# KRANKHEITSEINSICHT ALS HÖCHSTE FORM DER SELBSTBESTIMMUNG?

Nach der Klärung, wie Selbstbestimmung funktioniert, wird ein reales Defizit an Selbstbestimmung in der Gesellschaft festgestellt – obwohl „Selbstbestimmung“ in aller Munde ist. Die Betrachtung der Selbstbestimmung in der Praxis der Psychiatrie offenbart einen Notstand, der an Brisanz gewinnt durch die Schilderung der Lage der Menschen, die längerfristig auf diese Institution angewiesen sind.

Hier soll es um das Grundrecht auf Freiheit und Selbstbestimmung des Menschen gehen, Selbstbestimmung für jeden, also auch für Menschen in der Psychiatrie.
Dieses Grundrecht erfährt immer mehr mediale Aufmerksamkeit. Die Selbstverständlichkeit der Erwartung bürgerlicher Freiheit rückt ins Bewusstsein als Grundvoraussetzung unserer Demokratie.[1]
Damit werden gleichzeitig Defizite deutlich. Es ist erstaunlich und erfreulich, wie klar und deutlich die Forderung nach konsequenterer Selbstbestimmung heute erhoben wird, und wie dafür gekämpft wird.
Im "Zeitalter der Deregulierung" nimmt - so der Soziologe Baumann - "die individuelle Freiheit den höchsten Rang ein, sie ist heutzutage der Wert, anhand dessen alle anderen Werte beurteilt werden".[1a]
Ein Tabu gibt es in diesem Zusammenhang jedoch:
Das Fehlen von Selbstbestimmung in der Psychiatrie. Während Bemühungen um ein neues Verständnis von Teilhabe in der Diskussion der Behindertenarbeit der Bundesrepublik verblüffen, wie bei einer Tagung der Behindertenverbände in Berlin 2011[2], bleibt das Thema Selbstbestimmung der Hilfesuchenden in der Psychiatrie noch sehr im Hintergrund, auch wenn in den Zielformulierungen einiger psychiatrischer Einrichtungen „Selbstbestimmung“ gelegentlich vorkommt.[3]
Probleme gibt es überall – und Versuche der Abhilfe. Die Psychiatrie ist aber vermutlich die einzige Disziplin, die sich bei ihrer Hilfeleistung nicht auf das jeweilige Problem beschränkt, sondern dahin tendiert, Hilfesuchende mit Haut und Haaren zu vereinnahmen. Warum? – für den Fall, dass ein „Gefährlicher“ dabei ist?

Für psychisch kranke Menschen gibt es aus dem Grund tatsächlich Sonderregelungen und Sonder-Gesetze (sog. Psychisch-Kranken Gesetze in den einzelnen Bundesländern).

Eine schwerwiegende Tatsache. Und es sind – wie man hört - immer mehr Menschen, die nach psychiatrischen Gutachten von der - für alle Bürger (außer für rechtskräftig verurteilte Straftäter) geltenden „Freiheit“ und Selbstbestimmung des Grundgesetzes ausgeschlossen werden.[4]
Menschen, die Psychiatrie am eigenen Leib erlebt haben, laufen Sturm gegen diese Einschränkungen des Selbstbestimmungsrechtes.
Ohne Zweifel ist es ein Unrecht, das nicht geduldet werden kann. Diesen Missstand zu beheben, würde eine wesentliche Stärkung von Freiheit und Selbstbestimmung bedeuten auch in der Gesamtgesellschaft.

**Was erwartet den Leser dieses Artikels?**
**I Selbstbestimmung – das höchste der Gefühle!**
**II Defizit an Selbstbestimmung in der Gesellschaft**
**III Psychiatrie als offizielle Ausgrenzungsagentur?**
**IV Der„psychiatrische Mensch“ ein Überlebender?**
**V Auch in der Psychiatrie bewegt sich etwas**
**VI Abhilfe aus der Psychiatrie, einige Anregungen**
**VII Träume, Scham und die Reform der Psychiatrie**

Aber es gibt auch positive Beispiele. Im Jahr 1958 erschoss ein Soldat - Lortie - den kanadischen Parlamentspräsidenten. Ein Verrückter?
Begutachtet wurde der Täter seinerzeit von dem Psychoanalytiker Legendre.[5] Lortie selbst wollte für seine Tat, die er in einem Zustand der Verwirrung wegen seiner Vater-Problematik begangen hatte, die Verantwortung übernehmen.
Nach vielen Gesprächen kam der Gutachter seinem Wunsch nach. Eine ungewöhnliche Entscheidung.
Lortie wurde nicht grundsätzlich als Person von dem Recht auf Selbstbestimmung ausgeschlossen, sondern - wie jeder Straffällige - nur für die Zeit seiner Strafe im Gefängnis, zu der er nach geltendem Strafrecht verurteilt worden war. Er erkannte das zugrunde liegende Vaterproblem und unterzog sich einer Therapie.

# I SELBSTBESTIMMUNG – DAS HÖCHSTE DER GEFÜHLE!

Hier wird - mit Hilfe von Peter Handke - der Versuch unternommen, zu klären, wie Selbstbestimmung eigentlich funktioniert.

Selbstbestimmung setzt den Ausgleich oder Abgleich voraus, um die richtige Orientierung zu finden.
Zwischen dem eigentlichen Wunsch und Ziel (These) und den Gegenargumenten, den Hemmnissen und Widerständen bei ihrer Verwirklichung (Antithese) wird eine Vermittlungsleistung erbracht (Synthese). Das gehört zur Selbstbestimmung dazu - immer.
Man findet auf diese Weise einen Weg zur Wunscherfüllung mit Augenmaß.

Diesen Kompromiß der „Selbstbestimmung“ findet jeder in der Regel für sich selbst. Jeder kennt die selbstverstärkende Bestätigung bei gelungener Selbstbestimmung.

Mit anderen selbstbestimmt lebenden Menschen entsteht Solidarität durch das Erlebnis von Gemeinsamkeit der Ziele und ihrer Relativierung, oder auch bei der Verständigung über die Hemmnisse bei der Zielverfolgung. Jedes Selbst verfügt über eine unendliche Vielfalt von Erzählungen dazu.

**Titelseite des Buches von Peter Kropotkin: Gegenseitige Hilfe in der Entwickelung, 1904**

Gegenseitige Unterstützung und Austausch spielt eine große Rolle, denn es geht nicht um „einsame Entscheidungen“ einer einzelnen Persönlichkeit.

Die romantische Idee des vermeintlich unverwechselbaren, schöpferischen Individuums führt hier eher in die Irre, denn die prägende „vorherrschende Meinung“ wird dabei nicht mitgesehen:
Jeder plaziert sich mit seinem Bedürfnis nach Selbstbestimmung in dem Spannungsfeld zwischen eigener Persönlichkeit und Trend im gesellschaftlichen Leben, wägt dabei ab, wieviel Individualität er sich leisten kann oder will.

Im folgenden Text kann man unterschiedlichste Posititionierungen zwischen diesen beiden Polen beobachten, wobei die Gruppenzugehörigkeit eine wichtige Rolle spielt. Der Begriff „Autonomie“ - aus dem Griechischen lt. Wikipedia „sich selbst Gesetze schaffend“ – erfasst diesen Balanceakt nicht zutreffend. Seltsamerweise findet er gerade in der Behindertendiskussion häufig Verwendung.

Selbstbestimmung ist – man könnte sagen „sogar“ oder „am besten“ (?) - möglich in einem Zustand sehr großer Entspanntheit, einer „träumerischen Müdigkeit“.
„Regelmäßiges Ausspannen eines jeden Bürgers von dem hektischen modernen Leben als Selbstverständlichkeit wäre mit Sicherheit eine große Erleichterung für Arbeitnehmer, Familien und Jugendliche – auch für eine funktionierende Selbstbestimmung“, die gleichzeitig wach und „klaräugig“ ist. „Was ist, *wird* zugleich“. „Das andere wird zugleich ich.“ „Kein Bildbericht (aus der Distanz), sondern Erzählung.“ „Die Müdigkeit entwirft am anderen, auch wenn ich nichs von ihm weiß, seine Geschichte“. „Die Inspiration der Müdigkeit sagt weniger, was zu tun ist, als was gelassen werden kann.“ „Die Müdigkeit als das Mehr des weniger Ich“.

Diese Zitate sind aus Peter Handkes „Versuch über die Müdigkeit“[6], wo er den Zustand der träumerischen, ganzheitlichen Wahrnehmung beschreibt.
„Die Müdigkeit gliederte – ein Gliedern, das nicht zerstückelte, sondern kenntlich machte – das übliche Gewirr durch sie rhythmisiert zur Wohltat der Form – Form soweit das Auge reichte – großer Horizont der Müdigkeit.“
Nicht nur „Müdigkeit“, die nur verbunden mit einer „Beschwernis“ eintritt, in einer „Übergangs- oder Umbruchsituation“ wie Handke meint, ermöglicht diese umfassende, intuitive und intensive „Selbstbestimmung“, eine wache Offenheit im Kontakt mit anderen Menschen, die ohne steuernde Absicht einfach da ist und nach innen und außen horcht, bewirkt Erzählen und rhythmisiertes Gliedern der Erlebnisse.
Jede Selbstbestimmung braucht etwas von diesem Zustand, in dem das aktive Steuern in dem „Aufgehobensein“ einer innerer Sicherheit unterbleibt.[7] Wer diese Sicherheit wegen einer problematischen Sozialisation nicht kennt, hat auch Schwierigkeiten mit der Selbstbestimmung.

Diametral entgegen gesetzt dazu muss man sich die enorme innere Anspannung beispielsweise eines psychotischen Zustandes vorstellen: fast als eine „Krankheit zum Tode."[8]

**Jede Selbstbestimmung braucht etwas von diesem Zustand, in dem das aktive Steuern in dem „Aufgehobensein" einer innerer Sicherheit unterbleibt.**

Gewaltausübung kann die Folge sein. Sie ist nicht „selbstbestimmt", denn es geht um bewusste, wenn auch oft ungesteuerte Zerstörung von Sachen oder Personen, um Grenzüberschreitung, Mißachtung eines Abstandes, der in der Regel intuitiv durch das Körpergefühl hergestellt wird. Starke Emotionen, Macht- und Überlegenheitsbedürfnisse, selbstgesetzte Überzeugungen oder Legitimation durch gesellschaftliche Normen können dazu motivieren, diese sehr klare körperliche Orientierung auf Abstand außer Kraft zu setzen.
Psychiatrische Symptome wie Selbstverletzung entstehen – laut Clare Shaw - aus Machtlosigkeit, Langeweile und Hoffnungslosigkeit.[8a]
Ausgeprägte Ab- oder Überbewertungen der eigenen Person sind bei Gewaltausübung im Spiel, wenn die Ausgewogenheit der Selbstbestimmung nicht mehr funktioniert.
Andere Überlegungen über Freiheit und Selbstbestimmung beziehen sich auf „Spontaneität"[9], oder auch auf „Reifen lassen einer Entscheidung und Nicht-Handeln"[10], „unterschwellige Tendenzen ergründen und allmählich verstärken" – hier implizit schon mit etwas mehr Eigenaktivität.
Mit dem Foto auf der folgenden Seite sei auf eine gewisse Beliebigkeit des Begriffes „Freiheit" ohne die Ergänzung „Selbstbestimmung" aufmerksam gemacht!
Zu aktives Ansteuern der Wunscherfüllung, das auf die oben beschriebene träumerische, ganzheitliche Orientierung völlig verzichtet, verrennt sich leicht.
Der bereits zitierte Zygmunt Baumann weist darauf hin, dass „die postmoderne Option für das Lustprinzip, für individuelle Freiheit und Differenz (…) bezahlt (wird) mit einem Verlust an Sicherheit."

"Litten die Sicherherheitsbedürftigen unter langweiligen und eintönigen Tagen, so sind die schlaflosen Nächte der Fluch der Freien."[10a]

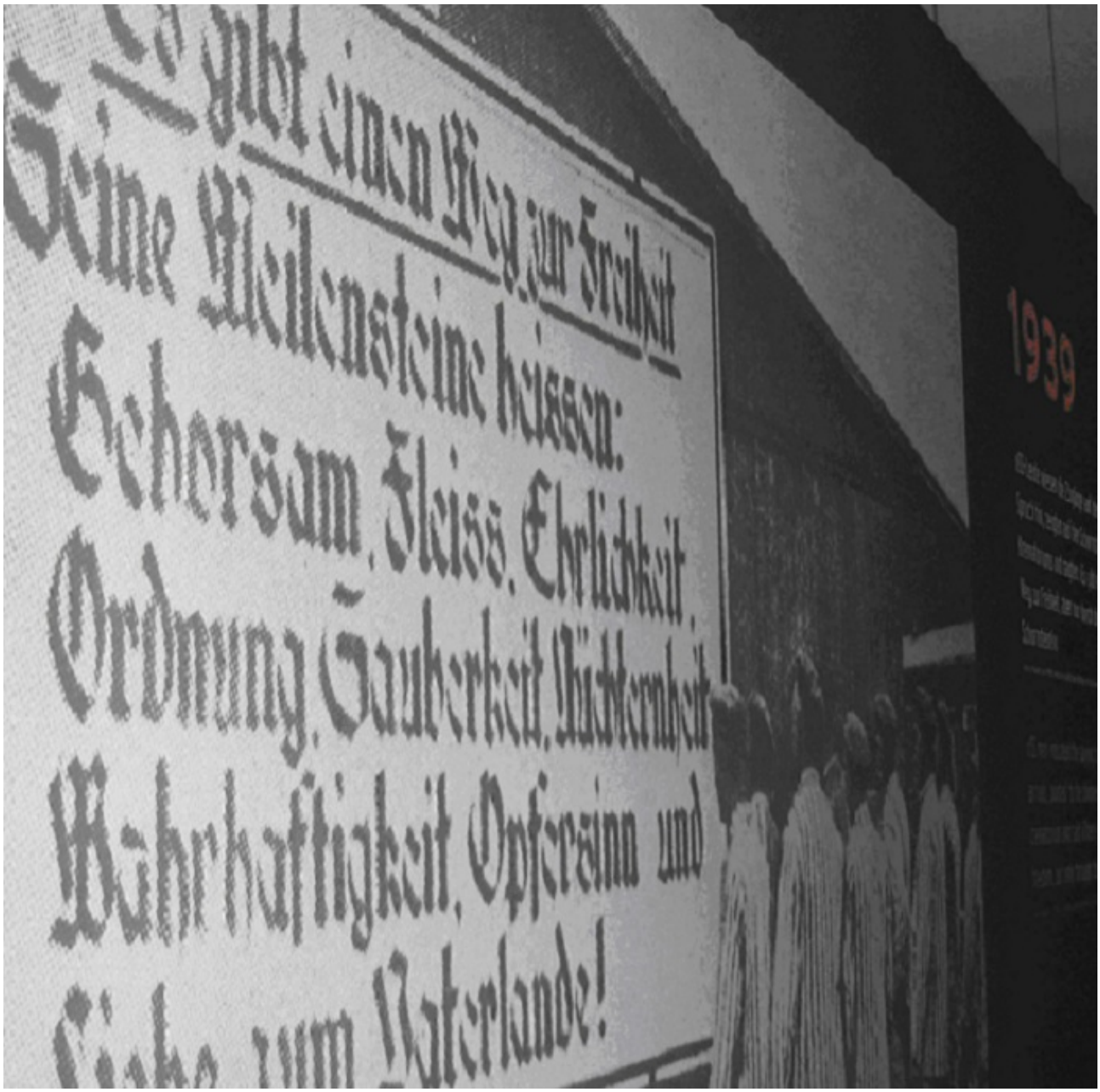
„Wahre selbstbestimmung ist die absolute hingabe in vertrautes handeln. steht eine handlung im einklang zum urvertrauen des seins, ist deren wirkung absolut." teilt ein Walther Michael Gross auf seiner Homepage (XL-Art) mit.[11]

Wünsche und Bedürfnisse sind in Bewegung, der Mensch, der selbstbestimmt lebt, ist auf der Suche:
die Welt wird immer wieder neu zusammengesetzt. Stichwort „Neugier". Selbstbestimmung als ein *Prozess* der Zielerreichung unter Vorbehalt. Selbstbestimmung ist nie etwas statisches, dauerhaftes, sondern verwirklicht sich somit nur im lebendigen Moment, im offenen Erleben der ganzen Situation und damit auch des Anderen. Voraussetzung sind Alternativen und die Gelegenheit zum Handeln, wenn auch nicht ohne zunächst innezuhalten, nachzudenken mit regelmäßiger Rückkoppelung zu anderen Menschen.
„Ohne ein Mindestmaß an Selbstreflexion an Auseinandersetzung mit dem eigenen Werden und Gewordensein kommt heute niemand mehr durchs Leben, selbst wenn er es wollte," lesen wir bei Max Schroers. Er begreift „Selbstthematisierung" als durchgängigen gesellschaftlichen Trend, die in unterschiedlichen Milieus allerdings auf verschiedene Weise umgesetzt wird. Er meint damit, dass „der Alltag des modernen Individuums … durchzogen (ist) von Situationen, in denen er Auskunft über sich selbst erteilt oder zu erteilen hat." [12]
Dass das „Sein" durch Beobachter erzeugt und sozial festgelegt wird, diese Sichtweise ermöglicht weitere Einblicke in die Situation der Selbstbestimmung.[13]
Hilfreich oder sogar notwendig ist dabei die „Differenz", das „Fremde als Verheißung", „das uns anschaut". [14]

Wenn der Abgleich fehlt, oder nicht möglich ist, kann Angst auftreten. Das Ziel ist noch unklar, nur vage erkennbar, und es herrscht nur ein dumpfes Gefühl der Hemmung und Befangenheit; nicht selten auch bei spontaner Empörung und Ärger, wenn jemand noch nicht richtig weiß, wohin er sich wenden soll. Erst allmählich wird aus dem vagen Gefühl etwas Kommunizierbares, kann Phantasie und Kreativität entstehen. Wir kennen die Erfahrung der „allmählichen Verfertigung der Gedanken beim Reden." [15]

Ziele und Wünsche - auch rational wirkende – entstehen aus Leidenschaft, aus starken Gefühlen wie Begeisterung, Wut, Verzweiflung. Der Elan unseres selbstbestimmten Verhaltens kann im Prinzip aus unserer Geschichte „erklärt" werden. Aus deren er-lebter Sinnhaftigkeit erwächst uns die Kraft und der Wille zu kämpfen, Lernprozesse zu beginnen, abzuwä-gen und zu korrigieren, um Ziele dann auch tatsächlich zu erreichen.

Selbstbestimmung speist sich so aus unserer Erinnerung und unserem persönlichen, lebensge geschichtlichen Wissen, das sich in Narrationen bildet, hängt aber auch mit dem Zustand unseres Gehirns zusammen.




**<u>Es gibt einen Weg zur Freiheit:</u>**
**Seine Meilensteine heißen:**
**Gehorsam, Fleiß, Ehrlichkeit,**
**Ordnung, Sauberkeit, Nüchternheit,**
**Wahrhaftigkeit, Opfersinn und**
**Liebe zum Vaterland**

PLAKAT IN DER AUSSTELLUNG KZ SACHSENHAUSEN IN ORANIENBURG BEI BERLIN

Bis zur vollständigen Ausreifung des menschlichen Gehirns im Alter von 13 - 15 Jahren ist diese Fähigkeit zur Selbstbestimmung objektiv physisch begrenzt. Kinder verfügen nicht über die völlige „Reversibilität“ und Beweglichkeit des Denkens im Sinne von Piaget. Ein Ziel von verschiedenen Aspekten zu sehen, umstrukturieren zu können, und zu relativieren durch Wahrnehmung aus einem anderen Blickwinkel gelingt also nicht immer und nicht jedem. Das ist gesichertes Wissen der Psychologie, und die Neurobiologie hat in den letzten Jahren entsprechend Nachweise geliefert.

Ein Aufsatz von Heinrich von Kleist.

An den Herausgeber von „Nord und Süd“.

Herzlichen Dank, lieber Freund, für die Kleistische Abhandlung! Du fragst mich, als „den gelehrten Verfasser der Monographie über Heinrich von Kleist“, ob mir dieser Aufsatz bekannt war. Nein: ich kannte ihn nicht. Ich wußte nicht, daß er existirte. Glücklicher Zufall, der Dich nach Dessau zu Herrn Karl Meinert führte; der Dich in diesem glücklichen Besitzer einer der schönsten Autographensammlungen (wie Du ihn beurtheilen wirst!) auch einen begeisterten Kleist-Verehrer und so bereitwilligen Spender seines Schatzes finden ließ! Denn dieser Aufsatz von Kleist ist gewiß ein Schatz. Wie schön ist er, lieber Freund! Was für ein Blick in die geheime Werkstatt des Gedankens! Was für ein wunderbarer, eigenster Genuß, diesen klaren Aufbau klarster Ideen in diesem festen, cyklopischen Gefüge Kleistischer Prosa langsam, wie eine Mauer, aufsteigen zu sehen. Als ich den Aufsatz las, und wieder las, hab' ich von neuem empfunden, was ich so oft empfand: daß, wenn man sich einmal in diesen Satzbau vertieft hat, er als der kräftigste, vornehmste, natürlichste, als der einzig richtige, kurz, zuletzt als der vollkommenste unter allen möglichen erscheint. Scheinbar eigensinnig, persönlich, und doch so sachlich wie die Antike; so durchaus antik . . . Es überkommt mich eine Rührung, sag' ich Dir, wenn ich wieder sehe, wie dieser Geist an sich gehämmert und gemeißelt hat, in tiefer innerer Noth mit sich allein; gehämmert und gemeißelt, um all die Vollkommenheit, deren er irgend fähig war, sich Schritt für Schritt zu erkämpfen; und wie wenig Dank und Lohn, wie wenig Freude ihm ward — —

Doch wem sag' ich das . . . Jetzt wird er bekannt. Jetzt — sechzig, siebzig Jahre nach seinem Tod — wird er allmählich bekannt! — Als er diesen Aufsatz schrieb, war er ungefähr 29 Jahre alt und noch fast so unbekannt, wie man sein kann; freilich auch noch nicht lange von dem Sturz genesen, der seinem allzu titanischen Aufstreben ein tragisches Ende gemacht, ihn in körperlicher und geistiger Zerrüttung am Boden hingestreckt hatte. Denn nach den Andeutungen, die der erste Theil des Aufsatzes über seine geschäftlichen Thätigkeiten und über sein Zusammensein mit der Schwester macht, ist kaum zu bezweifeln, daß er ihn

1*

**Textseite: Heinrich von Kleist**:
**Ueber die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden. Georg Stilke, Berlin 1878**

Jeder kennt die Tendenz von Kindern und von Menschen mit hirnorganischen Beeinträchtigungen zur direkten Wunscherfüllung, manchmal verbunden mit trotzigem Beharren, das man wohl nicht als „Selbstbestimmung“ bezeichnen würde. Was nun jedoch keineswegs heißen darf, dass diesen Menschen die Gelegenheit zur Selbstbestimmung entzogen werden sollte, auch wenn die Durchführung bei ihnen mit Risiken verbunden ist. Man kann Selbstbestimmung üben. Die Geborgenheit eines Schutzraumes und Unterstützung durch Vertrauenspersonen verhelfen dann doch zur Verwirklichung persönlicher Wünsche.

Der Prozess der Selbstbestimmung beruht auf einer weiteren psychologischen Voraussetzung: dem Sinn für Kohärenz, der als „angeboren“ gilt.

Die Tendenz unseres Gedächtnisses, Stimmigkeit unserer Erfahrungen herzustellen, treibt uns an bei der Verarbeitung von Erlebnissen zu Erzählungen, aber auch bei Entscheidungen zur Gestaltung unseres Lebens.

„Wir sind, wer wir sind, aufgrund dessen, was wir lernen und woran wir uns erinnern.", sagt der Neurologe Eric Kandel.[16] Das Kohärenzgefühl ist eine Voraussetzung psychischer Gesundheit. Es ist sogar noch wirksam im Fall fragmentierten, psychotischen Erlebens und schafft im Wahn noch einigermaßen zusammenhängende Vorstellungen, ähnlich dem Traum.

**Selbstbestimmung als ein *Prozess* der Zielerreichung unter Vorbehalt. Selbstbestimmung ist nie etwas statisches, dauerhaftes, sondern verwirklicht sich somit nur im lebendigen Moment, im offenen Erleben der ganzen Situation und da-mit auch des Anderen.**

Der Satz von Karol Woityla „Der Mensch ist sich in der Erfahrung als Person durch die Selbstbestimmung gegeben“, ist ohne Rückgriff auf diesen Kohärenzgedanken nicht verständlich. Kohärenzgefühl wird auch als das innere „Messinstrument“, bezeichnet, „das uns differenziert Auskunft gibt, ob und wie unser Bedürfnis nach (…) menschlicher Umgebung, nach Angenommensein, nach Zugehörigkeit befriedigt wird oder nicht.“[17]

So wird dann auch Verantwortung übernommen.
Verantwortlichkeit wird gerne wie eine moralische Forderung oder „Bedingung“ an Selbstbestimmung angehängt, als ihr Preis, der für das kostbare Gut „Selbstbestimmung“ zu zahlen sei. Dabei ergibt sie sich doch bei funktionierender, abgewogener Selbstbestimmung von selbst.

