

Clemens Sedmak

Richtig handeln trotz Systemzwang und Widerständen

Acting Correctly despite System Constraints and Resistance

Zusammenfassung

Moralischer Stress ist eine Realität in vielen Institutionen, vor allem auch im klinischen Alltag und dem Pflegebereich. Das Phänomen ist mit anderen Begriffen wie ‚moralischem Klima‘ und ‚moralischer Verletzung‘ und ‚moralischem Leid‘ verbunden. Der Beitrag unterscheidet eine institutionelle und eine individuelle Ebene bei moralischem Stress und zeigt an einem negativen und einem positiven Beispiel (Mid Staffordshire Hospital, Mayo-Klinik) die Dynamik von Wertebasis und moralischem Stress auf. Der Begriff der Würdearbeit wird ins Zentrum gestellt. Abschließend werden im Dialog mit der Resilienzforschung und der patristischen Literatur Strategien zur Vermeidung von moralischem Stress im Umgang mit einer Institution und im Umgang mit sich selbst benannt.

Schlüsselwörter: Moralischer Stress, Moralische Verletzung, Würdebedürfnisse, Integrität, Resilienz

Abstract

The phenomenon of moral distress is a reality in many institutions, especially in clinical settings and nursing facilities. It is related to other concepts such as ‘moral climate,’ ‘moral injury,’ and ‘moral suffering.’ This article distinguishes between institutional and individual levels of moral distress. It then considers various examples of moral distress – both negative and positive (Mid Staffordshire Hospital and the Mayo Clinic, respectively) – to illustrate the importance of having a clear value basis. The terms ‘dignity needs’ and ‘dignity work’ are then introduced as key concepts. It concludes by introducing strategies – in conversation with resilience research and patristic literature – for minimizing moral distress, both when dealing with institutions and oneself.

Keywords: moral stress, moral injury, dignity needs, integrity, resilience

Univ.-Prof. DDDr. Clemens Sedmak
University of Notre Dame
Keough School of Global Affairs
Nanovic Institute for European Studies
1060E Jenkins Nanovic Halls, Notre Dame,
IN 46556, USA
csedmak1@nd.edu

1. Realitäten

Moralischer Stress ist die Unfähigkeit, nach wohlbegründeten moralischen Standards arbeiten zu können. Der wahrgenommene Widerspruch zwischen ‚Sein‘ und ‚Sollen‘ ist ermüdend und kann in die Erschöpfung führen, wenn die Situation chronisch ist und der Stress toxisch wird. Diese Art von Stress ist uns aus der Armutsforschung bekannt. Es ist einer der tragischen Aspekte von Armut, dass Menschen, die von Armut betroffen sind, in vielen Fällen nicht nach wohlbegründeten moralischen Standards leben und ihr Leben gestalten können, weil ihnen dazu die äußeren, manchmal auch die inneren Mittel fehlen.

Ein klassisches Buch der Armutsforschung ist das Tagebuch von Carolina Maria de Jesus, in dem sie in den 1950er Jahren in einer Favela in Sao Paulo ihre Erfahrungen festgehalten hat.¹ Als alleinerziehende Mutter von drei Kindern hat sie beispielsweise darüber geklagt, dass sie ihren Kindern keinen ordentlichen Geburtstag bereiten kann, weil ihr die Mittel fehlen. Sie hat auch an sich selbst beobachtet, dass ihr die Geduld fehlt, ihren Kindern eine gute Mutter sein zu können. Moralischer Stress als die Unfähigkeit, nach wohlbegründeten moralischen Standards leben und arbeiten zu können, hat mit dem Mangel an Ressourcen zu tun. Armut wird oftmals beschrieben als „Beraubung von Fähigkeiten“. Menschen haben ein Recht auf ein Leben, das der Würde des Menschen entspricht; dazu gehört auch der Zugang zu Ressourcen und Fähigkeiten. Wenn Menschen keinen Zugang zu Erziehungssystemen, dem Arbeitsmarkt oder dem Gesundheitssystem haben, werden sie wichtiger Fähigkeiten beraubt. Carolina Maria de Jesus war vom Zugang zu entscheidenden Fähigkeiten ausgeschlossen und hat ihre Situation als moralischen Stress erfahren.

Moralischer Stress geht einher mit Gewissensbelastungen, mitunter auch mit Gewissensnöten und -konflikten. Das ist nun ein nicht weiter ungewöhnliches Phänomen. Immer wieder finden sich Menschen in Situationen wieder, in denen ihnen

das professionelle und strukturelle Umfeld moralische Lasten auferlegt. Es kann einer Lehrerin das Herz bluten, wenn ein Schüler das Jahr nicht abschließen kann; es kann eine Ärztin verstören, wenn eine Versicherungsleistung verweigert wird; es kann eine Beamtin irritieren, wenn sich nach einem Regierungswechsel politische Vorgaben ändern. Eine Reihe von Diplomatinen und Diplomaten haben in den USA nach dem Wechsel von Barack Obama zu Donald Trump die neue Linie zu spüren bekommen und moralischen Stress erfahren. Die Frage, die sich in solchen Situationen stellt, ist die Frage nach der Kompromissbereitschaft und den roten Linien. Welche Kompromisse können unter den Begriff des anständigen Kompromisses fallen?

