

Medizinische und juristische Probleme psychiatrischer Akutbehandlung

Peter Lehmann

Abstract: Die in der psychiatrischen Akutbehandlung verabreichten Neuroleptika und Antidepressiva bergen für die betroffenen Personen immense gesundheitliche Risiken, insbesondere da große interindividuelle Wirkungsunterschiede bestehen und für Voruntersuchungen zu gesundheitlichen Vorbelastungen keine Zeit vorhanden ist. In der Regel erfolgt keine Aufklärung über Risiken, »Neben«-Wirkungen und Alternativen, die den gesetzlichen Vorschriften genügt. Bei Elektroschocks werden Informationen über die tatsächlichen Risiken unterschlagen. Stattdessen preist man diese Maßnahme als sichere Behandlung mit relativ wenig unerwünschten, meist vorübergehenden Störungen an, obwohl sie laut Herstellerinformation mit verheerenden kognitiven Folgen und anderen Schäden einhergehen kann. Erprobte betroffenenorientierte humanistische stationäre sowie ambulante Angebote werden hierzulande nicht angeboten.

Dabei fordern die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die UN-Konvention (United Nations Convention) über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die hierzulande seit ihrer Ratifizierung durch die Bundesregierung Rechtskraft besitzt, Hilfsprogramme mit niedrighschwelligem Angeboten und die Abschaffung von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Akutbehandlung. Behandlungen ohne informierte Zustimmung, das heißt ohne umfassende Aufklärung über Behandlungsrisiken, stellen ebenso Gesetzesverstöße dar. Dies betrifft auch sogenannte Instruktionsfehler, wenn Pharmafirmen ihre Fachinformationen nicht entsprechend dem wissenschaftlichen Stand über Probleme und Möglichkeiten beim Absetzen und Entzug formulieren – Probleme, die auch von Psychiaterinnen und Psychiatern schon vor Behandlungsbeginn offenzulegen sind.

Angesichts der gravierenden medizinischen und juristischen Probleme bei der alltäglichen psychiatrischen Akutbehandlung sind (möglicherweise) betroffene Personen gut beraten, wenn sie ihre Präferenzen und Optionen *rechtzeitig* in einer Psychosozialen Patientenverfügung dokumentieren.

Eine medizinische Akutbehandlung gilt als angezeigt, wenn ihre Unterlassung zu Schäden führen kann. Beispiel hierfür ist eine Meningoenzephalitis, das heißt, eine durch Viren, Bakterien, Parasiten oder Pilze verursachte Erkrankung des Gehirns und der Hirnhäute. Treten Symptome auf, die auf eine Meningoenzephalitis schließen lassen, können sofort verabreichte Breitbandantibiotika chronische Hirnschäden vermeiden, auch wenn eine exakte Diagnose anfangs nicht möglich ist.

Bei sogenannten psychischen Krankheiten stellt sich die Sache schwieriger dar. Die psychiatrische Diagnostik ist umstritten und zudem beeinflusst durch Meinungsführerinnen und -führer, die in den Diensten der Pharmaindustrie stehen. Psychiatrische Meinungen, wonach eine sofortige Verabreichung von Neuroleptika oder Antidepressiva unerlässlich sei, um Hirnschäden bei einer Diagnose »Schizophrenie« bzw. der Verfestigung von Depressionen vorzubeugen, sind bekannt, allerdings handelt es sich um bloße Annahmen.

Medizinische Probleme psychiatrischer Akutbehandlung

Psychopharmaka sind in der Akutbehandlung der Mainstreampsychiatrie die Mittel der Wahl. Wie selbstverständlich listet beispielsweise die Private Akutklinik an der Ostsee für Psychiatrie und Psychotherapie in der MEDIAN Klinik Heiligendamm in ihren Behandlungsmethoden an erster Stelle die »Medikamentöse Behandlung: Einleitung oder Modifizierung einer Psychopharmakamedikation...« (undatiert).

Neuroleptika und andere Psychopharmaka

Bei Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis verabreichen Psychiaterinnen oder Psychiater vor allem Neuroleptika. Neuroleptika sind jedoch riskante Substanzen. Zu ihren unerwünschten Wirkungen zählen Muskelkrämpfe, Sexualstörungen, Herzrhythmusstörungen, epileptische Anfälle, Schlaganfälle, Leberwerterhöhungen, Suizidalität, allergische Reaktionen, Agranulozytosen (weitgehendes oder komplettes Fehlen weißer Blutkörperchen im Blut), Maligne Neuroleptische Syndrome (Symptomenkomplexe aus Fieber, Muskelsteifheit und Bewusstseinstörung) u. v. m. (LEHMANN, 2020a). Diese Wirkungen tragen angesichts der in der Regel unter prekären Umständen lebenden Menschen mit ernststen psychiatrischen Diagnosen und der entsprechenden Behandlung zu ihrer hohen Frühsterblichkeitsrate bei. Joe PARKS, Vorsitzender des Medical Directors Council der US-amerikanischen National Association of State Mental Health Program Directors – vergleichbar der deutschen Bundesdirektorenkonferenz –, machte auf die große Zahl früh sterbender psychiatrischer Patientinnen und Patienten aufmerksam:

