



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Pflege & Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

Bachelor-Thesis zum Thema:

***Moral distress* bei Pflegenden durch institutionelle Begrenzungen:
Möglichkeiten zur Bewältigung von *moral distress* im stationären Bereich**

Tag der Abgabe: 1. Juni 2015

Vorgelegt von: Cindy Carina Holsten

Matrikel-Nr. [REDACTED]

Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Doris Wilborn

Zweiter Prüfer: Jörg Rahmann

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	1
1. Einleitung	2
2. Bemerkungen zum Sprachgebrauch	5
3. Setting	6
3.1 Stationärer Bereich	7
3.2 Institutionelle Begrenzungen	8
3.3 Anforderungen an Pflegende	9
4. Stress, Moral und Ethik	11
4.1 Stress und Stressbewältigung	12
4.2 Moral und Ethik	15
4.3 Moral und Ethik im stationären Bereich	16
5. Moral distress	17
5.1 Praxisbeispiel	18
5.2 Definitionen und Gegenstand	19
5.3 Ursache	21
5.4 Moralisches Residuum	23
5.5 Der Crescendo-Effekt	23
5.6 Auswirkungen von <i>moral distress</i>	25
5.7 Evidenzen und Messinstrumente	26
6. Abgeleitete Kriterien	28
7. Möglichkeiten zur Bewältigung von <i>moral distress</i>	32
7.1 Berufsalltägliche Strategien von Pflegenden	32
7.2 The 4 A's to Rise above Moral distress	33
7.3 Ethische Schulung	35
7.4 Ethikkomitee	36
7.5 Resilienz	37
8. Möglichkeiten und Grenzen	39
8.1 Analyse der Bewältigungsmöglichkeiten	40
8.2 Diskussion der Analyse	43
8.3 Limitation	44
9. Praxisbezug und Ausblick	45
10. Literaturverzeichnis	47

1. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Der Crescendo-Effekt nach Epstein und Hamric 2009</i>	24
<i>Abbildung 2: Übersicht der Kriterien</i>	31
<i>Abbildung 3: Überblick der Bewertung durch die Kriterien</i>	40

1. Einleitung

„Viele Pflegende leiden unter der Tatsache, dass sie wissen, was sie tun sollten, dies auch gerne machen würden, weil es ihrem eigenen Bild der Pflege entspricht, aber aufgrund knapper Ressourcen nicht tun können“ (Fölsch 2012:139)

Problembeschreibung

Die Problematik, die sich hinter diesem Zitat verbirgt, wird in der englischsprachigen Fachliteratur als *moral distress* bezeichnet. Das Phänomen tritt auf, wenn eine Person die ethisch korrekte Handlung kennt, sich jedoch durch institutionelle Begrenzungen machtlos fühlt, diese durchzuführen. (Epstein & Delgado 2010) *Moral distress* ist ein relevantes Phänomen in der Pflege, weil es Pflegende, die Pflegequalität, den Patienten und das System erheblich beeinträchtigen kann. (Redman & Fry 2000; Kleinknecht-Dolf 2015; Huffman & Rittenmeyer 2012)

Dem Patienten die bestmögliche Pflegequalität zukommen zu lassen, ist einer der Hauptansprüche innerhalb der Berufsgruppe der Pflege (Grønkaer 2013; Severinsson 2003; Whitehead u.a. 2015). Doch nicht immer kann dieses Ideal erreicht werden. Es besteht oft ein Konflikt zwischen dem Pflegeverständnis mit individuellen Moral- und Wertevorstellungen und der Realität mit ihren nur begrenzt verfügbaren Ressourcen. Diese Erfahrung kann bei Pflegenden Gefühle von Frustration, Verzweiflung, Erschöpfung und Schuld hervorrufen. (American Association of Critical-Care Nurses 2008) Dabei ist das Erfahren von *moral distress* individuell und subjektiv, da es von den Moral- und Wertevorstellungen des Einzelnen abhängig ist. (Grønkaer 2013; Epstein & Delgado 2010). Eine Folge der institutionell begrenzenden Ressourcen ist die Priorisierung. (Winters 2012) Pflegende müssen durch ökonomische Restriktionen, wie die Personal- und die daraus resultierende Zeitknappheit oder administrative Tätigkeiten, während des Pflegealltags Prioritäten setzen. Rosie Winters berichtet über eine Tendenz von Pflegenden, administrativen Tätigkeiten und der Messung der Vitalparameter eine höhere Relevanz zuzuschreiben, als der Unterstützung bei der täglichen Körperpflege der Patienten. Pflegende erleben durch diese Tendenz wiederum Schuldgefühle und Frustration. Fühlen sich Pflegende gestresst, beschreiben sie einer qualitativen Studie von Severinsson aus dem Jahre 2003 nach eine Reduktion der Beachtung von Fragen oder Anmerkungen seitens der Patienten. Verhärtet sich das Stressempfinden, haben sie oft nicht die Fähigkeit, sich Hilfe zu holen. Manche Pflegende fragen die Kollegen nicht um Hilfe, da sie den Eindruck haben, dass Stress zum Berufsalltag gehört. (Severinsson 2003;

Billeter-Koponen 2003; Veer u.a. 2013) Sie gehen weiterhin ihren beruflichen Tätigkeiten wie gewohnt nach, jedoch mit steigendem Leistungsabfall und Kontrollverlust, sinkender Arbeitsmotivation, häufiger Abwesenheit durch Erkrankung, bis letztendlich ein Austritt aus dem Beruf erfolgen kann. (Grønkaer 2013; Davey u.a. 2009; Veer u.a. 2013)

In einer systematischen Übersichtsarbeit haben Huffman & Rittenmeyer (2012) das Erleben von *moral distress* bei Pflegenden in verschiedenen Kliniken untersucht. Durch mangelhafte Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen über das Lebensende, sowie durch den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen, die nicht im Interesse des Patienten liegen, erfahren Pflegende ein intensives Gefühl von moralischer Verzweiflung. Sie erfahren das Phänomen am intensivsten, wenn sie für die Rechte und das Wohlbefinden des Patienten eintreten wollen, gleichzeitig aber durch institutionelle Begrenzungen daran gehindert werden. Es tritt auch dann insbesondere auf, wenn sie durch finanzielle Engpässe und Personalkürzungen den Eindruck haben, keine hohe Pflegequalität leisten zu können.

Dem Medizinwissenschaftler Hans Selye (1974) nach ist Stress bis zu einer bestimmten Grenze gesund und kann die Leistung und Lebensqualität sogar erhöhen. Wird der Druck jedoch zu hoch, verliert der Stress seinen positiven Effekt und kann nicht mehr bewältigt werden. Diese Art von Stress nennt Selye „*distress*“ (S. 127). Pflegende wenden bereits Bewältigungsstrategien zur Stressverminderung an, allerdings ist der Forschung bisher unklar, welche Möglichkeiten der Bewältigung Pflegende für das Phänomen des *moral distress* bereits nutzen und nutzen können (Griener & Brauchle 2010; Shin u.a. 2014; Whitehead u.a. 2015). Es werden konkrete Ansätze benötigt, die ihnen die Relevanz und die Auswirkungen bewusst machen und ihnen bei der Bewältigung zu helfen.

Die Bewältigungsforschung beinhaltet viele Klassifizierungen und Konzepte, wie die transaktionale Stresstheorie nach Lazarus & Folkman (1984). Die Autoren gehen davon aus, dass nicht Reize oder Situationen für die Stressreaktion von Bedeutung sind, sondern die Bewertung durch die betroffene Person. Unterschieden wird hierbei zwischen der problemorientierten und der emotionsorientierten Bewältigung. Laut dem salutogenetischen Ansatz von Antonovsky (1987) bleiben Menschen gesund, wenn sie die Fähigkeit besitzen, die ihnen gegebenen Ressourcen zu ergreifen. Menschen, die ein positives Kohärenzgefühl haben, sehen das Leben als bedeutungsvoll, begreiflich und lenkbar und können den Stress handhaben. Bezogen auf die Praxis beschreiben auch einige Pflegende selbst eine durch institutio-

nelle Begrenzungen verursachte, unberechenbare und zufällige Arbeitsumgebung im klinischen Bereich, in welcher sie kaum Möglichkeiten nach Handlungsspielraum sehen (Grønkaer 2013).

Die American Association of Critical-Care Nurses (im weiteren Verlauf AACN) hat als konkrete Antwort auf das Erleben der moralischen Verzweiflung bei Pflegenden ein systematisches Konzept, *The 4 A's to rise above moral distress*, entwickelt. Mittels eines vierschrittigen Verfahrens sollen Pflegende den *moral distress* auf die Situation bezogen identifizieren und zu einer Handlungsaktivität motiviert werden, um die Situation verändern zu können. Eine weitere Möglichkeit der Bewältigung könnte ethischer Unterricht oder Fort- und Weiterbildungen für Pflegende, zugunsten eines gesunden Arbeitsumfeldes, sein. (Epstein & Hamric 2009; Fölsch 2012; Hamric 2014; Huffman & Rittenmeyer 2012) Einige Schulungsprogramme für Pflegende wurden bereits mit Hinblick auf *moral distress* evaluiert und geben Hinweise auf die positive Wirkung auf das Erleben des Phänomens im Klinikalltag (Beumer 2008; Robinson u.a. 2014). Auch das Hinzuziehen von beratenden und auf *moral distress* spezialisierten Ethikkomitees kann als Ansatz der Bewältigung sinnvoll sein. (Epstein & Hamric 2009; Hamric 2014) Viele Forscher, die das Phänomen in seiner Vielfalt und seinen Auswirkungen untersuchen, schlagen als mögliche Bewältigungsstrategie die Entwicklung einer Resilienz, also die Bewältigung durch die Erlangung einer Widerstandsfähigkeit, vor. (Norris, Tracy & Galea 2009; Shin u.a. 2014; Monteverde 2014)

Das Phänomen ist im deutschsprachigen Raum bisher wenig untersucht (Kleinknecht-Dolf u.a. 2015). Deshalb wird in dieser Arbeit zu einem großen Teil Forschungsliteratur aus dem englischsprachigen Raum verwendet. Der Aspekt der Unterschiedlichkeit zwischen den Systemen des Gesundheitswesens im deutschsprachigen und im englischsprachigen Raum muss hierbei berücksichtigt werden. Allerdings ist anzunehmen, dass die institutionellen Begrenzungen und die daraus folgenden Gefühle einer moralischen Notlage von universeller Natur sind und folglich die Forschungslage aus dem englischsprachigen Bereich auf die Situation der Pflegenden in deutschen Kliniken zumindest teilweise übertragbar ist.

Ziel der Arbeit

Ziel der Arbeit ist es, *moral distress* bei Pflegenden als relevanten Forschungszweig in der deutschen Pflegewissenschaft zu begründen und entsprechende Bewältigungsmöglichkeiten aus der Literatur systematisch und kriteriengeleitet auf bisherige Evidenzen sowie Anwendbarkeit und Nützlichkeit für Pflegende zu prüfen.

Um dieses Ziel zu erreichen, wird folgende Fragestellung untersucht:

„Welche Möglichkeiten zur Bewältigung bieten sich für Pflegende an, die im Berufsalltag im stationären Setting institutionell bedingt *moral distress* erleben?“

Methodik

Um die Forschungsfrage im Anschluss kriteriengeleitet beantworten zu können, findet im ersten Teil der Arbeit eine Untermuerung der Thematik anhand von faktengeleiteten, theorien- und studienbasierten Inhalten statt. Im zweiten Teil der Arbeit werden diese Inhalte hinsichtlich der Überprüfung der identifizierten Coping-Möglichkeiten angewandt.

Als erste Schritte sollen das Setting beschrieben, das Thema Stress und Stressbewältigung, sowie Moral und Ethik theoriengleitet beleuchtet und der Bezug zu den institutionellen Begrenzungen gestaltet werden. In einem weiteren Schritt erfolgt die Vorstellung von *moral distress*. Anhand eines Beispiels soll die Präsenz praxisnah dargestellt werden. Es wird angestrebt, das Phänomen in seinem Wesen präzise mit seiner Relevanz, den Auswirkungen, den Evidenzen und Messinstrumenten darzustellen. Im Anschluss an die Vorstellung des Phänomens wird die Generierung der Kriterien anhand einer veranschaulichenden Grafik erläutert, mit deren Hilfe die Bewältigungsmöglichkeiten auf Anwendbarkeit und Nutzen, sowie auf bereits bestehende Evidenzen überprüft werden sollen. Im Zweiten Teil der Arbeit werden die zuvor erläuterten Bewältigungsmöglichkeiten anhand der entwickelten Kriterien analysiert, anschließend die Ergebnisse diskutiert und schließlich der Praxisbezug hergestellt.

2. Bemerkungen zum Sprachgebrauch

Im Titel dieser Arbeit wird das Phänomen, welches untersucht werden soll, mit *moral distress* bezeichnet. In den wenigen deutschsprachigen Studien, die sich mit dem Phänomen beschäftigen, wird es mit „Moralischer Stress“ oder „Moralischer Distress“ übersetzt (78). Der schweizerische Pflegewissenschaftler Kleinknecht-Dolf entscheidet sich für die deutsche Übersetzung „Moralischer Stress“ mit der Begründung, dass der Fokus verstärkt auf dem moralischen Aspekt liegt und weniger auf der emotionalen Ebene. Die schweizerische Pflegeethikexpertin Doris Fölsch übersetzt *moral distress* mit „Moralischer Distress“ (Fölsch 2014:30). In dieser Arbeit wurde sich aus drei Gründen gegen die Nutzung beider deutschen Übersetzungsvarianten entschieden.

Erstens, würde die Verwendung der Begrifflichkeit „Moralischer Stress“ der Bedeutung des englischen Wortes *distress* nicht gerecht werden. *Distress* kann im Deutschen mit „Leid, Sorge, Not oder Elend“ übersetzt werden (*Das große Oxford-Wörterbuch* 2009:177), wobei das englische Wort „*stress*“ eine kongruente Bedeutung mit dem deutschen Wort „Stress“ vorweist. Indem das Phänomen mit „Moralischer Stress“ übersetzt wird, geht die weitreichende Bedeutung des Wortes *distress* verloren und wird nur noch auf den Begriff „Stress“ reduziert. Dabei ist insbesondere der Zusammenhang von „Moral“ und Kategorien wie „Leid“, „Sorge“, „Not“ und „Elend“ im Erleben in der pflegerischen Praxis ebenso interessant wie relevant.

Zweitens, ist das Wort „Distress“ in der deutschen Sprache ursprünglich ein Anglizismus, der vom englischen Sprachgebrauch unverändert in die deutsche Sprache transferiert wurde. Im Zusammenhang mit dem Thema „Stress“ findet er Verwendung und ist in Fachkreisen der Bewältigungswissenschaften eine bekannte Begrifflichkeit. Er kann jedoch in Wörterbüchern, wie dem Duden oder den Oxford-Wörterbüchern nicht aufgefunden werden, soll aber dennoch Zugang in die Pflegewissenschaften finden. Aus Gründen der allgemeinen Übertragbarkeit wurde sich in dieser Arbeit gegen die Verwendung des eingedeutschten Wortes „Distress“ entschieden.

Drittens, lässt sich, wie oben erläutert, in der deutschen Pflegeforschung kein eindeutiger Übersetzungskonsens für *moral distress* finden. Aus diesem Grunde und aus Gründen der vereinfachten Auffindbarkeit beispielsweise in Datenbanken wurde sich für die englischsprachige Bezeichnung des „*moral distress*“ entschieden. So wird der Aussagegehalt des Phänomens nicht durch Fehler in der Übersetzung verfälscht und die Wortbedeutung des englischen Fachterminus bleibt bestehen.

3. Setting

In diesem Kapitel soll das Arbeitsumfeld der Pflegenden näher erläutert werden. *Moral distress* wurde in der Forschung bisher fast ausschließlich nur im Setting der Intensivpflege untersucht. Doch neuere Forschungsergebnisse bestätigen, dass auch Pflegende im stationären Bereich moralische Notlagen erfahren. (Hamric 2012; Whitehead u.a. 2015) Deshalb steht während dieser Arbeit das stationäre Setting im Vordergrund. In diesem Kapitel soll skizziert werden, wie das Setting, also die Arbeitsumgebung der Pflegenden in Deutschland, generell aufgebaut ist. Es sollen weitere Professionelle in der Institution Klinikum benannt und unterschiedliche Fachrichtungen der Stationen erläutert werden. Es wird ebenso auf die

Krankenhausfinanzierung eingegangen, welche ein wesentlicher Aspekt der begrenzten Ressourcen ist. Wie bereits in der Einleitung angedeutet, wirkt sich die Begrenzung der Ressourcen auf alle Beteiligten aus, die in einem Klinikum tätig sind. Es wird erklärt, wie sich diese Begrenzung der Ressourcen auf Pflegende und das Gefühl von *moral distress*, mit Abgrenzung vom berufsalitäglichen Stress, auswirken kann. Es ist Aufgabe der Professionellen im Gesundheitssektor, diese Ressourcen auf die Patienten zu verteilen, da sie unmittelbar in ihrer Profession mit den Patienten in Kontakt stehen. Die Anforderungen an die Pflege, als diejenige Profession mit dem meisten Patientenkontakt, sind demnach besonders hoch und werden in diesem Kapitel dargelegt.

3.1 Stationärer Bereich

Der Titel dieser Arbeit enthält die Bezeichnung "stationärer Bereich". Die Verwendung dieses Terminus soll das Setting der Pflegenden näher beschreiben. Stationäre Einrichtungen in der Pflege sind das Zentrum aller Pflegeeinrichtungen. Pflegebedürftige werden dort unter Verantwortung einer examinierten Pflegekraft rund um die Uhr, also vollstationär, untergebracht und gepflegt. (Statistisches Bundesamt 2013) Die Umgebung, die in dieser Arbeit angesprochen wird, befindet sich auf der Ebene der klinischen, stationären Einrichtungen. Gemeint sind hiermit Krankenhäuser oder Kliniken, die den Krankenhausbegriff unter § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erfüllen. In diesen Einrichtungen werden Erkrankungen, Leiden oder Schäden des Körpers durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung diagnostiziert, geheilt oder gemildert. (Statistisches Bundesamt 2014a)

Kliniken können in ihrer Organisation in verschiedene Fachbereiche untergliedert sein und innerhalb dieser Fachbereiche Schwerpunkte setzen. Die großen Fachabteilungen sind die Augenheilkunde, die Chirurgie, die Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Innere Medizin, die Geriatrie, die Neurochirurgie und die Kinderheilkunde. (2015a) Im Durchschnittlich lagen die Patienten im Fachbereich der Inneren Medizin 6,1 Tage und in der Chirurgie 6,3 Tage. Die durchschnittliche Verweildauer in stationären Einrichtungen liegt bei 6,5 Tagen. (Statistisches Bundesamt 2015b) Gegenüber dem Jahre 2012 hat sich die Verweildauer um 0,4% verringert. Gleichzeitig stieg die Anzahl der Fälle im Vergleich zum Jahre 2012 im stationären Bereich um 0,9%. Rund 19,2 Millionen Patienten wurden 2013 aus stationären Einrichtungen der Kliniken entlassen, insgesamt 53% davon waren weiblich. Durchschnittlich waren die Patienten 55 Jahre alt. In Deutschland sind im Jahre 2013 insgesamt 893.800 Menschen gestorben, davon sind 46,7% in deutschen Krankenhäusern verstorben. (Statistisches Bundesamt 2015a)

Die anfallenden Kosten in einem Krankenhaus setzen sich zusammen aus den Personalkosten (Ärzte, Pflege, Diätassistenten, Apotheker und Andere), den Sachkosten (Lebensmittel, medizinischer Bedarf, Wasser, Energie, Reinigung und Andere), den Zinsen (beispielsweise für Betriebsmittelkredite) und andere Aufwendungen (beispielsweise Steuern). (Statistisches Bundesamt 2014b) Die Kosten für ärztliches und pflegerisches Personal beliefen sich im Jahre 2013 auf knapp 62% der gesamten Personalkosten (53,8 Mrd. Euro) (Statistisches Bundesamt 2014b). Krankenhäuser stehen unter einem großen Druck der Kostensenkung. Eine Senkung der Personalkosten kann somit den Anschein einer relativ schnellen Kostensenkung erwecken, welche sich jedoch nicht nachhaltig auf das gesamte Gesundheitssystem auswirken würde.

3.2 Institutionelle Begrenzungen

Die Ursache von *moral distress* können interne, also in der Person selbst begründete Ursachen sein. Sie können aber auch durch äußere Faktoren, die sogenannten externen Ursachen und in unterschiedlichen klinischen Situationen begründet liegen, welche sie nicht direkt beeinflussen können (Hamric 2012; Kleinknecht-Dolf 2015) Die Ursache von *moral distress* bei Pflegenden liegt hauptsächlich in der zweiten, der institutionellen Ebene. (Jameton 1984; Hamric 2012; Huffman & Rittenmeyer 2012; Kleinknecht-Dolf 2015) Die Ressourcen einer Klinik sind knapp und müssen dementsprechend aufgeteilt werden. Pflegende müssen entscheiden, inwiefern wem und wann und in welchem Umfang welche Pflege zusteht, da nicht alle pflegerischen Maßnahmen in vollem Umfang immer geleistet werden können. „Nurses often felt squeezed between what they know they should do and want to do and institutional constraints that focus only on cost containment.“ (Huffman & Rittenmeyer 2012:97) Weitere institutionelle Begrenzungen sind Epstein und Hamric (2009) zufolge der Personalmangel, die Hierarchien im Gesundheitssystem, ein Mangel an kollegialer Zusammenarbeit, ein Mangel an Unterstützung seitens der Führungsebene, eine Politik, welche den großen Bedarf an Pflegebedürftigkeit verkennt, eine Angst vor einem Rechtsstreit seitens der Professionellen im Gesundheitssystem, sowie eine Pflege, die sich an Kompromissen orientieren muss, um Kosten einzusparen. Ulrich u.a. (zit. nach Veer u.a. 2013) ergänzen zusätzlich zu den institutionellen Begrenzungen die steigende Anzahl an klinischen Richtlinien und eine steigende Fallzahl der Patienten bei gleichbleibendem oder sinkendem Personalschlüssel. Laut Epstein (2008) und Fölsch (2014) fühlen sich Pflegende in klinischen Situationen in ihrem Handlungsspektrum begrenzt, wenn Ärzte entgegen den moralischen Werten der Pflege handeln. Besonders bei der Anwendung einer aggressiven und leidbringenden Behandlung, die

Pflegende als nutzlos für den Patienten einschätzen, empfinden sie einen hohen Grad an moralischer Verzweiflung. Oft wird die Pflege durch die Hierarchisierung in klinischen Einheiten hinsichtlich der Partizipation an interdisziplinären Entscheidungen beschränkt, was ebenfalls *moral distress* verursachen kann.

Die zweite Ursprungsebene, auch als interne Ursache bezeichnet, sind Begrenzungen, die in der Person selbst liegen. Die Begrenzungen innerhalb einer Person selbst können Ausdruck einer individuellen Persönlichkeit sein und schon vor Berufseintritt eine Person charakterisieren. Sie können aber auch durch begrenzte Ressourcen innerhalb einer Institution entstanden sein und sich verstärkt haben. Nach Epstein und Hamric zählen zu den inneren Begrenzungen ein Mangel an Selbstbewusstsein, Selbstzweifel, der innere Drang, die Regeln zu befolgen und einzuhalten, empfundene Machtlosigkeit und die Unfähigkeit, Situationen schnell und umfassend überblicken zu können. (Epstein & Hamric 2009; Hamric 2012)

Hamric (2009) betont die Notwendigkeit der Differenzierung von *moral distress* und beruflichem Stress, welche beide durch institutionelle Begrenzungen verursacht werden können. Situationen der Unterbesetzung und der daraus folgenden Priorisierung sind psychologisch gesehen ebenfalls stressfördernd und können auch Gefühle der Erschöpfung oder auch *distress* auslösen, jedoch sind die eigenen Werte- und Moralvorstellungen nicht hauptsächlich daran beteiligt. Kann eine Pflegekraft aber durch diese Umstände nur begrenzt Sterbebegleitung leisten, obwohl sie es als ihre moralische Pflicht ansieht, sind meist jene Werte- und Moralvorstellungen betroffen.

3.3 Anforderungen an Pflegende

Zum Aufgabenfeld der Gesundheits- und Krankenpflege gehört die eigenverantwortliche Pflege und Versorgung von erkrankten und pflegebedürftigen Menschen. Pflegende erarbeiten mit anderen Pflegenden oder im interdisziplinären Team Pflegeplanungen, leisten Grund- und Behandlungspflege und führen ärztliche Anordnungen aus. (Statistisches Bundesamt 2013)

Pflegende sollen eigenverantwortlich den Pflegebedarf erheben, planen, durchführen und dokumentieren. Die Pflegetätigkeiten sollen evaluiert, gesichert und in ihrer Qualität weiterentwickelt werden. Zu pflegende Menschen sollen beraten, angeleitet und in ihrer individuellen Erfahrung mit Krankheit und Gesundheit unterstützt werden. Pflegende sollen des Weiteren mit anderen Berufsgruppen zusammenarbeiten und im interdisziplinären Team Lösungen für Gesundheitsproblematiken entwickeln. (Bundesministerium für Gesundheit 2014)

Pflegende sind die Berufsgruppe in stationären Bereichen, die am häufigsten mit den Bedürfnissen und Wünschen der Patienten und deren Angehörigen arbeitet. Aus diesen im Krankenpflegegesetz genannten umfangreichen Aufgaben und Pflichten lässt sich ableiten, dass Pflegende in der Versorgung von Patienten berufsalttäglich mit neuen Gegebenheiten konfrontiert sind. Indem sie den Patienten ganzheitlich und rund um die Uhr versorgen und sich gegenseitig austauschen, bekommen sie ein umfassendes Bild der pflegebedürftigen Menschen. Viele Begebenheiten in der Institution Krankenhaus lassen die Anforderungen an die Pflege jedoch zunehmend steigen. Durch die in den vorherigen Absätzen genannten Begrenzungen können Pflegende ihre Arbeit oft nur erschwert so durchführen, wie sie es laut Krankenpflegegesetz gelernt haben. Die Anforderungen und Problematiken, die sich aus den institutionellen Begrenzungen ergeben, werden im Folgenden erläutert.