Für Stefan Klein[18] ist der Mensch das Wesen, das die Evolution darauf programmiert hat, sich freigiebig und selbstlos zu verhalten und sich ganz in den Dienst der Gruppen zu stellen, denen er sich zugehörig fühlt. Somit erklärt sich auch das Gegenteil: Ohne Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen keine gelungene Selbstbestimmung.

Und diese Gefahr entsteht vermehrt, wenn Menschen nicht mehr in kleinen (Intim-)Gruppen zusammenleben, in denen das Kohärenzgefühl Verstärkung erfährt durch die Vermittlung von Vertrauen, Zugehörigkeit und Anerkennung neben der Gelegenheit zur Selbstbestimmung.

Mancher lehnt die Verpflichtungen aus der Gruppenbindung grundsätzlich ab. Für diese Menschen könnte das geflügelte Wort gelten „Die Hölle, das sind die Anderen“.[19]

MOTIV VON EINEM STOFFETZEN VON EINEM BERLINER FLOHMARKT

**Wer sagt denn, dass ich irgendwo dazu gehören möchte?**

„Fairness ist eine Frage der Gehirnreife“, titelt eine Zeitung über Feststellungen der modernen Neurobiologie. Bei dem erwachsenen Menschen hat sich demnach ein Sinn für Fairness und Gerechtigkeit entwickelt, an dem sich die Selbstbestimmung orientieren kann. Wo dieses Fairness- und Gerechtigkeitsprinzip massiv verletzt wird, reagiert das menschliche Gehirn mit Ekel und Aggression[20]: Freiheit - also auch für den Mitmenschen, mit dem man in stimmiger Harmonie zusammenleben möchte.

**Wo dieses Fairness- und Gerechtigkeitsprinzip massiv verletzt wird, reagiert das menschliche Gehirn mit Ekel und Aggression.**

Wie sich dieses freiheitliche Zusammenleben aller Bürger bei unterschiedlichem Erfahrungs- und Erlebnishintergrund gestalten kann, dazu gibt es viele philosophische und soziologische Überlegungen.

Hier sei nur ein Modell erwähnt, das in zahlreichen Veröffentlichungen über Selbstbestimmung gerade „Behinderter“ mehr herumspukt als klar benannt wird: das sog. Liberale Gesellschaftsmodell,[21] das ausgeht von einem „zwischen autonomen Individuen“ geschlossenen Kooperationsvertrag, der „Tauschverhältnisse“ begründet.[22]

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts stand die Frage des gesellschaftlichen Nutzens behinderter Menschen im Vordergrund - mit dem radikalen Grundgedanken: „Wer nicht arbeiten konnte, hatte kein Recht zu leben“.[23]
Natürlich können behinderte Menschen nicht „symetrisch“ als Kooperationspartner auftreten wegen ihres Unterstützungsbedarfs. Sind nun die Potentiale, die für die „Autonomie“ des Menschen in diesem Modell als grundlegend angenommen werden, wie „Rationalität, Willensfreiheit oder moralisches Urteilsvermögen, nur teilweise vorhanden“, stellt man fest, dass „mit der Einschränkung dieser Merkmale zugleich der Schutz der Personenwürde oder ihrer Rechte infrage gestellt“ sind.[24]

Gutwillige Menschen, wie der hier zitierte Professor Eurich, Direktor des Diakonie-wissenschaftlichen Instituts, können das so natürlich nicht stehen lassen, und schlagen eine Relativierung des Konzeptes der Selbstbestimmung vor, „das nicht unterschiedlos für alle Formen von Behinderung in gleicher Weise eingefordert werden kann“, und wollen eine „Verhältnisbestimmung zwischen Selbstbestimmung und Sorge für andere“ vornehmen, möchten aber gleichzeitig auch nicht „hinter den mit dem liberalen Personenverständnis verbundenen Personenstatus zurückfallen“.
Das Ergebnis solcher „liberalen“ Überlegungen, zu denen wir uns unten noch einmal äußern (unter „Die Fachdiskussion über Selbstbestimmung“), ist widersprüchlich, vage und verwirrend. Nicht nur der Begriff „liberal“ ist schwammig, uns beunruhigen diese Aussagen sehr, weil dabei die klare Distanzierung von der Vorstellung eines „gesellschaftlichen Nutzens“ des Menschen fehlt.

**Die klare Distanzierung von der Vorstellung eines „gesellschaftlichen Nutzens“ des Menschen fehlt.**

Hier besteht großer Diskussionsbedarf.

Die Frage sollte gestellt werden, ob von dem „liberalen“ Modell ein Bogen geschlagen werden muss zu den Ideen von „unwertem Leben“ von Roche und Hoffmann. Effizienzdenken, das „Anything goes“ ohne Prinzipien, „Funktionieren um jeden Preis“ sind moderne, gängige Schlagworte, deren Implikationen nicht mit der Selbstbestimmung der schwächeren Mitglieder unserer Gesellschaft vereinbar sind.

Überzeugender und konsequenter in ihrer Logik der Wahrung der Menschenwürde sind dagegen die sog. „Disability studies“, die sich in den letzten Jahren als Forschungszweig auch in Deutschland etabliert haben.[25]

In diesem Zusammenhang sei mit Nachdruck auf den Menschenbegriff in unserem Grundgesetz hingewiesen:
„Das Menschenbild des Grundgesetzes ist nicht das eines isolierten, souveränen Individuums; das Grundgesetz hat vielmehr die Spannung Individuum - Gemeinschaft im Sinne der Gemeinschaftsbezogenheit und Gemeinschafts-gebundenheit der Person entschieden, ohne dabei deren Eigenwert anzutasten. Das ergibt sich insbesondere aus einer Gesamtsicht der Art. 1, 2, 12, 19 und 20 GG.

Dies heißt aber: der Einzelne muss sich diejenigen Schranken seiner Handlungsfreiheit gefallen lassen, die der Gesetzgeber zur Pflege und Förderung des sozialen Zusammenlebens in den Grenzen des bei dem gegebenen Sachverhalt allgemein Zumutba-

ren zieht, vorausgesetzt, dass dabei die Eigenständigkeit der Person gewahrt bleibt.“
(BVerfGE 4, 7, 15 f.)[26]

Demokratie ist heute das angesagte Modell des Zusammenlebens. Sie regelt die Teilhabe aller Bürger am Leben der Gemeinschaft. Demokratie als Synthese, als Kompromiss, die einsichtige Zustimmung oder Widerspruch und Protest der Bür-ger hervorruft, was auch abhängig davon ist, ob man sich selbst als „relevant“ erlebt, und wieviel „Beteiligung“ und Selbstbestimmung der Einzelne sich von der jeweiligen Demokratieform verspricht, beziehungsweise tatsächlich verwirklichen kann.

Der Regisseur des schwedischen Films „Black Power Mixtape“, meinte in einer Diskussion bei der Berlinale 2012,
„unsere Demokratie braucht Feuer unter sich, um lebendig zu bleiben und zu funktionieren. Erst Tunesien hat wieder gezeigt, dass die Jugend nicht so einfach zufrieden zu stellen ist.“

# II Selbstbestimmung für Bürger in Duldungsstarre?

Aktuelle gesellschaftliche Probleme und
Fehlentwicklungen durch ausbleibende Selbstbestimmung: Wutbürger, Angriff auf die Demokratie und sozialer Ausschluss. Friedrich der Große als „soldatischer Mann“.

In unserer „demokratischen“ Gesellschaft gibt es an diesem Punkt aktuell viel Unzufriedenheit und Protest. Schelkshorn meint sogar, „Europa habe den Glauben an seine eigenen demokratischen Ideale und vor allem den Glauben an eine sozial gerechte Weltgesellschaft verloren“.[27]

Selbstbestimmung erscheint im öffentlichen Diskurs an herausragender Stelle als Ziel und Forderung.[27a] Den „Wutbürger“ gibt es nicht nur in Stuttgart, sondern vielerorts. Man beruft sich dabei auf das Grundgesetz.

Herrmann Lübbe führt diese Entwicklung auf die wachsende Erfahrung der Abhängigkeit von hochqualifizierten Experten zurück, verbunden mit einem „Aufklärungsprozess“. Demzufolge wolle der Bürger das Recht des Urteils darüber, „was werden soll“, gerade nicht an die Experten abgeben. Er sagt: “Je fachlicher unsere Gesellschaften charakterisiert sind, desto mehr demokratisieren sie sich.[27b] Ein mehrstimmiger Chor von Sprechern und Schreiber reklamiert heute mehr Mit- und Selbstbestimmung in der „marktkonformen“ Demokratie – wie die Regierenden sie bezeichnen.
Das ist sattsam bekannt, aber trotzdem nicht frustrierend genug, um die Herzen der breiten Masse der Bürger zu erreichen und einen Einsatz für mehr praktische Umsetzung oder sogar einen grundlegenden Wandel in größerem Umfang anzustoßen.

Einen „Angriff auf die Demokratie“ sehen zehn Intellektuelle bei einer Veranstaltung in Berlin Dezember 2011[28] und in dem gleichnamigen Film von Romouald Karmarka darüber:
„Es haben sich Institutionen wie eine ominöse „Troika“ etabliert“, heißt es dort, „die demokratisch nicht legitimiert sind; unter Vorgabe ihrer ‚Sparpläne’ werden Selbstbestimmungsrechte beschnitten. Was da ‚Rettung’ genannt wird, findet jeweils unter dem behaupteten Zeitdruck ‚der Märkte’ statt; die unter diesem Druck gefällten Entscheidungen gelten sodann als ‚alternativlos’.

Demokratie ist eine Ordnung, die auf der Abwägung von Alternativen beruht, und sie ist jederzeit gefährdet – besonders dann, wenn scheinbare Sachzwänge suggerieren, man habe ‚keine Zeit’, umständliche und langwierige parlamentarische Verfahren zu absolvieren. Das Politikvertrauen ist in den Ländern der EU dramatisch abgesunken.“[29]
Viele Gründe lassen sich dafür anführen , warum gegenwärtig die eigene Selbstbestimmung als eingeschränkt erlebt wird. Steigender Zeitdruck, durch Computer beförderter Perfektionismus mit der Notwendigkeit hoher Konzentrationsleistung, „der Fluch der ständigen Verfügbarkeit auf allen – auch unteren – Ebenen“, „Verantwortungsstress“, „Arbeitsverdichtung“[30] beanspruchen die Arbeitnehmer so stark, dass praktisch kein „Spielraum“ für Selbstbestimmung bleibt.
Gleichzeitig wurde nach dem 9.11.2001 die Freiheit des einzelnen Bürgers mit Hinweis auf die Terrorismusgefahr beschnitten.[30a] Gesellschaftliche Kontrolle nahm überhand. Die neu geschaffenen (wenn auch allmählich kritisierten) engen zeitlich-inhaltlichen Vorgaben beim Bachelor-Studium sind nur ein Beispiel dafür.

Gründe für eine allgemeine Betäubung und Daueranspannung der Bürger werden auch in einer unklaren und verwirrrende Berichterstattung der Medien - beispielsweise über die Finanzkrise - gesehen mit dem Effekt, dass man allgemein das Gefühl hat, nichts zu verstehen.
Außerdem in zunehmender optischer und akustischer „Umweltverschmutzung“ durch Werbung und Dauerberieselung mit Informationen, unwesentlichen Nachrichten und skandalisierten Banalitäten.

Willemsen spricht sogar von einer „persönlichen Notsituation“, einem „Impuls der Notwehr gegenüber der totalen Ökonomisierung der Gesellschaft“. Er sei mehr als eine „Zielgruppe der Marktforschung“, und fordert „Kultur als Überbrückung von Einsamkeit“ und „Gegenöffentlichkeit, die Gesellschaft von einem exterritorialen Standpunkt sieht“.

Als Folge von „Dauerstress“ beobachtet Willemsen eine „Duldungsstarre“ des Bürgers. Ein „Übermaß an Positivität“ und damit Unverbindlichkeit werde heute erwartet, und die Menschen lassen sich „unterjubeln, was ihre Interessen seien“, meint der Referent in „Angriff auf die Demokratie“, wobei sie aber „eigentliche politische Beteiligung ver-passen“[31]

Das unvermittelte Auseinanderklaffen der Lebenssituation von Erfolgreichen und gesellschaftlichen Loosern macht Angst, und ist für junge Menschen oft so bedrohlich, dass sie sich in die Anpassung und Selbstausbeutung treiben lassen.
Das Diskussionsforum „Streitraum“ an der Berliner Schaubühne hat 2011/2012 mehrere Veranstaltungen unter das Thema „Angst“ gestellt.
„Angst, nicht in hohem Bogen, sondern sang- und klanglos einfach zu verschwinden, weil wir plötzlich nicht mehr gefallen. Und deshalb schlagartig abrutschen, hinabschliddern, uns an nichts und niemand mehr halten können, dass wir frei fallen, nach unten bis nach draußen, über den Rand hinaus“, schreibt die junge Soziologin Nina Pauer, Jahrgang 1982.[32]

**„Angst, nicht in hohem Bogen, sondern sang- und klanglos einfach zu verschwinden, weil wir plötzlich nicht mehr gefallen.“**

Gestandene Wissenschaftler wie O. Nachtwey von der Universität Trier formulieren es so: Aus der „Aufstiegsgesellschaft der alten Bundesrepublik ist eine Abstiegsgesellschaft geworden.“ „Die Treppe des Abstiegs ist jetzt steiler und kürzer.“[33]
Heinz Bude stellt fest, dass heute nicht mehr nur die klassischen Randgruppen gesellschaftlich ausgeschlossen sind, sondern „Exklusion“ bedeute: „ein rapider sozialer Wandel bringt eine Gruppe von Überflüssigen hervor, die sich mehr oder minder zufällig am falschen Ort befinden“.
Es handle sich um einen „Prozess, durch den bestimmte Personen an den Rand der Gesellschaft gedrängt oder durch ihre Armut bzw. wegen unzureichender Grundfertigkeiten oder fehlender Angebote für lebenslanges Lernen, oder aber infolge von Diskriminierung an der vollwertigen Teilhabe gehindert werden“ so zitiert er einen Bericht der EU.[34]

Sogar der hochgebildete Willemsen sieht sich an der vollwertigen Teilhabe gehindert, und wünscht sich einen „Begriff von Individualität im alten humanistischen Sinn“, so dass „ein Ich formulieren kann, was seine Ansprüche gegenüber diesem Staat sind.“ [31]
Mit diesem Individualitätsbegriff ist er hier (im Sinne des oben beschriebenen Spannungsfeldes zwischen Person und Gesellschaft) ganz am Pol der eigenen Persönlichkeit, die daraufhin „Ansprüche“ an die Gesellschaft stellt.
Nina Pauer klagt ebenfalls, „denn neben der ganzen Arbeit wollen wir auch noch entscheiden, wie es mit uns auf Dauer überhaupt weitergehen soll. Was wir eigentlich wollen. Wer wir eigentlich sind. Ob der Platz, auf dem wir jetzt sitzen, den wir uns so hart erkämpft haben, überhaupt der ist, den wir wollen.“[32]

Menschen, die sich selbst schon abgeschrieben haben, meint Bude, leben ganz ohne Selbstbestimmung. Diese Aussage relativiert er allerdings selber, indem er bemerkt, dass benachteiligte, ausgeschlossene Jugendliche, doch noch „am Vollzug ihres Schicksal mitwirken“, und dann nicht selten bei rechtsradikalen Gruppen Gelegenheit zu selbstbestimmtem Leben finden – ein nicht unbedeutender Motivationsfaktor!
Sozialarbeit im „Wahn einer schulischen und erzieherischen Abschaffung von sozialem Ausschluß“ (Bude) übersieht bei Gelegenheit die Selbstbestimmtheit des Lebens in der Exklusion: „Recht auf ein gescheitertes Leben“, fordert ein Plakat an einem besetzten Haus in Berlin im Tenor der Selbstbestimmung.[35]

In der Konsequenz bedeutet das, nicht Andere, sondern jeder Einzelne selber (wenn auch vielfach ohne Modelle und Vorbilder für sozialen Aufstieg) bringt seine eigene Art der Selbstbestimmung zustande.

Benachteiligte Menschen sind wütend, üben Gewalt aus, und erleben dabei „vorübergehend“ (…), laut Theweleit, „so etwas wie Ganzheitsgefühle“. Dieser Autor zeichnet das Bild eines „soldatischen Mannes“, charakterisiert durch eine cholerische Zerstörungswut, und eine ganz bestimmte männliche Art, die Realität zuzurichten, herzustellen und zu beherrschen. Es fehle diesem die Fähigkeit, „die eigenen Gefühle zu integrieren“ in ihren Körper, „dass man sie der Welt anpassen kann, was Freud das Realitätsprinzip nennt.“
Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung muss als überspannt angesehen werden, und eine Art (originär männliches!) Größen- oder Überlegenheitsgefühl (Geniekult des 18. und 19. Jahrhunderts) verhindert die notwendige Relativierung. Hier gibt es Führer und Geführte mit Pflichterfüllung, Gefolgschaftstreue und Durchhaltenwillen, sowie bedingungsloser Treue zum »Führer« in hierarchischen Systemen des Zusammenlebens . „Wenn die Welt nicht hierarchisch organisiert ist, dann müssen sie aus Angst vor ihren Symbiosen eine Hierarchie herstellen, bei der genau klar ist, wer sich wem unterwirft, wer wem was befiehlt, was man darf, was man nicht darf,“ meint Theweleit.

„Diese Menschen halten die Welt nicht aus, wenn sie nicht in einer ganz spezifischen Art und Weise strukturiert ist, und wenn diese Menschen nicht selbst in einer ganz spezifischen Art und Weise in dieser Strukturierung verortet sind, wenn es also z.B. dieses Prinzip des Gehorsams nicht gibt.

Und sie halten die Welt nicht aus, wenn von außen nicht ganz eindeutige und klare Grenzen gesetzt werden, weil sie mit dem Setzen von Grenzen, weil sie mit ihrer Selbstwahrnehmung nicht klar kommen.“[36]

In der Perspektive von Selbstbestimmung, handelt es sich um ein „Problem“, sogar ein sehr gravierendes, ein „Grundmuster preussisch-deutscher Kultur in einer patriarchalischen Gesellschaft“, das (immer noch) verbreitet ist.
„Mit sozialrelevantem Exklusionswissen ausgestattet, eröffnete der Geniekult die Möglichkeit sozialer Differenzierung, indem er neben der Welt der indifferenten Masse der modernen Durchschnittsmenschen und dem ‚Pantheon der Wenigen’, deren Mitglieder sich als ‚Priester der Geniereligion’ stilisierten und durch antidemokratische Partizipation am Wesen des Genies und der von ihm eröffneten Wahrheit ihre je eigene authentische Besonderheit in der ‚Atmosphäre’ einer nunmehr ernsteren und seelenvolleren Weltanschauung beweisen konnten**,“** so die Beschreibung von Lars Koch in einem Buch über Walter Flex und Ernst Jünger.[37]
Dieses „Führerprinzip“ bewies in zwei Weltkriegen und im Nationalsozialismus seine verheerenden Auswirkungen.

Selbstbestimmung im Sinne des aktiven Ausgleichs ist hier gar nicht erwünscht und diesen Menschen nicht möglich. Im Endeffekt kämpfen, hassen und rächen sie – angefeuert von sog. Kriegsverkäufern (Lorenz Jäger)[38], da unerfüllte Bedürfnisse als „das Böse“ nach außen projiziert werden.

Friedrich der Große ist ein bekanntes Beispiel eines soldatischen Mannes und einer Führergestalt. Was sein Vater, der Soldatenkönig, „durch Erzieher erprügeln will und mit der Hinrichtung Kattes nach des Kronprinzen Fluchtversuch, erbarmungslos zu erzwingen sucht, nämlich rückhaltlose Unterordnung, das ist letztlich nur größere Unaufrichtigkeit“ heißt es in einer Filmkritik über Friedrich den Großen, wie er in dem Film „Der alte und der neue König“ gezeigt wird.
Hier wird die aus brutaler Erziehung durch Gewalt resultierende soldatische „Härte“ des Sohnes positiv bewertet.
Anders Heinrich Mann: von ihm gibt es ein Romanfragment, „Die traurige Geschichte von Friedrich dem Großen“, das die Konsequenzen einer solchen Erziehung als „Deformierung des Charakters Friedrichs des Großen“ darstellt.[39]
Moderne Pädagogen wie Benno Hafeneger meinen, die pädagogische Idee, den Willen eines Kindes zu brechen, entfalte ihre verheerende Wirkung bis heute.[40]

Menschen als Führer und als Geführte unterliegen den Einschränkungen des „Soldatischen“, für das es Selbstbestimmung als Ziel und zwischenmenschliche Solidarität mit dem anderen Menschen nicht gibt. Solidarität zwischen leben- den Menschen ist psychologisch gesehen jedoch eine Selbstverständlichkeit, da sie auch die Freiheit des Anderen sehen und gelten lassen wird - im Sinne des Gerechtigkeitssinnes und der Koheränz.
Durkheim, der französiche Soziologe, hat schon 1893 das Wort von einer „organischen Solidarität“ geprägt, die aus der zunehmenden Arbeitsteilung entetehen werde.

http://www.folkworld.de/fiction/blutgericht6.html
**Preussischer Soldat**

Willemsen beklagt im „Angriff auf die Demokratie“ die „Entsolidarisierung durch Verdrängung in dieser Gesellschaft“. Dort, wo nur noch „Autonomie“ angestrebt wird, ist die Gesellschaft der Ellbogenmentalität vorprogrammiert. „In diese Richtung hin scheint sich, nach meinen Befürchtungen, unsere Gesellschaft zu entwickeln“, schreibt ein Behinderter.[41]
Der Dominikanerpater und Soziologe Wolfgang Ockenfels spricht (aus Anlaß der wirtschaftlichen Probleme Griechenlands) von „Solidaritäts*pflicht*“, aber auch von Grenzen der Solidarität, die nicht mehr zumutbar sei, wenn der andere gar nicht hilfsbedürftig sei, oder sich nicht genügend selber helfe.[42] Dieses Moralisieren mit einer Solidaritäts-„pflicht“ erinnert an die oben besprochenen liberalen Gedanken, die wir bei einem anderen Kirchenvertreter gefunden haben.
Auch Nina Pauer vermißt Solidarität am Arbeitsplatz: „Alle (am Arbeitsplatz) spielen nur ein kranke Rolle, (…) und alle wissen es. Alle wissen, dass sie eigentlich nur gucken, wo sie selber bleiben. Dass sich ihr Smalltalk schon lange nicht mehr von eiskalt-funkionalem Socializer-Kalkül, unterscheiden läßt. Dass jeder jeden beäugt, dessen Beliebtheitspunkte zählt und sie mit seinen eigenen vergleicht. Anna kotzt das an. Genauso wie ihr Talent, selber so unglaublich gut mitzuspielen in diesem Zirkus.“ Der Kollegin Anna wird das alles zu viel. Der Druck macht sie fertig. Sie geht zum Psychologen.[43]

# III Psychiatrie

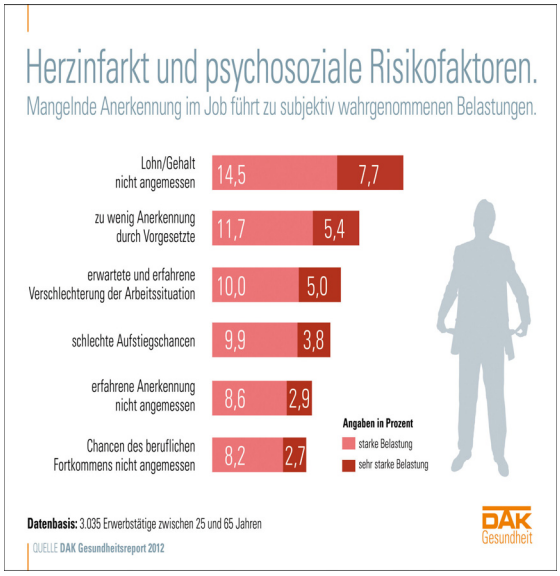
# als offizielle Ausgrenzungsagentur?

Etikettierung, Abstempeln, Absichern - Diagnostik, Prävention und Therapie, Compliance und Selbstbestimmung über Medikamenteneinnahme

Vielfalt ist Kennzeichen einer Gesellschaft, die Selbstbestimmung erlaubt. „Pluralitätsgewinn“ und „neue Neugier“ sind ihre Kennzeichen.
Hier und heute besteht im Gegenteil immer noch die Gefahr, dass „Anderssein zum Defekt wird“, und Menschen sehr schnell psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen. Die Geschiche des „Bourn out“ ist dafür ein guter Indikator. (s.u.)

Viele gestresste und überforderte Bürger, deren Selbstbestimmung zeitweilig eingeschränkt ist, unterliegen einer Pathologisierung, und landen vielfach sogar in der stationären Psychiatrie.

Die Statistik der DAK (unten) weist an zentraler Stelle ein „Fehlen von Anerkennung“ aus als „subjektiv wahrgenommene Belastung“ der DAK-Patienten.
Die Defizitorientierung der Psychiatrie läßt leider wenig Hoffnung, dass hier durch mehr Anerkennung und mehr Selbstbestimmung Abhilfe geschaffen wird.




