



Schulungskonzept - Skizze im Rahmen des Forschungsprojektes „SeLeP“

Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim. Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase

Würde und Selbstbestimmung im Pflegeheim

Stefanie Solar M.A., Dr. rer. medic. Birgit Jaspers, Dr. disc. pol. Christian Banse, Torben Gebert,
Prof. Dr. med. Friedemann Nauck

Prof. Dr. med. Friedemann Nauck
Direktor Klinik für Palliativmedizin

Georg-August-Universität Göttingen
Robert-Koch-Straße 40
37075 Göttingen
Tel.: +49-551-39 60501
Fax.: +49-551-39 13060501

E-Mail: palliativmedizin@med.uni-goettingen.de
www.palliativmedizin.umg.eu

Inhalt

Allgemeine Projektziele von SeLeP und Ziele des Schulungskonzepts	5
Allgemeine Voraussetzungen für die Durchführung des Schulungskonzepts	6
Empfohlene Rahmenbedingungen für die konkrete Umsetzung des Schulungskonzeptes.....	8
Zielgruppen	9
Einbettung in den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR).....	10
Übersicht über die vier Basismodule	13
Konzeptionelle Überlegungen zur Vermittlung der Grundlagen und Hintergrund der Materialien.....	16
Modul 1: Würde und Selbstbestimmung: Grundlagen.....	18
Ablauf und Durchführung	20
Modul 2: Praktische Selbstbestimmung und Wahrung von Würde; moderiertes Online- Seminar für Pflegekräfte	22
Übersicht Zielgruppe, Lernziele und Unterrichtseinheiten	22
Ablauf und Durchführung	24
Modul 3: Praktische Selbstbestimmung und Wahrung von Würde; moderiertes Webinar Bewohner*innen (oder deren Stellvertreter*innen)/An-/Zugehörige	32
Übersicht Zielgruppe, Lernziele und Unterrichtseinheiten	32
Ablauf und Durchführung	34
Zwischenschritt: Auswertung der Hausaufgaben.....	38
Ablauf und Durchführung	39
Modul 4: Systematische Konflikt- und Situationsanalyse, Moral Distress: Wissen und Bearbeitungsmöglichkeiten; moderiertes Online-Seminar	40
Übersicht Zielgruppe, Lernziele und Unterrichtseinheiten	40
Ablauf und Durchführung	42
Ausblick	46
Zusätzliche Basismodule für die Steuerungsgruppe und Leitungsebene: Modul 0 und 5....	46
Kurzentwürfe weiterer Module	48
Die Berücksichtigung weiterer Berufsgruppen	50
Evaluation und nachhaltige Implementierung.....	51
Danksagung.....	52
Anhang	52

Modul 1, Teil A; Intro	54
Modul 1, Teil B; Was ist Würde?.....	56
Modul 1, Teil C; Würde in der Pflegeeinrichtung.....	60
Modul 1, Teil D; Vertiefung Menschenwürde und Würdeverletzungen.....	63
Modul 1, Teil E; Autonomie und Selbstbestimmung in der Pflegeeinrichtung.....	68
Modul 1, Teil F; Moralischer Stress.....	72
Modul 1, Teil G; Outro	77
Modul 2, Teil A; Arbeitsblatt Moderation	78
Modul 2, Teil A; zusätzliche Hinweise für die Durchführung.....	79
Modul 2, Teil A; Material für Moderation: Würdemodell nach Chochinov.....	80
Modul 2, Teil B; Arbeitsblatt Moderation	81
Modul 2, Teil B; zusätzliche Hinweise für die Durchführung.....	83
Modul 2, Teil C; Arbeitsblatt für die Moderation.....	86
Modul 2, Teil C; zusätzliche Hinweise für die Durchführung.....	87
Modul 2, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende: Gruppe 1	90
Modul 2, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende: Gruppe 2	91
Modul 2, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende: Gruppe 3	92
Modul 2, Teil D; Arbeitsblatt Moderation	93
Modul 2, Teil D; Arbeitsblatt Teilnehmende	95
Modul 3, Teil A; Arbeitsblatt Moderation	97
Modul 3, Teil A; zusätzliche Hinweise für die Durchführung.....	99
Modul 3, Teil B; Arbeitsblatt Moderation	100
Modul 3, Teil B; Material für Moderation: Würdemodell nach Chochinov	104
Modul 3, Teil C; Arbeitsblatt Moderation	105
Modul 3, Teil C; zusätzliche Hinweise für die Durchführung.....	106
Modul 3, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende	108
Zwischenschritt, Arbeitsblatt Moderation.....	110
Modul 4, Teil A; Arbeitsblatt Moderation	114
Modul 4, Teil A; zusätzliche Hinweise für die Durchführung.....	115
Modul 4, Teil B; Arbeitsblatt Moderation	117
Modul 4, Teil B; zusätzliche Hinweise für die Durchführung.....	118
Modul 4, Teil B; zusätzlicher Input zur Verständlichkeit.....	119
Modul 4, Teil C; Arbeitsblatt Moderation	123

Modul 4, Teil C; zusätzliche Hinweise für die Durchführung	125
Modul 4, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende 1: Situationsanalysemodell	129
Modul 4, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende 2: Rollenspiel	131

Allgemeine Projektziele von SeLeP und Ziele des Schulungskonzepts

Das vorliegende Konzept einer (größtenteils) digital durchführbaren Inhouse-Schulung wurde im Rahmen des Projekts *Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim (SeLeP) - Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase*¹ vom Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung der Universität Augsburg, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG), bei der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen in Auftrag gegeben. Das übergeordnete Ziel des Projekts ist die Beförderung einer Kultur der Selbstbestimmung und Würde für alle in einer stationären Pflegeeinrichtung Arbeitenden und Lebenden. In den Pflegeeinrichtungen als zentraler Lebensort für vor allem ältere Menschen soll dementsprechend eine Pflegepraxis implementiert werden, die das tägliche Miteinander aller beteiligten und betroffenen Personen verbessert, indem alle Perspektiven berücksichtigt werden. Hier setzt das Schulungskonzept an: Es geht um die organisatorische Umsetzung von Bedingungen, die ein selbstbestimmtes und würdevolles Leben in Pflegeeinrichtungen ermöglichen.

Das in Auftrag gegebene Schulungskonzept umfasst die Ausarbeitung von vier exemplarischen Basismodulen und damit die Entwicklung von Lernzielen, Inhalten, Methoden, Arbeitsmaterialien, Ablaufbeschreibungen mit exemplarisch skizzierter Diskussions- und Auswertungsstruktur und von Praxisaufträgen. Die Basismodule haben besonders eine *Sensibilisierung* für die angesprochenen Fragen zur Würde und Selbstbestimmung in stationären Pflegeeinrichtungen zum Ziel. Die Teilnehmenden sollen mit der Schulung angeregt werden, ihre *Haltung* zu relevanten Fragen von Würde und Selbstbestimmung in Pflegeeinrichtungen zu reflektieren sowie praktische Umsetzungsmöglichkeiten einer Würde- und Selbstbestimmungskultur gemeinsam mit den anderen Gruppen der Einrichtung zu erarbeiten. Für die Basismodule werden im Rahmen des Auftrags als Zielgruppen Pflegekräfte², Bewohner*innen bzw. deren Stellvertreter*innen sowie An- und Zugehörige adressiert. Darüber hinaus wird die Leitungsebene der Einrichtung über eine Steuerungsgruppe eingebunden, die den Schulungsprozess in der jeweiligen Einrichtung begleitet. Neben der Organisation der Schulung in der jeweiligen Einrichtung soll die Steuerungsgruppe anhand des

¹ Website des Projekts: <https://www.uni-augsburg.de/de/forschung/einrichtungen/institute/zi/gesundheitsforschung/lebensende/selep/>; letzter Zugriff 21.04.2021

² Zur einfacheren Lesbarkeit wird im vorliegenden Konzept der Terminus Pflegekraft/Pflegekräfte als Bezeichnung für professionell Pflegendе verwendet; sollte explizit eine Berufsgruppe mit bestimmter Qualifizierung, etwa Pflegefachperson, Pflegehelfer*in oder Altenpflegehelfer*in gemeint sein, werden die exakten Bezeichnungen verwendet.

Outcomes der Schulung bedarfsgerecht nachhaltig organisationale Angebote und Veränderungen identifizieren und implementieren können.

Die Ausarbeitung der vier Basismodule mit Skizzierung von weiteren Basis- und Aufbaumodulen stellt, dem Auftrag entsprechend, kein Konzept einer vollständig entwickelten Schulung dar.

Allgemeine Voraussetzungen für die Durchführung des Schulungskonzepts

Für das Konzept einer digital durchführbaren Schulung anhand von vier Basismodulen wurden verschiedene Settings und Zusammensetzungen der Teilnehmer*innen sowie Herausforderungen unter Berücksichtigung der aktuellen Pandemiesituation reflektiert. Diese Überlegungen, die in unterschiedlichen Besprechungen mit den Auftraggeber*innen aus Augsburg und externen Expert*innen aus dem Pflegebereich³ angestellt wurden, sind in die Konzeptualisierung der Schulung eingegangen. Es müssen bestimmte Voraussetzungen bedacht werden, die die Umsetzung des Schulungskonzeptes beeinflussen.

Das Konzept für die vier Basismodule sieht eine Mischung aus Online-Angeboten zum Selbststudium (ein Modul) und drei moderierten Modulen vor, die im Rahmen *einer* Pflegeeinrichtung vorbereitet werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen variieren in ihrer Struktur und Größe, die Spannbreite reicht von kleinen Einrichtungen mit wenigen Betten bis hin zu Häusern mit einer dreistelligen Bettenzahl, von einzelnen, unabhängigen Einrichtungen, die zum Beispiel im Rahmen eines Familienbetriebs geführt werden, bis hin zu Pflegeeinrichtungen großer Trägerorganisationen. Für Organisation und Durchführung einer Schulung ergeben sich in den Pflegeeinrichtungen deshalb individuelle Herausforderungen in Bezug auf die für die Schulung vorhandenen Ressourcen und strukturellen Bedingungen. So muss berücksichtigt werden, dass Schulungsräume, technisches Equipment, die Abstellbarkeit von Personal für Schulungen, eventuelle Kostenübernahme für weiteres Personal zur Aufrechterhaltung des Betriebs während der Schulung, Kosten für externe Moderationen, Einbindung von Bewohner*innen oder deren Stellvertreter*innen u.a. relevante strukturelle Bedingungen für die Durchführbarkeit der Schulung sind.

Eine weitere Herausforderung, vor allem im Hinblick auf die vom Auftraggeber angestrebte Einbeziehung aller Berufsgruppen inklusive des Ehrenamts und so vieler Berufsgruppen und

³ Externe Expert*innen standen im Austausch mit den Autor*innen des Konzeptes, um besonders für Würdekonzepte, Lehrerfahrungen, Kursdidaktiken und Strukturen von Pflegeeinrichtungen Vorschläge aus der Praxis bereitzustellen. Angaben zu den involvierten externen Expert*innen finden sich in der Danksagung.

Betroffenen als möglich, ist die Sprachkompetenz der Adressaten, vor allem bei Personen, deren Muttersprache eine andere als Deutsch oder deren Sprechvermögen krankheitsbedingt eingeschränkt ist.

Zwar sind die konkreten hier vorgestellten Inhalte der Basismodule darauf ausgelegt, durch ihren Schwierigkeitsgrad keine großen Hürden zu schaffen, jedoch kann für die vier Basismodule kein Konzept vorgelegt werden, das allen Ebenen sprachlicher Kompetenz gerecht wird.

Eine reine Online-Schulung ohne Moderation wurde als nicht geeignet für die Zielsetzung der Schulung der Basismodule erachtet. Sollte eine Präsenzschiulung möglich sein, könnte diese in der Einrichtung selbst stattfinden. Dafür sollten vorhanden sein:

- ein ausreichend großer Arbeitsraum für Plenareinheiten
- mehrere kleinere Gruppenräume
- angemessene technische Ausstattung (Whiteboard, Beamer, Lautsprecher) im Plenarraum und in den Gruppenräumen
- Moderationskoffer, Stellwand, Flipchart etc.

In der Pandemiesituation kann eine Präsenzveranstaltung entweder gar nicht oder nur mit entsprechendem Hygienekonzept durchgeführt werden. Plenareinheiten in einem Raum würden unter diesen Umständen wegfallen; stattdessen müsste eine Übertragungsmöglichkeit der Moderation in mehrere Gruppenräume technisch gegeben sein. Kontaktbeschränkungen für einzelne Teilnehmer*innengruppen, z.B. aus verschiedenen Wohnbereichen (Personal und Bewohner*innen, deren Stellvertreter*innen, An- und Zugehörige), können einen Einfluss auf die Durchführbarkeit der Schulung inklusive ihrer Praxisanteile haben.

Für die Durchführbarkeit der Schulung als digital durchgeführte Veranstaltung sind ebenfalls bestimmte Voraussetzungen zu berücksichtigen. Wird die Schulung in der Einrichtung selbst digital durchgeführt, ist zu bedenken, dass

- in Gruppen-/Einzelräumen die entsprechende technische Ausstattung für das jeweilig teilnehmende Personal gegeben sein muss (Computer, Laptop, Webcam, ggf. Kopfhörer/Mikrofon) und
- diese Ausstattung ggf. für Bewohner*innen, deren Stellvertreter*innen, An- und Zugehörige in entsprechenden Bereichen zur Verfügung stehen muss.

Kann frei gewählt werden, von welchem Ort aus an der digitalen Schulung teilgenommen werden kann, so muss dort das entsprechende technische Equipment vorhanden und der Zugang zu einer sicheren, stabilen Internetverbindung gegeben sein.

Insgesamt sollte nach Klärung der technischen Gegebenheiten eine Vergewisserung über die Medienkompetenz der Teilnehmenden nicht fehlen. Eine konkrete Anleitung zur Nutzung der vorgesehenen Programme als Teilnehmer*in sollte verfasst werden; vor Beginn der Schulung bedarf es eines oder mehrerer getrennter Termine für eine technische Einführung und einen Test der Medienkompetenz.

Empfohlene Rahmenbedingungen für die konkrete Umsetzung des Schulungskonzeptes

Steuerungsgruppe

In der Einrichtung wird eine Steuerungsgruppe eingerichtet. Die Einrichtung selbst entscheidet, wer dieser Steuerungsgruppe angehört. Empfohlen wird, neben Personen aus den Leitungsebenen auch den Bewohnerbeirat (sofern möglich) einzubinden.

Aufgaben einer Steuerungsgruppe

- Einführung der Schulung
- Entscheidung über Moderator*innen
- Entscheidung über die einzubindenden Zielgruppen nach Machbarkeit, Sprachkompetenz (Deutsch)
- Organisation der Schulung (Zeitplan, technische/räumliche Ausstattung für Personal und Bewohner*innen, Medienkompetenzen, Datenschutz, etc., Information/Einbindung der Zielgruppen)
- Sicherung der Rückbindung relevanter Ergebnisse/Lösungsvorschläge aus den Modulen und Diskussion sowie Umsetzung möglicher Implementierungsmaßnahmen

Moderation

Von den Expert*innen wurde empfohlen, externe Moderator*innen einzubinden, um einen geschützten Raum für alle Teilnehmenden zu gewährleisten. Die Schulung im Rahmen der Basismodule kann von einer Person moderiert werden oder von einem Moderator*innen-Team. Wenn die Wahl auf ein Team trifft, könnten zeitgleich zu den Plenaranteilen auch Gruppenarbeiten ggf. durch Moderator*innen betreut werden. Die Erarbeitung von Rückmeldungen an die Steuerungsgruppe bzw. Auswertungen (besonders der Hausaufgabe vor

Beginn von Modul 4) könnten untereinander aufgeteilt bzw. gemeinsam vorgenommen werden. Ein Moderator*innenteam sollte in die Basismodule 2 bis 4 eingebunden sein.

Als fachliche Qualifizierung wird empfohlen:

- Coaching- oder Moderator*innenausbildung
- Systemische*r Berater*in
- Ethikberater*in mit mindestens 2-jähriger Praxiserfahrung
- Train the Trainer Fortbildung
- Fortbildung Kursleitung Palliative Care
- Dozent*innen im Bereich Altenpflege, Pflegewissenschaft oder Palliative Care (mit unterschiedlichen Professionen/aus unterschiedlichen Disziplinen)
- Dozent*innen oder Trainer*in für Qualifikation Versorgungsplanung nach §132g SGB V

Bei der Moderation durch externe Expert*innen werden Kosten anfallen, für welche Mittel zur Verfügung stehen müssen; dies kann jedoch eine Hürde für die jeweilige Einrichtung bedeuten, sich für die Umsetzung der Schulung in der eigenen Einrichtung zu entscheiden. Weiterhin kann es möglicherweise für Einrichtungen, die nicht von Trägern geführt sind, die über eigene Bildungszentren verfügen, eine Herausforderung sein, geeignete Moderator*innen auszuwählen. Da in dem vorliegenden Konzept einzelne Pflegeeinrichtungen die Schulung durchführen, werden möglicherweise Haltungen der gewählten Moderator*innen voneinander abweichen.

Zielgruppen

Hauptzielgruppe

Für das vorliegende Schulungskonzept sind Pflegekräfte (betreuendes Personal, Wohnbereichsleitungen) der stationären Pflegeeinrichtung sowie Bewohner*innen bzw. deren Stellvertreter*innen, An- und Zugehörige und Leitungs- und Führungskräfte die Hauptzielgruppe.

Da innerhalb einer Einrichtung viele unterschiedliche professionelle Positionen, z.T. durch zusätzliche Beteiligung des Ehrenamts, dazu durch weitere in die Einrichtung kommende Akteure (Hausarzt*innen, externe Reinigungsdienste etc.) vereint sind, zwischen denen verschiedene Machtgefälle bestehen, konzentrieren sich die vier Basismodule zunächst auf die o.a. Zielgruppen. Hierbei sollen die Zielgruppe Pflegekräfte und die Zielgruppen

Bewohner*innen bzw. deren Stellvertreter*innen, An- und Zugehörige in den Basismodulen 2 und 3 getrennt adressiert werden, um jeweils einen geschützten Raum für Austausch und Diskussion zu wahren. In Modul 4 werden die ausgearbeiteten Ergebnisse der beiden Zielgruppen vereint und ausgetauscht; Leitungs- und Führungskräfte sind in Modul 4 ebenfalls vertreten.

Einbettung in den Deutschen Qualifikationsrahmen (DQR)⁴

Um eine Anbindung an weitere Fortbildungen bzw. Schulungen zu ermöglichen bietet es sich an, das Schulungskonzept in den DQR einzubetten. Der DQR beschreibt auf acht Niveaus fachliche und personale Kompetenzen, an denen sich die Einordnung der Qualifikationen orientiert; da im DQR durchgehend von Kompetenzen die Rede ist, wurde auf die Verwendung des Modalverbs *können* in der Matrix durchgehend verzichtet. Der DQR wurde bezüglich unscharfer Formulierungen im Rahmen der Kompetenzbereiche und Subkategorien kritisiert; so zum Beispiel für die Kategorie Selbstständigkeit, die z.T. synonym mit Selbstkompetenz verwendet oder für welche Selbstkompetenz als eine Subkategorie im Handbuch angeführt wird.⁵

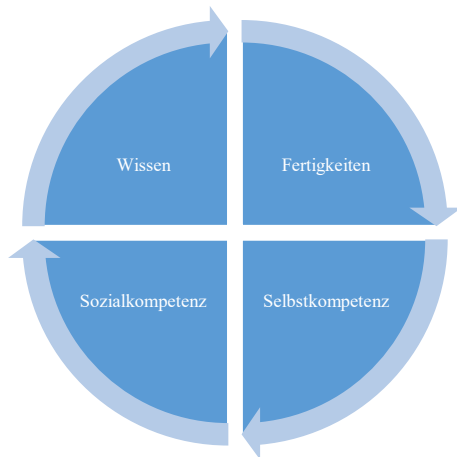
Daher wird, in Anlehnung an andere Kompetenzmodelle, statt des Terminus Selbstständigkeit der Terminus Selbstkompetenz verwendet.

Die Module werden unter Bezugnahme auf einen thematischen Schwerpunkt nach dem Kompetenzmodell unter Berücksichtigung der vier Kompetenzbereiche gestaltet.

⁴ Bundesministerium für Bildung und Forschung (2013). *Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen. Struktur – Zuordnungen – Verfahren – Zuständigkeiten*. Bund-Länder-Koordinierungsstelle für den Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen. Erhältlich unter: https://www.dqr.de/media/content/DQR_Handbuch_01_08_2013.pdf; letzter Zugriff 30.04.2021

⁵ Frank, I. (2014): Umsetzung des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) – Konsequenzen für die Gestaltung von Aus- und Fortbildungsberufen und das Prüfungswesen. In: [Weiterentwicklung von Berufen – Herausforderungen für die Berufsbildungsforschung / Eckart Severing \[Hrsg.\] ; Reinhold Weiß \[Hrsg.\]](#), S. 31-56. Erhältlich unter: https://www.agbfn.de/dokumente/pdf/agbfn_14_frank.pdf; letzter Zugriff 30.04.2021

Abbildung 1: Konzeption der Module nach Kompetenzbereichen mod. nach ⁴



Subkategorien der einzelnen Kompetenzbereiche werden im *Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen* ⁴ wie in Tabelle 1 spezifiziert.

Tabelle 1: Kompetenzbereiche und Subkategorien, mod. nach ⁴

Kompetenzbereich	Subkategorien
Wissen	<p>Tiefe</p> <p>Bezeichnet den Grad der Durchdringung eines Bereichs des allgemeinen, beruflichen oder wissenschaftlichen Wissens.</p> <p>Breite</p> <p>Bezieht sich auf die Anzahl von Bereichen des allgemeinen beruflichen oder wissenschaftlichen Wissens, die mit einer Qualifikation verbunden sind.</p>
Fertigkeiten	<p>Instrumentale Fertigkeiten</p> <p>Sind Fertigkeiten der Anwendung, sei es von Ideen, Theorien, Methoden, Hilfsmitteln, Technologien und Geräten.</p> <p>Systemische Fertigkeiten</p> <p>Sind auf die Generierung von Neuem gerichtet. Sie setzen instrumentale Fertigkeiten voraus und erfordern die Einschätzung von und den adäquaten Umgang mit komplexen Zusammenhängen.</p> <p>Beurteilungsfähigkeit</p> <p>Ist die Fähigkeit, Lern- oder Arbeitsprozesse und ihre Ergebnisse mit relevanten Maßstäben zu vergleichen und auf dieser Grundlage zu bewerten.</p>
Sozialkompetenz	<p>Teamfähigkeit</p> <p>Ist die Fähigkeit, innerhalb einer Gruppe zur Erreichung von Zielen zu kooperieren.</p> <p>Führungsfähigkeit</p> <p>Bezeichnet die Fähigkeit, in einer Gruppe oder einer Organisation auf zielführende und konstruktive Weise steuernd und richtungsweisend auf das Verhalten anderer Menschen einzuwirken.</p>

	<p>Fähigkeit zur Mitgestaltung</p> <p>Ermöglicht es, sich konstruktiv in die Weiterentwicklung der Umfeldbedingungen in einem Lern- oder Arbeitsbereich einzubringen.</p> <p>Kommunikation</p> <p>Bezeichnet den verständigungsorientierten Austausch von Informationen zwischen Personen, in Gruppen und Organisationen.</p>
<p>Selbstkompetenz</p>	<p>Eigenständigkeit</p> <p>Bezeichnet die Fähigkeit und das Bestreben, in unterschiedlichen Situationen angemessene Entscheidungen zu treffen und ohne fremde Hilfe zu handeln.</p> <p>Verantwortung</p> <p>Bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, selbstgesteuert zur Gestaltung von Prozessen, unter Einbeziehung der möglichen Folgen, beizutragen.</p> <p>Reflexivität</p> <p>Beinhaltet die Fähigkeit, mit Veränderungen umzugehen, aus Erfahrungen zu lernen und kritisch zu denken und zu handeln.</p> <p>Lernkompetenz</p> <p>Ist die Fähigkeit, sich ein realistisches Bild vom Stand der eigenen Kompetenzentwicklung zu machen und diese durch angemessene Schritte weiter voranzutreiben.</p>

Übersicht über die vier Basismodule

Würde und Selbstbestimmung

Praktische Selbstbestimmung und Wahrung von Würde: Pflegekräfte

Praktische Selbstbestimmung: Bewohner*innen bzw. deren Stellvertreter*innen, An- und Zugehörige

Perspektiven auf Selbstbestimmung und Würde, Lösungsansätze für Konflikte/Probleme, Situationsanalysemodell angelehnt an Kostrzewa & Gerhards Intervisionsmodell⁵

Die Basismodule bauen aufeinander auf. Modul 1 dient der Vermittlung von Basiswissen und Überlegungen zur individuellen Haltung in Bezug auf die Themen Würde, Autonomie und Selbstbestimmung.

Modul 2 und 3 sind in ihrer inhaltlichen Struktur ähnlich, werden aber nach unterschiedlichen Zielgruppen voneinander getrennt durchgeführt. Beide Module dienen als Grundlage für die Diskussion um praktische Selbstbestimmung und Wahrung von Würde, wobei in Modul 2 Pflegekräfte und in Modul 3 Bewohner*innen bzw. deren Stellvertreter*innen sowie An- und Zugehörige angesprochen werden.

Modul 4 führt die verschiedenen Perspektiven auf Selbstbestimmung und Würde zusammen und ermöglicht eine gemeinsame Diskussion der Zielgruppen. Für die Bearbeitung relevanter Konflikte mit Selbstbestimmungs- und Würdethematik wird ein Diskussionsmodell vorgestellt und an einem Fallbeispiel in Form eines Rollenspiels umgesetzt.

Wie die Durchführung der Schulung praktisch organisiert wird, obliegt der Entscheidung der jeweiligen Pflegeeinrichtung und ist von vielerlei Faktoren abhängig. Während die Teilnehmenden sich mit Modul 1 im Selbststudium beschäftigen und ihre Zeit dafür selbst frei wählen, kann das Basismodul 2 - je nach zeitlichen Ressourcen zur Abstellung des teilnehmenden Personals - an einem Tag durchgeführt werden oder auf mehrere Tage verteilt.

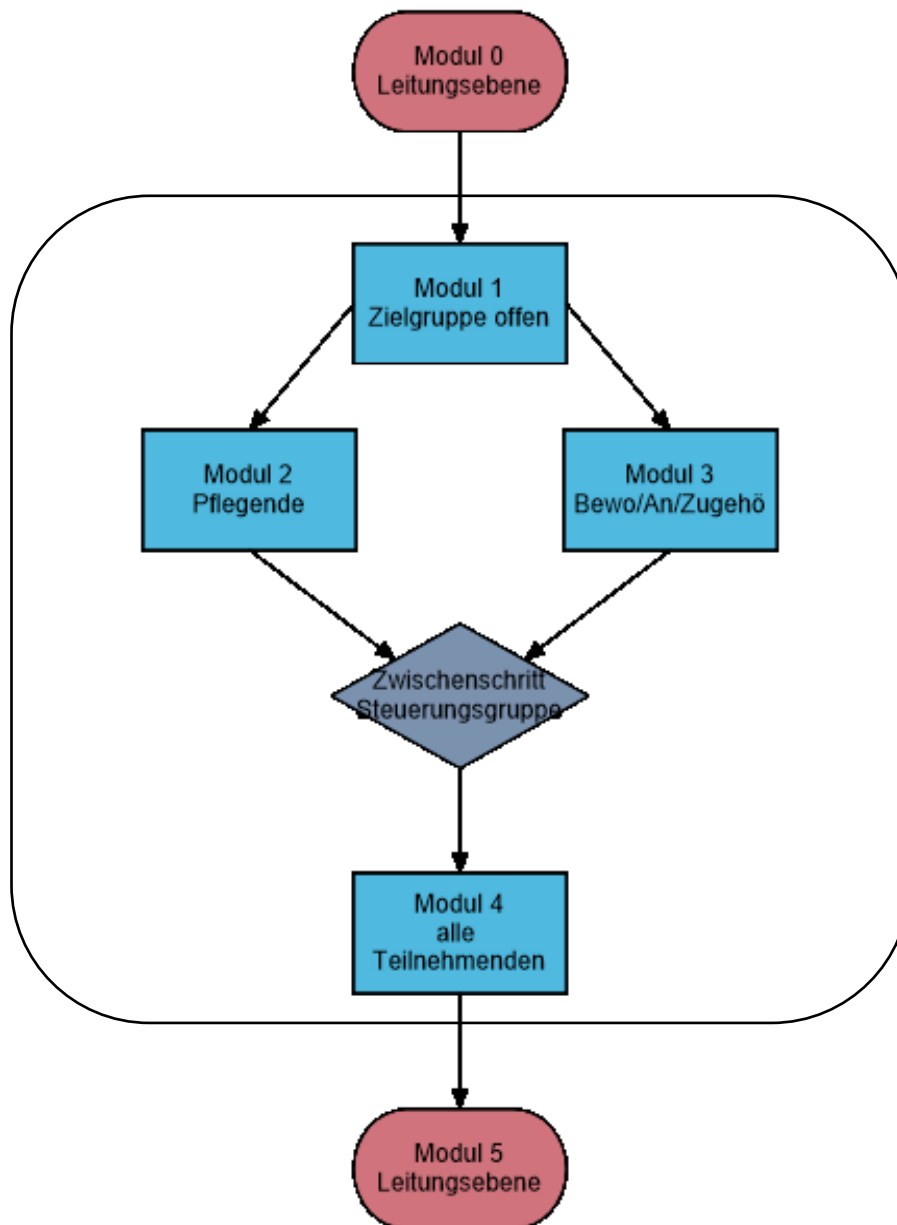
Das Basismodul 3 richtet sich neben Stellvertreter*innen von Bewohner*innen und deren An- sowie Zugehörigen auch an die Bewohner*innen selbst und damit eine besonders vulnerable Zielgruppe. Für die Konzeption des Moduls wurde dabei davon ausgegangen, dass hier Bewohner*innen involviert werden, die mental und physisch in der Lage sind, an der Schulung

⁵ Kostrzewa S, Gerhard C (2010) Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. Bern: Hans Huber Verlag, S. 289.

teilzunehmen. Bei der Durchführung muss beachtet werden, dass es bei einer Inklusion dieser Zielgruppe einer umfassenderen Einführung in die Schulung bedarf. Des Weiteren könnten ggf. längere Pausen für Bewohner*innen innerhalb der einzelnen Teile der Schulung notwendig werden als in Basismodul 2 für die Pflegekräfte. Möglicherweise empfiehlt sich eine Aufteilung der Schulung dieses Basismoduls wie auch des Basismoduls 4 auf verschiedene Termine, um die Belastung der Bewohner*innen zu reduzieren. Für den Fall, dass die Teilnahme an der Schulung Themen oder Gefühle berührt, die zu belastenden Situationen führen, muss eine klare Struktur für zeitnahe Angebote zur Nachbesprechung oder Unterstützung mit allen Teilnehmenden kommuniziert werden.

