



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Aber es hört uns manchmal keiner an!

Moralischer Stress von Pflegenden im Krankenhaus

verfasst von / submitted by

Bettina Margarethe Wendl, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2024 / Vienna 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor

Assoz. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Katharina Heimerl

Zusammenfassung

Hintergrund

Moralischer Stress ist ein weitverbreitetes Phänomen in der Pflege, das in belastenden Situationen die Pflegepersonen überfordert. Moralischer Stress entsteht, wenn sich die handelnden Personen gezwungen fühlen, Entscheidungen mitzutragen oder Handlungen auszuführen, die ihren eigenen Wertvorstellungen vom korrekten Handeln widersprechen. Das kann die Qualität der Pflege negativ beeinflussen und ist für die Person selbst physisch und psychisch belastend.

Zielsetzung

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedeutung der berufsethischen Werte von Pflegenden im akuten Setting darzustellen und die Wahrnehmungen und die Auswirkungen von moralischem Stress aufzuzeigen.

Methode

Es werden 16 leitfadengestützte Interviews mit Pflegepersonen geführt, die in Krankenhäusern im akuten Setting tätig sind. Diese Interviews basieren auf einem qualitativen Forschungsansatz. Die befragten Personen schildern Erfahrungen, in denen sie moralischen Stress erlebten. Die Auswertung erfolgte mittels des interpretativen-reduktiven Verfahrens, basierend auf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

Schlussfolgerung

Das Phänomen des moralischen Stresses in der Pflege ist bekannt, aber die Betroffenen werden oft nicht gehört. Pflegende fühlen sich häufig machtlos gegenüber Entscheidungen von Ärzt*innen, da sie nicht in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Durch Kommunikation mit dem ärztlichen Personal kann die Pflegekraft ihre Rolle im Arbeitsprozess aktiv gestalten und ihre Expertise bei Entscheidungen einbringen.

Schlüsselbegriffe:

Moralischer Stress, Pflege, akutes Setting

Abstract

Background

Moral distress is a widespread phenomenon in nursing that overwhelms caregivers in stressful situations. Moral stress arises when the persons acting feel forced to share decisions or perform actions that contradict their own values of correct action. This can negatively affect the quality of care and is physically and psychologically stressful for the person themselves.

Method

16 guided interviews were conducted with carers working in hospitals with acute settings. The interviewees describe situations in which they experienced moral stress. The interviewees describe experiences in which they experienced moral stress. The analysis was conducted using an interpretive-reductive approach based on Mayring's (2015) summarizing content analysis.

Objective

The aim of this thesis is to illustrate the importance of the professional ethical values of carers in the acute setting and to describe the perceptions and effects of moral stress.

Conclusion

The phenomenon of moral stress in care is a well-known issue, but those affected are often not given a voice. Caregivers frequently feel powerless when doctors make decisions without involving them in the decision-making process. Communication with medical personnel allows nursing staff to actively shape their role in the work process and to contribute their expertise to decision-making.

Keywords:

Moral stress, nursing care, acute setting

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Hintergrund	3
2.1. Knappe Personalressourcen in der Pflege	3
2.2. Psychischer Stress in der Pflege.....	3
2.3. Definitionen von grundlegenden Begriffen.....	5
3. Problemstellung.....	7
3.1. Ursachen von moralischem Stress.....	7
3.2. Auswirkungen von moralischem Stress.....	10
4. Methodik.....	13
4.1. Forschungsziel und Forschungsfragen	13
4.2. Forschungsdesign.....	13
4.3. Definition des Samples	14
4.4. Rekrutierungsprozess	15
4.5. Methode der Datenerhebung	16
4.6. Datenauswertung	18
4.7. Ethische Aspekte	20
4.8. Merkmale des Samples.....	21
4.9. Gütekriterien	22
5. Ergebnisse	24
5.1. Persönlicher Zugang zum Pflegeberuf	26
5.1.1. Wunsch, Schönes zu erleben	27
5.1.2. Verbunden sein mit den Menschen.....	28
5.1.3. Möglichkeiten zur Information über einen sozialen Beruf	29
5.1.4. Familiäres Umfeld.....	30
5.1.5. Weiterführende berufliche Pflegeausbildungen.....	31
5.2. Auslöser von moralischem Stress	32
5.2.1. Zeitmangel und hohe Arbeitsverdichtung.....	33
5.2.2. Covid-19-Pandemie	35
5.2.3. Fehlende Entscheidungskompetenz	38
5.2.4. Die Autonomie der Patient*innen respektieren	41
5.2.5. Erwartungen der Angehörigen	42
5.3. Reaktionen auf moralischen Stress.....	44
5.3.1. Hoffnungslosigkeit	44
5.3.2. Zweifel und Ungewissheit	46
5.3.3. Emotionen zeigen.....	47
5.4. Coping	48
5.4.1. Krankenhauswechsel	48

5.4.2. Zusammenarbeit im Team	49
5.4.3. Gespräche mit Familie, Kolleg*innen und Vorgesetzten	50
5.4.4. Distanzieren und Fokussieren	53
5.4.5. Nach Hause kommen	55
5.4.6. Die Rolle der Berufs- und Lebenserfahrung.....	56
5.4.7. Fähigkeit, es nicht in die Familie zu tragen	57
5.4.8. Courage	58
6. Fazit	60
7. Diskussion.....	63
7.1. Auslösende Faktoren	64
7.2. Reaktionen und Gefühle	69
7.3. Coping-Strategien	71
7.4. Gesprächsbedarf	78
7.5. Limitation	80
8. Conclusio	82
Literaturverzeichnis	84
Anhang.....	89

Abkürzungsverzeichnis

BSC	Best Supportive Care
DNR	Do Not Resuscitate
EKG	Elektrokardiogramm
ICN	International Council of Nurses

1. Einleitung

In Gesundheitsberufen müssen häufig komplexe Entscheidungen getroffen werden, die oft über das gesamte Leben eines Menschen bestimmen. Dies betrifft vor allem existenzielle Entscheidungen, wie sie in Hochrisikobereichen wie der Intensivmedizin und auch in der Palliativpflege vorkommen. Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht es, immer älter zu werden. Allerdings wollen die Menschen dabei auch selbstbestimmt bleiben. In der Umsetzung bedeutet dies, die Entscheidungen der Patient*innen anzunehmen, selbst wenn diese den persönlichen Überzeugungen oder denen der Angehörigen oder Ärzt*innen entgegenstehen. Der Pflegeberuf steht hierbei oftmals zwischen den unterschiedlichen Beteiligten und deren Positionen. Pflegepersonen gelten allgemein als Schnittstelle zwischen den Betroffenen, anderen Professionen oder Angehörigen (Wöhlke & Wiesemann, 2016).

Grundsätzlich wird unter Moral die Gesamtheit ethischer Normen verstanden, die das zwischenmenschliche Verhalten in der Gesellschaft steuern (Körtner, 2017, S. 13). Diese Normen entscheiden darüber, was von den Menschen als richtig oder falsch angesehen wird.

Der Ethikkodex des international Council of Nurses (ICN) findet in den Berufsorganisationen der Gesundheitsprofessionen weite Akzeptanz. Er beschreibt die pflegerische Verantwortung gegenüber den Erkrankten, der Kollegschaft und der eigenen Profession, dient der Orientierung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung und fördert die Sicherung der Gesundheit der Pflegenden. Gleichzeitig kann der Kodex als Anregung zur Reflexion des beruflichen Alltags der Pflegenden und zur Förderung der Diskussion innerhalb der Berufsgruppe dienen (ICN, 2021).

Fraglich ist jedoch, was geschieht, wenn Entscheidungen den persönlichen Überzeugungen entgegenstehen. In anspruchsvollen Praxissituationen haben Pflegepersonen Schwierigkeiten, subjektive Einschätzungen wie Bedenken oder Intuition präzise zu beschreiben. Aus diesem Grund ist es erforderlich, den Fokus auf den Bereich zu legen, in dem oft Worte fehlen – und dazu gehört der moralische Stress. Dies ist ein empirisch schwer zu beschreibendes Phänomen, da es in der Praxis oft nicht konkret benannt und begründet werden kann.

Jameton (1984) interpretierte erstmals Erzählungen von Pflegepersonen und stellte Reaktionen auf Situationen dar, in denen die handelnde Person wusste, was zu tun wäre, aber durch äußere Faktoren gezwungen war, die Handlung anders auszuführen. Er bezeichnete dies als „moral Distress“:

„[...] one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action“ (Jameton, 1984, S. 6).

So entsteht ein Gewissenskonflikt, der wiederum weiteren Druck auf die Person ausübt. Basierend auf dieser Grundlage entwickelte Corley (2021) ein theoretisches Modell zur Messung von moralischem Stress (Moral Distress Scale, MDS) (Corley et al., 2001).

Die vorliegende Arbeit setzt einen Schwerpunkt auf die empirisch-qualitative Erfassung von moralischem Stress von Pflegepersonen im Krankenhaus. In den einführenden Kapiteln wird auf die wesentlichen Begrifflichkeiten eingegangen und in weiterer Folge wird skizziert, warum es gerade in der Pflege entscheidend ist, unterschiedliche Begrifflichkeiten rund um den moralischen Stress voneinander abzugrenzen.

2. Hintergrund

In diesem Kapitel soll ein Überblick über zwei zentrale Aspekte von moralischem Stress im klinischen Akutsetting gegeben werden: 1. Die knappe Personalsituation in der Pflege und 2. das Phänomen des moralischen Stresses als eine zentrale Manifestation von moralischem Stress. Für die eingehende Behandlung des Themas ist es dabei notwendig, verschiedene Begriffe zu definieren und zu erläutern, dies erfolgt im Anschluss.

2.1. Knappe Personalressourcen in der Pflege

Es besteht in der Literatur Einigkeit darüber, dass zu den wichtigsten Ursachen von moralischem Stress schwierige Arbeitsbedingungen und Ressourcenmangel gehören (McCarthy & Gastmans 2015; Corley 2021). Daher soll hier zu Beginn ein Blick auf die Personalsituation in der Pflege geworfen werden. Eine Studie des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz aus dem Jahr 2021 zeigt auf, dass es in Österreich lediglich 127.000 Pflegekräfte im akutstationären oder Langzeitbereich gibt (BMSGPK, 2021).

Diese Zahl ist jedoch nicht ausreichend, da aufgrund der demografischen Entwicklung derzeit ein Fachkräftemangel in der Pflege besteht: Der steigenden Zahl älterer Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, steht eine geburtenschwache jüngere Generation gegenüber. Zusätzlich halten es 65 % der Pflegenden für unwahrscheinlich, ihren Beruf bis zur Pension auszuüben und 15 % wollen sogar den Beruf wechseln (BMSGPK, 2021). Als Gründe für einen Berufswechsel oder -ausstieg werden die spezifischen Arbeitsbedingungen im Pflegebereich genannt, insbesondere berufsbedingte körperliche und psychische Belastungen. Die Auswertung ergab, dass die emotionale Belastung mit 46 % den höchsten Wert aufweist im Vergleich zur körperlichen Belastung mit 14 % (BMSGPK, 2021).

2.2. Psychischer Stress in der Pflege

Moralischer Stress wird als das Gefühl von Machtlosigkeit bezeichnet (Kada & Lesnik, 2019). Pflegende leiden unter Frustration, Erschöpfung und Schuldgefühlen. Durch institutionelle, organisatorische und personelle Ressourcenknappheit sind die Pflegepersonen gezwungen, Pflegeleistungen oder Entscheidungsfindungen zu minimieren, wodurch die Patient*innen und

deren Angehörige negative Auswirkungen erfahren. Gleichzeitig fühlen sich die Pflegenden machtlos.

Das stationäre Setting weist in diesem Zusammenhang einige Besonderheiten auf, die bei der Entstehung von moralischem Stress zu berücksichtigen sind. Dabei werden vor allem die fehlende Entscheidungskompetenz, der Umgang mit vulnerablen und sterbenden Menschen, die Ressourcenknappheit, der Notfall- und Intensivmedizinbereich und die enge Beziehung zu den Patient*innen genannt. Hervorzuheben sind hier die negativen Auswirkungen wie eine verminderte Patient*innenzufriedenheit, eine hohe Personalfuktuation sowie Resignation und ein emotionaler Rückzug des Pflegepersonals (Kada & Lesnik, 2019).

Pflegekräfte benötigen ein hohes Maß an Belastbarkeit und Flexibilität, da sie mit eventuell mangelndem Selbstvertrauen, der Einhaltung von Richtlinien und Vorgaben, einer erhöhten Arbeitsbelastung und der Notwendigkeit, in kritischen Situationen schnell und sicher zu handeln, konfrontiert sind. Zeitmangel, Personalmangel und erhöhter Arbeitsdruck können den Stress noch verstärken (Hamric, 2012).

Positive moralische Gefühle wie Mitgefühl, Stolz und Freude sind im helfenden Beruf von großer Bedeutung. Schuld, Scham und Empörung sind laut Doppelfeld (2017) moralische Emotionen, die als negativ empfunden werden. Diese negativen Gefühle haben Auswirkungen auf die Person selbst und das private als auch auf das berufliche Umfeld der Pflegeperson.

Beauchamp und Childress (1994) definieren vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik: Das Prinzip der Autonomie fordert, Wertvorstellungen und Wünsche der erkrankten Person zu beachten. Das Fürsorgeprinzip beinhaltet, dass das medizinische Personal auf das Wohlbefinden der Patient*innen achtet und Krankheiten präventiv vermeidet oder Beschwerden behandelt. Im weiteren Verlauf haben die Autoren das Schadensvermeidungsprinzip definiert, um Schäden von den Erkrankten fernzuhalten sowie das Gerechtigkeitsprinzip, welches eine gerechte Zuteilung von medizinischen Leistungen gewährleisten soll. Generell sollen alle vier Prinzipien gleichwertig ausgeführt werden.

Im klinischen Alltag kommt es immer wieder zu Dilemmasituationen, in denen die Prinzipien im Spannungsfeld zueinanderstehen. Welches Prinzip im Vordergrund steht, hängt immer von den handelnden Personen und von der jeweiligen Situation ab. So muss oft eine Abwägung zwischen Schaden und Nutzen vorgenommen werden. Pflegepersonen können die unterschiedlichen Prinzipien nicht immer benennen, handeln aber intuitiv danach (Wöhlke, 2018).

Im Bereich des Prinzips der Autonomie kommt es in der Praxis dazu, dass Pflegenden zwischen der Selbstbestimmung der Patient*innen und den eigenen Werten balancieren müssen.

Weitere Faktoren sind medizinische Anforderungen und der kritische Zustand der erkrankten Personen, die den moralischen Stress noch verstärken können (Fölsch, 2012).

Das anhaltende Gefühl von Machtlosigkeit (Kada & Lesnik, 2019) führt zum Phänomen der Hoffnungslosigkeit bei Pflegenden und in weiterer Folge zu einem Hinnehmen dieser und Resignation (Riedel & Linde, 2018). Dieser Rückzug aus der Interaktion bis hin zur Resignation ist Ausdruck für die moralische Belastung des Pflegepersonals in der unmittelbaren Betreuung der Patientinnen und Patienten und ermöglicht es den Pflegenden nicht unter der seelischen Last zusammenzubrechen (Epstein & Hamric, 2009). Nach Angaben von Pflegenden ist psychischer Stress die Hauptursache für das Ausscheiden aus dem Pflegeberuf und für Burnout (Wöhlke & Wiesemann, 2016).

2.3. Definitionen von grundlegenden Begriffen

In diesem Abschnitt werden die grundlegenden Begriffe erläutert, um den Umgang mit moralischen Belastungen von Pflegenden in der klinischen Praxis detailliert darzustellen zu können.

Grundsätzlich mangelt es an Strategien, die den Pflegenden helfen, seelisches Leid und Burnout zu vermeiden. Eine gemeinsame Sprache fehlt, Begriffe werden synonym verwendet und Instrumente zum Umgang mit schwierigen Situationen sind nicht vorhanden. Daher ist es von grundlegender Bedeutung, ein Verständnis für die Ursachen ethischer Konflikte zu schaffen (Rainer et. al., 2018).

Nach Jameton (1984) bezeichnet **moralischer Stress** eine Situation, die unlösbar erscheint. Später unterschied der Autor zwischen initialem und reaktivem Stress. Der initiale Stress manifestiert sich unmittelbar im Anschluss an eine als belastend empfundene Situation und zeigt sich in emotionalen Reaktionen wie Wut und Frustration. Im Gegensatz dazu tritt der reaktive Stress erst nach erfolglosen Bewältigungsversuchen auf (Corley, 2021). Jameton legt großen Wert darauf moralischen Stress vom moralischen Dilemma (oder Konflikt) abzugrenzen. Ein moralisches Dilemma liegt dann vor,

„when two (or more) clear moral principles apply, but they support mutually inconsistent courses of action“ (Jameton, 1984, S. 6).

Carina Fourie (2015) kritisiert Jametons' Sichtweise, dass moralischer Stress und moralischer Konflikt einander ausschließen und plädiert für eine erweiterte Definition von moralischem Stress:

„Moral distress is a psychological response to morally challenging situations such as those of moral constraint or moral conflict, or both.“ (Fourie, 2015, S. 95).

Die **moralische Belastung** wird als emotionale Reaktion auf ethisch belastende Ereignisse wahrgenommen. Moralischer Stress kann als psychologische Reaktion auf eine moralische Belastung definiert werden. Pflegende nehmen durch Emotionen, Intuition oder ihr Gewissen wahr, dass eine Situation für sie ethisch belastend sein könnte (Monteverde, 2019).

Unsicherheit entsteht in diesem Zusammenhang, wenn eine Handlungshilfe für die Entscheidungsfindung benötigt wird. Sobald ein **moralischer Konflikt** auftritt, konkurrieren mehrere ethische Prinzipien miteinander, aber letztendlich wird das Ergebnis/die Handlung als moralisch nicht korrekt angesehen (Fourie, 2015). Es kann auch vorkommen, dass die Handlungen anderer Pflegender nicht mit den eigenen moralischen Werten übereinstimmen und infolgedessen Unsicherheit darüber entsteht, wie in solchen Situationen zu handeln ist (Monteverde, 2007).

Unlösbare Konflikte, die ethische Werte verletzen, können zu einem **moralischen Dilemma** führen. Pflegende stehen in derartigen Situationen häufig unter Druck und fühlen sich zu Handlungen oder Unterlassungen gezwungen. Es entsteht auf diese Weise ein ständiges Spannungsfeld zwischen den Prinzipien der Autonomie, der Fürsorge, der Nichtschädigung und der Gerechtigkeit (Fourie, 2015). Das moralische Dilemma entsteht vor allem dann, wenn die Pflegenden keine Möglichkeit haben, aus ihrer Perspektive Einfluss auf Entscheidungen zu nehmen, die sie für unangemessen halten, wenn das Leiden oder die Schmerzen der Erkrankten nicht ausreichend berücksichtigt werden (Wöhlke & Wiesemann, 2016). Zudem ist das Handlungsvermögen erschwert, da es widersprüchliche Handlungen enthält und somit zu einer psychologischen Reaktion führt (Monteverde, 2019).

Moral Injury beschreibt indes den Zustand der moralischen Verletzung, in dem die Moral der Pflegeperson verletzt wird. Er entsteht als Konsequenz von unterlassenen oder durchgeführten Handlungen von Pflegenden und hat Folgen für die eigene moralische oder ethische Integrität. Moral Injury stellt somit einen Faktor dar, der zum Burnout führen kann (Mai et al., 2021).

In dem folgenden Kapitel wird auf den moralischen Stress bei Pflegepersonen eingegangen.

3. Problemstellung

In diesem Kapitel werden zunächst die Ursachen von moralischem Stress und anschließend dessen Auswirkungen beschrieben.

3.1. Ursachen von moralischem Stress

Die Auslöser für moralische Belastungen können in zwei Bereiche eingeteilt werden, wobei zunächst die institutionellen Rahmenbedingungen und anschließend die Komplexität im beruflichen Kontext erläutert werden.

- **Institutionelle Rahmenbedingungen**

Moralisch belastend können Strukturen und Prozesse in Institutionen der Pflege sein, etwa wenn Ressourcen knapp sind, wenn Personalmangel, Zeitmangel oder Zeitdruck herrscht. Als weitere strukturelle Belastungsfaktoren lassen sich unklare ethische Leitlinien sowie Vorgaben durch Vorgesetzte, die den eigenen Vorstellungen widersprechen, nennen. Es reicht nicht aus, dass Pflegende lediglich die Grundbedürfnisse der Patient*innen erfüllen. Es ist ebenso wichtig, dass sie sich um die psychische Betreuung der Erkrankten kümmern. Zudem können unzureichende Kommunikationsmöglichkeiten und ein unbefriedigendes Arbeitsumfeld zu moralisch belastenden Situationen führen.

Der tägliche berufliche Arbeitsalltag der Pflege ist oft dadurch gekennzeichnet, dass es unzureichende personelle und zeitliche Ressourcen gibt. Vielfach können die Pflegenden den hohen Anforderungen, die sie selbst an die Qualität der Betreuung der Patient*innen haben, nicht entsprechen. Oft priorisieren sie die Einhaltung des Arbeitsplanes, sodass die körperlichen und psychischen Bedürfnisse der zu Betreuenden nicht ausreichend berücksichtigt werden können, sondern ein allgemeines, standardisiertes Pflegeprogramm durchgeführt wird. Häufig wird die Autonomie der Patient*innen ignoriert, was bei den Pflegenden Unzufriedenheit auslöst und oftmals zu einem Verlust der Sensibilität für die Pflegebedürftigen führt (Fölsch, 2012).

Wenn Pflegende durch die Rahmenbedingungen daran gehindert werden, nach ihren berufsethischen Wertvorstellungen zu handeln, gefährdet dies in der Folge ihre persönliche Integrität. Gleichzeitig hat dies einen negativen Einfluss auf die Qualität der Pflege. Pflegende müssen lernen, mit emotionalen Belastungen umzugehen, um den institutionellen Rahmenbedingungen entgegenzuwirken und die moralische Belastung zu bewältigen (Kleinknecht-Dolf, 2015).

Die Überforderung in moralisch belastenden Situationen gilt als eine der Hauptursachen für das weitverbreitete Phänomen des moralischen Stresses und führt in weiterer Folge zu beruflicher Enttäuschung und Entmutigung. Ein Mangel an Kenntnissen im Umgang mit moralischen Konflikten, insbesondere in konfliktbeladenen Entscheidungen am Ende des Lebens, sowie unzureichenden Grundbedingungen und die Kollision mit den eigenen Wertvorstellungen können dazu führen, dass Berufstätige aussteigen und/oder ein Burnout entwickeln (Fourie, 2015; Wöhlke & Wiesemann, 2016; Mai et al., 2021).

Das Verständnis von moralischem Leiden wird dabei sowohl von internen Faktoren wie persönlichen Einstellungen, als auch von externen Faktoren wie dem Umfeld beeinflusst. Mangelndes Selbstwertgefühl und der zunehmende Druck, Richtlinien und Leitlinien zu befolgen, um herausfordernde Situationen schnell zu erkennen und zu organisieren, können zu einer Schwächung der moralischen Integrität von Pflegepersonen führen. In solchen Situationen versuchen Pflegepersonen häufig, den Arbeitsalltag allein zu bewältigen, anstatt andere Kolleg*innen um Hilfe zu bitten. Dies kann zu einem Leistungsabfall und zu einer sinkenden Arbeitsmotivation führen (Hamric, 2012).

Des Weiteren ist das Pflegepersonal durch die pandemiebedingten Veränderungen in der Akut- und Langzeitpflege zusätzlichen Belastungen ausgesetzt (Begerow & Gaidys, 2022). Es leistet im Alltag Außerordentliches – insbesondere in Zeiten der COVID-Pandemie wurde das Engagement vieler Pflegenden besonders deutlich. Zahlreiche Pflegenden sind jedoch am Ende ihrer Kräfte. Deshalb braucht es mehr Information und psychologische Betreuung in belastenden Situationen, veränderte Rahmenbedingungen, Organisationsverantwortung sowie Resilienz förderndes und achtsames Führungsverhalten (Mai et al., 2021).

- **Komplexität in der Pflegepraxis**

Neben den institutionellen Rahmenbedingungen ist zudem die Komplexität im beruflichen Alltag als Auslöser für moralische Belastungen anzusehen. Konflikte zwischen ethischen Prinzipien und täglichen Pflegeentscheidungen können zu moralischem Stress führen, insbesondere wenn die Wahrung der Patient*innenautonomie, Gerechtigkeit und Fürsorge miteinander in Konflikt stehen. Die Pflege hat überdies eine Schnittstellenfunktion. Sie steht oft im Spannungsfeld zwischen persönlichen Überzeugungen, der Patient*innenautonomie, den Angehörigen und den Mediziner*innen/oder Therapeut*innen. In dieser Konstellation stehen persönliche Überzeugungen den beruflichen Anforderungen gegenüber. Infolgedessen befindet sich das Pflegepersonal oftmals in einer Unentschlossenheit und wartet ab. Dabei werden komplexe Behandlungsentscheidungen als herausfordernd angesehen, insbesondere im Bereich der End-of-Life-Betreuung (Wöhlke & Wiesemann, 2016) und bei der Betreuung von Demenzpatient*innen. Der damit verbundene Stress hat Auswirkungen sowohl auf die

Patient*innensicherheit als auch auf die eigene Gesundheit (Monteverde, 2019). Besonders belastend ist die Situation, wenn das Pflegepersonal zu Patient*innen eine enge Beziehung aufbaut und sie bis zum Tod bzw. während des Sterbeprozesses begleitet.

Die Pflegenden stehen vor grundsätzlichen Schwierigkeiten bei der Organisation ihrer Arbeitsabläufe zur Durchführung ihrer pflegerischen Handlungen. Einerseits sind sie mit Aufgaben (Hol- und Bringdienste, patient*innenfremde Tätigkeiten etc.) beschäftigt, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit den Patient*innen stehen. Während dieser können keine pflegerische Tätigkeiten ausgeführt werden. Des Weiteren müssen sie oft mehrere multimorbide bzw. demente Personen gleichzeitig betreuen. Aus Mangel an Zeit müssen die Erkrankten auf eine Behandlung und Pflege warten.

Auch die fehlende Einbindung in Entscheidungsprozesse führt dazu, dass die Gefahr der Frustration beim Pflegepersonal ansteigt. Aufgrund der genannten Faktoren sind die Pflegepersonen nicht in der Lage, auf die Bedürfnisse der Erkrankten einzugehen und weiterhin eine verantwortungsvolle Pflege und Betreuung zu leisten. Dieses Verhalten der Pflegenden ist Ausdruck einer *Abwartehaltung* gegenüber den betreuungspflichtigen Personen (Kohlen, 2019).

Zudem wird beschrieben, dass das Pflegepersonal im Berufsalltag einen höheren moralischen Stress erlebt als die Ärzt*innen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Pflegekräfte einen intensiveren Betreuungskontakt haben und weniger Entscheidungsbefugnisse besitzen als andere Gesundheitsberufe. Gleichzeitig steigt mit zunehmender Berufserfahrung die Bereitschaft, den Pflegeberuf zu wechseln. Aus diesem Grund ist erforderlich, dass junge Pflegende im Team mit erfahrenen Pflegenden zusammenarbeiten, um das Risiko von psychischem Belastungsdruck zu verringern (Dodek et al., 2016; Whitehead et al., 2015).

Des Weiteren müssen bei der Behandlung und Pflege von älteren Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung im akuten Setting die pflegerischen Entscheidungen mit den Regeln der Einrichtung (bspw. in der Pflege von der Institution festgelegter Tagesablauf) in Einklang gebracht werden. Die individuelle patient*innenorientierte Pflege bezieht sich auf ethische Grundsätze, mit denen Pflegende ihr Handeln rechtfertigen. Es zeigt sich in diesem Zusammenhang, dass die individuelle patient*innenorientierte Betreuung im stationären akuten Setting bei älteren Erwachsenen mit kognitiven Beeinträchtigungen häufig nicht gewährleistet ist (Rushton & Edvardsson, 2017).

Um zu gewährleisten, dass das Pflegepersonal ihren Beruf weiter ausübt, muss die Arbeitszufriedenheit verbessert werden, was wiederum zur Patient*innenzufriedenheit beiträgt und sicherstellt, dass die eigenen ethischen Werte berücksichtigt werden (Morley et al., 2020).

3.2. Auswirkungen von moralischem Stress

Im Folgenden werden die Symptome der Belastung des Pflegepersonals, die Qualität der Pflege und die Personalfluktuations untersucht.

- **Psychische Beschwerden**

Moralischer Stress geht mit einem Gefühl der Machtlosigkeit einher, da das negative Gefühl trotz aller Anstrengungen nicht vollständig überwunden werden kann. Dies führt dazu, dass die Pflegenden ihr Handeln nicht als Wertschätzung empfinden (Wöhlke & Wiesemann, 2016). Psychisch manifestiert sich eine moralische Belastung vermehrt in der Form von Angstzuständen, Depressionen und emotionaler Erschöpfung.

In der Literatur werden Erschöpfung, Müdigkeit und Überreizung als Mitgefühlsererschöpfung, auch *compassion fatigue*, bezeichnet (Todaro-Franceschi, 2013). Moralischer Stress ist ein komplexes und herausforderndes Phänomen, das in der Folge zu einer Distanzierung von den zu betreuenden Personen führt (Gutierrez, 2005; Hamric et al., 2006).

- **Pflegequalität und Sicherheit**

Moralischer Stress kann die Qualität der Patient*innenversorgung beeinträchtigen, da Pflegenden möglicherweise nicht in der Lage sind, sich angemessen auf die Bedürfnisse der Patient*innen zu konzentrieren. Einer der zentralen Ansprüche im Pflegeberuf ist es, den Patient*innen die bestmögliche Pflegequalität zu bieten. Dieser Anspruch kann jedoch nicht immer erfüllt werden (Whitehead et al., 2015).

Kleinknecht-Dolf et al. (2017) messen in ihrer Mixed-Methods-Studie mit Hilfe eines validen deutschsprachigen Fragebogens die moralische Belastung von Pflegepersonen im akuten Setting. Sie zeigen, dass es einen nachhaltigen negativen Einfluss auf die Qualität der Patient*innenversorgung hat, wenn Pflegepersonen, die im akuten Setting tätig sind, moralischem Druck ausgesetzt sind.

Untersuchungen zeigen, dass die Patient*innensicherheit insbesondere durch Medikationsfehler bei moralischem Stress gefährdet ist. Dies gilt vor allem beim intensiv- und notfallmedizinischen Personal (Hodkinson et al., 2022). Allerdings erlebt das Gesundheitspersonal nicht nur im akut-stationären, sondern auch im ambulanten und Langzeitpflegebereich spürbare Belastungen.

Um mit moralischem Stress umgehen zu können, muss die moralische Widerstandskraft gestärkt werden. Fort- und Weiterbildungsprogramme sollen unterstützend wirken und die

psychische Widerstandsfähigkeit von Pflegepersonen im Rahmen der Ausbildung stärken, um dem Phänomen des moralischen Stresses entgegenzuwirken (Monteverde, 2019).

