

Psychiatrie braucht Vertrauen*

Liebe Freunde, Kollegen,
Tagungsteilnehmer

Psychiatrie braucht Vertrauen. Wir wollen mit dieser Tagung die Tradition unserer Deutsch-Polnischen Gesellschaft für Seelische Gesundheit auch in Gegenwart unserer Freunde und neuen Partner aus der Ukraine fortsetzen und uns mit Fragen beschäftigen, die sich unabhängig von unserem fachlichen Austausch mit Grundproblemen unseres Zusammenlebens auseinandersetzen.

Gestern Abend hat uns Manfred Deselaers mit seinem Beitrag zu „Trauma und Vertrauen im Dialog am Rand von Auschwitz“ die Dimensionen des Themas nahe gebracht. Das Ausmaß der Menschenverachtung, wie es im Torbogen „Arbeit macht frei“ zum Ausdruck kommt, lässt uns nicht los. Auch deshalb nicht, weil die Psychiatrie und viele ihrer namhaften Vertreter mit dazu beigetragen haben, den Lebenswert behinderter und psychisch kranker Menschen vor und in der Zeit des Nationalsozialismus in Frage zu stellen. Die Psychiatrie war unmittelbar beteiligt an Selektion und Ausrottung angeblich lebensunwerter Mitmenschen. Sie hat sich nicht nur missbrauchen lassen; sie war Mittäter. Aus diesem Grund hat sie auch eine besondere gesellschaftliche Verantwortung jetzt und in der Zukunft, mit dazu beizutragen, dass sie sich durch nichts und niemanden dazu verführen lässt, sich wieder missbrauchen zu lassen.

Deshalb ist es zwingend erforderlich, dass die Psychiatrie besonderen Wert darauf legen muss, in Zukunft vertrauenswürdig und verlässlich zu sein – aus der Perspektive der Patienten, ihrer Angehörigen – aber auch aus der Perspektive der Gesellschaft. Da müssen wir wachsam sein; denn Versuchungen wird es auch in Zukunft geben. Und wir sind uns sicher, dass es auch heute Missbrauch in der Psychiatrie gibt.

Warum ist Vertrauen so wichtig?

Bereits im Jahr 1900 hat der evangelische Theologe und spätere Präsident der Max Planck Gesellschaft Adolf von Harnack den Satz geprägt: „Nichts kann den Menschen mehr prägen als das Vertrauen, das man ihm entgegenbringt.“ Darauf ist vor mir Anna Liberadzka in ihrem Beitrag eingegangen – der Mensch braucht Vertrauen – und ohne Vertrauen hilft auch alles andere nichts.

Sind wir als Personen und als Vertreter unseres Faches vertrauenswürdig, verdienen wir es, dass man uns Vertrauen entgegenbringt? Darum soll es in meinem Beitrag gehen. Wo liegen die Gefahren und wo liegen die Chancen? Kann man uns in der Psychiatrie Tätigen vertrauen, wo wir doch auf der einen Seite den Anspruch haben, den Behandlungsauftrag für Patienten vertrauenswürdig zu gestalten (weil ohne Vertrauen wie eben gesagt nichts hilft) und auf der anderen Seite den legitimierten gesellschaftlichen Auftrag zur Ausübung struktureller Gewalt in bestimmten „menschlichen Ausnahmesituationen“ übernommen haben. Zur Abwehr krankheitsbedingter Selbst- oder

Fremdgefährdung darf Psychiatrie notfalls gewaltsam eingreifen und läuft mit diesem Auftrag zwangsläufig Gefahr, entweder das Vertrauen der Gesellschaft in ihr konsequentes Handeln oder das der betroffenen psychisch kranken Menschen zu verlieren.

Von daher bin ich froh und dankbar, nach den beiden – Manfred Deselaer und Anna Liberadzka – reden zu dürfen. Denn genau in diesem Spannungsfeld zwischen möglichem gesellschaftlichem Vertrauensbruch und existentiell erforderlichem persönlichem Vertrauen ist die Psychiatrie angesiedelt, muss sich da behaupten, darf sich nicht missbrauchen lassen und kann dennoch ohne Vertrauen in ihre gesellschaftliche, fachliche und persönliche Integrität nicht leben.

