ter fast immer dem ärztlichen Rat, sodass man manchmal schon an ihrer diesbezüglichen Daseinsberechtigung zweifeln kann. Mehr Sachverstand, emotionale Unabhängigkeit und auch mehr Mut wären hier oft wünschenswert. Ärgerlich ist auch die Praxis, dass zweite Gutachten teilweise von Ärzten aus derselben Klinik erstellt werden, die sich diesbezüglich offensichtlich absprechen.

Als letzten Punkt fordern wir eine Zwangsmaßnahmen-Meldedatei. Die Psychiatrien müssen verpflichtet werden, die Anwendung von Zwangsmaßnamen wie Festbinden, Einsperren und Zwangsgabe von Medikamenten zu melden. Wir sind sicher, dass dies augenblicklich einen Rückgang der Zwangsmaßnahmen zur Folge hätte. Darüber hinaus könnte die Versorgungsforschung auf eine aussagekräftige Datenbasis zugreifen. Innovative Ansätze wie zum Beispiel die Anwendung von Festhaltetechniken, wie sie in England üblich sind, sind zu erproben und zu evaluieren.

Alle Maßnahmen zur Reduktion von Zwang und Gewalt in der Psychiatrie brauchen Menschen, die sie umsetzen. In einer Zeit der knappen Ressourcen wage ich es trotzdem weiterhin gebetsmühlenartig zu fordern, dass mehr Psychiatrie-Fachkräfte auf Station eingestellt werden, ohne dass die ambulante Versorgung vernachlässigt wird. Dies wäre wohl am wirksamsten.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit.

Peter Lehmann

Stellungnahme beim Arbeitskreis »Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung« der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer

Expertenanhörung in Berlin am 4. Mai 2012

1. Wie beschreiben Sie das Erleben von Zwangsmaßnahmen aus Sicht der Betroffenen?

Die verschiedenen Zwangsmaßnahmen

Behandeln ohne informierte Zustimmung ist die Regel. Behandeln nach Drohung, Nötigung und mit Gewaltanwendung sind ebenso typisch für die Psychiatrie.

»Ein Aufklärungskonzept gehört offensichtlich nicht zum psychiatrischen Alltag« (zitiert nach Mythos 1992), äußerte die Psychologin Lilo Süllwold. Nicht nur bei Forschungen mit neuen chemischen Mitteln erscheint es Ärzten und Psychiatern »unethisch, die Angst von Patienten durch detaillierte Information über mögliche Unannehmlichkeiten oder Komplikationen zu vermehren« (Helmchen 1982, S. 380). Hanfried Helmchen, ehemaliger DGPPN-Vorsitzender, 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 1980 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 nur 6% der Befragten wussten etwas von vegetativen Wirkungen (Linden 1980).

Diese Situation bestätigen Psychiatriebetroffene. 1995 nahm der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. an einer Fragebogenaktion zum Thema Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Behandlung seitens der Redaktion der

Zeitschrift Sozialpsychiatrische Informationen teil. Über 100 Verbandsmitglieder nahmen an der Umfrage teil. Auf die Frage, ob sie über Risiken und »Nebenwirkungen« von Behandlungsmaßnahmen vollständig informiert waren, wurde nicht ein einziges Mal mit Ja geantwortet (Peeck et al. 1995).

Andere Studien jüngeren Datums, die von unabhängigen Betroffenen durchgeführt oder mitorganisiert wurden, wie zum Beispiel 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 befragten Verbände von Psychiatriebetroffenen, Psychiatrie- und Angehörigenverbände aus Großbritannien, Österreich, Deutschland, Spanien und den Niederlanden gemeinsam mit Mental Health Europe, dem Europäischen Netzwerk von Psychiatriebetroffenen und einem belgischen Forschungsinstitut im Auftrag der Europäischen Kommission psychiatrisch Tätige, Angehörige und Betroffene. 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)

Auch mit den modernen, sogenannten atypischen Neuroleptika scheint sich die Situation der »Motivation zur Behandlung« nicht zu ändern, 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, durchscheint:

> »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)

»Behandeln ohne Aufklärung ist Körperverletzung« titelten der Jurist Alexander Ehlers und der Arzt Christian Diercks in *Selecta*:

> »Der Hinweis auf den Beipackzettel allein ist nicht ausreichend. Viele Ärzte verweisen nur auf den Beipackzettel. Die Rechtsprechung qualifiziert dies allerdings als einen Verstoß gegen die ärztliche Aufklärungspflicht.« (Ehlers & Diercks 1992, S. 17)

Behandeln unter Anwendung roher Gewalt oder nach Nötigung und Drohung

Es ist üblich, dass jemand in psychischer Notsituation mangels nichtpsychiatrischer Kriseneinrichtungen in die Klinik kommt oder gebracht und dort abgegeben wird und dann unter der Drohung, es käme zu einer fortschreitenden Hirnschädigung (analog beispielsweise einer Meningoenzephalitis), falls nicht sofort behandelt wird, zur Einnahme von Neuroleptika gedrängt wird. Eine Aufklärung über die erheblichen Risiken der psychiatrischen Psychopharmaka oder Elektroschocks findet in aller Regel nicht statt, kaum körperliche Voruntersuchungen; es wird nicht geprüft, ob die Probleme möglicherweise vorübergehende Entzugsprobleme beim Absetzen von Psychopharmaka sind, ob traumatische Erfahrungen (z. B. sexueller oder emotionaler Missbrauch, Gewalterfahrung) vorgelegen haben.

Hier ein kleines Beispiel für Gewalt und Nötigung im Rahmen der psychiatrischen Unterbringung:

> »1991: Vor der gerichtlichen Feststellung der Unterbringung hatte ich ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt in der NKS Spandau. Ich solle Haldol dauerhaft weiter nehmen. Als ich dies mit dem Hinweis auf meine frühere Erfahrung 1975 in Frage stellte, drohte mir der Arzt eine schlechtere Diagnose an: statt einer ›kleinen Psychose‹ eine ›schwere Schizophrenie‹ mit entsprechend langer Unterbringung.
> Bei der Einweisung 2008 durch die Polizei, die mich vorher in meiner Wohnung zusammengeschlagen hatte, wurde ich sofort fixiert… Es wurden auch keine Fragen dazu gestellt oder meinen Angaben nachgegangen, um

eine Fixierung zu vermeiden.« (Wojke 2012)

Aus ärztlicher Sicht beschreibt der Schweizer Arzt und Psychotherapeut Marc Rufer den Vollzug der Zwangsbehandlung (die sich in Deutschland nicht anders darstellt):

»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.« (Rufer 2007, S. 404)

Beispiele für Zwangsunterbringung / Einsperren

Mit Beispielen von traumatischem Erleben psychiatrischer Zwangsunterbringung ließen sich Bücher füllen. Die psychiatriebetroffene Psychiaterin Margarete Osterfeld beschreibt die Folgen ihrer Unterbringung im Gespräch mit ihrem damaligen Bezugspfleger:

