

Med Klin Intensivmed Notfmed 2014 ·  
109:354–363  
DOI 10.1007/s00063-013-0327-y  
Eingegangen: 10. Juni 2013  
Überarbeitet: 30. September 2013  
Angenommen: 8. November 2013  
Online publiziert: 22. März 2014  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

**Redaktion**  
M. Buerke, Siegen

**S. Tanner<sup>1</sup> · H. Albisser Schleger<sup>1</sup> · B. Meyer-Zehnder<sup>1,2</sup> · V. Schnurrer<sup>1</sup> · S. Reiter-Theil<sup>1</sup> · H. Pargger<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Klinische Ethik & Begleitforschung, Institut für Bio- und Medizinethik, Universitätsspital, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Universität Basel

<sup>2</sup> Departement Anästhesie, Operative Intensivbehandlung, Präklinische Notfallmedizin und Schmerztherapie, Universitätsspital Basel

## Klinische Alltagsethik – Unterstützung im Umgang mit moralischem Disstress?

### Evaluation eines ethischen Entscheidungsfindungsmodells für interprofessionelle klinische Teams

#### Hintergrund

Die Wahrnehmung von unangemessener Patientenversorgung löst bei klinischen Fachleuten moralischen Disstress aus [10, 19, 21]. Als unangemessen gilt klinische Versorgung, wenn sie in Diskrepanz zu den persönlichen Überzeugungen und/oder zum professionellen Verständnis einer klinischen Fachperson steht. Unangemessene Versorgung umfasst Formen der Überversorgung bis hin zu unnützer Behandlung, Ungleichversorgung oder Unterversorgung. Gemäß neueren Definitionen entsteht moralischer Disstress, wenn eine Person erkennt, dass die (vermeintlich) moralisch richtige Handlungsweise aufgrund institutioneller und/oder anderer Bedingungen nicht vollzogen werden kann [15].

Internationale Studien liefern Hinweise, dass Pflegende in intensivmedizinischen und/oder geriatrischen Settings moralischen Disstress v. a. erleben

- angesichts von Uneinigkeit im Rahmen von lebensverlängernden Massnahmen bei sterbenden Patienten („end of life care“; [10, 20]),
- wenn Ärzte ausweichend reagieren und Gespräche mit den Angehörigen vermeiden bzw. bei Konflikten mit Angehörigen oder
- wenn erlebt wird, dass Patientenverfügungen übergangen werden [4, 5],

Im Zusammenhang mit Langzeitpatienten geben Pflegende im Vergleich zu Ärzten eine geringere Zufriedenheit mit der Qualität der Pflege an [10]. Sie haben das Gefühl, das Ziel aus den Augen zu verlieren [15] oder die ärztliche Entscheidungsfindung nicht zu verstehen [9]. Im Rahmen einer Umfrage in der Intensivmedizin (n=906) gaben Pflegende an, dass sie manchmal (30%) oder in großem Ausmaß (6%) gegen ihr eigenes moralisches Gewissen handeln [23].

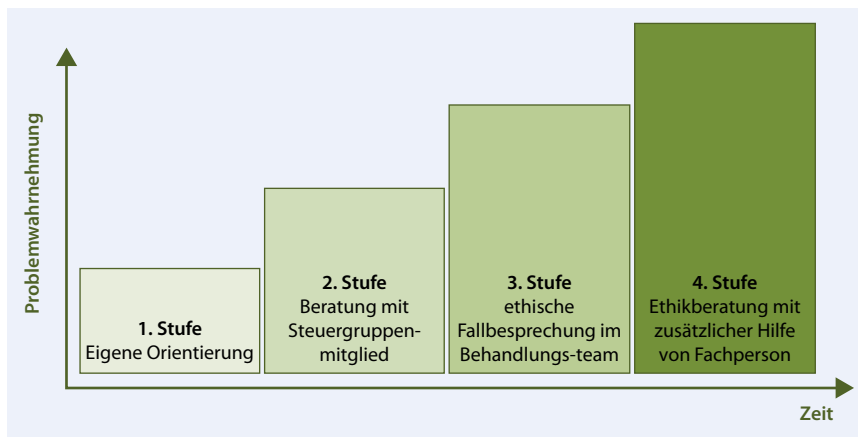
Die Auswirkungen von moralischem Disstress sind vielschichtig. Betroffene erleben starke emotionale Belastung und Erschöpfung bis hin zu Burn-out-Syndromen [15, 20, 21]. Beschrieben werden Gefühle von Ärger, Frustration, Schuld, Verlust des Selbstwertgefühls, Depression, Alpträume, Verbitterung, Angst oder Machtlosigkeit. In der Patientenversorgung gehören Qualitätseinbußen zu den direkten stressbedingten Folgen von moralischem Disstress, auf institutioneller Ebene sind es v. a. hohe Personalfluktuation und Frühpensionierung [7, 10, 15].

Im Umgang mit ethischen Problemen, die Auslöser für moralischen Disstress sein können, ist ein transparentes konsistentes Verfahren zur Entscheidungsfindung essenziell. Damit lässt sich u. a. der Einfluss von unterschiedlichen Wertvorstellungen im Behandlungsteam bei der

Frage der angemessenen Behandlung explizieren und dadurch ungünstige Auswirkungen auf die Versorgung des individuellen Patienten minimieren. Im Gegensatz zum moralischen Nachdenken, das auch implizite Werteorientierungen beinhalten kann, wird eine im klinischen Team verwendete Alltagsethik als eine methodische ethische Reflexion definiert, die eine Explizierung der Werteorientierungen einschließt, ein im Behandlungsteam akzeptiertes Verfahren festlegt und verbindliche ethische Kriterien enthält. Alltagsethische Probleme verstehen die Autoren als tendenziell niederschwellige ethische Fragestellungen in der individuellen Patientensituation, die sich überwiegend aus Fragen der unangemessenen Versorgung bzw. Behandlung ergeben. Diese ethischen Probleme kommen oft durch einen unvollständigen oder unterschiedlichen Wissensstand im multiprofessionellen Behandlungsteam wie auch durch individuell unterschiedliche Wertvorstellungen zustande [2].