Der israelische Philosoph Avishai Margalit hat sich in seinem Buch *On Compromise and Rotten Compromises*² die Frage gestellt, wo die Linie zwischen noch akzeptablen Kompromissen und Kompromissen, die nicht mehr akzeptabel sind, verläuft. Er sieht die Linie in der Demütigung von Menschen und der Verwundung der moralischen Integrität von Menschen. Selbstachtung ist eine Form der Übersetzung von Menschenwürde – wenn ich eine berufliche Situation nicht mehr mit der Achtung, die ich mir selbst als einem gewissen begabten Wesen (wie es im ersten Artikel der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte heißt) schulde, bewältigen kann, dann ist eine rote Linie überschritten worden. Erzbischof Oscar Romero hat beispielsweise in seiner letzten Sonntagspredigt am 23. März 1980 die Polizisten El Salvadors aufgerufen, einem Schießbefehl auf das eigene Volk nicht Folge zu leisten, das könne man nicht mit dem guten Gewissen vereinbaren – niemand habe einem unmoralischen Gesetz zu gehorchen (*‘una ley inmoral, nadie tiene que cumplirla’*).³ Das hat wohl sein Todesurteil besiegelt.

1.1 Moralischer Stress vs. moralischer Verletzung

Im semantischen Umfeld des Begriffs ‚moralischer Stress‘ ist es vermutlich sinnvoll, Unterscheidungen vorzunehmen. Moralischer Stress

ist ein Begriff, moralische Verletzung ein anderer. Während moralischer Stress eine chronische Erfahrung ist, führt moralische Verletzung in einzelnen Fällen zu einer Handlung, in der moralische Standards verletzt werden. Eine moralische Verletzung kann sich etwa auf die unterschiedliche Behandlung von Patienten in einem Krankenhaus beziehen. Supriya Subramani hat in einer Studie zu ‚Mikro-Ungleichheiten‘ in einem indischen Krankenhaus herausgearbeitet, wie Patienten je nach sozialem Status unterschiedlich behandelt werden und die Interaktionen zwischen dem medizinischen Personal und den Patienten oftmals von kleinen Respektlosigkeiten gekennzeichnet sind.⁴ Diese Mikro-Ungleichheiten spiegeln strukturelle Makro-Ungleichheiten wider. Wenn moralische Verletzungen normalisiert werden, kann das zu moralischem Leid und zu moralischem Stress führen. Das wiederum führt zur Frage, welches moralische Leid man bereit ist in Kauf zu nehmen, um den Arbeitsplatz zu behalten. Dabei greifen die Triade von ‚moralischer Sensibilität‘, ‚moralischem Klima‘ und ‚moralischem Stress‘ ineinander. Ein Arbeitsklima, das moralische Standards aufrecht erhält, wird vor moralischem Stress eher schützen können. Moralische Sensibilität (durch die ein moralisches Klima erst zustande kommt) erhöht paradoxerweise die Wahrscheinlichkeit von moralischem Stress.⁵

1.2 Moralischer Stress in Institutionen

Moralischer Stress in Institutionen ist ein ‚Fenster in strukturelle Wirklichkeiten‘. In der Regel ist moralischer Stress kein gutes Zeichen für Leadership und Management einer Institution. Vor allem dann nicht, wenn es sich bei den fraglichen moralischen Standards um professionell anerkannte moralische Standards handelt. In der Regel ist moralischer Stress ein Armutszeugnis für das Management, egal auf welcher Ebene. Aus der Institutionenethik ist uns freilich das Phänomen der inter-institutionellen Verschränkung bekannt. Ein individuelles Krankenhaus mag Teil

einer Krankenhauskette sein, die wiederum vom Gesundheitsministerium abhängt. Moralischer Stress kann ‚von oben nach unten‘ erzeugt werden, etwa durch Verknappung der Mittel und Erhöhung des Leistungsdrucks. Ich werde weiter unten ein Beispiel für institutionell erzeugten moralischen Stress bringen, das sich zu einem handfesten Skandal ausgewachsen hat und unter anderem mit Führungsversagen zu tun hat.