Laut einem Gutachten des Hessischen Sozialministeriums (2014) steht bei vielen Pflegenden das Phänomen der „nicht mehr kompensierbaren Arbeitsspitzen“ (S. 81) im Zentrum der hohen Anforderungen. In verschiedenen Situationen kommt es aus unterschiedlichen Gründen wiederholt zu kurzfristigem und erhöhtem Arbeitsanfall. Das zu dem Zeitpunkt vorhandene Personal kann diese Arbeitsspitzen allerdings nicht ausreichend so bewältigen, wie sie selbst es wünschen. (Hessisches Sozialministerium 2014) Diese Arbeitsspitzen, also die wiederholt auftretende starke Arbeitsbelastung, gehören zum Alltag vieler Pflegender. Bei ausreichender Besetzung können solche Herausforderung besser bewältigt werden und Schwankungen im Arbeitsaufkommen vom Team besser ausgeglichen werden. Durch Personalkürzungen arbeiten jedoch oft nur noch so viele Pflegende im Dienst, dass das Arbeitspensum nur bei durchschnittlichem Arbeitsaufkommen bewältigt werden kann. Kommt es aber zu einer Arbeitsspitze, kann eine qualitativ hochwertige Versorgung nicht immer gewährleistet werden. (Hessisches Sozialministerium 2014)

Weiterführend berichtet das Hessische Sozialministerium über eine Arbeitsverdichtung innerhalb der letzten Jahre. Dies hat zur Folge, dass Pflegende innerhalb des gleichen Zeitraumes mehr Arbeit leisten müssen. Ein wesentlicher Faktor für die steigenden Fallzahlen ist die Einführung des DRG-Systems. Die Personalbesetzung steigt lediglich geringfügig oder bleibt gleich. Im Rahmen des Qualitätsmanagements haben Pflegende des Weiteren einen steigenden Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand zu bewältigen. Der wachsende Zeitdruck wird von Pflegenden vor allem im Frühdienst wahrgenommen. (Hessisches Sozialministerium 2014) Eine Pflegende berichtet:

„Ja, wir haben sehr wenig Zeit für die Patienten. Ich würde mir manchmal wünschen, mehr Zeit für die Patienten, für die Pflege morgens oder so zu haben, das läuft wie auf einem Fließband, Akkord.“ (S. 82)

Auch die Patientenklientel verändert sich. Die Lebenserwartung steigt in Folge des medizinischen Fortschrittes, der veränderten Lebensweise und geringerer körperlicher Belastung, an. Zeitgleich sind ältere Patienten oft von mehreren Erkrankungen gleichzeitig betroffen (Multimorbidität). Somit sind sie häufiger und länger in stationärer Behandlung als jüngere Menschen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Die Pflege von multimorbiden Patienten ist oft aufwändiger. Neben einer komplexen medizinischen Versorgung treten häufig auch zeitaufwändige psychosoziale Bedürfnisse in den Vordergrund und „es kommt häufiger zu nicht planbaren Arbeitsspitzen zum Beispiel durch Stürze.“ (Hessisches Sozialministerium 2014:83) Auch aus diesen Gründen ist eine entsprechende Personalbesetzung ein wichtiger Faktor für die optimale Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Im Tagdienst empfinden Pflegende den Zeitdruck, verursacht durch Unterbesetzung, als eine hohe Arbeitsbelastung. Sie erleben diese hohen Anforderungen auch deshalb als problematisch, weil sie kaum Zeit für patientenorientierte Pflege und Gespräche sehen. Nachteilig kommt bei Personalunterbesetzung der Faktor der Arbeitsunterbrechung hinzu. Durch eine Versorgung von mehr Patienten als gewohnt, müssen Tätigkeiten häufiger unterbrochen werden. Dadurch dauert die Pflege oft insgesamt länger. Eine effiziente Planung und die Durchführung von Pfl egetätigkeiten werden erschwert und können sich bei Pflegenden als psychisch belastend auswirken. (Hessisches Sozialministerium 2014)

In diesem Kapitel wurden die Rahmenbedingungen definiert, die das Berufsfeld der Gesundheits- und Krankenpflege charakterisieren. Die Definition von Stress, Moral und Ethik, sowie deren Bezug auf die klinischen Rahmenbedingungen, sollen im nächsten Kapitel dargestellt werden.

4. Stress, Moral und Ethik

Um zu verstehen, wie *moral distress* einzuordnen ist, soll in diesem Kapitel die theoretische Grundlage der Stressthematik gelegt werden. Dafür wurden die Stress- und Bewältigungsmodelle von Hans Selye und den Autoren Richard Lazarus und Susan Folkman ausgewählt. Beide Stressmodelle sind Vorreiter in der Forschung der Stressbewältigung und bieten relevante Anhaltspunkte zur Verortung von *moral distress*. Da nicht nur interessant ist, unter welchen situativen Ereignissen Menschen Stress empfinden, sondern auch, was Menschen

denn eigentlich gesund hält, wird auch das Konzept der Salutogenese erläutert. Doch was bedeutet im Kontext des *moral distress* eigentlich der Begriff „Moral“ und wie ist dieser von dem Begriff „Ethik“ abzugrenzen? Auch dieser durchaus relevanten Frage soll in diesem Kapitel nachgegangen werden

4.1 Stress und Stressbewältigung

Die Definition von Stress ist in der Forschung sehr vielfältig. Hans Selye (1984) definiert Stress als „eine nichtspezifische Reaktion des Körpers auf jede beliebige Art von Anforderungen (...).“ (S. 126) Lazarus/Folkman (1984) definieren Stress wie folgt: „(...) stress emphasizes the *relationship* between the person and the environment, which takes into account characteristics of the person on the one hand, and the nature of the environmental event on the other hand“ (S. 21). Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1997) definiert Stress als „ein Merkmal (...), das Entropie in das System bringt, das heißt eine Lebenserfahrung, die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen charakterisiert ist“ (S. 44) In den 1960er-Jahren wurde Stress eher auf der somatischen Ebene erforscht. Demnach wurde angenommen, dass die subjektive Wahrnehmung von Stress durch das Vorhandensein von organischen Prozessen entstehe (Rice 2005).

Das von dem Medizinsoziologen und Stressforscher Aaron Antonovsky entwickelte Konzept der Salutogenese (1997) fokussiert sich auf das Verhältnis von Gesundheit und Krankheit. Er spricht dabei nicht von Gesundheits- oder Krankheitszuständen, sondern von einem Kontinuum. Menschen sind laut Antonovsky auf diesem Kontinuum als mehr oder weniger krank einzuordnen. Erzeugen psychische oder physische Ereignisse nicht bewältigbaren Druck auf das Individuum, können sich pathogene Entwicklungen verstärken. Antonovsky hat in seinen Forschungen beobachtet, dass manche Menschen auf der gesunden Seite des Kontinuums blieben, obwohl sie Stressoren ausgesetzt waren. Die Salutogenese fragt also: „Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position?“ (S. 15) Dem Autor nach ist das Kohärenzgefühl die Haupterklärung dafür, auf welcher Seite des Gesundheits- und Krankheitskontinuums sich eine Person befindet. Er definiert das Kohärenzgefühl als „(...) *eine globale Orientierung (...), die das Maß ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und daß es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, daß sich die Dinge so entwickeln werden, wie vernünftigerweise erwartet werden kann.*“ (S. 16) Die psychische und die physische Gesundheit sind

demnach umso besser, je höher das Kohärenzgefühl ist. „Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit“ (S. 34) der situativen Wahrnehmung eines Individuums sind wichtige Einstellungen, die das individuelle Kohärenzgefühl ausmachen und einer Person die notwendigen Ressourcen geben, um eine stressige Situation positiv zu bewältigen. Erlebt eine Person besonders in der Kindheit gehäuft nicht verstehbare, kaum zu bewältigende und unberechenbare Situationen, kann das Kohärenzgefühl für spätere Lebensphasen geringer ausfallen und Stressoren sich schwieriger bewältigen lassen.

Der Psychologe Hans Selye (1974) unterscheidet Stress in „*distress*“ und „*eustress*“. Wobei *distress*, wie bereits im ersten Kapitel erläutert, mit Wortkategorien wie „Verzweiflung“, „Leid“, „Not“ und „Elend“ aus der englischen Sprache in die deutsche übersetzt werden kann. „*Distress*“ ist nach Selye der zerstörerische Typus, welcher mit Wut und Aggression assoziiert wird und deshalb der Gesundheit schade. Er bezeichnet „*distress*“ also als den schlechten Stress. Der Gegenspieler zum „*distress*“ ist der „*eustress*“. Dieser Begriff ist in englischsprachigen Wörterbüchern und dem Duden nicht enthalten, wird jedoch von Selye als „good stress“ (127) bezeichnet. „*Eustress*“ ist der konstruktive Typus, welcher mit empathischen Gefühlen und Bemühungen für andere assoziiert wird, von denen die Gesellschaft profitiert. Weiterhin sieht Selye „*eustress*“ im direkten Zusammenhang mit einer geschützten und guten Gesundheit. In weiteren Publikationen betont er (1984), dass man Stress nicht vermeiden kann und ständig neue psychische und physische Anforderungen auf das Individuum einwirken müssen. Durch Erfahrung kann das Individuum lernen, wie es am besten ein gesundes Gleichgewicht erwirken kann. Wissen und Selbstbeobachtung können helfen, eigene Bewältigungstechniken zu entwickeln und im Gleichgewicht der Stresslevels zu bleiben. „Everybody will arrive at this aim in a somewhat different manner, always characteristic of his or her own individuality,“ (S. 261)

Eine andere theoretische Perspektive stammt von den Persönlichkeitspsychologen Richard S. Lazarus und Susan Folkman. Sie (1984) legen den Schwerpunkt auf den Aspekt der Bewertung einer Situation. Die Autoren vertreten die Auffassung, dass das Phänomen Stress nicht als einzelne Variable gemessen werden kann, sondern vielmehr eine Transaktion zwischen Person und Umwelt darstellt. Stress umfasst viele kognitive, affektive und bewältigungsbezogene Variable. Dabei steht jedoch immer im Zentrum, welche Bewertung das Individuum der Interaktion zwischen Personen und Umwelt beimisst. Das Transaktionsmodell nach Lazarus und Folkman bezieht Bewältigungsanstrengungen mit ein, welche wie folgt definiert werden: „We de define coping as *constantly changing cognitive and behavioral*

efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.“ (S. 141)

Die beiden Forscher (1984:150) unterscheiden zwischen problemfokussierter und emotionsfokussierter Bewältigung. Zu den problemfokussierten Bewältigungsstrategien gehören Anstrengungen, das Problem zu definieren und alternative Lösungen zu finden. Hierbei werden Aufwand und Nutzen gegeneinander abgewogen. Das Veränderbare wird verändert oder es werden sich neue Kompetenzen angeeignet. Bei den emotionsbezogenen Strategien wird versucht, die emotionale Belastung abzumildern, durch Distanzierung, Vermeidung, selektive Aufmerksamkeit, Beschuldigung, Verniedlichung, Wunschdenken, Streben nach sozialem Rückhalt und körperliche Betätigung. Im Unterschied zu den problemfokussierten Bewältigungsstrategien können die emotionalen Strategien nicht direkt den Inhalt der Bedeutung einer Situation verändern. Häufig werden die emotionsfokussierten Bewältigungsstrategien angewandt, wenn an der Situation nichts direkt geändert werden kann. Aus den Forschungen von Lazarus und Folkman (1984) geht hervor, dass auf beide Bewältigungsstrategien bei belastenden Erlebnissen zurückgegriffen wird, um mit diesen zurecht zu kommen. Sie stellen fest, dass jene Bewältigungsstrategien am erfolgreichsten waren, im Rahmen derer die Studienteilnehmer durch die Anwendung problemfokussierter Strategien positive Bedeutungen in belastenden Situationen gesucht und gefunden haben. Wenn belastenden Situationen positive Bedeutungen zugeschrieben werden können, erhöht sich also das subjektive Wohlbefinden.

Gemeinsam haben die Theorien von Lazarus/Folkman und Selye, dass beide Stress als psychische Reaktion auf eine Komponente im Leben eines Individuums sehen. Selye legt den Fokus auf die Verstärkung des *eustress* und ein ausgeglichenes Stressempfinden. Lazarus hingegen stellt die Wahrnehmung von stressauslösenden Anforderungen in das Zentrum seiner Forschungen. Diese eher pathogene Sichtweise teilt Antonovsky nicht. Er legt den Fokus auf die Fähigkeit der Kohärenz, bei der das Individuum im positiven Falle seine Stressempfindungen gar nicht erst als negativ wahrnimmt, da es Situationen als handhabbar ansieht. Bezogen auf die *moral distress*-Thematik muss hervorgehoben werden, dass das Individuum in diesem Fall eine Verletzung der eigenen, inneren Werte erfährt und das Phänomen folglich von der generellen Stress-Thematik abzugrenzen ist.

Antonovsky gibt hier den wichtigen Hinweis, das Individuum vor extremen Stresssituationen schützen zu müssen, damit es so wenig unberechenbare Situationen wie möglich erlebt

und das Gefühl, Situationen bewältigen zu können, stets erhalten bleibt¹. Weiterhin kann das Konzept von Selye helfen, die Verortung von *distress* besser zu verstehen. Er beschreibt den *distress* als den gesundheitsgefährdenden Stress, welcher mit Gefühlen der Verzweiflung und Elend einhergeht. Interessant ist daher an dieser Stelle die Überlegung, inwiefern die Wortkonstellation *moral eustress* Bedeutung tragen könnte. Bezieht man beide Worte aufeinander, würde dies so viel wie „moralisch positiver Stress“ bedeuten. Dies würde bedeuten, dass ein Individuum in einer ethisch-problematischen Situation mit den individuellen Moral- und Wertevorstellungen gefährdet ist, aber die Situation durch Ressourcen, wie ethische Handlungskompetenzen, gut bewältigen kann und gestärkt aus ihr hervorgeht. Die Forschungen von Lazarus können außerdem helfen, das Erfahren von *moral distress* unter anderen Aspekten zu betrachten. Situationen mit großen Anforderungen können durch eine positive Neubewertung bewältigt werden oder sogar ihren bedrohlichen Charakter verlieren. Dafür sind eine Sensibilisierung der kognitiven Ebene und die Verstärkung eines solchen problemfokussierten Copings vorteilhaft. So kann das Verstehen, inwiefern und warum die eigenen Werte verletzt wurden, verbessert werden, wenn Pflegende mit *moral distress* ihre eigenen Werte und Moralvorstellungen kennen und sich damit auseinandergesetzt haben. Wenn Pflegende laut Lazarus' Erläuterungen die Situation, welche sie in eine moralische Notlage gebracht hat, näher betrachten, dann haben sie die Möglichkeit, diese entsprechend zu bewerten und für sich daraus zu lernen. Antonovsky nach könnte dieser Prozess umso positiver ablaufen, wenn präventiv gearbeitet wird und das Individuum gar nicht erst exzessiv negative und unberechenbare Erfahrungen erlebt. So würde das Kohärenzgefühl nicht geschmälert. So beschreibt auch Selye, dass Personen ihr eigenes Gleichgewicht für Stress lediglich kennen lernen können, wenn sie sich dem Stress aussetzen und Schritt für Schritt lernen, was ihnen gut tut und wann sie sich überfordert fühlen.

4.2 Moral und Ethik

Moral und Ethik werden häufig als Synonyme verwendet, doch beide Begriffe können voneinander unterschieden werden. Laut Wahl (2015) geht es bei der Moral darum, welche Erwartungen die Gesellschaft an das Verhalten des Individuums hat. Der Einzelne fragt sich also: "Was soll ich tun?" (S. 2) In der Ethik handelt es sich um mögliche Begründungen der

¹ Im Kontrast dazu vertreten Lazarus, Folkman und Selye eher die Auffassung, dass das Individuum sich schwierigen Situationen stellen soll. Es ist also problematisch, für das Individuum ein Mittel zwischen Aussetzen von Expositionen und Ersparen von unberechenbaren Situationen zu definieren.

Moral. Die Gesellschaft und die Philosophen fragen sich also: "Warum sollte man das tun?" (S. 2)

Gegenstand der Ethik ist Rommerskirchen (2015) nach das konkrete Verhalten von Menschen in konkreten Situationen, in denen Konflikte friedlich und gerecht gelöst werden sollen. Innerhalb der Ethik geht es um das Gute und Gerechte. Es gibt jedoch in einer Gesellschaft häufig Differenzen zwischen dem individuell empfundenem Guten und dem, was andere Menschen für das Gute halten. Der Begriff Ethik beschreibt innerhalb der Wissenschaft die Individualethik, "mit ihren subjektiven Überlegungen, Entscheidungen und Handlungsweisen" (S. 27). Der Ethik Rommerskirchen nach wird die Frage behandelt, ob Handlungen mit ihrem Motiv oder Ziel im ethischen Sinne gut oder schlecht sind.

Der Begriff „Moral“ beschreibt die allgemein gültigen Regeln, also die Gebote und Verbote, sowie die Normen und Werte innerhalb einer Gesellschaft. Moralische Handlungen sind somit Handlungen, die in einer Gesellschaft erwünscht sind. In einer anderen Gesellschaft können die Regeln aber auch anders normiert sein und somit von der Moral einer anderen Gesellschaft abweichen. Der Unterschied zwischen der Ethik und der Moral sind die Leitfragen. So fragt die Moral nach der richtigen Handlung und unterscheidet in richtige und falsche Handlungen. Es geht vor allem um die Bewertung einer Handlung und die Abgleichung mit den in der Gesellschaft geltenden Regeln, in der sich das Individuum befindet. So gelten die Zehn Gebote des Alten Testaments als klassisches Beispiel für ein moralisch richtiges Handeln innerhalb der Glaubensgemeinschaft der Christen. Es enthält normative Regeln, die das Individuum einhalten soll, damit innerhalb der Gesellschaft ein friedliches und kooperatives Zusammenleben ermöglicht wird. (Rommerskirchen 2015)

4.3 Moral und Ethik im stationären Bereich

Den Autoren Rapp und Krüger (2006) nach, kommt es im Klinikum durch die verstärkte Ökonomisierung oft zu einem Konflikt zwischen Ethik und Ökonomie: "Tatsächlich handelt es sich dabei aber um das Aufeinanderprallen zweier auseinander liegender Moralvorstellungen: die zumeist von den patientennahen Berufsgruppen vertretene deontologische Moralvorstellung und die eher von den patientenfernen Akteuren verkörperte teleologische beziehungsweise utilitaristische Moralvorstellung." (S. 320) Die Teleologie und der Utilitarismus bewerten diejenige Handlung als gut, welche einen entsprechenden Nutzen für die Allgemeinheit bringt. Demzufolge darf eine Handlung dem Wohlergehen eines Individuums

schaden, wenn sie dem Wohlergehen der Mehrheit zu Gute kommt. Gegensätzlich dazu bewertet die Deontologie, ob die Handlung selbst gut oder schlecht ist. Oft handeln Pflegende der These der Autoren nach dem deontologischen Ansatz entsprechend. Sie sehen die Beachtung von Normen, Pflichten und Rechten als Grundlage moralischen Handelns und sind oft bestrebt, nach dem kategorischen Imperativ von Immanuel Kant zu handeln. Dieser besagt: "Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde" (Kant zit. nach Rapp und Krüger :320). Als Vertreter der konsequenzialistischen Ethik hingegen nennen die Autoren die patientenfernen Berufsgruppen, wie die Managementebene, die Politik und die Krankenkassen. Diese Berufsgruppen müssen mit knappen Mitteln ein optimales Leistungsspektrum stellen und entscheiden deshalb zum Wohle der Gemeinschaft. Genau hier sehen die Autoren das Dilemma der Paradigmen. Aus deontologischer Sicht ist es unmoralisch, eine Person durch eine Entscheidung zu Schaden kommen zu lassen. Doch die Führungsebene ist durch die ansteigende Ökonomisierung oft utilitaristisch geprägt und kann Ressourcen nur begrenzt zur Verfügung stellen. Für die Pflegenden, die als Fürsprecher der Patienten eintreten, ist es folglich unmöglich, innerhalb dieser Einzelbeziehungen alle Normen, Rechte und Pflichten gegenüber dem Patienten zu erfüllen, da die Ressourcen begrenzt sind. Das Dilemma besteht darin, dass Pflegende stets moralisch richtig und gut handeln möchten, aber durch gesetzliche Vorgaben eingeschränkt sind. Der Utilitarismus begrenzt somit die Pflegenden in ihrem deontologischen Handeln. Als Folge des utilitaristisch geprägten Gesundheitssystems gilt die Demotivation und Fluktuation der patientennahen Berufsgruppen. Dadurch, dass moralische Entscheidungen in einer Arbeitswelt getroffen werden müssen, in der immer weniger Ressourcen für diese Entscheidungen zur Verfügung stehen, nehmen viele Pflegende, aber auch Ärzte, eine Machtlosigkeit wahr.

5. Moral distress

Bisher wurde die theoretische Grundlage des Phänomens, mit ihren Bezügen zu anderen Konzepten und Theorien, dargelegt und stets der Zusammenhang zu *moral distress* hergestellt. In diesem Kapitel soll nun die bereits theoretisch fundierte Kernthematik der Arbeit in seinem Wesen vorgestellt werden. Zur Verdeutlichung der Praxisrelevanz des Phänomens wird zunächst ein Fallbeispiel vorgestellt. Dieses wird im Verlauf weiterer Erläuterungen zum Gegenstand von *moral distress* aufgegriffen.

5.1 Praxisbeispiel

Die examinierten Pflegekräfte Frau Willmann und Frau Raborn haben auf einer neurologischen Station mit einer Belegung von 26 Patienten Spätdienst. Generell befinden sich im Spätdienst immer drei examinierte Pflegekräfte, jedoch hat sich eine Pflegeperson im Frühdienst krank gemeldet und die Stationsleitung hat trotz vieler Telefonate keinen Ersatz finden können. Frau Willmann und Frau Raborn sind über die personale Besetzung sehr unzufrieden. Beide Pflegekräfte kommen aus ihrem „Frei“ und kennen die meisten Patienten nicht. Sie erhalten eine ausführliche Übergabe vom Frühdienst. Sie erfahren, dass sich der Allgemeinzustand der 92-jährigen Patientin Frau Müller im Frühdienst drastisch verschlechtert hat, sie laut Patientenverfügung keine lebensverlängernden Maßnahmen erhalten möchte und vermutlich innerhalb der nächsten Stunden versterben wird. Die Angehörigen sind informiert, können aber auf Grund einer wohnlichen Distanz nicht vor 18 Uhr in der Klinik sein. Frau Willmann bietet Frau Raborn an, die Betreuung von Frau Müller zu übernehmen, da sie bereits Erfahrung in der Sterbebegleitung hat. Frau Raborn übernimmt 16 Patienten, Frau Willmann lediglich die weiteren 10, da Frau Müller intensivere Betreuung benötigt. Frau Willmann stellt bei ihrem ersten Kontrollblick nach der Übergabe um 14:15 Uhr fest, dass bei Frau Müller bereits der Sterbeprozess eingesetzt hat und sie einen sehr unruhigen und ängstlichen Eindruck macht. Schon immer lag ihr die würdevolle Betreuung von sterbenden Patienten sehr am Herzen. Sie weiß, dass sie eine intensive Sterbebetreuung, wie es die unruhige Frau Müller ihrer Meinung nach jetzt braucht, bei einer Versorgung von neun weiteren Patienten nicht leisten kann. Sie möchte ihrer Kollegin aber keine weiteren Patienten zumuten, da diese neu auf Station ist und mit ihren 16 Patienten ohnehin schon ausgelastet ist. Im Laufe des Spätdienstes versucht sie, allen Patienten gerecht zu werden und so oft wie möglich für Frau Müller da zu sein. In der gemeinsamen Pause um 17:00 Uhr berichtet Frau Raborn, dass sie auf Grund der vielen zu betreuenden Patienten an ihre Grenzen gerate und der Dienst der reinste Stress sei. Sie hofft, dass für den folgenden Spätdienst wieder mehr Personal verfügbar ist und sie die Pflegetätigkeiten hochwertiger gestalten kann. Frau Willmann erwähnt nur kurz ihre Bemühung um eine angemessene Sterbebegleitung, da sie ihre gestresste Kollegin nicht weiter belasten möchte. Sie fühlt sich hilflos, denn sie weiß, dass sie nach ihrer Pause neben der Sterbebegleitung noch die Verteilung der Abendmedikation, Blutzuckermessungen, das Anreichen der Nahrung für drei Patienten mit Schluckbeschwerden, die Messung der Vitalparameter, die abendliche Intimpflege sowie die Dokumentation für den Spätdienst leisten muss. Sie bricht ihre Pause um 17:15 Uhr ab und schaut nach Frau Müller. Diese liegt unruhig im Bett, hat eine Bradypnoe und Bradycardie,

erfasst mit schwachem Händedruck die Hand von Frau Willmann und wendet ihren Kopf leicht der Pflegekraft entgegen. Frau Willmann bleibt fünf Minuten bei Frau Müller. Sie geht jedoch entgegen ihrem inneren Willen frustriert aus dem Zimmer und verrichtet die weiteren pflegerischen Aufgaben. Sie ist in Gedanken die ganze Zeit bei Frau Müller und fühlt sich schuldig, diese im Sterbeprozess alleine zu lassen. Als sie gegen 19:00 Uhr erneut für Frau Müller da sein möchte, ist diese bereits verstorben. Sie schließt die Augen der Verstorbenen, verständigt den zuständigen Arzt und die Angehörigen und entfernt später intravenöse Zugänge, unterlagert das Kinn, entfernt Lagerungsmaterialien und faltet die Hände der Verstorbenen zusammen. Sie fühlt sich hilflos und schuldig. Nach Dienstschluss verlässt Frau Willmann mit einem ausgebrannten und müden Gefühl die Station. Sie hat das Gefühl, versagt zu haben. Das Bild der ängstlichen, sich ihr zuwendenden Patientin geht ihr nicht mehr aus dem Kopf. In ihrer Hilflosigkeit hat sie die gegebene Situation hingenommen und versucht, ihr Bestes zu geben. Sie fühlte sich in der gegebenen Situation machtlos und bemerkt nun Gefühle zwischen Wut, Frustration und Zorn. Erst als sie Abstand vom Krankenhaus gewonnen hat, fragt sie sich: „Was mache ich da eigentlich? Warum habe ich ein solches Sterben zugelassen?“ (Fölsch 2012)

In diesem Fallbeispiel wird das Erfahren von Machtlosigkeit bei beiden Pflegekräften deutlich. Beide Pflegekräfte sehen die zu leistende Pflege durch den hohen Arbeitsaufwand gefährdet und versuchen, aus dieser Situation das Beste zu machen. Frau Raborn erfährt zwar psychischen Stress, ihre Moral- und Wertevorstellungen werden aber nicht direkt gefährdet. Die Pflegekraft Frau Willmann hingegen muss entgegen ihren moralischen Vorstellungen handeln, wodurch sich Gefühle der Frustration und Schuld in ihr ausbreiten. Durch Begrenzungen der Personalbesetzung konnte eine pflegerische Maßnahme, die ihren internalisierten Wertevorstellungen und aus pflegeethischer Sicht notwendig gewesen wäre, nicht angemessen durchgeführt werden. Inwiefern in diesem Fallbeispiel moralische Notlagen erfahren werden, soll mit Hilfe der folgenden Erläuterungen weiter verdeutlicht werden.

