

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

Institut der Ludwig-Maximilians-Universität München

Vorstand: Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH

Moralischer Stress im Medizinstudium:

Eine qualitative Interviewstudie mit Studierenden im Praktischen Jahr

Dissertation

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin

an der Medizinischen Fakultät der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von:

Janina Klingler

aus Bochum

2019

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Georg Marckmann

Mitberichterstatter: PD Dr. Jan Kieseewetter
Prof. Dr. Constantin Klein

Mitbetreuung durch die
promovierte Mitarbeiterin: Dr. Katja Kühlmeyer

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hicel

Tag der mündlichen Prüfung: 02.05.2019

Eidesstattliche Versicherung

Klingler, Janina

Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt,
dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

Moralischer Stress im Medizinstudium:

Eine qualitative Interviewstudie mit Studierenden im Praktischen Jahr

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Hamburg, 11.07.2019

Ort, Datum

Janina Klingler

Unterschrift Doktorandin/Doktorand

Für Rena & Corinna

Danksagung

Die folgende Arbeit wäre ohne die Mithilfe, Inspiration und Motivation vieler verschiedener Menschen nicht zustande gekommen. Diese Menschen verdienen daher einen besonderen Dank:

Als erstes möchte ich mich bei meiner Betreuerin Frau Dr. Katja Kühlmeyer für all ihre Mühen, ihre Arbeit, ihre Geduld und ihre Inspiration bedanken. All die zeitlichen Ressourcen, die in dieses Projekt geflossen sind, habe ich sehr wertschätzen können, ebenso wie ein stets vorhandenes offenes Ohr, wenn ich es benötigt habe. Egal wann ich Hilfe brauchte, sie stand mir stets mit Rat und Tat zur Seite und in Zeiten der Demotivation teilte sie ihre Motivation für dieses Thema mit mir. Ebenfalls möchte ich mich für die durch sie organisierten Möglichkeiten, meine Arbeit am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin vorzustellen, bei ihr und allen Beteiligten bedanken. Mir wurde so die Möglichkeit zuteil, mein Projekt vorzustellen, methodische Probleme zu diskutieren und auch die Auswertung durch Dritte überprüfen zu lassen. Daher ein herzliches Dankeschön an all die Menschen, die hier beteiligt waren.

Einen mindestens ebenso großen Dank möchte ich meiner Schwester und Leidensgenossin auf dem langen Weg der Promotion aussprechen. Zu jeder Tages- und Nachtzeit konnte ich sie um Rat fragen und bekam eine zuverlässige, konstruktive und hilfreiche Antwort. Ohne sie würde ich dieses Schriftstück nicht in den Händen halten.

Ich möchte mich ebenfalls beim Rest meiner Familie bedanken für all die Unterstützung und Inspiration. Ebenso verdient mein Freund Matthias meinen Dank, der dieses Vorhaben immer mit all seiner Kraft unterstützt hat.

Ein Dank gehört auch all den Teilnehmern, die so bereitwillig an dieser Studie teilgenommen haben und ohne die diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Einen letzten Dank möchte ich Herrn Prof. Dr. Marckmann aussprechen, der meine Arbeit über all die Jahre mit seinem Rat und Anregungen unterstützt hat.

Zusammenfassung

Hintergrund

Zahlreichen internationalen Studien zufolge erleben Pflegekräfte sowie Ärzte im Rahmen ihrer klinischen Tätigkeit moralischen Stress. Moralischer Stress entsteht, wenn eine Person daran gehindert wird nach den eigenen moralischen Vorstellungen zu handeln. Im klinischen Alltag ist medizinisches Personal mit zahlreichen ethischen Herausforderungen konfrontiert, die sich nicht zuletzt aus der kontinuierlichen technischen und pharmakologischen Weiterentwicklung sowie den sich stetig ändernden strukturellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen ergeben. Akteure des Gesundheitssystems müssen in solchen ethischen Konfliktsituationen entscheiden, welche Handlungen moralisch rechtfertigbar sind und daher durchgeführt werden sollten. Moralische Bewertungen können jedoch gerade in einer pluralistischen Gesellschaft zwischen Menschen divergieren. Es wird daher im klinischen Alltag mit seinen hierarchischen Strukturen oft dazu kommen, dass Personen sich gezwungen sehen, Entscheidungen mitzutragen oder Anweisungen auszuführen, die mit den eigenen moralischen Vorstellungen vom moralisch richtigen Handeln konfliktieren. Als Folge kann moralischer Stress entstehen.

Auch im Kontext des deutschen Gesundheitssystems ist das Vorkommen von moralischem Stress daher zu erwarten, jedoch bisher kaum erforscht. Aufgrund von bereits nachgewiesenen negativen Folgen wie beispielsweise der Entwicklung von Depressionen bei medizinischem Personal oder dem Ausstieg aus der klinischen Tätigkeit ist eine Untersuchung dieses Phänomens auch im deutschen Kontext von Bedeutung. Diese Studie soll daher einen ersten Einblick in diese Thematik ermöglichen. Es soll untersucht werden, welche Situationen im deutschen Gesundheitssystem für die Entstehung von moralischem Stress ursächlich sind, welche emotionalen Reaktionen ausgelöst werden und wie der initiale Umgang mit einer moralisch stressigen Situation ist. Zusätzlich soll eruiert werden, wie moralischer Stress – und daraus entstehende Belastungen – aus der Perspektive der Betroffenen potentiell reduziert werden kann. Dies wurde bislang in der Forschung vernachlässigt, erscheint aber von besonderer Bedeutung. Die Studie konzentriert sich dabei auf die Untersuchung von Medizinstudenten im Praktischen Jahr. Eine solche Untersuchung erscheint nicht nur sinnvoll aufgrund der geringen Anzahl an nationalen sowie internationalen Studien dieser Probandengruppe, sondern auch aufgrund des vorliegenden Risikoprofils für das Auftreten von moralischem Stress: Durch eine erste längerfristige Konfrontation mit diesem Phänomen entwickeln PJ-Studenten implizit durch praktisches Lernen Umgangsstrategien, die sich langfristig negativ auf die Patientenversorgung auswirken können. Das Praktische Jahr ist daher für die Entwicklung von Umgangsstrategien von besonderer Bedeutung. Ebenso liegt eine besondere Gefährdung aufgrund einer hohen moralischen Sensibilität und einer fehlenden Einbindung in Entscheidungsprozesse vor.

Methodik

Es wurde eine explorative, deskriptive Studie konzipiert. Gegenstandsangemessen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Es wurden 15 leitfadengestützte Interviews mit Studenten im Praktischen Jahr durchgeführt. Die Teilnehmer wurden dabei über Kontakte aus dem Studienkontext sowie durch Snowball-Sampling gemäß einer Maximum-Variation-Sampling Strategie rekrutiert. Die Interviews wurden aufgenommen, transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Dabei kamen sowohl induktive als auch deduktive Auswertungsstrategien zum Einsatz.

Ergebnisse

Für die Teilnehmer der Studie konnte das Vorkommen von moralischem Stress und eine daraus resultierende emotionale und psychische Belastung nachgewiesen werden. Die hierbei identifizierten Ursachen sind heterogen und reichen von Situationen in denen vermeintlich falsche Therapieentscheidungen getroffen werden, bis hin zu rektalen Untersuchungen, die zu Demonstrationszwecken genutzt werden. Die aus diesen Situationen entstehenden emotionalen Reaktionen werden vorrangig durch negative Basisemotionen – wie Wut, Verachtung, Schamgefühle oder Schuldgefühle – beschrieben. Zur Verarbeitung der erlebten Situationen verwenden die Betroffenen bevorzugt emotionsorientierte und weniger lösungsorientierte Copingstrategien. Die Studienteilnehmer setzen also vornehmlich an der eigenen Emotionsregulation an, statt zu versuchen, die Ursache zu beseitigen. Insbesondere die Kommunikation und vorrangig der Austausch mit Freunden und Kollegen hinsichtlich fachlicher oder ethischer Situationsbewertungen sowie eine aktive Distanzierung von der eigenen Verantwortlichkeit scheinen dabei eine wichtige Rolle zu spielen. Aus der Perspektive der Teilnehmer kann die Belastung, die aufgrund von moralischem Stress entsteht, auf vielfältige Weisen reduziert werden. Hierfür nennen die Teilnehmer verschiedenste Möglichkeiten, die nicht nur auf individueller Ebene ansetzen, sondern auch dazu auffordern Strukturen im Krankenhaus und auf Systemebene kritisch zu reflektieren und umzugestalten.

Schlussfolgerung

Die Studie kommt insbesondere in Bezug auf das Ursachenspektrum für die Entstehung von moralischen Stress zu ähnlichen Ergebnissen wie Untersuchungen aus anderen nationalen Kontexten. Einige Ergebnisse sind jedoch so bislang noch nicht beschrieben worden und können daher helfen das konzeptionelle Verständnis von moralischem Stress weiter zu schärfen. Bislang war zumeist angenommen worden, dass man aktiv an einer Situation beteiligt sein muss, um moralischen Stress zu erleben. Dies konnte mit dieser Studie widerlegt werden. Bereits eine passive Beteiligung ist hierfür ausreichend. Ebenso konnte gezeigt werden, dass zumeist nicht einzelne Ursachen zu moralischem Stress führen, sondern vielmehr komplexe Situationsgeflechte, die mehrere Ursachen miteinander verbinden. Dies ist vor allem wichtig bei der Verwendung von Skalen zur quantitativen Erfassung von moralischem Stress, da der Großteil der entwickelten Skalen moralischen Stress als monokausales Konstrukt versteht und eine Verwendung dieser somit kritisch reflektiert werden muss.

Zudem liefern die Ergebnisse in Bezug auf emotionale Reaktionen und verwendete Copingstrategien erste Hinweise, dass moralischer Stress potentiell die Versorgungsqualität der Patienten langfristig negativ beeinflussen sowie gesundheitliche Schäden bei den Betroffenen verursachen kann. Eine intensivere Auseinandersetzung mit Möglichkeiten zur Reduktion von moralischem Stress erscheint vor dem Hintergrund potentieller langfristiger Schäden – aber auch angesichts der akuten emotionalen Belastung, die durch moralischen Stress entsteht – geboten. Die hier beschriebenen Ergebnisse legen einen multidimensionalen Ansatz nahe. Dieser sollte nicht nur Ursachen reduzieren, sondern auch Möglichkeiten schaffen die emotionale und psychische Belastung, die durch moralischen Stress entsteht, abzubauen. Speziell für Studenten scheinen dabei die Implementierung von Gesprächsgruppen, die Betreuung durch Mentoren oder eine intensive Schulung durch das „Lernen am Model“, um einen adäquaten Umgang mit moralischem Stress zu erlernen, besonders vielversprechende Ansätze zu sein. Diese Studie kann jedoch nur Ideen liefern, wie moralischer Stress reduziert werden könnte. Zukünftige Forschungsprojekte sollten sich insbesondere der Ausarbeitung und Evaluation vorgeschlagener und weiterer Ansätze zuwenden.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	10
1.1. Die Relevanz von moralischem Stress	10
1.2. Aktueller Forschungsstand und Forschungslücke	11
1.3. Fragestellung und Ziele der Studie	13
1.4. Weiteres Vorgehen.....	15
2. Konzeptioneller Hintergrund	16
2.1. Definition von moralischem Stress.....	16
2.1.1. Entstehung und Entwicklung des Grundkonzeptes.....	16
2.1.2. Entstehung und Entwicklung von Nebenkzepten	20
2.1.3. Umstrittene Aspekte innerhalb des Gesamtkonzeptes	21
2.1.4. Entwicklung einer Arbeitsdefinition.....	21
3. Methode und Teilnehmer	24
3.1. Methodische Ansätze zur Erfassung von moralischem Stress	24
3.1.1. Quantitative Ansätze	24
3.1.1.1. Skalen	24
3.1.1.2. Auftretende Probleme bei der Verwendung von Skalen	25
3.1.2. Qualitative Ansätze.....	27
3.2. Methode	27
3.2.1. Design	27
3.2.2. Methodologische Orientierung und Theorie.....	28
3.2.3. Interviews	29
3.2.3.1. Vorausgehende Planung.....	29
3.2.3.2. Interviewleitfaden	29
3.2.3.3. Sampling und Rekrutierung.....	31
3.2.3.4. Ablauf der Interviews und Endpunkt der Datenerhebung	32
3.2.3.5. Transkription	33
3.2.3.6. Definition und Auswertung	34
3.2.3.6.1. Definitionsklärung	34
3.2.3.6.2. Auswertung	34
3.3. Methodische Abweichung.....	40
3.3.1. Ursachen.....	40
3.3.2. Emotionen	40
3.3.3. Coping.....	40

3.3.4.	Verbesserungsmöglichkeiten	40
3.4.	Teilnehmer	41
3.4.1.	Stichprobe	41
3.4.2.	Interviewdurchführung	41
4.	Ergebnisse	42
4.1.	Darstellung der Ergebnisse.....	42
4.2.	Situationsschilderungen	42
4.3.	Fallbeispiele.....	43
4.3.1.	Übersicht der Fallbeispiele	43
4.3.2.	Zusammenfassung der Fallbeispiele und dazugehörige Codes.....	43
5.	Diskussion	80
5.1.	Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit bisheriger Forschung.....	80
5.1.1.	Ursache.....	80
5.1.2.	Emotionen und Residuen	82
5.1.3.	Coping und Handlungskonsequenzen	83
5.1.4.	Längerfristige Konsequenzen	84
5.1.4.1.	Arbeitszufriedenheit.....	84
5.1.4.2.	Gesundheit von (angehenden) Ärzten	84
5.1.4.3.	Fluktuation, Verlassen der Profession und Ärztemangel	86
5.1.4.4.	Versorgungsqualität	87
5.1.5.	Verbesserungsmöglichkeiten	87
5.2.	Konzeptentwicklung	89
5.3.	Interventionen zur Reduktion von moralischem Stress.....	93
5.4.	Limitationen	102
6.	Konklusion und Ausblick.....	104
7.	Abkürzungsverzeichnis	106
8.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	106
9.	Literaturverzeichnis	107
10.	Anhänge	115
10.1.	Anhang 1) Einwilligungserklärung	115
10.2.	Anhang 2) Interviewleitfaden.....	116
10.3.	Anhang 3) Kodierleitfaden.....	118
10.4.	Anhang 4) Transkriptionsregeln	119

1. Einleitung

1.1. Die Relevanz von moralischem Stress

In den letzten Jahrzehnten hat die Medizinethik für die klinische Praxis kontinuierlich an Bedeutung gewonnen, was sich unter anderem an der zunehmenden Implementierung von Ethikkomitees in deutschen Krankenhäusern zeigt. Dies verwundert nicht, da man sich im medizinischen Alltag durch technische und pharmakologische Entwicklungen sowie sich stetig ändernde strukturelle und gesetzliche Rahmenbedingungen stets vielen neuen ethischen Herausforderungen stellen muss. In einem zusätzlich verstärkt ökonomisch ausgerichteten Arbeitskontext, der häufig von restriktiver Personalpolitik und hoher Dokumentationsbelastung geprägt ist, mögen viele Ärzte¹ wie Pflegende das Gefühl haben, den Patienten mit ihren Sorgen nicht mehr gerecht werden zu können. Sie stehen vor der schwierigen Entscheidung, wie sie ihre begrenzten zeitlichen Ressourcen am besten aufteilen und Arbeitsaufträge priorisieren können. Diese und viele weitere Probleme stellen die Akteure des Gesundheitssystems vor die Herausforderung zu entscheiden, welche Handlungen als moralisch korrekt bewertet werden sollen. Moralische Bewertungen können jedoch zwischen Menschen divergieren. Hinzu kommt, dass unter den aktuellen Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern durch beispielsweise Arbeitsverdichtung und Zeitknappheit schwer ist, das moralisch Gebotenen in allen Fällen zu realisieren. Aufgrund der verschiedenen Standpunkte und einem stark hierarchisch strukturierten Gesundheitssystem, in dem ein Großteil der Entscheidungsgewalt einem kleinen Teil der Beteiligten vorbehalten ist, werden viele der in diesem System arbeitenden Akteure nahezu täglich dazu gezwungen, Entscheidungen mitzutragen und Anweisungen auszuführen, die mit den eigenen moralischen Vorstellung vom richtigen Handeln konfliktieren.

Eine mögliche Folge dieser inneren Konflikte ist die Entwicklung von moralischem Stress. Unter Stress im Allgemeinen versteht man eine Überforderung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten im Rahmen einer besonderen Anforderung, wodurch es zu psychischen und physischen Reaktionen kommen kann. Moralischer Stress beschreibt ebenfalls eine solche Reaktion, die jedoch bestimmte situative Faktoren voraussetzt. Das Phänomen wurde 1984 das erste Mal in der Literatur von Andrew Jameton beschrieben und tritt dann auf, wenn jemand eine Vorstellung von moralisch richtigem Handeln hat, jedoch institutionelle Beschränkungen diese Handlung nicht zulassen (Jameton, 1984). Die oben beschriebenen Beispiele legen nahe, dass derartige Situationen in unserem Gesundheitssystem nicht selten vorkommen dürften. Anders als in Amerika, wo moralischer Stress vor allem im Pflegebereich bereits ein viel diskutiertes Thema ist, hat bisher im Kontext des deutschen medizinethischen Diskurses moralischer Stress nur wenig Beachtung gefunden.

Dabei wäre es wichtig sich mit dem Phänomen auch im deutschen Kontext zu beschäftigen, da die Folgen von moralischem Stress für die Betroffenen sowie für das Gesundheitssystem gravierend sein können:

- Durch moralischen Stress kann das Wohlergehen des betroffenen Gesundheitspersonals empfindlich eingeschränkt werden. Moralischer Stress kann zu Frustration, Wut und Ärger sowie langfristig zur Entstehung von Depressionen und Burn-Out-Syndromen führen, wie mit Pflegepersonal durchgeführte Studien nachweisen konnten (Ulrich et al., 2010; Lerkiatbundit & Borry, 2009). Als weitere Folge wird befürchtet, dass sich medizinisches Fachpersonal

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

vermehrt gegen die klinische Berufsausübung entscheidet (Allen et al., 2013; Maningo-Salinas, 2010; Winland-Brown et. al, 2010; Lerkiatbundit & Borry, 2009; Fogel, 2007; Corley 1995; Wilkinson, 1989).

- Neben dem Wohlergehen des Gesundheitspersonals spielt auch die Qualität der Patientenversorgung eine bedeutende Rolle. Das Auftreten von moralischem Stress kann die Versorgungsqualität vermindern und beispielsweise zu Fehlern in der Medikamentenvergabe führen, wie man bei Krankenschwestern zeigen konnte (Ganz & Berkovitz, 2012; Deady & McCarthy, 2010).
- Zudem sollte natürlich auch auf einen effizienten Einsatz begrenzter finanzieller Ressourcen geachtet werden. Da moralischer Stress zu einer erhöhten finanziellen Belastung beispielsweise aufgrund von längeren Liegezeiten führen kann, wie eine Korrelationsstudie von Lerkiatbundit und Borry (2009) zeigen konnte, ist auch aus ökonomischer Sicht die Reduktion von moralischem Stress bedeutsam und kann möglicherweise zu einer effizienteren Verwendung von finanziellen Ressourcen führen.

Zusammenfassend sollte - unter Berücksichtigung der Belastung und möglicher Folgen für das betroffene Individuum, aber auch für die Patienten und das Gesundheitssystem als Ganzes - die Forschung zu moralischem Stress intensiviert werden, sodass moralischer Stress mehr wissenschaftliche Beachtung durch das Gesundheitspersonal erfahren kann. Eine Verbesserung des Umgangs mit moralischem Stress sowie die Implementierung von Maßnahmen zur Ursachenreduktion – in klinischen Alltag, aber auch auf Systemebene durch politische und gesetzliche Regelungen – sollten angestrebt werden.

1.2. Aktueller Forschungsstand und Forschungslücke

Während in Deutschland zu diesem Thema nahezu keine Forschungsarbeiten zu finden sind, so haben sich internationale Forschungsgruppen bereits seit vielen Jahren mit diesem Themenkomplex beschäftigt. Ein Forschungsschwerpunkt war dabei die Differenzierung und Präzisierung des ursprünglichen konzeptuellen Ansatzes von Jameton (vgl. hierzu Abschnitt 2.1. Definition von moralischem Stress). Viele andere Arbeitsgruppen untersuchten ergänzend das Auftreten von moralischem Stress beim Pflegepersonal. Im Focus der Untersuchungen standen zumeist die Identifikation von Ursachen, die zu moralischem Stress führen können (wie beispielsweise das Vorliegen einer unvollständigen Aufklärung für eine therapeutische Intervention, die Durchführung unnötiger Untersuchungen oder eine fehlende Informationsweitergabe an Angehörige) (Allen et al., 2013; Hamric et al., 2012; Papathanassoglou et al., 2012; Volbrecht, 2002; Ganz & Berkovitz, 2012; Eizenberg et. al, 2009; Lerkiatbundit & Borry, 2009; Kälvmemark-Sporrong et. al, 2006; Elpern et. al, 2005; Hanna, 2004; Fry & Duffy. 2001; Corley et al., 2001; McGee et al., 2001; Sundin-Huard & Fahy 1999; Ferrell & Rivera, 1995; Omery et al., 1995; Pinch & Spielman, 1993; Wilkinson, 1987) sowie die daraus resultierenden physischen und emotionalen Reaktionen (wie beispielsweise die Entstehung von Ruhelosigkeit, Wut oder Ärger) (Thomas & McCullough, 2015; Elpern et. al, 2005; Sundin-Huard & Fahy, 1999; Wilkinson, 1989) und längerfristige Folgen (wie beispielsweise das Einreichen einer Kündigung, die Entstehung eines Burnout-Syndroms oder die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität von Patienten) (Lamiani et al., 2017; Shoorideh et. al, 2015; Thomas & McCullough, 2015; Wlodarczyk & Lazarewicz, 2011; Akpınar et al., 2009; Lerkiatbundit & Borry, 2009; Cox, 2008; Elpern et. al, 2005; Sundin-Huard & Fahy, 1999; Kendrick & Cubbin, 1996). Weitere Studien beschäftigten sich mit dem Copingverhalten der Betroffenen (wie beispielsweise einer emotionalen Abstumpfung) oder potentiellen Möglichkeiten zur Reduktion von moralischem Stress (wie zum

Beispiel der Förderung eines gleichberechtigten Mitspracherechts für Krankenschwestern) (Allen et al., 2013; McCarthy & Deady, 2008; Maningo-Salinas, 2010; Winland-Brown et. al, 2010; Lerkiatbundit & Borry, 2009; Fogel, 2007; Elpern et. al, 2005; Sundin-Huard & Fahy, 1999; Corley, 1995; Arthur, 1995; Wilkinson, 1989).

Zwar konzentrierten sich bisherige Forschungsprojekte vorrangig auf Untersuchungen des Pflegepersonals, einige Studien beschäftigen sich jedoch auch mit dem Auftreten von moralischem Stress bei ärztlichem Personal. Diese untersuchten vor allem mögliche Ursachen (wie beispielsweise Therapieentscheidungen während terminaler Krankheitsphasen, die den eigenen Vorstellungen nicht entsprechen oder ein oft wechselndes therapeutisches Vorgehen aufgrund mangelnder Kommunikation bezüglich des festgelegten Therapieplans an den Dienstarzt) und die aus moralischem Stress resultierenden Emotionen (wie beispielsweise das Auftreten von Schuldgefühlen) (Dzeng et al., 2016, Knifed et al., 2010; Chiu et al., 2008; Hilliard et al., 2007). Auch die Identifikation von Copingstrategien (wie beispielsweise die Diskussion über die moralischen Stress auslösende Situation mit anderen beteiligten Personen) und die Abschätzung möglicher Folgen von moralischem Stress waren Bestandteil der bisheriger Forschung (Chiu et al., 2008; Hilliard et al., 2007). Nur eine Studie stellte einige wenige Möglichkeiten vor, wie moralischer Stress reduziert werden kann. Diese Daten fielen als Nebenprodukt einer Studie an, die vor allem Ursachen von moralischem Stress und das darauf folgende Copingverhalten untersucht hatte (Hilliard et al., 2007). Exemplarisch wird hierbei die Möglichkeit des Mentoring genannt. Hierbei sollen erfahrene Assistenzärzte die jüngeren Kollegen im Umgang mit der Belastung durch moralischen Stress schulen. Diese Idee ist der Beobachtung geschuldet, dass Assistenzärzte, die in ihrer Weiterbildung schon fortgeschrittener sind, weniger Belastung durch moralischen Stress erfahren als unerfahrene Kollegen. Sie müssen folglich – so die Überlegung – Strategien entwickelt haben, um mit der Belastung besser umgehen zu können (Hilliard et al., 2007).

Weitaus weniger Studien beschäftigten sich mit moralischem Stress und dessen Ursachen bei Medizinstudenten (Monrouxe et al., 2015; Wiggleton et. al, 2010; Lomis et al., 2009). Studien zu den durch moralischen Stress ausgelösten Emotionen, längerfristigen Folgen und Copingstrategien sowie Möglichkeiten zur Stressreduktion wurden bisher nicht durchgeführt.

Neben den zahlreichen Studien, die moralischen Stress bei einer spezifischen Berufsgruppe untersuchten, gibt es ebenfalls einige Forschungsarbeiten, die versuchten die Situation verschiedener Akteure des Gesundheitssystems miteinander zu vergleichen. Innerhalb dieser Forschungsarbeiten wurden das Ursachenspektrum und die Unterschiede hinsichtlich der Belastungsintensität der verschiedenen Berufsgruppen verglichen (Allen et al., 2013; Hamric et al., 2012; Glasberg et al., 2006; Kälvemarm et al., 2004). So konnte beispielsweise die Studie „Moral Distress Among Healthcare Professionals at a Health System“ (Allen et al., 2013) zeigen, dass das Pflegepersonal ebenso wie Ärzte eine moderate bis hohe Belastung durch moralischen Stress erfahren. Im Vergleich zueinander war die Belastung von Krankenschwestern höher als die der Ärzte (Hamric et al., 2012). Das Ursachenspektrum ist dabei teilweise vergleichbar, divergiert jedoch auch in einigen Teilbereichen. So ist eine bedeutende Ursachen für die Entstehung von moralischem Stress bei Pflegepersonal beispielsweise die Umsetzung von ärztlichen Anweisungen. Ärzte hingegen erleben moralischen Stress eher bei der Umsetzung von therapeutischen Maßnahmen auf Wunsch von Patientenangehörigen, obwohl vermeintlich kein Nutzen für den Patienten entsteht (Allen et al., 2013).

Wie oben beschrieben wurden einige wenige Studien durchgeführt, die die verschiedenen Berufsgruppen miteinander vergleichen. Studien, die die Ursachen von moralischem Stress oder die Belastung durch moralischen Stress innerhalb verschiedener Länder vergleichen, sind bisher nicht durchgeführt worden. Da moralischer Stress auch aufgrund von Strukturen des vorliegenden Gesundheitssystems entstehen kann, ist aktuell davon auszugehen, dass das Ursachenspektrum innerhalb verschiedener Länder mit divergierenden Gesundheitssystemen variieren kann.

Ein weiterer Forschungsschwerpunkt war die quantitative Erfassung der Belastung durch moralischen Stress. Zur Quantifizierung, aber auch zur Objektivierung wurde daher eine Vielzahl unterschiedlicher Skalen entwickelt, wie beispielsweise die „Moral Distress Scale“ (Corley et. al, 2001) (vgl. hierzu Abschnitt 2.2.1.1. Skalen).

1.3. Fragestellung und Ziele der Studie

Während man viel über die Erfahrungen von Krankenschwestern weiß und auch einige Studien mit ärztlichem Personal durchgeführt worden sind, so ist bislang nur wenig zu moralischem Stress bei Medizinstudenten bekannt. Es liegt daher nahe sich in der Studie auf diese Personengruppe zu fokussieren, um so neue Erkenntnisse generieren zu können. Hierbei sollen nicht nur Ursachen identifiziert, sondern auch die Folgen und Copingstrategien sowie potentielle Verbesserungsmöglichkeiten zur Stressreduktion herausgearbeitet werden, um einen umfassenden Eindruck generieren zu können.

Die Auseinandersetzung mit Studenten scheint dabei ebenfalls sinnvoll aufgrund des Risikoprofils. Lerkiatbundit und Borry (2009) identifizierten in einer Studie mit Pflegepersonal Risikofaktoren, die das Erleben von moralischem Stress wahrscheinlicher machen. Zu diesen zählen das Vorliegen einer hohen moralischen Sensibilität, bestehende Wissenslücken, wenig Einbindung in Entscheidungsstrukturen und das Gefühl von Verantwortung für den Patienten. Diese Faktoren sind nicht nur im Bereich der Pflege oder bei Ärzten, sondern auch bei Studenten anzutreffen. Eine Untersuchung scheint daher bei dem vorliegenden Risikoprofil, jedoch einer geringen Studienanzahl, sinnvoll zu sein. Das PJ erscheint darüber hinaus einen geeigneten Zeitpunkt darzustellen, um das Auftreten von moralischem Stress zu untersuchen, da aufgrund von intensiviertem Patientenkontakt die erste intensive und längerfristige Konfrontation mit Leiden, Unsicherheit und Konflikten erfolgt. Anders als beispielsweise im Pflegepraktikum müssen die Betroffenen mehr (Teil-)Verantwortung übernehmen und arbeiten das erste Mal in der Tätigkeit als Arzt, was das PJ zu einer prägenden Zeit macht. Es ist davon auszugehen, dass die Studenten in diesem Zeitraum erste Strategien entwickeln, um mit moralischem Stress und der daraus entstehenden Belastung umgehen zu können. Dies erfolgt jedoch nicht angeleitet, sondern implizit im Verlauf des praktischen Lernens. Es besteht deshalb die Gefahr, dass die Studierenden Strategien wählen, die ihnen zwar subjektiv eine Entlastung bieten, aber dauerhaft eine negative Auswirkung auf die Patientenversorgung haben können (wie beispielsweise durch eine reduzierte moralische Sensibilität).

Ebenso ist im Rahmen der Ausbildung die Implementierung von Lehrangeboten zur Verbesserung der aktuellen Situation verhältnismäßig leicht zu realisieren. Im Studium können durch Lehrpersonal an den Universitäten praxisnahe Lehrangebote entwickelt werden, durch die der Umgang mit moralischem Stress verbessert werden kann. Dies ist bspw. im Rahmen der medizinethischen Ausbildung möglich.

Des Weiteren sprechen auch pragmatische Gründe für diese Probandenauswahl: Es ist schwieriger Ärzte mit ihren geringen zeitlichen Ressourcen und hohen Arbeitsverpflichtungen für die Teilnahme an qualitativen Studien zu gewinnen, während Studenten im Praktischen Jahr eher die Zeit für die Teilnahme finden. Zudem kann aufgrund des Studentenstatus der Autorin der Zugang zu potentiellen Teilnehmern leicht realisiert werden.

Ursachen von moralischem Stress bei Studenten

Bislang gibt es nur sehr wenige Studien zu moralischem Stress bei Medizinstudenten. Unter diesen findet sich eine Fragebogen-Studie (Wiggleton et. al, 2010), in der einige Ursachen von moralischem Stress durch die Forscher beschrieben wurden. Ich möchte in dieser Studie explorieren, in welchen Situationen PJ-Studenten in Deutschland moralischen Stress erleben. Dabei soll anschließend überprüft werden, inwieweit diese Ergebnisse deckungsgleich mit den bisherigen Studienergebnissen im pflegerischen und ärztlichen Arbeitsumfeld sind, da in diesen Bereichen die meisten Daten vorhanden sind. Natürlich sollen die Ergebnisse ebenfalls mit denen von Wiggleton verglichen sowie ein erster Vergleich zwischen den Ursachenspektren in Abhängigkeit des zugrunde liegenden Gesundheitssystems gezogen werden.

Weiterhin ist es notwendig sich die auslösenden Situationen schildern zu lassen, um die weiteren Aspekte des Forschungsinteresses in diesem Kontext explorieren zu können.

Emotionale Reaktion

Da das bloße Auftreten von moralischem Stress noch keine Beurteilung über die potentielle Belastung ermöglicht, untersucht diese Studie zusätzlich die aus moralischem Stress resultierenden Emotionen. In anderen Studien konnten bei Krankenschwestern bereits negative Emotionen und daraus für das System schädliche Konsequenzen nachgewiesen werden. Dies gilt es aber innerhalb des deutschen Systems und bezüglich der Übertragbarkeit vom Pflegepersonal auf andere Personengruppen zu überprüfen. Das Ziel ist es mithilfe dieser Daten potentiell entstehende Belastungen abschätzen, diese von möglichen positiven Effekten abgrenzen und so die Notwendigkeit von Interventionen besser beurteilen zu können.

Copingverhalten

Nur sehr wenige Studien haben bisher den Umgang mit moralischem Stress sowie Möglichkeiten der Stressreduktion untersucht, obwohl in Studien mit Pflegepersonal das Auftreten und weitreichende negative Konsequenzen von moralischem Stress bereits nachgewiesen werden konnten. Diese Studie soll daher das Copingverhalten der Studenten beschreiben, nicht zuletzt um erste Ansatzpunkte zur Entwicklung potentielle Umgangsstrategien zu liefern.

Verbesserungsstrategien

Vor dem Hintergrund, dass moralischer Stress mit hoher Wahrscheinlichkeit fester Bestandteil eines jeden Gesundheitssystems ist, vorerst bleiben wird und negative Konsequenzen so zu erwarten sind, erscheint es sinnvoll sich auch mit der Entwicklung von Strategien im Umgang mit moralischem Stress zu beschäftigen. Dafür ist selbstverständlich eine theoretische Reflexion unerlässlich, aber auch die Einsichten und Wünsche der Betroffenen selbst können dabei wichtige Impulse liefern. Daher ist ein weiteres Ziel der Studie von den Studenten selbst als sinnvoll erachtete Verbesserungsstrategien zu identifizieren und zu beschreiben. Diese und mögliche aus dem Copingverhalten extrahierte

Umgangsstrategien können erste Anhaltspunkte für die systematische Entwicklung von stressreduzierenden Unterstützungsangeboten und Problemlösungsstrategien liefern. Hierzu soll diese Studie einen wichtigen Beitrag leisten.

Zusammenfassung soll ein erster Einblick in die Thematik „Moralischer Stress“ im Kontext des deutschen Gesundheitssystems gegeben werden. Untersucht werden hierfür Studenten im Praktischen Jahr. Es sollen Ursachen identifiziert werden, die zu moralischem Stress führen sowie die daraus resultierenden emotionalen Reaktionen und der situationspezifische Umgang der Betroffenen untersucht werden. Zusätzlich soll eruiert werden, wie moralischer Stress aus der Perspektive der Betroffenen potentiell reduziert werden kann.

1.4. Weiteres Vorgehen

Im Folgenden wird kurz die Historie der Konzeptentwicklung sowie methodische Ansätze zur qualitativen und quantitativen Erfassung von moralischem Stress erläutert. Die Wahl der in dieser Arbeit verwendeten Methoden wird begründet und die verschiedenen Methoden erklärt. Im nachfolgenden Teil werden die Ergebnisse präsentiert.

Zum Schluss wird im Rahmen der Diskussion eine Darstellung der wichtigsten neu gewonnenen Erkenntnisse sowie eine Reflexion dieser in Bezug zur bisherigen Literatur erfolgen. Aus den gewonnenen Daten ableitbare Folgen und Konsequenzen werden kritisch reflektiert sowie erste Ideen und Ansätze zur systematischen Reduktion von moralischem Stress diskutiert werden.

2. Konzeptioneller Hintergrund

2.1. Definition von moralischem Stress

2.1.1. Entstehung und Entwicklung des Grundkonzeptes

Moralischer Stress – eine erste Definition

„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)

„Moral Distress“ – hier im Folgenden übersetzt als moralischer Stress – fand das erste Mal Erwähnung in dem Buch „Nursing practice: the ethical issues“ von Andrew Jameton. In diesem unterscheidet er drei verschiedene Formen von moralischen Phänomenen: moralische Unsicherheit, moralische Dilemmata und moralischen Stress. Moralische Unsicherheit bedeutet, dass sich eine Person nicht über die verschiedenen vorhandenen Werte in einem ethischen Konflikt bewusst ist oder nicht weiß, wie man sich moralisch richtig verhält. Ein moralisches Dilemma beschreibt Jameton als eine Situation, in der zwei oder mehr normative Prinzipien oder Werte sich widersprechen und es widersprüchliche Handlungen erfordern würde, alle Werte in seiner Handlung zu berücksichtigen. Moralischer Stress tritt hingegen auf, wenn eine Person ein moralisch richtiges Vorgehen gewählt hat bzw. von der moralischen Richtigkeit eines bestimmten Vorgehens überzeugt ist, aber durch institutionelle Beschränkungen (wie beispielsweise fehlende finanzielle Ressourcen) daran gehindert wird, diese Vorstellungen in die Tat umzusetzen (Jameton, 1984).

Im Verlauf differenzierte Jameton sein Konzept von moralischem Stress weiterhin in initialen und reaktiven Stress: Initialer Stress tritt in beziehungsweise unmittelbar nach der belastenden Situation auf und geht oft mit Gefühlen wie Wut und Frustration einher. Reaktiver moralischer Stress entsteht nach initialem Stress, wenn dieser nicht durch adäquate Bewältigungsstrategien abgebaut werden kann. Er charakterisiert also die längerfristige Folge von einer moralischen Stress auslösenden Situation (Jameton, 1993).

Abgeleitet aus dieser ersten Definition wurden über die folgenden Jahre verschiedene Vorschläge zur Weiterentwicklung des Konzeptes gemacht. Viele Wissenschaftler übernahmen die Begrenzung der Ursachen auf institutionelle Beschränkungen und die Abgrenzung von moralischem Stress zu moralischen Dilemmata und zur moralischen Unsicherheit. Andere Autoren plädierten dafür diese Einschränkungen aufzuheben und moralischen Stress als übergeordnete Kategorie zu verstehen, das die verschiedenen Formen der moralisch-bedingten Belastungen zusammenfasst. Im Folgenden werden diese zwei Standpunkte und die dazugehörigen wichtigsten Konzeptvorschläge separat voneinander vorgestellt. Zudem werden die wichtigsten Nebenkongzepte erläutert, die auf der Grundlage von moralischem Stress entstanden sind.

Differenzierende Definitionen

Moral distress is „the psychological disequilibrium and negative feeling state experienced when a person makes a moral decision but does not follow through by performing the moral behavior indicated by that decision.“ (Wilkinson, 1987)

Wilkinson baut auf dem Konzept von Jameton auf und sieht moralischen Stress in Abgrenzung zu moralischen Dilemmata und moralischer Unsicherheit. Ihrer Definition nach ist moralischer Stress das

psychologische Ungleichgewicht beziehungsweise aufkommende negative Gefühle, die erfahren werden, wenn jemand eine moralische Entscheidung trifft, diese aber nicht umsetzen kann (Wilkinson, 1987).

Wilkinson stellt zudem eine Moralische-Stress-Gleichung auf, die aus zwei Teilen besteht:

- 1) Eine moralische Situation + Moralische Entscheidung über das richtige Handeln in dieser Situation + Unmöglichkeit danach zu handeln = Schmerzhafte Gefühle und psychologisches Ungleichgewicht (→ Erfahrung)
- 2) Copingverhalten + Effekt auf die Person = Effekt auf die Patientenversorgung (→ Effekt)

Beide Teile der Gleichung – Erfahrung und Effekt – sind dabei integraler Bestandteil von moralischem Stress. Sie grenzt sich damit von dem ursprünglichen Konzept von Jameton ab, der moralischen Stress als das Resultat einer bestimmten Situationskonstellation beschreibt. Wilkinson will mit ihrer zerteilten Gleichung zeigen, dass es bei moralischem Stress um mehr geht als um bestimmte situative Faktoren und unmittelbare Reaktionen darauf. Daher integriert sie in ihre Gleichung neben der persönlichen Erfahrung, durch die Leidensdruck entsteht, auch den dadurch entstehenden mittel- und langfristigen Effekt auf die Person und möglicherweise weitere Dritte. Eine Betrachtung des Phänomens, das die über die unmittelbaren Konsequenzen hinausgehenden Effekte wie eine verschlechterte Patientenversorgung ignoriert, empfindet Wilkinson als unzureichend. Diese Zerteilung der Gleichung soll daher den „Effekt“ auch in seiner Bedeutung stärken und ihn gleichberechtigt zu den situativen Faktoren setzen. Auf die von Jameton beschriebenen institutionellen Barrieren als Ursache geht Wilkinson nicht explizit ein (Wilkinson, 1989).

„Moral distress is the psychological disequilibrium, negative feeling state, and suffering experienced when nurses make a moral decision and then either do not or feel that they cannot follow through with the chosen action because of institutional constraints.“ (Corley, 2002)

Auch Mary Corley orientiert sich in vielen Punkten an dem Ursprungskonzept von Jameton. Sie behält sogar die von Vielen – und auch im Rahmen dieser Arbeit noch zu einem späteren Zeitpunkt – diskutierte Einschränkung der Ursachen auf institutionelle Barrieren bei, was sie jedoch nicht inhaltlich, sondern strategisch begründet. Indem sie institutionelle Barrieren als verursachenden Faktor beschreibt, weist sie den Institutionen Verantwortung für die Entstehung von moralischem Stress zu. Es gilt somit vor allem die institutionellen Rahmenbedingungen so zu verändern, dass genug Freiräume geschaffen werden, um moralisch gebotenen Handlungen durchführen zu können (Corley, 2002).

Im Gegensatz zu Jameton forciert sie wie Wilkinson die - wie sie annimmt ausschließlich - negativen Konsequenzen mit in die Definition zu integrieren. In ihrer Definition spricht sie von Leid, das durch moralischen Stress verursacht wird und das die außerordentliche Belastung zum Ausdruck bringen soll. Durch Ausdrücke wie „Leid“ oder „negative Gefühlszustände“ möchte sie den Leidensdruck verdeutlichen und somit den Handlungsdruck auf die Institutionen steigern, sich mit moralischem Stress zu beschäftigen (Corley, 2002).

Neben Jameton und Wilkinson geht auch Corley davon aus, dass moralischer Stress ausschließlich in pflegenden Berufen auftritt.

Obwohl McCarthy und Deady (2008) keinen neuen Konzept- und Definitionsvorschlag entwickelt haben, so diskutieren sie dennoch einige Aspekte der bisher vorgestellten Konzepte. Sie beziehen sich dabei explizit auf Wilkinson und Corley. Es handelt sich dabei um die folgenden Aspekte:

- 1) Die Beschränkung auf Pflegeberufe in der Definition von moralischem Stress
- 2) Das von Wilkinson und Corley erwähnte psychologische Ungleichgewicht, das durch moralischen Stress entstehen soll

McCarthy und Deady argumentieren, dass es keinen Grund gibt, das Auftreten von moralischem Stress auf Krankenschwestern zu beschränken. Diese können zwar aufgrund von ihrer Nähe zum Patienten und ihrer hierarchischen Stellung besonders intensiv betroffen sein, dies ist für die Autoren jedoch kein Grund anderen Berufsgruppen die Belastung durch moralischen Stress abzusprechen. Sie nennen Ärzte als Beispiel für eine Berufsgruppe, die ebenfalls konkrete Vorstellungen von moralisch richtigem Handeln entwickeln kann, diese aber wahrscheinlich in einem klinischen Setting mit hierarchischen Strukturen, rechtlichen Vorschriften und politischen Regelungen nicht immer umsetzen können wird (McCarthy & Deady, 2008).

Bezüglich des zweiten Aspektes argumentieren McCarthy und Deady, dass es für die Entstehung eines psychologischen Ungleichgewichts zuerst ein Gleichgewicht geben muss. Dies ist jedoch nahezu unmöglich, da wir uns aufgrund von unseren menschlichen Interaktionen immer in einem psychologischen Zustandsfluss befinden. Da dies den Zustand eines Gleichgewichts unmöglich macht, kann durch moralischen Stress auch kein Ungleichgewicht entstehen. Auf die Frage, wie die Folgen stattdessen besser charakterisiert werden können, gehen sie nicht weiter ein (McCarthy & Deady, 2008).

