

"Untastbare Menschenwürde"

Vortrag anlässlich der Veranstaltung:

"Die Würde des Menschen in der psychiatrischen Versorgung - gestern und heute"

Für BOP&P: Annette K. Lorenz

Vorstandsmitglied der "Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener
(BOP&P)" e.V.

Ich möchte mich zuerst kurz vorstellen: Mein Name ist Annette Lorenz und ich arbeite im Vorstand der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener. Ich war Nutzerin der Psychiatrie und ich habe dann später in verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen gearbeitet. Ich habe damit beide Seiten der psychiatrischen Versorgung kennen gelernt.

Warum brauchen wir eigentlich diese Veranstaltung?

Wir haben eine moderne Psychiatrie, es gab eine Psychiatrie-Enquete, es gab Reformen, Enthospitalisierung und jetzt gibt es Personenzentrierung. Alle Beteiligten geben sich nach eigenem Bekunden sehr viel Mühe.

Die Patienten werden nicht mehr in Drecklöchern oder Käfigen gehalten, es existieren keine Massenschlafsäle mehr, die Klienten werden nicht mehr lobotomiert, nicht mehr mit Insulin drangsaliert und nicht an Ketten gelegt. Die Krankenhäuser und Heime sind größtenteils ikea-mäßig freundlich eingerichtet, manchmal stehen Blumen auf dem Tisch, der Patient wird (meistens) mit "Sie" angedredet und mit Herrn oder Frau Sowieso.

Vieles ist besser geworden. Besser heißt nicht, daß es gut geworden ist.

Ohne längere Vorrede steigen wir jetzt daher am Besten gleich ein in einige Beispiele.

Ich habe die Beispiele in 3 Bereiche unterteilt. Alle 3 Bereiche zeigen, wodurch Menschen in der psychiatrischen Versorgung sich in ihrer Würde verletzt sehen.

"Der psychiatrische Alltag – alles das, was man sowieso hinnehmen muß"

Der erste Bereich von Beispielen trägt die Überschrift "Der psychiatrische Alltag – alles das, was man sowieso hinnehmen muß".

Eine Auflistung:

- über Medikamente wird nicht aufgeklärt
- Nebenwirkungen von Medikamenten werden als Symptome gedeutet
- körperliche Krankheiten werden als Symptome gedeutet
- Patienten bekommen Diagnosen weder mitgeteilt noch erklärt
- Therapien und Therapieziele werden nicht erklärt
- reale Lebensumstände und Ereignisse werden als Überinterpretation oder Fehlinterpretation abgetan
- es wird mit Strafsystemen gearbeitet, die man heute teilweise nicht einmal mehr Kindern zumutet

- Erpressung und Drohungen werden angewandt, besonders dann, wenn man die Medikation in Frage stellt. Denn für Ärzte droht damit die schreckliche Gefahr der non-compliance.

Die üblichen Äußerungen dem Klienten gegenüber lauten dabei:

- Ohne die Medikamente können Sie nicht leben;
- Ohne Medikamenten werden Sie nie wieder gesund
- Wenn Sie die Medikamente nicht nehmen, kriegen Sie sie zwangsweise,
- Wenn Sie die Medikamente nicht nehmen, bekommen Sie keinen Ausgang
- Wenn Sie die Medikamente nicht nehmen, werden Sie nicht entlassen,

(Heute gibt es interessanterweise auch die umgekehrte Drohung:

Wenn Sie sie nicht nehmen, dann werden Sie entlassen)

Und ein letztes Beispiel aus dieser Überschrift:

- In der ambulanten Versorgung kennen die Betreuer, Psychologen und Einzelfallhelfer die Hauptmedikamentengruppen von Psychopharmaka nicht, die ihre Klienten handvollweise schlucken müssen – daher kennen sie auch die Nebenwirkungen nicht; Die Anforderungen an die Klienten und die tagesstrukturierenden Pläne sind nicht im Geringsten auf diese Nebenwirkungen abgestimmt – denn für Medikamente ist schließlich der Arzt zuständig

All das sind Beispiele von Würdeverletzungen, die so üblich sind, daß wir sie jetzt hier nicht an konkreten Einzelbeispielen belegen. Das alles betrifft nicht einzelne Einrichtungen oder Krankenhäuser, sondern es ist deutschlandweit üblich.