Andrzej Cechnicki und ich näherten uns zum ersten Mal dem Thema „Psychiatrie braucht Vertrauen“ – an, als wir hier vor eineinhalb Jahren im Psychiatrischen Krankenhaus bei Anna Zalewska und beim Landrat des Landkreises Oswiecim erste vorbereitende Gespräche zu dieser Tagung geführt haben. Da war uns sofort klar: Psychiatrie in diesem Landkreis zu gestalten, im direkten Umfeld „Tür an Tür“ mit dem Ort des schwersten Vertrauensbruchs der Geschichte, das erfordert ein hohes Maß an fachlicher und menschlicher Glaubwürdigkeit; das erfordert einen außerordentlich sensiblen Umgang zwischen der Institution „Psychiatrie“ (d.h. ihrem gesellschaftlichen Auftrag und den in ihr Tätigen) und den Menschen, deren Vertrauen in sich selbst und andere in schweren seelischen Krisen zutiefst erschüttert ist. Uns war aber auch klar: Wenn überhaupt, dann ist hier in Oswiecim der richtige Ort, sich mit dem Thema „Vertrauen“ angemessen auseinander zu setzen.

Das ist immer dann einfach, wenn sich die Menschen in seelischen Krisen „vertrauensvoll“ an die helfenden Strukturen eines partnerschaftlich ausgerichteten psychiatrisch-psychotherapeutischen Hilfesystems wenden können; wenn sie Gehör und Verständnis finden, sei es bei einzelnen ambulant tätigen Therapeuten – Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern, Krankenschwestern und allen anderen, die es gibt – oder auch in den psychiatrischen Kliniken, wo sie in ihrer Not

Schutz und Hilfe erhalten.

Freiwillig von der Psychiatrie Hilfe zu erwarten – schon das erfordert ein hohes Maß an Vertrauensvorschuss. Denn als Patient begeben sich mich mit meinen Ängsten, meinen Kränkungen, meinem Vertrauensverlust in mich und meine von mir als feindlich erlebte Umwelt und meine Orientierungsschwierigkeiten usw. in die Hände einer Institution oder eines einzelnen Therapeuten, dem ich mich ausliefern in meiner Not, dem ich mich anvertraue, damit er mich anhört, mich versteht, mir nicht in klassisch ärztlicher Manier etwas verspricht, was er sowieso niemals halten kann.

Als Behandelnder muss ich erst das Vertrauen in mich als Therapeuten rechtfertigen, in dem ich – anders als in der rein Somatischen Medizin (obwohl sich hier auch Gott sei Dank vieles ändert) – zu dem Patienten eine vertrauensvolle Beziehung herstelle, die Grundvoraussetzung dafür ist, dass die Bearbeitung seiner Krise möglich wird. Das erfordert im therapeutischen Prozess ein hohes Maß an Sensibilität und Einfühlungsvermögen, an Erfahrung und Kompetenz, damit es dem Patienten gelingt, handelnder Partner und nicht passiver Hilfeempfänger zu werden.

Viel ist in den vergangenen Jahrzehnten geforscht worden zu den Fragen, was wirkt denn in der Psychotherapie und in der psychiatrischen Arbeit mit Patienten. Grawe u.a. haben wichtige Wirkfaktoren als „Allgemeine Psychotherapie“ bezeichnet und darauf hingewiesen, dass diese weitgehend unabhängig sind von bestimmten Methoden. Martin Driessen hat dazu ein schönes Übersichtsreferat gehalten, auch hier in Polen.

Dazu gehört vor allem der Aufbau einer therapeutischen Beziehung, die Klärung der jeweiligen Situation, die Entwicklung von Strategien der Problembewältigung und die Aktivierung eigener Fähigkeiten und Möglichkeiten mit der Erarbeitung konkreter Ziele und dahinführender Schritte. Das ist jetzt nicht mein Thema. Aber Vertrauen in die Psychiatrie heißt auch Vertrauen in die fachliche Kompetenz derjenigen, die in der Psychiatrie tätig sind. Darauf muss ich mich als Patient verlassen können, wenn ich mich vertrauensvoll in die Hände eines Therapeuten begeben. Vielleicht

gehen Martin Driessen und Maria Zaluska auf diese Fragen intensiver ein.

Ich will jetzt erst einmal ausgehen von unserem jeweiligen Alltag, wo und wie immer wir tätig sind. Denn dort sind wir täglich gefragt; dort tragen wir Verantwortung, dort müssen wir so handeln, dass man uns vertraut. Das Vertrauen richtet sich zuerst an jeden Einzelnen in der Psychiatrie Tätigen in seinem täglichen Arbeitsfeld. Bin ich da als Therapeut vertrauenswürdig. Kann man sich da auf mich verlassen? Bin ich bereit, mich auf die Not, Angst, Hilflosigkeit des Patienten einzulassen? Halte ich das aus, wenn ich von Patienten in meiner Kompetenz hinterfragt werde? Kann ich sagen, davon verstehe ich nichts, da muss ich mal jemanden mit zu Rate ziehen, die sich besser auskennt als ich?

