

Best of Pflege

Fabian Graeb

Ethische Konflikte und Moral Distress auf Intensivstationen

Eine quantitative Befragung
von Pflegekräften

 Springer

Best of Pflege

Mit „Best of Pflege“ zeichnet Springer die besten Masterarbeiten und Dissertationen aus dem Bereich Pflege aus. Inhalte aus den etablierten Bereichen der Pflegewissenschaft, Pflegepädagogik, Pflegemanagement oder aus neuen Studienfeldern wie Health Care oder Ambient Assisted Living finden hier eine geeignete Plattform. Die mit Bestnote ausgezeichneten Arbeiten wurden durch Gutachter empfohlen und behandeln aktuelle Themen rund um den Bereich Pflege. Die Reihe wendet sich an Praktiker und Wissenschaftler gleichermaßen und soll insbesondere auch Nachwuchswissenschaftlern Orientierung geben.

Weitere Bände in der Reihe <http://www.springer.com/series/13848>

Fabian Graeb

Ethische Konflikte und Moral Distress auf Intensivstationen

Eine quantitative Befragung
von Pflegekräften

 Springer

Fabian Graeb
Esslingen, Deutschland

ISSN 2569-8605

ISSN 2569-8621 (electronic)

Best of Pflege

ISBN 978-3-658-23596-3

ISBN 978-3-658-23597-0 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-658-23597-0>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, ein Teil von Springer Nature 2019

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Vorwort

Bei einer Abschlussarbeit wie dieser Masterarbeit haben schlussendlich viele verschiedene Menschen einen wichtigen Beitrag geleistet. Diesen möchte ich hiermit meinen Dank aussprechen. Zunächst all den Pflegekräften, die an der Befragung trotz hohem Arbeitsanfall und relativ lang geratenem Fragebogen teilgenommen haben. Vielen Dank für das Vertrauen, das mir an dieser Stelle entgegengebracht wurde. Die tolle Resonanz mit hoher Rücklaufquote zeigt aber auch, dass das Thema ethische Konflikte speziell im Bereich der Intensivmedizin den Pflegenden sprichwörtlich unter den Fingernägeln brennt. Dies bedeutet eine große Verantwortung die in der Untersuchung aufgezeigten Probleme und Herausforderungen auch tatsächlich zu verbreiten und damit besser sichtbar zu machen. Während des Schreibens war mir das durchaus bewusst und ist schlussendlich auch ein Grund warum ich mich entschlossen habe, die Arbeit im Nachgang noch zu veröffentlichen und damit allen Interessierten zugänglich zu machen. Ich möchte mich außerdem auch bei den Mitarbeitervertretungen und Führungskräften der in die Studie eingeschlossenen Kliniken für ihr Vertrauen und die Möglichkeit der Befragung bedanken, obgleich der Fragebogen durchaus heikle Themen beinhaltet. Auch die Hinweise zu Aspekten des Datenschutzes von Seiten der Mitarbeitervertretungen waren sehr hilfreich. Vielen Dank auch an Frau Professor Riedel und Herr Professor Heidenreich für die gute Begleitung währen der Erarbeitung dieser Abschlussarbeit.

Ein besonders herzlicher Dank gilt jedoch meiner Ehefrau, die mich in der ganzen Zeit des Studiums, aber vor allem auch schon bei Bachelor- und später der Masterarbeit stets verständnisvoll und liebevoll unterstützt hat. Ohne dich hätte ich das bestimmt nicht so hinbekommen, danke für das Aufmuntern, Mut zusprechen und den leckeren Nussmischungen für eine ausreichende Gehirnaktivität.

Mein Dank gilt aber auch grundsätzlich allen, die direkt oder indirekt mit dazu beigetragen haben, dass ich nun diese Arbeit in den Händen halten darf, begonnen in der Ausbildung, den Lehrkräften der Pflegeschule, Kolleginnen und Kollegen, Professorinnen und Professoren, Kommilitoninnen und Kommilitonen und natürlich auch abschließend dem Springer Verlag, für die Chance dieser Veröffentlichung.