„Moral distress may also arise when one fails to pursue what one believes to be the right course of action (or fails to do so to one’s satisfaction) for one or more of the following reasons: an error of judgment, some personal failing (for example, a weakness or crimp in one’s character such as a pattern of „systemic avoidance“), or other circumstances truly beyond one’s control.“ (Webster & Baylis, 2000)

Webster und Baylis plädieren ebenfalls für ein abgegrenztes Konzept von moralischem Stress, sprechen sich jedoch dafür aus, eine Erweiterung der Ursachen vorzunehmen. Sie postulieren, dass der Charakter einer Person, persönliches Versagen oder Umstände, die außerhalb der Person liegen, aber nicht notwendigerweise institutioneller Natur sein müssen, ebenfalls moralischen Stress hervorrufen können.

„Moral distress is pain affecting the mind, the body, or relationships that results from a patient care situation in which the nurse is aware of a moral problem, acknowledges moral responsibility, and makes a moral judgment about the correct action, yet, as a result of real or perceived constraints, participates, either by act or omission, in a manner he or she perceives to be morally wrong.“ (Nathaniel, 2006)

Auch Nathaniel behält das ursprüngliche Konzept von Jameton bei, plädiert im Kontrast zu anderen Autoren jedoch für eine Erweiterung der Folgen. Demnach verändert moralischer Stress nicht nur eine Person selbst, sondern darüber hinaus auch die sozialen Beziehungen dieser Person. Er erwähnt zusätzlich einen bisher nicht diskutierten Aspekt, nämlich die Art der Beteiligung an einer Situation. Jameton nahm an, dass man aktiv an einer Situation beteiligt sein muss, um moralischen Stress zu erleben (Jameton, 1984). Nathaniel greift diesen Aspekt auf und argumentiert, dass eine passive

Beteiligung ausreichen kann für die Entstehung von moralischem Stress, da auch so ein Urteil über das moralisch richtige Vorgehen gefällt werden kann. Dabei kann es durch die Art der Beteiligung zu Unterschieden in der Intensität der Belastung kommen. So vermutet Nathaniel, dass Personen, die aktiv beteiligt sind, moralischen Stress intensiver wahrnehmen (Nathaniel, 2006).

Vereinende Definitionen

“Moral distress includes but exceeds the unique situation of the knowledge of right action constrained by institutional barriers. As an umbrella category that contains the other two, moral distress could accompany moral uncertainty or moral dilemma.” (Hanna, 2004)

Die Abgrenzung der drei Konzepte von Jameton (moralischer Stress, moralische Dilemmata und moralische Unsicherheit) lehnt Hanna in dieser Form ab. Sie versteht moralischen Stress vielmehr als übergeordnetes Konzept:

Betrachtete man die drei Konzepte von Jameton genauer, so ist das Alleinstellungsmerkmal von moralischem Stress gegenüber den zwei anderen Konzepten, das Vorliegen einer Gewissheit über die vermeintlich richtige moralisch gebotene Handlung. Nimmt man an, dass diese Gewissheit stets zu einem Event führt, so wäre moralischer Stress ausschließlich durch die vorausgehende Situation definiert. Dem Kernaspekt – nach Hanna der vorliegende **Stress** und ein daraus resultierendes erlebtes Leid – würde demzufolge keine Bedeutung zugeteilt. Hanna argumentiert, dass jedoch das Vorhandensein von Leid als Kernaspekt in den Vordergrund gestellt werden muss und einen höheren Stellenwert als die diesem Leid vorausgehende Situation erhalten sollte. Das Adjektiv „moral“ definiert – wie sie sagt – nur die Art des vorhandenen Leides.

Der Kernaspekt von moralischem Stress sollte sich schlussfolgernd nicht auf konkrete Ursachen (wie beispielsweise institutionelle Barrieren) beschränken, sondern vielmehr das Auftreten von Leid betonen. Moralischer Stress kann demzufolge als Überkategorie verstanden werden, der andere Phänomene (wie beispielsweise moralische Dilemmata) als Unterkategorie zugeteilt werden können (Hanna, 2004).

„Moral distress is a psychological response to morally challenging situations such as those of moral constraint or moral conflict, or both.”(Fourie, 2013)

Carina Fourie setzt sich ebenfalls mit der Frage nach einer Ausweitung des Konzeptes auseinander. Sie argumentiert, dass die Abgrenzung von moralischem Stress zu moralischen Dilemmata nicht haltbar ist und so eine Vielzahl an Ursachen, die zu moralischem Stress führen können, nicht erfasst wird. Sie begründet dies so, dass bei moralischem Stress die betroffene Person zwar eine Entscheidung bezüglich des richtigen moralischen Vorgehens getroffen hat, dies jedoch nicht bedeutet, dass die ausgehende Situation nicht eine moralische Dilemma-Situation sein kann. Auch in einer Dilemma-Situation kann eine Person aufgrund individueller Prinzipien und Werte eine Handlungsoption favorisieren und diese so als moralisch richtig ansehen. Wenn nicht nach dieser Vorstellung gehandelt wird, kann moralischer Stress entstehen. Folglich können moralische Dilemma-Situationen gleichzeitig moralische-Stress-Situationen sein und sind damit nicht klar voneinander abzugrenzen. Aufgrund dieser Überlegungen schlägt sie eine integrierte Definition von moralischem Stress vor, die moralischen Stress als Reaktion auf moralisch herausfordernde Situationen begreift. Diese können

nicht nur durch Handlungsbarrieren, sondern auch durch moralische Dilemmata (oder Konflikte in ihrer Terminologie) entstehen (Fourie, 2013).

Einen weiteren Hinweis darauf, dass die Trennung von moralischem Stress und moralischen Dilemmata (zumindest im Alltag) nicht tragfähig ist, liefern Kälvemark et al. (2004) mit der Hilfe empirischer Daten. Kälvemark begründet, dass die Trennung dieser zwei Phänomene insofern unschlüssig ist, als dass die Entstehung von moralischem Stress auf der Identifikation eines Dilemmas aufgebaut ist. In einer Studie mit Focus-Gruppen untersuchte sie daher, welche Ursachen die Betroffenen selber als ursächlich für die Entstehung von moralischem Stress identifizieren, um diese These zu bekräftigen. Empirisch konnte so gezeigt werden, dass moralischer Stress (in der subjektiven Wahrnehmung der Betroffenen) durch moralische Dilemmata entstehen kann und die Entwicklung eines übergeordneten Konzeptes plausibel scheint (Kälvemark et al, 2004).² Mit der Abgrenzung zu moralischer Unsicherheit beschäftigen sie sich nicht.

Ein weiteres Argument dafür, ein übergeordnetes Konzept zu bevorzugen, liefern die langfristigen Folgen, die durch moralischen Stress und moralische Dilemmata verursacht werden. Da diese nahezu identisch sind, befürworten Beauchamp & Childress (2009) diesbezüglich eine Aufhebung der strikten Abgrenzung dieser beiden Phänomene.

2.1.2. Entstehung und Entwicklung von Nebenkzepten

Das ursprüngliche Konzept von Jameton wurde in verschiedene Richtungen weiterentwickelt, sodass wichtige Nebenkzepten entstehen konnten. Die für ein Verständnis der Debatte um moralischen Stress am bedeutendsten Konzepte sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

„Ethically significant moral distress: the judgment that one is not able, (...), to act on one’s moral knowledge about what one ought to do” (Thomas & McCullough, 2015).

Thomas und McCullough versuchen moralischen Stress von moralisch signifikantem Stress abzugrenzen. Dieser beschreibt ausschließlich die Entscheidungen über das weitere Vorgehen, die aufgrund des aktuellen Wissensstandes eine moralisch richtige Handlung vorgibt, aber so nicht umgesetzt werden kann. Sie konzentrieren sich dabei auf den ethischen Aspekt losgelöst von den psychologischen Manifestationen (Thomas & McCullough, 2015).

„Moral residue is 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.“ (Webster & Baylis, 2000)

Mit den Folgen von moralischem Stress beschäftigen sich Webster und Baylis. Angelehnt an das ursprüngliche Konzept von Jameton und die Unterteilung in initialen und reaktiven Stress plädieren sie dafür, in das Konzept von moralischem Stress nur die akuten Folgen zu integrieren und die langfristigen Folgen als moralische Residuen zu bezeichnen (Webster & Baylis, 2000).

² Die Studie von Kälvemark et al. (2004) zeigt empirisch, dass moralischer Stress sogar auftreten kann, wenn man nach seinen eigenen moralischen Vorstellungen handelt, aber dabei in einen Konflikt aufgrund anderer vorherrschenden Meinungen und Interessen gerät, die so nicht umgesetzt werden können. Sie schlägt daher eine Definition vor, in der der Betroffene Stress aufgrund eines fehlenden Erhaltens **aller** vorhandenen moralischen Vorstellungen und nicht nur aufgrund der eigenen moralischen Vorstellungen erlebt.

*„Moral residue describes the lingering feelings after a morally problematic situation has passed.“
(Epstein & Hamric, 2009)*

Die Idee der moralischen Residuen greifen ebenfalls Epstein und Hamric auf (2009). Moralische Residuen definieren sie als Gefühle, die auch dann noch vorhanden sind, wenn die moralischen Stress verursachende Situation bereits vorbei ist. Wie Webster und Baylis grenzen sie moralische Residuen von moralischem Stress ab, sehen aber trotzdem eine enge Verbindung der beiden Konzepte. Diese sind über den „Crescendo Effekt“ miteinander verbunden, der beschreibt, dass das Zurückbleiben von moralischen Residuen die Reaktionen auf weiteren moralischen Stress verstärken kann.

Beispiele für moralische Residuen sind dabei starke Scham- und Schuldgefühle (Litz et al., 2009), die Entwicklung von Depressionen oder einem Burn-out-Syndrom sowie der Verlust von professioneller, wie auch personeller Integrität (Epstein & Hamric, 2009).

2.1.3. Umstrittene Aspekte innerhalb des Gesamtkonzeptes

Bei genauer Betrachtung der Konzeptentstehung und -weiterentwicklung fallen einige Aspekte auf, die noch immer kontrovers diskutiert werden. Beispielhaft ist hier die Frage anzuführen, ob moralischer Stress als differenzierendes oder vereinendes Konzept zu verstehen ist bzw. verstanden werden sollte. Des Weiteren beschränken manche Autoren die potentiellen Ursachen für moralischen Stress (z.B. auf institutionelle Barrieren), während andere diese Einschränkung ablehnen. Auch in Bezug auf die Frage nach einer Integration beziehungsweise Exklusion von langfristigen Konsequenzen in eine Begriffsdefinition haben sich Wissenschaftler unterschiedlich positioniert. Gleiches gilt für die Identifikation von potentiell durch moralischen Stress betroffenen Berufsgruppen. Auch die Frage, ob die aktive Beteiligung an einer Situation konstitutiv für moralischen Stress ist, wird nach wie vor kontrovers diskutiert.

Zu diesen offenen Fragen musste auch ich mich bei der Planung meiner Interviewstudie positionieren. Im folgenden Abschnitt werde ich daher die wichtigsten Aspekte diskutieren und auf dieser Grundlage eine Arbeitsdefinition herleiten.

2.1.4. Entwicklung einer Arbeitsdefinition

Moralischer Stress in Abgrenzung zu moralischer Unsicherheit

Wie oben beschrieben wurde in der Literatur umfassend über die Abgrenzung der zwei Konzepte „Moralischer Stress“ und „Moralische Unsicherheit“ diskutiert. Ich habe mich als Grundlage für meine Arbeit für eine enge Definition von moralischem Stress entschieden, die nicht moralische Unsicherheit umfasst. Meiner Meinung nach ist es aus handlungspraktischen Gründen sinnvoll, die beiden Konzepte getrennt voneinander zu betrachten. Situationen, die moralischen Stress auslösen, werden grundlegend andere Lösungen zugeführt werden müssen als Situationen, in denen Unsicherheit über das moralisch richtige Vorgehen herrscht. Fasst man nun diese zwei Arten moralisch herausfordernder Situationen in einem Konzept zusammen, so kann man hier nicht mehr situationsangemessene Lösungsstrategien entwickeln, sondern es verleitet im schlimmsten Fall dazu, generische Lösungen anzubieten, die im Einzelfall wenig hilfreich sind. Die Grundlage dieser Arbeit ist folglich eine differenzierende Definition von moralischem Stress.

Ursachen von moralischem Stress

Ich habe mich dazu entschlossen, keine Einschränkung des Ursachenspektrums in die Arbeitsdefinition zu integrieren. Voraussetzung für eine entsprechende Situation war lediglich die Verhinderung einer moralisch gebotenen Handlung. Auf eine Einschränkung des Ursachenspektrums auf beispielsweise „institutionelle Barrieren“ wurde verzichtet. Hiermit sollte die Wahrscheinlichkeit minimiert werden, dass frühzeitig Barrieren, die die Umsetzung von moralisch richtigem Handeln verhindern, im Rahmen der Interviewdurchführung exkludieren werden. Vielmehr sollten die Studenten dazu angeregt werden, von jeder Situation berichten zu können, in der sie aus ihrer Perspektive moralischen Stress erlebt haben. Da die Definition als Erzählstimulus genutzt wurde, war mir daher eine möglichst wenig beschränkende und intuitiv eingängige Definition wichtig, die den Teilnehmern viel Offenheit für ein möglichst breites Antwortspektrum bot.

Folgen von moralischem Stress

Da diese Studie sich unter anderem zum Ziel gesetzt hat, die Folgen von moralischem Stress bei Studenten besser einschätzen zu können, habe ich auch diesbezüglich auf eine Verengung der Definition in Bezug auf die Folgen verzichtet. Ich habe lediglich vorausgesetzt, dass moralischer Stress ein negatives Gefühl im weitesten Sinne verursacht. Auch hier sollte die Definition nicht vorzeitig den Erzählraum verengen, sondern den Studenten die Freiheit eingeräumt werden, ihre emotionale Reaktion auf moralischen Stress uneingeschränkt und unbeeinflusst mitteilen zu können.

In welchen Professionen tritt moralischem Stress auf?

Meiner Meinung nach ist der Kernaspekt von moralischem Stress, dass eine Person nicht die Handlung ausführen kann, die sie für moralisch richtig hält. Moralischer Stress könnte folglich von jeder Person erlebt werden, die eine moralische Bewertung über eine Handlung vornimmt. Somit wäre das Erleben von moralischem Stress nicht assoziiert mit der Zugehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen und könnte sogar außerhalb der Arbeitswelt erlebt werden.

Ich stütze mich hierbei auch auf bereits bestehende Literatur, in der beispielsweise Openshaw das Auftreten von moralischem Stress bei Sozialarbeitern nachweist und diskutiert (2011).

Wird die Situation als aktiver oder passiver Teilnehmer erlebt?

Zusätzlich gehe ich davon aus, dass die Entscheidung über das weitere Vorgehen, das den eigenen moralischen Vorstellungen widerspricht, durch den Betroffenen selbst umgesetzt werden muss und eine bloße Anwesenheit in einer solchen Situation ohne aktive Handlungsbeteiligung nicht ausreicht, um moralischen Stress entstehen lassen zu können. Dieser Entscheidung liegt die Überlegung zu Grunde, dass man bei einer aktiven Beteiligung die als moralisch falschen Werte umsetzen muss und sich somit von der Verantwortung nicht distanzieren kann. Dies wäre im Falle einer passiven Beteiligung möglich, was die Entstehung von moralischem Stress unwahrscheinlich macht.

Auf der Grundlage der in den obigen Abschnitten dargelegten Überlegungen wurde die folgende Arbeitsdefinition festgelegt:

Moralischer Stress ist die psychische Reaktion eines Menschen darauf, dass er daran gehindert wird so zu handeln, wie er es als moralisch richtig empfindet.

3. Methode und Teilnehmer

3.1. Methodische Ansätze zur Erfassung von moralischem Stress

Es sind viele qualitative und quantitative Ansätze zur Erforschung des Phänomens ausgearbeitet und erprobt worden. Die Wichtigsten und am häufigsten verwendeten Methoden werden im Folgenden aufgeführt und diskutiert.

3.1.1. Quantitative Ansätze

Im Verlauf bemühten sich viele Wissenschaftler moralischen Stress mithilfe von quantitativen Methoden zu erfassen. So sollte die Intensität der Belastung zum Beispiel in spezifischen Situationen oder in den verschiedenen Fachbereichen gemessen und die damit einhergehenden Handlungsnotwendigkeit besser eingeschätzt werden können (Morris & Dracup, 2008). Auf diese Weise entstand eine Vielzahl an verschiedenen Skalen.

Etwas weniger im Fokus standen Korrelationsstudien, die beispielsweise versucht haben eine Wechselbeziehung zwischen dem Auftreten von Burn-out-Syndromen und moralischem Stress (Shoorideh et al., 2015) oder den Zusammenhang von Autonomie, der Qualität der Zusammenarbeit von Pflegepersonal mit Ärzten und dem Auftreten von moralischem Stress nachzuweisen (Papathanassoglou et al., 2012).

3.1.1.1. Skalen

Die erste entwickelte Skala wurde „Moral Distress Scale“ genannt. Auf einer 7-Punkte-Likert-Skala werden hier 30 potentiell moralischen Stress verursachende Situationen systematisch abgefragt bezüglich der Relevanz für die den Test durchführende Person (Corley et al., 2001). Durch die Beschränkung der Anwendbarkeit auf Krankenschwestern kann sie jedoch nur sehr eingeschränkt eingesetzt werden. Hier konnte sie jedoch bereits in einigen Studien moralischen Stress nachweisen (Borhani et al., 2017). Auch andere Aspekte, wie ein unterschiedliches Abstraktionsniveau der beschriebenen Situationen oder der zeitliche Aufwand zur Durchführung dieses Testverfahrens, sorgen für Schwierigkeiten in der Benutzung und Auswertung der Skala. Mit der Hilfe qualitativer Studien wurde die Skala überarbeitet bzw. vervollständigt. Es erfolgte der Versuch einer Annäherung des Abstraktionsniveaus aller vorkommenden Fragen durch Hamric und seinen Kollegen (Hamric et al., 2012). Die so veränderte „Moral Distress Scale – revised“ fragt auf der Grundlage einer 5-Punkte-Likert-Skala anhand von 21 Items moralischen Stress bezüglich der auftretenden Frequenz und der empfundenen Belastungsintensität ab. Sie wurde in sechs verschiedenen Variationen erstellt (für Ärzte, für Krankenschwestern und für anderes Gesundheitspersonal und jeweils für Ärzte, Krankenschwester und anderes Gesundheitspersonal, die in der Pädiatrie tätig sind).

Eine weitere Methode moralischen Stress zu quantifizieren ist die „Moral distress questionnaire“. Hierbei werden 15 Situationsbeschreibungen bezüglich ihrer Belastung auf einer 6-Punkte-Likert-Skala von den Betroffenen bewertet. Auch dieses Testinstrument ist speziell für Krankenschwestern ausgelegt, versucht aber durch die Streichung gesundheitssystemspezifischer Fragen einen interkulturellen Vergleich zu gewährleisten. Die verschiedenen Items sind dabei in die Kategorien 1) „Probleme die durch Arbeitsbeziehungen oder Mitarbeiter verursacht werden“, 2) „Probleme durch Zeitmangel“ und 3) „Probleme durch einen Mangel an Ressourcen“ aufgeteilt (Eizenberg et al., 2009).

Sofia Källemark-Sporröng entwickelte mit dem „Instrument of Moral distress“ eine Skala, die auf das gesamte Gesundheitspersonal angewendet werden kann. Die Skala besteht aus zwei Teilen. Auf einer 100-Punkte-Likert-Skala wird anhand von 6 Items die Intensität von moralischem Stress abgefragt. In einem zweiten Teil wird die Toleranz innerhalb des Teams gegenüber ethischen Belangen überprüft (Källemark-Sporröng et al., 2006).

Einen ganz anderen Ansatz bietet das Moralische-Stress-Thermometer (Wocial & Weaver, 2012). Bei diesem Testverfahren wird dem Teilnehmer zu Beginn eine Definition von moralischem Stress vorgelegt. Anschließend wird der Teilnehmer dazu aufgefordert auf einer 10-Punkte-Likert-Skala die Belastung durch dieses Phänomen während der letzten zwei Wochen zu beschreiben. Der zeitliche Aufwand bei einer Verwendung dieser Skala kann dadurch reduziert werden, dafür birgt die Voranstellung einer Definition - aufgrund vieler konzeptueller Unklarheiten in der bisherigen Literatur - einige andere Schwierigkeiten.

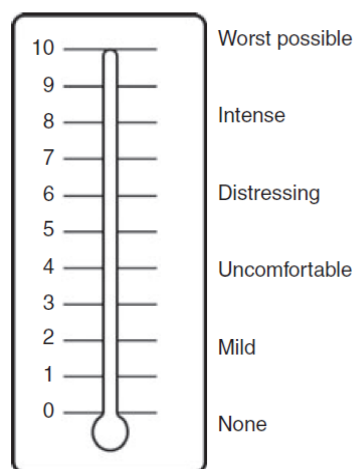


Abbildung 1: Moralisches- Stress-Thermometer (Wocial & Weaver, 2013)

Ein neueres Messinstrument wurde spezifisch für Studenten entwickelt. Bei diesem Messinstrument handelt es sich um einen Fragebogen bestehend aus 55 Items, der mittels einer 5- und einer 4-Punkte-Likert-Skala die Frequenz und die Belastungsintensität von moralischem Stress anhand spezifischer Beispiele abfragt. Um ein besseres Verständnis der Studenten zu gewährleisten, wird dem Fragenkatalog eine Definition vorangestellt (Wiggleton et al., 2010).

3.1.1.2. Auftretende Probleme bei der Verwendung von Skalen

Die meisten der vorhandenen Skalen sind aufgrund des eingeschränkten Anwendungsbereiches auf Krankenschwestern für diese wissenschaftliche Arbeit nicht von Bedeutung. Auch die Skalen, die extra so konzipiert wurden, dass sie für verschiedene Berufsgruppen anwendbar sind (wie beispielsweise die „Moral Distress Scale – revised“ (Hamric et al., 2012)), wurden nur insoweit verändert, dass die Ansprache der Berufsgruppenzugehörigkeit angepasst wurde. Da jedoch die abgefragten Situationen nicht auf die jeweilige Berufsgruppe angepasst wurden, bilden sie kein geeignetes Verfahren zur Quantifizierung der Belastung durch moralischen Stress. Der Grund hierfür sind vorliegende Studien, die zeigen konnten, dass Ursachen, die zur Entstehung von moralischem Stress führen, zwischen den Berufsgruppen variieren können. Für eine adäquate Darstellung der Stressintensität ist daher ein

berufsgruppenspezifisches Instrument von Nöten (Hamric et al., 2012; Glasberg et al., 2006). Gleichzeitig stellen die unterschiedlichen Abstraktionsniveaus der Fragen ein Problem dar. So werden Ursachen zum einen im Rahmen konkret ausformulierter Rahmenbedingungen, zum anderen jedoch in einer sehr allgemeinen und mehrere konkrete Situationen umfassenden Form abgefragt. Diese verschiedenen Abstraktionsniveaus führen dazu, dass einige Aspekte aufgrund einer zu starken Abstraktion nicht erfasst werden oder aufgrund der Abstraktionsdifferenz mehrfach in der verwendeten Skala enthalten sind.

Zusätzlich stellen die jeweiligen Formulierungen der Fragen in vielen Fällen ein Problem dar, sodass in keiner der vorliegenden Skalen ausreichend garantiert werden kann, dass ausschließlich moralischer Stress und keine anderen Stressformen oder Residuen von moralischem Stress gemessen werden. Die Integration einer Definition von moralischem Stress innerhalb einer Skala bei fehlender konzeptueller Präzision ist dabei keine Sicherheit für die Messung des richtigen Phänomens. Die beschriebenen Probleme werden zusätzlich dadurch verstärkt, dass keines der entwickelten Testverfahren angemessen validiert worden ist. Auch praktische Gründe - wie ein hoher zeitlicher Aufwand zur Testdurchführung - sprechen eher gegen die Verwendung dieser Skalen.

Einige der oben beschriebenen Probleme können dadurch gelöst werden, die speziell für Medizinstudenten entwickelte Skala von Wiggleton und Ihren Kollegen (Wiggleton et al., 2010) zu nutzen. Dies erscheint vorteilhaft, jedoch werden viele andere bestehende Probleme – wie beispielsweise das Vorliegen von unterschiedlichen Abstraktionsniveaus – hierdurch nicht gelöst. Hinzu kommt, dass das Instrument in den Vereinigten Staaten von Amerika und somit nicht für den Kontext des deutschen Gesundheitssystems entwickelt wurde. Dadurch werden eher das amerikanische System betreffende Probleme abgefragt, wie beispielsweise das Auftreten von moralischem Stress aufgrund einer verweigerten Behandlung bei fehlendem Versicherungsschutz. Gleichzeitig werden das deutsche Gesundheitssystem betreffende Aspekte bei dem Gebrauch der vorhandenen Skala möglicherweise nicht erfasst. Dabei sollte gerade diesen Aspekten eine besondere Aufmerksamkeit entgegengebracht werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die quantitativen Verfahren, um moralischen Stress zu messen, bisher unzureichend weiterentwickelt wurden. Die Skalen wurden meistens nur vereinzelt wiederverwendet, Daten zur Validität, Objektivität und Reliabilität sind nur sehr begrenzt vorhanden und zahlreiche Fehlerquellen konnten bis zum heutigen Zeitpunkt zwar identifiziert, aber nicht beseitigt werden. Auch die amerikanische Skala, die speziell für Studenten konzipiert wurde, kann nur schwer im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems verwendet werden, da Studien zu den ursächlichen Faktoren in Abhängigkeit des Gesundheitssystems nur unzureichend vorliegend. Zudem hat diese Studie nicht nur das Ziel das Vorliegen von moralischem Stress zu beschreiben, sondern möchte zusätzlich etwas über den Umgang, das Copingverhalten und Verbesserungsmöglichkeiten erfahren. Es erschien mir daher sinnvoller zuerst ein tieferes Verständnis dieser Aspekte im Rahmen einer qualitativen Studie vor einer Quantifizierung zu erlangen. Ich habe mich daher gegen den Gebrauch einer der bisher entwickelten Skalen entschieden. Die Wahl des qualitativen Verfahrens dieser Studie werde ich im Verlauf des nächsten Kapitels näher erläutern.

3.1.2. Qualitative Ansätze

Moralischer Stress ist bislang primär mittels qualitativer Ansätze erfasst worden. Sowohl Fragebögen, als auch die Durchführung von Interviews und Sitzungen mit Focus-Gruppen wurden dabei eingesetzt, um die Ursachen zu erforschen, die zu moralischem Stress führen können (Ulricht et al., 2010; Knifed et al., 2010; Deady & McCarthy, 2010; Lomis et al., 2009; Eizenberg et. al, 2009; Hilliard et al., 2007; Elpern et al., 2005; Kälvemark et. al, 2004; Hefferman & Heilig, 1999; Sundin-Huard & Fahy, 1999). Qualitative Studien nehmen dabei prozentual den größten Anteil der durchgeführten Studien ein. Mittlerweile sind auch einige systematic reviews in der aktuellen Literatur zu finden (Prentice et al., 2016).

3.2. Methode

3.2.1. Design

Im Gegensatz zu dem in der Medizin weit verbreiteten Ansatz der Hypothesenprüfung wurde hier eine *explorative, deskriptive* Studie konzipiert. Dies ist wie oben beschrieben durch den geringen wissenschaftlichen Kenntnisstand über die Ausprägung des Phänomens „moralischer Stress“ bei Medizinstudenten und dem Fehlen validierter Messinstrumente für diese Zielgruppe begründet. Bortz und Döring schreiben: „Explorative bzw. erkundende Untersuchungen werden in erster Linie mit dem Ziel durchgeführt, in einem relativ unerforschten Untersuchungsbereich neue Hypothesen zu entwickeln oder theoretische bzw. begriffliche Voraussetzungen zu schaffen, um erste Hypothesen formulieren zu können“ (Bortz & Döring, 2006, S. 50). Deskriptive Studien zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Ausprägung eines Phänomens in einer bestimmten Population untersuchen und nicht beispielsweise zum Ziel haben, Theorien (weiter) zu entwickeln. Dies ist nicht nur quantitativ anhand von großen (Zufalls-) Stichproben, sondern auch anhand von qualitativen Forschungsmethoden möglich, wobei die Generalisierbarkeit von qualitativen Ergebnissen natürlich eingeschränkter ist. Die deskriptive Orientierung ist vor allem auch durch die Praxisorientierung des Faches Medizin bzw. der klinischen Ethik und die diese Studie leitenden Fragestellungen begründet. Bortz und Döring erläutern dazu: „Neben populationsbeschreibenden Studien, die mit bevölkerungsrepräsentativen großen Stichproben arbeiten, werden häufig auch kleiner skalierte deskriptive Studien angefertigt. Dies ist beispielsweise bei vielen anwendungsorientierten Studien der Fall. Hier sollen die wissenschaftlichen Befunde eben nicht in erster Linie dazu dienen, Theorien zu prüfen und weiterzuentwickeln, sondern sie sollen praktisches Handeln anleiten. Eine Beschreibung des aktuellen Verhaltens und Erlebens in einem interessierenden Handlungskontext ist dafür ausreichend“ (Bortz und Döring, 2006, S.51). Da die generierten Daten aus den vergangenen Erlebnissen der Teilnehmer abstrahiert werden, handelt es sich bei dieser Studie um eine retrospektive Studie. Da es sich hier um die nach meinem Kenntnisstand erste Untersuchung dieser Art handelt, kann das Ziel dieser Studie nur sein, eine exemplarische und nicht eine vollständige Beschreibung zu erarbeiten. Die Durchführung einer qualitativen Studie im Sinne einer explorativ-induktiven Studie ist folglich naheliegend.

Bei der Auswahl eines geeigneten qualitativen Erhebungsverfahrens wurde über die Methode der teilnehmenden Beobachtung nachgedacht, jedoch wegen der schweren Realisierbarkeit darauf verzichtet. Da der Zeitpunkt des Auftretens von moralischem Stress nicht vorhersehbar ist, wäre es schwierig den geeigneten Rahmen für eine Beobachtungsstudie festzulegen. Auch die Durchführung von Gruppengesprächen wurde diskutiert, jedoch aufgrund der kollektiven Datenerhebung und der damit einhergehenden möglichen Verfälschung des Materials durch normative äußere Zwänge verworfen (Vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 91). Diese äußeren Zwänge sind insofern von

Belang, als dass bei diesem Thema eine Tabuisierung (z.B. bei der Schilderung von eigenem oder beobachtetem moralischen Fehlverhalten) zu erwarten ist und der Datenverlust durch eine Reduktion auf sozial erwünschte Äußerungen bedeutend sein kann. Gruppendiskussionen hätten somit eine exemplarische Erfassung des Phänomens unnötig erschwert. Im Gegensatz dazu erschien die Durchführung von Einzelinterviews in einem persönlichen Rahmen dem Aufbau einer vertrauensvollen Atmosphäre zuträglich, die das Teilen tabuisierter Erfahrungen überhaupt erst möglich macht (Flick et al., 2005, S.367).

Die Struktur von Einzelinterviews kann dabei von vollstrukturierten bis zu offenen Interviews stark variieren (Flick et al., 2005, S. 351). Zur Erfassung von Situationen, die moralischen Stress auslösen, den darauf entstehenden emotionalen Reaktionen und den persönlichen Sichtweisen bezüglich potentieller Verbesserungsmöglichkeiten, erschien die Durchführung von teilstandardisierten beziehungsweise halbstrukturierten Interviews sinnvoll (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 126). Die strukturellen Rahmenbedingungen dieser Interviewform gewährleisteten die Unterbringung von Leitfragen und damit die Thematisierung der mir wichtigen Punkte, während sie gleichzeitig ausreichend Flexibilität erlauben, um auf die einzelnen Situationen und das jeweilig Individuum eingehen zu können (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 126). Den für die Teilnehmer wichtigen Aspekten wird so während des Interviews Raum gegeben und bestimmte Äußerungen werden nicht vorab aufgrund der vorgenommenen Ordnungen und Strukturierungen durch den Forscher unterbunden. Da die Erhebung der Daten einmalig und in einem festgelegten Zeitraum stattfand, handelt es sich hierbei um eine Querschnittstudie.

Da qualitative Forschungsmethoden eine gegenstandsangemessene, flexible Datenerhebung und Auswertung ermöglichen, aber auch erfordern, ist die Berichtlegung des methodischen Vorgehens besonders wichtig. Tong et al. haben hierfür eine konsolidierte Checkliste entwickelt (Tong et al., 2007), die Forschern eine Berichtlegung qualitativer Forschung erleichtert und eine Qualitätsbeurteilung von qualitativen Studien ermöglicht. Diese ist auch für Interviewstudien geeignet (Tong et al., 2007), weshalb ich mich bei der Beschreibung des Studiendesigns an ihr orientiert habe.

3.2.2. Methodologische Orientierung und Theorie

Die Erkenntnisgewinnung im Rahmen dieser Forschungsarbeit beruht auf der subjektiven Beschreibung eines Phänomens. Dieser subjektive Sinn wird in einem Interview erschlossen, in dem er sich in der Kommunikation zwischen Forscher und Beforschtem erschließt. Die Inhaltsanalyse als Überbegriff für eine Vielzahl von Methoden der empirischen Sozialwissenschaften bietet sich hier als angemessenes Analyseverfahren an, da sie das Ziel verfolgt aus Kommunikation stammende Daten auf einer höheren Abstraktionsebene zu beschreiben (Mayring, 2008, S.11). Die zugrunde liegende Kommunikation ist zumeist Sprache, kann aber auch in Form von Musik oder Bildern vorliegen. Die zu analysierende Kommunikation ist dabei fixiert, sie liegt also in protokollierter Form vor (Mayring, 2008, S. 12). Die Erhebung und die Auswertung der Daten findet getrennt voneinander statt. Bei der Auswertung wird dabei systematisch, also regelgeleitet vorgegangen. Dies macht die Auswertung verstehbar, nachvollziehbar und durch Dritte überprüfbar (Früh, 2011, S. 27; Mayring, 2008, S. 12). Bei der Auswertung will die Inhaltsanalyse nicht nur das Datenmaterial verwerten, sondern dieses als Teil des Kommunikationsprozesses analysieren. Mayring beschreibt sie daher als „schlussfolgernde Methode“ (Mayring, 2008, S. 12). Zusammenfassend ist die Inhaltsanalyse eine „empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler

Merkmale von Mitteilungen, meist mit dem Ziel einer darauf gestützten interpretativen Inferenz auf mitteilungsexterne Sachverhalte“ (Früh, 2011, S. 27).

3.2.3. Interviews

3.2.3.1. Vorausgehende Planung

Noch vor der Gestaltung des Interviewleitfadens wurde ein Antrag ausgearbeitet, um die ethische Unbedenklichkeit der Studie prüfen zu lassen. Die Ethikkommission befand die Studie aus ethischer Perspektive unbedenklich, sofern die Daten einer Anonymisierung unterzogen und die Regeln für den Datenschutz eingehalten werden würden (UE-Nummer: 103.13).

3.2.3.2. Interviewleitfaden

Vor Beginn der Interviewdurchführung wurde der Leitfaden für die halbstrukturierten Interviews entwickelt. Dieser wurde mit Hilfe des SPSS-Prinzip von Helfferich (2011, S. 182 ff.) ausgearbeitet. Dieses Verfahren gewährt eine für die Fragestellung dieser wissenschaftlichen Arbeit notwendige Struktur, aber bewahrt gleichzeitig genug Offenheit, um auf subjektive Relevanzstrukturen flexibel zu reagieren (Helfferich, 2011, S. 182 ff.). Nach diesem Prinzip wird der Interviewleitfaden in einer tabellarischen Struktur entworfen. Die tabellarische Struktur weist dabei vier Spalten auf, die von links nach rechts die folgenden Überschriften tragen soll: Leitfragen, Themen, konkrete Fragen und Aufrechterhaltungsfragen (Helfferich, S. 2011, S. 186).

Nach dem SPSS-Prinzip wurden zu Beginn sämtliche das Thema betreffende Fragen gesammelt. In einem zweiten Schritt wurden diese anhand spezifischer Kontrollfragen wie „Frage ich nur Fakten ab?“ oder „Bestätige ich nur bereits bekannte Ergebnisse?“ bezüglich ihrer Güte für die Verwendung in einer qualitativen Studie überprüft (Helfferich, 2011, S. 182). Fragen konnten so aussortiert oder umformuliert werden, damit sie den Ansprüchen einer qualitativen Forschungsarbeit genügen. Im folgenden Schritt wurden die Fragen nach inhaltlichen Aspekten sortiert, um abschließend die zu einem Thema passenden Fragen zu einer möglichst einfachen Erzählaufforderung zu subsumieren (Helfferich, 2011, S. 185). Diese so entstandenen „Leitfragen“ wurden in die erste der vier Spalten des Leitfadens eingeordnet, um den Interviewverlauf zu strukturieren. Alle Leitfragen sind obligatorisch und in der vorgegebenen Reihenfolge vom Interviewer abzufragen.

In der zweiten Spalte wurde eine Inhaltsstrukturierung vorgenommen. Hierfür wurden vorab mögliche Themen anhand der vorhandenen Literatur und eigenen Überlegungen zusammengetragen, die Studenten ansprechen könnten. Dies sollte zur besseren Vorbereitung auf die Interviews dienen und so ein schnelles Hineinversetzen in eine spezifische Situation ermöglichen (Helfferich, 2011, S. 185). Damit wurde eine Abweichung von dem SPSS-Prinzip vorgenommen. Nach diesem Prinzip soll die zweite Spalte Fragen enthalten, die explizit gestellt werden, soweit sie nicht vom Teilnehmer selber angesprochen werden (Helfferich, 2011, S. 185). Diese Abweichung war jedoch von großer Bedeutung um eigene Vorannahmen transparent zu machen, so mögliche Suggestivfragen zu vermeiden und damit die Möglichkeit einer Verzerrung des Datenmaterials zu verringern.

In der dritten Spalte wurden konkrete Fragen gesammelt. Diese sollten dabei helfen, die Situationen genauer zu erfassen und so die Forschungsfragen möglichst detailliert beantworten zu können (Helfferich, 2011, S. 185). So finden sich in dieser Spalte Fragen wie „ Wer war genau an der Situation beteiligt“, „Wie intensiv hast du die Situation wahrgenommen“ oder „Wie soll diese

Unterstützungsmaßnahme genau ablaufen?“ Diese Fragen können dabei abhängig vom Verlauf des Interviews fakultativ verwendet werden.

In der letzten Spalte wurden Fragen zur Aufrechterhaltung des Interviews gesammelt (Helfferich, 2011, S. 187). Der Sinn dieser Fragen ist die Motivation des Weitererzählens aufrechtzuerhalten oder kleinere Pausen zu überbrücken. Hier erwiesen sich in der Vergangenheit Fragen wie „Kannst du mir das noch ein bisschen genauer erklären?“ oder „Kannst du das vielleicht noch ein wenig spezifizieren?“ als hilfreich (Helfferich, 2011, S. 187). Das Dokumentieren derartiger Fragen kann übertrieben erscheinen, dient aber gerade unerfahrenen Interviewern als Hilfe, um in einer belastenden Interviewsituation auf bereits vorformulierte Fragen zurückgreifen zu können. Dies ist wichtig für den Interviewer, da er durch eine gute Gesprächsführung den Teilnehmer zu einer möglichst genauen Erläuterung seiner Erfahrungen mit moralischem Stress anleiten und nur so ein umfassendes Verständnis von moralischem Stress entwickelt werden kann (Flick et al., 2005, S. 363).

Nach der Erarbeitung des Leitfadens wurde dieser in einer Besprechung mit zwei Nachwuchswissenschaftlerinnen und zwei Doktorandinnen besprochen, die alle bereits Erfahrung mit qualitativer Forschung gesammelt hatten. Durch Anregungen und Verbesserungsvorschläge konnten konkrete und Aufrechterhaltungsfragen präziser getrennt und der Leitfaden durch das Einbringen weiteren Fragen angereichert werden.

Zur Übersicht sind die Leitfragen im Folgenden aufgeführt. Der vollständige Leitfaden ist im Anhang der Dissertation beigefügt (vgl. Anhang 2):

1. Kannst du mir eine Situation schildern, in der du daran gehindert wurdest nach deinen eigenen moralischen Vorstellungen zu handeln?
2. Wie hast du dich in der Situation gefühlt/Wie hast du die Situation empfunden?
3. Wie bist du mit der Situation umgegangen?
4. Was würdest du dir generell wünschen, um mit solchen Situationen besser umgehen zu können?

Bei der ersten und vierten Leitfrage wird im Folgenden erläutert, aus welchen Gründen die vorliegende Version gewählt wurde:

1. Leitfrage 1: Um zu gewährleisten, dass Teilnehmer tatsächlich über moralischen Stress auslösende Situationen und nicht beispielsweise über Fälle von moralischer Unsicherheit sprechen, habe ich den signifikanten Teil der Definition von moralischem Stress in die Fragestellung integriert. Um eine möglichst große Offenheit und Subjektorientierung zu verwirklichen, wurde auf detaillierte Konzepterläuterungen verzichtet (Vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 128; Flick et al., 2005, S. 258).
4. Leitfrage 4: Die letzte Frage ist mit Absicht ohne kontextuellen Bezug konzipiert worden, um ein möglichst großes Spektrum an Verbesserungsvorschlägen abzudecken. So sollte Studenten die Möglichkeit eröffnet werden, verschiedene Typen von Interventionen identifizieren und erläutern zu können.

Parallel zur Leitfadenausarbeitung wurde ein Informationsblatt für die Teilnehmer erstellt. Auf einer Seite wurden die Teilnehmer über den Zweck und Inhalt der Studie sowie über die Verwendung der erhobenen Daten aufgeklärt. In diesem Schreiben wurde den Teilnehmern ebenfalls Anonymität zugesichert und die Maßnahmen zur Sicherung des Datenschutzes erläutert, um so eine informierte

Einwilligung der Teilnehmer zu garantieren. Die Einwilligungserklärung ist der Arbeit im Anhang beigelegt (vgl. Anhang 1).

3.2.3.3. Sampling und Rekrutierung

Ich definierte die Einschlusskriterien für die Studie folgendermaßen: Teilnehmer mussten zum Zeitpunkt des Interviews im Praktischen Jahr ihres Medizinstudiums in Deutschland sein. Bei einer Untersuchung von Studenten sollte so ein Mindestmaß an Erfahrung mit dem Medizinbetrieb vorausgesetzt werden und die Wahrscheinlichkeit, dass moralischer Stress bereits erlebt wurde, erhöht werden. Die Autorin dieser Doktorarbeit befand sich zum Zeitpunkt der Untersuchung ebenfalls im Praktischen Jahr ihres Medizinstudiums und untersuchte somit ihre „Peers“. Durch persönliche Kontakte zu Studenten, über universitäre Lehrveranstaltungen, Lerngruppen, die Arbeit an der Klinik und außeruniversitäre Veranstaltungen konnten erste Interviewpartner gewonnen werden. Es erfolgte also ein Feldzugang von innen, sodass der Einstieg in diesen halboffenen Schauplatz gewährt war (Bortz & Döring, 2006, S. 338). Der Zugang von innen bietet anders als ein Feldzugang von außen den Vorteil, dass man nicht fremd ist, sondern dass eine gewisse Vertrauensbasis zwischen Interviewer und Teilnehmern bereits besteht. Dies kann die Schilderungen der Teilnehmer bei einem möglicherweise tabuisierten Sachverhalt positiv beeinflussen. Trotzdem birgt diese Art des Feldzugangs gleichzeitig die Gefahr von Verzerrungen (Bias) in der Auswahl der Teilnehmer, da möglicherweise nur ein bestimmter Typ von Student eingeschlossen wird. Da lediglich eine exemplarische Beschreibung des Phänomens und nicht etwa eine repräsentative Erhebung angestrebt wurde, erschienen die Vorteile einer bereits bestehenden Vertrauensbasis die Nachteile einer möglichen Verzerrung zu überwiegen. Es wurden zusätzlich weitere Teilnehmer mit der Hilfe des Snowball-Sampling rekrutiert (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 184). Im Anschluss an die Interviews wurden die Studenten gebeten, weitere potentielle Teilnehmer zu identifizieren und anzusprechen. Durch den Hinweis auf das Forschungsprojekt durch die Teilnehmer selbst konnten drei weitere Studenten für das Projekt gewonnen werden, zu denen vorher kein persönlicher Kontakt bestand. Meine Kontaktdaten wurden an diese Studenten weitergegeben und sie nahmen direkt mit mir Kontakt auf. Es handelt sich folglich um die Durchführung eines passiven Snowball-Samplings.

