

Verweigerte Selbstbestimmung in der Behandlung psychiatrischer Patientinnen und Patienten

Peter Lehmann

*»Es gibt keine größere Tyrannei als diejenige, die im Interesse des Opfers praktiziert wird.«
(C. S. LEWIS, 1898–1963)*

Abstract: Die Interessen psychiatrischer Standesorganisationen stehen den Interessen Psychiatriebetroffener unversöhnlich gegenüber. Dennoch tragen erstere immer wieder vor, im Namen und im Interesse Psychiatriebetroffener zu handeln. Deutlich wird dies bei der Diskussion um das Recht auf gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Anwendungen, die aktuell durch höchstrichterliche Urteile angefacht wurde. Psychiater blenden hierbei die um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verringerte Lebenserwartung von Psychiatriepatientinnen und -patienten ebenso aus wie deren allgemeine Diskriminierung, mögliche Gesundheitsschäden durch psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks und die traumatisierende Wirkung psychiatrischer Gewalt. Scheinbar unlösbare Interessenkonflikte lassen sich rechtlich einwandfrei mit Vorausverfügungen, medizinethischen Regeln für eine Notfallbehandlung oder Gefahrenabwehr für Dritte regeln. Der Verzicht auf psychiatrische Gewalt würde den Weg zu einem humanistisch orientierten psychosozialen Hilfesystem freimachen. Sollte im psychiatrischen Bereich – trotz der Forderung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen nach rechtlicher Gleichstellung – weiterhin eine Behandlung ohne informierte Zustimmung allgemein erlaubt sein, müssten wenigstens deeskalierende Maßnahmen vorgeschrieben werden.

Ausgangslage und Interessensgegensätze

In den Urteilen vom 23. März 2011 (2 BvR 882/09) hinsichtlich der Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug von Rheinland-Pfalz und vom 12. Oktober 2011 (2 BvR 633/11) in Baden-Württemberg hinsichtlich der Zwangsbehandlung laut Unterbringungsrecht stellte das Bundesverfassungsgericht die fehlende Verfassungskonformität von Gesetzesteilen fest, die die gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks an sogenannte psychisch Kranke erlauben, welchen (zu Recht oder Unrecht) selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten unterstellt wird (siehe DGPPN, 2012a). In beiden Urteilen wertete das Bundesverfassungsgericht psychiatrische Zwangsbehandlung als schwerwiegende Verletzung von Art. 2 Abs. 2 GG (»Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.«) und von Art. 19 Abs. 4 GG (»Wird jemand durch die öffentliche Gewalt in seinen Rechten verletzt, so steht ihm der Rechtsweg offen. Soweit eine andere Zuständigkeit nicht begründet ist, ist der ordentliche Rechtsweg gegeben.«).

Diese Entscheidungen wirken sich weitreichend auf die psychiatrische Behandlung nach den Länderunterbringungsgesetzen und dem Betreuungsrecht aus. Erwartungsgemäß erklärte auch der Bundesgerichtshof unter Verweis auf Art. 2 Abs. 2 GG am 20. Juni 2012 (XII ZB 99/12), dass es für eine Einwilligung des rechtlichen Betreuers in eine zwangsweise, psychiatrisch angezeigte Behandlung an einer hinreichend bestimmten Rechtsgrundlage fehle; eine Zwangsbehandlung werde nicht dadurch weniger belastend, dass der Betreuer zustimme. Zwangsmaßnahmen dürften nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn mildere Mittel keinen Erfolg versprechen. Zudem müsse der Zwangsbehandlung, soweit Betroffene gesprächsfähig seien, der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung von unzulässigem Druck unternommene Versuch vorausgegangen sein, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung zu erreichen. Die Urteile betreffen außerdem diejenigen Patientinnen und Patienten, deren Fähigkeit zur Selbstbestimmung und freien Willensbildung infolge organischer Krankheiten zum Beispiel nach Herzoperationen, Schlaganfällen oder Hirnverletzungen eingeschränkt ist. Infolge dieser Situation stehen gesetzliche Reformen an.

Hintergrund der Diskussion ist die 2006 von der UN-Generalversammlung verabschiedete und inzwischen von über 100 Staaten ratifizierte UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Diese Konvention wurde in Deutschland 2009 durch ihre Ratifizierung rechtlich unmittelbar wirksam. Sie schließt Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ein, erzwingt eine Anpassung der bisher gültigen Bundes- und Landesgesetze an die neu entstandene Rechtslage und verbietet eine rechtliche Schlechterstellung aufgrund einer Diagnose bzw. einer diagnostizierten Behinderung oder Krankheit. Artikel 17 der UN-Behindertenrechtskonvention (»Schutz der Unversehrtheit der Person«) betont das Recht auf körperliche Unversehrtheit: »Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.« (»Gesetz«, 2008, S. 1432)

Unter den demokratisch legitimierten und unabhängigen Verbänden von Psychiatriebetroffenen gibt es weltweit zwei gemeinsame Positionen: die Empfehlungen für ein respektvolles Miteinander im Selbsthilfe- und Reformbereich, genannt die »Deklaration von Vejle« (»Deklaration«, 2004), sowie die Ablehnung des psychiatrischen Gewohnheitsrechts auf gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks in der »Dresdener Erklärung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung« (2007). In diesem Memorandum wird die Entwicklung von Alternativen zur Psychiatrie und ein Ende aller psychiatrischen Zwangsmaßnahmen gefordert:

»Die Mitglieder unsere Organisationen sind in einer einzigartigen Position, um über dieses Thema zu sprechen. Wir haben die Zwangspsychiatrie erlebt und wissen um die Schäden, die sie in unserem Leben und dem unserer KollegInnen und FreundInnen angerichtet hat. (...) Gemeinsam fordern wir ein Ende aller psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und die Entwicklung von Alternativen zur Psychiatrie.

Wir weisen besonders auf die kürzlich von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete UN-Konvention für Menschen mit Behinderung hin, die unter Beteiligung

von psychiatriebetroffenen Menschenrechts-AktivistInnen entwickelt wurde. Wir sind der festen Überzeugung, dass alle Menschen und ihre gewählten VertreterInnen diese Konvention ohne jede Einschränkung ratifizieren sollten und damit bekräftigen, dass alle Menschen gleich behandelt werden müssen und niemandem die Freiheit aufgrund einer Zuschreibung von Behinderung, Krankheit oder Störung verweigert werden darf. Da die Konvention das Recht auf freie und informierte Zustimmung ohne jegliche auf Behinderung basierende Diskriminierung anerkennt, haben wir das Recht, psychiatrische Maßnahmen abzulehnen. Noch wesentlicher ist, dass die Konvention Menschen mit Behinderungen – wie allen anderen auch – die Rechtsfähigkeit garantiert, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen; zudem verpflichtet sie Regierungen, zwangfreie Unterstützungssysteme für Personen zu entwickeln, die Hilfe bei der Entscheidungsfindung benötigen.

Wir stellen fest: Die Weltgesundheitsorganisation hat erklärt, dass sie die Verabreichung von Elektroschocks (auch Elektrokrampftherapie genannt) ohne Einwilligung ablehnt. Elektroschock ohne Zustimmung nimmt international zu, speziell in armen oder Entwicklungsländern, dort auch ohne Anästhesie. Insbesondere deshalb fordern wir in allen Ländern die Abschaffung von Elektroschocks ohne Zustimmung.

Die WHO und die Europäische Kommission haben auch die Notwendigkeit der Entwicklung neuer, nicht stigmatisierender Ansätze der Hilfe und Selbsthilfe für Menschen in emotionaler Not festgestellt. Organisationen von Psychiatriebetroffenen haben eine Vorreiterrolle eingenommen bei der Entwicklung von Selbsthilfeprogrammen, die auf Gleichheit und Wahlfreiheit beruhen anstatt auf Zwang, und helfen dabei, integriert in der Gemeinschaft zu leben. Wir wissen, dass Heilung nur stattfinden kann, wenn Menschen als Menschen mit freiem Willen respektiert werden und wenn es Alternativen jenseits der Psychiatrie gibt – Alternativen, die auf ethischen Ansätzen basieren, die die ganze Person sehen und Recovery (Heilung) unterstützen, wogegen Zwang Recovery unmöglich macht.

Wir stellen fest, dass in vielen Ländern psychiatrische Zwangsmaßnahmen zunehmen, ebenso gerichtlich angeordnete Behandlungen, die in ihren eigenen Wohnungen lebende Menschen verpflichten, psychiatrische Psychopharmaka entweder gegen ihren Willen einzunehmen oder auf ihre Freiheit zu verzichten. Diese Praxis ist eine Verletzung unserer Menschenrechte, die in der UN-Konvention festgeschrieben sind.

Wir laden alle UnterstützerInnen von Menschenrechten ein, gemeinsam mit uns auf einer Welt frei von psychiatrischen Zwangsmaßnahmen zu bestehen. Und wir fordern die angemessene Finanzierung und Unterstützung für Selbsthilfe-Einrichtungen und für Alternativen zur Psychiatrie, die unsere Menschenwürde respektieren.« (»Dresdener Erklärung«, 2007)

Verschiedene Verbände waren beteiligt an der Formulierung dieser zentralen Position zur gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks, die anlässlich der Konferenz »Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review« (»Psychiatrische Zwangsbehandlung – Ein Überblick«) der World Psychiatric Association vom 6.-8. Juni 2007 in Dresden entwickelt wurde: das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP; deutsches Mitglied ist der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. [BPE]), das Weltnetzwerk von Psychiatriebetroffenen (WNUSP) und MindFreedom International (MFI), ein inter-

nationaler Verband aus über 100 Gruppen und Tausenden von Einzelmitgliedern, der sich für die Durchsetzung von Menschenrechten für psychiatrisch Diagnostizierte einsetzt. WNUSP und MFI sind bei den Vereinten Nationen akkreditierte Nichtregierungsorganisation (NGO) mit Beraterstatus und waren bei den Beratungen zur Formulierung der genannten UN-Konvention beteiligt (OAKS, 2007).

Aktuell fordert der BPE als Interessenvertreter deutscher Psychiatriebetroffener eine Reform der Psychiatriegesetze; dasselbe, wenn auch mit entgegengesetzter Ausrichtung, macht die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) als Interessenvertretung von Mainstream-Psychiatern. Die Machtfrage wird geführt über die Zulässigkeit einer gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks zur Abwendung tödlicher oder schwerer irreversibler Gesundheitsgefahren bei möglicherweise »krankheitsbedingt« fehlender Einsichtsfähigkeit. Die DGPPN schreibt in ihrem Memorandum, unterzeichnet von ihrem Präsidenten Peter Falkai, Direktor der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München und Honorarempfänger von Firmen wie AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag, Lundbeck und Pfizer (siehe BLECH, 2011):

»Meistens kann bei vorliegender Einwilligungsunfähigkeit und zu erwartender Selbst- oder Fremdgefährdung eine Bereitschaft zu einer Behandlung durch intensive Gespräche und einen psychotherapeutischen Zugang erreicht werden. Gelingt dies nicht und ist die krankheitsbedingte Selbst- oder Fremdgefährdung bedrohlich, kann ein sofortiges Eingreifen mit einer Behandlung zur Gefahrenabwehr geboten sein. Die Anwendung von Zwang ist als letztes Mittel nicht nur gerechtfertigt, sondern unter medizinethischen Gesichtspunkten – Gesundheit wiederherstellen, Schaden vermeiden, den am schwersten Kranken eine wirksame Behandlung nicht vorenthalten – sogar geboten. Daher dient eine Behandlung gegen den Willen des Patienten in diesen Fällen nicht nur dem Wohle desselbigen, sondern auch dazu, ihm wieder eine autonome Entscheidung zu ermöglichen.« (DGPPN, 2012a)

Als Beispiele für die Notwendigkeit von gewaltsamer Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks entwarf die DGPPN das Bild

- eines 64jährigen Bauingenieurs, der eine Cortisonpsychose entwickelt, infolgederer er mit stark überhöhter Geschwindigkeit durch ein Wohngebiet fährt (auf der vermeintlichen Flucht vor Geheimdienstagenten) und das Krankenhaus, in das er eingeliefert wird, sofort wieder verlassen möchte, um seinen Verfolgern zu entkommen. Er müsse infolge einer nicht möglichen Zwangsverabreichung von Neuroleptika unter Umständen mehrere Wochen unbehandelt in einer geschlossenen Abteilung gegen seinen Willen untergebracht werden;
- einer 28jährigen Mutter, die an einer nachgeburtlichen Depression leidet, das Essen vergiftet wähnt, daher kaum noch isst, die »ursächliche« Behandlung der Depression ablehnt und angekündigt hat, sich durch einen Sprung von der Brücke mitsamt ihrem Kind das Leben zu nehmen;
- einer 18Jährigen, die seit sieben Jahren an schwerer Magersucht leidet, bei einem lebensbedrohlichen Untergewicht von 31 kg jedoch eine Zwangsernährung ablehnt, den Tod einer erzwungenen Nahrungsaufnahme (und damit der

Gewichtszunahme) vorzieht und sich einem tödlichen Risiko aussetzt, da eine Zwangsernährung, die rechtlich erst bei verlorenem Bewusstsein möglich sei, meist zu spät komme;

- einer 52jährigen psychotischen Krankenschwester, die psychiatrisch zum dritten Mal untergebracht wird, zwar mit dem Klinikaufenthalt einverstanden ist, nicht aber mit der Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka, sich demzufolge körperlich und sozial vernachlässigt und deshalb in ein Pflegeheim verlegen werden muss (DGPPN, 2012a).

