

Katja Kühlmeyer

Was löst moralischen Stress aus?

What triggers Moral Distress?

Zusammenfassung

Menschen in Gesundheitsberufen sind von moralischem Stress (MoS) betroffen. MoS bezeichnet eine psychische Reaktion auf eine moralische Herausforderung. Moralische Herausforderungen können Unsicherheit, Konflikte, Fehlverhalten oder Handlungsbarrieren auf verschiedenen Ebenen des sozialen Handelns beinhalten. Um Auslöser von MoS zu identifizieren, gibt es verschiedene wissenschaftliche Zugänge. Auslöser können z. B. Ressourcenknappheit, Defizite bei der Anleitung von Berufsanfängern oder Entscheidungen über medizinische Maßnahmen sein. Für einen angemessenen Umgang mit MoS sind nicht nur individuelles Handeln, sondern auch soziale, organisationale und politische Einflüsse zu berücksichtigen.

Schlüsselwörter: Gesundheitspersonal, moralischer Stress, Auslöser, klinische Ethik, Moralvorstellungen

Abstract

People in health care professions are often affected by moral distress (MD). MD refers to a psychological reaction to a particular moral challenge. Examples of this may include moral uncertainty, conflict, misconduct, or impediments to action at various levels. There are different scientific approaches available to help identify triggers of MD. These can include, for example, resource scarcity, deficiencies in guiding novice workers, or decisions about medical interventions. Appropriate management of MD thus not only requires a consideration of individual actions but also a consideration of various social, organizational, and political factors.

Keywords: health care workers, moral distress, triggers, clinical ethics, morality

Dr. Dipl.-Psych. Katja Kühlmeyer
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der
Medizin der LMU München
Lessingstr. 2, D-80336 München
katja.kuehlmeyer@med.lmu.de

Einleitung

In den USA gibt es seit den 1980er Jahren einen stetig zunehmenden, und mittlerweile auch nicht nur wissenschaftlichen, sondern auch gesellschaftlichen Diskurs über moralischen Stress (MoS).¹ Im deutschsprachigen Raum steckt die Forschung zu dem Thema noch in den Kinderschuhen. Seit Beginn der COVID-19-Pandemie hat der MoS von Gesundheitspersonal, aber auch die Beschäftigung mit der mentalen Gesundheit von Fachkräften in der Patientenversorgung, weltweit zugenommen.² MoS hat einen Einfluss auf die mentale Gesundheit.³ MoS ist allerdings nicht nur mit einer Pandemie, der dadurch bedingten Ressourcenknappheit oder Handlungseinschränkungen durch politische Vorgaben wie beispielsweise Besuchsregelungen in Krankenhäusern und Altenheimen assoziiert. Vielmehr müssen wir MoS als eine Begleiterscheinung eines Gesundheitsberufes verstehen, dessen Auftreten und angemessenen Umgang in der Ausbildung bzw. im Studium unterrichtet und in allen Versorgungskontexten reflektiert werden sollte.

MoS wurde zunächst nur bei Pflegenden untersucht und diskutiert, was auch heute noch den größten Anteil der Forschungsliteratur ausmacht. Mittlerweile kann man davon ausgehen, dass alle Menschen in Gesundheitsberufen, aber auch Patienten und Angehörige MoS erleben können. Fachgesellschaften, Kliniken und Hochschulen weltweit machen zunehmend auf MoS aufmerksam, und wollen damit unter anderem zur Prävention negativer Beanspruchungsfolgen durch MoS (zum Beispiel zu einer Senkung der Prävalenz psychischer Störungen) und zur Qualität der Patientenversorgung beitragen.

Vereinzelt wurden in den letzten Jahren auch im deutschsprachigen Raum Forschungsarbeiten zu MoS durchgeführt. Der größte Teil der Forschung wird von Pflegewissenschaftlern und -ethikern betrieben.⁴ Darüber hinaus gibt es Untersuchungen und Überlegungen, die multiprofessionelle Teams, Ärzte und Medizinstudierende in den Blick nehmen.⁵ Solche Arbeiten liefern uns

nicht nur neue Erkenntnisse in Bezug auf Gesundheitsrisiken oder Defizite in der Versorgung von kranken Menschen. Sie tragen auch indirekt dazu bei, den Begriff und das Konzept bekannter und vertrauter zu machen. Das ist ein wichtiger Beitrag, denn es kann bereits als entlastend empfunden werden, wenn es für eine subjektive Empfindung einen Fachbegriff gibt. Dadurch, dass sie benannt wird, kann eine Erfahrung kommunikativ validiert werden, und es gelingt mitunter Betroffenen, sich durch die Einordnung der Erfahrung von ihrem Erleben zu distanzieren. Eine wissenschaftliche Beschäftigung mit MoS von Gesundheitspersonal zeigt auch, dass es sich nicht um ein individuell bedeutsames, sondern ein gesellschaftlich relevantes Problem handelt, zu dessen adäquaten Umgang Forschung einen Beitrag leisten kann.

Moralischer Stress ist eine bestimmte Art von Stress. Was kennzeichnet ihn und wodurch wird er ausgelöst? Es wäre unmöglich, alle möglichen Auslöser von MoS in diesem Artikel zusammenzufassen. Stattdessen möchte ich dem Leser durch meinen Beitrag ermöglichen, selbst Auslöser von MoS in seinem Interessensgebiet identifizieren zu können. Dazu werde ich zunächst auf Gründe eingehen, warum es bedeutsam sein kann, sich wissenschaftlich mit MoS zu beschäftigen. Dadurch lassen sich Anknüpfungspunkte an unterschiedliche wissenschaftliche Diskurse skizzieren, die aktuell zu MoS geführt werden. Dann zeige ich auf, was in diesem Beitrag unter MoS verstanden wird, denn es handelt sich um einen vieldeutigen Begriff, der heterogen definiert und verwendet wird. Im nächsten Schritt skizziere ich unterschiedliche Untersuchungsmethoden zur Identifikation von Auslösern von MoS und zeige exemplarisch auf, was sie uns über das Auftreten von MoS sagen können. Dann zeige ich die Möglichkeit auf, Auslöser in einem Ebenen-Modell zu verorten. Zuletzt ziehe ich Schlussfolgerungen im Hinblick auf einen angemessenen Umgang mit MoS von Gesundheitsfachkräften.

