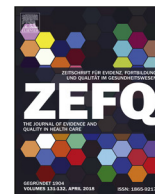




Contents lists available at ScienceDirect

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Schwerpunktreihe / Special Section „Methoden der Gesundheits- und Pflegeforschung“

Interventionen, um Moral Distress in der ambulanten Pflege zu reduzieren: eine Interviewstudie mit Pflegenden und Pflegeethiker*innen



Interventions for reducing moral distress in home care: An interview study with nurses and nursing ethicists

Julia Petersen^{a,b,*}, Ulrike Rösler^b, Gabriele Meyer^c, Christiane Luderer^c

^a Internationale Graduiertenakademie (InGrA), Institut für Gesundheits-, Hebammen- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

^b Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dresden, Deutschland

^c Institut für Gesundheits-, Hebammen- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät, Universitätsmedizin Halle, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

ARTIKEL INFO

Artikel-Historie:

Eingegangen: 17. Februar 2025

Revision eingegangen: 18. April 2025

Akzeptiert: 17. Mai 2025

Online gestellt: 19. Juni 2025

Schlüsselwörter:

Moralischer Stress

Ethik

Ambulante Pflege

Interventionen

Arbeitsbedingungen

Psychische Belastung

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Moral Distress beeinträchtigt die Gesundheit von beruflich Pflegenden und kann dazu führen, dass sie den Beruf frühzeitig verlassen. Über Gestaltungsmöglichkeiten zur Reduktion von Moral Distress im Kontext der ambulanten Pflege ist bisher wenig bekannt.

Ziel: Identifikation von Interventionen zur Reduktion von Moral Distress bei ambulant Pflegenden.

Methode: Interviews mit ambulant Pflegenden (Teilstudie 1, n = 20; 04–08/2023) aus Diensten unterschiedlicher Trägerschaft und verschiedenen Bundesländern sowie mit Pflegeethiker*innen (Teilstudie 2, n = 6; 10/2023–04/2024) wurden durchgeführt, transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Einerseits werden Interventionen benannt, die direkt an den Moral Distress auslösenden Situationen ansetzen oder die Arbeitsorganisation betreffen, z.B. eine verstärkte Evaluation informeller Pflege, familienfreundliche Arbeitszeitmodelle, Rückhalt der Vorgesetzten, Anpassung des Leistungs- und Abrechnungssystems und die verbesserte Zusammenarbeit der Gesundheitsakteur*innen. Andererseits wünschen sich die Befragten „ethische Interventionen“, wie z.B. Zugang zu Ethikberatung und verstärkte Austauschmöglichkeiten zu ethischen Fragen, z.B. im Rahmen von Teambesprechungen.

Schlussfolgerungen: Neben der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Schaffung einer positiven Organisationskultur stellen ambulante Ethikberatungen auf Trägerebene bzw. pflegedienstübergreifend eine wichtige Gestaltungsmöglichkeit zur Reduktion von Moral Distress bei ambulant Pflegenden dar.

ARTICLE INFO

Article History:

Received: 17 February 2025

Received in revised form: 18 April 2025

Accepted: 17 May 2025

Available online: 19 June 2025

Keywords:

Moral distress

Ethics

Home care nursing

Interventions

Working conditions

ABSTRACT

Background: Moral distress affects the health of home care nurses and can lead to the decision to leave the profession early. Little is known about the ways to reduce moral distress in the context of home care nursing.

Objective: Identification of interventions to reduce moral distress in home care nurses.

Method: Interviews with home care nurses (n = 20; 04–08/2023) from different organizations and with from different federal states and with care ethicists (n = 6; 10/2023–04/2024) were conducted, transcribed and analyzed via qualitative content analysis.

Results: On the one hand, interventions were identified that directly address the situations triggering moral distress or relate to the organization of work: e.g., support from superiors, evaluation of informal care, adaptation of the performance and billing system, family-friendly working time models, greater

* Korrespondenzadresse: Julia Petersen, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fabriciestrasse 8, 01099 Dresden, Deutschland.

E-Mail: petersen_j@ukw.de (J. Petersen).

scope for decision-making, and improved cooperation between healthcare stakeholders. On the other hand, the respondents would like to see “ethical interventions”, such as ethics counseling, and more opportunities for professional exchange, e.g., in the context of team meetings on ethical issues.

Conclusions: In addition to improving working conditions and creating a positive organizational culture, outpatient ethics consultations at provider level or across care services represent an important intervention.

Hintergrund

Aufgrund der Vulnerabilität Pflegebedürftiger spielen ethische Fragestellungen eine wichtige Rolle im pflegerischen Alltag. Werden diese nicht adäquat bearbeitet, kann es bei Pflegenden zu moralischem Belastungserleben kommen [1]. Eine Ausprägung hiervon ist der sogenannte Moral Distress (MD), dessen Konzept international theoretisch sowie empirisch fundiert wurde [1]. Laut Jameton [2] entsteht MD, wenn Pflegende – etwa aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen – nicht nach ihren moralischen Überzeugungen handeln können. Doch auch moralische Unsicherheit, wenn Pflegende nicht sicher sind, was die moralisch richtige Handlung ist, kann laut Campbell et. al. [3] zu MD führen. Zugleich wird MD als Zeichen für die moralische Sensibilität Pflegender verstanden und kann somit als Warnsignal fungieren [4]. Wird dieses Warnsignal nicht gehört, kann MD die Pflegenden durch negative Emotionen wie Angst, Traurigkeit oder Hilflosigkeit einerseits direkt in der erlebten Situation beeinträchtigen und andererseits durch Folgeerscheinungen wie Schlaflosigkeit, Depression oder Burnout ihre Gesundheit bedrohen [5]. Auch die Beziehung zwischen Patient*in und Pflegenden wird durch MD beeinflusst, was mit einer negativen Auswirkung auf die Pflegequalität verbunden ist [6].

