

THE CONCEPT OF HUMAN DIGNITY AS A VALUE BASIS OF PSYCHIATRY (Oryg. Das Konzept der Menschenwürde als Wertefundament der Psychiatrie)

FISCHER Marie-Luise¹, LINK Pierre-Carl²

- ¹ Fellowship Philosophie und Pädagogische Ethik, Lehrstuhl für Sonderpädagogik V – Pädagogik bei Verhaltensstörungen, Institut für Sonderpädagogik, Fakultät für Humanwissenschaften, Julius-Maximilians-Universität Würzburg
marie-luise.fischer@stud-mail.uni-wuerzburg.de
- ² Lehrstuhl für Sonderpädagogik V – Pädagogik bei Verhaltensstörungen, Institut für Sonderpädagogik, Fakultät für Humanwissenschaften, Julius-Maximilians-Universität Würzburg Würzburger Collegium Psychoanalyticum. Würzburger Forschungsgruppe Vulnerabilität, Sicherheit und Resilienz
CHEIROIKOS – Privatpraxis für Psychotherapie

pierre-carl.link@uni-wuerzburg.de
Kontaktanschrift:
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Lehrstuhl für Sonderpädagogik V
Wittelsbacherplatz 1
D-97074 Würzburg

Abstract

Human dignity is composing the main theme for the interaction with mentally ill people, which requires certain competence and a certain sensitivity. The action in the psychiatric daily routine in dealing with mentally ill people is always an enforcement and must always remain questionable. Child and adolescent psychiatry is arranged in between pedagogical responsibility and psychopathological understanding. Here the emotional structure of the young man has not been sufficiently constituted yet. For this reason the conception of human being by people working in psychiatric departments has to be affected by the valuable singularity of each other. Human dignity is jeopardizing in psychiatry frequently by compulsory measures and stigma. Therefore it is more important that action in psychiatry is taking place among social dignity. In the consorting with mentally ill people, people working in the field of psychiatry have the obligation to support them actively in the protection of their identity. This obligation has an indispensable, existential significance in psychiatry.

Keywords

human dignity, psychiatry, values, psychiatric disease, etics, Convention on the Rights of Persons with Disabilities

Corresponding author

Marie-Luise Fischer, marie-luise.fischer@stud-mail.uni-wuerzburg.de

Dieser Artikel stellt die Fortsetzung für einen in der letzten Ausgabe der Medicina Internacia Revuo (MIR 1/2017) erschienen Artikel der Autoren zum Thema „Aspekte einer philosophischen Analyse des Begriffs der Menschenwürde“ dar. Aus diesem Grund finden sich in diesem Beitrag keine expliziten Verweise und Erläuterungen zur Menschenwürde.

Einleitung: Psychische Krankheit und Menschenwürde

Im Folgenden wird betrachtet, inwiefern das Prinzip der Menschenwürde elementar für die pädagogische Kompetenz und Sensibilität im Umgang mit psychisch kranken Menschen ist. Denn die Menschenwürde bildet sowohl die Basis als auch das Leitmotiv für den Umgang

mit psychisch kranken Menschen. Ein psychisch kranker Mensch hat die gleichen Rechte und Ansprüche auf Achtung, Respekt und individuelle Entfaltung, soweit es ihm möglich ist, wie andere auch. Er ist genauso ein gleicher Mensch wie alle es zu sein meinen. Somit stellt die Menschenwürde die unverzichtbare und unersetzbare Basis des Umgangs mit dem psychisch Kranken in der Praxis dar. Folglich ist die Menschenwürde nicht nur für die Grundnorm der Gesellschaftsordnung zuständig, sondern bildet auch das Leitmotiv für den Umgang mit psychisch kranken Menschen.

Im Mittelpunkt des psychiatrischen Alltags befindet sich stets der Umgang von Mensch mit Mensch. Klaus Dörner hat bereits darauf verwiesen, ob die Psychiatrie nicht die Subjektivität des Einzelnen als Anhaltspunkt annehmen sollte [1].

Denn die Möglichkeit zur gegenseitigen Beziehungsaufnahme ergibt sich nur, wenn man sich im Gegenüber selbst erkennt. Solange die Objektivierung des Betroffenen im Vordergrund steht und Krankheit nicht als persönlich erfahrenes Leid gilt, bleibt die eigene Anteilnahme außen vor und es wird sich nicht auf würdige Weise mit seinem Gegenüber auseinandergesetzt. Die Tragweite der Auseinandersetzung miteinander lässt sich gut anhand der Worte von Martin Buber zeigen: „Wenn wir eines Wegs gehen und einem Menschen begegnen, der uns entgegenkam und auch eines Wegs ging, kennen wir nur unser Stück, nicht das Seine, das Seine nämlich erleben wir in der Begegnung.“ [2].

Die Psychiatrie zeichnet sich durch den Umgang mit Menschen in ihrer besonderen Verletzlichkeit aus. Aber die Psychiatrie hat sich mit ihrem Unternehmen schon einmal in tiefe Abgründe begeben. Denn Diskussionen über die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag bewegen sich meistens im Schatten der Grausamkeiten von *Hadamars* und *Auschwitz*. Eine psychische Krankheit zeigt die Bildsamkeit des Menschen in seiner Absonderung, seiner Verrückung. Im Jahr 1920 erschien die Schrift „*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihre Maß und ihre Form*“ von Binding und Hoche, indem davon ausgegangen wird, dass das vernunftbegabte Individuum sich selbst als ethisches Subjekt bestimmen kann. Darüber hinaus wird in diesem Band die Euthanasie, die aktive Tötung sogenannten lebensunwerten Lebens, gefordert. Denn hier hat das lebensunwerte Leben, was zur Vernunft und Selbstbestimmung unfähig

ist, sowohl ein Recht auf Selbsttötung als auch auf den Erlösungstod. Das bedeutet, dass es würdeloses Menschenleben gibt, das die Eigenschaft eines Rechtsgutes verloren hat.

Diese Argumentation wurde von den Nationalsozialisten aufgegriffen und so kam es in der deutschen Geschichte zur Sterilisierung von bis zu 400000 Menschen durch das „*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses*“. Zur Ermordung von über 70000 langfristig psychisch Kranken im Rahmen der Aktion T4 von 1939-1941 [3]. Auch die *Kindereuthanasie*, die *wilde Euthanasie* und die *Aktion Brandt* wurden bis zum Ende des zweiten Weltkrieges von Psychiatern der T4-Aktion weitergeführt. Sogar in Konzentrationslagern wurden Menschen durch psychiatrische Diagnostik selektiert [4]. Den Grad der Erniedrigung, den der Begriff der Menschenwürde zu dieser Zeit erfahren hat, lässt sich nicht beschreiben. Und in diesem grausamen Schatten befindet sich die Geschichte der Psychiatrie.

1980 hat Thomas Szasz, ein Vertreter der Bewegung der Antipsychiatrie, eine radikale Neubestimmung psychiatrischer Praxis gefordert, welche zum Ziel die Anerkennung und Zuerkennung voller Menschenwürde und aller Menschenrechte, gerade auch für den psychisch kranken Menschen, hat [5]. Dies ist und war historisch betrachtet nicht selbstverständlich. Nach Szasz ist das Individuum als uneingeschränkt autonom zu betrachten und somit auch voll verantwortlich für sein Tun. Somit darf kein Mensch als anstößig, gefährlich oder psychisch krank bezeichnet werden. Szasz versteht die psychische Krankheit als selbstgewählt, aber auch oft als ver-rückten Lebensstil. Jedoch ist bei Szasz Position ebenso bei anderen antipsychiatrischen Vertretern große Vorsicht geboten. Der Standpunkt scheint zwar im Hinblick auf die Geschichte der Psychiatrie modern, von hoher Moral getragen zu sein und trotzdem muss reflektiert werden, ob man unter dieser widerspruchsfreien Annahme absoluter Freiheit nicht in eine Utopie verfällt. Es muss sich bewusstgemacht werden, ob auf diese Weise den psychisch kranken Menschen nicht erneut ihre Würde genommen wird, indem ihnen ein absolutes Maß an Selbstbestimmungsfähigkeit und Vernünftigkeit zugemutet wird. Denn zur Menschenwürde gehört unter anderem der Anspruch auf die Hilfe des jeweils anderen. Wird Szasz Position konsequent durchgehalten, so darf gerade den

schwerstkranken Menschen, den Verletzlichsten, den Hilfebedürftigsten nicht mehr geholfen werden. Aus der Geschichte der Psychiatrie lässt sich in Bezug auf die Menschenwürde festhalten, dass es im alltäglichen Umgang mit Menschen in deren menschlichsten Verletzlichkeit, der psychischen Krankheit, keine endgültigen Lösungen zwischen Menschen gibt. Das Tun und Handeln als Sonderpädagoge, besonders im Umgang mit psychisch kranken Menschen, ist immer An-tun und muss deswegen stets frag-würdig bleiben. Vielleicht ist es diese Fragwürdigkeit, die ein wesentlich würdiges Menschsein bestimmt. Um allerdings die Haltung verantwortlicher und bedachter Handlungsfähigkeit verwirklichen zu können, um für sie empfänglich zu sein, benötigt die Vernunft einen emotionalen Grund, welcher sich gleichermaßen in Worten wie *Anstand und Takt* (Aristoteles), *Achtung* (Kant) oder im Begriff des *Interesses* (Kierkegaard) gegenüber den anderen zeigt.

Dem psychisch kranken Menschen sollte in der Praxis stets auf Augenhöhe begegnet werden, er muss als Mensch, als Ganzes betrachtet und nicht nur auf seine Krankheit reduziert werden.

Würde in psychiatrischen Institutionen

Das Prinzip der Menschenwürde wird im Hinblick auf die Psychiatrie oft im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen thematisiert. Häufig sind es jedoch nicht einmal Zwangsmaßnahmen, die die Würde des psychisch kranken Menschen im Vordergrund bedrohen. Meist finden sich solche Bedrohungen schon in alltäglichen Situationen wieder, auf die im Folgenden aufmerksam gemacht werden soll, da sie wiederholt vergessen werden.