Gründe für die wissenschaftliche Beschäftigung mit moralischem Stress

Wenn wir uns einem Thema wissenschaftlich nähern, müssen wir erst einmal rechtfertigen, warum es sich lohnen könnte, Ressourcen zu investieren, um mehr Erkenntnisse zu gewinnen. Es gibt mindestens fünf Gründe, warum es von Bedeutung ist, sich wissenschaftlich mit MoS zu beschäftigen:

1. Gesunderhaltung als Wert
2. Aufrechterhaltung der Arbeits- und Berufsfähigkeit von Gesundheitspersonal
3. Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität
4. Hinweis auf Missstände oder Fehlverhalten
5. Bedarfsermittlung oder Evaluation praxisnaher Ethikangebote

Der erste Grund ist der, dass *Gesundheit* ein instrumenteller Wert ist, den es zu schützen und zu fördern gilt. Wir brauchen ein gewisses Maß an Gesundheit, um andere Dinge im Leben erreichen zu können, und damit ist nicht nur körperliche, sondern auch psychische und soziale Gesundheit gemeint. Eine Gesundheitsbedrohung kann Menschen in existentielle Lebenssituationen bringen. Wenn wir über Gesundheitsrisiken aufgeklärt werden, können wir auch angemessen mit Risiken umgehen und gezielter Maßnahmen ergreifen, um gesund zu bleiben. Niedrigschwellige Angebote können dabei helfen, Barrieren zu senken, um Aufklärung und Hilfe in Anspruch zu nehmen. Es ist daher wichtig, etwas über Auslöser von MoS zu erfahren, um Gesundheitsfachkräfte über Risikofaktoren bei der Arbeit praxisnah informieren zu können. Dieser Überlegung folgend, kann uns Forschung dabei helfen, mehr darüber zu erfahren, inwiefern das Erleben von MoS ein Gesundheitsrisiko für Gesundheitspersonal darstellt. Wenn Menschen z. B. darüber aufgeklärt werden, dass mangelnde Bewegung ein Risiko für eine Herzkrankung darstellt, können sie sich entscheiden, regelmäßig für Bewegung zu sorgen. Analog können Pflegekräfte, wenn sie darüber aufgeklärt werden, dass die Arbeit auf einer Intensivstation mit einem Burnout-Risiko aufgrund von MoS ein-

hergehen kann, zum Beispiel Gesprächsangebote wahrnehmen, bei denen Therapieentscheidungen über die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen im Nachhinein ethisch reflektiert werden können.⁶

Der zweite Grund hängt mit dem ersten zusammen, aber betrachtet Gesundheitskrisen aus der Perspektive eines Arbeitgebers. Wissen über den Bedarf und die Effektivität von Prävention negativer Beanspruchungsfolgen durch MoS kann zur *Aufrechterhaltung der Arbeits- und Berufsfähigkeit von Gesundheitspersonal* beitragen. In der Gesundheitsversorgung in Industrieländern, wo Gesundheitstechnologien allgemein verfügbar sind, sind die menschlichen Ressourcen ganz entscheidend für die Versorgungskapazität von Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern oder Praxen. Herrscht ein Mangel an Pflegenden, Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften, wie das in vielen Gesundheitssystemen in Europa gegenwärtig der Fall ist, hat die Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung der Mitarbeiter den Effekt, dass sie die Mitarbeiterbindung erhöhen und die Wahrscheinlichkeit für den krankheitsbedingten Personalausfall senken. Wissen wir, inwiefern das Erleben von MoS dazu führen kann, dass Fachkräfte aufgrund psychischer Krankheit ausfallen oder ihren Arbeitsplatz bzw. ihren Beruf verlassen, können wir Maßnahmen entwickeln, um einem solchen Ausfall vorzubeugen. Dazu ist es z. B. erforderlich, dass wir Interventionen dahingehend evaluieren, ob sie Gesundheitsfachkräfte dabei unterstützen können, ihre Gesundheitsressourcen zu schützen und möglichst lange dem Gesundheitssystem bzw. einer Institution (z. B. einem Krankenhaus) zur Verfügung stehen zu können.

Der dritte Grund, warum es von Bedeutung ist, sich mit MoS zu beschäftigen, betrifft die *Versorgungsqualität in Einrichtungen zur Gesundheitsversorgung*, wie beispielsweise in Krankenhäusern oder Heimen zur stationären Alten- und Krankenpflege. Menschen in Gesundheitsberufen, die aufgrund ihres starken Verantwortungsgefühls für eine gute

Versorgung MoS erleben, könnten sich emotional aus der Versorgung zurückziehen, womöglich, weil es Ihnen aufgrund ihrer Erschöpfung nicht mehr möglich ist, empathisch zu arbeiten oder aus Selbstschutz, um nicht auszubrennen. Eine Folge davon kann sein, dass sie sich ihren Patienten weniger häufig oder intensiv zuwenden, womöglich auch aus schlechtem Gewissen, ihnen sowieso nicht gerecht werden zu können, oder um sich davor zu schützen, weiter auszubrennen. Es kann dann sinnvoll sein, zu erforschen, was ein angemessener Umgang mit MoS bedeutet. Im nächsten Schritt können Maßnahmen danach bewertet werden, ob sie z. B. einem Rückzug entgegenwirken und ermöglichen, dass eine empathisch-mitfühlende Patientenversorgung stattfindet.