Um MD zu adressieren, werden Workshops, Fortbildungen und verschiedene Diskussionsformate vorgeschlagen [7], wobei der Fokus parallel zur Forschung zu MD bisher auf stationären Pflege-settings lag [8]. Allerdings erleben auch Pflegende im ambulanten Bereich MD. So geben in einer empirischen Studie knapp 60 Prozent der ambulant Pflegenden an, z. B. aufgrund von betrieblichem oder finanziellem Druck nicht die Pflege ausführen zu können, die den eigenen berufsethischen Prinzipien entspricht [9]. MD hat auch für ambulant Pflegende gesundheitliche Folgen, etwa Burnout, und nährt den Wunsch, die aktuelle Stelle oder den Beruf zu verlassen (ebd.). Ursächlich sind beispielsweise Konflikte zwischen beruflichen und familiären Verpflichtungen (z. B. durch die kurzfristige Übernahme von Diensten), die unzureichende Versorgung der Pflegebedürftigen durch externe Stakeholder (Hausärzte, Krankenkassen) oder die Unvereinbarkeit der eigenen Vorstellungen von Pflege mit dem Abrechnungs- und Leistungssystem [9,10]. Die Identifikation von Interventionen zur Reduktion von MD in der ambulanten Pflege ist aufgrund der wachsenden Bedeutung des Versorgungssettings, der durch die Covid-19-Pandemie zusätzlich gestiegenen Arbeitsintensivierung [11] und des zugleich deutlichen Fachkräftemangels von besonderer Relevanz.

Ziele und Fragestellung

Die vorliegende Studie hatte zum Ziel, Interventionen zur Reduktion von MD in der ambulanten Pflege zu ermitteln. Diese wurden anhand von Verbesserungsvorschlägen ambulant Pflegender (Teilstudie 1) und Pflegeethiker*innen (Teilstudie 2) erschlossen. Die Beleuchtung dieser beiden Perspektiven verspricht eine Identifikation geeigneter Interventionen, die konkret, praxisbezogen und spezifisch MD adressieren, um die Gesundheit ambulant Pflegender zu schützen.

Methodik

Kontext und Ethikvotum

Die Datenschutzbeauftragte sowie die Ethikkommission der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin genehmigten das Studiendesign (BAuA: Nr. 062_2023). Die Teilnehmenden wurden vorab von der Erstautorin ausführlich über die Ziele und den Ablauf der Studie informiert und erklärten sich freiwillig zur Teilnahme bereit. Die Daten der Teilnehmenden wurden entsprechend des Datenschutzkonzeptes vertraulich behandelt. Die Studie folgt den Richtlinien der Good Clinical Practice.

Studiendesign und Datenerhebung

Teilstudie 1

In Teilstudie 1 wurden ambulant Pflegende einbezogen, die folgende Kriterien erfüllen: (a) sie sind in einem ambulanten Pflegedienst sozialversicherungspflichtig beschäftigt, (b) sie haben eine dreijährige Pflegeausbildung abgeschlossen, (c) sie sind mindestens 18 Jahre alt und (d) verfügen über mindestens ein Jahr Erfahrung in der ambulanten Pflege. Pflegende aus verschiedenen Pflegediensten und Bundesländern wurden von der Erstautorin interviewt, um strukturelle Verzerrungen zu minimieren. Die Intervieweinladung wurde an Pflegedienste versendet, die zufällig aus einer Pflegedienst-Liste ausgewählt wurden. Die Interviewdurchführung erfolgte von April bis August 2023 mit der Critical Incident Technique (CIT) an einem Ort der Wahl der Teilnehmenden. Die Interviewten waren aufgefordert, eine moralisch schwierige Situation zu beschreiben, die für sie wichtig war. Dabei wurden die Umstände, Handlungen und Ergebnisse der Situation erfasst. Die CIT eignet sich aufgrund der Lösungsorientierung gut zur Diskussion moralisch belastender Situationen. Ein Teil der Ergebnisse von Teilstudie 1, mit dem Fokus auf auslösende Situationen von MD in der ambulanten Pflege und bisherige Umgangsformen, wurde bereits publiziert [10].

Teilstudie 2

Teilstudie 2 mit Pflegeethiker*innen nutzte Expert*inneninterviews, um spezifisches Wissen ausgewählter Personen zu einem Themenbereich abzufragen [12]. Wer als Expert*in gilt, hängt von der Forschungsfrage ab. Im vorliegenden Fall wurden Personen angesprochen, die Vertreter*innen der professionellen Pflege mit Berufszulassung sind und sich zudem wissenschaftlich mit pflegeethischen Fragen befassen. Da es keine geschützte Bezeichnung „Pflegeethiker*in“ gibt, wurde die Expertise über relevante Publikationen ausgewiesen. Zur Rekrutierung der Expert*innen von Oktober 2023 bis April 2024 diente das Snowball-Sampling [13]. Mitglieder der Arbeitsgruppen „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin wurden per E-Mail zur Studienteilnahme eingeladen. Bei Interessensbekundungen erfolgte ein Abgleich mit den Einschlusskriterien. Am Ende der Interviews wurde nach potenziellen Interviewpartner*innen gefragt, um weitere relevante Akteur*innen zu identifizieren. Die Erstautorin führte die Inter-

views digital über die Plattform WebEx. Alle Teilnehmenden erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50 Euro.

Datenanalyse

Beide Teilstudien nutzten einen Leitfaden, der nach der Richtlinie von Kallio et. al. [14] erstellt wurde (Anhang A, Anhang 1 und 2). Die Interviews der Studie 1 wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, während die Interviews der Studie 2 mit der Aufzeichnungsfunktion von WebEx dokumentiert wurden. Alle Audioaufnahmen wurden nach festgelegten Regeln transkribiert [15]. Beide Teilstudien wurden inhaltsanalytisch ausgewertet, wobei bezüglich der Passung zur jeweiligen Interviewmethode für Teilstudie 1 die Methode nach Braun & Clarke [16] und für Teilstudie 2 die Methode nach Kuckharts [17] gewählt wurde. Die Datenorganisation erfolgte mit der Software MAXQDA 2020. Es fand keine Transkriptrückgabe an die Teilnehmenden statt. Auf das mehrfache Lesen der Transkripte und die Erstellung von Memos folgte die deduktive Ableitung von Hauptkategorien aus den Fragestellungen des Interviewleitfadens und die Zuordnung der Textstellen. Ergänzend wurden Subkategorien induktiv am Material gebildet. Die Codierung nahm die Erstautorin vor. Zwischenstände sowie das vorläufige Kategoriensystem wurden im Autorinnenteam besprochen, wobei nicht eindeutig zuordenbare Codes diskutiert und konsentiert wurden. Anhand des finalen Kategoriensystems wurde schließlich das gesamte Datenmaterial codiert.

