

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Von Krise zur Stärke - Eine qualitative Interviewstudie mit
Pflegerinnen zum Thema Moral Distress im Berufseinstieg

verfasst von | submitted by

Eliza Marielle Montalbo-De Guzman BSc

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

Wien | Vienna, 2026

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. Dr. Katharina Heimerl

Zusammenfassung

Hintergrund:

Moral Distress (MD) bezeichnet in der Pflege das belastende Erleben, wenn Pflegende trotz des Wissens, meist durch äußere oder innere Einflussfaktoren, um das richtige Handeln daran gehindert werden. Besonders Berufseinsteiger:innen im Pflegeberuf sind aufgrund ihrer unsicheren Rollenfindung, begrenzten Handlungsspielräumen und geringen Entscheidungsmacht besonders für Moral Distress anfällig. Ohne geeignete Unterstützungsangebote und Bewältigungsstrategien können Folgen wie Burn-Out und eine reduzierte Pflegequalität entstehen. Insbesondere ist weniger darüber bekannt, wie beruflich jungen Pflegepersonen MD im akutmedizinischen Setting erleben und bewältigen.

Methode:

Im Rahmen dieses Projekt wurden zehn problemzentrierte Leitfadeninterviews nach Helfferich (2019) mit diplomierten Pflegepersonen durchgeführt. Die Teilnehmenden berichteten von Situationen, in denen sie MD erlebt und verarbeitet haben. Der Zugang zum Feld erfolgte über Pflegeplattformen auf sozialen Medien (z.B. Facebook) sowie über das Schneeballprinzip, indem bereits befragte Pflegepersonen weitere Teilnehmende vermittelten. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024).

Ergebnisse:

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass MD für Pflegende im Berufseinstieg ein relevantes und belastendes Phänomen darstellt. Während viele Betroffene persönliche Bewältigungsstrategien entwickeln, fehlt es häufig an strukturierten Unterstützungsangeboten im beruflichen Umfeld.

Schlussfolgerung:

Zur Förderung von beruflicher Zufriedenheit und Bindung sollten Pflegeeinrichtungen gezielte Unterstützungsmaßnahmen in der Berufseinstiegsphase anbieten. Ausbildungseinrichtungen können zudem Studierende auf ethisch belastende Situationen vorbereiten und Strategien zum Umgang mit Moral Distress vermitteln.

Schlüsselbegriffe:

Moral Distress, Pflege, Akutes Setting, Pflegeberufseinsteiger, Coping

Abstract

Background:

Moral Distress (MD) in nursing occurs when nurses experience psychological discomfort as a result of being unable to act in line with what they perceive as morally right because of internal or external factors. Newly graduated nurses are particularly vulnerable due to role uncertainty and limited decision-making power. Without support, MD can lead to burnout and reduced care quality. However, little is known about how novice nurses in acute hospitals experience and cope with MD.

Method:

For this project, 10 problem-centered interviews with guidelines according to Helfferich (2019) was conducted with registered nurses. Participants reported on situations in which they experienced and managed Moral Distress. Access to the field was facilitated through nursing platforms on social media (e.g. Facebook) and via snowball sampling method, in which previously interviewed nurses referred additional participants. The interviews were analysed using deductive and inductive content analysis according to Kuckartz und Rädiker (2024).

Results:

The findings of this study indicate that moral distress is a relevant and burdensome phenomenon for novice nurses. While many affected individuals develop personal coping strategies, structured support and reflection opportunities in the professional setting are often lacking.

Conclusion:

To promote job satisfaction and retention, healthcare institutions should implement targeted support measures during the transition into professional practice. Educational institutions can also prepare students for ethically challenging situations and provide strategies to manage moral distress.

Keywords:

Moral distress, acute care, clinical setting, newly graduated nurses, coping strategies

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Hintergrund und Problemstellung	3
2.1 Moral Distress im Pflegekontext	3
2.2 Berufseinstieg in die professionelle Pflege	5
2.3 Auswirkungen und Folgen von Moral Distress	6
2.4 Institutionelle Unterstützungsangebote und individuelle Bewältigungsstrategien	7
3. Forschungsziel und Forschungsfrage	9
4. Methodik.....	10
4.1 Qualitativer Forschungsansatz	10
4.2 Definition des Samples	11
4.3 Rekrutierungsprozess.....	13
4.4 Methode der Datenerhebung	15
4.5 Datenauswertung.....	15
4.6 Ethische Aspekte.....	17
4.7 Merkmale des Samples	20
4.8 Gütekriterien	22
5 Ergebnisse.....	25
5.1 Die großen Herausforderungen beim Berufseinstieg	27
5.1.1 Konfrontation mit der Berufsrealität	27
5.1.2 Emotionale Unsicherheit.....	29
5.1.3 Hierarchische Hürden und Anpassungsdruck	30
5.1.4 Gefühl des Alleinseins und fehlende Unterstützung.....	32
5.1.5 Idealistische Vorstellungen	33
5.1.6 Zeitdruck und begrenzten Zeitressourcen	35
5.2 Kurzfristige Folgen von Moral Distress	37
5.2.1 Innerer Konflikt und innere Kündigung	37
5.2.2 Psychische und emotionale Belastungen	38
5.2.3 Körperliche Symptome	39
5.2.4 Rückzug und Vermeidung des Umgangs mit anderen	40

5.3	Unmittelbare Bewältigungsstrategien	41
5.3.1	Kommunikation und Zusammenhalt im Team	41
5.3.2	Abschalten und Abstand gewinnen	42
5.3.3	Soziale Unterstützung im privaten Umfeld	43
5.3.4	Proaktive Arbeitsgestaltung und Eigeninitiative.....	44
5.3.5	Positive Haltung und Sinnfindung im Berufseinstieg (10. Interview)	45
5.4	Persönliche Entwicklung	47
5.4.1	Zeitmanagement und Prioritätensetzung.....	48
5.4.2	Stressbewältigung und Resilienz.....	49
5.4.3	Selbstbewusstsein und innere Stärke	50
5.4.4	Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikationskompetenz.....	51
5.4.5	Mut und ethische Handlungsfähigkeit.....	53
5.4.6	Akzeptanz und emotionale Distanzierung	54
5.4.7	„Was ich meinem Damaligen Ich sagen würde“	56
5.5	Unterstützungsangebote in der Praxis	59
5.5.1	Beratung und Feedback durch Vorgesetzte	59
5.5.2	Psychosoziale Unterstützungsangebote	60
5.5.3	Praxisbegleitung und Schulungen	61
5.6	Wünsche nach Unterstützung und Veränderung	62
5.6.1	Verbesserungsvorschläge auf institutioneller Ebene.....	62
5.6.2	Emotionale und zwischenmenschliche Unterstützung	63
6	Diskussion	64
6.1	Zusammenfassung und Interpretation der wichtigsten Erkenntnisse	64
6.2	Diskussion der Ergebnisse im Kontext der Problemstellung	66
6.3	Theoretische Vertiefung der Ergebnisse.....	69
6.4	Reflexion der Methodik	74
6.5	Stärken und Limitationen der Studie	76
6.6	Implikationen für die Pflegewissenschaft/Forschung.....	79
6.7	Fazit der Diskussion.....	81
7	Schlussfolgerung	84
8	Literaturverzeichnis	87
9	Abbildungsverzeichnis	92
10	Anhang.....	93

1. Einleitung

Der Pflegeberuf ist von hoher gesellschaftlicher Bedeutung, insbesondere im Akutsetting, wo schnelle Entscheidungen und komplexe pflegerische Anforderungen zum Alltag gehören. Aufgrund der Komplexität des Berufs sehen sich Pflegepersonen häufig in moralisch herausfordernden Situationen, die emotionale Belastungen sowie psychische Spannung verursachen können (Corley, 2021). Ein besonderes Belastungsempfinden stellt der Moral Distress dar (Jameton, 1984). Moral Distress entsteht, wenn eine Person erkennt, was moralisch richtig wäre, aber aufgrund äußerer oder innerer Einschränkungen nicht entsprechend handeln kann. Dabei empfinden Betroffene negative moralische Emotionen, wie Schuld, Scham oder Frustration. Morley et al. (2019) betonen dabei, dass Moral Distress nicht nur durch institutionelle Barrieren, sondern auch auf der individuellen Ebene durch Unsicherheit, Wertekonflikte oder Überforderung entstehen kann.

Die Entstehung von Moral Distress ist auf Entscheidungen in moralisch belastenden Situationen zurückzuführen, wie zum Beispiel in unangenehmen oder aussichtslos empfundenen Behandlungen (Jameton, 2017), auf den mangelnden Umgang mit ethischen Konflikten oder strukturelle Vorgaben, die den persönlichen Wertvorstellungen widersprechen (Wöhlke & Wiesemann, 2016). Am Anfang ihrer beruflichen Karriere sind diplomierte Pflegepersonen besonders von den Herausforderungen des Moral Distress belastet, da sie oft unerfahren und in ihrer Position als professionelle Pflegefachperson unsicher sind, auf Einschulung angewiesen sind und gleichzeitig mit der Verantwortung für Patient:innen und Assistenzberufen konfrontiert werden (Küpper, 2020). Dies erschwert nicht nur die Verarbeitung, sondern führt auch zu einer Kollision unterschiedlicher ethischer Werte und Erwartungen sowie zur unerwarteten Diskrepanz zwischen Theorie und beruflicher Realität (Sahli & Rüfli, 2021). Das Erleben von moralischen Stresssituationen ist häufig durch die Verletzung der eigenen Integrität und negative Gefühle, wie beispielsweise Ohnmacht, Schlaflosigkeit oder Erschöpfung gekennzeichnet. Bleiben effektive Bewältigungsstrategien aus, können gravierende Folgen wie Burnout, Weg-lauf-Tendenzen, Depressionen oder im schlimmsten Fall ein Berufsausstieg aus dem Pflegeberuf die Konsequenz sein (Corley, 2021).

Das komplexe Phänomen Moral Distress bei Pflegenden unterstreicht die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Unterstützung von Pflegefachpersonen und damit verbundener Verbesserung der Patient:innenversorgung. Viele Studien verweisen auf unterschiedliche institutionelle Bewältigungsstrategien, wie beispielsweise klinische Supervision (Sahli & Rütli, 2021), ethische Fallbesprechung (Jameton, 2017), Schulungsprogramme zum Thema Moral Distress (Corley, 2021; Jerusalem et al., 2022) und die Einbindung von Pflegekräften in ethische Entscheidungsprozesse (Corley, 2005). Dennoch bleibt bislang unklar, inwiefern Pflegepersonen zu Beginn ihrer klinischen Laufbahn solche Angebote nutzen oder eigene Strategien entwickeln, um Moral Distress zu verarbeiten. Während das Belastungsempfinden bei erfahrenen Pflegekräften in verschiedenen Settings, wie beispielsweise im Intensiv- (Graeb, 2019), Palliativ- (Corradi-Perini, Beltrao & Ribeiro, 2021) oder Langzeitsetting (Kada & Lesnik, 2019) untersucht wurde, fehlen Studien zur Erfahrung von Pflegepersonen in regulären akutmedizinischen Bettenstationen in der Phase des Berufseinstiegs.

Diese Forschungsarbeit soll die Bedeutung der Erfahrungen von Berufseinsteiger:innen in der Pflege hervorheben und ihre Bewältigungsstrategien untersuchen. Der Fokus dieser Studie liegt nicht nur auf den Herausforderungen, die Moral Distress in der frühen Berufsphase mit sich bringt, sondern auch auf den unterschiedlichen Unterstützungsangeboten und Copingstrategien, die in diesem Zusammenhang entwickelt oder genutzt werden.

2. Hintergrund und Problemstellung

2.1 Moral Distress im Pflegekontext

Der Pflegeberuf ist durch eine enge Verbindung zur Fürsorge und ein ausgeprägtes berufsethisches Selbstverständnis geprägt. Der ethische Anspruch pflegerischen Handelns ist durch berufliche Werte begründet. Der Ethikkodex des International Council of Nurses (2021) beschreibt Pflege als eine professionelle Tätigkeit, die sich an der Achtung der Würde, Autonomie sowie der Bedürfnisse der Patient:innen orientiert. Pflegende sind daher dazu verpflichtet, ihr berufliches Handeln ethisch zu reflektieren und Verantwortung für dessen Qualität und Folgen zu übernehmen (International Council of Nurses, 2021).

Das pflegerische Handeln im Alltag ist daher stets mit einem moralischen Anspruch geprägt. Dabei schränken sich die ethischen Fragestellungen in der Pflege nicht ausschließlich auf Entscheidungen zwischen Leben und Tod (Kada & Lesnik, 2019), sondern betrifft das gesamte professionelle Pflegehandeln (Riedel, Goldbach & Lehmeyer, 2022). Moralisch herausfordernde Situationen und ethisch reflexionswürdige Fragestellungen entstehen somit nicht nur in außergewöhnlichen Grenzsituationen, sondern bilden sich häufig in der alltäglichen pflegerischen Praxis ab. Pflegeethik wird in diesem Zusammenhang als ethische Reflexion des pflegerischen Handelns sowie ihre Haltung gegenüber Patient:innen und deren soziales Umfeld verstanden. Die Übernahme pflegerischer Verantwortung stellt dabei eine zentrale Voraussetzung für die professionelle Berufsausübung dar. Fehlen jedoch entsprechende Kompetenzen zur Bewältigung moralischer Konflikte, kann dies zu beruflicher Unzufriedenheit sowie moralischen Distress führen (Wöhlke & Wiesemann, 2016).

Um ethische Herausforderungen bewältigen zu können, ist moralische Sensibilität eine wichtige Voraussetzung (Epstein & Hamric, 2009). Sie unterstützt Pflegepersonen, moralische Situationen und Fragestellungen zu erkennen, ethisch zu urteilen und verantwortungsvoll zu handeln (Corley, 2002; Fourie, 2015). Moral Courage stellt in diesem Zusammenhang eine entscheidende Ressource dar (Kleemola et al., 2022), da sie den Betroffenen innere Stärke verleiht, trotz Angst oder möglichen Nachteilen, für ihre eigenen Werte einzustehen und als Fürsprecher:in für Patient:innen zu agieren (Wöhlke & Wiesemann, 2016). Fehlen die moralische Sensibilität und Moral Courage,

kann dies nicht nur die Patient:innenversorgung beeinflussen (Burston, 2013), sondern auch zu Moral Distress sowie zum unethischen Verhalten führen (Escolar-Chua, 2018).

Die ursprüngliche Definition von Moral Distress stammt von Andrew Jameton (1984), der den Begriff prägte, um das Erleben von Pflegepersonen in ethischen Konfliktsituationen zu beschreiben. Moral Distress entsteht laut Jameton (1984), wenn Pflegepersonen wissen, was moralisch richtig wäre, jedoch durch institutionelle Zwänge daran gehindert werden, entsprechend zu handeln. Seither wurde der Begriff international weiterentwickelt und theoretisch mehrfach neu gefasst (Morley, et al., 2019, Monteverde 2019; Fourie, 2015; Corley, 2002). Riedel, Goldbach und Lehmeier (2022) bemängeln, dass das Konzept des Moral Distress nicht klar definiert sei (S. 428) und schlagen stattdessen vor, den Begriff „moralisches Belastungserleben“ zu verwenden.

Es ist hervorzuheben, dass sich diese Forschungsarbeit an der Definition von Morley et al. (2019, S. 660) orientiert. Demnach wird Moral Distress als ein Phänomen beschrieben, das in einem kausalen Zusammenhang mit einem moralischen Ereignis steht. Das Erleben von Moral Distress basiert auf drei zentralen Elementen: (1) der Wahrnehmung eines moralischen Ereignisses, (2) die Erfahrung psychischer Belastung und (3) der direkten kausalen Beziehung zwischen diesen beiden Faktoren. Diese Kombination wird als notwendige Voraussetzung für das Auftreten von Moral Distress angesehen (Morley, Bradbury-Jones & Ives, 2021; Morley et al., 2019). Morley et al. (2019) betonen zudem, dass Moral Distress nicht nur durch äußere Einschränkungen oder herausfordernden Situationen entstehen, sondern auch durch Wertekonflikte zwischen mehreren Beteiligten.

Moral Distress kann ebenfalls auftreten, wenn allgemeine Unsicherheit besteht, welche Handlung in einer herausfordernden Situation moralisch richtig ist (Kada & Lesnik, 2019). Moral Distress entsteht laut Balman-van Ooijen et al. (2023) auch, wenn Gewissenskonflikte im Team nicht besprochen oder keine Möglichkeit zur gemeinsamen Reflektion besteht. Allgemein tragen eine Reihe von verschiedenen Hindernissen zur Entstehung von Moral Distress bei, darunter unzureichende Aus- und Weiterbildung, fehlende Zeit- oder Personalressourcen, Ausübung von Tätigkeiten, für die das Pflegepersonal nicht qualifiziert ist, sowie institutionelle oder rechtliche

Vorgaben, die mit Pflegeanforderungen kollidieren (Wöhlke & Wiesemann, 2016; Escolar-Chua, 2018).

2.2 Berufseinstieg in die professionelle Pflege

Der moralische Distress tritt laut Jameton (1984) bereits während der Pflegeausbildung auf und kann bei Studierenden ein Gefühl der moralischen Belastung auslösen (Sahli & Rüfli, 2021). Aufgrund ihrer begrenzten Erfahrung in der Praxis, sowie der niedrigen Position in der hierarchischen Struktur des Gesundheitswesens und ihrer eingeschränkten Entscheidungskompetenz sind Berufseinsteiger:innen besonders für Moral Distress anfällig (Küpper, 2020). Die ersten praktischen Erfahrungen sind daher von entscheidender Bedeutung, um ein Drop-Out während der Ausbildungszeit zu vermeiden (Bahlman-van Ooijen et al, 2023).

Zu Beginn ihrer Karriere stehen bei beruflich jungen Pflegepersonen zunächst die persönlichen und beruflichen Motivationen im Vordergrund. Besonders geschätzt werden die Arbeit mit und am Menschen, die Dankbarkeit und Wertschätzung der Bewohner:innen beziehungsweise Patient:innen, sowie die Vielseitigkeit des Berufs, die unterschiedlichen Möglichkeiten der Fachbereiche (Jerusalem et al, 2022). Trotz der positiven Einstiegsmotive sehen sich unerfahrene Pflegepersonen mit vielen Herausforderungen konfrontiert, die ihren Arbeitsalltag besonders belasten können. Aufgrund fehlender Berufserfahrung als diplomierte Pflegeperson sind Routine, Wissen und Belastungsbewältigung noch unzureichend entwickelt, was den Alltag während des Einstiegs in die Pflegepraxis erschwert (Roghayeh et al. 2019). Die Diskrepanz zwischen Theorie und beruflicher Praxis führt häufig zu einem ausgeprägten Belastungsempfinden (Bahlman-van Ooije et al., 2023; Wöhlke & Wiesemann, 2016). Hinzu kommt, dass sich Berufsanfänger:innen in vielen Situationen machtlos fühlen (Heloiza, Flávia & José, 2018; Snopek, Popovicova & Piliskova, 2016), vor allem im Umgang mit erfahrenem Pflegepersonal oder Ärzt:innen (Küpper 2020; Renno et al, 2016). Bei der Transition von der akademischen Umgebung in die klinische Praxis bilden sie ein hohes Level an Commitment dem Pflegeberuf gegenüber aus, Sie erwarten eine gut strukturierte Einschulung auf der Abteilung, damit sie der Verantwortung im Bereich gerecht werden. Wenn die Personal- und Zeitressourcen für die Einschulung dennoch nicht gegeben sind, fühlen

sich Pflegepersonen von der großen Verantwortung überfordert und erleben Moral Distress (Prosen & Lichen, 2023; Bahlman-van Ooije et al., 2023).

Institutionelle Rahmenbedingungen spielen für Pflegepersonen generell beim Erleben von Moral Distress im Pflegealltag eine zentrale Rolle (Morley et al., 2019). Faktoren wie Zeitdruck, Personalmangel (Küpper, 2020), Hierarchien (Sahli & Rüfli, 2021) oder institutionellen Vorgaben können bei allen Pflegepersonen moralisch begründetes Handeln einschränken, obwohl Pflegepersonen wissen, was ethisch korrekt wäre. Vor allem Berufseinsteiger:innen sind aufgrund von eingeschränktem Mitspracherecht und Handlungsspielraum gefährdet (Escolar-Chua, 2018). Wenn Moral Distress nicht thematisiert oder reflektiert werden kann, steigt das Risiko für psychische Belastungen deutlich (Corley, 2021).

2.3 Auswirkungen und Folgen von Moral Distress

Ein weiterer zentraler Aspekt in der Auseinandersetzung mit MD betrifft die Auswirkungen auf die Qualität der Patient:Innenversorgung. Corley (2012) betont, dass moralischer Stress nicht nur die Pflegenden selbst betrifft, sondern auch zu unangemessener und unzureichender Betreuung führen kann. Pflegepersonen, die unter moralischem Stress leiden, neigen häufig zu emotionaler Distanzierung sowie Vermeidungsverhalten, was die Beziehungsqualität sowie die pflegerische Versorgung erheblich beeinträchtigen kann (Roghayeh et al., 2019).

Typische Indikatoren von Moral Distress sind Frustration, Ohnmachtsgefühle und das Gefühl der ethischen Dissonanz, wenn eigene Werte und Überzeugungen im beruflichen Handeln nicht umgesetzt werden können. Werden diese Belastungen nicht aufgearbeitet, kann sich ein sogenanntes „moralisches Residuum“ bilden, das langfristig zu emotionaler Erschöpfung und möglicherweise zu einem beruflichen Ausstieg führen kann (Corley, 2012; Bahlman-van Ooije et al., 2023). Angesichts der gravierenden Folgen von Moral Distress, wie Burnout, innere Kündigung oder Berufsausstieg, ist die Nutzung von Unterstützungsangeboten sowie die Implementierung gezielter Copingstrategien essenziell (Küpper, 2020).

2.4 Institutionelle Unterstützungsangebote und individuelle Bewältigungsstrategien

In der Forschung besteht ein klarer Konsens darüber, dass moralischer Distress im Pflegealltag häufig auftritt und Maßnahmen erforderlich sind, um diesem wirksam in der Praxis zu begegnen (Küpper, 2020; Jameton, 2017; Corley, 2005;). Zur Bewältigung von moralischem Distress schlagen Autor:innen verschiedene Interventionen vor, darunter klinische Supervision (Escolar-Chua, 2018), Coaching (Jerusalem et al, 2022), Mentoringprogramme (Gautam et al., 2023; Corley, 2005) Schulungsprogramme sowie die Einbindung von Pflegepersonen in ethische Entscheidungsprozesse (Corley, 2021). Auf institutioneller Ebene werden in vielen Krankenhäusern ethische Fallbesprechungen eingerichtet, in denen moralische Fragestellungen im Team diskutiert werden können (Jameton, 2017). Der Fokus liegt darauf, das Pflegepersonal zu ermutigen, ihre Bedenken mehr zu äußern und ethische Fragen bzw. moralische Dilemmata aktiv anzusprechen.

In der Literatur liegt der Schwerpunkt überwiegend auf den Herausforderungen durch Moral Distress, während individuelle Bewältigungsstrategien bislang kaum untersucht wurden. Zwar existieren Studien zum Transition Schock und den damit verbundenen Belastungen von Auszubildenden, jedoch bleiben persönliche Strategien zur Bewältigung weitgehend unbeachtet. Escolar-Chua (2018) berichtet, dass viele Pflegestudierende Moral Distress ignorieren, um gewisse Konflikte und Konfrontationen mit Patient:innen oder Kolleg:innen im Team zu vermeiden. Die Auseinandersetzung mit Moral Distress ist von zentraler Bedeutung, da sie beitragen kann, dessen negative Folgen zu verringern, die moralische Sensibilität von Pflegefachpersonen zu bewahren, moralische Courage zu fördern und somit eine sichere sowie qualitativ hochwertige Patient:innenversorgung zu gewährleisten (Heloiza, Flávia & José, 2018; Escolar-Chua, 2018).

Die aktuelle Personalsituation in der Pflege in Österreich ist geprägt von Fachkräftemangel und einer zunehmenden beruflichen Belastung (Juraszovich, Rappold & Grysmi, 2023). Besonders stehen Pflegepersonen beim Berufseinstieg vor zahlreichen Herausforderungen, die oft zu Moral Distress führen können. Da Berufseinsteiger:innen die Zukunft des Gesundheitssystems darstellen, ist es von zentraler Bedeutung, ihre Erfahrungen, Belastungen und Unterstützungsbedarfe näher zu beleuchten, um gezielte Fördermaßnahmen entwickeln zu können.

Das Forschungsinteresse dieser Arbeit liegt auf den Erfahrungen diplomierter Pflegepersonen im ersten Berufsjahr im Umgang mit Moral Distress. Es soll untersucht werden, welche Situationen Moral Distress auslösen, welche institutionellen Unterstützungsangebote bestehen und welche Angebote und individuellen Bewältigungsstrategien tatsächlich angewendet werden. Während der Fokus bisher vor allem auf Auszubildenden (Gautam et al., 2023; Heloiza, Flávia & José, 2018) oder erfahrenen Pflegepersonen in spezialisierten Settings, wie beispielsweise im Intensiv- (Graeb, 2019), Langzeit- (Kada & Lesnik, 2019) oder Palliativsetting (Corradi-Perini, Beltrao & Ribeiro, 2021) lag, fehlen Studien zu den Erfahrungen von Berufseinsteiger:innen auf akutmedizinischen Bettenstationen. Diese Arbeit zielt darauf ab, einen Beitrag leisten zur Schließung dieser Lücke zu leisten und praxisnahe Impulse für unterstützende Maßnahmen im Pflegealltag zu geben.

3. Forschungsziel und Forschungsfrage

Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Wahrnehmung und Bedeutung von Moral Distress von Berufseinsteiger:innen in der Pflege auf regulären akutmedizinischen Bettenstationen darzustellen. Dabei soll untersucht werden, wie Moral Distress erlebt wird, welche typischen Auslöser benannt werden und welche emotionalen Auswirkungen damit einhergehen. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Erfassung und Systematisierung von institutionellen Unterstützungsangebote und individuellen Bewältigungsstrategien, die Pflegepersonen im Umgang mit Moral Distress im Berufseinstieg anwenden.

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit soll folgende Forschungsfrage beantwortet werden:

„Welche Erfahrungen machen Pflegeberufseinsteiger:innen zu “Moral Distress” auf nicht-spezialisierten Bettenstationen und welche individuellen Bewältigungsstrategien und institutionellen Unterstützungsangebote nutzen sie?“

4. Methodik

In diesem Abschnitt wird die Methodik der Studie detailliert dargestellt. Dazu zählen die Wahl des Forschungsdesigns, Beschreibung der Studienteilnehmer:innen und des Rekrutierungsprozesses, die Datenerhebung und Auswertung, der Arbeitsprozess sowie die Berücksichtigung ethischer Aspekte.

4.1 Qualitativer Forschungsansatz

Um ein vertieftes Verständnis der Erfahrungen und Herausforderungen von Moral Distress bei Pflegepersonen zu Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit zu gewinnen, wurde ein qualitativer Forschungsansatz ausgewählt. Da sich diese Arbeit primär mit der Wahrnehmung von Moral Distress auseinandersetzte, lag ein besonderes Augenmerk auf den subjektiven Erfahrungen der Betroffenen. Dieser Aspekt konnte durch den qualitativen Charakter des Projekts angemessen berücksichtigt werden (Mayer, 2015).