»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.« (2006)

Auch Antidepressiva haben eine hohe Zahl unerwünschter, ebenfalls teilweise lebensbedrohlicher Wirkungen (NetzG-RLP, 2017, 2018). Ein besonderes Risiko bei der Verabreichung an Menschen, die unter Depressionen leiden, ist die Auslösung oder Verstärkung der Suizidalität. Ein weiteres Risiko besteht aus Immunreaktionen wie zum Beispiel einem anaphylaktischen Schock, das heißt, einer massiven Reaktion des Organismus, die sich als Störungen der Gefäßmuskulatur und des Herzrhythmus niederschlägt. Auch Serotonin-Syndrome können sich einstellen: lebensbedrohliche Symptomenkomplexe aus zentralnervösen und psychischen Störungen, Muskelstörungen sowie vegetativen Entgleisungen.

Dosisunabhängige Probleme

Auf die prinzipielle Dosisunabhängigkeit und die Unvorhersehbarkeit von Todesfällen unter Psychopharmaka ging Heinrich KRANZ von der Psychiatrischen Universitätsklinik Mainz schon vor Jahrzehnten ein, als er einräumte:

»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.« (1964, S. 201)

Hans-Joachim HAASE von der Psychiatrischen Klinik Landeck sprach von 15-fachen interindividuell unterschiedlichen Empfindlichkeiten in Hinblick auf das Erreichen der sogenannten neuroleptischen Schwelle, das heißt, der zum Hervorrufen des erwünschten Parkinsonoids notwendigen Dosis. Am Beispiel des Neuroleptikums Haldol erklärte er die Konsequenz, nämlich dass

» ... z. B. 15 Milligramm Haldol bei einem sehr wenig disponierten Patienten eine Minimaldosis darstellen kann, während 1 Milligramm Haldol bei einem sehr stark disponierten Patienten bereits die neuroleptische Schwellendosis bedeuten kann, so dass bei diesem Patienten 15 Milligramm als Hochdosierung anzusehen sind.« (1988, S. 146)

Unter Medizinerinnen und Medizinern ist man sich deshalb der Tatsache bewusst, dass die Wirkdosis großen intraindividuellen Schwankungen unterliegt, die nicht vorherzusehen sind (BROUSSOLLE & ROSIER, 1960). Die im Einzelfall erforderliche Dosis bis zum Eintritt einer gewünschten Wirkung könne nicht vorausgesagt wer-

den, so der Psychiater Rainer TÖLLE; deshalb » ... bleibt es eher dem Zufall überlassen, ob bei einem bestimmten Patienten die ungefähr richtige Dosierungshöhe getroffen wurde.« (1983, S. 56)

Unzureichende Voruntersuchungen

Voruntersuchungen beispielsweise hinsichtlich familiärer gesundheitlicher Vorbelastungen oder des Prolaktin- oder Blutzuckerspiegels, der Blutfettwerte, des Herzrhythmus, des Augeninnendrucks, des Augenhintergrunds, einer möglichen noch unbemerkten Schwangerschaft usw. stellen Psychiaterinnen und Psychiater vor Probleme, wenn sie unverzüglich Psychopharmaka verabreichen wollen.

Hinzu kommt die Frage, ob es sich bei den Behandlungskandidatinnen und -kandidaten um Ultraschnell- oder Langsam-Metabolisiererinnen und -Metabolisierer handelt. Ca. 7 % der Bevölkerung sind »Langsam-Metabolisierer«. Bei ihnen werden sogenannte CYP2D6-abhängige Psychopharmaka (wie viele Antidepressiva oder Neuroleptika) nur sehr langsam verstoffwechselt, so dass ihre Konzentration bei der üblichen Verabreichungsgeschwindigkeit im Körper massiv steigt und dadurch viele unerwünschte Symptome auftreten, beispielsweise gefährliche Herz-Kreislauf-Störungen. Zusätzlich gehören ca. 3 % der Bevölkerung zur Gruppe der »Ultraschnell-Metabolisierer«. Bei ihnen kommt es zur überschnellen Verstoffwechslung, was zu einer vorübergehend überhohen Konzentration von Abbauprodukten im Blut führen kann. Ein Ergebnis einer pharmakogenetischen, das heißt, genetisch bedingten Unterschieden von Reaktionen auf Arzneimittel betreffenden Blutuntersuchung könne frühestens nach acht Stunden vorliegen (BERG, 2005), viel zu spät für die übliche Akutbehandlung.

