollte (vgl. Riedel, Lehmeier, Elsbernd 2011, S.7).

Besonders die NM von Norbert Steinkamp und Bert Gordijn tauchte immer wieder in der Recherche auf. Die Literatur der beiden amerikanischen Ethiker wird, in der vorliegenden Arbeit, als Grundlage für die Auseinandersetzung mit Ethik und EFB im Gesundheitswesen genutzt. Die Literatur von Steinkamp und Gordijn dient in der Ethikkommission des TWW ebenfalls als Grundlage. Stichworte wie z.B. „Ethic“, „discussion“, „interdisciplinary“ und „hospital“ wurden in der Cochrane Library in Kombination oder alleinstehend eingegeben. Es wurden keine themenrelevante Ergebnisse erzielt.

Daraufhin wurde die weitere Datenbankrecherche auf Pubmed beschränkt. Suchbegriffe wie z.B. "Ethics, Nursing"[Mesh], "patient"[All Fields], "discussion"[All Fields], "clinical"[All Fields], "Ethics Committees, Clinical/ethics"[Mesh] , "Ethics Committees, Clinical/standards"[Mesh] " erzielten ausschließlich Ergebnisse, die kaum zur gestellten Forschungsfrage passten und sich zusätzlich in ihrer Schwerpunktsetzung unterschieden.

Eine Studie aus den Niederlanden befasste sich mit der Einführung von EFB auf einer neonatologischen Intensivstation (vgl. Boer, Blijderveen, Dijk, Duivenvoorden, Williams 2012, S.596-601). Mittels eines Fragebogens wurde erhoben, wie sich das MT vor und nach der Einführung fühlt. In der Auswertung wurde beschrieben, dass sich das Team mit ethischen Fallbesprechungen sicherer fühlen würde und sie EFB als positiv empfinden.

Es wurde die Studie gefunden, die während des Projekts METAP durchgeführt wurde. Thematisch handelt diese von der Implementierung von EFB auf einer Intensivstation (vgl. Albisser Schleger,

---

Barandun Schäfer, Meyer-Zehnder, Pargger, Reither-Theil 2014, S.477-487). Mittels eines Fragebogens wurde der Nutzen des Modells erfasst. Die Befragten schätzten das Modell als nützlich ein. Jegliche Kombinationen und Verknüpfungen der bisherigen genannten Suchbegriffe mit „Neurologie“, ob in deutscher oder englischer Sprache, brachten keine Ergebnisse. Zusammenfassend wurde deutlich, dass über die Implementierung von EFB sowie zur Bedarfserfassung wenig wissenschaftliche Erkenntnisse vorhanden sind, jedoch ausreichend Literatur in differenzierter Form über die Thematik Ethik im klinischen Kontext.

---

## 2. Theoretische Grundlagen



---

## 2.1 Einführung in ethische Grundlagen

Im vorliegenden Kapitel werden grundlegende ethische Begriffe beschrieben, um ein besseres Verstehen der Thematik zu ermöglichen.

---

### 2.1.1 Ethik und Moral

Der Begriff Ethik stammt aus dem Griechischen und meint das Nachdenken über Handlungen und Sitten. Die Ethik ist eine wissenschaftliche Disziplin, die sich mit der Reflexion sittlicher Phänomene und damit der Frage nach dem Sollen beschäftigt. Ihr Gegenstand ist die rechte Normierung menschlichen Handelns, also immer schon die Praxis (Kostka, Riedl 2009, S.15).

Ist die Rede von *Moral* oder moralischer Erfahrung sind persönliche Werteinstellungen gemeint, welche *Werte, Normen und Tugenden* miteinschließen (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010 S.54). Im Gegenzug reflektiert die *Ethik* die theoretischen Werteinstellungen, bezogen auf die gesamte Gesellschaft. Demzufolge setzt sich *Ethik* mit dem menschlichen Handeln auseinander. Im Alltag werden die Begriffe *Ethik* und *Moral* häufig synonym verwendet und nicht voneinander abgegrenzt, obwohl sie nicht das Gleiche bedeuten, sich jedoch gegenseitig bedingen (vgl. Kostka, Riedl 2009, S.15).

Häufig entsteht im klinischen Setting ein Zwiespalt zwischen ethischer Ebene und moralischer individueller Einstellung. Steinkamp und Gordijn (2010, S.37-38; 41-43) betonen, dass die *Ethik* keine abstrakte Wissenschaft und Sammlung von Vorschriften ist, sondern eher die Reflexion einer menschlichen Reaktion in Bezug auf dessen Motive, Ziele und Folgen. Jedes Individuum besitzt eigene Vorstellungen von *Moral*, aufgrund seiner unterschiedlicher Lebenserfahrung oder Erziehung. Daher ist es keine Seltenheit, dass in klinischen Krisensituationen innerhalb der Berufsgruppen unterschiedliche moralische Auffassungen bestehen, und in diversen Krisensituationen die Teammitglieder differenziert handeln würden. Hierdurch könnte ein Handlungskonflikt entstehen (vgl. Marckmann, Mayer 2009, S.1).

---

### 2.1.2 Werte, Normen und Tugenden

Mittels der drei Begriffe *Werte*, *Normen* und *Tugenden* werden verschiedene Perspektiven menschlichen Handelns beschrieben, jedoch zum Teil aus unterschiedlichen historischen Hintergründen (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.54-55).

*Werte* werden als „erstrebenswert“ oder „schützenswert“ angesehen, wie z.B. die eigene Gesundheit oder die Existenzsicherung. Die Gewichtung der *Werte* ist abhängig von dem individuellen Menschen, aber auch von Ort und Zeit. Beispielsweise existieren in stark kulturell oder religiös geprägten Gebieten andere Prämissen in Bezug auf erstrebenswerte *Werte* als im europäischen Raum. Auch in früheren Epochen bestand eine differenzierte Wertung der moralischen Aspekte (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.55).

Es kommt vor, dass Menschen nicht nach ihrer persönlichen Wertansicht handeln. Es haben sich sogenannte *Normen* herausgebildet, die als Handlungsweisen dienen sollen. *Normen* existieren in den verschiedensten Geltungsbereichen, welche dem Zweck dienen etwas vorzuschreiben, wie z.B. Empfehlungen, wie man sich in gewissen Situationen verhalten sollte bis hin zu konkreten Vorschriften, welche gesetzlich verankert sein können. Moralisches Handeln wird reflektiert sowie begründet, mit dem Versuch daraus ethisches Handeln zu verwirklichen (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.55-57).

Nicht außer Acht zu lassen sind die individuellen Charakterzüge, die für die Herausbildung von Grundhaltungen verantwortlich sind. Diese werden im ethischen Bereich als *Tugenden* bezeichnet. Sie sind erstrebenswert, um glücklich zu werden und als guter Mensch zu gelten. Ziel sei es bestimmte *Tugenden* zu entwickeln, welche eine bestimmte Handlungsrichtung vorgeben (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.61).

Steinkamp und Gordijn (2010, S.63) gehen im Gesundheitswesen von einer Wechselwirkung zwischen *Werten*, *Normen* und *Tugenden* aus. Vorgegebene *Normen* werden mittels Erfahrungen kritisch reflektiert, weiterentwickelt und evtl. neu ausgerichtet.

---

### 2.1.3 Ethische Fragen

Ethische Fragen können in jeder Berufsgruppe gestellt werden und zeigen eine gewisse Unsicherheit, wie in einer bestimmten Situation menschlich gehandelt werden sollte (vgl. Kostka, Riedl 2009, S.9). Wichtig ist, dass diese auch als „moralische Dilemmasituationen“ erkannt werden (vgl. Riedel et al. 2011 S.100). Eine ethische Frage kann zu einem moralischen Problem werden, wenn z.B. retrospektiv darüber nachgedacht wird, ob die getroffene Entscheidung moralisch richtig war. Ethische Fragen können aber auch zukunftsgerichtet gestellt werden, wenn z.B. noch die bestmögliche Handlungsoption gesucht wird. Jeder Mensch stellt sich auf verschiedene Art und Weise ethische Fragen, die im Alltag oft mit dem Gewissen in Verbindung gebracht werden (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.35).

---

## 2.1.4 Einblicke in die ethischen Prinzipien im Gesundheitswesen

Überwiegend wird sich auf die medizinethischen Prinzipien bezogen, die ihren Ursprung den Ethikern Beauchamp und Childress verdanken. „These principles should function as general guidelines for the formulation of the more specific rules“ (Beauchamp, Childress 2009, S.12). In der vorliegenden Arbeit werden diese ethischen Prinzipien beschrieben, jedoch mit dem Verweis, dass sich diese in einigen Literatur- und Quellenangaben auf mehrere Berufsgruppen im Gesundheitswesen beziehen können und nicht ausschließlich auf den medizinischen Bereich zugeschnitten sind. Schon die ersten klinischen Ethikkomitees bezogen sich auf das Ende der siebziger Jahre entwickelte Modell der „prinzipiengeleiteten Entscheidungsfindung“ nach Beauchamp und Childress (vgl. Bobbert et al. 2012, S.34).

„Es handelt sich bei diesen um allgemeine Grundnormen, die für den Bereich des Handelns im Gesundheitswesens sowohl aus sachlich-inhaltlichen als auch aus historischen Gründen für wichtig erachtet werden“ (Steinkamp, Gordijn 2010, S.66).

Das Modell besteht aus vier medizinethischen Prinzipien: *Autonomie*, *Nicht-Schaden*, *Wohltun* und *Gerechtigkeit* (vgl. Beauchamp, Childress 2009 S.99, 149, 197, 240). In der vorhandenen Literatur werden diese Prinzipien häufig kritisch betrachtet. Teilweise werden sie als einseitig und nicht ausreichend beschrieben deklariert, jedoch beinhalten sie im Allgemeinen akzeptierte moralische Aspekte (vgl. Bobbert et al. 2012, S.35). Alle vier Prinzipien sind gleichermaßen wichtig und werden nicht unterschiedlich gewichtet (vgl. Beauchamp, Childress 2009, S.149). In einer Einzelfallbetrachtung bei einer ethischen Frage können jedoch bestimmte Prinzipien eine höhere Relevanz als andere besitzen (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.66).

In weiterer Literatur sind modifizierte Modelle von Beauchamp und Childress vorzufinden. Manchen Ethikern, wie Annette Riedel et al. reichten die sogenannten „mittleren Prinzipien“ nicht aus. Sie schloss noch einige weitere Aspekte in die Betrachtung mit ein z.B.: Förderung von Wohlergehen und Wohlbefinden, Gerechtigkeit und Fairness, Aufrichtigkeit (vgl. Riedel, Lehmeier, Elsbernd 2011, S.84-86).

### 1. Prinzip der Autonomie

Jeder Mensch hat das Recht selbst zu bestimmen, was mit ihm geschieht und darf sein Handeln selbst bestimmen. Die Mitglieder eines MT im Krankenhaus sollten die *Autonomie* ihrer Patienten akzeptieren und unterstützen, auch wenn deren Entscheidung nicht ihre eigene moralische Auffassung widerspiegelt (vgl. Beauchamp, Childress 2009, S.103). Riedel et al. (2011 S. 84)

---

beschreibt fünf Kernelemente, die Beispiele der Autonomie von pflegebedürftigen Menschen aufzeigen und auf den pflegerischen Bereich bezogen wurden:

- Recht auf Ablehnung von (Pflege)Handlungen, auch wenn diese aus pflegerischer Sicht positiv für den Patienten wären
- Recht auf Information hinsichtlich jeglicher (pflegerischen) Maßnahmen
- Das Recht selbst zu bestimmen, was die eigene Lebensqualität steigern würde
- Das Recht „alternative Handlungsoptionen“ zu wählen, um das höchst mögliche an Lebensqualität zu erlangen
- Das Recht auf möglichst geringe Einschränkungen, die durch die organisatorische Struktur der Einrichtung bestehen können

In den siebziger Jahren entwickelte sich eine Stärkung der Patientenrechte. Moralische Probleme sollten nicht wie zuvor nur von dem Arzt als „Alleinentscheider“ getroffen werden, sondern auch mit den Patienten und weiteren Berufsgruppen, die in der Institution Krankenhaus tätig sind. Im Zuge der *Patientenautonomie* erhielt Anfang der neunziger Jahre die Patientenverfügung eine erhöhte Aufmerksamkeit, da mit diesem Dokument die Möglichkeit besteht seine persönlichen Werte, Auffassungen und Wünsche, in Bezug auf bestimmte medizinische Maßnahmen zu verschriftlichen (vgl. Steinkamp, Gordijn 2012, S.84-85).

## 2. Prinzip des Nichtschadens

Dieses Prinzip gehört zu einem der ältesten handlungsleitenden Prinzipien in der Medizin. Voraussetzung ist die Akzeptanz der Grundrechte. *Autonomie* und *Nichtschaden* stehen in einer engen Beziehung miteinander (vgl. Maio 2012, S.123). Im Allgemeinen sagt dieses Prinzip aus: „Above all [or first] do no harm“ (Beauchamp, Childress 2009, S.149). Gerade bei Patienten mit schwerwiegenden Krankheiten kann dieses Prinzip Fragen aufwerfen, inwiefern eine weitere Behandlung noch nützt oder dem Patienten eher Schaden zufügt (vgl. Rhabar 2010, Absatz 6). Dieses Prinzip wurde von Cornelia Knipping (2007, S.527-528) auf die Pflege bezogen und modifiziert. Folgende Punkte werden von ihr in Bezug auf das *Nichtschaden* beschrieben:

- Aktiv keinen Schaden zufügen
- Patienten keinem Risiko aussetzen Schaden zu erleiden
- Interventionen, die sich als nutzlos erwiesen haben nicht weiter durchzuführen

## 3. Prinzip des Wohltuns

Dieses Prinzip wird auch häufig Prinzip der *Fürsorge* genannt. Das Wohl des Patienten soll gefördert werden und einen Nutzen mit sich ziehen. Jedoch gibt es einen Unterschied:

Wird das Wohl durch eine Zweitperson wahrgenommen, da der Patient seinen Willen nicht mehr äußern kann oder wird versucht mit dem Wissen aller Wertvorstellungen des Patienten in seinem

---

Sinne zu handeln (vgl. Knipping 2007, S.527). Das Prinzip gerät häufig in einen Konflikt mit dem Prinzip der *Autonomiewahrung* (vgl. Beauchamp, Childress 2009, S.197).

#### 4. Prinzip der Gerechtigkeit

„Gleiche Fälle müssen gleich behandelt werden“ (Rhabar 2010, Absatz 7). Patienten mit der gleichen Krankheit müssen in jeglicher Hinsicht die gleiche Behandlung erhalten, das heißt kein Patient darf bei diversen Untersuchungen oder Therapien bevorzugt werden (vgl. Beauchamp, Childress 2009, S.241). Heutzutage spielt z.B. die Verteilung von Spenderorganen eine zentrale Relevanz. Es bestehen diverse Richtlinien, um eine gerechte Verteilung zu gewährleisten (vgl. Rhabar 2010, Absatz 7).

---

## 2.2 Ethisches Handeln im Krankenhaus

Die Institution Krankenhaus beschäftigt sich in verschiedener Art und Weise mit ethischen Herausforderungen. Die Mitarbeiter sind meist die ersten Personen, die ein (ethisches) Problem feststellen. Anschließend besteht die Möglichkeit, sich bei Unklarheiten, an die Leitungsebene sowie, wenn vorhanden, an ein KEK oder an die EK zu wenden (vgl. Koska, Riedl 2009, S. 9). Rahmenbedingungen, wie z.B. das Leitbild der Institution dienen dazu eine gewisse Haltung des Krankenhauses widerzuspiegeln und interne Normen zu präsentieren. Es ist wichtig, die Mitarbeiter der Krankenhäuser über ethisches Handeln zu informieren und einen professionellen Umgang bei ethischen Problemen zu fördern (vgl. Marckmann 2005 S.96).

Es existieren zwei Organisationsformen der Ethik im Gesundheitswesen. Zum einen handelt es sich um das *Top-down-Modell*, welches von der obersten Leitungsebene ausgeht (vgl. Riedel et al. 2011, S.68). Diese entwickelt z.B. allgemeine Normen in Form von Leitbildern, Richtlinien sowie Standards zur Identitätsentwicklung des Krankenhauses. Die Dokumente sollen dem Personal als „Wegweiser“ in der täglichen Praxis dienen und mögliche problematische Situationen vermeiden. Es wird erkenntlich, dass dieses Modell eine hierarchische Struktur voraussetzt. Bestehen trotzdem ethische Fragestellungen folgt der *deduktive Argumentationsansatz*, der eine Ableitung von generellen Grundsätzen zu Konkretisierungen für den Einzelfall beinhaltet (vgl. Steinkamp und Gordijn 2010, S.133). Mittels des *Top-down-Modells* wird ein sogenannter „Sickereffekt“ beschrieben. Dies bedeutet beschlossene Richtlinien und Ähnliches „sickern“ bis in die Mikroebene, d.h. in die verschiedenen Abteilungen der Institution. Der „Sickereffekt“ wird als Informationsweiterleitung jedoch aufgrund der hierarchischen Struktur von Steinkamp und Gordijn als kritisch erachtet (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.137-138).

Das *Bottom-up-Modell* beinhaltet die individuelle Arzt- Patienten- Beziehung sowie weitere mit der Situation verbundene Beziehungen mit Berufsgruppen, die im Krankenhaus tätig sind (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.139; vgl. Riedel et al. 2011 S.69).

