

„Für mich ist das ganz eindeutig. Es gibt die Möglichkeit der geöffneten Station, mein Bruder soll das auch erleben.“

Eine ethische Fallbesprechung auf einer (teil)geschützten gerontopsychiatrischen Station

GARY-NEIL BRAULT, ANDREA KUCKERT, ANNA SZUREK & BERND TEWES

[...] Die Patientin mit dem Stuhl kommt wieder. Steht vor der geschlossenen Tür zum geschützten Bereich und drückt die Türklinke runter, geht mit dem Stuhl wieder zurück. Ein anderer Patient kommt wieder, drückt die Türklinke runter und geht weiter. Im Tagesraum im geöffneten Bereich findet eine leise Unterhaltung statt. Eine Patientin ruft. Der Hol- und Bringdienst kommt durch die geöffnete Stationstür und bringt das Abendessen. Eine Patientin im offenen Bereich steht auf, bewegt den Stuhl und setzt sich wieder hin. Mehrere Patient*innen unterhalten sich. Ein Patient aus dem offenen Bereich geht zur geschlossenen Zwischentür, drückt die Türklinke zum geschützten Bereich runter, bleibt stehen, beschäftigt sich mit einem Schuh. Der Patient im geschützten Bereich geht zur geschlossenen Tür, drückt die Türklinke runter, er möchte raus. Die Pflege ruft ihm zu: „Nein, Sie können nicht raus.“ Ein Kollege kümmert sich um den Patienten mit dem einen Schuh. Ein anderer männlicher Patient versucht die Tür im geschützten Bereich zu öffnen, Türklinke runter, Türklinke hoch. [...] (ANDREA KUCKERT, Teilnehmende Beobachtung, 19.02.2024, 13:20 Uhr)

In der psychiatrischen Pflege ist die Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patient*innen ein zentrales Element professionellen Handelns. Während in vielen therapeutischen Settings eine gewisse Asymmetrie durch Fachwissen und institutionelle Machtstrukturen unausweichlich ist, strebt die pflegerische Beziehung ein Maß an Symmetrie an, das auf Gegenseitigkeit, Vertrauen und Anerkennung basiert. Symmetrische Beziehungen fördern das Empowerment von Patient*innen, stärken deren Selbstwirksamkeit und unterstützen eine partizipative Pflegepraxis (BÜKER & LADEMANN 2020).

Ein aktueller theoretischer Rahmen, der in diesem Kontext zunehmend Beachtung findet, ist

das Konzept der „mature care“ nach PETERSEN (2011). Es basiert auf der Annahme, dass professionelle Pflegebeziehungen zwar asymmetrisch sein können, jedoch durch Reziprozität und die wechselseitige Anerkennung von Bedürfnissen eine ethisch vertretbare Balance erreichen. Für die psychiatrische Pflege bedeutet dies, nicht nur fürsorglich zu handeln, sondern auch die Autonomie und Subjektstellung der Patient*innen aktiv zu respektieren (HEM & PETERSEN 2011). Autonomie bei Patient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu fördern, beinhaltet damit auch das Streben nach einer ethisch besser ausbalancierten Beziehung. Aber ist Autonomie das einzige Argument, das bei dieser vulnerablen Patient*innengruppe zur Diskussion steht? Personen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz und möglicherweise einem Delir bedürfen häufig neben der Übernahme menschlicher Grundbedürfnisse auch eines besonderen Schutzes. Sie vor einem Sturz oder vor dem nicht ausreichenden Essen und/oder Trinken zu schützen, kann auf einer teilgeöffneten gerontopsychiatrischen Akutstation eine ebenso wichtige Rolle im pflegerischen Prozess spielen wie der Schutz anderer Patient*innen vor Mitpatient*innen mit aggressivem Verhalten.

Anhand einer simulierten ethischen Fallbesprechung werden sich im Folgenden die unterschiedlichen involvierten Parteien dieses Diskurses annehmen. Dadurch soll eine intensivere Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit der Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und einer möglichst langen Aufrechterhaltung eines autonomen Lebens erreicht werden (PERRY *et al.* 2021). Durch das Nachstellen einer ethischen Fallbesprechung auf

einer für vor allem Pflegefachpersonen organisierten Konferenz findet Ethikbildung an einem Lernort statt, der sich außerhalb der Station befindet. Dadurch kann eine Ethikkompetenzentwicklung stattfinden und gleichzeitig Belastungen, Verletzungen und Schaden für die pflegebedürftigen Menschen vermieden werden (RIEDEL & ECKSTEIN 2025).

Der stationäre Kontext

Patient*innen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung können auf der Grundlage des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) des Landes NRW §10, Absatz 2 oder des Bürgerlichen Gesetzbuches §1831 (Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen) in ein psychiatrisches Akutkrankenhaus eingewiesen werden. Im Bürgerlichen Gesetzbuch wird die Betreuung von Personen geregelt, die sich selbst Schaden zufügen könnten oder die aufgrund einer Heilbehandlung oder eines ärztlichen Eingriffs in einer Einrichtung aufgenommen werden müssen. Das PsychKG arbeitet mit dem Begriff der „offenen Form“ der Unterbringung, das Bürgerliche Gesetzbuch mit den Begriffen der „Freiheitsentziehenden Unterbringung“ und der „freiheitsentziehenden Maßnahmen“. Die jüngste Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie zur Prävention von Zwangsmaßnahmen (2018) spricht mangels belastbarer Evidenz keine klare Empfehlung bezüglich offener Stationen oder Krankenhausorganisationen aus, sondern empfiehlt generell eine Politik der geringstmöglichen Einschränkungen aller Art. Was genau unter einer „offenen Form“, der „freiheitsentziehenden Unterbringung“ oder „geringstmöglichen Einschränkungen“ verstanden wird, wird nicht weiter ausgeführt.

In fachlichen Diskursen rund um eine wie auch immer definierte Öffnung einer psychiatrischen Station herrscht der Konsens, dass ein frei zugänglicher Bereich ein wesentliches Mittel zur Unterstützung des Heilungsprozesses von psychiatrischen Patient*innen darstellt (KIRCH & KÖNIG 2022). In der Literatur sind mittlerweile

Studien zu finden, die der Öffnung geschützter Stationen im psychiatrischen Krankenhaussetting positive Effekte bescheinigen (SOLLBERGER & LANG 2014; JUNGFER *et al.* 2014; CIBIS *et al.* 2017; KALAGI *et al.* 2018; SCHREIBER *et al.* 2022; KOWALINSKI *et al.* 2019; KUNØE, NUSSLE & INDRÉGARD 2022). Dabei sind allerdings die Begrifflichkeiten „offen“, „fakultativ offen“, „geschützt“, „geschlossen“ oder „teilgeschlossen“, die in den verschiedenen Studien zur Öffnung einer geschützten Station im psychiatrischen Setting verwendet werden, nicht immer sauber definiert (STEINERT & HIRSCH 2019).

