

Aus der Klinik für Neurologie
(Direktorin: Prof. Dr. med. Daniela Berg)
im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Moralischer Stress bei Assistenzärzt*innen in der Neurologie

Inauguraldissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Medizinischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hanna Luise Hildesheim

aus Bergisch Gladbach

Kiel 2022

1. Berichterstatte(r)in: Prof. Dr. Daniela Berg, Klinik für Neurologie
2. Berichterstatte(r)in: Prof. Dr. Hanna Kaduszkiewicz, Institut für
Allgemeinmedizin

Tag der mündlichen Prüfung: 16.05.2024

Zum Druck genehmigt, Kiel, den 31.01.2024

gez.: Prof. Dr. Daniela Berg
(Vorsitzende der Prüfungskommission)

Danksagung

Ich danke meinen Freund*innen und Familienangehörigen für den stetigen Austausch und die tägliche Inspiration, vor allem Thorben für die inhaltlichen und methodischen Diskussionen und ganz besonders Dr. Annette Rogge und Prof. Dr. Daniela Berg für das Vorleben einer wertschätzenden Kommunikation und eines Werte- orientierten (wissenschaftlichen) Arbeitens!

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
Abbildungsverzeichnis	9
1. Einleitung.....	10
1.1 Moralischer Stress	11
1.1.1 Definition	11
1.1.2 Entstehungsgeschichte	11
1.1.3 Abgrenzung und Relation zu anderen Konstrukten	14
1.1.4 Übersetzung des Begriffs ins Deutsche	17
1.2 Empirische Forschung zu MoS.....	17
1.2.1 Ursachen von MoS bei Ärzt*innen	17
1.2.2 Folgen von MoS.....	18
1.2.3 MoS bei Assistenzärzt*innen.....	19
1.2.4 Bestehende Messverfahren	19
1.3 Ethische Herausforderungen des ärztlichen Handelns in Deutschland	21
1.3.1 Ethische Herausforderungen der klinischen Neurologie	22
1.3.2 Ökonomisierung des Krankenhausbetriebs	23
1.3.3 Arbeitsbelastungsforschung bei Assistenzärzt*innen in Deutschland.....	24
1.4. Wissenschaftliche Fragestellung und Hypothesenentwicklung.....	24
1.4.1 Wahl der zu untersuchenden Gruppe	25
1.4.2 Verwendete MoS Definition.....	25
1.4.3 Notwendigkeit eines neuen Fragebogens.....	25
1.5 Fragestellung	26
2. Methodik	27
2.1 Studiendesign	27
2.2 Fragebogenentwicklung	27
2.2.1 Qualitative Phase (Vorstudie).....	27
2.2.2 Erster Fragebogenentwurf	28
2.2.3 Testphase	32
2.2.4 Fragebogenüberarbeitung.....	33
2.2.5 Endgültige Version.....	34
2.2.6 Soziodemographische Daten	34
2.3 Ein- und Ausschlusskriterien	35
2.4 Statistische Auswertung	35

2.5 Ethikvotum	36
3. Ergebnisse.....	37
3.1 Erhebung	37
3.2 Ergebnisse der qualitativen Vorstudie	37
3.3 Ergebnisse der Hauptstudie: soziodemographische Daten	40
3.4 Ethisches Prinzip des ärztlichen Handelns	41
3.5 Häufigkeit von MoS	42
3.6 Intensität der MoS Belastung.....	42
3.7 Ursachen für MoS.....	43
3.8 Gruppenvergleich	46
3.8.1 Soziodemographische Daten.....	46
3.8.2 Sektoren	46
3.8.3 Klinikträger	47
3.9 Korrelation Frequenz und Belastung.....	47
3.10 Wunsch nach Unterstützung	47
3.11 Überlegung den Arbeitsplatz zu wechseln	48
3.11.1 Einflussfaktoren.....	48
3.11.2 Unterschiede in der MoS Wahrnehmung	48
3.12 Auswertung der Freitext-Fragen	49
4. Diskussion.....	50
4.1 Handlungsrestriktionen von neurologischen Assistenzärzt*innen in Deutschland	50
4.1.1 Häufige Konfliktsituationen.....	50
4.1.2 Belastende Themenfelder	51
4.1.3 Ursachen.....	53
4.2 Vergleich der Ergebnisse mit der internationalen MoS Forschung.....	56
4.2.1 Vergleich des Fragebogens zu etablierten Messinstrumenten.....	56
4.2.2 MoS bei Assistenzärzt*innen.....	57
4.2.3 Vergleich soziodemographische Daten	58
4.2.4 Folgen von MoS.....	58
4.3 Beitrag zur theoretischen Konzeption des MoS Konstruktes.....	60
4.3.1 Korrelation Intensität und Belastung: Crescendo- Effekt?.....	60
4.3.2 Subjektive Ethik	60
4.4 Limitationen	61
4.4.1 Rekrutierung.....	61
4.4.2 Inhalt.....	61
4.4.3 Psychometrische Eigenschaften	62

4.5 Ausblick.....	62
5. Fazit	64
6. Zusammenfassung.....	65
Literaturverzeichnis.....	67
Anhang	76
A1 Qualitativer Fragebogen (Vorstudie):	76
A2 Originalitems der bestehenden Fragebögen und Analyseprozess	77
A3 Evaluationsbogen der Testphase	81
A4 Fragebogen.....	82

Abkürzungsverzeichnis

DRG-System: Diagnosis Related Group- System

HECS: Hospital Ethical Climate Survey

i.d.F: in dem Falle

MMD-HP: Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals

MoS: Moralischer Stress

MDS-R: Moral Distress Scale- Revised

MDT: Moral Distress Thermometer

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Erster Fragebogenentwurf	30
Tabelle 2: Ergebnisse der qualitativen Vorstudie	39
Tabelle 3: Soziodemographische Daten	40
Tabelle 4: Ergebnis ethische Prinzipien.....	41
Tabelle 5: Ergebnis Ursachen von MoS.....	44
Tabelle 6: Ergebnis aller Items nach Häufigkeit, Belastungsgrad und Ursachen.....	45
Tabelle 7: Ergebnis Unterstützungswunsch.....	48
Tabelle 8: Itemanalyse	77

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beispiel der Itemanalyse an einem Item aus einem bestehenden Fragebogen	29
Abbildung 2: Unterschiede Klinikverlasser und -bleiber.....	49

1. Einleitung

Durch den täglichen Umgang mit Leben, Leid und Tod konstituiert sich die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen als fester Bestandteil des ärztlichen Berufs. Junge Ärzt*innen beginnen oft hoch motiviert und mit hohem ideologischem Anspruch ihre berufliche Laufbahn. Andererseits wird man bereits als junge Studierende mit überarbeiteten und desillusionierten Mitarbeitenden im Gesundheitssystem konfrontiert und von diesen häufig gewarnt. Die Arbeitsbelastungsforschung hat sich vielseitig mit Stressoren wie beispielsweise Arbeitszeiten, Schichtdienst oder schlechte Familientauglichkeit auseinandergesetzt. Weniger ist erforscht, inwieweit das Unvermögen seine Werte und Ideen im klinischen Alltag umzusetzen zu Desillusionierung und somit wohlmöglich nicht unerheblicher psychischer Belastung führt. Der zunehmende Fachkräftemangel und finanzielle Druck auf das deutsche Gesundheitssystem verschärft die dem Gesundheitswesen konstitutiv innewohnende Allokationszwänge (Zeit und Ressourcen), Akteur*innen im Gesundheitswesen berichten, sie hätten beispielsweise keine Zeit eine klinische Ethikberatung in Anspruch zu nehmen oder eine ausführliche Anamnese würde nicht gut bezahlt werden. Diese Doktorarbeit hat sich zur Aufgabe gestellt anhand des, vor allem in der USA gut etablierten, Moral Distress- Modells zu ermitteln, inwieweit es bei jungen Ärzt*innen im klinischen Alltag zu Belastungssituationen durch Beschränkung des ethischen Handlungsvermögens kommt. Im Fokus stehen hierbei insbesondere Ursachen solcher Beschränkungen im Sinne struktureller Zustände und Entwicklungen des Gesundheitssystems und nicht im Sinne allgemein ethischer Fragestellungen, wie beispielsweise die Frage nach dem guten Leben oder des autonomen Sterbens. Es ist sicherlich nicht möglich in dieser durchweg selbstständig geplanten und durchgeführten wissenschaftlichen Arbeit und im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit die Thematik vollständig zu durchleuchten. Dennoch hebt diese Arbeit einen bis dato unterrepräsentierten Aspekt der Arbeitsbelastungsforschung hervor und macht auf konkrete (Miss-) Verhältnisse im Gesundheitswesen aufmerksam. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie wurden in einem wissenschaftlichen Fachjournal publiziert (Hildesheim et al., 2021).

1.1 Moralischer Stress

1.1.1 Definition

Moral Distress (dt. Moralischer Stress, Abk.: MoS) ist ein psychologisches Konstrukt, welches der US-amerikanische Philosoph und Pflegeethiker Andrew Jameton im Jahre 1984 entwickelte. Diesem zufolge erfährt eine Person MoS, wenn *“one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action”* (Jameton 1984, S.6). Folglich unterscheidet sich MoS in seiner ursprünglichen Definition von der Definition des klassischen moralischen Dilemmas, bei welchem der*die Protagonist*in einer Entscheidungssituation ausgesetzt ist, in der er*sie in jeder gegebenen Handlungsmöglichkeit zur Verletzung ethischer Prinzipien gezwungen ist. In jüngerer Vergangenheit erweiterten Autor*innen die originale Definition nach Jameton und beschrieben MoS als *„psychological response to morally challenging situations such as those of moral constraint or moral conflict, or both.“* (Fourie, 2015, S. 97)

Andere Autor*innen übertrugen das Konzept auf die ärztliche Tätigkeit und unterschieden zwischen:

- Äußeren Begrenzungen (z.B. Unterbesetzung und hohe Fluktuation, Fehlen von administrativer Hilfe, Hierarchien im Gesundheitssystem (Hamric, Borchers & Epstein, 2012))
- Inneren Begrenzungen (z.B. Erfahrung von Machtlosigkeit, Mangel an Wissen über alternative Behandlungsmethoden, Unfähigkeit das ethische Problem zu identifizieren (Hamric, Borchers & Epstein, 2012))

Eine einheitliche Definition ist aktuell noch Bestandteil kontroverser Diskussionen.

1.1.2 Entstehungsgeschichte

1.1.2.1 Die Ursprüngliche Definition nach Jameton

Der Begriff „Moral Distress“ geht auf den US-amerikanische Philosophen Andrew Jameton zurück, der ihn 1984 erstmalig in seinem Buch „Nursing practise: the ethical issues“ prägte (Jameton, 1984). In qualitativen Interviews mit Pfleger*innen wurde wiederholt angegeben, dass ein intendiertes Verhalten in moralischen Entscheidungssituationen auf Grund von institutionellen Begrenzungen verhindert werde (Moser & Monteverde, 2016). Hinderungsgründe waren hierbei institutioneller Natur, beispielsweise Vorgaben von Vorgesetzten, der Verwaltung oder Orientierung an ökonomischen oder politischen Gesichtspunkten. Jameton benannte hiermit erstmalig ein bekanntes Phänomen der Pflegeethik (Yarling & McElmurry, 1986). Er differenzierte MoS von moralischer Unsicherheit

und moralischem Dilemma. Die zu MoS führende „cooperation in wrongdoing“ (Jameton 1984, S. 282) führt nach Anhänger*innen der ursprünglichen Definition zu Gefühlen des moralischen Versagens und verletzt somit die moralische Integrität einer Person, wohingegen moralische Dilemmata herausfordernd bis belastend sind, jedoch nicht die moralische Integrität angreifen (Prentice & Gillam, 2018). 1993 erweiterte Jameton seine ursprüngliche Definition und sprach nun von „initial moral distress“, der auftritt, wenn die Betroffenen realisieren, dass es Handlungsbeschränkungen gibt. Werden entsprechende Handlungen dann gegen den persönlichen Willen durchgeführt, kommt es zu „reactive moral distress“ (Jameton, 1993).

Andere Autor*innen griffen Jametons Definition auf und erweiterten diese. Zwänge, die zu MoS führen können, wurden auf innere Ursachen wie beispielsweise persönliches Versagen oder auch das Unterlassen von als moralisch richtig empfundene Handlungen erweitert (Webster & Baylis, 2000; Nathaniel, 2006). Die MoS Erfahrung selbst wurde als psychisches Ungleichgewicht (Wilkinson, 1987), Schmerz (Nathaniel, 2006) oder auch Leiden (Corley, 2002) beschrieben.

Epstein und Hamric griffen Jametons „reactive moral distress“ auf und benannten es als „moral residue“. Akkumulieren Erfahrungen von nicht verarbeiteter „moral residue“, kann eine konsekutive Destruktion der personellen moralischen Integrität die Folge sein. Dieses Phänomen benannten sie als Crescendo- Effekt (Epstein & Hamric, 2009).

1.1.2.2 Erweiterte Definition

In jüngerer Vergangenheit plädierten Autor*innen zunehmend für ein erweitertes Verständnis von MoS. Sie wiesen zum einen daraufhin, dass nach Jametons Definition nicht klar definiert sei, ob es sich bei MoS um die Situation oder die psychische Reaktion darauf handele und legten nahe, dass unter diesen Gesichtspunkten keine klare Trennung zwischen MoS, Dilemma und Unsicherheit gezogen werden könne (Fourie, 2015). Für sie ist MoS die Reaktion auf ethisch herausfordernde Situationen, wie Dilemmata, moralische Unsicherheit oder eben der Zwang sich entgegen seiner moralischen Überzeugung zu verhalten (Fourie, 2015; Hanna, 2004). Andere Autor*innen gingen noch weiter und definierten MoS als:

„Moral Distress = one or more negative self-directed emotions or attitudes that arise in response to one’s perceived morally undisable involvement in a situation that one perceives to be morally undisable.“ (Ulrich & Grady 2018, S. 73)

Dabei sollen die Definitionen von Fourie und Campbell die älteren Definitionen nicht ersetzen, sondern versuchen diesen vielmehr in einem größeren Rahmen Platz zu geben und auch Situationen der moralischen Unsicherheit, des moralischen Dilemmas oder nachträglichen Bedenkens zu erfassen. Sie beinhalten somit auch moralische Sorgen (auch auf die Zukunft gerichtete) und moralisch kompromittierende Situationen durch einen unglücklichen Zufall oder die Identifikation mit anderen (Personen wie Institutionen), welche sich moralisch kompromittieren (Campbell, Ulrich & Grady, 2016). Diese Ausdifferenzierung der erweiterten Definition scheint insofern sinnvoll, da ein moralisches Dilemma (bspw. Verteilungskriterien knapper Güter wie Spenderorgane) im Falle des Nicht- Akzeptierens der Rahmenbedingungen (Wieso verteilen wir nach Kriterien wie Dringlichkeit und Erfolgsaussicht und nicht nach anderen?) zur MoS- Erfahrung durch äußere Begrenzungen werden kann. Ob verschiedene Ursachen von MoS (MoS durch Begrenzungen, moralisches Dilemma etc.) zur selben Intensität und Folgen des MoS Erlebens führen, bleibt zu erforschen. Campbell et al. empfehlen deswegen diese Teilaspekte einzeln zu untersuchen, um gegebenenfalls spezifische Coping- und Präventionsstrategien abzuleiten (Campbell et al., 2016). Als integrativer Ansatz der verschiedenen Definitionen greift Monteverde Campbell's „moralische Unerwünschtheit“ als Summe aller ethischen Konfliktsituationen auf und differenziert in der psychologischen Reaktion darauf zwischen MoS als Antwort auf Erlebnisse der Handlungsbegrenzung und moralisches Unbehagen als Antwort auf Erlebnisse mit erschwertem Handlungsvermögen (Monteverde, 2019).

1.1.2.3 Kritik an einem universalen Gebrauch des MoS Konstruktes

Nach Übertragung des MoS Konstruktes auf andere Berufsgruppen im Gesundheitssystem wurde vermehrt darauf hingewiesen, dass die der Pflegeethik entstammende Definition nach Jameton eben dieser Berufsgruppe inhärente Aspekte mit sich trägt. So wurde argumentiert, dass der ursprüngliche Fokus auf institutionelle Begrenzungen die der Pflegeposition innewohnenden eingeschränkte Entscheidungsfreiheit inkorporiert. Ärzt*innen hingegen litten gerade auf Grund ihrer Entscheidungsverantwortung unter MoS (Ulrich and Grady, 2018). Andere Autor*innen behielten den Fokus auf institutionelle Barrieren als Quelle für MoS bewusst bei, um auf die institutionelle und organisationale Verantwortung, in welcher moralisches Handeln möglich und nicht gar verhindert wird, hinzuweisen (Corley, 2002). Weitergehend wurde darauf hingewiesen, dass moralische Entscheidungsfindung und somit auch MoS kein vom Kontext isoliertes, individuelles Momentum ist, sondern gesellschaftliche,

politische, kulturelle und ökonomische Werte beinhaltet, welche sowohl den Handelnden als auch den institutionellen Rahmen beeinflussen (Morley, Bradbury-Jones & Ives, 2021; Varcoe, Pauly, Webster & Storch, 2012). Dadurch entstehe eine Reziprozität der Beziehung und Entscheidungsfindung (Musto & Rodney, 2016). Neben der individuell- institutionellen Beziehung sei moralische Entscheidungsfindung ebenfalls ein interindividueller Prozess aller Beteiligten (Deschenes & Kunyk, 2020), welche wiederum ihre intraindividuellen moralischen Überzeugungen aus professionellen, kulturellen, spirituellen und religiösen Werten in den Prozess mit hineinbringen (Campbell et al., 2016).

1.1.2.3.1 Genderaspekte

Im Rahmen des MoS Konstruktes beschrieb Jameton damals zudem die Handlungsbegrenzung einer überwiegend weiblich dominierten Berufsgruppe (Pfleger*innen) von einer überwiegend männlich dominierten Berufsgruppe (Ärzt*innen) (Salsberg & Forte, 2002). Dies verschaffte ihm Rückenwind von der aufstrebenden feministische Ethik (Jameton, 2013). Ein zentraler Aspekt der feministischen Ethik ist die Autonomie eines jeden Menschen und die Benachteiligung gewisser gesellschaftlicher, beispielsweise durch Geschlechtsidentitäten konstituierter, Gruppen ebenso autonom oder politisch partizipierend zu agieren wie andere Gruppen (Pauer-Studer, 2013). Anhand des Hinterfragens dieser Geschlechtsidentitäten untersuchen poststrukturalistische Vertreter*innen der feministischen Philosophie verborgene gesellschaftliche Machtstrukturen (Pauer-Studer, 2013). Da das MoS Konstrukt aus einer Zeit stammt, in welcher Männer vornehmlich den Arzt- und Frauen vornehmlich den Pflegeberuf ausübten, wäre folglich zu diskutieren, inwieweit die ursprünglichen MoS Definition neben berufsspezifischen Aspekten ebenfalls genderspezifische bzw. genderhistorische Aspekte inkorporiert und in diesem Sinne eine Erweiterung des Begriffes auf andere Berufsgruppen überhaupt sinnvoll oder möglich ist (Jameton, 2013).

1.1.3 Abgrenzung und Relation zu anderen Konstrukten

1.1.3.1 Kognitive Dissonanz

Kognitive Dissonanz bezeichnet einen negativen emotionalen Zustand, der aus der Wahrnehmung verschiedener miteinander inkonsistenter Werte entsteht und letztendlich zur Anpassung einiger dieser Werte führen kann, um diese miteinander in Einklang zu bringen (Vaidis & Bran, 2019). Schrepel et al. sehen hierin den Entstehungsmechanismus von MoS, wenn Individuen gewahr werden, dass ihre Werte mit denen von Mitarbeiter*innen oder Institutionen konfliktieren (Schrepel, Jauregui, Brown, Shandro & Strote, 2019).

1.1.3.2 Emotionale Erschöpfung

Als emotionale Erschöpfung (eng. emotional exhaustion) wird die potenziell zu mentalen und kognitiven Gesundheitsproblemen führende Abnahme der Ressourcen einer Person durch andauernde, hohe Arbeitsbelastung bezeichnet (Maffoni, Sommovigo, Giardini, Paolucci & Setti, 2020; Romani & Ashkar, 2014). Nach Maslach et al. bildet emotionale Erschöpfung eine von drei Kernkategorien von Burnout (Romani & Ashkar, 2014). Maffoni et al. konnten zeigen, dass MoS Erleben zu emotionaler Erschöpfung führt und teilweise als Mediator zwischen ethischem Klima und emotionaler Erschöpfung fungiert (Maffoni et al., 2020).

1.1.3.3 Ethisches Klima

Olson entwickelte 1998 den Hospital Ethical Climate Survey (HECS) als Messinstrument zur Quantifizierung des ethischen Klimas des Arbeitsplatzes von Pfleger*innen (Olson, 1998). Zusammenhänge zwischen ethischem Klima und Arbeitszufriedenheit, -qualität und der Intention den Arbeitsplatz zu wechseln, konnten für die Krankenpflege gezeigt werden (Hamric & Blackhall, 2007; Hart, 2005). Auch für Ärzte*innen konnte gezeigt werden, dass das ethische Klima des Arbeitsplatzes signifikant invers mit dem MoS Erleben korreliert (Sauerland, Marotta, Peinemann, Berndt & Robichaux, 2014).

1.1.3.4 Stress of Conscience

„Gewissen = die Fähigkeit des menschlichen Geistes, die ethischen Werte in ihrer Realität und mit den von ihnen erhobenen Ansprüchen zu erkennen: die Art und Weise, in der das Wertgefühl im Menschen sich Geltung schafft: im engeren Sinne das sittliche Bewusstsein, das Gefühl um das, was gut und böse, recht und unrecht ist.“ (Schmidt, 1991)

Glasberg et al. entwickelte 2006 den Stress- of- Conscience- Questionnaire um Situationen zu identifizieren, die bei Mitarbeiter*innen des Gesundheitssystems zu einem schlechten Gewissen führen (Glasberg et al., 2006). Um das Phänomen des Gewissens und seinen Einfluss auf Schuldgefühle bei Mitarbeiter*innen des Gesundheitssystems genauer zu untersuchen, entwickelten Dahlqvist et al. den Perceptions-of-Conscience-Questionnaire (Dahlqvist et al., 2007). Ergebnisse zeigten, dass das Gewissen als Autorität auftritt, welche eine*n davor schützt, sich selbst und andere zu verletzen. Befragte Pfleger*innen und Ärzt*innen gaben an, das Gewissen als Warnsignal wahrzunehmen und aus Situationen, welche in einem schlechten Gewissen resultierten, für die Zukunft lernen zu können (Dahlqvist et al., 2007).

1.1.3.5 Moralische Sensitivität

Moralische Sensitivität (eng. moral sensitivity) wird in der Pflegeethik als das Verständnis der vulnerablen Situation des*der Patient*in und der eigenen ethischen Verantwortung gegenüber Schutzbefohlenen verstanden (Lützén & Kvist, 2012). Moralische Sensitivität ist folglich die Fähigkeit ethische Probleme zu identifizieren und (deren Folgen) zu interpretieren und kann bei erfolgreicher Annahme der Verantwortung zur Stärkung der eigenen Person als moralisch Handelnde führen (Lützén, Dahlqvist, Eriksson & Norberg, 2006). Der Zusammenhang zwischen MoS und moralischer Sensitivität wurde in ersten empirischen Studien untersucht (Nejadsarvari et al., 2015).

1.1.3.6 Moralische Integrität

Webster und Baylis beschreiben Integrität als die Kohärenz zwischen Überzeugungen und Handlungen einer Person (Webster & Baylis, 2000). Nach ihnen und anderen Autor*innen kann nicht verarbeitetes MoS Erleben die Integrität einer Person nachhaltig verletzen und sogar in Folge das moralische Gewissen verändern, indem ehemals ethische Prinzipien bagatellisiert oder gar verlassen werden (Hamric, 2012). Auch Louise de Reave beschreibt moralische Integrität als eng mit dem moralischen Gewissen, Würde und Selbstrespekt verwoben. Rollenkonflikte von Mitarbeiter*innen im Gesundheitssystem könnten die moralische Integrität herausfordern. Dabei sei das gewissenhaft moralische Handeln allerdings keine Garantie dafür sich letztendlich moralisch integer zu fühlen (Raeve, 1998).

1.1.3.7 Moralisches Handlungsvermögen

Moralisches Handlungsvermögen (eng. moral agency) entlehnt sich der traditionell-philosophischen Ethik und beschreibt das Vermögen einer Person, ethische Situationen wahrzunehmen, differenziert zu betrachten und sich in diese zu involvieren (Monteverde, 2019). In der Pflegeethik und MoS- Forschung subsumiert der Begriff des moralischen Handlungsvermögens die erfolgreiche Integration sozialer, kultureller, politischer, ökonomischer, institutioneller, rollenspezifischer, intra- und interpersoneller Aspekte (Musto & Rodney, 2016). Moralisches Handlungsvermögen ist somit eine Fähigkeit, die durch erfolgreiches moralisches Handeln ausgebildet werden kann und bei MoS Erleben begrenzt wird oder gescheitert ist (Lützén & Kvist, 2012).

1.1.4 Übersetzung des Begriffs ins Deutsche

Als Beitrag der konzeptuellen und begrifflichen Etablierung im deutschsprachigen Raum wird MoS in dieser Doktorarbeit, einhergehend mit vergleichbaren auf Deutsch erschienenen Arbeiten, mit „Moralischem Stress“ (MoS) übersetzt (Holsten, 2015; Kleinknecht-Dolf, Spichiger, Müller, Bartholomeyczik & Spirig, 2017; Klingler, 2019; Kühlmeyer et al., 2020; Monteverde, 2019). Hierbei geht die im Englischen mögliche Differenzierung zwischen physischen (eng.: stress) und psychischen (eng.: distress) Stress verloren sowie die Konnotation des Leidens und der Verzweiflung, welche das englische Wort „distress“ transportiert (Holsten, 2015). Inwieweit allerdings körperlicher und seelischer Stress zusammenhängt und eine (sprach-)wissenschaftliche Trennung sinnvoll ist, ist nicht Fragestellung dieser Arbeit, sodass eine Vereinheitlichung des Begriffes im Deutschen dieser Diskussion vorgezogen werden soll.

