

**Peter Lehmann**

**Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie**

Powerpoint-Vortrag [http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/ppt/lehmann\\_apk-2015.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/ppt/lehmann_apk-2015.pdf) bei der Jahrestagung („Selbsthilfe – Selbstbestimmung– Partizipation“) der Aktion Psychisch Kranke e.V., AVZ Logenhaus, Berlin, 4. November 2015

Veröffentlicht unter dem Titel

**Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie – Wann wird die Aktion psychisch Kranke aktiv?**

in: Aktion psychisch Kranke e.V. (Hg.): „Dokumentation der Jahrestagung („Selbsthilfe – Selbstbestimmung– Partizipation“) in Berlin am 3./4. November 2015“, Tagungsband 42, Köln: Psychiatrie Verlag (in Vorbereitung)

## 0 Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie

Wann wird die Aktion Psychisch Kranke aktiv?

5 **Peter Lehmann**

### **In Gedenken an Klaus Laupichler**

**Zusammenfassung:** In der Psychiatrie-Enquete von 1975 waren psychiatrische Menschenrechtsverletzungen kein Thema. Ungebrochen finden in der Psychiatrie fortwährend Menschenrechtsverletzungen statt, insbesondere psychiatrische Behandlung ohne informierte Zustimmung. Informiert wird auch nicht über Frühwarnsymptome, mit denen sich behandlungsbedingte Erkrankungen ankündigen. Die enorme Vulnerabilität psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die sich in einer um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte verminderten Lebenserwartung widerspiegelt, wird bei der Verabreichung potenziell riskanter Psychopharmaka nicht berücksichtigt. Die Betroffenen erhalten keine Hilfe, wenn sie nach ihrer Entscheidung, die Einnahme von Psychopharmaka zu beenden, unter Entzugsproblemen leiden. Neuroleptikabedingte Suizidalität wird ebenso ignoriert wie das Nichtvorhandensein therapeutischer Angebote für Menschen, die durch psychiatrische Zwangsbehandlung traumatisiert sind. Die Psychiatrie als medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplin kann dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden. Es ist dringend nötig, evaluierte humanistische Alternativen für Menschen in psychosozialen Notlagen einzuführen. Die in der UN-Behindertenrechtskonvention enthaltene Forderung nach Gleichheit psychiatrischer Patientinnen und Patienten vor dem Recht beinhaltet auch die Forderung nach Gleichheit von Psychiatern vor dem Recht, insbesondere dem Strafrecht. Die Aktion psychisch Kranke e.V. ist aufgefordert, sich gemäß § 230 Absatz 1 StGB für die Strafverfolgung wegen der systematischen und ohne informierte Zustimmung begangenen psychiatrischen Körperverletzungen einzusetzen.

## 0.1 Menschenrechtsverständnis in der Psychiatrie-Enquete

35

Viele verbinden mit der Psychiatrie-Enquete von 1975 die Beendigung der inhumanen Zustände in der Psychiatrie und die Gewährung von Menschenrechten auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen (»psychisch Kranke«). Unter der Überschrift »Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich Kranken« wurde seinerzeit gefordert:

40

»Dem psychisch Kranken muss prinzipiell mit den gleichen Rechten und auf dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden.« (DEUTSCHER BUNDESTAG 1975, S. 205)

45

Allerdings ging es nicht um Menschenrechte auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, insbesondere das Recht auf körperliche Unversehrtheit und den Schutz der Menschenwürde. Die Formulierung bezog sich vielmehr auf Fragen des Leistungs- und Versicherungsrechts, des Kassenarztrechts, des Arbeitsrechts, der Verantwortung von in der Versorgung Tätigen, der Freiheitsentziehung, der Reform des Entmündigungs-, Vormundschafts- und Pflegschaftsrechts, der Heimunterbringung, der Postkontrolle, der Schuldunfähigkeit bei verwirrten alten Menschen, des Datenschutzes und der Registrierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen (ebd., S. 33 f.). Dass selbst Sterilisation ohne Einwilligung wieder legalisiert werden sollte, zeigt den Zeitgeist in der Psychiatrie-Enquete:

50

55

»Eine gesetzliche Regelung, die auch die Sterilisation solcher geistig behinderter Personen zulässt, die einwilligungsunfähig sind und bei denen der Eingriff in ihrem eigenen wohlverstandenen Interesse angezeigt ist, wäre anzustreben.« (ebd., S. 34)

60

Festgeschrieben wurde die neurobiologische Grundausrichtung der Psychiatrie:

65

»Die Sachverständigen-Kommission vertritt daher nachhaltig die Auffassung, dass die psychiatrische Krankenhausversorgung grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin ist. Hierbei sind die besonderen Beziehungen der Psychiatrie zur Neurologie in Rechnung zu stellen. Demgemäß muss das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden.« (ebd., S. 205)

70

Mit der Aussage, psychisch Kranken müsse prinzipiell auf dem gleichen Wege geholfen werden, war die einseitige medizinische Herangehensweise festgeschrieben, mit der Menschen von ihren psychischen Nöten befreit werden sollten. Dass die baulichen Gegebenheiten, deren Modernisierung als

75 Erfolg der Psychiatrie-Enquete bis heute gepriesen wird, für psychiatrisierte Menschen wichtig ist, versteht sich von selbst; wer möchte schon in Bettensälen mit 50 Leidensgenossen und maroden sanitären Einrichtungen dahinvegetieren? Niels Pörksen, bekannt durch eine langjährige Vorstandsarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) und 80 der Aktion Psychisch Kranke (APK), brachte das Verständnis von Menschenwürde in der Psychiatrie-Enquete auf den Punkt:

85 »Vieles, was in der Psychiatrie-Enquete noch als menschenunwürdige Zustände bezeichnet wurde, änderte sich nach und nach. Bauprogramme und Renovierungsprogramme sorgten dafür, dass betonierte Krankenabteilungen im Krankenhausstil auf dem noch freien Parkgelände gebaut wurden und alte Bausubstanz erneuert wurde.« (PÖRKSEN 1983)

Zu der Zeit, als die Psychiatrie-Enquete erstellt wurde, war auch die Sozialistische Selbsthilfe Köln (SSK) aktiv, die sich – gefördert unter anderem durch den Literaturnobelpreisträger Heinrich Böll – um Ausreißer aus 90 Erziehungsheimen, um Obdachlose und Psychiatriebetroffene kümmerte (GOTHE und KIPPE 1970; STÖCKLE 2005, S. 152–155). In einer Rede vor dem Gesundheitsausschuss des Landschaftsverbands Rheinland in Köln rief Lothar Gothe, einer der Gründer des SSK, die psychiatrischen Menschenrechtsverletzungen in Erinnerung. In der Psychiatrie-Enquete, an deren Erstellung keine kritischen Organisationen und keine 95 Psychiatriebetroffenen beteiligt waren (LEHMANN 2001), waren Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie verständlicherweise kein Thema. Gothe rekapitulierte:

100 »Unser Hauptvorwurf war und ist, dass die universellen Menschenrechte der Insassen auch mehr als 30 Jahre nach dem 2. Weltkrieg ständig, massiv und systematisch verletzt wurden. (...) Der Skandal ist, dass Menschen wie Vieh gehalten werden können, mit Dämpfungsmitteln vollgestopft. Wer bei diesem Drogenmissbrauch stirbt, wird sang- und klanglos unter die Erde gebracht.« (GOTHE 2011)

## 105 **0.2 Psychiatrische Menschenrechtsverletzungen heute**

Die Verhältnisse in der heutigen Psychiatrie sind das Ergebnis zurückliegender fortwährender Reformen. Menschenrechtsverletzungen werden gerne als Missstände vergangener Zeiten abgetan. Doch damit sind 110 sie nicht aus der Welt geschafft. Wie die folgenden Kapitel zeigen werden, werden die Rechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen akut und systematisch verletzt.

## 0.2.1 Behandlung ohne informierte Zustimmung

115 Untersuchungen jüngerer Datums, die von unabhängigen Betroffenen  
mitorganisiert wurden, wie zum Beispiel die europäische Studie  
»Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen«, kamen  
zum Ergebnis, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen Menschenrechte  
strukturell vorenthalten werden. In dieser multinationalen Studie im Rahmen  
120 des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von  
Diskriminierung 2001–2006« (siehe Abb. 1) der Europäischen Kommission,  
Abteilung Beschäftigung und Soziales, fragten Verbände von psychiatrisch  
Tätigen, Psychiatriebetroffenen und Angehörigen aus England, Wales,  
Österreich, Deutschland, Spanien und den Niederlanden gemeinsam mit  
125 einem belgischen Forschungsinstitut nach Erfahrungen im  
Gesundheitssystem. Ergebnis war: Psychiatriebetroffene werden im  
medizinischen Bereich und in der Psychiatrie systematisch diskriminiert.  
Psychiatrische Behandlung findet ohne informierte Zustimmung statt,  
krankhafte Psychopharmakawirkungen werden zum Symptom der  
diagnostizierten psychischen Krankheit umdefiniert, Beschwerdeaktionen  
130 pathologisiert (siehe Abb. 2).



Abb. 1  
Poster der europäischen Studie  
»Diskriminierung von  
Psychiatriebetroffenen im  
Gesundheitswesen« (AKTIONSPROGRAMM  
2005a, Vorderseite).