Patient*innen auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station sind in der Regel über 60 Jahre alt und fallen häufig (demenz- und/oder delirbedingt) durch eine mangelnde Orientierung in Raum und Zeit sowie zu den sie umgebenden Personen auf. Unter Umständen kann eine eingeschränkte Mobilität und/oder diverse andere altersbedingte Erkrankungen hinzukommen. Vermehrte Stürze, agitiertes bis hin zu aggressivem Verhalten, emotionale Überlastung, Apathie und grenzüberschreitendes Verhalten sind neben vielen anderen Merkmalen Symptome, die häufig auf solchen Stationen anzutreffen sind. PÖSCHEL, SPANNHORST, LAUTENSCHLÄGER & HÖHMANN (2018: 155) kommen zu dem Ergebnis, dass ein herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz der häufigste Grund (47,5%) für eine stationäre Behandlung ist. Im Stationsalltag werden die Patient*innen in der Versorgung körperlicher Bedürfnisse unterstützt und zu der Teilnahme an soziomilieuthérapeutischen Angeboten (gemeinsames Zeitunglesen, Auswahl des Mittagessens, spielen, basteln usw.) auf der geschützten Station (die Außentür ist nur durch die Mitarbeitenden zu öffnen) motiviert (HOLTHOFF-DETTO, NIENABER, BÖTEL & RAPP 2021). Durch die Beobachtungen der Pflegenden und Mediziner*innen können die Medikamente für die Patient*innen adäquat angepasst werden. Das Verhalten dieser Klientel wird von den Mitarbeitenden oft als herausfordernd beschrieben. Das sich sammeln vor der Hauptausgangstür, das Rufen und Schreien, das teilweise aggressive Verhalten gegenüber Mitpatient*innen und dem Personal kann sehr viel Unruhe auf der Station verursachen.

Bei einem „geschützten Setting“ wird es den Angehörigen je nach Gesundheitszustand der Patient*innen ermöglicht, die Station gemeinsam mit dem Betroffenen zu verlassen. Sie können sich im gesamten Krankenhausbereich aufhalten. Dabei muss gewährleistet sein, dass die Patient*innen sich am Ende der Besuchszeit auch wieder in den geschützten Bereich zurückführen lassen. Viele Angehörige tun sich schwer, die Betroffenen auf der „geschützten Station“ zurückzulassen. Ihre Erfahrung speist sich noch aus den Bildern „geschlossener Psychiatrien“, die es bis in das ausgehende 20. Jahrhundert regelmäßig gab. Die Sicherung der Patient*innen und deren soziale Kontrolle durch das Personal wurden lange Zeit durch die architektonische Gestaltung der Krankenhäuser in Form von klosterähnlichen Anlagen unterstützt (STUCKSTEDTE 2022). Das prägt auch heute teilweise das gesellschaftliche Bild auf die Psychiatrie und bedarf einer nachhaltigen Korrektur.

Aufgrund des in der Literatur positiv beschriebenen Effektes der Öffnung der geschützten psychiatrischen Akutstationen (SOLLBERGER & LANG 2014; JUNGFER *et al.* 2014; CIBIS *et al.* 2017; KALAGI *et al.* 2018; SCHREIBER *et al.* 2022, KOWALINSKI *et al.* 2019; KUNØE, NUSSLE & INDREGARD 2022) und aufbauend auf die positiven Erfahrungen der Teilöffnung der allgemeinpsychiatrischen Stationen im Akutsetting in den vergangenen Jahren, hat sich die Betriebsleitung des Alexius/Josef Krankenhauses 2019 für eine Teilöffnung der geschützten gerontopsychiatrischen Station Jakobus ausgesprochen. Bereits 2012 hat der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme „Demenz und Selbstbestimmung“ gefordert, Artikel 3 der UN-Behindertenrechtskonvention auch auf die Menschen mit Demenz anzuwenden. Diese Konvention bietet in ihrem im Artikel 3 genannten Grundprinzipien einen geeigneten Rahmen, die Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit Demenz in allen Bereichen zu respektieren und zu stärken. Genannt seien hier vor allem die Prinzipien des Respekts vor der Würde und der individuellen Autonomie, der Nichtdiskriminierung, der Inklusion im Sinne eines vorbehaltlosen Eingeschlossenseins in die Gesellschaft und der Partizipation im Sinne einer effektiven Teilhabe an

der Gesellschaft (DEUTSCHER ETHIKRAT 2012: 93).

Um dafür zu sorgen, dass die mit PsychKG oder BGB aufgenommenen Patient*innen die Einrichtung während ihres stationären Aufenthaltes nicht unbeaufsichtigt verlassen, kann aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitssystem z.B. auf Ortungssysteme zurückgegriffen werden.

Die Teilöffnung der Station Jakobus mit ihren insgesamt 14 Zimmern im Jahr 2024 beinhaltete konkret die tägliche Öffnung zwischen 10 und 17 Uhr. Die Patient*innen, deren sieben Zimmer in diesem Bereich liegen (siehe Abb. 1: Zimmer 1–5, 6 und 14), können, wenn sie möchten und es von medizinischer oder pflegerischer Seite keine Einwände gibt, die Station in dem angegebenen Zeitfenster verlassen.

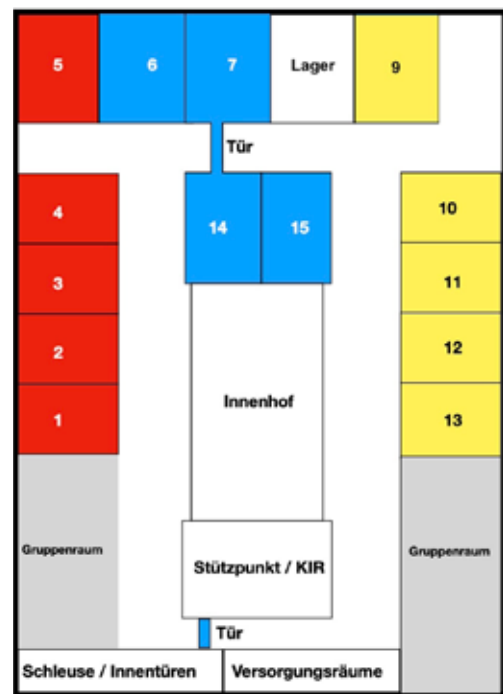


Abb. 1 Aufbau der geschützten gerontopsychiatrischen Station Jakobus. (Grafik: AJK. Alle Rechte vorbehalten).

Sie alle sind mit einem Armband, das einen Chip mit einer Ortungssoftware enthält, ausgestattet, mit dem sie an bestimmten Punkten im Krankenhaus registriert werden können. Sollten sie das

Krankenhaus verlassen, werden die Pflegenden der Station Jakobus über das Telefon informiert. Notfalls führen die Mitarbeitenden der Station die Patient*innen zu den Mahlzeiten sowie am Ende des Tages auf die Station zurück. Über die Ortungssoftware kann der ungefähre Standpunkt der Patient*innen festgestellt werden.

