

11. Die Würde des Patienten achten

11.1 Definition verschiedener Distanzen

Im Alltag beanspruchen Menschen einen bestimmten Raum für sich, den sie benötigen, um sich sicher und wohl zu fühlen. Jeder Mensch hat ein spezifisches Raumbedürfnis. Daraus resultieren territoriale Ansprüche gegenüber anderen. Bei den Seminaren ist häufig zu beobachten, daß Teilnehmer sich ihren Stuhl im Kreis suchen und am nächsten Tag ungehalten reagieren, wenn dieser Platz besetzt ist. Schon nach wenigen Stunden beanspruchen sie den Platz für sich. Das setzt sich beim Einnehmen der Mahlzeiten fort, auch hier entstehen Sitzordnungen und Besitzansprüche. Wieviel Raum braucht ein Mensch? Mit dieser Frage beschäftigte sich Dr. Edward T. Hall, Professor an der Northwestern University.¹⁰⁷ Er fand vier Zonen heraus, in denen die meisten Menschen operieren. Er bezeichnet sie als:

1. Intime Distanz
2. Persönliche Distanz
3. Gesellschaftliche Distanz
4. Öffentliche Distanz

Die intime Distanz kann nach Hall sehr gering sein und bewegt sich zwischen der nahen intimen Distanz, Körperkontakt und der entfernten intimen Distanz, im Bereich von 20 bis 60 cm.

Das Durchbrechen der Intimdistanz bis hin zum Körperkontakt akzeptiert der Mensch in der Regel nur bei vertrauten Personen, wie z.B. beim Partner oder von Freunden.

Auf die Intimdistanzen wird im Laufe dieses Kapitels näher eingegangen.

¹⁰⁷ vgl. Fast, Julius, Körpersprache, Reinbek bei Hamburg 1979, S. 21-34

Auch bei der persönlichen Distanz unterscheidet Hall zwischen zwei Entfernungsgraden: Die nahe persönliche Distanz, die eine Entfernung von 60 bis 90 cm umfaßt, und die entfernte persönliche Distanz von ca. 1 bis 1,5 m. In der nahen persönlichen Distanz kann man dem Partner noch die Hand geben und in Kommunikation, treten. Diese Distanz finden wir z.B. auf Stehparties, denn sie ermöglicht eine verbale Kommunikation und in dieser Situation scheint sie auch angemessen, d.h. gesellschaftlich legitim.

In der entfernten persönlichen Distanz fällt es schwer, den Gegenüber zu berühren. Deshalb sind Begegnungen dieser Art, so Hall, meist nicht sehr privater Natur, jedoch eng genug für ein persönliches Gespräch. Wenn Menschen sich auf der Straße treffen, halten sie in der Regel diese Distanz ein, um miteinander zu reden. Hall sieht in der entfernten persönlichen Distanz die Botschaft: „Ich halte Sie auf Armlänge von mir entfernt.“¹⁰⁸

Bei der gesellschaftlichen Distanz gibt es ebenfalls zwei Entfernungen: Die nahe gesellschaftliche Distanz liegt zwischen 1,5 m und 2 m. Die entfernte gesellschaftliche Distanz reicht von 2 bis zu 4 m.

In der nahen gesellschaftlichen Distanz begegnet z.B. der Geschäftsmann dem Kunden, der Kunde dem Lebensmittelkaufmann, dem Postboten oder anderen Personen, zu denen man nicht unbedingt einen persönlichen Kontakt hat. Leitende Angestellte können diese Entfernung zu Untergebenen nutzen, um Herrschaftsansprüche geltend zu machen. Der Chef, der vor dem Sekretär steht während dieser sitzt, zeigt, daß er der Mächtigere ist, ohne ein Wort zu sagen. Er zeigt, daß er dem Untergebenen ruhig zunahe kommen darf, dieser ihm aber nicht. Entfernung kann also genutzt werden, um Dominanz zu demonstrieren.

¹⁰⁸ Fast, Julius, a.a.O., S.32

Die entfernte gesellschaftliche Distanz hat Gültigkeit bei offiziellen gesellschaftlichen oder geschäftlichen Anlässen.

Ein leitender Angestellter hat oft einen Schreibtisch, der es ermöglicht, diese Distanz zu seinen Untergebenen einzuhalten. Vor dem großen Schreibtisch des Leiters kann der Untergebene ruhig stehen, ohne daß der Chef einen Statusverlust riskiert. Der vor ihm Stehende befindet sich nämlich durch die Entfernung von Kopf bis Fuß in seinem Sichtfeld. Der Blickkontakt spielt bei dieser Distanz eine große Rolle, denn Körperkontakt ist bei dieser Entfernung nicht möglich. In unserem Kulturkreis gilt es deshalb als unhöflich, wenn man den Blickkontakt zum Gegenüber abbricht, ihn aus dem Gespräch ausschließt. Die gesellschaftliche Distanz bietet jedoch auch Schutzräume, wie z. B. zwischen Empfangsherren und Besuchern. Der Angestellte kann bei dieser Entfernung ruhig weiterarbeiten ohne unhöflich zu wirken. Es besteht aber auch die Möglichkeit, miteinander zu kommunizieren. Aber auch im Privatleben nutzen u.a. Paare die gesellschaftliche Distanz, in der sie miteinander reden, jedoch auch nebeneinander sitzen und lesen können, ohne durch ihr Verhalten auf den anderen unhöflich zu wirken. Die gesellschaftliche Distanz läßt sich also auch als Höflichkeitsdistanz beschreiben.

