

This text was published

in: Theresia Degener & Marc von Miquel (Hg.):

**Aufbrüche und Barrieren –
Behindertenpolitik und Behindertenrecht
in Deutschland und Europa
seit den 1970er-Jahren**

ISBN 978-3-8376-4389-3 (gedruckte Buchausgabe)
ISBN 978-3-8394-4389-7 (PDF E-Book)
DOI: 10.14361/9783839443897-011

Bielefeld: Transcript Verlag 2019, S. 243-273

The text is posted here by permission of transcript
Verlag for personal use only, not for redistribution.

**Diskriminierung von Menschen mit
psychiatrischen Diagnosen gestern,
heute und morgen**

Peter Lehmann

Viel ist die Rede vom Wandel der Rechtsnormen auch im psychiatrischen Bereich. Die Psychiatrie-Enquête von 1975 gilt häufig als Wendepunkt in der zweifelhaften Geschichte der Psychiatrie mit ihren Menschenrechtsverletzungen. Doch Menschenrechte waren in der Enquête kein Thema. Jahrzehntelang wurde in den deutschen Bundesländern systematisch gegen das Grundrecht auf körperliche Unverletzbarkeit verstossen. Ungebrochen finden in der Psychiatrie fortwährend Menschenrechtsverletzungen statt. Dies betrifft insbesondere die mit oder ohne Zwang vollzogene psychiatrische Behandlung ohne informierte Zustimmung. Aktuell kehrt der Elektroschock wieder, auch unter Zwang verabreicht. Die Umsetzung der in der UN-Behindertenrechtskonvention enthaltenen Forderung nach Gleichheit von psychiatrisch behandelten Menschen vor dem Gesetz ist hochaktuell.

Informiert wird auch nicht über Frühwarnsymptome, mit denen sich psychopharmakabedingte Erkrankungen ankündigen. Die enorme Vulnerabilität psychiatrisch behandelter Menschen, 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 sich für dafür entscheiden, die Einnahme von Psychopharmaka zu beenden, und wenn sie unter Entzugsproblemen leiden. Neuroleptikabedingte Suizidalität wird ebenso ignoriert wie das Fehlen therapeutischer Angebote für Menschen, die durch psychiatrische Zwangsbehandlung

traumatisiert sind. Die Psychiatrie als medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplin kann dem Anspruch, psychosoziale Probleme zu lösen, nicht gerecht werden. Es ist dringend nötig, evaluierte humanistische Alternativen für Menschen in psychischen Notlagen einzuführen.

Der Gleichheitssatz der UN-Behindertenrechtskonvention beinhaltet über die Gleichheit von psychiatrisch behandelten Menschen vor dem Gesetz hinaus auch die Gleichheit von Psychiatern vor dem Gesetz, insbesondere dem Strafrecht, wenn sie die Rechte ihrer Patientinnen und Patienten verletzen. Ohne diese Gleichheit, deren Umsetzung nicht in Sicht ist, wird sich die willkürliche und straffreie Verletzung der Menschenrechte von psychiatrisch behandelten Menschen fortsetzen.

OBSKURES MENSCHENRECHTSVERSTÄNDNIS IN DER PSYCHIATRIE-ENQUETE

Viele verbinden mit der Psychiatrie-Enquête von 1975 die Beendigung der inhumanen Zustände in der Psychiatrie und die Gewährung von Menschenrechten auch für psychiatrisch behandelte Menschen (»psychisch Kranke«). Unter der Überschrift »Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich Kranken« wurde seinerzeit gefordert: »Dem psychisch Kranke 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.«¹ Allerdings ging es nicht um Menschenrechte auch für psychiatrisch behandelte Menschen, 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, der Registrierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und der erneu-

ten Legalisierung von Sterilisationen ohne Einwilligung der Betroffenen.² 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.«³