5.2 Definitionen und Gegenstand

„Moral distress occurs when one knows the ethically correct action to take but feels powerless to take that action. Research on moral distress among nurses has identified that the sources of moral distress are many and varied and that the experience of moral distress leads some nurses to leave their jobs, or the profession altogether.“ (Epstein & Delgado 2010:1)

„Moral distress occurs when an individual’s moral integrity is seriously compromised, either because one feels unable to act in accordance with core values and obligations, or attempted actions fail to achieve the desired outcome.“ (Hamric 2014:457)

„Moral Distress is experienced when nurses feel the need to advocate für patients' well-being while coping with institutional constraints.“ (Huffman & Rittenmeyer 2012:96)

Diese drei Definitionen von amerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen verweisen auf die Machtlosigkeit, die Pflegende fühlen, wenn sie eine Handlung, die sie für richtig anerkennen, durch eine Begrenzung nicht durchführen können. Die Definitionen erklären *moral distress* auf unterschiedliche Art und Weise. Epstein und Delgado zufolge wissen Pflegende den ethisch korrekten Weg, können aber aus unterschiedlichen Gründen der Machtlosigkeit die entsprechende Handlung nicht ausführen. Laut der Definition von Hamric entsteht eine moralische Verzweiflung durch die Gefährdung der moralischen Integrität einer Person². Ursache für *moral distress* ist nach Hamric die Unfähigkeit einer Person, entsprechend seiner Werte und Pflichten zu handeln oder die Erfahrung einer fehlgeschlagenen Handlung für ein bestimmtes Resultat. Nach Huffmann und Rittenmeyer wird *moral distress* erfahren, wenn Pflegende das Bedürfnis bemerken, sich als Anwalt für den Patienten einzusetzen, während sie die institutionellen Begrenzungen bewältigen müssen. Es gibt innerhalb dieser Definitionen Unterschiede hinsichtlich der Ursache, der Auswirkung und dem Gegenstand von *moral distress*. Hamric (2012:39) betont die Komplexität des Phänomens und weist auf die fehlende Übereinstimmung der Definitionen hin, welche es schwieriger gestaltet, das Phänomen zu erforschen.

Andrew Jameton war der erste Forscher, der *moral distress* definiert hat. „Moral distress arises when one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action“ (Jameton 1984:6). Weiter beschreibt er: „Nurses feel guilt and real moral distress when they perform procedures that they feel are morally wrong and can find no way to avoid.“ (S. 223).

Moral distress bei Professionellen im Gesundheitssystem

² „Moralische Integrität in beruflicher Hinsicht bedeutet dabei aus unserer Sicht, als professionelle Person in der Gesamtheit von Überzeugungen, Werten und Handlungen eine in sich konsistente Einheit zu bilden. Um diese Integrität aufrechterhalten zu können, sind drei Voraussetzungen notwendig: kritisches Denken, Konsistenz der Werteorientierung sowie die Einstellung, entsprechend prinzipientreu handeln zu wollen “ (Hardingham 2004, Übersetzt von Kleinknecht-Dolf 2015:118)

In Studien (Corley u.a. 2001; Whitehead u.a. 2015) wurde nachgewiesen, dass das Erfahren von *moral distress* bei Pflegenden weder geschlechts- noch religionspezifisch bedingt ist. Es konnte in keiner Studie geklärt werden, inwiefern das Alter der Pflegenden das Erfahren von moralischer Verzweiflung beeinflusst. Die Ergebnisse bezüglich der Beziehung zwischen *moral distress* und den Jahren an Berufserfahrung, sowie dem Bildungsgrad sind unterschiedlich. (Veer u.a. 2013) Obwohl das Phänomen zuerst bei Pflegenden der Intensivpflege beobachtet und erforscht wurde, ist es nicht pflegespezifisch. Auch andere Professionelle, wie Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter, Diätberater und Pharmazeuten können von *moral distress* betroffen sein. (Whitehead u.a. 2015) Die Gründe, die dazu führen, können jedoch sehr unterschiedlich und professionsspezifisch sein. (Epstein & Hamric 2009; Epstein & Delgado 2010; Whitehead u.a. 2015) Die Autoren um Whitehead (2015) generierten in einer deskriptiven Vergleichsstudie die Evidenz, dass Pflegende auf Intensivstationen im Durchschnitt eine höhere Intensität von *moral distress* empfinden als Pflegende im stationären Setting. Pflegende im stationären Setting erleben den immensen Druck Kosten einzusparen als höchsten „*moral distressing*“ Faktor.

Nach Hamric (2014) ist *moral distress* ein subjektives Phänomen, weil die unterschiedlichen Professionen und Professionellen eines Teams unterschiedliche Normen, Werte und Pflichten haben. Diese folgern aus den individuellen persönlichen Grundwerten innerhalb der familiären Moralentwicklung, der religiösen Tradition und Lebenserfahrung. Aus diesem Grunde gibt es keinen allgemeingültigen Konsens über die richtige oder gute Handlung in ethisch kritischen Situationen. Der fehlende allgemeingültige Konsens verursacht eine unterschiedliche Auffassung der Pflichten zwischen Ärzten und Pflegenden. Diese oft differenzierte Auffassung der Pflichten gegenüber dem Patienten kann wiederum das Erfahren von *moral distress* begünstigen.

5.3 Ursache

Die zwei Ansätze der Ursache von *moral distress* wurden erstmalig bereits in Kapitel 3.2 beschrieben. Sie kann innerhalb der institutionellen Begrenzung liegen, also den externen und klinischen Situationen, oder auch innerhalb der professionellen Person selbst begründet. Die Forscher Hamric (2012) und Kleinknecht-Dolf (2015) haben unabhängig voneinander diese Ursachenebenen bei Pflegenden beobachtet. Hamric (2012) gibt den Hinweis, dass ebenso die Ansätze zur Bewältigung von *moral distress* auf diese Ebenen abzielen müssen, die Ursachenebenen jedoch nicht unbedingt immer scharf trennbar sind. Als problematisch erwähnt sie die mangelhafte Forschungslage bezüglich evidenter Interventionsstudien. Laut

einer deskriptiven Vergleichsstudie von Whitehead u.a. (2015), erleiden Pflegende *moral distress* am intensivsten, wenn Patienten unter einer mangelhaften multidisziplinär verschuldeten Versorgungskontinuität leiden müssen. Auch das Miterleben von mangelhafter Teamkommunikation auf Kosten der Versorgungsqualität des Patienten, sowie die Zusammenarbeit mit als inkompetent empfundenen Kollegen, ist für Pflegende im Klinikum ein Hauptfaktor der institutionellen Begrenzungen.

Nach de Veer u.a. (2013) und Epstein & Hamric (2009) wird *moral distress* am meisten getriggert, wenn es eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch der Familie oder den Anordnungen eines Arztes gibt, eine aggressive Therapie am Patienten fortzuführen, wenn Pflegende glauben, dass diese für den Patienten nicht nützlich oder sogar schädlich ist. In der Vergleichsstudie von Whitehead u.a. (2015) wurde der Mangel an Kommunikationsfähigkeit als größter triggernder Faktor für *moral distress* identifiziert. Manchmal wird dem Wunsch der Familie nach lebensverlängernden Maßnahmen, entgegen dem Interesse des Patienten, entsprechend gehandelt, weil Professionelle keine aufklärenden Gespräche mit Angehörigen führen oder Angst vor Tötungsvorwürfen haben. Auch fehlende Aufklärung oder das Geben einer falschen Hoffnung seitens des Teams einer Station kann bei allen Professionellen *moral distress* auslösen. Können Pflegende sich nicht in solche Entscheidungen einbringen und die Funktion als Fürsprecher des Patienten aufnehmen, sei es, weil ihre Meinung nicht erwünscht ist oder weil sie sich durch die Hierarchisierung nicht dazu im Stande fühlen, können sie eine Gefährdung ihrer eigenen Moral- und Wertevorstellungen erfahren. Nach Epstein und Hamric (2009) erfahren Pflegekräfte moralische Verzweiflungen auch in Situationen, in denen lebensverlängernde Maßnahmen fortgeführt werden, obwohl dies nicht im besten Interesse für den Patienten geschieht. Das Problem liegt bei ethischen Diskussionen, in denen den Perspektiven aller Betroffener zu wenig Raum gegeben wird, betonen die beiden Autorinnen.

In diesem Kapitel wurde erläutert, wie komplex das Phänomen und das Erleben sein können. Bereits die Definierung ist nicht einheitlich zu gestalten. Moralische Notlagen werden von vielen Professionen erfahren und können durch viele Situationen, in denen Pflegekräfte bewusst oder unbewusst ihre persönlichen moralischen Werte einbringen oder nicht einbringen können, agieren. Die Schwierigkeit besteht darin, das Phänomen wahrzunehmen und dementsprechend zu handeln. Doch was kann passieren, wenn die negativen Gefühle nicht be-

achtet werden und Situationen, die moralische Notlagen mit sich gebracht haben, nicht reflektiert werden? Im folgenden Kapitel soll die Frage nach der Akkumulation von *moral distress* Beantwortung finden.

5.4 Moralisches Residuum

Oft bleiben Situationen, wie im Fallbeispiel geschildert, nicht ohne persönliche Konsequenzen. Die benannten negativen Gefühle in Kombination mit der Verletzung der eigenen moralischen Integrität können das weitere Handeln und Entscheiden einer Person beeinflussen. Andrew Jameton (1993) betont, dass *moral distress* die Tendenz hat, in einer Person nachzuklingen. Diese Art von Nachklang nennt er "*reactive stress*" (S. 544). Webster und Bayliss (2000, S. 208 zit. nach Epstein & Hamric 2009) benennen das Phänomen "*moral residue*" und definieren es folgendermaßen: „that which each of us carries with us from those times in our lives when in the face of moral distress we have seriously compromised ourselves or allowed ourselves to be compromised“ (S. 208) Laut Epstein und Hamric (2009) ist das moralische Residuum [„Rest“, Baer 2000:1161] schwierig zu charakterisieren, da es diesbezüglich erst eine geringe Studienlage gibt. Jedoch konnten vorangegangene Studien beweisen, dass es eine Auswirkung auf Pflegende hat, wenn sich das Erfahren von *moral distress* wiederholt. Diese Studien, unter anderem die von Elpern u.a. (2005:230) berichten einhergehend mit dem Verlust der moralischen Integrität von psychischen Veränderungen, wie Depression und Angst, sowie professionellen Veränderungen, wie der Vermeidung von Patientenkontakt.

Was kann passieren, wenn ein Individuum wiederholt *moral distress* erfährt? Den Aussagen wesentlicher Autoren nach, bleibt ein „Nachklang“ oder „Rest“ beim Individuum zurück. Doch wie verhält sich dieser Nachklang von ethisch kritischer Situation zum erneuten Erfahren von *moral distress*? Ein entsprechendes Erklärungsmodell soll im nächsten Kapitel vorgestellt werden.

5.5 Der Crescendo-Effekt

Ein „Crescendo“ bedeutet im Bereich der Musik so viel wie „anschwellend“. Der Crescendo-Effekt bezeichnet laut Hamric (2014) die verstärkte Wirkung, welche das moralische Residuum auf ein erneutes Erleben von *moral distress* hat. In Bezug auf das Fallbeispiel des Kapitels 5.1 würde dies bedeuten, dass Frau Willmann, dadurch dass sie ihre Moral- und Wertevorstellungen nicht in ihr pflegerisches Handeln integrieren kann, einen Nachklang

dieses Erlebens auch in weiteren Situationen erleben könnte. Das moralische Residuum kann zukünftige ethisch-problematische Situationen für das Individuum noch intensiver gestalten.

Hamric (2012) erläutert die Entstehung folgendermaßen: „(...) crescendos of moral distress and moral residue build up over time in units and systems where moral distress is un-addressed. Such crescendos can erode care providers' moral integrity, resulting in desensitization to the moral aspects of care“ (41f.) Eine Grafik soll das Auftreten des Crescendo-Effektes verdeutlichen:

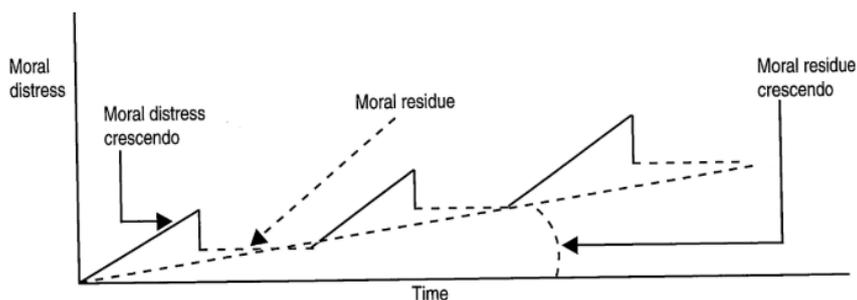


Abbildung 1: Der Crescendo-Effekt nach Epstein und Hamric 2009

Die durchgestrichenen Linien sind die Erfahrung von *moral distress*. Die gestrichelten Linien beschreiben das moralische Residuum, welches nach einer Erfahrung von *moral distress* beim Individuum zurück bleibt. Die Grafik zeigt, dass in einer solchen Situation *distress* ansteigt, jedoch nach Verlassen der Situation leicht sinkt. Das Verbleiben eines Nachklangs lässt das Gefühl von moralischer Verzweiflung jedoch nicht auf „Null“ absinken. Sobald eine ähnliche Situation eintritt, kann der *moral distress* stufenweise höher steigen als das moralische Residuum vom vorherigen, nicht aufgearbeiteten Fall. Weiterhin kann jede weitere, nicht aufgearbeitete Problemsituation in einem zweiten Crescendo enden. Die Crescendos müssen Hamric nach unterbrochen und rechtzeitig reflektiert und aufgearbeitet werden.

Doch wie können Pflegende Zugang zu reflektorischen Möglichkeiten erhalten? Wie können diese Handlungsmöglichkeiten in den Stationsalltag integriert werden? Was kann die Institution Krankenhaus als ein verursachender Faktor gegen *moral distress* tun? In Anbetracht der *Abbildung 1* haben diese Fragen durchaus ihre Berechtigung. Welche Bewältigungsmöglichkeiten in der Forschung beschrieben werden, findet in Kapitel 6 eine Beantwortung. Zunächst sollen als Stütze der Relevanz die Auswirkungen beschrieben werden. Im Anschluss wird erläutert, welche Evidenzen und Messinstrumente für *moral distress* und das moralische Residuum in der Literatur zu finden sind.

5.6 Auswirkungen von *moral distress*

Die Forschungsliteratur bietet eine große Varianz an negativen Folgen des Phänomens für Gesundheits- und Krankenpflegende. Dies ist nicht ungewöhnlich, da mit dem Moralbewusstsein eine wertvolle Eigenschaft des Menschen gefährdet wird. Da die Symptome von *moral distress* sich größtenteils in den Symptomen vom „gewöhnlichen Alltagsstress“ wiederfinden, werden im Folgenden auch kurz die generellen Stresssymptomatiken beschrieben.

Stress im Berufsalltag äußert sich bei Pflegenden mit häufigen Fehlzeiten im Dienst und psychischen Problemen, wie Isolation, Ruhelosigkeit, Herz-Kreislaufprobleme, Depression etc. (Billeter-Koponen 2003; Davey u.a. 2009; Tehrani & Ayling 2009; Winters 2012; Grønkaer 2013; Tewes 2015). Bemerken Pflegende die Symptome von Stress nicht oder ändern sie nichts an den Gegebenheiten, kann es zum Burnout-Syndrom kommen. (Scharnhorst 2008; Grønkaer 2013; Dalmolin, Grazielle de Lima u.a. 2014; Fölsch 2014). Scharnhorst (2008) nach ist das Burnout-Syndrom eine psychologische Überanstrengung, welche durch länger anhaltenden beruflichen Stress ausgelöst wird. Charakteristisch ist die emotionale Erschöpfung und Entkräftigung, sowie mangelnde emotionale Ressourcen, Müdigkeit, Fatigue, Mangel an Empathie und mangelnde soziale Fertigkeiten. (Maslach & Jackson 1981) Durch die Bedingungen im pflegerischen Berufsalltag wechseln viele Pflegende den Arbeitsplatz oder Verlassen sogar das Berufsfeld der Pflege und orientieren sich neu. (Tewes 2015) Dies sind die Auswirkungen von Stress im pflegerischen Alltag.

Doch *moral distress* ist anders als der Stress im Pflegealltag, in Folge dessen nicht unbedingt die moralische Integrität gefährdet sein muss, um sich gestresst zu fühlen und die oben beschriebenen Symptome zu haben. Wie in Kapitel 2 beschrieben, beinhaltet die Übersetzung des Wortes „*distress*“ auch Worte wie „Notlage“ oder „Verzweiflung“. Die Wirkung des Stresses auf Pflegende ist zwar eine andere, jedoch nicht in jedem Fall von Stress trennbar. Pflegeethikwissenschaftler, die sich mit den Auswirkungen von *moral distress* beschäftigen, stellen recht ähnliche Folgen, wie die von „gewöhnlichem“, übermäßigem Stress, fest. Redman und Fry (2000) identifizierten in einer quantitativen Studie als Folge von *moral distress* den Verlust der Fürsorgefähigkeit, das Vermeiden des Patientenkontakts, eine mangelhafte körperliche Pflege der Patienten und das Verlassen des Pflegeberufes. Nach Epstein und Hamric (2009) erleiden Pflegende durch den Bewältigungsversuch des Crescendo-Effektes das Burnout-Syndrom. Durch die immer wiederkehrenden Situationen mit moralischen Notlagen und dem Nachklang dieser wird die Anspannung und der *moral distress* stetig höher,

welches mit einer emotionalen Erschöpfung einhergeht. De Villers u.a. (2013) und Tanner u.a. (2014) stellen in ihren Studien zu Auswirkungen fest, dass Pflegende, durch die emotionale Belastung häufig auch physische Beschwerden wie Diarrhoe, starke Herzpalpitation, Kopfschmerzen, Übelkeit und psychische Symptome wie Depression, Verlust des Selbstwertgefühls, Schlafstörungen, Alpträume, häufiges Weinen, Erschöpfung bis hin zum Burn-out-Syndrom erleiden. Diese Symptome haben einen erheblichen negativen Einfluss auf die Pflegequalität. Oft verlassen Pflegende ihren Arbeitsplatz oder sogar den Beruf. Dieses hat Konsequenzen für das Fachpersonal selbst, für die Institution und die Patienten durch die sinkende Pflegequalität.

In diesem Kapitel wurde also hervorgehoben, welche Folgen *moral distress* für Pflegende und das Gesundheitssystem haben kann. Doch wie und mit welchen Messinstrumenten lässt sich *moral distress* dann überhaupt messen und welche Evidenzen gibt es für seine Existenz?

5.7 Evidenzen und Messinstrumente

In mehreren Studien mit qualitativen und quantitativen Designs wird die Existenz von *moral distress* bei Pflegenden belegt. (Jameton 1993; Corley 2002; Epstein & Delgado 2010; Hamric 2012; Huffman & Rittenmeyer 2012; De Villers, Mary Jo & DeVon 2013; Browning 2013; Jameton 2013; Hamric 2014; Whitehead u.a. 2015; Kleinknecht-Dolf 2015). Huffman und Rittenmeyer haben in einer systematischen Übersichtsarbeit mit 39 eingeschlossenen Studien die Evidenz generiert, dass viele stationär arbeitende Pflegende *moral distress* erfahren und darunter eine große Varianz an psychischen und physischen Problemen erleiden. Hamric (2012) stellt fest, dass moralische Notlagen besonders durch institutionelle Begrenzungen, aber auch durch Begrenzungen innerhalb der professionellen Pflegenden selbst, sowie in bestehenden Stations- und Systemkulturen und auch durch die weitere Umgebung des Gesundheitssystems ausgelöst werden.

Die erste quantitative Untersuchung erfolgte von Corley u.a. (2001) mit der eigens entwickelten *Moral Distress Scale*, auch *MDS* genannt. Die *MDS* wird seitdem im Bereich der Intensivpflege eingesetzt. Sie besitzt 38 Items, was die Anwendung der Skala im pflegerischen Alltag schwierig gestalten könnte.

Die Autoren Hamric u.a. haben im Jahre 2012 die *MDS* von Corley. Ziel dieser auf 21 Items gekürzten Weiterentwicklung ist der Einbezug neuer Forschungsergebnisse, sowie der erweiterte Anwendungsbereich für stationäre Pflegebereiche und für andere Professionelle im

Gesundheitssystem. Das Instrument kann so für die Managementebene im Klinikum nützlich sein, wenn diese den Grad von *moral distress* bei ihren Arbeitnehmern ermitteln und darauf antworten möchte. Hamric u.a. stellen fest: "The ability to test successful evidence-based interventions to alleviate moral distress is dependent upon a reliable and valid measure of the phenomenon. The *MDS-R* shows promise as such a measure" (S. 7) Mit Hilfe der Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien (siehe Anhang A 1) und der Betrachtung des Messinstrumentes (siehe Anhang A 2) wurde eine hohe Qualität der Studie ermittelt, welche die Mehrheit der Hauptkriterien erfüllt, ein geringes Bias-Risiko beinhaltet und durch den die Ergebnisse sich vermutlich auch nach weiteren Untersuchungen nicht ändern.

Die Professoren der Pflegeethik Wocial und Weaver (2013) betonen die Notwendigkeit der Entwicklung eines weiter gekürzten und vereinfachten Messinstrumentes zur Erfassung von *moral distress* bei Pflegenden im Klinikum. Sie verweisen auf den hohen Zeitaufwand, den es benötigt, die 38 Items der *MDS* hinsichtlich der Häufigkeit und der Intensität zu beschreiben. Folglich entwickelten die Autoren das *Moral Distress Thermometer* (im Folgenden *MDT*). Anhand einer Querschnittsstudie verglichen sie unter anderem die Effektivität und den Korrelationskoeffizienten in Bezug zur *Moral Distress Scale* von Corley (2001). Die teilnehmenden Pflegekräfte (n=529) eines US-amerikanischen Klinikums wurden gebeten, beide Fragebögen der Messinstrumente auszufüllen. Mit Hilfe des Leitfragens für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien (siehe Anhang A 3) und des *MDT* (siehe Anhang A 4) wurde eine niedrige Qualität der Studie ermittelt. Das *MDT* konnte eine moderate Konvergenzvalidität aufzeigen, jedoch ist das Instrument hinsichtlich der mangelhaften Reliabilitätsüberprüfung unter Vorbehalt zu betrachten. Ein Selektionsbias ist wahrscheinlich und möglicherweise können Studienergebnisse bei weiteren Untersuchungen verändert sein.

In Bezug auf Messinstrumente von *moral distress* für die deutschsprachige Pflegekultur kommen erste Beiträge aus der Schweiz: „Actually, no German publication could be found addressing moral distress as a concept or with a measurement instrument in German.“ (Kleinknecht-Dolf u.a. 2015:78). Die Autoren entwickelten aus diesem Anliegen heraus mit einer als Pilotstudie angelegten Querschnittsstudie ein deutschsprachiges Messinstrument in Anlehnung an die *MDS-R* von Hamric u.a. (2012). Sie konsultierten Pflegende auf acht Einheiten eines schweizerischen Hospitals, darunter Einheiten der inneren Medizin, Chirurgie und Intensivpflege. Mit Hilfe eines Online-Fragebogens wurde das auf neun Items gekürzte

Messinstrument auf Verständlichkeit, Durchführbarkeit und Validität getestet. Die Pflegenden wurden nach Ausfüllen des Fragebogens gebeten, eine Rückmeldung bezüglich Verständlichkeit und Durchführbarkeit zu geben. Die Rücklaufquote der Pflegenden (n=160) betrug 55%. Die Studie konnte zeigen, dass auch Pflegende in einem schweizer Universitätshospital *moral distress* empfinden. Bezüglich der Validität des Messinstrumentes fügt der Autor hinzu, dass es sich zunächst um eine Augenscheinvalidität oder auch „face validity“ (S. 81) handelt, denn es wurden keine Validitäts- und Reliabilitätsmethodiken angewandt. Mit Hilfe des Leitfragens für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien (siehe Anhang A 5) wurde die Qualität der Studie als „akzeptabel“ eingestuft, obwohl entsprechende Werte der Studiengüte nicht berechnet wurden. Unter Berücksichtigung der Studienanlage als Pilotstudie wurden die meisten Kriterien der kritischen Bewertung berücksichtigt. Bevor die Studie direkt bei der Zielpopulation anwendbar ist, muss das Instrument vermutlich überarbeitet, sowie Methoden der Reliabilitäts- und Validitätsüberprüfung berücksichtigt werden.

