

Alexander Kreh, Priya-Lena Riedel, Vanessa Kulcar, Barbara Juen

Moralische Stressoren und Resilienz in der COVID-19-Pandemie bei Gesundheitspersonal

Moral Distress and Resilience Among Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic

Zusammenfassung

Zahlreiche Studien weisen eine hohe psychische Belastung des Gesundheitspersonals während der COVID-19-Pandemie nach. Bedeutend ist der Einfluss moralischer Stressoren, denen Gesundheitspersonal ausgesetzt ist. Darunter verstehen wir Bedingungen, in denen Betroffene moralische Grundprinzipien verletzt sehen. Verschiedene Resilienzkonzepte können helfen, negativen Einflüssen auf die psychische Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entgegenzuwirken. Dabei spielt auch die organisationale Resilienz eine zentrale Rolle. Resilienz kann unterschiedlich ausgeprägt sein, und ist immer unter Berücksichtigung der drei Säulen Widerstandsfähigkeit, Erholungsfähigkeit und Lernfähigkeit zu betrachten.

Schlüsselwörter: moralischer Stress, Gesundheitspersonal, COVID-19-Pandemie, Resilienz

Abstract

Numerous studies have demonstrated that health care workers experienced high levels of psychological stress during the COVID-19 pandemic. The influence of this distress is significant and can refer to conditions in which affected individuals see basic moral principles as having been violated. Different concepts of resilience – such as organizational resilience – can help to counteract the negative impact of such distress on the mental health of health care workers. Resilience can thus be spoken of in different ways and should always be considered in light of three basic pillars: endurance, recovery capacity, and learning ability.

Keywords: moral distress, health care workers, COVID-19 pandemic, resilience

Alexander Kreh, BSc MSc
Priya-Lena Riedel, BSc MSc
Vanessa Kulcar, MSc
ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Juen
Universität Innsbruck
Institut für Psychologie
Universitätsstraße 5-7, A-6020 Innsbruck
alexander.kreh@uibk.ac.at

Herausforderungen und Belastungen von Gesundheitspersonal während der COVID-19-Pandemie

Gesundheitspersonal ist in Pandemien und Epidemien besonderen Risiken ausgesetzt. Die in vielen Fällen besonders hohe Exposition hat häufig nicht nur erhöhtes Infektionsrisiko zur Folge, dem mithilfe von Schutzausrüstung und besonderen Hygienemaßnahmen entgegengewirkt werden muss. Das veränderte Arbeitsumfeld betrifft im Speziellen auch die psychische Gesundheit. Wie in vorangegangenen Epidemien und Pandemien (z. B. Sars-Cov-1)¹ zeigen auch Umfragewerte während der COVID-19-Pandemie weitreichende Auswirkungen auf die Befindlichkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Gesundheitsberufen. Meta-Analysen internationaler Querschnitt-Studien deuten auf einen hohen Anteil an Betroffenen mit auffälligen Symptomleveln psychischer Probleme in den ersten Monaten der Pandemie hin. Beispielsweise zeigen Berechnungen von Marvaldi et al. Prävalenzen von 30% bei Angstsymptomen, 31,1% bei Depression, 31,4% bei posttraumatischem Stress und 56,4% bei akuter Stressbelastung während der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Weit verbreitet waren auch Schlafstörungen mit 44%.²

Im Rahmen des EU-Projekts No-Fear³ haben wir in eigenen Erhebungen mit Gesundheitspersonal Hinweise auf eine Zunahme der negativen Auswirkungen im Verlauf der Pandemie nachweisen können. Wir haben Betroffene unterschiedlicher Professionen im deutschsprachigen Raum (je nach Zeitraum bis zu 85% aus Österreich, bis zu 30% aus Deutschland, bis zu 7% andere) in 5 unterschiedlichen Zeiträumen befragt (Juni-August 2020, November-Dezember 2020, April-Mai 2021, Dezember 2021 und Juli 2022). Dabei war die Zielgruppe zu einem großen Anteil (ca. 90%) im Rettungsdienst tätig, andere Professionen umfassten Krankenhauspersonal (bis zu 13%), Sozialbereich (bis zu 15%) und Langzeitpflege (bis zu 5%).