Moralischer Stress (oder ‚moral distress‘) drückt sich vor allem auch in existentiell bedeutsamen Situationen aus, wo einiges auf dem Spiel steht – etwa in der Frage nach Pflege am Lebensende. Sabine Wöhlke und Claudia Wiesemann konstatieren in diesem Zusammenhang, dass Ursachen für moralischen Stress „Entscheidungen in moralisch belastenden Situationen“ sind, „z. B. im Zusammenhang mit konfliktbeladenen Entscheidungen am Lebensende – insbesondere dann, wenn wenig Kenntnisse im Umgang mit ethischen Konflikten vorhanden sind oder sogar strukturelle Vorgaben der Institution und persönliche Wertvorstellungen unauflösbar miteinander konfliktieren. Umfragen verweisen darauf, dass für Pflegenden moralischer Stress nach wie vor eine der häufigsten Ursachen für den Ausstieg aus der Pflege und Burnout darstellt.“⁶ Hier müssen die Institution und die Führungsverantwortlichen gegensteuern.

1.3 Moralischer Stress bei Individuen

Moralischer Stress ist in der Regel kein gutes Zeichen für eine Institution, kann aber in einzelnen Fällen für die betroffene Person tendenziell auch ein gutes Zeichen sein, insofern man hier moralische Sensibilität gewärtigen kann. Das wurde weiter oben im Zusammenhang mit moralischem Klima angedeutet. Menschen, die moralisch abgestumpft sind, sind vor der leidvollen Erfahrung von moralischem Stress geschützt – man denke an die furchtbare Dynamik von My Lai im März 1968, die Jonathan Glover moralisch analysiert hat.⁷ Risikofaktoren, die moralischen Stress vergrößern oder die Wahrscheinlichkeit, dass moralischer

Stress auftreten kann, sind einerseits moralische Sensibilität, das Wissen um wohlbegründete moralische Standards, aber andererseits auch das Ausgeblendet-Sein aus Entscheidungsprozessen, die Nicht-Teilhabe an Entscheidungsstrukturen, Stress im Arbeitsalltag oder Überforderung. Wenn man zu viele Dinge zugleich erledigen sollte, entsteht eine Grundstimmung von Stress, die – wenn sie zu einer gewissen Unvorhersagbarkeit und gleichzeitigen Überforderung führt – auch den Charakter eines toxischen Stressvolumens annehmen kann.

Zum moralischen Stress können Vorgaben beitragen, an denen man nicht beteiligt war, die vielleicht praxisfern sein können – dazu können auch Gesetzesvorgaben zählen, massiver Ressourcenmangel, die Ratio zwischen dem Patienten auf der einen Seite und Pflegepersonal auf der anderen Seite, aber auch innere Barrieren wie mangelnde Courage oder auch Kompetenzdefizit.

Moralischer Stress ist in erster Linie eine Integritätsfrage, eine Frage der Redlichkeit und des persönlichen moralischen Sensoriums. Moralischer Stress kann aber auch eine Kompetenzfrage sein, da es eine Frage der inneren Ressourcen ist, mit Situationen umzugehen, die einem moralischen Stress abverlangen könnten. Das zeigen Beispiele aus dem Alltag: wenn man etwa daran beteiligt ist, in einer hoffnungslosen Situation lebenserhaltende Maßnahmen fortführen zu müssen; oder wenn man Zeuge davon wird, dass sich mangelnde Team-Kommunikation Dysfunktionalität in einem System auf den Patienten nachteilig auswirkt. Olivia Kada und Tanja Lesnik haben in einer qualitativen Studie mit examinierten Pflegekräften in einem Pflegeheim gezeigt, dass der moralische Stress bei den Pflegekräften durch Phänomene wie unnötige Therapien und unnötige Krankentransporte verstärkt wurde; als meist genannte externe Barriere zu moralisch akzeptabler Berufsausführung wurden Entscheidungen durch Angehörige und Ärzte genannt, als meist genannte innere Barriere wurde mangelnde Courage angeführt.⁸ Hier zeigt sich eine weitere wichtige Facette von moralischem Stress:

Es ist moralisch inakzeptabel, Menschen in Situationen zu bringen, die ihnen moralischen Heroismus abverlangen. Institutionell hat die Regel zu gelten: 'Mach' es Menschen möglichst leicht, sich in moralisch akzeptabler Weise zu verhalten. Das wurde im nachfolgenden Beispiel grob vernachlässigt.

2. Ein tragisches Beispiel und Risikofaktoren

Von 2005 bis 2009 hat sich in England im National Health Service (NHS) im Mid Staffordshire Hospital ein Skandal ausgebreitet. Man spricht von einem massiven Anstieg der Patientensterblichkeit. Man vermutet, dass ca. 1.200 vermeidbare Todesfälle, sog. *excess deaths*, in diesem Zeitraum von knapp vier Jahren aufgetreten sind. 2013 wurde das Ergebnis einer eingesetzten Untersuchungskommission unter dem Vorsitz von Sir Robert Francis veröffentlicht, der sog. Francis-Report.⁹ Der Bericht zeigt erschütternde Fälle von Patientenvernachlässigung auf, von Phänomenen von Minimalismus: pflegebedürftige Menschen wurden nicht gereinigt, sie hatten keinen Zugriff auf Wasser und sie haben trotz medizinischer Notwendigkeit keine Unterstützung beim Essen erhalten. Das Personal ist zusehends abgestumpft und wurde mehr und mehr desensibilisiert.