Die präzise Erfassung des Phänomens anhand eines Messinstrumentes ist im deutschsprachigen Bereich bisher kaum möglich. Wäre bereits ein reliables und valides Messinstrument verfügbar, könnten sich die Möglichkeiten zur Bewältigung individuell aus diesen ableiten. (Epstein & Hamric 2009) Wie auch in Kapitel 4.1 „Stress und Stressbewältigung“ beschrieben, erfolgt die Bewältigung von moralischen Notlagen individuell geleitet, da jedes Individuum andere Ressourcen besitzt, um eine Situation zu meistern. Folglich müssen sich die Ansätze zur Bewältigung von *moral distress* zunächst weiterhin in Anlehnung der Ursachen (siehe Kapitel 5.3) ableiten. Im folgenden Kapitel wird die Notwendigkeit der Kriterienbildung erläutert, anhand derer sich die Möglichkeiten der Bewältigung von *moral distress* für Pflegende im stationären Setting orientieren sollten.

6. Abgeleitete Kriterien

An dieser Stelle sollen nun die Erläuterungen zu Stress, Stressbewältigung und *moral distress* systematisch hinsichtlich ihrer Aussagen für die Möglichkeiten zur Bewältigung zusammengefasst werden. Das bedeutet, dass bereits beschriebene Hauptaspekte zu Kriterien zusammengefasst werden, um die im folgenden Kapitel vorzustellenden Bewältigungsmöglichkeiten systematisch hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und Nützlichkeit zu bewerten. Die Kriterien geleitete Überprüfung der Möglichkeiten zur Bewältigung ist notwendig, da *moral distress* bisher noch wenig erforscht ist und ein umfassender Anhaltspunkt gefunden werden

muss, der Hinweise darauf geben kann, inwiefern die in der Forschung diskutierten Möglichkeiten auch für die deutsche Pflegekultur Anwendung findet. Es gibt noch nicht zu jeder in der Forschung diskutierten Bewältigungsmöglichkeit entsprechende Anstrengungen, diese hinsichtlich Anwendbarkeit und Nutzen für Pflegende im klinischen Setting studiengeleitet zu überprüfen. Als Folge dessen ist eine Überprüfung der *Coping*-Möglichkeiten durch zwei Rubriken notwendig. Die erste Rubrik ist die Anwendung der abgeleiteten Kriterien und die zweite Rubrik die Überprüfung der empirischen Forschung (siehe Abb. 4). Bevor die Herleitung der Kriterien erfolgt, bedarf es einer kurzen Erklärung, welches Ziel die Anstrengungen der Bewältigungen haben soll.

So ist der wesentliche Charakterzug von *moral distress* die Gefährdung der moralischen Unversehrtheit eines Individuums. Wie bereits an vielen Stellen erläutert, gilt es, diese Gefährdung möglichst zu vermindern oder ihr vorzubeugen, da sie nie gänzlich vermieden werden kann. In Kapitel 4.1 wurde über den Gegenspieler des „*distress*“, nämlich den von Hans Selye geprägten Begriff des „*eustress*“ gesprochen und in Bezug zur Moral gesetzt. Der Gegenspieler von *moral distress* könnte durch diese Gegenüberstellung der Begrifflichkeiten der „*moral eustress*“ sein. Dieses wäre demnach ein Zustand, in dem das Individuum die moralische Widerstandsfähigkeit erlangt und weniger in seiner moralischen Unversehrtheit gefährdet werden kann, da es ausreichend Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung hat. Unter Anwendung bestimmter Bewältigungsansätze könnte von Pflegenden dieser Zustand des *moral eustress* anstrebbbar sein, um auf der einen Seite Widerstand gegenüber dem Erleben von *moral distress* durch institutionelle Begrenzungen zu leisten und auf der anderen Seite die moralische Unversehrtheit zu wahren. Damit dieses theoretische Ziel in die Praxis übertragen werden kann, werden Bewältigungsmethoden benötigt, die sich in die pflegerische Praxis integrieren lassen. Durch die beiden im Folgenden erläuterten Rubriken werden die Möglichkeiten der Bewältigung geprüft. Die Kriterien der ersten Rubrik werden von den im Kapitel 4 „Stress, Moral und Ethik“ erläuterten Theorien und dem im Kapitel 5 „*Moral distress*“ erläuterten Gegenstand von *moral distress* abgeleitet und im folgendem vorgestellt.

Anhand der Durchführung von empirischen Forschungen könnte im Gesundheitswesen ein Bewusstsein gegenüber dem Phänomen geweckt und die Aufmerksamkeit der Institutionen auf die Bildung eines geeigneten Rahmens für pflegeethische Angelegenheiten geschaffen werden. Innerhalb eines solchen Rahmens kann präventiv gearbeitet werden. Laut Antonovsky (siehe Kapitel 4.1) kann das Kohärenzgefühl erhalten bleiben, wenn das Individuum Situationen als handhabbar, durchführbar und nicht zufällig erfährt. Werden entgegen *moral*

distress Anstrengungen der Prävention betrieben, so könnten Pflegende lernen, Situationen als solche zu betrachten. Das Bundesministerium für Gesundheit beschreibt die Prävention als einen „(...) Oberbegriff für zeitlich unterschiedliche Interventionen zur gesundheitlichen Vorsorge. Mit der primären Prävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindert werden. Die sekundäre Prävention oder Früherkennung will Krankheiten frühzeitig erkennen, damit eine möglichst frühzeitige Therapie eingeleitet werden kann. Mit der tertiären Prävention sollen Krankheitsfolgen gemildert, ein Rückfall bei schon entstandenen Krankheiten vermieden und ihre Verschlimmerung verhindert werden“ (S. 1). Unter Berücksichtigung der drei Stufen der Prävention, kann diese den Pflegenden bereits vor Eintritt des Phänomens helfen (Primärprävention). Erleben sie bereits durch eine Aufkummulation von *moral distress* den Crescendo-Effekt, können Anstrengungen der Sekundärprävention ihnen bei der Bewältigung helfen. Sind Pflegende bereits sehr psychisch und physisch sehr erschöpft oder Nahe dem Burnout-Syndrom, können Anstrengungen der Tertiärprävention ansetzen.

Abhängig von den Ergebnissen der deutschen Pflegeforschung bezüglich *moral distress* ist die Ursachenorientierung der zweite Zugang zur Bewältigung. Wie bereits in Kapitel 3.2 „Institutionelle Begrenzungen“ und 5.2 „Definitionen und Gegenstand“ erklärt und mit Quellen belegt, sollten die Bewältigungsmöglichkeiten zunächst zur strukturierten Adressierung des Phänomens an der Ursache ansetzen. Externe und interne Begrenzungen sind die Ebenen, auf denen die Ursache für *moral distress* zu suchen ist. Folglich müssen auch die *Coping*-Möglichkeiten für die einzelne Pflegekraft selbst (intern) und für das interdisziplinäre Team und System (extern) ausgerichtet sein.³

Da das theoretische Ziel der Bewältigung das Erlangen einer moralischen Widerstandsfähigkeit bedeuten sollte, ist der dritte Zugang das problemfokussierte Coping. In Kapitel 4.1 „Stress und Stressbewältigung“ wurde die Relevanz der Nutzung von problemfokussierten Lösungsstrategien beschrieben. Hans Selye betont unter anderem, dass ein Individuum nur den positiven *eustress* erlangen kann, wenn es sich ab und zu neue Expositionen zumutet und aus den angewandten problemfokussierten Strategien immer wieder lernt.

³Die Tagung des UniversitätsSpitals Zürich zum Thema „Moralischer Stress – Moralische Resilienz in der Pflege“ am 26. Februar 2015 stellte diesbezüglich als Konsens der Referenten in der Enddiskussion fest: „Wie können wir die Institutionen und Ebenen erreichen, die diejenigen Stellschrauben betätigen können, damit die Qualität in der Pflege uns erhalten bleibt?“ (R. Spirig, personal communication, February 26, 2015) Institutionen müssen folglich rasch Anstrengungen zur Sicherstellung der „Befindlichkeit, sozusagen die Softdaten“ (H.A. Wüthrich, personal communication, February 26, 2015) verstärkt in den Fokus nehmen.

Es ist bisher wenig darüber bekannt, inwiefern Pflegende in Deutschland in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen *moral distress* empfinden und inwiefern dies die Pflegequalität und die eigene Gesundheit der Pflegenden gefährdet. Deshalb ist es in dieser Arbeit relevant, bisherige, bereits durch Studien überprüfte Möglichkeiten der Bewältigung zu berücksichtigen. Somit ist die zweite Rubrik die Überprüfung bisheriger Möglichkeiten der Bewältigung von moralischer Verzweiflung. Dazu werden die bereits empirisch untersuchten Möglichkeiten der Bewältigung beschafft, die Güte der Studie beurteilt und der daraus abgeleitete Nutzen für die deutsche Pflegekultur beschrieben. Die folgende Abbildung soll die abgeleiteten Kriterien verdeutlichen.

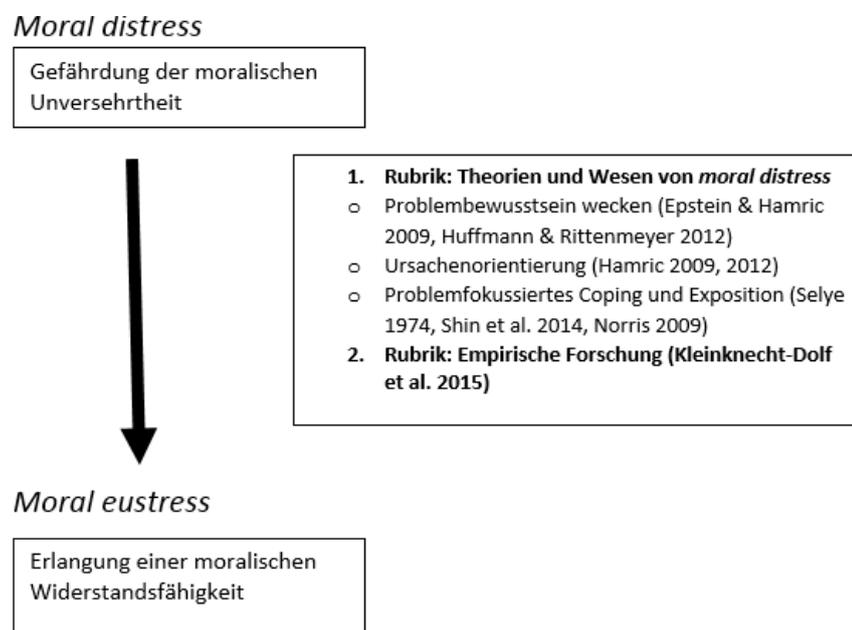


Abbildung 2: Übersicht der Kriterien

Die *Abbildung 2* soll den Zusammenhang der beiden Rubriken in Bezug auf die Erlangung der moralischen Widerstandsfähigkeit verdeutlichen. Jene Kriterien sind hierbei nicht in chronologischer Reihenfolge zu verstehen.

Im folgenden Kapitel werden die Coping-Möglichkeiten vorgestellt, die in der Diskussion rund um *moral distress* Zuspruch in der Pflegewissenschaft finden. Diese Ansätze wurden jeweils in den Vereinigten Staaten, Großbritannien und der Schweiz erarbeitet und teilweise auch evaluiert. Die soeben entwickelten Kriterien werden anschließend auf diese Bewältigungsmöglichkeiten angewandt und hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit und ihren Nutzen in der pflegerischen Praxis diskutiert.

7. Möglichkeiten zur Bewältigung von *moral distress*

In diesem Kapitel werden die Ansätze zur Bewältigung dargelegt, die in der Forschungsliteratur in Bezug auf *moral distress* von Pflegewissenschaftlern diskutiert werden.⁴ Aus Gründen der limitierten Forschungslage zu Bewältigungsstrategien bei stationär tätigen Pflegenden, wird auch die Literatur mit einbezogen, die Strategien für Pflegenden auf Intensivstation anbieten. In Kapitel 1 und 5.2 wurde bereits erläutert, dass diese Übertragung der Forschungsliteratur auf einen anderen pflegerischen Bereich durchaus möglich ist. Im Folgenden wird die Forschungslage derjenigen Strategien dargestellt, die Pflegenden bereits in moralischen Notlagen anwenden. Anschließend werden die in der Pflegeforschung diskutierten Ansätze zur Bewältigung von *moral distress* vorgestellt.

7.1 Berufsalltägliche Strategien von Pflegenden

Aufgrund der mangelhaften Forschungslage zu *moral distress* in Deutschland kann davon ausgegangen werden, dass viele Pflegenden *moral distress* als konkretes Phänomen nicht benennen können. Die Studie von Kleinknecht-Dolf u.a. (2015) zeigt aber, dass Pflegenden in der Schweiz Situationen mit moralischer Verzweiflung erfahren. Welche Strategien Pflegenden zur Bewältigung von *moral distress* auf stationären Einheiten anwenden, ist bisher wenig erforscht. (Whitehead u.a. 2015) Catlin u.a. (2008) erhoben in ihrer Studie die Reaktionen von Pflegenden auf einer neonatologischen Intensivstation auf *moral distress* und stellten fest, dass 41% der 66 befragten Pflegenden Maßnahmen der „gewissenhaften Einwände“ bereits in ethisch-problematischen Situationen anwendeten. Sie haben ihre Meinungen den Ärzten mitgeteilt, dokumentierten Meinungsverschiedenheiten auf der Patientenakte, verweigerten ärztliche Anordnungen oder fragten Ethikkomitees um Rat.

Gutierrez (2005) betont als negative Coping-Möglichkeit von Pflegenden mit *moral distress* den Wechsel des Arbeitsplatzes oder den Berufsausstieg aus der Pflege. Diese Erkenntnis generierten auch Oh u.a. (2015) in einer systematischen Übersichtsarbeit mit der Ergänzung, dass Pflegenden mit steigendem Level an *moral distress* die Möglichkeit, den Beruf zu wechseln, verstärkt in Betracht ziehen. Diese Strategie als letzte Bewältigungsmöglichkeit der institutionell bedingten, geringen Selbstverwirklichung von Pflegenden im stationären Setting kann auch die *Nurses Early Exit Study (NEXT)* der Universität Wuppertal bestätigen.

⁴ Weitere Möglichkeiten zur Bewältigung könnten auch ethische Fallbesprechungen (Riedel 2011) oder kollegiale Beratungen (Tietze 2010) sein. Diese wurden an dieser Stelle nicht weiter beleuchtet, da in dieser Arbeit aus Gründen der Fokussierung und Eingrenzung nur Ansätze eingeschlossen wurden, die im direkten Zusammenhang mit *moral distress* im Forschungsdiskurs stehen.

(Rongen u.a. 2014) Pflegende neigen laut der Studie eher zum Arbeitsplatzwechsel, wenn sie sich in ihren Möglichkeiten, ihre Fähigkeiten in der Pflege einzusetzen, begrenzt sehen, als diejenige Gruppe der Pflegenden, welche sich nicht in ihrer Pflege begrenzt sehen.

Da sich die Forschung bezüglich *moral distress* und entsprechenden Messinstrumenten noch in ihren Anfängen befindet, ist es schwierig zu ermitteln, welche Bewältigungsstrategien Pflegende bereits anwenden. Ebenso schwierig ist es aus diesem Grunde auch, zu ermitteln, welche Bewältigungsstrategien sie anwenden sollten beziehungsweise, welche Möglichkeiten der Bewältigung ihnen seitens der Institution zur Verfügung gestellt werden sollten.

7.2 The 4 A's to Rise above Moral distress

Laut der AACN (ohne Datum) hat *moral distress* einen großen Einfluss auf die Arbeitsumgebung der Intensivpflege. Die AACN hat es sich zum Auftrag gemacht, auf *moral distress* mit einem systematischen Konzept zu antworten, um eine gesunde Arbeitsumgebung anzustreben. Möchte man auf das Erleben von moralischer Verzweiflung eingehen, erfordert dies Veränderungen im Unternehmen, aber auch innerhalb des Teams und des Individuums. Die AACN hat einen Prozesskreislauf entworfen, nachdem sich Pflegende Schritt für Schritt *moral distress* bewusst machen und selbst Handlungsmöglichkeiten entwickeln können. Der Prozesskreislauf (siehe Anhang A6) startet damit, dass das Individuum bereits erste Anzeichen von *distress*, also Verzweiflung oder eine Notlage bemerkt. Dieser erste Schritt heißt "Ask" (S. 3). In diesem Schritt wird durch verschiedene, von der AACN vorgegebene Fragen zur Selbsterkenntnis und Selbstreflektion das erste Bewusstsein von *moral distress* entdeckt. Das Ziel dieser Fragen ist die bewusste Feststellung, dass *moral distress* gegenwärtig ist.

Der darauf folgende Schritt heißt "Affirm" (S. 4). In diesem Schritt soll sich das Individuum seiner Verzweiflung und seiner Verpflichtung gegenüber selbst bekräftigen. Es stimmt dieses auch mit anderen Teamkollegen ab und bespricht vorliegende Symptome von *distress*. Die AACN weist darauf hin, dass auch sie selbst immer Ansprechpartner für Pflegende ist, die sich mit moralischen Notlagen auseinandersetzen möchten. Das Individuum soll sich weiter vergewissern, dass es eine professionelle Verpflichtung hat, die Arbeitsumgebung möglichst gesund zu gestalten. Ziel für das Individuum ist also die Entwicklung einer bewussten Selbstverpflichtung, um das Gefühl der moralischen Verzweiflung anzugehen.

Der dritte Schritt heißt "Assess" (S. 4). In diesem Schritt identifiziert das Individuum die Ursache für sein *distress* innerhalb seiner Person und seiner Umgebung. Es beobachtet, unter welchen Umständen die Symptome von *moral distress* erscheinen. Dies können bestimmte

Pflegesituationen mit einem Patienten sein, in denen Pflegende gefragt werden bestimmte Handlungen auszuführen, welche sie für unnötig oder ungewünscht von Seiten des Patienten oder der Familie halten. Auch ein Mangel an Zusammenarbeit, Verfahren oder Praktiken seitens des Kollegiums können *moral distress* aufleben lassen. Die Person hat die Aufgabe, die Stärke seines *distress* zu ermitteln und über seine Handlungsbereitschaft nachzudenken. Letzteres beinhaltet die Annahme, dass das Individuum ein Anliegen bemerkt, jedoch hinsichtlich der Handlungsbereitschaft zwiespältig ist. Das Individuum soll deshalb die Vor- und Nachteile analysieren. Die AACN hat aus diesem Grunde das sogenannte „*Self-Assessment*“ entwickelt (siehe Anhang A 7). Das Individuum beantwortet für sich sechs Fragen mit einer Einschätzung von Null bis Fünf. Mit Hilfe dieses Instruments kann das Individuum abschätzen, ob es handeln sollte oder nicht. Falls es noch unentschlossen sein sollte, kann es mit Hilfe des „*Benefits-Risks*“-Instruments (siehe Anhang A 8) einen besseren Zugang zu der Notwendigkeit seiner Handlung erhalten. Dazu werden alle Vorteile und Risiken aufgelistet und mit einer Einschätzung von Null bis Fünf versehen. Im Anschluss werden alle eingeschätzten Stärken der Vorteile und Risiken addiert und durch die Anzahl der einzelnen Items der jeweiligen Rubrik dividiert. Für das Individuum wird sichtbar, ob die Vorteile oder die Risiken zu handeln höher liegen. Ziel von Schritt drei ist also die Bereitschaft des Individuums, einen Handlungsplan zu erstellen.

Der letzte Schritt heißt "Act" (S. 8). Hier findet die praktische Ausführung der vorherigen theoretischen Überlegungen statt. Das Individuum bereitet sich in diesem Schritt unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen auf die eigentliche Handlung vor. Das Motto des letzten Schrittes lautet deshalb: „Addressing internal and external barriers, reducing risks, and maximizing your strengths will be necessary to take action.“ (S. 8) Durch die Erstellung eines Selbstpflegeplans, die Identifizierung von unterstützenden Kollegen und das Suchen von weiteren Unterstützungsquellen, wie einen Ethikkurs oder eine Literaturrecherche zur Problemstellung, können sich Pflegende auf die auszuführende Handlung vorbereiten. Dann werden situationsspezifische Handlungsstrategien entwickelt, die die gewünschten Veränderungen hervorbringen können. Ist beispielsweise die gegenwärtige Pflegesituation eines Patienten der Grund für das Empfinden von *distress*, so gibt die AACN Ideen für eine mögliche Strategie vor. Diese reichen von der Ermutigung der Familie, sich an Entscheidungen der Patientenpflege zu beteiligen und sich zu informieren, bis über das Eintreten als Befürworter des Patienten oder das Ernennen eines anderen Kollegen zum Patientenbefürworter oder das Einschalten eines Ethikkomitees. Das Individuum hat weiterhin

die Aufgabe, gewünschten Veränderungen aufrecht zu erhalten. Dabei soll das Individuum Rückschläge im Voraus erwarten und damit umgehen sowie daraus lernen. Ein erneutes starten des Prozesskreislaufes kann helfen, neue Rückschläge zu verarbeiten und stets zu bewältigen. Ziel des letzten Schrittes ist folglich der Erhalt der persönlichen Unverletzlichkeit, also Integrität, und der Authentizität.

7.3 Ethische Schulung

Wie im vorherigen Kapitel ersichtlich, müssen die Bewältigungsmöglichkeiten von *moral distress* den Pflegenden nahe gebracht werden. Besonders in Deutschland sind durch die Neuheit des Pflegestudiums die meisten Pflegekräfte im Umgang mit der Pflegewissenschaft- und Forschung nicht oder nur wenig geübt. Auch ist es in der Praxis schwierig, Zeit für individuelle Forschungsrecherche zu finden ohne dabei gestört zu werden. Aus diesem Grunde müssen Wege gefunden werden, den Pflegenden das Wissen und die Kompetenzen für moralische Handlungsfähigkeiten zukommen zu lassen.

Viele Pflegeforscher fordern von Kliniken, dass sie einen ethischen Unterricht oder Fort- und Weiterbildungen für Pflegende und andere Professionelle des multidisziplinären Teams anbieten, da es Aufgabe der Kliniken ist, ein gesundes Arbeitsumfeld inmitten einer Arbeitswelt mit einer Vielzahl von institutionellen Begrenzungen zu schaffen. (Epstein & Hamric 2009; Fölsch 2012; Huffman & Rittenmeyer 2012; Hamric 2014) Die Ethikberaterin Doris Fölsch (2012) betont die Relevanz, dass die Institutionen trotz der begrenzenden Ressourcen einen Rahmen für ethisches Handeln bieten müssen, welche einen Raum für angemessene ethische Diskussionen innerhalb des Behandlungsteams ermöglicht. Pflegende benötigen dafür „pfegethisches Wissen (...) [als] Grundpfeiler der ethischen Reflexion“ (S. 218). Auch rät Fölsch dazu, dass Pflegende und Ärzte gemeinsam Fort- und Weiterbildungen zum Thema „Ethik“ besuchen, um ethische Aspekte auf einer Ebene durchdenken zu können. Diese Herangehensweise stützt auch die Schlussfolgerung einer Fallstudie von Hamric (2014), welche argumentiert: „(...) ongoing and clear articulation of the goals for each patient is necessary to ensure that team members speak with 1 voice.“ (S. 462)

Im Jahre 2008 ermittelte die Pflegewissenschaftlerin Catherine M. Beumer den Effekt einer Schulung für die Reduktion von *moral distress* bei Pflegenden im intensivpflegerischen Setting. Kernelemente des vierwöchigen und aus fünf Unterrichtseinheiten mit je zwei Stunden dauernden Workshops waren Wege zur Identifikation und Strategien zur Bewältigung mit didaktiven und interaktiven Lehrangeboten. Auch die *4 A's to Rise above Moral distress*

wurden im Lehrplan der 25 Intensivpflegenden präsentiert und individuelle Pläne zur Identifikation bis zur Bewältigung entwickelt. Ergebnis der quasi-experimentellen Studie war eine generelle Abnahme von *moral distress*. Generell lässt die Studie auch auf Grund der niedrigen Teilnehmeranzahl (n=25) jedoch nur einen geringen Aussagewert zu (siehe Anhang A 9). Die Studie gibt Hinweise darauf, dass Schulungen zu *moral distress* das Vertrauen der Pflegenden stärken kann, sich für den Patienten und seine Wertevorstellungen einzusetzen, obgleich dieses kein direkter Bewältigungsmechanismus für moralischen Verzweiflung ist, sondern eher als Teil der Ursachen angesehen werden kann.

Robinson und Kollegen (2014) entwickelten das Schulungsprogramm „*Clinical Ethics Residency for Nurses*“ (im weiteren *CERN*) für Pflegende. Ziel der Schulung ist die gesteigerte moralische Handlungsfähigkeit bei Pflegenden. Sie definieren die moralische Handlungsfähigkeit wie folgt: „(...) their capacity and willingness to act on behalf of the patient’s and family’s good.“ (S. 13) Kernelemente sind die Interpretationsvariationen innerhalb verschiedener Situationen, der Prozess der richtigen moralischen Entscheidung und diese auch durchzuführen. Das 10-monatige und 98-stündige Edukationsprogramm umfasste 76 Pflegekräfte aus den Bereichen der Pädiatrie, Onkologie und Intensivpflege. Unter Verwendung eines quasi-experimentellen Designs mit Prä- und Postbefragung wurden quantitativ die Outcomes von *moral distress* mit der *MDS-R*, das Wissen mit einer *Ethics Knowledge Scale* und die Selbstwirksamkeit mit einer *Self-Efficacy Scale in Clinical Ethics* ermittelt. Die moralische Sensibilität als qualitatives Outcome wurde anhand der Berichte der Pflegenden analysiert. Die Autoren fanden heraus, dass das Erfahren von *moral distress* vor Beginn des Schulungsprogrammes höher war, als zum Zeitpunkt der zweiten Messung, also zwei Wochen nach Abschluss des Programmes. Des Weiteren ist das ethikbezogene Wissen der Teilnehmer leicht gestiegen.“ Mit Hilfe der Leitfragen für die kritische Bewertung von quantitativen Beobachtungsstudien (siehe Anhang 10) wurde eine niedrige Aussagekraft der Studie auf Grund einer hohen Wahrscheinlichkeit eines Selektionsbias, sowie eine unklare valide und reliable Erfassung der Endpunkte ermittelt. Die interne Validität ist dadurch geschwächt. Jedoch gibt die Studie Hinweise darauf, dass die Intervention positive Effekte in Bezug auf das Erfahren von *moral distress* bei Pflegenden haben kann.