Wir haben deshalb besondere Verantwortung, weil Psychiatrie und Psychotherapie zumindest bei uns in Deutschland Hochkonjunktur haben. Man sieht es an den unaufhörlich wachsenden Zahlen niedergelassener Psychotherapeuten, an dem rapide gewachsenen Markt psychosomatisch-psychotherapeutischer Kliniken, die in Deutschland eine Bettenburg nach der anderen bauen und die Psychiatrie für Schwerstkranke ins Abseits zu drängen drohen, zumindest Geld und Personal abziehen. Bei uns in Deutschland gibt es inzwischen mehr Betten in der Psychosomatik und Psychotherapie als in der übrigen Welt zusammen.

Psychische Erkrankungen nehmen rapide zu. Die Depression ist auf dem besten Wege, bald zu häufigsten Diagnose unter allen Erkrankungen zu werden. Und die Studierenden an den deutschen Universitäten klagen zunehmend unter den akuten Belastungen des Studiums. Das hat dazu geführt, dass allein in den letzten beiden Jahren der Anstieg psychotherapeutischer Interventionen bei den Studierenden 50 % betrug – und das bei einem ohnehin hohen Ausgangsniveau.

Sind Psychiatrie und Psychotherapie wirklich so gut? So vertrauenswürdig? So kompetent?

Wenn man gleichzeitig bedenkt, dass die Zahl der psychisch bedingten Krankheitstage im Arbeitsleben inzwischen an der Spitze aller Krankheiten liegt, dass die Frühberentungen

aus psychiatrischer Ursache größer sind als bei allen anderen somatischen Erkrankungen, dass nichts so wächst wie der Markt der therapeutischen Möglichkeiten in Psychiatrie und Psychotherapie und dennoch die Zahlen der Erkrankungen unaufhaltsam wachsen. Dann muss im Grunde etwas falsch sein.

Ist das real? War das früher anders – oder haben wir früher falsch diagnostiziert und gehandelt? Ändert sich da wirklich etwas oder nur unsere Sichtweise?

Fressen Psychiatrie und Psychotherapie andere Hilfsmöglichkeiten auf?

Ist das Vertrauen in uns vielleicht Ausdruck geschwundenen Vertrauens in andere tragende persönliche, familiäre oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen? Bei uns in Deutschland sind Glaube und Kirche nicht mehr die Sinnbilder des Urvertrauens wie sie es noch vor Jahrzehnten waren. Wird psychotherapeutische Hilfe zur Ersatzreligion? Wer das breite Spektrum der psychotherapeutischen Angebote zur Kenntnis nimmt, der kann nicht daran vorbeigehen, dass wir aufpassen müssen, nicht zum Allheilmittel zu werden. Wir sind weder Ersatzreligion noch Heilsbringer.

Wir sind auch nicht dazu geeignet, da zu intervenieren oder zu therapieren, wo eigentlich andere Hilfen angezeigt wären. Unnötiger Studienstress gehört in die Planung und Organisation der Universität und nicht auf die Couch. Mobbing und unzumutbare Arbeitsbelastung in der Wirtschaft und Verwaltung müssen dort angeprangert und verändert werden – sie sind absolut ungeeignet in der Psychotherapie oder für die Verordnung von Beruhigungsmitteln.

Noch profitieren wir von den ständig wachsenden Zahlen. Die Geschäftsführer der Krankenhäuser freuen sich, die Praxen sind voll von behandlungsbedürftigen Patienten, die ja auch wirklich leiden. Wir haben aber die Verantwortung als die in den Feldern der Psychiatrie und Psychotherapie Tätigen, dass wir uns nicht zu Handlangern unmenschlicher gesellschaftlicher Rahmenbedingungen machen lassen. Wir sind nicht „Opium für das Volk“ – wir müssen die Finger in die Wunden legen. Wir dürfen uns nicht als „Weichmacher“

gesellschaftlicher Missstände missbrauchen lassen. Nur so schaffen und erhalten wir Vertrauen.

