

METAP – Ethisches Entscheidungsfindungsmodell

Massgeschneiderte klinische Alltagsethik

METAP ist ein ethisches Entscheidungsfindungsmodell für multiprofessionelle Teams in der klinischen Alltagsroutine. Mit dem vierstufigen Modell soll vermieden werden, dass sich persönliche Werturteile ungünstig auf die Patientenversorgung auswirken. Ethische Entscheide werden transparenter und besser nachvollziehbar.

Text: Heidi Albisser Schleger, Barbara Meyer-Zehnder, Sabine Tanner, Marcel Mertz, Valentin Schnurrer, Hans Pargger, Stella Reiter-Theil
Foto: Werner Krüper

Kostendruck und Hochleistungsmedizin führen unvermeidlich zu ethischen Fragestellungen bei Therapieentscheidungen im klinischen Alltag. Internationale Studien weisen darauf hin, dass vulnerable Patienten, wie zum Beispiel hochbetagte, chronisch oder kritisch Kranke, ein erhöhtes Risiko für Über-, Unter- und Ungleichversorgung haben. Die Konfrontation mit unangemessener Patientenversorgung ist für Pflegefachleute und Ärzte belastend und mit einem

Risiko für Burnout verbunden (Piers et al. 2011).

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen eines Schweizerischen Nationalfondsprojekts¹ das ethische Entscheidungsfindungsmodell METAP² (www.klinischeethik-metap.ch) entwickelt. Dieses beinhaltet neben dem Angebot der Ethikberatung (Ethikkonsil) durch eine professionelle Ethikfachperson eine massgeschneiderte klinische Alltagsethik für multidisziplinär tätiges klinisches Perso-

nal. Das Eskalationsmodell soll klinisches Personal für ethische Fragen sensibilisieren, die ethische Reflexions- und Entscheidungskompetenz in der individuellen Patientensituation fördern und damit einen Beitrag zur Versorgungsqualität leisten.

Vier-Stufen-Modell

METAP bietet mit dem Eskalationsmodell ein vierstufiges Entscheidungsfindungsverfahren an, das je nach Schwe-

Die Intensivpflege ist oft mit schwierigen Situationen konfrontiert.



regard der ethischen Fragestellung zur Anwendung kommt. In Abhängigkeit der Schwere der ethischen Fragestellung können vier verschiedene Problemlösungsstufen in Anspruch genommen werden. Entscheidend dabei ist der Fokus des Modells, der klinischen Fachpersonen im Entscheidungsfindungsprozess hilft, eine unmittelbare Orientierung am direkten oder mutmasslichen Patientenwillen³ zu nehmen.

Stufe 1: Individuelle Entscheidungsfindung. Diese Stufe beinhaltet die individuelle ethische Problemidentifikation und Lösungssuche mit Hilfe von methodisch und didaktisch gestützten ethischen Entscheidungshilfen, z. B. einer Checkliste zur Informationssammlung (Tabelle 3) oder Fragen zur ethischen Reflexion (Abbildung, S. 16).

Stufe 2: Beratung mit Steuergruppenmitglied (Facilitator): Wenn eine Person allein das anstehende Problem nicht zufriedenstellend bearbeiten kann, erfolgt auf Stufe 2 eine Beratung mit einem in der Handhabung von METAP geschulten Steuergruppenmitglied (Facilitator) (siehe unten).

Stufe 3: Ethische Fallbesprechung im Behandlungsteam: Erst wenn auch die Besprechung zu zweit ergibt, dass zur weiteren Bearbeitung des Problems zusätzliche Informationen und Wissen von anderen Berufsgruppen oder Mitarbeitenden nötig ist, wird auf Stufe 3 eine

ethische Fallbesprechung im Behandlungsteam (Abb.) durchgeführt.

Stufe 4: Ethikberatung mit zusätzlicher Hilfe von Fachperson: Auf Stufe 4 kann schliesslich eine Beratung durch eine Ethikfachperson in Anspruch genommen werden. Gerade bei Interessenskonflikten, schwieriger Teamdynamik, kontroversen Wertvorstellungen, Meinungsverschiedenheiten oder Konflikten mit der Institution kann eine unabhängige Fachperson mit vertiefter Ethikkompetenz den Blick auf neue Lösungsmöglichkeiten lenken.