Zum einen werden die gebräuchlichen Förmlichkeiten des gegenseitigen Umgangs miteinander öfters missachtet. Es kommt vor, dass sich das Personal in psychiatrischen Institutionen sowohl bei psychisch eingeschränkten, als auch bei älteren Menschen nicht an die Sitten des gepflegten und kultivierten Umgangs miteinander verpflichtet fühlt. Somit werden die Betroffenen häufig wie Kinder, oder besser ausgedrückt, auf die Art und Weise wie manche denken, Kinder behandeln zu müssen, behandelt oder sie werden in kommunikativen Situationen nicht beachtet. So passiert es, dass bei der Durchführung der Arbeit am Patienten nicht mit ihm ein Gespräch initiiert wird, sondern sich das Personal untereinander unterhält [6].

Zum anderen wird auch die Intimsphäre des Betroffenen häufig missachtet. Vielmals stehen Patienten nur wenige Rückzugsmöglichkeiten zur Verfügung. Gerade in der Gerontopsychiatrie ist es den Menschen immer wieder aufgrund ihres Alters und ihrer psychischen Einschränkung nicht mehr möglich sich alleine auszuziehen, auf die Toilette zu gehen und sich zu waschen. Somit benötigen sie Hilfe beim An- und Auskleiden, beim Verrichten ihrer Notdurft wie auch bei der Körperpflege. Dadurch werden sie besonders empfindlich für entwürdigende Behandlungen, etwa dann, wenn das Pflegepersonal vergisst, dass es mit Scham verbunden sein kann, nackt zu sein [7]; wenn sie sich so lange Zeit lassen die Bettschüssel zu bringen bis es bereits zu spät ist oder wenn über Inkontinenz gespottet wird [8]. Durch das enge Zusammenleben auf der Station kommt es nicht selten vor, dass das Pflegepersonal indiskret handelt, indem sich untereinander laut über die Nöte der Patienten unterhalten wird, was als beschämend von den Betroffenen empfunden wird [9].

Des Weiteren wird sowohl die Selbstkontrolle als auch die Selbstbestimmung erheblich beeinträchtigt. Denn durch alle psychischen Krankheiten werden die Betroffenen geschwächt und in ihrem Handlungsspielraum eingegrenzt. Umso beschämender und entwürdigender ist es im psychiatrischen Alltag, nicht in der Selbstbestimmung Hilfe und Unterstützung zu erhalten, sondern in den verbleibenden Bereichen auch noch bevormundet zu werden [10].

Diese Aufzählungen zeigen wie viele alltägliche, auch simple Situationen es in psychiatrischen Institutionen gibt, in denen sich Menschen erniedrigt, beschämt und entwürdigt fühlen können. Es fällt einem Außenstehenden nicht schwer diese Beschwerden zu begreifen, da sie eventuell eigenen Erfahrungen in somatischen Kliniken gleichen.

Die Psychiatrie hat sich bezugnehmend auf die Würde des Menschen lange Zeit in einem Schattendasein bewegt, da viele psychisch beeinträchtigte Menschen zu den Opfern eines der schrecklichsten Verbrechen der Geschichte, der systematischen Ermordung von psychisch kranken Menschen im Nationalsozialismus, gehörten. Daher ist es nicht verwunderlich, dass heutzutage die Menschenwürde oft im Zusammenhang mit der Psychiatrie thematisiert wird, jedoch weniger in solchen alltäglichen Situationen wie oben

formuliert. Jedoch häufig im Zusammenhang mit der Patientenautonomie und der Rechtmäßigkeit von Behandlungen gegen den eigenen Willen, dem Wert des (durch den Suizid bedrohten) Lebens, der Legitimation von medizinischer Gewalt und dem Verantwortungsbewusstsein für eigenes Handeln.

Zu Beginn des vorangegangenen Artikels wurde dargelegt, dass die Menschenwürde in den Jahren nach 1945, dem zweiten Weltkrieg, Einzug in das Grundgesetz fand. Auch die psychiatrische Ethik hat den Menschenwürdebegriff aufgegriffen, um damit das Verwerfliche an den vorangegangenen Geschehnissen zukünftig zu vermeiden. Im Gegensatz zum Grundgesetz stützt sich das Interesse der Psychiatrie an der Würde des Menschen nicht nur auf den historischen Rückblick, sondern vielmals wurden die Zustände in den Psychiatrien im Nachkriegsdeutschland seit den siebziger Jahren anhand des Begriffes näher beschrieben und verdeutlicht [11].

Inwiefern die Würde des psychisch kranken Menschen in der Psychiatrie eingeschränkt werden kann, wurde in Ansätzen bereits erörtert. Weitere Bedrohungen bilden sich in Folgendem:

An dieser Stelle wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die folgenden Informationen Beobachtungen aus der Praxis sind und sich nicht auf wissenschaftliche Belege stützen. Da sie dennoch für das Vorliegende relevant sind, werden sie aufgelistet.

Erstens werden psychisch kranke Menschen durch Zwang und Gewalt immer in ihrer Würde bedroht. Maßnahmen, die den psychisch Kranken in seiner Selbstkontrolle begrenzen, sind ethisch äußerst fragwürdig. Denn zu etwas unter physischer Gewalt gedrängt zu werden, ist sowohl kränkend als auch demütigend.

Auch werden psychisch kranke Menschen oft auf ihre Krankheit beschränkt und nicht als Person, als Ganzes, in ihrer Individualität betrachtet. Das passiert beispielsweise dann, wenn vergessen wird, dass der Zustand eines an Schizophrenie erkrankten Menschen nur eine Phase in einer umfangreichen Biographie ist, über welche man Bescheid wissen muss, damit man den Menschen, der einen gegenüber sitzt, überhaupt kennen kann.

Ebenso kann das asymmetrische Verhältnis von Therapeut und Patient zu Übergriffen führen. In der Psychotherapie besteht durchaus die Gefahr, dass Therapeuten ihre Macht ausspielen,

um ihre Patienten auf unterschiedliche Art und Weise zu instrumentalisieren und somit zu entwürdigen.

Noch dazu kann der Ort, an dem psychisch kranke Menschen in Institutionen leben, eine Gefahr für deren Würde darstellen. Denn beim Ausbau von Einrichtungen für psychisch kranke Menschen stehen gute Kontrollmöglichkeiten, leichter medizinischer Zugang und ökonomische Sparsamkeit im Vordergrund des Interesses. Jedoch ist es nur möglich die eigene Würde über einen längeren Zeitraum aufrecht zu erhalten, wenn Freiräume für Aktivitäten und Orte der Intimität existieren. In einer 2008 erschienen Studie wurde erwiesen, wie bedeutend es für die Würde des psychisch Kranken in Institutionen sein kann, Zugang zu einem separaten, möglichst autarken und unbeobachteten Raucherraum zu haben [12].

Verdeutlichung der Bedeutung von Würde im psychiatrischen Alltag durch Avishai Margalit

Diskussionen in der Psychiatrie über mögliche Einschränkungen der Würde des Menschen verweisen darauf, wie unverständlich es wäre, hier nicht mehr über Würde oder Würdeverletzungen zu debattieren.

Wahrscheinlich offenbart sich dem Leser/der Leserin der entwürdigende Charakter, der den geschilderten Situationen zukommt, von selbst. Denn die Gefahr, entwürdigend behandelt zu werden, existiert nicht nur in psychiatrischen Kontexten, sondern ebenso in anderen Zusammenhängen wie beispielsweise dem Arbeitsleben, dem Privatleben, der Justiz und der Politik.

Mit letzterem hat sich Avishai Margalit in seinem Werk *Politik der Würde* auseinandergesetzt. Hier untersucht er die Merkmale einer anständigen Gesellschaft, das meint eine Gesellschaft, die ihren Mitgliedern keinen Grund gibt, sich in ihrer Würde eingeschränkt oder verletzt zu fühlen. Eine Gesellschaft, die die Selbstachtung des Einzelnen auf keine Weise bedroht.

Dem Leser/der Leserin stellt sich bestimmt die Frage, was *Politik der Würde* mit dem psychiatrischen Alltag zu tun hat und weshalb diesem Werk im Vorliegenden Beachtung beigemessen wird. Jedoch lässt sich das Bild Margalits, was ein Staat ausführen muss, um ein anständiger Staat zu sein exakt auf die Psychiatrie und dem nötigen Verständnis von Würde übertragen.

In beiden Fällen sind es Institutionen in denen die Würde des Menschen immer im Mittelpunkt aller Handlungen stehen sollte. Relevante Elemente der Würde des Menschen sind laut Margalit das Wahrgenommen werden als Individuum [13], die Kontrolle über sich selbst und die eigenen Angelegenheiten [14] sowie eine geschützte Privatsphäre [15]. Ein Staat, der seinen Mitgliedern eine solche Würde nicht gewähren kann, ist nicht anständig.

Seine Merkmale der Entwürdigung sind eins zu eins auf den psychiatrischen Alltag übertragbar. Denn die Notwendigkeit als Individuum erfasst zu werden, das Bedürfnis, Kontrolle über sich selbst ausüben zu können und der Schutz der Privatsphäre stehen in Margalits Werk analog zu den Schilderungen der Würdeverletzung in der Psychiatrie. Somit steht die Stimme einiger Kritiker, dass ohne den Begriff der Würde ausgenommen werden soll, vor zwei Schwierigkeiten:

Zum einen gibt es im psychiatrischen Alltag Situationen, in denen von Würdeverletzung gesprochen werden muss und zum anderen können diese in allen Bereichen des Lebens stattfinden. Daher wäre es nicht angebracht, den Begriff außen vor zu lassen.