Damit zusammen hängt das Potential der Forschung über MoS, daran eine Beurteilung eines Veränderungsbedarfs in der Praxis anzuschließen. MoS zu untersuchen, kann dabei helfen, *moralisches Fehlverhalten*, *organisationale Defizite* und *Missstände aufzudecken*. Nehmen wir die Beobachtungen von moralisch sensiblen Menschen ernst, können wir durch ihre Hinweise individuelles oder kollektives Fehlverhalten identifizieren und zur Kenntnis bringen. Beschäftigen wir uns präventiv mit MoS und bringen wir unterschiedliche moralische Vorstellungen zu einem Sachverhalt zur Sprache, könnten wir dazu beitragen, dass potentiell Fehlverhalten erkannt, korrigiert oder verhindert wird. Die Forschung zu *ethischer Blindheit* zeigt, dass in Systemen, in denen Fehlverhalten etabliert ist und ohne Sanktion bleibt, Mitarbeiter gar nicht mehr dazu in der Lage sein können zu erkennen, dass sie falsch handeln.⁷ Sie brauchen ein Korrektiv von außen, um Änderungsbedarfe festzustellen. Darüber hinaus kann es auch möglich sein, durch das Aufdecken von Auslösern von MoS politischen Akteuren die negativen Konsequenzen einer politischen Entscheidung deutlich zu machen, um ein politisches Umdenken zu bewirken. Aber es ist auch möglich, dass ein Handeln eines Kollegen fälschlich als

Fehlverhalten interpretiert wird. In einem solchen Fall könnte die Beschäftigung mit MoS zu einem toleranteren Umgang mit unterschiedlichen moralischen Handlungsweisen führen.

Der letzte Grund hat im engeren Sinne mit den Aufgaben von Ethikdienstleistungen in der Klinik, z. B. Ethikberatung oder Ethik-Fortbildungen zu tun. MoS kann ein Indikator für ein ethisches Problem bzw. eine ethische Herausforderung sein, die ein Akteur oder eine Gruppe von Akteuren in einem konkreten Fall nicht zufriedenstellend lösen können. Wenn wir Gesundheitspersonal für MoS sensibilisieren und aufzeigen, in welchen Situationen Angebote von klinischen Ethikberatungsdiensten hilfreich sein können oder eruieren, inwiefern wir neue, zugeschnittene Angebote brauchen, können wir die Effektivität dieser Dienste steigern. Wir können moralischen Stress als Indikator für den Erfolg dieser Dienste heranziehen oder überprüfen, ob sie dazu beitragen können, das ethische Klima einer Gesundheitseinrichtung zu verbessern. Ob z. B. eine klinisch-ethische Fallberatung dabei helfen kann, den MoS von Gesundheitsfachkräften zu reduzieren, hängt unter anderem von der Zielsetzung des Angebots und dem konkreten Beratungsmodell, aber auch von den beteiligten Mitarbeitern ab.

Diese fünf Gründe geben eine Orientierung bei der Beschäftigung mit Forschung zu MoS. Sie beschreiben unterschiedliche Zielsetzungen und verweisen indirekt darauf, welche Disziplinen einen Beitrag zum Erkenntnisgewinn und einem besseren Umgang mit MoS leisten können. Während zum Beispiel die gesundheitsbezogene Relevanz von MoS eher für Forschung aus der Perspektive der Public Health und Arbeitsmedizin sprechen, ist die Relevanz für die Qualität der Versorgung eher für Forschungsaktivitäten im Gesundheitsmanagement und in der klinischen Ethik interessant. Je nachdem können unterschiedliche Auslöser von MoS in den Blick genommen und verschiedene Strategien zum Umgang mit MoS empfohlen werden.

Ich schließe mich in dieser Arbeit aufgrund meines fachlichen Interesses an der klinischen Medizinethik vor allem den Anliegen an, Bedarfe für Angebote der klinischen Ethik zu identifizieren, um moralisches Fehlverhalten zu vermeiden, organisationale Defizite zu adressieren und zur Verbesserung der Qualität der Versorgung beizutragen. Nun, da wir wissen, warum wir uns mit MoS wissenschaftlich beschäftigen sollten, müssen wir klären, was MoS überhaupt bezeichnet.

Definition von moralischem Stress

Es herrscht Uneinigkeit darüber, was MoS kennzeichnet. Den bisher verwendeten Definitionen ist gemeinsam, dass der Begriff zwei Dinge umschließt: die Erfahrung mit einem moralischen Phänomen und dessen Auswirkung auf die Psyche. Im Prinzip gibt es zwei Definitionsfamilien, denen sich Wissenschaftler anschließen können, die sich mit moralischem Stress beschäftigen wollen: den *engen* Definitionen, bei denen Handlungseinschränkungen MoS auslösen und den *weiten* Definitionen, bei denen verschiedene moralische Auslöser mit MoS assoziiert sind.