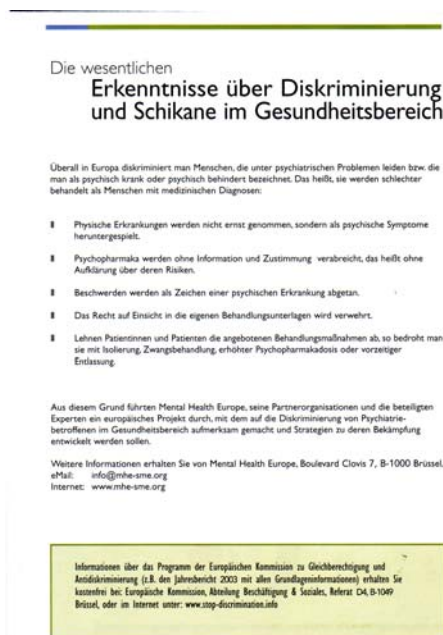


Abb. 2  
Poster der europäischen Studie  
»Diskriminierung von  
Psychiatriebetroffenen im  
Gesundheitswesen« (ebd., Rückseite).

Eine Aufklärung, die ihren Namen verdienen würde, findet zu Beginn der Behandlung nicht statt, nicht in deren Verlauf und nicht beim Übergang zur Langzeitbehandlung (LINDEN 1980). Aus dem Wissen über Verstoß gegen Recht und Ethik folgen jedoch keine Konsequenzen.

135 2012 wurde beispielsweise Hanfried Helmchen, ehemaliger DGPN-  
Vorsitzender, vom späteren DGPPN-Präsidenten Frank Schneider *in*  
*Anerkennung seiner Expertise, seiner Erfahrung und seines Engagements* in  
den DGPPN-Beirat berufen (DGPPN 2012). Welches Engagement Helmchen  
140 seinen Kollegen in Sachen Aufklärung vorschlug, erläuterte er 1981 am  
Beispiel der Warnung vor den gefürchteten tardiven Dyskinesien in dem Buch  
»Psychiatrie und Rechtsstaat«. Über das Risiko einer tardiven Dyskinesie (oft  
bleibenden oder erst beim oder nach dem Absetzen auftretenden, nicht  
behandelbaren und mit einer Verkürzung der Lebenszeit einhergehenden  
veitstanzartigen Muskelstörung) meint er, spätestens zum Zeitpunkt ihrer  
145 beginnenden Sichtbarwerdung informieren zu müssen, 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.«

150 (HELMCHEN 1985, S. 83)

Aus dem Verständnis der Unheilbarkeit von Schizophrenie und dem  
Übereinkommen über die Notwendigkeit der Dauerverabreichung von  
Neuroleptika ergibt sich, dass auch nach Abklingen akuter  
Verrücktheitszustände meist nicht aufgeklärt wird.

### 155 **0.2.1.1 Exkurs: Zur Strafbarkeit der Behandlung ohne informierte Zustimmung**

Der Eindruck drängt sich nicht unbedingt auf, dass es Psychiatern ein starkes  
Anliegen ist, die Menschenwürde ihrer Patientinnen und Patienten zu  
schützen und ihnen das Recht auf körperliche Unversehrtheit zu gewähren  
160 (LEHMANN 2015a). Dabei ist jeder ärztliche Heileingriff tatbestandlich eine  
Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff. StGB; 823 I BGB, das heißt ein  
Straftatbestand. § 223, Absatz 1 StGB (Körperverletzung) besagt:

»Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit  
schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe  
165 bestraft.«

Nur die wohlinformierte Zustimmung einer Patientin bzw. eines Patienten  
befreit den Arzt vom strafrechtlichen Vorwurf der Körperverletzung. Laut  
höchstrichterlicher Rechtsprechung gilt ein Eingriff ohne Einwilligung  
aufgrund unzureichender Aufklärung auch dann als rechtswidrig, wenn die

170 Behandlung an sich als sachgerecht gilt (BGH 2007). § 823 I BGB regelt die  
daraus resultierende Schadenersatzpflicht:

»Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit,  
die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen  
widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus  
175 entstehenden Schadens verpflichtet.«

In der Praxis haben Psychatriebetroffene nahezu keine Chance, ihr Recht auf  
Schadenersatz und Schmerzensgeld durchzusetzen (LEHMANN 2012a, S. 17).

Laut »S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie« der DGPPN soll  
über die Risiken von Psychopharmaka, über die Bedeutung auftretender  
180 Symptome und über erforderliche Kontrolluntersuchungen aufgeklärt werden:

»Behandlungsziel ist der von Krankheitssymptomen weitgehend freie, zu  
selbstbestimmter Lebensführung fähige, therapeutische Maßnahmen in  
Kenntnis von Nutzen und Risiken abwägende Patient. (...) Patient,  
Angehöriger und Betreuer sollten nicht nur über mögliche  
185 Nebenwirkungen aufgeklärt, sondern auch hinsichtlich der auftretenden  
Zeichen (Symptome) hierfür informiert und bezüglich der jeweils  
gegebenen Therapiemöglichkeiten beraten werden. (...) Patienten,  
Angehörige und Betreuer sollten über die erforderlichen  
Kontrolluntersuchungen ausreichend informiert werden. Insbesondere  
190 sollte über das Risiko von Diabetes, Gewichtszunahme und  
Fettstoffwechselstörungen explizit aufgeklärt werden und die klinischen  
Zeichen einer Hyperglykämie (*erhöhter Blutzuckerspiegel*) wie Müdigkeit,  
Durst und Polyurie (*krankhaft erhöhte Urinausscheidung*) erläutert  
werden.« (DGPPN 2006, S. 189, 203 und 205)

195 Bei der Fachtagung »Das Recht auf Sexualität« des Landesverbands  
Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. im November 2014 in Wittlich  
befragte der Autor dieses Artikels am Ende seines Vortrags die Anwesenden,  
wer über die Bedeutung einer psychopharmakabedingten Prolaktinerhöhung,  
damit einhergehenden Sexualstörungen und Risiken einer Tumorbildung in  
200 den Brustdrüsen sowie über die Notwendigkeit von Kontrolluntersuchungen  
hingewiesen wurde. Keiner der anwesenden Patientinnen und Patienten  
meldete sich. Einzig der Chefarzt Michael Lammertink der Abteilung für  
Psychiatrie und Psychotherapie des Verbundkrankenhauses  
Bernkastel/Wittlich ergriff das Wort: für eine Risikoaufklärung sei keine Zeit  
205 vorhanden, das tue ihm leid. (LEHMANN 2015b, S. 29)

Wenn notwendige Kontrolluntersuchungen aus Zeitmangel nicht erläutert  
werden, kann man annehmen, dass sie auch nicht durchgeführt werden.

## 0.2.2 Psychiatrische Behandlung und drastisch erhöhte Sterblichkeit

210 Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung  
haben eine um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte reduzierte  
Lebenserwartung (ÖSBY et al. 2000; COLTON und MANDERSCHIED 2006; ADERHOLD  
2008, 2010 und 2013; WEINMANN et al. 2009). Die Sterblichkeit von  
215 Psychiatriepatientinnen und -patienten steigt seit drei Jahrzehnten in  
alarmierender Weise kontinuierlich linear an (SAHA et al. 2007, S. 1126). Die  
Firma Janssen Pharmaceuticals, Hersteller unter anderem von Haloperidol  
(Haldol®), Paliperidon (Invega®) und Risperidon (Risperdal®), schrieb 2012:

220 »Forschung hat gezeigt, dass die Lebenserwartung von Menschen mit  
schweren psychischen Leiden um durchschnittlich 25 Jahre geringer ist  
als die der Durchschnittsbevölkerung. Herz- und  
Atemwegserkrankungen, Diabetes und Infektionen (...) sind die  
häufigsten Todesursachen in dieser Bevölkerungsgruppe.« (JANSSEN  
PHARMACEUTICALS 2012)

225 Für manche ist die toxische Wirkung der Psychopharmaka Ursache für diese  
Katastrophe (die in der Diskussion der Mainstreampsychiatrie allerdings  
keinerlei Rolle spielt), für manche sind es die prekären Lebensverhältnisse,  
unter denen die meist arbeitslos gewordenen Psychiatriebetroffenen ihr  
Leben fristen müssen.