Als Hauptgrund für diese Entwicklung wurde im Francis-Report das "managerial ethos" genannt, also ein Ethos, das von der Verwaltung des Krankenhauses geprägt wurde, ohne auf das medizinische Personal entsprechend Rücksicht zu nehmen. Das Management war darauf aus, finanzielle Ziele zu erreichen, die dem Management vorgegeben waren. Dies ging auf Kosten der Patienten. Es wurde eine Kultur etabliert, die die Würde der Menschen nicht mehr respektieren ließ. Sir Francis erzählte von himmelschreienden Situationen. Eine Zeugin berichtete, wie sie um 10 Uhr Vormittag ins Krankenhaus kam und ihre Mutter vollkommen nackt, überall von Exkrementen bedeckt, im Bett bei offener Zimmertür vorgefunden hat. Sie sagte, ihre Mutter sei dement; würde sie das mitbekommen, wäre sie schockiert. Sie fragte sich, wie lan-

ge ihre Mutter noch in diesem Zustand geblieben wäre, wenn sie nicht auf Besuch gekommen wäre und dies beanstandet hätte.

Hier zeigt sich eine toxische Mischung aus Druck, Defensivreaktionen auf diesen Druck sowie entsprechend negativen Verhaltensweisen, die nach und nach habitualisiert worden sind. Der Francis-Report identifizierte folgende Faktoren, die zum tragischen Ereignis führten:

1. Selbstsucht, Selbstinteresse, Selbstschutz
2. Angst
3. Isolation
4. zunehmende Toleranz von an sich inakzeptablen Standards
5. fehlendes Engagement des Managements, das sich aus dem Klinikalltag ausgeklinkt hat
6. Mangel an Leadership

Die Conclusio des Francis-Reports lautet: "It remains the view of this inquiry ... that it should be patients – not numbers – which counted. The demands for financial control, corporate governance, commissioning and regulatory systems are understandable and in many cases necessary, but it is not the system itself which will ensure that the patient is put first day in and day out. It is the people working in the health service and those charged with developing healthcare policy that need to ensure that is the case."¹⁰ Offenbar wurden hier Zahlen in den Mittelpunkt gestellt und zu erreichende Ziele und nicht das Wohl der Patienten.

Anhand dessen lassen sich die großen Risikofaktoren in einem systemischen Kontext definieren:

a) Die Frage des Ethos: Handelt es sich um ein 'managerial ethos'? Ich habe an der University of Notre Dame ein Forschungsprojekt durchgeführt, in dessen Rahmen 16 Interviews mit verschiedenen Stakeholdern des National Health System (NHS) im Vereinigten Königreich geführt wurden. In den Gesprächen kam heraus, dass das Management tendenziell zunimmt und mit hohen Gehältern dotiert wird. Vielfach handelt es sich dabei um Menschen, die medizinisch nicht entsprechend ausgebildet sind. Ein Befragter brachte dies wie folgt auf

den Punkt: „Die Häuptlinge werden immer mehr, und die, die auf dem Boden stehen und an der Front arbeiten, werden immer weniger und haben immer größeren Druck, der von immer realitätsferneren Ecken kommt, auszuhalten.“

b) Die Frage der Anreizsysteme: Was sind die Anreizsysteme? Welche Art von Verhalten wird belohnt? Welches Verhalten wird sanktioniert? Diese Frage sollten sich Institutionen stellen. Wenn es wie im erwähnten Mid Staffordshire Hospital keine positiven Anreizsysteme gab, die der Abstumpfung entgegengewirkt haben, sondern alles auf die Zahlen ausgerichtet war, dann waren schon manche moralische Schlachten verloren.

c) Die Frage des Pragmatismus und der Realitätsnähe: Ist es realistisch davon auszugehen, dass eine bestimmte Person diese Art von Arbeitsvolumen auf sich nehmen kann? Was ist einer Person realistisch zumutbar? Wie viel 'Nähe zum Dienst' haben die Führungsverantwortlichen? Papst Franziskus hat auf diese Problematik der Distanz der Entscheidungsträger aufmerksam gemacht – er spricht in einem globalen Kontext, die Sorge um den Mangel an physischem Kontakt und Begegnung gilt freilich auch für Führungsverantwortliche in Institutionen: „Ich möchte darauf hinweisen, dass man gewöhnlich keine klare Vorstellung von den Problemen hat, die besonders die Ausgeschlossenen heimsuchen. Sie sind der größte Teil des Planeten, Milliarden von Menschen ... Tatsächlich bleiben sie im Moment der konkreten Verwirklichung oft auf dem letzten Platz. Das ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass viele Akademiker, Meinungsmacher, Medien- und Machtzentren weit von ihnen entfernt angesiedelt sind, in abgeschlossenen Stadtbereichen, ohne in direkten Kontakt mit ihren Problemen zu kommen.“¹¹ Demut ist bekanntlich die Tugend des Realismus, die Füße am Boden ('humus') zu haben. Das Risiko von moralischem Stress wird durch unrealistische Vorgaben, die sich aus der privilegierten Distanz ergeben, vergrößert.