»Mit der traumatischen Seite meiner Behandlung damals fertig zu werden, hat mich Jahre gekostet. Es ging an dem Tag um meinen Geburtstag. Ich hatte Tagesurlaub beantragt und erhielt keine Reaktion. Andere Patienten bekamen ihren Tagesurlaub, ich nicht mal eine Begründung, nichts. Ich war schlicht sauer. Und es hatte eine Vorgeschichte. Bevor ich auf Ihre geschlossene Station kam, war ich auf einer offenen. Der Oberarzt ging mit mir spazieren, unterwegs führten wir angeregte fachliche Gespräche. Dann hat er mich gefragt, ob er mir noch eine Station zeigen solle. Das war dann die geschlossene, und ich musste dort bleiben. Das war hinterhältig. Dazu kam, dass alles offensichtlich hinter meinen Rücken geplant war. Man wollte mir Zwang antun in dem Sinne: ich sollte endlich Medikamente schlucken. Es gab dann eine richterliche Anhörung nach Betreuungsrecht, ich blieb freiwillig auf der ›Geschlossenen‹. An dem besagten Tag, meinen Geburtstag, erwartete ich meinen Mann, der mir jedoch keine konkreten Zusagen machte, wann er mit meinem Sohn zu Besuch käme. Da war für mich klar, dass ich an diesem Tag nicht Geburtstag feiern wollte. Deshalb bin ich spazieren gegangen und war richtig sauer. Ich habe Sie dann angerufen und bin sehr bewusst nicht zur verabredeten Zeit zurückgekommen. Als ich verspätet auf die Station kam, saßen Sie dort mit meiner Familie zusammen.
Wegen der nun nach PsychKG veranlassten Unterbringung gab es eine zweite richterliche Abhörung. Sie dauerte geschlagene drei Stunden, ein Zeichen, dass ich nicht nur Müll geredet haben kann. Es war ein Feiertag, die Ärztliche Direktorin kam extra persönlich von zu Hause. Das war ein richtiger Machtkampf zwischen ihr und mir, der Richter wusste nicht was er machen sollte. Bis sie sagte ›Frau Osterfeld ist nicht willensfähig.‹
Das habe ich ihr nie verziehen, das ist der K.O.-Schlag und ich bekam eine Unterbringung nach PsychKG. Durch das zwangsorientierte Handeln ist meine Genesung ganz erheblich verzögert worden, und ich glaube, so etwas passiert sehr oft. Dieses ›mich nicht ernst nehmen‹ und mich für ›nicht willensfähig erklären‹ sowie die hinterhältige Verlegung zwei Wochen vorher, das waren die traumatisierenden Faktoren, mit denen ich Jahre zu tun hatte.« (Freiheit 2012, S. 18)

Zwei weitere Beispiele des Erlebens einer Zwangsunterbringung; das erste stammt von 1994, das zweite vom 30. April 2012:

»Meine erste Zwangsbehandlung war vor 18 Jahren (1994). Ich wurde ins Psychiatrische Universitätsklinikum Freiburg eingewiesen, weil ich mich im Haus meiner Eltern überwacht fühlte. Schließlich erlitt ich einen Nervenzusammenbruch. Mein Vater rief die Polizei und ich wurde zwangsuntergebracht, erhielt eine Schizophreniediagnose und wurde mit Neuroleptika zwangsbehandelt. Dies empfand ich als Freiheitsberaubung und Vergewaltigung. Die Neuroleptika-Wirkungen waren massiv. Damals war ich ca. 80 kg schwer, ein Läufer und Kraftsportler. Heute – unter den Folgen langjähriger Neuroleptika-Einnahme – wiege ich (bei einer Körpergröße von 175 cm) ca. 120 kg und wandere nur noch gelegentlich.« (G. 2012)

Beispiel vom 30. April 2012:

»Vorgestern kam ich zwangsweise in die Psychiatrie. Der Grund war, das ich unter Alkoholeinfluss mit dem Finger in eine Glasscherbe gefasst hatte. Dann kam der Rettungswagen und brachte mich ins Urbankrankenhaus. Dort fixierte man mich und spritzte mir einen Cocktail aus Haldol und Diazepam. Dann ging es weiter ab in die Psychiatrie. Für mich war das enorm belastend, weil ich an einem chronischen Nervenleiden (Borreliose und

andere Infektionen) erkrankt bin. Unter einem solchen Stress wie einem Aufenthalt in einer Psychiatrie bekomme ich leider einen schlimmen Krankheitsschub, dann fange ich an enorm an zu zittern, bekomme Herzrasen, Nervenstörungen und hohes Fieber. Ich habe dann Angst, dass diese Symptome als Geisteskrankheit eingestuft wird. Das Ganze war nun überaus belastend und ich hatte wegen des Herzrasens Angst, jeden Moment zu sterben. Ich habe oft solche Borreliose-Schübe, kann diese aber in Freiheit einigermaßen gut ertragen und so komme ich mit der Krankheit ganz gut klar. In der geschlossenen Psychiatrie jedoch, wo ich Angst haben muss, das man mich nicht mehr freilässt, habe ich den Horror erlebt. Zum Glück haben meine Eltern mit dem behandelnden Arzt über meine Borreliose-Problematik gesprochen und so bin ich gegen ärztlichen Rat entlassen wurden. Wegen des zu heftigen und jugendlich-leichtsinnigen Alkoholkonsums hatte man mir geraten, in der Psychiatrie zu bleiben, was ich aber beim besten Willen nicht gut vertragen hätte. Freiheitsentzug und Zwangsmedikation gehören zu den schlimmsten Dingen, die ich in meinem Leben erlebt habe, und ich bin davon traumatisiert. Es war schon einmal so, das ich wegen zu viel Alkoholkonsums eine Woche in der Psychiatrie bleiben musste. Danach war ich ein halbes Jahr schwer krank und vollends traumatisiert.« (Anonym 2012)

Beispiele des Erlebens einer Fixierung

Durch Zeitungsberichte bekannt ist 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. Nicht einmal in diesem Fall kam es seitens der Staatsanwaltschaft zu einer Anklage wegen des Verdachts auf fahrlässige Tötung.

»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 keine Maßnahmen unternommen worden, diese zu vermindern), ist kein gutes Zeichen für die Wertschätzung des Rechts auf Leben einer normalen Psychiatriepatientin. Es sollte bekannt sein, dass Neuroleptika ein erhöhte Thrombose- und Emboliegefahr bewirken (Lehmann 1996, S. 141-147), die Betroffenen besonders bei längerer Ruhigstellung durch Venenthrombosen gefährdet sind (Bayer AG 1972) und Fettleibigkeit ebenfalls ein erhöhtes Thromboserisiko darstellt.

