

Ethik in der klinischen Alltagsroutine – METAP, ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung in interprofessionellen Teams

Heidi Albisser Schleger,^a Barbara Meyer-Zehnder,^{a,b} Sabine Tanner,^a Marcel Mertz,^c Valentin Schnurrer,^a Hans Pargger,^b Stella Reiter-Theil^a

^a Klinische Ethik, Universitätsspital Basel, Universitäre Psychiatrische Kliniken, IBMB, Universität Basel, Schweiz

^b Departement Anästhesie, Operative Intensivbehandlung, Universitätsspital Basel, Schweiz

^c Lehrstuhl für Philosophie III, Universität Mannheim, Deutschland

Zusammenfassung

Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass klinisches Personal in der Alltagsroutine regelmässig unangemessene Behandlung wahrnimmt, was zu moralischem Distress oder verringerter Versorgungsqualität führen kann.

Vor diesem Hintergrund wurde das multimodale Modell der ethischen Entscheidungsfindung METAP¹ entwickelt. Dieses beinhaltet neben dem Ethikonsil durch eine professionelle Ethikfachperson eine massgeschneiderte Alltagsethik für interprofessionell tätige klinische Fachpersonen, und zwar entlang eines mehrstufigen Entscheidungsfindungsverfahrens, des sogenannten Eskalationsmodells. Dieses kann je nach Schwere der ethischen Fragestellung mittels eigens dazu entwickelter, methodisch und didaktisch fundierter ethischer Entscheidungshilfen angewendet werden. Zur Unterstützung der ethischen Problemlösung wurde für interprofessionelle Teams ein Handbuch mit medizinischem, ethischem, rechtlichem und entscheidungspsychologischem Grundlagenwissen sowie daraus abgeleiteten Empfehlungen entwickelt.

Das Eskalationsmodell als Kernelement von METAP soll klinisches Personal für ethische Fragen sensibilisieren, die ethisch konsistente Reflexion und Entscheidungskompetenz in der individuellen Patientensituation fördern und dadurch einen Beitrag zur Versorgungsqualität leisten. Durch den Fokus auf Ethik-bezogenes Empowerment des klinischen Personals ist das Eskalationsmodell von METAP ein (päd)agogisches,² ethisches Entscheidungsfindungsmodell.

Schlüsselbegriffe: Ethik in der klinischen Routine, klinische Alltagsethik, METAP, ethisches Entscheidungsfindungsmodell, Entscheidungshilfen

Kontext und Zielsetzung

Aktuelle internationale Studien zeigen, dass Ärzte, Ärztinnen und Pflegende häufig unangemessene Behandlung der Patienten und Patientinnen in der Alltagsroutine wahrnehmen [1, 2]. Diese Wahrnehmung kann

mit moralischem Distress, Risiko für Burnout wie auch einer Beeinträchtigung der Versorgungsqualität der Patienten korrelieren [2]. Ergebnisse wie diese lassen darauf schliessen, dass ethisches Wissen für klinisches Personal im praktischen Alltag besser zugänglich gemacht werden sollte.

Wir postulieren deshalb als Ergänzung zur professionellen Ethikkonsultation [3–5] eine massgeschneiderte klinische Alltagsethik³ für interprofessionell tätige Fachpersonen.

Im Gegensatz zur persönlichen moralischen Reflexion verstehen wir die im klinischen Team verwendete Alltagsethik als ein auf die professionelle Tätigkeit bezogenes, methodisch-ethisches Vorgehen, das eine Explizierung von Wertorientierungen der verschiedenen Berufspersonen einschliesst, sich auf ein im Behandlungsteam akzeptiertes ethisches Entscheidungsfindungsverfahren stützt und verbindliche ethische Kriterien⁴ enthält. Alltagsethische Probleme charakterisieren wir als häufig auftretende, tendenziell niederschwellig angesiedelte ethische Fragestellungen in der individuellen Patientensituation, die überwiegend implizit in Fragen der angemessenen Versorgung, Behandlung oder Pflege vorkommen. Die damit verbundenen ethischen Probleme werden häufig durch einen unvollständigen oder unterschiedlichen Wissenstand im interprofessionellen Behandlungsteam wie auch durch individuell unterschiedliche Wertvorstellungen hervorgerufen.

Als ethisch angemessen definieren wir den Therapieplan dann, wenn er innerhalb des mittels der ethischen Kriterien definierten Handlungs- und Entscheidungskorridors⁵ liegt. Dieser Korridor der ethischen Angemessenheit soll den jeweiligen Patienten, die jeweilige

1 Akronym für Modular, Ethik, Therapieentscheidung, Allokation, Prozess.

2 Der Begriff «Agogik» steht in den Sozialwissenschaften als Sammelbegriff für die Lehre der professionellen Anleitung oder Ausbildung von Fachkompetenz.

3 Die Idee einer «klinischen Alltagsethik» spielte eine zentrale Rolle in der Kooperation zwischen Matthias Klein-Langeff, Karl-Heinz Wehkamp und Stella Reiter-Theil in den Jahren 1992ff. Sie wurde weiter ausgearbeitet und einer mehr an Extrembeispielen ausgerichteten Bioethik entgegengesetzt (Reiter-Theil S, Hiddemann W, 1997. Das Patientenforum Medizinische Ethik: Ergebnisse eines Modellprojektes. Med Klinik 92, 9: 552–557).

4 Im Handbuch (Albisser et al., 2012) sind die ethischen Grundlagen in einem gesonderten Kapitel detailliert ausgewiesen.

5 Siehe Referenz 4.

Patientin vor Überversorgung, beispielsweise im Rahmen der Hochleistungsmedizin, aber auch vor Unter- oder Ungleichversorgung, beispielsweise bei geriatrischen oder chronischkranken Patienten, schützen.

Auf der Ebene der Institution ist die klinische Alltagsethik ein Ethikkonzept mit dem Ziel, die Sensibilisierung für ethische Fragen sowie die ethisch reflektierte Entscheidungskompetenz des klinischen Personals mit entsprechenden Entscheidungshilfen (Checklisten, Verfahren, Fragen zur kriteriengeleiteten ethischen Reflexion) zu unterstützen. Damit sollen diese befähigt werden, Fragestellungen zur Behandlung einzelner Patienten und Patientinnen ethisch konsistent und transparent zu reflektieren. Konsistenz und Transparenz sollen eine gewisse Kontrolle von impliziten Wertvorstellungen ermöglichen, die den Therapieentscheidungsprozess oft unbemerkt beeinflussen; auf diese Weise soll zudem ein Beitrag zur Vermeidung von Schwankungen in der Versorgungsqualität geleistet werden.

Vor diesem Hintergrund ist im Rahmen eines Schweizerischen Nationalfondsprojekts⁶ mit METAP ein multimodales, empirisch und normativ-ethisch fundiertes sowie konsensbasiertes Modell zur Unterstützung der ethischen Entscheidungsfindung für die klinische Alltagsroutine entwickelt worden [6, 7].