Elektroschocks

Zunehmend mehr psychiatrische Kliniken bieten als akutpsychiatrische Maßnahmen auch Elektroschocks an. Diese Maßnahme wird mit dem Hinweis versehen, es handele sich um eine sichere Behandlung mit relativ wenigen Nebenwirkungen, die aus meist vorübergehenden Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Sprache bestünden. Allerdings warnt beispielsweise die Herstellerfirma Somatics in ihrer Produktbeschreibung des hierzulande verwendeten Elektroschockapparats Thyatron® System IV vor manchmal »verheerenden kognitiven Folgen« (undatiert). Mit »kognitiv« meint man Funktionen, die mit Wahrnehmung, Denken, Wissen und Lernen verbunden sind. Aufmerksamkeit, Erinnerung, Kreativität, Planen, Orientierung, Vorstellungskraft und Wille zählen ebenfalls zu den kognitiven Fä-

higkeiten. Somatics nennt darüber hinaus noch eine ganze Reihe weiterer bekannt gewordener Schäden, mit denen nach Elektroschocks zu rechnen ist, unter anderem Gedächtnisstörungen, Begünstigung suizidalen Verhaltens, Zahntraumata, Status epilepticus, Hirnschäden, Blutdruckstörungen, Lungenembolie, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt u. v. m. (ebd.).

In aller Regel enthält man betroffenen Personen und ihren Angehörigen diese Informationen vor. Wer fachöffentlich auf die Risiken aufmerksam machen will, wird von Elektroschockfreundinnen und -freunden beschimpft; man argumentiere polemisch, lasse wissenschaftliche Seriösität vermissen und wolle nur der ›immer wieder gezielt in die Öffentlichkeit getragenen Darstellung der Elektrokrampftherapie als veraltete, überholte oder gar inhumane und grausame Behandlungsmethode‹ Vorschub leisten (LEHMANN, 2019a, S. 38 f.).

Humanistische Angebote der Akutbehandlung

2017 kritisierte der litauische Psychiater Dainius Pūras in seiner Funktion als Sonderberichterstatler der Vereinten Nationen zum Recht auf Gesundheit in seinem Bericht über das allgemeine Recht auf Zugang zum höchstmöglichen Standard körperlicher und psychischer Gesundheit die Dominanz der Pharmaindustrie im psychiatrischen System. Diese habe dazu geführt, dass dessen Einrichtungen unverhältnismäßig oft auf dem reduktionistischen biomedizinischen Psychiatriemodell basieren (United Nations, 2017). Dabei bestünden durchaus wirksame Alternativen.

Humanistisch orientierte Hilfen, wie sie von unabhängigen Organisationen Psychiatriebetroffener (LEHMANN, 1999) und humanistisch orientierten Psychiaterinnen und Psychiatern wie Volkmar ADERHOLD (2017, S. 217 f.) vorgeschlagen und in einigen Kliniken in Rheinland-Pfalz für Menschen mit Psychosen oder Depressionen angeboten werden und die teilweise auch ambulant eingesetzt werden könnten, sind im psychiatrischen Bereich jedoch eher die Ausnahme. Zu diesen Hilfen zählen unter anderem empathische Begleitung durch das Personal, Gespräche mit Genesungsbegleiterinnen und -begleitern, psychosoziale Hilfen und Sozialberatung, naturheilkundliche Mittel, Psycho- und Physiotherapie, Entspannungsverfahren (Joggen, Gymnastik, Schwimmen, Tischtennis, Yoga, Meditation, autogenes Training usw.) und kreative Therapien wie Tanz-, Musik-, oder Kunsttherapie sowie spezielle Ernährungsmaßnahmen (NetzG-RLP, 2017, 2018). Solche Angebote stellen auch die Krisenherberge (DUMONT & JONES, 2007), der Offene Dialog (SEIKKULA & ALAKARE, 2007) und Soteria-Einrichtungen dar, sofern sie den Vorstellungen des Psychiaters und Vaters des Soteriakonzepts Loren Mosher entsprechen (ADERHOLD u. a., 2007).

Juristische Probleme

Juristische Probleme bei der psychiatrischen Akutbehandlung gibt es mannigfach, speziell was das Selbstbestimmungsrecht, die körperliche Unversehrtheit und das Recht auf Freiheit betrifft.