7.4 Ethikkomitee

Laut Epstein und Hamric (2009) sollten Interventionen, die Möglichkeiten zur Bewältigung anbieten, multidisziplinär sein. „Multidisciplinary interventions that address organizational systems will be necessary to address this important problem, and this is a difficult undertaking“

(S. 338) Interventionen sollten also nicht nur auf einer Ebene stattfinden, sondern auf allen Ebenen, die *moral distress* verursachen. Wie in Kapitel 3.2 „Institutionelle Begrenzungen“ und in Kapitel 5.1 „Ursache“ beschrieben, sollten Interventionen zur Bewältigung auf die Ebenen der individuellen Pflegekraft (interne Ursache) und die Ebene der Institution (externe Ursache) abzielen. Als eine Möglichkeit, dem Phänomen auf diesen Ebenen zu begegnen, haben die Autorinnen mit Kollegen (2008) einen klinikinternen Beratungsservice eingerichtet. Bei Bedarf kommen zwei beratende Forschungsmitglieder des Ethikkomitees⁵ auf Station und besprechen in einem möglichst großen multidisziplinären Team das Anliegen. Epstein und Hamric haben beobachtet, dass besonders das Zuhören und das Bestätigen von Erfahrungen von *moral distress* für die Teilnehmer Erleichterung bringt und folglich ein Weg ist, um dem Crescendo-Effekt entgegen zu wirken. Epstein und Hamric betonen, dass Ethikkomitees über den Crescendo-Effekt aufgeklärt werden müssen, da sie ansonsten Effekte des moralischen Residuums bei ethischen Konsultationen nicht berücksichtigen und somit die Situation auf einer klinischen Einheit nicht vollständig nachvollziehen können. Hamric (2014) betont weiterführend die Relevanz des frühzeitigen Einberufens von Unterstützung bietenden Möglichkeiten. Problematisch wird es laut Hamric (2014), wenn Teammitglieder einer klinischen Einheit Ressourcen wie Ethikkomitees ignorieren und interessierte Teammitglieder, die solche Ressourcen nutzen möchten, kritisieren. Sie argumentiert: „In such situations, moral distress steadily increases, making emotions more intense and further compromising the team’s ability to problem solve.“ (S. 462)

7.5 Resilienz

Viele Forscher, die *moral distress* in seiner Vielfalt und seinen Auswirkungen untersuchen, schlagen als Ansatz für die Bewältigung die Entwicklung einer Resilienz vor. (Norris, Tracy & Galea 2009; Monteverde 2014; Shin u.a. 2014) Laut Götze (2013) ist Resilienz die Fähigkeit, von Rückschlägen keinen persönlichen Schaden zu tragen oder sogar gestärkt aus solchen Situationen hervor zu treten. "Das Konzept der Resilienz fragt grundsätzlich nach Faktoren, welche die Widerstandsfähigkeit gegenüber Krisen stärken: Wie können Menschen es schaffen, Stress und Problemsituationen aktiv zu meistern? (...)" (S. 21)

Präsent wurde die Thematik um die Widerstandsfähigkeit auch durch die quantitative Studie von Norris u.a. (2009). Die Autoren untersuchen in ihrer Studie Daten von Betroffenen von

⁵ Der Begriff „Ethikkomitee“ im engeren Sinne befasst sich insbesondere mit ethischen Dilemmata von Patienten und deren Angehörige. Die von den Autorinnen entwickelten Ethikkomitees beziehen sich jedoch konkret auf ethische Problematiken innerhalb des Teams.

Katastrophen, wie der Überflutung von Mexiko im Jahre 1999 und der terroristischen Katastrophe in New York am 11. September 2001. Sie kamen zum Ergebnis, dass die Bildung von Resilienzen, durch die Aussetzung einer Exposition, die beste und wirksamste Möglichkeit war, mit den Ereignissen zurecht zu kommen. Laut Norris u.a. entsteht Resilienz durch Expositionen und bietet dem Individuum daher keine generelle Immunität.

Die Metaanalyse von Shin u.a. (2014) basiert auf den Erkenntnissen der Resilienz von Norris u.a. Sie untersuchen die Beziehung zwischen Bewältigungsstrategien von Mitarbeitern unterschiedlicher Berufsgruppen und deren Symptomen des Burnout-Syndroms, wie beispielsweise die emotionale Erschöpfung. Den Autoren nach konnten Pflegende, die hauptsächlich problemorientierte Lösungsstrategien nutzen, mehr Verantwortung in besonders schwierigen Situationen übernehmen. Die Forscher stellen weiter fest: „(...) it is also expected that interventions based on problem-focused coping would be most effective in this group in preventing and intervening in burnout.“ (S. 52)

In einer systematischen Übersichtsstudie von Oh u.a. (2015) wurde resümiert, dass Pflegende beim Empfinden von moralischen Notlagen nicht unterscheiden zwischen dem beeinflussbaren Stressor, wie beispielsweise die als nutzlos empfundene Behandlung eines Patienten, und dem nicht beeinflussbaren Stressor, wie beispielsweise der Verweigerung von geeigneter Behandlung seitens des Patienten. Pflegende empfinden *moral distress* in Situationen, welche moralisch eindeutig falsch sind, wie das Offerieren einer nutzlosen und aggressiven Behandlung trotz bestehender Patientenverfügung und Situationen, welche moralisch nicht eindeutig sind, wie das Verweigern einer Behandlung eines Patienten. Die Autoren bemerkten als Teilergebnis ihrer Arbeit den Aspekt der verbesserten Bewältigung, sobald Pflegende die Situationen, die *moral distress* verursachen, als moralisch eindeutig oder nicht-eindeutig benennen können. Pflegende, die die Stressoren verstanden haben, können in ihrer Widerstandsfähigkeit gegenüber neuen Situationen, gefördert werden.

Diesen Unterscheidungsaspekt zwischen moralisch-eindeutig und nicht-eindeutig greift auch der Ethikwissenschaftler Settimio Monteverde (2014) in einer quasi-experimentellen Interventionsstudie auf. Er untersucht die Auswirkung von auf „*moral resilience*“ (S. 1) basierendem ethischen Unterricht bei Bachelor-Pflegestudierenden einer deutsch-schweizerischen Universität hinsichtlich der Reduktion von *moral distress*. Die Studierenden (n=166) erhielten einen 30-minütigen Unterricht zur Unterscheidung von moralisch komplexen Situ-

ationen und moralisch falschen Entscheidungen. Vor- und nach der Einheit wurden den Studierenden vier ethisch-problematische Kurzfälle präsentiert, die sie hinsichtlich ihres Empfindens von *moral distress* von Null bis Zehn mit dem *Moral distress Thermometer* bewerten sollten. Bezüglich des Effektes berichtet der Autor: „(...) students‘ locus of control over the situation is enforced (...), which results in lower results in levels of PMD [perceived moral distress]“ (S. 8) Die Studie zeigt Monteverde nach moderate Effekte, die jedoch ermittelt durch eine leitfragengestützte kritische Bewertung (siehe Anhang A 11) eine nur geringe Aussagefähigkeit zulassen. Die Ergebnisse spiegeln eher unsicher die Richtung der zu erwartenden Effekte wider. Auch das Design ist nicht vollständig auf die Intervention zutreffend und schwächt die interne Validität der Ergebnisse. Es kann aber der Hinweis gegeben werden, dass der Unterricht zu Themen der Resilienz bei Pflegestudierenden das Empfinden von *moral distress* leicht senken kann.

Die Frage, ob moralische Resilienz die Antwort auf *moral distress* sein kann, stellte sich auch das Veranstaltungskomitee der Tagung zum Thema „Moralischer Stress – Moralische Resilienz in der Pflege“ am 26. Februar 2015 und stellte diese Thematik den Referenten um Ann B. Hamric, Michael Kleinknecht-Dolf, Settimio Monteverde, Pamela J. Grace und Hans A. Wüthrich zum Diskurs. Ein Beitrag der abschließenden Diskussion war die Notwendigkeit der moralischen Bewohnbarkeit von pflegerischen Settings im Klinikum, damit *moral distress* so wenig wie möglich erfahren werden muss. (S. Monteverde, personal communication, February 26, 2015)

8. Möglichkeiten und Grenzen

Im vorherigen Kapitel „Möglichkeiten zur Bewältigung von *moral distress*“ wurden Möglichkeiten zur Bewältigung vorgestellt, die in der Forschungsliteratur konkret in Bezug auf *moral distress* debattiert werden. Im Folgenden geht es darum, die im vorherigen Kapitel dargelegten Coping-Möglichkeiten hinsichtlich der in Kapitel 6 begründeten Kriterien zu analysieren. Dies geschieht jeweils unter Einbezug der kritischen Bewertungen der in Kapitel 7.2-7.5 dargelegten Studien und wird zur verbesserten Übersicht tabellarisch (*Abbildung 3: Überblick der Bewertung durch die Kriterien*) dargestellt. Nach dieser Analyse erfolgt die kritische Diskussion der Bewältigungsmöglichkeiten hinsichtlich Anwendbarkeit und Nutzen in der deutschen Pflegekultur. Auch Limitationen der Arbeit sollen im Anschluss aufgezeigt werden. Der Fokus in diesem Kapitel liegt auf der Ergebnisfindung der Reise durch die in der deutschen Pflegekultur relativ unbekannt Welt des *moral distress*.

	1. Rubrik: Kriterien aus Wesen und Theorie			2. Rubrik
Coping-Möglichkeiten:	Prävention	Ursachenorientierung	Problemfok. Coping	Empirische Forschung
The 4 As...	Ja	Ja	Ja	Nein
Eth. Schulung	Ja	Teilweise	Teilweise	Ja
Ethikkomitee	Ja	Ja/ unklar	Ja/ Nein	Nein
Resilienz	Ja	Unklar	Unklar	Ja

Abbildung 3: Überblick der Bewertung durch die Kriterien

8.1 Analyse der Bewältigungsmöglichkeiten

Wendet eine Pflegekraft *The 4 A's to rise above moral distress* im konkreten Fall an, würde sie sekundär Präventiv tätig werden und der weiteren Manifestierung des Phänomens vermutlich vorbeugen können. Bereits im ersten Schritt („Act“) wird ein Bewusstsein für das Problem geweckt und weiter spezifiziert werden. Die Erläuterungen der Methode sehen jedoch nicht vor, wie Professionelle des Gesundheitssystems in Kenntnis dieser Methode gesetzt werden können. Für Pflegende in Deutschland müsste sie zunächst in die deutsche Sprache übersetzt werden und auf Nutzen und Anwendbarkeit weiter überprüft werden. Das Kriterium der Ursachenorientierung wird im dritten Schritt („Access“) erfüllt. Dieser verhilft Pflegenden, die verschiedenen Ursachen ihrer moralischen Notlage auf interner, externer und der situativen Ebene festzustellen und anschließend darauf bezogen Handlungsstrategien zu entwickeln. Das Kriterium „Problemfokussiertes Coping und Exposition“ findet sich ebenfalls im dritten Schritt wieder. Das Individuum wird aufgefordert, durch das Anwenden der systematischen Methode den Nutzen gegenüber den Risiken abzuwägen und zu erarbeiten, welche Ressourcen noch erarbeitet werden müssen, damit *moral distress* durch eine geplante Handlung bewältigt werden kann. Die Methodik wurde bisher in keinem konkreten Rahmen evaluiert. Zwar wurde sie in das Schulungsprogramm von Beumer (2008) aufgenommen, jedoch kann der einzelne Effekt der systematischen Methode nicht aus dem evaluierten Programm extrahiert werden. Es bedarf der Wirksamkeitsüberprüfung der *4 As to rise above moral distress* durch beispielsweise eine präzise geplante Interventionsstudie mit Kontrollgruppe.

Bei der „Ethischen Schulung“ handelt es sich nicht um ein eindeutiges und abgrenzbares Konzept, sondern eher um die Durchführungsmöglichkeit einer Intervention, wie beispielsweise *The 4 As to rise above moral distress* oder dem Konzept der Resilienz. Es wird an

dieser Stelle dennoch als einzelne Möglichkeit der Bewältigung betrachtet, um in der Analyseebene alle Möglichkeiten differenziert betrachten zu können. Eine ethische Schulung könnte in der pflegerischen Praxis der Primärprävention angehören, wie auch der Sekundärprävention. Sie kann Pflegende für diese Thematik sensibilisieren und ihnen helfen, bereits erfahrene Gefühle von *moral distress* in diesem Kontext besser einordnen und benennen zu können. Das Kriterium der Ursachenorientierung trifft nur teilweise zu, da es bei der ethischen Schulung ganz auf den Inhalt, sowie die Art und Weise ihrer Darstellung ankommt. Für die Erfüllung dieses Kriteriums kann es ratsam sein, die systematische Methode der *4 As to rise above moral distress* zu übernehmen, um zusätzlich die drei Ebenen der Ursachenorientierung aufnehmen zu können. Bezüglich der Ursachenorientierung ist es von Seiten der Institution notwendig, so vielen Professionellen wie möglich Zugang zur Schulung zu verschaffen, damit ein einheitliches ethisches Arbeitsklima mit möglichst vielen involvierten Professionellen geschaffen werden kann. Ob eine ethische Schulung problemfokussiert ist oder nicht, ist wiederum von der inhaltlichen Gestaltung abhängig. Der Input und interaktive Anteile sollten problemfokussiert sein und diese Inhalte vermitteln, damit die Widerstandsfähigkeit durch die ethische Edukation gestärkt werden kann. Durch effektives Erlernen der problemfokussierten Strategien könnte der Crescendo-Effekt vermindert werden. Empirische Forschungen wurden bereits im Bereich der ethischen Schulung betrieben (Beumer 2008; Robinson 2012), jedoch weisen diese innovativen Studien einen geringen Aussagewert auf und müssen deshalb in Bezug auf die Interventionsplanung zur Effektbestimmung weiter optimiert werden.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass das von Ann B. Hamric und Kollegen vorgestellte Ethikkomitee konkret zur frühzeitigen Reaktion auf *moral distress* entwickelt wurde. Dementsprechend ist das Kriterium der Prävention in vollem Umfang erfüllt, da hier auch im Rahmen der Tertiärprävention auf Pflegende eingegangen werden kann, die bereits großes Leid durch das Erleben von moralischen Notlagen durchleben. Konsultieren Professionelle des stationären Teams die *moral distress*-Berater des Komitees von Hamric und Kollegen, können die Berater ein Problembewusstsein bei den Beteiligten wecken und anhand von Gruppendiskussionen präventiv, ursachenorientiert und problemfokussiert agieren, sowie mögliche Handlungs- und Veränderungsoptionen besprechen. Bisher gibt es keine Hinweise auf die Effekte von beratenden Ethikkomitees auf das Erleben von *moral distress* bei Professionellen im stationären Bereich. In Bezug auf hiesige Ethikkomitees bestehen diese

Aufgabe zentriert darin, ethische Dilemmata bei Patienten und deren Angehörigen zu diskutieren und mit Hilfe des Behandlungsteams Lösungen zu finden; jedoch nicht unbedingt die Strukturen des Teams selbst zu beleuchten. Deshalb ist unklar, inwiefern bereits bestehende, an Patienten orientierte Ethikkomitees in Kliniken das ethische Arbeitsklima inklusive *moral distress* betrachten können. Im Rahmen der Überprüfung auf die abgeleiteten Kriterien wird beim beleuchten des Ethikkomitees deutlich, dass es bei der Reduktion von *moral distress* bei Pflegenden eine Rolle spielen kann, jedoch (mit Ausnahme spezialisierter Ethikkomitees) die abgeleiteten Kriterien nicht klar beantworten kann. Die Chance besteht allerdings darin, bestehende Ethikkomitees in Kliniken für *moral distress* zu sensibilisieren und das Phänomen in klinischen Einheiten früher zu erkennen, um auch den Crescendo-Effekt möglichst gering zu halten.

Wie in der *Abbildung 2* zu sehen, wurde die Resilienz als Ziel der Bewältigungsanstrengungen entgegen *moral distress* dargestellt. Es ist schwierig, der Resilienz Präventionsstufen zuzuordnen, jedoch erfüllt die Erarbeitung von Widerstandsressourcen den Aspekt der Prävention. Das Konzept selbst kann jedoch nicht klar auf das Kriterium der Ursachenorientierung angewendet werden, da die Resilienz eine Fähigkeit ist und keine konkrete Methodik vorschreibt. Indirekt kann eine Person mit moralischen Widerstandsfähigkeiten jedoch Situationen verbessert überstehen und sich gegebenenfalls durch diese Stärke auch den Ursachen nähern. Inwiefern die Erlangung einer moralischen Widerstandsfähigkeit problemfokussiert ist, ist ebenso unklar. Es wird aus Forschungsberichten des Resilienzkonzeptes nicht klar ersichtlich, mit wie und mit welchen Strategien Personen mit Widerstandsfähigkeiten Situationen bewältigen. Auf der anderen Seite muss es für eine Person mit moralischer Resilienz nicht unbedingt eine Haltung bedeuten, die diesen Stressor auch verändert und somit erträglich und moralisch vertretbar macht. Die Studie von Monteverde (2014) hat versucht, die Entwicklung von Resilienzen erfassbar und in Bezug zu *moral distress* mit Effekten belegbar zu gestalten, kann jedoch aufgrund der geringen Aussagefähigkeit im Kontext der Resilienz als Coping-Möglichkeit lediglich einen geringen Beitrag dazu leisten. Dennoch geben auch andere Studien zur Resilienzentwicklung (Norris, Tracy & Galea 2009; Shin u.a. 2014) Hinweise darauf, dass die Erlangung einer Resilienz als Ziel der Bewältigungsmöglichkeiten für Pflegende vor moralischer Verzweiflung schützen kann. Die Resilienz und besonders der Weg zur Erlangung dieser, sollten daher verstärkt in den Fokus von empirischer Forschung rücken. So kann in Zukunft erarbeitet werden, wie die Widerstandsfähigkeit bei Pflegenden durch gezielte Interventionen gestärkt werden kann.

8.2 Diskussion der Analyse

Die Kriterien geleitete Überprüfung der Strategien zur Bewältigung ist notwendig, da das Phänomen bisher noch nicht ausreichend erforscht worden ist. Diese Lücken in der Forschung wurden auch in der Analyse durch unausdifferenzierte Ansätze der Bewältigung in Bezug auf *moral distress* deutlich. Trotzdem werden sie häufig in wissenschaftlichen Beiträgen als mögliche Bewältigungsansätze diskutiert. Die Analyse dieser Arbeit soll ein erster Zugang sein, um die Möglichkeiten des Copings hinsichtlich der Anwendbarkeit in der Pflege zu überprüfen.

Alle der genannten Konzepte bieten Ansätze der Prävention von *moral distress*. Diese Erkenntnis steht im Konsens mit der Erkenntnis vieler Forscher, die darauf verweisen, dass *moral distress* wohl nie gänzlich vermieden werden kann. Das Konzept der *4 A's to rise above moral distress* bietet durch die besonders ausdifferenzierten vier Schritte eine praxisnahe Grundlage für Pflegende, um sich ihrem individuellen Erfahren systematisch zu nähern. Eine ethische Schulung könnte in Form von Fort- und Weiterbildungen seitens des Arbeitgebers für Pflegende und andere professionelle des Teams angeboten werden. Die Inhalte der Schulung von Beumer (2008) und Robinson (2012) bieten einen praxisnahen und dem Wesen des Phänomens entsprechenden Rahmen als Input für die teilnehmenden Professionellen. Innerhalb der ethischen Schulung sollten auch das Wesen und die Aufgaben eines Ethikkomitees erörtert und dieses als „Handlungspartner“ im Konzept der *„4 A's to rise above moral distress“* im dritten Schritt eingebaut werden, da Ethikkomitees bereits häufig in Kliniken integriert sind. Ethikkomitees könnten wiederum an dem Edukationsprogramm teilnehmen, um bei Konsultation auf klinischen Stationen für moralische Verzweiflungen der Teammitglieder sensibilisiert zu sein, damit dieses Phänomen im Team erkannt und angesprochen werden kann. Dabei ist darauf zu prüfen, welchen Auftrag die einzelnen Ethikkomitees in den Kliniken haben und ob die Implementierung von *moral distress* bei Pflegenden und weiteren Professionellen im Klinikum ein neuer Aufgabenbereich bedeuten könnte. Pädagogische Maßnahmen, die das Lernen von Erwachsenen berücksichtigen, sollten eine große Rolle spielen (siehe *CERN*, Kapitel 7.3). Das ethische Edukationsprogramm sollte in Form einer Interventionsstudie evaluiert werden, damit der Effekt systematisch ermittelt und das Angebot in einer Institution überarbeitet, angepasst, erweitert und für andere Kliniken und der Forschung zugänglich gemacht werden kann. Von besonderer Relevanz wird hier der Rahmen sein, den die Institution zur Verfügung stellt, da möglichst viele Professionelle des multidisziplinären Teams an ethischen Edukationen teilnehmen sollten, um

das ethische Klima im Team zu steigern, die hierarchische Barrieren abzubauen und *moral distress* im Team als universell-präses, aber handhabbares Phänomen anzuerkennen. Das Konzept der Resilienz scheint sich durch den Mangel an Forschungsergebnissen in Bezug auf die Bewältigung noch nicht praxisnah anwenden zu lassen. Zwar gibt es durch Forschungsergebnisse die Evidenz, dass die Widerstandsfähigkeit als Ziel der Ansätze zur Bewältigung Pflegende vor *moral distress* schützen kann, konkrete Methodiken enthält es jedoch noch nicht.

Die anfangs gestellte Forschungsfrage lautet: „Welche Möglichkeiten zur Bewältigung bieten sich für Pflegende an, die im Berufsalltag im stationären Setting institutionell bedingt *moral distress* erleben?“

Für Pflegende im stationären Setting bieten sich bisher besonders die Bewältigungsmöglichkeiten an, welche direkt auf das Erfahren von *moral distress* abzielen. Sie müssen die Ursache von *moral distress* fokussieren und in anhand der drei Stufen der Prävention den Pflegenden ermöglichen, sich ihre eigenen Werte- und Moralvorstellungen bewusst zu machen, sowie Symptome von *moral distress* zu erkennen und entsprechend aktiv zu werden. Hier bietet das Konzept der *4 A's to Rise above moral distress* durch das systematische Vorgehen der Methode eine elementare Grundlage für Pflegende. In Kombination mit einer von der Institution unterstützten ethischen Schulung, kann der Erfahrung von *moral distress* vorgebeugt und Handlungsalternativen zur Bewältigung aufgezeigt werden. Institutionell begrenzende Faktoren werden weiterhin vorhanden sein, Pflegende haben aber die Möglichkeit, ihre moralische Integrität durch entsprechende Coping-Ansätze zu wahren⁶!

8.3 Limitation

- Die verwendete Literatur zu *moral distress* entstammt hauptsächlich aus dem intensivpflegerischen Bereich. Obwohl Studien belegen, dass auch stationär Pflegende das Phänomen wahrnehmen, kann die Übertragung der Bewältigungsmöglichkeiten auf den intensivpflegerischen Bereich nur unter Vorbehalt erfolgen und ist als Limitation dieser Arbeit zu benennen.

⁶ Dabei sollte an dieser Stelle Erwähnung finden, dass die Situation der steigenden institutionellen Begrenzungen nicht von den Professionellen des Gesundheitssystems hingenommen werden soll, sondern neben den Anwendungen der Bewältigungsansätze durch Politik, Kliniken, Spitzenverbände und die Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflegenden konstruktiv an der Verbesserung der Pflegesituation in Deutschland gearbeitet werden sollte.

- Bis auf vereinzelte Fachbeiträge, Kennzahlen und Fakten aus Deutschland entstammt die gesamte Literatur dieser Arbeit aus der Schweiz, Großbritannien und den USA. *Moral distress* ist in Deutschland noch weitgehend unerforscht. Die Übertragung der Internationalen Forschungsliteratur muss auf Grund unterschiedlicher Gesundheitssysteme mit Vorsicht betrachtet werden. Auch das Aufgabenspektrum der Pflegenden, sowie die Etablierung der akademisierten Pflege im Ausland sind hier wichtige limitierende Aspekte für diese Arbeit.
- Als Bewältigungsmöglichkeiten wurden in dieser Arbeit Konzepte verglichen, die zum Zwecke eines Vergleichs nicht ausreichend ausdifferenziert in der Forschung in Bezug auf moralische Verzweiflung dargestellt sind. Sie sind aus diesem Grunde schwierig zu vergleichen. Obwohl die Annäherung der Coping-Ansätze zur Verbesserung der systematischen Erfassung mit zwei Rubriken erfolgte, kann dieses Vorgehen den Anschein einer willkürlich getroffenen Analyse erwecken.
- Eine Limitierung der Arbeit resultiert auch in der Limitation innerhalb der Forschung selbst. Es ist unklar, wie *moral distress* einheitlich definiert werden kann und welche Bezeichnung des Phänomens sich in der deutschen Pflegekultur etablieren wird.
- Limitierend ist auch die Auswahl der auf *moral distress* antwortenden Ansätze der Bewältigung. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass noch weitere und in dieser Arbeit nicht beleuchtete Bewältigungsmöglichkeiten in der Forschung zu *moral distress* bereits Erläuterung fanden.

9. Praxisbezug und Ausblick

Moral distress kann bei Professionellen im Gesundheitssystem nicht gänzlich vermieden werden. Institutionelle Begrenzungen, wie festgefahrene Hierarchien, Meinungsunterbindung und Zeitmangel durch Unterbesetzung werden Pflegenden auch in Zukunft in Situationen mit unausweichlichem Handlungsspielraum bringen. Seitens der Institutionen und der Professionellen im klinischen Team muss also ein Bewusstsein für *moral distress* entwickelt und ein ethisches Arbeitsklima geschaffen werden. Dafür ist ein offener Austausch im Team und der Institution selbst erforderlich, in dessen Rahmen auch Platz für Kompetenzerweiterungen in Form von ethischen Schulungen vorhanden sein muss. Auch sollten die Implementierung spezieller, *moral distress* inkludierender Themenbereiche für Azubildende in der Gesundheits- und Krankenpflege, sowie Studierende der Pflege in das Curricullum als präventive Komponente aufgenommen werden. Sie könnten beispielsweise auch an den in der Institution angebotenen ethischen Schulungen teilnehmen. Diese Intervention könnte

hinsichtlich der frühen Auseinandersetzung mit praktischen, ethisch-problematischen Situationen zielführend sein.