Sehen wir uns nun nach dem tragischen Beispiel ein positives Beispiel an.

3. Primat des Patientenwohls und Kultur der Kollegialität

Die weltbekannte Mayo-Klinik ist seit ihrer Gründung auf zwei klaren Prinzipien aufgebaut: einem Primat des Patientenwohls und einem Kooperationsprinzip im Sinne einer ständeübergreifenden Zusammenarbeit. Das macht sie zu einem guten Beispiel.

3.1 Der Primat des Patientenwohls

“The needs of the patient come first.”¹² Dies war ein Prinzip, das von Anfang an in der Mayo Clinic etabliert wurde. Im August 1883 wurde Rochester in Minnesota von einem Tornado heimgesucht. Der Arzt William Mayo baute mit seinen beiden Söhnen William und Charles in einer Tanzhalle ein Notspital auf und leistete erste medizinische Hilfe. Kurz danach fragte ihn Mutter Moes von den Franziskanerschwestern, ob er nicht gemeinsam mit den Franziskanerschwestern ein Krankenhaus aufbauen will. Die Ordensschwestern würden die Krankenschwestern stellen, Mayo und seine beiden Söhne würden die ärztliche Verantwortung für das Krankenhaus übernehmen können. Zu diesem Zeitpunkt bestand mit nur sechs allgemeinen Krankenhäusern in Minnesota – fünf davon in den Zwillingsstädten Minneapolis und St. Paul – eine klassische Unterversorgung. Die Mayo-Klinik eröffnete tatsächlich nach einigen Jahren des Aufbaus und einer Übergangsphase am 13. September 1889: mit 27 Betten und sechs Schwestern.

Von Anfang an war klar, dass der Fokus auf dem Wohl und dem besten Interesse der Patienten lag. Dies führte zu einem Behandlungsmodell, das bis heute nicht durchbrochen wurde. Der Primat der Bedürfnisse der Patienten zeigt sich in der Zeit, die für Diagnose und Anamnese verwendet wird, in einer Kultur des Zuhörens, in einem niederschweligen Zugang zu medizinischen Leistungen, in einem Fokus auf bestmögliche Qualität und damit auch in einem Fokus auf Innovation. Durch eine persönliche koordinierende Verant-

wortung, die ein bestimmter Arzt für einen bestimmten Patienten wahrnimmt, wird Kontinuität garantiert. ‘Social Discontinuity of Care’ ist ein großes Problem im Gesundheitssystem.

Man baute nicht auf Profitmaximierung des Krankenhauses, sondern führte es basierend auf dem Prinzip „Beste Versorgung nach dem besten Interesse der Patienten“. William Mayo hielt 1910 am Rush Medical College eine berühmte Ansprache, die ‘Commencement Address’: “The best interest of the patient is the only interest to be considered, in order that the sick may have the benefit of advancing knowledge, union of forces is necessary. ... It became necessary to develop medicine as a cooperative science.”¹³

3.2 Das Kooperationsprinzip

Das Kooperationsprinzip war eng verbunden mit dem Primat des Patientenwohls. Es zeigt sich im Teamwork, in einer Kultur der Kollegialität, die explizit gelebt und eingefordert wird. Es zeigt sich in einer interdisziplinären Beratung, in der Führungsstruktur und einem kollegialen Führungsstil auf kollaborativer Grundlage. Bereits in den 1920er Jahren etablierten die Mayo-Brüder ein Board of Governors, um die Führungsarbeit auf eine breitere und kooperativere Grundlage zu stellen. Diese beiden Prinzipien, die seit 1889 die Klinik anleiten, sind auch jetzt, wo die Klinik sehr viel größer geworden ist, einen milliardenhohen Umsatz macht und mehrere Niederlassungen hat, nach wie vor leitend.

Wenn man auf systemischer Ebene versuchen möchte, moralischen Stress und Eintrittsstellen für moralischen Stress oder – noch schlimmer – moralisches Leid zu vermeiden, dann muss man auf ein Kooperationsprinzip setzen und eine klare Wertebasis, die vernünftigerweise im Sinne der Mission eines Krankenhauses darin besteht, das Wohl der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Für gute Zusammenarbeit ist es erforderlich, dass Statusgedanken hinter das Hauptziel gestellt werden. Starre Hierarchien sind hierfür nicht dienlich.

4. Kurze Zwischenbemerkung: Würdearbeit

Die Mayo-Klinik arbeitet mit zwei klaren Grundwerten, die das Aufkommen von moralischem Stress weniger wahrscheinlich machen. Eine klare Wertebasis, auf die sich institutionelle Rahmenentscheidungen und individuelles Handeln gleichermaßen beziehen, minimieren das Risiko von moralischem Stress, der vor allem durch die Kluft zwischen strukturellen Bedingungen und individuellen Eigenerwartungen entsteht. Moralische Unsicherheit ist eine signifikante Quelle von moralischem Stress.¹⁴ Ich möchte kurz einen weiteren moralischen Leitwert benennen: Würde.