„Falllösungen geschehen über den Vergleich mit ähnlichen, bereits gelösten Fallkonstellationen“ (Knoepffler 2010, S.52, zitiert nach Riedel et al. 2011, S.69). Diese fallbezogene und auch auf Erfahrungen basierte Methode nennt sich *Kasuistik* (vgl. Steinkamp und Gordijn 2010, S.141).

Als negativ beschrieben Steinkamp und Gordijn (2010, S.143) die häufig einseitige Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten, welche das restliche interdisziplinäre Team außer Acht lassen. Auch die Vernachlässigung der Organisationsebene wird als kritisch angesehen. Mittels



---

Organisationsstrukturen wie KEK sowie EK und der Durchführung von ethischen Fallbesprechungen auf der Stationsebene wird versucht, auf beiden Ebenen zu interagieren und diese zusammenzuführen (vgl. Riedel et al. 2011 S.71).

---

### 2.2.1 Zunahme von ethischen Problemen

Die Aufgabe ältere und kranke Menschen zu versorgen wird immer komplexer. Die Inzidenz von multimorbiden Krankheiten steigt und auch das Behandeln von chronischen und damit verbundene lange Krankheitsverläufe sind keine Seltenheit mehr (vgl. Marckmann 2005, S.91). Die fortschreitende Modernisierung von technischen Mitteln, immer wieder aktualisierte Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten sowie juristische und ethische Rahmenbedingungen bedingen immense Ansprüche an multiprofessionelle Teams (vgl. Marckmann 2005, S.93-94). Mittlerweile existieren unterschiedliche Varianten, um sich mit ethischen Problemen auseinanderzusetzen. Die USA und einige westeuropäische Länder gelten als Vorreiter, wenn es um die Entwicklung von Organisationsstrukturen in Bezug auf ethische Probleme geht (vgl. Steinkamp und Gordijn 2010, S.73).

---

## 2.2.2 Ethische Fallbesprechungen im Krankenhaus am Beispiel der Nimwegener Methode

Bei bestehenden ethischen Konflikten und Herausforderungen besitzt jedes Teammitglied das Recht eine EFB einzufordern. Jedoch sollte vorher festgestellt werden, ob es sich wirklich um ein ethisches Problem handelt oder z.B. um einen Kommunikationskonflikt im Team (vgl. Koska, Riedl 2009, S.60).

1984 wurde an der Universitätsklinik Nimwegen ein klinisches Ethikkomitee gegründet, welches ethische Leitlinien entwickelte sowie die Ethikberatung als alleiniger Part in der Klinik ein- und durchführte. Jedoch wurde zeitig ersichtlich, dass diese Aufgabe auf Dauer zu komplex sei und die Idee EFB durchzuführen, unter Beteiligung von Mitarbeitern, die mitverantwortlich sind für Behandlung, Versorgung und Pflege, entstand (vgl. Bobbert et al. 2012, S.178). Um diese adäquat in der Institution durchführen zu können, beschreiben Steinkamp und Gordijn (2010, S.251) gewisse Voraussetzungen:

- Ethische Empfehlungen werden durch das KEK gegeben und EFB ermöglicht
- EFB werden direkt auf der Station innerhalb des Stationsteams durchgeführt, damit die Verantwortung im MT bleibt
- Die EFB wird durch einem einen neutralen Moderator geleitet, der mit den Umständen und der Situation in der Institution vertraut sowie geschult ist
- Die Diskussion wird nach einer Fallbesprechungsmethode geleitet und in der Regel in einem Protokoll schriftlich festgehalten, um einen Überblick des Gesagten zu verschaffen und möglichst keine Informationen zu vergessen

Ziel einer ethischen Fallbesprechung ist es, die klinische Situation des Patienten im Team zu analysieren sowie zu diskutieren, um so mögliche Handlungsoptionen zu erfassen und in die Behandlung miteinfließen zu lassen.

„In allen Situationen in denen es zu einer Fallbesprechung kommt, bleibt die ärztliche Verantwortung bestehen. Es ändert sich allerdings das Zustandekommen von Entscheidungen“ (Steinkamp, Gordijn 2010, S.252).

Mittlerweile existieren mehrere Modelle um ethische Fallbesprechungen durchzuführen. In dieser Arbeit wird sich ausschließlich mit der prospektiven Besprechung, der NM beschäftigt, da auch nur diese im TWW angewendet wird. Steinkamp und Gordijn entwickelten und vertreten die NM für ethische Fallbesprechungen. 2003 erschien deren erste Publikation, die immer wieder weiterentwickelt und aktualisiert wird (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.9).

„Sie wurde vor allem für die Fallbesprechung im multidisziplinären Team entwickelt, mit dem Ziel,

---

diese zu strukturieren“ (Bobbert et al. 2012, S.179).

Die NM wurde vor allem für den klinischen Bereich sowie für Pflegeheime abgestimmt. Sie besteht aus vier aufeinanderfolgenden Schritten (vgl. Riedel et al. 2011, S.75):

- 1. „Problem“, das ethische Problem wird formuliert
- 2. „Fakten“, medizinische, pflegerische, weltanschauliche, soziale, organisatorische Betrachtung
- 3. „Bewertung“ und Entwicklung von Argumenten unter Betrachtung von ethischen Normen
- 4. „Beschlussfassung“ mit Zusammenfassung und dementsprechende Entscheidung

---

### 2.2.2.1 Vorbereitung zur Durchführung der Nimwegener Methode

Zu Beginn der ethischen Fallbesprechung wäre eine komprimierte Wiedergabe des Falles hilfreich, um alle Beteiligten ein nochmaliges genaues Bild vor Augen zu führen und Informationslücken zu schließen (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.265). Generell ist in jedem Schritt eine rege Teilnahme wünschenswert, da viele Aspekte zu vielen Möglichkeiten führen können und die EFB davon profitieren würde.

---

### 2.2.2.2 Problem

Besteht Unsicherheit oder Uneinigkeit bei einer bestimmten Patientensituation und „richtiges“ Handeln wird zum Konflikt, kristallisiert sich ein ethisches Problem heraus. Zu Beginn wird das ethische Problem so konkret wie möglich benannt. Häufig entsteht zwischen den Beteiligten ein Konflikt, da von verschiedenen Fragestellungen ausgegangen wird und jeder Mensch individuell etwas anderes als das Hauptproblem empfinden kann. Bevor eine EFB durchgeführt wird, sollte abgeklärt werden, ob es sich wirklich um ein ethisches Problem und nicht z.B. um ein medizinische Problematik oder eine Kommunikationsstörung handelt (vgl. Kostka, Riedel 2009, S.60). Außerdem ist es möglich, dass mehr als ein ethisches Problem ersichtlich wird. Dann ist es wichtig, dass bedeutendste und einflussreichste Problem herauszufiltern und dies zu diskutieren. Des Weiteren kann es eine Herausforderung darstellen ein ethisches Problem inhaltlich genauso zu formulieren, dass in einem zeitlichen abgesteckten Rahmen eine hilfreiche Handlungsoption gefunden wird (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.261).

---

### 2.2.2.3 Fakten

Im zweiten Schritt werden medizinische, pflegerische sowie weltanschauliche, soziale und organisatorische Fakten benannt, die zur intensiven Erörterung des Falles beitragen sollen. Damit wird gewährleistet, dass jeder Teilnehmer der EFB auf dem gleichen Wissenstand ist (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.267). Die Situation des Patienten wird aus den verschiedenen Perspektiven der Teilnehmer beschrieben, so wertfrei wie möglich, jedoch ist eine Interpretation der Fakten unabdingbar, da dies zeigt, was bestimmte Fakten für den Patienten und für die verschiedenen Berufsgruppen bedeuten könnte (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.269-270). Eine genaue Protokollierung der Fakten und Faktenanalyse verhilft den Überblick zu behalten und mögliche fehlende Informationen, die notwendig für die EFB wären, werden ersichtlich. Mögliche Leitfragen, um die wichtigsten Informationen zu erfassen haben Steinkamp und Gordijn in ihrer Literatur beschrieben (2010, S.256-258).

---

#### 2.2.2.4 Bewertung

Nach der Faktenanalyse mit, je nach Fallsituation, mehr oder weniger Interpretation der Teilnehmenden folgt nun die ethische Wertung. Normen und Werte, die für die Lösung des ethischen Problems von Wichtigkeit sein können, werden erfasst und festgehalten. In diesem Schritt wird in die Perspektive des Patienten gewechselt und versucht diese zu erfassen, ohne auf eigene Wertungen zurückzugreifen (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.271). Steinkamp und Gordijn (2010, S.271) beziehen sich erneut auf die vier Prinzipien von Beauchamp und Childress, die gewahrt werden sollen (Kapitel 2.1.4). Zwar können allgemeine Werte und Normen sowie die Prinzipien, die Beauchamp und Childress beschrieben haben die Diskussion voranbringen, jedoch sollten diese immer auf die individuelle Situation des Patienten zugeschnitten werden (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.270-271).



---

### 2.2.2.5 Beschlussfassung

Das zu Beginn der ethischen Fallbesprechung festgelegte ethische Problem wird wiederholt benannt, um dieses erneut in das Gedächtnis der Teilnehmenden zu rufen. Durch den Verlauf der EFB entsteht die Möglichkeit, dass ein weiterer Sachverhalt oder eine weitere Frage in den Vordergrund gerückt ist und das eigentliche, von den Teilnehmern benannte, ethische Problem in der EFB nun nebensächlich erscheint. Wenn dies der Fall ist, sollte die ethische Frage neu formuliert werden (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.274-275).

Es folgt die Zusammenfassung der erfassten Ergebnisse der EFB. Noch offen gebliebene Fragen werden ersichtlich und der Fakt, ob eine ethisch vertretbare Entscheidung gefällt werden kann. Es wird diskutiert, welche von den möglichen mehreren Handlungsoptionen „die Beste“ sei. Die möglichen Handlungsoptionen werden nochmals schriftlich fixiert und gemeinsam diskutiert (vgl. Steinkamp, Gordijn 2010, S.274-275). Eine übereinstimmende Lösung des ethischen Problems sollte angestrebt werden, ist aber nicht zwingend erforderlich.

## 2.3 Die Ethikkommission

Zur Veranschaulichung wurden Ethikkommission und Ethikkomitee mittels einer Tabelle gegenübergestellt, um die unterschiedliche Arbeitsweise zu verdeutlichen.

Daraufhin wurde die Ethikkommission des Theodor- Wenzel-Werks vorgestellt.

Tabelle 1: Vergleich Ethikkommission und klinisches Ethikkomitee

	<b>Ethikkommission (in Anlehnung an die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer)</b>	<b>Klinisches Ethikkomitee</b>
<b>Allgemeine Fakten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratung über medizinische Forschungsvorhaben an Menschen, Tieren sowie an Substanzen<sup>2</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratungsgremium im Krankenhaus oder Pflegeheim in Bezug auf ethische Fragen im Praxisalltag<sup>3</sup></li> </ul>
<b>Aufgabenbereich</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratung/ Beurteilung von Forschungsprojekten</li> <li>- Fragen, die sich auf die ärztliche Berufsausübung beziehen</li> <li>- Verfassen von Stellungnahmen und Richtlinien</li> <li>- Sitzungen in regelmäßigen Abständen sowie bei Bedarf<sup>4</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entwicklung ethischer Empfehlungen</li> <li>- Durchführung EFB</li> <li>- Schaffung der Voraussetzung für EFB</li> <li>- Förderung und Mitwirken von Aus-,Fort- und Weiterbildungen</li> <li>- Regelmäßige Tagungen und bei Bedarf<sup>5 6</sup></li> </ul>
<b>Vorkommen</b>	U.a. in: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Universitäten</li> <li>- Bundesärztekammern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankenhäuser</li> <li>- Pflegeheime u.Ä.<sup>7</sup></li> </ul>
<b>Mitglieder/-innen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Multidisziplinär, Mitglieder aus verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen</li> <li>- Bis zu 16 Mitglieder</li> <li>- Dreijährige Amtsperiode</li> <li>- Vorstand bereitet Sitzungen und Beschlüsse vor<sup>8</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- multidisziplinär</li> <li>- Hauptsächlich Mitarbeiter der Einrichtung (mindestens vier Jahre Mitgliedschaft)</li> <li>- Zwischen 10-15 Mitglieder</li> <li>- Vorsitzende(r) bereitet Sitzung vor und leitet diese</li> </ul>

<sup>2</sup> Birnbacher et al. 2013, Absatz 1

<sup>3</sup> Ginske 2011, betriebsinterne Dokumente

<sup>4</sup> Birnbacher et al. 2013, Absatz 1, 2

<sup>5</sup> Steinkamp, Gordijn 2010, S.171-173

---

Die Ethikkommission des Theodor-Wenzel-Werks wurde nach einer Empfehlung 2011 eingerichtet und besteht aktuell aus 11 Mitgliedern, von denen ein Mitglied nicht in einem Anstellungsverhältnis mit dem TWW steht. Der Geschäftsführer und gleichzeitig Jurist ist ein ständiges Mitglied. Die Amtszeit beträgt drei Jahre (vgl. Ginske 2011, betriebsinterne Dokumente, Theodor-Wenzel-Werk). Die EK dient als Beratungsgremium und steht bei ethischen Fragestellungen, von Seiten der Mitarbeiter, zur Verfügung (vgl. Ginske 2011, betriebsinterne Dokumente, Theodor-Wenzel-Werk). Bei Notwendigkeit kann mittels E-Mail oder telefonischen Kontakt die Vorsitzende sowie weitere Mitglieder der Ethikkommission, für eine EFB, kontaktiert werden. Die Vorsitzende der EK ist durch eine zusätzliche Ausbildung zur Moderatorin geschult EFB zu moderieren und strukturieren. Die multiprofessionell besetzte EK tagt vier Mal im Jahr, wo auch retrospektiv Bezug zu problembehafteten Fällen genommen werden kann (vgl. Ginske 2011, betriebsinterne Dokumente, Theodor-Wenzel-Werk). Im Allgemeinen ist es nicht klar ersichtlich, warum sich die Klinik sich für die Begrifflichkeit „Kommission“ entschieden hat, da bis auf die drei Jahre Amtszeit keine Parallelen festzustellen sind. Die EK des Theodor-Wenzel-Werks arbeitet wie ein klinisches Ethikkomitee.

---

6 Ginske 2011, betriebsinterne Dokumente

7 Steinkamp, Gordijn 2010, S.173

8 Birnbacher et al. 2013, Absatz 1, 4, 5

---

## 2.4 Allgemeine Fakten zur Implementierung einer Maßnahme

„Als Implementierungspraxis wird jede Form der >>Überführung<< einer Neuerung in die konkrete praktische Anwendung bezeichnet (Altschmied et al. 2016, S.34). Implementierung bedeutet im Allgemeinen die aktive Umsetzung von systematischen Prozessen. Innovationen werden in ein bestimmtes Setting unter Berücksichtigung der vorhandenen Rahmenbedingungen sowie Richtlinien integriert (vgl. Greenhalgh et al., 2005, Bucknall, Rycroft-Malone, 2010, zitiert nach Altschmied et al. 2016, S.25).

Zur Implementierung gehört auch die Adaption, die eine Anpassung der Neuerung in die Praxis beinhaltet. Darüber hinaus sollten für eine erfolgreiche Implementierung Voraussetzungen sowie mögliche Einflusskriterien identifiziert werden, auch wenn nicht jedes Detail geplant werden kann (vgl. Altschmied et al. 2016, S.25).

Altschmied et al. (2016, S.25) trennen die Begrifflichkeiten *Implementierung* bzw. *Implementierungspraxis* und *Implementierungsforschung* bzw. *Implementierungsprozess*. Die letzten beiden Begriffe beinhalten nicht nur den Aspekt etwas einzuführen, z.B. im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie, sondern auch eine Untersuchung spezieller Aspekte, wie eine Betrachtung von Bedingungen, die den Prozess der Implementierung fördern oder hemmen. Auch Fakten die zur Umsetzung einer Maßnahme, Konzepts oder Ähnliches gehören, können im Rahmen der *Implementierungsforschung* untersucht werden (vgl. Altschmied et al. 2016, S.25-26).

Es existieren drei Arten eine Neuerung einzuführen:

Zum einen die *Diffusion*, welches eine passive Ausbreitung der Neuerung beinhaltet. Dies bedeutet es wurde nichts geplant sowie kontrolliert. Die *Dissemination* beinhaltet ein geplantes Vorgehen mit festgelegten Strategien, um über die Innovation zu informieren z.B. in Form von Plakaten (vgl. Greenhalgh et al. 2005, Bucknall, Rycroft-Malone 2010, zitiert nach Altschmied et al. 2016, S.34). Die *Implementierung* wird als umfassendste sowie aktivste Form dargestellt. Förderliche und hemmende Faktoren werden genau erfasst sowie erfolgversprechende Strategien mit den verschiedensten Techniken durchgeführt, um eine gelingende Integration der Neuerung zu ermöglichen (vgl. Greenhalgh et al., 2005, Bucknall, Rycroft-Malone, 2010, zitiert nach Altschmied et al. 2016, S.34-35). In Anlehnung an das *IOWA-Modell*, wird der Ablauf eines *Implementierungsprozesses* schematisch sowie grundlegend beschrieben (Abbildung 1).