Soziale Würde versus fundamentale Würde im psychiatrischen Alltag

Selbstverständlich würden selbst Kritiker des Begriffs der Menschenwürde die obengenannten Schilderungen der Würdeverletzung keinesfalls schützen wollen, denn auch sie würden dem ersten Anschein nach den Standpunkt vertreten, dass es moralisch unlegitim ist, andere zu demütigen, zu entwürdigen

Der zentrale Aspekt der Kritiker besteht jedoch darin, ob der Begriff der Würde wirklich nötig ist oder ob es nicht ausreichend ist, sich auf die Rechte der Betroffenen zu beschränken. Dieser Einwand beruht auf der Tatsache, dass die Verletzungen der Würde, wie sie sich beispielsweise im psychiatrischen Kontext vorfinden lassen, gleichzeitig immer Verletzungen moralischer Rechte sind.

Jeder besitzt das Recht, nicht brüskiert zu werden. Folglich kommt auch dem psychisch kranken Menschen das Recht zu, nicht vom Pflegepersonal ungefragt geduzt und von oben herab behandelt zu werden, also das Recht respektvoll behandelt zu werden. Der Betroffene verfügt über ein Freiheitsrecht, also nicht vierundzwanzig Stunden am Tag beobachtet zu

werden. Solche Beispiele lassen bereits auf die Annahme schließen, dass für deren Beurteilung hauptsächlich die Rechte der psychisch kranken Menschen und nicht deren Würde wichtig ist.

Jedoch muss es sich hier um spezielle Rechte handeln. Denn dem psychisch kranken Menschen können im psychiatrischen Alltag ganz unterschiedliche Rechte zuteilwerden: das Recht auf ein Einzelzimmer, regelmäßige Gespräche mit dem betreuenden Arzt, das Recht, dass einem nicht das Essen weggenommen wird und so weiter. Die Nichteinhaltung dieser Rechte weist aber noch auf keine Verletzung der Würde des Betroffenen hin. Gilt allerdings die Annahme, dass ein weiteres Recht existiert, nicht würdeverletzend behandelt zu werden, muss im psychiatrischen Alltag darüber nachgedacht werden, worin sich die Bedeutung dieses Rechts manifestiert, folglich was es meint, die Würde eines Menschen zu beeinträchtigen. Hiermit wird deutlich, dass die Würde auch nicht durch den Rückgriff auf moralische Rechte überflüssig wird [16].

Kritiker könnten sich also damit arrangieren, dass der Würde ein Platz neben den Menschenrechten zukommt. Die Würde, die durch das geschwätzige Pflegepersonal verletzt wird, ist natürlich nicht die Würde, von der am Anfang des Grundgesetzes die Rede ist. Zu dieser Würde zählt nicht, dass sie unantastbar, universell und unveräußerlich als Voraussetzung gilt. Doch trotzdem ist dem Pflegepersonal vor Augen zu führen, dass sie die Würde des psychisch kranken Menschen beeinträchtigen und somit auch antasten. Denn der Betroffene, über dessen Inkontinenz durch die Indiskretion des Pflegepersonals nun die ganze Station Bescheid weiß, kann sich zu Recht darüber beschweren, dass er durch dieses beschämende Verhalten nicht mehr in der Lage ist, selbstbewusst vor den Mitpatienten zu erscheinen.

Hiermit wird ersichtlich, warum sich die Untersuchung (wie sie bereits unter Aspekten einer philosophischen *Analyse des Begriffs der Menschenwürde*. In: *Medicina Internacia Revuo (MIR)*, 1/2017 (108), 163 – 175 erläutert wurde) in *soziale Würde*, die beispielsweise durch obengenannte Indiskretion bedroht wird, und *fundamentale Menschenwürde*, die durch Zwangsmaßnahmen in Gefahr gebracht wird und von der am Anfang des Grundgesetzes die Rede ist, als sinnvoll erweist [17].

Die soziale Würde steht dem Menschen mehr oder weniger zu, sie ist sensibel für Verletzungen

und daher unbestritten ein wichtiges Thema für den psychiatrischen Alltag.

Die fundamentale Würde ist jedem Menschen eigen, unveränderbar und kann auch nicht verloren werden [18]. Jedoch ist, manchen Ansichten nach, strittig, ob sich diese überhaupt in eine psychiatrische Ethik eingliedern lässt.

Was bei solchen Überlegungen aber vollkommen unbeachtet bleibt, ist die enge Verbindung zwischen sozialer und fundamentaler Würde. Sie wurde bereits anhand der davor ausgeführten Beispiele deutlicher. Denn das Missgeschick eines Inkontinenten durch unbewusstes Verhalten an die Öffentlichkeit zu bringen, ist demütigend, doch keine Verletzung der Menschenwürde. Das Ein- und Wegsperrern eines psychisch kranken Menschen ohne dessen Einverständnis, wie es früher in Großpsychiatrien gehandhabt wurde, ist hingegen mehr als nur demütigend. Es ist auf die Art und Weise verletzend, was sich als Verletzung der Menschenwürde bezeichnen lässt.

Somit stellt es nicht nur die Verletzung eines fundamentalen Rechts dar, sondern ist ein Angriff auf die Würde des Betroffenen. Menschenwürdeverletzungen während des Nationalsozialismus, derentwegen erst Art. 1 des Grundgesetzes entstanden ist, waren mit solchen sozialen Entwürdigungen verknüpft. Diese Verbindung zeigt bereits, dass eine Missachtung der sozialen Würde häufig eng an eine Menschenwürdeverletzung gekoppelt ist und daher nicht außer Acht gelassen werden kann.

Selbstverständlich befinden sich Welten zwischen indiscretem Pflegepersonal und den Psychiatern, die die *T4-Aktion* durchgeführt haben und doch ist ihnen gemeinsam, dass ihre Handlungen einen Kernbereich des Menschen angreifen, der als Würde benannt wird. Daher ist es auch unbefriedigend und ungerechtfertigt, soziale Würde und Menschenwürde im psychiatrischen Alltag separat voneinander zu thematisieren. Die soziale Würde ist nicht gleichzusetzen mit Menschenwürde, doch um zu begreifen, welchen Platz der Menschenwürde in der psychiatrischen Ethik zukommt, ist es notwendig sie aus ihrem Verhältnis zur sozialen Würde heraus zu verstehen.

Konsequenzen aus der Menschenwürde für den psychiatrischen Alltag

Aus der sozialen Würde heraus entwickelt sich also der Aspekt, dass mehr als der Körper und die Psyche des Menschen existiert,

was verletzt werden kann. Die Identität des Individuums und die damit verbundene Würde sind ebenfalls gefährdet. Sowohl die Beispiele über Würdeverletzungen in der Psychiatrie, als auch Avishai Margalits Voraussetzungen für eine gute Gesellschaft zeigen, wie viel bis heute diese individuelle Würde bedeutet. Die Bedeutung des Gebots der Achtung der Menschenwürde zeigt sich in drei Folgerungen:

Erstens hat jeder einen Anspruch, nicht in seiner Würde beeinträchtigt zu werden. Somit ist es verboten, einen anderen zu beschämen und zu kränken. Deshalb ist es wichtig, auch alltägliche Würdeverletzungen, wie das Beispiel des indiscreten Pflegepersonals zeigt, als Gefahren für das Prinzip der Menschenwürde zu formulieren. Denn die individuelle Würde des psychisch kranken Menschen gilt es anzuerkennen, das ist die Folgerung, die aus dem Gebot, die Menschenwürde zu achten, entsteht.

Zweitens geht es um die „eigentlichen“ Missachtungen der Menschenwürde, aber nicht in dem Sinn, dass die anderen Demütigungen nichts mit der Würde des Menschen zu tun haben. Die Differenz besteht darin, welche Möglichkeiten solche Verletzungen dem Betroffenen noch lassen, seine individuelle Würde weiterhin aufrecht zu erhalten oder wiederaufzubauen. Für Betroffene gestaltet es sich schwierig, solch eine Verletzung als Teil des Selbstbildes anzusehen und damit die Grundlage, die individuelle Würde wiederherzustellen, zu schaffen. Verletzungen, die das Fundament unserer Existenz, unsere Identität, die Grundlage der individuellen Würde berühren, sind niemals zu rechtfertigen [19]. Man darf brüskiert werden, jedoch niemals auf eine Art und Weise, die einen daran hindert, mit dem Leben zurecht zu kommen.

Drittens existieren, abgeleitet vom Gebot die Menschenwürde zu achten, nicht nur Unterlassungsgebote, sondern auch Verpflichtungen. Wir sind in der Pflicht, uns gegenseitig bei der Aufrechterhaltung unserer Würde zu helfen und zu unterstützen. Deutlich wird das an Menschen, die noch nicht, nicht mehr sowie nie in der Lage sind, sich um die eigene Würde zu kümmern.

Jedoch kommt es immer mal wieder für jeden von uns vor, von der aktiven Unterstützung des Umfeldes abhängig zu sein, um Würde bewahren zu können. Krankheiten sind das beste Beispiel an dieser Stelle, denn manchmal genügt es nicht, nicht herabschauend behandelt zu werden, es

muss einem auch früh genug Unterstützung zukommen, um die Würde bewahren zu können.

Empfehlungen für den Umgang mit psychisch kranken Menschen

Im Folgenden liegt der Fokus auf Bedürfnissen von psychisch langzeiterkrankten Menschen. Im Wort „Langzeit“ findet sich bereits das Verhältnis der Zeit, über das als erstes aufgeklärt werden soll. Wenn die zeitliche Ausdehnung der Betroffenen kalendarisch durch Wochen, Monate oder Jahre artikuliert werden soll, dann wird den besonderen Belangen der chronisch psychisch kranken Menschen und ihrem zeitlichen Ausmaß nicht entsprochen. Für psychisch kranke Menschen hat die kalendarisch messbare Zeit ein anderes Gewicht als das, was psychisch gesunde Menschen unter „gelebter Lebenszeit“ fassen [20]. Eine langanhaltende Dauer durch eine psychische Krankheit eingeschränkt zu sein, meint in Äußerungsmöglichkeiten des Lebens beschnitten und schwach zu sein. Das beinhaltet sowohl die Reduzierung der Zuversicht und Hoffnung, als auch die Verdüsterung des eigenen historischen Lebens. Denn das Wissen um Fragen, woher man kommt, wohin einen die Wege geführt haben und wo sie einen noch hinleiten, ist für das bewusste Sein von existenzieller Bedeutung. Wenn dieses bewusste Sein jedoch durch die lange Dauer einer psychischen Erkrankung wesentlich reduziert wird und der Betroffene im Jetzt bleibt, dann befindet sich derjenige in einem Zustand, dessen Ausmaß sich allein durch kalendarische Messeinheiten nicht erschließen lässt.