#### Klinische Alltagsethik: das multimodale Modell METAP zur ethischen Entscheidungsfindung

Das multimodale Modell METAP (Modul, Ethik, Therapieentscheide, Allokation, Prozess) zur ethischen Entschei-



**Abb. 1** ▲ Vierstufiges Eskalationsmodell zur klinisch-ethischen Entscheidungsfindung. (Nach [3])

findung [3, 25] wurde als maßgeschneiderte klinische Alltagsethik entwickelt. Behandlungsteams werden über ein gestuftes Verfahren, das Eskalationsmodell (■ **Abb. 1**), für ethische Fragen sensibilisiert und in ihrer ethischen Reflexions- und Entscheidungskompetenz unterstützt. Je nach Schweregrad der ethischen Fragestellung kann auf 4 verschiedenen Stufen mit der Problemlösung begonnen werden. Das Eskalationsmodell [2] beinhaltet auf Stufe 1 die individuelle Problemlösung mittels Handbuch und Leporello. Stufe 2 umfasst die Beratung des Problems mit einem für METAP speziell geschulten Steuergruppenmitglied („facilitator“). Auf Stufe 3 wird eine ethische Fallbesprechung im Behandlungsteam mit definiertem Ablauf durchgeführt und Stufe 4 beinhaltet eine Ethikkonsultation mit einer Ethikfachperson. Zur Unterstützung der Problemlösung wurden methodisch und didaktisch fundierte ethische Entscheidungshilfen entwickelt.

Das Handbuch umfasst medizinisches, ethisches, rechtliches und entscheidungspsychologisches Grundlagenwissen. Daraus wurden die evidenzgestützten und normativ-ethisch fundierten Empfehlungen und Entscheidungshilfen [26] abgeleitet, die auch in der Kitteltaschenversion (Leporello) zur Verwendung in der täglichen Praxis enthalten sind. Ein Anwendungsbeispiel und eine vertiefte Darstellung des Eskalationsmodells finden sich in [2]. METAP wurde in der Schweiz auf 3 intensivmedizinischen und 3 geriatrischen universitären und nichtuniversitären Stationen eingeführt. Die Etablierung regelmäßiger ethischer Fallbespre-

chungen gehörte hierbei zu den Kernelementen. Es wurde das gesamte 4-stufige Entscheidungsmodell von METAP implementiert. Kernelement der Implementierung war die Schulung einer multiprofessionellen Steuergruppe auf der jeweiligen Abteilung. Diese wurde in der Handhabung des Entscheidungsmodells und seiner theoretischen Fundierung ausgebildet. Die Steuergruppenmitglieder unterstützen die Implementierung als „facilitators“ im Team, indem sie das Entscheidungsmodell aktiv in die Alltagsroutine integrieren: Sie greifen ethische Fragen auf, regen deren Problemlösung an, stehen den Teammitgliedern bei Fragen zur Seite und übernehmen die Koordination und ggf. Moderation der ethischen Fallbesprechung.

METAP wurde auf den Stationen kultur- und bedürfnisabhängig unterschiedlich angewendet: Einige Stationen fokussierten auf die Anwendung von Stufe 3, andere integrierten auch Stufe 1 und 2 oder priorisierten diese. Deshalb wurde die Evaluation auf qualitative Kriterien sowie auf die Einschätzung der jeweiligen Stationsleitung zur Güte der Implementierung von METAP im Klinikalltag gestützt. Bis auf eine Station waren die Stationen darin vergleichbar. Die Antworten aus dieser einen Station wichen für die Forschungsfrage des vorliegenden Artikels nicht von den Antworten der anderen Stationen ab.

### Fragestellung

Bei der Behandlung schwer erkrankter Patienten ist moralischer Disstress

bis zu einem gewissen Grad unvermeidbar. Die Konsequenzen können dennoch schwerwiegend sein – sowohl für die klinischen Fachpersonen und die Institutionen als auch für die Qualität der Behandlung des jeweiligen Patienten. Eine klinische Alltagsethik zur gezielten Förderung der ethischen Entscheidungskompetenz kann, so die Annahme der Autoren, im Umgang mit moralischem Disstress gezielte Unterstützung leisten. Hierzu wurde folgende Fragestellung formuliert: „Hilft METAP bei der Reduktion von moralischem Disstress im Zusammenhang mit ethisch schwierigen Fragen im klinischen Alltag? Wenn ja, wie?“

### Studiendesign und Untersuchungsmethoden

METAP wurde in einer qualitativen Multizenterstudie auf den Ebenen der Produkt-, Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität evaluiert. Eingesetzt wurden semistrukturierte Einzel- und Gruppeninterviews, ein Fragebogen sowie – für bestimmte Fragestellungen – nichtteilnehmende Beobachtungen der ethischen Fallbesprechungen. Das Evaluationskonzept orientiert sich an den Standards der medizinischen Qualitätssicherung [13, 16] und wurde in einem interdisziplinären Forschungskolloquium konsentiert.

Die Frage zur Disstressverminderung gehört zur Ergebnisqualität von METAP und wurde im Einzel- und Gruppeninterview wie folgt objektiviert:

„Neueste Studienergebnisse aus der Schweiz zeigen, dass u. a. ethische Probleme bei Ärzten und Pflegenden zu starker Belastung bis hin zu einem Burn-out führen können. Es kann sein, dass Sie solche belastenden Situationen bei ethischen Problemstellungen auch schon erlebt haben. Haben Sie den Eindruck, dass die Einführung von METAP zu einer Reduktion der persönlichen Belastung im Zusammenhang mit einer ethischen Problemstellung geführt hat?“

Der Fragebogen mit insgesamt 51 Items (Antwortkategorien) und 9 qualitativen Fragen beinhaltete folgende Formulierung:

„Die Anwendung der Leitlinie METAP reduziert meine Belastung oder Betrof-

fenheit bei ethisch schwierigen Therapieentscheiden“.

## Stichprobe

Die Evaluation erfolgte auf 3 intensivmedizinischen und 3 geriatrischen Abteilungen (1 universitäres und 3 nichtuniversitäre Krankenhäuser). Die Stichprobe für die Einzel- und Gruppeninterviews wurde nach der Methode „theoretical sampling“ selektiert [12]. Hierbei werden repräsentative Personen in Relation zum Forschungs- bzw. Erkenntnisinteresse ausgewählt. Einschlusskriterium war die individuelle Erfahrung im Umgang mit METAP sowie die Teilnahme an mindestens 2 ethischen Fallbesprechungen. Insgesamt wurden 24 Ärzte, 44 Pflegende und 9 Mitarbeitende anderer Berufsgruppen (Ergo-, Physiotherapie, Seelsorge) in 33 Einzel- und 9 Gruppeninterviews befragt (■ Tab. 1).