Zur Erhebung der Daten wurden problemzentrierte, leitfadengestützte Interviews nach Helfferich (2019; 2011) durchgeführt. Diese Methode erlaubt es, durch gezielte Leitfragen anzusprechen, ohne die Offenheit für individuelle Erzählungen einzuschränken. Ziel ist eine fokussierte und flexible Gesprächsführung, die Raum für vertiefende Nachfragen bietet. Problemzentrierte Interviews zeichnen sich laut Witzel (2000, 1982) durch einen dialogischen Charakter aus. Es wurden vorstrukturierte Fragen gestellt, gleichzeitig bestand die Möglichkeit zur spontanen Vertiefung bestimmter Aspekte. Der Interviewleitfaden diente dabei als inhaltliche und strukturelle Orientierung. Nach Helfferich (2019) handelt es sich dabei um eine im Vorfeld entwickelte Gesprächsstruktur, die individuell angepasst werden kann. Das Gespräch sollte jedoch eine einleitende Erzählaufforderung, themenspezifische Fragen sowie Stichworte für offen formulierte Anschlussfragen enthalten (Mayring, 2002). Der Leitfaden dient somit als Hintergrundkontrolle, die eine systematische Erhebung ermöglicht, ohne die Erzählfreiheit der Interviewten einzuschränken.

Um eine möglichst hohe Praxisnähe zu gewährleisten, wurde zu Beginn des Interviews eine kurze Einführung in das Phänomen Moral Distress gegeben, gefolgt von einer Fallvignette, die auf einer persönlich erlebten Situation aus meiner beruflichen Praxis basiert. Im Anschluss wurden mehrere offene Fragen zu Erfahrungen mit Moral

Distress beim Berufseinstieg gestellt. Dabei wurde darauf geachtet, die Anzahl der Fragen begrenzt zu halten und Vertiefungen innerhalb des gesteckten Rahmens des Leitfadens zu belassen (Helfferich, 2011). Ein Beispiel des Leitfadens ist als Anhang 2 beigelegt.

Die Auswertung der Daten erfolgte im weiteren Verlauf der Studie mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024). Diese Methode wurde gewählt, da sie eine Verknüpfung deduktiver Kategorien aus der Literatur mit induktiv gewonnenen Aussagen der Interviewpartner:innen ermöglicht. Dadurch unterstützt sie den explorativen Charakter der Studie und gewährleistet eine Verbindung zwischen theoretischem Vorwissen und praxisnahen Erkenntnissen. Zur Dokumentationstransparenz wurden die Phasen der Datenerhebung sowie Auswertung dieser Arbeit in folgenden Unterpunkten „4.4 Methode der Datenerhebung“ sowie „4.5 Datenauswertung“ näher beschrieben.

4.2 Definition des Samples

Zur Sicherstellung der inhaltlichen Relevanz und Aussagekraft der erhobenen Daten erfolgte die Auswahl der Teilnehmenden mittels einer zielgerichteten Stichprobe (purposive sampling) auf Grundlage klar definierter Einschlusskriterien (Mayer, 2015). Um gezielt beruflich junge Pflegepersonen zu erreichen, wurde der Rekrutierungsprozess über die Plattform Facebook durchgeführt. Ergänzend kam das Schneeballprinzip zum Einsatz, indem erste Teilnehmende weitere geeignete Personen aus ihrem beruflichen Umfeld auf die Studie aufmerksam machten. Diese Kombination erlaubte es, eine differenzierte, aber zugleich praxisnahe Stichprobe zu generieren, die den Forschungszielen, insbesondere der Erfassung vielfältiger subjektiver Erfahrungen mit Moral Distress zu Beginn der Berufslaufbahn entspricht.

Die Auswahl der Studienteilnehmer:innen orientierte sich laut Mayer (2005) an den qualitativen Forschungskriterien der Angemessenheit, Nützlichkeit sowie Zweckgebundenheit. Zudem sollen für die Studie ausreichend Informationen über die Teilnehmer:innen erhoben werden, um das untersuchte Phänomen umfassend und angemessen zu beschreiben. Nützlichkeit fokussiert sich auf die Relevanz der Daten. Trotz kleiner Stichprobengröße der Arbeit muss trotzdem sichergestellt werden, dass die Ergebnisse nicht zufällig, sondern inhaltlich belastbar sind. Zweckgebundenheit

beschreibt, dass die Teilnehmenden bestimmte Merkmale aufweisen, die mit dem Untersuchungsgegenstand in direktem Zusammenhang stehen.

Das Ziel der Definition des Samples war es, Pflegepersonal zu rekrutieren, die das erste Berufsjahr abgeschlossen haben und retrospektiv über ihre Erfahrungen mit Moral Distress berichten können. Es wurden zudem Berufseinsteiger:innen in der Einschulungsphase ausgeschlossen, da sie sich in einer besonders sensiblen Phase befinden. Aus ethischen Gründen wurde entschieden, ihre mentale Gesundheit im Berufseinstieg nicht durch eine Studienteilnahme zu belasten.

Die Einschlusskriterien legten fest, dass es sich um diplomierte Gesundheit- und Krankenpfleger:innen handeln muss, die ihr erstes Berufsjahr im nicht-spezialisierten Bereich bereits abgeschlossen haben, sich aktuell im zweiten bis dritten Berufsjahr befinden und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen, um den Interviewverlauf zu gewährleisten.

Zur Wahrung der thematischen Fokussierung auf reguläre akutmedizinischen Bettenstationen wurden spezialisierte Pflegebereiche, wie Notfall-, Intensiv-, OP-, Psychiatrie-, Palliativ- und Dialysepflege explizit ausgeschlossen. Diese Settings erfordern gesetzlich vorgeschriebene Weiterbildungen (BMSGPK, 2020) und sind bereits Gegenstand zahlreicher Studien zu Moral Distress, in denen häufig besonders hohe Belastungen beschrieben werden. Auch pädiatrische Stationen wurden aufgrund ihrer spezifischen fachlichen und emotionalen Anforderungen vom Sampling ausgeschlossen.

Weitere Voraussetzungen für die Teilnahme waren die grundsätzliche Bereitschaft zur Mitwirkung an der Studie sowie das Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung (Seidlein, Riedel & Klotz, 2025). Es wurde bewusst keine Altersgrenze festgelegt, um auch Quereinsteiger:innen zu berücksichtigen. Ebenso wurden keine bestimmten Fachabteilungen bevorzugt, um eine heterogene Stichprobe zu erzielen, die vielfältige Perspektiven aus verschiedenen Bettenstationen abbildet.

4.3 Rekrutierungsprozess

Da sich die Stichprobe auf diplomierte Pflegepersonen mit zwei bis drei Jahren Berufserfahrung im regulären akutmedizinischen Bereich konzentrierte, war die gezielte Auswahl bestimmter Institutionen nicht erforderlich. Stattdessen wurde ein digitaler Zugang zur Zielgruppe gewählt, um insbesondere die jüngere, technologiebewusste Generation anzusprechen.

Die Rekrutierung der Teilnehmer:innen erfolgte primär über die Plattform Facebook, in zwei großen pflegebezogenen Gruppen, in denen sich Pflegepersonen aus Österreich, der Schweiz und Deutschland online austauschen konnten. Nach Rücksprache mit den Administrator:innen wurden im Zeitraum von Juli bis Oktober 2025 alle zwei bis drei Wochen Beiträge in den Chatforen veröffentlicht, in denen ich Mitglieder über die Masterarbeit informiert sowie zur Studienteilnahme eingeladen habe. Die Beiträge enthielten eine Kurzbeschreibung des Forschungsvorhabens sowie die wichtigsten Einschlusskriterien:

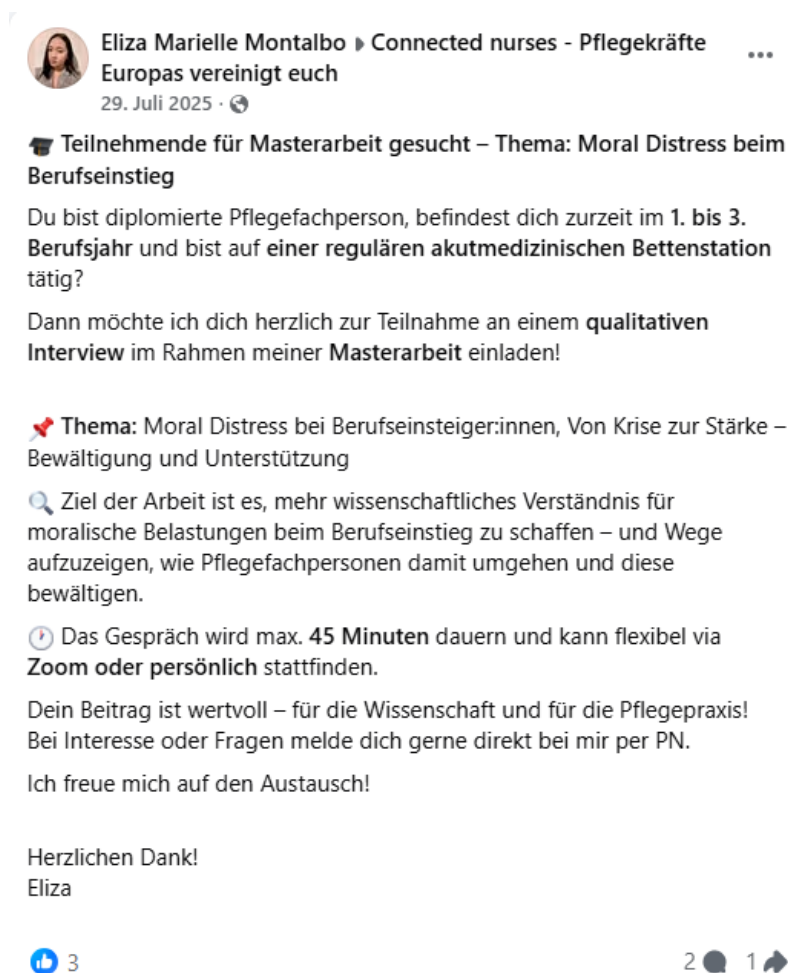


Abbildung 1: Facebook Beitrag – Teilnehmende für Masterarbeit gesucht (Screenshot, 2026)

In der folgenden Abbildung ist ein Screenshot eines Facebook-Beitrags zu sehen, den ich im Juli 2025 veröffentlicht habe. In dem Beitrag wurde kurz erläutert, worum es in der Studie grundsätzlich geht, dass es sich um ein qualitatives Interview im Rahmen der Masterarbeit handelt, welches Thema und Ziel der Untersuchung erläutert. Zudem habe ich die voraussichtliche Dauer des Gesprächs angegeben und betont, dass jeder Beitrag wertvoll für die Forschung ist.

Im Facebook-Eintrag wurde angegeben, dass sich die Zielgruppe im ersten bis dritten Berufsjahr befinden soll. Diese Angabe war jedoch nicht präzise formuliert, da sich die Studie tatsächlich an Pflegepersonen richtet, die das erste Berufsjahr bereits abgeschlossen haben. Um diesem Kriterium gerecht zu werden, wurden interessierte Personen nach ihrer Kontaktaufnahme gezielt gefragt, in welchem Berufsjahr sie sich befinden. Die Aufnahme in die Studie erfolgte erst nach Überprüfung dieses Einschlusskriteriums. Innerhalb der ersten Woche nach der Veröffentlichung meldeten sich daraufhin drei Interessierte für eine Teilnahme.

Die Personen konnten sich direkt über Facebook-Messenger oder unter den Posts melden. Nach einer kurzen Vorabklärung zur Eignung für die Teilnahme wurde ihnen das Informationsschreiben beziehungsweise die Einverständniserklärung per E-Mail zugesandt. Da die Rückmeldungen auf die digitalen Beiträge dennoch begrenzt blieben, wurde zusätzlich das Schneeballprinzip eingesetzt. Bereits interviewte Personen wurden gebeten, weitere potenzielle Teilnehmende aus ihrem beruflichen oder privaten Umfeld auf die Studie aufmerksam zu machen. Diese Methode führte zu weiteren Kontakten, insbesondere mit Pflegepersonen aus verschiedenen Krankenhäusern in Wien.

Die Rekrutierung zog sich insgesamt von Ende Juli bis Anfang Oktober 2025. Insgesamt wurden zehn passende Teilnehmende in die Studie aufgenommen. Eine Person, die sich für das Interview interessiert hatte, wurde aufgrund ihrer Tätigkeit auf einer Dialysestation ausgeschlossen, da spezialisierte Stationen nicht berücksichtigt wurden.

Die Datensättigung wurde erreicht, als in den Interviews keine neuen Erkenntnisse oder Themen mehr auftraten (Mayer, 2015). Im Anhang 1 befindet sich das Informationsschreiben beziehungsweise die Einverständniserklärung zur Studie.

4.4 Methode der Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels problemzentrierter Leitfadeninterviews nach Helfferich (2019), da diese Interviewmethode eine differenzierte Erfassung, realitätsnahe Alltagsgeschichten und individuelle Problemdeutungen ermöglichte. Die leitfadengestützten Interviews dauerten zwischen 30 bis 60 Minuten.

Zur Einleitung diente eine Fallvignette, in der ein typisches, aus eigener Erfahrung abgeleitetes Szenario beschrieben wurde, indem Moral Distress auftritt. Um einen erzählgenerierenden Impuls zu setzen und die Interviewpartner:innen thematisch einzuführen, folgte auf die Vignette eine offene Einstiegsfrage (Mayring, 2023). Ergänzend zum problemzentrierten Interview wurden nach Witzel (2000) unmittelbar nach dem Gespräch sogenannte Postskripte erstellt. Diese enthielten Notizen zu den Gesprächsinhalten, Beobachtungen nonverbaler Kommunikation sowie Hinweise auf markante Phasen des Gesprächsverlaufs. Darüber hinaus wurden mögliche Störungen, thematische Auffälligkeiten sowie erste Interpretationen der Forscherin dokumentiert, die Impulse für die Auswertungen lieferten. Zusätzlich wurden nach Audioaufnahme soziodemografische Daten wie Alter, Pflegebereich und Berufserfahrung in Jahre erhoben (Witzel, 2000).

Die Interviews wurden überwiegend online über Zoom durchgeführt. Die Wahl des Interviewsettings oblag den Teilnehmenden selbst. Viele entschieden sich für das digitale Format, was größtenteils auf zeitliche Gründe und ein erhöhtes Bedürfnis nach Privatsphäre zurückzuführen war. In einigen Fällen baten Teilnehmende darum, während des Interviews nicht per Video sichtbar zu sein, sondern lediglich per Audio zu kommunizieren. Alle Interviews fanden in einem ruhigen, vertraulichen Rahmen statt, um eine offene Gesprächsatmosphäre zu ermöglichen.

4.5 Datenauswertung

Die Interviews wurden für diese Masterarbeit digital aufgenommen, transkribiert und mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) ausgewertet. Für die Transkription wurden unterschiedliche Methoden und Softwarelösungen erprobt, wobei darauf geachtet wurde, dass die Arbeit mit sensiblen Daten besondere Anforderungen an Datenschutz und Genauigkeit stellte.

Zunächst wurden automatische Transkriptionen der iPhone-Sprachmemos erstellt. Diese erwiesen sich als schwierig, da die kostenfreie Software nicht jedes Wort korrekt erkannte, sodass ein erheblicher Korrekturaufwand nötig war. Anschließend wurden weitere Transkripte mit aTrain, einer Offline-Software der Universität Graz, erstellt. Diese Lösung ermöglichte die Transkription sensibler Daten ohne Speicherung in einer Cloud und bot die Möglichkeit, Sprecher:innen zu identifizieren (Haberl et al., 2023). Zwei Interviews wurden mithilfe des MAXQDA AI Zusatzservices transkribiert. Die Online-Software lieferte sehr genaue und schnelle Ergebnisse, konnte Sprecher:innen identifizieren und eine zusätzliche Zusammenfassung des Gesprächsinhalts erstellen. Der Einsatz beschränkte sich auf die kostenfreien Minuten, wodurch die Kosten minimiert wurden. MAXQDA wird zudem als datenschutzkonform bewertet.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) kombinierte deduktive und induktive Kategorienbildung, sodass sowohl theoriegeleitete als auch materialbasierte Aspekte berücksichtigt wurden (Kuckartz & Rädiker, 2024). Diese Methode ermöglicht eine strukturierte Darstellung der Erfahrungsberichte zu Moral Distress in Ober- und Unterkategorien. Im Analyseprozess wurden spezifische Situationen identifiziert, in denen Pflegeberufseinsteiger:innen Moral Distress erleben, sowie institutionelle Unterstützungsangebote und individuelle Bewältigungsstrategien herausgearbeitet. Ergänzend wurden Memos angefertigt, die den analytischen Prozess unterstützten, etwa zur Reflexion des Gesprächsverlaufs oder auffälliger sprachlicher und nonverbaler Aspekte der Interviewten (Birks, Chapman & Francis, 2008).

Arbeitsprozess

Neben der Standardsoftware „Microsoft Word“ wurde der Schreibprozess durch den Einsatz von KI-gestützten Textwerkzeugen (ChatGPT) unterstützt. Diese wurden ausschließlich zur Optimierung von Formulierungen sowie zur Überprüfung der grammatikalischen Korrektheit eingesetzt. Die inhaltliche Erarbeitung, Datenerhebung- sowie Analyse und kritische Reflexion erfolgten eigenständig.

4.6 Ethische Aspekte

Die Durchführung der vorliegenden Forschungsarbeit erfordert die Berücksichtigung zentraler ethischen Prinzipien, um die Rechte und das Wohlergehen der Teilnehmenden zu gewährleisten. Im Fokus stehen dabei insbesondere die Aufklärung und informierte Einwilligung, der Schutz personenbezogener Daten, die Vermeidung von Schaden sowie ein sensibler Umgang mit potenzieller emotionaler Belastung. Die genannten Aspekte werden in diesen Abschnitt besonders beleuchtet.

Aufklärung und informierte Einwilligung

Für die Durchführung der Studie wurde eine Einverständniserklärung erstellt, in der das Forschungsthema sowie die Problematik verständlich und transparent dargestellt wurden (Seidlein, Riedel & Klotz, 2025). Da es sich um ein sensibles Thema handelt, wurde besonders hervorgehoben, dass eine Teilnahme nur erfolgen kann, wenn das Informationsschreiben sowie die Informed Consent Form gelesen, verstanden und unterzeichnet wurden (Klykken, 2021). Zu Beginn jedes Interviews wurden die Studienteilnehmer:innen zudem mündlich darüber informiert, dass ihre Teilnahme freiwillig ist und sie das Interview ohne Angabe von Gründen unterbrechen oder abbrechen können.

Datenschutz und Nicht-Schadens Prinzip

Zur Gewährleistung der Anonymität wurden die Daten pseudonymisiert erhoben und verarbeitet. Außerdem wurde darauf geachtet, keine Rückschlüsse auf die Teilnehmenden durch Nennung von Krankenhaus oder Arbeitsort zuzulassen (Döring & Bortz, 2016). Der Umgang der erhobenen Daten erfolgte gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO). Nach Abschluss der Datenauswertung wurden die Audiodateien gelöscht. Die Transkripte wurden passwortgeschützt gespeichert und für mindestens zehn Jahre aufbewahrt. Das ethische Prinzip des Nicht-Schadens wurde ebenfalls eingehalten: Den Teilnehmer:innen entstehen keine Nachteile, sollten sie ihre Teilnahme abbrechen (Bundesministerium für Bildung, 2020, S. 13).

Umgang mit emotionaler Belastung und Ongoing Consent

Bei emotionalen Reaktionen am Ende des Interviews bestand die Möglichkeit, ein psychohygienisches Gespräch mit der Forscherin zu führen. Falls erforderlich, wurde den Pflegepersonen als Kollegin Unterstützung angeboten, um sie auf psychologische oder therapeutische Hilfsangebote hinzuweisen und so ihre psychische Gesundheit zu schützen. Ziel war es, mögliche emotionale Belastungen abzufangen und einen belastenden Gesprächsabschluss zu vermeiden. Gleichzeitig sollte durch diese Vorgehensweise ein Ongoing Consent gewährleistet werden, um sicherzustellen, dass die gewonnenen Daten auf freiwilliger und informierter Basis erhoben wurden (Klykken, 2021). Das Angebot eines psychohygienischen Gesprächs wurde jedoch von keiner Person in Anspruch genommen.

Ethische Einschätzung und Schutz der Teilnehmenden

Pflegepersonen sind im Berufsalltag häufig mit moralisch belastenden Situationen konfrontiert, was die Relevanz von Moral Distress als berufsbezogenes Phänomen innerhalb der Pflegepraxis bestätigt (Kada & Lesnik, 2019; Wöhlke & Wiesemann, 2016; Burston, 2013). Auch wenn die Berufsgruppe der Pflegenden in der Forschung grundsätzlich nicht als vulnerable Population definiert wird, betont Schrems (2014), dass Pflegepersonen situativ verletzlich sein können. Diese Einschätzung trifft vor allem auf Berufseinsteiger:innen in der Pflege zu, die laut Literatur besonders stark von Moral Distress betroffen sind. Zur Gewährleistung ethischer Standards wurde das „Research Ethics Questionnaire“ der Fakultät für Sozialwissenschaften der Universität Wien ausgefüllt (Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien, 2024). Nach Prüfung durch das zuständige Review Board wurde bestätigt, dass die Durchführung der Studie unter Einhaltung der geltenden ethischen Richtlinien möglich war und keine schwerwiegenden ethischen Bedenken bestanden.

Mögliche Probleme oder Einflussfaktoren

Eine Herausforderung der Forschungsarbeit bestand darin, geeignete Leitfragen für Interviews zum Thema Moral Distress zu entwickeln, da die Thematik bei den Teilnehmer:innen emotionale Reaktionen hervorrufen konnte. In Fall von emotionalen Ausbrüchen bemühte ich mich stets ruhig und empathisch zu reagieren sowie den Teilnehmenden während den Interviews Pausen zu ermöglichen. Ein geschützter Rahmen, der Sicherheit vermittelt, war daher essenziell (Grace & Milliken, 2022). Zudem erwiesen sich eine gründliche Vorbereitung mit der Betreuerin sowie das vorherige Testen der Leitfragen als vorteilhaft. Der Leitfaden sah vor, dass die Interviews nicht abrupt nach belastenden Schilderungen beendet, sondern mit einem positiven Ausblick auf das Phänomen Moral Distress abgerundet wurden. Dabei wurde auf eine achtsame Formulierung von Sprache und Fragen geachtet, um einen respektvollen Gesprächsverlauf zu gewährleisten (Seidlein, Riedel & Klotz, 2025).

Eine weitere potenzielle Herausforderung bestand darin, dass sich durch emotional belastende Erzählungen der Befragten emotionalen Stress entwickeln kann, wobei es schwierig sein kann, gleichzeitig professionell und einfühlsam zu handeln. Zur Bewältigung wurden nach den Interviews regelmäßige Reflexionsgespräche mit der Betreuerin geführt und individuelle Maßnahmen zur Selbstfürsorge umgesetzt.

4.7 Merkmale des Samples

Im Rahmen dieser Studie wurden zehn diplomierte Pflegepersonen des gehobenen Dienstes befragt, die sich zu dem Zeitpunkt der Interviews im zweiten bis dritten Berufsjahr befanden.

Alle befragten Personen absolvierten ihr erstes Berufsjahr auf nicht-spezialisierten Bettenstationen. Pflegepersonen aus spezialisierten Bereichen wie Intensivstation, Notaufnahme, OP, Dialyse oder Palliativpflege wurden bewusst von der Studie ausgeschlossen, da diese Settings bereits häufiger in Zusammenhang mit Moral Distress untersucht wurden. Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, die bestehende Forschungslücke im Bereich der allgemeinen akutmedizinischen Stationen zu schließen.

Es wurde keine Altersbegrenzung für die Teilnahme festgelegt, da sich auch Quereinsteiger:innen im zweiten bis dritten Berufsjahr befinden können. Ebenso spielte der Beschäftigungsumfang keine ausschlaggebende Rolle. Alle interviewten Personen waren jedoch zum Zeitpunkt der Erhebung in Vollzeit tätig.

Die Zusammensetzung der Stichprobe stellte sich wie folgt dar:

- Geschlecht: 7 Frauen, 3 Männer
- Alter: Jüngste Person: 24 Jahre; älteste Person: 28 Jahre
- Durchschnittsalter: 25,9 Jahre
- Berufserfahrung:
 - 2 Personen: Anfang des 2. Berufsjahres
 - 4 Personen: Mitten im 2. Berufsjahr
 - 4 Personen: im 3. Berufsjahr
- Ausbildungshintergrund:
 - 8 Berufseinsteiger:innen
 - 2 Quereinsteiger:innen
- Beschäftigungsstatus: Alle in Vollzeitanstellung
- Arbeitsbereich: Reguläre akutstationäre Bettenstationen in verschiedenen Fachrichtungen, darunter:
 - Dermatologie
 - HNO/Urologie
 - Kardiologie
 - Chirurgie (inkl. Neurochirurgie)

- Orthopädie
- Interdisziplinäre Station mit Fokus Interne Medizin
- Wochenbettstation

Die Mehrheit der Teilnehmenden befand sich entweder in der Mitte des zweiten oder bereits im dritten Berufsjahr, während lediglich zwei Personen am Anfang ihres zweiten Berufsjahres standen. Diese Verteilung ermöglicht eine ausreichende Variationsbreite innerhalb der gewünschten Zielgruppe.

4.8 Gütekriterien

Die Ergebnisse der Studie wurden vor dem Hintergrund der Gütekriterien für qualitative Forschung bewertet. Mayring (2015) nennt in diesem Zusammenhang folgende Kriterien: Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, Kommunikative Validierung sowie Triangulation.

Verfahrensdokumentation und Regelgeleitetheit

Die Verfahrensdokumentation stellt ein wesentliches Gütekriterium qualitativer Forschung dar und dient der Sicherung von Transparenz und Nachvollziehbarkeit des gesamten Forschungsprozesses (Mayring, 2015). Ziel ist es, Dritten eine nachvollziehbare Rekonstruktion des Forschungsprozesses zu ermöglichen und damit die wissenschaftliche Qualität und Überprüfbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen. In dieser Studie wurde sie durch eine detaillierte und systematische Darstellung aller methodischen Schritte gewährleistet.

Im Methodikkapitel wurden folgende zentralen Aspekte ausführlich beschrieben: Zielsetzung der Studie, Auswahl und Zusammensetzung der Stichprobe (inkl. Ein- und Ausschlusskriterien), Rekrutierungsprozess, Erhebungsmethode (problemzentrierte leitfadengestützte Interviews nach Helfferich, 2019), Durchführung der Interviews (Setting, Dauer, technische Umsetzung), sowie die Auswertungsmethode (qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker, 2024).

Darüber hinaus wurden alle verwendeten Instrumente, wie der Interviewleitfaden, das Informationsschreiben sowie die Einverständniserklärung, im Anhang dokumentiert.

Die Datenerhebung und -auswertung erfolgten systematisch, theoriegeleitet und nachvollziehbar. Alle relevanten Entscheidungen und Arbeitsschritte, wie zum Beispiel Entwicklung des Kategoriensystems, Codierung sowie Bildung von Subkategorien wurden schriftlich festgehalten. Postskripte nach den Interviews, Codierungsrunden mit MAXQDA sowie der regelmäßige Austausch mit der Betreuerin trugen zur Reflexion und Qualitätssicherung bei.