Jedes pädagogisch-therapeutische Handeln im Umgang mit psychisch kranken Menschen bedeutet Zumutung für den Adressaten, als auch Wagnis für den Verantwortlichen. Doch die folgenden Aspekte sind unabdingbar für das Verhältnis des Sonderpädagogen mit dem psychisch beeinträchtigten Menschen.

Der Verständnisszugang zu der Eigenwelt des anderen eröffnet sich einem am einfachsten durch mitmenschliche Nähe. Damit ist eine Vertrautheit, die durch respektvolle Distanz gekennzeichnet ist, gemeint. Denn in dieser Vertrautheit kommt der ganze Mensch vor und nicht nur eine Person, die auf ihre psychische Krankheit reduziert wird. Kurzgefasst: Man sollte sich zueinander so verhalten, dass man zu gegenseitig lesbaren „beschriebenen Blättern“ wird.

Des Weiteren muss die Gefahr der Einsamkeit vermieden werden. Oft sind psychiatrische Kliniken so strukturiert, dass sie an die Versorgung körperlich kranker Menschen erinnern. Jedoch wird in solchen anonymen Zuständen weder Nähe noch Gemütlichkeit einen Platz finden. Warum wird im Bereich der Psychiatrie noch immer von Stationen geredet, wenn es doch um Wohnbereiche gehen sollte? Ist es nicht mehr der „Umzug in eine neue Wohnung“ als eine „Krankenhausaufnahme“, wenn ein psychisch beeinträchtigter Mensch zu einer stationären Behandlung kommt [21]? Denn auch zur Psychiatrie gehört das Beschäftigtsein. Deswegen sollten Sonderpädagogen sich darum kümmern, dass jeder die Möglichkeit zu einem sinnvollen Tun hat, dass sie den psychisch Kranken helfen, plausible Sinnhaftigkeit zu vermitteln.

Pädagogische Erstbegegnung in Würde

Die erste Begegnung unter Berücksichtigung der Würde ist besonders schwierig, deswegen wird auf folgende wichtige Punkte hingewiesen.

Die Begegnung mit dem Gegenüber, und das ist nicht selbstverständlich, muss gewollt sein, wobei das Ausmaß des eigenen Wollens wesentlich von der inneren Bereitwilligkeit abhängt.

Als pädagogischer Ansprechpartner im psychiatrischen Alltag muss ständig zwischen Möglichkeit und Wirklichkeit unterschieden werden. Vielmehr noch das Gleichgewicht zwischen den beiden gehalten werden, denn nur so erfährt einen und wird seinem Gegenüber, dem psychisch kranken Menschen, offen begegnet. George Devereux hat damals bereits in vielen seiner Schriften betont, dass zwei unterschiedliche Ideen und Wahrnehmungen benötigt werden, wenn von einem Menschen etwas Wahres erfahren werden soll. Denn nur aus der Differenz von mehreren Wahrnehmungen entsteht das Wahre [22]. Daher sollte auch kein psychiatrisches Gutachten verfasst werden, in dem nicht die Berichterstattung mehrerer Menschen und unterschiedlicher im psychiatrischen Alltag tätigen Berufsgruppen berücksichtigt wird.

Darüber hinaus muss die innere Haltung von einem Menschenbild, dass die Einzigartigkeit eines jeden zum Wertvollsten werden lässt, gekennzeichnet sein. Denn nur durch die eigene Neugier auf das Einmalige und Unterschiedliche eines jeden mir begegnenden Menschen kann der fachlichen Wahrnehmung, die einen das

Gleichartige bei verschiedenen Menschen erkennen lässt, entgegengewirkt werden.

Folglich ist es als im psychiatrischen Alltag Tätiger von größter Bedeutung, sich um die Klärung und Definition des eigenen Menschenbildes zu kümmern, damit eine philosophisch „weiche“ Umgebung für die Erstbegegnung entstehen kann. Macht man sich sein eigenes Menschenbild jedoch nicht bewusst, resultiert anstatt der Begegnung eine an harten Tatsachen angelehnte Verobjektivierung und Versachlichung des Menschen – Würde steht dann aber außen vor.

Bei der Entwicklung des Menschenbildes im psychiatrischen Alltag ist es hilfreich von dem verzweifeltsten und eingeschränktesten respektive besonders vulnerablen Menschen auszugehen, um eine würdige Erstbegegnung überhaupt erst zu ermöglichen. Denn ist das eigene Menschenbild hier von einem durchschnittlichen Menschen geprägt, dann befinden sich alle andersartigen Menschen und somit auch die Einzigartigkeit eines jeden außerhalb des Menschenbildes, somit wird der Mensch zur Sache erklärt.

Es ist auch wichtig zu verstehen, dass Sonderpädagogen im psychiatrischen Alltag nur eine Art Austauschfunktion für einen bestimmten Zeitrahmen innehaben. Sie sind nicht der zeitliche Nullpunkt einer schweren Leidensgeschichte, denn in der Zeitspanne vor ihnen sind der psychisch beeinträchtigte Mensch und seine Angehörigen bereits miteinander beschäftigt gewesen und umgegangen. Es war einfach zu einem gewissen Zeitpunkt eine dritte Person, die mit sympathischer Distanz den Konflikt löst, nicht vorhanden. Somit stehen psychiatrisch Tätige versinnbildlicht lediglich als Ersatzspieler zur Verfügung und das auch nur so lange, bis ein solcher Dritter überflüssig wird.

Noch dazu muss einem in der pädagogischen Erstbegegnung bewusst werden, dass es gar kein Individuum gibt. Denn der Mensch, der einem gegenübertritt, ist immer auch ein Teil einer Familie, einer Peer-Group, eines Kollektivs. Indem sich auf die Begegnung mit dem psychisch kranken Menschen eingelassen wird, wird in gewisser Weise gleichzeitig auch Verantwortung für die Mitglieder der Familie, die alle auf eine bestimmte Art und Weise unter der jeweiligen Situation leiden und einen Ausweg finden wollen, übernommen. Das zeigt bereits, dass eine Begegnung im psychiatrischen Alltag nie eine

lineare Beziehung zwischen zwei Menschen ist, sondern immer ein trianguläres System aus dem psychisch beeinträchtigten Menschen, den Angehörigen und dem psychiatrisch Tätigen, wodurch sich ein System mit unterschiedlichen Wechselbeziehungen ergibt.

Zusätzlich sollte sich mit der Äußerung „Ich verstehe dich“ zurückgehalten werden, sie sollte sogar unterlassen werden. Denn sie ist nicht nur erkenntnistheoretisch betrachtet unmöglich, sondern sie verfehlt den Auftrag der sonderpädagogischen Begegnung komplett, der sich darin gründet, dass der psychisch Kranke sich wieder besser versteht, dass er wieder zu sich selbst findet und seine Situation besser meistern kann. Der sonderpädagogische Auftrag besteht nicht darin, dass der Betroffene den psychiatrisch Tätigen, seine Absichten und was dieser für Ziele auf dem gemeinsamen Weg hat, besser nachvollziehen kann. Dies ist jedoch eines der meisten Missverständnisse im Umgang mit psychisch kranken Menschen.

Als ein weiteres Leitmotiv für die pädagogische Erstbegegnung lässt sich folgendes Sprachbild heranziehen: „In der Begegnung begegnen sich Gegner.“ [23].

Dadurch wird in der Erstbegegnung die Achtung der generellen Fremdheit des anderen Menschen formuliert, sowohl seine Würde als auch seine eventuelle Gefährlichkeit wird damit anerkannt. Es wird der Respekt sowohl vor der Andersartigkeit als auch der Einzigartigkeit verdeutlicht, wie auch akzeptiert, dass der andere etwas anderes will. Dies resultiert schon bereits daraus, dass der Andere zum einen ein Anderer ist und zum anderen Erstbegegnungen im psychiatrischen Alltag häufig auch eine Zwangsbegegnung darstellen, somit unfreiwillig stattfinden. Der zwanghafte Charakter der Begegnung, und das ist wichtig zu realisieren, ist stetig vorhanden. Das bedeutet auch dann, wenn der psychiatrisch Tätige betont, dass er helfen will und der psychisch kranke Mensch zusichert, dass er diese Hilfe haben möchte [24]. Es ist eben keine Begegnung in einem natürlichen, zufälligen Kontext. Soll die Erstbegegnung professionell abgewickelt werden, sollten psychiatrisch Tätige auch das noch so kleine Helfersyndrom, das sich in ihnen bemerkbar macht, ausblenden. Viele in psychiatrischen Institutionen Tätige haben in ihrem Alltag bereits Beziehungen erlebt, in denen sie sich von Anfang an mit dem Betroffenen gut

verstanden haben, wobei dies oft passiert ist, indem wichtige Aspekte der Gesamtsituation in den Hintergrund gerückt worden sind. Der psychisch kranke Mensch erklärt womöglich noch, dass er sich bisher noch nie so gut verstanden gefühlt hat. Doch Achtung: Eine professionelle Beziehung im psychiatrischen Alltag kann durch keine Freundschaft oder zu viel Nähe getragen und ausgehalten werden. Denn aus einer professionellen Distanz, die die Würde des anderen achtet, kann Nähe werden. Doch aus zu viel Nähe bildet sich nie wieder eine konstruktive Distanz heraus.

Auch sollten die Gegenstände während der Erstbegegnung so gewählt sein, dass sich der andere nicht vorrangig als Symptomträger, sondern als Person angesprochen fühlt. Denn mit dem eigenen Interesse und der eigenen Neugier gegenüber dem Anderen lässt sich nicht nur etwas lernen, sondern damit wird dem Gegenüber gleichzeitig auch Glaubwürdigkeit und respektvolles Vertrauen vermittelt.

