

# Der Anaesthesist

Zeitschrift für Anästhesie · Intensivmedizin ·  
Notfall- und Katastrophenmedizin · Schmerztherapie

## Elektronischer Sonderdruck für B. Meyer-Zehnder

Ein Service von Springer Medizin

Anaesthesist 2014 · 63:477–487 · DOI 10.1007/s00101-014-2331-x

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

B. Meyer-Zehnder · U. Barandun Schäfer · H. Albisser Schleger · S. Reiter-Theil · H. Pargger

## Ethische Fallbesprechungen auf der Intensivstation

Vom Versuch zur Routine

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Anaesthesia 2014 · 63:477–487  
DOI 10.1007/s00101-014-2331-x  
Eingegangen: 27. Dezember 2013  
Überarbeitet: 20. März 2014  
Angenommen: 7. April 2014  
Online publiziert: 14. Mai 2014  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

**Redaktion**  
R. Rossaint, Aachen

**B. Meyer-Zehnder<sup>1,2</sup> · U. Barandun Schäfer<sup>1</sup> · H. Albisser Schleger<sup>2</sup> · S. Reiter-Theil<sup>2</sup> · H. Pargeter<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Operative Intensivbehandlung, Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel

<sup>2</sup> Klinische Ethik, Universitätsspital Basel, Universitäre Psychiatrische Kliniken, IBMB, Universität Basel

# Ethische Fallbesprechungen auf der Intensivstation

## Vom Versuch zur Routine

**Komplexe Patientensituationen, die das interprofessionelle Team stark fordern, benötigen nicht ausschließlich fachlich-medizinisches sowie fachlich-pflegerisches Wissen und Entscheidungen, sondern es ergeben sich auch vielfältige ethische Fragen. Das Modell METAP (Akronym, das sich aus den Worten **M**odule, **E**thik, **T**herapieentscheidung, **A**lllokation und **P**rozess zusammensetzt) stellt Verfahren und Hilfsmittel zur Bearbeitung schwieriger Therapiesituationen aus ethischer Sicht zur Verfügung. Die ethische Fallbesprechung (eFB) im interprofessionellen Behandlungsteam ist ein wichtiger Teil dieses Modells. Für alle Beteiligten ist es hilfreich und entlastend, wenn eFB regelmäßig stattfinden.**

### Hintergrund und Fragestellung

Der Berufsalltag vieler Mitarbeitender im Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren anspruchsvoller geworden und stellt immer höhere Anforderungen. Das betrifft auch die Intensivmedizin; hier werden komplexe und invasive Therapien durchgeführt und immer ältere sowie kränkere Patienten behandelt.

Gerade am Lebensende stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer Therapie. „Medical futility“, eine nutzlose, aussichtslose Therapie, wird von Pfle-

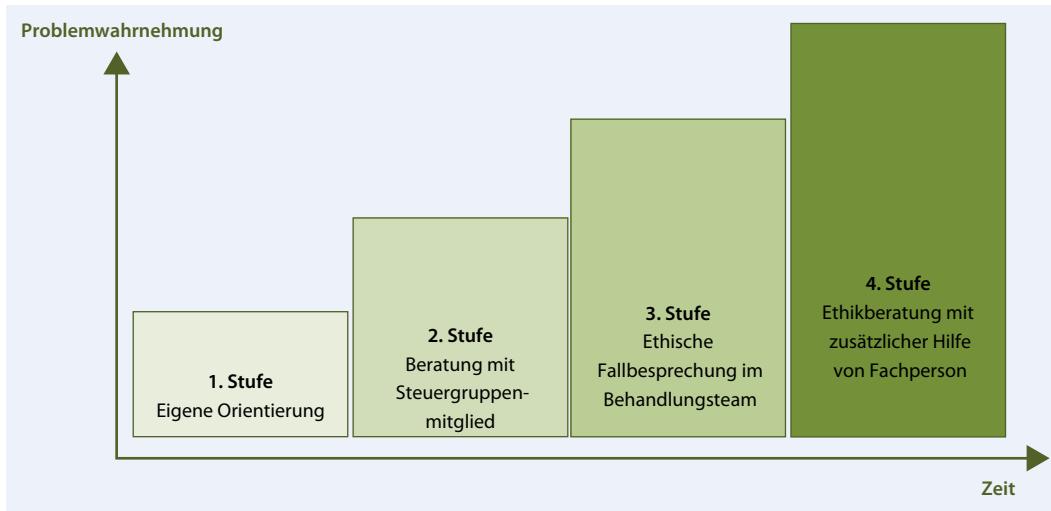
genden und Ärzten auf Intensivstationen häufig wahrgenommen [4, 23, 25]. In einer Interviewstudie auf einer Intensivstation und einer akutgeriatrischen Abteilung in Basel berichteten 86% der befragten Pflegenden und 75% der Ärzte über Situationen, in denen sie eine Therapiebegrenzung als sinnvoll erachtet hätten, diese aber nicht durchgeführt wurde [4]. Auf mehreren kanadischen Intensivstationen empfanden innerhalb eines Jahres 95% der Pflegenden und 87% der Ärzte eine Therapie als sinnlos [23].

In den letzten Jahren wurde der „moral distress“ näher untersucht [14, 24]. Moralischer Distress kann entstehen, wenn eine Person erkennt, dass die von ihr als richtig angesehene Handlungsweise aufgrund institutioneller und/oder anderer Bedingungen nicht vollzogen werden kann [20, 37]. In einer Umfrage in der Intensivmedizin (n=906) gaben Pflegende an, dass sie manchmal (30%) oder in großem Ausmaß (6%) gegen ihr eigenes Gewissen handeln [27]. Die Auswirkungen von moralischem Distress sind vielschichtig. Betroffene erleben z. T. starke emotionale Belastung und Erschöpfung [20, 25].

Mitarbeitende von Intensivstationen entwickeln nicht selten Symptome einer Depression oder eines Burn-out [10, 11, 15, 16, 19, 21, 26]. In der Schweiz gibt es eine größere Untersuchung zu diesem Thema [21]. In einer Fragebogenuntersuchung berichteten 29% der knapp 3000 Mit-

arbeitenden mehrerer Intensivstationen von starken Burn-out-Symptomen. Auch in Deutschland wurde das Vorkommen von Burn-out bei Anästhesisten und Intensivmedizinern untersucht [15]. Die Autoren fanden einen 40%igen Anteil von Burn-out-gefährdeten Mitarbeitenden; allerdings war diese Zahl nicht höher als in anderen Berufsgruppen. Neben vielen anderen Auslösern von depressiven Symptomen und anderen Zeichen eines Burn-out wurde die unbefriedigende Zusammenarbeit mit anderen Teammitgliedern beschrieben (derselben oder einer anderen Berufsgruppe, [10, 16]). Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit kann hingegen eine gewisse protektive Wirkung zeigen [10, 25]. Die Einführung einer Kommunikationsstrategie in Bezug auf Entscheidungen am Lebensende auf einer französischen Intensivstation konnte die Symptome von Depression und Burn-out signifikant senken [29].

Im vorliegenden Beitrag werden die Entwicklung und Erfahrungen bei der Einführung des medizinethischen Modells METAP auf einer chirurgischen Intensivstation beschrieben [1, 31]. Dieses stellt Verfahren und Hilfsmittel zur Bearbeitung schwieriger Therapiesituationen aus ethischer Sicht zur Verfügung [3, 22, 32]. Die ethische Fallbesprechung (eFB) im interprofessionellen Behandlungsteam, die hier detailliert vorgestellt wird, ist ein wichtiger Teil dieses Modells.



**Abb. 1** ▲ Eskalationsschema des METAP-Modells

Es wird gezeigt, welche Bedingungen dazu beitragen, dass solche Besprechungen regelmäßig stattfinden.

