

Psychiatrie-Enquete, psychiatrische Menschenrechtsverletzungen und humanistische Antipsychiatrie

Wann wird die Aktion Psychisch Kranke aktiv?

In Gedenken an Klaus Laupichler

Peter Lehmann

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.

Menschenrechtsverständnis in der Psychiatrie-Enquete

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:

»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)

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. 33f.). Dass selbst Sterilisation ohne Einwilligung wieder legalisiert werden sollte, zeigt den Zeitgeist in der Psychiatrie-Enquete:

»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)

Festgeschrieben wurde die neurobiologische Grundausrichtung der Psychiatrie:

»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)

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 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 der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK), brachte das Verständnis von Menschenwürde in der Psychiatrie-Enquete auf den Punkt:

»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 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 Psychiatriebetroffenen beteiligt waren (LEHMANN 2001), waren Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie verständlicherweise kein Thema. Gothe rekapitulierte:

»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)

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 sie nicht aus der Welt geschafft. Wie die folgenden Kapitel zeigen werden, werden die Rechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen akut und systematisch verletzt.

Behandlung ohne informierte Zustimmung

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 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 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 pathologisiert (siehe Abb. 2).



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

Die wesentlichen

Erkenntnisse über Diskriminierung und Schikane im Gesundheitsbereich

Überall in Europa diskriminiert man Menschen, die unter psychiatrischen Problemen leiden bzw. die man als psychisch krank oder psychisch behindert bezeichnet. Das heißt, sie werden schlechter behandelt als Menschen mit medizinischen Diagnosen:

- Physische Erkrankungen werden nicht ernst genommen, sondern als psychische Symptome heruntergespielt.
- 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.

Aus diesem Grund führten Mental Health Europe, seine Partnerorganisationen und die beteiligten Experten ein europäisches Projekt durch, mit dem auf die Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitsbereich aufmerksam gemacht und Strategien zu deren Bekämpfung entwickelt werden sollen.

Weitere Informationen erhalten Sie von Mental Health Europe, Boulevard Clovis 7, B-1000 Brüssel,
eMail: info@mhe-sme.org
Internet: www.mhe-sme.org

Informationen über das Programm der Europäischen Kommission zu Gleichberechtigung und Antidiskriminierung (z.B. den Jahresbericht 2003 mit allen Grundlageninformationen) erhalten Sie kostenfrei bei: Europäische Kommission, Abteilung Beschäftigung & Soziales, Referat D4, B-1049 Brüssel, oder im Internet unter: www.stop-discrimination.info

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.

2012 wurde beispielsweise Hanfried Helmchen, ehemaliger DGNP-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 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 weitstanzartigen Muskelstörung) meint er, spätestens zum Zeitpunkt ihrer 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.« (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.

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 (LEHMANN 2015 a). 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 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 auf-

grund unzureichender Aufklärung auch dann als rechtswidrig, wenn die 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 entstehenden Schadens verpflichtet.«

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

Laut »S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie« der DGPPN soll über die Risiken von Psychopharmaka, über die Bedeutung auftretender 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 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 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)

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 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 Risikoauflklärung sei keine Zeit vorhanden, das tue ihm leid. (LEHMANN 2015 b, S. 29)

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

Psychiatrische Behandlung und drastisch erhöhte Sterblichkeit

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 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:

»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)

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.

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 »Persönlichkeitsstörung«.

Er warnte:

»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)

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*), 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)

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 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 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 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 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)

Psychiatrische Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, vermögen eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen und seelischer Leiden hervorzu-

rufen. Zu nennen sind Gewichtszunahme und Fettleibigkeit, chronischer Diabetes, erhöhter Cholesterinspiegel, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen, Metabolisches Syndrom, Schlaganfall, Herzinfarkt, 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 chronischer oder zum Tode führender psychopharmakabedingter Erkrankungen sind bekannt (LEHMANN 2014 a). Der dänische Internist Peter Gøtzsche schätzt,

»dass 200.000 der 20 Millionen mit Zyprexa behandelten Patienten an den unerwünschten Wirkungen des Medikaments gestorben sind. 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.« (GÖTZSCHE 2015, S. 351)

Ähnliche Zahlen hatte 1992 der englische Psychologe David Hill von MIND 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 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 (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 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 Herzrhythmusfunktion von Seiten des Psychiaters und trotz bekannter Herzstörungen unter einer hohen Dosis des 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 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:

»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 Körpergewebe 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 (*Blutfettspiegel*) 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)

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 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.