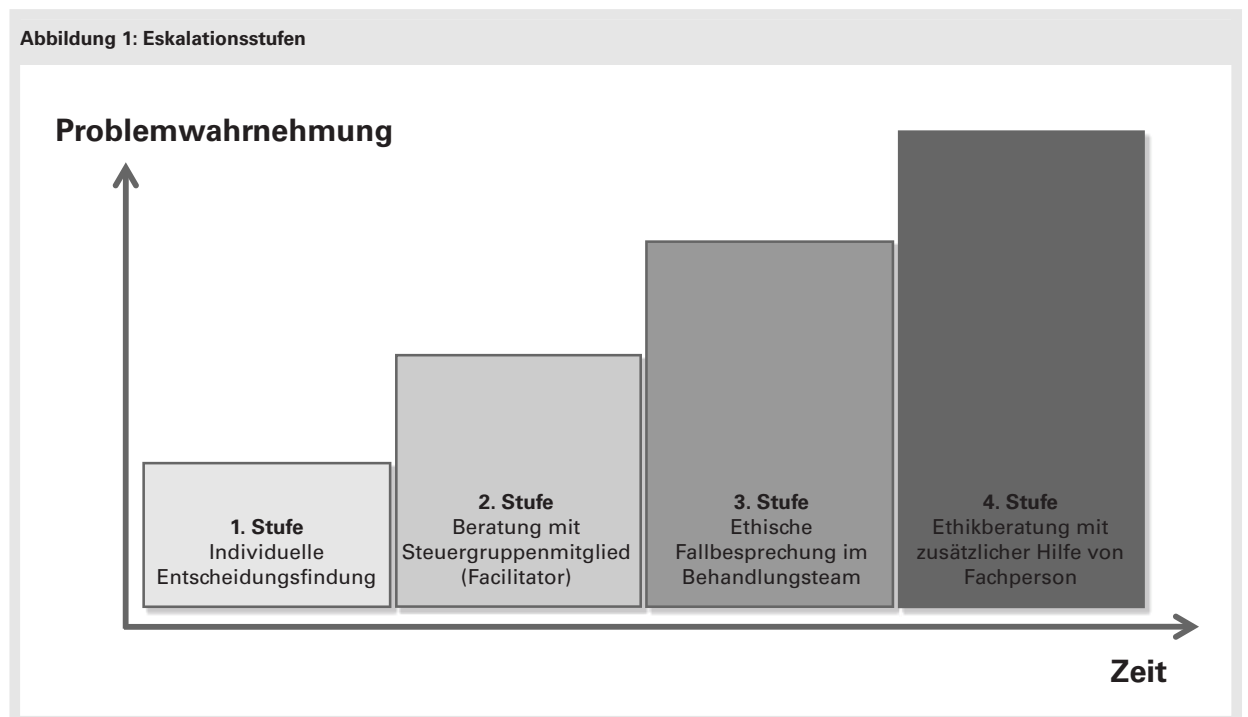
Im Folgenden werden das Eskalationsmodell von METAP als Kernstück des ethischen Entscheidungsfindungsmodells charakterisiert sowie Voraussetzungen für seine erfolgreiche Anwendung in der Alltagsroutine dargestellt und anhand eines Falles erläutert.

Das Eskalationsmodell von METAP – Merkmale

Das multimodale ethische Entscheidungsfindungsmodell METAP dient der Unterstützung einer funktionsfähigen klinischen Alltagsethik. Dafür wurden in Form eines Handbuches [6] speziell für interprofessionelle klinische Teams aufbereitetes medizinisches, ethisches, rechtliches und entscheidungspsychologisches Grundlagenwissen sowie daraus abgeleitete Empfehlungen für die ethische Problemlösung entwickelt.⁷ Die Kapitel dieses Handbuches wurden von einer an der Entwicklung nicht beteiligten interprofessionellen, klinischen Expertengruppe auf Akzeptanz und Praktikabilität geprüft [7]. Für die Benutzung im klinischen Alltag sind wesentliche Empfehlungen zum ethischen Entscheidungsfindungsprozess als Kitteltaschenversion («Leporello») zugänglich. Dieses Grundlagenwissen dient als Nachschlagewerk zur Vertiefung des theoretischen Wissens sowie als Hilfe zur Explizierung der in Handbuch und Leporello gegebenen Empfehlungen für die ethische Problemlösung. Daneben sind theoretische Fundierungen vorgenommen und publiziert worden [8–11].

Der Entwicklungsprozess von METAP hat sich – soweit dies angesichts des qualitativen Vorgehens möglich war – an Standards der medizinischen Leitlinienentwicklung orientiert [12–14].

METAP beinhaltet mit dem vierstufigen Eskalationsmodell einen iterativen Entscheidungsweg im Sinn einer schrittweisen, vierstufigen Problemlösung auf den Dimensionen: (1) Individuelle ethische Entscheidungs-



6 Schweizerischer Nationalfonds No. 3200B0-113724 und 32003B_125122.

7 Der folgende Link gibt Einblick in die einzelnen Buchkapitel: <http://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-11128-0/page/1#section=1001356&page=1>.

Tabelle 1: Eskalationsmodell – Beschreibung der vier Stufen

| Stufen | Voraussetzung für Eskalation | Ort der Problemlösung | Einsatz Eskalationsmodell – Massnahmen |
|---------|---|---|---|
| Stufe 1 | Wahrnehmung von Unsicherheiten, Problemen oder Konflikten in Bezug auf ethische Fragen bei der Therapieentscheidung in einer konkreten Patientensituation | Klinisches Team | Problemidentifikation und -lösung der ethischen Frage mit Hilfe des Leporellos anhand von Entscheidungshilfen wie: <ul style="list-style-type: none"> • «Identifikation des ethischen Problems» (Tbl. 2) • Problemmatrix (Tbl. 3) • «Ethische Evaluation der Problemlösungsoption» |
| Stufe 2 | Konsultation des Leporellos konnte die offenen Fragen nicht klären → Intensivierung der Lösungssuche | Klinisches Team | Ansprechen eines in der Handhabung von METAP ausgebildeten Steuergruppenmitglieds. Gemeinsame Lösungssuche anhand Entscheidungshilfen im Leporello (Tbl. 2, 3 und «Ethische Evaluation der Problemlösungsoption») oder anhand Handbuch |
| Stufe 3 | Beratung mit einem Mitglied der Steuergruppe konnte die offenen Fragen nicht klären → Intensivierung der Lösungssuche | Klinisches Team | Organisation und Durchführung (Abb. 2) einer ethischen Fallbesprechung im interprofessionellen Behandlungsteam |
| Stufe 4 | Ethische Fallbesprechung konnte die offenen Frage nicht klären → Intensivierung der Lösungssuche | Ethikkonsultation mit professionellem Ethiker | Professionelles Ethikkonsil durch Fachpersonen mit Ethikkompetenz |

findung, (2) Beratung mit Steuergruppenmitglied, (3) ethische Fallbesprechung im Behandlungsteam und (4) professionelle Ethikkonsultation. Die Besonderheit liegt darin, dass die jeweils folgende Stufe zusätzliches Problemlösungspotential anbietet.