Im Gegenteil – das DSM IV (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) setzt den Pathologisierungstrend systematisch fort und nimmt „Störungen“ wie „Oppositional Defiant Disorder“ („Aufsässigkeits-Trotz-Störung“) auf, die bei solchen Menschen „diagnostiziert“ werden, die „Autoritätsfiguren“ gegenüber ein „negativistisches, trotziges, ungehorsames und feindliches Verhalten“ an den Tag legen. Zu den „Symptomen“ dieser Störung, die schon bei Kindern behandelt wird, zählt, dass der Betreffende leicht in Wut gerät, andere belästigt und „reizbar“ ist.
Kindern wird auch die Diagnose „bipolar“ immer häufiger gestellt, neben der trendy Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS). Und es werden gefährliche Psychopharmaka verschrieben.[44]
Als „Störungen“ gelten weiter „antisoziales Verhalten“, „Arroganz“, und „Zynismus“.

Die neue Ausgabe, DSM V, die 2013 veröffentlicht werden soll, enthält Syndrome wie das „Ängstlich-depressive Prodomalsyndrom“, „Severe Mood Dysregulation“ u.ä., in die „jeder passt“ laut Franz Resch[45], der die Frage stellt, welchen Sinn das dann eigentlich noch macht. Tatsächlich handelt es sich um eine Pseudodifferenziertheit der Diagnosen im DSM-Handbuch, die - unter dem Einfluß der Pharmaindustrie - immer mehr Menschen pathologisiert, aber in keinem Verhältnis zu einer entsprechend zielgenauen psychotherapeutischen, oder sonstigen Behandlung steht.
Die Psychiatrie betreibt auf diese Weise eine praktisch sinnlose Ettikettierung, die einer offiziellen, aktiven Exklusion von Bürgern gleich kommt.

Im 18./19. Jahrhundert in humanitärer Absicht entstanden, und vor allem im 19. Jahrhundert mit sozialpsychiatrischen Ansätzen als Zweig der Medizin entwickelt (1860 erste Tagung von Psychiatern), um unkontrollierbar und widerständig erscheinendes Verhalten von Menschen zu „behandeln“, und in den Griff zu bekommen – geht es in dieser Branche der Medizin bis heute wesentlich um Erkennen des gefährlichen Menschen, d.h. um das „Abstempeln“ - und seine Ruhigstellung durch die Behandlung, d.h. „Absichern“.
Beides ist bis heute Gegenstand auch des wissenschaftlichen Bemühens in der Psychiatrie.

**Die Psychiatrie betreibt auf diese Weise eine praktisch sinnlose Ettikettierung, die einer offiziellen, aktiven Exklusion von Bürgern gleich kommt.**

Offiziell und positiv (bei Wikipedia) klingt das so:
„Die Psychiatrie ist die medizinische Fachdisziplin, die sich mit der Prävention, Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen beschäftigt.“[46]
Richtungsweisend für die offizielle Psychiatrie ist die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), eine medizinisch-psychiatrische Fachgesellschaft. Sie

wurde 1842 gegründet. Sie hat das „Abstempeln“ systematisiert[47], engagiert sich für die Regelung der Begutachtung von Menschen mit sozial abweichendem Verhalten – und gibt fachliche Anleitung zum Urteil darüber, „wann psychisch Kranke gefährlich werden können und wie sie und andere dann geschützt werden können“.[48]
Man gesteht zwar ein: „Die Qualität der Vorhersagen übertrifft die intuitiven Einschätzungen erfahrener Kliniker nicht, eine standardisierte Diagnostik kann aber zur Sicherstellung frühzeitiger Interventionen hilfreich sein.“[49]
Hinzugefügt werden müsste an dieser Stelle:
Vorsicht Willkürgefahr!

Was geschieht in der Psychiatrie mit entsprechend diagnostisch pathologisierten Menschen?
Dieser Verband erarbeitet sog. Praxis-Leitlinien für die Behandlung von Menschen, die eine bestimmte Diagnose bekommen haben.
Diese Leitlinien wurden im Laufe der Zeit immer bindender: „kein Spielraum“ für die behandelnden Psychiater, so dass es ihnen praktisch verwehrt ist, sich (kreativ?) anders zu verhalten - mit dem Argument, die Anweisungen seien „evidenzbasiert“, das heißt wissenschaftlich festgestellt. Man spricht von „gesicherten störungsspezifischen Therapien“.
Diese werden unter Beteiligung der großen Therapieverbände in Schnellverfahren[50] erarbeitet. In den zugrunde liegenden Studien herrscht jedoch eine „extreme Verfälschung durch die Pharmaindustrie vor“, die man versucht als „Störfaktor“ zu berücksichtigen – so der Bericht des Psychiaters Stefan Weinmann von der Berliner Charite, der an einer DGPPN Arbeitsgruppe teilnahm.[51]
Der Traditionsverband passt sich nun zwar an die Zeitläufte an, indem man nicht mehr ausschließlich „störungsspezifisch“ denkt, und Patienten und Angehörige in ihrer „Subjektivität“ ebenfalls zu den Behandlungs-Leitlinien anhört. [51a]

Sogar sog. „Psychosoziale Therapien“ werden neuerdings als Behandlungsmöglichkeit mit Empfehlungen versehen.
Schlagworte wie „Respekt vor der subjektiven Einzelmeinung“, „Ressourcenorientierung“, „keine Defizitorientierung“, „Trialog“ und „Selbsthilfe“ finden Eingang in die Texte der DGPPN, aber nur in vorauseilendem Gehorsam wegen des Klientenvertreters in der Arbeitsgruppe, wie vielfach vermutet wird.

Hauptziel der „Behandlung“ in der Psychiatrie ist nicht die Wiederherstellung der Selbstbestimmung des psychiatrischen Menschen, sondern „das Herstellen von Vertrauen in die professionellen Maßnahmen“, „Krankheitseinsicht“ und „Compliance“.[52]

Gleichwohl wird in der Psychiatrie immer mal wieder das eigentlich Selbstverständliche beteuert, der Mensch spiele auch eine Rolle und werde durchaus „einbezogen“.

Der britische Psychiater Peter Beresford hat es gut formuliert, wie diese Psychiatrie (immerhin der Mainstream) sich unterscheidet von der „Antipsychiatrie“, welcher Betroffenenerfahrungen zugrunde liegen, und der es in erster Linie um das „Menschsein“ geht: „Es ist schwieriger“, sagt er, „von der Psychiatrie in die Antipsychiatrie zu übersetzen, als vom Englischen ins Deutsche.“[52a]

Die Selbstbestimmung des Patienten als Ziel gerät auch bei der Qualitätskontrolle in dem Moment aus dem Blick, wenn es in erster Linie um den „Erfolg“ des Therapeuten geht, der hinter der Leistung des Patienten, der wieder zurecht kommt, eigentlich zurücktreten sollte.

Verblüffend ist, dass die DGPPN die Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes psychisch kranker Bürger durch das Bundesverfassungsgericht (Verbot der Zwangsmedikation) als „zynisch“ bezeichnet, als Rückkehr zur „Verwahrpsychiatrie“, was zu noch mehr „Exklusion“ des psychiatrischen Menschen beitrage.[53]

Der Kommentar der DGPPN zu dem Urteil fällt entsprechend aus und ist entlarvend. Er lautet:
„Allerdings birgt die Rigorosität des Verbots der Behandlung ohne und auch gegen den Willen des Betroffenen aber in dessen bestverstandenem Interesse gravierende Konsequenzen, zwingt die Helfenden ihren Patienten erfolgversprechende Hilfe vorzuenthalten und überantwortet psychisch Kranke einem eigengesetzlich verlaufenden Schicksal. Damit werden sinnvolle Hilfsangebote nicht mehr nutzbar, das Unterlassen von Hilfeleistungen zur ärztlichen Aufgabe, die ‚freie’ Willensentscheidung psychisch Kranker zynisch zur Legitimation der langfristigen Verwahrung. (…) Behandlungen ohne den Willen des Patienten sind aber dann bedeutsam und hilfreich, wenn Menschen auf Grund ihrer psychischen für sich oder andere gefährlich werden. Die Zahl dieser Patienten ist klein. (…)
Aktuelle Gerichtsentscheidungen stärken die Freiheits- und Selbstbestimmungsinteressen der Menschen, auch wenn diese psychisch krank sind und sich selbst und ihr Umfeld schädigen, ohne jedoch die kaum zu verantwortenden Konsequenzen für die betroffenen Patienten und deren Nahfeld zu berücksichtigen.“[54]

Die Psychiaterin M. Osterfeld kommentiert diesen Kommentar:
„Geradezu schamlos fordert die DGPPN die Fortsetzung der etablierten Zwangsmedikations-praxis.“[55]

Man muss sich fragen, ob es notwendig ist wegen der sehr kleinen Zahl der Patienten, die tatsächlich

Gewalt ausüben, so vielen Menschen das Grundrecht auf Selbstbestimmung zu entziehen.
Das BundesVerfassungsgericht verneint diese Frage.[56]

Wenn ein „psychiatrischer Mensch“ Gesetze übertreten hat und straffällig wurde, landet dieser in der Regel nicht im „Strafvollzug“, sondern im „Maßregelvollzug“, der innerhalb der Mauern von Psychiatrischen Kliniken durchgeführt wird. Nicht unter dem Motto „Strafen“, sondern als „Bessern und Sichern“. Gesetzliche Grundlage sind §§ 63, 64 Strafgesetzbuch (StGB). Psychisch kranke oder suchtkranke Straftäter werden so entsprechend den „Maßregeln der Besserung und Sicherung“ in psychiatrischen Kliniken untergebracht.

Psychiatrie als Disziplin hat eine Neigung, zum Selbstläufer zu werden, sie dient dann nicht mehr in erster Linie dem hilfesuchenden Menschen, sondern allenfalls einer effektiven sozialen Kontrolle.
In dem biographischen Film „Sing your song“ erzählt der Sänger und Menschenrechtler Harry Belafonte, dass man ihm dringend den Kontakt mit einer Psychotherapeutin empfohlen hatte, von der sich später herausstellte, dass sie von der CIA auf ihn angesetzt war. Hoffen wir, dass es sich dabei um ein besonders krasses Beispiel handelt.

Hier sei eine positive Geschichte eingefügt, in der die Psychiatrie ganz im Gegenteil hilfreich dafür war, „sozialer Kontrolle“ zu entgehen.

Es ist die Geschichte der Widerstandskämpfer Kurt und Fritz Machler.
Die Plakette an ihrem ehemaligen Wohnhaus hat folgenden Wortlaut:

Hier, an seinem Wohnhaus, war eine Gedenktafel für

**Kurt Machler**
8.1.1910 – 15.8.1942.
Kurt Machler trat zusammen mit seinem Bruder Fritz 1933 der NSDAP und der SA bei. 1935 verließen beide die SA. 1937 wurde Kurt aus der NSDAP *wegen Interesselosigkeit a*usgeschlossen. Nach Kriegsbeginn verfaßten und verfielfältigten sie Zettel mit Parolen wie: *Wir Rekruten meutern! Denkt an 1918! Hitler verrecke!* Und verteilten sie in ganz Berlin. Am 10. August 1941 wurden die Brüder bei einer solchen Aktion entdeckt und von den Hausbewohnern der Polizei übergeben. Im Mai 1942 wurden beide zum Tode verurteilt. Das Urteil gegen Fritz Machler wurde nicht vollstreckt.
Kurt Machler wurde am 15.August in Berlin-Plötzensee hingerichtet.

Aktives Museum Faschismus und Widerstand in Berlin e.V.
Berliner Vereinigung VDN Bezirk Freidrichshain e.V.
30.1.1996

OTFW, Berlin

**Plakette an dem Wohnhaus der Machlers Helenenhof 1, Berlin-Friedrichshain**

Fritz Machler – Widerstandskämpfer wie sein Bruder - fand nicht in Berlin Plötzensee den Tod durch Hinrichtung.
Das Todesurteil gegen ihn wurde aufgehoben, weil es ihm gelang, ein Gutachten zu bekommen, in dem er als „psychisch krank“ bezeichnet wurde, damit er für seine „Taten“ nicht verantwortlich gemacht werden könne.

Auch unter den Nationalsozialisten galt diese „Schonung“. Sie war in diesem Fall lebensrettend.[56a]

# IV Der „psychiatrische Mensch“ ein „Überlebender“?

Die Bezeichnung „psychiatrischer Mensch“ ist ein knallhartes Klischee und eine Typisierung. Sie macht deutlich: ein Mensch ist in das System Psychiatrie geraten. Es wurde ihm mehr verordnet als „nur“ ambulante Psychotherapie und Medikamente, nämlich wiederholte stationäre Behandlung in einer Klinik der Regelversorgung, nicht nur in einer privaten Psychosomatischen Klinik.

Darum bekommt er das Etikett „psychiatrisch“. „Psychiatrisch“ als Adjektiv für Personen entspricht nicht unbedingt dem allgemeinen Sprachgebrauch, ist aber im Alltagsgeschäft der Psychiatrie durchaus üblich.

„Psychiatrieerfahren“, sagt man heute in der Regel. Die Bezeichnung empfinde ich als euphemistisch, „psychiatrischer Mensch“ ist zwar weniger krass als die im englischen Sprachgebrauch übliche Bezeichnung „survivor“ (Überlebender), steht aber als Wort auch ziemlich quer und demonstriert, dass es so etwas gar nicht geben dürfte.

Natürlich erleidet nicht jeder, der in einer psychiatrischen Klinik mehrfach behandelt wurde, dieses extreme Schicksal, aber er kann auf dem Weg dahin sein, und es gibt nicht wenige Opfer des Systems Psychiatrie.

Es könnte spannend sein, eine Parallele zu ziehen zwischen dem Typus „soldatischer Mann“, wie ihn Theweleit beschreibt, und dem Bild vom „psychiatrischen Menschen“, insbesondere da die Thesen des Autors durch die Psychoanalytikern Margaret Mahler angeregt wurden, die über psychotische Kinder forscht.

Der „soldatische Mann“ ist charakterisiert durch – wir wiederholen es noch einmal zum Vergleich – *„eine cholerische Zerstörungswut, und eine ganz bestimmte männliche Art, die Realität zuzurichten, herzustellen und zu beherrschen. Es fehlt diesem die Fähigkeit, „die eigenen Gefühle zu integrieren“ in seinen Körper, „dass man sie der Welt anpassen kann, was Freud das Realitätsprinzip nennt.“*

*„Wenn die Welt nicht hierarchisch organisiert ist, dann müssen sie,“ laut Theweleit „aus Angst vor ihren Symbiosen eine Hierarchie herstellen, bei der genau klar ist, wer sich wem unterwirft, wer wem was befiehlt, was man darf, was man nicht darf.“ „Diese Menschen halten die Welt nicht aus, wenn sie nicht in einer ganz spezifischen Art und Weise strukturiert ist, und wenn diese Menschen nicht selbst in einer ganz spezifischen Art und Weise in dieser Strukturierung verortet sind, wenn es also zum Beispiel dieses Prinzip des Gehorsams nicht gibt. Wenn von außen nicht ganz eindeutige und klare Grenzen gesetzt werden, weil sie mit dem Setzen von Grenzen, weil sie mit ihrer Selbstwahrnehmung nicht klar kommen.“*

Die Psychiatrie - entsprechend dem „Grundmuster preussisch-deutscher Kultur in einer patriarchalischen Gesellschaft“ stellt sich dann à la Lars Koch ebenfalls „parallel“ dar:

*„Mit sozialrelevantem Exklusionswissen ausgestattet, eröffnete der Geniekult die Möglichkeit sozialer Differenzierung, indem er neben der Welt der indifferenten Masse der modernen Durchschnittsmenschen und dem „Pantheon der Wenigen“* (Psychiater)*, deren Mitglieder sich als „Priester der Genierelligion“* (Anhänger einer Therapieschule) *stilisierten und durch antidemokratische Partizipation am Wesen des Genies* (Gründers der Therapieschule) *und der von ihm eröffneten Wahrheit ihre je eigene authentische Besonderheit in der „Atmosphäre“ einer nunmehr ernsteren und seelenvolleren Weltanschauung* (Therapie) *beweisen konnten.“*

Auch hier „Führer“ (Ärzte) und „Geführte“ (Patienten) mit „Pflichterfüllung“ (Krankheitseinsicht), „Gefolgschaftstreue“ (Compliance - neuerdings auch „adhearance“ genannt!), und Durchhaltewillen, sowie „bedingungsloser Treue“ (Vertrauen in die professionellen Maßnahmen, s.u.) zum „Führer“ (behandelnden Psychiater) in hierarchischen Systemen des Zusammenlebens.[57]

Die Geführten in der Hierarchie der Psychiatrie, die psychiatrischen Menschen, befinden sich allerdings nicht „oberhalb der Masse“, sondern unterhalb und jenseits dieser!

Aus dieser Parallelsetzung eröffnet sich zusätzlich ein Hinweis und Verständniszusammenhang für das Geheimbündlerische der Psychiatrie, denn sie beansprucht - exklusiv nur für sich – Zugang zu dem als dunkel und hintergründig hingestellten Wissen über den psychiatrischen Menschen.

Es gilt als nicht nachvollziehbar für Normal-Sterbliche.

„Psychiatrische Menschen“ werden dadurch zu höchst problematischen Exoten abgestempelt, die nicht geheuer sind. Ist es entlarvend, wenn man im Zusammenhang mit psychiatrischen Menschen bevorzugt von „Eigensinn“ spricht statt von „Selbstbestimmtheit“?

In ihre Erlebnisse könne man sich nicht einfühlen, sie sollen dieses Mysteriöse, Gefährliche in sich haben, das unter Kontrolle gebracht werden muß.

Eine Klientin hat diese schreckliche Zuschreibung, der auch sie unterlag, in einem Traum einmal verdichtet zum Bild einer grün-schwarzen, stinkenden matschigen Brühe, in der sie bis über die Knie steckt und es nicht schafft sich zu befreien.

Solche völlig anderen Wesen als man selbst wird man aus Verhaltensunsicherheit und Angst meiden: so entsteht die totale Exklusion. Selbstbestimmung für diese psychiatrischen Menschen? Abwegig!
Psychiatrieerfahrene haben dieses etwas krasser formuliert: „Dass sie (die Psychiater) ihren Okkultismus mit Foltermethoden betreiben, zwangsweise diese Pendeldiagnosen durchführen, um damit für umfassende Entrechtung, Entwürdigung und Entmenschlichung einen Vorwand zu liefern, alles Camouflage für ihr verbrecherisches Geschäft.“[58]

Für psychiatrische Menschen ist es daher normalerweise schwierig durch Begegnungen mit anderen Menschen zu mehr Selbstbestimmung zu finden. Wenn sie eine erschreckende Diagnose vor sich her tragen, beeinträchtigt die vermeintliche, aber allseits angenommene „Uneinfühlbarkeit ihrer Erlebnisse“ eine mitmenschliche Beziehung und macht dem Gegenüber Angst. Dazu kommt, dass Medikamente häufig die Gefühle psychiatrischer Menschen stark dämpfen.

Bedenken beeinflussen auch viele Psychotherapeuten. Auch hier herrschen Ängste vor der „grünschwarzen Brühe“, dem angeblich „Mysteriösen, Gefährlichen“ des psychiatrisierten Menschen, die dringend gewünschte und erhoffte psychotherapeutische Behandlungen psychiatrischer Menschen verhindern. Ein individueller, persönlich menschlicher Umgang des Personals mit psychiatrischen Menschen wird so nicht selten durch die „Diagnosen“ blockiert. Statt dessen ist die Behandlung dann bestimmt durch Fließbandabfertigung per Anweisung aus Handbüchern und Leitlinien. Ganz abgesehen von der durch Psychopharmaka.

Nun wäre es allerdings gut, wenn gerade diesen Menschen eine Einzel- und Gruppen- Psychotherapie vorrangig zugute käme.

Nur zur Erinnerung:
Die Bezeichnung Psychotherapie steht als „Oberbegriff für alle Formen psychologischer Verfahren, die ohne Einsatz ggf. medikamentöser Mittel auf die Behandlung psychischer und psychosomatischer Krankheiten, Leidenszustände oder Verhaltensstörungen zielen. (…) Dabei finden psychologische, d.h. wissenschaftlich fundierte Methoden verbaler und nonverbaler Kommunikation systematische Anwendung.“[59]
Psychotherapeuten verfügen über ein spezialisiertes Fachwissen, das sich an entsprechenden schwierigen Herausforderungen messen sollte.
Lange Zeit ist man dieser Anforderung ausgewichen, indem es hieß, psychiatrische Menschen seien „nicht therapierbar“.

http://www2.uni-jena.de/stud/fsr/psyfsr/wegweiser_allg_psychotherapie.jpg

**Die Suche nach einer passenden Psychotherapie**

In den letzten Jahren hat sich da einiges geändert. Die Psychoanalyse und andere Therapierichtungen bieten auch Menschen mit Psychosen und schweren Depressionen Therapiemöglichkeiten.

Diese Hilfe steht psychiatrischen Menschen jedoch häufig doch nicht zur Verfügung - wegen der Schwierigkeit, geeignete Therapeuten überhaupt zu finden und dann wegen extrem langer Wartezeiten. Die Suche einer passenden Psychotherapie gezielt durchzuführen ist ein Problem und von vielen Zufällen bestimmt. Feindseligkeiten und Kämpfe zwischen den einzelnen Therapierichtungen und –schulen erschweren die Orientierung Hilfesuchender ebenso wie bürokratische Regelungen bei der Finanzierung.

Und – last but not least - wegen des massenhaften Ansturms von „Normalneurotikern“ auf Psychotherpieangebote – mit der Begleiterscheinung einer allgemeinen Pathologisierung der Bevöl-kerung – wird den wirklich auf professionelle Hilfe angewiesenen psychiatrischen Menschen die Chance vorenthalten, wieder zu mehr Selbstbestimmung zu finden. Das ist doppelt absurd.

Zum größten Teil geraten Menschen in die Psychiatrie ohne zu ahnen, in welche Gefahr sie sich begeben, denn es gibt wenig Warnungen, weil „Psychiatrisierung in dieser Gesellschaft immer noch tabuisiert wird. Auch hier ist die Scham der Betroffenen groß.“[60]

„Heilung“ durch Psychotherapie ist ohnehin normalerweise für den psychiatrischen Menschen weniger vorgesehen, man spricht lieber von „Stabilisierung“. Seine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik besteht in der Regel in Unterbringung mit Verpflegung, einem Gespräch pro Woche neben der Visite, dosiertem „Ausgang“ und der unweigerlich verordneten Medikamentenein-nahme - ohne kritische Aufklärung über Wirkweise und die „unerwünschten Nebenwirkungen“ der Psychopharmaka (Information nur im sog. Psychoedukativem Training in kritiklos-affirmativer bzw. selektiver Art und Weise[61]).

Beabsichtigt ist neben der Stabilisierung des Patienten „Besserung“, angepaßtes Verhalten, – Ruhe im Karton – das möglichst schnelle Beilegen von Krise und Stress eines Menschen – aus Zeit- oder anderen Gründen oft ohne Aufarbeitung, und ohne die Frage nach den Ursachen der Schwierig-keiten, aus der Lehren gezogen werden könnten.

Ob die Krise eines Menschen in psychischer Not so oder so ausgeht, ist immer noch weitgehend dem Zufall überlassen und hängt bis heute von der Haltung des jeweiligen Psychiatriemitarbeiters ab: Defizitorientierung oder Wertschätzung des Hilfesuchenden[61a]. Immer neue Klinikaufenthalte sind oft traurige Folge. Im Laufe der Zeit entstehen so für den psychiatrischen Menschen Probleme mit Beruf und Wohnung: Hartz IV und Betreutes Wohnen. Man ist in Schonräumen gefangen, be-schäftigt sich in Kindergartenmanier mit Basteln etc., weil sogar Arbeitsplätze auf dem Zweiten Arbeitsmarkt rar sind.

Eine freie Wahl der Klinik ist für psychiatrische Menschen nicht vorgesehen. Bestimmte Kliniken haben die „Vorhaltepflicht“, das heißt, sie sind verpflichtet psychiatrische Menschen aufzunehmen, wenn es sonst keine Klinik tut. Trotzdem wird hier die Aufnahme häufig von der Bereitschaft des Patienten zur medikamentösen Behandlung abhängig gemacht. Keine Wahlfreiheit und keine Selbstbestimmung.

Der psychiatrische Mensch ist meistens isoliert. In seiner Vereinzelung erlebt der „Patient“ oft von Mitmenschen Bevormundung, Herablassung und Geringschätzung. Die Vereinzelung verhindert Kommunikation und Austausch mit Anderen. Solidarität mit anderen Betroffenen findet unter erschwerten Umständen statt, denn Gruppenbildung und Gruppentherapie ist in der Psychiatrie nicht einfach, und nicht unbedingt erwünscht.