Ergebnisse

Es wurden 20 Interviews mit ambulant Pflegenden und sechs mit Pflegeethiker*innen geführt (Anhang A, Anhang 3), die durchschnittlich 65 bzw. 43 Minuten dauerten.

Teilstudie 1: Sicht ambulant Pflegenden

Tabelle 1 zeigt das für Teilstudie 1 entwickelte Kategoriensystem. Aus den Antworten ergeben sich fünf thematisch unterschiedliche Gestaltungsbereiche mit jeweils mehreren konkreten Verbesserungsvorschlägen.

Interaktion mit Pflegebedürftigen und Angehörigen

Pflegende im ambulanten Setting nehmen Anteil an der Lebenswelt der Pflegebedürftigen. In diesem engen Kontakt mit ständiger Interaktion können Ursachen von MD und zugleich Optionen für Verbesserungen liegen.

Die Pflegenden wünschen sich, dass informelle Pflege engmaschiger begleitet und evaluiert wird, um eine zufriedenstellende Versorgungsqualität sicherzustellen und moralisch belastenden Situationen vorzubeugen.

Die Pflegenden sehen das Einfordern eines respektvollen Umgangs von Seiten des Pflegedienstes als Ansatzpunkt für Verbesserungen, denn oft liegt ein unrealistisches Dienstleistungsverständnis bei Pflegebedürftigen oder Angehörigen gegenüber den Möglichkeiten ambulanter Versorgung vor. So entstehen Konflikte über Pünktlichkeit, verfügbare Zeit und mögliche Leistungen. Dies kann zu moralischen Konflikten führen, indem etwa die Pflegenden sich der pflegebedürftigen Person verpflichtet fühlt, den Kontakt zu den Angehörigen – etwa aus Selbstschutz – aber vermeiden möchte.

„Ich bin nicht deren Sklave, ich bin nicht deren Untergebene. Ich bin für die Pflege ihres Kindes da. [...] und das wäre halt einfach schön, wenn man merkt, dass die es zu schätzen wissen, dass man kommt. Dann würden solche Sprüche auch nicht fallen, dass du das Geld nicht wert bist und das und jenes.“ (Pflegende 11)

Tabelle 1

Kategoriensystem ambulant Pflegende.

Haupt- und Subkategorien
Interaktion mit Pflegebedürftigen und Angehörigen • Kontinuierliche Evaluation der Pflegequalität informeller Pflege • Respekt und Wertschätzung von Pflegebedürftigen und Angehörigen • Aufklärung über Rahmenbedingungen der Pflege
Arbeitsorganisation im Pflegedienst • Individuelle Arbeitszeitmodelle • „Gerechte“ Verteilung der Pflegebedürftigen auf die Touren • Mehr Austauschmöglichkeiten (inkl. refinanzierte (ethische) Fallbesprechungen) • Verlässliche Ansprechperson bei (moralischen) Unklarheiten im Handeln • Mehr Rückhalt, Verständnis und Wertschätzung von Vorgesetzten • Rollen- und Aufgabenklarheit • Präventionskultur
Vernetzung der Gesundheitsakteur_innen • Telematikinfrastruktur • Erreichbarer Arzt/Ärztin
Rahmenbedingungen des Pflegeberufs • Verbesserte Renten- und Arbeitszeitbedingungen • Verbesserte personelle Ausstattung • Verbesserte Bezahlung • Anpassung des Abrechnungs- und Leistungssystems (inkl. mehr zeitlicher Spielraum, Zeitvergütung)
Pflege in der Gesellschaft • Stellenwert Pflegebedürftiger in Gesellschaft • Anerkennung der gesellschaftlichen Bedeutung von Pflege • Regulierung der Gewinnerwirtschaftung

Anmerkung: Fettdruck = Hauptkategorien, zugeordnete Unterpunkte = Subkategorien.

Das gesellschaftliche Erwartungsbild von Pflege deckt sich oft nicht mit der Realität ambulanter Dienste. Die Pflegenden wünschen sich mehr gesellschaftlichen Diskurs über ambulante Pflege und darüber, was sie unter den gegebenen Voraussetzungen leisten kann. Führungskräfte sollten bereits bei Vertragsabschluss die Rahmenbedingungen der innerhalb des derzeitigen Systems leistbaren Pflege offen kommunizieren.

„Patienten verstehen einfach nicht, dass wir, wenn wir früh anfangen, sie da nicht die einzigen sind, die wir dann versorgen, ja? Und oft wieder in Situationen reinkommen, wo man dann einfach sagt: „Sie, ich HAB jetzt nicht unten im Auto gewartet und eine Tasse Kaffee getrunken oder so, Sie sind jetzt meine zehnte KUNDIN, ja?“ Und: „OH, JA, es ist um ACHT, und ich bin schon die zehnte?“, und so. [...] Einfach DA ein bisschen Verständnis auch, dass die Leute einfach verstehen, wir wollen sie nicht ärgern.“ (Pflegende 3)

Arbeitsorganisation im Pflegedienst

Laut den Pflegenden würden familienfreundliche Arbeitszeitmodelle dabei helfen, private und berufliche Verpflichtungen zu vereinen. Eine ausgewogene Tour-Zusammensetzung der zugewiesenen Pflegebedürftigen anhand des Pflegegrades kann ebenfalls Stress und damit MD vorbeugen. Denn an den individuellen Bedarf der Pflegebedürftigen angepasste zeitliche Ressourcen würden eine Durchführung von Pflege, die mit den moralischen Überzeugungen der Pflegenden kongruent ist, ermöglichen.

Weil sie ihre Arbeit allein verrichten, wünschen sich die Pflegenden mehr Raum für Austausch, sowohl informell als auch formalisiert – etwa durch regelmäßige Fallbesprechungen, um einzelne Fälle pro- oder retrospektiv zu bearbeiten und damit MD zu reduzieren.