Die Stufen 1–3 erfolgen ausschliesslich im Behandlungsteam. Ethische Fallbesprechungen (Stufe 3) werden durchgeführt, wenn die Problemstellung einen interprofessionellen Informationsaustausch erfordert oder die Situation zu komplex ist, als dass sie in wenigen Minuten auf Stufe 2 bearbeitet werden könnte. Auf Stufe 4 wird eine Ethikkonsultation einberufen (Abb. 1). Bei Interessenkonflikten, kontroversen Wertvorstellungen, Meinungsverschiedenheiten oder institutionellen Konflikten kann eine unabhängige Fachperson mit vertiefter Ethikkompetenz den Blick auf neue Lösungsmöglichkeiten lenken.

Die Entscheidung, auf welcher Stufe die Problemlösung erfolgt, hängt von der Schwere der ethischen Fragestellung und der zur Verfügung stehenden Zeit ab; eine ethische Fragestellung kann grundsätzlich auf jeder Stufe beantwortet werden. Es besteht die Möglichkeit, nach Erkennen einer Problemstellung auch direkt eine Ethikkonsultation (Stufe 4) einzuberufen.

In Tabelle 1 werden die Voraussetzungen für die Eskalation sowie die Massnahmen zur ethischen Problemlösung auf den vier Stufen des Eskalationsmodells zusammengefasst.

Voraussetzungen einer erfolgreichen Alltagsethik im interprofessionellen klinischen Team

Die interprofessionelle ethische Entscheidungsfindung auf den Stufen 1–3 des Eskalationsmodells von METAP findet ohne Unterstützung einer professionellen Ethikfachperson direkt im Behandlungsteam statt. Zur Un-

terstützung der ethischen Problemlösungskompetenz wurden methodisch-didaktisch aufbereitete ethische Entscheidungshilfen entwickelt. Auch diese wurden von einer an der Entwicklung von METAP nicht beteiligten Gruppe von multiprofessionellen klinischen Fachleuten auf Akzeptanz und Praktikabilität geprüft. Neben massgeschneiderten Entscheidungshilfen ist eine ausgewiesene Implementierungsstrategie eine wichtige Voraussetzung einer erfolgreichen klinischen Alltagsethik. Beide Punkte werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

Ethische Entscheidungshilfen – Zielsetzung und Beispiele

Der postmoderne Wertpluralismus betont Individualismus und Toleranz für unterschiedliche Lebensstile. Damit geht das Selbstverständnis einher, auch klinisch-ethische Situationen nach persönlichem Ermessen zu beurteilen und Entscheidungen nach subjektiven Kriterien auszurichten. Ethik verstanden als methodisches Nachdenken über einen moralischen Sachverhalt bedingt, Auswirkungen individuell unterschiedlicher Wertvorstellungen im interprofessionellen Team zu erkennen und innerhalb eines definierten Entscheidungsprozesses zu explizieren sowie sich auf gemeinsame Werte und verbindliche Prinzipien zu beziehen, damit Patienten und Patientinnen auch in einer komplexen Situation ethisch angemessen versorgt werden. Die ethischen Entscheidungshilfen unterstützen die Konsistenz und Transparenz während des Entscheidungsprozesses. Sie dienen dazu, Wissenslücken und unterschiedliche Wertvorstellungen zu identifizieren oder den Entscheidungsprozess durch eine Rückbindung an die definierten ethischen Werte, Prinzipien und Normen auf ethische Angemessenheit hin zu prüfen. Dazu wurden verschiedene Checklisten und Algorithmen entwickelt, u.a. zur Identifikation des ethischen Problems. Diese erlaubt es, das ethische Problem an-

hand von praxisnahen Fragen zu identifizieren, die sich auf die vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress [15] wie auch auf Kriterien der Gesprächsführung und Vollständigkeit der Informationsgrundlage beziehen (Tbl. 2).⁸ Dieser Schritt der Identifikation bietet die Möglichkeit, über die offensichtliche medizinische oder pflegerische Problemstellung hinaus das zugrundeliegende ethische Problem auf eine für andere nachvollziehbare Weise zu identifizieren und somit eine transparente Grundlage für die ethische Problemlösung zu schaffen. Neben der Checkliste zur Identifikation des ethischen Problems bietet METAP u.a. eine Entscheidungshilfe zur interprofessionellen Generierung von möglichst vollständigen, validen, patientenrelevanten Informationen mit Hilfe der Problematrix (Tbl. 3), einen Algorithmus zur Durchführung der ethischen Fallbesprechung (Abb. 2) sowie eine Maske zur Erstellung eines Beschlussprotokolls. Zur Unterstützung eines konsistenten ethischen Entscheidungsprozesses wurden formale und inhaltliche

Kriterien entwickelt. Die «inhaltliche Konsistenz» erfordert, dass die ethische Problemlösung nach verbindlichen ethischen Kriterien reflektiert wird (s. z.B. «Identifikation des ethischen Problems», Tbl. 2). Das Kriterium der formalen Konsistenz zielt auf ein festgelegtes, einheitliches Entscheidungsverfahren (s. z.B. «Ablaufschema der ethischen Fallbesprechung», Abb. 2).

Implementierung in den Klinikalltag – Verankerung bei den Mitarbeitenden

Die Implementierung von neuen Strukturen erfordert Veränderungen und Anpassungen in der klinischen Alltagsroutine. Publikationen weisen darauf hin, dass eine auf die Abteilungen zugeschnittene Kombination von mehreren Aktivitäten (neben Schulungen, Informationsveranstaltungen oder Supervisionen ethischer Fallbesprechungen) den Implementierungsprozess am besten unterstützen kann [16, 17]. Auch das Ethikkomitee oder -forum einer Institution kann die Implementierung massgeblich unterstützen und damit die

Tabelle 2: Identifikation des ethischen Problems

Respekt vor der Autonomie / Respekt vor dem Patientenwillen

- Ist der (direkte oder mutmassliche) Patientenwille angemessen berücksichtigt worden?
- Welche Werte sind dem Patienten wichtig?
- Urteilsfähigkeit vorhanden: Konnte der Patient, die Patientin seinen/ihren Willen aufgrund verständlicher Informationen und ohne äusseren Zwang bilden?
- Urteilsfähigkeit nicht vorhanden: Wurde der mutmassliche Patientenwille sorgfältig erhoben?