Reflexivität der Forschenden

Als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin verfüge ich über Erfahrungen mit Moral Distress, insbesondere während des Berufseinstiegs. Diese Vorerfahrungen bildeten den Ausgangspunkt meines Forschungsinteresses, machten zugleich jedoch eine kritische Reflexion der eigenen Rolle erforderlich.

Ich war mir der möglichen subjektiven Einflüsse auf den Forschungsprozess bewusst und bemühte mich, eine neutrale, forschende Haltung einzunehmen. Regelmäßige Gespräche mit der Betreuerin und fortlaufende Selbstreflexion dienten im Rahmen der Studie dazu, persönliche Erfahrungen zu erkennen und deren Einfluss auf Datenerhebung und Interpretation möglichst zu minimieren.

Nähe zum Gegenstand

Um Offenheit gegenüber dem Forschungsfeld zu gewährleisten, wurden im Vorfeld keine starren Hypothesen formuliert. Der Forschungsprozess orientierte sich am Material und ermöglichte das Entstehen neuer theoriebasierter Einsichten, die aus den Erfahrungen der Befragten hervorgingen. Durch die Auseinandersetzung mit den Transkripten im Rahmen der Datenauswertung und die kontinuierliche Reflexion der eigenen Wahrnehmungen konnte eine intensive Nähe zum Untersuchungsgegenstand aufgebaut werden.

Diese Nähe erlaubte es mir, verschiedene Perspektiven der Teilnehmenden zu erkennen und interpretative Tiefe zu erzielen. Gleichzeitig wurde durch regelmäßige Reflexion und Austausch mit der Betreuerin darauf geachtet, dass die eigene Subjektivität bewusst reflektiert und mögliche Verzerrungen minimiert wurden.

Kommunikative Validierung

Die kommunikative Validierung erfolgte während der Interviews durch gezielte Rückfragen und Zusammenfassungen der Aussagen, um Missverständnisse zu vermeiden und die Perspektiven der Befragten korrekt wiederzugeben. Bei Bedarf

bestand zudem die Möglichkeit, Teilnehmende nachträglich per E-Mail oder über soziale Medien zu kontaktieren, um Rückmeldungen oder Präzisierungen einzuholen.

Darüber hinaus trugen diese Rückkopplungen dazu bei, die Interpretationsgenauigkeit der erhobenen Daten zu erhöhen und verzerrte Deutungen zu vermeiden. Die Einbindung der Teilnehmenden in die Validierung stärkte zudem die Vertrauenswürdigkeit der Ergebnisse und erlaubte eine transparente Reflexion der eigenen Interpretationsprozesse.

Theoretische Sättigung

Nach der Auswertung von zehn Interviews wurde eine theoretische Sättigung erreicht. Es traten keine neuen inhaltlichen Aspekte mehr auf, sodass davon ausgegangen werden konnte, dass ein umfassendes und differenziertes Bild des untersuchten Phänomens vorliegt. Die gewonnenen Daten deckten die relevanten Bereiche der Thematik ab und ermöglichten die Identifikation unterschiedlicher Muster und Zusammenhänge. Die Erreichung der theoretischen Sättigung unterstützt die Datenangemessenheit und stärkt die Verlässlichkeit der Analyse, da zusätzliche Interviews voraussichtlich keine neuen Erkenntnisse mehr geliefert hätten.

Interpretative Tiefe und empirische Verankerung

Die Datenanalyse erfolgte tiefgründig und differenziert, um die Bedeutungsstrukturen des Phänomens Moral Distress nachvollziehbar herauszuarbeiten. Alle Interpretationen wurden mit konkreten Textstellen aus den Interviews belegt, um die inhaltliche Validität zu sichern und sicherzustellen, dass die Schlussfolgerungen tatsächlich im Datenmaterial verankert sind (Birks, Chapman & Francis, 2008).

Durch diese Vorgehensweise konnte eine detaillierte Darstellung der Perspektiven der Teilnehmenden erreicht werden. Gleichzeitig wurde die Analyse empirisch fundiert, sodass theoretische Aussagen eng an den tatsächlichen Aussagen der Befragten orientiert sind. Dies unterstützt sowohl die Nachvollziehbarkeit als auch die Transparenz der Forschungsergebnisse.

5 Ergebnisse

Der Berufseinstieg ist von unterschiedlichen Herausforderungen geprägt, die beruflich junge Pflegepersonen im Laufe ihrer Karriere bewältigen müssen. Moral Distress ist ein bekanntes Phänomen in der Pflege, dem in der Praxis nur wenig Beachtung geschenkt wird. Das Ziel dieser Studie war es das Erleben von Moral Distress bei Berufseinsteiger:innen zu erforschen und die verschiedenen Bewältigungsstrategien zu beleuchten.

Die zehn durchgeführten Interviews zeigten, dass herausfordernde Situationen nachhaltige Auswirkungen auf die mentale Gesundheit und die Berufszufriedenheit der Betroffenen hatten. Die Pflegepersonen beschrieben verschiedene Situationen, die sie insbesondere als Berufsanfänger:innen als belastend erlebten. In diesen Situationen berichteten die meisten Teilnehmenden von intensiven emotionalen Reaktionen wie Frustration, Wut oder Hoffnungslosigkeit. Sie wussten häufig, welches Vorgehen moralisch korrekt oder angemessen gewesen wäre, wurden jedoch aufgrund von unterschiedlichen externen oder internen Faktoren daran gehindert, und diese Einschränkung führte zu den beschriebenen Gefühlen.

In dieser Einstiegsphase reagierten die Teilnehmenden auf diese moralisch herausfordernden Situationen, indem sie Strategien entwickelten, die ihnen dabei unterstützten, mit psychischen Belastungen umzugehen und den Berufseinstieg trotz bestehenden Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel fehlender Einschulungszeit, zu bewältigen.

Gleichzeitig zeigte sich, dass die Auswahl der Unterstützungsangebote in den verschiedenen Krankenhäusern begrenzt war und diese Angebote in der Praxis kaum genutzt wurden. Die Interviewpartner:innen äußerten schließlich Wünsche nach Unterstützung und Verbesserung in der Pflegepraxis, um das Wohlbefinden zukünftiger Pflegekräfte zu erhöhen und betonten, dass die mentale Gesundheit von Pflegepersonen stärker in den Vordergrund gerückt werden sollte.

Auf Grundlage des umfangreichen Datenmaterials und der inhaltlich dichten Transkripte wurde ein Kategoriensystem mit sechs Hauptkategorien entwickelt. In Anlehnung an die inhaltlich-strukturierende Analyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) wurden zunächst deduktive Kategorien gebildet, die sich aus der Literatur und der Forschungsfrage ableiteten. Nach der Transkription, Auswertung und Codierung aller

Interviews wurden schrittweise weitere Kategorien induktiv ergänzt oder angepasst. Zudem wurden Kategorien aus den Leitfragen abgeleitet, die dem logischen Aufbau des Interviews entsprachen.

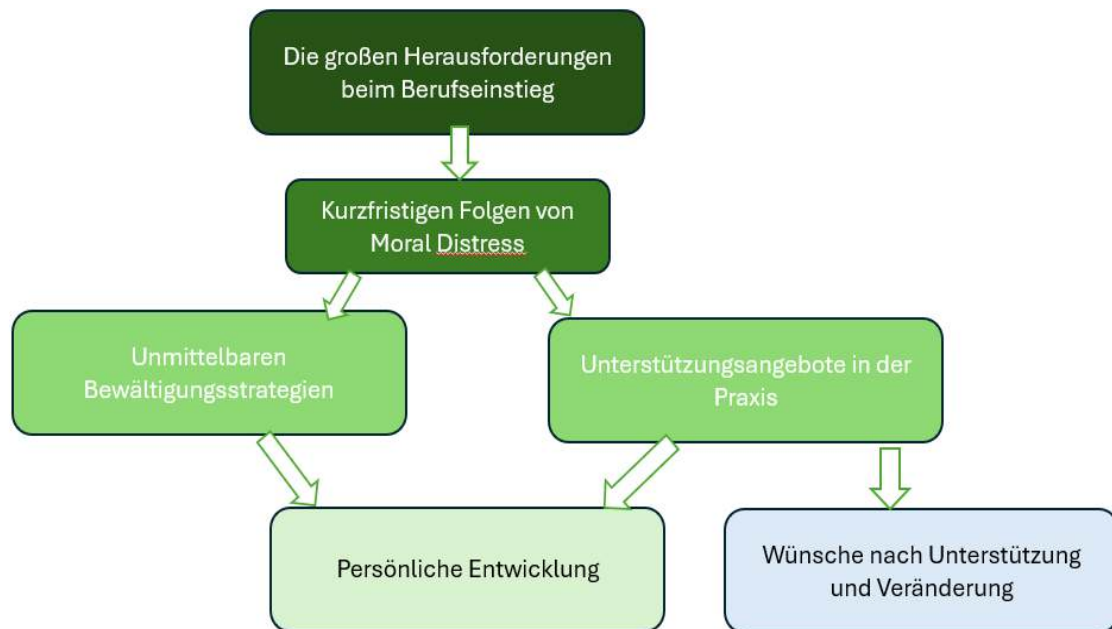


Abbildung 2: Die sechs Hauptkategorien (Eigene Darstellung, 2025)

Von den insgesamt sechs Hauptkategorien wurden drei Kapiteln besonders vertieft, da sich die Ergebnisse auf Inhalte bezogen, die bisher nur unzureichend erforscht wurden. Ein besonderer Forschungsfokus liegt daher auf den Hauptkategorien „Die großen Herausforderungen beim Berufseinstieg“, „Unmittelbare Bewältigungsstrategien“ sowie „Persönliche Entwicklung“, die im Rahmen dieser Arbeit ausführlicher analysiert und diskutiert werden. Diese Themenbereiche wurden zudem von den Interviewteilnehmer:innen als besonders relevant hervorgehoben, was sich auch in den umfangreichen Inhalten zeigte.

5.1 Die großen Herausforderungen beim Berufseinstieg

Zu Beginn des Interviews wurde den Teilnehmenden eine Fallvignette vorgelesen, um ihnen ein konkretes Beispiel für eine Situation von Moral Distress zu veranschaulichen. Anschließend stellte ich eine offene Einstiegsfrage zu ihren eigenen Erfahrungen mit ähnlich belastenden Situationen beim Berufseinstieg (siehe Anhang 2). Auf dieser Grundlage entstand die erste Hauptkategorie „Die großen Herausforderungen beim Berufseinstieg“.

In dieser Phase des Interviews schilderten die Teilnehmer:innen verschiedene Situationen, die sie als besonders herausfordernd empfanden. Die beruflich noch unerfahrenen Pflegepersonen berichteten insbesondere über ihre Perspektiven, Erwartungen und Hoffnungen in Bezug auf die praktische Arbeit. Zudem wurden sie gebeten, bestimmte Situationen genauer zu beschreiben. Aus diesen Schilderungen gingen schließlich sechs Subkategorien hervor:

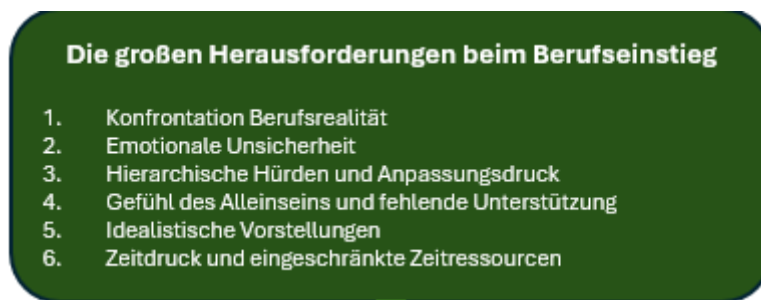


Abbildung 3: 1. Hauptkategorie: Die großen Herausforderungen beim Berufseinstieg inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025)

5.1.1 Konfrontation mit der Berufsrealität

Die Unterkategorie „Konfrontation mit der Berufsrealität“ stellte in allen Interviews ein zentrales und wiederkehrendes Thema dar. Sie beschreibt den Übergang von der Rolle der/des Praktikant:in zur professionellen Pflegeperson. Im Mittelpunkt standen dabei die wahrgenommenen Unterschiede zwischen den beiden Positionen sowie die Diskrepanz zwischen der Theorie und Praxis. In dieser Übergangsphase erlebten die befragten Pflegepersonen einen plötzlichen Rollenwechsel, der mit einer veränderten Verantwortlichkeit und einer höheren Position innerhalb der beruflichen Hierarchie einherging.

Eine der interviewten Personen berichtete, dass sich die Arbeitssituation in der Praxis ähnlich wie im Praktikum anfühlte. Obwohl er bereits während der Ausbildung an

derselben Arbeitsstelle tätig war, nahm er eine deutliche Veränderung im Aufgaben- und Verantwortungsbereich wahr:

„Ist trotzdem eine komplett andere Situation als wie im Praktikum. Und dieser Übergang vom letzten Praktikum zum ersten Tag Arbeiten als fertige DGKP war schon (...) Es war irgendwie gleich und irgendwie komplett anders, muss ich sagen.“ (Int. 1, Markus¹, Zeile 7)

Der Interviewteilnehmer meinte, dass er zwar das Studium erfolgreich abgeschlossen und sich fachlich gut vorbereitet fühlte, beim Berufseinstieg jedoch das Gefühl hatte, unzureichend auf die Praxis vorbereitet zu sein. Insbesondere im Bereich der Medikation habe ihm das Wissen gefehlt, das er zu Beginn dringend benötigt hätte. Die Erkenntnis eines fachlichen Wissensmangels tritt häufig bereits im frühen Stadium der Einschulungsphase auf. Der Wechsel in die Rolle der diplomierten Pflegeperson führte zudem zu neuen Aufgabenbereichen, die während der Praktika als Studierende nicht oder nur eingeschränkt erlebt werden konnten. Da Praktikant:innen während ihres Praktikums häufig mit kleineren Aufgaben beauftragt wurden oder vor allem in der direkten Pflege von Patient:innen tätig waren, unterschied sich ihr Verantwortungsgefühl von dem der diplomierten Pflegepersonen. Beim Übergang in die neue Rolle kam es zu einem plötzlichen Wandel, der bei den Befragten ein Gefühl von Moral Distress auslöste.

Eine andere Pflegeperson beschrieb ihre anfängliche Überforderung damit, als diplomierte Pflegeperson die Übersicht über neue und komplexe Krankheitsbilder zu behalten:

„Was mich am Anfang überfordert hat, waren diese ganzen Krankheitsbilder, die wir auf der Station haben. Die mal zu verstehen, was wichtig ist, was zu machen ist, wenn diese bestimmte Patientengruppe zur Aufnahme kommt.“ (Int. 3, Theresa, Zeile 12)

Zu Beginn der beruflichen Laufbahn übernahmen viele befragten Pflegepersonen im gehobenen Dienst neue Aufgaben, die sowohl die direkte Pflege, zum Beispiel Patient:innenversorgung, Verbandswechsel, Medikamentenvergabe, als auch administrativen Tätigkeiten umfassten. Hinzu kamen die Verantwortung für die verschiedenen Assistenzberufen, Delegationsentscheidungen und die Koordination

¹ Namen der Teilnehmenden wurden aus Datenschutzgründen durch Pseudonyme ersetzt.

verschiedener Abläufe. Viele der Befragten berichteten, dass diese neuen Verantwortungsbereiche ein Gefühl der Überforderung auslösten. Dieses Gefühl hatten sie laut eigener Aussage in der Ausbildung oder im Praktikum in dieser Intensität nicht erlebt. Diese Situation führte bei den Betroffenen häufig zu Moral Distress, der insbesondere beim Berufseinstieg deutlich spürbar wurde.

5.1.2 Emotionale Unsicherheit

Die Unterkategorie „Emotionale Unsicherheit“ beschreibt das Gefühl einer ständigen Angst bei Entscheidungen oder Maßnahmen Fehler zu machen. Mehrere Berufseinsteiger:innen neigten dazu, sich selbst die Schuld zu geben, da sie aufgrund von Wissensmangel und fehlender Erfahrung das Gefühl hatten, nicht professionell handeln zu können. Durch ihre hohe berufliche Motivation und ihr Verantwortungsbewusstsein wollten sie einen bedeutenden und wichtigen Beitrag zur Patient:innenbetreuung sowie Teamarbeit leisten. Gleichzeitig verglichen sie sich häufig mit erfahrenen Kolleg:innen, was ein belastendes Gefühl des Versagens hervorrief.

Laut ihren Aussagen wurden diese Pflegepersonen oftmals nach der Einschulungsphase weitgehend allein gelassen, da angenommen wurde, sie seien mit den Abläufen des Praxisalltags vertraut. Eine Befragte schilderte, dass die Unsicherheit und das mangelnde Selbstbewusstsein auch nach Abschluss der Einschulung ihre Entscheidungsfindung stark beeinflussten:

„Wenn ich darüber nachdenke. Das war schon sehr stressig. Man kann natürlich immer nachfragen. Aber ich war selbst noch nicht selbstbewusst genug, um eine Gruppe zu übernehmen sozusagen.“ (Int. 8, Lisa, Zeile 6)

Während der Einschulungsphase betonte ein Interviewteilnehmer, dass die Begleitung durch erfahrene Pflegepersonen ein gewisses Sicherheitsgefühl vermittelte, da eine Art Kontrolle und Rückhalt bestand. Mit dem Ende dieser Phase entwickelte sich jedoch ein zunehmender Druck, selbstständig zu handeln und die volle Verantwortung zu übernehmen. Viele Berufseinsteiger:innen fühlten sich, laut eigener Aussage, nach der zu kurzen Einschulungszeit nicht ausreichend vorbereitet. Nicht alle Teilnehmenden erhielten zu Beginn ihres Berufseinstiegs eine formale Einschulung. In der Unterkategorie 5.1.4 „Gefühl des Alleinseins und fehlende Unterstützung“ wird

dieses Thema vertieft behandelt, indem die Pflegepersonen über ihre persönlichen Erfahrungen mit unzureichender Einarbeitungszeit berichten.

Ein weiterer Faktor, der zur Unsicherheit beitrug, war die zeitlich eingeschränkte Begleitung durch erfahrene Kolleg:innen im Pflegealltag. Dadurch entstand bei den Betroffenen die Erkenntnis beziehungsweise der Eindruck, ungenügend eingearbeitet zu sein. Sie sehnten sich nach Orientierungshilfen für korrektes Handeln, Betreuen und Entscheiden:

„Und dann war ich so: Ok? Und was ist jetzt richtig? Und alle so: Ja ich mach es so. Du kannst machen, wie du willst.“ (Int. 2, Lily, Zeile 20)

Als Folge von dieser emotionalen Unsicherheit und mangelnden Erfahrung berichtete eine Interviewteilnehmerin von einer Situation, in der sie als diplomierte Pflegeperson für eine Aufnahme verantwortlich war. Aufgrund des hohen Stresspegels war sie so überfordert, dass sie einer Kollegin nicht alle relevanten Informationen weitergab. Dadurch ging die wichtige Information verloren, dass die Patientin ein Antibiotikum erhalten sollte. In der Folge entwickelte die Kollegin ein starkes Schuldgefühl.

Insgesamt zeigte sich, dass Berufseinsteiger:innen sich auf die professionelle Begleitung sowie genügend zeitlichen Ressourcen verlassen. Sie sehnten sich nach Stabilität und Professionalität im Berufsalltag und tendierten dazu, sich selbst für wahrgenommene Fehler verantwortlich zu machen. Viele Berufsanfänger:innen zweifelten oftmals an sich selbst und fürchteten, vor allem Patient:innen und das Team zu enttäuschen.

5.1.3 Hierarchische Hürden und Anpassungsdruck

Eine weitere Dimension stellen die hierarchischen Hürden und der Anpassungsdruck im Berufsalltag dar. In ihrer Rolle als Praktikant:innen lernten Studierenden das System im Krankenhaus kennen und wurden dabei erstmals mit den bestehenden hierarchischen Strukturen konfrontiert. Während der Ausbildung befanden sie sich überwiegend in einer Beobachter:innenposition und eigneten sich im Hintergrund Wissen über die berufliche Realität an. In der Hierarchie nahmen sie die unterste Position ein und verfügten entsprechend über ein geringes Maß an Mitsprache- und Entscheidungsrecht.

Beim Berufseinstieg erlebten mehrere Betroffene ähnliche Situationen. Viele fühlten sich unsicher, wenn es darum ging, ihre Meinung zu äußern, da sie diese Fähigkeit noch nicht entwickeln konnten:

„In meinem ersten Jahr habe ich mich nicht getraut etwas zu sagen.“ (Int. 6, Peter, Zeile 6)

Die befragten Berufseinsteiger:innen meinten im Interview, dass sie sich aufgrund ihrer niedrigen Position in der beruflichen Hierarchie, viele Gedanken darüber machten, wie ihre Aussagen oder Handlungen von anderen Kolleg:innen in der Pflege sowie Ärzt:innen wahrgenommen wurden. Alle Befragten beschrieben eine gewisse Hemmung, Hilfe einzufordern oder ärztliche Anordnungen zu hinterfragen. Dabei standen häufig eigene Ängste im Vordergrund. Obwohl die bestmögliche Patient:innenbetreuung für sie höchste Priorität hatte, überwiegte oft die Furcht davor von Ärzt:innen angeschrien oder von erfahrenen Kolleg:innen „schief angeschaut“ zu werden.

Viele beruflich junge Pflegepersonen formulierten als Ziel, sich zu Beginn des Berufseinstiegs möglichst unauffällig in das Team einzufügen und „keine Last“ darzustellen. Mehrere Befragte beschrieben, dass sie anfänglich dazu neigten, die bestehenden Arbeitsbedingungen und die dazugehörigen Herausforderungen, wie etwa den Personalmangel, einfach hinzunehmen. Trotz Unsicherheiten und dem Wunsch nach Unterstützung entschieden sie sich häufig dafür, still zu bleiben und sich den Gegebenheiten anzupassen:

„Wie gesagt, ich war früher so eine Person. Ich habe da noch nicht den Mund aufgemacht. Ich dachte nur okay, wenn sie mir das sagt und ich einfach nicht so viel Stress haben möchte und einfach nicht weiter diskutieren möchte, mache ich es einfach.“ (Int. 4, Sophia, Zeile 36)

In nahezu allen Interviews wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit als besonders herausfordernd beschrieben. Ein Interviewpartner berichtete beispielsweise von einer Situation mit einem Arzt, der seine Bitte um eine intensivere Schmerztherapie für einen Patienten nicht ernst nahm. Obwohl er den Mut aufbrachte, seine Einschätzung zu äußern, stieß er auf eine negative Reaktion. Häufig fühlten sich die befragten Pflegepersonen nicht in der Lage, ihre Einschätzungen, Unsicherheiten oder Vorschläge gegenüber Ärzt:innen, offen zu kommunizieren. In einigen Fällen

fürte diese Unsicherheit sogar dazu, dass sie das Wohlbefinden der Patient:innen zugunsten der Vermeidung von Konflikten oder zur Wahrung der eigenen Sicherheit zurückstellten. Das Bestreben, allen Anforderungen gerecht zu werden und niemanden zu enttäuschen, verstärkte zusätzlich das Gefühl, die eigenen Bedürfnisse und das professionelle Urteilsvermögen in den Hintergrund stellten.

5.1.4 Gefühl des Alleinseins und fehlende Unterstützung

Die Unterkategorie „Gefühl des Alleinseins und fehlende Unterstützung“ wurde von allen Befragten in den Interviews angesprochen. Einige Pflegepersonen begannen ihre Tätigkeit an jenem Arbeitsplatz, an dem sie bereits während der Ausbildung ihr Praktikum absolviert hatten. Diese Vorerfahrung wurde häufig als Vorteil wahrgenommen, da sie mit den Abläufen und Strukturen auf der Bettenstation bereits vertraut waren. Gleichzeitig berichteten sie jedoch, sich zu Beginn alleingelassen gefühlt zu haben, da das Team oftmals davon ausging, dass sie aufgrund ihrer Praktikumserfahrung keine Einschulung benötigten:

„Ich habe halt nie eine Einschulung dafür bekommen (...) Wir hatten so viele Krankenstände bei der Einschulungszeit.“ (Int. 2, Lily, Zeile 16)

Die befragte Pflegeperson zeigte sich zwar dankbar, ihre berufliche Laufbahn an der ehemaligen Praktikumsstelle als fertige DGKP beginnen zu dürfen, wünschte sich jedoch eine strukturierte Einarbeitung. Trotz der Vertrautheit im Team und bekannter Arbeitsabläufe musste sie sich in ihrer neuen Rolle erst zurechtfinden und hätte sich dabei mehr Unterstützung gewünscht. Diese blieb aufgrund zahlreicher Krankenstände und der COVID-Pandemie jedoch aus. Sie befand sich häufig im Zwiespalt zwischen dem Anspruch, Patient:innen bestmöglich zu versorgen, und dem Versuch, den Berufsalltag zu bewältigen. Nach eigener Aussage wurde sie kaum begleitet und war gezwungen sich vieles selbst beizubringen.

Pflegepersonen, die auf einer neuen Station begannen, berichteten ebenfalls von einem erschwerten Einschulungsprozess. Bedingt durch andere strukturelle Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Personalmangel und fehlende Sensibilisierung des Teams für die Einarbeitung neuer Kolleg:innen, fühlten sie sich auch auf sich allein gestellt:

„Ich musste mir sehr vieles selbst beibringen und hatte auch selbst diese hohe Erwartung gestellt. Dass, wenn mir keiner etwas beibringt, wie ich die Sachen machen muss, dann muss ich mir es selbst beibringen.“ (Int. 7, Stefanie, Zeile 66)

Diese Pflegeperson sah sich zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn gezwungen sich trotz fehlender Einschulung das notwendige Wissen eigenständig anzueignen.

Im Zusammenhang mit dem Berufseinstieg zeigte sich, dass das Gefühl des Alleinseins besonders ausgeprägt war. Die beruflich jungen Pflegepersonen wurden häufig „ins kalte Wasser geworfen“ und mussten erstmals in der Rolle einer diplomierten Pflegeperson agieren. Aufgrund eingeschränkter Personal- und Zeitressourcen konnten erfahrene Kolleg:innen den Einschulungsprozess der Berufsanfänger:innen nicht ausreichend begleiten. Infolgedessen erlebten die Befragten den Beginn ihrer Berufstätigkeit als Phase, in der sie sich allein und unzureichend unterstützt fühlten.

5.1.5 Idealistische Vorstellungen

In der klinischen Versorgung traten verschiedene moralische Konflikte auf, die von Pflegepersonen auf akutmedizinischen Bettenstationen als Moral Distress erlebt wurden. Gerade für die befragten Berufseinsteiger:innen bedeutete der Umgang mit Stresssituationen, wie der herausfordernden Kommunikation mit Patient:innen oder deren Angehörigen, eine erhöhte Belastung, da sie häufig noch nicht über ausreichende Erfahrung und Routine verfügten. Die Umstellung von der Ausbildungs- zur Berufsrolle sowie die damit verbundenen neuen Verantwortungsbereiche erschwerten es ihnen, die Übersicht zu bewahren, was oftmals zu Überforderung führte. Das Ziel war es den Patient:innen eine qualitativ hochwertige Betreuung zu bieten, jedoch sahen sie sich aufgrund ihrer Position nicht in der Lage, diesem Anspruch gerecht zu werden:

„Und dann wurde ich von der Patientin angeschrien, warum das so lange gebraucht hat. Und ich habe ihr erklärt, da war gerade ein Notfall.“ (Int. 2, Lily, Zeile 42)

Lily schilderte, dass sie sich durch die Reaktion der Patientin überfordert und frustriert fühlte, da sie aufgrund eines Notfalles nicht sofort auf das Läuten reagieren konnte. Diese Situation löste Schuldgefühle und ein Gefühl des Missverstanden Werdens aus.

