

COVID-19-Pandemie: Support durch klinisch-ethische Angebote

Psychische Belastungen von Gesundheitspersonal im Umgang mit moralischen Konflikten

Eine Handreichung für klinische Ethikberater*innen

Kathrin Knochel, Katja Kühlmeyer, Karl-H. Richstein, Annette Rogge¹

Kontakt: krichstein@web.de

31.03.2020

Abstract

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist verstärkt damit zu rechnen, dass Anfragen an klinische Ethikberater*innen gerichtet werden, bei denen der Umgang mit der psychischen Belastung von Mitarbeiter*innen von Krankenhäusern im Vordergrund steht. Angesichts des erhöhten, kontinuierlichen Bedarfs an medizinischer Versorgung sollten der aktive Schutz und Selbstschutz von Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen einen besonderen Stellenwert erhalten und das betrifft gleichermaßen ihre psychische wie ihre physische Gesundheit. Bei dem Angebot einer klinischen Ethikberatung, die auf eine Verständigung über die ethisch am besten begründete Behandlungsentscheidung ausgerichtet ist, wird die psychische Belastung der Beteiligten häufig nicht explizit adressiert. Eine Erweiterung des Unterstützungsangebots in diese Richtung wird derzeit kontrovers diskutiert. Ethikberater*innen können im Rahmen einer Fallberatung dadurch zur psychischen Entlastung der Teilnehmer*innen beitragen, indem sie a) adäquat mit Erfahrungsberichten belasteter Mitarbeiter*innen umgehen und b) auf bereits bestehende Strukturen, die zur Entlastung von Mitarbeiter*innen beitragen können, aufmerksam machen. Darüber hinaus kann es je nach Situation vor Ort notwendig sein, dass Klinische Ethikberater auf die Einrichtung von neuen Angebotsstrukturen hinwirken, um Mitarbeiter*innen mittel- und langfristig zu unterstützen.

¹ Die Autor*innen sind Mitglieder einer Ad-Hoc-Arbeitsgruppe in der AEM, die sich auf Anregung von Georg Marckmann hin im Anschluss an das erste Online-Meeting zu COVID-19 und klinische Ethikberatung am 19.03.2020 gebildet hat. Die Nennung der Autor*innen erfolgt in alphabetischer Reihenfolge. Arbeitsgruppen in der AEM sind offene Foren für den Austausch unterschiedlicher Standpunkte und Positionen. Der Inhalt der von ihnen veröffentlichten Beiträge wird allein von den genannten Autorinnen und Autoren verantwortet. Er repräsentiert nicht notwendigerweise die Meinung der AEM oder ihrer Organe.

Die COVID-19-Pandemie stellt Berufstätige in der Gesundheitsversorgung vor vielfältige Herausforderungen:

- Die Versorgung aller Patient*innen muss kontinuierlich und rasch an die aktuelle, sich ständig wandelnde Situation angepasst werden.
- Isolations- und Hygienemaßnahmen wirken sich ungünstig auf die Kommunikation zwischen Berufstätigen, Patient*innen und Angehörigen aus.
- Berufstätige im Gesundheitswesen arbeiten unter erhöhter Gefährdung ihrer selbst und ihres persönlichen Umfelds.
- Die aus infektiologischer Sicht notwendige soziale Distanzierung erschwert einen Austausch in Teams und Routinen kollegialer Entlastung.
- Ein Mangel an evidenzbasierten Prognosewerten und Therapieoptionen für Patient*innen mit COVID-19 erfordert Handeln unter Unsicherheit.
- Der vielerorts geforderte Perspektivenwechsel von patientenorientierter zu populationszentrierter Versorgung bringt ein besonderes moralisches Konfliktpotential mit sich.
- Einschränkungen des Versorgungsangebots aufgrund knapper Ressourcen können Entscheidungen gegen eine indizierte Behandlung bedeuten, die Ärzt*innen, Pfleger*innen und Teammitglieder aus anderen Gesundheitsberufen mitverantworten müssen.

Box 1: Definitionen

Kritisches Ereignis

Bei einem kritischen Ereignis wird das eigene Leben oder die Unversehrtheit oder das Leben/die Unversehrtheit einer Person in unmittelbarer Nähe als bedroht wahrgenommen.

Posttraumatischer Stress

Ein kritisches Ereignis kann so viel Stress erzeugen, dass danach die normale Verarbeitungsfähigkeit eines Menschen überfordert ist und sich sein Erregungszustand nicht mehr aus eigener Kraft normalisiert.

Second Victim support

Unterstützungsprogramm nach einem kritischen Ereignis o. Behandlungsfehler. Dabei ist:

Erstes Opfer (First Victim)

Von dem kritischen/unerwarteten Ereignis oder Fehler primär betroffene Person (meist ein*e Patient*in).

Zweites Opfer (Second Victim)

Medizinisches/pflegendes Personal, das ebenfalls Opfer wird, da es durch das Ereignis, das dem ersten Opfer widerfährt, ebenfalls traumatisiert wird.