Ein Überblick über 44 eFB in einem Zeitraum von 18 Monaten zeigt die Ergebnisse der Besprechungen und das Outcome der in der eFB behandelten Patienten. Eine Fragebogenumfrage bei den beteiligten Fachpersonen illustriert u. a. deren Beurteilung des Nutzens der Besprechungen für die Patienten sowie das Behandlungsteam und untersucht die Fragen, ob die persönliche Belastung durch die Teilnahme an eFB reduziert wird und die ethische Kompetenz sowie die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen verbessert werden können.

### METAP (Modell zur ethischen Entscheidungsfindung)

#### Entwicklung

In den letzten Jahren wurden verschiedene Modelle für die ethische Entscheidungsfindung beschrieben [8, 9]. Das Besondere am Verfahren METAP ist, dass es sich a) auf valide Literatur stützt und b) in enger Zusammenarbeit mit klinischen Fachpersonen entwickelt wurde. Dabei wurde analog zur Erarbeitung medizinischer Leitlinien die verfügbare theoretische und empirische Literatur zu verschiedenen Aspekten ethischer Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis systematisch beurteilt und berücksichtigt. Diese Literaturübersicht umfasst quantitative und qualitative Studien zu Fragestellungen wie Patientenkriterien für

Über-, Unter- und Ungleichversorgung sowie psychologische Faktoren, die die Entscheidungsfindung beeinflussen können. Resultate und Textbausteine wurden einem Gremium aus Expertinnen aus Ethik, Medizin und Pflege wiederholt zur Kommentierung vorgelegt. Diese diskutierten und bewerteten die Stimmigkeit, Vollständigkeit und Anwendbarkeit der Empfehlungen und Verfahren, worauf die Texte angepasst wurden [31].

Das Produkt dieser Zusammenarbeit von Forschung und Praxis ist das Modell METAP, ein Verfahren mit Hilfsmitteln zur ethischen Entscheidungsfindung. Das Modell METAP liegt in Buchform [1] vor, dem ein so genanntes Leporello, eine Kurzversion für den klinischen Alltag, beigelegt ist.

#### Verfahren

Das Modell METAP stützt sich auf verschiedene Ethikansätze und setzt diese zueinander in Beziehung. Der „Vierprinzipienansatz“ von Beauchamp u. Childress [6] wird ebenso berücksichtigt wie Aspekte der Diskursethik nach Habermas [13]. Ein eigenes Kapitel im Buch legt die ethische Wertebasis von METAP dar [1]. Der strukturierte Entscheidungsprozess soll transparente, nachvollziehbare Ergebnisse erzielen, die sich auf definierte ethische Kriterien stützen.

Das Verfahren METAP sieht mehrere Stufen in Form des sog. Eskalationsmodells vor (Abb. 1). Kann ein ethisches Problem bzw. ein ethisches Dilemma auf einer Stufe nicht befriedigend bearbei-

tet und gelöst werden, wird zur nächsten Stufe gewechselt [3]. Diese 4 Stufen unterscheiden sich wie folgt:

- **Stufe 1:** Wahrnehmung und Reflexion der einzelnen Fachperson, unterstützt durch Materialien, beispielsweise eine Tabelle zur Identifikation eines ethischen Problems und eine Checkliste zur Informationssammlung,
- **Stufe 2:** Besprechung und Beratung mit einer dafür geschulten Ressourcenperson (sog. Steuergruppenmitglied),
- **Stufe 3:** ethische Fallbesprechung im interprofessionellen Behandlungsteam nach vorgegebenem Ablauf (Abb. 2),
- **Stufe 4:** Ethikkonsultation durch Ethiker bzw. Fachpersonen aus klinischem Ethikkomitee.

Das Verfahren wurde explizit so strukturiert, dass ein Behandlungsteam niedrigschwellig ethische Probleme selbstständig lösen kann. Bei Bedarf kann die Unterstützung durch eine Ethikfachperson oder ein Mitglied eines Ethikkomitees in Anspruch genommen werden. Dies kann auch direkt ohne Zeitverzug und Durchlaufen aller Stufen geschehen [2, 37].

#### Ethische Fallbesprechung (METAP-Stufe 3)

An einer eFB nimmt das Behandlungsteam teil, das mindestens aus der betreuenden Pflegefachperson und dem diensthabenden Assistenz- und Oberarzt sowie jeweils ein bis zwei weiteren Ärzten und

## Zusammenfassung · Abstract

Anaesthesist 2014 · 63:477–487 DOI 10.1007/s00101-014-2331-x  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

B. Meyer-Zehnder · U. Barandun Schäfer · H. Albinsser Schleger · S. Reiter-Theil · H. Pargger

### Ethische Fallbesprechungen auf der Intensivstation. Vom Versuch zur Routine

#### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Der Berufsalltag vieler Mitarbeitender im Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren anspruchsvoller geworden, und die Anforderungen werden immer größer. Häufig stellen sich neben rein fachlichen auch ethische Fragen, z. B. nach der Sinnhaftigkeit einer Therapie am Lebensende. So genannte „medical futility“, eine nutzlose, aussichtslose Therapie, wird von Pflegenden und Ärzten auf Intensivstationen häufig wahrgenommen. Das medizinethische Modell METAP (Akronym aus Module, Ethik, Therapieentscheidung, Allokation und Prozess) stellt Verfahren und Kriterien zur Verfügung, die es dem Behandlungsteam ermöglichen, diese Fragen gemeinsam, eigenständig und lösungsorientiert zu bearbeiten.

**Material und Methode.** Alle Protokolle der 44 ethischen Fallbesprechungen (eFB), die zwischen Januar 2011 und Juni 2012 auf einer chirurgischen Intensivstation stattfanden, wurden zusammengefasst. Ein kurzer Fragebogen an alle Teilnehmenden erfassete deren Beurteilung des Nutzens für den Patienten und das Team sowie die Wahrnehmung der Reduktion persönlicher Belastung. **Ergebnisse.** Interprofessionelle eFB finden regelmäßig statt (ca. 2/Monat). Von den 41 in der eFB behandelten Patienten verstarben im Verlauf 23. Die Befragten (Rücklaufquote 52%) schätzen den Nutzen für Patienten und Team als hoch ein (Ärzte etwas höher als Pflegende). Mehr als zwei Drittel der Pflegenden

und die Hälfte der Ärzte nehmen eine Reduktion der Belastung durch die eFB wahr.

**Schlussfolgerungen.** Eine methodisch strukturierte ethische Entscheidungsfindung kann in die klinische Routine integriert werden, wenn sie einen festen Platz im Alltag erhält, die ärztliche und die pflegerische Leitung die Implementierung unterstützen sowie die Verantwortung für die Organisation und Durchführung festgelegt ist.

#### Schlüsselwörter

Klinische Ethik · Entscheidungsfindung · Patientenversorgung · Distress · Fragebogen

## Ethical case discussions in the intensive care unit. From testing to routine

#### Abstract

**Background.** The daily work of many health-care professionals has become more complex and demanding in recent years. Apart from purely medical issues, ethical questions and problems arise quite often. Managing these problems requires ethical knowledge. Questions about the usefulness of a therapy and treatment occur especially at the end of life. So-called medical futility, a useless futile therapy, is often perceived by nurses and physicians in intensive care units who themselves often develop symptoms of depression or burnout. The clinical ethical model METAP (acronym from module, ethics, therapy decision, allocation and process) provides methods and criteria that allow the clinical team to treat and solve ethical issues according to a solution-oriented approach. The ethical decision-making of this model addresses these issues according to a series of sequential stages in the form of a so-called escalation model. When it is not possible to tackle and solve an ethical problem or dilemma in one stage, one moves to the next. The implementation of this approach in everyday practice requires the commitment of all team members in addition to certain basic conditions.