"Praktische Details aus der psychiatrischen Versorgung".

Der zweite Bereich trägt die Überschrift "Praktische Details aus der psychiatrischen Versorgung".

Ich werde jeweils vorher sagen, um welche Art Einrichtung es sich dabei handelte. Namen werden dabei nicht genannt.

In einem Krankenhaus:

- Ein Patient wird fixiert, aufgrund der räumlichen Enge des Krankenhauses zu nahe an der Heizung; er verbrennt sich Arm und Hand. Zuerst wird behauptet, der Patient hätte diese Verbrennungen wohl schon vorher gehabt. Dann entschuldigt sich der Arzt doch, eine Möglichkeit, Heizkörperverkleidungen zu beantragen sieht er nicht. Gleichzeitig wird er als Gutachter in dem Falle dieses Schadens bestellt, der unter seiner eigenen Verantwortung entstand.

In einem Krankenhaus:

- ein Patient unterschreibt einen Vordruck, daß er freiwillig im Krankenhaus bleiben wird. Vom Personal wird ihm gesagt, er solle handschriftlich noch hinzufügen, daß er Medikamente einnehmen wird. Wenn er dies nicht mit unterschriebe, dann würde man seine Freiwilligkeitserklärung nicht anerkennen und einen Zwangsaufenthalt erwirken

In einem Krankenhaus:

- ein Patient kommt auf die Akutstation. Er ist das erste Mal in einer psychiatrischen Station und hat noch volles Vertrauen. Es geht ihm sehr schlecht und er hat große Angst. Das Personal lacht andauernd und jedesmal, wenn ihm die Schwester einen neuen Becher Haldol reicht, lacht sie wieder.

Krankenhaus:

- es ist Sommer, es ist stickig und warm. Es liegen mehrere Frauen in einem Zimmer. In zwei Wochen ist es nur einmal möglich, daß Personal dazu zu bewegen, daß Fenster zu öffnen – und daß auch erst, nachdem dies bei der Arztvisite beantragt worden war.

Eine Krankenhausstation:

Aufenthalte auf psychiatrischen Stationen sind oft lang. Ein Patient hat keine frischen Anziehsachen mehr. Er fragt beim Personal nach einer Waschmaschine. Die gäbe es nicht, sagt man ihm. Er solle seine Sachen jemandem mitgeben, der ihn besucht und waschen lassen. Er wendet ein, daß lediglich eine Bekannte hin und wieder zu Besuch käme, der er seine Wäsche nicht zumuten wolle. Das sei Pech, erklärte das Personal. Dann müsse er seine Wäsche im Handwaschbecken waschen. Wie das bei Jeans funktionieren soll, wissen sie auch nicht. Einen Trockenraum gibt es ebenfalls nicht. Der Patient muß seine Unterhosen etc im Zimmer auf der Heizung und auf dem Stuhl trocknen. Dafür bekommt er von einer Schwester den Rüffel, daß es im Zimmer schlampig aussehen würde

Krankenhaus:

- aufgrund einer medikamenteninduzierten Psychose erhält eine Patientin eine Woche lang eine hohe Dosis eines Neuroleptikums. Die Patientin kann sich an die Woche nicht erinnern. Als sie wieder klar wird, stellt sie fest daß sie stinkt. Offenbar hatte sie eine Woche lang im Hochsommer nicht geduscht und die Kleidung nicht gewechselt. Aufgrund der Neuroleptika hat sie eine nicht lösbare Verstopfung. Sie geht zum Personal obwohl sie sich sehr schämt und schildert das Problem. Aber auch die mitgegebenen Flüssigkeiten lösen das Problem nicht. Sie geht erneut zur Schwester. Die Schwester sagt der Patientin, sie solle in ihr Zimmer gehen, die Hosen ausziehen und sich auf die Seite legen.

Die Schwester tritt dann hinzu, beschäftigt sich kurz mit dem Darmausgang und sagt verärgert "Jetzt muß ich das auch noch "ausräumen"." Dann pulte sie mit den Händen die Verstopfung heraus. Die Mitpatientinnen und Besucher dürfen zuschauen, denn es handelte sich um ein Vierbettzimmer.