Mehrere Befragte äußerten Unzufriedenheit mit bestimmten Handlungen von Ärzt:innen oder anderen Kolleg:innen, sowie strukturellen Rahmenbedingungen und beschrieben, sich dadurch in einem moralischen Dilemma befanden. Viele berichteten, sich „fehl am Platz“ fühlen, da das in der Ausbildung vermittelte Idealbild von Pflege nicht mit der Realität der klinischen Praxis übereinstimmte. Es entstand somit eine deutliche Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität:

„Zum Beispiel gab es ein bestimmter Patient der mehrmals Beschwerden angegeben hat. Ich habe gemerkt, dass der Patient nicht allzu ernst genommen wurde. Weil es eben eine Wochenstation war, war es wichtiger, dass man bis Freitag bestenfalls den Patienten entlassen konnte.“ (Int. 4, Sophia, Zeile 6)

Die Mehrheit der befragten Pflegepersonen gab an, ein klares Bild von guter Pflege entwickelt zu haben. Dieses Ideal lasse sich jedoch aufgrund begrenzter zeitlicher und personeller Ressourcen nur schwer umsetzen. Obwohl sie wüssten, wie eine qualitativ hochwertige Pflege gestaltet werden könnte, sahen sie sich gezwungen, sich an bestehende Routinen und Prioritäten anzupassen.

„Ich habe sofort bei der Arbeit von den erfahrenen Schwestern erkannt, dass da mehr Quantität als Qualität von Wichtigkeit war. Auch vom Stationsleiter.“ (Int. 4, Sophia, Zeile 6)

Mehrere Befragte berichteten von moralisch herausfordernden Situationen, die oft als Bewährungsprobe wahrgenommen wurden, wobei die Frage auftauchte, ob sie im Beruf verbleiben möchten oder nicht. Als Berufseinsteiger:innen erlebten die Realität des klinischen Alltags, in dem nicht immer das Wohl der Patient:innen im Vordergrund stand, sondern häufig eher organisatorische Zwänge und das „Überleben“ im Berufsalltag dominierten. Neben administrativen und strukturellen Anforderungen erschwerten auch patient:innenbezogenen Herausforderungen den Einstieg erheblich. Trotz dieser Belastungen blieb bei den befragten Berufseinsteiger:innen das Bestreben erkennbar, eine gute Pflege zu leisten. Auch wenn sie dabei immer wieder an die Grenzen ihrer idealistischen Vorstellungen stießen. Es führte langfristig zu Unzufriedenheit, emotionaler Erschöpfung und einem Gefühl der Entfremdung des eigenen Berufsethos. Die Diskrepanz zwischen den eigenen moralischen Ansprüchen und den realen Arbeitsbedingungen trugen somit erheblich zum Erleben von Moral Distress bei.

5.1.6 Zeitdruck und begrenzten Zeitressourcen

Zeitdruck und die begrenzte Zeitressource gehören mittlerweile fest zum pflegerischen Berufsalltag und stellten insbesondere für die interviewten Berufseinsteiger:innen eine erhebliche Herausforderung dar. Der Übergang von der Ausbildung in den eigenverantwortlichen Berufsalltag wurde dadurch deutlich erschwert. Viele der befragten Pflegepersonen berichteten, dass sie zu Beginn ihrer Tätigkeit damit beschäftigt waren, sämtliche Abläufe zu erlernen und gleichzeitig den hohen Arbeitsanforderungen gerecht zu werden. Dabei erkannten sie, dass die zur Verfügung stehende Zeit für die Vielzahl an Aufgaben oftmals nicht ausreichte.

Zwischen den elektiven oder Notfallaufnahmen, ärztlichen Visiten und administrativen Maßnahmen beschrieben viele Befragte das Gefühl „der Zeit hinterher zu laufen“. Eine Pflegeperson schilderte beispielsweise eine Situation, in der sie sich wiederholt schuldig fühlte, einem Patienten zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt zu haben. Obwohl der Patient von sich aus das Gespräch suchte und stets freundlich auftrat, fehlten im stressigen Stationsalltag die zeitlichen Ressourcen, um ihm eine qualitativ hochwertige Betreuung zu gewähren:

„Wir wollten uns immer viel Zeit für ihn nehmen. Aber diese Zeit gab es leider nicht. Es ist immer etwas dazwischengekommen.“ (Int. 2, Maria, Zeile 6)

Viele Berufseinsteiger:innen brachten den Begriff des Moral Distress direkt mit Zeitdruck und Zeitmangel in Verbindung. Sie schilderten, dass sie sich aufgrund mangelnder Routine und fehlender Priorisierungskompetenz häufig überfordert fühlten. Das Gefühl, die anstehenden Aufgaben nicht vollständig oder nicht in der gewünschten Qualität erledigen zu können, löste Stress, Frustration und Schuldgefühle aus.

Das zentrale Thema dieser Unterkategorie lag somit in der Knappheit der zeitlichen Ressourcen, die Pflegepersonen dazu zwang, pflegerische Maßnahmen in hoher Geschwindigkeit durchzuführen:

„Ich mache mir da nach wir vor Gedanken. Eigentlich könnte man die Pflege so viel besser gestalten. Aber aufgrund, eben der zeitlichen Einschränkungen ist man dazu gezwungen, mehr oder weniger das so effizient zu gestalten.“ (Int. 10, Julian, Zeile 4)

Die befragte Pflegeperson äußerte das Empfinden, dass durch den Zeitdruck das Wesentliche an der Pflege, also die zwischenmenschliche Beziehung und Zuwendung, zunehmend verloren ging.

Das Ideal einer professionellen ganzheitlichen Pflege geriet dabei in Konflikt mit den realen Arbeitsbedingungen. Für viele Pflegepersonen stand fest, dass Zeit und Geduld entscheidende Voraussetzungen waren, um Vertrauen aufzubauen, das Wohlbefinden der Patient:innen zu fördern und pflegerische Qualität zu gewährleisten. In den Interviews wurde deutlich, dass die Quantität der Aufgaben häufig über die Qualität der Versorgung gestellt wird.

5.2 Kurzfristige Folgen von Moral Distress

Die zweite Hauptkategorie „Kurzfristige Folgen von Moral Distress“ untersucht die unmittelbaren Reaktionen der Berufseinsteiger:innen auf belastenden Stresssituationen. Diese Dimension ist besonders relevant, da sie aufzeigt, welche Effekte Moral Distress auf die beruflich jungen Pflegepersonen hat. Dabei werden die unterschiedlichen Auswirkungen des Phänomens auf körperliche, psychische und soziale Aspekte betrachtet:

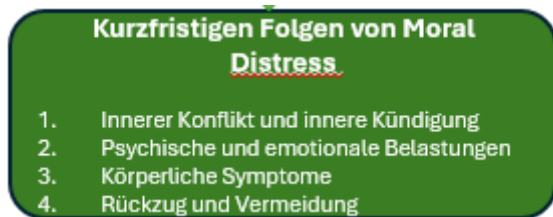


Abbildung 4: 2. Hauptkategorie: Kurzfristige Folgen von Moral Distress inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025)

5.2.1 Innerer Konflikt und innere Kündigung

In dieser Sub-Dimension „Innerer Konflikt und Kündigung“ geht es um die Gedanken, Sorgen und Ängste von Pflegepersonen im Berufseinstieg, die sie häufig nicht offen ansprechen konnten. Sie reagierten auf Stresssituationen, dachten über mögliche Konsequenzen nach und reflektierten dabei ihr berufliches Selbstverständnis.

Mehrere Befragte gaben an, dass sie sich in der Rolle als verantwortlichen Pflegeperson im gehobenen Dienst, insbesondere im Umgang mit Assistenzberufen, in Bezug auf ihre eigene Persönlichkeit überfordert fühlten. Besonders introvertierte Pflegepersonen beschrieben eine Diskrepanz zwischen ihren persönlichen Eigenschaften und den von ihrer Rolle erwarteten sozialen Kompetenzen. Obwohl sie von Kolleg:innen im Team ermutigt wurden, offener zu kommunizieren, gerieten sie in dieser Phase häufig in einen inneren Konflikt. Eine weitere Pflegeperson berichtete, dass er nur ungern über seine Schwächen sprach, da er die Motivation hatte, möglichst keine Fehler zu machen. Trotz bestehender Rahmenbedingungen, wie mangelnder Einschulung und fehlenden Zeitressourcen, bemühte er sich, Probleme selbstständig zu bewältigen, um nicht hilflos zu wirken.

Zudem wollte er weder dem Team noch den Patient:innen „zur Last“ fallen, obwohl er in dieser Phase besonders auf Unterstützung angewiesen war:

„Ich glaube, das ist einfach meine persönliche Einstellung. Ich mag einfach nichts falsch machen. Einfach, weil es um einen Patienten, also um Menschen handelt.“ (Int. 6, Peter, Zeile 20)

Eine andere Kollegin berichtete von anfänglichen Zweifeln, ob die gewählte Arbeitsstelle tatsächlich zu ihr passe. Bereits in den ersten Monaten habe sie überlegt, zu kündigen:

„Also ich habe eigentlich schon am Anfang gedacht. Ich glaube, ich wechsle die Stelle. Es lohnt sich nicht.“ (Int. 4, Sophia, Zeile 40)

Diese Gedanken begleiteten viele Berufsanfänger:innen im Pflegeberuf. Häufig gerieten sie in einen inneren Widerspruch zwischen ihren eigenen Erwartungen und den tatsächlichen Arbeitsbedingungen. Aus meiner Sicht wurde in dieser Phase deutlich, dass sie die Realität des Berufsalltag erkannten und dadurch in Konflikt mit ihren persönlichen Zielen und Wünsche an ihrem Arbeitsplatz geraten. Sie machten sich Sorgen um ihre berufliche Zukunft und erkannten sich in der aktuellen Rolle oftmals nicht wieder. Viele Pflegepersonen zu Beginn ihrer Laufbahn hatten das Gefühl „fehl am Platz“ zu sein und kämpften mit inneren Selbstzweifeln.

5.2.2 Psychische und emotionale Belastungen

Die Unterkategorie „Psychische und emotionale Belastungen“ wurde in der bisherigen Literatur über Moral Distress oft erforscht und beschrieben. Viele Interviewteilnehmer:innen berichteten von Stressreaktionen, die ihre psychische Verfassung und ihr emotionales Wohlbefinden stark beeinflussten. Sie fühlten sich in der Phase häufig psychisch überfordert sowie belastet und bemerkten, dass ihnen im Vergleich zu erfahrenen Kolleg:innen Wissen und Routine fehlten:

„Ich war sehr traurig, als das passiert ist. Ich hatte auch das Gefühl, dass ich mit meinem Fortschritt nicht zufrieden war.“ (Int. 5, Miriam, Zeile 12)

Besonders im Rückblick auf den Beginn ihrer Berufslaufbahn äußerten viele Teilnehmer:innen Frustration, Angstzustände sowie Traurigkeit. Sie waren ständig bemüht, alles richtig zu machen, und suchten regelmäßig nach Rückmeldungen aus dem Team. Ihre emotionale Belastung war nach eigener Aussage auch nach außen spürbar. Sie meinten, dass ihre positive Stimmung und Energie im Verlauf deutlich abnahm und zur zunehmenden Unsicherheit beitrug. Dabei fiel es ihnen ebenfalls

schwer, ein angemessenes Nähe-Distanz-Verhältnis zu den Patient:innen zu entwickeln. Viele berichteten, dass sie gedanklich oft nicht abschalten konnten und sich stets Sorgen um das Wohl ihrer Patient:innen machten:

„Im ersten Jahr war ich schon emotional. Da habe ich schon oft an Patientinnen gedacht. Wo ich mir gedacht habe. Puh. Ich weiß nicht, ob sie gut schlafen oder ob ich einen guten Job gemacht habe oder sowas.“ (Int. 6, Peter, Zeile 36)

Dieses ständige Grübeln und die fehlende Abgrenzung führten zu erheblicher psychischer Belastung. Sie zweifelten an ihrer fachlichen Kompetenz als diplomierte Pflegepersonen und verglichen sich mit anderen Kolleg:innen, was ihr Selbstvertrauen weiter schwächte.

5.2.3 Körperliche Symptome

Die Subkategorie „Körperliche Symptome“ beschreibt die physischen Reaktionen, die im Zusammenhang mit Moral Distress und emotionaler Überlastung bei den befragten Berufseinsteiger:innen auftraten. In den Interviews wurden unterschiedliche Beschwerden genannt, die auch in der Literatur häufig beschrieben wurden. Dazu zählten Müdigkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Zittern sowie eine verminderte Konzentrationsfähigkeit. Einige Befragte berichteten zudem von deutlichen Stressreaktionen wie Zittern oder Tränen in den Augen infolge von Nervosität oder Überforderung. Beide Zitate wiesen darauf hin, dass die körperlichen Symptome im Berufseinstieg begonnen haben, aber leider darüber hinaus bis heute anhalten:

„Ich bin eigentlich so nervös, dass ich manchmal anfangen zu zittern. Ich fange fast an zu weinen. So Tränen in den Augen.“ (Int. 2, Lily, Zeile 48)

Andere schilderten anhaltende Schlafprobleme seit Beginn ihrer Tätigkeit:

„Ich habe Schlafprobleme bekommen. Ich schlaf sehr schlecht seitdem ich in der Pflege arbeite.“ (Int. 9, Melanie, Zeile 39)

Diese Symptome verdeutlichten die enge Verbindung zwischen psychischer Belastung und körperlichem Wohlbefinden. Sie spiegeln den hohen Stresslevel und die mangelnde Erholung wider, die in der Übergangsphase vom Ausbildungs- ins

Berufsleben häufig auftraten und in der Literatur als typische Stressfolgen beschrieben wurden.

5.2.4 Rückzug und Vermeidung des Umgangs mit anderen

Die nächste Dimension beschreibt den „Rückzug und Vermeidung im Umgang mit anderen“ im Zusammenhang mit Moral Distress. Mehrere Befragte schilderten Situationen, in denen sie während starker Belastung das Bedürfnis verspürten, sich zurückzuziehen oder den direkten Kontakt zu Patient:innen zu vermeiden. Sie berichteten von einem Gefühl der Überstimulation und dem Wunsch, Konfrontationen aus dem Weg zu gehen. Als Rückzugsort wurde laut den Interviews der Sozialraum genutzt, um Distanz zur Situation zu gewinnen und neue Energie zu tanken:

„Ich geh dann einfach. Dann sag ich einfach. Ich geh jetzt für eine Weile nicht zum Patienten.“ (Int. 8, Lisa, Zeile 34)

Lisa erzählte von einer herausfordernden Situation, in der die Kommunikation mit einem Patienten problematisch verlief. Trotz ihres Versuchs, die Situation mit ruhiger Stimme zu erklären, gelang keine Deeskalation. Daraufhin entschied sich Lisa in dem Moment, Abstand vom Patienten zu nehmen.

Eine weitere Interviewteilnehmerin meinte, dass sie sich besonders in Stresssituationen zunehmend vom Team distanzierte. Sie blendete Kolleg:innen aus, fokussierte sich ausschließlich auf ihre Aufgaben und vermied jegliche Kommunikation oder Zusammenarbeit. Auch das Zuhören fiel ihr in solchen Momenten schwer:

„Man merkt stark, wenn ich gerade in einer gestressten Situation bin (...) Ich bin dann wirklich fokussiert, höre niemanden zu und mache meine Arbeit einfach alleine“ (Int. 3, Theresa, Zeile 100)

Theresa sah ihre Teamkolleg:innen vor allem in Stresssituation als zusätzliche Last. Aus meiner Sicht zeigte sich hier, dass befragten Pflegepersonen mit den Anforderungen und Rahmenbedingungen oft überfordert waren. Das Gefühl der Überlastung führte zu einem psychischen Selbstschutzmechanismus, der sich in Rückzug und sozialer Vermeidung äußerte, sowohl gegenüber Kolleg:innen als auch gegenüber Patient:innen. Viele Berufsanfänger:innen zeigten oft eine gewisse Rückzugstendenz. In der Angst vor Konfrontationen oder negativen Rückmeldungen aus dem Team neigten sie dazu, sich zurückzuziehen und den direkten Austausch zu vermeiden, um sich selbst zu schützen.

5.3 Unmittelbare Bewältigungsstrategien

Die dritte Hauptkategorie „Unmittelbare Bewältigungsstrategien“ beschreibt die Copingstrategien, die Berufsanfänger:innen in der Pflege angewendet haben, um Stresssituationen zu bewältigen. Diese Dimension umfasst individuell entwickelte Strategien, die im unmittelbaren Umgang mit belastenden Situationen eingesetzt wurden. Diese lauten:



Abbildung 5: 3. Hauptkategorie: Unmittelbare Bewältigungsstrategien inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025)

5.3.1 Kommunikation und Zusammenhalt im Team

In der ersten Subkategorie „Kommunikation und Zusammenhalt im Team“ spiegeln sich die Erfahrungen aller befragten Pflegepersonen dieser Studie wider. Sie betonten, dass Kommunikation und Teamzusammenhalt zentrale Ressourcen zur Bewältigung von Moral Distress insbesondere in akuten oder herausfordernden Situationen darstellten.

Eine Pflegeperson hob besonders das Gemeinschaftsgefühl hervor:

„Die Gespräche mit den Kollegen haben mir eigentlich geholfen. Weil die haben, immer das Gleiche gefühlt wie ich.“ (Int. 2, Lily, Zeile 46)

Bei Unsicherheiten oder Fragen wandten sich die beruflich jungen Pflegepersonen oftmals an erfahrene Kolleg:innen, um Rückmeldung und Unterstützung zu erhalten. Sie schätzten ihre Offenheit sowie Hilfsbereitschaft und das Gefühl, nicht allein zu sein. Auch, wenn nicht mit allen Kolleg:innen ein enger Kontakt bestand, bildeten sich häufig enge Arbeitsfreundschaften, sogenannte „Work-besties“. Diese waren meistens

Kolleg:innen, die sich ebenfalls zu dem Zeitpunkt in der Berufseinstiegsphase befanden oder mit denen sofort eine gute Beziehung entstand.

Gerade in Notfallsituationen empfanden die Interviewteilnehmer:innen den Rückhalt des Teams als besonders wichtig. Eine Pflegeperson berichtete, dass sie nach mehreren Fehlern an einem Tag von einem Arzt angeschrien wurde und daraufhin emotional zusammenbrach. Ihr Team stand ihr in dieser Situation zur Seite, sprach mit dem Arzt und setzte sich für sie ein. Zudem erzählte sie, dass sie von ihrem Team sogar ein kleines Geschenk bekam:

„Die waren auch sehr erfahrene Leute und haben mir sogar ein kleines Buch mit Medikamenten gegeben (...) Also das waren sehr, sehr kompetente und nette Leute.“ (Int. 7, Peter, Zeile 48)

Aus meiner Sicht war nachvollziehbar, dass Berufsanfänger:innen besonders auf ihr Team stützen, um sich auszutauschen, Fragen zu stellen und Sicherheit zu gewinnen. Ein offenes und unterstützendes Teamklima erleichterte den Berufseinstieg erheblich. Fehlte dieser Zusammenhalt, konnte die Einarbeitungsphase deutlich belastender sein. Gerade in dieser Phase zu Beginn der beruflichen Laufbahn war den Befragten ein unterstützendes Umfeld besonders wichtig.

5.3.2 Abschalten und Abstand gewinnen

Die zweite Unterkategorie „Abschalten und Abstand gewinnen“ stellte ebenfalls ein wiederkehrendes und relevantes Thema dar und wurde von Berufseinsteiger:innen besonders geschätzt. Nach belastenden oder stressreichen Diensten erlebten Pflegepersonen häufig negative Emotionen, die sie mit nach Hause nahmen. Die Interviewteilnehmende betonten, wie wichtig es ihnen war, sich von den Gedanken von der Arbeit zu distanzieren:

„Ich bin schon ziemlich gut darin, Sachen nicht mit nach Hause zu nehmen. Also, dass wenn Sachen in der Arbeit passieren, dass ich sie nicht tagelang mit mir herumtrage.“ (Int. 5, Miriam, Zeile 36)

Zum „Abschalten“ nannten die Pflegepersonen unterschiedliche Strategien und Aktivitäten etwa Spaziergänge, Sport oder das Ansehen von Serien und Filmen. Eine Pflegeperson berichtete beispielsweise, dass er gerne „Malcom Mittendrin“ angeschaut hatte, da die Serie keinerlei Bezug zu Medizin oder Pflege hatte. Es war

ihm besonders wichtig, dass er auch in seiner Freizeit Abstand vom Beruf gewann. Viele Teilnehmende gaben außerdem an, Musik zu hören oder lange Spaziergänge im Park, entweder allein oder mit Freund:innen, zu machen, um zu reflektieren und den Kopf „freizubekommen“.

Die Mehrheit der Befragten erzählten auch, dass sie sich jedes Mal darauf freuten, nach einem langen Arbeitstag nach Hause zu kommen, sich auszuruhen und die professionelle Rolle als Diplomierte für eine Zeit ablegen zu können. Häufig zogen sie sich bewusst in ihre Wohnung beziehungsweise in ihr Zimmer zurück, um Energie zu tanken.

Einer Interviewteilnehmerin half es besonders, über die belastende Arbeitssituationen nicht zu reden:

„Ich persönlich rede nicht über solche Sachen oder so. Weil mich das dann wieder beschäftigt. Und für mich ist es wichtig abzuschalten. So kann ich dann auch besser mit einem neuen Tag beginnen.“ (Int. 8, Lisa, Zeile 44)

Den beruflich jungen Pflegepersonen war es insgesamt wichtig, ein angemessenes Nähe-Distanz-Verhältnis zum Beruf zu entwickeln. Gerade beim Berufseinstieg war es nachvollziehbar, dass viele Herausforderungen bestanden und Strategien benötigt wurden, um mit Moral Distress umzugehen. Viele wollten negative Gefühle bewusst nicht mit nach Hause nehmen, um „abschalten“ zu können. Durch verschiedene Aktivitäten und Hobbys gelang es ihnen, Frustration abzubauen, wodurch sie sich besser fühlten und den nächsten Dienst ohne belastende Emotionen beginnen konnten.

5.3.3 Soziale Unterstützung im privaten Umfeld

Neben dem kollegialen Austausch im Arbeitsumfeld schätzten die Berufseinsteiger:innen besonders die soziale Unterstützung im privaten Umfeld. Die Befragten berichteten, dass sie mit unterschiedlichen Familienmitgliedern, Freund:innen, sowie Partner:innen über ihre Arbeit sprachen. Dabei achteten sie darauf, keine Patient:innendaten preiszugeben. Diese Copingstrategie wurde häufig genutzt, da sie, laut ihren Aussagen, auch außerhalb der Arbeit Psychohygiene benötigten. Eine Pflegeperson betonte, dass es ihr besonders wichtig war, öfters über belastende Erlebnisse zu sprechen, um diese besser loslassen zu können.

Ein Interviewteilnehmer berichtete, dass er sich gerne mit seiner Lebensgefährtin über stressigen Arbeitssituationen austausche, da sie denselben Beruf ausübte. Dadurch konnte er eine andere Perspektive einnehmen und wertvolles Feedback erhalten:

„Es ist natürlich praktisch, wenn man jemand hat, mit dem man reden kann. Meine Frau ist auch in der Pflege. Wir tauschen uns auch oft aus. Das hilft auch sehr.“ (Int. 1, Markus, Zeile 29)

Auch wenn ihre Familienmitglieder oder Freund:innen nicht in der Pflege tätig waren, schätzten die Befragten die Möglichkeit, mit ihnen über berufliche Erfahrungen zu sprechen. Die Teilnehmer:innen schätzten das Gefühl, gehört und verstanden zu werden, sowie Ängste und Sorgen mitteilen zu können. Der Austausch im sozialen Umfeld wurde insgesamt als wichtige emotionale Stütze wahrgenommen.

Eine Pflegeperson schilderte dies wie folgt:

„Also die Unterstützung meiner Familie. Im Privatleben habe ich auch viel Unterstützung gehabt. Ich konnte da wirklich meinen ganzen Frust rauslassen. Und ich habe das Gefühl gehabt, dass sie mir zuhören und dass ich verstanden wurde.“ (Int. 4, Sophia, Zeile 62)

Insgesamt wurde die Kommunikation mit Familienmitgliedern, Freund:innen und Partner:innen als besonders wertvoll erlebt. Unabhängig davon, ob diese in Pflege- oder Medizinbereich tätig waren, boten sie emotionale Unterstützung und trugen wesentlich dazu bei emotionalen und psychischen Belastungen zu verarbeiten. Diese Form des Austauschs half den Berufeinstieger:innen insbesondere in der Anfangsphase, Frustration abzubauen und neue Energie zu gewinnen.

5.3.4 Proaktive Arbeitsgestaltung und Eigeninitiative

Alle Interviewteilnehmer:innen berichteten von einem Wissensmangel zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn, der ihren Pflegealltag deutlich erschwerte. Einige verglichen sich mit anderen neuen Kolleg:innen. Andere sogar fühlten sich, nach eigener Aussage, in ihren Fähigkeiten als diplomierte Pflegeperson unsicher oder sogar inkompetent. Solche herausfordernden Erlebnisse waren typische Begleiterscheinungen des Berufseinstiegs und erforderten einen bewussten Umgang. Mehrere Befragte beschrieben persönliche Strategien im Pflegealltag, die ihnen dabei halfen, mit Moral Distress in der Einschulungsphase umzugehen.

Miriam schilderte beispielweise, dass sie zur Vorbereitung auf den Dienst bewusst früher als andere Kolleg:innen kam, um sich mental besser auf die Arbeit einzustellen:

„Ich bin neu und ich brauch noch diese Zeit. Ich bin eine halbe Stunde früher gekommen und das hat mir zum Beispiel sehr geholfen.“ (Int. 5, Miriam, Zeile 6)

Viele Pflegepersonen blieben auch nach dem Dienstschluss länger, um ihre Aufgaben abzuschließen oder den Tag strukturiert zu beenden. Andere führten während des Dienstes ein kleines Notizbuch, indem sie wichtige Informationen aufschrieben und das sie stets bei sich trugen. Bei Unsicherheiten, etwa in Bezug auf Medikamente, nutzten sie ihr Notizbuch oder recherchierten gezielt im Internet zu Wirkungen und Nebenwirkungen. Eine weitere Pflegeperson gab an, besonders detailliert zu dokumentieren, um ihre Handlungssicherheit zu stärken.

Markus berichtete zudem, dass er sich zu Beginn seiner beruflichen Laufbahn bewusst für zusätzliche Einsätze in anderen Bereichen meldete:

„Ich habe mir angeeignet, wenn wir im Haus aushelfen, dass ich mich freiwillig dafür melde (...) Einfach da mal wieder mein Wissen ein bisschen auffrischen.“ (Int. 1, Markus, Zeile 23)

Diese Aussagen verdeutlichten, dass viele Berufseinsteiger:innen eine hohe Motivation zeigten, ihr Wissen aktiv zu erweitern und dadurch ihren Alltag zu erleichtern. Um Unsicherheiten zu reduzieren, nutzten mehrere Befragten gezielt die Zeit vor oder nach dem Dienst für Vorbereitung und Nacharbeit. Durch Notizen, Recherchen und freiwilliges Engagement gelang es Ihnen, fachliche Kompetenz proaktiv aufzubauen, um mehr Sicherheit im Berufsalltag zu gewinnen.