Die verbleibenden sieben Zimmer auf der Station (Abb. 1: Zimmer 9–13, 7 und 15) sind über zwei weitere Türen (Chipsystem) zugänglich. Damit ist ein „Rundlauf“ für die Patient*innen tagsüber nicht mehr möglich. In diesem Bereich sind in der Regel nur Patient*innen aufgenommen, deren Gesundheitszustand es nicht zulässt, dass sie sich im offenen Bereich aufhalten. Im Notfall – die verantwortlichen Ärzt*innen und Pflegenden der Station Jakobus definieren einen solchen gemeinsam auf der Grundlage von im Vorfeld formulierten Kriterien – kann die gesamte Station wieder in den kompletten geschützten Status, also mit geschlossenen Türen, versetzt werden.

Patient*innen können im Verlauf ihres Aufenthaltes von dem einen auf den anderen Teil verlegt werden. In der Regel wird in der Übergabe zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Dienst die aktuelle gesundheitliche Situation der Patient*innen besprochen und bei einem freien Platz auf dem offenen Teil der Station – auch in Rücksprache mit den Angehörigen – überlegt, ob der jeweilige Patient verlegt werden kann. Es kann durchaus vorkommen, dass sich auch Angehörige, vor allem wenn sie sich regelmäßig auf der Station aufhalten und die unterschiedlichen Situationen im geschützten und offenen Setting wahrnehmen, für das Verlegen eines*r Betroffenen von der geschützten auf die offene Seite einsetzen. Sollte es zu unterschiedlichen Einschätzungen hinsichtlich einer Entscheidung kommen, kann eine ethische Fallbesprechung initiiert werden.

Ethische Fallbesprechungen

Die ethische Fallbesprechung als Instrument in der Entscheidungsfindung für den Patiententransfer vom geschützten auf den geöffneten Bereich der Akutstation

Das konzernübergreifende Ethikkomitee, unter das auch das Alexius/Josef Krankenhaus fällt, sieht sich in der Verantwortung, ethische Probleme in der Pflege, Betreuung und Versorgung von Menschen unter fachkundiger Moderation vor Ort in den Einrichtungen mit den Beteiligten zu besprechen. Das Ethikkomitee stellt seine Regeln transparent im Intranet des Krankenhauses dar, so dass sich alle Personen entsprechend informieren, bzw. alle notwendigen Dokumente herunterladen können. Neben dem konzernübergreifenden Ethikkomitee gibt es im Alexius/Josef Krankenhaus auch einen ethischen Arbeitskreis, der unter anderem regelmäßige Informationsangebote zu unterschiedlichen Themen gestaltet, bzw. auch Themen aus der Pflege aufgreift und an das Ethikkomitee weiterleitet.

Das Ethikkomitee kann eine ethische Fallbesprechung einberufen, für die eine Verfahrensanweisung (QUALITÄTSMANAGEMENT ALEXIUS/JOSEF KRANKENHAUS 2023) im Intranet zur Verfügung gestellt wurde. Anhand eines Leitfadens (ETHIKKOMITEE 2019) führen bestimmte Moderator*innen ein Gespräch durch und protokollieren es. Dabei gilt zu beachten, dass die Moderator*innen nicht in den Fall involviert sein dürfen, idealerweise von außen kommen und über die notwendigen Moderationskompetenzen, wie z.B. kritisches Nachfragen, Klärung von Missverständnissen, Zusammenfassen von Diskussionspunkten verfügen (VOLLMANN 2021).

Der vom Ethikkomitee vorgegebene Leitfaden (ETHIKKOMITEE 2019) orientiert sich am Nimwegener Modell (STEINKAMP & GORDIJN 2008), welches mittlerweile in vielen deutschen Krankenhäusern zur Anwendung kommt (VOLLMANN 2021). Das Nimwegener Modell beinhaltet unter anderem die von BEAUCHAMPS & CHILDRRESS (2001) formulierten ethischen Prinzipien, unter deren Zuhilfenahme ein klinischer Fall differenziert analysiert werden kann.

Notwendig ist zunächst die Formulierung des ethischen Problems, um alle Beteiligten auf den gleichen Wissensstand zu bringen und damit auch die gleiche Sprache zu sprechen. Im zweiten Schritt werden die wesentlichen Fakten aus den unterschiedlichen Perspektiven vorgetragen. Dazu gehören neben den pflegerischen und medizinischen auch die biographischen, religiösen oder spirituellen und unter Umständen organisatorischen Fakten. Im dritten Schritt werden dann alle Informationen den vier ethischen Prinzipien Respekt für die Selbstbestimmung, Fürsorge, Schaden abwenden, Gerechtigkeit (BEAUCHAMPS & CHILDRESS 2001) zugeteilt, um dann in einem letzten Schritt diese gegeneinander abzuwägen.

Moderation und Protokoll können in einer Hand liegen, idealerweise sind sie jedoch getrennt, um sich auf die jeweilige Aufgabe gut konzentrieren zu können. Die Protokollvorlage (ETHIKKOMITEE 2019a) wird in der Regel den Unterlagen des Patienten beigelegt. Das Ergebnis einer ethischen Fallbesprechung ist als Handlungsempfehlung für eine konkrete Situation zu verstehen. Es ersetzt nicht die Entscheidung des zuständigen Verantwortlichen, z. B. des behandelnden Arztes oder des rechtlichen Vertreters. Eine anonymisierte Kopie des Protokolls wird dem Ethikkomitee zur Auswertung zugeschickt (ETHIKKOMITEE 2025).

Die ethische Fallbesprechung – eine rekonstruierte Darstellung

Im Folgenden wird eine ethische Fallbesprechung wiedergegeben (PERRY *et al.* 2021). Dabei handelt es sich um einen „echten“ Fall, der Patient ist auf unserer Station bekannt und kommt immer wieder zur Aufnahme. Der Bruder in dem Fallbeispiel ist fiktiv, die Rolle wird von einem Kollegen übernommen.

Als pflegerisches Team der Station Jakobus (die Autor*innen und pflegerische Mitarbeitende) haben wir uns Gedanken gemacht, wie man einer interessierten Öffentlichkeit den Fall darstellen kann. In zwei partizipativen Teamsitzungen (BERGOLD & THOMAS 2017) auf der Station Jakobus haben sich die Pflegefachpersonen Gedanken

zu den Vor- und Nachteilen der Teilöffnung ihrer Station gemacht. Diese wurden auf Flipcharts notiert und in zwei weiteren Diskussionsrunden mit den Kolleg*innen des ärztlichen und pflegerischen Dienstes reflektiert. Letztendlich wurde sich – um die ethische Fallbesprechung nachvollziehbar zu gestalten – für einen Patienten entschieden, der hier stellvertretend eine Klientel repräsentiert, die kognitiv aufgrund der fortgeschrittenen Demenz stark beeinträchtigt, körperlich aber sehr fit ist. Gerade bei dieser Klientel beobachten Pflegende starke Laufendenzen, Herausforderungen in der Beschäftigung und agitiertes bis hin zu aggressiven Verhaltensweisen. Wir konstruieren anhand dieses Beispiels eine fiktive ethische Fallbesprechung. Sie hat so nie stattgefunden und die vorgetragenen Argumente haben wir uns ausgedacht. Der Arzt, die Pflegefachkraft und die Moderatorin arbeiten zwar tatsächlich mit dem besagten Patienten, den Bruder haben wir aber dazu erfunden. Alles, was in der Fallbesprechung diskutiert wird, haben wir uns gemeinsam im Team überlegt. Es wurden aus dem echten Patientenfall keine personenrelevanten Daten übernommen, alles wurde anonymisiert.