Es wurde während des gesamten Prozesses darauf geachtet, die Teilnehmer möglichst vielfältig bezüglich ihrer Wahlfächer, Geschlecht, Alter und Studienort auszuwählen (maximum variation sampling) (Coyne, 1997). Es wurden also eine Kombination aus zwei Sampling-Methoden angewandt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 185). Durch das Anstreben einer maximalen Variation sollte gewährleistet werden, dass der bisherige Wissenstand nicht nur bestätigt wird, sondern durch die verschiedenen fachspezifischen Betrachtungsweisen erweitert werden kann (Patton, 1990, S. 172). Durch die Variationen von bestimmten Charakteristika, die meiner Annahme nach den Erfahrungshorizont der Studenten hinsichtlich moralischer Stresssituationen maßgeblich bedingen, konnte ich vor allem eine möglichst umfassende Beschreibung des Phänomens „moralischer Stress“ gewährleisten. Zudem konnte davon ausgegangen werden, dass so eine größere Vielfalt von Verbesserungsvorschlägen vorgebracht werden kann, da die Studenten in verschiedenen Fachbereichen und verschiedenen Universitäten mit unterschiedlichen Lehrkonzepten und Arbeitsumgebungen Erfahrung sammeln konnten.

3.2.3.4. Ablauf der Interviews und Endpunkt der Datenerhebung

Die Durchführung der Interviews erfolgte nach einem festgelegten Schema: Nach einer Begrüßung wurden die Studenten über das Projekt sowie die Freiwilligkeit und die Anonymität der Teilnahme an der Studie aufgeklärt³. Sie wurden darüber informiert, dass das Gespräch als Audiodatei aufgenommen und anschließend transkribiert wird. Anschließend konnten offene Fragen beantwortet und die Einwilligungserklärung unterschrieben werden. Im Folgenden wurde ihnen die erste Interviewfrage noch vor dem Einschalten des Audiogeräts gestellt sowie darauf anfallende Fragen beantwortet. Auf diese Weise wollte ich sicherstellen, dass den Studenten ausreichend Zeit zur Verfügung stand, um eine passende Situation auszuwählen. Danach wurde das Audiogerät eingeschaltet und die erste Interviewfrage wiederholt. Mit Hilfe des Interviewleitfadens wurden alle wichtigen Leitfragen und vertiefende Fragen in Abhängigkeit von der gewählten Situation gestellt, um diese so vollständig zu erfassen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 130). Auf jede Frage konnten die Studenten so lange und intensiv antworten, wie sie es für sinnvoll erachteten. Am Ende des Interviews wurden die Studenten gefragt, ob sie das Interview durch weitere Ergänzungen vervollständigen wollen. Anschließend wurde ihnen gedankt und somit das Interview sowie die Audioaufnahme beendet. Während des Prozesses waren keine Dritten anwesend.

Im Anschluss an das jeweilige Interview wurde ein kurzes Postskriptum verfasst. Hier wurden Kerndaten, wie beispielsweise Datum, Ort und Dauer des Interviews sowie das Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit des Interviewpartners erfasst. Es wurden ebenfalls der Ort des Studiums, das aktuelle PJ-Tertial und das momentane PJ-Fach dokumentiert.

Alle Interviews wurden von mir durchgeführt (zum damaligen Zeitpunkt: 25 Jahre alt, weiblich, Medizinstudentin im Praktischen Jahr). Ich wurde schrittweise zur Führung dieser Interviews befähigt: Zunächst wurden zwei Interviews durchgeführt und gleich im Anschluss transkribiert. Anschließend wurden diese mit Frau Dr. Katja Kühlmeyer auf Probleme bei der Interviewdurchführung überprüft und anschließend gemeinsam reflektiert. Der Leitfaden wurde konsequent angewandt. Es konnten einige Probleme identifiziert werden, wie beispielsweise das Stellen von Suggestivfragen, was ich bei weiteren Interviews aufgrund dieses Trainings vermeiden konnte. So konnte die Durchführung der Interviews und damit auch das Datenmaterial verbessert werden. Die zwei ersten Interviews wurden in die Auswertung eingeschlossen. Die Aussagen, die durch suggestive Fragen provoziert worden waren, wurden jedoch von der Auswertung ausgeschlossen.

Der Ort der Durchführung wurde in Absprache mit den Interviewpartnern festgelegt. Ich habe mich dabei nach den Wünschen der Studenten gerichtet, um in Abhängigkeit von diesen einen möglichst vertrauten oder neutralen Ort zu wählen. So sollte eine angenehme Atmosphäre kreiert werden, um über das Thema offen reden zu können (Flick et al., 2005, S. 367).

Nach 15 Interviews wurde die Datenerhebung abgeschlossen. Dies erscheint im Vergleich zu einer quantitativen Stichprobe klein (Bortz & Döring, 2006, S. 50), jedoch handelt es sich bei dieser Studie um eine explorative, qualitative Studie, deren Ziel es ist, eine Orientierung in diesem Forschungsgebiet zu schaffen (Ritchie et al, 2003). Dabei ist zu betonen, dass die durch die kleine Stichprobe generierten Daten nicht weniger Informationen enthalten müssen, als die auf der Grundlage größerer Datenmengen generierten Informationen. Der Grund ist, dass das einmalige Auftreten eines Codes

³ Ich habe mich aufgrund der Peer-Zugehörigkeit dazu entschieden die Interviewteilnehmer zu duzen.

ausreicht, um in das Analyse-Gerüst integriert zu werden (Mason, 2010). Die Häufigkeit der Erwähnung ist dabei unerheblich und wurde auch von mir nicht miterfasst, da keine repräsentativen Aussagen über die Häufigkeit des Auftretens bestimmter moralischer Stresssituationen gemacht werden sollten (Mason, 2010). Viele qualitative Forscher orientieren sich zudem an dem Konzept der theoretischen Sättigung, um zu entscheiden, wann sie ihre Datenerhebung abschließen. Diese Sättigung ist dann erreicht, wenn durch das Sammeln neuer Daten keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen werden. Generell werden dafür bestehende Codes mit den durch weitere Interviews erhobenen Daten verglichen. Wenn keine weitere Veränderung der bereits vorhandenen Codes mehr vorgenommen werden muss, wird von einer theoretischen Sättigung ausgegangen (Glaser & Strauss, 1967). Aufgrund kontinuierlicher Veränderungen in der Organisation des Gesundheitssystems und durch den unaufhörlichen Fortschritt, ist es unmöglich eine langfristige theoretische Sättigung zu erreichen, da im zeitlichen Verlauf immer neue moralische Herausforderungen entstehen können. Folglich habe ich mich nicht an diesem Konzept orientiert, sondern aus pragmatischen Gründen sowie Ressourcenerwägungen die Phase der Datenerhebung nach 15 Interviews beendet, wobei zuvor sichergestellt wurde, dass eine Fülle von exemplarischen Situationen geschildert worden war.

3.2.3.5. Transkription

Nach der Durchführung der ersten Interviews wurden Transkriptionsregeln festgelegt (vgl. Anhang 4), um eine standardisierte Transkription zu ermöglichen. Nach diesen Regeln wurden alle Audiodateien wörtlich transkribiert. Dabei wurden Aussagen in Dialekten in eine hochsprachliche Form gebracht und die gesprochene Sprache an das Schriftdeutsch angeglichen (Dresing & Pehl., 2015, S. 23). Die Sprache wurde demnach geglättet (Kuckartz, 2010, S. 44). Des Weiteren wurden Pausen im Text markiert, auf die Transkription von Füllwörtern wie „ähm“ und Kommasetzung wurde jedoch verzichtet. Zur besseren Übersicht wurden Sprecherwechsel durch eine Leerzeile verdeutlicht (Dresing & Pehl, 2015, S. 28). Auf die Transkription von Intonation wurde aufgrund der Lesbarkeit verzichtet, aber auch weil diese detaillierten Informationen für meine Forschungsfragen nicht von Belang waren (Dresing & Pehl, 2015, S. 25). Die mit Hilfe dieser Regeln erstellten Transkripte wurden als Dokumente im Textverarbeitungsprogramm Microsoft Word 2007 gespeichert (Kuckartz, 2010, S. 32).

Die Transkription erfolgte jeweils im Anschluss an die Interviewführung durch eine studentische Hilfskraft – Frau A. Renner – mit Vorerfahrung in der qualitativen Forschung und in der Transkription von Interviews oder durch mich als Autorin der Doktorarbeit. Nach der Fertigstellung aller Interviewtranskriptionen wurden die Interviews ein weiteres Mal angehört und die Transkripte auf Richtigkeit und Einheitlichkeit von mir überprüft.

Bei der finalen Durchsicht der Transkripte wurden Anonymisierungen vorgenommen, d.h. Namen, Orte und andere besondere Merkmale, die einen Rückschluss auf die Person ermöglicht hätten, wurden durch neutrale Begriffe ersetzt (z.B. Name 1, Ort A) (Kuckartz, 2010, S. 44). Anschließend wurden die Audiodateien unwiderruflich gelöscht. Auf eine Überprüfung durch die Teilnehmer wurde dabei verzichtet. Zwar können durch diesen Prozess neue Erkenntnisse generiert und zusätzliche Informationen gewonnen werden (Koelsch, 2013), die Nachteile erschienen aber gewichtiger: Aufgrund der Tabuisierung des Themas und den sozialen Erwartungen an die Teilnehmer war die Wahrscheinlichkeit groß, dass relevante Daten durch eine nachträgliche Selbstzensur der Teilnehmer verloren gegangen wären (Oliver et al., 2005). Durch die Struktur des Leitfadens wurden alle Leitfragen beantwortet und bei Bedarf konnte aufgrund der halbstrukturierten Form gezielt

nachgefragt werden, sodass ich davon ausgehen konnte, durch eine Überprüfung der Aussagen durch die Teilnehmer selber keine relevanten weiteren Daten erheben zu können.

3.2.3.6. Definition und Auswertung

3.2.3.6.1. Definitionsklärung

Bezogen auf das jeweils übergeordnete Thema einer jeden Leitfrage soll an dieser Stelle kurz erläutert werden, was als jeweilige Definition im Interviewleitfaden festgelegt wurde. Dies ist bedeutsam, da die zugrundegelegten Definitionen auch meine Auswertung geleitet haben.

Begriffsdefinition „Ursache“

Unter Ursache ist im Folgenden ein Vorgang oder ein Sachverhalt oder eine Situation zu verstehen, der bzw. die zu der Entstehung von moralischem Stress führt. Im Interview werden beispielhafte komplexe, selbst erlebte Situationen beschrieben, die zu moralischem Stress geführt haben.

Begriffsdefinition „Emotionen“

In der zweiten Leitfrage werden die emotionalen Reaktionen der betroffenen Personen thematisiert. Unter Emotion wird in dieser Arbeit ein multidimensionales Konstrukt verstanden, das mehrere Komponenten enthalten muss. Zu diesen zählt das bewusste Empfinden eines Gefühls, ein sich abspielender neuronaler Prozess sowie ein beobachtbares Ausdrucksgebaren (vgl. Izard, 1994, S. 20). Im Interview liegt der Focus vor allem auf der Beschreibung des subjektiv erlebten Gefühls, das moralischen Stress ausgezeichnet hat.

Begriffsdefinition „Umgang“ und „Coping“

Bezogen auf die dritte Leitfrage wird im Verlauf dieser Arbeit unter „Umgang“ bzw. „Coping“ die sich konstant verändernden kognitiven Bemühungen und Verhaltensanstrengungen verstanden, um mit spezifischen externalen und/oder internalen Anforderungen umzugehen – in diesem Falle einer moralischen Stresssituation. Die vorliegenden Bemühungen wirken sich dabei ermüdend auf die betroffene Person aus oder überschreiten sogar die Ressourcen der involvierten Person (vgl. Lazarus & Folkman, 1984, S 141). Im Interview werden kurzfristige und langfristige Bewältigungsversuche exploriert.

Begriffsdefinition „Verbesserungsmöglichkeiten“

Unter Verbesserungen verstehe ich im Rahmen dieser Arbeit mögliche Veränderungen, die potentiell dazu führen könnten, entweder moralischen Stress zu verhindern, zu reduzieren oder einem die Möglichkeit geben das Copingverhalten bezogen auf moralischen Stress zu verbessern.

3.2.3.6.2. Auswertung

Attribute Coding

Zu Beginn der Auswertung wurde das „attribute coding“ durchgeführt (Saldana, 2013, S 70). Hierbei werden die wichtigsten Informationen wie der Name des Interviewers, Datum, Ort und Dauer des Interviews sowie die Person, die das Interview transkribiert hat, codiert. Außerdem wurden Alter, Geschlecht und Staatsangehörigkeit des Interviewpartners sowie Ort des Studiums, das zum Zeitpunkt

des Interviews aktuelle PJ-Tertial und PJ-Fach vermerkt. Diese Stichprobendeskriptionen wurden den Interviews vorangestellt (Bortz & Döring, 2006, S. 85).

Qualitative Inhaltsanalyse

Die erhobenen Daten wurden im Folgenden durch die qualitative Inhaltsanalyse (QI) ausgewertet. Die QI ist besonders für deskriptive Erhebungen geeignet, da sie es erlaubt, den Inhalt/die Bedeutung von qualitativem Material zu erfassen und darstellbar zu machen (Schreier, 2012, S.1 ff). Durch einen systematischen Auswertungsprozess können so die zentralen Themen schrittweise herausgearbeitet werden (Bortz & Döring, 2006, S. 551 ff). Trotz eines vorgegebenen systematischen Vorgehens kann die QI flexibel an das Material angepasst werden, um den einzelnen Fragestellungen gerecht zu werden (Schreier, 2012, S. 5). Bei der Verwendung der QI kann deduktiv und induktiv gearbeitet werden (Bortz & Döring, 2006, S. 330 ff). Deduktiv bedeutet dabei, dass das Datenmaterial theoriegeleitet ausgewertet wird. In den meisten Fällen wird jedoch induktiv gearbeitet, was bedeutet, dass aus dem Datenmaterial Codes in einem Verallgemeinerungsprozess generiert werden, ohne dass man sich auf vorab formulierte theoretische Konzepte bezieht (Mayring, 2008, S. 75 ff; Schreier, 2012, S. 25 ff). Der Auswertungsprozess bezieht nur tatsächlich getätigte Aussagen mit ein und beschreibt diese. Es wird nicht versucht durch weitergehende Interpretation versteckte Motive oder latente Strukturen zu entdecken. Jede Leitfrage wurde dementsprechend einzeln mit Hilfe der QI ausgewertet und folgte dabei im Prinzip der gleichen Logik. Das Ziel dabei war die Generierung von inhaltsanalytischen „Codes“. Saldana beschreibt in seinem Buch „The Coding Manual for Qualitative Researchers“ einen Code in der qualitativen Forschung als Wort oder kurze Beschreibung, das/die die wesentlichen und sinnträchtigen Bestandteile von sprachlichen oder visuellen Daten zusammenfasst (Saldana, 2013, S. 3). Der erste Schritt im Verfahren der QI ist das Festlegen von Auswertungseinheiten (Mayring, 2008, S. 53). Jedes Interview diente dabei als einzelne Einheit und wurde in Bezug auf die Hauptfragestellungen ausgewertet (Mayring, 2008, S. 53 ff). Als Hauptbestandteil der QI wurde im Folgenden eine Reduktion der jeweiligen Auswertungseinheit vorgenommen (Schreier, 2012, S. 7 ff). Dabei wurden nur bezüglich der Fragestellungen relevante Aspekte weiterverwertet und Abschnitte aus der Auswertung ausgegliedert, die weitere nicht in den Fragestellungen abgebildete Themen betrafen (Schreier, 2012, S.9; Mayring, 2008., S. 61). Der zweite wesentliche Aspekt bei der Durchführung der QI ist die Abstraktion des Datenmaterials (Schreier, 2012, S. 7 ff; Mayring, 2008, S. 61 ff). Abstraktion bedeutet dabei, dass Textabschnitte auf ein höheres Abstraktionsniveau, das heißt eine allgemeinere Formel, angehoben werden. So wird beispielsweise die beschriebene Ursache auf eine allgemeinere Ebene gehoben und somit auch den spezifischen Rahmenbedingungen des Falles enthoben. So soll der Code für die beschriebene Ursache immer noch dem der Fallkonstellation entsprechen, jedoch frei von den individuellen Rahmenbedingungen des Falles sein. Durch die Abstraktion können inhaltsgleiche Codes entstehen, die im Folgenden zusammengefasst werden können (Mayring, 2008, S. 61 ff). Dieser Prozess kann mehrfach angewandt werden, bis das erstrebte Abstraktionsniveau erreicht ist und so übergeordnete Kategorien entstehen. Generierte Codes können dabei in höher abstrahierten (übergeordneten) Codes subsumiert werden (Schreier, 2012, S.9). Nach der Fertigstellung der Auswertung und der Generierung von Codes für eine Auswertungseinheit erfolgte eine Rücküberprüfung der Ergebnisse am Text, um sicherzustellen, dass die Ergebnisse das ursprüngliche Material noch darstellen und die Fragestellung durch die generierten Codes angemessen beantwortet wird (Mayring, 2008, S.61; Kuckartz, 2010,S. 95 ff). Anschließend wurden die generierten Codes aus den verschiedenen Interviews weiter zusammengefasst. Es erfolgte eine erneute

Zusammenfassung durch die Streichung inhaltsgleicher Codes und eine Angleichung der Abstraktionsniveaus (Mayring, 2008, S. 62).

Da die QI genug Flexibilität bietet, um sich dem Material während des Auswertungsprozesses anzupassen (Schreier, 2012, S. 24), wurden einige Besonderheiten bei den jeweiligen Leitfragen vorgenommen. Diese werden im Folgenden beschrieben.

A. Ursachen

Bei der ersten Leitfrage wurde zu Beginn das „Descriptive Coding“ nach Saldana angewandt (Saldana, 2013, S.88). Dieses Verfahren fasst das Thema der vorhandenen Daten oder einer Passage in – soweit dies möglich ist – einem Wort zusammen (Saldana, 2013, S. 88 ff). Diese Themenbeschreibung der Erzählung soll losgelöst von Inhalt bzw. der inhaltlichen Fokussierung erfasst werden und folglich nicht die inhaltlichen Probleme widerspiegeln. So entsteht eine Art Index von Themen, über die im Zusammenhang mit moralischem Stress gesprochen wurde.

Anschließend wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring angewendet. Nach diesem Prinzip wird das Datenmaterial auf die wesentlichen Inhalte reduziert, welches trotz Reduktion das Grundmaterial abbilden soll (Mayring, 2008, S. 58 ff; Kuckartz 2010, S.92 ff). Die Technik, nach der systematisch vorgegangen werden muss, besteht dabei aus drei wesentliche Teilschritten: der Paraphrasierung, dem Abstrahieren und der Reduktion (Mayring, 2008, S. 62 ff). Für die Paraphrasierung werden die Codiereinheiten, die den kleinsten Materialabschnitt festlegen, der ausgewertet werden darf, in kurze und auf den wesentlichen Inhalt beschränkte Form umgeschrieben, emotionale Anteile werden herausgefiltert und die Aussage auf den sachlichen Anteil reduziert. Es folgen die oben beschriebene Reduktion und Abstraktion (Mayring, 2008, S. 61 ff). Beim letzten Abstraktionsschritt wurden die Codes, aus denen die übergeordneten Kategorien entstanden sind, nicht gestrichen. Sie wurden vielmehr als Subcodes in den verschiedenen Kategorien belassen, um einen klaren Bezug zum ursprünglichen Material zu gewährleisten.

Es war wichtig sowohl das deskriptive Codieren, als auch die Inhaltsanalyse durchzuführen. Dies erlaubte mir sowohl allgemein die Situationen zu beschreiben, die Ausgangspunkt für moralischen Stress sind, als auch inhaltlich konkret zu identifizieren, was die Situation zu einer moralischen Stresssituation gemacht hat.

B. Emotionen

Für den Auswertungsprozess wurde ein gemischt induktiv-deduktives Vorgehen gewählt. Im ersten Schritt wurde das Emotion Coding verwendet (Saldana, 2013, S. 105 ff). Dieses Verfahren verlangt, dass nicht nur Emotionen codiert werden, sondern als übergeordnete Kategorie auch der Kontext, in den sich die Emotionen einbetten. Es wird so eine Verbindung zur Situation hergestellt, in der diese emotionalen Reaktionen aufgetreten sind. Dies ist von Vorteil, da Emotionen universelle humane Erfahrungen sind (Saldana, 2013, S. 106) und es für ein umfassendes Verständnis daher wichtig ist, diese nicht von den Handlungen oder Situationen zu trennen, durch die sie entstanden sind. In der Auswertung wurden folglich Codes nach dem oben beschriebenen Verfahren durch Reduktion und Abstraktion generiert, die die Emotionen der Teilnehmer darstellen. In einem weiteren Schritt wurden diese Codes verschiedenen Kategorien deduktiv als Subcodes zugeordnet. Diese Kategorien beschreiben situative Faktoren, die ursächlich für die Entwicklung der spezifischen Emotionen waren (Bernard & Ryan, 2010, S. 35-36). Somit stellt das Ergebnis nicht nur die Emotionen dar, sondern bettet

sie in den ursächlichen Kontext ein. Die Zuordnung eines Gefühls zu mehreren Kategorien war dabei möglich.

Bei der induktiven Kodierung habe ich mich auf ein bereits bestehendes Emotionen-System gestützt. Das für diese Arbeit ausgewählte System beschränkt sich dabei auf die sogenannten *fundamentalen* Emotionen nach Izard. Diese beschreiben Emotionen, die stets gleich ausgedrückt werden und die gleiche Erlebnisqualität besitzen – unabhängig von kulturellen Einflüssen und Sozialisationsfaktoren (vgl. Izard, 1994, S. 23). Dies sollte eine intersubjektive Vergleichbarkeit gewährleisten, auch wenn dabei individuelle Unterschiede im Erleben nivelliert werden. Insgesamt wurden von Izard (1994, S. 66 ff.) zehn fundamentale Emotionen beschrieben. Jede dieser Emotionen wird dabei durch zwei Substantive beschrieben, die eine jeweils niedrigere und intensivere Erlebnisqualität beschreiben soll. Diese lauten: *Interesse – Erregung, Vergnügen – Freude, Überraschung – Schreck, Kummer – Schmerz, Zorn – Wut, Ekel – Abscheu, Geringschätzung – Verachtung, Furcht – Entsetzen, Scham – Erniedrigung, Schuldgefühl – Reue* (vgl. Izard, 1994, S.66).

Im Folgenden wird beschrieben, was die jeweilige Emotion charakterisiert. Ich gehe insbesondere darauf ein, wie eine Emotion subjektiv empfunden werden muss, um als solche zu gelten.

- *Interesse/Erregung*: Diese Emotion stellt die am häufigsten erlebte positive Erlebnisqualität dar. Sie dient dabei als Motivation für die Entwicklung von Fertigkeiten, Kompetenzen und Intelligenz (vgl. Izard, 1994, S. 244). Subjektiv wird diese Emotion als ein Empfinden von Engagement, Faszination und Neugierde wahrgenommen. Sie motiviert dazu, Dinge zu erforschen und sich selbst mit einer Person oder Sache auf der Basis von Informationen oder Erfahrungen auseinanderzusetzen (vgl. Izard, 1994, S. 248).
- *Vergnügen/Freude*: Diese Emotion wird von Izard verstanden als eine Erlebnisqualität, die „nach irgendeiner kreativen oder sozial nutzbringenden Tat herrscht, die nicht mit dem ausdrücklichen Ziel vollbracht worden ist, Freude zu erlangen oder Gutes zu tun“ (Izard, 1994, S. 272). Sie ist dabei charakterisiert durch das Erleben von Selbstvertrauen und Bedeutsamkeit. Diese Emotion gibt einem das Gefühl, Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten des Lebens bewältigen zu können. Sie wird ebenfalls charakterisiert durch ein Gefühl von Zufriedenheit mit sich und der Welt (vgl. Izard, 1994, S. 272).
- *Überraschung/Schreck*: Diese Empfindung ist eine sehr flüchtige Emotion und soll dabei helfen, sich plötzlichen neuen Ereignissen erfolgreich anzupassen. Eine Beschreibung dieser Emotion fällt aufgrund der kurzen Wirkdauer und einem scheinbaren Aussetzen der Gedankenprozesse schwer. Folglich ist mit dieser Emotion wenig Gedankeninhalt verknüpft. Muskeln können sich zusammenziehen und eine Art elektrische Aktivität kann empfunden werden. Es wird eine gewisse Unsicherheit aufgrund des unerwarteten Ereignisses empfunden. Eine spontane Reaktion auf das Erlebte fällt den Betroffenen oft schwer (vgl. Izard, 1994, S. 213-214).
- *Kummer/Schmerz*: Kummer ist die am häufigsten erlebte negative Emotion. In diesem Zustand wird Traurigkeit, Entmutigung, Einsamkeit, Isolation, Elend und Niedergeschlagenheit empfunden. Es wird ein Gefühl von Versagen oder eine Ablehnung durch andere wahrgenommen. Die Folge ist auftretende Unzufriedenheit. Die Welt wirkt in diesen Momenten negativ, dunkel und trübe. Ebenso kann ein Gefühl von Hilflosigkeit und Abhängigkeit wahrgenommen werden. (Izard, 1994, S. 325 ff).

- *Zorn/Wut*: Zorn tritt häufig in Zusammenhang mit Ekel und Geringschätzung auf. Die häufigste Ursache für die Entstehung ist körperliche oder psychische Hinderung an einer Handlung, die man sehr gerne tun möchte. Zumeist tritt eine erhöhte Reizbarkeit auf sowie ein erhöhter Muskeltonus und das Bedürfnis nach körperlicher Aktion – beispielsweise ein Angriff auf oder das Wehren gegen die Ursachenquelle. Es erfolgt eine intensivierete Fokussierung auf die Situation (vgl., Izard, 1994, S. 369 und 376).
- *Ekel/Abscheu*: Ekel entsteht auf organischer oder psychischer Art und Weise durch Dinge, die verdorben oder schlecht sind. Man möchte sich schnellstmöglich von dem Objekt entfernen. Anders als Zorn kommt es durch Ekel zu einer Abwendung und Reduktion der Aufmerksamkeit (vgl. Izard, 1994, S. 376).
- *Geringschätzung/Verachtung*: Evolutionär kann diese Emotion als „Vehikel“ verstanden werden, das „zur Vorbereitung des Individuums oder der Gruppe [...] [genutzt wird], [um] einem gefährlichen Widersacher entgegenzutreten“ (Izard, 1994, S. 379). Die betroffene Person empfindet Überlegenheit gegenüber einer Person oder einer Sache. Wie Zorn und Ekel ist es eine Emotion der Feindseligkeit. Eine Voreingenommenheit gegenüber einer bestimmten Sache, Idee, Person oder Gruppe liegt vor (vgl. Izard, 1994, S. 379).
- *Furcht/Entsetzen*: Furcht ist eine nachhaltig wirkende Emotion. Sie gilt als einengende Emotion aufgrund der entstehenden Reduktion von Wahrnehmung im Sinne einer kognitiven Verlangsamung und Einschränkung. Handlungsalternativen sind in diesen Situationen deutlich reduziert. Es wird Unsicherheit, Gefahr und drohendes Unheil für Leben, Körper oder Psyche wahrgenommen (vgl. Izard, 1994, S. 397 und 408). Das Auftreten dieses Gefühls sollte jedoch nicht ausschließlich negativ interpretiert werden, sondern kann als Warnsignal fungieren und zum Umdenken anregen. Durch das Auslösen einer kollektiven Verteidigung kann es soziale Bindung fördern (vgl., Izard, 1994, S 397).
- *Scham/Erniedrigung*: Bei dieser Emotion kommt es aufgrund eines intensiven Bewusstseins für das Selbst zu einer ungewöhnlichen und deutlichen Selbstwahrnehmung. Das Selbst wird als ausgesprochen klein, hilflos, emotional, verletzt, dumm und fehl am Platze wahrgenommen. Zeitweise kann das logische Denken eingeschränkt sein, die passenden Worte für die Situationen fehlen und es wird Versagen und Misserfolg wahrgenommen (vgl. Izard, 1994, S. 437).
- *Schuldgefühl/Reue*: Anders als Scham beeinflusst diese Emotion eine Person für einen längeren Zeitraum. Es liegt ein intensiv-quälendes Empfinden vor, das aufgrund einer als unrecht erachteten Handlung gegenüber einer Person entsteht. Wiederholte kognitive Auseinandersetzungen im Anschluss an die Geschehnisse mit dieser Situation sind typisch, ebenso wie die Verhinderung von Blickkontakt mit den geschädigten Personen (vgl. Izard, 1994, S. 472-474).

C. Coping

Für die Auswertung der Copingstrategien wurde ebenfalls ein gemischt induktiv-deduktives Vorgehen gewählt. Die induktive Generierung der Codes wurde bereits oben beschrieben. Die induktiv generierten Codes fanden zusätzlich als Subcodes Eingang in ein deduktiv generiertes Kategoriensystem. Das deduktive Kategoriensystem basiert auf der Unterscheidung in „emotionsorientiertes“ und „lösungsorientiertes“ Coping (Lazarus & Folkman, 1984; Pearlin & Schooler, 1987). Eine lösungsorientierte Copingstrategie ist dadurch gekennzeichnet, dass versucht wird Stress zu reduzieren, indem man versucht die Stressursache zu beheben. Bei einem

emotionsorientierten Vorgehen wird versucht die emotionalen Reaktionen auf Stress auslösende Situationen zu regulieren (Taylor et al., 2006, S. 432).

Diese von Lazarus beschriebene Kategorisierung der Copingstrategien wurde im Verlauf durch eine dritte Kategorie (der „Neubewertung“) ergänzt. Durch eine Neubewertung wird einer Situation eine neue Bewertung zugeordnet, wodurch sie im Folgenden nicht mehr als problematisch oder - im Rahmen dieser Dissertation - moralisch stressig empfunden wird (Lazarus, 1999, S. 77). Diese Kategorie wurde ebenfalls im Auswertungsprozess berücksichtigt.

D. Verbesserungsmöglichkeiten

Zur Beantwortung dieser Leitfrage wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring als induktives Verfahren verwendet. Durch die wesentlichen Arbeitsschritte Paraphrasierung, Reduktion und Abstraktion (Mayring, 2008, S. 62) konnte das Material auf die wesentlichen Aspekte reduziert werden, die dennoch das Grundmaterial abbilden (Mayring, 2008, S. 58; Kuckartz, 2010, S.92). Es wurden mehrere Zyklen der Abstraktion und Reduktion vorgenommen. Einige Codes blieben dabei erhalten und dienten im Folgenden als Subcodes im übergeordneten Kategoriensystem, um eine Abbildung des Grundmaterials zu gewährleisten (Mayring, 2008, S. 58).

Qualitätsprüfung

Die intra- und intersubjektive Nachvollziehbarkeit einer Analyse ist ein Qualitätskriterium im Rahmen der Auswertung qualitativer Daten (Przyborski & Wohrab-Sahr, 2014, S. 26 ff). Zur Steigerung der Auswertungsqualität innerhalb dieser Studie wurde eine intra- und intersubjektive Überprüfung der vorläufig erarbeiteten Codes und Kategorien durchgeführt. Zum einen wurde - wie auch von Schreier für allein arbeitende Wissenschaftler empfohlen (Schreier, 2012) - der Auswertungsprozess wiederholt durchgeführt. Wenn zu unterschiedlichen Zeitpunkten Textstellen gleich verstanden und codiert wurden, so wurde von einer Plausibilität der Darstellung der Daten ausgegangen. Bei auftretenden Differenzen wurde dahingegen eine begründete Entscheidung hinsichtlich des letztgültigen Codes getroffen. Die Reliabilität konnte so verbessert werden. Nach jedem Auswertungsschritt wurden alle Ergebnisse zusätzlich am Grundmaterial rücküberprüft (Mayring, 2008, S. 61 ff). Dabei wurde darauf geachtet, ob die Fragestellung korrekt beantwortet wurde und ob das Grundmaterial trotz Abstraktion weiterhin abgebildet war.

Um eine gute intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleisten zu können, werden idealerweise die Interviews von zwei Forschern ausgewertet. Dies konnte aufgrund begrenzter Ressourcen im Rahmen dieser Dissertation nicht vollständig geleistet werden. Es wurden jedoch die Codes der ersten zwei Interviews von meiner Betreuerin Frau Dr. Katja Kühlmeyer und einer Doktorandin am Institut, Frau Sandra Thiersch, die beide in der Auswertung von qualitativen Interviewstudien mit der Inhaltsanalyse erfahren sind, exemplarisch überprüft. Beide codierten eigenständig ausgewählte Passagen und wir besprachen unsere Ergebnisse gemeinsam. Bei Unstimmigkeiten wurde nach einem Konsens gesucht, welcher den Inhalt am besten beschreiben konnte (konsensuelles Kodieren).

Zusammen mit Frau Dr. Kühlmeyer wurden zusätzlich alle Interviews bezogen auf die erste Leitfrage konsensuell codiert, wobei mehrere Personen unabhängig voneinander codieren und diskursiv eine Einigung bezüglich der zu generierenden Codes finden (Kuckartz, 2010, S.92). Dieses Vorgehen wurde bei allen Interviews auf die erste Leitfrage begrenzt, da ein solches Vorgehen nur hier aufgrund der Komplexität der Situationsbeschreibungen von besonderer Bedeutung war. Es sollte so sichergestellt

werden, dass das generierte Codeschema durch die Beteiligung mehrerer Personen am Auswertungsprozess intersubjektiv nachvollziehbar ist.

3.3. Methodische Abweichung

Von der ursprünglich festgelegten methodischen Vorgehensweise wurde im Verlauf der Studie abgewichen. Die Abweichungen betreffen dabei nur die Datenauswertung und sollen im Folgenden transparent gemacht werden.

3.3.1. Ursachen

Es erfolgte keine Abweichung zum oben genannten methodischen Auswertungsverfahrens.

3.3.2. Emotionen

Einige der geschilderten Basis-Emotionen entstehen nicht nur in der akuten Situation, sondern auch erneut zu einem späteren Zeitpunkt beispielsweise durch eine erneute Konfrontation mit betroffenen Teilnehmern oder durch eine bloße Rückbesinnung auf das Erlebte. Diese wurden von mir ebenfalls unter der Überkategorie „Emotionen, die noch länger nach der Situation angehalten haben oder zu einem späteren Zeitpunkt erneut aufgetreten sind“ codiert. Zwar integriert die in dieser Arbeit ausgearbeitete Definition von moralischem Stress nur die akut aufgetretenen Emotionen, durch die Berücksichtigung und explizite Darstellung dieser Informationen können jedoch potentielle Folgen besser abgeschätzt werden. Dies erschien mir für eine umfassende Darstellung von moralischem Stress sinnvoll.

Viele der Teilnehmer nannten als Reaktion auf moralischen Stress nicht nur Basis-Emotionen, sondern auch weitere Reaktionen auf die von ihnen erlebten und geschilderten Situationen. Um eine Vollständigkeit der Daten zu gewährleisten und erneut um potentielle Folgen besser abschätzen zu können, habe ich mich dazu entschlossen, diesbezügliche explizite Äußerungen in den Auswertungsprozess zu integrieren. Die Codes werden unter „weitere Reaktionen“ jeweils im Anschluss an die Basis-Emotionen aufgelistet.

3.3.3. Coping

Neben den reinen Copingstrategien erwähnen viele der Teilnehmer Konsequenzen, die sie aus dem Erlebten ziehen wollen. Da derartige Aspekte von vielen der Teilnehmer geäußert wurden, habe ich mich zur Vollständigkeit der Wiedergabe und zu besserer Abschätzung der Folgen von moralischem Stress dazu entschlossen, diese ebenfalls in der Kategorie „Konsequenzen“ aufzuführen. Die hier generierten Codes werden unabhängig von den Copingstrategien in einer separaten Tabelle im Anschluss an die Zusammenfassungen dargestellt.

3.3.4. Verbesserungsmöglichkeiten

Aufgrund zahlreicher, jedoch ausgesprochen heterogener Überlegungen bezüglich potentieller Verbesserungsmöglichkeiten, entschied ich mich dazu weitere Überkategorien einzuführen, um eine bessere Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Zwei dieser Kategorien („Klinik“ und „Studium“) beziehen sich dabei auf den Ort, an dem Verbesserungen gefordert werden. Die dritte Kategorie („Situationsbewältigung“) umfasst Strategien, die potentiell zu einer verbesserten Verarbeitung von moralischem Stress führen können.

3.4. Teilnehmer

3.4.1. Stichprobe

Mit den oben genannten Rekrutierungsverfahren wurden die Teilnehmer für die Interviewstudie gewonnen. Dabei nahmen alle angesprochenen Personen bereitwillig an der Studie teil. Keiner entschied sich gegen eine Teilnahme oder zog retrospektiv seine Erlaubnis zur Verwendung des erhobenen Materials zurück.

Es wurden 15 Interviews geführt. Die Stichprobe bestand aus zwölf Frauen und drei Männern. Die Teilnehmer waren zwischen 25 und 29 Jahre alt.

Elf der Teilnehmer waren Studenten der Ludwig-Maximilians-Universität, vier Teilnehmer waren Studenten anderer Universitäten (Ruhr-Universität-Bochum, Technische Universität München, Universität Tübingen). Die Teilnehmer hatten während des Praktischen Jahres eines der folgenden Wahlfächer belegt: Palliativmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie, Anästhesie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Allgemeinmedizin oder Radiologie.

Zum Zeitpunkt der Interviewdurchführungen waren vier der Teilnehmer im ersten Tertial des Praktischen Jahres, fünf waren im zweiten Tertial und sechs befanden sich bereits in ihrem letzten Tertial. Die Fachbereiche, in denen die Teilnehmer zu diesem Zeitpunkt gearbeitet haben, waren bei jeweils zwei Teilnehmern Anästhesie, Gynäkologie, Innere Medizin und Augenheilkunde und bei jeweils einem Teilnehmer Pädiatrie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Chirurgie und Radiologie.

3.4.2. Interviewdurchführung

Die Interviews wurden im Zeitraum von November 2013 bis September 2014 durchgeführt. Dabei wurden fünf der Interviews in Cafés, fünf in Privatwohnungen, zwei im Büro des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, zwei in Räumlichkeiten verschiedener Kliniken und eins in einem Seminarraum der Physiologie durchgeführt. Alle Interviews fanden unter Ausschluss dritter Personen statt.

4. Ergebnisse

4.1. Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt. Dabei werden alle Erfahrungsberichte zur Übersicht in einer Tabelle zusammengefasst. Im Folgenden wird jeder Erfahrungsbericht einzeln als Zusammenfassung präsentiert. Um die Anonymität der Teilnehmer zu wahren und diese Arbeit nicht mit den unstrukturierten Erzählungen der Teilnehmer zu „überfrachten“, habe ich mich gegen eine Darstellung der wörtlichen Interviewtranskription und für die Darstellung der Situationsbeschreibungen in Form von Zusammenfassungen entschieden. Die jeweilige Zusammenfassung erfolgt in drei Teilen: (1) der Beschreibung der moralischen Stresssituation, (2) der subjektiven Empfindungen gekoppelt an den situationsspezifischen Umgang und (3) der Beschreibung vorgeschlagener Verbesserungsmöglichkeiten. Sie wird in Form eines Fließtextes und in der Vergangenheit wiedergegeben. Die Wiedergabe der Erfahrungsberichte erfolgt in männlicher Form unabhängig vom Geschlecht der Interviewpartner zur Wahrung der Anonymität.

Um die subjektive Sichtweise der Studenten nach Möglichkeiten in den Zusammenfassungen zu erhalten, orientieren sich die Beschreibungen an den Wortlauten der Studenten. Diese sind durch Anführungszeichen markiert. Es wurde gleichzeitig versucht die medizinischen Fälle und Abläufe präzise und verkürzt zu schildern, daher wurden beispielsweise in der Zusammenfassung Fachbegriffe verwendet, selbst wenn diese vom Teilnehmer nicht explizit gebraucht worden sind. Kontextinformationen, die keinen Bezug zu den Leitfragen aufgewiesen haben, wurden weggelassen.

Im Anschluss an die jeweilige Zusammenfassung eines Falles wird das *Thema* der Schilderung in Form eines *deskriptiven* Codes und die *Ursachen* in Form von *inhaltsanalytischen* Codes dargestellt. Das *Erleben* der Situation wird in Form von *Emotion-Codes* festgehalten. Auch der *Umgang* der Teilnehmer mit dem Erlebten sowie gewünschte *Verbesserungen* werden als Codes schriftlich fixiert.

Zum Abschluss dieses Abschnitts werden alle Codes in Abhängigkeit der jeweiligen Interviewleitfrage in einer Tabelle zur besseren Übersicht zusammengefasst.

4.2. Situationsschilderungen

Da moralischer Stress ein psychisches Phänomen ist, sind die geschilderten Ursachen subjektiv. Von einer Bewertung der moralischen oder fachlichen Beurteilung der geschilderten Situation wurde abgesehen. Auch die Beweggründe anderer handelnder Personen in diesen Schilderungen wurden bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

4.3. Fallbeispiele

4.3.1.Übersicht der Fallbeispiele

Tabelle 1) Übersicht der Fallbeispiele

Teilnehmer:	Titel der jeweiligen Zusammenfassung
1	<i>Das herzkranke Kind</i>
2	<i>Der Notfall-Patient</i>
3	<i>Die metastasierte Krebspatientin</i>
4	<i>Die Nebendiagnose</i>
5	<i>Die Blutabnahme</i>
6	<i>Der chirurgische Eingriff</i>
7	<i>Das Aufklärungsgespräch</i>
8	<i>Die alte Patientin</i>
9	<i>Die digitale rektale Untersuchung</i>
10	<i>Der wiederholte Eingriff</i>
11	<i>Alternative Behandlungsmethoden</i>
12	<i>Die ärztliche Bescheinigung</i>
13	<i>Die betreute Patientin</i>
14	<i>Die konsiliarische Untersuchung</i>
15	<i>Die vaginale Tastuntersuchung</i>

4.3.2.Zusammenfassung der Fallbeispiele und dazugehörige Codes

1. Zusammenfassung: das herzkranke Kind

Der Teilnehmer schilderte die Situation wie folgt: Ein herzkrankes Kind sei aufgrund seines schlechten Zustandes einem Kinderkardiologen vorgestellt worden. Da das „Herz sehr schlecht [gewesen] sei“, habe dieser die Intensivierung einer speziellen Therapie vorgeschlagen. Die Stationsärztin habe die Empfehlung umsetzen wollen, doch der Chefarzt habe sich entschieden dieser nicht nachzugehen und die Indikation der Maßnahme angezweifelt. Bereits in der vorherigen Nachtschicht sei die vom Spezialisten vorgeschlagene Therapie aufgrund einer akuten Zustandsverschlechterung von der zuständigen diensthabenden Oberärztin begonnen worden. Der Betroffene führte weiter aus, dass der Chefarzt bereits diese Entscheidung sofort am nächsten Morgen „kritisiert“ habe. Im „Setting einer Visite“ habe der Chefarzt vor allen Anwesenden gesagt, dass sie „die Indikation dieser Therapie nicht kennen würde“ und diese wieder abgesetzt.