Als äußersten Bezirk für den Raumbedarf führt Hall die öffentliche Distanz an. Auch hier unterscheidet er wieder zwischen den zwei Qualitäten, nämlich der nahen und der entfernten öffentlichen Distanz.

Die nahe Phase der öffentlichen Distanz beträgt 4 bis 8 m.

Die entfernte Phase der öffentlichen Distanz beträgt 8 und mehr Meter.

Die nahe öffentliche Distanz finden wir in Situationen zwischen einem Lehrer und einer Klasse oder, wenn der Chef vor der Belegschaft spricht.

In der entfernten öffentlichen Distanz bewegen sich Politiker, wenn sie eine Rede halten, was unter anderem auch mit der persönlichen Sicherheit zusammenhängt.

Bei dieser Einteilung bleibt zu bemerken, daß es nicht nur um ein reines Entfernungsmaß, sondern um eine Skala zwischenmenschlicher Beziehungen geht¹⁰⁹. Wichtig ist auch, daß diese Angaben keine Allgemeingültigkeit besitzen, sondern in den verschiedenen Kulturkreisen vollkommen anders bewertet werden. Hall schreibt, daß z.B. die Japaner Privatsphäre untrennbar mit ihrem Haus oder der Wohnung verbinden, und ein unerlaubtes Eindringen in diesen Bereich eine Distanzverletzung darstellt. Andererseits drängen sie sich gerne mit anderen Menschen auf engem Raum, wie es auch die Araber tun. Dazu Hall: „Der Araber will seinen Begleiter berühren, fühlen und riechen. Wer einem Bekannten den Atem verweigert, schämt sich seiner.“¹¹⁰ Dieser Aspekt unterscheidet Araber und Japaner. Den Japanern gelingt, es in der Situation der Nähe eine gewisse Förmlichkeit und Isoliertheit zu bewahren, bei den Arabern verwischen sich diese Grenzen.

Aber auch schon im näheren europäischen Ausland treffen wir auf unterschiedliche Distanzen, beispielsweise geben sich Franzosen und Portugiesen zur Begrüßung Küsse auf die linke und rechte Wange, oder deuten diese zumindest an.¹¹¹ In Deutschland gebietet es die Höflichkeit, einander die Hand zu reichen, obwohl bestimmte Gruppierungen ihre eigenen Begrüßungsrituale entwickeln, d.h. sich auf eine bestimmte Art die Hände zu reichen oder sich zu umarmen. Diese Distanzen sind also individuell und variabel, je nach Person und Stimmung.

Die Teilnehmer sollen in dieser Seminareinheit speziell für den Bereich der Intimdistanzen sensibilisiert werden, da sie diese in ihrer Tätigkeit als Pflegepersonal täglich durchbrechen.

¹⁰⁹ Fast, Julius, a.a.O., S. 33

¹¹⁰ Fast, Julius, a.a.O., S. 37

¹¹¹ Fast, Julius, a.a.O., S. 36/37

11.2 Übung zur Darstellung der individuellen Distanz

Zum Einstieg erfolgt eine Übung, die die Individualität der Distanzen und ihre Beziehungsabhängigkeit zwischen Menschen deutlich macht.

Die Teilnehmer werden aufgefordert, sich in zwei Reihen mit identischer Personenanzahl gegenüber voneinander aufzustellen. Es sollte der größtmögliche Abstand zwischen den beiden Gruppen sein. Jede Person soll nun den direkt gegenüber stehenden Teilnehmer mit den Augen fixieren. Wenn sich auf diese Art die Zweierkonstellationen gefunden haben, sollen sie auf ein Kommando hin langsam aufeinander zugehen und dann stoppen, wenn sie meinen, daß der Abstand adäquat für ihre Beziehung ist. In der Regel endet diese Übung bei den Klassen mit einer Mischung aus naher und entfernter Intimdistanz. Teilnehmer, die sich gut kennen, fallen sich um den Hals, weniger vertraute bleiben im Abstand von ca. 50 cm stehen. Sofern eine Unterrichtskraft der Schule an der Übung mit einem Schüler teilnimmt, bleiben diese meistens in der nahen persönlichen Distanz stehen, also ca. 60 cm bis zu einem Meter, je nach Vertrautheit.

Bei diesen Distanzen spielen auch noch andere Faktoren, wie beispielsweise der Größenunterschied der Teilnehmer, eine Rolle. Denn angenommen, einer der Teilnehmer ist 1,85 m und der andere nur 1,60 m groß, so werden sie, auch wenn sie sich gut kennen, einen angemessenen Abstand einhalten, um bequem Blickkontakt aufnehmen zu können.