Hier weitere Berichte zur erlebten Fixierung:

»Isolierung: Ich wurde emotional erregt und mit Realitätsverlust ins Zentrum für Psychiatrie in Emmendingen eingeliefert (2009). Ich erzählte befremdliche Dinge und schlug auf die Computertastatur ein (ging nichts kaputt), um das gesamte EDV-System zum Absturz zu bringen. Daraufhin wurde ich ins Isolierzimmer gebracht. Eine Fixierung und Zwangsmedikation konnte vermieden werde. Im Isolierzimmer entwickelte ich Ängste, dass man mich vergessen und verhungern lassen würde. Die Isolierung dauerte einen Tag (wenn ich mich richtig erinnere). Später sammelte ich am Frühstück für 3 Tage Kaffeelöffel, um zu wissen wie viel Tage ich auf Station bin.
Ich kann mich noch an drei Fixierungen erinnern. Eine davon mit Gewalt, da ich das Neuroleptikum nur oral nehmen wollte. Auch hier war ich sehr erregt und meine damalige Freundin sagte später, dass sie Angst vor mir gehabt hätte. Vor Angst habe ich dann der Krankenpflegerin in den Oberarm gebissen. Das legte man mir als Fremdaggression aus und es kamen 6 Angestellte, um mich zu fixieren. Leider wehrte ich mich, so dass es dann sehr brutal zuging. Ich bekam dann eine Spritze, was ich jetzt später in dieser Situation als hilfreich ansehe. Die Fixierung mit Gewalt habe ich als sehr schlimm in Erinnerung und denke heute noch daran, vor allem wenn irgendwie das Thema darauf kommt. Unabhängig davon glaube ich, dass es bei mir manchmal ohne unmittelbaren Zwang nicht geht.« (Höflacher 2012)

»Ich wurde mehrmals über zwei Tage fixiert. 2008 war es mir nicht möglich, mich auf Grund der hohen Medikation verbal zu äußern.« (Wojke 2012)

Berichte von der Einschränkung eines fairen Gerichtsverfahrens

Eine Patientin in Berlin konnte unter Einfluss der Neuroleptika nicht mehr um das Sorgerecht ihrer Tochter kämpfen, so dass es dem geschiedenen Ehemann zufiel. Die Langzeitfolgen dieser Einschränkung eines fairen Gerichtsverfahrens (wie auch die Erfahrungen mit Strafverfolgungsbehörden) waren auch in diesem Fall bezeichnend: Unter Neuroleptika verzichtete die Patientin auf den Großteil ihrer Unterhaltsansprüche und der Wohnungseinrichtung. Nachdem sie nach einer späteren erneuten Krise wieder psychiatrisiert wurde, danach ambulant Neuroleptika erhielt und die Dosis nach von ihr geäußerten Suizidgedanken auch noch erhöht wurde, erhängte sie sich. Die Staatsanwaltschaft am Landgericht Berlin (West) stellte das von einer Selbsthilfegruppe initiierte Ermittlungsverfahren mit der Begründung ein, »... dass der beschuldigte Arzt Arzneimittel verordnet hat, die auch im klinischen Bereich – erfolgreich – angewendet werden.« (57 Js 367/84)

Ein anderes Beispiel:

> »Bei mir 2008 wurde die Verhandlung über die Einsetzung einer rechtlichen Betreuung auf dem Flur der Station verhandelt. (...) Ab 1997 wurde die Bereitstellung eines Pflichtverteidigers im Berliner PsychKG gestrichen bei gerichtlicher Unterbringung.« (Wojke 2012)

Einschränkung des Besuchsrechts

Bekannt vom Klinikum Berlin-Neukölln ist ein Besuchsverbot aufgrund eines Briefs an die Klinikleitung über wahrgenommene Kreislaufprobleme bei einem Patienten mit der Bitte, die Dosishöhe der Neuroleptika-Verabreichung zu überdenken. Ein weiteres Beispiel ist die oft verhängte Besuchssperre ausgerechnet zu dem Zeitpunkt, wenn der emotionale Beistand von Freunden, Freundinnen oder anderen Nahestehenden am meisten gebraucht würde: »Streichung des Ausgangs und Besuchersperre in so genannten Akutphasen.« (Wojke 2012)

Kalle Pehe berichtet von diesem Beispiel aus 2007:

> »Ich will einen jungen Mann besuchen, der nach PsychKG in NW auf einer geschlossenen Station untergebracht wurde. Ein Pfleger teilt mir mit, dass das gerade nicht möglich sei, da der Patient fixiert sei. Ich antworte, dass das doch erst recht ein Grund sei, ihn zu besuchen. Der Pfleger entfernt sich mit den Worten: ›Mal sehn, ob es geht.‹ Nach einer Weile kommt er zurück und lässt mich zu dem Patienten. Der teilt mir mit, man habe ihm gesagt, dass ich vor der Tür stehe, um ihn zu besuchen, aber man lasse mich erst rein, wenn er seine Medikamente einnehme. Darauf habe er sie eingenommen. (Nachbemerkung: Ich habe mich beim Chefarzt beschwert, woraufhin sich der Pfleger in aller Form bei dem Patienten für die Nötigung entschuldigte. Der Patient nahm die Entschuldigung an. Inzwischen kann ich Patienten in dieser Klinik ohne Einschränkungen besuchen.« (Pehe 2012)

Einschränkung des Rechts auf freien und unzensierten Postverkehr

Ein Beispiel, von dem nicht sicher ist, dass es wirklich der Vergangenheit angehört:

> »Es war gang und gäbe, dass die Briefe unverschlossen beim Personal abgegeben werden mussten, damit die Ärzte sich die Briefe ansehen konnten.« (Wojke 2012)

Einschränkung des Rechts auf freien und vertraulichen Telefonverkehr

Ein Beispiel, das mit Sicherheit aktuell ist:

> »Das Patiententelefon in Berlin ist *immer* neben dem Glaskasten des Personalzimmers angebracht, so dass nicht nur Mitpatienten, sondern auch das Personal meinen Teil des Gespräches mitbekommt.« (Wojke 2012)

Traumatisierung ist eine häufige Folge von Zwangsmaßnahmen (siehe H. 2012)

Der bereits erwähnte Marc Rufer schreibt hierzu:

»Zwangsunterbringungen, nicht selten von Polizisten durchgeführt, sind oft ein dramatisches Geschehen. Vergleichbar Vergewaltigung, Folter und sexuellem Missbrauch sind dies traumatisierende Konfrontationen.
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 Liebessehnsucht 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.
Zu den hier beschriebenen psychischen Folgen der Traumatisierung kommen für PsychiatriepatientInnen erschwerende Begleitumstände hinzu. Bereits im Vorfeld der Zwangseinweisung sind sie durch Konflikte mit Angehörigen, Arbeitgebern, Lehrern usw. vorbelastet. Zudem sind sie den Wirkungen der Neuroleptika, die die intellektuelle Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, die Gefühlswahrnehmung unterdrücken und das Auftreten von deliranten Syndromen bzw. toxischen Delirien (Verwirrung, Desorientierung, Halluzinationen) sowie Depressionen und Suizidalität bewirken können, ausgesetzt. Die Fähigkeit, die Folgen der Traumatisierung zu verarbeiten, ist damit wesentlich beeinträchtigt. Dazu bräuchte es ein möglichst klares Bewusstsein und intakte Gefühle. Verhängnisvoll ist zudem die Isolation der Betroffenen nach der Zwangsbehandlung. Der damit verbundene Wegfall von Sinnesreizen (sensorische Deprivation) führt zum Auftreten von ABZ (außergewöhnliche Bewusstseinszustände, P.L.), zu deren Erscheinungsbild Wahrnehmungsverzerrungen und Halluzinationen gehören. Zudem bedeutet die Diagnose – insbesondere wenn sie zum ersten Mal gestellt wird – für die Betroffenen eine schwer zu verarbeitende Erfahrung. Psychiatrische Diagnosen, insbesondere die ›Schizophrenie‹, verändern auf einen Schlag das Selbstverständnis und damit die Identität der betroffenen Person.
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)

2. Sind Zwangsmaßnahmen aus Ihrer Sicht verzichtbar?

Die Frage ist falsch gestellt, denn man verzichtet immer auf etwas Angenehmes. Die Frage wäre richtigerweise so zu stellen: Könnten Zwangsmaßnahmen überhaupt in einzelnen seltenen Ausnahmesituationen zulässig sein und wie könnte man diese verhindern, das heißt, gäbe es für diese Ausnahmefälle Alternativen? Dies wird in Teil 4 abgehandelt.