In Tabelle 1 werden die vier Voraussetzungen für die jeweiligen Stufen des Eskalationsmodells sowie die einzelnen möglichen Massnahmen zusammenfassend erläutert. Die Stufenabfolge kann auch übersprungen oder abgekürzt werden; so kann – wenn verfügbar – zum Beispiel bei Bedarf auch ohne alle Stufen zu durchlaufen, eine unabhängige Ethikfachperson, etwa aus einem klinischen Ethikkomitee, konsultiert werden, wenn dies angezeigt erscheint.

Transparenz und Konsistenz

Werden klinisch-ethische Fragestellungen nach persönlicher Wertvorstellung beurteilt, kann damit das Risiko verbunden sein, dass gewisse Therapien Patienten vorenthalten werden oder auch dass Patienten übertherapiert werden. Ein Oberarzt der Geriatrie kann

Autorinnen und Autoren

Heidi Albisser Schlegler MSc, PhD, RN,¹

Barbara Meyer-Zehnder Dr. med.,^{1,2}

Sabine Tanner MSc, PhD,¹

Marcel Mertz MA, cand. PhD,³

Valentin Schnurrer MA,¹

Hans Pargger Prof. Dr. med.,²

Stella Reiter-Theil Prof. Dr. rer. soc.,¹

Kontakt: heidi.albisser@unibas.ch

¹ Klinische Ethik, Universitätsspital Basel, UPK, IBMB, Universität Basel, Schweiz.

² Departement Anästhesie, Operative Intensivbehandlung, Universitätsspital Basel, Schweiz.

³ Lehrstuhl der Philosophie III, Universität Mannheim, Deutschland.

beispielsweise die Meinung vertreten, von gewissen operativen Eingriffen ab einem bestimmten Alter abzusehen, während für seinen Kollegen nicht das chronologische Alter ausschlaggebend ist für oder gegen die Behandlung, sondern der Allgemeinzustand des Patienten, der Patientin. Durch den gezielten Einsatz der Entscheidungshilfen auf den einzelnen Stufen soll vermieden

¹ SNF Nr. 3200B0-113724 und 32003B-125122.

² Akronym für Modular, Ethik, Therapieentscheidung, Allokation, Prozess.

³ A) Direkter Patientenwille: PatientIn ist urteilsfähig und äussert seinen/ihren direkten Willen. B) Mutmasslicher Patientenwille: PatientIn ist nicht urteilsfähig. Der Wille wird entweder über die Patientenverfügung, seine/ihre direkten Angehörigen oder früher gemachte mündliche Äusserungen ermittelt.

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 Leporello anhand folgender Entscheidungshilfen: <ul style="list-style-type: none"> • «Identifikation des ethischen Problems» (Tbl. 2) • Problemmatrix (Tbl. 3)
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 und 3) 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.) einer ethischen Fallbesprechung im multiprofessionellen Behandlungsteam
Stufe 4	Ethische Fallbesprechung konnte die offenen Fragen nicht klären? Intensivierung der Lösungssuche	Ethikkonsultation mit zusätzlicher Hilfe von Fachperson	Professionelle Ethikberatung durch Fachpersonen mit Ethikkompetenz

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 auf Grund verständlicher Informationen und ohne äusseren Zwang bilden?
- Urteilsfähigkeit nicht vorhanden: Würde 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 Hinweise 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 Hinweise 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?

werden, dass sich persönliche Werturteile ungünstig auf die Patientenversorgung auswirken. Zudem sollen damit Transparenz, Konsistenz und Nachvollziehbarkeit des ethischen Entscheidungsprozesses unterstützt werden.

Entwicklung und Praxis

METAP wurde, wo möglich, in Anlehnung an die Standards der medizinischen Leitlinienentwicklung entwickelt. Dabei wurden folgende Kriterien berücksichtigt:

- Die Inhalte sollten berufsübergreifend angewendet werden können. Die Entwicklung der einzelnen Kapitel erfolgte deshalb durch eine interprofessionelle Gruppe mit medizinischer, psychologischer, pflegerischer, sozio-

logischer, rechtlicher und ethischer Kompetenz.

- Die in METAP enthaltenen Grundlagenkapitel und die daraus abgeleiteten Empfehlungen sollten von guter Informationsqualität sein: Sie wurden mit zahlreichen Forschungsarbeiten fundiert.
- Die Empfehlungen wie auch die Entscheidungshilfen wurden zusätzlich von externen, am Entwicklungsprozess nicht beteiligten, multiprofessionellen klinischen und wissenschaftlichen Experten und Expertinnen auf Akzeptanz und Praktikabilität hin geprüft.