Zum Schluss dieser Empfehlungen soll noch an das seit langer Zeit bestehende *Konzept der tätigen Gemeinschaft* von Manfred Bleuler erinnert werden [25].

Nach diesem fällt es allen Menschen leichter zu sprechen, wenn sie währenddessen gemeinsam etwas tun, denn dann wirkt das Sprechen nicht so nackt. Dies ist vor allem für die Verletzlichsten in unserer Gesellschaft, also auch für die psychisch kranken Menschen, von besonderer Bedeutung. Ist es denn nötig, dass das Gespräch der Erstbegegnung immer in einem Raum, indem sich gegenüber gesessen wird, stattfinden muss? Kann das erste Gespräch einer neuen Begegnung im psychiatrischen Alltag nicht im Rahmen eines beispielweise gemeinsamen Spaziergangs stattfinden? Denn hier muss sich nicht gegenübergesessen und in die Augen gesehen werden, sondern es ergibt sich die Möglichkeit zum Austausch, indem ein Teil des (Lebens-)Weges miteinander gegangen wird. Ist eine solche Art der Begegnung nicht vertrauensstiftender, schonender und somit auch fruchtbarer? Wird auf diese Art und Weise von Sonderpädagogen bei der gemeinsamen Tätigkeit die Qualität einer Erstbegegnung in Würde nicht eher sichergestellt, als durch eine aktive Konfrontation? Wenn die Würde gewahrt bleiben soll, darf das „Arbeiten mit Menschen“ oft nur beiläufig vonstattengehen [26].

All diese Aspekte deuten darauf hin, dass Sonderpädagogen im Umgang mit psychisch kranken Menschen eine Menge an Herausforderungen und Kompetenzen mitbringen müssen, auch und vor allem, was die Erstbegegnung betrifft. Denn die Erstbegegnung ist es, die den Grundstein für eine respektvolle und vertraute Beziehung, in der sich auf Augenhöhe begegnet werden kann und in der der andere als Mensch gesehen wird, legt.

Spezialfall: Kinder – und Jugendpsychiatrie

Dass die Kinder – und Jugendpsychiatrie und die Sonderpädagogik bei Verhaltensstörung nicht nur benachbarte Gebiete sind, sondern sich überschneiden, somit theoretisch als auch praktisch durch Gemeinsamkeiten verbunden sind, ist eine wesentliche Annahme bei dem Unterfangen, im Hinblick auf den Begriff der Menschenwürde sonderpädagogische wie auch jugendpsychiatrische Ansichten darzulegen.

Im Fall der Kinder – und Jugendpsychiatrie akzentuiert sich die solidarische Verantwortung im Vergleich zur allgemeinen Psychiatrie insofern, dass der noch werdende Mensch besonders von seiner Umwelt, von der ihm begegnenden Welt, abhängig ist. Zwar stimmt es, dass auch der erwachsene Mensch mit dem, was ihm begegnet, verbunden ist, doch ist er in seiner seelischen Konstitution vollendeter. Doch das Wesen und die seelische Struktur des Kindes und des Jugendlichen entfaltet, strukturiert und manifestiert sich erst im Erlebnis mit der begegnenden Welt [27].

Der auf Würde basierende Umgang eines Sonderpädagogen zu einem jungen Menschen mit psychischer Erkrankung muss sich auf etwas richten, das noch nicht ist, jedoch sowohl werden als auch verfehlt werden kann. Im Fokus befindet sich hier das nach Nohl „leidenschaftliche Verhältnis eines reifen Menschen mit einem werdenden Menschen“ [28], in das es gilt Antizipation, Hoffnung und Erfahrung einzubringen.

Die stationären Einrichtungen der Kinder – und Jugendpsychiatrie, um deren Alltag es hier geht, benötigen zuerst eine Bestimmung. Oft gelten sie als letzte Zufluchtsorte für junge Menschen, die von ihrem Weg abzukommen drohen, also in ihrem Werden vom Scheitern bedroht sind. Hierher kommen die jungen Menschen, für die die Zuwendung der ambulanten Institutionen, der Heime, selbst durch professionelle ambulante

Anteilnahme erweitert, nicht mehr ausreichend war. Stationäre Kinder – und Jugendpsychiatrie ist oftmals der letzte Ausweg, bei dem ein multiprofessioneller Umgang von medizinischen, psychologischen, pflegerischen und pädagogischen Kompetenzen entscheidend ist. Die Kinder – und Jugendpsychiatrie steht häufig zwei verschiedenen Arten von Skepsis gegenüber.

Zum einen wird versucht das Wort „Psychiatrie“ vor allem wegen seiner etikettierenden Funktion zu umgehen. Doch sollte auch im Hinterkopf behalten werden, dass die hier lebenden Kinder und Jugendlichen bereits als Gescheiterte von der Gesellschaft bestimmt und somit etikettiert wurden.

Zum anderen herrscht sonderpädagogische Skepsis gegenüber medizinischer Nosologie, das meint, einer Krankheit einen Namen zu geben. Denn verfehlt eine nosologische jugendpsychiatrische Diagnose den behandlungsbedürftigen jungen Menschen nicht eher, als dass sie ihn versteht? Indem der Behandlungsbedarf auf das rein Medizinische beschränkt wird, geht die individuelle und einmalige Vielfalt des Einzelnen verloren. Beispielsweise wird die Magersucht auf eine Bewusstseinsstörung und den Zusammenbruch des Stoffwechsels, die Psychose auf eine fibrile Hyperkinese reduziert. Die Verminderung auf eine nosologische Bestimmung führt sowohl zu einem gewissen Vorbehalt als auch zu einer Festlegung des Defizitären [29]. Hier werden die blockierten und noch unvollständig hervorgebrachten und ausgebildeten Potentiale des jungen Menschen weder beachtet, noch gewürdigt. Tatsächlich ist eine kinder – und jugendpsychiatrische Behandlung keine Auseinandersetzung mit Krankheit, sondern eher eine mit Menschen, deren Einschränkungen in mancher Hinsicht auch mehr oder weniger definierte Bezeichnungen zukommen können. Im Zentrum der Begutachtung sollten die blockierten und eingeschränkten Möglichkeiten des jungen Menschen und deren Aufdeckung und Klärung stehen, doch auch die Feststellung dessen, wodurch dieser in seiner Bedingtheit gestört wird. Somit sollte sich die eigentliche und unvermeidliche Diagnose auf die Erkennung des noch nicht Gebildeten, aber zu Bildenden fokussieren und stützen [30].

Bei diesem Ansatz wird bereits deutlich, dass sich die stationäre Kinder – und Jugendpsychiatrie in einem Spannungsfeld zwischen pädagogischer Verantwortung und psychopathologischen Begreifens befindet. Für die Auseinandersetzung

mit diesen jungen Menschen, deren seelische Struktur sich noch nicht in ausreichender Vielfalt begnender Welt differenziert hat, werden hinreichend unterschiedliche und pädagogisch zu verantwortende Expositionen benötigt. Denn Kinder und Jugendliche in der Kinder – und Jugendpsychiatrie sind gleichermaßen von der Umwelt, wie auch von der Berücksichtigung ihrer veränderten Erlebnis – und Verarbeitungsweisen abhängig. Das hat zur Folge, dass Geduld in Form von Zeitaufwand und Toleranz, ebenso wie ein sensibler Umgang dringend erforderlich sind [31].

Die Idee der Sonderpädagogik im Alltag der Kinder – und Jugendpsychiatrie sollte auf Handlungen abzielen, die den jungen Menschen dabei behilflich sind, den Alltag wieder neu wahrzunehmen. Der Ausgangspunkt der Erziehung sollte von den Schwierigkeiten ausgehen, die das Kind hat und nicht von denen, die es macht. Sonderpädagogisch verantwortliches Handeln im klinischen Alltag eröffnet die Möglichkeit, Probleme dort aufzugreifen, wo sie sich für das Umfeld stellen, das heißt somit in der alltäglichen Auseinandersetzung angeblicher Banalitäten wie beispielsweise einem geregelten Tagesablauf.

Das bedeutet, dass sonderpädagogisches Handeln in einem kinder – und jugendpsychiatrischen Umfeld nicht in speziellen, vom Alltag abgesonderten, Situationen stattfindet. Denn funktionierende Alltäglichkeit wird dort erzeugt, wo durch gemeinsame Erfahrungen, Unternehmungen und Erlebnisse, Vertrauen durch alltägliche Nähe erzeugt wird, wo Situationen wieder als vorhersehbar und verlässlich erfahren werden können.

Hier wird versucht deutlich zu machen, wie wichtig es ist, dass Alltagshandeln in der Kinder – und Jugendpsychiatrie zu einem pädagogischen Konzept wird, dass professionelle Sachkompetenz und Kenntnis in der Strukturierung von Arbeits-, Lern-, Gruppen – und Gesprächssituationen erfordert. Denn nur so lassen sich die Chancen des vielfältigen, gegensätzlichen und anspruchsvollen Alltags nutzbar gestalten. Elemente wie Abwarten, Aushalten, gemeinsames Handeln und sich aufeinander einlassen sind dabei unverzichtbar.

Sonderpädagogen in der Kinder – und Jugendpsychiatrie müssen die Eigenschaften besitzen zum einen für etwas einzustehen und zum anderen sich zu öffnen. Es ist nötig, dass sie die Fähigkeit besitzen, ein passendes

Gleichgewicht aus Nähe und Distanz zu finden. Denn die unausgeglichene psychosoziale Autonomie des Jugendlichen sollte nie durch pädagogische Handlungen, sind sie auch noch so gut gemeint, gefährdet werden. Es ist wichtig dem jungen Menschen auch mal Freiraum zu geben, ihn alleine zu lassen, nicht das Bedürfnis zu bekommen, alles von ihm mitbekommen zu müssen, ihn nicht durchgehend zu beobachten [32]. Für psychisch kranke junge Menschen übernehmen Sonderpädagogen vor allem dann eine Vorbildfunktion, wenn sie sich als Person und nicht als Professioneller für den anderen interessieren. Nur so wird der Jugendliche einem Autorität zusprechen. Die Fremdheit und die Grenzen des jungen Menschen müssen anerkannt werden und es muss versucht werden den Lebenskontext aus dessen Standpunkt heraus begreifen zu können.