Eine therapeutische WG:

Der Betreuer kontrolliert beim Klienten, ob das Zimmer ordentlich aufgeräumt wurde. Der Betreuer findet, daß das Ergebnis nicht ausreicht und fegt alle Gegenstände und Papiere des Klienten, die er als unaufgeräumt empfindet, auf den Fußboden. Dann sagt er dem Klienten, er solle sie aufheben und aufräumen. Er schaut dem Klienten dabei zu, wie dieser auf allen vieren auf dem Fußboden die Sachen zusammen sammelt.

Ein Heim:

Mehrere Klienten teilen sich die Badezimmer und Toiletten. Die Fenster sind aus klarem Glas, nicht aus undurchsichtigem Glas. Jalousien oder Vorhänge werden von der Einrichtung nicht angebracht.

Geschlossene Akutstation:

Eine psychotische Patientin, ich nenne sie jetzt hier Frau Müller, erhält Besuch. Der Pfleger ruft laut durch den Gang, der auch Aufenthaltsort für die Patienten und Besucher ist: "Mensch Müllerchen, da haste ja mal keinen Scheiß erzählt, du krichst ja tatsächlich Besuch"

Das Personal hatte sich den gesamten Vormittag über die Patientin lustig gemacht, weil sie freudig allen erzählte, daß sie nachmittags Besuch bekommen würde.

Wir sind bei dieser Veranstaltung mit der Zeit begrenzt. Auch das sind alles keine Ausnahmen – es ist psychiatrischer Alltag.

Die gute Nachricht:

Aber – jetzt kommt die gute Nachricht:

Die Würde des Menschen ist unantastbar.

Dies ist einer der philosophischen Begriffe der Würde und stammt von Kant

Diese Würde ist unantastbar, sie ist dem Menschen inne durch sein Menschsein und kann einem durch nichts, keine Tat, keine Handlung, keine Unachtsamkeit und keine Bosheit genommen werden.

Aus dieser Sicht bräuchten wir diese Veranstaltung also eigentlich nicht, denn was auch geschieht in der psychiatrischen Versorgung – kein Mensch und keine Tat ist in der Lage, die Würde eines Menschen anzutasten.

Nun gibt es noch eine weniger gute Nachricht:

Es gibt verschiedene Definitionen von Würde.

Ich denke, wir beschäftigen uns heute mit dem **umgangssprachlichen** Verständnis von Würde in der psychiatrischen Versorgung – Zumindest innerhalb eines Kulturkreises gibt es da schon erhebliche Übereinstimmungen zwischen den Psychiatrie-Erfahrenen und auch Externen, wann Würde gewahrt wird und wann sie verletzt wird.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die Würde eines Menschen zu verletzen.

Durch Worte , durch Handlungen und durch Verhalten oder Haltungen.

Durch das Unterlassen von Worten, Handlungen oder Verhalten.

Man kann die Wahrung von Würde **pessimistisch** beschreiben als die Abwesenheit von Gewalt, Zwang, Erpressung, Nötigung, Machtmißbrauch, Machtdemonstration

Oder man wagt eine optimistische Beschreibung:

Würdeerhaltend ist die Wahrung von:

Intimsphäre	Achtung	Unvoreingenommenheit
Privatsphäre	Respekt	Gerechtigkeit
Körperlicher Unversehrtheit	Gleichheit	Freiheit

Die Professionellen sind also der Meinung, sie tun ihr Bestes zu unserem Besten und die Psychiatrie-Erfahrenen fühlen sich in ihrer Würde verletzt. Irgendetwas läuft also schief.

Was schief läuft

Ich werde jetzt darstellen, was unserer Meinung nach zu den immer wiederkehrenden Würdeverletzungen führt.