Weiterhin werden auf Ebene der Arbeitsorganisation klare Vorgaben oder Algorithmen der Handlungspriorisierung gewünscht, auf die Pflegende in kritischen Entscheidungssituationen zurückgreifen können; etwa, wenn der Zustand von Patient*innen einen Notruf erfordert, die wartenden Patient*innen aber auch versorgt werden müssen. Zudem sollte stets eine Ansprechperson des Pfl-

gedienstes erreichbar sein, um sich auch in Krisen- oder Konfliktsituationen der Unterstützung durch Vorgesetzte sicher zu sein.

Schließlich sehen die Pflegenden in der konsequenten Umsetzung von Arbeitsschutzmaßnahmen einen Ansatz zur Vermeidung von MD, da sie eigene gesundheitliche Belange oftmals vernachlässigen, um ihre Aufgaben zu erfüllen – sei es aufgrund des Zeitdrucks, dem Ausgesetztsein schädlicher Umgebungsbedingungen (z. B. Tabakrauch) oder der Bedrohungen durch Familienangehörige. Würden die gesundheitlichen Bedürfnisse der Pflegenden bereits in der Arbeitsorganisation mitgedacht werden, könnten Situationen vermieden werden, in denen MD etwa durch Konflikte der Werte *Selbstsorge* und *Fürsorge* entsteht.

Vernetzung der Gesundheitsakteur*innen

Die Pflegenden wünschen sich eine verbesserte Zusammenarbeit, insbesondere mit den betreuenden Hausarztpraxen, um prekären Versorgungssituationen vorzubeugen. Kommunikationswege über die Telematikinfrastruktur könnten laut Interviewpartner*innen niedrigschwellig Absprachen zwischen ambulant Pflegenden und Ärzt*innen ermöglichen. Gerade wenn Pflegende dringend eine ärztliche Einschätzung wünschen (z. B. psychische Krisen oder sich verschlechternde Wunden der zu Pflegenden), ist eine gute ärztliche Erreichbarkeit wichtig.

„Was ich mir da gewünscht hätte, wäre ein Arzt, der Präsenz ZEIGT und dann Einwirkung hat auf seine Patientin, und dann aber AUCH im Rahmen der, wie sagt man, ähm Gefahr im Verzug zu sehen, dass sie eben nicht mehr bewerten kann, FÜRSorge für ihren Gesundheitszustand zu treffen, sie rausholt im Rahmen einer Betreuung, raus aus der Häuslichkeit, und dann stationär einfach die Versorgung sicherstellt, die die überforderte Tochter ja gar nicht leisten konnte.“ (Pflegerin 14)

Rahmenbedingungen des Pflegeberufs

Als weitere Gestaltungsmöglichkeit zur Reduktion von MD nennen die Pflegenden eine Stundenreduzierung bei Lohnausgleich. Zudem sehen sie aufgrund der hohen Arbeitsbelastung die Schwierigkeit, bis ins Rentenalter in der ambulanten Pflege arbeiten zu können. Ein früherer Renteneintritt ohne Abschläge würde – aus Sicht der Befragten – neben der gesundheitlichen Entlastung eine Aufwertung des Berufs bedeuten.

Die Aufstockung des Pflegepersonals wird ebenfalls als Möglichkeit zur Reduktion von MD gesehen, weil davon eine Entspannung in der Taktung der Touren und mehr Flexibilität bei kurzfristiger Übernahme von Diensten erwartet wird.

„Einfach wenn man mehr Personal hat, ich glaube, dann würde alles leichter werden. Und dann hätte man auch nicht mehr diesen MD, dass man sagt, ich mache jetzt die Tür zu, obwohl da viel mehr nötig wäre.“ (Pflegerin 12)

Die Bezahlung spielt trotz Verbesserung des Lohnniveaus der letzten Jahre für die Pflegenden ebenfalls eine Rolle. Die Diskrepanz im Lohnniveau zwischen Kranken- und Altenpflege wird als kränkend empfunden. Lohnangleichungen sind notwendig, um Personal zu gewinnen und auch den eigenen Lebensunterhalt zu sichern.

Die Pflegenden thematisieren darüber hinaus eine Reform des ambulanten Abrechnungs- und Leistungssystems, das zu einer „Minutenpflege“ führt und dazu, ihrer Meinung nach, unangemessene Pflege begünstigt. Einige sprechen sich für die sogenannte Zeitvergütung aus, in der situativ Pflegesachleistungen ausgehandelt werden können, weil es der aktuelle Bedarf erfordert. Dies würde sowohl die Autonomie und Verantwortung der Pflegenden als auch die Versorgungsqualität erhöhen.

Pflege in der Gesellschaft

Pflegebedürftige Menschen sind laut den Befragten in der Gesellschaft nicht sichtbar genug und leiden häufig unter Einsamkeit. Die Pflegenden wünschen für sie mehr Teilhabemöglichkeiten, z. B. tiergestützte Therapien oder Ausflüge.

Weiterhin leiden die Pflegenden unter dem schlechten Image der Pflege und wünschen die Schaffung eines positiven Bilds von ambulanter Pflege in der Gesellschaft.

„In der ambulanten Pflege fehlt die Anerkennung vollständig. Aber ob es jetzt die Chefin ist, oder ob es die Familien sind, die Anerkennung fehlt/ Ich, ich brauche nicht jemanden, der mir jeden Tag „Danke, danke“ sagt. „Oh, Mensch, bin ich dir dankbar“, aber ein kleines bisschen mehr Wertschätzung wäre schön.“ (Pflegerin 11)

Schließlich regen die Pflegenden eine staatliche Trägerschaft ambulanter Pflegedienste an, denn deren zunehmende Privatisierung sehen sie aufgrund der Gewinnfokussierung kritisch.

Im Folgenden werden die von Pflegeethiker*innen genannten Interventionen zur Reduktion von MD dargestellt.

Teilstudie 2: Sicht von Pflegeethiker*innen

Die aus dem Interviewmaterial abgeleiteten Haupt- und Subkategorien zeigt [Tabelle 2](#). Aus dem Interviewmaterial ergeben sich zehn Gestaltungsbereiche.

Thematisierungsverantwortung

Um MD in der ambulanten Pflege zu bearbeiten, ist laut den befragten Expert*innen seitens der Pflegenden ein konsequentes Ansprechen moralisch belastender Situationen bei den Vorgesetzten unabdingbar.

Für eigene Werte einstehen

Zudem sehen die Expert*innen die Pflegenden selbst in einer einflussreichen Position, in der sie entscheiden können und sollten, unter welchen Bedingungen sie arbeiten.

