

Moral Distress in der ambulanten Pflege

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizinischen Wissenschaften (Dr. rer. medic.)

für das Fachgebiet Gesundheits- und Pflegewissenschaften

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Julia Petersen

Betreuerin: Prof. Dr. Gabriele Meyer

Gutachter*innen:

Prof. Jan Schildmann, Halle (Saale)

Prof. Annette Riedel, Esslingen

Datum der Verteidigung: 16.02.2026

Referat

Zielsetzung: Das Ziel dieses Dissertationsvorhabens bestand darin, das Phänomen des „Moral Distress“, einer psychologischen Reaktion auf moralisch herausfordernde Situationen, erstmals gezielt im Kontext der ambulanten Pflege in Deutschland zu erforschen. Durch die Untersuchung des Ausmaßes und der Bedeutung des Phänomens sollte ein Beitrag dazu geleistet werden, Gestaltungsmaßnahmen zur Reduktion von Moral Distress bei ambulant Pflegenden zu identifizieren und dadurch deren Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sowie die Leistungsfähigkeit des ambulanten Versorgungssystems zu stärken.

Methoden: Um dieses Ziel zu erreichen, wurden 1) in einer quantitativen Querschnittserhebung das Ausmaß moralisch schwieriger Situationen in der ambulanten Pflege und die damit assoziierten Beanspruchungsfolgen erfasst sowie mittels Rasch-Analyse und Regressionsanalysen mit Moral Distress in Verbindung stehende Arbeits- und Organisationsmerkmale exploriert, 2) in einer qualitativen Interviewstudie mit ambulant Pflegenden inhaltsanalytisch die auslösenden Situationen für Moral Distress in der ambulanten Pflegearbeit identifiziert, um 3) in einer zweiten qualitativen Interviewstudie mit Pflegeethiker*innen ebenfalls inhaltsanalytisch Ansätze für (betriebliche) Interventionen sowie für Verbesserungen der Rahmenbedingungen in der ambulanten Pflege abzuleiten.

Ergebnisse: Die quantitative Erhebung (05-06/2022) mit 976 ambulant Pflegenden zeigte, dass Moral Distress in der ambulanten Pflege weit verbreitet ist und mit starken Beeinträchtigungen für Pflegende einhergeht. Arbeits- und organisationsbezogene Faktoren, wie z. B. die emotionale Belastung, spielen bei der Entwicklung von Moral Distress eine bedeutende Rolle. Die qualitative Interviewstudie mit 20 ambulant Pflegenden (04-08/2023) zeigte, dass Moral Distress etwa durch die unzureichende Versorgung Pflegebedürftiger oder Konflikte zwischen Berufsethik und Abrechnungssystem entstehen. Laut quantitativen Analysen stellt die Beanspruchung durch Moral Distress u. a. einen Prädiktor für die Entstehung von Burnout-Symptomen und die Absicht, die Arbeitsstelle und den Beruf vorzeitig zu verlassen, dar. Pflegende berichten kurz- und langfristige Beanspruchungsfolgen wie destruktive Kognitionen, negative Emotionen, körperliche Beschwerden und gesundheitsgefährdendes Verhalten. Schließlich legten die Ergebnisse der qualitativen Interviewstudie mit Pflegeethiker*innen (n = 6; 10/23-04/2024) offen, dass Maßnahmen zur Reduktion von Moral Distress zum einen an den Arbeitsbedingungen ansetzen sollten (z. B. familienfreundliche Schichtsysteme, Reduktion von Zeitdruck, verbesserte Zusammenarbeit der Stakeholder). Zum anderen sollten flächendeckend ambulante Ethikberatungen auf Trägerebene bzw. pflegedienstübergreifend etabliert und finanziell gefördert werden, um ambulant Pflegende vor den negativen Folgen von Moral Distress zu schützen.

Schlussfolgerungen: Pflegende, Pflegedienste, Träger und Politik müssen aktiv werden, um Moral Distress und dessen negativen gesundheitliche Folgen entgegenzuwirken. Weitere Forschung, etwa zur konzeptionellen Abgrenzung von Moral Distress und zu spezifisch an die ambulanten Strukturen angepassten Interventionen (insbesondere Wirksamkeitsstudien), ist nötig.

Petersen, Julia: Moral Distress in der ambulanten Pflege, Halle (Saale), Univ., Med. Fak.; Diss., 25 Seiten, 2025

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Zielstellung	1
1.1 Ambulante Pflege als bedeutsames Versorgungssetting	1
1.2 Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege	2
1.3 Theoretischer Hintergrund und Begriffsbestimmung von Moral Distress	3
1.4 Systematische Literaturrecherche	5
1.5 Forschungsfragen und Methodik	9
1.6 Rahmen der Dissertation	10
2. Diskussion	11
2.1 Zentrale Ergebnisse im Kontext der Literatur	11
2.2 Schlussfolgerungen.....	16
2.3 Methodische Überlegungen.....	17
2.4 Implikationen für die weitere Forschung zu Moral Distress	18
3. Literaturverzeichnis	19
4. Thesen der Dissertation	25

Publikationsteil

Erklärungen

1. Einleitung und Zielstellung

1.1 Ambulante Pflege als bedeutsames Versorgungssetting

Von 5,7 Millionen Leistungsempfänger*innen der Pflegeversicherung in Deutschland wurden 2023 4,9 Millionen, also 86 Prozent, zu Hause versorgt, während 0,80 Millionen, rund 14 Prozent, in Pflegeheimen vollstationär betreut waren (Statistisches Bundesamt, 2025). Bei 19 Prozent der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen ist ein Pflege- und/oder Betreuungsdienst im Einsatz (Statistisches Bundesamt, 2023a). Denn ein Großteil der Menschen möchte – auch im höheren Alter – in seiner gewohnten Umgebung verbleiben (Kramer & Pfaffenbach, 2016). Angesichts des demografischen Wandels und der damit einhergehenden Zunahme hochaltriger sowie pflegebedürftiger Menschen gewinnt die ambulante Versorgung an Bedeutung, da sie es ermöglicht, Pflegebedürftige in ihrer häuslichen Umgebung zu betreuen und somit einen zentralen Beitrag zur bedarfsgerechten Daseinsvorsorge sowie zur Entlastung stationärer Pflegeeinrichtungen zu leisten. Die zunehmende Bedeutung ambulanter Pflege wird etwa an der stetig wachsenden Anzahl der ambulanten Pflegedienste in Deutschland, die seit 2001 von 10.600 auf 15.400 im Jahr 2021 gestiegen ist (Statistisches Bundesamt, 2023b), sichtbar. Folglich nimmt auch der Bedarf an Erwerbstätigen stetig zu. So waren im Jahr 2001 noch 189.567 Pflegenden im ambulanten Dienst tätig, während es im Jahr 2021 bereits 442.900 waren (Statistisches Bundesamt, 2023c).

Obwohl die Anzahl der Pflegedienste und der darin Beschäftigten stetig wächst, kann die Nachfrage nach ambulanter Versorgung kaum gedeckt werden. In einer vom Zentrum für Qualität in der Pflege bundesweit durchgeführten Befragung von Pflegediensten (n = 535) gaben 53 Prozent der befragten Pflegedienstleitungen an, dass Stellen für Pflegenden seit mehr als drei Monaten unbesetzt waren. Zudem mussten 80 Prozent der befragten Dienste in den vorangegangenen drei Monaten Versorgungsanfragen aufgrund von Personalengpässen ablehnen (Zentrum für Qualität in der Pflege, 2019). Zentraler Punkt für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung sind die Arbeitsbedingungen. So stünden laut einer „Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften“ der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Instituts Arbeit und Technik Gelsenkirchen und der Arbeitskammer des Saarlandes rund 300.000 Vollzeit-Pflegefachkräfte in Deutschland zur Verfügung – wenn die Arbeitsbedingungen in der Pflege deutliche Verbesserungen erfahren würden (Arbeitnehmerkammer Bremen, 2022). Denn die Entscheidung von Pflegenden, in ihrem Beruf zu bleiben oder ihn zu verlassen, wird maßgeblich durch die Arbeitsbedingungen beeinflusst (Ebd.). Laut Weltgesundheitsorganisation haben die Arbeitsbedingungen zudem einen maßgeblichen Einfluss auf die körperliche und psychische Gesundheit des Gesundheitspersonals (Weltgesundheitsorganisation, 2023). Gleichzeitig sind sie ein entscheidender Faktor für die berufliche Verweildauer und damit für die langfristige Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Die vorliegende Dissertation fokussiert einen spezifischen Risikofaktor – Moral Distress –, der eng mit den Arbeitsbedingungen zusammenhängt, um auf Grundlage verlässlicher Daten eine Basis für die Entwicklung zielgerichteter Maßnahmen zu schaffen und dadurch zu menschengerechteren Arbeitsbedingungen beizutragen, die Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige ambulante Pflege sind.

1.2 Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege

Die Arbeit in ambulanten Diensten weist für Pflegende im Vergleich zu anderen pflegerischen Settings Besonderheiten auf. So müssen sich ambulant Pflegende als Gäste in privaten Haushalten Pflegebedürftiger an die räumlichen Gegebenheiten und familiären Gewohnheiten anpassen. Bei vielen Pflegediensten fahren die Pflegenden nach einem festgelegten Tourenplan die einzelnen Stationen ab, was häufig mit hohen zeitlichen Anforderungen verbunden ist (Vander Elst et al., 2016). Zudem sind Pflegende in ihrer täglichen Arbeit in der Regel alleinverantwortlich für Entscheidungen, da Unsicherheiten nicht unmittelbar in einem Pflorgeteam besprochen werden können. Besondere emotionale Anforderungen entstehen durch den intensiven Kontakt zu Pflegebedürftigen und deren (pflegenden) Angehörigen sowie der Begleitung schwerer Erkrankungen bis hin zu palliativer Versorgung. Somit stellt die ambulante Pflege ein spezifisches Versorgungssetting dar, dessen pflegerische Rahmenbedingungen bei der menschengerechten Arbeitsgestaltung Berücksichtigung finden müssen.

Verschiedene theoretische Modelle (Rusch, 2019) postulieren kausale Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und verschiedenen Wirkungen auf die Beschäftigten, beispielsweise deren Gesundheit. In der Arbeitswissenschaft und im Arbeitsschutz (siehe deutsches Arbeitsschutzgesetz) ist das Belastungs-Beanspruchungskonzept (Rohmert, 1984) anerkannt. Demnach sind Belastungsfaktoren, die auf den Beschäftigten im Arbeitsumfeld einwirken, zunächst neutral zu bewerten (DIN EN ISO 10075-1, DIN e.V.). Ihre Auswirkungen – die Beanspruchungsfolgen – hängen allerdings neben der Art, Intensität und Dauer der Belastung von individuellen Merkmalen des Einzelnen sowie Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien ab. Dabei werden positive und negative sowie kurzfristige (z. B. Aktivierung, Ermüdung) und langfristige Konsequenzen (z. B. Kompetenzentwicklung und Burnout) unterschieden. Beanspruchungsfolgen können auch mit Änderungen der Arbeitsleistung einhergehen.

Ambulant Pflegende sind insgesamt häufiger von somatischen und psychischen Symptomen betroffen als die Allgemeinbevölkerung (Petersen & Melzer, 2022). Die Arbeitsbedingungen spielen hier eine entscheidende Rolle (Kaihlana et al., 2023). So zeigen Studien mit ambulant Pflegenden, dass Burnout-Symptome mit hohem erlebten Zeitdruck (Cao & Naruse, 2018) sowie hohen emotionalen Anforderungen (Petersen, Wendsche & Melzer, 2022) assoziiert sind. Die Arbeit in unergonomischen Körperpositionen kann zu Muskel-Skelett-Erkrankungen führen (Schilgen, Handtke, Nienhaus &

Möske, 2019). Und Rollenkonflikte, in die ambulant Pflegende durch die verschiedenen Erwartungen von Vorgesetzten, Pflegebedürftigen und Angehörigen geraten können, lösen Stress aus (Samia, Ellenbecker, Friedman & Dick, 2012).

In der ambulanten Pflege ist eine zunehmende Arbeitsverdichtung zu beobachten, da der Anstieg der Beschäftigtenzahlen nicht mit dem wachsenden Bedarf an ambulanter Pflege Schritt halten konnte. So sank in Deutschland das Versorgungsverhältnis von ambulant Pflegenden zu Pflegebedürftigen. Im Jahr 2011 kümmerten sich noch 50 Pflegenden um 100 Pflegebedürftige, während es im Jahr 2021 nur noch 42 waren (Vollbracht, 2024). Insbesondere die Covid-19-Pandemie ging mit einem Anstieg berichteter Arbeitsintensität einher (Petersen, Müller & Melzer, 2024). Diese Entwicklungen zeigen sich auch in anderen Ländern, wie Schweden, wo Strandell (2020) ermittelte, dass zwischen 2005 und 2015 die Arbeitsintensität und damit die Erschöpfung deutlich gestiegen sind.

1.3 Theoretischer Hintergrund und Begriffsbestimmung von Moral Distress

Ein Phänomen der ambulanten Pflegearbeit, das bisher im arbeitswissenschaftlichen Kontext bzw. in der Fachliteratur kaum diskutiert wurde, ist „Moral Distress“. Dieses beeinflusst die Arbeits- und Gesundheitssituation der Beschäftigten und könnte ein wirksamer Ansatzpunkt für die betriebliche Prävention sein. Das Konzept des Moral Distress wurde erstmals 1984 vom amerikanischen Ethiker Andrew Jameton nach Beobachtungen von Pflegenden dokumentiert (Jameton, 1984). Er beschreibt es als eine Art Gewissenskonflikt, wenn Pflegenden gegen ihre moralischen Überzeugungen handeln müssen, beispielsweise aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen (Ebd.). Jameton unterscheidet zwischen *initialem* Moral Distress, der direkt in der moralisch schwierigen Situation entsteht, und *reaktivem* Moral Distress, der auch Tage oder Wochen später auftreten kann.

Monteverde (2019) differenziert Moral Distress abhängig vom moralischen Handlungsvermögen der betroffenen Person. Als Oberbegriff dient ihm die Moralische Unerwünschtheit, die allgemein Situationen unter hohem Druck und moralischer Beteiligung für die betroffenen Personen beschreibt. Dabei werden entweder moralische Pflichten adressiert, die miteinander konkurrieren, oder es ist nicht klar, ob und, wenn ja, welche Pflichten für die Situation relevant sind (moralische Ungewissheit). Somit tritt ein Konflikt *über* die Moral ein. Solange das Handlungsvermögen der Beteiligten erhalten bleibt, d. h. die konflikthafte Situation bewältigt werden kann, muss kein Moral Distress entstehen. Wenn hingegen keine Klarheit über die ethisch bestmögliche Vorgehensweise herrscht, kann aus der moralischen Unerwünschtheit moralisches Unbehagen werden. Als Beispiel führt Monteverde die terminale Extubation im Rahmen der *end-of-life-care* auf Intensivstationen auf, die von den Beteiligten oftmals als „Bürde des Abwägens“ erlebt wird. Moral Distress entsteht in dieser Situation nach Monteverde und Jameton erst dann, wenn für die betreffende Person kein Handlungsvermögen mehr besteht. Dabei ist die zugrundeliegende moralische Pflicht oder Norm für die handelnden Personen klar benennbar. Sie können aber aufgrund „äußerer oder innerer Widerstände“ nicht danach handeln. Dadurch entsteht ein Konflikt *mit* der Moral (Monteverde, 2019). In Abgrenzung dazu zeichnen sich

moralische Dilemmata nach Monteverde (2019) durch ein erschwertes Handlungsvermögen mit unklarer normativer Bewertung aus. Als Beispiel wird die Auslegung einer Patientenverfügung genannt, die mit Angaben zum mutmaßlichen Willen von Patient*innen konfligiert.

In der internationalen Literatur wird diese enge Begriffsdefinition kritisch diskutiert. Campbell, Ulrich & Grady (2016) plädieren dafür, Moral Distress so zu definieren, dass auch Situationen eingeschlossen werden, in denen unklar ist, was die moralisch richtige Handlung ist. Ansonsten besteht die Gefahr, dass weitere leidvolle Erfahrungen Pflegender keine Beachtung finden, wenn moralischer Zwang beispielsweise durch eine Institution (z. B. kompromittiertes moralisches Handlungsvermögen) als notwendige Bedingung für Moral Distress gilt (Campbell et al., 2016; Fourie, 2017).

Die Grundlage dieser Arbeit bildet deshalb die integrative Definition von Moral Distress nach Fourie (2015, p. 92): “Moral distress can be described as a psychological response to morally challenging situations”.

Im Vergleich zu anderen Stressformen liegt das Spezifikum von Moral Distress darin, dass dessen Ursachen (Stressoren) im Infragestellen moralischer Prinzipien der betroffenen Person bzw. berufsethisch verankerter Normen begründet sind. Der entstehende Moral Distress bedroht zudem die eigene moralische Integrität, die Teil der selbst erfahrenen Individualität ist. Verwandte Begriffe sind z. B. *moral community*, worunter man eine Gruppe von Personen versteht, die gemeinsame ethische Werte bei ihrer Aufgabe verbindet (Epstein et al., 2020), oder *moral sensitivity*, d. h. die Empfindsamkeit, mit der moralisch schwierige Situationen wahrgenommen werden (Kraaijeveld, Schilderman & van Leeuwen, 2021).

Hamric (2012) beschreibt drei mögliche Auslöser für Moral Distress: interne Faktoren der Pflegenden (z. B. Machtlosigkeit, fehlendes Wissen über alternative Handlungsweisen), externe Faktoren (z. B. institutionelle Hindernisse wie Personalmangel, fehlende Unterstützung) und klinische Faktoren (z. B. unnötige Behandlungen, fehlende Einwilligung der Patient*innen, Geben falscher Hoffnung).

Das Erleben und die Folgen von Moral Distress sind vielfältig. *Initialer* Moral Distress ist mit diversen negativen Emotionen wie Angst, Frustration, Hilflosigkeit, Traurigkeit und Kraftlosigkeit verbunden (Corley, 2002). *Reaktiver* Moral Distress kann schwerwiegende Folgeerscheinungen wie Schuldgefühle, Verringerung des Selbstwertgefühls, Furcht oder Aversion gegenüber den Pflegebedürftigen oder Schlafstörungen nach sich ziehen (Andersson, Fredholm, Nordin & Engström, 2023; Eche, Phillips, Alcindor & Mazzola, 2023). Das Phänomen des *Coolouts*, welches als moralische Desensibilisierung beschrieben wird (Kersting, 2019), ist ein weiteres Reaktionsmuster auf widersprüchliche Anforderungen an Pflegende, die moralische Werte berühren. Dabei reagieren Pflegende auf die empfundene Ohnmacht gegenüber den strukturellen Bedingungen mit emotionaler Distanzierung und Gefühlslosigkeit gegenüber Pflegebedürftigen (Ebd.). Moral Distress betrifft nicht nur die Pflegenden, sondern wirkt sich auch auf die Pflegequalität (Eche et al., 2023) und somit auf die Pflegebedürftigen

aus. Zudem kann es durch hohe Fluktuation die gesamte Organisation negativ beeinflussen (Corley, 2002).

Moral Distress wird bereits seit Jahrzehnten im Kontext der Pflege untersucht. Obwohl das Phänomen unterschiedlich gefasst wurde, liegen substanzielle Erkenntnisse zum Konstrukt, dessen Erfassung sowie zu Interventionsansätzen vor. So wurde Moral Distress bereits in verschiedenen Settings der Pflege untersucht, etwa auf Intensivstationen (Nordin, Engström, Fredholm, Persenius & Andersson, 2023), im psychiatrischen Setting (Tomura, 2023) oder in der Pädiatrie (Afoko, Hewison, Neilson & Newham, 2022). Allerdings liegen bisher kaum Studien für die ambulante Pflege vor (siehe 1.4), obwohl einerseits durch die spezifischen Rahmenbedingungen (siehe 1.2) Unterschiede beim Erleben von Moral Distress bestehen können und andererseits die betrachteten Betroffenen für die Entwicklung passgenauer Maßnahmen zur Reduktion von Moral Distress eine wichtige Rolle spielen (Fourie, 2017). Obwohl wenige Untersuchungen moralisch-ethische Fragestellungen im ambulanten Pflegesektor (Heggestad, Magelssen, Pedersen & Gjerberg, 2021; Lauxen, 2009) behandelten, blieben die auslösenden Situationen und Konsequenzen von Moral Distress unberücksichtigt. Da nicht davon auszugehen ist, dass sich Erkenntnisse zu Moral Distress ohne weiteres vom stationären auf das ambulante Setting übertragen lassen, fokussiert die vorliegende Dissertation auf die Eruierung des Konstrukts in der ambulanten Pflege. Denn wie geschildert sind ambulant Pflegende arbeitsbedingter Belastung ausgesetzt, die ihre Gesundheit negativ beeinflussen können. Angesichts der enormen Bedeutung der ambulanten Versorgung erscheint es deshalb wichtig, die Beschäftigten zu stärken. Ein wesentliches Element ist dabei die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen. Hierzu gehört auch die Vermeidung moralisch konflikthafter Situationen im ambulanten Pflegealltag, denn es ist davon auszugehen, dass Moral Distress auch im Kontext der ambulanten Pflege ein Risikofaktor für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit Pflegenden ist. Um wirksame Maßnahmen zur Prävention und zum Umgang entwickeln und implementieren zu können, gilt es, Moral Distress umfassend im Kontext der ambulanten Pflege zu untersuchen.

1.4 Systematische Literaturrecherche

Zu Beginn des Promotionsvorhabens (Januar 2022) wurde eine systematische Literaturrecherche zum Thema durchgeführt, um den Stand der Literatur und somit den Bedarf nach weiteren Studien – unter Einbezug der Endnutzerperspektive – einschätzen zu können (Lund et al., 2021). Die Ergebnisse sollten zudem als Grundlage für die Formulierung von Forschungsfragen dienen, die die Forschungslücke adressieren. Die Suchstrategie wurde anhand der Empfehlungen von Nordhausen und Hirt (2022) entwickelt und durchgeführt. Es wurde ein sensitives Rechercheprinzip gewählt, um möglichst alle relevanten Publikationen zu diesem Thema zu identifizieren. Die systematische Literaturrecherche fokussierte zwei Forschungsfragen, die anhand des PEO-Schemas wie folgt aufgegliedert wurden (Tabelle 1):

1. Welche Arbeits- und Organisationsmerkmale (E) begünstigen Moral Distress (O) bei Pflegenden im ambulanten Setting (P)?
2. Welche Situationen (E) erleben ambulant Pflegende (P) als moralisch problematisch (O)?