Und wohin führt dieses Vertrauen? Wie können wir als Vertreter einer seriösen Psychiatrie sicher sein, ob das Vertrauen in uns gerechtfertigt ist? Gehen wir in unserem täglichen Handeln pfleglich mit den Ressourcen unserer Patienten um? Mir fällt in diesem Zusammenhang immer das Märchen von „Hans im Glück“ ein – ich hoffe, ich werde nicht missverstanden:

Wer kennt nicht das Märchen vom „Hans im Glück“, der sich in sieben Jahren harter Arbeit einen kopfgroßen Goldklumpen als gerechten Lohn erarbeitet und diesen auf dem langen Heimweg in subjektiv wertvollere, objektiv aber jeweils wertlosere Objekte – ins Pferd, die Kuh, das Schwein, die Gans und schließlich Schleifsteine – eintauscht, um am Ende nach dem Verlust der Schleifsteine in einem Brunnen unbeschwert und glücklich heimzukehren?

Kann Hans im Glück Vorbild für die Psychiatrie sein? Man tauscht sich subjektiv angeblich höherwertiges Glück ein, verliert aber von Tausch zu Tausch objektiv alles, um am Ende mit nichts dazustehen und dennoch unbeschwert glücklich zu sein?

Ich will das nicht bis zum bitteren oder süßen Ende ausmahlen; aber dieses Märchen der Brüder Grimm kann uns zumindest darauf hinweisen, wie groß die Spannbreite zwischen objektivem Verlust und subjektivem Gewinn – Glücksgewinn – jeweils sein kann, auch wenn das naive Vertrauen des Hans im Glück in seine jeweilige Situation nachdenklich stimmt.

Ich will mit der Bitte an Sie, die eigenen Konsequenzen dieses Märchen von Hans im Glück auf ihre jeweilige berufliche Situation hin abzuklopfen, diesen ersten Abschnitt meiner Rede zum Thema „Psychiatrie braucht Vertrauen“ beenden. Er endet mit der Mahnung und Ermahnung an uns alle, mit dem uns entgegen gebrachten Vertrauen im Alltag sorgsam umzugehen, die Ressourcen der Patienten nicht gegen angeblich spontanes subjektives Wohlbefinden zu verschleudern, objektiv aber den eigenen Handlungsspielraum zu verkleinern. Wir als Therapeuten sind da weniger in Gefahr

als manche freiheitseinschränkende und heilsversprechende Ersatzreligion, die sich am Rande des „Psycho-Marktes“ angesiedelt hat. Hans im Glück: Ein angeblich absurdes Beispiel, das uns aber bei längerem Nachdenken zwingt, uns der Verantwortung jeweils bewusst zu sein, die wir dann haben, wenn man uns in schwierigen Lebenssituationen vertraut.

Denn was wir anzubieten haben, das ist auf der einen Seite nicht die religiöse Heilserwartung, nicht der Verweis auf Zukünftiges, aber andererseits auch nicht „Hans im Glück“ mit seiner durch kurzfristiges Spontanglück verschleuderten Ressourcenverschwendung; sondern die Hilfe zur Befähigung, mit den eigenen Ressourcen angemessen und konstruktiv umzugehen. Da reicht das therapeutisch erlangte subjektive Wohlbefinden oder Glücksempfinden eines objektiv getäuschten Hilfeempfängers nicht aus. Ressourcenstärkung verlangt mehr. Und trotzdem müssen wir akzeptieren, dass Patienten in ihrer jeweiligen Situation andere Lösungen und Wege für sich finden als wir es gut heißen würden. Es gibt ja Patienten, die sich wie „Hans im Glück“ verhalten, alle Ressourcen verschleudern und trotzdem nur so angemessen durchs Leben kommen.

Es war mir wichtig, diesen Abschnitt meines Vortrags mit einer Mahnung an uns alle an den Anfang zu stellen; denn so sehr wir uns über das uns nahezu unbegrenzt entgegen gebrachte Vertrauen freuen, so sehr müssen wir der Versuchung widerstehen, uns in der Rolle der psychiatrisch-psychotherapeutischen Heilsbringer einzunisten.

In der Suchtkrankenbehandlung spielt Heilserwartung immer noch eine große Rolle. Inzwischen wissen wir aber auch hier, dass Aufrichtigkeit, Begegnung auf Augenhöhe und Verlässlichkeit in der Beziehung – auch bei Rückfällen – zwischen Patient und Therapeut langfristig am wirksamsten sind.

Nun aber zu der anderen, der schwierigen Seite unseres psychiatrischen Handlungsfeldes, dem gesellschaftlichen Auftrag an uns, störendes Verhalten, Selbst- oder Fremdgefährdung, welches durch psychische Störungen ausgelöst wird, notfalls mit Zwang und Gewalt zu unterbinden; wir – zumindest all die, die den

Versorgungsauftrag akzeptieren, – bekennen uns, dazu notfalls auch Gewalt anzuwenden. Wir halten Menschen in ihren schweren psychischen Krisen fest, wir sperren sie ein, wir sorgen dafür, dass sie sich und anderen keine Gewalt antun, in dem wir gewaltsam fixieren, einsperren, medizieren oder nur intensiv beobachten.