Im Anschluß an die Übung erfolgt eine kurze Auswertung zu folgenden Fragen:

„Mit wem hast du die Übung gemacht?“

„Wie hast du dich dabei empfunden?“

„In welcher Entfernung seid ihr stehengeblieben?“

„Könnt ihr euch vorstellen, warum ihr so stehengeblieben seid?“

Die Teilnehmer erkennen, basierend auf den Erfahrungen der Übung, daß jeder Mensch einen bestimmten Raum, eine Distanz benötigt, also auch die Patienten, die betreut werden.

11.3 Übungen zur Konfrontation mit der eigenen Intimdistanz

Das weitere Vorgehen wird nach der Darstellung von Vertiefungsmethoden zum Thema Nähe und Distanz beschrieben.

Um die Teilnehmer zu animieren, über die eigenen Intimdistanzen nachzudenken, werden Arbeitsblätter mit dem Umriß eines Menschen und Malutensilien verteilt. Die Teilnehmer werden aufgefordert, innerhalb von ca. zwanzig Minuten ihre Intimdistanzen farbig auf dem Blatt darzustellen, also den Bereich, in den nur vertraute Personen eindringen dürfen. Die Auswertung erfolgt dann in Kleingruppen mit etwa 4 Personen, die sich anhand des Plakates ihre Intimdistanzen zeigen und erklären. Erfahrungswert ist dabei, daß auf dem Bild die Genitalien von allen Teilnehmern als äußerst intim empfunden und ausgemalt werden, das restliche Bild jedoch die individuellen Unterschiede der einzelnen Teilnehmer ausdrückt. Es gibt Teilnehmer, die ausschließlich ihre Hände als nicht so intim bezeichnen, die Hand würden sie fast jedem geben. Andere wiederum stellen fest, daß alles an ihnen intim ist, und sie nur widerwillig Menschen an sich heranlassen.

Nach der Auseinandersetzung mit eigenen Distanzen wird im Gespräch der Transfer zum Berufsalltag hergestellt und die Situation der Patienten beleuchtet.

Zur weiteren Vertiefung werden die Teilnehmer in der folgenden Übung emotional mit dem Thema „Verletzung von Intimdistanzen“ konfrontiert. Vorbereitete Zettel mit den Namen der Teilnehmer werden in ein Behältnis gegeben. Danach werden jeweils zwei gezogen, wodurch es zu zufälligen Paarbildungen kommt. Die Paare erhalten den Auftrag, nun auf die

Zimmer zu gehen und dort gegenseitig eine Körper Ganzwaschung mit Intimpflege durchzuführen. Innerhalb kürzester Zeit regen sich massive Widerstände gegen die Übung. Nach einer Diskussion über das „Für“ und „Wider“ dieser Einheit brechen die Referenten die Runde ab. Die Teilnehmer werden informiert, daß es nicht darum geht, die Körper Ganzwaschung durchzuführen, sondern allein darum, mit welchen Gefühlen sie auf die Aufgabenstellung, in der ihre Intimdistanz verletzt werden sollte, reagiert haben.

11.4 Transfer der Erfahrungen auf den Krankenhausalltag

Den Schülern wird durch die Übungen deutlich, daß sie täglich Distanzen von Patienten verletzen und welche Gefühle die bloße Androhung der Distanzverletzung bei ihnen ausgelöst hat. Im Anschluß werden Ideen und Gedanken gesammelt, wie die Intimdistanz der Patienten so weit wie möglich gewahrt werden kann. Allerdings ist es in der Pflege nicht zu umgehen, Distanzen zu verletzen. Anhand von Beispielsituationen werden die Möglichkeiten für einen besseren Schutz der Patienten erarbeitet. Exemplarisch wird im folgenden die Situation geschildert, daß ein Patient auf dem Schieber sitzt, als die Ärzte den Raum zur Visite betreten. Ein Arzt bemerkt dies und erklärt, daß der Patient auf dem Schieber bleiben solle, da es die Visite nicht störe. Entscheidend aber ist, daß es den Menschen stört, der fast entblößt in einer erniedrigenden Position vor den Ärzten sitzt.

Eine Möglichkeit, den Patienten in dieser Situation zu schützen, kann es sein, einen ausreichenden Sichtschutz herzustellen oder den Patienten zu informieren, daß gleich die Visite kommt, damit dieser evtl. den Schieber vorher verlassen kann. Jedoch können auch die Ärzte gebeten werden, den Raum kurz zu verlassen, bis der Patient „fertig“ ist. Die Teilnehmer überdenken nach der Sensibilisierung durch die Übung eigene Verhal-

tensweisen, weil sie gespürt haben, wie ängstlich und hilflos sie in dieser Situation waren. So werden ihnen alltägliche, distanzverletzende Verhaltensweisen deutlicher und können geändert werden.

Im darauffolgenden Gespräch entwickeln die Teilnehmer Korrekturvorschläge, die im Anschluß genannt werden:

- bei Verrichtungen am Patienten, z.B. Körper Ganzwaschung, sollte ein ausreichender Sichtschutz hergestellt werden.
- der Patient sollte gefragt werden, ob ihn diese oder lieber eine andere Pflegekraft waschen soll.
- der Patient sollte möglichst von einer gleichgeschlechtlichen Pflegekraft versorgt werden, das gilt insbesondere für Pflegemaßnahmen im Genitalbereich, wie Blasenkateter legen, Genitalduschen oder -spülungen.
- soweit möglich, sollte sich der Patient selbst waschen.
- vor dem Betreten des Krankenzimmers sollte das Personal anklopfen.

