

- Wingefeld, K. (2009): Transitionen im Krankheitsverlauf. In: Schaeffer, D. (Hrsg.) Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Huber, 91-110
- Wingefeld, K. (2010): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer
- Wingefeld, K./Joosten, M./Müller, C./Ollendiek, I. (2007): Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen: Patientenstruktur und Ergebnisqualität. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

Prof. Dr. Anke Menzel-Begemann

Fachhochschule Münster, Fachbereich Pflege & Gesundheit, Lehr- und Forschungsgebiet Rehabilitationswissenschaften, Leonardo-Campus 8, 48149 Münster
menzel-begemann@fh-muenster.de (Erstautorin / Korrespondenzadresse)

Britta Klünder, Dipl.-Pflegepäd., MA Gesundheitsmanagement

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung & Pflegewissenschaft, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld
britta.kluender@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. Doris Schaeffer

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung & Pflegewissenschaft, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld,
doris.schaeffer@uni-bielefeld.de
(Co-Autorinnen)

Michael Kleinknecht-Dolf

Wie erleben Pflegefachpersonen moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital?

How do nurses experience moral distress at an acute care university hospital in Switzerland?

Moral distress can occur when nurses, due to limitations or restrictions, find themselves constrained from maintaining their professional ethical principles and thus feel that their moral integrity is threatened. Due to the potentially grave impact on quality of care and patients, it is important to also examine this phenomenon in Swiss nursing. However studies are lacking within the German-speaking context. The aim of this study was to investigate moral distress as experienced in a Swiss acute care hospital. Using a qualitative approach, data were collected in focus group interviews with registered nurses at a university hospital. Content analyses were performed to analyze the data. Participants described the importance of professional ethical principles for their daily prac-

tice. They highlighted various situations in which they had been unable to work according to these principles. They had experienced moral distress as a result, which in turn had had an impact on their interactions with patients. As a consequence, moral distress can lead to an emotional burden also for Swiss nurses, possibly with ramifications on their work. It is necessary to continue the research in this area as well as to incorporate this topic into nursing education and practice.

Keywords

moral distress, Switzerland, experience, nurses, acute care hospital, qualitative study

Moralischer Stress kann entstehen, wenn sich Pflegefachpersonen aufgrund von Restriktionen darin gehindert sehen, ihren berufsethischen Werten entsprechend zu pflegen und sich dadurch in ihrer moralischen Integrität bedroht fühlen. Aufgrund von möglicherweise gravierenden Auswirkungen auf die Qualität der Pflege und die Patienten scheint es wichtig, dieses Phänomen auch im schweizerischen Pflegekontext zu untersuchen. Ziel der vorliegenden Studie war die erstmalige Exploration des Erlebens von moralischem Stress bei Pflegefachpersonen in einem Schweizer Akutspital. Einem qualitativen Forschungsansatz folgend, wurden mittels Fokusgruppeninterviews mit Pflegefachpersonen eines Universitätsspitals Daten erhoben und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Befragten berichteten von der hohen Bedeutung, die das Berufsethos für sie hat und von unterschiedlichen Situationen, in denen sie nicht gemäß diesem arbeiten konnten und dadurch moralischen Stress erlebten. Die damit einhergehenden belastenden Gefühle wirkten sich auch auf den Umgang mit Patienten aus. Folglich kann moralischer Stress auch bei Schweizer Pflegefachpersonen zur emotionalen Belastung mit Auswirkungen auf ihre Arbeit führen. Es ist deshalb angebracht, diesen weiter zu untersuchen und in der Pflegeausbildung sowie in der Pflegepraxis zu thematisieren.

Schlüsselwörter

Moralischer Stress, Schweiz, Erleben, Pflegefachpersonen, Akutspital, qualitative Studie

1. Einleitung

Internationale Studien haben aufgezeigt, dass die Einführung eines prospektiven Finanzierungssystem, wie es zum Beispiel das Fallpauschalen- respektive Diagnosis Related Groups (DRG)-basierte System ist, für die davon betroffenen Spitäler zu Situationen führen kann, die von erhöhtem wirtschaftlichem Druck geprägt sind (Busse/Schwartz 1997; Kramer/Schmalenberg 1987; Sochalski et al. 1997). Studien haben zudem ergeben, dass dieser verringerte finanzielle Spielraum neben anderen Ursachen vermehrt zu Situationen führen kann, in denen Pflegefachpersonen¹ in unterschiedlichen Funktionen moralischen Stress erleben (Bentzen et al. 2013; Rice et al. 2008; Zuzelo 2007).

1 Im vorliegenden Artikel wird der Begriff „Pflegefachperson“ als Sammelbegriff für diplomierte Pflegende sowie für Pflegeexperten und für Abteilungsleitende (diplomierte Pflegende in entsprechender Funktion und mit dazu notwendigem Weiterbildungsabschluss) verwendet.

Moralischer Stress kann bei Pflegefachpersonen belastende emotionale und physische Reaktionen auslösen, aufgrund derer sie sich von den Patienten² zunehmend physisch und emotional distanzieren (Gutierrez 2005; Hamric et al. 2006). Diese Entwicklung kann einerseits die Qualität der Pflege beeinträchtigen (Fenton 1988), andererseits kann sie dazu führen, dass die Betroffenen ihre Arbeitsstelle kündigen oder den Beruf ganz verlassen (Corley et al. 2001; Ulrich et al. 2007; Wilkinson 1987/88).

In der Schweiz wurde vorbereitend zur Einführung der SwissDRG das vom Schweizerischen Nationalfond unterstützte Sinergia Projekt „Impact of Diagnosis Related Groups on Patient Care and Professional Practice“ initiiert (R1, für die Peer Reviews verblindet). Eine der fünf damit verbundenen Substudien ist die DRG Begleitforschung Pflege „Monitoring the impact of the DRG-payment system on nursing service context factors in Swiss acute care hospitals“. Das Ziel dieser als Mixed Methods Research angelegten DRG Begleitforschung Pflege ist es, ein Monitoringmodell mitsamt den dazu gehörenden Instrumenten zu entwickeln. Aufgrund der beschriebenen potentiell negativen Auswirkungen auf Pflegequalität und Pflegefachpersonen ist moralischer Stress dabei Gegenstand der Forschung (R2, für die Peer Reviews verblindet). Obwohl das Phänomen moralischer Stress international seit mehreren Jahren mit qualitativen und quantitativen Studien untersucht wird (Hamric 2012), lagen zum Zeitpunkt der Planung der DRG Begleitforschung Pflege keine Angaben zum Erleben von moralischem Stress bei Pflegefachpersonen in Akutspitalern in der Schweiz vor. Vor dem Hintergrund der internationalen Erfahrungen war es daher wichtig, dieses Phänomen mit einer Teilstudie auch im Umfeld der schweizerischen Pflege zu untersuchen.

Im vorliegenden Artikel beschreiben wir das Vorgehen und ausgewählte Ergebnis dieser qualitativen Teilstudie. Die damit erworbenen Erkenntnisse sind unter anderem hilfreich, die im Rahmen der DRG Begleitforschung Pflege ebenfalls generierten quantitativen Resultate in vertiefter Weise zu verstehen und zu analysieren.