Hilfeleistung/Nutzen

- Weisen die bisherigen oder geplanten Massnahmen einen medizinischen/pflegerischen Nutzen für den Patienten, die Patientin auf, helfen sie ihm bzw. ihr?
- Dienen die bisherigen oder geplanten Massnahmen dem Patientenwohl?

Schaden und Nebenwirkungen vermeiden

- Verursacht die aktuelle Situation für den Patienten Leiden/Schaden/Nebenwirkungen in unverhältnismässigem Umfang?
- Liegen Hinweise auf eine mögliche Überversorgung vor? (siehe Risikokriterien für Überversorgung rechts)

Risikokriterien für Überversorgung

- Mangelnde Effektivität der Massnahme
- Fragliche Verhältnismässigkeit von physischen und psychischen Belastungen oder Schmerz durch Intervention, auch bei Erreichen des therapeutischen Ziels
- Keine nennenswerte Zustandsverbesserung durch die Intervention zu erwarten
- Die Behandlung erzeugt einen Effekt, aber es werden dabei nicht die Ziele erreicht, die dem Patienten besonders wichtig sind.

Gerechtigkeit/Gleichbehandlung

- Liegen Hinweise auf eine mögliche Unter- oder Ungleichversorgung vor und wurden diese Hinweise sorgfältig berücksichtigt? (siehe Risikokriterien für Unter-/Ungleichversorgung rechts)
- Haben Sie den Eindruck, dass der Patient, die Patientin aufgrund persönlicher Wertvorstellungen oder einseitiger ökonomischer Überlegungen benachteiligt wird?
- Hat die aktuelle Situation ungerechte Folgen gegenüber anderen Patienten?

Risikokriterien für Unter-/Ungleichversorgung

- Fortgeschrittenes Lebensalter
- Weibliches Geschlecht
- Tiefer sozioökonomischer Status
- Ethnische Minderheit
- Alleinstehend
- Chronische Krankheit
- Multimorbidität
- Hohe Pflegeintensität
- Urteilsunfähigkeit
- Psychische Erkrankung
- Demenz
- Terminale Erkrankung

Wahrnehmung und Interaktion

- Werden die Sichtweisen der Beteiligten und Betroffenen angemessen einbezogen?
- Können Sie Ihre Einstellungen, Wünsche, Bedürfnisse und allenfalls Kritik frei äussern?

Informationsgrundlage

- Gibt es gemäss «Checkliste Informationssammlung» wichtige fehlende Informationen?

8 Siehe Fussnote 4.

Tabelle 3: Problemmatrix – Checkliste für die interprofessionelle Informationssammlung

| | Medizinische Informationen | Pflegerische/therapeutische Informationen | Prognose |
|---|---|---|---|
| Behandlung und Betreuung | Was sind aktuell die grössten medizinischen Probleme? | Was sind aktuell die grössten pflegerischen Probleme? | Wie ist die kurzfristige Prognose? |
| | Sind alle sinnvollen diagnostischen Massnahmen durchgeführt worden? | Welche Unterstützung braucht der Patient? | Wie ist die langfristige Prognose? |
| | Wie ist der therapeutische Nutzen des aktuellen Therapieplans zu beurteilen? | Wie viel Unterstützung braucht der Patient? | Wie ist die Prognose ohne Behandlung? |
| | Wie gross ist das Komplikationsrisiko dieser Massnahmen? | Bestehen spezielle Vereinbarungen mit den Angehörigen? | Welche Erfahrungen wurden bei ähnlich gelagerten Fällen gemacht? |
| | Wie gross ist die Belastung für den Patienten? | Gibt es spezifische Informationen, über die nur Mitarbeitende der therapeutischen Disziplinen verfügen? | Welche Einschränkungen der Selbständigkeit des Patienten sind zu erwarten? Wie ist die zu erwartende Lebensqualität? |
| | | | |
| Patient/Patientin | Präferenzen/ Bisheriger Lebensentwurf | Patientenwille | Risikokonstellation |
| | Was ist wichtig für den Patienten? | Ist der Patient / die Patientin urteilsfähig? Ist der Patient / die Patientin eingeschränkt oder unsicher urteilsfähig? | a) Unter- und Ungleichversorgung – Fortgeschrittenes Lebensalter – Weibliches Geschlecht – Tiefer sozioökonomischer Status – Ethnische Minorität – Alleinstehend? – Chronische Erkrankung – Multimorbidität – Hohe Pflegeintensität? – Urteilsunfähigkeit? – Psychische Erkrankung – Demenz – Terminale Erkrankung? b) Überversorgung Schätzen Sie die Situation so ein, dass für diesen Patienten ein Risiko für Überversorgung besteht? |
| | Hat er irgendwelche Hobbys, die ihm viel bedeuten? | Gibt es Äusserungen aus der unmittelbaren Vergangenheit, z.B. vor einer Operation während des Aufklärungsgesprächs? | |
| | Wenn es sich um eine chronische Krankheit handelt: Wie ist der Patient bisher mit seiner Krankheit umgegangen? | Gibt es eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht? Wenn ja, wie aktuell ist sie und lässt sie sich auf die aktuelle Situation anwenden? | |
| | Was ist über die Weltanschauung des Patienten bekannt? | Gibt es Hinweise, dass sich der Patientenwille in der Zwischenzeit geändert haben könnte? | |
| | Gehört der Patient einer Glaubensgemeinschaft an? | Gibt es Äusserungen zum Patientenwillen vor der aktuellen Hospitalisation? | |
| | Besteht ein Bedürfnis nach seelsorgerischer Betreuung oder werden der Pat. bzw. die Angehörigen aktuell von einem Seelsorger betreut? | Wie zuverlässig sind die Aussagen der Angehörigen zum mutmasslichen Patientenwillen? | |
| Wie waren die Lebensqualität und die Selbständigkeit vor der jetzigen Erkrankung? | Wurde klar zwischen den Wünschen des Patienten und denjenigen der Angehörigen unterschieden? | | |
| Soz. Umfeld und Rahmenbedingungen | Soziales Umfeld | Strukturelles | Anderes |
| | Wie sieht das soziale Umfeld aus? | Werden mögliche Therapien in diesem Krankenhaus angeboten? | |
| | Wie weit sind die Angehörigen informiert? | Herrscht aktuell Personalmangel? | |
| | Wie weit sind die Angehörigen in die Entscheidungsfindung einbezogen? | Gibt es für allenfalls zur Verfügung stehende Therapieoptionen genügend Zeitressourcen? | |
| | Wie ist die Haltung der Angehörigen? | Bestehen Anreize für eine Überversorgung in einer solchen Situation? | |
| Bestehen besondere Probleme mit den Angehörigen? | | | |

Akzeptanz fördern [18]. Es hat sich zudem erwiesen, dass die Verankerung bei den Mitarbeitenden eine unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Implementierung ist [19].