Die ganz unmenschliche Seite der Psychiatrie, die mit Beginn der Debatte um angeblich lebensunwertes Leben zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland einen wesentlichen Anteil an der Unterbewertung behinderter oder unproduktiv seelisch kranker Menschen hatte und die mit dem Beginn des Zweiten Weltkriegs zu den massenhaften Tötungen durch deutsche Vertreter der Psychiatrie und staatlicher Organe in den überfallenen damaligen Ostgebieten, zuerst hier in Polen und später auch in der Ukraine wahllos und bei uns in Deutschland angeblich nach objektiven wissenschaftlichen Kriterien erfolgte, ist hoffentlich endgültig überwunden.

Die Konvention der Vereinten Nationen – UN Behinderten-Rechtskonvention – zu den Rechten behinderter Menschen hat ein für alle Mal Klarheit geschaffen in der Erklärung, dass der Wert jedes einzelnen Menschen aus sich selbst heraus gilt und nicht von irgendwelchen Kriterien – Religion, Hautfarbe, Grad der Behinderung usw. – abhängig gemacht werden kann. Die Rechte sind inzwischen einklagbar und das ist gut so.

Trotzdem können wir im Blick auf die Zukunft nicht sicher sein, denn die Diskussion um angeblich wertvolles und wertloses Leben hat Jahrzehnte die Zwangssterilisation auch außerhalb des deutschen Reiches begleitet. Sie beeinflusst die Debatte um die PID – die Präimplantationsdiagnostik, die in Deutschland erlaubt ist – und sie ist treibende Kraft bei der Debatte um die angebliche Selbstbestimmung beim Suizid, bei der Diskussion um den geforderten ärztlich assistierten Suizid am Lebensende.

Meine lieben Freunde, ich bin froh, dass wir dieses Thema hier im polnisch-deutsch-ukrainischen Dialog behandeln. Denn bei der Frage des jeweiligen Auftrags an uns, an die psychiatrisch Handelnden, geht es nicht nur um objektive Kriterien. Wir haben im Rahmen

unseres Projektes „Partnership for Mental Health“ im April diesen Jahres in Kiew die neu eröffnete und gut renovierte Spezialabteilung für die Behandlung von Ersterkrankten an einer Psychose – first episode unit – besichtigt und dort u.a. festgestellt, dass keine Patienten-Toilette eine Tür hat. Wir haben mit Empörung und Unverständnis registriert: „Das ist doch ein unmenschlicher Eingriff in die Privatsphäre von psychisch Kranken, die doch wie normale Menschen behandelt werden müssen“. Wir wurden kaum verstanden, denn Vertrauen in gutes psychiatrisches Handeln ist aus der Perspektive unserer Partner nach wie vor unmittelbar gekoppelt an wirksame Kontrolle. Gleiches galt für die Krankenschwester, die alle Patienten im 8 – 12 Betten Saal in der Akutphase permanent im Auge hatte, immer im Zimmer blieb, rund um die Uhr.

Wir wurden entsprechend belehrt: „Es ist doch unsere Verantwortung, dass die uns anvertrauten Patienten am Leben bleiben“. Daran zweifelte kaum einer von den Fachleuten, mit denen wir es in der Ukraine zu tun haben, nicht nur in Kiew.

Die in Fragen Vertrauen oder Kontrolle notwendige Diskussion müssen wir in unserem ukrainisch-polnisch-deutschen Dialog führen. Sie kann hilfreich sein, uns gegenseitig besser zu verstehen, gesellschaftliche Unterschiede zu akzeptieren – und dennoch langfristig das Vertrauen auch in die Selbstverantwortung psychisch kranker Menschen zu stärken. Das ist zumindest meine Hoffnung.

Noch müssen wir akzeptieren, dass wir in unterschiedlichen gesellschaftlichen Situationen leben. So wie wir lernen mussten, dass trotz wesentlich schlechterer Bedingungen als bei uns in Deutschland zu Beginn unserer deutsch – polnischen Kontakte vor mehr als 20 Jahren die Gewalt in der Psychiatrie hier in Polen eine wesentlich geringere Rolle spielte als bei uns, so müssen wir jetzt akzeptieren, dass es viele grundverschiedene Sichtweisen gibt zwischen unseren Partner-Ländern.