Als Ergänzung bietet sich noch ein Modul 0 an, das Basis-Wissen auf Leitungsebene vermittelt, Führungskräfte für die Thematik sensibilisiert und auf die Durchführung der Schulung in der Einrichtung vorbereitet.

Ein mögliches Basismodul 5 soll dann den Input der Teilnehmenden aus Modul 2-4 aufgreifen und zusammen mit der Leitungsebene Selbstbestimmungsmöglichkeiten im Heim adressieren und reflektieren. Genauere Ausführungen finden sich im Ausblick-Kapitel (S. 46).



Legende:

rot= optionale Module,

blau= Module für Teilnehmer*innen,

lila= Zwischenschritt zur Rückmeldung der erarbeiteten Inhalte an die Steuerungsgruppe

Konzeptionelle Überlegungen zur Vermittlung der Grundlagen und Hintergrund der Materialien

Ein wichtiger Grund für das Schulungskonzept der vier Basismodule ist die Entscheidung für größtenteils moderierte Lern- und Gesprächsformen. Das Einbeziehen einer qualifizierten Moderation erlaubt es, für das Selbststudium (Modul 1) eine allen Interessierten zugängliche Basis der Wissenvermittlung anzubieten. Außerdem kann eine Moderation dazu beitragen, dass würde- und selbstbestimmungsrelevante Themen, Probleme und Konflikte in der Pflegeeinrichtung unter Einbindung verschiedener Zielgruppen (Modul 2 und 3) und mit dem Ziel der gemeinsamen Bearbeitung (Modul 4) identifiziert, reflektiert und adressiert werden.

Zur Vermittlung des Grundlagenwissens dienen Podcasts über Würde, Selbstbestimmung und den Umgang mit moralischem Stress. Hierzu wurden vom Auftraggeber, dem Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung der Universität Augsburg, Texte zu Situations- und Handlungswürde [S.56] sowie personaler und relationaler Autonomie [S.68] zur Verfügung gestellt. Ein externer Experte (Fachbereich Philosophie) erarbeitete Manuskripte zu ethischen Konzepten der Menschenwürde [S.63] und moralischem Stress [S.72]. Nach Absprache mit weiteren Experten wurde ein weiterer Podcast zu Menschenwürde von den Autor*innen verfasst.

Die Manuskripte der Podcasts wurden von den Autor*innen didaktisch aufbereitet, den beratenden Expert*innen vorgelegt und mit diesen in Hinblick auf thematische Relevanz, Aufbau, Verständlichkeit sowie Angemessenheit für die intendierten Zielgruppen diskutiert und nach deren Feedback modifiziert. Die Skripte der Podcasts (inklusive Quellenangaben) sind im Anhang zu finden.

Neben den philosophisch-theoretischen Zugängen zum Würdebegriff wird außerdem das Würde-Modell von Chochinov et al.^{6 7} verwendet, das die psychosoziale Seite von Würde betont. Chochinov et al. hatten Krebspatient*innen danach befragt, was für sie persönlich Würde ausmache. Um das persönliche, subjektive Würdeempfinden von Patient*innen (hier: Bewohner*innen) zu stärken und/oder nicht zu verletzen, ist eine aus der Befragung resultierende Zusammenstellung von Faktoren, welche für die Patient*innen eine wichtige Rolle spielen, in der Versorgungspraxis ausgesprochen hilfreich. Sie macht den Begriff der

⁶ Chochinov H.M., Hack T, McClement S, Kristjansson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model *Social Science & Medicine* 54 (2002) 433–443

⁷ Chochinov, H.M. (2017) Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Würde für Situationen in der Versorgung operationalisierbar und sensibilisiert für Bereiche, in denen Behandelnde, Pflegekräfte und Begleitende würdestärkend oder würderehabilitierend handeln können.

Darüberhinaus wurden für die Bearbeitung würde- und selbstbestimmungsrelevanter Probleme und Konflikte qualitative Forschungsergebnisse der Auftraggeberin aus Augsburg verwendet. Aus einer Vielzahl von Fallvignetten wurden Fallbeispiele ausgewählt, von den Autor*innen überarbeitet und so ausformuliert, dass sie sowohl als Text als auch für eine Umsetzung als Video für den Podcast genutzt werden konnten. Hinzugezogen wurden dabei die würde- und selbstbestimmungsrelevanten Fallbeispiele inklusive Konfliktskizze und Lösungsvorschläge. Entscheidend für die Auswahl der Fallbeispiele für die Basismodule war, Themen und Konflikte zu finden, die sich für die Betrachtung der jeweiligen Perspektiven der in diesen Modulen adressierten Zielgruppen eignen. Rein medizin- oder pflegeethische Fragestellungen sowie Konflikte zwischen bzw. mit anderen Personengruppen wurden daher ausgeklammert. Zudem sollen nach dem Ziel des Schulungskonzepts die Suche und die Umsetzung von Lösungsmöglichkeiten in der Pflegeeinrichtung selbst stattfinden, damit die an der Schulung teilnehmenden Personen wie die gesamte Einrichtung von einer Veränderung der Selbstbestimmungs- und Würdeachungskultur profitieren können. Die Skripte der Fallbeispiele sind im Anhang ab S. 90, ein von den Autor*innen entwickeltes Arbeitsblatt zur Konfliktsammlung und -bearbeitung unter S. 95 zu finden.

Modul 1: Würde und Selbstbestimmung: Grundlagen

Modul im Selbststudium

Podcasts mit Einbindung von Umfragetools

Übersicht Zielgruppe, Lernziele und Unterrichtseinheiten

Zielgruppe: Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung, Bewohner*innen (oder deren Stellvertreter*innen), An-/Zugehörige, alle in der Pflegeeinrichtung Tätigen, Interessierte an der Thematik

Übergeordnete Lernziele Modul 1 nach DQR:

Kompetenzbereiche	Lernziele
Wissen	<p>Die Teilnehmenden kennen den Unterschied zwischen dem Prinzip Menschenwürde und individuellen Vorstellungen von Würde/dem individuellen Gefühl von eigener Würde.</p> <p>Die Teilnehmenden kennen das Würde-Modell von Chochinov et al.^{8,9}</p> <p>Die Teilnehmenden kennen den Unterschied zwischen Situations- und Handlungswürde.</p> <p>Die Teilnehmenden kennen verschiedene ethische Konzepte der Begriffe Würde, Menschenwürde und Selbstbestimmung.</p> <p>Die Teilnehmenden kennen verschiedene Konzepte von Autonomie, dabei insbesondere das Konzept der relationalen Autonomie.</p> <p>Die Teilnehmenden kennen den Begriff „Moralischer Stress“ (Moral Distress) und dessen Folgen.</p>

⁸ Chochinov H.M., Hack T, McClement S, Kristjansond L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model *Social Science & Medicine* 54 (2002) 433–443

⁹ Chochinov, H.M. (2017) *Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Fertigkeiten	<p>Die Teilnehmenden unterscheiden zwischen dem Prinzip Menschenwürde (Basic Dignity) und persönlichen, individuellen Vorstellungen von Würde.</p> <p>Die Teilnehmenden reflektieren ihr Verständnis von Autonomie/Selbstbestimmung.</p> <p>Die Teilnehmenden erschließen sich über die Auseinandersetzung mit den dargebotenen Konzepten, dass ihr Verständnis von Würde und Autonomie Bedeutung für ihre Arbeit/ihr Leben im Pflegeheim hat.</p>
Sozialkompetenz	<p>Die Teilnehmenden verstehen sich durch die Bearbeitung des Moduls 1 (Würde) als in einer Gruppe (über Hausaufgabe Austausch mit anderen Teilnehmenden) arbeitend und Grundlagen für eine Zusammenarbeit in weiteren Modulen schaffend.</p>
Selbstkompetenz	<p>Die Teilnehmenden sind sensibilisiert für moralische Gründe eigenen Handelns. Die Teilnehmenden nutzen die vorgegebenen Lernhilfen und vertiefen ihre Kenntnisse selbstständig über weitergehende Angebote.</p> <p>Die Teilnehmenden lernen in weniger bekannten Kontexten eigenständig und verantwortungsbewusst.</p>

Übersicht: 5 Podcasts entsprechen 1 Unterrichtseinheit (UE)

Teil A	• Intro
Teil B	• Podcast 1: Was ist Würde?
Teil C	• Podcast 2: Würde in der Pflegeeinrichtung
Teil D	• Podcast 3: Vertiefung Menschenwürde und Würdeverletzungen
Teil E	• Podcast 4: Autonomie und Selbstbestimmung in der Pflegeeinrichtung
Teil F	• Podcast 5: Moralischer Stress
Teil G	• Outro

Ablauf und Durchführung

<p>Zusammenfassung</p> <p>Wie alle großen Begriffe der Ethik (z.B. Freiheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit) ist der Begriff Menschenwürde mehrdeutig. Um das Thema Würde reflektieren zu können, soll das eigene Verständnis dieses Begriffs exploriert werden. Dazu werden verschiedene Podcasts aufbereitet, die sich mit den Thematiken Würde, Autonomie und Selbstbestimmung auseinandersetzen. Zusammen mit den Auswirkungen von Würdeverletzungen und Einschränkungen der Selbstbestimmung werden so Grundlagen für die späteren Module der Schulung erarbeitet. Die Podcasts bieten die Möglichkeit, Umfragetools einzubinden. Die Ergebnisse werden den Teilnehmenden direkt nach der Abstimmung angezeigt. Dadurch können sie ihre Antworten im Vergleich zu denen der anderen Teilnehmer*innen sehen und erhalten so einen ersten Einblick in die verschiedenen Perspektiven. Die Auswertung kann zu einem späteren Zeitpunkt für Forschungszwecke genutzt werden.</p>	1 UE
Inhalt konkret	Min.
Intro – Vorstellung des Moduls 1 und der Gesamtschulung	ca. 1

<p>Podcast: Was ist Menschenwürde? [S.56]</p> <p>Eigene Definition hinterfragen und Einführung in die Thematik</p> <p>Innere und äußere Faktoren kennenlernen, die Würde stärken und schwächen können</p>	ca. 9
<p>Podcast: Würde in der Pflegeeinrichtung [S.60]</p> <p>Konzept der Situations- und Handlungswürde sowie besondere Stellung der Pflegeeinrichtung kennenlernen</p>	ca. 7
<p>Podcast: Vertiefung Menschenwürde und Würdeverletzungen [S.63]</p> <p>Konzepte der Ethik zum Begriff der Menschenwürde verstehen, damit eigene Vorstellungen der Teilnehmenden zur Definition vertiefend reflektiert werden können</p> <p>Würdeverletzungen verstehen</p>	ca. 7
<p>Podcast: Autonomie und Selbstbestimmung in der Pflegeeinrichtung [S.68]</p> <p>Unterschied zwischen Selbstbestimmung und Autonomie verstehen im Kontext einer Pflegeeinrichtung</p>	ca. 7
<p>Podcast: Moralischer Stress [S. 72]</p> <p>Teilnehmende verstehen, dass tagtägliche Würdeverletzungen und Einschränkungen der Selbstbestimmung bei allen Beteiligten in Pflegeeinrichtungen zu moralischem Stress führen können</p>	10:29
<p>Zusammenfassung des Gelernten und Ausblick auf die weitere Schulung</p>	ca. 1

Modul 2: Praktische Selbstbestimmung und Wahrung von Würde; moderiertes Online-Seminar für Pflegekräfte

Modul zum Austausch, zur Reflexion und zum Perspektivenwechsel

Online-Seminar mit Möglichkeit zu Gruppenarbeiten

Praxisbezug aus Pflegealltag in der eigenen Pflegeeinrichtung

Arbeitsblätter für Moderation und für Teilnehmende,

Fallvignetten, aufbereitet als Skripte für die Erstellung von Videos

Übersicht Zielgruppe, Lernziele und Unterrichtseinheiten

Zielgruppe: Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung

Übergeordnete Lernziele Modul 2 nach DQR:

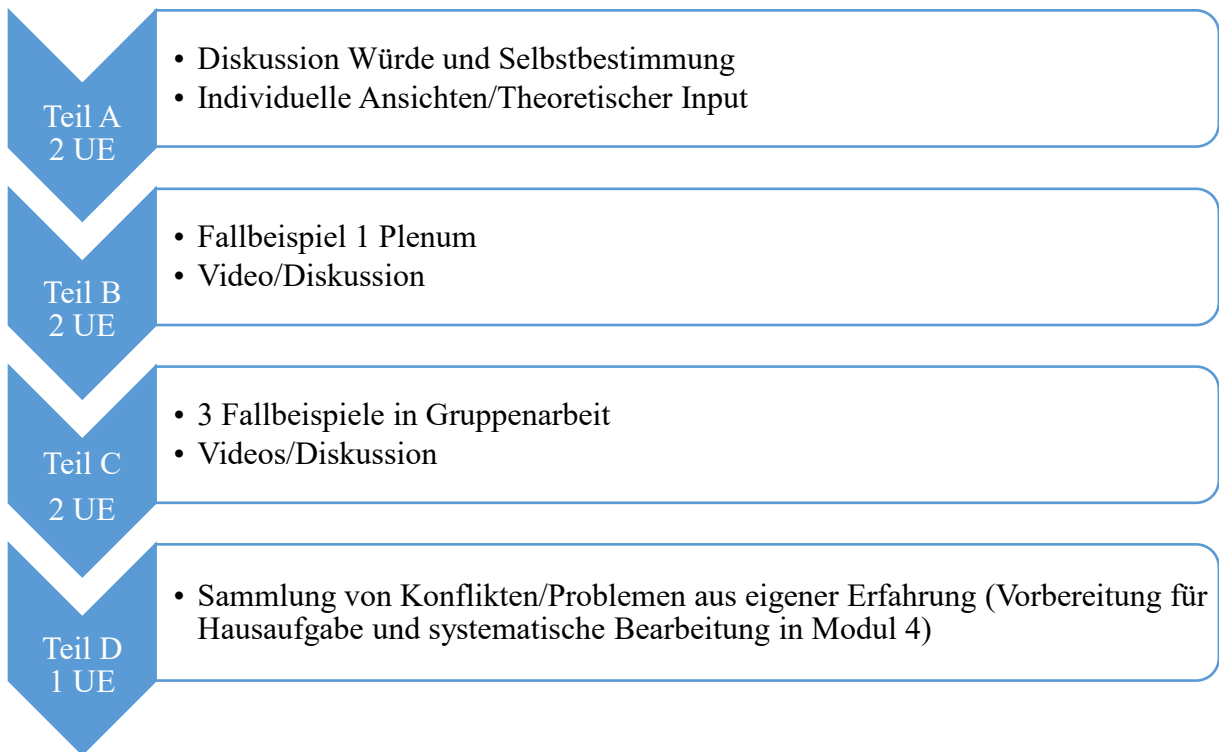
Kompetenzbereiche	Lernziele
Wissen	Die Teilnehmenden kennen den Unterschied zwischen dem Prinzip Menschenwürde und individuellen Vorstellungen von Würde/dem individuellen Gefühl von eigener Würde. Die Teilnehmenden kennen das Würde-Modell von Chochinov et al. ^{10,11} Die Teilnehmenden erkennen, wie Selbstbestimmung für Bewohner*innen in ihrer Einrichtung berücksichtigt/nicht berücksichtigt wird.

¹⁰ Chochinov H.M., Hack T, McClement S, Kristjansson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model Social Science & Medicine 54 (2002) 433–443

¹¹ Chochinov, H.M. (2017) Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

	Die Teilnehmenden erkennen, wie ihre eigene Selbstbestimmung (in der Rolle des Personals (mit Fürsorgeauftrag)) berücksichtigt/nicht berücksichtigt wird.
Fertigkeiten	<p>Die Teilnehmenden erarbeiten in der Gruppe, konfliktreiche Situationen in Bezug auf Würde und Selbstbestimmung zu erkennen und zu deuten.</p> <p>Die Teilnehmenden lernen, ihr Verhalten gegenüber Heimbewohner*innen in Bezug auf Selbstbestimmung und Würde zu reflektieren.</p> <p>Die Teilnehmenden in ihrer jeweiligen Rolle erkennen Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung.</p> <p>Die Teilnehmenden sind sensibilisiert für Themenbereiche und Konflikte, die das eigene und das Würdeempfinden anderer Personen berühren können.</p> <p>Die Teilnehmenden erkennen Möglichkeiten der Selbstbestimmung und Grenzen der Selbstbestimmung von Anderen in deren Rolle (andere Berufsgruppe, Leitungsebene/keine Leitungsebene, Bewohner*innen oder deren Vertreter*innen).</p>
Sozialkompetenz	Die Teilnehmenden erleben den Austausch in der Gruppe als Möglichkeit zum Perspektivwechsel und Bereicherung/Stärkung für sich selbst.
Selbstkompetenz	Die Teilnehmenden schätzen das eigene Handeln und das Handeln anderer kritisch ein und reflektieren ihre Haltung.

Übersicht: 7 Unterrichtseinheiten (UE)



Ablauf und Durchführung

Teil A	2 UE
Zusammenfassung Wie alle großen Begriffe der Ethik (z.B. Freiheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit) ist der Begriff Menschenwürde mehrdeutig. Um das Thema Würde in Bezug auf die eigene Rolle und auf Bewohner*innen reflektieren zu können, soll das eigene Verständnis dieses Begriffs exploriert werden. Zusammen mit einer Einordnung in die Ethik sollen so Grundlagen für eine Sensibilisierung zum Erkennen und Deuten von konfliktreichen Situationen mit Bezug zu Würde und Selbstbestimmung vermittelt werden. Modul 2 Teil A AB S.78	
Inhalt konkret	Min.
Vorstellung der Moderator*innen, Vorstellungsrunde der Teilnehmenden Erwartungen an die Schulung Moderation schreibt Erwartungen auf Notizzettel in Whiteboard	20

Erläutern des Ablaufs	5
<p>Diskussion Würde und Selbstbestimmung</p> <p>(Plenum, bei mehr als 20 Teilnehmenden Gruppendiskussion in Breakout-Rooms möglich; bei Gruppendiskussion Sammeln der Ergebnisse im Plenum, Gruppen bestimmen selbst eine berichtende Person)</p> <p>Was bedeutet für Sie Würde?</p> <p>Wie bedeutet für Sie Würde in Bezug auf Ihr Arbeitsfeld in der Pflege?</p> <p>Kann Würde genommen werden/verletzt werden?</p> <p>Wer beurteilt eigentlich, ob jemandes Würde verletzt wurde?</p> <p>Hat Ihrer Meinung nach Würde etwas mit Autonomie/Selbstbestimmung zu tun?</p>	40
<p>Auswertung Diskussion (Whiteboard)</p> <p>Prinzip Menschenwürde, Hinweis auf Modelle abgestufter Würde, individuelle Vorstellungen von Würde, Würdeempfinden, soziale Würde, materielle Würde etc.; Hinweis auf den Unterschied zwischen dem <u>Prinzip</u> Menschenwürde und den individuellen <u>Vorstellungen</u> von Würde/dem individuellen <u>Gefühl</u> von eigener Würde</p>	25

Nachbereitung

Sortierte Notizzettel mit Erwartungen werden gespeichert, damit sie nach Ende der Schulung wieder gezeigt und damit abgeglichen werden können, ob sich die Erwartungen erfüllt haben.

<p>Teil B</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>In der alltäglichen Praxis im Kontext des Heims ergeben sich Situationen/Interaktionen, die zu einer Reihe von Problemen führen (können), die sich als Konflikte rund um Selbstbestimmungsfragen und das Thema der Würde rahmen lassen. Diese Konflikte entzündeten sich z.T. an Situationen (etwa. an einer in einem Bewohnerzimmer nicht mehr auffindbaren Tafel Schokolade), die sich aus voneinander abweichenden Deutungen ergeben.</p> <p>Perspektivendivergenz, z.B. zwischen Pflegekraft und Bewohner*in, kann konkret bedeuten, dass die Wertigkeiten, die mit bestimmten Gegenständen, Praktiken und/oder Deutungen verbunden sind, für unterschiedliche Akteure nicht immer wechselseitig transparent sind.</p> <p>Modul 2 Teil B AB S.81</p>	2 UE
Inhalt konkret	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
<p>Video Fallbeispiel 1 im Plenum</p> <p>Diskussion der Szene aus Sicht der Pflegekraft und der Bewohnerin, Erörtern der Gefühle beider Personen, Frage nach Relevanz der Situation für Würde und Selbstbestimmung, Frage nach Empfehlungen für einen Umgang mit der Situation, eigene ähnliche Erfahrungen</p>	35
<p>Auswertung Diskussion (Whiteboard)</p> <p>Konflikte (öffentlicher/privater Raum: Fürsorgepflicht als Einschränkung des Privaten; Gleichzeitigkeit von Pflege- und Lebensort; innerer Konflikt der Bewohnerin: Gewissheit/Ungewissheit – Diebstahl oder Schokolade verlegt), Würde, Selbstbestimmung (Bewohnerin: Symbolgehalt der Schokolade – eigene Rolle, Stolz, gesellschaftliches Miteinander; Kränkung der Pflegekraft, Kränkung der Bewohnerin)</p>	30
Lösungen besprechen	20

<p>Empathisches Zuhören, Nachfragen, was die Bewohnerin meint (Schokolade entwendet, nicht auffindbar, verlegt?), Spiegeln der Gefühle, Angebot, beim Suchen zu helfen, gemeinsam überlegen, was man tun kann, wenn die Schokolade nicht gefunden wird</p> <p>Erläutern des Würde-Modells von Chochinov S. 80 et al.; Sensibilisierung für Bereiche, in denen Behandelnde, Pflegekräfte und Begleitende würdestärkend oder -rehabilitierend handeln können; in Fallbeispiel 1: <i>Grad der Unabhängigkeit: Kognitive Verfassung, Selbstkontinuität, Bewahrung von Stolz, Autonomie und Kontrolle, Erhalt der Normalität, Privatsphäre, Haltung der Behandelnden (Pflegekräfte)</i></p>	
--	--

Nachbereitung

Notizen für Rückmeldung an Steuerungsgruppe, wenn Handlungsbedarf auf organisatorischer Ebene gewünscht wird. Beispiele:

- Es wird berichtet, dass häufiger Gegenstände abhandenkommen, und die Pflegekräfte halten eine Untersuchung dieser Vorkommnisse für angemessen.
- Die Pflegekräfte fühlen sich in einer solchen oder ähnlichen Kommunikationssituation in der alltäglichen Praxis häufig überfordert und wünschen sich eine Schulung zu Kommunikation.

Teil C		2 UE
Zusammenfassung		
In drei Fallbeispielen [Modul 2 AB Teilnehmende S.90] zeigen sich der relationale Charakter von Autonomie und Würde, Herausforderungen bei der Abwägung von Interessen, Konflikte zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung, Perspektivendifferenzen sowie Divergenzen zwischen dem Berufsethos von Pflegekräften und einem reinen Dienstleistungsanspruch.		
Inhalt konkret		Min.
Erläutern des Ablaufs		5
Videos: 3 Fallbeispiele/Gruppenarbeit (Breakout-Rooms oder Gruppenräume bei Präsenzschiung)		40
Fallbeispiel 2: Bewohner mit Alkoholabusus	Beurteilen der Situation. Lebensführung, unkontrollierten Konsum akzeptieren? Sorgen in Hinblick auf den Bewohner und Mitbewohner*innen? Eigene Belastung? Rollenverständnis? Umgangsstrategien?	
Fallbeispiel 3: Intimität/Sexualität demenziell erkrankter Bewohner*innen	Beurteilen der Situation. Kriterien für die Einschätzung des (mutmaßlichen) Willens der beteiligten demenziell Erkrankten? Eigene Belastung? Rollenverständnis? Umgangsstrategien?	
Fallbeispiel 4: Berufsethos/Dienstleistungsanspruch Pflegekräfte	Beurteilen der Situation. Analysieren des Verhaltens der Pflegekraft. Eigenes Verhalten in einer solchen Situation: Ähnlich? Anders? Begründung? Besondere Schwierigkeiten? Lösungsvorschläge?	
Auswertung der Gruppendiskussionen im Plenum (Whiteboard)		45
Fallbeispiel 2: relationaler Charakter von Autonomie; Konflikte: Selbstbestimmung eines suchtkranken Bewohners - Abwägung der Interessen des		

<p>suchtkranken Bewohners und der Interessen der anderen Bewohner*innen; unterschiedliche Erwartungen Bewohner/Angehörige</p> <p>Fallbeispiel 3: Konflikt - unterschiedliche Bewertungen sexuellen Verhaltens/Intimität bei Bewohner*innen mit einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung. Perspektivendifferenz (Angehörige, Pflegekräfte); relationale Autonomie – Legitimität von Wünschen demenziell erkrankter Bewohner*innen, Fürsorgeauftrag von Seiten der Einrichtung</p> <p>Fallbeispiel 4: Divergenz zwischen dem Selbstverständnis der Pflegekraft (Berufsethos) und der von ihr wahrgenommenen Fremdzuschreibung als Dienstleisterin, voneinander abweichende Vorstellungen über Aufgabenbereiche und Verantwortung; Relationalität von Autonomie (und Würde): gegenseitige Wertschätzung</p>	
<p>Lösungen zu allen drei Fallbeispielen besprechen</p> <p>Fallbeispiel 2: Haltung der Einrichtung; strategisches Zulassen, kontrollierte Abgabe, klare Kommunikationsstrategie</p> <p>Fallbeispiel 3: Haltung der Einrichtung; Einschätzung des (mutmaßlichen) Willens der Bewohner durch besonders geschultes Personal; gemeinsames Gespräch mit Angehörigen</p> <p>Fallbeispiel 4: Teambesprechung bei besonders herausfordernden Situationen; klare Rollenaufteilungen, empathische, wertschätzende Kommunikation vonseiten der Pflegekraft</p>	20

Nachbereitung

Notizen für Rückmeldung an Steuerungsgruppe, wenn Handlungsbedarf auf organisatorischer Ebene gewünscht wird.

<p>Teil D</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Die von den Pflegekräften selbst erlebten Konflikte/Probleme, welche nicht bereits in den Fallbeispielen besprochen worden sind, sollen gesammelt und für eine systematische Bearbeitung in Modul 4 vorbereitet werden.</p> <p>Die Hausaufgabe soll den Teilnehmenden die Gelegenheit geben, verschiedene Konfliktsituationen aus ihrem eigenen Arbeitsalltag zu beschreiben. Dabei dürfen in der Hausaufgabe gut gelöste Konflikte und nicht gelöste Konflikte zusammengetragen werden. Die Schulung will für das Erkennen von Konflikten sensibilisieren und Hilfestellungen dazu geben, auf welcher Ebene und in welcher Weise Konflikte gelöst werden können, somit verfolgt die Mitberücksichtigung der gut gelösten Konflikte mehrere Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auf den verschiedenen Ebenen können für bestimmte Konfliktsituationen bereits gute Lösungsmöglichkeiten existieren, welche aber nicht allen Teilnehmenden bekannt sind. - Die Benennung gut empfundener Lösungsmöglichkeiten soll darüber hinaus die Teilnehmenden stärken, da eine reine Orientierung an Defiziten dem Ziel der Wertschätzung der Teilnehmenden widerspräche. 	1 UE
Inhalt konkret	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
<p>Diskussion im Plenum: Erlebte Konfliktsituationen im eigenen Arbeitsalltag, Auswählen von zwei Konflikten, die nach dem Schema des Arbeitsblatts weiter diskutiert und als Beispiele ins Arbeitsblatt [Modul 2 AB D Teilnehmende S.95] notiert werden (Whiteboard)</p> <p>Welche Konfliktsituationen treten in Ihrem Arbeitsalltag auf?</p> <p>Wer ist an den Konflikten beteiligt?</p> <p>Wer ist Ihrer Meinung nach für das Lösen des Konflikts zuständig?</p>	35
Erklären der Hausaufgabe	5

<p>Das Arbeitsblatt kann von Einzelpersonen oder von sich freiwillig zusammenfindenden mehreren Personen bearbeitet werden (online oder auf Papier)</p> <p>Die Teilnehmenden sollten zwei Fälle, für die sie eine gute Problemlösung erlebt haben, beschreiben sowie zwei Fälle, für die sie keine gute Problemlösung kennen bzw. Problemlösungen in der Einrichtung ihnen nicht bekannt sind.</p>	
--	--

Nachbereitung

Auswertung der Arbeitsblätter vor Modul 4 zusammen mit der Steuerungsgruppe oder einigen Vertreter*innen der Steuerungsgruppe.

