

Ist die gewaltsame Verabreichung von toxischen Psychopharmaka und von Elektroschocks zeitgemäß?

Antwort auf eine zeitlose Frage

Von Peter Lehmann

Zunehmende Verarmung und steigender Arbeitsstress weiter Teile der Bevölkerung gehen mit wachsender Demoralisierung einher. Folgen sind anschwellende Raten psychiatrischer Diagnostizierung und Unterbringung. Was wäre also für eine Ordnungsmacht und medizinisch-naturwissenschaftlich orientierte Disziplin zeitgemäßer, als mit erzwungener Anwendung der verfügbaren disziplinspezifischen Methoden – der Verabreichung psychiatrischer Psychopharmaka und Elektroschocks – der eigenen Rolle gerecht zu werden: psychische Probleme überwiegend sozialer Natur befrieden zu wollen? Die Lizenz zu psychiatrischer Gewalt erscheint um so zynischer, je gleichgültiger Psychiaterverbände die massiv verkürzte Lebenserwartung ihrer Patienten ignorieren, je öfter das Bundesverfassungsgericht das Menschenrecht auf körperliche Unversehrtheit betont und je länger sich Politiker weigern, die Forderungen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen umzusetzen.

Psychiatrie als medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplin kann dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden. Die Diagnostik verstellt den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft (Blech, 2013; Lehmann, 2012a). Weltweit wehren sich Betroffene gegen die gewaltsame Verabreichung toxischer Psychopharmaka und hirnschädigender Elektroschocks. Da mit dieser Gewalt, die vorsätzliche Qual und Erniedrigung beinhaltet, ein Geständnis („Krankheitseinsicht“) erzwungen werden soll, kann sie als Folter charakterisiert werden (Lehmann, 2010, S. 332–340). Der italienische Reformpsychiater Franco Basaglia kritisierte die Mitarbeit an psychiatrischer Entmündigung und Domestizierung als „Befriedigungsverbrechen“ (Basaglia et al., 1980).

Auch in Deutschland, wo angemessene psychosoziale Hilfen wie Soteria,

Weglaufhäuser, Krisenherbergen oder Offener Dialog Mangelware bleiben (Lehmann & Stastny, 2007), dafür immer mehr Psychopharmaka verabreicht werden, insbesondere Antidepressiva und Neuroleptika, begehren Psychiatriebetroffene auf. Diese Substanzen können Depressionen und Psychosen chronifizieren und zu einer Vielzahl dauerhafter Folgeschäden führen (Lehmann, 1996). Deren medizinische Behandlung zieht notwendigerweise immer höhere Kosten nach sich.

Höchstrichterliche Entscheidungen problematisierten 2011 psychiatrische Zwangsbehandlung. Voraussetzung für ihre Rechtfertigungsfähigkeit sei, so das Bundesverfassungsgericht (BVerfG), dass sie für den Betroffenen nicht mit Belastungen verbunden ist, die außer Verhältnis zu dem erwartbaren Nutzen stünden:

„Die Angemessenheit ist nur gewahrt, wenn, unter Berücksichtigung der jewei-



Peter Lehmann

Dr. phil. h.c., Dipl.-Sozialpädagoge, Autor und Verleger in Berlin, Vorstandsmitglied von PSYCHEX (Schweiz). Mehr siehe www.peter-lehmann.de. Kontakt: mail@peter-lehmann.de

ligen Wahrscheinlichkeiten, der zu erwartende Nutzen der Behandlung den möglichen Schaden der Nichtbehandlung überwiegt. Im Hinblick auf die bestehenden Prognoseunsicherheiten und sonstigen methodischen Schwierigkeiten des hierfür erforderlichen Vergleichs trifft es die grundrechtlichen Anforderungen, wenn in medizinischen Fachkreisen ein deutlich feststellbares Überwiegen des Nutzens gefordert wird (...). Daran wird es bei einer auf das Vollzugsziel gerichteten Zwangsbehandlung regelmäßig fehlen, wenn die Behandlung mit mehr als einem vernachlässigbaren Restrisiko irreversibler Gesundheitsschäden verbunden ist...“ (2 BvR 882/09, Abs. 61 – Herv. i. O.)