**Material and methods.** In a surgical intensive care unit a fixed date in the schedule is reserved for ethical case discussions (level 3 of the escalation model). At this level a team member who has been specified according to a quarterly plan is responsible for the organization and performance of the discussion. All protocols of the 44 ethical case discussions in 41 patients between January 2011 and July 2012 were collected and summarized. A short questionnaire to all participants recorded their assessment of the benefits for the patient and the team as well as their perception of personal stress reduction. Also queried was the impact of this method on the collaboration between nurses and physicians and the ethical competence.

**Results.** Ethical case discussions among the care team took place regularly (44 case discussions between January 2011 and June 2012). The duration of these discussions ranged from 30 to 60 min. On average 6.2 persons took part, including 2.7 nurses and 3.2 physicians. Of the 41 patients (16 female, 25 male) for whom a discussion was carried out, 23 died during the continued hospital stay. The respondents (response rate 52%) as-

sessed the benefit for patients and team as high (slightly higher benefit for physicians than nurses) and 55 % of physicians and 71 % of nurses perceived a reduction in the burden of decision-making in difficult cases due to the case discussions. All physicians and 66% of the nurses reported an improvement in the cooperation between the professional groups and 80 % of the nurses and more than half of the physicians noticed an increase in their own ethical competence.

**Conclusion.** A methodically structured ethical decision-making process can and should be integrated into the clinical routine. This process requires a fixed place in everyday practice and the defined responsibility for the actual organization and performance. Support by medical and nursing management personnel is also essential for the implementation. The regular occurrence of ethical case discussions among the care team relieves the participants and improves collaboration between nurses and physicians.

#### Keywords

Clinical ethics · Decision making · Patient care · Distress · Questionnaires

Pflegenden besteht. Je nach Fall werden zusätzliche Spezialisten eingeladen, ebenso der allenfalls beteiligte Seelsorger. Die Besprechung wird von einem geschulten Moderator vorbereitet und geleitet. Desse[n] wichtigste Aufgabe ist die Unterstützung einer offenen Gesprächsführung, in

der alle Beiträge und Fragen gehört werden und kein vorschneller Konsens gesucht wird. Der Moderator ist auch für die Einhaltung des Zeitrahmens verantwortlich und organisiert die Dokumentation der eFB.

Der Ablauf der ethischen Fallbesprechung wurde so gestaltet, dass in nützlicher Zeit ein Ergebnis erreicht werden kann. Verschiedene Hilfsmittel erleichtern die Vorbereitung und Durchführung, z. B. die Checkliste zur vorgängigen Informationssammlung, die sog. Problemmat-

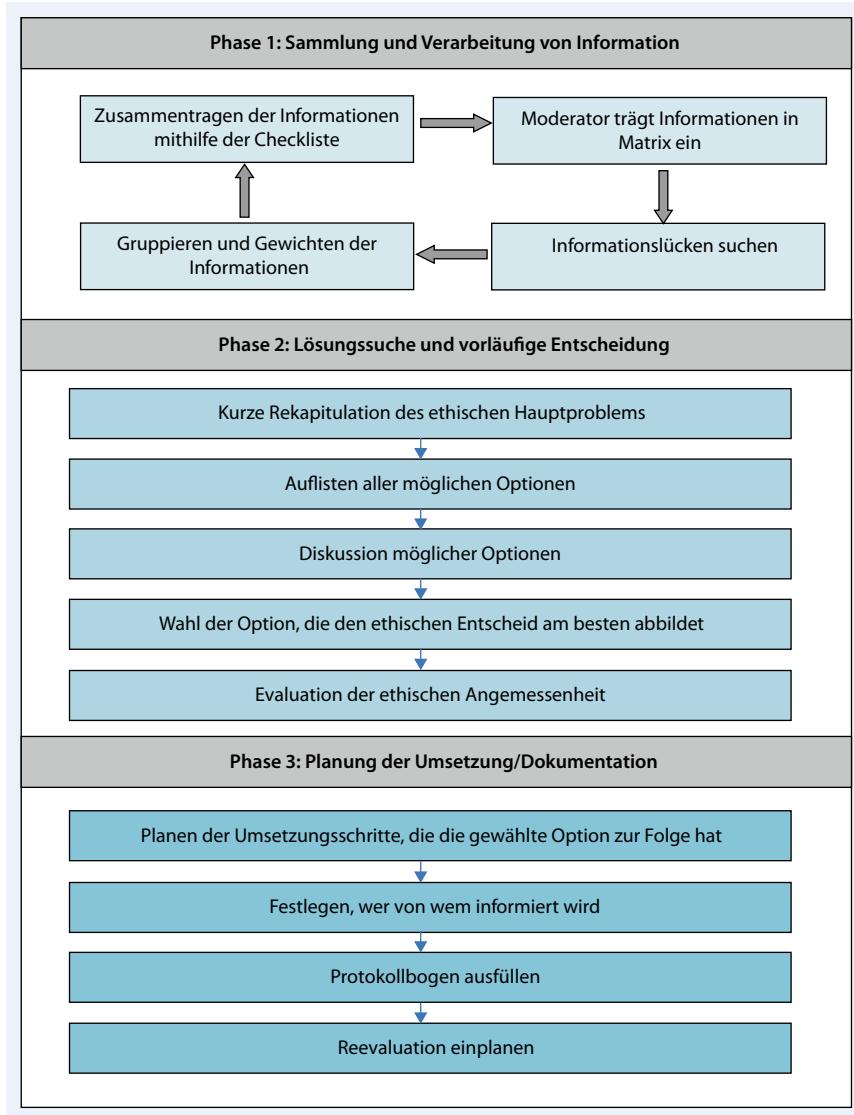


Abb. 2 ▲ Ablaufschema der ethischen Fallbesprechung

rix, in die die vorhandenen Informationen eingetragen werden, sowie das Evaluationsblatt zur Überprüfung der ethischen Angemessenheit der Entscheidung. (Einige dieser Hilfsmittel können unter <http://www.klinischeethik-metap.ch> als pdf-Datei heruntergeladen werden.)

Die eFB gliedert sich in 3 Phasen (■ Abb. 2):

1. Sammlung und Verarbeitung von Informationen,
2. Lösungssuche,
3. vorläufige Entscheidung, Planung der Umsetzung und Dokumentation.

In der 1. Phase werden die schon bekannten und vorgängig in die Problemmatrix eingefügten Informationen ergänzt. Da-

zu tragen alle Teilnehmenden bei (z. B. mithilfe von Flipchart, Overheadprojektor oder Beamer). Danach überlegen die Anwesenden, welche Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten denkbar sind. Anschließend wird diskutiert, welche dieser Optionen dem Patientenwillen am ehesten entspricht, dem Patientenwohl am besten dient, nicht schadet und auch andere Patienten nicht benachteiligt. Die ethische Angemessenheit der von der Runde favorisierten Behandlungsoption wird mit dem Evaluationsblatt geprüft. In Phase 3 wird überlegt, welche weiteren Schritte nötig sind, ob jemand informiert werden muss und ob bzw. wann eine Reevaluation angezeigt ist. Die Protokollierung der Entscheidung, einschließlich

Begründung, ist unerlässlich, damit sich auch Mitarbeitende, die nicht teilgenommen haben, informieren können.