„Also eine Pflegekraft kann heute sofort jedem Chef sagen: „Nee, weißt du, dann mach es allein.“ Ich gehe. Wir haben unter diesen Bedingungen gar keinen Arbeitsvertrag abgeschlossen. Dann gehe ich halt zum nächsten.“ (Pflegeethikerin 1)

Tabelle 2

Kategoriensystem Pflegeethiker_innen.

Haupt- und Subkategorien
Thematisierungsverantwortung
Für eigene Werte einstehen
Partizipation Pflegenden an Arbeitsprozessgestaltung
Etablierung gelingender Kooperation mit Gesundheitsakteur*innen
Ethische Sicherheit durch klare Vorgaben
Positive Organisationskultur
- Regelmäßige Teambesprechungen abhalten - Gelebte Fehlerkultur etablieren - Rückhalt Vorgesetzter
Ethische Interventionen
- Ethische Fallberatung - Ethik in der Übergabe - Ethik-Cafés - Ethik in der Aus- und Weiterbildung
Professionalisierung vorantreiben
- Politische Vorgaben für ausreichende Qualifikation und Akademisierung - Politische Vertretung in politischen Entscheidungsgremien - Gesetzliche Grundlage für erweiterte Verantwortungsbereiche
Care-Arbeit sichtbar machen
Reform des Pflegesystems

Anmerkung: Fettdruck = Hauptkategorien, zugeordnete Unterpunkte = Subkategorien.

Partizipation Pflegender an Arbeitsprozessgestaltung

Die Pflegenden sollten in sie betreffende Prozesse des Pflegedienstes einbezogen werden. Damit lassen sich moralisch schwierige Situationen, die etwa durch Zeitdruck bei überladenen Touren entstehen, vorbeugen.

„Das heißt, Pflege sollte mehr ernstgenommen werden, wenn sie sich einbringt.“ (Pflegeethikerin 2)

Etablierung gelingender Kooperation mit Gesundheitsakteur*innen

Ambulante Pflege ist auf die Zusammenarbeit mit Stakeholdern wie Hausärzten, Krankenkassen und Kliniken angewiesen. Eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe hilft, die Patientenversorgung qualitativ abzusichern und somit MD vorzubeugen.

Ethische Sicherheit durch klare Vorgaben

Viele Situationen, die MD auslösen, lassen sich verhindern, wenn innerhalb der Pflegedienste klar geregelt ist, was in welcher Situation zu tun ist. Die Expert*innen sehen deshalb in ethischen Leitlinien ein Instrument, um den Pflegenden in potenziell wiederkehrenden, schwierigen Situationen wie Verwahrlosung, Suizidwünschen, Miterleben oder Betroffensein von Gewalt Orientierung und Sicherheit zu geben.

„Und das DRITTE noch als Prävention ist ein GANZ klares Prozedere: Wie gehe ich bei Gefährdungen der Sicherheit der Person zu HAUSE oder des WohlbeFINDENS, Wohlergehens, wie gehe ich da vor?“ (Pflegeethiker 5)

Positive Organisationskultur

Die Organisationskultur mit ihren vielen Komponenten ist den Expert*innen zufolge relevant, um ein positives Arbeitsklima zu schaffen, in dem ethische Fragestellungen angesprochen werden können. Verbindliche Teambesprechungen schaffen Raum für die Themen der Mitarbeitenden. Eine positive Fehlerkultur ermöglicht, Unsicherheiten oder Fehler unter Kolleg*innen offen anzusprechen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen, ohne dass Einzelne difamiert werden.

Führungspersonen tragen laut Expert*innen wesentlich dazu bei, MD bei Pflegenden vorzubeugen oder abzufangen. Die direkten Vorgesetzten, in der Regel Teamleitungen oder Pflegedienstleitungen, stehen in der Verantwortung, sensibel mit ethischen Fragestellungen ihrer Mitarbeitenden umzugehen. Andernfalls besteht die Gefahr einer sekundären Verletzung, etwa wenn Pflegende eine moralisch belastende Situation weiterleiten, aber nicht ernst genommen oder keine Konsequenzen gezogen werden.

Ethische Interventionen

Laut Expert*innen ermöglicht das Schaffen eines Bewusstseins für ethische Fragestellungen im Pflegeteam, Erlebtes zu bearbeiten und damit MD vorzubeugen. Hierfür eignen sich Fort- und Weiterbildungen, in denen praxisnah für das Thema sensibilisiert wird. Feste Strukturen, wie eine Ansprechperson für ethische Fragen (Ethikbeauftragte), können ethische Fragestellungen adressieren. Niedrigschwellige Angebote wie Ethik-Cafés oder „Ethikslots“ in der Übergabe können Raum schaffen, um ethische Fragestellungen zu diskutieren. Schließlich stellt laut Expert*innen die Ethikberatung den Goldstandard zur Bearbeitung konkreter ethischer Fragestellungen dar.

„Also die [ethische Fallbesprechungen] DIENEN ja schon auch in erster Linie zu einer guten ethischen Entscheidungsfindung für den Betroffenen. Aber haben ja durchaus auch den ganz deutlichen Paralleleffekt, MD reduzieren zu können, also dass ethische Fallbesprechungen ja eben eigentlich genau dabei helfen, das jetzt vielleicht zu sortieren.“ (Pflegeethikerin 6)

Im Rahmen einer ambulanten Ethikberatung sollten laut Expert*innen konkrete Fälle unter Einbezug aller relevanten Akteur*innen (z. B. Hausärzte, Pflegende, Live-Ins [18], ggf. SAPV-Team etc.) lösungsorientiert analysiert werden. Als notwendige Voraussetzungen werden eine externe, qualifizierte Moderation und ausreichende Finanzierung genannt. Zudem ist sensibel mit der Besetzung des Beratungskreises (z. B. Geschäftsführung) umzugehen. Kooperierende Hausärzte und Therapeut*innen sollten einbezogen werden. Ambulante Ethikberatungen sollten auf Trägerebene angesiedelt sein, um bei Bedarf von einzelnen Pflegediensten angesprochen zu werden. Für private Pflegedienste gibt es in Deutschland bereits vereinzelte mobile Ethikberatungen, die jedoch ausgebaut werden müssten.