Das führt mich zuerst zu meinem 3. Bereich von Beispielen mit der Überschrift

"Systemimmanente Würdeverletzungen"

Das soll heißen: das System Psychiatrie, wie es in Deutschland heute aufgebaut ist, kann gar nicht anders, als die Würde von Menschen zu verletzen und zwar durch die Regeln und Gesetze, die diesem System zu Grunde liegen. Dazu gehören unserer Meinung nach folgende Punkte

1.) Die Zwangsmaßnahmen

also Zwangseinweisung, Zwangsmedikation und Zwangsfixierung – Zwang ist immer würdeverletzend

2.) Doppelfunktion von Hilfe und Kontrolle/ Zwang

3.) Das betriebswirtschaftliche Diktat, das sich inzwischen durch alle Gesellschaftsbereiche zieht und damit auch durch die Psychiatrie. Eine Behandlung sollte dabei effizient sein, nachhaltig, optimiert, strukturiert und prozessorientiert – und natürlich zielführend. Im allgemeinen handelt es sich nicht um die Wünsche des Patienten, die dabei als Zieldefinitionen festgelegt werden.

4.) Die Diagnose und das Krankheitsmodell. Die Diagnose ist notwendig, um Leistungen des Gesundheits- und Sozialsystems in Anspruch nehmen zu können. Gleichzeitig bedeutet die heutige psychiatrische Diagnostik eine Reduktion der Lebenssituation und der Biografie der Betroffenen. Mit der Diagnose-Etikettierung erfolgt die Deutung als Stoffwechselkrankheit – und diese Stoffwechselkrankheit existiert praktischerweise losgelöst vom Lebensverlauf und kann nach vorherrschender Meinung nur durch Medikamente in Schach gehalten werden kann. Durch dieses Krankheitsmodell wird der Blick auf den Menschen als Ganzes verhindert (wir alle hier wissen, daß momentan zumindest eine Vulnerabilitäts-Stress-Theorie existiert – das hat sich allerdings noch nicht in allen Professionellen-Kreisen herumgesprochen)

5.) Die sogenannte **Therapeutische Haltung**:

Dazu gehören Kühle, Distanz und vollkommen künstliche Gesprächssituationen aufgrund therapeutischer Regeln. Stichwort: das sonderbare Verhalten von Psychiatern, Therapeuten und Betreuungspersonal im zwischenmenschlichen Kontakt mit Patienten oder Klienten.

Die Reaktionen darauf sind häufig Ärger, Wut, Angst, Unverständnis und Rückzug; diese durchaus gerechtfertigten Reaktionen des Klienten werden wiederum als Symptom gedeutet;

6.) Das nicht auflösbare Paradoxon, das in allen stationären und ambulanten Bereichen existiert: Übernimm die Verantwortung für Dich und tu das so, wie ich es als Professioneller für richtig halte.

7.) Und als letzter Punkt der **systemeigenen Würdeverletzungen**:

Eine psychiatrische Diagnose rechtfertigt das Vorgehen, den Patienten in nichts mehr ernst zu nehmen

Dieser Punkt ist der **Schlüssel** zu fast allen Beispielen, die ich hier angeführt habe. Und er scheint der Psychiatrie system-eigen zu sein. Obwohl wir Psychiatrie-Erfahrene glauben: das müßte nicht so sein.

Eine psychiatrische Diagnose ist immer noch eine **Einladungskarte** zu übergriffigem und respektlosem Verhalten. Offenbar liegt das an der Wertung, die seelischen Krisen entgegengebracht wird. Keinem körperlich Erkrankten wird soviel Verachtung, Distanz, Unverständnis und Angst entgegengebracht. Ein Beinbruch – das kann jedem passieren, genauso eine Krebserkrankung oder ein Herzanfall. Körperliche Krankheiten wünscht man sich nicht – aber man versteht, daß sie einem passieren können.

Wenn es um seelische Krisen geht, dann sieht das plötzlich ganz anders aus.

Das man die Realität eines Tages anders erleben könnte als bisher, daß sie einem entgleitet oder sich verschiebt – das darf man sich nicht vorstellen. Die Wahrnehmung, die Realität wie man sie üblicherweise sieht, darf sich nicht verschieben dürfen, denn auf sie bauen wir unser Selbstverständnis, unser Selbstbewußtsein und unser Urteilsvermögen.