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte räumt der Würde der menschlichen Person sowohl in der Präambel als auch im Artikel 1 eine prominente und grundlegende Stellung ein. Respekt vor der Würde des Menschen ist der Schlüssel zu ge-
deihlichem Zusammenleben.

Der Dominikaner Louis Joseph Lebrecht prägte in den 1950er Jahren den Begriff der ganzheitlichen menschlichen Entwicklung. Er versuchte, sich dafür einzusetzen, dass Entwicklung nicht auf ökonomische Faktoren allein reduziert wird und er prägte den Begriff der Würdebedürfnisse. Diese gehen über ‚satt, sauber und sicher‘ hinaus, und beinhalten laut Lebrecht auch den Zugang zu Literatur und Dichtung, einen eigenen Raum und Ruhe.

Diese Würdebedürfnisse spielen eine große Rolle in der Zufriedenheit von Patienten und deren Gefühl, respektiert zu sein. Sozialarbeiter haben kürzlich eine Studie in Utrecht gemacht und gesehen, wie betreute Menschen darunter leiden, wenn sie infantilisiert werden oder wie Monster behandelt werden, vor denen man sich fürchten muss oder vor denen man sich eckelt; wenn Menschen wie ein Objekt behandelt werden, an dem man sich abarbeitet. Würdebedürfnisse werden positiv gesehen dadurch befriedigt, indem man die Einzigartigkeit von Menschen respektiert und dieser Einzigartigkeit auch Raum lässt.¹⁵

Respekt vor der Einzigartigkeit der Person ist ebenso simpel wie strukturell anspruchsvoll, da

hier die Ressourcen (vor allem Zeit!) bereitgestellt werden müssen. Tatsächlich kann aber kein Zweifel darin bestehen, dass ein personenzentrierter Zugang zu Interaktionen vor allem daran hängt, dass die Person als einzigartige Persönlichkeit gesehen wird. Das ist auch die Grundidee der Würdetherapie von Harvey M. Chochinov, die es den Professionellen in einem Pflegekontext möglichst leicht machen möchte, die einzigartige Persönlichkeit des Patienten zu sehen.¹⁶ Menschen fühlen sich respektiert, wenn sie in ihrer ‚Gesichtlichkeit‘ wahrgenommen werden. Diese Form des Respekterweises hat globale Tragweite. Irina Mosel und Kerrie Holloway haben beispielsweise in einem Forschungsprojekt mit Flüchtlingen in sechs Ländern (Afghanistan, Bangladesch, Kolumbien, Libanon, Philippinen und Südsudan) herausgefunden, dass die Betroffenen ihre Würde vor allem dadurch gewahrt sahen, dass sie in ihrer Einzigartigkeit respektiert wurden.¹⁷

Eine professionelle Kultur, die sich um die Würdebedürfnisse eines Menschen bemüht, kann man ‚Würdearbeit‘ nennen. Sie schließt Respekt ebenso wie Selbstrespekt ein. Wiederum gilt, dass die institutionellen Rahmenbedingungen und die strukturellen Vorgaben es den handelnden Personen möglichst leicht machen sollten, Würdearbeit zu verrichten. Es soll Menschen möglichst leicht gemacht werden, integer zu sein. Integre Menschen versuchen, trotz Systemzwängen an ihrer Integrität festzuhalten. Der Leitwert der Integrität bedeutet für sie dreierlei: Sie gehen mit einer gewissen Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit an ihre Arbeit heran, sie arbeiten mit einer gewissen Ernsthaftigkeit und sie integrieren ihre inneren und äußeren Ressourcen.

Wenn Würdebedingungen und Integrität zusammentreffen, entstehen die besten Voraussetzungen für die „moralische Bewohnbarkeit“ des professionellen Kontexts. Dieser Begriff von „moral habitability“ hat sich in der Pflegeliteratur seit dem Jahr 2004 etabliert und deutet die Möglichkeit und Fähigkeit an, sich in einem professionellen Setting moralisch ‚daheim‘ (‘at home’) zu fühlen.¹⁸

Das bringt mich zur Frage nach den Ressourcen, um moralischen Stress zu minimieren.

5. Umgangsweisen und Resilienz

Grundsätzlich gilt, dass materielle Ressourcen bei der Vermeidung und Minimierung von moralischem Stress eine bedeutsame Rolle spielen. Fragen der Remuneration sind Fragen der Anerkennung, Fragen des Personalschlüssels sind Fragen der realistischen Bedingungen für Würdearbeit.

Daneben sind individuelle Ressourcen und Strategien von Bedeutung; ich nenne einige Punkte.

