

Ver-rückt in normierter Umgebung

Ethische Überlegungen zur Pflege psychisch veränderter und kranker Menschen

Irmgard Hofmann

Das Feld von Abweichungen im psychischen Erleben und Verhalten ist sehr weit angelegt und außerdem stark kulturell geprägt. Verhaltensweisen, die in einem Kulturkreis durchaus angesehen sein können, wirken in einem anderen Kontext oft „ver-rückt“. Auch individuell gibt es in der Bewertung psychischer Veränderung große Unterschiede, die mit einer unterschiedlichen Interpretation der Gründe für die Abweichung zusammenhängen, aber auch mit Vorstellungen darüber, wie angepasst Menschen leben sollen, damit sie für ihre Umwelt tolerabel erscheinen.

Die Pflege und Behandlung von Menschen mit abweichendem psychischen Erleben und Verhalten ist in recht verschiedenem Kontext erforderlich und wird sowohl stationär wie ambulant geleistet. Insofern scheint es mir geboten, mich in der Diskussion ethischer Probleme auf einige grundsätzliche Aspekte – Menschenbild, Autonomie und Angehörige – zu begrenzen, die letztlich für alle Bereiche gelten können.

Menschenbild in der Pflege

Wie wir einem psychisch kranken Menschen begegnen, hängt viel davon ab, welches „Bild“ wir uns von dem jeweiligen Betroffenen mit seiner Abweichung machen. Viel stärker noch als in der somatischen Medizin reagieren Ärzte und Pflegenden¹ weniger auf einen so genannten „objektiven“ Befund, sondern auf ihre eigene Interpretation über Hintergrund und Auswirkung der Abweichung und diese steht im unmittelbaren Zusammenhang mit dem je eigenen Menschen- und Weltbild.

In medizinischen² oder auch Universallexika³ sucht man vergeblich nach einer Definition von „Menschenbild“, es werden nur verschiedene Menschenbilder aufgelistet. Bilder von Mensch und Welt entstehen sehr individuell – insbesondere in relativ offenen Gesellschaften. Beeinflusst

werden sie unter anderem von Familie und Erziehung, der Schule, der persönlichen Lebensgestaltung, der äußeren Umgebung, vom jeweiligen Politik- und Wirtschaftssystem und nicht zuletzt von religiösen Wertvorstellungen. Menschen- und Weltbilder sind Teil der Persönlichkeit eines Menschen, ihre Entwicklung ist im Wesentlichen mit der Adoleszenz abgeschlossen und sie prägen eine Berufswahl entscheidend mit. Das heißt, wer die Pflege (psychisch) kranker Menschen lernt, hat bereits sehr deutliche – wenn auch nicht immer bewusste – Vorstellungen von dem, wie ein Mensch sein soll.

Grauhan⁴ verglich diverse Menschenbilder und formulierte aus deren Inhalten folgende Definition: „Das Menschenbild macht Aussagen über das Wesen (die Definition) des Menschen und den Sinn seines Lebens, über seine Beziehungen zu Mitmenschen, zur Welt und zur Transzendenz.“

Es handelt sich also um einen philosophisch-theologischen Begriff. Höffe⁵ schreibt dazu: „Der Mensch ist ... eine leiblich-seelisch-geistige Einheit, die als Person in sozialen Beziehungen mit anderen Menschen lebt. Da das menschliche Leben sich seiner Erscheinung nach als Einheit darstellt, liegt es nahe, entweder hinter den unterschiedlichen Wesenszügen ein einheitliches Formprinzip des Menschen anzunehmen oder anstelle eines einheitlichen Wesensbegriffs die unterschiedlichen Wesenszüge in ihrem wechselseitigen Verhältnis zu bestimmen.“

Beide Varianten werden kontrovers diskutiert: Sie zeigen sich etwa in der Auseinandersetzung darüber, ob die Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen stärker von z. B. seiner genetischen Ausstattung oder mehr von seiner soziokulturellen Umgebung geprägt wird.

Im Wesentlichen lassen sich die verschiedenen beschriebenen Menschenbilder fünf Grundrichtungen zuordnen: Der Mensch als **biologisches** (triebgebundenes), **soziales** (solidarisch handelndes, Kultur schaffendes), **religiöses** (Abbild Gottes), **personales** (sich selbst verwirklichendes) oder **rationales** (sich der Vernunft verpflichtendes) Wesen. Eine andere Einteilung ist über positive oder negative Einschätzungen des Menschen möglich; dies zeigt sich indirekt in der Begegnung mit anderen Menschen: Personen mit einem optimistischen Menschenbild tendieren dazu, anderen eher liberal und manchmal auch idealistisch zu begegnen; Personen mit einem negativen Bild des Menschen neigen mehr dazu, strenge Regeln und Gehorsam fordernde Maßnahmen zu befürworten.