Fabian Graeb

Esslingen, dem 13.08.2018

Inhaltsverzeichnis

1. Erleben von ethisch-moralischen Konflikten als Ausdruck ethischer Sensibilität?	1
1.1 Bedeutsamkeit ethischer Sensibilität im professionellen Pflegehandeln	4
1.2 Erleben von ethisch-moralischen Konflikten und die Besonderheit des Intensivmedizinischen Bereichs	6
1.3 Ziel der Forschungsarbeit und Fragestellung	7
1.4 Allgemeines Vorgehen und Aufbau der Arbeit.....	8
2. Ethische Konflikte und Moral Distress	11
2.1 Ethisch-moralische Konflikte: Ätiologie und Bedeutung.....	11
2.2 Moral Distress.....	14
2.2.1 Intrinsische Faktoren	16
2.2.2 Extrinsische Faktoren	18
2.2.3 Auslösende Klinische Situationen.....	20
2.2.4 Folgen von Moral Distress.....	21
2.2.5 Prävention von Moral Distress	24
2.3 Fazit.....	26
3. Das Setting Intensivstation	29
3.1 Die Intensivmedizin im Spannungsfeld der Interessen	29
3.2 Die Rolle der Pflegenden im intensivmedizinischen Bereich	32
3.3 Zentrale ethisch-moralische Konfliktbereiche im intensivmedizinischen Bereich	39
3.4 Fazit.....	45
4. Hypothesen und Forschungsdesign	47
4.1 Hypothesenentwicklung	47
4.2 Fragebogenentwicklung	48
4.2.1 Fragen zum Arbeitsalltag.....	48
4.2.2 Fragen zur Wahrnehmung ethischer Konflikte im Klinikalltag	49
4.2.3 Fragen zur Person.....	50
4.2.4 Pretest des Fragebogens	50
4.3 Rekrutierung der Befragten und Erhebung der Daten	51
5. Ergebnisse	55

5.1 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse	55
5.1.1 Demografische Daten	56
5.1.2 Arbeitsbedingungen, -belastungen und -zufriedenheit	58
5.1.3 Ethische Konflikte und daraus resultierende Belastungen	66
5.1.4 Bildung von Scores	75
5.2 Darstellung von Zusammenhängen und Hypothesentestung	78
5.2.1 Hypothese 1	79
5.2.2 Hypothese 2	80
5.2.3 Hypothese 3	81
5.2.4 Hypothese 4	81
5.2.5 Hypothese 5	82
5.2.6 Hypothese 6	82
5.2.7 Hypothese 7	82
5.2.8 Hypothese 8	82
5.2.9 Explorative Zusammenhänge	83
6. Diskussion und Schlussfolgerungen	85
6.1 Diskussion	85
6.2 Handlungsempfehlungen	90
6.3 Limitationen und weiterer Forschungsbedarf	93
6.4 Fazit	97
Literaturverzeichnis	99
Anhang	107

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bzw.	beziehungsweise
CA	Chefarzt/ Chefärztin
df	Freiheitsgrade
DGF	Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V.
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.
ICN	International Council of Nursing
ICU	Intensive Care Unit, Intensivstation
MD	Moral Distress
MDS	Moral Distress Scale
MDT	Moral Distress Thermometer
MST	Moralischer Stress Thermometer (adaptierter MDT)
Sig.	Signifikanz
SMS	Score Moralischer Stress

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Kreuztabelle Geschlecht/ Schulabschluss.....	57
Tabelle 2 Beschäftigungsumfang	57
Tabelle 3 Kreuztabelle Arbeitszufriedenheit/ Arbeitsbelastung	59
Tabelle 4 Kreuztabelle Überstunden/ Freizeitausgleich	61
Tabelle 5 Zusammenarbeit auf der Station	62
Tabelle 6 Kreuztabelle Beteiligung an Therapiesteuerung/ -zielbestimmungen	62
Tabelle 7 Itembatterie Arbeitsbedingungen und institutionelle ethische Unterstützung	64
Tabelle 8 Arbeitsplatz- und Berufswechsel	66
Tabelle 9 Intra- und interpersonelle Konflikte.....	67
Tabelle 10 intra- und interpersonelle Konflikte Belastungen	67
Tabelle 11 Kreuztabelle Häufigkeit intra-/interpersonelle Konflikte	68
Tabelle 12 Belastung intra-/interpersonelle Konflikte	68
Tabelle 13 Moralischer Stress (MST) gruppiert	69
Tabelle 14 Kreuztabelle Geschlecht/ Moralischer Stress (MST) gruppiert	69
Tabelle 15 Folgen von ethischen Konflikten	70
Tabelle 16 Einschätzung Ethikkompetenz	70
Tabelle 17 Ursachen ethische Konflikte.....	72
Tabelle 18 Konfliktauslösende Situationen	74
Tabelle 19 Übersicht Scores.....	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Arbeitsbelastung	58
Abbildung 2 Arbeitszufriedenheit	59
Abbildung 3 Betreuungsquote	60