2. Hintergrund

Moralischer Stress beschreibt die belastende emotionale Erfahrung einer Pflegefachperson, die in einer persönlichen moralischen Konfliktsituation entsteht, in der sie zu wissen glaubt, was das professionell-ethisch angemessene Verhalten ist, sich aufgrund von Hindernissen aber daran gehindert fühlt, entsprechend zu handeln (Lützn/Ewalds-Kvist 2012). Im Vergleich zu einem moralischen Dilemma ist dabei entscheidend, dass Pflegefachpersonen in diesen Situationen ihre eigenen professionell-ethischen Werte im Konflikt mit den Werten anderer Personen oder mit den ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten stehen sehen. Dabei fühlen sie sich aufgrund von wahrgenommenen, ihre Handlungsfreiheit einschränkenden Restriktionen oder Behinderungen zu einem nicht mit ihren moralischen Werten kongruenten

² Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

Verhalten gedrängt und damit in ihrer moralischen Integrität bedroht (Hardingham 2004). Moralische Integrität in beruflicher Hinsicht bedeutet dabei aus unserer Sicht, als professionelle Person in der Gesamtheit von Überzeugungen, Werten und Handlungen eine in sich konsistente Einheit zu bilden. Um diese Integrität aufrechterhalten zu können, sind drei Voraussetzungen notwendig: kritisches Denken, Konsistenz der Wertorientierung sowie die Einstellung, entsprechend prinzipientreu handeln zu wollen (Hardingham 2004).

Mehrere personenbezogene konstituierende Merkmale spielen eine Rolle, ob eine Pflegefachperson moralischen Stress erlebt und ob sie diesen gegebenenfalls effizient bewältigen kann (Wilkinson 1987/88). Zu diesen gehören beispielsweise neben den professionellen auch die persönlichen Wertvorstellungen, das Rollenverständnis einer Pflegefachperson und ihr Selbstbewusstsein sowie ihre ethische Sensibilität und Kompetenz, ethische Entscheidungen treffen zu können (Burston/Tuckett 2013).

Als Auslöser für moralischen Stress werden in der Literatur interne und externe Faktoren sowie klinische Situationen beschrieben (Burston/Tuckett 2013; Hamric 2012). Interne Faktoren umfassen personenbezogene Eigenschaften wie zum Beispiel eine erhöhte moralische Sensitivität, Selbstzweifel oder Gefühle von Machtlosigkeit, die bewirken können, dass die betreffenden Pflegefachpersonen das Gefühl haben, sie könnten in herausfordernden Patientensituation nicht im Sinne der professionellen Werte handeln und diese auch vertreten (Hamric et al. 2012). Externe Faktoren beziehen sich vor allem auf die strukturelle pflegerische Arbeitsumgebung, in welcher sich Pflegefachpersonen aufgrund von institutionellen, finanziellen oder unterschiedlichen inter- und intraprofessionelle Ansichten daran gehindert fühlen, in Übereinstimmung mit ihren berufsethischen Werten zu arbeiten (Hamric et al. 2012). Zu den klinischen Situationen werden situativ im Alltag auftretende Pflegesituationen gezählt. Diese betreffen häufig die interprofessionelle Zusammenarbeit, bei der Pflegefachpersonen zum Beispiel das Gefühl haben, dass sie aus ihrer Sicht an nicht im Interesse der Patienten stehenden Behandlungen beteiligt sind, oder wenn sie Hilflosigkeit verspüren, wenn sie zum Beispiel nichts gegen ein aus ihrer Sicht unzureichendes Schmerzmanagement unternehmen können (Hamric et al. 2012). Moralischer Stress kann bei den Betroffenen zu emotionalen und psychosomatischen Belastungssymptomen führen wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Wut, Traurigkeit, Frustration, Angst und Schuldgefühlen (Elpern et al. 2005; Gutierrez 2005; Wilkinson 1989). Emotionale Erschöpfung, sinkende Arbeitszufriedenheit und ein früher Berufsausstieg können die Folgen einer anhaltenden moralischen Stressbelastung sein (Corley et al. 2001; Epstein/Hamric 2009). Aufgrund des erfahrenen moralischen Stresses kann es sein, dass sich Pflegefachpersonen innerlich zunehmend aus der Pflege zurückziehen und damit auch gegenüber Patienten und deren Familien distanzierter und mit entsprechend weniger Empathie auftreten. Diese abnehmende zwischenmenschliche Interaktion kann die pflegerische Betreuung und damit auch die Pflegequalität negativ beeinflussen (Epstein/Hamric 2009; Gutierrez 2005). Wie alle Wertesysteme sind auch die professionell ethischen Werte kultur- und umgebungsabhängig (Clarke 1997; Horton et al. 2007). In verschiedenen internationalen Studien hat sich denn auch gezeigt, dass der

kulturelle Kontext Einfluss auf das Auftreten und Erleben von moralischem Stress hat (Harrowing/Mill 2010; Mashiach Eizenberg et al. 2009; Ohnishi et al. 2010).

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel dieser Studie, mit einer ersten explorativen Untersuchung a) die Bedeutung der berufsethischen Werte im Alltag, b) die Auslöser von moralischem Stress und c) dessen Auswirkungen bei Pflegefachpersonen in einem Schweizer Akutspital zu erforschen.

3. Methode

Design und Methode: Für die vorliegende, 2012 durchgeführte Querschnittsstudie wählten wir einen qualitativen Forschungsansatz mit vier Fokusgruppeninterviews. Wir beabsichtigten damit, ein möglichst breites und umfassendes Bild zu den einzelnen im Zusammenhang mit moralischem Stress interessierenden Aspekten zu erhalten (McLafferty 2004; Morgan 1996).

Untersuchungsort und Rekrutierung der Studienteilnehmenden: Um innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit und Kapazitäten zu einem Ergebnis zu kommen, wurde die Studie nur an einem Deutschschweizer Universitätsspital durchgeführt. Die InteressentInnen meldeten sich freiwillig auf eine entsprechende interne Ausschreibung hin, mit der im betreffenden Spital Pflegefachpersonen aus den Funktionsgruppen der diplomierte Pflegenden, Pflegeexperten und Abteilungsleitenden gesucht wurden. Einschlusskriterien waren eine mindestens zweijährige Berufserfahrung und eine mindestens einjährige Anstellungsdauer. Die Teilnehmenden wurden aus den Interessenten so ausgewählt, dass in jeder der Fokusgruppen Pflegefachpersonen aus möglichst allen Medizinbereichen vertreten waren. Auf diese Weise wurden zwei Fokusgruppen mit sechs respektive acht diplomierten Pflegenden, eine Fokusgruppe mit sechs Pflegeexperten und eine mit sechs Abteilungsleitenden gebildet. In Tabelle 1 sind die Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden dargestellt.

		Diplomierte Pflegenden (n = 14)	Pflegeexperten (n = 6)	Abteilungsleitende (n = 6)
Alter	25.0 – 39.9 Jahre	5	1	1
	40.0 – 49.9 Jahre	7	3	4
	50.0 – 65.0 Jahre	2	2	1
Geschlecht	weiblich	14	5	4
	männlich	0	1	2
Arbeitspensum	60.0 – 79.9%	3	1	0
	80.0 – 100.0%	11	5	6
Berufserfahrung	2.0 – 9.9 Jahre	4	0	1
	10.0 – 19.9 Jahre	3	3	1
	20.0 – 29.9 Jahre	6	2	4
	30.0 – 40.0 Jahre	1	1	0

Tabelle 1: Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden

Datensammlung: Die Fokusgruppeninterviews wurden jeweils von einer Moderatorin und einem Co-Moderator geführt und dauerten zwischen 110 und 130 Minuten. Zunächst wurde den Teilnehmenden der Ablauf des Fokusgruppeninterviews beschrieben. Daraufhin erklärten wir anhand der Literatur und mit einem Fallbeispiel, was wir unter berufsethischen Grundsätzen und unter dem Phänomen „Moralischer Stress“ verstehen. Anschließend stellten wir den Teilnehmenden Fragen zur Pflege nach berufsethischen Werten sowie den Auslösern und Auswirkungen von moralischem Stress wie etwa: „Inwieweit beeinflussen die berufsethischen Grundsätze Sie bei Ihrer täglichen Arbeit?“ oder „In welchen Situationen erleben Sie moralischen Stress besonders häufig?“ Die Fragen für die Fokusgruppeninterviews orientierten sich an einem von uns zuvor verfassten Leitfaden. Die Fokusgruppenteilnehmenden wurden im weiteren Diskussionsverlauf auch danach befragt, welche professionell-ethischen Grundsätze für sie in den erlebten Situationen von moralischem Stress verletzt wurden und wie sich ihr Erleben veränderte, wenn sie eine bestimmte moralischen Stress auslösende Situation mehrmals erlebten. Die Fokusgruppeninterviews wurden auf zwei Tonträger aufgenommen und anschließend Wort für Wort transkribiert.