Aufgrund der hohen Kosten des vorgeschlagenen Medikaments sei von den Oberärzten, den Assistenzärzten und auch von dem Studenten vermutet worden, dass die Entscheidung des Chefarztes durch finanzielle Erwägungen beeinflusst worden sei, da er – so die Mutmaßungen des Teilnehmers – „persönlich dafür gerade stehen muss, wenn zu viel Geld ausgegeben wird“ und so „vielleicht die Rente etwas niedriger ausfällt als wenn er gut gehaushaltet hätte“. Aufgrund der kontroversen Meinungen habe der Teilnehmer die Indikation für die entsprechende Medikation recherchiert und dabei festgestellt, dass die Indikation für diese Therapie genau auf das Kind zutreffe. Aufbauend auf diese Schilderungen äußerte der Teilnehmer Unverständnis bezüglich des Vorgehens des Chefarztes. Er fragte sich, wieso „der Spezialist überhaupt hinzugerufen“ worden sei, wenn seine Meinung sowieso keine Relevanz für die Therapieentscheidung habe. Er erzählte, dass er „Wut“ empfunden habe, da seiner Meinung nach das Kind nicht optimal versorgt worden sei. Um „die Gefühle zu teilen“ und zu zeigen, „wieso man unzufrieden ist“, spreche er mit Freunden und der Familie über diese Situation. Dabei habe ihm nicht nur Zustimmung, sondern auch die kritische Hinterfragung der Situation geholfen. Diese Erfahrung habe ihn in seiner Entscheidung bezüglich seines späteren Arbeitsplatzes bestärkt. Er erklärte: „[Ich möchte nicht auf einer Station] arbeiten, wo auf den Rat von Spezialisten, die extra hinzugezogen werden dann gar nicht so wirklich gehört wird, nur weil jemand meint, dass er [...] es besser weiß, weil er schon so lange dabei ist“.

Der Teilnehmer verbalisierte folgenden Wunsch: „dass mehr [...] diskutiert wird und mehr [...] jeder zu Wort kommt auf [...] einem annähernd gleichem Niveau“. Daher forderte er eine Verbesserung und Intensivierung der Teamkommunikation. Bezüglich des Verhaltens des Chefarztes äußerte er den Wunsch nach mehr Anwesenheit, da dieser oft „über der Sache schwebt und sich dann in solche akuten Situationen manchmal einschaltet“. Diese nur temporäre Mitbetreuung der Patienten habe er als „störend“ empfunden. Er empfahl zusätzlich ein „Seminar Leadership“ für Chefarzte, um die Voraussetzung für einen guten Führungsstil zu schaffen, folglich die Hierarchie aufzulockern und den Zusammenhalt des Teams zu stärken. Um den letztgenannten Aspekt noch weiter zu stärken, schlug er vor, als Team mehr Zeit außerhalb des Krankenhauses miteinander zu verbringen wie zum Beispiel bei „Weihnachtsfeiern“, „gemeinsamen Essen“ oder „Ausflügen“.

Deskriptiver Code:

- Behandlungsentscheidung
 - Stellvertreterentscheidung

Inhaltsanalytische Codes:

- Behandlungsentscheidung, bei dem Student andere Option favorisiert hat
 - Keine Therapieintensivierung trotz schlechtem Gesundheitszustand
- Behandlungsentscheidungen werden durch Interessenkonflikte beeinflusst
 - Handelndem Arzt werden finanzielle Interessen unterstellt
- Entscheidungen werden von Vorgesetzten vorgegeben
 - Chefarzt revidiert therapeutisches Vorgehen von Oberärzten und Spezialisten

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Wut
 - Verachtung

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktion, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Unverständnis

Codes für Copingstrategien:

- Emotionsorientiertes Coping
 - Kommunikation
 - (1) Mit der Familie oder Freunden zur Entlastung

Handlungskonsequenzen

- Differenzierte Auswahl des späteren Berufs
 - (1) Bezüglich der Abteilungsführung
- Verbesserung der Beurteilungsfähigkeit
 - (1) Fachliche Weiterbildung

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Angebot von Leadership-Seminaren für die Leitungsebene
 - Kontinuierliche Involvierung der Leitungsebenen
 - Verbesserung der Teamatmosphäre/Zusammenarbeit
 - (1) Vermehrter Mitarbeiterkontakt außerhalb der Klinik
 - (2) Schaffung einer offenen und gleichberechtigten Kommunikationsebenen im Team

2. Zusammenfassung: der Notfall-Patient

Der Teilnehmer berichtete, dass ein schwer gestürzter Patient nur notdürftig versorgt worden sei, bevor er zum CT gefahren wurde. Dort habe man entschieden, dass aufgrund seiner schweren Verletzungen keine weiteren Behandlungsmaßnahmen mehr durchgeführt werden sollten. Der Patient sei dann zum Sterben auf die Intensivstation gefahren worden. Während des Transportes dorthin sei es zu einem ungeplanten Zusammentreffen mit seinen Angehörigen gekommen. Leider habe der Patient auf der Liege mit „Blut“ und „Erbrochenem“ immer noch „wie Hölle“ ausgesehen. Der Teilnehmer berichtete weiter, dass auf dem Weg zurück zum Schockraum das Team die Trage aus der Intensivstation gefahren habe, wobei „auch mal wieder ein Witz gemacht“ worden sei. Während das Team lachend die Station verlassen habe, sei es erneut auf die Angehörigen getroffen. Diese seien in der Zwischenzeit über den Zustand des Patienten informiert worden. In dieser Situation beschrieb er die Kollegen als „sofort [waren]alle still“.

Der Teilnehmer schilderte, dass er es als „total schrecklich“ empfunden habe, dass die „Angehörigen den Patienten so sehen [mussten]“ und auch, dass sie die Familie passierten, während bereits wieder

„Witze gemacht“ wurden. Nach diesem Zusammentreffen hätten alle „die Köpfe gesenkt“. Die Familie sei dennoch „fix und fertig“ gewesen und habe dem Team und der Trage „entsetzt“ nachgeschaut. Der Teilnehmer habe sich in dieser Situation „total unwohl“ gefühlt und sich „am liebsten [...] [hinter der Trage] verstecken“ wollen. Er gab an, dass er sich bei den Angehörigen für dieses Verhalten habe „entschuldigen“ wollen, da es ihm „so leid [getan hat], dass die das so mitgekriegt [hatten]“. „Um den Fall nochmal durchzusprechen“ und für den Teilnehmer nachvollziehbar zu machen, habe die betreuende Ärztin diesen anschließend mit ihm diskutiert. Der Teilnehmer habe versucht in diesem Zusammenhang ebenfalls „Kritik“ zu äußern, damit ähnliche Fehler in Zukunft vermieden werden könnten. Die Ärztin habe ihm zwar zugestimmt, jedoch keine weiteren Konsequenzen aus der Situation gezogen. Aufgrund seines Status als Student habe sich der Teilnehmer nicht um eine Vertiefung des Gesprächs bemüht. Er erzählt, dass er die Situation stattdessen mit seiner „Familie“ und seinen Haustieren besprochen habe, weil ihm „das gut tut“. Trotzdem sei ihm die Situation in Erinnerung geblieben, sodass er sich bei ähnlichen Situationen zurückerinnere, über das weitere Vorgehen nachdenke und versuche damalige Fehler zu vermeiden.

Um aus Erlebtem zu lernen, schlug der Teilnehmer die Einführung von Teambesprechungen vor, in denen diese Situationen mit dem gesamten Team nachbesprochen, Fehler identifiziert und Möglichkeiten, diese in Zukunft zu vermeiden, diskutiert werden können. Er wünschte sich zudem aufgrund seiner begrenzten zeitlichen Ressourcen als Arzt Kriseninterventionsdienste (wie z.B. „Seelsorger“ oder „Sozialarbeiter“) mit einbeziehen zu können. Diese könnten beispielsweise in die Versorgung von Angehörigen in Notfallsituationen involviert und das ärztliche Personal dadurch entlastet werden. Da in seiner Wahrnehmung diese Möglichkeiten im Studium nicht angemessen vermittelt und besprochen worden seien, forderte er diesbezüglich eine Verbesserung der Lehre. Um die eigenen praktischen Fähigkeiten verbessern zu können, wünschte er sich einen Ausbau der „Breaking-Bad-News“-Seminare beziehungsweise eine Erweiterung der Szenarien. Er schlug vor, dass diese zusätzlich Situationen berücksichtigen könnten, in denen der Fokus auf der Versorgung von Angehörigen liegt.

Deskriptiver Code:

- Notfallsituation

Inhaltsanalytische Codes:

- Vermeintliches Fehlverhalten
 - Bei dem Transport eines nicht abgedeckten, sterbenden Patienten von Schockraum zur Intensivstation ungeplantes Zusammentreffen mit den Angehörigen
 - Lachendes Personal trifft auf besorgte Angehörige

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Abscheu
- Emotionen, die in Bezug auf Patienten und Angehörige zum Ausdruck gebracht werden:
 - Schuldgefühle
- Emotionen, die in Bezug auf das eigene Verhalten zum Ausdruck gebracht werden:
 - Schamgefühle

Codes für Copingstrategien:

- Lösungsorientiertes Coping
 - Kommunikation
 - (1) Kritik an Vorgesetzten üben
- Emotionsorientiertes Coping
 - Kommunikation
 - (1) Mit der Familie oder Haustieren zur Entlastung
 - (2) Mit betreuendem Arzt Nachbesprechung des Falles

Handlungskonsequenzen

- Lernen aus den erlebten Situationen
 - (1) Steigerung der Sensibilität
 - (2) Vermeidung der gleichen Fehler

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Intensivierung der Zusammenarbeit mit unterstützenden Institutionen der Klinik
 - Verbesserung der Teamatmosphäre/Zusammenarbeit
 - (1) Einführung/Intensivierung von Teambesprechungen
- Studium
 - Bekanntmachung unterstützender Institutionen im Krankenhaus
 - Ausbau von Kommunikationsseminaren
 - (1) Ausweitung der Inhalte
 - Umgang mit Angehörigen

3. Zusammenfassung: die metastasierte Krebspatientin

Der Teilnehmer erzählte, dass eine Patientin mit „fortgeschrittenem Krebs mit Metastasen im Kopf und in der Leber“ über das weitere therapeutische Vorgehen aufgeklärt worden sei, wobei keine palliativmedizinischen Alternativen aufgezeigt worden seien.

In der Wahrnehmung des Teilnehmers sei die Patientin dabei von den Ärzten „in eine Richtung gedrängt“ worden, nämlich weiterhin Bestrahlungen und eine Chemotherapie durchzuführen. Dieses Vorgehen sei ihr als „kurativer Therapieansatz [verkauft worden]“. Aufgrund seiner Unsicherheit fragte der Teilnehmer die behandelnden Ärzte nach dem Krankheitszustand der Patientin. Daraufhin sei ihm versichert worden, dass es keine kurativen Möglichkeiten für die Patientin gäbe und die empfohlene Therapie nur zu einer „minimalen Lebensverlängerung führen würde“. Da der Patientin keine palliativmedizinischen Alternativbehandlungen aufgezeigt worden seien, habe der Teilnehmer die Aufklärung als „sehr einseitig“ empfunden. Obwohl der Student das Vorgehen als „nicht richtig“ empfunden habe, sei er aufgrund seiner hierarchischen Stellung nicht mutig genug gewesen, seine Meinung offen zu äußern. Aus persönlichen Gesprächen mit der Patientin habe er gewusst, dass die Patientin „eigentlich lieber nach Hause wollte“, da sie „weiter weg [...] ihre Familie hatte“ und die letzte Zeit ihres Lebens gerne mit dieser hatte verbringen wollen. Der Teilnehmer habe daher „Wut“ und „Enttäuschung“ darüber empfunden, dass man der Patienten nicht die Wahl bezüglich des weiteren Vorgehens gelassen habe und sie das „nicht selber [...] entscheiden [konnte]“. Da er als Student nicht aktiv in die Situation habe eingreifen können, äußerte er ein Gefühl von „Hilflosigkeit“. Bei einer Konfrontation mit ähnlichen Situationen habe der Teilnehmer im Verlauf einige dieser Gefühle wiederholt erlebt. Trotz dieser Gefühle und Empfindungen habe der Teilnehmer die Ärztin verstehen können: sie sei jung und unerfahren gewesen und habe der Patienten helfen wollen. Sich

einzugestehen, dass man „nicht mehr wirklich was für [...] [die Patientin] tun [kann] [...] [sei] wahnsinnig schwer“, reflektierte er. Das Vorgehen habe er daher auch in gewisser Weise „nachvollziehen“ können. So sagte er ebenfalls: „Wahrscheinlich [macht man] nicht [immer alles] 100% richtig oder angemessen“. Er überlegte, dass auch er bei der bevorstehenden erstmaligen Aufnahme von ärztlichen Tätigkeiten vermutlich einige Fehler machen werde. In der Situation selbst habe der Teilnehmer versucht durch gezieltes Nachfragen fachliche aber auch „moralische Aspekte“ besser zu verstehen.

Der Teilnehmer wünschte sich flachere Hierarchien mit einer gleichberechtigten Kommunikation. Er wolle so erreichen in Entscheidungen über das weitere therapeutische Vorgehen integriert zu werden und so Verbesserungen in der Versorgung erzielen zu können. Er erhoffte sich dieses Ziel unter anderem durch ein vermehrtes „Duzen“ zu erreichen, da so gegebenenfalls eine persönlichere und vertrautere Ebene zwischen den Mitarbeitern geschaffen werden könne. Diese Vertrauensebene solle wiederum kritisches Nachfragen oder das barrierefreie Äußern von Kritik ermöglichen. Er argumentierte, dass dies zusätzlich durch eine geringere Fluktuation in der Mitarbeiterzusammensetzung unterstützt werden könne sowie durch die Implementierung von Teambesprechungen. In diesen solle es möglich gemacht werden beispielsweise Probleme, die im Umgang mit den Patienten auftreten, oder „Teamprobleme [anzusprechen]“. Zudem wünschte sich der Teilnehmer einen anderen Umgang mit Kritik, Schwächen und Fehlern: Kritik solle dabei nicht ausschließlich „negativ“ aufgefasst, sondern als Möglichkeit der Problemidentifikation betrachtet werden, die im Folgenden gemeinschaftlich gelöst werden müssten. Um das eigene Verhalten zu verbessern, wünschte sich der Teilnehmer zudem eine Ausweitung der „Breaking-Bad-News“-Seminare, in denen zusätzlich „Kritik ansprechen“ geübt werden solle. Dadurch solle man befähigt werden „nicht anmaßend“, sondern angemessen „kritische Nachfragen zu stellen“, „moralische Aspekte“ anzusprechen sowie „andere Meinungen anzubringen“. Die Entwicklung einer kritischen Einstellung könne zusätzlich durch die Förderung von kritischen Anmerkungen während Vorlesungen oder Seminaren begünstigt werden. Er wünschte sich, dass Dozenten dazu explizit aufrufen würden.

Deskriptiver Code:

- Behandlungsentscheidung
 - infauste Prognose
- Aufklärung

Inhaltsanalytische Codes:

- Behandlungsentscheidung, bei dem Student andere Option favorisiert hat
 - Behandlungsentscheidung getroffen, von der Patient voraussichtlich nicht profitieren wird
 - Patient wird zu einer spezifischen Behandlung gedrängt
- Keine ausreichende Aufklärung
 - Keine ausreichende Aufklärung über terminale Prognose
 - Keine ausreichende Aufklärung über realistische Therapieziele und alternative Handlungsoptionen

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Wut
 - Kummer
- Emotionen, die noch lange nach der Situation angehalten haben oder erneut aufgetreten sind:
 - Kummer

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die aufgrund der hierarchischen Stellung geäußert werden:
 - Unsicherheit
- Reaktionen, die aufgrund der passiven Zuschauerrolle/hierarchischen Stellung geäußert werden:
 - Hilflosigkeit
- Reaktionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Unverständnis

Codes für Copingstrategien:

- Emotionsorientiertes Coping
 - Rechtfertigung durch die eigenen späteren Fehler
 - Verständnis generieren durch das Einfühlen in die Situation
 - Kommunikation
 - (1) Mit Assistenten über die fachliche Situationsbewertung
 - (2) Mit Assistenten über die moralische Situationsbewertung

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Verbesserung der Teamatmosphäre/Zusammenarbeit
 - (1) Reduktion der Mitarbeiterfluktuation
 - (2) Duzen innerhalb des Teams
 - (3) Einführung/Intensivierung von Teambesprechungen
 - (4) Schaffung einer offenen und gleichberechtigten Kommunikationsebene im Team
 - (5) Offener Umgang mit Fehlern und Schwächen
- Studium
 - Ausbau von Kommunikationsseminaren
 - (1) Ausweitung der Inhalte
 - Kritik üben an Vorgesetzten
 - Veränderung von Lehrveranstaltungsstrukturen
 - (1) Förderung von kritischen Nach- und Zwischenfragen

4. Zusammenfassung: die Nebendiagnose

In einem anderen Interview wurde zudem folgende Situation beschrieben: Eine Patientin, die zu einer Bluttransfusion auf die internistische Station gekommen sei, habe stärker werdende Schmerzen sowie eine verminderte Beweglichkeit an der Schulter aufgrund einer Humeruskopf-Nekrose entwickelt. Daraufhin sei ein orthopädisches Konsil angefordert worden. Die Patientin habe die Diagnose nicht begreifen können. Sie habe verstanden, dass „der Arm absterben“ und im Folgenden „amputiert werden [muss]“. Auch nach Abschluss der internistischen Behandlung sei noch immer keine orthopädische Untersuchung durchgeführt worden. Die Patientin sei daraufhin trotz der Schmerzen und Einschränkungen entlassen worden, obwohl „sie [damit] nicht [...]einverstanden“ gewesen sei.

Der Teilnehmer konnte nicht verstehen, wieso der Patientin die Diagnose, aufgrund derer sie die Schmerzen entwickelt habe, niemand „plausibel erklären [konnte]“. Nachträglich befand der Teilnehmer, dass durch die Transfusionen lediglich eine „Wertekosmetik“ vorgenommen worden sei, wodurch sich die Patientin „persönlich schlechter gefühlt“ habe. Er stellte die Sinnhaftigkeit dieser Transfusionsgabe folglich in Frage, da die Patientin keine Symptome durch die pathologischen Laborwerte angegeben habe. Da er selber keinen Einfluss auf das weitere Vorgehen haben könne, habe er sich machtlos gefühlt. Generell lehnte er dieses Vorgehen ab, zeigte auf der anderen Seite jedoch Verständnis, da die Liegezeit aus Ressourcengründen – so seine Argumentation – nicht unbegrenzt verlängert werden können. Der Teilnehmer gab an, dass er, um die Situation zu verbessern „außerhalb [...] [seiner] Arbeitszeit [...] länger“ geblieben sei, damit sich die Patienten nicht „verlassen [fühlte]“. Dabei habe er der betroffenen Patientin nicht nur „Unterstützung von [seiner] [...] Seite“ aus angeboten, sondern habe ihr auch versucht „zu erklären, was da los [ist]“ und warum sie entlassen werden müsse. Aufgrund von zu viel Arbeit habe er sich nach der Entlassung jedoch nicht weiter mit diesem Fall auseinandergesetzt.

Um ähnliche Situationen zukünftig vermeiden zu können, wünschte er sich „mehr Interdisziplinarität im Krankenhaus“. Eine mögliche Herangehensweise sei beispielsweise eine „Abteilung Bauch“ einzuführen, die durch die verschiedenen Fachbereiche betreut werden könne. Generell schlug er für PJler „mehr Gespräche mit dem [...] Stationsarzt über solche Situationen“ vor, damit man sich nicht so „verlassen“ fühle und Besprechungen solcher Patientenfälle oder Lösungsstrategien für derartige Probleme möglich seien.

Deskriptive Codes:

- Behandlungsentscheidung
- Fehlversorgung
- Aufklärung

Inhaltsanalytische Codes:

- Fehlender ganzheitlicher Behandlungsansatz
 - Konzentration der Therapie auf die Verbesserung von Laborwerten
- Keine ausreichende Aufklärung
 - Keine ausreichende Aufklärung über die Diagnose

- Keine Vermittlung weiterer notwendiger Behandlungen
 - Keine Übermittlung des Patienten auf eine andere Station
 - Entlassung einer Patientin ohne ihr Einverständnis
 - Keine Durchführung von therapeutisch notwendigen Interventionen einer anderen Disziplin

Codes emotionaler Reaktionen

- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Verachtung

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die aufgrund der passiven Zuschauerrolle/hierarchischen Stellung geäußert werden:
 - Machtlosigkeit
- Reaktionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Unverständnis

Codes für Copingstrategien:

- Lösungsorientiertes Coping:
 - Kommunikation
 - (1) Versuche Defizite in der Aufklärung zu kompensieren
- Emotionsorientiertes Coping:
 - Kommunikation
 - (1) Mit Patienten zur Unterstützung
 - Verständnis generieren durch das Einfühlen in die Situation

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Auflockerung der Trennung von Disziplinen
- Studium
 - Umgestaltung des Praktischen Jahres
 - (1) Regelmäßige Gespräche zur Klärung von Fragen und Besprechung von Problemen

5. Zusammenfassung: die Blutabnahme

Die kritische Situation wurde wie folgt geschildert: Eine Patientin, bei der der Teilnehmer Blut abnehmen sollte, habe zu weinen begonnen, da „sie Angst [...] [hat] weil [sie] ihre Diagnose nicht [weiß]“ und „nie ein Arzt Zeit [hat] [...] ihr das zu sagen“. Der Teilnehmer habe in dieser Situation „gerne [bei der Patientin]“ bleiben wollen, damit ihr alles Notwendige erklärt werden könne. Aufgrund der vielen Blutabnahmen sei ihm dies zeitlich nicht möglich gewesen, sodass er die noch anstehenden Blutabnahmen fortgesetzt habe.

Diesen zeitlichen Druck habe der Teilnehmer als „Einschränkung in [seinen] Verhaltensspielräumen“ wahrgenommen. Trotzdem habe er diese Aufgabe ernst genommen, da ihm bewusst gewesen sei, dass „bestimmte Dinge [...] in einem Krankenhausbetrieb passieren müssen, wenn es funktionieren soll“.

Trotz dieser Einsicht habe er es als belastend empfunden, dass er den „Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht werden [konnte]“, da es seine Aufgabe jetzt und auch „als späterer Arzt [ist] den Menschen in [all] ihren Bedürfnissen gerecht zu werden und sie nicht nur körperlich [...] zu behandeln“. Seiner Haltung liege die Überzeugung zugrunde, dass auch die seelischen, spirituellen und psychischen Belange eines Patienten wichtig seien. Er habe diese Situation als typisches Beispiel dafür empfunden, dass wir in unserem „Gesundheitssystem dem Menschen [...] nicht in einer allumfassenden [...] Sichtweise gerecht [werden]“. Da er unter diesen Arbeitsbedingungen seinen Idealen nicht gerecht werden könne, habe er nicht nur Traurigkeit und Wut, sondern auch Schuldgefühle gegenüber der Patientin empfunden. Diese Situation mache ihn „unzufrieden“. Da ähnliche Situationen „nicht nur einmal“, sondern „ganz oft im Studium“ aufgetreten seien, habe sich der Teilnehmer schnell emotional von der Situation abgrenzen können. Er sei zusätzlich durch die viele Arbeit und die geforderte Konzentration bei der nächsten Blutabnahme abgelenkt gewesen. Nichtsdestotrotz sei ihm die Problematik auch „im Hinblick auf [...] [die] spätere Arbeitsplatzwahl“ oft präsent, sodass er für sich - um dieser Belastung zu entgehen – in Erwägung zöge, in einem „Schlupfloch wie [der] Palliativstation“ oder im Ausland zu arbeiten. Um die Situation von verschiedenen Seiten aus zu betrachten, versuche er sich in dieser Situation ebenfalls die positiven Seiten seiner Arbeit darzulegen. Er sprach dabei über die „vielen Vorteile [des deutschen Gesundheitssystems]“ und darüber, dass es „an jedem Arbeitsplatz“ Probleme gäbe. Er äußerte zudem die Meinung, dass das Problem nicht nur durch die „Einstellungen“ von Mitarbeitern, sondern vor allem durch „unser Abrechnungssystem“ verursacht worden sei. Um für sich selber die Situation möglichst positiv zu lösen, habe der Teilnehmer versucht die Patienten zu beruhigen und ein längeres Aufklärungsgespräch mit dem zuständigen Assistenzarzt zu initiieren.

Damit diese Probleme langfristig verhindert werden können, wünschte er sich „einen besseren Personalschlüssel“ auf den Normalstationen, der sich an dem der Palliativstation orientieren solle. Er schlug weiterhin vor, dass Behandlungskonzepte ganzheitlicher gestaltet und „Gespräche mit den Patienten und den Angehörigen“ als fester Teil der Behandlung angesehen werden sollten. Dies könne beispielsweise durch längere Visiten erreicht werden. Auch im Studium solle intensiver vermittelt werden, dass „Kommunikation“ und „zwischenmenschliche Interaktionen“ wichtig in der Patientenversorgung ist. Daher solle auch der Ausbildung kommunikativer Fähigkeiten ein höherer Stellenwert im Studium eingeräumt werden. Dies könne beispielsweise durch vermehrte und selbständige Gespräch und Anamneseerhebungen während des Studiums erreicht werden.

Deskriptiver Code:

- Student-Patient-Interaktion

Inhaltsanalytische Codes:

- Keine ausreichende Aufklärung
 - Keine ausreichende Aufklärung über die Diagnose
- Fehlender ganzheitlicher Behandlungsansatz
 - Beschränkung der Versorgung auf körperliche Symptome
 - Den Bedürfnissen des Patienten nicht gerecht werden
- Einschränkung durch standardisierte Abläufe
 - Eingeschränkte Handlungsspielräume aufgrund vorgegebener Arbeitsabläufe

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf Patienten und Angehörige zum Ausdruck gebracht werden:
 - Schuldgefühle
- Emotionen, die in Bezug auf die Arbeitsbedingungen zum Ausdruck gebracht werden:
 - Wut
 - Kummer

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die in Bezug auf die Arbeitsbedingungen zum Ausdruck gebracht werden:
 - Unzufriedenheit
 - Frustration

Codes für Copingstrategien:

- Lösungsorientiertes Coping
 - Kommunikation
 - (1) Initiierung eines Arzt-Patienten-Gesprächs, indem Defizite der Aufklärung kompensiert werden können
- Emotionsorientiertes Coping
 - Kommunikation
 - (1) Mit Patienten zur Unterstützung
 - Ablenkung durch andere Tätigkeiten
 - Emotionale Abstumpfung
 - Projektion individueller Verantwortung auf eine Systemebene
 - Vergegenwärtigung der Fehlerhaftigkeit aller Arbeitsplätze
 - Vergegenwärtigung der Vorteile des Arbeitsplatzes
 - Verständnis generieren durch das Einfühlen in die Situation

Handlungskonsequenzen

- Differenzierte Auswahl des späteren Berufs
 - Bezüglich der Facharztauswahl
 - Bezüglich des Landes

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Verbesserung des Personalschlüssels
 - Veränderung der Visitenstruktur
 - (1) Einplanung von mehr Zeit
 - Veränderung der Behandlungskonzepte
 - (1) Förderung der Sensibilität gegenüber psychologischen, seelischen und spirituellen Bedürfnissen
- Studium
 - Ausbau der Patientenkontakte und der Vermittlung von kommunikativen Fähigkeiten
 - Vermittlung der Wichtigkeit zwischenmenschlicher Interaktionen

6. Zusammenfassung: der chirurgische Eingriff

Der Teilnehmer berichtete, dass eine Hernien-OP laparoskopisch erfolgen sollte, aber wegen Komplikationen laparotomisch durchgeführt worden sei. Trotz der Eröffnung der Bauchhöhle habe sich die Operation als schwierig und langwierig erwiesen. Der Chirurg habe während der Operationen eine Struktur, den „Ductus“, durchtrennt.

Die „Stimmung [während der Operation war] schon ein bisschen angespannt“ und auch „die Geduld nicht mehr sehr groß“ gewesen, sodass der Ductus „einfach relativ kurz und knapp“ durchtrennt worden sei. Der Student habe „nicht nachvollziehen“ können, wieso der Chirurg auf diese Art und Weise gehandelt habe. „Nur weil es [...] vom Zeitplan nicht reingepasst [hat]“, sei dies keine Begründung für eine solche Handlung. Er schilderte, dass er von dieser Handlung „enttäuscht“ gewesen sei. In der Situation selber habe er sich „ziemlich überfordert“ gefühlt, da ihm „klar war, dass [die Handlung des Chirurgen] auf jeden Fall nicht richtig [...] [gewesen war]“, außerdem habe er sich bezüglich seiner fachlichen Einschätzung der Situation und dem Geschehenem „unsicher“ gefühlt. Aufgrund dieser Unsicherheit habe er befürchtet im Folgenden einen Fehler zu begehen oder etwas Fehlerhaftes zu sagen, weshalb er die Situation nicht weiter kommentiert habe. Tatsächlich habe in der Situation „niemand mehr was an dem [...] Tisch“ gesagt, vielmehr sei der Fehler von den Beteiligten ignoriert worden. Erst später habe der Teilnehmer sich getraut aufgrund seiner fachlichen Unsicherheit den Assistenzarzt auf die Situation anzusprechen und ihn nach seiner Meinung zu fragen. Dieser erklärte ihm „wie [...] [er] das einzuordnen“ habe und dass für den Patienten keine weitreichenden Folgen daraus zu erwarten seien. Dies habe ihn etwas beruhigt. Zu einer besseren Verarbeitung der Situation habe er dies erneut mit einem Freund besprochen. Weiterhin äußerte der Teilnehmer, dass er versucht habe, die Situation „zu verdrängen“. Er wünschte sich, dass er aus dem Erlebten lernen könne, um die gleichen oder ähnliche Fehler in Zukunft vermeiden zu können.

Damit in Zukunft diese Situationen nicht ignoriert, sondern angesprochen werden können, wünschte er sich einen Abbau „dieser typischen Hierarchie“ und somit eine gleichberechtigtere Kommunikation. Er erwähnte zusätzlich die Einführung eines Mentors, der „übergreifend für einen zuständig ist“ während des Praktischen Jahres. Mit diesem könne nicht nur die eigenen Erwartungen besprochen, sondern auch Probleme diskutiert werden. Durch diesen sei es außerdem möglich Feedback zu erhalten.

Deskriptiver Code:

- Operation

Inhaltsanalytische Codes:

- Behandlungsfehler
 - Chirurg durchtrennt eine für die Fortpflanzung notwendige Struktur ohne Indikation

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Verachtung
 - Abscheu
 - Kummer

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die aufgrund der passiven Zuschauerrolle/hierarchischen Stellung geäußert werden:
 - Überforderung
 - Unsicherheit

Codes für Copingstrategien:

- Emotionsorientiertes Coping
 - Verdrängung der Situation
 - Ignorieren von auftauchenden Problemen
 - Kommunikation
 - (1) Mit Freunden zur Entlastung
 - (2) Mit Assistenten über die fachliche Situationsbewertung
- Neubewertung
 - Neubewertung einer Situation

Handlungskonsequenzen

- Lernen aus den erlebten Situationen
 - (1) Vermeidung der gleichen Fehler

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Verbesserung der Teamatmosphäre/Zusammenarbeit
 - (1) Schaffung einer offenen und gleichberechtigten Kommunikationsebene im Team
- Studium
 - Umgestaltung des Praktischen Jahres
 - (1) Einführung eines Mentors für Studenten im PJ zur individuellen Betreuung
 - (2) Regelmäßige Gespräche zur Klärung von Fragen und Besprechung von Problemen
 - (3) Einführung von gegenseitigem Arzt-Studenten-Feedback

7. Zusammenfassung: das Aufklärungsgespräch

Ein Teilnehmer erzählte von folgendem Fall: Ein Patient mit einem Colon-Karzinom sei mit unspezifischen Bauchschmerzen in die Klinik gekommen. Der Oberarzt habe die Assistenzärzte und PJler im Patientenzimmer versammelt, wo er sie dazu aufgefordert habe, den asymptomatischen, aber trotzdem tastbaren Tumor zu tasten. Ohne dass der Patient im Vorfeld über die Diagnose oder das weitere Vorgehen informiert worden sei, habe der Oberarzt den Assistenzärzten und Studenten „oberlehrerhaft“ den Zustand des Patienten erklärt.

Dem Patienten sei es nicht möglich gewesen Fragen zu stellen oder das „Ausmaß der Diagnose“ zu verstehen. Die Anwesenden hätten die Situation als „peinlich“ und „unangenehm“ empfunden. Der Teilnehmer sei aufgrund des Verhaltens seines Oberarztes wütend gewesen und habe sich ebenso „beschämt“ gefühlt. Er habe sich hilflos gefühlt, da er die Situation aufgrund seiner Stellung als Student nicht habe verändern können. Aufgrund seiner „by-standing Funktion“ habe er sich im Folgenden von der Situation und einem Verantwortungsgefühl abgrenzen können. Da keiner seiner Kollegen und Kommilitonen nach der Durchführung „einer digitalen rektalen Untersuchung gegiert [hat]“, sei „die

erste Gelegenheit“ genutzt worden, um den Raum zu verlassen. Im Anschluss sei über die Situation gesprochen worden und alle seien sich einig gewesen, dass man „genau so nicht eine Diagnose von einer schwerwiegenden Krankheit“ übermitteln dürfe. Ihnen sei klar gewesen, dass sie eine Diagnose zukünftig nicht auf diese Art und Weise vermitteln und sensibler mit solchen Situationen umgehen wollten.

Der Teilnehmer war der Meinung, dass solch ein Verhalten verhindert werden könne, wenn eine Intensivierung des Patientenkontaktes während des Studiums gefördert und so das Verhalten im Umgang mit Patienten während des Studiums verbessert werden könne. So könne ein angemessenes Verhalten quasi zur Routine werden. Es solle aber nicht nur eine intensivere Kommunikation zwischen Student und Patient gefördert werden, diese sollten auch bereits während des Studiums eine größere Verantwortung in der Patientenversorgung übernehmen. Um dies zu erreichen sei es beispielsweise möglich, die Krankenpflegepraktikumszeit zu reduzieren und stattdessen früher ärztliche Hospitationen zu ermöglichen. Zusätzlich wünschte sich der Teilnehmer, das Bewusstsein bezüglich der „Umgangsformen“ mit dem Patienten zu stärken und diese als wichtigen Teil der ärztlichen Tätigkeit während des Studiums darzustellen. Auch in der Klinik sei es notwendig diese angemessenen Umgangsformen erneut anzusprechen. Dies sei zum Beispiel im Rahmen der „wöchentlichen [Zertifizierungs-]Fortbildung“ möglich. Um diese praktischen Fähigkeiten auszubilden, könnten beispielsweise Projekte wie die „Teddy-Klinik“ - ein Projekt seiner Universität - hilfreich sein: Hier seien mit Hilfe eines Teddys pädiatrische Krankheitsbilder inklusive Anamnese, Untersuchungen, diagnostischen Anforderungen und möglichen therapeutischen Behandlungsoptionen durchgespielt worden. Der Teilnehmer argumentiert, dass so nicht nur „spielerisch“ der Patientenumgang eingeübt werden könne, sondern das Verhalten durch die explizite Identifikation von Fehlern verbessert werde.

Deskriptive Codes:

- Untersuchung
 - rektal
- Unterricht
- Aufklärung

Inhaltsanalytische Codes:

- Rektale Untersuchung zu Demonstrationszwecken
 - Fehlende informierte Einwilligung des Patienten in eine Untersuchung als Lehrbeispiel
 - Aufforderung an mehrere Studenten/Assistenzärzte, eine intime Untersuchung am gleichen Patienten durchzuführen
- Keine ausreichende Aufklärung
 - Keine ausreichende Aufklärung über die Diagnose
 - Indirekte Aufklärung über die Diagnose durch Erläuterung für Studenten/Assistenzärzte

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Schamgefühl
 - Wut
 - Abscheu
 - Verachtung

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Unverständnis
- Reaktionen, die aufgrund der passiven Zuschauerrolle geäußert werden:
 - Hilflosigkeit

Codes für Copingstrategien:

- Emotionsorientiertes Coping
 - Emotionale Distanzierung
 - Distanzierung von eigener Verantwortung
 - Kommunikation
 - (1) Mit Studenten/Assistenten über die moralische Situationsbewertung
 - Örtliche Distanzierung

Handlungskonsequenzen

- Lernen aus den erlebten Situationen
 - Steigerung der Sensibilität
 - Vermeidung der gleichen Fehlern

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Einführung von Ethik-Fortbildungen
- Studium
 - Ausbau des Patientenkontakts und der Vermittlung von kommunikativen Fähigkeiten
 - Förderung der aktiven Partizipation von Studenten
 - Üben von ärztlichen Tätigkeitsabläufen an Objekten („Teddy Klinik“)
 - Krankenpflegpraktikum partiell ersetzen durch ärztliche Hospitationen
 - Vermittlung der Wichtigkeit von zwischenmenschlichen Interaktionen

8. Zusammenfassung: die alte Patientin

Ein Teilnehmer beschrieb die folgende Situation: Eine ältere Patientin sei wegen einer symptomatischen Aortenstenose im Krankenhaus aufgenommen worden. Aufgrund ihres Alters und vorhandener Komorbiditäten habe sich die Frage gestellt, ob es sinnvoller sei, eine Operation oder eine kathetergestützte Aortenklappenimplantation (TAVI) durchzuführen. Der Teilnehmer, dem die Patientin durch ihren betreuenden Assistenzarzt zugeteilt worden sei, habe sich für die Empfehlung einer TAVI entschieden, die Patienten entsprechend beraten und dazu passend eine

Patientenvorstellung für die Chefarzt-Visite vorbereitet. Da der Chefarzt sehr spät zur Visite gekommen sei, habe nur eine „Schnellvisite“ stattgefunden. Der Teilnehmer sei dabei nicht zu Wort gekommen, da die Patientenvorstellung durch die Assistenzärzte erfolgte. Diese Vorstellung sei sofort durch den Oberarzt unterbrochen worden, da er den Assistenten „gleich ins Wort“ gefallen sei. Der Teilnehmer sei nicht dazu gekommen seinen Behandlungsvorschlag zu äußern und der Chefarzt habe sich für die Durchführung einer Operation entschieden. Nach der Durchführung der Operation habe die Patientin ein Delir entwickelt, was zu einer langen Immobilität geführt habe.

Der Teilnehmer erklärte, dass er sich in diesem Moment „wie Luft“ gefühlt habe, worüber er sich „wahnsinnig ärgerte“. Aus Sicht des Teilnehmers habe der zuständige Oberarzt die Durchführung einer OP trotz höherer Invasivität aus „finanztechnischen Gründen“ priorisiert, da es für ihn „nicht wichtig gewesen wäre [sich] bei so einer alten Omi [...] [zu] überlegen, was sie davon hat“. Dieses Verhalten habe er abstoßend gefunden. Über die Entscheidung des Oberarztes sei der Teilnehmer „sauer“ gewesen. Aufgrund seines Verantwortungsbewusstseins gegenüber der Patientin und ihren Angehörigen habe er sich „irgendwie schuldig“ gefühlt, da seiner Meinung nach der Patientin nicht die optimale Versorgung zugekommen sei. Durch die postoperative Entwicklung des Delirs habe er sich in seiner Meinung bestärkt gefühlt. Aufgrund einer darauf folgenden Verlegung auf eine andere Station habe der Teilnehmer die Situation und die damit einhergehende Belastung verdrängt. Da er bereits öfter ähnliche Situationen erlebt habe, habe er die Situation nicht mehr als so ausgesprochen belastend empfunden. Aufgrund seiner starken Gefühle und seiner Verunsicherung über die Entscheidung habe er den Fall mit seinem Vater diskutiert, der ebenfalls als Arzt tätig ist. Er habe dabei nicht nur erzählt, dass er sich „geärgert habe“, sondern auch die fachliche Entscheidung der Ärzte diskutiert. Er habe zudem versucht, die Situation mit den zuständigen Assistenzärzten zu besprechen und sie von seinem Vorgehen zu überzeugen. Diese haben erwidert, dass die Anweisungen des Oberarztes „höchstes Gebot“ seien und deswegen danach gehandelt werden müsse. Dies habe der Teilnehmer nicht als ausreichende Begründung für das Vorgehen empfunden.

Um diese Probleme zukünftig zu beseitigen, wünschte sich der Teilnehmer, dass Patienten nicht nur auf Ihre Erkrankung reduziert werden. Vielmehr sollten sie als Personen und in ihrem spezifischen sozialen Kontext gesehen werden bevor man Entscheidungen bezüglich des therapeutischen Vorgehens treffe. Er wünschte sich zudem einen Abbau der Hierarchie, eine gleichberechtigte Kommunikation, wo jeder Einwand „relevant diskutiert wird“, sowie eine Verbesserung der Zusammenarbeit, was sich beispielsweise dadurch zeigen könne, dass man sich gegenseitig hilft und Entscheidungen gemeinschaftlich gelöst werden. Er sprach zudem über die Möglichkeit einer Veränderung der Visitenstruktur, in der die Besprechung von „Problemfällen“ priorisiert werde, auch wenn dadurch nicht jeder Patientenfall besprochen werden könne. So sei genug Zeit vorhanden, um die komplexen Fälle zu diskutieren und „gemeinschaftlich“ über das weitere Vorgehen zu entscheiden. In Bezug auf das Studium diskutierte er die Wichtigkeit von einer mitgestaltenden Miteinbeziehung in die Patientenversorgung während der Durchführung von Praktika und Famulaturen. Hier wünschte er sich einen intensiveren Austausch und eine aktivere Rolle, die sich nicht nur aufs Zusehen beschränkt. Er fände es sinnvoll, wenn die „eigenen Ideen“ dabei vermehrt angesprochen und diskutiert, sowie das Treffen von Entscheidungen geübt werden könnten. Die Konfrontation mit den Folgen der eigenen Entscheidungen könne dabei hilfreich sein, diese in Zukunft gewissenhaft zu treffen.

Deskriptiver Code:

- Behandlungsentscheidung

Inhaltsanalytische Codes:

- Behandlungsentscheidungen werden durch Interessenkonflikte beeinflusst
 - Handelndem Arzt werden finanzielle Interessen unterstellt
- Entscheidungen werden von Vorgesetzten vorgegeben
 - PJ-Student wird in den Entscheidungsprozess nicht eingebunden
- Behandlungsentscheidung, bei dem Student andere Option favorisiert hat
 - Inkaufnahme der Risiken invasiver Therapiemethoden im Vergleich zu weniger invasiven Alternativen
 - Weniger überlegte Entscheidung aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Patienten

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf Patienten und Angehörige zum Ausdruck gebracht werden:
 - Schuldgefühle
- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Wut
 - Verachtung

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die aufgrund der hierarchischen Stellung geäußert werden:
 - Unsicherheit

Codes für Copingstrategien:

- Lösungsorientiertes Coping
 - Kommunikation
 - (1) Kritik an Vorgesetzten üben
- Emotionsorientiertes Coping
 - Verdrängung der Situation
 - Emotionale Abstumpfung
 - Kommunikation
 - (1) Mit der Familie zur Entlastung
 - (2) Mit einem Facharzt über die fachliche Situationsbewertung

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Veränderung der Visitenstruktur
 - (1) Priorisierte Besprechung von Problemfällen
 - Verbesserung der Teamatmosphäre/Zusammenarbeit
 - (1) Schaffung einer offenen und gleichberechtigten Kommunikationsebene im Team
 - Veränderung der Behandlungskonzepte
 - (1) Beurteilung von Patienten in ihrem sozialen Kontext

- Studium
 - Ausbau der Patientenkontakte und der Vermittlung von kommunikativen Fähigkeiten
 - Förderung der aktiven Partizipation von Studenten
 - Förderung des eigenständigen Entscheidens

9. Zusammenfassung: die digitale rektale Untersuchung

Der Teilnehmer erzählte, dass in einer Ambulanz eine digitale rektale Untersuchung durchgeführt werden sollte. Da der Patient über das weitere Vorgehen nicht aufgeklärt worden sei, wusste er nicht, was im Folgenden passieren werde. Der Patient sei also vom behandelnden Professor dazu aufgefordert worden in Anwesenheit von dem Professor selbst, einigen Krankenschwestern und einer Gruppe von Studenten „seine Hose runterzuziehen“. Er habe den Patienten vorgebeugt und gesagt, dass „er sich nicht so anstellen [soll]“. Im Verlauf der Untersuchung habe der Patient kein weiteres Wort mehr gesagt.