Das *IOWA-Modell* wurde an der Universität in Iowa entwickelt, um Evidenz basierte Forschungsergebnisse erfolgreich in die Praxis zu implementieren und als Art Leitfaden sowie zur Veranschaulichung des Prozesses zu dienen (vgl. Altschmied et al. 2016, S.54). Das Flussmodell

beinhaltet die methodischen Schritte von Evidence-based Practice (vgl. Titler et al. 2008, zitiert aus Altschmied et al., 2016, S.54) und wird auf der folgenden Seite anhand der Abbildung beschrieben

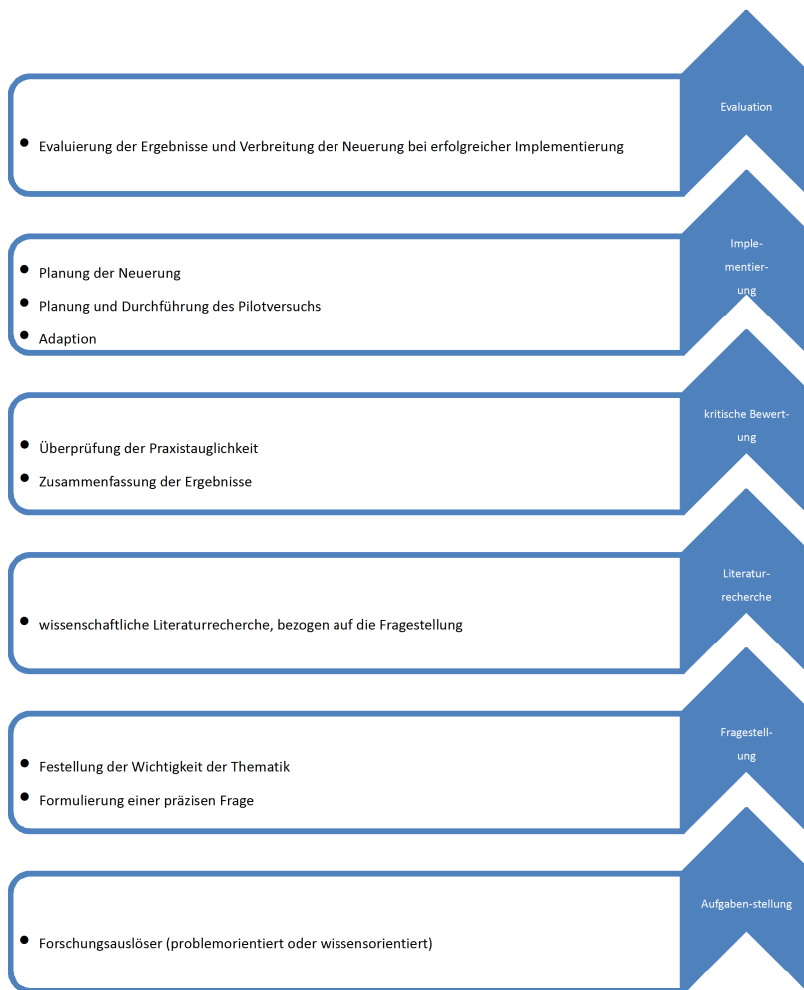


Abbildung 1: vereinfachte Darstellung des IOWA-Modells

- 
1. *Aufgabenstellung*: Im ersten Schritt werden problem- oder wissensorientierte Auslöser einer Forschungsarbeit festgelegt, die zur Steigerung der Effizienz und Effektivität führen sollen (vgl. Altschmied et al. 2016, S.54).
  2. *Fragestellung*: Bevor an eine Implementierung gedacht wird, sollte über die Wichtigkeit der Innovation diskutiert werden sowie festgestellt werden, wie hoch die Priorität ist. Das Problem wird möglichst genau durch eine Frage formuliert sowie das gewünschte Ziel benannt (vgl. Behrens, Langer 2004 S.43; vgl. Altschmied et al. 2016, S.54).
  3. *Literaturrecherche*: Durch eine detaillierte Literaturrecherche können bislang relevante Forschungsergebnisse und Literatur gefunden werden, die die Einführung einer Neuerung erleichtern kann. Nationale und internationale Datenbanken, Journale, die wissenschaftliche Artikel beinhalten sowie Bücher und geprüfte Inhalte von Websites helfen einen Überblick des momentanen Ist-Zustandes zu erhalten. Wichtig ist sich mit der genutzten Methodik auszukennen und einen sicheren Umgang zu haben, um zielgerichtet recherchieren zu können. Es sollte versucht werden durch ein klar definiertes Problem sowie daraus resultierende Fragestellung eine präzise Suchstrategie zu erreichen, damit der Rahmen nicht überschritten wird. Altschmied et al. (2016, S.54) verweisen auf die Bildung von Gruppen, um die Literaturrecherche sowie die generelle Umsetzung der Neuerung besser zu strukturieren. Vorteilhaft wäre es, wenn die Gruppen themenspezifisch zusammenpassen und sich somit gegenseitig ergänzen können. Es wäre von Vorteil, wenn im Team jemand vorhanden ist, der sich mit der Recherchearbeit auskennt und den anderen Teammitgliedern bei diesem Prozess als Ansprechpartner zur Verfügung steht.
  4. *Kritische Bewertung*: die gefundene Literatur wird zusammengefasst und im Hinblick auf Aussagekraft, Anwendbarkeit und Glaubwürdigkeit beurteilt (vgl. Behrens, Langer 2004, S.43). Dafür sind Grundkenntnisse in der Statistik sowie in der angewandten Forschung unabdingbar, um festzustellen, wie geeignet die Literatur für die Implementierung ist (vgl. Behrens, Langer 2004, S.155).
  5. *Implementierung und Adaption*: Um die Innovation nicht von vorne rein im kompletten Unternehmen zu implementieren, ist es möglich in einem bestimmten Rahmen eine sogenannte Pilotstudie durchzuführen, mit dazugehöriger Ergebnisanalyse und möglichen Anpassungen. Dafür werden vorher festgelegte Ziele formuliert (auch Outcomes genannt) sowie der gesamte Prozess des Pilotprojektes protokolliert. Würde sich bereits bei der Evaluation des Pilotprojektes herauskristallisieren, dass die gewünschten Ziele durch die einzuführende Innovation nicht erreicht wurden, wäre eine komplette Umsetzung der

---

Neuerung nicht sinnvoll. Fällt die Pilotstudie positiv aus, steht einer kompletten Implementierung nichts mehr im Weg und die Integration sowie die Anwendung der Neuerung kann erfolgen (vgl. Altschmied et al. 2016, S.54).

6. *Evaluation*: Auch wenn eine Neuerung erfolgreich implementiert wurde ist eine regelmäßige Evaluierung unabdingbar. Es besteht immer die Möglichkeit, dass z.B. die Struktur oder Ähnliches der Neuerung verändert werden müssen, um Verbesserungen für den Patienten oder die Mitarbeiter zu ermöglichen. Auch finanzielle Auswirkungen müssen kontrolliert werden. Möglicherweise werden durch regelmäßige Evaluationsarbeit neue Forschungsimpulse ausgelöst und ein neuer Implementierungsprozess beginnt (vgl. Altschmied et al. 2016, S.54-55).

---

### 2.4.1 Voraussetzungen für eine Implementierung einer Innovation

Damit eine Implementierung erfolgreich wird, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt werden. Unabdingbar sind eine Feststellung der nötigen Ressourcen sowie eine Beachtung der durch die Leitungsebene erhobenen Rahmenbedingungen. Ohne die Zustimmung und Unterstützung der Leitungsebene ist eine Implementierung schwer realisierbar (vgl. Riedel 2011, S.30). Maßnahmen, die z.B. die Interdisziplinarität eines Teams betreffen, wenn interne Fortbildungen über die Implementierung erfolgen sollten oder ob Ressourcen, wie Materialbeschaffung und finanzielle Mittel benötigt werden, sind Informationen, die die Leitungsebene erhalten muss.

Des Weiteren sollte für eine erfolgreiche Implementierung ein Verantwortliche oder eine Gruppe festgelegt werden, der für die Umsetzung der Neuerung zuständig ist und auch als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Auch sollte festgestellt werden, ob das Personal eine interne Schulung/ Fortbildung sowie Informationsmaterial benötigt, um die Neuerung adäquat zu etablieren (vgl. Riedel 2011, S.33). Eine weitere Voraussetzung stellt die Akzeptanz der Mitarbeiter gegenüber der Neuerung da. Besteht keine Motivation und Offenheit von Seiten der Mitarbeiter, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine erfolgreiche Implementierung nicht zu Stande kommt. (vgl. Riedel 2011, S.117).



---

## 2.4.2 Einflussfaktoren bei einer Implementierung

Der Ablauf einer Implementierung einer Innovation ist nur in gewissem Maße plan- und steuerbar. Auch bei anderen Vorhaben, wie z.B. Projekte oder ähnliches können Einflussfaktoren eine Implementierung oder im Rahmen der Implementierungsforschung den Prozess beeinflussen und diesen hemmen oder fördern (Greenhalgh et al., 2005, Damschroder et al., 2009, zitiert aus Altschmied et al 2016, S.150). Damschroder et al. (2009) beschreibt Aspekte der sozialen Interaktion sowie strukturelle Faktoren der Organisation bzw. der Institution. Diese werden als unabhängige Variablen beschrieben. Abhängige Variablen sind gekennzeichnet durch die Art und Weise, wie der Vorgang der Implementierung umgesetzt wird (vgl. Altschmied et al. 2016, S.150). Um einen Überblick über die verschiedenen möglichen Einflusskriterien zu geben wurde das von Altschmied et al. (2009, S.151-162) aufgegriffene *Consolidated Framework for Implementation Research* (im weiteren Verlauf auch CFIR genannt), entwickelt von Damschroder et al. (2009), zur zusammenfassenden Verdeutlichung genutzt. Dieses Modell wurde von Altschmied et al. (2016, S.151) ins Deutsche übersetzt und in den Kontext von Pflege und Gerontologie bezogen.

Im CFIR-Modell werden Einflussfaktoren in fünf Kategorien gegliedert (vgl. Damschroder et al., 2009, zitiert aus Altschmied et al. 2016, S.151):

1. *Involvierte Individuen*: Konkrete Angaben welche dies sind wurden nicht beschrieben. Altschmied et al. (2009, S.151) bezeichnet damit im Rahmen der Pflege und Gerontologie Personen, die für den Implementierungsprozess eine Relevanz darstellen und diesen begleiten bzw. mit der Neuerung in Kontakt kommen. Damit sind z.B. Patienten, Angehörige, Vertreter von Berufen, die in dem Umfeld arbeiten, sowie Wissenschaftler (wenn eine Implementierung vorangehend durch Studien entsteht) gemeint. Dieser Aspekt der Beeinflussung zielt auf die verschiedenen sozialen Interaktionsformen der Personen ab. Umso mehr Personen über die Neuerung Informationen erhalten und diese annehmen, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Innovation akzeptiert wird. Auch die Zufriedenheit und allgemeine Arbeitseinstellung beeinflusst den Etablierungsprozess. Unzufriedenheit und mangelndes Annehmen der Neuerungen könnte zum Misserfolg führen. Auch Faktoren, wie die individuelle Belastbarkeit, intellektuelle Fähigkeiten, Motivation, Werte und Leistungsfähigkeit werden unter anderem als einflussreiche Aspekte von Damschroder et al. (2009) benannt.

- 
2. *Interner Kontext:* Der zweite Punkt bezieht sich auf die räumlichen Strukturen in denen sich die *involvierten Individuen* bewegen und miteinander umgehen. Institutionen, informelle Settings (z.B. ein Verein) oder ein Stadtviertel werden als Beispiele herangezogen. Des Weiteren spielt die Anzahl der Personen, die in dem Setting handeln eine Rolle sowie z.B. die Stabilität eines Teams, ein hohes Gemeinschaftsgefühl und gute Beziehungen, welches den Implementierungserfolg ansteigen lässt. Auch „formelle versus informelle Kommunikationen und Netzwerke“ (Damschroder et al., 2009, zitiert aus Altschmied et al. 2016, S.155) sowie individuelle Stimmungen beeinflussen den Implementierungsprozess. Nicht außer Acht zu lassen ist die „Organisationskultur“ (Damschroder et al., 2009, zitiert aus Altschmied et al. 2016, S.155), die Normen, Werte sowie Grundeinstellungen der Institution widerspiegelt und welche im Implementierungsprozess beachtet werden müssen. Dies beinhaltet auch gestellte Ressourcen der Organisationsebene.
  3. *Externer Kontext:* Damschroder et al. (2009) bezieht sich damit auf externe Rahmenbedingungen, wie das bedürfnisorientierte Handeln für die Patienten und wie gut dieses durchgeführt wird. Mögliche Erschwernisse sollten entdeckt und behoben werden, um den Implementierungserfolg zu steigern. Außerdem wird ein positiver Effekt durch eine externe Vernetzung mit anderen Organisationen beschrieben. Dies beinhaltet, nach Damschroder et al. (2009) auch einen gewissen „Gruppendruck“, wenn externe Organisationen bereits *die* Neuerung erfolgreich implementiert haben. Auch Gesetze und Vorgaben durch Behörden dürfen bei dem Prozess der Implementierung nicht vernachlässigt werden. Evtl. bringen diese auch einen finanziellen Vorteil, z.B. in Form von einer staatlichen Förderung, mit sich.
  4. *Einzuführende Neuerung:* Damschroder et al. (2009) beschreibt vier Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit, dass eine Neuerung akzeptiert und umgesetzt wird:
    - *Relativer Nutzen:* Wird die Neuerung als Vorteil angesehen, im Gegensatz zur bisherigen Variante bzw. Maßnahme?
    - *Kompatibilität:* Wie hoch ist die Identifikation mit der Innovation in Bezug auf die eigenen gelebten Normen und Grundhaltungen?
    - *Komplexität:* Wie viele Informationen müssen um die Neuerung umzusetzen gegeben werden? Wie schwierig ist „das Neue“ zu erlernen und wie intensiv ist der Unterschied zur bisherigen Variante bzw. Maßnahme? Je komplexer eine Innovation ist, umso aufwendiger wird eine erfolgreiche Integration.
    - *Testbarkeit:* Von Vorteil ist zu Beginn die Innovation in einem kleinen Rahmen einzuführen, um sie zu testen und mögliche Veränderungen vor der „großen“ Implementierungsmaßnahme durchführen zu können. Auch ein Abbruch der Implementierung sollte noch möglich sein.

---

5. *Implementierungsprozess*: Im fünften Punkt bezieht sich Damschroder et al. (2009) auf den Ablauf des Implementierungsprozess, welcher in vier Punkten geteilt wird:

- *Planung*: Der Implementierungsprozess ist nicht 100% plan-sowie steuerbar, jedoch durch die Nutzung von Implementierungstheorien kann eine gezieltere Durchführung ermöglicht werden. Es sollte nicht zu detailliert geplant werden, sondern lieber in größeren Schritten (vgl. Plsek, Wilson 2001, zitiert aus Altschmied et al. 2016 S.161). Die Planung sollte unter anderem die Bedürfnisse der involvierten Akteure, passende Informationsmaßnahmen, angemessene Kommunikation, festgelegte Ziele sowie Evaluationsmethoden und Strategien enthalten, die eine Umsetzung vereinfachen (vgl. Damschroder et al., 2009, zitiert aus Altschmied et al. 2016, S.161). Auch durch mangelnde Vorbereitung kann eine Implementierung scheitern (vgl. Altschmied et al. 2016, S.188-189). Dies beinhaltet unter anderem eine realitätsnahe Kosten-Nutzen-Analyse sowie einen angemessener Zeitrahmen, um die Innovation adäquat implementieren zu können.
- *Motivation und Einbindung*: ausgewählte Personen sollten von der Innovation überzeugt sowie in den Planungsprozess miteingebunden werden. Diese Personen können z.B. Führungspersönlichkeiten sein, die auf die anderen Mitarbeiter Einfluss haben können. Dies könnte sich positiv auf das Annehmen der Neuerung auswirken. Auch können diese Personen Aufgaben im Implementierungsprozess erhalten, jedoch besteht ebenso die Möglichkeit externe Personen, wie Projektmanager zu involvieren, um den Implementierungsprozess zu fördern.
- *Planmäßige Durchführung*: eine planmäßige Durchführung, welche eine Umsetzung im vorgesehenen Zeitplan vorsieht sowie die zielgerichtete Einbeziehung von speziellen Personen und eine tiefe Verankerung der Neuerung führen zur Steigerung des Implementierungserfolg (vgl. Damschroder et al., 2009, zitiert aus Altschmied et al. 2016, S.161).
- *Reflexion und Evaluation*: eine generelle Überwachung und regelmäßige Reflexion sowie Kontrolle des Implementierungsprozesses ist von hoher Wichtigkeit, um ein Reagieren auf entstehende Probleme oder Ähnliches zu ermöglichen.

Rogers (2003) und Greenhalgh et al. (2006) beschreiben noch weitere einflussnehmende Faktoren, wie Auswirkungen sowie Herkunft der Neuerung, Qualität des Designs, Kosten, Adaptierbarkeit, auf die in dieser Bachelorthesis kein weiterer Schwerpunkt gelegt wird, da ausreichend Einflussfaktoren der einzuführenden Neuerung dargestellt und beschrieben wurden.

---

## 2.5 Das multiprofessionelle Team im Theodor-Wenzel-Werk

Ziel dieses Teilkapitels ist es, einen komprimierten Überblick über das multiprofessionelle Team des Theodor-Wenzel-Werks, welche in der Neurologie arbeiten, zu geben.

Das multiprofessionelle Team kommuniziert über verschiedene Wege miteinander.