Somit ist der Alltag einer Kinder – und Jugendpsychiatrie sowohl auf strukturelle als auch konzeptionelle Optionen, in denen sich der junge Mensch im Umfeld von Therapie, Erfahrung, Erziehung und Selbstlernen entwickeln kann, angewiesen.

Exkurs: Auswirkungen der UN-Behindertenrechtskonvention auf psychisch kranke Menschen

Dieser Exkurs ist vor allem in der heutigen Zeit, in der sich alles um Inklusion und die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung mit der restlichen Gesellschaft dreht, besonders wichtig. Denn in diesen Diskussionen wird oft zu frühzeitig ein Entschluss gefasst mit dem Fokus, die Inklusion voranzutreiben. Doch, dass sich der gutgemeinte Wille des Fortschritts der Inklusion schnell zu schwerwiegenden Folgen für bestimmte Gruppen von Behinderungsformen ausweiten kann, soll hier gezeigt werden. Explizit werden hier die Konsequenzen und Lücken dargelegt, die sich aus der Behindertenrechtskonvention für psychisch kranke Menschen ergeben.

Die absolute Gleichstellung von Menschen mit Behinderung mit den sonstigen Mitgliedern der Gesellschaft wird durch die *Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen* (UN-BRK) gefordert. Das hat zum Ziel, dass eine Behinderung keinen Grund für Einschränkung weder von Bürgerrechten, noch von Teilhabechancen darstellen darf. Die Gesellschaft ist sogar dazu verpflichtet alle nötigen Hilfsmittel, die von behinderten Menschen

für die Umsetzung ihrer Chancen und Rechte benötigt werden, zur Verfügung zu stellen. Doch was folgt aus dieser Forderung für den Umgang mit psychisch kranken Menschen?

Wenn die Behindertenrechtskonvention ihre Ansprüche von den Rechten und Teilhabechancen der Menschen ohne Behinderung ableitet, wird sofort ersichtlich, dass zwischen den allgemeinen gesellschaftlichen Umgang und dem Umgang mit psychisch kranken Menschen massive Differenzen vorhanden sind. Dies wird im Folgenden sowohl am Beispiel der Fremdgefährdung, als auch an der Eigengefährdung näher thematisiert.

Falls eine Person eine andere Person bewusst gefährdet, angreift oder sogar verletzt, greift die Polizei ein und hält den Angreifer, wenn es die Situation erforderlich macht, auch gewaltsam von seinen Handlungen ab und bringt ihn anschließend vorerst unter polizeilichen Gewahrsam. Oft stehen dem Täter dann Geldstrafen, Schadensersatzleistungen bis hin zu Haftstrafen bevor [33]. Kommt jedoch bei gleichem Szenario der Verdacht auf eine psychische Erkrankung des Handelnden auf, wird komplett anders vorgegangen. Um die Bedrohung abwehren zu können, werden häufig Einweisungen in eine psychiatrische Klinikstation vorgenommen. Somit führt dies zur möglichen Frage einer zwangsweisen Behandlung. Forderungen bezüglich Schadensersatzes führen zu keinem Ergebnis und Strafverfahren führen abhängig von der Schuldfähigkeit oft zu einer mildereren Strafe [34].

Falls in einer ärztlichen Behandlung keine psychische Erkrankung im Mittelpunkt steht, darf jeder selbst entscheiden, ob er eine vom Arzt empfohlene Behandlung vollzieht oder nicht, beispielsweise ob man sich bei der Diagnose Krebs einer Chemotherapie aussetzt und im Extremfall steht es jedem Bürger frei auch sein Leben beenden zu können.

Werden jedoch im Zusammenhang einer psychischen Beeinträchtigung Suizidvorhaben geäußert, werden diese notwendigerweise sogar gewaltsam abgewehrt. Auch Zwangsbehandlungen werden in solchen Situationen als plausibel erklärt [35].

Natürlich wird auf diese Differenzen zwischen Psychiatrie und der restlichen Gesellschaft nicht aufmerksam gemacht, um eine Auflösung des psychiatrischen Sonderfalls zu proklamieren. Denn Menschen mit Suizidabsichten auf sich alleine gestellt zu lassen, ist gleichermaßen

menschenunwürdig und verwerflich, wie ein Strafverfahren bei dem die Schuldfähigkeit nicht berücksichtigt wird. Auch die antipsychiatrische Haltung, die Gewalt und Zwang in der Psychiatrie komplett unterbinden will, muss sich bestimmten Fragen stellen: Soll in akuten Krisen verängstigten Personen, die sich mit Gewalt gegen scheinbare Feinde verteidigen, einfach weitere Hilfe vorenthalten werden und sollen sie nur unter polizeilichen Gewahrsam gebracht werden? Oder sollen beispielsweise Maniker in schweren Krisen auf sich gestellt sein, bis die manische Krise ausufert und möglicherweise bis ins Strafverfahren führt?

An dieser Stelle wird das Dilemma, in dem sich die Psychiatrie mit ihren Zwangsmaßnahmen befindet, deutlich [36]. Außerdem zeigt es auf, dass es zweifelsohne Situationen gibt, in denen die psychiatrischen Möglichkeiten der Gefahrenabwehr für die Betroffenen die menschenwürdigere Lösung sein können – richtig, können.

Denn es ist nicht außer Acht zu lassen, dass sich zwischen der Theorie und der Praxis eine große Lücke befindet. Daher ist es umso wichtiger, Gesetzesnormen und den gelebten Alltag in regelmäßigen Abständen miteinander abzugleichen und zu überprüfen. Wenn die Behindertenrechtskonvention verlangt, die Rechte von Menschen aufgrund ihrer vorherrschenden Behinderung nicht zu begrenzen, so bedeutet das auch, dass die im Gesetz festgehaltenen Bestimmungen zu Zwangsmaßnahmen und – unterbringungen neu aufgesetzt oder zumindest überarbeitet werden müssen, so dass deren Anwendung stark limitiert werden muss.

Außerdem befinden sich Justiz, Polizei und psychiatrische Institutionen in der Pflicht, die Voraussetzungen und Notwendigkeiten für Zwangsmaßnahmen bei psychischen Behinderungen in jedem Einzelfall behutsam zu prüfen und deren Ausführung gründlich zu bewachen und das bedeutet, gewissenhafter und kritischer als es bisher im Alltag stattfindet.

Es ist nachvollziehbar, dass im Hinblick auf Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie von der Mehrheit der Gesellschaft oft der Standpunkt besteht, dass diese würdverletzend und oft verachtenswert sind, da dort die Rechte von Menschen über das gesetzlich sanktionierte Maß hinweg begrenzt werden. Selbst wenn das unter bestem Vorhaben der Helfenden geschieht, so ist es für Betroffene trotzdem häufig extrem

traumatisierend. Die Gründe, weshalb ein wohlmeinender Zwang mit den besten Absichten von Betroffenen als lebensschneidend im negativen Sinne, obwohl er doch im besten Sinne für deren Rehabilitation unterstützend sein soll, wahrgenommen wird, sind im Folgenden ange-merkt.

In der Vergangenheit der Psychiatrie wurden oft Maßnahmen mit schwerwiegenden Auswirkungen durchgeführt. Hier sei beispielsweise an die Insulinkur, die psychiatrische Hirnchirurgie, oder aber auch die Elektrokrampfbehandlung, welche auch heute noch angewendet wird (wenn auch mit weniger Folgen), erinnert [37]. Auch ein Teil der antipsychotischen Medikamente kann unerwünschte Nebenwirkungen hervorbringen.

Die Anwendung solcher Maßnahmen wurde bereits jeher mit der „Logik des kleineren Übels“ verantwortet, das meint die Annahme, dass der ausgeführten Maßnahme gegenwärtig nichts Besseres, also wirksameres und risikoärmeres, gegenüberstehe. Daher war die Maßnahme, selbst wenn sie fragwürdig war, noch immer die bessere Variante als das Nichtstun. Das eigentliche Übel der Psychiatrie liegt aber nicht in der Vergangenheit, sondern in der auch heutzutage gegenwärtigen Eigenheit, die negativen Seiten ihrer helfenden Maßnahmen vor sich, den Betroffenen und der Gesellschaft zu banalisieren.

Oft fehlt es an vollständigen Informationen zu eventuell auftretenden Nebenwirkungen, was daher kommt, dass einige Spätschäden, die, wenn überhaupt, erst nach einigen Jahren erscheinen können, bei der Abwägungsentscheidung für die Verordnung nicht mit einfließen. Somit sind Betroffene nicht fähig, ihre Rechte komplett wahrzunehmen und haben nicht die Möglichkeit sich bei der einseitigen Darstellung des Nutzens zu behaupten. Auch scheint die Sichtweise auf Menschen in akuten psychischen Krisen es zu erlauben, ihnen die Entscheidung über sich selbst so lange, bis sie wieder fähig sind, für sich zu entscheiden, zwangsweise abzunehmen. Das bedeutet, wenn es erforderlich ist, Betroffene auch in fachspezifische Institutionen einzuweisen und ihnen eine Behandlung zu verordnen, die die Fähigkeit der Selbstbestimmung erneut auslösen kann. Selbst wenn es mittlerweile der Fall ist, Zwangsunterbringungen höchstichterlichen Grenzen auszusetzen, so muss man sich im

psychiatrischen Alltag darüber bewusst sein, dass schwer psychisch kranke Menschen in akuten Situationen die, durch Neuroleptika erreichte Rückbildung von psychotischen Symptomen nicht zwingend als eine Erweiterung der freien Willensbildung wahrnehmen, sondern oft als „chemische Zwangsjacke“ [38].