## Datenanalyse und Dateninterpretation

Die Interviewdaten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse [14] ausgewertet. Für jede Station wurde ein nach Einzel- und Gruppeninterview getrenntes Kategoriensystem erstellt. Die so ermittelten Kategoriensysteme wurden inhaltlich aufeinander abgestimmt und einzeln auf Intra- und Interraterreliabilität geprüft ( $r \geq 0,75$ ). Diese inhaltliche Bezugsetzung der Kategoriensysteme erlaubt die Dateninterpretation über alle Stationen hinweg. Die ausgewerteten Daten wurden extern validiert (Kontextvalidierung). Die Fragebogenrücklaufquote betrug 57%. Dies ist für homogene Stichproben als repräsentativ zu werten, nicht jedoch für heterogene Stichproben, wie im vorliegenden Fall. Aus diesem Grund konnten die Fragebogendaten bei der Interpretation nicht gleichwertig wie die Interviewdaten gewichtet, sondern lediglich zur Stützung bestehender inhaltlicher Trends in den qualitativen Interviewdaten verwendet werden. Die Interviewdaten wurden ausschließlich qualitativ ausgewertet. Eine quantitative Auswertung ist für die vorliegende Forschungsfrage nicht erfolgt, um die inhaltliche Varianz abzubilden. Mehrfachantworten wurden – sofern sie

Med Klin Intensivmed Notfmed 2014 · 109:354–363 DOI 10.1007/s00063-013-0327-y  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

## S. Tanner · H. Albisser Schleger · B. Meyer-Zehnder · V. Schnurrer · S. Reiter-Theil · H. Pargger Klinische Alltagsethik – Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress? Evaluation eines ethischen Entscheidungsfindungsmodells für interprofessionelle klinische Teams

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Hochleistungsmedizin und Kostenrationierung können zu moralischem Distress und Burn-out-Syndromen führen – mit z. T. schwerwiegenden Konsequenzen für die direkt Betroffenen, die Qualität der Patientenversorgung und die Institutionen. Das multimodale Modell METAP (Modul, Ethik, Therapieentscheide, Allokation, Prozess) wurde als maßgeschneiderte klinische Alltagsethik entwickelt und unterstützt die interprofessionelle ethische Entscheidungsfindung. Die Besonderheit des Modells liegt in der Ausbildung einer Ethikkompetenz im Umgang mit schwierigen Therapieentscheiden. METAP wurde zur Qualitätsprüfung evaluiert.  
**Methode.** Es wurde untersucht, ob METAP im Umgang mit moralischem Distress Unterstützung bietet. Auf 3 intensivmedizinischen und 3 geriatrischen Abteilungen wurden 24 Ärzte, 44 Pflegende und 9 Personen anderer Berufsgruppen in 33 Einzel- und 9 Gruppeninterviews befragt. Ein zusätzlicher Fragebogen wurde von 122 Personen (Rücklauf: 57%) beantwortet.

**Ergebnisse.** Zwei Drittel der Interview- sowie 55% der Fragebogenaussagen zeigen, dass durch METAP als klinische Alltagsethik der Umgang mit moralischem Distress unterstützt wird. Dies gilt v. a. in der interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit sowie der Explikation und Evaluation von Behandlungszielen. METAP wirkt bei Personen, die selten mit ethischen Problemen konfrontiert sind oder das Verfahren noch nicht lange genug anwenden, nicht unterstützend.

**Schlussfolgerungen.** Moralischer Distress ist bis zu einem gewissen Grad unvermeidbar und muss als interprofessionelles Problem angegangen werden. Eine klinische Alltagsethik zur Förderung von ethischer Entscheidungskompetenz kann gezielte Unterstützung leisten.

### Schlüsselwörter

Situationsethik · Entscheidungsfindung · Interprofessionelle Beziehung · Interview · Evaluation

## Clinical everyday ethics—support in handling moral distress? Evaluation of an ethical decision-making model for interprofessional clinical teams

### Abstract

**Background.** High-tech medicine and cost rationing provoke moral distress up to burn-out syndromes. The consequences are severe, not only for those directly involved but also for the quality of patient care and the institutions. The multimodal model METAP (Modular, Ethical, Treatment, Allocation, Process) was developed as clinical everyday ethics to support the interprofessional ethical decision-making process. The distinctive feature of the model lays in education concerning ethics competence in dealing with difficult treatment decisions. METAP has been evaluated for quality testing.

**Methods.** The research question of interest was whether METAP supports the handling of moral distress. The evaluation included 3 intensive care units and 3 geriatric units. In all, 33 single and 9 group interviews were held with 24 physicians, 44 nurses, and 9 persons from other disciplines. An additional questionnaire was completed by 122 persons (return rate 57%).

**Results.** Two-thirds of the interview answers and 55% of the questionnaire findings show that clinical everyday ethics supports the handling of moral distress, especially for interdisciplinary communication and collaboration and for the explanation and evaluation of treatment goals. METAP does not provide support for persons who are rarely confronted with ethical problems or have not applied the model long enough yet.

**Conclusion.** To a certain degree, moral distress is unavoidable and must be addressed as an interprofessional problem. Herein, clinical everyday ethics may provide targeted support for ethical decision-making competence.

### Keywords

Situational ethics · Decision making · Interprofessional relations · Interview · Evaluation

**Tab. 1** Darstellung der durchgeführten Interviews nach Interviewtyp, Station und Berufsgruppe

Station	Einzelinterviews (n)				Gruppeninterviews (n)			
	Berufsgruppe				Berufsgruppe			
	Gesamt	Arzt	Pflege	Weitere	Gesamt	Arzt	Pflege	Weitere
3 Intensivpflegestationen	20	8	11	1	5	6	16	2
3 Geriatrische Stationen	13	6	5	2	4	4	12	4
<b>Gesamt</b>	<b>33</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>28</b>	<b>6</b>

**Tab. 2** Interviewergebnisse zur Reduktion persönlicher Belastungen: Ja-Antworten<sup>a</sup>

Kategorie	Kategorienbeschreibung	El <sup>b</sup> (n)	Gl <sup>c</sup> (n)	Station <sup>d</sup> (n)
<b>Bejahung ohne Begründung</b>				
<b>Förderung der interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit</b>				
Entwicklung von Teambewusstsein	Die Anwendung von METAP trägt zur Entwicklung von Teambewusstsein bei.	6	2	4
Reduktion interprofessioneller Konflikte	METAP reduziert interprofessionelle Konflikte, die durch ethische Probleme entstehen können.	4	0	3
Teilnahme am Prozess der Entscheidungsfindung	Die Teilnahme an ethischen Fallbesprechungen und damit die Erfahrung von Systematik im Vorgehen und im Entscheidungsprozess wirkt entlastend.	4	18	5
Entlastung für Pflege	Die Entlastung der Pflegenden zeigt sich in - Verbesserung der Handlungskompetenz; - Verbesserung der professionellen Positionierung im interdisziplinären Team; - transparenteren, besser nachvollziehbaren ärztlichen Informationen bzgl. Therapieziel, Prognose und damit verbundenen Entscheiden	19	22	5
Entlastung für Ärzte	Ärzte erleben durch die verbesserte interprofessionelle Kommunikation eine Entlastung, ein Gefühl von gemeinsam getragener Verantwortung	9	5	5
<b>Entlastung bei Unklarheiten in der Therapieplanung</b>				
Explikation und Evaluation von Behandlungszielen	Der Entscheidungsalgorithmus in METAP bewirkt die Explikation und Evaluation von Behandlungszielen, wodurch die Beteiligten klarere Orientierung erleben	6	2	3
Behandlung schwerer Fälle	METAP führt zu einer Entlastung im Umgang mit schwierigen Patientensituationen wie komplexes Krankheitsbild mit schwieriger Prognose, chronische Erkrankungen, lange Pflegezeiten	7	6	4
<b>Umgang mit Angehörigen bei Dissens</b>				
	METAP wirkt entlastend im Umgang mit Angehörigen, da sich das ganze Team auf einen mit METAP getroffenen Entscheid berufen kann.	2	1	3
		<b>60</b>	<b>59</b>	