Der Kernpunkt der Implementierung von METAP ist die Schulung der sogenannten Steuergruppe, einer auf der jeweiligen Abteilung tätigen multiprofessionellen Gruppe motivierter Fachkräfte. Sie wird in der differenzierten Handhabung des Eskalationsmodells und seiner theoretischen Fundierung an drei Halbtagen mit einem Angebot für individuelle Vertiefungsmöglichkeiten ausgebildet. Die ausgebildeten Mitglieder der Steuergruppe unterstützen die Implementierung als «Facilitators» im Team, indem sie das Eskalationsmodell aktiv in die Alltagsroutine integrieren: Sie greifen ethische Fragen auf, regen deren Problemlösung mit Unterstüt-

zung der Entscheidungshilfen an oder stehen den Teammitgliedern bei Fragen oder Unsicherheiten mit Rat und Tat zur Seite. Darüber hinaus übernehmen sie die Koordination der Vorbereitung der ethischen Fallbesprechung und erfüllen bei entsprechender Qualifikation die Funktion des Gesprächsmoderators oder der Moderatorin während der Fallbesprechung. Dabei gewährleisten sie, dass der Entscheidungsfindungsprozess nach dem definierten Verfahren formal und inhaltlich konsistent durchgeführt wird (s. z.B. Abb. 2). Die aktive Unterstützung durch die ärztliche und pflegerische Leitung der Station in der Anwendung von METAP ist vor allem in der Anfangsphase unabdingbar. Sie kann durch Mitglieder eines klinischen Ethikkomitees zusätzlich gefördert werden.

Problemlösung mit dem Eskalationsmodell von METAP – Illustration anhand eines Falls

Wie kann die Anwendung des Eskalationsmodells in der Praxis aussehen? Diese Frage wird anhand eines aus verschiedenen realen Fällen konstruierten Falls aus dem Bereich der Geriatrie beantwortet.

Fallbeschreibung – Ausgangslage:

Frau B. ist 86 Jahre alt und verwitwet. Sie leidet an einer seit Jahren schwer einschränkenden und schmerzhaften Arthritis und sieht wegen einer Makuladegeneration nur noch wenig. Seit einiger Zeit leidet sie an einer depressiven Verstimmung. Obwohl sie sich bei ihren Angehörigen gut aufgehoben weiss, äusserte sie in den vergangenen 5–6 Jahren wiederholt den Wunsch zu sterben. Die Familie empfindet die Pflege als zunehmend schwierig, so dass Frau B. mit ihrer Einwilligung vor einem halben Jahr ins Pflegeheim verlegt wird. Im Pflegeheim kommt es nach einem Schlaganfall zu einer akuten Zustandsverschlechterung. Frau B. wird ins Geriatriespital überwiesen.

Behandlung im Geriatriespital

Zur genaueren Diagnostik wird ein Schädel-CT durchgeführt, das eine Hirnatrophie und mehrere kleine Ischämiezonen zeigt. Die Patientin erhält, bedingt durch eine zeitweise auftretende Bewusstseinstörung sowie ausgeprägten Wortfindungs- und Schluckstörungen, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr via Magensonde. Sie wehrt sich und versucht, sich der Sonde zu entledigen. Sie äussert mehrfach den Wunsch, sterben zu dürfen.

Frau B. erhält täglich Besuch von ihren Angehörigen. Sie wünschen, dass alles therapeutisch Mögliche getan wird. Zudem versuchen sie gelegentlich, der Patientin etwas zu essen zu geben. Dabei verschluckt sie sich.

Frau B. entwickelt Fieber und wird schläfriger. Die Befunde bestätigen eine Pneumonie. Im Gespräch mit den Angehörigen macht der behandelnde Arzt den Vorschlag, die Pneumonie nicht mehr antibiotisch zu behandeln. Die Angehörigen lehnen dies ab.

Eskalationsmodell von METAP: Schritte und Massnahmen

Stufe 1: Die Pflegenden, welche die Patientin in den letzten Tagen betreut hat, ist verunsichert: Welches ist der in dieser Situation für die Patientin angemessene Therapieplan? Sie identifiziert via Leporello und «Identifikationsblatt des ethischen Problems» (Tbl. 2) verschiedene ethische Fragen: (1) Ist der Sterbewunsch valide? Ist Frau B. urteilsfähig und ist ihr Sterbewunsch wohl erwogen? (2) Die Patientin erfüllt Risikokriterien für Über-, aber auch Unter- oder Ungleichversorgung (Tbl. 2). Beeinflussen diese den Behandlungsplan? (3)

Ist der Wunsch der Angehörigen nach Maximaltherapie gerechtfertigt? Anhand der Problematrix (Tbl. 3) realisiert die Pflegenden, dass zur Validierung des Patientenwillens Informationen fehlen.

Stufe 2: Die Pflegefachfrau wendet sich mit ihren Fragen an die Stationsärztin, die Mitglied der Steuergruppe ist. Sie war die letzten Wochen in den Ferien und bisher nicht an der Behandlung beteiligt. Vor der Visite tragen Pflegenden und Ärztin die bekannten Informationen in die Problematrix ein (Tbl. 3). Es bestätigen sich Informationslücken zur Validierung des Patientenwillens. Es wird vereinbart, Patientin, Familienangehörige, Hausarzt sowie die Verantwortlichen des Pflegeheims zu Biographie und Wertvorstellungen zu befragen. Die Stationsärztin und die Pflegefachperson möchten zur Klärung der Therapieplanung eine ethische Fallbesprechung (vgl. unten, Stufe 3) durchführen, um einen möglichen Konflikt mit den Angehörigen abzuwenden. Die Stationsärztin koordiniert die Organisation der ethischen Fallbesprechung.

Fortführung der Fallbeschreibung nach Einholung der fehlenden Informationen:

Gespräch mit Frau B.: Frau B. ist während des Gesprächs sehr müde und schläft immer wieder ein. Man kann sie wecken, sie möchte aber nicht sprechen und sagt nur, dass die Ärzte und Pflegenden schon wüssten, was das Beste für sie sei.

Telefonat mit der Bezugspflegefachperson im Pflegeheim: Frau B. sei trotz Einschränkungen, Schmerzen und zunehmenden depressiven Verstimmungen als eigenständige, an sich gesellige Persönlichkeit bekannt. Sie sei an manchen Tagen zeitlich und örtlich verwirrt gewesen. Frau B. habe schon öfter einen Sterbewunsch geäussert, allerdings hätte man nie explizit nachgefragt, warum sie sterben wolle.

Telefonat mit dem Hausarzt: Der Hausarzt sei für drei Wochen in den Ferien. Seine Stellvertreterin kenne die Patientin nicht.

Gespräch mit den Angehörigen (Tochter mit Ehemann und Sohn): Frau B. habe die Familie liebevoll umsorgt. Sie habe kein Hobby gehabt, sich aber an einem regen Austausch mit Freundinnen erfreut. Da der Ehemann oft im Ausland tätig war, sei sie stets eigenständig gewesen. Die Familie habe nie über das Sterben oder den Umgang mit Krankheiten geredet. Es gebe auch keine Patientenverfügung.