1.2 Empirische Forschung zu MoS

Neben der theoretisch-konzeptuellen Weiterentwicklung wurde insbesondere die Genese und das Erleben von MoS im Gesundheitswesen empirisch untersucht. Hierbei wurden qualitative (Camp & Sadler, 2019) und quantitative (Eizenberg, Desivilya & Hirschfeld, 2009) Ansätze gewählt und nach Validierung einiger weniger Messinstrumente (Hamric, Borchers & Epstein, 2012) Parallelen zu etablierten Konstrukten der Arbeitsbelastungsforschung und Psychologie untersucht (Lamiani, Borghi & Argentero, 2017).

1.2.1 Ursachen von MoS bei Ärzt*innen

Werden Begrenzungen und Konfliktsituationen untersucht, die zu MoS führen, ermöglicht dies Einblicke in individuelle, institutionelle, strukturelle und politische Problembereiche des länderspezifischen Gesundheitssystems. Während beispielsweise die Hauptgründe für MoS im Iran das Fehlen von Medikamenten und medizinischer Ausstattung waren (Abbasi et al., 2014), litten Ärzt*innen in Großbritannien, welche auf einer Intensivstation tätig waren, am meisten unter Übertherapie am Lebensende (Colville, Dawson, Rabinthiran, Chaudry-Daley & Perkins-Porras, 2018). Ursachen von MoS differenzieren sich folglich länderspezifisch, ebenso wie berufsgruppen- und fachspezifisch (Førde & Aasland, 2008; Fourie, 2017).

Fasst man empirische MoS Studien bei Ärzt*innen zusammen, werden Übertherapie am Lebensende durch Wünsche von Patientenangehörigen oder Entscheidungsdiffusion im Team, mangelnde Versorgungsqualität durch ständig wechselnde Zuständigkeiten und wachsende Dokumentationslast als Hauptursachen für MoS Erleben genannt (Allen et al., 2013; Austin,

Saylor & Finley, 2017; Beck et al., 2020; Epstein, Whitehead, Prompahakul, Thacker & Hamric, 2019; Whitehead, Herbertson, Hamric, Epstein & Fisher, 2015).

In Deutschland ist die empirische Datenlage zu MoS noch sehr begrenzt (Kühlmeyer et al., 2020). Die der Autorin dieser Arbeit einzig bekannte quantitative Studie zu MoS bei Ärzt*innen in Deutschland, stammt aus der Onkologie und ermittelte MoS anhand des Moral Distress Thermometers (s.u.) und Interviews. Ergebnisse zeigten, dass behandelnde Ärzt*innen in 67% der untersuchten Patientenfälle unter MoS litten. Als Ursachen wurden Schwierigkeiten bei der Findung des richtigen Momentes zur Therapiezieländerung, Identifikation und Sympathie mit jungen Tumorpatient*innen und abweichende Wünsche von Patient*innen und Angehörigen angegeben (Mehlis et al., 2018).

1.2.2 Folgen von MoS

MoS hat einen signifikanten Einfluss auf die mentale Gesundheit und Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiter*innen im Gesundheitssystem: Ärzt*innen, die MoS in ihrem täglichen klinischen Arbeitsalltag erfahren, litten signifikant häufiger an Symptomen der Depression (Lamiani, Setti, Barlascini, Vegni & Argentero, 2017) und Burnout (Beck et al., 2020; Dalmolin, Lunardi, Lunardi, Barlem & Silveira, 2014; Neumann et al., 2018). In vielen Studien gaben Ärzt*innen, welche unter MoS litten, an, dass sie auf Grund dessen bereits den Arbeitsplatz gewechselt hätten oder dies aktuell überlegen würden, bzw. die MoS Belastung korrelierte signifikant positiv mit der Intention den Arbeitsplatz zu wechseln (Austin et al., 2017; Beck et al., 2020; Colville et al., 2018; Hamric, Borchers & Epstein, 2012; Lamiani, Dordoni, Vegni & Barajon, 2019; Whitehead et al., 2015). Aus der Pflegeethik ist bereits bekannt, dass MoS negativ mit der Arzt-Pflege-Zusammenarbeit, Arbeitseinsatz und der Arbeitszufriedenheit korreliert und zu Schlafstörungen führt (Fard, Azadi, Veisani & Jamshidbeigi, 2020; Lawrence, 2011; McAndrew, Leske & Garcia, 2011; Papathanassoglou et al., 2012; Veer, Francke, Struijs & Willems, 2013). Ebenfalls konnte gezeigt werden, dass MoS Erleben zu Fehlern in der Patientenversorgung führt (Giannetta et al., 2020). Folglich reichen die negativen Konsequenzen über behandelnde und behandelte Beteiligte hinaus und betreffen auch ökonomische Faktoren (Austin et al., 2017). Einige Autor*innen konnten zeigen, dass häufige MoS Erfahrungen zu einer erhöhten Intensität desselbigen Erlebens führen und stützen somit empirisch die Theorie des Crescendo-Effekts (Thurn & Anneser, 2020). In anderen Studien zeigte sich hingegen eine Desensibilisierung als mögliches Resultat aus Werteverchiebung

oder emotionale Abwendung von Patient*innen (Kleinknecht-Dolf et al., 2015; Monrouxe, Rees, Dennis & Wells, 2015).

1.2.3 MoS bei Assistenzärzt*innen

Die Datenlage zu MoS explizit bei Assistenzärzt*innen ist noch nicht sehr umfassend und entstammt ausschließlich dem englischsprachigen Raum. Eine Studie aus Kanada zeigte, dass Assistenzärzt*innen MoS erfuhren, als sie Zeuge von Patientengesprächen oder -untersuchungen wurden, welche sie als zu kurz, zu unprofessionell oder als unangebracht wahrnahmen (Hilliard, Harrison & Madden, 2007). Ebenfalls scheint mangelnde eigene Erfahrung bei als unzureichend wahrgenommener Supervision eine Quelle für MoS bei Assistenzärzt*innen zu sein (Hilliard et al., 2007; Knifed, Goyal & Bernstein, 2010; Rosenbaum et al., 2004). Andere Studienergebnisse koinzidieren mit den unter 1.2.1. beschriebenen Ursachen: Assistenzärzt*innen erlebten MoS, wenn sie Zeuge von Behandlungen am Lebensende wurden, welche ihrer Meinung nach überflüssig waren (Dzeng et al., 2016) oder durch die steigende Dokumentationslast (Beck et al., 2020). Ebenso korrelierte die Intensität des wahrgenommenen MoS signifikant positiv mit dem Wunsch den Arbeitsplatz zu wechseln und Symptomen eines Burnouts (Beck et al., 2020; Sajjadi, Norena, Wong & Dodek, 2017). In einer Studie an Assistenzärzt*innen aus der Pädiatrie zeigte sich, dass Assistenzärzt*innen signifikant häufiger MoS wahrnahmen als Fachärzt*innen, Fachärzt*innen jedoch signifikant häufiger den Arbeitsplatz auf Grund von MoS wechseln wollten (Beck et al., 2020).

1.2.4 Bestehende Messverfahren

1.2.4.1 *Moral Distress Thermometer (MDT)*

Das MDT von Wocial und Weaver ist eine visuelle 11-Punkte-Skala auf welcher Befragte angeben sollen, wie stark sie in den letzten zwei Wochen unter MoS gelitten haben. Eine Standarddefinition von MoS wird dem*der Proband*in eingangs gegeben. Das MDT eignet sich gut zum schnellen Screening von MoS, nicht jedoch zur Untersuchung der MoS Ursache, Häufigkeit oder Folgen (Wocial & Weaver, 2013).

1.2.4.2 *Moral-Distress-Scale-Revised (MDS-R)*

Der MDS-R ist ein erstmals 2001 publizierter und validierter MoS- Fragebogen, der im Verlauf an die Erwachsenen- und Kinderheilkunde adaptiert, überarbeitet und gekürzt wurde (Corley, Elswick, Gorman & Clor, 2001; Hamric & Blackhall, 2007; Hamric, Borchers & Epstein, 2012). Der MDS-R wurde in den letzten Jahren häufig in unterschiedlichen Bereichen eingesetzt, in andere Sprachen übersetzt und kulturell adaptiert (Giannetta et al., 2020). Die meisten unter

1.2.1 und 1.2.2 aufgeführten Studienergebnisse entstammen Untersuchungen mit diesem Messinstrument. Der MDS-R enthält 21 Items, welche MoS- Situationen im klinischen Alltag beschreiben. Jedes Item wird mit einer 5-Punkt-Likertskala nach Häufigkeit des Auftretens und Intensität der Belastung bewertet. Zahlenwerte der Häufigkeits- und Intensitäts-Skala werden miteinander multipliziert. Items werden so einer Rangliste zugeordnet (Hamric, Borchers & Epstein, 2012). 2019 publizierten Epstein et al. eine um sechs Items erweiterte und aktualisierte Version des MDS-R der Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals (MMD-HP) (Epstein et al., 2019).

1.2.4.3 Andere quantitative Messinstrumente

Weitere validierte MoS- Fragebögen wurden für spezifische Bereiche, wie beispielsweise die Anästhesiepflege oder die Pflege von Demenz Erkrankten, entwickelt (Awosoga et al., 2018; Bender et al., 2019; Wands, 2018). Eizenberg et al. entwickelte 2009 einen MoS-Fragebogen für die Krankenpflege in Israel und plädierte für eine kultur-sensitive Methodik bestehend aus qualitativen Interviews, Literaturrecherche bestehender Messinstrumente und quantitativer Erhebung zwecks Validierung (Eizenberg et al., 2009).

1.2.4.4 Kritik am MDS-R und vergleichbaren quantitativen Messinstrumenten

Als Vorteil einer Nutzung des MDS-R wird die internationale Vergleichbarkeit der Studienergebnisse angeführt. Dennoch geht diese Nutzung häufig mit einem Übersetzungsprozess und einer kulturellen Adaption einher, bei welcher Items gestrichen oder ergänzt werden. Es entstehen länderspezifische Messinstrumente mit unterschiedlich guten psychometrischen Eigenschaften¹ (Giannetta et al., 2020). Der Vergleich von Ergebnissen dieser Studien ist daher unter Vorbehalt zu betrachten (Kleinknecht-Dolf et al., 2015). Ein weiterer Kritikpunkt ist die Multiplikation aus Frequenz- und Belastungsskala bei der Auswertung des MDS-R. Geht man davon aus, dass häufiges Auftreten von MoS zu einer erhöhten Belastung (siehe Crescendo-Effekt) führt, würde die somit gebildete Rangliste aller Items die Relevanz der beschriebenen MoS-Situationen widerspiegeln. Einige Studien konnten dies jedoch nicht zeigen und somit relativieren sich wichtige Unterschiede zwischen Belastung und Frequenz durch das beschriebene Verfahren (Kleinknecht-Dolf et al., 2015).

¹ In einer persönlichen Mitteilung per Mail 2018 empfahl Ann B. Hamric, die englischsprachige Version des MDS-R nicht mehr weiter zu nutzen. Der MMD-HP war zu dem Zeitpunkt noch nicht publiziert.

1.2.4.5 Übersetzung von Fragebögen und kulturelle Adaption

Die Übersetzung von Fragebögen und Anwendung in anderen Kulturkreisen ist gerade in der Sozialwissenschaft und Psychologie umstritten. Studien aus der interkulturellen Arbeitsbelastungsforschung zeigten große Unterschiede darin, was als belastend wahrgenommen wurde (Narayanan, Menon & Spector, 1999). Liu und Spector merkten an, dass die Übersetzung von US-amerikanischen Messinstrumenten nicht ausreicht, um diese in anderen Ländern zu etablieren (Liu & Spector, 2005). Es konnte gezeigt werden, dass Menschen verschiedener kultureller Hintergründe sogar dieselben Messskalen unterschiedlich interpretieren (Riordan, 1994). Dies bezieht sich auch auf grundlegende kulturelle Unterschiede innerhalb der „westlichen Welt“, wie kulturwissenschaftliche Studien zeigen konnten (Schwartz 1999; Hofstede 2001).

Hieraus ergibt sich Folgendes: Ein aus einem bestehenden MoS-Fragebogen übernommenes Item, welches primär mit dem deutschen Gesundheitssystem kompatibel erscheinen mag, impliziert drei a priori Annahmen, welche weder kultur- noch kontextbezogen geprüft sind. Für ein Item, das Übertherapie am Lebensende auf Grund von Wünschen von Angehörigen thematisiert, seien diese exemplarisch dargestellt:

1. Es wird angenommen, dass es sich um ein ethisches Prinzip der in der Situation Beteiligten handelt (i.d.F. eine Therapiezieländerung anzustreben).
2. Es wird eine explizite Ursache für die Verletzung dieses Prinzips genannt (i.d.F. Wünsche der Angehörigen).
3. Es wird ein Kausalzusammenhang zwischen Ursache und Handlungsbeschränkung geknüpft (i.d.F. Entscheidungen werden mit Angehörigen zusammengetroffen, da diese z.B. über ein juristisches Mitspracherecht verfügen).

1.3 Ethische Herausforderungen des ärztlichen Handelns in Deutschland

Kernelemente der ethischen Verantwortung von Ärzt*innen sind die Patientenfürsorge, die Förderung der Patientenautonomie und die soziale Gerechtigkeit. Sie spannt sich somit zwischen der persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung und einem professionellen Gesellschaftsvertrag auf (Medical Professionalism Project, 2002). Diese Verantwortung kann diversen Herausforderungen unterliegen, die zu ethischen Fragestellungen und Rollenkonflikten führen (Ulrich and Grady, 2018), wie beispielsweise

- Demographischer Wandel und zunehmender finanzieller Druck der gesetzlichen Krankenkassen (Ochmann & Albrecht, 2019)
- Personalmangel (Bundesärztekammer, 2018; Bundesgesundheitsministerium, 2018)
- zunehmende soziale Ungerechtigkeit in Europa und der damit einhergehende Einfluss auf Morbidität und Mortalität bestimmter Gesellschaftsgruppen (Mackenbach, 2017).
- technischer und wissenschaftlicher Fortschritt, welcher Fragen nach verantwortbarer Sinnhaftigkeit von diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten aufwirft (Mackenbach, 2017; Medical Professionalism Project, 2002).
- Professionalisierung und Spezialisierung, welche die ganzheitliche Betrachtung und Behandlung der Patient*innen erschweren kann (Siess, 1999).

1.3.1 Ethische Herausforderungen der klinischen Neurologie

Ethische Herausforderungen der klinischen Neurologie erstrecken sich von der Begleitung von Patient*innen mit neurodegenerative Erkrankungen [ethische Fragestellung zur (Früh-) Diagnostik und Therapie(-zieländerung)] bis hin zur intensivmedizinischen Betreuung von Patient*innen mit akuter oder chronischer Bewusstseinsminderung (Erbguth und Jox, 2017). Ebenfalls betreffen die Zunahme von chronischen Erkrankungen und der demographische Wandel mit einer Zunahme von multimorbiden Patient*innen (Nothacker et al., 2019) und den damit beispielsweise einhergehenden Fragen nach poststationärer Versorgung und Einwilligungsfähigkeit die Fachdisziplin Neurologie in besonderer Weise. In der intensivmedizinischen Betreuung werden Fragen zum Zeitpunkt der Beendigung intensivmedizinischer Maßnahmen aufgeworfen: Nach einem schweren Schlaganfall verstirbt der*die Patient*in in 2/3 der Todesfälle durch Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen (Erbguth und Jox, 2017). Gerade in der neurologischen Intensivbehandlung ist die Prognosestellung komplex und von diversen Unsicherheitsfaktoren geprägt (Rabinstein, 2009). Es gilt sowohl Übertherapie als auch Unter- und Fehlversorgung und das damit verbundene Leiden zu vermeiden (Michalsen et al., 2021). In einer US-amerikanischen Studie nahmen Ärzt*innen bei 36% der Patient*innen einer neurologischen Intensivstation die Therapie als aussichtslos wahr und nur in der Hälfte der Fälle hätten sie diese Therapie auch für ihre Angehörigen gewünscht (Amoroso & Chalela, 2019).

Aus der Ärzteschaft selbst werden zunehmend Stimmen laut, dass die sogenannte Ökonomisierung des Krankenhausbetriebs erwähnte Spannungsfelder intensiveren würde (Bundesärztekammer, 2015; Nothacker et al., 2019).

1.3.2 Ökonomisierung des Krankenhausbetriebs

Ökonomisierung des Gesundheitssektor bedeutet den zunehmenden Einfluss von betriebswirtschaftlichen Aspekten auf die Patientenversorgung, welche sich besonders in der stationären Patientenversorgung manifestieren (Unschuld, 2014). Kritisiert wird, dass Zielgrößen wie beispielsweise die Erlössteigerung in den Vordergrund treten, Krankenhäuser im marktwirtschaftlichen Wettbewerb zueinander stehen und der Einfluss der kaufmännischen Leitung auf ärztliche Entscheidungsfindung zunimmt (Loos & Zich, 2019; Nothacker et al., 2019; Wehkamp & Naegler, 2017). Das Diagnosis-Related-Group-(DRG-) System, welches als Steuersystem zur Mittelverteilung Patientenfälle mittels definierter Fallpauschalen vergütet, steht hierbei häufig in der Kritik sogenannte Fehlanreize zu setzen. Ursprünglich dazu gedacht, laufende Personal- und Sachkosten zu decken, müssen Erträge durch Investitionsstau der Länder allerdings häufig durch DRG-Erlöse querfinanziert werden (Marckmann & Maschmann, 2017; Wehkamp & Naegler, 2017). Da gewisse Leistungen gewinnbringender vergütet werden als andere, wird eine Verschiebung zu Gunsten dieser (häufig interventioneller) Leistungen mit teilweise fragwürdigen Indikationsstellungen befürchtet und eine Steigerung an stationären Behandlungsfällen im internationalen Vergleich beobachtet (Busse et al., 2016; Nothacker et al., 2019; Riessen et al., 2019). Beispielsweise wird ein Zusammenhang zwischen DRG- Vergütung und Zunahme der Beatmungszeiträume und Indikation zur Tracheostomie (auch in der Neurologie) diskutiert (Biermann & Geissler, 2016; Holloway & Quill, 2010). Andere Leistungen (konventionelle und „sprechende“ Medizin) werden hingegen schlecht vergütet und es wird befürchtet, dass diese bei steigender Patientenfallzahl durch abrechnungsbedingte verkürzte Liegedauer und bei gleichzeitigem Personalmangel wegrationiert werden (Michalsen et al., 2021; Burkhart, Ostwald & Ehrhard, 2012; Nothacker et al., 2019). Eine Situation der gleichzeitigen Über- und Unterversorgung entsteht (Reifferscheid, Pomorin & Wasem, 2015). Insbesondere private Krankenhausanbieter stehen in der Kritik durch Erlösmaximierung theoretisch Gewinne, die ursprünglich den solidarisch finanzierten Krankenkassen entstammen, zweckentfremdet zu investieren oder Aktionären zuzuführen (Michalsen et al., 2021). Dies hat massiven Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung (Ankowitzsch, 2013; Marckmann & Maschmann, 2017).

Die aufgeführte Kritik an der Ökonomisierung des Gesundheitssystems stammt somit sowohl von praktisch tätigen Ärzt*innen unterschiedlicher Fachdisziplinen (Michalsen et al., 2021) und Fachgesellschaften (Nothacker et al., 2019), als auch von Medizinethiker*innen

(Marckmann & Maschmann, 2017) und Gesundheitsökonom*innen (Wehkamp & Naegler, 2017).

1.3.3 Arbeitsbelastungsforschung bei Assistenzärzt*innen in Deutschland

Burnout und Depression bei jungen Ärzt*innen sind aus internationalen Studien bekannt (Ishak et al., 2009; Li et al., 2013; Mata et al., 2015). In Deutschland wurde der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Depression sowie dem Risiko für Burnout und dem Auftreten einer subjektiven Gesundheitsgefährdung für Assistenzärzt*innen aufgezeigt (Li et al., 2013; Raspe et al., 2020). Arbeitsbelastung kann wiederum zur verminderten Versorgungsqualität und Fehlern in der Patientenversorgung führen (Arnetz, Lewalski, Arnetz, Breejen & Przyklenk, 2017; Sturm et al., 2019). Assistenzärzt*innen in Deutschland gaben im Rahmen einer großen landesweiten webbasierten Befragung deutlichen Verbesserungsbedarf bei der Dokumentationslast, Facharztausbildung, Arbeitsverdichtung, Unterbesetzung und dem Einfluss der Ökonomie auf ärztliches Handeln an (Biesalski et al., 2018; Raspe et al., 2020).

Eine Umfrage unter neurologischen Assistenzärzt*innen ergab, dass 63,9% unter psychischer Fehlbeanspruchung litten, die Belastung von Fach- und Oberärzt*innen war signifikant geringer (Bauer, Bendels & Groneberg, 2016). In einer Erhebung zur Evaluation der neurologischen Facharztweiterbildung sahen befragte Assistenzärzt*innen die Arbeitsverdichtung als Hauptproblem an, kritisierten organisatorische Faktoren (Personalmangel und Übernahme von administrativen Aufgaben) und wünschten sich mehr Feedback von Vorgesetzten und eine bessere Fehlerkultur (Biesalski et al., 2018).

1.4. Wissenschaftliche Fragestellung und Hypothesenentwicklung

Moralische Entscheidungsfindungen sind ein Kernelement des ärztlichen Praktizierens mit zunehmender Relevanz und gleichzeitig aber nur geringer Repräsentation in Aus- und Weiterbildungscurricula (Traner, Tolchin & Tolchin, 2018).

Als Grund hoher Belastung junger Ärzt*innen werden häufig äußere Faktoren des Berufes angegeben (z.B. lange Arbeitszeiten, die zunehmende Arbeitsverdichtung, Schichtdienst) (Raspe et al., 2020). Grundidee der vorliegenden Pilotstudie war es, anhand des in anderen Ländern bereits etablierten MoS Konstruktes zu untersuchen, inwieweit junge Ärzt*innen in ihrem moralischen Handlungsvermögen beeinflusst bzw. behindert werden und wie stark sie dadurch belastet sind.

1.4.1 Wahl der zu untersuchenden Gruppe

Ärztliche Berufseinsteiger*innen erleben einerseits in ihrem patientennahen Einsatz zunehmenden eigenverantwortlichen Anspruch und fungieren andererseits als Weisungsempfänger von Vorgesetzten. Dieses Spannungsfeld junger Ärzt*innen wurde in der MoS Forschung bereits mit der Position der Pflege oder Medizinstudierenden verglichen und eine von beispielsweise Fach- und Oberärzt*innen separate MoS- Untersuchung gefordert (Dzeng et al., 2016; Hamric, Borchers & Epstein, 2012).

Unterschiedliche Fachdisziplinen führen zu unterschiedlichen ethischen Konfliktsituationen. Da die Neurologie ein breites Spektrum an akuten und chronischen Krankheitsbildern in normal- und intensivmedizinischer Betreuung bietet, stellt sie ein geeignetes Feld zur Untersuchung und Auswirkung verschiedener Faktoren da. Die Facharztausbildung dauert in Deutschland mindestens fünf Jahre. Folglich befinden sich unter den Assistenzärzt*innen Berufseinsteiger*innen und erfahrenere Ärzt*innen. Veränderungen wie beispielsweise eine Intensivierung der MoS- Belastung lassen sich in diesen ersten Jahren der ärztlichen Tätigkeit gut untersuchen.

1.4.2 Verwendete MoS Definition

Da im Fokus dieser Untersuchung Entität und Einflussgröße von Faktoren, die das ärztlich-moralische Handeln behindern, stehen, wurde sich auf den Begrenzungsaspekt des MoS- Modelles konzentriert. Somit entspricht diese Untersuchung zum einen älteren MoS Definitionen, welche mit dem Fokus auf Begrenzungen unter anderem auf institutionelle Verantwortungen aufmerksam machen möchten (Corley, 2002). Zum anderen liegen auch neuere Definitionen zu Grunde, die fordern, Teilaspekte des MoS Erlebens einzeln zu untersuchen (Campbell et al., 2016; Monteverde, 2019). Eine Festlegung auf eine bestimmte MoS Definition erübrigt sich in diesem Fall, da der gewählte Fokus zu keiner Definition im Widerspruch steht bzw. einen Teilaspekt von MoS nach neueren Definitionen abbildet [z.B. „*moral constraint distress*“ nach Fourie (Fourie, 2015); „*moralischer Stress*“ statt „*moralischem Unbehagen*“ nach Monteverde (Monteverde, 2019)]. Wenn im Folgenden von MoS die Rede ist, bezieht sich dies auf MoS in Folge von Begrenzungserleben.

1.4.3 Notwendigkeit eines neuen Fragebogens

Um die im Kapitel 1.4 beschriebene Fragestellung zu untersuchen, war es aus folgenden Gründen notwendig einen neuen Fragebogen zu entwickeln:

- Es gibt weder validierte Messinstrumente speziell für Assistenzärzt*innen noch für den Fachbereich der Neurologie oder das deutsche Gesundheitssystem. Es existieren keine Voruntersuchungen zu MoS in der zu untersuchenden Fokusgruppe, um etwaige Hypothesen über Häufigkeit und Intensität abzuleiten.
- Der Fokus der Untersuchung sollte auf Ursachen, welche zu MoS führen, liegen. Dazu war ein Fragebogaufbau notwendig, der diese differenzierter abzubilden vermochte, welchen es so noch nicht gab.
- Ob Begrenzungen moralisches Handeln verhindern, setzt voraus, dass es sich bei der angestrebten Handlung um eine aus einer moralischen Überzeugung motivierten Tat handelt. Diese subjektive Überzeugung sollte erfasst werden, da es sich folglich sonst nicht um MoS handeln würde (Epstein und Delgado, 2010). Auch dieser Aspekt wird von den bereits existierenden Fragebögen nicht erfasst.

1.5 Fragestellung

Das Ziel dieser Pilotstudie war es zu ermitteln, ob und in welchem Ausmaß Assistenzärzt*innen in der Neurologie in Deutschland daran gehindert werden, sich im klinischen Alltag nach ihren moralischen Überzeugungen zu verhalten. Dazu war es methodisch nötig einen neuen Fragebogen zu entwickeln, welcher die unter 1.4.3 aufgeführten Kriterien erfüllte. Anhand der Ergebnisse sollten Ableitungen für einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess für den Arbeitsplatz und die Facharztausbildung erfolgen. Außerdem sollte Aufmerksamkeit auf das MoS Konstrukt gelenkt werden, um eine Etablierung und weitere Untersuchung in Deutschland voranzutreiben.