Datenanalyse: Zur Datenanalyse wurde die Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet (Mayring 2008). Dementsprechend wurde das Transkript paraphrasiert, generalisiert, reduziert und analysiert. Durch Strukturierung der gebildeten Haupt- und Unterkategorien wurde eine inhaltliche Gliederung aufgebaut und Zusammenhänge konnten erkannt werden. Die Daten wurden mit Hilfe des Software Atlas.ti 7.0 analysiert und strukturiert (Scientific Software Development GmbH 2012).

Qualitätssicherung: Zur Qualitätssicherung waren die vier Kriterien Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Verlässlichkeit und Bestätigbarkeit von Lincoln und Guba (1985) leitend, die unter dem Überbegriff Vertrauenswürdigkeit als Goldstandard für den Gütenachweis von qualitativen Daten beschrieben werden (Lincoln/Guba 1985; Shenton 2004).

- **Glaubwürdigkeit:** Der gesamte Forschungsprozess und die einzelnen Erhebungs- und Analyseschritte wurden dokumentiert und fortlaufend überprüft. Dabei waren Experten für qualitative Forschung unmittelbar mitbeteiligt. Die Zitate dokumentieren die empirische Verankerung.
- **Übertragbarkeit:** Informationen zum Kontext und den Teilnehmenden ermöglichen Lesenden einen Rückschluss auf die Situation und zeigen unsere Perspektive der Interpretation. Diese wurde durch den Vergleich unserer Resultate mit der internationalen Literatur unterstützt.
- **Verlässlichkeit:** Die inhaltlichen und methodischen Entscheidungen wurden mit Kommilitoninnen sowie mit Experten kritisch diskutiert. Nach Abschluss der Datenanalyse wurde das Ergebnis anhand des Ausgangsmaterials auf seine Vollständigkeit, Korrektheit und Angemessenheit hin überprüft.
- **Bestätigbarkeit:** Alle 26 Interviewteilnehmenden wurden zur inhaltlichen Validierung der Forschungsergebnisse eingeladen, um deren Authentizität und Aussagekraft zu prüfen. Elf Teilnehmende erklärten sich bereit, zu den ihnen zuvor schrift-

lich zugestellten Ergebnissen telefonisch Stellung zu nehmen. Die zentrale Frage dabei war, ob die dargelegten Ergebnisse die beim Fokusgruppeninterview von der betreffenden Person beschriebenen Erlebnisse wiedergaben. Die elf Befragten erkannten in den Ergebnissen ihre Aussagen wieder und bestätigten diese. Es waren keine Anpassungen notwendig.

Ethik: Die Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission genehmigt. Alle Teilnehmenden beteiligten sich freiwillig an der Studie und unterzeichneten eine informierte Einwilligungserklärung, in der ihnen die anonymisierte Verwendung ihrer Angaben zugesichert wurde. Ihnen wurde dargelegt, dass sie Antworten verweigern und das Interview jederzeit beenden können.

4. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Analyse lassen sich entsprechend der Struktur des Interviewleitfadens in drei Hauptkategorien ordnen: 1) Man möchte eine sichere Pflege anbieten: Arbeiten nach berufsethischen Werten, 2) An Grenzen stoßen: Auslöser von moralischem Stress und 3) Es ist so unbefriedigend: Auswirkungen von moralischem Stress.

4.1 Man möchte eine sichere Pflege anbieten: Arbeiten nach berufsethischen Werten

In allen Fokusgruppen schilderten die Teilnehmenden die Bedeutung der professionell-ethischen Werte und Prinzipien für sie im beruflichen Alltag. Eine diplomierte Pflegende äusserte: *„Man möchte, dass der Patient nicht zu Schaden kommt und man eine sichere Pflege gewährleisten kann“*. Ergänzend dazu betonten einzelne Pflegeexperten, wie wichtig es ihnen ist, eine den ethischen und betrieblichen Anforderungen gerecht werdende hohe Pflegequalität anzubieten: *„Für mich ist es wichtig, dass trotz Abstrichen in der Pflege, die ausgeführten Tätigkeiten in einer hohen Pflegequalität durchgeführt werden.“* Die Achtung der Patientenautonomie wurde von den diplomierten Pflegenden, den Pflegeexperten und auch Abteilungsleitenden als zentral beschrieben. Eine Pflegende formulierte dies so: *„Für mich ist die Patientenautonomie sehr wichtig, denn oft verlieren die Menschen diese, wenn sie ins Spital kommen.“* Andere diplomierte Pflegende erklärten, dass sie es als ihre moralische Aufgabe sehen, den Patienten und Angehörigen gegenüber Empathie zu zeigen und dass sie für sie da sein möchten, wozu sie aber auch die notwendige Zeit benötigen. Weitere Pflegenden ergänzten, dass sich für sie die berufsethischen Werte nicht von ihrer persönlichen, menschlichen Grundhaltung unterscheiden und sie sich ihres Erachtens nicht auseinander halten lassen.

In der Fokusgruppe mit den Abteilungsleitenden wurde zudem die Gleichbehandlung aller Patienten als weiterer wichtiger berufsethischer Grundsatz hervorgehoben. Zudem wurden von den Leitenden auch spezifische, mit ihrer Führungsfunktion zusammenhängende berufsethische Werte erwähnt. Im Einzelnen wurde dabei die für ihr Verständnis bestehende moralische Verpflichtung erwähnt, für die ihnen unterstellten Pflegenden bestmögliche Rahmenbedingungen zur Erbringung der notwendigen Pflege zu schaffen. Ein Abteilungsleiter stellte fest: *„[...] [Mir sind], neben der Patientenver-*

sorgung, auch die Mitarbeiter wichtig, so dass sie [...] Rahmenbedingungen vorfinden, in denen sie ihre Pflege nach der Definition umsetzen können.“³ Unter den Abteilungsleitenden bestand zudem Einigkeit, dass sie sich moralisch auch dafür verantwortlich sehen, die ihnen unterstellten Mitarbeitenden an der aktuellen Arbeitsstelle und im Beruf zu halten. Dazu gehörte unter anderem, darauf zu achten, dass die diplomierten Pflegenden die ihnen zustehenden Ruhepausen einhalten oder auch auf deren Wünsche bezüglich ihrer persönlichen Zeitgestaltung einzugehen.

4.2 An Grenzen stoßen: Auslöser von moralischem Stress

In allen Fokusgruppen berichteten die Befragten von Situationen, in denen sie aus ihrer Sicht nicht gemäß berufsethischer Werte arbeiten konnten und sich dadurch moralisch gestresst fühlten. Bei der Analyse der Daten zeigte sich, dass sich die von den Teilnehmenden genannten Ursachen analog der eingangs beschriebenen Literatur in die Unterkategorien „externe Faktoren“, „klinische Situationen“ und „interne Faktoren“ ordnen lassen (Hamric et al. 2006).