Modul 3: Praktische Selbstbestimmung und Wahrung von Würde; moderiertes Webinar Bewohner*innen (oder deren Stellvertreter*innen)/An-/Zugehörige

Modul zum Austausch, zur Reflexion und zum Perspektivenwechsel

Online-Seminar plenar

Praxisbezug aus Alltag in der Pflegeeinrichtung: Perspektive der Zielgruppe

Arbeitsblätter für Moderation und für Teilnehmende

Fallvignetten, aufbereitet als Skripte für die Erstellung von Videos

Übersicht Zielgruppe, Lernziele und Unterrichtseinheiten

Zielgruppe: Bewohner*innen einer stationären Pflegeeinrichtung (oder deren
Stellvertreter*innen)/An-/Zugehörige

Übergeordnete Lernziele Modul 3 nach DQR:

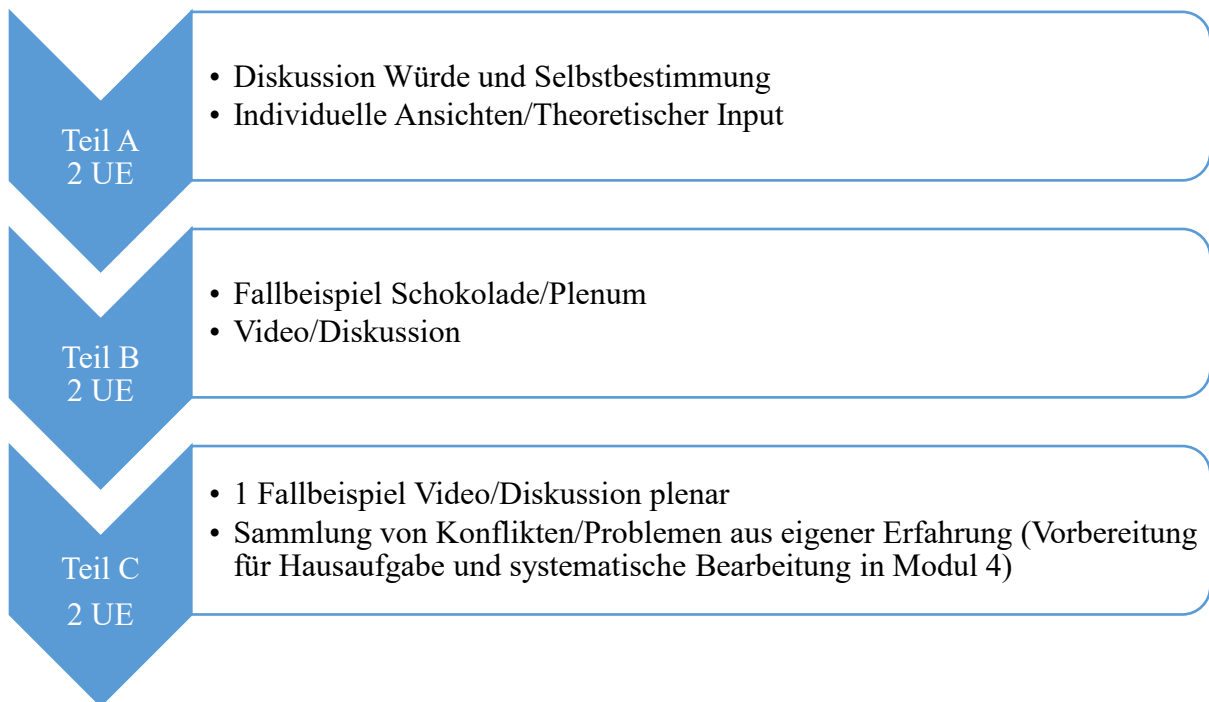
Kompetenz- bereiche	Lernziele
Wissen	Die Teilnehmenden kennen den Unterschied zwischen dem Prinzip Menschenwürde und individuellen Vorstellungen von Würde/dem individuellen Gefühl von eigener Würde. Die Teilnehmenden kennen das Würde-Modell von Chochinov et al. ^{12,13} Die Teilnehmenden erkennen, wie Selbstbestimmung für Bewohner*innen in der Einrichtung berücksichtigt/nicht berücksichtigt wird. Die Teilnehmenden erkennen, wie die Selbstbestimmung des Personals (mit Fürsorgeauftrag) berücksichtigt/nicht berücksichtigt wird.
Fertigkeiten	Die Teilnehmenden erarbeiten, konfliktreiche Situationen in Bezug auf Würde und Selbstbestimmung zu erkennen und zu deuten.

¹² Chochinov H.M., Hack T, McClement S, Kristjansson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model Social Science & Medicine 54 (2002) 433–443

¹³ Chochinov, H.M. (2017) Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

	<p>Die Teilnehmenden lernen, ihr Verhalten gegenüber Pflegepersonal und anderen in Bezug auf Selbstbestimmung und Würde zu reflektieren.</p> <p>Die Teilnehmenden in ihrer jeweiligen Rolle erkennen Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung.</p> <p>Die Teilnehmenden sind sensibilisiert für Themenbereiche und Konflikte, die das eigene und das Würdeempfinden anderer Personen berühren können.</p> <p>Die Teilnehmenden erkennen Möglichkeiten der Selbstbestimmung und Grenzen der Selbstbestimmung von Anderen in deren Rolle (Pflegepersonal, andere Berufsgruppen, Leitungsebene/keine Leitungsebene).</p>
Sozialkompetenz	Die Teilnehmenden erleben den Austausch in der Gruppe als Möglichkeit zum Perspektivwechsel.
Selbstkompetenz	Die Teilnehmenden schätzen das eigene Handeln und das Handeln anderer kritisch ein und reflektieren ihre Haltung.

Übersicht: 6 Unterrichtseinheiten (UE)



Ablauf und Durchführung

<p>Teil A</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Wie alle großen Begriffe der Ethik (z.B. Freiheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit) ist der Begriff Menschenwürde mehrdeutig. Um das Thema Würde in Bezug auf die eigene Rolle als Bewohner*innen bzw. deren Vertreter*innen oder An-/Zugehörige und die der Pflegekräfte reflektieren zu können, soll das eigene Verständnis dieses Begriffs exploriert werden. Zusammen mit einer Einordnung in die Ethik sollen so Grundlagen für eine Sensibilisierung zum Erkennen und Deuten von konfliktreichen Situationen mit Bezug zu Würde und Selbstbestimmung vermittelt werden. [Modul 3 AB Teil A S.97]</p>	2 UE
Inhalt konkret	Min.
<p>Vorstellung der Moderator*innen, Vorstellungsrunde der Teilnehmenden</p> <p>Erwartungen an die Schulung</p> <p>Moderation schreibt Erwartungen auf Notizzettel in Whiteboard</p>	20
Erläutern des Ablaufs	5
<p>Diskussion Würde und Selbstbestimmung</p> <p>(Plenum)</p> <p>Was bedeutet für Sie Würde?</p> <p>Wie bedeutet für Sie Würde in Bezug auf Wohnen und Leben in einer Pflegeeinrichtung?</p> <p>Kann Würde genommen werden/verletzt werden?</p> <p>Wer beurteilt eigentlich, ob jemandes Würde verletzt wurde?</p> <p>Hat Ihrer Meinung nach Würde etwas mit Autonomie/Selbstbestimmung zu tun?</p>	40
<p>Auswertung Diskussion (Whiteboard)</p> <p>Prinzip Menschenwürde, Hinweis auf Modelle abgestufter Würde, individuelle Vorstellungen von Würde, Würdeempfinden, soziale Würde, materielle Würde</p>	25

etc.; Hinweis auf den Unterschied zwischen dem <u>Prinzip</u> Menschenwürde und den individuellen <u>Vorstellungen</u> von Würde/dem individuellen <u>Gefühl</u> von eigener Würde	
--	--

Nachbereitung

Sortierte Notizzettel mit Erwartungen werden gespeichert, damit sie nach Ende der Schulung wieder gezeigt und damit abgeglichen werden können, ob sich die Erwartungen erfüllt haben.

<p>Teil B</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>In der alltäglichen Praxis im Kontext des Heims ergeben sich Situationen/Interaktionen, die zu einer Reihe von Problemen führen (können), die sich als Konflikte rund um Selbstbestimmungsfragen und das Thema der Würde rahmen lassen. Diese Konflikte entzündeten sich z.T. an Situationen (etwa an einer in einem Bewohnerzimmer nicht mehr auffindbaren Tafel Schokolade), die sich aus voneinander abweichenden Deutungen ergeben.</p> <p>Perspektivendivergenz, z.B. zwischen Pflegekraft und Bewohner*in, kann konkret bedeuten, dass die Wertigkeiten, die mit bestimmten Gegenständen, Praktiken und/oder Deutungen verbunden sind, für unterschiedliche Akteure nicht immer wechselseitig transparent sind.</p> <p>Modul 3, Teil B; S.100</p>	2 UE
Inhalt konkret	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
<p>Video Fallbeispiel 1 im Plenum</p> <p>Diskussion der Szene aus Sicht der Bewohnerin und der Pflegekraft, Erörtern der Gefühle beider Personen, Frage nach Relevanz der Situation für Würde und Selbstbestimmung, Frage nach Empfehlungen für einen Umgang mit der Situation, eigene ähnliche Erfahrungen</p>	35
Auswertung Diskussion (Whiteboard)	30

<p>Konflikte (öffentlicher/privater Raum: Fürsorgepflicht als Einschränkung des Privaten; Gleichzeitigkeit von Pflege- und Lebensort; innerer Konflikt der Bewohnerin: Gewissheit/Ungewissheit – Diebstahl oder Schokolade verlegt), Würde, Selbstbestimmung (Bewohnerin: Symbolgehalt der Schokolade - eigene Rolle, Stolz, gesellschaftliches Miteinander; Kränkung der Bewohnerin, Kränkung der Pflegekraft)</p>	
<p>Lösungen besprechen</p> <p>Empathisches Zuhören, Nachfragen, was die Bewohnerin meint (Schokolade entwendet, nicht auffindbar, verlegt?), Spiegeln der Gefühle, Angebot, beim Suchen zu helfen, gemeinsam überlegen, was man tun kann, wenn die Schokolade nicht gefunden wird</p> <p>Erläutern des Würde-Modells von Chochinov S. 104 et al.; Sensibilisierung für Bereiche, in denen Behandelnde, Pflegekräfte und Begleitende würdestärkend oder -rehabilitierend handeln können; in Fallbeispiel 1: <i>Grad der Unabhängigkeit: Kognitive Verfassung, Selbstkontinuität, Bewahrung von Stolz, Autonomie und Kontrolle, Erhalt der Normalität, Privatsphäre, Haltung der Behandelnden (Pflegekräfte)</i></p>	20

Nachbereitung

Notizen für Rückmeldung an Steuerungsgruppe, wenn Handlungsbedarf auf organisatorischer Ebene gewünscht wird. Beispiel:

- Es wird berichtet, dass häufiger Gegenstände abhandenkommen, und die Teilnehmenden halten eine Untersuchung dieser Vorkommnisse für angemessen.

<p>Teil C</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>In Fallbeispiel 4 zeigt sich eine Divergenz zwischen dem Selbstverständnis der Pflegekraft (Berufsethos) und der von ihr wahrgenommenen Fremdzuschreibung als Dienstleisterin. Die Relationalität von Autonomie (und Würde) bezieht sich auch auf die Pflegekräfte, die auf die Kooperation und Wertschätzung von anderen für die Wahrung von Würde und Ausübung von Autonomie angewiesen sind.</p>	2 UE
<p>Inhalt konkret</p>	Min.
<p>Erläutern des Ablaufs</p>	5
<p>Video Fallbeispiel 4 im Plenum</p> <p>Diskussion: Wie beurteilen Sie die Situation aus Sicht der Bewohnerin?</p> <p>Wie beurteilen Sie das Verhalten der Bewohnerin?</p> <p>Was denken Sie; sind die Gründe für das Verhalten der Pflegekraft?</p> <p>Was denken Sie; sind die Gründe für das Verhalten der Bewohnerin?</p> <p>Was würden Sie sich von der Pflegekraft wünschen?</p> <p>Auswertung der Diskussion:</p> <p>Divergenz zwischen dem Selbstverständnis der Pflegekraft (Berufsethos) und der von ihr wahrgenommenen Fremdzuschreibung als Dienstleisterin, voneinander abweichende Vorstellungen über Aufgabenbereiche und Verantwortung;</p> <p>Relationalität von Autonomie (und Würde): gegenseitige Wertschätzung</p>	40
<p>Diskussion im Plenum: Erlebte Konfliktsituationen im aus eigener Erfahrung, Auswählen von zwei Konflikten, die nach dem Schema des Arbeitsblatts weiter diskutiert und als Beispiele ins Modul 3 AB Teilnehmende S.108 notiert werden (Whiteboard)</p> <p>Welche Konfliktsituationen haben Sie erlebt/wurden Ihnen berichtet?</p> <p>Wer ist an den Konflikten beteiligt?</p> <p>Wer ist Ihrer Meinung nach für das Lösen des Konflikts zuständig?</p>	40

Ausfüllen des Arbeitsblattes für Teilnehmende durch die Moderation (2 Beispiele)	
<p>Erklären der Hausaufgabe</p> <p>Das Arbeitsblatt kann von Einzelpersonen oder von sich freiwillig zusammenfindenden mehreren Personen bearbeitet werden (online oder auf Papier)</p> <p>Die Teilnehmenden sollten zwei Fälle, für die sie eine gute Problemlösung erlebt haben, beschreiben sowie zwei Fälle, für die sie keine gute Problemlösung kennen bzw. Problemlösungen in der Einrichtung ihnen nicht bekannt sind.</p>	5

Nachbereitung

Auswertung der Arbeitsblätter vor Modul 4 zusammen mit der Steuerungsgruppe oder einigen Vertreter*innen der Steuerungsgruppe.

Zwischenschritt: Auswertung der Hausaufgaben

Zielgruppe: Steuerungsgruppe

Aufbau und Hintergrund

Um bestehende Alltagsprobleme, die Selbstbestimmung und Würde in der eigenen Pflegeeinrichtung tangieren, zu adressieren und aufzubereiten, wird hier ein Zwischenschritt zwischen den Modulen vorgeschlagen, in dem die Steuerungsgruppe einbezogen wird. Ziel ist es, der Steuerungsgruppe einen Einblick zu geben, welche Situationen in der Einrichtung zu Konflikten führen und von der Pflegeeinrichtung gelöst werden können. Angelehnt an die Konfliktheuristik, die vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt wurde, wurde zur Verständlichkeit für die heterogene Zielgruppe der Schulung ein reduziertes didaktisches Modell der Mikro-, Meso- und Makroebene gewählt, das Konflikte auf verschiedene Ebenen einteilt. Die Konflikte, die die Teilnehmenden in ihren Hausaufgaben genannt haben, werden anhand der Ebenen sortiert und mögliche Lösungen zusammen mit der Moderation besprochen. [Arbeitsblatt S.110]. Exemplarisch werden verschiedene Fälle auf Handzettel aufbereitet, die in Modul 4 den Teilnehmenden der Schulung ausgeteilt und dort diskutiert werden.

Ablauf und Durchführung

Zusammenfassung

In Modul 2 und 3 wurden von Teilnehmenden Arbeitsblätter bearbeitet, die Alltagsprobleme und -situationen in der eigenen Pflegeeinrichtung adressiert haben. Es sollten positiv und negativ verlaufene Situationen in der eigenen Einrichtung notiert werden. Ziel in der Besprechung mit der Steuerungsgruppe ist es, diese Probleme auf verschiedenen Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) zu sortieren, um die entsprechenden Adressaten zur Lösung des Konflikts zu ermitteln. Nach der Einsortierung wird von der Steuerungsgruppe festgehalten, welche Probleme als Ergebnisse in Modul 4 den Teilnehmenden der Schulung exemplarisch präsentiert werden.

Inhalt konkret

Erläuterung des Ablaufs durch die Moderation

Sichtung des Materials

Sortierung der Arbeitsblätter (Whiteboard)

Ergebnissicherung

Erstellung eines Handzettels

Modul 4: Systematische Konflikt- und Situationsanalyse, Moral Distress: Wissen und Bearbeitungsmöglichkeiten; moderiertes Online-Seminar

Modul zum Austausch, zur Reflexion und zum Perspektivenwechsel

Online-Seminar mit Möglichkeit zu Gruppenarbeiten

Praxisbezug aus Pflegealltag in der eigenen Pflegeeinrichtung

Arbeitsblätter für Moderation und für Teilnehmende,

Input moralischer Stress (Moral Distress)

Übersicht Zielgruppe, Lernziele und Unterrichtseinheiten

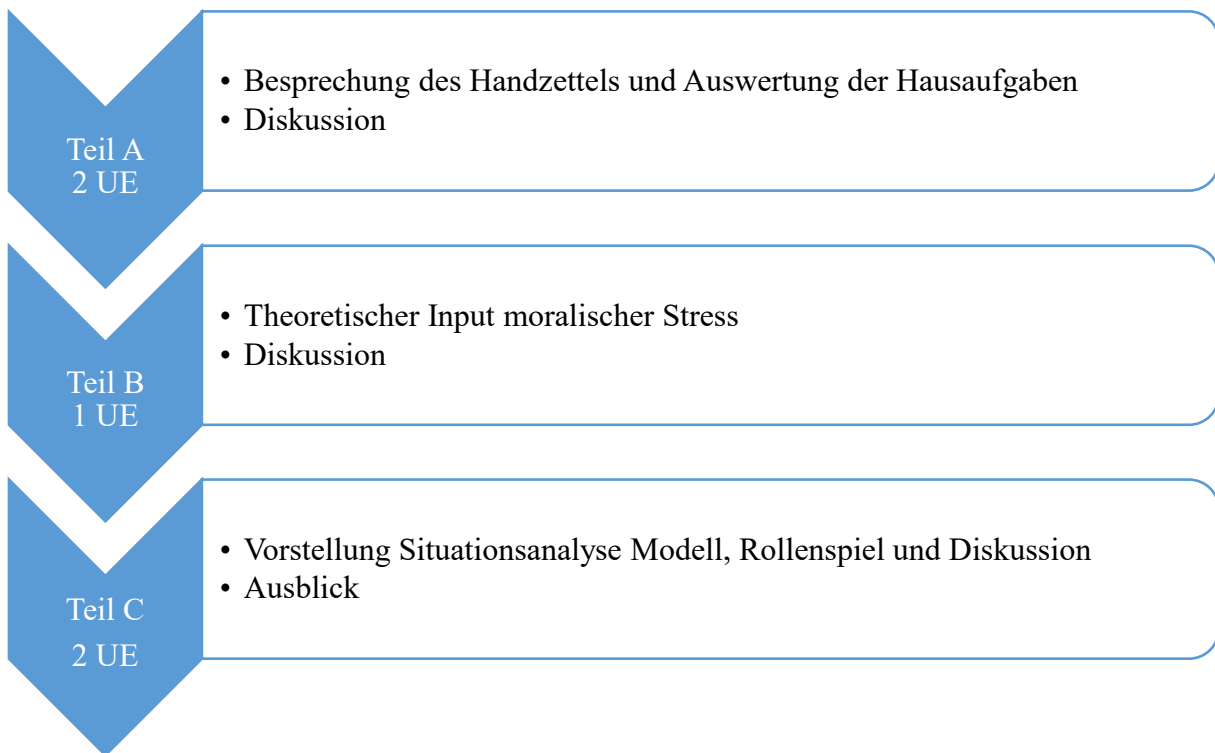
Zielgruppe: Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung, Bewohner*innen (oder deren Stellvertreter*innen), An-/Zugehörige, später: alle in der Pflegeeinrichtung Tätigen

Übergeordnete Lernziele Modul 4 nach DQR:

Kompetenzbereiche	Lernziele
Wissen	Die Teilnehmenden verstehen die Begriffe Mikro-, Meso- und Makroebene und erkennen, dass Alltagsprobleme auf verschiedenen Ebenen gelöst werden können. Die Teilnehmenden kennen den Begriff „moralischer Stress“. Die Teilnehmenden lernen ein Analyse-Modell kennen, mit dem sie Alltagsproblemen in ihrer Einrichtung begegnen können.
Fertigkeiten	Die Teilnehmenden erarbeiten in der Gruppe, konfliktreiche Situationen in Bezug auf Würde und Selbstbestimmung zu deuten und zu reflektieren. Die Teilnehmenden in ihrer jeweiligen Rolle erkennen Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbestimmung. Die Teilnehmenden sind sensibilisiert für Auswirkungen von moralischen Stresssituationen.

	Die Teilnehmenden erkennen, dass Alltagsprobleme auf verschiedenen Ebenen adressiert und gelöst werden können.
Sozialkompetenz	Die Teilnehmenden erleben den Austausch in der Gruppe als Möglichkeit zum Perspektivwechsel und als Bereicherung/Stärkung für sich selbst.
Selbstkompetenz	Die Teilnehmenden schätzen das eigene Handeln und das Handeln anderer kritisch ein und reflektieren ihre Haltung.

Übersicht: 5 Unterrichtseinheiten (UE)



Ablauf und Durchführung

<p>Teil A</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Für die Teilnehmenden ist eine Rückmeldung aus den Ergebnissen der vorangegangenen Module ein wichtiger Anhaltspunkt dafür, dass Alltagsprobleme von der Einrichtungsleitung wahrgenommen und aufgearbeitet werden. Die Auswertung der Hausaufgaben wird in Form einer Handreichung den Teilnehmenden ausgeteilt. Anschließend werden zusammen mit einem Steuerungsgruppenmitglied die einzelnen aufgegriffenen Alltagsprobleme besprochen und auf deren Lösbarkeit geprüft. [Modul 4 Teil A AB S.114]</p>	2 UE
<p>Inhalt konkret</p>	Min.
<p>Vorstellung der Moderator*innen, Vorstellungsrunde der Teilnehmenden</p>	15
<p>Erläutern des Ablaufs</p>	5
<p>Austeilung des Handzettels und Vorstellung der exemplarischen Fälle</p>	25
<p>Auswertung Diskussion (Whiteboard)</p> <p>Vorstellung von Mikro-, Meso- und Makroebene zur besseren Einordnung von Alltagsproblemen</p> <p>Wie können Alltagssituationen gelöst werden?</p> <p>Wer sind die Adressaten?</p>	45

<p>Teil B</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Probleme im Pflegeeinrichtungsalltag können bei Pflegekräften, An-/Zugehörigen, Bewohner*innen und anderen Personen, die mit der Einrichtung verwoben sind, oft Stress auslösen. In der Fachsprache wird er als moralischer Stress (engl. Moral Distress) bezeichnet. Er entsteht, wenn Personen eine Vorstellung davon haben, was für andere z.B. Bewohner*in am besten sein könnte, jedoch die Erwartungen der Einrichtung, der An- und Zugehörigen, der Mitglieder anderer Berufsgruppen oder der Gesellschaft dem Anspruch an das eigene Verhalten entgegenstehen. Werden Probleme in der Einrichtung nicht adäquat adressiert und bearbeitet, kann das für die Beteiligten zu Burn-Out, Empathieerschöpfung und Missmut führen. [Modul 4, Teil B AB S.117]</p>	1 UE
Inhalt konkret	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
Power Point Folien moralischer Stress [externer Anhang PP_Modul4.pptx; Text: Moralischer Stress S.72]	20
<p>Auswertung Diskussion (Whiteboard)</p> <p>Haben Sie moralischen Stress bei sich feststellen können?</p> <p>Was bereitet Ihnen in diesem Zusammenhang am meisten Sorgen?</p> <p>Wie wird in der eigenen Einrichtung mit solchen Situationen umgegangen?</p>	20

Möglichkeiten zur weiteren Besprechung

Teilnehmende können nach Bedarf das Gespräch mit der Steuerungsgruppe suchen, um eigene Sorgen und Stresssituationen, die nicht im Rahmen der Schulung diskutiert werden konnten, zu besprechen.

<p>Teil C</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Alltagsprobleme im Pflegeeinrichtungsalltag müssen auf das Ziel einer für alle Beteiligten zufriedenstellenden Lösung hin strukturiert besprochen werden. In diesem Zusammenhang kann eine Kommunikations-Methode verwendet werden, die es erleichtert, Alltagsprobleme aufzugreifen. Da in Pflegeeinrichtungen für diese Probleme häufig ethische Fallbesprechungen durchgeführt werden, bieten sich Modelle in diese Richtung an. Angelehnt an das offene Modell der Intervention von Kostrzewa und Gerhard¹⁴ soll dieses Interventionsmodell zu einem Situationsanalysemodell umgewandelt werden, sodass die Pflegeeinrichtung nach Abwägung entscheiden kann, ob sie das Modell übernimmt oder es als angemessener einschätzt, Teile des Modells in bereits bestehende Formen von ethischen Fallbesprechungen zu implementieren. [Modul 4 Teil C AB S.123]</p>	2 UE
Inhalt konkret	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
<p>Vorstellung des Situationsanalysemodells anhand eines Arbeitsblatts</p> <p>Modul. 4 Teil C Teilnehmende AB S. 129</p>	25
Video einer Situationsanalyse [Regieanweisung S.126]	5
<p>Rollenspiel und Diskussion im Plenum</p> <p>Anhand eines eigenen Fallbeispiels oder wahlweise einer vorgelegten Situation (Fallvignette) [Modul 4, Teil C; AB Teilnehmende 2: Rollenspiel S.131] soll das Situationsanalysemodell einmal durchgeführt werden. Es werden verschiedene Rollen vergeben.</p> <p>Diskussionsansätze</p> <p>Was ist Ihnen aufgefallen?</p> <p>Konnte der Fall gelöst werden?</p> <p>Gab es Probleme? Was ist gut gelaufen?</p>	45

¹⁴Kostrzewa S, Gerhard C (2010) Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. Bern: Hans Huber Verlag, S. 289.

<p>Ausblick und Abgleich der Erwartungen</p> <p>Moderation zeigt Erwartungen der Teilnehmenden, die in Modul 2 und 3 festgehalten wurden, und gleicht sie mit den Erwartungen der Teilnehmenden ab.</p> <p>Konnten Erwartungen erfüllt werden?</p> <p>Was braucht es, um Würde und Selbstbestimmung in der eigenen Pflegeeinrichtung zu stärken? Welche möglichen Aufbaumodule wären in der Einrichtung noch sinnvoll?</p>	<p>10</p>
--	-----------

Nachbereitung

Es wird in der Steuerungsgruppe besprochen, ob in Zukunft das Situationsanalyse-Modell in der Einrichtung zur Bearbeitung von Alltagsproblemen benutzt werden soll oder ob es in der Einrichtung Methoden der Fallanalysen gibt, welche weiterhin genutzt oder modifiziert werden sollten.

Ausblick

Um eine Schulung mit den vorgestellten vier Basismodulen zu rahmen, werden im Folgenden zwei weitere Module mit den Zielgruppen Leitungsebene/Steuerungsgruppe skizziert.

Sollte eine darüberhinausgehende Erweiterung der Schulung gewünscht werden, welche Inhalte berücksichtigt, die in diesen Modulen nicht bearbeitet wurden und z.T. innovative Aspekte einer Würde- und Selbstbestimmungskultur in Pflegeeinrichtungen beinhalten, können die Kurzentwürfe für vier weitere Module als Anregung dienen. *Vulnerabilität* kann sowohl als Basis- als auch als Aufbaumodul konzipiert werden, *Selbstbestimmung entlang der Zeitleiste Einzug in die Pflegeeinrichtung - Versterben*, *Sozialraumöffnung* sowie *Kunst - Respekt, Wertschätzung, Würde* eignen sich als Aufbaumodule. Vorschläge und Empfehlungen für die vollständige Ausarbeitung der Schulung, Implementierung, Evaluation und Qualitätssicherung schließen sich an.

Zusätzliche Basismodule für die Steuerungsgruppe und Leitungsebene: Modul 0 und 5

Von den Autor*innen wird vorgeschlagen, zusätzlich zu den vier Basismodulen zwei weitere Module für die Steuerungsgruppe zu entwickeln, die die Basismodule ‚rahmen‘. Es geht dabei darum, die Bedingungen für die Verwirklichung der Schulung in der Pflegeeinrichtung zu verbessern. Die Autor*innen folgen dabei den Einschätzungen der Expert*innen, die die Wichtigkeit der Leitungsebene und Steuerungsgruppe für eine erfolgreiche Einführung eines solchen Schulungskonzepts betont haben, zumal mit dem Konzept ein hoher organisatorischer Aufwand geleistet werden muss, der auf die Unterstützung der Leitungsebene angewiesen ist.

Modul 0 könnte dabei als Einstiegsmodul fungieren, das die Steuerungsgruppe auf die gesamte Schulung vorbereitet. Selbstbestimmung und Würde werden weiterführend thematisiert und reflektiert, aber ein besonderer Fokus wird in diesem Zusammenhang auf die Pflegeeinrichtung gelegt. Mit Hilfe einer Selbstbestimmungscheckliste, die verschiedene Berufsgruppen in der Pflegeeinrichtung berücksichtigt, sollen die Grenzen der Selbstbestimmung der jeweiligen Parteien festgehalten werden. Die Selbstbestimmungscheckliste [132] wurde vom Auftraggeber, dem Zentrum für Interdisziplinäre Gesundheitsforschung der Universität Augsburg, zur Verfügung gestellt und aus dessen empirischen Material entwickelt. Die Schulungsteilnehmer*innen werden vom Moderator dazu aufgefordert, die Liste vor dem Hintergrund ihrer eigenen Heimwirklichkeit auszufüllen, d.h. unter der Berücksichtigung der

jeweiligen Bewohner*innen, die in der Einrichtung leben (z.B. gemischte Bewohnerschaft oder Spezialisierung auf Menschen mit Demenz). Die Checkliste ist nicht normativ zu verstehen, sondern dient als Orientierung, um verschiedene Themen im Kontext von Selbstbestimmung und Würde in der Einrichtung aufgreifen zu können.

Modul 5 könnte zum Ziel haben, die Checkliste und die thematisierten Probleme, die von der Hauptzielgruppe (Bewohner*innen, Stellvertreter*innen, Pflegekräften, An-/Zugehörige) im Rahmen der Schulung geäußert wurden, miteinander zu diskutieren.

Ferner findet in Modul 5 die Nachbereitung der gesamten Schulung statt. Zusammen mit der Moderation könnte diskutiert werden, wie die Konzepte von Würde und Selbstbestimmung in die eigene Pflegeeinrichtung nachhaltig implementiert werden können, so dass über die Schulung hinaus Strukturen geschaffen werden, die es allen Beteiligten ermöglicht, Würdeverletzungen und Einschränkungen der Selbstbestimmung deutlich zu machen. Hierbei müssten organisatorische Strategien entwickelt werden. Fokus läge auf dem Ziel, bestehende etablierte Vorgehensweisen und Konzepte in der Einrichtung zu nutzen, um die Thematiken Selbstbestimmung und Würde stärker einzubinden. In diesem Modul könnte zudem ein externer Moderator eingebunden werden, der einen organisationssoziologischen Hintergrund besitzt und so auf Fragen eingehen kann, wie sich bestimmte Veränderungen organisatorisch umsetzen lassen.