2. Methodik

Mittels einer subjektiven Befragung sollten die Voraussetzungen für MoS Erleben, Ursachen und Intensität der daraus resultierenden Belastung untersucht werden. Sollten die Ergebnisse dieser Pilotstudie darauf hinweisen, dass MoS eine relevante Rolle in Deutschland spielen könnte, müssten weitere Untersuchungen (beispielsweise eine Validierungsstudie des entwickelten Fragebogens) erfolgen.

2.1 Studiendesign

Voraussetzungen für MoS Erleben sind, dass jemand eine Handlung aus seiner moralischen Überzeugung hinaus anstreben oder unterlassen möchte (Voraussetzung 1) und dass er*sie von dieser Handlung abgehalten oder dazu gezwungen wird (Voraussetzung 2). Methodisch wurde sich in der vorliegenden Arbeit an dem von Eizenberg et al. empfohlenen Vorgehen zu Entwicklung kultursensitiver Fragebögen orientiert: durch qualitative Interviews in einer Vorstudie und der Analyse von Items aus bestehenden MoS Fragebögen wurden neue professions- und kulturspezifische Items generiert (Eizenberg et al., 2009). Ebenfalls wurde die Arbeit von Kleinknecht et al. hinzugezogen, welcher sich mit der US- amerikanischen Moral-Distress-Scale und deren psychometrischen Eigenschaften im Rahmen einer Übersetzung ins Deutsche und einer Validierungsstudie für den Bereich der Schweizer Intensivpflege auseinandersetze (Kleinknecht-Dolf et al., 2015; Kleinknecht-Dolf et al., 2017).

2.2 Fragebogenentwicklung

2.2.1 Qualitative Phase (Vorstudie)

Zuerst wurden sieben offene Fragen entworfen, die dazu dienen sollten, ethische Konfliktfelder im klinischen Alltag von Assistenzärzt*innen zu sondieren und deren Stellenwert in der allgemeinen Arbeitsbelastung zu ermitteln. Hierbei wurde nach allgemeiner Arbeitsbelastung, ethischen Konflikten im klinischen Alltag, Veränderungswünschen und Wunsch nach Unterstützung gefragt, sowie, ob es möglich sei, Werte und Ideale im täglichen Arbeitsalltag umzusetzen. Darüber hinaus sollte erfasst werden, welchem Interpretationsspielraum der Begriff des „ethischen Konflikts / ethische Fragestellung“ unter jungen Ärzt*innen unterliegt. Der Fragebogen wurde schriftlich von fünf Assistenzärzt*innen in der Neurologie aus drei verschiedenen Häusern bearbeitet. Drei weitere Assistenzärzt*innen aus zwei anderen Fachbereichen (Unfallchirurgie und Gynäkologie) wurden ebenfalls gebeten den Fragebogen auszufüllen. Der qualitative Fragebogen ist im Anhang A1 dargestellt.

2.2.2 Erster Fragebogenentwurf

2.2.2.1 Implikationen aus der Vorstudie

Bei der Auswertung der qualitativen Interviews der neurologischen Assistenzärzt*innen wurden die Antworten thematisch zusammengefasst und gruppiert (siehe Tabelle 2 im Ergebnissteil). Themen konnten in ethische Prinzipien des ärztlichen Handelns (z.B. die Patientenautonomie wahren), Begrenzungsfaktoren (z.B. mangelnder Informationsaustausch im Team) und in Folgen von Missständen (z.B. niedrige Patientenzufriedenheit, Verlust der eigenen Ideale) unterteilt werden. Dabei stellte sich heraus, dass Zeitmangel häufig als Moderator zwischen Ursachen und Folgen von Missständen auftrat und es wurde beschlossen, diesen als Antwortmöglichkeit im Fragebogen bewusst auszuschließen. Es stellte sich ebenfalls heraus, dass der Terminus „ethischer Konflikt / ethische Fragestellung“ nicht einheitlich verständlich war und/oder einheitlich interpretiert wurde. Für eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse der qualitativen Vorstudie siehe Abschnitt 3.2.

2.2.2.2 Thematische Analyse der Items bestehender MoS Fragebögen

Auf Basis einer ausführlichen Literaturrecherche wurden drei bestehende MoS Messinstrumente für einen ersten Itementwurf herangezogen. Dies war zum einen die Version für ärztliches Personal der am weitesten verbreiteten und genutzten MDS-R (Hamric, Borchers & Epstein, 2012). Und zum anderen die Arbeiten von Rosenbaum et al. und Førde et al., da es sich dabei um MoS Studien an ärztlichen Berufseinsteiger*innen bzw. europäischen Ärzt*innen handelte (Rosenbaum et al. 2004; Førde und Aasland 2008). Alle Items aus den bestehenden Fragebögen wurden, wie in Abbildung 1 beispielsweise dargestellt, in 1.) das ethische Prinzip des ärztlichen Handelns und in 2.) die dieses Prinzip begrenzende Faktoren aufgeteilt). Hierbei wurde sich an den in Abschnitt 1.2.4.5 aufgeführten Vorüberlegungen orientiert, dass der im Item vorgegebene Kausalzusammenhang weder kultur- und fachspezifisch geprüft ist noch, dass antizipiert werden kann, dass die beschriebene Handlung auch der ethischen Überzeugung der Befragten entspricht.

Beispiel Item: *“Continue to participate in care for a hopelessly ill person who is being sustained on a ventilator, when no one will make a decision to withdraw support”*. (Hamric, Borchers & Epstein, 2012)

1. Ist es für Sie ein ethisches Prinzip des ärztlichen Handelns, auch eine palliative Therapiezieländerungen in Erwägung zu ziehen?
2. Ist Verantwortungsdiffusion der Grund dafür, dass Sie sich nicht demnach verhalten konnten?

Abbildung 1: Beispiel der Itemanalyse an einem Item aus einem bestehenden Fragebogen

Die in dieser Art und Weise analysierten Items aus den herangezogenen Fragebögen und die daraus resultierenden Themenfelder und potenziellen MoS Ursachen, sind im Anhang in Tabelle 8 aufgeführt.

Durch Aufteilung der Items bzw. Ergebnisse aus den genannten bestehenden MoS Studien und selbiger Aufteilung der Vorstudie in das jeweilig genannte ethische Prinzip und den potentiellen Hinderungsgrund wurden neue Items formuliert und eine Liste von potenziellen Hinderungsgründen erstellt. Mit einem Expertenteam (Fachärztin für Neurologie und Oberärztin für Medizinethik; Facharzt für Neurologie, Chefärztin der Neurologie) wurde Relevanz und Gewicht der jeweiligen Aspekte für das Fachgebiet der Neurologie und das deutsche Gesundheitssystem diskutiert. So wurde aus dem Wunsch Patient*innen gleich zu behandeln (ehemals aus MDS-R) das Item formuliert, Patient*innen verschiedener Versicherungsträger die gleiche Behandlung zukommen zu lassen und ein Item zur Indikationsstellung von Fixierung oder medikamentöser Ruhigstellung hinzugefügt, da es sich hierbei nach Meinung der Expertenteams um eine aktuelle wichtige Fragestellung in Deutschland handele. Hingegen wurde beschlossen den in bestehenden Fragebögen immer wieder auftauchenden Aspekt, die Wahrheit über den Krankheitsverlauf dem*der Patient*in mitteilen zu wollen, nicht in den neuen Fragebogen aufzunehmen, da es sich hierbei nach Meinung des Expertenteams um keinen relevanten Konflikt in der Neurologie in Deutschland (Erwachsenenmedizin, kultureller Umgang mit Krankheit) handele. Andere Themenfelder (Fehlerrückmeldung, Qualifikation, Übertherapie und Überdiagnostik) wurden in ihre einzelnen Bestandteile aufgeteilt, um pro Item jeweils nur einen Aspekt zu bemessen (beispielsweise Fehlerrückmeldung im Team oder mit dem*der Patient*in und Angehörigen

selbst oder Therapie und Diagnostik bei dem*der einwilligungs- als auch nicht-einwilligungsfähigen Patient*in). Die in den bestehenden Fragebögen häufig aufgeführten ethischen Aspekte wie „eine optimale Behandlung ermöglichen“ oder „unnötiges Leid vermeiden“ wurden nicht übernommen, da es sich hierbei um dem ärztlichen Beruf inhärente Prinzipien handelt (z.B. Prinzipien der mittleren Reichweite (Taylor, 2013)), welche somit den anderen Prinzipien bzw. den Überlegungen dieser Arbeit zu Grunde liegen. Den in der Vorstudie als Folge genannten Punkt der mangelnden Zeit für Patientengespräche wurde in einem eigenständigen Item aufgenommen.

Ebenfalls wurden potentielle Hinderungsgründe diskutiert und die in bestehenden Fragebögen häufig genannte Ursachen – wie Angst vor juristischen Konsequenzen, Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen und Vorgaben der Verwaltung – ebenfalls als für das deutsche Gesundheitssystem relevant befunden. Zur eingehenden Untersuchung wurden Gesundheitssystem- kritische Aussagen in „Vorgaben der Verwaltung“ und „Anreizbildung durch das DRG-System“ aufgeteilt und Aspekte der Fehlkommunikation und mangelnder Qualifizierung ebenfalls verschiedenen Akteur*innen zugeschrieben (man selbst, andere Ärzt*innen, andere Berufsgruppen). Einige Aspekte wurden nicht übernommen, da sie zwar als wichtig, aber im Rahmen dieser quantitativen Befragung als zu ungenau befunden wurden (z.B. mangelnder öffentlicher Diskurs diverser Fragestellungen oder fehlender Raum für ethische Auseinandersetzung). Die so entstandenen 14 ethischen Prinzipien und 16 Hinderungsgründe sind in Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1: Erster Fragebogenentwurf

Die 14 ethischen Prinzipien (Items) und 16 Hinderungsgründe des ersten Fragebogenentwurfs. Die Ursachen in der zweiten Tabellenspalte können jeweils jedes ethische Prinzip der ersten Tabellenspalte beeinträchtigen.

Ethisches Prinzip	Ursachen
<ul style="list-style-type: none"> - Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Umstände, die zu Fehlern in der ärztlichen Behandlung geführt haben, sollen aufrichtig mit dem*r Patient*in und ihren Angehörigen kommuniziert werden. - Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Umstände, die zu Fehlern in der ärztlichen Behandlung geführt haben, 	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen - Steigende Patientenzahl - Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.)

<p>sollen aufrichtig im Team kommuniziert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ein*e Patient*in sollte so lange auf Station verweilen können, dass eine bestmögliche Behandlung der aktuellen Beschwerden möglich ist oder eine klare Perspektive für das weitere Prozedere feststeht. - Im Kontakt zu Kolleg*innen sollte ein respekt- und würdevoller Umgang gepflegt werden. - Im Kontakt zu Patient*innen sollte ein respekt- und würdevoller Umgang gepflegt werden. - Es sollte nur Diagnostik betrieben werden, die unerlässlich für die Diagnosestellung, das Verständnis der Beschwerden oder die Therapiekontrolle ist. - Bei einem*r einwilligungsfähigen Patient*in sollte nur Diagnostik betrieben werden, zu der er oder sie informiert eingewilligt hat. - Es sollten nur Therapien oder Therapieversuche durchgeführt werden, für die ein klar formuliertes Therapieziel erreichbar erscheint. - Bei einem*r einwilligungsfähigen Patient*in sollten nur Therapien betrieben werden, zu denen er oder sie informiert eingewilligt hat. - Der*die nicht einwilligungsfähige Patient*in solle in Zusammenarbeit mit Angehörigen, einer Patientenverfügung und/oder einem*r Betreuer*in nach seinem oder ihrem mutmaßlichen Willen behandelt werden. - Wenn davon auszugehen ist, dass das vom Patient*in intendierte Therapieziel (z.B. Leben ohne invasive Beatmung, Rückkehr in die Häuslichkeit) nicht mehr zu erreichen ist, sollten auch palliative Therapiekonzepte diskutiert werden. - Patient*innen sollten die gleiche ärztliche Versorgungsqualität geboten bekommen. - Ein Patienten- oder Angehörigengespräch sollte so lange gestaltet werden könne, wie es geboten erscheint - Ein*e Patient*in sollte nur als letztes Mittel und so kurz wie möglich bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung fixiert oder medikamentös ruhiggestellt werden. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.) - Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen - Angst vor juristischen Konsequenzen - Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kolleg*innen - Fehlende Qualifizierung von Kolleg*innen anderer Berufsgruppen - Fehlkommunikation im ärztlichen Team - Wechselnde ärztliche Zuständigkeit (Schichtarbeit/Stationswechsel) - Zu wenig Personal im Gesundheitssektor - Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationär Versorgung) - Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationslast - Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten - Fehlende Qualifizierung meinerseits - Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.)
--	--

Um etwaigen Response- Order Effekte zu vermeiden (Bogner & Landrock, 2015), wurden die 16 jeweils gleichen Hinderungsgründe je Item in ihrer Reihenfolge per Zufall durchmischt. Auf ein zusätzliches Item oder eine Kurzsкала (beispielsweise die KSE-G) zur Detektion einer Antwortverzerrung durch den Effekt der sozialen Erwünschtheit wurde verzichtet, da dieser bei anonymisierten Onlineumfragen erwiesenermaßen geringer ausfällt. Ebenso konnte gezeigt werden, dass dieser Effekt abnimmt, umso jünger die Befragten sind und umso mehr Bildungsjahre sie genossen haben (Kemper, Beierlein, Bensch, Kovaleva & Rammstedt, 2012). Dies sind beides Kriterien, die auf die Probandengruppe dieser Studie (Assistenzärzt*innen) zutreffen. Nichtsdestotrotz wurde im Einführungstext der Studie der Hinweis hinzugefügt, dass es bei der Beantwortung des Fragebogens um die subjektive Meinung der Befragten ginge und es keine richtigen oder falschen Antworten gäbe. Auf eine eingangs gegebene Definition des MoS- Konstruktes wurde im Fragebogen verzichtet, um Teilnehmende dadurch nicht zu beeinflussen.

2.2.2.3 Messskalen

Häufigkeit des MoS-Erlebens und Intensität der Belastung wurde anhand zweier 5-Punkt-Likertskalen konzipiert. Die verbale Beschriftung für die Belastungsskala wurde von Rohmann übernommen [„nicht“ (0); „wenig“ (1); „mittelmäßig“ (2); „ziemlich“ (3); „sehr“ (4) (Rohmann, 1978)]. Die verbale Beschriftung der Häufigkeitsskala wurde mit freundlicher Genehmigung des Autors von Kleinknecht-Dolf übernommen und bezog sich auf einen Zeitraum von den letzten drei Monaten [„nie“ (0); „seltener als monatlich“ (1); „monatlich“ (2); „wöchentlich“ (3); „mehrmals wöchentlich“ (4) (Kleinknecht-Dolf et al., 2017)]. Fragen nach Ursache des MoS Erlebens und Grad der Belastung sollten nur beantwortet werden, wenn die Befragten zunächst angegeben hätten, dass die beschriebene Konfliktsituationen 1. ihren moralischen Überzeugungen des ärztlichen Handelns entspricht und sie 2. in den letzten drei Monaten mindestens einmal („seltener als monatlich“) davon abgehalten wurden, sich demnach zu verhalten. Somit wurden subjektive Ursachen und Grad der Belastung von MoS nur bei denjenigen Teilnehmenden gemessen, die tatsächlich MoS in den letzten drei Monaten erfahren hatten.

2.2.3 Testphase

Der Fragebogen wurde als Web Survey mit dem Programm Evasys (Version 7.0, Electric Paper Ltd; 2016) konzipiert und online durchgeführt. Der erste Fragebogenentwurf wurde an fünf weiteren Assistenzärzt*innen aus drei verschiedenen Häusern, einer Psychologin und Expertin für Medizinethik sowie einem Psychologen und Statistiker getestet. Zur Evaluation war an die

Studie ein Evaluationsbogen angehängt (siehe Anhang A3). Die Teilnehmenden benötigten nach eigenen Angaben 15-20 Minuten zur Fragebogenbearbeitung.

2.2.4 Fragebogenüberarbeitung

Die Testphase ergab, dass der Fragebogen verständlich und gut zu bearbeiten war. Auf Anregung der Teilnehmenden wurde nach jedem Item die Möglichkeit Anmerkungen im Freitext anzugeben, hinzugefügt. Es wurden einige, kleine Formulierungsänderungen vorgenommen. Zusätzlich zur verbalen Beschriftung der Likertskalen wurden Zahlen zur Veranschaulichung der Äquidistanz ergänzt. Auf Grund der Anmerkung, der Fragebogen würde zwar differenziert verschiedene Aspekte der Fehlkoordination oder -kommunikation mit anderen Berufsgruppen, nicht aber mit anderen Fachdisziplinen abdecken, wurde „Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen“ als weitere Hinderungsgrund hinzugefügt. Die Teilnehmenden gaben an, mehrere Antwortmöglichkeiten bei der Frage nach den Hinderungsgründen zu bevorzugen und es wurde festgelegt, maximal drei Antwortmöglichkeiten zu zulassen, da dies besser die zum Teil multifaktorielle Genese der zu erforschenden Prozesse, abdecken vermag. Ebenfalls wurde die Antwortmöglichkeit „andere Ursachen“ den Hinderungsgründen hinzugefügt, um bei der Auswertung besser abschätzen zu können, ob die dargebotenen Antwortmöglichkeiten eventuell doch nicht ausreichend den Sachstand abdecken. Als letzte Frage wurde die offene Frage, ob es noch andere, nicht vom Fragebogen erfasste MoS evozierende Situationen im klinischen Alltag der Teilnehmenden gäbe, hinzugefügt. Weitere, bis dato von dem Fragebogen nicht abgedeckte Themenfelder, wurden in den Evaluierungskommentaren der Testphase, nicht genannt.

Auf Grund der bereits in der Vorstudie erfassten und sich in den Kommentaren der Testphase wiederpiegelnden Problematik einer einheitlichen Definition der Begriffe „ethisch“ und „moralisch“ wurde der Begriff des „ethischen Prinzips“ durch „ein Prinzip nach dem ich gerne handeln würde und welches meinen moralischen Überzeugungen entspricht“ ersetzt, um unterschiedliche Interpretationen zu vermeiden. Es wurden außerdem zwei Items, welche das ethische Prinzip beschrieben, mit Kolleg*innen und Patient*innen einen würdevollen und respektvollen Umgang pflegen zu wollen, gestrichen, da es sich hierbei bei genauerer Betrachtung um keine Besonderheiten des ärztlichen Handelns, sondern um grundlegende Prinzipien des menschlichen Umgangs miteinander handelt.

2.2.5 Endgültige Version

Die endgültige Version des Fragebogens besteht aus einer Datenschutzerklärung (nach DSGVO), einem Einleitungstext (siehe Fragebogen im Anhang A4) und einem Hauptteil aus 12 ethischen Prinzipien des ärztlichen Handelns. Die Fragen, ob es sich dabei um ein anzustrebendes ethisches Prinzip handelt und nach Häufigkeit und Grad der Belastung, schließen sich jeweils an. Ebenfalls sind pro Item maximal drei Hinderungsgründe aus einer Liste auszuwählen.

2.2.6 Soziodemographische Daten

Am Ende des Fragebogens wird nach Alter, Geschlecht, Jahr der Weiterbildung, Jahre der ärztlichen Tätigkeit, durchschnittliche Arbeitsstunden pro Woche und Art und Träger der Klinik gefragt. Zusätzlich wird danach gefragt, wo sich die Befragten Unterstützung in den beschriebenen Konfliktsituationen sucht, ob sie sich mehr Unterstützung wünschen und wenn ja von wem. Hierfür gibt es die Möglichkeit, aus einer Liste Antwortmöglichkeiten (bei Kollegen und Kolleginnen, bei Vorgesetzten, bei Freunden und Familie, in von meiner Station/Klinik angebotenen Gesprächs- oder Supervisionsrunden, bei der klinischen Ethikberatung, in Balintgruppen) auszuwählen oder Eigene hinzuzufügen. Es wird ebenfalls gefragt, ob überlegt wird, den klinischen Bereich zu verlassen und inwieweit die beschriebenen Konfliktsituationen dafür ausschlaggebend sind. Dies kann anhand einer 5-Punkt- Likertskala eingeschätzt werden, die ebenfalls verbal nach Rohrmann beschriftet ist (Rohrmann, 1978).

Der komplette Fragebogen in seiner endgültigen Fassung ist in Anhang A4 aufgeführt.

Die aus der Papierform nicht hervorgehende Verzweigungslogik des elektronischen Fragebogens ist in Abbildung 2 dargestellt.

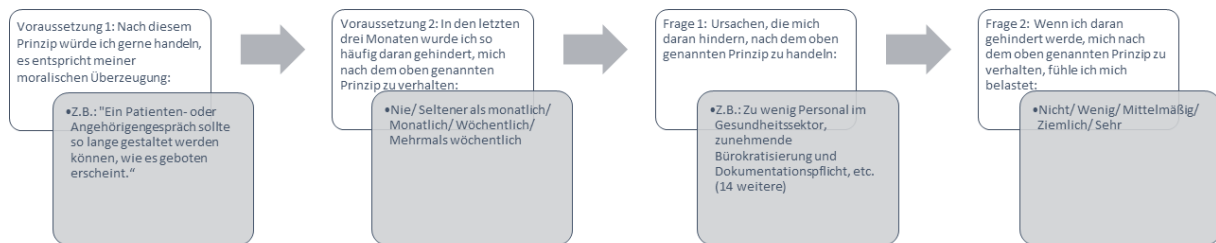


Abbildung 2: Verzweigungslogik des Fragebogens, exemplarisch gezeigt an Item 1

*Nur wer angibt, dass es sich bei dem genannten Prinzip um seine*ihre moralische Überzeugung handele, kann die sich anschließende Frage nach Häufigkeit der Verletzung dieses Prinzips beantworten. Nur, wer häufiger als „nie“ erlebt hat, sich nicht nach diesem Prinzip verhalten zu können, kann Hinderungsursachen auswählen und den Grad der dabei erfahrenden Belastung angeben.*

2.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterium der Studie war die aktuelle Ausübung der ärztlichen Tätigkeit im Bereich der stationären Neurologie während der laufenden Facharztausbildung. Fachärzt*innen wurden von einer Teilnahme ausgeschlossen. Ebenfalls wurden Teilnehmende, welche nicht der Datenschutzerklärung zustimmten, ausgeschlossen.

2.4 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung wurde mit SPSS für Windows (Version 21, IBM, 2012) durchgeführt. Für die Auswertung der Antworten wurde eine deskriptive Analyse der Items mit absoluten und relativen Häufigkeiten (Mittelwert und Standardabweichung) verwendet. Für Gruppenvergleiche wurde der Mann-Whitney U-Test und der Kruskal-Wallis Test genutzt. Korrelationen zwischen den Variablen wurde mittels Korrelationskoeffizient nach Pearson ausgewertet. Als statistisch signifikant galt ein P-Wert unter 0,05.

2.5 Ethikvotum

Die Studie wurde vom Ethikrat der Christian- Albrechts- Universität zu Kiel geprüft und bewilligt (Antragsnummer: D 581/18). Eine Einverständniserklärung und Datenschutzerklärung wurden einer Teilnahme der Umfrage voraussetzend vorgeschaltet.

3. Ergebnisse

Der Fragebogen erfasst formal die Voraussetzungen für MoS, da eine Validierung dessen aussteht. Dennoch wird im Folgenden im Hinblick auf die Ergebnisse dieser Erhebung bereits von MoS gesprochen werden. Dies scheint in Anbetracht dessen, dass die Voraussetzungen exakt getestet werden und das MoS- Konstrukt sich in stetiger Weiterentwicklung befindet, gerechtfertigt.

3.1 Erhebung

Für die Erhebung wurden deutschlandweit 36 Universitätskliniken und 86 Akutkliniken, 42 Rehakliniken und neun Akut- und Rehakliniken einmalig kontaktiert. Von den insgesamt 173 kontaktierten Kliniken erklärten sich 56 der Chefärzt*innen (32,4% der kontaktierten Kliniken) mit einer Erhebung in ihrer Abteilung einverstanden (50% der kontaktierten Unikliniken, 37,2% der kontaktierten Akutkliniken, 22,2% der kontaktierten Akutkliniken und 9,5% der kontaktierten Rehakliniken). In acht der 56 partizipierenden Krankenhäuser wurde die Erhebung vor Ort im Rahmen einer Assistentenfortbildung durchgeführt. 48 Chefärzt*innen leiteten die Anfrage zur Studienteilnahme an deren Assistenzärzt*innen weiter, von denen 98 sich bereit erklärten, per E-Mail teilzunehmen. Insgesamt zeigten 145 Assistenzärzt*innen Interesse an der Studienteilnahme und ihnen wurde ein individualisierter Zugangscode zugeschickt. 109 Assistenzärzt*innen nahmen an der Studie teil (Rücklaufquote: 75,2%). Insgesamt waren 107 Fragebögen auswertbar (zwei Teilnehmende gaben an, bereits Facharzt bzw. Fachärztin zu sein und wurden folglich ausgeschlossen). Items, bei welchen die Fragen zu den Grundvoraussetzungen von MoS (ethisches Prinzip und Vorkommen einer Verletzung dieses) nicht beantwortet wurden, wurden nicht ausgewertet.

3.2 Ergebnisse der qualitativen Vorstudie

Bei Betrachtung der Antworten der Assistenzärzt*innen der beiden anderen exemplarisch ausgewählten Fachrichtungen (siehe 2.2.1) bestätigte sich die anfängliche Annahme, dass die ethischen Fragestellungen in den verschiedenen Fachbereichen zu unterschiedlich sind, als dass es (zumindest anfänglich) sinnvoll wäre, ein Fachbereich-übergreifendes Messinstrument zu entwickeln. Es stellte sich ebenfalls heraus, dass der Terminus „ethischer Konflikt / ethische Fragestellung“ nicht einheitlich verständlich war und/oder einheitlich interpretiert wurde. Ebenfalls fiel auf, dass „Zeitmangel“ sowohl als Folge, als auch als Ursache vieler (ethischer) Konfliktfelder genannt wurde und somit als Moderator zwischen zwei Variablen fungierte.