### Einführung in die Praxis

Bei der Einführung von Formen der ethischen Unterstützung in die Praxis wird die Gründung einer Projektgruppe am Implementierungsort (im Rahmen von METAP Steuergruppe genannt) empfohlen. Solche Projektgruppen spielen eine wichtige Rolle. Sie stehen „am Puls“ des Geschehens, nahe an den Mitarbeitenden und können unbürokratisch Neues erproben. Auf den Pilotstationen wurden gute Erfahrungen mit einer Zusammensetzung aus Ärzten, Pflegenden, Spitalseelsorgern und anderen Berufsgruppen mit besonderem Interesse an Ethik, z. B. Sozialarbeiterin, gemacht. Mitglieder von klinischen Ethikkomitees können hier wichtige Aufgaben übernehmen und wertvolle Unterstützung leisten. Für die Mitglieder der Steuergruppe werden Gelegenheiten zur speziellen Schulung in ethischer Entscheidungsfindung und Moderation ethischer Fallbesprechungen organisiert. (Der Hauptfokus dieser Schulungen liegt im Erlernen des Ablaufs der eFB; dabei werden die bereits vorhandenen ethischen Kenntnisse vertieft und erweitert.) Weitere Mitarbeitende der betreffenden Station werden in Fortbildungsveranstaltungen über die Ziele und die Anwendung von METAP informiert. In der Einführungsphase sind Übungsfallbesprechungen sinnvoll, in denen die Moderierenden Erfahrungen sammeln können und das Verfahren auch anderen Mitarbeitenden bekannt gemacht wird.

### Anwendung im Alltag einer operativen Intensivstation

Die Einführung eines neuen Verfahrens garantiert noch nicht dessen längerfristig erfolgreiche Anwendung. Vielmehr bedarf es dafür der bewussten Aufmerksamkeit und Bemühungen der Führungsverantwortlichen um unterstützende Rahmenbedingungen [33]. Dies gilt für alle Innovationen, auch im Bereich der klinischen Ethik. Hier wird eine mögliche Vorgehensweise gezeigt, die sich in der Praxis bewährt hat. Am nachhaltig-

Hier steht eine Anzeige.



<b>Tab. 1</b> Übersicht über 44 Gespräche bei 41 Patienten	
Teilnehmende <sup>a</sup>	
– Total	6,2 (4/10)
– Pflegende	2,7 (1/5)
– Ärzte	3,2 (2/6)
Dauer (min)	30–60
Alter <sup>a</sup> (Jahre)	68 (45/89)
Geschlecht	
– Männer	25
– Frauen	16
SAPS II <sup>a</sup>	54,5 (21/83)

*SAPS* Simplified Acute Physiology Score.  
<sup>a</sup>Durchschnitt (Minimum/Maximum).

Ergebnis (44 Gespräche über 41 Patienten)	Gesamtzahl (N)	Verlegung	Verstorben	
			Intensivstation	Bettenstation
Aktuelle Therapie weiter, Komplikationen werden behandelt	11	10	1	
Aktuelle Therapie weiter, Komplikationen werden erst nach Reevaluation behandelt	10	3	5	2
Aktuelle Therapie weiter mit Einschränkungen <sup>b</sup>	9	3	6	
Umstellen auf Komforttherapie	7	1 <sup>d</sup>	6	
Kein Entscheid wegen fehlenden Informationen	1			1
Nicht zuordenbar	1			1
Unbekannt <sup>c</sup>	2	1	1	

<sup>a</sup>Bei Patienten mit 2 Gesprächen zählt das Ergebnis des 1. Gesprächs. <sup>b</sup>Zum Beispiel keine Reanimation, kein Nie-reversatzverfahren, falls zukünftig indiziert. <sup>c</sup>Protokoll unvollständig oder fehlend. <sup>d</sup>Verlegung ins Hospiz.

ten ist die Einführung von neuen Verfahren, wenn diese auf lokale Gegebenheiten Rücksicht nimmt und bestehende Gefäße nutzt (z. B. definierte Fortbildungstermine).

Damit METAP ein integrierter Bestandteil des Alltags wird und bleibt, wurden auf einer operativen Intensivstation folgende Maßnahmen ergriffen:

- Die Führungsverantwortlichen der Station (Chefarzt und Leiter der Pflege) nehmen regelmäßig und aktiv an den eFB (METAP-Stufe 3) teil.
- Aus der vormaligen Steuergruppe wurde eine sog. Ressourcengruppe (auf der betreffenden Intensivstation werden alle ständigen Gruppen, die sich mit einem bestimmten Themengebiet beschäftigen, so genannt) geschaffen, die aus geschulten Ärzten und Pflegenden besteht. Sie sind auf der Station Ansprechpersonen für METAP und organisieren, moderieren und dokumentieren die eFB. Zusammen mit den Führungsverantwortlichen achten sie darauf, dass METAP funktioniert und ergreifen geeignete Maßnahmen, wenn dies gefährdet scheint.
- Für die eFB wurde ein reserviertes Zeitfenster im Wochenprogramm eingerichtet. Im Voraus wird festgelegt, wer an welchem dieser Termine für die Organisation (Einladung der Beteiligten), die Moderation und die Dokumentation der eFB verantwortlich ist.

- Durch den fixen Punkt „Ethik“ in den Verlaufseinträgen der elektronischen Krankengeschichte sowie den Jahresplan für die Moderation der eFB wird regelmäßig die Frage nach dem Bedarf gestellt.
- Die Einführung in die Anwendung von METAP ist fester Bestandteil der Einarbeitungskonzepte für neue Ärzte und Pflegende.
- Einmal jährlich wird eine Fortbildung als „refresher“ für das interprofessionelle Team durchgeführt.

## Methode

### Station

Die Operative Intensivbehandlung (OIB) des Universitätsspitals Basel mit 22 Betten betreut Patienten nach einer Operation oder einer Intervention, einem Unfall oder mit einer schweren Erkrankung, die eine engmaschige Überwachung und/oder eine Intensivbehandlung benötigen.

### Datenerhebung

Für diese Zwischenbilanz wurden alle Protokolle der eFB, die zwischen dem 01.01.2011 und dem 30.06.2012 stattfanden, analysiert. Folgende Daten wurden dem Protokoll entnommen: Datum und Dauer der eFB, Anzahl und Berufsgruppe der Teilnehmenden, Geschlecht und Alter des behandelten Patienten, Ergebnis der Besprechung. Anschließend wurden im elektronischen System des Kran-

kenhauses der Simplified Acute Physiology (SAPS) II Score nach 24 h und der Verlauf ermittelt. Zwei Protokolle waren nicht auffindbar; das Resultat eines Protokolls war nicht zuordenbar.

Um die Beurteilung der eFB durch die Teilnehmenden zu erfassen, wurde ein Fragebogen entwickelt, der 9 Fragen mit einer 4-stufigen Likert-Skala enthält. Die Beantwortung von 2 weiteren Fragen zur Beurteilung des Nutzens der eFB für die Patienten und das Team erfolgte jeweils mit einer visuellen Analogskala (VAS). Auf der 100 mm langen Skala ohne Unterteilung konnte zwischen den Polen „tief“ und „hoch“ ein Kreuz angebracht werden. Bei der Auswertung wurde die Position ausgemessen und als Wert zwischen 0 und 100 erfasst.

Der Fragebogen wurde Mitte Oktober 2012 an alle Mitarbeitende der Station verteilt, die im Untersuchungszeitraum an mindestens einer eFB teilgenommen hatten. Zuvor erfolgte eine Information über die Untersuchung in der Abteilungszeitung, die einmal wöchentlich erscheint. Nach 3 Wochen erfolgte eine Erinnerung in der Zeitung und zusätzlich per E-Mail mit angehängtem Fragebogen an alle Teilnehmende.

### Datenauswertung

Die deskriptive Datenauswertung wurde mithilfe der Programme Excel und IBM SPSS Statistics 19 vorgenommen.