Verletzung der körperlichen Unversehrtheit

Eines der bekanntesten psychiatrischen Probleme ist die Verabreichung von Psychopharmaka oder Elektroschocks unter Anwendung unmittelbaren Zwangs oder auf Anordnung einer Vormundsfunktion ausübenden Betreuerperson. Die rechtliche Ungleichbehandlung und die Verletzung des Selbstbestimmungsrechts wird mit Sondergesetzen für den Personenkreis mit diagnostizierten Krankheiten und Behinderungen geregelt – mit dem Konstrukt der sogenannten Entscheidungsunfähigkeit und der Argumentation, man wolle mit einer Zwangsbehandlung die betroffenen Personen vor ungewollten Folgen durch nicht-selbstbestimmte Entscheidungen schützen und erst wieder in einen Zustand der Selbstbestimmungsfähigkeit versetzen. In ihrem Artikel »Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie« plädieren Martin ZINKLER und sein Kollege Sebastian VON PETER für eine humanistische Psychiatrie, die der gesetzgewordenen UN-Behindertenrechtskonvention folgt und auf Zwangsmaßnahmen jeglicher Art verzichtet:

»Verschiedene UN-Gremien, darunter das UN-Hochkommissariat für Menschenrechte, haben sich in den letzten Jahren vor dem Hintergrund der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen klar und eindeutig für ein Verbot aller Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie ausgesprochen.« (2019, S. 203)

Selbstverständlich gibt es auch weniger kategorische Positionen, was das Verbot aller psychiatrischer Zwangsmaßnahmen betrifft (ebd.). Und daneben solche, wie zum Beispiel der Elektroschockbefürworter Peter BRIEGER vom Münchner kbo-Isar-Amper-Klinikum und seine Referentin Susanne MENZEL, die eine streng menschenrechtlich orientierte Haltung, Grundlage der Forderung nach Verbot von Zwangsmaßnahmen, als »Populismus« und »unmenschlich« ablehnen und zu diskreditieren versuchen (2020). Bezeichnend für eine solche ablehnende Haltung ist der Unwille, sich mit der gesellschaftlichen und politischen Realität auseinanderzusetzen, die zur UN-Behindertenrechtskonvention geführt hat, nämlich den strukturellen psychiatrischen Verstößen gegen Menschenrechte, darüber hinaus den Arbeitsplatzverlusten, den prekären und ungesunden Lebensumständen und der hohen Frühsterblichkeit von Menschen mit ernststen psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung.

Dabei würden die Gesetze zur medizinischen Notfallbehandlung ausreichen, um eine Behandlung ohne Zustimmung zu ermöglichen, wie dies bei somatischen Erkrankungen der Fall ist. In Deutschland erlaubt § 630d I 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (Behandlungsvertrag, Einwilligung in medizinische Maßnahmen) in Notsituationen eine unaufschiebbare Behandlung, sofern sie am Interesse und den mutmaßlichen Optionen der betroffenen Personen ausgerichtet ist. § 323c StGB (Unterlassene Hilfeleistung) verpflichtet jedermann zur Hilfe, wenn Menschen in Not sind. Ärztinnen und Ärzte, die eine Behandlung übernommen haben, unterliegen einer besonderen Pflicht zur Hilfeleistung, der Garantenpflicht. Damit ist ihre Beistandspflicht gemeint. In ihrer Pflichtenposition haben sie dafür einzustehen, dass bestehende Rechtsgüter, zum Beispiel Leben und Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten, vor Schäden geschützt werden. Die Garantenpflicht ist durch § 13 Absatz 1 StGB (Begehen durch Unterlassen) geregelt (LEHMANN, 2015a, S. 21). Für unmittelbar erforderliche medizinische Maßnahmen kann zudem der rechtfertigende Notstand nach § 34 StGB als Rechtsgrundlage dienen (ZINKLER & VON PETER, 2019, S. 206).

Mit dem psychiatriespezifischen Konstrukt der Selbstbestimmungsunfähigkeit wollen sich Psychiaterinnen und Psychiater das Recht sichern, das Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit willkürlich zu brechen. Eine Selbstbestimmungsunfähigkeit bezüglich konkreter psychiatrisch-medizinischer Maßnahmen wird von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. laut ihrer »Ethischen Stellungnahme zu Selbstbestimmung und Zwang« (2014) dann attestiert, wenn die betroffene Person zum Zeitpunkt der Entscheidung Risiken und potenzielle Nutzen einer anstehenden Behandlung nicht im erwarteten Sinne versteht, die Folgen ihrer Entscheidung in einem von Psychiaterinnen und Psychiatern nicht geteilten Zusammenhang mit der eigenen Lebenssituation beurteilt, Krankheitseinsicht verweigert, die Alternativlosigkeit einer vorgeschlagenen Behandlung in Zweifel zieht und eine Entscheidung für Alternativen trifft, die Psychiaterinnen und Psychiater nicht akzeptieren wollen. In diesem Fall muss die betroffene Person damit rechnen, dass sie als selbstbestimmungsunfähig eingeordnet und einer erzwungenen Akutbehandlung meist mit Neuroleptika oder zunehmend mit Elektroschocks zugeführt wird.