Moralischer Stress beschreibt somit Erfahrungen von Pflegekräften in belastenden Situationen, die Zivilcourage erfordern. Schließlich braucht es Mut, um die Menschenrechte und die Würde von kranken Menschen zu schützen. Die Sicherheit der Patient*innen steht hierbei immer im Vordergrund, jedoch können Meinungsverschiedenheiten über diagnostische und therapeutische Entscheidungen sowie über eine unnötige Verlängerung des Leidenszeitraums das Pflegepersonal belasten und Schuldgefühle erzeugen (Kleemola et al., 2022).

- **Burnout und Personalfluktuatation**

Letztendlich kann ein langfristiger moralischer Stress zu Burnout führen und die Fluktuatation des Pflegepersonals erhöhen, weil Pflegepersonen in andere Berufe oder an andere Abteilungen wechseln oder sich emotional zurückziehen.

In den letzten Jahren hat sich der emotionale Druck auf das Pflegepersonal erhöht. Unbewältigter Stress kann zu Ermüdungs- und Erschöpfungszuständen und in weiterer Folge zum Ausstieg aus dem Pflegeberuf führen. Nicht nur Burnout, sondern auch das Coolout-Phänomen stehen in engem Zusammenhang mit Erschöpfung und Ohnmacht und treten aufgrund von beruflicher Traumatisierung auf. Mitgefühl und Empathie sind wesentliche Faktoren, warum sich Menschen für einen sozialen Beruf wie den Pflegeberuf entscheiden. Die Pflegekräfte werden dabei direkt in das Erleben der Patient*innen miteinbezogen. Wenn jedoch keine emotionale Abgrenzung erfolgt, kann dies zu einer sekundären Traumatisierung führen. Im Rahmen des Cool-out-Phänomens kann die Pflegeperson keine Empathie zu den Erkrankten zeigen. Es ist zwar von grundlegender Bedeutung, dass die Emotionen der Betroffenen wahrgenommen werden, es geht aber nicht darum, mit den Erkrankten mitzufühlen, sondern ihnen stattdessen zu helfen und sie zu unterstützen (Doppelfeld, 2017).

In der Literatur wird das Phänomen des moralischen Stresses als eine Wechselbeziehung zwischen der moralischen Belastung und früheren moralischen Erfahrungen dargestellt. Epstein und Hamric (2009) beschreiben, dass es in dieser Beziehung zu einem *Crescendo-Effekt* kommen kann, der in Krisensituationen entsteht und die Erfahrung von moralischem Stress in der akuten Situation widerspiegelt. Spannungen werden nicht nur als Herausforderung wahrgenommen, sondern als belastend empfunden. Andere Aspekte wie unzureichende Kommunikation und fehlende institutionelle Rahmenbedingungen können zusätzlichen Stress verursachen. Nach der Episode sinkt zwar die Intensität, doch ein Rest von moralischem Stress bleibt bestehen. Dieser verbleibende Stress bildet die Grundlage für den empfundenen Druck und baut sich weiter auf. Durch wiederholte Crescendos werden

zunehmend stärkere Reaktionen auf jede neue herausfordernde Situation ausgelöst. Das Crescendo-Effekt-Modell verdeutlicht, wie herausfordernde Situationen von inneren und äußeren Faktoren abhängen. Interne Faktoren wie eine fehlende Durchsetzungsfähigkeit, Selbstzweifel, Machtlosigkeit sowie unzureichendes Verständnis für die Gesamtsituation können zu Belastungen im Beruf führen. Zu den externen Faktoren zählen Personalmangel, hierarchische Strukturen, fehlende Teamkommunikation, mangelnde administrative Unterstützung, hoher Kostendruck und Nichteinhaltung von Leit- und Richtlinien. Diese können zur Desensibilisierung führen und sogar den Ausstieg aus dem Beruf zur Folge haben.

Somit lässt sich feststellen, dass es eines besseren Verständnisses für die Ursachen des Phänomens und der Tatsache bedarf, dass die moralische Belastung durch geeignete Maßnahmen so gering wie möglich gehalten werden soll, um auf diese Weise die psychische Gesundheit des Pflegepersonals zu fördern und letztendlich dem Berufsausstieg entgegenzuwirken. Die Qualität der Pflege, die Gesundheit des Pflegepersonals und die Arbeitszufriedenheit müssen im Mittelpunkt stehen, um der Personalfluktuations entgegenzuwirken. Moralischer Stress wirkt sich auf die Qualität der Pflege aus und ist überdies ein für Leitungspersonen relevantes Thema in der Mitarbeiter*innenführung. In der Ausbildung des Pflegepersonals sollte den ethischen Aspekten der Pflege deswegen mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden (Whitehead et al., 2015).

Im Folgenden sollen daher die Wahrnehmungen von Pflegepersonen in den erlebten Situationen dargestellt werden und das Phänomen des moralischen Stresses empirisch erfasst werden. Damit sollen Sichtbarkeit und Transparenz hergestellt und die Möglichkeit zu Gesprächen und persönlichem Austausch geschaffen werden.

4. Methodik

In diesem Abschnitt der Arbeit wird das empirische Vorgehen genauer beschrieben. Dieses Kapitel behandelt die formulierten Forschungsfragen, das Forschungsziel, die Wahl des Forschungsdesigns, die Beschreibung des Samples, den Rekrutierungsprozess, die Datenerhebung sowie die Datenauswertung und ethische Aspekte.

4.1. Forschungsziel und Forschungsfragen

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, die Relevanz der berufsethischen Werte von Pflegepersonen darzustellen und die Wahrnehmung und die Auswirkungen von moralischem Stress von Pflegenden in der stationären Akutpflege zu explorieren. Pflegende haben häufig einen intensiveren Kontakt zu den Betroffenen als andere Gesundheitsberufe und somit eine andere Beziehung zu ihnen. Die Herausforderungen, denen das Pflegepersonal in diesem Kontext gegenübersteht, werden erfasst und gezeigt.

Aus diesem Ziel leiten sich die folgenden Forschungsfragen ab:

Wie erleben Pflegepersonen das Phänomen moralischer Stress im stationären Akutsetting?

Unterfragen:

Welche Werte motivieren Pflegende ursprünglich, den Beruf zu ergreifen?

Welche Situationen führen bei den Pflegepersonen zu moralischem Stress?

Welche Auswirkungen von moralischem Stress beschreiben Pflegende im Akutsetting?

4.2. Forschungsdesign

Für eine ausreichende Beantwortung der Forschungsfragen wurde in der vorliegenden Masterarbeit der qualitative Forschungsansatz gewählt. Dieser Ansatz beschreibt die persönlichen Erfahrungen und Handlungs- sowie Sichtweisen der Pflegepersonen. Dadurch wird es möglich, Gefühle, Meinungen, Wahrnehmungen und Handlungen von Pflegenden zu rekonstruieren (Mayer, 2015). Die qualitative Forschung zielt darauf ab, Phänomene aus der Perspektive der betroffenen Personen darzustellen. So entsteht ein umfassendes Bild von den einzelnen Aspekten des moralischen Stresses, wodurch das Phänomen in seiner Komplexität erklärt wird.

Die erhobenen Daten wurden im Rahmen eines explorativen, qualitativen Ansatzes ausgewertet, um ein tieferes Verständnis für dieses Phänomen zu erhalten. Zur Datensammlung wurden qualitative, leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Das Material unterliegt einer strengen methodischen Kontrolle und wird in vorgegebenen Schritten analysiert (Helfferich, 2011).

In der qualitativen Forschung ist es schwierig, subjektive Bedeutungen zu beobachten oder zu erforschen. Deshalb wird das Gespräch als Untersuchungsmethode eingesetzt. Mayring (2023) unterscheidet zwischen schwach und stark strukturierten Interviewformen. Das problemzentrierte Interview gehört zu den stark strukturierten Formen. Im Gegensatz dazu stellt das narrative Interview eine schwach strukturierte Form dar und ermutigt die Gesprächspartner*innen dazu, frei zu erzählen. Im Rahmen der Untersuchung wurde das leitfadengestützte Interview als strukturierte Kommunikationsform als Erhebungsmethode eingesetzt.

Mit Hilfe von Leitfadenfragen werden die wesentlichen Themen exploriert. Die Eingrenzung der Themen steht im Vordergrund, da auf diese Weise eine Fokussierung des Erkenntnisinteresses gewährleistet und eine Überforderung durch die Menge an Informationen vermieden werden kann. Zudem ist es möglich die individuellen Erfahrungen der teilnehmenden Personen auf eine Weise zu verarbeiten, die den themenspezifischen Anforderungen entspricht (Mayer, 2015). Es wird angestrebt, das Wissen aus der beruflichen Praxis zu rekonstruieren und Offenheit zu gewährleisten. Für den Leitfaden müssen bestimmte Anforderungen berücksichtigt werden. Es sollten nicht zu viele Fragen gestellt werden, um eine übersichtliche Gestaltung zu gewährleisten. Gleichzeitig sollten die Vertiefungen nicht über den Rahmen des Leitfadens hinausgehen (Helfferich, 2011).

Die Daten wurden mittels eines interpretativen-reduktiven Verfahrens ausgewertet, das auf der Inhaltsanalyse von Mayring (2015) basiert. Es wurde die Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gewählt, da der Fokus der Auswertung auf dem thematischen Inhalt der geführten Interviews liegt.

4.3. Definition des Samples

Die Auswahl der Teilnehmer*innen und die Bestimmung der Stichprobengröße in qualitativer Forschung basieren auf den Kriterien der Angemessenheit, Nützlichkeit und Zweckgebundenheit. Angemessenheit bedeutet, dass genügend Informationen gesammelt werden, um das Phänomen entsprechend zu beschreiben. Nützlichkeit bezieht sich darauf, dass auch bei einer geringen Stichprobengröße keine zufälligen Ergebnisse auftreten dürfen.

Die Auswahl der Teilnehmenden ist an bestimmte Kriterien gebunden, wodurch die Zweckbestimmung zu einem wesentlichen Faktor wird. Um ausreichend Informationen zu sammeln, müssen diese spezifischen Kriterien erfüllt werden (Mayer, 2015). Das Ziel der Stichprobenziehung in der qualitativen Forschung ist es, Teilnehmer*innen zu finden, die unterschiedlich lange Berufserfahrung haben und über genügend Kenntnisse verfügen, um ein ausreichendes Verständnis für den Forschungsgegenstand zu erhalten.

Es wurden Pflegefachpersonen mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung und unterschiedlicher Anstellungsdauer eingeschlossen, die im akuten Setting im operativen und konservativen Bereich direkt an der Patient*innenversorgung beteiligt sind. Für die Befragung wurden ausschließlich Personen des gehobenen Pflegedienstes rekrutiert, um auf diese Weise einen fachlichen Austausch auf Augenhöhe zu ermöglichen. Anzumerken ist, dass eine unterschiedliche Anzahl an Berufsjahren eine Vielfalt an Wahrnehmungen, Erfahrungen und Verhaltensweisen abbildet.

4.4. Rekrutierungsprozess

Die Rekrutierung der Teilnehmer*innen erfolgte mittels Gelegenheitsstichprobe, wobei auch zu einem Teil ein Schneeball-Sampling gemacht wurde, einzelne Teilnehmende verwiesen auf weitere mögliche Interviewpartner*innen. In Bezug auf moralischen Stress im Hochrisikobereich der Intensivmedizin kann bereits auf eine umfangreiche Forschungslandschaft verwiesen werden. Die Rekrutierung der zu interviewenden Personen erfolgte in der Regelversorgung des allgemeinen operativen und konservativen Bereiches im stationären Setting. Es wurde per E-Mail Kontakt mit drei Krankenhäusern im Süd- und Mittelburgenland aufgenommen. Die Auswahl erfolgte nach geografischer Lage, um innerhalb der verfügbaren Zeit und Kapazität ein gutes und schnelleres Ergebnis zu erzielen. Aufgrund ihrer Tätigkeit in einem ortsnahen Krankenhaus hat die Forschende selbst Zugang zu den Krankenhäusern, welche in ihre Untersuchung einbezogen wurden. Die Pflegedirektor*innen und gegebenenfalls die Bereichsleitungen wurden Anfang Februar 2023 mittels eines Informationsschreibens per Mail über das Ziel des Forschungsprojektes informiert und ein persönlicher Kontakt vereinbart.

Anschließend wurde Kontakt mit den Stationsleitungen der entsprechenden Abteilungen aufgenommen, die die Teilnehmer*innen zur Teilnahme ermunterten. Im Rahmen dessen hatten Pflegefachkräfte die Möglichkeit, sich freiwillig zu melden. Die Forscherin kontaktierte sie persönlich per E-Mail, worin den Teilnehmenden ein Informationsschreiben sowie die Einverständniserklärung zugesandt wurden und ihnen die Möglichkeit gegeben wurde, sich bei Fragen vorab mit der Forscherin in Verbindung zu setzen. Es wurde angestrebt, eine

Stichprobe von mindestens zehn Personen zu rekrutieren. Alle drei Krankenhäuser waren zur Teilnahme an dem Projekt bereit, so dass insgesamt 16 Personen gefunden werden konnten, die sich nach einer ausführlichen Beschreibung der Studie und der Rolle der Befragten freiwillig zur Teilnahme an den Interviews bereit erklärten. Die Diskrepanz zwischen der angestrebten und der tatsächlichen Teilnehmer*innenzahl deutet darauf hin, dass das Interesse an der Thematik groß ist. Es war möglich, sowohl Pflegepersonen im akutstationären Bereich als auch Pflegende in Leitungsfunktionen für die Teilnahme an dem Projekt zu gewinnen. Im Anhang 1 der Arbeit befinden sich das Informationsschreiben und die Einverständniserklärung. Die Datensättigung wurde erreicht, als in der Phase der Datensammlung keinerlei neue Erkenntnisse generiert wurden (Mayer, 2015).

4.5. Methode der Datenerhebung

In diesem Abschnitt wird der Ablauf der Interviews beschrieben. Ziel war es, die Erfahrungen, Haltungen und Strategien der Pflegenden zu ermitteln. Dazu wurden qualitative Interviews durchgeführt, um von den befragten Personen ihre eigenen Gedanken, Empfindungen, Erlebnisse und Vorstellungen zu erfragen. Die Entscheidung fiel auf Einzelinterviews zur Durchführung der Gespräche. Somit konnten die befragten Personen unabhängig voneinander über ihre Motivationen und Hintergründe berichten.

Zu Beginn wurde für die Interviews ein Leitfaden erarbeitet, der im Anhang 2 dieser Arbeit zu finden ist. Vor dem Interview wurden die Teilnehmenden nochmals darauf hingewiesen, dass alle Aussagen vertraulich behandelt werden. Ferner war möglich, während und nach dem Interview die Möglichkeit Fragen zu stellen. Um den Teilnehmenden ausreichend Raum für das Gespräch zu geben, wurde eine angenehme Atmosphäre geschaffen. Der Interviewraum wurde mit einem Hinweis an der Tür versehen, dass gerade ein Interview stattfindet. Im Raum befanden sich ein Tisch und Sitzgelegenheiten. Die Sitzposition der befragten Person wurde so gewählt, dass diese entweder auf der linken oder der rechten Seite des Tisches an einer Ecke saß. Damit sollte Konfrontation vermieden und ein reibungsloser und wertschätzender Austausch ermöglicht werden. Die Gesprächspartner*innen wurden am Anfang begrüßt und die Interviewerin stellte sich vor.

Eingangs wurden die Teilnehmer*innen gefragt, warum sie den Beruf der Pflegeperson gewählt hatten. Mithilfe von offenen Leitfragen, die zur Erinnerung an Situationen mit moralischem Stress anregen sollten, wurden sie dazu aufgefordert, sich an solche Situationen zu erinnern und diese zu schildern. Anschließend beantworteten sie Fragen zu ihren Handlungen und Maßnahmen zur Bewältigung solcher Situationen.

Im Rahmen der Studie wurde untersucht, welche Bedeutung moralischer Stress im Berufsalltag der Teilnehmer*innen hat und inwiefern er möglicherweise durch die Covid-19-Pandemie beeinflusst wurde. Des Weiteren wurden die Auswirkungen moralischer Courage auf die Pflege erörtert sowie Strategien zur Bewältigung von Widerstand oder Zwängen, die zum eigenen Nachteil führen könnten, diskutiert. Zum Abschluss der Untersuchung konnten offene Fragen gestellt und Unklarheiten beseitigt werden, um das Gespräch langsam auszuleiten. Nach Abschluss der Interviews wurden die soziodemografischen Daten der teilnehmenden Personen erhoben und ein Dank ausgesprochen.

Nach zwei absolvierten Interviews fand eine Rücksprache mit der Betreuungsperson statt, um die Leitfragen entsprechend anzupassen. Die Änderung des Leitfadens konzentrierte sich hauptsächlich auf die zweite Frage, in der Andrew Jameton's Definition von moralischem Stress erläutert wurde. Diese Definition schien die Gesprächspartner*innen leicht zu irritieren. Daher wurde die Frage neu formuliert und mit wenigen Worten erklärt, so dass die Befragten sofort in der Lage waren, eine adäquate Antwort zu geben (Jameton, 1984).

Die ursprüngliche Version der Frage im Leitfaden lautete: „Moralischer Stress entsteht, wenn man weiß, was richtig wäre, es aber aufgrund von institutionellen Zwängen unmöglich ist, das Richtige zu tun. Das ist die Definition von Andrew Jameton. Kommt Ihnen das bekannt vor? Können Sie mir bitte von einer Situation in Ihrem beruflichen Alltag erzählen, in der Sie moralischen Stress gehabt haben? Also nicht das tun konnten, was Sie für richtig gehalten hätten?“

Im neuen Leitfaden wurde die Frage wie folgt formuliert: „Es geht um Situationen, in denen man das Gefühl hat, zu wissen, was richtig wäre zu tun. Jedoch hindern einen Rahmenbedingungen daran, das Richtige zu tun. Können Sie mir bitte von einer Situation in Ihrem beruflichen Alltag erzählen, in der Sie moralischen Stress gehabt haben? Also nicht das tun konnten, was Sie für richtig gehalten hätten?“ In der Folge hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, sich verbal über verschiedene Situationen auszutauschen, die eine moralische Belastung auslösen können. Konkrete Beispiele für solche Situationen sollten genannt werden.

Die Interviews dauerten durchschnittlich 14 bis 35 Minuten. Im Zeitraum von März bis April 2023 wurden insgesamt 16 Interviews durchgeführt, die ausschließlich im Krankenhaus stattfanden. Das gewählte Setting eines Krankenhauses verstärkt bei den teilnehmenden Personen den retrospektiven Charakter, da sie sich dadurch in der Lage befanden, sich an das Erlebte zu erinnern und dies in einem Gespräch wiederzugeben. Die Interviews wurden mittels digitales Tonband aufgezeichnet. Die Interviewpartner*innen hatten die Wahl, das Interview in ihrer Arbeitszeit oder in ihrer Freizeit durchzuführen. Zehn Interviews wurden in der Freizeit der Teilnehmer*innen durchgeführt, da sie ausreichend Zeit haben wollten, um die

Fragen zu beantworten. Davon fanden sechs Interviews während der Mittagspause zwischen 11 Uhr bis 14 Uhr statt. Vier Befragungen wurden vorwiegend zwischen 9 Uhr bis 11 Uhr in der Freizeit durchgeführt. Die restlichen sechs Interviews fanden während der Arbeitszeit statt, entweder zwischen 11 Uhr bis 13 Uhr oder zwischen 13 Uhr bis 15 Uhr, je nach Wunsch der Teilnehmer*innen. Dies deutet darauf hin, dass die Pflegedirektion und das mittlere Pflegemanagement daran interessiert waren, die Interviews während der Arbeitszeit durchzuführen.

Die Zustimmung sowohl der direkten Vorgesetzten als auch des Teams wurde eingeholt, um Interviews während der Arbeitszeit stattfinden zu lassen, da der Tagesablauf durch die Abwesenheit einer interviewenden Person nicht gestört werden sollte.

Anschließend wurden die Transkripte der am selben Tag durchgeführten Interviews gemäß den Regeln von Kuckartz und Rädiker (2022) angefertigt. Diese Transkriptionsregeln gewährleisten eine Überleitung von gesprochener Mundart in die Standardsprache. Die Transkripte wurden nacheinander gelesen, um Besonderheiten sofort zu erkennen und erste Gedanken in Form von Memos am Rand notiert. Die Transkription erfolgte ausschließlich durch die Interviewerin selbst, anschließend wurden die Aufnahmen gelöscht.

4.6. Datenauswertung

In diesem Kapitel wird der methodische Ablauf des Vorgehens zur Analyse beschrieben.

Die Auswertung der Daten erfolgte durch ein interpretativ-reduktives Verfahren unter Einsatz der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), welche Kodierung, Kategorisierung und Synthetisierung beinhaltet. Als am geeignetsten erwies sich die Methode der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, welche die gewonnenen Daten reduziert darstellt, aber den Inhalt unverändert lässt. Dadurch konnte Einblick in das subjektive Erleben des Phänomens und der Herausforderungen gewonnen werden. Es ist jedoch wichtig, dass der Inhalt der Gespräche vollständig erhalten bleibt.

Beim konzentrierten Lesen der Interviewtexte wurden wesentliche Textpassagen identifiziert, wobei die vorab gebildeten Forschungsfragen als Grundlage dienten, um einen Überblick über das vorhandene Textmaterial zu erhalten. Die Kategorien wurden induktiv gebildet und orientierten sich an den Aspekten, die die Teilnehmer*innen in den Gesprächen hervorhoben. Die Forscherin verfügt über eine hinreichende Expertise, die auch Erfahrungen mit moralischem Stress umfasst. Zudem bestand kein beruflicher Kontext zwischen ihr und den teilnehmenden Personen. Des Weiteren kann keine persönliche Kenntnis zu den Abteilungen, auf denen befragt worden ist, bestätigt werden.

Die Interviewtexte wurden mehrfach gelesen und anhand thematischer Kategorien strukturiert. Daraufhin erfolgte die Bildung von Kategorien. Zunächst wurden Oberbegriffe, sogenannte Codes, gebildet und diesen dann bestimmte Textstellen zugeordnet. Bedeutsame und inhaltstragende Passagen wurden identifiziert und Zusammenhänge anschaulich dargestellt. Bedeutsame Textstellen wie das mehrmalige Wiederholen von Aussagen, inhaltliche Widersprüche und markante Pausen wurden als relevant eingestuft. Dabei blieb die Forschungsfrage stets im Fokus. Die Anzahl der Codes wurde sorgfältig gewählt, um eine Überflutung oder eine fehlende Zusammenhangbildung bei der Abstraktion der Gesprächsinhalte zu vermeiden. Nach Abschluss der Kodierung wurden die gewonnenen Aussagen interpretiert und deskriptiv dargestellt. Bei der Auswertung wurde darauf geachtet, den Sinngehalt der Aussagen der Pflegepersonen unverändert zu belassen (Mayring, 2015).

Die Datenanalyse wurde computergestützt mit Hilfe der Datenanalysesoftware MAXQDA durchgeführt. Dadurch wurde das Auffinden definierter Stellen im Text erleichtert und das Kategoriensystem übersichtlicher gestaltet. Anschließend wurden relevante Textabschnitte markiert, um sie mithilfe der Suchfunktion schneller zu finden. Zur Definition von Codes wurden Memos genutzt (Mayring, 2023).

Der Prozess der zusammenfassenden Inhaltsanalyse besteht aus folgenden vier Schritten: *Paraphrasierung*, *Generalisierung* sowie die *erste* und *zweite Reduktion*. Der transkribierte Text wurde zeilenweise in der Analyseeinheit dargestellt, um einzelne Textpassagen schneller zu identifizieren. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass alles Gesagte von den Befragten als wichtig und relevant erachtet wurde und somit zur Bestimmung der Kodiereinheit beitrug. So wurden wesentliche Passagen oder Wörter als In vivo Codes verwendet, die die Sichtweise der Befragten beschreiben. Diese Codes enthalten konzentrierte Informationen (Rädiker & Kuckartz, 2019).

In der Phase der *Paraphrasierung* wird jeder Text auf seine Abschnitte reduziert, um bedeutsame Textstellen in der ursprünglichen Kernaussage zu belassen. Unwichtige Informationen wurden gestrichen und der restliche Text wurde in kurzer, grammatikalisch korrekter Form wiedergegeben. Die Paraphrasen konzentrieren sich auf die thematischen Aussagen, dabei wurden Fachbegriffe spezifiziert und in Kategorien zusammengefasst. Irrelevante Passagen wurden ausgelassen. Abschließend wurden das nun vorliegende Datenmaterial systematisch reduziert dargestellt und inhaltsgleiche Passagen zusammengefasst (Kindermann, 2020). Im Zuge der *Generalisierung* wurden wesentliche Textpassagen in einer definierten Abstraktionsebene neugestaltet.

In der *ersten Reduktionsphase* wurden bedeutungsgleiche Paraphrasen und Unwesentliches innerhalb der Abstraktionseinheit entfernt. Im abschließenden Teil der *zweiten Reduktion* wurden ähnliche Textaussagen zusammengeführt und subsumiert. Hierbei wurden

verschiedene übereinstimmende Aussagen innerhalb des Textes zu einer gemeinsamen Paraphrase zusammengefasst. Dieser Ablauf wird Integration genannt. Das Ergebnis sind neue fallbezogene Überlegungen, die mit den ersten Zusammenfassungen korrespondieren. Die aus dem Datenmaterial gewonnenen Dimensionen wurden der induktiven Kategorienbildung zugeordnet (Mayring, 2015).

Die Textpassagen wurden entsprechend ihrer Bedeutung für die jeweilige Handlung einzeln verglichen. Aus dieser Gegenüberstellung ergab sich eine objektive Struktur des Einzelfalles und aus dem Fallvergleich wurde im Rahmen der Hermeneutik auf allgemeine objektive Strukturen geschlossen (Mayring, 2023). Dabei geht es um die Erläuterung der Art und Weise, wie Menschen denken, um Rückschlüsse auf ihre Lebenserfahrungen zu ziehen. Abschließend wurden die Ergebnisse auf der Grundlage des hermeneutischen Ansatzes interpretiert, um Außenstehenden die Möglichkeit zu geben, sich in die Arbeitswelt anderer, nicht beteiligter Personen hineinzusetzen.

Dabei ist es nicht wichtig, die Person zu verstehen, sondern vielmehr den Inhalt der gesprochenen Worte zu erfassen. Die Erzählungen der Pflegenden über ihre Erfahrungen mit moralischen Herausforderungen in verschiedenen Situationen verdeutlichen die erlebte Realität. Gleichzeitig ermöglicht dieses Verfahren, die Erfahrungen zu reflektieren (Chapparo, 2016).

4.7. Ethische Aspekte

Die forschungsethischen Prinzipien, die in der Arbeit eingehalten wurden, umfassten vorrangig die informierte Zustimmung der teilnehmenden Personen, die Anonymität und den Schutz der einzelnen Person.

Die relevanten Informationen erhielten die Teilnehmenden mit einem Begleitschreiben vor dem Interview. Das Begleitschreiben (Anhang 1) enthält alle Informationen über den Zweck, die Dauer und den Ablauf der Erhebung und den zu erwartenden Erkenntnisgewinn. Das Dokument befindet sich im Anhang dieser Arbeit. Explizit werden auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und das Recht auf jederzeitige Beendigung der Teilnahme ohne Begründung und Nachteile für die teilnehmende Person hingewiesen.

In der Regel ist die Teilnahme von Pflegepersonen an einem qualitativen Interview nicht mit Risiken verbunden. Die Auseinandersetzung mit dem Thema moralischer Stress kann jedoch unter Umständen emotional belastend sein. Andererseits kann die Reflexion der Situation im Interview zu einem besseren Verständnis, zu wertvollen Erkenntnissen und eventuell zu einer emotionalen Entlastung führen. Um die Privatsphäre und die Persönlichkeitsrechte der

teilnehmenden Personen zu schützen, wurden die gewonnenen Daten durch die interviewende Person selbst pseudonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf die Person gezogen werden konnten (Döring & Bortz, 2016). Das Interview konnte jederzeit abgebrochen werden und bereits erhobene Daten wurden gelöscht. Keiner der teilnehmenden Personen machte von diesem Angebot Gebrauch.

Die Berufsgruppe der Pflegenden wird im Rahmen der Forschung als nicht vulnerabel definiert und kann hinsichtlich der Teilnahme an den Interviews als einwilligungsfähig deklariert werden. Aus diesen Gründen wurde auf einen Antrag bei der Ethikkommission des Landes Burgenland verzichtet.

4.8. Merkmale des Samples

Im Rahmen dieser Arbeit konnten 16 Personen rekrutiert und interviewt werden. In diesem Abschnitt werden die soziodemographischen Daten in der folgenden Tabelle 1 dargestellt.

Das Alter der Teilnehmer*innen lag zum Zeitpunkt der Befragung zwischen 25 und 57 Jahren, mit einem Durchschnittsalter von 41 Jahren. Von den 16 Befragten waren 14 weiblich und zwei männlich. Wie aus der Tabelle 1 hervorgeht, ist ein Großteil der Befragten zwischen 41 und 50 Jahre alt. Das Überwiegen von Frauen in der Stichprobe entspricht der Tatsache, dass mehr Frauen als Männer in der Pflege tätig sind.

Die Berufserfahrung der Teilnehmer*innen variierte, wie in Tabelle 2 ersichtlich. Ein Drittel der Befragten war seit mehr als 10 Jahren und ein Fünftel der Befragten seit mehr als 30 Jahren im Berufsfeld Pflege tätig. Das vorliegende Sample umfasst somit in dieser Hinsicht die gewünschte Variationsbreite. Die Gruppe der Teilnehmer*innen setzt sich aus 16 examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, davon sind drei Personen im basalen mittleren Pflegemanagement tätig und haben aufgrund ihrer Weiterbildung die zusätzliche Berechtigung erlangt, eine Abteilung im stationären, klinischen Pflegebereich zu leiten. Von diesen 16 verfügen weitere drei Befragte über einen Bachelorabschluss und eine Person hat einen universitären Masterabschluss erworben.

Von den 16 Teilnehmer*innen waren 13 Personen mit einem Beschäftigungsausmaß von 100 % und drei Personen mit einem Beschäftigungsausmaß von 75 % im klinischen Setting im Krankenhaus tätig. Ein Vergleich zwischen operativem und konservativem Bereich wurde nicht angestrebt bzw. durchgeführt.

In der Folge werden die Angaben der Teilnehmer*innen zur Altersstruktur in Übersichtstabelle 1 und zur Berufserfahrung in Jahren in Übersichtstabelle 2 schematisch dargestellt.

Alter in Jahren	bis 30	31–40	41–50	über 50
Anzahl der interviewten Personen	4	2	6	4

Tabelle1: Altersstruktur der interviewten Personen (Quelle: eigene Darstellung)

Berufserfahrung in Jahren	bis 10	11–20	21–30	31–40
Anzahl der interviewten Personen	6	2	5	3

Tabelle 2: Berufserfahrung der interviewten Personen (Quelle: eigene Darstellung)

4.9. Gütekriterien

Die Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der Gütekriterien für die empirische Forschung zu bewerten. Mayring (2015) verweist auf folgende qualitative Gütekriterien, die im Folgenden einzeln beschrieben werden.