Im Sommer 2020 wiesen etwa 25% ein niedriges Wohlbefinden auf, mit welchem sie im Risi-

kobereich für depressive Krankheitsverläufe lagen. Dieser Anteil entspricht in etwa dem der Europäischen Allgemeinbevölkerung in regelmäßigen Messungen vor der Pandemie.⁴ Im Winter 2020, mitten in der zweiten Infektionswelle, lag der Anteil bei 37,8%. Während dieser Anteil zum Frühjahr 2021 (kurz nach der dritten Infektionswelle) leicht abnahm (34%), stieg der Anteil der Betroffenen zum Winter 2021, mitten in der vierten Infektionswelle, mit über 42% auf einen neuen Höhepunkt an. Im Sommer 2022 hat sich der Anteil der Betroffenen auf einem deutlich höheren Level eingependelt (35,5%) als zu Beginn unserer Erhebungen zwei Jahre vorher. Wir bringen diese Entwicklung auch mit zunehmender Frustration und Verärgerung im Gesundheitswesen in Verbindung. Fragten wir unsere Zielgruppe nach negativen Emotionen beim Gedanken an die COVID-19-Pandemie, sehen wir eine deutliche Zunahme an Verärgerung, Wut und Frust, während Ängstlichkeit und Hilflosigkeit, auf deren Erleben wir mittels Interviews zu Beginn der Pandemie noch deutliche Hinweise finden konnten,⁵ im Verlauf der Pandemie unverändert blieben. So stieg der Anteil derer, die eher oder meistens verärgert waren, seit Messbeginn im Winter 2020 von 39% auf 55% im Sommer 2021 bis auf 68% im Winter 2021 an, ehe der Anteil auf 50% im Sommer 2022 sank. Ähnliche Verläufe sahen wir in den Emotionen Zorn und Wut. Ängstlichkeit hingegen bewegte sich in denselben Zeiträumen lediglich zwischen 10 und 15%.

Neben dem oft hohen Expositionsgrad und damit einhergehender Infektionsgefahr spielten in der Pandemie insbesondere moralische Stressoren eine Rolle, deren Einfluss auf das Befinden im Folgenden diskutiert wird, bevor wir eine Übersicht über Faktoren geben, die die Resilienz in Organisationen im Gesundheitsbereich begünstigen.

Moralische Stressoren für Gesundheitspersonal während COVID-19

Moralische Stressoren wurden bisher in unterschiedlichen Berufsgruppen wie bei ärztlichem

Personal, bei Pflegepersonal und in der Administration von Krankenhäusern, bei Sozialarbeitenden, bei Psychologen sowie Therapeuten untersucht.⁶ Moralisch stressreiche Situationen können dabei multiform sein und durch eigenes Handeln⁷ sowie durch das Handeln oder Unterlassen von Autoritäten bedingt sein.⁸

Bei Krankenhausangestellten wurden moralische Stressoren anfänglich in der Furcht, Kollegen im Zuge einer eigenen Infektion im Stich zu lassen⁹ sowie im Dilemma zwischen dem Wunsch angemessener Patientenversorgung und dem gleichzeitigen Schutz der eigenen Familie vor Infektionen deutlich.¹⁰ In der Pflege wurden moralische Dilemmata zwischen den Werten der Freiheit und der Sicherheit durch Isolation der Patienten benannt.¹¹ Mangel an Wissen und Kompetenz wurde sowohl persönlich als stressreich erlebt,¹² zeigte sich aber auch als interpersoneller sozialer moralischer Stressor,¹³ zum Beispiel wenn mit neuen Kollegen mit wenig Erfahrung im Intensivbereich zusammengearbeitet werden musste und die gewohnte Versorgungsqualität bedroht war. Bei Silverman et al. wurde über Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit ärztlichem Personal aus Sicht der Pflege berichtet, insbesondere wenn die Perspektive der Pflege nicht in Behandlungs-Entscheidungen berücksichtigt wurden, und/oder Situationen beobachtet wurde, in denen Patienten unter Behandlungsentscheidungen von Ärzten litten, die wenig oder keinen direkten Patientenkontakt hatten.¹⁴ So haben Liu et al. insbesondere in der Anfangsphase der Pandemie die Beziehungen unter dem Personal sowie Kommunikationsschwierigkeiten mit den Patienten in einem von allgemeiner Unsicherheit geprägten Kontext als moralisch stressreich beschrieben.¹⁵ Weitere Stressoren wurden bei Donkers et al. deutlich.¹⁶ Hier war der schwerwiegendste moralische Stressor die oft unzureichende emotionale Unterstützung für Patienten und Angehörige. Für alle Personalgruppen war es schwierig, nicht die emotionale Unterstützung bereitstellen zu können, die Patienten und