Ja-Antworten der 6 Stationen auf die Frage: „Haben Sie den Eindruck, dass die Einführung von METAP zu einer Reduktion der persönlichen Belastung im Zusammenhang mit einer ethischen Problemstellung geführt hat?“  
<sup>a</sup>Anzahl Aussagen im Einzelinterview (insgesamt 33 Interviews). <sup>b</sup>Anzahl Aussagen im Gruppeninterview (insgesamt 9 Gruppeninterviews mit 44 Personen). <sup>c</sup>Anzahl Stationen, auf denen Aussagen zu den entsprechenden Kategorien gemacht wurden.

sich inhaltlich nicht widersprechen – einzelnen Kategorien zugeordnet und separat verwertet. Widersprüchliche Antworten wurden in einer separaten Kategorie

erfasst. Diese wurde entsprechend deklariert und diskutiert (etwa innerhalb der Nein-Antworten für die Kategorie „Widerspruch: Bejahung und Verneinung“).

Für die vorliegende Forschungsfrage wurden sämtliche Interviewantworten dargestellt, um die inhaltliche Antwortvarianz abzubilden. Die numerischen Angaben (Fallzahlen) in der Darstellung der einzelnen Kategorien im Text sowie in **Tab. 2 und 3** erlauben dem Leser die Relativierung der Aussagekraft einer Kategorie. Diese Zahl sagt aber nichts über die allgemeine Zustimmung oder Ablehnung zur Forschungsfrage aus. In der Diskussion werden dann die Kategorien mit den höchsten Fallzahlen nochmals benannt und diskutiert.

## Ergebnisse

Die Evaluationsergebnisse beziehen sich auf die Stufen 1–3 des Entscheidungsmodells, Stufe 4 wurde auf den evaluierten Stationen während des Beobachtungszeitraums nicht praktiziert.

Die Auswertung zu der Frage, ob die Einführung von METAP zu einer Reduktion der persönlichen Belastung im Zusammenhang mit einer ethischen Problemstellung geführt habe, ergab in den Einzelinterviews 60 Ja-Aussagen und 20 Nein-Aussagen und in den Gruppeninterviews 59 Ja-Aussagen und 20 Nein-Aussagen. Der Fragebogen wurde von allen Mitarbeitenden einer Station mit abgeschlossener Berufsausbildung ausgefüllt (Rücklaufquote 57% bzw. n=122). Die Analyse der Häufigkeiten zeigte, dass 55% der Personen die Frage mit „ja“ oder „eher ja“ beantworten gegenüber 29% Eher-nein-/Nein-Antworten und 17% Enthaltungen (**Tab. 4**).

## Bejahende Interviewaussagen bezüglich Reduktion persönlicher Belastung

Nachfolgend sind die Ja-Aussagen für die 3 Hauptkategorien dargestellt:

- Förderung der interprofessionellen Kommunikation und Zusammenarbeit,
- Entlastung bei Unklarheiten in der Therapieplanung,
- Umgang mit Angehörigen bei Dissens.

**Tab. 2** zeigt die Kategorien mit Kategorienbeschreibung, getrennt nach Inter-

**Tab. 3** Interviewergebnisse zur Reduktion persönlicher Belastungen: Nein-Antworten<sup>a</sup>

Kategorie	Kategorienbeschreibung	El <sup>b</sup> (n)	Gl <sup>c</sup> (n)	Station <sup>d</sup> (n)
<b>Verneinung ohne Begründung</b>		2	0	2
<b>Beantwortung der Frage schwierig</b>				
Ohne Begründung		1	0	1
Nicht beurteilbar, da mit METAP noch zu wenig Erfahrung	METAP wird generell noch zu kurz angewendet, um eine mögliche entlastende Wirkung beurteilen zu können, bzw. es werden berufsbedingt (z. B. Physiotherapie) ethische Probleme zu selten angetroffen und METAP damit kaum angewendet.	4	5	3
Durch ethische Probleme nicht belastet	Ethische Probleme werden per se nicht als Belastung erlebt.	4	6	3
<b>Weitere Kategorien</b>				
Widerspruch: Bejahung und Verneinung	METAP als Instrument ist einerseits eine Hilfe bei ethischen Problemen, andererseits kann gerade die Beschäftigung mit ethischen Problemen auch eine Belastungszunahme bewirken.	5	4	3
Zusätzliche Belastung durch METAP	Durch die Auseinandersetzung mit ethischen Problemen kann METAP zusätzliche Belastung erzeugen.	2	0	1
Bestehende Struktur auf Station ist für Problembewältigung ausreichend	METAP führt nicht zur Entlastung, die bestehenden Strukturen einer Abteilung wirken hinreichend entlastend.	2	5	1
		<b>20</b>	<b>20</b>	

<sup>a</sup>Nein-Antworten der 6 Stationen auf die Frage: „Haben Sie den Eindruck, dass die Einführung von METAP zu einer Reduktion der persönlichen Belastung im Zusammenhang mit einer ethischen Problemstellung geführt hat?“ <sup>b</sup>Anzahl Aussagen im Einzelinterview (insgesamt 33 Interviews). <sup>c</sup>Anzahl Aussagen im Gruppeninterview (insgesamt 9 Gruppeninterviews mit 44 Personen). <sup>d</sup>Anzahl Stationen, auf denen Aussagen zu den entsprechenden Kategorien gemacht wurden.

**Tab. 4** Fragebogenergebnis zur Reduzierung von Belastung oder Betroffenheit<sup>a</sup>

Antwortkategorie	Häufigkeiten		
	Absolut (n)	Relativ (%)	
Ja	28	23	
Eher ja	38	31	<b>55</b>
Eher nein	25	20	
Nein	10	10	<b>29</b>
Keine Angabe	21	17	<b>17</b>
<b>Gesamt</b>	<b>122</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

<sup>a</sup>Absolute und relative Häufigkeiten (alle Berufsgruppen) für die Feststellung: „Die Anwendung der Leitlinie METAP reduziert meine Belastung oder Betroffenheit bei ethisch schwierigen Therapieentscheidungen“.

viewtyp. 6 Personen bejahten die Frage ohne weitere Begründung.