1. Erleben von ethisch-moralischen Konflikten als Ausdruck ethischer Sensibilität?

Tätigkeiten im Gesundheitswesen können grundsätzlich als eine Arbeit in einem ethisch-moralisch sensiblen Bereich betrachtet werden. Die im einleitenden Zitat deutlich gewordene Vulnerabilität und daraus resultierende Schutz- und Hilfsbedürftigkeit vieler PatientInnen, verdeutlicht recht plastisch diese in der Basis der Tätigkeit angelegte ethisch-moralische Verantwortung für alle im Gesundheitswesen tätigen Professionen. Ein Blick auf die Grundlage des medizinischen Handelns offenbart für den Medizinethiker Giovanni Maio (2012) hierbei eine Grundmotivation des Helfens, die für sich selbst den Anspruch erhebt, nicht nur aus einem reinen Erkenntnisgewinn zu handeln, sondern aus der grundsätzlichen Motivation heraus *helfen zu wollen*. Eine Diagnosestellung allein wäre somit nicht ausreichend, die daraus resultierende Behandlung soll grundsätzlich dem Wohl des Menschen dienen. Dies erfordert aber eine Verknüpfung aus Erkenntnissen der Naturwissenschaften und der Reflexion des eigenen Handelns, um so die in der jeweiligen Situation richtige Handlungsentscheidung, anhand der Orientierung an allgemein gültigen Prinzipien, treffen zu können. Wenn Ethik allgemein als eine Theorie des guten Handelns verstanden wird, stellt diese eine ganz wesentliche Grundlage des medizinischen Wirkens und Selbstverständnis dar. (Maio, 2013, S. 1–2) Um ein solches Handeln begründen zu können, gilt es verschiedene Perspektiven und Bedürfnisse in den Blick zu nehmen. Es hat sich hierbei eine Orientierung an den Prinzipien mittlerer Reichweite nach Beauchamp und Childress (2013) im medizinethischen Diskurs als anerkannte Grundlage etabliert. Diese setzt sich aus vier Prinzipien zusammen, die in einer Entscheidungsfindung gegeneinander abgewogen werden müssen. Das wären die Grundsätze der Autonomie („respect for Autonomy“), der Fürsorge („beneficence“), des Nichtschadens („nonmaleficence“) und der Gerechtigkeit („Justice“). (Beauchamp & Childress, 2013) Dass diese Prinzipien hierbei in Konflikt geraten können, also nicht alle gleichermaßen in einer spezifischen Situation Berücksichtigung finden können, zeigt sich etwa am Beispiel des Konfliktes zwischen den Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge. So kann beispielsweise eine autonome Willensäußerung eines/einer Patienten/in im Zusammenhang mit Therapieentscheidungen einen starken Konflikt in der/dem behandelnden Arzt oder Ärztin verursachen. Einerseits gilt es den Willen des/der Betroffenen zu respektieren, aber andererseits lässt sich dies unter Umständen mit dem Ethos des Helfens als Ausdruck der Fürsorge nicht in Einklang bringen. Wenn etwa in einer Patientenverfügung eine invasive Beatmung abgelehnt wird, in dem nun vorliegenden Fall aber von einer guten Heilungschance ausgegangen werden kann, treten die beiden genannten Prinzipien in einen Widerspruch, der nur unter Verletzung eines der beiden Prinzipien aufgelöst werden kann. Entweder kommt es zur Missachtung der Patientenautonomie

durch die nicht gewünschte Beatmung, oder zu einer Verletzung der Fürsorgepflicht, aufgrund der nicht durchgeführten Therapie bei eigentlich guter Prognose. (Maio, 2013, S. 9–10) Dieses Beispiel verdeutlicht somit auch bereits, dass es neben einem Ethos des Helfens weiterer Prinzipien bedarf, um ein ethisches Handeln umfassend abwägen und schlussendlich auch begründen zu können. Diese dürfen jedoch auch nicht mechanistisch, Checklistenartig abgearbeitet werden, sondern müssen durch Tugenden ergänzt werden, die für eine solche Abwägung vonnöten sind. Hierbei können beispielhaft Mitleid, Urteilskraft, Vertrauenswürdigkeit, Integrität und Gewissenhaftigkeit beispielhaft angeführt werden. (Monteverde, 2012, S. 35)