Kurzentwürfe weiterer Module

Vulnerabilität	
Ziel	Sensibilisierung für die Vulnerabilität von Bewohner*innen
Zielgruppe	Alle in der Pflegeeinrichtung arbeitenden Menschen; interessierte Öffentlichkeit
Inhalte	Podcasts und szenische Videos; ggf. mit Materialien aus SeLeP
Methoden	Selbststudium

Selbstbestimmung entlang der Zeitleiste Einzug in die Pflegeeinrichtung - Versterben	
Ziele	Identifizierung der verschiedenen Bedarfe zur Berücksichtigung von Handlungs- und Entscheidungsautonomie Erarbeitung einer Strategie zur Implementierung einer bedarfsgerechten Berücksichtigung von Handlungs- und Entscheidungsautonomie
Zielgruppe	Leitungspersonen, Fachpersonal unterschiedlicher Berufsgruppen
Inhalte	Input Typologien SeLeP (Videos/Podcasts) Didaktisch aufbereitete Materialien: *Qualitative Befunde, Bewohner*innentypologie; Typisierungen von Pflegeheimbewohnern hinsichtlich ihrer Selbst- und Weltbezüge im Heim und zum Heim: Idealtypen; (übermittelter Stand 14.07.2020; ggf. weiter bearbeitete Projektergebnisse) Kategorisierung von Bedarfen und Umsetzungsmöglichkeiten nach a) Zeitleiste Einzug - Versterben b) Kontinuum keine kognitive Einschränkung - größtmögliche kognitive Einschränkung c) Kontinuum keine körperliche Einschränkung - größtmögliche körperliche Einschränkung d) Kontinuum keine mentale Beeinträchtigung - größtmögliche mentale Beeinträchtigung e) Selbst- und Weltbezüge
Methoden	(Runder Tisch) Zusammentragen der gegebenen Möglichkeiten in der Pflegeeinrichtung; Identifizieren von bisher in den vorausgehenden Modulen nicht erfassten Verbesserungsmöglichkeiten;

	<p>Strukturiertes Arbeitsblatt zu Bedarfen, praktischen Umsetzungsmöglichkeiten von Bedarfen in der Pflegeeinrichtung (a) bis (e)</p> <p>Entwicklung einer Umsetzungsstrategie in der Pflegeeinrichtung (runder Tisch)</p> <p>Auswertung und Implementierung unter Beteiligung der Steuerungsgruppe</p>
--	---

Sozialraumöffnung	
Ziele	<p>Identifizierung von (weiterer) Sozialraumöffnung</p> <p>Erarbeitung einer Strategie zur Implementierung einer bedarfsgerechten Sozialraumöffnung</p>
Zielgruppe	<p>Leitungspersonen, Fachpersonal unterschiedlicher Berufsgruppen, Ehrenamt, Bewohner*innen bzw. deren Stellvertreter*innen, An- und Zugehörige, ggf. kooperierende Vereine/Einrichtungen aus dem lokalen Netzwerk</p>
Inhalte	<p>Liste möglicher Sozialraumöffnung aus Heimleiterbefragung SeLeP;</p> <p>Zusammenstellung von Angeboten/Möglichkeiten aus Literatur/ von relevanten Gremien¹⁵ Konzept der Caring Community</p> <p>Identifizieren von Ansprechpartner*innen für Kooperationen etc./ ggf.</p> <p>Themen für Öffentlichkeitsarbeit zu deren Gewinnung (Junges Ehrenamt, Kindergärten, Schulen, Tierheime etc.)</p>
Methoden	<p>(Runder Tisch) Zusammentragen der gegebenen Möglichkeiten;</p> <p>Identifizieren von bisher in den vorausgehenden Modulen nicht erfassten Verbesserungsmöglichkeiten;</p> <p>Strukturiertes Arbeitsblatt zu praktischen Umsetzungsmöglichkeiten in der Pflegeeinrichtung</p> <p>Entwicklung einer Umsetzungsstrategie in der Pflegeeinrichtung</p> <p>Auswertung und Implementierung unter Beteiligung der Steuerungsgruppe</p>

¹⁵ z.B. das Galinda-Projekt: Informationen unter <https://www.vincentz.de/galinda-projekt-abgeschlossen/> und unter <https://msagd.rlp.de/de/service/presse/detail/news/News/detail/projekt-galinda-wie-gelingt-die-oeffnung-von-pflegeeinrichtungen-und-einrichtungen-der-eingliederung/>; letzter Zugriff 27.04.2021

Kunst - Respekt, Wertschätzung, Würde	
Ziel	Sichtbarmachen der Würde des Menschen
Zielgruppe	Alle in der Pflegeeinrichtung arbeitenden, wohnenden oder dort zu Besuch kommenden Menschen
Inhalte	Identifizieren, Anregen und Organisieren von Kunstprojekten, die die Würde des Menschen sichtbar machen; Kooperationen erörtern (z.B. Kunst-/Fotografie-/Modestudent*innen), Öffentlichkeitsarbeit
Methoden	(Runder Tisch) Zusammentragen von Ideen (Ausstellung von Fotografien von Bewohner*innen in besonderen Momenten ihres Lebens: lebensfrohe Momente, besondere Berufe; Fotografien von Personal: Hingabe bei der Arbeit, besondere Momente des Lebens; Kalender Personal/Bewohner*innen; Postkarten; Modenschau mit Bewohner*innen und Personal, z.B. Pflege, Hauswirtschaft, Reinigungskräfte, Hausmeister; Friseur*innen - als Models)

Die Berücksichtigung weiterer Berufsgruppen

Ein Ziel des Schulungskonzeptes ist die Integration aller in der Pflegeeinrichtung tätigen Berufsgruppen sowie der dort tätigen Ehrenamtlichen. Die gesamte Einrichtung mit allen beteiligten Gruppen soll für Fragen zur Selbstbestimmung und Würde sensibilisiert werden. Für die finale Anwendbarkeit der Schulung müssen also die (Berufs-)Gruppen in der Pflegeeinrichtung in den Blick genommen werden, die bisher keine Berücksichtigung in dem Schulungskonzept fanden. Konzeptionell müsste eine Anpassung der Schulung in Form der Entwicklung von Modulen für andere Zielgruppen ausgearbeitet, digitalisiert und erprobt werden. Geprüft werden muss, wie die weiteren Zielgruppen eingebunden werden können, welche spezifischen Themen etwa bei Ehrenamtlichen, bei Reinigungskräften oder beim Küchenpersonal vorherrschen und ob unterschiedliche Sprachkompetenzen bedacht werden müssen.

Evaluation und nachhaltige Implementierung

Für das Ziel der umfassenden und breiten Implementierung einer vollständig ausgearbeiteten Schulung, in die das vorliegende Schulungskonzept integriert wurde, empfehlen die Autor*innen die Konzeptualisierung einer wissenschaftlichen Evaluation. Eine wissenschaftliche Evaluation sollte die unterschiedlichen Rahmenbedingungen (z.B. Träger) und Strukturmerkmale (z.B. Größe, Bewohnerschaft) der einzelnen Pflegeeinrichtungen sowie deren Einfluss auf die Durchführung mitberücksichtigen. Pflegeeinrichtungen müssten für diese wissenschaftliche Evaluation systematisch ausgewählt und der Einfluss der Strukturmerkmale sowie der Rahmenbedingungen verglichen werden. In einem weiteren Schritt sollte das Schulungskonzept entsprechend der Evaluationsergebnisse angepasst werden, um eine möglichst große Nachhaltigkeit einer ausgearbeiteten Schulung zu gewährleisten.

Als Anreiz für die Teilnahme von Einrichtungen an der Schulung sollte eine Zertifizierung angestrebt werden. Bei einer zertifizierten Schulung könnte ggf. im Netzwerk diskutiert werden, ob die Teilnahme an einem oder mehreren Modulen im Rahmen anderer Schulungen anerkannt werden könnte. Des Weiteren könnte überlegt werden, ob ggf. finanzielle Anreize, z.B. Ausgleichszahlungen für zusätzlich benötigtes Personal während der Schulung, gegeben werden können. Zur Nachhaltigkeit einer Teilnahme einzelner Einrichtungen empfiehlt sich die Berücksichtigung des Outcomes im Rahmen eines Change Managements.

Danksagung

Das vorliegende Schulungskonzept basiert auf der umfangreichen Unterstützung von Expert*innen aus dem Pflegebereich bzw. aus angrenzenden Bereichen. Ohne die kompetente und diskussionsfreudige Mitarbeit der Expert*innen und ihre Bereitschaft, die Entwicklung des Schulungskonzepts zugleich kritisch zu hinterfragen wie konstruktiv zu begleiten, wäre das Unterfangen, Selbstbestimmung und Würde in dieser Weise konzeptionell in Pflegeeinrichtungen anzugehen, nicht zustande gekommen. Zudem wurden Materialien für uns erstellt oder ihre Erstellung kompetent begleitet.

Für die Unterstützung möchten wir uns herzlich bei den folgenden Personen bedanken:

Vertreter*innen des Alten- und Pflegeheims Bode, Göttingen;

Jan Gramm (Institut für Palliativpsychologie, Friedberg; Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V., Mainz);

Swantje Göbel (HospizAkademie Hospizverein Bergstraße e.V., Bensheim; Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V., Mainz);

Martina Kern und Andrea von Schmude (ALPHA Rheinland, Bonn);

Barbara Klee-Reiter (perspektive-demenz, Beraterin, Dozentin zu demenzspezifischen Fragen; Köln);

Petra Mayer (PallCare Kursleiterin, goldener Bildungsweg, Eching am Ammersee);

Werner Schneider, Stephanie Stadelbacher und Kerstin Schlögl-Flierl (Universität Augsburg);

Alfred Simon (Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen);

Jürgen Spicher (Fachreferent für Altenhilfe des Caritasverbandes für das Bistum Aachen, Referent des Bildungswerkes Aachen)

Außerdem möchten wir uns bei allen Kolleg*innen der Klinik für Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen aus der Forschung und aus der Mildred Scheel-Akademie für die zahlreichen Vor- und Ratschläge und die viele Hilfe bedanken.

Anhang

Modul 1, Teil A; Intro

Herzlich Willkommen zu Modul 1 der Schulung „Würde und Selbstbestimmung im Pflegeheim“.

Ziel dieser Podcasts wird es sein, Ihnen die verschiedenen Ansätze und Konzepte von Menschenwürde und Selbstbestimmung näher zu bringen und diese in den Kontext der Pflegepraxis zu stellen.

Dieses Podcast-Modul ist Teil von vier Basismodulen einer Schulung zu Selbstbestimmung und Würde. Während das erste Modul im Eigenstudium reine Wissensinhalte zur Verfügung stellt, werden Module 2-4 in Form von Online-Seminaren durchgeführt. In diesen Modulen werden Sie sich mit Hilfe der Moderation mit Alltagsproblemen und Situationen in Ihrer eigenen Pflegeeinrichtung auseinandersetzen, lernen verschiedene Perspektiven kennen (Pflegekraft¹⁶, Bewohner*in, An-/Zugehörige) und werden ein Verständnis dafür entwickeln, wie Selbstbestimmung und Würde in der Einrichtung gemeinsam gestärkt werden kann.

Wenn Sie nicht an der gesamten Schulung teilnehmen wollen oder können, steht es Ihnen in Modul 1 frei, sich im Eigenstudium mit der Theorie auseinanderzusetzen.

Die Podcasts sind wie folgt aufgebaut:

Im ersten Podcast wird der Begriff der Menschenwürde aufgegriffen und Sie werden dazu aufgefordert, sich mit Ihrem eigenen Würdeverständnis auseinanderzusetzen. Zudem lernen Sie Faktoren kennen, die das eigene Würdegefühl beeinflussen können.

Im zweiten Podcast wird Menschenwürde in der Pflegeeinrichtung genauer adressiert und an dem Konzept der Situations- und Handlungswürde erklärt.

Im dritten Podcast lernen Sie historische Konzepte der Ethik zu Menschenwürde kennen und erhalten einen Einblick zum Thema „Würdeverletzungen“.

Der vierte Podcast befasst sich mit den Begriffen Autonomie und Selbstbestimmung, grenzt sie voneinander ab und setzt sie in den Kontext der Pflegepraxis.

¹⁶ Die Autor*innen meinen in diesem Podcasts alle Pflegekräfte, d.h. alle professionell Pflegenden unabhängig vom Grad ihrer Ausbildung. Die Autor*innen verstehen dies als Sammelbegriff, unter dem alle professionell mit Pflegeaufgaben Betrauten zu verstehen sind (Pflegefachpersonen, Pflegehelfer*innen, Altenpflegehelfer*innen)

Zum Abschluss wird das Thema „Moralischer Stress“ aufgegriffen. Und sie erhalten einen Einblick wie Würdeverletzungen und Einschränkungen der Selbstbestimmung bei allen Beteiligten in Pflegeeinrichtungen zu moralischem Stress führen können.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß bei den kommenden Videos und bedanken uns bei Ihnen für Ihr Interesse!

Modul 1, Teil B; Was ist Würde?

Was ist Würde?

> *Einblendung der verschiedenen Antworten [siehe externer Anhang PP_Würde1_Podcast.pptx]*

Vielleicht finden Sie sich selbst in einer dieser Aussagen wieder. Um herauszufinden, wie Sie selbst zu dem Begriff der Würde stehen, hilft es, sich mit den folgenden Fragen zu beschäftigen: (Hier Einblendung des Umfragetools)

Was bedeutet Würde für Sie? (bitte wählen Sie die Antwortmöglichkeit, der Sie am ehesten zustimmen oder geben Sie Ihre Antwort in das Freitextfeld ein):

> *Einblendung des Umfragetools*

In Deutschland wurde die Würde des Menschen nach dem Zweiten Weltkrieg als besonderes schützenswertes Gut festgelegt. So betont der 1. Artikel im Grundgesetz:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (GG, Art. 1.1)

> *Einblendung des Umfragetools 2*

Gemeint ist mit der Formulierung im Grundgesetz, dass die Bundesrepublik Deutschland sich zu Achtung der Würde des Menschen verpflichtet. Vor dem geschichtlichen Hintergrund Deutschlands ist dies ein grundlegendes Bekenntnis. Die Achtung muss sich in den Gesetzesformulierungen zeigen, in rechtlichen Ansprüchen, die Menschen haben, in den Regelungen zum Schutz der Menschen, in den Regelungen zur Bestrafung bei Rechtsverletzungen, im Umgang staatlicher und anderer Behörden sowie deren Bediensteter mit Einwohnern oder Asylsuchenden und in vielem anderen mehr.

Das Bekenntnis im Grundgesetz ist ein Bekenntnis zur Achtung des Prinzips der Menschenwürde. Auf diesem Prinzip beruht z.B. das generelle Verbot von Folter oder das Verbot von Handel mit menschlichen Organen wie auch das Verbot zum Klonen menschlicher Embryonen.

Darüber hinaus haben Menschen aber persönliche Vorstellungen davon, was ihre Würde ausmacht, und sie haben ein **Würdegefühl**. Das Prinzip der Menschenwürde ist nicht zu verwechseln mit dem **Würdegefühl** eines einzelnen Menschen. Dieses Gefühl kann gestärkt, verletzt oder sogar vernichtet werden.

Obwohl die Menschenwürde nach diesem Grundsatz als unantastbar gilt, kann es eine Diskrepanz zwischen dieser Position und der tatsächlichen Erfahrung geben, dass sie dennoch tagtäglich verletzt wird.

Für den Umgang anderen Menschen und den Umgang mit sich selbst ist es daher wichtig zu wissen, welche Faktoren einen Einfluss auf das persönliche Würdeempfinden haben.

Der kanadische Psychiater Harvey Chochinov (2002) befragte Patient*innen am Lebensende dazu und leitete aus den Ergebnissen ein Würdemodell ab. Das Würdeempfinden kann danach von drei verschiedenen Dimensionen beeinflusst werden.

- Die erste Dimension betrifft die krankheitsbezogenen Aspekte. Inwieweit Unabhängigkeit eingeschränkt wird, die geistigen und körperlichen Kräfte nachlassen, körperliche oder psychische Belastungen durch die Krankheit auftreten, kann Auswirkungen auf das persönliche Gefühl der eigenen Würde haben. Angst vor dem Sterben gehört ebenso in diese Dimension wie die Ungewissheit, welchen Verlauf die Erkrankungen haben werden und inwiefern man sie behandeln kann.
- Die zweite Dimension betrifft das würdebewahrende Repertoire. Damit sind Perspektiven und Verhaltensweisen gemeint, die helfen, das Würdegefühl zu stärken. Ein Beispiel ist die Bewahrung von Stolz, etwa weiterhin alles tun zu können oder dafür die notwendige Unterstützung zu bekommen, den eigenen Vorstellungen entsprechend gepflegt auszusehen. Die Selbstkontinuität, d.h. die Kontinuität des Selbstgefühls, wird hier eingeordnet. Dazu gehört beispielsweise das Empfinden, sich nach einer Brustamputation nicht weniger weiblich als zuvor zu fühlen. Im Moment zu leben, Normalität aufrecht zu erhalten - dies wurde von den Befragten als wichtige Ressource benannt.
- Die dritte Dimension umfasst das Inventar sozialer Würde, d.h. soziale Faktoren, die sich auf das Würdeempfinden auswirken. Werden Privat- und Intimsphäre verletzt oder geschützt, wird das Gefühl vermittelt, anderen zur Last zu fallen oder nicht, wie wertschätzend sind die Umgangsformen vonseiten anderer, auf deren Hilfe man angewiesen ist.

Chochinov zeigt damit, dass äußere und innere Faktoren das Würdeempfinden stärken oder schwächen können.

Aus der Perspektive der Pflegekräfte stellen sich würdezentrierte Fragen: Inwieweit empfinde ich Wertschätzung für meine Arbeit? Bietet meine Rolle als Pflegekraft mir die Gelegenheit,

meinem Anspruch an gute Pflege gerecht zu werden? Fühle ich mich durch bestimmte Ansprüche oder Umgangsformen als Dienstleister abgewertet?

Aus der Perspektive von Zu- und Angehörigen kann ebenfalls die Würdethematik berührt werden: Werden Sie für Entscheidungsfindungen mit hinzugezogen, wenn es um wichtige Belange der Ihnen nahestehenden Person geht? Werden Sie in Ihren Bedürfnissen bei der Unterstützung Ihres An-/Zugehörigen gesehen?

Würde bzw. das individuelle Würdeempfinden ist nicht nur von eigenen Vorstellungen über deren Verwirklichung abhängig, sondern auch von Aspekten des sozialen Miteinanders. Einen solchen Ansatz bietet Peter Bieri, der Würde (vgl. Peter Bieri 2002: S. 13f) in drei in sich verwobene Dimensionen unterteilt. Die erste Dimension ist die Art, wie Sie selbst von anderen Menschen behandelt werden. Andere können durch ihr Verhalten beitragen, dass Ihre Würde bewahrt oder verletzt wird, z.B. wenn andere Menschen Sie durch abfälliges Verhalten in der Öffentlichkeit abwerten.

Die zweite Dimension betrifft Ihre Verantwortung gegenüber Ihren Mitmenschen. Wie behandeln Sie andere Menschen und welche Einstellung haben Sie zu ihnen? Wichtig ist hierbei, das eigene Handeln zu reflektieren und zu sehen, wie Sie andere Menschen in ihrer Würde stärken oder schwächen.

In der dritten Dimension liegt die Verantwortung für Würde ebenfalls bei Ihrer eigenen Person. Hier geht es um die individuelle Perspektive auf Würde. Wie sehen Sie sich selbst? Was alles kann Ihre Würde überhaupt stärken und was kann sie schwächen?

Ein Beispiel aus der Praxis zur Verdeutlichung:

Nach einem Unfall hat eine Bewohnerin Schwierigkeiten zu laufen. Eine Pflegekraft bietet ihr daraufhin an, ihr einen Rollator zu organisieren. Je nach eigener Einstellung zu diesem Hilfsmittel kann der Vorschlag als Abwertung empfunden werden. „Wird mir nicht zugetraut, wieder besser laufen zu können? Man müsste doch mittlerweile wissen, wie diszipliniert ich bin!“ Es könnte als beschämend empfunden werden, einen Rollator zu benutzen, da sich damit für andere ein offensichtliches Angewiesen sein auf Unterstützung zeigt. Eine andere Person würde sich vielleicht einfach nur über das Hilfsmittel freuen und das Angebot der Pflegekraft als aufmerksam und wertschätzend empfinden.

Unabhängig von Krankheit bedingen diese drei verschiedenen Aspekte unser Würdegefühl:

Wie andere sich uns gegenüber verhalten, wie wir uns anderen gegenüber verhalten, sowie die Weise, wie man sich selbst sieht und das Verhalten anderer für sich einordnet.

Zusammengefasst:

Jeder von Ihnen hat individuelle Vorstellungen davon, was für Sie selbst Würde ausmacht.

Das individuelle Würdegefühl kann von verschiedenen Faktoren abhängig sein. Negativ können sich z.B. krankheitsbezogene Belange (wie z.B. die Angst vor dem Tod oder der Verlust der Unabhängigkeit durch die Krankheit) sowie soziale Faktoren (z.B. der Verlust der Privatsphäre oder die Abwertung durch andere) auswirken. Einen positiven Einfluss hingegen kann die Stärkung von würdebewahrenden Ressourcen wie Stolz, eigene Einstellung (das Leben im hier und jetzt) und Perspektiven sein.

Würde ist demnach von anderen Menschen beeinflussbar. Das Verhalten von anderen Ihnen gegenüber, Ihr Verhalten anderen gegenüber sowie die Weise, wie man sich selbst sieht, können unsere Würde stärken oder schwächen.

Literatur:

Bieri, P (2013) Eine Art zu leben. Über die Vielfalt menschlicher Würde. München: Carl Hanser Verlag

Chochinov H.M., Hack T, McClement S, Kristjansond L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine* 54 (2002) 433-443; übersetzt nach: Chochinov, H.M. (2017) Würdezentrierte Therapie: Was bleibt - Erinnerungen am Ende des Lebens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Modul 1, Teil C; Würde in der Pflegeeinrichtung

Im Pflegeeinrichtungsalltag ergeben sich neue wichtige Dimensionen des Begriffs der Menschenwürde, z.B. der Einfluss von äußeren Faktoren, die sich auf die Würde eines Menschen auswirken können. Es geht um die konkrete Erzeugung eines Gefühls, würdevoll behandelt zu werden (Erfahrung von Menschenwürde).

Handlungswürde meint in der Altenpflege, die Menschenwürde von Bewohner*innen im oben genannten Sinne zu respektieren und entsprechend zu handeln. Die Pflege und die alltäglichen Begegnungen sind es dann, die den Bewohner*innen das Gefühl eines würdevollen Miteinanders geben. Zugleich können sie ein Gefühl der Verletzung der eigenen Würde bewirken. Wichtig sind hier bspw. ein allgemein respektvoller Umgang, ein ausgewogenes Nähe-Distanz-Verhältnis sowie emotionale Zuwendung. Die Respektierung von Würde kann dann bedeuten, den Bewohner in Ruhe zu lassen, wenn er das möchte.

Zitat (zu Unterlassen/in Ruhe lassen): „Wir können ihnen eine Tagesstruktur vorgeben immer nur in dem Bereich, wie sie es zulassen. Wenn ein Bewohner etwas nicht möchte, dann möchte er das nicht, dann wird das im Rahmen seiner Erkrankung dokumentiert, wenn ich durch bestimmte Maßnahmen etwas verbessern kann, dann tue ich das. Lässt er das nicht zu, tue ich das nicht, dann dokumentiere ich das, um mich abzusichern, weil ja gewisse Maßnahmen auch abgelehnt werden, wie wichtige Medikamente zum Beispiel, Insulin oder bei starken Schmerzpräparaten aufgrund einer starken Schmerzerkrankung oder sowas.“ (Heimleitung)

Vermeintlich kleine Dinge können hier bedeutsam sein: Sitzt die Frisur? Kann sich der/die Bewohner*in wie gewohnt zurechtmachen? Kann er oder sie Dinge - z.B. Essen und Kleidung - selbst entscheiden?

Situationswürde wiederum bezieht sich auf die Schaffung einer Lebens- und Pflegesituation, die durch Respekt vor der Menschenwürde von Bewohner*innen geprägt ist. Hier geht es bspw. um eine ansprechende Gestaltung von Zimmern und Gemeinschaftsräumen, in denen sich die Bewohner*innen wohlfühlen können, aber auch um die entsprechende Gestaltung von Pflegesituationen (bspw. die Morgenhygiene oder die Essensgabe). Als entscheidender Faktor erweist sich hier die Zeit, die dafür zur Verfügung steht (Arbeitsbedingungen) - und bei der der Bewohner mitbestimmen kann, wofür und wie sie verbracht wird.

Zitat (zur Bedeutung von Zeit): „Grundpflege in kurzer Zeit - geht nicht. Also das geht schon, aber das geht nicht menschenwürdig. Meine Meinung. Ganz viele Diskussionen mit meinem Heimleiter immer wieder: "Ja, wir haben es aber so verhandelt", und dann sage ich jedes Mal wieder, ich sage: "Aber das ist nicht richtig." Also Pflege ist nicht nur Geld oder sowas, sondern Pflege ist in meinen Augen auch Zeit. Also wenn ich mir was wünschen würde, würde ich mir manchmal mehr Zeit als mehr Geld wünschen. Für den einzelnen Bewohner.“
(Pflegedienstleitung)

Handlungs- und Situationswürde sind damit als Gestaltungsauftrag zu verstehen - für das Personal und das Heim als Organisation. Ziel ist es, sich dem*r Bewohner*in gegenüber menschenwürdig zu verhalten, indem ihm mit Respekt begegnet wird und seine Autonomie gewahrt wird. Dafür ist die Orientierung an den jeweiligen Wünschen und Entscheidungen des Bewohners wichtig.

Zitat: „dass ich dann als Erwachsener weiterhin wahrgenommen werde, dass ich nicht in die Kinder-Ecke geschoben werde, weil ich jetzt, was weiß ich, einen Latz umhängen muss oder nicht mehr selber essen kann. Und dass ich auch spüre, sozusagen, dass mein Gegenüber, ja, ich weiß nicht ganz genau, wie ich es ausdrücken soll, den Respekt vor meiner Lebensleistung hat.“ (Bewohner)

Außerdem sollten die Umgebung und die Alltagsgestaltung würdig gestaltet werden, indem Raum für menschenwürdiges Handeln und Gestalten gegeben ist.

Ein besonders sensibles Thema ist hier das Sterben: Wie wird das im Heim thematisiert? Gibt es ausreichend Möglichkeit für den Bewohner, über das bzw. sein Sterben zu sprechen und gewisse Vorstellungen, Wünsche oder Ängste? Wird das Sterben eines Bewohners würdevoll gestaltet, d.h. konkret z.B.: möglichst ohne Schmerzen und selbstbestimmt, und auf Wunsch durch nahestehende Personen begleitet? Gibt es die Möglichkeit der anderen Bewohner*innen für einen würdevollen Abschied?

Zitat: „das Sterben ist ein ganzer Prozess, den wir auch begleiten, der quasi auch zum Service, zum Pflegeheim einfach dazugehört. So, wie sie eingezogen sind, wird ein großer Aufwand betrieben, und so, wenn jemand verstirbt und verabschiedet wird, genauso, um einfach dieses

Würdevolle sicherzustellen - und auch die Bewohner äußern ja genau die Wünsche, die suchen sich ihre Kleidung raus für den Fall, wenn es so weit ist.“ (Pflegerkraft¹⁷)

Pflegende haben also einen bestimmten Gestaltungsauftrag, die Autonomie und Würde der Bewohner*innen der Pflegeeinrichtung zu stärken und deren Selbstbestimmung zu respektieren und zu fördern. Dass dieser Gestaltungsauftrag nicht immer vollends erfüllt werden kann, wird in dem späteren Video zu Stress in Pflegeeinrichtungsalltag noch einmal genauer aufgegriffen.

¹⁷ Die Autor*innen meinen in diesem Podcasts alle Pflegekräfte, d.h. alle professionell Pflegenden unabhängig vom Grad ihrer Ausbildung. Die Autor*innen verstehen dies als Sammelbegriff, unter dem alle professionell mit Pflegeaufgaben Betrauten zu verstehen sind (Pflegefachpersonen, Pflegehelfer*innen, Altenpflegehelfer*innen).

Modul 1, Teil D; Vertiefung Menschenwürde und Würdeverletzungen

Nachdem sich im ersten Podcast mit dem Begriff der Würde und dem eigenen Würdegefühl auseinandergesetzt wurde, soll nun ein genauerer Einblick über die Geschichte des Würdeverständnisses gegeben werden.

Der Begriff der Würde spielt in der Pflege alter und kranker Menschen eine zentrale Rolle. Er beschreibt zum einen den moralischen Anspruch der zu pflegenden Menschen auf deren Achtung, zum anderen die Motivation und das Ziel der Pflege. Dabei besteht weitgehend Einigkeit darüber, was die formale Bestimmung des Begriffs angeht: Die Würde wird als elementarer Wert betrachtet, der allen Menschen in gleicher Weise zukommt und im Kern „unantastbar“ ist.

In der Ethik wird zwischen drei verschiedenen Menschenwürde-Definitionen unterschieden:

1. Würde als äußere, veränderliche und zufällige Eigenschaft des Menschen (kleine Menschenwürde)
2. Würde als innere, im Kern unveränderliche und notwendige Eigenschaft des Menschen (große Menschenwürde)
3. Würde als Voraussetzung für ein menschenwürdiges Dasein (materielle Würde)

Zur Erläuterung folgt eine kurze Veranschaulichung der verschiedenen wichtigen Stationen in der Geschichte der Menschenwürde.

Erste Ansätze des Würdebegriffs finden sich in der **römischen Antike**. Würde bezeichnete dort die herausgehobene soziale Stellung eines Menschen, die dieser z.B. aufgrund seiner Herkunft, seiner Position oder seines Amtes innehatte. Aufgrund seiner Stellung kam der*in Würdenträger*in innerhalb der Gemeinschaft ein besonderer Rang und eine besondere Achtung zu. Das antike Würdeverständnis begegnet uns heute noch, etwa dann, wenn von der „Würde eines Amtes“, z.B. der Würde eines Staatsoberhauptes, gesprochen wird, oder wenn einem Menschen vorgehalten wird, dass sein Verhalten „unter seiner Würde“ sei.

Im **christlichen Mittelalter** wurde die Würde im Sinne der großen Menschenwürde als eine innere, notwendige und unveränderliche Eigenschaft verstanden. Anders als in der Antike sah man die Würde aber nicht in einer besonderen Leistung des Menschen, sondern in dessen Beziehung zu Gott begründet: Gott hat den Menschen nach seinem Ebenbild erschaffen, ihm eine besondere Stellung innerhalb der Schöpfung gegeben und ihn durch das Leiden und

Sterben seines Sohnes von der Erbsünde erlöst. Die Würde stellt nach christlicher Vorstellung eine göttliche Mitgift dar, die allen Menschen in gleicher Weise zukommt. Als solche ist sie in ihrem Kern unzerstörbar, geht aber mit einem Gestaltungsauftrag einher: Der Mensch soll gottesfürchtig leben, um seine Würde nicht zu verletzen.