David Siems, Krüppelstolz

**T-Shirt mit Slogan:**
**Bevormundung ist unsere Realität**
**Selbstbestimmung ist unsere Revolution!**

„Ohne Bindungen zu leben, einsam oder ausgegrenzt zu sein, war für Menschen seit je her lebensgefährlich. Daher reagiert das menschliche Gehirn in einer solchen Situation mit dem Notfallprogramm der Aggression. Sie soll dem Umfeld signalisieren, dass man als Betroffener so nicht leben kann.“[62]

Die DGPPN empfiehlt nun - ohne auf solche, psychischen Mechanismen überhaupt einzugehen - als Behandlung für „Aggressive“:
„Obwohl kaum Studien zur Akutbehandlung aggressiver Erregungszustände mit oral eingenommener Medikation vorliegen, sollte eine solche bei gegebenem Einverständnis des Patienten bevorzugt werden.“[63]
Alternative: der Aggressive erleidet erniedrigende Zwangsmaßnahmen, die nicht nur lebensgefährlich sein können[64], sondern jedenfalls auch die Exklusion verstärken.
Hier haben wir es wieder einem der vielen Teufelskreise in der Psychiatrie zu tun.

Nicht nur durch derartige Zwangsmaßnahmen, sondern auch durch „rechtliche Betreuung“ (früher Vormundschaft) kann der psychiatrische Mensch elementar in seiner Selbstbestimmung eingeschränkt werden, ein „Einwilligungsvorbehalt“ zum Beispiel - vom Betreuungsgericht beschlossen – begrenzt die Verfügungsmöglichkeit über seine Finanzen ein. Einige Menschen unter gesetzlicher Betreuung haben kein Wahlrecht.[65]

Aber es kann noch schlimmer kommen, nämlich wenn der psychiatrische Mensch seine bürgerlichen Rechte (auch das auf Selbstbestimmung) offiziell ganz verliert.
Die Grundrechte gelten für solche Patienten nicht mehr, die im Sinne der § 20 oder § 21 StGB von

Psychiatern als „schuldunfähig“ oder „vermindert schuldfähig“ diagnostiziert wurden.[66]

Kriterien dafür sind nicht nur eindeutige, beweisbare Gesetzesübertretungen, sondern lt. DGPPN auch schon im Vorfeld das „Gefährlich-werden“, wenn Menschen „sich selbst und ihr Umfeld schädigen“[67] (was bei „nicht-psychiatrischen“ Bürgern bekanntlich nicht so gravierende Konsequenzen hat). Das zu beurteilen liegt ganz in den Händen von Psychiatern.

Von dem psychiatrischen Menschen erwartet man demzufolge konsequent affirmatives Verhalten: er muss „krankheitseinsichtig“ sein, sonst riskiert er als „krankheitsbedingt einsichtsunfähig“ und nicht mehr „zur freien Willensbestimmung befähigt“ ettikettiert zu werden mit entsprechend schwerwiegenden Konsequenzen.
In der TAZ kann man die Geschichte der Zwangseinweisung eines Wissenschaftlers nachlesen, der niemandem Schaden zugefügt hatte, und der trotzdem in die Mühlen der Psychiatrie geriet.[68]
Die generelle Verunsicherung eines psychiatrischen Menschen durch die hier beschriebene Situation ohne Geschäftsfähigkeit, nicht einmal Deliktsfähigkeit, ohne Handlungsmöglichkeit und eigene Verantwortlichkeit für die Verletzung von Pflichten ist zwar nachzuvollziehen, wird aber in ihrer Unerträglichkeit und Ungeheuerlichkeit grundsätzlich unterschätzt.

Meul, 2007

**Achtung: keine Kontrollmöglichkeit durch den Betroffenen**

Wir haben versucht diesen entsetzlichen Notstand ohne Selbstbestimmung von Bürgern mit psychischen Problemen zu zeigen, der tatsächlich in der heutigen, sich so modern präsentierenden Psychiatrie vorkommt.

Ein Notstand, der sich nicht mehr in fehlenden Versorgungseinrichtungen und menschenunwürdigen Räumlichkeiten manifestiert wie in den sechziger Jahren, sondern in der aktiven und offiziellen Exklusion, die willkürlich ganze Bevölkerungsgruppen aus dem gleichberechtigten, selbstbestimmten Leben in dieser freiheitlichen Demokratie ausschließt.

# V In der Psychiatrie bewegt sich etwas - mehr als ein Hoffnungsschimmer?

Die UN-Behindertenrechtskonvention, Gerichtsurteile, die Selbstbestimmung unterstützen, und moderne Patientenverfügungen, Informationelle Selbstbestimmung und Persönliches Budget werden als neueste Entwicklungen unter die Lupe genommen.

Bei der von Psychiatrie-„Survivors“ – also „Psychiatrieerfahrenen“ - organisierten internationalen Tagung 2011 traten auch Vertreter des Berliner Senats und des Deutschen Paritätischen Wohlfahrts Verbandes auf: und zwar ziemlich selbstherrlich – wie einige Teilnehmer fanden.
Sie pfiffen die Forderungen weitgehend zurück, die an sie herangetragen wurden, mit dem Hinweis, man sei – verglichen mit Anno dazumal - ja schon sehr weit gekommen: weil sie als Offizielle überhaupt an einer solchen Veranstaltung teilnähmen…[68a]

Aus heutiger Sicht – mit einem weltweit gewachsenen neuen Verständnis von Selbstbestimmung - muten die Zustände in der Psychiatrie teilweise unglaublich anachronistisch und skandalös an.
Von einzelnen „wohlmeinenden“ Mitarbeitern ist es abhängig, ob psychiatrischen Menschen im System Psychiatrie menschenwürdig behandelt werden - das ist ein weiteres Indiz dafür.

Die magische Formel „nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich“ ist glücklicherweise bereits für verfassungswidrig erklärt worden.[69] Sie wird ohne nachvollziehbare Begründung und ohne Zustimmung des Betroffenen nach der allfälligen Reform der Psychiatrie hoffentlich ganz abgeschafft sein - zugunsten der Selbstbestimmung des Patienten.
Erste Anzeichen für einen solchen Paradigmenwechsel gibt es bereits. Wir stellen einige positive Entwicklungen vor – zuerst die Wichtigsten. Daran wird deutlich, in welcher Weise sich der Wandel in der Psychiatrie vollziehen kann.

### 1. Die UN-Behindertenrechtskonvention ist ein Glücksfall.

Sie wurde von der Bundesrepublik Deutschland im März 2009 ratifiziert, und hat viel mehr Aussagekraft und Verbindlichkeit als viele ähnlich lautende frühere Forderungen nach Selbstbestimmung behinderter Menschen. Sie schreibt als Aufgabe staatlicher Gesetzgebung fest, Selbstbestimmung einschränkenden Faktoren in der Gesellschaft entgegenzuwirken.
Dazu schreibt Michael Wunder: „Als Konsequenz für das Betreuungsrecht insgesamt wäre eine Änderung des Grundverständnisses der gesetzlichen Betreuung von einer Rechtsvertretung (die nur noch in begründeten Ausnahmefällen möglich sein sollte) zu einer Rechtsunterstützung wünschenswert, was sich auch in der Gesetzgebung niederschlagen sollte.“[70]

**Artikel 14**
(1) Die Vertragsstaaten gewährleisten, a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen.

Bei tatsächlicher Einschränkung der Selbstbestimmung wird die Verhältnismäßigkeit, Transparenz und regelmäßige, unparteiische Überprüfung von „Maßnahmen“ gefordert.

**Artikel 12**
(4) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass zu allen die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit betreffenden Maßnahmen im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen geeignete und wirksame Sicherungen vorgesehen werden, um Missbräuche zu verhindern. Diese Sicherungen müssen gewährleisten, dass bei den Maßnahmen betreffend die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit die Rechte, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden, es nicht zu Interessenkonflikten und missbräuchlicher Einflussnahme kommt, dass die Maßnahmen verhältnismäßig und auf die Umstände der Person zugeschnitten sind, dass sie von möglichst kurzer Dauer sind, und dass sie einer regelmäßigen Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Behörde oder gerichtliche Stelle unterliegen. Die Sicherungen müs-sen im Hinblick auf das Ausmaß, in dem diese Maß-nahmen die Rechte und Interessen der Person berühren, verhältnismäßig sein.

Stellvertretende Interessenvertretung ist dementsprechend nur möglich – lt. Michael Wunder –

„•wenn der Betroffene seinen Willen nicht bilden und / oder kundtun kann (z.B. Wachkoma), oder

•wenn das Unterlassen der Anordnung der stellvertretenden Interessenvertretung eine konkrete

Menschenrechtsverletzung bewirken würde, die an anderer Stelle der Konvention geschützt ist (Schutz der Unversehrtheit der Person).“[70]

Diese klaren Regelungen der Behindertenrechts-konvention fordern also ein fundamentales Umdenken der Fachkräfte und des Personals in Kliniken und Heimen.

Demzufolge wird in der Berhindertenrechts-Konvention Schulung des Personals gefordert:

**Artikel 4**
(1) i) die Schulung von Fachkräften und anderem mit Menschen mit Behinderungen arbeitendem Personal auf dem Gebiet der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu fördern, damit die aufgrund dieser Rechte garantierten Hilfen und Dienste besser geleistet werden können.

Entsprechend in Artikel 8 (2) a) - die Forderung von „Kampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit und zur respektvollen Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung“.
Diese Aufklärungsmaßnahmen können einen gesellschaftlichen Einstellungswandel bewirken und die Grundlage für einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie bilden.

**2. Gerichtsurteile für Selbstbestimmung**

Mehrere Gerichtsurteile haben das Recht auf Selbstbestimmung des psychiatrischen Menschen bestätigt. Das schon zitierte Urteil des BVerfG vom 23.3. 2011 (BVerfG, 23.03.2011 - 2 BvR 882/09) stellt wichtige Weichen. Die geltenden Psychisch-Krankengesetze der Bundesländer werden dadurch in Frage gestellt und müssen geändert werden.[71]

Die Juristin Ursula Knecht verweist auf die besonderen verfahrensrechtlichen Anforderungen, die mit dem Urteil verbunden sind. Zwangsmaßnahmen müssen demnach so rechtzeitig angekündigt werden, dass für den Untergebrachten die Möglichkeit besteht, Rechtsschutz zu erlangen.
Daraus ergibt sich weiter die Notwendigkeit der Anordnung und Überwachung der Zwangsmaßnahme durch einen Arzt sowie eine umfassende Dokumentationspflicht.

Eine vorausgehende unabhängige Überprüfung muss jeder Zwangsmaßnahme vorgeschaltet sein.[72]

Die mutmaßliche „Gefährlichkeit“ psychiatrischer Menschen, die immer wieder zur Einschränkung ihrer Selbstbestimmungsrechte sowie zur Begründung von Zwangsmaßnahmen herangezogen wurde, und nach übereinstimmender Meinung aller Fachleute nur eine ganz kleine Zahl von Menschen betrifft, wird endlich auf ihren unmaßgeblichen Platz verwiesen.

http://www.meinungsverbrechen.de/wp-content/uploads/2012/05/demo_zwangsbehandlung_illegal_5_20121.jpg:
**Am 14.5.2012 fand im Stuttgarter Sozialministerium eine sogenannte “Expertenanhörung” zum Thema Zwangsbehandlung in der Psychiatrie statt. Der Protest richtete sich unter anderem gegen die Politik des Ministeriums, kritische Psychiatrie-erfahrenen -Verbände von den Gremien zum neuen Landespsychiatrie-Gesetz auszuschließen.**

So heißt es in einem Kommentar zum o.g. Urteil als Rechtfertigungsgrund für eine Zwangsmaßnahme (zur Medikamenteneinnahme) könne „nur das generell geschützte Freiheitsinteresse des Betroffenen in Betracht kommen, wenn der Untergebrachte aufgrund von Einsichtsunfähigkeit zur Wahrnehmung dieses Interesses nicht in der Lage sei.
Ein Interesse Dritter vor Straftaten geschützt zu werden, komme nicht in Betracht, da dieser Schutz auch über einen Verbleib im Maßregelvollzug erreicht werden könne.“[73]
Das ist eine klare Ansage.

Während die DGPPN in ihrer o.g. Stellungnahme zu dem BVerfG-Urteil:

„Die durch die unbehandelte psychische Störung bedingte Gefährlichkeit erfordert, dass der wirksame Schutz Dritter dann durch Isolierung und mechanische Maßnahmen gewährleistet werden muss. Dabei könnten medikamentöse Behandlungen ohne oder auch gegen den Willen des Betroffenen rasche Besserung bringen.“ (DGPPN)

die „Besserung“ der Patienten ihrer „Selbstbestimmung“ vorzieht, widerspricht dem ein Gutachten von Wolf-Dieter Narr von der Berliner FU und stellt fest:

„In Deutschland existieren, nach fruchtlosen Bemühungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die in den 90er Jahren Versuche initi-ierte, medizinische Standards für Zwangsbehand-lungen zu etablieren, keine medizinischen Stan-dards für psychiatrische Zwangsbehandlungen, aus denen mit der notwendigen Deutlichkeit hervorginge, dass

Zwangsbehandlungen mit dem Ziel, den Untergebrachten entlassungsfähig zu machen, ausschließ-lich im Fall krankheitsbedingter Einsichtsunfähig-keit zulässig seien."

Dass dementsprechend ein Bewusstsein hierfür in den medizinischen und juristischen Fachkreisen nicht vorhanden sei und eine Regelung, wie in der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.03.2011 (NJW 2011, 2113ff.) festgestellt, unverzichtbar sei, zeige sich schon daran, dass weder die Klinik noch die Fachgerichte sich in der der Entscheidung zugrunde liegenden Fallkonstellation mit der Frage, ob beim Patienten eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Einsicht in die Notwendigkeit der Behandlung bestehe, auch nur ansatzweise auseinandergesetzt haben.
Die bloße Diagnose ei-ner Persönlichkeitsstörung jedenfalls beantworte diese Frage nicht im An-satz."[74]

Dieses Juristendeutsch verstehe wer will! Es wird jedenfalls beklagt, dass in medizinischen und juristischen Fachkreisen das Bewusstsein fehle, sich mit der Selbstbestimmung des psychiatrischen Menschen und der jeweiligen Fähigkeit dazu überhaupt auseinander zu setzen.
Auch auf diese Weise kann der aktuelle Notstand in der Psychiatrie charakterisiert werden.

Mit Beschluss vom 20. Juni 2012 (Az. XII ZB 99/12) weist der Bundesgerichtshof die Klage einer Betreuerin um die Genehmigung einer Zwangsbehandlung, die das Betreuungsgericht verweigert hatte, zurück. „Unter Berücksichtigung der Rechtssprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung im Maßregelvoll-zug (BVerfG FamRZ 2011, 1128 Rn. 72 und FamRZ 2011, 1927 Rn. 38) fehlt es gegenwärtig an einer den verfassungsrechtlichen Anforderungen genügenden gesetzlichen Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung. (…)
Deshalb darf der Betreuer derzeit auch im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung keine Zwangsbehandlung veranlassen."[74a]

Damit wurde in auch in diesem Bereich etwas mehr Klarheit geschaffen. Der Gesetzgeber sollte möglichst bald entsprechend handeln.

### 3. Selbstbestimmung durch Patientenverfügungen.

„Der ärztliche Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten hat als medizin-ethischer Leitwert in den letzten Jahrzehnten eine immer größere Bedeutung erlangt."
So steht es in der empfehlenswerten Boschüre des C.Beck Verlages „Der Patientenwille".[75]

Es folgt jedoch gleich die indirekte Einschränkung:
„Bei Patienten, die einwilligungsfähig sind, wird er (sein Wille) *in der Regel* (von mir hervorgehoben) auch praktiziert". Also nicht immer und nicht bei jedem!

Man kann sich aber auch als „psychiatrischer Mensch" mit zeitweilig fehlender Einsichtsfähigkeit durchsetzen und sogar das psychiatrische System ablehnen durch eine wasserdichte Patientenverfügung.
Die kann dann so lauten:

> Da ich „die Existenz irgendeiner psychischen Krankheit abstreite, stattdessen den psychiatrischen Sprachgebrauch und psychiatrische Diagnosen für eine schwere Persönlichkeitsverletzung und Verleumdung, sowie die Gefangennahme in einer Psychiatrie für eine schwere Freiheitsberaubung und jede psychiatrische Zwangsbehandlung für Folter und schwerste Körperverletzung erachte, möchte ich gemäß dem § 1901 a BGB hiermit eine Vorausverfügung errichten, um mich vor einer solchen Diagnostizierung bzw. Verleumdung und deren Folgen zu schützen, indem ich verbiete, folgende medizinischen Maßnahmen an mir durchzuführen…"

Das ist der Text in dem Formular einer Patientenverfügung.[76]
Es folgt die Aufzählung der verbotenen Maßnahmen: Diagnostik und die Untersuchung dafür, Behandlung ambulant und stationär, jede Einschränkung der Freiheit. Dann schließen sich die gewünschten Behandlungen an bei tödlichen Krankheiten und die Bevollmächtigung von mehreren Vorsorge-Berechtigten, unter der Voraussetzung, dass diese das Verbot der aufgezählten Maßnahmen einhalten.[77]
Der Patientenverfügung wird ein ärztliches Attest hinzugefügt über die Geschäftsfähigkeit beim Verfassen der Verfügung, so dass der freie Wille nicht bestreitbar ist.

Eine solche Patientenverfügung garantiert eine viel größere Unabhängigkeit als alle Absprachen mit Einzelpersonen. Diese Patientenverfügungen gehen in verblüffender Konsequenz von dem Selbstbestimmungsrecht und der Verantwortlichkeit jedes Bürgers für seine Handlungen aus. Sie wissen genau um die Gefährlichkeit der Psychiatrie – (nicht etwa der Patienten !) - und treffen effektive Vorkehrungen gegen die Einschränkungen und Bevormundung durch das System Psychiatrie.
Die Wirkung des oben zitierten Patientenverfügungsformulars (http://www.patverfue.de) kann der Abschaffung der Psychiatrie im Einzelfall gleichkommen. Für Viele ist es leider schwierig, entsprechende „Vertrauenspersonen" zu finden.

Hier besteht konkreter Unterstützungsbedarf, damit jeder psychiatrische Mensch eine solche Patientenverfügung „in uneingeschränktem Bewußtsein" ausgefüllen kann, um die damit verbundenen Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu nutzen.

## 4. Datenschutz und Informationelle Selbstbestimmung

Veranlasst durch die rasante Entwicklung der Computertechnologie und eine umstrittene Volkszählung wurde schon 1971 in einem Gutachten von Wilhelm Steinmüller aus Regensburg das Persönlichkeitsgrundrecht auf Datenschutz als „Recht auf informationelle Selbstbestimmung“ präzisiert[78], und später in einer Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungs-gerichtes vom 15. Dezember 1983, als Folge des allgemeinen Persönlichkeitsrechts und der Menschenwürde etabliert.
„Das bedeutet“ – laut Wikipedia – „das Recht des Einzelnen, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner personenbezogenen Daten zu bestimmen. Es handelt sich dabei nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes um ein Datenschutz-Grundrecht, das im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland nicht ausdrücklich erwähnt wird.“ „Wer nicht wisse oder beeinflussen könne, welche Informationen bezüglich seines Verhaltens gespeichert und vorrätig gehalten werden, werde aus Vorsicht sein Ver-halten anpassen (…). Dies beeinträchtige nicht nur die individuelle Handlungsfreiheit sondern auch das Gemeinwohl, da ein freiheitlich demokratisches Gemeinwesen der selbstbestimmten Mitwirkung seiner Bürger bedürfe.“[79]

Jürgen Thorwart erläutert,[80]
„Das Auskunftsrecht des psychiatrischen Patienten leitet sich aus dem informationellen Selbstbestimmungsrecht (Grundgesetz), dem Einsichtsrecht aus dem allg. Arztrecht und dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ab. Es bezieht sich auf 'objektive' Aufzeichnungen (naturwissenschaftlich konkretisierbare Befunde über Behandlungsmaßnahmen, Medikation, Operationsberichte, EKG, EEG, Röntgenaufnahmen, Laborergebnisse) nicht jedoch (auf) persönliche Eindrücke, fremdanamnestische Daten oder Verdachtsdiagnosen“.
Diese Einschränkung ist umstritten.

Am 09.01.2006 hat das BVerfG eine Weiter-entwicklung zur (stärkeren) Gewichtung der Persönlichkeitsrechte von Patienten gefordert.[81]

Was den Datenschutz anbetrifft, so haben Psychiater und Psychotherapeuten eine Dokumentationspflicht über die Behandlung – zur Qualitätssicherung, Rechenschaftslegung und Beweissicherung bei Haftungsfragen. Die Daten sind also im Prinzip Dritten zugänglich.

Patienten haben das Recht die Behandlungsunterlagen einzusehen, sie auf falsche und entwürdigende Inhalte zu prüfen, und um den Behandlungsverlauf nachzuvollziehen.
Therapeuten sollten Beobachtungen über ihre ganz persönlichen Reaktionen (Übertragungen/ Gegenübertragungen und Assoziationen während der Therapiegespräche) dort nicht dokumentieren, auch wenn diese in der Psychoanalyse konstitutiv für die Behandlung sind und natürlich in jedem Fall berücksichtigt werden sollten. Wenn der Therapeut Gedächtnisstützen braucht, wird er darüber außerhalb der offiziellen Dokumentation Notizen anfertigen.

Quelle:Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein

**Datenschutz**

Daraus resultierende Behandlungsentscheidungen sollten jedoch in der Dokumentation erscheinen, auch wenn es sich nicht um „objektive“ Aufzeichnungen handelt. Sie sollten damit auch dem Patienten zugänglich sein.

Sehr persönliche, intime Inhalte gehören nicht in Unterlagen, die Dritten zugänglich sind, auch wenn sie wichtiger Teil der Therapie sind.
Auf diese Weise muss das jeweilige Recht auf Informationelle Selbstbestimmung von Patient und Therapeut nicht kollidieren.

„Im Zweifel bzw. im Konfliktfall dürfte (deshalb) das Selbstbestimmungsrecht des Patienten die Akteneinsicht erzwingen mit der damit einher gehenden Eigenverantwortung für die Verarbeitung des Inhaltes.“

„Die Kommunikation mit Dritten, insbesondere Berichte an den Gutachter und deren Stellungnahmen, Befundberichte und Bescheinigungen an/von Drittbeteiligten, sonstige Korrespondenz mit den Patienten oder Dritten, Abrechnungskorrespondenz mit Kostenträgern, etc. ist als dritter Teil der Dokumentation bedeutsam und stellt einen weiteren Teil der objektivierten dokumentierten Daten der Behandlung dar.“[82]
Äußerungen von Angehörigen oder Mitpatienten unterliegen möglicherweise der Schweigepflicht diesen gegenüber und sind bei Akteneinsicht des Patienten zu schwärzen.
Hinsichtlich der Informationellen Selbstbestimmung ist nicht nur die viel diskutierte elektronische Gesundheitskarte fragwürdig, sondern auch vielfältige, andere Informationssysteme, die im kleinen Rahmen in psychiatrischen Einrichtungen und Pra-

xen angewendet werden. Es besteht in den letzten Jahren eine deutlich erkennbare Tendenz zur Bürokratisierung mit Perfektionierung der digitalen Datensammlungen, die viel zu viele und zu persönliche Daten aus der Intim- und Privatsphäre des Nutzers/Bewohners erfassen.
Das ist entwürdigend.

Selbstbestimmung umfaßt auch die Möglichkeit der Kritik an dem regelmäßig verwendeten Informationssystem in der jeweiligen Einrichtung der Psychiatrie.

„Die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Nutzerinnen und Nutzer haben bei der individuellen Pflege-, Hilfe- und Förderplanung und deren Durchführung ein Recht auf Mitsprache und Einsichtnahme in die sie betreffenden Dokumentationen und Unterlagen.
Die Bewohnerinnen und Bewohner sowie die Nutzerinnen und Nutzer sind rechtzeitig anzuhören und die geäußerten Wünsche sind zu berücksichtigen.“ (Wohnungsteilhabegesetz 2010, Berlin)

So heißt es im Wohnungsteilhabegesetz Berlin. „Transparenz, Einsichts- und Mitspracherechte und die Selbstbestimmung der Bewohner in Heimen und betreuten Wohngemeinschaften verbessern“ soll damit erreicht werden.[83]

Wieweit die Bewohner untersagen können, bestimmte Beobachtungen aufzuschreiben, geht daraus nicht hervor: „Wünsche äußern“ klingt eigentlich nicht besonders ermutigend.
Aber dazu sagt

§ 9 SGB IX: den Wünschen (Behinderter) ist Folge zu leisten, soweit sie „berechtigt“ sind.