Der Patient habe „leicht irritiert“ von dem ganzen Geschehen gewirkt und sei „rot“ geworden. Da es dem Patienten sichtlich „unangenehm“ gewesen sei, „zog [...] [der Professor] ihn auf“. Der Teilnehmer habe dieses Verhalten als „nicht [...] angebracht“ empfunden, da er es als „nicht peinlich“ empfunden habe „sich [in einer solchen Situation] zu schämen“. In der Wahrnehmung des Teilnehmers habe der Patient nach der Beendigung der Untersuchung „so schnell wie es ihm möglich“ gewesen sei das Zimmer verlassen. Der Teilnehmer sei „schockiert“ gewesen. Er äußerte die Meinung, dass Lehre als Bestandteil des Aufgabenspektrums einer Universitätsklinik nicht vernachlässigt werden dürfe, jedoch müsse bei einer rektalen Untersuchung keine ganze „Gruppe rumstehen“. Er sagte, dass er sich „genauso geschämt“ hätte, wäre er der Patient gewesen. Er habe die Situation generell als „super unangenehm“ empfunden. Das Verhalten des untersuchenden Arztes habe er als „ungerecht und unprofessionell“ bewertet, wodurch er an „Ansehen eingebüßt“ habe. Um mit der Situation besser umgehen zu können und seine Meinung zu hinterfragen, habe er mit anderen Studenten das Vorgehen des Arztes und die moralische Bewertung diskutiert. Für sich selber erhoffe er sich „daraus auch gelernt [zu] haben“, da dieses „Negativ-Beispiel“ ihm „im Hinterkopf geblieben“ sei. Aufgrund seiner Erlebnisse würde er beispielsweise „vor allen unangenehmen Situationen den Patienten immer vorfragen, ob es okay [...] [ist], wenn so viele Studenten [...] [dabei sind]“.

Bezüglich zukünftiger Verbesserung erläuterte er, dass „Gespräche [...] mit anderen Studenten eigentlich am besten [helfen können]“. In diesen Gesprächen sei es für andere Studenten möglich zu erzählen, „wie es bei ihnen so läuft und ob die das genauso empfinden“. Ein solcher Austausch würde helfen, solche Situationen besser einschätzen zu können. Ebenfalls wünschte er sich eine intensivere Vermittlung der Wichtigkeit von Empathie während des Studiums. So solle beispielsweise vermehrt „darauf geachtet [werden] sich [...] in die Situation des Patienten zu versetzen“. Generell solle die Anzahl der Studenten bei intimen Untersuchungen/Untersuchungs-Demonstrationen auf ein Minimum reduziert werden.

Deskriptive Codes:

- Untersuchung
 - rektal
- Unterricht
- Aufklärung

Inhaltsanalytische Codes:

- Rektale Untersuchung zu Demonstrationszwecken
 - Fehlende informierte Einwilligung des Patienten in eine Untersuchung als Lehrbeispiel
 - Herabwürdigung des Patienten aufgrund seiner schamhaften Reaktionen

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf Patienten und Angehörige zum Ausdruck gebracht werden:
 - Schamgefühle
- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Abscheu
 - Verachtung
 - Kummer

Codes für Copingstrategien:

- Emotionsorientiertes Coping
 - Kommunikation
 - (1) Mit Studenten über die moralische Situationsbewertung

Handlungskonsequenzen

- Lernen aus den erlebten Situationen
 - (1) Steigerung der Sensibilität
 - (2) Vermeidung der gleichen Fehler

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Studium
 - Veränderung von praktischen Lehrveranstaltungen
 - (1) Förderung von Kleingruppen
 - Vermittlung der Wichtigkeit von zwischenmenschlichen Interaktionen
- Situationsbewältigung
 - Gründung von Balint-Gruppen

10. Zusammenfassung: der wiederholte Eingriff

Der Teilnehmer erläuterte, dass er während des PJs eine Patientin mitbetreut habe, die aufgrund einer nicht symptomatischen Ösophagusstenose mit einem Stent zur Aufdehnung der Engstelle versorgt worden sei. Der Eingriff sei insgesamt viermal wiederholt worden, trotz fehlender Symptome und starken postinterventionellen retrosternalen Schmerzen. Der zuletzt durchgeführte Eingriff habe zu einer Ösophagusruptur geführt. Diese sei anschließend von den Chirurgen operativ versorgt worden.

Der Teilnehmer vermutete, dass der Eingriff nur wiederholt worden sei, „weil sie Privatpatientin war“ und „es sich immer abrechnen [ließ]“. Der Teilnehmer äußerte den Verdacht, dass ein weiterer Grund für dieses Vorgehen eine „Ego-Sache“ des Arztes gewesen sei. Er sagte dazu: „[Im Krankenhaus sind] viele Leute, die viel von sich halten und die meinen, sie wären es. Die können das dann vom Ego her nicht verkraften, wenn dann was nicht so klappt, wie sie das wollen. Und dann muss es halt nochmal gemacht werden und nochmal gemacht werden. Bis es halt klappt“. Er „schämte sich“ für dieses

Verhalten. Patienten vertrauten darauf, dass man das Beste für sie wolle, aber man könne sich nicht immer sicher sein, „ob das was da jetzt [...] gemacht [wird] wirklich das Beste ist“. Schließlich habe der ökonomische Druck Auswirkungen auf die eigenen Handlungen und Entscheidungen. Daher habe er „ein schlechtes Gewissen der Patientin gegenüber“. Diese Gefühle seien von ihm „schon häufiger“ erlebt worden, da er schon öfter mit diesem Problem konfrontiert worden sei. Durch diese Erfahrungen sei er „abgeschreckt [worden] von dem System“. So habe der Teilnehmer für sich feststellen müssen, dass nicht alles „positiv“, „sinnvoll“ und im Sinne des Patienten sei, sondern dass das Krankenhaus ebenfalls „eine Firma“ sei, die „Zahlen“ und „Fälle“ erfüllen und somit „Profit“ erzielen müsse. Er sei der Meinung, dass in einem Krankenhaus „nicht nur Gut-Menschen arbeiten“. Um bezogen auf die ursprüngliche Situation eine andere Sichtweise kennenzulernen, habe er die Vorkommnisse erneut mit der ihn betreuenden Assistenzärztin diskutiert, die seine Meinung jedoch bestätigt habe. Aufgrund seiner Position als „Beiwohner“ habe der Teilnehmer sich von seinem Verantwortungsgefühl für diese Situation distanzieren können.

Zur Verbesserung der Situation schlug er eine Aufhebung der Tabuisierung von ökonomischen Einflüssen im klinischen Alltag vor. Er argumentierte, dass man damit aufhören solle, diese Art von Problemen nur „hinter vorgehaltener Hand“ zu diskutieren. Vielmehr sei eine Implementierung von Seminaren in das Studium sinnvoll. Das Studium sei der geeignete Zeitpunkt, um ökonomische Zusammenhänge zu erläutern und auch Lösungsansätze und Umgangsstrategien mit ähnlichen Konfliktsituationen zu vermitteln. Ebenfalls wünschte sich der Teilnehmer die Implementierung eines Seminars, indem er „darüber reden könnte, wie man sich dabei fühlt“.

Deskriptiver Code:

- Behandlungsentscheidung

Inhaltsanalytische Codes:

- Behandlungsentscheidung, bei dem Student andere Option favorisiert hat
 - Schädigung des Patienten durch wiederholten Behandlungsversuch ohne erkennbaren Nutzen für den Patienten
- Behandlungsentscheidungen werden durch Interessenkonflikte beeinflusst
 - Handelndem Arzt werden finanzielle Interessen unterstellt
 - Handelndem Arzt wird unterstellt, dass er eine misslungene Behandlung zur Selbstbestätigung wiederholt

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf Patienten und Angehörige zum Ausdruck gebracht werden:
 - Schuldgefühle
- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Schamgefühle
 - Verachtung
- Emotionen, die in Bezug auf die Arbeitsbedingungen zum Ausdruck gebracht werden:
 - Kummer
 - Verachtung
 - Abscheu

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die in Bezug auf die Arbeitsbedingungen zum Ausdruck gebracht werden:
 - Frustration

Codes für Copingstrategien:

- Emotionsorientiertes Coping
 - Distanzierung von eigener Verantwortung
 - Kommunikation
 - (1) Mit Assistenten über die moralische Situationsbewertung

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Studium
 - Einführung von Seminaren zum Einfluss der Ökonomisierung der Medizin auf Behandlungsentscheidungen
- Situationsbewältigung
 - Gründung von Balint-Gruppen

11. Zusammenfassung: alternative Behandlungsmethoden

Der Teilnehmer berichtete, dass eine Patientin, die wegen orthopädischen Beschwerden in die Klinik gekommen sei, nach Überlegungen des Teilnehmers und des betreuenden Assistenzarztes konservativ oder operativ habe behandelt werden können. Der Patientin sei von ihnen eine konservative Therapie vorgeschlagen worden, da diese bisher noch nicht erfolgt gewesen sei. Vor der Planung einer invasiveren Therapie solle der Erfolg dieser abgewartet werden. Als der Oberarzt zur Mitbeurteilung hinzugezogen worden sei, habe dieser „nur die Operation anbieten“ wollen. Der Oberarzt habe argumentiert, dass die Operation in jedem Fall erfolgreich werde: „Wenn nicht von dieser Klinik, dann von einer anderen“. Bei einer Reduktion der Indikationsstellung seinerseits sei daher damit zu rechnen, dass die Klinik „nicht lange konkurrenzfähig“ bleiben werde. Folglich habe der Oberarzt der Patientin erklärt, dass zur Linderung der Beschwerden „auf jeden Fall eine OP durchgeführt werden muss“.

Der Teilnehmer nahm an, dass der Oberarzt primär aus finanziellen Gründen so entschieden habe. Er wolle so den Gewinn der Klinik maximieren. Der Teilnehmer habe diese Situation als „schwierig“ empfunden, da er sich als Mitträger dieser Entscheidung wie ein „Betrüger“ gefühlt habe. Er habe sich nicht mehr getraut „dem Patienten noch in die Augen zu gucken“. Gleichzeitig habe der Teilnehmer die Handlungen nachvollziehen können, da das medizinische Personal durch das Gesundheitssystem und seinen Rahmenbedingungen zu solchen Entscheidungen gezwungen werde. So könne es eben passieren, dass Werte, für die der Teilnehmer normalerweise einstehe, unter diesen Umständen „nicht aufrecht erhalten [werden können]“. Dieses Szenario habe „Angst“ bei dem Teilnehmer verursacht. Aufgrund seiner Stellung als Student, der noch „nicht die volle Verantwortung dafür tragen muss“, habe er sich von einem Gefühl der Verantwortlichkeit für diese Situation im Verlauf distanzieren können. Um die Situation zu verarbeiten, habe er mit Assistenzärzten über diese Situation und die hier vorhandenen moralischen „Einstellungen“ und „Wertevorstellungen“ gesprochen.

Seine Verbesserungsvorschläge fokussierten sich vor allem darauf, die Kommunikation zu verbessern und Wege zu finden, Meinungsdivergenzen ansprechen zu können. Der Teilnehmer erläuterte, dass er sich beispielsweise vorstellen könne, durch mehr Kontakt mit Kollegen und Vorgesetzten außerhalb

der Klinik eine „persönlichere Ebene“ zu schaffen und so die berufliche Kommunikation zu verbessern. Er schlug außerdem vor, ethische Konfliktsituationen während des Studiums mit Schauspielern nachzuspielen oder diese theoretisch zu diskutieren, um „gemeinsame Lösungswege“ zu finden. So könne die Vorbereitung auf entsprechende Situationen verbessert werden.

Deskriptive Codes:

- Behandlungsentscheidung
- Aufklärung

Inhaltsanalytische Codes:

- Behandlungsentscheidung, bei dem Student andere Option favorisiert hat
 - Inkaufnahme der Risiken invasiver Therapiemethoden im Vergleich zu weniger invasiven Alternativen
- Keine ausreichende Aufklärung
 - Keine ausreichende Aufklärung über alternative Handlungsoptionen
- Behandlungsentscheidungen werden durch Interessenkonflikte beeinflusst
 - Handelndem Arzt werden finanzielle Interessen unterstellt

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Verachtung
- Emotionen, die in Bezug auf Patienten und Angehörige zum Ausdruck gebracht werden:
 - Schuldgefühle
- Emotionen, die in Bezug auf das eigene Verhalten zum Ausdruck gebracht werden:
 - Schamgefühle
- Emotionen, die in Bezug auf die Arbeitsbedingungen zum Ausdruck gebracht werden:
 - Furcht

Codes für Copingstrategien:

- Emotionsorientiertes Coping
 - Distanzierung von eigener Verantwortung
 - Projektion der individuellen Verantwortung auf eine Systemebene
 - Kommunikation
 - (1) Mit Assistenten über die moralische Situationsbewertung

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Verbesserung der Teamatmosphäre/Zusammenarbeit
 - (1) Vermehrter Mitarbeiterkontakt außerhalb der Klinik
 - (2) Schaffung einer offenen und gleichberechtigten Kommunikationsebene im Team

- Studium
 - Ausbau von Kommunikationsseminaren
 - (1) Ausweitung der Inhalte
 - Ethische Konfliktfälle
 - Durchsprechen/Diskutieren ethischer Fragestellungen

12. Zusammenfassung: die ärztliche Bescheinigung

In diesem Interview wurde folgende Situation geschildert: Ein in der Klinik bereits als „anstrengend“ und „sehr nervig“ bekannter Patient habe eine Bescheinigung über den kompletten Verlust seiner Sehfähigkeit erhalten wollen. Dies habe jedoch nicht den medizinischen Tatsachen entsprochen. Als der Oberarzt hinzugekommen sei, habe er den Patienten nicht angesehen, „wie versteinert“ dagesessen und gesagt, dass „er [...] nichts für ihn tun will [und] auch nichts für ihn tun kann“.

Der Teilnehmer habe, obwohl der Patient nicht im Recht gewesen sei, „Mitleid“ mit ihm gehabt. Etwas zur Situation zu sagen sei ihm nicht möglich gewesen, da es ihm „nicht erlaubt [war] [...] dem Ranghöherem [...] reinzureden“. Dieser Situation beizuwohnen, ohne sie kommentieren zu dürfen, habe den Teilnehmer „innerlich [ge]schmerzt“. Ebenso habe er Wut empfunden. Er habe „auch erst einmal nicht [gewusst], wie man sich verhalten [soll]“, da er in gewisser Weise beide Seiten habe verstehen und sich in beide Parteien habe hineinversetzen können. So habe der Teilnehmer ebenfalls ein Gefühl der Hilflosigkeit empfunden. In der Situation selber habe er keine konkreten Strategien gehabt, um mit der Situation umzugehen. Hierzu sagte er: „Der Tag [geht] weiter“ und man muss „einfach weitermachen“. Erst nach der Arbeit habe er versucht die Situation durch Gespräche mit Mitmenschen zu verarbeiten.

Um den Umgang mit solchen Situationen zu verbessern, wünschte sich der Teilnehmer die Einführung einer „Balint-Gruppe“, die einmal monatlich stattfinden solle. In diesen Gruppen könne jeweils einer Person die Möglichkeit geboten werden, über eine derartige moralisch stressige Situation und die daraus resultierenden Emotionen zu berichten. Diese Situation könne anschließend diskutiert und gemeinsam nach besseren Verhaltensvarianten gesucht werden. Um auf etwaige Situationen besser vorbereitet zu sein, schlug er zudem vor, diese mit Schauspielern zu simulieren. Das angemessene Verhalten in ethischen Konfliktsituationen könne so für den späteren Berufsalltag eingeübt werden, ebenso wie der Umgang mit Situationen, in denen die „eigene Meinung gegen die [...] des Vorgesetzten geht“.

Deskriptive Codes:

- Arzt-Patienten-Gespräch

Inhaltsanalytische Codes:

- Konflikt in der Arzt-Patienten-Beziehung
 - Arzt reagiert auf den illegitimen Wunsch eines Patienten mitleidslos und abweisend
- Entscheidungen werden von Vorgesetzten vorgegeben
 - Student fühlt sich gezwungen, nicht Partei für den Patienten zu ergreifen

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Furcht
 - Wut
- Emotionen, die aufgrund der hierarchischen Stellung geäußert werden:
 - Kummer

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die aufgrund der hierarchischen Stellung geäußert werden:
 - Überforderung
 - Hilflosigkeit

Codes für Copingstrategien:

- Emotionsorientiertes Coping
 - Ablenkung durch andere Tätigkeiten
 - Verständnis generieren durch das Einfühlen in die Situation
 - Kommunikation
 - (1) Mit unspezifischen Personen zur Entlastung

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Studium
 - Ausbau von Kommunikationsseminaren
 - (1) Ausweitung der Inhalte
 - Kritik üben an Vorgesetzten
 - Ethische Konfliktfälle
 - Durchsprechen/Diskutieren ethischer Fragestellungen
- Situationsbewältigung
 - Gründung von Balint-Gruppen

13. Zusammenfassung: die betreute Patientin

Der Teilnehmer beschrieb die folgende Situation: Eine ältere Patientin habe eine Klappenendokarditis gehabt. Während des stationären Aufenthalts habe sie mehrmals die Bitte geäußert „keine Antibiose“ und „keine weitere Behandlung“ mehr zu bekommen. Dies sei jedoch nicht umgesetzt worden, da die Angehörigen – und gleichzeitig gesetzlichen Betreuer – wider der Aussage der Patientin „alle therapeutischen Möglichkeiten [ausschöpfen wollten]“. Aufgrund der Fortführung der therapeutischen Intervention habe die Patientin einen venösen Zugang benötigt. Bei schlechten Venenverhältnissen sei dieser nahezu täglich erneuert worden.

Der Teilnehmer sagte, dass die Patientin „zurechnungsfähig“ gewesen sei und „sich klar äußern [konnte]“, diese Äußerungen jedoch keine Berücksichtigung in der Planung des weiteren therapeutischen Vorgehens gefunden hätten. Dies kritisierte der Teilnehmer. Da er nahezu täglich den venösen Zugang erneuern müssen, habe er sich „wie ein Henker“ gefühlt, da die Patientin jeden Tag „weinerlich“ gesagt habe, dass sie „nur in Ruhe gelassen werden [will]“. Der Teilnehmer vermutete, dass die Prozedur von der Patientin belastend und schmerzhaft empfunden worden sei.

Obwohl dieses Vorgehen nicht seinen moralischen Vorstellungen entsprochen habe, habe er so gehandelt, da er „das Gefühl hatte [er] [...] kann dagegen eh nichts machen“. Stattdessen habe der Teilnehmer versucht der Patientin die Situation und das Vorgehen zu erklären. Er habe gehofft, dass sie aufgrund der intensiven Aufklärung einverstanden sein würde. Parallel sei er bemüht gewesen die zuständigen Assistenzärzte von einem alternativen Vorgehen zu überzeugen und das Vorgehen aus einer ethischen Sichtweise zu diskutieren. Diese Diskussionen habe er allerdings als „echt schlimm“ empfunden, da sie nur gezeigt haben, „wie resigniert man nach einer Weile [aufgrund der vorhandenen Arbeitsbedingungen] wird auch wenn man ein junger Assistenzarzt ist“.

Um sich zukünftig über solche Situation besser austauschen zu können und Strategien für einen besseren Umgang zu erlernen, wünschte er die Einführung beziehungsweise Intensivierung von Stationsbesprechungen. Alternativ schlug er vor sich im Rahmen von „Balint-Gruppen“ oder „Foren“ im Internet auszutauschen. Die Gründung von solchen Gruppen bzw. Foren solle intensiver gefördert werden. Zusätzlich regte er an, die praktische Ausbildung zu verbessern und schlug eine Ausweitung der Breaking-Bad-News-Seminare vor. In diesen könne man zusätzlich ethische Problemfälle nachspielen. Um Ressourcen zu sparen, könne dies alternativ theoretisch anhand von „Papier-Patienten“ durchgesprochen werden. Neben diesen Aspekten wünschte sich der Teilnehmer zudem die Förderung von zwischenmenschlichen Fähigkeiten. Diese seien seiner Meinung nach im Studium „ein bisschen zu kurz“ gekommen und er wünschte sich dementsprechend eine intensivere Vermittlung von banalen Dingen wie „Höflichkeit“, „Respekt“ und Einfühlungsvermögen. Diesbezüglich sei außerdem ein Feedback während des PJs von Vorteil, da durch vermehrte Rückmeldung der Umgang mit den Patienten stetig verbessert werden könne. Der Teilnehmer diskutierte des Weiteren die Möglichkeiten eine patientengerechtere Ausdrucksweise zu trainieren, die beispielsweise in speziellen Seminaren eingeübt werden könne. Der Teilnehmer erwähnte zusätzlich die Möglichkeit die Auswahlkriterien für das Medizinstudium zu verändern, da nur ein guter Notendurchschnitt kein Indiz für die sozialen Fähigkeiten von Studenten sei, diese aber von großer Bedeutung für den medizinischen Alltag seien. Während des Studiums sollte außerdem vermehrt die Möglichkeit geboten werden, Vorlesungsinhalte zu hinterfragen und diese nicht nur auswendig zu lernen. Durch die Förderung dieser Möglichkeit, aber auch einer verbesserten und gleichberechtigteren Kommunikation im klinischen Alltag könne die Hierarchie potentiell schrittweise abgebaut werden.

Deskriptive Codes:

- Behandlungsentscheidung
 - Stellvertreterentscheidung

Inhaltsanalytische Codes:

- Behandlungsentscheidung, bei dem Student andere Option favorisiert hat
 - Stellvertreter fordern Behandlung gegen den erklärten Willen des Patienten
 - Schädigung des Patienten durch wiederholte Behandlungen ohne Nutzen für den Patienten

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf Patienten und Angehörige zum Ausdruck gebracht werden:
 - Schuldgefühle
- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Verachtung

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die aufgrund der hierarchischen Stellung geäußert werden:
 - Machtlosigkeit
- Reaktionen, die in Bezug auf die Arbeitsbedingungen zum Ausdruck gebracht werden:
 - Frustration

Codes für Copingstrategien:

- Lösungsorientiertes Coping
 - Kommunikation
 - (1) Kritik an Vorgesetzten üben
 - (2) Versuche Defizite in der Aufklärung zu kompensieren
- Emotionsorientiertes Coping
 - Verdeutlichung der eigenen Machtlosigkeit
 - Kommunikation
 - (1) Mit Assistenzärzten über die moralische Situationsbewertung

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Verbesserung der Teamatmosphäre/Zusammenarbeit
 - (1) Einführung/Intensivierung von Teambesprechungen
 - (2) Schaffung einer offenen und gleichberechtigten Kommunikationsebene im Team
- Studium
 - Ausbau von Kommunikationsseminaren
 - (1) Intensivierung der Ausbildung zu patientengerechter Ausdrucksweise
 - Ausbau von Kommunikationsseminaren
 - (1) Erweiterung des Angebots
 - (2) Ausweitung der Inhalte
 - Ethische Konfliktfälle
 - Durchsprechen/Diskutieren ethischer Fragestellungen
 - (1) Anhand von Papier-Patienten
 - Vermittlung der Wichtigkeit von zwischenmenschlichen Interaktionen
 - Umgestaltung des praktischen Jahres
 - (1) Einführung von gegenseitigem Arzt-Studenten-Feedback
 - Veränderung von Lehrveranstaltungsstrukturen
 - (1) Förderung von kritischen Nach- und Zwischenfragen
 - Veränderung der Auswahlkriterien für das Studium
- Situationsbewältigung
 - Gründung von Internetplattformen
 - Gründung von Balint-Gruppen

14. Zusammenfassung: die konsiliarische Untersuchung

Der Teilnehmer berichtete, dass ein Patient wegen eines Schlaganfalls in die Klinik eingeliefert worden sei. Während seines Aufenthalts habe er jede Form von Untersuchung, Therapie und Nahrungsaufnahme verweigert. Zusätzlich „beschimpfte er nicht nur das Personal“, sondern „[warf] auch mit Urin und Exkrementen“. Ein psychiatrisches Konsil sei angefordert worden in der Hoffnung, den Patienten anschließend in die psychiatrische Klinik verlegen zu können. Der zuständige Psychiater habe jedoch nicht feststellen können, dass der Patient psychotisch oder bewusstseinsverändert sei. Er habe die Urteilsfähigkeit des Patienten bestätigt und keine Angaben bezüglich des weiteren Vorgehens gemacht. In Absprache mit dem zuständigen Oberarzt sei ein weiteres Konsil angefordert worden, weil eine Planung des weiteren Therapieverlaufs für die zuständigen Ärzte nicht möglich gewesen sei. Der neue konsiliarische Psychiater habe in Absprache mit seinem Oberarzt eine Fixierung angeordnet, aber keine therapeutischen Maßnahmen. Eine Verlegung in die Psychiatrie habe erneut nicht durchgeführt werden können. Im Verlauf habe sich der Zustand des Patienten mit der Entwicklung von Fieber weiterhin verschlechtert. Eine Bewusstseinsstrübung habe das Personal zum Anlass genommen, dem Patienten ein vorher verweigertes Antipsychotikum gegen seinen zuvor ausdrücklich geäußerten Willen zu verabreichen. Nach einer weiteren Verschlechterung des Zustandes sei der Patient auf eine Intensivstation verlegt worden.

Der Teilnehmer habe nicht nachvollziehen können, wieso die Psychiater „jede Form der Unterstützung [verweigert haben]“. Zudem sei es ihm schwer gefallen zu akzeptieren, dass der Zustand „nicht durch ein therapeutisches Eingreifen verbessert werden soll“ und sah sich hier im Konflikt mit dem Gesetz und dem Prinzip des Respektes vor der Patientenautonomie. Während des Prozesses habe der Teilnehmer Wut und Unzufriedenheit empfunden. Er habe sich ebenfalls gefragt, wie der Psychiater ihm beziehungsweise dem Team das „antun“ könne. Als Copingstrategie habe der Teilnehmer versucht, den Patienten von den anstehenden Untersuchungen und therapeutischen Interventionen zu überzeugen. Andere Copingstrategien habe der Teilnehmer nicht benötigt.

Der Student äußerte den Wunsch, eine intensivierete Ausbildung zur Beurteilung der Ursachen von „Bewusstseinsstörungen“ sowie über „gewisse Rechtsfragen“ bezüglich der „Zwangsunterbringung“ zu erhalten. Auch eine vertiefte Vermittlung von Wissen bezüglich psychiatrischer Erkrankungen im Rahmen des Medizinstudiums sei aus der Perspektive des Teilnehmers sinnvoll. Er hatte außerdem die Idee, dass durch das Nachspielen von „Deeskalations-Gesprächen“ ein besserer Umgang mit schwierigen Situationen erlernt werden könne. Er schlug zusätzlich vor, die Möglichkeiten der Durchführung von Anamnesegesprächen – vor allem im psychiatrischen und akut-klinischen Bereich – auszubauen und so die Ausbildung praktischer Fähigkeiten zu verbessern. Diese könnten ebenfalls durch den Ausbau der aktiven Patientenbetreuung während des PJs – natürlich unter Supervision – gefördert werden. Diese Supervisionen würden optimalerweise regelmäßige Feedbackgespräche integrieren, wodurch Fehler identifiziert und so minimiert werden könnten. Eine weitere Methode, die eigenen Fehler zu minimieren, seien sogenannte „Spiegelungen“: Ein Arzt oder Student schlüpfe dabei in die Rolle des Patienten und schildere dem Handelnden die Sichtweise des von ihm dargestellten Patienten. Durch diese Schilderung könne der Behandelnde erfahren, wie er auf den Patienten wirkt. Die eigene Handlungsweise könne auf dieser Grundlage verbessert werden.

Deskriptive Codes:

- Behandlungsentscheidung
 - Zwangsbehandlung

Inhaltsanalytische Codes:

- Keine Vermittlung weiterer notwendiger Behandlung
 - Keine Übernahme eines psychisch kranken Patienten in eine Fachklinik
- Behandlungsentscheidung, bei dem Student andere Option favorisiert hat
 - Keine Behandlung mit Psychopharmaka gegen den zum Ausdruck gebrachten Willen eines psychisch kranken Patienten

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Wut
 - Verachtung

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Unzufriedenheit
 - Unverständnis

Codes für Copingstrategien:

- Lösungsorientiertes Coping
 - Kommunikation
 - (1) Versuch Patient von Behandlung zu überzeugen

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Studium
 - Übungen zur Beurteilung von Bewusstseinsstörungen
 - Intensivierung der Vermittlung von Kenntnissen über psychiatrische Krankheitsbilder
 - Einführung von Seminaren über rechtliche Grundlagen
 - Ausbau von Anamnesegesprächen mit Patienten aus dem psychiatrischen und akut-klinischem Bereich
 - Ausbau von Kommunikationsseminaren
 - (1) Ausweitung der Inhalte
 - Deeskalationsgespräche
 - Durchführung von Spiegelungen schwieriger Situationen
 - Umgestaltung des Praktischen Jahres
 - (1) Einführung von gegenseitigem Arzt-Studenten-Feedback
 - (2) Ausbau der eigenständigen Patientenbetreuung durch die PJler unter Supervision eines Arztes

15. Zusammenfassung : die vaginale Tastuntersuchung

Der Fall wurde wie folgt geschildert: Während einer gynäkologischen palpatorischen Untersuchung habe das Handy des Untersuchers geklingelt. Der Anruf sei vom untersuchenden Arzt angenommen worden. Während dieser die Untersuchung durchgeführt und sogar beendet habe, habe er das Telefonat durchgehend fortgeführt.

Er habe dabei ignoriert, dass die Patientin „nicht begeistert davon“ gewesen sei. Folglich habe er den Anruf auch weder beendet noch habe er sich für das Telefonat entschuldigt. Der Teilnehmer habe dieses Vorgehen als „unverschämt der Patientin gegenüber“ empfunden und habe nicht nachvollziehen können, wieso „ihre Privatsphäre überhaupt nicht respektiert [wurde]“. Neben „Empörung“ habe der Teilnehmer außerdem „Überraschung“ und „Erstaunen“ empfunden. Um etwas zu ändern, habe dieser in Erwägung gezogen den Arzt auf sein Verhalten anzusprechen. Im Folgenden habe er jedoch davon abgesehen, da er „sein Leben [...] [nicht] verändern [wird]“ aufgrund einer Konfrontation seinerseits. Stattdessen habe er mit anderen anwesenden Studenten über diese Situation gesprochen, um seine Vorstellungen von einem adäquaten Umgang mit Patienten zu überprüfen. Diese haben seine Sichtweisen bestätigt.

Um diesbezüglich die Kommunikation zu verbessern, wünschte sich der Teilnehmer flachere Hierarchien sowie einen kollegialeren Umgang miteinander. Ein PJ-Student solle nicht als „kleiner unwissender Pupsi“ behandelt werden, sondern vielmehr als „bald fertiger Arzt“. Durch die Förderung von Kleingruppen von maximal drei Teilnehmern in diversen Seminaren und Praktika solle eine „angenehmere und [...] lernfördernde Atmosphäre“ geschaffen werden. Ein weiterer Verbesserungsvorschlag ist die Implementierung einer direkten Betreuung durch einen zuständigen Arzt im PJ. So würde ein Ansprechpartner bei Fragen und Problemen zur Verfügung stehen. Durch einen persönlichen Mentor könne außerdem der Lerneffekt vergrößert und das Zurechtkommen im klinischen Alltag und mit dem Team erleichtert werden.

Deskriptive Codes:

- Untersuchung
 - gynäkologisch

Inhaltsanalytische Codes:

- Vermeintliches Fehlverhalten
 - Telefonat während einer intimen Untersuchungssituation

Codes emotionaler Reaktionen:

- Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:
 - Überraschung
 - Wut
 - Verachtung

Zusätzliche Empfindungen

- Reaktionen, die aufgrund der passive Zuschauerrolle geäußert werden:
 - Unsicherheit

Codes für Copingstrategien:

- Emotionsorientiertes Coping
 - Verdeutlichung der eigenen Machtlosigkeit
 - Kommunikation
 - (1) Mit Studenten über die moralische Situationsbewertung

Codes für Verbesserungsvorschläge:

- Klinik
 - Verbesserung der Teamatmosphäre/Zusammenarbeit
 - Anerkennung des Wissens von Studenten durch approbierte Ärzte
- Studium
 - Umgestaltung des Praktischen Jahres
 - (1) Einführung eines Mentors für Studenten im PJ zur individuellen Betreuung
 - Veränderung von Lehrveranstaltungsstrukturen
 - (1) Förderung von Kleingruppen

Alle Codes sind in Abhängigkeit Ihrer Leitfrage in den folgenden Tabellen 1-6 zusammengefasst.

Tabelle 2) Zusammenfassung der deskriptiven Codes

Deskriptive Codes: Themen der Erzählungen		
Überkategorien	Unterkategorien (1.Ordnung)	Unterkategorien (2. Ordnung)
Patientenversorgung	Arzt-Patienten-Gespräch	
	Studenten-Patient-Interaktion	
	Untersuchungen	rektale Untersuchung
		gynäkologisch Untersuchung
	Aufklärung	
	Behandlungsentscheidungen	Stellvertreterentscheidung
		Infauste Prognose
		Zwangsbehandlung
	Fehlversorgung	
	Operation	
	Notfallsituation	
Studentenausbildung	Unterricht	

Tabelle 3) Zusammenfassung der inhaltsanalytischen Codes

Inhaltsanalytische Codes: Ursachen von moralischem Stress	
Überkategorien	Unterkategorien (1.Ordnung)
Behandlungsentscheidung, bei dem Student andere Option favorisiert hat	Keine Therapieintensivierung trotz schlechtem Gesundheitszustand
	Inkaufnahme der Risiken invasiver Therapiemethoden im Vergleich zu weniger invasiven Alternativen
	Schädigung des Patienten durch wiederholten Behandlungsversuch ohne Nutzen für den Patienten
	Behandlungsentscheidung getroffen von der Patient voraussichtlich nicht profitieren wird
	Keine Behandlung mit Psychopharmaka gegen den zum Ausdruck gebrachten Willen eines psychisch kranken Patienten
	Stellvertreter fordern Behandlung gegen den erklärten Willen des Patienten
	Weniger überlegte Entscheidung aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Patienten
	Patient wird zu einer spezifischen Behandlung gedrängt
Behandlungsentscheidungen werden durch Interessenkonflikte beeinflussen	Handelndem Arzt werden finanzielle Interessen unterstellt
	Handelndem Arzt wird unterstellt, dass er eine misslungene Behandlung zur Selbstbestätigung wiederholt.
Fehlender ganzheitlicher Behandlungsansatz	Konzentrierung der Therapie auf die Verbesserung von Laborwerten
	Beschränkung der Versorgung auf körperliche Symptome
	Den Bedürfnissen des Patienten nicht gerecht werden.
Rektale Untersuchung zu Demonstrationszwecken	Fehlende informierte Einwilligung des Patienten in die Untersuchung als Lehrbeispiel
	Aufforderung an mehrere Studenten/Assistenzärzte, eine intime Untersuchung an dem gleichen Patienten durchzuführen
	Herabwürdigung des Patienten aufgrund seiner schamhaften Reaktionen

Keine ausreichende Aufklärung	Keine ausreichende Aufklärung über die Diagnose
	Keine ausreichende Aufklärung über terminale Prognose
	Keine ausreichende Aufklärung über realistische Therapieziele und alternative Handlungsoptionen
	Indirekte Aufklärung über die Diagnose durch Erläuterung für Studenten/Assistenzärzte
Entscheidungen werden von Vorgesetzten vorgegeben	Chefarzt revidiert therapeutisches Vorgehen von Oberärzten und Spezialisten
	PJ-Student wird in den Entscheidungsprozess nicht eingebunden
	Student fühlt sich gezwungen, nicht Partei für den Patienten ergreifen zu dürfen
Keine Vermittlung weiterer notwendiger Behandlung	Keine Übermittlung des Patienten auf eine andere Station
	Keine Übernahme eines psychisch kranken Patienten in eine Fachklinik
	Keine Durchführung von therapeutisch notwendigen Interventionen einer anderen Disziplin
	Entlassung einer Patientin ohne ihr Einverständnis
Konflikt in der Arzt-Patienten-Beziehung	Arzt reagiert auf den illegitimen Wunsch eines Patienten mitleidslos und abweisend
Einschränkung durch standardisierte Abläufe	Eingeschränkte Handlungsspielräume aufgrund vorgegebener Arbeitsabläufe
Behandlungsfehler	Chirurg durchtrennt eine für die Fortpflanzung notwendige Struktur ohne Indikation
Vermeintliches Fehlverhalten	Bei dem Transport eines nicht abgedeckten sterbenden Patienten von Schockraum zur Intensivstation ungeplantes Zusammentreffen mit den Angehörigen
	Lachendes Personal trifft auf besorgte Angehörige
	Telefonat während einer intimen Untersuchungssituation

Tabelle 4) Zusammenfassung der Emotion-Codes/Reaktions-Codes

Emotionen beim Erleben von moralischem Stress	
Überkategorien	Unterkategorie (Emotionen)
Emotionen, die in Bezug auf Patienten und Angehörige zum Ausdruck gebracht werden:	(1) Schuldgefühle (2) Schamgefühle
Emotionen, die in Bezug auf das eigene Verhalten zum Ausdruck gebracht werden	(1) Schamgefühle
Emotionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:	(1) Wut (2) Kummer (3) Verachtung (4) Schamgefühle (5) Abscheu (6) Furcht (7) Überraschung
Emotionen, die in Bezug auf die Arbeitsbedingungen zum Ausdruck gebracht werden:	(1) Kummer (2) Wut (3) Verachtung (4) Abscheu (5) Furcht
Emotionen, die noch lange nach der Situation angehalten haben oder erneut aufgetreten sind:	(1) Kummer
Emotionen, die aufgrund der hierarchischen Stellung geäußert werden	(1) Kummer
Weitere Reaktionen beim Erleben von moralischem Stress	
Überkategorie	Unterkategorie (Reaktionen)
Reaktionen, die in Bezug auf die die Handlung durchführende Person/die durchgeführte Handlung geäußert werden:	(1) Unverständnis (2) Unzufriedenheit
Reaktionen, die in Bezug auf die Arbeitsbedingungen zum Ausdruck gebracht werden:	(1) Unzufriedenheit (2) Frustration
Reaktionen, die aufgrund der passiven Zuschauerrolle/hierarchischen Stellung geäußert werden	(1) Überforderung (2) Unsicherheit (3) Hilfslosigkeit/Machtlosigkeit

Tabelle 5) Zusammenfassung der Codes für Copingstrategien

Copingstrategien (Codes)	
Überkategorien	Unterkategorien (1.Ordnung) • Unterkategorien (2. Ordnung)
Emotionsorientierte Ansätze	Ablenkung durch andere Tätigkeit
	Verdrängung der Situation
	Ignorieren von auftauchenden Problemen
	Emotionale Distanzierung
	Emotionale Abstumpfung
	Distanzierung von eigener Verantwortung
	Verdeutlichung der eigenen Machtlosigkeit
	Projektion der individuellen Verantwortung auf eine Systemebene
	Rechtfertigung durch die eigenen späteren Fehler
	Vergegenwärtigung der Fehlerhaftigkeit aller Arbeitsplätze
	Vergegenwärtigung der Vorteile des Arbeitsplatzes
	Verständnis generieren durch das Einfühlen in die Situation
	Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> • Mit der Familie, Freunden oder Haustieren zur Entlastung • Mit unspezifischen Personen zur Entlastung • Mit Patienten zur Unterstützung • Mit Studenten/Assistenzärzten über die moralische Situationsbewertung • Mit Assistenzärzten/einem Facharzt über die fachliche Situationsbewertung • Mit betreuendem Arzt Nachbesprechung des Falles
	Örtliche Distanzierung
Lösungsorientierte Ansätze	Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> • Kritik an Vorgesetzten üben • Versuche Defizite in der Aufklärung zu kompensieren • Versuch Patient von Behandlung zu überzeugen • Initiierung eines Arzt-Patienten-Gesprächs, indem Defizite der Aufklärung kompensiert werden können
Neubewertung	Neubewertung einer Situation

Tabelle 6) Zusammenfassung der Codes für Handlungskonsequenzen

Konsequenzen (Codes)	
Überkategorien	Unterkategorien (1.Ordnung)
Differenzierte Auswahl des späteren Berufs	Bezüglich der Facharztauswahl
	Bezüglich der Abteilungsführung
	Bezüglich des Landes
Verbesserung der Beurteilungsfähigkeit	Fachliche Weiterbildung
Lernen aus den erlebten Situationen	Steigerung der Sensibilität
	Vermeidung der gleichen Fehler

Tabelle 7) Zusammenfassung der Codes für Verbesserungsmöglichkeiten

Verbesserungsmöglichkeiten (Codes)	
Über- kategorie	<p>Unterkategorien (1.Ordnung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterkategorie (2. Ordnung) <ul style="list-style-type: none"> - Unterkategorie (3. Ordnung)
Klinik	<p>Verbesserung der Teamatmosphäre/Zusammenarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Mitarbeiterfluktuation • Vermehrter Mitarbeiterkontakt außerhalb der Klinik • Duzen innerhalb des Teams • Einführung/Intensivierung von Teambesprechungen • Schaffung einer offenen und gleichberechtigten Kommunikationsebene im Team • Offener Umgang mit Fehlern und Schwächen
	<p>Veränderung der Visitenstruktur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einplanung von mehr Zeit • Priorisierte Besprechung von Problemfällen
	<p>Veränderung der Behandlungskonzepte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beurteilung von Patienten in ihrem sozialen Kontext • Förderung der Sensibilität gegenüber psychologischen, seelischen und spirituellen Bedürfnissen
	<p>Verbesserung des Personalschlüssels</p>
	<p>Auflockerung der Trennung von Disziplinen</p>
	<p>Intensivierung der Zusammenarbeit mit unterstützenden Institutionen der Klinik</p>
	<p>Einführung von Ethik-Fortbildungen</p>
	<p>Anerkennung des Wissens von Studenten von approbierten Ärzten</p>
	<p>Angebot von Leadership-Seminaren für die Leitungsebene</p>
	<p>Kontinuierliche Involvierung der Leitungsebenen</p>
Studium	<p>Veränderung der Auswahlkriterien für das Studium</p>
	<p>Vermittlung der Wichtigkeit von zwischenmenschlichen Interaktionen</p>
	<p>Veränderung von Lehrveranstaltungsstrukturen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Förderung von kritischen Nach- und Zwischenfragen • Förderung von Kleingruppen
	<p>Üben von ärztlichen Tätigkeitsabläufen an Objekten („Teddy Klinik“)</p>

	<p>Ausbau von Kommunikationsseminaren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensivierung der Ausbildung zu patientengerechter Ausdrucksweise • Erweiterung des Angebots • Ausweitung der Inhalte <ul style="list-style-type: none"> - Deeskalationsgespräche - Umgang mit Angehörigen - Kritik üben an Vorgesetzten - Ethische Konfliktfälle
	Ausbau des Patientenkontaktes und der Vermittlung von kommunikativen Fähigkeiten
	<p>Durchsprechen/Diskutieren ethischer Fragestellungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anhand von Papier-Patienten
	<p>Umgestaltung des praktischen Jahres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einführung eines Mentors für Studenten im PJ zur individuellen Betreuung • Regelmäßige Gespräche zur Klärung von Fragen und Besprechung von Problemen • Einführung von gegenseitigem Arzt-Studenten-Feedback • Ausbau der eigenständigen Patientenbetreuung durch die PJler unter Supervision eines Arztes
	Durchführung von Spiegelungen schwieriger Situationen
	Krankenpflegepraktikum partiell ersetzen durch ärztliche Hospitationen
	Förderung der aktiven Partizipation von Studenten
	Förderung des eigenständigen Entscheidens von Studenten
	Einführung von Seminaren zum Einfluss der Ökonomisierung der Medizin auf Behandlungsentscheidungen
	Einführung von Seminaren über rechtliche Grundlagen
	Übungen zur Beurteilung von Bewusstseinsstörungen
	Intensivierung der Vermittlung von Kenntnissen über psychiatrische Krankheitsbilder
	Ausbau von Anamnesegesprächen im psychiatrischen und akut-klinischem Bereich
	Bekanntmachung unterstützender Institutionen im Krankenhaus
Situationsbewältigung	Gründung von Internetplattformen
	Gründung von Balint-Gruppen

5. Diskussion

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der Studie vor dem Hintergrund der bisherigen Forschung kritisch reflektiert werden. Dafür sollen in einem ersten Schritt die Ergebnisse der Studie kurz zusammengefasst und mit den Ergebnissen bisheriger Forschungsarbeiten verglichen werden.