Grauhan⁶ berichtet über Studien von Cohen und Struening, die in den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts fast

1 Das gilt natürlich für die ganze Gesellschaft und ihre Politik; durch ihre Vorstellungen prägen sie auch das Verhalten der Einzelnen im Umgang mit psychischem Leiden. Auf diese Zusammenhänge wird hier aber nicht näher eingegangen.

2 Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Berlin, 1998, 258. Aufl., Lexikon Medizin Ethik Recht, Freiburg u. a., 1989.

3 Brockhaus multimedial 2000 premium.

4 Grauhan, Antje, Menschenbild in der Pflege, in: Schädle-Deininger (Hrsg.): Pflege, Pflege-Not, Pflege-Not-Stand, Entwicklungen psychiatrischer Pflege, Frankfurt, 1994, S. 23–31, S. 23.

5 Höffe, Otfried, Lexikon der Ethik, München, 1992, 4. Aufl., S. 176.

6 Vgl. Grauhan, S. 27 f.

10.000 Versuchspersonen zu „Meinungen über psychische Krankheiten“ befragt hatten. Sie fanden fünf wesentliche Einstellungskategorien, die meines Erachtens bis heute auch für professionelle Helfer Gültigkeit haben dürften:

Kategorie A: Autoritarismus (authoritarianism)

Psychiatrische Patienten unterscheiden sich qualitativ von Gesunden und sind diesen gegenüber minderwertig.

Ursachen psychischer Erkrankungen werden als organisch (erblich) im weitesten Sinn oder als durch moralische Schwäche bedingt angesehen.

Es besteht die Neigung zur Unterwerfung unter Autoritäten.

Es besteht mangelnde Neigung zur Reflexion über sich selbst.

Die restriktive Behandlung des Patienten wird als notwendig erachtet.⁷

Diese Einstellung ist aus ethischer Perspektive hoch problematisch. Wer als Pfleger diese Haltung vertritt, wird die Hauptaufgabe darin sehen, psychisch kranke Menschen zu verwahren und die damit implizit verbundene Verletzung der Menschenwürde als solche nicht mehr wahrnehmen. Gewalttätige Maßnahmen wie Fixierung, medikamentöse Ruhigstellung und autoritäres Verhalten werden in dieser Perspektive als Notwendigkeit angesehen. Eine der größten Schwierigkeiten dürfte darin liegen, dass das damit verbundene Gefühl moralischer Überlegenheit bei den Helfern zu einer Stabilisierung des eigenen Selbstwertgefühls führt und von daher nur schwer reflektierbar ist.

Kategorie B: Wohlwollendes Mitleid (benevolence)

Freundliche, aber paternalistisch herablassende Zuwendung zu den Patienten.

Beruhet eher auf religiös-philanthropischer Grundlage als auf wissenschaftlich-professionellen Einsichten.

Kranke müssen beaufsichtigt werden und sind wie Kinder zu behandeln.

Selbstbeherrschung und Selbstdisziplin werden befürwortet.⁸

Diese Einstellung ist in allen sozialen Einrichtungen zu finden, sie wird teilweise unter dem Mantel „christlicher Nächstenliebe“ regelrecht gefördert, das heißt aber nicht, dass sie unproblematisch wäre. Auch freundliche Zuwendung kann herablassend und kränkend wirken, wenn sie aus einer sog. Expertenposition heraus geschieht. Sie schlägt auch nicht selten ins Gegenteil um, wenn die betroffene Person lieber als eigenständig und autonom wahrgenommen werden und sich auseinander setzen möchte und überhaupt nicht dankbar auf wohlmeinende Ratschläge reagiert. Sehr schnell werden solche Patienten

oder Bewohner als „schwierig“ erlebt und – weil sie psychisch krank sind – als verwirrt und nicht zurechnungsfähig eingestuft und entsprechend behandelt. Mitleid ist keine professionelle Haltung, sie zeigt ein Oben und Unten. Mitleid erlauben sich in der Regel jene Menschen, denen es besser als anderen geht. Auch hier steht also die Frage der Menschenwürde im Raum.

Kategorie C: Ideologie der Mentalhygiene (mental hygiene ideology)

Psychisch Kranke sind graduell, aber nicht qualitativ verschieden von Gesunden.

Ist eher an Verhaltensbeschreibung und Feststellung der verbliebenen Fähigkeiten der Kranken orientiert als an einer diagnostischen Etikettierung.

Die therapeutische Orientierung ist optimistisch, der Behandlung wird viel Bedeutung zugemessen.