METAP ist in verschiedenen universitären und nicht-universitären Intensiv-

pflegestationen und geriatrischen Abteilungen der Schweiz eingeführt worden. Die (Pilot-)Implementierung erfolgt weitestgehend nach dem gleichen Prozedere. Kernelement bildet die Gründung einer Steuergruppe auf jeder Station, die sich aus möglichst allen dort vertretenen Berufsgruppen (Ärzte, Pfleger, aber auch therapeutische Berufe oder Seelsorge u. a.) zusammensetzt. Nach einer systematischen Schulung erfüllen die Steuergruppenmitglieder (Facilitator) folgende Aufgaben: Unterstützung der übrigen Mitarbeitenden bei der Anwendung von METAP, Ansprechperson bei der Wahrnehmung einer ethischen Problemstellung sowie Organisation und Moderation von ethischen Fallbesprechungen. Sehr bewährt hat sich die Durchführung von regelmässigen und zu Beginn vom METAP-Projektteam begleiteten ethischen Fallbesprechungen.

Fall im klinischen Alltag

Wie können klinische Fachleute ethische Fragen oder Unsicherheiten im klinischen Alltag mit Hilfe des vierstufigen Eskalationsmodells von METAP lösen? Dies soll anhand eines fiktiven Falls erläutert werden:

Eine 86-jährige Patientin lebt seit mehreren Jahren im Pflegeheim, mittels Rollator ist sie mobil, die Mobilisation ist erschwert durch schwere Polyarthrose. Im Pflegeheim äussert sie gelegentlich, dass sie sterben möchte; dazwischen scheint sie aber relativ zufrieden zu sein. Sie hat leichte Demenz (MMS 25/30). Wegen einer Pneumonie wird sie ins Spital eingewiesen. Auf der Notfallstation wird nach Rücksprache mit einem Neffen mit einer Antibiotikatherapie begonnen und die Patientin wird auf die Geriatriestation verlegt. Dort bessert sich ihr Allgemeinzustand. Die Patientin äussert gegenüber der zuständigen Pflegefachfrau wiederholt den Wunsch, sterben zu wollen.

Die zuständige Pflegefachfrau ist sehr verunsichert durch den von der Patientin geäusserten Sterbewunsch. Sie nimmt auf **Stufe 1** das Leporello zur Hand und geht die Entscheidungshilfe «Identifikationsblatt des ethischen Problems» (Tab. 2) durch. Dabei wird sie angeleitet, ihre Wahrnehmung des ethischen Problems anhand von Fragen zu identifizieren und (beispielsweise bei späteren Rapporten) zu benennen. Auch

Tabelle 3: Problemmatrix – Checkliste für die multidisziplinäre 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?	Wieviel 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. Für Unter- und Ungleichversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Fortgeschrittenes Lebensalter? • Weibliches Geschlecht? • Tiefer sozioökonomischer Status? • Ethnische Minorität? • Allein stehend? • Chronische Erkrankung? • Multimorbidität? • Hohe Pflegeintensität? • Urteilsunfähigkeit? • Psychische Erkrankung? • Demenz? • Terminale Erkrankung?
	Hat er irgendwelche Hobbys, die ihm viel bedeuten?	Gibt es Äusserungen aus der unmittelbaren Vergangenheit, z.B. vor einer Operation während des Aufklärungsgesprächs?	b. Für Überversorgung <ul style="list-style-type: none"> • Schätzen Sie die Situation so ein, dass für diesen Patienten ein Risiko für Überversorgung besteht?
	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?		
Soziales Umfeld	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?			

die sogenannte «Problemmatrix» (Tab. 3), eine Checkliste zur multidisziplinären Informationssammlung und -bearbeitung, kann diesen Klärungsprozess unterstützen, denn die Erfahrung zeigt, dass viele Unsicherheiten in der Therapieplanung durch das Fehlen von Hintergrundinformationen zum Willen des Patienten, zu seinem Lebensentwurf oder seinen sozialen Bezügen entstehen. Diese Informationen sind besonders für vulnerable Patientengruppen, die ein Risiko für Über-, Unter- und Ungleichversorgung haben, von grundlegender Bedeutung.