Diese Entscheidungen wirkten sich weitreichend auf Länderunterbringungsgesetze und das Betreuungsrecht aus. So erklärte der Bundesgerichtshof 2012, dass es für eine Einwilligung des rechtlichen Betreuers in eine Zwangsbehandlung an einer hinreichend bestimmten Rechtsgrundlage fehle; eine Zwangsbehandlung werde nicht dadurch weniger belastend, dass der Betreuer zustimme. Zum Schutz der Grundrechte der Unterbrachten seien besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten.

Die Urteile lösten eine Welle von Anhörungen und kontroversen Stellungnahmen aus, sowohl in Psychiater- wie

auch Betroffenenkreisen. Da das BVerfG auch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zur Urteilsbegründung herangezogen hatte, bestand insbesondere unter Betroffenen die Hoffnung, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen endlich dieselben Rechte bekommen wie Menschen mit nichtpsychiatrischen Diagnosen: nein zu vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen sagen zu dürfen.

Erneut grünes Licht für psychiatrische Gewalt

Dennoch beschloss der Deutsche Bundestag im Januar 2013, psychiatrische Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen weiterhin zu erlauben. Zwang bleibe das letzte Mittel (als das es vorher auch schon galt), damit Psychiater einem als „psychisch krank“ Deklarierten auch gegen seinen Willen Psychopharmaka und Elektroschocks verabreichen können (§ 1906 BGB): nämlich dann, wenn

- dieser aufgrund seiner „Erkrankung“ die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen könne
- zuvor versucht wurde, ihn von der Notwendigkeit der psychiatrischen Maßnahme zu überzeugen,
- Zwangsmaßnahmen nötig seien, um einen drohenden erheblichen gesundheitlichen Schaden abzuwenden,
- der zu erwartende Nutzen des gewaltsamen Eingriffs in die Selbstbestimmung die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiege
- ein Betreuungsgericht die Zwangsmaßnahme genehmigt habe (neu),
- ein Sachverständiger dem gewaltbereiten Psychiater grünes Licht gegeben habe (ebenfalls neu).

Eine gerichtliche Genehmigung und das Votum eines Psychiaterkollegen sollen die Bedenken des BVerfG hinsichtlich der Verfassungsmäßigkeit psychiatrischer Zwangsbehandlung vom Tisch wischen. Weshalb Zwangsbehandlung weniger belastend wird, wenn nach dem Betreuer auch der Betreuungsrichter den Wunsch des Psychiaters auf Anwendung von Gewalt abnickt, verstehe wer will. Weiterhin wird gelten: Ein Ja zur angeordneten Behandlung gilt als rational, ein Nein als krank. Ergebnis ist immer die Verabreichung von Psychopharmaka oder Elektroschocks.

Ein weiteres Beispiel für die geringe

Wertschätzung der Grundrechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ist die baden-württembergische SPD-Sozialministerin Karin Altpeter, die nach der eingangs erwähnten Entscheidung des BVerfG ein neues Landespsychiatriegesetz auf den Weg brachte – wieder mit dem psychiatrischen Recht auf zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks; nämlich wenn von den Betroffenen „eine Gefährdung für andere oder für sich selbst ausgeht und wenn die Einsicht in die Behandlungsbedürftigkeit fehlt“. Auf Kritik an ihrem Eintreten für psychiatrischen Zwang bemühte sie Ende 2012 als Argument ausgerechnet die Selbstbestimmung potenziell Zwangsbehandelter: das Gesetz sehe Zwangsbehandlung „nur“ vor, falls bei den Betroffenen Selbst- oder Fremdgefahr oder die Unmöglichkeit einer selbstbestimmten Lebensführung bestehe.

Gewalt zum Wohle ihrer Opfer?

Wesentlichen Druck, das Recht auf Gewaltanwendung aufrechtzuerhalten, ging von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DG-PPN), aus. Unterzeichnet von deren Präsident Peter Falkai, Honorarempfänger von Firmen wie AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eli Lilly, Janssen-Cilag, Lundbeck und Pfizer, wurde in einer Stellungnahme Zwang mit medizinethischen Überlegungen begründet. Zwang sei geradezu geboten, um Gesundheit wiederherzustellen, Schaden zu vermeiden, den „am schwersten Kranken“ eine wirksame Behandlung zu gewähren. Eine gewaltsame Behandlung diene deshalb nicht nur dem Wohl des gewaltsam Behandelten, sondern ermögliche ihm auch, wieder autonom entscheiden zu können.

