

# Optimierung der Versorgungsqualität durch partnerschaftliche interdisziplinäre Zusammenarbeit

## Erste Evaluationsergebnisse der medizinethischen Leitlinie METAP

Barbara Meyer-Zehnder (1/2), Heidi Albisser Schlegler (2), Sabine Tanner (2), Valentin Schnurrer (2), Stella Reiter-Theil (2), Hans Pargger (1)

1 Departement Anästhetie und operative Intensivbehandlung, Universitätsspital Basel

2 Klinische Ethik, Universitätsspital Basel, UPK, Basel

### Hintergrund:

- Behandlungen auf Intensivstationen werden immer komplexer.
- Viele Berufsgruppen/Disziplinen sind beteiligt.
- Moralischer Distress wird von Pflegenden und Ärzten beschrieben<sup>1</sup>.
- Ärzte und Pflegende nehmen «Medical Futility» wahr<sup>2</sup>.

### Die Leitlinie METAP<sup>3</sup>:

- Entwicklung in Anlehnung an medizinische Leitlinien<sup>4</sup>
- Liefert Verfahren, Kriterien und Hilfsmittel zur Entscheidungsfindung in schwierigen Behandlungssituationen
- Ziel: ethisch angemessener Therapieentscheid [ethische Angemessenheit.doc](#)
- mehrstufiges Entscheidungsmodell (Eskalationsmodell, *siehe Abb. 1*) je nach Dringlichkeit und Stärke der Problemwahrnehmung einer Therapiesituation
- Stufe 3: ethische Fallbesprechung im Behandlungsteam; werden regelmässig durchgeführt (Beispiel: [Poster\\_SGINDEF\\_Poster\\_SGI.pdf](#))

### Methode:

- Implementierung von METAP auf mehreren Intensivstationen und geriatrischen Abteilungen (*siehe Tab. 1*)
- Evaluation auf der Ebene Struktur, Produkt, Prozess und Ergebnis unter anderem durch leitfadengestützte, semistrukturierte Einzel- und Gruppeninterviews (*siehe Tab. 2*) [Evaluationsgraphik.pdf](#)
- Auswertung der aufgenommenen und transkribierten Interviews lege artis nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse<sup>5</sup>

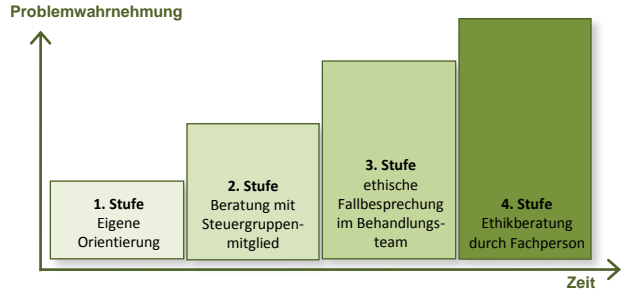
### Resultate:

- In den Interviews wurde nicht explizit nach der Wirkung von METAP auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefragt.
- Befragte praktisch aller Stationen geben an, dass PatientInnen direkt und indirekt vom METAP profitieren durch:
  - > aktivere, raschere und ethisch fundierte Entscheidungsfindung
  - > umfassende Informationssammlung als Grundlage der Entscheidungsfindung
  - > Integration interprofessioneller Sichtweisen in den Entscheidungsprozess
- Die Hälfte der Befragten fühlt sich seit der Einführung von METAP weniger belastet durch schwierige Therapieentscheide, u.a. durch bessere Kommunikation zwischen den Berufsgruppen.

### Schlussfolgerungen:

- Die medizinethische Leitlinie METAP ist in der klinischen Praxis anwendbar.
- Pflegende und Ärzte erleben durch METAP eine Abnahme der persönlichen Belastung.
- Die Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen verbessert sich durch regelmässig durchgeführte ethische Fallbesprechungen.

Abb. 1: Eskalationsmodell METAP



Tab 1: Abteilungen, auf denen METAP implementiert und evaluiert wurde

Name des Spitals	Unispital Basel	Unispital Basel	Felix-Platter-Spital, FPS	Kantons-spital Bruderholz KSB	St. Anna, Belegarzt-spital
Name Abteilung(en)	OIB <sup>1</sup>	AGUK <sup>2</sup>	Psycho-geriatrie, Neuroreha	IPS, interdisziplinär	IPS, interdisziplinär
Zahl Betten	22	28	45	10	8
Stellen% Pflegende	9820	3000	4250	2175	2550
Zahl Ärzte	17	6	8	6	5

<sup>1</sup> Operative Intensivbehandlung  
<sup>2</sup> Akutergeriatrische Universitätsklinik