1. Verfahrensdokumentation
2. Argumentative Interpretationsabsicherung
3. Regelgeleitetheit
4. Nähe zum Gegenstand
5. Kommunikative Validierung
6. Triangulation

Das erste Gütekriterium der Verfahrensdokumentation besagt, dass der Forschungsprozess für andere Personen nachvollziehbar dokumentiert wird. Dazu gehören vor allem die Erläuterung des Vorverständnisses, die Zusammenstellung des Analysegegenstandes und darüber hinaus die Dokumentation der Durchführung und Auswertung der Datenerhebung. Die Analyse wurde mit Hilfe der Software MAXQDA und der zusammenfassenden Inhaltsanalyse durchgeführt (Mayring, 2015).

Im nächsten Qualitätskriterium, das als argumentative Absicherung der Interpretation definiert wird, müssen alle interpretativen Teststellen argumentiert werden. Um diesen Prozess analytisch darzustellen, werden Erläuterungen zur Argumentation herangezogen und im

Abschnitt zu den Einschränkungen werden die Herausforderungen dokumentiert. Offenheit bedeutet, dass festgelegte Regeln eingehalten werden müssen. Mit Hilfe von Leitfadeninterviews und dem Leitfaden zur Durchführung qualitativer Interviews nach Helfferich (2011) konnte der Prozess nachvollziehbar dargestellt werden. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) konnte den Prozess der Ergebnisdarstellung mit Interpretation schlüssig darstellen.

Die Verfahrensregeln orientieren sich an einem schrittweisen und sequenziellen Vorgehen, wobei dieser dritte Schritt als Regelgeleitetheit definiert wird. Gleichzeitig ist festzuhalten, dass eine Individualität in der Ergebnisdarstellung möglich ist. Nähe zum Forschungsgegenstand wurde darüber sichergestellt, dass das Phänomen aus der Erzählperspektive der Betroffenen dargestellt wurde, wobei subjektive Bewertungen ausgeschlossen wurden, sofern sie nicht als solche markiert waren (Mayring, 2015). Die Tatsache, dass die Forscherin selbst als Pflegeperson tätig ist, unterstützt die Nähe zum Gegenstand. Nähe wird gemäß Helfferich (2011) als Vorhandensein von Erfahrungswissen seitens der Interviewerin definiert. Die Teilnehmer*innen können auf vertieftes Verständnis ihrer Erzählungen durch die Interviewerin vertrauen. Der gemeinsame Hintergrund schafft Vertrauen und erleichtert den Zugang zur Erzählperson.

Bei der kommunikativen Validierung, dem fünften Gütekriterium, werden die befragten Personen befragt und diskutieren ihre Sichtweisen. So wird die subjektive Perspektive als wichtiger Bestandteil für die zu erwartenden Ergebnisse berücksichtigt und gleichzeitig die Relevanz gesteigert (Mayring, 2015). Im Rahmen dieser Arbeit wurde aus Zeitgründen auf eine kommunikative Validierung verzichtet.

Das letzte Gütekriterium der Triangulation erhöht die Qualität der Ergebnisse und zeigt, dass das Phänomen aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet wird. Dabei sollen unterschiedliche Lösungsansätze erarbeitet und Ergebnisse verglichen werden. Die Analyse wird auf Stärken und Schwächen untersucht und somit eine umfassende Betrachtung des Phänomens gewährleistet (Mayring, 2015). In der vorliegenden Arbeit wurde auf die Triangulation verzichtet, da diese eine mehrfache Datenerhebung bzw. mehrere Forscher*innen für die Datenerhebung und vor allem -auswertung voraussetzt.

5. Ergebnisse

Im Zuge der Auswertung konnten vier Hauptkategorien mit den jeweiligen Unterkategorien gebildet werden. Diese werden im folgenden Abschnitt dargestellt. Die Hauptkategorien sind miteinander verbunden und voneinander abhängig. Zur besseren Übersicht sind diese Haupt- und Unterkategorien in der Tabelle 3 dargestellt.

Hauptkategorien	Unterkategorien
Persönlicher Zugang zum Pflegeberuf	Wunsch, Schönes zu erleben Verbunden sein mit den Menschen Möglichkeiten zur Information über einem sozialen Beruf Familiäres Umfeld Weiterführende berufliche Pflegeausbildungen
Auslöser von moralischem Stress	Zeitmangel und hohe Arbeitsverdichtung Covid-19-Pandemie Fehlende Entscheidungskompetenz Die Autonomie der Patient*innen respektieren Erwartungen der Angehörigen
Reaktion auf moralischen Stress	Hoffnungslosigkeit Zweifel und Ungewissheit Emotionen zeigen
Coping (Umgang mit moralischem Stress)	Krankenhauswechsel Zusammenarbeit im Team Gespräche mit Familie, Kolleg*innen und Vorgesetzten Distanzieren und Fokussieren Nach Hause kommen Die Rolle der Berufs- und Lebenserfahrung Fähigkeit, es nicht in die Familie zu tragen Courage

Tabelle 3: Bildung von Haupt und Unterkategorien (Quelle: Eigene Darstellung)

Zur übersichtlichen Zusammenfassung und Darstellung wurden die Ergebnisse in vier Hauptkategorien unterteilt. Diese bilden die Grundlage für die jeweiligen Unterkategorien. Im ersten Abschnitt wird dargelegt, welche Werte für die Befragten ausschlaggebend waren, diesen Beruf zu wählen. Im zweiten Themenbereich wird zusammengefasst, welche Faktoren und Situationen moralischen Stress ausgelöst haben. Der dritte Fokus konzentriert sich darauf,

was passiert, wenn die Herausforderungen nicht bewältigt werden können. Besonders interessant ist dabei, welche verschiedenen Faktoren die Personen auf unterschiedliche Weise beeinflussen. Der abschließende vierte Bereich konzentriert sich auf den Umgang mit moralischem Stress. Es wird aufgezeigt, welche Ressourcen Pflegepersonen benötigen, um herausfordernde Situationen zu bewältigen.

Bevor die einzelnen Hauptkategorien anhand von Zitaten aus den Interviews beschrieben werden, sollen im Folgenden exemplarisch ausgewählte Erzählpassagen aus den Interviews paraphrasiert und mit Zitaten belegt werden. Dabei sollen zwei Situationen, in denen die Befragten moralischen Stress erlebten, nachvollziehbar nacherzählt werden und so ein Eindruck davon vermittelt werden, um welche Art von Situationen es in den Interviews ging.

Eine der teilnehmenden Personen schilderte eine akute moralische Belastungssituation, die der Kategorie **Auslöser**, den Bereich **„die Autonomie der Patient*innen respektieren“**, zugeordnet wurde. Diese belastende moralische Situation wurde durch das Einwirken von Angehörigen und deren Umfeld ausgelöst. Die Pflegende schilderte den Fall einer 90-jährigen demenzkranken Frau, die ins Krankenhaus eingewiesen wurde, weil sie zu Hause nicht mehr essen wollte. Zuerst beschrieb sie die Situation aus der Perspektive der betreuenden Angehörigen und gab sinngemäß wieder, was die Angehörige gesagt hatte:

„Aber wissen sie, aber zu Hause das ist so schlimm, da hat sie überhaupt nicht mehr gegessen. Und was werden dann die anderen Leute sagen. Die sagen vielleicht: ‚Wir haben die Mama verhungern lassen.‘“ (I7, Z: 147-150)

Die Pflegeperson beschrieb weiter, dass die 90-jährige Patientin während eines Gesprächs selbstbestimmt und deutlich zum Ausdruck gebracht hat, dass sie nicht mehr weiterleben möchte und drückte ihre eigenen Gefühle dabei aus:

„Und ich habe das als schlimm empfunden, für mich war das so schlimm, aah, diese Frau ist dement, ihr Körper sagt: ‚Ich will nicht mehr, lasst mich bitte in Ruhe. Ich will in Würde sterben. Ich will nicht mehr.‘ Und das wird nicht mehr akzeptiert, nicht mehr.“ (I7, Z: 152-155)

Das Missachten der Autonomie der 90-jährigen Patientin wurde als moralisch belastende Situation empfunden. Zugleich wurde der gesellschaftliche Stellenwert der Würde von sterbenden Personen infrage gestellt.

Die Covid-19-Pandemie hat den Berufsalltag des Pflegepersonals verändert und zählt ebenso zu den auslösenden Faktoren. Eine befragte Person beschrieb folgende Gegebenheit auf der Intensivstation:

„Und dann stehst du draußen vor dem Fenster und kannst eh nichts tun, und was wird da rausschauen. Was wird die Konsequenz sein, wenn er es überlebt.“ (I1, Z: 359–361)

Es geht aus den Aussagen der Befragten hervor, dass es vor allem bei jüngeren Patient*innen während ihres Aufenthalts auf der Intensivstation häufig zu einer deutlichen Verschlechterung der Atmung kam. Infolgedessen waren mehrere Organe beeinträchtigt und arbeiteten nur noch teilweise. Die Befragte gab an, dass diese äußerst kritische Situation beim Pflegepersonal existentielle Fragen aufgeworfen hatte.

„Du hast genau sagen können, was der nächste Schritt ist. Welche Maschine als Nächstes eingeschaltet wird. Wann er auf die Hämodilution kommt. Für mich war das dann schon frustrierend. Was machen wir eigentlich? Was machen wir mit den Angehörigen? Was machen wir mit unseren Patienten? Was machen wir mit uns selbst?“ (I1, Z: 367-370)

Die pflegende Person reflektierte hier ihre Handlungen und war dabei mit unbeantworteten und unbeantwortbaren Fragen konfrontiert. Diese Fragen wurden zu einer Belastung, da die Person offenbar wusste, was zu tun wäre – auch wenn sie das nicht ausgesprochen hat – es jedoch nicht tun konnte. Die Unsicherheit zeigt sich in den unbeantworteten Fragen, da die Pflegeperson hier ihre eigenen Handlungen anzweifelte. Nicht nur das eigene Handeln im intradisziplinären Team, sondern auch Familienmitglieder, betroffene Erkrankte und die eigene Person werden von unbeantworteten Fragen beeinflusst. Dies kann zu Schuldgefühlen oder Versagensängsten führen. Die innere Unzufriedenheit zieht weitere Folgen wie Selbstunsicherheit und mangelndes Selbstvertrauen nach sich.

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Themenbereiche anhand von Originalzitaten dargestellt.

5.1. Persönlicher Zugang zum Pflegeberuf

Zu Beginn wurde die erste Hauptkategorie als **„Persönlicher Zugang zum Pflegeberuf“** definiert. Die Frage nach dem Grund zur Berufswahl wurde als Einstiegsfrage gewählt, um zu verstehen, welche persönlichen Werte der Gesprächspartner*innen einen entscheidenden Einfluss auf den beruflichen Werdegang hatten. Diese Antworten auf die Einstiegsfrage dienen als Teil des Ergebnisteils dieser Masterarbeit und machen deutlich, was das Ethos ist, vor dessen Hintergrund die Befragten moralischen Stress erlebten. Gleichzeitig wurde durch diese Frage eine Vertrauensbasis im Interview geschaffen und der Raum für das weiterführende

Gespräch eröffnet. Die Frage nach dem Impuls für die Berufsentscheidung gab einen Diskussionsanstoß im Interview.

Im Rahmen der Interviews wurden unterschiedliche Zugänge zur Wahl des Pflegeberufs genannt. Die interviewenden Personen äußerten ihre Vorstellungen und Erwartungen bezüglich ihrer zukünftigen Sicht auf diesen Beruf. Dabei wurden ihre Auffassungen darüber, was Pflegepersonen für richtig halten und wie sie sich in bestimmten Situationen verhalten, explizit gemacht.

Auf dieser Basis wurden fünf Unterkategorien gebildet:

- Wunsch, Schönes zu erleben
- Verbunden sein mit den Menschen
- Möglichkeiten zur Information über einem sozialen Beruf
- Familiäres Umfeld, weiterführende berufliche Pflegeausbildungen

5.1.1. Wunsch, Schönes zu erleben

Diese Unterkategorie ‚**Wunsch, Schönes zu erleben**‘ beschreibt einen Wert, den die Person mit der Pflege verbindet. Hier finden sich Wünsche, Ideen und Anregungen von Pflegenden. Täglich stellen sie sich Herausforderungen und erfahren gleichzeitig Wertschätzung. Dankbarkeit gibt den Personen das Gefühl von Anerkennung und Zufriedenheit. Die Bereicherung und Sinnstiftung durch die Zufriedenheit verschiedener Menschen ist für diese Personengruppe von großer Bedeutung.

Eine der interviewten Personen gab an, dass das anwesende Pflegepersonal am Tag der offenen Tür Optimismus, Humor und ein fröhliches Auftreten zeigte und dass dies ausschlaggebend für ihre Berufswahl war. Basierend auf diesen aussagekräftigen Worten aus dem Interview wurde dieser Code gebildet.

„Die Pflegepersonen gehen nicht mit herabhängendem Kopf nach Hause. Und das hat mir imponiert und da habe ich mir gedacht: Das Schöne möchte ich auch erleben.“ (I16, Z: 11-13)

Diese Person hat den wichtigen Moment erkannt, der erforderlich ist, um diesen Beruf auszuüben. Denn durch das Ausstrahlen von Freude werden positive Aspekte an andere Menschen weitergegeben. Die Zusammenarbeit im Team macht die Pflegepersonen glücklich, zufrieden und gibt Sicherheit. Durch die positive Gruppendynamik entsteht eine Teamkultur, die auf Vertrauen, Offenheit, Rücksichtnahme und Zusammenarbeit basiert.

5.1.2. Verbunden sein mit den Menschen

Die Unterkategorie ‚**Verbunden sein mit den Menschen**‘ entstand aus einer Vielzahl an Interviews, in denen von Mitgefühl, Hilfe und Anteilnahme gesprochen wurde. Generell lässt sich feststellen, dass erkrankte Menschen hilfsbedürftig und verletzlich sind. Mehr als die Hälfte der Interviewten äußerten, durch Anwesenheit und Unterstützung Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen als Motivation für die Berufswahl. Aus diesem Grund wurde dieser Themencode definiert.

Eine Pflegeperson meint:

„Weil ich einfach gerne Menschen, die krank sind oder irgendein Leiden haben, helfen will.“ (I4, Z: 6-7)

Die befragten Personen gaben an, dass es für sie von großer Bedeutung sei, die Bedürfnisse der Patient*innen zu kennen, um auf dieser Grundlage begründete Entscheidungen treffen zu können. Für Pflegende sind es wichtige Aspekte, sich auf jede*n Einzelne*n einzulassen, um seine bzw. ihre Bedürfnisse zu verstehen und zu hören. Drei Teilnehmer*innen hatten nahestehende Personen in ihrem persönlichen Umfeld, die schwer erkrankt waren. Für diese Personen war es motivierend zu wissen, dass sie gebraucht werden und was zu tun ist. Es ist häufig der Fall, dass erkrankte Familienmitglieder den Impuls geben, den Pflegeberuf zu wählen.

„Meine Großeltern waren schon ein bisschen älter und pflegebedürftig. Und diese Situation war ausschlaggebend, mehr zu erfahren, wie ich am besten Menschen helfen kann.“ (I11, Z: 7-9)

Verständnis, Mitgefühl und Aufmerksamkeit sind Haltungen, die zur Berufswahl motivieren können. Eine Teilnehmerin berichtete, dass eine kranke Bekannte auf sie eine inspirierende Wirkung hatte und sie dadurch zur Wahl des Berufs der Krankenpflege motivierte.

„Ich habe eine Freundin gehabt, die an Knochenkrebs erkrankt war. In der Volksschule habe ich sie schon gekannt. Sie ist an der Erkrankung verstorben. Da war ich voll dabei (...), wie sie gestorben ist. In der Zeit, in der sie Chemotherapie erhalten hat, war ich sehr viel mit ihr zusammen. Und da habe ich beschlossen: Ich habe nie einen anderen Berufswunsch gehabt.“ (I9, Z: 5-9)

Pflegende stärken ihre Beziehung zu den erkrankten Personen, indem sie Empathie beweisen und die Patient*innen je nach ihren Bedürfnissen unterstützen. Empfindungen werden begleitet von Mitgefühl, Anteilnahme und Aufmerksamkeit. Nach Doppelfeld (2017) bedeutet empathisches Verhalten, sich in andere Menschen hineinzusetzen und deren Gefühle nachzuempfinden. Um die Gefühle anderer verstehen zu können, ist es wichtig, die eigenen

Gefühle zu kennen und mit ihnen umzugehen. Dieses Erkenntnis ist essenziell, um zu verstehen, dass Empathie bedeutet, die Gefühle einer anderen Person zu verstehen, ohne sie als eigene Gefühle zu internalisieren. So kann eine sekundäre Traumatisierung vermieden werden.

Eine Pflegeperson erzählte von ihrer Großmutter, die auf dem Land aufgewachsen ist und kranke oder hilfsbedürftige Menschen in ihrer unmittelbaren Umgebung betreut hat:

„[...] meine Oma, hat eine Nachbarin, die schwer erkrankt war, gepflegt. Damals gab es noch keine Hauskrankenpflege.“ (I4, Z: 29-30)

In vergangenen Zeiten wurde die ländliche Nachbarschaftshilfe unbürokratisch organisiert. Die Bereitschaft zur Unterstützung war eine wesentliche Voraussetzung für die Aufrechterhaltung des persönlichen Kontaktes. Im weiteren Verlauf entsteht eine vertrauensvolle Beziehung, die beiden Seiten Sicherheit gibt, wenn Hilfe benötigt wird. Die Pflegepersonen wünschen sich ebenso viel gesellschaftliche Aufmerksamkeit für die Pflege als Beruf, wie sie selbst bereit sind, den zu betreuenden Personen zu geben, wobei die eigenen Bedürfnisse zurückgestellt werden müssen.

5.1.3. Möglichkeiten zur Information über einen sozialen Beruf

Diese Unterkategorie **„Möglichkeiten zur Information über einen sozialen Beruf“** wurde als Themencode erstellt, um die verschiedenen Kennenlernvarianten von Sozialberufen aufzuzeigen. Drei Teilnehmer*innen besuchten den Tag der offenen Tür, um mehr über den Pflegeberuf zu erfahren. Oftmals gab es einen Impuls von einem Elternteil oder von einem Freund der Familien im Vorfeld. Eine der interviewten Personen, die zunächst einen handwerklichen Beruf ausübte, nutzte diese als wichtige Informationsquelle und absolvierte über den zweiten Bildungsweg eine Pflegeausbildung. Wichtig bei solchen Veranstaltungen ist nicht nur die sachliche Vermittlung von Informationen, sondern auch das Verhalten der Präsentierenden.

Eine der befragten Personen bemerkte, dass während der Informationsveranstaltung Freude und Lachen zu spüren waren.

„Mah, das ist sicher ein schwerer Beruf. Man kann dazu etwas beitragen, dass es demjenigen besser geht, wenn ich da bin. Und die sind, wenn sie nach Hause gehen, noch gut gelaunt.“ (I16, Z: 10–11)

Die Annahme, dass der Pflegeberuf anstrengend und belastend ist, wurde von der Person nicht bestätigt, da sie ihn dennoch ausübt. Der Optimismus anderer Menschen hat sich auf diese Person übertragen.

Eine interviewte Person hat ebenfalls an einem solchen Informationstag ihre Berufswahl getroffen. Die Unsicherheit bezüglich der richtigen Berufswahl ist groß. Durch zusätzliche Informationen und persönliche Gespräche kann jedoch eine leichtere Entscheidung getroffen werden.

*„Ich habe mich damals informiert. Und für mich stand die Wahl zwischen dem Beruf der Polizei und der Krankenpflege. Beides sind sehr soziale Berufe und an den Informationstagen habe ich mich dann für den Beruf der Krankenpflege entschieden.“
(I10, Z: 18-20)*

Viele Jugendliche wünschen sich möglichst viele Informationen für ihre eigene Berufswahl. In diesem Alter fällt die Entscheidung für den richtigen Weg in die Berufswelt schwer. Deshalb sind solche Veranstaltungen wichtig. Bei Gesprächen mit Expert*innen können vertiefte Einblicke gewonnen werden, die bei der Entscheidung für den Beruf helfen. Ein Besuch von Informationsveranstaltungen durch die gesamten Klassen kann hier einiges bewirken, da sich die Jugendlichen gerne in der Gruppe beraten und informieren lassen.

5.1.4. Familiäres Umfeld

In der Unterkategorie **„Familiäres Umfeld“** steht die Vorbildwirkung für einen sozialen Beruf im Zentrum. Der*die Erkrankte ist selbst nicht in der Lage, bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen und benötigt Unterstützung, die in der Regel von Familienmitgliedern geleistet wird. In diesem Zusammenhang geht es vor allem um die Beziehungen im Familien- und Freundeskreis. Was andere Menschen tun oder gerne tun möchten, ist für einige Personen in Bezug auf ihre Berufswahl entscheidend. Insbesondere die Eltern spielen hier eine entscheidende Rolle, wenn es um die Berufswahl geht.

„Aah, (...) um (...) kranke Menschen zu betreuen. Meine Tante hat bereits in diesem Beruf als Krankenschwester gearbeitet. Zu diesem Zeitpunkt, als ich in die Krankenpflegeschule ging, sind meine Großeltern pflegebedürftig geworden. Und von da her war, es mein größter Wunsch, mehr zu erfahren. Wie ich am besten Menschen helfen kann.“ (I11, Z: 5-10)

Im nächsten geschilderten Fall hat die Vorbildwirkung der Eltern auf ihre Kinder nichts mit deren Beruf zu tun. Der Vater hat aufgrund seines Gespürs für soziale Kompetenz und dem

Bedürfnis, seinem Sohn zu helfen, entschieden, ihn in die Rolle einer Pflegeperson zu bringen. Für die Berufswahlentscheidung ist eine unterstützende Familie von Bedeutung.

„Mein Vater ist Schlosser und hat aber von der Krankenpflegeschule gehört. Mehrere von der Ortschaft sind schon in diese Schule gegangen. Und er meinte: ‚Das könnte doch etwas für dich sein.‘ Und er hat mich in diese Richtung geschubst.“ (I8, Z: 19-21)

Wenn Freund*innen sich nach der Grundschule für den gleichen Beruf entscheiden, beeinflusst dies ihre Berufswahl. Es besteht eine starke Tendenz, den gleichen Beruf wie der Freund oder die Freundin zu wählen.

„Eine Freundin hat gesagt, dass sie in die Krankenpflegeschule gehen möchte. Daraufhin habe ich gesagt: ‚Da gehe ich auch mit hin.‘ Ein Bürojob wäre für mich nicht in Frage gekommen.“ (I15, Z: 8-10)

Neben der sozialen Vernetzung sind zwei weitere Komponenten notwendig, um erfolgreich in einen sozialen Beruf einzusteigen: die persönliche Kompetenz und eine fundierte Ausbildung. Im Bereich der sozialen Kompetenz ist es von entscheidender Bedeutung, das erworbene Wissen in einem Team auszutauschen und zu leben.

5.1.5. Weiterführende berufliche Pflegeausbildungen

Die Unterkategorie **‚Weiterführende berufliche Pflegeausbildungen‘** entsteht aus dem Impuls, sich durch persönliche und berufliche Weiterbildungen verbessern zu wollen. Der Wunsch, den Pflegeberuf auszuüben, wurde bei einer Teilnehmerin durch das Bestreben ausgelöst, mehr zu wissen, mehr zu können und mehr zu tun. Für diese Person war es wichtig, mehr Kompetenzen zu erwerben und eine Ausbildung auf einem höheren Niveau zu absolvieren.

„Ich war damals Pflegehelfer, das war mir zu wenig. Ich wollte mehr helfen können. Mehr tun können. Ich wollte mehr bewegen können und habe dann das Diplom gemacht und bin dann ins Krankenhaus gekommen.“ (I7, Z:13-15)

Eine weitere teilnehmende Person gab an, dass die Sicherheit des Arbeitsplatzes motivierend wirke. Auch die Möglichkeit des ständigen Weiterlernens und die umfangreichen Weiterbildungsmöglichkeiten wurden als positive Aspekte des Pflegeberufs genannt.

Die Gewissheit, einen krisensicheren Beruf auszuüben, ist entscheidend für Menschen, die sich für eine soziale berufliche Betätigung entscheiden.

„Vor allem, erstmal die Perspektive, dass es ein Job ist, der immer gebraucht wird.“ (I3, Z: 5)

Im intra- und extramuralen Bereich herrscht ein akuter Pflegenotstand. Die Tatsache, dass es sich um einen krisensicheren Beruf handelt, ist ein zusätzlicher Motivationsfaktor.

Personen, die einen sozialen Beruf ausüben möchten, legen Wert darauf, gebraucht zu werden, wenn jemand Hilfe benötigt oder auf Unterstützung angewiesen ist. Die Pflegeperson ist da, ob allein oder im Team. Durch selbstständiges Handeln im Team verbessert sich in der Regel der Zustand der erkrankten Person, wodurch die Pflegenden Dankbarkeit und Wertschätzung erfahren.

„Das war auch mein Wunschpraktikum am Schluss, also am Ende der Ausbildung. Und da habe ich dann bemerkt, dass diese Intensiv, das ist meine Station. Ich habe dann gleich dort angefangen. Nach dem Diplom und das ist wirklich meine Berufung. Ich liebe es bis heute.“ (I6, Z: 33–36)

Während die Teilnehmenden die Schulzeit oft als anstrengend empfanden, wurden zahlreiche Aspekte der Praktika als sinnstiftend und begeisternd wahrgenommen. Dabei ist zu beachten, dass nicht nur die berufliche Weiterbildung erstrebenswert ist, sondern auch die persönliche Weiterbildung Vorteile für das weitere Leben bringt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die teilnehmenden Personen in der Kategorie **‚Persönlicher Zugang zum Pflegeberuf‘** ihre eigenen Anforderungen an sich selbst erkunden, um den Pflegeberuf ausüben zu können. Dabei spielen insbesondere die eigenen Erwartungen sowie die mitgebrachten Werte eine wesentliche Rolle bei der Betreuung kranker Menschen. Die Pflegenden sind bereit, für die Patient*innen da zu sein und deren Bedürfnisse wahrzunehmen. Verschiedene Praktika können den Einstieg in einen sozialen Beruf erleichtern. Ein umfassendes Weiterbildungsprogramm, das dem Pflegepersonal über verschiedenen Medien uneingeschränkt zur Verfügung steht, befördert und steigert nicht nur den Wunsch bezüglich Berufswahl, sondern auch die Motivation, im Beruf zu bleiben. Aufgrund des demografischen Wandels und der Tatsache, dass es immer pflegebedürftige Menschen geben wird, handelt es sich um eine sichere Berufsbranche.

5.2. Auslöser von moralischem Stress

Der Kategorie **‚Persönlicher Zugang zum Pflegeberuf‘** folgt der Kategorie **‚Auslöser von moralischem Stress‘**. Diese bezeichnet die Ausgangsbedingungen, die zum Auftreten von moralischem Stress führen. Es handelt sich hierbei um eine zentrale Hauptkategorie dieser

Arbeit, da sie bereits in der Forschungsfrage enthalten ist. Denn moralischer Stress entsteht aus der Diskrepanz zwischen dem, was als richtig angesehen wird, und dem, was Pflegepersonen im Alltag erleben.

Durch die Untersuchung der auslösenden Momente konnte herausgefunden werden, welches Verhalten von den Pflegenden als richtig angesehen wird und wie sich die belastende Situation manifestiert. Ein wichtiger Aspekt ist, dass es für die Pflegenden in der Situation nicht möglich ist, das Richtige zu tun. Der zunehmende Zeitdruck, steigendes Arbeitspensum und das ökonomisierte Gesundheitswesen, welches eine verkürzte Verweildauer im stationären Bereich zur Folge hat, tragen dazu bei, dass die Diskrepanz zwischen dem Soll- und Ist-Zustand noch größer wird. Daraus werden fünf unterschiedliche Unterkategorien abgeleitet, die in den nachfolgenden Teilkapiteln behandelt werden.

5.2.1. Zeitmangel und hohe Arbeitsverdichtung

In dieser Unterkategorie **„Zeitmangel und hohe Arbeitsverdichtung“** berichten die Pflegekräfte von belastenden Umständen. Das Ziel ist es, das Erleben des Auslösers von moralischem Stress aus Sicht der Pflegepersonen zu zeigen. Während der Gespräche wurde häufig die fehlende Zeit als ein Auslöser von moralischem Stress genannt. Externe Faktoren können den moralischen Stress negativ beeinflussen und stellen somit einen wichtigen Aspekt dar. Eine Pflegeperson beschreibt treffend folgende Situation, in der sie zu wenig Zeit für den Patienten hat.

„Mmh. (7) Vorrangig ist es die Zeit, die mir sehr oft fehlt. Dass man, wie man so sagt: ‚Das Richtige zu tun. Mehr Zeit für die Patienten zu haben, die es brauchen würden.‘ Oder ob man sagt: ‚Es tut mir leid, ich muss weiter, ich kann nicht.‘ Das sind die Patienten die mehr Redebedarf benötigen, mehr Zuwendung.“ (I3: Z: 23-25)

Eine hohe Arbeitsverdichtung und die daraus resultierende eigene schlechte Verfassung werden als weitere Motive genannt, die von den Pflegenden als belastend empfunden werden. Die Pflegeperson berichtet in ihrer Schilderung, dass sie einen inneren Druck verspürt, weiterzumachen, um noch andere Aufgaben zu erledigen. Die Erkrankten kommen oft zu kurz, was die Pflegende bedauert. Sie weiß genau, was die Betroffenen brauchen, welche Bedürfnisse sie haben und welche Aufgaben aufgrund des Zeitdrucks nicht zufriedenstellend erledigt werden können.

Eine weitere Pflegeperson erklärt im Interview, wie sehr sie selbst unter Druck steht. Die ständig verdichteten Arbeitsabläufe erfordern unaufhörliche Handlungen seitens der

Pflegenden. Im Gespräch wird deutlich gemacht, dass es wichtig ist, vorausschauend zu denken und zu planen, was noch zu erledigen ist und was nicht vergessen werden darf.

„Das habe ich auch noch nicht fertig gemacht, hoffentlich vergesse ich das nicht. Dann hat man schon irgendwie einen Druck [...]. In drei Stunden sollte ich schon schauen, wenn der Nachtdienst kommt, dass ich selbst alles fertig mache [...]. Und dann steht man am Abend da, hat kein EKG und der Narkosearzt ist auch nicht dagewesen und der Patient hat noch keine OP ((seufzt)).“ (I5, Z: 158-164)

Pflegepersonen müssen einerseits hervorragende Leistungen erbringen und erfahren andererseits wenig Wertschätzung für ihre Arbeit. Die Belastung ist abhängig von den Arbeitsanforderungen, den Rahmenbedingungen und dem sozialen Umfeld.

Als häufigste Ursache für moralischen Stress wird Zeitmangel genannt. Die hohe Arbeitsbelastung beinhaltet zunehmend Aufgaben, die nichts mit der direkten Pflege der Patient*innen zu tun haben. Die Pflegepersonen können nicht alle Patient*innen mit ihren unterschiedlichen Bedürfnissen und Ansprüchen gleichzeitig betreuen und sind gezwungen, Prioritäten zu setzen. Eine zusätzliche Belastung stellen die emotionalen Anforderungen dar.