Ein weiteres Beispiel:

Wir saßen mit einer ukrainischen Delegation in der Psychiatrischen Klinik Paderborn auf einer Station im Gespräch mit einer in Deutschland

lebenden, aber nur russisch sprechenden Patientin. Auch Krankenschwester und Ärztin sprachen aufgrund ihrer Herkunft russisch; das war gut für unsere Gäste. Die Patientin verbrachte bereits den siebten Aufenthalt in der Klinik, weil sie trotz ambulanter Behandlung und Ermahnung durch ihre Angehörigen immer wieder die Medikamente absetzte und jeweils rasch wieder erkrankte. Sie wirkte auch in diesem Gespräch unbelehrbar. Die ukrainischen Chefärzte in der Delegation wurden immer unruhiger, bis schließlich einer in die Runde platzte: „Das kann doch nicht sein. Da muss man doch einfach seine Autorität einsetzen! Auf den Tisch hauen. Das würde sich bei uns keine Patientin erlauben! Schließlich wissen wir doch besser, was jetzt richtig ist und getan werden muss“.

Ich gebe gern zu, dass ich für diese Intervention dankbar war. Aber: Psychiatrie hat nach meiner Überzeugung langfristig nur eine Zukunft, wenn wir als Therapeuten den oft mühsameren Weg der Vertrauensbildung oder Vertrauenswerbung weitergehen. Langfristig wird dieser Prozess auch nicht vor der Ukraine Halt machen. Vertrauen ist auf Begegnung auf Augenhöhe, gleiches Recht für jeden und die Notwendigkeit der inneren Überzeugung angewiesen; nur so wächst Vertrauen. Da muss man dann leider akzeptieren, dass Patienten Hilfe und Rat verweigern.

Vertrauen in uns als die Psychiatrisch Tätigen – ob in der Ukraine, in Polen oder in Deutschland – hängt aber auch davon ab, ob unsere Staaten ihre Gesetze und deren Einhaltung so gestalten und in der Praxis anwenden, dass psychisch kranke Menschen sich darauf verlassen können, bis hin zu einklagbaren finanziellen und strukturellen Rahmenbedingungen, die eine gleichberechtigte Teilhabe aller Bürger, unabhängig vom Grad ihrer Störung oder Behinderung, garantieren.

Die Psychiatrie darf auch nicht dafür missbraucht werden, Störenfriede aus dem Verkehr zu ziehen, Menschen in Kliniken aufzunehmen und dort festzuhalten, die ihre legitimen Rechte – vielleicht sogar mit illegitimen Mitteln – wahrnehmen. Da darf der Rechtsstaat niemals und in keinem Land jemals auf die Idee

kommen, den einfachen Weg der psychiatrischen Unterbringung zu wählen, wenn man unliebsame Mitbürger aus dem Verkehr ziehen will.

Nach der deutschen Wiedervereinigung gab es eine Kommission zur Klärung möglichen Missbrauchs der Psychiatrie während der Zeit des DDR Regimes. In vielen Einzelfällen gab es Missbrauch, so bei der kurzfristigen Unterbringung von Personen mit angeblichen Persönlichkeitsstörungen während ausländischer Staatsbesuche etc – aber Gott sei Dank nicht umfassend und nicht systematisch. Da waren unsere Kollegen in der DDR nicht korruptierbar.

Da müssen vor allem wir in der Psychiatrie Tätige immer aufpassen; Rechtsstaatlichkeit ist unverzichtbar, besonders im Umgang mit denen, die stören, sich nicht anpassen, sich auffällig verhalten. Der Staat muss aber auch verlässlich darin sein, die Schwachen zu schützen, wenn sie bedrängt, missbraucht oder benachteiligt werden. Der Rechtsstaat hat darauf zu achten, dass keine Unterschiede gemacht werden. Wir Fachleute sind insbesondere dazu verpflichtet, den schmalen Grad zwischen der Ausgrenzung unliebsamer Mitmenschen und dem Schutz bedrängter und benachteiligter Personen zu erkennen und zu schützen. Da dürfen wir uns in keiner Hinsicht missbrauchen lassen, wenn wir das Vertrauen erhalten wollen. Da müssen wir zwischen den unterschiedlichen Interessen – des Staates oder Betroffenen – vermitteln, Verantwortung übernehmen und es im Notfall aushalten, dafür in konkreten Situationen kritisiert zu werden.