230 Joe Parks, Vorsitzender des Medical Directors Council der US-amerikanischen  
National Association of State Mental Health Program Directors, wies schon  
Jahre vor der Firma Janssen Pharmaceuticals auf die große Zahl früh  
sterbender Patientinnen und Patienten »mit schwerer psychischer  
Erkrankung« hin. Als solche gelten Menschen mit Diagnosen wie  
»Schizophrenie«, »bipolare Störung«, »schwere Depression« und  
235 »Persönlichkeitsstörung«. Er warnte:

240 »Es ist seit Jahren bekannt, dass Menschen mit schwerer psychischer  
Erkrankung früher sterben als die Durchschnittsbevölkerung. Allerdings  
zeigen jüngste Ergebnisse, dass sich die Rate für Anfälligkeiten  
(Krankheit) und Sterblichkeit (Tod) in diesem Personenkreis beschleunigt  
hat. Tatsächlich sterben Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung  
nunmehr 25 Jahre früher als die Durchschnittsbevölkerung.« (PARKS  
2006)

245 Gemeinsam mit seinen Kolleginnen und Kollegen wies er auf den  
Zusammenhang des um mindestens 25 Jahre früher eintretenden Todes mit  
den sogenannten atypischen Neuroleptika hin:

»Allerdings sind mit zunehmender Zeit und Erfahrung die  
antipsychotischen Medikamente der zweiten Generation stärker mit  
Gewichtszunahme, Diabetes, Dyslipidemie (*Fettstoffwechselstörung*),



250 Insulinresistenz und dem metabolischen Syndrom in Verbindung  
gebracht worden, die Überlegenheit des klinischen Ansprechverhaltens  
(außer für Clozapin) wurde bezweifelt. Andere psychotrope Medikationen,  
die ebenfalls mit Gewichtszunahme verbunden sind, können ebenso  
Anlass zur Sorge geben.« (PARKS et al. 2006, S. 6)

255 Würde man – wie die Mehrzahl der Mainstreampsychiater – alleine den  
angeschlagenen Gesundheitszustand als ursächlich für ihren massenhaften  
frühen Tod ansehen, stellte sich nicht nur die Frage, ob es noch irgendeine  
Rechtfertigung gibt, dieser vulnerablen Patientengruppe riskante und  
potenziell toxische Wirkstoffe zu verabreichen – oft gar unter Nötigung,  
Drohung und Gewaltanwendung. Unter Einbeziehung der potenziell toxischen  
260 Effekte psychiatrischer Psychopharmaka wird diese Frage noch drängender –  
mit Blick auf überfällige straf- und zivilrechtliche Konsequenzen,  
insbesondere im Hinblick auf den nicht allzu lange zurückliegenden  
psychiatrischen Massenmord im rechtsfreien Raum, der deutschen  
Psychiatern während der Zeit des Hitlerfaschismus gewährt worden war (PAPE  
265 1980). Auch die DGPPN sieht die Psychiatrie in einer besonderen Pflicht, wie  
sie in ihrer »ethischen Stellungnahme« 2014 betonte:

»Die Selbstbestimmung von Patienten hat im 20. Jahrhundert im Zuge  
allgemeiner gesellschaftlicher Entwicklungen mit Stärkung der  
persönlichen Freiheitsrechte und eines gewachsenen  
270 Patientenselbstbewusstseins sowie in Reaktion auf gravierendes  
ärztliches Fehlverhalten in der medizinischen Forschung in der modernen  
Medizin einen hohen ethischen und rechtlichen Stellenwert erlangt. In  
Deutschland spielten bei dieser historischen Entwicklung nicht zuletzt die  
schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen und Verbrechen während  
275 der Zeit des Nationalsozialismus eine entscheidende Rolle, an denen  
auch viele Psychiater beteiligt waren. Der hohe Stellenwert der  
Patientenselbstbestimmung hat für den Arzt und alle anderen an der  
Behandlung von Patienten beteiligten Professionen ethische, rechtliche  
und berufspraktische Konsequenzen.« (DGPPN 2014)

280 Psychiatrische Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, vermögen eine  
Vielzahl körperlicher Erkrankungen und seelischer Leiden hervorzurufen. Zu  
nennen sind Gewichtszunahme und Fettleibigkeit, chronischer Diabetes,  
erhöhter Cholesterinspiegel, Herzrhythmusstörungen,  
Herzmuskelentzündungen, Metabolisches Syndrom, Schlaganfall, Herzinfarkt,  
285 irreversible Muskel- und Bewegungsstörungen, erhöhter Prolaktinspiegel,  
Tumore in den Brustdrüsen, Leberschäden, Verletzungen des Sehnervs,  
Grauer Star, Karies, Defizitsyndrom, Verminderung der Grauen Substanz der  
Hirnrinde und der Intelligenzwerte, Suizidalität, Delire, Chronifizierung von  
Psychosen und Depressionen. Viele Frühwarnzeichen sich entwickelnder  
290 chronischer oder zum Tode führender psychopharmakabedingter

Erkrankungen sind bekannt (LEHMANN 2014a). Der dänische Internist Peter Gøtzsche schätzt,

»... dass 200.000 der 20 Millionen mit Zyprexa behandelten Patienten an den unerwünschten Wirkungen des Medikaments gestorben sind.

295 Besonders traurig daran ist, dass viele dieser Patienten nie mit Zyprexa hätten behandelt werden müssen. Da Zyprexa nicht das einzige Medikament ist, muss die Zahl der Opfer noch höher sein.« (GØTZSCHE 2015, S. 351)

Ähnliche Zahlen hatte 1992 der englische Psychologe David Hill von MIND  
300 geliefert, der britischen Variante der DGSP. Hill bezog sich nicht auf ein spezielles Neuroleptikum, sondern eine einzelne unerwünschte Wirkung: das Maligne Neuroleptische Syndrom (MNS), ein lebensbedrohlicher Komplex bestehend aus Bewusstseinsintrübung, Muskelsteifheit und starker Körpertemperaturerhöhung. Ausgehend von einer Gesamtzahl von 500  
305 Millionen Neuroleptikabehandelten weltweit bis zum Jahre 1992 schrieb er im *Clinical Psychology Forum*:

»Schätzungen gehen bei Neuroleptikaempfängern von einem MNS-Vorkommen zwischen 0,2% und 1,4% aus. Zwischen 19% und 30% sterben innerhalb weniger Tage. Die zurückhaltendsten Schätzungen  
310 (0,2% und 19%) kommen bis heute auf grob eine Million MNS-Fälle, von denen ungefähr 190.000 tödlich endeten.« (HILL 1992, S. 35)

Angesichts des Ausmaßes der Risiken wäre es für Psychiatriebetroffene von existenzieller Wichtigkeit, die Frühwarnzeichen dieser iatrogenen  
315 Erkrankungen und notwendige Kontrolluntersuchungen zu kennen. Kennen sollten sie zudem – wie auch ihre Angehörigen und Psychiater – das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 24. Februar 2015: Eine Mutter hatte auf Ersatz materiellen und immateriellen Schadens geklagt, nachdem ihr Sohn aufgrund unterbliebener Kontrolluntersuchung der Herztätigkeit von Seiten des Psychiaters und trotz bekannter Herzstörungen unter einer hohen Dosis des  
320 Neuroleptikums Amisulprid an Herzversagen gestorben war; der BGH urteilte, dass das Absehen von einer aus medizinischen Sicht gebotenen Befunderhebung einen groben ärztlichen Fehler darstellt (BGH 2015).

Psychiater kennen die Frühwarnzeichen. 2002 traf sich ein Team um Stephen Marder vom Neuropsychiatrischen Institut und Hospital der University of  
325 California in Los Angeles, um die vorhandene Literatur zu Gesundheitsproblemen von Menschen mit Schizophrenie-Diagnosen auszuwerten und einen Konsens zu entwickeln, wie deren Gesundheitszustand zu überwachen ist, wenn man ihnen fortwährend Neuroleptika verabreicht. Sie schrieben zwei Jahre später:

330 »Menschen mit Schizophrenie haben eine um 20 % kürzere Lebenserwartung als die Allgemeinbevölkerung und eine größere

Anfälligkeit für mehrere Krankheiten einschließlich Diabetes, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bluthochdruck und Emphysema (übermäßiges oder ungewöhnliches Vorkommen von Luft in Körpergeweben und -organen). Eine Reihe von Erklärungen für diese Anfälligkeiten weisen auf die Lebensgewohnheiten von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten, die oft mit schlechter Ernährung, Fettleibigkeit, viel Rauchen und dem Konsum von Alkohol und Drogen verbunden ist. Wie in diesem Artikel später beschrieben, sind antipsychotische Medikamente in Verbindung gebracht worden mit Gewichtszunahme, dem Entstehen von Diabetes, steigenden Plasmalipidspiegeln (*Blutfettspiegeln*) und unregelmäßigen Elektrokardiogrammbefunden. Zusätzlich zu ihrem bei Schizophrenie üblichen Potenzial, körperliche Probleme zu verschlimmern, sind Antipsychotika in Verbindung gebracht worden mit anderen Nebenwirkungen, die die Gesundheit angreifen, einschließlich Prolaktinerhöhung, der Ausbildung eines Katarakts (*Grauer Star, Trübung der Augenlinse*), Bewegungs- und Sexualstörungen. Wegen der gestiegenen Gesundheitsrisiken, die mit Schizophrenie und der zu ihrer Behandlung verwendeten Medikamente verbunden sind, ist die Überwachung der körperlichen Gesundheit als Mittel der Gesundheitsförderung bei dieser Patientengruppe besonders wichtig. (...) Wenn Hyperprolaktinämie während der Behandlung auftritt und mit Menstruations- und Sexualstörungen verbunden ist, sollte man den Wechsel der Medikamente des Patienten zu prolaktinschonenden Wirkstoffen mit geringer Wirkung auf den Prolaktinspiegel in Betracht ziehen, um eine kostenträchtige Abklärung zur Bestimmung der Ursache des erhöhten Prolaktinspiegels zu vermeiden. Psychiater sollten sich bewusst sein, dass selbst eine minimale bis moderate Hyperprolaktinämie der Vorbote eines ernsthaften zugrundeliegenden Problems wie zum Beispiel ein Hypophysentumor sein kann.« (MARDER et al. 2004, S. 1334 und 1342)