Eine allgemein „demokratische“ im Gegensatz zu einer „hierarchischen“ Einstellung wird deutlich.⁹

Dieses Bild von psychisch Kranken ermöglicht eine ehrliche Beziehung auf gleicher Ebene und echte Entwicklungschancen. Durch die Orientierung an den vorhandenen Ressourcen werden neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung ausgelotet. Eine ethisch relevante Frage ist der Aspekt möglicher Überforderung von Patienten und Pflegenden: Es gibt eindeutig nicht heilbare psychische Erkrankungen, und es gibt Formen psychischer Andersartigkeit, die vielleicht nicht unbedingt behandelt werden müssten, die die „Gesunden“ aber in ihrer teilweise einseitigen Orientierung irritieren. Ein starker Heilungsoptimismus kann menschliche Würde dort verletzen, wo das Gefühl entsteht, dass ein Patient nur so lange als gleichwertig angesehen wird, als er sich mit all seinen Möglichkeiten diesem Ziel anschließt. Kann oder will er das nicht – was durchaus eine autonome Entscheidung sein kann –, verliert er möglicherweise die Zuwendung der Betreuenden.

Kategorie D: Befürwortung sozialer Restriktionen (social restrictiveness)

Betont das Bedürfnis, die Handlungsfreiheit des Patienten während, aber auch nach einer Hospitalisierung zu beschränken –, und zwar im vorgeblichen Interesse der Gesellschaft.

Sowohl das Recht zu heiraten wie Kinder zu haben und sogar das Stimmrecht soll Patienten und ehemaligen Patienten entzogen werden.

Die Heilbarkeit von psychisch Kranken wird pessimistisch beurteilt.¹⁰

Diese Haltung dürfte der nationalsozialistischen Gesinnung am nächsten kommen und ist ethisch praktisch nicht vertretbar. Hier wird das angebliche gesellschaftliche Interesse eindeutig über Leben, Wohl und Würde einzelner Menschen gestellt. Psychisch kranke Menschen werden als rechtlos angesehen, ausgegrenzt und zwangsinterniert. Zwar dürfte es nur wenige Menschen geben, die sich in der Arbeit mit psychisch kranken Patienten offen zu einer solchen Haltung bekennen, das sollte aber nicht darüber hinweg täuschen, dass es sie vermutlich noch und wieder gibt.¹¹

7 Vgl. Grauhan, S. 28.

8 Vgl. Grauhan, S. 28.

9 Vgl. Grauhan, S. 28.

10 Vgl. Grauhan, S. 29.

11 Ein Hinweis in diese Richtung könnte sein, dass die Bevölkerung zunehmend radikales Wegsperrern von Sexualstraftätern verlangt, unabhängig von zugrunde liegenden Ursachen. Pflegende und Ärzte sind bei

Kategorie E: Zwischenmenschliche Ursachen der Krankheit (interpersonal etiology)

Bezeichnet die Auffassung, dass psychische Abweichungen biografisch verursacht seien, entweder durch Konflikte mit den Eltern, Krankheit der Eltern, wegen mangelnder Zuwendung oder durch beruflichen Stress.

Dazu gehört, dass Psychosen motiviert sind und als „Flucht in die Krankheit“ gedeutet werden.¹²

Diese Kategorie dürfte heute mehr Anhänger haben als zur Zeit der Befragung vor etwa 30 Jahren. Mit dieser Sicht werden Patienten stark entlastet, was für die Behandlung durchaus hilfreich ist. Das Risiko liegt darin, dass mit der persönlichen Entlastung erstens auch jede Selbstverantwortung geleugnet werden kann und zweitens die Familie zum Sündenbock gemacht wird. Jede Familie leidet unter Erkrankungen eines ihrer Mitglieder, bei psychischer Krankheit noch mehr als bei organischen Manifestationen. Scham, Schuldgefühle und Isolation sind nicht gerade selten zu finden – für Pflegende manchmal eine große Verführung, die besseren Angehörigen sein zu wollen.

Zusammenfassend sei festgestellt: Jedes Bild vom Menschen und von psychischer Erkrankung birgt bei hoher Einseitigkeit eigene Risiken, wenn es nicht bewusst reflektiert und bearbeitet wird. Von daher scheint es mir auch nicht wirklich hilfreich, nach außen hin Mitarbeiter in Krankenhäusern, Altenpflegeheimen und psychosozialen Einrichtungen im Rahmen von Leitbildern oberflächlich auf ein bestimmtes Menschenbild einzuschwören. Stattdessen sollte mehr Wert auf die ständige Reflexion gelegt werden, auf ein immer wieder **Sich-bewusst-Machen**, welches Bild, welche Deutungsmuster Pflegende tatsächlich in der Arbeit mit psychisch veränderten Menschen nutzen, um sie so zu befähigen, sich selbst kritischer wahrzunehmen und blinde Flecke aufzudecken.

Psychische Krankheit – ein Autonomiehindernis?