5.3.5 Positive Haltung und Sinnfindung im Berufseinstieg (10. Interview)

Julian, der sein erstes Berufsjahr vor wenigen Monaten abgeschlossen hatte, berichtete von einer neuen Perspektive, die sich deutlich von anderen Erzählungen unterschied. Er erzählte zwar davon, dass der Berufseinstieg sehr herausfordernd war, betonte er jedoch gleichzeitig die Freude und Neugier, die ihn durch diese Zeit begleiteten:

„Man ist da schnell einmal überfordert. Aber es hat irrsinnig viel Spaß gemacht, in der Zeit so viel Neues zu lernen und dann noch wiederum anzuwenden.“ (Int. 10, Julian, Zeile 10)

Julian erzählte im Interview, dass er zuvor im Rechnungswesen tätig war und sich nach einigen Jahren bewusst für einen Berufswechsel in die Pflege entschieden hatte. Trotz anfänglicher Überforderung durch neue Aufgabenbereiche bemühte er sich, die positiven Aspekte des Pflegeberufes zu erkennen und die Betreuung der Patient:innen auch bei bestehendem Wissensmangel gewissenhaft und bestmöglich zu gestalten. Er berichtete, dass es ihm gefallen hat jeden Tag neue Informationen zu erhalten und diese unmittelbar in der Praxis anwenden zu können:

„Vielleicht bin ich da eine Ausnahme, aber mir hat das Spaß gemacht, die Verantwortung zu übernehmen. Weil wie gesagt, in meinem alten Beruf, war die Verantwortung ganz anders.“ (Int. 10, Julian, Zeile 12)

Obwohl er, sowie andere Pflegepersonen, anfänglich Schwierigkeiten hatte, sich an den Pflegealltag anzupassen, beschrieb er zugleich eine Freude an der Herausforderung. Er berichtete von Situationen, in denen er über die langen 12,5-Stunden-Dienste oder die ersten Nachtdienste als diplomierte Pflegeperson nachdachte. Die damit verbundenen Herausforderungen nahm er bewusst wahr und versuchte als Berufseinsteiger, einen für sich passenden Rhythmus im Umgang damit zu entwickeln. Er setzte gezielte Maßnahmen ein, etwa hinsichtlich geeigneter Schlafenszeiten, um ausreichend Kraft für den Arbeitsalltag zu gewinnen. Aufgrund dieser positiven Einstellung schilderte Julian im folgenden Zitat einen bedeutsamen Wendepunkt in seinem ersten Berufsjahr:

„Von einem auf den anderen Tag hat es dann plötzlich so Klick gemacht und es ist alles viel geschmeidiger vom Ablauf gewesen.“ (Int. 10, Julian, Zeile 10)

Aus meiner Sicht lässt sich vermuten, dass Julians frühere Position im Rechnungswesen seine Wahrnehmung des Pflegeberufs beeinflusste. Durch den Vergleich zwischen beiden Berufsfeldern erkannte er den Mehrwert seiner neuen Tätigkeit besonders deutlich. Seine positive Neubewertung der Herausforderungen erleichterte ihm den Berufseinstieg und stärkte gleichzeitig seine Motivation, langfristig in der Pflege zu bleiben.

5.4 Persönliche Entwicklung

Die Hauptkategorie „Persönliche Entwicklung“ umfasst verschiedene individuelle Themenbereiche, die sich bei den Berufseinsteiger:innen im ersten Berufsjahr durch die Erfahrungen im Arbeitsalltag herausgebildet oder weiterentwickelt haben. Diese Kategorie entstand nicht auf Basis gezielter Leitfragen, sondern durch die reflexive Auseinandersetzung der Befragten mit ihren individuellen Erfahrungen. Das Ankerzitat dieser Hauptkategorie lautet:

„Ja ich finde durch die Einschulung und wegen der Arbeit wurde meine Persönlichkeit voll abgehärtet mittlerweile.“ (Int. 3, Theresa, Zeile 52)

Im Verlauf der Einarbeitungsphase lernten die Befragten, mit unterschiedlichen beruflichen Situationen umzugehen, und entwickelten dabei neue persönliche und fachliche Kompetenzen.

Alle Interviewteilnehmer:innen nahmen die herausfordernden Situationen der Pflegepraxis wahr und bemühten sich, ihre Handlungskompetenzen entsprechend zu erweitern. Aus den Aussagen ließen sich folgende Unterkategorien ableiten:

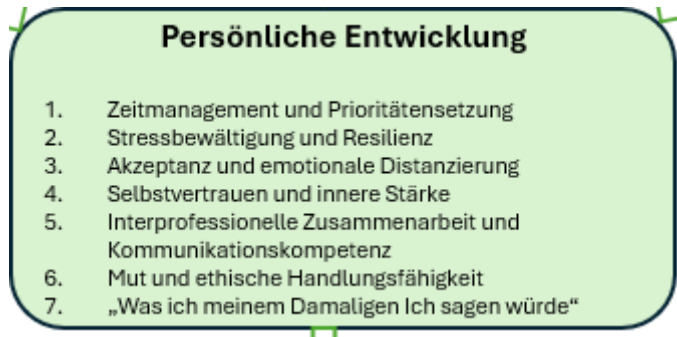


Abbildung 6: 5. Hauptkategorie: Persönliche Entwicklung inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025)

Diese persönliche Entwicklung als Antwort auf Moralischen Stress wurde in der Literatur nur unzureichend untersucht und stellt zugleich eines der Kernthemen dieser Masterarbeit dar. Die Subdimensionen verdeutlichen, wie umfassend der Lernprozess im Umgang mit Moral Distress in der Pflege ist. Auch, wenn Berufseinsteiger:innen aufgrund der oftmals herausfordernden Rahmenbedingungen häufig an ihre persönlichen und fachlichen Grenzen stoßen.

5.4.1 Zeitmanagement und Prioritätensetzung

Wie bereits in der Hauptkategorie „Die großen Herausforderungen im Berufseinstieg“ beschrieben, stellten die zeitlichen Ressourcen im Alltag eine erhebliche Belastung dar. Die befragten Pflegepersonen erzählten, dass sie sich häufig überfordert fühlten und ihre Aufgaben teilweise nicht vollständig erledigten konnten. Im Zusammenhang mit dem Erleben von Moral Distress wurde der Zeitmangel von vielen als ein zentraler Einflussfaktor genannt.

In dieser Subkategorie steht die persönliche Entwicklung der befragten Pflegepersonen im Fokus, die der Meinung sind, dass ihr Zeitmanagement und ihre Fähigkeit zur Prioritätensetzung im Laufe der Zeit deutlich verbessert wurden. Mit wachsender Berufserfahrung gewannen sie ein besseres Verständnis für den Tagesablauf und entwickelten die Fähigkeit, die Priorität einzelner Tätigkeiten angemessen einzuschätzen.

Maria beschrieb ihre persönliche Entwicklung folgendermaßen:

„Was ist denn jetzt die Priorität? Brauche ich jetzt zwei Personen oder geht das allein? Kann ich jemanden wegschicken oder soll jemand bei der Patientin bleiben? (..) Also da bin ich schon besser geworden.“ (Int. 2, Maria, Zeile 88)

Viele Befragten berichteten, dass die wiederholte Auseinandersetzung mit herausfordernden Situationen dazu beitrug, aus Fehlern zu lernen und zunehmend Sicherheit in ihren Entscheidungen zu gewinnen. Maria hob in ihrem Interview hervor, dass insbesondere die Reflexion nach belastenden Situationen ihr dabei half, Prioritäten besser zu setzen und ihr Zeitmanagement zu gezielter zu steuern. Nach eigener Aussage erlebte sie im Berufsalltag zunehmend ruhiger und strukturierte und entwickelte im Laufe der Zeit eigene Tagesroutinen.

Stefanie formulierte ihre Entwicklung im Interview, folgendermaßen:

„Ich weiß, die Prioritätensetzung ist jetzt besser geworden (..) Wann soll ich zu den Patienten gehen? Was ist die angemessene Zeit, um mit den Patienten zu reden oder irgendwas anderes tun etc. Das ist mit der Zeit viel besser geworden.“ (Int. 7, Stefanie, Zeile 94)

Insgesamt zeigte sich in dieser Subdimension einer der bedeutendsten Aspekte persönlicher Entwicklung, der von den befragten Berufseinsteiger:innen besonders wertgeschätzt wurde. Sie nahmen die anfänglichen Herausforderungen in der

Vergangenheit bewusst war, reflektierten ihre Erfahrungen und entwickelten daraus gezielt Kompetenzen in Bereich des Zeitmanagements und der Prioritätensetzung.

5.4.2 Stressbewältigung und Resilienz

Neben dem Zeitmanagement und Prioritätensetzung wurde auch die Stressbewältigung im Alltag sowie die daraus resultierende Resilienz von allen Befragten als bedeutsam und wertvoll bewertet. Die Berufsanfänger:innen lernten viele herausfordernde Situationen kennen, die oftmals Moral Distress auslösten. Sie berichteten, dass sie trotz fehlender Erfahrung und Routine gezwungen wurden, Wege zur Stressbewältigung zu finden und Resilienz aufzubauen.

Die meisten Befragten schilderten, dass sie mit zunehmender Berufserfahrung, im Umgang mit stressauslösenden Situationen deutlich sicherer geworden zu sein, da sie „wussten, was auf sie zukommt“:

„Bei Notfällen bin ich mittlerweile nicht mehr so unruhig, sondern bin etwas gelassener.“ (Int. 3, Theresa, Zeile 54)

Vor allem Notfallsituationen wurden in der Einarbeitungsphase als besonders belastend erlebt und erschwerten den Einstieg in den Pflegeberuf spürbar. Mehrere Befragte berichteten jedoch, dass sich ihr Umgang mit akuten Ereignissen mit der Zeit deutlich verbesserte. Sie entwickelten eine zunehmende Stressresilienz und waren in der Lage, auch in herausfordernden Situationen den Überblick zu behalten.

Theresa, die sich zum Zeitpunkt des Interviews im dritten Berufsjahr befand, berichtete diese Entwicklung mit den Worten:

„Ich kann mit Stresssituationen und akuten Fällen jetzt viel besser umgehen, ohne in Tränen auszubrechen, sagen wir mal so.“ (Int. 3, Theresa, Zeile 98)

Diese Aussage verdeutlichte, dass diese Pflegeperson in der Lage war, ihre emotionalen Reaktionen auf akute oder unvorhersehbare Situationen zunehmend zu kontrollieren. Sie lernte aus dieser Erfahrung, Bewältigungsstrategien anzuwenden und Stress als Teil des pflegerischen Alltags zu akzeptieren.

Insgesamt zeigte sich, dass viele Berufsanfänger:innen sich oftmals mit ihrer Tätigkeit von den vielfältigen Anforderungen und Reizen überfordert waren. Mit zunehmender Erfahrung gelang es ihnen jedoch Stress zu bewältigen und eine innere Ruhe zu

entwickeln, die ihnen half, alltägliche Belastungen besser zu verarbeiten. Die befragten Pflegepersonen beschrieben diese Entwicklung als wichtigen Schritt hin zu einer stabilen Stressresilienz im Pflegeberuf.

5.4.3 Selbstbewusstsein und innere Stärke

Eine weitere zentrale Entwicklung zeigte sich bei den Befragten im Bereich des Selbstbewusstseins und der Bildung von innerer Stärke. Durch die Auseinandersetzung mit den Anforderungen des stressigen Pflegealltags sammelten sie vielfältige Erfahrungen, die ihr erstes Jahr maßgeblich prägten. Die Erfahrung, dass sie in der Lage waren, mit herausfordernden Situationen umzugehen führte dazu, dass sie persönliche Stärke zu entwickelten.

Lisa beschrieb diese Entwicklung folgendermaßen:

„Was einfach geholfen hat war, dass ich selbstbewusster geworden bin. Weil ich mich dann mehr getraut habe.“ (Int. 8, Lisa, Absatz 42)

Lisa erkannte, dass ihr wachsendes Selbstbewusstsein sie darin stärkte, ihre Pflegehandlungen und Entscheidungen selbstsicherer zu vertreten. Mehrere Befragten berichteten von ähnlichen Erfahrungen. Sie bemühten sich aus ihren Fehlern zu lernen und diese Erkenntnisse aktiv in ihr berufliches Handeln zu integrieren. Durch Selbstreflexion und gezielte Selbstentwicklung bauten sie sich eine gewisse Stärke auf, die sie als wesentliche Voraussetzung für professionelles Pflegehandeln betrachteten.

Stefanie, die sich zu dem Zeitpunkt des Interviews im dritten Berufsjahr befand, schilderte im Zusammenhang mit Rückmeldungen von Kolleg:innen im Team sowie von Ärzt:innen:

„Und solange ich weiß, dass ich kompetent bin, können sie mir sagen, was sie wollen. Das wird mich nicht stören oder in irgendeiner Art und Weise beeinflussen (Int. 7, Stefanie, Zeile 68)

Dieses Zitat verdeutlichte, dass sich ihr Selbstvertrauen durch ihre beruflichen Erfahrungen und reflektierten Handlungen nachhaltig gefestigt hatte. Sie ließ sich zunehmend weniger von den Meinungen anderer beeinflussen und berichtete, stolz zu

sein, nun eine Vorbildfunktion für Kolleg:innen einzunehmen. Dadurch konnte sie anderen helfen, ihr eigenes Selbstvertrauen und berufliche Kompetenz zu stärken.

Eine weitere Pflegeperson schilderte, dass er gelernt hat, sich nicht länger von anderen Teamkolleg:innen oder Ärzt:innen ausnützen zu lassen. Zu Beginn seiner Berufstätigkeit habe er aufgrund seiner niedrigen Position in der beruflichen Hierarchie das Gefühl gehabt, alle Anforderungen erfüllen zu müssen. Erst im Verlauf der Einarbeitungsphase erkannte er, dass er sich nicht „rumschubsen“ lassen wolle und lernte, eigene Grenzen zu setzen.

Den Befragten war bewusst, dass Stress und Unsicherheit zum Pflegealltag gehörten und sie immer wieder mit neuen, unvorhersehbaren Situationen konfrontiert werden. Dennoch berichteten sie, im Laufe der Zeit selbstbewusster und stärker geworden zu sein. Die anfängliche Angst „nicht genug zu sein“ oder „inkompetent zu wirken“ nahm im Laufe der Zeit kontinuierlich ab. Stattdessen entwickelten sie Eigenschaften wie Standhaftigkeit, Selbstsicherheit und berufliche Identität, die sie als zentrale Aspekte ihre professionelle Rolle wahrnahmen.

5.4.4 Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikationskompetenz

In der vierten Subkategorie geht es um die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie die Entwicklung der Kommunikationskompetenz, die sich im Verlauf des ersten Berufsjahres bei den Befragten deutlich zeigte. Das zentrale Ziel vieler beruflich jungen Pflegepersonen bestand darin, zu lernen, selbstbewusst und auf Augenhöhe mit Ärzt:innen zu kommunizieren. Bereits während der Praktikumszeit zeigten sich Hemmungen im Austausch mit ihnen, die sich auch beim Übergang in die professionelle Pflegepraxis fortsetzten.

Mehrere Befragte berichteten, dass ihre Möglichkeiten, entsprechend ihrem Berufsethos zu handeln dadurch beeinträchtigt wurden, dass ihnen die „Stimme fehlte“. Sie beschrieben Situationen, in denen sie sich aus Unsicherheit und Scham nicht für das Wohlbefinden beziehungsweise für die Bedürfnisse der Patient:innen einsetzten. Dadurch fühlten sich viele Berufseinsteiger:innen in ihrer professionellen Rolle eingeschränkt.

Diese Erfahrungen wurden von allen Interviewteilnehmer:innen als sehr lehrreich und bedeutsam beschrieben. Im Verlauf der Zusammenarbeit lernten die Pflegepersonen die Ärzt:innen besser kennen und bauten schrittweise Arbeitsbeziehungen auf, wodurch die anfängliche Distanz zwischen Pflege und Medizin zunehmend abgebaut wurde.

Peter schilderte seine Entwicklung folgendermaßen:

„Die Kommunikation hat sich geändert, weil ich dann einfach direkt zu den Oberärzten gegangen bin (...) Ich habe mich mehr getraut.“ (Int. 6, Peter, Zeile 66)

Im Verlauf seiner Tätigkeit als diplomierte Pflegeperson erkannte Peter, dass die Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Ärzt:innen eine zentrale Voraussetzung für eine patientenzentrierte Versorgung darstellt. Nach eigener Aussage sollte es keine Barriere zwischen den Professionen geben, die Pflegepersonen davon abhält, sich aktiv für das Wohl der Patient:innen einzusetzen. Wie auch Peter berichteten auch viele andere Interviewteilnehmende, dass sie mit zunehmender Erfahrung mehr Selbstbewusstsein entwickelten, Oberärzt:innen sowie Assistenzärzt:innen direkt zu kontaktieren.

Berufseinsteiger:innen mussten sich außerdem mit ihrer neuen Rollenidentität als diplomierte Pflegepersonen auseinandersetzen, die mit einer eigenen Stimme und Verantwortung einherging. Dieser Rollenwandel markierte einen wichtigen Entwicklungsschritt in ihrer beruflichen Laufbahn. Viele berichteten, dass sie erst im Laufe der Einschulungszeit realisierten, dass sie nicht länger in der Position von Praktikant:innen waren, sondern eigenständig und professionell handeln mussten.

Sophia beschrieb diese Erkenntnis im folgenden Zitat:

„Ich habe mit der Zeit in der Einschulung gelernt, dass meine Stimme eben wirklich zählt, vor allem in der Zusammenarbeit mit Ärzten.“ (Int. 4, Sophia, Zeile 20)

Ihre Aussage verdeutlichte, dass insbesondere die Kommunikation und Kooperation als Grundlage für qualitative hochwertige Pflege wahrgenommen wurden. Ohne interprofessionellen Austausch konnte, laut Befragten, die Patient:innenversorgung nicht ausreichend gewährleistet werden.

Anfangs trauten sich viele Pflegepersonen nicht, ihre Beobachtungen oder Einschätzungen gegenüber Ärzt:innen zu äußern, was mit Frustration und Unsicherheit einherging. Im Verlauf des ersten Jahres berichteten viele Interviewteilnehmer:innen von einem Wendepunkt, an dem sie begannen, ihre Stimme gezielt einzusetzen und Verantwortung in der Zusammenarbeit zu übernehmen. Diese Entwicklung wurde von allen Befragten als besonders positiv und befreiend erlebt. Sie beschrieben, dass sie durch die zunehmende Sicherheit in der interprofessionellen Kommunikation ihr Selbstvertrauen stärkten und die Zusammenarbeit im Team deutlich konstruktiver empfanden.

5.4.5 Mut und ethische Handlungsfähigkeit

Im Zusammenhang mit zunehmendem Selbstbewusstsein und innere Stärke entwickelten viele Berufseinsteiger:innen Mut und eine verstärkte ethische Handlungsfähigkeit. Durch den Aufbau von Routine und das Sammeln vielfältiger Praxiserfahrungen entstand bei mehreren Befragten die Courage, sich für Patient:innen, das Team oder auch für sich selbst einzusetzen. Wie bereits in der vorherigen Dimension angesprochen, lernten die Befragten zudem, ihre eigene Stimme aktiv zu nutzen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.

Auch in herausfordernden Situationen zeigten die meisten Befragten den Mut, ihre Sichtweisen klar zu vertreten.

Markus berichtete über seine Erfahrung, folgendermaßen:

„Aus meiner Sicht ist es das Beste, dass ich klar kommuniziere. Wenn es sein muss, kommuniziere ich es auch mehrfach, damit es klar ist, was da jetzt meine Meinung ist und dass jetzt bitte was gemacht werden soll. (Int. 1, Markus, Zeile 49)

Wie Markus beschrieben auch andere Pflegepersonen, dass sie mit der Zeit an Selbstvertrauen gewannen und lernten, sich zunehmend für das Wohl der Patient:innen einzusetzen. In dem Beispiel setzte sich Markus dafür ein, dass ein Patient dringend ein stärkeres Schmerzmittel benötigte, da die Bedarfsmedikation nicht ausreichte. Trotz mehrfacher erfolgloser Versuche, den zuständigen Arzt telefonisch zu erreichen, gab er nicht auf und sprach ihn schließlich direkt im Gang an,

um die Patientensituation zu klären. In dem Interview wurde deutlich, dass er seine Courage wertvoll erlebte und sich nach der Konfrontation bestärkt fühlte.

Eine andere Pflegeperson erlebte eine völlig andere Situation, in der Teamkolleg:innen sich über postoperative delirante Patient:innen lustig machten und auf deren Fragen in sarkastischem oder kindlichem Ton antworteten. Lily empfand dieses Verhalten als respektlos und moralisch unangebracht. Sie schilderte ihre Reaktion wie folgt:

„Also irgendwann, hatte ich einfach die Nase voll, dass ich eine Grenze erreicht habe und auch zurückgeredet habe. Natürlich immer noch respektvoll. Ich bin nur laut geworden, wenn es wirklich gebraucht worden ist.“ (Int .2, Lily, Zeile 28)

Sie realisierte, dass die Patient:innen ungerecht behandelt wurden, und stellte sich klar gegen das Verhalten ihrer Kolleg:innen. Das Aussprechen ihrer Kritik machte deutlich, dass das Vorgehen in ihren Augen nicht in Ordnung war.

Erfahrungen wie diese verdeutlichten, dass beruflich junge Pflegepersonen zunehmend in der Lage waren, moralisch richtiges von falschem Handeln zu unterscheiden. Sie erweiterten ihre ethische Handlungsfähigkeit und entwickelten mit zunehmender Courage die Bereitschaft, sich aktiv für Patient:innen und ihren ethische Vorstellungen einzusetzen. Dabei zeigte sich deutlich, dass Moral Distress eine wichtige Rolle spielte. Das Phänomen half ihnen, ihre Stimme bewusst zu nutzen und ihrem persönlichen Berufsethos treu zu bleiben.

5.4.6 Akzeptanz und emotionale Distanzierung

Im Gegensatz zu anderen persönlichen Entwicklungen beschrieben mehrere Befragte die Subkategorie „Akzeptanz und emotionale Distanzierung“ als eher enttäuschend. Die Berufseinsteiger:innen berichteten, dass sie in jedem Dienst stets neue Erfahrungen sammelten und ihre neue Rolle sowie ihre Aufgaben besser kennenlernten. Der Übergang von der Rolle der Praktikant:in zur professionellen Pflegeperson ging jedoch häufig mit herausfordernden Rahmenbedingungen wie Zeit- oder Personalmangel einher, die den Arbeitsalltag entsprechend beeinträchtigen. Das Idealbild einer qualitativ hochwertigen Pflege stand, laut befragten Pflegepersonen, für die meiste Zeit im deutlichen Widerspruch zur Realität.

Viele Pflegepersonen schilderten, dass sich Persönlichkeit und Verhalten im Laufe der Zeit veränderten und sie die bestehenden Bedingungen zunehmend akzeptieren mussten.

Stefanie, die sich zu dem Zeitpunkt des Interviews im dritten Berufsjahr befand, berichtete:

„Ich habe auch bemerkt, dass sich meine Persönlichkeit durch die Arbeit verändert hat. Ich bin mehr zu der Person geworden, die oft Sachen akzeptiert. So, ok so ist es jetzt halt. Ich kann jetzt nichts machen. Ich habe diese Resignationspersönlichkeit entwickelt.“ (Int. 7, Stefanie, Zeile 62)

Im Interview erzählte Stefanie, dass sie zu Beginn sehr motiviert war, alles zu verstehen und stets ihr Bestes zu geben. Sie kam früher zur Dienstübergabe oder blieb länger, um ihre Dokumentation vervollständigen. Auch in stressigen Situationen bemühte sie sich, trotz Zeitmangels eine angemessene Betreuung zu gewährleisten. Mit der Zeit entwickelte sie jedoch Schuldgefühle, da sie den Eindruck hatte, ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht zu werden. Diese Erfahrung wiederholte sich mehrfach, sodass Stefanie schließlich gezwungen war, die Berufsrealität zu akzeptieren. Selbst Gespräche mit der Stationsleitung führten zu keiner spürbaren Veränderung. Allmählich verstand sie, dass sie die institutionellen Rahmenbedingungen nicht beeinflussen konnte, wobei sich ihre Persönlichkeit entsprechend anpasste. Sie beschrieb, dass sie „numb“ geworden sei. Sie schilderte diesen Zustand als Machtlosigkeit zur Realität. Obwohl sie wusste, dass Patient:innen in ihren Augen eine bessere Betreuung verdient hätten, akzeptierte sie den Personalmangel sowie die fehlenden zeitlichen Ressourcen und arbeitete daher so effizient wie möglich.

Auch drei weitere Pflegepersonen meinten, dass sie eine zunehmende Toleranz gegenüber wiederholtem Läuten der Patient:innen entwickelten. Ihre Motivation, sofort nach den Bedürfnissen und Wünschen zu fragen, nahm ab. Zudem nahmen sie, laut eigener Aussage, die Aussagen der Patient:innen weniger ernst. Ein Befragter schilderte, dass er aufgrund der Vielzahl gleichzeitig anfallender Aufgaben, nicht sofort zum schmerzgeplagten Patienten eilte, um ihm ein Medikament zu verabreichen.

Melanie, die sich in dem Interview im zweiten Berufsjahr befand, beschrieb ihre Entwicklung folgendermaßen:

„Das ist jetzt traurig zu sagen, aber ich bin auf jeden Fall ein bisschen empathieloser geworden.“ (Int. 9, Melanie, Zeile 67)

Leider erlebte Melanie eine sehr harte Einschulungszeit, in der sie selbst nach drei Monaten noch kein Gefühl von Sicherheit entwickelte. Obwohl sie viel lernte, wünschte sie sich in der Einschulungszeit mehr eigenständiges Arbeiten, fühlte sich jedoch als diplomierte Pflegefachperson weiterhin wie eine Praktikantin. Im Interview berichtete sie, dass sie sich in der Zeit nicht traute es anzusprechen, dass sie Pflegehandlungen selbstständig durchführen wollte. Als Melanie schließlich allein arbeitete, erkannte sie ihre Unsicherheit und ihr mangelndes Selbstbewusstsein. Sie verglich sich ständig mit ihren anderen Kolleg:innen, was zu Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung führte. Aufgrund von fehlenden zeitlichen Ressourcen wurde sie ebenfalls daran gehindert, die Betreuung so zu gestalten, wie sie sich das vorstellte. In der Folge verlor sie zunehmend die Motivation ihre Kraft in die Patient:innenversorgung zu investieren. Sie beschrieb eine wachsende „Empathielosigkeit“ und akzeptierte die emotionale Distanz, die sie unbewusst entwickelt hat.

Auch andere Befragte gaben an, ihr idealisiertes Bild der Pflege „losgelassen“ und die Berufsrealität akzeptiert zu haben. Diese Entwicklung wurde als „Abhärtung“ in der Persönlichkeit bezeichnet. Gleichzeitig beeinflusste dies jedoch auch die Beziehung zu Patient:innen. Viele akzeptierten die Realität und ließen die emotionale Distanzierung gegenüber ihrem Pflegeberuf zu.