Professionalisierung vorantreiben

In der aktuellen Deprofessionalisierung der ambulanten Pflege sehen die Expert*innen eine potenzielle Gefahrenquelle für MD. Denn eine damit einhergehende Verschlechterung der Versorgungsqualität, Fehler von unzureichend qualifizierten Kolleg*innen oder ein semi-professionelles Selbstverständnis von Pflege erhöhen das Risiko für moralisch schwierige Situationen. Eine Interventionsmöglichkeit besteht darin, politische Vorgaben – etwa Fachkräftequoten – für die ambulante Pflege zu schaffen, die eine ausreichende Qualifizierung sicherstellen. Zudem sollte die Akademisierung des Pflegeberufs vorangetrieben werden, um den komplexen ambulanten Versorgungssituationen professionell und damit nachhaltig wirksam zu begegnen.

Darüber hinaus wird die politische Vertretung des Berufsstands als wesentlicher Professionalisierungsbaustein erachtet. Insbesondere die Vertretung durch Pflegekammern und ein Mitspracherecht im Gemeinsamen Bundesausschuss sind nötig, um die Rahmenbedingungen von Pflege mitzugestalten und auf die MD auslösenden Strukturen und Situationen Einfluss zu nehmen. Zudem sehen die Expert*innen die Notwendigkeit, Verantwortungsbereiche im ambulanten Setting neu zu verteilen und Konzepte wie Advanced Nursing Practice und Community Health Nurse zu etablieren.

„Wer entscheidet denn über die Verteilung oder den Zugang zu Ressourcen? Wir haben im G-BA keine Pflegevertretung. Da geht es um Ressourcen. Wir haben keine Pflegekammern, [...] also da fehlt es, denke ich, ganz klar an der Vertretung.“ (Pflegeethikerin 2)

Care-Arbeit sichtbar machen

Hinter dem Phänomen MD steht den Expert*innen zufolge die Marginalisierung von Pflege als Care-Tätigkeit in unserer Gesellschaft, die strukturell unterfinanziert und unterbewertet ist. Gestaltungsmöglichkeiten bestehen somit in der gesellschaftlichen Aufwertung von Pflege als Sorge-Arbeit.

„Die erlebte Machtlosigkeit, die sich im MD äußert, ist eben Ausdruck einer Machtlosigkeit von Care gegenüber anderen Prozessen und anderen Formen des Wirtschaftens.“ (Pflegeethikerin 2)

Reform des Pflegesystems

Auch eine Reform der ambulanten Pflegestrukturen würde laut Expert*innen im Kampf gegen MD helfen. Insbesondere eine Vergütung nach Zeit könnte die eng getakteten Tourenpläne entspannen und den Pflegenden mehr Freiheiten für eine bedarfsgerechte Pflege einräumen.

„Man kann sich ja fragen, ob es wirklich so viel teurer wäre, wenn man hier mehr Pflegegesetzmäßigkeiten folgen würde. Ich hätte da Zweifel, weil wir durch diese starke Betriebswirtschaftlichkeit,

die wir auf allen Ebenen haben, ja auch UNglaublich viele Ressourcen allein dafür ins System hineinpresse.“ (Pflegeethikerin 2)

Diskussion

Die vorliegende Studie fragte Pflegende sowie Pflegeethiker*innen nach Interventionen zur Reduktion von MD in der ambulanten Pflege und schließt somit an die bereits erfolgte Herausarbeitung moralisch schwieriger Situationen [10] an.

Ambulant Pflegende wünschen sich Verbesserungen, die direkt an den Situationen ansetzen, in denen für sie MD entsteht, so etwa bei der Interaktion mit Pflegebedürftigen und Angehörigen, die Erwartungen an Pflegende stellen, die diese nicht erfüllen können. Auch in der Arbeitsorganisation des Pflegedienstes wird Gestaltungsbedarf gesehen – z. B. in der gerechten Tourenplanung. Adäquat zu Wachholz et. al. [19] wird bestätigt, dass MD bei Pflegenden insbesondere mit der Möglichkeit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen, zusammenhängt. Die Rahmenbedingungen des Pflegeberufs sowie die Rolle von Pflege in der Gesellschaft sollten aus Sicht der Befragten angepasst werden, um moralisch belastende Situationen zu reduzieren.

Pflegeethiker*innen sehen die Pflegenden selbst in der Verantwortung, ethische Arbeitsbedingungen einzufordern. Eine solche positive und ethische Arbeitsumgebung zu schaffen und sich unethischen Praktiken entgegenzusetzen, fordert auch der ICN-Ethikkodex [20]. Demnach gilt es, und das Unterstreichen die Studienergebnisse einmal mehr, Veränderungen im Pflegedienst (z. B. Partizipative Prozessgestaltung) sowie in der Gesellschaft (z. B. Reform des ambulanten Pflegesystems) anzustoßen.

Beide Gruppen weisen Überschneidungen hinsichtlich der geforderten Verbesserungsmaßnahmen auf. Erstens ist die engere Zusammenarbeit der verschiedenen Akteur*innen im ambulanten Setting für beide Gruppen wesentlich, um moralisch herausfordernde Situationen zu vermeiden. Auch Lamiani et. al. [21] beschreiben, dass die unzufriedenstellende Zusammenarbeit von Pflegenden und anderen Berufsgruppen mit dem Erleben von MD verbunden ist. Im ambulanten Bereich gestaltet sich die Zusammenarbeit noch einmal als besondere Herausforderung, da sich die Akteur*innen nicht unter einem Dach befinden, anders als etwa im Kliniksetting. Zweitens betonten die Teilnehmenden beider Teilstudien die Bedeutung des Rückhalts der Vorgesetzten. Werden Pflegende bei Meldungen moralisch schwieriger Situationen an ihre Vorgesetzten von diesen nicht ernst genommen, entsteht eine Art „sekundäre Verletzung“, auch als „betrayed of trust“ beschrieben; das Vertrauen in die Person, die für den eigenen Schutz zuständig sein sollte, wird enttäuscht. Dies führt zu einer zusätzlichen Verletzung und ist ein Risikofaktor für psychische Beanspruchung und Erkrankungen [22]. Die befragten Pflegeethiker*innen fordern eine positive Organisationskultur, in der Pflegende moralische Fragestellungen ansprechen können und gehört werden. In der Literatur werden insbesondere die positiven Auswirkungen des ethischen Klimas – als Teil der Organisationskultur – auf die Arbeitsumgebung und bei der Reduktion von MD benannt [23]. Und drittens benennen beide Personengruppen den Zugang zu Ethikberatung als umzusetzende Intervention. Die Wirksamkeit klinischer Ethikberatung zur Reduktion von MD wurde belegt [24] und auch zur positiven Wirkung von Ethik-Cafés gibt es Hinweise [25]. Im ambulanten Bereich sind Ethikberatungen bislang jedoch weniger verbreitet, es bestehen nur einzelne Projekte oder Modellvorhaben [26]. Bildungsangebote zur ethischen Sensibilisierung sind jedoch vielversprechend [27], um MD zu reduzieren. Dies liegt insbesondere nahe, da Bildungsangebote zum Thema Ethik Pflegende dazu ermächtigen moralisch belastende Situationen zu benennen und die Probleme zu versprachlichen [8]. Zudem wird das Selbstbewusstsein, moralisch zu handeln, positiv beeinflusst