ANDREA, MODERATORIN:

Wir haben uns heute hier zu einer ethischen Fallbesprechung getroffen. Wir wollen gemeinsam diskutieren, ob es aus ethischer Perspektive zu verantworten ist, Herrn Gerhard Freund von der geschützten Seite der Station auf die offene zu verlegen.

Was ist eine ethische Fallbesprechung:

Das Ziel einer ethischen Fallbesprechung besteht darin, in schwierigen klinischen Entscheidungssituationen (wie hier im Krankenhaus) die Akteur*innen (Pflege, ärztlicher Dienst, Angehörige) zu beraten und darin zu unterstützen, die für den Patienten / den Angehörigen beste Behandlungsentscheidung zu finden und diese ethisch fundiert und für alle Beteiligten nachvollziehbar zu begründen. Transparenz ist also wichtig.

Ethisch fundiert bedeutet hier konkret gemäß den ethischen Prinzipien von BEAUCHAMPS & CHILDRESS (2011): Fürsorge, Schaden vermeiden, Respekt der Autonomie, Gerechtigkeit.

Ich möchte zunächst darum bitten, dass sich jeder kurz vorstellt. Darf ich mit dem Arzt beginnen? Wenn Du Dich kurz mit Deiner Funktion vorstellen könntest und seit wann Du auf der Station arbeitest.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Guten Tag zusammen. Mein Name ist Gary-Neil Brault und ich bin seit März 2024 von der ärztlichen Seite auf der geschützten, gerontopsychiatrischen Station Jakobus tätig.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke! Dann bitte die Pflegefachperson mit Deiner Funktion und seit wann Du auf der Station arbeitest.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Mein Name ist Anna Szurek. Ich bin seit fast sieben Jahren als Pflegefachfrau auf der Station Jakobus tätig.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke, dann der Bruder von Herrn Gerhard Freund. Kurz Ihr Verhältnis zu Ihrem Bruder.

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Ja Hallo! Ich bin der Bruder von Herrn Gerhard, und möchte mich als Erstes bedanken, dass Sie sich alle die Zeit nehmen, sich um einen einzelnen Patienten so intensiv zu kümmern!

Ganz stark habe ich das Gefühl, dass mein Bruder hier gut untergebracht ist. Bis auf in den vergangenen Wochen hatte ich in den letzten Jahren nur relativ wenig Kontakt zu meinem Bruder. Wir wohnen nicht mehr in derselben Stadt und irgendwie hat jeder sein eigenes Leben geführt. Über seine grundsätzliche Lebenseinstellung kann ich aber sehr gut berichten.

ANDREA, MODERATORIN:

Ich danke allen. Mein Name ist Andrea Kuckert und ich bin heute hier als Moderatorin. Ich habe selbst eine pflegerische Ausbildung und gehöre der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften an.

Bevor wir starten, möchte ich darauf hinweisen, dass alles, was wir hier besprechen, vertraulich

behandelt wird. Und es geht darum, eine gute Lösung für Ihren Bruder, Herrn Gerhard Freund, zu finden.

Worum geht es genau? Herr Freund, Sie haben als Bruder und Bevollmächtigter von Gerhard Freund gegenüber dem Arzt den Wunsch geäußert, dass Ihr Bruder von der geschützten Seite der Station auf die offene verlegt wird.

In der ethischen Fallbesprechung geht es also darum, gemeinsam zu überlegen, welche Argumente dafür oder auch dagegensprechen, dass Gerhard Freund von der geschützten Seite der Station auf die offene verlegt wird.

Bekannt ist, dass der Patient sehr viel läuft und selten während der Mahlzeiten sitzt. Was bedeutet das konkret für ihn, aber auch für die Mitpatient*innen im geschützten und im offenen Bereich?

In der multidisziplinären Teambesprechung am Montag sind verschiedene Argumente formuliert worden und wir wollen heute gemeinsam schauen, welche Lösung es geben kann. Ich möchte gleich vorwegnehmen, dass es kein Richtig oder Falsch geben kann. Wir werden die Argumente gegeneinander abwägen, um für den Patienten selbst eine gute Lösung zu finden.

Herr Freund, wir wissen, dass dieses Gespräch nicht einfach für Sie ist. Wenn es zu belastend ist, melden Sie sich bitte. Es werden sich immer Lösungen finden lassen.

Darf ich zunächst den Arzt bitten, die relevanten medizinischen Fakten zu benennen?

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Bei Herrn Freund ist seit Ende 2017 eine Alzheimer-Demenz vom frühen Beginn bekannt. Im Vorfeld war er bereits seit Mitte 2017 krankgeschrieben und bemerkte schon seit ca. einem Jahr vor der Diagnose, dass mit ihm etwas nicht stimme hinsichtlich seiner Konzentrationsleistung und seines Gedächtnisses.

Herr Freund war psychiatrischerseits seit 2018 in unserem Memory-Zentrum, einer Tagesklinik für gerontopsychiatrische Patienten, angeschlossen. Trotz der zunehmenden Schwere der Erkrankung war der Patient erst zwei Mal in stationärer Behandlung bei uns (einmal Ende 2023 und im jetzigen Aufenthalt).

Seit ein paar Jahren besteht eine Vorsorgevollmacht zugunsten des Bruders des Patienten, welcher sich bisher auch um ihn gekümmert hat und ihn bei sich hat wohnen lassen. Im letzten, wie auch in diesem Aufenthalt, fand der stationäre Aufenthalt auf der Rechtsgrundlage nach BGB bei bestehender Vorsorgevollmacht statt.