Angehörige in Anbetracht von Angst oder Stress gebraucht hätten. Darunter fällt auch die fehlende Ermöglichung eines würdevollen Todes.¹⁷ Moralische Stressoren wurden zu Beginn der Pandemie auch in der gerechten Verteilung knapper materieller Ressourcen (persönliche Schutzausrüstung, medizinisches Material) deutlich.¹⁸ Innerhalb der Organisationen stellte sich die Frage nach gerechter Verteilung von Personalressourcen im Verhältnis zur hohen Anzahl an Patienten.¹⁹ Ein gängiges Problem ist, dass sich das Personal häufig nur unzureichend durch seine Organisation unterstützt fühlt.²⁰ Beispiele können das Fehlen einer offenen und transparenten Kommunikation durch das Management oder ein schlechtes ethisches Klima sein.²¹ Einige Gruppen des Gesundheitspersonals sehen sich gar einer unmenschlichen Behandlung als „ersetzbare Ressource“ ausgesetzt und schildern mangelnde Empathie, Wertschätzung und Respekt seitens des Managements.²² In einer qualitativen Studie mit Mitarbeitenden aus dem Rettungsdienst wurden zudem moralische Stressoren auf der gemeinschaftlich-gesellschaftlichen Ebene benannt. Diese beinhalten ambivalente Information durch die Medien, antizipierte missbräuchliche Inanspruchnahme des Rettungsdienstes sowie einen Mangel an Bereitstellung von Finanzmitteln für das Gesundheitswesen.²³

Im Verlauf der COVID-19-Pandemie können Veränderungen in den Schwerpunkten der berichteten moralischen Stressoren beobachtet werden, wobei bis Juli 2020 von Ressourcenknappheit als moralischem Stressor berichtet wird. Von März bis Mai 2020 waren fehlendes Wissen und Priorisierungsdilemmata beim befragten Gesundheitspersonal dominant.²⁴ Bis September 2020 durchgeführte Studien zeigen Veränderungen hin zu geringer Unterstützung durch die Organisation und Mangel an effektiver Kommunikation auf.²⁵

Wenn sich die geschilderten moralischen Stressoren akkumulieren²⁶ oder wenn ein Extremereignis fundamentale Werte einer guten und gerechten Welt verletzen,²⁷ kann moralischer Distress oder

moralische Verletzung entstehen. Wenn eigenes oder fremdes Handeln nicht dem individuellen, berufsbezogenen oder gemeinschaftlichen Werteverständnis entspricht, kann das Erlebte nicht in bestehende Schemata eingeordnet werden. Individuell entsteht eine kognitive Dissonanz zwischen Handeln und Überzeugungen. Folgen können negative Attributionen der eigenen Person, von sozialen Beziehungen oder von Autoritäten sein, die sich negativ auf der psychosozialen Ebene auswirken.²⁸

Häufig hängt moralische Verletzung mit erlebtem Sinn- und Vertrauensverlust und Schuldgefühlen zusammen.²⁹ Auch wurde von Angst, Hilflosigkeit und Zynismus berichtet.³⁰

Auf der interpersonellen Ebene treten Emotionen wie Scham, Schuld, die Schwierigkeit, sich selbst und Anderen zu vergeben sowie Vertrauensverlust gegenüber anderen Menschen auf.³¹ Wenn über Verrat durch das Management berichtet wurde, beschrieben Interviewte auch Gefühle wie Wut und Frustration und fühlten sich ihrer Organisation gegenüber weniger stark verpflichtet.³² Eine kanadische Untersuchung unter 572 Gesundheitsmitarbeitenden konnte die Bedeutung organisationsbezogener Stressoren während COVID-19 herausstellen. Dabei gaben Gesundheitsmitarbeitende, die dieser Form von Stressoren ausgesetzt waren, 2–5 mal häufiger moralische Verletzung an.³³ Moralischer Distress hängt zudem mit erhöhten Burnout-Risiken zusammen.³⁴

Die Bedeutung von Resilienz

Obwohl alle Gesundheitseinrichtungen während der COVID-19-Pandemie vor ähnlichen Herausforderungen standen, unterschieden sich die praktischen Folgen der Krise zwischen unterschiedlichen Einrichtungen und Individuen. Während einige die Pandemie vergleichsweise erfolgreich bewältigten, schnell wieder funktionsfähig wurden und aus der Krise lernten, hatten andere Schwierigkeiten mit der Krisenbewältigung und es folgten negative Auswirkungen auf die psychosoziale und physische Gesundheit von Mitarbeiten-

den und Betreuten. Auch auf individueller Ebene gab es Unterschiede. Verschiedene Einrichtungen und Individuen waren während der COVID-19-Pandemie also unterschiedlich resilient.