Die meisten Forschungsarbeiten knüpfen an eine Form der engen Definition von MoS in der Tradition von Andrew Jameton an.⁸ Eine aktuelle Definition in dieser Tradition könnte etwa lauten: MoS ist ein psychischer Spannungszustand, der auftritt, wenn jemand ein moralisches Urteil gefällt hat, aber nicht danach handeln kann. Warum eine Person nicht nach ihrem moralischen Urteil (also ihrer Einschätzung, was in der Situation richtig/falsch ist, handeln kann) liegt daran, dass sie mit Handlungsbarrieren konfrontiert ist. Nach Jameton sind solche Handlungsbarrieren vor allem in der Institution verortet, in der die Pflegekraft arbeitet, z. B. aufgrund begrenzter Ressourcen. Später ergänzte er die Möglichkeit, dass Handlungsbarrieren auch zwischenmenschlich bestehen können. So kann zum Beispiel auch ein Mitarbeiter, der gegenüber einer Pflegekraft weisungsbefugt ist und sie daran hindert, gemäß ihrer

Vorstellung zu handeln, zur Handlungsbarriere werden.⁹ Für Mary Corley und Kollegen waren es konkrete Hindernisse wie Zeitmangel, Verhalten von Vorgesetzten, hinderliche medizinische Machtstrukturen, institutionelle Regelungen oder rechtliche Erwägungen, die eine Pflegekraft daran hindern können, entsprechend ihrer moralischen Vorstellungen zu handeln.¹⁰ Sie entwickelten auf der Grundlage dieser Definition eines der ersten Messinstrumente, die *moral distress scale* (MDS), die im Laufe der Zeit immer wieder überarbeitet wurde. Elisabeth Epstein und Ann Hamric ergänzten, dass Handlungsbarrieren nicht nur im Äußeren, also external bestehen müssen, sondern es auch personale bzw. internale Handlungsbarrieren geben kann wie Selbstzweifel, mangelndes Durchsetzungsvermögen, eine Sozialisation zur Befolgung von Befehlen, eine wahrgenommene Machtlosigkeit und ein mangelndes Verständnis der gesamten Situation.¹¹

Demgegenüber steht eine weite Definition von MoS, bei der seine Ursache nicht auf das Unterbleiben des moralisch gewünschten Handelns aufgrund von Handlungsbarrieren beschränkt ist (siehe Tab. 1). Carina Fourie sowie Georgina Morley und Kollegen, Vertreter einer weiten Definition von MoS, haben sich intensiv mit der Forschungsliteratur beschäftigt und in der Verwendung der engen Definitionen einige Inkonsistenzen identifiziert. Um diese Unstimmigkeiten aufzulösen, postulieren sie, dass MoS auch mit dem Erleben anderer moralischer Ereignisse einher gehen kann. Eine moralische Herausforderung kann das Erleben moralischer Unsicherheit oder eines moralischen Konflikts bzw. Dilemmas sein, was in der Familie der engen Definitionen explizit von MoS unterschieden wurde. Moralische Unsicherheit ist gegeben, wenn eine Gesundheitsfachkraft nicht weiß, woran sie sich bei dem Fällen ihres moralischen Urteils orientieren soll. Ein moralischer Konflikt liegt vor, wenn mehrere Werte, Normen oder Prinzipien unterschiedliche Handlungsstrategien nahelegen. Nach diesem Verständnis tritt MoS also auf, wenn Menschen auf ein

| Ursache | Folgen |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Moralisch herausfordernde Situation (Fourie 2015, 2017) oder Moralisches Ereignis (Morley & Ives 2019)</p> | <p style="text-align: center;">Psychische Beanspruchung, die Bewältigungsressourcen übersteigen => Psychischer Stress (Fourie 2015, 2017; Morley & Ives 2019)</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • Handlungsbarrieren • Konflikt, Dilemma • Unsicherheit • Fehlverhalten | |

Tab. 1: Weite Definition von moralischem Stress.

moralisches Ereignis (Morley & Ives) oder auf eine moralisch herausfordernde Situation (Fourie) mit psychischem Stress reagieren.¹² Ob MoS erlebt wird, hängt dabei wesentlich von den Bewältigungsressourcen einer Person bzw. von den Ressourcen zur Bewältigung einer moralischen Herausforderung in ihrer Arbeitsumgebung ab. Wird ein PJ-Student das erste Mal Zeuge davon, dass eine Entscheidung getroffen wird, bei einem Patienten mit Schluckstörung eine künstliche Ernährung zu unterlassen oder abzubrechen, und dadurch eine Unterernährung und ein Versterben zuzulassen, könnte das mit MoS einhergehen. Eine prospektive oder retrospektive ethische Fallberatung könnte allerdings die Gründe für die Entscheidung deutlich werden lassen: Der MoS könnte besser bewältigt werden, wenn die künstliche Ernährung deshalb unterlassen wird, weil sie dem Patienten mittel- und langfristig mehr schaden als nützen würde oder sie im Einklang mit seinem im Voraus formulierten Willen geschieht, als wenn es sich hier um einen Fall von Altersdiskriminierung oder Ableismus handelt.

Fourie (2017) macht deutlich, dass MoS unterschiedlich sein kann, je nachdem, ob es sich um das Erleben von Unsicherheit, um einen moralischen Konflikt oder um eine Situation handelt, in der die Person ihrem eigenen Urteil aufgrund von Handlungsbarrieren nicht folgen kann. Nichtsdestotrotz handelt es sich nach der weiten Definition immer dann um MoS, wenn auf ein moralisches Ereignis kausal eine psychische Belastung folgt. Damit könn-

ten auch andere Formen moralischer Ereignisse Auslöser von MoS sein, z. B. ein moralisches Fehlverhalten, bei dem moralische Gebote verletzt werden. Salloch und Kollegen identifizieren ein moralisches Fehlverhalten als ein typisches moralisches Problem, und Hildesheim und Kollegen berichten, dass Fehler in der Behandlung, die nicht mit den Patienten oder Angehörigen besprochen werden konnten, den meisten moralischen Stress bei neurologischen Assistenzärzten auslöst.¹³ Erschwerend kommen Defizite in der Arbeitsumgebung hinzu, die das Erfüllen moralischer Gebote nur mit großem Aufwand ermöglichen. Es ist nicht ganz einfach, die unterschiedlichen Auslöser voneinander zu unterscheiden. MoS aufgrund einer Handlungsbarriere kann initial oder reaktiv entstehen. MoS aufgrund eines Fehlverhaltens ist immer reaktiv. Ein Behandlungsfehler ist eine besondere Art des Fehlverhaltens, das vor dem Hintergrund eines Behandlungsstandards festgestellt wird. Er kann auch ohne Handlungsbarrieren z. B. aus Nachlässigkeit entstehen.