Befürworter von ungeteilten Menschenrechten auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen hatten 2012 eine Vielzahl von Argumenten gebracht, um die politischen Parteien zu überzeugen, dass psychiatrische Gewalt unethisch, antitherapeutisch und inhuman ist (Lehmann, 2013). Für eine Notfallbehandlung im vitalen Interesse der betroffenen Person ohne oder gegen

ihren Willen würden die bestehenden Vorschriften des BGB (zum Beispiel in Notfällen der Eingriff als Geschäftsführung ohne Auftrag) und des StGB (Gebot der Hilfeleistung) ausreichen, psychiatrische Sondergesetze brauche es dazu nicht. Gerade der Verzicht auf Gewalt ermögliche ein therapeutisch sinnvolles Vertrauensklima. Vorhersehbare Konfliktsituationen ließen sich weitgehend mit Vorausverfügungen regeln, weshalb solche juristischen Werkzeuge – ähnlich wie Erklärungen zur Bereitschaft von Organentnahme – von Politik und Krankenkassen propagiert werden sollten.

Wenn der Tod 25 Jahre früher kommt

In allen Stellungnahmen für eine Beibehaltung des psychiatrischen Rechts auf Gewaltanwendung spielten Schäden, die Psychopharmaka und Elektroschocks bewirken können, keine Rolle. Dabei stellt für viele Psychiatriebetroffene die gewaltsame Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks eine durch und durch traumatisierende Erfahrung dar, vergleichbar der Erfahrung sexueller Gewalt. Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt habe oft massive Auswirkungen, so 2007 der Psychiater und Psychotherapeut Marc Rufer:

„Das Trauma löst das Gefühl der existentiellen Hilflosigkeit aus. Wenn der letzte Widerstand des Opfers gebrochen ist, wird es gleichsam zum Objekt, mit dem der Täter nach Belieben verfahren kann. (...) Der Hauptabwehrmechanismus, mit dem das Ich versucht, die Traumatisierung zu bewältigen, ist die Abspaltung bzw. die Dissoziation. Die Ichspaltung kann sich später als flashback manifestieren: Das Opfer sieht sich unvermittelt in die traumatische Situation zurückversetzt. Was oft zurückbleibt, ist ein Gefühl der Schuld wie auch die Tendenz, Selbstmord zu begehen. (...) Genau die Symptome, die PsychiaterInnen zu behandeln vorgeben – Verwirrung, Halluzinationen und Suizidalität sowie die Hilflosigkeit der Betroffenen – können durch ihre Eingriffe potenziert, chronifiziert, ja sogar produziert werden.“ (S. 405f.)

Der traumatisierende Effekt durch psychiatrische Gewalt wird von der Main-

"Die Symptome, die behandelt werden, können eben dadurch potenziert werden."

Braucht man psychiatrische Sondergesetze?

streampsychiatrie ignoriert. Die Betroffenen können weder Verständnis noch therapeutische Hilfe erhoffen. Dies gilt auch für die entwürdigende Erfahrung der Fixierung. Insbesondere Frauen, die psychische Probleme infolge sexueller Gewalterfahrung während ihrer Kindheit oder danach haben, dürften in der Psychiatrie ein Déjà-vu-Erlebnis haben: erneut wird Gewalt gegen sie angewandt, werden sie gewaltsam entkleidet und ans Bett geschnallt, verrichtet man entwürdigende Manipulationen an ihrem wehrlosen Körper. "Etwas Erniedrigenderes kann dir eigentlich in der Psychiatrie nicht passieren", ergaben Interviews mit Betroffenen, das ein Team um Beatrice Frajo-Apor (2011) von der Psychiatrischen Universitätsklinik Innsbruck durchführte. Fixierung ist zudem lebensgefährlich, insbesondere wegen des erhöhten Thromboserisikos und der in psychiatrischen Einrichtungen häufiger ausbrechenden Feuer.