Das Konzept individueller Resilienz entstand ca. 1940 in Psychologie und Psychiatrie.³⁵ Dabei wurde Resilienz meist als eine Summe günstiger Personeneigenschaften definiert. Ab 1970 erweiterte sich der Blick auf System Ökologie.³⁶ Resiliente Systeme waren solche, die auf Störungen adäquat und rasch reagieren und zum normalen Funktionieren zurückkehren konnten. Ab 2000 zog der Resilienzbegriff in den Sozialwissenschaften, der Risiko- und Katastrophenforschung ein.³⁷ Resilienz wurde nun definiert als die Fähigkeit eines Systems, widrige Umstände auszuhalten bzw. nach einer anfänglichen Phase der Störung zu normalem Funktionieren zurückzukehren und sogar daran zu wachsen. Es werden mittlerweile drei Säulen der Resilienz beschrieben:³⁸

- die Resistenz (Widerstandsfähigkeit),
- die Fähigkeit zur Erholung und
- die adaptive Kapazität oder Lernfähigkeit eines Systems.

Resistenz ist die Fähigkeit eines Systems, einer Störung zu widerstehen. Sie wird gemessen am Ausmaß an Störung, das ein System absorbieren kann, bevor eine Veränderung (des alltäglichen Ablaufs, des normalen Funktionierens) eintritt. Betrachtet man Resilienz nur von dieser Perspektive, besteht die Gefahr, dass ausschließlich auf die Erhaltung des Status Quo geachtet wird.³⁹ Veränderungen, aber auch Erholung finden bei einer rein auf Resistenz basierenden Konzeptualisierung keinen Raum. Der Erholungsaspekt lässt sich festmachen an der Zeit, die ein System braucht, um zum Normalzustand zurückzukehren.⁴⁰ Berkes merkt jedoch an, dass man Resilienz auch nicht nur vom Erholungsaspekt her betrachten sollte, der darauf fokussiert, dass eine Gemeinschaft resilienter ist, je rascher der Zustand vor der Katastrophe wieder erreicht wird, denn dabei fehlt meist ein Referenzpunkt in Systemen.⁴¹ Besser wäre es daher, von einem akzeptablen Niveau des

Funktionierens auszugehen.⁴² Zudem ist eine Rückkehr zum vorherigen Zustand keine Verbesserung. Viele Systeme sind dynamisch und anpassungsfähig.⁴³ Der Resilienzbegriff ist daher nur unter Einbezug der Lernfähigkeit vollständig. Kreativität oder adaptive Kapazität ist die Fähigkeit eines Systems, aus vergangenen Ereignissen zu lernen und sich so anzupassen, dass es über den Vor-Ereignis-Zustand hinausgeht. Laut Dovers & Handmer akzeptiert diese Definition Veränderungen im System und zielt darauf ab, dass sich das System an neue Bedingungen anpasst.⁴⁴ Resilienz bedeutet daher immer auch die Bereitschaft einer Gemeinschaft, aus Ereignissen zu lernen und sich an veränderte Situationen anzupassen.⁴⁵ Dazu benötigt es ein lernfähiges System.

Die betrachteten Systeme können dabei unterschiedliche Dimensionen von Individuen bis hin zu Gemeinschaften erfassen. Im Kontext der Gesundheitsversorgung ist besonders die organisationale Ebene bedeutsam. Organisationsresilienz ist charakterisiert durch vier untereinander zusammenhängende Fähigkeiten des Systems:⁴⁶ *anticipation*, *response*, *monitoring*, *learning*. *Anticipation* meint den proaktiven Zugang zum System, der Störungen antizipiert und sich darauf vorbereitet, diese frühzeitig zu erkennen und darauf zu reagieren (*response*). *Monitoring* bezieht sich auf Prozesse des Beobachtens und Dokumentierens. *Learning* impliziert die Aufarbeitung und Veränderung im System entsprechend den gemachten Erfahrungen. Im Gesundheitssystem wird zunehmend das Konzept der *Resilient Healthcare* (RHC) angewendet.⁴⁷ Das Konzept bezieht sich auf die Fähigkeit einer Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus etc.), seine Operabilität vor, während und nach störenden Ereignissen anzupassen.⁴⁸ Es ist definiert als ein System, das fähig ist, flexibel, robust und anpassungsfähig auf sich ändernde Umstände zu reagieren, sodass die Sicherheit aufrechterhalten bleibt.⁴⁹ Einige Studien haben sich bereits auf das Konzept des RHC gestützt und dieses in Zusammenhang mit der COVID-Pandemie untersucht.⁵⁰ Corbaz-Kurth et al. untersuchten Resilienzfaktoren in Gesundheitssystemen in einer