In Art. 3 und Art. 5 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) sind das Folterverbot und das Menschenrecht auf Freiheit verankert. Die Betroffenen empfinden Zwangseinweisungen in aller Regel als Freiheitsberaubung und benennen Zwangsbehandlungen entweder spontan oder auf entsprechende Frage als Folter. Jede Zwangseinweisung setzt gleichzeitig auch die Menschenrechte auf Achtung des Privat-, des Familienlebens und der Wohnung außer Kraft (Verstoß gegen Art. 8 EMRK). Zwangsbehandlungen beeinträchtigen die Menschenrechte auf Gedanken-, Gesinnungsfreiheit (Verstoß gegen Art. 9 EMRK) und auf Meinungsäußerungsfreiheit. Die Kommunikation mit der Außenwelt ist teils vollständig, teils erheblich eingeschränkt (Verstoß gegen Art. 10 EMRK). Der freie Zusammenschluss mit andern Menschen ist verunmöglicht (Verstoß gegen Art. 11 EMRK). Das Recht, eine Ehe einzugehen und eine Familie zu gründen ist, kann nicht mehr wahrgenommen werden (Verstoß gegen Art. 12 EMRK). Die Justiz weigert sich generell, Beschwerden im Zusammenhang mit Zwangseinweisungen und -behandlungen wirksam zu prüfen (Verstoß gegen Art.

13 EMRK).

Die Etikettierung mit der Diagnose einer Geisteskrankheit ist existenzvernichtend. Die Partnersuche ist realiter danach entweder verunmöglicht oder schwer beeinträchtigt, ebenso die Arbeitsplatzsuche.

Stehen Eingriffe in die Menschenrechte zur Debatte, gilt der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit: Eine Maßnahme muss in einem angemessenen Verhältnis zum Anlass stehen. Psychiatrische Zwangsmaßnahmen setzen jedoch praktisch sämtliche Menschenrechte außer Kraft. Es sind die überhaupt schwerstwiegenden Eingriffe in das Leben eines Menschen. Entsprechend müsste der jeweilige Anlass ein schwerstwiegender sein. Durch die Zwangsmaßnahmen sind Menschen betroffen, welche sich noch nicht einmal einer strafbaren Handlung schuldig gemachte haben. Es muss ernüchtert festgestellt werden, dass bei den psychiatrischen Zwangsmaßnahmen ein adäquater Anlass durchweg fehlt, weshalb in epidemischem Ausmaß die Menschenrechte und der sie beherrschende Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebrochen werden.

Auch 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.«

Betrachtet man die Ergebnisse der genannten Umfrage des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V.,

> »... so kann man davon ausgehen, dass die Psychiatrie noch immer ein Ort ist, wo unter dem Deckmantel der Liebe bzw. Fürsorglichkeit ein Übermaß an Menschenrechtsverletzungen tagtäglich geschehen kann und wahrscheinlich auch geschieht, zumindest gaben 90% der Befragten an, dass die Menschenwürde nicht geachtet worden wäre.« (Peeck et al. 1995)

Ein einfaches Beispiel, wie sich der Verzicht auf Gewalt auswirken kann, nennt Maria Pfleiderer:

> »Ich hatte bei meinen Aufenthalten zwischen Dezember 2008 bis Januar 2011 des öfteren auf der Station akute Krisen, ich rastete aus und wurde aggressiv; dann hatte ich ›dringenden Bedarf nach einem Gespräch‹! Bisher habe ich immer kurz vor dem Höhepunkt der Krise noch rechtzeitig Pflegemitarbeiter ansprechen können. Sie sind auf meine Wünsche nach einem Gespräch eingegangen, die Situation ist nicht weiter eskaliert, sondern hat sich dadurch beruhigt.« (Pfleiderer 2012)

Voraussetzung für solch einfache Deeskalationsmöglichkeiten sind natürlich entsprechende Finanzmittel zwecks Bereitstellung des notwendigen Personals.

Einheitliche Sicht *der* Betroffenen?

Eine einheitliche Sicht *der* Betroffenen gibt es nicht, wie es auch nicht die Sicht *der* Psychiater gibt, siehe die oben genannten Ausführungen von Marc Rufer. Wesentlich für die Sichtweise auf Zwangsmaßnahmen und deren Bewertung sind die einzelnen Betroffenen bzw. Psychiater.

Nichtsdestotrotz gibt es unter den demokratisch legitimierten Verbänden von Psychiatriebetroffenen allgemein anerkannte Positionen, insbesondere zur Zwangsbehandlung. 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 formulierten das Europäische Netzwerk von Psychiatriebetroffenen (ENUSP; deutsches Mitglied ist der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.), das Weltnetzwerk von Psychiatriebetroffenen (WNUSP) und MindFreedom International die »Dresdener Erklärung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung«, in der ein Ende aller psychiatrischen Zwangsmaßnahmen und die Entwicklung von Alternativen zur Psychiatrie gefordert werden (Dresdener Erklärung 2007).

3. Wenn ja, in welchen Situationen und mit welchen Folgen?

Menschenrechtsverletzungen sollten grundsätzlich als verzichtbar angesehen werden. Zudem ist die Frage manipulativ

gestellt, da nur nach dem subjektiven Erleben der Zwangsbehandlung gefragt wird und nicht nach deren Folgen. Richtig gestellt werden müsste die Frage in der Weise: Was alles ist erst möglich, wenn kein Zwang ausgeübt wird?

Möglich wäre vermutlich all das, was Psychiatriebetroffene – laut der oben genannte Umfrage des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. – an der derzeitigen Psychiatrie vermissen: Beachtung der Menschenwürde, Wärme und menschliche Zuwendung, individuelle Begleitung, angstfreies Vertrauensverhältnis. Möglichkeit zu offener Kritik, Förderung der Selbstständigkeit, Heilung ohne Dauermedikation, Akzeptanz als Mensch, nicht als »Fall«, Erkennung der Krankheitsursachen, partnerzentriertes Verhalten, soziales Lernen, Toleranz, Aufklärung. Insbesondere wäre bei einer gewaltfreien und psychotherapeutisch orientierten Psychiatrie die Stärkung der Selbstheilungskräfte und die Chance der konstruktiven Integration der jetzt noch als krankhaft abgewerteten »Symptome« in die Kontinuität des Lebens möglich.

Ein Verzicht auf Gewalt 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 gefährlich begabter Geister reflektiert werden können, egal ob es sich dabei um Stimmen handelt, um Bilder oder ungewöhnliche Überzeugungen.