Externe Faktoren: In den Fokusgruppen mit diplomierten Pflegenden und Pflegeexperten bezeichneten die Teilnehmenden den aufgrund eines hohen Arbeitsanfalls oder knapper personeller Ressourcen erfahrenen Zeitmangel als häufige Ursache für moralischen Stress. Auch die Abteilungsleitenden erzählten davon, dass sie bei den ihnen unterstellten diplomierten Pflegenden Zeitmangel als auslösenden Faktor für moralischen Stress wahrnehmen. In diesem Zusammenhang wurde der hohe Administrations- und Dokumentationsaufwand erwähnt, der die Möglichkeit für den direkten Kontakt mit den Patienten aus Zeitgründen zusätzlich reduziert. Die diplomierten Pflegenden beschrieben, dass sie in solchen Situationen nicht mehr allen Patienten gleichermaßen Pflege auf dem erwünschten Qualitätsniveau anbieten können. Die zeitliche Verknappung verschärfte sich zusätzlich, wenn auch noch Patientensituationen auftreten, die unmittelbar dringliches Handeln erfordern. Sie sahen sich dann gezwungen, forciert Prioritäten zu setzen und machten dabei am ehesten Abstriche bei den regulären direkten Patientenkontakten, indem sie Gespräche mit Patienten oder Pflegemaßnahmen zur Prävention und Aktivierung von Patienten, aber auch bei der Körper- oder Mundpflege und der Mobilisation machen. Eine Pflegende beschrieb dazu: *„Schlussendlich werden Abstriche in der Grundpflege gemacht, weil das am meisten Zeit braucht. Und so Sprüche haben wir auch schon gehört: Dann mobilisiert ihr nur einmal statt zweimal oder gar nicht mehr.“*

Die Abteilungsleitenden erwähnten auch den in den vergangenen Jahren deutlich spürbar zunehmenden Kostendruck, aufgrund dessen sie sich gezwungen sehen, die

3 Im betreffenden Spital stützt sich die Definition professioneller Pflege auf Spichiger et al ab. Diese lautet: Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitlichen Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen (Spichiger, E./Kesselring, A./Spirig, R./De Geest, S. (2006): Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. Pflege 19, (Nr. 1), 45-51).

angebotene Pflege auf ihre Kosteneffizienz hin zu hinterfragen. Als für sie spürbare Folgen der Verknappung der finanziellen Ressourcen und erhöhten Forderungen nach finanzieller Effizienz nannten sie Personalknappheit, finanzielle Vorgaben oder die Gewährleistung einer bestimmten Bettenbelegung. Dadurch wiederum fühlten sie sich daran gehindert, Rahmenbedingungen zu schaffen, die für die Erbringung einer den Anforderungen genügenden Pflege notwendigen sind. Eine Abteilungsleitende formulierte: *„Was für mich moralischer Stress ist, wenn ich Krankheitsfälle habe und ich nicht die Bettenkapazität zur Verfügung stellen kann, die eine angemessene Pflege sicher stellt oder eine sichere Pflege gewährleistet. Das wird aber von der Klinik ignoriert. Aber den Patienten, die wir nicht operieren können, sind wir auch verpflichtet. Und wenn wir das Bett nicht zur Verfügung stellen können, bin ich schuldig, dass der Patient nicht operiert werden kann. Ich frage mich, wem bin ich denn verpflichtet? Dem Patienten, der schon bei mir ist, oder der erst kommen soll?“*

Die diplomierten Pflegenden berichteten auch von moralischem Stress, der für sie im Zusammenhang mit den organisatorischen Strukturen der interprofessionellen Zusammenarbeit entstand. Vor allem bei der Zusammenarbeit mit Ärzten nannten sie dazu als eine Ursache die hierarchische Organisationsstruktur, in der sie hinsichtlich bestimmter pflegerischer Tätigkeiten an eine entsprechende ärztliche Verordnung gebunden sind. Ergänzend dazu erwähnten diplomierte Pflegenden und Abteilungsleitende auch die aus ihrer Sicht unzureichende Einarbeitung von neuen und unerfahrenen Ärzten. Dadurch sehen sie eine sichere medizinische Patientenversorgung gefährdet oder werden Patienten ihres Erachtens mit unnötigen Untersuchungen belastet. In diesem Zusammenhang berichtete eine Abteilungsleiterin von ihrer Beobachtung, dass sich diplomierte Pflegenden in solchen Situationen auch dazu gedrängt fühlten, für ihres Erachtens unzureichend qualifizierte Ärzten kompensatorisch fachliche Verantwortung zu übernehmen. Diese organisationsbedingte, informelle Verantwortungsübergabe kann für die betroffenen diplomierten Pflegenden eine Ursache von moralischem Stress sein, indem sie damit den impliziten Anspruch verbunden sehen, Fehler bei der medizinischen Diagnostik und Therapie zu verhindern. Eine Pflegenden beschrieb in diesem Zusammenhang: *„Was für mich noch mit hinein spielt, ist, dass man ärztliche Verantwortung übernehmen oder mangelndes ärztliches Wissen als Pflegenden kompensieren muss. Das wird erwartet. Junge unerfahrene Assistenten kommen ohne ausreichende oder ganz ohne Einarbeitung auf die Schicht. Man geht davon aus, dass wir erfahren sind und das kompensieren können.“*

Klinische Situationen: In allen Fokusgruppen wurde deutlich, dass sich moralischer Stress im klinischen Alltag vor allem im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit zeigte. In den Fokusgruppen mit diplomierten Pflegenden und Pflegeexperten erzählten die Teilnehmenden vom empfundenen moralischen Stress in Situationen des Schmerzmanagements oder der palliativen Versorgung. Bisweilen führten unterschiedliche professionelle Einschätzungen dazu, dass Patienten ihres Erachtens vermeidbaren Schmerz erleiden oder der Sterbeprozess unnötig verlängert wird und sie als Pflegefachpersonen das von ihnen wahrgenommene zusätzliche Leiden der Patienten nicht verhindern können. Eine Pflegeexpertin einer Intensivpflegeabteilung beschrieb

dazu: „Wenn man einen Patienten eigentlich schon als terminal betrachtet und von ärztlicher Seite her, da gibt es eben dieses Hierarchiegefälle, noch volles Programm gefahren werden muss. Wo man dann am Bett steht und denkt: Um Gottes willen! Was mache ich hier eigentlich? Ich würde jetzt eigentlich lieber „tender loving care“ machen und assistiere bei der Einlage von einer Thoraxdrainage.“ Aus Sicht einzelner diplomierter Pfleger und Pflegeexperten führt der medizinische und technische Fortschritt neben allen Vorteilen auch zu Situationen, in denen auch bei hochbetagten Patienten mit infausten Diagnosen noch alle verfügbaren hochmodernen medizinisch-therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden. Sie erklärten, dass auch solche Situationen bei ihnen moralischen Stress auslösen können. Eine Pflegerin äusserte sich dazu folgendermaßen: „Die Chirurgen haben immer den Eindruck, es ist alles super. Das erzählen sie jedem Angehörigen und immer wieder muss ich feststellen, also mit Realität hat das nichts mehr zu tun. Auch wenn er aus dem Grab operiert. Dann machen [sie] trotzdem noch weiter bis zum bitteren Ende.“ Ergänzend dazu schilderten weitere diplomierte Pflegerinnen und Abteilungsleitende die Machtlosigkeit als Ursache für moralischen Stress, die sie empfanden, wenn sie für ihr Empfinden ungenügend in Therapieentscheidungen einbezogen oder zu Therapiezielen nicht ausreichend informiert werden.