11.5 Distanzen, die Pflegekräfte für sich beanspruchen

An dieser Stelle muß jedoch auch darauf hingewiesen werden, daß das Personal ebenfalls diese Distanzbedürfnisse hat, und daß es beispielsweise für eine Schülerin schwierig sein kann, einem Mann den Genitalbereich zu waschen. Auch Pflegepersonal muß diese Grenzen erkennen und sich vergegenwärtigen, daß es keine Schwäche ist, diese Probleme für sich zu erkennen. Im Gegenteil, denn wer sich diese Problematik bewußt gemacht hat, geht sensibler mit diesen Distanzen um. Problematisch ist, daß diese Ängste selten ausgesprochen werden, und daher der Einzelne glaubt, der Einzige mit dieser vermeintlichen Schwäche zu sein. Im Austausch mit der Gruppe wird deutlich, daß fast alle Pflegekräfte von diesem Problem betroffen sind, wodurch sie ermutigt werden, diese Ängste auszusprechen.

Zur Distanzwahrung dient u.a. die Schutzkleidung, auf deren Sinn und Zweck im folgenden hingewiesen wird:

- sie soll den Träger vor Schmutz schützen.
- sie läßt die Berufsgruppenzugehörigkeit erkennen.
- mit ihr verbindet sich die Legitimation, pflegerische Tätigkeiten am Patienten zu verrichten.
- sie hat die Aufgabe, eine Distanz zwischen Patienten und Personal herzustellen. Pflegekräfte werden durch die Kleidung zu neutralen und in den Augen vieler Patienten zu geschlechtslosen Wesen.¹¹² Dadurch schützt sie auch die Patienten, die die Pflegekraft auf Grund der scheinbaren Neutralität mit weniger Schamgefühl pflegerische Tätigkeiten verrichten lassen.

11.6 Pflegekräfte sind „Berufsberührer“

Samy Molcho schreibt, daß z.B. Ärzte, Pfleger, Masseure und Friseure „Berufsberührer“ sind, denen vertrauliche und intime Körperberührungen durch ihre Funktion zugestanden werden, die sonst nur nahen, vertrauten Menschen erlaubt sind.¹¹³ Diese Berührungen lösen Reize aus, die der Betreffende zwar registriert, jedoch versucht zu ignorieren, indem er den Menschen als „Unperson“ betrachtet und den Kontakt als funktionalen Vorgang bewertet. Der „Berufsberührer“ kann jedoch in Verlegenheit kommen, wenn der Patient emotional auf Berührungen reagiert, denn trotz vieler unangenehmer Gefühle, die auf beiden Seiten existieren können, fühlt sich der Mensch unwohl, so Molcho, wenn ihm körperliche Nähe vorenthalten wird.¹¹⁴ Er behauptet des weiteren, daß sich unter den herrschenden Bedingungen und den üblichen Umgangsformen in unserem

¹¹² vgl. Molcho, Samy, *Körpersprache*, München 1994, S. 182-184

¹¹³ vgl. Molcho, Samy, a.a.O., S. 182-184

Kulturkreis, in denen körperliche Berührungen erschwert, sogar tabuisiert sind, keine menschliche Wärme entwickeln kann. „Wir kommunizieren miteinander immer auf zwei Ebenen, einer rationellen und einer emotionalen. Es genügt nicht, wenn nur eine angesprochen wird - weder der Verständigung untereinander noch der Befriedigung unseres individuellen Bedürfnisses. Der Mensch ist ein soziales Wesen. Allerdings achtet er auch darauf, daß seine Unversehrtheit, sein Territorium gewahrt bleibt - nur wenige dürfen dessen Grenzen überschreiten.“¹¹⁵

11.7 Der soziale Tod

In einem engen Zusammenhang mit der Distanzverletzung steht der sogenannte soziale Tod.

Franco Rest schreibt, daß Menschen in unserer Gesellschaft sozial getötet werden.¹¹⁶ Er weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß nur jenes Mitglied der Leistungsgesellschaft einen Wert hat, das auch Funktionen übernimmt und erfüllen kann. Das soziale Sterben beginnt häufig lange vor dem physiologischen Tod, durch den Verlust von Funktionen, Rollen und Dingen.¹¹⁷ Der soziale Tod kann z.B. bei Menschen beobachtet werden, die nach dem Berufsleben in Rente gehen, bei Menschen, die ihre Arbeit verlieren, aber auch bei Randgruppen, wie Behinderten, Sinti und Roma. Diesen Gruppen wird in bestimmten Bereichen das Selbstbestimmungsrecht entzogen, statt dessen entscheiden Institutionen über sie. Beispielsweise kann ein Arbeitsloser nicht spontan verreisen, ohne das Arbeitsamt zu informieren, daß dann sogar noch Widerspruch einlegen kann. Die Menschen können also nicht mehr selbst entscheiden. Auch O. Mittag weist darauf hin, daß mit der Aufnahme in ein Krankenhaus

¹¹⁴ vgl. Molcho, Samy, a.a.O., S. 182

¹¹⁵ Molcho, Samy, a.a.O., S. 184

¹¹⁶ vgl. Rest, Franco, a.a.O., S.23-25

¹¹⁷ vgl. Rest, Franco, a.a.O., S.26-29

ein teilweiser Status- und Rollenverlust verbunden ist¹¹⁸. Aus Herrn Meier oder dem Großvater wird zunächst einmal ein Patient. Sein bis dahin gültiger Status, den er durch Wohnung, Kleidung oder soziale Attribute ausdrückte, ist weitgehend reduziert. Hinzu kommt, daß der Statusverlust zwangsläufig durch die Verletzung der Privat- und Intimsphäre gefördert wird.