Psychische Veränderungen und Krankheiten lösen häufig Angst, Aggression und Abwehr aus, nicht nur bei schockierten Angehörigen, sondern eben auch bei den professionellen Helfern. Gewalttätige Auseinandersetzungen in der Psychiatrie gehören von Anfang an zu deren Geschichte. Ringbeck¹³ beschreibt sein Erleben folgendermaßen: „Innerhalb der Berufsgruppenhierarchie werden die Pflegenden oft in die undankbare Rolle gedrängt, die ausführende Gewalt auf der Station zu sein. Für Ordnung und Sicherheit auf der Station ist bekanntermaßen das Pflegepersonal verantwortlich ... Dem steht bei vielen Kol-

legen ein Gefühl von Angst gegenüber. Angst begleitet mich persönlich, seit ich in der Psychiatrie arbeite ... Es erschien mir damals logisch, diese Angst zu besiegen, indem die Patienten reglementiert wurden und ihr Bewegungsspielraum eingeengt wurde, um die größtmögliche Sicherheit auf der Station zu gewährleisten. Trotzdem – oder gerade deshalb – gab es dort ein sehr hohes Gewaltpotenzial.“

In diesem Abschnitt wird deutlich, wie eng Angst und Autonomiebeschränkungen bis zur Gewaltanwendung aneinander gekoppelt sind. Da abweichendes psychisches Erleben und Verhalten für Außenstehende nur schwer verstehbar oder nachvollziehbar ist, gehört die Angst davor praktisch zum Arbeitsalltag. Entscheidend ist die Frage des Umgangs mit der eigenen Angst und der Angst des Gegenübers: Das wiederum setzt stetes Sichauseinandersetzen mit sich und dem anderen voraus.

Dörner und Plog¹⁴ bemühen sich seit Jahrzehnten um eine Normalisierung im Umgang mit psychiatrischen Patienten. Sie schreiben in ihrer „Gebrauchsanweisung“: „Ein psychisch Kranker ist ein Mensch, der bei der Lösung einer altersgemäßen Lebensaufgabe in eine Sackgasse geraten ist. Das Ergebnis nennen wir Krankheit, Kränkung, Leiden, Abweichung. Es sind grundsätzlich allgemeinemenschliche Möglichkeiten; d.h. sie sind für uns alle unter bestimmten inneren oder äußeren Kontext-Bedingungen Ausdrucksformen der Situation, so geht es nicht mehr weiter“. Daher sind sie grundsätzlich uns allen innerlich zugänglich und bekannt. Ein psychiatrisch Tätiger ... hat so zu handeln, dass die beteiligten Personen einen angemesseneren Umgang mit ihren Schwierigkeiten finden.“

Nun ist das Feld psychischer Veränderung und Erkrankung weit und geprägt von Zuordnungen – die manchmal allerdings willkürlich wirken. In unserer Kultur werden gesund und krank überwiegend nicht als Kontinuum, sondern als Gegensatzpaar gesehen, was gern unterschätzte Risiken birgt, denn wie Giese ausführte, „weist jeder Begriff von Krankheit gedanklich hin auf die Indikation einer Änderung in Richtung auf das Gegenteil, die Gesundheit“.¹⁵ Das bedeutet konkret: Was als krank beschrieben wird, erscheint quasi automatisch behandlungsbedürftig, und zwar in der Regel von (gesunden) Experten. Solange überwiegend dieses eher statisch-technische Verständnis von Krankheit generiert wird, wird auch künftig das Überwindende Vorrang vor dem Begleitenden haben. Folgende (willkürlich ausgewählten) Fragen sollen die damit verbundene Problematik veranschaulichen helfen:

Ist Suizidgefährdung immer eine Form psychischer Krankheit oder gibt es auch den Freitod als eine Möglichkeit autonomer Entscheidung? Zählen Altersdemenz und Morbus Alzheimer zu den organischen oder den psychischen Deprivationen? Ist lang anhaltende Trauer aufgrund eines großen Verlustes ein Selbstheilungsprozess der Psyche oder Zeichen von Krankheit? Beruhen Essstörungen auf permanent propagierten Modeerscheinungen oder sind sie Zeichen familiärer und/oder sexueller Verweigerung? Die meisten krebskranken Menschen erleben heftige psychische Leiden – sind sie damit auch psychisch krank? Sind Menschen mit Schizophrenie oder manisch-depressiver Psychose nur im akuten Schub oder dauerhaft psychisch krank? Ist Homosexualität Ausdruck der genetischen Ausstattung oder eben doch krankhaft

aller Ausbildung immer auch Teil der Gesellschaft, und so ist es nicht auszuschließen, dass einige unter ihnen diese Position auch vertreten.

12 Vgl. Grauhan, S. 29.

13 Ringbeck, Engelbert, Theorie und Praxis des pflegerischen Umgangs mit aggressiven und gewalttätigen Patienten, in: Sauter/Richter (Hrsg.), Gewalt in der psychiatrischen Pflege, S. 29–39.

14 Dörner/Plog, Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Bonn, 1994, 8. Aufl. S. 12.

15 Giese, Konstanze, Informed Consent – Die Tragfähigkeit eines Handlungsmodells für die Psychiatrie aus verantwortungsethischer Sicht, unveröffentlichte Diplomarbeit, 1995, S. 46.