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 bauliche Gegebenheiten, deren Modernisierung als Erfolg der Psychiatrie-Enquête bis heute gepriesen wird, für psychiatrisierte Menschen wichtig sind, versteht sich von selbst; wer möchte schon in Bettensälen mit 50 Leidensgenossen und maroden sanitären Einrichtungen dahinvegetieren? Niels Pörksen, bekannt durch eine langjährige Vorstandarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN), brachte das Verständnis von Menschenwürde in der Psychiatrie-Enquête auf den Punkt:

»Vieles, was in der Psychiatrie-Enquête 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.«⁴

Zu der Zeit, als die Psychiatrie-Enquête erstellt wurde, war auch die Sozialistische Selbsthilfe Köln (SSK) aktiv, die sich – gefördert durch den Literaturnobelpreisträger Heinrich Böll – um Ausreißer aus Erziehungsheimen, um Obdachlose und Psychiatriebetroffene kümmerte.⁵ In einer Rede vor dem Gesundheitsausschuss des Landschaftsverbands Rheinland in Köln rief Lothar Gothe, einer der

2 Ebd., S. 33f.

3 Ebd., S. 205.

4 Niels Pörksen: § 100 – der Hemmschuh. Ohne Änderung läuft nichts in der Gemeindepsychiatrie, in: DGSP-Rundbrief, 1983, H. 21/22, S. 14.

5 Lothar Gothe/Rainer Kippe: Ausschuss – Protokolle und Berichte aus der Arbeit mit entflohenen Fürsorgezöglingen, Köln 1970.

1 Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung, in: Deutscher Bundestag, 1975, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, S. 205.

Gründer des SSK, 2011 die psychiatrischen Menschenrechtsverletzungen in Erinnerung. Er 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.«⁶

PSYCHIATRISCHE MENSCHENRECHTSVERLETZUNGEN HEUTE UND MORGEN

Menschenrechtsverletzungen werden gern als Missstände vergangener Zeiten abgetan. Doch damit sind sie nicht aus der Welt geschafft. Wie die folgenden Kapitel zeigen, werden die Rechte von psychiatrisch behandelten Menschen akut und systematisch verletzt.

Fortwährende Behandlung ohne informierte Zustimmung

Untersuchungen jüngeren Datums, die unter Mitarbeit unabhängiger Betroffener erstellt wurden, wie zum Beispiel die europäische Studie »Diskriminierung von Psychiatriebetroffenen im Gesundheitswesen«, kamen zum Ergebnis, dass psychiatrisch behandelten Menschen Menschenrechte strukturell vorenthalten werden. In dieser multinationalen Studie im Rahmen des »Aktionsprogramms der Gemeinschaft zur Bekämpfung von Diskriminierung 2001-2006« der Europäischen Kommission, Abteilung Beschäftigung und Soziales, fragten Verbände von psychiatrisch Tätigen, von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und von Angehörigen aus England, Wales, Österreich, Deutschland, Spanien und den Niederlanden gemeinsam mit einem belgischen Forschungsinstitut nach Erfahrungen im Gesundheitssystem. Ergebnis war: Menschen mit psychiatrischen Diagnosen 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.

6 Lothar Gothe: Rede vor dem Gesundheitsausschuss des Landschaftsverband Rheinland, Köln, 10. Juni 2011, Link: http://armeirre.blogspot.de/images/LotharGothe_Gesundheitsausschuss_LVR_1062011.pdf (10.11.2018)

siert.⁷ Neue Studien, die zu einem anderen Ergebnis kommen, sind nicht bekannt. Aus dem Wissen über Verstöße gegen Recht und Ethik folgen jedoch kaum Konsequenzen, es sei denn, die Betroffenen werden aktiv und finden Unterstützer.⁸