## Interprofessionelle Kommunikation und Zusammenarbeit

METAP fördert die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation.

Für diese Kategorie ließen sich 5 Unterkategorien objektivieren:

### Entwicklung von Teambewusstsein

METAP trägt zur Entwicklung von Teambewusstsein und einem Gefühl von Professionalität im Behandlungsteam bei, was entlastend wirkt. Dieser Meinung sind 8 von 77 Personen auf 4 Stationen. Entlastung bringt das Erleben, dass man mit einem ethischen Problem nicht alleine ist, dass man nicht als Einzelkämpfer entscheiden muss, dass nach einer ethischen Fallbesprechung alle einer Meinung sein können und dass eine Entscheidung vom Team getragen wird.

### Reduktion interprofessioneller Konflikte

METAP als klinische Alltagsethik für Behandlungsteams hilft bei der Reduktion von interprofessionellen Konflikten, die durch ethische Probleme entstehen können (4 von 77 Personen auf 3 Stationen).

„Wir hatten genau solche Konflikte. Und zwar zum Teil massive, vor allem zwischen ärztlichem und pflegerischem Dienst. Und das hat sich mit METAP gebessert“ (leitende Pflegende, Geriatrie).

### Teilnahme am Entscheidungsfindungsprozess

Von 77 Personen (5 Stationen) geben 22 an, dass das systematische Vorgehen in der Entscheidungsfindung eine Belastungsreduktion im gesamten Team bewirkt. Die Strukturierung in METAP helfe, die eigene Meinung zu vertreten und frei zu äußern. Die therapeutischen Berufe (Physio-/Ergotherapie) seien zudem besser in den Entscheidungsprozess integriert. Mit METAP würden Fälle zeitlich früher besprochen.

„Durch METAP hat man die Möglichkeit, strukturiert und unter einem Stichwort eine Gruppe zu formen und diese trifft dann eine entsprechende Entscheidung und man fällt diese in einem gewissen Konsens“ (leitende Pflegende, Geriatrie).

### Entlastung für Pflegende

Von 77 Personen (5 Stationen) sind 41 der Meinung, dass METAP eine Belastungsreduktion für die Pflege in den folgenden 3 Bereichen schaffe:

Verbesserung der *Handlungskompetenz*: Man habe mit METAP ein Instrument für Situationen, in denen die Arbeit am Patienten sehr schwierig wird. Früher hingegen hätte es eher sog. Bauchentscheidungen gegeben, wie etwa: „Ich möchte nicht mehr am Bett sein“. Man könne gewisse Sachen deponieren und fühle sich im Gegensatz zu früher, wo es galt, Hilflosigkeit auszuhalten, ernstgenommen. METAP schaffe Entlastung in der Arbeit am Patienten bzw. trage zur Arbeitszufriedenheit bei. Das Unzufriedenheits- und Frustrationspotenzial in der Pflege sei dadurch gesunken. Die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden habe sich verändert und entschärft – es werde mehr und anders diskutiert. METAP bewirke eine zunehmende Sensibilisierung für ethische Probleme bzw. deren Enttabuisierung. Pflegende sprächen Probleme früher an, was sich entlastend und deeskalierend auswirke. METAP schaffe die Möglichkeit zur Re-

Hier steht eine Anzeige.



flexion, was für Pflegende eine Entlastung darstelle. Fälle könnten dadurch besser eingeschätzt werden.

*„Früher ist's einfach die Hilfslosigkeit gewesen, die man am Bett, in der Schicht ausgehalten hat. Und ich habe schon das Gefühl, dass jetzt das METAP etwas aufmacht, wo man die Belastung, ja, wo man etwas reinfüllen und auch sagen kann: Hey, mir ist nicht wohl. Ich will eine Besprechung“ (Pflegerin, Intensivstation).*

Verbesserung der *professionellen Positionierung* im interdisziplinären Team: Die Pflegenden geben an, dass sie mit METAP eine Legitimierung erfahren und sich professioneller wahrgenommen fühlen. Ihre Argumente bekämen durch ein wissenschaftlich begründetes Instrument mehr Gewicht. Die Kommunikation sei erleichtert und man wisse besser, wie ein Thema im interprofessionellen Kontext anzusprechen sei – die Minderheit habe eine Stimme erhalten. Ärzte würden seit der Einführung von METAP früher reagieren, wenn ein ethisches Problem seitens der Pflegenden angesprochen wird.

*Transparentere ärztliche Informationen und damit verbundene Entscheide:* Ärzte werden durch METAP, so die Aussagen, verpflichtet, ihre Behandlungsziele transparent zu kommunizieren. Dadurch könnten Pflegende einen Patienten auch durch harte Zeiten besser begleiten, was als Hilfe bzw. Burn-out-Prophylaxe empfunden wird. Für Pflegende sei es vor der Einführung von METAP sehr belastend gewesen, ärztliche Entscheide auszuführen, hinter denen sie nicht hätten stehen können.

*„Und auch irgendwie so als Burn-out-Prophylaxe. Zu wissen, die Ärzte sehen eine ganz klare Chance aus den und den Gründen. Und deswegen begleiten wir den Patienten jetzt durch die harte Zeit. Aber die Prognose gibt's, und die ist realistisch. Dann ist es auch sinnvoll, was wir pflegerisch machen. Es wird einfach irgendwie nochmal deutlicher, transparenter. Sie müssen es klarer auf den Tisch legen. Und ich finde, das ist ein sehr wichtiger Faktor“ (Pflegerin, Intensivstation).*

## Entlastung für Ärzte

Von 77 Befragten (5 Stationen) geben 14 an, dass METAP für Ärzte eine Entlastung schaffe. Die Diskussion von Fällen im interdisziplinären Team führe zu einem Gefühl der gemeinsam getragenen Verantwortung. Die Einführung expliziter ethischer Prinzipien habe dazu beigetragen, dass im Team eine Entscheidung besser verstanden wird. METAP schaffe zudem Neutralität bei der Besprechung eines heiklen Themas. Die eigene Meinung im Team formulieren zu können, sei kein Tabu mehr und habe bisweilen sogar Ventilwirkung. Als Entscheidungsträger würden Ärzte dadurch eine starke Entlastung und eine rechtliche Absicherung erfahren.