Ich schließe mich in dieser Arbeit der weiten Definition von MoS an, die das Erleben von psychischem Stress in Reaktion auf Handlungsbarrieren miteinschließt, aber darüber hinaus geht. Nur durch die weite Definition lässt sich das Phänomen konzeptuell so fassen, dass es mit der empirischen Literatur in Einklang gebracht werden kann. Kommen wir zu den wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden, mit denen wir Auslöser von MoS systematisch untersuchen können.

Wissenschaftliche Untersuchungsmethoden zur Identifikation von Auslösern von MoS

Wer MoS erlebt, bringt eine bestimmte psychische Empfindung in Zusammenhang mit einem moralischen Ereignis. Da es sich dabei um eine subjektive Empfindung und Zuschreibung handelt, kommen für die Identifikation von Auslösern nur Untersuchungsmethoden in Frage, die eine Introspektion von handelnden Akteuren zulassen. Im Wesentlichen werden konkrete Auslöser von MoS über drei Zugänge erhoben: über Einzelfallbeschreibungen, qualitative Interviews und strukturierte Fragebögen.

Ein wichtiger Zugang zur wissenschaftlichen Beschäftigung mit MoS sind narrative Zugänge. Die meisten Untersuchungen beziehen sich auf Beschreibungen, die eine Situation skizzieren, in der ein Protagonist ein moralisches Ereignis erlebt, auf das er mit psychischem Stress reagieren könnte. Einzelfallberichte sind von Autoren erlebt worden oder wurden an Wissenschaftler herangetragen. Sie werden anekdotisch erzählt, um daran das Phänomen und (Barrieren in Bezug auf) den adäquaten Umgang mit MoS reflektieren zu können. Ein solcher Fall wurde vor über 30 Jahren von Judith Wilkinson beschrieben.¹⁴ Sie schildert die Erfahrung einer Pflegekraft, die bei einer Geburt in der 28. Schwangerschaftswoche behilflich ist. Das Baby wurde mit einem Puls und hörbarer, keuchender Atmung geboren. Die Mutter fragte: „Atmet mein Baby?“ Der Arzt sagte, dass das Kind tot sei und legte es in das Plazenta-Becken und deckte es mit einem Handtuch zu. Sie fragte, ob sie das Baby sehen könne, und er sagte, „Ich glaube nicht, dass das jetzt eine gute Idee ist. Jetzt nicht. Sie müssen sich erst ein wenig erholen und dann können wir darüber reden.“ Als die Mutter aus dem Kreißsaal abgeholt war, machte die Pflegekraft das Baby sauber, wickelte es, und hielt es, bis es starb, was über zwei Stunden dauerte. Ihr war bewusst, dass das Baby ein Frühgeborenes war und wahrscheinlich nicht hätte überleben können; aber sie wollte es auf die Säuglingsstation bringen, um ihm eine Chance

zu geben. Sie hatte das Gefühl, dass ihr Schweigen zu der Lüge beigetragen hat, dass das Baby tot sei.

Es gibt verschiedene Auslöser und Ursachen für MoS in diesem Fallbericht. Aus meiner Sicht beschreibt er moralischen Stress, bei dem aufgrund einer Machtasymmetrie zwischen Pflegekraft und Arzt Handlungsbarrieren vorlagen, die die Pflegerin daran gehindert haben, das zu tun, was ihren moralischen Vorstellungen entsprochen hätte: das Kind medizinisch zu versorgen und der Mutter die Wahrheit zu sagen. Der hierarchisch höher gestellte Arzt entschied ohne Einbeziehung der Pflegekraft oder der Eltern über den Umgang mit dem Kind. Die Pflegende nimmt die Situation so wahr, dass sie keine andere Wahl hat, als sich an das Handeln des Arztes anzupassen, obwohl sie es für falsch hält. Es ist eine soziale Situation, in der die Geburtshelferin in eine Konspiration mit dem Arzt gezwungen wird. Nicht nur Zeuge zu werden, nicht nur sich machtlos zu fühlen, etwas an der Situation ändern zu können, sondern sich durch die soziale Situation dazu gezwungen zu sehen, mit dem Arzt gemeinsam gegen allgemein anerkannte, berufsethische Normen zu handeln, löst ihren MoS aus. Ethische Normen, die hier verletzt werden, sind, die Würde und das Lebensrecht des Kindes zu achten, die elterliche Autorität in Bezug auf Entscheidungen über das gesundheitliche Wohl eines Kindes zu respektieren, Patienten die Wahrheit zu sagen und sie nicht zu täuschen oder anzulügen. Es ist ein Beispiel für eine *Kooperation im Fehlverhalten*. Einzelfallbeispiele haben den Vorteil, dass sie eine hohe interne Validität aufweisen, allerdings bleibt unklar, wie oft die exemplarischen Situationen vorkommen und ob Menschen in Gesundheitsberufen unterschiedlich auf die Situation reagieren können.

Ein weiterer Zugang, um Auslöser für MoS zu identifizieren sind qualitative Interviews, die über eine Reihe von Personen in einem bestimmten Gesundheitsberuf oder Versorgungsfeld geführt werden. Sie dienen dazu, mehrere prototypische Situationen zu erheben und eine Einschätzung zu

bekommen, was wiederkehrende Auslöser für viele Personen sein können. Ein Beispiel dafür ist eine Interviewstudie aus Kanada.¹⁵ Hier wurden pädiatrische Assistenzärzte interviewt, welche ethischen Herausforderungen vorliegen und welche Situationen moralischen Stress auslösen.