Damit in der deutschen Pflegekultur das Phänomen verstanden werden kann, sind die Erforschung von *moral distress* und die Konstruktion, Evaluation und Etablierung von ethischen Edukationen erforderlich. Eine mögliche Herangehensweise wäre hier die Phänomenologie, mit deren Hilfe sich dem Phänomen *moral distress* in seinem Wesen annähern ließe. Ein weiteres relevantes Forschungsfeld ist die Präventionsarbeit bezüglich *moral distress*.

Gerade auch weil der Trend im Gesundheitssystem als Teil der deutschen Wirtschaft kontinuierlich eine Begrenzung von Ressourcen erforderlich macht, dürfen Themen der Ethik und der eigenen Moral- und Wertevorstellungen nicht vernachlässigt werden. Die Notwendigkeit, Pflege basierend auf ethischen Werten auch in der Praxis durchführen zu können, steht im Interesse des Patienten, der Pflegenden, der Ärzte, aller weiteren Professionellen im Gesundheitsbereich und auch im Interesse der Gesellschaft.

Überrascht hat mich insbesondere, dass moral distress ein sehr präsent und relevantes Phänomen ist, jedoch in der deutschen Praxis und Forschung bisher kaum Erwähnung findet. Vielleicht gerade deshalb, weil es so schwer zu definieren ist. Ich denke, dass es auf jeden Fall notwendig ist, in der Pflege auf dieses Phänomen hinzuweisen und möchte dies auch in meine weiteren pflegerischen Tätigkeiten implementieren.

Literaturverzeichnis

- Das große Oxford-Wörterbuch: Englisch-Deutsch - Deutsch-Englisch* 2009. 2. ed. Oxford: Oxford Univ. Press [u.a.].
- American Association of Critical-Care Nurses ohne Datum. *4 A's to rise above moral distress*. URL: http://www.aacn.org/wd/practice/docs/4as_to_rise_above_moral_distress.pdf [Stand 2015-04-30].
- American Association of Critical-Care Nurses 2008. *Position Statement: Moral Distress*. URL: http://www.aacn.org/wd/practice/docs/moral_distress.pdf [Stand 2015-04-03].
- Antonovsky, Aaron 1997. *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*, Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke. Tübingen: DGVT-Verl. (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 36).
- Baer, Dieter 2000. *Das grosse Fremdwörterbuch: Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter*. 2., neu bearb. und erw. Aufl. Mannheim: Dudenverlag.
- Beumer, Catherine 2008. Innovative Solutions: The Effect of a Workshop on Reducing the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit. *Dimensions of critical care nursing* 27(6), 263–267.
- Billeter-Koponen, Sirkka 2003. *Long-Term Stress, Burnout and Patient-Nurse Relations: Qualitative interview study about nurses' experiences*. Göteborg: Master of Public Health, Nordic School of Public Health. (MPH, Bd. 2003:27Bd).
- Browning, Annette M. 2013. Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses* 22(2), 143–151.
- Bundesministerium für Gesundheit. *Prävention*. URL: http://www.bmg.bund.de/glossar_begriffe/p-q/praevention.html [Stand 2015-05-30].
- Bundesministerium für Gesundheit 2014. *Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz): KrPflG*. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf [Stand 2014-05-20].
- Catlin, A., u.a. 2008. Conscientious Objection: A Potential Neonatal Nursing response to Care Orders that Cause Suffering at the End of Life?: Study of a Concept. *Neonatal Network* 27(2), 101–108.
- Corley, M. C., u.a. 2001. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing* 33(2), 250–256.
- Corley, Mary C. 2002. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing ethics* 9(6), 636–650.
- Dalmolin, Grazielle de Lima, u.a. 2014. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Revista latino-americana de enfermagem* 22(1), 35–42.
- Davey, Mandy M., u.a. 2009. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of nursing management* 17(3), 312–330.
- De Villiers, Mary Jo & DeVon, Holli A. 2013. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing ethics* 20(5), 589–603.
- Elpern, Covert & Kleinpell 2005. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*(24), 229–241.
- Epstein, E. G. 2008. End-of-life experiences of nurses and physicians in the newborn intensive care unit. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association* 28(11), 771–778.
- Epstein, E. G. & Delgado, S. 2010. Understanding and addressing moral distress. *The Online Journal of Issues in Nursing* 15(3). Online im Internet: URL:

- https://www.google.de/?gws_rd=ssl#q=understanding+and+addressing+moral+distress [Stand 2015-04-02].
- Epstein, Elizabeth G. & Hamric, Ann B. 2009. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of clinical ethics* 20(4), 330–342.
- Fölsch, Doris 2012. *Ethik in der Pflegepraxis: Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag*. 2., überarb. Aufl. Wien: Facultas WUV Univ.-Verl.
- Fölsch, Doris 2014. Moralischer Distress in der Pflege. *Pflegenetz*(3), 30–32 [Stand 2015-04-09].
- Götze, Ulrike 2013. *Resilienzentwicklung im Personalmanagement: Angebote zur Steigerung psychischer Widerstandsfähigkeit von MitarbeiterInnen*. Wiesbaden: Springer.
- Griener, Reinhard & Brauchle, Gernot 2010. Die Auswirkungen dispositioneller Stressverarbeitung auf die Gesundheit bei Pflege- und Betreuungspersonen. *Pflegewissenschaft* 12(9), 453–460.
- GrønkJaer, Lea L. 2013. Nurses' experience of stress and burnout: a literature review. *Klinisk Sygepleje* 27(1), 15–26. Online im Internet: URL: https://www.google.de/?gws_rd=ssl#q=nurses%27+experience+of+stress+and+burnout+a+literature+review [Stand 2015-04-02].
- Gutierrez, K. M. 2005. Critical care nurses perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of critical care nursing : DCCN* 24(5), 229–241.
- Hamric, Ann B. 2012. Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues* 24(1), 39–49.
- Hamric, Ann B. 2014. A Case Study of Moral Distress. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 16(8), 457–463.
- Hamric, Ann B., Borchers, Christopher T. & Epstein, Elizabeth G. 2012. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research* 3(2), 1–9.
- hardingham, L. B. 2004. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy* 5(2), 127–134.
- Hessisches Sozialministerium 2014. *Gutachten zur Situation der Pflege in hessischen Akutkrankenhäusern*. Brmen/Fulda. URL: <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/Hessen-Gutachten-final-1.pdf> [Stand 2015-04-10].
- Huffman, Dolores M. & Rittenmeyer, Leslie 2012. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Critical care nursing clinics of North America* 24(1), 91–100.
- Jameton, Andrew 1984. *Nursing practice: The Ethical Issues*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Jameton, Andrew 1993. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS's clinical issues in perinatal and women's health nursing* 4(4), 542–551.
- Jameton, Andrew 2013. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *Journal of bioethical inquiry* 10(3), 297–308.
- Kleinknecht-Dolf, Michael, u.a. 2015. Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: results of a pilot study. *Nursing ethics* 22(1), 77–90.
- Kleinknecht-Dolf, Michael 2015. Wie erleben Pflegefachpersonen moralischen Stress in einem Schweizer Universitätsspital? *Pflege und Gesellschaft*(2), 1–18.
- Krüger, Carsten & Rapp, Boris 2006. Behandlungsqualität - oberste Priorität. *Deutsches Ärzteblatt* 103(6), A 320-323.
- Lazarus, Richard S. & Folkman, Susan 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Pub. Co.
- Maslach, Christina & Jackson, Susan E. 1981. The measurement of experienced burnout. *J. Organiz. Behav.* 2(2), 99–113.
- Monteverde, Settimio 2014. Caring for tomorrow's workforce: Moral resilience and healthcare ethics education. *Nursing ethics*(1), 1–13.

- Norris, Fran H., Tracy, Melissa & Galea, Sandro 2009. Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social science & medicine (1982)* 68(12), 2190–2198.
- Oh, Younjae & Gastmans, Chris 2015. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing ethics* 22(1), 15–31.
- Redman, B. & Fry, S. T. 2000. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nursing ethics* 7(4), 360–366.
- Rice, Virginia H. 2005. *Stress und Coping: Lehrbuch für Pflegepraxis und -wissenschaft*. Bern [etc.]: Huber. (Hans Huber Programmbereich Pflege).
- Riedel, Annette 2011. *Einführung von ethischen Fallbesprechungen*. Lage: Jacobs-Verl. (Pflegerwissenschaft).
- Robinson, Ellen M., u.a. 2014. Clinical ethics residency for nurses: an education model to decrease moral distress and strengthen nurse retention in acute care. *The Journal of nursing administration* 44(12), 640–646.
- Rommerskirchen, Jan 2015. *Das Gute und das Gerechte: Einführung in die praktische Philosophie*. Wiesbaden: Springer VS. (SpringerLink : Bücher).
- Rongen, Anne, u.a. 2014. Influence of work-related characteristics and work ability on changing employer or leaving the profession among nursing staff. *Journal of nursing management* 22(8), 1065–1075.
- Scharnhorst, Julia 2008. *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland: Psychologie, Gesellschaft, Politik 2008*. URL: <https://www.bdp-verband.de/aktuell/2008/bericht/BDP-Gesundheitsbericht-2008.pdf> [Stand 2015-04-10].
- Selye, Hans (Hg.) 1974. *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Selye, Hans 1984. *Stress - mein Leben: Erinnerungen eines Forschers*, Dt. übers. von Ute Seeßlen. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag. (Fischer-Taschenbücher, 5622).
- Severinsson, Elisabeth 2003. Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nurs Health Sci* 5(1), 59–66.
- Shin, Hyojung, u.a. 2014. Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Professional Psychology: Research and Practice* 45(1), 44–56.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010. *Demografischer Wandel in Deutschland: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. (Heft 2). Wiesbaden. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/KrankenhausbehandlungPflegebeduerftige.html> [Stand 2015-04-13].
- Statistisches Bundesamt 2013. *Personal*. (Fachserie 12 Reihe 7.3.1). Wiesbaden. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Gesundheitspersonal/PersonalPDF_2120731.pdf?__blob=publicationFile [Stand 2015-04-13].
- Statistisches Bundesamt 2014a. *Grunddaten der Krankenhäuser*. 2. Aufl. (Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Wiesbaden. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> [Stand 2015-04-13].
- Statistisches Bundesamt 2014b. *Kostennachweis der Krankenhäuser*. (Fachserie 12 Reihe 6.3). Wiesbaden. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/KostennachweisKrankenhaeuser.html> [Stand 2015-04-13].
- Statistisches Bundesamt 2015a. *Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle)*. Wiesbaden. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus.html> [Stand 2015-04-13].

- Statistisches Bundesamt 2015b. *Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik): Diagnosen, Prozedure, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern*. 2. Aufl. (Fachserie 12 Reihe 6.4). Wiesbaden. URL: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/FallpauschalenKrankenhaus2120640137004.pdf?__blob=publicationFile [Stand 2015-04-13].
- Tanner, S., u.a. 2014. Klinische Alltagsethik - Unterstützung im Umgang mit moralischem Distress?: Evaluation eines ethischen Entscheidungsfindungsmodells für interprofessionelle klinische Teams. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 109(5), 354–363.
- Tehrani, N. & Ayling, L. 2009. *Work-related stress.: CIPD Stress at work*. URL: <http://www.cipd.co.uk/subjects/health/stress/stress.htm>.
- Tewes, Renate 2015. *Führungskompetenz ist lernbar: Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage.
- Tietze, Kim-Oliver 2010. *Kollegiale Beratung: Problemlösungen gemeinsam entwickeln*. Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rororo, Bd. 61544 : rororo-Sachbuch : miteinander reden: PraxisBd).
- UniversitätsSpital Zürich 26. Februar 2015. *Moralischer Stress - Moralische Resilienz in der Pflege*. Zürich. URL: http://www.usz.ch/news/veranstaltungen/Documents/150226_moralischer_stress.pdf [Stand 2015-05-07].
- Veer, Anke de, u.a. 2013. Determinants of moral distress in daily nursing practice. a cross sectional correlational questionnaire survey. *Journal of Nursing Studies* 50(1), 100–108.
- Wahl, Klaus 2015. *Wie kommt die Moral in den Kopf?* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Whitehead, Phyllis B., u.a. 2015. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau* 47(2), 117–125.
- Winters, Rosie 2012. Registered nurses' perspectives of delayed or missed nursing cares in a New Zealand hospital: A research report presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Nursing at Massey University, Palmerston North, New Zealand. *Nursing Praxis in New Zealand* 28(1), 19–28.
- Wocial, Lucia D. & Weaver, Michael T. 2013. Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *Journal of advanced nursing* 69(1), 167–174.

10. Anhangsverzeichnis

A 1) Kritische Bewertung einer diagnostischen Studien: Hamric u.a. (2012)	2
A 2) Fragebogen <i>Moral Distress Scale- Revised</i>	6
A 3) Kritische Bewertung einer diagnostischen Studie: Wocial u.a.. (2012).....	8
A 4) Moral Distress Thermometer	12
A 5) Kritischen Bewertung einer diagnostischen Studien: Kleinknecht-Dolf u.a. (2015).....	13
A 6) The 4 As to rise above moral distress: Der Prozesskreislauf	17
A 7: <i>The 4 As to rise above moral distress: Self assessment</i>	18
A 8) <i>The 4 As to rise above moral distress: Benefits-Risks</i>	19
A 9) Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie: Beumer u.a. (2008)	20
A 10) Kritische Beurteilung einer Beobachtungsstudie: Robinson u.a. (2012)	21
A 11) Kritische Bewertung einer Beobachtungsstudie: Monteverde, Settimio (2014).....	24

A 1) Kritische Bewertung einer diagnostischen Studien: Hamric u.a. (2012)

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien (nach RatSWD 2014 und SIGN 2006)	
Literaturverweis der Studie: Hamric et al. (2012), Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. A JOB Primary Research 3(2), 1-9 Anliegen der Studie: <i>→ Einschluss von mehreren Hauptursachen von Moral Distress, Erweiterte Anwendung auch für den "Nicht-intensivpflichtigen" Bereich, Instrument auch für andere Gesundheitsbereiche anwendbar machen, Instrument zur verbesserten Anwendbarkeit kürzen</i>	
I. Leitfragen zur Instrumententwicklung:	Begründung:
1 Ist das Ziel der Entwicklung des Messinstruments angegeben? (Grundlagenforschung/Angewandte Forschung; Beschreiben, Erklären, Vorhersagen, Veränderungsmessung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
2 Ist angegeben, für welche Zielpopulation(en) das Messinstrument entwickelt wurde?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
3 Ist das methodische Vorgehen bei der Entwicklung des Messinstruments dargelegt? Gibt es Angaben zur Personenstichprobe, bei der das Messinstrument eingesetzt wurde und zum Modus der Datenerhebung?	[] Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
4 Liegt eine Definition des zu messenden Phänomens bzw. Konstrukts vor? Wurde eine Abgrenzung von benachbarten/ähnlichen Phänomenen vorgenommen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
5 Ist angegeben, anhand welcher sozialwissenschaftlichen Theorie das Phänomen definiert und seine Spezifikation vorgenommen wurde? Sind ggfs. einschlägige Studien zur Überprüfung der Kerntheorie genannt? Sind ggfs. die Ergebnisse dieser Studien, die für die Konstruktdefinition von Bedeutung sind, überblicksweise dargelegt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
6 Wird die gewählte Testtheorie genannt und das verwendete Messmodell beschrieben? Wird die Wahl in Bezug auf die Hilfstheorie begründet? Sind ggfs. bisherige Studien zur Überprüfung des Messmodells genannt sowie ihre zentralen Erkenntnisse dargelegt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
7 Wird die Notwendigkeit einer Neuentwicklung begründet? Im Fall der Modifikation eines vorhandenen Messinstruments: Ist die Originalquelle angegeben? Sind die vorgenommenen Modifikationen vollständig aufgeführt? Werden die Modifikationen begründet?	[] Ja [] Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise <i>Notwendigkeit wird begründet, Modifikation der Items nicht vollständig aufgeführt, Modifikationen werden nur teilweise begründet</i>
8 Im Fall der Übersetzung eines vorhandenen Messinstruments: Ist das Vorgehen bei der Übersetzung beschrieben? Welche Standards wurden bei der Übersetzung angewandt?	[] Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise <i>keine Übersetzung</i>
9 Erfolgte die Erzeugung der Items nach festgelegten Regeln? Wird die gewählte Skalierungsmethode (z.B. Likert-, Thurstone-, Guttman-, Raschskalen) begründet bzw. ist sie anhand der Angaben zur Hilfstheorie	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

	nachvollziehbar? Sind die Regeln für die systematische Auswahl der Items angegeben und begründet?	
10	Wurden bei der Entwicklung des Messinstruments Expertenurteile im Rahmen der Auswahl der Items herangezogen? Sind der fachbezogene Ausbildungsstand und die Erfahrung der Experten in der Dokumentation zum Messinstrument angegeben? Sind die Einschätzungen der Experten beschrieben und der Grad der Übereinstimmung zwischen den Experten angegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise -fast alle Aspekte erfüllt, aber keine Einschätzungen der Experten beschrieben, welches Item warum verworfen wurde oder hinzugefügt wurde
11	Sind die Antwortvorgaben beschrieben? Ist ihre Wahl begründet? Sind ggfs. die einschlägigen Studien mit Ergebnis genannt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
12	Wurden bei der Entwicklung des Messinstruments Validierungsstudien durchgeführt? Sind die Ergebnisse dieser Studien dargelegt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
13	Wurden Instrumentenentwicklung und -validierung an unterschiedlichen Stichproben vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Nicht über unterschiedliche Stichproben, sondern durch Experten
14	Ist angegeben, für welche wissenschaftlichen Zwecke das Messinstrument verwendet werden kann? Sind ggf. Einschränkungen der Ergebnisinterpretation genannt, die aus den Einschränkungen im Rahmen der Operationalisierung, Entwicklung des Messinstruments und der Validierungsergebnisse resultieren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Einschränkungen der Ergebnisinterpretationen werden nicht bekannt
2. Leitfragen zur Validität:		
1	Wird in der Dokumentation zum Messinstrument explizit ausgeführt, wie die mit einem Instrument erfassten Messwerte interpretiert und verwendet werden sollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Autoren geben kaum Hinweise, welchen konkreten Nutzen Skala hat, z.B. keine vorgeschlagenen Engpassleistungen von moral distress (unklar, was Ergebnis zu bedeuten hat)
2	Wird in der Dokumentation zum Messinstrument die Argumentation, auf der diese Interpretation aufbaut, nachvollziehbar dargelegt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise (siehe oben "2.1")
3	Werden empirische / und oder theoretische Belege für die Annahmen aufgeführt, auf denen die Argumentation aufbaut?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4	Sind empirische Befunde, die als Belege herangezogen werden, an derselben Zielpopulation gewonnen worden wie diejenige, auf die sich die aktuelle angestrebte Interpretation bezieht?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
5	Wird dazu Stellung genommen, welche Annahmen in der Validitäts-Argumentation am wenigsten gut belegt sind?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
3. Leitfragen zur Minimierung methodenspezifischer Effekte:		
1	Wird in der Dokumentation zum Messinstrument beschrieben, wie eine optimale Item-/Frageformulierung sichergestellt wurde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Formulierungen wurden anhand von 4 Experten geprüft und optimiert, jedoch nicht anhand eines Pre-Testes in einem kleinen Rahmen der Zielgruppe getestet
2	Sind moduspezifische Instruktionen zum	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

	Messinstrument vorhanden? Gibt es Hinweise zum Layout des Messinstruments in einem bestimmten Erhebungsmodus?	
3	Sind Untersuchungsergebnisse beschrieben, die die Notwendigkeit modusspezifischer Unterschiede in der Instruktion oder dem Layout eines Messinstruments begründen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4	Wurde im Rahmen der Instrumentenentwicklung die Verständlichkeit der Items geprüft, bspw. mittels kognitiver Pretests? Werden Methoden und Ergebnisse dieser Prüfung sowie die daraus resultierenden Modifikationen des Messinstruments dokumentiert und begründet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise <i>Überprüfung durch 4 Experten, Begründung der Änderungen nicht dargestellt</i>
5	Wurden im Rahmen der Instrumentenentwicklung Split-ballot Experimente durchgeführt? Werden Methoden und Ergebnisse dieser Experimente sowie die daraus resultierenden Modifikationen des Messinstruments dokumentiert und begründet?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4. Leitfragen zur Reliabilität:		
1	Werden Reliabilitätswerte zum Messinstrument berichtet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
2	Wird die Wahl des Verfahrens inklusive des entsprechenden Maßes für die Reliabilitätsbestimmung begründet?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
3	Inwieweit ist gesichert, dass die Voraussetzungen einer Methode zur Bestimmung der Reliabilität erfüllt sind?	<i>Bestimmung der internen Konsistenz über Cronbachs α</i>
4	Werden die Stichprobe und die Untersuchung, die zur Ermittlung der Reliabilität verwendet wurde, beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
5	Wird das Ergebnis der Reliabilitätsüberprüfung bewertet und werden Hinweise in Bezug auf die Verwendung des Messinstruments und die Ergebnisinterpretation gegeben? Werden bei geringer Reliabilität Einschränkungen im Hinblick auf die Verwendung des Messinstruments genannt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
5. Leitfragen zur Prüfung des Prozessfehlers:		
1	Sind modusspezifische Instruktionen zur Durchführung der Datenerhebung mit dem Messinstrument vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
2	Sind die Instruktionen und Verfahrenshinweise zur Durchführung der Datenerhebung mit dem Messinstrument so gestaltet, dass verschiedene Personen in der Lage sind, das Messinstrument allein aufgrund dieser Verfahrenshinweise in vergleichbarer Weise anzuwenden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
3	Sind Regeln angegeben, wie mit vorhersehbaren Nachfragen der Befragten/Interviewer umgegangen wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4	Sind ggfs. spezifische technische Vorgaben/Anforderungen aufgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise <i>SPSS Version 19 (für Auswertung aller Bögen, nicht für Anwendung des Instruments nötig)</i>

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

5	Sind ggfs. die möglichen apparativen Störungen bei der Durchführung (je nach Modus) und Möglichkeiten ihrer Behebung angegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
6	Sind Instruktionen zur Indexbildung bei Messinstrumenten mit multiplen Indikatoren enthalten? Wird berichtet, inwieweit die Voraussetzungen für die Indikatorzusammenfassung oder Indexbildung erfüllt sind?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
Einschätzung der Studie:		
1	Wie gut wurde die Studie bezüglich der Bias-Vermeidung durchgeführt? „Rate the overall methodological quality of the study, using the following as a guide: High quality (++): Majority of criteria met. Little or no risk of bias. Results unlikely to be changed by further research. Acceptable (+): Most criteria met. Some flaws in the study with an associated risk of bias, Conclusions may change in the light of further studies. Low quality (0): Either most criteria not met, or significant flaws relating to key aspects of study design. Conclusions likely to change in the light of further studies.“ (Scottish Intercollegiate Guidelines 2006, S. 3) <input checked="" type="checkbox"/> Hohe Qualität (++) <input type="checkbox"/> Akzeptabel (+) <input type="checkbox"/> Niedrige Qualität (0) <input type="checkbox"/> nicht akzeptabel (verwerfen) (-)	
2	Welche ist meine Einschätzung bezüglich der Anwendbarkeit der Studie bei der Zielpopulation? <input checked="" type="checkbox"/> direkt anwendbar <input type="checkbox"/> teilweise indirekt (unter Notizen erklären)	
Notizen:		

Referenz

Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD) Febr. 2014, Qualitätsstandards zur Entwicklung, Anwendung und Bewertung von Messinstrumenten in der sozialwissenschaftlichen Umfrageforschung: Erarbeitet und verfasst von der Arbeitsgruppe Qualitätsstandards. Berlin. URL: http://www.ratswd.de/dl/RatSWD_WP_230.pdf, letzter Zugriff am 25.05.2015

Scottish Intercollegiate Guidelines (SIGN). Methodology Checklist 5: Diagnostic Accuracy. 2006. Edinburgh, http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists/20121212_Checklist_for_diagnostic_accuracy-studies.doc, letzter Zugriff am 25.05.2015

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

A 2) Fragebogen *Moral Distress Scale- Revised*

MDS-R⁷

Nurse Questionnaire (ADULT)

Moral distress occurs when professionals cannot carry out what they believe to be ethically appropriate actions because of internal or external constraints. The following situations occur in clinical practice. If you have experienced these situations they may or may not have been morally distressing to you. Please indicate how frequently you experience each item described and how disturbing the experience is for you. If you have never experienced a particular situation, select “0” (never) for frequency. Even if you have not experienced a situation, please indicate how disturbed you would be if it occurred in your practice. Note that you will respond to each item by checking the appropriate column for two dimensions: *Frequency* and *Level of Disturbance*.

	Frequency					Level of Disturbance				
	Never		Very			None		extent		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
1. Provide less than optimal care due to pressures from administrators or insurers to reduce costs.										
2. Witness healthcare providers giving “false hope” to a patient or family.										
3. Follow the family’s wishes to continue life support even though I believe it is not in the best interest of the patient.										
4. Initiate extensive life-saving actions when I think they only prolong death.										
5. Follow the family’s request not to discuss death with a dying patient who asks about dying.										
6. Carry out the physician’s orders for what I consider to be unnecessary tests and treatments.										
7. Continue to participate in care for a hopelessly ill person who is being sustained on a ventilator, when no one will make a decision to withdraw support.										
8. Avoid taking action when I learn that a physician or nurse colleague has made a medical error and does not report it.										
9. Assist a physician who, in my opinion, is providing incompetent care.										
10. Be required to care for patients I don’t feel qualified to care for.										
11. Witness medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skill.										