Folgende Datenbanken wurden für die Recherche anhand inhaltlicher Kriterien ausgewählt:

- Medline via PubMed
- EBSCO-Host (PsycInfo, PsycArticles, Psynex)
- CINAHL Complete

Eine zusätzliche Suche fand in Google Scholar statt. Um geeignete Stich- und Schlagwörter für die Datenbankrecherche zu identifizieren, wurden zunächst bereits existierende Übersichtsarbeiten zum Thema Moral Distress gesichtet (Dacar, Covell & Papathanassoglou, 2019; Heggstad et al., 2021; McCarthy & Gastmans, 2015; Prompahakul & Epstein, 2020) und die darin verwendeten Begriffe der Suchstrategien auf Tauglichkeit für die vorliegenden Fragestellungen geprüft. Zudem wurden datenbankspezifische *Mesh Terms* ermittelt.

Tabelle 1: Suchkomponenten nach PEO-Schema (Melnyk, 2019)

Suchkomponente entsprechend des PEO-Schemas (Fragestellung 1)	Komponenten	mögliche Suchbegriffe (deutsch)	mögliche Suchbegriffe (englisch)
P (population/setting)	beruflich Pflegende des Settings ambulante Pflege	Gesundheits- und Krankenpflegende, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, Altenpflegende, ambulante Pflege, ambulante Versorgung, häusliche Pflege	nurses, outpatient care, home care, ambulant care, outpatient caregivers, home-care nurse, home health care, home-care service, home-based care, professional practitioner, staff, personnel
E (exposure)	Arbeits- und Organisationsmerkmale	Arbeitsorganisation, Arbeitsmerkmale, Arbeitsbedingungen	work organization job characteristic* work characteristic* job demand* job resource*
O (outcome)	Moral Distress	Moralischer Stress, moralische Probleme	moral agency, moral sensitivity, moral stress, moral problems, moral distress, value conflicts, ethical dilemma, ethical stress, stress of conscience, moral injury, moral resilience, moral residue
Suchkomponente entsprechend des PEO-Schemas (Fragestellung 2)	Komponenten	mögliche Suchbegriffe (deutsch)	mögliche Suchbegriffe (englisch)
P (population/setting)	beruflich Pflegende des Settings ambulante Pflege	Gesundheits- und Krankenpflegende, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegende, Altenpflegende, ambulante Pflege, ambulante Versorgung, häusliche Pflege	nurses, outpatient care, home care, ambulant care, outpatient caregivers, home-care nurse, home health care, home-care service, home-based care, professional practitioner, staff, personnel
E (exposure)	Situationen	Situationen, Fragestellungen	situations, problems, dilemma, ethical questions, trigger, cause, release, source
O (outcome)	Moral Distress	Moralischer Stress, moralische Probleme	moral agency, moral sensitivity, moral stress, moral problems, moral distress, value conflicts, ethical dilemma, ethical stress, stress of conscience, moral injury, moral resilience, moral residue

Aus der Zusammensetzung der Stich- und Schlagwörter mittels des Booleschen Operators „AND“ entstand ein Suchstring, der anschließend in den verschiedenen Datenbanken getestet wurde. Die Durchführung der finalen Suche fand am 22.03.2022 statt. Da für den Bereich der ambulanten Pflege sehr wenige Studien (n = 2) verfügbar waren, wurde die Recherche auf andere pflegerische Settings ausgeweitet. Die Ergebnisse der jeweiligen Datenbankrecherchen wurden in einem Rechercheprotokoll dokumentiert. Aufgrund der Vielzahl der gefundenen Übersichtsarbeiten (n = 20) hinsichtlich des Themas „Moral Distress in der Pflege“ wurde keine zusätzliche Übersichtsarbeit erstellt. Für den Bereich der ambulanten Pflege konnten nur eine Primärstudie und ein Review zu „ethischen Herausforderungen“ gefunden werden (Heggstad et al., 2021; Lauxen, 2009), sodass auch hier die Erstellung einer neuen Übersichtsarbeit als nicht sinnvoll erschien. Auf Basis der Literaturrecherche wurde ein vorläufiges Ursache-Wirkketten-Modell zu Moral Distress entworfen, das für die empirischen Untersuchungen als Grundlage diente (Abbildung 1). So sollte geprüft werden, ob bzw. welchen Einfluss Belastungsfaktoren ambulanter Pflegearbeit wie Arbeits- und Organisationsmerkmale auf die Entstehung von und Beanspruchung durch Moral Distress bei Pflegenden haben. Zudem sollten die gesundheitlichen Folgen für ambulant Pflegende eruiert werden. Das Konstrukt der moralischen Verletzung (Moral Injury) wurde wegen dessen Ursprung in der Veteranenforschung und konzeptioneller Unklarheiten in Bezug zu Moral Distress nicht weiter beleuchtet (Hines, Chin, Glick & Wickwire, 2021).

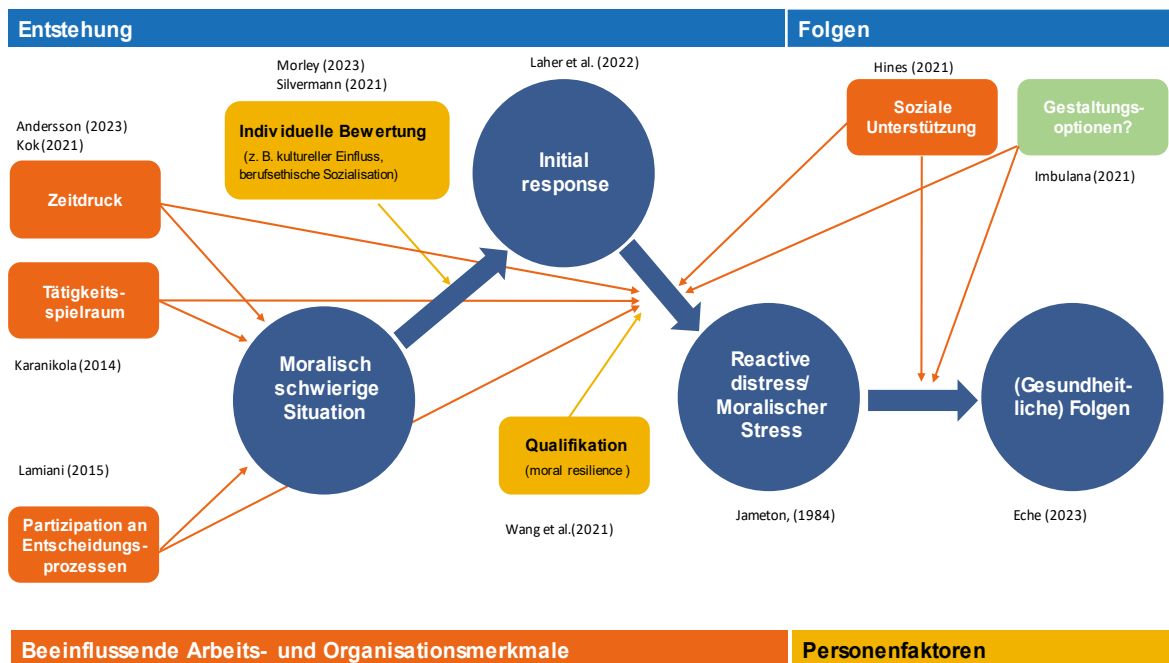


Abbildung 1: Konzeptualisierung Moral Distress

1.5 Forschungsfragen und Methodik

Auf Basis der systematischen Literaturrecherche wurden folgende Forschungsfragen entwickelt, die zum Schließen der identifizierten Forschungslücke beitragen:

- F1. Wie häufig erleben ambulant Pflegende Moral Distress?
- F2. Welche Beanspruchungsfolgen entstehen bei ambulant Pflegenden durch Moral Distress?
- F3. Welche Arbeits- und Organisationsmerkmale begünstigen Moral Distress bei ambulant Pflegenden?
- F4. Welche gesundheitlichen Folgen hat Moral Distress für ambulant Pflegende?
- F5. Welche konkreten Situationen lösen Moral Distress bei ambulant Pflegenden aus?
- F6. Wie erleben ambulant Pflegende Moral Distress?
- F7. Welche Umgangsformen finden ambulant Pflegende mit Moral Distress?
- F8. Welche Interventionen zur Reduktion von Moral Distress sind in der ambulanten Pflege möglich?

Die Forschungsfragen werden in drei publizierten Studien mit unterschiedlichen Forschungsmethoden beantwortet. Zur Adressierung der Forschungsfragen eins bis vier wurde ein quantitatives Forschungsdesigns angewandt (Publikation 1). Eine bundesweite Online-Erhebung mit ambulant Pflegenden wurde unter Verwendung der für den deutschsprachigen Raum validierten Moral-Distress-Scale (Corley et al. 2001; Kleinknecht-Dolf et al., 2017) durchgeführt. Diese basiert konzeptionell auf Vorarbeiten Corleys et al. (2001), was sich hinsichtlich der Nützlichkeit und Skaleneigenschaften als besonders geeignet herausstellte (Giannetta et al., 2020). Die Einladung zur Studienteilnahme wurde postalisch und per E-Mail an alle Pflegedienste in Deutschland (n = 16.008) versendet, 976 ambulant Pflegende nahmen an der Befragung teil. Die Forschungsfragen vier bis acht wurden durch eine qualitative Interviewstudie mit ambulant Pflegenden (n = 20) adressiert (Publikation 2). Die gesundheitlichen Folgen von Moral Distress für die Betroffenen (Forschungsfrage vier) wurden aufgrund der hohen Bedeutung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz sowohl in der quantitativen als auch in der qualitativen Erhebung eruiert. In die Interviewstudie wurden – auf Basis einer Liste mit zufällig ausgewählten Pflegediensten – Pflegende diverser Bundesländer einbezogen, um strukturelle Verzerrungen, etwa aufgrund regionaler Unterschiede, zu vermeiden. Als Datenerhebungsmethode wurde die Critical Incident Technique (Flanagan, 1954) genutzt, die es ermöglichte, den Fokus auf auslösende Situationen von Moral Distress zu legen und begleitende Emotionen zu erfassen. Die Datenauswertung erfolgte mit der thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2006).

Die Forschungsfrage acht wurde zudem in einer zweiten Interviewstudie mit Pflegeethiker*innen beantwortet, um neben der Betroffenenensichtweise eine organisationsethische Perspektive zu erschließen (Publikation 3). Expert*inneninterviews dienten dazu, spezifisches Handlungswissen zu erfragen (Liebold & Trinczek, 2009). Die Auswertung erfolgte mit der Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018).

1.6 Rahmen der Dissertation

Das Dissertationsvorhaben war Teil des Forschungsprojektes „Gute Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege: Ermittlung der Belastungs- und Beanspruchungssituation“ (05/2021-03/2025) der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Moral Distress wurde im Projekt neben anderen Konstrukten untersucht, da das Phänomen angesichts der Bedrohung für die Gesundheit der hier Beschäftigten auch im Rahmen des Arbeitsschutzes eine bedeutende Rolle spielt.

2. Diskussion

2.1 Zentrale Ergebnisse im Kontext der Literatur

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Dissertation war es, das Phänomen Moral Distress im Kontext der ambulanten Pflege zu untersuchen. Konkret sollte das Ausmaß des Auftretens, die entstehenden Beanspruchungsfolgen, assoziierte Arbeits- und Organisationsmerkmale, auslösende Situationen und das Erleben inklusive derzeitiger Umgangsformen, die Konsequenzen für die Gesundheit der Pflegenden sowie Gestaltungsmöglichkeiten zur Reduktion von Moral Distress eruiert werden.

Beantwortung Forschungsfrage 1: Die Häufigkeit des Auftretens von Moral Distress wird auf Itemebene berichtet, da ein Gesamtscore aufgrund theoretischer Überlegungen nicht sinnvoll erscheint (Kleinknecht-Dolf et al., 2017) und somit je nach Item variiert. In Studie 1 (Publikation 1) berichten knapp 15 Prozent der Befragten von Moral Distress in Folge von betrieblichem oder finanziellem Druck, der verhindert, dass sie die Pflege ausführen können, die den verinnerlichten berufsethischen Prinzipien entspricht. Knapp zehn Prozent der ambulant Pflegenden berichteten von Moral Distress aufgrund der Durchführung ärztlicher Verordnungen, Tests oder Behandlungen, die sie im Hinblick auf das Erreichen des Behandlungsziels als unangemessen einschätzten. Rund neun Prozent der Befragten erfuhren Moral Distress bei der Zusammenarbeit mit Personen aus der eigenen oder einer anderen Berufsgruppe, die als nicht ausreichend kompetent erlebt wurde, sodass die Versorgungsqualität litt oder die Patientensicherheit gefährdet war. Aufgrund der hier berichteten Daten ist davon auszugehen, dass ca. jede*r zehnte Pflegende im ambulanten Setting wöchentlich oder mehrmals wöchentlich Moral Distress erlebt.

Ein Vergleich der Prävalenzen von Moral Distress fällt aufgrund der Vielfältigkeit von Messinstrumenten und den unterschiedlichen konzeptionellen Grundlagen schwer (Giannetta et al., 2020; Houle et al., 2024; Kleinknecht-Dolf et al., 2017). Die Häufigkeit, mit der ambulant Pflegende dieser Stichprobe die moralisch belastenden Situationen erlebten, ist jedoch etwas geringer als in einer vergleichbaren Erhebung im Kontext der stationären Langzeitpflege in der Schweiz (Kleinknecht-Dolf et al., 2017). Ein Grund hierfür könnte der höhere Grad an Handlungsspielraum im ambulanten Setting sein.

Beantwortung Forschungsfrage 2: Neben der Häufigkeit moralisch herausfordernder Situationen wurde mittels der eingesetzten Skala auch nach der Beanspruchung gefragt, also der subjektiven Folge, die das Erleben dieser Situationen bei den Pflegenden auslöst. Dabei gaben die Befragten an, dass Situationen, in denen sie sich aufgrund unzureichender ärztlicher Verordnungen nicht in der Lage sahen, „das Leiden der Patienten zu lindern“, sie am stärksten moralisch beanspruchten (45,5 Prozent gaben eine hohe oder sehr hohe Beanspruchung an). Bei der „Zusammenarbeit mit Personen aus der eigenen oder einer anderen Berufsgruppe, die als nicht ausreichend kompetent erlebt wurden, sodass die Versorgungsqualität litt oder die Patientensicherheit gefährdet war“, gaben 35,5 Prozent eine hohe oder

sehr hohe Beanspruchung an. An dritter Stelle der Beanspruchungsskala wurde „die Arbeit in Pflgeteams, deren Besetzung als unzureichend eingestuft wurde“, genannt (33,9 Prozent).

Beantwortung Forschungsfrage 3: In weiterführenden Analysen zeigte sich, dass verschiedene Arbeits- und Organisationsmerkmale die Beanspruchung durch Moral Distress beeinflussen. So stellen hohe emotionale Anforderungen, häufige Konflikte zwischen Berufs- und Privatleben, geringer Einfluss auf die Gestaltung der Arbeit, geringe soziale Unterstützung und ein geringer zeitlicher Spielraum bei der Patientenversorgung Risikofaktoren für eine höhere Beanspruchung durch Moral Distress dar.

Die vorliegende Arbeit hat diese Faktoren erstmals in ihrer Rolle als Prädiktoren für Moral Distress im ambulanten Kontext untersucht und damit einen wesentlichen Beitrag zum Erkenntnisgewinn und für die betriebliche Prävention geleistet. Lediglich die fehlende soziale Unterstützung wurde als Einflussfaktor im stationären Setting beschrieben (Hamric, 2012; Hines et al., 2021).

Beantwortung Forschungsfrage 4: Die Studienergebnisse belegen, dass Moral Distress negativ mit der Gesundheit der ambulant Pflegenden zusammenhängt. So waren moralisch konflikthafte Situationen mit emotionaler und körperlicher Erschöpfung sowie dem Gefühl, ausgelaugt zu sein, assoziiert. Zudem ging Moral Distress mit einem allgemein schlechteren Gesundheitszustand und dem Wunsch, die aktuelle Stelle und sogar den Beruf zu verlassen, einher. Dieser Befund deckt sich mit Studienergebnissen aus anderen pflegerischen Settings (Eche et al., 2023). Moral Distress und Krankheitstage hingen nicht zusammen. Eine Ursache hierfür könnte die starke Ausprägung von Präsentismus in der Stichprobe sein.

Beantwortung Forschungsfrage 5: Des Weiteren wurde in Interviews mit ambulant Pflegenden nach den konkreten auslösenden Situationen von Moral Distress in der ambulanten Pflege gefragt (Publikation 2), um so die quantitativen Ergebnisse zu ergänzen (Kajamaa, Mattick & de la Croix, 2020) und einen tieferen Zugang zur Thematik zu erhalten. Die Analyse ergab folgende fünf Hauptauslöser: unzureichende Versorgung der Pflegebedürftigen, mangelnder Schutz der eigenen Gesundheit, grenzenlose Verantwortung für gesamtes Pflegearrangement, Vernachlässigung familiärer Verpflichtungen und Konflikte zwischen Pflegeverständnis und Leistungs-/Abrechnungssystem.

Der erste Auslöser für Moral Distress entsteht, wenn ambulant Pflegende die pflegerische Versorgung der Pflegebedürftigen als unzureichend einschätzen. Diese Situation kann verschiedene Ursachen haben, so etwa durch die finanzielle Situation der Pflegebedürftigen bestimmt sein, die verhindert, dass in den Augen der Pflegenden notwendige Pflegeleistungen finanziert werden können, oder durch die fehlende Verschreibung von Hilfsmitteln entstehen. In der Literatur wird für den Kontext der stationären Langzeitpflege „schlechte Pflege“ neben unnötiger Therapie am Lebensende, dem falschen Umgang mit herausforderndem Verhalten und vermeidbaren Krankenhaustransporten als ursächlich für Moral Distress benannt (Kada & Lesnik, 2019). Allerdings sind die Ursachen für die „schlechte Pflege“ bzw.

unzureichende Versorgung im ambulanten Bereich anders gelagert, da sie sich aufgrund der unterschiedlichen Stakeholder etwa auch aus mangelnder Kooperation der Gesundheitsakteur*innen oder unzureichender informeller Pflege ergibt. Geringer Entscheidungs- und Handlungsspielraum wurde ebenfalls in den quantitativen Ergebnissen dieser Arbeit als Prädiktor für Moral Distress identifiziert und somit durch die qualitativen Ergebnisse bestärkt.

Eine zweite Situation, die Moral Distress bei ambulant Pflegenden auslöst, ist das Gefühl, die eigene Gesundheit nicht schützen zu können. Sie berichten, dass in ihren Augen die Wirtschaftlichkeit des Pflegedienstes oftmals über die Gesundheit der Mitarbeitenden gestellt wird, etwa wenn weitere Pflegebedürftige aufgenommen werden, obwohl kein zusätzliches Personal zur Verfügung steht und die Touren damit noch dichter besetzt werden. Ähnlich verhält es sich mit einem unzureichenden Arbeits- und Gesundheitsschutz. Dies drückt sich in nicht ernst genommenen Arbeitsunfällen oder fehlenden Zeiten für Pausen aus. Schließlich sehen die Pflegenden ihre Gesundheit auch durch überzogene Erwartungen und Ansprüche Pflegebedürftiger oder Angehöriger und von diesen ausgehendem aggressivem Verhalten bedroht. Insbesondere belastet die Pflegenden, wenn in solchen Situationen der Rückhalt von Vorgesetzten fehlt. Die quantitativen Untersuchungsergebnisse bestätigen, dass geringe soziale Unterstützung die Entstehung von Moral Distress begünstigt. In der Literatur wird ebenfalls die Rolle von Vorgesetzten als elementares Element diskutiert, das Moral Distress auslösen, verstärken oder reduzieren kann (Mai, Todisco, Schilder, Franke & Ristau, 2022).

Ein weiterer Auslöser besteht in den familiären Verpflichtungen, denen ambulant Pflegende aufgrund ihrer Arbeit nicht ausreichend nachkommen können. Dies ist der Fall, wenn die arbeitsbedingten Anforderungen mit privaten Verpflichtungen, etwa der Kinderbetreuung, in Konflikt geraten. Dies geschieht insbesondere durch häufige Anfragen in der Freizeit, kurzfristig Dienste zu übernehmen. Dieser Befund bestätigt die Ergebnisse der quantitativen Erhebung, in der Konflikte zwischen Berufs- und Privatleben als Prädiktor für Moral Distress auftraten.

Die Befragten haben oftmals das Gefühl, die Verantwortung für das gesamte Versorgungsarrangement mit allen Haushaltsmitgliedern und deren Bedarfe tragen zu müssen, da keine anderen Unterstützungsstrukturen vorhanden sind. Dies ist eine weitere Situation, die Moral Distress auslösen kann. Denn die Beziehung zwischen ambulant Pflegenden und zu Pflegenden ist oft intensiver als in anderen pflegerischen Settings. Die Pflegenden kennen die biografischen und sozialen Hintergründe der Personen, sodass sie sich etwa auch für Probleme oder Konflikte naher Angehöriger verantwortlich fühlen.

Der letzte Auslöser ist der Konflikt zwischen dem Pflegeverständnis und dem Leistungs- und Abrechnungssystem, das die Rahmenbedingungen ambulanter Pflege regelt. Ambulant Pflegende sind mit einem ganzheitlichen Pflegeverständnis sozialisiert worden, das sich in dem Wunsch ausdrückt,

individuell und situativ bedarfsorientiert Pflege zu leisten. Demgegenüber steht die tätigkeitsfokussierte Erbringung von Pflegesachleistungen, die der Leistungskatalog der ambulanten Versorgung vorgibt. Dieser Konflikt zeigt sich in der täglichen Arbeit insbesondere durch den wahrgenommenen Zeitdruck, der durch die vorgegebenen Minuten pro Pflegeleistung entsteht.

Insgesamt konnten eine Vielzahl an konkreten Situationen in der ambulanten Pflegearbeit identifiziert werden, die zu Moral Distress bei den Beschäftigten führen. Die qualitativen Ergebnisse bestätigen dabei die quantitativen Ergebnisse, erweitern diese und liefern zudem vertiefende Einblicke in die Wirkzusammenhänge. Einige auslösende Situationen (z. B. ungenügende Versorgungsqualität) werden auch in anderen pflegerischen Settings berichtet, während andere wie die entstehenden Konflikte zwischen dem Abrechnungs- und Leistungssystem und den berufsethischen Werten der Pflegenden auf Auslöser verweisen, die als spezifisch für den ambulanten Pflegebereich gelten.