Die anfangs beschriebene grundsätzliche Motivation des Helfens, als eine moralische Pflicht, ist jedoch keineswegs als eine exklusiv ärztliche Motivation zu betrachten, sondern lässt sich als eine gemeinsame Grundmotivation vieler Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen verstehen. Die größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens stellen die Pflegekräfte, was selbst auf die medizinisch dominierten Akutkliniken zutrifft. Das Statistische Bundesamt weist für das Jahr 2015 einen Anteil von knapp 37% der Vollzeitstellen in deutschen Kliniken für die Pflege aus (N=868.044; n=320.905), während auf den ärztlichen Bereich knapp 18% (n=154.364) entfallen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2016, S. 27). Diese berufliche Grundmotivation des Helfens in der großen Gruppe der Pflegekräfte, lässt sich mit dem international eher verwendeten Begriff des Carings vergleichen, auch wenn dieses eher mit einem sich-kümmern übersetzen ließe. Caring hat das Potential als eine ethische Grundlage pflegerischen Handelns angesehen zu werden, wobei zu bedenken gilt, dass dies lediglich eine Basis für eine ethische Kompetenz in der Pflege darstellen kann. Oder anders ausgedrückt: „caring is only the tip of the iceberg of nursing ethical knowledge“. (Tarlier, 2004, S. 231–232)

Nun ist das Bedürfnis zu helfen, oder auch to-care, innerhalb der pflegerischen Profession besonders stark vertreten. Zudem sind die Pflegenden aufgrund ihrer spezifischen Tätigkeit im besonderen Maße den PatientInnen in schwierigen, oftmals lebensbedrohlichen Situationen sehr nahe. Dies führt dazu, dass die Berufsgruppe der Pflegenden selbst pflegerische Tätigkeiten als grundsätzlich moralisch-ethische Tätigkeiten begreift. (Monteverde, 2013, S. 272; Wettreck, 2001, S. 30–31) Der Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) spiegelt dieses Selbstverständnis wieder und geht gleichzeitig weit über das Motiv des Helfens hinaus. Neben den vier Grundlegenden Verantwortungsbereichen Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen und Leiden zu lindern, wird auf weitere wesentliche Selbstverpflichtungen der Profession der Pflegenden hingewiesen. So sollen alle Menschen unabhängig ihrer Herkunft, Religion, politischen Ansichten, Geschlecht oder sexuellen Präferenzen gleichbehandelt werden. Auch die beschriebene Mo-

tivation des Helfens wird hier nicht nur als eine eher simpel erscheinende Orientierung genannt, sondern es wird stattdessen das Wohlergehen der zu Pflegenden in den Mittelpunkt pflegerischer Handlung gestellt. Ferner nimmt vor allem die Verantwortung der Pflege für den Einzelnen, die KollegInnen und die gesamte Gesellschaft einen großen Raum ein. (ICN, 2012, S. 1–4)

Dieses Selbstverständnis der Pflege als eine Berufsgruppe, die ihr Handeln durch ethische Prinzipien, wie einer generellen Verantwortung für die Pflegeempfänger leiten lässt, zeigt sich auch zunehmend in den Ausbildungskonzepten der Pflegeberufe, in denen stellenweise eine ethisch-moralische Kompetenz explizit genannt wird, wie etwa beim sogenannten Stuttgarter Modell®. Dieses weist in dessen Kompetenzmodell eine Ethisch-moralische Kompetenz aus, die in Prüfungssituationen als eine von sechs Schlüsselkompetenzen des beruflichen Handelns geprüft wird. (Görres et al., 2007, S. 63) Ziel solcher und anderer Konstruktionen und Verankerungen im Curriculum, ist stets eine Stärkung der ethischen Kompetenz, die vor allem in einer ethisch-moralischen Reflexionsfähigkeit der Pflegenden sichtbar wird. Diese Reflexionsfähigkeit ist der Schlüssel in ethisch anspruchsvollen Pflegesituationen adäquat, der Person und Situation angemessen agieren und Handeln zu können. Diese Kompetenz gehört damit ganz wesentlich zum pflegerischen Handwerk, das die eigenen Werte, die des Gegenübers und eine komplexe individuelle Situation in Einklang bringen muss, um tatsächlich professionelles Pflegehandeln zu begründen. (Riedel, 2013, S. 1–2) Dass dies den Pflegenden grundsätzlich zugetraut wird, ist empirisch belegt. So wird auch von anderen Berufsgruppen, wie etwa der Ärzteschaft, den Pflegenden in Befragungen eine besonders ausgeprägte hohe Sensibilität für ethische Aspekte zugesprochen. Stellenweise schätzen die ärztlichen KollegInnen die ethische Kompetenz der professionell Pflegenden sogar höher ein, als die der eigenen Berufsgruppe oder sogar höher, als diese von den Pflegenden selbst eingeschätzt wurde. (Bohrer et al., 2002, S. 448; Neitzke, 2011, S. 65; Sauer, 2015, S. 132; Wettreck, 2001, S. 243)