„Es ist schwer zu sehen, wenn der Mensch leidet. Und du kannst selbst nicht helfen, weil was wollen wir? Wir wollen helfen? Und es geht einfach nicht immer.“ (I4, Z:256-258)

Niemand wünscht sich, am Ende seines Lebens unnötig lange zu leiden. Auch bei schwerer Krankheit oder hohem Alter ist der Tod nicht vorhersehbar und der Sterbeprozess ist ein Prozess, der eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt. Die Begleitung eines Sterbenden kann für das Pflegepersonal und die Angehörigen eine emotionale Belastung darstellen. Die persönliche Anwesenheit, das Berühren und Halten der Hand signalisieren jedoch, dass dieser Person eine große Bedeutung beigemessen wird.

Die Pflegepersonen empfinden die zusätzlichen Dokumentations- und Administrationspflichten als belastend, da ihre eigentliche Aufgabe darin besteht, die Tätigkeit an den Patient*innen auszuführen. Eine Pflegeperson erkennt dies ebenfalls und erklärt im Gespräch:

„Da ist die administrative Arbeit, die immer mehr wird, also man hat wirklich nicht die Zeit hat [...], weil die andere Arbeit schon auf mich wartet. Obwohl die Arbeit am Patienten eigentlich die Wichtigste wäre.“ (I2, Z: 24-27)

Die belastende Situation lässt die Pflegenden sich in dem Teufelskreis der vielen Arbeit verlieren und enttäuscht werden darüber, nicht für die wichtigste Arbeit – die Arbeit mit den Patient*innen – da zu sein. Die Pflegepersonen fühlen sich verantwortlich und können aufgrund ihres Wissens und ihrer Erfahrung einschätzen, wann eine bedrohliche Situation eintritt. Das Pflegepersonal trägt eine hohe Verantwortung und ist bemüht, die bestmögliche Betreuung der Patient*innen sicherzustellen.

Eine Pflegende erzählt eine Episode von dem, was sie beobachtet, wenn sie sich die notwendige Zeit nimmt und erwähnt:

„Und vor allem fühlen sich die Patienten dann sicher, wenn man sich Zeit für sie nimmt. Wenn man Gespräche führt mit ihnen, man merkt das auch im Nachtdienst. Die Patienten sind dann viel ruhiger.“ (I2, Z: 62-63)

In dieser Fallbeschreibung empfindet die Pflegeperson Zufriedenheit, da sie feststellt, dass ausreichend Zeit sich positiv auf die Betreuung der bzw. des Erkrankten auswirkt.

Durch den Austausch mit den erkrankten Personen wird das Vertrauen gestärkt. Die Betroffenen bemerken das Interesse, das das Pflegepersonal an ihnen zeigt, und fühlen sich umsorgt. Um genügend Zeit für Patient*innengespräche zu haben, legt das Pflegepersonal folgende Prioritäten fest. Patient*innenferne Aufgaben wie Hol- und Bringdienste und andere nicht-patient*innenbezogene Tätigkeiten werden weitgehend an andere Berufsgruppen delegiert. Dennoch bleibt ein großer Anteil an administrativen Dokumentationspflichten beim Pflegepersonal.

5.2.2. Covid-19-Pandemie

In diesem Abschnitt wird die Herausforderung des Pflegepersonals während der ‚**Covid-19-Pandemie**‘ dargestellt. Die Pandemie hat eine bisher nie dagewesene Unsicherheit und Ungewissheit in den Alltag der Menschen gebracht. Eine Pflegeperson erzählt, dass *„[...] der Patient hat nicht das erhalten, was ich mir für ihn gewünscht hätte.“ (I5, Z: 60)*. Diese Aussage legt nahe, dass die Pflegeperson ihr Bestes gab, jedoch nicht in der Lage war, auf die Bedürfnisse der erkrankten Person einzugehen. Anschließend berichtet die Pflegeperson weiter:

„Da habe ich mir gedacht, so soll es eigentlich nicht sein, aber es war einfach nicht die Kapazität vorhanden. Wir haben 18 oder 19 positive Patienten gehabt und die zum Versorgen in einer kurzen Zeit. Wenn man am Ende fertig war, hat man am anderen Ende schon wieder neu begonnen, weil einfach, die pflegerischen

Handlungen oder Tätigkeiten, egal ob das die Körperpflege war oder die Sauerstoffgabe. Wir wissen, wie es sein soll, aber wir konnten es nicht tun, weil wir einfach die Zeit nicht hatten.“ (I5, Z: 64-69)

Nicht nur Zeitmangel war ein wesentlicher Faktor, der dazu führte, dass das Pflegepersonal an seine Grenzen gekommen ist. Routinetätigkeiten wurden zu einer enormen Herausforderung, was wiederum den Druck erhöhte. Die Pflegeperson musste entscheiden, welche Prioritäten sie bei welchen Patient*innen setzt. Dennoch sollte der Fokus auf das Wesentliche nicht verloren gehen und den Patient*innen sollte die bestmögliche Hilfe und Unterstützung zuteilwerden. In der vorherigen Schilderung steht für die Pflegeperson die korrekte Ausführung der pflegerischen Tätigkeiten an erster Stelle, während gleichzeitig ein Gefühl von Nähe und Geborgenheit aufrechterhalten werden soll. Leider fehlte in diesen Momenten die erforderliche Zeit.

Im Interview erwähnte eine Pflegeperson eine Episode, als sie gleichzeitig mehrere Erkrankte betreuen sollte und dabei in eine stressige Situation kam.

„Wenn in einem Isolationszimmer ein Notfall passiert, dann weiß man nicht sofort, was zu tun ist und man kann nicht. Du kannst diesen einen Patienten nicht alleine lassen und den anderen auch nicht. Also das sind diese Momente, die sehr stressig sind.“ (I10,Z: 36-39)

Bei einem medizinischen Notfall ist der Ablauf für das gesamte Team routinemäßig. Die Covid-19-Pandemie hat diesen Prozess verlangsamt aufgrund der strengen Isolationsmaßnahmen, die die Einhaltung der Sicherheitsvorschriften für Hygiene und die Verfügbarkeit des Geräteequipments erfordern. Ständige Mitarbeiter*innenschulungen und transparente Leitlinien sollen Unsicherheiten beim medizinischen Personal verringern. Die Pflegeperson muss je nach Dringlichkeit selbst entscheiden, welcher medizinische Notfall vorrangig zu behandeln ist.

Positive Erfahrungen wurden ebenfalls festgestellt, da auf einer Covid-Station operative und konservative Patient*innen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen versorgt werden müssen. Diese umfassenden medizinischen Fachgebiete stellen nicht nur eine Herausforderung dar, sondern bieten auch Raum zur Erweiterung des Wissens.

„Man muss sagen, diese Zeit, das hat aber auch was gebracht. Wir haben viele Fachgebiete gehabt. Und wir konnten überall hineinschnuppern und überall hat man etwas Neues dazu gelernt. Aber trotzdem war es schwierig.“ (I5, Z: 98-100)

Die Betreuung von anderen fachspezifischen Patient*innen wird als Herausforderung für die handelnden Pflegepersonen angesehen, doch durch Nachfragen bei Kolleg*innen und durch

Anleitungen konnten die Pflegenden ihr Wissen erweitern. Diese Wissenserweiterung wird als positiver Effekt empfunden.

Eine Pflegende beschreibt eine Episode während der Covid-19 Pandemie und berichtet über ihre Gefühle.

„Das war ein Wahnsinn, die Pandemie hat uns überrollt. Mir ist es noch nie so schlecht gegangen beim Arbeiten wie in dieser Zeit. Ich kann nur von mir und von den Kollegen reden. Also, ich habe nur mehr funktioniert. Und es hat auch alles funktioniert.“ (I16, Z: 192-194)

Die Pflegenden beschreiben die Anfangszeit der Covid-19-Pandemie als belastend. Wesentliche Faktoren, die zusätzlichen Stress bei den Pflegepersonen auslösen, sind fehlende Schutzausrüstung, unklare und widersprüchliche Hygiene- und Verhaltensweisen, die Angst, selbst zu erkranken, eine mögliche Trennung von der Familie sowie die Reduzierung von körperlichen Berührungen während dieser Zeit.

Besonders belastend wird von den Pflegepersonen in den Interviews beschrieben, wenn jüngere Menschen schwer an Corona erkranken und sich der Krankheitsverlauf dramatisch verschlechtert. Eine derartige Situation wird von einer Pflegekraft im Interview geschildert.

„Er ist gehend gekommen. Gehend bis auf das, dass er wenig Luft bekommen hat, und im Verlauf ist er verstorben. Das war schon sehr, sehr (...).“ (I13, Z: 199-200)

Menschen begleiten, wenn sie dringend Hilfe benötigen, das sind die Ziele, die dazu führen, dass Menschen den Pflegeberuf ergreifen. Zusätzliche Kontaktbeschränkungen, insbesondere für vulnerable Personen, führen langfristig zu personellen, strukturellen und professionellen Engpässen, da auch das Pflegepersonal viel Zeit in diverse Hygiene- und Kontaktvorschriften investieren musste.

Pflegepersonen erkennen, wenn die Kolleg*innen erschöpft sind.

„Ich hatte diese Situation nicht oft, aber an den Kolleginnen hat man gesehen, dass sie erschöpft waren. Wenn man alles auf einer Station hat, die laufenden Chemotherapien, und das war schon (...).“ (I15, Z: 187-189)

Eine Pflegeperson berichtet von der Stille während der Covid-19-Pandemie. Die belastende Umgebung führte dazu, dass kaum noch miteinander gesprochen wurde: *„In dieser Covidzeit ist es leise geworden“* (I16, Z: 39). Diese Leere führt im weiteren Verlauf zu einem sozialen Rückzug. Erschöpfung und Müdigkeit sind Warnsignale, die auf eine emotionale Belastung hinweisen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Covid-19-Pandemie eine der gravierendsten Belastungssituationen für das medizinische Personal darstellte. Neben einer ausreichenden Verfügbarkeit von Schutzausrüstung und der Einhaltung von Schutzmaßnahmen sind auch psychosoziale Unterstützungsprogramme erforderlich, um die Qualität der Pflege nicht zu gefährden. Ein bisher unbekanntes Krankheitsbild mit schwer zuordenbaren Symptomen stellt das medizinische Personal vor erhebliche Herausforderungen. Schweigen, Stille, Erschöpfung und Abgeschlagenheit drücken Machtlosigkeit und Kontrollverlust aus. Die Covid-19-Pandemie stellt in diesem Zusammenhang einen Sonderfall dar, da das Gesundheitspersonal nach Dienstschluss die Sorge hatte, Familie und Freund*innen anzustecken.

5.2.3. Fehlende Entscheidungskompetenz

Diese Unterkategorie **„Fehlende Entscheidungskompetenz“** wurde gebildet, um festzustellen, dass mangelnde Entscheidungskompetenz die Belastungssituation durch moralischen Stress wesentlich beeinflusst. Die Arbeit in einem interdisziplinären Team erfordert von allen Beteiligten ein hohes Maß an Kommunikationskompetenz.

Eine Pflegeperson beschrieb im Interview, wie belastend eine Episode sein kann. Wenn es sich um Patient*innen unter 50 Jahren handelt, ist das Verantwortungsgefühl noch größer und das Bemühen des Pflegepersonals, alles zu tun, besonders hoch.

Eine weitere Pflegende schildert des Weiteren eine herausfordernde Situation. Ein 44-jähriger, suchtkranker Patient, der auch Diabetiker ist, hatte ein septisches Zustandsbild und musste akut operiert werden. Der Patient wurde unmittelbar nach der Operation vom Aufwachraum auf die allgemeine Station verlegt, anstatt auf die zuvor vereinbarte Intensivstation. In der Folge verschlechterte sich der Zustand des Patienten erheblich, sodass eine Reanimation notwendig wurde. Anschließend wurde der intubierte Patient auf die Intensivstation verlegt. Die interviewte Person ist der Ansicht, dass der Patient keine Reanimation benötigt hätte, wenn er rechtzeitig auf der Intensivstation untergebracht worden wäre.

*„Aber wir haben ihn auf der Station gehabt und da ist es passiert. Natürlich ist alles dokumentiert, **aber es hört uns manchmal keiner an.**“ (I5, Z: 190-191)*

Diese mangelnde Entscheidungskompetenz wirkt sich negativ auf die Belastung der Pflegenden aus: Sie werden nicht gehört.

In einem Hochrisikobereich ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit noch bedeutsamer als auf anderen Abteilungen. Eine Pflegeperson, die in diesem Bereich tätig ist, berichtet von einer

Situation, in der ein männlicher Patient bereits seit über acht Wochen auf der Intensivstation behandelt wurde und die Prognose sehr ungünstig ist.

„Die Ärzte haben auch schon gesprochen, dass die Aussichten sehr gering sind. Und ich habe mir gedacht: Und warum ziehen wir uns nicht zurück? Die Ärzte tun trotzdem weiter. Das ist so eine Situation, wo ich mir denke: Puuh, ist das das Richtige?“ (I13, Z: 47-49)

Die unzureichende interdisziplinäre Kommunikation im Team hat Konsequenzen für die Belastung der Pflegepersonen. Die Tatsache, dass es in Teamsitzungen an klaren Absprachen und an Antworten auf offene Fragen mangelt, führt dazu, dass die Pflegenden Schwierigkeiten bei der Entwicklung einer eigenen moralischen Grundhaltung haben.

In einem Interview äußerte eine pflegerische Leitungskraft, dass sie aufgrund von Verzweiflung und dem inneren Drang, mehr tun zu müssen, einfach mehr Aufgaben übernommen habe.

„Ich habe das tun müssen, denn ich wollte ja etwas machen. Aus dieser Situation, aus dieser Hilfslosigkeit, habe ich sicher mehr gemacht. Ich habe Blutproben angefordert, die die Ärztin im Gespräch nur nebenbei erwähnt hat. Einfach, weil ich der Typ bin: Mach einfach.“ (I16, Z: 242-243)

Hier wird von der Pflegeperson ihre Kompetenzgrenze überschritten, was bei ihr zu Angst, Hilflosigkeit und Gleichgültigkeit führt. Das Gefühl, nicht in Entscheidungen einbezogen zu werden, nimmt alle Energie und Kraft. Es muss durch aktives Handeln sichergestellt werden, dass die Abläufe konstant bleiben und die Qualität der Pflege nicht beeinträchtigt wird. Allerdings wird dies im interdisziplinären Team nicht von allen Beteiligten akzeptiert, was wiederum zu Spannungen führt.

Die Erzählung einer Pflegeperson zeigt, dass fehlende Entscheidungskompetenz in der Pflege noch weitere negative Auswirkungen mit sich bringen kann.

*„Du warst es, der Patient **ist** verstorben, weil **du** mir es nicht geglaubt hast. Ob der Arzt es sich zu Herzen genommen hat, kann ich nicht sagen.“ (I9, Z: 100–102)*

In diesem Zusammenhang wurde der moralische Stress und die daraus resultierende psychische Belastung von Pflegenden thematisiert, die bei der Betreuung von Patient*innen gezwungen sind, Entscheidungen mitzutragen. In solchen Situationen kommt es in der Praxis

oft zu Meinungsverschiedenheiten zwischen den Berufsgruppen, insbesondere in Bezug auf Diagnostik und Behandlung von erkrankten Personen.

In diesem oben genannten Beispiel ist die von der Befragten als gleichgültig erlebte Haltung der Ärzt*innen ausschlaggebend für die ausweglose Situation. Unabhängig davon ist das Verantwortungsgefühl der Pflegepersonen besonders hoch. Dies betrifft insbesondere die korrekte und fachgerechte Durchführung von Tätigkeiten und Pflegehandlungen, die zum Wohlbefinden der Patient*innen beitragen und gleichzeitig Zufriedenheit sowie gesteigertes Selbstwertgefühl vermitteln. Die Pflegepersonen übernehmen oft die Rolle der Fürsprecherin für die Patient*innen.

„In meinem Bereich kommen solche Situationen täglich vor. Also, dass man Patienten hat, von denen man überzeugt ist, dass sie entweder stationär aufgenommen werden müssen oder nicht ausreichend ärztlich versorgt sind, wenn die Rahmenbedingungen nicht passen. Da hat man dann echt ein Problem, wenn man den Patienten nach Hause schicken muss. Oder man das Gefühl hat, der Patient ist nicht richtig versorgt worden.“ (I9, Z: 37-41)

Die Pflegeperson ist sich bewusst, dass ihre Meinung nicht gehört wird.

„Die Pflege hat sich als eigenständige Berufsgruppe herausentwickelt, zu melden hat man trotzdem nicht viel. Sprich, es gibt immer eine Instanz über dir, die die Entscheidungen trifft. Und du musst, ob man es für richtig empfunden hat, man hat die Durchführungspflicht.“ (I10, Z: 198-200)

Die Pflegeperson hat das Wissen und ist bemüht, das Richtige zu tun, und hat keine Entscheidungskompetenz. Diese Tatsache zeigt, wie frustrierend der Beruf manchmal sein kann. Die Pflegepersonen fühlen sich unter Druck gesetzt. Die Durchführungspflicht beinhaltet einen wesentlichen Aufgabenbereich und ist im Berufsrecht der Pflege verankert. Mit der Umsetzung dieses Auftrages, der sie beschäftigt und belastet, sind die Pflegenden nicht zufrieden.

Die Pflegepersonen nehmen die Situation wahr und sind enttäuscht. Die Ohnmacht ist vorherrschend und die Pflegepersonen können nicht helfen. Um zukünftige ähnliche Situationen zu vermeiden, ist eine effektive Kommunikation zwischen den involvierten Personen unerlässlich.

5.2.4. Die Autonomie der Patient*innen respektieren

In der Unterkategorie ‚**Die Autonomie der Patient*innen respektieren**‘ wird erkannt, wie wichtig es für Pflegepersonen ist, das Recht auf Selbstbestimmung der Menschen zu respektieren. Ein wesentlicher Faktor ist die Aufmerksamkeit des Pflegepersonals, um die Bedürfnisse oder Probleme der Patient*innen erkennen können.

Im Interview beschreibt eine Pflegekraft ihre Perspektive auf die hohen Anforderungen. Die Pflegenden berichtet, dass die 90-jährige, demente und multimorbide Patientin in einem Gespräch selbstbestimmt und deutlich zum Ausdruck gebracht hat, dass sie nicht mehr leben möchte.

„Und ich habe das als schlimm empfunden, für mich war das so schlimm, aah, diese Frau ist dement, ihr Körper sagt: ‚Ich will nicht mehr, lasst mich bitte in Ruhe. Ich will in Würde sterben. Ich will nicht mehr. Und das wird nicht mehr akzeptiert, nicht mehr.‘“ (I7, Z: 152-155).

Die 90-jährige Patientin äußert klar und eindeutig ihren eigenen Willen, welcher vom Pflegepersonal respektiert und unterstützt werden soll. Sie möchte nicht ernährt werden. Die Pflegepersonen wollen die Sterbende in Würde begleiten.

In einem Interview berichtet eine weitere Pflegenden von einem 90-jährigen Mann, der dialysepflichtig ist und alle weiteren medizinischen Maßnahmen ablehnt. Zu diesem Zweck entfernt er immer wieder den Dialysekatheter, was ein hohes Risiko für Nachblutungen birgt. Der Patient meint zu ihr:

„Ich möchte das nicht mehr. Ich kann nicht mehr.‘ Der Patient war sicher zwei Monate bei uns auf der Abteilung. [...] ständig nachschauen, hat er sich den Dialysekatheter entfernt und verblutet er jetzt.“ (I10, Z: 97-100).

Die Pflegeperson ist auch nach Beendigung des Dienstes mit Gedanken an diese Situation beschäftigt.

„Und ich denke mir, um Gottes Willen, [...] also das hat mir in der Seele weh getan, dass niemand seine eigene Meinung akzeptiert hat.“ (I10, Z: 108-109)

In Situationen, in denen das Sterben eines Menschen unmittelbar bevorsteht, wird das Spannungsfeld zwischen dem Tun und dem Unterlassen von Handlungen besonders deutlich. Eine Pflegeperson, die in einer Leitungsposition ist, beschreibt ihre Meinung dazu mit folgenden Worten:

„Und warum darf dieses Sterben nicht mehr zugelassen werden? Warum nicht? Weil [...] muss jeder Mensch 125 Jahre alt werden, [...] dieses Loslassen ist es, das so schwerfällt.“ (I16, Z: 143-146)

Im Umgang mit Menschen am Lebensende ist es wichtig, keine lebensverlängernden Maßnahmen durchzuführen, um unnötiges Leiden zu vermeiden. Stattdessen sollten in dieser Phase palliative Komfortmaßnahmen angewendet werden (Körtner, 2017).

Mitgefühl und Anteilnahme am Schicksal des Menschen machen die Betreuung der Patient*innen intensiv und aufwendig.

5.2.5. Erwartungen der Angehörigen

„Erwartungen der Angehörigen“ wurde als eigene wichtige Unterkategorie ausgewählt, da sie einen zusätzlichen Faktor darstellen, der sich auf das Pflegepersonal auswirkt. Oft sind es die Erwartungen der Angehörigen, den Zustand der Patient*innen wieder so herzustellen, wie er vor dem Krankenhausaufenthalt war, die eine Belastung für das Pflegepersonal darstellen.

„Ich denke das wollen die Angehörigen. Wir sollen den Patienten wieder so nach Hause schicken, wie er vor dem Krankenhausaufenthalt war.“ (I4, Z: 125-126)

Diese Erwartung ist oft unrealistisch, das lässt sich jedoch an Betroffene und Angehörige schwer vermitteln. Denn die eigentliche Aufgabe der Pflegepersonen ist es, die Patient*innen zu betreuen und auf die Bedürfnisse der und des Einzelnen einzugehen.

Eine Kollegin teilt diese Ansicht und erwähnt es im Interview. Die Pflegeperson führt Gespräche mit der erkrankten Person und den Angehörigen, um sich ein Bild von den Wünschen und Bedürfnissen der erkrankten Person zu machen. Im Rahmen des Gesprächs erfährt die Pflegenden, dass die erkrankte Person in einem Pflegeheim lebt, bereits dement ist und nicht mehr isst. Die Angehörigen bestehen allerdings darauf, dass ihre Mutter trotzdem trinken und essen muss, um am Leben zu bleiben. Die Betroffene äußert sich deutlich:

„Ich will nicht mehr, lasst mich bitte in Ruhe. Ich will in Würde sterben. Ich will nicht mehr. Und das wird nicht mehr [von den Angehörigen, Anm. d. Verf.], akzeptiert, nicht mehr.“ (I7, Z: 154-155).

Pflegepersonen, die mit einem Sterbewunsch konfrontiert werden, müssen sich bei ihrem Handeln auf ihre Intuition und Erfahrung sowie ihre Beziehung zum betroffenen Menschen

verlassen. Mit Erfahrung ist hier das Wissen gemeint, für alle Beteiligten angemessen zu handeln. Dafür sind viel Empathie und Zeit für Gespräche erforderlich. In solchen Situationen befindet sich Pflegende in einem Wechselbad der Gefühle. Es ist unmöglich, das Leiden der Erkrankten zu kompensieren oder es fehlt die Zeit für ein Gespräch zur Reflexion.

Abschließend kann festgehalten werden, dass ältere, multimorbide und unheilbar kranke Menschen als vulnerable Personen gelten. Diese Menschen möchten bis zum letzten Moment selbstbestimmte Entscheidungen treffen. Die Pflegenden sind sich ihrer Verantwortung gegenüber der Wahrnehmung ihrer persönlichen Integrität bewusst und nehmen eine reflektierende Haltung ein, um dieser gerecht zu werden.

Des Weiteren kann gesagt werden, dass sich Angehörige in einem Konflikt zwischen helfen wollen und sterben lassen befinden. Dies hat zur Folge, dass die Belastbarkeit des Pflegepersonals und der Angehörigen sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich abnimmt.

Im Gegensatz dazu stehen jedoch positive Rückmeldungen von Angehörigen an die Pflegepersonen. Eine Situation wird von einer Pflegeperson beschrieben, die keinen moralischen Stress erzeugt und bei der Wertschätzung und Empathie der Pflegenden im Vordergrund stehen.

„Der Vater von einem Kollegen ist bei uns gestorben. Die Angehörigen wollten jederzeit angerufen werden, um sich zu verabschieden. Wir haben dann angerufen und sie sind dann hergekommen. Dafür haben wir ihn in ein extra Zimmer verlegt.“
(I7, Z: 333-335)

Nachdem die Angehörigen über den bevorstehenden Tod informiert worden waren, wurde der sterbende Patient in ein Einzelzimmer gebracht und die Angehörigen zusammen mit dem Schwerkranken während des Sterbeprozesses begleitet. Die Pflegeperson berichtet im Gespräch, dass von den Angehörigen *„so viel Liebe zurückkommt, so viel Dankbarkeit“* (I7, Z: 342). Diese Familienangehörigen schätzen vor allem die professionelle Betreuung, den umfangreichen Einsatz und die persönliche Fürsorge, welche ihren erkrankten und sterbenden Verwandten zukommt. Die Pflegepersonen sind rund um die Uhr für sie und ihre Angehörigen da.

Die Anerkennung der eigenen Tätigkeit durch die Patient*innen und deren Angehörige vermittelt den Befragten nicht nur das Gefühl, einen gesellschaftlich relevanten Beitrag zu leisten, sondern steigert auch das persönliche Wohlbefinden und gibt Sicherheit und Wertschätzung. Dies führt zu einem positiven Lerneffekt und erhöht das Selbstwertgefühl der Pflegepersonen. Angehörige spielen eine wesentliche Rolle bei der Betreuung und Pflege von Erkrankten. Aus den unterschiedlichen Perspektiven von Angehörigen und Pflegenden

ergeben sich Spannungsfelder. Die Folge können Schuldzuweisungen sein, unter denen die Pflegenden leiden. Im nächsten Abschnitt werden die Folgen von belastenden Situationen thematisiert.

5.3. Reaktionen auf moralischen Stress

Die Hauptkategorie ‚**Reaktionen auf moralischen Stress**‘ bildet sich aus dem thematischen Kontext der Auswirkungen und Konsequenzen. In diesem Kapitel werden die verschiedenen Reaktionen auf moralischen Stress dargestellt sowie der Umgang der handelnden Personen mit herausfordernden Situationen. Die Pflegenden erleben unterschiedliche Empfindungen, wenn sie die herausfordernden Situationen mit den Kranken nicht nach ihren eigenen Wertvorstellungen bewältigen können. Dazu wurden aus den Gesprächen folgende Themenbereiche definiert:

- Hoffnungslosigkeit
- Zweifel und Ungewissheit
- Emotionen zeigen

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf diese Empfindungen und werden einzeln, aber im Kontext präsentiert.

5.3.1. Hoffnungslosigkeit

Pflegende sehen sich in ihrem beruflichen Umfeld viel mit Hoffnung und auch mit ‚**Hoffnungslosigkeit**‘ konfrontiert. Während Hoffnung in vielen Fällen eine positive Bedeutung hat, wenn zum Beispiel eine chronische Krankheit ohne Leiden und Schmerzen verläuft, beschreibt das Wort *Hoffnungslosigkeit* dagegen nicht nur Angst, Verzweiflung und Traurigkeit, sondern auch Resignation. Die Resignation der Pflegenden im Rahmen der durchgeführten Interviews hat ihren Ursprung in ihrer Hilflosigkeit.

Das Erkennen der Unveränderlichkeit der Situation für die Betroffenen und das Erleben von Hoffnungslosigkeit führen dazu, dass sich Pflegende häufig mit der vorherrschenden Situation abfinden.

Die Art und Weise, wie die Pflegeperson hier ihr Erleben der herausfordernden Situation deutlich macht, wird im Gespräch erwähnt:

„Ich glaube, man resigniert irgendwann, man kann es nicht ändern. Deswegen redet man. Natürlich tauscht man sich aus, aber im Endeffekt weiß ein jeder: Man kann es nicht ändern.“ (I3, Z: 189-190)

Die befragte Person wiederholt die Aussage mehrmals: *„[...] aber ich kann es nicht ändern.“* (I3, Z: 172) und verdeutlicht damit eine Ausweglosigkeit. Aus Sicht des Pflegepersonals sind ihre Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt und abhängig von anderen Personen.

Eine weitere Pflegende ist derselben Meinung und erläutert: *„Sicher es ärgert mich dann, aber na gut, dann ist es halt so.“* (I6, Z: 118)

Die Pflegenden sind nicht in der Lage, nach ihren eigenen Wertvorstellungen zu handeln und sehen dadurch ihre eigene Integrität gefährdet, weshalb sie sich zum Selbstschutz zurückziehen. Dieser emotionale Rückzug schützt die Pflegenden, aber durch diese Distanzierung ist die Patient*innenqualität gefährdet.

Eine Pflegeperson, die eine Leitungsposition innehat, ist derselben Meinung und im Gespräch teilt sie mit, dass

„Man versucht sehr viel und kämpft gegen Windmühlen. [...] Die Situation lässt sich nicht verändern. Also unnötig, vergebene Liebesmühe. Und dann hört man auf.“ (I9, Z: 110-112)

Obwohl die Pflegenden entschlossen und ständig bemüht sind, ihr Bestes zu geben, werden sie durch andere Faktoren gehemmt. Dabei gehen Gefühle wie Resignation meist mit Schuldgefühlen einher und lösen Unzufriedenheit aus. Das ständige Hinterfragen und Evaluieren kritischer Situationen führen zu keinem befriedigenden Ergebnis. Hilflosigkeit kann sich durch verschiedene Gefühle zeigen und wird oft zusammen mit anderen Empfindungen erlebt. Die Befragten berichten von negativen Emotionen wie Zorn, Wut und Enttäuschung.

Zusammenfassend zeigen die Interviews, dass die Pflegenden sich der Herausforderung bewusst sind, die Problematik erkennen und manchmal nichts dagegen tun können. Wenn Pflegepersonen die Situation wahrnehmen, sind sie oft enttäuscht und es macht sich eine innere Leere breit. Hoffnung blickt immer in die Zukunft und kann in der Regel zu positiven Ereignissen führen. Aussagen wie *„Alles wird gut“*, die letztlich ein *„Weiter so“* bedeuten, können jedoch darauf hinweisen, dass die Realität der Gegenwart nicht ausreichend berücksichtigt wird. Die Pflegenden haben das Gefühl, dass sie nicht versuchen müssen, die Situation zu verändern, weil es für sie keinen Sinn macht. Es ist daher erforderlich, den Mut aufzubringen, weiterzumachen und nicht aufzugeben.

5.3.2. Zweifel und Ungewissheit

Das Gefühl von Unsicherheit und Hilfslosigkeit belastet das Pflegepersonal so sehr, dass innerer Widerstand entsteht. ‚Zweifel, Ungewissheit‘ und Hilfslosigkeit sind eng mit dem Widerstand verbunden und werden als neue Unterkategorie definiert.

Eine Pflegeperson berichtet in einem Interview von einem Vorfall mit einem 24-jährigen Mann, der körperlich und geistig beeinträchtigt ist und dessen Sauerstoffsättigung besonders in der Nacht bedrohlich absinkt. Gemäß dem Behandlungsplan von medizinischer Seite sind keine lebensrettenden Maßnahmen durchzuführen. Die Mutter des Betroffenen verweilt aufgrund der schweren körperlichen und geistigen Beeinträchtigung ihres Sohnes Tag und Nacht im Krankenhaus. Diese Situation verursacht bei den Pflegenden Unwohlsein, da die Pflegepersonen aufgrund der ärztlichen Eintragungen im Behandlungsplan und der emotional belastenden Situation in ihrer pflegerischen Handlungsfreiheit erheblich eingeschränkt sind.