Tab. 3 Verteilte Fragebogen und Teilnahme an den ethischen Fallbesprechungen (eFB)			
	Pflege	Ärzte	Total
Verteilte Fragebogen	44	14	58
Ausgefüllte Fragebogen [n (%)]	21 (48)	9 (64)	30 (52)
Anzahl (n) teilgenommene eFB			
– Alle verteilten FB <sup>a</sup>	1,4 (1/4)	5,9 (1/20)	2,5 (1/20)
– Nur ausgefüllte FB <sup>a</sup>	3,6 (1/10)	11,6 (2/40)	6,0 (1/40)

Tab. 4 Fragebogen für an den ethischen Fallbesprechungen Teilnehmende

	Antworten [n (%)]				
	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein	Keine Angabe
Ist der Ablauf der METAP-Fallbesprechungen praxistauglich?	Ärzte	7 (78)	2 (22)	0	0
	Pflege	15 (71)	5 (24)	1 (5)	0
Konntest Du jeweils Deine Meinung, Gedanken und Gefühle frei äußern?	Ärzte	7 (78)	1 (11)	1 (11)	0
	Pflege	15 (71)	6 (29)	0	0
Konnten die eFB, an denen Du teilgenommen hast, die relevanten Fragen und Anliegen klären?	Ärzte	3 (33)	6 (67)	0	0
	Pflege	5 (24)	14 (67)	2 (9)	0
Hast Du den Eindruck, durch die Teilnahme an den METAP-FB an ethischer Kompetenz gewonnen zu haben?	Ärzte	2 (22)	3 (33)	3 (33)	1 (11)
	Pflege	7 (33)	11 (52)	2 (9)	0
Hat die METAP-FB allenfalls vorhandene Unsicherheit beseitigen können?	Ärzte	4 (44)	3 (33)	2 (22)	0
	Pflege	7 (33)	9 (43)	3 (14)	2 (9)
Hat die Sichtweise der anderen Teilnehmenden Deine Einschätzung der Situation erweitert?	Ärzte	3 (33)	2 (22)	4 (44)	0
	Pflege	7 (33)	11 (52)	2 (9)	1 (5)
Bist Du der Meinung, dass der Nutzen von METAP für Patient, Team und Mitarbeiter den Aufwand rechtfertigt?	Ärzte	6 (67)	2 (22)	1 (11)	0
	Pflege	12 (57)	7 (33)	1 (5)	0
Hat sich die Zusammenarbeit innerhalb des Behandlungsteams durch die regelmäßige Durchführung von eFB verbessert?	Ärzte	0	9 (100)	0	0
	Pflege	3 (14)	11 (52)	4 (19)	0
Hat sich durch die Durchführung einer eFB Deine persönliche Belastung durch schwierige Therapiesituationen vermindert?	Ärzte	1 (11)	4 (44)	1 (11)	3 (33)
	Pflege	7 (33)	8 (38)	3 (14)	3 (14)

Ärzte n=9, Pflegende n=31. eFB ethische Fallbesprechungen, METAP Akronym aus Module, Ethik, Therapieentscheidung, Allokation und Prozess.

## Resultate

Die Daten beziehen sich auf Stufe 3 des Eskalationsmodells METAP (s. Abschn. „Verfahren“). Die Stufen 1 und 2 finden im Routineablauf der Station statt und werden nicht schriftlich dokumentiert. Die Stufe 4, Ethikkonsultation, liegt in der Verantwortung des klinikeigenen Komitees (hier Ethikbeirat genannt).

Im Jahr 2011 wurden 2553 Patientinnen (Durchschnittsalter 63 Jahre, mitt-

lerer SAPS II Score  $30 \pm 18$  Punkte) in 20.009 Achtstundenschichten behandelt. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 2,2 Tage. Im selben Jahr verstarben 113 Patienten auf der untersuchten Station.

## Protokolle der Fallbesprechungen

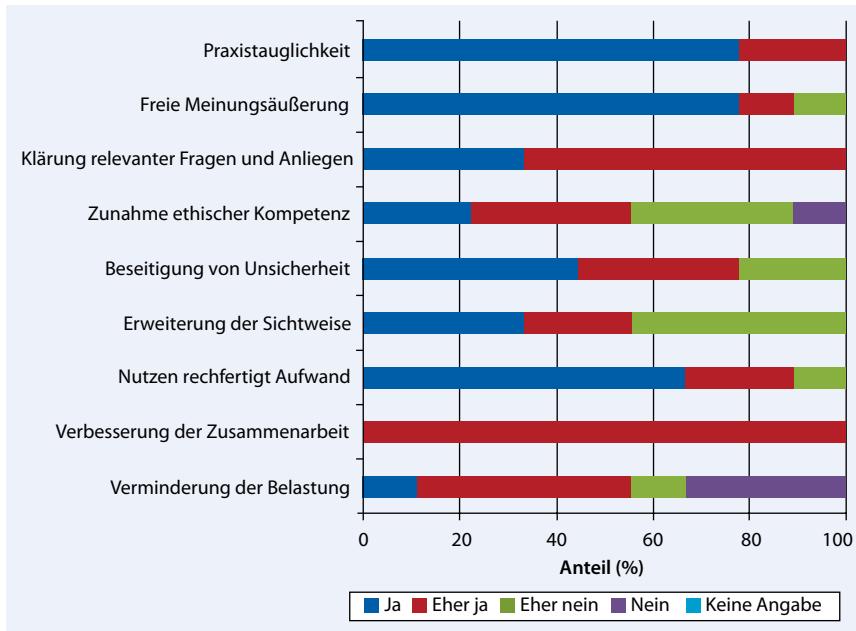
Eine Übersicht über die Dauer der eFB, die Merkmale der Teilnehmenden und die der behandelten Patienten zeigt □ Tab. 1. Zwischen dem 01.01.2011 und 30.06.2012

fanden 44 eFB über 41 Patienten (16 Frauen, 25 Männer) statt. Im Durchschnitt nahmen 6,2 Personen daran teil (davon 2,7 Pflegende und 3,2 Ärzte) bei einer Dauer zwischen 30 und 60 min. Das Moderatorenteam bestand aus 4 Personen (3 Pflegende, eine Ärztin). Das Durchschnittsalter der in der eFB behandelten Patienten betrug 68 Jahre (Range 45 bis 89 Jahre). Der SAPS II Score bewegte sich zwischen 21 und 83 Punkten bei einem Mittel von 54,5 Punkten. Die behandelten Patienten waren also im Durchschnitt älter und kräcker als die, über die keine Besprechung durchgeführt wurde.

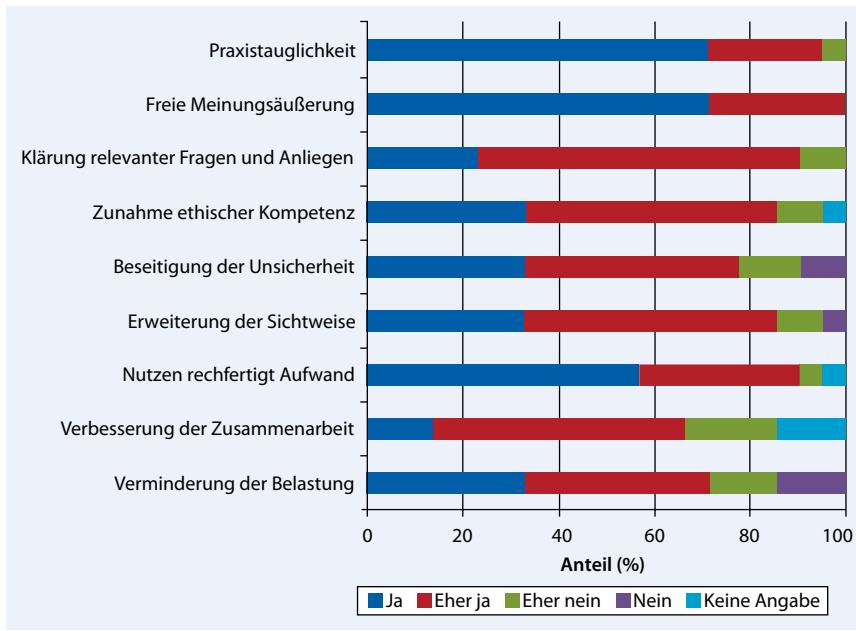
Ergebnisse und Outcome sind in □ Tab. 2 zusammengefasst. In 11 eFB wurde als Ergebnis eine Weiterführung der aktuellen Therapie, einschließlich Behandlung allfälliger auftretender Komplikationen, festgehalten. Zehn dieser Patienten konnten auf die Bettstation oder in ein anderes Spital verlegt werden; ein Patient verstarb auf der Intensivstation. In weiteren 10 Fällen ergab die Besprechung das Ergebnis, dass die aktuelle Therapie zwar weitergeführt wird, Komplikationen aber erst nach einer Reevaluation behandelt werden sollen. Fünf dieser Patienten verstarben im Verlauf auf der Intensivstation, zwei weitere nach Verlegung auf die Bettstation. Drei Patienten konnten weiter verlegt werden. Neun Mal wurde bei der eFB eine Einschränkung der Therapie beschlossen (z. B. keine Reanimation oder kein Nierenersatzverfahren im Bedarfsfall). Von dieser Gruppe konnten 3 Patienten auf die Bettstation und danach in ein anderes Spital verlegt werden; sechs Patienten starben auf der Intensivstation. Sieben Mal wurde eine Umstellung auf eine rein palliative Therapie als angemessen betrachtet. Alle Patienten dieser Gruppe starben (einer nach Verlegung in ein Hospiz, die anderen auf der Intensivstation). Insgesamt beträgt die Mortalität der in der eFB behandelten Patienten 56% (23 von 41 Patienten).