Behandlung ohne informierte Zustimmung

Eine nahezu durchgängige Praxis der Akutbehandlung stellt die Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks ohne informierte Zustimmung der betroffenen Personen dar. Gemäß StGB § 223 (Körperverletzung) ist jeder Eingriff

in die körperliche Unversehrtheit ein Straftatbestand und wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe geahndet. Laut Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) ist ein Eingriff ohne Einwilligung aufgrund unzureichender Aufklärung auch dann rechtswidrig, wenn die Behandlung an sich als sachgerecht gilt (BGH, 2007). Auch die Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks ist ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit. Seine Strafbarkeit entfällt einzig in lebensbedrohlichen Notfällen oder nach vorheriger informierter Zustimmung der betroffenen Personen. Rechtswirksam zustimmen können diese aber nur, wenn sie über Risiken und Schäden der psychiatrischen Anwendungen sowie Alternativen in einer verständlichen Form und umfassend durch eine Ärztin oder einen Arzt aufgeklärt sind.

Gerhard GRÜNDER, Psychiater und Leiter der Abteilung für Molekulares Neuroimaging am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, erläuterte selbstkritisch die Gründe für die vorherrschende psychiatrische Haltung:

»Wie oft habe ich selbst als junger Arzt, und auch als ich schon viele Jahre als Fach- und Oberarzt tätig war, argumentiert, dass meine Patienten ja ihre Medikamente nicht mehr nehmen würden, wenn ich sie über alle Nebenwirkungen, Komplikationen und Spätfolgen aufklären würde.« (2022, S. 4)

Fehlende Informationen über Abhängigkeits- und Absetzprobleme

Oft werden Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika und Antidepressiva, den betroffenen Personen als alternativlos aufgedrängt, aufgenötigt oder gar gewaltsam verabreicht. Und wenn sie sich entschließen, ihre Psychopharmaka abzusetzen, müssen sie – wollen sie das Absetzen nicht alleine in Angriff nehmen – jemanden finden, der ihren Wunsch abzusetzen respektiert und sie unterstützt, beispielsweise durch korrekte Informationen über Entzugsprobleme und Wege zu deren Verminderung und Bewältigung, durch die Verschreibung von Ausschleichstreifen oder individueller Rezepturen. Vorausgesetzt, sie finden überhaupt eine kundige Ärztin oder einen kundigen Arzt. Wegen des offensichtlichen Problems, dass betroffene Personen keine Hilfe bekommen, wenn sie den Entschluss treffen, die verordneten Psychopharmaka absetzen zu wollen, forderte die Arbeitsgruppe »Willkürliche Unterbringung des Menschenrechtsrats« der Vereinten Nationen in ihrer Richtlinie 20 unter anderem Hilfsprogramme, damit denjenigen, die sich für das Absetzen entscheiden, Unterstützung beim Absetzen ermöglicht wird (Working Group, 2015).

Der Psychiater Asmus FINZEN (2015, S. 16) wies nachdrücklich auf das Problem der unterlassenen Hilfeleistung beim selbstbestimmten Absetzen von Psychophar-

maka hin. Ärzte würden nicht lernen, wie man sie absetzt, und ihre Patienten verstoßen, wenn diese den Wunsch abzusetzen äußern.

Abgesehen von einer Ausnahme in Rheinland-Pfalz (NetzG-RLP, 2017, 2018) stellen Mainstreampsychiaterinnen und -psychiater in Deutschland das Risiko der Medikamentenabhängigkeit völlig in Abrede. Herstellerfirmen erwähnen es bisher nur bei den Antidepressiva Tianeptin (im Handel u. a. als Stablon®) und Sertralin (im Handel u.a. als Zoloft®) (LEHMANN, 2019b, S. 19). Ansonsten informieren sie nicht entsprechend dem Stand der Wissenschaft über Probleme und Möglichkeiten beim Reduzieren und Absetzen, was als Verstoß gegen § 84 des Arzneimittelgesetzes aufgrund von Instruktionsfehlern (LANGFELDT, 2020) geahndet werden sollte.

Probleme hätten die betroffenen Personen nur, wenn sie gegen ärztlichen Rat und zu schnell ihre Psychopharmaka absetzen, so die stereotype (Des-)Information der Pharmafirmen und der Mainstreampsychiatrie. Da kein Suchtverhalten nach Neuroleptika und Antidepressiva bestehe, gebe es auch nicht das Risiko einer Medikamentenabhängigkeit, also auch keine Entzugsprobleme (LEHMANN, 2022b, S. 84-98). Sie verschweigen, dass alle psychiatrischen Psychopharmaka abhängig machen und Entzugssymptome verursachen können, wie dies Fiommetta COSCI vom Department of Health Sciences an der Universität Florenz und Guy CHOUINARD vom Clinical Pharmacology and Toxicology Program an der McGill University in Montreal in ihren Studien und Übersichtsarbeiten der letzten Jahre publizierten (2020).