längsschnittlichen Studie. Sie kamen zu folgenden Ergebnissen: Zu Beginn der Pandemie erlebten die Mitarbeiter die Strategien des Umgangs als "Learning by mistakes" und ohne wirkliche Vorbereitung. Ein halbes Jahr später hatten sie den Eindruck, dass sie viele dieser Probleme gut gemanagt und dass sie stabile und verlässliche Strategien des Umgangs entwickelt hatten. Einige Situationsaspekte hatten sich allerdings verschlechtert, behinderten die Resilienz und erzeugten das Gefühl der Hilflosigkeit. Die Autoren gruppierten diese nach vier Verläufen:⁵¹

1. *Lernen durch Fehler*: Hier hatten die Mitarbeitenden den Eindruck weiterzukommen. Dies betraf vor allem den Umgang mit der Erkrankung und die Anwendung von Schutzmaßnahmen.
2. *Effektive Entwicklung*: In dieser Verlaufskategorie blieben jene Probleme, die eine laufende Anpassung erforderten und zugleich durch eine hohe Performance gekennzeichnet waren. Adaptive Strategien wie der Einbezug von Medizinstudierenden oder die Umstrukturierung von Abteilungen fallen hier hinein.
3. *Neue Standards*: Hier ging es um problematische Situationen, die die Entwicklung neuer Standards erforderten: COVID-Prozeduren und Schutzmaßnahmen, Teleworking, emotionale Belastung, Sorge um Patientenversorgung und Qualität der Pflege. Das Personal entwickelte auch hier neue Strategien und hielt eine hohe Performance aufrecht. Die Institutionen boten psychosoziale Unterstützung an, um die negativen Auswirkungen dieser erhöhten Belastung zu minimieren, aber die Performance sank dennoch über die Zeit hinweg und psychische Probleme nahmen zu.
4. *Resilienzverhinderer*: In diesen Bereich fielen Probleme wie erhöhter Workload, Dienstpläne, konflikthafte Beziehungen, Probleme mit Information, Kommunikation und Ausbildung. Sie waren durch zunehmende Erschöpfung, reduzierte Leistungsfähigkeit, Resignation und Hilflosigkeit charakterisiert.

Wege zur Förderung von Resilienz im Gesundheitssystem

Der Einfluss von individuellen, sozialen und umweltbezogenen Risiko- und Schutzfaktoren für (moralischen) Distress können innerhalb der Theorie der Erhaltung der Ressourcen (Conservation of resources, COR) betrachtet werden.⁵² Diese Theorie geht davon aus, dass Bewertungen der Umwelt, der Umstände und der Bedingungen die Bildung und Bewertung individueller Ressourcen beeinflussen. Grundlage für COR ist das Bestreben der Menschen, individuelle Ressourcen zu erhalten, zu schützen und aufzubauen und sie vor Verlust zu bewahren. Stress bedeutet die Bedrohung durch den Verlust von Ressourcen oder das Scheitern der Wiedergewinnung von Ressourcen nach einer Investition von Ressourcen.

Wenn Ressourcen bedroht sind, wie im Fall der Pandemie, dienen die vorhandenen individuellen, sozialen und gemeinschaftlichen Ressourcen als Mittel zur Anpassung und zum Schutz vor (weiteren) Ressourcenverlusten. Eine erfolglose Anpassung verbraucht die investierten Ressourcen und kann negative emotionale und funktionale Auswirkungen haben. Ein sekundärer Ressourcenverlust wie der Verlust an Vertrauen, tritt auf, wenn die Bewältigungsstrategien nach einem Ereignis eingeschränkt sind. In Ermangelung von Ressourcen werden dann Strategien zur Verlustkontrolle eingesetzt. Diese Strategien sind maladaptiv und haben negative psychosoziale Auswirkungen. Im Zuge einer erfolglosen Anpassung kann es zu Verlustspiralen im Sinne eines chronischen Ressourcenmangels kommen. Hingegen bieten Investitionen in den Ressourcengewinn Schutz vor Verlust, Erholung von Verlust und die Fähigkeit, Ressourcen zu gewinnen.⁵³