(wie viele Menschen immer noch vermuten)? Welche Suchtkrankheit wird gesellschaftlich gefördert (wie z. B. Arbeitssucht), welche kriminalisiert (z. B. Drogensucht), welche mehr oder weniger toleriert (z. B. Nikotin- oder Alkoholsucht), welche pathologisiert (z. B. Medikamentensucht)? Welche Maßstäbe werden angelegt an das „Normale“ im Gegensatz zu dem psychisch und/oder gesellschaftlich „Abweichenden“? Wer ist tatsächlich krank und wer ist nur anders? Was ist notfalls auch unter äußerem Zwang behandlungsbedürftig, damit innere Freiheit und persönliche Lebensgestaltung wieder möglich werden und wo bergen Behandlungskonzepte in sich die Gefahr, ein „Anpassungsinstrument zur Sanktionierung unliebsamer Mitbürger zu werden“?¹⁶

All diese Fragen wurden und werden unterschiedlich – je nach zugrunde liegendem Gesundheits-Krankheitskonzept – beantwortet. Einerseits war und ist es für psychisch leidende Menschen unglaublich erleichternd, dass das Stigma des „Hypochonders“ oder des „Verrückten“ allmählich der Erkenntnis wich, dass es nicht nur organische, sondern eben auch psychische und psychosomatische Erkrankungen gibt, die behandlungsbedürftig und behandelbar sind. Andererseits sind Menschen mit psychischen Erkrankungen viel mehr als körperlich kranke Menschen dem Risiko ausgesetzt, dass ihnen autonome Entscheidungsrechte mit Hinweis auf ihre Erkrankung abgesprochen werden. Ein Beispiel dazu: Bis in die 90er-Jahre war es eine nicht gerade seltene Verfahrensweise, suizidgefährdete Menschen auch gegen ihren Willen unter Hinweis auf ihre Selbstgefährdung längerfristig in geschlossenen Abteilungen unterzubringen. Ihre Entgegnung, sie hätten ihre suizidalen Absichten geändert, wurde mit dem Hinweis, sie würden das nur sagen, um aus der Anstalt zu kommen, nicht immer ernsthaft zur Kenntnis genommen.

Ein anderes Beispiel sind altersbedingte Verwirrtheits- und Demenzerkrankungen: Vielfach gehen sie mit einer Reduktion sprachlicher Ausdrucksmöglichkeiten einher. Da diese oft irreversibel sind und demenzkranke Menschen damit ihre „eigene logische Wirklichkeit“¹⁷ Außenstehenden nicht mehr oder nur sehr begrenzt mitteilen können, wird ihnen leicht jegliche Form von Selbstbestimmung abgesprochen. Widerstand gegen bestimmte pflegerische oder therapeutische Maßnahmen wird in aller Regel nicht als Ausdruck einer autonomen Willensäußerung verstanden – was aber doch immerhin denkbar wäre –, sondern als unvernünftige, weil demenzbedingte Verweigerung.

Hilburg Kindt¹⁸ hat in ihrem Artikel „Ethische Fragen im Umgang mit psychisch Kranken“ neun Fragen zusammengestellt, sechs davon (1, 2, 3, 5, 6, 7) betreffen direkte Eingriffe in die Patientenautonomie:

1. Freiheitsentzug und Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik

2. Einwilligung in eine Behandlung
3. Zwangsernährung und Zwangsbehandlung
4. Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation aus sozial-psychiatrischer Notlage
5. Sterbehilfe bei Suizidalität und freier Willensentscheidung
6. Psychochirurgische Eingriffe
7. Behandlung mit Psychopharmaka
8. Probleme der Normierung psychischer Krankheiten
9. Missbrauch der Psychiatrie zu politischen Zwecken

Nun äußern Pflegende gerne, dass diese Entscheidungen die Ärzte treffen und sie damit wenig zu tun hätten. Tatsächlich ist festzuhalten, dass Pflegende diese Maßnahmen häufig nicht nur unhinterfragt mittragen und durchführen – womit sie zumindest einen Teil Verantwortung im Sinne von Erfüllungsgehilfen übernehmen, sondern sie manchmal selbst regelrecht fordern: Der Einsatz von Psychopharmaka, Zwangsmaßnahmen, Freiheitsentzug und Zwangsernährung wird durchaus auch auf Anraten von Pflegenden angeordnet. Damit soll nicht behauptet werden, dass das immer zum Schaden von psychisch kranken Menschen gereichen muss, dem ist nicht so. Doch stellt sich sehr wohl die Frage, inwieweit zwingende Schutzmaßnahmen unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Würde des betroffenen Patienten getroffen werden und wo diese ethischen Grundwerte schlicht missachtet werden.