Stufe 3: Bei der Organisation ethischer Fallbesprechungen empfiehlt es sich, auf institutionelle Besonderheiten Rücksicht zu nehmen. So kann auf Zeitfenster zurückgegriffen werden, die für Fortbildungen reserviert sind oder eine Besprechung während des Schichtwechsels eingeplant werden. Ethische Fallbesprechungen finden auf dieser Station meist am Nachmittag während des Schichtwechsels statt. Zwei Pflegenden, die die Patientin betreut haben, der Stationsleiter, die Stationsärztin, der Oberarzt und die Logopädin treffen

sich im Besprechungszimmer. Der Stationsleiter, ein entsprechend geschultes Steuergruppenmitglied, moderiert die Besprechung. Mehrere Leporellos liegen auf, damit sich diejenigen, die zum ersten Mal an einer Fallbesprechung teilnehmen, orientieren können.

Die ethische Fallbesprechung, die sich explizit am Patientenwillen orientieren sollte, dient zunächst der Lösungssuche innerhalb des Teams; sie nimmt die Entscheidung nicht vorweg. Denn die an der ethischen Fallbesprechung ausgearbeitete Problemlösungsstrategie muss in einem weiteren Schritt von den Patienten bzw. ihren stellvertretenden Bezugspersonen nach entsprechender Information erst «ratifiziert» werden.

Der Ablauf der Fallbesprechung orientiert sich zur Wahrung der formalen und inhaltlichen Konsistenz anhand der dazu entwickelten Entscheidungshilfen⁹ an den drei Phasen: (1) Sammlung und Vorbereitung von Informationen, (2) Lösungssuche und vorläufige Entscheidung und (3) Planung der Umsetzung und Dokumentation (Abb. 2): In Phase 1 wird die im Vorfeld vorbereitete Problemmatrix durch die Gesprächsteilnehmenden aus der interprofessionellen Perspektive vervollständigt. Die moderierende Person führt die Gruppe durch diese Informationssammlung und fasst als Übergang zu Phase 2 das ethische Hauptproblem in den wesentlichen Punkten zusammen. Auf der Grundlage der zusammengetragenen Informationen erarbeiten die Gesprächsteilnehmenden folgende mögliche Therapieoptionen:

- Aktuelle Pneumonie wird behandelt, weitere Pneumonien ebenfalls
- Aktuelle Pneumonie wird behandelt, weitere Pneumonien nicht mehr
- Optimierung der medikamentösen Behandlung der Arthritis, Abklärung und allfällige Behandlung einer Depression
- Aktuelle Pneumonie wird nicht behandelt, Umstellung auf palliative Behandlung (es muss definiert werden, welche Behandlung dies beinhaltet).

In einem weiteren Schritt diskutieren die Gesprächsteilnehmenden, welche therapeutische Option den Patientenwillen am besten berücksichtigt, das Wohl der Patientin gegenüber möglichem Schaden begünstigt und mögliche Über-, Unter- oder Ungleichbehandlung ausschliesst.

Die Gesprächsteilnehmenden beurteilen den Sterbewunsch der Patientin als tendenziell valide, weil er, trotz fluktuierender Urteilsfähigkeit, über längere Zeit wiederholt geäußert wurde. Sie sind aber der Meinung, dass die Arthritis möglicherweise noch nicht optimal behandelt ist und sich ungünstig auf die depressive Verstimmung auswirke, was den Sterbewunsch verstärken könnte.

Man beschliesst, folgendes Prozedere der Patientin bzw. ihren Angehörigen zu unterbreiten: Behandlung der aktuellen Pneumonie und gleichzeitig Optimierung

der Arthritisbehandlung. Sollte die Patientin dann noch immer einen Sterbewunsch äussern, würde die Antibiotikatherapie gestoppt und eine Umstellung auf palliative Betreuung eingeleitet.

Nach der Fallbesprechung wird das mögliche therapeutische Vorgehen mit der Patientin und den auf ihren Wunsch hin ebenfalls anwesenden Angehörigen besprochen. Dieses Gespräch wird mit einem Schwerpunkt auf den Willen und das Wohl der Patientin durchgeführt. Sollte dabei ein Konflikt entstehen, kann als *Stufe 4* des Eskalationsmodells eine Ethikkonsultation mit einer Ethikfachperson durchgeführt werden.

Diskussion

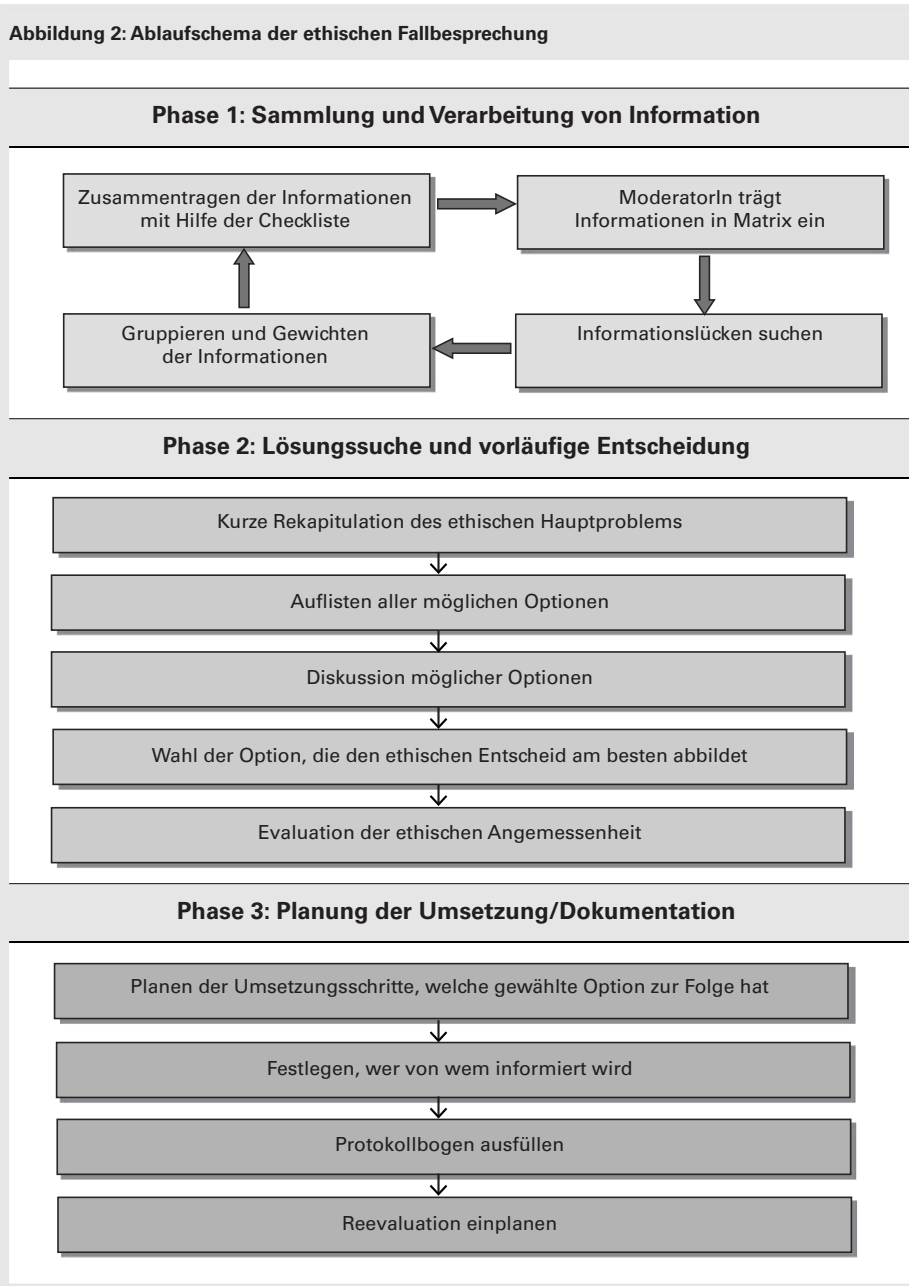
Mit dem Eskalationsmodell von METAP ist ein empirisch und normativ-ethisch fundiertes sowie konsensbasiertes Modell zur Unterstützung einer klinischen Alltagsethik entwickelt worden. Dieses iterative Entscheidungsfindungsverfahren soll die praktische Ethikkompetenz von interprofessionell tätigen klinischen Mitarbeitenden bei der Bearbeitung von ethischen Fragestellungen zum Behandlungsplan einzelner Patienten und Patientinnen unterstützen. Praktische ethische Kompetenz beinhaltet verschiedene Aspekte der ethischen Reflexion, Urteilsfindung sowie Kommunikationsfähigkeit. Wir gehen davon aus, dass diese durch die Bezugnahme auf die dazu entwickelten ethischen Entscheidungshilfen und die im Handbuch zugänglichen theoretischen Grundlagen gefördert und unterstützt werden können [6].