Ein Beispiel aus dieser Studie macht die besondere Situation von Assistenzärzten deutlich, die trotz ihrer Unerfahrenheit Verantwortung für die Patientenversorgung übernehmen müssen. Die an der Studie teilnehmenden Assistenzärzte äußerten Sorge, sich in Situationen wiederzufinden, in denen unangemessene Erwartungen an die zu leistende Versorgung gestellt werden oder in denen die Beaufsichtigung ihrer Arbeit nicht ausreichend ist. Einige Assistenzärzte gaben an, dass von ihnen Dinge erwartet wurden, die ihre Vorgesetzten hätten selbst tun sollen. Eine Ärztin schilderte: „In meiner ersten Nacht im Bereitschaftsdienst hatte ich ein Kind, das palliativ war und alle dachten, dass es in dieser Nacht sterben würde. (...) Es war meine erste Nacht im Dienst, ich kannte den Patienten nicht, das Kind war seit fünf Jahren krank, ich kannte die Familie nicht. Ich war allein im Haus (...) das war mir alles zu viel. Wissen Sie, ich hatte noch nie eine Sterbeurkunde unterschrieben, ich hatte noch nie eine Familie beraten, und ich hatte nicht das Gefühl, dass ich die Richtige dafür war, und ich fand es eigentlich ziemlich beschissen, dass der Hintergrundarzt bei so etwas, was für eine Familie so schwer zu ertragen ist, nicht in das Krankenhaus gekommen wäre.“

Die Situation kann als Fall von MoS aufgrund von moralischer Unsicherheit, aber auch aufgrund von inneren und äußeren Handlungsbarrieren aufgefasst werden. Die Ärztin weiß nicht, wie sie der Sterbebegleitung einer Familie mit einem schwer kranken Kind gerecht werden soll. Sie hält es für erforderlich, dass in der Situation ein erfahrener Arzt die Familie begleitet, aber der Hintergrundarzt sieht das anders. Der Ärztin selbst fehlt die Erfahrung sowohl mit dieser Familie als auch mit Situationen wie dieser. Es entsteht

im Nachtdienst eine Situation von Ressourcenknappheit, bei der die Ärztin das Gefühl hat, mit den zur Verfügung stehenden Mitteln nicht den besonderen Anforderungen dieses Falles gerecht werden zu können.

Qualitative Studien haben Vorteile gegenüber Einzelfallbeschreibungen, insofern, dass sie einen Überblick über wiederkehrende Auslöser in einem Versorgungsfeld oder für eine Berufsgruppe zulassen. Allerdings bleibt dann wenig Raum, um fallspezifisch Barrieren und Zwänge ausführlich zu eruieren.

Der dritte Zugang ist die Untersuchung von MoS mit Messinstrumenten, mit denen die Häufigkeit von Auslösern oder die Intensität des ausgelösten MoS untersucht werden kann. Dies kann z. B. in Bezug auf einen bestimmten Zeitraum erfolgen, wie bei dem *Moral Distress Thermometer*.¹⁶ Meistens werden allerdings strukturierte Fragebögen dargeboten, die die zuvor ermittelte, prototypische Situation verkürzt darstellen. Gesundheitsfachkräfte sollen in Bezug auf diese Situationen einschätzen, wie oft sie sie erlebt haben und ob sie dabei MoS empfanden. Ein Beispiel für ein solches Messinstrument ist die *Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals (MMD-HP)*, die von Elisabeth Epstein und Kollegen entwickelt wurde, um moralischen Stress bei Gesundheitspersonal zu untersuchen.¹⁷ Sie basiert auf der *Moral Distress Scale* von Mary Corley, aber wurde für mehrere Berufsgruppen erweitert.¹⁸ Das Instrument beinhaltet beispielsweise einige Items, die den Umgang mit knappen Ressourcen als Auslöser für MoS in den Blick nehmen, z. B. „Item 16: Von mir wird verlangt, mehr Patienten zu versorgen, als ich sicher versorgen kann“ oder „Item 17: Beeinträchtigte Patientenversorgung aufgrund mangelnder Ressourcen/Ausrüstung/Bettenkapazität“. Die Situationen werden danach eingeschätzt, wie oft sie in der Praxis vorkommen (von 0 nie bis 4 sehr oft) und wie stark eine Person auf eine solche Situation mit psychischem Stress reagiert oder reagieren würde, wenn sie

| Ebenen-Modell | Gründe für moralischen Stress |
|--|---|
| <p>Makro-Ebene Handlungsanreize des politischen Systems</p> | <ul style="list-style-type: none"> Defizite, Handlungsbarrieren und Fehlanreize im politischen System |
| <p>Meso-Ebene Handlungsmöglichkeiten und -routinen</p> | <ul style="list-style-type: none"> Defizite, Handlungsbarrieren und Fehlanreize in der Organisation |
| <p>Mikro-Ebene Handlungen der Akteure und ihre Beziehungen (interindividuell/kollektiv)</p> | <ul style="list-style-type: none"> Handlungsbarrieren und Fehlanreize durch andere Akteure (u. a. Vorgesetzte) eigenes Fehlverhalten und das Fehlverhalten anderer moralische Konflikte moralische Unsicherheit |

Tab. 2: Gründe von moralischem Stress nach Ebenen des sozialen Handelns.

vorkäme (von 0 kein bis 4 sehr stark). Der Vorteil von strukturierten Fragebögen gegenüber offenen Erhebungsmethoden liegt in der Vergleichbarkeit ihrer Ergebnisse über verschiedene Personen und Versorgungskontexte hinweg. Ein Nachteil ist, dass wir mit ihnen nicht nachweisen können, dass kein MoS vorliegt. Wir können nur untersuchen, ob MoS in Bezug auf diese vorab identifizierten Aspekte auftritt. Ein weiterer Nachteil ist, dass wir nicht sicher sagen können, ob die Voraussetzungen für MoS erfüllt sind. Stimmt man z. B. Item 17 zu und berichtet psychischen Stress in Bezug auf diese Situation, dann muss es noch kein Fall von MoS sein. Es wird erst dann zu MoS, wenn die Gesundheitsfachkraft einen moralischen Anspruch verinnerlicht hat, der durch die Ressourcenknappheit kompromittiert wird.