⁷ Zur Verfügung gestellt mit freundlicher Genehmigung von Ann B. Hamric

	Frequency					Level of Disturbance				
	Never		Very			None		extent		
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
12. Provide care that does not relieve the patient's suffering because the physician fears that increasing the dose of pain medication will cause death.										
13. Follow the physician's request not to discuss the patient's prognosis with the patient or family.										
14. Increase the dose of sedatives/opiates for an unconscious patient that I believe could hasten the patient's death.										
15. Take no action about an observed ethical issue because the involved staff member or someone in a position of authority requested that I do nothing.										
16. Follow the family's wishes for the patient's care when I do not agree with them, but do so because of fears of a lawsuit.										
17. Work with nurses or other healthcare providers who are not as competent as the patient care requires.										
18. Witness diminished patient care quality due to poor team communication.										
19. Ignore situations in which patients have not been given adequate information to insure informed consent.										
20. Watch patient care suffer because of a lack of provider continuity.										
21. Work with levels of nurse or other care provider staffing that I consider unsafe.										
If there are other situations in which you have felt moral distress, please write them and score them here:										

Have you ever left or considered quitting a clinical position because of your moral distress with the way patient care was handled at your institution?

No, I've never considered quitting or left a position _____

Yes, I considered quitting but did not leave _____

Yes, I left a position _____

Are you considering leaving your position now? Yes No

A 3) Kritische Bewertung einer diagnostischen Studie: Wocial u.a. (2012)

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien (nach RatSWD 2014 und SIGN 2006)	
<p>Literaturverweis der Studie: Wocial et al. (2012). Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: The Moral Distress Thermometer. <i>Journal of advanced nursing</i> 69(1), 167-174</p> <p>Anliegen der Studie: - Entwicklung des Instruments berichten, psychometrische Testung des MDT, - Messung des moral distress im stationären Bereich - Berechnung der Konstrukt- & Übereinstimmungsvalidität</p>	
1. Leitfragen zur Instrumententwicklung:	Begründung:
1 Ist das Ziel der Entwicklung des Messinstruments angegeben? (Grundlagenforschung/Angewandte Forschung; Beschreiben, Erklären, Vorhersagen, Veränderungsmessung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
2 Ist angegeben, für welche Zielpopulation(en) das Messinstrument entwickelt wurde?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
3 Ist das methodische Vorgehen bei der Entwicklung des Messinstruments dargelegt? Gibt es Angaben zur Personenstichprobe, bei der das Messinstrument eingesetzt wurde und zum Modus der Datenerhebung?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
4 Liegt eine Definition des zu messenden Phänomens bzw. Konstrukts vor? Wurde eine Abgrenzung von benachbarten/ähnlichen Phänomenen vorgenommen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
5 Ist angegeben, anhand welcher sozialwissenschaftlichen Theorie das Phänomen definiert und seine Spezifikation vorgenommen wurde? Sind ggfs. einschlägige Studien zur Überprüfung der Kerntheorie genannt? Sind ggfs. die Ergebnisse dieser Studien, die für die Konstruktdefinition von Bedeutung sind, überblicksweise dargelegt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
6 Wird die gewählte Testtheorie genannt und das verwendete Messmodell beschrieben? Wird die Wahl in Bezug auf die Hilfstheorie begründet? Sind ggfs. bisherige Studien zur Überprüfung des Messmodells genannt sowie ihre zentralen Erkenntnisse dargelegt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
7 Wird die Notwendigkeit einer Neuentwicklung begründet? Im Fall der Modifikation eines vorhandenen Messinstruments: Ist die Originalquelle angegeben? Sind die vorgenommenen Modifikationen vollständig aufgeführt? Werden die Modifikationen begründet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
8 Im Fall der Übersetzung eines vorhandenen Messinstruments: Ist das Vorgehen bei der Übersetzung beschrieben? Welche Standards wurden bei der Übersetzung angewandt?	[] Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise nicht anwendbar
9 Erfolgte die Erzeugung der Items nach festgelegten Regeln? Wird die gewählte Skalierungsmethode (z.B. Likert-, Thurstone-, Guttman-, Raschskalen) begründet bzw. ist sie anhand der Angaben zur Hilfstheorie	[] Ja [] Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise es ist nicht klar, welche verbale numerische-rating-skala dem ungeraden ziffern entsprechen würde, Abstandswahl wird nicht begründet (0-10)

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

	nachvollziehbar? Sind die Regeln für die systematische Auswahl der Items angegeben und begründet?	
10	Wurden bei der Entwicklung des Messinstruments Expertenurteile im Rahmen der Auswahl der Items herangezogen? Sind der fachbezogene Ausbildungsstand und die Erfahrung der Experten in der Dokumentation zum Messinstrument angegeben? Sind die Einschätzungen der Experten beschrieben und der Grad der Übereinstimmung zwischen den Experten angegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Expertenurteile nicht beschrieben (inkl. fehlende Beschreibung des Ausbildungsstandes)
11	Sind die Antwortvorgaben beschrieben? Ist ihre Wahl begründet? Sind ggfs. die einschlägigen Studien mit Ergebnis genannt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
12	Wurden bei der Entwicklung des Messinstruments Validierungsstudien durchgeführt? Sind die Ergebnisse dieser Studien dargelegt?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
13	Wurden Instrumentenentwicklung und -validierung an unterschiedlichen Stichproben vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
14	Ist angegeben, für welche wissenschaftlichen Zwecke das Messinstrument verwendet werden kann? Sind ggf. Einschränkungen der Ergebnisinterpretation genannt, die aus den Einschränkungen im Rahmen der Operationalisierung, Entwicklung des Messinstruments und der Validierungsergebnisse resultieren?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
2. Leitfragen zur Validität:		
1	Wird in der Dokumentation zum Messinstrument explizit ausgeführt, wie die mit einem Instrument erfassten Messwerte interpretiert und verwendet werden sollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise keine Angabe oder Beschreibung, wie Ergebnisse interpretiert & welche Aussage sie geben können
2	Wird in der Dokumentation zum Messinstrument die Argumentation, auf der diese Interpretation aufbaut, nachvollziehbar dargelegt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
3	Werden empirische / und oder theoretische Belege für die Annahmen aufgeführt, auf denen die Argumentation aufbaut?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4	Sind empirische Befunde, die als Belege herangezogen werden, an derselben Zielpopulation gewonnen worden wie diejenige, auf die sich die aktuelle angestrebte Interpretation bezieht?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
5	Wird dazu Stellung genommen, welche Annahmen in der Validitäts-Argumentation am wenigsten gut belegt sind?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
3. Leitfragen zur Minimierung methodenspezifischer Effekte:		
1	Wird in der Dokumentation zum Messinstrument beschrieben, wie eine optimale Item-/Frageformulierung sichergestellt wurde?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
2	Sind modusspezifische Instruktionen zum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

	Messinstrument vorhanden? Gibt es Hinweise zum Layout des Messinstruments in einem bestimmten Erhebungsmodus?	nicht anwendbar
3	Sind Untersuchungsergebnisse beschrieben, die die Notwendigkeit modusspezifischer Unterschiede in der Instruktion oder dem Layout eines Messinstruments begründen?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4	Wurde im Rahmen der Instrumentenentwicklung die Verständlichkeit der Items geprüft, bspw. mittels kognitiver Pretests? Werden Methoden und Ergebnisse dieser Prüfung sowie die daraus resultierenden Modifikationen des Messinstruments dokumentiert und begründet?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
5	Wurden im Rahmen der Instrumentenentwicklung Split-ballot Experimente durchgeführt? Werden Methoden und Ergebnisse dieser Experimente sowie die daraus resultierenden Modifikationen des Messinstruments dokumentiert und begründet?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4. Leitfragen zur Reliabilität:		
1	Werden Reliabilitätswerte zum Messinstrument berichtet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise nicht auf MDT abgefragt sondern nur im Bezug zur MDS
2	Wird die Wahl des Verfahrens inklusive des entsprechenden Maßes für die Reliabilitätsbestimmung begründet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
3	Inwieweit ist gesichert, dass die Voraussetzungen einer Methode zur Bestimmung der Reliabilität erfüllt sind?	Es ist unklar, ob Teilnehmer die Voraussetzungen für Berechnungen der Korrelationskoeffizienten hatten (Normalverteilung nicht nachgewiesen)
4	Werden die Stichprobe und die Untersuchung, die zur Ermittlung der Reliabilität verwendet wurde, beschrieben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
5	Wird das Ergebnis der Reliabilitätsüberprüfung bewertet und werden Hinweise in Bezug auf die Verwendung des Messinstruments und die Ergebnisinterpretation gegeben? Werden bei geringer Reliabilität Einschränkungen im Hinblick auf die Verwendung des Messinstruments genannt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
5. Leitfragen zur Prüfung des Prozessfehlers:		
1	Sind modusspezifische Instruktionen zur Durchführung der Datenerhebung mit dem Messinstrument vorhanden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
2	Sind die Instruktionen und Verfahrenshinweise zur Durchführung der Datenerhebung mit dem Messinstrument so gestaltet, dass verschiedene Personen in der Lage sind, das Messinstrument allein aufgrund dieser Verfahrenshinweise in vergleichbarer Weise anzuwenden?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
3	Sind Regeln angegeben, wie mit vorhersehbaren Nachfragen der Befragten/Interviewer umgegangen wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4	Sind ggfs. spezifische technische Vorgaben/Anforderungen aufgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Für Gütebestimmung: SAS Version 9.2 (für Messinstrument keine Notwendigkeit)

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

5	Sind ggfs. die möglichen apparativen Störungen bei der Durchführung (je nach Modus) und Möglichkeiten ihrer Behebung angegeben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja [] Nein [] Unklar/Teilweise
6	Sind Instruktionen zur Indexbildung bei Messinstrumenten mit multiplen Indikatoren enthalten? Wird berichtet, inwieweit die Voraussetzungen für die Indikatorzusammenfassung oder Indexbildung erfüllt sind?	[] Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein [] Unklar/Teilweise

Einschätzung der Studie:

1	Wie gut wurde die Studie bezüglich der Bias-Vermeidung durchgeführt? „Rate the overall methodological quality of the study, using the following as a guide: High quality (++): Majority of criteria met. Little or no risk of bias. Results unlikely to be changed by further research. Acceptable (+): Most criteria met. Some flaws in the study with an associated risk of bias, Conclusions may change in the light of further studies. Low quality (0): Either most criteria not met, or significant flaws relating to key aspects of study design. Conclusions likely to change in the light of further studies.“ (Scottish Intercollegiate Guidelines 2006, S. 3) [] Hohe Qualität (++) [] Akzeptabel (+) <input checked="" type="checkbox"/> Niedrige Qualität (0) [] nicht akzeptabel (verwerfen) (-)
2	Welche ist meine Einschätzung bezüglich der Anwendbarkeit der Studie bei der Zielpopulation? [] direkt anwendbar <input checked="" type="checkbox"/> teilweise indirekt (unter Notizen erklären)

Notizen:

Das Messinstrument ist aus dem Grunde noch nicht anwendbar, da besonders der Selektionsbias und die niedrige Rücklaufquote in Bezug auf den α -Koeffizienten die Reliabilität signifikant gering halten. Die Planung der Entwicklung vereint sehr präzise, die Studie sollte (so auch die Autoren) mit anderen weiteren Forschungsergebnissen adaptiert werden und erneut durch Unterrichtung validiert werden.

Referenz

Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD) Febr. 2014, Qualitätsstandards zur Entwicklung, Anwendung und Bewertung von Messinstrumenten in der sozialwissenschaftlichen Umfrageforschung: Erarbeitet und verfasst von der Arbeitsgruppe Qualitätsstandards. Berlin. URL: http://www.ratswd.de/dl/RatSWD_WP_230.pdf, letzter Zugriff am 25.05.2015

Scottish Intercollegiate Guidelines (SIGN). Methodology Checklist 5: Diagnostic Accuracy. 2006. Edinburgh, http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists/20121212_Checklist_for_diagnostic_accuracy-studies.doc, letzter Zugriff am 25.05.2015

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

A 4) Moral Distress Thermometer

Charles Warren Fairbanks Center for Medical Ethics
Indiana University Health, Indianapolis, IN

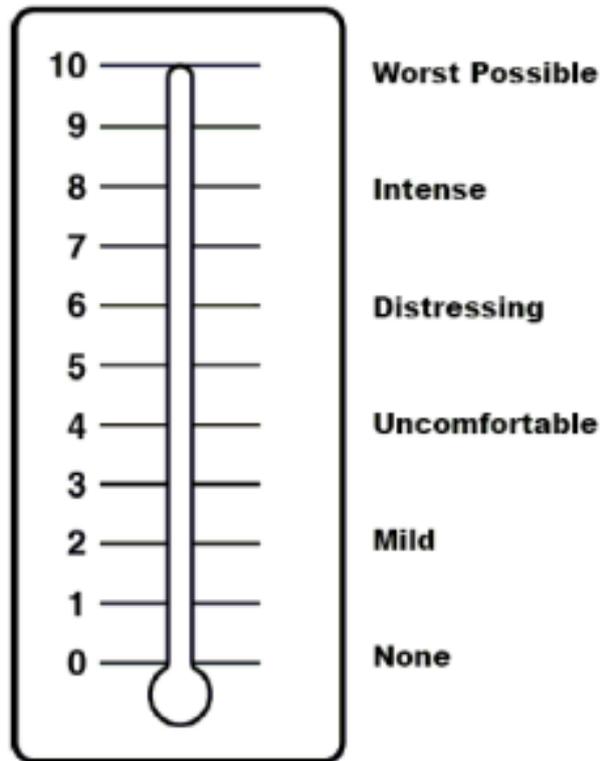
www.fairbankscenter.org

Date: _____

Moral distress occurs when you believe you know the ethically correct thing to do, but something or someone restricts your ability to pursue the right course of action.

Please circle the number (0-10) on the Moral Distress Thermometer that best describes how much moral distress you have been experiencing related to work in the past week including today.

Moral Distress Thermometer



If you plan on using the Moral Distress Thermometer for research purposes, please notify Dr. Lucia Wocial (lwocial@iuhealth.org)

A 5) Kritischen Bewertung einer diagnostischen Studien: Kleinknecht-Dolf u.a. (2015)

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien (nach RatSWD 2014 und SIGN 2006)	
<p>Literaturverweis der Studie: Kleinknecht-Dolf et al. (2015). Moral Distress in Nurses at an acute care hospital in Switzerland: Results of a Pilot Study. <i>Testing Ethics</i> 2(1), 77-90</p> <p>Anliegen der Studie: - Messinstrument für Bereich der Intensivpflege entwickeln, erste Hinweise für → Anwendbarkeit, Verstehbarkeit, Durchführbarkeit prüfen, Validität erhalten</p>	
1. Leitfragen zur Instrumententwicklung:	Begründung:
1 Ist das Ziel der Entwicklung des Messinstruments angegeben? (Grundlagenforschung/Angewandte Forschung; Beschreiben, Erklären, Vorhersagen, Veränderungsmessung)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
2 Ist angegeben, für welche Zielpopulation(en) das Messinstrument entwickelt wurde?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
3 Ist das methodische Vorgehen bei der Entwicklung des Messinstruments dargelegt? Gibt es Angaben zur Personenstichprobe, bei der das Messinstrument eingesetzt wurde und zum Modus der Datenerhebung?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4 Liegt eine Definition des zu messenden Phänomens bzw. Konstrukts vor? Wurde eine Abgrenzung von benachbarten/ähnlichen Phänomenen vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise keine Abgrenzung zu benachbarten Phänomenen (z.B. Stress...), moral. Dilemmata
5 Ist angegeben, anhand welcher sozialwissenschaftlichen Theorie das Phänomen definiert und seine Spezifikation vorgenommen wurde? Sind ggfs. einschlägige Studien zur Überprüfung der Kerntheorie genannt? Sind ggfs. die Ergebnisse dieser Studien, die für die Konstruktdefinition von Bedeutung sind, überblicksweise dargelegt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
6 Wird die gewählte Testtheorie genannt und das verwendete Messmodell beschrieben? Wird die Wahl in Bezug auf die Hilfstheorie begründet? Sind ggfs. bisherige Studien zur Überprüfung des Messmodells genannt sowie ihre zentralen Erkenntnisse dargelegt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
7 Wird die Notwendigkeit einer Neuentwicklung begründet? Im Fall der Modifikation eines vorhandenen Messinstruments: Ist die Originalquelle angegeben? Sind die vorgenommenen Modifikationen vollständig aufgeführt? Werden die Modifikationen begründet?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
8 Im Fall der Übersetzung eines vorhandenen Messinstruments: Ist das Vorgehen bei der Übersetzung beschrieben? Welche Standards wurden bei der Übersetzung angewandt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Übersetzung EN → DE von DE-muttersprachler und EN-fremdsprachler, Rückübersetzung von EN-Muttersprachler und DE-fremdsprachler
9 Erfolgte die Erzeugung der Items nach festgelegten Regeln? Wird die gewählte Skalierungsmethode (z.B. Likert-, Thurstone-, Guttman-, Raschskalen) begründet bzw. ist sie anhand der Angaben zur Hilfstheorie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Autor begründet die Itemsreduktion von 19 auf 9, damit dass auch schon andere Studien die Reduktionsmöglichkeit belegt haben (→ Gültigkeit)

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

	nachvollziehbar? Sind die Regeln für die systematische Auswahl der Items angegeben und begründet?	
10	Wurden bei der Entwicklung des Messinstruments Expertenurteile im Rahmen der Auswahl der Items herangezogen? Sind der fachbezogene Ausbildungsstand und die Erfahrung der Experten in der Dokumentation zum Messinstrument angegeben? Sind die Einschätzungen der Experten beschrieben und der Grad der Übereinstimmung zwischen den Experten angegeben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Ausbildungsstand und Übereinstimmungsrate der Experten nicht benannt, aber 10 weitere Pflegeexperten mit Pflegeerfahrung prakt. Items ein zweites Mal
11	Sind die Antwortvorgaben beschrieben? Ist ihre Wahl begründet? Sind ggfs. die einschlägigen Studien mit Ergebnis genannt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
12	Wurden bei der Entwicklung des Messinstruments Validierungsstudien durchgeführt? Sind die Ergebnisse dieser Studien dargelegt?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Studie gilt als Pilotstudie
13	Wurden Instrumentenentwicklung und -validierung an unterschiedlichen Stichproben vorgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
14	Ist angegeben, für welche wissenschaftlichen Zwecke das Messinstrument verwendet werden kann? Sind ggf. Einschränkungen der Ergebnisinterpretation genannt, die aus den Einschränkungen im Rahmen der Operationalisierung, Entwicklung des Messinstruments und der Validierungsergebnisse resultieren?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise - Entwicklung & Anpassung an deutschsprachige Pflegenden, damit auch dort mündl. d. Inter. erfasst werden kann - aber kein Verweis, wie entsprechende Werte verwertet werden können
2. Leitfragen zur Validität:		
1	Wird in der Dokumentation zum Messinstrument explizit ausgeführt, wie die mit einem Instrument erfassten Messwerte interpretiert und verwendet werden sollen?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
2	Wird in der Dokumentation zum Messinstrument die Argumentation, auf der diese Interpretation aufbaut, nachvollziehbar dargelegt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
3	Werden empirische / und oder theoretische Belege für die Annahmen aufgeführt, auf denen die Argumentation aufbaut?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise MDS von Corley 2001 MDI-R von Hamric, Blackhall 2007
4	Sind empirische Befunde, die als Belege herangezogen werden, an derselben Zielpopulation gewonnen worden wie diejenige, auf die sich die aktuelle angestrebte Interpretation bezieht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise bisherige Population: Intensivpflege (und Langzeit) hier aber auch Pflegenden der Inneren Medizin & Chirurgie einbezogen
5	Wird dazu Stellung genommen, welche Annahmen in der Validitäts-Argumentation am wenigsten gut belegt sind?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Hinweis, dass es sich um „Augenscheinvalidität“ handelt und weitere
3. Leitfragen zur Minimierung methodenspezifischer Effekte:		
1	Wird in der Dokumentation zum Messinstrument beschrieben, wie eine optimale Item-/Frageformulierung sichergestellt wurde?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise - siehe Kommentare von Experten - Frageformulierung wurde*
2	Sind moduspezifische Instruktionen zum	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

	Messinstrument vorhanden? Gibt es Hinweise zum Layout des Messinstruments in einem bestimmten Erhebungsmodus?	
3	Sind Untersuchungsergebnisse beschrieben, die die Notwendigkeit moduspezifischer Unterschiede in der Instruktion oder dem Layout eines Messinstruments begründen?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4	Wurde im Rahmen der Instrumentenentwicklung die Verständlichkeit der Items geprüft, bspw. mittels kognitiver Pretests? Werden Methoden und Ergebnisse dieser Prüfung sowie die daraus resultierenden Modifikationen des Messinstruments dokumentiert und begründet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise siehe 3.1
5	Wurden im Rahmen der Instrumentenentwicklung Split-ballot Experimente durchgeführt? Werden Methoden und Ergebnisse dieser Experimente sowie die daraus resultierenden Modifikationen des Messinstruments dokumentiert und begründet?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4. Leitfragen zur Reliabilität:		
1	Werden Reliabilitätswerte zum Messinstrument berichtet?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
2	Wird die Wahl des Verfahrens inklusive des entsprechenden Maßes für die Reliabilitätsbestimmung begründet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise nicht anwendbar, da Pilotstudie wurde kein Fokus gelegt
3	Inwieweit ist gesichert, dass die Voraussetzungen einer Methode zur Bestimmung der Reliabilität erfüllt sind?	siehe 4.3
4	Werden die Stichprobe und die Untersuchung, die zur Ermittlung der Reliabilität verwendet wurde, beschrieben?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise siehe 4.3.
5	Wird das Ergebnis der Reliabilitätsüberprüfung bewertet und werden Hinweise in Bezug auf die Verwendung des Messinstruments und die Ergebnisinterpretation gegeben? Werden bei geringer Reliabilität Einschränkungen im Hinblick auf die Verwendung des Messinstruments genannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise siehe 4.3.
5. Leitfragen zur Prüfung des Prozessfehlers:		
1	Sind moduspezifische Instruktionen zur Durchführung der Datenerhebung mit dem Messinstrument vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise Durchführung anhand von Online-Fragebögen, keine Erläuter.
2	Sind die Instruktionen und Verfahrenshinweise zur Durchführung der Datenerhebung mit dem Messinstrument so gestaltet, dass verschiedene Personen in der Lage sind, das Messinstrument allein aufgrund dieser Verfahrenshinweise in vergleichbarer Weise anzuwenden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input checked="" type="checkbox"/> Unklar/Teilweise siehe S.1, sowie keine Erläuterungen, wie Ergebnisse eingestuft werden können
3	Sind Regeln angegeben, wie mit vorhersehbaren Nachfragen der Befragten/Interviewer umgegangen wird?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
4	Sind ggfs. spezifische technische Vorgaben/Anforderungen aufgeführt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise SPSS version 19 für Auswertung für Ausfallen der Skala Onlinezugang notwendig

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

5	Sind ggfs. die möglichen apparativen Störungen bei der Durchführung (je nach Modus) und Möglichkeiten ihrer Behebung angegeben?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise <i>unklar, inwiefern? o neue Fragebogen Antwortverhalten beeinflusst hat</i>
6	Sind Instruktionen zur Indexbildung bei Messinstrumenten mit multiplen Indikatoren enthalten? Wird berichtet, inwieweit die Voraussetzungen für die Indikatorzusammenfassung oder Indexbildung erfüllt sind?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar/Teilweise
Einschätzung der Studie:		
1	Wie gut wurde die Studie bezüglich der Bias-Vermeidung durchgeführt? „Rate the overall methodological quality of the study, using the following as a guide: High quality (++): Majority of criteria met. Little or no risk of bias. Results unlikely to be changed by further research. Acceptable (+): Most criteria met. Some flaws in the study with an associated risk of bias, Conclusions may change in the light of further studies. Low quality (0): Either most criteria not met, or significant flaws relating to key aspects of study design. Conclusions likely to change in the light of further studies.“ (Scottish Intercollegiate Guidelines 2006, S. 3) <input type="checkbox"/> Hohe Qualität (++) <input checked="" type="checkbox"/> Akzeptabel (+) <input type="checkbox"/> Niedrige Qualität (0) <input type="checkbox"/> nicht akzeptabel (verwerfen) (-)	<i>(unter Berücksichtigung, dass es sich um eine Pilot-Studie handelt und viele Störgrößen benannt wurden)</i>
2	Welche ist meine Einschätzung bezüglich der Anwendbarkeit der Studie bei der Zielpopulation? <input type="checkbox"/> direkt anwendbar <input checked="" type="checkbox"/> teilweise indirekt (unter Notizen erklären)	
Notizen: <i>Da die vorliegende Pilotstudie keine Reliabilitäts/präzise Methodik beinhaltet und Resultate als moderate Augencheinvalidität zu werten sind, muss Instrument vermutlich überarbeitet und in einer auf der vorliegenden Pilotstudie aufbauenden Diagnostikstudie erneut auf Validität & Reliabilität getestet werden.</i>		

Autor benannt

Referenz

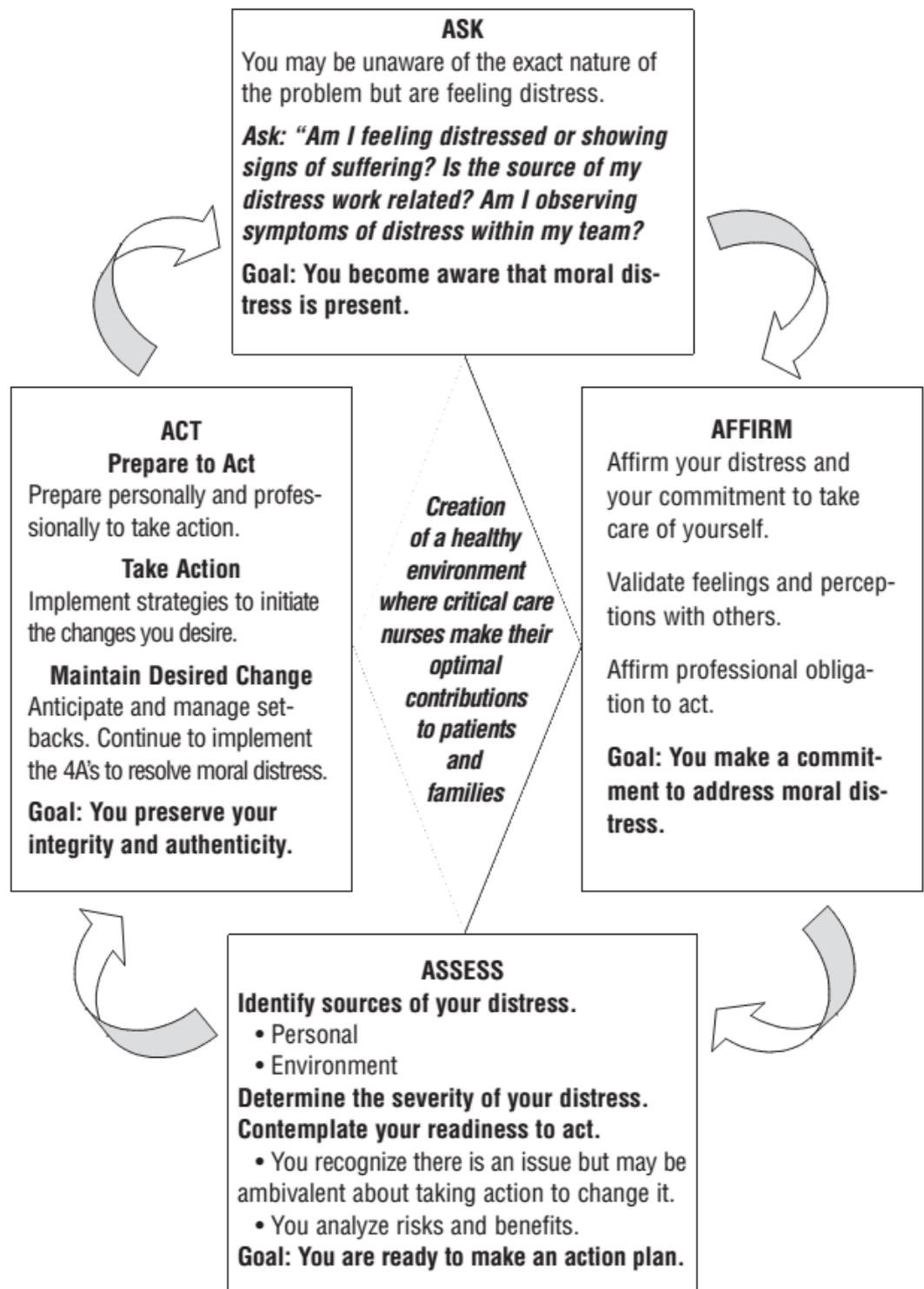
Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (RatSWD) Febr. 2014, Qualitätsstandards zur Entwicklung, Anwendung und Bewertung von Messinstrumenten in der sozialwissenschaftlichen Umfrageforschung: Erarbeitet und verfasst von der Arbeitsgruppe Qualitätsstandards. Berlin. URL: http://www.ratswd.de/dl/RatSWD_WP_230.pdf, letzter Zugriff am 25.05.2015

Scottish Intercollegiate Guidelines (SIGN). Methodology Checklist 5: Diagnostic Accuracy. 2006. Edinburgh, http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists/20121212_Checklist_for_diagnostic_accuracy-studies.doc, letzter Zugriff am 25.05.2015

Leitfragen für die kritische Beurteilung von diagnostischen Studien.