11.8 Pflegepersonal tötet sozial

Die Kenntnis dieses Sachverhaltes führt zu der provokanten These: „Pflegepersonal tötet sozial.“ Damit werden die Teilnehmer im Plenum konfrontiert. Sie werden befragt, ob sie sich darunter etwas vorstellen können und ob ihnen Situationen einfallen, in denen sie durch ihr Verhalten Menschen ihres Selbstbestimmungsrechtes beraubt haben und somit die Identität des Individuums beschädigt haben. In der Regel erfolgen darauf keine Reaktionen, deshalb werden sie mit den folgenden Beispielen konfrontiert.

- Durchführung der Körper Ganzwaschung gegen den Willen des Patienten.
- dem Patienten Nahrung darreichen und ihn zwingen, einen bestimmten Teil zu essen.
- den Patienten Ruhezeiten vorzuschreiben.
- dem Patienten vertraute Menschen durch strenge Besuchszeiten entziehen.

Die Patienten werden in elementaren Dingen reglementiert und erzogen. Das Personal hat volle Verfügungsmacht darüber, wann ein Patient baden, essen oder auf die Toilette gehen darf. Franco Rest zitiert eine Patientin,

¹¹⁸ vgl. Mittag, Oskar, a.a.O., S. 48

die gesagt hat: „Hier gibt es Ärzte, Schwestern, Seelsorger, Angehörige - einen Menschen habe ich noch nicht gefunden.“¹¹⁹ Pflegepersonal verfügt über die Macht, Menschen „sozial zu töten“, wenn es diese Macht mißbraucht. Um zu veranschaulichen, wie stark in die Intimsphäre eingegriffen und Patienten sozial getötet werden, dient ein Beispiel von Franco Rest.

„Wenn wir beobachten konnten, daß nur relativ „neue“ Patienten bei den täglichen Waschungen versuchten, ihre Blöße zu bedecken, wenn diese leichtfertig unbedeckt blieb, jedoch die längere Zeit bereits in der Station Lebende diese Verteidigung ihrer Intimität schon aufgegeben haben, so deutet dies auf den Tod des sich noch selbst achtenden Lebens hin.“¹²⁰

Die Patienten haben sich mit der Situation und ihrer Machtlosigkeit abgefunden, sich in die Rolle des „guten Patienten“ hineingegeben, um mit dem Pflegepersonal zurechtzukommen.

Auch Franco Rest gibt zu bedenken, daß „der Mensch bis in sein Sterben hinein ein geschlechtliches Wesen bleibt, was sich in seinem Verhalten zur Nacktheit dem anderen Geschlecht gegenüber ebenso ausdrückt wie zu seinem geschlechtlichen Leben jetzt. Deshalb muß jede Form des sexuellen und geschlechtlichen Ausdrucks bei Sterbenden als angemessen angesehen werden“¹²¹.

11.9 Der Boß wird zum Bittsteller

Eine weitere These lautet: „Der Boß wird zum Bittsteller, wenn er die Schwelle zum Krankenhaus überschreitet, vielleicht mit Ausnahme der hochrangigen Privatpatienten.“¹²² Die Patienten werden aller Funktionen und Rollen enthoben und von ihrem sozialen Umfeld isoliert. In unserem

¹¹⁹ Rest, Franco, a.a.O., S. 28

¹²⁰ Rest, Franco, a.a.O., S. 29

¹²¹ Rest, Franco, a.a.O., S.29

¹²² vgl. Rest, Franco, a.a.O., S.28

Kulturkreis wird der Mensch auf seine Krankheit reduziert, die es zu behandeln gilt, jedoch selten als selbstbestimmtes Individuum wahrgenommen. In anderen Kulturen, wie z.B. in Afrika, werden durch die Schemata und Angehörigen Rituale für und mit dem Kranken durchgeführt, um sich so der „Heilkraft der Gruppe“ zu bedienen. Curt M. Genewein und Paul Sporken schreiben: „Nie haben wir es mit einem nur individuell und als einzelner existierenden Menschen zu tun, sondern immer mit einem ganz bestimmten Menschen in seiner je eigenen sozialen Situation und Umgebung. Die soziale Situation ist in Bezug auf Gesundheit oder Krankheit so wichtig, daß man sogar sagen kann: Wir teilen unsere Gesundheit oder Krankheit mit anderen.“ ... „Vor allem die Familie als primäre soziale Umgebung und das soziale „Klima“ ... spielen hier eine wichtige Rolle.“¹²³