Zur Konkretisierung: Gerade in der Psychiatrie kommt es oftmals zu aggressiven Verhaltensweisen, z. B. in einem akuten psychotischen Schub – der sich allerdings häufiger vorher über sich veränderndes Verhalten ankündigt. Dann müssen Schutzmaßnahmen ergriffen werden, in der Regel Patientenfixierung und Psychopharmaka. Zwei Vorgehensweisen sind denkbar: In einem Fall wird bei einem aggressiven Ausbruch der Patient mit hohem Personal- und Körpereinsatz überwältigt und im Bett fixiert, bis der Anfall vorüber ist oder die Psychopharmaka wirken. Das dürfte der üblichen Vorgehensweise entsprechen. Im anderen Fall wird mit dem Patienten vorher darüber gesprochen, ob er – sofern er erste Symptome eines Schubs bemerkt – zu seiner eigenen Sicherheit, aber auch zur Sicherheit des Personals – damit einverstanden ist, sich prophylaktisch fixieren zu lassen, bis ein entsprechend einzusetzendes Medikament zur Wirkung kommt, etwa unter der Voraussetzung, dass er dabei nicht alleine gelassen wird. In beiden Fällen wird fixiert werden, in ersten Fall ohne und im zweiten Fall mit Berücksichtigung der Patientenautonomie.

Psychisch kranke Menschen sind extrem verletzlich, zum einen, weil ihr psychisches Erleben oft massiv ängstigend ist, zum anderen, weil sie aus Krankheitsgründen auch um den Verlust ihrer Würde, ihrer körperlichen Integrität und Autonomie fürchten.¹⁹

Vorgehensweisen wie oben beschrieben zeigen die Macht, die Pflegende haben und auch einsetzen – und sei es aus Hilflosigkeit. Dabei gibt es keine einfachen Antworten, wie im konkreten Einzelfall gehandelt werden soll – eine unreflektierte Gewaltanwendung sollte es jedenfalls nicht sein.

Als Ergebnis bleibt festzuhalten: Psychische Erkrankungen führen in vielen Fällen tatsächlich zu vorübergehendem Autonomieverlust. Von daher gehört es zur

16 Giese, a. a. O., S. 48.

17 Wilhelm, Hans-Jürgen, Gefangene ihrer Wahrheit. Wahrheit, Wirklichkeit und Normalität in der stationären Altenpflege, Oberhausen 1998, S. 34.

18 Kindt, Hilburg, Ethische Fragen im Umgang mit psychisch Kranken, in: Marquard/Seidler/Staudinger (Hrsg.), Der Arzt im Spannungsfeld von Ethik und Recht. Zur Problematik „ärztlichen Ermessens“. Ethik der Wissenschaften, Band 7, München, 1988, S. 53–63. Zit. n. Giese.

19 Entnommen aus: Sauter/Richter (Hrsg.), Gewalt in der psychiatrischen Pflege, Bern, 1998, S. 12.

Verantwortung und Professionalität der Pflegenden, ihre eigenen Ängste und Machtgefühle ebenso wie ihre Interpretationen permanent zu reflektieren, damit sie nicht bestehende Abhängigkeiten verstärken oder (un-)bewusst ausnutzen und so die Würde und das Selbstwertgefühl der Betroffenen unnötig verletzen.

Der Patient steht im Mittelpunkt – und wo bleibt die Familie?

Nach Nißle²⁰ leben ca. 70 % der psychisch kranken Menschen zu Hause. Das bedeutet für die Angehörigen oft eine hohe Belastung. Koenning²¹ zitiert den Vater eines psychisch schwer kranken jungen Mannes: *„Im Zuge einer Entwicklung mit immer kürzeren Klinikaufenthalten wird Psychiatrie auch zunehmend in die Wohnzimmer der Angehörigen verlagert. So mancher Angehörige arbeitet dort nicht unter den Bedingungen der 40-Stunden-, sondern der 168-Stunden-Woche, und das ohne Bezahlung, ohne Sozialversicherung, ohne Urlaub, ohne Supervision. Ich fände es infam von einer Gesellschaft, wenn sie diesen Angehörigen zu allen Belastungen auch noch die Schuld aufladen würde, anstatt ihnen zu helfen, so gut es geht.“*

Zwei Aspekte sind hier angesprochen: Zum einen der (Neben-)Effekt einer gemeindenahen Versorgung psychiatrischer Patienten, der Familien und Angehörigen oftmals eine höhere Belastung aufbürdet, die sich damit überfordert und allein gelassen fühlen. Zum anderen die Tendenz, Familien die Schuld an einer psychischen Erkrankung zuzuweisen, Stichwort „Tatort Familie“. Ähnliches lässt sich auf die Situation alter, pflegebedürftiger und dementer Menschen sowie deren Angehörigen übertragen.

Pflegende lernen alle, „der Patient steht im Mittelpunkt“, so steht es auch in den ethischen Grundregeln der Pflege.²² Das ist ein wichtiger Grundsatz, sofern die Angehörigen als Bezugspunkt des Patienten in der pflegerischen Betreuung miteingebunden werden. Problematisch hingegen ist eine Haltung von Pflegenden, wo sie die Angehörigen als Störfaktor oder als herzlos wahrnehmen, weil sie ihren alten und/oder kranken Menschen in eine stationäre Einrichtung „abschieben“. Gerade in Alten- und Pflegeheimen ist das Verständnis der Pflegenden für Angehörige, die ihre Eltern nicht zu Hause betreuen können oder auch wollen, recht gering. Sie berücksichtigen in ihrer abwertenden Haltung dabei weder räumliche oder zeitliche Faktoren noch innerfamiliäre Spannungen und Konfliktsituationen.