Hobfoll et al. postulierten folgende fünf Elemente als zentral, um Krisen psychosozial gut zu überwinden: Sicherheit, Verbundenheit, Ruhe, Selbstwirksamkeit und kollektive Wirksamkeit, Hoffnung. Gelingt es, in Organisationen diese fünf Elemente während der Krise zu realisieren, sind Mit-

arbeitende besser vor den negativen psychischen Auswirkungen geschützt. Im Bereich Sicherheit geht es zum einen um gute Schutzausrüstung und Trainings, aber auch um die Güte der Information und Kommunikation. Im Bereich der Verbundenheit geht es darum, auch in der Krise Teamzusammenhalt und gegenseitige Unterstützung zu ermöglichen, etwa durch ausreichend gemeinsame Fortbildungen und Möglichkeiten, als Team in sicheren Kontexten zusammenzukommen. Ruhe bezieht sich darauf, ausreichend Pausen und Erholungsmöglichkeiten zu bieten. Selbstwirksamkeit und kollektive Wirksamkeit inkludieren Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie den Dialog mit den Mitarbeitenden. Hoffnung bezieht sich auf das Erleben positiver Emotionen, positives Feedback und ein gewisses Maß an Vorhersehbarkeit.⁵⁴

Shanafelt et al. beschreiben Aspekte, durch die Führungskräfte die Resilienz der Mitarbeitenden stärken können. Hierzu gehören konkrete Schritte, um die Mitarbeitenden vor Gefahren zu schützen, indem beispielsweise adäquate Schutzausrüstung zur Verfügung gestellt wird. Durch Trainings und Richtlinien sollten Mitarbeitende rechtzeitig auf Herausforderungen vorbereitet werden und während Krisen physisch (z. B. Essen, Trinken) und praktisch (z. B. Unterkünfte, Kinderversorgung), aber auch emotional unterstützt werden. Hierfür ist es bedeutsam, die Mitarbeitenden zu Wort kommen zu lassen und ihnen zuzuhören. Sie sollten sich mit ihren Sorgen ernst genommen fühlen und ihre Meinung wertgeschätzt wissen. Hilfreich ist hierbei die Schaffung von Feedback-Wegen und -Mechanismen. Aber auch das aktive Zugehen auf Mitarbeitende, die Zeichen von erhöhter Belastung zeigen, ist zentral.⁵⁵

Zusammenfassend lässt sich feststellen: Resilienzförderung auf der Organisationsebene umfasst die drei oben postulierten Bereiche: Widerstandsfähigkeit, Erholungsfähigkeit und Lernfähigkeit. Gute Vorbereitung und proaktive Information, organisationale Gerechtigkeit, Mitentscheidungsmöglichkeiten, Unterstützungssysteme und deren

Akzeptanz und Bekanntheit, Ressourcenaufbau manifestieren die Resistenz.⁵⁶ Das Zurverfügungstellen von Ressourcen, Pausen, Psychohygiene, Förderung von Teamkohäsion, und die Niederschwelligkeit der Unterstützungsangebote fördern die Erholungsfähigkeit. Ermöglichung von Nachbereitung, Gelerntes sichtbar machen und anwenden, Anpassen des eigenen Selbstverständnisses und der eigenen Rolle ermöglichen Lernfähigkeit. Resilienzförderung auf Teamebene bezieht sich – zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit – auf Vertrauensaufbau, erfolgreiches gemeinsames Meistern herausfordernder Situationen und Teilen negativer Emotionen. Zu einer verbesserten Erholungsfähigkeit kann das Teilen positiver Emotionen, gemeinsame Pausen und Erholung führen. Die Lernfähigkeit wird gesteigert durch Anpassung als lernendes System, Debriefing und Nachbereitung, Reflexion, gute Teamkoordination und Akzeptanz von Fehlern, bei gleichzeitig positivem Feedback und Verzicht auf Strafen. Im Bereich der Führung geht es darum, Personen auf ihre Stärken aufmerksam zu machen und diese zu fördern. Die Sinnhaftigkeit und Effektivität der Arbeit müssen dabei immer wieder ins Zentrum rücken. Auf der Gruppenebene sollten die Organisation und die Führung den Mitgliedern die Chance bieten, ihre Arbeit als sinnvoll und effektiv zu erleben und dafür auch regelmäßig positives Feedback zu bekommen. Dazu gehört auch Klarheit über die eigene Rolle und die eigenen Grenzen. Führungskräfte und Peers müssen fähig sein zur Selbstfürsorge, nur so können sie ein gutes Vorbild sein. Laut Shakespeare-Finch ist die Hauptbotschaft, die es zu vermitteln gilt: Unser Job ist sinnvoll und effektiv und bietet uns viele Chancen zum Wachstum und Lernen.⁵⁷