Interne Faktoren: Teilnehmende der Fokusgruppen aus diplomierten Pflegerinnen und Pflegeexperten berichteten, dass sie moralischen Stress empfinden, wenn sie Patienten in Situationen betreuen und pflegen müssen, für die sie sich selbst als unzureichend fachkompetent einschätzen aufgrund von mangelnder Fertigkeiten, fehlender Erfahrung oder ungenügendem Fachwissen. Eine diplomierte Pflegerin gab zu bedenken: „In der Angehörigenbetreuung müssen wir ein Maß an psychologischer Begleitung liefern, für das wir nicht ausgebildet sind. Da gerate ich immer wieder an meine Grenzen.“

In allen vier Fokusgruppen erwähnten die Teilnehmenden, dass ihre Widerstandsfähigkeit und Toleranz bezüglich dem Erleben von moralischem Stress auch von ihrer aktuellen Befindlichkeit, von der Intensität ihrer generellen persönlichen Belastung und auch vom Ausmaß des bisher von ihnen erlebten moralischen Stresses beeinflusst sind. Verschiedene diplomierte Pflegerinnen berichteten davon, dass sie weniger resilient gegen moralischen Stress sind, wenn sie sich unwohl oder unter Arbeitsdruck fühlen. Eine Pflegerin erzählte: „[Bei mir] persönlich hat es noch viel damit zu tun, wie lange ich schon gearbeitet habe. Ich bin vielleicht eher empfänglich für moralischen Stress, wenn ich 6 [Tage] geschafft habe, einen Tag frei habe, dann nochmals 4-5 [Tage] arbeite. Dann bin ich schon langsam am Limit und am Ende. Dann bin ich sicher viel empfänglicher.“ Die Teilnehmenden in allen vier Fokusgruppeninterviews beschrieben, dass die Intensität, mit der sie sich moralisch gestresst fühlen, auch vom Ausmass des von ihnen vermuteten Leidens der Patienten abhängt, dem gegenüber sich die betreffenden Pflegefachpersonen ohnmächtig empfinden. In allen Gruppen erklärten die Informanten, wie für sie die Intensität des erlebten moralischen Stresses auch von der Dauer oder Häufigkeit einer stressauslösenden Situation abhängt. Einzelne Teilnehmende beschrieben, dass sie sich bei vermehrtem Auftreten von bestimmten Situationen innerlich von diesen distanzieren oder durch Anerkennung einer vermeintlichen diesbezüglichen Machtlosigkeit eine gewisse stressreduzierende Abgrenzung erreichen. Bei anderen Teilnehmenden

den verstärkt sich jedoch das Erleben von moralischem Stress bei wiederholtem Auftreten bestimmter belastender Situationen.

4.3 Es ist so unbefriedigend: Auswirkungen von moralischem Stress

Die Befragten der Fokusgruppen mit diplomierten Pflegenden und Abteilungsleitenden erlebten unterschiedliche psychische und körperliche Symptome im Zusammenhang mit moralischem Stress. Hinsichtlich psychischer Symptome berichteten sie von intensiven und belastenden Gefühlen wie Unzufriedenheit, Wut und Frustration, aber auch von Leere und Ohnmachtsgefühlen. Die diplomierten Pflegenden berichteten über ihre Sorge, dass sie bei zu häufigem oder intensivem Erleben von moralischem Stress Patienten gegenüber gleichgültig werden oder abstumpfen könnten. Eine Pflegende äußerte in diesem Zusammenhang auch Selbstkritik, die sie in Situationen moralischen Stress erlebte: *„Ich musste der blinden Patientin sagen, dass ich im Moment absolut keine Zeit für sie habe. Da habe ich mir gedacht, was bin ich für eine Person, dass ich jetzt eine hilfsbedürftige Patientin einfach sitzen lassen muss.“* Eine weitere diplomierte Pflegende erzählte von Vertrauensverlust und Wut gegenüber der Institution, die sie in moralischen Stress auslösenden Situationen empfindet, weil sie sich von dieser alleine gelassen fühlte. Eine Pflegeexpertin beschrieb, wie sie bei diplomierten Pflegenden als Reaktion auf moralischen Stress auch eine emotionale Distanzierung beim Aufbau einer pflegerischen Beziehung mit den Patienten und Vermeidungstendenzen in Bezug auf die Ausführung bestimmter notwendiger pflegerischer Tätigkeiten beobachtete: *„In den Teams kann es dann zu Vermeidungstendenzen kommen. Dann will niemand mehr zu dem Patienten gehen und die [...] [Pflegerinnen] müssen fast dazu gezwungen werden Bezugspflege zu übernehmen. [...] Dort distanziert man sich dann emotional.“*

Einzelne Teilnehmende der Pflegeexperten-Fokusgruppe berichteten demgegenüber von einem Gefühl der Trauer, das sie bei moralischem Stress empfinden, und davon, dass sie Angst erleben würden, sich in diesen Situationen falsch zu verhalten und dadurch den in die Situation involvierten Patienten noch mehr Schaden zuzufügen.

Die diplomierten Pflegenden und Abteilungsleitenden beschrieben körperliche Symptome, die bei moralischem Stress auftraten. Sie erwähnten dabei Kopfschmerzen, Migräne, Schlaflosigkeit, Magen-Darm-Beschwerden oder eine starke innerer Unruhe. Eine Pflegende konstatierte: *„Es ist eine sehr unbefriedigende Situation, wenn ein Patient leidet und man kann ihm einfach nicht helfen. [...] Das kann bis zu Schlaflosigkeit führen oder Magen-Darm-Beschwerden.“* Einige diplomierte Pflegende erzählten davon, dass diese Symptome auch ihr Privatleben beeinträchtigen, indem sie erschöpfter und mit einem schlechten Gefühl nach Hause gehen, dadurch schlechter schlafen und teilweise eine längere Erholungszeit nötig haben. Eine Pflegende beschrieb auch Gedankenkreisen und Selbstzweifel, die sie im Zusammenhang mit moralischen Stress auslösenden Situationen erlebt. Gemäß ihren Worten sucht sie dann nach möglichen Fehlern, die sie gemacht haben könnte und damit bestimmte Situationen nicht verhindert hat, oder sie macht sich Vorwürfe und hat ein schlechtes Gewissen den Patienten

gegenüber: *„Ich fühle mich total unzufrieden. Ich denke, vielleicht schaffe ich nicht schnell genug. Ich suche den Fehler dann bei mir.“*

Für einige Abteilungsleitende und diplomierte Pflegende war eine frühere Verletzung ihrer moralischen Integrität so belastend, dass sie aufgrund des erfahrenen moralischen Stresses auch schon ihre Stelle gewechselt hatten. Andere erwähnten in diesem Zusammenhang ihre Unzufriedenheit mit der aktuellen Arbeitsplatzsituation.