Wie häufig von Psychiatern in Problemsituationen eine Eigen- oder Fremdgefährdung bei freiwillig aufgenommenen Patientinnen und Patienten konstruiert wird, nur um im Schutz von Paragraphen eine unerwünschte Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka zu erzwingen, können in Besuchskommissionen tätige Psychiatriebetroffene sicher ohne Probleme anhand Dutzender Beispiele berichten. Zu dieser Praxis schweigt die DGPPN, sie beruft sich lieber auf medizinische Raritäten.

Die Fallbeispiele der DGPPN erinnern fatal an die frühere Praxis bei Kriegsdienstverweigerungsverfahren, in denen Offiziere Horrorszenarien aufbauten und jungen Männern, die sich nicht für die Teilnahme an kriegerischer Gewalt ausbilden lassen wollten, vor die Gewissensfrage stellten, ob sie nicht von der Schusswaffe Gebrauch machen würden, wenn »der Russe« sich gerade daran mache, die Freundin zu vergewaltigen – ohne auch nur in Erwägung zu ziehen, ob es Möglichkeiten gäbe, das Zustandekommen solch zugespitzter Situationen durch präventive Maßnahmen von vornherein zu vereiteln.

Schäden durch gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks

Die großen internationalen und nationalen Verbände Psychiatriebetroffener möchten die Zwangsbehandlung in der Psychiatrie, sprich: das psychiatrische Recht auf gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks, abgeschafft sehen, da diese in der Regel zu Menschenrechtsverletzungen führt und einen positiven Behandlungseffekt verhindert.

Dies verdeutlichte beispielsweise 1995 eine Fragebogenaktion des BPE zum Thema Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Behandlung der Zeitschrift Sozialpsychiatrische Informationen unterstützte. 130 Verbandsmitglieder nahmen an der Umfrage teil. Unter anderem wurde die Frage gestellt:

»Wurde in der Psychiatrie auf die Probleme eingegangen, die zu Ihrer Anstaltsaufnahme geführt haben? Wurde Ihre Menschenwürde uneingeschränkt beachtet?«

Nur 10 % der Antwortenden gaben an, in der Psychiatrie Hilfe zur Lösung der Probleme gefunden zu haben, die zur Psychiatrisierung geführt hatten. 90 % klagten, dass ihre Menschenwürde verletzt wurde (PEECK et al., 1995).

Faktoren, die darauf schließen lassen, dass sich die Situation merklich geändert hat oder in nächster Zeit ändern wird, sind nicht zu erkennen. Hingegen gibt es

bei näherer Betrachtung eine Vielzahl von Gründen, die gegen ein psychiatrisches Recht auf gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks sprechen.

Traumatisierung. Für viele Psychiatriebetroffene stellt die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka oder Elektroschocks eine durch und durch traumatisierende Erfahrung dar, vergleichbar der Erfahrung sexueller Gewalt (Beispiele siehe LEHMANN, 2012c). Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt hat oft massive Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg, so der Schweizer Psychiater und Psychotherapeut Marc Rufer:

»Die Grunderfahrung dieser Traumatisierungen ist für die Betroffenen das radikale Macht-/Ohnmachtgefälle. Die traumatisierende Situation hat eine umfassende Infantilisierung des Opfers zur Folge, elementare Kindheitsängste werden wiederbelebt. Was hier stattfindet, wird als erzwungene Regression bezeichnet. Die Grenze zwischen Realität und Phantasie verschwimmt. Das traumatisierte Ich versucht, daran festzuhalten, dass die aktuelle Wahrnehmung der Realität nur ein böser Traum sei, aus dem es bald wieder erwachen werde. In diesem Moment besteht für die Betroffenen die Gefahr, in einen Zustand der totalen Verwirrung zu fallen.

Das Trauma löst das Gefühl der existentiellen Hilflosigkeit aus. Wenn der letzte Widerstand des Opfers gebrochen ist, wird es gleichsam zum Objekt, mit dem der Täter nach Belieben verfahren kann. Die Regression hat in dieser Situation für das Opfer den Sinn, sich wieder in die Obhut von beschützenden Elternfiguren zu begeben, was mit Verschmelzungswünschen und Liebesehnsucht verbunden ist. Es bildet sich der Wunsch, gerade von demjenigen, der die Gewalt ausgeübt hat, Trost über das erfahrene Leid zu erhalten. Das Opfer versucht, so zu sein, wie es vom Täter erwartet wird, sein Selbstbild gleicht sich dem Fremdbild des Täters an. (...)

Der Hauptabwehrmechanismus, mit dem das Ich versucht, die Traumatisierung zu bewältigen, ist die Abspaltung bzw. die Dissoziation. Die Ichspaltung kann sich später als flashback manifestieren: Das Opfer sieht sich unvermittelt in die traumatische Situation zurückversetzt. Was oft zurückbleibt, ist ein Gefühl der Schuld wie auch die Tendenz, Selbstmord zu begehen. (...)

Genau die Symptome, die PsychiaterInnen zu behandeln vorgeben – Verwirrung, Halluzinationen und Suizidalität sowie die Hilflosigkeit der Betroffenen – können durch ihre Eingriffe potenziert, chronifiziert, ja sogar produziert werden. Was hier stattfindet, ist ein typischer psychiatrischer Circulus vitiosus (Zirkelschluss): Schließlich bestätigen die Symptome, die in der Folge der Zwangsmaßnahmen auftreten, PsychiaterInnen die Diagnose, was die Ausübung der Gewalt rückwirkend legitimiert.« (RUFER, 2007, S. 404–406)

Der traumatisierende Effekt durch gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks wird von der Mainstreampsychiatrie sowie der gängigen Psychotherapie vollkommen ignoriert. Die Betroffenen können weder Verständnis noch therapeutische Hilfe bei der Verarbeitung ihrer Traumatisierung erhoffen.

Gesundheitsschädigung. Hirnschädigende Elektroschocks, die in Deutschland wieder flächendeckend eingesetzt werden sollen, so die Verlautbarung der DGPPN

(FALKAI & GRUBER, 2012; DGPPN, 2012b), wie auch psychiatrische Psychopharmaka, insbesondere die meist ohne informierte Zustimmung eingesetzten Neuroleptika, tragen wesentlich zur durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte reduzierten Lebenserwartung psychiatrischer Patientinnen und Patienten bei (ÖSBY et al., 2000; COLTON & MANDERSCHIED, 2006; ADERHOLD, 2010, S. 48–57; »Importance«, 2012). Die Sterblichkeit von Psychiatriepatientinnen und -patienten steigt seit drei Jahrzehnten in alarmierender Weise kontinuierlich an (SAHA et al., 2007, S. 1126). Abgesehen von der oft prekären ökonomischen Situation psychiatrischer Patientinnen und Patienten spielt die toxische Wirkung der verabreichten psychiatrischen Psychopharmaka eine wesentliche Rolle für diese Katastrophe. Manche Psychiater sehen die Wirkung der psychiatrischen Psychopharmaka als nicht ausschlaggebend für die drastisch erhöhte Sterblichkeit psychiatrischer Patientinnen und Patienten an. Doch sollten deren oft miserabler Gesundheitszustand und die vorher niemals sicher bestimmbareren Wirkungen psychiatrischer Psychopharmaka nicht erst Recht Anlass sein, sie vor einer weiteren körperlichen Belastung durch psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks zu bewahren? Erfrischend offen hat Wolfgang Seeler von der Psychiatrischen Klinik Hamburg-Ochsenzoll bereits 1983 die Unkalkulierbarkeit insbesondere neuroleptischer Wirkungen offenbart:

»Pointiert formuliert, befinden sich Ärzte bei der Behandlung eines akuten Patienten stets in der Situation eines unkontrollierten Einzelexperiments.« (SEELER, 1983)

Mitverursachend für die erhöhte Sterblichkeit sind neuroleptikabedingte Defizit-Syndrome, Suizidalität, Delire, Muskelstörungen, Lebererkrankungen, Geschwulstbildungen, die sich bis hin zu Krebs entwickeln können, Diabetes, Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall. Vor einer gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks finden in aller Regel keine sorgfältigen körperlichen Untersuchungen statt, ebenso werden im Verlauf der Behandlung kaum Kontrolluntersuchungen unternommen, um Frühwarnsymptome aufzuspüren, die auf die Entwicklung chronisch oder tödlich verlaufender neuroleptikabedingter Erkrankungen hinweisen könnten. Auch werden die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht über Frühwarnsymptome informiert. Dabei sollte die Bedeutung früher Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen insbesondere Menschen mit medizinischer Ausbildung bekannt sein:

- Apathie, Willenlosigkeit und niedergedrückte Stimmung: mögliche Vorboten einer suizidalen Entwicklung (LEHMANN, 2012a)
- Nachlassen des Antriebs, des Bedürfnisses zu sprechen und nach sozialen Kontakten: mögliche Vorboten eines Defizit-Syndroms
- innere Unruhe, Erregtheit, Sich-Getrieben-Fühlen und Ängstlichkeit: mögliche Vorboten eines Delirs
- Eintreten psychotischer Symptome beim Reduzieren: mögliche Vorboten von (organisch bedingten) Supersensitivitätspsychosen und chronischen Psychosen
- Muskelstörungen: mögliche Vorboten irreversibler Bewegungsstörungen
- erhöhte Leberwerte und Fettleber: mögliche Vorboten chronischer Leberschäden

- Prolaktinerhöhung: möglicher Vorbote von Geschwulstbildungen in den Brustdrüsen, die sich zum Brustkrebs entwickeln können
- Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Insulinresistenz (als Faktoren eines metabolischen Syndroms): mögliche Vorbote von chronischem Diabetes, schweren Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall (LEHMANN, 2012b).

Es wird nicht geprüft, ob vorliegende psychische Probleme möglicherweise vorübergehende Entzugsprobleme beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka sind, ob traumatische Erfahrungen (zum Beispiel sexueller oder emotionaler Missbrauch, Gewalterfahrung) vorgelegen haben, ob Patientinnen schwanger sind und der Fötus durch toxische Substanzen geschädigt werden könnte, es werden keine Augenhintergrunduntersuchungen zur Ausschließung von Verletzungen des Sehnervs gemacht, wie von Augenärzten empfohlen, etc. Und obwohl 5 % bis 10 % der Bevölkerung »Langsam-Metabolisierer« sind, das heißt Menschen mit genetisch bedingter verlangsamerer Verstoffwechslung, was bei der üblichen Verabreichungsgeschwindigkeit zu massiver Wirkungssteigerung führt und vermehrt unerwünschte Wirkungen, beispielsweise gefährliche Herz-Kreislauf-Störungen nach sich ziehen kann, werden Behandlungskandidatinnen und -kandidaten nicht auf diesen Risikofaktor geprüft.