### **0.2.2.1 Exkurs: Zur Strafbarkeit eventualvorsätzlicher Körperverletzung oder Tötung**

Bei Psychiatern mit ihrem Medizinstudium kann man davon ausgehen, dass sie Symptome kennen, die einen sich entwickelnden Krankheitsverlauf anzeigen. Ignorieren sie sich entwickelnde Krankheiten, die infolge der Verabreichung von Psychopharmaka auftreten, und ändern sie nichts an ihrer Behandlung, sind sie – eigentlich – wegen Verstoßes gegen § 223 Absatz 1 StGB (Körperverletzung) zu belangen. Der Paragraph sagt:

»Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.«

Allgemein herrscht unter Juristen Einigkeit, dass für die Strafbarkeit einer Tat Eventualvorsatz ausreicht und das Ausmaß der Verantwortlichkeit gleich zu

380 bewerten ist, egal ob der Schadensverursacher rücksichtslos oder vorsätzlich handelt. Eventualvorsatz liegt nach herrschender Rechtsauffassung vor, wenn der Täter den Taterfolg – in diesem Fall wäre es Körperverletzung durch Psychopharmakaverabreichung mit möglicher Körperschädigung oder gar Todesfolge – als Konsequenz seines Handelns ernsthaft für möglich hält und den Schaden zugleich billigend in Kauf nimmt und sich damit abfindet. Auch für die zivilrechtliche Verantwortlichkeit genügt der bedingte Vorsatz.

385 2006 verabschiedeten die Vereinten Nationen die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (»GESETZ ZU DEM ÜBEREINKOMMEN« 2006). Per Definition gehören Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zum Personenkreis der Behinderten. Die allgemeinen Menschenrechte gelten für alle Menschen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen überall strukturell missachtet werden. So wurde die UN-Behindertenrechtskonvention als zusätzliche Maßnahme  
390 verabschiedet, um für Menschen mit Behinderungen die überfällige Gleichheit vor dem Recht herzustellen.

Menschen mit Behinderungen sollen dieselben Rechte zugestanden werden, wie sie auch Menschen ohne Behinderungen gewährt werden. Gleichzeitig verpflichteten sich die Staaten, die die Konvention ratifiziert haben, proaktiv  
395 Maßnahmen zu unternehmen, die Gleichheit von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen vor dem Recht herzustellen. Eine Enquete, die die in deutschen psychiatrischen Einrichtungen strukturell verübten Menschenrechtsverletzungen erfasst, steht allerdings noch aus. Sie wäre dringend notwendig. 2011 erkannte das Bundesverfassungsgericht nach einer  
400 Verfassungsbeschwerde eines in Baden-Württemberg im Maßregelvollzug Untergebrachten mit dem Beschluss zum Verfahren 2 BvR 633/11, dass (auch) in diesem Bundesland jahrzehntelang die Menschenrechte auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit ohne Rechtsgrundlage verletzt wurden. Im Folgejahr rügte der Bundesgerichtshof mit seinem  
405 Beschluss zum Verfahren XII ZB 99/12 die fehlende Rechtsgrundlage für eine Einwilligung des rechtlichen Betreuers in eine Zwangsbehandlung. Beide Urteile zeigen, dass Psychiater und mit ihnen Regierungs- und Verwaltungsabteilungen sowie psychiatrische Einrichtungen und Organisationen Verstöße gegen Menschenrechte psychiatrischer Patientinnen  
410 und Patienten als Selbstverständlichkeit hingenommen und noch nicht einmal als Menschenrechtsverstöße wahrgenommen haben.

Die Zahl psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die aufgrund unerkannt verlaufender gefährlicher Psychopharmakawirkungen, ausbleibender Kontrolluntersuchungen, ausbleibender Aufklärung über Risiken und  
415 Alternativen sowie Frühwarnzeichen schwer geschädigt werden oder zu Tode kommen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

### 0.2.3 Verweigerter Hilfe beim Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka

Psychiater verabreichen Psychopharmaka, helfen Betroffenen jedoch in der Regel nicht mit Rat und Tat, wenn diese sich entscheiden, die Einnahme der Psychopharmaka zu beenden, beispielsweise, weil sie die mit der Einnahme verbundene Gesundheitsrisiken nicht länger tragen oder ein Kind ohne das Risiko von Fehlbildungen in die Welt setzen wollen. Pirkko Lahti, Präsidentin der World Federation for Mental Health von 2001 bis 2003, schrieb im Vorwort von »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«:

»Lassen wir unsere PatientInnen nicht allein mit ihren Sorgen und Problemen, wenn sie sich – aus welchem Grund auch immer – selbst entscheiden, ihre 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 2013, S. 11)

Ähnlich meint heute der Psychiater Asmus Finzen, 1970 Gründungsmitglied der DGSP und von 1971 bis 1975 Mitarbeiter bei der Psychiatrie-Enquete:

»Man mag es für merkwürdig halten, wenn ein Arzt sich über das Absetzen von Psychopharmaka auslässt. Seine Aufgabe ist es doch, Medikamente zu verordnen. Ärzte lernen das. Wie man Medikamente absetzt, lernen sie nicht. (...) Ich will an dieser Stelle nicht auf die Frage eingehen, wann und wie lange Psychopharmaka unter welchen Bedingungen notwendig sind oder nicht. Hier geht es darum, dass viele Medikamenten-Konsumenten aus guten oder weniger guten Gründen die Nase voll haben und die weitere Medikamenteneinnahme einstellen. Behandelnde Ärzte reagieren darauf immer noch allzu häufig verstockt. Viele drohen damit, ihre Patienten zu verstoßen – und manche tun das auch. Das aber ist mit den Prinzipien und der Ethik ihres Berufes nicht vereinbar. Es kann sogar ein Kunstfehler sein: Wenn ein Patient Medikamente, die er langfristig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist.« (FINZEN 2015, S. 16)

Schon ab Mitte der 1950er Jahre wiesen Mediziner auf die Toleranzbildung beim Neuroleptika-Prototyp Chlorpromazin hin. Diese sei nicht zu vermeiden und trete vorwiegend bei niederpotenten Neuroleptika auf, auch bei relativ niedriger Dosierung. Die neueren Neuroleptika (LEHMANN 2014b) und Antidepressiva (LEHMANN 2016) scheinen mit ihren speziellen Rezeptorenveränderungen das Risiko der körperlichen Abhängigkeit gar noch zu vergrößern. Entzugsprobleme bei Neuroleptika und Antidepressiva würden sich in nichts von Entzugsproblemen bei Alkaloiden (Morphium gehört zu dieser Substanzgruppe) und Schlafmitteln unterscheiden, warnte Mitte der

460 1960er Jahre Rudolf Degkwitz, späterer DGPN-Präsident. Bei einem unbekanntem Teil der chronisch Behandelten sei das Absetzen wegen der unerträglichen Entzugserscheinungen schwierig, wenn nicht unmöglich (LEHMANN 1996, S. 353–456). Doch ohne über Abhängigkeitsrisiken aufzuklären, verordnen Medizinerinnen und Mediziner unentwegt diese  
465 Substanzen – ein zivil- und strafrechtlich relevanter Tatbestand. In Einklang mit den Interessen der Pharmaindustrie und unterstützt von psychoedukativen Mitstreiterinnen und Mitstreitern verneinen sie jedoch jegliches Abhängigkeitsrisiko bei Antidepressiva und Neuroleptika und bagatellisieren deren Risiken (LEHMANN 2013).

470 Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, die sich entscheiden, ihre Psychopharmaka-Einnahme beenden zu wollen, erhalten weder Informationen über mögliche Entzugssymptome noch über Möglichkeiten, Psychopharmaka risikoarm abzusetzen. Sie erwarten für ihre Probleme kein Verständnis, in der Regel auch nicht bei Psychotherapeutinnen und -  
475 therapeuten. Da es noch keine Diagnose der Abhängigkeit von Neuroleptika oder Abhängigkeit von Antidepressiva – vergleichbar der Abhängigkeit von Benzodiazepinen – gibt, können Medizinerinnen und Mediziner unterstützenden Tätigkeiten beim Absetzen nicht abrechnen (selbst wenn sie es wollten), und es gibt auch keine Finanzierung von  
480 Rehabilitationsmaßnahmen. An dieser Situation wird sich vermutlich erst dann etwas ändern, wenn wie in den 1980er Jahren Hersteller und Anwender von Neuroleptika und Antidepressiva zur Zahlung von Schmerzensgeld verurteilt werden, da sie nicht vor der Gefahr körperlicher Abhängigkeit von diesen Substanzen gewarnt haben. Sollte diese Situation eintreten, ist  
485 allerdings rechtzeitig sicherzustellen, dass die Einschränkung von Antidepressiva und Neuroleptika nicht zu einer verstärkten Verabreichung von Elektroschocks oder den Rückgriff auf die nicht minder barbarischen Insulin- und Kardiazolschocks oder gar Lobotomien führt.