Beantwortung Forschungsfrage 6: Das Erleben von Moral Distress bei ambulant Pflegenden ist gekennzeichnet durch eine unmittelbare und mittelbare Beanspruchung. In der moralisch schwierigen Situation erleben ambulant Pflegenden negative Emotionen wie Überforderung und Hilflosigkeit, körperliche Symptome oder das Bedürfnis, die Situation zu verlassen. Zudem entstehen mittel- und langfristige Beanspruchungsfolgen. So können nach Tagen oder Wochen – bis hin zu Jahren – nach der Situation Schuldgefühle auftreten. Schlafprobleme, Depression oder Burnout sind weitere gesundheitliche Folgen. Die in der Interviewstudie herausgearbeiteten Emotionen ambulant Pflegenden, die mit dem Erleben von Moral Distress einhergehen, finden sich in der Literatur auch in anderen pflegerischen Settings wieder. Dies gilt insbesondere für Angst, Hilflosigkeit und Schuld (Laher, Robertson, Harrad-Hyde & Jones, 2022). Die zeitliche Dimension beim Erleben von Moral Distress als unmittelbar und mittelbar wurde auch in der ursprünglichen Definition von Moral Distress berichtet (Jameton, 1984), wobei allerdings die Begriffe *initiativ* und *reaktiv* Verwendung fanden. Jedoch ist das Erleben von Moral Distress in der ambulanten Pflege durch die spezifischen Rahmenbedingungen – etwa die Alleinarbeit – anders gelagert. Ambulant Pflegenden können sich zunächst nicht mit Kolleg*innen über die vorliegende Situation austauschen und sind somit auf sich allein gestellt. Dies kann die empfundene Hilflosigkeit und das Gefühl des Alleingelassenwerdens noch verstärken.

Beantwortung Forschungsfrage 7: Die befragten ambulant Pflegenden gehen unterschiedlich mit Moral Distress um. Auf individueller Ebene suchen sie Lösungen für die Herausforderungen, z. B. indem sie Regeln umgehen oder die unlösbare Situation akzeptieren. Außerdem sprechen sie mit Kolleg*innen über moralisch schwierige Situationen und erhoffen sich dadurch weitere Lösungsmöglichkeiten. In der Literatur wird ebenfalls berichtet, dass die erste Anlaufstelle für Pflegenden in der Regel Kolleg*innen sind, selbst wenn es Ethikberatungsmöglichkeiten gibt (Morley, Bena, Morrison & Albert, 2023). Andere Befragte gaben an, Abstand zur belastenden Situation zu suchen oder sich abzulenken. Auf institutioneller Ebene versuchen sie, in Dienst- und Fallbesprechungen die Situationen zu thematisieren,

oder tauschen sich mit Vorgesetzten aus. Die berichteten Umgangsmöglichkeiten decken sich mit in der Literatur benannten Coping-Strategien, wobei lösungsorientierte Reaktionen als funktional und die Verdrängung der problematischen Situationen eher als dysfunktional in Bezug zur eigenen Gesundheit und dem weiteren Verbleib im Beruf beschrieben werden (Wang et al., 2022).

Beantwortung Forschungsfrage 8: Schließlich wurden mittels einer zweiten Interviewstudie mit Expert*innen aus dem Bereich Pflege und Ethik auf Basis der vorher identifizierten auslösenden Situationen von Moral Distress Gestaltungsmöglichkeiten zur Prävention herausgearbeitet (Publikation 3). Die empfohlenen Interventionen wurden in der Analyse den Adressaten „Pfleger*innen“ (zwei Kategorien), „Pflegedienst“ (fünf Kategorien) und „Politik/Gesellschaft“ (drei Kategorien) zugeordnet.

Laut den Expert*innen haben *Pfleger*innen* etwa eine Thematisierungsverantwortung. Sie müssten moralisch schwierigen Situationen konsequent an die entsprechenden Stellen weitergeben und Unterstützung einfordern. Zudem sollten sie für ihre Werte einstehen, was im Falle von nicht zumutbaren Arbeitsbedingungen auch eine Kündigung bedeuten könnte.

Mit Blick auf die *Pflegedienstebene* empfehlen die Expert*innen, dass Pfleger*innen aktiv in die Arbeitsprozessgestaltung einbezogen werden, um moralisch schwierige Situationen, etwa der zu dichten Besetzung von Touren, vorzubeugen. Essentiell sei außerdem die Etablierung einer gelingenden Kooperation mit anderen Gesundheitsakteur*innen wie Hausarzt*innen. Wenn hier Absprachen auf Augenhöhe möglich sind, kann die Verantwortung für die Versorgungssituation der Pflegebedürftigen geteilt werden. Damit hängen klare Vorgaben im Versorgungsprozess zusammen, die den Pflegenden ethische Sicherheit geben können, beispielsweise wann eine Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung angezeigt wäre oder wie in Notfallsituationen zu handeln sei. Eine verbesserte Kooperation der ambulanten Gesundheitsakteur*innen ist auch erklärtes Ziel politischer Aktionsbündnisse (z. B. der Konzentrierten Aktion Pflege), wobei bisher kaum Fortschritte erzielt werden konnten (Spohn & López, 2021). Die Expert*innen sehen in einer positiven Organisationskultur des Pflegedienstes ein Schlüsselement zur Prävention und Reduktion von Moral Distress. Diese zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass es regelmäßige Teambesprechungen gibt, in denen moralisch schwierige Situationen angesprochen werden können, und durch eine positive Fehlerkultur, in der Kolleg*innen offen und ehrlich mit Fehlern umgehen und aus ihnen lernen dürfen. Diskursive Runden, in denen Raum für Gespräche und ethische Fragestellungen geschaffen werden, werden auch in der Literatur – unabhängig vom ambulanten Setting – als sinnvoll hinsichtlich der Reduktion von Moral Distress erachtet. Dies liegt insbesondere an dem entstehenden Wir-Gefühl und der geteilten Verantwortung für die moralisch belastende Situation sowie an der Verbesserung der Arbeitsatmosphäre (Wocial, Miller, Montz, LaPradd & Slaven, 2023). Die befragten Expert*innen empfehlen des Weiteren „ethische Interventionen“, mit denen Moral Distress auf Teamebene aufgefangen oder gar verhindert werden kann. Neben Ethik-Cafés und Fort- und Weiterbildungsangeboten zu Ethik in der Pflege stellt

die ambulante Ethikberatung, in der ethische Fallbesprechungen durchgeführt werden, eine wirksame Intervention zur Reduktion von Moral Distress dar. Bildungsangebote zur ethischen Sensibilisierung gelten als vielversprechend (Emami Zeydi, Ghazanfari, Suhonen, Adib-Hajbaghery & Karkhah, 2022), da sie Pflegende dazu ermächtigen, moralisch belastende Situationen zu benennen, die Probleme zu versprachlichen und das Selbstbewusstsein, moralisch zu handeln, positiv beeinflussen (Wocial et al., 2023).

Die Umsetzung weiterer Maßnahmen sehen die Expert*innen auf *politischer und gesellschaftlicher Ebene*. So sollte die Professionalisierung des Pflegeberufs weiter vorangetrieben werden. Diese kann zum einen durch politische Vorgaben für ausreichende Qualifikation der Pflegepersonen im ambulanten Bereich und verstärkte Bemühungen zur Akademisierung des Berufs erreicht werden. Zum anderen sollte der Pflegeberuf in politischen Entscheidungsgremien vertreten sein. Denn so können die Rahmenbedingungen, unter denen ambulante Pflege stattfindet, mitgestaltet werden. Zudem sollte eine gesetzliche Grundlage für erweiterte Verantwortungsbereiche und neue Rollen der Pflegeberufe (z. B. Advanced-Care-Planning, Community-Health-Nursing) geschaffen werden. Eine weitere gesellschaftliche Entwicklung, die laut Expert*innen die Situation Pflegenden positiv beeinflussen würde, ist die Sichtbarmachung von Pflege als Care-Arbeit. Dies ist bisher nicht der Fall, da die gesellschaftliche Bedeutung von Pflege verkannt wird. Schließlich benötigt es eine Reform des Pflegesystems, damit Pflegende die ganzheitliche Pflege durchführen können, die von ihnen erwartet wird und die sie selbst gerne durchführen würden. Wenn das pflegerische Selbstverständnis im Pflegesystem abgebildet ist, wird auch Moral Distress vermieden, der derzeit durch diese Nicht-Passung zwangsläufig entsteht (Miller et al., 2023).

Einige Gestaltungsmaßnahmen, insbesondere die der Pflegedienst-Ebene, sind spezifisch für die ambulante Pflege. Andere – gerade auf politischer und gesellschaftlicher Ebene – haben sicherlich für den Pflegeberuf als Ganzes Relevanz. Da in der Literatur verfügbare Interventionen zur Reduktion von Moral Distress bisher überwiegend das klinische Setting fokussieren (Dacar et al., 2019; Emami Zeydi et al., 2022; Imbulana, Davis & Prentice, 2021), leistet die vorliegende Arbeit eine wichtige Ergänzung. Aufgrund der komplex gestalteten Interventionen der Primärstudien und methodologischen Schwierigkeiten gilt die vorliegende Evidenz bisher als unzureichend (Imbulana et al., 2021), sodass weitere settingspezifische Studien – insbesondere zur Wirksamkeit benannter Interventionen – notwendig sind.

2.2 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Dissertationsschrift untersucht das Phänomen Moral Distress erstmals im Kontext der ambulanten Pflege in Deutschland und liefert dabei wichtige Befunde zu Ursachen-Wirkzusammenhängen mit bedeutenden Implikationen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz. Moral Distress ist ein ernstzunehmendes Problem für Pflegende im ambulanten Bereich und es besteht

dringender Handlungsbedarf. Grundsätzlich müssen die Arbeitsbedingungen verbessert werden, da sie z. B. durch enormen Zeitdruck die Entstehung von Moral Distress begünstigen. Zudem gilt es, „ethische Interventionen“ wie Ethikberatung oder verstärkte (teambezogene) Austauschmöglichkeiten zu etablieren. Denn die negativen gesundheitlichen Auswirkungen auf ambulant Pflegende sind alarmierend und sollten auch im Kontext des Arbeits- und Gesundheitsschutzes Beachtung finden. Laut Arbeitsschutzgesetz (§ 3) haben Arbeitgebende eine Fürsorgepflicht gegenüber ihren Mitarbeitenden. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse ist zu empfehlen, Moral Distress auslösende Belastungsfaktoren bei der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung zu adressieren. Dadurch können strukturelle, auf den einzelnen Pflegedienst abgestimmte und auch individuelle Maßnahmen zur Reduktion von Moral Distress getroffen werden. Dessen negative Folgen tangieren sonst nicht nur die Pflegenden selbst, sondern wirken sich auch auf die Versorgungsqualität und damit die Pflegebedürftigen aus. Zudem trägt Moral Distress dazu bei, dass ambulant Pflegende den Pflegeberuf verlassen möchten, und ist somit ein gesellschaftlich bedeutendes Phänomen, das dringend bearbeitet werden muss.

2.3 Methodische Überlegungen

Die Studien dieser Arbeit sind nicht ohne Limitationen. Da die Studienteilnahme auf Freiwilligkeit beruhte, ist es möglich, dass nur am Thema interessierte Pflegenden an den Studien teilnahmen. Eventuell haben die nicht teilnehmenden Pflegenden andere Erfahrungen gemacht. Die methodische Vielfalt der vorliegenden Arbeit und die breite Ansprache über die Gesamtzahl der Pflegedienste in Deutschland (quantitative Studie 1) trug jedoch dazu bei, dass möglichst viele Pflegenden sich auf unterschiedlichen Wegen an den Studien beteiligen konnten. Die qualitativen Interviews wurden aus pragmatischen Gründen in erster Linie von der Autorin geführt und ausgewertet. Eine regelmäßige Absprache mit den betreuenden Personen und im Promotionskolleg stellte dabei die intersubjektive Nachvollziehbarkeit sicher. Die verwendete Moral-Distress-Scale wurde bisher nur in stationären Pflegesettings eingesetzt. Durchgeführte Feldinterviews mit Expert*innen führten jedoch zu der Annahme, dass die Skala aufgrund ihrer Abstraktheit auch von ambulant Pflegenden beantwortet werden kann. Durch die Verwendung eines bereits etablierten Instruments wird der Vergleich mit internationalen Daten erleichtert – auch mit solchen, die künftig eventuell für den ambulanten Bereich erhoben werden. Die vorliegende Arbeit zeichnet insbesondere die hohe Relevanz des Themas – für die Gesundheit der ambulant Pflegenden und damit die zukünftige Sicherstellung der Versorgungssicherheit –, die Neuheit der Bereitstellung empirischer Daten zu Moral Distress in der ambulanten Pflege und die diversen methodischen Zugänge zur Erschließung des Konstrukts aus.

2.4 Implikationen für die weitere Forschung zu Moral Distress

Es besteht – auch durch die qualitative Ergänzung der Moral Distress auslösenden Situationen vorliegender Arbeit – weiterer Forschungsbedarf. Erstens sollte geklärt werden, inwieweit eine spezifisch für den ambulanten Bereich entwickelte Skala einen Mehrwert hätte. Die im Rahmen der quantitativen Datenanalyse erneut durchgeführte Rasch-Analyse zur Überprüfung der Skaleneigenschaften führte zwar zu zufriedenstellenden Ergebnissen, einzelne Parameter (Targeting) könnten aber durch die Hinzunahme von „einfacheren“ Items, die eine stärkere Beanspruchung auslösen, verbessert werden. Zweitens ist weitere Forschung hinsichtlich der Konzeptualisierung des Konstrukts nötig. Zu klären ist, inwieweit komprimiertes Handlungsvermögen eine notwendige Bedingung für die Entstehung von Moral Distress ist und welche Abstufungen es im Belastungserleben gibt (Riedel, Goldbach & Lehmeier, 2023). Insbesondere die konzeptionelle Überlappung zu Moral Injury bedarf weiterer Klärung. Eine integrative Definition würde auch die Entwicklung einheitlicher Messinstrumente für Moral Distress vorantreiben, was wiederum den Vergleich und die Synthese der Studien zum Thema vereinfacht (Kolbe & de Melo-Martin, 2023). Die Frage, wie die *moral community* in der ambulanten Pflege als schützendes Element gestärkt werden kann oder welche Elemente ein *ethisches Klima* im ambulanten Pflegedienst aufweisen, ist bisher ebenfalls noch unbeantwortet. Drittens sollte untersucht werden, welche personenbezogenen Merkmale das Erleben von Moral Distress beeinflussen, um besonders vulnerable Beschäftigte entsprechend unterstützen zu können. Und viertens müssen weitere Akteur*innen in der ambulanten Pflege verstärkt in den Blick der Forschung rücken. Es liegt nahe, dass Führungskräfte in ambulanten Diensten auch von Moral Distress betroffen sind, die zugrundeliegenden Situationen aber andere sind.

3. Literaturverzeichnis

- Afoko, V., Hewison, A., Neilson, S., & Newham, R. (2022). Moral distress experienced by neonatal intensive and paediatric care nurses in Northern Ghana: a qualitative study. *J Res Nurs*, 27(6), 519-529. doi:10.1177/17449871221122022
- Andersson, M., Fredholm, A., Nordin, A., & Engström, Å. (2023). Moral Distress, Health and Intention to Leave: Critical Care Nurses' Perceptions During COVID-19 Pandemic. *SAGE Open Nurs*, 9, 23779608231169218. doi:10.1177/23779608231169218
- Arbeitnehmerkammer Bremen. (2022). „Ich pflege wieder, wenn ...“ Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften Bremen <https://kurzlinks.de/y2fn>: Letzter Zugriff am 26.06.2025
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.*, 3, 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Campbell, S. M., Ulrich, C. M., & Grady, C. (2016). A broader understanding of moral distress. *Am J Bioeth*, 16(12), 2-9. doi:10.1080/15265161.2016.1239782
- Cao, X., & Naruse, T. (2018). Effect of time pressure on the burnout of home-visiting nurses: The moderating role of relational coordination with nursing managers: Relational coordination role. *JPN J NURS SCI*, 16. doi:10.1111/jjns.12233
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*, 9(6), 636-650. doi:10.1191/0969733002ne557oa
- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs*, 33(2), 250-256. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x
- Dacar, S. L., Covell, C. L., & Papathanassoglou, E. (2019). Addressing moral distress in critical care nurses: a systemized literature review of intervention studies. *Connect*, 13(2), 71-89. doi:10.1891/1748-6254.13.2.71
- DIN EN ISO 10075-1. Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung - Teil 1: Allgemeine Aspekte und Konzepte und Begriffe (ISO 10075-1: 2017).
- Eche, I. J., Phillips, C. S., Alcindor, N., & Mazzola, E. (2023). A Systematic Review and Meta-analytic Evaluation of Moral Distress in Oncology Nursing. *Cancer Nurs*, 46(2), 128-142. doi:10.1097/ncc.0000000000001075

- Emami Zeydi, A., Ghazanfari, M. J., Suhonen, R., Adib-Hajbaghery, M., & Karkhah, S. (2022). Effective interventions for reducing moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics*, 29(4), 1047-1065. doi:10.1177/09697330211062982
- Epstein, E. G., Haizlip, J., Liaschenko, J., Zhao, D., Bennett, R., & Marshall, M. F. (2020). Moral Distress, Mattering, and Secondary Traumatic Stress in Provider Burnout: A Call for Moral Community. *AACN Adv Crit Care*, 31(2), 146-157. doi:10.4037/aacnacc2020285
- Flanagan, J. (1954). The critical incident technique. *Psychol Bull*, 51, 327–358.
- Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *J. Bioeth.*, 29(2), 91-97. doi:10.1111/bioe.12064
- Fourie, C. (2017). Who Is Experiencing What Kind of Moral Distress? Distinctions for Moving from a Narrow to a Broad Definition of Moral Distress. *AMA J Ethics*, 19(6), 578-584. doi:10.1001/journalofethics.2017.19.6.nlit1-1706
- Giannetta, N., Villa, G., Pennestrì, F., Sala, R., Mordacci, R., & Manara, D. F. (2020). Instruments to assess moral distress among healthcare workers: a systematic review of measurement properties. *Int J Nurs Stud*, 111, 103767. doi:10.1016/j.ijnurstu.2020.103767
- Hamric, A. B. (2012). Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum*, 24(1), 39-49. doi:10.1007/s10730-012-9177-x
- Heggestad, A. K. T., Magelssen, M., Pedersen, R., & Gjerberg, E. (2021). Ethical challenges in home-based care: A systematic literature review. *Nurs Ethics* 28(5), 628-644. doi:10.1177/0969733020968859
- Hines, S. E., Chin, K. H., Glick, D. R., & Wickwire, E. M. (2021). Trends in Moral Injury, Distress, and Resilience Factors among Healthcare Workers at the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*, 18(2). doi:10.3390/ijerph18020488
- Houle, S. A., Ein, N., Gervasio, J., Plouffe, R. A., Litz, B. T., Carleton, R. N., Hansen, K. T., Liu, J. J. W., Ashbaugh, A. R., Callaghan, W., Thompson, M. M., Easterbrook, B., Smith-MacDonald, L., Rodrigues, S., Bélanger, S. A. H., Bright, K., Lanius, R. A., Baker, C., Younger, W., Bremault-Phillips, S., Hosseiny, F., Richardson, J. D., & Nazarov, A. (2024). Measuring moral distress and moral injury: A systematic review and content analysis of existing scales. *Clin Psychol Rev*, 108, 102377. doi:10.1016/j.cpr.2023.102377

- Imbulana, D. I., Davis, P. G., & Prentice, T. M. (2021). Interventions to reduce moral distress in clinicians working in intensive care: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*, 66, 103092. doi:10.1016/j.iccn.2021.103092
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues*. NJ: Prentice Hall: Upper Saddle River.
- Kada, O., & Lesnik, T. (2019). Facetten von 'moral distress' im Pflegeheim: Eine qualitative Studie mit examinieren Pflegekräften. *Gerontol. Geriatr.*, 52(8), 743-750. doi:10.1007/s00391-019-01645-w
- Kaihlanen, A. M., Ruotsalainen, S., Väisänen, V., Corneliusson, L., Pesonen, T., & Sinervo, T. (2023). Job demand and job resource factors explaining stress and job satisfaction among home care nurses - a mixed-methods sequential explanatory study. *BMC Nurs*, 22(1), 404. doi:10.1186/s12912-023-01568-3
- Kajamaa, A., Mattick, K., & de la Croix, A. (2020). How to ... do mixed-methods research. *Clin Teach*, 17(3), 267-271. doi:10.1111/tct.13145
- Kersting, K. (2019). *"Coolout" in der Pflege: Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Kleinknecht-Dolf, M., Spichiger, E., Muller, M., Bartholomeyczik, S., & Spirig, R. (2017). Advancement of the German version of the moral distress scale for acute care nurses: a mixed methods study. *Nurs Open*, 4(4), 251-266. doi:10.1002/nop2.91
- Kolbe, L., & de Melo-Martin, I. (2023). Moral Distress: What Are We Measuring? *Am J Bioeth*, 23(4), 46-58. doi:10.1080/15265161.2022.2044544
- Kraaijeveld, M. I., Schilderman, J. H., & van Leeuwen, E. (2021). Moral sensitivity revisited. *Nurs Ethics*, 28(2), 179-189. doi:10.1177/0969733020930407
- Kramer, C., & Pfaffenbach, C. (2016). Should I stay or should I go? Housing preferences upon retirement in Germany. *Journal of Housing and the Built Environment*, 31(2), 239-256. doi:10.1007/s10901-015-9454-5
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*, (Vol. 4. Auflage). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Laher, Z., Robertson, N., Harrad-Hyde, F., & Jones, C. R. (2022). Prevalence, Predictors, and Experience of Moral Suffering in Nursing and Care Home Staff during the COVID-19