Der Vertreter der Aufklärung **Immanuel Kant** (1724 - 1804) machte den Begriff die Würde des Menschen nicht mehr von äußerer, göttlicher Legitimation abhängig. Für ihn war das, was dem Menschen von Geburt Würde und somit einen über jeden Preis erhabenen Wert verleiht, die menschliche Vernunft. Diese äußert sich in der Fähigkeit zur Autonomie, d.h. zu moralischer Selbstbestimmung. Autonomie bedeutet, dass der Mensch nach selbst gesetzten moralischen Maßstäben handeln kann. Dass die Gattung Mensch sich selbst moralische Gesetze geben kann, unterscheidet sie von anderen Gattungen und begründet somit nach Kant ihre Würde. Ob das einzelne Individuum dazu fähig ist, spielt dabei keine Rolle. Weil die Gattung Mensch moralische Autonomie besitzt, gilt die dadurch begründete Würde für jedes Individuum ungeachtet seiner persönlichen Selbstbestimmungsmöglichkeiten. Durch die Gleichsetzung der Würde mit der Autonomie lieferte Kant ein von spezifisch religiösen Annahmen unabhängiges Verständnis der großen Menschenwürde.

Diesem idealistischen Verständnis von Menschenwürde stellten die Vertreter*innen der sozialistischen Bewegung im 19. Jahrhundert, wie der Schriftsteller und Politiker **Ferdinand Lassalle** (1825 - 1864), die Forderung nach einem „menschenswürdigen Dasein“ gegenüber. Dieses hat seine Grundlage in materiellen, wirtschaftlichen Gütern, die den Zweck der geistigen Bildung haben und durch diese eine wahrhaft menschenwürdige Existenz für alle Menschen ermöglichen sollen. Das von Lassalle geforderte „menschenswürdige Dasein“ hat also letztendlich geistige, das heißt innere Elemente zum Ziel. Sie berührt die soziale Stellung des Menschen, d.h. äußere Elemente. Die ökonomische Würde steht deshalb zwischen der großen und der kleinen Menschenwürde. Ein Beispiel für die Berücksichtigung ökonomischer Würde ist der Warenkorb, nach dem in der Bundesrepublik Deutschland ein Teil sozialer Unterstützung berechnet wird.

Menschenwürde als oberstes Rechtsprinzip

Nach 1945 fand die Menschenwürde Eingang in verschiedene internationale Deklarationen sowie in die deutsche Verfassung. Angesichts der großen staatlichen Verbrechen vor und während des 2. Weltkriegs suchte man nach einem Wert, der den Menschen als absolute Grenze

staatlicher Machtausübung anerkennt. Diesen fand man in der Menschenwürde, auf die sich u.a. die Charta der Vereinten Nationen von 1945, die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948, das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland von 1949 sowie die EU-Grundrechtecharta von 2000 berufen.

Das **deutsche Grundgesetz** beginnt mit den bekannten Sätzen: „Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.“ (Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz). Wie bereits im ersten Video besprochen wird Würde hier im Sinne der großen Menschenwürde als innere, im Kern unveränderliche Eigenschaft des Menschen verstanden. Der Verweis auf die Würde dient dem Schutz der nachfolgenden Grundrechte und damit der äußeren sozialen Stellung und eines menschenwürdigen Daseins; sie umfasst also alle drei Bedeutungen von Menschenwürde.

Würdeverletzungen

Die Position, dass die Würde des Menschen „unantastbar“ ist, schließt nicht aus, dass sie verletzt werden kann. Immer wieder erfahren wir von massiven Würdeverletzungen, etwa im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch, Vernachlässigung von Schutzbedürftigen, Schikanen für Asylbewerber oder Ausbeutung in der Textil- und Fleischindustrie.

Diese Verletzlichkeit in der Menschenwürde kann einen entscheidenden Anhaltspunkt geben, was Menschenwürde tatsächlich ausmacht.

Im Umgang mit alten und kranken Menschen lässt sich diese Annahme verdeutlichen. So findet eine Verletzung der Würde u.a. dort statt, wo

- die kranken Menschen anderen Menschen total ausgeliefert sind (Beispiel: Zwangsmaßnahmen).
- ihnen jegliche Bedeutung abgesprochen wird und sie allenfalls als ein Hindernis oder als eine Last betrachtet werden (Beispiel: Betrachtung alter und kranker Menschen als „Last für die Gesellschaft“, Wortschöpfungen wie „Rentnerschwemme“).
- sie nicht als Subjekt, sondern als Objekt wahrgenommen werden (Beispiel: mangelnde Begegnung auf Augenhöhe, „das Nierenkarzinom in Zimmer 8“).
- sie aufgrund ihres Alters bzw. ihrer Erkrankung stigmatisiert werden („Schmerzen gehören zum Alter“).

Den aufgeführten Würdeverletzungen gemeinsam ist, dass sie Angriffe auf die soziale Identität und die Selbstachtung der betroffenen Menschen darstellen. Menschenwürde beschreibt damit einen Anspruch, dass man in der Entwicklung und Aufrechterhaltung der eigenen Identität nicht behindert, sondern nach Möglichkeit unterstützt werden soll.

Für den Umgang mit alten und kranken Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe bedeutet dies u.a., dass institutionelle Rahmenbedingungen und persönliche Begegnungen so zu gestalten sind, dass Menschenwürdeverletzungen wie oben dargestellt möglichst nicht stattfinden. Sind sie, wie z.B. bei der Anwendung von Zwang zur Abwehr einer akuten Eigen- oder Fremdgefährdung, in bestimmten Situationen unvermeidbar, sollten sie so erfolgen, dass sie für die betroffenen Menschen möglichst wenig erniedrigend und bloßstellend sind.

Zusammenfassung und Fazit

Mit dem Begriff Menschenwürde kann die soziale Stellung oder ein besonderer Wert des Menschen gemeint sein. In der ersten Bedeutung stellt sie eine äußere, zufällige Eigenschaft, in der zweiten eine innere, notwendige Eigenschaft dar. Darüber hinaus kann sich der Begriff auf die materiellen Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein beziehen.

Menschenwürdeverletzungen sind ein Angriff auf die soziale Identität und die Selbstachtung der betroffenen Menschen. Wir sollten deshalb unser persönliches Handeln sowie gesellschaftliche und institutionelle Rahmen so gestalten, dass die Würde der anderen Menschen respektiert und diese in der Entwicklung und Aufrechterhaltung ihrer eigenen Identität nicht behindert, sondern unterstützt werden.

Literatur

Originaltext von Alfred Simon (mit Überarbeitungen durch die Göttinger Autor*innen)

Knoepffler N (2004) Menschenwürde in der Bioethik. Springer: Berlin, Heidelberg

Rüegger H. (2013) Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen. <https://docplayer.org/33047-Wuerde-und-autonomie-im-alter.html> (abgerufen am 21.03.2021)

Stoecker R (2019) Theorie und Praxis der Menschenwürde. Mentis-Verlag: Münster

Stoecker R (2014) Philosophie der Menschenwürde und die Ethik der Psychiatrie.
Psychiatrische Praxis 41, Supplement 1: S19-S25

von der Pforten D (2016) Menschenwürde. C.H. Beck: Nördlingen

Wetz FJ (2005) Illusion Menschenwürde. Aufstieg und Fall eines Grundwerts. Klett-Kotta:
Stuttgart

Modul 1, Teil E; Autonomie und Selbstbestimmung in der Pflegeeinrichtung

In den bisherigen Videos wurden die verschiedenen Definitionen von Menschenwürde erklärt und Würdeverletzungen angesprochen. Jetzt werden die Begriffe Selbstbestimmung und Autonomie näher beleuchtet, die in manchen Definitionen wie bei der Definition von Kant sogar als Synonym für Würde benutzt werden.

Was ist Autonomie?

Und was ist Selbstbestimmung?

Autonomie ist die Fähigkeit zur Selbstbestimmung, die jedem Menschen zugeschrieben wird.

Selbstbestimmung ist die Erfahrung, in einer Situation etwas entscheiden und gestalten zu können. Sie ist die praktische Verwirklichung von Autonomie.

Im konkreten Alltag gibt es Unterschiede darin, was für den Einzelnen wichtig ist, selbst entscheiden und tun zu können. Die individuellen Bedürfnisse sind hier ausschlaggebend. Die dem Menschen zugeschriebene Autonomie ist verankert in seiner Biographie und Persönlichkeit:

Das bedeutet, Wille, Wünsche und Entscheidungen variieren individuell und bestimmen unseren Anspruch an Autonomie.

In dem ersten Video dieser Schulung zu Würde und den Faktoren, die das Würdegefühl beeinträchtigen können, wurde veranschaulicht, dass Würde im Kontext mit anderen Menschen gesehen werden muss. Autonomie und Selbstbestimmung können durch andere gefördert oder geschwächt werden. Um Selbstbestimmung erfahren zu können, braucht es soziale Beziehungen, die Entscheidungs- und Handlungsspielräume überhaupt erst eröffnen oder begrenzen.

Daraus ergeben sich Anforderungen an die soziale Umgebung - d.h. an andere Personen (z.B. Pflegepersonal, Angehörige etc.). Vor allem im Pflegeeinrichtungsalltag sind Bewohner*innen, die z.B. durch Krankheiten in den Möglichkeiten ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt sind, von anderen abhängig, ihren Selbstbestimmungsanspruch erfüllen zu können.

Pflegeeinrichtungen sollen an der Adressierung des Heimbewohners als Individuum orientiert sein, sodass sein Wille, seine Wünsche und Entscheidungen als Handlungsaufforderungen an das Personal verstanden werden müssen.

Ein Beispiel:

Ein Bewohner hat nach einem Unfall motorische Schwierigkeiten und Probleme, einen längeren Weg zu Fuß zurückzulegen. Trotzdem möchte er gerne an die frische Luft, um die Sonne zu genießen. Eine Pflegekraft wird ihm helfen, seinen Wunsch nach draußen zu gehen, zu erfüllen, oder sie sorgt für ein geeignetes Hilfsmittel (z.B. Gehstock), das ihm selbst die Möglichkeit dazu gibt.

Diese Selbstbestimmung kann begrenzt werden. Diese Begrenzungen nimmt nicht nur das unmittelbare Umfeld vor, sondern kann durch strukturelle oder politische Faktoren bestimmt sein.

Als ein weiteres Beispiel die Corona-Pandemie:

Eine Bewohnerin möchte gerne eine Wochenendfahrt in eine andere Stadt machen und dort übernachten. Aufgrund der Pandemieregungen, die Urlaubsreisen untersagen, ist ein solcher Ausflug nicht möglich.

Die Pflegeeinrichtung als Organisation bestimmt die Rahmenbedingungen, welche die sozialen Beziehungen beeinflussen:

- Sie gibt die Gestaltungsspielräume für Bewohner*innen an, etwas selbst entscheiden und tun zu können - je nach ihren (physischen, psychischen) Möglichkeiten, Bedürfnissen und Wünschen (z.B. Aufsteh- und Essenszeiten);
- sie gibt ebenfalls Gestaltungsspielräume für Pflegekräfte an, z.B. bei der Gestaltung des Tagesablaufs oder der Pflegeroutine;
- sie unterstützt durch technische und nicht-technische ‚Gegenstände‘, z.B. Rollstuhl/Rollator (Mobilität), Alltagshilfen (bedarfsgerechtes Geschirr) und eigene Kommunikations-/Unterhaltungsmedien (Telefon, Internet, TV).

Soziale Beziehungen und die Rahmenbedingungen der Institution, in denen die Bewohner*innen eingebunden sind, bilden die Bedingungen für die individuelle Umsetzung von Autonomie als Erfahrung von Selbstbestimmung.

Das bedeutet, Selbstbestimmung ist zum einen an eigene persönliche Wünsche gekoppelt, sowie an Dritte, z.B. Pflegende und an die Pflegeeinrichtung, die den Gestaltungsspielraum vorgibt.

Zu den sozialen Beziehungen in der Pflegeeinrichtung gehören ebenso andere Bewohner*innen. Freiheit und Selbstbestimmung des einen hören dort auf, wo Freiheit und Selbstbestimmung des anderen verletzt werden. Die Regeln der Pflegeeinrichtung müssen

mitberücksichtigt werden. Damit der Alltag gut organisiert werden kann, braucht es Regeln und Routinen, die vom einzelnen Bewohner beachtet werden müssen.

In diesem Zusammenhang muss der Fürsorgeauftrag von Pflegekräften genannt werden. Fürsorge drückt aus, dass man den Anderen vor Schaden oder Gefahr schützen will. Pflegekräfte handeln fürsorglich, wenn sie verhindern wollen, dass der Bewohner sich verletzt oder entmutigt wird.

Im Alltag kann das zu einem Dilemma führen: Beschränkt Fürsorge die Autonomie des Bewohners?

Ein Beispiel:

Der Bewohner mit den motorischen Schwierigkeiten, der aufgrund seines akuten Gesundheitszustands keine längeren Strecken zu Fuß zurücklegen kann, möchte alleine und ohne Hilfsmittel in die Stadt laufen, die 20min zu Fuß entfernt ist. Die Pflegekraft¹⁸ jedoch möchte ihn ohne Hilfsmittel oder ohne Begleitung nur ungern gehen lassen.

Beschränkt hier der Fürsorgeauftrag der Pflegekraft die Autonomie des Bewohners?

Nicht unbedingt. Zwischen Autonomie und Fürsorge besteht kein prinzipieller Gegensatz, vielmehr gilt es, beides zu balancieren - d.h.: unterstützende Fürsorge der Pflegekräfte kann die Selbstbestimmung des Bewohners erst ermöglichen (z.B. durch Hilfe im Alltag und dem Erklären von Grenzen).

Zusammengefasst:

Die Autonomie als Anspruch auf Selbstbestimmung wird jedem Menschen zugeschrieben.

Aber die Fähigkeit zur eigenständigen Umsetzung von Selbstbestimmung hängt von den motorischen, kognitiven, psychischen Möglichkeiten des Einzelnen ab (z.B. Bewegungseinschränkungen, demenzielle Veränderungen etc.).

Zur Umsetzung von Autonomie als erfahrbare Selbstbestimmung ist der Mensch auf Andere (Pflegekräfte u.a.) und eine entsprechend förderliche Gestaltung seiner Umgebung (Pflegeeinrichtung) angewiesen.

¹⁸ Die Autor*innen meinen in diesem Podcasts alle Pflegekräfte, d.h. alle professionell Pflegenden unabhängig vom Grad ihrer Ausbildung. Die Autor*innen verstehen dies als Sammelbegriff, unter dem alle professionell mit Pflegeaufgaben Betrauten zu verstehen sind (Pflegefachpersonen, Pflegehelfer*innen, Altenpflegehelfer*innen)).

Aber: Die individuelle Selbstbestimmung muss eingebunden werden in die Kultur und Prozesse der Pflegeeinrichtung sowie in Bezug gesetzt werden zur Selbstbestimmung anderer (Bewohner/Pflegekraft).

Modul 1, Teil F; Moralischer Stress

Nachdem Sie sich mit den Begriffen Selbstbestimmung, Autonomie und Würde vertraut gemacht haben, wird jetzt ein Fokus auf die möglichen Auswirkungen geworfen, die entstehen, wenn Einschränkungen von Würde, Autonomie und Selbstbestimmung zu Belastungen führen.

Zu Beginn ein Beispiel aus der Perspektive einer Pflegekraft.

Eine Pflegekraft wird von einer Bewohnerin angesprochen, sich zehn Minuten Zeit zu nehmen, um mit ihr einen Kaffee zu trinken, da sie einsam ist und sich gerne mit ihr unterhalten würde. Leider herrscht in der Einrichtung Personalmangel und die Pflegekraft muss sich noch um andere Bewohner*innen kümmern. Mit schlechtem Gewissen schlägt sie die Einladung aus.

Den Stress, den diese alltägliche Situation für die Pflegekraft hervorruft, nennt man **moralischen Stress**. Er entsteht, wenn die Pflegenden eine Vorstellung davon hat, was für eine Bewohner*in am besten ist, jedoch die Erwartungen der Einrichtung, der An- und Zugehörigen, der Mitglieder anderer Berufsgruppen oder der Gesellschaft dem Anspruch an das eigene Verhalten und den eigenen Überzeugungen entgegenstehen. In diesem Fall steht der moralische Anspruch der Pflegekraft, auch über das Allernotwendigste hinaus für die zu Pflegenden da zu sein, einer knappen Ressourcenlage gegenüber.

Andere Situationen können ebenfalls einen solchen Stress verursachen - und das nicht nur bei Pflegenden. Ein weiteres Beispiel aus der Praxis:

Ein Bewohner muss in eine Pflegeeinrichtung einziehen, da die häusliche Pflege aufgrund des Gesundheitszustands der betreffenden Person nicht mehr möglich ist. Sein Wunsch war es aber, bis zu seinem Lebensende zuhause betreut zu werden. Der Angehörige, der seinen Wunsch sehr gerne erfüllt hätte, fühlt sich schuldig und überfordert.

Bei diesen Belastungen muss zwischen Dilemma und Stress unterschieden werden.

- Bei einem **moralischen Dilemma** ist die betroffene Person hin- und hergerissen zwischen verschiedenen moralischen Verpflichtungen (z.B. die Bewohner*in zur Vermeidung eines Dekubitus zu lagern oder deren Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden, zu respektieren). Die Person weiß angesichts der widerstreitenden moralischen Verpflichtungen nicht, was sie tun soll.

- Beim **moralischen Stress** hingegen hat die Person eine klare Vorstellung, was sie tun soll (z.B. mehr Zeit und Zuwendung geben). Sie ist aber (z.B. aufgrund von Zeit-, Ressourcen- und Personalmangel) nicht in der Lage, nach ihrer moralischen Überzeugung zu handeln.

Häufige **äußere Ursachen für moralischen Stress** im Alltag von Pflegeeinrichtungen sind:

- Fehlende Absprachen
- Mangelnde Einbeziehung von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen
- Kommunikationsprobleme zwischen Pflegenden, Bewohner*innen, Ärzt*innen sowie An- und Zugehörigen (insbesondere bei Entscheidungen am Lebensende)
- Unzureichende Mitbestimmung bei Entscheidungen, die Pflegekräfte auszuführen haben
- Rechtliche und institutionelle Vorgaben (z.B. Personal- und Zeitmangel)
- Organisatorische Rahmenbedingungen

Zu diesen äußeren Ursachen können **innere Ursachen** hinzukommen, also Ursachen, die in der Person selbst begründet sind, wie z.B.:

- Angst bzw. mangelndes Selbstvertrauen
- Mangelnde fachliche und ethische Kompetenz
- Hoher moralischer Anspruch an sich selbst

Die Erfahrung von moralischem Stress kann bei den Betroffenen **emotionale, psychische und körperliche Reaktionen** verursachen. Beispiele hierfür sind:

- Auf der emotionalen Ebene: Zorn, Frustration, Schuld, Angst
- Auf der psychischen Ebene: Hilflosigkeit, mangelndes Selbstwertgefühl, Depression
- Auf der körperlichen Ebene: Herzklopfen, Durchfall, Kopfschmerzen

Werden moralisch belastende Situationen nicht angemessen aufgearbeitet, kann ein **Rest an moralischem Unbehagen** zurückbleiben. Dieser Rest (engl. *moral residue*) kann dazu führen, dass die nächste Situation noch rascher und noch stärker als moralisch belastend erlebt wird. Irgendwann wird die gesamte Arbeits- und Gesamtsituation als moralisch stressend erlebt. Ein solches Anwachsen von moralischem Stress wird als „**Crescendo-Effekt**“ (Epstein und Hamric 2009) beschrieben.

Anhaltender moralischer Stress führt nicht selten zu einem **Burnout** bei Pflegekräften: Die Person fühlt sich emotional, psychisch und körperlich zunehmend erschöpft. Die Qualität ihrer Arbeit leidet. Ihre Berufszufriedenheit und ihr Selbstwertgefühl sinken. Sie fühlt sich als „schlechte Pflegekraft“, manchmal sogar als „schlechter Mensch“. Mehr und mehr geht die Energie für das Privatleben verloren.

Anhaltender moralischer Stress kann darüber hinaus zu einer sog. **Empathieerschöpfung** führen: Die Fähigkeit der Pflegekraft, die Emotionen des hilfebedürftigen Gegenübers wahrzunehmen und die Motivation, das Leiden der ihr anvertrauten Bewohner*innen zu lindern - beides wesentliche Voraussetzungen für die Pflege -, gehen nach und nach verloren. Manche Pflegekräfte reagieren darauf, in dem sie den Kontakt zu den zu Pflegenden meiden oder die Pflege auf den mechanischen Akt des Pflegens beschränken. Andere entwickeln ein übertriebenes Fürsorgebedürfnis verbunden mit einer Neigung, eigene Bedürfnisse zu verneinen.

Andere Personengruppen kennen ebenfalls das Gefühl der Empathieerschöpfung. An- und Zugehörige empfinden die Situation in der Pflegeeinrichtung als so belastend, dass sie gar nicht mehr zu Besuch kommen. Andere verwenden so viel Kraft für tatsächliche oder vermeintliche Belange ihrer/s Angehörigen in der Pflegeeinrichtung, so dass für das eigene Privatleben kaum noch Energie aufgebracht werden kann.

Es geht also darum, **Warnsignale frühzeitig zu erkennen**, angemessen zu reagieren, bevor die Belastung zu groß ist. Dies ist umso wichtiger, als ein gewisses Maß an moralischer Belastung im Pflegeeinrichtungsalltag unvermeidbar ist: Pflegekräfte z.B. verstehen sich als Übersetzer*innen und Begleiter*innen für den mutmaßlichen Willen der Bewohner*innen. Hierbei stehen sie notwendig in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen: den Interessen der zu Pflegenden, der An- und Zugehörigen, der Einrichtung, anderer an der Versorgung der Bewohner*innen beteiligten Personen sowie demgegenüber den eigenen Interessen. Pflegekräfte müssen lernen, mit diesen unterschiedlichen und manchmal gegensätzlichen Interessen umzugehen und in der täglichen Arbeit einen angemessenen Ausgleich zwischen diesen Interessen zu finden.

Daher sollten moralisch belastende Situationen in der Pflege reduziert und Strategien entwickelt werden, um einen **angemessenen Umgang mit moralisch belastenden Situationen in der alltäglichen Pflege und sozialen Betreuung** zu ermöglichen. Hierfür sind gemeinsame

Anstrengungen der Pflegekräfte, der An- und Zugehörigen, aber auch der Bewohner*innen, der Einrichtungen und Standesorganisationen sowie der Politik erforderlich.

Wie können solche Strategien aussehen?

Eine zentrale Strategie besteht darin, die eigene **moralische Widerstandskraft** (engl. *moral resilience*) zu stärken. Dies ist zunächst Aufgabe der jeweiligen Person selbst, bei der sie aber durch institutionelle Angebote unterstützt werden kann. Bei Pflegekräften wären dies z.B. Einzel- oder Teamsupervisionen, oder bei An- und Zugehörigen und Bewohner*innen Besprechungen mit Bewohnervertreter*innen oder Pflegekräften. Zentrale Aspekte der Stärkung der moralischen Widerstandskraft sind:

- **Verzeihen Sie sich!** Ein achtsamer Umgang mit sich selbst, d.h. eigene Gedanken, Gefühle und Empfindungen sowie eigene Grenzen wahr- und ernst zu nehmen, ist der Schlüssel, um Stress abzubauen.
- Achten Sie auf eine ausgewogene Work-Life-Balance.

Eine weitere Strategie besteht darin, alle Gruppen stärker in **reflektierte Problemlösungen** einzubeziehen z.B. in Form von Fallbesprechungen. Dies kann bei einzelnen Entscheidungen (z.B. über Therapiebegrenzung am Lebensende) erfolgen, oder durch die Beteiligung von Pflegekräften in Strukturen wie Ethikkomitees, Ethik-Visiten etc.

Zusammenfassung:

- Belastende Situationen und Ohnmachtsgefühle, nicht „richtig“ gehandelt zu haben, können Stress („moralischen Stress“ genannt) verursachen.
- Anhaltender Stress kann zu Folgeerscheinungen wie Burnout und Empathieerschöpfung führen.
- Nur durch die Stärkung der moralischen Widerstandskraft kann diese Art von Stress abgebaut werden.
- Seien Sie netter zu sich und holen sie sich (institutionelle) Hilfe, wenn Sie moralischen Stress bei sich bemerken.
- Stoßen Sie Veränderungsprozesse an, durch die Ihre Interessen besser vertreten werden können (Politik, Interessensverbände etc.).

Literatur

Originaltext von Alfred Simon mit Überarbeitungen der Göttinger Autor*innen

Corley MC (2002) Nurse Moral Distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* 9(6): 636-650

Epstein EG, Hamric AB (2009) Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics* 20(4): 330-342

Jameton A (1984) *Nursing practice: the ethical issue*. Englewood Cliffs, NJ: Practice Hall

McCarthy J, Gastmans C (2015) Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics* 22(1): 131-152

Wöhlke S (2018) Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem Stress im pflegerischen Alltag. In: Riedel A, Linde AC (Hrsg.) *Ethische Reflexionen in der Pflege*. Springer: Berlin Heidelberg, 41-46

Modul 1, Teil G; Outro

Vielen Dank für Ihr Interesse an der Thematik „Menschenwürde und Selbstbestimmung im Pflegeheim“.

Sie haben verschieden Würdekonzepte, Ansätze zu Selbstbestimmung und Autonomie in der Pflegeeinrichtung kennengelernt und sich mit dem Thema „moralischer Stress“ auseinandergesetzt. Wir hoffen, dass Ihnen die Podcasts einen kurzen Einblick zu diesem sehr umfangreichen Thema geben konnten. Falls Sie an unserer Schulung zu Würde und Selbstbestimmung im Pflegeheim teilnehmen, haben Sie nun das erste Modul abgeschlossen.

Für Pflegekräfte¹⁹ geht es jetzt in Modul 2 weiter. Ihre Einrichtungsleitung wird Sie über den Termin des Online-Seminars informieren. Im kommenden Modul werden Sie die Möglichkeit erhalten, die verschiedenen Würdekonzepte im Plenum zu diskutieren und ihr eigenes Würdeverständnis zu reflektieren. Zudem werden Sie Fallbeispiele zu Selbstbestimmung und Würde in Gruppenarbeiten erhalten, die Sie dazu auffordern werden, andere Perspektiven einzunehmen. Anschließend können Sie eigene Alltagsprobleme in ihrer Pflegeeinrichtung in Form einer Hausaufgabe adressieren und bearbeiten.

Modul 3 ist das Modul für Bewohner*innen, deren Stellvertreter*innen, sowie An- und Zugehörigen. Sie werden sich ebenfalls vertiefend im Plenum zu den verschiedenen Konzepten zu Selbstbestimmung und Würde austauschen und neue Perspektiven anhand von Fallbeispielen kennenlernen. Anschließend können Sie eigene Alltagsprobleme und Situationen adressieren und in Form von einer Hausaufgabe bearbeiten.

Im Modul werden alle Zielgruppen zusammengeführt. Sie werden lernen, auf welchen verschiedenen Ebenen Alltagsprobleme gelöst werden können, erhalten vertiefend einen Einblick zu Moral Distress und erlernen ein Modell, wie sie Alltagssituationen, die Würde und Selbstbestimmung berühren, systematisch abarbeiten können. Wir wünschen Ihnen noch viel Spaß bei der Schulung und hoffen, dass wir Sie für die Thematik begeistern konnten.

¹⁹ Die Autor*innen meinen in diesem Podcasts alle Pflegekräfte, d.h. alle professionell Pflegenden unabhängig vom Grad ihrer Ausbildung. Die Autor*innen verstehen dies als Sammelbegriff, unter dem alle professionell mit Pflegeaufgaben Betrauten zu verstehen sind (Pflegefachpersonen, Pflegehelfer*innen, Altenpflegehelfer*innen)

Modul 2, Teil A; Arbeitsblatt Moderation

Zusammenfassung

Wie alle großen Begriffe der Ethik (z.B. Freiheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit) ist der Begriff Menschenwürde mehrdeutig. Um das Thema Würde in Bezug auf die eigene Rolle und auf Bewohner*innen reflektieren zu können, soll das eigene Verständnis dieses Begriffs exploriert werden. Zusammen mit einer Einordnung in die Ethik sollen so Grundlagen für eine Sensibilisierung zum Erkennen und Deuten von konfliktreichen Situationen mit Bezug zu Würde und Selbstbestimmung vermittelt werden.

Zielgruppe Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung

Ablauf

Teil A	2 UE
Inhalt	Min.
Vorstellung der Moderator*innen, Vorstellungsrunde der Teilnehmenden Erwartungen an die Schulung Moderation schreibt Erwartungen auf Notizzettel in Whiteboard	20
Erläutern des Ablaufs	5
Diskussion Würde und Selbstbestimmung (Plenum, bei mehr als 20 Teilnehmenden Gruppendiskussion in Breakout-Rooms möglich; bei Gruppendiskussion Sammeln der Ergebnisse im Plenum, Gruppen bestimmen selbst eine berichtende Person) Was bedeutet für Sie Würde? Wie bedeutet für Sie Würde in Bezug auf Ihr Arbeitsfeld in der Pflege?	40
Auswertung Diskussion (Whiteboard)	25

Nachbereitung

Sortierte Notizzettel mit Erwartungen werden gespeichert, damit sie nach Ende der Schulung wieder gezeigt und damit abgeglichen werden können, ob sich die Erwartungen erfüllt haben.

Modul 2, Teil A; zusätzliche Hinweise für die Durchführung

Auswertung Diskussion Würde und Selbstbestimmung

Mögliche Ordnungskategorien:

Große Menschenwürde/Definition	(„Jeder Mensch hat einen besonderen Wert“)
Kleine Menschenwürde/Sozialer Status	(„Man sagt doch auch, das ist unter meiner Würde“) Würde des Amtes
Materielle Würde	(„Wenn Menschen genug Ressourcen haben, um würdevoll zu leben, nicht hungern müssen.“)
Würde impliziert einen Achtungsauftrag	(„Wenn ich den anderen, so wie er ist, respektiere“; „Wenn ich so respektiert werde, wie ich bin“)

Erwartbar sind Beiträge, die die Begriffe Selbstbestimmung und Autonomie berühren, z.B.

„Wenn ich selber bestimmen kann, was ich möchte“

Kurze Diskussion im Plenum zu den Antworten, die Selbstbestimmung und Autonomie berühren

- Was hat denn Ihrer Meinung nach Würde mit Autonomie/Selbstbestimmung zu tun?