5.4.7 „Was ich meinem Damaligen Ich sagen würde“

Am Ende des Interviews stellte ich allen Befragten eine Reflexionsfrage. Sie sollten sich vorstellen, ihrem früheren Ich, mit ihrem heutigen Wissen und Erfahrungen Ratschläge zu geben. Diese Frage löste bei allen Interviewteilnehmenden entweder Schmunzeln oder längeres Nachdenken aus, da sie auf diese Fragestellung nicht vorbereitet waren. In ihren Antworten wurden unterschiedliche, inhaltlich ähnliche Ratschläge deutlich, die sie ihrem damaligen Ich geben würden.

Theresa formulierte ihren Rat folgendermaßen:

„Meinem damaligen ich würde ich sagen, schäme dich nicht, Sachen zu fragen. Kommuniziere das mit deinen Arbeitskollegen und sag, dass du überfordert bist.“ (Int. 3, Theresa, Zeile 102)

Stefanie sagte in ihrem Interview:

„Es ist okay, Fragen zu stellen. Es ist okay, ahnungslos zu sein. Es ist okay, überstimuliert zu sein, wenn es dir nicht gut geht. Sag, es tut dir nicht gut.“ (Int. 7, Stefanie, Zeile 106)

Lisa berichtete:

„Keine Angst zu haben, weil vor was sollte man Angst haben, wenn man eh drei Jahre studiert hat und Praktikum hatte. Und. Man ist selber auch nur ein Mensch.“ (Int. 8, Lisa, Zeile 74)

In allen Interviews zeigte sich, dass die letzte Frage eine Art Empowerment-Effekt auslöste. Jede/r Befragte/r gab sich selbst Ratschläge und reflektierte, was si/ere aus ihren Erfahrungen beim Berufseinstieg gelernt hatte.

Als Forscherin fiel mir auf, dass diese Frage anders beantwortet, wurde als alle vorherigen Fragen. Sie führte die gesagten Erzählungen zusammen und eröffnete gleichzeitig eine Form der „Selbstheilung“, in der die Befragten die Möglichkeit hatten, das Phänomen Moral Distress neu zu bewerten. Auch wenn zu Beginn, sowie bei Theresa, die Furcht und Unsicherheit bestand, sich einzugestehen, dass sie in der Arbeit überfordert war, war es den Befragten wichtig, das Positive aus der Situation herauszufiltern. Theresa wusste nun, dass es völlig in Ordnung ist, bei Unsicherheiten Fragen zu stellen.

Stefanie erlebte während ihrer Einarbeitungszeit ein starkes Gefühl der Inkompetenz, da sie keine Einschulung erhielt und von ihren Vorgesetzten kaum Unterstützung bekam. Lange schrieb sie sich die Schuld selbst zu, da sie sich aufgrund der vielen neuen Aufgabenbereichen überstimuliert fühlte. Zum Zeitpunkt des Interviews wusste sie, dass es wichtig ist sich zu melden, wenn es ihr psychisch nicht gut geht.

Lisa erkannte, dass Selbstzweifel sie daran hinderten selbstbewusst aufzutreten. Zu Beginn ihrer Berufstätigkeit hatte sie Angst, Fehler zu machen. Im Rückblick sieht sie, wie sehr sie sich weiterentwickelt hat, und formuliert Mut für ihr früheres Ich.

Die Reflexionsfrage wurde bewusst am Ende des Interviews gestellt. Als Forscherin verfolgte ich das Ziel, das Thema Moral Distress nicht mit einem belastenden Moment zu beenden. Die geschilderten Krisen verdeutlichten die Bedeutung moralischen Belastungen in der Pflege. Gleichzeitig berichteten die meisten Befragten, dass sie aus ihren Erfahrungen persönliche Stärken entwickelten, die sie heute als diplomierte Pflegepersonen besonders schätzen. Sie erkannten, wie wichtig es ist, Unterstützungsangebote wahrzunehmen und Bewältigungsstrategien zu nutzen, um die eigene professionelle Stärke nachhaltig zu sichern.

5.5 Unterstützungsangebote in der Praxis

In dieser Hauptkategorie berichteten die Interviewteilnehmenden von bestehenden Unterstützungsangeboten, die in der pflegerischen Praxis angeboten und mehr oder weniger genutzt wurden. Aus den Erzählungen ergaben sich drei Subkategorien:



Abbildung 7: 5. Hauptkategorie: Unterstützungsangebote in der Praxis inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025)

5.5.1 Beratung und Feedback durch Vorgesetzte

Besonders während der Einschulungsphase fanden laut den Interviewteilnehmenden, zahlreiche Gespräche mit den Vorgesetzten statt. In belastenden Situationen konnten sich manche Pflegepersonen an die Stationsleitungen wenden, wenn sie den Gesprächsbedarf sahen.

Eine Pflegeperson schilderte beispielsweise:

„Meine Stationsleitung hat mich alle zwei Wochen oder jeden dritten Dienst mich zu sich geholt und mich gefragt, wie der Progress ist.“ (Int. 7, Stefanie, Zeile 76)

Diese Offenheit und Gesprächsbereitschaft wurden von den Befragten als sehr wertschätzend wahrgenommen. Insbesondere in der sensiblen Anfangsphase fühlten sie sich dadurch unterstützt und ernst genommen. Viele Pflegepersonen beschrieben das Bedürfnis nach Rückmeldung und Begleitung, da diese ihren Lernprozess förderten.

Durch den Austausch mit den Vorgesetzten entwickelten die Berufsanfänger:innen eine stärkere Bindung zur Stationsleitung und gewannen durch das Feedback mehr Sicherheit in ihrer Arbeit. Sie schätzten die Rückmeldungen und nutzten sie, um ihre Pflegekompetenz gezielt weiterzuentwickeln.

5.5.2 Psychosoziale Unterstützungsangebote

Sowohl Berufseinsteiger:innen als auch erfahrene Pflegekräfte erleben im Pflegealltag belastende Situationen, die mit Stress und emotionaler Überforderung einhergehen können. Um den Belastungen entgegenzuwirken, wurden seitens der Institutionen Möglichkeiten zur Psychohygiene angeboten. Die befragten Pflegepersonen erzählten von unterschiedlichen institutionellen Unterstützungsangeboten, wie zum Beispiel Gespräche mit Psychotherapeut:innen.

Miriam erzählte ihre Erfahrung, folgendermaßen:

„Ich kann mich erinnern. Es wurde ein Zettel im Sozialraum aufgehängt, indem Kontaktstellen für psychologische Betreuung aufgelistet waren.“ (Int. 5, Miriam, Zeile 46)

In einem anderen Fall schilderten Stefanie, dass sie in einer moralisch belastenden Situation zusammenbrach und daraufhin ein Gesprächsangebot von der Stationsleitung erhielt:

„Sie hat mir angeboten, dass ich die Arbeitspsychologin kontaktieren könnte, wenn ich möchte. Was ich schlussendlich nicht gemacht habe, weil ich die Notwendigkeit nicht gesehen habe.“ (Int. 7, Stefanie, Zeile 76)

Die Aussage verdeutlichte, dass vorhandene Unterstützungsangebote nicht immer von Berufseinsteiger:innen wahrgenommen beziehungsweise angenommen wurden. Die Zurückhaltung der Pflegepersonen ließ sich durch fehlende Erfahrung und die Schwierigkeit erklären, als Berufseinsteiger:in eigene Grenzen zu erkennen und Hilfe anzunehmen. Sie neigten dazu, Belastungen eigenständig bewältigen zu wollen und interpretierten das als Stärke.

Einige Befragte äußerten den Wunsch nach einem persönlicheren Zugang zu diesen Angeboten sowie nach aktiverer Kommunikation seitens der Stationsleitung, um Hemmschwellen beim Zugang zu diesen Hilfen zu senken.

5.5.3 Praxisbegleitung und Schulungen

Nur in wenigen Interviews wurden Angebote im Bereich Praxisbegleitung und Schulungen erwähnt. Den meisten Interviewteilnehmenden war zwar eine Einschulung durch eine oder mehreren Kolleg:innen angekündigt worden, die jedoch aufgrund struktureller Bedingungen nicht mehr stattfand:

„Weil so viel los war, hat mich die einschulende Kollegin jetzt nicht so betreuen können, wie ich es mir erhofft habe.“ (Int. 5, Miriam, Zeile 8)

Obwohl das Team grundsätzlich sensibilisiert war und sich vorgenommen hatte, neue Pflegepersonen sorgfältig einzuarbeiten, führten Zeitmangel und Arbeitsbelastung häufig zu Einschränkungen in der praktischen Begleitung. Dies erschwerte den Einarbeitungsprozess und führte zu Frustration.

Lediglich zwei Pflegepersonen berichteten von Schulungsangeboten zu den Themen Umgang mit Todesfällen oder Stressbewältigung:

„Es gibt diese Online-Schulung über den Umgang mit Stress. Aber ganz ehrlich, was nützt mir das?“ (Int. 6, Peter, Zeile 60)

Insgesamt wurden Praxisbegleitung und Schulungsangebote von den Interviewten am kritischsten bewertet. Fehlende zeitlichen Ressourcen erschwerten eine qualitativ hochwertige Einschulung und die angebotenen Weiterbildungen wurden oft als wenig praxisnah empfunden. Viele Berufseinsteiger:innen wünschten sich stattdessen einen persönlicheren Zugang, bei dem sie ihre Sorgen und Ängste offen ansprechen können. Im nächsten Kapitel werden die Wünsche und Vorstellung der Befragten bezüglich den Unterstützungsbedarf beim Umgang mit Moral Distress näher beleuchtet.

5.6 Wünsche nach Unterstützung und Veränderung

Die Hauptkategorie „Wünsche nach Unterstützung und Veränderung“ wurde in dieser Studie ergänzt, um aufzuzeigen, welche Vorschläge die Interviewteilnehmer:innen formulierten, um die Berufszufriedenheit von Berufseinsteiger:innen langfristig zu fördern. Diese Dimension gliedert sich zwei Subkategorien, wie folgt:

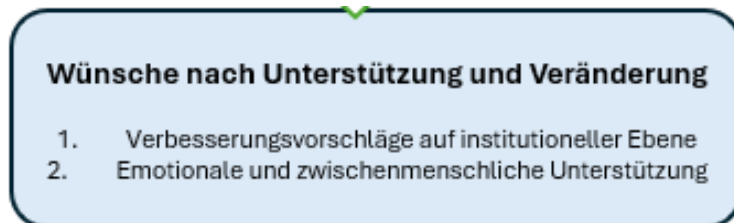


Abbildung 8: 6. Hauptkategorie: Wünsche nach Unterstützung und Veränderung inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025)

5.6.1 Verbesserungsvorschläge auf institutioneller Ebene

Mehrere Befragte äußerten den Wunsch nach einer besseren institutionellen Begleitung, insbesondere nach Ansprechpersonen, die Zeit haben, den beruflich jungen Pflegepersonen bei Fragen oder Stresssituationen zu zuhören. Diese Unterstützung könnte laut den Studienteilnehmer:innen, in Form einer digitalen Plattform, einer Hotline oder einer Gruppe von Personen innerhalb der Einrichtung angeboten werden. Dabei ist entscheidend, dass im Bedarfsfall jemand erreichbar ist, der oder die zuhört, und eine fachliche Einschätzung zur jeweiligen Situation geben kann:

„Da wäre es vielleicht gut, wenn eine Einsatzgruppe oder ein paar Personen im Haus telefonisch für ein Gespräch erreichbar wären. Das fehlt mir. Das würde ich mir wünschen.“ (Int. 1, Markus, Zeile 41)

Insbesondere in belastenden Situationen äußerte die Mehrheit der Interviewteilnehmer:innen aus Gesundheitseinrichtungen ohne psychosoziales Angebot den Wunsch, Gespräche mit professionellen Psycholog:innen in Anspruch zu nehmen. Viele berichteten, dass Emotionen nach Stresssituationen häufig länger anhielten und ihrer Ansicht nach durch das offene Gespräch besser verarbeitet werden könnten. Diese Entlastungsgespräche wurden insbesondere für die befragten Pflegepersonen zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn als hilfreich empfunden. Viele Befragte wünschten sich zudem, dass der Einschulungsprozess in Krankenhäusern

stärker auf die individuellen Berufseinsteiger:innen abgestimmt wird. Es wurden dahingehend folgende Verbesserungsvorschläge genannt: Längere Einschulungszeit, Mentoringprogramme sowie die Zuweisung einer erfahrenen Pflegeperson oder Praxisbegleitung im Team. Darüber hinaus äußerten einige den Wunsch, dass Dienstpläne so gestaltet werden, dass sie gemeinsam mit ihrem Mentor:in eingeteilt werden. Dies würde laut den Befragten den Lernprozess erleichtern und ein zunehmendes Sicherheitsgefühl im Arbeitsalltag fördern.

5.6.2 Emotionale und zwischenmenschliche Unterstützung

Ein weiterer zentraler Wunsch vieler Befragten betraf die „emotionale und zwischenmenschliche Unterstützung“ durch Vorgesetzte. Viele beschrieben, dass sie sich in bestimmten Situationen hilflos oder unsicher gefühlt haben, wenn sie kein Verständnis und Hilfe von Stationsleitungen bekommen haben. Sie meinten, dass das ein Zustand war, der ihrer Meinung nach, durch mehr Unterstützung hätte gemildert werden können:

„Diese Unterstützung hat mir gefehlt. Vielleicht wäre diese Stresssituation beziehungsweise dieses Gefühl der Inkompetenz nicht entstanden.“ (Int. 7, Stefanie, Zeile 86)

Viele Befragten wünschten sich Gesprächen mit ihren Vorgesetzten, in denen sie über bestehende Unterstützungsangebote informiert werden. Nach ihren Aussagen fehlte häufig das Verständnis seitens der Führungskräfte, wodurch keine Eigeninitiative ihrerseits entstand, Supervisionen oder Teambesprechungen für belastende Situationen anzuregen. Eine Pflegeperson berichtete beispielsweise, dass sie von der Leitung lediglich Rückmeldungen darüber erhielt, was sie im Alltag falsch gemacht hat anstatt von konstruktiven Rückmeldungen wie sie ihr Handeln verbessern könnte. Zudem sind die Befragten der Meinung, dass das Gemeinschaftsgefühl durch Teamaktivitäten oder Teambesprechungen gestärkt werden könnte. Teilnehmer:innen betonten, dass sie zwischenmenschliche Unterstützung benötigten, um schneller in das Team integriert zu werden. Auch im Umgang mit Moral Distress wurde der Wunsch nach internen Fallbesprechungen innerhalb des Teams betont, anstatt diese ausschließlich mit Pflegeexpert:innen zu führen. Insgesamt wünschten sich die Befragten eine verbesserte Teamdynamik, die durch offene Kommunikation, konstruktive Zusammenarbeit und stärkeren Zusammenhalt geprägt ist.

6 Diskussion

Der Diskussionsteil dient der Auseinandersetzung mit den gewonnenen Ergebnissen der Forschungsarbeit und verfolgt das Ziel, diese in einen pflegewissenschaftlichen und theoretischen Kontext einzuordnen. Zunächst werden die zentralen Erkenntnisse zusammengefasst und interpretiert. Anschließend werden Bezüge zur ursprünglichen Problemstellung hergestellt, sowie eine Einbettung der Ergebnisse in den wissenschaftlichen Diskurs, indem sie mit bestehenden theoretischen Modellen, beispielsweise den fünf Kompetenzstufen nach Patricia Benner (2017) sowie dem Coping-Modell von Lazarus und Folkman (1984), in Beziehung gesetzt wurden.

Zudem wird die angewandte Methodik kritisch reflektiert und die Stärken und Limitationen der Studie dargestellt. Aufgrund dessen wurden Implikationen für die Pflegewissenschaft und zukünftige Forschung abgeleitet. Das Fazit der Diskussion fasst die wesentlichen Erkenntnisse zusammen und ordnet deren Bedeutung für Theorie, Praxis und Forschung der Pflege ein. Abschließend wurde das Reframing des Moral Distress näher beleuchtet, das auf Grundlage der Studienergebnisse diskutiert wurde.

6.1 Zusammenfassung und Interpretation der wichtigsten Erkenntnisse

Die Ergebnisse der Forschungsarbeit zeigten, dass der Berufseinstieg für die befragten Pflegepersonen eine erhebliche fachliche, emotionale und moralische Herausforderung darstellte. Unsicherheit, Überforderung und psychische Belastungen prägten insbesondere die frühe Berufsphase, in der Sicherheit, Stabilität und professionelle Routine noch fehlten. Moral Distress erwies sich dabei als ein zentrales Phänomen, das die persönliche und berufliche Entwicklung der Berufseinsteiger:innen maßgeblich beeinflusste.

Um mit diesen Herausforderungen umzugehen, entwickelten die beruflich jungen Pflegepersonen überwiegend individuelle Bewältigungsstrategien, die zur Stärkung ihres Selbstbewusstseins, ihrer Kompetenzen und ihrer professionellen Rolle beitrugen. Diese persönliche Entwicklung wurde rückblickend von allen Befragten als größter Gewinn des Berufseinstiegs beschrieben. Gleichzeitig zeigte sich ein deutliches Spannungsfeld zwischen individueller Resilienz und unzureichender

institutioneller Unterstützung. Zwar existierten institutionelle Unterstützungsangebote, wie zum Beispiel Gespräche mit Psychotherapeut:innen, diese waren zum Zeitpunkt des Interviews jedoch häufig wenig bekannt, kaum zugänglich oder wurden als nicht hilfreich wahrgenommen.

Die geschilderten Belastungen und Folgen des Moral Distress entsprachen den in der Literatur beschriebenen Studien. Der besondere Erkenntnisgewinn dieser Arbeit lag jedoch in der vertieften Auseinandersetzung bislang weniger erforschter Aspekte, insbesondere der unterschiedlichen Herausforderungen beim Berufseinstieg, der unmittelbaren Bewältigungsstrategien sowie der persönlichen Entwicklung Pflegepersonen im Berufseinstieg.

Die Auswertung der Daten verdeutlicht, dass Erfahrungen mit Moral Distress den befragten Pflegepersonen zunehmend ermöglichten, moralisch angemessenes von unangemessenem Handeln zu unterscheiden. Bereits während der Einschulungsphase entwickelten viele Pflegepersonen eine zunehmende Courage sowie die Bereitschaft, sich aktiv für das Wohlergehen ihrer Patient:innen einzusetzen. Das Erleben von Moral Distress trug wesentlich dazu bei, dass sie ihre berufliche Stimme bewusst wahrnahmen und zugleich ihrem persönlichen Berufsethos treu blieben. Die Akzeptanz bestehender struktureller Rahmenbedingungen, wie Personalmangel und Zeitdruck, ging dabei mit einer hohen beruflichen Motivation und Verbundenheit zum Pflegeberuf einher.

6.2 Diskussion der Ergebnisse im Kontext der Problemstellung

Im Rahmen der Einbettung in den wissenschaftlichen Kontext wurden die in der Einleitung und Problemstellung dargestellten Abschnitte mit den Ergebnissen dieser Arbeit in Beziehung gesetzt.

Berufseinstieg in die professionelle Pflege

Die Interviews verdeutlichten erhebliche Herausforderungen in der interprofessionellen Zusammenarbeit, insbesondere im Austausch mit Ärzt:innen. Diese Beobachtung deckt sich mit Studien von Heleoiza, Flavia & Jose (2018) sowie Snopek, Popovicova & Piliskova (2016), die zeigen, dass Berufsanfänger:innen häufig Konflikte, Unsicherheiten oder Kommunikationsbarrieren mit anderen Berufsgruppen erleben. Weitere in den Interviews genannte Belastungen, wie Zeitdruck, Personalmangel und hierarchische Strukturen, entsprechen den bekannten Befunden der internationalen Pflegeforschung. Ebenso bestätigten die Teilnehmenden den wissenschaftlichen Diskurs, dass eine strukturierte und qualitativ hochwertige Einschulung als essenziell für einen gelingenden Berufseinstieg betrachtet wird.

Auswirkungen und Folgen von Moral Distress

Corley (2012) argumentiert, dass Moral Distress zu einer Beeinträchtigung der Patient:innenversorgung führen kann, da Pflegende aus Schutz vor Überlastung Distanzierungsstrategien anwenden. Dieses Muster zeigte sich auch in den Interviews. Viele Befragten berichteten, dass sie sich zeitweise von den Patient:innen distanzieren, um ihre eigene psychische Stabilität aufrechtzuerhalten und Konfrontationen sowie Konflikte zu vermeiden.

Das Konzept des moral residue (Bahlman-van Ooijee et al, 2023, Corley, 2012) spielte im Kontext der Studie hingegen keine zentrale Rolle. Die Pflegenden entwickelten individuelle Copingstrategien, die sie davor bewahrten, langfristige psychische Belastungen oder Kündigungsintentionen zu entwickeln. Trotz emotionaler Belastungen beabsichtigte keine der befragten Personen, den Pflegeberuf zu verlassen. Zwei Teilnehmende wechselten die Station, blieben jedoch im Beruf, was auf eine hohe intrinsische Motivation hinwies.

Institutionelle Unterstützungsangebote

Ein wiederkehrendes Thema in den Ergebnissen war das Fehlen beziehungsweise die geringe Sichtbarkeit institutioneller Unterstützungsangebote in Wiener Krankenhäusern. Auf die Frage, ob ihnen während ihrer Einschulungszeit Unterstützungsangebote zur Bewältigung von Moral Distress oder ethisch herausfordernden Situationen angeboten wurden, reagierten viele der Befragten mit Lachen oder verneinten sie ausdrücklich. Dies deutete auf eine vorhandene Diskrepanz zwischen ihren Erwartungen an institutionelle Unterstützung und der erlebten Realität hin.

Trotz häufiger moralischer Stresssituationen erzählten Teilnehmer:innen, dass kaum ethische Fallbesprechungen stattfanden. Entweder wurden diese nicht angeboten oder von den Stationsleitungen nicht initiiert. Einige Teilnehmende waren zu Beginn ihrer Tätigkeit zudem nicht in der Lage, die moralisch herausfordernde Situationen zu erkennen und weiterzuleiten.

Supervision wurde nur vereinzelt erwähnt und von jenen, die sie erlebten, als wenig bedarfsgerecht beschrieben. Mentoringprogramme wurden aufgrund personeller Engpässe kaum oder gar nicht durchgeführt.

Insgesamt bestätigten die Interviews, dass die institutionelle Unterstützung die geringste Rolle bei der Bewältigung von Moral Distress spielte. Mehrere Studien, die institutionellen Unterstützungsangebote empfahlen, wie klinische Supervision nach Escolar-Chua (2018), Coaching nach Jerusalem et al. (2022) oder Mentoringprogramme nach Gautam et al. (2023), konnten in den Aussagen der Studienteilnehmer:innen nicht wiedergefunden werden.

Persönliche Copingstrategien

Wie bereits im Theorieteil dargelegt, ist die aktuelle Literatur zu den von Pflegepersonen, nach der Einarbeitungsphase, entwickelten Bewältigungsstrategien bislang begrenzt. Der überwiegende Teil der vorhandenen Studien konzentriert sich auf den Transition Shock oder auf moralische Belastungen in spezialisierten Bereichen.

Die in dieser Masterarbeit identifizierten Copingstrategien sind daher besonders wertvoll. Die Teilnehmenden betonten sowohl teambezogene Strategien wie Kommunikation sowie der Austausch mit Kolleg:innen, als auch individuelle Möglichkeiten zur Distanzierung und Erholung. Freizeitgestaltung, Sport, kreative Aktivitäten und Gespräche mit Familie oder Freund:innen spielten ebenfalls eine zentrale Rolle.

Diese Strategien unterstützten die Entwicklung moralische Sensibilität und ermöglichten den Aufbau psychischer Resilienz. Die befragten Pflegepersonen berichteten, dass sie durch diesen Prozess beruflich und persönlich gereift sind.

Bedeutung der Einarbeitungsphase für Entwicklung und Motivation

Obwohl die allgemeine Personalsituation kritisch blieb, zeigten die Interviews eine bemerkenswerte Motivation der jungen Generation. Die Befragten wünschten sich Unterstützung, Leistungsrückmeldungen und klare Bewertungen, wobei dieses Bedürfnis nicht aus Unsicherheit resultiert, sondern aus dem Anspruch eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten.

Die strukturellen Rahmenbedingungen schränkten die Handlungsmöglichkeiten der Institutionen zwar ein, dennoch sollte der Einarbeitungsphase deutlich mehr Bedeutung zu kommen. Mehrere Studienteilnehmer:innen meinten, dass Berufseinsteiger:innen vor allem genügend Raum benötigen, um ihre Erfahrungen zu reflektieren. Dies könnte für die Anpassung und Weiterentwicklung von Einschulungskonzepten hilfreich sein. Eine fehlende oder unzureichende Einschulung kann einen Ketteneffekt auslösen, da unzureichend eingearbeitete Pflegepersonen später selbst nur eingeschränkt zur qualitativ hochwertigen Einschulung anderer beitragen können.

6.3 Theoretische Vertiefung der Ergebnisse

Zur weiteren Vertiefung der Ergebnisse wurden die fünf Kompetenzstufen nach Patricia Benner (2017) sowie das Coping-Modell von Lazarus und Folkman (1984) herangezogen, um sowohl die professionelle Entwicklung der Berufseinsteiger:innen als auch deren individuellen Bewältigungsstrategien im Kontext von Moral Distress einzuordnen und näher zu beleuchten.

5 Kompetenzstufen nach Patricia Benner (2017)

In der Auswertung und Analyse der Daten zeigten sich Parallelen zu den fünf Kompetenzstufen nach Patricia Benner (2017) im Erleben der Berufseinsteiger:innen. Benner beschreibt, dass Pflegepersonen zu Beginn ihrer beruflichen Tätigkeit über geringe praktische Erfahrung verfügen und auf klare Anleitungen sowie strukturierte Einschulungsprozesse angewiesen sind. Die Interviewteilnehmenden bestätigten durch ihre Aussagen, dass sie insbesondere zu Beginn ein starkes Bedürfnis nach Orientierung äußerten, um mehr Sicherheit im klinischen Handeln zu gewinnen.

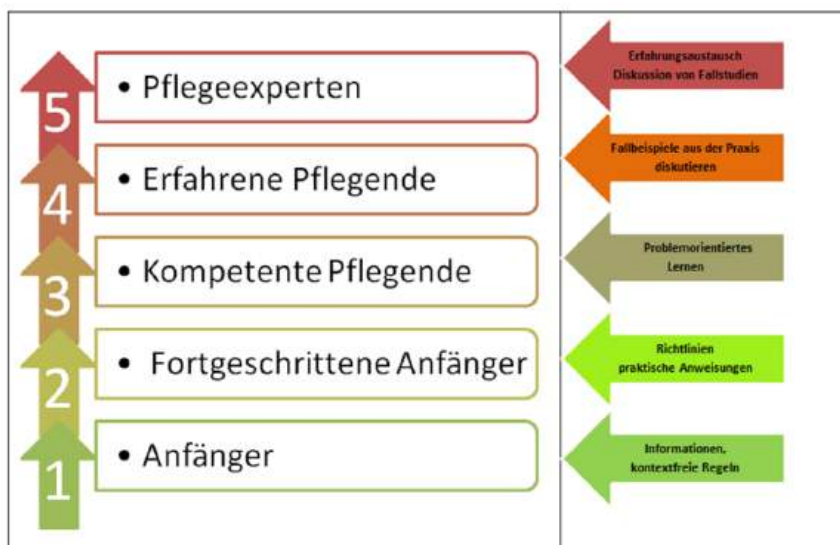


Abbildung 9: 5 Kompetenzstufen nach Patricia Benner (Lehr-Instrumente, 2016)

Obwohl vier der befragten Pflegepersonen bereits ein Praktikum an ihrer aktuellen Arbeitsstelle absolviert hatten, gaben sie im Interview an, dass sie sich in ihrer Rolle als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen dennoch eine gezielte Einschulung wünschten. Ein kleiner Teil der Studienteilnehmer:innen beschrieb Erfahrungen, die der ersten Kompetenzstufe nach Benner zugeordnet werden könnten.