5.1 Strategien für den Umgang mit dem System

Für einen klugen Umgang mit dem System und den Strukturen bieten sich folgende Strategien an:

List: Wie kann man das System überlisten? Wie kann man den Auftrag erfüllen und sich trotzdem Freiräume schaffen? Mit Phantasie lassen sich Freiräume überlegen, wenn man weiß, wie man das System und den Mechanismus teilweise überlisten kann.

Rahmung: Es ist resilienzstärkend, wenn man seine Arbeit in einen größeren Zusammenhang einbettet. Einem gläubigen Menschen kann es etwa helfen, sich zu überlegen: „Was wird mich Gott am Ende meiner Tage fragen? Was ist der große Horizont, das große Narrativ meines Lebens?“

Gelungene Interaktionen: Sie können Energie geben. Der Dalai Lama und Howard Cutler überlegen sich in ihrem Buch „The Art of Happiness at Work“, dass es glücksstiftend ist, jeden Tag, auch in einer schwierigen Arbeitssituation, ein gewisses Projekt zu haben:¹⁹ „Ich will der muffigen Rezeptionistin ein Lächeln entlocken.“ oder „Ich will gelingende Interaktionen haben, die mir dann Energie geben, von der ich zehren kann.“

Oasen: Aus der Korruptionsforschung kennt man Oasen der Integrität. Man soll sich fragen, wo man sich im Arbeitsalltag Oasen der Integrität schaffen kann, wo man zur Ruhe kommt, wo die gelingenden Interaktionen vonstatten gehen können, wo man sich von den Systemzwängen schützen kann.

Distanzierung: Die zu Beginn zitierte Carolina Maria de Jesus hat immer gesagt: „Ich schreib dich in meinem Tagebuch auf.“²⁰ Wenn man ein Tagebuch führt, Gedichte oder einen Roman schreibt, ermöglicht dies eine vernünftige Distanzierung vom System.

5.2 Empfehlungen für den Umgang mit sich selbst

Neben diesen Strategien im Umgang mit den Strukturen kann man Empfehlungen für den Umgang mit sich selbst formulieren:

Innere Räume schaffen: Man muss einen inneren Raum schaffen, wo man sich zurückziehen kann, in die eigene Interiorität. Einen Raum, wo man die Tür schließen kann. Einen Raum, den einem keiner wegnehmen kann, den man kultiviert durch Meditation, Gebet, Stille und Ruhe. Einen inneren Raum, den man mit guten Gedanken nährt und der Kraftquelle sein kann.

Kreativität: Schöpferische Tätigkeiten sind resilienzfördernd – auch als die Fähigkeit, Ausdrucksmittel zu finden, die eigene Situation sichtbarer zu machen und damit zu verarbeiten.

Physische Anstrengung: In der frühchristlichen Literatur gibt es Burnout-Präventions-Überlegungen:²¹ Wenn ein Mönch vom Burnout bedroht ist, vom sog. ‚Mittagsdämon‘, soll er Holz hacken und laut singen. Er soll sich aber auch nicht überfordern, er soll eine gewisse Gelassenheit im Umgang mit sich selbst an den Tag legen.

Vier Grundnahrungsmittel der Seele: Die frühchristliche Literatur sagt, dass die Seele von Schönheit, Freundschaft, Ruhe und vom Gebet genährt wird.²²

Auf diese Weise kann man versuchen, die Aufrichtigkeit, Ernsthaftigkeit und Integration zu leisten, damit Integrität möglich ist.

Aus der Resilienzforschung ist bekannt, dass ein Kontrollsin (Was kann ich in meinem Handeln beeinflussen?), ein Richtungssinn (Worum geht es? Was sind die Werte? Welche Richtung möchte ich gehen?) und ein sozialer Sinn (Inte-

resse für andere) entscheidend sind.²³ Auch dies lässt sich auf die persönliche Ebene übertragen: Man braucht Netzwerke, eine klare Wertebasis und einen inneren Zusammenhalt, eine gewisse innere Kohäsion.

Platon hat die Seele mit dem Staat verglichen und umgekehrt.²⁴ Wenn man die Erkenntnisse der Resilienzforschung über resiliente Gemeinschaften und resiliente Institutionen heranzieht und auf die eigene Seele überträgt, können fruchtbare Einsichten gewonnen werden. Resiliente Gemeinschaften zeichnen sich aus durch: Adaptationsfähigkeit, soziale Verbundenheit, Mobilisierungsfähigkeit und Infrastruktur – allesamt Faktoren, die auch auf persönlicher Ebene wichtig sind. Resiliente Institutionen antizipieren Adversitäten, sind flexibel, verfügen über die Kunst der Bricolage, die Bastelkunst, aus verschiedensten Dingen etwas Neues zu machen, das einem hilft und investieren in Redundanz (ein Feuerlöscher ist redundant, wir mögen ihn nicht brauchen müssen, aber er trägt zur Resilienz der Institution bei).