## Fragebogenuntersuchung

Insgesamt wurden 58 Fragebogen verteilt, 44 an Pflegende und 14 an Ärzte. Es retournierten 21 Pflegende und 9 Ärzte den Fragebogen ausgefüllt (Gesamtrücklaufquote 52%). Die Rücklaufquote der Ärzte



**Abb. 3 ▲** Antworten der Ärzte (n=9) zum Fragebogen



**Abb. 4 ▲** Antworten der Pflegenden (n=21) zum Fragenbogen

war mit 64% höher als die der Pflegenden (48%). Ärzte nahmen im Durchschnitt mit 11,6 Malen an deutlich mehr eFB teil als die Pflegenden mit 3,6 (■ Tab. 3).

Die Antworten auf die 9 Fragen, die mit einer 4-teiligen Likert-Skala zu beantworten waren, sind in ■ Tab. 4 sowie den ■ Abb. 3 und 4 zusammengestellt. Die überwiegende Mehrzahl der Antwortenden beider Berufsgruppen gibt an, dass der Ablauf der eFB praxistauglich ist und

dass sie während der eFB ihre Meinung frei äußern können. Auch können die relevanten Fragen und Anliegen in den allermeisten Fällen geklärt werden. Bei der Frage nach einer Zunahme an ethischer Kompetenz durch die Teilnahme an eFB zeigt sich ein Unterschied zwischen den Berufsgruppen. Die Pflegenden bejahen diese Zunahme mit mehr als 80% Ja- oder Eher-ja-Antworten deutlich stärker als die Ärzte mit etwas mehr als 50%. Die gleiche

Verteilung der Antworten innerhalb der Berufsgruppen ergibt sich bei der Frage, ob sich die Sichtweise durch den Einbezug anderer Meinungen erweitert hat. Mehr als drei Viertel aller Befragten erfahren durch die eFB eine Beseitigung von Unsicherheit. Fast alle meinen außerdem, dass der Nutzen durch die eFB den Aufwand rechtfertigt. Alle Ärzte meinen, dass die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen eher verbessert wird, während 20% der Pflegenden hier eher keine Verbesserung registrieren. Die Ärzte bemerken weniger häufig (55%) eine Reduktion der Belastung als die Pflegenden (71%).

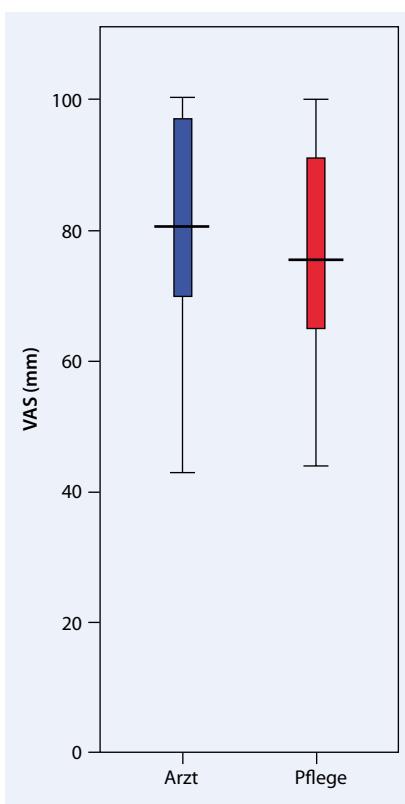
Die Beurteilungen des Nutzens für den Patienten und das Behandlungsteam mithilfe der VAS (0: Nutzen tief, 100: Nutzen hoch) sind in ■ Abb. 5 und 6 dargestellt. Sowohl die Pflegenden als auch die Ärzte bewerten den Nutzen für den Patienten und für das Behandlungsteam als hoch. Allerdings stufen die Pflegenden den Nutzen für den Patienten etwas niedriger ein als die Ärzte. Hier fällt auch die größere Streuung der Werte auf.

## Diskussion

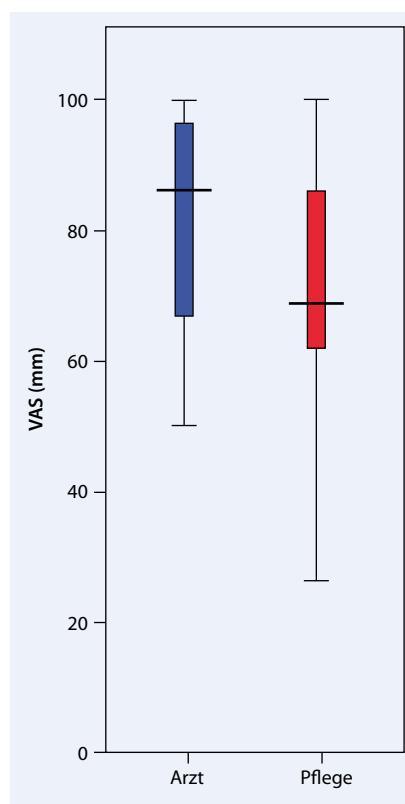
Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) empfiehlt Gesundheitsinstitutionen als „konstruktiven Beitrag zur Sicherung von Behandlungs- und Arbeitsqualität“, Strukturen zur Unterstützung ethischer Entscheidungsfindung zu etablieren [33]. Die formulierten Ziele und Verfahren von METAP entsprechen denjenigen der Empfehlung der SAMW: Berücksichtigung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten im gesamten Behandlungsprozess, Verbesserung der Entscheidungsqualität, der Handlungsqualität und der Reflexion, die Förderung der bewussten Übernahme von Verantwortung und der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Entscheidungen.

## Vorgehen bei der Entwicklung und Umsetzung in die Praxis

Die Methode zur Entwicklung des Instruments wurde, so weit als möglich, an den Standards der Entwicklung medizinischer Leitlinien ausgerichtet [28]. Dieses



**Abb. 5** ▲ Nach Berufsgruppe (Ärzte n=9, Pflege n=21) aufgeschlüsselte Beurteilung des Nutzens der ethischen Fallbesprechung für den Patienten



**Abb. 6** ▲ Nach Berufsgruppe (Ärzte n=9, Pflege n=21) aufgeschlüsselte Beurteilung des Nutzens der ethischen Fallbesprechung für das Behandlungsteam

Vorgehen brachte eine fundierte inhaltliche Grundlage zu unterschiedlichsten Aspekten ethischer Entscheidungsfindungen hervor [1] und fördert die Akzeptanz insbesondere bei wissenschaftlich ausgebildeten Anwendern (z. B. Ärzte, Pflegeexperten).