„Psychiatrische Menschen“ sind auf die Stärkung ihrer Persönlichkeitsrechte und die Akteneinsicht besonders angewiesen, denn Fehl- und Vorurteile in Akten, die von Institution zu Instituion weitergereicht werden, können bekanntlich ihre Chancen und Möglichkeiten bei der Lebensplanung stark einschränken.[84]
Das Datenschutz-Bewußtsein von beiden Seiten - Patienten und Psychiatrie-Personal – läßt u. E. immer noch sehr zu wünschen übrig. Nur wenigen Menschen – auch in der Bürgerschaft – sind Tragweite und Gefahren von Akten und Dateien für die Selbstbestimmung ausreichend bewußt. „Wer sich in manchen Praxen oder Kliniken umschaut, kann feststellten, dass zwar Handy, Laptop oder Netbook zum Standard gehören, das Datenschutz-bewusstsein jedoch nur gering ausgeprägt ist.“[85]

Cloud Services werden viel diskutiert und publik gemacht. Vor allem die jüngeren Mitarbeiter sind daran interessiert, und wollen sich oft nicht mehr einer relativ stark reglementierten Betriebsinformatik unterordnen.“[86]

Ein Vertreter der Piratenpartei Kassel fordert ausdrücklich Schulungen für das Personal in Sachen Datenschutz, nachdem Daten von Psychiatrie-Patienten auf der Straße gefunden wurden: "Technische Maßnahmen alleine reichen aber nicht aus. Datenschutz wird vor allem durch das Verhalten der Mitarbeiter bestimmt.“[87]
Die Äußerung aus dem Jahre 2010 charakterisiert die Situation in der Psychiatrie zutreffend, weil Datenschutz und Selbstbestimmung nicht selbstverständlich Standard sind, sondern immer noch in der Verfügungsmacht einzelner Mitarbeiter lie-gen. „4000 Psychiatrie-Akten offen im Netz“ titelte die ZEIT noch Ende 2011.[88]
Diese beiden zitierten Quellen verweisen außerdem ausdrücklich auf Probleme des Datenschutzes mit der elektronischen Gesundheitskarte, auf die wir hier nicht im Einzelnen eingehen können.[89]

Bei Beantragung von öffentlichen oder Versicherungsleistungen besteht eine Mitwirkungspflicht für den Antragsteller lt. Sozialgesetzbuch I §§ 60 ff.
In dem Zusammenhang gibt es eine Äußerungsmöglichkeit (-pflicht) für Therapeuten, die den Datenschutz zum Teil außer Kraft setzt.
Das erläutert Thorwart genauer auf seiner Homepage http://schweigepflicht-online.de:

Es gibt eine
- „mutmaßliche Einwilligung“ des Patienten,
- eine gesetzlich geregelte „Offenbarungspflicht“ und
- eine „Offenbarungsbefugnis“ des Psychiaters/ Psychotherapeuten.

Wenn ein Antragsteller eine amtlich verlangte Schweigepflichtsentbindung verweigert, können ihm wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht ohne wieteres die gewünschten Leistungen gestrichen werden.

**Diese Mitwirkungspflicht wird immer wieder von Leistungsempfängern als „Erpressung“ empfunden und kann in einzelnen Fällen tatsächlich eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes bedeuten.**

Diese Situation wird immer wieder von Leistungsempfängern als „Erpressung“ empfunden und kann in einzelnen Fällen tatsächlich eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechtes bedeuten.
Vermögende Selbstzahler sind da natürlich besser dran!
Mitwirkungspflicht wird als „Eigenverantwortung“ definiert, die mit Selbstbestimmung korrespondiere. Sie liegt weitgehend im Ermessen des Leistungsträgers, ebenso wie die entsprechenden Sanktionen. „Unverhältnismäßigkeit, Unzumutbar-

keit, leichtere Machbarkeit für den Träger“ begrenzen diese allerdings offiziell.[90]
Und die amtlichen Daten werden (erst!) 7 Jahre, nachdem der jeweilige Leistungsbezug endet, automatisch gelöscht. Bis dahin kann der Leistungsempfänger sie einsehen, korrigieren oder löschen lassen.

Die Aussage, dass „das gestärkte Selbstbestimmungsrecht behinderter Menschen zu einer anderen Abwägung bei der Bestimmung der Obliegenheiten“ führt[91], vermittelt zwar einen gewissen Optimismus, aber insgesamt sind in diesem sehr komplexen Bereich des Datenschutzes in der Psychiatrie noch nicht besonders kraftvolle Tendenzen für mehr Selbstbestimmung zu erkennen.

**5. Persönliches Budget**
Diese Neuerung ist ein schwacher Indikator für einen Paradigmenwechsel in Richtung auf mehr Selbstbestimmung in der Psychiatrie. Das „Persönliche Budget“ könnte man eigentlich fast als ein „Alibiangebot“ bezeichnen.
Was ist das Persönliche Budget (PB)?
Peter Weinmann, von dem alle Zitate in diesem Kapitel stammen, schreibt[92]: „Das PB ist keine neue zusätzliche Leistung, sondern nur eine neue Form der Leistung. Wer bisher als so genannter Behinderte/r respektive psychiatrieerfahrener Mensch einen Anspruch auf eine Sachleistung als Hilfeangebot hatte, kann seit Januar 2008 stattdessen wahlweise auch eine Geldleistung erhalten.
Hiermit kann er/sie dann selbstständig Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bzw. zur Rehabilitation kaufen.“ „(z.B. "Betreutes Wohnen" bzw. Sozialbeistandschaft, Freizeitassistenz, tagesstrukturierende Maßnahmen wie Volkshochschul-Kurse, Musikunterricht, …) sowie Leistungen zur „Teilhabe am Arbeitsleben“ (Assistenz zu Erlangung/Erhalt eines Arbeitsplatzes, Hilfen zur Gründung/Erhalt einer selbständigen Existenz, zur Qualifikation, zur Berufsvorbereitung etc.).“

„Ziel des Gesetzgebers bei dieser neue Leistungsform PB ist die Förderung der Selbstbestimmung und Selbstständigkeit Betroffener (und mehr Passgenauigkeit bei den Hilfen).“ „Budgetfähig sind nur alltägliche und wiederkehrende Leistungen. Auch laufende Leistungen ("Betreutes Wohnen", "Arbeitstrainingsplätze" etc.) können auf Antrag auf PB umgestellt werden.

„Kostenträger, bei denen grundsätzlich PB-Anträge gestellt werden können, sind der Sozialhilfeträger (örtlicher/überörtlicher), das Integrationsamt, die Agentur für Arbeit, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die Kinder- und Jugendhilfe u.a.m..“

gefunden unter http://www.steinsbergschule.de

Das Persönliche Budget ist nur für wenige verfügbar. Man muss sich „auf den Behinderten-Begriff einlassen können und auch wollen. (…) Eine Gesamtkostenübernahme erfolgt nur bei Einkommen unter 718 Euro pro Monat (plus Mietkosten) und Vermögen nicht mehr als 2600 Euro.“

„Die Einzigen, die von den Grundgedanken des PB wirklich profitieren, sind die Betroffenen selbst.“ meint Weinmann und fährt fort „Mit der Einführung des PB endeten das ‚Kartell’ und die Definitionsmacht der großen Träger (Leistungsanbieter) bzw. Wohlfahrtsverbände bezüglich der jeweiligen Hilfeangebote für Betroffene. Dadurch konnten neue innovative Unterstützungsmöglichkeiten und Hilfeprojekte entwickelt werden. Eine stärkere Individualisierung der Angebote wurde möglich (z.B. PB für Yoga-, Karate-, Gitarren-Unterricht, PC-Kurse).“

„Die Kostenträger haben durch die Einführung des PB oft mehr Arbeit, die großen Träger (Leistungsanbieter) bzw. Wohlfahrtsverbände ebenfalls. Manchmal erwirtschaften sie auch weniger Geld durch mehr Konkurrenz.“

Das Persönliche Budget ist keine Erfolgsstory in der Psychiatrie.

„Eine verstärkte öffentliche Förderung betroffenen-kontrollierter Projekte, um eine verstärkte Nutzung des PB in Gang zu setzen, wäre sinnvoll. Leider ist das Gegenteil der Fall.“ „Die Erfahrungen im Bereich Hilfen zur ‚Teilhabe an Arbeit’ für Psychiatrie-Erfahrene sind sehr bescheiden bzw. kommen nicht vor.“

Der Verband der Psychiatrieerfahrenen (BPE) hatte 2007 ein Projekt „Selbstbestimmt leben“ mit dem Persönlichen Budget begonnen,[93] um aus Anlass dieser neuen Wahlmöglichkeit alternative, betroffenenkontrollierte Hilfsangebote zu initiieren und nutzbar zu machen. Es wurde bald wieder eingestellt.
Psychiatrische Menschen sind in der Regel realistisch hinsichtlich ihrer Chancen:
Allein die Tatsache, Angebote selbst zu bestimmen, die man ohnehin braucht, ändert nicht viel, und ist in gewisser Hinsicht Augenwischerei.

An dieser Einsicht können noch so gute Motivierungsaktionen nichts ändern – ganz abgesehen von bürokratischen Schwierigkeiten beim Beantragen des PB: ohne Assistenz geht das gar nicht, sonst entsteht nur Angst und Unsicherheit. Und dann werden Anträge zum PB nicht bearbeitet oder abgelehnt, so die Erfahrung aus dem BPE-Projekt.

Im Saarland sind neuerdings Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: selbstbestimmte Hilfen zur Alltagsgestaltung nicht mehr budgetfähig - wie der Besuch eines Tai Chi Kurses oder eines Fitnessstudios oder eines VHS-Kurses o.ä. mit der Begründung:

„sie hätten ihren Zweck nicht vorrangig in der Eingliederung behinderter Menschen, sondern dienten (nur) dem allgemeinen Wohlbefinden."

Das berichtet Peter Weinmann in einer Mail vom 13.2.2012.

### 6. Einige Aspekte aus der Fachdiskussion über das Thema Selbstbestimmung.

Hier folgen einige Bemerkungen zu Veröffentlichungen und Diskussionsbeiträgen, die sich seit 2009 (dem Jahr der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention) verstärkt mit dem Thema „Selbstbestimmung" beschäftigen.
Die Begriffe „Autonomie" und „Selbstbestimmung" werden in vielen Fällen nicht klar unterschieden. Entsprechend herrscht ein unrealistischer Begriff von Selbstbestimmung vor - wie: „dem eigenen Willen gemäß Entscheidungen treffen", „Selbstreflexion", „effektive Handlungsfähigkeit"[94], welche die „Grenzen erst im Anderen" findet.

Absolute (zum Teil auch als „bürgerlich" und „liberal" bezeichnete Selbstbestimmung)[95] wird in Gegensatz gebracht zu Abhängigkeit, aus der heraus man den „Behinderten" erst zur Selbstbestimmung „befähigen" will.
Der Autor Eurich, von dem diese Zitate stammen, relativiert in einem Vortrag die Vorstellung von einer liberalen, autonomen, bürgerlichen Person zwar ansatzweise als „gedacht" und „Konstruktion", rüttelt aber nicht an der Idee einer „kooperativen Gesellschaft, in der Menschen in produktiver, kommerzieller und bürgerlicher Interaktion ihre Ziele verfolgen können". Denn – so meint Eurich – „die Möglichkeit seine Talente produktiv anzuwenden, ist Voraussetzung einer für alle fairen Gesellschaftsordnung."
Diese Möglichkeit fordert er auch für Behinderte. Wobei „ihre Angewiesenheit auf Unterstützung, (…) sich jedoch nicht mit der Idee gesellschaftlicher Kooperation vereinbaren" läßt, und ihnen „zwar ein gewisser Schutz, aber kein voller Bürgerstatus zuerkannt werden" kann.
Damit begibt er sich in entscheidenden Widerspruch zu den Disability Studies (DS).
In Abgrenzung von den traditionellen Sonderwissenschaften liegt der Fokus der DS nicht darauf, Behinderung als Defekt wahrzunehmen, sondern als konstituierenden Faktor von Normalität.

Wie oben schon erwähnt, erleichtert eine solche Auffassung dann die Relativierung oder Ablehnung der Selbstbestimmungsfähigkeit bei Menschen mit Behinderung, denen auf diese Weise die individuelle Kompetenz abgesprochen werden kann.
Man stellt fest, dass Patienten die Folgen und Konsequenzen ihrer Entscheidungen nicht abschätzen können, und vergißt dabei, dass nicht einmal Therapeuten Propheten sind: „Ein Mißverständnis menschlicher Möglichkeiten".

Entsprechend will man aus einer paternalistischen Haltung heraus, „Schaden von dem Patienten abwenden" – geht von angeblich bekannten, vorgegebenen Entwicklungen aus, und überschätzt sich selbst dabei maßlos.

Aber es gibt auch Publikationen, die Selbstbestimmung als Merkmal der therapeutischen Beziehung sehen, als Kennzeichen einer dyadischen Interaktion.
Subjektive Sinnzusammenhänge bei Menschen mit Behinderung, welche „durch die jeweilige Logik eine eigene Weltwirklichkeit stützt"[96] werden in diesen Veröffentlichungen anerkannt und angemessen gewürdigt.

### 7. Letzte Hinweise

Ein „Mediziner Siegel", als Zertifizierungs-Instrument für die Dialogfähigkeit von Ärzten, das in der Universitätsklinik Eppendorf in Hamburg zur Zeit entwickelt wird, mit dem Ziel „Der mündige Patient wird zur Normalität", ist ein kleiner, aber viel versprechender Schritt und gehört auf jeden Fall in den Kontext der in diesem Kapitel dargestellten neuen Ansätze für mehr Selbstbestimmung in der Psychiatrie.[96a]

Diese Initiative für „partizipative Medizin" erhebt die Forderung, „Kommunikationstraining" für Ärzte als Pflichtfortbildung zu organisieren.

Eine Studie der Bertelsmann Stiftung an der Uni Bremen unter dem Stichwort "Shared decision making" geht in eine ähnliche Richtung. „Die Entwicklung des Shared Decision Making-Modells reicht in die 1990er Jahre zurück. Mittlerweile handelt es sich um das am weitesten entwickelte und operationalisierte Konzept der Patientenbeteiligung".[96b]

# VI Ansätze aus der Psychiatrie als Anregung für die Allgemeinheit

Bewährtes aus der Psychotherapie und Psychiatrie, bei dem Versuch Klienten mehr „Freiheit“ zu vermitteln, wird hier als Anregung aufgegriffen – auch als Abhilfe für einige der beschriebenen aktuellen gesellschaftlichen Probleme.

Die neuen Ansätze für mehr Selbstbestimmung von Menschen mit Handicaps können Mut machen. Es bewegt sich tatsächlich etwas.
Bei der erwähnten Fachtagung über Teilhabeforschung der altehrwürdigen, etablierten deutschen Fachverbände für Menschen mit Behinderung im Oktober 2011 konnte man das ernsthafte Bemühen um neue Denk- und Arbeitsweisen für „Teilhabe“ und „Inklusion“ erleben.[97]

„Denn über Inklusionen in Funktionssysteme, und nicht über Integration in lebensweltliche Gemeinschaften, werden in der modernen Gesellschaft lebensnotwendige Ressourcen und Kapazitäten vermittelt“, sagt Heiko Kleve.[98]
Die Mutter von zwei behinderten Kindern formulierte als Fazit dieser Tagung:

> „Lassen Sie uns (…) die Interessen der Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen in den Mittelpunkt rücken, dann ist es auch immer eine Forschung für alle Menschen.“

Diese Idee liegt auch den folgenden Ausführungen zugrunde. Erfahrungen aus der Arbeit mit psychiatrischen Menschen, die diesen zu mehr „Freiheit“, Inklusion und Wertschätzung verholfen haben, gelten auch für andere Bürger, bieten Gelegenheit, von Schwächeren und „Behinderten“ zu lernen, wie das Leben eines jeden Bürgers humaner und erträglicher gestaltet werden könnte.
Um diesen Gedanken attraktiver zu machen:
hier noch einmal in der Journalistensprache von Harry Nutt:
„Tatsächlich haben die Management-regime der Flexibilisierung und des Empower-ments, in deren Effizienzkategorien Schwächen nicht vorgesehen sind, die kreativen Potenziale des Wartens, Zauderns und Abschweifens sträflich vernachlässigt. Bei der zwanghaften Suche nach Gewinnoptimierung ist der Verlierer als Sozialtypus zu einer stigmatisierten Figur geworden, mit dem man nichts zu tun haben will.“ Es „bedürfte (…) allerdings einer neuen Empfindsamkeit für die Ressourcen und Talente der Verlierer und Ausgeschlossenen. Die radikalisierte Marktökonomie hat nicht nur Verlierer hinterlassen, sondern auch Zweite und Dritte. Von ihnen zu lernen, ist die intellektuelle Herausforderung der Stunde.“[99]

Auch Anhaltspunkte für sozialpolitische Maßnahmen können sich aus diesen Überlegungen ergeben.

Wir haben in diesem Essay gravierende gesellschaftliche Probleme beschrieben. Die folgenden Stichworte enthalten Anregungen zur Abhilfe, die auf den ersten Blick vielleicht banal erscheinen mögen:

*Erholung*
*Sich Zeit nehmen*
*Wertschätzung*
*Ressourcen erkennen*
*Einbindung in Gruppen*
*Begegnung und Geschichten im Gespräch*
*Selbstfürsorge*

Maßnahmen, die sich in der Psychotherapie bewährt haben, in Situationen, in denen man auch unter schwierigen Bedingungen nicht auf selbstbestimmtes Handeln verzichten will .
Es gibt bereits Ansätze und Initiativen, die versuchen, daraus Ideen zu gewinnen zur Problemlösung auch außerhalb der Behindertenarbeit.

### 1. Erholung

Sich körperlich wiederaufzubauen durch Schlaf, gutes Essen, Bewegung, Musik etc. ist eine Grundbedingung für psychisches Wohlergehen. Wer jemals eine psychische Krise hatte, lernt das schmerzvoll. Diese Erkenntnis wünscht man jedem gestressten Arbeitnehmer. So banal es klingt, den meisten Bürgern würde ein regelmäßiges Ausspannen gut tun. Dem einen wegen seiner hektischen Lebensführung mit ständiger Erreichbarkeit (auch im Urlaub), dem Anderen weil er aus irgendwelchen Gründen extrem dünnhäutig ist und Ruhe braucht (ohne einsam sein zu müssen).

Entspanntheit und „träumerische Müdigkeit“ – wie oben beschrieben – verhelfen zu einer ganzheitlichen, intuitiven Wahrnehmung, die für Selbstbestimmtheit und persönliche Zufriedenheit förderlich ist.
In der Abgeschiedenheit von Klöstern ist eine solche Erholung möglich, ohne dass bei noch so großer „Erholungsbedürftigkeit“ eine Pathologisierung eintreten muss. Ein großer Vorteil. Als Zeichen von Versagen, Unfähigkeit oder sogar Krankheit kann die „Krank“-Bezeichnung eines Menschen Angst

und innere Lähmung auslösen, und die positive Wirkung von Erholungsmaßnahmen einschränken, sowie Schwäche verstärken. Darum sollte „Erholung“ sich außerhalb von Kliniken abspielen.

Für nicht betuchte Bürger, oder solche, die auffälligeres Verhalten oder gar Desorientierung an den Tag legen, gibt es leider sehr wenige nichtklinische Möglichkeiten.Die Betrachtung des stigmatisierten Personenkreises der Psychiatriepatienten deckt auf, wie wichtig es für viele gewesen wäre, Pathologisierung zu vermeiden, und nichtklinische Angebote in Anspruch genommen zu haben. Die müssen in dem Fall natürlich steuer- oder versicherungsfinanziert sein. Ein Beispiel dafür sind Kuren und Maßnahmen der Müttererholung.
Sie unterliegen heute – wie so vieles -auch Sparmaßnahmen und werden immer seltener genehmigt.[100]
Widerspruch!

Gerade in Zeiten knapper Kassen und enorm ansteigender Zahlen von „psychisch Kranken“ ist zu überlegen, ob solche Erholungsmaßnahmen nicht verstärkt finanziert werden sollten – auch um Psychiatrie und Krankenkassen zu entlasten.

*Anregung: ein Recht oder sogar eine Verpflichtung zu regelmäßiger Erholung!*

Das könnte dem gefühlten allgemeinen „Zeit-mangel“ entgegenwirken und der Selbstausbeutung vieler Arbeitnehmer einen Riegel vorschieben.[101]
Wenn schon nicht klassische „Erholung“ – so doch wenigstens – so ein Vorschlag sogar von Arbeitgeberseite - eine „Silent Hour“, die einige Unternehmen ihren Mitarbeitern heute schon verordnet haben: „das heißt, die Mitarbeiter bekommen eine bestimmte Zeit am Tag eine Stunde oder vielleicht auch mehr, wo sie nicht durch Telefonate oder durch Besprechungen oder so etwas gestört werden, sondern wo sie wirklich mal eine Stunde Zeit haben, sich um das zu kümmern, wofür sie eigentlich angestellt sind. (…)“[102] Das ist ein Beispiel für vielfältige Aktivitäten, die deutsche Unternehmen starten, um den hohen Krankenstand zu reduzieren.
Die TU München, die ein Programm „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ entwickelt hat, und „in den letzten 4 Jahren rund „200 Unternehmen“ beraten hat, wirbt mit einem „Return on Investment (Rendite – die Red.) von 1:4“.[103]

Es ist natürlich nicht unproblematisch, wenn Arbeitnehmer im eigenen Betrieb über ihre psychische Befindlichkeit sprechen sollen. Dementsprechend gibt es auch Angebote von externen Beratern, die sogenannte „Employee Assistance Programme“ anbieten.[104]

**2. SICH ZEIT NEHMEN**

Zeit ist Geld! Das trifft heute besonders zu.
Aber Selbstbestimmung braucht Zeit, und wer seine Freiheit wieder erlangen will, muss sich Zeit nehmen. Diese Erkenntnis vermittelt jede seriöse Psychotherapie.
Erschöpfungszustände und sonstige psychische Probleme werden bei Zeitmangel (ohne Erholung) medikamentös behandelt. Dieser Verführung – unter Verzicht auf echte Selbstbestimmung – erliegen immer mehr Menschen aus einer sehr verständlichen Angst heraus vor Exklusion und Abstieg. Vielen fällt zu spät auf, dass diese „Lösung“ zu kurz gegriffen ist, und einen Teufelskreis von Erschöpfung, Aufputschen und noch größerer Erschöpfung in Gang setzen kann.[105]

*Geben wir den Menschen Zeit statt Medikamente und widersetzen uns der Medikalisierung sozialer Probleme.*

Wer sich für einen Lernprozess in Richtung auf mehr Selbstbestimmung entscheidet, wird sich zwangsläufig mit dem Phänomen Zeit und Zeitmangel auseinander setzen. Er wird zunächst einmal lernen, die Zeit, die er für sich braucht, aktiv und bewußt zu fordern und in Anspruch zu nehmen und nicht in erster Linie auf potentielle finanzielle oder andere Einbußen zu schielen.

Angesichts immer weiter zunehmender Arbeitsverdichtung wird es ohnehin unabdingbar, dass Arbeitnehmer Grenzen setzen und ihre Forderungen nach mehr Zeit deutlich artikulieren. Die allgemeine Erschöpfung und Burnout-Phänomene etc. zeigen eine „natürliche Grenze für all diese Prozesse, und das sind unsere menschlichen Unzulänglichkeiten. Wir können Menschen ja nicht über das Maß hinaus belasten, das sie in der Lage sind, überhaupt zu bewältigen,“[28] fällt sogar auf Seiten der Unternehmen auf, und veranlasst sie, an Angestellte die Erwartung heranzutragen, selber Grenzen zu setzen.

So empfiehlt Hilmar Schneider, Direktor für Arbeitsmarktpolitik im unternehmerfreundlichen Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit in Bonn, „den Herausforderungen mit "Nein-sage-kompetenz" zu begegnen. „Und wenn Arbeitnehmer sel-ber da Schwierigkeiten haben, sich so zu sagen da Grenzen zu setzen, dann versucht man das halt mit solchen Regeln.“ „Wir sind mitten in einem Prozess, wo wir lernen müssen, mit neuen Herausforderungen umzugehen.“[106]

ZEICHNUNG VON MANFRED RUCKGABER

*Offiziell könnte Vorsorge getroffen werden, und Ansätze dafür gibt es schon, Arbeitnehmern ohne Gefahr der Ausgrenzung mehr Zeit für einen Vorgang oder auch Auszeiten zu gewähren.*

Die Gewerbeaufsichtsämter sind völlig überfordert mit ihrer Aufgabe die deutsche Betriebe auf ihre Arbeitsbedingungen zu kontrollieren, denn sie bluten personell immer mehr aus.

"Die Zahl der Betriebsprüfungen hat sich zwischen 2005 und 2010 um ein Viertel verringert. Nur noch knapp 5 % aller Unternehmen wurden im Jahr 2010 kontrolliert, wobei es bei gerade einmal jeder 90. Prüfung um das Thema psychische Belastungen ging."[107]

Außerdem könnten Gelegenheiten geschaffen werden für Kurse, in denen Arbeitnehmer lernen können die Zeit eigenständig zu bestimmen, die sie brauchen. Die „Stresspause" beispielsweise – ein Angebot aus München - ist ein persönliches Präventionsprogramm zur Stressbewältigung per Telefon und dauert 6 Monate.[108]

In der Debatte über die „Einsichtsfähigkeit" von Psychiatriepatienten gibt es die Überlegung, ob sich nicht Zwangsmaßnahmen vermeiden lassen, wenn man den Betroffenen mehr Zeit zur Entscheidungsfindung lässt. Auf das individuelle Zeitempfinden von Klienten müsse ebenso geachtet werden wie darauf, den passenden Zeitpunkt für die Fragestellung zu wählen.
Wichtige Hinweise! Die auch für Andere zu beherzigen sind.