Themen der qualitativen Vorstudie konnten in ethische Prinzipien des ärztlichen Handelns, in Begrenzungsfaktoren und in Folgen von Missständen unterteilt werden (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Ergebnisse der qualitativen Vorstudie

Die Tabelle zeigt die Antworten der neurologischen Weiterbildungsassistenzärzt*innen aus der Vorstudie an (Originalaussagen der Befragten), hierbei sind allgemeine Belastungsfaktoren (z.B. belastende Gespräche führen, psychosoziale Komponenten von Erkrankungen), sowie individuelle Beispiele und persönliche Kommentare nicht dargestellt, sondern lediglich Aspekte, die sich in die hier angewandte Struktur (ethisches Prinzip, Begrenzungsfaktor, Folgen) einfügen lassen konnten.

Ethische Prinzipien	Begrenzungsfaktoren	Folgen
<ul style="list-style-type: none"> - Patientenautonomie wahren - Mutmaßlichen Patientenwunsch befolgen - Keine Übertherapie durchführen (unsinnige Behandlungen oder prolongierte Behandlungen, Maximaltherapie bei fraglichem Patientenwunsch) - Fehleraufarbeitung - Patient*in so lange auf Station behalten können, wie es für eine optimale Behandlung angebracht erscheint 	<ul style="list-style-type: none"> - Erwartungen von Angehörigen - Kommunikationsbarriere durch Sprachbarriere oder Krankheit - Schwieriger Umgang mit Vorgesetzten (u.a. auf Grund von Geschlecht) - Zusammenarbeit mit anderen Fachrichtungen - Mangelnder Informationsaustausch im Team - Fehlender Raum für ethische Fragestellungen (Ethikberatung, Supervision) - Mangelnder öffentlicher Diskurs (demographischer Wandel, Edukation der Bevölkerung zur Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen etc.) - Hoher geforderter Patientenumsatz - Schlechte Besetzung durch Arbeitgeber/Klinik - Zunehmende Dokumentationspflicht - Fehlorganisation des Dienstplans - Schichtdienst - Schlechte Weiterbildung - schlechte Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung - Aufnahmedruck immer neuer Patient*innen - Orientierung von therapeutischen Entscheidungen an Kostenüberlegungen - Zunehmende Privatisierung im Gesundheitssystem mit Akteur*innen, die Aktionären mit Gewinnausschüttung verpflichtet sind 	<ul style="list-style-type: none"> - Patientenwunsch nach mehr ärztlicher/pflegerischer Zuwendung - Patient*innen machen einen für Missstände verantwortlich, die man nicht ändern kann - keine Zeit zur Bearbeitung komplizierter Fälle - Verzicht auf Pausen, um Überstunden zu vermeiden - Ständig schlechtes Gewissen vor den Patient*innen - Druck von der Verwaltung - Keine Zeit zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen und vertraut werden mit Neuerungen - Ständige Unterbrechungen - Keine Wertschätzung von sprechender Medizin - Umsetzung von Idealen nur mit Inkaufnahme von zusätzlichem Arbeitsaufwand und Überstunden möglich - Raus aus der Klinik - Anstreben einer Niederlassung

3.3 Ergebnisse der Hauptstudie: soziodemographische Daten

Die Teilnehmenden waren im Durchschnitt in ihrem vierten Ausbildungsjahr (3,66; SD 2,04) und 31 Jahre alt (30,81; SD 3,32). 61,7% der Teilnehmenden waren weiblich und 35,5% männlich.

Tabelle 3: Soziodemographische Daten

N= Anzahl der Personen mit darauffolgender Prozentangabe des Anteils an der gesamten Stichprobe,

M= Mittelwert, SD= Standardabweichung, N= gesamte Stichprobe

Eigenschaft	Beschreibung	n (%), M (SD)
		N= 107
Geschlecht	Männlich	38 (35.5)
	Weiblich	66 (61.7)
	Ohne nähere Angaben	3 (2.8)
Alter		30.81 (3.32)
Jahr der Facharztausbildung		3.66 (2.04)
Jahre der ärztlichen Tätigkeit		3.93 (2.47)
Durchschnittliche Arbeitsstunden pro Woche		50.17 (9.06)
Art der Klinik	Akutkrankenhaus	48 (44.9)
	Uni- Klinik	48 (44.9)
	Reha- Klinik	7 (6.5)
	Sonstiges	3 (2.8)
	Fehlende Angabe	1 (0.9)
Träger der Klinik	Öffentlich- rechtlich	57 (53.3)
	Freigemeinnützig	10 (9.3)
	Privat	26 (24.3)
	Weiß ich nicht	12 (11.2)
	Fehlende Angabe	2 (1.9)

3.4 Ethisches Prinzip des ärztlichen Handelns

Die Zustimmung dazu, ob die in den Items erwähnten Prinzipien tatsächlich den moralischen Überzeugungen der Befragten entsprechen, war insgesamt hoch. Die höchste Zustimmung erzielten mit 99,1% die Items 1 (angemessene Länge eines Patienten- und Angehörigengesprächs) und 8 (aufrichtige Kommunikation von Fehlern im Team). Die niedrigste Zustimmung erlangte mit 82,2% Item 2 (Durchführung nur von unerlässlicher Diagnostik), gefolgt von Item 4 84,1% (ausschließlich Therapie mit klar intendiertem Therapieziel).

Tabelle 4: Ergebnis ethische Prinzipien

Zustimmung, ob es sich bei der beschriebenen Konfliktsituation, um eine moralische Überzeugung des ärztlichen Handelns handelt, sortiert nach Höhe der Zustimmung in absteigender Reihenfolge; n= Anzahl der Personen mit darauffolgender Prozentangabe des Anteils an der gesamten Stichprobe, N= gesamte Stichprobe.

Item	n (%)
	N = 107
Ein Patienten- oder Angehörigengespräch sollte so lange gestaltet werden können, wie es geboten erscheint. (1)	106 (99.1)
Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Umstände, die zu Fehlern in der ärztlichen Betreuung geführt haben, sollen aufrichtig im Team kommuniziert werden. (8)	106 (99.1)
Wenn davon auszugehen ist, dass das vom Patienten oder der Patientin intendierte Therapieziel (z.B. Leben ohne invasive Beatmung, Rückkehr in die Häuslichkeit) nicht mehr zu erreichen ist, sollten auch palliative Therapiekonzepte diskutiert werden. (11)	105 (98.1)
Der nicht-einwilligungsfähige Patient oder die nicht-einwilligungsfähige Patientin sollte in Zusammenarbeit mit Angehörigen, einer Patientenverfügung und/oder einem Betreuer oder einer Betreuerin nach seinem oder ihrem mutmaßlichen Willen behandelt werden. (6)	105 (98.1)
Privat- und gesetzlich versicherte Patienten und Patientinnen sollten die gleiche ärztliche Versorgungsqualität geboten bekommen. (12)	104 (97.2)
Ein Patient oder eine Patientin sollte so lange auf der Station verweilen können, dass eine bestmögliche Behandlung der aktuellen Beschwerden möglich ist oder eine klare Perspektive für das weitere Prozedere feststeht. (9)	102 (95.3)

Ein Patient oder eine Patientin sollte nur als letztes Mittel und so kurz wie möglich bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung fixiert oder medikamentös ruhiggestellt werden. (10)	100 (93.5)
Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Umstände, die zu Fehlern in der ärztlichen Betreuung geführt haben, sollen aufrichtig mit den Patienten und Patientinnen und ihren Angehörigen kommuniziert werden. (7)	99 (92.5)
Bei einem einwilligungsfähigen Patienten oder einer einwilligungsfähigen Patientin sollte nur Diagnostik betrieben werden, zu der er oder sie informiert eingewilligt hat. (3)	95 (88.8)
Bei einem einwilligungsfähigen Patienten oder einer einwilligungsfähigen Patientin sollten nur Therapien betrieben werden, zu denen er oder sie informiert eingewilligt hat. (5)	93 (86.9)
Es sollten nur Therapien oder Therapieversuche durchgeführt werden, für die ein klar formuliertes Therapieziel erreichbar erscheint. (4)	90 (84.1)
Es sollte nur Diagnostik betrieben werden, die unerlässlich für die Diagnosestellung, das Verständnis der Beschwerden oder die Therapiekontrolle ist. (2)	88 (82.2)

3.5 Häufigkeit von MoS

Im Durchschnitt hatten die Teilnehmenden in den letzten drei Monaten sieben von zwölf der erfragten MoS- Konfliktsituationen erlebt (7,03; SD 2,35). Die Häufigkeit von MoS variierte abhängig von den Konfliktsituationen. 96,3% der Teilnehmenden, und somit am häufigsten [Item 1; durchschnittlich „wöchentlich“ (3,86; SD 1,02)], gaben an, MoS erlebt zu haben, weil sie ein Patienten- oder Angehörigengespräch nicht so lange wie nötig führen konnten (Item 1). Als Hauptursachen dafür wurden „steigende Patientenzahl“ (74%) und „zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht“ (60,6%) angegeben. 74,8% der Teilnehmenden hatten in den letzten drei Monaten MoS erlebt, weil Patient*innen ihrer Meinung zu folge zu früh von Station entlassen worden waren [Item 9; durchschnittlich „monatlich“ (2,8; SD 1,24)]. Als Hauptgründe hierfür wurden „Mangel an Ressourcen“ (63,9%) und „Anreizbildung des DRG- Systems“ (56,6%) angegeben. Am seltensten traten Diagnostik oder Therapie, welche ohne Einwilligung der Patient*innen durchgeführt wurde, auf: Circa 1/3 der Teilnehmenden hatte dieses in den letzten drei Monaten erlebt (Item 5: 35,5%; Item 3: 33,6%).

3.6 Intensität der MoS Belastung

Die durchschnittliche Belastung von allen Teilnehmenden unter MoS war 3,36 (SD 0,64), was nach der verbalen Likert Skala „mittelmäßig“ bedeutet. Fehler in der Behandlung, welche nicht mit den Patient*innen oder ihren Angehörigen kommuniziert werden konnten, wurden als am

meisten belastend wahrgenommen [Item 7: 3,74 („ziemlich“); SD 0,94]. Als Gründe dafür wurden „Angst vor juristischen Konsequenzen“ (33%) und „wechselnde ärztliche Zuständigkeit (Stationswechsel / Schichtarbeit)“ (37,4%) angegeben. An zweiter Stelle der höchsten Belastung wurde von den Teilnehmenden wahrgenommen, wenn am Lebensende keine Alternativen zur Weiterführung der lebenserhaltenden Maßnahmen diskutiert wurden [Item 11; 3,7 („ziemlich“); SD 1,01]. Als Hauptgründe hierfür wurden „Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen (67,9%) und „Angst vor juristischen Konsequenzen“ (37,5%) angegeben.

3.7 Ursachen für MoS

Wenn man die Ursachen für die Entstehung der MoS- Konfliktsituationen näher betrachtet, gaben die Befragten unabhängig von dem Inhalt des jeweiligen Items als häufigsten Grund insgesamt „steigende Patientenzahl“ an (siehe Tabelle 5). Ebenfalls häufig genannte Antworten waren „Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen“, „zu wenig Personal im Gesundheitssektor“, „Angst vor juristischen Konsequenzen“, „Anreize des DRG-Systems“ und „steigende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht“. Ein Mangel an Qualifizierung wurde selten angegeben.

Tabelle 5: Ergebnis Ursachen von MoS

Ursachen von MoS nach Häufigkeit der Nennung insgesamt (in absteigender Reihenfolge), n= Anzahl der Nennungen mit darauffolgender Prozentangabe des Anteils an den insgesamt maximal möglichen Nennungen aller Teilnehmenden. Zu beachten ist, dass die Teilnehmenden pro Item die Möglichkeit hatten drei Ursachen auszuwählen, dies aber nicht mussten. Dementsprechend gibt die Tabelle eine gute Übersicht über die Rangfolge der Häufigkeit der Nennung der Ursachen, die Prozentzahlen sind allerdings ausschließlich der Vollständigkeit halber aufgeführt und liefern wenig inhaltlichen Informationswert.

Ursache	Nennung der Ursachen insgesamt, n (%)
Steigende Patientenzahl	224 (12,5)
Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen	210 (11,8)
Zu wenig Personal im Gesundheitssektor	176 (9,8)
Angst vor juristischen Konsequenzen	157 (8,8)
Anreizbildung des DRG- Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.)	151 (8,4)
Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht	122 (6,8)
Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel)	121 (6,8)
Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten	104 (5,8)
Fehlkommunikation im ärztlichen Team	89 (5)
Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.)	83 (4,6)
Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.)	78 (4,4)
Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.)	68 (3,8)
Andere Ursachen	52 (2,9)
Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen	40 (2,2)
Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen	33 (1,8)
Fehlende Qualifizierung meinerseits	28 (1,6)
Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen	28 (1,6)
Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen	23 (1,3)

Die spezifischen Gründe für jede MoS Konfliktsituation und die Häufigkeit der Nennung werden in Tabelle 6 angegeben.

Tabelle 6: Ergebnis aller Items nach Häufigkeit, Belastungsgrad und Ursachen

Alle Items nach Häufigkeit des Auftretens (absteigend) sortiert. n= Anzahl der Personen mit darauffolgender Prozentangabe des Anteils an der gesamten Stichprobe, M= Mittelwert; SD= Standardabweichung; N= Stichprobe. Zu beachten ist, dass nur diejenigen die Frage nach der Häufigkeit der in dem Item beschriebenen Situationen beantworten können, wer diese auch als ethisches Prinzip anerkennt, bzw. nur diejenigen welche die beschriebene Situation häufiger als nie erlebt habe, die Fragen nach Belastungsgrad und Ursachen beantworten können. Dies ist der Grund dafür, dass die Stichprobe (N) variiert. Abk.: Pat.: Patientenangehörige

Ethisches Prinzip	Auftreten in den letzten drei Monaten n (%)	Häufigkeit des Auftretens M (SD)	Grad der Belastung Mean (SD)	Hauptursachen N (%)
Ein Patienten- oder Angehörigengespräch sollte so lange gestaltet werden können, wie es geboten erscheint. (Item 1)	N=105 103 (96.3)	3.86 (1.02)	N=103 3.29 (0.75)	N=104 1.Steigende Patientenzahl n=77 (74) 2.Zunehmende Bürokratisierung n=63 (60.6)
Ein Patient oder eine Patientin sollte so lange auf der Station verweilen können, dass eine bestmögliche Behandlung der aktuellen Beschwerden möglich ist oder eine klare Perspektive für das weitere Prozedere feststeht. (Item 9)	N=99 80 (74.8)	2.8 (1.24)	N=80 3.5 (0.97)	N=83 1.Mangel an Ressourcen n=53 (63.9) 2.DRG-System n=47 (56.6)
Es sollte nur Diagnostik betrieben werden, die unerlässlich für die Diagnosestellung, das Verständnis der Beschwerden oder die Therapiekontrolle ist. (Item 2)	N=87 77 (72)	2.99 (1.21)	N=75 2.76 (0.85)	N=78 1.Angst vor juristischen Konsequenzen n=35 (44.9) 2.DRG-System n=27 (34.6)
Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Umstände, die zu Fehlern in der ärztlichen Betreuung geführt haben, sollen aufrichtig mit den Patienten und Patientinnen und ihren Angehörigen kommuniziert werden. (Item 7)	N=98 74 (69.2)	2 (0.75)	N=70 3.74 (0.94)	N=75 1.Angst vor juristischen Konsequenzen n=33 (44) 2. Wechselnde ärztliche Zuständigkeit n=28 (37.3)
Der nicht-einwilligungsfähige Patient oder die nichteinwilligungsfähige Patientin sollte in Zusammenarbeit mit Angehörigen, einer Patientenverfügung und/oder einem Betreuer oder einer Betreuerin nach seinem oder ihrem mutmaßlichen Willen behandelt werden. (Item 6)	N=106 64 (59.8)	1.87 (0.87)	N=62 3.68 (0.9)	N=64 1.Wünsche und Erwartungen von Pat. N=41 (64.1) 2.Angst vor juristischen Konsequenzen n=20 (31.3)
Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Umstände, die zu Fehlern in der ärztlichen Betreuung geführt haben, sollen aufrichtig im Team kommuniziert werden. (Item 8)	N=104 61 (57)	1.89 (0.94)	N=60 3.68 (0.89)	N=64 1. Fehlende Unterstützung von Vorgesetzten n=28 (43.8) 2.Fehlkommunikation im ärztlichen Team n=27 (42.2)
Es sollten nur Therapien oder Therapieversuche durchgeführt werden, für die ein klar formuliertes Therapieziel erreichbar erscheint. (Item 4)	N=89 61 (57)	2.22 (1.06)	N=59 3.23 (0.84)	N=62 1.Wünsche und Erwartungen von Pat.. n=32 (51.6) 2. Angst vor juristischen Konsequenzen n=25 (40.3)
Privat- und gesetzlich versicherte Patienten und Patientinnen sollten die gleiche ärztliche Versorgungsqualität geboten bekommen. (Item 12)	N=102 57 (53.3)	2.2 (1.32)	N=54 3.33 (1.13)	N=59 1.DRG-System n=34 (57.6) 2.Vorgaben der Verwaltung n=23 (39)
	N=104		N=53	N=56

Wenn davon auszugehen ist, dass das vom Patienten oder der Patientin intendierte Therapieziel (z.B. Leben ohne invasive Beatmung, Rückkehr in die Häuslichkeit) nicht mehr zu erreichen ist, sollten auch palliative Therapiekonzepte diskutiert werden. (Item 11)	54 (50.5)	1.8 (0.88)	3.7 (1.01)	1. Wünsche und Erwartungen von Pat. N=38 (67.9) 2. Angst vor juristischen Konsequenzen n=21 (37.5)
	N=100		N=46	N=47
Ein Patient oder eine Patientin sollte nur als letztes Mittel und so kurz wie möglich bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung fixiert oder medikamentös ruhiggestellt werden. (Item 10)	47 (43.9)	1.77 (0.99)	3.57 (0.89)	1. Zu wenig Personal n=39 (83) 2. steigende Patientenzahl n=20 (42.6)
	N=95		N=36	N=39
Bei einem einwilligungsfähigen Patienten oder einer einwilligungsfähigen Patientin sollten nur Therapien betrieben werden, zu denen er oder sie informiert eingewilligt hat. (Item 5)	38 (35.5)	1.73 (1.11)	3.14 (0.96)	1. Steigende Patientenzahl n=15 (38.5) 2. Bürokratisierung n=12 (30.8)
	N=95		N=37	N=37
Bei einem einwilligungsfähigen Patienten oder einer einwilligungsfähigen Patientin sollte nur Diagnostik betrieben werden, zu der er oder sie informiert eingewilligt hat. (Item 3)	36 (33.6)	1.63 (1.00)	2.92 (1.09)	1. Steigende Patientenzahl n=13 (35.1) 2. Wechselnde ärztliche Zuständigkeit n=12 (32.4)

3.8 Gruppenvergleich

3.8.1 Soziodemographische Daten

Es konnte kein signifikanter Unterschied in der Wahrnehmung von MoS zwischen Männern und Frauen gezeigt werden. Alter, Ausbildungsjahr und Klinikart oder -betreiber korrelierten nicht signifikant mit der Intensität oder Häufigkeit der MoS-Wahrnehmung.

3.8.2 Sektoren

Unterschiede in der Wahrnehmung konnten zwischen den verschiedenen Kliniktypen aufgezeigt werden. Signifikant seltener erlebten Assistenzärzt*innen, welche in einer Rehabilitationsklinik arbeiteten, MoS durch Überdiagnostik (Item 2) als jene, welche in einer Uni- oder Akutklinik arbeiteten [Rehaklinik: 2 („seltener als monatlich“), (SD 1); Akutklinik: 2,95 („monatlich“), (SD 1,21); Uniklinik: 3,3 („monatlich“), (SD 1,1); $p = .048$]. Und als signifikant weniger belastend nahmen es Assistenzärzt*innen, welche in einer Rehaklinik arbeiteten, wahr, wenn Fehler in der ärztlichen Betreuung nicht aufrichtig im Team kommuniziert wurden (Item 8) als jene, welche in einer Akut- oder Uniklinik arbeiteten [Rehaklinik: 2,67 („mittelmäßig“), (SD 0,58); Akutklinik: 3,89 („ziemlich“), (SD 0,88); Uniklinik: 3,56 („ziemlich“), (SD 0,98); $p = .044$]. Ebenso gab es Unterschiede zwischen den Institutionen, welche Prinzipien Assistenzärzt*innen als ihren moralischen Überzeugungen entsprechend, angaben. Mit 70,8% gaben Assistenzärzt*innen, welche in einer Uniklinik tätig waren, signifikant weniger an, es würde ihren moralischen Überzeugungen entsprechen, dass Therapien (und Therapieversuche) ausschließlich mit einem klar formulierten Therapieziel durchgeführt werden sollten (Item 4) als jene, welche in einer Akut- oder Rehaklinik tätig waren (Rehaklinik: 100%; Akutklinik: 93,8%; $p = .005$). Assistenzärzt*innen, welche in einer

Akutklinik arbeiteten, gaben mit 100% signifikant häufiger an, es entspräche ihren moralischen Überzeugungen (Item 10), Patient*innen nur als letztes Mittel zu fixieren oder zu sedieren als jene, welche in einer Uni- oder Rehaklinik arbeiteten (Uniklinik: 87,5%; Rehaklinik: 85,7%; $p = .39$). Hingegen stimmten Assistenzärzt*innen, welche in einer Rehaklinik tätig waren, mit 71,4% signifikant weniger häufig der Aussage zu, es würde ihrer moralischen Überzeugung entsprechen, dass privat und gesetzlich versicherten Patient*innen die gleiche ärztliche Versorgungsqualität geboten werden sollte (Item 12) als jene, welche in einer Uni- oder Akutklinik tätig waren (Uniklinik: 100%; Akutklinik: 97,9%; $p = .000$). Es ist allerdings bei der Betrachtung dieser Ergebnisse zu beachten, dass die Gruppe der in einer Rehaklinik tätigen Assistenzärzt*innen mit sieben Teilnehmenden ($n = 7$) als sehr klein und die statistischen Ergebnisse somit unter größtem Vorbehalt zu bewerten sind.

3.8.3 Klinikträger

Auf Grund wiederholter Beobachtung bei der Vor-Ort-Erhebung und durch Freitextanmerkungen am Ende der Studie wurde deutlich, dass Teilnehmende häufig nicht wussten, welcher ihr Klinikträger sei. Deswegen wurde beschlossen, signifikante Unterschiede in der Wahrnehmung von MoS zwischen Assistenzärzt*innen verschiedener Klinikträger in dieser Arbeit nicht darzustellen.

3.9 Korrelation Frequenz und Belastung

In fünf Items konnte eine signifikante Korrelation zwischen der Belastungs- und Häufigkeitsskala des jeweiligen Items nachgewiesen werden. Bei der Durchführung einer partiellen Korrelation, bei welcher der Faktor „durchschnittliche Arbeitsstunden pro Woche“ ausgeschlossen wurde, verblieben die Korrelation dreier Items signifikant (Item 1: $r = 0,22$ $p = .027$; Item 8: $r = 0,312$ $p = .018$; Item 9: $r = 0,402$ $p < .000$).

3.10 Wunsch nach Unterstützung

65,4% der Teilnehmenden gaben an, sich in den genannten Konfliktsituationen mehr Unterstützung zu wünschen. Von diesen wünschten sich 52,9% mehr Unterstützung von ihren Vorgesetzten. Ebenfalls wurde gefragt, wo sich die Teilnehmenden bei den im Fragebogen erwähnten Konfliktsituation aktuell Unterstützung suchten. Am häufigsten wurden hier Kolleg*innen (90,7%) angegeben (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Ergebnis Unterstützungswunsch

In den in dem Fragebogen genannten Konfliktsituationen finde ich Unterstützung bei (mehrmals ankreuzen möglich)

Kategorie	N (%)
Kollegen und Kolleginnen	97 (90.7)
Freunden und Familie	81 (75.7)
Vorgesetzten	38 (35.5)
Bei der klinischen Ethikberatung	2 (1.9)
In Balintgruppen	2 (1.9)
Sonstiges	2 (1.9)
In von meiner Station/Klinik angebotenen Gesprächs- und Supervisionsrunden	1 (0.9)

3.11 Überlegung den Arbeitsplatz zu wechseln

43,0% der Teilnehmenden gaben an, darüber nachzudenken, den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen. Inwieweit diese Überlegung mit den im Fragebogen genannten Konfliktsituationen zusammenhängt, wurde durchschnittlich mit „mittelmäßig“ angegeben (3,15; SD 1,03).

3.11.1 Einflussfaktoren

Assistenzärzt*innen, die angaben, darüber nachzudenken, den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen, waren signifikant älter [„Verlasser“: 31,47 (SD 3,69) zu „Bleiber“: 29,96 (SD 2,62); $p = .034$] und waren bereits signifikant länger ärztlich tätig als jene, welche nicht darüber nachdachten [„Verlasser“: 4,74 (SD 2,95) zu „Bleiber“: 3,28 (SD 1,85); $p = .011$]. Bezüglich des Geschlechts oder Arbeitgebers (Kliniktyp und Klinikträger) gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen jenen, die überlegten der Bereich der stationären Patientenversorgung zu verlassen und jenen, die dies nicht taten.

3.11.2 Unterschiede in der MoS Wahrnehmung

Assistenzärzt*innen, welche angaben, darüber nachzudenken, den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen, erlebten drei MoS Konfliktsituationen signifikant häufiger als jene, die nicht darüber nachdachten (siehe Abbildung 2). Sie nahmen es als signifikant belastender wahr, wenn Patient*innen vorzeitig fixiert oder medikamentös sediert wurden [Item 10, „Verlasser“: 3,96 (SD 0,93) zu „Bleiber“: 3,17 (SD 0,17); $p = .004$]. Teilnehmende, die angaben, den Bereich der klinischen Krankenversorgung verlassen zu wollen, litten durchschnittlich unter keiner erhöhten MoS Intensität. Allerdings erlebten sie durchschnittlich

signifikant häufiger MoS als jene, die nicht darüber nachdachten, den Bereich der klinischen Krankenversorgung zu verlassen [durchschnittliche Häufigkeit aller MoS Konfliktsituationen: „Verlasser“: 2,38 (SD 0,5) zu „Bleiber“: 2,13 (SD 0,5); $p = .002$]. Die durchschnittliche Häufigkeit der Wahrnehmung aller MoS Situation korrelierte signifikant positiv mit der Zustimmung, die Überlegung den Bereich der klinischen Krankenhausversorgung zu verlassen, würde mit den im Fragebogen genannten Konfliktsituationen zusammenhängen ($r = 0,462$; $p = .001$).