Das Vorgehen bei der Umsetzung in die Praxis entspricht den zentralen Merkmalen der Praxisentwicklung („practice development“, [18]): a) das generelle Ziel einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung, b) ein systematisches Vorgehen unterstützt die Nachhaltigkeit von Verbesserungsmaßnahmen, c) die Berücksichtigung und bewusste Beeinflussung von Kultur und Kontext sowie d) der Einbezug der Beteiligten und vielfältige Maßnahmen tragen ebenso zur Nachhaltigkeit bei. Wie bei anderen klinischen Praxisentwicklungsprojekten hat sich dieses Vorgehen bei der Umsetzung bewährt [5, 12].

Hervorzuheben sind folgende Einflussfaktoren, die die Umsetzung maßgeblich unterstützten: Die Führungsverantwortlichen (Leitung der Pflege und

Chefarzt) haben nicht nur ihr „commitment“ zur Einführung von METAP gegeben, sondern die Einführung u. a. durch regelmäßige Teilnahme an den Fallbesprechungen auch aktiv unterstützt. Zum Einbezug des Teams wurde eine Arbeitsgruppe mit engagierten Mitarbeitenden beider Berufsgruppen gebildet, die z. T. an der Entwicklung von METAP mitgewirkt und Zwischenergebnisse in einer Pilotphase getestet haben [31].

### Neuerung als Teil des Alltags

Kurzfristig eine Änderung herbeizuführen, ist weniger schwierig, als die Nachhaltigkeit einer Neuerung zu erreichen [17]. Im Projekt METAP haben sich die oben beschriebenen Maßnahmen besonders bewährt. All dies hat METAP zum festen Bestandteil des Alltags gemacht. Das zeigt die stattliche Zahl von 44 eFB in etwas mehr als eineinhalb Jahren.

Die regelmäßige Durchführung von eFB erzielt auch einen Schulungseffekt: In den Gesprächen mit Patienten und An-

gehörigen wird der Patientenwille früher sowie gezielter angesprochen und geprüft. In einem großen Team ist es eher möglich, dass alle Mitarbeitenden an einer eFB teilnehmen können, wenn viele eFB stattfinden. Außerdem trainieren die Teilnehmenden die Argumentation mit ethischen Prinzipien und den Perspektivenwechsel [30]. Ethische Fallbesprechungen sind generell hilfreich zur Klärung von komplexen Situationen und zur Standortbestimmung bei Patienten mit langer Behandlungsdauer.

### Ergebnisse der ethischen Fallbesprechungen

Ethische Fallbesprechungen finden regelmäßig statt, wenn sie einen festen Platz haben und wenn die Zuständigkeit für die Organisation klar geregelt ist. Mehr als die Hälfte der behandelten Patienten verstarben. Ethische Fallbesprechungen finden also häufig, aber nicht ausschließlich bei Patienten statt, bei denen sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit der bestehenden Therapie stellt. Das Behandlungsteam diskutiert den Fall aufgrund der vorliegenden Informationen, wobei die Prognose ein wichtiger Faktor ist, und prüft, ob der Patientenwille eine Therapiebegrenzung oder einen -abbruch rechtfertigt oder gar fordert. Nur in einem Viertel der Fälle wird sofort als beste Option ein Umstellen auf eine palliative Therapie gewählt. In den folgenden Tagen zeigt sich, ob eine Verbesserung oder eine Verschlechterung des Zustands eintritt, und die Behandlung kann entsprechend angepasst werden.

### Bewertung von ethischen Fallbesprechungen durch die Mitarbeiter

Die Rücklaufquote des Fragebogens war bei den Ärzten mit 64% höher als bei den Pflegenden (47%). Das könnte damit zusammenhängen, dass die Ärzte im Durchschnitt mit 11,6 Malen an deutlich mehr eFB teilgenommen haben als die Pflegenden mit 3,6 (► Tab. 3). Das Team der Ärzte ist deutlich kleiner als das der Pflegenden, die aus organisatorischen Gründen (z. B. fehlende Ablösung) seltener an den Besprechungen teilnehmen können. Außerdem fällt auf, dass die Personen,

die den Fragebogen ausgefüllt haben, an deutlich mehr eFB teilgenommen haben als der Durchschnitt aller, an die der Fragebogen verteilt worden war. Man darf also annehmen, dass v. a. diejenigen Teammitglieder, die an mehreren eFB teilnahmen, den Fragebogen ausfüllten. Die Beurteilung der Wirkung und des Nutzens der eFB ist mehrheitlich positiv mit wenig Unterschied zwischen den Berufsgruppen. Wegen der geringen Zahl ausgefüllter Fragebogen (v. a. in der Arztgruppe) können die Resultate der beiden Berufsgruppen nicht vertieft verglichen und interpretiert werden.

Es gibt bisher nur wenige Untersuchungen zu regelmäßig stattfindenden ethischen Besprechungen im weitesten Sinn, die keine Ethikkonsultation sind. Scheffold et al. [34] berichten über die sog. Ethikvisite auf der Intensivstation als Alternativmodell zu einer Ethikkonsultation. Dabei handelt es sich um eine strukturierte ethische Standortbestimmung im Behandlungsteam anhand einer Checkliste, die durch einen Ethikmoderator geleitet wird. Bein u. Graf [7] stellen ein Modell der ethischen Fallberatung in der Intensivmedizin vor, das ebenfalls einen strukturierten Ablauf enthält und von einer geschulten Person moderiert wird. Beide Publikationen geben einen Überblick über die Form, machen aber keine Angaben über die Häufigkeit oder Ergebnisse der Ethikvisite bzw. ethischen Fallberatung. Shuman et al. [36] beschreiben die Einrichtung einer vierteljährlich stattfindenden großen Ethikveranstaltung („grand round“) in einer Hals-Nase-Ohren-(HNO)-Abteilung in den USA mit anschließender schriftlicher Befragung der Teilnehmenden, an der komplexe Fälle aus ethischer Perspektive diskutiert werden, in der auch theoretische Aspekte Platz haben. Dieses Setting erfüllt zugleich Bedürfnisse der Ethikweiterbildung, die ein wichtiger Aspekt der ethischen Unterstützung in der Klinik ist [35]. Fast alle der 21 befragten Teilnehmer dieser Runden gaben an, an ethischer Kompetenz gewonnen zu haben. Die im vorliegenden Beitrag vorgestellte Untersuchung zeigt ähnliche Ergebnisse und rechtfertigt so die regelmäßige Durchführung von eFB. Fast alle Teilnehmenden bemerken eine Zunahme ihrer ethischen Kompe-

tenz und meinen, dass die Patienten von den eFB profitieren. Aktuell werden die Ergebnisse der Evaluation von METAP auf verschiedenen Abteilungen ausgewertet und publiziert. Diese zeigen u. a., dass die Anwendung von METAP den Umgang mit moralischem Distress unterstützen kann [37].

### Fazit für die Praxis

**Eine methodisch strukturierte ethische Entscheidungsfindung kann und soll im klinischen Alltag Platz finden. Das METAP-Verfahren stellt mit dem 4-stufigen Eskalationsmodell eine Alltagsethik zur Verfügung, die das Behandlungsteam mit definierten Verfahren, Kriterien und Hilfsmitteln dabei unterstützt, ethische Probleme zuverlässig zu erkennen und zu bearbeiten. Folgende Rahmenbedingungen stützen das regelmäßige Stattfinden von eFB (Stufe 3 des METAP-Modells):**

- aktive Unterstützung durch die ärztliche und pflegerische Leitung,
- engagierte Mitarbeitende, die als Ansprechpersonen fungieren,
- verfügbare personelle Ressourcen/ Fachpersonen für Ethik, die Schulung, Begleitung, Coaching und Moderation leisten (z. B. in Kooperation mit einem klinischen Ethikkomitee),
- klare Verteilung der Verantwortung für Organisation und Durchführung,
- fester Termin in der Wochen- oder Monatsplanung der Station.