Die zuständige Pflegefachperson realisiert, dass in der vorliegenden Patientensituation wahrscheinlich eine Unstim-

migkeit zwischen dem Patientenwillen bzw. dem ethischen Prinzip des «Respekts vor der Autonomie» und dem Prinzip der «Hilfeleistung» besteht. Gleichzeitig umfasst der Fall mehrere Risiken für Unterbehandlung.

Die Pflegefachperson wendet sich deshalb auf **Stufe 2** an ein Mitglied der Steuergruppe, in diesem Fall den zuständigen Oberarzt. Sie stellen fest, dass zur weiteren Beurteilung des Falls wichtige Informationen fehlen. Dabei wird genau festgelegt, wer für die Einholung welcher Informationen verantwortlich ist. Die Pflegefachfrau beispielsweise erkundigt sich telefonisch im Pflegeheim über die Punkte, die in der Checkliste zur Informationssammlung (Tab. 3) un-

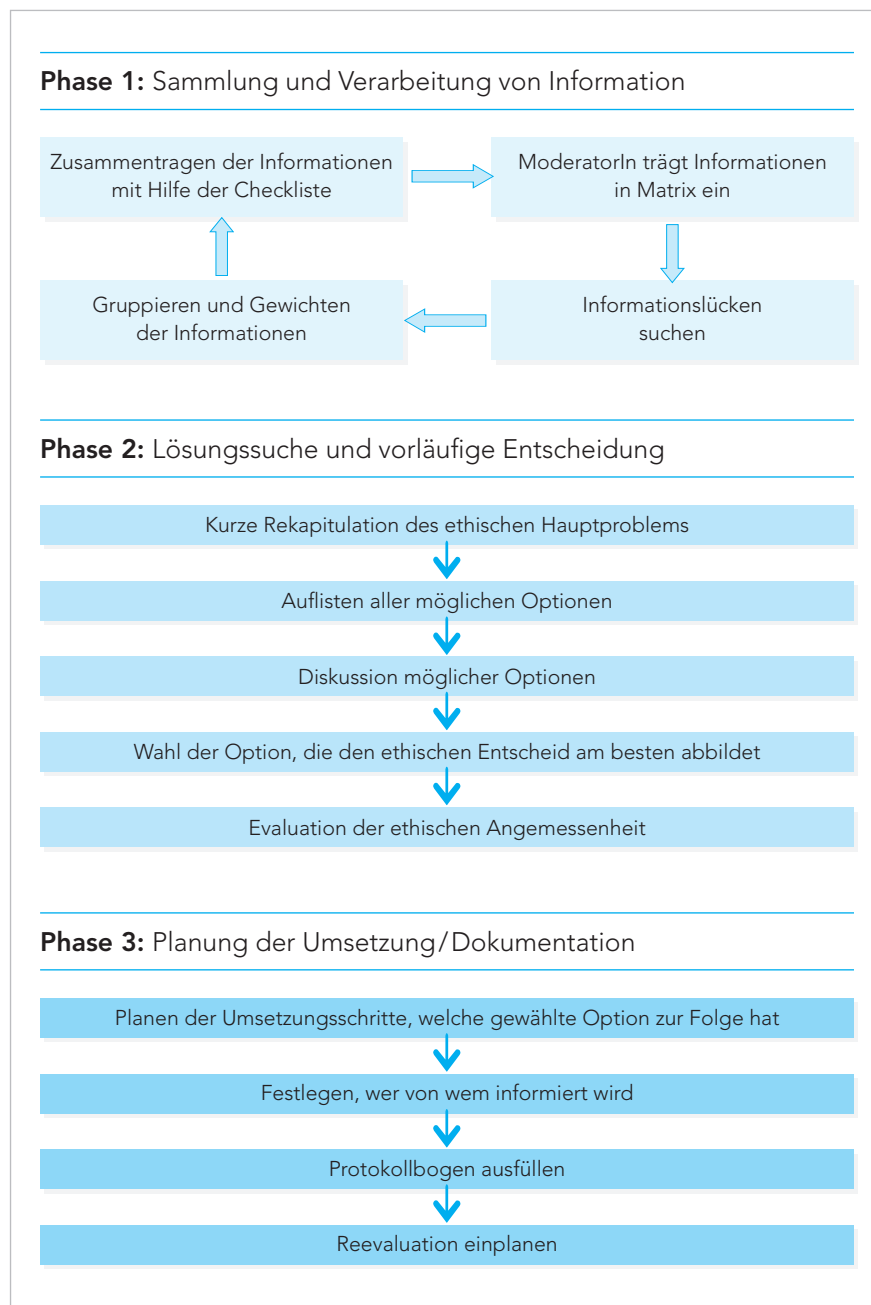
METAP

Handbuch und Leporello

METAP ist als Handbuch erhältlich und beinhaltet medizinisches, ethisches, rechtliches und entscheidungspsychologisches Grundlagenwissen sowie daraus abgeleitete Empfehlungen für den ethischen Entscheidungsprozess in der individuellen Patientensituation. Ergänzend dazu gibt es eine Kurzversion für die klinische Praxis (genannt Leporello).

Albisser Schleger, H.; Mertz, M.; Meyer-Zehnder, B.; Reiter-Theil, S. (2011): METAP – ethische Problemanalyse und Lösungsstrategien in der Klinik. Springer, Heidelberg, Berlin, New York.

Abbildung: Ablaufschema der ethischen Fallbesprechung



ter «Patientenwillen und Werte, bisheriger Lebensentwurf» aufgelistet sind. Auf Stufe 2 wird zudem entschieden, ob die Problemstellung allenfalls mit einer ethischen Fallbesprechung auf **Stufe 3** im multidisziplinären Team gelöst werden sollte. Eine ethische Fallbesprechung wird dann einberufen, wenn die Problemstellung einen interprofessionellen Informationsaustausch erfordert oder die Situation zu komplex ist, um sie in wenigen Minuten auf Stufe 2 zu bearbeiten. Steuergruppenmitglieder erfül-

len auf Stufe 2 zudem eine «Filterfunktion», um unnötige Fallbesprechungen zu vermeiden.

Erfolgreiche Anwendung

Die Erfahrung zeigt, dass auf geriatrischen Stationen viele ethische Probleme bereits auf Stufe 1 oder 2, zum Beispiel während der Kardex- oder Bettvisite, angegangen werden können, während es auf intensivmedizinischen Stationen eher einer Fallbesprechung (Stufe 3) bedarf.