Traumatisierende Gewalterfahrung unter Vollzug oder Androhung entwürdigender Bedingungen kulminiert in der Regel in der Verabreichung riskanter und schädigender Psychopharmaka oder Elektroschocks – ausgerechnet an der Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Sterblichkeitsrate. 2011 klagte beispielsweise die Juristin Pamela Hyde, Leiterin der Abteilung Substanzmittel-Missbrauch und Psychiatrische Dienste (SAMHSA) am US-Gesundheitsministerium, die Lebenserwartung von Psychiatriepatienten sei um durchschnittlich 25 Jahre geringer als diejenige der Durchschnittsbevölkerung. Der Pharmariese Janssen Pharmaceuticals warnte im Folgejahr: „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 (wie HIV/AIDS) sind die häufigsten Todesursachen in dieser Bevölkerungsgruppe.“

Neben der oft prekären ökonomischen Situation von Psychiatriepatienten, deren Sterberate seit drei Jahrzehnten kontinuierlich ansteigt, spielt die toxische Wirkung der verabreichten Psychopharmaka die wesentliche Rolle für diese Katastrophe. Manche Psychiater halten diese für nicht ausschlaggebend.

Selbst wenn es so wäre: Sollten der oft miserable Gesundheitszustand von Psychiatrierten und die vorher niemals sicher bestimmbaren Auswirkungen psychiatrischer Anwendungen nicht erst recht Anlass sein, die Schutzbefohlenen vor einer weiteren körperlichen Belastung durch Psychopharmaka und Elektroschocks zu bewahren?

Zweifelsohne mitverursachend für die erhöhte Sterberate sind Defizit-Syndrome, Suizidalität, Delire, Zungen-Schlund-Krämpfe mit Erstickungsanfällen, Lebererkrankungen, Geschwulstbildungen, die sich zu Krebs entwickeln können, Diabetes, Gefäßerkrankungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall – allesamt mögliche „Neben“-Wirkungen von Neuroleptika. Vor einer gewaltsamen Verabreichung von Psychopharmaka und Elektroschocks findet oft keine sorgfältige körperliche Untersuchung statt, ebenso unterbleiben im Verlauf der Behandlung meist Kontrolluntersuchungen, um Frühwarnsymptome aufzuspüren, die auf die Entwicklung chronisch oder tödlich verlaufender neuroleptika-bedingter Erkrankungen hinweisen (Lehmann, 2012b). Auch werden die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht über Frühwarnsymptome informiert.

Diskriminierung und Gleichgültigkeit

Das Sterben ihrer Patienten ist für gewöhnliche Psychiater und ihren Interessenverband offenbar kein Anlass, auf ihr Recht auf gewaltsamen Vollzug der Behandlung zu verzichten, werden sie doch bisher straf- und zivilrechtlich nicht verfolgt. Auch den Parlamentariern von CDU über SPD und FDP bis hin zu den Grünen bot die verminderte Lebenserwartung psychiatrisch Behandelte keinen Grund, gegen den Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Aufrechterhaltung psychiatrischer Zwangsbehandlung zu stimmen.

Alle Beteiligten sollten einen großen Bogen um psychiatrische Einrichtungen machen, solange existenzielle Themen nicht auf der Tagesordnung stehen:

- das Recht auf Aufklärung und informierte Zustimmung
- die Traumatisierung durch psychiatrische Gewalt

- die Suizidalität infolge der Eigenwirkung von Neuroleptika
- die verringerte Lebenserwartung
- die Verweigerung von Hilfestellung beim Absetzen von psychiatrischen Psychopharmaka, der Aufarbeitung von Menschenrechtsverletzungen, psychiatriepolitischer Mitwirkung,
- die Verweigerung fairer Gerichtsverfahren, Strafverfolgung, Schadenersatz und Schmerzensgeld bei Behandlungsschäden und des uneingeschränkten Rechts auf informelle Selbstbestimmung.

Angehörige und psychosozial Tätige sollten sich gut überlegen, welchen Risiken sie ihre Familienmitglieder bzw. Patienten und Klienten aussetzen, wenn sie diese zum Psychiater schicken. Psychiater, die Zwangsbehandlung ablehnen, könnten sich überlegen, ob es nicht Zeit ist, öffentlichkeitswirksam die DGPPN zu verlassen – wie weiland der Soteria-Begründer Loren Mosher aus dem US-amerikanischen Psychiaterverein APA austrat wegen der Abhängigkeit des Verbandes von der Pharmaindustrie.