Drittes Opfer (Third Victim)

Von dem kritischen Ereignis betroffene Institution/Organisation (z.B. Krankenhausträger).

Moralische Unsicherheit

Situation, in der Unsicherheit herrscht, worin das moralische Problem besteht oder welche Prinzipien, Werte oder moralische Pflichten handlungsleitend sein sollen.

Moralischer Konflikt

Situation, in der mehrere normative Faktoren (z.B. moralische Prinzipien, Werte oder Pflichten) kollidieren und unvereinbare Handlungen erfordern.

Einschränkung moralischen Handelns

Situation, in der eine moralische gebotene Handlung bekannt ist, aber äußere/innere Barrieren dazu führen, dass diese Handlung nicht ausgeführt wird.

Moralischer Stress

Reaktion auf moralisch herausfordernde Situationen. Dazu gehören moralische Unsicherheit, moralische Konflikte oder Einschränkungen moralischen Handelns. Man unterscheidet den initialen (auf die Situation direkt erlebten) und reaktiven (auf das nicht adäquate Handeln hin erlebten) moralischen Stress.

Die aktuelle Situation konfrontiert also Berufstätige im Gesundheitswesen einerseits mit kritischen und potentiell traumatischen Ereignissen und andererseits mit moralischen Herausforderungen. Moralische Konflikte und damit verbundene Einschränkungen individueller Handlungsmöglichkeiten können mit psychischer Belastung in Form von „moralischem Stress“ (*moral distress*) einhergehen.

Vor diesem Hintergrund ist verstärkt damit zu rechnen, dass Anfragen an klinische Ethikberater*innen gerichtet werden, bei denen der Umgang mit psychischer Belastung von Mitarbeiter*innen von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung im Vordergrund steht. Ethikberater*innen verfügen über besondere kommunikative und soziale Kompetenzen, die ihnen eine gute Basis für den adäquaten Umgang mit solchen Anfragen geben. Diese Handreichung soll Ansatzpunkte für den Umgang mit solchen Anfragen aufzeigen.

Umgang mit Anfragen

Beim Angebot einer (außer-)klinischen Ethikberatung, die auf eine Verständigung über die ethisch am besten begründete Behandlungsentscheidung ausgerichtet ist, wird die psychische Belastung der Beteiligten häufig nicht explizit, wohl aber implizit adressiert. Eine Erweiterung des Beratungsangebots in diese Richtung wird derzeit kontrovers diskutiert. Jede*r Ethikberater*in sollte die Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Angebots reflektieren.

Angebote der klinischen Ethikberatung können die Kommunikation über moralische Herausforderungen befördern, Menschen mit Gesundheitsberufen in Medizinethik weiterbilden und zu einem guten ethischen Klima einer Institution beitragen. Sie schützen dementsprechend vor einer Belastung durch moralischen Stress. Ethikberater*innen können im Rahmen ihrer ethischen Fallberatung zur psychischen Entlastung der Teilnehmer*innen beitragen, indem sie die Erfahrungsberichte der Mitarbeiter*innen empathisch anhören, ihre Belastung anerkennen, ihnen einen Begriff für die Verbalisierung ihrer Belastung geben, die Ursachen für die moralische Belastung gemeinsam herausarbeiten oder die Komplexität der gegenwärtigen Situation aufzeigen. Sie können auf die Entlastungsfunktion von Teamgesprächen hinweisen und darauf hinwirken, dass Gesprächsroutinen in angepasster Form aufrechterhalten werden.

Abhängig vom Problemschwerpunkt der Anfrage können Ethikberater*innen, Mitarbeiter*innen und Teams auf Angebotsstrukturen bei psychischer Belastung aufmerksam machen. Diese Vorschläge sollten vorsichtig gemacht werden, damit sie auch wirklich als Unterstützung verstanden werden können.

Dazu gehören zum Beispiel folgende Angebotsstrukturen:

- Angebote der (Klinik-)Seelsorge (z.B. Gespräch, Gottesdienst)
- Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements (z.B. Achtsamkeitstrainings)
- Klinikinterne Kriseninterventionsdienste für Patient*innen, An-/Zugehörige und Mitarbeiter*innen
- Angebote zur Supervision von Gesundheitspersonal (z.B. Einzel-, Team- und Fallsupervision)
- Angebote von Balint-Gruppen oder andere Formen der Intervention
- Angebote des Qualitäts- und Risikomanagements (z.B.: Critical Incident Reporting System, CIRS)

Einrichtung von zusätzlichen Angebotsstrukturen

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen, denen sie sich stellen müssen, sollte der aktive Schutz und Selbstschutz von Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen einen besonderen Stellenwert erhalten. Das betrifft gleichermaßen ihre psychische wie ihre physische Gesundheit. Aufgabe der (außer-)klinischen Ethikberatung kann es gegebenenfalls sein, auf den Ausbau oder die Bereitstellung von Angebotsstrukturen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung auf der Mikroebene (Team), der Mesoebene (Institution) und Makroebene (Politik) hinzuwirken, um möglichen gesundheitlichen Folgen von dauerhafter psychischer Belastung entgegen zu wirken.