Noch problematischer erscheinen Schuldzuweisungen in Verbindung mit psychisch kranken Menschen. Selten

dürften psychische Erkrankungen völlig unabhängig von der familiären Situation entstehen, aber oftmals sind die anderen Familienmitglieder genauso unschuldig schuldhaft in innerfamiliäre Verstrickungen verwickelt wie das erkrankte Mitglied. Einfache Schuldzuweisungen werden diesen – häufig unbewusst ablaufenden Mechanismen – nicht gerecht und helfen auch nicht weiter. Es gibt Fälle, wo die weitgehende Trennung von Patienten und Angehörigen – sei sie vorübergehend oder dauerhaft – geboten ist. Die Gefahr für Professionelle besteht darin, sich derart mit den Patienten zu identifizieren, dass sie selbst gegenüber den Angehörigen Feindbilder aufbauen. Das kann an Darstellungen von der Patientenseite oder auch an Erfahrungen mit der eigenen Familie liegen. Wie leicht schleichen sich Gedanken ein wie: „Bei der Mutter wäre ich auch verrückt!“ Das kann eine bestehende Spaltung vertiefen, und zwar insbesondere dann, wenn sich die Pflegeperson als bessere Mutter sieht – eine Position, die in sozialen Berufen nicht ganz selten ist. Hierzu sei auf das „Helfersyndrom“²³ verwiesen. Der Patient steht nun zwischen den echten und den besseren Eltern und soll wählen, eine verrückt machende Situation.

Eigentlich sollte bekannt sein – und fast jeder Mensch weiß es aus eigener Erfahrung –, dass bei Erkrankung eines Mitglieds alle in der Familie mitbetroffen sind: Zum einen durch die Sorge über das kranke Familienmitglied selbst, zum anderen durch die Folgen und Auswirkungen auf den praktischen Lebensalltag. Die Routine ist durchbrochen, es müssen Rücksichten auf die Versorgung des Kranken genommen werden. Kranke Menschen können sich oft selbst nicht leiden und lassen das an den Angehörigen aus. Angst vor unkontrollierten Ausbrüchen kennen nicht nur Professionelle, sondern auch Familienmitglieder. Hinzu kommen Unwissenheit und Unsicherheit über die Krankheit und wie die Pflege geleistet werden soll. Finanzielle Aspekte können eine weitere sehr große Belastung sein.

Es dürfte nachvollziehbar sein, dass die Sorgen und Nöte der Angehörigen bei psychischer und gar psychiatrischer Erkrankung noch größer sind: *„Angehörige psychisch Kranker leiden fast alle unter massiven Schuldgefühlen, unter Scham, Resignation, Isolation, fehlender Information und auch unter uns, den psychiatrisch Tätigen und unserem Hilffsystem. Jeder von uns sagt etwas anderes, oft schließen wir sie ganz aus unseren Überlegungen aus ... Wir bieten uns als Ersatzeltern (-kinder) an, und wenn wir nicht mehr weiter wissen, dann schicken wir die Patienten doch wieder nach Hause.“*²⁴

So ist es eine dauerhafte Aufgabe, die Bezugspersonen eines kranken oder psychisch veränderten Menschen behutsam und weder überfordernd noch ablehnend in die Pflege einzubeziehen. Die weit verbreitete Neigung, sich als beruflich Pflegenden praktisch ausschließlich um die kranke/alte Person zu kümmern, sollte überwunden werden zugunsten einer Orientierung am Patienten in seinem familiären Bezugssystem. Dies gilt umso mehr für chronisch kranke Menschen: Es kann nicht das Ziel sein, den oder die betroffenen Menschen zu ändern; vielmehr besteht die pflegerische Aufgabe darin, die Lebensumstände und den Kontext so zu verändern, dass weitgehend selbst bestimmtes Leben der Kranken mit ihren Angehörigen ermöglicht wird.

20 Nißle, H., Ethik in der Gerontopsychiatrie. In: Blonsky, Harald (Hrsg.), Ethik in Gerontologie und Altenpflege, 1998, S. 21–30.

21 Koenning, Konstanze, Der Weg entsteht beim Gehen – Entwicklung in der Psychiatrie, in: Schädle-Deininger (Hrsg.), Pflege, Pflege-Not, Pflege-Not-Stand, Entwicklungen psychiatrischer Pflege. Frankfurt a. M., 1994, S. 10–22 (16).