5.1. Zusammenfassung der Ergebnisse und Vergleich mit bisheriger Forschung

Diese Studie konnte zeigen, dass moralischer Stress bei Studenten im Praktischen Jahr vorkommt und zu einer emotionalen Belastung der Betroffenen führen kann. Die Ursachen für die Entstehung von moralischem Stress sind dabei mannigfaltig. Um moralischen Stress abbauen zu können, greifen die betroffenen Teilnehmer vorwiegend auf emotionsorientierte Bewältigungsstrategien zurück. Strukturen zur Ursachenreduktion oder zu einer besseren Verarbeitung des Erlebten wurden aus ihrer Perspektive bisher weder in der Lehre noch im klinischen Alltag ausreichend geschaffen. Sie sehen jedoch vielfältige Möglichkeiten die Situation zu verbessern. Vorschläge setzen sowohl am Individuum als auch auf der Systemebene an. Im Folgenden werden bezogen auf die jeweiligen Interviewleitfragen die Ergebnisse dargestellt, erläutert und im Kontext der aktuellen Literatur diskutiert.

5.1.1. Ursache

Diese Studie konnte zeigen, dass moralischer Stress durch eine Vielzahl von heterogenen Ursachen ausgelöst werden kann. Häufig wurden dabei als Ursachen für die Entstehung von moralischem Stress Situationen beschrieben, in denen über das weitere therapeutische Vorgehen entschieden wurde. Diese Abwägung von Werten bei Therapieentscheidungen stellt dabei ein zentrales Thema der Medizinethik dar (Marckmann, 2015). Die Situationskonstellationen und Gründe, warum es zu einer Therapieentscheidung gekommen war, die aus der Perspektive des jeweiligen Teilnehmers als moralisch problematisch bewertet wurde, sind dabei sehr verschieden: Überversorgung aufgrund finanzieller Interessen der Entscheidungsträger, die Durchführung von Therapien ohne erkennbaren Vorteil für den Patienten, aber auch die Unterversorgung aufgrund eines hohen Patientenalters wurden dabei genannt.

Die Identifikation heterogener Ursachen deckt sich dabei mit den Ergebnissen bisheriger Studien mit Ärzten, Studenten und dem Pflegepersonal. Auch das in dieser Studie identifizierte Ursachenspektrum ähnelt dem, was bisher im Pflegebereich und bei ärztlichem Personal beschrieben werden konnte. Dies verwundert nicht, da der PJ-Student zum Teil Aufgaben des Pflegepersonals übernimmt, gleichzeitig jedoch auch ärztlichen Tätigkeiten – wie zum Beispiel der Visite – beiwohnt. Gerade die Entscheidung über das weitere therapeutische Vorgehen wurde bereits in zahlreichen Studien als Faktor für die Entstehung von moralischem Stress identifiziert (Allen et al., 2013; Papathanassoglou, 2012; Hamric et al., 2012; Knifed et al., 2010; Chiu et al., 2008; Hilliard et al., 2007; Elpern et al., 2005; Volbrecht, 2002; Fry & Duffy, 2001; Corley et al., 2001; Wilkinson, 1987). Diese, aber auch weitere Situationen bzw. Handlungen wie das Mittragen von Entscheidungen aufgrund von hierarchischen Strukturen (Allen et al., 2013; Hamric et al., 2012; Ganz & Berkovitz, 2012; Eizenberg et al., 2009; Kälvemark-Sporrong et al., 2006; Elpern et al., 2005; Sundin-Huard & Fahy, 1999), mangelhafte oder fehlerhafte Kommunikation mit dem Patienten (Lomis et al., 2009; Wiggleton et al., 2010) sowie vermeintlich unprofessionellem Verhalten (Ganz & Berkovitz, 2012; Chiu et al., 2008; Hilliard et al., 2007; Elpern et al., 2005; Volbrecht, 2002; Fry & Duffy, 2001; Corley et al., 2001; Redman & Fry, 1998; Ferrell & Rivera, 1995) konnten hier als Ursache für moralischen Stress erneut bestätigt werden.

Aber nicht alle bisherigen Studienergebnisse konnte diese Studie replizieren. So wurde beispielsweise das Fehlen einer Versicherung bzw. die Unzugänglichkeit einer guten Versorgung aufgrund des Versicherungsstatus eines Patienten in anderen nationalen Kontexten als Ursachen für moralischen Stress identifiziert (Wiggleton et al., 2010; Lomis et al., 2009; Fry & Duffy, 2001; Redman & Fry, 1998; Omery et al., 1995). In Deutschland besteht jedoch nicht nur ein solidarisch finanziertes Krankenversicherungssystem, sondern auch eine Versicherungspflicht. So kommt es im deutschen Gesundheitssystem nur sehr selten zu Situationen, in denen Patienten aufgrund des Versicherungsstatus Behandlungen vorenthalten werden müssen. Selbst bei Asylsuchenden, Sans Papiere oder EU-Bürgern ohne ausreichenden Versicherungsschutz gilt nach rechtlichen Vorschriften, dass ärztliche und zahnärztliche Behandlungen zu gewährleisten sind, soweit es sich um akute Erkrankungen oder Schmerzzustände handelt. Auch Leistungen der Schwangerenvorsorge, Schutzimpfungen und weitere Behandlungen zur Sicherung der Gesundheit sind – letzteres nach Einzelfallprüfung – zu gewährleisten. Wenn jedoch kein Notfall vorliegt, so muss vor Behandlung ein Krankenschein beantragt werden, der oft verweigert wird. Die Prüfung für die Berechtigung des Erwerbes wird dabei oft von medizinisch nicht fachkundigem Personal durchgeführt (Wiesing, 2013), sodass vermutet werden kann, dass eine Konfrontation mit derartigen Versorgungsdefiziten eher außerhalb des klinischen Alltags stattfindet. Dieses Beispiel legt daher nahe, dass das Ursachenspektrum immer in Abhängigkeit vom vorliegenden Gesundheitssystem, kultureller Prägung und rechtlichen Grundlagen betrachtet werden muss.

Andersherum wurden auch Ursachen identifiziert, die in der bisherigen Literatur nicht beschrieben worden sind. Ein Beispiel ist das Verhalten von Ärzten in intimen, schambehafteten Untersuchungssituationen. Diese wurden beispielsweise vom Arzt – ohne das Einverständnis des Patienten vorher einzuholen – zu Demonstrationszwecken genutzt. Dass solche Situationen bisher nicht in der Literatur erwähnt wurden kann so erklärt werden, dass in intimen Untersuchungen in der Regel nur der behandelnde Arzt und der Patient interagieren und selten weiteres ärztliches oder Pflegepersonal zur Beobachtung der Situation zugegen ist. Der Arzt kann in solchen Situationen nach seinen moralischen Vorstellungen handeln und empfindet dementsprechend keinen moralischen Stress. Der PJ-Student wohnt dieser Situation jedoch als passiver Teilnehmer bzw. Beobachter bei – er ist folglich nicht aktiv an der Handlung beteiligt. Durch die Teilnahme des PJ-Studenten werden die Handlungen durch eine weitere Person beurteilt, was die Entstehung von moralischem Stress erst möglich macht. Es ist anzunehmen, dass solche Situationen bislang nicht beschrieben worden sind, weil diese Perspektive des lernenden Beobachters in Studien mit Ärzten/Pflegenden kaum untersucht worden ist.

Des Weiteren ist zu erwähnen, dass die Beobachtungen der Verhaltensweisen eines anderen, die nicht den eigenen moralischen Vorstellungen entsprechen, ausreichend sein können, um moralischen Stress auszulösen. Bislang wurde von den meisten Wissenschaftlern angenommen, dass eine aktive Beteiligung an einer Situation notwendig ist - und somit auch die Durchführung von Handlungen, die den eigenen moralischen Handlungsvorstellungen widersprechen - um moralischen Stress auslösen zu können. Meine Ergebnisse zeigen, dass auch solche Situationen moralischen Stress verursachen können, denen man lediglich als passiver Teilnehmer beigewohnt. Dies sollte bei einer umfassenden Beschreibung des Phänomens beachtet werden und wird an späterer Stelle erneut aufgegriffen und diskutiert (siehe „Konzept von moralischem Stress“).

Abschließend ist zu sagen, dass die bisherige Literatur stets einen einzelnen Faktor als Ursache für die Entstehung von moralischem Stress beschreibt. In der vorliegenden Studie findet sich häufig eine

Vielzahl an Ursachen, die in ihrem Zusammenspiel zu moralischem Stress führen. So kann beispielsweise die Therapieentscheidung in Kombination mit einer defizitären Aufklärung über potentielle Therapiemöglichkeiten zu moralischem Stress führen. Das lässt darauf schließen, dass sich moralischer Stress oft nicht durch isolierte Faktoren, sondern durch ein Zusammenkommen mehrerer Ursachen entwickelt. Die Entstehung von moralischem Stress ist daher vermutlich in einer Vielzahl der Fälle multi- und nicht monokausal bedingt.

5.1.2. Emotionen und Residuen

Sobald moralischer Stress entsteht ist er bei den Teilnehmern dieser Studie nahezu immer Auslöser von negativen Emotionen. In nahezu keiner Fallbeschreibung wurde moralischer Stress assoziiert mit positiven oder neutralen Emotionen. Moralischer Stress wurde dabei von den Teilnehmern assoziiert mit Emotionen wie Ärger, Enttäuschung, Wut und Schuldgefühlen.

Die hier identifizierten Emotionen sind dabei vergleichbar mit den Studienergebnissen von pflegerischem und ärztlichem Personal. Auch hier konnte beschrieben werden, dass Personen, die moralischen Stress erleben, häufig die oben genannten Gefühle erleben (Thomas & McCullough, 2015; Allen et al., 2013; Chiu, 2008; Elpern et al., 2005 Sundin-Huard & Fahy, 1999; Wilkinson, 1989). Neben diesen Emotionen wurden zusätzlich weitere aus moralischem Stress entstehende Konsequenzen beschrieben. Dabei fiel in dieser Studie insbesondere eine sich entwickelnde Unzufriedenheit und Frustration über die aktuelle Arbeitsstelle auf, die ebenfalls beim Pflegepersonal und Ärzten in anderen Studien beobachtet werden konnte (Allen et al., 2013; Winland-Brown et al., 2010; Knifed et al., 2010; Chiu et al., 2008; Hilliard et al., 2007; Elpern et al., 2005; Sundin-Huard & Fahy, 1999; Ödman & Wredling, 1995; Wilkinson, 1989). Das emotionale Erleben und die daraus resultierenden langfristigen Reaktionen auf das Durchleben von moralischem Stress scheinen daher unabhängig vom Beruf sehr ähnlich zu sein. Die analogen Ergebnisse bei den verschiedenen Berufsgruppen bezüglich des (emotionalen) Erlebens sollen an späterer Stelle noch einmal aufgegriffen werden (siehe „Konsequenzen von moralischem Stress“) und werden daher an dieser Stelle nicht vertieft diskutiert.

Einige Unterschiede finden sich in der Beobachtung von physischen Symptomen. Vorherige Studien beim Pflegepersonal und bei Ärzten konnten beispielsweise physische Symptome wie Ruhelosigkeit (Chiu et al., 2008) oder Veränderungen im Schlafverhalten (Elpern et al., 2005) feststellen. Derartige Veränderungen gab keiner der Teilnehmer dieser Studie an, dieser Aspekt war jedoch auch kein Bestandteil der Fragestellung. Ebenso muss kritisch reflektiert werden, inwieweit Ruhelosigkeit oder Schlafstörungen Folgen von moralischem Stress sind oder nur aufgrund allgemeiner Arbeitsbelastung auftreten.

Die Studenten gaben weiterhin keine Veränderungen aufgrund des Erlebens von moralischem Stress an, die nicht bereits in einer vorherigen Studie beschrieben wurden.

5.1.3. Coping und Handlungskonsequenzen

Diese Studie hat gezeigt, dass die Copingstrategien von Studenten mannigfaltig sind. Betrachtet man die generierten Daten in der Zusammenschau, so fällt auf, dass emotionsorientierte Copingstrategien deutlich bevorzugt wurden vor lösungsorientierten Strategien, denen eine deutlich untergeordnete Rolle zukam. In den Einzelfällen, in denen lösungsorientierte Copingstrategien angewendet wurden, führten sie zudem nicht zum erhofften Erfolg. Bei Ihrem „emotionsorientiertem“ Vorgehen wählten die Teilnehmer dabei wiederholt drei verschiedenen Strategietypen aus. Dies war zum einen eine Verarbeitung des Erlebten durch Kommunikation, wobei sich die Kommunikationspartner stark unterschieden und von Kollegen bis hin zum Haustier variierten. Eine weitere wichtige Kategorie war die Distanzierung zur eigenen Verantwortung, die durch die fehlende Involvierung in die Entscheidung begründet wurde. Die Teilnehmer fokussierten sich dabei auf ihre passive Rolle als Beobachter, um die vermeintlich falsche Entscheidung und das fehlende Eingreifen in die Situation (vor sich) nicht verantworten zu müssen. Diese Flucht vor Verantwortung gegenüber dem Patienten ist kritisch zu bewerten, da diese Haltung dazu führen kann, dass die Kommunikation innerhalb des Teams reduziert wird und somit fachliche Meinungen nicht ausgetauscht werden. Was das für die Patientenversorgung für Konsequenzen haben kann werde ich an späterer Stelle im Detail diskutieren. Die letzte Strategie war die Ablenkung vom Geschehenen. Dies zeigte sich durch das Ignorieren von Problemen oder durch die häufig auftretende Ablenkung mittels anderer Tätigkeiten.

Im Vergleich zu der vorhandenen Literatur fällt auf, dass die hier beschriebenen, vorrangig gebrauchten Copingstrategien auch bei Ärzten und beim Pflegepersonal beobachtet wurden (Deady & McCarthy, 2010; Knifed et al., 2010; Chiu et al., 2008; Hilliard et al., 2007; Sundin-Huard & Fahy, 1999; Corley, 1995; Bamford, 1995; Arthur, 1995; Wilkinson, 1989). Ebenso wurde in den bisher veröffentlichten Studien nur vereinzelt von lösungsorientierte Copingstrategien berichtet (Sundin-Huard & Fahy, 1999). Die Neubewertung scheint als adäquate Copingstrategie in der bisherigen Literatur und auch in dieser Studie keine bedeutende Rolle einzunehmen.

Teilnehmer setzten jedoch nicht nur verschiedene Copingstrategien ein, um mit moralischem Stress besser umgehen zu können, sondern für sie folgten auch weitere Handlungskonsequenzen aus dem Erlebten. Einige wenige Teilnehmer dieser Studie versuchten das Erlebte in etwas Positives umzuwandeln und etwas aus den Erfahrungen zu lernen, um moralischen Stress zukünftig reduzieren zu können. Dies entspricht auch dem, was bisher publizierte Studien bereits beschreiben konnten. Eine bewusste Intensivierung der Fürsorge konnte beispielsweise in einer Studie mit Krankenschwestern als konkrete positive Handlungskonsequenz beobachtet werden (Wilkinson, 1989). Der Großteil bewertete die Situation jedoch negativ und nahm an, dass eine Änderung der Situation nicht möglich sei. Für sie überwog das Gefühl von Machtlosigkeit und sie versuchten folglich Situationen zu vermeiden, die moralischen Stress auslösen könnten.

Nicht alle Folgen haben sich jedoch in Studien mit Pflegepersonal ähnlich dargestellt wie in dieser Studie. So konnten bisherige Studien zeigen, dass Pflegepersonal durch das Erleben von moralischem Stress seine Handlungsweisen verändern kann. Dies zeigte sich beispielsweise durch die Beendigung regelmäßig durchgeführter Blutspenden oder die Abgabe des Organspendeausweis (Elpern et al., 2005). Diese Ergebnisse konnten hier nicht reproduziert werden. Auch das Ergebnisse, dass Pflegepersonal aufgrund von moralischem Stress den Job in der Vergangenheit gekündigt hat (Allen et al., 2013; Maningo-Salinas, 2010; Winland-Brown et al., 2010; Lerkiatbundit & Borry, 2009; Fogel, 2007; Yeh & Yu, 2009; Corley 1995; Wilkinson, 1989) konnte im Rahmen dieser Studie nicht bestätigt

werden. Die hier neu identifizierten Handlungskonsequenzen sind vorrangig präventiv ausgerichtet und sollten zukünftig die Konfrontation mit moralischem Stress auslösenden Situationen minimieren bzw. verhindern. So spielte ein Teilnehmer beispielsweise mit dem Gedanken eine bestimmte Facharzttrichtung auszuwählen, da hier nur ein gering frequentiertes Auftreten von moralischem Stress zu erwarten sei. Ebenso resultieren Überlegungen von anderen Teilnehmern einen Beruf außerhalb des deutschen Gesundheitssystems oder des kurativen Arbeitsfeldes zu ergreifen, um einer Belastung durch moralischen Stress zu entgehen.

5.1.4. Längerfristige Konsequenzen

Nach der Auseinandersetzung mit dem Copingverhalten und mit den initialen Handlungskonsequenzen möchte ich mich nun der Frage widmen, welche möglichen längerfristigen Folgen moralischer Stress haben kann. Dies ist von Bedeutung, da ein besseres Verständnis der Folgen bei der Frage helfen kann, wie dringlich und auf welchen Ebenen Hilfe benötigt wird. Hierzu werden die Daten dieser Studie theoretisch und im Kontext aktueller Literatur diskutiert. Ich werde mich dabei auf Aspekte konzentrieren, die bereits in anderen Berufsgruppen als Folge von moralischem Stress identifiziert werden konnten. Hierzu zählen eine sich verändernde Einstellung zum Arbeitsplatz, Auswirkungen auf die Gesundheit und mögliche Effekte auf die Versorgungsqualität. Ich werde diskutieren, ob sich im Rahmen dieser Studie erste Anhaltspunkte dafür finden lassen, dass diese Folgen auch bei Studenten im weiteren Verlauf zu erwarten sind. Der folgende Abschnitt stellt theoretische Überlegungen dar. Zur Prüfung dieser Überlegungen bedarf es im Verlauf die Durchführung longitudinaler Studien.

5.1.4.1. Arbeitszufriedenheit

In verschiedenen Studien mit Pflegepersonal und Ärzten konnte eine sich entwickelnde Unzufriedenheit und Frustration über die aktuelle Arbeitsstelle aufgrund des Erlebens von moralischem Stress beobachtet werden (Allen et al., 2013; Winland-Brown et al., 2010; Knifed et al., 2010; Chiu et al., 2008; Hilliard et al., 2007; Elpern et al., 2005; Sundin-Huard & Fahy, 1999; Ödman & Wredling, 1995; Wilkinson, 1989). Einige der Teilnehmer dieser Studie äußerten im Kontext der geschilderten Situation ebenfalls ein Gefühl dieser Unzufriedenheit. Dies ist nicht verwunderlich, da moralischer Stress auftritt, wenn die eigenen Vorstellungen von moralisch richtigem Vorgehen nicht umgesetzt werden. Diese kompromittierende Haltung gegenüber der eigenen moralisch-fachlichen Beurteilung und eine darauf folgende Aufhebung des autonomen Arbeitens gehen oft mit einer Unzufriedenheit im Job einher (Salomon & Ziegler, 2007). Dabei ist das einmalige Gefühl von Unzufriedenheit nicht von großer Bedeutung, sondern vielmehr eine wiederkehrende Unzufriedenheit, die aufgrund vieler vorhandener ethischer Konflikte im klinischen Alltag erwartet werden kann.

Zur Überprüfung dieser theoretischen Überlegungen sollten im weiteren Verlauf die Durchführung prospektiver Längsschnittstudien erfolgen. Was sich potentiell für Folgen aus dieser Unzufriedenheit ergeben können werde ich im Folgen weiterführend diskutieren.

5.1.4.2. Gesundheit von (angehenden) Ärzten

Bisherige Studien konnten Korrelationen zwischen dem Auftreten von moralischem Stress und der Entwicklung von Depressionen (Thomas & McCullough, 2015; Lerkiatbundit & Borry, 2009; Elpern et al., 2005) sowie der Entstehung von Burnout-Syndromen (Shoorideh et al., 2015; Thomas &

McCullough, 2015; Piers et al., 2012; Wlodarczyk & Lazarewicz, 2011; Lerkiatbundit & Borry, 2009; Cox, 2008; Sundin-Huard & Fahy, 1999; Kendrick & Cubbin 1996) feststellen. Diese Aspekte möchte ich aufgreifen und im Folgenden diskutieren.

Depression

Die Depression gehört zu den affektiven Störungen. Sie kann diagnostiziert werden, wenn für einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen ohne erkennbaren Grund eine depressive Stimmung, ein Gefühl von Wertlosigkeit und ein vermindertes Interesse an den meisten Aktivitäten vorliegt (Myers, 2008, S. 768).

Ein Zusammenhang zwischen moralischem Stress und Depressionen erscheint vor dem theoretischen Hintergrund der Ätiologie der Erkrankung folgelogisch: Bisher sind keine klar abzugrenzenden Ursachen für die Entwicklung einer Depression identifiziert worden. Vielmehr wurde festgestellt, dass eine Depression durch das Zusammentreffen verschiedener Faktoren entsteht, man spricht dabei auch von einer multifaktoriellen Genese (Tölle & Windgassen, 2014, S.257). Diese Faktoren werden im bio-psycho-sozialen Modell beschrieben. Ob eine Erkrankung ausbricht hängt dabei maßgeblich von der Vulnerabilität ab, also von der Verletzlichkeit der einzelnen Person. Äußere Faktoren können so bei einem Kranken mit entsprechenden vulnerablen Veranlagung eine depressive Episode auslösen (Tölle & Windgassen, 2014, S.257; Wolfersdorf, 2011, S. 45). Diese Vulnerabilität kann durch protektive Faktoren verringert werden. Zu diesen Faktoren zählen ein gutes unterstützendes Umfeld, vertrauensvolle intime Beziehungen oder ein stabiles Arbeitsumfeld. Andersherum kann das Fehlen dieser Faktoren die Vulnerabilität verstärken, sodass externe Auslöser den Beginn einer Depression beeinflussen können (Tölle & Windgassen, 2014, S.256). Für einen negativen Effekt auf die mentale Gesundheit des Individuums muss dabei die Belastung die Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums übersteigen (Faller & Lang, 2010, S. 23).

Die Teilnehmer der Studie berichten von einer Belastung aufgrund des Erlebens von moralischem Stress, wodurch potentiell die Vulnerabilität der betroffenen Person gesteigert und so der Ausbruch einer Depression begünstigt werden kann. Aufgrund der multifaktoriellen Genese ist davon auszugehen, dass moralischer Stress diesen Prozess daher befördern, aber keinen alleinigen Auslösefaktor darstellen kann. In welchem Ausmaß moralischer Stress das Risiko, an einer Depression zu erkranken, potentiell bedingen kann ist auf der Grundlage dieser Studie nicht abschätzbar, sodass weitere (longitudinale) Studien benötigt werden.

Burnout-Syndrom

Im Allgemeinen konnte bereits festgestellt werden, dass das Burnout-Syndrom besonders häufig bei ärztlichem und pflegendem Personal auftritt (Schneider et al., 2012, S. 366; Schüler & Dietz, 2004, S. 199; Buser et al., 2007, S. 279). Als Burnout-Syndrom betrachtet man dabei eine anhaltende Stressreaktion auf arbeitsbezogene Belastungen. Es beschreibt einen Zustand, in den ein Mensch geraten kann, der permanent im beruflichen Alltag überfordert wird. Es kommt sowohl zu psychischen und körperlichen Beschwerden, als auch zu relevanten Änderungen im Verhalten und in den Einstellungen“ (Möller et al., 2013, S. 262).

Ein Zusammenhang zwischen moralischem Stress und der Entstehung eines Burnout-Syndroms aufgrund der definierten Ursache scheint schlüssig. Per Definition muss eine Stressreaktion vorliegen, die durch einen äußeren arbeitsbezogenen Reiz zu einer Belastungsreaktion führt. Moralischer Stress

stellt dabei diesen Reiz dar und kann so – betrachtet man die Aussagen der Teilnehmer – potentiell zu einer Belastungsreaktion führen. Die Entwicklung eines Burnout-Syndroms entsteht jedoch nur bei einer dauerhaften Belastung (Buser et al., 2007, S. 219). Ob diese vorliegt kann in dieser Studie nicht final geklärt werden. Unter der Berücksichtigung, dass im klinischen Alltag viele ethische Konflikte auftreten, ist jedoch eine wiederkehrende Belastung möglich. Ebenso ist für die Diagnosestellung die Entstehung von psychischen Beschwerden notwendig. Typische Symptome, wie das Auftreten von Schuldgefühlen, Hilflosigkeit, ein Gefühl von Überforderung und wütende Impulse (Möller et al, 2013, S. 263; Schneider et al., 2012, S. 366; Buser et al., 2007, S. 219; Schüler & Dietz, 2004, S. 199), wurden von vielen der Studienteilnehmer beschrieben. Ebenfalls auftretende körperliche Beschwerden wurden von den Teilnehmern nicht angesprochen, jedoch wurde nach solchen Symptomen nicht explizit gefragt. Ein weiteres das Burnout-Syndrom charakterisierende Symptome ist die Veränderung von Verhaltensweisen in sozialen Beziehungen sowie in Einstellungen und Haltungen gegenüber der Arbeit oder dem Patienten (Möller et al., 2013, S. 263; Schüler & Dietz, 2004, S. 199). Veränderungen in sozialen Beziehungen konnten in dieser Studie nicht beobachtet werden, eine Veränderung des Verhaltens – wie beispielsweise eine emotionale Distanzierung oder Abstumpfung gegenüber den Patienten – wurde jedoch von einigen Teilnehmern beschrieben.

Zusammenfassend kann vermutet werden, dass moralischer Stress – soweit eine wiederkehrende und hohe Belastung entsteht – bei Studenten und im weiteren Verlauf bei Assistenzärzten die Entstehung eines Burnout-Syndroms bedingen kann. Anders als bei einer Depression kann bei einem Burnout-Syndrom vermutet werden, dass moralischer Stress nicht nur ein unterstützender Faktor sein, sondern – in Abhängigkeit seiner Belastungsintensität – auch einen alleinigen Auslöser darstellen kann. Um das Risiko einschätzen zu können sollten auch hier im weiteren Verlauf longitudinale Studien durchgeführt werden.

5.1.4.3. Fluktuation, Verlassen der Profession und Ärztemangel

Moralischer Stress und seine Folgen sollten nicht nur im Kontext des Klinikpersonals, sondern auch in Zusammenhang mit den Auswirkungen auf die Patientenversorgung diskutiert werden. Vorherige Studien konnten beispielsweise zeigen, dass Pflegepersonal aufgrund des Erlebens von moralischem Stress über eine Kündigung nachgedacht oder diese in der Vergangenheit bereits an einem vorherigen Arbeitsplatz eingereicht hatten (Allen et al., 2013; Maningo-Salinas, 2010; Winland-Brown et al., 2010; Lerkiatbundit & Borry, 2009; Fogel, 2007; Corley 1995; Wilkinson, 1989).

Einige Aussagen dieser Studie zeigen, dass auch hier die Teilnehmer über die Möglichkeiten ihres beruflichen Werdegangs kritisch reflektieren. Das Erleben von moralischem Stress wird dabei als Anlass genommen über die Wahl der Facharzttrichtung nachzudenken, um nach Möglichkeit einen Fachbereich zu wählen, in dem moralischer Stress nur in geringem Maße vorkommt. Ebenso bewegte moralischer Stress einige Teilnehmer dazu, über eine Berufsausübung im Ausland nachzudenken.

In Zeiten, in denen die ärztliche Versorgung nur schwer gewährleistet werden kann (Blum & Löffert, 2010; Kopetsch, 2010), stellt moralischer Stress einen potentiell den Versorgungsnotstand begünstigenden Faktor dar. In welchem Ausmaß moralischer Stress neben anderen Faktoren die Aufnahme einer nicht-kurativen Tätigkeit oder einer Tätigkeit außerhalb von Deutschland begünstigt, kann durch diese Studie nicht beantwortet werden. Weitere quantitative (Längsschnitt-) Erhebungen wären dazu notwendig.

5.1.4.4. Versorgungsqualität

Probleme in der Patientenversorgung können jedoch nicht nur durch fehlende Fachkräfte entstehen. Bei Studien mit Pflegekräften konnte eine allgemeine Qualitätsminderung in der Patientenversorgung und Fehler in der Medikamentengabe (Maiden et al., 2011) aufgrund von moralischem Stress festgestellt werden. Als ursächlich hierfür können Copingverhalten – wie eine emotionale Abstumpfung, eine Distanzierung zum Patienten und die Verdrängung von moralischen Stress verursachenden Situationen – angenommen werden (Deady & McCarthy, 2010; Sundin-Huard & Fahy, 1999; Corley, 1995; Bamford, 1995; Wilkinson, 1989).

Viele der Copingstrategien, die beim Pflegepersonal als die Patientenversorgung negativ beeinflussend beschrieben worden sind, werden auch von den Teilnehmern als Umgangsstrategien verwendet. Die primär emotionsorientierten Copingansätze verursachen dabei ebenfalls – wie die Teilnehmer selber beschreiben – eine emotionale Distanzierung zur Situation oder zur eigenen Verantwortung sowie das Ignorieren derartiger Probleme. Während des PJs sind die Studenten zwar nicht in vollem Umfang für die Patienten verantwortlich, aber gerade in dieser Zeit sollen sie lernen die Verantwortung zu übernehmen. Sich zu diesem Zeitpunkt von der zunehmend zu tragenden Verantwortung zu distanzieren kann sich potentiell im Verlauf ihrer weiteren Tätigkeit negativ auf die Qualität der Patientenversorgung auswirken. Entscheidungen bezüglich der Diagnostik und Therapie können so in Zukunft gleichgültiger getroffen und potentielle Fehlentscheidungen begünstigt werden. Die so möglicherweise entstehende verminderte Reflektion über das eigene Handeln kann zusätzlich einen längerfristigen negativen Einfluss auf die Entwicklung der eigenen fachlichen Kompetenz haben, was ebenfalls die Versorgungsqualität vermindern könnte.

Natürlich kann auf der Grundlage dieser Studie keine konkrete Aussage zum Einfluss von moralischem Stress auf die Versorgungsqualität durch PJ-Studenten (und zukünftige Assistenzärzte) gemacht werden. Auch hier sind weitere longitudinale Studien von Nöten.

5.1.5. Verbesserungsmöglichkeiten

Diese wissenschaftliche Arbeit konnte viele verschiedene Möglichkeiten identifizieren und beschreiben, die potentiell die Belastung durch moralischen Stress reduzieren können. Grundsätzlich sind dabei zwei verschiedene Herangehensweisen zu unterscheiden: 1) Aufgrund der vorhandenen Belastung wurde vorgeschlagen Interventionsprogramme zu installieren, die dabei helfen sollen die bereits entstandene Belastung abzubauen. 2) Zum anderen wünschten sich viele Betroffene, dass durch das gezielte Ausschalten von Ursachen die Entstehung von moralischem Stress unterbunden wird.

- 1) Betrachtet man den ersten Aspekt, so wurden von den Interviewpartner vor allem Strategien genannt, die es den Betroffenen ermöglichen sollen über das Erlebte mit Gleichgesinnten zu sprechen und so über die Ereignisse reflektieren zu können. Konkrete Beispiele der Teilnehmer waren die Implementierung von sogenannten Balintgruppen, in denen man sich beispielsweise einmal wöchentlich austauschen kann oder die Förderung von Internetplattformen für einen eher anonymen Austausch. Die Kommunikation über das Erlebte kann dabei auf verschiedenen Ebenen hilfreich sein: Diese kann beispielsweise einen positiven Copingeffekt haben, eine Neubewertung der Situation kann durch alternative Sichtweisen resultieren oder die Betroffenen erlernen durch die Reflexion alternative Handlungsweisen, die im Falle einer erneuten Konfrontation angewendet werden können.

- 2) Der zweite Aspekt wurde von den Interviewpartnern etwas differenzierter diskutiert. Ein wiederholt geäußertes Aspekt, um moralischen Stress verhindern zu können, kann nach den Einschätzungen der Teilnehmer beispielsweise die Förderung von einem gleichberechtigten Mitspracherecht in der Klinik sein. So wäre es möglich, dass alle Betroffenen ihre Meinungen äußern und gemeinschaftlich Lösungen gefunden werden können. Um eine solche gleichberechtigte Kommunikation zu erreichen, wurden von den Teilnehmern verschiedene Strategien vorgeschlagen: Hierzu zählen das Coaching des Führungspersonals, um die Personalführung zu verbessern, ebenso wie eine Verbesserung der Teamatmosphäre, die durch das Duzen innerhalb des Teams oder vermehrten Kontakt außerhalb der Klinik erreicht werden könnte. Es soll so erreicht werden, dass die Hemmschwelle, Kritik oder Meinungen zu äußern, gesenkt wird. Ebenso nannten einige Studienteilnehmer die Implementierung von regelmäßige Team- und Stationsbesprechungen als wichtigen Aspekt, um moralischen Stress reduzieren zu können. In diesen soll es ermöglicht werden, Probleme und Differenzen zu diskutieren sowie komplexe Patientenfälle mit dem ganzen Team zu besprechen. Bei einer vorliegenden gleichberechtigten Kommunikation könnte so jeder seinen Standpunkt verdeutlichen und gemeinschaftlich eine Lösung gefunden werden.

Um regelmäßige Besprechungen zu ermöglichen bedarf es jedoch zusätzlich struktureller Veränderungen. Durch eine effizientere Nutzung von Ressourcen müssten diese Zeiträume erst geschaffen werden, damit kritische Fälle auch tatsächlich im Team diskutiert werden können. Ein Ansatzpunkt ist in den Augen der Teilnehmer eine Veränderung der Visitenstruktur. Hier kann beispielsweise eine Priorisierung von Problemfällen erfolgen. Routinefälle sollen nach Möglichkeit nicht oder nur kurz besprochen werden, sodass für schwierige Fälle genug Zeit vorhanden ist, um diese in Ruhe und mit allen Beteiligten diskutieren zu können.

Des Weiteren wünschten sich Teilnehmer eine bessere Vermittlung praktischer Fähigkeiten in der Konfliktbewältigung und -mediation im Rahmen des Medizinstudiums. Hierzu zählt beispielsweise der Wunsch nach Simulationen. Darunter sind theoretische Besprechungen anhand von Papierpatienten zu verstehen, aber auch praktische Simulationen, in denen Angehörigengespräche, Konfliktsituationen mit den Vorgesetzten oder Deeskalationsgespräche eingeübt werden können. Nicht nur diese Aspekte, sondern auch der Wunsch nach einer individuelleren Betreuung im PJ zeigen, dass viele Studenten individueller, praktischer und realitätsnäher auf ihren zukünftigen Beruf vorbereitet werden wollen – inklusive der Befähigung mit typischen zwischenmenschlichen Herausforderungen adäquat umgehen zu können.

Zuletzt wünschten sich viele Teilnehmer eine offene Kommunikation über vermeintliche „Tabu-Themen“, wie zum Beispiel eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssystems in der Hoffnung so bestimmte institutionelle Zwänge, die ebenfalls zu moralischem Stress führen können, offen diskutieren und langfristig minimieren oder sogar abbauen zu können.

Bislang sind nur relativ wenig Studien zu dem Thema „Unterstützungswünsche“ bzw. „Verbesserungsvorschläge“ durchgeführt worden (Ulrich et al., 2010, Winland-Brown et al., 2010, Wiggleton et al., 2010, Hilliard et al., 2007, Hamric et al., 2006). Es gibt einige Studien in denen ähnliche Bedürfnisse oder Zielvorstellungen anklingen, wie in den Aussagen der Teilnehmer dieser Studie. Beispielsweise konnte gezeigt werden, dass es sowohl bei Pflegekräften, als auch bei

Medizinstudenten und Ärzten einen wahrgenommenen Mangel an Kommunikationsmöglichkeiten gibt. Von allen Professionsgruppen wurde immer wieder erwähnt, dass sich ein Gesprächsangebot positiv auswirken könnte. Allein durch das Wissen, nicht allein mit derartigen Problemen zu sein, könnte man eine Erleichterung erfahren (Ulrich et al., 2010). Gleichzeitig wäre eine Neubewertung aufgrund anderer Sichtweisen möglich (Wiggleton et al., 2010), ebenso wie das Lernen aus den Fehlern anderer (Hilliard et al., 2007). Bezogen auf den zweiten Aspekt wurde im Rahmen der aktuellen Literatur sowohl vom Pflegepersonal, als auch von Assistenzärzten ein gleichberechtigteres Mitspracherecht im Team, sowie eine offene Kommunikation über moralischen Stress gefordert (Ulrich et al., 2010; Winland-Brown et al., 2010; Hilliard et al., 2007; Hamric et al., 2006). Konkrete Beispiele zur Umsetzung wurden dabei allerdings nicht genannt.

Im Gegensatz zu den vorhergehenden Studien wurden von den Teilnehmern dieser Studie konkrete Vorschläge unterbreitet, wie bestimmte Ziele (zum Beispiel eine Verbesserung der Kommunikation innerhalb des Teams) erreicht werden können. Diese Studie gleicht folglich größtenteils den Zielvorstellungen internationaler Studien, bietet aber zusätzlich konkrete Maßnahmen und Strategien, um diese Zielvorstellungen zu erreichen. Ebenfalls konzentrierten sich die Teilnehmer dieser Studie nicht nur auf Maßnahmen zur Reduktion der Belastung durch moralischen Stress, sondern versuchten durch Vorschläge Ursachen zu minimieren und unterscheiden sich dadurch weiterführend von den bisherigen Studien. Exemplarisch hierfür sind die Einführung von Mentoren-Programmen im PJ oder eine Veränderung des strukturellen Aufbaus der Stationen mit einer Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zu nennen. Ein zusätzlicher Aspekt, der wiederholt von den Teilnehmern gefordert wurde, ist ebenso die Implementierung einer verbesserten Ausbildung hinsichtlich der Konfliktbewältigung mit praktischen und theoretischen Übungen, die bisher mit dieser Deutlichkeit in keiner anderen Studie angeklungen ist.

Einige der hier angesprochenen Aspekte werde ich im Rahmen der Diskussion über potentielle Interventionsmöglichkeiten an späterer Stelle näher analysieren.

5.2. Konzeptentwicklung

Nachdem die relevantesten Aspekte der Studie aufgezeigt und mit der aktuellen Literatur verglichen wurden, soll im Folgenden exploriert werden, welche weiteren, sowohl für die Praxis als auch den akademischen Diskurs, relevanten Erkenntnisse sich aus der Studie extrapolieren lassen. Im Verlauf werden daher verschiedene Aspekte diskutiert, beginnend mit der Frage nach einem schlüssigen und nachvollziehbaren Konzept von moralischem Stress.

Zur Durchführung dieser Studie habe ich zu Beginn dieser Arbeit bereits eine Arbeitsdefinition entwickelt (vgl. nachstehende Definition), die es nun anhand der Ergebnisse dieser Studie zu überprüfen gilt. Dafür werde ich im Folgenden einzelne Aspekte dieser Definition aufschlüsseln und sie unter Berücksichtigung der hier generierten Daten überprüfen und gegebenenfalls anpassen. Zum Schluss werde ich diese Aspekte in einer neuen Definition zusammenfassen.

Moralischer Stress ist die psychische Reaktion eines Menschen darauf, dass er daran gehindert wird so zu handeln, wie er es als moralisch richtig empfindet.

Welche Ursachen sollen in einem Konzept von moralischem Stress integriert werden?

Zu Beginn dieser Arbeit habe ich mich für eine möglichst geringe Einschränkung ausgesprochen, um den Teilnehmer viel Offenheit für ein möglichst breites Antwortspektrum anbieten zu können und um eine Vorselektionierung des Ursachenspektrums zu vermeiden.

Betrachtet man moralischen Stress unter Berücksichtigung der generierten Ergebnisse und im Rahmen eines – wie zu Beginn der Arbeit festgelegtem – ausdifferenzierten Konzeptes, das moralische Unsicherheiten als Ursachen exkludiert, so muss diskutiert werden, ob man weitere Einschränkungen für das Ursachenspektrum festlegen sollte. Da meiner Meinung nach das zentrale Charakteristikum einer Ursache (für die Entstehung von moralischem Stress) die Verletzung der eigenen moralischen Vorstellungen und eine fehlende Umsetzung der als moralisch richtig angesehene Handlung ist, plädiere ich für die Integration eines umfassenden Ursachenspektrums in eine Definition. Die Gründe, weshalb diese Wertevorstellungen nicht umgesetzt werden können, sind dabei – wie auch diese Studie zeigen konnte – mannigfaltig. Sowohl internale als auch externale Barrieren können dafür die Ursache sein, wie bereits von Hamric, Walter, David und Childress (2006) beschrieben wurde. Externale Barrieren können dabei beispielsweise in Form von interpersonellen Konflikten auftreten, wenn der Oberarzt und die Krankenschwester aufgrund unterschiedlicher Wertevorstellungen verschiedene Behandlungsoptionen wählen würden.

Ebenso plädiere ich dafür moralische Dilemmata ebenfalls als Ursache für moralischen Stress anzusehen. Betrachten wir hierfür ein Fallbeispiel dieser Studie. Ein Teilnehmer möchte durch die Medikamentengabe, welche vom Patienten abgelehnt wird, eine seiner Meinung nach optimale Patientenversorgung gewährleisten (vgl. Fall 14 – Die konsiliarische Untersuchung). Folglich müsste der Teilnehmer um seine Werte durchsetzen zu können, die Patientenautonomie missachten und damit gegen rechtliche Grundlagen verstoßen. Es konfliktieren hier also zwei verschiedene Werte, die nicht miteinander in Einklang zu bringen sind – die Fürsorge für den Patienten gegenüber dem Respekt vor der Patientenautonomie. Aufgrund der rechtlichen Lage fällt die Entscheidung gegen den präferierten Willen des Teilnehmers aus, wodurch moralischer Stress entstehen kann. Demzufolge sollten Dilemma-Situationen nicht aus einer Definition exkludiert werden. Diese Entscheidung wird dadurch bestärkt, dass die entstehenden Emotionen in einer moralischen Stresssituation und in einer moralischen Dilemmasituation von den Teilnehmern identisch beschrieben werden.

Folglich kann das Ursachenspektrum weit gefasst werden. Im Zentrum der Definition sollte die fehlende praktische Umsetzung der eigenen moralischen Wertevorstellung stehen.

Welche Folgen von moralischem Stress sollen mit in die Definition integriert werden?

Aufgrund der geringen Studienlage bei Studenten habe ich mich – um eine vorzeitige artifizielle Einschränkung der potentiellen Folgen zu vermeiden – gegen eine Einschränkung in meiner Arbeitsdefinition entschieden. Es wurde lediglich ein durch moralischen Stress kreierte negatives Gefühl als Voraussetzung festgelegt.

Ich möchte im Folgenden zwei Aspekte diskutieren, die für die Beantwortung der Frage unerlässlich sind: Es muss zum einen festgelegt werden, ob moralischer Stress ausschließlich negative Folgen haben kann. Darüber hinaus muss diskutiert werden, ob nach Jameton nur der initiale oder auch der reaktive moralische Stress in die Definition integriert werden soll (Jameton, 1984).

Der ursprüngliche Begriff „moral distress“ impliziert bereits, dass es sich um „distress“, also um negativen Stress handelt. Diese Annahme wurde beispielsweise durch Wilkinson bekräftigt, die diese negativen Folgen in ihre Definitionen integrierte und somit als unerlässlichen Teilaspekt des Gesamtkonzeptes ansieht (Wilkinson, 1987). Eine Vielzahl internationaler Studien, ebenso wie diese Studie, hat ergänzend gezeigt, dass die aus moralischem Stress initial – also sofortig – resultierenden Emotionen durchweg negative Empfindungen darstellen. Auf der Grundlage dieser empirischen Daten sowie aufgrund von handlungspraktischen Gründen, um im Rahmen durchgeführter Studien einen bestimmten Schweregrad von interventionsbedürftigen moralischem Stress zu erfassen, halte ich eine Inklusion der initialen negativen Reaktionen für sinnvoll. Gleichzeitig sollten die physischen Reaktionen nicht gänzlich außer Acht gelassen werden, die bereits in einigen Studien als Folge von moralischem Stress nachgewiesen werden konnten (Chiu et al., 2008; Elpern et al., 2005). Dieser Aspekt sollte daher in einer umfassenden Definition ebenfalls aufgeführt werden.