Dabei hatten Psychiater in der Vergangenheit immer wieder auf mögliche Schäden durch Neuroleptika, deren prinzipielle Dosisunabhängigkeit und die absehbare Unvorhersehbarkeit von Todesfällen abgehoben. Vor fast 50 Jahren warnte beispielsweise Heinrich Kranz, 1961–62 Präsident der DGPPN:

»Wenn es so wäre, dass an diesen Komplikationen, insbesondere auch an den letalen Ausgängen, nur falsche Dosierungen oder unzweckmäßige Kombinationen schuld gewesen wären, so wäre das Schuldkonto, das mit dieser Feststellung auf uns geladen wäre, schwer. So ist es aber nicht; wir haben erfahren, dass es auch bei therapeutisch sicher einwandfreien, ja sogar bei geringen Dosierungen aufgrund uns noch weithin unbekannter individueller Dispositionen oder irgendwelcher komplizierender Faktoren, die wir kaum überschauen können, zu solchen belastenden Begleitwirkungen, ja vielleicht sogar zu letalen Ausgängen kommen kann.« (KRANZ, 1964, S. 201)

Auch die modernen, sogenannten atypischen Neuroleptika stellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko für die Behandelten dar, wie aus der Aussage von Gerhard Ebner, Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefärzte und Mitglied des Advisory Board bei Janssen Cilag zur Einführung des Risperdal Consta, hervorgeht:

»Es handelt sich nicht um weniger Nebenwirkungen, sondern um andere, die aber ebenfalls sehr einschneidend sein können, auch wenn sie von den Patienten nicht unmittelbar wahrgenommen werden, weswegen die Patienten leichter zur Einnahme dieser Antipsychotika motiviert werden können, da die quälenden Frühdyskinesien/extrapyramidalen Nebenwirkungen nicht oder nicht so stark auftreten.« (EBNER, 2003, S. 30)

Tardive Dyskinesien (oft bleibende, nicht behandelbare und mit der Verkürzung der Lebenserwartung einhergehende Muskelstörungen) können bei dieser eher aus

Vermarktungsaspekten als »atypisch« bezeichneten Gruppe neuerer Neuroleptika (LEHMANN, 2010b) ebenso auftreten, die gefürchteten, zu Erstickungsanfällen führenden und mitunter unmittelbar tödlich endenden Zungen-Schlund-Syndrome gar in erhöhtem Ausmaß (MADDALENA et al., 2004; VOGEL, 2012).

Aktuell weisen Autoren im *British Journal of Psychiatry* massiv auf die Gefahren von Neuroleptika hin (MORRISON et al., 2012); der Herausgeber der Zeitschrift des Royal College of Psychiatrists, Peter Tyrer, fordert:

»Um das Kosten-Nutzen-Risiko positiv zu gestalten, müssten die Kombination aus extrapyramidalen Symptomen, Gefahren der tardiven Dyskinesie und des neuroleptischen malignen Syndroms (*lebensbedrohlicher Symptomenkomplex aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörungen*), Gewichtszunahme und metabolischem Syndrom (Komplex aus Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Insulinresistenz mit hohem Risiko für schwere Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall – P. L.), Sedierung, orthostatischer Hypotonie (*bei aufrechter Körperhaltung auftretende Blutdruckschwäche*) und Beeinträchtigung sexueller Funktionen (...) aufgewogen werden durch eine massive Verbesserung der Symptomatik und der sozialen Funktionsfähigkeit.

Alle Revolutionen müssen enden, und die psychopharmakologische muss nun in ruhigere Gefilde kommen – in eine Welt, wo sich die medikamentöse Therapie, die in den letzten Jahren wie ein Rammbock wirkte und unserer Unterstützung bedurfte, mit anderen Herangehensweisen verbindet, beispielsweise mit Partnern auf gleicher Augenhöhe, und wo man besser zusammenarbeitet als im Streit gegeneinander.« (TYRER, 2012)

Bereits 2005 hat der Vorstand von ENUSP aus Sorge um das Leben von Psychiatriebetroffenen insbesondere bei ambulanter Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka beim Senat und der Bürgerschaft des Landes Bremen gegen die seinerzeit geplante Einführung des Rechts von Psychiatern auf gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka protestiert und geschrieben:

»Ambulante Zwangsbehandlung mit psychiatrischen Psychopharmaka liefert die Behandelten zudem schutzlos massiven Immunreaktionen wie z. B. anaphylaktischen Reaktionen aus. Notfallmaßnahmen sind im ambulanten Bereich nur mit u. U. sich tödlich auswirkender zeitlicher Verzögerung möglich. Selbst das *Deutsche Ärzteblatt* (2005; 102:A 509–515) stellt unmissverständlich fest, dass beispielsweise in den USA und England, aber auch Norwegen, Dänemark und Australien, mehr Menschen durch unerwünschte Arzneiwirkungen sterben als im Straßenverkehr. Auch wenn in Deutschland valide Zahlen fehlen: Ein Grund ist nicht ersichtlich, dass sich die Situation hierzulande anders darstellt. Wollen Sie solche erheblichen Risiken für die Betroffenen in Kauf nehmen? (...)

Wir verweisen in dem Zusammenhang auf Äußerungen auch von Psychiatern (...). Wolfgang Seeler von der Psychiatrische Klinik Hamburg-Ochsenzoll warnte mit selbem Tenor: »Pointiert formuliert, befinden sich Ärzte bei der Behandlung eines akuten Patienten stets in der Situation eines unkontrollierten Einzelexperiments.«

Nachdem auch schon moderne sogenannte atypische Neuroleptika wegen tödlicher Blutbildstörungen und tödlicher Herz-Kreislauf-Zwischenfälle wieder vom Markt genommen werden mussten, hat sich an diesem Grundproblem, dessen Folgen einzig zu Lasten von Psychiatriebetroffenen gehen, nichts geändert.

Insofern kann der Schutz vor insbesondere ambulanter Zwangsbehandlung nicht hoch genug angesiedelt werden. Ansonsten sehen wir die Situation, dass in Deutschland schutzlose Menschen erneut ins Exil getrieben werden.« (LEHMANN, 2005a)

Allgemeine Diskriminierung

Psychiatriebetroffene werden in ihrer Rechtsstellung in vielfältiger Weise massiv diskriminiert (siehe auch LEHMANN, 2012c) und zudem vom Gesetzgeber an den derzeit anstehenden Rechtsreformen nicht beteiligt:

Verweigertes Recht auf Aufklärung und informierte Zustimmung. Wie Studien aller Art gezeigt haben, findet fast regelhaft keine Aufklärung über die Risiken und »Neben-« Wirkungen von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks statt.

»Ein Aufklärungskonzept gehört offensichtlich nicht zum psychiatrischen Alltag« (zitiert nach »Mythos«, 1992), äußerte die Psychologin Lilo Süllwold. Nicht nur bei Forschungen mit neuen Substanzen erscheint es Psychiatern »unethisch, die Angst von Patienten durch detaillierte Information über mögliche Unannehmlichkeiten oder Komplikationen zu vermehren« (HELMCHEN, 1982, S. 380). Hanfried Helmchen, ehemaliger DGPPN-Präsident, publizierte 1981 in dem Buch »Psychiatrie und Rechtsstaat« beispielsweise Vorschläge, »über das Risiko einer Späthyperkinese spätestens zum Zeitpunkt ihrer beginnenden Manifestation« zu informieren, oder aber drei Monate oder ein Jahr nach Beginn der Behandlung, denn:

»Vermutlich wäre die Ablehnungsrate sehr hoch, wenn alle akut schizophrenen Patienten über dieses Nebenwirkungsrisiko vor Beginn einer notwendigen neuroleptischen Behandlung informiert würden.« (HELMCHEN, 1981, S. 83)

Weder zu Beginn der Behandlung noch im weiteren Verlauf werden die Betroffenen im erforderlichen Ausmaß aufgeklärt. Dies trifft besonders auf Neuroleptika zu. Michael Linden von der Berliner Psychiatrischen Universitätsklinik berichtete in seinem Artikel »Informationen und Einschätzungen von Patienten über Nebenwirkungen von Neuroleptika« über Befragungen, die am Tag der jeweiligen Anstaltsentlassung durchgeführt wurden. Danach kennen die Behandelten die Risiken und Gefahren, die die Verabreichung der psychiatrischen Psychopharmaka mit sich bringen, nur unzureichend. Beispielsweise wussten nur 6 % der Befragten etwas von unerwünschten Wirkungen auf das autonome Nervensystem (LINDEN, 1980).

Auf die Frage, ob sie über Risiken und »Nebenwirkungen« von Behandlungsmaßnahmen vollständig informiert waren, wurde in der oben genannten Umfrage für die *Sozialpsychiatrischen Informationen* von den Befragten nicht ein einziges Mal mit Ja geantwortet (PEECK et al., 1995).

Andere Studien jüngerer Datums wie die europäische Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001–2006« (durchgeführt und finanziert von der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung & Soziales) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. In dieser multinationalen Studie untersuchten Verbände von Psychiatriebetroffenen, psychiatrisch Tätigen

und Angehörigen aus England, Wales, Österreich, Deutschland, Spanien und den Niederlanden gemeinsam mit Mental Health Europe, ENUSP und einem belgischen Forschungsinstitut die normale Situation Psychiatriebetroffener. Ergebnis:

»Psychopharmaka werden ohne Information und Zustimmung verabreicht, das heißt ohne Aufklärung über deren Risiken. Beschwerden werden als Zeichen einer psychischen Erkrankung abgetan. Das Recht auf Einsicht in die eigenen Behandlungsunterlagen wird verwehrt. Lehnen Patientinnen und Patienten die angebotenen Behandlungsmaßnahmen ab, so bedroht man sie mit Isolierung, Zwangsbehandlung, erhöhter Psychopharmakadosis oder vorzeitiger Entlassung.« (»Erkenntnisse«, 2005).

Verweigerte Aufarbeitung von Menschenrechtsverletzungen. Die Forderung von Verbänden Psychiatriebetroffener, es möge ähnlich der Aufarbeitung von sexuellem Missbrauch in der katholischen Kirche oder Menschenrechtsverletzungen in der Heimerziehung auch zu einem Runden Tisch kommen, bei dem über psychiatrische Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie gesprochen wird, wird von Psychiaterorganisationen abgetan, man möge sich intern an Beschwerde- und Schlichtungsstellen von Ärztekammern wenden.

Psychiater, die jungen Frauen ohne informierte Zustimmung Insulin- und Elektroschocks sowie alle Arten von psychiatrischen Psychopharmaka verabreichten mit der Folge jahrelanger Odysseen und massiver Suizidalität, sind trotz der publik gemachten brutalen Behandlung nach wie vor persönliche Ehrenmitglieder der World Psychiatric Association oder Mitglieder des Ethikbeirats der DGPPN (KEMPKER, 2000; DGPPN, 2010; LEHMANN, 2010a).

Faktoren, die darauf schließen lassen, dass sich die Situation in jüngster Zeit merklich geändert hat oder in nächster Zeit ändern wird, sind nicht zu erkennen.

Verweigerte Hilfestellung beim Absetzen von psychiatrischen Psychopharmaka. Patientinnen und Patienten bekommen psychiatrische Psychopharmaka in der Regel ohne ausreichende Aufklärung über Abhängigkeitsrisiken oder gar unter Anwendung von Nötigung oder unmittelbarer Gewalt verabreicht. Später jedoch, wenn sich eine körperliche Abhängigkeit entwickelt hat, erhalten sie keine Hilfestellung beim Absetzen (mit Ausnahme von Benzodiazepinen, nachdem deren abhängig machende Wirkung von Gerichten bestätigt wurde). Das Wissen über das Risiko der Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika wird den Betroffenen ebenso vorenthalten wie die dazugehörigen Diagnosen und Abrechnungsziffern, die Voraussetzung wären, um einem hilfebereiten Mediziner die Abrechnung seiner Tätigkeit über die Krankenkasse zu erlauben. Pirkko Lahti, Präsidentin der World Federation for Mental Health von 2001–03, stellte hierzu fest:

»Diagnosen und Indikationen führen oft zur Behandlung mit psychiatrischen Psychopharmaka, die langwierig sein kann. Wer kann vorhersagen, ob die psychiatrischen Psychopharmaka – wenn die Zeit kommt – problemlos abgesetzt werden können? Von Tranquilizern, besonders von Benzodiazepinen, kennen wir die abhängig machende Wirkung bereits. Absetzen ohne therapeutische Hilfe und ohne Kenntnisse über die Risiken kann einen dramatischen Verlauf nehmen. (...) Hörten wir nicht schon von psychopharmakabedingten Absetzproblemen, von Rezeptorenveränderungen, Supersensitivitäts- und Absetzpsychosen?