Zwangslagen bei psychiatrisch Behandelnden und bei Betroffenen

Psychiaterinnen und Psychiater haben es allerdings nicht leicht, wenn sie mit akuten Problemen konfrontiert werden. Wenn Menschen in psychischen Extremzuständen in ihre Kliniken kommen oder eingewiesen oder zuhause aufgesucht werden und sie ihnen Neuroleptika oder andere Psychopharmaka verabreichen wollen, benötigen sie deren informierte Zustimmung. Unter anderem sind es der Zeitdruck und die unverständenen oder schwer verständlichen medizinischen Zusammenhänge, die immer wieder diese umfassende Aufklärung verhindern. Hinzu kommt die Erwartung, dass die betroffenen Personen angebotene Psychopharmaka nicht einnehmen wollen, wie dies Hanfried Helmchen, 1979/80 Präsident der DGPN, lange vor dem bereits erwähnten Gerhard Gründer erkennen ließ. 1981 publizierte HELMCHEN Vorschläge, beispielsweise bei der Verordnung von Neuroleptika über das Risiko einer tardiven Dyskinesie – einer gefürchteten chronischen, nicht behandelbaren und mit der Verkürzung der Lebenserwartung einhergehenden entstellenden Muskelstörung – erst drei Monate nach Beginn der Verabreichung zu informieren oder nach einem Jahr oder zum Zeitpunkt ihres Auftretens:

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

Für die betroffenen Personen ist eine Akutsituation erst recht schwierig. Sie befinden sich meist in einer belasteten und oft demoralisierten Gefühlslage. Ausgerechnet jetzt sollen sie einer umfangreichen Aufklärung über die Risiken und unerwünschten Wirkungen vorgeschlagener Psychopharmaka sowie über Alternativen folgen und sich ein fundiertes Urteil bilden. Kommt eine Zwangseinweisung hinzu, gegen die sie sich naturgemäß wehren, sollen sie auch in dieser Situation einer Aufklärung aufnahmebereit folgen, um dann wohlabgewogen zu entscheiden, ob sie diese Psychopharmaka oder Elektroschocks erhalten wollen oder nicht. Oftmals geschieht dies unter der Ankündigung oder im Wissen, dass die psychiatrische Behandlung im Falle einer Ablehnung gegen ihren Willen vollzogen werden soll. Um derartige Konfliktsituationen zu entschärfen und das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Personen zu stärken, wie es auch die UN-Behindertenrechtskonvention fordert, haben die Beteiligten der oben genannten Ausnahme in Rheinland-Pfalz – psychiatrisch Tätige sowie Menschen, die insbesondere den Neuroleptika und Antidepressiva eher kritisch gegenüberstehen – gemeinsam industrieunabhängige Aufklärungsbögen zu diesen beiden Stoffklassen erarbeitet, ein weltweit bisher einmaliges Projekt. In den Aufklärungsbögen wird über Wirkungsweisen, unerwünschte Wirkungen, Entzugsprobleme und -möglichkeiten sowie Alternativen in verständlicher Sprache Auskunft gegeben und die Rechtslage offengelegt:

»Psychopharmaka gelten in der Regel als nur eines von mehreren Behandlungsangeboten. Entsprechend der Gesetzeslage und den Behandlungsleitlinien sind es die Patientinnen und Patienten, die entscheiden, welche Angebote sie annehmen.« (NetzG-RLP, 2017, S. 13)

Fazit

Wie wir sehen, gibt es grundlegende medizinische und juristische Probleme psychiatrischer Akutbehandlung. Dabei haben die dargestellten Probleme keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Menschen mit psychiatrischen Diagnosen werden diskriminiert und ihre Menschenrechte werden verletzt, seit es die Psychiatrie gibt. Gelegentliche Reformen haben das Machtgefälle, das die Anwendung von formellem und informellem Zwang möglich macht, nicht abgeschafft (LEHMANN, 2019c). Dass sich politische Entscheidungsträgerinnen und -träger ernsthaft verpflichtet sehen, daran etwas zu ändern, ist nur mit höchstem Optimismus erkennbar. Und dies, obwohl die

UN-Behindertenrechtskonvention und inzwischen sogar die WHO mit eindeutigen Worten schwere Menschenrechtsverletzungen und Zwangspraktiken in der Psychiatrie anprangern und fordern, jegliche Form von Zwang abzuschaffen:

»Stellvertretende Entscheidungsprozesse, Zwangspraktiken und Unterbringung müssen durch Unterstützung bei der Ausübung der Rechtsfähigkeit, einem unabhängigen Leben in der Gemeinschaft und andere Menschenrechte ersetzt werden.«
(WHO, 2021, S. 185)

Menschen, die damit rechnen, erneut oder erstmals einer psychiatrischen Akutbehandlung unterzogen zu werden, bleibt geraten, sich *rechtzeitig* zu schützen, am besten mit einer Psychosozialen Patientenverfügung (LEHMANN, 2015b). Sie sollten schon jetzt entscheiden, wie im Akutfall gemäß eigenem Willen und eigener Präferenz verfahren werden soll und welche Anwendungen sie untersagen. Dies kann nicht oft genug wiederholt und betont werden, da es viele erfahrungsgemäß immer wieder hinausschieben, ihre Optionen schriftlich zu dokumentieren.