Relevante Vorerkrankungen bestanden bis auf die Alzheimer-Diagnose nicht. Als ich Herrn Freund Anfang 2024 behandelte, war seine Demenz bereits in einem fortgeschrittenen Stadium. Es bestand eine ausgeprägte Desorientierung mit Hinlauftendenzen, ein Sprachzerfall und monologisierende Laute („Monika, Monika“) sowie eine durch die Hinlauftendenzen zunehmende Kachexie. Insgesamt sind bei diesem Stadium nur noch symptomatisch orientierte Therapien möglich und die Prognose hinsichtlich des weiteren Verlaufs ist als schlecht anzusehen.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke für die Ausführungen. Jetzt die pflegerische Perspektive. Anna bitte:

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Herr Freund zeigt schon deutliche kognitive Defizite, besonders im Rahmen von situativer und örtlicher Orientierung. Er bekommt von uns Unterstützung bei allen Tätigkeiten. Er ist nicht in der Lage, sich selbständig um sich zu sorgen. Die körperliche Pflege wird zum größten Teil von uns übernommen, beim Essen und Trinken wird ebenfalls unterstützt, da er durch eine stark ausgeprägte motorische Unruhe nicht lange sitzen bleiben kann. Herr Freund ist den ganzen Tag in Bewegung, pendelt suchend durch die Station, dabei ruft er immer wieder seinen Bruder, rüttelt an Türklinken, geht in die Zimmer von anderen Patienten rein. Phasenweise zeigt er sich dabei angespannt. Verbale Kommunikation und Validation ist auf Grund des Sprachzerfalls auch kaum möglich. Dabei ist Herr Freund körperlich fit.

ANDREA, MODERATORIN

Danke für die Ausführungen. Jetzt die Perspektive der Familie. Bitte Herr Freund als der Bruder:

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Mein Bruder war beruflich als Versicherungsmakler selbständig und immer sehr umtriebig. Er hat früher viel unterschiedlichen Sport gemacht. Seine Frau ist vor vier Jahren gestorben, seitdem lebt er im Seniorenheim, schon allein, weil er mit den hauswirtschaftlichen Aufgaben nicht zurechtgekommen ist. Jetzt ist er im Laufe der Zeit immer verwirrter geworden, er kriegt das, glaub ich, gar nicht so mit. Lebt halt in seiner eigenen Welt. Bös habe ich ihn noch nicht erlebt, beobachten kann ich eine Rastlosigkeit, einen ständigen Bewegungsdrang. Er will schon immer irgendwo hin.

Kinder hat er nicht, auch sonst keinen, der sich intensiv um ihn kümmert. Die Mitarbeiter im Heim natürlich schon.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke Ihnen. Damit haben wir einen guten Einblick in die aktuelle Situation bekommen. Wie sieht es rechtlich aktuell aus? Dazu bitte die Stellungnahme des Arztes:

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Die Rechtsgrundlage des aktuellen stationären Aufenthaltes von Herrn Freund ist eine Unterbringung nach § 1831 BGB bei bestehender Vorsorgevollmacht über alle Bereiche.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke. Wir können festhalten, dass von der rechtlichen Seite aus alle gesetzlichen Regeln befolgt wurden. Alle Dokumente liegen entsprechend vor.

Es geht jetzt darum, zu überlegen, inwieweit der Patient, Herr Gerhard Freund, in der Lage ist, seinen Willen selbst zu äußern. Vielleicht zunächst der Arzt.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Herr Freund ist im aktuellen Stadium seiner Alzheimer-Erkrankung nicht mehr in der Lage, seinen freien Willen zu äußern und auch nicht mehr entsprechend dessen zu handeln.

Eine Wiederherstellung des freien Willens ist bei dieser Art der progredienten, neurodegenerativen Erkrankung nicht zu erwarten.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke, wie sehen Sie als der Bruder das? Können Sie dem zustimmen?

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Ja, das kann ich. Selbst habe ich ja auch nicht so viel Ahnung und Erfahrung.

ANDREA, MODERATORIN:

Es geht im Folgenden um die Aspekte Wohltun und Schaden vermeiden. Das Prinzip Nicht-Schaden verbietet jede nicht unmittelbar notwendige und rechtfertigbare Schädigung des Patienten. In der Fürsorge drückt sich die Verpflichtung aus, durch medizinische Maßnahmen einen Nutzen für den Patienten zu stiften.

Wir wollen gemeinsam überlegen, was es konkret bedeutet, wenn wir den Patienten auf die offene Seite verlegen würden. Im Mittelpunkt steht zunächst die Fürsorge. Wie sieht der Arzt das?

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Aus der Perspektive der Fürsorge kann man sagen, dass der Patient körperlich fit ist, kognitiv aber stark verändert. Als Läufer hätte er zusätzlich die Möglichkeit, den Garten und das Haus zu nutzen.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Ich gebe aber zu bedenken, dass dem Patienten draußen im Haus etwas passieren könnte, er könnte stürzen. Unser Krankenhaus ist recht weitläufig und so schnell bekommen wir das in der Pflege dann nicht mit.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Natürlich läuft er viel, aber seine Bewegungen sind koordiniert und sein Gang sicher. Das Assessment *Sturzrisiko* wurde durchgeführt. Herr Freund ist nicht sturzgefährdet. Aber wenn er müde ist, sieht das sicherlich etwas anders aus. Nur abends ist er ja sowieso wieder auf der Station.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Ich gebe nur zu bedenken, dass, wenn wir mehrere Patient*innen haben, die körperlich so fit sind, wir aus der Pflege nicht bei allen so schnell

hinterherlaufen können. Personell ist das nicht zu realisieren.

Ich möchte dabei noch etwas anderes zu bedenken geben. Durch das Laufen ist Herr Freund kaum in der Lage, das Mittagessen in Ruhe einzunehmen. Würde er jetzt in den offenen Bereich verlegt werden, könnte es dort unruhiger werden. Versetz Dich in die Situation: Alle sitzen am Tisch und essen und er steht auf und läuft und muss immer wieder zurückgeführt werden. Wir tragen hier auch die Fürsorge für die anderen Patient*innen. Wir haben den Einzelnen, aber auch alle anderen im Blick.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Das verstehe ich. Manchmal kann das gerade für die Pflege sehr belastend sein. Dennoch gebe ich zu bedenken, dass durch das Laufen außerhalb der Station Herr Freund kognitiv noch einmal besser stimuliert werden könnte. Das Haus bietet viele Anreize: die Kapelle, die Cafeteria, die Flure und Gärten.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Du darfst nur nicht vergessen, dass Herr Freund sich mittlerweile auch mit anderen Mitpatient*innen angefreundet hat, manchmal laufen sie zu zweit oder dritt. Durch die Verlegung würde man sie zumindest tagsüber trennen. Und das wäre schade für alle Beteiligten.

ANDREA, MODERATORIN:

Ich würde gerne an dieser Stelle unterbrechen. Es gibt zum Punkt Fürsorge viele Argumente, die dafür und dagegen sprechen.

Kommen wir zum nächsten Prinzip, der Vermeidung von Schaden für den Patienten. Wie sieht das der ärztliche Dienst?

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Durch die Verlegung könnte die Situation auf der geschützten Station entzerrt werden. Manchmal kann es mit vielen laufenden Patient*innen schon sehr unruhig sein, vor allem, wenn sie nur noch wenig Platz zur Verfügung haben. Und Herr Freund muss sich nicht auf den kleineren Bereich mit dem Laufen beschränken, was durchaus zu vermehrter Frustration führen kann .