5. Diskussion

Mit dieser Studie wurde ein erster Schritt zur Erforschung des Erlebens von moralischem Stress bei Pflegefachpersonen in einem schweizerischen Akutspital getan. Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass es den an den Fokusgruppeninterviews beteiligten Pflegefachpersonen aus den Funktionsgruppen der diplomierten Pflegenden, der Pflegeexperten und den Abteilungsleitenden wichtig ist, ihre Arbeit berufsethischen Werten und Prinzipien entsprechend zu gestalten. Es steht in Übereinstimmung mit der internationalen Literatur, dass sich die Fokusgruppenteilnehmenden auf Basis ihrer professionell-ethischen Werthaltung für die Achtung der Patientenautonomie und für eine qualitativ hochstehende Pflege einsetzen wollen (Rassin 2008; Sabatino et al. 2014). Manche diplomierte Pflegende beschrieben ausdrücklich, dass die berufsethischen Grundsätze mit ihren persönlichen Werten übereinstimmen. Diese Deckungsgleichheit persönlicher und professioneller Werte hat sich auch schon in anderen Untersuchungen mit diplomierten Pflegenden gezeigt (Hartrick Doane 2002; McGarry et al. 2009). Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass junge Menschen den Pflegeberuf gerade wegen dieser Affinität gewählt haben (Johnson et al. 2012; Tennant 1999; Wilkes et al. 2014). Vor diesem Hintergrund erscheint es auch plausibel, dass bestimmte ethisch sensible Situationen im Pflegealltag von Pflegefachpersonen nicht nur als moralische Fragestellung oder moralisches Dilemma erlebt werden, sondern sie sich dabei auch immer wieder in ihrer moralischen Integrität bedroht oder verletzt fühlen und dementsprechend moralischen Stress erleben (Hardingham 2004; Kelly 1998; Zuzelo 2007). Die Aussagen der Abteilungsleitenden sind konsistent mit den Ergebnissen aus ähnlichen Untersuchungen in anderen Ländern. In diesen hat sich auch gezeigt, dass sich Abteilungsleitende einer dualen professionell-ethischen Herausforderung gegenüber gestellt sehen, indem sie sich einerseits den Patienten und andererseits auch den ihnen unterstellten Mitarbeitenden moralisch verantwortlich fühlen (Bondas 2009; Vaismoradi et al. 2014).

Den Teilnehmenden unserer Fokusgruppen wurde die in der Literatur vorgenommene Kategorisierung in externe, situative und interne potentiell moralischen Stress auslösenden Faktoren nicht vorgestellt (Hamric et al. 2006). Dennoch nannten sie spontan Situationen mit moralischen Stress auslösenden Faktoren, die sich diesen drei Kategorien zuordnen lassen. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass diese in der Literatur beschriebene Kategorisierung auch für die Schweizer Verhältnisse zutreffend ist, auch wenn die Teilnehmenden unserer Fokusgruppeninterviews nicht sämtliche dazu

in der Literatur beschriebenen potentiell moralischen Stress auslösenden Faktoren erwähnten, wie zum Beispiel einer Patientin nicht die Wahrheit sagen zu können oder einem Patienten für eine informierte Entscheidungsfindung notwendige Informationen vorzuenthalten (Corley et al. 2001; Hamric et al. 2012; Houston et al. 2013). Eine mögliche Erklärung für solche Nuancierungen ist, dass das professionell-ethische Wertesystem ein kultur- und kontextabhängiges Phänomen ist und dadurch auch das professionelle Rollenverständnis prägt (Hamric 2012). Dementsprechend unterscheiden sich möglicherweise auch die Art und das Auftreten der Situationen, in denen sich Pflegefachpersonen in ihre moralischen Integrität bedroht oder verletzt fühlen (Clarke 1997; Horton et al. 2007). Es mutet in Anbetracht der von den Teilnehmenden erwähnten Dynamik der umgebungsbezogenen Faktoren und der von ihnen angesprochenen medizinischen Entwicklung als unrealistisch an, eine abschließende Liste moralischen Stress auslösender Situationen und Faktoren erstellen zu können.

Dennoch scheint es, dass wir im Rahmen unserer Fokusgruppeninterviews einen unseres Wissens in der Literatur bisher nicht beschriebenen moralischen Stress auslösenden Faktor explorieren konnten. Dabei handelt es sich um die im Zusammenhang mit unzureichend in den Spitalbetrieb eingeführten oder noch sehr unerfahrenen Ärzten von diplomierten Pflegenden und Abteilungsleitenden beschriebene informelle fachliche Verantwortungsübernahme für medizinische Entscheidungen. Dieser die Zusammenarbeit mit den Ärzten betreffende Faktor ist möglicherweise von großer Bedeutung, weil die interprofessionelle Zusammenarbeit gemäß der Aussagen unserer Fokusgruppenteilnehmenden und der Literatur eine der häufigsten und wichtigsten Ursache für moralischen Stress ist (Huffman/Rittenmeyer 2012). In der Fokusgruppe mit den Pflegeexperten wurde ähnlich wie bei den diplomierten Pflegenden über potentiell moralischen Stress auslösenden Faktoren in der direkten Patientenpflege berichtet. Ihrer fachlich-unterstützenden Funktion entsprechend berichteten sie aber auch von ihren Beobachtungen, die sie im Zusammenhang mit moralischem Stress bei diplomierten Pflegenden machten. Ihre Aussagen sind konsistent mit denen von den Pflegenden selbst. Dies stärkt die Evidenz dieser Information.

Übereinstimmend mit den Erkenntnissen US-amerikanischer Studien mit Führungspersonen in der Pflege zeigen unsere Daten, dass auch Abteilungsleitende moralischen Stress erleben können (Gaudine/Beaton 2002; Porter 2010). Es ist nachvollziehbar, dass die Abteilungsleitenden wegen ihrer übergeordneten Führungsfunktion bei in der direkten Pflege auftretenden moralischen Stress auslösenden Faktoren vor allem von Beobachtungen bei den ihnen unterstellten diplomierten Pflegenden berichteten. Bei den sie persönlich betreffenden Stressauslösern standen vielmehr Faktoren im Vordergrund, die mit den strukturellen Rahmenbedingungen und der interprofessionellen Zusammenarbeit in Verbindung stehen. Diese für Abteilungsleitende zusätzlich bestehenden moralischen Stress auslösenden Situationen werden auch in der Literatur beschrieben. Dabei wird auch auf die speziell für die Abteilungsleitenden geltende „Sandwichstellung“ hingewiesen, durch die sie auch immer wieder im Konflikt zwischen klinischen und betrieblichen Interessen stehen (Edmonson 2010).

In allen Fokusgruppen wurden im Zusammenhang mit dem Erleben von moralischem Stress Symptome erwähnt, wie sie auch in der Literatur angeführt werden (AACN 2006; Corley 2002). Bemerkenswert ist, dass die Pflegeexperten von psychischen und emotionalen Belastungen sprachen, aber keine körperlichen Zeichen erwähnten. Es ist denkbar, dass die Pflegeexperten aufgrund ihrer jahrzehntelangen Erfahrung befähigt sind, mit Pflegesituationen umzugehen, in denen ihre professionell-ethischen Werte mit denjenigen anderer in Konflikt stehen und sie deshalb möglicherweise moralischen Stress weniger intensiv erleben. Theoretisch lässt sich diese Annahme mit dem Umstand stützen, dass gemäß Hardingham an der Aufrechterhaltung der moralischen Integrität auch ein erlernbarer Entscheidungsfindungsprozess beteiligt ist, der den Umgang mit potentiell moralischen Stress auslösenden Situationen unterstützt (Hardingham 2004). Empirische Hinweise dazu gibt es aus einer US-amerikanischen Studie mit Pflegefachpersonen, bei der sich gezeigt hat, dass Erfahrung negativ korreliert ist mit der Intensität des Erlebens von moralischem Stress (Corley et al. 2005). Eine weitere US-amerikanische Untersuchung hat ergeben, dass Advanced Practice Nurses ein stark ausgeprägtes Selbstvertrauen dafür haben, mit moralisch herausfordernden Situationen umgehen zu können (Laabs 2012). Vor diesem Hintergrund kann angenommen werden, dass Pflegeexperten aufgrund ihrer Kompetenz und Erfahrung, sowie auch aufgrund des mit ihrer Funktion verbundenen Auftrags eher in der Lage sind, ethisch sensible Situationen im Praxisalltag auch interprofessionell zur Sprache zu bringen und eine den verschiedenen moralischen Werten und Perspektiven gerecht werdende Lösung zu finden (Beavis 2013; Ulrich/Hamric 2008).