- Pandemic: A Mixed-Methods Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 19(15). doi:10.3390/ijerph19159593
- Lauxen, O. (2009). Moral problems in home health care - a descriptive ethical study. *Pflege*, 22(6), 421-430. doi:10.1024/1012-5302.22.6.421
- Liebold, R., & Trinczek, R. (2009). Experteninterview. In S. Kühl, P. Strodtholz, & A. Taffertshofer (Eds.), *Handbuch Methoden der Organisationsforschung: Quantitative und Qualitative Methoden* (pp. 32-56). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lund, H., Juhl, C. B., Nørgaard, B., Draborg, E., Henriksen, M., Andreasen, J., Christensen, R., Nasser, M., Ciliska, D., Clarke, M., Tugwell, P., Martin, J., Blaine, C., Brunnhuber, K., & Robinson, K. A. (2021). Evidence-Based Research Series-Paper 2 : Using an Evidence-Based Research approach before a new study is conducted to ensure value. *J Clin Epidemiol*, 129, 158-166. doi:10.1016/j.jclinepi.2020.07.019
- Mai, T., Todisco, L., Schilder, M., Franke, V., & Ristau, J. (2022). Die Situation der Pflegenden in Akutkrankenhäusern während der zweiten Welle der COVID-19-Pandemie: Eine Onlinebefragung. *Pflege*, 35(2), 104–113. doi:10.1024/1012-5302/a000846
- McCarthy, J., & Gastmans, C. (2015). Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics*, 22(1), 131-152. doi:10.1177/0969733014557139
- Melnyk, B. M. a. F.-O., E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice* (Vol. 4th). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Miller, P. H., Epstein, E. G., Smith, T. B., Welch, T. D., Smith, M., & Bail, J. R. (2023). Moral distress among nurse leaders: A qualitative systematic review. *Nurs. Ethics*, 30(7-8), 939-959. doi:10.1177/09697330231191279
- Monteverde, S. (2019). Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. *Ethik Med*, 31(4), 345-360. doi:10.1007/s00481-019-00548-z
- Morley, G., Bena, J. F., Morrison, S. L., & Albert, N. M. (2023). Sub-categories of moral distress among nurses: A descriptive longitudinal study. *Nurs Ethics*, 30(6). doi:10.1177/09697330231160006
- Nordhausen, T., & Hirt, J. (2022). 10 Schritte zur systematischen Literaturrecherche. In: Nordhausen, T., Hirt, J. RefHunter. Systematische Literaturrecherche. Retrieved from https://refhunter.org/research_support/rechercheschritte/. Letzter Zugriff am 23.06.2025

- Nordin, A., Engström, Å., Fredholm, A., Persenius, M., & Andersson, M. (2023). Measuring moral distress in Swedish intensive care: Psychometric and descriptive results. *Intensive Crit Care Nurs*, 76, 103376. doi:10.1016/j.iccn.2022.103376
- Petersen, J., & Melzer, M. (2022). *Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege. baua: Fokus Dortmund*
- Petersen, J., Müller, H., & Melzer, M. (2024). Wahrgenommene Veränderungen der Belastungssituation ambulant Pflegender während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse einer Online-Befragung. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 184, 26-33. doi:https://doi.org/10.1016/j.zefq.2023.10.005
- Petersen, J., Wendsche, J., & Melzer, M. (2022). Nurses' emotional exhaustion: Prevalence, psychosocial risk factors and association to sick leave depending on care setting— a quantitative secondary analysis. *J Adv Nurs*, 79, 182–193. doi:10.1111/jan.15471
- Prompahakul, C., & Epstein, E. G. (2020). Moral distress experienced by non-Western nurses: an integrative review. *Nurs Ethics*, 27(3), 778-795. doi:10.1177/0969733019880241
- Riedel, A., Goldbach, M., & Lehmeier, S. (2023). Moralische Belastungserleben und moralische Resilienz: Begriffliche Darlegungen und theoretische Einordnungen zur Hinführung. In S. L. Annette Riedel, Magdalene Goldbach (Ed.), *Moralische Belastung von Pflegefachpersonen: Hintergründe – Interventionen – Strategien* (pp. 3-33). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Rohmert, W. (1984). Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. *Z. Arb. Wiss.*, 38, 193–200.
- Rusch, S. (2019). Belastung und Beanspruchung. In S. Rusch (Ed.), *Stressmanagement: Ein Arbeitsbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung* (pp. 29-43). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Samia, L., Ellenbecker, C., Friedman, D., & Dick, K. (2012). Home Care Nurses' Experience of Job Stress and Considerations for the Work Environment. *Home Health Care Services Quarterly*, 31, 243-265. doi:10.1080/01621424.2012.703903
- Schilgen, B., Handtke, O., Nienhaus, A., & Mösko, M.-O. (2019). Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. *Appl Nurs Res*, 46. doi:10.1016/j.apnr.2019.02.008
- Spohn, U., & López, M. L. (2021). *Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege* Güterslo. hhttps://kurzlinks.de/8rlh. Letzter Zugriff am 23.06.2023

- Statistisches Bundesamt. (2023a). Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade. Retrieved from <https://kurzlinks.de/7uus>. Letzter Zugriff am 23.06.2025
- Statistisches Bundesamt. (2023b). Pflegeheime und ambulante Pflegedienste. Retrieved from <https://kurzlinks.de/10u0>. Letzter Zugriff am 23.06.2025
- Statistisches Bundesamt. (2023c). Personal in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten. Retrieved from <https://kurzlinks.de/qbhv>. Letzter Zugriff am 23.06.2025
- Statistisches Bundesamt. (2025). Pflegebedürftige in Deutschland. Retrieved from <https://kurzlinks.de/o6si>. Letzter Zugriff am 16.01.2025
- Strandell, R. (2020). Care workers under pressure - A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015. *Health Soc Care Community*, 28(1), 137-147. doi:10.1111/hsc.12848
- Tomura, M. (2023). Psychiatric nurses' experience of moral distress: Its relationship with empowerment and coping. *Nurs Ethics*, 9697330231153915. doi:10.1177/09697330231153915
- Vander Elst, T., Cavents, C., Daneels, K., Johannik, K., Baillien, E., Van den Broeck, A., & Godderis, L. (2016). Job demands-resources predicting burnout and work engagement among Belgian home health care nurses: A cross-sectional study. *Nurs Outlook*, 64(6), 542-556. doi:10.1016/j.outlook.2016.06.004
- Vollbracht, M. (2024). *Zwischen Burn-out, Optimierung und Systemwechsel Ambulante Pflege in Deutschland – Trendbericht 2024* Hamburg
- Wang, T., Chen, Y., He, Y., Shen, L., Wang, P., Zhu, M., Zhu, J., & Li, M. (2022). Stressors, coping strategies and intention to leave the nursing profession: A cross-sectional nationwide study in China. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4398-4408. doi:<https://doi.org/10.1111/jonm.13865>
- Weltgesundheitsorganisation. (2023). *Working for Health 2022-2030 Action Plan: protection and performance* Genf <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063402>.
- Wocial, L., Miller, G., Montz, K., LaPradd, M., & Slaven, J. (2023). Evaluation of Interventions to Address Moral Distress: A Multi-method Approach. *HEC Forum*, 1-29. doi:10.1007/s10730-023-09508-z
- Zentrum für Qualität in der Pflege. (2019). Personalmangel in der ambulanten Pflege gefährdet gute Versorgung. Retrieved from <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-PI-Personalmangel-Pflege.pdf>. Zugriff am 22.01.2025

4. Thesen der Dissertation

1. Moral Distress ist weit verbreitet und hat daher eine große Relevanz für Pflegende im ambulanten Bereich.
2. Arbeitsbezogene Risikofaktoren für die Entstehung von Moral Distress in der ambulanten Pflege sind hohe emotionale Anforderungen, ein geringer Handlungsspielraum, geringe soziale Unterstützung von Kolleg*innen, der wahrgenommene Zeitdruck und Konflikte zwischen dem Arbeits- und Privatleben.
3. Die Beanspruchung durch Moral Distress ist ein Risikofaktor für die Entstehung von Burnout-Symptomen und beeinflusst die Absicht ambulant Pflegenden, ihre aktuelle Stelle oder den gesamten Beruf zu verlassen.
4. Die Situationen, die in der ambulanten Pflege zu Moral Distress führen, unterscheiden sich gegenüber anderen pflegerischen Settings, insbesondere aufgrund der Rahmenbedingungen der Arbeit und des Finanzierungs- bzw. Leistungssystems ambulanter Pflege.
5. In der ambulanten Pflege führen etwa das Gefühl, für das gesamte häusliche Pflegearrangement verantwortlich zu sein, eine unzureichende Versorgung der Pflegebedürftigen oder Konflikte zwischen berufsethischen Überzeugungen und dem herrschenden Leistungs- und Abrechnungssystem zu Moral Distress.
6. Ambulant Pflegende erleben Moral Distress einerseits unmittelbar in der Situation durch z. B. negative Emotionen, physische Symptome, destruktive Kognitionen (schlechtes Gewissen) und gesundheitsgefährdendes Verhalten, andererseits durch mittelbare Beanspruchungsfolgen wie Schlafstörungen und psychische Erkrankungen.
7. Derzeitige Copingstrategien ambulant Pflegenden mit Moral Distress liegen darin, individuelle Lösungswege zu suchen, anstatt auf institutionellen Umgangsmöglichkeiten. Oftmals werden die eigenen Copingstrategien als unzureichend erlebt.
8. Interventionen zur Reduktion von Moral Distress in der ambulanten Pflege setzen einerseits an den konkreten Arbeitsbedingungen an, unter den die auslösenden Situationen entstehen (z. B. Reduktion von Zeitdruck, Vermeidung von Anfragen kurzfristiger Dienstübernahmen, ggf. Pflege nach Zeit anstatt vorab festgelegter Pflegeleistungen, familienfreundliche Schichten, Rückhalt Vorgesetzter), andererseits in der Etablierung ethischer Interventionen (z. B. ambulante Ethikberatung).

Publikationsteil

Die drei Manuskripte der Dissertation wurden in PubMed-indexierten Zeitschriften mit externem Begutachtungsverfahren publiziert.¹ Die Genehmigung des Abdrucks liegt gemäß Sage und Elsevier qua vertraglicher Vereinbarung vor.

- (1) Petersen J, Melzer M. Predictors and consequences of moral distress in home-care nursing: A cross-sectional survey. *Nursing Ethics*. 2023;30(7-8):1199-1216.
doi:10.1177/09697330231164761
- (2) Petersen J, Rösler U, Meyer G, Luderer C. Understanding moral distress in home-care nursing: An interview study. *Nursing Ethics*. 2024;31(8):1568-1585.
doi:10.1177/09697330241238338
- (3) Interventionen, um Moral Distress in der ambulanten Pflege zu reduzieren: eine Interviewstudie mit Pflegenden und Pflegeethiker*innen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2025; 196:15-21. doi.org/10.1016/j.zefq.2025.05.005.

¹ (1) + (2) Nursing Ethics

(3) Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen

Petersen J, Melzer M. Predictors and consequences of moral distress in home-care nursing: A cross-sectional survey. *Nursing Ethics*. 2023;30(7-8):1199-1216. doi:10.1177/09697330231164761

Die Dissertantin war für das Projektmanagement verantwortlich und hat die der Datenerhebung vorangehende systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Treffen zwischen den an der Publikation beteiligten Personen wurden durch die Dissertantin organisiert und moderiert.

Auch die Koordination und Organisation der Datenerhebung wurde durch die Dissertantin übernommen. Bei der Datenanalyse wurden wichtige Zwischenschritte mit der Betreuerin, der Co-Autorin und dem statistischen Berater durchgeführt.

Die Beiträge aller Autorinnen gemäß den Kriterien des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (2021) sind nachfolgend aufgeführt:

- Beitrag zur Konzeption und zum Design der Arbeit: Alle Autorinnen
- Beitrag zur Erfassung, Analyse und der Interpretation der Daten: Alle Autorinnen
- Manuskripterstellung: Julia Petersen
- Kritische Überarbeitung von wichtigen intellektuellen Inhalten des Manuskripts: Alle Autorinnen
- Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation oder Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen: Alle Autorinnen

Für die Publikation stehen weiterführende Dokumente als Online Supplement zur Verfügung und können hier abgerufen werden: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/09697330231164761>

Die Abdruckgenehmigung wurde von SAGE am 03. Februar 2025 schriftlich erteilt.



Predictors and consequences of moral distress in home-care nursing: A cross-sectional survey

Nursing Ethics
2023, Vol. 0(0) 1–18
© The Author(s) 2023



Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/09697330231164761
journals.sagepub.com/home/nej



Julia Petersen 

International Graduate Academy, Institute of Health and Nursing Science, Medical Faculty, Martin Luther University Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Germany

German Federal Institute for Occupational Safety and Health, Dresden, Germany

Marlen Melzer

German Federal Institute for Occupational Safety and Health, Dresden, Germany

Abstract

Background: Nurses frequently face situations in their daily practice that are ethically difficult to handle and can lead to moral distress.

Objective: This study aimed to explore the phenomenon of moral distress and describe its work-related predictors and individual consequences for home-care nurses in Germany.

Research design: A cross-sectional design was employed. The moral distress scale and the COPSOQ III-questionnaire were used within the framework of an online survey conducted among home-care nurses in Germany. Frequency analyses, multiple linear and logistic regressions, and Rasch analyses were performed.

Participants and research context: The invitation to participate was sent to every German home-care service ($n = 16,608$).

Ethical considerations: The study was approved by the Data Protection Office and Ethics Committee of the German Federal Institute for Occupational Safety and Health.

Results: A total of 976 home-care nurses participated in this study. Job characteristics, such as high emotional demands, frequent work-life-conflicts, low influence at work, and low social support, were associated with higher disturbance caused by moral distress in home-care nurses. Organizational characteristics of home-care services, such as time margin with patients, predicted moral distress. High disturbance levels due to moral distress predicted higher burnout, worse state of health, and the intention to leave the job and the profession, but did not predict sickness absence.

Conclusions: To prevent home-care nurses from experiencing severe consequences of moral distress, adequate interventions should be developed. Home-care services ought to consider family friendly shifts, provide social support, such as opportunities for exchange within the team, and facilitate coping with emotional demands. Sufficient time for patient care must be scheduled and short-term takeover of unknown

Corresponding author:

Julia Petersen, Federal Institute for Occupational Safety and Health Dresden, Fabricestr. 8, D-01099, Dresden,
Email: petersen.julia@baua.bund.de

tours should be prevented. There is a need to develop and evaluate additional interventions aimed at reducing moral distress, specifically in the home-care nursing sector.

Keywords

Moral distress, moral stress, ethics, home-care nursing, home-care nurses, working conditions

Introduction

In their daily practice, nurses frequently face ethical issues and are confronted with ethical decision-making due to the particularly vulnerable situations of patients. The importance of ethical issues in nursing is defined in the Code of Ethics, which nurses are urged to follow.¹ Impacted by the COVID-19 pandemic, nurses are exposed to serious ethical dilemmas, for instance, witnessing inadequate provision of care or dilemmas regarding prioritization.^{2,3} When nurses cannot act according to their ethical beliefs, they may experience moral distress.⁴ Jameton, who first conceptualized moral distress (MD) after observing nurses, stated that MD arises “when one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action”.⁴

Several changes were made to further develop the construct. For instance, a broader understanding of MD including concepts such as moral insecurity—the confusion regarding the morally correct decision that can also lead to MD—was introduced.⁵ Additionally, the risk of overlooking other suffering experiences of nurses in case of moral coercion, for example, of an institution (eg compromised moral agency), was considered a necessary condition for MD.⁶

The American Association of Critical Care Nurses highlighted that MD is a significant problem among nurses that not only affects nurses’ physical and emotional health but also the quality, quantity, and costs of nursing care.⁷ Thus, MD can have various deleterious effects at different levels. Previous systematic reviews have shown that MD can negatively affect nurses’ health, leading to biopsychosocial responses such as anger, guilt, emotional withdrawal, anxiety, feelings of powerlessness, and depression, or physical symptoms such as insomnia, headache, loss of appetite, and stomach ache.^{8,9} Other results indicate that the quality of care is at risk and that patients’ health outcomes may be affected when nurses experience MD.⁸ Furthermore, MD is linked to the intention to leave the job and the profession.^{10,11} The unique aspect of MD that separates it from other forms of stress is the threat to nurses’ moral integrity.^{12,13}

The root causes of MD are at the patient, team, and system levels.^{14,15} Morally stressful situations for nurses at the *patient level* can be the task of conducting life-prolonging or aggressive treatment, which is associated with suffering,¹⁶ witnessing healthcare providers giving false hope to the patient,¹⁴ feeling pressured to conduct unnecessary tests,^{14,15} or lack of respect for the patient’s will.¹⁷ Examples of morally stressful situations at the *team level* are, lack of involvement in nursing-specific decision-making processes, the necessity to cooperate with insufficiently qualified colleagues,^{18,19} and inefficient communication between colleagues leading to errors.^{19,20} At the *system level*, the distribution of resources or a lack of resources plays an important role in creating morally difficult situations. Regarding the influence of job and organizational characteristics on nurses’ MD, a systematic review showed that factors such as poor cooperation and ethical climate, professional attitudes such as low work satisfaction and engagement, and psychological characteristics such as low psychological empowerment and influence at work, are related to MD.²¹ Furthermore, it was reported that job characteristics such as task significance, influence at work, and dealing with others influenced MD in Chinese nurses.²²

In addition to individual and work environment factors, the specific practice setting may affect the experience of MD.²³ Thus, many practice settings for nurses were examined: critical care,²⁴ oncology,²⁵

pediatrics,^{26,27} mental health nursing,²⁸ and intensive care.²⁹ However, although home-care nursing is becoming more important, only a few studies regarding moral aspects in this context have been conducted.^{30,31} Moreover, the predictors and consequences of MD on nurses have not been empirically investigated. Other strains and health complaints (eg emotional exhaustion) are experienced to a comparable extent in home-care nursing as in long-term care and hospitals, but the underlying situations are different.³² Therefore, it seems worthwhile to investigate the specific predictors of MD in home-care nursing to develop suitable interventions for its prevention in home-care setting. Understanding the specifics of home-care nursing will foster the development of preventive measures to counteract the burden of MD on home-care nurses (HCN).

Aim

This study aimed to explore the frequency and extent of disturbances caused by MD in HCN (research question 1). We analyzed on the one hand job characteristics and on the other hand organizational characteristics to predict MD in HCN (research question 2).

Additionally, we investigated the associations between MD and health-related outcomes (burnout, sickness absence, health status, intention to leave a job, and profession) (research question 3) in a sample of German HCN.

Methods

Research design

Embedded in the framework of a nationwide online survey, a cross-sectional study was conducted between 1 May 2022 and 30 June 2022. Reporting was guided by the Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS) statement.³³

Participants and research context

The target group for the online survey were HCN who (1) were employed in home-care services (HCS) with social insurance, (2) had finished their professional nursing education training, (3) were at least 18 years old, and (4) consented to participate in the online survey. The study participants were recruited using a variety of methods. First, an invitation postcard containing background information on the survey, the link, and a QR code to the online questionnaire were sent by email to all HCS in Germany. The Association of Substitute Health Funds provided addresses for HCS. This dataset included 16,608 addresses and approximately 14,000 email addresses. The German Federal Institute for Occupational Safety and Health agreed that the addresses would be used only once for the survey. A digital reminder was sent to all available email addresses after 3 weeks.

Second, the supporting associations of HCS were asked to participate in the survey. Third, the survey was distributed via multipliers and social media platforms (Xing, LinkedIn, Facebook, Instagram, and Telegram). As incentives can increase the response rate,³⁴ participation in a lottery was offered.

Ethical considerations

The study design was approved by the Data Protection Office and Ethics Committee of the German Federal Institute for Occupational Safety and Health (BAuA: No. 049_2022). The Ethics Committee reviewed the study in compliance with ethical guidelines. Each participant was informed of the procedure and agreed to

participate. The data of the participants were treated confidentially. No conclusion can be drawn from the statements in the survey about identifiable persons. No risk to HCN resulted from study participation. The standards of responsible research by Wager³⁵ and Kleinert were met.

Instruments

After a comprehensive literature search for the appropriate instrument to measure MD in home-care nursing in Germany, the German version of the Moral Distress Scale (MDS) was selected.³⁶ This scale is based on the conceptual model proposed by Corley.³⁷ The original version of the scale has been supplemented several times and linguistically validated for different countries.^{28,38} Instruments based on Corley's scale of MD are most useful for measurement purposes.³⁹ A Swiss study adapted Hamric's version of Corley's MDS for the German-speaking countries and added three items to the nine existing items on lack of collegial collaborations, inadequate orders of physician, and informal assumption of other staff members' responsibilities.^{36,40,41}

Moral distress is in context of the scale understood as "the burden felt by a nurse who believes he or she knows what the professionally ethical behavior would be in a particular care situation but, due to impediments, is unable to act accordingly."³⁶ The scale includes two sections: frequency of morally distressing situations and level of disturbance in those situations for the 12 items. Frequency was assessed using a 5-point response scale ranging from 0 (never) to 4 (several times a week). Participants assessed the level of disturbance, using a 5-point response scale, ranging from 0 (no disturbance) to 4 (very high level of disturbance). Clear numerical ranges were provided for each response, and corresponding smiley icons were mapped for the levels of disturbance. Additionally, one separate item was added to measure the importance of professional ethical principles in daily business to the nurses using a 5-point verbal rating scale and brief definitions of ethical principles and MD were provided.³⁶ In addition to the MDS, the survey included (1) items on job characteristics following Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ III):⁴² work intensity (B.1 Item 1–3), emotional demands and concealment of emotions (B.1 Part2), work-life-conflicts (B.2), influence at work (B.3), possibilities for development (B.5 Item 1,2,4), and social support from colleagues (B.8 Item 1,2,6,8,9); (2) items on organizational characteristics: time margin with patients, functional care, familiarity with patients before the tour, items based on the guideline "Good Ward organization" on organizational characteristics;⁴³ (3) items on health indicators (health situation, burnout, intention to leave the job/profession, sick leave, as part of COPSOQ III); and (4) sociodemographic variables. Items were selected based on a model created from the literature review. The COPSOQ III is a well-validated and common instrument for capturing psychosocial factors at work.⁴⁴

Procedure

The first draft of the questionnaire was discussed with experts (HCN, nursing scientists, and political stakeholders with a focus on nursing) ($n = 23$). The preliminary instrument was pretested at the unit "Designing service work" of the BAuA ($n = 8$) and, after revision, another pretest on the target group of HCN ($n = 10$) was conducted. Additionally, three experts from the home-care sector were consulted to evaluate the applicability of MDS to the outpatient sector. Considering the positive feedback from the experts, the MDS was not edited. Only an explanation (referring to the term "staffing levels") was added via footnote, so that the HCN could imagine the situation in their care setting more easily. The pretests and the survey were conducted using the survey tool SoSciSurvey. The questionnaire could be accessed via link or QR code. Because the study used convenience sampling, no personalized links were created. The average time for answering the questionnaire was 20–30 min according to the respondents in the pretests.

Data analysis

All analyses were performed using SPSS software (version 28). Prior to the survey, a power analysis was conducted using G*Power. Accordingly, a minimum of 350 participants would be necessary to determine the expected effects. Descriptive statistics were performed by calculating absolute numbers (n) and prevalence rates (%) with mean and standard deviation (SD) according to the data type for all sociodemographic variables, and frequency and disturbance level caused by MD.