Die Zahl psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die aufgrund fehlender  
490 Hilfen beim Absetzen von Psychopharmaka zu Schaden oder gar Tode kommen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

#### **0.2.4 Tabuisierung der neuroleptikabedingten Suizidalität**

Suizid ist mittlerweile eine der häufigsten Todesursachen von Menschen mit  
495 der Diagnose »Psychose« oder »Schizophrenie«. Nach Einführung von Neuroleptika zu Beginn der 1950er Jahre stieg die Suizidrate dramatisch – nicht von ungefähr. Der US-amerikanische Psychiater Frank J. Ayd schrieb schon vor 40 Jahren:

500 »Es besteht nun eine allgemeine Übereinstimmung, dass milde bis  
schwere Depressionen, die zum Suizid führen können, bei der  
Behandlung mit jedem Depot-Neuroleptikum auftreten können, ebenso  
wie sie während der Behandlung mit jedem oralen Neuroleptikum  
vorkommen können. Diese depressiven Veränderungen der Stimmung  
505 können zu jeder Zeit während depotneuroleptischer Behandlung  
auftreten. Einige Kliniker haben Depressionen kurz nach  
Behandlungsbeginn bemerkt; andere machten diese Beobachtung  
Monate oder Jahre nach Behandlungsbeginn.« (AYD 1975, S. 497)

Schaut man sich Programme der Suizidprophylaxe und dort aufgelistete  
Risikofaktoren an, fällt das komplette Fehlen des Risikofaktors  
510 »antipsychotische Medikamente« auf. Gleichzeitig stechen die Namen der  
Sponsoren dieser Programme ins Auge: Janssen-Cilag, Lundbeck,  
AstraZeneca, Eli Lilly, Pfizer, GlaxoSmithKline und so weiter. Allesamt  
Herstellerfirmen von Neuroleptika. Deren Vertreter sponsern nicht nur  
Tagungen und Fortbildungen zum Thema Suizidprophylaxe, sondern sind  
515 auch bei deren Planung beteiligt und bieten ihren Referentinnen und  
Referenten beste Podien zur karrierefördernden Selbstdarstellung und  
Anpreisung der eigenen Produkte (LEHMANN 2012b).

Es gibt selbstverständlich viele Umstände, die Depressivität und Suizidalität  
bewirken können, beispielsweise politische, soziale und ökonomische  
520 Faktoren. Möglich sind auch körperliche Faktoren: neurologische  
Erkrankungen wie Parkinson; zerebrovaskuläre Störungen; Tumore;  
Infektionen wie AIDS oder Hepatitis; endokrinologische Störungen wie  
Morbus Cushing; Stoffwechselstörungen wie Dehydrierung; Krebs;  
Alkoholabhängigkeit; genetische Abnormitäten im Serotoninsystem – vielerlei  
525 Störungen können Depressionen auslösen (HARTER et al. 2007).

An sich führen Psychiater nahezu jedes psychische Problem auf  
Stoffwechselstörungen zurück. Ein anschauliches Beispiel liefert die Aussage  
von Brigitte Woggon, Oberärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik  
Zürich:

530 »Alles, was wir fühlen, ist eben Chemie: seelenvoll in den  
Sonnenuntergang blicken, Liebe, Anziehung, was auch immer – alles sind  
biochemische Vorgänge, wir haben ein Labor im Kopf.« (zitiert nach  
ALLES 2000, S. 54)

Dass ihre Kollegenschaft ausgerechnet die von ihnen verabreichten  
535 Neuroleptika mit ihrer potenziell suizidfördernden Wirkung komplett  
ausblenden, spricht für sich.

Aus diesem Grund war die Einrichtung eines Suizidregisters eine der  
Forderungen, die sich aus der oben genannten europäischen Studie  
»Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« ergaben

540 (AKTIONSPROGRAMM 2005b; LEHMANN 2010a und 2010b). In Schweden gibt es bereits ein solches Suizidregister. Gemäß dem dortigen Gesetz zur Regelung professioneller Handlungen im Gesundheitsbereich («Lex Maria») müssen seit Februar 2006 alle Suizide, die innerhalb von vier Wochen nach dem letzten Besuch einer Stelle des Gesundheitssystems begangen werden, der  
545 Nationalen Behörde für Gesundheit und Soziales gemeldet werden. Die dortige Datenauswertung zeigte die massive Beteiligung aller Arten von Antidepressiva und Neuroleptika an Suiziden (LARSSON 2009). Es ist dringend erforderlich, auch hierzulande ein Suizidregister auf den Weg zu bringen – als unabhängiges Projekt und unter Mitwirkung unabhängiger, keinen  
550 pharmafirmengesponserten Verbänden angehörender Psychiatriebetroffener und Angehöriger.

Die Zahl psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die sich aufgrund der potenziellen suizidalen Eigenwirkung von Antidepressiva und insbesondere Neuroleptika das Leben nehmen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert  
555 das?

### **0.2.5 Traumatisierung durch psychiatrische Zwangsmaßnahmen**

Ein Risikofaktor für Suizidalität sind traumatische Erfahrungen mit psychiatrischer Gewalt und das Nichtvorhandensein traumatherapeutischer  
560 Maßnahmen für die Opfer psychiatrischer Zwangsmaßnahmen. Für viele Psychiatriebetroffene stellt die gewaltsame Verabreichung von psychiatrischen Psychopharmaka oder Elektroschocks eine durch und durch traumatisierende Erfahrung dar, vergleichbar der Erfahrung sexueller Gewalt (LEHMANN 2012a). Es gibt zwar hierzulande vielfältig ausgerichtete  
565 Traumatherapien, doch wenn Psychiatriebetroffene nach Hilfe bei der Verarbeitung von Traumata suchen, die durch psychiatrische Gewalt ausgelöst werden, finden sie nirgendwo Hilfe. In der Traumatalogie findet psychiatrische Gewalt als Entstehungsfaktor für Traumata nicht statt. Dabei gesteht selbst die DGPPN die potenziell traumatisierende Wirkung  
570 psychiatrischer Zwangsbehandlung ein:

»Es darf jedoch nicht übersehen werden, dass es Patienten gibt, die auch im Nachhinein mit einer gegen ihren nicht-selbstbestimmten Willen erfolgten Behandlung nicht einverstanden sind, weil sie diese als wenig hilfreich oder gar als traumatisierend oder erniedrigend erlebt haben. Die  
575 Folge ist nicht selten ein Vertrauensverlust in der Arzt-Patienten-Beziehung, durch den sich manche Patienten für eine gewisse Zeit oder gar dauerhaft vom psychiatrischen Hilfesystem abwenden.« (DGPPN 2014)



580 Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt hat oft massive Auswirkungen auf den weiteren Lebensweg. Die Betroffenen wenden sich nicht nur vom psychiatrischen System ab, was das geringere Problem scheint, sondern haben große Probleme, mit dieser Gewalterfahrung weiterzuleben, so der Schweizer Psychiater und Psychotherapeut Marc Rufer:

585 »Für eine Zwangsbehandlung wird, wenn nötig, das »Aufgebot« herbeigerufen: Bis zu acht zu körperlicher Gewalt bereite Pfleger stehen einem oder einer einzelnen wehrlosen Betroffenen gegenüber. Auch Zwangsunterbringungen, nicht selten von Polizisten durchgeführt, sind oft ein dramatisches Geschehen. Vergleichbar Vergewaltigung, Folter und sexuellem Missbrauch sind dies traumatisierende Konfrontationen. Die 590 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 595 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 existenziellen 600 Hilflosigkeit aus. Wenn der letzte Widerstand des Opfers gebrochen ist, wird es gleichsam zum Objekt, mit dem der Täter nach Belieben verfahren kann. (...) Der Hauptabwehrmechanismus, mit dem das Ich versucht, die Traumatisierung zu bewältigen, ist die Abspaltung bzw. die Dissoziation. Die Ichspaltung kann sich später als flashback 605 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.« (RUFER 2007, 404 f.)

Die Zahl traumatisierter psychiatrischer Patientinnen und Patienten, die sich nach psychiatrischer Zwangsbehandlung und infolge des Fehlens 610 therapeutischer Hilfe beim Verarbeiten der iatrogenen Traumata das Leben nehmen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

## **0.2.6 Verweigerte Hilfe bei psychischen Problemen maßgeblich sozialer Natur**

Bekommen Menschen psychische Probleme maßgeblich sozialer Natur, stehen 615 ihnen – wie eingangs ausgeführt – gemäß den Vorgaben der Psychiatrie-Enquete von 1975 im psychiatrischen System medizinisch und neurologisch ausgerichtete Hilfen zur Verfügung: die psychiatrische Krankenhausversorgung sei grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin, wobei die besonderen Beziehungen der Psychiatrie zur Neurologie in Rechnung zu 620 stellen seien. Dank dieses Paradigmas haben humanistische Alternativen zur Psychiatrie, die Menschenrechte respektieren und Zwangsmaßnahmen massiv

reduzieren oder komplett ausschließen, keine Chance, Teil der Standard-»Versorgung« zu werden. Dabei handelt es sich um gut evaluierte Ansätze.