Psychiatrisch Behandelnden ist angeraten, sich im Falle einer anstehenden Akutbehandlung an den Hippokratischen Eid zu erinnern (*nil nocere* – nicht schaden) und ihr Handeln am Willen und an den Präferenzen der betroffenen Personen zu orientieren. Diese werden ihnen mit Sicherheit dafür dankbar sein.

Hinweis

Unter <http://bit.do/psy-akut> finden Sie im Internet die ungekürzte Version dieses Artikels. Die Übersetzungen aus dem Englischen stammen von Peter Lehmann. Alle Internetzugriffe erfolgten am 5. September 2021.

Quellen

- ADERHOLD, Volkmar (2017): »Minimaldosierung und Monitoring bei Neuroleptika«, in: Peter LEHMANN / Volkmar ADERHOLD / Marc RUFER / Josef ZEHENTBAUER: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks«, Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing, S. 198-222 (eBook 2022)
- ADERHOLD, Volkmar / STASTNY, Peter / LEHMANN, Peter (2007): »Soteria – Eine alternative psychosoziale Reformbewegung«, in: Peter LEHMANN / Peter STASTNY (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 150-165 (eBook 2022)
- BERG, Christiane (2005): »Dosisanpassung vor Therapiebeginn«, in: Pharmazeutische Zeitung, 150. Jg., Nr. 51, Online-Publikation www.pharmazeutische-zeitung.de/ausgabe-512005/dosisanpassung-vor-therapiebeginn/
- BGH – Bundesgerichtshof (17.4.2007): VI ZR 108/06 (OLG Braunschweig), in: Neue Juristische Wochenschrift, 60. Jg., S. 2771-2772 – <http://openjur.de/u/77778.html>

- BRIEGER, Peter / MENZEL, Susanne (2020): »Psychiatrie ohne Ordnungsfunktion? – Kontra«, in: Psychiatrische Praxis, 47. Jg., S. 297-298
- BROUSSOLLE, Paul / ROSIER, Y. (September 1960): »Neue Übersicht über neurologische Zeichen, die durch Phenothiazin-Abkömmlinge ausgelöst werden«, in: Revue Lyonnaise de Médecine, Sondernummer, S. 140-143
- COSCI, Fiammetta / CHOUNARD, Guy (7.4.2020): »Acute and persistent withdrawal syndromes following discontinuation of psychotropic medications«, in: Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 89, S. 283-306 – www.karger.com/Article/Fulltext/506868
- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (23.9.2014): »Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN«, Online-Ressource www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2014/ethik.html
- DUMONT, Jeanne / JONES, Kristine (2007): »Die Krisenherberge. Ergebnisse einer betroffenen-definierten Alternative zur stationären Psychiatrie«, in: Peter LEHMANN & Peter STASTNY (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 186-194 (eBook 2022)
- FINZEN, Asmus / LEHMANN, Peter / OSTERFELD, Margret / SCHÄDLE-DEININGER, Hilde / EMMANOUELIDOU, Anna / ITTEN, Theodor (2015): »Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie«, in: Soziale Psychiatrie, 39. Jg., Nr. 2, S. 16-19 – <http://bit.do/absetzen-bremen>
- GRÜNDER, Gerhard (2022): »Psychopharmaka absetzen? Warum, wann und wie?«, München: Verlag Urban & Fischer
- HAASE, Hans-Joachim (1988): »Neuroleptika: Fakten und Erlebnisse«, in: Otfried K. LINDE (Hg.): »Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit«, Klingenmünster: Tilia Verlag · Mensch und Medizin, S. 137-154
- HELMCHEN, Hanfried (1981): »Aufklärung und Einwilligung bei psychisch Kranken«, in: Manfred BERGENER (Hg.): »Psychiatrie und Rechtsstaat«, Neuwied / Darmstadt: Luchterhand Verlag, S. 79-96
- KRANZ, Heinrich (1964): Schlusswort, in: Heinrich KRANZ / Kurt HEINRICH (Hg.): »Begleitwirkungen und Mißerfolge der psychiatrischen Pharmakotherapie«, Stuttgart: Thieme Verlag, S. 201-202
- LANGFELDT, Marina (2020): »Gefährdungshaftung gemäß § 84 AMG aufgrund von Fachinformationen für Antidepressiva oder Neuroleptika ohne Angaben zum Absetzen«, in: Recht und Psychiatrie, 38. Jg., S. 13-18
- LEHMANN, Peter (1999): »Psychiatric emergency-treatment: Help against one's will or action of professional violence?«, in: Excerpta Medica International Congress Series, Nr. 1179, S. 95-104 – www.peter-lehmann-publishing.com/articles/lehmann/emergency
- LEHMANN, Peter (2015a): »Psychiatrische Zwangsbehandlung, Menschenrechte und UN-Behindertenrechtskonvention«, in: Recht und Psychiatrie, 33. Jg., S. 20-33 – <http://bit.do/psychi>
- LEHMANN, Peter (18.12.2015b): »PsychPaV – Psychosoziale Patientenverfügung. Eine Vorausverfügung gemäß StGB § 223 und BGB § 1901a«, Online-Ressource <http://bit.do/psychpav>