**3. WERTSCHÄTZUNG**

Ein Mensch, der keine Selbstbestimmung mehr erlebt, sondern im täglichen Leben nur noch mit chemischen Krücken notdürftig zurecht kommt, verliert schnell seine Selbstachtung. Er wird daraufhin eine Tendenz entwickeln, sich und seine Schwäche zu verstecken und gerät allmählich in die Isolation. Das ist nicht nur bei psychisch kranken Menschen so.

Es geht weiter. Wenn die Kommunikation mit anderen Menschen fehlt, gehen Korrektur- und Relativierungsmöglichkeiten eigener Bedürfnisse verloren. Diese können dann entweder ins Unkontrollierbare wachsen oder im Gegenteil ganz aus dem Blick geraten. Damit nimmt die Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben und die Angst vor dem Scheitern zu.
Wenn jemand nicht genügend Bedeutsamkeit und „Relevanz" erfährt, können Statussymbole zum Teil die schwindende Selbstachtung ersetzen, oder Maßlosigkeit nach dem Motto „Immer mehr, immer größer" entwickelt sich zur Sucht.

Sogar Kinder vermissen in vielen Fällen die nötige Wertschätzung durch ihre Eltern. Aus Unsicherheit und unter dem Druck, dass ihre Kinder „nicht richtig funktionieren", stimmen diese in vielen Fällen einer Verhaltenskorrektur durch Medikamente zu. Die gestresste Umgebung dieser Kinder „hat nicht mehr die Nerven", sie zu ertragen und ihr Verhalten zu akzeptieren.
Toleranz aber setzt Zeit, Geduld und innere Freiheit voraus. Wo ansetzen in diesen fatalen Kreisprozessen?[109]

Die erwähnte DAK-Studie zeigt, dass vielen Arbeitnehmern am Arbeitsplatz Anerkennung und Geltung fehlen. In dem zitierten Interview mit Aussagen von Arbeitgeberseite zur Zukunft der Arbeit wird die Grundbedingung „Wertschätzung und Anerkennung" gar nicht erwähnt.

Es ist nur die Rede davon, dass „Manager, (…) lernen oder gelernt haben, Signale für Überlastung zu erkennen. Also bislang waren wir immer der Ansicht, dass Manager Durchsetzungsvermögen haben müssen, und die brauchen Ellbogen und so was. Das brauchen sie auch in Zukunft - aber sie brauchen gleichzeitig immer mehr auch Einfühlungsvermögen, also wir brauchen Manager mit Ellbogen und Einfühlungsvermögen gleichzeitig.
Das ist eine Herausforderung, die auch nicht ganz einfach zu bewältigen ist, und diese Sorte von Manager ist bislang noch selten, aber das gehört einfach zu den Dingen, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen, und die wir lernen müssen, sonst werden wir mit diesen Anforderungen nicht mehr klarkommen."[28]

In die gleiche Richtung geht es, wenn von Ärzten im Umgang mit ihren Patienten „Kommunikation" gefordert wird. Im Unterschied zur „Selbstbestimmung" kostet „Kommunikation" nicht viel Zeit. „Sie kann auch sehr schnell gehen", damit wirbt Schulte-Markwort mit Recht für sein „Mediziner-Siegel".[110] (s.o.)

Jemand, der aus der Psychotherapie die Vorteile von Respekt und Wertschätzung kennt, wie wir sie in den *hilfe* Blättern von EREPRO Nr. 14 ausführlich dargestellt haben, kann nur sagen, den Innovationsvorhaben der Arbeitgeber ebenso wie denen der Ärzte fehlt noch eine wichtige Komponente: die Wertschätzung – auch wenn (oder weil?) sie Zeit erfordert.

*Dieser Lehre aus Erfahrungen in der Psychiatrie sollte beim Führungstraining in allen Arbeitsbereichen viel Raum gegeben werden: Beachtung der menschlichen Würde des Gegenübers: nicht nur grundsätzlich - das ohnehin - aber auch ganz konkret erleichtert sehr die jeweiligen Zielerreichung.*

**4. Ressourcen erkennen**

In psychiatrischen Einrichtungen kann man erleben, welche Chancen mit Ergo- und Beschäftigungstherapie verbunden sind, um die eigenen Ressourcen und Belastbarkeit zu erkennen.
Die Figuren in dem Roman „Sickster“ von Thomas Melle sind erst in der Anstalt „endlich wieder kreativ“. Sie nutzen wieder alle ihnen anerzogenen Verhaltensweisen, alle Fähigkeiten, ihr unterfordertes innovatives Potential und werden auf sehr eigenwillige Weise aktiv. Muss man dafür in einer psychiatrischen Anstalt sein?

Wenn nun zunehmend in der Arbeitswelt gefordert wird, die eigenen Kapazitäten und Ressourcen zu erkennen und allmählich durch Versuch und Irrtum selbst richtig einzuschätzen, sind Gelegenheiten zur Selbstbestimmung für Arbeitnehmer zu schaffen. Sonst ist dieses Ziel schwer zu erreichen.
Sie sollen lernen, im sozialen Umfeld Über- und Unterforderung festzustellen und zu korrigieren. Sich zu wehren gegen falsche Erwartungen. Den eigenen Platz, die Eigenständigkeit gegen Bevormundung und Leistungsdruck zu verteidigen. Grenzen setzen, und zum Mitmenschen eine zwischen Anforderung und Hilfe ausgewogene Beziehung entwickeln. Ein hoher Anspruch.

All das – oder wenigsten einen Teil - wird ein Mensch erst dann leisten können, wenn er gelernt hat selbstbestimmt zu leben.
Dann wird er allerdings wohl auch soweit sein, die objektiven Bedingungen seines Arbeitsplatzes kritisch zu betrachten und ggf. die Interessen des Arbeitgebers zu hinterfragen.

Es gibt natürlich Kurse, Seminare und Workshops mit Tanz, Musik, Meditation und kreativen Aktivitäten außerhalb der Psychiatrie, wo Selbstbestimmung geübt werden kann. Sie haben einen großen Vorteil: es fehlt der „Defizit-Bezug“ des Status eines „Patienten“.
Diese Angebote sind aber kostspielig und ziemlich elitär. Sie sprechen in erster Linie ältere Bildungsbürger an.

*Eine allgemeine, niederschwellige Zugänglichkeit solcher Aktivitäten mit Selbsterfahrung könnte hilfreich sein, um Bürgern zu einer besseren Einschätzung ihrer Ressourcen zu verhelfen. Denn von selbst fliegt diese Fähigkeit niemandem zu.*

Auch ein Arbeitgeber tut gut daran, die Defizite, „Unzulänglichkeiten“ (s.o.) seiner Mitarbeiter nicht zu sehr in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen. Das lähmt den Einsatz. Aber es ist richtig, was in dem Interview mit dem Arbeitgebervertreter festgestellt wurde, „der Mensch ist da die natürliche Grenze, aber so die Vorstellung, wie das bei den Gewerkschaften doch immer wieder anzutreffen ist, zurück in die 60er-Jahre, die wird mit diesen Herausforderungen nicht klarkommen - das ist nicht die richtige Antwort darauf. Wir müssen zum Beispiel Menschen dazu erziehen, oder sie müssen lernen, Grenzen setzen zu lernen. Sie müssen lernen, Neinsagekompetenz zu entwickeln.“[111]

Erfreulich - von Arbeitgeberseite die Forderung nach mehr Selbstbestimmungskapazitäten zu hören !

Ein soziales Umfeld, das in selbstverständlicher Zugehörigkeit Vertrauen, Wertschätzung und Anerkennung vermittelt, bietet alle Voraussetzungen eigene Fähigkeiten richtig einzuschätzen, zu erproben und voll einzusetzten. Denn dort muss man sich nicht verstecken.
Arbeitnehmern wird es unter solchen Bedingungen eventuell sogar möglich sein, eigene Fehler zu melden, und diese in Hinblick auf Verbesserungen im Arbeitsablauf auszuwerten.

*Eine solche „Fehlerkultur“ als Voraussetzung von Leistungsoptimierung ist immer im Interesse des Unternehmensmanagements.*

**5. Einbindung in Gruppen**

Gruppenzugehörigkeit vermittelt ihren Mitgliedern somit „Relevanz“. So nennen es Soziologen, statt „Bedeutung“ zu sagen. Wenn Arbeitsguppen und Teams am Arbeitsplatz heute weniger Gemeinschaftsgeist vermitteln (sollen), so macht es Sinn, den Gruppenbesuch in der Freizeit gezielt zu fördern.

Indem in der Regel Gruppenmitglieder jedes Verhalten der Anderen als deren „eigene Entscheidung“ deuten – wird Selbstbestimmung verstärkt. Trotz eines gewissen damit verbundenen, sozialen Drucks profitieren viele Menschen von Gruppen oder Gemeinschaften (in vielerlei Form, beispielsweise in Chören, Sport- und Musikclubs). Kommunen halten in der Regel kostengünstig Freizeitgruppen vor, auch wenn viele heute schon dem „Sparzwang“ zum Opfer gefallen sind.

Aus der Psychiatrie ist bekannt, dass Mittellose und Hartz IVler in vielen Fällen nicht teilnehmen können. Die Gründe reichen von persönlichen Problemen, die sie den Zugang nicht finden lassen, bis dahin, dass sie sich den anschließenden Gaststättenbesuch nicht leisten können.
Es empfiehlt sich, für diese wachsene Personengruppe der „Armen“ Angebote mit „Gleichgesinnten“ zu schaffen, und diese Menschen nicht in die Isolation fallen zu lassen.

Dass auch solche Menschen in Gruppen integriert werden können, für die die Schwelle sehr hoch ist, wurde in den *hilfe* Blättern von EREPRO Nr. 12 (für die ambulante Psychiatrie) ausführlich dargestellt. Quintessenz dieser Arbeit: Eine Vielzahl kleiner,

homogener Gruppen von Gleichgesinnten mit jeweils sehr ähnlichen soziographischen Merkmalen, die häufig und angstfrei Kontakt pflegen, ermöglicht ganz unterschiedlichen Persönlichkeiten eine Gruppenzugehörigkeit.

**Eine Vielzahl kleiner, homogener Gruppen von Gleichgesinnten mit jeweils sehr ähnlichen soziographischen Merkmalen, die häufig und angstfrei Kontakt pflegen, ermöglicht ganz unterschiedlichen Persönlichkeiten eine Gruppenzugehörigkeit.**

Die Psychiatrie lehrt uns, dass Einschränkungen und Behinderungen sich leichter ertragen lassen in Gruppen mit Menschen, denen es wie einem selber geht. Hier sind nicht nur die bekannten Selbsthilfegruppen für bestimmte Behinderungen oder Krank-heiten gefragt, sondern auch Freizeitgruppen mit Leidensgenossen.[112]

Gruppen funktionieren - wie das Intimsystem Familie, über das nicht nur psychiatrische Menschen, sondern auch sehr viele Andere heute nicht verfügen - als Gegenmittel zur Fragmentierung der Gesellschaft. In diesen „Intimsystemen ist jeder komplett relevant".[113]

Weiter auf „soziologisch": ein Defizit an Wertschätzung in einer „entbetteten" Bevölkerung kann durch „Rückbettung" in Form von Gruppenmitgliedschaft kompensiert werden, und eine neue Positionierung im Spannungsfeld von eigener „Autonomie" und sozialer Bezogenheit ermöglichen.[114]

*Warum bieten wir nicht eine Vielfalt solcher Gruppen an und fördern damit die soziale Bezogenheit und Verantwortlichkeit, Offenheit, Flexibilität und Selbstbestimmung der Bürger?*

Denn in Deutschland, im „Land der Vereine", sind angeblich 35% der Menschen über 45 einsam, aber die Vereine leiden gleichzeitig unter Mitgliederschwund.[115]

Leider wird die heilsame und integrative Wirkung aller Arten von Gruppenzugehörigkeit - mit ihrem die Auseinandersetzung fördernden Effekt, der aus der Psychotherapie gut bekannt ist, allgemein sehr unterschätzt, vielleicht aber auch gar nicht gewünscht?

Mit der Einbindung in Gruppen steht gleichzeitig den Bürgern, wenn sie Schwierigkeiten haben, ein wirksames Mittel gegen unnötige und vorschnelle Pathologisierung und Psychiatrisierung zur Verfügung. Denn – so die Erfahrung aus der Psychiatrie – sogar dort besuchen die Mitglieder von Hobby- und Freizeitgruppen nicht in erster Linie ihre Gruppen als „Patienten". Sie gehören als individuelle Persönlichkeiten dazu, werden geschätzt und gebraucht. Das vermittelt den Teilnehmern mehr Freiheit und wirkt einer allgemein immer größeren Abhängigkeit von offiziellen Hilfen entgegen.
Gegenseitige Unterstützung in diesen Gruppen würde also den öffentlichen Dienstleistungssektor entlasten – mit umfassender Kostenersparnis. Neben dem integrativen Wert der Gruppenteilnahme hätte sie für unsere Gesellschaft eine demokratisierende Wirkung.

Das allgemeine Angebot solcher Gruppen für die Bürgerschaft erfordert allerdings auch einen nicht unerheblichen organisatorischen Aufwand, der sich aber auszahlt.

### 6. Begegnung und Geschichten im Gespräch

Die ehrenamtliche Mitarbeiterin einer bayerischen, sozialpsychiatrischen Beratungsstelle erlebte eine schwere persönliche Krise. Ohne die Warnungen dieser Einrichtung vor Gefahren einer Psychiatrisierung hätte sie es wohl nicht geschafft, die psychiatrische Klinik mit der zwangsläufigen medikamentösen Behandlung zu vermeiden.

Aber sie wusste aus ihrer ehrenamtlichen Mitarbeit, dass Problemlösung durch psychotherapeutisches Ge-spräch möglich ist. Trotz der tiefen Krise mit vielen Ängsten war ihre Selbstbestimmungs-fähigkeit und Freiheitsliebe nicht ganz ausgeschaltet.
Diese Frau ist der Meinung, nur sich seiner selbst bewusst zu werden mache frei und ermögliche allmählich immer mehr Selbstbestimmung, und im Gespräch entstehen Geschichten, die Sinn vermitteln. Ohne Gesprächspartner – zeitweilig war das nur ihr Tage-buch – später eine Psychotherapeutin - hätte diese persönliche Lösung nicht zur Verfügung gestanden, die ihr bald ihr Selbstwertgefühl wieder zurück gab.[116]

Wer sich mit einem Gesprächspartner über das eigene Leben austauscht, aktiviert und bearbeitet dabei Erinnerungen. Das ist in der Regel als „Gestaltung von Endlichkeit" als „Selbstbe-mächtigung" heilsam für einen Men-schen.[117], weil dabei das oben beschriebene Kohärenzgefühl gestärkt wird. Die „Wirklichkeit" wird gedoppelt. Spiel, Mimesis und Katharsis können wirksam werden. Theater, das menschliche Problematiken auf die Bühne bringt und vielleicht sogar zum aktiven Mitspielen auffordert, hat eine ähnlich „psychohygienische" Wirkung.

Wo gibt es noch Gelegenheit zu persönlicher menschlicher Begegnung? Eine einfache Antwort gibt es auf die Frage nicht.
Zum Teil findet man interessierte Menschen (mit Zeit) im Bereich der Kirchen, auch in Parteien und Kultureinrichtungen. Häufig geht es dort allerdings doch wieder – wie so häufig - nur um passives Konsumieren von Angeboten, um Small talk, nicht um

Begegnung. Auch die beliebten Talkshows bieten natürlich einen sehr unzureichenden Ersatz.
Dieser Faktor der „Begegnung“ macht laut wissenschaftlicher Erkenntnis 30% des Erfolgs einer Psychotherapie aus.
Suchen darum Menschen immer wieder in der Psychiatrie „Begegnung“ und sind dann in der Regel schwer enttäuscht, dass dort das Gespräch eine sehr untergeordnet Rolle spielt? In einer Psychotherapie dagegen ist die Chance größer, das Gesuchte zu finden: Eine Gelegenheit zur Begeg-nung, auch wenn professionelle, therapeutische Hilfe gar nicht unbedingt benötiget wird. Was na-türlich durchaus nicht heißt, dass diese Gespräche überflüssig sind.

In seinem bekannten Zeit-Artikel „Die Psychiatrie krankt an ihrem Menschenbild“ zitiert Ernst Klee Dorothea Buck (sie wurde 1936 in den Bodelschwinghschen Anstalten in Bethel zwangssterilisiert): „Es war für sie die ‚beklemmendste Erfahrung mensch-licher Entwertung’.

Besonders demütigend fand sie, dass Ärzte und Pfarrer die Patientinnen ‚keines Gespräches für wert oder fähig hielten’.[117a]

Aber solche Gespräche müssen in vielen Fällen nicht von Profis durchgeführt werden. Auch Mitmenschen, die einigermaßen bewußt leben in einer gewissen Unabhängigkeit und Offenheit, können im Gespräch durch Zuhören diese Aufgabe übernehmen. Solche „Laien“ lassen sich unserer

Tel 143
Die Dargebotene Hand
Jaques Schreiber, 2006
**Telefonseelsorge Schweiz**

Erfahrung nach unschwer finden, Menschen, die bereit sind, für Begegnung und eine „Beziehung“ einzugehen.
Man müßte das Zusammentreffen dieser Menschen zu Gesprächen freilich richtig organisieren. Bei der „Telefonseelsorge“, einer Hilfseinrichtung zur telefonischen Beratung von Menschen mit Sorgen, Nöten und in Krisensituationen arbeiten Laien. Mit diesem vergleichbaren Angebot liegen jahre-lange Erfahrungen vor. Auch in einer Reihe von Eheberatungsstellen gibt es kostenlose Gesprächsmöglichkeiten mit „Laien“.

*Im öffentlichen Raum könnte man Gesprächs- und Begegnungssituationen als offiziellen Service organisieren, und zwar gerade nicht nur für Menschen mit besonderen Problemen.*

Ein Bürger würde von einem interessierten Zeitgenossen „begleitet“, der ihm primär durch aktives Anhören seiner „Geschichten“ Akzeptanz und Wertschätzung vermittelt, und bei schwierigen Entscheidungen könnte er durch das Reden mehr Klarheit und innere Sicherheit gewinnen.

*Hier ergibt sich auch eine Perspektive für die zunehmende Zahl vereinsamter Senioren, die zum Teil das Gesundheitssystem belasten – in erster Linie, weil sie erzählen wollen. Aktuell erfüllen hauptsächlich Allgemein-Ärzte und Apotheker diese Aufgabe.*

### 7. Selbstfürsorge

Es gibt eine kirchliche Beratungsstelle, die mit dem Slogan „Selbstfürsorge“ und dem Bild unten wirbt.[118] Dort findet man die Empfehlung „Tagebuch schreiben“. Genauer: „Freuden“-Tagebuch schreiben. Und was soll man mit der Enttäuschung und Erschöpfung machen? Wegdrücken?

Von der Psychiatrie und der Psychotherapie kann man lernen, dass es wichtig ist, auch die eigenen Schwächen und Grenzen zu betrachten, um sie ebenso zu akzeptieren wie die „Freuden“. Das verhilft zu Vorsicht, zur richtigen Einschätzung der eigenen Belastbarkeit und der Umweltbedingungen und für mehr Achtsamkeit auf eigene Befindlichkeit, um Leiden in Zukunft zu begrenzen oder zu verhindern.
Schwäche wahrzunehmen heißt ja nicht zwangsläufig, diese als Defizit zu sehen, oder sich selbst als Versager zu fühlen. Sie kann erlebt werden als Teil des eigenen Lebens, das als Ganzes sein Recht fordert. Die aktive Beschäftigung mit der eigenen Schwäche, (ohne Folgen der „Stigmatisierung“ und negativer Erwartungen), ist notwendiger Teil der Selbstbestimmungsprozesses des Menschen und kann durchaus ein Gefühl von Beruhigung vermitteln.

http://www.pbs-neckargemuend.de/inhalte/SELBSTSORGE.pdf

Hier folgt jetzt die traurige Geschichte des „Burnout“:
„Burnout“ war ursprünglich ein Begriff, der die Überlastung eines Arbeitnehmers bezeichnete - ein vorübergehender Zustand, der von dem Gestressten aktiv in Angriff genommen wurde. Ab und zu landete so jemand in der (ambulanten) Psychiatrie, fühlte sich aber durchaus nicht als Psychiatriepatient. Die Diagnose „Depression“ wurde von diesen ersten „Patienten“ vehement abgelehnt.
Dann entwickelte sich allmählich das „Burnout“-Syndrom, es war jetzt eine richtige Diagnose. Man war psychisch krank.
Es folgten fachliche Diskussionen über die Diagnose zur Abgrenzung von Depressionen.
Schließlich trat der Mensch mit Burnout-Syndrom als psychisch krankes Mobbing Opfer auf. Nicht nur die Mitarbeiter am Arbeitsplatz haben ihn gemobbt, sondern auch der Arbeitgeber. Die Zahl der gemobbten „Burnoutler“ stieg enorm an, die Psychiatrisierung der Betroffenen ist unterdessen vollendet.
Ein schleichender Pathologisierungsprozess hat den Betroffenen die zunächst durchaus vorhandene Möglichkeit der „Selbstsorge“ weitgehend genommen, indem sie zu „Opfern“ wurden.
Hier ist etwas wirklich schlecht gelaufen und gründlich schief gegangen. Darum sei hier zum wiederholten Mal vor den tückischen Pathologisierungsprozessen gewarnt.

Ein Psychotherapeut schreibt auf seiner Homepage:

> „Höchstes Ziel meiner therapeutischen Bemühungen ist Ihre Selbstbestimmung“, „dass Sie durch Veränderungen ihres Denkens und Verhaltens Ihre Selbstbestimmung wiedererlangen können! Der Therapieerfolg hängt wesentlich auch von Ihrer Bereitschaft und Ihrer aktiven Mitarbeit ab.“ [119]

Im Psychobereich ist diese Vorraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben allgemein bekannt.
Für die Allgemeinheit ergibt sich entsprechend als Erkenntnis und Anregung:

*Mehr Selbstfürsorge ermöglicht mehr Selbstbestimmung.*

Wie geht das? Selbstfürsorge oder Selbstsorge kümmert sich verantwortlich um das eigene Wohlbefinden. Bei Problemen bemüht sich der Selbstfürsorgende zunächst um das Aneignen der eigenen Wirklichkeit mit all ihren Fazetten. Er versucht sich selber mehr zu spüren (zum Beispiel unter Beachtung der in diesem Kapitel dargestellten „Anregungen“), nach innen zu horchen, sich auf sich selbst zu konzentrieren, Ablenkungen, Kicks und Events zurück zu stellen, per Selbstbesinnung aktiv nach Ursachen für die Probleme in seiner Geschichte, seiner Umgebung und seiner Lebensführung zu forschen. Anschließend wird er sich selbstbestimmt mit Möglichkeiten der Abhilfe auseinander setzen. Das Internet bietet dabei gute Möglichkeiten bis hin zu Beratung durch Experten im konkreten Einzelfall.
Dann wird er Lösungspläne für die Probleme entwerfen.

Johann 31, Febr. 2009, http://www.stupidedia.org/stupi/Datei:BurnOut.JPG

Wenn er meint, professionelle Hilfe zu brauchen, behält ein Bürger bei gelingender Selbstfürsorge trotzdem die „Aufsicht“ über die verschiedenen fachlichen Hilfsmaßnahmen.
Er macht sich selber Gedanken und wird die Fäden der Erfahrungen mit den Hilfemaßnahmen zusammenführen, um abzuwägen, was ihm geholfen hat, was noch gebraucht wird etc.. Er beschäftigt sich somit mit der Auswertung des eigenen Erlebens, nicht nur mit der Organisation der Angelegenheiten.

Eine weit verbreitete Passivität und fehlende Selbstfürsorge der Bevölkerung kommt dem Streben nach Gewinnoptimierung vieler Dienstleister in fataler Weise entgegen. Mit möglichst geringem Aufwand wollen diese finanziellen Erfolg erreichen. Da kann jemand, der mitdenkt, ganz gewaltig stören. Allerdings könnte eine selbstbestimmte und verantwortliche Selbstfürsorge dieser ökonomischen Orientierung ein wirksames Korrektiv entgegegen setzen. Erste Ansätze in die Richtung gibt es schon: Der wohlmeinende allwissende Experte wird immer mal wieder als Illusion erkannt. Man möchte nicht auf Gedeih und Verderb von ihm abhängig sein.

Nicht selten herrscht heute aber trotzdem noch eine erschreckende Expertengläubigkeit vor. Passiv, in der Haltung eines Konsumenten werden Dienstleistungen angefordert und Besserung erwartet, ohne sich selbst zu bemühen. Man unterwirft sich blind den Diagnosen und Anweisungen des Fachpersonals – in welchem Lebensbereich auch immer.
Bei Hilfebedarf bringt aber eine „Bedien-Mentalität wie im Supermarkt“ wenig, die sich einfach be-

schwert, wenn „die Hilfe nichts nützt.“ Denn ohne aktive Beteiligung des Hilfesuchenden geht es nicht.