[28]. Diskursive Runden, in denen Raum für Gespräche und ethische Fragestellungen geschaffen wird [29], erscheinen insbesondere durch das entstehende Wir-Gefühl und die Verbesserung der Arbeitsatmosphäre zur Reduktion von MD beizutragen [8].

Auch weitere MD reduzierende Interventionen, die in systematischen Übersichtsarbeiten identifiziert wurden, fokussieren das klinische Setting [7,30]. Aufgrund der komplex gestalteten Interventionen der Primärstudien und methodologischen Schwierigkeiten ist die vorliegende Evidenz bisher ungenügend [7]. Es besteht weiterer Forschungsbedarf, inwieweit die Übertragung dieser Interventionen auf den ambulanten Bereich möglich ist.

Zusammenfassend kann MD als Impulsgeber für Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege genutzt werden. Situationen, die bei ambulant Pflegenden MD auslösen (z. B. kurzfristige Dienstübernahme, Zeitdruck durch Tourenverdichtung), kann durch Arbeits- und Organisationsgestaltung präventiv begegnet werden. Die Optimierung dieser Arbeitsmerkmale würde nicht nur die Entstehung von MD positiv beeinflussen, sondern auch die allgemeine Arbeitsbelastung reduzieren. Andere moralisch schwierige Situationen lassen sich möglicherweise nicht von vornherein vermeiden, können aber durch organisatorische Maßnahmen des Pflegedienstes (z. B. Einschreiten Vorgesetzter bei gewalttätigen Übergriffen) oder überbetriebliche Angebote (z. B. Ethikberatung) aufgefangen werden, um negative gesundheitliche Konsequenzen für Pflegende abzumildern.

Limitationen

Einige der ambulant Pflegenden in Teilstudie 1 hatten zusätzlich zu ihrer pflegerischen Tätigkeit Leitungsaufgaben. Dies könnte ihr Erleben in Bezug auf MD beeinflusst haben. Die Gespräche der Teilstudie 2 fanden per Video statt. Dies kann die Gesprächsatmosphäre im Vergleich zu persönlichen Interviews beeinflussen [31]. Die Auswahl der Teilnehmenden ist durch das Snowball-Sampling geprägt von den sozialen Kontexten der Interviewpartner*innen. Der Begriff „Pflegeethiker*in“ ist nicht standardisiert; die Expertise basiert auf relevanten Publikationen und praktischen Erfahrungen. Sobald in einem Interview keine neuen Themen mehr aufkamen, wurde von Datensättigung ausgegangen und auf das Anfragen weiterer Personen verzichtet. Die Exploration der von MD Betroffenen sowie einer Berufsgruppe, die sich auf der Metaebene mit dem Phänomen beschäftigt, ermöglicht eine umfassende Beleuchtung des Themas.

Schlussfolgerungen

Die Interviewergebnisse zeigen, dass Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen nötig sind, um ambulant Pflegende vor MD zu schützen. *Pflegende* selbst stehen in der Verantwortung, moralisch schwierige Situationen konsequent an Vorgesetzte weiterzugeben und Lösungen einzufordern. Auf Ebene des *Pflegedienstes* gilt es, eine positive Organisationskultur zu schaffen, in der Fehler als Anreiz für Verbesserungen gesehen werden und eine unterstützende Atmosphäre zwischen Vorgesetzten und Pflegenden herrscht. Die Kooperation mit anderen Gesundheitsakteur*innen muss verbessert werden, um Patient*innen bestmöglich zu versorgen. Die Sensibilisierung für moralische Fragestellungen im Pflegedienst sollte neben dem Ausbau von ambulanten Ethikberatungsstrukturen durch Fort- und Weiterbildungen vorangetrieben werden. Auf *gesellschaftlicher bzw. politischer Ebene* bedarf es einer Aufwertung von Pflege als Care-Arbeit, was neben angemessener Entlohnung und Intensivierung von Akademisierungsbemühungen auch mit berufspolitischer Vertretung in Entscheidungsgremien verbunden ist. Eine Reform ambulanter Pflegearbeit, insbesondere des Abrechnungs- und Leistungssystems, muss mit dem berufs-

ethischen Selbstverständnis ambulant Pflegender kongruent sein, um MD vorzubeugen.

Förderung

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin förderte die Projektdurchführung und Forschungsaktivitäten der Autorinnen im Rahmen dieser Studie (Projekt F2521).