Nun wird eine solche Kompetenz nicht nur durch die grundlegend ethisch-moralisch herausfordernde Pflegepraxis auf die Probe gestellt. Hinzu kommt, dass das gesamte Gesundheitswesen durch gesellschaftliche und medizinische Entwicklungen stark unter Druck gesetzt wird. Der Medizinethiker Gerald Neitzke (2011) beschreibt dieses Phänomen anhand dreier Einflussfaktoren. Zum einen stehen aufgrund des medizinischen Fortschritts immer mehr komplexe Therapiemöglichkeiten zur Verfügung, die die Frage nach Leben und Sterben sowie gleichzeitig die Frage nach der Sinnhaftigkeit möglicher Therapien, unter Berücksichtigung einer noch zu erwartenden Lebensqualität, aufwerfen. Obwohl diese Therapieentscheidungen aufgrund ihrer zunehmenden Komplexität und oftmals kaum vorhersehbaren Folgen zunehmend schwerer zu fällen sind, gilt es dennoch dem zunehmenden Au-

tonomiestreben der PatientInnen Rechnung zu tragen. Dieses ist der zunehmenden Individualisierung der Gesellschaft geschuldet und hat eine Abkehr von einem paternalistischen ärztlichen und pflegerischen Handeln, hin zu einer Orientierung am autonomen Willen der PatientInnen zur Folge. Der dritte Einflussfaktor, der wiederum in Konflikt mit den anderen Bedingungen treten kann, ist der zunehmende Kostendruck im Gesundheitswesen. Dieser wird zum einen durch die modernen, teuren Therapien verursacht und zum anderen durch die demographischen Veränderungen, die neben einer verlängerten Lebenserwartung vor allem ein ansteigendes Auftreten von älteren, multimorbiden PatientInnen zur Folge hat. (Neitzke, 2011, S. 59–60) Diese Faktoren stehen sich grundsätzlich im Widerspruch gegenüber, da der zunehmende Bedarf an teuren, modernen Therapien die Kosten nach oben zu treiben droht. Diese Therapien stellen jedoch gleichzeitig eine wichtige Einkommensquelle für die Kliniken dar, die unter einem großen ökonomischen Druck stehen. Die Therapien wiederum sind gleichzeitig nicht zwangsläufig im individuellen Interesse der oder des Erkrankten.

Dieser Problemkomplex hat zur Folge, dass es im modernen Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen der Versorgung zunehmend zu ethisch-moralischen Fragestellungen und aufgrund dessen zu Konflikten kommt. Diese stellen eine potentiell große Belastung für die beteiligten Personen dar, mit den möglichen Folgen eines Moral Distress (MD) und daraus resultierendem Burn-out. (Tanner et al., 2014, S. 354) Nun haben Befragungen in Kliniken ergeben, dass Pflegende häufig eine andere Sichtweise auf diese ethisch-moralischen Konflikte haben, als andere Berufsgruppen. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass diese häufiger und intensiver, das heißt als belastender erlebt werden und auch hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens anders priorisiert werden. (Neitzke, 2011, S. 62–73; Rester, Grebe, Bauermann, Pankofer & Bleyer, 2017, S. 6; Sauer, 2015, S. 124–131) Das wirft die Frage auf, warum Pflegekräfte ethisch-moralische Konflikte als belastender erleben. Schließlich lässt sich anderen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen, wie der Ärzteschaft, eine ethisch-moralische Orientierung am Patientenwohl kaum absprechen. Dass die ethische Kompetenz oder Sensibilität bei diesen geringer ausgeprägt sein soll, als bei den Pflegekräften, ist daher nicht unmittelbar plausibel. Besitzen also Pflegende tatsächlich eine im besonderen Maße ausgeprägte ethisch-moralische Sensibilität oder spielen andere Hintergründe bei der Wahrnehmung und Umgang mit ethisch-moralischen Konflikten eine bestimmende Rolle?