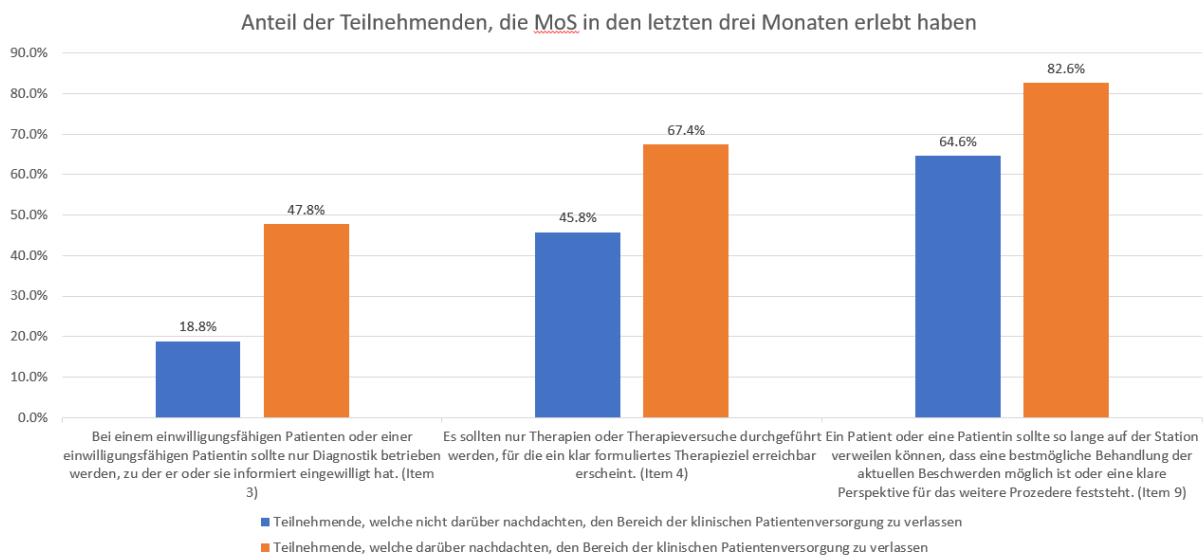


Abbildung 2: Unterschiede Klinikverlasser und -bleiber

Signifikanter Unterschied zwischen Teilnehmenden, die überlegten den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen und jenen, die dies nicht überlegten; Item 3: $p = .003$; Item 4: $p = .036$; Item 9: $p = .049$

3.12 Auswertung der Freitext-Fragen

Am Ende des Fragebogens hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, weitere MoS-Konfliktsituationen, die der Fragebogen eventuell nicht erfasst haben sollte, im Freitext hinzuzufügen. Hier ergab sich als einzig neuer Punkt die von drei Teilnehmenden erwähnte Situation in der Notaufnahme: Es wurde als belastend beschrieben, dass einer hohen Anzahl von Patient*innen mit subakuter Problematik in Anbetracht der akuten Notfälle (akuter Schlaganfall, Status epilepticus) nicht der von ihnen gewünschte emotionale Raum geboten werden konnte.

4. Diskussion

Moralischer Stress ist eine psychologische Antwort auf ethisch herausfordernde Situationen und hat einen relevanten Einfluss auf Mitarbeiter*innen des Gesundheitssystems.

Diese Studie zeigt, dass die teilnehmenden neurologischen Assistenzärzt*innen in Deutschland in ihrem täglichen Arbeitsalltag regelmäßig unter Begrenzungen ihrer moralischen Handlungsfähigkeit leiden und dass sie größtenteils spezifische Ursachen für die erlebte Begrenzung benennen können. Einhergehend mit vorangegangener MoS Forschung zeigt die Studie, dass das Erleben von Begrenzung der moralischen Handlungsfähigkeit mit der Intention den Arbeitsplatz zu wechseln zusammenhängt und der Wunsch nach mehr Unterstützung in ethischen Konfliktsituationen besteht. Durch die genaue Untersuchung der Voraussetzungen für MoS konnte die vorliegende Untersuchung ebenfalls einige konzeptuelle Aspekte zum besseren Verständnis des MoS Konstruktes beitragen.

4.1 Handlungsrestriktionen von neurologischen Assistenzärzt*innen in Deutschland

4.1.1 Häufige Konfliktsituationen

Durchschnittlich erlebten die Teilnehmenden dieser Studie sieben von zwölf der genannten Konfliktsituationen in den letzten drei Monaten. Die drei am häufigsten auftretenden Konfliktsituationen werden im Folgenden diskutiert.

4.1.1.1 Sprechende Medizin

Sie gaben an, dass es ihnen im Durchschnitt wöchentlich nicht möglich war, ein Patienten- oder Angehörigengespräch auf Grund der erhöhten Patientenzahl und Dokumentationslast so lange wie nötig führen zu können. Dieses Ergebnis unterstreicht anschaulich die bereits von anderen Autor*innen geäußerte Befürchtung, dass eine erhöhte Arbeitsverdichtung zunächst auf Kosten der sogenannten sprechenden Medizin und der Arzt-Patientenbeziehung geht (Michalsen et al., 2021; Nothacker et al., 2019).

4.1.1.2 Poststationäre Versorgung

74,8% der Teilnehmenden hatten es in den letzten drei Monaten erlebt, dass Patient*innen nicht so lange wie für eine optimale Behandlung erforderlich auf Station verweilen konnten. Als Hauptgrund wurden Ressourcenmangel (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.) und Anreize des DRG-Systems genannt. Es ist zu vermuten, dass sich hier gleich zwei Themen herauskristallisieren: Zum einen die enge Bettenplanung und intendierte Liegezeitverkürzung mit dem daraus folgenden Verlegungsdruck (Michalsen et al., 2021; Nothacker et al., 2019) und zum anderen, die mit dem demographischen Wandel

einhergehende Versorgungsproblematik von alten, multimorbiden Patient*innen (Nothacker et al., 2019), welche zum Teil lange auf Pflegeheimplätze warten bzw. häufig auf Grund von ambulanten Personalmangel und Versorgungsschwäche zwischen Krankenhaus und Einrichtung hin- und her verlegt werden. Dies betrifft ganz besonders ambulant langzeitbeatmete Patient*innen (häufig aufgrund neurologischer Einschränkungen), deren Anzahl in den letzten 15 Jahren exponentiell zugenommen hat. Hier aggraviert sich ein Spannungsfeld zwischen zum einen Mangel an Pflegepersonal und fachärztlicher Betreuung im ambulanten Sektor und zum anderen teils unklarer Indikationsstellung und wohlmöglich der Einfluss ökonomischer Faktoren, welches in Zukunft weiter wachsen wird (Karagiannidis et al., 2019).

4.1.1.3 Überdiagnostik

77% der Befragten gaben an, in den letzten drei Monaten aus Angst vor juristischen Konsequenzen und auf Grund von Anreizen des DRG-Systems mehr diagnostische Untersuchungen als für die Diagnostik, Therapieplanung und -monitoring notwendig, durchgeführt zu haben. Assistenzärzt*innen, welche in einer Rehaklinik tätig waren, erlebten dies signifikant seltener als Angestellte einer Akut- oder Uniklinik. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Patient*innen in einer Rehaklinik meist bereits mit einer Diagnose (und eben auf Grund von dieser) aufgenommen werden oder Anreize bzw. Ressourcen zur Überdiagnostik fehlen, da in den meisten Fällen in Rehakliniken in Tagessätzen abgerechnet wird.

4.1.2 Belastende Themenfelder

Der durchschnittliche Belastungsgrad aller Teilnehmenden wurde als moderat (durchschnittlich 3 von 5 Punkte auf der Likertskala) angegeben. Sechs von zwölf beschriebene Konfliktsituationen wurden als ziemlich belastend (durchschnittlich 4 von 5 Punkte auf der Likertskala) wahrgenommen. Die drei Aspekte mit der größten MoS Belastung werden im Folgenden absteigend ihrer Intensität nach diskutiert.

4.1.2.1 Fehlerkultur

Als ziemlich belastend wurde es wahrgenommen, wenn Fehler in der ärztlichen Behandlung nicht mit den Patient*innen oder im Ärzteteam aufgearbeitet werden konnten. Waren die Angst vor juristischen Konsequenzen und wechselnde ärztliche Zuständigkeit Hauptgründe für das Ausbleiben dieser Aufarbeitung mit den Patient*innen, waren es im Ärzteteam fehlende Unterstützung der Vorgesetzten und Fehlkommunikation im Team. Hier zeigt sich die in der

Literatur bereits beschriebene „haftungsorientierte Verweigerung“ einer adäquaten Fehleraufarbeitung (Schmidt, 2020). Es ist beschrieben, dass nach Auftreten eines Behandlungsfehlers neben den Patient*innen (first victim), ebenfalls die Behandelnden (second victim) stark leiden und das Vertuschen eines Fehlers als erneuter Fehler („Fehler nach dem Fehler“) wiederum zu neuen „second victims“ im Behandlungsteam führen kann (Schmidt, 2020). Ein weiterer Circulus virtiosus droht sich aus der MoS- und Arbeitsbelastungsforschung bekannten Tatsache zu entwickeln, dass erhöhte Belastung (beispielsweise auf Grund mangelnder Fehleraufarbeitung) wiederum zum vermehrten Auftreten von Behandlungsfehlern führen kann (Giannetta et al., 2020; Sturm et al., 2019). Diese Ergebnisse unterstreichen die bereits vielfach beschriebene hohe Relevanz einer guten Fehlerkultur als organisationsethische Aufgabe von Kliniken sowohl für Patient*innen als auch für Mitarbeiter*innen und die institutionelle Verantwortung zur Etablierung dementsprechender Strukturen wie beispielsweise Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (Bundessärztekammer, 2016).

4.1.2.2 Therapieentscheidungen am Lebensende und mutmaßlicher Patientenwille

Assistenzärzt*innen waren laut dieser Studie ziemlich belastet, wenn nicht zu einem aus ihrer Sicht adäquaten Zeitpunkt palliative Therapiekonzepte in die Behandlungsplanung mit einbezogen wurden oder nicht-einwilligungsfähige Patient*innen nicht nach ihrem mutmaßlichen Willen behandelt wurden. Als Hauptursache hierfür offenbarten sich Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen. Da sowohl der Entscheidungszwang zu Therapiebegrenzungen am Lebensende als auch die Anzahl von Patient*innen mit Bewusstseinsbeeinträchtigung durch wissenschaftlichen und technischen Fortschritt stetig zunehmen, ist zu erwarten, dass auch die daraus resultierende Belastung für Ärzt*innen zunehmen wird (Sprung et al., 2019). Dass Überversorgung am Lebensende neben MoS zu emotionaler Erschöpfung, Burnout und Arbeitsplatzwechsel führen kann, wurde an anderer Stelle bereits aufgezeigt (Michalsen et al., 2021; Hartog et al., 2018; Schwarzkopf et al., 2017). Der Entscheidungsprozess am Lebensende eines*r Patient*in zusammen mit dem Team, den Patient*innen selbst und seinen*ihren Angehörigen erfordert Zeit und juristische und kommunikative Kompetenzen (Rabinstein, 2009). In einer Studie aus Deutschland zu MoS in der Onkologie von Mehlis et al von 2018 korrelierte das MoS Erleben von Ärzt*innen mit der Involvierung der Pflege in den therapeutischen Entscheidungsprozess. Hingegen litten befragte Pfleger*innen der Studie an MoS durch schlechte Kommunikation mit dem

Ärzteamt (Mehlis et al., 2018). Hieran zeigt sich die zentrale Bedeutung von guten und interdisziplinären Kommunikationsstrukturen für Mitarbeiter*innen insbesondere für End of life decisions. Ein möglicher Ansatzpunkt wäre einen größeren Fokus auf das mit der MoS Forschung eng verbundene Thema des ethischen Klimas einer Abteilung zu setzen, da hierbei berufsgruppen- und kulturell übergreifend alle Akteur*innen berücksichtigt werden (Almutairi, 2015).

4.1.2.3 Fixierung und medikamentöse Sedierung

Die als zu früh oder lang wahrgenommene Fixierung oder medikamentöse Sedierung von Patient*innen wird ebenfalls als ziemlich belastend wahrgenommen. Als Hauptgrund wird von den Studienteilnehmenden der Personalmangel angegeben. Die Frequenz wird mit „seltener als monatlich“ zwar seltener als andere ethische Konfliktsituationen angegeben, jedoch ist hervorzuheben, dass es sich hierbei nicht allein um ein ethisches, sondern auch um ein juristisch schwerwiegendes Problem handelt. Die Anwendungen von Zwangsmaßnahmen stellt eine Verletzung der Grundrechte einer Person dar und ist nur unter strengster Indikationsstellung gerechtfertigt (Jöbges & Biller-Andorno, 2021). Es ist dementsprechend alarmierend, wenn, wie Ergebnisse dieser Studie andeuten, Personalmangel zu ungerechtfertigter Zwangsanzwendung führen sollte. Darüber hinaus werden von intensivmedizinisch behandelten Patient*innen als freiheitsbeschränkend wahrgenommene Maßnahmen, von Mitarbeiter*innen des Gesundheitssystems teilweise erst gar nicht als solche erkannt (Jöbges & Biller-Andorno, 2021). Eine ständige Evaluierung und Sensibilisierung dieser Aspekte im behandelnden Team sind folglich immanent wichtig.

4.1.3 Ursachen

Die über alle Items am häufigsten genannten Ursachen für Begrenzung moralischen Handlungsvermögens in der vorliegenden Studie waren in absteigender Reihenfolge die steigende Patientenzahl, Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen, zu wenig Personal im Gesundheitssektor, Angst vor juristischen Konsequenzen, Anreizbildung des DRG-Systems und die zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht. Auch in der Studie von Raspe et al. sahen Assistenzärzt*innen in Deutschland Hauptverbesserungsbedarf bei der Dokumentationslast, Arbeitsverdichtung, Unterbesetzung und dem Einfluss der Ökonomie (Biesalski et al., 2018; Raspe et al., 2020).

4.1.3.1 Steigende Patientenzahl

Die am häufigsten genannte Begrenzung moralischen Handlungsvermögens war die steigende Patientenzahl. Dies steht im Einklang mit vorhergehenden Studien, in welchen junge Ärzt*innen vor allem die zunehmende Arbeitsverdichtung als belastend beschreiben (Biesalski et al., 2018; Raspe et al., 2020). Eine zunehmende Anzahl von Patientenfällen führt ebenfalls zu einer Zunahme an Dokumentationslast. Als Hauptursache für Begrenzung moralischen Handlungsvermögens zeigt diese Studie ein bereits häufig beschriebenes Phänomen: Durch die steigende Fallzahl und sinkende durchschnittliche Liegezeitdauer entsteht ein erhöhtes Turnover von Patientenfällen.

4.1.3.2 Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen

Ebenfalls traten Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen als eine der Hauptursache für Begrenzung moralischen Handlungsvermögens in dieser Studie auf. Dass Übertherapie am Lebensende nach Meinung von Ärzt*innen häufig auf Wunsch von Angehörigen erfolgt, wurde bereits in zahlreichen MoS- Studien gezeigt (Allen et al., 2013; Almutairi, Salam, Adlan & Alturki, 2019; Austin et al., 2017; Beck et al., 2020; Colville et al., 2018; Dzung et al., 2016; Pergert, Bartholdson, Blomgren & Af Sandeberg, 2018; Schwenzer & Wang, 2006; Whitehead et al., 2015). In dieser Studie waren Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen die Hauptursachen für die Fortführung von lebensverlängernden Maßnahmen (Item 11) und Übertherapie im Generellen (Item 4). Es ist anzunehmen, dass die Erwartungen der Angehörigen häufig aus einem Mangel an Informationen darüber, was sowohl medizinisch sinnvoll als auch möglich ist, entstehen. Da laut den Ergebnissen der vorliegenden Studie ein Patienten- oder Angehörigengespräch durchschnittlich wöchentlich nicht so lang wie nötig gehalten werden kann, scheint hier ein gewisser Teufelskreis zu entstehen.

Wenn Angehörige am Lebensende oder durch eine Bewusstseinsstörung des*der Patient*in Entscheidungen treffen sollen, befinden sie sich in einer enormen Belastungssituation: Neben der großen Verantwortung, sind sie zusätzlich selbst aus nächster Nähe von der Entscheidung betroffen. Entscheidungen, die sich dabei nicht nach dem Prinzip „alles was möglich ist“ orientieren und somit aus ärztlicher Sicht in Übertherapie resultieren können, könnten von den Angehörigen zunächst durch kulturelle und gesellschaftliche Antizipationen abgelehnt werden (Michalsen et al., 2021). Forschung zu Entscheidungsfindungsprozessen bei Angehörigen hat gezeigt, dass Angehörige häufig nicht im Einklang mit dem ehemals

geäußerten Willen des*der Patient*in entscheiden. Gründe sind bestehende Hoffnung auf Genesung, eine andere Definition davon was „lebensverlängernde Maßnahmen“ bedeuten, die moralische Überzeugung kein Leid oder Schmerz verursachen zu wollen und Unsicherheiten über die rechtliche Grundlage von Entscheidungen am Lebensende (Kuehlmeier, Borasio & Jox, 2012). Neben der bereits diskutierten mangelnden Aufklärung von Patientenangehörigen, mag sich hier am Patientenbett ebenfalls ein nicht- geführter gesellschaftlicher Diskurs über Altern (z.B. Umgang mit dem Verlust kognitiver Leistungen im Alter in einer individualisierten Leistungsgesellschaft) und Sterben (z.B. Tabuisierung des Themas im Sinne eines persönlichen, familiären oder technisch-wissenschaftlichen Versagens) manifestieren. Die konsekutive Etablierung von Prozessen wie beispielsweise das Advance Care Planning oder die klinische Ethikberatung entlastet neben Patient*innen und ihren Angehörigen ebenso Mitarbeiter*innen im Gesundheitssystem (Brinkman-Stoppelenburg, Rietjens & van der Heide, 2014).

4.1.3.3 Zu wenig Personal im Gesundheitssektor

Zu wenig Personal im Gesundheitswesen war eine weitere häufige Ursache von Begrenzung moralischen Handlungsvermögens. Ärzte- und vor allem Pflegemangel in Deutschland sind bekannte Tatsachen (Bundesärztekammer, 2018; Bundesgesundheitsministerium, 2018). Die negativen Auswirkungen von Personal-mangel auf die Gesundheit von Mitarbeiter*innen im Gesundheitssystem und Patient*innen sind ausführlich in der Literatur untersucht und zeigen sich auch in dieser Arbeit (siehe Kapitel 4.1.2.3) (Moss, Good, Gozal, Kleinpell & Sessler, 2016; Neuraz et al., 2015).

4.1.3.4 Angst vor juristischen Konsequenzen

Eine weitere häufig erwähnte Ursache laut dieser Studie war die Angst vor juristischen Konsequenzen. Dies macht deutlich, dass juristischen Aspekten ärztlichen Handelns sowohl innerhalb des Studiums als auch im Rahmen der Facharztweiterbildung ein fester Stellenwert zugewiesen werden sollte. Dies gilt wiederum insbesondere für Fragen am Lebensende, da hier wiederholt Unsicherheiten über ethische und juristische Zulässigkeiten beschrieben worden sind (Brownlee et al., 2017).

4.1.3.5 Anreizbildung des DRG-Systems

Die Anreizbildung des DRG-Systems wurde in der vorliegenden Studie häufig als Ursache von Begrenzung moralischen Handlungsvermögens genannt. Hierbei tritt es zum einen als Ursache von Unterversorgung als auch als Ursache von Überversorgung auf (Item 2, 9, 12). Dieser

divergente Effekt wurde bereits von zahlreichen Autor*innen beschrieben und wurde hiermit erneut für den Bereich der Neurologie aufgezeigt (Michalsen et al., 2021; Marckmann & Maschmann, 2017; Nothacker et al., 2019; Riessen et al., 2019; Wehkamp & Naegler, 2017). Die vorliegende Studie zeigt, dass neben Chef und Oberärzt*innen, welche zunehmend vertragstechnisch an ökonomische Zielgrößen gebunden sind, (Wehkamp & Naegler, 2017) bereits Assistenzärzt*innen Auswirkungen dessen wahrnehmen.

4.1.3.6 Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationslast

Ebenfalls rangiert zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationslast als häufig genannte Ursache. Interessanterweise treten auch in zwei US-amerikanischen MoS Studien die zunehmende Dokumentationslast erstmalig als neues Item und zugleich häufigste MoS Ursache auf (Beck et al., 2020; Epstein et al., 2019). Es scheint sich hierbei folglich um eine neuere Entwicklung im Gesundheitssystem zu handeln. Dass die Zunahme von elektronischer Verwaltung wiederum zu einem erhöhten Risiko für Burnout bei Ärzt*innen führen kann, konnte an anderer Stelle gezeigt werden (Shanafelt et al., 2016).

4.1.3.7 Mangel an Qualifizierung sind selten

Ein Mangel an Qualifizierung wurde selten als Grund für MoS angegeben. Folglich kann angenommen werden, dass sich die befragten neurologischen Assistenzärzt*innen bezüglich ihrer ärztlichen Fähigkeiten adäquat ausgebildet fühlen.

4.2 Vergleich der Ergebnisse mit der internationalen MoS Forschung

Der in dieser Studie entwickelte Fragebogen misst die Voraussetzungen für MoS und fokussiert sich dabei auf den Begrenzungsaspekt der weiteren MoS Definition. Psychische Belastung als Reaktion auf moralische Dilemmata oder andere ethisch herausfordernde Situation werden nicht erfasst. Ein Vergleich der Studienergebnisse mit vorangegangener MoS- Forschung ist folglich unter Vorbehalt zu betrachten, aber dennoch sinnvoll.

4.2.1 Vergleich des Fragebogens zu etablierten Messinstrumenten

Obwohl es sich in der vorliegenden Untersuchung um eine Pilotstudie handelt, bietet der entwickelte Fragebogen einige Vorteile. Zunächst vermag der Fragebogen durch seine Verzweigungslogik sehr genau zu ermitteln, was als moralisch anzustrebend befunden wird und was explizite Gründe für Handlungseinschränkungen darstellen. Ebenfalls war es den Teilnehmenden nicht möglich, „Zeitdruck“ als Antwortmöglichkeit auszuwählen. Da wie die Vorstudie ergab, Zeitdruck häufig als Moderator zwischen Ursache und MoS Situation fungiert, zwingt der Fragebogen den Teilnehmenden diesen auf seine Ursachen

zurückzuführen. Dies ist grade dann sinnvoll, wenn man die MoS Erhebung zur Detektion von Defiziten im Sinne einer Mitarbeiterbefragung nutzen wollen würde (Marckmann & Maschmann, 2017).

Andere MoS Messinstrumente weisen Teilnehmende an, wenn diese eine beschriebene MoS Situation noch nie erlebt haben, sich die Belastung in einer solchen hypothetisch vorzustellen (Hamric, Borchers & Epstein, 2012). Dies erscheint nicht sinnvoll, wenn Rückschlüsse über die Relevanz von MoS in einem gewissen Setting getroffen werden sollen. Durch die Verzweigungslogik des vorliegenden Fragebogens (Frage nach Häufigkeit kann nur nach Zustimmung, es würde sich um ein ethisches Prinzip handeln, erfolgen usw.) gibt nur derjenige den Grad der Belastung an, der die MoS Situation auch wirklich erlebt hat. Ein Nachteil dieser Fragebogenstruktur ist allerdings, dass im Ergebnis kein einziger der ausgewerteten Fragebögen vollständig, im Sinne von komplett ausgefüllt, ist. Dies führt zu einigen statistischen Problemen, beispielsweise ist die Ermittlung der internen Konsistenz mittels Chronbach's Alpha so nicht möglich. In den meisten quantitativen MoS Erhebungen wird bei der Auswertung ein Summen-Score aus Belastungs- und Häufigkeitsskala gebildet. Dies wurde bereits von anderen Autor*innen kritisiert und auch bei der Entwicklung dieses Fragebogens bewusst vermieden, um Ergebnisse detaillierter auswerten zu können (Kleinknecht-Dolf et al., 2015).

4.2.2 MoS bei Assistenzärzt*innen

Aspekte, die auch in vorausgehenden Studien zu MoS unter Assistenzärzt*innen dargestellt und in dieser Studie bestätigt wurden, sind MoS- Belastung durch fehlende Fehlerkultur, Übertherapie am Lebensende, Bettenknappheit, der frustrane Versuch die Patientenautonomie zu schützen und Zeuge von Behandlungsmaßnahmen zu werden, die man selbst nicht unterstützt (Dzeng et al., 2016; Hilliard et al., 2007; Rosenbaum et al., 2004).

In den zitierten qualitativen Studien berichteten Assistenzärzt*innen wiederholt, dass sie Zeuge von unethischem Verhalten wurden oder Maßnahmen durchführen mussten, welche ihre Vorgesetzten angeordnet hatten, sie aber selbst nicht unterstützten. Außerdem litten sie unter Leid von Patient*innen, welches sie sie nicht lindern konnten oder sogar selbst durch Maßnahmen herbeiführten (Hilliard et al., 2007; Rosenbaum et al., 2004). Dies sind Aspekte, die von der vorliegenden Studie nicht abgebildet werden, da sie in der qualitativen Vorstudie nicht erwähnt wurden. Es ist folglich nicht abschließend zu klären, ob es sich bei den zum Teil

unterschiedlichen Ergebnissen aus qualitativen und quantitativen Studien, um kulturelle, fachspezifische, zeitlich-historische oder methodologische Unterschiede handelt.

4.2.3 Vergleich soziodemographische Daten

Vergleichbar zu Studien über MoS aus anderen Ländern konnte die vorliegende Studie keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit oder Intensität der Wahrnehmung von MoS zwischen Frauen und Männern aufzeigen (Abbasi et al., 2014; Lamiani, Setti et al., 2017; Sajjadi et al., 2017). Ebenso gab es keine signifikante Korrelation zwischen Häufigkeit oder Intensität des MoS Erlebens zum Alter oder Jahr der Facharztausbildung. Einige vorhergehende Studien kamen in diesem Aspekt zu denselben Ergebnissen (Bender et al., 2019; Elpern, Covert & Kleinpell, 2005; Ohnishi et al., 2010; Sajjadi et al., 2017; Veer et al., 2013). Andere Studien konnten allerdings Unterschiede in dem MoS Erleben in Abhängigkeit von den im ärztlichen Beruf tätigen Jahren aufzeigen. (Austin et al., 2017; Corley et al., 2001; Hamric, Borchers & Epstein, 2012).