Der unkritische Glaube an die fachliche Allwissenheit wird von vielen Fachleuten allerdings selbst verstärkt, weil sie ihn von Patienten erwarten.
Das geht einher mit einer allgemeinen Fremdbestimmtheit des Bürgers, die gerade im Fall schwerwiegender Probleme blindes Vertrauen kippen lassen kann in das Gefühl der Unzufriedenheit und des Ausgeliefertseins, was auch nicht heilsam ist.

Im Gesundheitssystem tut man wenig, um die „Selbstfürsorge“ des Bürgers zu fördern, man steht der „Selbstbestimmung des Patienten“ eher skeptisch gegenüber steht.
Erstaunt liest man:
„Kaum ein anderes Konzept hat in den letzten 25 Jahren einen ähnlich prägenden Einfluss auf die medizinische Praxis und den öffentlichen Diskurs ausgeübt wie das der Selbstbestimmung des Patienten.“ „Zugleich ist ein wachsendes Unbehagen an der Autonomiefixiertheit der Medizin- und Bioethik und zum Teil auch der medizinischen Praxis selbst zu verzeichnen.“[121]

Nun kann zweifellos auf die Zustimmung oder Ablehnung von fachlich empfohlenen, therapeutischen Maßnahmen durch den Betroffenen nicht verzichtet werden, auch wenn sie zwangsläufig ziemlich blind ist, weil derjenige sie meistens sachlich nicht richtig beurteilen kann. Die Entscheidung vollzieht sich aus einer gefühlsmäßigen Orientierung, einer Gesamtschau der eigenen Person. Das kann niemand anderes. Der Patient ist einziger Experte in eigener Sache. Diese Patienten-Selbstbestimmung lässt sich zum Teil im Vorfeld mit einer Patientenverfügung (s. vorne) organisieren.

Der hier übliche Einwand eines überzogenen Individualismus ist darum verfehlt, der angeblich sogar „zur Ausblendung, wenn nicht Destabilisierung von sozialen Verantwortlichkeiten und Beziehungen“ tendiere und „blind (sei) gegenüber den Eigengesetzlichkeiten von Institutionen.“[122]

„Selbstfürsorge“ ist vielleicht im medizinischen Bereich besonders schwer zu praktizieren, weil der Wunsch nach Wiederherstellung der Gesundheit überragend ist. Man ist hier noch mehr verführt, an den perfekten Helfer zu glauben.

Durch fehlende „Aufsicht über die Lösungswege“ und Mangel an eigener Beteiligung erschwert man jedoch mit Sicherheit die Heilung.

Diese Einsicht ist durchaus noch nicht Allgemeingut. Hier soll nun nicht einem generellen Mißtrauen das Wort geredet werden, sondern der kritischen Prüfung:
Was bedeutet diese oder jene Hilfsmaßnahme für mich persönlich? Dabei ist es selbstverständlich nicht nötig, „jede Form von Abhängigkeit wie der Teufel das Weihwasser“ [120] zu scheuen.

Wie oben beschrieben haben Arbeitgeber unterdessen verstanden, dass ein selbstbestimmt agierender Arbeitnehmer für ihre Belange der Bessere ist, und dass man dessen Ressourcen und Fähigkeiten besser nutzen kann als die eines „Opfers“.
Sie haben nicht nur „Selbstbestimmung“ sondern auch den Begriff “ Empowerment“ in Beschlag genommen, der ursprünglich aus der Gemeindepsychologie kam, und dort ebenso wie in der Erwachsenenbildung verwendet wurde, wenn man dem Bürger mehr Selbstbestimmung ermöglichen wollte.

**Empowerment Statue, the city of Lincoln, England**

Wenn Unternehmen Empowerment für sich entdecken – zwecks besseren Funktionierens ihrer Arbeitnehmer - klingt das so: „Management durch Empowerment. Das neue Führungskonzept: Mitarbeiter bringen mehr, wenn sie mehr dürfen“, so lautet der Titel eines Buches von Kenneth Blanchard, John P. Carlos, und Alan Randolph im Rowohlt Verlag.

Gelungene Selbstfürsorge des Bürgers kann es nicht dabei belassen, im Sinne des Arbeigebers „Nein-Sage-Kompetenz“ bei Überlastung am Arbeitsplatz zu lernen und zu praktizieren.
Wenn der Arbeitnehmer sich umfassend mit seiner Situation befaßt, wird auch die Frage nach den objektiven Bedingungen und Interessen am Arbeitsplatz gestellt werden müssen. In selbstbestimmter Verantwortung erkennt der Bürger, dass nicht nur die eigene sich selbst schützende Reak-

tion erforderlich ist, sondern auch der Einsatz für faktische, konkrete Erleichterungen und weniger Inanspruchnahme aller Kollegen. Er wird an diesem Punkt handeln, protestieren und kämpfen im Interesse einer Fürsorge für sich selbst und Andere.

*Es ist nicht zu übersehen, wie dringlich es ist, die Selbstfürsorge des Bürgers zu fördern. Auch wenn bisher nicht richtig erkennbar ist, von welcher Seite ein entscheidender Anstoß kommen wird, und welche gesellschaftliche Gruppe sich engagieren könnte für mehr Selbstfürsorge.*

Dem Bürger würde damit aus der oben geschilderten „Duldungsstarre“ und „Betäubung“ heraus geholfen werden zugunsten eines freieren, selbstbestimmten Lebens, und vielleicht wäre sogar etwas zu mehr Zufriedenheit der Bürger zu erreichen.

# VII Träume, Scham und die Reform der Psychiatrie

Katastrophengefühl angesichts der unhaltbaren Situation ohne Selbstbestimmung in der Psychiatrie fehlt bei den Mitarbeitern. Gewöhnung ist ein großes Hindernis, um Änderungen zu bewirken. Auch Nutzer der Psychiatrie halten Änderungen kaum für möglich. Doch niemand kann sich gelassen zurücklehnen.

Wenn mehr Patienten-Selbstbestimmung Ziel von Reformen in der Psychiatrie wird, würden endlich die Kliniken „für Psychotherapie und Psychosomatik“ ihren Namen zu Recht tragen, und keine „Klapsen“ für „psychiatrische Menschen“ mehr sein - nach einem allgemeinen Paradigmenwechsel[122a] hin zu einer klaren Orientierung der Psychiatrie auf den humanen Umgang mit Menschen in seelischer Not unter Respektierung ihres Willens.
„Man geht mit dem Thema wesentlich offener um und sieht den Gang zum Psychologen oder Psychiater nicht mehr als Brandmarkung , total kirre zu sein.“[122b]
Diese humane Ausrichtung gibt es natürlich in der Psychiatrie hier und da schon. Vielerorts besteht aber in dieser Hinsicht noch ein eklatanter Not-stand.

**Schluss mit der Misere, dass Selbstbestimmung wie ein Lotteriegewinn ist für Menschen mit psychischen Problemen, weil sie zufällig an einen „Gutmenschen“ geraten.**

Das Schlimmste ist: an die fürchterliche Situation – ohne Selbstbestimmung der Hilfesuchenden in der Psychiatrie - haben sich viel zu Viele schon gewöhnt! Ich muss mich da einschließen - bei allem Engagement für Selbstbestimmung in der Psychiatrie!

Durch ein kleines Gedankenexperiment ertappe ich mich: Ich stelle mir vor, dass ich mich als Patientin in einer psychiatrischen Klinik befinde. Sofort befällt mich ein Katastrophengefühl! So wird mir schlagartig das Menschenverachtende in der Psychiatrie deutlich, das Unwürdige, das ich normalerweise in meiner täglichen Berufspraxis nicht mehr klar empfinden kann, wegen der Gewöhnung und Routine als Fachkraft nach 30jähriger Berufstätigkeit.
Ich habe einmal erlebt, wie der (ehemalige) leitende Sozialpädagoge eines Sozialen Dienstes als Patient auf psychiatrischer Station schweigend die herablassende Behandlung durch das Personal ertrug.
Mein Entsetzen und Mitleid kannte keine Grenzen! Vielleicht eine irrationale Reaktion, aber immerhin basierend auf rationalem, sachlichem Wissen und Erkenntnissen über den „psychiatrischen Menschen“ und sein Schicksal. Das kann wahrlich Angst machen. So gesehen, muss ich auch mein Katastrophengefühl als angemessen bezeichnen.
Leider tritt es bei mir spontan nur noch auf bei der Vorstellung meiner eigenen „Unterbringung“ und bei dem Erlebnis der radikalen Exklusion einer mir bekannten, früher gesellschaftlich anerkannten Person.

„Psychiatrieerfahrene“ Menschen, die mit dieser Exklusion dauerhaft leben müssen, erwecken viel weniger mein Mitgefühl. Dafür schäme ich mich! Diese „Gewöhnung“ der Mitarbeiter in der Psychiatrie an eine unzumutbare Situation ist ein großes Hindernis auf dem Weg zu grundlegenden Änderungen in Richtung Selbstbestimmung.

Der psychiatrische Notstand ist ohne jeden Zweifel so gravierend, dass sich niemand gelassen zurück lehnen kann.
Es muss erschüttern, dass es Menschen gibt, die psychiatrische Hilfe gebraucht haben, und danach „Reformen“ der Psychiatrie für unmöglich halten. Sie haben sie erlebt als ein einziges feindseliges, menschenunwürdiges, sogar lebensgefährliches Monstrum. Unveränderbar in seinen monolithischen Verkrustungen.

**Das Schlimmste ist: an die unzumutbare Situation ohne Selbstbestimmung der Hilfesuchenden in der Psychiatrie haben sich viel zu Viele schon lange gewöhnt! Ich muss mich da einschließen - bei allem Engagement für Selbstbestimmung in der Psychiatrie!**

Die so sprechen sind nicht wenige, sie sind gebildet und nicht fanatisiert oder verrückt. Ihre Erfahrung ist kein „inferiores“ Wissen, sondern entscheidend (Beresford). Sie sind alarmiert und nehmen gesellschaftliche Verantwortung wahr, indem sie sich organisiert haben und nach alternativen Hilfsmöglichkeiten suchen.[122c]

Menschen, die Psychiatrie am eigenen Leib erlebt haben, wollen sich nicht an verächtliches, bevormundendes Verhalten des Personals gewöhnen. So schreibt eine „psychiatrieerfahrene“ Mitarbeiterin von EREPRO:

„…ich bin zum „Kämpfer“ geworden. Der Grund ist die Tatsache, dass ich seit meinem 16. Lebensjahr hautnahen Kontakt zu den geschlossenen Stationen von BKHs (Psychiatrische Kliniken der Regelversorgung d. Red.) und auch Nervenkliniken habe. (…) Die Oberärzte, Assistenzärzte, das Pflegepersonal und im Ganzen gesehen die Art und Weise der Behandlung, auf der geschlossenen Station ist derart menschenunwürdig, dass ich der Meinung bin, es besteht großer Bedarf einer Hilfe in Form eines Besuchsdienstes.“[123]

Kann man uns Mitarbeiter damit zu humaneren Empfindungen wachrütteln?
Aus der Sozialforschung wissen wir, dass Wahrnehmung sozial formatiert wird: reden wir also miteinander über die fehlende Selbstbestimmung, beschäftigen wir uns damit, welche Schwierigkeiten mit der praktischen Durchführung verbunden sind! So kann die Beachtung verstärkt werden.

Wann wird Schluss sein mit der zufälligen „Gewährung“ von Gelegenheiten für selbstbestimmtes Verhalten und dem Flickwerk, das „Moralisten“ von Fall zu Fall zusammenschustern, zur (notdürftigen) Wahrung der Menschenwürde psychiatrischer Menschen?
Schluss mit der Misere, dass Selbstbestimmung wie ein Lotteriegewinn ist für Menschen mit psychischen Problemen, weil sie zufällig an einen „Gutmenschen“ geraten? Es kann nicht sein, und charakterisiert treffend das aktuelle Elend in der Psychiatrie, dass eine respektvolle Behandlung auf gleicher Augenhöhe nur von der Wertorientierung einzelner Mitarbeiter abhängt.

Einige Psychiater müssen noch einen weiten Weg zurück legen, um sich an echte „Selbstbestimmung“ ihrer Patienten zu gewöhnen. Sind sie zur Zeit doch eher dabei, sich überhaupt mit „Kommunikation“ zwischen Arzt und Patient zu befassen. Aber auch hier ist ein Anfang gemacht.

Allmählich werden „psychiatrische Menschen“ nur noch als ein Relikt aus früheren, inhumanen Zeiten bekannt sein. Eine anständige, menschenwürdige Behandlung der Bürger mit psychischen Problemen wird dann eine Selbstverständlichkeit sein. Auch Mitarbeiter, denen eine solche Haltung weniger liegt, werden sich dann entsprechend verhalten, wenn es allgemein Usus ist.

John Naugton fragt an dem Punkt kritisch:

„Und sind Paradigmenwechsel, die wir als intellektuellen Durchbruch feiern, dann nicht lediglich die Folge psychologischer Rudelbildung?[124a]

Wie auch immer: wenn sich dadurch die Situation verbessert….

Vielleicht brauchen wir zunächst eine „Respekt“-Kampagne, wie in der UN-Behindertenrechtskonvention vorgeschlagen, ähnlich der von der UEFA bei der Fußball Europa Meisterschaft 2012: mit dem Vortragen von Grundsätzen bei Veranstaltungen, mit Dekoration und T-shirts mit dem Wort „Respekt“ etc..
Oder wie die gemeinnützige Initiative „Respekt! Kein Platz für Rassismus“, bei der die IG-Metall mitmacht: Die Aktion „Respekt in der Psychiatrie“ wäre von einer Werbeagentur im Einzelnen auszuarbeiten!

Selbstbestimmung ist dann für jeden Nutzer verbürgt.
Es ist allgemein als human akzeptiert, menschliche Schwächen zuzulassen und zu zeigen. Toleranz wird möglich auch gegenüber „unüblichem“, „unerwartetem“ und „unvernüftigem“ Ver-halten. Angstbesetztes und grundsätzliches Sicherheitsdenken kann sich in eine größere Bereitschaft zum Risiko wandeln.

Menschen mit psychischen Problemen wird volle Rechts- und Handlungsfähigkeit zuerkannt.[124]
Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit von Verhaltensweisen werden im Einzelfall und im Kontext vermutbarer Ursachen sowie psychodynamischer Hypothesen betrachtet und offiziell, strafrechtlich, sowie angemessen sanktioniert: Überschaubare Macht der Richter - nicht der Psychiater.
Und durch Berufung überprüfbare Gerichtsbeschlüsse.

**Das Logo der Initiative Respekt**
von Lothar Rudolf, 2011

Ohne eine klare Trennung der Kliniken als Therapieeinrichtungen von Einrichtungen des Strafvollzug ist ein Ende der Diskriminierung psychiatrischer Menschen nicht denkbar. Die geringe Zahl wirklich gefährlicher, psychisch kranker Straftäter rechtfertig den Maßregelvollzug in der heutigen Form nicht.
Dabei werden Straftäter nicht allein gelassen, ihnen wird nicht von vornherein die Lernfähigkeit abgesprochen, sondern Gespräch und Auseinandersetzung mit ihnen wird aktiv gesucht, und Psychotherapie angeboten. Die Sanktionen für Gesetzesübertretungen werden in kleinen, regionalen Ein-

heiten durchgeführt, die transparent sind, und Einblick ermöglichen, was dort passiert.

Unterstützungsangebote für Menschen mit Hilfebedarf wie zum Beispiel der „persönliche Ombud“ aus Schweden, die „Advocacy Safeguards Agencies“ in Schottland und die „strategic partners“ im UK, sowie die „EX-IN-Genesungsbegleiter“ in Brandenburg werden ausgebaut.[125]
Die Psychiatrie bietet Ruhe- und Schutzräume an, die freiwillig aufgesucht werden können. Und Einsperren - ja, aber nur auf eigenen Wunsch und nur kurzzeitig mit richterlicher Genehmigung zur Krisenintervention, wenn jemand nicht anders beruhigt werden kann.[126]

Das Fesseln wird als „Foltermethode“ verboten sein.[127]
Und ein sanktionsfreies Reflexions- und Rückmelde-System ist in psychiatrischen Einrichtungen möglich.[128]

Der Jurist Rolf Marschner formulierte für die Grünen folgende Forderungen an die Politik:

- Eine Anpassung des Betreuungsrechts im BGB, der Psychisch-Kranken-Gesetze und Unterbringungs-Gesetze sowie der Maßregelvollzugsgesetze der Länder an die Vorgaben des Bundes-Verfassungsgerichts und der UN-Behindertenrechtskonvention.
- Regelungen zur verbindlichen Patientenverfügung und zur Behandlungsvereinbarung, damit Betroffene Gelegenheit haben, ihre Vorstellung von Behandlung festzulegen.
- Eine Zwangsbehandlung im Rahmen der engen Grenzen sollte frühestens nach einer Karenzzeit von drei Tagen erfolgen dürfen, damit davor genügend Zeit zur Klärung des Willens des Betroffenen und zur Anrufung eines Gerichts besteht.[129]

Nur ein umfassender, allgemeingültiger Paradigmen-Wechsel wird hier Abhilfe schaffen.
Wer demokratisches Zusammenleben in einem Rechtsstaat für die beste Staatsform hält, wird die Chancen unserer Zeit nutzen (z.B. das Internet) und von der aktuellen, ökonomischen Krisensituation profitieren, um sich für mehr Selbstbestimmung der Bürger einzusetzen und diese zu fördern. [130]
Wir wissen, dass der „selbstbestimmungs-freundliche“ Zeitgeist veränderlich und flüchtig ist.[131]
Jetzt die Psychiatrie außen vor zu lassen, wäre beson-ders unlauter und sogar fahrlässig.

Freiheitliche Mentalität kann wirklich Mut machen und zu mehr anregen als lediglich immer neu wiederholten Appellen. Mut - psychiatrische Strukturen zu reformieren und damit heilsamere, menschenwürdigere Bedingungen für Menschen in seelischer Not zu schaffen.

Moralische Revolutionen entstehen durch Veränderung des Ehrbegriffes, meint Robin Celikates:

„Nicht gute Argumente geben den Ausschlag, sondern eine Neubeschreibung der (…) Praktiken als unehrenhaft.[132]

Der Paradigmenwechsel in Hinblick auf Selbtbestimmung Betroffener wird neue Begriffe und Definitionen erfordern für die Psychiatrie, und in mühsamer Anstrengung die Umsetzung des Ungewohnten in eine veränderte Praxis. Die Erarbeitung neuer Fragestellungen für die Forschung wird ebenso vorangetrieben werden.
Qualitative Studien werden die subjektiven Erfahrungen der Nutzer, ihr „Expertenwissen“ aus eigenem Erleben zum Ausgangspunkt nehmen bzw. in den Mittelpunkt rücken und nutzen für weitere Forschung.[133]

In psychiatrischen Kliniken werden dann häufiger Gespräche angeboten als Medikamente verabreicht.
Angebote psychiatrischer Unterstützung werden bekannt und transparent gemacht. Eginhard Koch schlägt vor, dass jeder Therapeut für Klienten einen „Beipackzettel“ vorhält über Chancen und Risiken der gemeinsamen Arbeitsbeziehung, die er mit einem Patienten eingeht.[134]
Psychotherapiemöglichkeiten sind in Zukunft in erster Linie für die Menschen mit den gravierendsten Einschränkungen und Problemen reserviert.

So wird dem Notstand in der Psychiatrie in vielen kleinen Schritten aber mit System und dem Ziel allgemeiner Selbstbestimmung abgeholfen werden.
Das alles wird nicht ohne Kollisionen und harte Auseinandersetzungen gehen, denn zum Teil handelt es sich um unaufhebbare Konflikte, in denen Position bezogen werden muss.

Was ist dieser Text? Wunschdenken? Ein Plädoyer oder Appell? Eine Prophezeihung? Eine Streitschrift? Schwer zu sagen – die Aussagen und Überzeugungen dieser Ausührungen beruhen auf der langjährigen Erfahrung der Autorin und vieler Anderer mit Selbstbestimmung in der Psychiatrie, und basieren auf dem Wissen, dass Selbstbestimmung machbar ist, und der Überzeugung, dass die besprochenen, grundlegenden Veränderungen in der Psychiatrie längst überfällig sind.
Wenn wir etwas zurücktreten und die gewohnte Situation in der Psychiatrie aus der Distanz anschauen – so wie alles Andere in der Gesellschaft auch, wird sonnenklar, wie anachronistisch und katastrophal die Zustände vielfach sind.
Die Psychiatrie ist als Branche aus dem öffentlichen Leben praktisch verschwunden, und führt ein Schattendasein inmitten unserer Mediengesellschaft.

Schauen wir sie an, und machen wir sie menschenwürdig!

Der französiche Philosoph Michel Serres sagte am 3.5.2012 anläßlich der Verleihung des Meister-Eckard-Preises in Köln[135]:

„Ich träume davon, dass wir, unserer Zeit entsprechend – vermittelt durch die neuen Technologien, die es ermöglichen, interaktiv zusammen zu arbeiten und der Vielzahl unserer Stimmen Gehör zu verschaffen – ein neues Konzept erdenken, welches das der Nation ersetzen kann und andere, an das Computer-Zeitalter angepasste Entscheidungsformen ebenso beinhaltet wie grundlegende neue Gestaltungsweisen für die Gesellschaft, das Gesundheitswesen, die Landwirtschaft, die Industrie, den Handel, die Umwelt, das Bildungswesen, die Kultur und die Wissenschaft. (…)
Alles muss neu erfunden werden, und zwar in einem Umfeld, das sich vollständig von dem unterscheidet, in dem unsere veralteten Institutionen entstanden sind, welche uns in einer Art von Trägheit nach wie vor dienen.“

Und abschließend – auch um auf dem Boden zu bleiben – ein Zitat von Benno Hafeneger über die Pädagogik, das auch für die Psychiatrie Gültigkeit hat:
„Es gibt in der Pädagogik immer eine notwendige Differenz zwischen ihren normativen Horizonten und Konzepten einerseits und der empirischen Wirklichkeit beziehungsweise Praxis andererseits. Dies gehört genuin zu den gesellschaftlich verursachten und professionell zu bearbeiteten Spannungsbögen, Dilemmata und Paradoxien. Diese wiederum begründen als Leiden an der Realität Motive zur ständigen Verbesserung der pädagogischen Verhältnisse.
Sie gilt es auszuhalten, an dieser Differenz produktiv zu arbeiten ist alternativlos und gehört zum Schicksal der Pädagogik und ihrer Professionen.“[136]

Ch. Kruse

**Anmerkungen**

Nach einem Link ist in der Regel das Datum des Abrufs aus dem Internet angegeben.
Damit die vielen hier angegebenen Links leichter gefunden werden können, haben wir die Anmerkungen auf unsere Homepage gestellt.

1 s. Friedel Batttenberg, 2010, Ethische Prinzipien und inhaltliche Kriterien als Voraussetzung einer funktionierenden Demokratie. http://www.gruene.de/partei/gruene-demokratieoffensive.html

1a Baumann, Zygmunt, 1999, Unbehagen in der Postmoderne,

2 Teilhabeforschung jetzt! 07.08.2012

3 In den zur Zeit gültigen „psychiatrischen Grundsätzen“ der bayerischen Staatsregierung kommt „Selbstbestimmung“ nur einmal vor: S. 27: Die Hilfeerbringung im Sinne einer Personenzentrierung sollte hierbei soweit als möglich ambulant erfolgen und sich *an dem höchst erreichbaren Maß an Selbstbestimmung* und Eigenverantwortung der Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Berücksichtigung der Interessen der Angehörigen und der Gesellschaft insgesamt orientieren. (Hervorhebung v. d. Autorin)

4 s. Zwangseinweisungen Psychiatrie**:** http://www.erepro.de/2012/05/17/zwangseinweisungen-psychiatrie/ und M. Osterfeld, DGPPN gegen richtungsweisendes Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Soziale Psychiatrie 2/2012, S. 34

5 Legendre, Pierre: Das Verbrechen des Gefreiten Lortie. Abhandlung über den Vater. Lektionen VIII. Freiburg (Rombach) 1998.

6 Handke, Peter, 1991, Versuch über die Müdigkeit.

7 s. Byung Chul Han, 2008, Müdigkeitsgesellschaft. Er bezieht Handkes Lob der "wahren" Müdigkeit auf eine milde, offene und tolerante Gesellschaftserfahrung.