Reichen die ambulanten Hilfen, Selbsthilfemaßnahmen oder humanistisch orientierten psychotherapeutischen Hilfen nicht aus, mit psychosozialen Problemen zurechtzukommen und die Kommunikation des bzw. der Einzelnen mit den Mitmenschen aufrechtzuerhalten, würden krisenorientierte Dienste ohne doppelbödige und ausgrenzende Kommunikation und ohne Zwangsmaßnahmen auf den Plan treten. Anstelle eines Koffers mit diagnostischen Handbüchern, Spritzen und Psychopharmaka bestünde ihr Angebot aus Empathie, Interesse, Offenheit, tieferem Verstehen und Respekt, sicheren Orten, dialogischen Langzeitbeziehungen auch psychotherapeutischer Art und ganzheitlichem Umgang mit Körper und Geist. Gemeinsam mit den Betroffenen – sofern von diesen gewünscht, also ohne Nötigung – und deren Bezugspersonen 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 2007[a], S. 425-429).

4. In welchen Situationen sind Zwangsmaßnahmen unverzichtbar?

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 handeln kann, sollte bei Akzeptanz des BGB und des StGB selbstverständlich sein.

Unverzichtbar sind Zwangsmaßnahmen bei Personen, die diese per Behandlungsvereinbarung oder einer anderen Vorausverfügung in rechtlich angemessener Weise vorher ausdrücklich und in freiem Willen für sich eingefordert haben. Aber auch hier müssen alle Rechtsprinzipien, auch das der Verhältnismäßigkeit, gewahrt sein. Besondere Beachtung verdient die suizidale Eigenwirkung der Neuroleptika (Lehmann 2012).

5. Wie lassen sich Ihre Erfahrungen mit Ärzten / Betreuern / Gerichten im Umgang mit Zwangsmaßnahmen beschreiben?

Untergebrachte werden mit der Frage des Psychiaters, ob sie zur Einnahme von Psychopharmaka bereit sind, in aller Regel für dumm verkauft. Werden sie gefragt, ob sie einer Behandlung zustimmen, und verzichten lieber darauf, wird diese Antwort umgemünzt in fehlende Krankheitseinsicht und Urteilsfähigkeit und zum Anlass von Zwangsbehandlung, evtl. auch der Bestellung einer rechtlichen Betreuung genutzt. Antworten sie auf die identische Frage in der identischen Situation mit einer Zustimmung zur angetragenen Behandlung, werden sie als einsichtig und vernünftig betrachtet. In aller Regel haben die Untergebrachten keine Chance, nein zu sagen, die Frage nach der Zustimmung erweist sich als Farce.

Menschenrechtsverletzungen, körperliche und psychische Behandlungsschäden werden von Psychiatern in aller Regel ignoriert. Die Erfahrung der Betroffenen geht mehrheitlich in die Richtung, dass sie von Verantwortungslosigkeit und Diskriminierung sprechen. Die Forderung von Verbänden von Psychiatriebetroffenen, 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 gesprochen wird, wird von Psychiaterorganisationen abgetan, man möge sich intern an Beschwerde- und Schlichtungsstellen von Ärztekammern wenden. Nicht einmal die publik gemachte gleichzeitige Verabreichung von Insulin-, Elektroschocks und aller Arten von Psychopharmaka mit daraus folgender jahrelanger Odyssee der Patientin aufgrund der traumatisierenden Auswirkungen der Behandlung ohne informierte Zustimmung (Kempker 2000) führt dazu, dass sich irgend eine medizinische oder psychiatrische Standesorganisation berufen fühlt, den (un-) verantwortlichen Psychiater zur Rechenschaft zu ziehen (Lehmann 2010).

Weitere Erfahrungen mit dem Umgang mit Zwangsmaßnahmen beschreibt Margret Osterfeld mit diesen Worten in ihrem Artikel »Patiententraumatisierung durch die Psychiatrie« (2012):

- Beispiel 1: Eine junge Frau stellt sich mit sehr oberflächlichen und psychosozial situativ bedingten Schnittverletzungen nachts in der Klinik vor. Akute Suizidalität besteht nicht mehr, Kontakt mit den Eltern kann unmittelbar aufgenommen werden, sie kommen hinzu. Eine ambulante Betreuung scheint angebracht. Als Assistenzärztin war ich verpflichtet, in dieser Situation den Hintergrund anzurufen. Dieser empfahl, doch sicherheitshalber lieber ein Attest nach PsychKG zu erstellen und die Patientin aufzunehmen.
- Beispiel 2: Nach einem winterlichen Sturz im Jahr 2011 kommt eine 75-jährige Dame zunächst in die Unfallchirurgie, erhebliche Verletzungen werden nicht festgestellt. Die Dame drängt ungeduldig auf Entlassung, daher Verlegung in die örtliche Psychiatrie. Es wird ohne hinreichende Untersuchung die Diagnose »mittelschwere Demenz« gestellt, eine PsychKG-Unterbringung sowie die Einrichtung einer Betreuung veranlasst und eine nicht indizierte Medikation mit Risperdal aufgenommen. Die Klinik zeigt sich bei Bedenken der staatlichen Besuchskommission nicht gesprächsbereit, auch nicht bei erneuter Nachfrage durch die Besuchskommission. Inzwischen ist die Betreuung eingerichtet und die Dame in einem Heim untergebracht. Die Heimkosten trägt die Allgemeinheit, da die 900-€-Rente der Dame dafür nicht reicht.
- Beispiel 3: Im Sommer 2011 trifft die staatliche Besuchskommission auf eine junge Mutter als Patientin. Sie suchte wenige Tage nach Entbindung unter deutlicher Erschöpfungssymptomatik freiwillig die Klinik auf, wollte aber keine Medikamente nehmen, da sie stillte. Die Klinik leitete eine PsychKG-Unterbringung wegen »Selbstgefährdung« ein, um eine Rechtsgrundlage für eine Zwangsmedikation zu haben. Das Gericht erkannte mit vager Begründung auf »Fremdgefährdung«, da die Selbstgefährdung offensichtlich nicht haltbar war. Die Patientin wurde nicht nur zwangsmediziert, sondern auch ohne Aufklärung und gegen ihren Willen medikamentös abgestillt, vier Monate nach dem Grundsatzurteil des BVerfG.

Eine Regelung, Entschädigungen zu bezahlen für rechtswidrige Zwangsbehandlungen und -unterbringungen und für sogenannte Falschdiagnosen, die zu Unterbringungsverfahren führte, würde Bemühungen beflügeln, ethisches Handeln in der Psychiatrie zu unterstützen. Nur extrem wenige geschädigte Patientinnen und Patienten können den Klageweg gehen und durchstehen. Wie an den Erfahrungen von Vera Stein mit ihren Klagen auf Schmerzensgeld und Schadensersatz gegen fünf Kliniken durch alle Instanzen bis zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte nach jahrelangem psychiatrischen Eingesperrtsein infolge einer Fehldiagnose deutlich wird, versucht man mit Hilfe von Medizinerkollegen, die als Sachverständige auftreten, im Einvernehmen mit Gerichten Fehler zu vertuschen und die Verantwortlichen davor zu bewahren, dass sie zur Rechenschaft gezogen werden (Stein 2006; Stein 2012, S. 189-192).

Positive Erfahrungen gibt es mit Aufenthalten in der Psychiatrie, sofern kein Zwang angewendet wurde oder die Betroffenen durch eine Vorausverfügung vor einer Zwangsbehandlung geschützt waren.