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 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 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 Verfassungsbeschwerde eines in Baden-Württemberg im Maßregel-

vollzug 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 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 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 Alternativen sowie Frühwarnzeichen schwer geschädigt werden oder zu Tode kommen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

Verweigerte 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 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 Substanzen – ein zivil- und strafrechtlich relevanter Tatbestand. In Einklang mit den Interessen der Pharmaindustrie und unterstützt von psychoedukativen Mitsreiterinnen und Mitsreitern verneinen sie jedoch jegliches Abhängigkeitsrisiko bei Antidepressiva und Neuroleptika und bagatellisieren deren Risiken (LEHMANN 2013).

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 ernten für ihre Probleme kein Verständnis, in der Regel auch nicht bei Psychotherapeutinnen und -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 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 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 Hilfen beim Absetzen von Psychopharmaka zu Schaden oder gar Tode kommen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

Tabuisierung der neuroleptikabedingten Suizidalität

Suizid ist mittlerweile eine der häufigsten Todesursachen von Menschen mit 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:

»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 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 »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 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 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 Störungen können Depressionen auslösen (HÄRTER 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:

»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 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 (Aktionsprogramm 2005 b; LEHMANN 2010 a und 2010 b). 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 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 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 das?

Traumatisierung durch psychiatrische Zwangsmaßnahmen

Ein Risikofaktor für Suizidalität sind traumatische Erfahrungen mit psychiatrischer Gewalt und das Nichtvorhandensein traumatherapeutischer 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 Traumatherapien, doch wenn Psychiatriebetroffene nach Hilfe bei der Verarbeitung von Traumata suchen, die durch psychiatrische Gewalt ausgelöst werden, finden sie nirgendwo Hilfe. In der Traumalogie findet psychiatrische Gewalt als Entstehungsfaktor für Traumata nicht statt. Dabei gesteht selbst die DGPPN die potenziell traumatisierende Wirkung 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 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)

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:

»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 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 existenziellen 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 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, 404f.)

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

Verweigerte Hilfe bei psychischen Problemen maßgeblich sozialer Natur

Bekommen Menschen psychische Probleme maßgeblich sozialer Natur, stehen 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 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 merkbliche 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 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 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 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)

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 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 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 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 kommen, dürfte beträchtlich sein. Wen interessiert das?

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 Zwangspsychiatrie 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 2015 c)

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. 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 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 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:

»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 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 Strafverfolgungsbehörden, die systematische und ohne informierte Zustimmung begangene psychiatrische Körperverletzung entsprechend § 230 Absatz 1 StGB (Strafantrag) zu verfolgen:

»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 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.

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.

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.
- 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.
- 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« (2005 a): »Hier wird nicht schikaniert«, Poster, Brüssel: Mental Health Europe. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/images/dokument/schikane-poster-erkenntnisse.jpg.
- Aktionsprogramm gegen »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich« (2005 b): 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 – 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 www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf.
- 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 www.apk-ev.de/ueber-die-apk.
- AYD, Frank J. (1975): The depot fluphenazines: A reappraisal after 10 years' clinical experience. In: American Journal of Psychiatry, Vol. 132, S. 491–500.
- 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>.
- COLTON, C. W./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 www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563985/
- 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>.
- 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 www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/s3-praxisleitlinien-bd1-schizophrenie.pdf.
- 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 www.dgppn.de/ehrunge-preise/aktuelles-ehrunge-und-preise/detailansicht/article//beirat-nimmt.html.
- 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 DGPPN. Internetveröffentlichung unter www.dgppn.de/en/presse/pressemitteilungen/detailansicht/article/307/achtung-der.html.
- DUMONT, J./JONES, K. (2007): Die Krisenherberge. Ergebnisse einer betroffenen-definierten Alternative zur stationären Psychiatrie. In: LEHMANN, P./STASTNY, P. (Hg.): *Statt Psychiatrie 2*. Berlin, Eugene und Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 186–194 (E-Book 2014).
- FINZEN, A. (2015): Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht. In: FINZEN, A./LEHMANN, P./OSTERFELD, M./SCHÄDLE-DEININGER, H./EMMANOULIDOU, A./IRTEN, T.: *Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie*. In: *Soziale Psychiatrie*, 39. Jg., Nr. 2, S. 16–19. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/absetzen-bremen.pdf.
- 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. 1419–1457. Online verfügbar unter 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.