Für die aufgezeigten Konfliktsituationen gibt es sicher keine einfachen Lösungswege, wie ein allgemeines Verbot von Neuroleptika oder Zwangsmaßnahmen. Vielmehr ist in jeder Situation eine gewissenhafte Abwägung nötig, bei der alle Beteiligten (das heißt Betroffene, Arzt, Therapeut, Angehörige) mit involviert sein sollten und eine gründliche Überwachung mit einhergehender andauernder Reflexion der vollzogenen Maßnahme stattfinden muss. Ebenso ist es wichtig, dass einfach zugängliche Möglichkeiten zur Beschwerde vorhanden sind. Um realistisch zu bleiben, muss eingesehen werden, dass Zwangsmaßnahmen wahrscheinlich auch zukünftig zum psychiatrischen Alltag gehören werden, obwohl sie für Betroffene extremwürdeverletzend und traumatisierend sind. Deswegen ist es dringend notwendig und unumgänglich Maßnahmen zu erfassen, die Zwangsbehandlungen als letzten Schritt gar nicht erst, aber auf jeden Fall so selten wie möglich aufkommen lassen. Das erschließt sich auch für die Gesellschaft aus der Forderung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Ambulante Dienste für psychisch kranke Menschen, eine flächendeckende gemeindenahe Versorgung, müssen, wie es bereits damals in der Psychiatrie-Enquête gefordert wurde, weiter und besser ausgebaut werden. Das bedeutet vor allem den Ausbau von Krisendiensten, die für Betroffene rund um die Uhr erreichbar sind, einschließlich ambulanter ärztlicher Behandlung, die durch Krisenwohnungen erweitert werden können. Denn erst, wenn es gelungen ist, die ambulanten Strukturen so weit zu ergänzen, dass sie zum Regelfall bei psychischen Kriseninterventionen werden, können sie stationäre Aufnahmen, und somit Zwangseinweisungen, überflüssig machen, zumindest in einem erheblichen Teil der Situationen. Der ambulante Ausbau muss so weit vorangetrieben werden, dass die Möglichkeit besteht, aufkommende Krisen rechtzeitig mit leistungsfähigen Hilfsangeboten entgegenwirken zu können.

Ausblick: Krisenbetten als Beispiel für eine verbesserte ambulante Versorgung

Wie bereits erwähnt, stellen Krisenbetten eine bereits alte Forderung der Psychiatriereform von 1975 dar, jedoch sind sie bisher in Deutschland nur an wenigen Orten vorhanden. Krisenbetten oder Krisenwohnungen erlauben psychisch kranken Menschen, die während einer akuten Krise nicht in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können, eine Rückzugsmöglichkeit jenseits einer Psychiatrie. Charakteristisch für sie ist eine Atmosphäre, die eher einer normalen Wohnung als einem Krankenhausmilieu gleicht und ein einfacher Zugang dieser Hilfe [39]. Auch haben solche Rückzugsräume den Vorteil, dass psychisch kranke Menschen in ihrem Umfeld bleiben können und sie ihnen oft eine Behandlung anbietet, die auf die individuellen Situationen ausgerichtet ist, aber trotzdem die Kontinuität der Bezugsperson sicherstellt. Der Zugang zu solchen Krisenbetten passiert in der Regel über eine Kontaktaufnahme mit dem Hilfsangebot des allgemeinen Krisendienstes. Nachdem zuerst eine telefonische Beratung stattgefunden hat, findet ein persönliches Gespräch, entweder in den Räumlichkeiten des Krisendienstes oder wenn nötig bei einem sofortigen Hausbesuch, statt und daraufhin erfolgt die Aufnahme in eine Krisenwohngruppe. Eine sofortige Aufnahme in heiklen Situationen wird durch ein sogenanntes Notfallbett gewährleistet [40]. Das bedeutet, dass neben den regulär verfügbaren Plätzen der Krisenwohngruppen ein jederzeit belegbares Notfallbett zur Verfügung steht. Der Aufnahmeprozess in Notfällen ist äußerst niederschwellig. In der Regel werden zwar mit Interessenten der Krisenwohngruppe vorab Gespräche abgehalten und Aufnahmevereinbarungen vollzogen, aber in akuten Situationen kann die Aufnahme in die Krisenwohngruppe ohne jegliche Formalitäten, Anforderungen und Verpflichtungen vollzogen werden.

Krisenwohngruppen sind in ein Setting von gemeindepsychiatrischen Hilfsangeboten eingebunden wie einer Tagesklinik, einer Institutsambulanz, vierundzwanzig Stunden Krisendiensten und weiteren, abhängig vom Standort. Dadurch werden Betroffenen der Krisenwohngruppen eine ambulante, ärztliche und nichtärztliche Behandlung, aber auch andere Angebote wie Ergotherapie, psychoedukative Maßnahmen und pädagogische Möglichkeiten

angeboten. Zusätzlich ermöglichen sie eine hauswirtschaftliche Versorgung und eine Betreuung rund um die Uhr [41]. Das Notfallbett kann dabei ambulant für nur wenige Stunden bis über die Nacht und maximal das Wochenende benutzt werden. Dadurch wird ein schneller Zugang zu ambulanten Hilfen gewährleistet. Wenn sich die akute Krise bis zum nächsten Tag nicht gelegt hat, wird mit dem Betroffenen das weitere Vorgehen besprochen. Das kann sich zu einer weiteren Betreuung auf der Krisenwohngruppe, einer Weiterbehandlung durch einen Arzt oder auch zu einem Besuch in einer Tagesklinik entwickeln. Denn die Krisenwohngruppe kann auch in Kombination mit anderen ambulanten Hilfen weiterhin wahrgenommen werden.

Im Mittelpunkt von Krisenwohngruppen steht zuerst die Entlastung und Versorgung, der in akuten Krisen befindenden psychisch kranken Menschen, danach das Wiedererlangen von Alltagskompetenzen und zum Schluss die Unterstützung bei der Orientierung auf das bekannte Umfeld. So wird also ein Rückzugsort mit Strukturen und kompetenter Betreuung bereitgestellt. Das Ziel ist es, Ressourcen der Betroffenen zu wecken, die unterstützend wirken sollen, damit sie ihre Krisen in einem bestimmten Rahmen nach eigenen Anschauungen bewältigen können. Häufig erleben Betroffene, die bereits eine oder mehrere Phasen ihrer psychischen Krankheit hinter sich gebracht haben, dass Wissen um das Vorhandensein eines Krisendienstes und Notfallbettes als stabilisierenden Faktor bei ihrer Krisenbewältigung. Allerdings kann für eine bestimmte Klientel wie Menschen mit akuter Fremd – oder Eigengefährdung, Sucht – oder Demenzkranke keine ausreichende Versorgung angeboten werden und somit sind sie von der Aufnahme ausgeschlossen.

Erwähnenswert ist, dass Krisenwohngruppen für schwer psychisch kranke Menschen gewinnbringend sind. Denn dieser Personenkreis kennt die Psychiatrie oft nur durch Zwangseinweisung. Sie stimmen aber einer stationären Aufnahme nach Aufenthalt in der Krisenwohngruppe vielmals von sich aus zu und somit wird oft ein Ende der „Zwangseinweisungskarrieren“ hervorgebracht [42].

Abhängig von der Situation stehen Krisenwohngruppen als ambulante Hilfe folglich alleine oder auch als Ergänzung zu weiteren Angeboten zur Verfügung. Die Nähe zum Wohnort und die Vernetzung mit anderen

Hilfsangeboten lassen komplexe Unterstützung aus einer Hand zu, ohne dass strukturelle und personelle Brüche wegen eines Ortswechsels zustande kommen können. Das gewohnte soziale Umfeld bleibt bestehen und kann für die Aktivierung von Ressourcen des psychisch kranken Menschen hilfreich sein. Somit bieten Krisenbetten eine vor Ort auf die Person persönlich angepasste Intervention der Krise und verhindern so eine überflüssige, ortsfremde, vollstationäre Behandlung.

Allein durch dieses Beispiel wird schon untermauert, dass die Ziele der Psychiatrie-Enquête, insbesondere der Ausbau ambulanter, wohnortnaher Versorgung, nach wie vor konsequenter und stärker vorangetrieben werden müssen.

Schlussfolgerungen für das Verständnis der Menschenwürde im psychiatrischen Alltag

Wie oben ausführlich beschrieben und diskutiert, ist die Freiheit des Menschen ein zentrales Element der Menschenwürde, daher sind für die Menschenwürde Freiheitseinschränkungen bedrohlich. Deswegen ist es kein Wunder, dass die Menschenwürde oft im Zusammenhang von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie thematisiert wird. Inwiefern aber Zwangsmaßnahmen gerechtfertigt sind, hängt davon ab, wie sehr diese in die individuelle Würde der psychisch Kranken eingreifen. Das ist natürlich stark kontextabhängig, weshalb zum Abschluss noch Ideen für die Praxis formuliert werden.

Erstens ist es für die Achtung der Menschenwürde wichtig, dass der Mensch als Ganzes und nicht nur als Betroffener in einer bestimmten Situation in den Blick genommen wird. Zweitens bedrohen Zwangsmaßnahmen die Würde eines Menschen, je nach den Umständen, unterschiedlich stark. Deshalb ist es besonders wichtig, den Grad der Entwürdigung durch die Art und Weise wie die Zwangsmaßnahme durchgeführt wird, zu minimieren. Beispielsweise sollte sich darum bemüht werden, dass man die Öffentlichkeit und somit auch eine Bloßstellung durch Unbeteiligte vermeidet. Es ist von besonderer Bedeutung auch im Tonfall deutlich zu machen, dass die Maßnahme in ein respektvolles, zwischenmenschliches Verhältnis eingebettet ist und nicht ein Ausdruck einer grundsätzlichen Geringschätzung oder sogar Abwertung ist. Zwangsbehandlungen spielen, wie bereits erwähnt, eine wichtige Rolle, wenn das Prinzip der Menschenwürde im psychiatrischen Alltag

thematisiert wird, es gibt hier aber auch noch weitere Bedrohungen der Würde des Menschen. Denn das nächste Problem für psychisch kranke Menschen ist die Gefahr der Stigmatisierung. Das Stigma, psychisch krank zu sein, ist mit den meisten Identitäten nur schwer vereinbar und bedroht damit die menschliche Würde. Die Folge davon ist, dass es den betroffenen Menschen schwerfällt, eine lebenswerte Identität aufzubauen. Allerdings geht diese Tendenz viel weniger von der Psychiatrie aus, als vielmehr von dem Umgang mit dem Thema psychischer Krankheit in der Öffentlichkeit durch Medien, Arbeitgeber und Politiker. So zeigte beispielsweise auch der Tod des Fußballtorwarts Robert Enke, dass Menschen mit psychischer Krankheit noch immer befürchten müssen, ausgegrenzt zu werden, sobald ihre Krankheit öffentlich wird. Das Stigma wird so neben der eigentlichen Krankheit zur weiteren Krankheit. Aber auch ganz alltägliche Situationen im psychiatrischen Alltag können die Würde des Menschen bedrohen.