Ärzte und der Pflegedienst tauschen sich durch eine „Morgenbesprechung“ montags bis freitags um 9.00 Uhr kurz über die maximal 42 Patienten der Station aus, um über die aktuelle Situation informiert zu sein. Dienstags und donnerstags werden sogenannte „multiprofessionelle Teambesprechungen“ durchgeführt, um den aktuellen Therapiestand zu besprechen sowie weitere Behandlungsziele zu setzen.

Das multiprofessionelle Team bevorzugt im Tagesgeschehen, bei kurzen Fragen oder Wunsch nach Informationen, meist den telefonischen Weg.

Viele therapeutische Behandlungen werden in separaten Räumen durchgeführt. Können Patienten aus Mobilitätsgründen nicht in die Therapieräume gehen oder gebracht werden, erfolgt die Behandlung im Patientenzimmer.

Der Sozialdienst wird bei möglichen Aufgaben ebenfalls telefonisch informiert. Gespräche werden überwiegend (auch mit Angehörigen) auf der Station durchgeführt.

Da das TWW eine kleinere Klinik ist, wird auf genaue Angaben, wie viele Personen in den jeweiligen Berufen arbeiten verzichtet, um die Anonymität zu wahren.

---

### 2.5.1 Pflege

Der Pflegedienst arbeitet im Dreischichtsystem sowie mit dem Pflegesystem der Bereichspflege. Das Team besteht aus examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern, examinierten Altenpflegern sowie examinierten Gesundheits- und Krankenpflegehelfern. Vor jedem Schichtwechsel erfolgt eine mündliche Übergabe, um den aktuellen Verlauf der Patienten oder akute Geschehnisse zu erläutern. Montags bis freitags gibt es eine separate examinierte Gesundheits- und Krankenpflegerin, die sich um die stationären Aufnahmen kümmert und für die Anamnese und die Erstellung des Pflegeplans zuständig ist. Des Weiteren profitieren einige Teammitglieder von Zusatzqualifikationen, wie Praxisanleiter, Wundmanager, Palliative-Care, Schmerzmanager etc.

Zu den Aufgaben gehört eine, unter Berücksichtigung des Leitbildes und im Sinne des Pflegeprozesses, fach- und sachgerechte individuelle Versorgung, welche allgemeine sowie spezielle pflegerische Maßnahmen beinhaltet (u.a. Grundpflege, Mobilisation, Verbandswechsel, Infusionstherapien, Blutentnahmen). Physische, psychische und soziale Bedürfnisse sollen erfasst werden, um eine Förderung der Gesundheit zu ermöglichen (vgl. Fiene 2016, betriebsinterne Stellenbeschreibung der Gesundheits- und Krankenpfleger, Theodor-Wenzel-Werk).

---

## 2.5.2 Ärztlicher Dienst

Auf der neurologischen Station des TWW arbeiten Assistenzärzte, Oberärzte und ein Chefarzt. Die Assistenzärzte sind die Stationsärzte und betreuen jeweils einen Patientenbereich unter Rücksprache mit den Oberärzten sowie dem Chefarzt.

Als Hauptaufgabe steht die Sicherung der medizinischen Versorgung im Vordergrund (u.a. Anamnese, Erstellung des Therapieplans, Anmeldung von Therapien, medikamentöse Einstellung, diagnostische Verfahren, medizinische Aufklärung) (vgl. Fiene 2016, betriebsinterne Stellenausschreibungen für den medizinischen Dienst, Theodor-Wenzel-Werk).

Die Ärzte beginnen, in der Regel, ihren Dienst um ca. 8.30 Uhr und beenden diesen um 17.00 Uhr. Bei vielen stationären Aufnahmen am Tag kann das oft nicht eingehalten werden.

Sind keine Ärzte der Station mehr vor Ort, müssen medizinische Fragen vom dem „Arzt vom Dienst“ (AVD) geklärt werden, der sich jedoch immer bei dem Hintergrunddienst (Ober- oder Chefarzt der Station) telefonisch über die bestehende Problematik informieren kann.

---

### 2.5.3 Physiotherapie

Mittels einer ärztlich angeordneten Verordnung erhält der Patient die Möglichkeit an Werktagen sowie auch samstags an Einzel- oder Gruppentherapien teilzunehmen.

Optische, taktische und akustische Testungen werden unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation durchgeführt. Grundtechniken der Physiotherapie und Motivationsarbeit gehören ebenso zum Aufgabenbereich. Auch die Herangehensweise zur Mobilisation oder einen Transfer wird erneut erlernt bzw. je nach Möglichkeiten des Patienten angepasst. Jede therapeutische Behandlung wird individuell auf den Patienten zugeschnitten. Eine schriftliche Dokumentation der Behandlung erfolgt und ist für weitere Berufsgruppen ersichtlich (vgl. Fiene 2016, betriebsinterne Stellenbeschreibung für Physiotherapeuten, Theodor-Wenzel-Werk).

---

## 2.5.4 Logopädie und Patholinguistik

Der Logopäde bzw. der Patholinguist behandelt Patienten deren Kommunikationsfähigkeit aufgrund von Sprach-, Sprech-, sowie Stimmstörungen eingeschränkt ist. Auch das Behandeln von Dysphagien gehört in den Bereich der Logopädie (vgl. Böhmer 2016, Absatz 1-3).

Therapien erhalten die Patienten nach ärztlicher Verordnung. Der Logopäde bzw. der Patholinguist führt eine Anamnese durch und beschreibt den logopädischen Befund. Mit ärztlicher Absprache wird ein individueller Behandlungsplan mit geeigneten Untersuchungsverfahren erstellt. In der Regel sind die Logopäden werktags anzutreffen.



---

### 2.5.5 Ergotherapie

Nach ärztlicher Verordnung von ergotherapeutischer Behandlung erfolgt die Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes für den Patient.

Als Ergotherapeut bereitet man Einzel- sowie Gruppentherapien vor, führt diese an Werktagen durch und dokumentiert deren Verlauf und Ergebnisse.

Ziel der Therapie ist die Förderung und Beibehaltung der Selbstständigkeit und die Funktionsfähigkeit der motorischen Fähigkeiten. Für die meisten Menschen „banale“ Tätigkeiten wie Essen, sich waschen oder schreiben kann für Patienten mit bestimmten neurologischen Krankheitsbildern eine unmöglich überwindbare Aufgabe darstellen.

Auch der Umgang mit diversen Hilfsmitteln wird erlernt, um eine möglichst, unabhängige Lebensweise zu ermöglichen (vgl. Fiene 2016, betriebsinterne Stellenbeschreibung für Ergotherapeuten, Theodor-Wenzel-Werk).

---

### 2.5.6 Psychologischer Dienst

Montags bis freitags stehen den Patienten der neurologischen Station zwei Psychologen für Einzel- sowie Gruppentherapien mit verschiedener Schwerpunktsetzung zur Verfügung. Auch diese Therapieeinheiten werden von ärztlicher Seite verordnet.

Unter anderem besteht die Möglichkeit Tiefen- und Verhaltenstherapie durchzuführen sowie das Erlernen von Entspannungstechniken.

Auch das Thema „Krankheitsbewältigung“ spielt eine zentrale Rolle (vgl. Böhmer 2016 Absatz 1-3).

---

### 2.5.7 Sozialdienst

Montags bis freitags berät der Sozialarbeiter die Patienten bei sozialen Fragen und Problemen, die sich durch das Krankheitsgeschehen entwickelten. Während des Krankenhausaufenthaltes wird entweder durch Eigeninitiative des Patienten ein Termin mit dem Sozialdienst vereinbart oder Berufsgruppen, die den Patienten mit betreuen fällt auf, dass die soziale Situation den Patienten belasten und eine individuelle Lösung gesucht werden sollte.

Der Sozialarbeiter nimmt häufig an den (pflegerischen) Übergaben und Arzt- Pflege- Besprechungen teil, um sich ein Bild von den Patienten zu verschaffen. Des Weiteren wird der pflegerische und ärztliche Dienst über bereits beschlossene Prozesse, die unter anderem die Nachbetreuung betreffen, informiert.

Er führt eine individuelle Bedarfserhebung und Sozialanamnese durch und bereitet mittels Organisation von weiteren Betreuungseinrichtungen, wie z.B. Rehabilitationseinrichtungen, die Entlassung vor. Bei Bedarf unterstützt er den Patienten bei dem Prozess der Wiedereingliederung in das Berufsleben (vgl. Fiene 2016, betriebsinterne Stellenausschreibung für den Sozialdienst, Theodor-Wenzel-Werk).

---

### 2.5.8 Seelsorge

Im TWW besteht die Möglichkeit sich seelsorgerische Betreuung einzuholen. In der Regel ist eine Pfarrerin dienstags bis freitags im Hause erreichbar. Patienten, Angehörige sowie Mitarbeiter des Hauses können sich bei möglichem Gesprächsbedarf an die Seelsorge wenden, um so z.B. bei belastenden Themen Entlastung zu schaffen. Grundlage der seelsorgerischen Arbeit ist das christliche Menschenbild (vgl. Fiene 2016, betriebsinterne Stellenausschreibung für die Seelsorge, Thedor-Wenzel-Werk).

Sind Patienten aus Mobilitätsgründen nicht in der Lage das Büro der Seelsorge aufzusuchen ist ein Treffen auf der neurologischen Station möglich. Des Weiteren wird in der zum Klinikgelände gehörenden Kapelle jeden Freitagabend sowie zu einzelnen Feiertagen ein Gottesdienst angeboten. Zusätzlich ist die Pfarrerin Mitglied der EK des TWW.

In den Teamsitzungen/ Teambesprechungen der neurologischen Abteilung nimmt die Seelsorge momentan nicht regelmäßig teil, lediglich wenn Bedarf besteht.

---

### 3. Methodik

---

### 3.1 Erstellung des Fragebogens

Um eine Innovation in den klinischen Alltag zu implementieren ist es wichtig festzustellen, ob von Seiten des multiprofessionellen Teams überhaupt Bedarf besteht EFB auf der Station zu etablieren.

Um diesen Bedarf zu erfassen entstand die Idee einer empirischen Datenerhebung, in Form eines Fragebogens. Dieser wurde mit Office-Excel entwickelt. Der zweiseitige Fragebogen beinhaltet sieben geschlossene Thesen, sowie eine Frage die vier Ankreuzmöglichkeiten bieten (Kodierplan siehe Anhang):

- *trifft zu, trifft teils zu, trifft kaum zu, trifft nicht zu*
- *stimme zu, stimme teils zu, stimme kaum zu, stimme nicht zu*
- *gar keine, bis 30 Minuten, bis 60 Minuten, über 60 Minuten*

Des Weiteren wurden drei offene Fragen formuliert und ein Textfeld für Ergänzungen erstellt. Die erste zu beantwortende These beinhaltet die Erfassung des allgemeinen Bedarfs, von Seiten des multiprofessionellen Teams, zur Durchführung von EFB.

Die darauffolgenden zwei Thesen zielen darauf ab, ob die Mitarbeiter die Notwendigkeit sehen, bestimmte Patientenfälle mit anderen Berufsgruppen intensiver zu diskutieren und ob nach deren Auffassung bestimmte Patientenfälle mehr Aufmerksamkeit in Richtung ethischen Handelns benötigen.

Des Weiteren wurde erfragt, ob EFB direkt auf der Station durchgeführt werden sollten oder ob es ausreicht ethische Grenzfälle an die EK abzugeben.

In These fünf und sechs wurde erfasst, ob alle Berufsgruppen des MT an einer EFB teilnehmen sollten oder ob sich der Personenkreis, je nach Schwerpunkt des Falles, unterscheiden kann. Die letzte Frage erhebt den zeitlichen Rahmen, die das MT für EFB aufbringen würde.

Mittels der drei offenen Fragen wurden bisherige Erfahrungen mit EFB, Hoffnungen durch die Einführung von EFB sowie Bedenken einer Implementierung erhoben.

Zum Schluss wurde die Möglichkeit gegeben in einem Freitext Ergänzungen und Anmerkungen zu verfassen.

---

### 3.2 Durchführung der empirischen Datenanalyse

Der Fragebogen wurde am 12.03.2016 in der Ärzte- Pflege- Besprechung vorgestellt und verteilt sowie am selben Tag dem Spätdienst der Pflege und dem Sozialarbeiter in der pflegerischen Übergabe. Am 14.03.2016 erhielten die therapeutischen Berufsgruppen sowie der psychologische Dienst die Fragebögen.

Teilnehmen durften alle Mitarbeiter, die direkt Patienten aus der neurologischen Abteilung betreuen und behandeln (Kapitel 2.5).

Die Seelsorge wurde aus der empirischen Datenerhebung ausgeschlossen, da sie für einen längeren Zeitraum nicht im TWW anwesend ist.

Mitarbeiter, die nicht an einer der Besprechungen teilnahmen, bekamen den Fragebogen in ihr persönliches Fach gelegt.

Zur Aufklärung der Thematik und Grund der Erhebung wurde ein Informationsschreiben aufgesetzt. Der ungefähre Zeitaufwand, das späteste Rückgabedatum (08.04.2016) und Verweis auf die Wahrung der Anonymität wurden ebenfalls benannt. Als Rückgabeort wurde eine geschlossene Box mit „Fragebögen ethische Fallbesprechungen“ im zweiten Dienstzimmer der neurologischen Station aufgestellt. Damit wurde die Zugänglichkeit für das MT gewährleistet.

Um die Praktikabilität sowie die Verständlichkeit und den Zeitaufwand des Fragebogens zu testen, wurde eine Woche zuvor mit zwei Mitarbeitern des Pflegedienstes ein Pretest durchgeführt. Beide Mitarbeiter hielten den Fragebogen und das vorherige Informationsblatt für verständlich und blieben in der angedachten Zeit (5-10 Minuten).

---

### 3.3 Methode der Datenauswertung

Die Ergebnisse des Fragebogens wurden am PC in das Programm SPSS (Version 2013), einem System zur statistischen Datenanalyse und Datenmanagement, überführt (vgl. Raab-Steiner & Benesch 2011, S.70). Vor Eingabe der statistischen Daten erhielt jeder Fragebogen handschriftlich eine Fragebogennummer, um bei der Auswertung mögliche Eingabefehlern und Besonderheiten zuordnen zu können (vgl. Raab-Steiner & Benesch 2011, S.74).

Anschließend wurden den Variablen kurze Stichworte zugeordnet, um den Inhalt der Thesen/ Fragen ersichtlich zu machen (z.B. *allgemeiner Bedarf, Aufmerksamkeit, Zeit*).

Anschließend erfolgte die Kodierung der einzelnen Variablen. Dies beinhaltet die Definierung der möglichen Ausprägungen in die Datenmatrix.

Die Variable „allgemeiner Bedarf“ enthält z.B. die Ausprägungen *trifft zu, trifft teils zu, trifft kaum zu, trifft nicht zu*. Diese wurden in Ziffern (1, 2, 3, 4) umcodiert (siehe Anhang). Enthaltungen erhielten ein leeres Feld.

In drei Tabellen wurden alle Ergebnisse mit ihren Häufigkeiten sowie prozentualen Anteilen dargestellt. Zusätzlich wurde der Median ausgerechnet, da sich der Zentralwert bei Ordinalskalen zur Veranschaulichung anbietet (vgl. Raab-Steiner, Bensch 2011, S.104). Die Unterteilung in drei Tabellen erfolgte aufgrund der verschiedenen Antwortmöglichkeiten. Es ist auf eine zusammengefasste Tabelle verzichtet worden, um die Übersichtlichkeit nicht zu gefährden. Zusätzlich wurde bei drei Thesen ein Balkendiagramm erstellt.

Die Antworten aus den offenen Fragen sowie weitere Ergänzungen und Anmerkungen wurden manuell mit Microsoft-Word tabellarisch aufgelistet und nach Häufigkeitsangaben ausgewertet.

Bei der Auswertung der offenen Fragen war es möglich die Ergebnisse in eine Tabelle zu komprimieren. Bei der Prozenterfassung wurde auf- bzw. abgerundet, um auf 100% zu gelangen.

Die Ergebnisse der offenen und geschlossenen Thesen bzw. Fragen wurden in den Tabellen teilweise farblich hervorgehoben (höchster Wert= grün, niedrigster Wert= braun, Enthaltung= lila). Um einen besseren Überblick zu erhalten, wurden die Thesen und Fragen mit der gleichen Nummerierung wie im Fragebogen versehen.



---

## 4. Auswertung der Ergebnisse

Im Folgenden soll es zu der Auswertung der erhobenen Ergebnisse des Fragebogens kommen.

Es wurden 43 Fragebögen an das multiprofessionelle Team ausgeteilt. 24 Fragebögen wurden zurückgegeben und konnten ausgewertet werden (Rücklauf= 55,81%).

## 4.1 Auswertung der geschlossenen Thesen und Frage

Es folgt die Auswertung der geschlossenen These und Frage (Nr. 1-8).

Wie im Balkendiagramm (Abbildung 2, Tabelle 3) ersichtlich sind über die Hälfte der Befragten (n= 16; 66,7% [grün]) der Meinung, dass ein allgemeiner Bedarf, EFB auf der Neurologie durchzuführen, besteht. Weitere 7 Personen sehen dies teilweise so (29,2%). Keiner kreuzte *trifft kaum zu* oder *trifft nicht zu* an. Ein Befragter enthielt sich (4,2% [lila]). Der Median liegt bei einem Wert von 1,0.