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Das ist gerade das, was mir für den offenen Bereich Sorge bereiten würde: Durch das interaktionale Verhalten, eventuell auch Schreien oder auch Aggressionen des Herrn Freund kann es zu Unruhe im offenen Bereich kommen und die Mitpatient*innen fühlen sich irritiert. Und das wollen wir bei den Mitpatient*innen vermeiden.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Wir haben wohl die Erfahrung gemacht, dass der Patient sehr gut auf Ansprache reagiert. Und aktuell haben wir zwei Personen im geschützten Bereich, die sehr viel laufen. Das könnte durch die Verlegung von Herrn Freund entzerrt werden.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Aus der Erfahrung heraus wissen wir allerdings, dass die DESO-Technik (Desorientierten-Technik) nicht zuverlässig funktioniert. Erst unlängst sind zwei Patient*innen aus dem Haus gegangen und wir haben es nicht schnell genug bemerkt. Wir tragen die Verantwortung und so eine Situation belastet uns natürlich.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Das ist eine wirklich schwierige Situation und die Technik muss sich weiterentwickeln. Ich glaube, wir sind da auf einem guten Weg. Wir werden die Firma, von der wir das System gekauft haben, noch mal einbestellen.

Und Deeskalation, also das verbale Deeskalieren, das adäquate Eingehen auf den Patienten spielt hier auch eine große Rolle und die Deeskalationsschulungen werden ja auch im Haus angeboten.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Was man nicht vergessen darf, ist, dass wir durch das Hin- und Herschieben der Patient*innen in der Pflege viel weniger Zeit für unsere eigentlichen Aufgaben haben. Manchmal müssen wir an einem Tag vier Patient*innen umschieben und durch das Umschieben geht auch immer wieder Patienteneigentum verloren.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Das verstehe ich und da beneide ich Euch auch

nicht darum. Das müsste anders organisiert werden. Diese organisatorischen Rahmenbedingungen müssen wir im Auge haben. Zudem die Betten auch sehr schwer zu verschieben sind und das auf Eure Gesundheit geht!

ANDREA, MODERATORIN:

Danke für die Argumente. Kommen wir zur Autonomie des Patienten. Das Prinzip der Autonomie respektiert die Freiheit und Unabhängigkeit eines jeden Patienten, seine eigenen Entscheidungen zu treffen. Egal, ob uns das nachvollziehbar oder auch logisch erscheint. Wie schätzen Sie, Herr Freund, den Wunsch nach Autonomie bei Ihrem Bruder ein?

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Mein Bruder ist schon immer sehr autonom gewesen. Er gehört zu den 68ern und das hat er wirklich gelebt. Diese Autonomie, die Freiheit, sein eigener Wille, müssen unbedingt gefördert werden.

ANDREA, MODERATORIN:

Was gibt es aus der pflegerischen Berufsgruppe?

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Wir aus der Pflege setzen uns sehr stark für die Autonomie der Patient*innen ein. Alles, was sie eigenständig entscheiden können, sollen sie auch entscheiden. Wenn sie in den Garten möchten, können sie in den Garten und gemeinsam mit den Angehörigen nach draußen. Das ist uns auch wichtig.

ANDREA, MODERATORIN:

Wie lauten aktuell und/oder der früher geäußerte oder mutmaßliche Wille des Patienten in Bezug auf die diskutierte Fragestellung? Was würde sich Ihr Bruder wünschen?

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Mein Bruder würde sich auf jeden Fall wünschen, sich mehr im Haus bewegen zu können.

ANDREA, MODERATORIN:

Was ist die Vision des ärztlichen Teams?

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Wir aus dem ärztlichen Team sehen das genauso. Autonomie ist ein zentrales Gut in unserer Gesellschaft und sollte auch den Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht vorenthalten werden. Und die neue Technik kann uns darin sehr gut unterstützen.

ANDREA, MODERATORIN:

Kommen wir zur Gerechtigkeit. Gerechtigkeit bedeutet einerseits, dass wir alle Patient*innen unabhängig ihrer ethnischen Herkunft, ihres Geschlechtes, ihres Alters, ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Religion versorgen. Aber Gerechtigkeit zielt auch auf die faire Gestaltung der sozioökonomischen Faktoren in der Krankenversorgung ab. Was ist in dem Kontext wichtig: Andere Patienten der Station, die Angehörigen, das soziale Umfeld (z.B. Nachbarn, Mitbewohner oder Arbeitskollegen)?

Anna bitte!

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Das ist ein schwieriges Thema im Moment. Viele der Patient*innen nutzen die Teilöffnung nicht. Oder sie können es oder wollen es auch nicht.

ANDREA, MODERATORIN:

Was bedeutet das konkret?

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Im geöffneten Bereich sind auch Patient*innen, die als Pflegefall nur im Bett liegen oder nur im Rollstuhl sitzen; sie können den Ausgang im offenen Bereich nicht nutzen. Mit einem Rollstuhl schaffe ich es nicht alleine zwei Türen zu öffnen und nach draußen zu fahren. Wir haben das Gefühl, dass die Teilöffnung auf Kosten der Patient*innen durchgeführt wird, die im geschützten Bereich aufgenommen sind. Deren Bewegungsradius hat sich deutlich verkleinert. Die Strecke, die sie laufen können, ist jetzt viel kürzer. Und es ist auch kein Rundlauf mehr, sondern die Patient*innen müssen sich an der Tür umdrehen und wieder zurücklaufen.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Das ist in der Tat noch ein Problem und da müssen

wir besser miteinander zusammenarbeiten. Lass uns das noch einmal separat besprechen.

Was mir aber auch wichtig ist, ist, dass die Angehörigen lernen, dass jeder Patient die Möglichkeit hat, im offenen Bereich untergebracht zu werden. Das wirkt sich auch positiv auf das Bild der Psychiatrie aus.

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Für mich ist das ganz eindeutig. Es gibt die Möglichkeit der geöffneten Station, mein Bruder soll das auch erleben.

ANDREA, MODERATORIN:

Unsere Fragestellung heute bei dieser ethischen Fallbesprechung lautet:

Welche Argumente sprechen dafür und welche dagegen, Herrn Gerhard Freund, der kognitiv sehr stark beeinträchtigt ist, einen ausgeprägten Bewegungsdrang und eine erschwerte Nahrungszufuhr hat, von der geschützten Seite der Station auf die offene zu verlegen?

Haben wir Fakten übersehen, ist etwas unbekannt?

ALLE:

Alle stimmen dem zu, dass keine weiteren Fakten übersehen wurden.

Es stellt sich die Frage, welches Prinzip eine herausragende Relevanz hat. Wie sieht das die Pflege?

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Von unserer Seite ist es definitiv Schaden abzuwenden, sowohl für den Patienten selbst als auch für die Mitpatient*innen und damit Fürsorge zu tragen.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Für uns aus dem ärztlichen Dienst ist es, Fürsorge für den Patienten und ihn in seiner Autonomie zu unterstützen.

ANDREA, MODERATORIN:

Herr Freund, möchten Sie noch etwas zum Abschluss sagen?