Da die Würde des Menschen an die soziale Würde anknüpft, was bedeutet, dass der Mensch in einem sozialen Umfeld lebt, in der er eine Identität hat, die er bewahren oder weiterentwickeln kann, sind alle Verhaltensweisen, die einen Menschen nicht in seiner Ganzheit, sondern auf seine Krankheit reduziert sehen, generell würdevollverletzend. Auch wenn der Leitspruch „einander auf Augenhöhe begegnen“ banal klingt, umso bedeutender ist dieser jedoch für das Handeln im psychiatrischen Alltag, insbesondere dann, wenn sich die Teilnehmer in einer unterschiedlichen Position befinden.

Bloch benutzt zur Veranschaulichung der menschlichen Würde das Bild des *aufrechten Ganges*, bei dem in einer Gesellschaft alle aufrecht gehen können, auch die Entwürdigten, die Kranken und die psychisch beeinträchtigten Menschen [43].

Es ist die soziale Würde, die das Dilemma besiegt, denn die Gemeinsamkeit aller ausgeführten Verletzungen der Menschenwürde besteht darin, dass sie die soziale Identität der Betroffenen bedrohen. Somit lässt sich festhalten, dass sich Menschenwürde auf den alltäglichen Umgang mit der sozialen Würde des Individuums bezieht, darauf, die Betroffenen auf keine Art und Weise zu erniedrigen, sondern sie bei der Aufrechterhaltung und Entwicklung ihrer Identität zu unterstützen. Die Würde des Menschen stellt also nicht nur einen Anspruch darauf, dass man in der Konstitution und

Aufrechterhaltung der eigenen Identität nicht behindert wird, sondern auch, dass man darin aktiv unterstützt wird. Es gibt viele Situationen, in denen wir füreinander solche Verpflichtungen haben, aber nur wenige, in denen sie von so großer, existenzieller Bedeutung ist wie im Umgang mit psychisch kranken Menschen [44].

Resumo

Homa digno estas la ĉefa temo por interagi kun mense malsanaj personoj, kaj kompetenco kaj certa sensiveco estas bezonataj. La agado dum ĉiutaga psikiatra rutino, kiam oni interagis kun mense malsanaj homoj ĉiam estas plifortigo kaj ĉiam devas resti dsikutebla. Infan- kaj junulpsikiatrio estas aranĝita meze de pedagogia respondeco kaj psikopatologia kompreno. La emocia strukturo de juna homo ja ankoraŭ ne estas firmigita. Tial la percepto de la homa estaĵo fare de homoj laborantaj en psikiatraj departementoj devas esti influita de la valora unuopeco de ambaŭ. Homa digno en psikiatrio estas minacita per perforto kaj antaŭjuĝoj. Des pli gravas, ke la agado en psikiatrio okazas sub la vidpunkto de socia digno. Interagantaj kun mense malsanaj homoj la laborantaj personoj en psikiatrio havas la devon aktive apogi la malsanulojn por savi iliajn identecon kaj dignon. Tiu devo en psikiatrio havas nepran, esencan signifon.

Literaturverzeichnis

1. Gross, J.; Dörner, K.; Plog, U. (1980): Erfahrungen vom Menschen in der Psychiatrie. Hamburger Psychiatrisch-Medizinische Gespräche. In: Fortschritte der Sozialpsychiatrie, 6. München.
2. Buber, M. (2002): Ich und du. Stuttgart.
3. Hamm, M. (2005): Lebensunwert – zerstörte Leben. Zwangssterilisation und "Euthanasie". Bund der Euthanasie-Geschädigten und Zwangssterilisierten. Frankfurt am Main.
4. Klee, E. (2010): "Euthanasie" im Dritten Reich. Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens". Frankfurt am Main.
5. Szasz, T. S. (1980): Recht, Freiheit und Psychiatrie. Auf dem Weg zum "therapeutischen Staat"? Frankfurt am Main.
6. Franklin, L.-L.; Ternstedt, B.-M.; Nordenfelt, L. (2006): Views on dignity of elderly nursing home residents. In: Nursing ethics 13 (2), S. 130–146.
7. Webster, C.; Bryan, K. (2009): Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. In: Journal of clinical nursing 18 (12), S. 1784–1792.
8. Matiti, M. R.; Trorey, G. M. (2008): Patients' expectations of the maintenance of their dignity. In: Journal of clinical nursing 17 (20), S. 2709–2717.
9. Baillie, L. (2009): Patient dignity in an acute

- hospital setting: a case study. In: *International journal of nursing studies* 46 (1), S. 23–36.
10. Wadensten, B.; Ahlstrom, G. (2009): The struggle for dignity by people with severe functional disabilities. In: *Nursing ethics* 16 (4), S. 453–465.
 11. Finzen, A.: Sozialpsychiatrische Aspekte der Ethik. In: *Ethik in der Psychiatrie*, S. 206–215.
 12. Skorpen, A.; Anderssen, N.; Oeye, C.; Bjelland, A. K. (2008): The smoking-room as psychiatric patients' sanctuary: a place for resistance. In: *Journal of psychiatric and mental health nursing* 15 (9), S. 728–736.
 13. Margalit, A. (1997): Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. Berlin.
 14. Margalit, A. (1997): Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. Berlin.
 15. Margalit, A. (1997): Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung. Berlin.
 16. Stoecker, R. (2014): Philosophie der Menschenwürde und die Ethik der Psychiatrie. In: *Psychiatrische Praxis* 41. S. 19 – 25.
 17. Nordenfelt, L. (2004): The varieties of dignity. In: *Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy* 12 (2), S. 69–81.
 18. Nordenfelt, L. (2004): The varieties of dignity. In: *Health care analysis : HCA : journal of health philosophy and policy* 12 (2), S. 69–81.
 19. Stoecker, R. (2003): Menschenwürde und das Paradox der Entwürdigung. In: *Menschenwürde – Annäherung an einen Begriff*, Bd. 32, S. 133 – 151.
 20. Kitzig, H.-P. (1998): Differenziertes Modell komplementärer Einrichtungen im psychiatrischen Krankenhaus. In: *Kommunale Psychiatrie. Bestandsaufnahme und Ausblick*, S. 67–75.
 21. Kitzig, H.-P. (1998): Differenziertes Modell komplementärer Einrichtungen im psychiatrischen Krankenhaus. In: *Kommunale Psychiatrie. Bestandsaufnahme und Ausblick*, S. 67–75.
 22. Devereux, G. (1985): Realität und Traum. Psychotherapie eines Prärie-Indianers. Frankfurt am Main.
 23. Dörner, K. (2013): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. Köln.
 24. Dörner, K. (2013): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. Köln.
 25. Bleuler, E.; Bleuler, M. (1983): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin.
 26. Dörner, K. (2003): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schriftenreihe der Akademie für Integrierte Medizin. Stuttgart.
 27. Dörner, K. (2013): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. Köln.
 28. Nohl, H. (1970): Die pädagogische Bewegung in Deutschland und ihre Theorie. Frankfurt am Main.
 29. Bock, T.; Naber, D.; Dörner, K. (2011): Anstösse. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn.
 30. Bock, T.; Naber, D.; Dörner, K. (2011): Anstösse. Zu einer anthropologischen Psychiatrie. Bonn.
 31. Mollenhauer, K. (1980): Einige erziehungswissenschaftliche Probleme zur Erforschung von Alltagswelten Jugendlicher. In: *Pädagogik und Alltag*, S. 97–111.
 32. Schmid, M. (2012): Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen.
 33. Henking, T. (2015): Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin, Heidelberg.
 34. Henking, T. (2015): Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin, Heidelberg.
 35. Henking, T. (2015): Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin, Heidelberg.
 36. Simon, A. (2014): Zwischen Selbstbestimmung und Zwang: Zwangsbehandlung in der Psychiatrie aus ethischer Perspektive. In: *Psychiatrische Praxis* 41, S. 58–62.
 37. Felder, B. (2011): Menschenversuche mit Insulin. Die Insulin-Koma-Therapie im Kontext von Eugenik, Euthanasie und wissenschaftlicher Profilierung am Beispiel der klinischen Psychiatrie in den baltischen Staaten der Zwischenkriegszeit 1920–1940. In: *Gesundheitswesen* 73 (08/09).
 38. Tölle, R.; Windgassen, K. (1995): "Chemische Zwangsjacke", Therapie-Ersatz oder Therapeutikum? In: *Deutsches Ärzteblatt* (30), S. 48–50.
 39. Machleidt, W.; Bauer, M. (2004): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Stuttgart.
 40. Gaebel, W. (1998): Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Wien.
 41. Machleidt, W.; Bauer, M. (2004): Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Stuttgart.
 42. Heath, D. S. (2004): Psychiatric home treatment. Mobile crisis home treatment of acute mental disorders. Philadelphia.
 43. Münster, A.; Bloch, E. (1978): Tagträume vom aufrechten Gang. Sechs Interviews mit Ernst Bloch. Frankfurt am Main.
 44. Fischer, M.-L. & Link, P.-C. (2017): Aspekte einer philosophischen Analyse des Begriffs der Menschenwürde. In: *Medicina Internacia Revuo (MIR)*, 1/2017 (108), 163–175.