- LEHMANN, Peter (2019a): »Elektroschocks in Deutschland, Österreich und der Schweiz im Jahre 2019«, in: Ketzlerbriefe – Flaschenpost für unangepasste Gedanken, Heft 215, S. 37-57 – <http://bit.do/ketzer>
- LEHMANN, Peter (2019b): Vorwort zur 5. Auflage, in: Peter LEHMANN (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, 5., aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 19-23 – www.antipsychiatrieverlag.de/verlag/titel/absetzen/vorworte.htm#5 (eBook 2022)
- LEHMANN, Peter (2019c): »Diskriminierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen gestern, heute und morgen«, in: Theresia DEGENER / Marc VON MIQUEL (Hg.): »Aufbrüche und Barrieren – Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er-Jahren«, Bielefeld: Transcript Verlag, S. 243-273 – <http://bit.do/diskri>
- LEHMANN, Peter (2022a): »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, eBook, Berlin / Lancaster: Antipsychiatrieverlag
- LEHMANN, Peter (2022b): »For or against dependence on antidepressants and neuroleptics: Who benefits?«, in: Peter LEHMANN / Craig NEWNES (Hg.): »Withdrawal from prescribed psychotropic drugs«, Berlin / Lancaster: Peter Lehmann Publishing, S. 75-119
- NetzG-RLP – Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e. V. (Hg.) (2017): »Aufklärungsbögen Antipsychotika«, 2. Auflage, Trier: NetzG- RLP – <http://bit.do/info-nl>
- NetzG-RLP – Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e. V. (Hg.) (2018): »Aufklärungsbögen Antidepressiva«, Trier: NetzG- RLP – <http://bit.do/info-ad>
- PARKS, Joe: Foreword, in: Joe PARKS / Dale SVENDSEN / Patricia SINGER / Mary Ellen FORTI (Hg.) (Oktober 2006): »Morbidity and mortality in people with serious mental illness«, Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors, Medical Directors Council, S. 4, Online-Ressource <http://bit.do/joeparks>
- Private Akutklinik an der Ostsee für Psychiatrie und Psychotherapie in der MEDIAN Klinik Heiligendamm (undatiert): »Behandlungsmethoden in unserer Klinik an der Ostsee«, Online-Ressource www.median-kliniken.de/de/median-klinik-heiligendamm/behandlungsgebiete/privatklinik-fuer-psychiatrie/
- SEIKKULA, Jaakko / ALAKARE, Birgitta (2007): »Offene Dialoge«, in: Peter LEHMANN / Peter STASTNY (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, S. 234-249 (eBook 2022)
- SOMATICS, LLC – the Makers of the Thymatron® (undatiert): »Thymatron® System IV – Cautions and warnings«, Venice, FL, Online-Ressource www.thymatron.com/catalog_cautions.asp
- TÖLLE, Rainer (1983): »Über den therapeutischen Umgang mit Neuroleptika«, in: Hanns HIPPIUS / Helmfried E. KLEIN (Hg.): »Therapie mit Neuroleptika«, Erlangen: Perimed, S. 54-66
- United Nations (6.-23.6.2017): »Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health«, Bericht A/HRC/35/21 an den Human Rights Council, 35. Sitzung, TOP 3; Internet-Download über <http://bit.do/puras-report>

- WHO – World Health Organization (10.6.2021): »New WHO guidance seeks to put an end to human rights violations in mental health care«, Online-Ressource www.who.int/news/item/10-06-2021-new-who-guidance-seeks-to-put-an-end-to-human-rights-violations-in-mental-health-care
- Working Group on Arbitrary Detention (6.7.2015): Report to the United Nations, General Assembly, Thirtieth session, Agenda item 3, Dokument A/HRC/30/37, Online-Ressource <https://undocs.org/A/HRC/30/37>
- ZINKLER, Martin / VON PETER, Sebastian (2019): »Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie«, in: Recht und Psychiatrie, 37. Jg., S. 203-209 – <http://bit.do/zi-vp>

Peter Lehmann

**»Medizinische und juristische Probleme
psychiatrischer Akutbehandlung«**

in: Aktion Psychisch Kranke / Peter Brieger /
Matthias Rosemann (Hg.):

»Förderung der Selbstbestimmung und
Vermeidung von Zwang. Tagungsdokumentation
06./07. und 08. September 2021 in Bremen«,

Tagungsband 48, ISBN 978-3-96605-215-3,
Köln: Psychiatrieverlag 2022,
S. 257-270