„Wenn man das [die einleitend erzählte Situation, Anmerkung der Verf.] hört, hat man schon ein schlechtes Gewissen. Man kann nicht helfen. Weil es eben so ist. [...] er wird dann irgendwann einschlafen.“ (I4, Z: 118-119)

Das Gefühl, nicht helfen zu können, obwohl alle Möglichkeiten vorhanden sind, löst bei den Pflegenden Unbehagen aus. Der Gedanke daran belastet sie und verursacht Schuldgefühle. Wenn die Pflegepersonen mit dem Gedanken konfrontiert sind, dass sie nichts für die betroffene Person tun können, leiden sie und sind enttäuscht.

Eine Pflegeperson schildert in einem Interview, wie belastend die Umstände für sie waren.

„Es ist das Gefühl, wie soll ich das beschreiben? Nicht Unsicherheit, aber es nagt trotzdem an einem, es ist wie (...) Hoffnungslosigkeit, dass man selbst nichts daran ändern kann.“ (I3, Z: 81-82)

Die Pflegeperson äußert hier ihre Unsicherheit, passiv zusehen zu müssen und nichts unternehmen zu können, um eine Veränderung herbeizuführen. Diese Unsicherheit darüber, ob bestimmte Ziele tatsächlich erreicht werden können und damit eine positive Wirkung auf andere Personen erzeugt wird, führt zu Unzufriedenheit bei den Pflegenden. Je länger diese Selbstzweifel andauern, desto negativer wird das Selbstbild beeinflusst.

Pflegende erkennen oft zu spät, dass sie bestimmte Situationen nicht verhindern oder positiv beeinflussen können und machen sich in solchen Fällen häufig selbst Vorwürfe. Nach dem Ende der akuten Situation hat sich die interviewte Person viele Gedanken gemacht. Die Tendenz zum Nachdenken und ständigen Hinterfragen verursacht weiterhin Anspannungen. Darüber hinaus gibt es keine Möglichkeit, sich an eine Anlaufstelle oder eine Person zum

Zuhören oder Reden zu wenden. Der Dienst endet so abrupt, wie er begonnen hat – ohne Möglichkeit zur Reflexion. Das Empfinden, nicht gehört zu werden, ist für Pflegepersonen ein wesentlicher Faktor, der ihre Position in der interdisziplinären Zusammenarbeit erschwert. Des Weiteren sind das Misstrauen gegenüber verpflichtend auszuführenden Handlungen sowie das Suchen nach potenziellen Fehlern Faktoren, die Pflegende zusätzlich belasten. Wenn die persönliche Integrität der handelnden Person verletzt wird, entsteht ein unzufriedenes Verantwortungsbewusstsein und es können Selbstzweifel aufkommen.

5.3.3. Emotionen zeigen

Eine wesentliche Unterkategorie in dieser Arbeit ist die Darstellung von Empfindungen von Pflegepersonen in moralisch belastenden Situationen. Aus diesem Grund wird dieser Abschnitt unter der Kategorie **„Emotionen zeigen“** angeführt. Im Folgenden wird erläutert, wie Emotionen zum Ausdruck gebracht werden und wie Pflegepersonen ihre (Mit)Menschlichkeit wahren.

Die Pflegenden befinden sich in einem Zustand der inneren Unzufriedenheit, welche sich durch eine Einschränkung des Vertrauens gegenüber Kolleg*innen und auch sich selbst gegenüber und der Wertschätzung nach außen bemerkbar macht. Die Überforderung führt zur Entstehung von Schuldgefühlen, welche im schlimmsten Fall zu Depressionen und zu einem unsicheren bis hin zu hoffnungslosem Gefühl führen können. Das Handeln kann durch das Aufkommen von Selbstzweifeln hinsichtlich der durchzuführenden Interventionen beeinträchtigt werden. Die Pflegenden führen passiv in einer abwartenden Haltung keine initiativen Handlungen aus. Obwohl sie von früh bis spät arbeiten, entwickelt sich ein Gefühl der Unwirksamkeit, welches Gleichgültigkeit zur Folge hat.

Familienangehörigen einer befragten Pflegeperson fällt auf, dass sich der Tonfall ihrer Stimme verändert hat und als laut empfunden wird.

„Ich weiß, ich muss eigentlich aufhören darüber nachzudenken und ich muss lernen, abzuschalten. Und ich muss lernen das in der Arbeit zu lassen. Je mehr ich mir das selber sage, desto schlimmer wird es. Mir selber fällt das manchmal nicht auf, aber ich werde dann lauter, also meine Stimmfarbe ändert sich. Und daran merkt meine Familie sofort, okay, heute hat etwas nicht gepasst.“ (I10, Z: 148-153)

Die Pflegende hat eine Ansprechperson in ihrem familiären Umfeld gefunden und ist trotzdem dem Phänomen des moralischen Stresses weiterhin ausgesetzt. Unsicherheit, Unbehagen und mangelnder Ausdruck von Mitgefühl und Betroffenheit werden als Indikatoren für Stress

betrachtet. Daher sind Emotionen entscheidend, um das professionelle Handeln als Fundament anzusehen und aus der Betroffenheit heraus Entscheidungen zu reflektieren. Die persönliche Beziehung zwischen Pflegenden und Patient*innen wird durch Ohnmachtsgefühle und zunehmenden Leidensdruck belastet und das Patient*innenwohl negativ beeinflusst.

Zusammenfassend sollte eine klare Orientierung angeboten werden, um der Hoffnungslosigkeit entgegenzuwirken. Die anwesenden Pflegepersonen sind da, um den betroffenen Erkrankten Halt zu geben. Die Machtlosigkeit löst Emotionen wie Wut, Ärger, Trauer, Verzweiflung, Scham, Ekel, Zorn, Sprachlosigkeit und Verbitterung aus. Entscheidend für die Bewältigung von Belastungen sind die Verarbeitung von Ereignissen und die Wahrnehmung von Gefühlen.

5.4. Coping

Als vierte und abschließende Hauptkategorie wurde **„Coping“** definiert. Bewältigungsstrategien sind entscheidend, um in belastenden Situationen die physische und psychische Balance zu halten und dadurch Stress abzubauen. Zur Bewältigung von moralischem Stress bei Pflegepersonal gibt es verschiedene Strategien. In der Analyse der Interviews wurden acht Themenbereiche definiert, die unterschiedliche Aspekte zur Bewältigung darstellen und in den folgenden Unterkapiteln behandelt werden.

5.4.1. Krankenhauswechsel

Externe Faktoren wie ungünstige Rahmenbedingungen beeinflussen den moralischen Stress von medizinischem Personal. Dazu gehören vor allem eine hohe Arbeitsbelastung durch Schicht- und Wechseldienste, Personalnotstand, komplexe Erkrankungen der Patient*innen sowie ökonomische Prozesse wie eine verkürzte Aufenthaltsdauer und verlängerte Arbeitszeiten, wiederkehrende Wiederaufnahmen und wirtschaftliche Hintergründe. Die eigentliche Tätigkeit an Patient*innen tritt hierbei oft in den Hintergrund und führt zu steigender Berufsunzufriedenheit. Eine Pflegeperson berichtet, dass ein **„Wechsel in ein anderes Krankenhaus“** bewirkt hat, dass sie noch im Pflegeberuf tätig ist.

„Dann stimmt was nicht. Wenn man mit Angst in den Dienst kommt. Ich bin zum Beispiel schon schlecht gelaunt in den Nachtdienst gekommen, in dem anderen Krankenhaus. Weil es mich (...), ich habe genau gewusst, ich habe meine 32 Patienten, davon zwei bis drei demente Patienten, die nicht orientiert sind und

bettflüchtig sind. Und dann habe ich wieder das und das. Und das ist sehr belastend.“
(I13, Z: 267-270)

Der Wechsel in eine Krankenanstalt, vor allem zu einer kleineren, überschaubaren Abteilung, und die Nähe zum Heimatort haben dazu geführt, dass diese Pflegekraft weiterhin in diesem Beruf tätig ist. Dies hat auch positive Auswirkungen auf das Familienleben.

„Meine Frau hat auch gesagt: Das ist 1000 und 1. Zum anderen Krankenhaus, wegen der Belastung her. Ich bin viel ruhiger als früher.“ (I13, Z: 255-256)

Die Pflegeperson hat den Beruf nicht aufgegeben und findet wieder Freude an der Arbeit. Besonders dramatisch wird die Situation, wenn die Arbeitswelt nicht mehr mit dem Privatleben vereinbar ist. In dieser Schilderung wird dies besonders vom Ehepartner bemerkt. Der Ehepartner bemerkt einen großen Unterschied, dass sich das Gefühlsleben des anderen zum Guten gewendet hat und spricht die folgende Botschaft aus: Es ist kein Vergleich zu früher.

5.4.2. Zusammenarbeit im Team

Eine weitere Pflegende beschreibt, wie wichtig der Zusammenhalt im Team ist und daher wird diese Unterkategorie **„Zusammenarbeit im Team“** genannt. Es ist nicht immer notwendig, dass man das Krankenhaus oder die Abteilung wechselt. Wenn zwischen den Kolleg*innen auf der Abteilung ein menschlicher und vertrauensvoller Umgang gepflegt wird, ist das für alle Beteiligten eine Bereicherung.

„Wir sind das älteste Team, ja sicher wahrscheinlich von der ganzen Welt. [...], wir haben überhaupt keine Fluktuation [...]. Also es ist bei uns, es ist meine zweite Familie.“ (I6, Z:79-82)

Die Person empfindet das Team als ihre zweite Familie und fühlt sich daher in der Abteilung wohl, wodurch sie ihre Arbeit mit Freude ausüben kann. Im Rahmen des Teambuildings spielen vor allem Gespräche mit anderen Personen in einem wertschätzenden Umfeld eine bedeutende Rolle. In einem leistungsfähigen Team wird der Gedanke des Zusammenhalts gelebt, der durch harmonische Zusammenarbeit zu erfolgreichen Ergebnissen beiträgt. Den Pflegepersonen ist das Miteinander ein zentrales Bedürfnis.

5.4.3. Gespräche mit Familie, Kolleg*innen und Vorgesetzten

Mehrere Teilnehmende äußerten in den Interviews, dass Gespräche zur Entlastung beitragen können, weshalb diese Dimension definiert wurde. Die **Gespräche** können **mit Familie, Kolleg*innen oder dem Vorgesetzten** geführt werden.

Eine Pflegeperson ist der Meinung, dass regelmäßig stattfindende Teambesprechungen mit interdisziplinärem verbalem Austausch förderlich sind.

„Wir suchen das Gespräch. Wir setzen uns zusammen und machen viele Visiten und besprechen den Fall oder das Problem wirklich offen an. Das beginnt schon in der Früh.“ (I6, Z: 169-170).

Die Pflegende berichtet, dass sie sich im Team wohl fühlt und bezeichnet das Pflegeteam als zweite Familie, hervorzuheben ist auch, dass die Personalfluktuationsrate auf ihrer Abteilung gering ist. Offensichtlich wird im Team offen und wertschätzend kommuniziert.

Für viele Pflegepersonen ist es wichtig, sich nach dem Dienst in einem Gespräch auszutauschen. Dabei spielen auch Zeit und Ort eine entscheidende Rolle. Die Möglichkeit, Abstand von der Situation zu gewinnen, sich die Meinungen anderer anzuhören und Verständnis für alternative Lösungsmöglichkeiten zu erhalten, ist essenziell. Im Tagesdienst ist dies oft nicht möglich, jedoch nutzen viele Pflegende die ruhigeren Phasen des Nachtdienstes, um sich miteinander zu besprechen.

„Ja, genau nach den Teambesprechungen. Dass man sich gemütlich zusammensetzt. Was trinken geht und man da nochmals darüber sprechen kann, vielleicht hat man da die hitzige Diskussion schon geschafft. Im Nachtdienst redet es sich leichter.“ (I8, Z: 224-226)

Die Kommunikation innerhalb der Berufsgruppe sollte unabhängig von der Zeit durchgeführt werden können. Wie bereits erwähnt, wird die Nachtschicht bevorzugt, aber auch während der Tagschicht sollten andere Pflegepersonen Raum, Zeit und eine*n geeignete*n Gesprächspartner*in finden.

„Ich muss eigentlich sagen, wir haben ausreichend Zeit, uns darüber auszutauschen. Im Nachtdienst so wie so und im Tagdienst. Es gibt natürlich Tage, wo man keine Zeit hat. Aber das kann man an einem anderen Tag nachholen.“ (I14, Z: 81-83)

In diesen Diskussionen streben die Betroffenen ein besseres Verständnis ihres Handelns an, wägen Vor- und Nachteile ab und möchten auf Schwierigkeiten aufmerksam machen. Die Pflegepersonen möchten Transparenz vermitteln und für Ehrlichkeit, Verständnis und Vertrauen sorgen.

Eine Pflegeperson in leitender Position berichtet, dass sie selbst auch im Team nach möglichen Gesprächspartner*innen für einen verbalen Austausch sucht. Die Sympathie gegenüber der anderen Person sowie das Vorhandensein eines gewissen Potentials an Erfahrung und Wissen sind wesentliche Aspekte für ein zufriedenstellendes Miteinander. Diese Faktoren ermöglichen einen konstruktiven Austausch.

„Ja, die eine oder andere Vertrauensperson hat man schon im richtigen Leben auch, die muss auf deiner Wellenlänge sein. Du nimmst nicht die jüngste Kollegin im Team, um solche Sachen zu besprechen.“ (I9, Z: 131-133)

Es ist wichtig, in einem multiprofessionellen Team mit unterschiedlichen Persönlichkeiten zu arbeiten. Menschen sind glücklicher und zufriedener, wenn sie im Team arbeiten und gemeinsam nach Lösungen suchen, um ihre Aufgaben zu bewältigen und sich weiterzuentwickeln.

Bei der Kommunikation mit Familienmitgliedern spielt der Partner oder die Partnerin eine entscheidende Rolle. Es kann von Vorteil sein, wenn diese Person ebenfalls in einem sozialen Beruf tätig ist. Dann kann man auf großes Verständnis und eine Bestätigung hoffen. Falls der Partner oder die Partnerin keinen sozialen Beruf ausübt, ist die Nähe zur Person entscheidend. Vertrauen, Zuhören und Sensibilität sind hier die Schlüsselbegriffe, die zu einem befriedigenden Abschluss dieser Gespräche führen können.

„Wobei ich schon sagen muss, viele Dinge, die mich beschäftigen, bespreche ich mit meinem Partner, ohne Namen zu nennen, halt anonymisiert.“ (I9, Z: 122-123).

Jedoch wurde in einem Interview auch die Überforderung eines Partners mit der Situation zum Ausdruck gebracht. Die Pflegeperson beschreibt in ihrem Interview, wie sie bemerkt, dass ihr Partner der Situation nicht gewachsen ist.

„Mein Partner ist im technischen Bereich tätig. [...] Er bemerkt, wenn ich nach Hause komme, dass etwas mit mir nicht stimmt. Wenn ich dann ansetzen würde, merke ich schon, dass er das nicht versteht. Er kann damit nicht umgehen. Das respektiere ich. Somit habe ich meine eigenen Personen im Team gefunden.“ (I10, Z: 128-132)

Dieser Pflegeperson ist es gelungen, eine jemand anderes im Team zu finden, mit der sie sich austauschen kann. Auf diese Weise wird die private Beziehung nicht belastet.

Dabei spielen neben dem Team auch psychologische Unterstützungsprogramme eine wichtige Rolle. Allerdings nehmen die meisten Pflegepersonen diese nicht an, wie die Pflegenden weiter ausführt:

„Es wird uns auch regelmäßig Supervision angeboten. Das aber eigentlich nicht wirklich in Anspruch genommen wird.“ (I14, Z: 83-84)

Nichtnutzung von angebotenen Ressourcen kann verschiedene Gründe haben. Der Zugang zu einer psychologischen Beratung kann aufgrund von Ungewissheit, Ängsten, der eigenen ängstlichen Erwartung oder auch aus Scham erschwert sein. Zusätzlich werden Supervisionssitzungen zu verschiedenen Zeitpunkten an unterschiedlichen Tagen angeboten, weshalb Personen im Schicht- und Wechseldienst nicht alle verfügbaren Termine wahrnehmen können. Manche Menschen empfinden es als unangenehm, mit einer außenstehenden Person über ihre Gefühle und Emotionen zu sprechen.

Eine funktionierende Führungsebene ist gerade in Zeiten einer Covid-19-Pandemie entscheidend für den Erfolg. Im Interview teilt eine Pflegekraft der mittleren Leitungsebene ihre Erfahrungen mit ihrem Vorgesetzten.

„Gerade in Pandemiezeiten, habe ich einen Vorgesetzten gehabt, der rund um die Uhr für mich da war. Ich konnte mit ihm um drei in der Früh telefonieren, als ich nicht mehr weiterwusste. Wir haben uns in der Nacht im Krankenhaus getroffen. Wie lösen wir die Dinge? [...] Das, was er mir gegeben hat, war, dass er für mich immer da war. Und das habe ich dann auch im Team immer weitergegeben können.“ (I9, Z: 203-209)

Ein derartiges Vorgehen der Pflegedirektion gibt der Führungskraft die erforderliche Sicherheit, sodass diese in der Lage ist, ihre Aufgaben in professioneller Weise zu erfüllen und den Pflegepersonen jederzeit als Ansprechpartner*in zur Verfügung zu stehen. Die Verantwortung der Führungskraft im Pflegebereich endet meistens nicht mit dem Dienstschluss.

Die gute Erreichbarkeit ihrer Vorgesetzten gibt den Leitungspersonen die Sicherheit jederzeit gehört zu werden, besonders in schwierigen Situationen.

„Wir im mittleren Management werden sehr gut vom Personal in der Pflegedirektion unterstützt, jederzeit gibt es eine offene Tür.“ (I16, Z: 181-182)

Die Möglichkeit eines unbürokratischen Zugangs zur Pflegedirektion demonstriert, dass das Pflegepersonal keine Angst vor seinen Vorgesetzten haben muss. So können die Pflegenden bei unerwarteten Problemen zu Wort kommen und es wird gemeinsam nach Lösungen gesucht. Allerdings kann ständige Erreichbarkeit, Unsicherheit in entscheidungsrelevanten Situationen sowie Personalmangel zu einer Belastung für die Führungskräfte führen.

Im Gegensatz dazu gibt eine Pflegeperson in ihrem Interview an, dass die Führung eines Gespräches als herausfordernd angesehen wird und beschreibt, was sie selbst bei ihren Teamkolleg*innen beobachtet.

„Ich habe Kollegen, die fast gar nichts reden, wo ich mir dann denke: Wie lange schaffen die es noch?“ (I4, Z: 337-338)

Der Zeit- und Personalmangel führt bei Pflegenden zu einer persönlichen und beruflichen Grenzsituation, die eine psychologische Reaktion nach sich zieht. Durch effektive Arbeitsorganisation und Transparenz kann jedoch die Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen gestärkt werden. Hier sind vor allem Führungskräfte und Teams gefragt, um fehlende Absprachen, Unstimmigkeiten und fehlenden Einbezug bei Entscheidungen am Lebensende im interdisziplinären Team zu vermeiden.

5.4.4. Distanzieren und Fokussieren

Die Kategorie ‚**Distanzieren und Fokussieren**‘ wurde aus den Aussagen der Pflegenden als In-vivo-Kodierung mit ‚Rausgehen und Schluss‘ gebildet. Pflegepersonen erlernten die Fähigkeit, sich emotional zu distanzieren, wegzuschauen und nehmen aber die belastende Situation mit nach Hause. Eine Pflegekraft äußert jedoch im Rahmen eines Interviews eine gegenteilige Auffassung, indem sie angibt, sich nicht zurückziehen zu können. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, sich zu distanzieren, wie ein Zitat einer Pflegeperson verdeutlicht, die angibt, dass ihr genau das nicht gelingt.

„Da gehe ich aus dieser Tür raus und jetzt ist Schluss.“ (I11, Z: 125)

Einige Pflegepersonen bestätigen, dass sie sich bei Überforderung zurückziehen. Insofern lässt sich festhalten, dass die Pflegenden ihre Aufmerksamkeit auf eine als wesentlich erachtete Angelegenheit konzentrieren.

Die Pflegenden haben das Gefühl, der ihr übertragenen Verantwortung nicht in vollem Umfang gerecht zu werden und möchte Abstand gewinnen. Die Distanz ist ein wesentlicher Faktor, der jedoch nicht immer adäquat umgesetzt wird. In Bezug auf die Thematik äußerte sich eine teilnehmende Person, die die Belastung erkennt und erklärt, dass es eine Grenze gibt, die mit Dienstende erreicht ist, wie folgt:

„Ich bin dann wirklich manchmal schon so weit, dass ich mir denke: So weit und dann ist Schluss. Und der Dienst ist aus.“ (I15, Z: 100-101)

Die Pflegepersonen haben gelernt, Grenzen zu erkennen und bewahren eine emotionale Distanz, um die Situation rational zu betrachten und auszuhalten.

*„Ich gehe mit diesem Vorsatz in die Arbeit, das **mir** Mögliche zu machen. So gut wie möglich, wir haben alle Grenzen.“ (I4, Z: 351-352)*

Das Vertrauen und die Verantwortung gegenüber anderen Menschen ist im Pflegebereich von großer Bedeutung. Pflegepersonen haben durch ihre Arbeit gelernt, nicht wegzuschauen.

„Ich kann da nicht wegschauen. So, ich gehe jetzt nach Hause und dann war es das. Das geht bei mir überhaupt nicht.“ (I10, Z: 207-208)

Hinzusehen und zu handeln sind wichtige Impulse, um eine Patient*innensicherheit und eine Pflegequalität zu garantieren.

Wechselschichtdienste führen zu Überreizung und Übermüdung, was die Fehleranfälligkeit erhöht. Bei einem erhöhten Arbeitsaufkommen versuchen die Pflegenden, die entstehenden Belastungen mittels eines verstärkten Einsatzes am Dienstende zu kompensieren. Ein nicht besetzter Krankheitsausfall eines Kollegen oder einer Kolleg*in führt zu einer enormen Arbeitsbelastung. Die Bewältigung einer herausfordernden Situation kann auf unterschiedliche Weise erfolgen. Den Pflegenden stehen diverse Optionen zur Verfügung, um einer belastenden Situation zu entkommen.

In einem Gespräch meinte eine Pflegende, dass eine zusätzliche Möglichkeit zur Reduzierung der Belastung durch Teilzeitbeschäftigung besteht.

„[...] mit 75 % Beschäftigungsausmaß ist es leichter zu kompensieren, als wenn ich Vollzeit beschäftigt wäre.“ (I12, Z: 157)

Bei Menschen, die Vollzeit beschäftigt sind, kann die psychische Belastung verstärkt sein, während sie sich bei Teilzeitbeschäftigung verringern könnte. Mehr Freizeit erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Erholung. Insbesondere Frauen in der Pflege sind einer Doppelbelastung von Arbeit und Familie ausgesetzt. Teilzeitbeschäftigte werden oft zu Krankenstandersatzdiensten gerufen, damit die Versorgung aller Patient*innen gewährleistet werden kann. Somit sind diese noch mehr Belastungen durch diese möglichen zusätzlichen Dienste, die schwer abgelehnt werden können, ausgesetzt.

Eine Pflegeperson in Führungsposition fühlt sich für ihr Team verantwortlich. Ihre eigene Haltung ist gefragt, denn so kann sie ihre Verantwortung als Vorbild an alle Mitarbeiter*innen im Team weitergeben.

„Ich für mich habe den Weg gefunden. Ich gehe zu meinem Coaching, so kann ich mir helfen. Ich kann es rund herum nicht ändern. Das wird immer so sein. Aber ich muss schauen, dass ich stabil bin und dass ich einen Weg finde, damit umzugehen.“ (I16, Z: 174-176)

Pflegepersonen in einer Leitungsfunktion tragen Verantwortung für die Mitarbeiter*innen. Damit die Qualität der Pflege nicht leidet, möchten sie eine bestmögliche Arbeitsumgebung schaffen.

„Alle in einen Raum und jetzt esst mal was! [...] Das war so herausfordernd, denn ich musste noch mehr schauen, dass alle zusammenhalten.“ (I16, Z: 217-218)

Diese Personen fühlen sich verpflichtet, die Mitarbeiter*innen in der Abteilung zu halten und motivieren die Pflegenden. Sie achten auf die Pausengestaltung, Einhaltung der Ruhezeiten und Verpflegung der Mitarbeiter*innen. Auch individuelle Wünsche bei der Dienstplangestaltung werden berücksichtigt. Gegenseitiges Vertrauen und Akzeptanz der Stärken und Schwächen bilden dabei die Grundlage.

5.4.5. Nach Hause kommen

Die Unterkategorie **„Nach Hause kommen“** beschreibt den emotionalen Zustand einer Pflegenden beim Heimkommen nach dem Dienst. Nachdem die Pflegeperson zu Hause angekommen ist, sind die Ereignisse noch im Gedächtnis.

„Natürlich denkt man dann trotzdem nach. Eigentlich soll man nichts mit nach Hause nehmen von der Arbeit. Was hätte man anders machen sollen? Hätte es noch irgendwas gegeben, damit es vielleicht besser gelaufen wäre? Und dann eine Zeit später denkt man dann, okay, ich habe das gemacht und das gemacht, und das gemacht, ich habe das dokumentiert. Ich habe einige Male angerufen.“ (I5, Z: 203-207)

Nach einer akuten Situation bleiben die Gedanken an diese im Kopf. Auch nach Beendigung der Arbeitszeit ist es schwierig, eine gedankliche Auseinandersetzung mit dem dramatischen Ereignis am Arbeitsplatz zu vermeiden. Obwohl die Person eigentlich ihre Freizeit genießen sollte, wird sie von diesem Nachwirken des Erlebnisses beeinträchtigt. Es gibt niemanden, der ihr zuhören oder mit ihr reden kann. Der Dienst endet genauso abrupt, wie er begonnen hat, ohne dass die Pflegeperson reflektieren kann.

Eine Pflegeperson erzählt, dass sie am Heimweg so in Gedanken versunken war, dass sie nicht mehr weiß, wie sie nach Hause gekommen ist.

„Dass ich so darüber nachdenke, dass ich gar nicht weiß, wie ich nach Hause gekommen bin.“ (I3, Z:164)

Die Pflegende ist so vertieft, dass sie zu überlegen beginnt und äußere Einflüsse nicht wahrgenommen werden. Nach Dienstschluss verlässt die Pflegeperson das Krankenhaus und geht den Dienst noch einmal in Gedanken durch. Auf dem Heimweg begleitet sie das Gefühl, versagt zu haben. Diese Gedanken verlassen sie nicht. Während sie einen Patienten intensiv betreut, versucht sie dennoch, andere Patient*innen adäquat zu versorgen. Angesichts dieser Hilflosigkeit hat sich die Pflegeperson dazu entschieden, sich der Situation anzupassen und ihr Bestes zu geben. Erst auf dem Nachhauseweg kommen Fragen auf: Was hätte ich anders machen können?

5.4.6. Die Rolle der Berufs- und Lebenserfahrung

Da im Interview das Alter von Pflegepersonen betont wurde, wurde diese Kategorie **„Die Rolle der Berufs- und Lebenserfahrung“** von dem In-Vivo-Code *„Je älter, desto weniger“* gebildet. Berufs- und Lebenserfahrung können ein Vorteil bei der Bewältigung von Belastungen sein. Eine Pflegende hat dies auf ihre langjährige Berufserfahrung zurückgeführt.

„Je älter, desto weniger.“ (I2, Z: 122)

In diesem Kontext äußert sich eine weitere Pflegende wie folgt:

„Ich bin schon sehr lange in diesem Job. Jetzt habe ich es gelernt, abzuschalten.“ (I11, Z: 124)

Ein Hochrisikobereich, wie es die Intensivstation ist, kann für viele Pflegende eine Herausforderung darstellen. Dies wird von der interviewten Person I14 hervorgehoben:

„Ich bin auch schon 15 Jahre auf der Intensivstation. Das war in den ersten Jahren einfach nicht so möglich [Abschalten nach dem Dienst, Anm. d. Verf.], aber jetzt kann ich das eigentlich schon ziemlich gut.“ (I14, Z: 61-63)

Die Pflegende hat es nur durch ihre langjährige Berufstätigkeit auf der Intensivstation geschafft zu lernen, mit den Belastungen umzugehen.

Eine interviewte Person berichtet ebenfalls im Gespräch, dass sie am Anfang ihrer beruflichen Laufbahn Schwierigkeiten hatte, abzuschalten, ihr dies jedoch aufgrund ihrer Erfahrungen nun besser gelingt.

„Ich habe das in der Zwischenzeit gelernt. Ich habe auch schon ein gewisses Alter. Am Anfang, ganz zu Beginn meiner Anfangszeit, da habe ich überhaupt nicht abschalten können. Ich habe nicht schlafen können. Dass unser Job Schlafprobleme mit sich bringt, ist normal. Mit dem lebe ich. Seitdem ich in diesem Schicht- und

Wechseldienst bin, und nun habe ich mich recht gut mit dieser Situation arrangiert.“
(I11, Z: 119-123)

Das Alter und die damit verbundene Berufs- und Lebenserfahrung werden als Ressource betrachtet, um die veränderte herausfordernde Arbeitswelt besser zu bewältigen. Diese Entwicklung führt zu einer größeren Gelassenheit, einem respektvolleren Umgang und einer gesteigerten Wertschätzung gegenüber Patient*innen sowie Kolleg*innen.

Im täglichen Arbeitsalltag ist die jahrzehntelange Berufs- und Lebenserfahrung eine große Hilfe, um ruhig zu bleiben und die notwendigen Tätigkeiten routiniert zu erledigen, insbesondere in akut auftretenden Situationen. Es wird im Allgemeinen als wichtig erachtet, unterschiedliche Erfahrungen zu sammeln und diese im Team weiterzugeben. Obwohl die Supervision als Instrument nur zögerlich im Pflegebereich eingeführt wird, ist sie gesellschaftlich stärker präsent und anerkannt. Die Akzeptanz und Stärkung des eigenen Selbstbewusstseins sollten an erster Stelle stehen und bereits in der Ausbildung zum Pflegeberuf zum Thema gemacht werden.

5.4.7. Fähigkeit, es nicht in die Familie zu tragen

Die Familie ist von elementarer Bedeutung für die befragten Pflegepersonen, da sie den Menschen Geborgenheit, Sicherheit sowie Raum für Wachstum und Entwicklung bietet. Die Pflegepersonen sind in ihrem beruflichen Umfeld ständig mit erkrankten Personen in Kontakt und haben zugleich auch Betreuungspflichten in ihrem privaten Umfeld. Der Schutz der eigenen Familie wird von den Befragten auf unterschiedliche Weise gewährleistet. Diese Kategorie wird als **„Fähigkeit, es nicht in die Familie zu tragen“** bezeichnet.

„Ich darf es nicht mit nach Hause nehmen in meine Familie rein. Weil meine Familie leidet.“ (I11, Z: 126)

Die Person setzt sich selbst unter Druck und möchte die eigene Familie nicht mit Leid und Sorgen belasten – denn Stimmungsschwankungen können die familiären Beziehungen strapazieren. Ein intaktes Privatleben hingegen gibt den Pflegepersonen Kraft und Energie zurück. Eine Person beschreibt eine Episode nach ihrer Rückkehr nach Hause.