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Ich möchte mich zunächst einmal für das Gespräch bedanken. Mir war gar nicht bewusst, wie schwierig es auf einer Station sein kann, wenn man die Pflege nicht nur meinen Bruder im Blick haben muss, sondern auch alle anderen Patient*innen. Und ich bin froh, dass sie mir das Gefühl gegeben haben, als gleichwertiger Gesprächspartner an dieser Diskussion teilnehmen zu dürfen. Das Bild der Psychiatrie in unserer Gesellschaft ist ja schon noch anders – Patient*innen und Angehörige haben nichts zu sagen. Und da habe ich heute doch eine ganz andere Seite kennengelernt. Ich hoffe, Sie können für meinen Bruder eine gute Entscheidung fällen.

ANDREA, MODERATORIN:

Ich danke allen für dieses konstruktive Gespräch. Das Protokoll schicke ich allen noch mal zu und, Herr Freund, der Arzt wird sich mit Ihnen in Verbindung setzen.

Diskussion

In der Gerontopsychiatrie ist die ethische Fallbesprechung im interdisziplinären Team ein strukturiertes Gespräch, in dem schwierige Entscheidungen, z. B. zu Selbstbestimmung, freiheitsentziehenden Maßnahmen oder Lebensqualität älterer psychisch erkrankter Menschen, reflektiert werden können. Sie ermöglicht eine differenziertere Betrachtung der Selbstbestimmung älterer Menschen, auch bei eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit, wodurch die Patientenautonomie gefördert wird. Durch die Einbindung verschiedener Berufsgruppen wird eine ganzheitliche Sichtweise auf komplexe ethische Fragestellungen erreicht. In diesem Moment werden, vor allem bei einer adäquaten Moderation (VOLLMANN 2021), allen Beteiligten die benötigte Zeit und der Raum zur Verfügung gestellt, um ihre Argumente entsprechend zu vertreten.

Durch diese Form der ethischen Reflexion kann auch die Versorgungsqualität des Betroffenen nachhaltig verbessert werden, indem sie zu patientenzentrierten Entscheidungen führt (GATHER & SCHOLTEN 2024). Diese patienten-

zentrierte Entscheidung fördert wiederum eine Annäherung an eine symmetrische Beziehung zwischen den Beteiligten, vor allem da die Akteur*innen versuchen, durch den Austausch der unterschiedlichen Informationen und das Abwägen der Argumente eine für den Betroffenen adäquate Entscheidung zu treffen.

Zwar wurde bei der hier vorgestellten ethischen Fallbesprechung darauf geachtet, dass alle involvierten Personen ihre jeweiligen Anliegen entsprechend vorbringen konnten. Dies täuscht jedoch nicht darüber hinweg, und damit verändert sich die symmetrische Beziehung zwischen allen Beteiligten, dass die Ergebnisse einer ethischen Fallbesprechung lediglich Empfehlungen und juristisch nicht bindend sind. Die bis dahin symmetrisch ausgeformten Beziehungen zwischen allen Beteiligten können sich spätestens ab diesem Zeitpunkt wieder verändern.

Bei der hier skizzierten Fallbesprechung konnte der Bruder seine Position und die seines Bruders nachvollziehbar darlegen. Es darf aber nicht unterschätzt werden, dass es gerade bei ethisch schwierigen Situationen für alle Beteiligten emotional herausfordernd sein kann. Die Moderation muss sich dieser Herausforderungen bewusst sein und adäquat reagieren (VOLLMANN 2021). Die Gespräche zwischen Pflegefachpersonen und Angehörigen stellen manche Pflegende vor besondere Herausforderungen. Pflegefachpersonen werden häufig im Alltag von Angehörigen zu den unterschiedlichsten Belangen angesprochen. Dabei kann es sowohl um Informationen zum Gesundheitszustand des Betroffenen, als auch um verloren gegangene persönliche Dinge oder um den Austausch alltäglicher Informationen gehen. Je nach Workload auf der Station und den zu erledigenden pflegerischen Aufgaben, können diese Gespräche unter Umständen aus der Perspektive der Angehörigen zu kurz ausfallen, was unter Umständen zu moralischem Stress bei den Pflegenden führen kann (GATHER & SCHOLTEN 2020). In einer ethischen Fallbesprechung außerhalb des stationären Settings kann dieser moralische Stress aufgelöst und wichtige Informationen noch einmal in Ruhe und auf Augenhöhe vermittelt werden (GATHER & SCHOLTEN 2020).

Durch die Teilöffnung der Station Jakobus sollte unter anderem die Autonomie der Patient*innen gesteigert werden. Dies wird als weiterer Schritt in den Bemühungen der Psychiatrie gesehen, nicht nur ihrem Versorgungsauftrag gerecht zu werden und die Patient*innen fürsorglich zu behandeln, sondern auch ihre Autonomie und Subjektstellung aktiv zu respektieren (HEM & PETERSEN 2011). Es wurde deutlich, wie notwendig Reflexionsvermögen, kommunikative Kompetenz und institutionelle Rahmenbedingungen – in dem Fall das Öffnen einer bisher geschützten Station und das Ermöglichen einer ethischen Fallbesprechung – sind, die die Mitbestimmung der Patient*innen nicht nur zulassen, sondern aktiv fördern. Auf der anderen Seite wurde aber auch deutlich, welche unterschiedlichen Faktoren berücksichtigt werden müssen, damit dieser Prozess tatsächlich auch für alle Beteiligten zufriedenstellend in die Praxis umgesetzt werden kann. Dies soll an anderer Stelle ausführlich diskutiert werden.

Die Studie wurde aufgrund der kompletten Schließung der Station im Februar 2025 beendet.