Referenzen

- 1 Lancee W. J. et al., *Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak*, Psychiatr Serv (2008); 1: 91-95; Wu P. et al., *The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk*, Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie (2009); 5: 302-311.
- 2 Marvaldi M. et al., *Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*, Neurosci Biobehav Rev (2021); 252-264.
- 3 <https://no-fearproject.eu/>.
- 4 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *European quality of life survey 2016: quality of life, quality of public services, and quality of society : overview report*, Publications Office (2017).
- 5 Kreh A. et al., *Ethical and psychosocial considerations for hospital personnel in the Covid-19 crisis: Moral injury and resilience*, PLoS One (2021); 4: e0249609.
- 6 Riedel P.-L. et al., *A Scoping Review of Moral Stressors, Moral Distress and Moral Injury in Healthcare Workers during COVID-19*, Int J Environ Res Public Health (2022); 3.
- 7 Litz B. T. et al., *Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy*, Clin Psychol Rev (2009); 8: 695-706.
- 8 Shay J., *Moral injury*, Psychoanalytic Psychology (2014); 2: 182-191.
- 9 Smallwood N. et al., *Moral Distress and Perceived Community Views Are Associated with Mental Health Symptoms in Frontline Health Workers during the COVID-19 Pandemic*, Int J Environ Res Public Health (2021); 16.
- 10 Norman S. B. et al., *Moral distress in frontline healthcare workers in the initial epicenter of the COVID-19 pandemic in the United States: Relationship to PTSD symptoms, burnout, and psychosocial functioning*, Depress Anxiety (2021); 10: 1007-1017.
- 11 Liu X. et al., *Ethical dilemmas faced by frontline support nurses fighting COVID-19*, Nurs Ethics (2022); 1: 7-18.
- 12 Silverman H. J. et al., *Moral distress in nurses caring for patients with Covid-19*, Nurs Ethics (2021); 7-8: 1137-1164.
- 13 Norman S. B. et al., siehe Ref. 10.
- 14 Silverman H. J. et al., siehe Ref. 12.
- 15 Liu X. et al., siehe Ref. 11.
- 16 Donkers M. A. et al., *Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study*, BMC Med Ethics (2021); 1: 73.
- 17 Kreh A. et al., siehe Ref. 5; Ebd.
- 18 Kreh A. et al., siehe Ref. 5; Liu X. et al., siehe Ref. 11.
- 19 Liu X. et al., siehe Ref. 11; Silverman H. J. et al., siehe Ref. 12.
- 20 Patterson J. E. et al., *Moral distress of medical family ther-*