Mehrere Pflegepersonen berichteten jedoch, bereits zwei Kompetenzstufen durchlaufen zu haben und sich als fortgeschrittene Anfänger:innen wahrzunehmen. Diese Teilnehmer:innen waren bereits in der Lage, erste Berufserfahrungen zu reflektieren und auf wiederkehrende Situationen zurückzugreifen. Diese Entwicklung deckte sich mit Benners Annahme, dass sich Pflegepersonen innerhalb der ersten Berufsjahre zunehmend auf vorhandene Erfahrungen stützen können.

Aufgrund der herausfordernden Rahmenbedingungen, wie verkürzte oder fehlende Einschulung, Zeitdruck sowie Personalmangel, beschrieben sich einzelne Befragte bereits als „kompetente Pflegepersonen“. Sie äußerten, dass sie die beruflichen Anforderungen und strukturellen Bedingungen bereits akzeptierten, auch wenn ihnen Flexibilität und Handlungsschnelligkeit fehlten. Zum Zeitpunkt der Interviews ließen sich keiner Befragten Parallelen in der vierten (erfahrene Pflegende) oder fünften Kompetenzstufe (Pflegeexpert:innen) nach Benner erkennen.

Das Modell nach Patricia Benner leistet demnach einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis des Erlebens von Moral Distress im Berufseinstieg, insbesondere im Übergang von Novice zur stabileren Berufsrolle. In Anlehnung an die Ergebnisse dieser Arbeit zeigten die Kompetenzstufen, dass Pflegepersonen im Berufseinstieg anfänglich mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert sind, deren Intensität im Verlauf zunehmend abnimmt. Die befragten Teilnehmer:innen nahmen sowohl eigene Wissensdefizite als auch mangelnde praktische Erfahrung wahr und äußerten ein deutliches Bedürfnis nach Bewältigungsstrategien, die sie im Umgang mit Moral Distress unterstützten.

Im Übergang zur Phase der fortgeschrittene Anfänger:innen reflektierten die Pflegepersonen zunehmend belastende Situationen und beschrieben, wie sie im Verlauf ihrer Berufserfahrung lernten, mit kritischen Anforderungen umzugehen. Auch, wenn den Pflegepersonen, wie in dieser Arbeit aufzeigte, keine passenden institutionellen Unterstützungsangebote zur Verfügung standen, griffen sie auf individuell entwickelte Bewältigungsstrategien zurück, die sie in dieser Phase als besonders hilfreich erlebten. Durch Selbstreflektion und Eigeninitiative gelang es den meisten Befragten, die ersten beiden Kompetenzstufen nach Benner (2017) zu bewältigen und eine persönliche Entwicklung zu erlangen, die zu mehr Stärke und Sicherheit im beruflichen Handeln beitrug. Der Umgang mit Moral Distress sowie der Übergang zur stabilen Berufsrolle wurde dadurch gefördert.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Moral Distress im Berufseinstieg eng mit Benners Entwicklungsmodell (2017) verknüpft ist. In der frühen Phase beruflicher Rollenfindung, in der Kompetenzaufbau und Identitätsbildung noch entwickelt werden, sind vor allem Pflegepersonen besonders vulnerabel. Die Studie verdeutlichte, dass die Entwicklung eigener Bewältigungsstrategien entscheidend ist, um diesen Übergang zu stabileren Berufsrollen zu meistern.

Coping-Modell von Lazarus und Folkman (1984)

Das Thema der Bewältigung und Coping von Moral Distress spielt in dieser Arbeit ebenfalls eine zentrale Rolle. Die beruflich jungen Pflegepersonen wurden im ersten Berufsjahr mit unterschiedlichen herausfordernden Situationen konfrontiert, die sie früher als Praktikant:innen nicht erleben konnten. Täglich übernahmen sie als diplomierte Pflegepersonen zunehmend über mehrere Aufgabenbereiche Verantwortung, sowie die Delegation von Assistenzberufen. Sie mussten sich in ihrer neuen Position in der beruflichen Hierarchie neu kennenlernen und standen oftmals vor neuen persönlichen Grenzen. Aufgrund von intrinsischen Motivationen bemühten sie sich den Stressalltag zu bewältigen und entwickelten im Rahmen des Berufseinstiegs Copingstrategien, die sie dabei unterstützten mit Moral Distress umzugehen.

Das Coping-Modell von Lazarus und Folkman (1984) ist vor allem in der Psychologie bekannt und beschreibt einen Prozess, bei dem Personen Situationen kognitiv bewerten und daraufhin problem- oder emotionsorientierte Bewältigungsstrategien anwenden. Zuerst bewertet das Individuum, ob die Situation für ihre Identität entweder als bedrohend, positiv oder irrelevant erscheint. Sobald er oder sie die Situation in der sekundären Bewertung als bedrohend bezeichnet, werden seine/ihre individuellen Ressourcen zur Bewältigung eingeschätzt, um herauszufinden, ob die Situation beherrschbar ist. In dem Prozess sollte dann evaluiert werden, ob entweder das problemorientierte oder das emotionsorientierte Coping von Vorteil wäre.

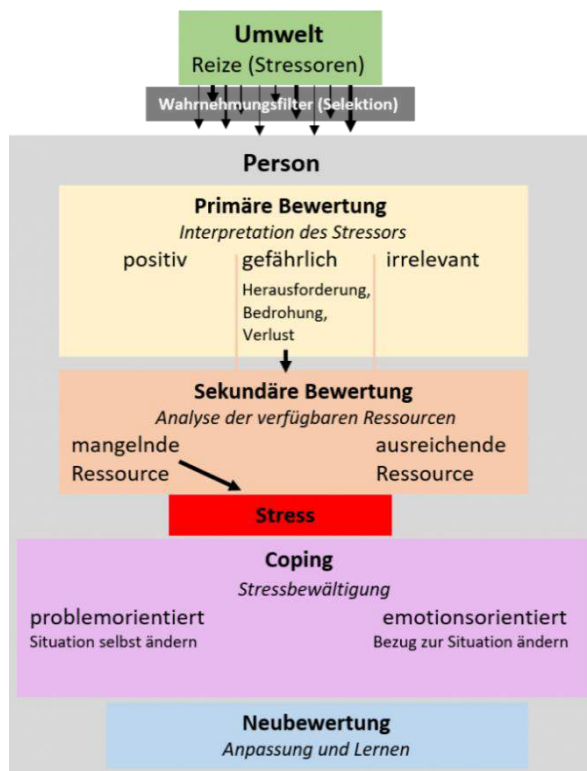


Abbildung 10: Coping-Modell nach Lazarus und Folkman (Guttmann, 2016)

In der Datenauswertung stellte sich heraus, dass die Interviews dieser Studie einen starken Bezug zum Coping-Modell von Lazarus und Folkman (1984) haben. Der Prozess spiegelt die Realität in der Pflege wider und beschreibt denselben Prozess, den die befragten Pflegepersonen in dieser Forschungsarbeit im Berufseinstieg durchgehen mussten. Sie standen täglich vor Entscheidungen, Veränderungen oder Situationen, die sie als bedrohend sahen. Die Interviews verdeutlichten zudem, dass in der Praxis sowohl problemorientierte als auch emotionsorientierte Copingstrategien angewendet wurden, meistens in kombinierter Form. Berufseinsteiger:innen wussten, dass ihnen Routine und Wissen fehlen und entwickelten dementsprechend Strategien. Beispielsweise führten sie ein Notizbuch mit wichtigen Informationen über Medikamente, recherchierten im Internet über neue Krankheitsbilder oder halfen auf anderen Abteilungen mit. Doch neben des fachlichen Wissenszuwachs, bewerteten sie die emotionsorientierten Copingstrategien als ebenfalls sehr wertvoll. Die Befragten sehnten sich nach Ablenkung, Unterstützung oder Vermeidung und Distanzierung.

Jedes Individuum entscheidet in Abhängigkeit von den Situationen und der Persönlichkeit, welche Copingstrategien anzuwenden sind. Gleichzeitig hängt der Erfolg des Copings maßgeblich von der Art und Intensität der bewältigten Herausforderungen ab. Laut Lazarus und Folkman (1984) führt die erfolgreiche Anwendung der Bewältigungsstrategien zu einer positiven Rückkopplung, die die Bewertung ähnlicher Situationen in der Zukunft beeinflusst. Erst die aktive Auseinandersetzung mit der Situation und den eingesetzten Strategien trägt zu einer langfristigen Verbesserung der Stressbewältigung bei. Dies zeigte sich bei der Hauptkategorie „Persönliche Entwicklung“, die aufzeigte, wie Pflegepersonen im Verlauf ihrer Laufbahn mit den Hürden umgegangen sind und welche Fähigkeiten sie aufgebaut haben. Sie entwickelten innere Stärke, Kommunikationskompetenzen, ethische Handlungsfähigkeit, sowie eine verbesserte Reflexionsfähigkeit.

6.4 Reflexion der Methodik

Die problemzentrierten Leitfadeninterviews nach Helfferich (2019) erwiesen sich als sehr geeignete Methode für die Datenerhebung. Sie ermöglichten es mir als Forscherin, mit gezielten Fragen und vertiefenden Nachfragen differenzierte Einblicke in die Erfahrungen der Teilnehmenden zu gewinnen. Obwohl der Leitfaden eine strukturierende Funktion hatte, bin ich nicht strikt seiner Reihenfolge gefolgt. Stattdessen orientierte ich mich am Gesprächsfluss und stellte Fragen situativ so um, dass der natürliche Verlauf nicht gestört wurde.

Auch die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2017) erwies sich als hilfreich. Auf Basis der theoretischen Vorannahmen sowie der Interviewdaten konnte ein tragfähiges Kategoriensystem entwickelt werden, das die Forschungsfrage adäquat beantwortet. Trotz der Entstehung zahlreicher Kategorien blieb durch die systematische Analyse ein klarer roter Faden erkennbar.

Die Interviewmethode ermöglichte es den Erzählenden, ihre institutionellen Strukturen, Einschulungsprozesse und persönliche Erlebnisse retrospektiv zu schildern. Da sie sich nicht gezielt auf die Interviews vorbereiten oder Informationen recherchieren konnten, waren ihre Antworten weitgehend unbeeinflusst. Die geschilderten Situationen stammten aus ihren Erinnerungen und reflektierten daher authentische Erfahrungen aus der Vergangenheit.

Reflexion des eigenen Forschungsprozesses

In meiner Rolle als DGKP mit beinahe zehn Jahren Berufserfahrung verfüge ich über ein Vorverständnis des Phänomens „Moral Distress“. Dieses professionelle Erfahrungswissen ermöglichte es mir einerseits, die geschilderten Situationen der Teilnehmenden gut nachzuvollziehen. Andererseits erforderte es eine bewusste Reflexion, um mögliche Vorprägungen in der Interpretation der Daten zu berücksichtigen. Mir war bewusst, dass moralischer Stress für viele Pflegepersonen, insbesondere zu Beginn ihrer beruflichen Laufbahn, eine zentrale Herausforderung darstellt. Daher wurde angestrebt, eine möglichst heterogene Stichprobe junger Pflegepersonen zu rekrutieren, die sich in ihren beruflichen Hintergründen und Erfahrungen von meinem beruflichen Umfeld unterschied.

Um potenzielle Abhängigkeits- oder Rollenkonflikte zu vermeiden, verzichtete ich bewusst darauf, die Datenerhebung innerhalb einer einzigen Institution oder in meinem direkten Arbeitsumfeld durchzuführen. Stattdessen nutzte ich digitale Rekrutierungswege und das Schneeballprinzip, wodurch die Teilnehmenden keinerlei Informationen über meine berufliche Rolle oder meine institutionelle Zugehörigkeit erhielten. Dies trug wesentlich zu einer neutralen Gesprächssituation bei und verhinderte, dass ich als bewertende oder hierarchisch geprägte Person wahrgenommen wurde. Erst nach Abschluss der Interviews bot ich den Teilnehmenden die Möglichkeit, Fragen zu meiner Person oder Motivation zu stellen.

6.5 Stärken und Limitationen der Studie

Im folgenden Abschnitt wurden zentrale Stärken und Limitationen der Studie reflektiert. Dabei wird zunächst auf die Herausforderungen im Rekrutierungsprozess eingegangen. Zudem wurden die Grenzen der Analyse kritisch beleuchtet, etwa im Hinblick auf die Stichprobenauswahl und die Übertragbarkeit der Ergebnisse. Gleichzeitig stellt die transparente und reflexive Auseinandersetzung mit diesen Limitationen ein wesentliches Qualitätsmerkmal der qualitativen Forschung dar und trägt zur Nachvollziehbarkeit der Studie bei.

Herausforderung im Rekrutierungsprozess

Die gewählte Rekrutierungsstrategie über digitale Plattformen erwies sich im Laufe des Forschungsprozesses als weniger wirksam als erwartet. Trotz einer gezielten Ansprache einer technologiebewussten Zielgruppe blieb die Resonanz insbesondere auf Facebook deutlich hinter den persönlichen Erwartungen zurück. In einer Community mit über 30.000 Mitgliedern meldeten sich in den ersten Wochen lediglich drei Personen auf die veröffentlichten Beiträge. Dies deutete darauf hin, dass selbst technologiebewusste Pflegepersonen möglicherweise nur begrenzte Zeitressourcen, ein eingeschränktes Interesse oder Vorbehalte hinsichtlich der Teilnahme an einer Studie aufwiesen. Auch Aspekte wie Datenschutzbedenken, die öffentliche Sichtbarkeit im sozialen Netzwerk oder die hohe berufliche Belastung könnten eine Rolle gespielt haben.

Im Gegensatz dazu erwies sich das Schneeballprinzip als deutlich erfolgreicher. Die persönliche Empfehlung durch bereits interviewte Pflegepersonen erhöhte die Teilnahmebereitschaft spürbar und verdeutlichte die Relevanz informeller Netzwerke im pflegerischen Berufsalltag. Damit zeigte sich, dass eine große digitale Reichweite nicht zwangsläufig zu einer höheren Teilnahmequote führt und persönliche Vermittlung weiterhin eine besondere Bedeutung hat.

Ein weiterer Faktor war die Präferenz vieler Teilnehmender für anonyme oder teilanonyme Teilnahmeformen. Persönlich traf ich drei von zehn Studienteilnehmer:innen an einem Ort ihrer Wahl. Die meisten Befragten entschieden sich für digitale Interviews und lehnten zudem Videoübertragungen ab, da sie Audio-Interviews bevorzugten. Dieses Verhalten wies auf ein ausgeprägtes Bedürfnis nach

Privatsphäre hin, insbesondere bei sensiblen Themen wie Moral Distress. Für zukünftige Studien sollte daher die Möglichkeit anonymer Teilnahmeformate bewusst eingeplant und klar kommuniziert werden.

Weiters war die Entscheidung auf kostenpflichtige Pflegeplattformen zu verzichten, aus finanziellen Gründen nachvollziehbar, jedoch reduzierte sich die Reichweite deswegen zusätzlich. Insgesamt zeigte sich, dass eine rein digitale Rekrutierung für diese Zielgruppe nicht ausreichte, um eine heterogene Stichprobe zu generieren. Erst die Kombination mit dem Schneeballverfahren ermöglichte themenadäquate und diverse Zusammensetzung der Teilnehmenden.

Grenzen der Analyse

Die vorliegende Studie weist einige analytische Limitationen auf, die bei der Ergebnisinterpretation berücksichtigt werden sollten. Durch den Fokus auf Berufseinsteiger:innen war ein Vergleich mit erfahrenen Pflegepersonen nicht möglich. Dadurch bleiben potenzielle Unterschiede im Erleben und Bewältigen von Moral Distress unbeleuchtet, obwohl ein solches Vergleichsdesign wertvolle zusätzliche Erkenntnisse hätte liefern können. Gleichzeitig ist zu beachten, dass die Untersuchung auf das Jahr 2025 begrenzt ist und somit einen zeit- sowie kontextgebunden Einblick bietet, der sich im Zuge organisatorischer oder berufspolitischer Veränderungen verschieben könnte.

Auch wenn zum Thema Moral Distress insgesamt eine breite wissenschaftliche Literatur existiert, liegen speziell für akutmedizinische Bettenstationen deutlich weniger wissenschaftliche Arbeiten vor. Dies erschwert eine differenzierte Einordnung der Ergebnisse und zeigt zugleich einen Forschungsbedarf in diesem Setting auf. Darüber hinaus hätte die Einbindung von Gruppendiskussionen oder Erzählcafés (Dressel, Kohn & Schnelle, 2023) zusätzliche Perspektiven eröffnen können, insbesondere da kollektive Austauschformate häufig zu vertiefter Reflexion und einem stärkeren Gemeinschaftsgefühl beitragen.

Die digitale Rekrutierung stellt zudem eine potenzielle Quelle für Selection Bias dar. Da digitale Plattformen nicht von allen Pflegepersonen gleichermaßen genutzt werden und zudem Bedenken bezüglich Privatsphäre, Sichtbarkeit und persönlichen Daten bestehen, ist anzunehmen, dass bestimmte Gruppen, die möglicherweise gerade jene

mit hoher moralischer Belastung, nicht erreicht wurden. Dies könnte zu einer Verzerrung der Stichprobe geführt haben. Trotz bestehenden Belastungen im Berufseinstieg äußerte keine der befragten Personen die Absicht, den Pflegeberuf zu verlassen. Zwei wechselten die Station, blieben jedoch dem Berufsfeld verbunden, was die grundsätzlich hohe Motivation der Berufsanfänger:innen unterstreicht.

Ein weiterer Punkt betrifft die Auswertung: Die Daten wurden von der Forscherin selbst interpretiert und analysiert. Ein interdisziplinärer Austausch mit anderen Forschenden oder eine methodische Triangulation hätten die Perspektiven erweitern und die Validität der Analyse zusätzlich stärken können. Darüber hinaus war die Stichprobe geografisch auf Wien begrenzt, wodurch regionale Unterschiede innerhalb Österreichs oder im deutschsprachigen Raum unberücksichtigt blieben.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass Interviews immer nur eine Momentaufnahme abbilden. Das Erleben von Moral Distress ist jedoch dynamisch und kann sich mit zunehmender Berufserfahrung, veränderten Arbeitsbedingungen oder unterschiedlichen persönlichen Ressourcen stark verändern. Damit variieren auch das individuelle Einschätzen und die erzählten Erfahrungen im Zeitverlauf. Diese zeitliche Variabilität begrenzt die Übertragbarkeit der Ergebnisse und verdeutlicht zugleich, wie wertvoll wiederholte oder longitudinal angelegten Studien sein könnten.

6.6 Implikationen für die Pflegewissenschaft/Forschung

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit verdeutlichen mehrere relevante Forschungslücken und geben wichtige Impulse für zukünftige wissenschaftliche Arbeiten im Bereich Pflegewissenschaft. Insbesondere im Hinblick auf Moral Distress beim Berufseinstieg sowie auf individuelle Bewältigungsstrategien besteht weiterhin ein erheblicher Forschungsbedarf.

Obwohl Moral Distress in spezialisierten klinischen Bereichen gut untersucht ist, bestehen deutliche Lücken im Verständnis, wie er sich im Übergang von der Ausbildung in die professionelle Pflege entwickelt. Der Berufseinstieg scheint eine besonders vulnerable Phase zu sein, die bisher nur unzureichend empirisch analysiert wurde. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Berufseinsteiger:innen individuelle Copingstrategien entwickeln, die bislang kaum wissenschaftlich erfasst wurden. In der Literatur dominieren eher Studien zu organisationalen Copingmaßnahmen, während persönliche, informelle und alltagsnahe Bewältigungsformen kaum berücksichtigt werden. Es fehlt an Forschung zu der Frage, wie sich Moral Distress langfristig auf berufliche Entwicklung, moralische Sensibilität und Selbstwirksamkeit auswirkt, insbesondere in den Berufs Jahren.

Weiterführende Studien

Da die Teilnehmer:innen dieser Studie ausschließlich aus Wien stammten, wäre eine Ausweitung der Forschung auf weiteren deutschsprachigen Ländern, wie beispielsweise Deutschland und Schweiz sehr interessant, um zu untersuchen, ob der Moral Distress im Berufseinstieg länderübergreifend ähnlich oder unterschiedlich erlebt wird. Darüber hinaus könnte eine Vergleichsstudie zwischen erfahrenen Pflegepersonen und Berufseinsteiger:innen im Rahmen von Gruppendiskussionen spannend sein. Der daraus entstehende Austausch kann unter anderem zu einem vertieften Verständnis der jeweiligen Perspektive beitragen, die auch zum tieferen Verständnis der jeweiligen Gruppen verhelfen. Besonders relevant erscheint mir eine Interviewstudie mit Pflegepersonen, die sich mit der Wirksamkeit institutioneller Unterstützungsangebote und den langfristigen Auswirkungen von Moral Distress im Berufseinstieg befasst.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Moral Distress beim Berufseinstieg ein bislang unterschätztes, aber hoch relevanten Forschungsfeld in der Pflegewissenschaft darstellt. Weiterführende empirische Studien, insbesondere komparative, interventionelle und partizipative Designs, sind notwendig, um die Ursachen besser zu verstehen und evidenzbasierte Maßnahmen zur Unterstützung junger Pflegepersonen zu entwickeln.

6.7 Fazit der Diskussion

Moral Distress (MD) ist im Berufseinstieg in der Pflege kaum vermeidbar. Unterstützungsangebote wurden entweder nicht ausreichend kommuniziert oder nicht genutzt. Die befragten Pflegepersonen äußerten ein starkes Bedürfnis nach Kontrolle, Schulung und Mentoring. Aufgrund von mangelnder struktureller Unterstützung entwickelten sie eigene Bewältigungsstrategien wie Eigeninitiative in der Arbeit oder die bewusste emotionale Distanzierung, die teilweise sogar als positiv erlebt wurde. Langfristig zeigten sich überwiegend positive persönliche und professionelle Entwicklungen.

In der Literatur wird Moral Distress unterschiedlich definiert. Frühere Arbeiten, wie jene von Jameton, 1984 sowie 2015, beleuchten den Einfluss organisationaler Rahmenbedingungen und institutioneller Zwänge. Diese Sichtweise weist den Gesundheitseinrichtungen einen großen Anteil an der Entstehung Moral Distress zu. Die vorliegende Arbeit orientierte sich stärker an Morley et al. (2019), die Moral Distress als Ergebnis eines kausalen Zusammenhangs zwischen einem belastenden Ereignis und der psychischen Reaktion beschreiben. Diese Perspektive spiegelte sich in den Interviews dieser Studie wider. Die Befragten nahmen zwar bestehende Rahmenbedingungen, wie etwa unzureichende Einschulung als Auslöser wahr, erklärten den nachhaltigen Stresseffekt jedoch vor allem mit ihren eigenen Gefühlen der Überforderung, Unsicherheit und mangelnder Erfahrung. Der Moral Distress entsteht somit nicht nur durch äußere Einflüsse, sondern vor allem durch die emotionale Verarbeitung der Situationen. Im Berufseinstieg sind beruflich junge Pflegepersonen besonders anfällig für solche Belastungen, da sie sich in einem Prozess der Rollenfindung befinden.

In dieser Arbeit wurde Moral Distress neu gerahmt und nicht ausschließlich als Belastung, sondern auch als Ausgangspunkt für persönliches Wachstum verstanden. Die Ergebnisse verdeutlichten, dass MD zur Entwicklung von Resilienz beitragen kann. Zudem zeigten sie, dass das Phänomen Moral Distress nicht nur als individuelles Problem zu verstehen ist, sondern vielmehr als kollektives, strukturell verankertes Phänomen, das den Berufseinstieg junger Pflegepersonen maßgeblich prägt. Die Teilnehmenden beschrieben zu Beginn vor allem herausfordernde Situationen sowie Gefühle der Überforderung und individuelle Schuldzuweisungen.

Erst durch eine gezielte Reflexionsfrage gegen Ende des Interviews erkannten viele Befragten, welche Entwicklung sie durchlaufen hatten. Diese Reflexion ermöglichte ihnen, ihre Erlebnisse anders zu deuten. Sie interpretierten Moral Distress weniger als Zeichen eigener Schwäche, sondern als Ausdruck ungünstiger Rahmenbedingungen und zugleich als Ausgangspunkt persönlicher Stärke. Damit entstand ein neues Verständnis. Ein Reframing-, bei dem Moral Distress nicht nur Belastung bedeutet, sondern auch als Anlass für persönliches Wachstum und berufliche Reifung verstanden werden kann.

Die theoretischen Modelle nach Patricia Benner (2017) sowie Folkman und Lazarus (1984) leisteten einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der Entwicklungsprozesse, die die Interviewteilnehmer:innen im Umgang mit MD durchliefen. Benner beschreibt in ihrem Fünf-Stufen-Modell, dass Pflegepersonen im Verlauf ihrer beruflichen Laufbahn unterschiedliche Stadien durchlaufen, die von unterschiedlichen Herausforderungen geprägt sind. Wie auch in der vorliegenden Arbeit aufgezeigt, bestanden insbesondere bei beruflich jungen Pflegepersonen ein Bedürfnis nach Überprüfung und Kontrolle, um eine Form der Handlungssicherheit zu entwickeln. In Anlehnung an das Coping-Modell nach Folkman und Lazarus (1984) befanden sich diese Pflegepersonen in der sensiblen Phase, in der sie einschätzen müssen, ob eine Situation als Bedrohung ihrer beruflichen Identität wahrgenommen wird. Mehrere Teilnehmer:innen nahmen Moral Distress im Berufseinstieg als bedrohende Situation wahr, da sie aufgrund ihrer noch mangelnden fachlichen Kompetenz nicht angemessen mit den Herausforderungen des Pflegealltags umgehen konnten. Diese Einschätzung führte bei den befragten Teilnehmer:innen zur Entwicklung praxis- und emotionsorientierte Bewältigungsstrategien, die dazu beitrugen, Unsicherheiten sowie innere Konflikte zu reduzieren. Auf Grundlage der Selbstwahrnehmung der Berufsanfänger:innen nach Benner (2017) sowie der identitätsbezogenen Bewertung und Copingsstrategien nach Folkman und Lazarus (1984) wurde das Phänomen MD im Rahmen dieser Arbeit neu gerahmt.

Die Interviewten haben damit, oft unbewusst, zu einer neuen Deutung des Phänomens beigetragen. Sie erkannten ihre eigene Entwicklung, ihre erlernten Bewältigungsstrategien und ihren Zugewinn an Professionalität. Dieser Prozess kann als Form des Empowerments verstanden werden. Verbesserungsvorschläge der Teilnehmenden sollten demnach ernst genommen werden, um die mentale Gesundheit junger Pflegepersonen gezielt zu fördern. Strukturelle Veränderungen

erscheinen realistisch, sofern sie auf Leitungsebene weitergetragen werden. realistisch mussten an die höheren Positionen weitergeleitet werden. Es braucht weitere Projekte mit dieser Zielgruppe sowie mit Führungspersonen, um den aktuellen Stand zu erfassen. Dieses Projekt wäre in einem größeren, länderübergreifenden Projekt im deutschsprachigen Raum ideal.