„Ich bin meistens allein zu Hause. Die Kinder sind weg und meine Frau ist bei der Arbeit. Aber grundsätzlich brauche ich auch eine Zeit, bis ich das verarbeitet habe. Ich denke nach: Was ist passiert. Die akute Situation ist nicht das Problem, weil ich da nicht an den Stress denke. Da mache ich das. Da gibt es keinen Stress. Wenn dann eher erst später. Dass man dann zum Überlegen, zum Nachdenken anfängt.“
(I13, Z: 100-104)

Die Pflegeperson ist zwar manchmal allein zu Hause und kann dennoch nicht abschalten und zur Ruhe kommen. Die Gedanken, die sie beschäftigen, sind stets präsent und der Teufelskreis kann nicht unterbrochen werden. Die Familie soll geschützt werden.

Eine Familie stärkt und entwickelt die individuellen Fähigkeiten von Menschen und ist besonders wichtig für die Erholung und Entspannung von Personen, die im sozialen Umfeld tätig sind. Für den oder die Einzelne*n bedeutet Familie, dass es sich um Menschen handelt, die einander wichtig sind und Verantwortung füreinander übernehmen. Wenn die Pflegeperson mit Symptomen wie Erschöpfung oder Schuldgefühlen nach Hause kommt, belastet dies das Privatleben und erfordert eine längere Erholungsphase.

5.4.8. Courage

Die Unterkategorie ‚**Courage**‘ ergibt sich aus der letzten Frage des Leitfadens und bezieht sich auf die innere Stärke einer Person. In der Abschlussphase des Interviews wurden die Pflegepersonen danach befragt, was Courage für sie bedeutet. Obwohl es negative Auswirkungen auf einen selbst haben kann, ist es wichtig, sich für andere einzusetzen, auch wenn man dabei auf Widerstand von anderen Personen oder Strukturen stößt. Courage bedeutet, entschlossen zu sein und die Würde und die Menschenrechte zu schützen. Eine entscheidende Handlung besteht darin, Situationen, in denen Zivilcourage erforderlich ist, durch Kommunikation zu lösen. Dazu gehören insbesondere Gespräche mit den betroffenen Personen, den Angehörigen, Kolleg*innen und medizinischen Fachgruppen. Im Kontext des Fehlermanagements sind Wachsamkeit und Aufmerksamkeit von zentraler Bedeutung.

„Also, bei mir und wie bei jedem anderen auch, ist schon ein Fehler mal passiert. Und da könnte ich das nicht vertuschen, das wäre etwas, wo ich darüber zu Hause auch nachdenken würde.“ (I8, Z: 333-335)

Wenn es um das Erkennen von Fehlern geht, sowohl bei anderen Personen als auch bei sich selbst, ist es wichtig, angemessen damit umzugehen. Ein Verschweigen der Fehler wird als zusätzlicher Stress empfunden und kann die Teamdynamik stören.

Besonders bei sterbenden Patient*innen, die in einem Mehrbett-Kranken Zimmer untergebracht sind, ist es wichtig, empathisch zu handeln. Eine Pflegeperson erwähnte im Interview, dass sie einen sterbenden Patienten in einem Einzelzimmer für Privatversicherte mit Zusatzversicherung untergebracht hat, damit Angehörige und Freund*innen in Ruhe Abschied nehmen können. Auf diese Weise werden die Angehörigen im Sterbeprozess individueller begleitet und empfinden im Anschluss Dankbarkeit.

„Der Mensch liegt ganz allein da. Und wenn nur jemand da ist und diesen Menschen die Hand hält.“ (I7, Z: 332-333)

Mutiges Handeln der Pflegepersonen ist gefragt, wobei das Wohl und die Würde der Betroffenen im Mittelpunkt stehen sollten, auch wenn dies für die jeweilige Pflegeperson negative Konsequenzen haben könnte. So meint die Pflegeperson weiter:

„Solche Sachen dürften wir nicht. Und wenn wir sie dahin gehend begleiten, sind die Angehörigen sehr dankbar.“ (I7, Z: 340-341)

Wenn sich Personen in der unmittelbaren Sterbephase befinden, welche unterschiedlich lange andauern kann, werden auch die Angehörigen begleitet. In dieser geschilderten Situation wird der sterbende Mensch in ein Krankenzimmer mit höherer Kategorie gelegt, wo er ausreichend Ruhe und Stille findet. Gleichzeitig haben die Angehörigen uneingeschränkten Zugang auch außerhalb der Besuchszeiten und persönlicher Betreuung durch das Pflegepersonal.

In den Interviews werden verschiedene Situationen geschildert, in denen Angehörige eine wichtige Rolle spielen und für den Ausgang des kommunikativen Gesprächs entscheidend sind.

Eine Pflegeperson erwähnt in ihrer Erzählung, dass es ihr gelungen ist, eine emotional aufgewühlte Angehörige zu beruhigen. Der Grund für die Anspannung lag darin, dass die Angehörige eine längere Zeit auf den Heimtransport der erkrankten Person warten musste. Diese Pflegeperson hat sich für ihre Kolleg*innen eingesetzt und durch ein entspanntes, überlegtes Auftreten und die richtige Wortwahl die unangenehme Stimmung beruhigt. Im Gespräch mit der Angehörigen hat die Pflegenden Verständnis für die aufgebrachte Situation gezeigt und *„Wenn man sagt, es tut mir leid und es ernst meint, kann man durch die Wahrheit neues Vertrauen aufbauen.“* (I1, Z: 490). Das Gespräch endete für beide Seiten zufriedenstellend.

Eine andere Pflegeperson beschreibt **Courage** treffend mit einem Wort.

„Ehrlichkeit ist das Wichtigste. Wir sind zwar aufgeteilt. Jeder hat seine drei Patienten, aber wir arbeiten trotzdem zusammen. Wenn etwas ist, dann halten wir beide den Kopf hin.“ (I13, Z: 318-319)

Ehrlichkeit in der Pflege bezieht sich auf eine transparente Kommunikation zwischen allen beteiligten Personen, um eine kontinuierliche Weiterentwicklung zu gewährleisten. Dies erfordert Mut und Empathie, da oft keine Zeit zum Überlegen bleibt. In schwierigen Situationen können Pflegekräfte aufgrund ihres Einfühlungsvermögens deeskalierend reagieren. Das Mitfühlen mit den Klient*innen und das Verhalten auf Augenhöhe sind wichtige Aspekte, die die Menschlichkeit in der Pflege auszeichnen.

6. Fazit

In den Interviews erzählen die Pflegenden zunächst von ihrer Motivation, den Pflegeberuf zu ergreifen: sie beschreiben, dass ihre individuellen Erwartungen und Werte einen starken Einfluss auf die Pflege haben. Pflegende empfinden Freude daran, Gutes zu tun. Wenn ihnen das ermöglicht wird, wirken sie zufrieden. Dabei gilt Empathie als eine wichtige Voraussetzung, um soziale Interaktionen und persönliche Kontakte als sinnvoll zu erleben. Die Berufswahl junger Menschen wird oft von ihrer Familie beeinflusst. In diesem Zusammenhang können Informationsveranstaltungen ihnen dabei helfen, die Bedeutung von sozialen Berufen zu verstehen.

An den Ergebnissen dieser Arbeit zeigt sich aber auch, dass Pflegende frustriert werden, wenn die Rahmenbedingungen von fehlenden Personalressourcen und ungenügender Zeit geprägt sind. Infolgedessen kann die Sensibilität der Pflegekräfte abnehmen, wodurch sie nicht mehr ausreichend auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Personen eingehen können.

Die Ergebnisse dieser Erhebung weisen darauf hin, dass es zwei klinische Situationen gibt, die die Interviewten auf die Frage nach dem moralischen Stress immer wieder erwähnten:

1. Die Pflege unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie und
2. die End-of-Life-Care.

Diese beiden klinischen Situationen belasten die Pflegepersonen besonders.

1. Während der COVID-19-Pandemie war die Belastung in der Pflege besonders hoch, da alle Personen einem erhöhten Ansteckungs- und Erkrankungsrisiko ausgesetzt waren. Der Umgang mit den Patient*innen war von der Einschränkung sozialer Kontakte geprägt, um das Risiko einer Ansteckung zu minimieren. Die sich in der Pandemie schnell ändernden Vorschriften stellten belastende Rahmenbedingungen dar. Die Arbeitsüberlastung war in der Pandemie besonders hoch, einerseits durch die vielen Krankenstände des Personals und andererseits durch die zusätzlich einzuhaltenden Hygienemaßnahmen.
2. Die Betreuung von Patient*innen in der End-of-Life-Care ist sehr intensiv und aufwendig. Ein Aspekt, der belastet, ist die Tatsache, dass es meistens nicht möglich ist, den genauen Zeitpunkt des Ablebens der Patient*innen zu prognostizieren. Pflegende sind bestrebt, unnötiges Leiden zu vermeiden und müssen dabei hohe Erwartungen erfüllen. Ohne die Selbstbestimmung der Betroffenen einzuschränken, wollen die Pflegenden sie in ihrer letzten Lebensphase betreuen. Die Entscheidungen der Patient*innen und ihrer Angehörigen sollen von allen Beteiligten respektiert und beachtet werden und dazu

beitragen, die handelnden Personen miteinander zu verbinden und nicht zu trennen. Bezugspersonen spielen bei der Pflege und Betreuung von erkrankten Menschen eine entscheidende Rolle. Aufgrund von Meinungsverschiedenheiten und falschen Erwartungen können zwischen den Angehörigen und Pflegenden Konflikte entstehen, die lähmend wirken können.

In diesen Situationen sind Pflegende daher besonders gefährdet moralischen Stress zu erleben.

Pflegekräfte haben oft das Gefühl, dass ihre Arbeit im Kontext der interdisziplinären Zusammenarbeit erschwert wird, da sie sich oft nicht gehört fühlen. Pflegepersonen nehmen ihre fehlende Entscheidungskompetenz in herausfordernden Situationen zwar wahr, können dagegen aber nichts tun, weil sie mit ihren pflegerischen Kompetenzen und Fachwissen nicht in Entscheidungen miteingebunden werden.

Pflegende empfinden Schuldgefühle gegenüber sich selbst und daraus entstehen Betroffenheit und Fassungslosigkeit. Die herausfordernden Situationen lassen sich nicht vermeiden und die ständige Reflexion führt zu einer großen Belastung. Die gesellschaftliche Abwertung erzeugt Misstrauen bei den Pflegenden und die Suche nach möglichen eigenen Fehlern stellt eine weitere Bürde dar. Dadurch wird deren persönliche Integrität gefährdet.

Die Verarbeitung von Ereignissen und die Wahrnehmung von negativen Gefühlen sind für die Bewältigung von Belastungen entscheidend. Schweigen kann die Folge sein, aus einer doppelten Dynamik heraus: Einerseits drückt sich die erlebte Hilflosigkeit beim Pflegepersonal durch Schweigen aus. Andererseits schweigen die Pflegenden, wenn sie in der Hierarchie keine Beachtung finden, obwohl sie sich bemüht haben, gehört zu werden. Kolleg*innen werden ausgewählt, um ein unterstützendes Gespräch zu führen.

Deshalb ist es wichtig, dass Führungskräfte und Pflegepersonen in Teams zusammenarbeiten. Am Ende der Arbeitszeit übergibt man die Verantwortung an Kolleg*innen und dadurch wird die Pflegeperson entlastet. Die Freizeit soll zur Erholung und zum Abstand gewinnen dienen. Leider kommt es oft vor, dass bei neuerlichem Dienstbeginn ähnliche herausfordernde Situationen auftreten.

Ein starkes Team bewältigt Herausforderungen durch unterschiedliche Strategien, am effektivsten durch Gespräche mit anderen Personen in einem wertschätzenden Umfeld. In erster Linie sind es Führungskräfte, die gefordert werden, um herausfordernde Situationen durch Achtsamkeit und Aufmerksamkeit zu erkennen und Lösungen herbeizuführen. Es ist empfehlenswert, verschiedene Erfahrungen zu sammeln und diese im Team zu teilen.

Pflegende wollen ihre Familie schützen und sie nicht mit den Problemen ihres Alltages belasten.

Auch lässt sich aus den Interviews herausarbeiten, dass es im Umgang mit moralischem Stress einen Unterschied macht, wie lange Pflegende im Beruf stehen: Erfahrenen Pflegepersonen fällt es schwerer, ihre moralischen Befindlichkeiten verbal zu definieren. Demgegenüber sind jüngere Pflegende eher in der Lage, die belastende Situation offen zu kommunizieren, und sind zudem bereit, mit einer moralisch belastenden Situation umzugehen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es in der pflegerischen Praxis erforderlich ist, über umfangreiche Erfahrungen, persönliche Reife und kommunikative Kompetenzen zu verfügen, um dem moralischen Stress entgegenzuwirken. Darüber hinaus tragen die emotionale Reife, Lebenserfahrung sowie alltägliche Erfahrungen dazu bei, besser mit unterschiedlichen Situationen umgehen und Konflikte besser bewältigen zu können. Mit Aufrichtigkeit kann das Selbstvertrauen gestärkt werden.

Für viele Pflegende ist es wichtig, sich nach dem Dienst mit anderen Pflegenden austauschen zu können. Es ist notwendig, Abstand von der Situation zu gewinnen, die Meinung anderer zu hören und Verständnis für alternative Lösungsmöglichkeiten zu erhalten. Darüber hinaus sollte darauf geachtet werden, dass keine unnötigen Belastungen für die Familien entstehen.

Abschließend lässt sich festhalten, dass Teamfähigkeit, Rücksichtnahme und Verlässlichkeit wichtige Aspekte sind, um ein Team zu stärken. Die Betreuung und Pflege von Menschen in kritischen Situationen erfordert qualifizierte und couragierte Pflegekräfte. Jeder Mensch hat seine persönliche Geschichte, die für das Pflegepersonal von großer Bedeutung ist. Pflegende, die in ihrem Arbeitsalltag Zivilcourage zeigen, sind dazu bereit, persönliche Risiken einzugehen, um die Patient*innen zu schützen und die Qualität der Pflege zu verbessern.

Die wichtigsten Ressourcen, um die Arbeitsmotivation trotz unvermeidbarem moralischem Stress aufrechtzuerhalten, stellen das private Umfeld, Kolleg*innen und ein umfangreiches Fortbildungsprogramm dar. Durch die Kommunikation und Interaktion mit den Patient*innen wird das gegenseitige Vertrauen gestärkt. Dies sichert einerseits die Qualität in der Pflege und steigert andererseits das Selbstwertgefühl.

In der Pflegepraxis sind Erfahrung, persönliche Reife und Kommunikationsfähigkeiten erforderlich, um moralischem Stress entgegenzuwirken. Emotionale Reife, Selbstvertrauen, Lebenserfahrung und Alltagspraxis sind wesentliche Faktoren, um herausfordernde Situationen zu bewältigen. Pflegepersonen schätzen die Meinung anderer, um Verständnis zu erhalten oder alternative Lösungen zu verstehen. Sie sind bereit, zum Schutz der Patient*innen Zivilcourage zu zeigen und zur Verbesserung der Qualität der Pflege beizutragen.

7. Diskussion

Dieses abschließende Kapitel enthält eine Zusammenfassung der Ergebnisse und gliedert sich in folgende Abschnitte: Auslösende Faktoren, Reaktion auf moralischen Stress und Coping-Strategien. Das Ziel der vorliegenden qualitativen Arbeit bestand darin, das Erleben von moralischem Stress von Pflegepersonal im akut-stationären Bereich darzustellen. Die Analyse der geführten Interviews hat ergeben, dass das Phänomen des moralischen Stresses in der Pflege bekannt ist, dass sich die Betroffenen aber oft nicht gehört fühlen und dass es unterschiedliche Formen der Bewältigung damit gibt. Trotz der berufsbedingten Arbeitsbelastung zeigen die befragten Pflegepersonen nach wie vor Engagement und Verantwortung und fühlen sich in ihrem Handeln in hohem Maße bestätigt.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass der Titel der Arbeit zu Beginn geändert worden ist. Zwei teilnehmende Pflegende fühlten sich durch den vorherigen Titel des Informationsblattes angesprochen. Dieser lautete *„Moralischer Stress im Akutbereich – Kann mir jemand sagen, wo ich hin soll?“* (K. Valentin). Durch diesen Titel wird das Ziel des konkreten Handelns und des Verhaltens im Einzelfall in Frage gestellt. Zur Beantwortung der grundlegenden ethischen Frage, wie wir leben wollen oder sollen, sind Ratschläge, Vorschläge, aber auch strikte Anordnungen notwendig. Pflegepersonen brauchen Orientierung und Stabilität in dem Arbeitsumfeld, in dem sie tätig sind. Ein solcher Orientierungsrahmen enthält Werte und Normen, die Sicherheit geben (Körtner, 2017). Die Mehrheit der Pflegenden befindet sich in einer ähnlichen Lage, wie sie von Karl Valentin beschrieben wurde. Sie sind bestrebt, sich Informationen zu beschaffen und Fragen zu stellen, wobei sie die Entscheidung gerne an andere abgeben würden.

Der Titel der Arbeit wurde aufgrund der Aussage einer interviewten Pflegeperson (I5) geändert und blieb so in Erinnerung. Sie erwähnte in ihrem Gespräch: *„Aber es hört uns manchmal keiner an“* (I5, Z: 190-191). Die Wahrnehmung der Pflegenden, dass ihre Anliegen nicht gehört werden, führt zu einer Art Ohnmacht, die sich in Form von Stille manifestiert. Dies ist dadurch begründet, dass die Betroffenen in ihrem Handeln eingeschränkt sind und anders handeln möchten, als sie es tun. Die moralische Belastung wird durch das Nichtgehörtwerden deutlich.

Das Richtige zu tun, scheint fast unmöglich. Viele Pflegepersonen stoßen zwangsläufig an ihre Grenzen. Die grundpflegerischen Interventionen werden oft nicht ausreichend anerkannt, was zu einer geringen gesellschaftlichen Wertschätzung dieser Tätigkeit führt. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass die hohe Arbeitsverdichtung und die fehlenden Zeitressourcen die herausfordernden Situationen noch belastender machen.

Der zusätzliche Personalmangel führt zu einer Gefährdung der zu Pflegenden und auch zu einer ungerechten Verteilung der Ressourcen. In diesem Kontext stellt sich die Frage, welche Konsequenzen sich ergeben, wenn beispielsweise eine nahestehende Person bettlägerig ist und unzureichend Pflege erhält, weil die dafür erforderliche Zeit fehlt. Das sind vor allem jene Situationen, die moralische Probleme und damit verbundene Belastungen bei den Pflegenden hervorrufen. Diese Personen tragen eine hohe Verantwortung für ihren pflegerischen Auftrag und möchten gleichzeitig ihren moralischen Ansprüchen gerecht werden.

7.1. Auslösende Faktoren

In diesen Abschnitt werden zunächst die **auslösenden Faktoren** von moralischem Stress beschrieben. An dieser Stelle soll hervorgehoben werden, dass es sich bei den Auslösern des moralischen Stresses um eine Verkettung von Ereignissen auf einer Ebene oder eine Aneinanderreihung von Vorkommnissen zur gleichen Zeit handelt. Nicht immer ist es möglich, diese Kette zu durchbrechen. Die Pflegenden berichteten von herausfordernden Situationen, in denen sie nicht in der Lage waren, nach ihren eigenen berufsethischen Werten zu handeln und dadurch moralischen Stress erlebt haben (Kleinknecht-Dolf, 2015). Im Folgenden sollen einige Aspekte der auslösenden Faktoren anhand der Literatur erläutert werden.

McCarthy und Gastmans (2015) beschreiben vier Gruppen von auslösenden Faktoren für moralischen Stress. Moralischer Stress entsteht aufgrund unterschiedlicher Ursachen und kann negative Auswirkungen auf das persönliche und berufliche Leben der Pflegenden haben. In weiterer Folge kann dies auch den Patient*innen schaden. Es handelt sich dabei um folgende Auslöser:

1. Klinische Situationen,
2. schwierige Arbeitsbedingungen,
3. asymmetrische Verteilung von Macht und Hierarchie und
4. direkte moralische Ursachen.

- **Klinische Situationen**

Die beschriebenen Situationen betreffen verschiedene Berufsgruppen des Gesundheitswesens, wie Kolleg*innen, Ärzt*innen, aber auch Angehörige und die betroffenen Erkrankten sowie organisatorische Rahmenbedingungen. Überwiegend können die Probleme durch Gespräche gelöst werden. Pflegende fühlen sich verpflichtet, die Selbstbestimmung der Patient*innen zu respektieren und sich gleichzeitig als Fürsprecher*innen für sie einzusetzen und Leiden zu lindern. Pflegepersonen wollen ihre Arbeit bestmöglich erledigen. Ihre zentrale

Aufgabe ist es, das Wohlbefinden der Patient*innen zu gewährleisten und sie sind grundsätzlich bereit, persönliche Risiken einzugehen und die Qualität der Pflege zu steigern (Kleemola et al., 2022). Dennoch kommt es vor, dass Pflegende sich selbst Schuld zuweisen oder die Erwartungen der Angehörigen zu hoch sind. Dies kann zu erheblichen Belastungen führen.

Moralische Belastung ist unabhängig von der Qualifikation und ist eine alltägliche Erfahrung für jede Berufsform im Gesundheitswesen, auch wenn es Unterschiede in den Sichtweisen und Erfahrungen geben mag. Es besteht ein Zusammenhang zwischen moralischer Belastung, Burnout und der Absicht, den Arbeitsplatz zu verlassen. Besonders herausfordernd ist die Betreuung von Patient*innen in der End-of-Life-Care, wenn das Schmerzmanagement unzureichend ist. Es wird angestrebt, die moralische Belastung zu minimieren, um die Patient*innenversorgung zu verbessern, die Mitarbeiter*innenzufriedenheit zu erhöhen und die Pflegepersonen im Beruf zu halten (Whitehead et al., 2015). Die Befragten gaben an, dass die Betreuung von sterbenden Patient*innen für sie eine emotionale Herausforderung darstellt und sich dies in Form von Überlastung im beruflichen Alltag bemerkbar macht. Pflegepersonen haben darauf hingewiesen, dass sie unter Energiemangel und überwältigender Erschöpfung leiden und nur begrenzte Zeit für einzelne Arbeitsschritte zur Verfügung haben.

Ein wesentliches Merkmal von moralischem Stress ist das Vorhandensein von institutionellen und persönlichen Zwängen, die Pflegende daran hindern, Handlungen auszuführen, die als moralisch richtig angesehen werden. Des Weiteren wurde beschrieben, dass der Stress mit neuen herausfordernden Situationen zunimmt und noch stärkere Reaktionen hervorrufen kann, dies wurde als Crescendo-Effekt bezeichnet. Dabei werden persönliche Werte und Pflichten verletzt. Dies kann dazu führen, dass die moralische Integrität der Pflegenden beeinträchtigt wird. Respekt und Toleranz sind notwendig, um diese Herausforderungen zu bewältigen (Epstein & Hamric, 2009). Die befragten Pflegepersonen äußerten ebenfalls ein Gefühl des moralischen Unbehagens, da sie nach dem Dienst noch in Gedanken bei der schwierigen Situation waren. Corley (2021) beschreibt ein anhaltendes Unwohlsein, das auch nach dem Ende eines herausfordernden Ereignisses bestehen bleibt.

Gleichzeitig wird der Druck erhöht, diesen Stress nicht auf die Familie zu übertragen. Der Versuch, Probleme nicht in die Familie zu tragen, führt jedoch zu einer erneuten Belastung. Einige Pflegende haben das Gefühl, keine Zeit für Erholung und Entspannung zu haben. Gleichzeitig sehen sich die Betroffenen einem erhöhten Druck ausgesetzt, da die beruflichen Probleme auch in ihrem privaten Umfeld weiterwirken und somit das Familienleben beeinträchtigen.

Im Rahmen dieser Arbeit konnte aufgezeigt werden, dass positive Pflegesituationen den Selbstwert von den Pflegenden steigern. Lob und Anerkennung durch die Patient*innen und

deren Angehörige sollten mehr Aufmerksamkeit erhalten, um die *compassion satisfaction* im Team vorteilhaft zu beeinflussen. Mitgefühl ist eine essenzielle Ressource für eine patient*innenbezogene pflegerische Betreuung. Fehlende Empathie hat eine Mitgefühlerschöpfung zu Folge und löst anhaltenden moralischen Stress aus. Die notwendige Resilienz wird in dem belastenden Beruf der Pflege nicht erreicht (Doppelfeld, 2017).

- **Schwierige Arbeitsbedingungen**

Wechselnde oder fehlende Leitlinien und Standards gehören zu den Faktoren, die die Arbeitsbedingungen erschweren und zu einer Belastung beitragen, ebenso wie unzureichende Rahmenbedingungen, die zu moralischem Stress führen (Wöhlke, 2018). Pflegekräfte empfinden unklare Anweisungen des Behandlungsteams bezüglich des weiteren Vorgehens, wie beispielsweise DNR (*Do Not Resuscitate*) oder BSC (*Best Support Care*), als belastend. Da das Pflegepersonal hauptsächlich in der Bezugspflege am Menschen tätig ist, kann es eine andere Einschätzung hinsichtlich des Ausgangs von Reanimationsversuchen haben. Oft wünschen auch die Angehörigen, lebensverlängernde Maßnahmen unbedingt einzuleiten oder fortzuführen. Die Betreuung und Pflege in der letzten Lebensphase sind anspruchsvoll und belastend. Einfühlungsvermögen, Mitgefühl und Anteilnahme am Schicksal des Menschen sind gefordert.

Die globale Pandemie von Covid-19 stellte eine außergewöhnliche Herausforderung für das medizinische Personal dar. Die Pflegenden arbeiteten in einem ständigen Abwägungsprozess zwischen den Bedürfnissen der Patient*innen und den Anforderungen der Pflege im Kontext begrenzter Ressourcen und unzureichender Arbeitsbedingungen (Mai et al., 2021).

Mehrere interviewte Pflegepersonen bestätigten, dass die Covid-19-Pandemie im akuten Setting eine enorme moralische Belastung für das Pflegepersonal darstellte. Die Pflegenden beschrieben in ihren Erzählungen, dass sie die eigentliche Tätigkeit, kranke Menschen zu pflegen und zu betreuen, im Arbeitsalltag als belastend empfanden, wenn die eigenen Werte sowie das vorhandene Können der Betroffenen in Konflikt stehen. Gleichzeitig sehen sich die Betroffenen einem erhöhten Druck ausgesetzt, da die beruflichen Probleme auch in ihr privates Umfeld fortwirken und somit das Familienleben beeinträchtigen.

Pflegende fühlen sich moralisch belastet, wenn sie sich um ältere Menschen mit kognitiven Einschränkungen und hohem Pflegebedarf kümmern müssen und dabei begrenzte Zeit zur Verfügung haben oder wenn sie im akuten stationären Setting mit Personalengpässen konfrontiert werden (Rushton & Edvardsson, 2017). Die erhobenen Daten zeigen, dass Pflegepersonen sich vor allem auf die Bedürfnisse der Patient*innen konzentrieren und dabei ihre eigenen Werte und Ansprüche in den Hintergrund stellen. Die Auswertung der Daten ergibt, dass Pflegepersonen bei der Betreuung ihrer Patient*innen in erster Linie auf deren

individuelle Bedürfnisse eingehen und dabei ihre eigenen Werte reflektieren. Lob von Patient*innen, Angehörigen, Kolleg*innen oder Vorgesetzten kann eine Motivation für das persönliche Engagement sein und einen Beitrag zur Verbesserung der Behandlungsqualität leisten. Die Wertschätzung der Pflegenden zeigt sich zusätzlich an kleinen Erfolgen und Fortschritten, die die Patient*innen im Rahmen der Betreuung erzielen.

- **Asymmetrische Verteilung von Macht und Hierarchie**

Kommunikationsschwierigkeiten mit Patient*innen, Kolleg*innen, Angehörigen und Ärzt*innen sowie mangelnde Wertschätzung führen ebenso zur moralischen Belastung. Im Bereich der End-of-Life-Care wird die fehlende Entscheidungsbefugnis als größter nennenswerter Faktor beschrieben. Eine große Herausforderung für das Pflegepersonal besteht darin, nicht in Veränderungsprozesse eingebunden zu werden (Wöhlke, 2018). Dabei handelt es sich vor allem um erfolglose Behandlungen, unnötige Diagnosen und Therapien, das Fehlen von Strategien und Leitlinien, unzureichende Teamarbeit sowie Konflikte innerhalb des Teams, das die Behandlung durchführt (McCarthy & Gastmans, 2015).

Das Gefühl der Machtlosigkeit gegenüber den Entscheidungen der Ärzt*innen kam in den Interviews deutlich zum Ausdruck, da die Pflegenden nicht in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. Im Interview berichtet eine Pflegekraft in einer leitenden Position, dass sie immer wieder versucht, die Situation zu verbessern, jedoch wie gegen Windmühlen kämpft und letztendlich aufgibt. Der Begriff ‚Aufhören‘ bezeichnet den frustrierenden Versuch, eine Situation durch wiederholte Initiativen zu verändern, ohne dass sich eine nachhaltige Verbesserung einstellt. Die gefühlte Hilflosigkeit führt dazu, dass die herausfordernde Lage akzeptiert und trotzdem das Bestmögliche daraus gemacht wird.

Von allen Teilnehmenden wurde berichtet, dass die fehlende Entscheidungseinbindung bei der Betreuung und Pflege von Patient*innen ein wesentlicher Faktor ist, durch den die moralische Belastung erhöht wird. Insbesondere im Hochrisikobereich ist die Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Pflegepersonal von Bedeutung, da es um essenzielle Entscheidungen hinsichtlich Verlängerung des Lebens oder die Verlängerung des Leidens geht. Im Interview erwähnten die Pflegenden, dass ein interdisziplinäres Gespräch, wie es auf Intensivstationen häufig stattfindet, förderlich ist, da sich die Pflegenden dadurch in die Entscheidungsfindungen eingebunden fühlen und im Gespräch gehört werden.

Eine vergleichbare Situation wurde in der Studie von Kleinknecht-Dolf (2015) festgehalten. Demnach hat eine mangelnde Kommunikation aller Gesundheitsberufsgruppen, insbesondere bei Pflegekräften, einen bedeutenden Einfluss auf den moralischen Stress hinsichtlich fehlender Entscheidungsfindung. Dabei müssen auch individuelle Faktoren wie professionelle und persönliche Wertvorstellungen berücksichtigt werden. Pflegende leiden, wenn sie in ihrem

Arbeitsumfeld nicht das Richtige tun können. Die Autor*innen in der recherchierten Literatur betonen auch, dass die Pflegenden desensibilisiert und stumm gegenüber den Herausforderungen werden. Die Qualität der Pflege lässt nach und die Versorgung der Patient*innen wird vernachlässigt. Gleichzeitig fühlen sich die Pflegenden machtlos. Die Ursachen für moralischen Stress bei Pflegepersonen sind vielfältig und haben in erster Linie persönliche negative Auswirkungen und in Folge auch auf die Patient*innen. Das Pflegepersonal zeigt eine bemerkenswerte Entschlossenheit und ein starkes Bestreben, stets die bestmögliche Pflege zu gewährleisten. Die Pflegenden sind sich der Herausforderungen bewusst, lassen sich dennoch nicht entmutigen und sind bestrebt, ständig mehr zu leisten. Letztendlich können solche Situationen zu Burnout, Kündigungen und hoher Personalfuktuation führen. Die Anwendung von Strategien zur Bewältigung von moralischem Stress der Pflegekräfte im stationären Bereich ist bisher wenig erforscht. Um die Qualität der Pflege zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass das Gewissen und die Wahrnehmung der Pflegenden nicht vernachlässigt werden.