Danksagung

Die Autorinnen bedanken sich bei allen Interviewteilnehmenden, die sich trotz ihres stressigen Alltags in Pflege oder Wissenschaft Zeit für ein Gespräch genommen haben. Weiterer Dank geht an die Graduiertenakademie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und die Arbeitsgruppe „Arbeitsgestaltung bei personenbezogenen Dienstleistungen“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin für die kollegiale Unterstützung und den fachlichen Austausch zur Interpretation der Daten.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnenschaft

Julia Petersen: Beitrag zur Konzeption oder zum Design der Arbeit, Beitrag bei der Erfassung, Analyse oder der Interpretation der Daten, Manuskripterstellung oder kritische Überarbeitung von wichtigen intellektuellen Inhalten des Manuskripts, Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation, Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen. Ulrike Rösler: Beitrag zur Konzeption oder zum Design der Arbeit, Beitrag bei der Erfassung, Analyse oder der Interpretation der Daten, Manuskripterstellung oder kritische Überarbeitung von wichtigen intellektuellen Inhalten des Manuskripts, Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation, Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen. Gabriele Meyer: Beitrag zur Konzeption oder zum Design der Arbeit, Beitrag bei der Erfassung, Analyse oder der Interpretation der Daten, Manuskripterstellung oder kritische Überarbeitung von wichtigen intellektuellen Inhalten des Manuskripts, Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation, Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen. Christiane Luderer: Beitrag zur Konzeption oder zum Design der Arbeit, Beitrag bei der Erfassung, Analyse oder der Interpretation der Daten, Manuskripterstellung oder kritische Überarbeitung von wichtigen intellektuellen Inhalten des Manuskripts, Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation, Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen.

Anhang A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2025.05.005>.

Literatur

- [1] Riedel A, Goldbach M, Lehmeyer S. Moralisches Belastungserleben und moralische Resilienz: Begriffliche Darlegungen und theoretische Einordnungen zur Hinführung. In: Annette Riedel SL, Magdalene Goldbach, editor. *Moralische Belastung von Pflegefachpersonen: Hintergründe – Interventionen – Strategien*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2023. p. 3–33.
- [2] Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 1984.
- [3] Campbell SM, Ulrich CM, Grady C. A broader understanding of moral distress. *Am J Bioeth* 2016;16(12):2–9.
- [4] Monteverde S. Caring for tomorrow's workforce: moral resilience and healthcare ethics education. *Nurs Ethics* 2016;23(1):104–16.
- [5] Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2012;24(1):91–100.
- [6] Hasanlo M, Azarm A, Asadi P, Amini K, Ebrahimi H, Jafarabadi MA. Analytical study of care quality and moral distress in clinical situations and patient care. *Front Nurs* 2019;6(4):327–34.
- [7] Imbulana DI, Davis PG, Prentice TM. Interventions to reduce moral distress in clinicians working in intensive care: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs* 2021;66:103092.
- [8] Wocial L, Miller G, Montz K, LaPradd M, Slaven J. Evaluation of interventions to address moral distress: a multi-method approach. *HEC Forum* 2023;1–29.
- [9] Petersen J, Melzer M. Predictors and consequences of moral distress in home-care nursing: a cross-sectional survey. *Nurs Ethics* 2023;30(7–8):1199–216.
- [10] Petersen J, Rösler U, Meyer G, Luderer C. Understanding moral distress in home-care nursing: an interview study. *Nurs Ethics* 2024;31(8):1568–85.
- [11] Petersen J, Müller H, Melzer M. Wahrgenommene Veränderungen der Belastungssituation ambulant Pflegender während der COVID-19-Pandemie: ergebnisse einer Online-Befragung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh.wes.* 2024;184:26–33.
- [12] Liebold R, Trinczek R. Experteninterview. In: Kühl S, Strodtholz P, Taffertshofer A, editors. *Handbuch Methoden der Organisationsforschung: Quantitative und Qualitative Methoden*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2009. p. 32–56.
- [13] Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. *Qualitative Sozialforschung – Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag; 2013.
- [14] Kallio H, Pietilä A-M, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs* 2016;72(12):2954–65.
- [15] Dresing TP, T. *Praxisbuch Interview, Transkribieren & Analyse*. Marburg: Eigenverlag; 2015.
- [16] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3:77–101.
- [17] Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2018.
- [18] Rösler U, Nguyen D, Skwarek A, Wegge J, Petersen J, Melzer M. *Arbeit in der häuslichen Betreuung II: Anforderungen und Ressourcen im Arbeitsalltag*. Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. baw: Fakten; 2024.
- [19] Wachholz A, Dalmolin GL, Silva AMD, Andolhe R, Barlem ELD, Cogo SB. Moral distress and work satisfaction: what is their relation in nursing work? *Rev Esc Enferm USP* 2019;53:e03510.
- [20] Klotz K, Riedel A. Moralisches Belastungserleben von Pflegefachpersonen im Lichte des ICN-Ethikkodex. *Ethikjournal* 2023;1.
- [21] Lamiani G, Borghi L, Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol* 2017;22(1):51–67.
- [22] Park S, Thrul J, Cooney EE, Atkins K, Kalb LG, Closser S, et al. Betrayal-based moral injury and mental health problems among healthcare and hospital workers serving COVID-19 patients. *J Trauma Dissociation* 2024;25(2):202–17.
- [23] Noh YG, Kim SY. Factors of hospital ethical climate among hospital nurses in Korea: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)* 2024;12(3).
- [24] Crico C, Sanchini V, Casali PG, Pravettoni G. Evaluating the effectiveness of clinical ethics committees: a systematic review. *Med Health Care Philos* 2021;24(1):135–51.
- [25] Eigler M, Maier M, Püschel M. Interprofessionelle Ethik hält gesund – Ethik als Element der betrieblichen Gesundheitsförderung? *Irchelpark: Pflegezentren Mattenhof*; 2014.
- [26] Simon A. *Ethikberatung im Gesundheitswesen*. In: Riedel A, Lehmeyer S, editors. *Ethik im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer, Berlin Heidelberg; 2020. p. 1–10.
- [27] Emami Zeydi A, Ghazanfari MJ, Suhonen R, Adib-Hajbaghery M, Karkhah S. Effective interventions for reducing moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics* 2022;29(4):1047–65.
- [28] Grady C, Danis M, Soeken KL, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, et al. Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? *Am J Bioeth* 2008;8(4):4–11.
- [29] Helft PR, Bledsoe PD, Hancock M, Wocial LD. Facilitated ethics conversations: a novel program for managing moral distress in bedside nursing staff. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 2009;11(1):27–33.
- [30] Dacar SL, Covell CL, Papathanassoglou E. Addressing moral distress in critical care nurses: a systemized literature review of intervention studies. *Connect: The World of Critical Care Nursing* 2019;13(2):71–89.
- [31] Nicklich M, Röbenack S, Sauer S, Schreyer J, Tihlarik A. Qualitative Sozialforschung auf Distanz. Das Interview im Zeitalter seiner virtuellen Durchführbarkeit. *Forum Qual Soc Res* 2023;24.