*„Weil man dann nicht mehr das Gefühl hat, man hat das allein getragen, sondern man weiß: Ja okay, wenn ich das falsch sehe, dann sehen das wenigstens alle anderen auch falsch. Das hilft ein bisschen. Man denkt dann: Okay, aber ich bin sicher nicht allein schuld“ (Oberarzt, Geriatrie).*

## Entlastung bei Unklarheiten in der Therapieplanung

METAP als klinische Alltagsethik schafft Entlastung bei Unklarheiten in der Therapieplanung. Für diese Kategorie ließen sich 2 Unterkategorien definieren:

### Behandlung schwerer Fälle

METAP wirkt entlastend bei der Behandlung schwerer Fälle. Dieser Meinung sind 13 von 77 Personen (4 Stationen). METAP biete eine Orientierungshilfe und Entlastung bei der Frage, ob eine Behandlung im Sinne des Patienten ist oder nicht, sowie bei komplexen Krankheitsgeschichten und langen Pflgezeiten.

*„(...) Das sind dann häufig die schweren Fälle, wo man dann auch am Abend denkt: Ach Mist! Was soll ich jetzt da? Und ist das jetzt in seinem Willen oder quäle ich ihn jetzt?“ (Oberarzt, Geriatrie).*

*[METAP hilft] „da, wo wir auch stundenweise am Bett sind, wo wir merken, dass die Leute nicht mehr zu gewissen Patienten wollen“ (Pflegerin, Intensivstation).*

## Explikation und Evaluation von Behandlungszielen

METAP fördert die Explikation und Evaluation von Behandlungszielen, was als Entlastung erlebt wird (8 von 77 Personen auf 3 Stationen). Dadurch fühlen sich alle im Team sicherer, die Pflegenden und Assistenzärzte verstehen die medizinische Sachlage besser. Durch METAP beginne man früher, Behandlungsziele zu überdenken und festzulegen. Entscheide würden transparent gemacht, protokolliert und evaluiert, wodurch sich Pflegende in ihrer Arbeit am Patienten entlastet fühlten.

*„Und ich glaube auch, dadurch, dass die Ärzte das kommunizieren müssen, müssen sie sich selber auch noch einmal überlegen: Welches Ziel verfolgen wir eigentlich?“ (Pflegerin, Intensivstation)*

## Umgang mit Angehörigen bei Dissens

METAP bringt Entlastung bei Dissens mit Angehörigen. Das Behandlungsteam erhalte mit METAP ein Gefühl der Sicherheit, da es sich auf einen gemeinsam getroffenen dokumentierten Entscheid berufen könne.

## Nein-Aussagen zur persönlichen Belastungsreduktion

Im Folgenden sind die Kategorien mit Nein-Aussagen für die Frage: „Haben Sie den Eindruck, dass die Einführung von METAP zu einer Reduktion der persönlichen Belastung im Zusammenhang mit einer ethischen Problemstellung geführt hat?“ dargestellt. Eine Übersicht über alle Kategorien mit Kategorienbeschreibung, getrennt nach Interviewtyp zeigt **Tab. 3**. Die Frage wurde von 2 Personen ohne weitere Begründung verneint.

## Schwierigkeiten mit der Beantwortung der Frage

Die Beantwortung der Frage, ob METAP eine Entlastung bringt oder nicht, wurde aus verschiedenen Gründen (2 Kategorien) als schwierig beurteilt:

## Aufgrund geringer Erfahrung nicht beurteilbar

Von 77 Personen (3 Stationen) können 10 die Frage nicht beurteilen: Man habe mit METAP noch zu wenig Erfahrung bzw. METAP sei zu wenig lange implementiert, spiele eine zu geringe Rolle auf Station oder werde generell zu selten angewendet, um die Frage beantworten zu können.

## Durch ethische Probleme nicht belastet

Von 77 Personen (2 Stationen) geben 9 an, dass sie sich nicht durch ethische Probleme belastet fühlen. Die einen sind durch ihren beruflichen Hintergrund (Physiotherapie, Ergotherapie) nicht so stark mit ethischen Problemstellungen konfrontiert. Andere können aufgrund bereits vorhandener Ethikkenntnisse besser mit entsprechenden Situationen umgehen. Wieder Andere assoziieren Faktoren, wie zu hohe Arbeitszeiten, fehlende optimale Arbeitsabläufe, hohe Patientenfluktuationen und sehr kranke Patienten stärker mit hoher Belastung oder Burn-out.

## Weitere Kategorien

Für die Nein-Aussagen wurden noch 3 weitere nicht zusammenhängende Kategorien objektiviert:

## Widerspruch: Bejahung und Verneinung

Von 77 Personen (3 Stationen) gaben 9 an, dass METAP entlastend wirke, da das Instrument eine Hilfe biete. Andererseits könne die Belastung durch die Beschäftigung mit ethischen Problemen aber auch zunehmen, v. a. dann, wenn keine Einigung erzielt würde.

*„Also ich glaube, es gibt beides, ... dass die Belastung kleiner wird im Sinne, man fühlt sich weniger hilflos. Aber es hebt auch den Anspruch. Also ich glaube, das Gegenteil passiert auch. ... Wir haben den Anspruch nach Einführung von METAP ... ich sag jetzt mal, gewisse Emotionen nicht mehr haben zu müssen und leiden dann doppelt darunter, wenn sie doch da sind. Also wenn beispielsweise trotz METAP keine Einigkeit da ist“ (leitende Pflegende, Geriatrie).*

## Zusätzliche Belastung durch METAP

Die mit METAP angeleitete Auseinandersetzung mit ethischen Problemen oder Uneinigkeit in der Entscheidungsfindung können, so die Angaben, auch zusätzliche Belastung erzeugen (2 von 77 Personen, 1 Station), z. B. wenn man sich mehr Gedanken zu einer Sache machen müsse.

## Ausreichende Struktur zur Problembewältigung vorhanden

Von 77 Personen (1 Station) sind 7 der Meinung, dass die bestehende Kommunikationsstruktur und Form der Problembewältigung auf Station ausreichend Entlastung bei ethischen Problemen bringen würden.

## Diskussion

In dieser multizentrischen multidisziplinären Studie wurde die unterstützende Wirkung des multimodalen Modells METAP als klinische Alltagsethik für den Umgang mit moralischem Distress untersucht. Auf 3 intensivmedizinischen und 3 geriatrischen Stationen wurden die Aussagen von 24 Ärzten, 44 Pflegenden und 9 Personen anderer Berufsgruppen in Einzel- und Gruppeninterviews sowie die Angaben in Fragebögen analysiert. Auf die Interviewfrage „Haben Sie den Eindruck, dass die Einführung von METAP zu einer Reduktion der persönlichen Belastung im Zusammenhang mit einer ethischen Problemstellung geführt hat?“ wurden in den Einzelinterviews 60 Ja-Aussagen und 20 Nein-Aussagen gemacht, in den Gruppeninterviews 59 Ja-Aussagen und 20 Nein-Aussagen. Das Ergebnis aus dem Fragebogen stützt diesen Befund: Bei einer mittleren Rücklaufquote von 57 gaben 55% der Personen mit „ja“ oder „eher ja“ an, dass METAP die Belastung oder Betroffenheit bei ethisch schwierigen Therapieentscheidungen reduziert (gegenüber 29% Nein-Antworten und 17% Enthaltungen).