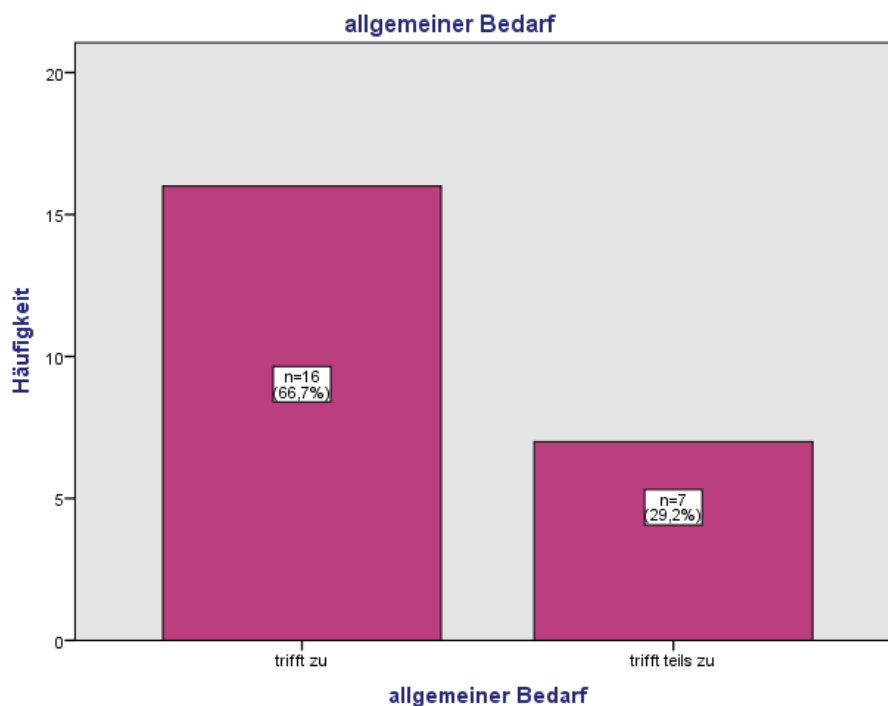


Abbildung 2: Allgemeiner Bedarf, ethische Fallbesprechungen auf der Neurologie durchzuführen

Auch bei der zweiten These beschränkten sich die Aussagen auf *trifft zu* und *trifft teils zu*. Dreiviertel der Befragten (n= 18; 75,0% [grün]) würden gerne die Situation von Patienten mit den anderen Berufsgruppen intensiver diskutieren. Sechs Teilnehmer sehen dies teilweise so (25,0%). Eine ähnliche Anzahl zeigt sich bei der dritten These. 17 Befragte (70,8% [grün]) sind der Auffassung, dass einige Patientenfälle mehr Aufmerksamkeit in Richtung ethischem Handeln benötigen. Fünf Personen (20,8%) beantworteten die These mit *trifft teils zu*. Ein Befragter (4,2% [braun]) widerspricht der Aussage, dass mehr Aufmerksamkeit für ethisches Handeln aufgebracht werden müsste. Ein Teammitglied (4,2% [lila]) enthielt sich.

Tabelle 2: Ergebnisse der geschlossenen Thesen mit den Ankreuzmöglichkeiten: trifft zu, trifft teils zu, trifft kaum zu, trifft nicht zu

Ankreuzmöglichkeiten Thesen	Trifft zu n (%)	Trifft teils zu n (%)	Trifft kaum zu n (%)	Trifft nicht zu n (%)	Fehlend n (%)	Median
1. Allgemeiner Bedarf EFB auf der Neurologie durchzuführen	16 (66,7%)	7 (29,2%)	0	0	1 (4,2%)	1,00
2. Intensivere Diskussion von Patientenfällen mit anderen Berufsgruppen	18 (75,0%)	6 (25,0%)	0	0	0	1,00
3. Mehr Aufmerksamkeit in Richtung ethisches Handeln	17 (70,8%)	5 (20,8%)	0	1 (4,2%)	1 (4,2%)	1,00
7. Je nach Schwerpunkt des Falles unterschiedliche Teilnehmer	17 (70,8%)	5 (20,8%)	2 (8,3%)	0	0	1,00

Tabelle 3: Ergebnisse der geschlossen Thesen mit den Ankreuzmöglichkeiten: stimme zu, stimme teils zu, stimme kaum zu, stimme nicht zu

Ankreuzmöglichkeiten Thesen	Stimme zu n (%)	Stimme teils zu n (%)	Stimme kaum zu n (%)	Stimme nicht zu n (%)	Fehlend n (%)	Median
4. EFB bei Bedarf direkt auf der Station durchführen	18 (75,0%)	5 (20,8%)	0	1 (4,2%)	0	1,00
5. Ausreichende Maßnahme ethische Grenzfälle an Ethikkommission abzugeben	2 (8,3%)	5 (20,8%)	7 (29,2%)	10 (41,7%)	0	3,00
6. Alle Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams sollten an EFB teilnehmen	15 (62,5%)	6 (25,0%)	1 (4,2%)	2 (8,3%)	0	1,00

In Abbildung 3 sowie Tabelle 4 wird ersichtlich, dass erneut dreiviertel des multiprofessionellen Teams (n= 18; 75,0% [grün]) der Meinung sind, dass ethische Fallbesprechungen direkt auf der

Station durchgeführt werden sollten. Fünf Mitarbeiter (20,8%) sehen dies zum Teil so. Ein Befragter (4,2% [braun]) stimmt gegen diese Möglichkeit. Auch bei den bisher beschriebenen Thesen liegt der Median bei einem Wert von 1,0.

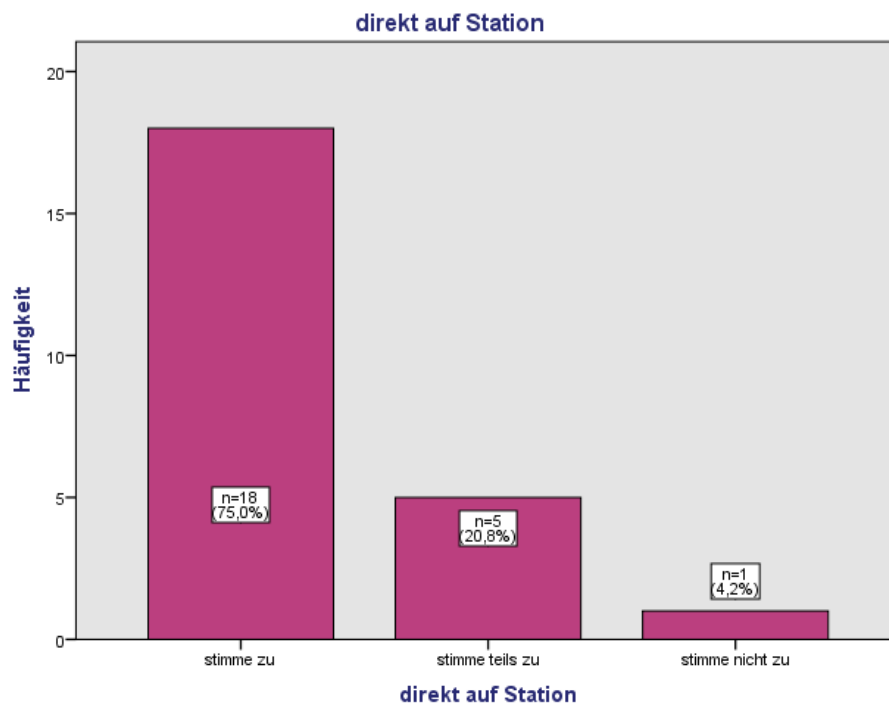


Abbildung 3: Durchführung der ethischen Fallbesprechung direkt auf der Station

Zwei Mitarbeiter (8,3% [braun]) beurteilen die Möglichkeit ethische Grenzfälle an die Ethikkommission abzugeben als ausreichend (Tabelle 4). Knapp die Hälfte der Befragten (n= 10; 41,7% [grün]) empfindet diese Variante als nicht ausreichend. Die restlichen Mitarbeiter stimmen dieser These teils bis kaum zu (n= 12; 50,0%). Im Unterschied zu den vorherigen ausgewerteten Thesen, liegt der Zentralwert bei 3,0.

Über die Hälfte der Teilnehmer (n= 15; 62,5% [grün]) sind der Meinung, alle Berufsgruppen sollten an einer EFB teilnehmen (Tabelle 4). Drei Personen (12,5% [braun]) stimmen dieser These kaum bis nicht zu.

Die siebte These hat ähnliche Ergebnisse erzielt. 17 Befragte (70,8% [grün]) sind der Meinung, dass sich je nach Schwerpunkt die Teilnehmer einer EFB unterscheiden können (Tabelle 3). Fünf Befragte (20,8%) sehen dies teilweise so. Zwei Teilnehmer (8,3% [braun]) sind der Meinung, dass diese These kaum zutrifft. Keiner entschied sich für *trifft nicht zu*. Erneut liegt der Median bei der sechsten und siebten These bei einem Wert von 1,0.

Tabelle 4: Ergebnisse der geschlossenen Frage

Frage	Ankreuz- möglich- keiten	Gar keine n (%)	Bis 30 Minuten n (%)	Bis zu 60 Minuten n (%)	Über 60 Minuten n (%)	Fehlend n (%)	Median
8. Wie viel Zeit würde für eine EFB aufgebracht werden?		1 (4,2%)	10 (41,7%)	12 (50,0%)	1 (4,2%)	0	3,0

Bei der geschlossenen Frage (Abbildung 4, Tabelle 5) wurden alle Antwortmöglichkeiten gegeben. Genau die Hälfte der Befragten (n= 12; 50,0% [grün]) würden maximal 60 Minuten in eine EFB investieren. 10 der Befragten (41,7%) kreuzten *bis 30 Minuten* an. Ein Teilnehmer der Befragung (4,2% [braun]) möchte *gar keine* Zeit aufwenden. Dagegen wäre ein Mitarbeiter (4,2% [braun]) bereit *über 60 Minuten* für eine EFB aufzubringen. Der Median weicht, wie bei der fünften These (Möglichkeit ethische Grenzfälle an die Ethikkommission abzugeben ist ausreichend), von den üblichen Ergebnissen ab und liegt bei einem Wert von 3,0.

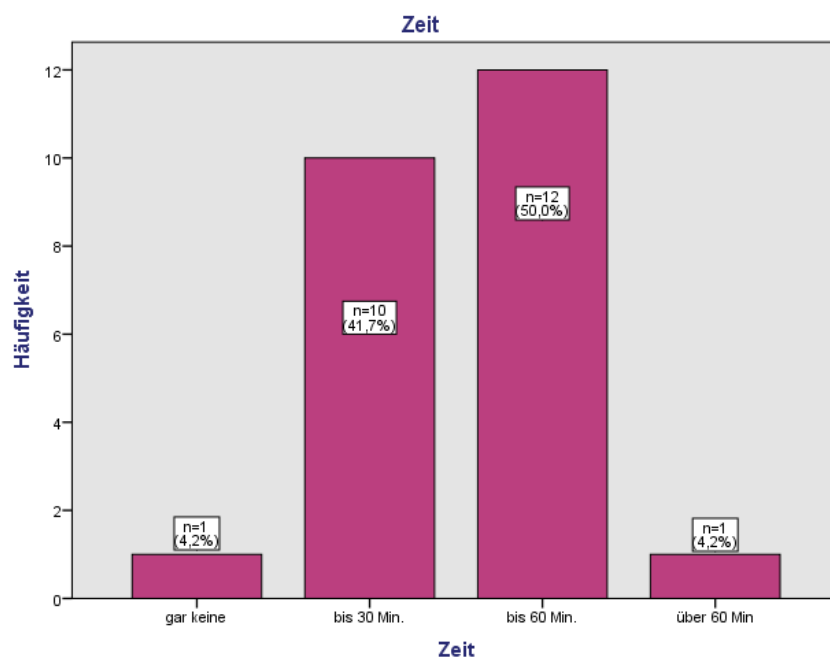


Abbildung 4: Zeit, die für eine ethische Fallbesprechung investiert werden würde

---

## 4.2 Auswertung der offenen Fragen und Ergänzungen

Es folgt nun die Auswertung der offen gestellten Fragen (Nr. 9-11). Zur Steigerung der Übersichtlichkeit wurden die Ergebnisse in eine Tabelle (Tabelle 6) gebracht und farblich hervorgehoben (grün, braun, lila).

Es wurde erfragt, inwiefern die Mitglieder des multiprofessionellen Teams schon Erfahrung jeglicher Art mit EFB gemacht haben. 14 Befragte (58,3% [lila/braun]) ließen die Spalte leer oder gaben an keine Erfahrung bislang gemacht zu haben. Die restlichen 10 (41,6% [grün]) beschrieben unterschiedliche Erfahrungen:

Vier Teilnehmer der Befragung haben durch ihre Ausbildung oder ein Studium in theoretischer Form Erfahrung mit EFB gemacht. Zwei Personen haben durch die Arbeit mit psychiatrischen Patienten Erfahrung sammeln können. Drei der 24 Teilnehmer kennen zwar keine EFB, jedoch multiprofessionelle Teambesprechungen, Supervisionen oder Beratungen bezüglich Antibiotikatherapien bei malignen Grunderkrankungen oder bezüglich einer perkutanen endoskopischen Gastroskopie Sonde. Ein Befragter berichtet von einer Weiterleitung bestimmter Patientenfälle über die Ärzte an die EK.

Die zweite offene Frage (Nr.10) beinhaltet den Aspekt, was sich die Teammitglieder durch eine Implementierung von EFB erhoffen würden. 18 Personen (75,0% [grün]) gaben dazu ihre Meinungen ab:

12 Antworten der Teammitglieder beziehen sich auf die gewünschten Strukturen innerhalb des MT. Sie hoffen auf einen intensiveren Austausch, ein gesteigertes Bewusstmachen sowie Auseinandersetzung und Reflexionsvermögen bei ethischen Fragen und Problemfällen. Zusätzlich ist ein einheitliches Vorgehen der verschiedenen Berufsgruppen erwünscht. Des Weiteren wird das Bedürfnis nach klaren Absprachen und Zielformulierungen deutlich. Außerdem erhoffen sich einige Befragte durch EFB mehr Anerkennung von Seiten der anderen Berufsgruppen und Einsicht in deren Auffassungen. Auch EFB als Entlastungsmaßnahme für die Mitarbeiter wird mehrfach beschrieben. Die restlichen sechs Befragten, die zur der Frage Nr.10 Stellung nahmen, bezogen sich vermehrt auf die Patientensituation. Die Würde des Menschen soll beachtet sowie respektiert und patientenorientiertes Handeln ermöglicht werden. Einige wünschen sich weniger „sinnlose Therapien“ am Lebensende und ein gesteigertes Eingehen auf Patientenverfügungen. Ein Befragter hofft, dass auch individuelle Probleme außerhalb der Klinik besprochen werden und die Angehörigen mit in die EFB integriert werden, um patientenorientierter Handeln zu können.

Bei der letzten offenen Frage (Nr.11) wurde nach möglichen Bedenken durch eine Implementierung

von EFB gefragt. 10 (41,6% [lila]). Teilnehmer der Befragung ließen dieses Feld frei. Vier Befragte (16,6% [braun]) äußern keine Bedenken zu haben, wenn gewisse Voraussetzungen, wie eine gute Moderation ermöglicht wird und Ernsthaftigkeit von Seiten des multiprofessionellen Teams bezüglich der EFB, bestehen. Die restlichen 10 Befragten (16,6% [grün]) beschrieben verschiedene Bedenken: Hauptsächlich wurde Zeitmangel benannt EFB durchzuführen und überhaupt einen gemeinsamen Termin mit den weiteren Berufsgruppen zu finden. Auch wenig Motivation von Seiten des Teams und dadurch entstehende Ungenauigkeit bei der EFB sind Bedenken der Befragten. Des Weiteren haben einige Teilnehmer die Sorge, dass EFB zu endlosen Diskussionen ohne Zielverfolgung führen könnte. Zwei der Teammitglieder fürchten vor den anderen Berufsgruppen zu blamieren. Ein Befragter ist der Meinung eine Implementierung ist durch die momentane Struktur des Gesundheitswesens erschwert. Das letzte Textfeld im Fragebogen gab die Möglichkeit weitere Ergänzungen oder Fragen aufzuschreiben. Lediglich zwei Befragte (8,3% [grün]) füllten das Feld. Ein Teilnehmer bezog sich auf den übergeordneten Patientenwillen und dass dieser über sein Leben selbst entscheiden sollte. Der zweite Befragte thematisiert die zu kurz kommende Angehörigenarbeit, aufgrund des Zeitmangels im Stationsalltag.

Tabelle 5: Ergebnisse der offenen Fragen

Themengebiet der offenen Frage	9. Erfahrung n (%)	10. Hoffnung durch eine Implementierung n (%)	11. Bedenken bei einer Implementierung n (%)	12. Ergänzungen oder Fragen n (%)
<b>Ergebnisse Anzahl n (%)</b>	<i>fehlend</i> <b>8 (33,3%)</b>	<i>fehlend</i> <b>6 (25,0%)</b>	<i>fehlend</i> <b>10 (41,7%)</b>	<i>fehlend</i> <b>22 (91,7%)</b>
	<i>Keine Erfahrung</i> <b>6 (25,0)</b>		<i>Keine Bedenken</i> <b>4 (16,7%)</b>	
	<i>Erfahrung mit EFB in verschiedenen Rahmen</i> <b>10 (41,7%)</b>	<i>Beschriebene Hoffnungen und Wünsche</i> <b>18 (75,0%)</b>	<i>Beschriebene Bedenken</i> <b>10 (41,6%)</b>	<i>Geschriebene Anmerkung oder Frage</i> <b>2 (8,3%)</b>

---

## 5. Diskussion der Ergebnisse (Fehlerbetrachtung)

Im Allgemeinen ist zu sagen, dass ein extra kurzer Fragebogen entwickelt wurde, um den Rücklauf zu erhöhen, da im praktischen Setting Zeitmangel für viele Mitarbeiter ein ständiges Problem darstellt. Es wurden kurze Thesen und Fragen formuliert sowie nur eine Seite mit acht zu beantwortenden Thesen/ Fragen und auf der Rückseite drei zu beantwortende offene Fragen bzw. ein freies Feld für Ergänzungen.