**Soteria:** Im Vergleich mit einer Kontrollgruppe in einer psychiatrischen Klinik  
schulpsychiatrisch Behandelte zeigte sich beim kalifornischen Soteria-Projekt  
des humanistisch orientierten Psychiaters Loren Mosher, dass der Gebrauch  
von Psychopharmaka bei der Soteria-Gruppe auch noch nach zwei Jahren  
sehr gering war, dafür war die persönliche Entwicklung der Patientinnen und  
Patienten besser. Mosher sah das normalerweise als »Psychose« bezeichnete  
Phänomen als Bewältigungsmechanismus und Antwort auf Jahre  
traumatischer Ereignisse, welche die Betroffenen veranlasst haben, sich aus  
der konventionellen Realität zurückzuziehen. Demzufolge verzichtete er auf  
Zwangsmittel, Krankheitsbegriff und weitestgehend auf Neuroleptika. So  
hatten seine Patientinnen und Patienten nach Abklingen der Psychosen eher  
eine geregelte Arbeit, eher einen erfolgreichen Schulabschluss, lebten  
selbstständiger, hatten eine befriedigendere sexuelle Beziehung und wurden  
seltener in eine psychiatrische Klinik eingewiesen. (ADERHOLD et al. 2007)

**Offener Dialog:** Der Offene Dialog, auch als bedürfnisangepasste  
Behandlung bekannt, wurde von dem ebenfalls humanistisch orientierten  
Psychiater Yrjö Alanen in Südfinnland entwickelt. Als notwendige  
Voraussetzungen für eine hilfreiche Krisenintervention wurde ein  
systemisches Psychosenverständnis gesehen, das sich auf  
Beziehungsstörungen der Menschen stützt, nicht aber auf Hirnstörungen.  
Sofortiges Reagieren vor Ort und die Einbeziehung des sozialen Netzes in  
Entscheidungen charakterisiert den Offenen Dialog ebenso wie die  
Übernahme von Verantwortung, psychologische Kontinuität, ein Team mit  
Mitgliedern aller Berufsgruppen und insbesondere Toleranz von Ungewissheit  
(zu der auch die Enthaltung von Psychopharmaka über Wochen gehört).  
Ergebnis dieses Ansatzes ist die merkliche Reduzierung von Zwang und  
Psychopharmaka. In einem Vergleich des Behandlungsprozesses bei  
Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie-Diagnosen zwischen dem  
Offenen Dialog und der üblichen Behandlung wurden aussagekräftige  
Unterschiede festgestellt: Die Patientinnen und Patienten der  
Vergleichsgruppe hatten längere Klinikaufenthalte, allen wurde Neuroleptika  
verabreicht, verglichen mit nur einem Drittel der Gruppe des Offenen Dialogs.  
Diese erholten sich trotzdem besser von ihren Krisen, hatten weniger  
Rückfälle und bleibende psychotische Symptome und einen besseren  
Beschäftigungsstatus. (SEIKKULA und ALAKARE 2007)

**Krisenherberge:** Hauptziel der betroffenengeleiteten Krisenherberge in  
Ithaca im Bundesstaat New York war es, einen Ort bereitzustellen, wohin  
Menschen sich zurückziehen konnten, die einen Psychiatrieaufenthalt für  
nötig hielten oder das Risiko einer Unterbringung fürchteten. Das von 1994

bis 1996 stattfindende, unter wesentlicher Mitwirkung von  
Psychiatriebetroffenen entwickelte Programm bestand aus zwei  
665 Komponenten: dem Angebot von vorsorglicher Krisenplanung und Training  
zur Krisenbewältigung, verbunden mit Unterstützung in einer Beratungsstelle,  
sowie einer Unterkunft für Leute, die diese aufgrund eigener Einschätzung  
benötigten. Die Evaluierung ergab, dass die Ergebnisse der Klientinnen und  
Klienten der Krisenherberge besser waren als die der Kontrollgruppe, die  
670 Patientinnen und Patienten der gewöhnlichen Psychiatrie waren. Erstere  
waren gesünder, zufriedener, selbstständiger. Sofern es zu Ausfällen im  
Arbeitsleben kam, waren diese geringer, ihre späteren Psychiatrieaufenthalte  
waren seltener und kürzer. Dass die Krisenherberge auch zu einer deutlichen  
Kostensenkung führten, sollten angesichts der Unsummen, die der Einsatz  
675 immer neuer und teurerer Psychopharmaka verschlingt, gerade (selbst wenn  
die Frage der Finanzen zweitrangig sein sollte, wenn es um die Bewältigung  
psychosozialer Probleme geht) für die Financiers des Gesundheitssystems,  
das heißt Krankenkassen und Steuerzahler, äußerst interessant sein. (DUMONT  
und JONES 2007)

680 Zum Leidwesen von Psychiatriebetroffenen gibt es all diese Angebote in  
Deutschland nicht oder nur rudimentär als »Elemente«. Dabei war in der  
Consensus-Konferenz »Balancing Mental Health Promotion and Mental Health  
Care« (*»Ausgewogene Förderung von psychischer Gesundheit und  
psychiatrischer Pflege«*) 1999 in Brüssel, veranstaltet von der WHO und der  
685 Europäischen Kommission, neben der Förderung von Selbsthilfe-Ansätzen,  
der aktiven Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in psychiatriepolitische  
Entscheidungen und der Betonung der Freiheit zur Auswahl aus  
Behandlungsangeboten zwecks Stärkung der Menschenrechte auch die  
Förderung nichtstigmatisierender, das heißt nichtmedizinischer Ansätze als  
690 Eckpfeiler für eine wirksame Reform des psychosozialen Systems definiert  
worden (WORLD HEALTH ORGANIZATION/EUROPEAN COMMISSION 1999, S. 9).  
Ähnlich, jedoch mit rechtlich bindendem Vertragscharakter, erwartet die UN-  
Behindertenrechtskonvention von den Vertragsstaaten personenangepasste  
Hilfen zur Vermeidung von Fremdkontrolle; in akuten Krisen soll eine  
695 Krisenbewältigung ohne Freiheitsentziehung und Zwangsmassnahmen  
möglich werden.

Die Zahl psychiatrischer Patientinnen und Patienten sowie Menschen in  
psychosozialen Nöten, die aufgrund des Fehlens humanistischer Angebote  
schwere psychische und physische Schäden erleiden oder gar zu Tode  
700 kommen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

### **0.3 Humanistische Antipsychiatrie: Engagement für angemessene Hilfen**

Aus dem Blickwinkel der humanistischen Antipsychiatrie kommt die katastrophale Situation von Psychiatriebetroffenen – hohe Sterblichkeit, Menschenrechtsverletzungen, Ausbleiben angemessener Hilfeangebote für Menschen in psychosozialen Notlagen – nicht von ungefähr. Humanistische Antipsychiatrie ist eine undogmatische und humanistische Philosophie und Bewegung; das griechische »Anti« bedeutet mehr als einfach nur »gegen«. Es heißt auch »alternativ«, »gegenüber« oder »unabhängig«. Freunde der Zwang psychiatrie und Pharmaindustrie stehen deshalb der modernen, betroffenenorientierten humanistischen Antipsychiatrie besonders erbittert gegenüber. Im Gegensatz zur althergebrachten Antipsychiatrie, der man die primitive Weltsicht vorwerfen könnte, sie würde davon ausgehen, dass psychische Probleme verschwinden, wenn nur die Psychiatrie abgeschafft wäre, ist die humanistische Antipsychiatrie von Widerspruchsgeist und der grundlegenden Erkenntnis erfüllt, dass die Psychiatrie als medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplin dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden kann und ihre Diagnostik den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft verstellt. Da die Hilfeangebote den ursächlichen Problemen nicht angemessen sind, ist ihr potenziell zwangsweiser Einsatz programmiert.

Deshalb bedeutet humanistische Antipsychiatrie gleichzeitig, sich unter anderem für den Aufbau angemessener und wirksamer Hilfe für Menschen in psychosozialer Not zu engagieren, für die Sicherung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe und ihre rechtliche Gleichstellung mit normalen Kranken, für die Unterstützung beim selbstbestimmten Absetzen psychiatrischer Psychopharmaka sowie für Toleranz, Respekt und Wertschätzung von Vielfalt auf allen Ebenen des Lebens. (LEHMANN 2015c)

### **0.4 Fazit**

Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie haben eine lange Tradition. Die Psychiatrie-Enquete von 1975 führte eher in Nebenschauplätzen zu Verbesserungen, beispielsweise der Bausubstanz von psychiatrischen Kliniken oder zu deren Verkleinerung. Unberührt blieb die systematische Verletzung des Rechts auf körperliche Unversehrtheit und der Menschenwürde. Der mit der Psychiatrisierung üblicherweise einhergehende soziale Abstieg mit den sich dann einstellenden prekären Lebensbedingungen, führte im Verbund mit der Entwicklung immer neuer synthetischer Psychopharmaka zu einer massiven frühen Sterblichkeit. Unerwünschte Wirkungen von

Psychopharmaka sind bekannt, eine Aufklärung findet jedoch nicht statt.  
740 Frühwarnzeichen sich behandlungsbedingt entwickelnder körperlicher und  
psychischer Schäden sind bekannt, doch man informiert die Gefährdeten  
nicht über mögliche Kontrolluntersuchungen. Man verabreicht  
Psychopharmaka, doch wie man absetzt, weiß man nicht. Man verabreicht  
Psychopharmaka unter Einsatz von Gewalt, doch therapeutische Hilfen bei  
745 der Verarbeitung von behandlungsbedingten Traumata gibt es nicht. Die  
potenziell suizidale Wirkung von Antidepressiva und Neuroleptika ist bekannt,  
doch man ignoriert sie. Humanistische Alternativen zur Psychiatrie, die das  
Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten respektieren und  
(besser) helfen als herkömmliche Angebote, sind bekannt, doch sie werden  
750 nicht praktiziert.