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass eine für Fachleute entwickelte klinische Alltagsethik wie METAP Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress bringt. Besonders deutlich war dieses Ergebnis in der Kategorie „Förderung der interdisziplinären Kommunikation und Zusammenarbeit“: Behandlungsteams

entwickeln durch ihre tägliche Auseinandersetzung mit METAP ein Gefühl von Teambewusstsein und erleben die Teilnahme am Prozess der Entscheidungsfindung als entlastend. Ärzte und Pflegende erleben auch innerhalb ihrer Profession Entlastung: Die Pflegenden fühlen sich in ihrem Berufsverständnis und ihrer Position gestärkt und erfahren ein Gefühl von Handlungskompetenz. Der mit METAP angeleitete interdisziplinäre Austausch scheint das gegenseitige Verstehen zu unterstützen und Frustrationen, die sich aus fehlendem Austausch ergeben können, zu dämpfen. Die Pflegenden können ärztliche Entscheidungen besser nachvollziehen, was sie in ihrer Arbeit am Patienten unterstützt. Ärzte fühlen sich in ihrer Position ebenfalls gestärkt und entlastet – besonders hinsichtlich ihrer Letztverantwortung gegenüber dem Patienten. Frühere Studienergebnisse zeigen einen inversen Zusammenhang zwischen der Güte von interdisziplinärer Zusammenarbeit und dem Erleben von moralischem Distress [18, 20]. Andere Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Zusammenarbeit durch gezielte Interventionen verbessert werden kann, was einen positiven Effekt auf die allgemeine Zufriedenheit der Teammitglieder und die Qualität der Pflege hat [22]. Aus pflegerischer Perspektive wird die Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation als wesentliche Strategie zur Reduktion von Häufigkeit und Intensität von moralischem Distress betont [11, 27].

METAP unterstützt ferner bei Fragen der Therapieplanung, die zu moralischem Distress führen; insbesondere bei schweren Fällen mit komplexen Krankheitsgeschichten und langen Behandlungszeiten, die auch Diskussionen über Veränderungen formulierter Behandlungsziele beinhalten. Diese Ergebnisse werden indirekt durch Studien gestützt, die zeigen, dass eine fehlende Explikation von Behandlungszielen bei „end of life care“ in Zusammenhang mit langen Pflegezeiten zu moralischem Distress führen kann [10, 15, 20].

METAP führt jedoch nicht in jedem Fall zu einer Entlastung bei moralischem Distress, sondern in manchen Fällen auch zu einer subjektiven Zunahme von Belastung. Dies könnte in gewissen Fällen



auf eine Zunahme an Sensibilisierung für die Komplexität der ethischen Fragen zurückgeführt werden. Wenn die bestehenden Organisationsstrukturen für den Umgang mit ethischen Problemen als ausreichend angesehen werden, die Implementierungsdauer zu kurz war oder berufsbedingte Konfrontationen mit ethischen Problemen fehlen (z. B. beim paramedizinischen Dienst) entsteht keine Entlastung durch METAP. Letzterer Befund konnte durch eine nachträgliche Kontrastierung der Fragebogenangaben mit der Anzahl besuchter Fallbesprechungen (Stufe 3 im Eskalationsmodell) gestützt werden: Es zeigte sich, dass Personen des paramedizinischen Dienstes trotz des Besuchs von durchschnittlich 4 Fallbesprechungen keine Entlastung angaben.

Es gibt eine Vielzahl von Modellen zur klinisch-ethischen Entscheidungsfindung [2] oder Strategien und Vorschläge, die auf eine Reduktion von moralischem Distress fokussieren [1, 8, 29]. Entsprechende Evaluationsstudien, die die Wirksamkeit im Umgang mit moralischem Distress untersuchen, gibt es nach Kenntnisstand der Autoren jedoch kaum. Eine Reduktion von moralischem Distress wurde für das in verschiedenen niederländischen Zentren eingesetzte Verfahren „moral case deliberation“ [29] nachgewiesen. Hierbei werden klinische Fachleute angeleitet, ethische Problemstellungen zu reflektieren und zu beraten. Im Unterschied zu diesem Verfahren für Praktiker mit einer klinischen Alltagsethik wie METAP die Möglichkeit geschaffen, ethische Probleme in eigener Kompetenz und bereits niederschwellig anzugehen und zu lösen. Dadurch werden Erfahrungs- und Lernprozesse angeregt und neue Möglichkeiten der Problembewältigung eröffnet.

Gute individuelle Bewältigungsstrategien zählen zu den protektiven Faktoren im Umgang mit moralischem Distress [10, 11]. Eine klinische Alltagsethik fördert nach ausreichender Implementierungszeit und bei konsequenter Anwendung die individuellen und kollektiven Strategien zur Lösung von ethischen Problemen und unterstützt dadurch den Umgang mit moralischem Distress.

## Limitationen

Die hier dargestellten qualitativen Untersuchungsergebnisse stammen von 3 geriatrischen Stationen und 3 Intensivstationen. Ob sie auf andere Fachbereiche bezogen werden können, müsste im Sinne der Generalisierbarkeit weiter quantitativ untersucht werden.

Die Leitlinie wurde auf Produkt-, Struktur-, Prozess- und Outcomeebene evaluiert, um ein möglichst umfassendes Bild von der Wirkung von METAP zu erhalten. Die Verminderung von Distress war eine unter vielen Fragen und wurde nicht vertieft (im Sinne eines Prä-Post-Vergleichs) untersucht.