22 International Council of Nurses (ICN), Ethische Grundregeln der Pflege, Eschborn, 1973.

23 Schmidbauer, Wolfgang, Helfen als Beruf, Die Ware Nächstenliebe, Reinbek, 1992.

24 Koenning, a. a. O., S. 10–22.

Schlussbemerkung

In den Ausführungen sollte deutlich geworden sein, dass die pflegerische Betreuung psychisch veränderter Menschen von Bedingungen abhängt, die nicht nur in der kranken Person selbst begründet sind, sondern auch im kulturellen und gesellschaftlichen Kontext. Da psychische Abweichungen und Veränderungen im konkreten Erleben teilweise schwerer nachvollziehbar sind als organische Erkrankungen, ist das Feld möglicher Interpretationen entsprechend weit und wir alle reagieren auf unsere Interpretationen einer Situation. Wer ethische Grundwerte wie den Respekt vor der Würde des Menschen, seiner körperlichen Integrität und seiner Autonomie ernst nimmt, sollte stets darauf achten, welches Menschen- und Krankheitsbild er warum vertritt und wie es sich in der konkreten Arbeit auswirkt. Dazu bedarf es regelmäßiger Reflexion, um „blinde Flecken“ aufzudecken, z. B. im Rahmen von Supervision.

Am Ende eine Anmerkung von Hilde Steppe²⁵, der ich mich uneingeschränkt anschließe: *„Jeder Beruf, der mit Menschen in abhängigen Situationen zu tun hat, wird sich immer wieder im ethischen Dilemma befinden. Je komplexer die Situation ist, desto komplexer ist naturgemäß auch dieses Dilemma. Mir erscheint es deshalb vor allem wichtig, dass die Pflege diese Komplexität sieht, anerkennt und daraus ihre Fachkompetenz bezieht. Mut und Sicherheit für die Lösung von Problemen zu entwickeln, statt starre Regeln aufzustellen, wird komplexen Situationen gerechter ... Fachkompetenz würde dann die Fähigkeit bedeuten, in unterschiedlichen Situationen mit den jeweils gegebenen Bedingungen umgehen zu können ... aus Anpassungsfähigkeit müsste Flexibilität werden, aus Gehorsam Eigenverantwortung, aus Selbstaufgabe Empathie und Sensibilität.“* ■

Irmgard Hofmann M.A.,
freie Ethik-Dozentin, Krankenschwester,
Supervisorin (DGSv), München

25 Steppe, Hilde, Das Dilemma der pflegerischen Ethik, in: Schädle-Deininger, S. 32–59.

Internettipps

**www.sozialpsychiatrie.de/psychiatrie
Psychiatrieplanung und Fortbildung**

Fortbildungen, Konzeptberatungen, Organisationsentwicklung, Psychiatrieplanung, Politikberatung, Supervision und Qualitätsmanagement.

**www.skfm.de
Betreuungsgesetz**

Liste mit interessanten Internetquellen u. a. zu den Stichworten Betreuungsvereine, Betreuungsrecht, Sozialrecht, Geriatrie & Psychiatrie und Fortbildungsangebote.

**www.1apflege.de
1aPflege.de**

1aPflege.de bietet Beratung zur Organisation und Durchführung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.

Literaturhinweise

**Wegbeschreibungen,
DENK-Schrift über psychiatrisch-pflegerisches Handeln.**

Arbeitskreis Pflege in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie
Hilde Schädle-Deininger, Stephan Wolff, Gernot Walter (Hrsg.)
Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main 2000,
244 Seiten, DM 37,80
ISBN 3-933050-62-6.

Praktische Psychiatrische Pflege
Arbeitshilfen für den Alltag, Lehrbuch
Hilde Schädle-Deininger, Ulrike Villinger
Psychiatrie-Verlag, 2. Auflage, Bonn 1997
488 Seiten, DM 69,80
ISBN 3-88414-182-1.

**Führen und Leiten in psychiatrischen
Einrichtungen. Visionen, Wege, Wirklichkeiten.**
Gabriele Tergeist
Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001
240 Seiten, DM 49,80
ISBN 3-88414-260-7.

Familien helfen sich selbst
Bezug über den Hrsg.:
Bundesverband der Angehörigen
psychisch Kranker e.V.
Thomas-Mann-Straße 49 a, 53111 Bonn
Neuaufgabe, Bonn 1997
Schutzgebühr DM 3,-.

Psychisch Kranke im Recht
Ein Wegweiser
Karl-Ernst Brill
Psychiatrie-Verlag, Bonn 1999
156 Seiten, DM 19,80
ISBN 3-88414-213-5.

Klinikleitfaden Psychiatrische Pflege
Lernmaterialien
Holger Thiel, Markus Jensen
Urban & Fischer, München 1997
564 Seiten, DM 65,90
ISBN 3-43745-380-7

Psychiatrische Pflege
Marianne Miles, Cecelia Monat-Taylor
Urban & Fischer, München 1996
66 Seiten, DM 12,90
ISBN 3-86126-575-3