Einordnung von Auslösern von moralischem Stress

In den Sozialwissenschaften wird soziales Handeln nach drei Ebenen unterschieden: die Mikro-Ebene bezeichnet die Ebene der Handlungen der Akteure und ihre Beziehungen miteinander, die Meso-Ebene verweist auf die Ebene der Handlungsmöglichkeiten und -routinen in Organisationen und die Makro-Ebene bezeichnet die Ebene der Handlungsmöglichkeiten durch Handlungsanreize des politischen Systems, die durch Gesetze normativ bestimmt und reguliert werden können.

Ordnet man die möglichen Ursachen für MoS dem Ebenen-Modell zu, so findet man Auslöser auf allen Ebenen (siehe Tab. 2). Auf der Mikro-Ebene findet man Situationen, die durch moralische Unsicherheit oder im zwischenmenschlichen Kontakt zu verortende Handlungsbarrieren gekennzeichnet sind, wie das Beispiel der Sterbebegleitung durch eine unerfahrene Assistenzärztin verdeutlicht. Auf der Meso-Ebene findet man Handlungsbarrieren in der Organisation, wenn z. B. das kollektive Handeln v. a. darauf ausgerichtet wird, Kosten zu reduzieren und Einkünfte zu maximieren, um den finanziellen Erfolg eines Versorgungsbereichs zu gewährleisten und dabei unnötige Behandlungen in Kauf genommen oder notwendige, aber teure Behandlungen, nicht angeboten werden. Auf der Meso-Ebene ist auch zu verorten, wenn Gesprächs- und Entscheidungsstrukturen etabliert sind, bei denen es für einzelne Gesundheitsfachkräfte keine Möglichkeit gibt, sich an der Entscheidungsfindung zu beteiligen und ihre ethischen Überzeugungen in Bezug auf einen Sachverhalt vorzubringen. Auf der Makro-Ebene können Defizite und (Fehl-)Anreize des politischen Systems handlungsmächtig sein, wie z. B. die knappen Ressourcen im Gesundheitssystem und seine zunehmende Ökonomisierung. Mit Ressourcenmangel verweisen wir gemeinhin nicht nur auf das Fehlen von Technologien, Hilfsmitteln oder Betten. Wir verweisen vor allem auf einen Mangel an Gesundheitspersonal, aber auch

einen Mangel an Zeit für Patienten oder Angehörige. Zum Teil geht der Ressourcenmangel auf die Rationalisierung von Prozessen zurück, aber auch darauf, dass Stellen aktuell unbesetzt sind. Das Problem des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen ist vielschichtig und nicht alleine durch mehr Ausbildungsplätze in Gesundheitsberufen zu lösen. MoS kann eine Ursache, aber auch eine Folge dieses Mangels sein.

Schlussfolgerung

Ich habe dargelegt, warum es wichtig ist, sich wissenschaftlich mit MoS zu beschäftigen. MoS ist bei der Ausübung eines Gesundheitsberufes ein erwartbarer Belastungsfaktor. Sein Erleben stellt einen Risikofaktor für die mentale Gesundheit von Menschen in Gesundheitsberufen dar und kann auf Defizite im Umgang mit moralischen Herausforderungen in der Versorgungspraxis hindeuten. Daher sollte bekannt sein, welche Situationen mit dem Erleben von MoS assoziiert sein können, in welchen Versorgungsbereichen und -situationen MoS besonders häufig vorkommt und welche Umgangsweisen mit MoS zu empfehlen sind und welche eher vermieden werden sollten. Dies zu klären ist eine interdisziplinäre Aufgabe, an der sich unter anderem Gesundheitswissenschaftler, klinische Ethiker, Arbeitsmediziner und Psychologen beteiligen sollten.

Ich habe angeführt, welche Gründe für das Erleben von MoS bestehen und wie wir systematisch Auslöser von MoS identifizieren können. Die Gründe und Auslöser müssen je nach Versorgungskontext und Gesundheitsberuf konkretisiert werden, wenn wir Betroffenen dabei helfen wollen, ihren eigenen MoS zu erkennen und adäquat mit ihm umgehen zu können.

Entsteht MoS aufgrund von sozialen, organisationalen und politischen Einflüssen, müssen sich auch soziale, organisationale und politische Akteure an einem angemessenen Umgang mit moralischem Stress beteiligen. Dies ist besonders in Organisationen wie Krankenhäusern, Alten- und

Pflegeheimen oder Arzt- und Psychotherapiepraxen erforderlich. Angebote der klinischen Ethikberatung oder Organisationsethikberatung können hier entlastend wirken, aber der Nachweis, in welchen Situationen und mit welchen Methoden sie wirksam werden, muss erst noch erbracht werden. Ein adäquater Umgang mit MoS kann die Resilienz von Gesundheitsfachkräften und ihren Verbleib im Beruf stärken, aber Maßnahmen zur Aufklärung über den adäquaten Umgang mit MoS könnten auch den Effekt haben, dass Betroffene den Arbeitgeber wechseln oder den Beruf verlassen. Nicht nur Menschen, sondern auch Systeme sollten in ihrer moralischen Resilienz gefördert werden. Maßnahmen, die sich dafür eignen, werden u. a. von Cynda Rushton in ihrem Buch über moralische Resilienz beschrieben.¹⁹

Danksagung

Ich bedanke mich beim Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik für die Einladung zum Jahressymposium „Krisen. Emotionen. Lösungen. Konflikte am Krankenbett“. Den Referenten und Teilnehmern danke ich für ihre bereichernden Tagungsbeiträge. Ich bedanke mich bei Sabrina Keller für ihre Hilfe beim Erstellen des Literaturverzeichnisses.