Aufgrund der geringen Größe des MT wurden lediglich 43 Fragebögen ausgeteilt.

Es wurden ausschließlich die Mitarbeiter befragt, die direkt auf der Neurologie arbeiten oder die für die Patienten der neurologischen Abteilung zuständig sind. Bei Einbeziehung von allen weiteren psychiatrischen Stationen wäre das Ergebnis aussagekräftiger ausgefallen. Es hätte jedoch dafür der Fragebogen angepasst und verändert werden müssen, da nicht alle Mitarbeiter der Klinik sich mit der Arbeit auf der Neurologie sowie dem Patientenklintel auskennen. Eingeschlossen wurden nur Teammitglieder, die medizinisch, therapeutisch und pflegerisch sowie bei sozialen Problemen agieren. Demzufolge wurden Servicekräfte und der Patientenbegleitservice absichtlich nicht befragt. Auch Mitarbeiter der Funktionsdiagnostik wurden aufgrund des wenigen Bezugs zur neurologischen Station nicht in die Befragung integriert. Da das Ziel der vorliegenden Arbeit darin bestand Personen mit direktem Bezug zur Neurologie zu befragen, wurden beispielsweise externe Einrichtungen wie Arztpraxen, Krankenhäuser und Sanitätshäuser von der Befragung ausgeschlossen.

Von den 43 ausgeteilten Fragebögen wurde ein Rücklauf von 24 Fragebögen erzielt (55,81%). In Bezug auf eine kritische Beurteilung ist die empirische Datenerhebung hinsichtlich der Aussagekraft, Anwendbarkeit sowie Glaubwürdigkeit eingeschränkt. Aufgrund der geringen Stichprobe sind die Ergebnisse somit für externe Leser kaum nutzbar und übertragbar. Möglicherweise wäre ein höherer Rücklauf erzielt worden, wenn die Fragebögen gleich nach der Vorstellung und Verteilung ausgefüllt worden wären. Dies ist jedoch aufgrund von geringen zeitlichen Ressourcen nicht umsetzbar gewesen. Außerdem sollte den Befragten die Möglichkeit gegeben werden in Ruhe den Fragebogen zu beantworten.

Des Weiteren wurde extra nur zu zwei Thesen (Nr.1, Nr.4) sowie zu einer Frage (Nr.8) jeweils ein Balkendiagramm entworfen, da diese Ergebnisse erheblichen Einfluss auf die Implementierung haben. Sofern das Interesse und der Bedarf an einer Durchführung von EFB auf der Station bei den Mitarbeitern nicht vorhanden ist, kann eine erfolgreiche Implementierung nicht realisiert werden. Die ersten drei Thesen ähneln sich thematisch und bedingen sich überwiegend gegenseitig. Aus diesem Grund ist es nicht verwunderlich, dass sich auch die Ergebnisse dieser drei Thesen ähneln.



---

Die erste These diente als Einstieg zur Thematik und sollte den allgemeinen Bedarf an der Durchführung von EFB erfassen. Es ist positiv zu sehen, dass der ersten These („*Ich bin der Meinung, dass ein allgemeiner Bedarf an der Durchführung von EFB besteht*“) ausschließlich zugestimmt bzw. teilweise zugestimmt wurde (n= 23). Primär zeigt dies eine gewisse Offenheit gegenüber der Durchführung von EFB sowie Ehrlichkeit von Seiten des multiprofessionellen Teams, die (teilweise) einen Bedarf an EFB sehen. Zusätzlich ist es möglich, dass das Informationsschreiben zu dem Fragebogen die Mitarbeiter beeinflusst hat, da dort bereits die Notwendigkeit von ethischen Fallbesprechungen beschrieben wurde. Ein Befragter enthielt sich bei dieser These. Es liegt nahe, dass er sich nicht mit dieser Art von Fallbesprechung identifizieren kann oder nicht weiß, ob auf der neurologischen Station ethische Fragen bestehen. Des Weiteren könnte er auch im Unwissen über den Begriff EFB sein.

Die zweite These erzielte ähnliche Ergebnisse („*Ich betreue Patienten, deren Situation ich gerne mit anderen Berufsgruppen intensiver diskutieren würde*“). Dies war vorauszusehen, denn wenn der Bedarf an EFB wahrgenommen wird, sollten auch Patientenfälle auf der Station vorhanden sein, die intensiver analysiert werden müssen. Interessant ist, dass der Teilnehmer, der sich wohl möglich bei der ersten These enthielt nun der zweiten zustimmt oder teilweise zustimmt. Es könnte sein, dass seiner Auffassung nach, zwar diskussionserweckende Fragen bestehen, der Befragte sie jedoch nicht zu dem ethischen Bereich zählen würde.

Für eine erfolgreiche Implementierung ist es wichtig und in diesem Fall positiv zu bewerten, dass die Ergebnisse der dritten These eine Ähnlichkeit mit den Ergebnissen der ersten und zweiten These zeigen. Wie schon davor beschrieben war dieses Ergebnis vorauszusehen.

Es bestätigt sich der Verdacht aus der zweiten These, dass ein Befragter zwar diverse Patientenfälle (teilweise) intensiver diskutieren würde, jedoch nicht in ethischer Hinsicht. Möglicherweise stehen für ihn eher Kommunikations- oder soziale Probleme im Vordergrund. Zwei Mitarbeiter betonen in ihrem Fragebogen bei dieser These, dass „*einige Patientenfälle*“, mittels Unterstreichung. Dies zeigt, dass es zwar Patienten gibt, die mehr Aufmerksamkeit aufgrund von ethischen Dilemmata benötigen, jedoch dies nur punktuell der Fall ist und somit nur zeitweise und abhängig von dem Patientenklitel nötig wäre ethisch zu handeln. Dieser Meinung wäre zuzustimmen. EFB sollen kein Muss werden, sondern bei Bedarf angewendet werden.

Bei der vierten These verschiebt sich der Themenschwerpunkt auf das eventuelle Setting von EFB („*Bei Bedarf sollten ethische Fallbesprechungen direkt auf der neurologischen Station durchgeführt werden*“). Die Mitarbeiter sollten sich vorstellen können in einem separaten Raum die Fallanalyse und

---

Diskussion durchzuführen. Einen Raum *direkt* auf der neurologischen Station einzurichten ist aufgrund von Platzkapazitäten und möglicher Ruhestörung kaum zu realisieren. Für diese Art von Fallbesprechung wäre ein Schulungs- bzw. Konferenzraum, ca. zwei Minuten von der neurologischen Station entfernt, sinnvoller. Hintergrund der These war jedoch nicht nur das Setting, sondern auch, ob das Team überhaupt Interesse hat, ethische Patientenfälle gemeinsamen an einem Ort zu lösen. Möglicherweise wären für einige Mitarbeiter andere Strategien und Prozesse, um ethische Probleme zu lösen auch in ihrer Vorstellung vorhanden. Jedoch stimmen die Mitarbeiter des gemeinsamen Zusammensetzens überwiegend zu (n= 18). Möglicherweise haben sie durch weitere Erfahrungen mit diversen multiprofessionellen Teambesprechungen oder im Rahmen von Studium und Ausbildung, mit dieser interaktiven Variante positive Erfahrungen gemacht. Ein Befragter stimmt gegen diese Variante. Es liegt nahe, dass es sich um den Befragten handelt, der auch der vorherigen These entgegenstimmt.

Die nächste These (*„Ich empfinde die Möglichkeit ethische Grenzfälle an die Ethikkommission abzugeben als ausreichend“*) schließt thematisch an die Vierte an. Zwei Teilnehmer sehen keinen Nutzen darin ethische Fallbesprechungen einzuführen. Möglicherweise möchten sie zwar, dass mehr auf ethische Probleme geachtet wird, jedoch nicht selbst an einer multiprofessionellen ethischen Fallbesprechung mit dem Team teilnehmen. Es wäre interessant herauszufinden, was die Gründe dafür sind, wie z.B. mangelnde Zeitressourcen, mangelndes Wissen oder wenig Interesse an der eigentlichen Durchführung von EFB. Knapp dreiviertel der Befragten (n= 17) zeigten Interesse am selbständigen Durchführen von ethischen Fallbesprechungen, da sie der These entgegenstimmen. Dies ist eine weitere wichtige Voraussetzung, um eine Implementierung zu realisieren.

Die Ergebnisse der nächsten zwei Thesen widersprechen sich zum Teil. Zum einen stimmen über die Hälfte (n= 15) der sechsten These (*„Es sollten alle Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams an einer ethischen Fallbesprechung teilnehmen“*) zu, zum anderen empfinden fast dreiviertel der Befragten (n= 17) die siebte These als zutreffend (*„Je nach Schwerpunkt des Falles können sich die Teilnehmer einer EFB unterscheiden“*). Möglicherweise bezogen sich diese auf den Schwerpunkt des Falles, sind jedoch der Meinung, dass im Allgemeinen alle Berufsgruppen an einer EFB teilnehmen sollten. Einige Teilnehmer kennen dies wahrscheinlich aus multiprofessionellen Fallbesprechungen oder aus der Ausbildung bzw. dem Studium, denn umso mehr Befragte an EFB teilnehmen, desto mehr Auffassungen können zu einer gelungenen Diskussion führen.

Da es im Praxisalltag schwer umzusetzen ist zu jeder Fallbesprechung jede Berufsgruppe anzutreffen, z.B. aufgrund einer hohen Beschäftigung im Praxisalltag, auch bezüglich Krankheit oder Urlaub, sahen die meisten Befragten es wahrscheinlicher, dass sich die Teilnehmer unterscheiden können, weshalb

---

sie diese These verneinten. Des Weiteren könnte es sein, dass einige Befragte der Auffassung sind, dass mit manchen Themen oder Fragestellungen nicht jede Berufsgruppe etwas anfangen könnte und beizutragen hat. Möglicherweise waren die Befragten zum Teil auch nicht sicher, welche Variante (differenzierte oder alle Mitglieder) die Praktikabelste wäre und kreuzten demzufolge beide an. An einer EFB sollten die Mitarbeiter teilnehmen, die Bezug zu dem Fall haben. So ist die These möglicherweise unglücklich formuliert worden. Es könnte sein, dass diese Information nicht bekannt war und zu dem vorhandenen Ergebnis führte.

Die letzte Frage widersprach der Erwartung. Die Hälfte der Teilnehmer (n= 12) wäre bereit bis zu 60 Minuten in eine EFB zu investieren. Aufgrund des straffen Praxisalltags war dies nicht zu erwarten, sondern eher bis maximal 30 Minuten. Wie auch in den vorherigen Thesen erkenntlich würde ein Befragter keine Zeit aufbringen wollen, was eine logische Schlussfolgerung ist, wenn jemand keine Indikation für EFB auf der neurologischen Station sieht. Es ist jedoch erfreulich und weist auf eine weitere Bereitschaft und Offenheit gegenüber EFB, dass sich die restlichen Teilnehmer vorstellen könnten 30 bis über 60 Minuten für EFB zu investieren. Interessant wäre es gewesen zu erfahren, welche Berufsgruppen sich welche Zeitspannen vorstellen könnten.

Die Ergebnisse der offenen Fragen entsprachen den ungefähren Vorstellungen in Bezug auf die Resonanz sowie die beschriebenen Aspekte.

Es ist nicht sonderlich überraschend, dass über die Hälfte der Teilnehmer (n= 14) keine Erfahrung mit EFB gemacht haben oder dieses Feld frei ließen, was auf den gleichen Grund (keine Erfahrung vorhanden) zurückgeführt werden kann. Es ist anzunehmen, dass einige Mitarbeiter mit der Thematik *Ethik* in ihrer Ausbildung oder ihrem Studium nie konfrontiert wurden, da es evtl. schon einige Jahre her ist und die Auseinandersetzung mit ethischem Handeln, in Form von Ethikberatungen, erst seit Ende der neunziger Jahre zunahm (vgl. Schwichtenberg 2011, Absatz 1). Da viele Mitarbeiter des MT schon seit Jahren und Jahrzehnten auf der Neurologie tätig sind, ist es nicht verwunderlich, dass keine Erfahrungen gesammelt wurden. Lediglich vier Personen berichten über ein theoretisches Wissen in Bezug auf EFB. Es wäre interessant zu wissen gewesen wie alt die Befragten sind, um herauszufinden, ob sich möglicherweise Studium und Ausbildungen verändert haben und aktuell mehr Ethik unterrichtet wird oder ob die Theorie von einigen Mitarbeitern vergessen wurde.

Nichts desto trotz ist das Ergebnis, im Rahmen eines klinischen Settings und mit dem Wissen, dass EFB bei Bedarf separat durch die EK und auf den restlichen psychiatrischen Stationen durchgeführt wird, nicht erfreulich und wünschenswert. Man kann es auch nicht als Erfahrung werten, wenn ethische Probleme von den Ärzten an die Ethikkommission weitergegeben werden, wie ein Befragter beschrieb. Zwar wurde ein ethisches Problem erkannt, jedoch nichts zum selbständigen Prozess des

---

Problemlösens beigetragen. Auch multiprofessionelle Teambesprechungen und Supervisionen sind keine EFB, auch wenn teilweise ethische Fragen gestellt werden. Eine klare Definition sowie Separation der Begrifflichkeiten sollte den Mitarbeitern der Klinik nahegebracht werden. Sie wurden bei der Ergebnisauswertung jedoch als Erfahrungswert mitgezählt, da häufig ethische Aspekte miteinfließen.

Es war erfreulich zu sehen, dass 18 Personen beschrieben, welche Hoffnungen sie durch eine Implementierung von EFB haben.

Die Erwartungen der beschriebenen Aspekte wurden bestätigt und die klinischen „Problemzonen“ wurden von einigen Mitarbeitern aussagekräftig beschrieben. In einigen Ergebnissen wurde das Gefühl erweckt, Frustration begleitet einige Befragte. Es sollte eine Optimierung der Strukturen innerhalb des Teams entstehen sowie ein einheitliches Vorgehen trotz der verschiedenen Berufsgruppen. Gerade dies ist für eine erfolgreiche Teamarbeit unabdingbar. Einige Mitarbeiter erhoffen sich durch EFB weniger „sinnlose“ und „hinauszögernde Therapien“ am Lebensende, was erneut auf Konflikte innerhalb des Teams zurückgeführt werden kann und möglicherweise bislang nicht oft genug direkt kommuniziert wurde.

Auch die beschriebenen Bedenken stimmten mit den vorherigen Überlegungen teilweise überein. 10 Befragte ließen dieses Feld frei. Ob aus mangelndem Interesse oder der Ansicht, dass es keine Bedenken gibt, ist nicht feststellbar. Einige Personen beschrieben, dass es keine Bedenken gibt, wenn gewisse Voraussetzungen wie Ernsthaftigkeit und Motivation von Seiten des Teams bestehen und eine gute Moderation erfüllt werden. Dies zeigt, dass sich bereits mit dem Thema auseinandergesetzt sowie reflektiert wurde, was für eine gelingende Implementierung notwendig ist. Hauptproblem ist für die meisten Befragten mangelnde Zeit. Es ist leider nicht näher beschrieben worden, ob damit mangelnde Zeit sich mit ethischen Fragen vertraut zu machen oder sich mit der Art von Fallbesprechung zu beschäftigen gemeint ist. Möglicherweise ist mit „Zeitmangel“ auch auf das Finden eines passenden Zeitraums für die Durchführung der EFB Bezug genommen worden.

Etwas erstaunt hat die Aussage, dass einige Mitarbeiter Angst haben sich vor ihren Mitkollegen zu blamieren. Dies sollte in keinem Team ein Angstfaktor und Hindernis darstellen, sondern bei Diskrepanzen innerhalb des multiprofessionellen Teams offen in den dafür vorgesehenen Teambesprechungen kommuniziert werden. Auch bei dieser Frage kristallisiert sich wieder eine Art Frustration heraus. Einige Befragte befürchten durch EFB „endlose Diskussionen ohne Ergebnis“ führen zu müssen sowie einen Zwang EFB durchzuführen. Dies ist natürlich nicht das Ziel von EFB, sondern diese bei Bedarf und angemessener Indikation anzuwenden. Das Textfeld am Ende des Fragebogens wurde für Ergänzungen, Fragen oder Anmerkungen frei zur Verfügung gestellt. Lediglich

---

zwei Mitarbeiter gaben abschließende Kommentare ab, die jedoch auch bei den beschriebenen Hoffnungen oder Bedenken ersichtlich wurden.

---

## 6. Implementierung von ethischen Fallbesprechungen auf der neurologischen Station

Nach der Auswertung der Ergebnisse des Fragebogens wurde erkenntlich, dass eine Implementierung von EFB von Seiten des MT akzeptiert und als notwendig erachtet wird. Aufgrund dessen werden nun die theoretischen Aspekte einer Implementierung (Kapitel 2.4, 2.4.1, 2.4.2) auf das TWW übertragen und angepasst.