Von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ist keine Initiative zur Verbesserung der Rechtsstellung von psychiatrisch behandelten Menschen zu erwarten. 2012 wurde beispielsweise Hanfried Helmchen, ehemaliger DGPPN-Vorsitzender, vom DGPPN-Präsidenten Frank Schneider »in Anerkennung seiner Expertise, seiner Erfahrung und seines Engagements« in den DGPPN-Beirat berufen.⁹ Welches Engagement Helmchen seinen Kollegen in Sachen Aufklärung vorschlug, erläuterte er 1981 am Beispiel der Warnung vor den gefürchteten tardiven Dyskinesien, einer oft bleibenden oder erst beim oder nach dem Absetzen auftretenden, nicht behandelbaren und mit einer Verkürzung der Lebenszeit einhergehenden veitstanzartigen Muskelstörung, in dem Buch *Psychiatrie und Rechtsstaat*. Über das Risiko einer tardiven Dyskinesie meinte Helmchen 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 Pa-

7 Aktionsprogramm gegen »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich«: »Hier wird nicht schikaniert«, Poster, Brüssel 2005.

8 Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.): Aufklärungsbögen Antipsychotika, erstellt in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik, dem Pfalzklinikum Klingenmünster, Volkmar Aderhold und Peter Lehmann, Trier 2017; dies.: Aufklärungsbögen Antidepressiva, erstellt in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik, dem Pfalzklinikum Klingenmünster, dem Krankenhaus zum Guten Hirten Ludwigshafen, Markus Kaufmann, Peter Lehmann und Anne Pesch, Trier 2018.

9 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: Beirat nimmt seine Arbeit auf – Erfahrung und Engagement der ehemaligen DGPPN-Präsidenten für die Fachgesellschaft erhalten, Internetveröffentlichung vom 26. Mai 2012, Link: <http://www.dgppn.de/ehrungen-preise/aktuelles-ehrungen-und-preise/detailansicht/article/beirat-nimmt.html> (2.11.2013).

tienten über dieses Nebenwirkungsrisiko vor Beginn einer notwendigen neuroleptischen Behandlung informiert würden.¹⁰

Aus dem Verständnis der Unheilbarkeit der sogenannten Schizophrenie und den Übereinkommen über die Notwendigkeit der Dauerverabreichung von Neuroleptika ergibt sich, dass in aller Regel auch nach Abklingen akuter Verstärktheitszustände nicht aufgeklärt wird.

Psychiatrische Behandlung und Frühsterblichkeit

Menschen mit psychiatrischen Diagnosen und entsprechender Behandlung haben eine um durchschnittlich zwei bis drei Jahrzehnte reduzierte Lebenserwartung.¹¹ Die Sterblichkeit von Psychiatriepatientinnen und -patienten steigt seit drei Jahrzehnten in alarmierender Weise kontinuierlich linear an.¹² Die Firma Janssen Pharmaceuticals, Hersteller unter anderem von Haloperidol (Haldol[®]), Paliperidon (Invega[®]) und Risperidon (Risperdal[®]), schrieb 2012:

10 Hanfried Helmchen: Aufklärung und Einwilligung bei psychisch Kranken, in: Manfred Bergener (Hg.), *Psychiatrie und Rechtsstaat*, Neuwied und Darmstadt 1981, S. 79-96, hier S. 83.

11 Urban Ösby/Nestor Correia/Lena Brandt et al.: Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden, in: *Schizophrenia Research* 45 (2000) H. 1-2, S. 21-28; Craig W. U. Colton/Ronald W. Manderscheid: 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* 3 (2006) H. 2, S. 1-14; Volkmar Aderhold: Antwort auf die Stellungnahme der Arbeitsgruppe »Biologische Psychiatrie« der Bundesdirektorenkonferenz (BDK), in: *Soziale Psychiatrie* 32 (2008) H. 4, S. 28-32; Volkmar Aderhold: Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Minimale Anwendung von Neuroleptika – ein Update, unveröffentlichtes Manuskript vom September 2010, Link: http://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Texte_Anmeldecoupons/Aderhold_Antipsychotika_Update.pdf (12.12.2018); Volkmar Aderhold: Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Ein Update zur Neuroleptika-Debatte, in: *Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie* 31 (2013) H. 2, S. 25-27; Stefan Weinmann/John Read/Volkmar Aderhold: Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review, in: *Schizophrenia Research* 113 (2009) H. 1, S. 1-11.