1.1 Bedeutsamkeit ethischer Sensibilität im professionellen Pflegehandeln

Wie sich beispielhaft im Stuttgarter Modell[©] ablesen lässt, bildet die ethisch-moralische Kompetenz eine grundlegende Voraussetzung für professionelles Pflegehandeln. Im Modell der Pflegekompetenz nach Olbrich (2009) stellt das ethische Handeln ebenfalls eine

wesentliche Dimension professionellen Pflegehandelns dar. Die angehenden Pflegekräfte durchlaufen während ihrer Ausbildung eine Entwicklung, die sie durch verschiedene Dimensionen und Ebenen pflegerischer Entscheidungen und Handlungen führt. Zunächst erreichen die Auszubildenden eine tendenzielle Orientierung an bekannten Regeln und Abläufen im beruflichen Alltag. Bestimmte Situationen der pflegerischen Versorgung werden verinnerlicht und gewissermaßen routinemäßig abgehandelt, was Olbrich als „Regelgeleitetes Handeln“ beschreibt. Mit der Zeit gelingt es den Auszubildenden solch allgemeine Situationen in einen größeren Versorgungskontext einzuordnen, wodurch nicht mehr eine einzelne Handlung, sondern der Gesamtzusammenhang zunehmend an Beachtung findet und die Handlungen „situativ beurteilt“ werden. In einem nächsten Entwicklungsschritt streben die Auszubildenden zunehmend an ihr Handeln zu „reflektieren“, was bedeutet, dass neben der Situation der PatientInnen, auch die Pflegekraft selbst und ihr berufliches Selbstverständnis miteingebracht und reflektiert werden. Dies ist die Voraussetzung um schließlich die Dimension des „aktiv-ethischen Handelns“ zu erreichen. Dabei gelingt es den Pflegenden sich ihrer eigenen Normen und Werte bewusst zu werden und diese in das Handeln zu integrieren. Das hat zur Folge, dass sich die Pflegekraft bewusst über die übliche Routine und Regeln hinwegsetzen kann, um der Situation und den eigenen Moralvorstellungen gerecht werden zu können. Für Olbrich setzt sich damit eine professionelle Pflege aus den Fähigkeiten des regelgeleiteten Handelns, der Kompetenz des situativ-beurteilenden Handelns, des reflektierenden Handelns und des aktiv-ethischen Handelns zusammen. (Olbrich, 2009, S. 63–66) Ganz entscheidend, um diese letzte Kompetenzstufe erreichen zu können, ist es, eine ethische Wertereflexion mit bewusster Werteorientierung als Teil des beruflichen Handelns zu lernen und in dieses zu integrieren. Diese Fähigkeit stellt für die Pflegeethikerin Riedel (2013) neben einer Individuums- und Evidenzorientierung einen ganz entscheidenden Baustein pflegeprofessioneller Handlungen und Entscheidungsprozesse dar. Selbstverständlich stellen diese letztgenannten Handlungskomponenten die Grundlage dafür dar, eine ethische Reflexionsfähigkeit darauf aufbauend zu entwickeln, ähnlich wie es auch Olbrich beschreibt. Hierauf basierend lässt sich zunächst eine ethische Sensibilität entwickeln, die sich als moralische Irritation, das sogenannte „ungute Gefühl“ bemerkbar macht, dass irgendetwas an einer spezifischen Situation schwierig ist oder falsch läuft. In einem nächsten Schritt wird es den Pflegenden so möglich den ethischen Kern einer Situation zu analysieren, zu benennen und die Notwendigkeit einer ethisch geleiteten Entscheidungsfindung beschreiben und vertreten zu können. (Riedel, 2013, S. 3)

Aus diesen Überlegungen heraus lassen sich zwei Gedanken ableiten. Zum einen ist das ethisch-moralische Handeln, auf Basis ethischer Reflexionsfähigkeit ein wesentlicher Teil professionellen pflegerischen Handelns. Das heißt, nicht nur die pflegerische Arbeit selbst besitzt aufgrund ihrer Art der Tätigkeit eine ethisch-moralische Dimension, sondern eine

entsprechende Kompetenz ist tatsächlich notwendig, um dieses Handeln auf eine professionelle Ebene zu bringen. Damit kann zweitens das eingangs beschriebene Erleben von ethisch-moralischen Konflikten, als ein möglicher Ausdruck der Wahrnehmung moralischer Irritation betrachtet werden. Dies wiederum stellt wie eben dargelegt eine Grundbedingung dar, um eine ethische Reflexionsfähigkeit zu entwickeln. Damit ist das Erleben ethisch-moralischer Konflikte zwar kein Indikator für eine besonders stark ausgeprägte ethische Sensibilität, im Sinne einer Ethischen Kompetenz. Dieses Erleben kann jedoch zumindest als Hinweis auf eine vorhandene ethische Kompetenz, beziehungsweise auf die potentielle Entwicklungsfähigkeit hin zu einer ethisch-moralischen Reflexionsfähigkeit, als Teil einer ethisch-moralischen Kompetenz verstanden werden.