Auf die eigene Person umgelegt, bedeutet dies: 1) Antizipation: für sich selbst in der Seele und der Lebensführung vorwegzunehmen, was advers sein kann, 2) Flexibilität: zu starre innere Vorstellungen oder zu starre Vorstellungen der moralischen Standards, an die man sich halten möchte, sind hinderlich, 3) Bricolage: Fähigkeit, mit Imperfektem umzugehen und mit den verschiedenen Baustellen zu basteln, die einem das Leben gibt, 4) Redundanz: ein Erholungsurlaub, einen Roman oder einen Gedichtband zu lesen mag redundant sein, aber daraus wird auch Resilienz für die Seele aufgebaut.

6. Schlussbemerkung

Johannes Cassian hat sich im 4. Jahrhundert über geistliche Gesundheit und moralische Integrität Gedanken gemacht und in den 24 *Unterredungen mit den Vätern* von der Bedeutung der Kleinigkeiten geschrieben. Kleine Nachlässigkeiten können zu Sprüngen führen, die die Lebensin-

tegrität immer fragiler machen, und der Sprung wird immer größer. Deshalb soll man achtsam sein auf die Kleinigkeiten und vielleicht auch realistisch sein in Bezug auf das, was man moralisch von sich selbst verlangen kann. Man braucht eine gewisse Gelassenheit im Umgang mit sich selbst und soll milde mit sich selbst sein.

Referenzen

- 1 De Jesus C. M., *Tagebuch der Armut*, Reclam, Ditzingen (1979).
- 2 Margalit A., *On Compromise and Rotten Compromises*, Princeton University Press (2013).
- 3 <http://www.romerotrout.org.uk/homilies-and-writings/homilies/church-serves-personal-communal-and-transcendent-liberation>.
- 4 Subramani S., *The moral significance of capturing micro-inequities in hospital settings*, *Social Science & Medicine* (2018); 209: 136-144.
- 5 Vgl. Lützn K. et al., *Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals*, *Nursing ethics* (2010); 17(2): 213-224.
- 6 Wöhlke S., Wiesemann C., *Moral distress im Pflegealltag und seine Bedeutung für die Implementierung von Advance Care Planning*, *Pflegewissenschaft* (2016); 18(5-6): 281-287, hier S. 281.
- 7 Glover J., *Humanity. A Moral History of the 20th Century*, Yale UP, New Haven, CT (2001).
- 8 Kada O., Lesnik T., *Facetten von 'moral distress' im Pflegeheim. Eine qualitative Studie mit examinierten Pflegekräften*, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (2019); 52: 743-750.
- 9 The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, chaired by Robert Francis QC, *Report of the Midstaffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Executive summary*, February 2013, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279124/0947.pdf.
- 10 Ebd., S. 83.
- 11 Papst Franziskus, *Enzyklika Laudato Si*, S. 49.
- 12 Mayo Clinic, *Mayo Clinic Mission and Values*, <https://www.mayoclinic.org/about-mayo-clinic/mission-values>.
- 13 Mayo W. J., *The Necessity of Cooperation in Medicine*, *Mayo Clin Proc* (2000); 75: 553-556, <http://volho.cases.som.yale.edu/sites/default/files/cases/Design%20at%20Mayo/WW%20Mayo%20Speech.pdf>.
- 14 Reynolds S. J., Owens B. P., Rubenstein A. L., *Moral Stress: Considering the Nature and Effects of Mana-*

- gerial *Moral Uncertainty*, *Journal of business ethics* (2012); 106(4): 491-502.
- 15 Bossi A., *Economy and humanism*, *Estudos avançados* (2012); 26(75): 249-266.
 - 16 Chochinov H. M. et al., *Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life*, *Journal of Clinical Oncology* (2005); 23(24): 5520-5525.
 - 17 Mosel I., Holloway K., *Dignity and humanitarian action in displacement*, Humanitarian Policy Group Report, Overseas Development Institute, London (2019).
 - 18 Vgl. Vanderheide R., Moss C., Lee S., *Understanding moral habitability: A framework to enhance the quality of the clinical environment as workplace*, *Contemporary Nurse* (2013); 45(1): 101-113.
 - 19 Dalai Lama, Cutler H. C., *The Art of Happiness at Work*, Riverhead Books, New York (2003).
 - 20 De Jesus C. M., siehe Ref. 1.
 - 21 Vgl. Sedmak C., Bogaczyk-Vormayr M. (Hrsg.), *Patriistik und Resilienz. Frühchristliche Einsichten in die Seelenkraft*, Akademie Verlag, Berlin (2012).
 - 22 Vgl. ebd.
 - 23 Vgl. Sedmak C., *Innerlichkeit und Kraft. Studie über epistemische Resilienz*, Herder, Freiburg/Br. (2013).
 - 24 Platon, *Der Staat*, Reclam, Ditzingen (2017).

Letzter Zugriff auf sämtliche Webseiten am 16.2.2023.