6. Welche Erfahrungen haben Sie mit Alternativen zu Zwangsmaßnahmen gemacht?

Hier kann und sollte es nicht um Beispiele von Alternativen zu Zwangsmaßnahmen, das heißt, Alternativen zu Menschenrechtsverletzungen gehen. Das Unterlassen von Menschenrechtsverletzungen ist immer als positiv zu bewerten. Wichtig ist ein Klima von Vertrauen, Gemeinsamkeit und Zuversicht, das jeder Lösung oder Besserung oder Heilung zugrunde liegen muss. Beispiele wie der Verzicht auf Gewalt und auf entwertende Diagnosen, die Mitarbeit von so-

genannten Laien mit noch unverstelltem Blick auf die tatsächlichen Probleme der Menschen oder die Mitarbeit von Betroffenen, die ihre Krisen bewältigt und wichtiges Erfahrungswissen angesammelt haben, finden sich in Berichten über den Offenen Dialog (need-adapted treatment), die Krisenherberge, das Diabasis-Projekt, den Soteria-Ansatz, das Weglaufhaus und die organisierte Selbsthilfe. Der diesen Herangehensweisen zugrunde liegende humanistische Ansatz führt erwiesenermaßen zur Reduzierung von Zwangseinweisungen, zu besserer persönlicher Entwicklung der Betroffenen, zu weniger sog. Rückfällen, weniger Psychopharmakakonsum und insgesamt besserer Lebensqualität (Lehmann & Stastny 2007[b]). Allerdings bedrohen solche Alternativen 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 mit Abwehr auf Berichte erfolgreicher psychosozialer Behandlung möglichst ohne Zwang, Psychopharmaka und Elektroschocks.

7. Wie beurteilen Sie die Versorgungsstrukturen bei der Betreuung von psychisch kranken Menschen generell?

Bei der oben genannten Umfrage des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener wurde unter anderem auch diese Fragen gestellt:

> »Wurde in der Psychiatrie auf die Probleme eingegangen, die zu Ihrer Anstaltsaufnahme geführt haben? Wurde Ihre Menschenwürde uneingeschränkt beachtet? ... Was fehlt für die Durchführung einer qualitativ guten Psychiatrie?«

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

Andere Studien jüngeren Datums, die von unabhängigen Betroffenen durchgeführt oder mitorganisiert wurden, wie zum Beispiel die oben genannte Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen«, kamen zu ähnlichen Ergebnissen: Psychiatriebetroffene werden im medizinischen Bereich und in der Psychiatrie systematisch diskriminiert (Erkenntnisse 2005).

Hilfreiche medizinische Antworten auf vorwiegend soziale Probleme geben zu wollen, kann nicht funktionieren. Weil die Behandelten wissen, dass sie nicht an Haldolmangelsyndromen leiden, dass beispielsweise auch ungehorsame Dressurpferde oder Kühe wie die »verrückte« Yvonne, die sich im Sommer 2011 in den Wäldern Bayerns versteckt hatte, mit denselben Neuroleptika behandelt werden (Wiesner 2011), ist Zwang programmiert, auch wenn er als Hilfe wider Willen verbrämt wird. In der Geschichte der Menschheit ist es ein wiederkehrendes Muster, dass Gewalt und Zwang aus der Sicht der jeweils herrschenden Autoritäten als ethisch gerechtfertigt und im wohlverstandenen Interesse der gewaltsam bekehrten, erzogenen, sterilisierten oder wie auch immer zurechtgebogenen Menschen deklariert werden.

Dies insbesondere, da Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung eine um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte reduzierte Lebenserwartung haben (Ösby et al. 2000; Colton & Manderscheid 2006; Aderhold 2010, S. 48-57). Die Sterblichkeit von Psychiatriepatienten steigt seit drei Jahrzehnten in alarmierender Weise kontinuierlich linear an (Saha et al. 2007, S. 1126). Abgesehen von der oft prekären ökonomischen Situation psychiatrischer Patientinnen und Patienten spielt die toxische Wirkung der – oft zwangsweise verabreichten – Psychopharmaka eine wesentliche Rolle für diese Katastrophe. Statt jedoch Konsequenzen zu ziehen, plädieren Mainstream-Psychiater dafür, noch einige Jahrzehnte Daten zu sammeln, um gefestigtere Aussagen treffen zu können. Sie sprechen der Einfachheit halber von einem unerklärbaren Paradox, um die hohe Sterblichkeit zu erklären:

> »Es ist ernüchternd, über dieses Paradox der Schizophrenie-Behandlung zu sinnieren. Während wir besser werden, die Kernsymptome der Schizophrenie zu entdecken und behandeln, verschlechtert sich der SMR (Standardisierter Mortalitätsquotient: Verhältnis der Sterblichkeit »Schizophrener« zur Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung, P.L.) der Patienten. Das Potenzial für eine sogar größere Krankheitsbelastung als Ergebnis der Einführung der antipsychotischen Medikamente der zweiten Generation gegeben, muss die Forschung mit dem Ziel der Optimierung der körperlichen Gesundheit von Leuten mit Schizophrenie dringend optimiert werden.« (Saha et al. 2007, S. 1129)

Sinnvoller wäre jedoch, nicht noch weitere Massen von 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, Zwangsbehandlung zu unterbinden und ihr Recht auf Freiheit in der Weise durchzusetzen, dass sie diese ohne Behandlungsschäden wiedergewinnen.

Da immer wieder auf mögliche Langzeitschäden durch Neuroleptika abgehoben wird, soll an dieser Stelle an die prinzipielle Dosisunabhängigkeit und die absehbare Unvorhersehbarkeit von Todesfällen erinnert werden, auf die schon vor über 50 Jahren Heinrich Kranz von der Universitätsklinik Mainz hingewiesen hatte:

> »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)

Erfrischend offene Worte sprach auch Wolfgang Seeler von der Psychiatrischen Klinik Hamburg-Ochsenzoll, wenn auch nur in einer internen Diskussion:

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

8. Haben Sie weitere Anmerkungen?

Es wäre wünschenswert, dass Psychiater bei Anhörungen wie diesen offenbaren müssen, welche Zuwendungen sie von der Pharmaindustrie (in jedweder Form) in der Vergangenheit erhalten haben und aktuell erhalten.