Psychisch kranke Menschen können uns letzten Endes nur Vertrauen, wenn wir vertrauenswürdig sind, wenn wir uns niemals zu Vollstreckungsgehilfen gesellschaftlicher Bedürfnisse machen. Da geht es auch um Sexualstraftäter, um Wiederholungstäter mit Persönlichkeitsstörungen, um Randalierer und allgemeine Störenfriede, um dissoziale Suchtkranke etc. Der Staat muss uns vertrauen können, dass wir im Einzelfall Verantwortung auch nicht ablehnen.

Die UN Konvention zu den Rechten behinderter Menschen, die konsequent in allen Lebensbereichenden angeblich nicht behinderten

Menschen in allen Ländern gleichgestellt werden, ist da unsere verlässlichste Richtschnur. In der praktischen Anwendung allerdings gibt es erhebliche Unterschiede zwischen unseren Ländern; da gelten jeweils unsere gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Sei es die offene oder geschlossene Toilettentür auf einer Station. Oder für uns in Deutschland noch heikler in der Frage nach der Konsequenz der Selbstbestimmung in jeder Lebenssituation. Wir brauchen zur Klärung all dieser Fragen den Dialog mit Euch aus Polen und der Ukraine.

Aktuell z.B. in der Frage der Patientenverfügung.

Bei uns in Deutschland ist das hohe Gut der Selbstbestimmung inzwischen gesetzlich garantiert. Als Patient darf ich nach dem Gesetz zur Patientenverfügung inzwischen selbstbestimmt festlegen, wie ich auf keinen Fall behandelt werden will, und das unabhängig von der Situation am Lebensende, von der Art und Schwere der Erkrankung und von der Frage, ob ich z.B. im Rahmen einer Psychosedie Konsequenzen meiner Entscheidung übersehen kann oder nicht.

Innerhalb der deutschen psychiatrischen Patientenorganisationen, unter den Angehörigen und Professionellen, sind seit dieser neuen gesetzlichen Regelung intensive Diskussionen entstanden. Wollen und können Patienten das wirklich, auch in schweren psychotischen Krisen verantwortlich Verfügungen erlassen? Können wir als Profis das wirklich durchhalten und wenn ja, wie? Angehörigenverbände sind ratlos, wenn sie erleben, dass ihre psychisch erkrankten Familienmitglieder Patientenverfügungen – z.T. mit Unterstützung anderer Psychiatriepatienten – abfassen, die nach ihrer Auffassung dem Wohlergehen des Patienten eindeutig entgegenstehen.

Ich glaube, da können wir in Deutschland von unseren polnischen Nachbarn einiges lernen. Ist die individuelle Selbstbestimmung in jeder Lebenssituation wirklich das höchste Gut, vor allem dann, wenn ich mit der Familie unter einem Dach lebe? Was darf ich wem zumuten? Wo endet die individuelle Freiheit? Erst mit dem Tod? Kann ich als Patient alles für mich allein

entscheiden – und muss ich als Arzt dann dem geäußerten Willen entsprechen?

Noch ist unklar, wie die Praxis in den Psychiatrischen Kliniken aussieht, wenn dringend behandlungsbedürftige Patienten behandelt werden, die in keinem Fall Medikamente akzeptieren und im Notfall dann mechanisch gefesselt oder isoliert werden. Was heißt das für die Mitpatienten, für die Mitarbeiter? Muss man da alles ertragen? Manche Patienten meinen, sie können auch festlegen, wie sie in jedem Fall behandelt werden wollen. Aber das gilt natürlich nur für den Fall, in dem der Behandlungswunsch auch mit der Heilkunst in Einklang ist. Da erwarte ich noch viel Diskussion und manche Gerichtsentscheidungen.

Beim Psychiatrieforum im Mai diesen Jahres in Kobierzyn, dem großen Psychiatrischen Krankenhaus bei Krakau, wurden die Diskussionen im Plenum vor allem von den Patienten und Angehörigen bestimmt. Ich war erfreut über die klaren und realistischen Beiträge. Nichts von Antipsychiatrie oder Abgrenzung zu den Therapeuten oder den psychiatrischen Institutionen. Aber klare Forderungen an Behandlung, Ausstattung, Verlässlichkeit in der Medikation, an die Regierung, sozialen Institutionen in der Stadt und im Land. Das war realisierter Dialog, der von sehr viel gegenseitig gewachsenem Vertrauen sprach.