Im Folgenden verweisen wir auf mögliche Angebote zur Reduktion von psychischen Belastungen bei Berufstätigen in der Gesundheitsversorgung. Einige Beispiele sind im Anschluss aufgelistet. Die Maßnahmen können danach unterschieden werden, ob sie einerseits darauf abzielen, die Verarbeitung von kritischen Ereignissen zu fördern und andererseits zum Ziel haben, moralischen Stress zu verringern. Für einige Ansätze bestehen Fort- und Weiterbildungsangebote, die zum Verständnis des Angebots beitragen und zu seiner Erbringung eine gute Grundlage bieten können.

1) Maßnahmen, die den Umgang mit psychischer Belastung aufgrund der Konfrontation mit kritischen Ereignissen adressieren

A) Krisenintervention für einzelne Mitarbeiter*innen

Beispiel: „Second Victim-Support Team“ (Seys et al. 2013, vgl. Box 1 Definitionen)

B) Psychologisches „Debriefing“ für Gruppen

- Stressbearbeitung in Gruppen nach kritischen, potentiell traumatisierenden Ereignissen.
- Diese Form ist bei Einsatzkräften wie Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten üblich, kann aber auch auf homogene Gruppe wie Stationsteams übertragen werden.
- Sie zielt darauf ab, einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) vorzubeugen.
- Einen erprobten Leitfaden für Gruppengespräche finden Sie auf www.aem-online.de.

2) Maßnahmen, die den Umgang mit moralischem Stress adressieren

A) Hilfe zur Selbsthilfe

Beispiel: „4As to Rise Above Moral Distress“ (nach AACN Ethics Work Group)

- Zielgruppe: Pflegende auf Intensivstationen, die Schwierigkeiten haben, die Ursachen von moralischem Stress anzugehen.
- Tool: Instrumente zur Selbstbeurteilung und zur Nutzen-Risiko-Einschätzung; Empowerment-Strategie, um Personen in die Lage zu versetzen, selbst moralischen Stress zu adressieren.

B) Mentoring-Programm

*Beispiel: Strategien in der Mediziner*innenausbildung (nach [Rostenhal und Clay 2017](#))*

- Zielgruppe: Medizinstudierende, die mit herausfordernden Situationen in der Behandlung von Patient*innen am Lebensende konfrontiert sind.
- Tool: Ausbildung von Ausbildern in moralischer Reflexion und Begleitung, Organisation von Peer-to-Peer Mentoring-Programmen.

C) Fallbesprechungen in Gruppen

Beispiel: Beratungsangebot bei moralischem Stress (nach Hamric und Epstein 2017)

- Zielgruppe: homogene Gruppen (Abteilungen/Teams), deren Mitglieder durch moralischen Stress belastet sind.
- Tool: Modell einer Fallbesprechung zur Reduktion von moralischem Stress aufgrund von Einschränkungen moralischen Handelns.

Beispiel: Moral Case Deliberation (nach Molewijk et al. 2008)

- Zielgruppe: heterogene oder homogene Gruppen.
- Tool: Retro- oder prospektive ethische Fallbesprechung, basierend auf einer hermeneutischen Ethik.

Schlussfolgerung

Aufgrund der aktuellen Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung erwarten wir vermehrt Anfragen an Ethikberater in der Gesundheitsversorgung, bei denen die Entlastung von Ärzt*innen, Pflegenden und ihren Kolleg*innen aus anderen Gesundheitsberufen im Vordergrund stehen. Ethikberater können anhand der Handreichung reflektieren, inwiefern sie einen Beitrag zum Schutz und Selbstschutz der Mitarbeiter*innen leisten können und möchten.

Auch Ethikberater*innen können durch die Konfrontation mit kritischen Ereignissen und moralischen Stress psychische Belastung erfahren und sollten für ihre Berufsgruppe ebenfalls die Einrichtung von Unterstützungsangeboten erwägen.

Literatur

- AACN Ethics Work Group: The 4A's to Rise Above Moral Distress. https://www.emergingnleader.com/wp-content/uploads/2012/06/4As_to_Rise_Above_Moral_Distress.pdf
- Everly, GSJ, & Lating, JM (2013). A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response (3rd ed.). New York, NY: Imprint: Springer
- Fourie, C (2013). Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioethics* 29 (2): 91-97 <https://doi.org/10.1111/bioe.12064>
- Hamric AB, Epstein EG (2017) A Health System-wide Moral Distress Consultation Service: Development and Evaluation. *HEC Forum* 29: 127–143. <https://doi.org/10.1007/s10730-016-9315-y>
- Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G (2008) Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics* 34:120-124. <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2006.018580>
- Rosenthal MS, Clay M (2017) Initiatives for Responding to Medical Trainees' Moral Distress about End-of-Life Cases. *AMA Journal of Ethics* 19(6):585–594. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2017.19.6.stas1-1706>
- Seys D, Scott S, Wu AW, Van Gerven E, Vleugels A, Euwema M, ... Vanhaecht K (2013) Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 50(5): 678-687. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>