7 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass Moral Distress im Berufseinstieg ein bedeutsames und häufig unterschätztes Phänomen ist. Zeit- und Personalmangel, unzureichender Einschulungsprozesse sowie ein hoher Erwartungsdruck führen dazu, dass Berufsanfänger:innen wiederholt mit Situationen konfrontiert sind, in denen sie ihre eigenen moralischen Vorstellungen nicht umsetzen können. Insbesondere Unsicherheit, fehlendes Selbstbewusstsein und mangelnde berufliche Routine erweisen sich dabei als zentrale Einflussfaktoren, die moralische Konflikte und belastende emotionale Reaktionen begünstigen.

Die Analyse zeigte, dass moralische herausfordernde Ereignisse von den Befragten nicht als isolierte Einzelbelastungen erlebt werden, sondern als Auslöser eines dynamischen Belastungsprozesses, der körperliche, psychische und soziale Folgen nach sich ziehen kann. Unzureichende institutionelle Unterstützungsstrukturen verstärken diesen Prozess. Besonders belastend wurde von den Teilnehmenden der Eindruck beschrieben, mit eigenen Unsicherheiten und Emotionen allein zu sein, während gleichzeitig der Anspruch besteht, rasch leistungsfähig zu sein, sich in das Team zu integrieren und den komplexen Anforderungen der Patient:innenversorgung gerecht zu werden. Dieser Spannungszustand führte bei vielen dazu, Belastungen im Arbeitsalltag zu verbergen und nach außen hin zu kompensieren.

Die Ergebnisse legen nahe, dass sich viele Berufseinsteiger:innen in einem wiederkehrenden Kreislauf des Moral Distress befanden, der durch moralisch herausfordernde Situationen, Unsicherheit, emotionale Belastung und kompensierende Bewältigungsstrategien gekennzeichnet war. Ohne Möglichkeit zur Reflexion, Begleitung und strukturellen Entlastung bestand die Gefahr, dass sich dieser Kreislauf wiederholt. In diesem Zusammenhang kommt insbesondere Führungskräfte eine zentrale Rolle zu, indem sie Räume für Austausch schaffen und die Sensibilisierung für Moral Distress aktiv fördern sollten.

Bei anhaltender Überlastung zeigten sich Risiken für körperliche und psychische Gesundheit sowie für die Qualität der pflegerischen Beziehungsgestaltung. Einige Teilnehmer:innen beschrieben eine zunehmende emotionale Distanzierung als Schutzmechanismus, der kurzfristig entlastend wirkte, langfristig jedoch zentrale pflegerische Werte wie Empathie und Beziehungsorientierung gefährdete. Trotz des

vorhandenen Angebots institutioneller Unterstützungsangebote in den Gesundheitseinrichtungen, wie beispielsweise in Form von Supervision, Mentoring oder ethische Fallbesprechungen, wurden diese von den Befragten kaum genutzt. Gründe wären unter anderem die mangelnde Kommunikation sowie eine geringe Sensibilität für die Bedürfnisse beruflich junger Pflegepersonen.

Stattdessen stützten sich die Teilnehmenden vor allem auf individuell entwickelte Copingstrategien, wie Beispiel der Austausch mit Kolleg:innen oder dem privaten Umfeld, körperliche Aktivitäten sowie die Distanzierung zur Arbeit. Diese Strategien erwiesen sich als zentrale Ressource zur Aufrechterhaltung der psychischen Stabilität und kompensierten bestehende institutionelle Defizite. Gleichzeitig zeigte sich, dass persönliche Entwicklung eine Schlüsselrolle im Umgang mit Moral Distress einnahm. Viele Teilnehmer:innen beschrieben einen Prozess des Lernens, Wachsens und Empowerments, der sich in zunehmendem Selbstbewusstsein, verbesserten Priorisierungskompetenzen und einem aktiveren Umgang mit Stresssituationen widerspiegelte.

Zudem macht die Studie deutlich, dass strukturelle Rahmenbedingungen in vielen Gesundheitseinrichtungen nur eingeschränkt stabil sind, während die Anforderungen und Verantwortlichkeiten an beruflich jungen Pflegepersonen im Berufseinstieg kontinuierlich zunehmen. Geringe oder fehlende Einschulungszeiten sowie anhaltender Personalmangel führten dazu, dass Berufseinsteiger:innen früh mit hohen Erwartungen konfrontiert wurden, ohne ausreichend Unterstützung und Orientierung zu erhalten. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, Ausbildungsstätten stärker einzubinden und bereits vor dem Berufseinstieg Wissen über Moral Distress, Bewältigungsstrategien und strukturierte Reflexionsmethoden zu vermitteln. Eine frühzeitige Sensibilisierung kann dazu beitragen, moralisch belastende Situationen besser einzuordnen und gesundheitsförderliche Bewältigungsformen zu entwickeln.

Aus den Ergebnissen dieser Studie ergeben sich ebenfalls andere praxisorientierte Implikationen. Um Pflegepersonen im Berufseinstieg zu entlasten, sind strukturierte Einschulungs- und Begleitkonzepte notwendig, die neben fachlichen Anforderungen auch den Umgang mit moralisch herausfordernden Situationen berücksichtigen. Eine stärkere Sensibilisierung von Führungspositionen sowie niedrigschwellige Angebote wie Mentoring, Supervision oder ethische Fallbesprechungen können dazu beitragen, Moral Distress frühzeitig zu erkennen und umzugehen. Gleichzeitig zeigt sich weiterer

Forschungsbedarf, insbesondere im Hinblick auf die Wirksamkeit institutioneller Unterstützungsangebote sowie auf die langfristigen Auswirkungen von Moral Distress im Berufseinstieg. Zukünftige Studien können dazu beitragen, nachhaltige Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit und der professionellen Entwicklung junger Pflegepersonen zu entwickeln.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Umgang mit Moral Distress im Berufseinstieg nicht ausschließlich als strukturelle und organisationale Herausforderung verstanden werden darf. In Anlehnung an die Definition von Morley et al. (2021) ist Moral Distress als ein Phänomen zu verstehen, das im Zusammenhang moralisch herausfordernder Situationen und individueller psychischer Belastung entsteht. Ein konstruktiver Umgang mit Moral Distress erfordert daher sowohl institutionelle Verantwortung als auch individuelle Unterstützungs- und Reflexionsmöglichkeiten. Ein entsprechendes Reframing kann dazu beitragen, Moral Distress als Teil professioneller Entwicklung zu verstehen und gleichzeitig die Voraussetzungen für eine verantwortungsvolle, gesundheitsförderliche Rollenübernahme beruflich junger Pflegepersonen nachhaltig zu verbessern.

8 Literaturverzeichnis

- Bahlman-van Oojien, W., Malfait, S., Huisman-de Waal, G. & Hafsteindottir, T. B. (2023). Nurses' motivations to leave the nursing profession: A qualitative meta-aggregation, *Journal of Advanced Nursing*, 79;4455-4471. <https://doi.org/10.1111/jan.15796>
- Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg) (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. DOI 10.1007/978-3-531-18939-0-39, Springer Fachmedien Wiesbaden
- Benner, P. (2017). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. 3. Auflage. Deutschsprachige Ausgabe herausgegeben und bearbeitet von Dr. Diana Staudacher, Bern, Hogrefe. <https://d-nb.info/112259564>
- Birks, M., Chapman, Y., & Francis, K. (2008). Memoing in qualitative research: Probing data and processes. *Journal of Research in Nursing*, 13(1). <https://doi.org/10.1177/174498710781254>
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF). (2020). *Praxisleitfaden für Integrität und Ethik in der Wissenschaft*. https://ombudsman-fuer-die-wissenschaft.de/wp-content/uploads/2020/10/2020-Praxisleitfaden-fuer-Integritaet-und-Ethik-in-der-Wissenschaft_Oesterreich.pdf. [Zugriff: 11.06.2025].
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2020). *Gesundheitsberufe in Österreich*. Wien.
- Burston, A. S. & Tuckett, A. G. (2013). Moral distress in nursing: Contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics*, 20 (3), 312-324. <https://doi.org/10.1177/0969733012462049>
- Chen, F., Liu, Y., Wang, X. & Dong, H. (2021). Transition shock, preceptor support and nursing competency among newly graduated registered nurses: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 102, 104891. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104891>
- Corley, M. C. (2002). Nurse Moral Distress: A proposed Theory and Research Agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>
- Corley, M. C. (2021). Moralischer Stress von Pflegenden: Vorschlag für eine Theorie und für eine Forschungsagenda. Biller-Andorno, N.; Monteverde, S.; Krones, T.; Eichinger, T. (Hrsg.), *Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik*. (S. 197-209) Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-27696-6_11
- Corley, M. C., Minick, P., Elswick RK & Jacobs, M. (2005). Nurse Moral Distress And Ethical Work Environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-390. <https://doi.org/10.1191/09697733005ne809oa>

Dressel, G., Kohn, J. & Schnelle J. (2023). *Erzählcafés. Einblicke in Praxis und Theorie*. Beltz Juventa Verlag.

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

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

Escolar-Chua, R. (2018). Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students. *Nursing Ethics*, 25(4), 458-469. <https://doi.org/10.1177/0969733016652445>

Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Wien. (2024, 5. November) *Research Ethics Questionnaire*. Abgerufen von https://sowi.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/f_sowi/Forschungsethik/RES_Questionnaire_Faculty.pdf

Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29/2, 91-97. <https://doi.org/10.1111/bioe.12064>

Gautam, S., Poudel, A., Paudyal, K., & Prajapadti, M. (2023). Transition to professional practice: Perspectives of new nursing of graduates of Nepal. *BMC Nursing*, 22(273). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01461-1>

Grace, P.J. & Milliken, A. (2022). Research on human subjects: Nurses roles and responsibilities. In P. Grace & A. Milliken (Hrsg). *Clinical ethics handbook for nurses* (S. 205-226). Springer Nature.

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

Helfferrich, C. (2017). Leitfaden- und Experteninterviews. In Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. (2. Auflage, S. 669-686). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44

Heloiza, M. S. R., Flávia R. S. R. & José, M. M. B. (2018). Moral distress of nursing graduates: Myth or reality? *Nursing Ethics*, 25(3), 304-312. <https://doi.org/10.1177/0969733016643862>

International Council of Nurses (2021). Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. 3 place Jean Marteau, Genf, Schweiz. ISBN: 978-92-95099-97.5.

https://oegkv.at/site/assets/files/10525/icn-ethik-kodex_broschuere_12-2021_fuer_web.pdf.
[Zugriff: 29.01.2026].

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

Jameton, A. (2017). What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care, *AMA Journal of Ethics*, 19 (6), 617-628.
<https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.6.mhst1-1706>

Jerusalem, A., Löffler, K. & Roth, P. (2022). "Wenn ich groß bin, geh' ich in die Pflege". *PROCARE* 1-2 (2022).

Juraszovich, B., Rappold, E. & Grymes, M. (2023). *Pflegepersonalprognose. Update bis 2050. Aktualisierung der Pflegepersonalbedarfsprognose 2020*. Gesundheit Österreich, GmbH.

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

Kleinknecht-Dolf, M. (2015). Wie erleben Pflegefachpersonen moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital? *Pflege & Gesellschaft*, 20.

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. https://doi.org/10.1177/0969733019897780](https://doi.org/10.1177/0969733019897780)

Klykken, F.M. (2022). Implementing continuous consent in qualitative research, Vol. 22(5), 795-810. *The Authors*. <https://doi.org/10.1177/14687941211014366>

Kuckartz, U.; Rädiker, S. (2024). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Umsetzung mit Software und künstlicher Intelligenz (6. Auflage). Juventa Verlag.

Küpper, A. (2020). Berufsverbleib von Auszubildenden in der Pflege: Der Einfluss von Moral Distress und arbeitsbezogenen Kohärenzgefühl. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/9783-658-29833-3>

Lazarus, R. & Folkman S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company, Inc.

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*, 35(2), 85-92. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000846>

Mayer, H. (2015). Pflegeforschung anwenden - Elemente und Basiswissen für das Studium. 4. Auflage. 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

Monteverde, S. (2019). Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. *Ethik in der Medizin*, 31, 345-360.

Morley, G., Ives, J. Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is “moral distress”? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, 26(3), 646-662. <https://doi.org/10.1177/0969733017724354>

Morley, G., Bradbury-Jones, C. & Ives, J. (2021). The moral distress modell: An empirically informed guide for moral distress interventions. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 31, Issue 9-10. pp. 1309-1326. <https://doi.org/10.1111/jocn.15988>

Morley, G., Bena, J.F., Morrison, S.L. & Albert, N.M. (2023). Sub-categories of moral distress among nurses: A descriptive longitudinal study. *Nursing Ethics*. <https://doi.org/10.1177/09697330231160006>

Prosen, M. & Lichen, S. (2023). Newly graduated nurses' perceptions of their professional role and professional competency: a qualitative focus group study. *BMC Medical Education* (2021), 23, 755. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04676-w>

Renno, H. M. S., Ramos, F. R. S. & Brito, M.J.M (2016). Moral distress of nursing undergraduates: Myth or reality? *Nursing Ethics*. 26(7-8), 2340-2350. <https://doi.org/10.1177/0969733016652446>

Riedel, A., Goldbach, M. & Lehmeyer, S. (2022). Moralisches Belastungserleben von Pflegefachpersonen – Ein deskriptives Modell der Entstehung und Wirkung eines ethisch bedeutsamen Phänomens der Pflege. In Riedel, A. & Lehmeyer, S. (Hrsg). *Ethik im*

Gesundheitswesen (1. Aufl., S. 427-430). Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-58680-8>

Roghayeh, M.R., Mahlagha, D. & Menirosadat, N. (2019). Nursing students' ethical challenges in the clinical settings: A mixed-methods study. *Nursing Ethics*, 26(7-8), 1983-1991.
<https://doi.org/10.1177/0989733018810766>

Sahli, A. & Rüfli, S. (2021). Moralischer Distress bei Pflegestudierenden: Und was kann dagegen unternommen werden? *Padua*, 16 (3), 143-148.

Schrems, B. (2014). Informed consent, vulnerability and the risks of group-specific attribution. *Nursing Ethics*. 21(7), 829-843.

Seidlein, A., Riedel, A. & Klotz K. (2025). Forschungsethik in der Pflegeforschung. Grundlagen für eine verantwortungsvolle Praxis. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-70823-1>

Snopek, P., Popovicova, M, & Pliskova, B. (2016). Moral Dilemma in Clinical Practice of Nursing Students. *The European Proceedings of Social & behavioural Sciences*, 13, 197-202.
<https://doi.org/10.15405/epsbs.2016.07.03.39>

Witzel, A. (1992). Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen, Frankfurt. M. Campus

Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum: Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 14. <https://doi.org/10.17169/fqs-1.1.1131>

Wöhlke, S. & Wiesemann, C. (2016). Moral distress im Pflegealltag und seine Bedeutung für die Implementierung von Advance Care Planning. *Pflegewissenschaft* 5 / 6 (18. Jg.). HPSmedia.

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Facebook Beitrag – Teilnehmende für Masterarbeit gesucht (Screenshot, 2026)	13
Abbildung 2: Die sechs Hauptkategorien (Eigene Darstellung, 2025)	26
Abbildung 3: 1. Hauptkategorie: Die großen Herausforderungen beim Berufseinstieg inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025).....	27
Abbildung 4: 2. Hauptkategorie: Kurzfristige Folgen von Moral Distress inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025)	37
Abbildung 5: 3. Hauptkategorie: Unmittelbare Bewältigungsstrategien inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025)	41
Abbildung 6: 5. Hauptkategorie: Persönliche Entwicklung inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025).....	47
Abbildung 7: 5. Hauptkategorie: Unterstützungsangebote in der Praxis inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025)	59
Abbildung 8: 6. Hauptkategorie: Wünsche nach Unterstützung und Veränderung inklusive Unterkategorien (Eigene Darstellung, 2025).....	62
Abbildung 9: 5 Kompetenzstufen nach Patricia Benner (Lehr-Instrumente, 2016) ...	69
Abbildung 10: Coping-Modell nach Lazarus und Folkman (Guttmann, 2016).....	72

10 Anhang

Anhang 1: Teilnehmer:inneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

Anhang 2: Interviewleitfaden

Anhang 1: Teilnehmer:inneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie

Moral Distress im Berufseinstieg: Von Krise zur Stärke: Bewältigung und Unterstützung – Teilnehmer:inneninformation und Einwilligungserklärung



Teilnehmer:inneninformation und Einwilligungserklärung zur Teilnahme an der Studie:

Moral Distress im Berufseinstieg: Von Krise zur Stärke – Bewältigung und Unterstützung

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

ich lade Sie herzlich ein, an meiner Masterarbeit im Rahmen des Studiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien teilzunehmen. In meiner Arbeit möchte ich untersuchen, wie diplomierte Pflegepersonen den Berufseinstieg erleben – insbesondere in Bezug auf Moral Distress – und welche Bewältigungs- oder Unterstützungsstrategien hilfreich sind. Die Masterarbeit wird von Frau Assoz. Prof.in Dr.in Katharina Heimerl betreut.

Moral Distress ist ein bekanntes Phänomen in der Pflege. Es beschreibt Stresssituationen, die entstehen, wenn Pflegepersonen zwar wissen, welche Handlung moralisch angemessen ist. Aufgrund von verschiedenen Faktoren, wie z.B. institutionellen Hindernissen wie Zeit- oder Personalmangel, werden sie daran gehindert, diese umzusetzen.

Was erwartet Sie?

Ich möchte mit Ihnen ein einmaliges Interview führen, das etwa 45 Minuten dauert. Mit Ihrem Einverständnis werde ich das Gespräch aufzeichnen, um es später transkribieren zu können. Den Ort des Interviews bestimmen Sie – wichtig ist nur, dass wir ungestört sprechen können.

Warum ist Ihre Teilnahme wichtig?

Ein direkter Nutzen entsteht für Sie nicht, aber Ihre Erfahrungen können helfen, die Situation für zukünftige Pflegeeinsteiger:innen besser zu verstehen. Manche Themen könnten emotionale Reaktionen auslösen. Sie können das Gespräch jederzeit abbrechen oder pausieren, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen.

Wie gehe ich mit Ihren Daten um?

Ich sichere Ihnen zu, dass Ihre Daten streng vertraulich und pseudonymisiert behandelt werden. Namen, Orte und andere identifizierende Angaben werden aus den Transkripten entfernt. Nur meine Betreuerin (Assoz. Prof.in Dr.in Katharina Heimerl) und ich haben Zugang zu den Originaldaten, die nach Abschluss der Arbeit gelöscht werden.

Ihre Teilnahme an dieser Studie erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit, ohne Angabe von Gründen, Ihre Bereitschaft zur Teilnahme ablehnen oder auch im Verlauf der Studie zurückziehen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausscheiden aus dieser Studie hat keine nachteiligen Folgen für Sie.

Bei Rückfragen

Wenn Sie Fragen haben oder nach dem Gespräch noch etwas klären möchten, können Sie sich gerne bei mir melden: eliza.marielle.montalbo-de.guzman@unet.univie.ac.at

Einwilligungserklärung

Name der teilnehmenden Person in Druckbuchstaben:

Ich erkläre mich bereit, an der Studie *Moral Distress im Berufseinstieg: Von Krise zur Stärke – Bewältigung und Unterstützung* teilzunehmen.

Ich bin von Eliza Marielle Montalbo-De Guzman ausführlich und verständlich über Zielsetzung, Bedeutung und Tragweite der Studie und die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Ich habe darüber hinaus den Text dieser Teilnehmer:inneninformation gelesen. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und ausreichend beantwortet. Ich hatte genügend Zeit, mich zu entscheiden, ob ich an der Studie teilnehmen möchte. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten aufgezeichnet und ausgewertet werden. Einzelne wörtliche Zitate können anonymisiert in der Masterarbeit und einer eventuellen Veröffentlichung verwendet werden.

Ich stimme zu, dass meine Daten dauerhaft in pseudonymisierter Form elektronisch gespeichert werden. Die Daten werden in einer nur der Forscherin und Betreuerin zugänglichen Form gespeichert, die durch einen passwortgeschützten Ordner gesichert sind.

Ich behalte mir das Recht vor, meine freiwillige Teilnahme jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen. Sollte ich aus der Studie ausscheiden wollen, so kann ich dies während der Projektlaufzeit schriftlich oder mündlich bei Eliza Montalbo-De Guzman veranlassen.

Nach Projektende am 31.04.2026 werden die Ton-Aufnahmen gelöscht. Ihre personenbezogenen Daten sind nur für die Forscherin und Betreuerin zugänglich und werden passwortgeschützt gespeichert. Für wissenschaftliche Zwecke (Masterarbeit, Fachartikel, Vorträge) werden wörtliche Zitate verwendet. Eliza Marielle Montalbo-De Guzman nutzt dabei ausschließlich anonymisierte Daten, so dass nicht erkennbar ist, von wem die Zitate stammen. Die Transkripte werden 10 Jahre aufbewahrt. Eine Kopie dieser Teilnehmer:inneninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Forscherin Eliza Marielle Montalbo-De Guzman.

Datum und Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers

.....

Leitfaden für Problemzentriertes Interview

Moral Distress im Berufseinstieg: Von Krise zur Stärke – Bewältigung und Unterstützung

Einleitende Worte:

Vielen Dank, dass Sie/du sich/dir Zeit genommen haben, um mit mir dieses Interview zu machen.

Mein Name ist Eliza und ich bin Studierende der Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Ich habe Fragen vorbereitet, die für meine Masterarbeit besonders interessant sind. Die Daten werden im Rahmen dieser Forschungsarbeit verwendet und transkribiert, nach Abschluss der Defensio gelöscht. Das Interview wird max. 45 Minuten dauern. Ich möchte noch mal betonen, dass wir jederzeit Pause machen können oder das Interview abbrechen, falls Ihnen das Interview unangenehm ist. Das Transkript wird außer mir nur die Betreuerin meiner Arbeit sehen. Alles was Sie sagen, wird vertraulich behandelt. Ziel des Interviews ist es, Ihre Erfahrungen von Moral Distress zu beleuchten, um Herausforderungen und vor allem die Unterstützungsmöglichkeiten und Copingstrategien im Umgang mit Moral Distress besser zu verstehen.

Einführung:

Moral Distress ist ein komplexes Phänomen in der Pflege. Es beschreibt eine moralische Stresssituation, die entsteht, wenn Pflegepersonen zwar wissen welche Handlung moralisch angemessen ist, dennoch aufgrund von verschiedenen Faktoren, wie z.B. institutionellen Hindernissen, wie Zeitmangel oder Personalmangel, daran gehindert werden diese umzusetzen.

Ich möchte Ihnen/Dir dazu zuerst eine Fallvignette vorlesen:

Fallvignette:

Peter ist Anfang 20 und arbeitet seit wenigen Monaten auf einer internistischen Bettenstation. Während eines Spätdienstes betreut er zusammen mit einer erfahrenen Kollegin (37a) Patient:innen. Eine Patientin klingelt mehrmals, weil sie Schmerzen hat und sich unwohl fühlt. Peter möchte sich Zeit für sie nehmen, da sie sehr verängstigt wirkt. Seine Kollegin sagt jedoch: „Die hat doch immer was – wir müssen erst die Dokumentation fertigkriegen, sonst wird das morgen wieder ein Drama mit dem Frühdienst.“ Kurz darauf meldet sich die Stationsleitung telefonisch und fragt nach dem Stand der Entlassungsvorbereitungen. Peter fühlt sich zerrissen zwischen dem Wunsch, für die Patientin da zu sein, und dem Druck, alle Aufgaben „abzuarbeiten“. Am Ende des Dienstes hat er das Gefühl, der Patientin nicht gerecht geworden zu sein – und fragt sich, ob er in diesem Beruf auf Dauer bestehen kann.

Erzählphase:

Können Sie sich an ähnlichen Situationen im ersten Berufsjahr auf der akutmedizinischen Bettenstation erinnern, in der Sie Moral Distress erlebt haben?

- **Was war das für eine Situation?**
- **Welche Erfahrungen haben Sie in dieser Phase besonders geprägt?**
(neues Fach, Abteilung, Teamdynamik, Kommunikation im Team)
- **Gab es Herausforderungen beim Berufseinstieg? Einschulungsphase?**
 - Sind Sie mit der Verantwortung und Aufgabenbereich gut zurechtgekommen?
- **Wie haben Sie das damals erlebt?**
- **Was haben Sie dabei gefühlt?**
- Wer war daran beteiligt?
- Wie war Ihre Vorstellung von moralisch korrektem Handeln in dieser Situation?
 - Wieso?
- Was hat Sie daran gehindert so zu handeln?
- **Nachfragen:**
 - Können Sie mir das noch genauer erklären?
 - Fallen Ihnen noch weitere Aspekte ein?
- **Können Sie sich an andere Situationen beim Berufseinstieg erinnern, in denen Sie das Gefühl hatten, zu wissen, was das Richtige ist, aber durch Rahmenbedingungen daran gehindert wurden, das umzusetzen?**
 - Beispiele: schwierige Kommunikation im Team, fehlende Unterstützung von Vorgesetzten, fehlende Zeit- und Personalressourcen
 - Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis, fehlende Einschulung
- **Wie haben Sie sich dabei gefühlt?**

- Wie hat sich diese Belastung bei Ihnen bemerkbar gemacht – emotional, körperlich oder im Umgang mit anderen?

Individuelle Bewältigungsstrategien

- Was tun Sie in solchen Situationen, um damit umzugehen?
 - o Was genau machen Sie?
 - o Mit wem? Gibt es Personen oder Methoden, die Ihnen helfen, mit solchen inneren Konflikten umzugehen?
 - o Was war Ihr Motiv dabei (Klärung, Rückzug, Ablenkung)?
 - o Wieso haben Sie sich genau für das entschieden?
 - o Würden Sie das heute wieder so machen?
 - o Wie sehen Sie nun rückblickend auf die Situationen?

Institutionelle Unterstützungsangebote

- Welche Unterstützungsangebote haben Sie in der Einschulungsphase erlebt?
- Gab es Unterstützung durch Kolleg:innen, Vorgesetzte oder andere Stellen?
- Welche Art von Unterstützung würden Sie sich wünschen?
- Gibt es etwas, das Ihnen in dieser Zeit gefehlt hat und was hätte besser gemacht werden können?

Reflexion / Wandel über Zeit:

- Hat sich Ihr Umgang mit solchen Situationen seit Ihrem Berufseinstieg verändert?
- Was hat Ihnen geholfen, stärker daraus hervorzugehen?

Abschluss:

- Wenn Sie mit Ihrem heutigen Wissen und Ihren Erfahrungen auf den Beginn Ihres Berufseinstiegs zurückblicken, welche Ratschläge würden Sie Ihrem damaligen Ich geben?
- Möchten Sie noch etwas ergänzen, das wir noch nicht besprochen haben?

Kurzfragebogen - Soziodemografische Daten: Name, Alter, Geschlecht, Anzahl der Berufsjahre, Beschäftigungsausmaß: Vollzeit/Teilzeit, Bereich

Vielen Dank für Ihre Zeit! Sie haben mir damit sehr geholfen. Wenn sich bei Ihnen noch weitere Fragen ergeben, können Sie mich jederzeit kontaktieren.