Das Eskalationsmodell von METAP – Ein (päd)agogisch-ethisches Entscheidungsfindungsmodell?

In der Literatur finden sich verschiedene Typen von klinisch-ethischen Entscheidungsfindungsmodellen; eine aktuelle, vergleichende Übersichtsarbeit dazu fehlt jedoch. *Praktische Modelle* stützen sich tendenziell auf die moralische Expertise der klinischen Fachpersonen, haben pragmatische Abläufe mit verschiedenen Stadien der Entscheidungsfindung [20] und sind tendenziell weniger theoriespezifisch oder philosophisch begründet [21]. *Integrative Beratungsmodelle* sind sowohl theoretisch und/oder philosophisch [22] als auch gleichzeitig praktisch fundiert [18, 19, 23], wobei hier zwischen Experten-, Delegations-, Prozess- und offenen Modellen unterschieden wird. Expertenmodelle mit Fokus auf der klinischen Ethikkonsultation stammen beispielsweise von Reiter-Theil [18]. Als Beispiele für ein Prozessmodell sind etwa das deliberative Modell nach Molewijk [24], das Modell zur Durchführung von ethischen Fallbesprechungen im Team nach der Nimwegener Methode [19] und von Riedel et al. [25] zu nennen.

Mit dem Eskalationsmodell von METAP soll das klinische Personal für ethische Fragen sensibilisiert werden. Wir gehen davon aus, dass sich durch die Integra-

9 z.B. Abb. 2, Tbl. 3.



tion des Modells in die Alltagsroutine eine praktische ethische Kompetenz ausbildet; eine Fähigkeit, welche bei den Mitarbeitenden eine konsistente und transparente ethische Reflexions- und Entscheidungsfähigkeit fördert. Mit diesem starken Fokus auf Ethik-bezogenes Empowerment des klinischen Personals schlagen wir vor, das Eskalationsmodell von METAP als ein (pädagogisch-basiertes¹⁰ Entscheidungsfindungsmodell zu bezeichnen.

Ausblick und Fazit

Die Akzeptanz, Praktikabilität und Wirkung des Eskalationsmodells von METAP wird aktuell in einer breit angelegten Multizenter-Studie untersucht. Eine erste Sich-

tung der Evaluationsergebnisse aus der Perspektive der befragten Fachpersonen gibt Hinweise darauf, dass ein in die klinische Alltagsroutine implementiertes ethisches Qualitätsmanagement die Patientenversorgung günstig beeinflussen kann, ebenso die Zusammenarbeit, die Ausbildung der ethischen Kompetenz oder den moralischen Distress des klinischen Personals.

Dank

Das Projekt METAP beruht auf der grosszügigen finanziellen Förderung durch den Schweizer Nationalfonds. Diese wird erweitert durch folgende Stiftungen: Verein zur Förderung von Wissenschaft und Ausbildung am Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel, Gott-

10 Siehe Fussnote 2.

fried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung, Käthe-Zingg-Schwichtenberg Fonds (SAMW), Nora van Meeuwen-Haefliger Stiftung, Werenfels-Fonds und Fonds zur Förderung von Lehre und Forschung (Freiwillige Akademische Gesellschaft Basel), OPO-Stiftung und Olga Mayenfisch Stiftung. Unser besonderer Dank gilt den klinischen Fachleuten für ihre Expertise und Engagement während des Entwicklungsprozesses von METAP.

Abstract

Clinical every day ethics – METAP an ethical decision-making model for interprofessional clinical teams

As current studies suggest, clinical staff regularly perceive inadequate treatment during daily routines. This can lead to moral distress and may reduce the quality of health care.

METAP¹¹, a multimodular ethical decision-making model, was developed to counter these inadequacies. In addition to an ethics consultation by a professional ethicist, this model includes everyday ethics tailored to clinical professionals employed in interprofessional teams using a multilevel decision-making procedure. Depending on the severity of an ethical situation, a so-called «escalation model» can be applied via methodically and didactically sound ethical decision-making aids that have been specifically designed to account for the severity. To support the ethical problem-solving process, a handbook containing basic knowledge about medical, ethical, and legal aspects as well as clues from decision psychology has been developed for interprofessional teams. METAP also includes recommendations based on this knowledge.

The escalation model – the core element of METAP – is designed to raise clinical staff's awareness for ethical challenges. Further, the model is intended to advance ethically consistent reflection and to improve decision-making competence concerning the individual patient's situation, thus, improving the quality of health care.

Given its focus on an ethics-related empowerment of clinical staff, METAP's escalation model amounts to a (ped)agogical¹² ethical decision-making model.