Tab. 2: Übersicht Interviews und Teilnehmende

Station	Einzelinterviews				Gruppeninterviews			
	Anzahl	Teilnehmende			Anzahl	Teilnehmende		
ÄrztInnen		Pflegende	andere	ÄrztInnen		Pflegende	andere	
OIB	5	3	2	0	1	2	3	0
AGUK	5	3	2	0	2	2	8	0
BHS (IPS)	8	3	5	0	2	1	7	0
FPS	8	3	3	2	2	2	4	4
IPS St. Anna	8	2	5	1	2	2	6	2
Gesamt	34	14	17	3	9	9	28	6

### Zitate:

- «Also Vorteil ist einfach, wenn man so eine ethische Fallbesprechung macht, dass jeder ausreichend zu Wort kommen kann. Dass also nicht der Eindruck entsteht, zum Beispiel jetzt, der Arzt entscheidet irgendwas und übergeht die Pflege oder übergeht sonst irgendjemanden. Sondern es hat einfach, jeder kann was sagen zu dem, zu dem jeweiligen Fall.» (Ärztin Geriatrie)
- «Also die PatientInnen profitieren sicher indirekt von METAP, indem diejenigen, die am Bett stehen, sich sicherer fühlen, weniger Bedenken haben, das Falsche zu tun, ... oder zu viel oder zu wenig zu tun, weil es halt genauer geprüft wurde.» (Pflege-Leitung IPS)
- «METAP bietet einen guten Rahmen, um Argumente und Begründungen für Behandlungspläne zu explizieren. Einen Rahmen, den Visiten und Rapporte nicht bieten können.» (Oberarzt IPS)
- «Das sind ja häufig die schweren Fälle. Und das sind schon Fälle, wo man dann auch am Abend denkt, ist das jetzt wirklich nach seinem Willen oder qual' ich ihn jetzt? Und ich hab gemerkt, wenn man das dann bespricht, dann fühlt man sich erstens irgendwie sicherer, weil die anderen einen dann vielleicht bestätigen oder einem sagen, da müssen wir anders. Zudem konnte man auch ein bisschen abladen. Es wird dann mitgetragen.» (Arzt IPS)
- «Es, ich fühl' mich sicherer. Ein gewisser Ansatz an Sicherheit. Weil ich weiss es ist nicht mehr so diffus, sondern es ist etwas da, das das beschreibt. Und durch das fühl' ich mich schon auch sicherer. Und auch, zum Teil dann auch, ja, vertretbarer zu dem zu stehen, was man jetzt macht. Weil früher hab' ich's zum Teil erlebt, dass der Arzt gesagt hat 'ja, jetzt machen wir noch weiter' und die Pflege hat gesagt 'nein, wir können doch nicht. Schau, wir sind da acht Stunden am Bett, und das ist ja nicht tragbar'. Und so finden wir einen Weg, der für Alle stimmt, weil wir's miteinander entschieden haben und Jeder hat dem sein Einverständnis gegeben. Es macht auch das Arbeiten erträglicher, in diesen Situationen. Und ich glaub', das ist ja dann auch etwas, wo dem Patienten und den Angehörigen auch zugutekommt.» (Pflegende IPS)
- «Ich denk', es wird viel früher, wird miteinander geredet. Also es ist schon geredet worden. Nicht, dass nicht geredet worden ist. Aber es wird miteinander geredet. Und dass man auch alle Leute mal an einen Tische bringt, die ... sonst kommt vielleicht der eine Arzt und dann geht er wieder, aber es ist nie im Plenum miteinander geredet worden. Und jeder hat seine Stimme. Ja.» (Pflegeleitung IPS)

### Literatur/Webseiten:

- <sup>1</sup> Hamric A et al (2007) Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. Crit Care Med. 2007;35:422-429
- <sup>2</sup> Jox R et al (2012) Medical futility at the end of life: The perspectives of intensive care and palliative care clinicians. J Med Ethics. 2012;38:540-545
- <sup>3</sup> Albisser Schlegler et al (2012). Klinische Ethik METAP – Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. Springer, Heidelberg, Berlin, New York
- <sup>4</sup> Reiter-Theil S et al (2011) Klinische Ethik als Partnerschaft – oder wie eine ethische Leitlinie für den patientengerechten Einsatz von Ressourcen entwickelt und implementiert werden kann Ethik Med 23:93-105
- <sup>5</sup> Mayring P (2000) Qualitative Inhaltsanalyse. Forum Qualitative Sozialforschung [Online Journal] 1(2). Abrufbar über: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-df2-00inhalt-d.htm>  
<http://www.klinischeethik-metap.ch>, <http://klinische-ethik.unispital-basel.ch>