8 Begriff von Kierkegaard, 1849, Die Krankheit zum Tode.

8a Shaw, Clare, 2012, Selbstverletzung und Überleben. In: „Auf der Suche nach dem Rosengarten“. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen. 2012, S. 21

9 Zum Beispiel bei Kant. s. http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CGgQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.philosophieverstaendlich.de%2Ffreiheit%2Fklassiker%2Fkant.html&ei=yGoSUKuVNczOsgaO54HAAw&usg=AFQjCNFFNPIlKxeG5XQ-7yihu_DOaePrBg 27.07.2012: „In diesen Zusammenhang (der Kritik d. Red.) gehört auch folgendes Problem. Nach Kant ist die noumenale (Noumenal – das Ding an sich – die. Red.) Welt nicht zeitlich strukturiert. Wenn ein handelndes Subjekt als Noumenon spontan eine Reihe von Begebenheiten von selbst anfangen lässt, muss

das aber zu einem bestimmten Zeitpunkt geschehen. Auch freies Handeln ist Handeln zu einem Zeitpunkt und damit mit dem nicht-zeitlichen Charakter eines noumenalen Subjekts unvereinbar.“

10 s. Francois Jullien, 2011 über chinesische Philosophie: http://www.freitag.de/autoren/michael-jaeger/das-universelle-lasst-uns-suchen 25.07.2012

10a s. Baumann a.a.O.
Baumann bezieht sich auf Freud „Das Unbehagen in der Kultur“ (1930). Freud habe erkannt, dass ein Wert stets gegen einen anderen eingetauscht werden muss. Aus diesem Tausch entspringt letztlich die Erfahrung des Unbehagens. Der Mensch der Moderne hat "für ein Stück Glücksmöglichkeit ein Stück Sicherheit eingetauscht" (Freud) Dem stellt Bauman die These entgegen: "Postmoderne Männer und Frauen haben ein Stück ihrer Sicherheitsmöglichkeit gegen ein Stück Glück eingetauscht."

11 www.xl-art.de 25.07.2012

12 Markus Schroer, 2006, Selbstthematisierung. In: Die Ausweitung der Bekenntniskultur - neue Formen der Selbstthematisierung? von Günter Burkart, S. 41 http://www.springerlink.com/content/978-3-531-14759-/#section=416106&page=1&locus=57 26.07.2012

13 Peter Fuchs, Vortrag 10. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters. Langeoog 2012

14 Joachim Lux, Intendant des Hamburger Thalia Theaters, weist darauf hin in seinem Vortrag bei den Langeooger Psychotherapietagen für Kinder- und Jugendpsychiatrie 2012. Dabei zitiert er Frank Castorf: „Wir Deutschen haben die Juden - das Fremde, das uns angeschaut hat – ausgerottet“.

15 Heinrich von Kleist, 1805, Über die allmähliche Verfertigung der Gedanken beim Reden.

16 s. dazu der Film des Neurologen und Nobel-preisträgers Eric Kandel „Auf der Suche nach dem Gedächtnis“: Das Gedächtnis zählt für Kandel zu den bemerkenswertesten Aspekten der menschlichen Existenz. "Die Erinnerung versieht unser Leben mit Kontinuität; ohne die bindende Kraft der Erinnerung würden unsere Erfahrungen in ebenso viele Bruchstücke zersplittern, wie es Momente im Leben gibt. Interessant dabei die Wirkweise des Dopamin.

17 http://de.wikipedia.org/wiki/Salutogenese 10.11.2011

18 Stefan Klein, Der Sinn des Gebens, 2011, s. http://www.stefanklein.info/de/node 12.1.2012

19 Der Satz stammt aus Sartre, Jean-Paul, 1944/47, Geschlossene Gesellschaft.

20 Joachim Bauer, Auf Ungerechtigkeit reagiert unser Gehirn mit Ekel. FR 2010 : http://www.fr-online.de/wissenschaft/hirnforscher-joachim-bauer--auf-ungerechtigkeit-reagiert-unser-gehirn-mit-ekel-,1472788,8302712.html 11.11.2011

21 z.B. John Rawls 1921 – 2002 und Martha Nussbaum geb. 1947

22 Eurich J., 2009, Soziale Gerechigkeit, Selbstbestimmung und Menschen mit Behinderung. Anmerkungen zu Schwierigkeiten des liberalen Akteursmodells.

23 s. dazu die Diplomarbeit http://othes.univie.ac.at/10419/1/2010-05-31_0355758.pdf 21.2.2012-08-07 Zitat:
Aus diesen erschreckenden Erfahrungen hat sich über die folgenden Jahrzehnte der Gedanke der Selbstbestimmung, Normalisierung und Integration als gegenteiliger Standpunkt durchgesetzt, und es wurde festgelegt, „dass zum Leben jedes Erwachsenen das Recht auf Arbeit gehört – unabhängig von der Art oder Schwere einer Behinderung oder Beeinträchtigung“.

24 Zitate aus Eurich a.a.O.

25 http://de.wikipedia.org/wiki/Disability_Studies

26http://de.wikipedia.org/wiki/Menschenbild#Das_Menschenbild_des_deutschen_Grundgesetzes 2.10.2011

27 Schelkshorn, Hans, Europa und die arabische Revolte. 8.3.2011 http://www.fr-online.de/debatte/europa-und-die-arabische-revolte-fuer-eine-sprache-der-anerkennung,1473340,7800130.html und Schelkshorn, Hans, Unbehagen an welcher Moderne? Trans, Internet-Zeitschrift für Kulturwissenschaften 15, 2004

27a Beleg: es wurde sogar eine neue Partei gegründet aus einem Bedürfnis nach mehr Bürgerbeteiligung: die Piraten.

27b http://www.tele-akademie.de/01_startseite.php

28http://www.facebook.com/events/206884712721962/ 12.3.2012

29http://www.youtube.com/watch?v=CsWKXXL3Rxk

30 Hilmar Schneider, Die gegenwärtige Arbeits-situation. Interview im Deutschlandradio Kultur 28.03.2012 http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/thema/1715856/

30a Juli Zeh und Ilja Trojanow, 2009, Angriff auf die Freiheit. s. auch http://www.fr-online.de/panorama/interview-juli-zeh--am-ende-entscheidet-das-herz,1472782,16727418.html

31 Angriff auf die Demokratie a.a.O

32 Nina Pauer, 2011, Wir haben keine Angst.

33 Nachtwey. O., Im Paternoster nach unten. Mobilität. Aus der Aufstiegsgesellschaft ist eine Abstiegsgesellschaft geworden. Wie konnte es eigentlich so weit kommen? Der Freitag, 19.7.2012, Seite 5.

34 Heinz Bude, 2010, Die Ausgeschlossenen: Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft.
35 s. Foto in *hilfe* Blätter von EREPRO Nr.13
36 Zitiert und referiert aus: Theweleit, Klaus, 1977,78, Männerphantasien.
Zitate aus: BR-ONLINE, 29.03.2007, Klaus Theweleit, Kulturtheoretiker, im Gespräch mit Dr. Wolfgang Habermeyer. http://www.br-online.de/download/pdf/alpha/t/theweleit.pdf 14.06.2012
37 Lars Koch, 1973, 2006, Der Erste Weltkrieg als Medium der Gegenmoderne – Zu den Werken von Walter Flex und Ernst Jünger.
38 Lorenz Jäger s. http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/debatte-adieu-kameraden-ich-bin-gutmensch-11481906.html 14.06.2012
39 Beides in der Ausstellung des Deutschen Historischen Museums in Berlin: Friedrich der Große – verehrt, verklärt, verdammt … http://www.dhm.de/ausstellungen/friedrich-der-grosse/14.06.2012
40 Hafeneger: http://www.fr-online.de/wissenschaft/was-lesen-schwarze-paedagogik,1472788,8317200.html 14.06.2012
41http://www.imew.de/fileadmin/Dokumente/Volltexte/Tagungen_2011/Inklusionkonkretveranstaltung_032011/Selbstbestimmung_Spagat_zwischen_Autonomie_und_Solidaritaet.pdf 14.06.2012
42 dradio.de, 16.03.2012, Der Dominikanerpater und Soziologe Wolfgang Ockenfels über politische Nächstenliebe. Das Gespräch führte Jürgen Liminski.
http://www.dradio.de/dlf/sendungen/interview_dlf/1704712/ 14.06.2012
43 Nina Pauer, 2011, a.a.O.
44http://psychokrieg.blogspot.de/2010/05/denker-gelten-der-psychiatrie-jetzt-als.html 14.06.2012 und
„Nachhilfe statt Pillen“ Der Harvard-Entwick-lungspsychcloge Jerome Kagan über die Erfindung psychischer Massenleiden bei Kindern und Jugendlichen, die überschätzte Rolle der Mutter-Kind-Bindung und die Krise seines Berufsstandes, Der Spiegel 31/2012, S. 94
45 Franz Resch, Eröffnungsvortrag, Vortrag 10. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters. Langeoog 2012
46 http://de.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie 14.06.2012
47 „Psychiatrie als diagnostische Disziplin“ so in einer Pressemitteilung http://www.dmsg.de/dokumentearchiv/dgppnkongress_einladung.pdf 14.06.2012
48http://www.dgppn.de/dgppn/struktur/referate/forensik.html 14.06.2012
49http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s2-praxisleitlinien-bd2-aggressives-verhalten.pdf 14.06.2012
50 Die erste Leitlinie unter Beteiligung der Angehörigen- und Patientenverbände war die über bi-polare Störungen im Jahre 2012: http://www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/detailansicht/browse/1/article/307/bipolare-st.html 23.08.2012
Die Projektgruppen mit ca. 25 bis 30 Vertretern und einem Psychiatrieerfahrenen treffen sich in zwei Jahren ca. 5 – 6 Mal. s. Anm. 51
51 Bericht von St. Weinmann in einer Arbeitsgruppe bei dem internationalen Kongress „Auf der Suche nach dem Rosengarten“. 2011
s. auch Weinmann, St.2007, Evidenzbasierte Psychiatrie: Methoden und Anwendung von Stefan Weinmann, 2007 Hrsg. W. Gäbel und F. Müller-Spahn
Michael Schulte-Markwort von der UKE in Hamburg weist ebenfalls auf diese durch die Pharmaindustrie „verzerrte Berichterstattung“ hin in einem Vortrag 10. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters. Langeoog 2012
51a Im UK werden bei entsprechenden Arbeitsgruppen 10 Betroffene gehört „pers,onal accounts“, und deren qualitative Einschätzungen werden - so wie sie sind - in dass Ergebnis mit aufgenommen. Information von dem internationalen Kongress „Auf der Suche nach dem Rosengarten“ 2011.
52http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s1-praxisleitlinien-bd7-psychosoziale-therapien.pdf 14.06.2012
52a während des internationalen Kongresses 2011 „Auf der Suche nach dem Rosengarten.“
s. Beresford, P. 2012, Die Rolle des Wissens der Betroffenen beim Aufbau von Alternativen zur Psychiatrie. In: „Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen. Projektdokumentation.“ S. 8
53 Stellungnahme Nr. 1 / 16.01.2012 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug.
http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-01-16-zwangsbehandlung.pdf 14.06.2012
54 Im Zusammenhang mit der Stellungnahme zum Urteil des Verfassungsgerichtes.
55 M. Osterfeld, DGPPN gegen richtungsweisendes Urteil des Bundesverfassungsgerichts. Soziale Psychiatrie 2/2012, S. 34
56 http://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20111012_2bvr063311.html 2 BVR 633/11 vom 12.10.2011

56a eine Abschrift des Urteils liegt uns vor.
s. auch die ausführliche Darstellung in Hans-Rainer Sandvoß, 1998,Widerstand 1933-1945. Berlin. Friedrichshain / Lichtenberg.

57 s. oben - entsprechend den Ausführungen von Lars Koch.

58 http://www.zwangspsychiatrie.de/2007/12/schwere-identitatskrise-der-psychiater-nur-okkultismus-hilft/ 16.06.2012

59 http://de.wikepedia.org/wiki/Psychotherapie 16.6.2012

60 http://www.freiheitpur.i-networx.de/Hartz%20IV%20und%20Psychiatrisierung%5B1%5D.pdf

61 s. die Kritik auch von Schulte-Markwort an der klassischen Arzt-Patienten-Beziehung bei der Darstellung des Mediziner-Siegels, Vortrag 10. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters. Langeoog 2012

61a s. ein beeindruckendes Konzept „Validation“ im Umgang mit dementen Menschen.
Feil, Naomie, 2010,Validation in Anwendung und Beispielen: Der Umgang mit verwirrten alten Menschen.

62 Joachim Bauer, "Auf Ungerechtigkeit reagiert unser Gehirn mit Ekel" http://www.fr-online.de/wissenschaft/hirnforscher-joachim-bauer--auf-ungerechtigkeit-reagiert-unser-gehirn-mit-ekel-,1472788,8302712.html 16.06.2012

63http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s2-praxisleitlinien-bd2-aggressives-verhalten.pdf 16.06.2012

64 Es geht immer wieder durch die Zeitungen, dass bei Bränden in psychiatrischen Kliniken Menschen zu Tode kommen, die Zwangsmaßnahmen wie Fixierung ausgesetzt waren.
Siehe http://www.erepro.de/2012/07/09/diese-behandlung-wurde-man-keinem-tier-zumuten/#comments

65 Wenn die Betreuung „alle Bereiche“ betrifft, was ab und zu auch aus Bequemlichkeit so angeordnet wird.
http://www.wahlrecht.de/lexikon/ausschluss.html

66s.http://www.erepro.de/2012/02/28/privatisierung-des-masregelvollzuges/

67http://www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/zum-urteil-d-1.html

68 http://bewegung.taz.de/aktionen/4wikileaks/beschreibung
http://www.tolzin.de/e-smog/munzert/ 17.06.2012
Wir verweisen hier auf das sog. Rosenhan-Experiment:
http://de.wikipedia.org/wiki/Rosenhan-Experiment

68a s. Info über Kongreess in Anmerkung 51

69 http://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.psychiatriereform-wir-wollen-das-beste-gesetz.e0eaac0b-02f5-4e8e-b135-466bec89fd8c.html 10.12.2011

70 Michael Wunder, Die UN-Konvention zu den Rechten Behinderter – ein Prüfstein für den zukünftigen Umgang mit Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung. Zeitschrift für Inklusion, Nr. 2 (2009)

71 Am 13.2.2012 fand im Baden-Württemberger Landtag in Stuttgart eine Anhörung der Grünen unter dem Motto “Zwischen Selbstbestimmung und Schutz: Rechte von psychisch kranken Menschen stärken” statt. Anlaß war das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.3.2011, in dem psychiatrische Zwangsbehandlung für verfassungswidrig erklärt wurde. Später wurde dann auch das Baden-Württemberger Unterbringungsgesetz für teilweise verfassungswidrig und nichtig erklärt. Dies machte gesetzliche Neuregelungen notwendig, die nun auf dem Weg sind.
http://www.meinungsverbrechen.de/?tag=psychiatriekritik

72 Knecht, Ursula, „Anwaltliche Beiordnung zwingend notwendig“ In: Soziale Psychiatrie3/2012, S. 18
Frau Knecht fordert in dem Zusammenhang die Zuordnung eines Rechtsanwaltes von Amts wegen.

73 „Maßregelvollzug vs. Strafvollzug“ war hier nicht Thema. http://www.rubrr.de/dok/RUBRR-O004-2011S-Buchartowski.pdf

74 http://www.die-bpe.de/gutachterliche_stellungnahme_ba_wue/stellungnahme.pdf 18.06.2012

74a http://openjur.de/u/435118.html#

75 Bickhardt, Jürgen, Der Patientenwille. Was tun, wenn der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann? 2010

76 http://www.patverfue.de/media/PatVerfue.pdf

77 Solche „Bevollmächtigten“ zu finden, erweist sich als nicht so einfach in der Praxis.

78 https://www.datenschutzzentrum.de/interviews/steinmueller/

79 http://de.wikipedia.org/wiki/Informationelle_Selbstbestimmung 18.06.2012
Weitere Informationen dazu:
http://www.iqpr.de/iqpr/download/projekte/prve_RechteundPflichten_F323.pdf 11.12.2011
http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/40merkblaetter/10merkblaetter/auskunftspflicht.pdf 11.12.2011
http://www.hartz-4-empfaenger.de/mitwirkungspflicht 10.121011

80 http://schweigepflicht-online.de 18.06.2012
s. dazu ein Bericht aus der Praxis: Goßmann, Martin, 2009, Wem gehören die Daten über die Behandlung des Patienten? In: Psychotherapie im Dialog, 4/2009, S. 353.
81http://www.bverfg.de/entscheidungen/rk20060109_2bvr044302.html 18.06.2012
82http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Psychotherapeutenjournale/2007/200704/20071219_rasehorn_ptj-04-2007.pdf 18.06.2012
83 http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rv/wtg.html#6
84 s. *hilfe* Blätte von EREPRO Nr. 14
Einen Überblick über die Diskussion bei einer Fachtagung 2009 bietet die Seite der Berliner Patientenbeauftragten
http://www.berlin.de/lb/patienten/fachtagung/
85 http://www.taz.de/!64248/
86 http://www.medical-it-blog.de/20111214/bruno-stehli-im-interview-herausforderungen-in-der-medical-it-und-projekte-in-2012/#more-1318 18.06.2012
87 http://www.piratenpartei-kassel.de/content/patientendaten-geh%C3%B6ren-weder-aufb%C3%BCrgersteige-noch-auf-e-cards 18.06.2012
88 http://www.zeit.de/digital/datenschutz/2011-11/datenschutz-psychiatrie-krankenakten/komplettansicht
89 s. http://www.stoppt-die -e-card.de. Die Gegner der elektronischen Gesundheitskarte sind in einem Musterverfahren vor dem Düsseldorfer Sozialgericht in erster Instanz gescheitert. Die bereits millionenfach verteilte Karte sei in ihrer jetzigen Form gesetzes- und verfassungsgemäß, urteilte das Gericht. http://www.fr-online.de/wirtschaft/elektronische-gesundheitskarte-klage-gegen-e-card-abgewiesen,1472780,16499110.html
s.auch „Ungehorsam“ von Dr. med. Hontschick FR 23./24.6.2012
90http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/01/index.php?norm_ID=0106500 18.06.2012
91 http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/__1.html 18.06.2012
http://www.iqpr.de/iqpr/download/projekte/prve_RechteundPflichten_F323.pdf 18.06.2012
92 http://www.mut-zum-anderssein.de/PDF/ReferatBerlin03.11.pdf 18.06.2012
93 http://www.bpe-online.de/infopool/recht/bpe/pb.pdf 18.06.2012
94 s. Eurich, Johannes,2007, Selbstbestimmung und Personenzentrierung in der Professionellen Beziehungsgestaltung.
95 Eurich, Johannes, 2009, Soziales Leben gestalten. Hrg. Volker Hermann, Diakoniewissenschaftliches Institut, S. 262
96 Fintz, Anette , 2009, Das Paradox der Autonomie, In: Psychiatrie im Dialog 4/2009, S. 333
96a http://www.stiftung-medizinersiegel.de/index.html. 15.08.2012
96b Bertelmannstiftung, 2005, Shared Decision Making: Konzept, Voraussetzungen und politische Implikationen.
http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-83453704-580045BA/bst/chartbook_190705_%282._Auflage%29.pdf
97http://www.cbp.caritas.de/aspe_shared/form/download.asp?form_typ=370&ag_id=1123&nr=332811 18.06.2012
98 http://sozialwesen.fh-potsdam.de/uploads/media/Inklusion_und_Exklusion.pdf 18.06.2012
99 http://www.fr-online.de/meinung/leitartikel-von-verlierern-lernen,1472602,3206636.html 18.06.2012
100http://www.vollekanne.zdf.de/ZDF/zdfportal/web/ZDF.de/Volle-Kanne/2942414/6599670/bdeba9/Krank-durch-Doppelbelastung.html
101 Byung-Chul Han, 2008, Müdigkeitsgesellschaft
102http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/thema/1715856/ 18.06.2012
103 Wirtschaft- das IHK-Magazin für München und Oberbayern – 7/12, S. 64
104 Wirtschaft- das IHK-Magazin für München und Oberbayern – 7/12, S.66
105 Ehrenberg, A., 2008, Das erschöpfte Selbst
106http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/thema/1715856/ 18.06.2012
107 Sauer, Stefan, 2012, Bournout, Angestellte in der Psycho-Falle. FR 25.7.2012
http://www.fr-online.de/wirtschaft/kommentar-zur-arbeitsbelastung-burnout---angestellte-in-der-psycho-falle,1472780,16709068.html
108 Wirtschaft- das IHK-Magazin für München und Oberbayern – 7/12, S.66
109 Soziale Psychiatrie 3/12, S. 57 und Spiegel 31/2012 a.a.O.
110 Schulte-Markwort, M. in einem Vortrag 10. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters. Langeoog 2012, s. u. Mediziner Siegel
111http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/thema/1715856/ 18.06.2012
112 Diese Forderung erhebt Rohra ausdrücklich für Demenz-Gruppen. Rohra, Helga, 2011, Aus dem Schatten treten. S. Buchbesprechung in diesem Heft.
113 Peter Fuchs, Soziologe, a.a.O.
114 Anthony Giddens, Konsequenzen der Moderne, Frankfurt a.M. 1996. Der Autor spricht von „Embedded“.
s. auch Wolfgang Kraus, 1999, Identität als Narration: Die narrative Konstruktion von

Identitätsprojekten. http://web.fu-berlin.de/postmoderne-psych/berichte3/kraus.htm 19.08.2012

115 http://www.berliner-zeitung.de/magazin/leben-in-zeiten-von-facebook-gemeinsam-allein-im-internet,10809156,15221430.html (Artikel nicht zu empfehlen)

116 s. Artikel in diesem *hilfe* Heft von R. Klimm

117 Auch „Empowerment“ genannt
s. Lenz, Albert, 2009, Empowerment – eine Perspektive für die psychosoziale Praxis. In: Psychotherapie im Dialog, 4/2009, S. 341

117a DIE ZEIT, 3.6.1994 Nr. 23

118 http://www.pbs-neckargemuend.de/inhalte/SELBSTSORGE.pdf

119http://www.joachimbossler.de/mediapool/25/258044/data/Therapieinformationen_und_Vertrag.pdf

120 Schiepek, Günter, 2009, Autonomie und Eigendynamik von Patienten und deren Entwicklungsprozesse. In Psychotherapie im Dialog, Nr. 4/2009, S. 296

121 http://www.selbstbestimmung-des-patienten.uni-goettingen.de/index.php?id=10

122 http://www.selbstbestimmung-des-patienten.uni-goettingen.de/index.php?id=10

122a Naugton, John, Aristoteles war kein Idiot. Vor 50 Jahren entwickelte Thomas Kuhn den heute oft missbrauchten „Paradigmenwechsel“. Eine Begriffserklärung. Der Freitag, 35, 30.8.2012

122 b
http://www.gutefrage.net/frage/psychiatrisierung 16.11.2011

122 c s. „Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen. Projekt-dokumentation. April 2012“

123 s. Artikel „Selbstbestimmung in der Praxis“ in diesem Heft

124 Handlungsfähigkeit bedeutet nach herrschender Meinung Geschäftsfähigkeit, Deliktsfähigkeit und Verantwortlichkeit für die Verletzung von Verbindlichkeiten.

124a s. Anm. 122a

125 Zur Information über Unterstützungs-möglichkeiten, s. Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen. Projektdokumentation. April 2012, S. 50 ff.
Über Genesungsbegleiter in NRW:
http://www.idee-verein.de/aktuell/rundbrief/zertifikats%C3%BCbergabe 23.08.2012

126 s. Krisor, Mathias, Pfannkuch, H, 1997, Was du nicht willst das man dir tut…
Krisor, Mathias, Auf dem Weg zur gewaltfreien Psychiatrie. Das Herner Modell im Gespräch 1997
Ohne zeitweiliges Einsperren geht es auch dort nicht. Information eines Mitarbeiters.

127 Immer wieder erfährt man von Todesfällen fixierter Menschen in diesem Zusammenhang bei Bränden in Kliniken oder Heimen.

128 s. dazu Munz, Dietrich, Göpel, Kristiande, Löffler, Dagmar, 2009, Patientenbeschwerdestellen: Förderung der Patientenautonomie durch Aufklärung und Hilfe. In: Psychotherapie im Dialog, 4/2009, S. 359

129 http://www.gruene-bundestag.de/cms/gesundheit/dok/398/398441.wie_koennen_selbstbestimmung_und_hilfebe.pdf 19.06.2012

130 In Krisenzeiten tauchen regelmäßig mehr Forderungen nach Gerechtigkeit und Selbstbestimmung auf:
s. auch Gespräch mit Christina von Braun über ihr Buch Der Preis des Geldes, 2012.
http://www.hr-online.de/website/fernsehen/sendungen/index.jsp?rubrik=58045

131 Volker Kraft, Zeitgeist und Erziehung. Vortrag 10. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters. Langeoog 2012

132 Celikates, Robin, 2011, Nicht immer eine Frage der Ehre.
http://www.fr-online.de/kultur/literatur/nicht-immer-eine-frage-der-ehre/-/1472266/8264102/-/index.html 1.4.2011

133 Die Forderung, dass nur Psychiatriebetroffene, bzw. „survivors“ diese Forschung durchführen, wird sich wohl praktisch nicht aufrecht erhalten lassen, ist aber sehr bedenkenswert.
Eine Kongressdokumentation liefert gute Argumente dafür: „Auf der Suche nach dem Rosengarten. Echte Alternativen zur Psychiatrie umsetzen. Projektdokumentation. April 2012“

134 Eginhard Koch, Die Möglichkeit des Scheiterns in der therapeutischen Behandlung, Vortrag 10. Psychotherapietage des Kindes- und Jugendalters. Langeoog 2012

135 http://www.fr-online.de/kultur/michel-serres-dankesrede--plaedoyer-fuer--frallemagne-,1472786,15115030.html

136 http://www.fr-online.de/wissenschaft/reformpaedagogik-umstrittenes-erbe,1472788,4529408.html