Erstellt am 24.05.2015 von Cindy C. Holsten, in Anlehnung an die Bewertungsbögen des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014 und den Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2006

A 6) The 4 As to rise above moral distress: Der Prozesskreislauf



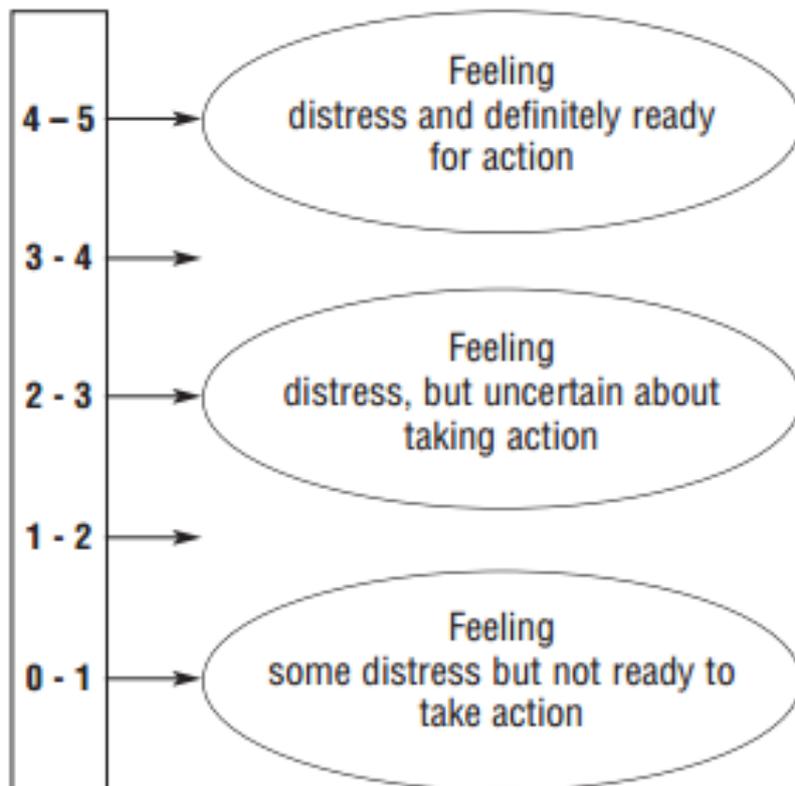
SELF-ASSESSMENT—Determine your readiness to act

On a scale of 0 to 5 (0= not to 5=very) rate your response to each of the following assessment questions:

1. How important is it to YOU to try to change the situation?
2. How important would it be to your colleagues/unit to have the situation changed?
3. How important would a change be to the patients/families on your unit?
4. How strongly do you feel about trying to change the situation?
5. How confident are you in your ability to make changes occur?
6. How determined are you to work toward making this change?

Add the above scores and divide by 6. Match your score to the barometer below.

Readiness to Act Barometer



A 8) *The 4 As to rise above moral distress: Benefits-Risks*

Benefits	Strength	Risks	Strength
1. The action I am taking would be positive for patients and families.	5	1. Some colleagues do not support open visitation.	3
2. My manager supports the concept.	5	2. Doctors do not want visitors in the unit during rounds.	4
3. There is a research base to support the change.	5	3. The organizational culture is somewhat authoritarian and slow to change.	2
4. I have prior personal experience in effecting a change.	3	4. I lack the energy or time to take action.	1
5. My personal needs would be addressed.	4	5. There are insufficient resources to help me make the change.	3
6. Action would enhance awareness of the issue in the practice environment.	4	6. Risks are too great (worry about losing job and not being able to provide for one's family, personal or professional retribution, loss of status, emotional distress).	1
7. There is support from the American Nurses Association (ANA) Code of Ethics for Nurses' with interpretive statements and AACN position statements.	5		

Total the scores in the benefits column and divide this number by the number of items you have listed. Do the same for the risks column.

EXAMPLE: *Benefits* Total points= 31 Divided by 7 items= 4.42
Risks Total points= 14 Divided by 6 items= 2.33

If the *Benefits* number is higher than the *Risks* number, then the time is right for making a commitment to act boldly!

A 9) Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie: Beumer u.a. (2008)

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle: Beumer, Catherine 2008, Innovative Solutions: The Effect of a Workshop of Recording the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit.*

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?
Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?
- keine Randomisierung, Kontrollgruppe wurde hinzugefügt nachdem Interventionsgruppe feststand
- keine näheren Informationen zur Rekrutierung
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?
Pflegende
Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?
- Follow-up = 84%, keine Begründung der Ausfallraten
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?
Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?
- keine Verblindung der Teilnehmer möglich, Verblindung der Untersucher zum wertenden Personen schon
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?
Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf?
- keine Information, demografische Daten wurden nicht Gruppenspezifisch dargestellt
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?
Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen?
- nein, Kontrollgruppe hat im Vergleich zur Interventionsgruppe nur den Post-Fragebogen ausgefüllt (nicht auch den Prä-Fragebogen)
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?
Weshalb kein Teilnehmer die Gruppe? Intention-to-Treat-Analyse?
- keine Randomisierung, nicht alle Daten wurden am Ende berücksichtigt, Verzerrung durch Intention-to-treat (da nicht erfolgt)
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?
Fallzahlberechnung? Signifikante Effekte?
- keine Fallzahlenberechnungen, Stichprobe sehr klein (n=25 beim 1. Messzeitpunkt), unklare Effekte, da keine Anwendung von statistischen Parametern, Fallzahl vermutlich zu klein, Effekte gering
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?
- unklar, beziehen sich auf keine Voruntersuchungen der Intervention

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?
z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?
- Effekt nur durch Prä-Post-Entwicklung der "Moral-Distress-Scale" in Tabelle gegenüber gestellt
- keine Berechnungen entsprechender Signifikanzparameter
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?
p-Wert?
- keine Berechnung
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?
Konfidenzintervalle?
- keine Berechnung

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?
Pflegende
Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?
- teilweise, hier: Intensivpflegende der USA, jedoch moral distress auch bei anderen pflegenden auf international Ebene vornehmlich, Schulung kann nach Übersetzung übertragen
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?
Nebenwirkungen? Compliance?
- gemessen wurde nicht, inwiefern Pflegende werden das Wissen der Schulung in den Praxis Alltag integrieren können (siehe Studie Robinson (2012) -> Ethical Leadership
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?
Kostenanalyse?
- keine Risiken ersichtlich, Kosten der Intervention nicht benannt, Nutzen/Effekte eher gering, aber vorhanden!
=> Nutzen könnte den möglichen Kosten wert sein!

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1-2-3-4-(5)-6

<http://www.medicin.uni-halle.de/index.php?id=572>

V 1.6

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Hans Huber, Bern.

*1 Dimensions of critical care nursing 27(6), 267-267

* Präzise Untersuchung der Intervention dafür notwendig, sonst problematisch bei keinen integrierbar.

A 10) Kritische Beurteilung einer Beobachtungsstudie: Robinson u.a. (2012)

Leitfragen für die kritische Bewertung von quantitativen Beobachtungsstudien (prospektive Beobachtungsstudien und Querschnittstudien) (nach SIGN 2004)

Quelle: Robinson et al. (2014),
Enhancing Moral Agency:
Clinical Ethics Residency
for Nurses, Hastings Center
Report 44(5), 12-20

a) Passt das gewählte Studiendesign zum Untersuchungsziel?

ja nein unklar

b) Bewertung von Bias-Risiken in Querschnitt- und prospektiven Beobachtungsstudien

Nr.	Erläuterung	Bewertung	Begründung
A	Wurden die Teilnehmer durch Zufallsauswahl oder konsekutiven Einschluss bzw. Kontaktierung aller Personen der Zielgruppe rekrutiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	alle Pflegenden d. Institution informiert, Auswahl aber durch Bewerbungsverfahren & Motivationsklärung → keine Zufallsauswahl
B	Gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern an der Studie?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	Bewerbungsverfahren vermutlich eher von Natur, Alter, etc. und für Ethik sensiblen Pflegenden genutzt
C	Die Endpunkte (abhängigen Variablen) sind eindeutig definiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	
D	Die Endpunkte (abhängigen Variablen) wurden valide und reliabel erfasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	Güte der Instrumente wurde nicht bestimmt oder berichtet
E	Die Erfassung der Endpunkte (abhängigen Variablen) erfolgte zeitlich nach der Messung der Prädiktorvariablen bzw. ohne Kenntnis dieser Werte?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	
F	Die Prädiktoren (unabhängigen Variablen) wurden valide und reliabel erfasst?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	Literaturgestützte Entwicklung der Intervention
G	Die wichtigsten Störvariablen (Kovariaten, Conflunder) wurden erfasst und bei der Analyse berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	
H	Sind Cluster-Effekte bei der Analyse berücksichtigt worden? (nur bei Studien mit mehreren Einrichtungen)*	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	2 Institutionen, keine Berücksichtigung berichtet
I	Keine Hinweise auf einen Attrition-Bias? (z.B. hohe Anzahl vorzeitig ausgeschiedener TN, unterschiedliche Rate/Gründe für Ausscheiden in exponierter und nicht exponierter Gruppe, adäquater Umgang mit fehlenden Werten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	keine Informationen über Ausreichung, aber Teilnahme bis zum Schluss war Kriterium für Teilnahme der Teilnehmer

Hinweis: Kriterien A und B zielen auf das Risiko eines Selektionsbias, die Kriterien C bis E auf das Risiko eines Informationsbias, die Kriterien F und G auf das Risiko von Confounding (grundsätzlich immer gegeben bei Beobachtungsstudien) und H auf das Risiko eines Bias durch Attrition bzw. fehlende Werte. Diese Kriterien gelten nicht für Fall-Kontroll-Studien! (Bitte in diesem Fall mich nochmals gesondert kontaktieren.)

Leitfragen für die kritische Bewertung von quantitativen Beobachtungsstudien.
Zur Verfügung gestellt von Anne Junghans, Universität zu Lübeck;
modifiziert von Cindy Holsten am 24.05.2015

c) Präzision der Ergebnisse (Die wichtigsten Kriterien sind **fett hervorgehoben**.)

Bedingungen für Sicherstellung präziser Ergebnisse	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Stichprobenkalkulation: Vor Durchführung der Studie erfolgte eine Stichprobenkalkulation auf der Grundlage plausibler Annahmen.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die erforderliche Stichprobengröße wurde erreicht.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar/teilweise	keine Berechnung; n_{erf} -Zahl aber zu Beginn nicht begründet auf 76 festgelegt
Für die Hauptergebnisse (Effektschätzungen wie z.B. relatives Risiko, Odds Ratio, absolute Risikodifferenz oder Mittelwertunterschiede) sind Konfidenzintervalle angegeben.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar/teilweise	Mittelwertunterschiede ohne Konfidenzintervalle, p-Werte angegeben
Die Konfidenzintervalle deuten auf statistisch zuverlässige Ergebnisse (je enger die Konfidenzintervalle, desto präziser die Ergebnisse).	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar/teilweise	keine Konfidenzintervalle, aber p-Werte deuten auf signifikante

→ vermutlich begrenzte Fördergelder
 Ergebnisse und Effekte (exakte) vom z-t-Test

d) Übertragbarkeit/klinische Relevanz der Ergebnisse

Bedingungen für Übertragbarkeit/klinische Relevanz	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Die untersuchte Population entspricht einem wesentlichen Teil der Patienten/Bewohner, für die die untersuchte Fragestellung relevant ist.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar/teilweise	Erfassung derjenigen, die bereits motiviert & schriftlich test sind
Der gewählte primäre Endpunkt ist klinisch relevant.	<input checked="" type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Beobachtungsdauer („follow up“) ist klinisch bzw. aus Patienten-/Bewohnersicht relevant bzw. adäquat.	<input checked="" type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Sonstige Bemerkungen:		

Leitfragen für die kritische Bewertung von quantitativen Beobachtungsstudien.
 Zur Verfügung gestellt von Anne Junghans, Universität zu Lübeck;
 modifiziert von Cindy Holsten am 24.05.2015

e) Gesamtbeurteilung der Aussagekraft der Studie

★★★★	Hohe Aussagekraft: Die Studienergebnisse spiegeln sehr wahrscheinlich die Richtung und die Stärke des zu erwartenden Zusammenhangs zwischen dem/den untersuchten Einflussfaktor(en) (Prädiktoren) und dem Endpunkt wider und sind auf die klinische Praxis (je nach Fragestellung Krankenhaus, ambulante Versorgung oder stationäre Langzeitpflege) übertragbar.
★★★	Mäßige Aussagekraft: Die Studienergebnisse spiegeln sehr wahrscheinlich die Richtung des zu erwartenden Zusammenhangs zwischen dem/den untersuchten Einflussfaktor(en) (Prädiktoren) und dem Endpunkt wider. Allerdings bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der Stärke des Zusammenhangs (durch einzelne Verzerrungsrisiken und/oder statistische Unsicherheiten) oder der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die klinische Praxis.
★★	Niedrige Aussagekraft: Die Studienergebnissen spiegeln nur unsicher die Richtung des zu erwartenden Zusammenhangs zwischen dem/den untersuchten Einflussfaktor(en) (Prädiktoren) und dem Endpunkt wider. Mehrere Unsicherheiten, z. B. durch unangemessenes Design, bestehende Verzerrungsrisiken und/oder unklare statistische Präzision, schwächen die interne Validität der Ergebnisse.
★	Sehr niedrige Aussagekraft: Die Studienergebnisse sind mit extrem großer Unsicherheit behaftet und geben keine vertrauenswürdigen Hinweise auf die Richtung des zu erwartenden Zusammenhangs zwischen dem/den untersuchten Einflussfaktor(en) (Prädiktoren) und dem Endpunkt. Es bestehen mehrere gravierende Limitationen (unangemessenes Design und/oder mehrere Bias-Risiken und/oder geringe statistische Präzision).

Referenz

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Methodology Checklist 3: Cohort studies. 2004. Edinburgh, URL: <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>, letzter Zugriff am 27. Mai 2015.

The Cochrane Collaboration. Cochrane Handbook für Systematic Reviews of Interventions. Versio 5.1.0. URL: <http://handbook.cochrane.org/>, letzter Zugriff am 27.05.2015.

Leitfragen für die kritische Bewertung von quantitativen Beobachtungsstudien.
Zur Verfügung gestellt von Anne Junghans, Universität zu Lübeck;
modifiziert von Cindy Holsten am 24.05.2015

A 11) Kritische Bewertung einer Beobachtungsstudie: Monteverde, Settimio (2014)

Leitfragen für die kritische Bewertung von quantitativen Beobachtungsstudien (prospektive Beobachtungsstudien und Querschnittstudien) (nach SIGN 2004)

Quelle: Monteverde, Settimio (2014). Caring for tomorrow's workforce: Moral resilience and healthcare ethics education. Nursing Ethics (1) 1-13.

a) Passt das gewählte Studiendesign zum Untersuchungsziel?

ja nein unklar (Siehe sonstige Bemerkungen)

b) Bewertung von Bias-Risiken in Querschnitt- und prospektiven Beobachtungsstudien

Nr.	Erläuterung	Bewertung	Begründung
A	Wurden die Teilnehmer durch Zufallsauswahl oder konsekutiven Einschluss bzw. Kontaktierung aller Personen der Zielgruppe rekrutiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	Einschluss aller Studierenden in den ausgewählten Kursen (annahmehalfterhebung)
B	Gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern an der Studie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	unklar, ob noch weitere Kurse hätten eingeschlossen werden können, nicht benannt
C	Die Endpunkte (abhängigen Variablen) sind eindeutig definiert?	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	Moral-Distress-Level soll bei 2. Messung gemessen sein, jedoch keine weiteren Schwellenwerte
D	Die Endpunkte (abhängigen Variablen) wurden valide und reliabel erfasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	Autoren beschreibt nicht, wie der Fall ausgewählt wurde, keine Vignette, keine Erläuterungen bzgl. der Güte (das MDI)
E	Die Erfassung der Endpunkte (abhängigen Variablen) erfolgte zeitlich nach der Messung der Prädiktorvariablen bzw. ohne Kenntnis dieser Werte?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	Keine Auskunft des Autors
F	Die Prädiktoren (unabhängigen Variablen) wurden valide und reliabel erfasst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	Intervention wird grob erklärt, jedoch keine genauen Angaben zur Thematik der Konförenz
G	Die wichtigsten Störvariablen (Kovariaten, Confunder) wurden erfasst und bei der Analyse berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	Aspekt, dass Studierende tendenziell weniger moral. Distress angeben haben, da Effekt erwartet, wurde nicht benannt
H	Sind Cluster-Effekte bei der Analyse berücksichtigt worden? (nur bei Studien mit mehreren Einrichtungen)*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar <input checked="" type="checkbox"/> nicht anwendbar	Studien durchführung innerhalb einer Institution
I	Keine Hinweise auf einen Attrition-Bias? (z.B. hohe Anzahl vorzeitig ausgeschiedener TN, unterschiedliche Rate/Gründe für Ausscheiden in exponierter und nicht exponierter Gruppe, adäquater Umgang mit fehlenden Werten)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar <input type="checkbox"/> nicht anwendbar	Follow-up = 91%, keine Begründung, jedoch wurden inkomplette Bögen verworfen (keine Angabe wie viele)

Hinweis: Kriterien A und B zielen auf das Risiko eines Selektionsbias, die Kriterien C bis E auf das Risiko eines Informationsbias, die Kriterien F und G auf das Risiko von Confounding (grundsätzlich immer gegeben bei Beobachtungsstudien) und H auf das Risiko eines Bias durch Attrition bzw. fehlende Werte. Diese Kriterien gelten nicht für Fall-Kontroll-Studien! (Bitte in diesem Fall mich nochmals gesondert kontaktieren.)

Leitfragen für die kritische Bewertung von quantitativen Beobachtungsstudien.
Zur Verfügung gestellt von Anne Junghans, Universität zu Lübeck;
modifiziert von Cindy Holsten am 24.05.2015

c) Präzision der Ergebnisse (Die wichtigsten Kriterien sind **fett hervorgehoben**.)

Bedingungen für Sicherstellung präziser Ergebnisse	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Stichprobenkalkulation: Vor Durchführung der Studie erfolgte eine Stichprobenkalkulation auf der Grundlage plausibler Annahmen.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	Vollerhebung, unklar, ob andere Werte auch verfügbar gewesen wären, keine Stichprobenkalkulation
Die erforderliche Stichprobengröße wurde erreicht.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	keine Berechnung
Für die Hauptergebnisse (Effektschätzungen wie z.B. relatives Risiko, Odds Ratio, absolute Risikodifferenz oder Mittelwertunterschiede) sind Konfidenzintervalle angegeben.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Konfidenzintervalle deuten auf statistisch zuverlässige Ergebnisse (je enger die Konfidenzintervalle, desto präziser die Ergebnisse).	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar/teilweise	keine Berechnung

d) Übertragbarkeit/klinische Relevanz der Ergebnisse

Bedingungen für Übertragbarkeit/klinische Relevanz	Bewertung (bitte ankreuzen)	Begründung
Die untersuchte Population entspricht einem wesentlichen Teil der Patienten/Bewohner, für die die untersuchte Fragestellung relevant ist.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> unklar/teilweise	unklar, wie viele Studierendenzahl an der Universität verfügbar wären, keine Stichprobenkalkulation
Der gewählte primäre Endpunkt ist klinisch relevant.	<input checked="" type="checkbox"/> erfüllt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	
Die Beobachtungsdauer („follow up“) ist klinisch bzw. aus Patienten-/Bewohnersicht relevant bzw. adäquat.	<input type="checkbox"/> erfüllt <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unklar/teilweise	nach 30 min ist vermutlich kein dauerhafter präventiver Effekt zu erwarten
Sonstige Bemerkungen: Design passt nicht zum Untersuchungsziel, da Prä- und Postbefragung mit zeitlicher Differenz von 30 min (zu kurz) eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für einen Confounding-Bias hat (Erinnerungseffekte an erste Befragung) - Teilnehmer könnten tendenziell weniger „moral distress“ angegeben haben bei zweiter Befragung, da der erwartete Effekt für die Gruppe vorhersehbar war		

Leitfragen für die kritische Bewertung von quantitativen Beobachtungsstudien.
 Zur Verfügung gestellt von Anne Junghans, Universität zu Lübeck;
 modifiziert von Cindy Holsten am 24.05.2015

e) Gesamtbeurteilung der Aussagekraft der Studie

★ ★ ★ ★	Hohe Aussagekraft: Die Studienergebnisse spiegeln sehr wahrscheinlich die Richtung und die Stärke des zu erwartenden Zusammenhangs zwischen dem/den untersuchten Einflussfaktor(en) (Prädiktoren) und dem Endpunkt wider und sind auf die klinische Praxis (je nach Fragestellung Krankenhaus, ambulante Versorgung oder stationäre Langzeitpflege) übertragbar.
★ ★ ★	Mäßige Aussagekraft: Die Studienergebnisse spiegeln sehr wahrscheinlich die Richtung des zu erwartenden Zusammenhangs zwischen dem/den untersuchten Einflussfaktor(en) (Prädiktoren) und dem Endpunkt wider. Allerdings bestehen Unsicherheiten hinsichtlich der Stärke des Zusammenhangs (durch einzelne Verzerrungsrisiken und/oder statistische Unsicherheiten) oder der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die klinische Praxis.
★ ★	Niedrige Aussagekraft: Die Studienergebnissen spiegeln nur unsicher die Richtung des zu erwartenden Zusammenhangs zwischen dem/den untersuchten Einflussfaktor(en) (Prädiktoren) und dem Endpunkt wider. Mehrere Unsicherheiten, z. B. durch unangemessenes Design, bestehende Verzerrungsrisiken und/oder unklare statistische Präzision, schwächen die interne Validität der Ergebnisse.
★	Sehr niedrige Aussagekraft: Die Studienergebnisse sind mit extrem großer Unsicherheit behaftet und geben keine vertrauenswürdigen Hinweise auf die Richtung des zu erwartenden Zusammenhangs zwischen dem/den untersuchten Einflussfaktor(en) (Prädiktoren) und dem Endpunkt. Es bestehen mehrere gravierende Limitationen (unangemessenes Design und/oder mehrere Bias-Risiken und/oder geringe statistische Präzision).

Referenz

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Methodology Checklist 3: Cohort studies. 2004. Edinburgh, URL: <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>, letzter Zugriff am 27. Mai 2015.

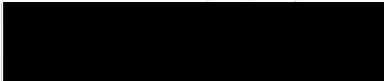
The Cochrane Collaboration. Cochrane Handbook für Systematic Reviews of Interventions. Versio 5.1.0. URL: <http://handbook.cochrane.org/>, letzter Zugriff am 27.05.2015.

Leitfragen für die kritische Bewertung von quantitativen Beobachtungsstudien.
Zur Verfügung gestellt von Anne Junghans, Universität zu Lübeck;
modifiziert von Cindy Holsten am 24.05.2015

11. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, der 29.05.2015

A solid black rectangular box used to redact the signature of the author.

Cindy Holsten