Von der Aktion Psychisch Kranke e.V. die Lösung der komplexen Probleme zu  
verlangen, scheint illusorisch. Entsprechend ihres Auftrags und ihrer Nähe  
zum Bundestag könnte sie ansetzen am psychiatrischen Verstoß gegen  
einfachste formale Regularien, die unterlassene Aufklärung:

755 »Die APK wurde am 18.01.1971 von Abgeordneten aller Fraktionen des  
Deutschen Bundestages und engagierten Fachleuten aus dem Bereich  
Psychiatrie gegründet, um »mit politischen Mitteln auf eine grundlegende  
Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik  
Deutschland hinzuwirken«. (...) Die APK versteht sich als Lobby für diese  
760 benachteiligte Zielgruppe. Der Verein ist überparteilich zusammengesetzt  
und arbeitet wie ein Scharnier zwischen  
Bundesparlament/Bundesministerien und psychiatrischer Fachwelt.«  
(APK o. J.)

Über ihre Kontakte zum Bundestag könnte die APK einwirken auf  
765 Strafverfolgungsbehörden, die systematische und ohne informierte  
Zustimmung begangene psychiatrische Körperverletzung entsprechend § 230  
Absatz 1 StGB (Strafantrag) zu verfolgen:

770 »Die vorsätzliche Körperverletzung nach § 223 und die fahrlässige  
Körperverletzung nach § 229 werden nur auf Antrag verfolgt, es sei  
denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen  
öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts  
wegen für geboten hält.«

Angesichts ihres Leids hätte die Masse der psychiatrischen Patientinnen und  
Patienten öffentliches Interesse und einen solchen Schritt verdient. Und der  
775 Prozentsatz von Personen, die im Lauf ihres Lebens mit der Psychiatrie in  
Kontakt kommen, steigt rasant. Gleichheit psychiatrischer Patientinnen und  
Patienten vor dem Recht muss auch Gleichheit ihrer Behandler vor dem Recht  
nach sich ziehen. Die Kultur des Vertuschens und Verschweigens muss ein  
Ende haben, das Strafrecht muss auch für Psychiater gelten.

780 **Erklärung zu möglichen Interessenkonflikten:** Peter Lehmann hat keinerlei Verbindung zur pharmazeutischen Industrie und zu Organisationen, die von ihr gesponsert werden, noch zu Scientology oder anderen Sekten jeglicher Couleur.

**Anmerkungen:** Bei diesem Beitrag handelt es sich um die Aktualisierung und Erweiterung meines Artikels »Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie«, original veröffentlicht in: Jürgen Armbruster, Anja Dieterich, Daphne Hahn und Katharina Ratzke (Hg.): »40 Jahre Psychiatrie-Enquete – Blick zurück nach vorn«, Köln: Psychiatrie Verlag 2015, S. 279–293. Die kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern sowie die Übersetzungen aus dem Englischen stammen vom Autor. Sämtliche Internetzugriffe erfolgten am 3. November 2015.

## 0.5 Quellen

- ADERHOLD, V. (2008): Antwort auf die Stellungnahme der Arbeitsgruppe »Biologische Psychiatrie« der Bundesdirektorenkonferenz (BDK). In: Soziale Psychiatrie, 32. Jg., Nr. 4, S. 28–32.
- ADERHOLD, V. (September 2010): Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update. Unveröffentlichtes Manuskript. Online verfügbar unter [www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Psychopharmakadebatte/Aderhold\\_Neuroleptika\\_update.pdf](http://www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Psychopharmakadebatte/Aderhold_Neuroleptika_update.pdf).
- ADERHOLD, V. (2013): Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Ein Update zur Neuroleptika-Debatte. In: Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie, 31. Jg., Nr. 2, S. 25–27.
- 805 ADERHOLD, V./STASTNY, P./LEHMANN, P. (2007): Soteria – Eine alternative psychosoziale Reformbewegung. In: [LEHMANN, P./STASTNY, P. \(Hg.\): Statt Psychiatrie 2](#). Berlin, Eugene und Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 150–165 ([E-Book 2014](#)).
- AKTIONSPROGRAMM GEGEN »DISKRIMINIERUNG UND SCHIKANE VON MENSCHEN MIT PSYCHOSOZIALEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN IM GESUNDHEITSBEREICH« (2005a): »Hier wird nicht schikaniert«, Poster, Brüssel: Mental Health Europe. Online verfügbar unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/images/dokument/schikane-poster-erkenntnisse.jpg>.
- 815 AKTIONSPROGRAMM GEGEN »DISKRIMINIERUNG UND SCHIKANE VON MENSCHEN MIT PSYCHOSOZIALEN BEEINTRÄCHTIGUNGEN IM GESUNDHEITSBEREICH« (2005b): Gemeinsame Empfehlungen von Mental Health Europe, LUCAS (Belgien), Pro Mente Salzburg (Österreich), MIND (England und Wales), Clientenbond (Niederlande), FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental – 820 Spanien), BPE (Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. – Deutschland)

- und ENUSP (European Network of [ex-] Users and Survivors of Psychiatry). Brüssel: Mental Health Europe. Online verfügbar unter <http://www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf>.
- 825
- ALLES, WAS WIR FÜHLEN, IST CHEMIE. GLÜCK, SEELISCHES LEIDEN UND PSYCHOPILLEN: DIE PHARMAKOTHERAPEUTIN BRIGITTE WOGGON DEBATTIERT MIT DER PSYCHOANALYTIKERIN BRIGITTE BOTHE (8. Juni 2000). In: Weltwoche (Zürich), S. 53–54.
- APK – Aktion Psychisch Kranke (ohne Jahresangabe): Über die Aktion Psychisch Kranke e.V. Internetveröffentlichung unter <http://www.apk-ev.de/ueber-die-apk>.
- 830
- AYD, Frank J. (1975): The depot fluphenazines: A reappraisal after 10 years' clinical experience. In: American Journal of Psychiatry, Vol. 132, S. 491–500.
- 835
- BGH v. 17.4.2007; Az. VI ZR 108/06 (OLG Braunschweig) (2007). In: Neue Juristische Wochenschrift, 60. Jg., S. 2771–2772. Online verfügbar unter <https://openjur.de/u/77778.html>.
- BGH v. 24.2.2014; Az. VI ZR 106/13 (2015). In: Recht und Psychiatrie, 33. Jg., S. 157–159. Online verfügbar unter <https://openjur.de/u/764610.html>.
- 840
- 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, Nr. 2, S. 1–14. Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/>
- 845
- DEUTSCHER BUNDESTAG (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200. Online verfügbar unter <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf>.
- 850
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hg.) (2006): S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 1: Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff Verlag. Kurzversion online verfügbar unter [http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/\\_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf).
- 855
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (26. Mai 2010): Beirat nimmt seine Arbeit auf – Erfahrung und Engagement der ehemaligen DGPPN-Präsidenten für die Fachgesellschaft erhalten. Internetveröffentlichung unter <http://www.dgppn.de/ehrungen-preise/aktuelles-ehrungen-und-preise/detailansicht/article/beirat-nimmt.html>.
- 860
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (23. September 2014): Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der
- 865

- DGPPN. Internetveröffentlichung unter  
<http://www.dgppn.de/en/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article/307/achtung-der.html>.
- 870 DUMONT, J./JONES, K. (2007): Die Krisenherberge. Ergebnisse einer betroffenendefinierten Alternative zur stationären Psychiatrie. In: [LEHMANN, P./STASTNY, P. \(Hg.\): Statt Psychiatrie 2](#). Berlin, Eugene und Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 186–194 ([E-Book 2014](#)).
- 875 FINZEN, A. (2015): Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht. In: FINZEN, A./LEHMANN, P./OSTERFELD, M./SCHÄDLE-DEININGER, H./EMMANOULIDOU, A./ITTEN, T.: Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie. In: Soziale Psychiatrie, 39. Jg., Nr. 2, S. 16–19. Online verfügbar unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/absetzen-bremen.pdf>.
- 880 Gesetz zum 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 (31. Dezember 2008). In: Bundesgesetzblatt, Teil II, Nr. 35, S. 1419–  
885 1457. Online verfügbar unter <http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf>.
- [GÖTZSCHE, P. C. \(2015\): Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität – Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumpiert](#). 2. Auflage. München: Riva Verlag.
- 890 GOTHE, L. (10. Juni 2011): Rede vor dem Gesundheitsausschuss des Landschaftsverband Rheinland, Köln. Online verfügbar unter [http://armeirre.blogspot.de/images/LotharGothe\\_Gesundheitsausschuss\\_LVR\\_1062011.pdf](http://armeirre.blogspot.de/images/LotharGothe_Gesundheitsausschuss_LVR_1062011.pdf).
- 895 GOTHE, L./KIPPE, R. (1970): Ausschuss – Protokolle und Berichte aus der Arbeit mit entflohenen Fürsorgezöglingen. Köln: Verlag Kiepenheuer & Witsch.
- HÄRTER, M./BAUMEISTER, H./BENGEL, J. (Hg.) (2007): Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Berlin: Springer Verlag.
- 900 HELMCHEN, H. (1981): Aufklärung und Einwilligung bei psychisch Kranken. In: BERGENER, M. (Hg.): Psychiatrie und Rechtsstaat. Neuwied und Darmstadt: Luchterhand Verlag, S. 79–96.
- HILL, D. (1992): Major tranquillizers: a good buy? In: Clinical Psychology Forum, Oktober, S. 35–36.
- 905 JANSSEN PHARMACEUTICALS, INC. (2012): The importance of total wellness. In: Choices in Recovery – Support and Information for Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorder, Vol. 9, Nr. 2, S. 12.
- 910 LAHTI, P. (2013): Vorwort. In: [LEHMANN, P. \(Hg.\): Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern](#). 4. aktualisierte Auflage, Berlin, Eugene und Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 10–12 ([E-Book](#)