As MD is a latent variable and the scale was being applied in a new setting (home-care nursing), it was appropriate to use Rasch analysis as an alternative to classical test theory measurements.⁴⁵ Rasch analysis belongs to the family of item response theory models and is used in constructing interval-scaled measures of latent traits.⁴⁶ Especially for research questions in nursing science Rasch analysis provides helpful insights into the investigation of measurement properties.⁴⁷ Thus, the items related to disturbance were analyzed through Rasch analysis using the software RUMM2030.⁴⁸ Responses from nurses who had never experienced MD situation(s) were excluded from the analysis. A calculation with the product of frequency and levels of disturbance was not performed owing to theoretical convictions, for example, the complex relationship between frequency and disturbance level caused by MD, as mentioned in previous studies.^{36,49} Thus, for further calculations, the Rasch score of the level of disturbance was used because it was more specific than the mean score.

The mean was calculated based on the scales for job characteristics, burnout, health status, and sick leave. One-way analyses of variance (ANOVA) were conducted, including a test for homogeneity of variances, to verify if there were significant differences between sociodemographic groups and the level of disturbance caused by MD. The same procedure was conducted to test for significant differences between the sociodemographic groups and metric health-related outcomes. To explore the relationships between job characteristics (work intensity, emotional demands, work-life-conflicts, influence at work, possibility for development, social support), organizational characteristics (functional care, time margin, knowing the patients before providing care), and health-related outcomes and the level of disturbance caused by MD, the Pearson product-moment correlation was used. All variables that showed a significant correlation ($p < 0.01$) with the respective dependent variables were included in the multivariate analysis.

Multivariate linear regression analysis with the level of disturbance caused by MD as a dependent variable and job and organizational characteristics as independent variables was performed to identify predictors of MD in German HCN.

To investigate the health-related consequences (burnout, sickness absence, health status, intention to leave) of MD, multivariate logistic and linear regressions (depending on data type) were used, adjusting for other identified explanatory variables. Parameter estimates with p -values (two-tailed) < 0.05 were considered significant. To evaluate the influence of the common method bias (CMB), Harman's single-factor test was conducted with a resulting variance of 38.7%, which indicated that it was unlikely that the CMB had any influence on the results.⁵⁰

Results

The online questionnaire received 6012 clicks. Of these, 2025 participants started the questionnaire and 976 HCN completed it up to the last page (completion rate). All participants completed the frequency scale. However, among these, 169 participants completed the level of disturbance scale, although they did not experience a morally difficult situation and thus, disobeyed the instructions. This proportion of individuals was excluded for further analyses.

So that the dataset consisted of 807 individuals, except for the response to the frequency items.

Characteristics of the participants

The majority of respondents were female (81.7%) and between 35 and 54 years old (mean: 46.8, SD = 10.5). Of the respondents, 50.1% were in management positions (Table 1). In terms of gender, age, and migration background, the sample largely represented HCN in Germany (Destatis, nd; Federal Minister of Health, 2011).^{51,52,53}

The participants had been working in home-care nursing for an average of 15.7 years (SD = 9.2). The level of disturbance caused by MD was independent of gender, age, marital status, migration background, professional experience, organizational tenure, shift work, type of employment, and leadership role (Online Supplement 1).

Frequency and level of disturbance caused by moral distress

The results showed that the frequency and level of disturbance caused by MD among German HCN varied between moral stressors (Tables 2 and 3). More than half of the respondents included ethical aspects in their decision-making weekly. 2 to 15% of the participants experienced morally challenging situations at least monthly, 1 to 9% weekly, and 1 to 6% several times per week. The disturbing situations that were mentioned most frequently were: Item 1 (“Was unable to deliver care in keeping with my professional ethical principles due to administrative or budgetary reasons”), Item 3 (“Have carried out physician’s orders for tests or treatments that I consider to be inappropriate in view of the treatment”), and Item 6 (“Have worked with nurses or other healthcare providers I felt were lacking competence, resulting in quality of care being diminished or patients being put at risk”). The mean frequency score varied between 0.28 and 1.09 (research question 1).

Among respondents, 5 to 19% stated that the disturbance caused by MD was high and 1 to 10% indicated that the disturbance was very high.

The situations that led to the highest levels of disturbance were: Item 11 (“I was unable to prevent or alleviate the suffering of a patient due to inadequate physician’s orders”; 45.5% stated high or very high disturbance), Item 6 (“Have worked with nurses or other healthcare providers I felt were lacking competence, resulting in quality of care being diminished or patients being put at risk”; 35.5% stated high or very high disturbance), and Item 9 (“Have worked in a nursing team with staffing that I considered inadequate”; 33.9% stated high or very high disturbance). The mean score for level of disturbance ranged from 1.62 to 2.28 (research question 1).

Predictors of moral distress

Correlations between job and organizational characteristics and Rasch score of the disturbance level caused by MD are available in Online Supplement 2.

All job characteristics (work intensity, emotional demands, work-life-conflicts, influence at work, possibility for development, and social support) correlated significantly in the expected direction with level of disturbance caused by MD. Regarding organizational characteristics, the fact that patients were already known before an HCN had to provide care and the time margin with patients correlated significantly. Functional care did not correlate significantly with level of disturbance caused by MD. Variables that were significantly associated with disturbance level caused by MD in bivariate analyses were included in the multivariate regression analysis, thus the item “functional care” was excluded.

Table 4 presents the results of linear regression analysis. Emotional demands, work-life-conflicts, influence at work, social support, and the time margin with patients predicted the level of disturbance caused by MD (research question 2).

Table 1. Sociodemographic data of the participants.

Variable	Participants N (%)	
	n	%
Gender		
Female	659	81.7
Male	146	18.1
Diverse	2	0.2
Age		
15–34 years	122	15.1
35–54 years	439	54.4
>54 years	245	30.4
Material status		
Married/partnership	510	63.2
Single	154	19.1
Divorced	127	15.7
Widowed	16	2.0
Migration background		
Yes	65	8.1
No	742	91.9
Qualification¹		
Nurse aid	28	3.5
Geriatric nursing Assistant	16	2.0
Geriatric nurse	276	34.2
Nursing Assistant	10	1.2
Nurse	344	42.6
Pediatric nurse	55	6.8
University qualified nurse	82	10.2
Professional experience in home-care nursing		
<2 years	49	6.2
3–5 years	90	11.4
6–10 years	148	18.7
>11 years	504	63.7
Organizational tenure		
<2 years	114	14.8
3–5 years	146	18.9
6–10 years	178	23.1
>11 years	333	43.2
Shift work		
Yes	380	47.1
No	427	52.9
Type of employment		
Part-time	268	39.8
Full-time	406	60.2
Leadership role		
Yes	404	50.1
No	403	49.9

Note. N = 807. There are missing values in the variables age (n = 1), organizational tenure (n = 36), professional experience (n = 16), and type of employment (n = 133).

¹Multiple answers were possible.

Table 2. Frequency of moral distress of home-care nurses ($n = 976$).

	Frequency ($n = 976$), Percentage of answers ($n, \%$)						
	Mean	SD	0 (= never)	1 (less than once a month)	2 (monthly)	3 (weekly)	4 (several times a week)
I Have relied on professional ethical principles when making decisions regarding patient care	2.65	1.25	51 (5.2%)	173 (17.7%)	178 (18.2%)	243 (24.9%)	331 (33.9%)
Moral distress							
1 Was unable to deliver care in keeping with my professional ethical principles due to administration or budgetary	1.09	1.20	392 (40.2%)	303 (31.0%)	138 (14.1%)	83 (8.5%)	60 (6.1%)
2 Have experienced patients or family members being given "false hope," contrary to what is known about their situation	0.79	0.90	430 (44.1%)	395 (40.5%)	97 (9.9%)	36 (3.7%)	18 (1.8%)
3 Have carried out physician's orders for tests or treatments that I consider to be inappropriate in view of the treatment	0.97	1.01	383 (39.2%)	350 (35.9%)	151 (15.5%)	73 (7.5%)	19 (1.9%)
4 Have taken no action when a member of the multidisciplinary team made a medical error and failed to report it	0.27	0.61	774 (79.3%)	162 (16.6%)	21 (2.2%)	16 (1.6%)	3 (0.3%)
5 Have had to provide care to patients for which I felt unqualified, resulting in quality of care being diminished or patients being put at risk	0.25	0.59	783 (80.2%)	157 (16.1%)	21 (2.2%)	11 (1.1%)	4 (0.4%)
6 Have worked with nurses or other healthcare providers I felt were lacking incompetence, resulting in quality of care being diminished or patients being put at risk	0.92	1.01	409 (41.9%)	348 (35.7%)	133 (13.6%)	61 (6.3%)	25 (2.6%)
7 Have taken no action in instances where signs of possible verbal or physical abuse* of patients or patient neglected**	0.28	0.61	762 (78.1%)	172 (17.6%)	30 (3.1%)	6 (0.6%)	6 (0.6%)

(continued)

Table 2. (continued)

		Frequency (<i>n</i> = 976), Percentage of answers (<i>n</i> , %)						
		Mean	SD	0 (= never)	1 (less than once a month)	2 (monthly)	3 (weekly)	4 (several times a week)
8	Have seen the quality of care and treatment suffer due to a lack of provider continuity within the treatment team	0.86	0.98	443 (45.4%)	318 (32.6%)	138 (14.1%)	63 (6.5%)	14 (1.4%)
9	Have worked on a nursing team with staffing that I considered inadequate	0.71	0.99	550 (56.4%)	245 (25.1%)	120 (12.3%)	37 (3.8%)	24 (2.5%)
10	Because of uncollegial collaboration, I was unable to deliver a level of care in keeping with my professional ethic	0.45	0.76	665 (68.1%)	217 (22.2%)	68 (7.0%)	20 (2.0%)	6 (0.6%)
11	I was unable to prevent or alleviate the suffering of a patient due to inadequate physician's orders	0.87	0.95	418 (42.8%)	347 (35.6%)	146 (15.0%)	49 (5.0%)	16 (1.6%)
12	I have had to informally assure responsibility for work done by other professions	0.72	1.08	581 (59.5%)	206 (21.1%)	105 (10.8%)	45 (4.6%)	39 (4.0%)

*Patients were deliberately physically, emotionally, or mentally abused, frightened or put in risk.

**Patients' needs were deliberately not met or required services were not performed though the necessary resources were available.

Work intensity, opportunities for development, and familiarity of patients were no longer significant predictors of the disturbance level. The total model was significant ($p < 0.001$) and accounted for 16% of the variance (corrected R^2).

Consequences of moral distress

Burnout and health status. One-way ANOVA revealed that the mean values of the burnout score concerning the sociodemographic variables differed only within the marital status ($F = 4.167$, $p = 0.006$) and age groups ($F = 3.898$, p -value = 0.021). The marital status ($F = 4.992$, $p = 0.002$) and employment type groups ($F = 5.250$, $p = 0.022$) differed significantly in terms of health status score. Therefore, these variables were included in the corresponding linear regressions (marital status via dummy variables).

Disturbance level caused by MD was a significant predictor of burnout (research question 3). With the increase of one on the MDS, the burnout score increased by 0.251 points. Furthermore, disturbance level caused by MD significantly predicted health status. With the decrease of one on the MDS, health status increased by 0.450 (Table 5).

Table 3. Level of disturbance caused by moral distress of home-care nurses.

		Level of disturbance by moral distress, Percentage of answers over scale (n, %)							
		n	Mean	SD	0 (none)	1 (low)	2 (average)	3 (high)	4 (very high)
Moral distress									
1	Was unable to deliver care in keeping with my professional ethical principles due to administrative or budgetary	522	1.88	1.00	41 (7.9%)	148 (28.4%)	195 (37.4%)	110 (21.1%)	28 (5.4%)
2	Have experienced patients or family members being given "false hope," contrary to what is known about their situation	475	1.62	0.96	46 (9.7%)	191 (40.2%)	153 (32.2%)	69 (14.5%)	16 (3.4%)
3	Have carried out physician's orders for tests or treatments that I consider to be inappropriate in view of the treatment	543	1.66	0.98	59 (11.0%)	186 (34.8%)	187 (35.0%)	84 (15.7%)	18 (3.4%)
4	Have taken no action when a member of the multidisciplinary team made a medical error and failed to report it	175	1.94	1.15	17 (9.7%)	52 (29.7%)	49 (28.0%)	39 (22.3%)	18 (10.3)
5	Have had to provide care to patients for which I felt unqualified, resulting in quality of care being diminished or patients being put at risk	171	1.80	1.17	18 (10.5%)	66 (38.6%)	36 (21.1%)	34 (19.9%)	17 (9.9%)
6	Have worked with nurses or other healthcare providers I felt were lacking incompetence, resulting in quality of care being diminished or patients being put at risk	504	2.04	1.11	38 (7.5%)	135 (26.8%)	152 (30.2%)	129 (25.6%)	50 (9.9%)
7	Have taken no action in instances where signs of possible verbal or physical abuse* of patients or patient neglected**	187	1.92	1.18	22 (11.8%)	52 (27.8%)	52 (27.8%)	41 (21.9%)	20 (10.7%)
8	Have seen the quality of care and treatment suffer due to a lack of provider continuity within the treatment team	475	1.88	0.99	32 (6.7%)	141 (29.7%)	181 (38.1%)	94 (19.8%)	27 (5.7%)
9	Have worked on a nursing team with staffing that I considered inadequate	372	1.98	1.13	27 (7.3%)	119 (32.0%)	100 (26.9%)	87 (23.4%)	39 (10.5%)
10	Because of uncollegial collaboration I was unable to deliver a level of care in keeping with my professional ethic	278	1.71	0.97	21 (7.6%)	112 (40.3%)	79 (28.4%)	58 (20.9%)	8 (2.9%)
11	I was unable to prevent or alleviate the suffering of a patient due to inadequate physician's orders	501	2.28	1.12	18 (3.6%)	131 (26.1%)	124 (24.8%)	149 (29.7%)	79 (15.8%)
12	I have had to informally assure responsibility for work done by other professions	350	1.72	1.13	45 (12.9%)	122 (34.9%)	97 (27.7%)	57 (16.3%)	29 (8.3%)

Table 4. Results from multivariate linear regression analysis on relationship between job and organizational characteristics and the level of disturbance caused by moral distress.

	B	SE.	β	t-value	p-value	LL	UL
(Constant)	-0.488	0.539	—	-0.906	0.365	-1.547	0.570
Work intensity	0.028	0.063	0.019	0.449	0.653	-0.095	0.152
Emotional demand	0.248	0.062	0.152	4.018	<0.001	0.127	0.369
Work-privacy conflicts	0.261	0.058	0.175	4.481	<0.001	0.147	0.375
Autonomy	-0.163	0.076	-0.086	-2.140	0.033	-0.313	-0.013
Opportunity for development	0.098	0.079	0.046	1.235	0.217	-0.058	0.254
Social support	-0.159	0.080	-0.071	-1.997	0.046	-0.316	-0.003
Patients not known before tour	-0.010	0.052	-0.006	-0.183	0.855	-0.112	0.092
Time margin with patients	-0.171	0.044	-0.146	-3.916	<0.001	-0.257	-0.085

Note. $N = 807$, B = regression coefficient; SE = standard error; $R = 0.417$; $R^2 = 0.174$; R^2 corrected = 0.166, $p < 0.001$; LL/UL = lower and upper limit of odds ratios (ORs) 95% confidence interval.

Sickness absence. Considering the results of the one-way ANOVA, the linear regression analysis was adjusted for employment type ($F = 16.153$, p -value < 0.001), organizational tenure ($F = 3.858$, $p = 0.009$), professional experience ($F = 4.612$, p -value = 0.003), and leadership role ($F = 9.038$, $p = 0.003$). The level of disturbance caused by MD was not a significant predictor of sickness absence (research question 3) after including the relevant covariates (Online Supplement 3).

Intention to leave (job and profession). The influence of the level of disturbance caused by MD on the intention to leave the current position and profession was examined using logistic regression. The results of the correlation matrix showed that no sociodemographic variable correlated significantly ($p < 0.01$) with the intention to leave the profession. However, age, type of employment, and leadership role influenced the intention to leave the current position and were thus included in the analysis (Table 6). Despite this, the level of disturbance caused by MD had a significant influence on the intention to leave the current job and profession (research question 3). Higher scores on the disturbance level caused by MD implied significantly higher odds of reporting the intention to leave the job (odds ratio [OR] = 1.40) and profession (OR = 1.48).

Discussion

Disturbance caused by MD was predominantly experienced if HCN were unable to prevent patients from suffering due to inadequate physicians' orders, if they had to carry out physicians' orders for tests or treatments that they considered inappropriate, or if they had to work with nurses or other healthcare providers judged to be incompetent, which endangered patient safety. These morally distressing situations in home-care nursing refer to the value conflicts "welfare versus loyalty" and "welfare versus autonomy" that were identified in a qualitative study by Lauxen.³¹ In other nursing fields, poor communication and working with colleagues deemed unqualified also lead to MD.^{18, 19} However, both the frequency and level of disturbance of these morally distressing situations were lower in our sample of HCN than in hospital care in Switzerland.³⁶ One reason for this might be the higher scope of influence at work, which buffered the experience of MD and nurses' experience in home-care nursing.²¹

In our dataset, no sociodemographic variables correlated with the level of disturbance caused by MD. Other studies, conducted in other nursing fields, revealed that lower age, lower professional experience, or

Table 5. Results from multivariate linear regression analysis on relationships between the level of disturbance caused by moral distress and burnout and the health status.

	B		SE.		β		t-Value		p-Value		LL		UL	
	BO	H	BO	H	BO	H	BO	H	BO	H	BO	H	BO	H
(Constant)	3.478	6.454	0.108	0.288	—	—	32.144	22.408	<0.001	<0.001	3.265	5.889	3.690	7.020
Age	-0.074	—	0.046	—	-0.056	—	-1.615	—	0.107	—	-0.164	—	0.016	—
Type of employment	—	0.449	—	0.169	—	0.098	—	2.651	—	0.008	—	0.116	—	0.782
Single	0.088	0.023	0.077	0.218	0.040	0.004	1.134	0.104	0.257	0.918	-0.064	-0.406	0.239	0.452
Divorced	0.262	-0.530	0.078	0.233	0.110	-0.086	3.347	-2.276	<0.001	0.023	0.108	-0.987	0.416	-0.073
Widowed	0.468	-1.547	0.201	0.582	0.075	-0.099	2.332	-2.656	0.020	0.008	0.074	-2.690	0.863	-0.403
Level of disturbance caused by moral distress	0.251	-0.450	0.020	0.058	0.403	-0.285	12.563	-7.717	<0.001	<0.001	0.212	-0.565	0.291	-0.336

Note. N = 807, Burnout (BO): R = 0.428; R² = 0.183; R² corrected = 0.178, p < 0.001; LL/UL = lower and upper limit of odds ratios (ORs) 95% confidence interval. Health status (H): R = 0.319; R² = 0.102; R² corrected = 0.095, p < 0.001; LL/UL = lower and upper limit of odds ratios (ORs) 95% confidence interval.

Table 6. Results from multivariate logistic regression analysis on relationships between the level of disturbance caused by moral distress and the intention to leave the job and to leave the profession.

	Intention to Leave the Job					Intention to Leave the Profession				
	B	SE	Wald	p	Exp(B)	B	SE	Wald	p	Exp(B)
Constant	1.816	0.393	21.330	<.001	6.150	0.445	0.077	33.740	<.001	1.560
Age	-0.284	0.127	4.985	.026	0.753					
Type of employment	-0.512	0.195	6.919	.009	0.599					
Leadership	-0.164	0.192	0.728	.393	0.849					
Level of disturbance caused by moral distress	0.337	0.060	31.333	<.001	1.401	0.395	0.056	49.120	<.001	1.484

Note. N = 807, all df = 1.

being a female nurse was associated with higher MD.^{54,55} This might be due to the fact that they measured the frequency of morally distressing situations, but not the disturbances caused by it, or due to cultural influences.

Regarding job characteristics, high emotional demands, frequent work-life-conflicts, low social support, and low influence at work predicted higher levels of disturbance caused by MD in our sample. Low influence at work and dealing with others as social support could be identified as influencing job characteristics for nurses working in hospitals.^{20,22} Possibly, work-life-conflicts play a special role in understanding MD among HCN. Due to the longer-term relationships with care recipients in private homes, nurses have to balance between proximity and distance as well as their role between private and professional life in a particular way,^{30,56} which is also associated with specific emotional demands.⁵⁷

It is surprising that high work intensity, such as experiencing time pressure during work, was not a significant predictor of the level of disturbance caused by MD in our sample. Perhaps having enough time to maneuver during the tour is an important organizational characteristic for nurses' well-being in home-care nursing.

Thus, if it is due to HCS tour planning, less space to maneuver for nurses at the patient's home resulted in higher disturbance levels caused by MD. The negative consequences of time pressure on HCN have already been proven.⁵⁸

Knowing the patients before starting the tour and having a functional view of nursing (ie splitting nursing tasks according to the qualification level) did not seem to affect the level of disturbance caused by MD in our sample. However, other studies mentioned that a functional view of nursing is a risk factor for MD.⁵⁹ One reason for the lack of correlation could be that the other organizational characteristics investigated in this study had a much higher effect on the experience of MD.

Regarding the consequences of MD, associations with burnout have been reported in different nursing settings.^{11,60} This was proved for HCN in our study. Moreover, in our study, MD was associated with a lower health status of HCN, which is in line with results from studies conducted in other nursing settings.^{8,9} A career change due to the experience of MD has also been reported for nurses in other settings and for other healthcare professionals.^{11,21} Although the disturbance level caused by MD correlated with the days of sickness absence, the relationship was not significant in the regression analysis after adjusting for other variables. However, associations between MD and higher sickness absence as well as poor self-reported health have been reported in the literature.⁶¹ One reason for this discrepancy could be the widespread presentism in home-care nursing due to the nurses' high sense of responsibility towards colleagues and patients.⁵⁷

Interventions to prevent nurses from MD and its harmful consequences already exist.^{62,63} Although several interventions dealing with educational aspects (eg moral empowerment programs or moral resiliency

training), multidisciplinary rounds, debriefing or facilitated discussions, reflective exercises, specialist consultation services, and narrative writing have been evaluated, their effectiveness remains uncertain.⁶³ Reasons for this could be on the one hand, the fact that moral distress is a complex phenomenon with possible external confounders and on the other hand lie in methodological weaknesses of intervention studies.^{62,63} Promising interventions, despite pending effectiveness tests, are reflective rounds to discuss the ethical problem, and the underlying values of the parties concerned and to identify appropriate possibilities to act.²⁴ Such measures can also be considered as a part of health promotion for nurses.⁶⁴ Moreover the ethical climate, the “common perception among the members of the organization, that is, a set of standards, values, and practices related to work behavior”⁶⁵ seems to play an important role in how nurses deal with ethical problems. Future studies with robust designs and relevant outcomes are required to prove the effectiveness of existing interventions or to develop new effective interventions to reduce MD considering the nursing setting. Furthermore, the role of moral resilience, a person’s ability to maintain or restore integrity in response to moral adversity in home-care nursing should be investigated.⁶⁶ Further research should take into account possible new ethical problems that could arise from the use of digital technologies or artificial intelligence in home-care nursing.⁶⁷ Moreover, it is necessary to prove if additional items, considering the specifics of home-care nursing (e.g., billing for services in home-care nursing, cooperation with general practitioners), help capture the phenomenon of MD and therefore, improve the targeting of Rasch analysis.