## Fazit für die Praxis

- **Moralischer Distress ist im klinischen Alltag bis zu einem gewissen Grad unvermeidbar.**
- **Ziel muss sein, die moralische Sensibilität und Integrität von Behandlungsteams zu erhalten, indem Auslöser erkannt, bewertet und gezielt bearbeitet werden.**
- **Moralischer Distress sollte als interprofessionelles Problem verstanden und entsprechend adressiert werden.**
- **Verfahren wie METAP zur gezielten Förderung von interprofessionellen ethischen Entscheidungsprozessen können hier systematisch Unterstützungen leisten.**

## Korrespondenzadresse



### S. Tanner

Klinische Ethik & Begleitforschung, Institut für Bio- und Medizinethik, Universitätsspital, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Universität Basel  
Schanzenstr. 13, 4056 Basel  
Schweiz  
sabinetanner3@gmail.com

**Danksagung.** Die Autoren danken allen Teilnehmenden der Expertengruppen, die METAP validiert haben, sowie allen klinischen Mitarbeitenden, auf deren Abteilungen METAP zur Evaluation implementiert wurde, für ihre wertvolle Unterstützung.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Die Finanzierung der Studie erfolgte mit Unterstützung der Schweizerischen Nationalfonds No. 3200B0-113724 und 32003B\_125122, des Verein zur Förderung von Wissenschaft und Ausbildung (Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel), der Gottfried-und-Julia-Bangenter-Rhyner-Stiftung, Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds, Werenfels-Fonds und Fonds zur Förderung von Lehre und Forschung der Freien Akademischen Gesellschaft Basel, Ruth-und-Paul-Wallach-Stiftung, Nora-van-Meeuwen-Häfliger-Stiftung, OPO-Stiftung und Olga Mayenfisch-Stiftung. S. Tanner, H. Albisser Schlegler, B. Meyer-Zehnder, V. Schnurrer, S. Reiter-Theil und H. Pargger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

1. American Association of Critical Care Nurses (AACN) The 4 A's to rise above moral distress. [http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/4As\\_to\\_Rise\\_Above\\_Moral\\_Distress.pdf](http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/4As_to_Rise_Above_Moral_Distress.pdf). Zugegriffen: 26. Februar 2014.
2. Albisser Schlegler H, Meyer-Zehnder B, Tanner S et al (2013) Ethik in der klinischen Alltagsroutine – METAP, ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung (im Druck)
3. Albisser Schlegler H, Mertz M, Meyer-Zehnder B, Reiter-Theil S (2012) Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. Springer, Berlin
4. Badger JM (2005) Factors that enable or complicate end-of-life transitions in critical care. *Am J Crit Care* 14:513–522
5. Beckstrand RL, Kirchoff KT (2005) Providing end-of-life care to patients: critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors. *Am J Crit Care* 14:395–403
6. Corley MC (2002) Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 9:636–650
7. Veer AJ de, Francke AL, Struijs A, Willems DL (2012) Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017>. Zugegriffen: 26. Februar 2014.
8. Epstein EG, Hamric AB (2009) Moral distress, moral residue, and the crescent effect. *J Clin Ethics* 20(4):330–342
9. Fins JJ, Miller FG, Acres CA et al (1999) End-of-life decision-making in the hospital: current practice and future prospects. *J Pain Symptom Manage* 17:6–15
10. Hamric AB, Blackhall LJ (2007) Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med* 35(2):422–429
11. Kalvemark S, Höglund AT, Hansson MG et al (2004) Living with conflicts – ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med* 58:1075–1084
12. Lamnek S (2005) Gruppendiskussion. Theorie und Praxis, 2. überarb. Aufl. UTB für Wissenschaft, Stuttgart

13. Loss J, Eichhorn C, Reisig V et al (2007) Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung 2:199–206
14. Mayring P (2000) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 7. Aufl. Deutscher Studien Verlag, Weinheim
15. Meltzer LS, Huckabay LM (2004) Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. Am J Crit Care 13:202–208
16. Mitchell PH, Lang NM (2004) Framing the problem of measuring and improving healthcare quality: has the quality health outcomes model been useful? Med Care 42:114–111
17. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL et al (2007) The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. Intensive Crit Care Nurs 23:256–263
18. Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M et al (2012) Collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. Am J Crit Care 21:e41–e52
19. Pauly BM, Varoe C, Storch J (2012) Framing the issues: moral distress in health care. HEC Forum 24:1–11
20. Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E et al (2012) End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. J Am Med Dir Assoc 13:e7–e80
21. 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
22. 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 34:332–340
23. Puntillo KA, Benner P, Drought T et al (2001) End-of-life issues in intensive care units: a national random survey of nurses' knowledge and beliefs. Am J Crit Care 10:216–229
24. Raines ML (2000) Ethical decision making in nurses relationships among moral reasoning coping style, and ethics stress. JONAS Healthc Law Ethics Regul 2(1):29–41
25. Reiter-Theil S, Mertz M, Albisser 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
26. Reiter-Theil S, Mertz M, Schürmann J et al (2011) Evidence – competence – discourse: the theoretical framework of the multi-centre clinical ethics support project METAP. Bioethics 25:403–412
27. Rice EM, Rady MY, Hamrick A et al (2008) Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. J Nurs Manag 16:360–373
28. Schwenger KJ, Wang L (2006) Assessing moral distress in respiratory care practitioners. Crit Care Med 34:2967–2973
29. Dam S van der, Schols JM, Kardol TJ et al (2013) The discovery of deliberation. From ambiguity to appreciation through the learning process of doing Moral Case Deliberation in Dutch elderly care. Soc Sci Med 83:125–132
30. Wilkinson JM (1988) Moral distress in nursing practice: experience and effect. Nurs Forum 23:16–29

Med Klin Intensivmed Notfmed 2014 · 109:354–363  
 DOI 10.1007/s00063-014-0387-7  
 Online publiziert: 29. Mai 2014  
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

**N. Verma<sup>1</sup> · P. Willeke<sup>1</sup> · P. Bicsán<sup>2</sup> · P. Lebiedz<sup>3</sup> · H. Pavenstädt<sup>1</sup> · P. Kümpers<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Medizinische Klinik D, Abteilung für Allg. Innere Medizin, Nephrologie und Rheumatologie, Universitätsklinikum Münster

<sup>2</sup> Geschäftsbereich IT, Universitätsklinikum Münster

<sup>3</sup> Department für Kardiologie und Angiologie, Universitätsklinikum Münster

## Erratum zu: Altersadjustierte D-Dimer-Grenzwerte in der Diagnostik thrombembolischer Ereignisse Validierung in der Notaufnahme

Unter dem Punkt „Einhaltung der ethischen Richtlinien“ wurde vom Verlag eine falsche Formulierung abgedruckt. Wie im Abschnitt „Patienten und Studiendesign“ erwähnt, hat die verantwortliche Ethikkommission die nachträgliche Einholung der Patienteneinwilligungen für nicht notwendig erachtet.

Wir bitten, die korrekte Angabe zu beachten und den Fehler zu entschuldigen.

Die Redaktion

### Korrespondenzadresse

**PD Dr. P. Kümpers**  
 Medizinische Klinik D,  
 Abteilung für Allg. Innere Medizin,  
 Nephrologie und Rheumatologie,  
 Universitätsklinikum Münster  
 Albert-Schweitzer-Campus 1,  
 48149 Münster  
 philipp.kuempers@ukmuenster.de

Die Online-Version des Originalartikels können Sie unter <http://dx.doi.org/10.1007/s00063-013-0265-8> finden.