Bei unserer Befragung wurde festgestellt, dass durch moralischen Stress belastete diplomierte Pflegende auch mit emotionalen Rückzugstendenzen reagieren können. Dieses Vermeidungsverhalten in der professionellen Beziehung gegenüber Patienten wurde auch schon in einer US-amerikanischen Querschnittsuntersuchung mit Pflegefachpersonen als Folge von moralischem Stress festgestellt (De Villers/DeVon 2013). Einzelne Pflegefachpersonen haben berichtet, dass sie wegen moralischem Stress auch schon daran gedacht haben, die Arbeitsstelle zu wechseln, oder dies bereits einmal getan haben. Dieser Umstand weist in Übereinstimmung mit der Literatur darauf hin, dass moralischer Stress nicht nur Auswirkungen auf die davon betroffene Person selbst und die Qualität der Patientenbeziehung hat, sondern auch auf das Halten der betroffenen Pflegefachpersonen am Arbeitsplatz (Corley et al. 2001; Gutierrez 2005). Vor diesem Hintergrund ist es von großer Bedeutung, dass Verantwortliche im Pflegefach, in Pflegeausbildung und Pflegemanagement moralischen Stress als wichtigen Faktor für die Pflege als Dienstleistung, für die Patienten und für die Pflegefachpersonen selbst erkennen und mit entsprechenden Maßnahmen versuchen, diesem vorzubeugen oder seine Auswirkungen abzuschwächen und aufzufangen (Bell/Breslin 2008; Hamric 2000; Robichaux/Parsons 2009; Rushton et al. 2013). Zur Stärkung der moralischen Resilienz von Pflegefachpersonen bestehen dazu international auch schon etablierte und erfolgreich durchgeführte Schulungsprogramme (Robinson et al. 2014).

6. Limitationen

Es ist eine Einschränkung unserer Studie, dass sich die Rekrutierung der Teilnehmenden aus Ressourcengründen auf ein Spital beschränkte und die Anzahl der Teilnehmenden und Fokusgruppen vergleichsweise gering war. Die Fokusgruppen wurden mittels eines literaturgestützten Leitfadens durchgeführt und waren deshalb möglicherweise limitierend. Die während der Fokusgruppen zu einzelnen Punkten aufkommenden Diskussionen mussten zudem aufgrund des zur Verfügung stehenden Zeitrahmens leider auch immer wieder vorzeitig beendet werden, so dass die Interviewzeit wahrscheinlich zu kurz war, damit die Teilnehmenden sich zu allen Fragen abschließend äußern konnten. Weiter ist es denkbar, dass sich die Teilnehmenden im Rahmen einer Fokusgruppe hinsichtlich des Äußerns bestimmter Situationen und der Beschreibung des damit verbundenen Erlebens gehemmt fühlten, um die ganze Facette von Ursachen und Auswirkungen von moralischem Stress explizit zu machen. Eine zusätzliche Limitation war allenfalls die Vorgehensweise bei der Datenanalyse. Obwohl wir induktiv vorgehen, haben uns die vorher für den Interviewleitfaden festgelegten Fragen möglicherweise in unserer Offenheit beeinflusst.

7. Schlussfolgerung

Da die Teilnehmenden moralischen Stress erleben und dieser eine emotionale Belastung darstellt, gilt es künftig gezielte Maßnahmen zum Umgang mit dem Phänomen einzuleiten. Dabei spielen die berufliche Aus- und Weiterbildung im schweizerischen pflegerischen Arbeitsumfeld eine zentrale Rolle. Denn mit edukativen Maßnahmen können die Entwicklung einer moralischen Resilienz und ein kompetenter Umgang mit moralischen Stress auslösenden Situationen unterstützt werden. International bereits bestehende Schulungsprogramme können adaptiert und kulturell angepasst werden.

In Anbetracht der von den Teilnehmenden erwähnten Stressauslösern scheint es zudem angemessen, mit strukturellen, organisatorischen und kulturellen Maßnahmen und vor allem auch solchen, die die interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen, innerhalb des Spitals die potentiell moralischen Stress auslösenden Situationen möglichst zu reduzieren. Insbesondere wichtig ist es, solche Maßnahmen entlang des Patientenprozesses einzurichten. Wenn es gelingt, Patienten ins Zentrum zu stellen und organisatorische Abläufe auf sie auszurichten, können Pflegefachpersonen ihre Kompetenzen gezielt einsetzen und damit von den genannten Stressauslösern entlastet werden.

Begleitend dazu könnte es bezüglich der Vermeidung von und dem Umgang mit moralischem Stress hilfreich und unterstützend sein, eine innerbetriebliche Arbeitsumgebung zu schaffen, in der die Voraussetzungen zur kritischen Reflexion unterschiedlicher professioneller ethischer Werte und der Diskussion gemeinsamer ethischer Entscheidungsfindungen gegeben sind. Es wurde darauf hingewiesen, dass sich moralischer Stress nicht nur auf die Pflegefachpersonen selbst, sondern möglicherweise

auch auf ihr Verhalten gegenüber den Patienten sowie ihrem Verbleib am Arbeitsplatz auswirkt. In Anbetracht dessen können unsere Ergebnisse als Hinweis darauf verstanden werden, dass es heute schon berechtigt ist, das Phänomen moralischer Stress in Fachführung und Pflegemanagement vermehrt zu thematisieren, auch wenn das Phänomen moralischer Stress noch vertiefter im Umfeld der schweizerischen Pflegepraxis untersucht werden muss.

Literatur

- AACN (2006): 4 A's to rise above moral distress. http://www.aacn.org/WD/Practice/Docs/4As_to_Rise_Above_Moral_Distress.pdf. (2. September 2014)
- Beavis, N. (2013): Moral distress and Advanced Practice Nursing: the need for morally habitable work environments. *Journal of Bioethical Inquiry* 10, (Nr. 3), 425-426
- Bell, J./Breslin, J.M. (2008): (Oct-Dec): Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JO-NAS Healthc Law Ethics Regul* 10, (Nr. 4), 94-97; quiz 98-99. PubMed PMID: 19060648
- Bentzen, G./Harsvik, A./Brinchmann, B.S. (2013): "Values that vanish into thin air": Nurses' experience of ethical values in their daily work. *Nursing Research and Practice* 2013, (8 p.), <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/939153/>. (29. August 2014).
- Bondas, T. (2009): Preparing the air for nursing care: A grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing* 14, (Nr. 4), 351-362
- Burston, A.S./Tuckett, A.G. (2013): Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics* 20, (Nr. 3), 312-324
- Busse, R./Schwartz, F.W. (1997): Financing reforms in the German hospital sector: from full cost cover principle to prospective case fees. *Medical Care* 35, (Nr. 10, Supplementum), OS40-OS49
- Clarke, P.G. (1997): Values in health care professional socialization: implications for geriatric education in interdisciplinary teamwork. *The Gerontologist* 37, (Nr. 4), 441-451
- Corley, M.C. (2002): Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* 9, (Nr. 6), 636-650
- Corley, M.C./Elswick, R.K./Gorman, M./Clor, T. (2001) (Jan): Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing* 33, (Nr. 2), 250-256. PubMed PMID: 11168709
- Corley, M.C./Minick, P./Elswick, R.K./Jacobs, M. (2005): Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics* 12, (Nr. 4), 381-390
- De Villers, M.J./DeVon, H.A. (2013): Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing Ethics* 20, (Nr. 5), 589-603
- Edmonson, C. (2010): Moral courage and the nurse leader. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* [Internet]. 15(3):[Manuscript 5 p.]. <http://gm6.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol152010/No3-Sept-2010/Moral-Courage-for-Nurse-Leaders.aspx>. (29. August 2014)
- Elpern, E.H./Covert, B./Kleinpell, R. (2005): Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 14, (Nr. 6), 523-530
- Epstein, E.G./Hamric, A.B. (2009): Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics* 20, (Nr. 4), 330-342
- Fenton, M. (1988): Moral distress in clinical practice: Implications for the nurse administrator. *Canadian Journal of Nursing Administration* 1, (Nr. 3), 8-11
- Gaudine, A.P./Beaton, M.R. (2002): Employed to go against one's values: nurse managers' accounts of ethical conflict with their organizations. *Canadian Journal of Nursing Research* 34, (Nr. 2), 17-34
- Gutierrez, K.M. (2005): Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing* 24, (Nr. 5), 229-241
- Hamric, A.B. (2000) (Sep-Oct): Moral distress in everyday ethics. *Nursing Outlook* 48, (Nr. 5), 199-201. PubMed PMID: 11044292
- Hamric, A.B. (2012): Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum* 24, (Nr. 1), 39-49