In unserer Gesellschaft werden kranke und alte Menschen und andere Randgruppen in Institutionen abgeschoben und den Blicken entzogen. In der Institution Krankenhaus ist Pflegepersonal durch hierarchische Handlungsmuster maßgeblich an der sozialen Tötung der Patienten beteiligt, wenn sie ihre Verhaltensweisen nicht im Hinblick auf die Kenntnis dieses Sachverhaltes überprüfen und ausrichten. Die Aufforderung von Franco Rest lautet, daß der Tod nicht vorweg genommen werden darf, indem man die Menschen wie lebendige Leichen behandelt, die zwar zurechtgemacht und versorgt werden, von denen jedoch nichts mehr erwartet wird und die ihrer Funktionen/Rollen und somit der Identität beraubt werden.¹²⁴

Im Buch „Sterben im Krankenhaus“ beschreibt eine Angehörige in Tagebuchform ihre Beobachtungen, nachdem ihr Mann, in diesem Buch kurz

¹²³ Genewein, Curt/Sporken, Paul, *Menschlich pflegen, Grundzüge einer Berufsethik für Pflegeberufe*, Düsseldorf 1975, S. 89

¹²⁴ vgl. Rest, Franco, a.a.O., S. 28

N. genannt, mit einem Herzinfarkt ins Krankenhaus eingeliefert wurde und wenige Wochen später verstarb. In Bezug auf das Personal bemerkt sie: „Die Schwestern hatten es immer eilig. Ich habe nie ein persönliches Wort an sie zu richten gewagt. Ich habe nie ein persönliches Wort von ihnen gehört. N. erzählte einige Male, sich mit einer von ihnen unterhalten zu haben, ich kann es mir nicht recht vorstellen.“¹²⁵ Sie schreibt weiter, daß sie aus Angst, zudringlich zu wirken, den Kontakt nicht herstellen konnte, deshalb fragte sie die Schwestern auch nie nach deren Namen, obwohl sie ihn nach ihrem Empfinden gerne gewußt hätte. Sie befindet es für richtig, Menschen mit dem Namen anzusprechen. An dieser Stelle beklagt sie, daß N. seinen Titel, also ein Stück seiner Identität verloren hatte. Sie schreibt: „N. lag nun im Krankenhaus, war ein Niemand geworden, und der Titel wurde ihm vorenthalten. In dieser Situation war der Titel keine Äußerlichkeit, sondern die Bestätigung dessen, was er geschafft hatte, was er gelernt hatte, was er weitergegeben hatte. Alles dessen, was er selbst war. Die Einzigartigkeit von N. war verloren gegangen.“¹²⁶ Er beklagte sich über die andauernde Entwürdigung und Demütigung. Damit drückte N. das Gefühl aus, das er empfand, wenn er um Dinge, wie den Topf, eine Urinflasche oder einen Einlauf bitten mußte, in der ständigen Sorge, das Bett zu beschmutzen. Viele Menschen empfinden ihre Würde als unantastbar, diese Unantastbarkeit wird im Krankenhaus beseitigt, denn der Patient wird zum Gegenstand von Hantierungen und Manipulationen. Er wird zu einem Objekt ärztlichen und pflegerischen Handelns und ist somit in großer Gefahr, seinen Status als einziger, unveräußerlicher Mensch zu verlieren.¹²⁷

¹²⁵ Kautzky, Rudolf, (Hrsg.), *Sterben im Krankenhaus*, Freiburg im Breisgau 1981, S. 48

¹²⁶ Kautzky, Rudolf, a.a.O., S. 73

¹²⁷ vgl. Kautzky, Rudolf, a.a.O., S. 79

Sherwin B. Nuland schreibt: „Ein Sterben in Würde ist am ehesten dann möglich, wenn ein würdevolles Leben vorangegangen ist. Diese Hoffnung, die beständigste von allen, steht allen Menschen offen. Sie liegt im Sinn, den wir unserem Leben bisher gegeben haben.“¹²⁸ Die Erfahrungen von N. belegen jedoch, daß ein Mensch der würdevoll gelebt hat, im Krankenhaus würdelos sterben kann.

11.10 Wie kann soziales Töten verhindert werden?

Mit der Fragestellung, wie soziales Töten verhindert werden kann, soll sich die Gruppe im Anschluß an die vorgenannten Darstellungen auseinandersetzen. Als Schlagwort folgt häufig, daß der Mensch ganzheitlich und als selbstbestimmtes Wesen vom Personal angenommen werden muß.¹²⁹

Die Teilnehmer erhalten 20 Minuten Zeit, ihre Vorstellungen auf Metaplinkarten zu schreiben. Die Karten werden im Anschluß eingesammelt und nach Sinngruppen geordnet an der Wand befestigt.

Häufige Antworten sind:

- den Patienten als Menschen annehmen und achten, dazu gehört, daß er seinen Namen behält und nicht auf die „Galle von Zimmer 19“ oder auf „Opilein“ reduziert wird.
- es soll ermöglicht werden, daß der Patient persönliche Dinge, wie z.B. den Ehering, eine Kette, Fotos usw., bei sich behalten kann, denn viele Menschen definieren sich durch Besitz oder benötigen vertraute Gegenstände für ihr Wohlbefinden.¹³⁰
- auf Wunsch soll der Patient eigene Nachtwäsche tragen dürfen, evtl. auch eigene Bettwäsche benutzen können.