Résumé

Éthique clinique dans le quotidien – METAP, un modèle de prise de décision éthique pour les équipes interprofessionnelles

Selon des analyses actuelles, le personnel médical serait régulièrement le témoin, dans son travail quotidien, de traitements inappropriés. Cette situation peut

engendrer une détresse morale ainsi qu'un déficit dans la qualité des soins.

Le modèle METAP, qui est un modèle multi-adaptable de prise de décisions à caractère éthique, a été développé dans l'objectif d'apporter une réponse à cette situation. Au-delà du soutien apporté par un professionnel dans le domaine de l'éthique, ce modèle propose une éthique pour le travail quotidien du personnel médical intégré dans une équipe interdisciplinaire, sous la forme d'une procédure décisionnelle à plusieurs niveaux appelée «Eskalationsmodell» (modèle d'escalade). Cette procédure peut être appliquée de façon modulée au regard de la gravité du problème éthique posé, grâce au recours à des instruments d'aide à la prise de décision éthique développés à cet effet sur un fondement méthodologique et didactique approprié. Un manuel contenant les bases de la connaissance en matières médicale, éthique, juridique et psychologique ainsi que les recommandations qui en découlent a été réalisé à l'attention des équipes interprofessionnelles pour les aider dans la résolution de questions éthiques. Ce modèle, qui est l'élément clé de METAP, doit sensibiliser le personnel médical aux questions éthiques, encourager une réflexion éthique cohérente et soutenir la compétence décisionnelle appliquée aux situations individuelles des patients. Il doit aussi concourir au renforcement de la qualité des soins.

Étant donné qu'il vise au renforcement de la prise de décision dans le domaine éthique par le personnel médical, ce modèle est un modèle (péd)agogique de prise de décision éthique.

Korrespondenz

Dr. Heidi Albisser Schleger
Klinische Ethik und Forschung – METAP
Institut für Pflegewissenschaften
Universität Basel
Bernoullistr. 28
CH-4056 Basel

E-Mail: heidi.albisser[at]unibas.ch

Eingang des Manuskripts: 18.3.2013

Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 10.5.2013

Annahme des Manuskripts: 27.5.2013

Referenzen

- Hurst S, Reiter-Theil S, Perrier A, Forde R, Slowther A, Pegoraro R, Danis M. Physicians' access to ethics support services in four European countries. *Health Care Anal.* 2007;15(4):321–35.
- Piers RD, Azoulay E, Ricou B, DeKeyser Ganz F, Decruyenaere J, Max A. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA.* 2011;306:2694–703.
- Salathé M, Amstad H, Jünger M, Leuthold M, Regamey C. Institutionalisierung der Ethikberatung an Akutspitälern, psychiatrischen Kliniken, Pflegeheimen und Einrichtungen der Rehabilitation der Schweiz: Zweite Umfrage der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Bioethica Forum.* 2008;1:8–24.
- Slowther A. Embedding clinical ethics in a health care system: the experience of the UK clinical ethics network. *Bioethica Forum.* 2008;1:40–5.

11 Acronym for Modular, Ethics, Therapy, Allocation, Process.

12 Within social sciences, «agogic» functions as the general term for the science of the professional instruction and development of expertise.

5. Vollmann J. Klinische Ethikkomitees und Ethikberatung in Deutschland: Bisherige Entwicklung und zukünftige Perspektiven. *Bioethica Forum*. 2008;1:33–9.
6. Albisser Schleger H, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S. Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. Berlin, Heidelberg: Springer; 2012.
7. Reiter-Theil S, Mertz M, Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Kressig RW, Pargger H. Klinische Ethik als Partnerschaft – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann. *Ethik Med*. 2011;23(2):93–105.
8. Reiter-Theil S, Mertz M, Schürmann J, Stingelin N, Meyer-Zehnder B. Evidence – competence – discourse: The theoretical framework of the multi-centre clinical ethics support project METAP. *Bioethics*. 2011;25:403–12.
9. Gesang B, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S. Starke und schwache Autonomie – eine hilfreiche Unterscheidung für die Vorbeugung von Unter- und Überbehandlung. *Ethik Med*. 2012; DOI 10.1007/s00481-012-0226-4.
10. Schürmann J, Meyer-Zehnder B, Mertz M, Albisser Schleger H, Schlögl M, Kressig R, Pargger H, Reiter-Theil S. Fairness and transparency in bedside micro-allocation: Improving the ethical competence of clinical staff. In: Danis M, Hurst S, Slowther A, Forde R, Fleck LM, editors. *Toward fair rationing at the bedside*. Oxford: Oxford University Press; 2013 (Accepted for publication).
11. Mertz M, Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S. Prinzipien und Diskurs – Ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikkonsultation. *Ethik Med*. 2013; DOI 10.1007/s00481-013-0243-y.
12. AWMF, ÄZQ – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ). *Leitlinien-Manual, 2000*. <http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-entwicklung/deutsche-projekte/leitlinien-manual> (accessed 15 Apr 2012).
13. AGREE Collaboration – Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Collaboration. *AGREE Instrument II, 2009*. <http://www.agreertrust.org/> (accessed 15 Apr 2012).
14. Strech D, Schildmann J. Quality of ethical guidelines and ethical content in clinical guidelines. The example of end-of-life decision making. *J Med Ethics*. 2011;37:390–6.
15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: University Press; 2009.
16. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care*. 2001;39(8 Suppl 2):II2–45.
17. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*. 2004;8(6): 1–72.
18. Reiter-Theil. *Klinische Ethikberatung – Ein integratives Modell für Praxis und Reflexion*. *Ther Umsch*. 2008;65:359–65.
19. Steinkamp N, Gordijn B. *Ethik in der Klinik und Pflegeeinrichtung – ein Arbeitsbuch*. Neuwied, Köln, München: Luchterhand; 2005, p. 217–39.
20. Cottone RR, Claus RE. Ethical decision-making models: A review of the literature. *J Couns Dev*. 2000;78(3):275–83.
21. Devlin B, Magill G. The process of ethical decision making. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2006;20(4):493–506.
22. Park EJ. An integrated ethical decision-making model for nurses. *Nurs Ethics*. 2012;19:139–59.
23. Baumann-Hölzle R. *Medizin- und pflegeethische Entscheidungsfindung in der neonatalen Intensivmedizin – das «Zürcher Modell» und seine wertethischen Voraussetzungen*. In: Holderegger A, Müller D, Sitter-Liver B, Zimmermann-Acklin M, Herausgeber. *Theologie und biomedizinische Ethik*. Freiburg: Universitätsverlag; 2002, p. 297–315.
24. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Wittershoven G. Teaching ethics in the clinic. Theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics*. 2008;34(2):120–4.
25. Riedel A, Lehmeier S, Elsbernd A. *Einführung von ethischen Fallbesprechungen – Ein Konzept für die Pflegepraxis. Ethisch begründetes Handeln praktizieren*. Lage: Verlag Hans Jacobs; 2011.