- 2013). Online verfügbar unter  
[www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/absetzen/vorworte.htm#pirkko](http://www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/absetzen/vorworte.htm#pirkko).
- LARSSON, J. (2009): Psychiatric drugs & suicide in Sweden 2007: A report based on data from the National Board of Health and Welfare.  
915 Internetveröffentlichung unter  
[http://www.theoneclickgroup.co.uk/documents/ME-CFS\\_docs/Psychiatric%20Drugs%20&%20Suicide.%20Sweden%202007.pdf](http://www.theoneclickgroup.co.uk/documents/ME-CFS_docs/Psychiatric%20Drugs%20&%20Suicide.%20Sweden%202007.pdf).
- LEHMANN, P. (1996): Schöne neue Psychiatrie, Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern. Berlin: Antipsychiatrieverlag, S. 353–456.  
920
- LEHMANN, P. (2001): Grußwort des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener.  
In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.): 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Band 1.  
Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 44–47. Online verfügbar unter  
<http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/25-enquete.htm>.
- 925 LEHMANN, P. (2010a): Das betroffenenorientierte Suizidregister als Maßnahme der Suizidprävention. In: HAHN, S./SCHULZ, M./SCHOPPMANN, S./ABDERHALDEN, C./STEFAN, H./NEEDHAM, I. (Hg.): Depressivität und Suizidalität. Prävention – Früherkennung – Pflegeinterventionen – Selbsthilfe. Unterostendorf: Ibicura Verlag, S. 152–157. Online verfügbar unter  
930 [http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheits/pdf/suizidprophylaxe\\_2010.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheits/pdf/suizidprophylaxe_2010.pdf).
- LEHMANN, P. (2010b): Ein Suizidregister unter Mitwirkung von Psychiatriebetroffenen? In: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 3, S. 7–9. Online verfügbar unter  
935 <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2010.3.7-9.pdf>.
- LEHMANN, P. (2012a): Stellungnahme zur Gewaltbereitschaft der Psychiatrie für die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Arbeitskreis »Zwangmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung«. In:  
940 Leuchtfuehrer – Journal des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz, Sonderausgabe, S. 9–24. Online verfügbar unter  
<http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/zwang-leuchtfuehrer.pdf>.
- LEHMANN, P. (2012[b]): About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness. In:  
945 International Journal of Psychotherapy, Vol. 16, Nr. 1, S. 30–49. Online verfügbar unter <http://www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf>.
- LEHMANN, P. (2013): Wie aktuell ist eigentlich noch Franco Basaglia? Psychiater, Psychotherapeuten und die reduzierte Lebenserwartung psychiatrischer Patienten. In: Psychotherapie-Wissenschaft/Science Psychothérapeutique, 3. Jg., Nr. 2, S. 79–89. Online verfügbar unter  
950 <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/1020/1030>.
- 955 LEHMANN, P. (2014a): Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen. In: Rundbrief des

Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 1, S. 16–19. Online verfügbar unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2014.1.16-19.pdf>.

- 960 LEHMANN, P. (16. November 2014b): Probleme beim Absetzen von Neuroleptika als Folge von Rezeptorenveränderungen und Toleranzbildung. Internetveröffentlichung unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/rez-ver.htm>.
- 965 LEHMANN, P. (2015a): Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention. In: R&P – Recht und Psychiatrie, 33. Jg., S. 20–33. Abstract online verfügbar unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-zwangsbehandlung-rp.pdf>.
- 970 LEHMANN, P. (2015b): Neuroleptika und Sexualität – Verträgt sich das? In: Landesverband Psychiatrie-Erfahrener Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.): Dokumentation der 19. Fachtagung (»Das Recht auf Sexualität«) des Landesverbands Psychiatrie-Erfahrener (LVPE) Rheinland-Pfalz e.V. Trier: Selbstverlag, S. 15–34. Online verfügbar unter <http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/sexualhormone-und-nl.pdf>.
- 975 LEHMANN, P. (20. September 2015c): Über humanistische Antipsychiatrie. Internetveröffentlichung unter <http://www.peter-lehmann.de/hu-an-de.htm>.
- 980 LEHMANN, P. (2016): Antidepressiva absetzen – Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen. In: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, Nr. 1, S. 8-11. Online verfügbar unter [http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann\\_anti\\_depressiva-absetzen.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann_anti_depressiva-absetzen.pdf).
- 985 LINDEN, M. (1980): Informationen und Einschätzungen von Patienten über Nebenwirkungen von Neuroleptika. In: Arzneimittel-Forschung, 30. Jg., S. 1195.
- 990 MARDER, S. R./ESSOCK, S. M./MILLER, A. L./BUCHANAN, R. W./CASEY, D. E./DAVIS, J. M. et al. (2004): Physical health monitoring of patients with schizophrenia. In: American Journal of Psychiatry, Vol. 161, S. 1334–1349. Online verfügbar unter [http://www.researchgate.net/publication/8424008\\_Physical\\_health\\_monitoring\\_of\\_patients\\_with\\_schizophrenia/links/0912f509c21467fb26000000](http://www.researchgate.net/publication/8424008_Physical_health_monitoring_of_patients_with_schizophrenia/links/0912f509c21467fb26000000).
- 995 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 online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10978869>.
- 1000 PAPE, E. (1980): Es war psychiatrischer Massenmord. In: DÖRNER, K./HAERLIN, C./RAU, V./SCHERNUS, R./SCHWENDY, A. (Hg.): Der Krieg gegen die psychisch Kranken. Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 45–46. Online verfügbar unter [http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/geschichte/pdf/pape\\_massenmord.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/geschichte/pdf/pape_massenmord.pdf).

- 1005 PARKS, J. (Oktober 2006): Foreword. In: PARKS, J./SVENDSEN, D./SINGER, P./  
FOTI, M. E. (Hg.): Morbidity and mortality in people with serious mental  
illness. Thirteenth in a Series of Technical Reports, Alexandria (Virginia,  
USA): National Association of State Mental Health Program Directors  
(NASMHPD), Medical Directors Council, S. 4. Internetveröffentlichung  
unter  
1010 <http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf>.
- PARKS, J./SVENDSEN, D./SINGER, P./FOTI, M. E. (Hg.) (Oktober 2006): Morbidity  
and mortality in people with serious mental illness. Thirteenth in a Series  
of Technical Reports, Alexandria (Virginia, USA): National Association of  
State Mental Health Program Directors (NASMHPD), Medical Directors  
1015 Council. Internetveröffentlichung unter  
<http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf>.
- PÖRKSEN, N. (1983): § 100 – der Hemmschuh. Ohne Änderung läuft nichts in  
der Gemeindepsychiatrie. In: DGSP-Rundbrief, Nr. 21/22, S. 14.
- 1020 RUFER, M. (2007): Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht.  
In: LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.): *Statt Psychiatrie 2*. Berlin, Eugene und  
Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 400–418 ([E-Book 2014](#)).
- SAHA, S./CHANT, D./MCGRATH, J. (2007): A systematic review of mortality in  
schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? In:  
1025 Archives of General Psychiatry, Vol. 64, S. 1123–1131. Online verfügbar  
unter <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210034>.
- SEIKKULA J./ALAKARE, B. (2007): Offene Dialoge. In: LEHMANN, P./STASTNY, P.  
(Hg.): *Statt Psychiatrie 2*. Berlin, Eugene und Shrewsbury:  
Antipsychiatrieverlag, S. 234–249 ([E-Book 2014](#)).
- 1030 [STÖCKLE, T. \(2005\): Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-  
Organisation von Psychiatrieüberlebenden](#). Berlin, Eugene und  
Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag.
- WEINMANN, S./READ, J./ADERHOLD, V. (2009): Influence of antipsychotics on  
mortality in schizophrenia: Systematic review. In: Schizophrenia  
1035 Research, Vol. 113, Nr. 1, S. 1–11.
- 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, S. 9–10. Online verfügbar unter  
1040 <http://www.peter-lehmann-publishing.com/articles/others/consensus.htm>.