Methodological discussion

Rasch analysis

Rasch analysis was conducted by an experienced statistician using the program RUMM2030. The item-trait interaction test showed no significant deviation from the Rasch model ($p = 0.055$). The Pearson separation index, an index typically used in Rasch analysis, had a value of 0.71. All item fit residuals were satisfactory, and the person fit residuals were within the acceptable limits.

The test for uni-dimensionality in RUMM2030 (based on t-tests) was also satisfactory. There was no differential item functioning (DIF) (tested with ANOVA) with respect to sociodemographic variables. Moreover, there was no local dependence (LD) on the items. Targeting could be improved, which means that easier items, that is, situations that trigger strong MD in home-care nursing, should be added.

Limitations

This study has some limitations. While online surveys are convenient and allow data collection independent of geographic locations,³³ a self-selection according to barriers of participating in online surveys may exist. Feedback to our email invitations suggests that congestion and lack of time intensified by the ongoing COVID-19 pandemic is making it difficult to participate in additional activities, such as scientific surveys. However, a systematic recording of the reasons for nonparticipation was not available. In further studies, responding to the disturbing aspect of MDS should be technically prevented if respondents state that they have never experienced the corresponding situation. Due to the high number of cases and the representativeness of the sample regarding gender, age, and migration background of the HCN, the results might draw a realistic picture of the value of the researched variables in German home-care nursing.

Conclusions

This study provided data on the frequency and level of disturbance caused by MD. Moreover, job and organizational characteristics were associated with the level of disturbance caused by MD, as well as possible

consequences for HCN in Germany. Although the frequency and level of disturbance caused by MD appear to be lower in home-care nursing than in acute care, the health-related outcomes are severe. Therefore, appropriate interventions must be developed and implemented. These interventions, on the one hand, should focus on human-centered design of job characteristics to reduce MD by considering emotional demands and work-life-conflicts. On the other hand, the organizational characteristics of HCS, such as sufficient time margins with patients during tours, must be considered. To achieve this, sufficient staffing should be available for the respective tours, and sickness absences should be consistently considered ahead, for instance, with Jumper Pools.

Our data showed that MD is not only an individual problem, but also an organizational and societal challenge due to its far-reaching consequences and threat to the security of care for patients. Future studies should test which interventions are most suitable for HCN to reduce and prevent MD.

Acknowledgements

The authors would like to thank all nurses who took the time for participating in the survey - in spite of their busy schedules. Moreover, they thank Prof. Dr. Gabriele Meyer (Martin Luther University Halle-Wittenberg) as well as the colleagues of their section “Designing Service work” (Federal Institute for Occupational Safety and Health) for their manifold support throughout the process of doing this research and preparing the manuscript. Thanks are also due to the International Graduate Academy of the Institute of Health and Nursing Science at the Martin Luther University Halle-Wittenberg for the collegial support and the exchange of experiences regarding aspects of the research topic and the methodical approach. In addition, special thanks go to the Institute for Medical Epidemiology, Biometry and Informatics of the Martin Luther University Halle-Wittenberg and Prof. Dr. Marianne Müller of the University of Teacher Education, Lucerne as statistician who performed the Rasch analysis. The authors would like to thank Editage (www.editage.com) for English language editing.

Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The German Federal Institute of Occupational Safety and Health funded the data collection and ensured the authors' employment during the study (research project F 2521).

ORCID iD

Julia Petersen  <https://orcid.org/0000-0003-0672-0132>

Supplemental Material

Supplemental material for this article is available online.

References

1. International Council of Nurses. *The ICN code of Ethics for nurses*, 2021, https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf (accessed 15.08.2022). International Council of Nurses: Geneva
2. Riedel PL, Kreh A, Kulcar V, et al. A scoping review of moral stressors, moral distress and moral injury in healthcare workers during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19. DOI: [10.3390/ijerph19031666](https://doi.org/10.3390/ijerph19031666)
3. Haahr A, Norlyk A, Martinsen B, et al. Nurses experiences of ethical dilemmas: a review. *Nurs Ethics* 2020; 27: 258–272. DOI: [10.1177/0969733019832941](https://doi.org/10.1177/0969733019832941)

4. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*: Prentice-Hall. NJ. Upper Saddle River, 1984.
5. Campbell SM, Ulrich CM and Grady C. A broader understanding of moral distress. *Am J Bioeth* 2016; 16: 2–9. DOI: [10.1080/15265161.2016.1239782](https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1239782)
6. Wöhlke S. Bedeutsamkeit und Konsequenzen von moralischem Stress im pflegerischen Alltag. In: Riedel A and Linde A-C (eds) *Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte – Werte – Phänomene*. Springer Berlin Heidelberg, 2018, pp.41–46.
7. American Association of Critical-Care Nurses. AACN Public Policy Position Statement: Moral Distress. 2006. Washington D.C. <https://www.aacn.org/policy-and-advocacy/aacn-position-statement-moral-distress-in-times-of-crisis> (accessed 20.11.2022).
8. Prompahakul C and Epstein EG. Moral distress experienced by non-Western nurses: an integrative review. *Nurs Ethics* 2020; 27: 778–795. DOI: [10.1177/0969733019880241](https://doi.org/10.1177/0969733019880241)
9. Huffman DM and Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2012; 24: 91–100. DOI: [10.1016/j.ccell.2012.01.004](https://doi.org/10.1016/j.ccell.2012.01.004)
10. Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, et al. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *J Nurs Scholarsh* 2015; 47: 117–125. DOI: [10.1111/jnu.12115](https://doi.org/10.1111/jnu.12115)
11. Karakachian A and Colbert A. Nurses' moral distress, burnout, and intentions to leave: an integrative review. *J Forensic Nurs* 2019; 15: 133–142. DOI: [10.1097/jfn.0000000000000249](https://doi.org/10.1097/jfn.0000000000000249)
12. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9: 636–650. DOI: [10.1191/0969733002ne557oa](https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa)
13. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, et al. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics* 2019; 26: 646–662. 2017/10/11. DOI: [10.1177/0969733017724354](https://doi.org/10.1177/0969733017724354)
14. Epstein EG, Whitehead PB, Prompahakul C, et al. Enhancing understanding of moral distress: the measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empir Bioeth* 2019; 10: 113–124. DOI: [10.1080/23294515.2019.1586008](https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1586008)
15. Sharif Nia H, Shafipour V, Allen KA, et al. A second-order confirmatory factor analysis of the moral distress scale-revised for nurses. *Nurs Ethics* 2019; 26: 1199–1210. DOI: [10.1177/0969733017742962](https://doi.org/10.1177/0969733017742962)
16. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, et al. Psychometric evaluation of the moral Distress scale-revised among Iranian nurses. *Nurs Ethics* 2019; 26: 1226–1242. DOI: [10.1177/0969733016651129](https://doi.org/10.1177/0969733016651129)
17. Fruet IMA, Dalmolin GL, Barlem ELD, et al. Applicability of the adapted Moral Distress Scale in the context of nursing in hemato-oncology services. *Rev Gaucha Enferm* 2018; 38: e63060. DOI: [10.1590/1983-1447.2017.04.63060](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.63060)
18. Silverman HJ, Kheirbek RE, Moscou-Jackson G, et al. Moral distress in nurses caring for patients with Covid-19. *Nurs Ethics* 2021; 28: 1137–1164. DOI: [10.1177/09697330211003217](https://doi.org/10.1177/09697330211003217)
19. Kok N, Van Gurp J, van der Hoeven JG, et al. Complex interplay between moral distress and other risk factors of burnout in ICU professionals: findings from a cross-sectional survey study. *BMJ Qual Saf* 2021; 32(4): 225–234. DOI: [10.1136/bmjqs-2020-012239](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-012239)
20. Lake ET, Narva AM, Holland S, et al. Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19. *J Adv Nurs* 2022; 78: 799–809. 2021/08/18. DOI: [10.1111/jan.15013](https://doi.org/10.1111/jan.15013)
21. Lamiani G, Borghi L and Argentero P. When healthcare professionals cannot do the right thing: a systematic review of moral distress and its correlates. *J Health Psychol* 2017; 22: 51–67. DOI: [10.1177/1359105315595120](https://doi.org/10.1177/1359105315595120)
22. Wenwen Z, Xiaoyan W, Yufang Z, et al. Moral distress and its influencing factors: a cross-sectional study in China. *Nurs Ethics* 2018; 25: 470–480. DOI: [10.1177/0969733016658792](https://doi.org/10.1177/0969733016658792)
23. Hamric AB, Davis WS and Childress MD. Moral distress in health care professionals. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc* 2006; 69: 16–23.
24. Dacar SL, Covell CL and Papatthanassoglou E. Addressing moral distress in critical care nurses: a systemized literature review of intervention studies. *Connect: The World of Critical Care Nursing* 2019; 13: 71–89. DOI: [10.1891/1748-6254.13.2.71](https://doi.org/10.1891/1748-6254.13.2.71)

25. Eche JJ, Phillips CS, Alcindor N, et al. A systematic review and meta-analytic evaluation of moral distress in oncology nursing. *Cancer Nurs* 2022; 46: 28–142. DOI: [10.1097/ncc.0000000000001075](https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001075)
26. Prentice T, Janvier A, Gillam L, et al. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. *Arch Dis Child* 2016; 101: 701–708. 2016/01/24. DOI: [10.1136/archdischild-2015-309410](https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-309410)
27. Austin W, Kelecevic J, Goble E, et al. An overview of moral distress and the paediatric intensive care team. *Nurs Ethics* 2009; 16: 57–68. DOI: [10.1177/0969733008097990](https://doi.org/10.1177/0969733008097990)
28. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics* 2010; 17: 726–740. DOI: [10.1177/0969733010379178](https://doi.org/10.1177/0969733010379178)
29. Graeb F. *Ethische Konflikte und Moral Distress auf Intensivstationen*. 2018 Springer Berlin Heidelberg.
30. Heggstad AKT, Magelssen M, Pedersen R, et al. Ethical challenges in home-based care: A systematic literature review. *Nurs Ethics* 2021; 28: 628–644. DOI: [10.1177/0969733020968859](https://doi.org/10.1177/0969733020968859)
31. Lauxen O. Moral problems in home health care - a descriptive ethical study. *Pflege* 2009; 22: 421–430. DOI: [10.1024/1012-5302.22.6.421](https://doi.org/10.1024/1012-5302.22.6.421)
32. Petersen J, Wendsche J and Melzer M. Nurses' emotional exhaustion: Prevalence, psychosocial risk factors and association to sick leave depending on care setting— a quantitative secondary analysis. *J Adv Nurs*; N/a 2022; 79: 182–193. DOI: [10.1111/jan.15471](https://doi.org/10.1111/jan.15471)
33. Sharma A, Minh Duc NT, Luu Lam Thang T, et al. A consensus-based Checklist for Reporting of Survey Studies (CROSS). *J Gen Intern Med* 2021; 36: 3179–3187. DOI: [10.1007/s11606-021-06737-1](https://doi.org/10.1007/s11606-021-06737-1)
34. Asire AM. A Meta-Analysis of the Effects of Incentives on Response Rate in Online Survey Studies. 2017. Electronic Theses and Dissertations 1317. <https://digitalcommons.du.edu/etd/1317> (2017, accessed 22.10.2022).
35. Wager EK S. Responsible research publication: international standards for authors. A position statement developed at the 2nd World Conference on Research Integrity, Singapore, July 22-24, 2010. In: Mayer TS N. (ed) *Promoting Research Integrity in a Global Environment Singapore*: Imperial College Press/World Scientific Publishing, 2011, pp.317–328.
36. Kleinknecht-Dolf M, Spichiger E, Muller M, et al. Advancement of the German version of the moral distress scale for acute care nurses: a mixed methods study. *Nurs Open* 2017; 4: 251–266. DOI: [10.1002/nop2.91](https://doi.org/10.1002/nop2.91)
37. Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care* 1995; 4: 280–285.
38. Badolamenti S, Fida R, Biagioli V, et al. Modified Moral Distress Scale (MDS-11): Validation Study Among Italian Nurses. *Prof Inferm* 2017; 70: 238–248. DOI: [10.7429/pi.2017.704238](https://doi.org/10.7429/pi.2017.704238)
39. Giannetta N, Villa G, Pennestri F, et al. Instruments to assess moral distress among healthcare workers: a systematic review of measurement properties. *Int J Nurs Stud* 2020; 111: 103767. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2020.103767](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103767)
40. Hamric AB and Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med* 2007; 35: 422–429. DOI: [10.1097/01.Ccm.0000254722.50608.2d](https://doi.org/10.1097/01.Ccm.0000254722.50608.2d)
41. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, et al. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33: 250–256. DOI: [10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x)
42. Burr H, Berthelsen H, Moncada S, et al. The third version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Saf Health Work*, 2019; 10: 482–503. DOI: [10.1016/j.shaw.2019.10.002](https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.10.002)
43. Federal Institute for Occupational Safety and Health. *Good Ward Organisation - a guide for care facilities*, 2016, <https://www.baua.de/EN/Service/Publications/Guidance/Ward-organisation.html>: Dortmund (accessed 01.03.2022).
44. Lincke H-J, Vomstein M, Lindner A, et al. COPSOQ III in Germany: validation of a standard instrument to measure psychosocial factors at work. *J Occup Med Toxicol* 2021; 16: 50. DOI: [10.1186/s12995-021-00331-1](https://doi.org/10.1186/s12995-021-00331-1)
45. van Alphen A, Halfens R, Hasman A, et al. Likert or Rasch? Nothing is more applicable than good theory. *J Adv Nurs* 1994; 20: 196–201. DOI: [10.1046/j.1365-2648.1994.20010196.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20010196.x)
46. Hagquist C, Bruce M and Gustavsson PJ. Using the Rasch model in nursing research: an introduction and illustrative example. *Int J Nurs Stud* 2009; 46: 380–393. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2008.10.007](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.10.007)

47. Stolt M, Kottorp A and Suhonen R. The use and quality of reporting of Rasch analysis in nursing research: a methodological scoping review. *Int J Nurs Stud* 2022; 132: 104244. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2022.104244](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104244)
48. Andrich DSB and Luo G. *Interpreting RUMM2030*. RUMM Laboratory Pty Ltd, Perth 2009.
49. Wlodarczyk DL M. Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses. *Nurs Ethics* 2011; 18: 847–861. DOI: [10.1177/0969733011408053](https://doi.org/10.1177/0969733011408053)
50. Podsakoff PM, MacKenzie SB, Lee J-Y, et al. Common method biases in behavioral research: a critical review of the literature and recommended remedies. *J Appl Psychol* 2003; 88: 879–903. DOI: [10.1037/0021-9010.88.5.879](https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879)
51. Destatis (Federal Statistical Office of Germany) Pflegestatistik 2021 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich - Ambulante Pflege- und Betreuungsdienste. Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/_inhalt.html#_pgjxua30z (accessed 30.04.2022)
52. Destatis (Federal Statistical Office of Germany) Health personnel: Germany, years, facilities, Gender; Wiesbaden, <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=1&step=1&titel=Ergebnis&levelid=1679395549169&acceptscookies=false#abreadcrumb> (accessed 25.09.2022)
53. Federal Minister of Health. Abschlussbericht zur Studie “Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes”. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des BMG von Infratest Sozialforschung München. Berlin. 2011.
54. Song YK, Mantri S, Lawson JM, et al. Morally injurious experiences and emotions of health care professionals during the COVID-19 pandemic before vaccine availability. *JAMA Netw Open* 2021; 4: e2136150. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2021.36150](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.36150)
55. Wang Z, Harold KG, Tong Y, et al. Moral injury in Chinese health professionals during the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma* 2022; 14: 250–257. DOI: [10.1037/tra0001026](https://doi.org/10.1037/tra0001026)
56. Petersen J. Relationship-work in outpatient pediatric nursing – a phenomenological study of the field of tension of proximity and distance. *Pflege* 2020; 33: 337–346. DOI: [10.1024/1012-5302/a000764](https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000764)
57. Janson P and Rathmann K. Occupational stress, mental strain and health literacy of outpatient nurses for the elderly: a quantitative online survey in selected large Bavarian cities. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2021; 16: 344–353. DOI: [10.1007/s11553-020-00826-5](https://doi.org/10.1007/s11553-020-00826-5)
58. Cœugnet S, Forrierre J, Naveteur J, et al. Time pressure and regulations on hospital-in-the-home nurses: an on-the-road study. *Appl Ergon* 2016; 54: 110–119. DOI: [10.1016/j.apergo.2015.11.018](https://doi.org/10.1016/j.apergo.2015.11.018)
59. de Veer AJ, Francke AL, Struijs A, et al. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2013; 50: 100–108. 2012/09/20. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017)
60. Wilson MA. A tool adaptation workshop for moral distress in military critical care nurses. *Clin Nurse Spec* 2021; 35: 208–214. DOI: [10.1097/nur.0000000000000607](https://doi.org/10.1097/nur.0000000000000607)
61. Cullati S, Cheval B and Schmidt R. Self-rated health and sick leave among nurses and physicians: the role of regret and coping strategies in difficult care-related situations. *Front Psychol* 2017; 8: 623. DOI: [10.3389/fpsyg.2017.00623](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00623)
62. Morley G, Field R, Horsburgh CC, et al. Interventions to mitigate moral distress: A systematic review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2021; 121: 103984. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2021.103984](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103984)
63. Imbulana DI, Davis PG and Prentice TM. Interventions to reduce moral distress in clinicians working in intensive care: a systematic review. *Intensive Crit Care Nurs* 2021; 66: 103092. DOI: [10.1016/j.iccn.2021.103092](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103092)
64. Eigler M, Maier M, Püschel M. Interprofessionelle Ethik hält gesund - Ethik als Element der betrieblichen Gesundheitsförderung? Presentation at Zürich Pflegezentren Mattenhof, Irchelpark, 2014, <https://docplayer.org/60854268-Interprofessionelle-ethik-haelt-gesund.html> (accessed 30.11.2022)
65. Fradelos E C, Alexandropoulou C-A, Kontopoulou L, et al. The effect of hospital ethical climate on nurses’ work-related quality of life: A cross-sectional study. *Nursing Forum* 2022; 57: 244–251. DOI: [10.1111/nuf.12671](https://doi.org/10.1111/nuf.12671)
66. Rushton CH. Cultivating moral resilience. *Am J Nurs* 2017; 117: S11-s15. DOI: [10.1097/01.Naj.0000512205.93596.00](https://doi.org/10.1097/01.Naj.0000512205.93596.00)
67. Stokes F and Palmer A. Artificial Intelligence and Robotics in Nursing: Ethics of Caring as a Guide to Dividing Tasks Between AI and Humans. *Nurs Philos* 2020; 21: e12306. 2020/07/02. DOI: [10.1111/nup.12306](https://doi.org/10.1111/nup.12306)

Petersen J, Rösler U, Meyer G, Luderer C. Understanding moral distress in home-care nursing: An interview study. *Nursing Ethics*. 2024;31(8):1568-1585. doi:10.1177/09697330241238338

Die Dissertantin war auch bei dieser Publikation für das Projektmanagement verantwortlich. So wurde die Einhaltung des Zeitplans und die Koordination der einzelnen Projektschritte durch die Dissertantin organisiert. Etwa führte die Dissertantin die Erstellung des Ethikantrags, die Rekrutierung und die Datenerhebung durch.

Bei der Datenanalyse wurden wichtige Zwischenschritte wie etwa das vorläufige Kategoriensystem im Autorinnenteam besprochen.

Die Beiträge aller Autorinnen gemäß den Kriterien des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (2021) sind nachfolgend aufgeführt:

- Beitrag zur Konzeption und zum Design der Arbeit: Alle Autorinnen
- Beitrag zur Erfassung, Analyse und der Interpretation der Daten: Alle Autorinnen
- Manuskripterstellung: Julia Petersen
- Kritische Überarbeitung von wichtigen intellektuellen Inhalten des Manuskripts: Alle Autorinnen
- Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation oder Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen: Alle Autorinnen

Für die Publikation stehen weiterführende Dokumente als Online Supplement zur Verfügung und können hier abgerufen werden: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11577701/#sec58-09697330241238338>

Die Abdruckgenehmigung wurde von SAGE am 17. Februar 2025 schriftlich erteilt.



Understanding moral distress in home-care nursing: An interview study

Nursing Ethics
2024, Vol. 0(0) 1–18
© The Author(s) 2024



Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/09697330241238338
journals.sagepub.com/home/nej



Julia Petersen 

Martin Luther University Halle-Wittenberg; German Federal Institute for Occupational Safety and Health

Ulrike Rösler

German Federal Institute for Occupational Safety and Health

Gabriele Meyer and Christiane Luderer

Martin Luther University Halle-Wittenberg

Abstract

Background: Moral distress is a far-reaching problem for nurses in different settings as it threatens their health.

Aim: This study examined which situations lead to moral distress in home-care nursing, how and with which consequences home-care nurses experience moral distress, and how they cope with morally stressful situations and the resulting moral distress.

Research design: A qualitative interview study with reflexive thematic analysis was used.

Participants and research context: We conducted semi-structured interviews with 20 home-care nurses in Germany.

Ethical considerations: The study was approved by the Data Protection Office and Ethics Committee of the German Federal Institute for Occupational Safety and Health.

Findings: Twenty (14 female and 6 male) home-care nurses were interviewed between April and August 2023 at their chosen location. The situations leading to moral distress were inadequate care of the person in need of care, not being able to protect one's health, extended responsibility for the entire care arrangement, work–privacy conflicts, and conflicts between the understanding of care or professional ethics and the performance and billing system. The nurses experienced moral distress as they worked alone and provided care in the patient's territory. Short- and long-term strains with destructive cognitions, negative emotions, physical symptoms, and health consequences were reported. They faced challenges in coping with moral distress on institutional and individual levels.

Conclusions: In cases of tension between the service and billing system and the understanding of these nurses' care services, moral distress is unavoidable. Alternative forms of organization and billing modalities,

Corresponding author:

Julia Petersen, International Graduate Academy, Institute of Health and Nursing Science, Medical Faculty, Martin Luther University Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Germany; German Federal Institute for Occupational Safety and Health, Fabricstrasse 8, Dresden 01099, Germany.