4.2.4 Folgen von MoS

Es war nicht Hauptziel dieser Studie, Folgen von MoS im Sinne psychischer Reaktionen zu ermitteln. Dennoch lassen sich aus den Ergebnissen zum Wunsch nach Arbeitsplatzwechsel und Unterstützung einige Rückschlüsse ziehen.

4.2.4.1 Intention den Arbeitsplatz zu wechseln

In vorhergegangener MoS- Forschung konnte zahlreich gezeigt werden, dass die Intention den Arbeitsplatz zu wechseln mit dem MoS- Erleben signifikant positiv korreliert (Allen et al., 2013). Laut einer Studie der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC) von 2012 beendet in Deutschland jeder vierte Ärzt*in seine*ihre ärztliche Tätigkeit frühzeitig und wechselt seinen*ihren Beruf. Neben einer Abwanderungswelle von Ärzt*innen, welche nach Erhalt ihrer Approbation gar nicht erst anfangen ärztlich tätig zu sein, gibt es eine zweite Abwanderungswelle nach acht bis zwölf Jahren Berufstätigkeit (Burkhart et al., 2012). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie bestätigen dies: Neurologische Assistenzärzt*innen, welche darüber nachdachten, den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen, waren signifikant älter und länger im ärztlichen Beruf tätig. Diese Studie konnte nicht wie andere Studien zeigen, dass die Überlegung den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen mit einem höheren Grad an Belastung durch MoS einhergeht (Almutairi et al., 2019; Hamric, Borchers & Epstein, 2012). Allerdings konnte gezeigt werden, dass Assistenzärzt*innen, die darüber nachdachten, den Bereich der stationären

Krankenversorgung zu verlassen, durchschnittlich signifikant häufiger MoS wahrnahmen. Folglich kann angenommen werden, dass hiermit ein weiterer Grund für die Abwanderung von Ärzt*innen gefunden worden ist. Als eine Limitation ist an dieser Stelle zu erwähnen, dass der Fragebogen keine Differenzierung zuließ, ob es sich bei dem Wunsch, den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen, um beispielsweise das Anstreben einer Niederlassung oder gar den Berufswechsel handelte.

Darüber hinaus konnte die Studie von Beck et al. zeigen, dass zwar Assistenzärzt*innen in der Pädiatrie signifikant häufiger MoS wahrnahmen als Fachärzt*innen. Fachärzt*innen strebten aber signifikant häufiger als Assistenzärzt*innen einen Arbeitsplatzwechsel auf Grund von MoS an. Die Autor*innen mutmaßten, dies könnte zum einen an einer möglichen Kumulation von MoS Erfahrungen über die Jahre (siehe Crescendo- Effekt) liegen. Zum anderen könnte dies daran liegen, dass sich Fachärzt*innen freier fühlen könnten den Arbeitsplatz zu wechseln als Assistenzärzt*innen, welche sich in ihrer laufenden Facharztausbildung befinden oder dass sich Assistenzärzt*innen als Coping- Strategie Besserung der MoS- Belastung mit dem Ende der Facharztausbildung erhoffen (Beck et al., 2020).

4.2.4.2 Unterstützung bei MoS- Konfliktsituationen

Die vorliegende Studie zeigt, dass sich Assistenzärzt*innen bei MoS Erfahrungen Hilfe vor allem bei Kolleg*innen (90,7%), Freunden und Familie (75,7%) suchen. Strukturelle oder institutionelle Angebote wie Balintgruppen (1,9%), Supervisionsrunden (0,9%) oder die klinische Ethikberatung (1,9%) werden kaum in Anspruch genommen bzw. werden eventuell erst gar nicht angeboten. Dies entspricht den Ergebnissen aus vorhergehenden Studien. Auch hier holten sich Betroffene vor allem bei Kolleg*innen und im privaten Umfeld Hilfe (Hilliard et al., 2007; Neitzke, 2007). Dabei konnte eine US- amerikanische Interventionsstudie zeigen, dass im Krankenhaus verstorbene Patient*innen aus der Interventionsgruppe (Ethikberatung als Intervention) signifikant weniger Tage im Krankenhaus, auf der Intensivstation und an der künstlichen Beatmung verbrachten. Die Mortalität war zwischen Interventions- und Kontrollgruppe gleich und Patient*innen, welche den Krankenhausaufenthalt überlebten, zeigten keinen signifikanten Unterschied in Aufenthaltslänge und Tage auf der Intensivstation bzw. an der künstlichen Beatmung (Schneiderman et al. 2003). Dies ist grade in Anbetracht der hohen MoS Belastung durch Therapie am Lebensende bemerkenswert. Eine andere Studie konnte zeigen, dass Ärzt*innen, welche ein Ethiktraining erhalten hatten, signifikant weniger MoS erlebten (Abbasi et al., 2014). Dennoch sieht die Realität häufig anders aus: Ärzt*innen

nahmen institutionelle Ethikangebote als nicht hilfreich wahr (Hilliard et al., 2007), wussten zum Teil nicht, dass ein solches Angebot existierte (Dzeng et al., 2016; Gacki-Smith & Gordon, 2005) oder fürchteten durch eine Ethikconsultation Konflikten mit Vorgesetzten, Entzug von Entscheidungsfreiheit, mögliche negative Effekte für Patient*innen oder Zeitverzug und -verlust (Dörries, Simon & Marckmann, 2015; Gacki-Smith & Gordon, 2005). In einer Studie aus Deutschland gaben nur 58,2% der Ärzt*innen an, das Angebot der klinischen Ethikberatung bzw. deren Einsatzzweck zu kennen (Rester, Grebe, Bauermann, Pankofer & Bleyer, 2017). Gleichzeitig wünschten sich laut einer anderen deutschen Studie 53,3% der Ärzt*innen ohne Leitungsposition mehr kompetentes Beratungsangebot bei ethischen Fragestellungen (Neitzke, 2007). Auch in dieser Studie wünschten sich 65,4% der Teilnehmenden mehr Unterstützung in den im Fragebogen genannten Konfliktsituationen. Dies unterstreicht, dass sich Angebote klinischer Ethikberatung am Bedarf der Klinker*innen orientieren und deren Wünsche bei der Implementation berücksichtigt werden sollten.

4.3 Beitrag zur theoretischen Konzeption des MoS Konstruktes

Diese Studie untersuchte ausschließlich den Begrenzungsaspekt des MoS Konstruktes. Aussagen über beispielsweise den Prozess ethischer Entscheidungsfindung oder unterschiedliche Wahrnehmung und Folge verschiedener MoS Teilaspekte können folglich nicht abgeleitet werden.

4.3.1 Korrelation Intensität und Belastung: Crescendo- Effekt?

Diese Studie konnte nur in wenigen Items zeigen, dass MoS Frequenz und Belastungsgrad miteinander korrelierten. Ebenso wenig stieg die MoS Belastung mit den Arbeitsjahren an. Die Ergebnisse stützen also nicht die Theorie des Crescendo- Effekts. Dennoch wurde ermittelt, dass erfahrenere Assistenzärzt*innen vermehrt über einen Arbeitsplatzwechsel nachdachten. Dies könnte ein Hinweis auf eine beispielsweise niedrigere Toleranz für MoS Konfliktsituationen sein.

4.3.2 Subjektive Ethik

In dieser Studie wurden Ärzt*innen gefragt, ob gewisse Prinzipien ihren moralischen Überzeugungen entsprechen. Diese Herangehensweise vermag interindividuelle Unterschiede im moralischen Empfinden einzufangen, impliziert allerdings auch die Annahme einer gewissen subjektiven Ethik im Gegensatz zu beispielsweise einer Prinzipienmoral mit Universalitätsanspruch (Pauer-Studer, 2010). Auch andere Autor*innen haben in naher Vergangenheit für eine relational-ethische oder feministisch-ethische Betrachtungsweise des

MoS Konstruktes plädiert, um der interindividuelle und intraindividuellen Reziprozität und Diversität moralischer Entscheidungsfindung Rechnung zu tragen (Deschenes & Kunyk, 2020; Morley, Bradbury-Jones & Ives, 2020, 2021). Ebenfalls begibt man sich mit dem direkten Abfragen von ethischen Prinzipien methodisch auf das Gebiet einer gewissen kontextualistischen empirischen Ethik (Musschenga, 2009) und untersucht Begrifflichkeiten, welche einer jahrtausendalten Philosophiegeschichte unterliegen (Gabriel, 2017). Ein interdisziplinärer Ansatz der MoS Forschung ist nach Meinung der Autorin dieser Arbeit in Zukunft unerlässlich.

4.4 Limitationen

4.4.1 Rekrutierung

Als wichtige Limitation ist zu benennen, dass primär die Chefärzt*innen angefragt wurden, ob ihre Abteilungen an der Studie teilnehmen dürfen und erst als zweite Instanz die Assistenzärzt*innen nach einer freiwilligen Teilnahme gefragt wurden. Somit gibt es zum einem die Möglichkeit, dass die Studie ausschließlich jene Abteilungen abbilden könnte, welchen ethischen Themen gegenüber wohlgesonnenen Chefärzt*innen vorstehen und in welchen somit eventuell ein generell positiveres ethisches Klima vorherrscht. Vorhergegangene Studien konnten zeigen, dass ein schlechtes ethisches Klima mit einer höheren Intensität der MoS Belastung einhergeht (Epstein et al., 2019; Sauerland et al., 2014). Zum anderen mögen die Teilnehmenden bereits an ethischen Fragestellungen interessiert oder für diese sensibilisiert gewesen sein. Ein gewisser Selektionsbias ist also anzunehmen.

Eine weitere Limitation der Studie ist die relativ kleine Fallzahl und dass es sich um keine repräsentative Stichprobe handelt: Die Teilnehmenden waren durchschnittlich am Ende ihrer Facharztausbildung und es wurde zwar in Uni-, Akut- und Rehakliniken erhoben, aber die Fallzahl der in Rehakliniken tätigen Teilnehmenden war beispielsweise klein (n= 7). Dies lag daran, dass verhältnismäßig wenige Chefärzt*innen aus den kontaktierten Rehakliniken einer Studienteilnahme ihrer Abteilung zustimmten. Ein Grund dafür könnte sein, dass in Rehakliniken weniger neurologische Weiterbildungsassistent*innen arbeiten als in Akut- und Universitätskliniken.

4.4.2 Inhalt

Der in dieser Studie entwickelte Fragebogen fragt nicht nach dem aktuellen Einsatzort der Teilnehmenden (Normalstation, Stroke/IMC, Intensivstation). In einigen vorhergegangenen Studien konnte gezeigt werden, dass das MoS Erleben von Mitarbeiter*innen des

Gesundheitssystemen, welche auf Intensivstationen arbeiteten, zumindest in einigen Konfliktsituationen signifikant höher war, als von jenen, welche auf Normalstationen arbeiteten (Austin et al., 2017; Sajjadi et al., 2017; Sauerland et al., 2014; Whitehead et al., 2015). So konnte beispielsweise von Whitehead et al. 2015 gezeigt werden, dass Mitarbeiter*innen von Intensivstationen vor allem unter Übertherapie am Lebensende litten, während Mitarbeiter*innen von Normalstationen vor allem unter dem Kostendruck von Administration und Versicherungen litten (Whitehead et al., 2015). Es könnte also sein, dass Teilnehmende mit erhöhter MoS Belastung in dieser vorliegenden Studie jene waren, welche zu Zeit der Erhebung auf Intensivstationen eingesetzt waren. Zukünftige Studien sollten diesen Aspekt berücksichtigen und weiter untersuchen.

Aspekte, die die vorliegende Studie eventuell nicht explizit genug erfasst, sind MoS durch Maßnahmen, die zu Lehrzwecken an Patient*innen durchgeführt werden.

Als eine bereits erwähnte, aber der Vollständigkeit halber erneut aufgeführte Limitation sollte erwähnt werden, dass der Fragebogen keine Unterscheidung zuließ, ob das Verlassen der stationären Krankenversorgung eine angestrebte Niederlassung oder den kompletten Berufswechsel beinhaltete.

4.4.3 Psychometrische Eigenschaften

Dies ist eine explorative Pilotstudie, die die Signifikanz des MoS Konstruktes für neurologische Assistenzärzt*innen in Deutschland analysiert. Es ist wichtig zu erwähnen, dass der Fragebogen Voraussetzungen für MoS misst. Ob der Fragebogen ebenso das latente MoS Konstrukt misst, muss in einer weiteren Validierungsstudie geprüft werden. Diese zukünftige Studie muss ebenfalls Informationen über weitere psychometrische Gütekriterien liefern (Interne Konsistenz, Reliabilität, Robustheit, etc.).

4.5 Ausblick

In dieser Studie wurde ein Fragebogen geschaffen, der wichtige Einblicke in die Arbeitsbedingungen neurologischer Assistenzärzt*innen liefert. Es wäre interessant, Fach- und Oberärzt*innen separat zu untersuchen, um Unterschiede der Begrenzungen ethischer Herausforderungen aufzuzeigen und MoS in Deutschland tiefergehend zu untersuchen. Ebenfalls ist anzunehmen, dass sich sowohl ethische Themenfelder als auch strukturelle Aspekte zwischen den verschiedenen Fachdisziplin sehr wahrscheinlich unterscheiden. Der Aufbau des Fragebogens ermöglicht eine genaue Untersuchung der Ursachen des MoS-

Geschehens. Dieser oder ein ähnlich aufgebauter Fragebogen könnte folglich dazu genutzt werden Klinik-intern zu untersuchen, an welchen Stellen es zu Problemen kommt, um Abteilungs-spezifische Verbesserungsvorschläge zu generieren (Whitehead et al., 2015). Marckmann und Maschmann empfehlen solch ein Vorgehen im Sinne einer Mitarbeiterbefragung um ethische Ressourcenverwaltung auch im Hinblick auf ökonomische Aspekte zu analysieren (Marckmann & Maschmann, 2017). Das MoS Konstrukt hat sich hierfür als sehr geeignet herausgestellt.

5. Fazit

Im klinischen Alltag von Assistenzärzt*innen der Neurologie in Deutschland können zum Teil und auf Grund von verschiedenen Aspekten moralische Vorstellungen nicht umgesetzt werden. MoS spielt folglich auch in Deutschland eine wichtige Rolle und hat einen Einfluss auf die Überlegungen der Teilnehmenden, den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen.

Basierend auf der vorliegenden Studie war es möglich, einige Aspekte und Gründe von MoS zu identifizieren, welche von besonderer Relevanz erscheinen und auf einer Mikro (=Team)-, Meso (=Klinik) -und Makroebene (=Politik) diskutiert werden sollten:

- Der Hauptgrund für MoS ist die zunehmende Arbeitsverdichtung (Personalmangel im Gesundheitssektor, steigende Patientenzahl, zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht).
- Andere wichtige Aspekte, die die ärztliche Selbstbestimmung gefährden, sind Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen und die Angst vor juristischen Konsequenzen. Beratung und Lehre über medizinrechtliche Aspekte sollten im Alltag und in der Facharztausbildung dem hohen Stellenwert entsprechend implementiert werden.
- Situationen, welche als am stärksten belastend wahrgenommen wurden, waren durch einen Mangel an Kommunikationskultur entstanden. Ein gezieltes Etablieren von Kommunikationsstrukturen und -trainings könnte MoS reduzieren.
- Die häufigsten MoS Konfliktsituationen endstanden durch Rationierung (Gesprächszeit, Betten) und Überdiagnostik. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Ressourcenverteilung auf der Mikro (Team)- und Meso (Klinik)- Ebene mit den Werten einer patientenzentrierten Medizin der befragten Assistenzärzt*innen interferieren. Gleichzeitige Anreize für Übertherapie und Überdiagnostik aggravierern ein Spannungsfeld. Dies erfordert dringlich einen politisch- gesellschaftlichen Diskurs.

6. Zusammenfassung

Einleitung: Der medizinische Fortschritt, die Ökonomisierung des Gesundheitssystems und die Knappheit der Ressourcen werfen grundlegende ethische Fragen auf. Ärzt*innen sind zunehmend mit moralischen Konfliktsituationen konfrontiert, die zu moralischem Stress (MoS) führen können. MoS tritt auf, wenn jemand glaubt, die moralisch richtige Handlung zu kennen, aber aufgrund innerer oder äußerer Begrenzungsfaktoren nicht nach diesem Wissen handeln kann. Zusammenhänge zwischen MoS bei Assistenzärzt*innen und Arbeitsplatzwechseln sowie Burn-out wurden bereits aufgezeigt. Es gibt jedoch kaum quantitative Studien über MoS bei Ärzt*innen in Deutschland. Ziel dieser Studie war es, die Häufigkeit des Auftretens, das Ausmaß der Belastung und die Ursachen für MoS bei Assistenzärzt*innen der Neurologie in deutschen Krankenhäusern zu untersuchen.

Methodik: 1. qualitative Phase: Mit fünf Assistenzärzt*innen der Neurologie wurden offene Interviews zu Arbeitsbelastung und ethischen Konflikten im Klinikalltag geführt. Ethische Grundsätze ärztlichen Handelns und mögliche Zwänge, die zu MoS führen können, wurden identifiziert und ein Fragebogen entworfen. 2. Quantitative Phase: Ein vorläufiger Fragebogen wurde von fünf weiteren neurologischen Assistenzärzt*innen getestet und bewertet. Der endgültige Fragebogen bestand aus zwölf Items und wurde online und anonym per E-Mail oder vor Ort als Teil einer Weiterbildungsveranstaltung an 56 Standorten durchgeführt.

Ergebnisse: Einhundertsieben neurologische Assistenzärzt*innen aus 56 Universitäts-/Akut- und Rehabilitationskliniken in ganz Deutschland wurden untersucht (Rücklaufquote derjenigen, die den Fragebogen angefordert hatten: 75,1%). 96,3% der Teilnehmenden hatten wöchentlich MoS erlebt (3,86, SD 1,02), weil sie ein Patienten- oder Angehörigengespräch nicht so lange wie gewünscht führen konnten. Fehler in der medizinischen Versorgung, die nicht angemessen mit Patient*innen oder Angehörigen kommuniziert werden konnten, wurden als besonders belastend empfunden. Die häufigsten Gründe für MoS waren die steigenden Patientenzahlen, Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen, die Angst vor rechtlichen Konsequenzen, die Anreize des DRG-Systems und die zunehmende Bürokratisierung. 43,0 % der Teilnehmenden gaben an, dass sie darüber nachdachten, den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen. 65,4% gaben an, dass sie sich mehr Unterstützung in Konfliktsituationen wünschten.

Diskussion: MoS spielt für neurologische Assistenzärzt*innen in deutschen Krankenhäusern eine wichtige Rolle und hat Einfluss auf die Überlegungen der Teilnehmenden, den Arbeitsplatz zu wechseln. Wichtige Ursachen sind Rationierung (Zeit/Betten) und Anreize für Überdiagnosen sowie fehlende interne Kommunikationskultur und Mentoring.

Literaturverzeichnis

- A. Michalsen, G. Neitzke, J. Dutzmann, A. Rogge, A.-H. Seidlein, S. Jöbges et al. (2021). Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*.
- Abbasi, M., Nejadzarvari, N., Kiani, M., Borhani, F., Bazmi, S., Nazari Tavaokkoli, S. et al. (2014). Moral distress in physicians practicing in hospitals affiliated to medical sciences universities. *Iranian Red Crescent medical journal*, 16 (10), e18797. <https://doi.org/10.5812/ircmj.18797>
- Allen, R., Judkins-Cohn, T., Velasco, R. de, Forges, E., Lee, R., Clark, L. et al. (2013). Moral distress among healthcare professionals at a health system. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation*, 15 (3), 111-8; quiz 119-20. <https://doi.org/10.1097/NHL.0b013e3182a1bf33>
- Almutairi, A. F. (2015). Fostering a supportive moral climate for health care providers. Toward cultural safety and equity. *NursingPlus Open*, 1, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2015.02.001>
- Almutairi, A. F., Salam, M., Adlan, A. A. & Alturki, A. S. (2019). Prevalence of severe moral distress among healthcare providers in Saudi Arabia. *Psychology research and behavior management*, 12, 107–115. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S191037>
- Amoroso, S. & Chalela, J. A. (2019). Perception of Provision of Futile Care Among Clinicians in the Neuroscience Intensive Care Unit. *The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 51 (5), 249–252. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000462>
- Ankowitsch, E. (2013). Vertrauen über Jahrzehnte weggespart. *Deutsches Arzteblatt international* (42), 1940.
- Arnetz, B. B., Lewalski, P., Arnetz, J., Breejen, K. & Przyklenk, K. (2017). Examining self-reported and biological stress and near misses among Emergency Medicine residents. A single-centre cross-sectional assessment in the USA. *BMJ open*, 7 (8), e016479. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016479>
- Austin, C. L., Saylor, R. & Finley, P. J. (2017). Moral distress in physicians and nurses. Impact on professional quality of life and turnover. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 9 (4), 399–406. <https://doi.org/10.1037/tra0000201>
- Awosoga, O., Pijl, E. M., Hagen, B., Hall, B., Sajobi, T. & Spenceley, S. (2018). Development and validation of the Moral Distress in Dementia Care Survey instrument. *Journal of advanced nursing*, 74 (11), 2685–2700. <https://doi.org/10.1111/jan.13803>
- Bauer, J., Bendels, M. H. K. & Groneberg, D. A. (2016). Subjektive psychische Arbeitsbelastungen und Berufszufriedenheit im Fachgebiet der stationären Neurologie. *Der Nervenarzt*, 87 (6), 629–633. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0076-2>
- Beck, J., Randall, C. L., Bassett, H. K., O'Hara, K. L., Falco, C. N., Sullivan, E. M. et al. (2020). Moral Distress in Pediatric Residents and Pediatric Hospitalists. Sources and Association With Burnout. *Academic pediatrics*, 1198–1205. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.05.017>
- Bender, M. A., Andrilla, C. H. A., Sharma, R. K., Hurd, C., Solvang, N. & Mae-Baldwin, L. (2019). Moral Distress and Attitudes About Timing Related to Comfort Care for Hospitalized Patients. A Survey of Inpatient Providers and Nurses. *The American journal of hospice & palliative care*, 36 (11), 967–973. <https://doi.org/10.1177/1049909119843136>
- Biermann, A. & Geissler, A. (2016). Beatmungsfälle und Beatmungsdauer in deutschen Krankenhäusern. Eine Analyse von DRG-Anreizen und Entwicklungen in der Beatmungsmedizin. *Der Anaesthetist*, 65 (9), 663–672. <https://doi.org/10.1007/s00101-016-0208-x>
- Biesalski, A.-S., Franke, C., Sturm, D., Behncke, J., Schreckenbach, T., Knauß, S. et al. (2018). Deutschlandweite Evaluation der ärztlichen Weiterbildung in der klinischen Neurologie. *Der Nervenarzt*, 89 (12), 1378–1387. <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0547-8>

- Bogner, K. & Landrock, U. (2015). *Antworttendenzen in standardisierten Umfragen* (Version 1.1) (GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Hrsg.). https://doi.org/10.15465/GESIS-SG_016
- Brinkman-Stoppelenburg, A., Rietjens, J. A. C. & van der Heide, A. (2014). The effects of advance care planning on end-of-life care. A systematic review. *Palliative medicine*, 28 (8), 1000–1025. <https://doi.org/10.1177/0269216314526272>
- Brownlee, S., Chalkidou, K., Doust, J., Elshaug, A. G., Glasziou, P., Heath, I. et al. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*, 390 (10090), 156–168. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
- Bundesärztekammer (2015). Stellungnahme der Bundesärztekammer „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“. Verfügbar unter <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/thematische-uebersicht/medizinische-indikationsstellung-und-oekonomisierung/>
- Bundesaerztekammer (2016). Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK). Verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf
- Burkhart, M., Ostwald, D. A. & Ehrhard, T. (Pricewaterhouse AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (PwC) in Kooperation mit dem Wirtschaftsforschungsinstitut WifOR, Hrsg.) (2012). *112 und niemand hilft. Vier Szenarien zeigen, wo in Deutschland welche Fachkräfte im Gesundheitssystem fehlen und was schon heute dagegen getan werden kann*. Verfügbar unter <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/pwc-studie-112-und-niemand-hilft-sep-2012.pdf>
- Busse, R., Ganten, D., Huster, S., Reinhardt, E., Suttorp, N. & Wiesing, U. (2016). *Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft* (Diskussion / Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Nr. 7). Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e.V. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:3:2-66047>
- Camp, M. & Sadler, J. (2019). Moral distress in medical student reflective writing. *AJOB empirical bioethics*, 10 (1), 70–78. <https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1570385>
- Campbell, S. M., Ulrich, C. M. & Grady, C. (2016). A Broader Understanding of Moral Distress. *The American journal of bioethics : AJOB*, 16 (12), 2–9. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1239782>
- Colville, G. A., Dawson, D., Rabinthiran, S., Chaudry-Daley, Z. & Perkins-Porras, L. (2018). A survey of moral distress in staff working in intensive care in the UK. *Journal of the Intensive Care Society*, 20 (1), 175114371878775. <https://doi.org/10.1177/1751143718787753>
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress. A proposed theory and research agenda. *Nursing ethics*, 9 (6), 636–650. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>
- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M. & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (2), 250–256. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x>
- Dahlqvist, V., Eriksson, S., Glasberg, A.-L., Lindahl, E., Lützén, K., Strandberg, G. et al. (2007). Development of the perceptions of conscience questionnaire. *Nursing ethics*, 14 (2), 181–193. <https://doi.org/10.1177/0969733007073700>
- Dalmolin, G. d. L., Lunardi, V. L., Lunardi, G. L., Barlem, E. L. D. & Silveira, R. S. d. (2014). Moral distress and burnout syndrome. Are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Revista latino-americana de enfermagem*, 22 (1), 35–42. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3102.2393>

- Deschenes, S. & Kuyk, D. (2020). Situating moral distress within relational ethics. *Nursing ethics*, 767–777. <https://doi.org/10.1177/0969733019884621>
- Dörries, A., Simon, A. & Marckmann, G. (2015). Ethikberatung im Krankenhaus – Sachstand und kritischer Ausblick. *Ethik in der Medizin*, 27 (3), 249–253. <https://doi.org/10.1007/s00481-015-0361-9>
- Dzeng, E., Colaianni, A., Roland, M., Levine, D., Kelly, M. P., Barclay, S. et al. (2016). Moral Distress Amongst American Physician Trainees Regarding Futile Treatments at the End of Life. A Qualitative Study. *Journal of general internal medicine*, 31 (1), 93–99. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3505-1>
- Eizenberg, M. M., Desivilya, H. S. & Hirschfeld, M. J. (2009). Moral distress questionnaire for clinical nurses. Instrument development. *Journal of advanced nursing*, 65 (4), 885–892. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04945.x>
- Elpern, E. H., Covert, B. & Kleinpell, R. (2005). Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*, 14 (6), 523–530. <https://doi.org/10.4037/ajcc2005.14.6.523>
- Epstein, E. G., Whitehead, P. B., Prompahakul, C., Thacker, L. R. & Hamric, A. B. (2019). Enhancing Understanding of Moral Distress. The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals. *AJOB empirical bioethics*, 10 (2), 113–124. <https://doi.org/10.1080/23294515.2019.1586008>
- Fard, Z. R., Azadi, A., Veisani, Y. & Jamshidbeigi, A. (2020). The association between nurses' moral distress and sleep quality and their influencing factor in private and public hospitals in Iran. *Journal of education and health promotion*, 268. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_291_20
- Førde, R. & Aasland, O. G. (2008). Moral distress among Norwegian doctors. *Journal of medical ethics*, 34 (7), 521–525. <https://doi.org/10.1136/jme.2007.021246>
- Fourie, C. (2015). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics*, 29 (2), 91–97. <https://doi.org/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 journal of ethics* (Vol. 19 No. 6), 578–584.
- Gacki-Smith, J. & Gordon, E. J. (2005). Residents' Access to Ethics Consultations: Knowledge, Use, and Perceptions. *Academic Medicine* (Vol. 80, No. 2).
- 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. *International journal of nursing studies*, 103767. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103767>
- Glasberg, A.-L., Eriksson, S., Dahlqvist, V., Lindahl, E., Strandberg, G., Söderberg, A. et al. (2006). Development and initial validation of the Stress of Conscience Questionnaire. *Nursing ethics*, 13 (6), 633–648. <https://doi.org/10.1177/0969733006069698>
- Hamric, A. B. (2012). Empirical research on moral distress. Issues, challenges, and opportunities. *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*, 24 (1), 39–49. <https://doi.org/10.1007/s10730-012-9177-x>
- Hamric, A. B. & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units. Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical care medicine*, 35 (2), 422–429. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000254722.50608.2D>
- Hamric, A. B., Borchers, C. T. & Epstein, E. G. (2012). Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research*, 3 (2), 1–9. <https://doi.org/10.1080/21507716.2011.652337>
- Hanna, D. R. (2004). Moral Distress: The State of the Science. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, (Vol. 18, No. 1), 73–93.
- Hart, S. E. (2005). Hospital Ethical Climates and Registered Nurses' Turnover Intentions. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, (37:2), 173–177.