1.2 Erleben von ethisch-moralischen Konflikten und die Besonderheit des Intensivmedizinischen Bereichs

Wenn nun also das Erleben dieser speziellen Konflikte als potentieller Indikator für eine ethisch-moralische Entwicklungsfähigkeit betrachtet wird, stellt sich die Frage welche Determinanten darauf Einfluss nehmen könnten. In der internationalen Literatur sind die Bedingungen, die zu einem solchen Konflikterleben beitragen und den daraus resultierenden Moral Distress mit verursachen gut und umfangreich erforscht. Mit entsprechend gestalteten Instrumenten konnten diverse Einflussfaktoren, die zum Entstehen eines Moral Distress beitragen, identifiziert werden (siehe Kapitel 2.2). Für Deutschland sind die Hintergründe dafür weniger gut erforscht. Diverse Befragungen unter Pflegekräften und anderen Berufsgruppen konnten Konfliktursachen, beteiligte Personen und individuelle Belastungen zwar umfangreich darstellen, (Neitzke, 2011; Rester et al., 2017; Sauer, 2011, 2015) es fehlt jedoch bislang überwiegend das Hinterfragen anderer Einflussfaktoren, wie etwa Arbeitsbedingungen, persönliche Faktoren, allgemeine Zusammenarbeit, ethisches Klima und Arbeitszufriedenheit. Aufgrund dieses Defizits wird gar vereinzelt die Frage aufgeworfen, ob viele dieser ethisch-moralisch konnotierten Konflikte und deren subjektiven Belastungen tatsächlich auf den ethisch-moralischen Hintergrund zurück zu führen sind, oder ob nicht andere wesentliche Gründe zu den in den Studien beschriebenen Belastungen für die Pflegenden führen. So wirft etwa Sauer (2015) die These auf, dass unter Umständen die Nicht-einbindung von Pflegenden in klinische Entscheidungsprozesse oder eine mangelhafte Vermittlung dieser Entscheidungen ganz wesentlich zu den starken Belastungen der Pflegekräfte beiträgt. Dieser These nach wäre somit nicht die ethische Dimension des Konfliktes für die Belastungen alleine ursächlich. Der eigentliche Grund für die Belastungen würde in einer grundsätzlich differierenden Wahrnehmung der auch ethisch konnotierten Situationen durch die Pflegenden und den, die Therapieentscheidungen fällenden, ÄrztInnen, sowie eine mangelhafte Kommunikation zwischen den Berufsgruppen liegen. (Sauer, 2015,

S. 9–10) Dieser Zusammenhang ist aufgrund der Ergebnisse aus den aufgeführten Befragungen plausibel (siehe dazu Kapitel 2.1), aber bislang nicht näher belegt.

Eine weitere Forschungslücke betrifft die spezifische Situation im intensivmedizinischen Bereich. Die im ersten Teil dargelegten gesamtgesellschaftlichen Ursachen für ein vermehrtes Aufkommen von ethisch-moralischen Problemen und Konflikten treten im Intensivbereich gewissermaßen kumuliert zu Tage. Zum einen sind hier viele der neuen, modernen und teuren medizinischen Therapieformen zu finden, was einen verantwortlichen Einsatz dieser Möglichkeiten erfordert. Es droht aufgrund immer weiterwachsender Möglichkeiten der Lebensverlängerung ein Spannungsfeld, zwischen der Nutzung solcher Therapiemöglichkeiten zur Wiederherstellung der Gesundheit und einer möglicherweise nur sinnlosen Verlängerung eines eingeleiteten Sterbeprozesses zu entstehen. Zum anderen ergibt sich aus der häufig eingeschränkten Fähigkeit zur Willensäußerung bei IntensivpatientInnen die Frage nach dem konkreten Willen der Betroffenen, um das Recht auf eine autonome Selbstbestimmung wahren zu können. Ob die getroffenen Entscheidungen, sei es auch aus guten Beweggründen heraus, im Sinne und zum Wille der PatientInnen sind, ist daher häufig unklar und stellt ein großes Konfliktpotential dar. Des Weiteren ergibt sich aus diesen oftmals teuren Therapien ein wachsender ökonomischer Druck auf die Gesellschaft, die das als Ganzes finanzieren muss. (Quintel, 2013, S. 20–22) Hinzu kommt ganz grundsätzlich die ständige Konfrontation mit Grenzsituationen der Medizin, die mit Leiden, Sterben und Tod verknüpft sind. In diesem Bereich müssen häufig unter Zeitdruck schwerwiegende Entscheidungen getroffen werden, die aufgrund ihrer Tragweite an sich schon konflikträftig sind und durch die beschriebenen Elemente, sowie unterschiedliche Ansichten und Vorstellungen im Behandlungsteam schnell zu sehr belastenden Konflikten führen können. (Rabe, 2013, S. 29–30) Es ist daher davon auszugehen, dass es im intensivmedizinischen Umfeld zu einem besonders häufigen Auftreten dieser Konflikte, mit entsprechend ausgeprägten Belastungen für alle Beteiligten kommt. Für die Situation in deutschen Kliniken gibt es jedoch bisher kaum spezifische empirische Untersuchungen, die sich in diesem speziellen Teil der klinischen Versorgung bewegen und die Belastungen der Pflegekräfte durch ethisch-moralische Konflikte speziell in diesem Bereich darstellen.