Nach unseren Beobachtungen ist eine erfolgreiche Implementierung des Eskalationsmodells von der geschlossenen, positiven ärztlichen und pflegerischen Unterstützung abhängig. In der Anfangsphase ist eine Fachperson mit spezieller Qualifikation (z.B. Stationsleitung, Pflegeexpertin, PflegewissenschaftlerIn) auf der Station von grossem Nutzen, welche in Zusammenarbeit mit den anderen Mitgliedern der Steuergruppe die Anwendung von METAP auf den vier Stufen aktiv unterstützt. Bei der Organisation der ethischen Fallbesprechungen sollte auf lokale Besonderheiten Rücksicht genommen werden. So kann auf Zeitfenster zurückgegriffen werden, die für Fortbildungen reserviert sind, oder eine Besprechung wird während des Schichtwechsels eingeplant. Zudem empfiehlt es sich, zu Beginn der Implementierung einen bis zwei Fixtermine pro Monat für Fallbesprechungen festzulegen, die bei Bedarf genutzt werden können. Nur wenn von Anfang an regelmässig ethische Fallbesprechungen durchgeführt werden, können die Beteiligten Sicherheit und Routine gewinnen.

Evaluation und Schlussfolgerung

Aktuell wird in verschiedenen Spitälern eine wissenschaftliche Evaluationsstudie durchgeführt, um Akzeptanz, Praktikabilität und Wirkung von METAP aus der Perspektive der Fachleute zu untersuchen.

Erste Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass sich die befragten klinischen Mitarbeitenden bei der ethischen Problemlösung sicherer fühlen. Die Befunde deuten auch auf einen günstigen Effekt auf die Qualität der Patientenbetreuung. Als Nebeneffekt lassen die Daten positive Auswirkungen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit am Krankenbett sowie eine Reduktion der erlebten Belastung durch ethische Probleme erkennen.

Es ist davon auszugehen, dass ein in der klinischen Alltagsroutine implementiertes ethisches Qualitätsmanagement unter gewissen Bedingungen, v.a. dann, wenn dies von der ärztlichen und pflegerischen Leitung unterstützt wird, einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität nehmen kann. ■

Die Literaturliste ist erhältlich bei:
heidi.albisser@unibas.ch