12 Sukanta Saha/David Chant/John McGrath: A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time?, in: *Archives of General Psychiatry* 64 (2007), S. 1123-1131.

»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.«¹³

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 psychiatrisch behandelten Menschen 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«. Parks 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 Anfälligkeit (Krankheit) und Sterblichkeit (Tod) in diesem Personenkreis beschleunigt hat. Tatsächlich sterben Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung nunmehr 25 Jahre früher als die Durchschnittsbevölkerung.«¹⁴

Gemeinsam mit seinen Kolleginnen und Kollegen wies er auf den Zusammenhang der Frühsterblichkeit speziell mit den sogenannten atypischen Neuroleptika und deren gefährlichen unerwünschten Wirkungen hin; dabei warnte er vor Gewichtszunahme, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Insulinresistenz (fehlender oder stark herabgesetzter Reaktion der Zellen auf Insulin) und metabolischem

13 Janssen Pharmaceuticals, Inc.: The importance of total wellness, in: *Choices in Recovery – Support and Information for Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorder* 9 (2012) H. 2, S. 12.

14 Joe Parks: Foreword, in: Joe Parks/Dale Svendsen/Patricia Singer et al. (Hg.), *Morbidity and mortality in people with serious mental illness*. Thirteenth in a Series of Technical Reports, Alexandria, VA, S. 4, Internetveröffentlichung vom Oktober 2006, Link: <http://www.nasmhpdc.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf> (10.11.2018).

Syndrom (Kombination aus Übergewicht, Insulinresistenz, Fettstoffwechselstörung und Bluthochdruck).¹⁵

Würde man – wie die Mehrzahl der Mainstreampsychiater – den angeschlagenen Gesundheitszustand als ursächlich für ihren häufigen 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. Noch deutlicher wird dieses Problem 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.¹⁶ Auch die DGPPN sieht die Psychiatrie in einer besonderen Pflicht, wie sie in ihrer *ethischen Stellungnahme 2014* betonte.¹⁷

Psychiatrische Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, vermögen eine Vielzahl körperlicher Erkrankungen und seelischer Leiden hervorzurufen. Zu nennen sind Gewichtszunahme und Fettleibigkeit, chronischer Diabetes, erhöhter Cholesterinspiegel, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskelentzündungen, metabolisches Syndrom, Schlaganfall, Herzinfarkt, 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 psychophar-

makabedingter Erkrankungen sind bekannt.¹⁸ Der dänische Internist Peter Gotzsche schätzt, »dass 200.000 der 20 Millionen mit Zyprexa [Wirkstoff Olanzapin – P.L.] 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 [potenziell toxische – P.L.] Medikament ist, muss die Zahl der Opfer noch höher sein.«¹⁹

Angesichts des Ausmaßes der Risiken wäre es für psychiatrisch behandelte Menschen von existenzieller Wichtigkeit, die Frühwarnzeichen dieser iatrogenen Erkrankungen und die notwendigen 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 Herzaktivität von Seiten des Psychiaters und trotz bekannter Herzstörungen unter einer hohen Dosis des Neuroleptikums Amisulprid (im Handel auch als Solian[®]) an Herzversagen gestorben war; der Bundesgerichtshof urteilte, dass das Absehen von einer aus medizinischer Sicht gebotenen Befunderhebung einen groben ärztlichen Fehler darstellt.²⁰

Amisulprid gehört wie Olanzapin oder Risperdal[®] (Wirkstoff Risperidon) zur Gruppe der modernen sogenannten atypischen Neuroleptika, die als besser verträglich beworben werden. Gerhard Ebner, Mitglied des Advisory Board bei Janssen-Cilag zur Einführung des Risperdal Consta und gleichzeitig Präsident der Schweizerischen Vereinigung Psychiatrischer Chefarzte, warnte allerdings schon 2003:

»Es handelt sich nicht um weniger Nebenwirkungen, sondern um andere, die aber ebenfalls sehr einschneidend sein können, auch wenn sie von den Patienten nicht unmittelbar wahrgenommen werden, weswegen die Patienten leichter zur Einnahme dieser Antipsychotika motiviert werden können, da die quälenden Frühdyskinesien/extrapyramidalen