(...) Lassen wir unsere Patienten nicht allein mit ihren Sorgen und Problemen, wenn sie sich – aus welchem Grund auch immer – selbst entscheiden, ihre psychiatrischen Psychopharmaka absetzen zu wollen? Wo können sie Unterstützung, Verständnis und positive Vorbilder finden, wenn sie sich enttäuscht von uns abwenden (und wir uns von ihnen)?« (LAHTI, 2008, S. 10f.)

Verweigerte psychiatriepolitische Einflussnahme. Vertreter von Organisationen Psychiatriebetroffener sind nicht beteiligt an Zulassungsverfahren psychiatrischer Psychopharmaka und deren Monitoring. Sie können hierzulande Arzneimittelkommissionen noch nicht einmal Hinweise auf Schäden melden (LEHMANN, 2005b).

Verweigertes faires Gerichtsverfahren. Bekommen psychiatrische Patientinnen und Patienten ohne vorherige gerichtliche Prüfung gewaltsam psychiatrische Psychopharmaka und/oder Elektroschocks verabreicht, ist ein faires Gerichtsverfahren, in dem sie sich gegen deren gewaltsame Verabreichung wehren können, in aller Regel nicht mehr möglich. Wie sollen sie unter Einfluss persönlichkeitsverändernder Substanzen oder in einem einer Gehirnerschütterung gleichkommenden Zustand nach Vollzug von Elektroschocks vor Gericht ihre bürgerlichen Rechte durchsetzen?

Verweigerte Strafverfolgung. Gleichzeitig finden Verurteilungen von Psychiatern wegen Körperverletzung oder Tötung mit bedingtem Vorsatz nicht statt: nicht einmal, wenn Menschen trotz offensichtlicher Risikosituationen psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks erhielten und infolge der Behandlung starben. Bekannt durch Zeitungsberichte ist beispielsweise der Todesfall in der Psychiatrischen Abteilung der Klinik in Zwickau vom 4. Mai 2008, als eine stark übergewichtige Frau »angebunden und von den Medikamenten völlig breitgemacht« an einer Lungenembolie infolge eines nicht erkannten Blutgerinnsels starb; aufgrund der Psychopharmakawirkung hätte sie zuvor nicht mal sagen können, wenn sie Schmerzen im Bein gespürt hätte, so ihr Ehemann. Sie war mit drei Riemen dauergefesselt gewesen. In diesem Fall kam es seitens der Staatsanwaltschaft nicht einmal zu einer Anklage wegen des Verdachts auf fahrlässige Tötung, denn:

»Thrombose und Embolie ließen sich »nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit« auf die Fesseln zurückführen. Angesichts weiterer Risikofaktoren wie des starken Übergewichts der 59jährigen Patientin zog ein Gutachten eine »Kausalkette« zwischen Fesseln und Tod nur »im Sinne einer Begünstigung« in Betracht.« (EUMANN, 2010)

Dass auch nicht wegen eventualvorsätzlicher Tötung angeklagt wurde (trotz bekannter erheblicher Risiken waren offenbar nichts unternommen worden, diese zu vermindern), ist kein gutes Zeichen für die Wertschätzung des Rechts auf Leben einer normalen Psychiatriepatientin. Dabei sollte bekannt sein, dass Neuroleptika eine erhöhte Thrombose- und Emboliegefahr bewirken (LEHMANN, 1996, S. 141–147), die Betroffenen besonders bei längerer Ruhigstellung, zum Beispiel bei anhaltender Fixierung, durch Venenthrombosen gefährdet sind (Bayer AG, 1972) und Übergewicht ein weiterer Thromboserisikofaktor ist.

Verweigerter Schadenersatz, verweigertes Schmerzensgeld. Trotz der Vielzahl von Behandlungsschäden und des dramatischen Machtgefälles zwischen behandelten Einzelpatientinnen und -patienten und milliardenschweren Pharmafirmen bzw.

Psychiatern, die durch kollegiale Gutachten geschützt werden, bleibt Psychiatriebetroffenen – wie auch anderen Medizingeschädigten – in Deutschland die überfällige Beweislastumkehr vorenthalten. Bei Behandlungsschäden haben psychiatrisch Geschädigte nahezu null Chance, Schmerzensgeldklagen durchzusetzen. Entschädigungen für rechtswidrige gewaltsame Verabreichungen von psychiatrischen Psychopharmaka, Elektroschocks und Zwangsunterbringungen sind ebenso wenig vorgesehen wie für sogenannte Falschdiagnosen, die zu Unterbringungsverfahren und gewaltsamer Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks führen. Nur extrem wenige geschädigte Patientinnen und Patienten können den Klageweg gehen und durchstehen. Wie die Erfahrungen von Vera Stein zeigen, die mit ihren Klagen auf Schmerzensgeld und Schadensersatz gegen fünf Kliniken durch alle Instanzen ging bis zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte, nachdem sie infolge einer Fehldiagnose jahrelang psychiatrisch eingesperrt war, neigt man dazu, mit Hilfe von Medizinerkollegen, die als Sachverständige auftreten, im Einvernehmen mit Gerichten Fehler zu vertuschen, um die Verantwortlichen davor zu bewahren, dass sie zur Rechenschaft gezogen werden (STEIN, 2006; STEIN, 2012, S. 189–192).

Was tun angesichts unlösbarer Interessenkonflikte?

Beliebig viele Beispiele für die Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Rechten sowie die Schädigung von Gesundheit und sozialem Besitzstand durch die gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks ließen sich hier auflisten. Ebenso fänden sich Beispiele für Risiken durch das Ausbleiben von gewaltsamer Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks. Kann es aber sein, dass eine mögliche Gefährdung des einen Personenkreises (Menschen, die durch eine gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks möglicherweise einen Nutzen haben, wie von der DGPPN ausgeführt) aufgerechnet wird gegen die Gefährdung eines anderen Personenkreises (Menschen, die durch gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks geschädigt werden, wie von Psychiatriebetroffenen weltweit bezeugt)? Wer wollte sich anmaßen, das Recht auf Leben und Gesundheit unterschiedlicher Menschen gegeneinander abzuwägen?

Gewaltanwendung in der Psychiatrie ist immer verbunden mit einer Verletzung von Rechten, die gegebenenfalls als geringer bewertet werden (zum Beispiel Unverletzlichkeit des Körpers, Schutz der Menschenwürde, Selbstbestimmungsrecht) als diejenigen Rechte, die zur Ausübung von Gewalt legitimieren sollen (zum Beispiel Recht auf Behandlung, Schutz der Menschenwürde, Selbstbestimmungsrecht). Ob man sich der einen Seite (Abwehr gewaltsamer Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks) oder der anderen Seite (Durchsetzung gewaltsamer Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks) zuwendet, ist – neben der üblichen Ausrichtung an Interessen wie Geld, Macht, Karriere, Schuldgefühlen oder mangelhafter Kenntnisse des

Umfangs und der Grenzen der Garantenpflicht – eine Frage des Vertrauens in die psychiatrische »Kunst« und Ethik.

Allerdings gibt es eine Reihe objektiver Tatbestände, die das Vertrauen in psychiatrische »Kunst« und Ethik relativieren müssen: die massive rechtliche Minderstellung von Betroffenen, ihre massive gesundheitliche Gefährdung durch psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks, die letztlich zu geringe Wertschätzung ihres Lebens insbesondere angesichts der Verflechtung der Psychiatrie mit der pharmazeutischen Industrie (LEHMANN, 2012d). Die Aufrechterhaltung eines psychiatrischen Sonderrechts auf gewaltsame Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks sollte unter diesen Umständen abgelehnt werden.

Mediziner müssen sich generell mit dem Umfang der Garantenpflicht und deren Grenzen auseinandersetzen und Verantwortung übernehmen, wenn sie in Not-situationen ohne informierte Zustimmung behandeln. Wieso sollen sich Psychiater nicht derselben Verantwortung stellen wie andere Mediziner auch? Sollen am Ende Eingriffe als Geschäftsführung ohne Auftrag in der inneren Medizin, der Gynäkologie, der Onkologie, der Chirurgie etc. in unterschiedlichen Gesetzen abgehandelt werden – für jeden Medizinbereich ein Sondergesetz?

Konfliktlösungsmöglichkeiten. Grundsätzlich sollte nur mit Einwilligung von Untergebrachten und nach informierter Zustimmung behandelt werden. Vor Beginn der Behandlung ist umfassend über die Gründe und Folgen sowie über mögliche Alternativen aufzuklären. Die Pflicht zur Aufklärung umfasst insbesondere die Risiken der Behandlung und Nebenfolgen sowie Spätschäden, die nach dem Stand medizinischer Erkenntnis nicht außerhalb jeglicher Wahrscheinlichkeit liegen. Ist der oder die Untergebrachte zu einer rechtswirksamen Erklärung außer Stande, ist auf den natürlichen Willen abzustellen. Kann er oder sie diesen nicht äußern, ist auf eine vorher abgegebene Erklärung abzustellen. Ist eine solche nicht erkennbar, dann ist von einer Versagung der Einwilligung auszugehen. Sicherergestellt sein muss auch, dass psychiatrische Patientinnen und Patienten, ob zwangsuntergebracht oder nicht, ihre Zustimmung zur Behandlung jederzeit ganz oder zum Teil widerrufen können (SCHULZ et al., 1984; JELPKE et al., 1988).

Notfallbehandlung. Wie im vitalen Interesse der betroffenen Person diese ohne oder gegen ihren Willen zu behandeln ist, steht in den Vorschriften des BGB (zum Beispiel in Notfällen der Eingriff als Geschäftsführung ohne Auftrag) und des StGB (Gebot der Hilfeleistung). Dass es sich dabei nur um das Leben der Betroffenen oder um die Abwendung schwerer irreversibler Gesundheitsgefahren in jeweils situationsbedingten, von individuellen Ressourcsmöglichkeiten bestimmten und somit nicht verallgemeinerbaren Situationen handeln kann, sollte bei Akzeptanz des BGB und des StGB selbstverständlich sein. Das Recht auf Selbstbestimmung psychiatrischer Patienten sei hoch einzuschätzen, so Christoph Jonas Tolzin, Leiter des Kompetenzzentrums Psychiatrie/Psychotherapie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen; wer als Arzt den Konflikt mit dem Patienten nicht aushalte, solle sich einen anderen Beruf suchen (siehe VOM LEHN, 2012).

Gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka oder Elektroschocks via Behandlungsvereinbarung. Möglich ist die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks bei Personen, die diese per Behandlungsvereinbarung oder einer anderen Vorausverfügung in rechtlich angemessener Weise vorher ausdrücklich und in freiem Willen erlaubt und für sich eingefordert haben. Aber auch hier müssen alle Rechtsprinzipien, auch das der Verhältnismäßigkeit, gewahrt sein. Politiker und Psychiater, die Zwangsmaßnahmen für unverzichtbar halten, sollten demzufolge denselben Weg gehen, wie er beschritten wurde, um das Problem fehlender Spenderorgane zu lösen: Genauso wie man aktuell Gesunde dazu aufruft, schon heute ihre Bereitschaft zu erklären, sich im Falle des Hirntodes Organe entnehmen zu lassen und diese zu spenden, kann man öffentliche Aufrufe starten, in denen sich Bürgerinnen und Bürger frühzeitig erklären, ob sie im Falle des Falles der Psychiatrisierung gewaltsam psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks verabreicht bekommen wollen. Eine solche Aktivität von Staat und Krankenkassen entspräche zudem Erwartungen sozialpsychiatrisch Tätiger an »psychisch Kranke«, wie sie der Sozialpädagoge Herbert Knappe wiedergibt: »Jeder Mensch muss an seiner Lebensgestaltung nach seinen Möglichkeiten und Kräften konstruktiv mitwirken.« (zitiert nach KNAPPE, 2012, S. 28). Dies gilt auch für Organisationen, die spezielle Patientengruppen vertreten wollen, wie beispielsweise die Gesellschaft für bipolare Störungen. Diese vom Psychiater Georg Juckel von der Psychiatrischen Universitätsklinik Bochum geleitete und von diversen Pharmafirmen gesponserte Organisation plädiert mit dem Argument, dass Menschen mit Manien in ihren Hochphasen ihre soziale und finanzielle Existenz ruinieren könnten, lautstark für die Zulässigkeit psychiatrischer Zwangsmaßnahmen (siehe ALBRECHT & GREFE, 2012). Das scheinbar unauflösliche ethische und rechtliche Dilemma – psychiatrische Gewalt zulassen oder nicht – würde durch die dargestellte juristische Regelung nahezu bedeutungslos.