1.3 Ziel der Forschungsarbeit und Fragestellung

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es daher, das Ausmaß von und die Belastungen durch das Erleben von ethisch-moralischen Konflikten der Pflegekräfte im intensivmedizinischen Bereich zu erforschen. Ferner sollen Hinweise auf darauf Einfluss nehmende Faktoren gefunden werden, um als Resultat der Untersuchung Empfehlungen ableiten zu können, mit dem Ziel die Belastungen aus ethisch-moralischen Konflikten zu reduzieren und somit einem

Moral Distress vorbeugen zu können. Aus diesem Ziel leiten sich die der Arbeit zugrundeliegende Forschungsfragen ab:

- Wie häufig kommt es im intensivmedizinischen Bereich zu ethisch-moralischen Konflikten bei den Pflegekräften und wie stark werden diese dadurch belastet?
- Welche Faktoren wirken auf das grundsätzliche Erleben von und die erlebte Belastung durch ethische Konflikte ein?
- Wie stark wirkt sich der Faktor des Nichteinbeziehens von Pflegekräften in Therapieentscheidungen auf das Konflikterleben und die Belastungen aus?

1.4 Allgemeines Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit wurde als Masterthesis im Rahmen des Studiengangs Pflegewissenschaft M.A. an der Hochschule Esslingen verfasst. Der Gegenstand der Untersuchung, die Pflegenden im stationären intensivmedizinischen Bereich, wurden mithilfe eines standardisierten Fragebogens befragt. Dieser wurde literaturgestützt entwickelt, basierend auf bereits getesteten Fragebögen und allgemeinen Erkenntnissen aus der einschlägigen internationalen und nationalen Literatur. Es handelt sich dabei um eine quantitativ angelegte Befragung, mit dem Ziel statistisch signifikante Assoziationen zwischen den in der Literatur gefundenen potentiellen Zusammenhängen zu finden. Nach Entwicklung des Fragebogens wurde dieser einem Pretest unterzogen, mit der Schwerpunktsetzung auf Handhabbarkeit, zeitlichen Aufwand und Verständlichkeit. Ferner wurden die Pflegekräfte, die an diesem Pretest teilnahmen nach ihrem allgemeinen subjektiven Eindruck, Plausibilität und spontanen Ergänzungsvorschlägen gefragt.

Die Basis der Arbeit bildet eine Literaturstudie, die sich aus den Bausteinen Ethisch-moralische Konflikte, Moral Distress oder Moralischer Stress, Pflege im Intensivbereich, sowie Erkenntnissen zur Ethischen Kompetenz in der Pflege zusammensetzt. Als Quellen für die Literaturrecherche wurden vor allem die Suchmaske RDS der Hochschule Esslingen, CINAHL, PubMed, sowie die Datenbanken des Springer- und Thiemeverlags benutzt. Gesucht wurde vor allem mit den Begriffen Moral Distress, Moral Distress Scale, Ethical knowledge, Ethical Conflict Intensive Care Unit/ critical care, Thermometer Moralischer Stress/ Moral Distress Thermometer, Instrument moralischer Stress, Ethische Konflikte, Ethisch-moralische Konflikte, Ethische Konflikte Intensivstation, Ethische Kompetenz Pflege, Ethisch-moralische Kompetenz und Intensivpflege. Vereinzelt wurden auch der Bestand an einschlägigen Fachzeitschriften händisch durchsucht, vor allem die in der Hochschule Esslingen in Papierform vorrätigen oder als digitale Zugriffsmöglichkeit hinterlegten Fachzeitschriften Pflege, Pflege & Gesellschaft, Pflegewissenschaft, sowie Ethik der Medizin. Wurden einige Artikel konkret aufgrund ihrer Eigenschaft als Primärliteratur gesucht, konnten diese meist