Email: Petersen.Julia@baua.bund.de

such as payment by time and the expansion and refinancing of service, should be implemented. The latter relates to systematic case and ethics meetings. Further, a transfer of medical activities, such as the prescription of wound material to registered nurses, could prevent morally stressful situations and improve patients' quality of care.

Keywords

Ethics, morality, moral stressors, home-care nurses, working conditions, thematic analysis

Introduction

Moral distress threatens patient care quality, health professionals' well-being, and the whole organization,¹ making it a significant problem for health care.² Owing to their position in decision-making hierarchies, nurses are particularly affected by moral distress.³ In 1984, Jameton defined moral distress as "when one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action."⁴ This suggests institutional constraints as a necessary condition for moral distress. Other morally relevant events of suffering were overlooked or neglected. Therefore, the definition of moral distress was recently broadened.^{5,6} Fourie⁶ recently proposed moral-uncertainty distress, which is when a nurse is unsure about the morally right action. Morley et al.⁷ introduced with empirical evidence a further segmentation in moral tension, uncertainty, constraint, conflict, and dilemmas.^{7,8} We therefore apply the definition of moral distress as "psychological response to morally challenging situations."⁵

The prevalence of moral distress depends on the care setting, instrument used to measure moral distress, and the country.^{9,10} The relevant literature mainly focuses on nurses in clinical settings.^{2,11,12} Although some studies show that home-care nurses also undergo and suffer from moral distress,¹³ analyses of home-care-specific situations that lead to moral distress apart from general ethical problems are lacking.¹⁴ Consequences like burnout and intention to leave one's current position,¹³ and the worldwide growth of home-care nursing¹⁵ highlight the need for prevention of moral distress. Therefore, this study examined moral distress specifically in home-care settings.

Home-care (nursing) in Germany

In Germany, home-care services (HCS) support people in need of care and their relatives in all areas of daily living (e.g., nutrition, personal hygiene, exercise). The need for care affects not only older individuals, but also children with disabilities or adults with chronic illnesses.¹⁶ In the German home care system, certain medical-related tasks, such as administering medication or injections, are prescribed by the family doctor and financed by the statutory health insurance, while other services are covered by long-term care insurance. Those in need of care choose a HCS with which they conclude a care contract for the services to be provided. There are private, non-profit, and municipal HCS. Expert raters of the statutory health insurance assess the level of care dependency (low to severe). Depending on this level, a certain budget is available to the person in need of care; if the costs exceed the selected services, they must be paid for themselves. If family members take on care activities, they can receive care money from this budget.

Aim

This study examined (a) which situations lead to moral distress in home-care nursing, (b) how and with which consequences home-care nurses experience moral distress, and (c) how these nurses cope with morally stressful situations and the resulting moral distress.

Methods

Data collection

The first author collected data from April to August 2023. Following Kallio et al.¹⁷ the semi-structured interview process included a peer review of colleagues of the “Designing Service Work” unit of the German Federal Institute of Occupational Safety and Health, an expert review, and a pretest in the target group ([Online Supplement 1](#)).

Sixteen of the 20 interviews were conducted face-to-face at a quiet location of the participant’s choosing such as the HCS or a café. Three interviews were held via videoconference, according to the participants’ wish or for organizational reasons. The interviews began with a reminder of the study aim and a brief definition of moral distress. The situations in which moral distress was experienced were understood as critical events. Based on these situations, accompanying feelings, thoughts, support options, and consequences were elicited to answer the research questions. In the last two interviews, the nurses did not raise new situations of moral distress or other issues, indicating data saturation.¹⁸

Participants and research context

Inclusion criteria for participation were (a) employment in a HCS with social insurance, (b) completion of professional nursing education training (3-years), (c) minimum age of 18 years, and (d) at least one year home-care work experience. Home-care nurses from HCS of different sponsors (non-profit/private/municipal) and different German federal states were interviewed to minimize selection bias due to the structural working conditions of the HCS. Hence, a list of randomly selected HCS per state was compiled, the managers of which were contacted by email for distributing the invitation to employees ([Online Supplement 2](#)). Nurses received €50 in appreciation of their time.

Research design

This descriptive study with thematic analysis used the critical incident technique (CIT) to collect data.^{19,20} This method originates from the field of air traffic control, making it particularly solutions-oriented. Home-care nurses were asked to describe a critical situation—a real-life experienced situation with a clear beginning and end that is particularly important to them.¹⁷ Participants described the circumstances, including the (a) situation that led to the incident, (b) actions or behaviors of the focal person in the incident, and (c) results or outcomes of the behavioral actions. CIT is particularly appropriate for discussing morally stressful situations in home-care nursing and the manners of coping with them because it is solutions- or option design-oriented²¹ and thus, could help in formulating recommendations for work improvement by reducing moral distress. To gain a deeper understanding of the situations, CIT was complemented by the reflective cycle according to Gibbs and Unit.²² Specifically, questions about emotions, cognitions, and the situation’s appraisal were designed to guide nurses to think more deeply about their experiences. This generated a more precise situation description and insightful information about the nurses’ experience and morally relevant features of the

situation. CIT's application in the health and nursing sciences has proven to be purposeful^{21,23} and been applied for analyses regarding moral distress.²⁴

Data analysis

An external service provider contracted to comply with all aspects of data protection transcribed the audio recordings. The interviews were transcribed orthographically, with breaks, pauses, and accentuations noted. The first author, who worked in HC for several years, conducted the data analysis utilizing the steps of reflexive thematic analysis^{25–27} and the program MAXQDA (version 2020). This method seems to fit CIT's solutions-oriented approach whilst answering the research questions. Table 1 outlines this process.

Rigor and trustworthiness

For a comprehensible analysis, we applied the quality criteria of confirmability, credibility, dependability, and transferability from Guba and Lincoln.²⁸ To reach confirmability, two authors discussed the coding and refining process constantly and validated the theme structure with all authors to gain consent.

Credibility was addressed by involving home-care nurses from 15 different HCS in eight federal states. The research process was planned systematically to enhance reliability. Several researchers of the project team also took part in the data analysis and interpretation. To ensure transferability, participant characteristics and the study design were explained in detail.

Table 1. Steps of data analysis.

Steps of thematic analysis	Realization in the study ^a
Familiarize with the data	<ul style="list-style-type: none"> • Listening to the audio recordings • Reading the individual transcripts several times • Taking initial notes and first patterns concerning themes using the memo function of MAXQDA
Generating initial codes	<ul style="list-style-type: none"> • Creating an inductive coding system based on the text passages of the individual transcripts • Ongoing renaming of the codes • Rereading the text after coding all available transcripts • Comparing the initial codes with the final coding system
Searching and generating themes	<ul style="list-style-type: none"> • Shifting from the interpretation of individual data items within the dataset • Searching for aggregated meaning and meaningfulness across the dataset • Organizing the initial codes into sets of themes and sub-themes • Combining similar codes
Reviewing potential themes	<ul style="list-style-type: none"> • Reviewing the themes in relation to the dataset • Analyzing the themes regarding internal homogeneity and external heterogeneity
Defining and naming themes	<ul style="list-style-type: none"> • Defining the themes and subthemes by describing the scope and content • Checking the themes' names
Producing the report	<ul style="list-style-type: none"> • Conducting the final write-up of the analysis (analysis and writing were a recursive process) • Deciding that the transcripts would not be returned to the participants

^aDue to the recursive and iterative type of analysis,²⁶ moving back and forth through the phases was required.

Ethical considerations

The Data Protection Office and the Ethics Committee of the German Federal Institute for Occupational Safety and Health approved the study design (BAuA: No. 062_2023). The team of authors first informed participants in detail about the study's aims and procedures, and they voluntarily agreed to participate by signing a written informed consent sheet. According to the data protection concept, participant data were kept confidential such that the interview statements could not be traced to the participant. A psychologist was available for in-depth discussions.

Results

Overall, 14 female and six male home-care nurses between 33 and 55 years (mean: 43.2) were interviewed. One interview was conducted with two persons for organizational reasons; thus, the study involved 20 persons but 19 interviews (Table 2).

Applying thematic analysis, we generated five themes with 17 sub-themes for research question a, three themes with eight sub-themes for research question b, and two themes with five sub-themes for research question c, illustrated in Tables 3–5.

Situations leading to moral distress

Inadequate care of the person in need of care. Theme one, inadequate care of the person in need of care, had several subthemes which specify the causes of the inadequate supply (e.g., lacking financial resources, failure of external stakeholders or informal caregivers, refusal of care). The core issue is that the patient is not being cared for in the manner the nurse envisions, resulting in suffering.

Lack of financial resources. Participants discussed many situations of poor patient care as sources of moral distress, arising from the patients' or their relatives' service cost financing difficulties.

I see she is simply unwashed, but has booked only medication. Then you leave feeling nauseous and with a little abdominal pain and a bad feeling. Because many older patients cannot afford so much care. (AP_Int.12)¹

External stakeholders. Delayed or inappropriate treatment from external stakeholders (doctors, health insurance providers, or live-ins) also led to poor patient care, with missing prescriptions undermining the patient's well-being and leaving nurses unable to determine how to improve the situation.

The doctor prescribes wound management, which is not suitable at all, where I know from the beginning that the wound will get worse. I find THAT violent, ne? (AP_Int.19)

Informal caregivers. Besides the participants, family members also supported the patients, which caused conflicts and moral distress when the participants disapproved of the care by family. Recognizing that care duties were not fulfilled although family members gained care money was also morally stressful for the participants. Furthermore, some participants reported informal caregivers' neglect of those in need of care, up to and including physical abuse.

I said, "He is in a lot of pain." [...] "I CAN'T move your father in bed anymore without him crying out or making a face." Say I: "That is a CLEAR sign to me, he is suffering. We can't work like this anymore." – "Yes, then you don't need to come at all." (.) And then I sat in the car and cried for a while. (AP_Int.12)

Table 2. Participant characteristics.

No.	Gender	Age, years	Work experience, years		Ownership	Federal state	Coding	Duration (min)	Face to face (F)/digital (D)
			Home care	Other nursing settings					
1	Male	37	20	0	Private	Saxony-Anhalt	AP_Int. 1_2	62	F
2	Female	35	10	5	Private	Saxony-Anhalt	AP_Int. 1_2	62	F
3	Female	45	11	6	Private	Baden-Württemberg	AP_Int. 3	63	F
4	Male	58	35	5	Private	Baden-Württemberg	AP_Int. 4	100	F
5	Male	47	15	0	Non-profit	Berlin	AP_Int.5	81	F
6	Male	33	8	0	Non-profit	Berlin	AP_Int.6	40	F
7	Male	35	3	0	Non-profit	Berlin	AP_Int.7	50	F
8	Female	53	16	0	Non-profit	Berlin	AP_Int.8	69	F
9	Female	42	15	7	Private	Baden-Württemberg	AP_Int. 9	70	F
10	Female	52	28	4	Non-profit	Baden-Württemberg	AP_Int. 10	93	F
11	Female	42	12	13	Private	Bavaria	AP_Int. 11	75	F
12	Female	33	8	3	Non-profit	Bavaria	AP_Int. 12	65	F
13	Female	51	10	10	Non-profit	Bavaria	AP_Int. 13	50	F
14	Female	48	20	8	Non-profit	Saarland	AP_Int. 14	69	D
15	Female	44	12	16	Non-profit	Schleswig-Holsteins	AP_Int. 15	71	D
16	Male	28	2	5	Private	North Rhine-Westphalia	AP_Int. 16	47	D
17	Female	53	21	10	Non-profit	North Rhine-Westphalia	AP_Int. 17	48	F
18	Female	39	11	1	Non-profit	North Rhine-Westphalia	AP_Int. 18	57	F
19	Female	55	27	10	Non-profit	North Rhine-Westphalia	AP_Int. 19	77	F
20	Female	35	3	4	Non-profit	Rhineland-Palatinate	AP_Int. 20	55	F
Mean		43.2	14.3	5.3				65	

Often, the abuse or violence toward the person in need of care cannot be clearly proven, for example, because of dementia, making nurses feel overloaded and helpless.

She said that the son would SLAUGHTER her. The son came into the room, he [...] said, "I didn't SLAUGHTER you. That was a slap." Then it went back and forth. The woman had severe dementia. Then you doubt yourself; is it true, is it NOT? [...] Then we are obliged to involve the health department. [...] He said: "Well, that's what you get for that. The health department is coming to get you. You're going straight to a home," And then I'm standing there: (breathing in shock) I didn't want that either. I just wanted her to be well.

Table 3. Interpretive themes, sub-themes, and descriptive codes for research question a.

Research question a: Which situations lead to moral distress in home-care nursing?		
Interpretive theme	Subthemes	Descriptive codes
Inadequate care of the person in need of care	Due to lack of financial resources of the person affected	Sufficient nursing services cannot be financed
	Due to other external stakeholders	Insufficient prescriptions, errors by doctors Missing/delayed aids from health insurances
	Due to inadequate (or, in nurses' opinion, poor) informal care	Insufficient care by live-ins Unlawful use of care money Concealment of truths Conflicting ideas about what is good for care recipients Blatant disregard for the needs of care recipients (up to abuse)
	By refusing support from those in need of care	Neglect By refusal of help
	By mistakes of colleagues	Insufficient qualification Conflicting understanding of care
	Due to limited decision-making power	Being dependent on prescriptions for aids
	Inability to protect one's health	Profitability of the care service at the expense of the nurses' health
Conflicts, challenging behavior, threats, and violence		Idiosyncrasies and mood swings Expectations and demands of care recipients and relatives Intercultural conflicts Psychological violence Physical violence
Work organization of the HCS		Lack of occupational health and safety Break absenteeism Presenteeism out of a sense of responsibility Occupational accidents
Extended responsibility for the entire care arrangement		Crossing the boundary of proximity and distance Over engagement Having to take responsibility for problems and conflicts of household members
		Lack of support from nursing service and supervisor
Work–privacy conflict	Work organization of the HCS	Being called in during free time Filling in (e.g., blackmail through "minus" hours)

(continued)

Table 3. (continued)

Research question a: Which situations lead to moral distress in home-care nursing?		
Interpretive theme	Subthemes	Descriptive codes
Conflicts between the understanding of care or professional ethics and the performance and billing system	Performance care	Having to leave behind those in need of care No time for holistic and individual care that one would want for oneself
	Takeover of unpaid services	Conflict with superiors Conflicts with colleagues
	Emergency situations	Other people in need of care must wait Moral obligation to help Financing issues
	Rejection of planned measures	Payment for services not rendered Conflicts with superiors Conflicts with care recipients Conflicts with relatives
	Time pressure	Own mistakes Trade-off between providing "good care" and saving time Conflicts with patients due to "unpunctuality" Time "split" between care recipients
	Documentation vs. human attention	Digital documentation vs. human attention Paper-based vs. human attention Digital time recording as a tool for control and monitoring
	Joint responsibility for the financial situation of the HCS	Weighing up the profitability of the care service and the needs of people

And there one stands, really, one has totally bad conscience, I find, totally. EVERYTHING you do is wrong.
(AP_Int.19)

Refusion of care by people in need of care. In some instances, the patient himself refuses certain care activities, necessitating expert advice.

You don't want to leave him in the URINE. (.) On the other hand, he scolds us and gets angry with us and says: "You, always with your shit washing, I don't want that shit." So, and the family says, however, he must look good.
(AP_Int.15)

By mistakes of colleagues. That their colleagues understood nursing differently or did not provide care according to professional standards (which could endanger the patient) caused a conflict of loyalties, as the interviewees did not want to blame their colleagues but simultaneously felt responsible and ethically committed to the patients' well-being.

Table 4. Interpretive themes, sub-themes, and descriptive codes for research question b.

Research question b: How do home-care nurses experience moral distress?		
Interpretive theme	Subthemes	Descriptive codes
Perceptions of moral distress specific to home care		Have to decide alone and immediately Intensive relationship with care recipients Caring in the territory of the patients
Short-term strain (experience in the situation)	Destructive cognitions	Bad conscience Intention to leave the job or profession
	Negative emotions	Overload Helplessness Shock Insecurity Guilt
	Physical symptoms	Lump in one's throat Gastrointestinal symptoms
	Critical (health) behaviors	Smoking Leaving the situation (wanting or needing to leave)
Long-term strain (long-term consequences)	Destructive cognitions	Bad conscience Rumination (preoccupation with one's thoughts) Intention to leave the job and/or profession Job dissatisfaction
	Negative emotions	Anger Sadness Regret Guilt Irritability
	Physical symptoms	Gastrointestinal symptoms Sleep problems
	Mental disorders and general health consequences	Depression Burnout Cool-out Absenteeism

Due to limited decision-making power. In some situations, the participants were unable to provide patients with sufficient care due to their lack of decision-making authority in the healthcare system, for example, in relation to doctors or other stakeholders (e.g., prescribing medical aids).

Inability to protect one's health. Theme two addressed situations in which the participants could not protect their health and thus experienced conflicts between the principles of self-care and welfare (e.g., Profitability of the care service at the expense of the nurses' health, conflicts, challenging behavior, threats, and violence)

Profitability of the care service at the expense of the nurses' health. They felt exploited by their employer, who prioritized economic goals over their health needs (e.g., condensation of tours). This feeling arose from work

Table 5. Interpretive themes, sub-themes, and descriptive codes for research question c.

Research question c: How do nurses in home-care settings cope with morally stressful situations and the resulting moral distress?		
Interpretive theme	Subthemes	Descriptive codes
Institutional support and communication	Functioning systems	Accessibility of medical support Legal care
	Systematic social support	Handover Service and case discussions Supervision On-call duty
	Unsystematic social support	From colleagues (e.g., taking care of patients) From superiors
Individual coping strategies	Search for solutions for morally distress-triggering situations	Bypassing rules Making gut-feeling decisions
	Acceptance of the “unsolvable” situation and individual handling of it	Talking with partners and friends Enduring, if necessary; accepting negative consequences for oneself Gaining distance Humor Adjusting one’s own standards Maintaining a positive mood Yoga

organization of the HCS such that nurses felt no breaks were possible because of the dense route planning or their supervisors’ inadequate reaction to accidents at work.

Conflicts, challenging behavior, threats, and violence. They also felt their health being threatened by psychological or physical violence. Further, because of patients’ or their family members’ excessive demands, the nurses’ needs were ignored, leading to moral distress.

That the bathtub lift should perhaps stand the other way around for bathing, because she gets back pain in this position [...] And the son said that it wouldn’t matter to him if the colleague got back pain or not. He would pay for it. And then he, the son also said: “Mother, you don’t have to praise her. If you don’t scold or don’t complain, that’s praise enough.” (AP_Int.17)

Extended responsibility for the entire care arrangement. The third theme, without subthemes, centered around the responsibility, home-care nurses develop for their patients. The boundary between professional closeness and distance is sometimes difficult to maintain, especially when patients suffer from loneliness and make great demands on the nurses. Some participants often felt obliged to solve problems outside their nursing responsibilities in their free time, thereby causing moral pressure.

Regarding the excessive responsibility for the person in need of care, participants felt left alone by the nursing service and superiors, as they could not understand the situation, the need for action in the households, and the emotional pressure resulting from feeling responsible for the person in care, because they have not experienced it directly.

Work–privacy conflict. Theme four, work–privacy conflict with the subtheme work organization, consisted situations in which participants felt torn between family responsibilities and professional obligations.

Work organization. The major aspect in this theme is the work organization. Thus, work–privacy conflicts, which led to moral distress arose when participants were called in during their free time. The participants had to neglect either their family responsibilities, or their colleagues and patients.

“Okay, if I don’t step in now, there’s no one there.” So you always feel responsible in the situation, because you don’t want to let the team down; you don’t WANT to let the patients down. [...] Yes, to sacrifice your free time or just to say, “Okay, Mama is now WORKING again,” is just difficult. (AP_Int.20)

Company-related minus hours also generated work–privacy conflicts. In some cases, participants were scheduled by roster writers for fewer hours than their contract specified, to allow flexibility. However, hours were often lost because of admittance of patients as inpatients or cancellation of assignments at short notice, thereby causing pressure to make up the hours.

Conflicts between the understanding of care and the performance and billing system. The last theme, conflicts between the understanding of care and the performance and billing system with the resulting sub-themes (e.g., Performance care, takeover of unpaid services, emergency situations, rejection of planned measures, time pressure, documentation vs. human attention, and joint responsibility for the financial situation of the HCS,) dealt with moral distress which occurred if participants did not feel that the existing system enabled them to provide the care, they believed in.

Performance care. Nursing tasks are prearranged by contract with hardly any freedom in the clocked touring plan to react to current needs; this contradicts the moral principles of nursing. They had the feeling that they didn’t even have time and space for a banal greeting:

That is now with care, with excretion, time for excretion, a wound dressing, that everything is timed to minutes SO ULTRA tight; [...] I don’t even have time, [for] this blanket [greeting], “Good MORNING, have you slept well?” I don’t even listen. I am already thinking, “Where are the things? (AP_Int.14)

Emergency situations. Specifically, when emergencies occurred, the participants had to balance the needs of all patients in a tour. They felt the moral obligation to help despite knowing that the subsequent patients must wait.

Takeover of unpaid services. Patients requesting tasks or services that they did not pay for also caused conflict for the participants—between the requirements of the HCS, and the handling of colleagues and the patients’ needs.

Rejection of planned measures. Moreover, patients rejecting measures they previously ordered (e.g., taking a shower) are handled by HCS differently. Sometimes, patients must pay for the service anyway or nurses must convince the patients, and sometimes, the patient’s decision is accepted without requiring payment. Hence, the participants experienced contradictory demands from family members, who insisted on the paid service; supervisors, who feared that the visit would not be paid; and the patient, whose needs changed.

Time pressure. The resulting time pressure of the clocked tour plan can lead to mistakes, missed care, and the challenge to “split” the time between care recipients. Participants experienced moral distress in the decision to provide adequate care or save time for the next patient.

Documentation vs. human attention. Participants also described documentation requirements as high and conflicting with their conviction to spend more time with the patient. Paper-based and digital documentation diverted their focus away from the patient’s needs. They found the digital time recording that accompanied digital care documentation as a control and monitoring tool, which increased the time and justification pressure.

Joint responsibility for the financial situation of the HCS. Nurses’ joint responsibility for the HCS’s financial situation likewise resulted from the billing system. They were involved in their supervisor’s struggle to gain profitability for the HCS. Some nurses with additional leadership tasks had to weigh the HCS’s profitability against the patients’ needs, which they found morally stressful. Some participants even reached their limit and found that they no longer wanted to or could not make such decisions.