Sollten keine Antworten gegeben werden, die Selbstbestimmung und Autonomie berühren:
offene Frage

- Hat Ihrer Meinung nach Würde etwas mit Autonomie/Selbstbestimmung zu tun?

Weitere Fragen:

- Kann Würde genommen werden/verletzt werden?
- Wer beurteilt eigentlich, ob jemandes Würde verletzt wurde?

Hinweis auf Modelle abgestufter Würde: (der Anteil an) Würde wird von bestimmten Kriterien abhängig gemacht, z. B. kognitiven Fähigkeiten, faktischen Selbstbestimmungsmöglichkeiten im Gegensatz zu inhärenter Würde (gattungsspezifisch)

Hinweis auf den Unterschied zwischen dem Prinzip Menschenwürde und den individuellen Vorstellungen von Würde/dem individuellen Gefühl von eigener Würde

Modul 2, Teil A; Material für Moderation: Würdemodell nach Chochinov

Würde-Modell von Chochinov et al.^{20,21}

WÜRDE: KATEGORIEN, THEMEN UND UNTERTHEMEN		
Krankheitsbezogene Aspekte	Würdebewahrendes Repertoire	Inventar Sozialer Würde
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Grad der Unabhängigkeit</div> <ul style="list-style-type: none"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px 10px;">Kognitive Verfassung</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px 10px;">Funktionelle Kapazität</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Symptomlast</div> <ul style="list-style-type: none"> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px 10px;">Körperliche Belastung</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px 10px;">Psychische Belastung</div> <ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Ungewissheit • Angst vor dem Sterben 	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Würdebewahrende Perspektiven</div> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstkontinuität • Aufrechterhaltung von Rollen • Generativität / Vermächtnis • Bewahrung von Stolz • Hoffnung • Autonomie / Kontrolle • Akzeptanz • Resilienz / Kampfgeist <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Würdebewahrendes Handeln</div> <ul style="list-style-type: none"> • Leben „im Moment“ • Erhalt von Normalität • Streben nach spirituellem Wohlbefinden 	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Privatsphäre</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Soziale Unterstützung</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Haltung der Behandelnden</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">Belastung für andere sein</div> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 5px;">Sorgen hinsichtlich der Zeit nach dem Tod</div>

²⁰ Chochinov H.M., Hack T, McClement S, Kristjansson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model *Social Science & Medicine* 54 (2002) 433–443

²¹ Chochinov, H.M. (2017) *Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Modul 2, Teil B; Arbeitsblatt Moderation

Zusammenfassung

In der alltäglichen Praxis im Kontext des Heims ergeben sich Situationen/Interaktionen, die zu einer Reihe von Problemen führen (können), die sich als Konflikte rund um Selbstbestimmungsfragen und das Thema der Würde rahmen lassen. Diese Konflikte entzündeten sich z.T. an Situationen (etwa. an einer in einem Bewohnerzimmer nicht mehr auffindbaren Tafel Schokolade), die sich aus voneinander abweichenden Deutungen ergeben.

Perspektivendivergenz, z.B. zwischen Pflegekraft und Bewohner*in, kann konkret bedeuten, dass die Wertigkeiten, die mit bestimmten Gegenständen, Praktiken und/oder Deutungen verbunden sind, für unterschiedliche Akteure nicht immer wechselseitig transparent sind.

Zielgruppe Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung

Ablauf

Teil B	2 UE
Inhalt	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
Video Fallbeispiel im Plenum Diskussion der Szene aus Sicht der Pflegekraft und der Bewohnerin, Erörtern der Gefühle beider Personen, Frage nach Relevanz der Situation für Würde und Selbstbestimmung, Frage nach Empfehlungen für einen Umgang mit der Situation, eigene ähnliche Erfahrungen	35
Auswertung Diskussion (Whiteboard) Konflikte, Würde, Selbstbestimmung	30
Lösungen besprechen Erläutern des Würdemodells von Chochinov et al.; Sensibilisierung für Bereiche, in denen Behandelnde, Pflegekräfte und Begleitende würdestärkend oder würderehabilitierend handeln können	20

Nachbereitung

Notizen für Rückmeldung an Steuerungsgruppe, wenn Handlungsbedarf auf organisatorischer Ebene gewünscht wird.

Modul 2, Teil B; zusätzliche Hinweise für die Durchführung

PLENUM: Skript des Videos zu Fallvignette 1

Eine Pflegekraft betritt nach kurzem Klopfen das Zimmer von Frau A., einer Bewohnerin der Pflegeeinrichtung, um ein Tablett mit dem Nachmittagskaffee abzustellen, und begrüßt die Bewohnerin. Frau A. schaut nur kurz auf, ohne etwas zu erwidern. Sie ist damit beschäftigt, eine Schublade ihrer Kommode nach der anderen zu öffnen, mit den Händen den Inhalt abzutasten, dann wieder zu schließen. „Wo ist denn nur die Schokolade?“, ruft sie immer lauter werdend mehrmals, ohne die Pflegekraft dabei anzuschauen. „Sie wissen doch, dass ich die Schokolade dringend brauche! Die will ich doch heute Frau B. schenken!“ Während die Pflegekraft noch wie gebannt im Türrahmen steht, richtet sich Frau A. plötzlich auf und schaut die Pflegekraft an: „Ja, die Schokolade ist weg! Weg, weg, weg!“

Die Pflegekraft reagiert und antwortet mit beleidigter Stimme: „Wir haben so viel Schokolade, einen ganzen Schrank voll, wir essen das gar nicht.“

(Die Bewohnerin fühlt sich falsch verstanden und ärgert sich über die Reaktion der Pflegekraft): „Ja, aber ... das hab‘ ich doch, das hab‘ ich doch ...“ Die Pflegekraft stellt das Tablett ab und geht.

Diskussion im Plenum

Schildern Sie die die Szene aus der Sicht der Pflegekraft.

Schildern Sie die Szene aus der Sicht der Bewohnerin.

Welche Gefühle werden bei den beiden Personen berührt?

Was hat diese Situation mit Würde oder Selbstbestimmung zu tun?

Welchen Umgang mit der Situation schlagen Sie vor?

Was würden Sie der Pflegekraft als Reaktion/Antwort empfehlen?

Kennen Sie eine solche oder ähnliche Situation aus Ihrer Erfahrung? Was war da hilfreich?

Auswertung Diskussion

Möglicher Konflikt: öffentlicher und privater Raum

(Annahme der Bewohnerin, dass jemand in ihrem Zimmer war, ihr privater Raum ohne ihr Wissen betreten und etwas entwendet wurde)

Ggf. kann die Bewohnerin mit eigenem Schlüssel das Zimmer abschließen, dennoch haben andere in der Einrichtung einen Generalschlüssel:
Fürsorgepflicht als Einschränkung des Privaten; Gleichzeitigkeit von Pflege- und Lebensort

Möglicher innerer Konflikt der Bewohnerin zwischen Gewissheit und Ungewissheit

Aussage bezieht sich nicht auf Annahme eines Diebstahls, sondern auf eigene Verzweiflung, Hilflosigkeit etc. (Ich hatte doch Schokolade? Wo habe ich sie nur aufbewahrt? Ich habe sie doch noch nicht verschenkt?)

Selbstbestimmung

Schokolade für Bewohnerin im gesellschaftlichen Miteinander wichtig, Symbolgehalt → dadurch autonomierelevant; Autonomierelevanz wird nicht erkannt oder durch die Kränkung aufgrund der vermeintlichen Anschuldigung überlagert und nicht adressiert

Würde

Würdeverletzung: Problem/Gefühle der Bewohnerin werden nicht ernst genommen; Pflegekraft fühlt sich des Diebstahls bezichtigt und genötigt sich zu verteidigen.

Mögliche Umgangsweisen mit der Situation

Empathisches Zuhören

Nachfragen, was die Bewohnerin meint (Schokolade entwendet, nicht auffindbar, verlegt?)

Spiegeln der Gefühle (Das ist jetzt nicht schön, ich verstehe, dass die Schokolade für Sie wichtig ist)

Angebot, beim Suchen zu helfen

Mit Bewohnerin gemeinsam überlegen, was man tun kann, wenn die Schokolade nicht gefunden wird

Nach den eher theoretischen Zugängen zum Würdebegriff wird zum Abschluss das Würde-Modell von Chochinov et al.^{22,23} gezeigt. Chochinov et al. hatten Krebspatienten befragt, was denn für sie persönlich Würde ausmache. Um das persönliche, subjektive **Würdeempfinden** von Patienten (hier: Bewohner*innen) zu stärken und/oder nicht zu verletzen, ist diese Zusammenstellung von Faktoren, welche für diese eine wichtige Rolle spielen, in der Praxis ausgesprochen hilfreich. Sie macht den Begriff der Würde für die Praxis operationalisierbar und sensibilisiert für Bereiche, in denen Behandelnde, Pflegekräfte und Begleitende würdestärkend oder würderehabilitierend handeln können.

²² Chochinov H.M., Hack T, McClement S, Kristjansson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model *Social Science & Medicine* 54 (2002) 433–443

²³ Chochinov, H.M. (2017) *Würdezentrierte Therapie: Was bleibt - Erinnerungen am Ende des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Modul 2, Teil C; Arbeitsblatt für die Moderation

Zusammenfassung

In drei Fallbeispielen (siehe Arbeitsblätter für die Teilnehmenden) zeigen sich der relationale Charakter von Autonomie und Würde, Herausforderungen bei der Abwägung von Interessen, Konflikte zwischen Fürsorge und Selbstbestimmung, Perspektivendifferenzen sowie Divergenzen zwischen dem Berufsethos von Pflegekräften und einem reinen Dienstleistungsanspruch.

Zielgruppe Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung

Ablauf

Teil C	2 UE
Inhalt	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
Videos: 3 Fallbeispiele/Gruppenarbeit	40
Auswertung der Gruppendiskussionen im Plenum (Whiteboard)	45
Lösungen zu allen drei Fallbeispielen besprechen	20

Nachbereitung

Notizen für Rückmeldung an Steuerungsgruppe, wenn Handlungsbedarf auf organisatorischer Ebene gewünscht wird.

Modul 2, Teil C; zusätzliche Hinweise für die Durchführung

In Fallbeispiel 2 verdeutlicht sich der relationale Charakter von Autonomie, denn die Selbstbestimmung eines suchtkranken Bewohners ist zum einen nur möglich, wenn sie im Rahmen eines ‚strategischen Zulassens‘ her-/sichergestellt werden kann, zum anderen zeigt sich die Relationalität in der Abwägung der Interessen des suchtkranken Bewohners und der Interessen der anderen Bewohner, die davon (un-)mittelbar betroffen sind.

Konflikte

Selbstbestimmung

Selbstbestimmung der Bewohner*innen und institutionalisierte Fürsorgepflicht (inkl. Schutz der übrigen Bewohner*innen sowie der eigenen Mitarbeiter*innen vor möglichen suchtkrankheitsinduzierten Grenzüberschreitungen durch den suchtkranken Bewohner).

Unterschiedliche Erwartungshaltungen: Selbstbestimmung des suchtkranken Bewohners/ Erwartung der Angehörigen, Selbstbestimmung des Bewohners einzuschränken

Lösungsvorschläge

Das grundsätzliche Problem des Umgangs mit dieser Problematik muss auf der Mesoebene adressiert werden; Pflegekräfte sollten die Haltung des Hauses/Trägers kennen.

Möglichkeit: Strategisches Zulassen; z.B. kontrollierte Abgabe von Alkohol. Dieser konkreten Lösung würde jedoch ein sensibilisierendes, angeleitetes Gespräch zwischen Bewohner, Pflorgeteam, Angehörigen und Einrichtungsleitung vorausgehen müssen.

Klären, ob es in der Einrichtung klar kommunizierte Umgangsweisen mit solchen Situationen gibt, da die Verantwortung auf der Mesoebene liegt.

Fragen, was Pflegekräfte zur Unterstützung bräuchten.

Ggf. Hinweis auf Fallbesprechungen und Umgang mit Moral Distress (weitere Module)

In Fallbeispiel 3 bezieht sich der Konflikt auf unterschiedliche Bewertungen sexuellen Verhaltens/Intimität bei Bewohner*innen mit einer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung. Es besteht eine Perspektivendifferenz (Angehörige, Pflegekräfte). In Hinblick auf relationale Autonomie stellt sich bei demenziell erkrankten Bewohner*innen die Frage, was legitime Wünsche sind und welche Verhaltensweisen und Bedürfnisse der Bewohner*innen von Seiten der Einrichtung unterbunden werden sollten und gegebenenfalls müssen.

Probleme:

Ermittlung des mutmaßlichen Willens und Unterstützung bei Selbstbestimmung dementer Bewohner*innen

Konflikte:

Bedürfnisse der Bewohner*innen/Sicht der Angehörigen

Ggf. Fürsorgeauftrag (Schadensabwendung)/Selbstbestimmung bei Demenz

Lösungsvorschläge:

Das grundsätzliche Problem des Umgangs mit dieser Problematik muss auf der Mesoebene adressiert werden; Pflegekräfte sollten die Haltung des Hauses/Trägers kennen.

(Besonders geschulte) Pflege- oder Betreuungskräfte können in dieser Konfliktkonstellation eine vermittelnde Funktion zwischen Angehörigen und der Haltung der Pflegekräfte zur Gewährung des (mutmaßlichen) Willens der Bewohner einnehmen.

Klären, ob es in der Einrichtung klar kommunizierte Umgangsweisen mit solchen Situationen gibt, da die Verantwortung auf der Mesoebene liegt.

Fragen, ob es für die Problematik geschulte Mitarbeiter*innen gibt und was Pflegekräfte zur Unterstützung bräuchten.

In Fallbeispiel 4 zeigt sich eine Divergenz zwischen dem Selbstverständnis der Pflegekraft (Berufsethos) und der von ihr wahrgenommenen Fremdzuschreibung als Dienstleisterin. Die

Relationalität von Autonomie (und Würde) bezieht sich auch auf die Pflegekräfte, die auf die Kooperation und Wertschätzung von anderen für die Wahrung von Würde und Ausübung von Autonomie angewiesen sind.

Konflikte:

Voneinander abweichende Vorstellungen über den Aufgabenbereich und die Verantwortung des Pflegepersonals zwischen der Bewohnerin und der Pflegekraft

Pflegekraft als Dienstleister/Pflegekraft mit Aufgabe zur Unterstützung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten (aktivierende Pflege)

Fürsorgeauftrag weiteren Bewohner*innen gegenüber/Ressourcenbindung (Zeit) zu Lasten anderer

Lösungsvorschläge:

Klären, ob es in der Einrichtung klar kommunizierte Umgangsweisen mit solchen Situationen gibt.

Teambesprechung bei besonders herausfordernden Situationen im Umgang mit bestimmten Bewohner*innen.

Teilweise liegt die Verantwortung auf der Mesoebene: Wie viel Ermessensspielraum wird den Pflegekräften zugebilligt, auf Wünsche von Bewohner*innen einzugehen oder diese abzulehnen? Gibt es anderes Personal oder Ehrenamtliche mit mehr Zeit und einer Aufgabenschreibung, welche diese Art von Hilfeleistungen als Ausdruck eines sozialen Miteinanders versteht und gewährleisten will?

Verantwortung Mikroebene; empathische Kommunikation (Wertschätzen der Aktivitäten, die die Bewohnerin ausführen kann (Kreuzworträtsel, alleine Spazieren gehen), Ausdruck genereller Hilfsbereitschaft, Bitte um Verständnis, dass die vielfältigen Aufgaben in der Begleitung anderer Bewohner*innen ebenfalls Zeit brauchen (Ich sehe ja, wie gut Sie zurechtkommen, ich müsste jetzt weiter, Sie wissen ja, bei anderen ist das zum Teil leider nicht so wie bei Ihnen ...).

Fragen, was Pflegekräfte zur Unterstützung bräuchten.

Modul 2, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende: Gruppe 1

GRUPPE 1: Skript des Videos zu Fallvignette 2

Herr F. betritt sein Zimmer im Pflegeheim und hat eine Einkaufstasche dabei. Aus der Tasche holt er vier Flaschen Wein und stellt sie auf einen Tisch. Die erste öffnet er sofort und trinkt zügig einen großen Schluck. In der nächsten Szene stehen zwei leere Flaschen auf dem Tisch. Herr F. hat das Radio sehr laut gestellt und geht zur Tür, öffnet sie und ruft: „Karl, willst du nicht rüberkommen?“ Als Karl nicht antwortet, ruft er: „Na denn, vielleicht gleich, oder?“ Wieder zurück im Zimmer, dreht er die Lautstärke des Radios noch höher und gießt sich ein weiteres Glas Wein ein. Dann schläft er im Sessel ein und sinkt langsam aus dem Sessel heraus auf den Boden. (Schnitt) Eine Pflegekraft sitzt Herrn F. gegenüber. Herr F. sagt: „Oh je, mir tut alles weh.“ Die Pflegekraft antwortet: „Herr F., gestern sind Sie wieder einmal im Sessel eingenickt und haben dann auf dem Boden weitergeschlafen. Deshalb tut Ihnen heute alles weh. Ihre Tochter Anna sagt, wenn Sie das so möchten, ist das in Ordnung. Ihre Tochter Susanne würde sich wünschen, dass Sie vielleicht mit etwas Unterstützung das mit dem Weintrinken lassen sollten, zu Ihrem eigenen Schutz. Ihr Nachbar Karl S. hat uns gebeten, für etwas mehr Ruhe zu sorgen.“ Herr F. sagt: „Das mit der Ruhe kann ich gerne versuchen, den Rest aber nicht. Was ist denn schon dabei, wenn ich es mir gemütlich mache? War immer so.“

Arbeitsaufgaben für die Teilnehmenden in Gruppe 1 (40 Minuten)

Stellen Sie sich vor, die gespielte Situation ereignet sich in Ihrer Einrichtung und Sie sind in die Pflege des Bewohners eingebunden. Diskutieren Sie in der Gruppe die folgenden Fragen:

- Sollte der Bewohner mit seiner Sucht so leben können, wie er es möchte?
- Machen Sie sich Sorgen in Hinblick auf die Situation des Bewohners? Wenn ja, wie könnte seine Situation verbessert/verändert werden?
- Machen Sie sich Sorgen in Hinblick auf andere Bewohner*innen durch die Lebensführung des suchtkranken Bewohners? Wenn ja, welche?
- Hat die Lebensführung des suchtkranken Bewohners Auswirkungen auf Ihre Arbeit? Sind Sie dadurch mehr belastet?
- Wie sehen Sie Ihre Rolle im Umgang mit den Angehörigen?
- Wie wird in Ihrer Einrichtung mit solchen Situationen umgegangen?

Wählen Sie ein*e Sprecher*in, die/der danach im Plenum die Ergebnisse der Gruppendiskussion vorstellt.

Modul 2, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende: Gruppe 2

GRUPPE 2: Skript des Videos zu Fallvignette 3

Ein Bewohner und eine Bewohnerin liegen angekleidet auf einem Bett im Pflegeheim und kuscheln. Sie sehen glücklich und zufrieden aus. Eine Frau klopft an, betritt das Zimmer und schließt nach einigen Sekunden die Tür. Sie ist schockiert. (Schnitt) Die Frau sitzt einer Pflegekraft gegenüber und sagt: „Eben war ich im Zimmer meiner Mutter. Sie hat schon wieder mit Herrn S. auf dem Bett gelegen. Sie ist doch dement! Und Herr S. auch! Das können Sie doch nicht zulassen! Die beiden wissen doch gar nicht, was sie da tun. Und wenn meine Mutter das eigentlich gar nicht will? Sie kann das doch gar nicht einordnen!“ Die Pflegekraft antwortet: „Wir haben den Eindruck, dass diese Nähe von beiden gewollt ist und sie es genießen. Da passiert schon nichts.“ Die Tochter: „Was heißt denn schon Wollen bei Demenz? Außerdem wissen Sie auch nicht so genau, was da genau passiert. Ich verlange, dass Sie meine Mutter schützen!“

Arbeitsaufgaben für die Teilnehmenden in Gruppe 2 (40 Minuten)

Stellen Sie sich vor, die gespielte Situation ereignet sich in Ihrer Einrichtung und Sie sind in die Pflege der beiden Bewohner*innen eingebunden.

Diskutieren Sie in der Gruppe die folgenden Fragen:

- Wie beurteilen Sie die Situation?
- Was sind für Sie wichtige Kriterien, um einzuschätzen, ob diese Art der Beziehung dem beiderseitigen mutmaßlichen Willen der Bewohner*innen entspricht?
- Sehen Sie sich zusätzlichen Aufgaben oder Belastungen ausgesetzt, wenn intime Beziehungen unter fortgeschritten dementen Bewohner*innen entstehen?
- Wie sehen Sie Ihre Rolle im Umgang mit der Angehörigen?
- Wie wird in Ihrer Einrichtung mit solchen Situationen umgegangen?

Wählen Sie ein*e Sprecher*in, die/der danach im Plenum die Ergebnisse der Gruppendiskussion vorstellt.

Modul 2, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende: Gruppe 3

GRUPPE 3: Skript des Videos zu Fallvignette 4

Eine Pflegekraft kommt mit den gestellten Medikamenten für den Abend in das Zimmer von Frau M. Frau ist munter, wach, orientiert, summt fröhlich vor sich hin, läuft durch den Raum, setzt sich dann schwungvoll in ihren Sessel und möchte gerade beginnen, ein Kreuzworträtsel zu lösen. „Hallo, Schwester Ursula,“ ruft sie fröhlich. Schön, dass Sie da sind. Ich bräuchte mal den Stift da hinten!“ Die Pflegekraft stellt die Medikamente ab und holt ihr den Stift. „Danke!“, sagt Frau M., „und jetzt noch die andere Brille, ich glaube, die liegt auf dem Bett.“ Während die Pflegekraft die Brille holt, steht Frau M. auf. Sie streckt sich leicht und sagt: „Vielleicht gehe ich doch besser ein bisschen spazieren. Das Wetter ist ja so schön heute. Geben Sie mir doch mal den Schal, der liegt auf dem Sessel.“ Dabei zeigt sie auf den Sessel, den sie gerade verlassen hat und der nur 20 cm entfernt steht. Der Schal liegt auf der Rückenlehne. Die Pflegekraft verdreht die Augen und holt, die Brille noch in der Hand, den Schal. Sie dreht sich um und gibt der Bewohnerin den Schal. Dabei schaut sie demonstrativ auf ihre Armbanduhr. „Ach, wissen Sie was,“ sagt Frau M. daraufhin, „vielleicht bleib ich doch besser drinnen. Sie können den Schal wieder zurücklegen (reicht ihn der Pflegekraft). Und ein Tässchen Kaffee wäre nett. Der Wagen steht doch direkt hier vor meiner Tür, oder?“ Dann setzt sie sich in den Sessel.

Arbeitsaufgaben für die Teilnehmenden in Gruppe 3 (40 Minuten)

Stellen Sie sich vor, die gespielte Situation ereignet sich in Ihrer Einrichtung und Sie sind in die Pflege der Bewohnerin eingebunden.

Diskutieren Sie in der Gruppe die folgenden Fragen:

- Wie beurteilen Sie die Situation?
- Würden Sie sich genauso verhalten wie die Pflegekraft? Wenn ja, warum?
- Wenn nicht, was würden Sie anders machen und warum?
- Was wären für Sie die größten Probleme in solchen Situationen?

Wählen Sie ein*e Sprecher*in, die/der danach im Plenum die Ergebnisse der Gruppendiskussion vorstellt.

Modul 2, Teil D; Arbeitsblatt Moderation

Zusammenfassung

Die von den Pflegekräften selbst erlebten Konflikte/Probleme, welche nicht bereits in den Fallbeispielen besprochen worden sind, sollen gesammelt und für eine systematische Bearbeitung in Modul 4 vorbereitet werden.

Die Hausaufgabe soll den Teilnehmenden die Gelegenheit geben, verschiedene Konfliktsituationen aus ihrem eigenen Arbeitsalltag zu beschreiben. Dabei dürfen in der Hausaufgabe gut gelöste Konflikte und nicht gelöste Konflikte zusammengetragen werden. Auch wenn die Schulung für das Erkennen von Konflikten sensibilisieren will und Hilfestellungen dazu geben, auf welcher Ebene Konflikte wie gelöst werden können, so verfolgt die Mitberücksichtigung der gut gelösten Konflikte mehrere Ziele:

- Auf den verschiedenen Ebenen können für bestimmte Konfliktsituationen bereits gute Lösungsmöglichkeiten existieren, welche aber nicht allen Teilnehmenden bekannt sind.
- Die Benennung als gut empfundener Lösungsmöglichkeiten soll darüber hinaus die Teilnehmenden stärken, da eine reine Orientierung an Defiziten dem Ziel der Wertschätzung der Teilnehmenden widerspräche.

Zielgruppe Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung

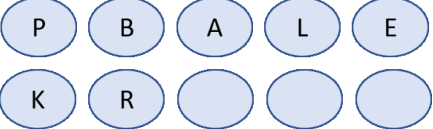
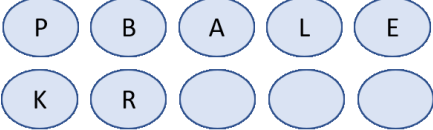
Ablauf

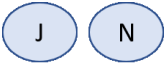

Teil D	1 UE
Inhalt	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
Diskussion im Plenum: Erlebte Konfliktsituationen im eigenen Arbeitsalltag, Auswählen von zwei Konflikten, die nach dem Schema des Arbeitsblatts weiter diskutiert und als Beispiele ins Arbeitsblatt notiert werden (Whiteboard)	35
Erklären der Hausaufgabe Das Arbeitsblatt kann von Einzelpersonen oder von sich freiwillig zusammenfindenden mehreren Personen bearbeitet werden (online oder auf Papier). Die Teilnehmenden sollten zwei Fälle, für die sie eine gute Problemlösung erlebt haben, beschreiben sowie zwei Fälle, für die sie keine gute Problemlösung kennen bzw. Problemlösungen in der Einrichtung ihnen nicht bekannt sind.	5

Nachbereitung

Auswertung der Arbeitsblätter vor Modul 4 zusammen mit der Steuerungsgruppe oder einigen Vertreter*innen der Steuerungsgruppe.

Modul 2, Teil D; Arbeitsblatt Teilnehmende

Welche Konflikte kennen Sie aus Ihrer Arbeit?	
<p>P-Pflegekraft; B-Bewohner*in; A-Angehöriger; L-Leitungsperson; E-Ehrenamt, K-Küchenpersonal; R-Reinigungspersonal</p> <p>J-Ja; N-Nein</p>	
Kreuzen Sie das Zutreffende an und füllen Sie ggf. die leeren Kreise mit eigenen Angaben aus	Beschreiben Sie hier die Konfliktsituation. Was war an dieser Situation besonders schwierig?
Wer ist an dem Konflikt beteiligt?	Konflikt:
	
Wer war/ist Ihrer Meinung nach für das Lösen des Konflikts zuständig?	Begründen Sie dies bitte:
	

Konnte der Konflikt gut gelöst werden?	Wenn ja, wie?
	
FÜR DIE AUSWERTUNG IN MODUL 4 - EINTRÄGE DER MODERATION	
Konfliktebene(n)/Konfliktdimension(en)	Lösungsvorschläge
 <hr/> <hr/>	

Modul 3, Teil A; Arbeitsblatt Moderation

Zusammenfassung

Wie alle großen Begriffe der Ethik (z.B. Freiheit, Selbstbestimmung, Gerechtigkeit) ist der Begriff Menschenwürde mehrdeutig. Um das Thema Würde in Bezug auf die eigene Rolle als Bewohner*innen bzw. deren Vertreter*innen oder An-/Zugehörige und die der Pflegekräfte reflektieren zu können, soll das eigene Verständnis dieses Begriffs exploriert werden. Zusammen mit einer Einordnung in die Ethik sollen so Grundlagen für eine Sensibilisierung zum Erkennen und Deuten von konfliktreichen Situationen mit Bezug zu Würde und Selbstbestimmung vermittelt werden.

Zielgruppe Bewohner*innen einer stationären Pflegeeinrichtung bzw. deren Stellvertreter*innen, An- und Zugehörige

Ablauf

Teil A	2 UE
Inhalt	Min.
Vorstellung der Moderator*innen, Vorstellungsrunde der Teilnehmenden Erwartungen an die Schulung Moderation schreibt Erwartungen auf Notizzettel in Whiteboard	20
Erläutern des Ablaufs	5
Diskussion Würde und Selbstbestimmung (Plenum) Was bedeutet für Sie Würde? Wie bedeutet für Sie Würde in Bezug auf Wohnen und Leben in einer Pflegeeinrichtung?	40
Auswertung Diskussion (Whiteboard)	25

Nachbereitung

Sortierte Notizzettel mit Erwartungen werden gespeichert, damit sie nach Ende der Schulung wieder gezeigt und damit abgeglichen werden können, ob sich die Erwartungen erfüllt haben.

Modul 3, Teil A; zusätzliche Hinweise für die Durchführung

Auswertung Diskussion Würde und Selbstbestimmung

Mögliche Ordnungskategorien:

Große Menschenwürde/Definition	(„Jeder Mensch hat einen besonderen Wert“)
Kleine Menschenwürde/Sozialer Status	(„Man sagt doch auch, das ist unter meiner Würde“) Würde des Amtes
Materielle Würde	(„Wenn Menschen genug Ressourcen haben, um würdevoll zu leben, nicht hungern müssen.“)
Würde impliziert einen Achtungsauftrag	(„Wenn ich den anderen, so wie er ist, respektiere“; „Wenn ich so respektiert werde, wie ich bin“)

Erwartbar sind Beiträge, die die Begriffe Selbstbestimmung und Autonomie berühren, z.B. „Wenn ich selber bestimmen kann, was ich möchte“

Kurze Diskussion im Plenum zu den Antworten, die Selbstbestimmung und Autonomie berühren

- Was hat denn Ihrer Meinung nach Würde mit Autonomie/Selbstbestimmung zu tun?

Sollten keine Antworten gegeben werden, die Selbstbestimmung und Autonomie berühren: offene Frage

- Hat Ihrer Meinung nach Würde etwas mit Autonomie/Selbstbestimmung zu tun?

Weitere Fragen:

- Kann Würde genommen werden/verletzt werden?
- Wer beurteilt eigentlich, ob jemandes Würde verletzt wurde?