Betroffenen bleibt wenig anderes übrig, als noch mehr Energie in Selbsthilfefanstrengungen zu investieren und insbesondere in viel stärkerem Ausmaß als bisher seriöse Voraussetzungen für den Fall der Psychiatrisierung zu formulieren (empfehlenswert: „Für den Fall, dass“ von Fietzek & von Zwendorf, 2013), ohne dabei Seelenfängern auf den Leim zu gehen, die pauschalen Schutz vor unerwünschten psychiatrischen Maßnahmen jedweder Art versprechen, zum Einsetzen von Bevollmächtigten mit uneingeschränkten Rechten oder zum Beitritt in Psychosekten aufrufen. Juristen, die sich für psychiatrisch Geschädigte einsetzen, sollten prüfen, inwiefern sie im Schadensfall straf- und zivilrechtlich begründete Klagen wegen Körperverletzung oder Tötung mit bedingtem Vorsatz erheben können.

Rettung von außen?

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, die in Deutschland 2009 durch Ratifizierung rechtlich unmittelbar wirksam wurde, gilt auch für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen. Sie erzwingt eine Anpassung der bisher gültigen Bundes- und Landesgesetze an die neu entstandene Rechtslage und verbietet – eigent-

lich – eine rechtliche Schlechterstellung aufgrund einer diagnostizierten Behinderung oder Krankheit. Artikel 17 der Konvention: „Jeder Mensch mit Behinderung hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.“

Bisher sind dies lediglich Worte. Anlässlich der Lesung des Gesetzes zur Wiedereinführung der ärztlichen Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht im Januar 2013 im Bundestag warnte Valentin Aichele, Leiter der Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, es sei menschenrechtlich fraglich, ob eine psychiatrische Behandlung ohne freie Zustimmung der betroffenen Person vorgenommen werden dürfe; vor dem Hintergrund der aktuellen menschenrechtlichen Diskussion und der Entwicklung des internationalen Rechts gebe es schwerwiegende Bedenken gegen diese Regelung. Geholfen hat auch

diese Warnung nicht. Psychiater dürfen weiterhin umsatzfördernd das Selbstbestimmungsrecht ihrer Patienten ignorieren. So bleibt neben dem Aufruf zu Verweigerung und Widerständigkeit noch die Hoffnung, dass die Institutionen zur Überwachung und Umsetzungsbegleitung der UN-Behindertenrechtskonvention (zum Beispiel der entsprechende UN-Fachausschuss), der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (der bisher Psychiatriebetroffene in aller Regel abblitzen lässt) oder nationale Gerichte irgendwann den Gesetzgeber zwingen, Menschen mit psychiatrischen Diagnosen rechtlich Menschen mit somatischen, das heißt nichtpsychiatrischen Diagnosen gleichzustellen. Letztere haben das Recht, vorgeschlagene Behandlungsmaßnahmen abzulehnen. Erstere nicht. ●

Literatur

siehe www.peter-lehmann.de/document/kerbe.pdf

Information

Zur Debatte ist bei der Diakonie Deutschland eine Handreichung erschienen:

Freiheits- und Schutzrechte der UN-Behindertenrechtskonvention und Zwangsmaßnahmen.

Download unter <http://www.diakonie.de/02-2013-freiheits-und-schutzrechte-12087.html> oder gegen Gebühr bestellbar unter vertrieb@diakonie.de.

Kerbe – Zeitschrift für soziale Psychiatrie

Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin, E-Mail: kerbe@beb-ev.de, Internet: www.kerbe.info

Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster (Redaktionsleitung), Stuttgart; Jürgen Bombosch, Düsseldorf; Karsten Groth, Hamburg; PD Dr. Holger Hoffmann, Bern; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Margret Osterfeld, Dortmund; Johannes P. Petersen, Rendsburg; Dr. Irmgard Plöbl, Stuttgart; Dr. Kathrin Ratzke, Berlin; Georg Schulte-Kemna, Stuttgart; Cornelia Class-Hähnel, Stuttgart.

Verlag und Bestelladresse:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstr. 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0, Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evangelischeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 26 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft 7 Euro. ISSN 0724-5165

Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Tel. (0711) 60100-41, Fax -76. E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de. Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2013.

Layout:

Atelier Reichert, Stuttgart

Druck:

Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November