¹²⁸ Nuland, Sherwin B., *Wie wir sterben, ein Ende in Würde?*, München 1994, S. 357

¹²⁹ vgl. Kapitel 11.1, Definition verschiedener Distanzen

¹³⁰ vgl. Rest, Franco, a.a.O., S. 26

- der Patient soll das gewohnte Parfum oder Rasierwasser benutzen dürfen, denn manchmal vermittelt der Geruchssinn eine sinnliche Erfahrung, wie Geborgenheit.
- dem Patienten soll angeboten werden, das eigene Waschzeug zu benutzen, dazu gehört auch die eigene Zahnbürste und die Waschlotion.
- wenn möglich, sollten die Patienten Essen erhalten, daß sie mögen. Sollte dies über die hauseigene Küche nicht möglich sein, bringen häufig die Angehörigen gerne etwas mit.

In der Quintessenz geht es darum, auf das Selbstbestimmungsrecht der Menschen auch im Krankenhaus hinzuweisen, und die Teilnehmer darauf aufmerksam zu machen, daß dies nicht enden darf, wenn ein Mensch krank ist oder gar im Sterben liegt. Patienten sollen private Dinge bei sich behalten dürfen, über die sie sich definieren.¹³¹

11.11 Selbstbestimmungsrecht der Patienten

Im vorangegangenen Kapitel wurde bereits auf das Selbstbestimmungsrecht von Patienten hingewiesen. Die Autorin des Buches „Sterben im Krankenhaus“ führt dazu aus: „Überhaupt litt er darunter, keine Entscheidungsmöglichkeit zu haben. Nein, ein Freiheitsraum wird den Kranken nicht gelassen. Ich habe mir sagen lassen, daß nicht einmal ihr fester Wille, auf weitere medizinische Maßnahmen zu verzichten, respektiert werde.“¹³² Die Teilnehmer werden nun durch einen Kurzvortrag darauf aufmerksam gemacht, daß die Patienten auch bei medizinischen Fragen, in denen sich das Pflegepersonal kompetenter fühlt, eine Selbstverantwortung tragen, und diese, ihren Fähigkeiten entsprechend, auch wahrnehmen dürfen müssen. Ein zentrales Thema spielt hierbei die selbstbestimmte Schmerztherapie. Meistens werden die Schmerzmittel von den

¹³¹ vgl. Kapitel 10.7, Geschichte zur Symbolsprache

¹³² Kautzky, Rudolf, a.a.O., S. 81

Ärzten routinemäßig angeordnet und vom Personal bedenkenlos verabreicht. Bei krebserkrankten Patienten, die über Schmerzen klagen, besteht die Unart, Morphin nach einem bestimmten Schema zu verabreichen, ohne den Patienten vorher zu befragen, ob er dies möchte. Susanne Fleer sagt im Film „Abschied vom Leben“, daß der Schmerz häufig nebensächlich wird.¹³³ Jeder Mensch hat ein eigenes, subjektives Schmerzempfinden und ein Recht darauf, selbst zu entscheiden, ob er schmerzfrei und dafür schläfrig oder die Schmerzen aushalten sowie wach und orientiert sein möchte. Hier muß das Pflegepersonal zum Anwalt der Patienten werden, d.h.

- ihnen die Möglichkeit der Selbstbestimmung aufzeigen.
- dies gegenüber den Ärzten vertreten und durchsetzen.

Dazu gehört, darauf zu achten, daß die Patienten genügend Schmerzmittel erhalten. Unter der Überschrift „Staunen Sie, wie in Deutschland gelitten wird“ steht, daß der Verbrauch von Morphin-Präparaten im Jahr 1987 in Kilogramm pro 1 Millionen Einwohner in Deutschland bei 1,74 Kilogramm lag. Zum Vergleich: In Dänemark wurden im gleichen Jahr 30,33 Kilogramm verbraucht. In der Tabelle, auf der 10 Länder erfaßt sind, steht die Bundesrepublik Deutschland auf dem 8. Platz¹³⁴. Ernst Klee prangert an, daß nur ein kleiner Teil der Krebserkrankten in Deutschland, Schätzungen zufolge zwischen fünf bis maximal dreißig Prozent, eine ausreichende Schmerztherapie bekommt.¹³⁵

Prof. Dr. med. Eberhard Klaschik und Friedemann Nauck haben 1991 mit der Unterstützung von Pflegepersonal die Broschüre „Medikamentöse Schmerzbehandlung bei Tumorerkrankten“ herausgebracht.¹³⁶ In dieser Broschüre wird darauf hingewiesen, daß die palliativen (lindernden)

¹³³ vgl. Film: Filmer, Werner/Wingens, Ernst-Michael, a.a.O.