Hinweis auf Modelle abgestufter Würde: (der Anteil an) Würde wird von bestimmten Kriterien abhängig gemacht, z. B. kognitiven Fähigkeiten, faktischen Selbstbestimmungsmöglichkeiten im Gegensatz zu inhärenter Würde (gattungsspezifisch)

Hinweis auf den Unterschied zwischen dem Prinzip Menschenwürde und den individuellen Vorstellungen von Würde/dem individuellen Gefühl von eigener Würde

Modul 3, Teil B; Arbeitsblatt Moderation

Zusammenfassung

In der alltäglichen Praxis im Kontext des Heims ergeben sich Situationen/Interaktionen, die zu einer Reihe von Problemen führen (können), die sich als Konflikte rund um Selbstbestimmungsfragen und das Thema der Würde rahmen lassen. Diese Konflikte entzünden sich z.T. an Situationen (etwa an einer in einem Bewohnerzimmer nicht mehr auffindbaren Tafel Schokolade), die sich aus voneinander abweichenden Deutungen ergeben.

Perspektivendivergenz, z.B. zwischen Pflegekraft und Bewohner*in, kann konkret bedeuten, dass die Wertigkeiten, die mit bestimmten Gegenständen, Praktiken und/oder Deutungen verbunden sind, für unterschiedliche Akteure nicht immer wechselseitig transparent sind.

Zielgruppe Bewohner*innen einer stationären Pflegeeinrichtung bzw. deren Stellvertreter*innen, An- und Zugehörige

Ablauf

Teil B	2 UE
Inhalt	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
Video Fallbeispiel im Plenum Diskussion der Szene aus Sicht der Bewohnerin und der Pflegekraft, Erörtern der Gefühle beider Personen, Frage nach Relevanz der Situation für Würde und Selbstbestimmung, Frage nach Empfehlungen für einen Umgang mit der Situation, eigene ähnliche Erfahrungen	35
Auswertung Diskussion (Whiteboard) Konflikte, Würde, Selbstbestimmung	30
Lösungen besprechen Erläutern des Würdemodells von Chochinov et al.; Sensibilisierung für Bereiche, in denen Behandelnde, Pflegekräfte und Begleitende würdestärkend oder würderehabilitierend handeln können	20

Nachbereitung

Notizen für Rückmeldung an Steuerungsgruppe, wenn Handlungsbedarf auf organisatorischer Ebene gewünscht wird.

Modul 3, Teil B; zusätzliche Hinweise für die Durchführung

Diskussion im Plenum (Skript des Videos)

Schildern Sie die Szene aus der Sicht der Bewohnerin.

Schildern Sie die Szene aus der Sicht der Pflegekraft.

Welche Gefühle werden bei den beiden Personen berührt?

Was hat diese Situation mit Würde oder Selbstbestimmung zu tun?

Welchen Umgang mit der Situation schlagen Sie vor?

Was würden Sie der Pflegekraft als Reaktion/Antwort empfehlen?

Kennen Sie eine solche oder ähnliche Situation aus Ihrer Erfahrung? Was war da hilfreich?

Auswertung

Sammeln und Ordnen der Ergebnisse

Beispiele:

Möglicher Konflikt: öffentlicher und privater Raum

(Annahme der Bewohnerin, dass jemand in ihrem Zimmer war, ihr privater Raum ohne ihr Wissen betreten und etwas entwendet wurde)

Ggf. kann die Bewohnerin mit eigenem Schlüssel das Zimmer abschließen, dennoch haben andere in der Einrichtung einen Generalschlüssel:

Fürsorgepflicht als Einschränkung des Privaten; Gleichzeitigkeit von Pflege- und Lebensort

Möglicher innerer Konflikt der Bewohnerin zwischen Gewissheit und Ungewissheit

Aussage bezieht sich nicht auf Annahme eines Diebstahls, sondern auf eigene Verzweiflung, Hilflosigkeit etc. (Ich hatte doch Schokolade? Wo habe ich sie nur aufbewahrt? Ich habe sie doch noch nicht verschenkt?)

Selbstbestimmung

Schokolade für Bewohnerin im gesellschaftlichen Miteinander wichtig, Symbolgehalt → dadurch autonomierelevant; Autonomierelevanz wird nicht erkannt oder durch die Kränkung aufgrund der vermeintlichen Anschuldigung überlagert und nicht adressiert.

Würde

Würdeverletzung: Problem/Gefühle der Bewohnerin werden nicht ernst genommen; Pflegekraft fühlt sich des Diebstahls bezichtigt und genötigt sich zu verteidigen.

Mögliche Umgangsweisen mit der Situation

Empathisches Zuhören

Nachfragen, was die Bewohnerin meint (Schokolade entwendet, nicht auffindbar, verlegt?)

Spiegeln der Gefühle (Das ist jetzt nicht schön, ich verstehe, dass die Schokolade für Sie wichtig ist)

Angebot, beim Suchen zu helfen

Mit Bewohnerin gemeinsam überlegen, was man tun kann, wenn die Schokolade nicht gefunden wird

Nach den eher theoretischen Zugängen zum Würdebegriff wird zum Abschluss das Würde-Modell von Chochinov et al.^{24 25} gezeigt. Chochinov et al. hatten Krebspatienten befragt, was denn für sie persönlich Würde ausmache. Um das persönliche, subjektive **Würdeempfinden** von Patienten (hier: Bewohner*innen) zu stärken und/oder nicht zu verletzen, ist diese Zusammenstellung von Faktoren, welche für diese eine wichtige Rolle spielen, in der Praxis ausgesprochen hilfreich. Sie macht den Begriff der Würde für die Praxis operationalisierbar und sensibilisiert für Bereiche, in denen Behandelnde, Pflegekräfte und Begleitende würdestärkend oder würderehabilitierend handeln können.

Notizen für Rückmeldung an Steuerungsgruppe, wenn Handlungsbedarf auf organisatorischer Ebene gewünscht wird, z.B.:

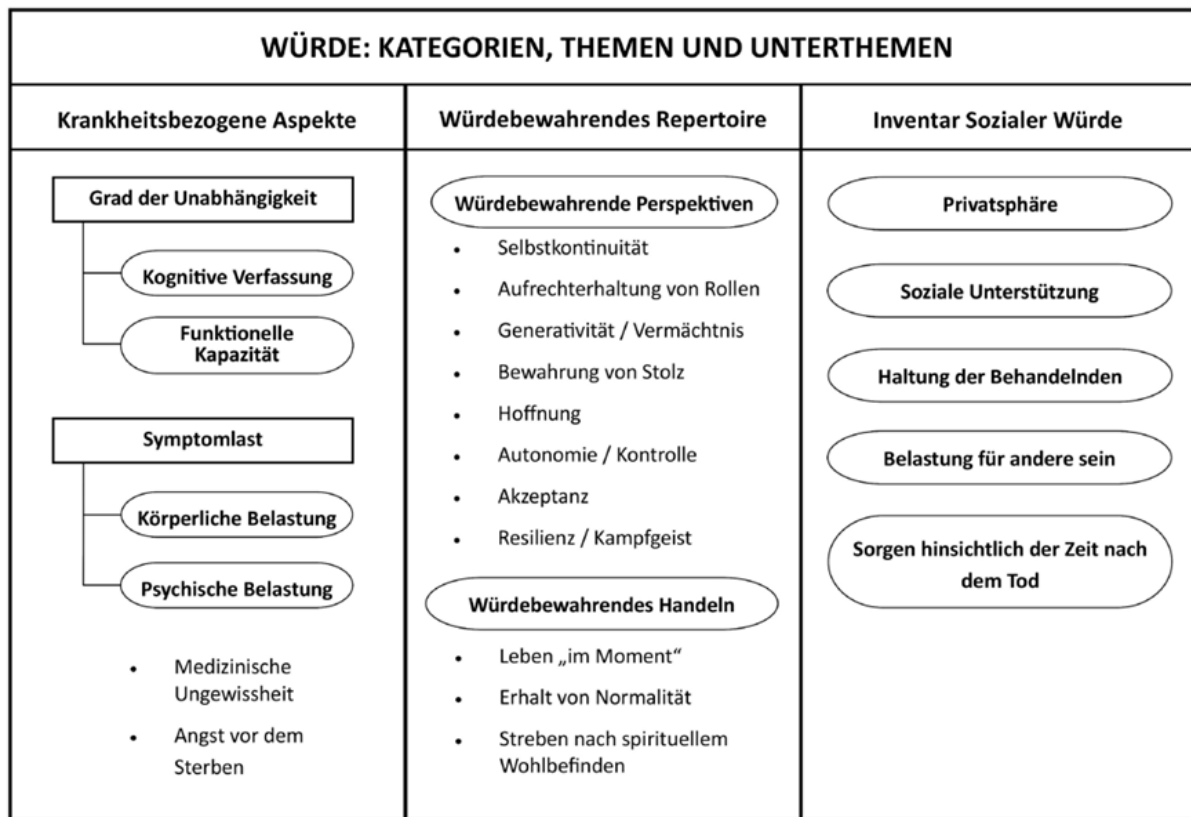
- Es wird berichtet, dass häufiger Gegenstände abhandenkommen, und die Pflegekräfte halten eine Untersuchung dieser Vorkommnisse für angemessen.
- Die Pflegekräfte fühlen sich in einer solchen oder ähnlichen Kommunikationssituation in der alltäglichen Praxis häufig überfordert und wünschen sich eine Schulung zu Kommunikation.

²⁴ Chochinov H.M., Hack T, McClement S, Kristjansson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model *Social Science & Medicine* 54 (2002) 433–443

²⁵ Chochinov, H.M. (2017) *Würdezentrierte Therapie: Was bleibt - Erinnerungen am Ende des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Modul 3, Teil B; Material für Moderation: Würdemodell nach Chochinov

Würde-Modell von Chochinov et al.^{26,27}



²⁶ Chochinov H.M., Hack T, McClement S, Kristjansson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model *Social Science & Medicine* 54 (2002) 433–443

²⁷ Chochinov, H.M. (2017) *Würdezentrierte Therapie: Was bleibt - Erinnerungen am Ende des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Modul 3, Teil C; Arbeitsblatt Moderation

Zusammenfassung

In **Fallbeispiel 4** zeigt sich eine Divergenz zwischen dem Selbstverständnis der Pflegekraft (Berufsethos) und der von ihr wahrgenommenen Fremdzuschreibung als Dienstleisterin. Die Relationalität von Autonomie (und Würde) bezieht sich auch auf die Pflegekräfte, die auf die Kooperation und Wertschätzung von anderen für die Wahrung von Würde und Ausübung von Autonomie angewiesen sind.

Zielgruppe Bewohner*innen einer stationären Pflegeeinrichtung bzw. deren Stellvertreter*innen, An- und Zugehörige

Ablauf

Teil C	2 UE
Inhalt	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
Video Fallbeispiel im Plenum Diskussion der Szene aus Sicht der Bewohnerin und der Pflegekraft, Erörtern der Gründe für das Verhalten beider Personen, Frage nach Empfehlungen für einen Umgang mit der Situation, eigene ähnliche Erfahrungen	40
Diskussion eigener Erfahrungen/Fallbeispiele; Ausfüllen des Arbeitsblattes für Teilnehmende durch die Moderation (2 Beispiele)	40
Erklären der Hausaufgabe	5

Nachbereitung

Notizen für Rückmeldung an Steuerungsgruppe, wenn Handlungsbedarf auf organisatorischer Ebene gewünscht wird.

Modul 3, Teil C; zusätzliche Hinweise für die Durchführung

Diskussion Fallvignette/Video (plenar): 40 Minuten

Stellen Sie sich vor, die gespielte Situation ereignet sich in dieser Einrichtung und Sie sind die Bewohnerin.

Diskutieren Sie in der Gruppe die folgenden Fragen:

- Wie beurteilen Sie die Situation aus Sicht der Bewohnerin?
- Wie beurteilen Sie das Verhalten der Bewohnerin?
- Was denken Sie sind die Gründe für das Verhalten der Pflegekraft?
- Was denken Sie sind die Gründe für das Verhalten der Bewohnerin?
- Was würden Sie sich von der Pflegekraft wünschen?

Sammeln und Ordnen der Diskussion der Fallvignette/Video 4 im Plenum (15 Minuten)

Konflikte:

Voneinander abweichende Vorstellungen über den Aufgabenbereich und die Verantwortung des Pflegepersonals zwischen der Bewohnerin und der Pflegekraft

Pflegekraft als Dienstleister/Pflegekraft mit Aufgabe zur Unterstützung der Selbstbestimmungsmöglichkeiten (aktivierende Pflege)

Fürsorgeauftrag weiteren Bewohner*innen gegenüber/Ressourcenbindung (Zeit) zu Lasten anderer

Lösungsvorschläge:

Teambesprechung bei besonders herausfordernden Situationen im Umgang mit bestimmten Bewohner*innen.

Teilweise liegt die Verantwortung auf der Mesoebene: Wie viel Ermessensspielraum wird den Pflegekräften zugebilligt, auf Wünsche von Bewohner*innen einzugehen oder diese abzulehnen? Gibt es anderes Personal oder Ehrenamtliche mit mehr Zeit und einer Aufgabenschreibung, welche diese Art von Hilfeleistungen als Ausdruck eines sozialen Miteinanders versteht und gewährleisten will?

Verantwortung Mikroebene; empathische Kommunikation (Wertschätzen der Aktivitäten, die die Bewohnerin ausführen kann (Kreuzworträtsel, alleine Spazieren gehen), Ausdruck genereller Hilfsbereitschaft, Bitte um Verständnis, dass die vielfältigen Aufgaben in der Begleitung anderer Bewohner*innen ebenfalls Zeit brauchen (Ich sehe ja, wie gut Sie zurechtkommen, ich müsste jetzt weiter, Sie wissen ja, bei anderen ist das zum Teil leider nicht so wie bei Ihnen ...)).

Rückmeldung an Steuerungsgruppe, wenn Handlungsbedarf auf organisatorischer Ebene gewünscht wird.

Vorstellen des Arbeitsblatts - Hausaufgabe als Vorbereitung für Modul 4

Sammlung im Plenum: Diskussion einiger Probleme/Konflikte aus der Erfahrung der Teilnehmenden

Welche Konfliktsituationen haben Sie erlebt/wurden Ihnen berichtet?

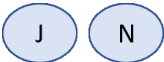
Diskussion Wer ist an den Konflikten beteiligt?

Wer ist Ihrer Meinung nach für das Lösen des Konflikts zuständig?


Moderation füllt für zwei Konflikte/Probleme das Arbeitsblatt nach den Angaben der Teilnehmenden strukturiert aus.

Modul 3, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende

<p>Welche Konflikte kennen Sie aus Ihrer eigenen Erfahrung in der Pflegeeinrichtung?</p>	
<p>P-Pflegekraft; B-Bewohner*in; A-Angehöriger; L-Leitungsperson; E-Ehrenamt, K-Küchenpersonal; R-Reinigungspersonal J-Ja; N-Nein</p>	
<p>Kreuzen Sie das Zutreffende an und füllen Sie ggf. die leeren Kreise mit eigenen Angaben aus</p>	<p>Beschreiben Sie hier die Konfliktsituation. Was war an dieser Situation besonders schwierig?</p>
<p>Wer ist an dem Konflikt beteiligt?</p>	<p>Konflikt:</p>
<p> <input type="radio"/> P <input type="radio"/> B <input type="radio"/> A <input type="radio"/> L <input type="radio"/> E <input type="radio"/> K <input type="radio"/> R <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p>	
<p>Wer war/ist Ihrer Meinung nach für das Lösen des Konflikts zuständig?</p>	<p>Begründen Sie dies bitte:</p>
<p> <input type="radio"/> P <input type="radio"/> B <input type="radio"/> A <input type="radio"/> L <input type="radio"/> E <input type="radio"/> K <input type="radio"/> R <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </p>	

Konnte der Konflikt gut gelöst werden?	Wenn ja, wie?
	

FÜR DIE AUSWERTUNG IN MODUL 4 - EINTRÄGE DER MODERATION

Konfliktebene(n)/Konfliktdimension(en)	Lösungsvorschläge
 <hr/> <hr/>	

Zwischenschritt, Arbeitsblatt Moderation

Zusammenfassung

In Modul 2 und 3 wurden von Teilnehmenden Arbeitsblätter bearbeitet, die Alltagsprobleme und -situationen in der eigenen Pflegeeinrichtung adressiert haben. Es sollten Situationen, die in der eigenen Einrichtung positiv und negativ verlaufen sind, notiert werden. Ziel in der Besprechung mit der Steuerungsgruppe soll es sein, diese Probleme auf verschiedenen Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene) zu sortieren, um die entsprechenden Adressaten zur Lösung des Konflikts zu ermitteln. Nach der Einsortierung wird von der Steuerungsgruppe festgehalten, welche Probleme in Modul 4 den Teilnehmenden der Schulung exemplarisch präsentiert werden.

Zielgruppe Steuerungsgruppe

Ablauf

Erläuterung des Ablaufs durch die Moderation
Sichtung des Materials
Sortierung der Arbeitsblätter (Whiteboard)
Ergebnissicherung
Erstellung eines Handzettels

Durchführung

Zum Einstieg sollten die Begriffe Mikro-, Meso- und Makroebene der Steuerungsgruppe erläutert werden.

Mikroebene: Auf der Mikroebene findet das Handeln einzelner Personen statt. In der Pflegeeinrichtung betreffen diese Ebene Probleme und Situationen, die zwischen einzelnen Akteuren wie z.B. Pflegekraft, Bewohner*innen, Hauswirtschaftspersonal, Heimleitung, An-/Zugehörige auftreten.

Mögliches Fallbeispiel zur Verdeutlichung:

Herr Müller äußert kurz vor 20h gegenüber der Pflegekraft Petra, er möchte zu Toilette begleitet werden. Herr Müller hat eine Harninkontinenz und wird hierzu mit einer Vorlage

(Inkontinenzmaterial) versorgt. Die PK Petra blickt auf die Uhr und sagt: „Wir haben gleich Übergabe, Sie haben doch eine Vorlage, machen Sie bitte da rein, ich sage dem Nachtdienst Bescheid.“ PK Petra verabschiedet sich schnell und geht.

Mesoebene: Auf der Mesoebene sind Beziehungen und Handlungen angesiedelt, die auf einer höheren organisatorischen Ebene stattfinden und auf Strukturen basieren, die über die Entscheidungen einzelner Personen hinausgehen. In der Pflegeeinrichtung sind dies Probleme und Situationen, die die Ressourcen in der Einrichtung selbst betreffen.

Mögliches Fallbeispiel zur Verdeutlichung:

Herr Müller bittet Petra um Wechsel der Vorlage, weil sie vollgesogen sei und er die Nässe als sehr unangenehm empfinde. PK Petra antwortet, er solle die Vorlage noch benutzen, da es seine vorletzte sei und die Einrichtung nicht rechtzeitig neue bestellt habe/ es Lieferengpässe gäbe.

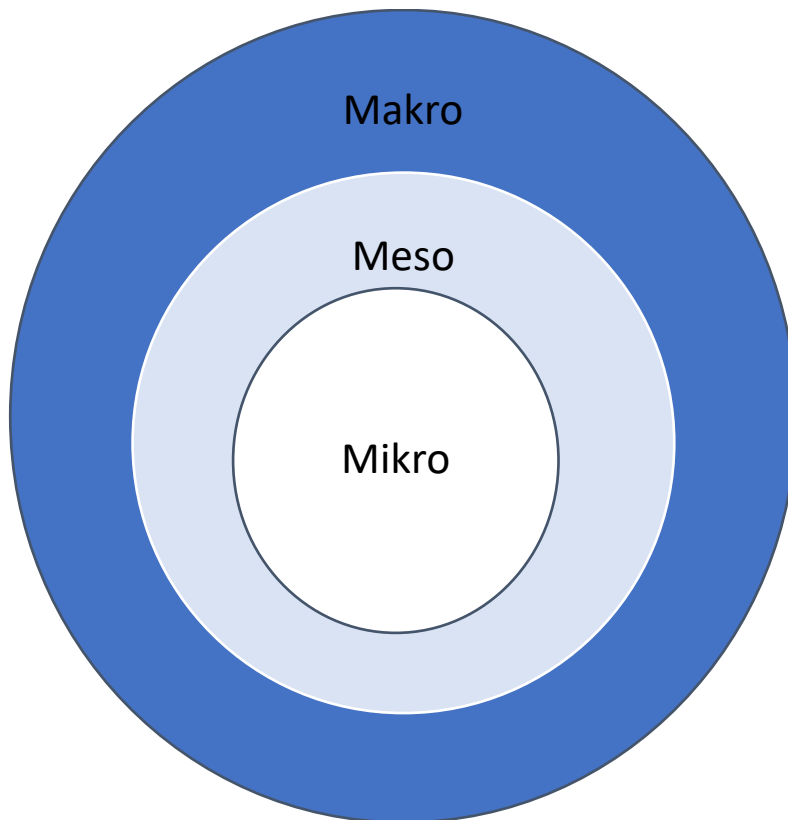
Makroebene: Auf der Makroebene finden übergeordnete Phänomene wie z.B. Politik, Kultur und Gesellschaft statt. Die Makroebene kann auf die Pflegeeinrichtung einwirken und dort Probleme verursachen, denen die einzelnen Personen sowie die Einrichtung nicht unmittelbar begegnen kann.

Mögliches Fallbeispiel zur Verdeutlichung:

Die angesetzte Versorgungspauschale von 20 € zur Kostenübernahme des Inkontinenzmaterials seitens des Gesetzgebers wird durch die Krankenkasse nicht rechtzeitig bewilligt/gekürzt/gestrichen, etwa weil die auf dem Rezept angegebene Diagnose für eine Bewilligung unzureichend war. Dadurch gibt es einen Engpass von Vorlagen in der Einrichtung.

Whiteboard:

Zeichnen Sie bitte mit genügendem Abstand zwischen den Kreisen diese Grafik auf das Whiteboard. Die ausgefüllten Bögen können dann nach Besprechung des jeweiligen Konflikts in die entsprechenden Kreise geheftet werden. (Wenn nur online durchführbar: Schreiben Sie Stichpunkte, die den einzelnen Konflikt darstellen, in die verschiedenen Kreise)



Diskussionsfrage an die Steuerungsgruppe nach Vorstellung der Ebenen:

- Auf welcher Ebene ist dieser Konflikt zu verorten?

Auswertung

Antworten sammeln, auf Whiteboard anordnen

Diskussionsfrage:

- Wer ist für die Lösung dieses Konflikts verantwortlich?

Die Moderation liest die einzelnen Arbeitsblätter noch einmal unter dieser Fragestellung vor

Auswertung

Antworten sammeln, ggf. Arbeitsblätter auf eine andere Ebene verschieben

Diskussionsfrage:

- Welche Konflikte können hier in der Einrichtung gelöst werden?
- Welche können nicht gelöst werden und warum?
- Welche sollten den Teilnehmenden der Schulung präsentiert werden?

(Konflikte, die Zeit- bzw. Personalmangel betreffen, sollten bei den Ergebnissen ausgespart werden. Diese Thematik wird in Modul 4 jedoch außerhalb der Ergebnispräsentation angesprochen werden.)

Moderation schreibt die Ergebnisse der Diskussionsfragen zusammen:

Unterteilung in

Situationen, die gut verlaufen sind

Situationen, die noch nicht gelöst sind

Erstellung einer Handreichung für Teilnehmende

Einzelne Alltagsprobleme sollten exemplarisch skizziert und nach Möglichkeit verfremdet werden (um möglichen Konflikten in Modul 4 zwischen den Teilnehmenden entgegenzuwirken). Zudem sollte aufgeführt werden, welche Personen (oder die Einrichtung selbst) das Problem lösen könnten. Gut gelöste Situationen sollten ebenfalls in die Handreichung eingearbeitet werden.

Modul 4, Teil A; Arbeitsblatt Moderation

Zusammenfassung

Für die Teilnehmenden ist eine Rückmeldung der Ergebnisse der vorangegangenen Module ein wichtiger Anhaltspunkt dafür, dass Alltagsprobleme von der Einrichtungsleitung wahrgenommen und aufgearbeitet werden. Die Auswertung der Hausaufgaben wird in Form einer Handreichung den Teilnehmenden ausgeteilt. Anschließend werden zusammen mit einem Steuerungsgruppenmitglied die einzelnen aufgegriffenen Alltagsprobleme besprochen und auf deren Lösbarkeit geprüft.

Zielgruppe Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung, Bewohner*innen (oder deren Stellvertreter*innen), An-/Zugehörige, alle in der Pflegeeinrichtung Tätigen

Ablauf

Teil A	2 UE
Inhalt	Min.
Vorstellung der Moderator*innen, Vorstellungsrunde der Teilnehmenden	15
Erläutern des Ablaufs	5
Austeilung der Handreichung und Vorstellung der exemplarischen Fälle	25
Auswertung Diskussion (Whiteboard) Vorstellung von Mikro-, Meso- und Makroebene zur besseren Einordnung von Alltagsproblemen Wie können Alltagssituationen gelöst werden? Wer sind die Adressaten?	45

Modul 4, Teil A; zusätzliche Hinweise für die Durchführung

Austeilung des Handzettels

Moderation erklärt die Begriffe Mikro-, Meso- und Makroebene.

Mikroebene: Auf der Mikroebene findet das Handeln einzelner Personen statt. In der Pflegeeinrichtung betreffen diese Ebene Probleme und Situationen, die zwischen einzelnen Akteuren wie z.B. Pflegekraft, Bewohner*innen, Hauswirtschaftspersonal, Heimleitung, An-/Zugehörige auftreten.

Mögliches Fallbeispiel zur Verdeutlichung:

Herr Müller äußert kurz vor 20h gegenüber der Pflegekraft Petra, er möchte zu Toilette begleitet werden. Herr Müller hat eine Harninkontinenz und wird hierzu mit einer Vorlage (Inkontinenzmaterial) versorgt. Die PK Petra blickt auf die Uhr und sagt: „Wir haben gleich Übergabe, Sie haben doch eine Vorlage, machen Sie bitte da rein, ich sage dem Nachtdienst Bescheid.“ PK Petra verabschiedet sich schnell und geht.

Mesoebene: Auf der Mesoebene sind Beziehungen und Handlungen angesiedelt, die auf einer höheren organisatorischen Ebene stattfinden und auf Strukturen basieren, die über die Entscheidungen einzelner Personen hinausgehen. In der Pflegeeinrichtung sind dies Probleme und Situationen, die die Ressourcen in der Einrichtung selbst betreffen.

Mögliches Fallbeispiel zur Verdeutlichung:

Herr Müller bittet Petra um Wechsel der Vorlage, weil sie vollgesogen sei und er die Nässe als sehr unangenehm empfinde. PK Petra antwortet, er solle die Vorlage noch benutzen, da es seine vorletzte sei und die Einrichtung nicht rechtzeitig neue bestellt habe/ es Lieferengpässe gäbe.

Makroebene: Auf der Makroebene finden übergeordnete Phänomene wie z.B. Politik, Kultur und Gesellschaft statt. Die Makroebene kann auf die Pflegeeinrichtung einwirken und dort Probleme verursachen, denen die einzelnen Personen sowie die Einrichtung nicht unmittelbar begegnen kann.

Mögliches Fallbeispiel zur Verdeutlichung:

Die angesetzte Versorgungspauschale von 20 € zur Kostenübernahme des Inkontinenzmaterials seitens des Gesetzgebers wird durch die Krankenkasse nicht rechtzeitig bewilligt/gekürzt/gestrichen, etwa, weil die auf dem Rezept angegebene Diagnose für eine

Bewilligung unzureichend war. Dadurch gibt es einen Engpass von Vorlagen in der Einrichtung.

Whiteboard:

Moderation erstellt eine Tabelle auf dem Whiteboard, in der sie die Alltagsprobleme der Handreichung in Mikro-, Meso- und Makroebene einsortieren kann.

Es wird mit den positiv verlaufenen Alltagssituationen begonnen. Moderation erklärt, auf welcher Ebene das Problem aufgetreten ist und wie es gelöst worden ist.

Im nächsten Schritt werden die noch zu lösenden Probleme genannt. Moderation ordnet die Probleme in die Tabelle ein.

Diskussion im Plenum

Wie können die Alltagsprobleme gelöst werden? Wer sind die Adressaten?

Steuerungsgruppenmitglied sollte ebenfalls eigenständig adressieren, welche Problemlösungen von der Einrichtung selbst übernommen werden können.

Hinweis für die Moderation:

An diesem Punkt kann es zu einer Diskussion über Personal- und Zeitmangel kommen. Die Moderation sollte diese mit Bedacht führen und erklären, dass diese Probleme auf der Makroebene zu verordnen und nur schwer auf der Mikro- und Mesoebene lösbar sind. Moderation könnte zur Diskussion stellen, ob trotz des Mangels an Personal, gute Lösungen gefunden werden können: Wie können die einzelnen Personen gestärkt werden? Die Steuerungsgruppe sollte in die Diskussion einbezogen werden: Wie könnte sie die Einrichtungsleitung unterstützen?

Modul 4, Teil B; Arbeitsblatt Moderation

Zusammenfassung

Probleme im Pflegeeinrichtungsalltag können bei Pflegekräften, An-/Zugehörige, Bewohner*innen und anderen Personen, die mit der Einrichtung verwoben sind, oft Stress auslösen. In der Fachsprache wird er als moralischer Stress (engl. Moral Distress) bezeichnet. Er entsteht, wenn Personen eine Vorstellung davon haben, was für andere z.B. Bewohner*in am besten sein könnte, jedoch die Erwartungen der Einrichtung, der An- und Zugehörigen, der Mitglieder anderer Berufsgruppen oder der Gesellschaft dem Anspruch an das eigene Verhalten entgegenstehen. Werden Probleme in der Einrichtung nicht adäquat adressiert und bearbeitet, kann das für die Beteiligten zu Burn-Out, Empathieerschöpfung und Missmut führen.

Zielgruppe Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung, Bewohner*innen (oder deren Stellvertreter*innen), An-/Zugehörige, alle in der Pflegeeinrichtung Tätigen

Ablauf

Teil B	1 UE
Inhalt	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
Power Point Folien moralischer Stress	20
Auswertung Diskussion (Whiteboard) Haben Sie moralischen Stress bei sich feststellen können? Was bereitet Ihnen in diesem Zusammenhang am meisten Sorgen? Wie wird in der eigenen Einrichtung mit solchen Situationen umgegangen?	20

Modul 4, Teil B; zusätzliche Hinweise für die Durchführung

Einleitung:

Die Moderation erläutert die Gründe, warum Alltagsprobleme adressiert und aufgearbeitet werden müssen und verweist auf den Inhalt von Modul 1 zu moralischem Stress.