Zwang zur Abwehr von Gefahren für Dritte. Zwang ist letztlich unabwendbar für eine Gesellschaft, die sich schützen will vor Straftaten, egal ob die Täterinnen und Täter eine psychiatrische Diagnose haben oder nicht. Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg bekräftigte dies am 15. September 2012 in seiner Mitgliederversammlung:

»Im Falle akuter Fremdgefährdung, falls Leib und Leben Anderer bedroht sind, sollen Zwang und Gewalt als letztes Mittel möglich sein. Dies bedeutet jedoch selbst hier, dass zunächst sämtliche deeskalierende Versuche unternommen werden müssen, um den schweren Gefahrensituationen gewaltfrei zu begegnen. Falls Zwangs- oder Gewaltanwendungen unumgänglich sind, müssen diese nicht nur human und der Verhältnismäßigkeit entsprechend gewählt werden, sondern auch auf eine möglichst geringe Dauer beschränkt werden.« (LPEBW, 2012)

Dass in solchen Fällen Zwang in Form von gewaltsamer Verabreichung riskanter psychiatrischer Psychopharmaka nicht verfassungskonform ist, hat das Bundesverfassungsgericht geklärt, wie eingangs erwähnt.

Gewaltverzicht als Voraussetzung eines humanistisch orientierten psychosozialen Hilfesystems

Psychiatrische Gewaltanwendung sollte grundsätzlich ethisch höchst bedenklich und letztlich verzichtbar sein. Ein Gewaltverzicht hätte dramatische Folgen: Er könnte ein System der Hilfeleistung hervorbringen, das seinem Namen gerecht wird. In einer gewaltfreien psychosozialen Kultur würden jetzt noch als psychisch krank diagnostizierte Menschen ihre Würde wiederfinden. Wo vorher Isolation war, wären jetzt Orte, an denen psychisches Leid gemeinsam überwunden und die phantastischen Visionen gefährlicher Geister reflektiert werden können, egal ob es sich dabei um Stimmen handelt, um Bilder oder ungewöhnliche Überzeugungen.

Reichen ambulante Hilfen, Selbsthilfemaßnahmen oder humanistisch orientierte psychotherapeutische Hilfen nicht aus, mit psychosozialen Problemen zurechtzukommen und die Kommunikation der einzelnen Betroffenen mit ihrer Umgebung aufrechtzuerhalten oder wieder zu ermöglichen, würden krisenorientierte Dienste ohne doppelbödige und ausgrenzende Kommunikation und vor allem ohne Zwangsmaßnahmen auf den Plan treten. Anstelle eines Koffers mit diagnostischen Handbüchern, Spritzen und psychiatrischen Psychopharmaka beruhte ihr Angebot auf Empathie, Interesse, Offenheit, Verstehen und Respekt, sicheren Orten, dialogischen Langzeitbeziehungen auch psychotherapeutischer Art und einem ganzheitlichen Umgang mit Körper und Geist. Gemeinsam mit den Betroffenen versuchten sie, eine Lösung für aus dem Ruder laufende Problemsituationen zu finden, vor Ort oder in niedrigschwelligen Krisenzentren oder Recovery-orientierten Einrichtungen à la Weglaufhaus, Soteria oder Windhorse. Die Kenntnisse krisenerfahrener Menschen würden als wertvolle Anregung integriert (LEHMANN & STASTNY, 2007a, S. 425–429).

Welche Vorteile ein gewaltfreies und humanes Zugehen auf Menschen in psychischen Extremsituationen haben kann, wird auch an den Erfahrungen des Diabasis-Projekts deutlich. Diabasis war ein Modell einer veränderten Akutpsychiatriepraxis in San Francisco. Der von C. G. Jung beeinflusste Psychiater John Perry hatte in den 70er Jahren ein Wohnprojekt für Menschen mit sogenannten akuten Psychosen gegründet. Das Wort »Diabasis« aus dem Griechischen bedeutet »Übergang« und bezieht sich auf die Chance der Persönlichkeitsentwicklung, die Verrücktheitszustände und andere Krisen in sich bergen. Über sein Projekt berichtete Perry, der psychische Extremzustände nicht als Folge von Hirnstoffwechselstörungen abtat und auf die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka verzichtete, 1977 in Rom beim 7. Kongress der Internationalen Vereinigung für Analytische Psychologie:

»Wir hatten quasiprofessionelle Berater ohne Psychopathologie-Ausbildung. Ihr übereinstimmender Standpunkt war, dass sich die psychiatrische Etikettierung zerstörerisch auf die Klienten auswirkt. Weil dadurch deren Erfahrungen und Wesensarten abgewertet werden. Aus diesem Grund vertraten die Mitarbeiter die strikte Grundregel: Nicht etikettieren. Ihre

allgemeine Haltung zeichnete sich aus durch Anteilnahme, Ermutigung, Unterstützung und Zuneigung. Die Atmosphäre im Haus war warm, stützend, offen und frei für den Ausdruck der eigenen Persönlichkeit. (...) Wir vergaben keine psychiatrischen Psychopharmaka. Wir hatten hohe Erwartungen, aber trotzdem waren wir über die Ergebnisse erstaunt. Die bemerkenswerteste Erfahrung war die Schnelligkeit, mit der diese Menschen von ihren psychotischen Zuständen herunterkamen: Die meisten kehrten zu einem zusammenhängenden, rationalen Bewusstseinszustand innerhalb von 1-5 Tagen zurück. Die längste »Rückkehr« dauerte 9 Tage. Ihre Genesung bedeutete keine vollständige Symptombefreiheit, aber den Weg zu einem reichen Leben und zu kreativen Entwicklungen.« (PERRY, 1980, S. 194 f.) Wichtig für eine wirksame psychosoziale Hilfe ist ein Klima von Vertrauen, Gemeinsamkeit und Zuversicht, das jeder Lösung, Besserung oder Heilung zugrunde liegen muss. Beispiele finden sich auch in Berichten über den Offenen Dialog (need-adapted treatment), die Krisenherberge, den Soteria-Ansatz, das Weglaufhaus und die organisierte Selbsthilfe. Solche humanistisch orientierten Herangehensweisen führen erwiesenermaßen zur Reduzierung von Zwangseinweisungen, zur besseren persönlichen Entwicklung der Betroffenen (einschließlich der Beibehaltung ihres Arbeitsplatzes), zu weniger »Rückfällen« und erneuten psychiatrischen Unterbringungen, zu weniger Konsum psychiatrischer Psychopharmaka und insgesamt besserer Lebensqualität (LEHMANN & STASTNY, 2007b). Allerdings bedrohen solche funktionierenden Alternativen, die zudem kostensparend wären und Krankenkassen und Versicherte finanziell entlasten würden (LEHMANN, 2011), die Gewinne von Pharmafirmen. Insofern ist es nicht überraschend, dass in psychiatrischer Fachliteratur, die meist finanziell abhängig ist von Geldern der Pharmafirmen, solche Informationen fehlen. Auch Psychiater, die sich ausgesprochen häufig in »Interessenkonflikten« durch die Annahme von Geldern der Pharmaindustrie befinden, reagieren in aller Regel mit Ignoranz und Abwehr auf Berichte erfolgreicher psychosozialer Behandlung ohne Zwang, psychiatrische Psychopharmaka und Elektroschocks.

Sinnvoller und notwendig wäre jedoch, nicht noch weitere Massen von psychiatrischen Patientinnen und Patienten dem Risiko des frühen Todes auszusetzen, sondern deren Menschenrechte und insbesondere ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit zu schützen, Verstöße gegen Aufklärungspflichten wirksam zu bekämpfen, die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks zu unterbinden und das Recht von Patientinnen und Patienten auf Freiheit in der Weise durchzusetzen, dass sie diese ohne Behandlungsschäden wiedergewinnen.

Wie kontraproduktiv ein Gesetz wäre, das psychiatrische Gewalt fördert, geht aus einem offenen Brief hervor, den der Psychiater Martin Zinkler am 12. November 2012 an Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, die Bundesministerin der Justiz, schrieb. Er erläuterte ihr den Schutz vor Gewalt als Grundlage eines vertrauensbildenden therapeutischen Klimas und entkräftete das von der DGPPN entworfene Szenario, wonach die Nichtverabreichung psychiatrischer Psychopharmaka dazu führe, dass psychiatrische Patientinnen und Patienten gesundheitlichen Schaden erleiden und vermehrt andere Zwangsmaßnahmen wie etwa Fixierungen (Fest-

binden am Bett) erdulden müssten. Auch treffe es nicht zu, dass Mitarbeiter und Mitpatienten vermehrt Opfer von aggressiven Übergriffen würden:

»Ich schreibe Ihnen, um Ihnen mitzuteilen, dass ich als Chefarzt der Psychiatrischen Klinik am Klinikum Heidenheim diese Erfahrungen – auch für mich überraschend – nicht gemacht habe. Vielmehr haben sich durch die aktuelle Situation, nach der es in Baden-Württemberg keine rechtliche Grundlage für die Zwangsbehandlung mehr gibt, in der Behandlung neue Möglichkeiten zur vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Patienten und Behandlungsteam ergeben. Denn wir sagen unseren Patienten jetzt, dass eine medikamentöse Zwangsbehandlung nicht stattfinden wird, gerade auch solchen Patienten, die in der Vergangenheit zwangsbehandelt wurden. Das schafft Vertrauen und hat bisher – über inzwischen mehr als 12 Monate seit dem Bundesverfassungsgerichtsurteil zum UBG in BW (2 BvR 633/11) mit über 1200 stationären Aufnahmen – in unserer Klinik nicht zu einer Zunahme von Zwangsmaßnahmen oder Übergriffen auf Personal und Mitpatienten geführt.« (ZINKLER, 2012)

Im Falle einer staatlichen Lizenz zur gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks

Deutschland ist ein Land, in dem vor wenigen Jahrzehnten Psychiater »im Namen eines angeblichen Fortschritts« (SCHNEIDER, 2010) ihre Patientinnen und Patienten zwangssterilisieren und töten ließen und auch selbst töteten. Eine Strafverfolgung blieb bis auf wenige Ausnahmefälle aus und der nationale Psychiaterverband stand nicht einmal in der Zeit nach 1945 an der Seite der Opfer, sondern hatte Anteil an ihrer erneuten Diskriminierung und Benachteiligung, (so Frank Schneider, der ehemalige Präsident der DGPPN). Insofern wäre es erstaunlich, wenn die DGPPN und die politischen Parteien, die über Jahrzehnte keine Probleme hatten mit der nun – zumindest in Teilen – für verfassungswidrig erklärten psychiatrischen Zwangsbehandlung, plötzlich die höchstrichterlichen Entscheidungen sowie die Forderungen der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung akzeptieren und sich für die verfassungsmäßigen und bürgerlichen Rechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen engagieren.