**Die niederschwelligen Stufen 1 und 2 sollten fest in den klinischen Alltag integriert werden; so kann das Stichwort „Ethik“ in die tägliche Patientenbesprechung zwischen Ärzten und Pflegenden und in den Verlaufseinträgen der Krankengeschichte eingebaut werden. Mit Maßnahmen wie diesen wird Ethik zu einem festen Bestandteil guter klinischer Praxis und kann damit auch unangemessener Patientenversorgung (z. B. Futility) und Mitarbeiterbelastung (Burn-out) vorbeugen.**

### Korrespondenzadresse

#### B. Meyer-Zehnder

Operative Intensivbehandlung,  
Departement Anästhesie,  
Universitätsspital Basel  
Spitalstr. 21, 4031 Basel  
Schweiz  
barbara.meyer@unibas.ch

**Danksagung.** Ein spezieller Dank geht an Salome Dell-Kuster für wertvolle Hinweise zur Verbesserung des Manuskripts und an Allison Dwileski für die Durchsicht des englischen Abstracts.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** B. Meyer-Zehnder, U. Barandun Schäfer, H. Albisser Schleger, S. Reiter-Theil und H. Pargger: keine Angaben.

Der Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren. Das Projekt wurde unterstützt durch: Schweizerischer Nationalfonds (Nr. 3200B0-113724 und 32003B\_125122), Verein zur Förderung von Wissenschaft und Ausbildung (Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel), Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung, Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds, Werenfels-Fonds und Fonds zur Förderung von Lehre und Forschung der Freien Akademischen Gesellschaft Basel, Nora van Meeuwen-Häfliger-Stiftung, OPO-Stiftung, Olga Mayenfisch-Stiftung und Ruth und Paul Wallach Stiftung.

### Literatur

1. Albisser Schleger H, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S (2012) Klinische Ethik-METAP – Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
2. Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Tanner S et al (2013) Eine maßgeschneiderte klinische Alltagsethik. METAP – ein ethisches Entscheidungsfindungsmodell. Pflegezeitschrift 66:586–589
3. Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Tanner S et al (2014) Ethik in der klinischen Alltagsroutine – METAP, ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung in interprofessionellen Teams. Bioethica Forum (im Druck)
4. Albisser Schleger H, Pargger H, Reiter-Theil S (2008) „Futility“ – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. Z Palliativmed 9:67–75
5. Barandun Schäfer U, Hirsbrunner T, Römmich S (2011) Pflegeentwicklung der Solothurner Spitäler. Unterwegs zu klinisch orientierter Pflegeexpertise und Praxisentwicklung. Pflege 24:7–14
6. Beauchamp TL, Childress JF (2001) Principles in biomedical ethics. Oxford University Press, Oxford
7. Bein T, Graf BM (2012) Ethische Fallberatung in der Intensivmedizin. Anaesthesist 61:6–13
8. Cottone RR, Claus RE (2000) Ethical decision-making models: a review of the literature. J Couns Dev 78:275–283
9. Devlin B, Magill G (2006) The process of ethical decision making. Best Pract Res Clin Anaesthesiol 20:493–506

10. Embriaco N, Azoulay E, Barrau K et al (2007) High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *Am J Respir Crit Care Med* 175:686–692
11. Embriaco N, Hraiech S, Azoulay E et al (2012) Symptoms of depression in ICU physicians. *Ann Intensive Care* 2:34
12. Frei I, Massarotto P, Helberg D et al (2012) Praxisentwicklung im Trend der Zeit. Pflegexpertinnen als Praxisentwicklerinnen: Ein Beispiel aus dem Universitätsspital Basel. *PADUA* 7:110–115
13. Habermas J (1983) *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
14. Hamric AB (2012) Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum* 24:39–49
15. Heinke W, Dunkel P, Braehler E et al (2011) Burnout in der Anästhesie und Intensivmedizin – Gibt es ein Problem in Deutschland? *Anaesthesia* 60:1109–1118
16. Kinzl JF, Traweger C, Biebl W et al (2006) Burnout und Belastungsstörungen bei Intensivmedizinern. *Dtsch Med Wochenschr* 131:2461–2464
17. Kooij FO, Klok T, Hollmann MW et al (2008) Decision on support increases guideline adherence for prescribing postoperative nausea and vomiting prophylaxis. *Anesth Analg* 106:893–898
18. McCormack B, Manley K, Titchen A (2013) Practice development in nursing and healthcare. Wiley, Hoboken
19. Mealer ML, Shelton A, Berg B et al (2007) Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med* 175:693–697
20. Meltzer LS, Huckabee LM (2004) Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care* 13:202–208
21. Merlani P, Verdon M, Businger A et al (2011) Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. *Am J Respir Crit Care Med* 184:1140–1146
22. Mertz M, Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B et al (2013) Prinzipien und Diskurs – ein Ansatz theoretischer Rechtfertigung der ethischen Fallbesprechung und Ethikkonsultation. *Ethik Med* DOI 10.1007/s00481-013-0243-y
23. Palda VA, Bowman KW, McLean RF, Chapman MG (2005) "Futile" care: do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *J Crit Care* 20: 207–213
24. Pauly BM, Varcoe C, Storch J (2012) Framing the issues: moral distress in health care. *HEC Forum* 24:1–11
25. Piers RD, Azoulay E, Ricou B et al (2011) Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA* 306:2694–2703
26. Ponct MC, Toullier P, Papazian L et al (2007) Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* 175:698–704
27. Puntillo KA, McAdam JL (2006) Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med* 34:S332–S340
28. Qaseem A, Forland F, Macbeth F et al (2012) Guidelines International Network: toward international standards for clinical practice guidelines. *Ann Intern Med* 156:525–531
29. Quenot JP, Rigaud JP, Prin S et al (2012) Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intensive Care Med* 38:55–61
30. Reiter-Theil S (2005) Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. *Schweiz Arzteztg* 86:346–351
31. Reiter-Theil S, Mertz M, Albiner Schleger H 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
32. Reiter-Theil S, Mertz M, Schurmann J et al (2011) Evidence – competence – discourse: the theoretical framework of the multi-centre clinical ethics support project METAP. *Bioethics* 25:403–412
33. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW (2012) Empfehlungen zur ethischen Unterstützung in der Medizin. *Schweiz Arzteztg* 93:995–1004
34. Scheffold N, Paoli A, Gross J et al (2012) Ethikvisite auf der Intensivstation. Mögliches Instrument einer klinisch-ethischen Standortbestimmung in der Intensivmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 107:553–557
35. Schürmann J, Meyer-Zehnder B, Albiner Schleger H et al (2013) Fairness and transparency in bedside micro-allocation: improving the ethical competence of clinical staff. In: Danis M, Hurst S, Slowther A, Forde R, Fleck L (Hrsg) *Toward fair rationing at the bedside*. Oxford University Press, Oxford (in Druck)
36. Shuman AG, Barnosky AR, Koopmann CF (2012) Implementation of ethics grand rounds in an otolaryngology department. *Laryngoscope* 122:271–274
37. Tanner S, Albiner Schleger H, Meyer-Zehnder B et al (2014) Klinische Alltagsethik – Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress? Evaluation eines ethischen Entscheidungsfindungsmodells für interprofessionelle klinische Teams. *Med Klin Intensivmed Notfmed*. DOI 10.1007/s00063-013-0327-y

Hier steht eine Anzeige