Von den initialen Reaktionen sind die reaktiven Folgen abzugrenzen. Diese folgen aus initialem Stress, sollte dieser nicht adäquat verarbeitet worden sein. Dieses Phänomen wurde im Verlauf aufgegriffen, abgegrenzt von moralischem Stress und als „moralisches Residuum“ bezeichnet (Webster & Baylis, 2000). Diese moralischen Residuen beschreiben langfristige Folgen davon, dass eine Person ihre Werte und Prinzipien kompromittiert hat und ist von akutem moralischem Stress abzugrenzen (Epstein & Hamric, 2009). Diese Folgen sind dabei in einer Vielzahl der Fälle ebenfalls negativ, können in Einzelfällen aber eine positive Auswirkung (wie eine resultierende Motivation in Zukunft besonderen Wert auf die Umsetzung der eigenen moralischen Vorstellungen zu legen) (Corley, 2002) haben. Folglich kann moralischer Stress längerfristige negative Folgen verursachen, dies ist jedoch keine zwingende Notwendigkeit. Nicht nur internationale Studien, sondern auch diese Studie, konnten dies empirisch zeigen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Auftreten von moralischem Stress eine initial negative emotionale Reaktion verursacht. Auch negative reaktive Folgen können aus dem Erleben von moralischem Stress folgen, sind aber keine zwangsläufige Folge.

Wer ist von moralischem Stress betroffen?

Wie zu Beginn beschrieben beinhaltet die Arbeitsdefinition keine Begrenzung des Auftretens von moralischem Stress auf einzelne Berufsgruppen. Eine aktive Beteiligung an einer Situation wurde jedoch als notwendig angesehen, um moralischen Stress erleben zu können.

Diese Fragen integriert ebenfalls zwei Aspekte, mit denen man sich näher auseinandersetzen sollte: a) Welche Gruppen von Menschen sind von moralischem Stress betroffen und b) sind lediglich aktiv handelnde Personen von moralischem Stress betroffen.

Wider der Annahme Jametons, haben einige Studien gezeigt, dass nicht nur Krankenschwestern, sondern auch beispielsweise Ärzte von moralischem Stress betroffen sein können (Knifed et al., 2010; Chiu et al., 2008; Hilliard et al., 2007). Es ist aber kein Phänomen, das ausschließlich in einem medizinischen Kontext auftreten kann. In jeder Situation, in der ethische Entscheidungen getroffen werden und Meinungen nicht übereinstimmen, kann moralischer Stress potentiell auftreten. So haben beispielsweise Sozialarbeiter ebenfalls das Ziel, das Beste für ihre Klienten zu erreichen, scheitern in der Umsetzung jedoch oft an fehlenden finanziellen Ressourcen (Openshaw, 2011) und können folglich ihre Vorstellung von moralisch richtigem Handeln nicht umsetzen. Vor diesem Hintergrund ist eine Einschränkung des Auftretens bezüglich des Settings und bestimmter Berufsgruppen nicht sinnvoll.

Moralischer Stress wird weiterhin vor allem dadurch geprägt, dass ein als moralisch richtig bewertetes Vorgehen nicht ausgeführt wird. Moralischer Stress kann folglich von jeder Person erlebt werden, die eine moralische Bewertung über eine Situation vorgenommen hat. Dabei ist es nicht maßgeblich, ob eine Person aktiv oder passiv an der Situation beteiligt ist. Die Art der Beteiligung kann möglicherweise die Intensität des erlebten moralischen Stresses beeinflussen, aber eine passive Beteiligung schließt das Erleben von moralischem Stress nicht aus. Diesen Aspekt konnte diese Studie eindeutig zeigen, da alle Teilnehmer moralischen Stress im PJ erlebt haben, aber nur ein geringer Teil an der Handlung, die dazu geführt hat, aktiv beteiligt war.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass moralischer Stress durch eine aktive oder passive Beteiligung entstehen kann. Moralischer Stress kann des Weiteren nicht nur Krankenschwestern oder Mitarbeiter des Gesundheitssystems, sondern jeden, der mit ethischen Konfliktsituationen in Kontakt kommt, betreffen. Die Auslöser können sehr variabel sein und sollten nicht auf beispielsweise institutionelle Barrieren beschränkt werden. Der Kern des Konzeptes sollte sich darauf konzentrieren, dass Handlungen nicht erfolgen, die von einem Individuum als moralisch geboten empfunden werden, was auch moralische Dilemmata umfassen kann. In die Definition sollten nur die unmittelbaren negativen physischen und psychischen Reaktionen, aber nicht die langfristigen Folgen integriert werden. Ich schlage daher folgenden Definition von moralischem Stress vor:

Moralischer Stress ist die unmittelbare negative physische und psychische Reaktion eines Menschen auf Situationen, in der eine seiner Ansicht nach moralisch gebotene Handlung nicht erfolgt oder eine moralisch verbotene Handlung erfolgt.

5.3. Interventionen zur Reduktion von moralischem Stress

Aufgrund der identifizierten emotionalen Belastung durch moralischen Stress, der sowohl in vorherigen als auch dieser Studie belegt werden konnte sowie auf der Grundlage der oben genannten potentiellen Folgen von moralischem Stress, ist es notwendig verschiedene Maßnahmen zum Abbau von moralischem Stress zu diskutieren und zu implementieren.

Aufgrund der mannigfaltigen Ursachen gibt es vielfältige Ansätze, um moralischen Stress zu reduzieren. Ich werde einige besonders vielversprechende Vorschläge, die sowohl von den Teilnehmern angesprochen, als auch in der Literatur vorgebracht worden sind, im Folgenden diskutieren. Aufgrund der vielfältigen und komplexen Ursachen ist es wichtig Veränderungen an verschiedenen Stellen vorzunehmen. Diese können von der Implementierung von einzelnen Seminaren bis hin zu strukturellen Veränderungen reichen. Dabei kann auf bislang nur wenige Evaluationsstudien insbesondere im deutschen Raum zurückgegriffen werden, um die Effektivität verschiedener Ansätze zu belegen. Ich werde mich daher in meinen Überlegungen vor allem auf die Machbarkeit und konkrete Umsetzungsmöglichkeiten konzentrieren. Vor einer Implementierung von Maßnahmen sollte jedoch deren Effektivität hinsichtlich der Reduktion von moralischem Stress – sofern möglich – in Rahmen von Evaluationsstudien überprüft werden. Da diese Studie sich vor allem mit moralischem Stress bei PJ-Studenten auseinandersetzt, werde ich mich im Folgenden vor allem auf Verbesserungsmöglichkeiten bei Studenten fokussieren.

Interventionen im Medizinstudium

Anleitung zur theoretischen Analyse von und zum praktischen Umgang mit moralischem Stress

Betrachtet man die Interviews sowie vorausgehende Studien, so wird deutlich, dass die medizinethische Ausbildung in der Wahrnehmung der Studenten defizitär ist (Strube et al., 2011). Dies ist dabei nicht dem Desinteresse der Studenten, sondern dem fehlenden Zuwachs medizinethischer Kenntnisse während des Studiums geschuldet (Strube et al., 2011). Obwohl der Bereich Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin durch die neue Approbationsordnung einen höheren Stellenwert erhalten hat, so scheint es doch Mängel im Bereich der theoretischen und praktischen Ausbildung zu geben. Ich möchte im nachfolgenden Abschnitt diese Defizite herausarbeiten. Hierzu werde ich zu Beginn die Vorgaben der Approbationsordnung sowie anschließend die Umsetzung dieser Vorgaben an der LMU betrachten. Die LMU wurde dabei beispielhaft ausgewählt, da der überwiegende Anteil der Studienteilnehmer an dieser Universität studiert und ihr PJ absolviert hat. Die Diskrepanz zwischen bestehender Lehre und Wünschen der Studenten soll darauffolgend diskutiert werden, um Defizite identifizieren und potentielle Verbesserungen vorschlagen zu können.

Beginnen wir mit der Betrachtung der Approbationsordnung: Hier werden die Kriterien, die man während des Medizinstudiums erfüllen muss, zusammengefasst. Der Bereich „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“ fällt dabei – neben einer Vielzahl anderer Fächer, wie beispielsweise Palliativmedizin, Prävention oder Notfallmedizin – in einen sogenannten „Querschnittsbereich“. Die Lehre in diesem Querschnittsbereich muss insgesamt 868 Stunden betragen. Eine konkrete zeitliche Aufteilung für die einzelnen Fächer wird dabei nicht vorgegeben. Es muss ebenfalls verpflichtend ein Leistungsnachweis erbracht werden, um für das zweite Staatsexamen zugelassen zu werden. Die LMU hat diese Vorgaben umgesetzt, indem sie verpflichtende Vorlesungen und ein Pflichtwahlseminar in das Studium implementiert hat. Insgesamt muss man drei Vorlesungen von jeweils 3 ¼ Stunde Dauer und ein Seminar, das 1 ½ Stunden dauert, absolvieren. In den Vorlesungen werden verschiedenste

Themen besprochen, darunter zählen nicht nur ethische Diskurse, sondern auch der Wandel der Medizin im Verlauf der Geschichte. Die Themen der Pflichtwahlseminare sind sehr verschieden und beschäftigen sich mit historischen wie ethischen Themen (wie beispielsweise mit der Versorgung von Demenzkranken). Diese greifen zwar nur ein Thema gesondert heraus, beschäftigen sich mit diesem jedoch intensiver und differenzierter (vgl. www.egt.med.uni-muenchen.de). Betrachtet man nun die praktizierte universitäre Lehre, so wird klar, dass die theoretische Auseinandersetzung mit ethischen Konflikten und insbesondere mit moralischem Stress sehr begrenzt ist und vornehmlich eine passive Auseinandersetzung erfolgt. Lediglich im Rahmen der Pflichtwahlseminare ist eine aktive Auseinandersetzung möglich, wenngleich das Themenspektrum sehr begrenzt ist.

Zusammenfassend fehlt es im Rahmen des Medizinstudiums an einer zeitlich intensiveren Auseinandersetzung mit medizinethischen Themen. Zusätzlich sollte die bestehende Lehre nicht nur passiv-theoretisch gestaltet werden, vielmehr sollte eine aktiv-praktische Konfrontation und Auseinandersetzung mit bestehenden ethischen Konflikten und insbesondere mit moralischen Stresssituationen erfolgen sowie ein adäquater Umgang mit derartigen Situationen erlernt werden.

Unter Berücksichtigung der aktuellen Vorgaben für das Studium, der auftretenden Konflikte und natürlich der Wünsche der Studenten, halte ich zwei Möglichkeiten für sinnvoll, durch die die oben genannten Ziele – zumindest partiell – erreicht werden können. Beginnen wir mit der ersten Option: einer theoretischen, dafür aber aktiven Auseinandersetzung mit Situationen, die moralischen Stress verursachen können. Diese erste Konfrontation kann beispielsweise im Rahmen der vorklinischen Semester in seminarform erfolgen. Dies erscheint sinnvoll und an die Erwartungen der Studenten angepasst, da diese im Rahmen der Vorklinik eher eine theoretische Ausbildung erwarten (Jungbauer et al., 2004). Gleichzeitig werden die Studenten so langsam und ohne Überforderung an die Thematik herangeführt. Wie soll nun diese erste theoretische Auseinandersetzung erfolgen? Hierfür kann das Prinzip der sogenannten „Papier-Patienten“ verwendet werden. Papier-Patienten beschreiben dabei in schriftlicher Form eine moralischen Stress auslösende Situation im Rahmen eines klinischen Settings, das innerhalb einer kleinen Studentengruppe gemeinsam mit einem Seminarleiter diskutiert und reflektiert werden soll. Der Seminarleiter ist dabei für die Moderation der Diskussion verantwortlich und sollte wesentliche Kernaspekte gemeinsam mit der Gruppe herausarbeiten (vgl. Neitzke und Möller, 2002): Was ist moralischer Stress? Wodurch ist moralischer Stress in dieser Situation entstanden? Welche fachlichen und vor allem ethischen Gründe kann man für die verschiedenen Standpunkte und/oder Handlungsoptionen anführen? Was sind Vor- und Nachteile dieser Alternativen und wie sollten sie gewichtet werden? Durch diese Konfrontation soll möglichst zu Beginn der Studienzeite ein Bewusstsein für das Phänomen „moralischer Stress“ geschaffen werden. Dies ist nicht nur wichtig, weil die meisten Betroffenen das Konzept nicht kennen, sondern auch um einen differenzierten Diskurs zu ermöglichen. Dies ist von großer Bedeutung, da in aktuellen moralischen Stresssituationen die Unterscheidung von fachlich-wissenschaftlichen und moralischen Aspekten oft schwer fällt. Diskussionen werden so oft auf einer rein fachlichen Ebene geführt. Ein ethischer Diskurs bleibt hingegen oft aus (Neitzke, 2008). Durch ein neu geschaffenes Bewusstsein und die Auseinandersetzung mit moralischen Argumenten könnte dies geändert werden. Auf diese Art und Weise kann potentiell mehr Verständnis füreinander geschaffen werden: Positionen und Meinungen, die aus einer rein fachlichen Sicht nicht nachvollziehbar sind, überzeugen gegebenenfalls aufgrund von moralischen Bewertungskriterien. Entscheidungen werden so nachvollziehbarer und verständlicher,

was wiederum eine Reflexion über die eigene moralische Meinung fördern und weiterhin die Kompromissfähigkeit steigern kann.

Durch diese analytische Herangehensweise soll jedoch nicht nur gelernt werden moralischen Stress zu identifizieren und fachliche von moralischen Argumenten zu unterscheiden. Ebenso ist das Erlernen einer guten Argumentationsstrategie Ziel solcher Seminare. Es soll gelernt werden Meinungen präzise zu formulieren und Argumente differenziert anzubringen. Der Zugang anderer zum eigenen Standpunkt soll so verbessert werden und hilft dabei Missverständnisse zu minimieren.

Um einen guten Lerneffekt zu erzielen sollten diese Übungen in kleinen Gruppengrößen stattfinden, damit jeder Teilnehmer zum mitdiskutieren angeregt werden und so eine aktive – und nicht nur passive – Auseinandersetzung erfolgen kann. Diese Aktivierung der Teilnehmer führt im Vergleich zu einer passiven Auseinandersetzung zu einer höheren Behaltensleistung (Gommel et al., 2005). Eine erste theoretische Konfrontation erscheint dabei sehr trocken, bietet jedoch den Vorteil, dass man die Studenten nicht mit derartigen Problemstellungen überfordert. Gleichzeitig ist dieses Verfahren ressourcenschonend und dementsprechend gut umsetzbar. Am Ende der Vorklinik sollte man die Möglichkeit in Betracht ziehen, das Erlernete im Rahmen einer Seminararbeit (in der die o.g. Punkte bezogen auf ein Fallbeispiel bearbeitet werden müssen) schriftlich abzufragen. Dies dient der Wiederholung für die Studenten und der Erfolgskontrolle für die Organisatoren. Ein ähnliches Verfahren wird beispielsweise bereits von der Universität in Hannover durchgeführt (Neitzke und Möller, 2002).

Die zweite – und auf die erste Möglichkeit aufbauende – Möglichkeit soll eine praktische Auseinandersetzung mit dem Thema fördern. In diesem Kontext werden von den Studienteilnehmern oft die sogenannten „breaking-bad-news“-Seminare genannt. Hier werden Konfliktsituationen mit Schauspielern simuliert. Der Student schlüpft dabei in die Rolle des Assistenzarztes, sodass ein Rollenspiel entsteht. Dieses Üben am Modell durch Simulationen mit Schauspielpatienten hat in anderen Ländern bereits eine lange Tradition (Simmenroth-Nayda et al., 2007). Auch innerhalb von Deutschland sind bereits an einigen Universitäten diese Simulationen eingeführt worden und finden einen hohen Zuspruch bei Studenten (Simmenroth-Nayda et al., 2007). Bisher werden diese Simulationen nur für das Training von Soft-Skills verwendet. So werden Studenten beispielsweise darauf vorbereitet eine schwerwiegende Diagnose zu überbringen. Eine Möglichkeit ist es diese Simulationen zu erweitern und moralisch stressige Situationen nachzuspielen. Hierfür können beispielsweise die Fallbeschreibungen als Grundlage dienen, da sie aufgrund der realen Erfahrungen eine gewisse Authentizität vorweisen können. Die Notwendigkeit der Durchführung in Kleingruppen ist dabei analog zum vorherigen Abschnitt (Gommel et al., 2005). Das vorher angeeignete theoretische Grundlagenwissen kann so in der Praxis getestet werden. Im Rahmen dieser Simulation muss der Student in seiner Rolle als Arzt die Ursachen für moralischen Stress schnell identifizieren, fachliche und moralische Argumente für sich abwägen und sein eigenes priorisiertes moralisches Vorgehen nachvollziehbar kommunizieren und im besten Fall eine einvernehmliche Lösung herbeiführen. Die Studenten sollen hier nicht nur unter geschützten Rahmenbedingungen lernen, wie sie selber auf eine derartige Belastungsreaktion (emotional) reagieren, sondern sie sollen auch das für sie moralisch richtige Vorgehen, das eigene Verhalten und die Kommunikation in dieser Situation reflektieren und optimieren. Hierfür sind die Beobachtungen und das Feedback der anderen Gruppenteilnehmer, die Einschätzung des Schauspielpatienten (Frank et al., 2009) sowie die Anmerkungen des Seminarleiters

von Bedeutung. Im Rahmen einer gemeinsamen Reflexion sollen die folgenden Fragen diskutiert werden: Was sind alternative moralische Handlungsoptionen und wie können sie begründet werden? Wie war der Umgang mit den Schauspielpatienten? War die Argumentation nachvollziehbar und schlüssig? Wie kann die Kommunikation weiterhin verbessert werden? Das vorrangige Ziel soll es sein die eigene Meinung durch eine differenzierte Argumentation für andere nachvollziehbar zu machen, zu lernen die eigene Meinung und das eigene Verhalten zu reflektieren und eine allgemeine Offenheit für alternative Handlungsmöglichkeiten zu schaffen. Ergänzend kann auch eine Videoaufnahme zur besseren retrospektiven Beurteilung erfolgen (Kopecky-Wenzel, 2009, Frank et al., 2009).

Trotz einer allgemein von Studenten evaluierten Zufriedenheit mit bereits implementierten Kommunikationsseminaren (Becker et al., 2008), sollte bedacht werden, dass ein relativ hoher Organisationsaufwand anfallen würde. Auch die anfallende finanzielle Belastung darf nicht außer Acht gelassen werden und sollte vor einer Implementierung bedacht werden.

Mentor-System

Neben einer theoretisch-praktischen Anleitung erwähnen einige der Studienteilnehmer ebenfalls die Implementierung eines Mentoren-Systems als potentiell hilfreich für den Umgang mit moralischem Stress. Solche Mentoren können dabei nicht nur eine gute theoretisch-praktische Ausbildung unter Supervision ermöglichen, sondern die Studenten auch im Umgang mit moralischem Stress coachen und ihnen als Resonanzkörper im Gespräch über moralisch stressige Situationen dienen. Ich werde im Folgenden diesen Ansatz am Beispiel der bereits implementierten Mentoren-Programme an der LMU diskutieren. Die LMU wurde dabei erneut beispielhaft ausgewählt, da die meisten der Studienteilnehmer hier ihr Studium und ihr PJ absolviert haben.

Die Ludwig-Maximilian-Universität München hat bereits zwei Mentoren-Programme in das Studium integriert: Das sogenannte Mecum-Mentoren-Programm ist ein Angebot, dass jedem Student während der gesamten Studienzeit zur Verfügung steht. Es beruht für Studenten sowie für die Mentoren auf einer freiwilligen Teilnahme. Jeder Student kann sich dabei für das Projekt anmelden, anschließend erfolgt ein sogenanntes „Matching“, um einen passenden Mentor für den jeweiligen Kandidaten zu finden. In der Vorklinik sind die Mentoren in der Regel Studenten aus höheren Semestern, im klinischen Abschnitt werden hierfür Ärzte ausgewählt. Wie diese Mentoren-Mentee-Beziehung ausgestaltet wird und über welchen Zeitraum diese besteht, bleibt den Teilnehmern selbst überlassen. Lediglich ein persönliches Treffen zu Beginn des Semesters ist vorgeschrieben. Weitere Rahmenbedingungen sind nicht festgelegt. Die Mentoren sollen in diesem Zeitraum den Studenten dabei helfen den Studienablauf optimal zu gestalten, Hinweise für die PJ-Planung oder Auslandsaufenthalte zu geben und Hilfestellung bei der Karriereplanung zu leisten (vgl. www.mecum-mentor.de). Das zweite Mentoren-Programm kann nur von PJ-Studenten genutzt werden. Für die PJ-Zeit gibt es in Abhängigkeit des jeweiligen Fachgebietes ein Logbuch, das die zu erfüllenden Lernziele zusammenfasst. Dabei ist ebenfalls beschrieben, ob die jeweiligen Lernziele theoretisch erlernt, unter Supervision oder selbstständig durchgeführt werden sollen. Für die Umsetzung dieser Vorgaben soll dem Pjler ein Mentor zur Seite gestellt werden, der diesen Prozess begleitet, zur Supervision zur Verfügung steht und den Fortschritt im Logbuch schriftlich fixieren soll (vgl. www.mecum-mentor.de).

Betrachtet man nun diese zwei Modelle, so erscheint mir das erste Programm wenig hilfreich für den Umgang mit moralischem Stress zu sein. Dieses auf freiwilliger Teilnahme basierende Programm erreicht nicht alle Studenten und ist eher darauf ausgerichtet Studium, PJ und die weitere Karriere

optimal zu strukturieren und zu planen. Eine Verbesserung fachlicher oder ethischer Kompetenzen ist nicht das vorrangige Ziel dieses Projektes. Das zweite Projekt könnte – in Abhängigkeit der Ausgestaltung – jedoch hilfreich für die Reduktion von moralischem Stress sein. Betrachten wir für die weitere Diskussion zuerst das sogenannte Logbuch: In diesem wird der Lernzielkatalog für das jeweilige Fachgebiet zusammengefasst. Dieser konzentriert sich dabei zu großen Teilen auf fachliches Wissen und die praktische Durchführung einzelner isolierter Untersuchungen. Wird einer dieser aufgelisteten Punkte theoretisch erlernt, unter Supervision oder gar selbstständig durchgeführt, werden einem hierfür eine festgesetzte Anzahl an Punkten zugeteilt, im Logbuch schriftlich fixiert und vom Supervisor gegengezeichnet. So können in jedem PJ-Tertial Punkte gesammelt werden. Insgesamt muss eine Mindestanzahl an Punkten erreicht werden, damit man eine PJ-Bescheinigung erhält. Neben diesem Punktesystem ist in das Logbuch eine Tabelle integriert. In dieser sollen Patienten mit ihrer Diagnose aufgeführt werden, die man selbstständig betreut hat. Punkte werden hierfür nicht vergeben. Ebenfalls sieht das Logbuch drei Gespräche zwischen dem Mentor und dem Studenten vor, die ebenfalls gegengezeichnet werden müssen. Im Folgenden möchte ich dieses Mentoren-Programm diskutieren und Möglichkeiten der Modifikation aufzeigen, durch welche potentiell eine Reduktion von moralischem Stress erreicht werden kann.

1) Es ist sinnvoll jedem Studenten im jeweiligen PJ-Tertial einen Mentor zur Seite zu stellen (Ehlers, 2012). Dieser soll dabei konkrete Aufgaben erfüllen, da ein Mentor als bloßer Ansprechpartner oft als „wenig hilfreich“ wahrgenommen wird (Kunisch et al., 2016). Der Mentor soll selbstverständlich als fachlicher Ansprechpartner hilfreich sein, er soll den Studenten jedoch auch Hilfestellung leisten beim Umgang mit moralischem Stress. Hierfür ist es in erster Linie wichtig, dass die Studenten moralischen Stress erleben. Dieser entsteht oft in Arzt-Patienten-Gesprächen, bei der Durchführung von Untersuchungen, in Aufklärungsgesprächen und im Rahmen von Behandlungsentscheidungen. Demzufolge sollte der Mentor dem Studenten ein oder mehrere Patienten zuteilen, für die dieser im weiteren Verlauf – selbstverständlich unter steter Supervision – allumfassend zuständig ist. Im Rahmen dieser Versorgung werden die Studenten mit zahlreichen Situationen konfrontiert, die potentiell moralischen Stress verursachen können. Sie sind nun gezwungen in diesen Situationen zu agieren: Sie müssen sich eine eigene moralische Meinung bilden, diese verständlich kommunizieren und eine (möglichst einvernehmliche) Lösung finden mit Patienten, Angehörigen und den Ober- und Chefärzten. Durch diese Konfrontation kann der Student in der Praxis Erfahrungen sammeln im Umgang mit moralischem Stress und der Kommunikation im Rahmen von moralischen Stresssituationen. Der Vorteil dabei ist, dass diese Erfahrung unter Supervision stattfindet und der zuständige Mentor bei möglichen „Fehlentscheidungen“ oder einer „Fehlkommunikation“ eingreifen und die Situation bereinigen kann ohne dass schwerwiegende Konsequenzen für den Studenten, Patienten, Angehörige oder das Team entstehen. Diese Überwachung durch den Mentor ist dabei ein wichtiger Aspekt, da die Anleitung praktischer Tätigkeiten oft einen zu geringen Stellenwert im klinischen Alltag zukommt (Busemann et al, 2011).

Im Logbuch wird erwähnt, dass die eigenständige Betreuung von Patienten ein Teil des Lernzielkatalogs darstellt, diese Patienten sollen jedoch nur tabellarisch aufgelistet werden, ohne dass hierfür Punkte verteilt werden. Die eigenständige Betreuung von Patienten ist folglich keine tatsächliche Voraussetzung, um das PJ bescheinigt zu bekommen (vgl. www.mecum-mentor.de). Aufgrund der oben genannten Aspekte sollte dies verändert werden und die ganzheitliche Betreuung durch PJ-Studenten verpflichtend durchgeführt werden müssen. Dies ist vor allem wichtig, da moralischer Stress

zumeist nicht aufgrund von einzelnen Ursachen, sondern aufgrund von multikausalen Ursachengeflechten entsteht. Um folglich mit moralischem Stress konfrontiert zu werden und aus diesen Situationen lernen zu können, ist es notwendig nicht nur beispielsweise die Durchführung einer Auskultation zu lernen, sondern vielmehr die komplette Versorgung eines Patienten zu übernehmen.

2) Nachdem moralischer Stress erlebt wurde muss dieser adäquat verarbeitet und über potentielle Verbesserungen im eigenen Verhalten diskutiert werden. Hierfür ist eine Feedbackfunktion wichtig und wird als Aufgabe dem Mentor zugeschrieben (Ehlers, 2012). Solche Feedbackgespräche sollten regelmäßig stattfinden und der Mentor dabei gezielt nach moralischen Stresssituationen fragen. Dem Betroffenen soll im Anschluss die Möglichkeit gegeben werden ausführlich über die Situation und sein Befinden zu erzählen. Durch die detaillierten Erzählungen des Studenten ist ein positiver Copingeffekt möglich. Gleichzeitig soll der Student eine Rückmeldung zur Verbesserung im Umgang mit moralischem Stress und adäquaten Copingstrategien erhalten. Ebenso können die Mentoren über mögliche Institutionen informieren, die Hilfestellung in derartigen Situationen leisten können (wie beispielsweise eine Ethik-Beratung). Um die Situationen zeitnah aufarbeiten zu können, moralischen Stress adäquat abzubauen und Kompetenzen kontinuierlich weiterzuentwickeln (Ivers et al., 2012) sollten diese Feedbackgespräche regelmäßige – beispielsweise alle ein bis zwei Wochen – stattfinden.

Das Logbuch sieht lediglich drei Mentoren-Gespräche in jedem PJ-Tertial vor. Es sollte dahingehend verändert werden, dass mehr Gespräche eingeplant werden. Um die Ausbildung im Umgang mit moralischem Stress weiterhin zu stärken, sollte eine weitere Tabelle hinzugefügt werden, in der Patienten, die im Rahmen ihrer Behandlung erlebten moralischen Stresssituationen und das darüber stattgefundenen Mentoren-Gespräch schriftlich festgehalten werden.

3) Insgesamt erscheint das bereits beschriebene Mentoren-System hilfreich zu sein, da jeder Student erreicht wird und so jeder eine gut betreute Ausbildung erhalten kann. Nichtsdestotrotz ist bei der Implementierung eines jeden Mentoren-Programms Vorsicht geboten. Dieses muss genau auf die jeweilige Institution und die Bedürfnisse der Studenten abgestimmt werden, da sie sonst oft nur als arbeitsintensive Verpflichtung angesehen werden und eher zu Frustration führen (Busemann et al., 2011). Wieso ist eine sorgsame Umsetzung nun weiterführend wichtig? Betrachten wir hierzu das Teilnehmerkollektiv dieser Studie. Hier lässt sich feststellen, dass die meisten Teilnehmer ihr PJ an der LMU oder einem Lehrkrankenhaus der LMU absolviert haben und folglich das Mentoren-Programm kennen und nach dieser Theorie ausgebildet worden sein sollten. Trotzdem wird von vielen die Implementierung eines Mentoren-Systems als *neue* Möglichkeit genannt, um die aktuelle Situation zu verbessern. Es ist daher zu vermuten, dass dieses theoretische Konzept bisher nur unzureichend in der Klinik umgesetzt worden ist. Es erscheint mir daher lohnenswert zu überprüfen, inwieweit eine Umsetzung erfolgt und diese bei Defiziten zu forcieren, damit ein positiver Einfluss auf die Lehre erfolgen kann und die oben genannte Frustration aufgrund von Mehrarbeit durch das Logbuch bei weiterhin defizitärer Ausbildung verhindert werden kann.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die LMU bereits ein sinnvolles Mentoren-Konzept erstellt hat, die Umsetzung in der Praxis jedoch überprüft und bei Bedarf verbessert werden sollte. Das Mentoren-Programm sollte dahingehend optimiert werden, dass Studenten unter Supervision die ganzheitliche Patientenversorgung übernehmen und so auch mit moralischen Stresssituationen konfrontiert werden. In regelmäßigen Feedback-Gesprächen sollte der Mentor den Student explizit

nach diesen moralischen Stresssituationen fragen und den Studenten die Situation und sein Befinden schildern lassen, sodass ein positiver Copingeffekt entsteht. Der Mentor soll dem Studenten bezüglich des Umgangs mit moralischem Stress, seinem Verhalten und möglichen Copingsstrategien Feedback geben. Ebenso soll er über Institutionen informieren, die potentiell Hilfestellung leisten können. Um dies zu gewährleisten ist selbstverständlich eine gute Ausbildung der Mentoren von Nöten, die an dieser Stelle jedoch nicht weiter diskutiert werden soll.

Einführung von Gesprächsgruppen

Zwar können einige Ursachen durch gezielte Maßnahmen verhindert und der Umgang mit ethischen herausfordernden Situationen verbessert werden – einige Beispiele wurden im vorausgehenden Teil bereits erläutert –, es werden jedoch gewisse Meinungsdivergenzen und somit auch moralischer Stress vorerst Teil des klinischen Alltags bleiben. Folglich sollten nicht nur Ursachen bekämpft und der Umgang optimiert, sondern auch Möglichkeiten zum Stressabbau geschaffen werden.

Schon in anderen Studien konnte festgestellt werden, dass die Betroffenen durch Kommunikation über das Erlebte Erleichterung erfahren (Chiu et al., 2008; Hilliard et al., 2007). „Eine Stimme zu haben“ und „gehört zu werden“ scheint für viele Betroffene von zentraler Bedeutung zu sein (Wall et al., 2016). Dieses Ergebnis konnte in dieser Studie reproduziert werden, denn eine Vielzahl der Teilnehmer versuchte das Erlebte durch das Reden mit Freunden, Familie, Kollegen oder Haustieren zu verarbeiten. Da Kommunikation ein adäquates oder zumindest bevorzugt verwendetes Copinginstrument zu sein scheint, sollte diskutiert werden, ob die Implementierung von Gesprächsgruppen innerhalb des Studiums oder im Rahmen des klinischen Alltags lohnenswert ist. Bei der Ausgestaltung dieser Gruppen müssen einige Aspekte diskutiert werden: Wer soll diese Gruppe moderieren und was ist seine Aufgabe? Wie stark sollte die Gruppengröße sein und in welcher Häufigkeit sind Treffen sinnvoll? Ebenfalls sollte man sich darüber Gedanken machen, wie der Ablauf eines solchen Treffens aussehen soll und was das Ziel einer jeden Sitzung ist. Während der Interviews benannten einige der Teilnehmer solche Gesprächsgruppen als sogenannte „Balint-Gruppen“. Diese sollten ihrer Meinung nach zur Verarbeitung von moralischem Stress implementiert werden. Dabei sollte den Betroffenen die Möglichkeit gegeben werden über das Erlebte zu berichten und die Erlebnisse anschließend in der Gruppe zu diskutieren. Aber was genau versteckt sich hinter einer solchen „Balint-Gruppe“? Balintgruppen sind ursprünglich durch Michael Balint (seiner Zeit Psychoanalytiker) entstanden. Gemeinsam mit einer Gruppe von Ärzten setzte er sich unter der Leitung eines erfahrenen Psychotherapeuten regelmäßig zusammen, um schwierige psychiatrische Patienten in einem freien Gespräch gemeinsam zu besprechen und so die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern (Luban-Plozza, 1998). Der Ablauf einer solchen Sitzung folgt dabei einem festgelegten Ablauf: Zuerst erfolgt durch einen der Teilnehmer eine Fallbeschreibung. Anschließend wird den Teilnehmer die Möglichkeit gegeben unklare Details zu erfragen. Es folgt die freie Assoziation der Teilnehmer, die nach Möglichkeiten ohne eine Zensur vorgenommen werden soll. Hierbei soll jeder frei seine Gedanken äußern können, solange die Grenzen der weiteren Teilnehmer gewahrt bleiben. Die Teilnehmer dienen dem Erzählenden als „Resonanzkörper“ und sollen dabei helfen dem unbewussten Beziehungsgefüge zwischen dem Erzählenden und dem Patienten eine Gestalt zu geben, Missstände aufzudecken und so die Arzt-Patienten-Beziehung zu verbessern (Söllner & Pieringer, 2002). Die von den Studenten erwähnten „Balint-Gruppen“ unterscheiden sich jedoch von dieser ursprünglichen Idee einer Balint-Gruppe, da sie sich nicht nur auf eine Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung beschränkt, sondern generell die Reduktion der Belastung durch moralischen Stress fördern will. Dies inkludiert nicht nur die Arzt-Patienten-Beziehung, sondern beispielsweise auch

die Beziehung zwischen Arbeitskollegen oder dem Arzt und Angehörigen der Patienten. Abgesehen von diesem – sehr zentralen – Aspekt erscheint es mir sinnvoll die Struktur dieser Gruppen an den ursprünglichen Balint-Gruppen zu orientieren. So soll auch hier von einem Betroffenen eine Situation geschildert werden (in der er moralischen Stress erlebt hat). Folgend sollen offenen Fragen gestellt und beantwortet werden. Es erfolgt im Anschluss eine freie Assoziation. Anschließend – und im Gegensatz zu den ursprünglich Balint-Gruppen – sollen keine unbewussten zwischenmenschliche Beziehungen herausgearbeitet werden, sondern vielmehr die vorliegenden Handlungen reflektiert, die verschiedenen Standpunkte und Begründungen transparenter und verständlicher durch alle Teilnehmer in freier Assoziation dargestellt und Handlungsalternativen aufgezeigt werden. Die Bezeichnung „Balint-Gruppe“ ist von den Teilnehmern daher unpräzise gewählt, sodass ich für eine bessere Beschreibung im Folgenden die Bezeichnung „Gesprächsgruppen“ vorschlage. Wie sollen nun die Rahmenbedingungen für die Gesprächsgruppen ausgestaltet werden? Auch hier empfehle ich eine Orientierung an den ursprünglichen Balint-Gruppen. Dies gilt beispielsweise für die Gruppengröße oder die Frequenz der Treffen. Aufgrund einer Vielzahl an Ursachen, die moralischen Stress verursachen, ist ein regelmäßiges Auftreten von moralischem Stress potentiell möglich, weshalb eher engmaschige und regelmäßige Treffen stattfinden sollten. So kann eine zeitnahe Diskussion über das Erlebte ermöglicht werden. Pro Sitzung wird es vermutlich nicht möglich sein, dass mehr als zwei Teilnehmer eine für sie moralischen Stress auslösende Situation darstellen können, weshalb für die Treffen eine kleine Gruppengröße zu empfehlen ist. Bei einer Gruppengröße von zum Beispiel 10-12 Leuten hätte dabei jeder die Chance alle 5-6 Wochen ein Fallbeispiel vorzustellen. Dies sollte meiner Meinung nach möglich sein, damit in regelmäßigen Abständen eine Verarbeitung des Erlebten gewährleistet werden kann. Mehr als zwei Situationsbesprechungen pro Sitzung sollten nicht stattfinden, damit den Teilnehmern jeweils genug Zeit zuteilwird, um die Situation ausführlich besprechen zu können. Ihnen soll dabei ermöglicht werden die Situation in dem Tempo zu verarbeiten, wie sie es für nötig halten (Wiener-Barraud, 2013). Wie M. Balint bereits damals für die Balint-Gruppen feststellte, ist dieser Zeitfaktor von großer Bedeutung. Er war davon überzeugt, dass vor allem das Tempo nicht artifiziell durch beispielsweise den Gruppenleiter vorangetrieben werden sollte, da er sich sonst in seiner Position über die Teilnehmer stellen würde. Es würde so eher eine Situation des Behrens und keine eigenständige Erarbeitung der Fälle durch die Betroffenen selbst gefördert (Balint, 1996, S. 415 ff). Gerade bei der Verarbeitung von moralischem Stress bin ich der Meinung, dass diese Form von freiem Gespräch, bei dem man sich auf gleicher Augenhöhe begegnet, in dem kein zeitlicher Druck herrscht und wo kein Platz ist für aufoktroierte Meinungen, erst dazu führt, dass die Betroffenen die Situation verarbeiten können. Da eine aufoktroierte Meinung und die daraus resultierenden Handlungsfolgen eines Anderen zu moralischem Stress führen, vermute ich, dass erst aufgrund einer solchen Gesprächsatmosphäre die Teilnehmer die Offenheit für andere Meinungen und Sichtweisen zeigen und sich darauf folgend eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Situation erfolgen kann. Insgesamt schafft die respektvolle Offenheit erst eine entsprechende Arbeitsatmosphäre, wenngleich sie auch für einige Teilnehmer gewöhnungsbedürftig erscheinen mag, da diese oft an eine kompetitive Klinikatmosphäre gewöhnt sind (Wiener-Barraus, 2013). Während den Sitzungen sollte ein Gruppenleiter involviert werden. Dieser sollte den Ablauf strukturieren und darauf achten, dass jeder Gruppenteilnehmer regelmäßig Fälle präsentieren kann. Gleichzeitig sollten in der freien Assoziation fehlende Gedanken durch diesen ergänzt werden.

Diese Gesprächsgruppen sollten zur Unterstützung für Studenten implementiert werden. Eine Vermischung mit berufstätigen Personen wäre dabei nicht sinnvoll, da bei Studenten bisher kein Abschluss der Entwicklung einer Berufsidentität stattgefunden hat. Bei Personen in der Ausbildung würden diese Gesprächsgruppen voraussichtlich auch den Prozess der Findung einer professionellen

Identität thematisieren und unterstützen. Eine ausschließliche Konzentration auf die Fallarbeit ist daher nicht zu erwarten (Rappe-Giesecke, 2000). Eine Vermischung von berufstätigen Personen und solche, die sich noch in der Ausbildung befinden, ist daher eher nicht sinnvoll.

Neben all diesen positiven Aspekten darf natürlich nicht vergessen werden, dass es auch einige kritisch zu reflektierende Punkte gibt. Für die Universitäten und Krankenhäuser stellt sich beispielsweise die Frage, ob die dafür notwendigen Ressourcen für die Implementierung zur Verfügung gestellt werden können und sollen. Aus ökonomischer Sicht ist es fraglich, ob sich diese Investition lohnt bzw. was für die Klinik der zu erwartende Benefit ist. Gleichzeitig – sollte man sich für eine Implementierung entscheiden – muss überprüft werden, wie viel Bedarf vorhanden ist, um bedarfsgerecht planen zu können. Vor einer Implementierung sollten diese Aspekte von den zuständigen Institutionen zunächst wissenschaftlich untersucht und kritisch reflektiert werden.

An dieser Stelle möchte ich ebenfalls erwähnen, dass das Konzept einer Gesprächsgruppe von Fr. Dr. K. Kühlmeyer und Herrn Prof. Dr. R. Jox bereits in einem Modellprojekt „ETHIKOM-PJ“ ausprobiert wurde. So wurden wöchentliche Treffen für Studenten im Rahmen ihres PJs an der LMU angeboten. Während dieser Treffen wurde von jeweils einem Teilnehmer eine moralischen Stress verursachende Situation vorgestellt, die er selbst erlebt hat. Anschließend wurde ihm genug Zeit eingeräumt, nicht nur die Situation, sondern auch das emotionale Erleben zu schildern. Im Anschluss wurden die Ereignisse mit der Gruppe diskutiert und kritisch reflektiert. Frau Dr. K. Kühlmeyer und Herr Prof. Dr. R. Jox übernahmen dabei eine moderierende Rolle und strukturierten die Diskussion in Anlehnung an das „4A-Prinzip“ der American Association of Critical Care Nurses (2004). Dabei versuchten sie zuerst die Ursachen zu identifizieren und mögliche Folgen des Erlebten abzuschätzen. Im Anschluss wurden potentielle Handlungsmöglichkeiten zusammengetragen und diese unter Betrachtung der Risiken und Chancen sowie der zu investierenden Ressourcen analysiert. In Abhängigkeit dieser Abwägung sollten diese Handlungsmöglichkeiten bewertet und die Studierenden in begründeten Fällen von einem emotionsorientiertem zu einem handlungsorientiertem Coping „empowert“ werden. Dies ist vor allem in Situationen von Bedeutung, wenn das Nichteingreifen bedeutsame Folgen haben kann und die Risiken, die mit dem Eingreifen in diese Situation einhergehen, vertretbar sind. Ergänzend hierzu wurden Möglichkeiten diskutiert, die die Entstehung von moralischem Stress hätten verhindern können. Das übergeordnete Ziel dieses Modellprojektes war die Studenten mit dem Thema zu konfrontieren, eine Sensibilität zu schaffen und den Betroffenen eine strukturierte Herangehensweise zu vermitteln, um mit diesen Situationen besser umgehen zu können.

Interventionen in der Klinik

Einführung von Gesprächsgruppen

Ich möchte an dieser Stelle erneut die **Gesprächsgruppen** erwähnen. Aufgrund der Tatsache, dass moralischer Stress nicht nur bei Studenten, sondern auch bei pflegendem und ärztlichem Personal auftritt, sollten nicht nur Gesprächsgruppen für Studenten eingeführt werden, sondern zusätzlich über die Implementierung für verschiedene Berufsprofessionen diskutiert werden. Dabei scheint eine Vermischung von verschiedenen Berufsgruppen (wie beispielsweise von Pflegepersonal und Ärzten) sinnvoll, da aufgrund der verschiedenen Standpunkte und Sichtweisen mehr Verständnis füreinander entwickelt werden kann. Dies kann potentiell zu mehr Verständnis im klinischen Alltag führen und hätte somit einen sekundären Gewinn für die Teilnehmer. Eine so entstehende Kollaboration zwischen Ärzten und Pflegepersonal kann ein Klima entstehen lassen, dass Sicherheit, Kompetenz und ethische Sorgfalt fördert (Rodney, 2017).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Teambuilding

Die Teilnehmer dieser Studie erwähnen noch weit mehr Möglichkeiten, um moralischen Stress zu reduzieren. Insbesondere wurden Aspekte genannt, die im Rahmen der Krankenhausorganisation und innerhalb der einzelnen Teamstrukturen verändert werden können. Zwei besonders wichtige Aspekte scheinen dabei die Verbesserung der ***interdisziplinären Zusammenarbeit*** und des ***Teambuildings*** zu sein. Da die Studie sich auf moralischen Stress bei Studenten konzentriert, werde ich diese Aspekte an dieser Stelle nicht näher diskutieren. Ich bin jedoch davon überzeugt, dass eine nähere Auseinandersetzung mit diesen Aspekten lohnenswert ist und die Belastung durch moralischen Stress nachhaltig verbessern kann.