Die DGPPN jedenfalls zeigt sich unbeeindruckt von den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts und fordert in ihrer Stellungnahme vom 16. Januar 2012 selbst bei unbestrittener Einsichtsfähigkeit ungebrochen:

»... eine eindeutige gesetzliche Grundlage für eine erforderliche Zwangsbehandlung auch bei einwilligungsfähigen Patienten, die infolge einer psychischen Störung gefährlich geworden sind und der Verantwortung von Ärzten übergeben werden...« (DGPPN, 2012c)

Das am 29. November 2012 vom Bundestag abgesegnete sogenannte Patientenrechtegesetz erweckt nicht den Eindruck, als hätten seine Verfasser die Forderungen der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung ernst genommen. Eher geht es darum, die unterlassene Aufklärung bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zu legalisieren, gilt Psychiatern deren Behandlung doch meist als *unaufschiebbar*. Damit wird es noch schwerer als es jetzt schon ist, bei

psychiatrischen Behandlungsschäden in Verbindung mit dem Verstoß gegen die Pflicht zur Aufklärung über Behandlungsrisiken Schadenersatzansprüche gerichtlich durchzusetzen. So heißt es im § 630 e (Aufklärungspflichten):

»(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise auf Grund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.« (»Entwurf«, 2012)

Während man im somatischen Bereich der Medizin mit besonderen Umständen unaufschiebbare lebenserhaltende Maßnahmen meint, beispielsweise Notfallmedizinische Maßnahmen bei einem bewusstlosen Patienten nach einem Unfall, gelten im psychiatrischen Bereich Maßnahmen als unaufschiebbar, wenn »deren Aufschieben schwere Folgen für den Kranken hätte« (DGPPN, 2009, S. 54). Aus ihrem Krankheitsmodell leitet die DGPPN nicht nur ein Recht auf Zwangsbehandlung ab, sondern geradezu deren Pflicht. Die mit dieser »Pflichtausübung« einhergehende Unterlassung der Aufklärung wird durch das »Patientenrechtegesetz« rechtlich abgesegnet, ohne dass der Gesetzgeber dies klar ausspricht. Der Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit hatte die »besonderen Umstände«, das heißt die ins Auge gefasste Patientengruppe, die kein Recht auf Aufklärung haben soll, wenigstens noch beim Namen genannt:

»§ 630e Aufklärungspflichten. Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit (...) erhebliche therapeutische Gründe der Aufklärung des Patienten entgegenstehen. Hätte etwa die Aufklärung eines psychisch kranken Patienten eine erhebliche Gefährdung für dessen Person zur Folge, so kann bzw. muss der Behandelnde aus therapeutischen Gründen ausnahmsweise von der Aufklärung Abstand nehmen.« (»Referentenentwurf«, 2012)

In der Begründung des Gesetzesentwurfs wird die Notwendigkeit der juristischen Waffengleichheit zwischen Behandlern und Behandelten betont, sollten Letztere in die Lage gesetzt werden, realistische Chancen zu haben, bei Behandlungsschäden Schadenersatzansprüche infolge eines Verstoßes gegen die Pflicht zur Aufklärung über Behandlungsrisiken durchzusetzen. Deshalb müsse der Behandler nachweisen können, vorschriftsmäßig aufgeklärt zu haben:

»Nach den allgemeinen vertraglichen Haftungsgrundsätzen wäre ansonsten, anders als nach bisher geltendem Recht, der Patient sowohl für seine Behauptung, die Aufklärung sei fehlerhaft oder sei unterblieben als auch für seine Behauptung, der Behandelnde habe die Einwilligung in den Eingriff nicht eingeholt, beweisbelastet. Von diesem Grundsatz macht Absatz 2 Satz 1 daher eine Ausnahme und weist dem Behandelnden die Beweislast für die erfolgte Aufklärung und für die Einholung einer wirksamen Einwilligung zu. Demnach muss der Behandelnde beweisen, dass er den Patienten oder den zur Einwilligung gemäß § 630d Absatz 1 Satz 2 Berechtigten ordnungsgemäß nach Maßgabe des § 630e über sämtliche maßgeblichen Umstände einer Maßnahme aufgeklärt und eine wirksame Einwilligung eingeholt hat. Diese Abweichung von der allgemeinen Beweislastverteilung bei der vertraglichen Haftung, die Waffengleichheit zwischen dem Behandelnden und dem Patienten im Prozess sicherstellt, führt zudem auch zu einem Gleichlauf der Beweislastregelungen im Vertrags- und Deliktsrecht. Sie erklärt sich vor dem Hintergrund, dass

dem Patienten der Beweis einer negativen Tatsache, nämlich der Beweis für eine nicht ordnungsgemäße Aufklärung oder für eine nicht erfolgte Einwilligung, in der Regel nicht gelingen wird. (»Entwurf«, 2012, S. 28 f.)

Fehlende Aufklärungspflicht im psychiatrischen Bereich bedeutet schlicht, potenziell Geschädigten aufgrund ihrer psychiatrischen Diagnose von vornherein jegliche Chance zur Durchsetzung von Schadenersatzansprüchen und Schmerzensgeld zu nehmen.

Ein weiteres Beispiel für die geringe Wertschätzung der Rechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ist die baden-württembergische SPD-Sozialministerin Karin Altpeter, die nach der eingangs erwähnten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts ein neues Landespsychiatriegesetz auf den Weg gebracht hat – wieder mit dem psychiatrischen Recht auf zwangsweise Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks. Auf Kritik an ihrem Eintreten für psychiatrischen Zwang bemühte sie ausgerechnet die Selbstbestimmung potenziell Zwangsbehandelter:

»Das Gesetz sehe Zwangsmedikationen »nur« vor, falls bei Betroffenen Gefahr für das eigene Leben, Gefahr für Dritte oder die Unmöglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, bestehe.« (zitiert nach TRÜÖL, 2012)

In derselben Weise gehen die Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und FDP mit dem höchstrichterlichen Urteil um, das die Einwilligung eines rechtlichen Betreuers in eine zwangsweise, psychiatrisch angezeigte Behandlung als nicht verfassungsgemäß bezeichnet hatte, da psychiatrische Zwangsbehandlung nicht dadurch weniger belastend werde, dass der Betreuer zustimme. Im Gesetzesentwurf des Bundesministeriums der Justiz vom November 2012 – prinzipiell unterstützt von der Bundestagsfraktion der Grünen: »Der Gesetzesentwurf stellt eine tragfähige Diskussionsgrundlage dar.« (Bündnis 90/Die Grünen, 2012) – soll die vom Bundesgerichtshof inkriminierte Belastung offenbar durch einen zusätzlichen Satz in § 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuchs aus der Welt geschafft werden:

»(3a) Die Einwilligung in die ärztliche Zwangsmaßnahme bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts.« (KAUDER et al., 2012, S. 3)

Wie wenig die bürgerlichen Parteien von elementarsten Rechten von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen halten, zeigt sich auch an ihrer Einstellung zum Recht auf informelle Selbstbestimmung – einem Bereich, der so gar nichts mit den immer wieder bemühten »erheblichen Gefahren für Leib und Leben« zu tun hat. In seiner Entscheidung vom 9. Januar 2006 zum Akteneinsichtsrecht im Maßregelvollzug (2 BvR 443/02) hatte das Bundesverfassungsgericht zwar den hohen Wert des Rechts auf Einsicht in die eigenen psychiatrischen Akten betont (was selbstverständlich auch für Bereiche jenseits der Forensik gilt) und im Urteil ausgeführt:

»Ärztliche Krankenunterlagen mit ihren Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen betreffen den Patienten unmittelbar in seiner Privatsphäre. Deswegen und wegen der möglichen erheblichen Bedeutung der in solchen Unterlagen enthaltenen Informationen für selbstbestimmte Entscheidungen des Behandelten hat dieser generell ein geschütztes Interesse daran, zu erfahren, wie mit seiner Gesundheit umgegangen wurde,

welche Daten sich dabei ergeben haben und wie man die weitere Entwicklung einschätzt.

Dies gilt in gesteigertem Maße für Informationen über die psychische Verfassung.«

Doch ein vom Bundesverfassungsgericht festgestelltes Recht auf Akteneinsicht, wie es schon seit Jahrzehnten von Psychiatriebetroffenen eingefordert wird (GASEROW, 1980; LEHMANN, 1981), das die Betroffenen – beispielsweise bei einer vorgeschlagenen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks – in die Lage brächte, den Behandlungsverlauf mit Personen ihres Vertrauens zu besprechen, soll ihnen weiterhin vorenthalten werden. So schreibt das »Patientenrechtgesetz« deren Diskriminierung fest:

»§ 630g Einsichtnahme in die Patientenakte. (1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.«
(»Entwurf«, 2012)

Man sollte realistischerweise davon ausgehen, dass entgegen allen höchstrichterlichen Entscheidungen sowie der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen Psychiatriebetroffene weiterhin rechtlich massiv schlechter gestellt bleiben sollen. Für den Fall, dass also die Gewährung von Menschenrechten auf körperliche Unversehrtheit, Selbstbestimmung und Menschenwürde bei Menschen mit psychiatrischen Diagnosen weiterhin dem Gutdünken von Psychiatern überlassen bleibt, sollten wenigstens folgende Minimalbedingungen erfüllt werden: Beibehaltung der Rechtswirksamkeit von Vorausverfügungen

- Keine gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks vor Abschluss eines gerichtlichen Verfahrens
- Recht des Betroffenen, eine vorgeschlagene Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks in Ruhe und vertraulich mit einem Arzt seines Vertrauens und/oder mit einem Rechtsanwalt zu besprechen
- Vorherige Untersuchungen von Blutbild, Lipidprofil, Leberwerte, EKG, Augenhintergrund, EEG, neurologische Untersuchungen (zum Beispiel Zungenruhhaltetest), Abklären einer möglichen Entzugssymptomatik, Prüfung, ob es sich bei den Behandlungskandidatinnen und -kandidaten um Personen mit langsamer Verstoffwechslung handelt, etc.
- Vorherige Abklärung möglicher Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch oder andere Gewalt
- Dokumentierte Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Behandlungsrisiken und Alternativen
- Zustimmung des niedergelassenen Arztes, der die zur Klinikaufnahme führende Indikation stellte
 - Zustimmung des pflegerischen Stationsleiters und des Klinikdirektors
 - Zustimmung eines vom Gericht bestellten außerordentlichen Behandlungskomitees, bestehend aus
 - a) dem unabhängigen Arzt, der den Behandlungskandidaten zuvor auf seine körperliche Robustheit und mögliche Schäden durch Umweltgifte untersucht hat

- b) Anwalt bzw. Anwältin der Klinik
 - c) Anwalt bzw. Anwältin des Betroffenen
 - d) Entscheid des Gerichts mit Möglichkeit der Berufung vor Vollzug der gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und/oder Elektroschocks
- Einführung von Zwangsmaßnahmen-Registern
Vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens und des Gewinndrucks, der auf öffentlichen und privaten Kliniken liegt, wird noch öfter als bisher zu Zwang gegriffen zwecks Gewinnmaximierung (weniger Zeiteinsatz zur Diagnose- und Beziehungsklärung, bessere Argumente gegenüber der Krankenkasse, um Verweildauer zu rechtfertigen). Wenn der Staat schon Teile seines Gewaltmonopols an privatwirtschaftlich agierende Institutionen delegiert, dann muss er unabhängige Kontrollinstanzen installieren (bundeseinheitliches Gesetz zur Zwangsunterbringung und zu gewaltsamer Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks – entsprechend Artikel 16 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Sicherstellungspflicht des Staates), um Menschen mit und ohne Behinderung/Diagnose vor grundgesetzwidrigen und strafbewehrten Übergriffen zu schützen. Die Dokumentation, statistische Aufarbeitung der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen und quartalsweise Veröffentlichung der Zahlen im Rahmen des Qualitätsmanagements ist durch Aushang im Eingangsbereich der Kliniken und durch Internetpublikation transparent zu machen.
 - Sogenannte trialogische Ethikkommissionen an jeder psychiatrischen Klinik inklusive Juristinnen und Juristen
 - National, regional und lokal organisierte, gesetzlich abgesicherte, leicht erreichbare und finanziell abgesicherte Beschwerdestellen, die auf Wunsch Anonymität wahren, unabhängig von medizinischen und psychiatrischen Institutionen arbeiten, bei Bedarf professionellen Rat einholen und an deren Arbeit Psychiatriebetroffene wirksam beteiligt sind (Empfehlungen, 2005).
 - Verpflichtung zur Deeskalation, um sogenannte Notfallsituationen, die Zwangsmaßnahmen rechtfertigen, außer Kraft zu setzen. Hierzu gehört auch die Verpflichtung zur (öffentlich zugänglichen) Dokumentation, wie lange deeskaliert wurde, welche räumlichen, personellen und professionellen Voraussetzungen zur Deeskalation bestehen und wie Begleitungen durch Helferinnen und Helfer eingesetzt wurden.
 - Verpflichtung zur Überwachung von Fixierten. Jede Stunde sollte durch einen Stationsarzt überprüft und dokumentiert werden, ob die Fixierung noch gerechtfertigt und verantwortbar ist – insbesondere angesichts der Gefahr ausbrechender Feuer in psychiatrischen Einrichtungen, die für die Fixierten oft einen qualvollen Tod bedeuten. Verpflichtende Klärung durch ein späteres Gespräch, wie es zur Fixierung kam und diese empfunden wurde. Außerdem präzise Darstellung und Dokumentation des »Notfalls«.