- Hamric, A.B./Borchers, C.T./Epstein, E.G. (2012): Development and testing of an instrument to measure moral distress in health care professionals. *AJOB Primary Research* 3, (Nr. 2), 1-9
- Hamric, A.B./Davis, W.S./Childress, M.D. (2006): Moral distress in health care professionals. *The Pharos of Alpha Omega Alpha-Honor Medical Society* 69, (Nr. 1), 16-23
- Hardingham, L.B. (2004): Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy* 5, (Nr. 2), 127-134
- Harrowing, J.N./Mill, J. (2010): Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: a critical ethnography. *International Journal of Nursing Studies* 47, (Nr. 6), 723-731
- Hartrick Doane, G.A. (2002): Am I still ethical? The socially-mediated process of nurses' moral identity. *Nursing Ethics* 9, (Nr. 6), 623-635
- Horton, K./Tschudin, V./Forget, A. (2007): The value of nursing: a literature review. *Nursing Ethics* 14, (Nr. 6), 716-740
- Houston, S./Casanova, M.A./Leveille, M./Schmidt, K.L./Barnes, S.A./Trungale, K.R./Fine, R.L. (2013): The intensity and frequency of moral distress among different healthcare disciplines. *The Journal of Clinical Ethics* 24, (Nr. 2), 98-112
- Huffman, D., M./Rittenmeyer, L. (2012): How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 24, (Nr., 91-100
- Johnson, M./Cowin, L.S./Wilson, I./Young, H. (2012): Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review* 59, (Nr. 4), 562-569
- Kelly, B. (1998): Preserving moral integrity: a follow up study with new graduate nurses. *Journal of Advanced Nursing* 28, (Nr. 5), 1134-1145
- Kramer, M./Schmalenberg, C. (1987): Magnet hospitals talk about the impact of DRGs on nursing care - part II. *Nursing Management* 18, (Nr. 10), 33-40
- Laabs, C.A. (2012): Confidence and knowledge regarding ethics among advanced practice nurses. *Nursing Education Perspectives* 33, (Nr. 1), 10-14
- Lincoln, Y.S./Guba, E.G. (1985): *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications
- Lützn, K./Ewalds-Kvist, B. (2012): Moral distress: a comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC Forum* 24, (Nr. 1), 13-25
- Mashiach Eizenberg, M./Desivilya, H.S./Hirschfeld, M.J. (2009): Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. *Journal of Advanced Nursing* 65, (Nr. 4), 885-892
- Mayring, P. (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Technik*. 10., neu ausgestattete Auflage ed. Weinheim, Basel: Beltz
- McGarry, J./Aubeeluck, A./Simpson, C./Williams, G. (2009): Nursing students' experience of care. *Nursing Older People* 21, (Nr. 7), 16-22
- McLafferty, I. (2004): Focus group interviews as a data collection strategy. *Journal of Advanced Nursing* 48, (Nr. 2), 187-194
- Morgan, D.L. (1996): Focus groups. *Annual Review of Sociology* 22, (Nr. 1), 129-152
- Ohnishi, K./Ohgushi, Y./Nakano, M./Fujii, M./Tanaka, H./Kitaoka, K./Nakahara, J./Narita, Y. (2010): Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics* 17, (Nr. 6), 726-740
- Porter, R.B. (2010): Nurse managers' moral distress in the context of the hospital ethical climate. *University of Iowa*
- Rassin, M. (2008): Nurses' professional and personal values. *Nursing Ethics* 15, (Nr. 5), 614-630
- Rice, E.M./Rady, M.Y./Hamric, A./Verheijde, J.L./Pendegast, D.K. (2008) (Apr): Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management* 16, (Nr. 3), 360-373. PubMed PMID: 18324996
- Robichaux, C./Parsons, M.L. (2009): An ethical framework for developing and sustaining a healthy workplace. *Critical Care Nursing Quarterly* 32, (Nr. 3), 199-207
- Robinson, E.M./Lee, S.M./Zollfrank, A./Jurchak, M./Frost, D./Grace, P. (2014): Enhancing Moral Agency: Clinical Ethics Residency for Nurses. *Hastings Center Report* 44, (Nr. 5), 12-20

- Rushton, C.H./Kaszniak, A.W./Halifax, J.S. (2013): Addressing moral distress: application of a framework to palliative care practice. *Journal of Palliative Medicine* 16, (Nr. 9), 1080-1088
- Sabatino, L./Stievano, A./Rocco, G./Kallio, H./Pietila, A.-M./Kangasniemi, M.K. (2014): The dignity of the nursing profession: A meta-synthesis of qualitative research. *Nursing Ethics* 21, (Nr. 6), 659-672
- Scientific Software Development GmbH. Atlas.ti 7.0, Berlin 2012
- Shenton, A.K. (2004): Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22, (Nr. 2), 63-75
- Sochalski, J./Aiken, L.H./Fagin, C.M. (1997): Hospital restructuring in the United States, Canada, and Western Europe: an outcomes research agenda. *Medical Care* 35, (Nr. 10 Supplementum), OS13-OS25
- Spichiger, E./Kesselring, A./Spirig, R./De Geest, S. (2006): Professionelle Pflege-Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege* 19, (Nr. 1), 45-51
- Tennant, S.M. (1999): Nursing to care or caring to nurse: a qualitative investigation of perceptions of new recruits. *Nurse Education Today* 19, (Nr. 3), 239-245
- Ulrich, C./O'Donnell, P./Taylor, C./Farrar, A./Danis, M./Grady, C. (2007): Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science and Medicine* 65, (Nr. 8), 1708-1719
- Ulrich, C.M./Hamric, A.B. (2008): What is so distressing about moral distress in advanced nursing practice. *Clinical Scholars Review* 1, (Nr. 1), 5-6
- Vaismoradi, M./Bondas, T./Salsali, M./Jasper, M./Turunen, H. (2014): Facilitating safe care: a qualitative study of Iranian nurse leaders. *Journal of Nursing Management* 22, (Nr. 1), 106-116
- Wilkes, L./Cowin, L./Johnson, M. (2014): The reasons students choose to undertake a nursing degree. *Collegian*, [7 p.]. (<http://ac.els-cdn.com/S1322769614000043/dx.doi.org/10.1016/j.collegn.2014.01.003>). (29. August 2014)
- Wilkinson, J.M. (1987/88): Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum* 23, (Nr. 1), 16-29
- Wilkinson, J.M. (1989): Moral distress: a labor and delivery nurse's experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 18, (Nr. 6), 513-519
- Zuzelo, P.R. (2007) (May): Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics* 14, (Nr. 3), 344-359. PubMed PMID: 17459818

Michael Kleinknecht-Dolf

Klinischer Pflegewissenschaftler, Projektleiter DRG Begleitforschung Pflege, Zentrum Klinische Pflegewissenschaft, UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100 (MOU 2), 8091 Zürich, Switzerland, michael.kleinknecht@usz.ch