- Hartog, C. S., Hoffmann, F., Mikolajetz, A., Schröder, S., Michalsen, A., Dey, K. et al. (2018). Übertherapie und emotionale Erschöpfung in der „end-of-life care“. Ergebnisse einer Mitarbeiterumfrage auf der Intensivstation. *Der Anaesthetist*, 67 (11), 850–858. <https://doi.org/10.1007/s00101-018-0485-7>
- Hildesheim, H., Rogge, A., Borzikowsky, C., Witt, V. D., Schäffer, E. & Berg, D. (2021). Moral distress among residents in neurology. A pilot study. *Neurological Research and Practice*, 3 (1), 39. <https://doi.org/10.1186/s42466-021-00104-5>
- Hilliard, R. I., Harrison, C. & Madden, S. (2007). Ethical conflicts and moral distress experienced by paediatric residents during their training. *Paediatr Child Health* (Vol 12 No 1), 29–35.
- Holloway, R. G. & Quill, T. E. Treatment Decisions after Brain Injury — Tensions among Quality, Preference, and Cost. *The New England Journal of Medicine*, 2010 (362;29), 1757–1759.
- Holsten, C. C. (2015). *Moral distress bei Pflegenden durch institutionelle Begrenzungen: Möglichkeiten zur Bewältigung von moral distress im stationären Bereich*. Bachelorarbeit. Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Hamburg. Verfügbar unter https://reposit.haw-hamburg.de/bitstream/20.500.12738/7316/1/Holsten_Cindy_BA_2016_04_28.pdf
- Ishak, W. W., Lederer, S., Mandili, C., Nikraves, R., Seligman, L., Vasa, M. et al. (2009). Burnout during residency training. A literature review. *Journal of graduate medical education*, 1 (2), 236–242. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-09-00054.1>
- Jameton, A. (2013). A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *Journal of bioethical inquiry*, 10 (3), 297–308. <https://doi.org/10.1007/s11673-013-9466-3>
- Jöbges, S. & Biller-Andorno, N. (2021). Anwendung von Zwang in der Intensivmedizin. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*.
- Karagiannidis, C., Strassmann, S., Callegari, J., Kochanek, M., Janssens, U. & Windisch, W. (2019). Epidemiologische Entwicklung der außerklinischen Beatmung. Eine rasant zunehmende Herausforderung für die ambulante und stationäre Patientenversorgung. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 144 (9), e58-e63. <https://doi.org/10.1055/a-0758-4512>
- Kemper, C. J., Beierlein, C., Bensch, D., Kovaleva, A. & Rammstedt, B. (2012). Eine Kurzsкала zur Erfassung des Gamma-Faktors sozial erwünschten Antwortverhaltens: Die Kurzsкала Soziale Erwünschtheit-Gamma (KSE-G). Verfügbar unter https://www.gesis.org/fileadmin/_migrated/content_uploads/KSE_G_Workingpaper_01.pdf
- Kleinknecht-Dolf, M., Frei, I. A., Spichiger, E., Müller, M., Martin, J. S. & Spirig, R. (2015). Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland. Results of a pilot study. *Nursing ethics*, 22 (1), 77–90. <https://doi.org/10.1177/0969733014534875>
- Kleinknecht-Dolf, M., Spichiger, E., Müller, M., Bartholomeyczik, S. & Spirig, R. (2017). Advancement of the German version of the moral distress scale for acute care nurses-A mixed methods study. *Nursing open*, 4 (4), 251–266. <https://doi.org/10.1002/nop2.91>
- Klingler, J. (2019). *Moralischer Stress im Medizinstudium: Eine qualitative Interviewstudie mit Studierenden im Praktischen Jahr*. Dissertation. Ludwig-Maximilians-Universität, München. Verfügbar unter https://edoc.ub.uni-muenchen.de/24725/1/Klingler_Janina.pdf
- Knifed, E., Goyal, A. & Bernstein, M. (2010). Moral angst for surgical residents. A qualitative study. *American journal of surgery*, 199 (4), 571–576. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.04.007>
- Kuehlmeier, K., Borasio, G. D. & Jox, R. J. (2012). How family caregivers' medical and moral assumptions influence decision making for patients in the vegetative state. A qualitative interview study. *Journal of medical ethics*, 38 (6), 332–337. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100373>
- Kühlmeier, K., Kuhn, E., Knochel, K., Hildesheim, H., Witt, V. D., Friedrich, O. et al. (2020). Moralischer Stress bei Medizinstudierenden und ärztlichen Berufseinsteigenden.

- Forschungsdesiderate im Rahmen der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03244-2>
- Lamiani, G., Borghi, L. & Argentero, P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing. A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of health psychology*, 22 (1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/1359105315595120>
- Lamiani, G., Dordoni, P., Vegni, E. & Barajon, I. (2019). Caring for Critically Ill Patients. Clinicians' Empathy Promotes Job Satisfaction and Does Not Predict Moral Distress. *Frontiers in psychology*, 10, 2902. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02902>
- Lamiani, G., Setti, I., Barlascini, L., Vegni, E. & Argentero, P. (2017). Measuring Moral Distress Among Critical Care Clinicians. Validation and Psychometric Properties of the Italian Moral Distress Scale-Revised. *Critical care medicine*, 45 (3), 430–437. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002187>
- Lawrence, L. A. (2011). Work Engagement, Moral Distress, Education Level, and Critical Reflective Practice in Intensive Care Nurses. *Nursing Forum* (Volume 46, No. 4).
- Li, J., Weigl, M., Glaser, J., Petru, R., Siegrist, J. & Angerer, P. (2013). Changes in Psychosocial Work Environment and Depressive Symptoms: A Prospective Study in Junior Physicians. *AMERICAN JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE* (56), 1414–1422.
- Liu, C. & Spector, P. E. (2005). International and Cross Cultural Issues. In *Handbook of Work Stress* (S. 487–516). 2455 Teller Road, Thousand Oaks California 91320 United States: SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412975995.n20>
- Loos, S. & Zich, M. A. K. (2019). Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. *Bertelsmann Stiftung*. Verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Bericht_KH-Landschaft_final.pdf
- Lütznén, K., Dahlqvist, V., Eriksson, S. & Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing ethics*, 13 (2), 187–196. <https://doi.org/10.1191/0969733006ne837oa>
- Lütznén, K. & Kvist, B. E. (2012). Moral distress. A comparative analysis of theoretical understandings and inter-related concepts. *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*, 24 (1), 13–25. <https://doi.org/10.1007/s10730-012-9178-9>
- Mackenbach, J. P. (2017). Persistence of social inequalities in modern welfare states. Explanation of a paradox. *Scandinavian journal of public health*, 45 (2), 113–120. <https://doi.org/10.1177/1403494816683878>
- Maffoni, M., Sommovigo, V., Giardini, A., Paolucci, S. & Setti, I. (2020). Dealing with ethical issues in rehabilitation medicine. The relationship between managerial support and emotional exhaustion is mediated by moral distress and enhanced by positive affectivity and resilience. *Journal of nursing management*, 28 (5), 1114–1125. <https://doi.org/10.1111/jonm.13059>
- Marckmann, G. & Maschmann, J. (2017). Ethische Mangelverwaltung. *Deutsches Ärzteblatt international*.
- Mata, D. A., Ramos, M. A., Bansal, N., Khan, R., Guille, C., Di Angelantonio, E. et al. (2015). Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 314 (22), 2373–2383. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15845>
- McAndrew, N. S., Leske, J. S. & Garcia, A. (2011). Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 18 (4), 221–230. <https://doi.org/10.1097/JTN.0b013e31823a4a12>

- Medical Professionalism Project (2002). Medical professionalism in the new millennium. A physicians' charter. *The Lancet*, 359 (9305), 520–522. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07684-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07684-5)
- Mehlis, K., Bierwirth, E., Laryionava, K., Mumm, F. H. A., Hiddemann, W., Heußner, P. et al. (2018). High prevalence of moral distress reported by oncologists and oncology nurses in end-of-life decision making. *Psycho-oncology*, 27 (12), 2733–2739. <https://doi.org/10.1002/pon.4868>
- Monrouxe, L. V., Rees, C. E., Dennis, I. & Wells, S. E. (2015). Professionalism dilemmas, moral distress and the healthcare student. Insights from two online UK-wide questionnaire studies. *BMJ open*, 5 (5), e007518. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007518>
- Monteverde, S. (2019). Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. *Ethik in der Medizin*, 31 (4), 345–360. <https://doi.org/10.1007/s00481-019-00548-z>
- Morley, G., Bradbury-Jones, C. & Ives, J. (2020). What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing ethics*, 1297–1314. <https://doi.org/10.1177/0969733019874492>
- Morley, G., Bradbury-Jones, C. & Ives, J. (2021). Reasons to redefine Moral Distress. A feminist empirical bioethics analysis. *Bioethics*, 61–71. <https://doi.org/10.1111/bioe.12783>
- Moser, S. A. & Monteverde, S. (2016). Moralischer Stress und was dagegen hilft. *thieme/intensiv*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-110558>
- Moss, M., Good, V. S., Gozal, D., Kleinpell, R. & Sessler, C. N. (2016). A Critical Care Societies Collaborative Statement. Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. A Call for Action. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 194 (1), 106–113. <https://doi.org/10.1164/rccm.201604-0708ST>
- Musschenga, B. (2009). Was ist empirische Ethik? *Ethik in der Medizin*, 21 (3), 187–199. <https://doi.org/10.1007/s00481-009-0025-8>
- Musto, L. C. & Rodney, P. A. (2016). Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action. Using a critical realist approach to studying moral distress. *Nursing philosophy : an international journal for healthcare professionals*, 17 (2), 75–87. <https://doi.org/10.1111/nup.12104>
- Narayanan, L., Menon, S. & Specter, P. (1999). A Cross-Cultural Comparison of Job Stressors and Reactions Among Employees Holding Comparable Jobs in Two Countries. *International Journal of Stress Management* (Vol. 6. No. 3), 197–212.
- Nathaniel, A. K. (2006). Moral reckoning in nursing. *Western journal of nursing research*, 28 (4), 419–38; discussion 439–48. <https://doi.org/10.1177/0193945905284727>
- Neitzke, G. (2007). *Ethische Konflikte im Klinikalltag. Ergebnisse einer empirischen Studie* (Medizinethische Materialien, Bd. 177, 1. Aufl.). Bochum: Ruhr-Universität Bochum Zentrum für Med. Ethik.
- Nejadsarvari, N., Abbasi, M., Borhani, F., Ebrahimi, A., Rasooli, H., Kalantar Motamedi, M. H. et al. (2015). Relationship of Moral Sensitivity and Distress Among Physicians. *Trauma monthly*, 20 (2), e26075. <https://doi.org/10.5812/traumamon.26075>
- Neumann, J. L., Mau, L.-W., Virani, S., Denzen, E. M., Boyle, D. A., Boyle, N. J. et al. (2018). Burnout, Moral Distress, Work-Life Balance, and Career Satisfaction among Hematopoietic Cell Transplantation Professionals. *Biology of blood and marrow transplantation : journal of the American Society for Blood and Marrow Transplantation*, 24 (4), 849–860. <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2017.11.015>
- Neuraz, A., Guérin, C., Payet, C., Polazzi, S., Aubrun, F., Dailier, F. et al. (2015). Patient Mortality Is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU. A Multicenter Observational Study. *Critical care medicine*, 43 (8), 1587–1594. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001015>
- Nothacker, M., Busse, R., Elsner, P., Fölsch, U. R., Gogol, M., Jungehülsing, G. J. et al. (2019). Medizin und Ökonomie – Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und

- ressourcenbewusste Versorgung. *Dermatologie in Beruf und Umwelt*, 67 (04), 63–72.
<https://doi.org/10.5414/DBX00341>
- Ochmann, R. & Albrecht, M. (2019). Zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung. *Bertelsmann Stiftung*. Verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Entwicklung_GKV_Finanzierung.pdf
- Ohnishi, K., Ohgushi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., Kitaoka, K. et al. (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing ethics*, 17 (6), 726–740.
<https://doi.org/10.1177/0969733010379178>
- Olson, L. L. (1998). Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate of Their Work Setting. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP* (30:4), 345–349.
- Papathanassoglou, E. D. E., Karanikola, M. N. K., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C. & Albarran, J. W. (2012). Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 21 (2), e41-52. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012205>
- Pergert, P., Bartholdson, C., Blomgren, K. & Af Sandeberg, M. (2018). Moral distress in paediatric oncology. Contributing factors and group differences. *Nursing ethics*, 969733018809806.
<https://doi.org/10.1177/0969733018809806>
- Prentice, T. M. & Gillam, L. (2018). Can the Ethical Best Practice of Shared Decision-Making lead to Moral Distress? *Journal of bioethical inquiry*, 15 (2), 259–268. <https://doi.org/10.1007/s11673-018-9847-8>
- Rabinstein, A. A. (2009). Ethical dilemmas in the neurologic ICU: withdrawing life-supportmeasures after devastating brain injury. *Critical Care Neurology* (Vol.15 No.3), 13–25.
- Raeve, L. de (1998). Maintaining Integrity Through Clinical Supervision. *Nursing ethics* (6), 486–496.
- Raspe, M., Koch, P., Zilezinski, M., Schulte, K., Bitzinger, D., Gaiser, U. et al. (2020). Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegenden in deutschen Krankenhäusern. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63 (1), 113–121. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03057-y>
- Reifferscheid, A., Pomorin, N. & Wasem, J. (2015). Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, 140 (13), e129-35.
<https://doi.org/10.1055/s-0041-102550>
- Rester, C., Grebe, C., Bauermann, E., Pankofer, R. & Bleyer, B. (2017). Klinische Ethikberatung und subjektive Belastungen von Mitarbeitern in der unmittelbaren Patientenversorgung. *HeilberufeScience*, 8 (1), 3–9. <https://doi.org/10.1007/s16024-016-0290-7>
- Riessen, R., Markewitz, A., Grigoleit, M., Karagiannidis, C., Waydhas, C., van den Hooven, T. et al. (2019). Diskussionspapier für eine Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland aus der Perspektive der Intensivmedizin. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*.
<https://doi.org/10.1007/s00063-019-00629-3>
- Rohrmann, B. (1978). Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie* (9), 222–245.
- Romani, M. & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, 9 (1), 23556.
<https://doi.org/10.3402/ljm.v9.23556>
- Rosenbaum, J. R., Bradley, E. H., Holmboe, E. S., Farrell, M. H. & Krumholz, H. M. (2004). Sources of ethical conflict in medical housestaff training. A qualitative study. *The American journal of medicine*, 116 (6), 402–407. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2003.09.044>
- Sajjadi, S., Norena, M., Wong, H. & Dodek, P. (2017). Moral distress and burnout in internal medicine residents. *Canadian Medical Education Journal* (8 (1)), e36-e43.

- Salsberg, E. S. & Forte, G. J. (2002). Trends In The Physician Workforce, 1980–2000. A review of the evidence indicates that there is no physician surplus in the United States and that numbers of primary care physicians may have reached a plateau. *Health Affairs* (Volume 21, No 5), 165–173.
- Sauerland, J., Marotta, K., Peinemann, M. A., Berndt, A. & Robichaux, C. (2014). Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1. *Dimensions of critical care nursing : DCCN*, 33 (4), 234–245. <https://doi.org/10.1097/DCC.000000000000050>
- Schmidt, K. W. (2020). Der Umgang mit belastenden Ereignissen als organisationsethische Herausforderung am Beispiel „Behandlungsfehler“. *Ethik in der Medizin : Organ der Akademie für Ethik in der Medizin*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00481-020-00596-w>
- Schrepel, C., Jauregui, J., Brown, A., Shandro, J. & Strote, J. (2019). Navigating Cognitive Dissonance. A Qualitative Content Analysis Exploring Medical Students' Experiences of Moral Distress in the Emergency Department. *AEM education and training*, 3 (4), 331–339. <https://doi.org/10.1002/aet2.10380>
- Schwarzkopf, D., Rüddel, H., Thomas-Rüddel, D. O., Felfe, J., Poidinger, B., Matthäus-Krämer, C. T. et al. (2017). Perceived Nonbeneficial Treatment of Patients, Burnout, and Intention to Leave the Job Among ICU Nurses and Junior and Senior Physicians. *Critical care medicine*, 45 (3), e265–e273. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002081>
- Schwenzer, K. J. & Wang, L. (2006). Assessing moral distress in respiratory care practitioners. *Critical care medicine*, 34 (12), 2967–2973. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000248879.19054.73>
- Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Hasan, O., Satele, D., Sloan, J. et al. (2016). Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional Satisfaction. *Mayo Clinic proceedings*, 91 (7), 836–848. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.05.007>
- Sprung, C. L., Ricou, B., Hartog, C. S., Maia, P., Mentzelopoulos, S. D., Weiss, M. et al. (2019). Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016. *JAMA*, 1–12. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14608>
- Sturm, H., Rieger, M. A., Martus, P., Ueding, E., Wagner, A., Holderried, M. et al. (2019). Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes. A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PloS one*, 14 (1), e0209487. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209487>
- Taylor, R. M. (2013). Ethical principles and concepts in medicine. *Handbook of clinical neurology*, 118, 1–9. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53501-6.00001-9>
- Thurn, T. & Anneser, J. (2020). Medical Students' Experiences of Moral Distress in End-of-Life Care. *Journal of palliative medicine*, 23 (1), 116–120. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0049>
- Traner, C. B., Tolchin, D. W. & Tolchin, B. (2018). Medical Ethics Education for Neurology Residents. Where Do We Go from Here? *Seminars in neurology*, 38 (5), 497–504. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667381>
- Vaidis, D. C. & Bran, A. (2019). Respectable Challenges to Respectable Theory. Cognitive Dissonance Theory Requires Conceptualization Clarification and Operational Tools. *Frontiers in psychology*, 10, 1189. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01189>
- Varcoe, C., Pauly, B., Webster, G. & Storch, J. (2012). Moral distress. Tensions as springboards for action. *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*, 24 (1), 51–62. <https://doi.org/10.1007/s10730-012-9180-2>
- Veer, A. J. E. de, Francke, A. L., Struijs, A. & Willems, D. L. (2013). Determinants of moral distress in daily nursing practice. A cross sectional correlational questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 50 (1), 100–108. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017>

- Wands, B. A. (2018). A survey of moral distress in certified registered nurse anesthetists. A theoretical perspective for change in ethics education for advance practice nurses. *International journal of nursing sciences*, 5 (2), 121–125. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.006>
- Wehkamp, K.-H. & Naegler, H. (2017). The Commercialization of Patient-Related Decision Making in Hospitals. *Deutsches Arzteblatt international*, 114 (47), 797–804. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0797>
- Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G. & Fisher, J. M. (2015). Moral distress among healthcare professionals. Report of an institution-wide survey. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 47 (2), 117–125. <https://doi.org/10.1111/jnu.12115>
- Wilkinson, J. M. (1987). Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nursing Forum* (Vol. 23, Issue 1), 16–29.
- Wocial, L. D. & Weaver, M. T. (2013). Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress. The Moral Distress Thermometer. *Journal of advanced nursing*, 69 (1), 167–174. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06036.x>
- Yarling, R. R. & McElmurry, B. J. (1986). The moral foundation of nursing. *Advances in Nursing Science* (8), 63–73.

Anhang

A1 Qualitativer Fragebogen (Vorstudie):

1. Was belastet Sie am meisten bei Ihrer Arbeit?
2. Wie würden Sie ethische Konflikte/Fragestellungen definieren?
3. Mit welchen ethischen Konflikten werden Sie im Alltag konfrontiert?
4. Inwieweit belastet Sie dies?
5. Welche Unterstützung würden Sie sich bei ethischen Konflikten wünschen?
6. Inwieweit können Sie Ihre Werte und Ideale (bspw. bei der Berufswahl / im Studium) im klinischen Alltag umsetzen?
7. Was möchten Sie verändern?
8. In welchem Ausbildungsjahr sind Sie?

A2 Originalitems der bestehenden Fragebögen und Analyseprozess

Tabelle 8: Itemanalyse

Items bzw. Ergebnisse der herangezogenen Fragebögen bzw. qualitative Studie und Aufteilung in das genannte ethische Themenfeld und den potenziellen Begrenzungsaspekt ethischen Handelns

Quelle	Originalitem	Ethisches Prinzip	Begrenzungsfaktor	Bemerkung
Hamric et al., 2012 (Hamric, Borchers & Epstein, 2012)	Provide less than optimal care due to pressures from administrators or insurers to reduce costs.	- Optimale Behandlung ermöglichen	- Vorgaben der Verwaltung oder Versicherungen	
	Witness healthcare providers giving "false hope" to the patient or family.	- Die Wahrheit über den Behandlungsverlauf sagen		
	Follow the family's wishes to continue life support even though I believe it is not in the best interest of the patient.	- Auch palliative Therapiekonzepte in Betracht ziehen	- Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen	
	Initiate extensive life-saving actions when I think they only prolong death	- Auch palliative Therapiekonzepte in Betracht ziehen		
	Follow the family's request not to discuss death with a dying patient who asks about dying	- Die Wahrheit über den Behandlungsverlauf sagen	- Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen	
	Feel pressure from others to order what I consider to be unnecessary tests and treatments.	- Keine Überdiagnostik oder -therapie durchführen	- Druck von anderen	
	Continue to participate in care for a hopelessly ill person who is being sustained on a ventilator, when no one will make a decision to withdraw support.	- Auch palliative Therapiekonzepte in Betracht ziehen	- Entscheidungsdiffusion im Behandlungsteam	
	Avoid taking action when I learn that a physician or nurse colleague has made a medical error and does not report it.	- Behandlungsfehler aufarbeiten		
	Assist another physician who in my opinion is providing incompetent care.	- Optimale Behandlung ermöglichen		
	Be required to care for patients I don't feel qualified to care for.	- Optimale Behandlung ermöglichen	- Fehlende Qualifizierung meinerseits	
	Let medical students perform painful procedures on patients solely to increase their skill.	- Unnötiges Leiden vermeiden	- Lernzwecke	
	Provide care that does not relieve the patient's suffering because I fear that increasing the dose of pain medication will cause death.	- Unnötiges Leiden vermeiden	- Grenzen der medizinischen Behandlungsoptionen	Es scheint sich hierbei vielmehr um ein Dilemma (gegeben man akzeptiert die Grenzen der aktuell möglichen medizinischen Behandlung) statt um eine externe Handlungsbegrenzung zu handeln.
	Request nurses or others not to discuss the patient's prognosis with the patient or family.	- Die Wahrheit über den Behandlungsverlauf sagen		

	Increase the dose of sedatives/opiates for an unconscious patient that I believe could hasten the patient's death.	<ul style="list-style-type: none"> - Unnötiges Leiden vermeiden - Beim nicht-einwilligungsfähigen Patienten*in nach dessen*deren mutmaßlichem Willen handeln - Auch palliative Therapieziele in Betracht ziehen 		Auch dieses Item kann als Dilemmasituation innerhalb der Grenzen der aktuell gegebenen Behandlungsoptionen verstanden werden.
	Take no action about an observed ethical issue because the involved staff member or someone in a position of authority requested that I do nothing.		<ul style="list-style-type: none"> - Strenge Hierarchien 	
	Follow the family's wishes of the patient's care when I do not agree with them, but do so because of fears of a lawsuit.		<ul style="list-style-type: none"> - Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen - Angst vor juristischen Konsequenzen 	
	Work with nurses or other healthcare providers who are not as competent as the patient care requires.	<ul style="list-style-type: none"> - Optimale Behandlung ermöglichen 	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Qualifizierung von Ärztlichen Kolleg*innen oder Kolleg*innen anderer Berufsgruppen 	
	Witness diminished patient care quality due to poor team communication.	<ul style="list-style-type: none"> - Optimale Behandlung ermöglichen 	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlkommunikation im ärztlichen Team 	
	Ignore situations in which patients have not been given adequate information to insure informed consent.	<ul style="list-style-type: none"> - Nur Diagnostik und Therapie durchführen, in welche der*die Patient*in informiert eingewilligt hat 		
	Watch patient care suffer because of a lack of provider continuity.	<ul style="list-style-type: none"> - Optimale Behandlung ermöglichen 	<ul style="list-style-type: none"> - Wechselnde ärztliche Zuständigkeit 	
	Work with levels of nurse or other care provider staffing that I consider unsafe.		<ul style="list-style-type: none"> - Zu wenig Personal im Gesundheitssektor 	
Førde und Aasland 2008 (Førde & Aasland, 2008)	The patient who "cries loudest" gets more or quicker treatment	<ul style="list-style-type: none"> - Gleichheit der Behandlung für alle Patient*innen 		
	Patients must wait long for treatment	<ul style="list-style-type: none"> - Optimale Behandlung ermöglichen 		
	The care for patients suffers due to time constraints		<ul style="list-style-type: none"> - Zeitmangel 	
	Patients who should be hospitalised in other institutions take up place for others		<ul style="list-style-type: none"> - Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationär Versorgung) 	
	A great deal of the working day is spent on administration and documentation		<ul style="list-style-type: none"> - Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationslast 	
	Patients are not treated adequately due to economical limitations		<ul style="list-style-type: none"> - Mangel an Ressourcen - Vorgaben der Verwaltung 	
	Treatment not likely to be effective, is given	<ul style="list-style-type: none"> - Keine Übertherapie durchführen 		
	Elderly patients are not prioritised			
	I must sometimes act against my conscience'			Dies beschreibt im weitesten Sinne MoS.