Insgesamt – betrachtet man die vielschichten Ursachen von moralischem Stress und die hier genannten Wünsche der Studenten – werden Veränderungen nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch im Rahmen der Krankenhausorganisation oder sogar auf einer Systemebene vorgenommen werden müssen, um die Belastung durch moralischen Stress ausreichend und langfristig reduzieren zu können. Es sollten sich dieser Arbeit daher Studien anschließen, die sich weitergehend mit den verschiedenen Verbesserungsmöglichkeiten beschäftigen.

5.4. Limitationen

Diese Studie weist einige Limitationen auf, die mit der Wahl der Methode und der konkreten Studiendurchführung zusammenhängen. Auf diese und ihre Konsequenzen für die Interpretation der Daten möchte ich im Folgenden eingehen.

Methodische Limitationen & Limitationen im Rahmen der Studiendurchführung

Die bestehenden Limitationen werden vor allem durch die Wahl des Studiendesigns verursacht. Eine wie hier durchgeführte qualitative Studie kann uns keine Fragen bezüglich der Häufigkeit und Intensität der Belastung durch moralischen Stress liefern. Ihr Anspruch ist es jedoch auch nicht dieses Phänomen anhand einer repräsentativen Stichprobe darzustellen, sondern vielmehr das Feld und die Wahrnehmung der Teilnehmer explorativ zu beschreiben. So soll ein erster Einstieg in das Forschungsgebiet ermöglicht werden. Eine Schwierigkeit die dabei auftritt ist das Problem der Interpretierbarkeit der Daten, wodurch alternative Lesearten der Daten möglich sind. Dabei kann nicht nur die Auswertung durch den eigenen subjektiven Einfluss verändert werden, bereits die Durchführung der Interviews kann die Daten beeinflussen und somit verfälschen. Bei der Datenerhebung ist beispielsweise die Gefahr gegeben, dass man durch zu viel Freiheit oder zu wenig vorgegebene Strukturen, ebenso wie durch suggestive Fragen die Datenerhebung beeinflusst. Ebenso muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass durch die persönliche Beziehung der Autorin zu den Studienteilnehmern eine Beeinflussung der Erzählungen möglich ist. Argumentativ kann dem entgegengesetzt werden, dass diese Beziehung eine Stärke der Studie sein kann, da so der schnelle Aufbau einer Vertrauensbeziehung ermöglicht wird, die für die Konversation über emotional aufgeladene, häufig schambesetzte Situationen notwendig ist. Nichtsdestotrotz besteht die Möglichkeit, dass die Teilnehmer durch solch eine Verbindung eher sozialkonform über ihre Erlebnisse sprechen und so wichtige Aspekte ausgelassen werden.

Die hier ausgeführten Limitationen wurden versucht auf ein Minimum zu reduzieren. Zu den hierfür durchgeführten Maßnahmen gehören die (vor allem anfänglich durchgeführten) Besprechungen der Interviews im Anschluss an die Durchführung, um die Interwiedurchführung zu optimieren. Ebenso konnten durch diese Besprechung aufgetauchte suggestive Interviewpassagen gestrichen und in den folgenden Interviews vermieden werden. Eine Verbesserung der inter- und intrasubjektiven Nachvollziehbarkeit konnte zusätzlich erreicht werden durch die mehrfache Auswertung von Textpassagen durch eine oder sogar durch mehrere Personen sowie durch eine Rücküberprüfung der erhaltenen Daten am Grundmaterial.

Konsequenzen für die Interpretation der Daten

Da die Rezeption der Ergebnisse vor dem Hintergrund der methodischen Limitationen erfolgen soll, möchte ich an dieser Stelle noch einmal explizit erläutern, wie die Daten vor diesem Hintergrund verstanden und interpretiert werden sollen. Betrachtet man beispielsweise die hier identifizierten Ursachen von moralischen Stress oder die von den Teilnehmern verwendeten Copingstrategien, um den Stress effizient abzubauen, so muss festgehalten werden, dass das generierte Datenvolumen zwar umfassend ist, jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Dies ist der Wahl der Methode geschuldet, welche jedoch aufgrund der aktuellen Studienlage innerhalb von Deutschland bewusst gewählt wurde, um einen Einstieg in ein bisher wenig erforschtes Studiengebiet zu bekommen. Es muss also berücksichtigt werden, dass diese Studie lediglich einen Ausschnitt an potentiellen Ursachen und Copingstrategien repräsentiert und weitere Ursachen durchaus denkbar sind. Möglicherweise hätte man mit einem umfangreichen Sample die Ursachen umfassender beschreiben können, jedoch musste hier aus Ressourcenabwägungen die Menge an Interviews limitiert werden. In jedem Falle sollte dies insbesondere bei der Entwicklung möglicher quantitativer Erhebungsinstrumente beachtet werden.

Ähnliches gilt für die dargestellten Belastungen und Folgen von moralischem Stress. Die hier generierten Daten basieren auf subjektiven Empfindungen, die im Rahmen aktueller Forschungsergebnisse diskutiert werden und somit Hinweise auf potentielle Folgen von moralischem Stress liefern. Diese Studie liefert jedoch keinen Beweis für eine Korrelation von moralischem Stress mit möglichen individuellen oder gesamtgesellschaftlichen Folgen. Die Daten verschaffen auch hier lediglich einen ersten Eindruck, der durch weitere Forschung erhärtet (oder möglicherweise auch aufgeweicht) werden muss.

Ebenso müssen die hier präsentierten Verbesserungsmöglichkeiten kritisch reflektiert werden. Die hier diskutierten Möglichkeiten basieren auf der subjektiven Bewertung einiger weniger Betroffener. Es gibt daher auch hier keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Für die vorgeschlagenen Strategien muss dementsprechend geprüft werden, ob diese Methoden ausreichend effektiv und bezogen auf beispielsweise strukturelle Veränderungen praktisch umsetzbar sind. Zwar habe ich einige der vorgeschlagenen Strategien einer kritischen Analyse unterzogen, jedoch bedarf es weiterer empirischer Prüfungen hinsichtlich der Machbarkeit und Effektivität der dargestellten Vorschläge unter Alltagsbedingungen. Diese Studie bietet jedoch eine solide Grundlage für weitere Forschung und identifiziert Ansatzpunkte, auf denen aufbauend konkrete Ansätze erarbeitet werden können.

6. Konklusion und Ausblick

Konklusion

Diese Studie konnte nachweisen, dass Studenten in Deutschland während des PJs moralischen Stress erleben. Die Ursachen für die Entstehung sind dabei mannigfaltig und zumeist wird das Erleben von moralischem Stress durch ein komplexes multikausales Ursachengeflecht verursacht. Das Ursachenspektrum kann dabei in Abhängigkeit von den kulturellen und systemischen Rahmenbedingungen (z.B. durch das Vorhandensein eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems) variieren. Initiale Reaktionen auf das Erleben von moralischem Stress sind insbesondere die Entstehung von negativen Emotionen (wie beispielsweise Wut, Ärger oder Schuldgefühle). Erste Hinweise deuten darauf hin, dass das Erleben von moralischem Stress unter Umständen auch reaktive Folgen (wie beispielsweise die Entstehung von Depressionen oder Burnout-Syndromen) verursachen kann. Aufgrund einer durch moralischen Stress verursachten verminderten Arbeitsplatzzufriedenheit kann vermutet werden, dass eine Abwanderung aus dem kurativ-ärztlichen Arbeitsfeld befördert wird. Durch eine so entstehende Verschärfung des Ärztemangels, aber auch aufgrund einer ermittelten emotionalen Distanzierung zur eigenen Verantwortung aufgrund des Erlebens von moralischem Stress, kann potentiell eine Verschlechterung der Versorgungsqualität von Patienten begünstigt werden.

Zur Verarbeitung der Belastung durch moralischen Stress wird bevorzugt ein emotionsorientiertes Copingverhalten (insbesondere durch Kommunikation über das Erlebte) verwendet. Dies sollte berücksichtigt werden, wenn über die Möglichkeiten einer Verbesserung des Umgangs mit moralischem Stress diskutiert wird. Aufgrund des zu erwartendem flächigen Auftretens von moralischem Stress sowie aufgrund des heterogenen Ursachenspektrums, ist es sinnvoll verschiedene Ansatzpunkte zur Situationsverbesserung zu nutzen. Vielversprechende Ansatzpunkte können dabei die Implementierung von Schulungsmöglichkeiten der theoretischen Analyse- und praktischen Handlungsfähigkeiten sein, damit die Betroffenen auf eine größere Vielzahl an Handlungsalternativen zurückgreifen können. Dies könnte durch die Implementierung von Mentoren-Programmen und einer damit einhergehende Supervision mit Feedbackgesprächen zusätzlich gefördert werden. Die Möglichkeit bereits bestehenden Stress durch die Implementierung von Gesprächsgruppen abzubauen, scheint eine vielversprechende ergänzende Option darzustellen.

Neben den oben genannten Ergebnissen kann diese Studie außerdem helfen konzeptuelle Klarheit für weiterführende Studien zu schaffen. Diese Studie konnte dabei zeigen, dass moralischer Stress zumeist aufgrund von multikausalen Ursachengeflechten und nicht aufgrund einer einzelnen isolierten Ursache entsteht. Ebenso konnte diese Studie als Kernaspekt von moralischem Stress die fehlende praktische Umsetzung einer als moralische richtig angesehen Handlung identifizieren und zeigen, dass eine artifizielle Ursachenbeschränkung (beispielsweise auf institutionelle Barrieren) nicht sinnvoll ist. Da eine fehlende praktische Umsetzung der als moralisch richtig angesehenen Handlung von jedem erlebt werden kann, sollte moralischer Stress nicht auf bestimmte Berufsgruppen beschränkt werden. Ebenso konnte diese Studie zeigen, dass nicht einmal eine aktive Beteiligung an der Situation notwendig für das Erleben von moralischem Stress ist. Eine reine Meinungsbildung (auch im Rahmen einer ausschließlich passiven Situationsbeteiligung) kann ausreichen sein, um moralischen Stress auszulösen.

Ausblick

Diese Studie gibt einen ersten Einblick in das Auftreten von moralischem Stress bei PJ-Studenten innerhalb des deutschen Gesundheitssystems. Um einen noch umfassenderen Überblick zu bekommen und in Zukunft moralischen Stress reduzieren zu können, wird es jedoch notwendig sein, weitere Studien durchzuführen. Dabei sollten drei Aspekten eine besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden:

- Das Konzept rund um moralischen Stress hat sich über die Jahre immer wieder verändert. Aus dem von Jameton begründeten Grundkonzept wurden Einzelaspekte diskutiert, verändert und daraufhin neue Definitionen geschaffen. Anstatt nur Einzelaspekte zu verändern ist es wichtig, sich in Zukunft dem Gesamtkonzept zu widmen, alle relevanten Fragen zu diskutieren und anschließend eine allgemeingültige und konsensfähige Definition abzuleiten. So kann konzeptuelle Klarheit und somit die Basis für eine einheitliche und vor allem vergleichbare Forschung bezüglich der Ursachen und Folgen von moralischem Stress geschaffen werden.
- Auch den Folgen von moralischem Stress sollte mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Hierbei sind zwei Aspekte wichtig: Zum einen sollten Messinstrumente geschaffen werden, die eine Reliabilität, Objektivität und Validität sowie eine Normierung der Belastungsmessungen gewährleisten. Aber nicht nur die Messung der initialen Belastung ist von Bedeutung, sondern ebenfalls Untersuchungen der langfristigen Folgen von moralischen Stress. Die bisher erhobenen Daten legen durchaus nahe, dass moralischer Stress zu verschiedenen gravierenden individuellen und gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen beitragen kann (wie z.B. der Entwicklung von Depressionen, Burnout-Syndromen oder Ärztemangel). Hierbei sind vor allem longitudinale Studien zu empfehlen, die prospektiv den Einfluss der Erfahrungen im praktischen Jahr auf die Arztausbildung untersuchen.
- Der Schwerpunkt zukünftiger Untersuchungen sollte jedoch das Erzielen einer Belastungsreduktion sein. Um dieses Ziel zu erreichen sind verschiedene Ansatzpunkte möglich. Hierzu zählen die Verhinderung der Entstehung von moralischem Stress durch strukturelle Veränderungen im Krankenhaus oder auf Systemebene, die Implementierung von Strukturen, um den Abbau des erlebten Stresses zu ermöglichen sowie die Förderung von Schulungsmaßnahmen, um angemessene ethische Entscheidungen im klinischen Alltag treffen zu können. Aufgrund der Anfälligkeit der PJ-Studenten für moralischen Stress ist dies wichtig, um – neben der Sicherstellung einer guten Patientenversorgung sowie der Schaffung zufriedenstellender Arbeitsbedingungen – die Integrität der Studenten zu wahren. In weiteren Forschungsvorhaben sollte geprüft werden, welche Interventionen benötigt werden und wie diese in der Praxis umgesetzt werden können.

Moralischer Stress ist ein Phänomen, das im heutigen Medizinbetrieb keine Seltenheit ist. Sich mit dem Thema auch im deutschen Kontext zu beschäftigen und praktische Handlungsvorschläge zu entwickeln und zu implementieren, wird allen zu Gute kommen – Pflegenden, Ärzten, Studenten und nicht zuletzt den Patienten.

7. Abkürzungsverzeichnis

bspw. = beispielsweise

bzw. = beziehungsweise

LMU = Ludwig-Maximilian-Universität

PJ = Praktisches Jahr

TUM = Technische Universität München

QI = Qualitative Inhaltsanalyse

8. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Moralischer- Stress-Thermometer (S. 16)

Tabelle 1) Übersicht der Fallbeispiele (S. 35)

Tabelle 2) Zusammenfassung der deskriptiven Codes (S. 64)

Tabelle 3) Zusammenfassung der inhaltsanalytischen Codes (S. 65-66)

Tabelle 4) Zusammenfassung der Emotion-Codes/Reaktions-Codes (S. 67)

Tabelle 5) Zusammenfassung der Codes für Copingstrategien (S. 68)

Tabelle 6) Zusammenfassung der Codes für Handlungskonsequenzen (S. 69)

Tabelle 7) Zusammenfassung der Codes für Verbesserungsmöglichkeiten (S. 70-71)

9. Literaturverzeichnis

- Akpinar, A., Senses, M.O., Aydin Er. R.: Attitudes to end-of-life decisions in pediatric intensive care. In: *Nursing Ethics*, 2009; 16(1): 83–92)
- Allen, R., Judkins-Cohn, T., de Velasco, R., Forges, E., Lee, R., Clark, L., Procnier, M.: Moral Distress Among Healthcare Professionals at a Health System. In: *JONA'S Healthcare Law, Ethics and Regulation*, 2013; 15 (3), S.111-118
- American Association of Critical Care Nurses (AACN) from AACN Ethics Work Group. (2004). *The 4 A's to Rise above moral distress*. Aliso Viejo, CA: AACN.
- Arthur, E.: Coping with Moral Distress. In: *Minnesota Nursing Accent*, 1995; 67 (3), S.5
- Balint M. (1996): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit* (9. Auflage). Klett-Cotta
- Bamford, P. (1995): *Moral Distress: An Inability to Care*. Dissertation Abstract. Adelphi University, Garden City, NY
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2009): *Principles of Biomedical Ethics* (6. Auflage). New York; Oxford University Press
- Becker, S., Schulze, B., Willbrenning, F., Muthny, A.: Training der Gesprächsführung in „schwierigen klinischen Situationen“ – Evaluationsergebnisse eines Schauspieler-unterstützten Intensivtrainings. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2008; 84 (11), S. 489-496
- Bernard, H.R., Ryan, G.W. (2010): *Analyzing Qualitative Data*. Sage Publication
- Blum, K. & Löffert, S. (2010) *Ärztmangel im Krankenhaus: Ausmaß, Ursachen, Gegenmaßnahmen*. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.
- Borhani, F., Abbaszadeh, A., Mohamadi, E., Ghasemi, E., Hoseinabad-Farahani, MJ.: Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. In: *Nursing Ethics*, 2017; 24 (4), S. 474-482
- Bortz, J., Döring, N. (2006): *Forschungsmethode und Evaluation* (3. Auflage). Springer Verlag Berlin, Heidelberg
- Busemann, A., Bernstorff, W.v., Heidecke, C.-D.: Konsequenzen aus der Evaluation eines chirurgischen PJ-Logbuchs. In: *Zentralblatt für Chirurgie*, 2011; 137 (2), S. 165-172
- Buser, K., Schneller T., Windgrube, K. (2007): *Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie –Medizinische Soziologie* (6. Auflage). Urban & Fischer Verlag
- Chiu, P.P.L., Hilliard, R.I., Azzie, G., Fecteau, A.: Experience of moral distress among pediatric surgery trainees. In: *Journal of Pediatric Surgery*, 2008; 43 (6), S. 986-993
- Corley, M.C.: Moral distress of critical care nurses. In: *American Journal of Critical Care*, 1995; 4 (4), S. 280-285
- Corley, M.C., Elswick, R.K., Gorman, M., Clor, T.: Development and evaluation of a moral distress scale. In: *Journal of Advanced Nursing*, 2001; 33 (2), S. 250-256

- Corley, M.C.: Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. In: *Nursing Ethics*, 2002; 9, S. 636-650
- Cox, K.M.: Moral distress: strategies for maintaining moral integrity. In: *Perioperative Nursing Clinics*, 2008; 3(3): S. 197–203.
- Coyne, I.: Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? 1997; 26: S. 623-630
- Deady, R., McCarthy, J.: A Study of the Situations, Features, and Coping Mechanisms Experienced by Irish Psychiatric Nurses Experiencing Moral Distress. In: *Perspectives in Psychiatric Care*, 2010; 46 (3), S. 209-220
- Dresing, T., Pehl, T. (2015): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse – Anleitung und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Auflage) Marburg, Eigenverlag
- Dzeng, E., Colaianni, A., Roland, M., Levine, D., Kelly, M.P., Barcla, S., Smith, T.J.: Moral Distress Amongst American Physician Trainees Regarding Futile Treatments at the End of Life: A qualitative study. In: *J Gen Intern Med*, 2016; 31 (1), S. 93-99
- Ehlers, C. (2012): Einführung eines Mentorenprogramm im praktischen Jahr. Poster anlässlich der Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA), Universität Jena. Aachen, 27.-29.09.2012
- Eizenberg, M.M., Desivilya, H.S., Hirschfeld, M.J.: Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. In: *Journal of Advanced Nursing*, 2009; 65 (4). S. 885-892
- Elpern, E.H., Covert B., Kleinpell, R.: Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. In: *American Journal of Critical Care*, 2005; 14(6): 523–530.
- Epstein, E.G., Hamric, A.B.: Moral Distress, Moral Residue, and the Crescendo Effect. In: *Journal of Clinical Ethics*, 2009; 20 (4), S. 3330-342
- Faller, H., Lang, H (2010): *Medizinische Psychologie und Soziologie* (3. Auflage). Berlin Heidelberg, Springer-Verlag.
- Ferrell, B.R., Rivera, L.M.: Ethical decision making in oncology. In: *Cancer Practice*, 1995; 3, S. 94-99
- Flick, U., Kardorff, E.v., Steinke, I.(Hrsg.) (2005): *Qualitative Forschung – ein Handbuch* (10.Auflage). Reinbek; Rowohlt (Rowohlt's Enzyklopädie)
- Fogel, K.: The relationship of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses. Dissertation. Chicago, IL: The University of Chicago, 2007.
- Fourie, C.: Moral Distress and Moral Conflict in Clinical Ethics. In: *Bioethics*, 2013; 29 (2), S. 91-97
- Frank, R., Gegenfurtner, G., Steininger, C., Kopecky-Wenzel, M., Noterdaeme, M.: Was lernen Medizinstudenten im Wahlfach Kinder- und Jugendpsychiatrie? In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2009; 37 (2), S. 129-134
- Früh, W. (2011): *Inhaltsanalyse* (7. Auflage). UTB GmbH

- Fry, S.T., Duffy, M.E.: The development and psychometric evaluation of the ethical issues scale. In: *Journal of Nursing Scholarship*, 2001; 33, S. 273-277
- Ganz, F.D., Berkovitz, K.: Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. In: *Journal of Advanced Nursing*, 2012; 68 (7), S. 1516-1525
- Glasberg, A.-L., Eriksson, S., Dahlquist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, A, Sorlie, V., Norberg, A.: Development and Initial Validation of the Stress of Conscience Questionnaire. In: *Nursing Ethics*, 2006; 13 (6), S. 633-648
- Glaser, B., Strauss, A. (1976): *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New York. Aldine Publishing Company
- Gommel, M., Glück, B., Keller, F.: Didaktische und pädagogische Grundlagen eines fallorientierten Seminar-Lehrkonzepts für das Fach Medizinische Ethik (2005). IN: *GMS Z. Med. Ausbildung*. 22 (3) Doc 58
- Hamric, A.B., Walter, R.N., Davis, W.S., Childress, M.D.: Moral distress in health care professionals. In: *Alpha Omega Alpha – Honor Medical Society*, 2006; 69 (1), S. 16-23
- Hamric, A.B., Borchers, C.T., Epstein, E.G.: Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. In: *AJOB Primary Research*, 2012; 3 (2), S. 1-9
- Hanna, D.R.: Moral Distress: The State of the Science. In: *Research and Theory for Nursing Practice*, 2004; 18 (1), S. 73-93
- Hefferman, P., Heilig, S.: Giving "moral distress" a Voice: Ethical Concerns among Neonatal Intensive Care Unit Personnel. In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 1999; 8 (2), S. 173-178
- Helfferich, Cornelia (2011): *Die Qualität qualitativer Daten – Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). Wiesbaden; Springer Verlag
- Hilliard, R.I., Harrison, C., Madden, S.: Ethical conflicts and moral distress experienced by paediatric residents during their training. In: *Paediatrics & Child Health*, 2007; 12 (1), S. 29-35
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, J.M., Odgaard-Jensen, J., French, S.D., O'Brien, M.A., Johansen, M., Grimshaw, J., Oxman, A.D.: Audit und feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. In: *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; 13 (6)
- Izard, C.E. (1994): *Die Emotionen des Menschen* (3. Auflage). Weinheim; Beltz Psychologie Verlags Union
- Jameton, A. (1984): *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, New York; Prentice-Hall
- Jameton, A.: Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. In: *AWHONN's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing*, 1993; 4 (4), S. 542-551
- Jungbauer, J., Kamenik, C., Alfermann, D., Brähler, E.: Wie bewerten angehende Ärzte rückblickend ihr Medizinstudium? Ergebnisse einer Absolventenbefragung. In: *Gesundheitswesen*, 2004; 66, S 51-56

- Kälvemark, S., Höglung, A.T., Hansson, M.G., Westerholm, P., Arnetz, B.: Living with conflicts – ethical dilemmas and moral distress in the health care system. In: *Social Science & Medicine*, 2004; 58 (6), S. 1075-1084
- Kälvemark-Sporrong, S., Höglund, A.T., Arnetz, B.: Measuring Moral Distress in Pharmacy and Clinical Practice. In: *Nursing Ethics*, 2006; 13 (4), S. 416-427
- Kendrick, K., Cubbin, B.: Ethics in the Intensive Care Unit: a Need for Research, 1996; 3 (2), S. 157-164
- Knifed, E., Goyal, A., Bernstein, M.: Moral angst for surgical residents: a qualitative study. In: *The American Journal of Surgery*, 2010; 199 (4), S. 571-576
- Koelsch L. E.: Reconceptualizing the member check interview. In: *International Journal of Qualitative Methods*, 2013; 12, 168–179.
- Kopecky-Wenzel, M., Maier, E.M., Muntau, A.C., Reinhardt, D., Frank, R.: Überbringen schlechter Nachrichten – videogestützte Trainingseinheit für Medizinstudenten. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2009; 37 (2), S. 139-144
- Kopetsch, T. (2010) Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung. Berlin
- Kuckartz, U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten (3. Auflage). Wiesbaden; VS Verlag
- Kunisch, R., Guder, P., Schinke, K., Nörenberg, D., Ruf, V.C., Alig, S., Bauer, H.J., Kirchner, S.-K., Kruger, S., Noerenberg, D., Singer, K., Tiedt, S., Weckbach, L., Wypior, G., Angstwurd, M.: Reform des chirurgischen Tertials im Praktischen Jahr an der Ludwig-Maximilian-Universität München. In: *Zentralblatt für Chirurgie*, 2016; 141 (3), S. 310-314
- Lamiani, G., Borghi, L., Argentero, P.: When healthcare professionals cannot do the right think: A systematic review of moral distress and its correlates. In: *Journal of Health Psychology*, 2017; 22 (1), S. 51-67
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York; Springer Publishing Company
- Lazarus, R.S. (1999): *Stress and Emotion. A new Synthesis*. London; Free Association Books
- Lerkiatbundit, S., Borry, P.: Moral Distress Part I: Critical Literature Review on Definition, Magnitude, Antecedents and Consequences. In: *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 2009; 1 (1)
- Litz, B.T., Stein, N., Delaney, E., Belowitz, L., Nash, W.P., Silva, C., Maguen, S.: Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. In: *Clinical Psychology Review*, 2009; 29 (8), S.695-706
- Lomis, K.D., Carpenter, R.O., Miller, B.M.: Moral distress in the third year of medical school; a descriptive review of student case reflections. In: *The American Journal of Surgery*, 2009; 197 (1), S. 107-112

- Luban-Plazza, B., Otten, H., Petzold, U. und E. (1998): "Grundlagen der Balintarbeit – Beziehungsdagnostik und – therapie). https://www.balintgesellschaft.de/michael_balint/leben-und-werk.php (abgerufen am 07.02.2018)
- Maiden, J., George, J.M., Connelly, C.D.: Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. In: *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2011; 30 (6), S. 339-345
- Maningo-Salinas, M.: Relationship between moral distress, perceived organizational support and intent to turnover among oncology nurses. Dissertation. Minneapolis, MN: Capella University, 2010.
- Marckmann, G. (Hrsg.) (2015): Praxisbuch Ethik in der Medizin (1. Auflage). MWV Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Mason, M.: Sample Size and Saturation in PhD Studies Using Qualitative Interviews, 2010; 11 (3)
- Mayring, P. (1994) in: Boehm, A. (Ed.), Mengel, A. (Ed.), Murh, T. (Ed.); Gesellschaft für angewandte Informationswissenschaft (GAIK) e.V. (Ed.): *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: UVK Univ.-Verl. Konstanz
- Mayring, P. (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (10. Auflage). Weinheim und Basel; Beltz Verlag
- McCarthy, J., Deady, R.: Moral Distress Reconsidered. In: *Nursing Ethics*, 2008; 15 (2), S. 254-262
- McGee, G., Spanogle, J.P., Caplan, A.:al., Asch, D.a.: A national study of ethics committees. In: *American Journal of Bioethics*, 2001; (4), S. 60-64
- Möller, H.-J., Laux, G., Deister, A. (2013): *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (5. Auflage). Thieme Verlag
- Monrouxe, LV., Rees, CE., Dennis, I., Wells, SE.: Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student. Insights from two online UK-wide questionnaire studies, 2015; 19 (5)
- Morris, P.E., Dracup, K.: Time for a tool to measure moral distress? In: *American Journal of Critical Care*, 2008; 17 (5), S. 398-401
- Myers, D. G. (2008): *Psychologie* (2. Auflage). Heidelberg; Springer Medizin Verlag
- Nathaniel, A.K.: Moral Reckoning in Nursing. In: *Western Journal of Nursing Research*, 2006; 28 (4), S. 419-438
- Neitzke, G.: Ethik in der medizinischen Aus- und Weiterbildung. In: *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2008; 51 (8), S. 872-879
- Neitzke, G., Möller, M.: Zur Evaluation von Ethikunterricht. In: *Med. Ausbildung*, 2002; 19, S. 190-195
- Ödman, S., Wredling, R.: Hospital staff opinions about job demands and job decision latitudes at an internal medicine clinic, 1995; 15 (3), S. 17-23
- Oliver, D.G., Serovich, J.M., Mason, T.L.: Constraints and Opportunities with Interview Transcription: Towards Reflection in Qualitative Research, 2005; 84 (2), S. 1273-1289

- Omery, A., Henneman, E., Billet, B., Luna-Raines, M., Brown-Saltzman, K.: Ethical issues in hospital-base nursing practice. In: *Journal of Cardiovascular Nursing*, 1995; 9 (3), 43-53
- Openshaw, L.: Moral distress and the need for moral courage in social work practice. In: *North American Association of Christians in Social Work*, 2011.
- Papathanassoglou, E.D.E., Karanikola, M.N.K., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., Albarran, J.W.: Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. In: *American Journal of Critical Care*, 2012; 21 (2), S. 41-52
- Patton, M.Q. (1990): *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2. Auflage). Newbury Park California, Sage
- Pearlin, L.I., Schooler, C.: The Structure of Coping. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 1987; 19 (1), S. 2-21
- Piers, R.D., Van den Eynde, M., Steeman, E., Vlerick, P., Benoit, D.D., Van den Noortgate, N.J.: End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. In: *Journal of the American Medical Directors Association*, 2012; 13 (1), S. 7-13
- Pinch, W.J., Spielman, M.L.: Parental perceptions of ethical issues post-NICU discharge. In: *Western Journal of Nursing Research*, 1993; 15, S. 422-440
- Prentice, T., Janvier, A., Gillam, L., Davis, P.G.: Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review, 2016, 101 (8), S. 701-708
- Przyborski, A & Wohlrab-Sahr M (2014): *Qualitative Sozialforschung*. München; Oldenburger Verlage
- Rappe-Giesecke K.: Vorwärts zu den Wurzeln – Balintgruppenarbeit aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht. In: *Balint Journal*, 2000, 1, S. 36-42
- Redman, B.K., Fry, S.T.: Ethical conflicts reported by certified registered rehabilitation nurses. In: *Rehabilitation Nursing*, 1998; 23, S. 179-184
- Ritchie, J., Lewis, J., Elam, G. (2003). *Qualitative research practice. A guide for social science students and researchers*. Thousand Oaks, Sage
- Rodney, P.A.: What we know about moral distress. In: *The American Journal of Nursing*, 2017; 117 (2 Suppl 1), S. 7-10
- Saldana, J. (2013): *The Coding Manual for Qualitative Researcher*. (2.Auflage). London; SAGE Publication
- Salomon, F., Ziegler, A.: Moral und Abhängigkeit – Ethische Entscheidungskonflikte im hierarchischen System Krankenhaus. In: *Ethik in der Medizin*, 2007; 19 (3), S. 174-186
- Schneider S., Meinlschmidt, G., Margrat, J. (2012): *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (1. Auflage). Berlin Heidelberg, Springer-Verlag
- Schreier, M. (2012): *Qualitative Content Analysis in Practice* (2. Auflage). London, California, New Delhi und Singapore; SAGE Publication

- Schüler, J., Dietz, F. (2004): Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie (1. Auflage). Stuttgart, Georg Thieme Verlag
- Shoorideh, R.A., Ashktorab, F.Y., Majd, H.A.: Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover, 2015; 22 (1), S. 64-76
- Simmenroth-Nayda, A., Chenot, J.F., Fischer, T., Scherer, M., Stanske, B., Kochen, M.M.: Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. In: Deutsches Ärzteblatt, 2007; 104 (13), S. A 847-852
- Söllner, W., Pieringer, W.: Balintarbeit: Entwicklung, Wirkprinzipien und Effekte. In: Psychologische Medizin., 2002, 13(4), S. 26–29
- Strube, W., Pfeiffer, M., Steger, F.: Moralische Positionen, medizinethische Kenntnisse und Motivation im Laufe des Medizinstudiums – Ergebnisse einer Querschnittstudie an der Ludwig-Maximilian-Universität München. In: Ethik in der Medizin, 2011; 23 (3), S. 201-216
- Sundin-Huard, D., Fahy, K.: Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationships. In: International Journal of Nursing Practice, 1999; 5 (1), S. 8-13
- Taylor, S.E., Peplau, L.A., Sears, D.O. (2006): Social Psychology (10. Auflage): New-York; Pearson Prentice Hall
- Thomas T.A., McCullough, L.B.: A Philosophical Taxonomy of Ethically Significant Moral Distress. In: The Journal of Medicine & Philosophy, 2015; 40 (1), S. 102-120
- Tölle, R., Windgassen, K. (2014): Psychiatrie (17. Auflage). Berlin, Springer-Verlag
- Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J.: Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: International Journal for Quality in Health Care, 2007; 19 (6), S. 349-357
- Ulrich, C.M., Hamric, A.B., Grady, C.: Moral Distress: A Growing Problem in the Health Professions? In: The Hastings Center Report, 2010; 40 (1), S. 20-22
- Volbrecht, R.M. (2002): Nursing ethics: Communities in dialogue. Upper Saddle River, New York; Prentice Hall
- Wall, S., Austin, W.J., Garros, D.: Organizational Influences on Health Professionals Experiences of Moral Distress in PICUs. In: HEC Forum, 2016; 28 (1), S. 53-67
- Webster, G.C., Baylis, F.E. (2000): Moral Residue. In S.B. Rubin & L. Zoloth (Hrsg.), Margin of Error – The Ethics of Mistakes in the Practice of Medicine (S. 217-230). Hagerstown, Maryland: University Publishing Group
- Wiener-Barraud, S.: ... eine begrenzte, jedoch wesentliche Umstellung in der Persönlichkeit des Arztes. In: Balint Journal, 2013; 14, S. 56-61

Wiesing U.: Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (zentrale Ethikkommissionen) bei der Bundesärztekammer – „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“. In: Deutsches Ärzteblatt, 2013 (18), S: 899-903

Wiggleton, C., Petrusa, E., Loomis, K., Tarpley, J., Tarplay, M., O’Gorman, M.L., Miller, B.: Medical Students’ Experiences of Moral Distress: Development of a Web-Based-Survey. In: Academic Medicine, 2010; 85 (1), S. 111-117

Wilkinson, J.M.: Moral distress in nursing practice: Experience and effect. In: Nursing Forum, 1987; 23 (1), S. 16-29

Wilkinson, J.M.: Moral Distress: A Labor and Delivery Nurse’s Experience. In: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 1989; 18 (6), S. 513-519

Winland-Brown, J.E., Chiarenza, D., Dobrin, A.: Nurse-Physicians perspectives on moral distress support the need to create a caring ethical work environment. In: Forum on Public Policy, 2010; S. 1-14

Wocial, L.D., Weaver, M.T.: Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. In: Journal of Advanced Nursing, 2012; 69 (1), S. 167-174

Wolfersdorf, M. (2011): Depressionen verstehen und bewältigen (4. Auflage). Berlin und Heidelberg, Springer-Verlag

Wlodarczyk, D., Lazarewicz, M.: Frequency and burdens with ethical conflicts and burnout in nurses. In: Nursing Ethics, 2011; 18(6): 847–861.

www.egt.med.uni-muenchen.de: „Lehrveranstaltungen Wintersemester 2017/18“
http://www.egt.med.uni-muenchen.de/studium_lehre/lehrveranst/index.html (abgerufen am 19.02.2018)

[www.mecum-mentor.de](https://mecum-mentor.de): „Ärztliche Mentoren“;
<https://mecum-mentor.de/aerztliche-mentoren.html> (abgerufen am 04.02.2018)

[www.mecum-mentor.de](http://www.mecum.med.uni-muenchen.de/praktisches_jahr/das_pj/pj_logbuecher/deutsche_logbuecher/index.html): „Logbücher nach Fach“;
http://www.mecum.med.uni-muenchen.de/praktisches_jahr/das_pj/pj_logbuecher/deutsche_logbuecher/index.html (abgerufen am 05.02.2018)

Yeh, M.C., Yu, S.: Job stress and intention to quit in newly-graduated nurses during the first three months of work. In Journal of Clinical Nursing, 2009; 18(24): 3450–3460.

10. Anhänge

10.1. Anhang 1) Einwilligungserklärung

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR TEILNAHME AN DER STUDIE

„Moralischer Stress bei Studenten im PJ“

Forschungsprojekt am Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität, München

Name: _____

Institution: LMU, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der
Medizin

Aufgeklärt von: _____

1. Ich wurde über Sinn und Zweck sowie den Inhalt der Studie aufgeklärt. Ich hatte ausreichend Zeit, alle meine aufkommenden Fragen zu meiner Zufriedenheit zu klären, auch im Hinblick auf die datenschutzrechtlichen Fragen.
2. Ich erkläre mich bereit, an oben genannter Studie teilzunehmen.
3. Ich verstehe, dass meine Teilnahme freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit zurückziehen kann, ohne dass mir hieraus Nachteile entstehen.
4. Ich bin mit der im Rahmen der Studie erfolgenden Aufzeichnung von persönlichen Daten/Auskünften einverstanden. Ich habe verstanden, dass mein Name im Rahmen dieser Studie nicht genannt wird, alle Informationen nur in anonymisierter Form wiedergegeben werden und ich bin daher einverstanden, dass Berichte erstellt werden, ohne dass es meiner Zustimmung bedarf.
5. Eine Kopie der Information und der Einwilligung wurde mir ausgehändigt.

Teilnehmer: Die oben genannten Punkte sind erfüllt und ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten einverstanden.

Ich bin nicht damit einverstanden, dass das Transkript des Interviews zum Zweck der sachgemäßen Auswertung in einer Gruppe von Wissenschaftlern besprochen wird.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/in

Interviewer: Ich habe den Teilnehmer umfassend über die Studie sowie die Verwendung seiner Daten aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift Interviewer

10.2. Anhang 2) Interviewleitfaden

Leifragen	Inhaltsstrukturierung	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungsfragen
<p>Können Sie mir Situationen schildern, in denen Sie daran gehindert wurden nach Ihren eigenen moralischen Vorstellungen zu handeln?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recht 2. Institution 3. Kollegen (CA;OA; AA) 4. Krankenschwestern 5. Patienten 6. Angehörigen 7. Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> -Geld -Zeit 8. Begrenztes Wissen 9. Klassisches Dilemma 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Was war das genau für eine Situation? 2) Wer war daran beteiligt? 3) Wie war Ihre Vorstellung von moralisch richtigem Handeln in dieser Situation? 4) → Wieso? 5) Wer/was hat Sie daran gehindert so zu handeln? 6) → Aus welchem Grund? 7) Was kritisieren Sie an dieser Einstellung/Wieso hätten Sie ihre Vorstellung besser gefunden? 8) Wurde in der Situation gleich entschieden oder gab es einen Entscheidungs-/Diskussionsprozess? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Können Sie mir dafür ein Beispiel nennen? ○ Können Sie mir das noch ein bisschen genauer erklären? ○ Können Sie das noch spezifizieren? ○ Können Sie mir das noch genauer begründen? ○ Fallen Ihnen noch weitere Aspekte ein?
<p>Wie haben Sie die Situation empfunden/wie haben Sie sich in diesen Situationen gefühlt?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Traurig/niedergeschlagen 2. Eingeschüchtert 3. Verantwortlich/schuldig 4. Wütend/aggressiv /verärgert 5. Zynisch/feindselig 6. Optimistisch vs. Pessimistisch 7. Gleichgültig 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Wie intensiv war der Zustand? 2) Wie lange hat die Stimmung angehalten? 3) Gab es noch weitere Veränderungen? 4) Wie wirkte sich die Stimmung auf ihre Arbeit/Arbeitskollegen aus? 5) Hatte der Vorfall Auswirkungen auf ihren Alltag und/oder auf ihre Familie? 6) Wie hat sich die Stimmung in der nächsten Zeit verändert? 7) Haben sie (an dem Tag selbst) vor dem Schlafen nochmal an die Situation gedacht? (wenn ja: hat sie das am Einschlafen gehindert?) 8) Denken Sie auch heute noch manchmal an die Situation? 9) → Wenn ja: wann/in welchen Situationen? 10) Wie stehen sie rückblickend zu dieser Situation? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Können Sie mir ihren Gemütszustand noch etwas genauer beschreiben? ○ Können sie mir dafür ein Beispiel nennen? ○ Inwiefern? ○ Wie genau kann ich mir das vorstellen? ○ Gibt es noch weitere Aspekte? ○ Welche genau?

<p>Wie sind Sie mit diesen Situationen umgegangen?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Klärungsversuch <ol style="list-style-type: none"> I. Kommunikation (Schlichtungs-Gespräch) II. Schriftliche Beschwerde III. Rechtliche Schritte 2) Ablenkung (Hobby) <ol style="list-style-type: none"> I. Sport II. Musik III. Lesen.... 3) Entladen (Kommunikation) <ol style="list-style-type: none"> I. Familie II. Freunde III. Kollegen 4) Betäubung <ol style="list-style-type: none"> I. Alkohol II. Zigaretten III. Party 5) Verdrängung 6) Rückzug/Isolation 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Was genau haben sie da gemacht? 2) Mit wem? 3) Wie lange? 4) Was war ihr Motiv dabei (Klärung, Rückzug, Ablenkung,...)? 5) → Wie wichtig war Ihnen dieser Aspekt? 6) → Waren andere Aspekte für sie auch wichtig? 7) Wieso haben sie sich genau für diesen Weg entschieden? 8) Inwiefern waren sie erfolgreich? 9) Würden sie es heute wieder so machen? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wie hat sich das genau abgespielt? ○ Welche Aspekte meinen sie da genau? ○ Können sie mir das noch ein bisschen genauer erklären? ○ Wieso?
<p>Was würden Sie sich generell wünschen, um mit solchen Situationen besser umgehen zu können?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gesprächsgruppen 2. Fallbesprechungen 3. Rechtliche Fortbildungen 4. Ethische Instanzen <ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fortbildungen • Ethische Konsile • Ethische Visite 5. Finanzielle Unterstützung <ul style="list-style-type: none"> • Mehr Arbeitskräfte • Weniger Druck Geld einzusparen 6. Umwelt <ul style="list-style-type: none"> • Mehr ernst genommen werden 7. Ich <ul style="list-style-type: none"> • Härter werden • Mich besser unter Kontrolle haben • 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Was wünschen sie sich konkret als Unterstützungsmaßnahmen? 2) → wieso? 3) Wie soll das genau ablaufen/wie stellen sie sich das vor? 4) Wer soll mitwirken? 5) Wie soll der zeitliche Rahmen sein? 6) Was glauben sie ist an dieser Form der Unterstützung so besonders hilfreich? 7) Glauben sie, dass es möglich das hier umzusetzen? 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Haben sie konkrete Vorstellungen? ○ Können sie mir das etwas genauer beschreiben? ○ Können sie hier noch etwas genauer ins Detail gehen? ○ Wie meinen sie das genau?

10.3. Anhang 3) Kodierleitfaden

Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring, 1994)
1) Bestimmung der Analyseeinheiten
2) Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen
3) Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus Generalisierung der Paraphrasen unter diesem Abstraktionsniveau
4) Reduktion durch Selektion, Streichen bedeutungsgleicher Paraphrasen
5) Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen auf dem angestrebten Abstraktionsniveau
6) Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem
7) Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

10.4. Anhang 4) Transkriptionsregeln

Transkriptionsregeln	
1.	Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend
2.	Vorhandene Dialekte werden in hochsprachlicher Form transkribiert
3.	Die Sprache und Interpunktion wird leicht geglättet, d.h. an das Schriftdeutsch angenähert, z.B. `ne → eine
4.	Füllwörter wie „ähm“ werden <u>nicht</u> transkribiert
5.	Wenn möglich, keine Kommasetzung, keine Gedankenstriche, keine Klammern.
6.	Die Anonymisierung hat eigene Regeln.
7.	Unterbrechungen durch Außen werden in Klammer beschrieben.
8.	Sprecherwechsel wird durch eine Leerzeile verdeutlicht.

Die Notierungen im Einzelnen:	
I:	Interviewer/in
B:	Befragte/r
[Absätze]:	Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um die Lesbarkeit zu erhöhen.
[Pausen]:	
(.)	Markiert eine kurze Pause
(n)	Markiert eine Pause von n Sekunden Dauer
(lacht)	in Klammern werden auffallende Lautäußerungen notiert, z.B. Räuspern,
[gleichzeitiges Sprechen]:	
B: (yyy)+	
I: +(xxx)	
	gleichzeitiges Sprechen, u.U. mit genauer Kennzeichnung des Einsetzens
[etwas war unverständlich]:	
drei Mal x: „xxx“	
(Wort-Abriss):	Wenn ein Wort nicht zu Ende gesprochen wurde wird es mit „...“ gekennzeichnet