- 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.
- 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.
- 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 tranquilizers: a good buy? In: Clinical Psychology Forum, Oktober, S. 35–36.
- 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.
- LAHTI, P. (2013): Vorwort. In: LEHMANN, P. (Hg.): Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern. 4. aktualisierte Auflage, Berlin, Eugene and Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 10–12 (E-Book 2013). Online verfügbar unter 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. Internetveröffentlichung unter 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.
- 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 www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/reform/25-enquete.htm.
- 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 www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/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 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 »Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung«. In: Leuchttfeuer – Journal des

- Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz, Sonderausgabe, S. 9–24. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/zwang-leuchtfeuer.pdf.
- LEHMANN, P. (2012[b]): About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness. In: *International Journal of Psychotherapy*, Vol. 16, Nr. 1, S. 30–49. Online verfügbar unter 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 www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/view/1020/1030.
- LEHMANN, P. (2014 a): Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen. In: *Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener*, Nr. 1, S. 16–19. Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/bpe-rundbrief/2014.1.16-19.pdf.
- LEHMANN, P. (16. November 2014b): Probleme beim Absetzen von Neuroleptika als Folge von Rezeptorenveränderungen und Toleranzbildung. Internetveröffentlichung unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/rez-ver.htm.
- LEHMANN, P. (2015 a): Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention. In: *R&P – Recht und Psychiatrie*, 33. Jg., S. 20–33. Abstract online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/recht/pdf/lehmann-zwangsbehandlung-rp.pdf.
- LEHMANN, P. (2015 b): 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 www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/sexualhormone-und-nl.pdf.
- LEHMANN, P. (20. September 2015 c): Über humanistische Antipsychiatrie. Internetveröffentlichung unter www.peter-lehmann.de/hu-an-de.htm.
- LEHMANN, P. (2016): Antidepressiva absetzen – Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen. In: *Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener*, Nr. 1 (im Druck). Online verfügbar unter www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann_antidepressiva-absetzen.pdf.
- LINDEN, M. (1980): Informationen und Einschätzungen von Patienten über Nebenwirkungen von Neuroleptika. In: *Arzneimittel-Forschung*, 30. Jg., S. 1195.
- MARDER, S. R./ESOCK, 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 www.researchgate.net/publication/8424008_Physical_health_monitoring_of_patients_with_schizophrenia/links/0912f509c21467fb26000000.
- 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 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10978869.
- 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 www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/geschichte/pdf/pape_massenmord.pdf.
- 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 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 Council. Internetveröffentlichung unter 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.
- 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: 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).
- 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 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 www.peter-lehmann-publishing.com/articles/others/consensus.htm.

Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation

Tagungsdokumentation
03. und 04. November 2015
in Berlin

Herausgegeben von
AKTION PSYCHISCH KRANKE
Peter Weiß
Andreas Heinz

Aktion Psychisch Kranke, Peter Weiß, Andreas Heinz (Hg.).
Selbsthilfe – Selbstbestimmung – Partizipation
1. Auflage
ISBN 978-3-88414-657-6

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

Aktion PSYCHISCH KRANKE im Internet: www.apk-ev.de
Psychiatrie Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

© Aktion Psychisch Kranke, Bonn 2016
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt,
digitalisiert oder verbreitet werden.
Redaktion: Ludwig Janssen, Ruth Forster
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln
Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH, Kempten