Die Moderation erklärt den Begriff „Moralischer Stress“ anhand der Folien. Die Folien können benutzt werden, um den Teilnehmenden ein Kurzüberblick zu geben und eine erneute Diskussion anzuregen. Es steht der Moderation frei, eigene Folien zur Erläuterung zu benutzen.

Diskussion im Plenum

Frage:

Haben Sie moralischen Stress bei sich feststellen können? Was bereitet Ihnen in diesem Zusammenhang am meisten Sorgen?

Die Moderation kann an diesem Punkt die Überleitung zum nächsten Schulungsteil vornehmen, wenn die UE B und C nicht aufgeteilt werden sollen:

Wie können solche Alltagsprobleme (zusammen mit der Einrichtungsleitung) besprochen werden, damit kein anhaltender moralischer Stress entsteht und die einzelnen Beteiligten gestärkt werden?

Hinweis für die Moderation:

An diesem Punkt kann es zu einer Diskussion über Personal- und Zeitmangel kommen. Die Moderation sollte diese mit Bedacht führen und erklären, dass diese Probleme auf der Makroebene zu verordnen und nur schwer auf der Mikro- und Mesoebene lösbar sind. Moderation könnte zur Diskussion stellen, ob trotz des Mangels an Personal gute Lösungen gefunden werden können: Wie können die einzelnen Personen gestärkt werden? Die Steuerungsgruppe sollte in die Diskussion einbezogen werden: Wie könnte sie die Einrichtungsleitung unterstützen?

Modul 4, Teil B; zusätzlicher Input zur Verständlichkeit

Moralischer Stress im pflegerischen Alltag

Alfred Simon

Pflegekräfte in Alten- und Pflegeeinrichtungen sind in ihrem beruflichen Alltag immer wieder mit moralisch belastenden Situationen konfrontiert. Diese können **moralischen Stress** (engl. *moral distress*) verursachen.

Moralischer Stress entsteht, wenn die Pflegekraft eine Vorstellung davon hat, was für eine*n Bewohner*in am besten ist, jedoch die Erwartungen der Einrichtung, der An- und Zugehörigen, der Mitglieder anderer Berufsgruppen oder der Gesellschaft dem entgegenstehen (vgl. Jameton 1984).

Häufige **Ursachen für moralischen Stress** im pflegerischen Alltag sind:

- Fehlende Absprachen
- Mangelnde Einbeziehung von Bewohner*innen sowie An- und Zugehörigen
- Kommunikationsprobleme zwischen Pflegenden, Bewohner*innen, Ärzt*innen sowie An- und Zugehörigen (insbesondere bei Entscheidungen am Lebensende)
- Unzureichende Mitbestimmung bei Entscheidungen, die Pflegekräfte auszuführen haben
- Rechtliche und institutionelle Vorgaben
- Organisatorische Rahmenbedingungen (z.B. Personal- und Zeitmangel)

Zu diesen äußeren Ursachen können innere Ursachen hinzukommen, also Ursachen die in der Person der Pflegekraft selbst begründet sind, wie z.B.:

- Angst bzw. mangelndes Selbstvertrauen
- Mangelnde fachliche und ethische Kompetenz
- Eigenes moralisches Fehlverhalten

Moralischer Stress entwickelt sich häufig aus einem Ohnmachtsgefühl heraus, das Pflegekräfte durch die geringen Gestaltungsmöglichkeiten in ihrem Arbeitsbereich erleben. Es gibt eine Diskrepanz zwischen den Werten und dem Rollenverständnis der Pflegekräfte und ihrer Arbeitswirklichkeit.

Moralischer Stress stellt eine **Bedrohung für die moralische Integrität und die berufliche Identität** der Pflegekräfte dar, da sie ihr berufliches Handeln als nicht mehr übereinstimmend mit den eigenen Werten und dem eigenen Rollenbild erleben.

Situationen, die moralischen Stress verursachen, ähneln Situationen, die von Pflegekräften als moralisches Dilemma erlebt werden. Beide Situationen können moralisch belastend sein. Sie unterscheiden sich jedoch in einem wichtigen Punkt:

- Bei einem **moralischen Dilemma** ist die Pflegekraft hin- und hergerissen zwischen verschiedenen moralischen Verpflichtungen (z.B. die Bewohner*in zur Vermeidung eines Dekubitus zu lagern oder deren Wunsch in Ruhe gelassen zu werden zu respektieren). Die Pflegekraft weiß angesichts der widerstreitenden moralischen Verpflichtungen nicht, was sie tun soll.
- Beim **moralischen Stress** hingegen hat die Pflegekraft eine klare Vorstellung, was sie tun soll (z.B. der Bewohner*in mehr Zeit und Zuwendung geben). Sie ist aber (z.B. aufgrund von Zeit- und Personalmangel) nicht in der Lage, nach ihrer moralischen Überzeugung zu handeln.

Die Erfahrung von moralischem Stress kann bei den betroffenen Pflegekräften **emotionale, psychische und körperliche Reaktionen** verursachen. Beispiele hierfür sind:

- Auf der emotionalen Ebene: Zorn, Frustration, Schuld, Angst
- Auf der psychischen Ebene: Hilflosigkeit, mangelndes Selbstwertgefühl, Depression
- Auf der körperlichen Ebene: Herzklopfen, Durchfall, Kopfschmerzen

Werden moralisch belastende Situationen nicht angemessen aufgearbeitet, kann ein **Rest an moralischem Unbehagen** zurückbleiben. Dieser Rest (engl. *moral residue*) kann dazu führen, dass die nächste Situation noch rascher und noch stärker als moralisch belastend erlebt wird. Irgendwann wird die gesamte Arbeitssituation als moralisch stressend erlebt. Ein solches Anwachsen von moralischem Stress wird als „**Crescendo-Effekt**“ (Epstein und Hamric 2009) beschrieben.

Anhaltender moralischer Stress führt nicht selten zu einem **Burnout**: Die Pflegekraft fühlt sich emotional, psychisch und körperlich zunehmend erschöpft. Die Qualität ihrer Arbeit leidet. Ihre Berufszufriedenheit und ihr Selbstwertgefühl sinken. Sie fühlt sich als „schlechte Pflegekraft“,

manchmal sogar als „schlechter Mensch“. Mehr und mehr geht die Energie für das Privatleben verloren.

Anhaltender moralischer Stress kann darüber hinaus zu einer sog. **Empathieerschöpfung** führen: Die Fähigkeit der Pflegekraft die Emotionen des hilfebedürftigen Gegenübers wahrzunehmen und die Motivation das Leiden der ihr anvertrauten Bewohner*innen zu lindern - beides wesentliche Voraussetzungen für die Pflege -, gehen nach und nach verloren. Manche Pflegekräfte reagieren darauf, in dem sie den Kontakt zu den zu Pflegenden meiden oder die Pflege auf den mechanischen Akt des Pflegens beschränken. Andere entwickeln ein übertriebenes Fürsorgebedürfnis verbunden mit einer Neigung, eigene Bedürfnisse zu negieren.

Burnout und Empathieerschöpfung sind häufige Gründe, warum Pflegekräfte ihren Arbeitsplatz wechseln oder ganz aus dem Pflegeberuf aussteigen. Dadurch gehen den Einrichtungen und dem Gesundheitswesen Jahr für Jahr qualifizierte Fachkräfte verloren.

Es geht also darum, **Warnsignale frühzeitig zu erkennen** und **adäquat präventiv zu intervenieren**. Dies ist umso wichtiger, als ein gewisses Maß an moralischer Belastung im Pflegeberuf unvermeidbar ist: Pflegekräfte verstehen sich als Advokat*innen der Bewohner*innen. Hierbei stehen sie notwendig in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen: den Interessen der zu Pflegenden, der An- und Zugehörigen, der Einrichtung, anderer an der Versorgung der Bewohner*innen beteiligten Personen sowie eigenen Interessen. Pflegekräfte müssen lernen, mit diesen unterschiedlichen Interessen umzugehen und in der täglichen Arbeit einen angemessenen Ausgleich zwischen den Interessen zu finden.

Es geht also zum einen darum, moralisch belastende Situationen in der Pflege zu reduzieren, zum anderen Strategien zu entwickeln, einen **angemessenen Umgang mit moralisch belastenden Situationen im pflegerischen Alltag** zu entwickeln. Hierfür sind gemeinsame Anstrengungen der Pflegekräfte, ihrer Einrichtungen und Landesorganisationen sowie der Politik erforderlich.

Wie können solche Strategien aussehen?

Eine zentrale Strategie besteht darin, die eigene **moralische Widerstandskraft** (engl. *moral resilience*) zu stärken. Dies ist primär eine Aufgabe der jeweiligen Pflegekraft selbst, bei der

sie aber durch institutionelle Angebote wie z.B. Einzel- oder Teamsupervisionen unterstützt werden kann. Zentrale Aspekte der Stärkung der moralischen Widerstandskraft sind:

- Ein achtsamer Umgang mit sich selbst, d.h. eigene Gedanken, Gefühle und Empfindungen sowie eigene Grenzen wahr- und ernst zu nehmen.
- Das Achten auf eine ausgewogene Work-Life-Balance.
- Die Stärkung des Gesamtteams, damit dieses als Ressource nutzbar wird.

Eine weitere Strategie besteht darin, Pflegekräfte stärker in **reflektierte Problemlösungen** einzubeziehen. Dies kann bei einzelnen Entscheidungen (z.B. über Therapiebegrenzung am Lebensende) erfolgen, oder durch die Beteiligung von Pflegekräften in Strukturen wie Ethikkomitees, Ethik-Visiten etc. Bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung sollte darauf geachtet werden, dass den Pflegekräften nicht nur ethische Werte und Prinzipien vermittelt werden, sondern dass mit ihnen praktisch trainiert wird, wie sie in der Praxis mit daraus resultierenden Konflikten angemessen umgehen können.

Das aktive Einbeziehen von Pflegekräften in die Lösung sie betreffender Probleme stärkt die Wahrnehmung der Pflege als eigenständiger Berufsstand: Pflegekräfte sind nicht nur „Opfer des Systems“, sondern Handelnde, die es selbst in der Hand haben, die Rahmenbedingungen, unter denen Pflege stattfindet, mitzugestalten.

Literatur

Corley MC (2002) Nurse Moral Distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* 9(6): 636-650

Epstein EG, Hamric AB (2009) Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics* 20(4): 330-342

Jameton A (1984) *Nursing practice: the ethical issue*. Englewood Cliffs, NJ: Practice Hall

McCarthy J, Gastmans C (2015) Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics* 22(1): 131-152

Wöhlke S (2018) Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem Stress im pflegerischen Alltag. In: Riedel A, Linde AC (Hrsg.) *Ethische Reflexionen in der Pflege*. Springer: Berlin Heidelberg, 41-46

Modul 4, Teil C; Arbeitsblatt Moderation

Zusammenfassung

Alltagsprobleme im Pflegeeinrichtungsalltag müssen auf das Ziel einer für alle Beteiligten zufriedenstellenden Lösung hin strukturiert besprochen werden. In diesem Zusammenhang kann eine Kommunikation-Methode verwendet werden, die es erleichtert, Alltagsprobleme aufzugreifen. Da in Pflegeeinrichtungen für diese Probleme häufig ethische Fallbesprechungen durchgeführt werden, bieten sich Modelle in diese Richtung an. Angelehnt an das offene Modell der Intersivision von Kostrzewa und Gerhard²⁸ soll dieses Intervisionsmodell zu einem Situationsanalysemodell umgewandelt werden, da das Modell so offen gehalten werden und die Pflegeeinrichtung nach Abwägung entscheiden kann, ob sie das Modell übernimmt oder es als angemessener einschätzt, Teile des Modells in bereits bestehende Formen von ethischen Fallbesprechungen zu implementieren.

Zielgruppe Pflegekräfte einer stationären Pflegeeinrichtung, Bewohner*innen (oder deren Stellvertreter*innen), An-/Zugehörige, alle in der Pflegeeinrichtung Tätigen

Ablauf

Teil C	2 UE
Inhalt	Min.
Erläutern des Ablaufs	5
Vorstellung des Situationsanalysemodells anhand eines Arbeitsblatts	25
Video einer Situationsanalyse, Regieanweisung	5
Rollenspiel und Diskussion im Plenum Anhand eines eigenen Fallbeispiels oder wahlweise einer vorgelegten Situation soll das Situationsanalysemodell einmal durchgeführt werden. Es werden verschiedene Rollen vergeben. Diskussionsansätze Was ist Ihnen aufgefallen?	45

²⁸Kostrzewa S, Gerhard C (2010) Hospizliche Altenpflege. Palliative Versorgungskonzepte in Altenpflegeheimen entwickeln, etablieren und evaluieren. Bern: Hans Huber Verlag, S. 289.

<p>Konnte der Fall gelöst werden?</p> <p>Gab es Probleme? Was ist gut gelaufen?</p> <p>Ausblick und Abgleich der Erwartungen</p>	
<p>Moderation zeigt Erwartungen der Teilnehmenden, die in Modul 2 und 3 festgehalten wurden, und gleicht sie mit den Teilnehmenden ab</p> <p>Konnten Erwartungen erfüllt werden?</p> <p>Was braucht es, um Würde und Selbstbestimmung in der eigenen Pflegeeinrichtung zu stärken? Welche möglichen Aufbaumodule wären in der Einrichtung noch sinnvoll?</p>	10

Modul 4, Teil C; zusätzliche Hinweise für die Durchführung

Einleitung:

Die Moderation stellt das Situationsanalysemodell vor.

1. Schritt: Vorstellung des Falls durch den Fallbringer
Hier stellt der Fallbringer das Problem vor und erläutert die Biografie aller Beteiligten. Dies betrifft Stellung in der Einrichtung, mögliche Krankheitsbilder, wenn sie wichtig für die Diskussion sind, und bisheriger Umgang mit der Problemsituation.
2. Schritt: Zieldefinition
An dieser Stelle wird das Ziel, das der Fallbringer mit der Fallbesprechung erreichen möchte, ermittelt.
3. Schritt: Ergänzungen zum Fall
Die anderen Beteiligten bringen weitere Besonderheiten und ihre Sicht auf das Problem ein. Danach können evtl. Ergänzungen und eigene Beobachtungen von anderen Beteiligten außerhalb der Situation erläutert werden.
4. Schritt: Nachvollziehbarkeit
Nachfrage, ob das Problem für alle Beteiligten nachvollziehbar ist und ob die anderen ähnliche Probleme haben. Darstellung, wie die anderen mit dem Problem umgehen würden.
5. Schritt: Interpretation des Problems
Gemeinsame Überlegung, warum es das Problem gibt, wie es entstanden ist und welche Ursachen dabei zu vermuten sind. Auch Klärung, wer an dem Problem noch beteiligt ist (z.B. Politik, Leitung etc.).
6. Schritt: Mögliche Lösungen für alle Beteiligten
Gemeinsame Lösungssuche in Bezug auf das Problem, aber auch das Ziel, das der Fallbringer eingebracht hat. Ermittlung, wo weitere Informationen hinzugezogen werden können und ob evtl. noch weitere Beteiligten hinzugezogen werden sollten.

7. Schritt: Rückfrage an den Fallbringer

Kann der Fallbringer die beschlossenen Maßnahmen bzw. den vorgeschlagenen Kompromiss akzeptieren? Hat er das Gefühl, dass sein Problem angemessen bearbeitet worden ist? (Ansonsten muss Schritt 6 noch einmal durchlaufen werden)

8. Schritt: Fixierung des nächsten Treffens

Terminfindung für das nächste Treffen, falls das Problem den Fallbringer noch belastet bzw. das Problem weiterhin besteht.

Nachdem kurz Verständnisprobleme geklärt wurden, wird ein Video abgespielt, in dem zu sehen ist, wie eine Situationsanalyse durchgeführt wird:

Es sind 5 Personen zu sehen, bestehend aus zwei Pflegekräften, Bewohnerin, Einrichtungsleitung und Angehörige. Eine Pflegekraft stellt den Fall vor. Der Fall wird anhand des Situationsanalysemodells aufgearbeitet. Die Einrichtungsleitung moderiert den Fall.

- 1. Es gab einen Streit, weil die Bewohnerin alleine in die Stadt gehen wollte, aber die Pflegekraft damit nicht einverstanden war. Die Bewohnerin hatte einen Schlaganfall und ist aufgrund ihrer Krankheit nicht immer sicher zu Fuß unterwegs. Es ist der ausdrückliche Wunsch der Bewohnerin, ohne Pflegekraft in die Stadt zu gehen, weil sie immer sehr selbstständig war.*
- 2. Die Pflegekraft wünscht sich eine Absicherung, dass der Bewohnerin in der Stadt nichts passiert.*
- 3. Die Bewohnerin meldet sich zu Wort. Sie will alleine entscheiden können, wohin sie geht, mit wem und wann. Ein Angehöriger verweist auf die Selbstständigkeit seiner Mutter, gibt aber zu bedenken, dass sie im Notfall nicht mit einem Handy umgehen kann.*
- 4. Alle Beteiligten in der Runde teilen mit, dass sie beide Seiten der Problematik verstehen. Das Problem wurde erkannt.*
- 5. Der Fürsorgeauftrag der Pflegenden wird erklärt, sowie die Sorge, dass sich die Bewohnerin verletzen könnte. Das Selbstständigkeitsbedürfnis ist für die Pflegekraft*

nachvollziehbar, aber der Gesundheitszustand der Bewohnerin lässt ein solches Unterfangen nur sehr schwer zu.

6. *Es werden Kompromisse diskutiert. Eine weitere Pflegekraft schlägt vor, ob der Sohn nicht mit seiner Mutter in die Stadt gehen würde. Es wäre denkbar, dass eine Freundin in der Einrichtung die Bewohnerin begleitet. Zudem sollte für den Notfall ein Gehstütze mitgenommen werden. Die Bewohnerin ist damit einverstanden, ihre Freundin mitzunehmen.*
7. *Die Pflegekraft ist mit dem Kompromiss zufrieden.*
8. *Es wird vereinbart, nach dem Ausflug der Bewohnerin in die Stadt gemeinsam zu besprechen, wie dieser verlaufen ist und ob die Kompromisslösung für weitere Ausflüge beibehalten werden soll und kann.*

Nachdem der Film gezeigt worden ist, soll nun ein Rollenspiel durchgeführt werden. Für dieses Spiel werden je nach Gruppengröße den Teilnehmer*innen Rollen zugewiesen. Es ist möglich, nur mit einigen Teilnehmer*innen eine Gruppe zu bilden und die anderen Teilnehmer*innen beobachten. Jede*r, die/der am Rollenspiel teilnimmt, übernimmt eine der folgenden Rollen:

Gesprächsmoderation, Angehörige*r, Pflegefachperson, Bewohner*in, Freund*in der Bewohner*in, Beobachter*in

Fallbringer ist die Bewohner*in

Es soll folgendes Fallbeispiel anhand des Situationsanalysemodells durchgespielt werden:

Herr P. ist Diabetiker und ist auf fixe Dosen Insulin eingestellt. Seine Blutzuckerwerte schwanken sehr stark und es kam in der Vergangenheit immer wieder zu starken Blutzuckerentgleisungen. Herr P. bittet die Pflegefachperson Frau K., ihm ein Glas Fruchtsaft zum Mittagessen zu geben. Er besteht auf normalen Fruchtsaft, da ihm der Diabetikersaft nicht schmeckt. Frau K. weigert sich. Der Fruchtsaft kann dazu führen, dass die Zuckerwerte von Herrn P. wieder entgleisen und es zu einer Hyperglykämie kommt.²⁹

²⁹ Köther, I (2011) Altenpflege, 3. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S.74

Ergebnisse

Moderation fragt nach, wie die Diskussion verlaufen ist. Die einzelnen Beteiligten können ihre Eindrücke schildern. Falls nur eine Gruppe das Beispiel exemplarisch durchgespielt hat, können die restlichen Beobachter*innen erklären, was ihnen aufgefallen ist.

Mögliche Fragen der Moderation:

Was ist Ihnen aufgefallen?

Konnte der Fall gelöst werden?

Gab es Probleme? Was ist gut gelaufen?

Feedbackrunde

Es folgt eine kurze Feedbackrunde zu allen Modulen.

Die Moderation zeigt die verschriftlichen Erwartungen, die im Konzept der Schulung formuliert sind und die in Modul 2 und 3 abgefragt wurden; sie gleicht ab, ob sich die Erwartungen der Teilnehmenden erfüllt haben.

Im Anschluss an die Feedbackrunde gibt es eine kleine Runde zu folgenden Fragen geben:

Welche Themen müssten in der Pflegeeinrichtung noch besprochen werden? Wünschen sich die Teilnehmenden in bestimmten Bereichen eine Vertiefung, etwa eine

Kommunikationsschulung oder ein Aufbaumodul zu Demenz und deren Anforderungen. Alle Teilnehmenden können weitere Überlegungen anstellen und ihre Vorstellungen über zukünftige Themen der Steuerungsgruppe zu einem späteren Zeitpunkt rückmelden (z.B. durch Einwurf von Vorschlägen in einen dafür vorgesehenen Briefkasten).

Modul 4, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende 1: Situationsanalysemodell

1. Schritt: Vorstellung des Falls durch den Fallbringer
Hier stellt der Fallbringer das Problem vor und erläutert die Biografie aller Beteiligten. Dies betrifft Stellung in der Einrichtung, mögliche Krankheitsbilder, wenn sie wichtig für die Diskussion sind, und bisheriger Umgang mit der Problemsituation.
2. Schritt: Zieldefinition
An dieser Stelle wird das Ziel, das der Fallbringer mit der Fallbesprechung erreichen möchte, ermittelt.
3. Schritt: Ergänzungen zum Fall
Die anderen Beteiligten bringen weitere Besonderheiten und ihre Sicht auf das Problem ein. Danach können evtl. Ergänzungen und eigene Beobachtungen von anderen Beteiligten außerhalb der Situation erläutert werden.
4. Schritt: Nachvollziehbarkeit
Nachfrage, ob das Problem für alle Beteiligten nachvollziehbar ist und ob die anderen ähnliche Probleme haben. Darstellung, wie die anderen mit dem Problem umgehen würden.
5. Schritt: Interpretation des Problems
Gemeinsame Überlegung, warum es das Problem gibt, wie es entstanden ist und welche Ursachen dabei zu vermuten sind. Auch Klärung, wer an dem Problem noch beteiligt ist (z.B. Politik, Leitung etc.).
6. Schritt: Mögliche Lösungen für alle Beteiligten
Gemeinsame Lösungssuche in Bezug auf das Problem, aber auch das Ziel, das der Fallbringer eingebracht hat. Ermittlung, wo weitere Informationen hinzugezogen werden können und ob evtl. noch weitere Beteiligten hinzugezogen werden sollten.
7. Schritt: Rückfrage an den Fallbringer

Kann der Fallbringer die beschlossenen Maßnahmen bzw. den vorgeschlagenen Kompromiss akzeptieren? Hat er das Gefühl, dass sein Problem angemessen bearbeitet worden ist? (Ansonsten muss Schritt 6 noch einmal durchlaufen werden)

8. Schritt: Fixierung des nächsten Treffens

Terminfindung für das nächste Treffen, falls das Problem den Fallbringer noch belastet bzw. das Problem weiterhin besteht.

Modul 4, Teil C; Arbeitsblatt Teilnehmende 2: Rollenspiel

Gruppenarbeit 30 Minuten

Bitte lesen Sie folgenden Fall durch und bearbeiten ihn anhand des vorgestellten Situationsanalysemodells:

*Herr P. ist Diabetiker und ist auf fixe Dosen Insulin eingestellt. Seine Blutzuckerwerte schwanken sehr stark und es kam in der Vergangenheit immer wieder zu starken Blutzuckerentgleisungen. Herr P. bittet die Pflegefachperson Frau K., ihm ein Glas Fruchtsaft zum Mittagessen zu geben. Er besteht auf normalen Fruchtsaft, da ihm der Diabetikersaft nicht schmeckt. Frau K. weigert sich. Der Fruchtsaft kann dazu führen, dass die Zuckerwerte von Herrn P. wieder entgleisen und es zu einer Hyperglykämie kommt.*³⁰

Bitte verteilen Sie folgende Rollen: Moderation, Angehöriger, Pflegekraft, Bewohner*in, Freund*in der Bewohner*in, Beobachter*in

Der Fallbringer ist Herr P.

³⁰ Köther, I (2011) Altenpflege, 3. Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S.74

Selbstbestimmungsmöglichkeiten im Pflegeheim - Exemplarische „Checkliste“

Das Recht auf Selbstbestimmung von Pflegeheimbewohnern kann vom (1.) Einzug ins Heim über (2.) den Alltag dort bis hin zur (3.) Gestaltung des Lebensendes sehr unterschiedliches bedeuten und umfassen.

Welche Aspekte kennen Sie aus Ihrer eigenen Arbeit, bei denen die Bewohner selbst bestimmen bzw. mitwirken und sich einbringen können?

1. Gestaltung des Einzugs ins Pflegeheim

- Wahl des Wohnbereichs und der Lage des Zimmers
- Eigenständige Möblierung und Ausstattung des Zimmers
- Umgestaltungsmöglichkeiten des eigenen Raums (z.B. Wandfarbe, Dekoration Außentüre)
- Mitbringen von Haustieren
- _____ (Platz für eigene Ergänzungen)

2. Gestaltung von Alltagssituationen im Heim

Gestaltung des individuellen Tagesablaufs

- Zeitpunkt des Aufstehens und Zu-Bett Gehens
- Frequenz des Waschens/Duschens/Badens
- Zeitpunkt der Mahlzeiten
- Auswahl der Speisen für die Mahlzeiten
- Wahl der Örtlichkeit zur Einnahme der Mahlzeiten
- Wahl der Tischpartner beim Essen
- Frequenz der Teilnahme an Betreuungsangeboten
- Möglichkeit des selbstständigen Besorgens von individuellen kleineren Konsumartikeln (z.B. durch einen Fahrdienst zum Supermarkt)
- Möglichkeit der Teilnahme an Treffen/Veranstaltungen außerhalb des Heims
- _____ (Platz für eigene Ergänzungen)

Gestaltung des Umgangs mit Körperlichkeit

- Bestimmung des Ablaufs der Morgen- und Abendroutine im Rahmen der Grundpflege
- Unterstützung durch das Pflegepersonal zur selbstständigen Erledigung von Pflegetätigkeiten
- Inanspruchnahme von individuellen externen Dienstleistern (Ärzten, Friseuren, Podologen...)
- Einsatz von individuellen Pflege- oder Kosmetikprodukten
- Einbezug in das ‚Zurechtmachen‘ des äußerlichen Erscheinungsbilds (z.B. Auswahl von Kleidung, Schmuck, Frisur)
- Bestimmung des Maßes an Körperkontakt in der Pflege und Betreuung
- Erhalt einer geschlechtersensiblen Pflege
- Bereitstellen von Auswahlmöglichkeiten, z.B. zwischen Baden oder Duschen
- _____ (Platz für eigene Ergänzungen)

Gestaltung von Privatheit

- Sperrfähigkeit für die Bewohnerzimmer
- Anklopfen vor Eintritt und Warten auf Einlass in die Bewohnerzimmer
- Möglichkeiten für privaten Besuch – auch abseits der Bewohnerzimmer in zur Verfügung gestellten Rückzugsräumen
- _____ (Platz für eigene Ergänzungen)

Gestaltung der Organisation von Mitbestimmung

- Mitsprache bei Freizeitangeboten/therapeutischen Angeboten im Haus
- (Um-)Gestaltung der Gemeinschaftsräume auf den Wohnbereichen
- Zusammensetzung und Aufgaben des Bewohnerbeirates
- Einbezug in das Qualitätsmanagement des Hauses, z.B. in Form einer ‚Beschwerdekultur‘
- Einbezug in die Schutzmaßnahmen gegen SARS-CoV-2
- Einbezug in die Beschließung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (z.B. Fixiergurten im Rollstuhl)
- _____ (Platz für eigene Ergänzungen)

3. Gestaltung des Lebensendes

- Anregung zur Anfertigung von Patientenverfügungen und Betreuungsvollmachten
- Anregung zur Teilnahme an ACP-Gesprächen/einer gesundheitlichen Versorgungsplanung nach § 132g, SGB V
- Angebot von Information und Beratung bei speziellen Anliegen (z.B. bei medizinischen Fragen/Problemen mit einem Arzt, den Einsatz von Medikamenten auf Bedarf, Suchterkrankungen...)
- Angebot für Gespräche oder Seelsorge angesichts von Ängsten/Sorgen, z.B. vor Schmerzen am Lebensende
- Möglichkeit zu interdisziplinären Fallgesprächen oder ethischen Fallkonferenzen
- _____ (Platz für eigene Ergänzungen)

**Wenn Sie die Blickrichtung nun drehen und auf sich und Ihre eigene Arbeit im Pflegeheim schauen:
Wo können Sie selbst mitbestimmen bzw. mitwirken und sich einbringen?**

1. Berücksichtigung von Wünschen bei der Arbeitsorganisation

- Mitsprache bei der Auswahl von Arbeitszeiten im Schichtdienst
- Möglichkeit, ein „wunschfrei“ einzutragen
- Kontrolle über den Zeiteinsatz in der Arbeit (z.B. über die Reihenfolge der Arbeitsschritte)
- Berücksichtigung von eigenen Wünsche bei Fort- und Weiterbildungen
- Mitsprache bei der Zuteilung der zu Pflegenden
- Mitsprache bei der Zuteilung zu einem Arbeitsteam
- _____ (Platz für eigene Ergänzungen)

2. Fehler-/Beschwerdekultur

- Gibt es eine offizielle Beschwerdestelle im Haus?
- Gibt es informelle Kanäle zum Austausch bei Belastungen?
- _____ (Platz für eigene Ergänzungen)

3. Betriebliches Gesundheitsmanagement

- Wird auf Ihre gesundheitlichen Bedürfnisse Rücksicht genommen? (z.B. bei der Zuteilung von Arbeitsaufgaben)
- Bietet die Einrichtung gesundheitliche Entlastungsangebote?
- Gibt es genug Zeit und Raum für Pausen oder Rückzugsmöglichkeiten in bes. belastenden Situationen?
- _____ (Platz für eigene Ergänzungen)