Referenzen

- 1 Der Begriff ‚moralischer Stress‘ klingt zunächst fremd und wird im Deutschen auch nicht einheitlich verwendet. Ich verwende ihn hier, um eine psychische Beanspruchung durch eine moralische Herausforderung zu beschreiben. Es handelt sich um eine Übersetzung des englischen Begriffs ‚moral distress‘. Auf den Begriff *Distress* kann bei der Übersetzung verzichtet werden, denn Stress wird im deutschen Sprachgebrauch in der Regel negativ im Sinne einer negativen Beanspruchung der Bewältigungsressourcen eines Menschen verstanden. Wenn die positive Konnotation von Stress gemeint wäre, müsste dies im Deutschen besonders hervorgehoben werden (*Eustress*).
- 2 Vgl. z. B. Liang Y. et al., *Mental Health Research During the COVID-19 Pandemic: Focuses and Trends*, *Front Public Health* (2022); 10: 895121 für einen allgemeinen Über-

- blick und Boamah S. A. et al., *Experiences of Healthcare Workers in Long-Term Care during COVID-19: A Scoping Review*, J Appl Gerontol (2022), online ahead of print als konkretes Beispiel.
- 3 Moss M. et al., *An Official Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Healthcare Professionals: A Call for Action*, Crit Care Med (2016); 44: 1414-1421.
 - 4 Vgl. z. B. Monteverde S., *Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege*, Ethik Med (2019); 31: 345-360 oder Wöhlke S., *Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem Stress im pflegerischen Alltag*, in: Riedel A., Linde A. C. (Hrsg.), *Ethische Reflexion in der Pflege*, Springer, Berlin/Heidelberg (2018), S. 41-46 als Beispiele für konzeptuelle Arbeiten und Kada O., Lesnik T., *Facetten von „moral distress“ im Pflegeheim*, Z Gerontol Geriat (2019); 52: 743-750 als Beispiel für eine empirische Arbeit.
 - 5 Vgl. z. B. Mehlis K. et al., *High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end-of-life decision making*, Psychooncology (2018); 27: 2733-2739; Thurn T., Anneser J., *Medical Students' Experiences of Moral Distress in End-of-Life Care*, J Palliat Med (2020); 23: 116-120 oder Hildesheim H. et al., *Moral distress among residents in neurology: a pilot study*, Neurol Res Pract (2021); 3: 6 als Beispiele für empirische Arbeiten und Kühlmeyer K. et al., *Moralischer Stress bei Medizinstudierenden und ärztlichen Berufseinsteigenden: Forschungsdesiderate im Rahmen der COVID-19-Pandemie*, Bundesgesundheitsbl (2020); 63: 1483-1490 als Beispiel für theoretisch-konzeptuelle Überlegungen.
 - 6 Hickey J., *Interventions to Reduce Nurses' Moral Distress in the Intensive Care Unit: An Integrative Review*, Dimens Crit Care Nurs (2022); 41: 274-280.
 - 7 Palazzo G. et al., *Ethical Blindness*, J Bus Ethics (2012); 109: 323-338.
 - 8 Jameton A., *Nursing practice: The ethical issues*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (1984), S. 6.
 - 9 Jameton A., *Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice*, AWHONN's Clin Issues Perinat Womens Health Nurs (1993), 4: 542-551.
 - 10 Corley M. C. et al., *Development and evaluation of a moral distress scale*, J Adv Nurs (2001); 33: 250-256.
 - 11 Epstein E. G., Hamric A. B., *Moral distress, moral residue, and the crescendo effect*, J Clin Ethics (2009); 20: 330-342.
 - 12 Fourie C., *Moral distress and moral conflict in clinical ethics*, Bioethics (2015); 29: 91-97; Fourie C., *Who is experiencing what kind of moral distress? Distinctions for moving from a narrow to a broad definition of moral distress*, AMA J of Ethics (2017); 19: 578-584; Morley G. et al., *What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature*, Nurs Ethics (2019); 26: 646-662.
 - 13 Salloch S. et al., *Was ist ein ethisches Problem und wie finde ich es? Theoretische, methodologische und forschungspraktische Fragen der Identifikation ethischer Probleme am Beispiel einer empirisch-ethischen Interventionsstudie*, Ethik Med (2016); 28: 267-281 und Hildesheim H. et al., siehe Ref. 5.
 - 14 Wilkinson J. M., *Moral distress: a labor and delivery nurse's experience*, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs (1989); 18: 513-519.
 - 15 Hilliard R. et al., *Ethical conflicts and moral distress experienced by paediatric residents during their training*, Paediatr Child Health (2007); 12: 29-35.
 - 16 Wocial L. D., Weaver M. T., *Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer*, J Adv Nurs (2013); 69: 167-174.
 - 17 Epstein E. G. et al., *Enhancing Understanding of Moral Distress: The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals*, AJOB Empir Bioeth (2019); 10: 113-124.
 - 18 Corley M. C. et al., siehe Ref. 10.
 - 19 Rushton C. H., *Moral resilience: Transforming moral suffering in healthcare*, 1. Auflage, Oxford University Press, Oxford (2018).