Im Rahmen der Bachelorthesis erfolgt die Entwicklung einer möglichen grundlegenden Planung für die Innovation, mit dem Fernziel EFB auf der neurologischen Station zu implementieren.

Gleichzeitig würde eine Professionalisierung der Berufsgruppen vorangetrieben werden und das Verantwortungsbewusstsein steigt. Handlungsoptionen können im Team entwickelt und im Zuge dessen auch für den Fall angewendet werden.

Des Weiteren können EFB bei persönlicher Belastung durch einen Patientenfall zur Entlastung führen (vgl. Riedel et al. 2011, S.41). Mit einer Etablierung von EFB und die Möglichkeit diese anzuwenden ist ein weiterer Schritt zur Qualitätssicherung und Optimierung der Patientenversorgung erfolgt (vgl. Simon 2016, Absatz 2).

Warum eine Implementierung EFB erfolgen sollte, wurde bereits im einführenden Kapitel ausführlich beschrieben. Um ethische Fallbesprechungen auf der neurologischen Station implementieren zu können bedarf es an einigen Voraussetzungen, die getroffen werden müssen.

Wie in Kapitel 2.4, 2.4.1 und 2.4.2 beschrieben, gibt es einige theoretische Möglichkeiten Neuerungen zu implementierten. Im Rahmen diese Bachelorthesis ist es nicht möglich Implementierungsforschung zu betreiben und primär die Wirksamkeit durch ein Pilotprojekt zu testen. Es wäre jedoch vorstellbar, im Nachhinein ein Pilotprojekt *vor* einer kompletten Implementierung im TWW durchzuführen.

Primär müssen Informationsquellen geschaffen werden, z.B. im klinikinternen Intranet, um den verschiedenen Berufsgruppen eine Hilfestellung zu geben, sich über die zu implementierende Maßnahme zu informieren und einen Überblick zu verschaffen (vgl. Altschmied et al. 2016, S.211). Das Intranet kann jederzeit von den Mitarbeitern aufgerufen werden. Des Weiteren ist es möglich über Fortbildungen die implementierende Maßnahme zu schulen (vgl. Altschmied 2016, S.212). Dies ist im Rahmen der Klinik jedoch schwer umzusetzen, jedoch wäre es möglich in internen Pflichtfortbildungen, die jeder Mitarbeiter des Hauses mindestens einmal pro Jahr besuchen muss, über den Sinn und Zweck EFB zu berichten und die Berufsgruppen dafür zu sensibilisieren, bzw. um für eine „Auffrischung“ der Thematik zu sorgen und Fragen zu beantworten.

---

In den Vitrinen, die an den Wänden der Klinikflure für aktuelle Geschehnisse zur Verfügung stehen, können Informationen zu EFB für die Mitarbeiter ersichtlich werden und so die Transparenz steigern. Broschüren und Rundbriefe können zusätzlich Informationen geben sowie zur Schaffung von Sensibilität der Thematik beitragen (vgl. Altschmied et al. 2016, S.213-214).

---

## 6.1 Nötige Voraussetzungen

Um ethische Fallbesprechungen effektiv auf der neurologischen Station zu implementieren müssen jedoch noch einige weitere Voraussetzungen und Rahmenbedingungen getroffen werden. „Implementierungsprozesse sind in erster Linie soziale Prozesse“ (Altschmied et al. 2016, S.214). Ein gewisser Personalschlüssel muss gewährleistet werden, da parallel zu einer EFB der Stationsalltag voranschreitet und nicht gestoppt werden kann. Des Weiteren sollten gewisse Ressourcen, wie finanzielle Mittel zur Wissensvermittlung sichergestellt werden. Im Team sollte Einigkeit herrschen, wann Zeit für EFB geschaffen wird, um Unmut und ein ungerechtes Gefühl, wie z.B. mehr oder länger arbeiten zu müssen, zu vermeiden. In regelmäßigen Abständen sollte evaluiert werden, wie oft ethische Fallbesprechungen auf der Station durchgeführt werden, um einen Überblick über den Bedarf zu erhalten. Im gesamten betrachtet werden bis zu vier ethische Fallbesprechungen im Jahr durch die EK durchgeführt. Dies geschieht mit oder ohne direkten Beisein der Teammitglieder aus den psychiatrischen Stationen.

Es sollte ebenso reflektiert werden, warum EFB nicht angewendet wurden. Liegt es an mangelndem Wissen, was ethische Fragen sind, mangelndes Interesse oder einfach wenige Fälle, die ethisches Handeln benötigen? Dies könnte durch anonyme Fragebögen oder in Teambesprechungen festgestellt werden.

Wie in Kapitel 2.2 beschrieben besteht die Möglichkeit nach dem Top-down oder Bottom-up Model in der Klinik zu arbeiten. Riedel et al. (2011, S.117) empfiehlt eine Mischform der beiden Modelle, um die Transparenz der EFB zu erhöhen. Des Weiteren muss die Leitungsebene (Geschäftsleitung, Pflegedienstleitung) über das Vorhaben EFB zu implementieren informiert sein und dieses erlauben. Es wäre von Vorteil, wenn sie den Prozess der Implementierung fördern und z.B. die Kosten tragen, um interne Pflichtfortbildungen durchzuführen oder Informationsmaterial anfertigen zu lassen. Damit eine Implementierung überhaupt erfolgreich sein kann ist es wichtig, Akzeptanz von Seiten der Mitarbeiter zu schaffen. Eine der ersten Maßnahmen sollte es sein, die Mitarbeiter für EFB zu sensibilisieren und ihnen die Thematik nahezubringen, damit mögliche ethische Fragen unter anderem von medizinischen oder Kommunikationsproblemen abgegrenzt werden können. Sie müssen genügend Information über den Prozess erhalten und prinzipiell Motivation zeigen EFB anzuwenden. Ein Grundverständnis was ethisches Handeln bedeutet muss geschaffen werden sowie das Vorhandensein eines angenehmen Arbeitsklimas, welches gegenseitigen Respekt, Wertschätzung und Offenheit beinhaltet (vgl. Riedel et al. 2011, S.118).

Eine bereits erfüllte Voraussetzung von Seiten des TWW beinhaltet die Verfügung einer



---

ausgebildeten Moderatorin, um ethische Fallbesprechungen neutral durchzuführen und den Prozess der ethischen Entscheidungsfindung zu unterstützen.

---

## 6.2 Mögliche Einflussfaktoren

Mit Hilfe des *CFIR-Modells*, welches in Kapitel 2.4.2 bereits beschrieben wurde, wurden in Anlehnung an das Modell mögliche Einflussfaktoren gesucht, die *direkt* auf der Neurologie des Theodor-Wenzel-Werks den Implementierungsprozess beeinflussen könnten:

1. *Involvierte Individuen*: Damit sind Mitarbeiter des MT gemeint. Auch die Leitungsebene ist maßgeblich für eine erfolgreiche Implementierung, da diese gewisse Ressourcen stellen sollte (z.B.: materielle, strukturelle, zeitliche Ressourcen).

Des Weiteren ist auch die EK mit ausgebildetem Moderator auch in den Prozess der Implementierung involviert und kann diesen beeinflussen.

Ebenso beeinflusst das stationäre Patientenklintel die Häufigkeit der Anwendung von EFB.

2. *Interner Kontext*: Dies beinhaltet die Organisation des multiprofessionellen Teams und die Identifikation deren Rollen in der EFB. Umso stabiler ein Team und weniger Personalfuktuation, umso mehr steigt die Chance für eine erfolgreiche Implementierung. Auch hierarchische Strukturen und persönliche Stimmungslagen sowie die eigene Bewertung von Relevanz und Wichtigkeit der Maßnahme beeinflussen den Prozess der Etablierung sowie das entwickelte Leitbild und klinikinterne Normen.

Des Weiteren muss, wie bereits beschrieben, Raum, Zeit und Material zur Verfügung gestellt werden, ist dies nicht gegeben kann sich das stark auf die Implementierung auswirken bis hin zur Nichtanwendung, da sich die Mitarbeiter nicht genügend mit der Thematik auseinandersetzen konnten.

3. *Externer Kontext*: Gemeint sind damit gewisse Bedingungen, die sich auf das Umfeld sowie auf die allgemeine Bedürfnislage der Patienten in der Einrichtung beziehen. Je mehr Wissen über „potenzielle Barrieren“ und „förderliche Faktoren zur Erfüllung der Bedürfnisse“ bekannt sind (Altschmied 2016, S.157) verhelfen diese zu einer positiven Implementierung.

Auch das Wissen, dass EFB bereits seit 2012 (vgl. Ginske 2012, betriebsinterne Dokumente, Theodor-Wenzel-Werk) unter anderem auf den psychiatrischen Abteilungen erfolgen könnte einen gewissen Druck auf die Mitarbeiter auslösen, diese nun auch auf der neurologischen Station zeitnah zu etablieren und somit den Prozess positiv beeinflussen. Die Festlegung, dass eine EFB zur Arbeitszeit gehört, wäre Voraussetzung und Einflussfaktor zugleich.

4. *Einzuführende Neuerung*: Damit sind die Eigenschaften der Implementierung selbst gemeint und wie diese akzeptiert werden. Altschmied et al. (2016, S.159) bezieht sich auf Greenhalgh et al. (2005) und benennt vier Aspekte, die die Akzeptanz einer Neuerung beeinflussen. Dazu

---

gehört, ob die Innovation als notwendig angesehen wird und ein Vorteil zur bisherigen Variante darstellt. Im Fall der neurologischen Abteilung wäre das die Abgabe der ethischen Grenzfälle an die EK. Auch die Werte und Sichtweisen der zukünftigen Akteure spielt eine Rolle sowie die Sensibilisierung und Wissenserweiterung zur EFB. Je komplexer die Neuerung ist, umso mehr Zeit und Aufwand benötigt die Implementierung. Eine Testung vor der festen Implementierung verhilft dem Team sich mit der Einführung von ethischen Fallbesprechungen vertraut zu machen und auch ein Abbruch der Etablierung wäre noch möglich.

Merken die Akteure die Vorteile und positiven Auswirkungen durch die Durchführung von EFB z.B. auch die Möglichkeit der persönlichen Entlastung und das Gefühl zu haben sich für die Patientenbetreuung eingesetzt zu haben, steigert das den Implementierungserfolg ebenfalls.

5. Implementierungsprozess: Inwiefern und durch welche Faktoren der Implementierungsprozess im TWW beeinflusst wird, kann zu dem momentanen Zeitpunkt noch nicht erörtert werden. Die Aspekte, die in Kapitel 2.4.2 theoretisch beschrieben wurden können natürlich auch im TWW auftreten und den Prozess beeinflussen.

---

### 6.3 Integration und Anwendung des Konzepts im Praxisalltag

Häufig werden ethische Probleme zuerst von dem Pflege- oder Ärzteteam wahrgenommen, da diese am meisten im Kontakt mit dem Patienten stehen. In den Übergaben zur nächsten Schicht werden diese meist, im Rahmen der Pflege und teilweise in Anwesenheit durch den Sozialdienst, angesprochen und weiter in der morgendlichen Besprechung zwischen Ärzten und Pflege mitgeteilt. Auch in den Besprechungen im MT (definiert in Kapitel 2.5) kann sich dienstags sowie donnerstags über die Behandlung und Therapie der Patienten informiert werden. Ein detaillierter Austausch ist dort aber nicht möglich. Somit müssen größere Probleme separat geklärt werden. Wird ersichtlich, dass es sich um ein ethisches Problem handelt, wäre die neue Variante, sich mit der Moderatorin telefonisch oder per E-Mail in Verbindung zu setzen und einen Termin für eine EFB zu vereinbaren. Diese kann momentan zwischen Montag und Freitag stattfinden. Als zeitlicher Rahmen werden bis zu 60 Minuten gegeben.

Wie bei den monatlichen Teamsitzungen wäre die praxisnächste Variante um ca. 13.00 Uhr. Um die Mittagszeit pausieren die meisten Therapien und die „Mittagsruhe“ der Patienten könnte durch eine EFB genutzt werden. Nichts desto trotz müsste z.B. ein Mitarbeiter des Pflegedienstes nicht an der ethischen Fallbesprechungen teilnehmen und die Station führen. Von Vorteil wäre es, wenn diese Person keinen Bezug zum Fall hätte und somit auch nicht zwingend an der EFB teilnehmen müsste. Auch Berufsgruppen, die keine Indikation sehen an der ethischen Fallbesprechungen teilzunehmen, sollten dies nicht tun müssen, auch wenn jeder individuelle Beitrag die Handlungsoptimierung fördern könnte. Mitarbeiter, die an diesem Tag Spätdienst hätten müssten somit ca. 45 Minuten eher zum Dienst erscheinen. Mitarbeiter des Frühdienstes müssten bis ca. 13.00 Uhr alle pflegerischen Notwendigkeiten erledigt haben oder die restlichen Aufgaben an den Spätdienst übertragen. Auch die Ärzte müssen für die EFB ihre Arbeit unterbrechen und z.B. die Aufnahmen der neuen Patienten pausieren. Jedoch wären sie ab ca. 14.00 Uhr für die telefonische Sprechstunde wieder verfügbar. Des Weiteren müssten auch die therapeutischen Berufsgruppen, die Psychologen sowie der Sozialdienst und die Seelsorge die EFB in ihrer Tagesplanung berücksichtigen.

In einem separaten Raum, z.B. der Konferenz- oder Schulungsraum könnte die ethische Fallbesprechung durchgeführt werden. Damit können gewisse Störungsfaktoren, wie Fragen von Patienten und Angehörigen sowie weitere Mitarbeiter der Klinik vermieden werden.

Bevor ethische Fallbesprechungen effektiv im Stationsalltag genutzt werden können, müssen (wie in Kapitel 2.4.3.1 beschrieben) gewisse Vorsetzungen, wie ausreichend Informationen über den Prozess der ethischen Fallbesprechung erfolgen.

---

## 7. Schlussfolgerung mit Implikation für die Praxis und weitere Forschung

Im Allgemeinen ist zu sagen, dass ethisches Handeln im klinischen Setting an Wichtigkeit stetig zunimmt (vgl. Marckmann 2005, S.94). Es war daher das Anliegen, die Neurologie des Theodor-Wenzel-Werks in diesem Bereich zu optimieren und durch eine Implementierung die Optimierung der Patientenbetreuung voranzutreiben.

Um einen Überblick zu erhalten, ob eine Implementierung von EFB auf der Neurologie als sinnvoll erachtet werden würde, erfolgte eine empirische Datenerhebung.

Im Schreibprozess der Bachelorthesis ist aufgefallen, dass keine komplette Implementierung von EFB aus zeitlichen Ressourcen möglich ist, sodass der Fokus auf die beginnende Planung der Implementierung gelegt wurde. Demzufolge kann die Bachelorthesis als „Grundbaustein“ genutzt werden und mit diesem den Implementierungsprozess weiter fördern. Aufgrund dieser Erkenntnis wurde der Untertitel der vorliegenden Bachelor-Thesis angepasst.

Abschließend ist zu sagen, dass das MT der Neurologie die Vermutung bestätigt, dass in manchen Patientenfällen vermehrt ethisches Handeln angebracht wäre und EFB mit dem Team durchgeführt werden sollten. Dafür sollten aber gewisse Rahmenbedingungen sowie Voraussetzungen gegeben sein, um eine erfolgreiche Implementierung zu ermöglichen. Dafür gehört es den zeitlichen Rahmen abzustecken, um die größten Bedenken (noch weniger Zeit für die restlichen Aufgaben im klinischen Alltag) zu beseitigen.

Nach der Auswertung der Ergebnisse entstanden noch weitere Fragen, die gerne in den Fragebogen eingebaut worden wären, jedoch aus der damaligen Betrachtung für (noch) nicht wichtig erachtet wurden.

Darunter fallen unter anderem Fragen, die den direkten Implementierungsprozess betreffen, wie z.B. zu welcher Uhrzeit das MT sich vorstellen könnte, eine EFB durchzuführen. Des Weiteren ist nun von Interesse, wie sich das Team vorstellt mit dieser Form der Besprechung vertraut gemacht zu werden, z.B. durch interne Schulungen, praktische Übungen anhand von Fallbeispielen, Informationsbroschüren und Ähnliches. Um genauer den Bedarf an EFB herauszufinden wäre gerne die Frage gestellt worden, wann und wie oft Patienten zu betreuen sind, wo die Teammitglieder der Meinung sind, dass ethisches Handeln angebracht wäre. Auch die Frage, was für sie ein ethisches Problem ist wäre interessant, da möglicherweise die Abgrenzung von ethischen- zu z.B. Kommunikationsproblemen einigen schwer fällt und deswegen manche Teilnehmer der Befragung Felder frei ließen und nicht antworten konnten. Auch ein Gespräch sowie die Meinung der Leitungsebene (Geschäftsleitung und Pflegedienstleitung) wären unabdingbar, da Ressourcen von

---

deren Seite gestellt werden müssten, um überhaupt Schulungen etc. durchführen zu können.