Literatur

- BEAUCHAMP, TOM LAMAR & CHILDRESS, JAMES F. 2001. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- BERGOLD, JARG & THOMAS, STEFAN 2017. Partizipative Forschung in der Psychologie. In MEY, GÜNTER; MRUCK, KATJA (eds) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer: 1–21.
- BÜKER, CHRISTA & LADEMANN, JULIA 2020. *Beziehungsgestaltung in der Pflege: Grundlagen – Modelle – Praxisbezüge*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- CIBIS, MARA-LENA; WACKERHAGEN, CAROLIN; MÜLLER, SABINE; LANG, UNDINE E.; SCHMIDT, YVONNE; & HEINZ, ANDREAS 2017. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatrische Praxis* 44, 3: 141–147.
- ETHIKKOMITEE 2019. *Leitfaden ethische Fallbesprechung*. [Intranet: 14.04.2025].
- 2019a. *Protokollvorlage ethische Fallbesprechung*. [Intranet: 14.04.2025].
- 2025. *Ethische Fallbesprechungen*. [Intranet: 14.04.2025].
- DEUTSCHER ETHIKRAT 2012. Demenz und Selbstbestimmung. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf> [10.04.2025].
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (ed) *Expertenstandard: Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Osnabrück: DQNP.
- GATHER, JAKOV & SCHOLTEN, MATTHÉ 2024. Theoretische Grundlagen der klinischen Ethikberatung in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt* 95, 11: 1026–1032.
- HAMMERSLEY, MARTYN & ATKINSON, PAUL 2019. *Ethnography: Principles in Practice*. London: Routledge.
- HEM, MARIT HELENE, & PETERSEN, TOVE 2011. Mature Care and Nursing in Psychiatry: Notions Regarding Reciprocity in Asymmetric Professional Relationships. *Health Care Analysis* 19, 1: 65–76.
- HOLTHOFF-DETTO, VJERA; NIENABER, ANDRÉ; BÖTEL, NORA & RAPP, MICHAEL 2021. Komplexbehandlung bei schweren psychischen Erkrankungen im Alter – eine Positionsbestimmung. *Der Nervenarzt* 92, 9: 948–954.
- JUNGFER, HERMANN-ALEXANDER; SCHNEEBERGER, ANDRES R.; BORGWARDT, STEFAN; WALTER, MARC; VOGEL, MARC; GAIRING, STEFANIE K.; LANG, UNDINE E. & HUBER, CHRISTIAN G. 2014. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: Successful implementation of a less restrictive policy. *Journal of Psychiatric Research* 54: 94–99.
- KALAGI, JANICE; OTTE, INA; VOLLMANN, JOCHEN; JUCKEL, GEORG & GATHER, JAKOV 2018. Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study. *BMC Psychiatry* 18, 1: 304.
- KIRCH, JULIA & KÖNIG, KLAUS 2022. *Architektur als Ausdruck des therapeutischen Konzeptes*. In HOFRICHTER, LINUS; KÖHNE, MARTIN; KUCKERT-WÖSTHEINRICH, ANDREA & KIRCH, JULIA (eds) *Soul in Space. Psychiatrie trifft Architektur*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 15–56.
- KOWALINSKI, EVA; HOCHSTRASSER, LISA; SCHNEEBERGER, ANDRES R.; BORGWARDT, STEFAN; LANG, UNDINE E. & HUBER, CHRISTIAN G. 2019. Sechs Jahre „offene Türen“ an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel. *Der Nervenarzt* 90, 7: 705–708.
- KUNØE, NIKOLAJ; NUSSLE, HANS MARTIN & RUSTAD INDREGARD; ANNE-MARTE 2022. Protocol for the Lovisenberg Open Acute Door Study (LOADS): A pragmatic randomised controlled trial to compare safety and coercion between open-door policy and usual-care services in acute psychiatric inpatients. *BMJ Open* 12, 2: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058501> [4.1.2025].
- PERRY, JULIA; SCHICKTANZ, SILKE; HERTEN, BENJAMIN & GISSENDANNER, SCOTT STOCK 2021. *Ethische und soziale Aspekte der Demenzforschung und -versorgung*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.

- PETTERSEN, TOVE 2011. *The Ethics of Care: Normative Structures and Empirical Implications*. *Health Care Analysis* 19: 51–64.
- PÖSCHEL, KLAUS; SPANNHORST, STEFAN; LAUTENSCHLÄGER, MANUELA & HÖHMANN, ULRIKE 2018. Komplexe Einweisungsgründe für Menschen mit Demenz in eine Gerontopsychiatrie – Ergebnisse einer explorativen Dokumentenanalyse in den Jahren 2015 – 2016. *Pflege & Gesellschaft* 23, 2: 144–159.
- QUALITÄTSMANAGEMENT ALEXIUS/JOSEF-KRANKENHAUS 2023. *Ablaufbeschreibung ethische Fallbesprechung*. AB – 2.10.10. [Intranet: 14.04.2025].
- RIEDEL, ANNETTE & ECKSTEIN, CLAUDIA 2025. Im geschützten Raum: Ethikbildung am dritten Lernort. *Pflegezeitschrift* 4: 42–45.
- SCHREIBER, LISA K.; METZGER, FLORIAN G.; FLAMMER, ERICH; RINKE, HEIKE; FALLGATTER, ANDREAS J. & STEINERT, TILMAN 2022. Open Doors by Fair Means: A quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BMC Health Services Research* 22, 1: 941.
- SOLLBERGER, DANIEL & LANG, ULRICH E. 2014. Psychiatrie mit offenen Türen. *Der Nervenarzt* 85: 312–318.
- STEINKAMP, NORBERT & GORDIJN, BERT 2003. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine Health Care and Philosophy* 6: 235–246.
- STEINERT, TILMAN & HIRSCH, SOPHIE 2018. Definitionen und Erläuterung wichtiger Fachbegriffe. In DGPPN (ed) *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*. Berlin & Heidelberg: Springer: 3–8.
- VOLLMANN, JOCHEN 2021. Methoden der ethischen Falldiskussion. In BILLER-ANDORNO, NIKOLA; MONTEVERDE, SETTIMIO; KRONES, TANJA & EICHINGER, TOBIAS (eds) *Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik*. Wiesbaden: Springer: 329–346.

Gary-Neil Brault ist seit 2022 Arzt in Weiterbildung zum FA für Psychiatrie/Psychotherapie im Alexius/Josef Krankenhaus, aktuell ist er auf der allgemeinspsychiatrischen, geschützten Akutstation Samuel tätig. Vorher hat er als Internist in einer interdisziplinären Notaufnahme im Sana Klinikum Duisburg gearbeitet.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: GN.Brault@ak-neuss.de

Andrea Kuckert, Dr., arbeitet als pflegerische Leiterin des Departments Forschung und Entwicklung im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Auch geprägt durch das Studium der kulturellen Anthropologie (M.A.), der Pflegewissenschaften (M.A.) und zahlreiche Auslandsaufenthalte liegen ihre Interessen auf den Gebieten des Diversity Managements, der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, genderrelatierten Themen und der Pflegeentwicklung. Durch ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegende auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station bleibt sie ihrem Fach verbunden und kann pflegerische Fragestellungen direkt aus der Praxis aufgreifen und gemeinsam mit den Kolleg*innen im partizipativen Ansatz bearbeiten.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: a.kuckert@ak-neuss.de

Anna Szurek, Altenpflegerin, Pain Nurse, arbeitet auf der akuten gerontopsychiatrischen Station im Alexius/Josef Krankenhaus Neuss.

Alexius/Josef Krankenhaus
Gerontopsychiatrie
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: a.szurek@gmail.com

Bernard Tewes, 23-jährige Tätigkeit in einem somatischen Krankenhaus (St. Martinus-KH in Düsseldorf), überwiegend als Stationsleitung auf einer geriatrischen Station. 2017 als Bereichsleitung in die Gerontopsychiatrie, ins Alexius/Josef Krankenhaus nach Neuss gewechselt. Bernard Tewes setzt sich dafür ein, Strukturen auszubauen / zu erhalten / zu schaffen, die es Mitarbeiter*innen ermöglichen, in einem professionellen Umfeld zu arbeiten.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: B.Tewes@ak-neuss.de