- apists and their physician colleagues during the transition to COVID-19, *J Marital Fam Ther* (2021); 2: 289-303.
- 21 Zahiriharsini A. et al., Associations between psychosocial stressors at work and moral injury in frontline healthcare workers and leaders facing the COVID-19 pandemic in Quebec, Canada: A cross-sectional study, *Journal of Psychiatric Research* (2022); 269-278.
 - 22 French L. et al., "If I die, they do not care": U.K. National Health Service staff experiences of betrayal-based moral injury during COVID-19, *Psychol Trauma* (2022); 3: 516-521.
 - 23 Rees N. et al., Paramedic experiences of providing care in Wales (UK) during the 2020 COVID-19 pandemic (PECC-19): a qualitative study using evolved grounded theory, *BMJ Open* (2021); 6: e048677.
 - 24 Silverman H. J. et al., siehe Ref. 12; Miljeteig I. et al., Priority-setting dilemmas, moral distress and support experienced by nurses and physicians in the early phase of the COVID-19 pandemic in Norway, *Nurs Ethics* (2021); 1: 66-81.
 - 25 Billings J. et al., Experiences of mental health professionals supporting front-line health and social care workers during COVID-19: qualitative study, *BJPsych Open* (2021); 2: e70; Lake E. T. et al., Hospital nurses' moral distress and mental health during COVID-19, *J Adv Nurs* (2022); 3: 799-809; Liberati E. et al., A qualitative study of experiences of NHS mental healthcare workers during the Covid-19 pandemic, *BMC Psychiatry* (2021); 1: 250.
 - 26 Epstein E. et al., Understanding and Addressing Moral Distress, *Online J Issues Nurs* (2010); 3.
 - 27 Litz B. T. et al., siehe Ref. 7.
 - 28 Ebd.
 - 29 Wang Z. et al., Moral injury in Chinese health professionals during the COVID-19 pandemic, *Psychol Trauma* (2022); 2: 250-257.
 - 30 Kreh A. et al., siehe Ref. 5; Patterson J. E. et al., siehe Ref. 20.
 - 31 Kreh A. et al., siehe Ref. 5; Billings J. et al., siehe Ref. 25.
 - 32 French L. et al., siehe Ref. 22.
 - 33 Zahiriharsini A. et al., siehe Ref. 21.
 - 34 Wang Z. et al., siehe Ref. 29.
 - 35 Manyena S. B., The concept of resilience revisited, *Disasters* (2006); 4: 433-450.
 - 36 Holling C. S., Resilience and Stability of Ecological Systems, *Annu Rev Ecol Syst* (1973); 1.
 - 37 Schwindt M., Thieken A. H., Review on resilience, 3rd CRUE Snapshot, 8-15, http://www.crue-eranet.net/partner_area/documents/CRUE.snapshot_2010_final.pdf.
 - 38 Ebd.; Maguire B., Hagan P., Disasters and Communities: Understanding Social Resilience, *Australian Journal of Emergency Management* (2007); 2.
 - 39 Dovers S. R. et al., Uncertainty, sustainability and change, *Global Environmental Change* (1992); 4: 262-276; Folke C., Resilience: The emergence of a perspective for social-ecological systems analyses, *Global Environmental Change* (2006); 3: 253-267.
 - 40 Pimm S. L., The complexity and stability of ecosystems, *Nature* (1984); 5949: 321-326; Klein R. J. T. et al., Resilience to natural hazards: How useful is this concept?, *Environmental Hazards* (2003); 1: 35-45; Füssel H.-M. et al., Climate Change Vulnerability Assessments: An Evolution of Conceptual Thinking, *Climatic Change* (2006); 3: 301-329.
 - 41 Berkes F., Understanding uncertainty and reducing vulnerability: lessons from resilience thinking, *Nat Hazards* (2007); 2: 283-295.
 - 42 ReliefWeb, Disaster Reduction and the Human Cost of Disaster – IRIN Web Special – World, <https://reliefweb.int/report/world/disaster-reduction-and-human-cost-disaster-irin-web-special>.
 - 43 Klein R. J. T. et al., siehe Ref. 40.
 - 44 Dovers S. R. et al., siehe Ref. 39.
 - 45 Klein R. J. T. et al., siehe Ref. 40; Watts M. J. et al., The space of vulnerability: the causal structure of hunger and famine, *Progress in Human Geography* (1993); 1: 43-67.
 - 46 Wears R. L., Hollnagel E., Braithwaite J., Resilient health care, CRC Press, Boca Raton, Florida (2015); Nemeth C. et al., *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, Vol. 3, Performance and Tools, (2008).
 - 47 Anderson J. E. et al., Defining adaptive capacity in healthcare: A new framework for researching resilient performance, *Applied ergonomics* (2020); 103111.
 - 48 Wears R. L., Hollnagel E., Braithwaite J., siehe Ref. 46.
 - 49 Woods D. D. Four concepts for resilience and the implications for the future of resilience engineering, *Reliability Engineering & System Safety* (2015); 5-9.
 - 50 Thomas S. et al., Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization. Regional Office for Europe (2020); Wu A. W. et al., COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience, *Annals of internal medicine* (2020); 12: 822-823.
 - 51 Corbaz-Kurth S. et al., How things changed during the COVID-19 pandemic's first year: A longitudinal, mixed-methods study of organisational resilience processes among healthcare workers, *Saf Sci* (2022).
 - 52 Hobfoll S. E. et al., Conservation of Social Resources: Social Support Resource Theory, *Journal of Social and Personal Relationships* (1990); 4: 465-478.

- 53 Ebd.
- 54 Hobfoll S. E. et al., *Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence*, *Psychiatry* (2007); 4: 283-315, discussion 316-69.
- 55 Shanafelt T. et al., *Understanding and Addressing Sources of Anxiety Among Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic*, *JAMA* (2020); 21: 2133-2134.
- 56 Maunder R., *The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: lessons learned*, *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* (2004); 1447: 1117-1125; Maunder R. G. et al., *Applying the lessons of SARS to pandemic influenza: an evidence-based approach to mitigating the stress experienced by healthcare workers*, *Can J Public Health* (2008); 6: 486-488.
- 57 Shakespeare-Finch J. et al., *A Grounded Theory Approach to Understanding Cultural Differences in Posttraumatic Growth*, *Journal of Loss and Trauma* (2006); 5: 355-371.

Letzter Zugriff auf sämtliche Webseiten am 13.12.2022.