- **Direkte moralische Ursachen**

Das persönliche Verantwortungsgefühl der Pflegenden wird als sehr hoch wahrgenommen und lässt moralischen Stress dadurch leichter entstehen. Durch das Mitlaufen im Hamsterrad, dem schwer zu entkommen ist, sind Grenzen der Belastung oft zu spät zu erkennen.

In der klinischen Praxis sind unterschiedliche Perspektiven von Ärzt*innen und Pflegepersonal in der End-of-Life-Care erkennbar. Die Pflegenden tragen eine hohe Verantwortung, obwohl sie den Anweisungen der Ärzt*innen folgen und nicht unmittelbar in Entscheidungsprozesse eingebunden sind. Aus Perspektive der Pflegenden werden unnötige diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Patient*innen am Lebensende durchgeführt. Dies führt bei den Pflegepersonen zu moralischem Stress, als Folge einer unzureichenden Auseinandersetzung mit Fragen der Therapiebegrenzung, der Lebensqualität und des würdevollen Sterbens (Wöhlke & Wiesemann, 2016).

Insbesondere in der Begegnung mit jüngeren Sterbenden kommt es zu einer traumatischen Überlastung der Pflegenden sowie einer Abnahme des persönlichen Kohärenzgefühls (Mai et al., 2021). Dies spiegelt sich auch in den geführten Interviews wider. So berichteten die Pflegenden von schwierigen Situationen, in denen sie eigenständig entscheiden mussten, welche Patient*innen sie zuerst betreuen sollen. Zwischen Ärzt*innen und Pflegenden entstehen unterschiedliche Ansichten in Bezug auf Patient*innen, die sich im Sterbeprozess befinden. Themen wie ein unzureichendes Schmerzmanagement, Leidensverzögerung und unnötige Behandlungen werden nicht ausreichend diskutiert.

Die Ergebnisse der durchgeführten Interviews zeigen mehrheitlich, dass es vielfältige herausfordernde Situationen gibt. Andererseits erwähnte eine Pflegeperson (I7) im Interview eine Situation, in der sie keinen moralischen Stress erlebt hat. Gleichzeitig hat sie Mut bewiesen, indem sie sich für ihre moralischen Werte und gegen organisatorische Rahmenbedingungen entschied. Pflegende empfinden es als sehr belastend, wenn sie gegen das Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen handeln müssen, vor allem wenn es sich um Anordnungen von Ärzt*innen handelt, obwohl die Patient*innen diese ausdrücklich ablehnen. Ein sterbender Patient wurde in ein Einzelzimmer verlegt, um ihm eine würdevolle Begleitung in der letzten Lebensphase durch das Pflegepersonal und Angehörige zu ermöglichen. Es ist ein Grundrecht aller Patient*innen, in Würde zu sterben. Das Selbstbestimmungsrecht der Erkrankten am Lebensende ist zu achten und zu schützen, insbesondere wenn sie nicht mehr in der Lage sind, ihre Wünsche selbst zu äußern. Eine Patientenverfügung und/oder eine Vorsorgevollmacht können das Recht auf Selbstbestimmung im Krankheitsfall gewährleisten und somit für Klarheit sorgen (Körtner, 2017). Nur die wenigsten Pflegebedürftigen besitzen eine Patientenverfügung. Eine höhere Anzahl könnte dazu beitragen, moralische Unsicherheiten zu reduzieren (Kada & Lesnik, 2019).

7.2. Reaktionen und Gefühle

Im folgenden Abschnitt werden die **Reaktionen** auf moralischen Stress, die Konsequenzen von Handlungen und die Wahrnehmungen von Herausforderungen behandelt. Negative Emotionen wie Wut, Ärger, Angst, Schuld und mangelndes Selbstwertgefühl können die moralische Integrität gefährden. Ein Rückzug aus der Interaktion kann die Überlastung verstärken und verhindern, sich mit der moralischen Belastung auseinanderzusetzen (Wöhlke, 2018).

- **Emotionen**

Als psychische Komponenten wurden Wut, innere Erschöpfung und Müdigkeit erwähnt. Institutionelle Anordnungen können zu Konflikten führen, insbesondere wenn sie sich ständig ändern und den eigenen moralischen Wertvorstellungen widersprechen (Begerow & Gaidys, 2022).

Wut ist eine Emotion, die in einer engen Verbindung mit Gerechtigkeit und Respekt steht und oft zu Frustration sowie dem Gefühl, ungerecht behandelt zu werden, führt. Moralische Konflikte treten auf, wenn eine Person wütend und frustriert ist, weil sie ihren Standpunkt in einer Diskussion dargelegt hat, aber nicht verstanden wurde (Morley et al., 2020). Die berufliche und persönliche Lebensqualität der Pflegenden steht in einem engen

Zusammenhang mit der Qualität der Patient*innenversorgung (Todaro-Franceschi, 2013). Starke Emotionen können darauf hinweisen, dass eine Grenze überschritten wurde und die Personen möglicherweise handlungsunfähig werden. Moralischer Stress wird in der Regel nicht durch eine einzelne Emotion ausgelöst, sondern durch verschiedene Emotionen. Pflegende fühlen sich oft unfähig, das zu tun, was sie für richtig halten, und leiden. Dies kann in der Folge zu einem Gefühl der Ungerechtigkeit führen (Morley et al., 2020).

Im Rahmen der Interviews wurde ersichtlich, dass die Teilnehmenden in ihrer beruflichen Praxis mit Unzufriedenheit konfrontiert sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie viel Kraft und Energie aufwenden müssen, um die Patient*innen bestmöglich zu versorgen. Die befragten Personen gaben an, dass sie sich durch verschiedene Emotionen belastet fühlen, darunter Unzufriedenheit, Wut und Frustration. Zudem wurde von innerer Leere und Hilflosigkeit berichtet. Einige Teilnehmende berichteten von Schuldgefühlen, weil sie der Ansicht waren, in schwierigen Situationen nicht richtig gehandelt zu haben. In einigen Fällen schilderten die Pflegenden, dass sie sich nach der Rückkehr in ihre häusliche Umgebung Vorwürfe machten, da die Gedanken an die erlebten Ereignisse weiterhin präsent waren. Sie suchten nach vermeintlichen Fehlern und befanden sich in einem Gewissenskonflikt.

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt Helen Kohlen (2019), die aufzeigt, dass bei fehlenden Zeitressourcen Aufmerksamkeit und Achtsamkeit abnehmen. Bei der Auswertung der Interviews wurde festgestellt, dass bestimmte Emotionen wie Ärger, Frustration, mangelndes Selbstwertgefühl, Machtlosigkeit und Depressionen sowie körperliche Symptome das Privatleben beeinträchtigen können. Es gehört viel Mut dazu, sich auf eine kontroverse Position einzulassen. Unbewältigter Stress kann zu nachträglichen Emotionen wie Schuld und Reue führen, wirkt sich negativ auf den Beruf aus und gefährdet die Sicherheit und Qualität der Patient*innen. Persönliche Werte und Betrachtungsweisen von Pflegepersonen müssen berücksichtigt werden, um das moralische Residuum zu vermeiden.

Emotionale Erschöpfung, negative Gefühle und ein vermindertes Selbstwertgefühl können bewirken, dass die persönliche Leistungsfähigkeit sinkt und die Arbeitsleistung nicht mehr ausreicht. Diese Faktoren können zu einer schlechten Balance zwischen Arbeits- und Privatleben und zu beruflicher Unzufriedenheit führen. In der Folge zeigt sich auch eine verminderte Versorgungsqualität der Patient*innen (Hodkinson et al., 2022). In den Ergebnissen wurde festgestellt, dass Pflegepersonen, die unter moralischem Stress leiden, dazu neigen, sich emotional zurückzuziehen (Kleinknecht-Dolf, 2015). Die Interviews haben gezeigt, dass berufserfahrene Pflegepersonen hier durch das Erkennen der eigenen Stärken und Schwächen ihr Wissen und ihre Kompetenzen erweitern und die Herausforderung bewältigen können. Sie bieten jüngeren Teamkolleg*innen Struktur und Sicherheit und können bei vermindertem Selbstwertgefühl ihr Selbstbewusstsein stärken.

Die Pflegenden berichteten des Weiteren von unerträglichem Stress, Unzufriedenheit, Angst und Frustration und wollten ihre eigene Integrität schützen. Die Pflegepersonen haben das Gefühl, dass ihre Anstrengungen und Bemühungen umsonst waren. Der Schwerpunkt muss auf dem Phänomen der moralischen Belastung liegen, und es sind Interventionen notwendig, um diese zu verringern und die Integrität des Personals im Gesundheitswesen zu schützen (Hamric, 2012).

- **Moral Injury**

Der Begriff *Moral Injury* bezeichnet die Verletzung der eigenen Moral durch eine unterlassene Handlung. Dabei geht es sich nicht um ein Phänomen, sondern um einen Stressfaktor, der wiederum zu einem Burnout führen kann. Die Pflegenden arbeiten in einem ständigen Spannungsfeld, um den Bedürfnissen der Patient*innen und den Anforderungen der Pflege im Kontext mangelnder Ressourcen und unzureichender Arbeitsbedingungen gerecht zu werden. Dieser Belastungsfaktor beschreibt die Herausforderung, dass die Pflegenden zwar wissen, was die Patient*innen benötigen, aber aufgrund der bestehenden Vorgaben nicht in der Lage sind, die Pflege adäquat umzusetzen. In Folge führen sie die Handlung nicht aus und es kommt zur Verletzung der eigenen Haltung (Mai et al., 2021). Die mittels der Interviews erhobenen Daten zeigen, dass die Pflegekräfte in einem ständigen Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der Patient*innen und den vorhandenen, aber unzureichenden Rahmenbedingungen für ihre Tätigkeit stehen. Die Pflegenden beschreiben, welche Aufgaben sie im Zusammenhang mit der Pflege noch zu erledigen haben und wie sie sich dabei fühlen.

7.3. Coping-Strategien

In der Literatur werden zahlreiche **Coping-Strategien** genannt, die sich auch in den geführten Interviews wiederfinden. Es wurde ebenfalls deutlich, dass persönliche Einflussfaktoren relevant sind. Es bedarf ethischer Sensibilität, um kompetente moralische Entscheidungen zu treffen. Das Rollenverständnis und das Selbstbewusstsein einer Pflegeperson sind wichtige Faktoren, damit moralischer Stress bewältigt werden kann. Es wird immer ein Spannungsfeld zwischen Anspruch und Wirklichkeit geben. Entscheidend ist jedoch die Widerstandskraft der handelnden Pflegeperson. Es wurde festgestellt, dass moralischer Stress in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit ein bedeutender Faktor ist. Aus-, Weiter- und Fortbildung tragen dazu bei, die moralische Widerstandskraft zu stärken. Pflegenden benötigen einen ethisch-theoretischen Rahmen mit Leitlinien, um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Akutpflege, wahrnehmend und wertschätzend die benötigte Unterstützung zu geben.

- **Berufliches Kollektiv**

Die Bedeutung der Gemeinschaft unter den Pflegenden in so genannten *starken Teams* liegt in der Förderung des Zusammenhalts, des Humors und der Freude am gemeinsamen Tun (Straubenmüller, 2017). In den Interviews erkannten die befragten Pflegepersonen den entscheidenden Moment, der erforderlich ist, um diesen Beruf auszuüben. Die Zusammenarbeit in einer Gruppe mit einer konstruktiven Teamkultur ist ausschlaggebend für die Sicherheit, das Vertrauen und den wertschätzenden Rahmen. Gleichzeitig wird versucht, die eigene Authentizität zu bewahren und mit dem Beruf in Einklang zu bringen, um Stabilität zu erlangen.

In der Patient*innenbetreuung existieren zahlreiche Situationen, die ein couragiertes Auftreten des Pflegepersonals erfordern. Dies betrifft alle Personen, die im Gesundheitsbereich agieren, insbesondere Kolleg*innen, Ärzt*innen, Angehörige, Patient*innen und Führende. Das couragierte Handeln von Pflegepersonen umfasst unterschiedliche Aspekte. Die Anwendung von Kommunikationsstrategien und das Ergreifen von Sofortmaßnahmen sind die relevantesten Ansätze. Während Diskussionen zwischen Ärzt*innen und Pflegenden häufig nicht zur Problemlösung führen, können Missverständnisse zwischen den Angehörigen und dem Pflegepersonal in Gesprächen aufgeklärt werden. Pflegekräfte empfinden das pflegerische Berufsethos und das Verantwortungsgefühl als wertvoll, gleichzeitig achten sie darauf, die Rechte der Patient*innen zu wahren und deren Selbstbestimmungsrecht zu berücksichtigen. Situationen, in denen mutiges Handeln gefordert ist, eröffnen neue Perspektiven und tragen dazu bei, dass das Pflegepersonal herausfordernde Situationen bewältigen kann.

- **Moral Resilience**

Um der Herausforderung konstruktiv zu begegnen, benötigen handelnde Personen moralische Widerstandskraft, auch als *Moral Resilience* bekannt. Damit die moralische Widerstandskraft gestärkt werden kann, ist es hilfreich, Gespräche mit Kolleg*innen, anderen Personen, Familienmitgliedern und Vorgesetzten zu führen. Supervision und Mediation können diesen Effekt noch verstärken (Wöhlke, 2018).

Der Begriff *Moral Resilience* bezeichnet die Fähigkeit, moralische Konflikte im klinischen Alltag leichter zu erkennen, sowie den professionellen Umgang mit diesen Herausforderungen aufzuzeigen (Wöhlke & Wiesemann, 2016). Zur Bewältigung von moralisch belastenden Situationen ist es notwendig, innerbetriebliche Arbeitsumgebungen zu schaffen, in denen eine kritische Reflexion stattfinden kann. Auf dieser Grundlage können gemeinsame Diskussionen

zur ethischen Entscheidungsfindung geführt werden (Kleinknecht-Dolf, 2015). Im Interview wurde von Pflegepersonen in Leitungsfunktion erwähnt, dass das Einhalten der Pausen besonders wichtig ist. Darüber hinaus sollte Raum geschaffen werden, um miteinander zu sprechen, um rechtzeitig auf Belastungen reagieren zu können. Ruhe und Gelassenheit sind Faktoren, die Menschen dazu veranlassen, besonnen und überlegt zu handeln und diese Eigenschaften auf andere zu übertragen. Den Pflegenden wird ein Gefühl der Sicherheit und des Verständnisses durch die Anwesenheit der Führungskraft und die Möglichkeit, gehört zu werden, vermittelt.

- **Diskussionskultur**

In der Studie von Hamric (2012) finden sich verschiedene Faktoren, die verdeutlichen, wie moralischer Stress wahrgenommen und definiert wird. Trotz der Inanspruchnahme einer Ethikberatung konnten die Pflegepersonen nicht im Einklang mit ihren Vorstellungen handeln. Es wurde dabei mehr Wert auf Diskussionskultur als auf gezielte Maßnahmen zur Verhinderung des Phänomens gelegt. Das Problem wird zwar diskutiert, es gibt aber nur wenige Faktoren, die dazu beitragen, die moralische Integrität des Pflegepersonals zu schützen. Auch in den Interviews wurde wiederholt betont, dass die Pflegenden die erkrankten Menschen ihren Bedürfnissen entsprechend betreuen und pflegen möchten. Dabei legen sie besonderen Wert auf eine achtsame Gesprächsbegleitung. Durch diese Maßnahmen erfahren die erkrankten Patient*innen Verständnis und Wertschätzung. Gleichzeitig wird der Selbstwert der Pflegenden gesteigert.

Aus den Interviews geht hervor, dass sich die teilnehmenden Personen intensiv mit Bewältigungsstrategien auseinandergesetzt haben. Insgesamt lässt sich abschließend feststellen, dass für den Umgang mit moralischem Stress insbesondere Gespräche mit Familie, Kolleg*innen und Vorgesetzten als wesentlich angesehen werden. Psychische Belastungen können dazu führen, dass es Menschen schwerfällt, sich in Gesprächen zu äußern. Es scheint jedoch so zu sein, dass Frauen eher in der Lage sind, offen über ihre Erfahrungen zu sprechen. In der Pflege nehmen Zeitmangel und Arbeitsüberlastung zu, der Personalmangel wird sich weiter verschärfen, deshalb braucht es Rahmenbedingungen, die Gespräche ermöglichen. Derzeit können Pflegepersonen nur dann über moralische Belastungen sprechen, wenn es die Situation in der Praxis erlaubt.

- **Erfahrung**

Pflegekräfte befinden sich oft in der schwierigen Lage, dass sie spüren, was richtig wäre, aber auf Grund von mangelnden Informationen bei der Entscheidungsfindung unsicher sind. In der Arbeit mit zunehmenden lebenserhaltenden Maßnahmen werden diese Dilemmata noch

häufiger auftreten. Daher ist es in der Praxis von Bedeutung, genügend Erfahrung und Fertigkeiten zu sammeln, um entsprechende Herausforderungen rechtzeitig zu erkennen und geeignete Strategien zu entwickeln. Dies kann dazu beitragen, ein tieferes Verständnis zu erlangen und einen vorzeitigen Berufsausstieg zu vermeiden (Rainer et al., 2018). Die Pflegenden gaben mehrheitlich an, dass die Dokumentation des Ereignisses nach einer herausfordernden Situation für sie relevant ist. Sie schreiben ihr die Funktion des Schutzes ihrer Tätigkeit und Vermeidung des Verlustes relevanter Informationen zu.

Das moralische Stressempfinden von erfahrenen Intensivpflegenden wird höher eingeschätzt als das von Ärzt*innen, dies zeigt sich besonders im Hochrisikobereich und in der End-of-Life-Care. Erfahrene Intensivpflegekräfte sind eher geneigt, in einen anderen Beruf zu wechseln, als in ihrem Beruf zu bleiben. Die Berufsverweildauer von erfahrenen Intensivpflegekräften ist im Vergleich zu weniger erfahrenen Pflegekräften kürzer (Dodek et al., 2016; Rainer et al., 2018; Kada & Lesnik, 2019).

Die Handlungsprinzipien sollen sich nicht nur auf die eigenen Vorteile beziehen, sondern auch die Bedürfnisse der Erkrankten berücksichtigen, um negative Konsequenzen zu vermeiden (Rushton & Edvardsson, 2017). Die Pflegepersonen wollen Authentizität vermitteln und darstellen. Im stationären akuten Setting sind es die Pflegenden, die in herausfordernden Situationen hoch konzentriert und aktiv im Behandlungsprozess mitwirken. Sie haben eine enge Beziehung zu den Patient*innen, um die Betreuungsziele zu erreichen. Die moralische Belastung der Pflegenden zeigt sich als Folge einer Überforderung, gleichzeitig sind sie jedoch bemüht, negative Konsequenzen für die Patient*innen zu vermeiden.

Erfahrene Pflegende erleben mehr moralische Belastung als Pflegekräfte mit weniger Berufserfahrung (Epstein & Hamric, 2009). Die Hälfte der Befragten bestätigte, dass sie durch Erfahrung mehr Bewältigungsstrategien entwickelt haben. Im Gegensatz dazu konnten die jüngeren Pflegepersonen die herausfordernde Situation unmittelbar und treffend beschreiben. Der Umgang mit Stress, belastenden Situationen und Angst wird durch Coping-Strategien erleichtert. Es wurde festgestellt, dass es sich bei den erhobenen Bewältigungsformen durchwegs um individuelle und persönliche Strategien der Betroffenen handelt.

- **Institutionelle Verantwortung**

Im Pflegemanagementbereich ist ein Verständnis für diese Herausforderung vorhanden und es wird versucht, mit Gehaltserhöhungen und einer Verbesserung der Arbeitszeiten gegenzusteuern. Eine weitere Strategie besteht in der Einbeziehung von Pflegenden in Ethikkomitees in Kliniken. Die *Moral Distress Scale* (MDS) wird verwendet, um die Ursachen und den Schweregrad von moralischem Stress zu ermitteln. Negative Emotionen wie Frust, Ärger und Schuldgefühle können dazu führen, dass Pflegende den Kontakt zu den Erkrankten

meiden oder diese überbesorgt betreuen. Die Zusammenhänge zwischen moralischem Stress, der Überlastung von Pflegenden und der Unzufriedenheit am Arbeitsplatz müssen weiter erforscht werden. Es gibt nur wenige Studien, in denen untersucht wird, wie sich der moralische Stress von Pflegepersonen auf die Patient*innen auswirkt. Des Weiteren sind Längsschnittstudien erforderlich, um den Zeitpunkt zu erforschen, der ausschlaggebend ist, dass Pflegende aus moralischen Gründen aus dem Beruf ausscheiden. Es bedarf wirksamer Strategien, um den moralischen Stress des Gesundheitspersonals zu bewältigen und negative Auswirkungen auf die Betroffenen und die Patient*innen als sogenanntes *moralisches Residuum* zu vermeiden. Andernfalls bleiben die handelnden Personen im Berufsleben unzufrieden, was die Sicherheit der Patient*innen gefährdet und sich nachteilig auf die Qualität der Patient*innenversorgung auswirkt (Corley, 2021). Pflegende gaben an, in schwierigen Situationen enttäuscht zu sein, wenn nicht erfolgreich geholfen werden kann. Um dieser Enttäuschung entgegenzuwirken, ist es notwendig zu lernen, unvermeidliche Situationen zu bewältigen.

Eine weitere Strategie zur Bewältigung von moralischem Stress ist die Möglichkeit, den bisherigen Arbeitsbereich zu verlassen und in einen anderen Fachbereich zu wechseln. Dadurch wird die Kontinuität der Betreuung gewährleistet und die Pflegeperson kann ihre moralischen Werte in einem anderen Berufsfeld weiterhin aufrechterhalten, ohne den Pflegeberuf verlassen zu müssen.

Eine besondere Rolle kommt dabei der Führungsebene des Unternehmens zu. Die überwiegende Präsenz der Führungsperson und die Möglichkeit der Nachbesprechung sind von entscheidender Bedeutung für die Bewältigung von Situationen, die moralisch belastend sind. Dadurch wird das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl der Pflegenden gefördert. Die Rahmenbedingungen und der Führungsstil sind dafür verantwortlich, dass Resilienz förderndes Verhalten entsteht (Mai et al., 2021).

Die Interviews haben gezeigt, dass die uneingeschränkte Erreichbarkeit von Führungspersonen den Mitarbeiter*innen innere Stabilität und Sicherheit vermitteln kann. Schließlich sollte die Führungskraft Belastungen im Team frühzeitig erkennen, um geeignete Strategien entwickeln zu können. Selbst, wenn die Gespräche in der Familie oder im Freundeskreis geführt werden, hoffen die Pflegenden Verständnis und Bestätigung zu erfahren. Nähe und Verbundenheit können zu einer unterschiedlichen Sicht- und Denkweise führen und neue Perspektiven eröffnen, auch wenn die betreffende Person einen anderen Beruf ausübt.

Pflegekräfte sind einem erhöhten Risiko für *compassion fatigue* ausgesetzt und sollten präventive Maßnahmen ergreifen, um ein berufliches Burnout zu vermeiden (Todaro-Franceschi, 2013). Um diesen Erschöpfungszustand zu verringern, müssen die seelischen

Belastungen reduziert werden. Aus diesem Grund ist es notwendig, ein größeres Augenmerk auf die Wahrnehmung von belastenden Situationen zu legen.

- **Zivilcourage**

Courage in der Pflege bedeutet, nach Werten und Normen (Prinzipien) zu handeln, auch wenn Widerstände gegen die eigene Person bestehen. Gemäß Epstein und Hamric (2009) ist es entscheidend, die moralische Situation zu erkennen und anschließend bewusste Entscheidungen zu treffen. Die Identifikation von herausfordernden Situationen wird als schwierig empfunden, da nicht jede Gegebenheit als gleichermaßen belastend wahrgenommen wird. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Pflegeperson bereits eine hohe moralische Belastung aufweist und mit Wut sowie Erschöpfung reagiert, während eine andere bereits leidet. Wiederum können andere Pflegenden nicht moralisch belastet sein, dürfen aber nicht als unsensibel dargestellt werden. Es gilt die Kolleg*innen in ihrem Handeln zu stärken und vorhandenen Ressourcen zu nutzen. Die Zusammenarbeit sollte durch fachübergreifende Diskussionen gefördert werden.

Voraussetzung für die Entwicklung von Courage in der Pflege ist Lebens- und Berufserfahrung. Einerseits kann eine verbesserte Pflegequalität erreicht werden, andererseits wird das Selbstwertgefühl der Pflegenden gesteigert und damit die Motivation im beruflichen Alltag gefördert. Pflegekräfte sind gefordert, schwierige Situationen besser zu erkennen und zu verstehen, um angemessen handeln zu können. Um in der Pflege couragiert tätig sein zu können, sind wesentliche Faktoren erforderlich. Dazu gehören moralische Sensibilität, die Fähigkeit, Ängste zu überwinden und Fehler einzugestehen, um Verantwortung zu übernehmen. Die Faktoren stehen in enger Beziehung zueinander, und die Pflegenden entscheiden durch ihr Verhalten, ob couragiertes Handeln gefördert oder gehemmt wird (Kleemola et al., 2022).

Zwei Drittel der Befragten fanden die Definition von Courage zu abstrakt und verzichteten auf eine Stellungnahme. Dementgegen konnte ein Drittel der Pflegenden von mutigem Verhalten berichten. Erwähnt in den Gesprächen wurde jedoch auch, dass Ärzt*innen in einigen Situationen gleichgültig und unverständlich reagiert haben. Des Weiteren handeln die Pflegepersonen couragiert und unmittelbar, wenn es bei den Patient*innen zu einem Schaden kommt. In Übereinstimmung mit der Literatur ist die Zusammenarbeit zwischen den Ärzt*innen und den Pflegenden entscheidend, da dies einer der häufigsten Faktoren ist, der bei letzteren moralischen Stress auslöst (Kleinknecht-Dolf, 2015). Abschließend ist festzuhalten, dass die Stärkung der Moral Resilience zwar ein wesentlicher Aspekt ist, jedoch auch die Institution Verantwortung übernehmen und einen gewissen Handlungsrahmen vorgeben muss.

- **ICN-Ethikkodex**

Der ICN-Ethikkodex definiert berufsethische Werte, Verantwortlichkeiten und berufliche Standards für Pflegefachpersonal sowie für Studierende und Lernende. Durch ihn wird die ethisch-moralische Pflegepraxis innerhalb der verschiedenen Pflegerollen definiert und angeleitet. Der Rahmen bietet die Möglichkeit, eine ethische Pflegepraxis und Entscheidungsfindung zu implementieren, welche die Qualität und die Effektivität der erbrachten Pflegeleistungen verbessern. Die professionellen Standards, die von den Aufsichtsbehörden festgelegt wurden, müssen erfüllt werden. Im ICN-Ethikkodex wird die *Verweigerung aus Gewissensgründen* beschrieben. Diese umfasst die Verweigerung der Teilnahme an erforderlich betrachteten Maßnahmen oder das Ansuchen auf Befreiung von der Teilnahme an bestimmten Interventionstypen wie Abtreibung, geschlechtsangleichende Operationen oder Organtransplantation. Dies schließt auch die Ablehnung der Mitwirkung an Handlungen oder Interventionen ein, die von Patient*innen als unangemessen empfunden werden oder deren Willen ignorieren (ICN, 2021). Dadurch wird Pflegepersonen ermöglicht, sich nicht an Entscheidungen und Interventionen zu beteiligen, die gegen ihre eigene Moral sprechen. Es ist notwendig, dass die Organisation diese Bewältigungsstrategie als Option in ihren Leitlinien kommunizieren, um zu gewährleisten, dass sie zur Verfügung steht. Für die Pflegenden sind angemessene Rahmenbedingungen, die es ihnen ermöglichen, die Pflege und Betreuung in Übereinstimmung mit ihren eigenen Wertvorstellungen zu leisten, von entscheidender Bedeutung.

Es sollte jedoch beachtet werden, dass diese Normen in der Praxis nicht immer dem Idealbild der Pflege entsprechen. Aufgrund von Überforderung haben Pflegenden nicht die Möglichkeit, Probleme zu erkennen, entsprechend dem Kodex zu handeln und moralische Dilemmata zu lösen. Um dazu in der Lage zu sein, benötigen Pflegekräfte angemessene Fortbildungen und genügend Zeit (Kuhn, 2017).

Die Bewältigung von moralischem Stress in herausfordernden Situationen kann durch ethische Ressourcen wie Ethikschulungen und -komitees, aber auch durch die Unterstützung von Kolleg*innen und Pflegeexpert*innen, Psycholog*innen und Ehe- bzw. Lebenspartner*innen bewältigt werden. Supervision stärkt das Selbstvertrauen der Pflegenden, verbessert die Beziehung zu den Erkrankten und ermöglicht die Übernahme von Verantwortung für ethische Entscheidungen (Corley, 2021). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit haben die Pflegenden häufig den verbalen Austausch mit Kolleg*innen der gleichen Berufsgruppe erwähnt. Sie haben darauf hingewiesen, dass es relevant ist, Verständnis seitens der Gesprächspartner*innen und neue Lösungsaspekte zu erhalten. Die geringe

Inanspruchnahme von Supervision ist zu evaluieren und gegebenenfalls durch neue Ansätze zu fördern.

Es wurde festgestellt, dass moralischer Stress für alle Gesundheitsberufe eine Herausforderung im Berufsalltag darstellt, deren wirksame Bewältigung die Sensibilität der Führungskräfte und die Bereitstellung von Strukturen erfordert. Für die klinische Praxis sind zwei Strategien zur Bewältigung entscheidend. Einerseits muss der Ethikunterricht anhand von Fallbesprechungen in der Pflegeausbildung dazu dienen, Verständnis zu fördern. In diesem Kontext ist jedoch zu berücksichtigen, dass das Eingestehen von Fehlern auch bei Verletzung ethischer Normen möglich sein muss. Dies erfordert jedoch, dass die Betroffenen die Möglichkeit haben, die Situation zu reflektieren und Verständnis zu zeigen. Mit beiden Strategien werden Rahmenbedingungen geschaffen, die die moralische Handlungskompetenz der Pflegenden sichern (Monteverde, 2019). Im Gegensatz dazu erwähnte eine Pflegeperson, dass angebotene Ressourcen wie Supervision nicht genutzt werden. Es gibt verschiedene Gründe dafür, dass Ressourcen, die dazu beitragen können, moralische Belastungen zu reduzieren, nicht in Anspruch genommen werden. Oftmals besteht eine Scheu vor einem Gespräch mit einer nicht involvierten Person über Emotionen und Gefühle.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es ausreichend Copingstrategien gibt, die vor Burnout schützen. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass Pflegepersonen großes Interesse daran haben, gehört zu werden und auch gehört werden. Es ist eine wichtige Strategie, immer wieder ins Gespräch zu kommen. Mutiges Handeln erfordert Sensibilität seitens des Pflegepersonals, wobei die eigenen Bedürfnisse stets zugunsten der Patient*innen zurückgestellt werden. Zugleich zeigt sich, dass Dankbarkeit als Wertschätzung für erbrachte Leistungen von anderen Menschen in der Praxis als neuer Impuls wahrgenommen wird. Durch die Übernahme verantwortungsvollen Aufgaben und die Möglichkeit der Spezialisierung können mehr Pflegekräfte im Beruf gehalten werden.