Vorschläge grundsätzlicher Natur finden sich in dem Praxisleitfaden zum Umgang mit aggressiven Personen von Tim Bärsch und Marian Rohde, beispielsweise aktives Zuhören, den Gegenüber ausreden lassen, Gesprächspausen ertragen, nachfragen, Blickkontakt halten (BÄRSCH & ROHDE, 2011, S. 38–47). Solche Ratschläge gelten im Prinzip natürlich auch für psychiatrische Patientinnen und Patienten, ebenso der Sicherheitshinweis, wie man sich während einer gewaltträchtigen Situation verhalten sollte (vorausgesetzt man glaubt, die Polizei sei für den Schutz aller Menschen zuständig und man habe überall das Recht auf Freiheit zum Empfang und zur Mitteilung von Nachrichten gemäß Artikel 10 der Europäischen Menschenrechtskonvention):

»Bleiben Sie ruhig und versuchen Sie, so »deeskalativ« wie möglich zu sein. Sie haben in Notsituationen *immer* das Recht, die Polizei zu verständigen.« (ebd., S. 105 – Hervorhebung im Original)

Wirksame deeskalierende Maßnahmen wären bei einer sich – allen Verfassungsbedenken zum Trotz – abzeichnenden staatlichen Lizenz zur weiteren gewaltsamen Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks eine Mindestvoraussetzung, dem gerichtlich formulierten Anspruch auf Vertrauensbildung zumindest den Anstrich auf Glaubwürdigkeit zu verleihen.

Es ist weiterhin dringend angeraten, dass das Bundesjustizministerium, die Strafbehörden und engagierte psychosozial Tätige im Rahmen ihrer Fürsorgepflichten und Zuständigkeiten gegen die Verletzung ärztlicher Aufklärungspflicht vorgehen und geeignete Maßnahmen gegen diese strukturelle Körperverletzung in der Psychiatrie ergreifen.

Neben den genannten Vorschlägen, eine ethische und der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen entsprechende Rechtssituation von Psychiatriebetroffenen herzustellen, sollen am Rande noch einige psychiatriepolitische Maßnahmen angesprochen sein. Entsprechend den Beschlüssen der Konferenz »Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care« (»Förderung der psychischen Gesundheit und psychiatrische Betreuung im Gleichgewicht«), einer gemeinsamen Veranstaltung der WHO und der Europäischen Kommission 1999 in Brüssel, sollte endlich – zur Stärkung der Menschenrechte – begonnen werden, die Freiheit zur Auswahl aus Behandlungsangeboten zu gewähren, Psychiatriebetroffene aktiv in die Psychiatriepolitik einzubeziehen und Selbsthilfeansätze und nicht-stigmatisierende, nicht-psychiatrische Ansätze zu fördern (WHO & EC, 1999, S. 9). Zu diesem Thema gehören auch die – bis heute unbeantworteten – Vorschläge des BPE an die Bundesdirektorenkonferenz, um den psychiatrischen Stationsalltag humaner zu machen: Patiententelefone in einer Kabine auf jeder Station / Münzkopierer deutlich sichtbar im Eingangsbereich jeder Klinik / Sichtbare Aushänge auf jeder Station, dass auf Wunsch Briefpapier, Briefumschläge und Briefmarken zur Verfügung gestellt werden / Aufhängen von Informationsschriften von Selbsthilfegruppen / Anbieten eines täglichen Spaziergangs unter freiem Himmel von mindestens einer Stunde Dauer / Einrichten einer Teeküche auf jeder Station, dass man sich rund um die Uhr zu essen und zu trinken machen kann (BPE, 1995).

Mittlerweise ist dieser Forderungskatalog zu ergänzen durch den Anspruch auf freien Internetzugang (LEHMANN, 2001).

Fazit

Es ist wichtig, dass die politischen Entscheidungsträger sich des gewaltigen Fehlens von Rechten Psychatriebetroffener bewusst werden. Die Nichtgewährung von Rechten hat zur Folge, dass Behandlung und Fürsorge schlecht bleiben, was eine Genesung (Heilung, Erholung, Stärkung der Persönlichkeit) verhindert und Patientinnen und Patienten zu chronisch Kranken macht. Dies führt zu sozialer Ausgrenzung, zu Arbeitslosigkeit, verhindert ihre Chancengleichheit und setzt sie einem gesteigerten Risiko aus, an den Rand der Gesellschaft gedrängt zu werden, es steigert ihre psychosoziale Beeinträchtigung oder führt zu physischer Krankheit. Weiterhin kommt es zu hohen Raten der Frühpensionierung und einer Steigerung der langfristigen Ausgaben der öffentlichen Haushalte (Empfehlungen, 2005). Es ist deshalb von grundlegender Bedeutung, Menschen mit psychiatrischen Diagnosen rechtlich Menschen mit somatischen, das heißt nichtpsychiatrischen Diagnosen gleichzustellen. Als psychisch krank diagnostizierte Menschen können nur dann den ihnen zustehenden Status als Bürgerinnen und Bürger mit allen Rechten wahrnehmen, wenn ihre Menschenrechte und ihre bürgerlichen Rechte umfassend geschützt sind. Sollten sie weiterhin diskriminierenden Gesetzen und Praktiken ausgesetzt sein und die Gerichte die Diskriminierung nicht wirksam unterbinden, bleibt wohl vorerst nur die Hoffnung, dass die Institutionen zur Überwachung und Umsetzungsbegleitung (zum Beispiel der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung) entscheidende Impulse von außen an Deutschland heranträgt.

Wer weiterhin bestimmten Personengruppen Menschenrechte vorenthält, wird auf dem Weg bleiben, sie zu zerstören. Menschenrechte sind unteilbar. Solange die Verweigerung des Rechts auf Aufklärung und informierte Zustimmung nicht auf der Tagesordnung von Verhandlungen stehen, ebenso wenig die Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt, die Suizidalität infolge der Eigenwirkung von Neuroleptika, die verringerte Lebenserwartung durch synthetische psychiatrische Psychopharmaka und durch Elektroschocks, die allgemeine Diskriminierung von Psychatriebetroffenen, die Verweigerung von Hilfestellung beim Absetzen von psychiatrischen Psychopharmaka, die Verweigerung der Aufarbeitung von Menschenrechtsverletzungen, die Verweigerung psychiatriepolitischer Mitwirkung, die Verweigerung fairer Gerichtsverfahren, die Verweigerung von Strafverfolgung, die Verweigerung von Schadenersatz und Schmerzensgeld bei Behandlungsschäden und die Verweigerung des Rechts auf informelle Selbstbestimmung (Akteneinsicht), so lange sollte der Glaube an eine ethisch begründbare gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka und Elektroschocks einzig der DGPPN vorbehalten bleiben.

Literatur

- ADERHOLD, V. (2010): »Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update«, unveröffentlichtes Manuskript vom September 2010; www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Psychopharmakadebatte/Aderhold_Neuroleptika_update.pdf
- ALBRECHT, H./GREFE, C. (2012): »Behandeln oder fixieren?«, in: *Die Zeit*, 68. Jg., Nr. 49, S. 39; www.zeit.de/2012/49/Psychische-Erkrankung-Zwangsbehandlung/seite-2
- BÄRSCH, T./ROHDE, M. (2011): »Kommunikative Deeskalation. Praxisleitfaden zum Umgang mit aggressiven Personen im privaten und beruflichen Bereich«, Norderstedt: Books on Demand, 2. Auflage
- Bayer AG (1972): Werbeanzeige, in: *Der Nervenarzt*, 43. Jg., Nr. 8, S. A17
- BLECH, J. (2011): »Seelsorge für die Industrie«, in: *Der Spiegel*, 65. Jg., Nr. 20 vom 16. Mai 2011; www.spiegel.de/spiegel/print/d-78522323.html
- BPE – Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. (1995): »Sechs Forderungen zur stationären Psychiatrie«, vorgelegt bei der Bundesdirektorenkonferenz am 7. Juni 1995 in Bielefeld; www.bpe-online.de/infopool/recht/bpe/sechs.htm
- Bündnis 90/Die Grünen (Hg.) (2012): »Gesetz zur Zwangsbehandlung muss sorgfältig abgewogen werden«, Pressemitteilung vom 8. November 2012; www.gruene-bundestag.de/presse/pressemitteilungen/2012/november/gesetz-zur-zwangsbehandlung-muss-sorgfaeltig-abgewogen-werden_ID_4386229.html
- COLTON, C.W. U./MANDERSCHIED, R. W. (2006): »Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states«, in: *Preventing Chronic Disease*, Vol. 3 (2006), Nr. 2, S. 1–14; www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/
- »Deklaration von Vejele – Empfehlungen für ein Miteinander«, am 20. Juli 2004 von den Vollversammlungen des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen und des Weltverbands von Psychiatriebetroffenen angenommene Resolution, in: LEHMANN, P. & STASTNY, P. (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag 2007, S. 391; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/vejele-dekla-2005.pdf
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (2009): »Die Auswirkungen des Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (Patientenverfügungsgesetz) auf die medizinische Versorgung psychisch Kranker«, Gutachten von Dirk Olzen unter Mitarbeit von Eylem Kaya, Angela Metzmacher und Noëly Zink vom 2. Dezember 2009; www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2010/stn-2010-04-15-anh-gutachten-prof-olzen-pat-vg.pdf
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (2010): »Beirat nimmt seine Arbeit auf – Erfahrung und Engagement der ehemaligen DGPPN-Präsidenten für die Fachgesellschaft erhalten«, Mitteilung vom 26. Mai 2010; www.dgppn.de/ehrun-gen-preise/aktuelles-ehrun-gen-und-preise/detailansicht/article/beirat-nimmt.html
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (2012a): »Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zur Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen mit psychischen Störungen«, Stellungnahme vom 18. Oktober 2012; www.dgppn.de/aktuelles/detailansicht/article/100/memorandum-d.html
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (2012b): »Elektrokonvulsionstherapie – Rechtzeitiger und adäquater Einsatz empfohlen«, Mitteilung vom 11. Juni 2012; www.dgppn.de/aktuelles/startseite-detailansicht/article/100/elektrokonvu.html; Abstract www.deprilibrari.fx7.de/doku.php?id=elektrokonvulsionstherapie:rechtzeitig_er_und_adaequater_einsatz_empfohlen

- DGPPN – Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde e. V. (2012c): Stellungnahme Nr. 1 vom 16. Januar 2012 zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug; www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/zum-urteil-d-1.html
- »Dresdener Erklärung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung« (2007), in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 2, S. 20–21; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2007.2.ddgc.pdf
- EBNER, G. (2003): »Aktuelles aus der Psychopharmakologie. Das Wichtigste vom ECNP-Kongress«, in: Psychiatrie (Schweiz), Online-Ausgabe, Nr. 1, S. 29–32; www.medpoint.ch/frame.asp?ru=document&ArtikelID=10116
- Empfehlungen der Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« (2005) im Rahmen vom »Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006« der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung & Soziales, Brüssel; www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf
- »Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten«, Gesetzentwurf der Bundesregierung (2012), in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/10488 vom 15. August 2012; www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/P/Patientenrechte/Entwurf_eines_Gesetzes_zur_Verbesserung_der_Rechte_von_Patientinnen_und_Patienten_Drucksache_1710488.pdf
- »Die wesentlichen Erkenntnisse über Diskriminierung und Schikane im Gesundheitsbereich« (2005), Rückseite des Antidiskriminierungsposters der Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« im Rahmen vom »Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006« der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung & Soziales, Brüssel; www.antipsychiatrieverlag.de/images/dokument/schikaneposter-erkenntnisse.jpg
- EUMANN, J. (2010): »Wenn schützende Fesseln zur tödlichen Falle werden«, in: Freie Presse (Chemnitz) vom 6. April 2010, S. 3; www.freipresse.de/NACHRICHTEN/TOP-THEMA/Wenn-schuetzende-Fesseln-zur-toedlichen-Falle-werden-artikel1714446.php
- FALKAI, P./GRUBER, O. (2012): »Elektrokonvulsionstherapie – Psychiatrische Fachgesellschaften aus vier Ländern empfehlen einen rechtzeitigen und adäquaten Einsatz«, in: Der Nervenarzt, 83. Jg., S. 919–925
- GASEROW, V. (1980): »Das Seelenheil des Patienten gebietet Schweigen«, in: taz – Die Tageszeitung vom 19. Juni 1980
- »Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen« vom 21. Dezember 2008, in: Bundesgesetzblatt, 2008, Teil II, Nr. 35 vom 31. Dezember 2008, S. 1419–1457; www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf
- HELMCHEN, H. (1981): »Aufklärung und Einwilligung bei psychisch Kranken«, in: BERGENER, M. (Hg.): »Psychiatrie und Rechtsstaat«, Neuwied/Darmstadt: Luchterhand-Verlag, S. 79–96
- Helmchen, H. (1982): »Probleme der Therapieforchung in der Psychiatrie«, in: Der Nervenarzt, 53. Jg., S. 377-384
- »The importance of total wellness« (2012), in: Choices in Recovery – Support and Information for Schizophrenia, Schizoaffective, and Bipolar Disorder (Newsletter der Firma Janssen Pharmaceuticals, New York), Vol. 9, Nr. 2, S. 12; www.choicesinrecovery.com/sites/default/files/CIR_Newsletter_2012_Volume9_Issue2.pdf
- JELPKE, U. und die übrigen Mitglieder der Fraktion der Grünen/GAL Hamburg (1988): »Antrag betr. Gesetz über die Unterbringung von Personen, die an einem nicht nur vorübergehenden Verlust der Selbstkontrolle leiden«, in: Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 13. Wahlperiode, Drucksache 13/1667 vom 19. Mai 1988