Die nächsten Schritte wären eine Klärung der finanziellen, strukturellen sowie materiellen Gegebenheiten mit der Leitungsebene. Es sollte eine genaue Planung des Implementierungsprozesses erfolgen, unter Festlegung eines oder einer Gruppe von Verantwortlichen. Außerdem wären Informationsbroschüren sowie Schulungen und Vorträge angebracht, die ethisches Handeln sowie das Vorgehen von EFB den Mitarbeitern näherbringen und für Sensibilität sowie Akzeptanz sorgen. Evtl. wäre es nach Absprache möglich, dass Mitarbeiter bei EFB auf den psychiatrischen Abteilungen hospitieren, um sich ein Bild von dieser Art von Fallbesprechungen zu verschaffen.

Ist dies erfolgt, wäre ein Pilotprojekt für einen festgelegten Zeitraum (z.B. ein Jahr) durchzuführen. Mittels des Projektes könnte erhoben werden, wie oft die Mitarbeiter der Klinik nun auf die Möglichkeit EFB direkt auf der Neurologie im MT durchzuführen, zurückgreifen und ethische Probleme als diese erkennen. Des Weiteren wird durch das Projekt der Ablauf von EFB erprobt und gefestigt, sodass nach Ablauf des Pilotprojektes eine sinnvolle Evaluation der einzuführenden Neuerung erfolgen kann und noch vor einer möglichen kompletten Implementierung Veränderungen der Innovation durchgeführt werden können.

---

## 8. Zusammenfassung

Im Zuge des demografischen Wandels, Zunahme von multimorbiden Krankheitsverläufen und eine erhöhte Inzidenz von chronischen Erkrankungen wird das multiprofessionelle Team der Neurologie im Theodor-Wenzel-Werk ständig mit (ethischen) Herausforderungen konfrontiert. Die Thematiken „Ethik“ und ethisches Handeln im Krankenhaus beinhalten ein gewisses Maß an theoretischen Grundkenntnissen, weshalb diese im theoretischen Teil der Bachelor-Thesis beschrieben wurden.

Themen wie Sinnhaftigkeit von Therapie und Behandlung führen zeitweise zu Diskussionen innerhalb des multiprofessionellen Teams. Es bestand die Frage, inwiefern ethische Grenzfälle auf der neurologischen Station des Theodor-Wenzel-Werks bisher besprochen werden. Es kristallisierte sich heraus, dass (bislang) ethische Grenzfälle, bei Bedarf, von der Ethikkommission im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung analysiert und diskutiert wurden. Auf den psychiatrischen Stationen der Klinik führt die Moderatorin bei Bedarf ethische Fallbesprechungen mit den Mitarbeitern durch, die zu dem ethischen Problem Bezug haben. Dies geschieht mit der interdisziplinären Nimwegener Methode, welche in der Bachelor-Thesis beschrieben wurde.

Zudem stellte sich die Frage, warum diese Möglichkeit nicht auch auf der neurologischen Station etabliert ist. Auffallend war, dass die Mitarbeiter für diese Variante nicht sensibilisiert wurden und gar nicht um diese Möglichkeit ethische Fallbesprechungen direkt auf der Station im multiprofessionellen Team durchzuführen, wissen. Aufgrund dessen entstand die Forschungsfrage: *„Besteht der Bedarf ethische Fallbesprechungen auf der neurologischen Station des Theodor-Wenzel-Werks anzuwenden, sodass eine Implementierung erfolgreich wäre?“*

Wichtig war es, vor der Planung der Implementierung, eine Bedarfserhebung mit Hilfe eines Fragebogens durchzuführen, da eine Implementierung nur erfolgreich und effektiv ist, wenn die einzuführende Innovation von Seiten des multiprofessionellen Teams akzeptiert wird. Es wurden 43 Fragebögen verteilt und ein Rücklauf von 24 erzielt (55,81%).

Das Ergebnis ergibt, dass ein allgemeiner Bedarf besteht, ethische Fallbesprechungen in der Neurologie einzuführen (66,7%). Des Weiteren würde die Möglichkeit, diese direkt im multiprofessionellen Team auf der Station anzuwenden, angenommen werden (75,0%). Aufgrund der positiven Ergebnisse verfasste die Autorin eine grundlegende mögliche Planung der Implementierung, bei der Voraussetzungen und mögliche Einflussfaktoren erörtert wurden. Des Weiteren entstanden Ideen zur Integration der Neuerung im Stationsalltag.

---

## Literaturverzeichnis

**Albisser Schleger, H., Mertz, M., Meyer- Zehnder, B., Reiter- Theil, S. (2012).** *Klinische METAP: Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett.* Abgerufen von <http://bibliothek.charite.de/literatursuche/buecher/>. Abgerufen am 20.02.2016

**Altschmied et al. (2016)** *Implementierungswissenschaften für Pflege und Gerontologie.* Stuttgart: Kohlhammer

**Beauchamp, T. Childress, F. (2009)** *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford New York: Oxford University Press

**Behrens, J., Langer, G. (2004)** *Evidence Based Nursing.* Bern: Huber Verlag

**Birnbacher et al. (2013).** Abgerufen von [www.zentrale-ethikkommission.de/page](http://www.zentrale-ethikkommission.de/page). Abgerufen am 03.05.2016

**Bobbert, M. et al. (2012).** *Handbuch Pflegeethik.* Stuttgart: Kohlhammer

**Boer, J., Blijderveen, G., Dijk, G., Duivenvoorden, H., Williams, M. (Mai 2012).** *Implementing structured, multiprofessional medical ethical decision-making in a neonatal intensive care unit.* Abgerufen von Pubmed <http://jme.bmj.com>. Abgerufen am 20.01.2016

**Böhmer, T. (2016).** *Logopädie.* Abgerufen von [www.tww-berlin.de/kliniken/diagnostik-therapie/logopaedie/?fsize=2](http://www.tww-berlin.de/kliniken/diagnostik-therapie/logopaedie/?fsize=2). Abgerufen am 25.04.2016

**Böhmer, T. (2016).** *psychotherapeutische Verfahren.* Abgerufen von [www.tww-berlin.de/kliniken/diagnostik-therapie/psychotherapeutische-verfahren/?fsize=2](http://www.tww-berlin.de/kliniken/diagnostik-therapie/psychotherapeutische-verfahren/?fsize=2). Abgerufen am 25.04.2016

**Fiene, M. (2016).** betriebsinterne Stellenbeschreibung für Gesundheits-und Krankenpfleger, Theodor-Wenzel-Werk. Abgerufen am 20.03.2016



---

**Fiene, M.** (2016). betriebsinterne Stellenbeschreibung für den medizinischen Dienst, Theodor-Wenzel-Werk. Abgerufen am 20.03.2016

**Fiene, M.** (2016). betriebsinterne Stellenbeschreibung für die Physiotherapie, Theodor-Wenzel-Werk. Abgerufen am 20.03.2016

**Fiene, M.** (2016). betriebsinterne Stellenbeschreibung für die Ergotherapie, Theodor-Wenzel-Werk. Abgerufen am 20.03.2016

**Fiene, M.** (2016). betriebsinterne Stellenbeschreibung für den Sozialdienst, Theodor-Wenzel-Werk. Abgerufen am 20.03.2016

**Fiene, M.** (2016). betriebsinterne Stellenbeschreibung für die Seelsorge, Theodor-Wenzel-Werk. Abgerufen am 20.03.2016

**Geisler, L.** (29. Oktober 2005). Abgerufen von [www.linusgeisler.de/vortraege/0510mw\\_autonomie.html](http://www.linusgeisler.de/vortraege/0510mw_autonomie.html). Abgerufen am 23.04.2016

**Kaiser, D.** (2016). *Zuständige Ethik-Kommissionen für klinische Prüfungen*. Abgerufen von [www.dimdi.de/static/de/mpg/adress/ethik/ethik-liste.htm](http://www.dimdi.de/static/de/mpg/adress/ethik/ethik-liste.htm). Abgerufen am 10.03.2016

**Knipping, C.** (2007). *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Hans Huber Verlag.

**Kostka, U., Riedl, A.** (2009). *Ethisch entscheiden im Team*. Freiburg: neue caritas Lambertus.

**Maio, G.** (2012). *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer GmbH.

**Marckmann, G.** (2005). Konsequenzen des demografischen Wandels für die medizinische Versorgung im Krankenhaus der Zukunft. In H. Gassel, A. Thiedel, *Krankenhaus der Zukunft*. Abgerufen von [www.en.egt.med.uni-muenchen.de/personen/mitarbeiter/.../demographie.pdf](http://www.en.egt.med.uni-muenchen.de/personen/mitarbeiter/.../demographie.pdf). Abgerufen am 01.05.2016

---

**Marckmann, G., Mayer F.** (2009). Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. *Der Onkologe* 2009, DOI 10.1007/s00761-009-1695-z. Abgerufen am 11.02.2016

**Meyer-Zehnder, B., Barandun Schäfer, U., Albisser-Schleger, H., Reiter-Theil, S., Pargger, H.** (Mai 2014). Ethische Fallbesprechungen auf der Intensivstation. *Der Anästhesist* 2014, 64:477-487 DOI 10.1007/s00101-014-2331-x. Abgerufen am 25.01.2016

**Dr. Rhabar, K.** (2010). *Die vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin*. Abgerufen von [www.ethica-rationalis.org/artikel/die-vier-prinzipien-ethischen-handelns-in-der-medicin](http://www.ethica-rationalis.org/artikel/die-vier-prinzipien-ethischen-handelns-in-der-medicin). Abgerufen am 25.04.2016

**Riedel, A., Lehmeier, S., Elsbernd, A.** (2011). *Einführung von ethischen Fallbesprechungen- Ein Konzept für die Pflegepraxis*. Lage: Jacobs

**Steinkamp, N., Gordijn, B.** (2010). *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung*. Köln: Luchterhand.

**Dr. Simon, A.** (2016). *Qualifikationsstufen*. Abgerufen von [www.ethikkomitee.de/zertifizierung/zertifizierung/index.html](http://www.ethikkomitee.de/zertifizierung/zertifizierung/index.html). Abgerufen am 01.06.2016

**Schwichtenberg, R.** (2011). *Klinische Ethikberatung*. Abgerufen von <http://www.ethikdiskurs.de/methoden-einer-professionsethik/ethische-fallberatung/klinische-ethikberatung/>. Abgerufen am 20.03.2016

---

## Anhang

---

## Anhang 1: Protokoll der Nimwegener Methode

Ethikkommission Ethische Fallbesprechung Leitfaden/Fragenkatalog/Psychiatrie (Nimwegener Methode)	 THEODOER-WINZEL-WERK E.V.
--	--

Begrüßung/Vorstellungsrunde

### **1 Problem**

Wie lautet das ethische Problem?

### **2 Fakten**

#### **Medizinische Gesichtspunkte:**

- Wie lautet die Diagnose des Patienten, und wie ist die Prognose?
- Welche Behandlung kann vorgeschlagen werden?
- Hat diese Behandlung einen günstigen Effekt auf die Prognose?  
In welchem Maße?
- Wie ist die Prognose, wenn von dieser Behandlung abgesehen wird?
- Welche Erfolgsaussicht hat die Behandlung?
- Kann die Behandlung dem Patienten gesundheitlich schaden?
- Wie verhalten sich die positiven und negativen Auswirkungen zueinander?

#### **Pflegerische Grundsätze:**

- Wie ist die pflegerische Situation des Patienten zu beschreiben?
- Welcher Pflegeplan wird vorgeschlagen?
- Inwieweit kann der Patient sich selbst versorgen? (Ist zusätzliche Unterstützung von außen verfügbar?)
- Welche Vereinbarungen sind über die Aufgabenverteilungen in der Pflege getroffen worden?

#### **Weltanschauliche und soziale Dimension:**

- Was ist über die Weltanschauung des Patienten bekannt?
- Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an?
- Wie sieht er selbst seine Krankheit?
- Wie prägt die Weltanschauung des Patienten seine Einstellung gegenüber seiner Krankheit?
- Hat er ein Bedürfnis nach seelsorgerischer Begleitung?
- Wie sieht das soziale Umfeld des Patienten aus?



- Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf seine Angehörigen, seinen Lebensstil und seine soziale Position aus?
- Übersteigen diese Auswirkungen die Kräfte des Patienten und seiner Umgebung?
- Wie können persönliche Entfaltung und soziale Integration des Patienten gefördert werden?

**Organisatorische Dimension:**

- Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege des Patienten nachgekommen werden?

**3 Bewertungen**

**Wohlbefinden des Patienten:**

- Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf das Wohlbefinden des Patienten aus (Lebensfreude, Bewegungsfreiheit, körperliches und geistiges Wohlbefinden, Schmerz, Verkürzung des Lebens, Angst etc.)?

**Autonomie des Patienten:**

- Wurde der Patient umfassend informiert, und hat er seine Situation verstanden? Wie sieht der Patient selbst seine Krankheit?
- Wurde der Patient bis dato ausreichend an der Beschlussfassung beteiligt?
- Wie urteilt er über die Belastungen und den Nutzen der Behandlung?
- Welche Werte und Auffassungen des Patienten sind relevant?
- Welche Haltung vertritt der Patient gegenüber lebensverlängernden Maßnahmen und Intensivtherapie?
- Ist es richtig, dem Patienten die Entscheidung zur Behandlung zu überlassen?

**Verantwortlichkeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden:**

- Gibt es zwischen Ärzten, Pflegenden, anderen Betreuenden, dem Patienten und seinen Angehörigen Meinungsverschiedenheiten darüber, was getan werden soll?



## **5 Wie kann man die Entscheidung und die Auswertung zusammenfassen?**

### **Besondere Situationen**

#### **Patienten ohne eigene Willensfähigkeit:**

- Wie und durch wen wird festgestellt, dass der Patient nicht zu einem eigenen Willen fähig ist?
- In welcher Hinsicht ist er nicht willensfähig?
- Wird die Willensunfähigkeit als zeitlich begrenzt oder dauerhaft angesehen?
- Welche Aussicht besteht auf Wiederherstellung der Willensfähigkeit?
- Können die jeweils zu treffenden Entscheidungen so lange aufgeschoben werden?
- Was weiß man über die Werte des Patienten?

---

## Anhang 2: Prototyp des Fragebogens zu ethischen Fallbesprechungen

### Fragebogen zu ethischen Fallbesprechungen

Fragebogen-Nr.:  
(bitte nicht ausfüllen)

1. Ich bin der Meinung, dass ein allgemeiner Bedarf an der Durchführung von ethischen Fallbesprechungen besteht

trifft zu

trifft teils zu

trifft kaum zu

trifft nicht zu

2. Ich betreue Patienten, deren Situation ich gerne mit anderen Berufsgruppen intensiver diskutieren würde

trifft zu

trifft teils zu

trifft kaum zu

trifft nicht zu

3. Ich bin der Auffassung, dass einige Patientenfälle mehr Aufmerksamkeit in Richtung ethischem Handeln benötigen

trifft zu

trifft teils zu

trifft kaum zu

trifft nicht zu

4. Bei Bedarf sollten ethische Fallbesprechungen direkt auf der neurologischen Station durchgeführt werden

stimme zu

stimme teils zu

stimme kaum zu

stimme nicht zu

5. Ich empfinde die Möglichkeit, ethische Grenzfälle an die Ethikkommission abzugeben, als ausreichend

stimme zu

stimme teils zu

stimme kaum zu

stimme nicht zu

6. Es sollten alle Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams an einer ethischen Fallbesprechung teilnehmen

stimme zu

stimme teils zu

stimme kaum zu

stimme nicht zu

7. Je nach Schwerpunkt des Falles können sich die Teilnehmer einer ethischen Fallbesprechung unterscheiden

trifft zu

trifft teils zu

trifft kaum zu

trifft nicht zu

8. Wie viel Zeit würden Sie für eine ethische Fallbesprechungen aufbringen?

gar keine

bis 30 Min.

bis zu 60 Min.

über 60 Min.

1 / 2

---

9. Haben Sie bereits Erfahrung mit ethischen Fallbesprechungen? Falls ja, in welchem Rahmen?

10. Was erhoffen Sie sich durch eine Implementierung von ethischen Fallbesprechungen?

11. Welche Bedenken haben Sie bei einer Implementierung von ethischen Fallbesprechungen?

12. Hier können Sie gerne weitere Anmerkungen oder Ergänzungen eintragen



### Anhang 3: Kodierplan

Name	Variablenlabel	Wertelabels	Messniveau
A0	Fragebogennummer	leer= keine Eingabe	metrisch
A1	allgemeiner Bedarf	1= trifft zu 2= trifft teils zu 3= trifft kaum zu 4= trifft nicht zu leer= keine Angabe	ordinal
A2	intensivere Diskussion	1= trifft zu 2= trifft teils zu 3= trifft kaum zu 4= trifft nicht zu leer= keine Angabe	ordinal
A3	Aufmerksamkeit	1= trifft zu 2= trifft teils zu 3= trifft kaum zu 4= trifft nicht zu leer= keine Angabe	ordinal
A4	direkt auf Station	1= stimme zu 2= stimme teils zu 3= stimme kaum zu 4= stimme nicht zu leer= keine Angabe	ordinal
A5	abgeben an EK	1= stimme zu 2= stimme teils zu 3= stimme kaum zu 4= stimme nicht zu leer= keine Angabe	ordinal
A6	alle Berufsgruppen	1= stimme zu 2= stimme teils zu 3= stimme kaum zu 4= stimme nicht zu leer= keine Angabe	ordinal
A7	unterschiedliche Berufsgruppen	1= trifft zu 2= trifft teils zu 3= trifft kaum zu 4= trifft nicht zu leer= keine Angabe	ordinal
A8	Zeit	1= gar keine 2= bis 30 Minuten 3= bis 60 Minuten 4= über 60 Minuten leer= keine Angabe	ordinal