Rosenbaum et al., 2004 (Rosenbaum et al., 2004)	Telling the truth. Residents reported having to compromise in telling the truth. This involved many ways of manipulating information, including delaying, framing, or omitting information. At times it also involved lying. Some residents reported that this behavior was due to pressure from attending physicians; others described pressure from families, patients, or peers. The types of information about which residents failed to tell the truth ranged from diagnoses and prognoses to how experienced they were with specific procedures. Conflicts arose from disagreements over how much information to disclose, who should disclose, and when to disclose.	- Die Wahrheit über den Behandlungsverlauf sagen	- Vorgaben von Vorgesetzten - Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen	
	Respecting patients' wishes. Residents desired to respect the patients' autonomy by learning their wishes and by making efforts to ensure that their treatment decisions were respected, often regarding decisions near the end of life. Sometimes they were unable to ensure that the patient's wishes were being respected because the medical team, patient, or family did not agree on what those wishes were or whether they were in the patient's best interest.	- Nach dem Patientenwillen handeln	- Vorgaben von Vorgesetzten - Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen	
	Preventing harm. Several residents mentioned experiencing conflicts when patients were harmed by the care provided by the residents. One aspect of this distress stemmed from residents confronting the inherent risks of medicine, including adverse events or side effects of necessary, although risky, treatments or procedures. In other instances, the concern was about harm to the patient resulting from the educational process. Sometimes the residents perceived incentives to do procedures to gain experience, which involves the inherent risks of the procedure as well as the risks due to the limited experience of the resident performing the procedure.	- Unnötiges Leiden vermeiden	- Risiko und Nebenwirkungen von Behandlungen - Maßnahmen zur Lehr- oder Lernzwecken	
	Managing the limits of one's competence. The house officers also reported discomfort related to feeling inadequately prepared to perform their duties and how to handle this discomfort. The residents' concerns over their own competence were exacerbated by concerns about whether patients, peers, or attending physicians viewed them as competent. Due to concern over the perception of others, especially the superiors who evaluated them, residents described pressure to act as though they were more experienced than they perceived that they were. Some		- Fehlende Qualifizierung meinerseits	

	residents reported realizing their limitations but having difficulty admitting their shortcomings.			
	Addressing the performance of others that is perceived to be inappropriate. Residents experienced conflict when they thought a peer's or attending physician's performance was inappropriate or inadequate. Several residents described the tension of balancing their professional responsibility to challenge, intervene, or report the inappropriate or inadequate behavior with the need for approval and acceptance by colleagues. Some residents described acquiescing to the superior's wish, often subjugating their values to the attending physician's demands.		<ul style="list-style-type: none"> - Strenge Hierarchie - Fehlende Kommunikations-Diskussionskultur 	

A3 Evaluationsbogen der Testphase




Die folgenden Fragen sind wortwörtlich aus dem Onlinefragebogen übernommen:

1. Wie lange haben Sie gebraucht, um den Fragebogen zu bearbeiten?
2. War der Inhalt und die Fragen des Fragebogens verständlich?
3. Hätten Sie freiwillig an der Studie teilgenommen, hätte Ihnen jemand den Link zum Onlinefragebogen geschickt?
4. Hätten Sie den Fragebogen bis zum Ende bearbeitet?
5. Wäre es Ihnen lieber gewesen, man hätte bei der Liste mit den Ursachen nur eine Ursache ankreuzen dürfen?
6. Sonstige Anmerkungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge:

A4 Fragebogen

Es ist zu beachten, dass in der Papierform bei der Beschriftung der Frequenz-Skala nur „seltener“ anstatt „seltener als monatlich“ steht. Im Onlineformat war dies richtig angegeben.

MUSTER

EvaSys	Moral Distress in der Neurologie	
UkSH Kiel	HL Hildesheim; A Rogge; D Berg	
Klinik für Neurologie	Fragebogen Stand 17. Februar 2019	

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

Liebe Assistenzärztinnen und Assistenzärzte,

Im Rahmen meiner Doktorarbeit möchte ich die Arbeitsbedingungen von Assistenzärzten und Assistenzärztinnen in der Neurologie untersuchen. Wir interessieren uns dabei für Situationen, in denen Sie davon abgehalten werden, sich so zu verhalten, wie Sie es für richtig halten. Bei der Beantwortung der Fragen gibt es kein richtig oder falsch, wir fragen nach Ihrer subjektiven Meinung!

Mit den Ergebnissen der Studie erhoffen wir, einen Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zur Ursachenerforschung von Belastung im klinischen Arbeitsalltag zu liefern.

Die Ergebnissen schicken wir Ihnen nach Abschluss der Studie gerne zu. Dazu genügt eine formlose Anfrage per E-Mail an: Hanna.Hildesheim@uksh.de.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datenschutzrechtliche Informationen

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig, sie haben das Recht, diese jederzeit ohne Angaben von Gründen zu beenden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

In dieser anonymen Studie fragen wir nach ihrer persönlichen Meinung und Empfinden bestimmter Situationen ihrer ärztlichen Tätigkeit. Im Anschluss werden wir einige Daten zu ihrer Person erheben (Alter, Geschlecht, Jahr ihrer Weiterbildung und Zeitraum ihrer ärztlichen Tätigkeit, durchschnittliche Arbeitsstunden pro Woche, Art und Träger ihres Arbeitgebers). Ihr Name oder der Name und Ort Ihres Arbeitgebers werden nicht erfasst. Die Daten werden durch Vergabe eines individuellen Tans anonymisiert elektronisch gespeichert und ausgewertet. Es besteht keine Möglichkeit Rückschlüsse auf Ihre Person oder Ihren Arbeitgeber zu ziehen. Zugriff auf die anonymisierten Daten haben nur Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Studie. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Daten sind vor fremden Zugriff geschützt. Zur Verarbeitung der Daten werden gegebenenfalls Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Instituts für Medizinische Informatik und Statistik, CAU Kiel, Zugriffsrechte gewährt. Auch diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und Ihre Daten vor weiteren Zugriffen geschützt.

Für die Datenverarbeitung verantwortlich ist Prof. Dr. Daniela Berg, Klinik für Neurologie UkSH Kiel. Bei Nachfragen oder Beschwerden wenden Sie sich bitte an Hanna Hildesheim (Hanna.Hildesheim@uksh.de) oder den zuständigen Datenschutzbeauftragten Dr. Stefan Reuschke (Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Kontakt: datenschutzbeauftragter@uksh.de). Die zuständige Datenschutzbehörde ist das unabhängige Landesamt für Datenschutz Schleswig-Holstein. Die Löschung der Daten erfolgt sechs Monate nach Veröffentlichung der Studienergebnisse. Die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes werden eingehalten. Da die Daten jedoch anonym erhoben werden, ist eine Löschung oder Widerruf ihrer Daten vor Löschung des gesamten Datensatzes nicht möglich.

MUSTER

Datenschutzrechtliche Informationen [Fortsetzung]

Ich erkläre mich hiermit einverstanden mit den Bedingungen der Teilnahme an dieser Studie. Ich wurde über meine Datenschutzrechte informiert. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner anonymen Daten, sowie deren Übermittlung im Rahmen der Studie bin ich ebenfalls einverstanden.

Ich bin einverstanden.

Ich bin nicht einverstanden.

Ein Patienten- oder Angehörigengespräch sollte so lange gestaltet werden können, wie es geboten erscheint.

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung:

ja

nein

weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0 seltener als monatlich 2 wöchentlich 3 mehrmals wochen

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.) | <input type="checkbox"/> Steigende Patientenzahl | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen |
| <input type="checkbox"/> Zu wenig Personal im Gesundheitssektor | <input type="checkbox"/> Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung meinerseits |
| <input type="checkbox"/> Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation im ärztlichen Team | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen |
| <input type="checkbox"/> Angst vor juristischen Konsequenzen | <input type="checkbox"/> Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen |
| <input type="checkbox"/> Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.) |
| <input type="checkbox"/> Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen | <input type="checkbox"/> Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel) | <input type="checkbox"/> andere Ursachen |

andere Ursachen:

MUSTER

Ein Patienten- oder Angehörigengespräch sollte so lange gestaltet werden können, wie es geboten erscheint. [Fortsetzung]

nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

Anmerkungen:

Es sollte nur Diagnostik betrieben werden, die unerlässlich für die Diagnosestellung, das Verständnis der Beschwerden oder die Therapiekontrolle ist.

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung: ja nein weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0 seltener als 1 monatlich 2 wöchentlich 3 mehrmals wöchentlich 4

MUSTER

Es sollte nur Diagnostik betrieben werden, die unerlässlich für die Diagnosestellung, das Verständnis der Beschwerden oder die Therapiekontrolle ist. [Fortsetzung]

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zu wenig Personal im Gesundheitssektor | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen | <input type="checkbox"/> Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.) |
| <input type="checkbox"/> Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation im ärztlichen Team | <input type="checkbox"/> Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht |
| <input type="checkbox"/> Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung meinerseits | <input type="checkbox"/> Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten |
| <input type="checkbox"/> Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel) | <input type="checkbox"/> Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.) | <input type="checkbox"/> Angst vor juristischen Konsequenzen |
| <input type="checkbox"/> Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen | <input type="checkbox"/> Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen |
| <input type="checkbox"/> Steigende Patientenzahl | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen | <input type="checkbox"/> andere Ursachen |

andere Ursachen:

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

- nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4
-

Anmerkungen:

MUSTER

Bei einem einwilligungsfähigen Patienten oder einer einwilligungsfähigen Patientin sollte nur Diagnostik betrieben werden, zu der er oder sie informiert eingewilligt hat.

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung: ja nein weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0 seltener als monatlich 2 wöchentlich 3 mehrmals wöchentlich

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht
- Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.)
- Steigende Patientenzahl
- Fehlende Qualifizierung meinerseits
- Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen
- Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen
- Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.)
- Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel)
- Zu wenig Personal im Gesundheitssektor
- Angst vor juristischen Konsequenzen
- Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.)
- Fehlkommunikation im ärztlichen Team
- Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen
- Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten
- Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen
- Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen
- Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.)
- andere Ursachen

andere Ursachen:

nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4

MUSTER

EvaSys

Moral Distress in der Neurologie

Electric Paper
EVALUATIONSSYSTEME

Bei einem einwilligungsfähigen Patienten oder einer einwilligungsfähigen Patientin sollte nur Diagnostik betrieben werden, zu der er oder sie informiert eingewilligt hat. [Fortsetzung]

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

Anmerkungen:

Es sollten nur Therapien oder Therapieversuche durchgeführt werden, für die ein klar formuliertes Therapieziel erreichbar erscheint.

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung:

ja

nein

weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0 seltener als monatlich 2 wöchentlich 3 mehrmals wochen

MUSTER

Es sollten nur Therapien oder Therapieversuche durchgeführt werden, für die ein klar formuliertes Therapieziel erreichbar erscheint. [Fortsetzung]

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen | <input type="checkbox"/> Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.) | <input type="checkbox"/> Zu wenig Personal im Gesundheitssektor |
| <input type="checkbox"/> Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.) | <input type="checkbox"/> Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.) | <input type="checkbox"/> Steigende Patientenzahl |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung meinerseits | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation im ärztlichen Team | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen |
| <input type="checkbox"/> Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen | <input type="checkbox"/> Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht |
| <input type="checkbox"/> Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel) | <input type="checkbox"/> Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen | <input type="checkbox"/> Angst vor juristischen Konsequenzen |
| <input type="checkbox"/> Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen | <input type="checkbox"/> andere Ursachen |

andere Ursachen:

- nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4
-

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

Anmerkungen:

Bei einem einwilligungsfähigen Patienten oder einer einwilligungsfähigen Patientin sollten nur Therapien betrieben werden, zu denen er oder sie informiert eingewilligt hat.

MUSTER

Bei einem einwilligungsfähigen Patienten oder einer einwilligungsfähigen Patientin sollten nur Therapien betrieben werden, zu denen er oder sie informiert eingewilligt hat. [Fortsetzung]

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung: ja nein weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0 seltener als monatlich 2 wöchentlich 3 mehrmals wöchentlich 4

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- Angst vor juristischen Konsequenzen
- Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.)
- Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.)
- Steigende Patientenzahl
- Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht
- Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.)
- Zu wenig Personal im Gesundheitssektor
- Fehlende Qualifizierung meinerseits
- Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen
- Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen
- Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen
- Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen
- Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten
- Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel)
- Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.)
- Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen
- Fehlkommunikation im ärztlichen Team
- andere Ursachen

andere Ursachen:

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4

MUSTER

EvaSys

Moral Distress in der Neurologie

Electric Paper
EVALUATIONSSYSTEME

Bei einem einwilligungsfähigen Patienten oder einer einwilligungsfähigen Patientin sollten nur Therapien betrieben werden, zu denen er oder sie informiert eingewilligt hat. [Fortsetzung]

Anmerkungen:

Der nicht-einwilligungsfähige-Patient oder die nicht-einwilligungsfähige Patientin sollte in Zusammenarbeit mit Angehörigen, einer Patientenverfügung und/oder einem Betreuer oder einer Betreuerin nach seinem oder ihrem mutmaßlichen Willen behandelt werden.

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung: ja nein weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0	seltener als	monatlich 2	wöchentlich 3	mehrmals wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

Der nicht-einwilligungsfähige-Patient oder die nicht-einwilligungsfähige Patientin sollte in Zusammenarbeit mit Angehörigen, einer Patientenverfügung und/oder einem Betreuer oder einer Betreuerin nach seinem oder ihrem mutmaßlichen Willen behandelt werden. [Fortsetzung]

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von Kollegen anderer Berufsgruppen | <input type="checkbox"/> Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung meinerseits |
| <input type="checkbox"/> Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.) | <input type="checkbox"/> Zu wenig Personal im Gesundheitssektor | <input type="checkbox"/> Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen | <input type="checkbox"/> Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen |
| <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation im ärztlichen Team | <input type="checkbox"/> Steigende Patientenzahl | <input type="checkbox"/> Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen |
| <input type="checkbox"/> Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen | <input type="checkbox"/> Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel) |
| <input type="checkbox"/> Angst vor juristischen Konsequenzen | <input type="checkbox"/> Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> andere Ursachen |

andere Ursachen:

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

- nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4
-

Anmerkungen:

MUSTER

Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Umstände, die zu Fehlern in der ärztlichen Betreuung geführt haben, sollen aufrichtig mit den Patienten und Patientinnen und ihren Angehörigen kommuniziert werden.

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung: ja nein weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0 seltener als monatlich 2 wöchentlich 3 mehrmals wochen

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/Stationswechsel)
- Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.)
- Zu wenig Personal im Gesundheitssektor
- Steigende Patientenzahl
- Fehlende Qualifizierung meinerseits
- Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht
- Fehlkommunikation im ärztlichen Team
- Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen
- Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.)
- Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen
- Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen
- Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen
- Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten
- Angst vor juristischen Konsequenzen
- Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen
- Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.)
- Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.)
- andere Ursachen

andere Ursachen:

nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4

Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Umstände, die zu Fehlern in der ärztlichen Betreuung geführt haben, sollen aufrichtig mit den Patienten und Patientinnen und ihren Angehörigen kommuniziert werden. [Fortsetzung]

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

Anmerkungen:

Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Umstände, die zu Fehlern in der ärztlichen Betreuung geführt haben, sollen aufrichtig im Team kommuniziert werden.

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung:

 ja nein weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0	seltener als	monatlich 2	wöchentlich 3	mehrmals wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Umstände, die zu Fehlern in der ärztlichen Betreuung geführt haben, sollen aufrichtig im Team kommuniziert werden. [Fortsetzung]

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.) | <input type="checkbox"/> Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.) | <input type="checkbox"/> Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht |
| <input type="checkbox"/> Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen |
| <input type="checkbox"/> Zu wenig Personal im Gesundheitssektor | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung meinerseits | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation im ärztlichen Team |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen |
| <input type="checkbox"/> Angst vor juristischen Konsequenzen | <input type="checkbox"/> Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel) | <input type="checkbox"/> Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.) |
| <input type="checkbox"/> Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen | <input type="checkbox"/> Steigende Patientenzahl | <input type="checkbox"/> andere Ursachen |

andere Ursachen:

nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

-

Anmerkungen:

Ein Patient oder eine Patientin sollte so lange auf der Station verweilen können, dass eine bestmögliche Behandlung der aktuellen Beschwerden möglich ist oder eine klare Perspektive für das weitere Prozedere feststeht.

MUSTER

Ein Patient oder eine Patientin sollte so lange auf der Station verweilen können, dass eine bestmögliche Behandlung der aktuellen Beschwerden möglich ist oder eine klare Perspektive für das weitere Prozedere feststeht. [Fortsetzung]

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung: ja nein weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0 seltener als monatlich 2 wöchentlich 3 mehrmals wöchentlich

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- Angst vor juristischen Konsequenzen
- Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht
- Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen
- Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen
- Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.)
- Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.)
- Steigende Patientenzahl
- Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen
- Fehlende Qualifizierung meinerseits
- Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.)
- Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen
- Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen
- Fehlkommunikation im ärztlichen Team
- Zu wenig Personal im Gesundheitssektor
- Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten
- Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.)
- Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel)
- andere Ursachen

andere Ursachen:

nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4

MUSTER

EvaSys

Moral Distress in der Neurologie

Electric Paper
EVALUATIONSYSTEME

Ein Patient oder eine Patientin sollte so lange auf der Station verweilen können, dass eine bestmögliche Behandlung der aktuellen Beschwerden möglich ist oder eine klare Perspektive für das weitere Prozedere feststeht. [Fortsetzung]

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

Anmerkungen:

Ein Patient oder eine Patientin sollte nur als letztes Mittel und so kurz wie möglich bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung fixiert oder medikamentös ruhiggestellt werden.

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung:

ja

nein

weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0	seltener als	monatlich 2	wöchentlich 3	mehrmals wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

Ein Patient oder eine Patientin sollte nur als letztes Mittel und so kurz wie möglich bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung fixiert oder medikamentös ruhiggestellt werden. [Fortsetzung]

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Steigende Patientenzahl | <input type="checkbox"/> Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen |
| <input type="checkbox"/> Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht | <input type="checkbox"/> Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.) | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen |
| <input type="checkbox"/> Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.) | <input type="checkbox"/> Zu wenig Personal im Gesundheitssektor | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung meinerseits |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen | <input type="checkbox"/> Angst vor juristischen Konsequenzen | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation im ärztlichen Team | <input type="checkbox"/> Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel) |
| <input type="checkbox"/> Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.) | <input type="checkbox"/> Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen | <input type="checkbox"/> andere Ursachen |

andere Ursachen:

- nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4
-

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

Anmerkungen:

MUSTER

Wenn davon auszugehen ist, dass das vom Patienten oder der Patientin intendierte Therapieziel (z.B. Leben ohne invasive Beatmung, Rückkehr in die Häuslichkeit) nicht mehr zu erreichen ist, sollten auch palliative Therapiekonzepte diskutiert werden.

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung: ja nein weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0 seltener als monatlich 2 wöchentlich 3 mehrmals wochen

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen | <input type="checkbox"/> Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation im ärztlichen Team |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen | <input type="checkbox"/> Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten |
| <input type="checkbox"/> Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel) | <input type="checkbox"/> Angst vor juristischen Konsequenzen | <input type="checkbox"/> Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen |
| <input type="checkbox"/> Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.) | <input type="checkbox"/> Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.) | <input type="checkbox"/> Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.) |
| <input type="checkbox"/> Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht | <input type="checkbox"/> Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.) | <input type="checkbox"/> Zu wenig Personal im Gesundheitssektor |
| <input type="checkbox"/> Steigende Patientenzahl | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung meinerseits | <input type="checkbox"/> andere Ursachen |

andere Ursachen:

nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4

Wenn davon auszugehen ist, dass das vom Patienten oder der Patientin intendierte Therapieziel (z.B. Leben ohne invasive Beatmung, Rückkehr in die Häuslichkeit) nicht mehr zu erreichen ist, sollten auch palliative Therapiekonzepte diskutiert werden. [Fortsetzung]

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

Anmerkungen:

Privat- und gesetzlich versicherte Patienten und Patientinnen sollten die gleiche ärztliche Versorgungsqualität geboten bekommen.

Nach diesem Prinzip würde ich gerne handeln, es entspricht meiner moralischen Überzeugung:

 ja nein weiß ich nicht

In den letzten drei Monaten wurde ich so häufig daran gehindert, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten:

nie 0	seltener als	monatlich 2	wöchentlich 3	mehrmals wochen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

Privat- und gesetzlich versicherte Patienten und Patientinnen sollten die gleiche ärztliche Versorgungsqualität geboten bekommen. [Fortsetzung]

Ursachen, die mich daran hindern, nach dem oben genannten Prinzip zu handeln (*bitte maximal drei ankreuzen*):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fehlkoordination mit anderen Fachdisziplinen | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von Kollegen und Kolleginnen anderer Berufsgruppen | <input type="checkbox"/> Mangel an Ressourcen (Betten, Apparaturen, Materialien, poststationäre Versorgung etc.) |
| <input type="checkbox"/> Zu wenig Personal im Gesundheitssektor | <input type="checkbox"/> Schlechte Verzahnung des ambulanten und klinischen Sektors (fehlende Vormedikationslisten, Fehlinanspruchnahme der Notaufnahmen etc.) | <input type="checkbox"/> Steigende Patientenzahl |
| <input type="checkbox"/> Anreizbildung des DRG-Systems (Verweildauern/ Abrechnungsboni, Aggravierung von Diagnosen zur besseren Abrechenbarkeit etc.) | <input type="checkbox"/> Zunehmende Bürokratisierung und Dokumentationspflicht | <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung meinerseits |
| <input type="checkbox"/> Wünsche und Erwartungen von Patientenangehörigen | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation mit anderen Berufsgruppen | <input type="checkbox"/> Fehlkommunikation im ärztlichen Team |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Unterstützung von meinen Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> Wechselnde ärztliche Zuständigkeiten (Schichtarbeit/ Stationswechsel) | <input type="checkbox"/> Angst vor juristischen Konsequenzen |
| <input type="checkbox"/> Fehlende Qualifizierung von ärztlichen Kollegen und Kolleginnen | <input type="checkbox"/> Vorgaben der Verwaltung (abrechnungstechnische Notwendigkeiten etc.) | <input type="checkbox"/> andere Ursachen |

andere Ursachen:

nicht 0 wenig 1 mittelmäßig 2 ziemlich 3 sehr 4

Wenn ich daran gehindert werde, mich nach dem oben genannten Prinzip zu verhalten, fühle ich mich belastet:

Anmerkungen:

Soziodemographische Daten

MUSTER

EvaSys

Moral Distress in der Neurologie

Electric Paper
EVALUATIONSSYSTEME

Soziodemographische Daten [Fortsetzung]

Wie alt sind Sie?

Was ist Ihr Geschlecht?

weiblich

männlich

divers

In welchem Weiterbildungsjahr sind Sie?

Wie viele Jahre sind Sie insgesamt nach Abschluss Ihres Studiums im ärztlichen Beruf tätig?

Wie viele Stunden arbeiten Sie ungefähr durchschnittlich pro Woche?

In was für einer Klinik arbeiten Sie?

Universitätsklinikum

Akutklinik

Rehabilitationsklinik

sonstiges

Wer ist der Träger Ihrer Klinik?

Öffentlich-rechtlicher Träger

Freigemeinnütziger Träger

Privater Träger

Weiß ich nicht

In den im Fragebogen genannten Konfliktsituationen finde ich Unterstützung (*Bitte maximal drei ankreuzen*):

bei Kollegen und Kolleginnen

bei Vorgesetzten

bei Freunden und Familie

in von meiner Station/Klinik angebotenen Gesprächs- oder Supervisionsrunden

bei der klinischen Ethikberatung

in Balintgruppen

sonstiges

sonstiges:

Würden Sie sich in den genannten Konfliktsituationen mehr Unterstützung wünschen?

ja

nein

weiß ich nicht

Ich würde mir mehr Unterstützung wünschen von:

Überlegen Sie den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen?

ja

nein

weiß ich nicht

Soziodemographische Daten [Fortsetzung]

- stimmt nicht 0
- stimmt wenig 1
- stimmt mittelmäßig 2
- stimmt ziemlich 3
- stimmt sehr 4

Die im Fragebogen genannten Konfliktsituationen sind ausschlaggebend für meine Überlegungen, den Bereich der stationären Krankenversorgung zu verlassen.

Gibt es andere, im Fragebogen nicht genannte Situationen, in denen sie davon abgehalten werden, sich nach Ihren moralischen Überzeugungen zu verhalten?

Anmerkungen und Ergänzungen:

Vielen Dank!