- KAUDER, V./HASSELFELDT, G. und Fraktion/BRÜDERLE, R. und Fraktion (2012): »Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme«, in: Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/11513; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/115/1711513.pdf>
- KEMPKER, K. (2000): »Mitgift – Notizen vom Verschwinden«, Berlin: Antipsychiatrieverlag
- KNAPPE, H. (2012): »An die Herren Bieger, Finzen und Elgeti«, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 42. Jg., Nr. 4, S. 28–29
- KRANZ, H. (1964): Schlusswort, in: KRANZ, H./HEINRICH, K. (Hg.): »Begleitwirkungen und Misserfolge der psychiatrischen Pharmakotherapie«, Stuttgart: Thieme Verlag, S. 201–202
- LAHTI, P. (2008): Vorwort, in: LEHMANN, P. (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, 3., völlig neu bearbeitete Auflage, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 10–12
- LEHMANN, P. (1981): »Das Seelenheil des Patienten gebietet Schweigen«, in: KERSTAN, B./WILDE, H. (Hg.): »Selbstbestimmung in der Offensive – Frauenbewegung Selbsthilfe Patientenrechte« Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit mbH, S. 237–247; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/schweigen.pdf
- LEHMANN, P. (1996): »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin: Antipsychiatrieverlag
- LEHMANN, P. (2001): »Nutzerkontrolle via Internet«, in: Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie, 19. Jg., Nr. 1, S. 21–22; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/internet.htm
- LEHMANN, P. (2005a): Stellungnahme zur geplanten Einführung der ambulanten Zwangsbehandlung in Bremen, in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (BRD), Nr. 1, S. 12–13 – www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/enusp-protest-bremen.pdf
- LEHMANN, P. (2005b): »All about PSY DREAM. Psychiatric drug registration, evaluation and all-inclusive monitoring«, in: Epidemiologia e psichiatria sociale, Vol. 14, Nr. 1, S. 15–21; www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/epidemiologia_2005.htm
- LEHMANN, P. (2010a): »Medicalization and irresponsibility«, in: Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy, Vol. 10, S. 209–217; www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/medicalization-jccpp.pdf, ungekürztes Manuskript www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/medicalization.htm
- LEHMANN, P. (2010b): »Atypische Neuroleptika: Immer teurer, immer besser?«, in: pflegen: psychosozial – Zeitschrift für professionelle psychiatrische Arbeit, 1. Jg., Nr. 3, S. 32–37; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/pflegen-atypische.pdf
- LEHMANN, P. (2011): »Alternativen zur Psychiatrie – funktionierend und kostensparend«, in: Allegro – Magazin psychisch beeinträchtigter Menschen (Zürich), Nr. 3, S. 29–34; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/selbsthilfe/pdf/athen2011-allegro.pdf
- LEHMANN, P. (2012a): »About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics. Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness«, in: International Journal of Psychotherapy, Vol. 16, Nr. 1, S. 30–49; www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf
- LEHMANN, P. (2012b): »Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptika-bedingte Erkrankungen«, in: Allegro – Magazin psychisch beeinträchtigter Menschen (Zürich), Nr. 1, S. 34–38; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/warnzeichen-allegro.pdf
- LEHMANN, P. (2012c): Stellungnahme zur Gewaltbereitschaft der Psychiatrie für die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Arbeitskreis »Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung«, Berlin, 4. Mai 2012, in: Leuchtfeuer – Journal des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz, Sonderausgabe, S. 9–24; www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/zwang2012.pdf
- LEHMANN, P. (2012d): »Die Einnahme antipsychotischer Medikamente führt oft zum Suizid. Warum interessiert niemanden, dass so viele Psychiatriebetroffene an der Behandlung sterben?«, in:

- POHL, I. (Hg.): »Schluss mit Lobbyismus! 50 einfache Fragen, auf die es nur eine Antwort gibt«, Frankfurt am Main: Westend Verlag, S. 164–167
- LEHMANN, P./STASTNY, P. (2007a): »Reformen oder Alternativen? Eine bessere Psychiatrie oder besser Alternativen?«, in: dies. (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 421–430
- LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.) (2007b): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag
- LINDEN, M. (1980): »Informationen und Einschätzungen von Patienten über Nebenwirkungen von Neuroleptika«, in: Arzneimittel-Forschung, 30. Jg., S. 1195
- LPEBW – Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Baden-Württemberg e. V. (2012): »2. Standortbestimmung zur Vermeidung von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie«, Beschluss der Mitgliederversammlung am 15. September 2012; www.psychiatrie-erfahrene-bw.de/docs/2_Standortbestimmung_ZuG_des_LVPEBW_mit_Logo2.pdf
- MADDALENA, A. S./FOX, M./HOFMANN, M./HOCK, C. (2004): »Esophageal dysfunction on psychotropic medication. A case report and literature review«, in: Pharmacopsychiatry, Vol. 37, Nr. 3), S. 134
- MORRISON, A. P./HUTTON, P./SHIERS, D./TURKINGTON, D. (2012): »Antipsychotics: Is it time to introduce patient choice?«, in: British Journal of Psychiatry, Vol. 201, S. 83–84; <http://bjp.rcpsych.org/content/201/2/83.full.pdf>
- »Mythos der Krankheit – die beiderseitige Scheu bleibt« (1992), in: Der Eppendorfer, 7. Jg., Nr. 2, S. 35
- OAKS, D. W. (2007a): »MindFreedom International – Engagement für Menschenrechte als Grundlage einer gewaltfreien Revolution im psychosozialen System«, in: LEHMANN, P. / STASTNY, P. (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 344–352
- ÖSBY, U./CORREIA, N./BRANDT, L./EKBOM, A./SPARÉN, P. (2000): »Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden«, in: Schizophrenia Research, Vol. 45, Nr. 1–2, S. 21–28; Abstract www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10978869
- PEECK, G./VON SECKENDORFF, C./HEINECKE, P. (1995): »Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung«, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 25. Jg., Nr. 4, S. 30–34; www.bpe-online.de/infopool/recht/pb/umfrage.htm
- PERRY, J. W. (1980): »Psychosis as visionary state«, in: BAKER, I. F. (Hg.): »Methods of treatment in analytical psychology«, Fellbach: Bonz Verlag, S. 193–198
- »Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit – Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz). Endfassung 120116« (2012); www.scribd.com/doc/82045271/Referentenentwurf-Patientenrechte-BMJ-BMG-Endfassung-120116
- RUFER, M. (2007): »Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht«, in: LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin/Eugene/Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 400–418
- SAHA, S./CHANT, D./McGRATH, J. (2007): »A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time?«, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 64, S. 1123–1131; <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210034>
- SCHNEIDER, F. (2010): »Psychiatrie im Nationalsozialismus – Erinnerung und Verantwortung. Rede anlässlich der Gedenkveranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)«, 26. November 2010; www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/presseservice-kongresse/2010/kongress2010-gedenkveranstaltung-rede-schneider.pdf
- SCHULZ, K./FRIEDENTHAL, K. und die übrigen Mitglieder der Fraktion der Alternativen Liste Berlin (1984): »Antrag der Fraktion der AL über Gesetz über die Unterbringung in psychiatrische

- Einrichtungen«, in: Abgeordnetenhaus von Berlin, 9. Wahlperiode, Drucksache 9/2065 vom 7. September 1984
- SEELER, W. (1983): Diskussionsbemerkung, in: HIPPIUS, H./KLEIN, H. E. (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: Perimed Verlag, S. 140
- STEIN, V. (2006): »Diagnose »unzurechnungsfähig«. Sie entkam dem Räderwerk der Psychiatrie und kämpfte um ihr Recht bis zum Europäischen Gerichtshof – mit Erfolg!«, Frankfurt am Main: VAS Verlag für Akademische Schriften
- STEIN, V. (2012): »Mit dem Rücken zur Wand. Ein Ratgeber – So setze ich mein Recht im Arzthafungsprozess durch!«, Frankfurt am Main: VAS Verlag für Akademische Schriften
- TRUÖL, H.-J. (2012): »Aktivisten nutzen Ministerbesuch für Protest gegen Zwangsmedikation«, in: Badische Zeitung vom 24. Juli 2012, Online-Ausgabe; www.badische-zeitung.de/emmingen/aktivisten-nutzen-ministerbesuch-fuer-protest-gegen-zwangsmedikation--61959736.html
- TYRER, P. (2012): »The end of the psychopharmacological revolution«, in: British Journal of Psychiatry, Vol. 201, S. 168; <http://bjp.rcpsych.org/content/201/2/168.full>
- VOGEL, H.-P. (2012): »Schluckstörungen unter Neuroleptika«, in: Arzneiverordnung in der Praxis, März 2012, Band 39, Ausgabe 2, S. 46–47; in Internet unter www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Archiv/20122.pdf
- VOM LEHN, B. (2012): »Wegsperrern und fixieren«, in: Berliner Zeitung vom 8. November 2012, S. 14; www.berliner-zeitung.de/wissen/therapie-wegsperrern-und-fixieren,10808894,20816580.html
- WHO/EC (World Health Organization/European Commission) 1999): »Balancing mental health promotion and mental health care: A joint World Health Organization/European Commission meeting«, Broschüre MNH/NAM/99.2, Brüssel: World Health Organization 1999, S. 9–10; www.peter-lehmann-publishing.com/articles/others/consensus.htm
- ZINKLER, M. (2012): »Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht«, offener Brief an Sabine Leutheusser-Schnarrenberger vom 12. November 2012; http://psychiatrienogo.files.wordpress.com/2012/11/martin_zinkler_zwangsbehandlung2.pdf

Anmerkung

Bei diesem Beitrag handelt es sich um den Vortrag, den Peter Lehmann bei der Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. in Berlin am 6. November 2012 (verkürzt) unter dem Titel »Selbstbestimmung psychiatrischer Patienten in der Behandlung« hielt. Von ihm stammen auch die Übersetzungen aus englischsprachigen Quellen sowie die in den Zitaten in Klammern kursiv gesetzten Erklärungen. Der Autor dankt Margret Osterfeld für die Unterstützung bei der Abfassung des Manuskripts.

Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe

Tagungsdokumentation
Berlin, 6./7. November 2012

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Peter Weiß
Andreas Heinz

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.).
Gleichberechtigt mittendrin – Partizipation und Teilhabe
1. Auflage
ISBN 978-3-88414-572-2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Aktion Psychisch Kranke im Internet: www.psychiatrie.de/apk und www.apk-ev.de
Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2013
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt,
digitalisiert oder verbreitet werden.
Umschlaggestaltung: Psychiatrie Verlag, Köln
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck: Drukkerij Wilco, Amersfoort (NL)