Seelische Krisen und ihre Erscheinungen und Äußerungen (der Professionelle sagt dazu : Symptome) sind "**Das Andere**", das "**Unverstehbare**" – und sie müssen unbedingt "Das Andere" und "Das Unverstehbare" bleiben, denn sonst wäre man als Profi (oder Nicht-Psychiatrie-Erfahrener) nicht mehr sicher auf der anderen Seite - der "normalen" Seite. Dann könnte "das da", also die Realitätsverschiebung, auch in einem selbst angelegt sein - und in ungünstigen Lebenssituationen könnte man dann werden wie "die".

Werden wie "die". Wie wird man dann?

Verzweifelt, verängstigt, überreizt, ungeduldig, alltagsuntauglich, angewiesen auf Zuwendung?

Halluzinierend, tobend, wütend, aggressiv?

Des Lebens müde, der täglichen Anforderungen müde, der Verstellungen und Unwahrheiten müde.?

Die Äußerungen während einer Krise sind durchaus nicht unverständlich, die dahinter liegenden Gefühle sind allen Menschen bekannt. Sie geraten während einer Krise "lediglich" in ein Übergewicht.

Das ist etwas, was jeder Mensch von sich kennt – zum Beispiel während er verliebt ist, wenn er verlassen wird, wenn er sich nicht entscheiden kann oder wenn er in die Enge gedrängt wird etc. Wahrscheinlich ist es auch deshalb so wichtig, seelische Krisen an Gene zu koppeln und Stoffwechselkrankheiten daraus zu machen. Denn dadurch gehört das Beängstigende, das Erschreckende, "Das andere" nicht mehr zu den Ausdrucksmöglichkeiten des Lebens, sondern es ist krank und muß weg

Um diese Unterteilung in eine "normale" und eine andere, "verrückte" kranke Seite aufrecht zu erhalten, müssen Professionelle (und Nicht Psychiatrie-Erfahrene) sich abgrenzen, abwerten und spezielle sonderbare Umgangsregeln für den Kontakt mit Menschen in Krisen entwickeln

Und diese Haltung wird von einer Professionellengeneration an die nächste weitergegeben

Die Aspekte, die Würde ausmachen, sind bei diesen Umgangsregeln außer Kraft gesetzt:

Intimsphäre, Privatsphäre, Freiheit Achtung, Respekt und Gleichheit

Gerechtigkeit und Unvoreingenommenheit

Darf ich einen Menschen respektlos behandeln, weil ich seine Wirklichkeit nicht teile oder nicht verstehe? Darf ich ihm weniger Würde zusprechen oder eine andere Würde als mir selbst, weil seine Wirklichkeit und seine Wahrnehmung nicht mit meiner übereinstimmen?

Lautet die Formel: Eine andere Wirklichkeit = eine andere Würde - eine, die weniger gilt als meine?

Ich habe während meiner Arbeit in ambulanten Einrichtungen gelernt, daß sich nur wenige Professionelle jemals die Frage gestellt haben "Wie würde ich behandelt werden wollen, wenn ich mich in einer Krise befände". Diese Frage löste bei vielen das reine Unverständnis aus – es war undenkbar für sie, in diese Situation zu geraten. Daher stellte sich die Frage gar nicht.

Dabei sollte genau diese Frage handlungsleitend sein im psychiatrischen Alltag.

Man kann die Frage auch einfacher gestalten: Was habe ich selbst gebraucht in den Krisen meines eigenen Lebens, was hat mir gut getan?"

Die Antworten darauf unterscheiden sich in den meisten Fällen nicht besonders von den Wünschen und Bedürfnissen Psychiatrie-Erfahrener.

Die Würde des Menschen ist un-tastbar.

Man kann sie nicht anfassen, nicht messen und nicht mit den Händen ertasten. Sie läßt sich nicht im Reagenzglas beobachten und vermutlich auch nicht über eine Gentherapie züchten.

Trotz dieser Un-Tastbarkeit haben die meisten Menschen ein gutes Gespür dafür, wann Würde verletzt wird oder sich jemand würdelos verhält.

Der Abschluß meines Vortrages ist eine Aufforderung:

Wir als Psychiatrie-Erfahrene fordern mit dieser Veranstaltung dazu auf, zwischen der Würde der verschiedenen Menschen nicht weiterhin Unterschiede zu machen

Wir möchten, daß unterschiedlichen Wahrnehmungen und Realitäten éine gleiche Würde entgegengebracht wird.