Wir haben in Bielefeld aus genau diesen Gründen und zur gegenseitigen Vertrauensbildung die sogenannte Behandlungsvereinbarung zwischen Patienten und Ärzten – oder psychiatrischen Fachleuten – entwickelt mit dem Ziel, bei häufig wieder erkrankten Patienten möglichen Gewaltaktionen bei der nächsten Krise vorzubeugen. Patienten wissen oft, was ihnen in Krisen gut tut und wo es eskaliert. In den schriftlichen Vereinbarungen zwischen Patienten und der Klinik lassen sich in vielen Fällen praktische Handlungsschritte festlegen, die dann – das belegen eindeutig die gemachten Erfahrungen – erheblich zur Deeskalation in erneuten Krisen beitragen.

Noch ein letztes, wichtiges Thema in diesem Zusammenhang:

Die Psychiatrie ist bei uns inzwischen Teil der Medizin, muss aber immer darum kämpfen, dass

dies bei der Mittelverteilung auch berücksichtigt wird. Gilt das auch hier in Polen ? Ich weiß, dass in diesem Sommer eine große parlamentarische Initiative der Psychiater gestartet wurde – allen voran von Andrzej Cechnicki - , den Prozentsatz der Zuweisungen an die Psychiatrie zu erhöhen; die Psychiatrie ist gegenüber der somatischen Medizin stark benachteiligt; da fehlt das Vertrauen in den gesellschaftlichen Stellenwert der Psychiatrie. Das sollten wir an diesem Ort und von dieser Tagung aus mit Nachdruck deutlich machen. Seelische Gesundheit ist ein hohes Gut menschlichen Zusammenlebens und nicht zum Schleuderpreis zu haben. Und wie sieht es aus in der Ukraine, wo die Psychiatrie nach wie vor in vielen Bereichen erheblich benachteiligt ist? Ich zitiere eine Stimme eines ukrainischen Kollegen, der eine große Klinik leitet: „ Warum soll ich mit Euch Deutschen zusammenarbeiten, wenn mir meine Regierung für den täglichen Nahrungsbedarf der Patienten nur wenige Cent zur Verfügung stellt?“

Was mit dieser Äußerung gemeint ist, das ist klar. Solange die Grundversorgung der Patienten nicht gesichert ist , dient die internationale Zusammenarbeit im Wesentlichen der Verschleierung von Missständen. Wir haben nach der ersten Delegationsreise durch die Ukraine im Jahr 2008 eine Erklärung abgegeben, in der wir deutlich gemacht haben, dass es unterschiedliche Wege in der Psychiatriereform in einzelnen Ländern gibt; aber überall muss gelten, dass es keine menschenunwürdigen Verhältnisse geben darf. Darauf hinzuweisen ist keine unzulässige Einmischung in die Belange eines anderen Landes. Im Gegenteil: Nur so können wir unmissverständlich klar machen,

dass wir durch unsere Kooperation nicht zur Verschleierung von Missständen beitragen. Ich wünsche mir, dass wir auch so verstanden werden – sonst gäbe es kein Vertrauen.

Aber auch in diesen Fragender Wertschätzung der Psychiatrie tut es gut, dass wir in den Dialog eintreten. Wir wünschen Euch, dass sich Bedeutung und Stellenwert der Psychiatrie auch in Polen und der Ukraine bald entsprechend dem umfassenden Behandlungsauftrag ändert. Bei uns in Deutschland wird die Psychiatrie zum Markt der vielfältigen Möglichkeiten. Damit kann man viel Geld verdienen –Krankenhäuser, Geschäftsführer, die Pharmazeutische Industrie, Ärzte und Psychotherapeuten. Wir müssen eher aufpassen, dass Geld und Kompetenz dort eingesetzt werden, wo sie am meisten benötigt werden.

Liebe Freunde

Ich komme zum Schluss.

Psychiatrie braucht Vertrauen – das brauchen die Patienten, die Angehörigen, das brauchen wir in der Psychiatrie Tätigen. Wir müssen uns dabei auf die gesellschaftlichen Verhältnisse und die Rahmenbedingungen für unsere Arbeit verlassen können. Das braucht aber auch die Gesellschaft, die uns vertrauen muss, dass wir angemessen mit unserem Auftrag umgehen.

Patentlösungen kann es dabei nicht geben. Aber je mehr wir uns der Sensibilität der Thematik bewusst sind, je mehr wir mit Patienten und Angehörigen und den staatlichen Organisationen etc auf Augenhöhe im Gespräch sind, und je vertrauensvoller wir – auf diesen Tagungen - miteinander umgehen, um so mehr wächst das Vertrauen, auf das wir in unserer täglichen Arbeit angewiesen sind.

Herzlichen Dank