Der Verdeckung von Interessenkonflikten entspricht die immer noch praktizierte Weigerung in der Psychiatrie, den Betroffenen freien Einblick in ihre eigenen Akten und somit das Recht auf Information über ihre ureigensten Belange zu gewähren. Auch im aktuellen Referentenentwurf des Bundesministeriums der Justiz und des Bundesministeriums für Gesundheit von 2012 zum sogenannten Patientenrechtegesetz ist diese Bevormundung wieder enthalten:

> »§ 630g Einsichtnahme in die Patientenakte. (1) Der Patient kann jederzeit Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte verlangen, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder die Rechte Dritter entgegenstehen.«

Eine nicht minder diskriminierende Regelung ist für die Aufklärungspflichten gedacht:

> »§ 630e Aufklärungspflichten. Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit (...) 2. erhebliche therapeutische Gründe der Aufklärung des Patienten entgegenstehen. (Dies wird wie folgt begründet, P.L.) 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.«

Im gleichen Geist fordert die DGPPN – selbstverständlich auch »im Interesse von Patienten« in ihrer Stellungnahme (ebenfalls am 16.1.2012)

> »... 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...«

9. Können Sie konkrete Empfehlungen geben?

Eine gewaltbereite Psychiatrie mit staatlicher Lizenz zur Zwangsbehandlung, das heißt, der Verletzung von Menschenrechten, sollte folgende Minimalbedingungen erfüllen:

- Beibehaltung der Rechtswirksamkeit von Vorausverfügungen
- Keine Zwangsbehandlung vor Abschluss eines gerichtlichen Verfahrens
- Recht des Betroffenen, vorgeschlagene Behandlungsmaßnahmen 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 (z. B. Zungenruhighaltetest), Abklären von möglicher Entzugssymptomatik
- Vorherige Abklärung auf mögliche Traumatisierung durch sexuellen Missbrauch oder anderer Gewalterfahrung
- Dokumentierte Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Risiken und Alternativen
- Zustimmung des niedergelassenen Arztes, der die zur Klinikaufnahme führende Indikation stellte
  Zustimmung des Stationsleiters und des Klinikdirektors
  Zustimmung eines vom Gericht bestellten außerordentlichen Behandlungskomitees, bestehend aus
  a) dem unabhängigem 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 Behandlung
- Einführung eines Zwangsmaßnahmen-Registers
  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 Zwangsbehandlung – entsprechend Artikel 16 der UN-Behindertenrechtskonvention, 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.
- Sog. trialogische Ethikkommissionen an jeder psychiatrischen Klinik inkl. 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 mitarbeiten (Empfehlungen 2005).
  - Verpflichtung zur Deeskalation, um so genannte Notfallsituationen, die Zwangsmaßnahmen rechtfertigen, außer Kraft zu setzen. Hierzu gehört auch die Verpflichtung zur (öffentlich zugänglichen) Dokumentation, wie lange deeskaliert wurde, welche räumlichen Vorraussetzungen zur Deeskalation bestehen und wie Begleitungen durch HelferInnen eingesetzt wurden.
- Verpflichtung zur Überwachung von Fixierten. Jede Stunde sollte durch einen Stationsarzt überprüft und dokumentiert werden, ob die Fixierung noch gerechtfertigt ist. Verpflichtende Klärung durch ein späteres Gespräch, wie es zur Fixierung kam und diese empfunden wurde. Außerdem präzise Darstellung und Dokumentation des »Notfalles«.

Es ist dringend angeraten, dass die Bundesärztekammer gegen die unethische Verletzung ärztlicher Aufklärungspflicht vorgeht und das Bundesjustizministerium und die Strafbehörden im Rahmen ihrer Fürsorgepflichten und Zuständigkeiten geeignete Maßnahmen gegen diese strukturelle Körperverletzung in der Psychiatrie ergreifen.

Besser als die Einführung der oben genannten Minimalanforderungen wäre die Anerkennung, dass Menschenrechte unteilbar sind und deren Gewährung nicht von unterschiedlichen Diagnosen abhängig gemacht werden kann. Wer anfängt,

Menschenrechte bestimmten Personengruppen vorzuenthalten, ist auf dem Weg, sie zu zerstören.

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. Sichergestellt sein muss auch, dass Untergebrachte ihre Zustimmung zur Behandlung jederzeit ganz oder zum Teil widerrufen können (Schulz et al. 1984; Jelpke et al. 1988).

Um Probleme mit der Zwangsbehandlung von Zwangsbehandungswilligen zu minimieren, sollen – analog den Vorschlägen zur Lösung des Engpasses bei Organtransplantationen – Krankenkassen und Regierungsstellen öffentliche Aufrufe starten, in denen sich Bürgerinnen und Bürger frühzeitig erklären sollen, ob sie an ihrem Körper eine psychiatrische Zwangsbehandlung wünschen oder nicht.

Angesichts der Vielzahl von Behandlungsschäden und des dramatischen Machtgefälles zwischen behandelten Einzelpatienten und -patientinnen und milliardenschweren Pharmafirmen bzw. Psychiatern, die durch kollegiale Gutachten geschützt werden, ist eine Beweislastumkehr bei Behandlungsschäden dringend erforderlich.

Neben den genannten Vorschlägen, eine ethische und der UN-Konvention der Rechte von Menschen mit Behinderung 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 (World Health Organization; Weltgesundheitsorganisation) und der Europäischen Kommission 1999 in Brüssel, sollte endlich mit der Förderung von Selbsthilfeansätzen und nichtstigmatisierenden, nicht-psychiatrischen Ansätzen und der aktiven Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in die Psychiatriepolitik begonnen und die Freiheit zur Auswahl aus Behandlungsangeboten zur Stärkung der Menschenrechte gestärkt werden (WHO / EC 1999, S. 9). Zu diesem Thema gehören auch die – bis heute unbeantworteten – Vorschläge des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. an die Bundesdirektorenkonferenz aus dem Jahr 1995, 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.

Es ist wichtig, dass die politischen Entscheidungsträger sich des gewaltigen Fehlens von Rechten Psychiatriebetroffener im gesamten Bereich der Psychiatrie bewusst werden. 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 machen kann. 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, 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 medizinischen, 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.

Quellen

Aderhold, Volkmar. September 2010. »Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update«, unveröffentlichtes Manuskript; im Internet unter www.bgt-ev.de/fileadmin/Mediendatenbank/Themen/Psychopharmakadebatte/Aderhold_Neuroleptika_update.pdf (Zugriff am 13.4.2012)

Anonym: Persönliche Mitteilung vom 2. Mai 2012

Bayer AG: Werbeanzeige, in: Der Nervenarzt, 43. Jg. (1972), Nr. 8, S. A17

Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.: »Sechs Forderungen zur stationären Psychiatrie«, vorgelegt bei der Bundesdirektorenkonferenz am 7. Juni 1995 in Bielefeld; im Internet unter www.bpe-online.de/infopool/recht/bpe/sechs.htm

Colton, Craig W. U. / Manderscheid, Ronald W.: »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

DGPPN (Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde): Stellungnahme vom 16.1.2012 zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23.03.2011 zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug; im Internet unter www.dgppn.de/publikationen/stellungnahmen/detailansicht/article/141/zum-urteil-d-1.html (Zugriff am 1.5.2012)

»Dresdener Erklärung zur psychiatrischen Zwangsbehandlung«, in: Mitgliederrundbrief des
Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2007, Nr. 2, S. 20-21; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2007.2.ddgc.pdf (Zugriff am 1.5.2012)

Ebner, Gerhard: »Aktuelles aus der Psychopharmakologie. Das Wichtigste vom ECNP-Kongress«, in: Psychiatrie (Schweiz), Online-Ausgabe 2003, Nr. 1, S. 29-32; im Internet unter www.medpoint.ch/frame.asp?ru=document&ArtikelID=10116 (Zugriff am 23.12.2003)

Ehlers, Alexander P.F. / Dierks, Christian: »Behandeln ohne Aufklärung ist Körperverletzung«,
in: Selecta, 34. Jg. (1992), Nr. 23, S. 16-17