¹³⁴ Tausch-Flammer, Daniela, Die Begegnung mit der Angst, in: Brennpunkt Gemeinde, Zeitschrift der Arbeitsgemeinschaft Missionarischer Dienste, 5/1993, S.3

¹³⁵ vgl. Klee, Ernst, Durch Zyankali erlöst, Frankfurt am Main 1990, S. 38

¹³⁶ vgl. Klaschik, Eberhard/Nauck, Friedemann, Medikamentöse Schmerzbehandlung bei Tumorerkrankten, Bonn 1991

Maßnahmen ausschließlich eine Verbesserung der Lebensqualität bedeuteten. Diese Entscheidung kann allein der Patient treffen. Es darf nicht vergessen werden, daß gerade die stärkeren Schmerzmittel in der Regel Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung, Atemnot, Husten,

Wassereinlagerungen und Schlaflosigkeit haben und somit nicht zwangsläufig zur Steigerung der Lebensqualität beitragen. Vielmehr ist es notwendig, daß der Patient weitere Medikamente erhält, die gegen diese Symptome wirken, allerdings auch Nebenwirkungen haben können. Die Autoren der Broschüre vertreten die Auffassung: „Nur durch eine konsequente Behandlung der körperlichen Beschwerden und Berücksichtigung psychosozialer Faktoren ist der Kreislauf von Angst, Schmerz, Traurigkeit, Depression, sozialer Isolation und damit einer Verstärkung der Schmerzen zu durchbrechen.“¹³⁷

11.12 Erstellen eines Schmerztagebuches und eines Schmerzmittelplanes

Die letztgenannten Autoren schlagen vor, daß der Patient verschiedene Präparate testet und anschließend einen Schmerzplan anfertigt, auf dem folgende Kriterien enthalten sein sollen:

1. Name
2. Medikament
3. Zeit der Einnahme
4. Wirkung/Indikation
5. Bemerkungen/Nebenwirkungen¹³⁸

So ist es möglich, daß der Patient sich ein Medikament aussucht, oder zwischen verschiedenen im Bedarfsfall wählen kann. Hilfreich kann in diesem Zusammenhang auch das Führen eines Schmerztagebuches sein,

¹³⁷ Klaschik, Eberhard/Nauck, Friedemann, a.a.O., S. 7

¹³⁸ vgl. Klaschik, Eberhard/Nauck, Friedemann, a.a.O., S. 24

denn so können der Zeitpunkt, die Intensität und der Charakter des Schmerzes lokalisiert und bei zyklisch auftretenden Schmerzen rechtzeitig eingegriffen werden. Dieses Vorgehen ermöglicht eine optimale Dosisanpassung.

Für das Schmerztagebuch steht dem Patienten eine Skala von 0-10 zur Verfügung, wobei 0 keine Schmerzen, 10 die stärksten vorstellbaren Schmerzen bedeutet.

Das Schmerztagebuch sollte folgende Kriterien enthalten:

1. Name
2. Datum
3. Uhrzeit
4. Schmerzstärke
5. Medikation/Behandlung
6. Bemerkungen/Beobachtungen/Schmerz¹³⁹

So ist es möglich, daß der Patient sein Recht auf Selbstbestimmung in diesem Bereich nicht einbüßt und als ein vollwertiges Gegenüber behandelt wird.

Ärzten und Pflegepersonal fällt es manchmal schwer, diese Form der Eigenverantwortlichkeit des Patienten zuzulassen. In der Regel wollen alle dem Patienten helfen, schmerzfrei zu sein und übertragen dabei das eigene, subjektive Schmerzempfinden auf den Patienten.

Die Schmerztherapie soll in diesem Seminar nur beispielhaft untermauern, wie wichtig die Selbstbestimmung der Patienten ist, und wie schwer die Pflegekräfte sich damit oft tun, jemanden allein entscheiden zu lassen.

11.13 Der ideale Patient

vgl. Anhang V, Exemplarischer Therapieplan

¹³⁹ vgl. Klaschik, Eberhard/Nauck, Friedemann, a.a.O., S. 25
vgl. Anhang VI, Schmerztagebuch

An diesem Punkt stellt sich für die Teilnehmer die Frage, wie der ideale Patient aussieht? Die Antwort lautet in der Regel, daß der „Musterpatient“ freundlich, dankbar und zuvorkommend ist, nicht viele Fragen stellt, Mitpatienten betreut, selten klingelt, das Eßgeschirr nach der Mahlzeit selbständig abräumt usw.. Mit anderen Worten, hierbei handelt es sich um einen gesunden Menschen.

Solche Patienten werden häufig vom Personal wohlwollend behandelt und genießen Vorzüge in der Betreuung. Andererseits kann das Personal Patienten für ein nicht erwünschtes Verhalten „bestrafen“, wobei dies sowohl unbewußt als auch bewußt geschieht.

Gängige Praktiken sind z.B.:

- den Patienten länger warten zu lassen, wenn er klingelt.
- ihn ständig als letzten zu bedienen, wenn es Essen gibt.
- jeden Sonderwunsch abzulehnen.
- Dinge gegen seinen Willen durchzusetzen.
- unfreundliches Auftreten gegenüber dem Patienten.

Es ist wichtig, die Teilnehmer immer wieder darauf hinzuweisen, daß es notwendig ist, eigene Verhaltensweisen in Frage zu stellen und in Kenntnis von Krisenverarbeitungsprozessen, der Problematik von Nähe und Distanz und dem sozialen Tod dem Menschen objektiver und verständnisvoller gegenüber zu treten. Ebenso kann vermieden werden, daß die Wahrnehmung eines Kollegen als maßgeblich angenommen wird, ohne diese zu überprüfen.