7.4. Gesprächsbedarf

Bei der thematischen Auswertung der Daten wurde festgestellt, dass die Unterkategorie Gespräche in vielen Punkten der Bewältigungsmaßnahmen vorkam und sich als stärkstes Thema erwies. Bei der Rekrutierung der teilnehmenden Personen zeigte sich, dass sich weit mehr Pflegepersonen meldeten, als benötigt wurden. Dies ist ein Hinweis auf den erhöhten Gesprächsbedarf.

Alle teilnehmenden Personen gaben eine positive Rückmeldung bezüglich der Wahl des Themas. Sie waren in der Lage, Situationen, in denen moralischer Stress auftrat, aus ihrem

beruflichen Umfeld zu beschreiben. Sowohl von den Gesprächspartner*innen als auch von der Interviewerin wurde die Möglichkeit geschätzt, gehört zu werden und innerhalb eines Rahmens sprechen zu können, der auf Offenheit, Ehrlichkeit und der gemeinsamen Thematik beruht.

Im Zuge dieser Arbeit ergab sich der Eindruck, dass die Pflegepersonen, die an der Studie teilnahmen, sich gerne verbal austauschen, aber noch mehr Aufmerksamkeit zum Zuhören benötigen. Vier der Befragten bestätigten die Relevanz des Themas, während zwei Personen explizit den Titel (zuerst gewählte Titel) ansprechend fanden. Des Weiteren wurde betont, dass jeder Mensch eine individuelle Biografie hat. Eine Person äußerte Überraschung darüber, wie viel innerhalb kurzer Zeit über das Thema moralischer Stress gesprochen wurde. Die Resonanz zeigt sich in der großen Dankbarkeit der Interviewpartner*innen für die Gesprächsbereitschaft.

Die Interviews haben gezeigt, dass das Pflegepersonal sich für andere Menschen in einer stellvertretenden Position einsetzt und als Fürsprecher*in fungiert, insbesondere für die Patient*innen. Dies beruht darauf, dass die Pflegenden die erkrankten Personen in der Bezugspflege betreuen, eine enge Beziehung zu ihnen aufbauen und sich für die kontinuierliche Betreuung und Pflege verantwortlich fühlen (Kleemola et al., 2022).

Gleichzeitig wird das Selbstbestimmungsrecht der Patient*innen respektiert und die Kommunikation gefördert, um die Qualität der Pflege zu gewährleisten. Pflegende wenden Maßnahmen an, um sich Gehör zu verschaffen. Dazu gehört, mit anderen zu sprechen, sich verbal auszudrücken, Verständnis für die andere Person zu zeigen, füreinander da zu sein, zuzuhören und sich gegenseitig zu unterstützen. Dieser Aspekt wird auch von Fölsch (2012) erläutert. Durch die Förderung der Autonomie erhalten die Patient*innen mehr Selbstverantwortung und können aktiver am Genesungsprozess mitwirken (Kleemola et al., 2022).

In Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissenstand zeigen die Ergebnisse der Interviews, dass die Führungskräfte bei der Bewältigung von moralischem Stress eine entscheidende Rolle einnehmen. Bei einem Debriefing werden Belastungssituationen besprochen, um moralische Dilemmata zu lösen. Dabei werden kommunikative Strategien zur Reflexion angewendet, um das Kohärenzgefühl der Pflegepersonen zu stärken. Die Führungskraft muss den Pflegenden vermitteln können, dass jede Person für das Team von Bedeutung ist (Mai et al., 2021). Ein zentraler Faktor für die Pflegekräfte ist die Erreichbarkeit ihrer Führungsperson in Notsituationen. Auch die leitenden Pflegepersonen haben in den Interviews betont, dass sie Wert darauf legen, jederzeit mit der Pflegedienstleitung in Verbindung treten zu können. Im Bereich des Managements ist die Verantwortung für die Lösung von schwierigen Situationen implementiert.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die herausfordernde Situation durch vergleichende Reflexion besser verstanden wird, was dazu beiträgt, die moralische Integrität und die persönlichen Werten zu schützen. Durch Kommunikation kann sich die Pflegeperson mit dem Erlebten auseinandersetzen und wertvolle Erkenntnisse gewinnen. Als besonders herausfordernd beschrieben die interviewten Personen das vernetzte Denken, arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen wie hierarchische Strukturen, fehlende Zeit sowie die Betreuung und Pflege von emotional belastenden Patient*innen.

Mit der Teilnahme am Interview trugen die Pflegepersonen dazu bei, ein tieferes Verständnis für das Phänomen *moralischer Stress* zu generieren. Die Ergebnisse können herangezogen werden, um Schlussfolgerungen zu ziehen, wie moralischer Stress entsteht, was er bewirkt und wie ihm vorgebeugt werden kann.

7.5. Limitation

Im Unterkapitel Limitation werden die Begrenzungen der Bearbeitung des Themas aufgezeigt und im Folgenden näher erläutert. Alle Interviewpartner*innen meldeten sich freiwillig zum Interview und wussten, um welches Thema es ging. Das ist ein Zeichen von Gesprächsbereitschaft und –fähigkeit. Dies kann als Stichprobenverzerrung [Selection Bias] bezeichnet werden. Zu vermuten ist, dass diejenigen, die am stärksten von moralischem Stress betroffen sind, nicht erreicht werden konnten.

Um ein tiefgehendes Verständnis dafür zu erlangen, wie sich moralischer Stress im pflegerischen Kontext darstellt, sollten nicht nur Pflegekräfte, sondern auch andere Berufsgruppen im Pflegebereich befragt werden. Die Auswahl des gehobenen Pflegedienstes erfolgte auf Basis einer Peer–Group-Auswahl.

Da es in der Forschung unterschiedliche Ansätze zur Erklärung des Phänomens gibt, kann die Definition von moralischem Stress als Einschränkung betrachtet werden. Nach den ersten beiden Interviews hat die Verfasserin der Arbeit in Absprache mit ihrer Betreuerin die Formulierung der zweiten Frage angepasst. Ursprünglich konnten die Teilnehmenden ihre Eindrücke bezüglich der moralischen Belastung nicht ausreichend darlegen. Die Definition von Jameton stellte sich als zu abstrakt und zu weit entfernt von der Praxis der Befragten dar (Jameton, 1984).

Die Ergebnisse wurden zudem von der Verfasserin dieser Arbeit selbst interpretiert und analysiert. Ein Austausch mit weiteren Forscher*innen unterschiedlicher Fachrichtungen könnte zu einer Erweiterung der Betrachtungsweise beitragen.

Bei allen Befragten war die Muttersprache Deutsch. Es war nicht möglich, eine Pflegeperson mit einer anderen Erstsprache zu gewinnen. Damit konnten keine Aspekte von Multikulturalität einbezogen werden.

Ebenfalls ist das Abhängigkeitsverhältnis zwischen den Führungskräften in der Managementebene zu berücksichtigen, da dies die Gespräche beeinflussen und die Offenheit einschränken könnte.

8. Conclusio

Die Resultate zeigen, dass das Thema *moralischen Stress* im Pflegebereich immer mehr an Bedeutung gewinnt. Bedingt durch die Veränderungen im Gesundheitsbereich ist das Pflegepersonal zunehmend durch komplexe ethisch bedingte Situationen gefordert. Die vorliegende Arbeit befasst sich mit einem moralischen Ereignis, das einen kausalen Zusammenhang aufweist. In dessen Folge kommt es zu einer psychischen Belastung. Unreflektierte Belastungen stellen ein erhebliches Risiko für die persönliche Integrität dar, weshalb eine kritische Selbstreflexion in Form von Gesprächen als unerlässlich erachtet werden muss.

Die bisherigen Ergebnisse verdeutlichen die Notwendigkeit, das Phänomen des moralischen Stresses bei Pflegenden stärker zu beachten. Es ist unmöglich, moralischen Stress bei Mitarbeiter*innen im Gesundheitssektor vollständig zu vermeiden. Die Bewusstmachung der moralischen Belastung erleichtert jedoch den Umgang damit.

Unzureichende institutionelle Rahmenbedingungen belasten die Pflegekräfte moralisch und schränken ihre Handlungsfreiheit ein. Durch das Verständnis des zentralen Problems der moralischen Belastung wird deutlich, dass sich das Pflegepersonal in einem immer wiederkehrenden und zunehmend dynamischen Kreislauf befindet. Es bedarf mehr Raum zum Nachdenken, Sprechen und Zuhören. Vor allem Führungskräfte sind gefordert, solche Bereiche zu schaffen, um beim Coping zu unterstützen.

Bei ständiger Überlastung besteht die Gefahr körperlicher und psychischer Beschwerden. Personen, die sich freiwillig übermäßig belasten, sind in der Regel permanent beschäftigt, was zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls und dem Gefühl der Wichtigkeit und des Gebrauchtwerdens führt. Bei einem Ungleichgewicht ist die Wahrnehmung des eigenen Umfelds beeinträchtigt.

Generell wird der moralische Stress in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie als sehr hoch eingeschätzt, da das medizinische Personal an seine psychischen Grenzen gekommen war. Eine andere Sichtweise wird von einer Pflegenden in ihrem Interview erwähnt, die eine positive Folgeerscheinung der Covid-19-Pandemie hervorhebt. In der Tat kann das gestiegene wissenschaftliche Interesse an neuen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten für bestimmte Erkrankungen als eine positive Folgeerscheinung der Covid-19-Pandemie bezeichnet werden. Es stellt somit keine moralische Belastung dar, sondern trägt vielmehr zu einer bestmöglichen Betreuung und Pflege der Patient*innen bei. Die Krise hat dazu geführt, dass das Gesundheitspersonal enger zusammengerückt ist und den Teamgedanken gestärkt hat.

Der Personalmangel belastet die verbleibenden Pflegenden zusätzlich. Weniger Personal führt zu noch mehr Stress und der Teufelskreis kann kaum mehr durchbrochen werden. Eine Möglichkeit, Pflegepersonen im Umgang mit Stress zu unterstützen, besteht darin, mit ihnen im Gespräch zu bleiben. Pflegende benötigen jemanden, mit dem sie sprechen können.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass die Prozesse und das Equipment im Gesundheitswesen einer Veränderung unterliegen, während die Rahmenbedingungen für die Pflege unverändert bleiben. Die Medizin vermag zwar beachtliche Erfolge zu erzielen, doch ist der Grad des Erfolgs insbesondere von der Qualität der Pflege abhängig. Die Ausbildung kann genutzt werden, um das Wissen der Pflegenden zu erweitern und sie zu ermutigen, Zivilcourage zu zeigen. Die Pflegekräfte können so herausfordernde Situationen erkennen und bewältigen, um eine sichere Patient*innenversorgung zu gewährleisten. Zivilcourage beinhaltet auch, eigene Fehler einzugestehen und daraus zu lernen. Voraussetzung dafür ist die Bereitschaft zur Überwindung der eigenen Angst und die Schaffung von ausreichend Raum für Diskussionen.

Literaturverzeichnis

Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. 3. Auflage., New York/Oxford. *Oxford University Press* 1994. Doi:10.1016/S0035-9203(02)90265-8

Begerow, A.; Gaidys, U. (2022). „Ich stehe jeden Dienst mit mir selbst im Konflikt“– „Moral distress“ bei Altenpflegenden während der COVID-19-Pandemie. *HBScience* 13:59-68. <https://doi.org/10.1007/s16024-022-00366-2>

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit und Pflege und Konsumentenschutz (2021). *Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen, Sonderauswertung des österreichischen Arbeitsklima Index*. Wien

Chapparo, C. (2016). Qualitative Forschung. In Ritsch, V., Weil, R., Stamm, T. (Hrsg.) *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis* (S. 98-102). Berlin Heidelberg. Springer Verlag

Corley, M. C.; Elswick, R. K.; Gorman, M.; Clor, T. (2001): Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*, 2001, Vol.33 (2), p.250-256

Corley, M. C. (2021). Moralischer Stress von Pflegenden: Vorschlag für eine Theorie und für eine Forschungsagenda. In: Biller-Andorno, N.; Monteverde, S.; Krones, T.; Eichinger, T. (eds), *Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik*. Springer VS, Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6_11

Dodek, P. M.; Wong, H.; Norena, M.; Ayas, N.; Reynolds, S. C.; Kean, S. P.; Hamric, A.; Rodney, P.; Steward, M.; Alden, L. (2016). Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of Critical Care*, 31/1, p. 178-182. doi: 10.1016/j.jcrc.2015.10.011. Epub 2015 Oct 20. PMID: 26596697

Doppelfeld, S. (2017). Moralischer Stress als Aspekt in der Ausbildung. In: Eisele, C. (Hg). *Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen* (S. 91-103). Wien: Facultas

Döring, N.; Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. Auflage. Springer Verlag Berlin Heidelberg

Epstein E. G; Hamric A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics*. 2009 Winter;20(4):330-42. PMID: 20120853

Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics* 29/2, p. 91-97. doi: 10.1111/bioe.12064. Epub 2013 Nov 8. PMID: 2460209

Fölsch, D. (2012). Ethik in der Pflegepraxis: Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag. 2. Überarbeitete Auflage. Facultas Verlag. Wien

Gutierrez, K. M. (2005). Critical care nurses perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing* 24, (Nr.5), 229-241. doi: 10.1097/00003465-200509000-00011. PMID: 16258357

Hamric, A. B. (2012). Empirical Research on Moral Distress: Issues, Challenges, and Opportunities. *HEC Forum* (2012) 24:39-49. DOI 10.1007/s10730-012-9177-x Springer Science+Business Media B.V. 2012

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* 6, (Nr.1), 16-23. PMID: 16544460

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2011

Hodkinson, A.; Zhou, A.; Johnson, J.; Geraghty, K.; Riley, R.; Zouh, A.; Panagopoulou, E.; A Chew-Graham, C.; Peters, D.; Esmail, A.; Panagioti, M. (2022). Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2022 Sept 14; 378:e070442. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070442>. PMID: 36104064; PMCID: PMC9472104

ICN (2021). ICN-Ethikkodex für Pflegende. Überarbeitet 2021. Deutsche Übersetzung des ÖGKV, SBK und DBfK. [//www.pflege-charte.de/fildeadmin/charta/Arbeitshilfe/Modul_5/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK_.pdf](https://www.pflege-charte.de/fildeadmin/charta/Arbeitshilfe/Modul_5/M5-ICN-Ethikkodex-DBfK_.pdf)

Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Kada, O.; Lesnik, T. (2019). Facetten von „moral distress“ im Pflegeheim. Eine qualitative Studie mit examinieren Pflegekräften. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 8. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01645-w>

Kindermann, K. (2020). Die zusammenfassende Inhaltsanalyse als zentrale Methode bei der Rekonstruktion subjektiver Theorien mittels Struktur-Lege-Verfahren. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 21(1), Art. 4, <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-21.1.3324>

- Kleemola, E.; Leino-Klipi, H.; Numminen, O. (2022). Care situations demanding moral courage: Content analysis of nurses' experiences. *Nursing Ethics* Vol. 27(3) 714-725. sagepub. Com/journals-permissions 10.1177/0969733019897780
- Kleinknecht-Dolf, M. (2015). Wie erleben Pflegefachpersonen moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital? *Pflege & Gesellschaft* (ISSN 1430-9653), Ausgabe 02, Jahr 2015, Seite 115 - 132. Doi: 10.3262/P&G1502115
- Kleinknecht-Dolf, M.; Spichiger, E.; Müller, M.; Bartholomeyczik, S.; Spirig, S. (2017). Advancement of German version of the moral distress scale for acute care nurses- A mixed methods study. *Nursing open*. 4 (4): 251-266. doi: 10.1002/nop2.91. PMID: 29085651; PMCID: PMC5653387
- Kohlen, H. (2019). Ethische Fragen der Pflegepraxis im Krankenhaus und Möglichkeiten der Thematisierung. Internationale Erfahrungen aus den Dekaden. *Ethik Med* (2019). 31:325-343. <https://doi.org/10.1007/s00481-019-00547-0>
- Körtner, U. H. (2017). *Grundkurs Pflegeethik*. 3. Aktualisierte Auflage. Wien: Facultas
- Kuckartz U.; Rädiker, S. (2022). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa (S. 199-203)
- Kuhn, A. (2017). Der ICN-Ethikkodex – Möglichkeiten und Grenzen. In: Riedel, A.; Linde, A.-C. (Hrsg.) *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte-Werte-Phänomene*. Berlin, Springer Verlag
- Mai, T.; Todiscol, L.; Schilder, M.; Franke, V.; Ristau, J. (2021). Die Situation der Pflegenden in Akutkrankenhäusern während der zweiten Welle der Covid-19-Pandemie. *Pflege*, 2021. Jahrgang 35, Heft 2, April 2022. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000846>. Hogrefe Verlag
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden– Elemente und Basiswissen für das Studium*. 4. Auflage. Wien: Facultas
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Überarbeitete Auflage. Weinheim. Beltz
- Mayring, P. (2023). Einführung in die qualitative Sozialforschung. 7. Überarbeitete Auflage. Weinheim. Beltz
- McCarthy, J.; Gastmans, C. (2015). Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics* 22(1):131-52. doi: 10.1177/0969733014557139. Epub 2014 Dec 10. PMID: 25505098

- Monteverde, S. (2007). Ethik und Palliative Care-Das Gute als Handlungsorientierung. In: Knipping, C. (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care*. S. 520-535. Bern. Hans Huber Verlag
- Monteverde, S. (2019). Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. *Ethik Med.* 31: 345-360. Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/s00481-019-00548-z>
- Morley, G.; Bradbury-Jones, C.; Ives, J. (2020). "What is moral distress?" A feminist empirical bioethics study. *Nurs ethics.* 27(5): 1297-1314. Doi: 10.1177/0969733019874492
- Rädiker, S.; Kuckartz, U. (2019). Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA. Text, Audio und Video. Springer Verlag. Berlin
- Rainer, J.; Schneider, J.; Lorenz, R. (2018). Ethical dilemmas in nursing. An integrative review. *Journal of Clinical Nursing.* <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1111/jocn.14542>. Epub 2018 Jul 23. PMID: 29791762.
- Riedel, A.; Linde, A-C. (2018). *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte-Werte-Phänomene*. Berlin. Springer Verlag
- Rushton, C.; Edvardsson, D. (2017). Reconciling concepts of space and person-centred care of the older person with cognitive impairment in the acute care setting. *Nursing Philosophy* 18 (3): e12142. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1111/nup.12190>. PMID: 27456354
- Straubenmüller, V. (2017). Achtsam und ethisch sensibel pflegen. In: Eisele, C. (Hg). *Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen* (S. 91-103). Wien: Facultas
- Todaro-Franceschi, V. (2013). Compassion fatigue and Burn-out in Nursing. Enhancing Professional Quality of Life. New York. *Springer Publishing Company*. ISBN: 0-8261-0977-2, 0-8261-0978-0. Doi: 10.1891/9780826155214
- Whitehead, P. B.; Herbertson, R. K.; Hamric, A. B.; Epstein, E. G.; Fisher, J. M. (2015). Moral Distress Among Healthcare Professionals. Report of an Institution Wide Survey. *Journal of Nursing Scholarship* 47/2, p. 117-125. doi: 10.1111/jnu.12115. Epub 2014 Nov 29. PMID: 25440758
- Wöhlke, S. (2018). Bedeutsamkeit und Konsequenzen aus moralischem Stress im pflegerischen Alltag. In: Riedel, A., Linde, AC. (Hrsg.) *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte-Werte-Phänomene*. Berlin, Springer Verlag
- Wöhlke, S.; Wiesemann, C. (2016). Moral distress im Pflegealltag und seine Bedeutung für die Implementierung von Advance Care Planning. *Pflegewissenschaft* 5/6-2016. 18. Jahrgang. Hpsmedia. Nidda

Anhang

Anhang 1: Studieninformation und Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Forschungsarbeit

Anhang 2: Interviewleitfaden



Studieninformation und Einverständniserklärung

zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit zum Thema
„Kann mir jemand sagen, wo ich hin will?“ (K. Valentin)¹ –
Moralischer Stress in der stationären Akutversorgung

Bettina Margarete Wendl

Matrikelnummer:

01 464 343

¹ Der Titel wurde nach dem 5. Interview geändert: „Aber es hört uns manchmal keiner an!“
Moralischer Stress von Pflegenden im Krankenhaus

Sehr geehrte Damen und Herrn,

ich lade Sie herzlich zu einem Gespräch zum Thema „*Kann mir jemand sagen, wo ich hin will?*“ (K. Valentin) – *Moralischer Stress in der stationären Akutversorgung*² ein. Mein Name ist Bettina Margarete Wendl und ich absolviere gerade das Masterstudium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Die Masterarbeit wird von Frau Assoz. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Katharina Heimerl betreut.

Moralischer Stress entsteht, wenn sich die handelnden Personen gezwungen fühlen, Entscheidungen mitzutragen oder Handlungen auszuführen, die den eigenen Wertvorstellungen vom korrekten Handeln widersprechen. Ihre Erfahrungen dazu sind von großem Wert!

Was ist der Zweck der Studie?

Die Forschungsarbeit geht der Frage nach, wie sich moralischer Stress bei Pflegepersonen im akuten Setting zeigt.

Wie erfolgt die Datenerhebung?

Die Datenerhebung erfolgt in Form eines Interviews. Im Mittelpunkt des Interviews stehen neben soziodemografischen Daten Ihre Erfahrungen mit moralischem Stress. Das Interview wird zwischen 30 – 60 Minuten dauern.

Welche Daten werden gespeichert?

Das Interview wird als Audiodatei aufgezeichnet, zeitnah transkribiert und anschließend wird die Audiodatei gelöscht. Die Transkripte werden von mir an einem sicheren Ort verwahrt und anschließend in ein computergestütztes System eingetragen. Die Ergebnisse werden anonymisiert und dabei wird darauf geachtet, dass die Ergebnisse der Analyse keine Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen.

Wer hat Zugriff auf die Daten?

Zugriff auf die Transkripte und die erhobenen Daten haben nur ich als Forscherin des Projektes und meine Betreuungsperson.

Welche Risiken sind mit der Teilnahme verbunden?

In der Regel ist die Studienteilnahme mit keinen Risiken verbunden. Unter Umständen kann die Reflexion über das Thema moralischer Stress emotional belastend sein. Sie können das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne jegliche Konsequenzen unterbrechen oder abbrechen. Sollten Sie nach dem Interview noch Fragen oder Anliegen haben, kontaktieren Sie mich bitte.

Was ist der Nutzen einer Teilnahme?

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, ein tieferes Verständnis für das Phänomen moralischer Distress zu generieren. Die Ergebnisse können herangezogen werden, um Schlussfolgerungen zu ziehen, wie moralischer Stress entsteht, was er bewirkt und wie vorgebeugt werden kann. Durch Ihre Teilnahme an den Interviews haben Sie die Möglichkeit, über Erfahrungen zum moralischen Stress zu reflektieren.

Widerruflichkeit erteilter Einwilligungserklärungen

² Der Titel wurde nach dem 5. Interview geändert: „Aber manchmal hört uns keiner an!“ Moralischer Stress von Pflegenden im Krankenhaus

Die Teilnahme erfolgt freiwillig. Sie können bis zum Ende der Datenerhebung ohne Angabe von Gründen austreten oder die Löschung ihrer Daten einfordern. Bitte schreiben Sie hierzu ein Mail an bettina.m.wendl@outlook.com. Wenn Sie austreten, werden bis zu dem Zeitpunkt erhobene Daten gelöscht und nicht verwertet.

Außerdem haben Sie bis zum Ende der Datenerhebung das Recht auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Datenverarbeitung.

Für weitere Fragen und zur Kontaktaufnahme stehe ich Ihnen unter folgender Mailadresse gerne zur Verfügung: bettina.m.wendl@outlook.com.

Einwilligungserklärung zur Teilnahme an einem Interview

Name der teilnehmenden Person:

Ich erkläre mich bereit, an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit von Frau Bettina Margarete Wendl mit dem Titel *„Kann mir jemand sagen, wo ich hin will?“ (K. Valentin)-Moralischer Stress in der stationären Akutversorgung*³ teilzunehmen.

Ich habe beiliegendes Informationsschreiben gelesen und verstanden. Alle meine Fragen wurden beantwortet und ich habe derzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig erfolgt und dass ich bis zum Ende der Erhebungsphase (voraussichtlich 31.09.2023) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme widerrufen kann. Sollte dies der Fall sein, so kann ich dies per Mail bei bettina.m.wendl@outlook.com machen.

Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich teilnehmen möchte.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen des Interviews erhobenen Daten aufgezeichnet und anonym ohne Angaben zu meiner Person ausgewertet werden. Ich bin damit einverstanden, dass anonyme wörtliche Zitate aus meinem Interview in der Masterarbeit und eventuell bei Tagungen oder Publikationen verwendet werden. Eine Kopie dieser Teilnehmer*innen-Information und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Forscherin Frau Bettina Margarete Wendl.

.....

Datum und Unterschrift Teilnehmer*in

VIELEN DANK!

³ Der Titel wurde nach dem 5. Interview geändert: „Aber es hört uns manchmal keiner an!“ Moralischer Stress von Pflegenden im Krankenhaus

Anhang 2

Interviewleitfaden

Herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an diesem Gespräch teilzunehmen.

(Einwilligungserklärung und Aufklärung bereithalten, wurde im Vorfeld schon unterzeichnet – informed consent. Das Original bleibt bei der Interviewerin, die Kopie bei den Teilnehmenden). Haben Sie das Informationsschreiben gelesen und dazu noch Fragen, die ich Ihnen noch beantworten könnte?

Ich habe einige Fragen vorbereitet, die für meine Masterarbeit relevant sind. Sollten Sie noch etwas ergänzen wollen, das für Sie wichtig ist, bitte erwähnen Sie dies jederzeit während oder nach dem Interview. Am Beginn möchte ich nochmals erwähnen, alles, was wir hier besprechen, wird vertraulich behandelt. Was Sie hier erwähnen, werde ich anonymisieren und es wird in meiner Masterarbeit keine Rückschlüsse auf Ihre Person geben. Ich hoffe, dass Sie mir mit diesem Vertrauen frei und offen Ihre Erfahrungen erzählen können. Zum Abschluss werde ich noch persönliche Daten von Ihnen erheben, diese Daten werden aggregiert behandelt (gebündelt). Haben Sie noch Fragen? Tonband wird eingeschaltet und die Aufnahme beginnt.

1. Können Sie sich bitte zurückerinnern an Ihre beruflichen Anfänge. Was hat Sie damals bewogen, eine Ausbildung in der Pflege zu machen?

Was war Ihnen denn so wichtig, dass Sie schon als Jugendliche (oder im zweiten Bildungsweg etc.) sich gerne um andere Menschen kümmern wollten? War diese soziale Linie in Ihrer Familie schon verankert?

2. In meiner Masterarbeit geht es um moralischen Stress. Es geht um das Erleben in Situationen, in denen Sie das Gefühl haben, zu wissen, was richtigerweise zu tun wäre. Durch Rahmenbedingungen werden Sie aber daran gehindert, das Richtige zu tun. Können Sie mir bitte von einer Situation in Ihrem beruflichen Alltag erzählen, in der Sie moralischen Stress gehabt haben? Also nicht das tun konnten, was Sie für richtig gehalten hätten?

(Es handelt sich hier um die erlebte Wirklichkeit von konkreten Situationen, von zum Beispiel bestimmten Patient*innen.)

Konkrete Fragen:

1) Was war das genau für eine Situation?

- 2) Wer war daran beteiligt?
 - 3) Wie war Ihre Vorstellung von moralisch richtigem Handeln in dieser Situation?
 - 4) → Wieso?
 - 5) Wer/was hat Sie daran gehindert so zu handeln?
 - 6) → Aus welchem Grund?
- Aufrechterhaltungsfragen:
Können Sie mir das noch ein bisschen genauer erklären?
Fallen Ihnen noch weitere Aspekte ein?

3. Wie würden Sie das Gefühl oder die Gefühle beschreiben, die diese Situation ausgelöst hat?

(die Emotion ansprechen)

Aufrechterhaltungsfragen:

- Können Sie mir Ihren Gemütszustand noch etwas genauer beschreiben?
Können Sie mir dafür ein Beispiel nennen?

4. Wie sind Sie mit der Situation umgegangen?

(Handlung)

Konkrete Fragen: 1) Was genau haben Sie da gemacht?

- 2) Mit wem?
- 3) Wie lange?
- 4) Was war Ihr Motiv dabei (Klärung, Rückzug, Ablenkung, ...)?
- 5) → Wie wichtig war Ihnen dieser Aspekt?
- 6) → Waren andere Aspekte für Sie auch wichtig?
- 7) Wieso haben Sie sich genau für diesen Weg entschieden?
- 8) Würden Sie es heute wieder so machen?
- 9) Wie sehen Sie nun rückblickend diese Situation?
- 10) Was hat Ihnen in der Situation geholfen? Was hat Sie unterstützt?

5. Was hätte Sie unterstützen können? Oder: Was hätten Sie gebraucht?

(Bewältigung)

Konkrete Fragen:

- 1) Was wünschen Sie sich konkret als Unterstützungsmaßnahmen?
- 2) → wieso?
- 3) Wie soll das genau ablaufen?
- 4) Wer soll mitwirken?
- 5) Wie soll der zeitliche Rahmen sein?

6) Was glauben Sie ist an dieser Form der Unterstützung so besonders hilfreich?
Was hat Sie daran gehindert?

6. **Danke für die Beschreibung dieser konkreten Situation. Ich würde zum Abschluss gerne wissen, welchen Stellenwert moralischer Stress in Ihrem Berufsalltag generell einnimmt? Was erleben Sie als unterstützend in solchen Situationen? Sprechen Sie mit Kolleg*innen darüber?**
7. **Im Rückblick auf die Covid-19-Pandemie: Würden Sie sagen, der moralische Stress hat ab- oder zugenommen? Warum? Wodurch?**
8. **Moralische Courage in der Pflege bedeutet, das zu tun, was man für richtig hält, auch gegen den Widerstand anderer Personen oder Strukturen und trotz möglicher negativer Folgen für die eigenen Person. Fällt Ihnen dazu auch eine Situation ein?**
9. **Ist Ihnen sonst noch etwas wichtig zu diesem Thema?**

Das Tonband wird ausgeschaltet und die Abfrage der soziodemografischen Daten anhand des Kurzfragebogens erfolgt.

Abfragen soziodemografischer Daten: Name, Alter, Geschlecht, Anzahl der Berufsjahre, Diplom oder Bachelorabschluss, Beschäftigungsausmaß: Vollzeit/Teilzeit, Bereich: operativer oder konservativer Bereich, Funktion: Stationsleitung, DGKP.

Vielen Danke für Ihre Zeit und Ihr Engagement! Für Ihre Bereitschaft, Persönliches aus Ihrem Alltag zu erzählen. Sie tragen dadurch dazu bei, dass wir das Phänomen „Moralischer Stress“ besser verstehen lernen und besser damit umgehen können.