Empfehlungen der Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006« der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung & Soziales, Brüssel 2005; im
Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf (Zugriff am 3.5.2012)

»Die wesentlichen Erkenntnisse über Diskriminierung und Schikane im Gesundheitsbereich«, Rückseite des Antidiskriminierungsposters der Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen« im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006« der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung &

Soziales, Brüssel 2005; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/images/dokument/erkenntnisse.jpg (Zugriff am 2.5.2012)

Eumann, Jens: »Wenn schützende Fesseln zur tödlichen Falle werden«, in: Freie Presse (Chemnitz) vom 6.4.2010, S. 3

»Freiheit und Sicherheit – ein Gespräch mit Margarete Osterfeld«, in: Psych.Pflege heute,
18. Jg. (2012), Nr. 1, S. 18-

G, Klaus: Persönliche Mitteilung vom 1. Mai 2012

H., D.: »Die Psychiatrie als traumatisierende Fallgrube«, unveröffentlichtes Manuskript vom 1. Februar und 1. Mai 2012; im Internet unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/fallgrube.pdf (Zugriff am 2.5.2012)

Helmchen, Hanfried: »Aufklärung und Einwilligung bei psychisch Kranken«, in: Manfred Bergener (Hg.): »Psychiatrie und Rechtsstaat«, Neuwied / Darmstadt: Luchterhand-Verlag 1981, S. 79-96

Helmchen, Hanfried: »Probleme der Therapieforschung in der Psychiatrie«, in: Der Nervenarzt, 53. Jg. (1982), S. 377-384

Höflacher, Rainer: Persönliche Mitteilung vom 1. Mai 2012

Jelpke, Ursula und die übrigen Mitglieder der Fraktion der Grünen / GAL Hamburg. »Antrag betr. Gesetz über die Unterbringung von Personen, die an einem nicht nur vorübergehenden Verlust der Selbstkontrolle leiden«, Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg, 13. Wahlperiode, Drucksache 13/1667 vom 19. Mai 1988

Kempker, Kerstin: »Mitgift – Notizen vom Verschwinden«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 2000

Kranz, Heinrich: Schlusswort, in: Heinrich Kranz / Kurt Heinrich (Hg.): »Begleitwirkungen und Misserfolge der psychiatrischen Pharmakotherapie«, Stuttgart: Thieme Verlag 1964, S. 201-202

Lehmann, Peter: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin: Antipsychiatrieverlag 2006

Lehmann, Peter: »Medicalization and irresponsibility«, in: Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy, Vol. 10 (2010), Nr. 4, S. 209-217; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/medicalization-jcpcp.pdf und ungekürzt unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/medicalization.htm (Zugriff am 3.5.2012)

Lehmann, Peter: »About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness«, in: International Journal of Psychotherapy, Vol. 16 (2012), Nr. 1, S. 30-49; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/pdf/neuroleptics-suicide.pdf (Zugriff am 1.5.2012)

Lehmann, Peter / Stastny, Peter: » Reformen oder Alternativen? Eine bessere Psychiatrie oder besser Alternativen?«, in: dies. (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury:

Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2007(a), S. 421-430

Lehmann, Peter / Stastny, Peter (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury:
Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2007(b)

Linden, Michael: »Informationen und Einschätzungen von Patienten über Nebenwirkungen von Neuroleptika«, in: Arzneimittel-Forschung, 30. Jg. (1980), S. 1195

»Mythos der Krankheit – die beiderseitige Scheu bleibt«, in: Der Eppendorfer, 7. Jg. (1992), Nr. 2, S. 35

Ösby, Urban / Correia, Nestor / Brandt, Lena / Ekbom, Anders / Sparén, Pär: »Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden«, in: Schizophrenia Research, Vol. 45 (2000), Nr. 1-2, S. 21–28

Osterfeld, Margret: »Patiententraumatisierung durch die Psychiatrie«, in: Psych.Pflege heute,
18. Jg. (2012), Nr. 1, S. 21-23

Peeck, Gisela / von Seckendorff, Christoph / Heinecke, Pierre: »Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung«, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 25. Jg. (1995), Nr. 4, S. 30-34; im Internet unter www.bpe-online.de/infopool/recht/pb/umfrage.htm (Zugriff am 1.5.2012)

Pehe, Kalle: Persönliche Mitteilung vom 2. Mai 2012

Pfleiderer, Maria (Pseudonym): Persönliche Mitteilung vom 2. Mai 2012
»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; im Internet unter www.scribd.com/doc/82045271/Referentenentwurf-Patientenrechte-BMJ-BMG-Endfassung-120116 (Zugriff am 2.5.2012)

Rufer, Marc: »Psychiatrie – ihre Diagnostik, ihre Therapien, ihre Macht«, in: Peter Lehmann / Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrie¬verlag 2007, S. 400-418

Saha, Sukanta / Chant, David / McGrath, John: »A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?«, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 64 (2007), S. 1123–1131

Schulz, Kordula / Klaus Friedenthal und die übrigen Mitglieder der Fraktion der AL: »Antrag der Fraktion der AL über ›Gesetz über die Unterbringung in psychiatrische Einrichtungen‹«, Abgeordnetenhaus von Berlin, 9. Wahlperiode, Drucksache 9/2065 vom 7. September 1984

Seeler, Wolfgang: Diskussionsbemerkung, in: Hanns Hippius / Helmfried E. Klein (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: Perimed Verlag 1983, S. 140

Stein, Vera: »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 2006
Stein, Vera: »Mit dem Rücken zur Wand. Ein Ratgeber – So setze ich mein Recht im Arzthaftungsprozess durch!«, Frankfurt am Main: VAS Verlag für Akademische Schriften 2012

WHO/EC (World Health Organization / European Commission): »Balancing mental health promo¬tion 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; im Internet unter www.peter-lehmann-publishing.com/articles/others/consensus.htm (Zugriff am 1.5.2012)

Wiesner, Henning: »›Erst war es ein Stierkampf, jetzt ist sie auf einem Trip‹«, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 3. September 2011, S. 10

Wojke, Reinhard: Persönliche Mitteilung vom 30. April 2012

Anmerkungen

Die Übersetzung des englischen Zitats stammt vom Autor. Er bedankt sich an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich für die vielseitige Unterstützung beim Verfassen dieses Artikels, insbesondere bei Klaus G., Rainer Höflacher, Kerstin Kempker, Klaus Laupichler, Rolf Marschner, Margret Osterfeld, Kalle Pehe, Edmund Schönenberger, Friedrich Schuster, Vera Stein und Reinhard Wojke.

Der Text steht zum freien Download im Internet unter
www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/zwang2012.pdf

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.

Zur Person

Peter Lehmann, Dipl.-Sozialpädagoge. Autor und Verleger in Berlin. Bis 2010 langjähriges Vorstandsmitglied des Europäischen Netzwerks von Psychiatriebetroffenen. Vorstandsmitglied von Für alle Fälle e.V. und PSYCHEX. 2010 Verleihung der Ehrendoktorwürde durch die Aristoteles-Universität Thessaloniki, 2011 Bundesverdienstkreuz. Buchveröffentlichungen: »Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen«, »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« (Hg.), »Statt Psychiatrie 2« (Hg. mit Peter Stastny) u.v.m. Mehr siehe www.peter-lehmann.de