Exactly, so I then decided for myself that this is no longer good for me. And I didn’t want to have to make any more decisions against patients that simply didn’t pay off (AP_Int.12)

Experience of moral distress

Perceptions of moral distress specific to HC. The first theme regarding research question two dealt with how participants perceive moral distress in HC. They perceive morally stressful situations fundamentally different from inpatient settings because they work alone and thus, oftentimes have to decide spontaneously on the right thing to do. Moreover, because of their intensive relationship with the care recipients, they feel especially responsible and involved in the situation. In HC, the nurse enters the patient’s territory and must adapt to the living environment and the value system. This circumstance brings with it moral questions of a different nature, as demonstrated below.

We have to adapt to the PATIENTS. And then of course you try to ADVISE and recommend. But if you then, fall on deaf ears, you have to learn to accept, even [...] it is WORSE for him. He has the right to DECIDE. [It] is for me PERSONALLY [it is] always a difficult situation. Because I think to myself, “Yes, you could actually do BETTER.” (AP_Int.20)

Short- and long-term strains. Participants experienced moral distress in HC immediately (short-term strain) and afterward (long-term strain). The leading symptom in both was negative cognitions in terms of bad conscience.

Many are lonely or isolated. Then COMES the bad conscience. (AP_Int.3)

Participants also reported negative emotions, physical symptoms, and critical health behavior in connection with morally stressful situations. They felt overloaded, shocked, helpless, and insecure about how to react. Sometimes, thoughts of no longer being able to do the job arose.

Even after work or sometimes weeks, month, or years later, the morally stressful situation still affected participants through mental occupation (rumination):

And, of course, I take it home with me from time to time. And then I think about the people and think, "Okay, now they are alone." (.) There is often family, but sometimes NOT. And then I have this feeling that I would like to go back and look. (AP_Int.15)

Feelings of sadness, anger, or guilt accompanied this mental occupation, leading to sleeping problems and illness. Some participants reported depression or burnout as a consequence of morally stressful situations.

And when a patient died, who brought us about 1,000 euros a month through insulin, wounds and basic care, and so the first thought flared up: Oh shit, I now have to bring 1,000 euros back in, (.) and NOT, "Man, now a person has died"; it was [then] clear to me, this is no longer possible. (...) Because human beings' need for HELP ranked first with me ALWAYS. That was my greatest difficulty. And that's what I yes, I actually got sick of.

Nurses' coping mechanisms

Institutional support and communication. The first theme of research question three contained three subthemes (Functioning systems, systematic and unsystematic social support) and addressed ways of dealing with moral distress related to the HCS as an institution.

Functioning systems. Maintaining cooperation with other stakeholders in patient care was important for the participants, especially in critical care situations or emergencies. Sometimes, the problem in the care situation could be solved without stressing home-care nurses.

Systematic social support. If the morally stressful situation could not be solved in situ, systematic social support, such as meetings or supervision, was considered a helpful coping strategy.

Unsystematic social support. Social support outside the system, such as those from colleagues or supervisors, enabled the participants to talk about the morally stressful situation and accompanying feelings, thereby generating relief as they reflected upon the resulting pressure and strain.

That's when you need a bit of support from the team, when the team says, "Man, you did everything right. You can't help it; he could have fallen the day after tomorrow. (AP_Int.18)

Individual coping strategies. The second theme addressed individual coping strategies whereas the subthemes: Searching for solutions and Acceptance of the "unsolvable" situation and individual management of it are specified in more detail.

Searching for solutions. Oftentimes, participants decided out of a gut feeling or bypassed rules that evoked a morally stressful situation by organizing prescriptions or drugs in their free time and making less effort for therapies that they could not support, or found extraordinary solutions to help the patient without official medical aid.

The neighbors had called me, that the woman is very unkempt and that the man is always drunk. And then I actually just wanted to (.) make a house call to see. (.) And then the woman had FALLEN one night before and had a laceration on the head; it was also all full of blood. [...] And the man was drunk. So I just took the woman in the car and brought her to our short-term care. (.) This was a huge STRESS. (Laughter) I took her with me. (.) Uh, it went very quickly with a court order. [It] could have gone wrong, right? But it went well. (AP_Int.19)

Acceptance of the “unsolvable” situation. Regarding missing options for action, the participants tried to cope with morally stressful situations privately by talking with family members about the strain, distancing themselves through free time, or trying to adjust their own standard to reality, especially the duty to endure such situations.

And these are also such situations, which you then simply endure somehow, that it is now going badly, but that it is their decision, (.) that they now WANT it that way. (AP_Int.6)

Discussion

Situations leading to moral distress

This study revealed that the home-care situations that evoked nurses' moral distress were firstly connected with the patient's well-being, for example, inadequate care due to a lack of financial possibilities to gain adequate nursing service or refusal of support by patients. Owing to their ethos of caring, which is defined in the Code of Ethics,²⁹ the nurses felt responsible for the human rights of the patients and their relatives, and for social issues. However, in practice, the HCS is the only stakeholder in the home-care arrangement besides the family members, physicians, and insurance companies. The ethical obligations to which home-care nurses are subject therefore go far beyond the specific tasks assigned and paid for by society and the HCS. This contradiction led to morally stressful situations that caused moral distress to the participants when the situation could not be solved. Büscher³⁰ also articulated that the tension between formal and informal care and the blurred line between social and nursing services cause conflicts in nurses despite not having management responsibilities. Meanwhile, moral stressors in the clinical setting somehow differ. Clinical nurses have reported the provision of futile care for end-of-life patients, team constraints such as professional hierarchy, and organizational constraints such as conflict within hospital policy as causes of moral distress.³¹

The findings show the conditions of the German nursing system as possibly a root cause of morally distressing situations for home-care nurses. Instead of providing holistic and individual care that is congruent with the nurses' ethical principles, the system requires nurses to fulfill single tasks according to the nursing service–patient contract. The participants faced economic pressure because of the demand to stick to the prescribed time slots. The resulting time pressure led to mistakes that made them feel guilt and the need to decide who needs more attention. The situation is similar in clinics when there is a shortage of staff and a lack of time resources.^{32,33} Furthermore, home-care nurses with leadership duties must constantly balance the nursing service's profitability and the patients' needs, which is in line with Büscher and Krebs.³⁰ This situation also leads to moral distress.

Moreover, home-care nurses are caught between the care for the patient, the expectations of the HCS, and their own needs and family obligations. The latter finding confirms quantitative results, where work–privacy conflicts were identified as predictors for moral distress in HC.¹³ Home-care nurses regularly endanger their own health by disregarding their own needs. However, the nurses' self-care is a prerequisite for the patient's care, and their neglect is a relevant source of moral distress.⁶

In summary, nurses reported situations in which they felt unable to act because of external rules (e.g., non-observance of the patient's current needs because of contractual regulations) and those in which they did not know how they should act (rejection of nursing activities that are necessary from a professional viewpoint). This supports the distinction between the concepts of *moral-constraint distress* and *moral-uncertainty distress* introduced by Fourie.⁶

Experience of moral distress

The experience of moral distress in HC is seemingly unique because of the intensive relationship between nurses and patients or the whole family. As they work alone, they are under pressure to make morally distressing decisions, for example, how to react in emergency cases. At several levels, moral distress appears in the situation in situ and in the long run. This is in line with Jameton.⁴ This study's participants described moral distress with destructive cognition (e.g., the intention to leave the job or even profession), negative emotions (helplessness, shock, anger at the situation, and sadness as long-term consequences), physical symptoms (stomach pain), and health consequences (rumination, absenteeism, burnout, and depression). The bad conscience was specifically emphasized, together with guilt and regret, which was a source of rumination. This long-lasting mental and emotional occupation of the experienced situations that bother the conscience indicates violation of the nurse's moral integrity, which strikes at the heart of a person's core values.³⁴ The lingering portion of moral distress, also referred to as *moral residue*, not only affects an individual at a personal but also at a professional level.³⁵ Emotional and psychosocial consequences such as grief were also reported by nurses working in care homes,⁹ including symptoms such as helplessness, sadness, and sleeping problems.³⁶

Nurses' coping mechanisms

At an institutional level, the participants tried to use existing offers such as team meetings to cope with their moral distress. Team cooperation was also found useful for chief nurses.³⁷ However, colleagues were the first access point to talk about moral distress. This is in line with the findings of Morley et al.⁷ but seems only moderately helpful in solving the problem.

Limitations

Owing to the voluntary participation in the study, it is possible that only home-care nurses who are interested in the research topic responded. One interview was conducted with two persons because of the nurses' wishes. It is possible that topics were presented in a different way than they would have been in a single interview. Three interviews were conducted via videoconferencing for organizational reasons. This method offers opportunities and risks for qualitative social research.³⁸ Some home-care nurses had additional leadership tasks. Further research is needed to map out the perspective of chief nurses in HCS regarding the experience of moral distress.

Conclusions

The results of this study show that moral distress is a major problem for home-care nurses, threatens their health, and therefore poses a risk for the whole outpatient care situation.

The findings indicate that the service and billing system of HC in Germany, in which every care task is based on minutes, is incompatible with the nurses' understanding of care and thus, leads to numerous ambiguities and causes moral distress. Nurses find themselves in a quandary between the economic demands of the HCS, bureaucratic requirements of health insurance companies, hierarchical structures of doctors, the demands of relatives, and the human needs of those in need of care. Alternative forms of home-care organization promise positive effects on nurses³⁹ and should be evaluated in Germany. One possibility is time-based remuneration, which would allow providing situational and individualized care to people with care needs independent of contractually agreed services. Sufficient funding must be provided for the time units for registered nurses, so that deprofessionalization through the increased use of less qualified staff is prevented. A

transfer of medical activities, such as prescription of wound material to registered nurses, could prevent some of the morally stressful situations and improve patient care quality.

Home-care nurses often have little support in dealing with morally stressful situations and therefore have to deal with it on their own. According to Tomura³² this “leaving issues unresolved coping style,” which the interviewees often reported, amplifies the frequency and intensity of moral distress. Thus, organizational ethical structures that are sensitive to possible morally stressful situations and home-care nurses’ moral distress need to be developed and strengthened as a whole to gain moral relief.⁴⁰ Targeted support and interventions that take effect directly in or in the aftermath of the morally stressful situation are therefore a priority.⁴¹ Managerial support is important.² Up to now, the interviewees have used primarily informal exchange opportunities with colleagues to process their experience of moral distress. The time resources for service and case discussions were—also in view of the COVID-19 pandemic—strongly reduced by HCS. Given the significance of social support, this trend should be reversed quickly. The expansion of these discussion formats to include ethical topics (e.g., introduction of ethics consultations or ethics cafés with corresponding refinancing by health insurers) is necessary. Further research should evaluate interventions to reduce moral distress, considering the conditions in HC. The specific group that experiences moral distress and the practice setting play important roles for the development and implementation of interventions necessary to prevent the harmful consequences of moral distress.⁵

Acknowledgements

We are grateful to the 20 home-care nurses who spoke openly about their experiences with moral distress and the participants of the International Graduate Academy of the Institute of Health and Nursing Science at the Martin Luther University Halle-Wittenberg for the collegial support and the exchange of experiences regarding aspects of the research topic and the methodological approach.

Declaration of conflicting interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The authors disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This work was supported by The German Federal Institute of Occupational Safety and Health funded the data collection process and ensured the authors’ employment during the study (research project F2521).

ORCID iD

Julia Petersen  <https://orcid.org/0000-0003-0672-0132>

Supplemental Material

Supplemental material for this article is available online.

Note

1. Some quotes had to be shortened or removed due to space limitations. These can be found in [Online_Supplement_3](#).

References

1. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, et al. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics* 2019; 26: 646–662.
2. Salari N, Shohaimi S, Khaledi-Paveh B, et al. The severity of moral distress in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Philos Ethics Humanit Med* 2022; 17: 13.
3. McCarthy J and Gastmans C. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics* 2015; 22: 131–152.
4. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Hoboken: Prentice Hall: Upper Saddle River, 1984.
5. Fourie C. Who is experiencing what kind of moral distress? Distinctions for moving from a narrow to a broad definition of moral distress. *AMA J Ethics* 2017; 19: 578–584.
6. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics* 2015; 29: 91–97.
7. Morley G, Bena JF, Morrison SL, et al. Sub-categories of moral distress among nurses: a descriptive longitudinal study. *Nurs Ethics* 2023; 0: 9697330231160006.
8. Morley G, Bradbury-Jones C and Ives J. What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nurs Ethics* 2020; 27: 1297–1314.
9. Laher Z, Robertson N, Harrad-Hyde F, et al. Prevalence, predictors, and experience of moral suffering in nursing and care home staff during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods systematic review. *Int J Environ Res Publ Health* 2022; 19(15): 19.
10. Eche II, Phillips CS, Alcindor N, et al. A systematic review and meta-analytic evaluation of moral distress in oncology nursing. *Cancer Nurs* 2023; 46: 128–142.
11. Almutairi AF, Salam M, Adlan AA, et al. Prevalence of severe moral distress among healthcare providers in Saudi Arabia. *Psychol Res Behav Manag* 2019; 12: 107–115.
12. Cooke S, Booth R and Jackson K. Moral distress in critical care nursing practice: a concept analysis. *Nurs Forum* 2022; 57: 1478–1483.
13. Petersen J and Melzer M. Predictors and consequences of moral distress in home-care nursing: a cross-sectional survey. *Nurs Ethics*. 2023; 30(7–8): 9697330231164761.
14. Heggstad AKT, Magelssen M, Pedersen R, et al. Ethical challenges in home-based care: a systematic literature review. *Nurs Ethics* 2021; 28: 628–644.
15. Genet N, Boerma WG, Kringos DS, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 207.
16. Melzer M and Petersen J. *Ambulante Pflege in Deutschland: vielfältig und facettenreich. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Baua: Fakten, 2022.*
17. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, et al. Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs* 2016; 72: 2954–2965.
18. Fusch P and Ness L. Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *Qual Rep* 2015; 20: 1408–1416.
19. Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychol Bull* 1954; 51: 327–358.
20. Fridlund B. Critical incident technique applied in nursing and healthcare sciences. *SOJ Nurs Health Care* 2017; 3: 1–5.
21. Kemppainen JK. The critical incident technique and nursing care quality research. *J Adv Nurs* 2000; 32: 1264–1271.
22. Gibbs G, Unit GBFE. *Learning by doing: a guide to teaching and learning methods*. Manila: FEU, 1988.
23. Holmqvist M, Thor J, Ros A, et al. Evaluation of older persons' medications: a critical incident technique study exploring healthcare professionals' experiences and actions. *BMC Health Serv Res* 2021; 21: 557.
24. Young A, Froggatt K and Brearley SG. 'Powerlessness' or 'doing the right thing' – moral distress among nursing home staff caring for residents at the end of life: an interpretive descriptive study. *Palliat Med* 2017; 31: 853–860.
25. Braun V and Clarke V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qual Res Psychol* 2021; 18: 328–352.

26. Braun V and Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qual Res Sport Exerc Health* 2019; 11: 589–597.
27. Byrne D. A worked example of Braun and Clarke’s approach to reflexive thematic analysis. *Qual Quantity* 2022; 56: 1391–1412.
28. Guba E and Lincoln Y. Fourth generation evaluation/Egon G. Guba, Yvonna S. Lincoln. *SERBIULA (Sist Librum* 1989; 20.
29. International Council of Nurses. The ICN code of ethics for nurses. *Nurs Ethics* 2001; 8: 375–379. https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf (Accessed 15 08 2022).
30. Büscher A and Krebs M. Qualität in der ambulanten Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, et al. (eds). *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2018, pp. 127–134.
31. Riedel PL, Kreh A, Kulcar V, et al. A scoping review of moral stressors, moral distress and moral injury in healthcare workers during COVID-19. *Int J Environ Res Publ Health* 2022; 19.
32. Tomura M. Psychiatric nurses’ experience of moral distress: its relationship with empowerment and coping. *Nurs Ethics*. 2023; 30(7–8): 9697330231153915.
33. Silverman HJ, Kheirbek RE, Moscou-Jackson G, et al. Moral distress in nurses caring for patients with Covid-19. *Nurs Ethics* 2021; 28: 1137–1164.
34. Lamb C, Evans M, Babenko-Mould Y, et al. Conscience, conscientious objection, and nursing: a concept analysis. *Nurs Ethics* 2019; 26: 37–49.
35. Epstein EG and Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics* 2009; 20: 330–342.
36. Wiegand DL and Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurs Ethics* 2012; 19: 479–487.
37. Atli Ozbaş A and Kovancı MS. The experience of moral distress by chief nurse officers during the COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. *J Nurs Manag* 2022; 30: 2383–2393.
38. Nicklich MR, Robenack S, Sauer S, et al. Qualitative Sozialforschung auf Distanz. Das Interview im Zeitalter seiner virtuellen Durchführbarkeit. *Forum Qual Soc Res* 2023; 24(1): 15., Art.
39. Laloux F. *Reinventing organizations, Ein Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit*. München: Vahlen, 2015.
40. Riedel A, Goldbach M, Lehmeier S, et al. Ein deskriptives Modell der Entstehung und Wirkung eines ethisch bedeutsamen Phänomens der Pflege. In: Riedel A, Lehmeier S and Goldbach M (eds). *Moralische Belastung von Pflegefachpersonen*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2022.
41. Wocial LD, Miller G, Montz K, et al. Evaluation of interventions to address moral distress: a multi-method approach. *HEC Forum*. 2023; 1–29.

Interventionen, um Moral Distress in der ambulanten Pflege zu reduzieren: eine Interviewstudie mit Pflegenden und Pflegeethiker*innen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2025; 196:15-21. doi.org/10.1016/j.zefq.2025.05.005.

Die Erstellung des dritten Artikels dieser Dissertation wurde durch die Dissertantin koordiniert.

Die Rekrutierung und die Datenerhebung wurden durch die Dissertantin durchgeführt. Die Datenanalyse der Interviewdaten wurde in erster Linie durch die Dissertantin durchgeführt, wobei wichtige Zwischenschritte im Autorinnen-Team erfolgten. Die Erstellung des ersten Manuskriptentwurf erfolgte durch die Dissertantin.

Die Beiträge aller Autorinnen gemäß den Kriterien des International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (2021) sind nachfolgend aufgeführt:

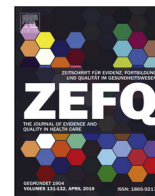
- Beitrag zur Konzeption und zum Design der Arbeit: Alle Autorinnen
- Beitrag zur Erfassung, Analyse und der Interpretation der Daten: Alle Autorinnen
- Manuskripterstellung: Julia Petersen
- Kritische Überarbeitung von wichtigen intellektuellen Inhalten des Manuskripts: Alle Autorinnen
- Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation oder Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen: Alle Autorinnen

Für die Publikation stehen weiterführende Dokumente als Online Supplement zur Verfügung und können hier abgerufen werden: [https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217\(25\)00146-1/fulltext](https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(25)00146-1/fulltext)

Die Genehmigung zum Abdruck wurde von Elsevier am 23.06.2025 schriftlich erteilt.

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

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, Fabricestrasse 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 Pflegenden 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 Pflegenden (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 Pflegenden 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.“ (Pflegerin 11)

Tabelle 1
Kategoriensystem ambulant Pflegenden.

Haupt- und Subkategorien
Interaktion mit Pflegebedürftigen und Angehörigen
<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuierliche Evaluation der Pflegequalität informeller Pflege • Respekt und Wertschätzung von Pflegebedürftigen und Angehörigen • Aufklärung über Rahmenbedingungen der Pflege
Arbeitsorganisation im Pflegedienst
<ul style="list-style-type: none"> • 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
<ul style="list-style-type: none"> • Telematikinfrastruktur • Erreichbarer Arzt/Ärztin
Rahmenbedingungen des Pflegeberufs
<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Renten- und Arbeitszeitbedingungen • Verbesserte personelle Ausstattung • Verbesserte Bezahlung • Anpassung des Abrechnungs- und Leistungssystems (inkl. mehr zeitlicher Spielraum, Zeitvergütung)
Pflege in der Gesellschaft
<ul style="list-style-type: none"> • 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.“ (Pflegerin 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 Pflegenden 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 Leistungssystem, 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
<ul style="list-style-type: none"> • Regelmäßige Teambesprechungen abhalten • Gelebte Fehlerkultur etablieren • Rückhalt Vorgesetzter
Ethische Interventionen
<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fallberatung • Ethik in der Übergabe • Ethik-Cafés • Ethik in der Aus- und Weiterbildung
Professionalisierung vorantreiben
<ul style="list-style-type: none"> • 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 ernstgenommen 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 vereinzelt 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 Verbetriebswirtschaftlichung,

die wir auf allen Ebenen haben, ja auch UNglaublich viele Ressourcen allein dafür ins System hineinpressen.“ (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, Lehmeier S. Moralische 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 Gesundheitswes.* 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. Moralische 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, Thurl 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, Lehmeier 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. *JONA Health Law Ethics Regul* 2009;11(1):27–33.
- [30] Dacar SL, Covell CL, Papatathanassoglou 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.

Erklärungen

- (1) Ich erkläre, dass ich mich an keiner anderen Hochschule einem Promotionsverfahren unterzogen bzw. eine Promotion begonnen habe.
- (2) Ich erkläre, die Angaben wahrheitsgemäß gemacht und die wissenschaftliche Arbeit an keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht zu haben.
- (3) Ich erkläre an Eides statt, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis wurden eingehalten; es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht.

Datum, Unterschrift

30.08.2025

Johanna Petersen

Danksagung

Ich bedanke mich herzlich bei Frau Prof. Dr. Gabriele Meyer für die umfassende und unterstützende Betreuung während dieser Arbeit. Auch Frau Dr. Christiane Luderer gilt mein ausgesprochener Dank für ihre konstruktiven Hinweise und Anregungen. Die Teilnahme an der Internationalen Graduierten Akademie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg hat mir geholfen, methodische Überlegungen des Vorhabens zu reflektieren und die Ergebnisse aus verschiedenen Blickwinkeln zu interpretieren.

Mein Dank gilt zudem Frau Dr. Ulrike Rösler, Frau Dr. Marlen Melzer und Herrn Prof. Johannes Wendsche der Fachgruppe 3.3 „Arbeitsgestaltung bei personenbezogenen Dienstleistungen“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, die mich fachlich und persönlich bei dieser Arbeit unterstützt haben.

Schließlich möchte ich mich bei den zahlreichen ambulant Pflegenden bedanken, die durch ihre Teilnahme an den Befragungen maßgeblich zum Erfolg dieser Arbeit beigetragen haben. Insbesondere die Offenheit, mit der die Pflegenden mir ihre Erfahrungen zum Thema Moral Distress in den Interviews anvertrauten, beeindruckte mich sehr und stärkte meine Überzeugung bezüglich der Relevanz des Themas für die Pflegepraxis und Pflegewissenschaft.

Nicht zuletzt danke ich meiner Familie für die Unterstützung und Geduld während der Erstellung dieser Arbeit.