15 Joe Parks/Dale Svendsen/Patricia Singer et al (Hg.): Morbidity and mortality in people with serious mental illness. Thirteenth in a Series of Technical Reports, Alexandria, VA, S. 6, Internetveröffentlichung vom Oktober 2006, Link: <http://www.nasmhp.org/sites/default/files/Mortality%20and%20Morbidity%20Final%20Report%208.18.08.pdf> (10.11.2018)

16 Erwin Pape: Es war psychiatrischer Massenmord, in: Klaus Dörner/Christiane Haerlin/Veronika Rau et al. (Hg.), Der Krieg gegen die psychisch Kranken, Bonn 1980, S. 45-46.

17 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde: Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen – Eine ethische Stellungnahme der DGPPN, Internetveröffentlichung vom 23. September 2014, Link: <https://www.dgppn.de/presse/stellungnahmen/stellungnahmen-2014/ethik.html> (10.11.2018).

18 Peter Lehmann: Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, 2014, H. 1, S. 16-19.

19 Peter C. Gotzsche: Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität – Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumptiert, 2. Auflage, München 2015, S. 351.

20 BGH v. 24.2.2014; Az. VI ZR 106/13, in: Recht und Psychiatrie 33 (2015), S. 157-159.

Nebenwirkungen [*Störungen des physiologischen Bewegungsablaufs einer Körperregion, eines Körperteils oder eines Organs*] nicht oder nicht so stark auftreten.“²¹

Die Bedeutung der Frühwarnzeichen

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 Herzkrankgefäß, Bluthochdruck und Emphysema [*übermäßigenes oder ungewöhnliches Vorkommen von Luft in Körpergeweben und -organen*]. Eine Reihe von Erklärungen für diese Anfälligkeit weisen auf die Lebensgewohnheiten von Menschen mit schweren psychischen Krankheiten, die oft mit schlechter Ernährung, Fettleibigkeit, viel Rauchen und dem Konsum von Alkohol und Drogen verbunden ist. Wie in diesem Artikel später beschrieben, sind antipsychotische Medikamente in Verbindung gebracht worden mit Gewichtszunahme, dem Entstehen von Diabetes, steigenden Plasmalipidspiegeln [*Blutfettspiegeln*] und unregelmäßigen Elektrokardiogrammbefunden. Zusätzlich zu ihrem bei Schizophrenie üblichen Potenzial, körperliche Probleme zu verschlimmern, sind Antipsychotika in Verbindung gebracht worden mit anderen Nebenwirkungen, die die Gesundheit angreifen, einschließlich Prolaktinerhöhung, der Ausbildung eines Katarakts [*Grauer Star, Trübung der Augenlinse*], Bewegungs- und Sexualstörungen. Wegen der gestiegenen Gesundheitsrisiken, die mit Schizophrenie und der zu ihrer Behandlung verwendeten Medikamente verbunden sind, ist die Überwachung der körperlichen Gesundheit als Mittel der Gesundheitsförderung bei dieser Patientengruppe besonders wichtig. [...] Wenn Hyperprolaktinämie (*erhöhte Prolaktin-Konzentration im Blut*) 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 Hyperprolak-

21 Gerhard Ebner: Aktuelles aus der Psychopharmakologie. Das Wichtigste vom ECNP-Kongress, in: Psychiatrie (Schweiz), Online-Ausgabe, 2003, H. 1, S. 29-32.

tinämie der Vorbote eines ernsthaften zugrundeliegenden Problems wie zum Beispiel ein Hypophysentumor [*Tumor in der Hirnanhangdrüse*] sein kann.“²²

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.²³ Per Definition gehören psychiatrisch behandelte Menschen 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 Gesetz herzustellen.

Menschen mit Behinderungen sollen dieselben Rechte zugestanden werden, wie sie auch Menschen ohne Behinderungen gewährt werden. Gleichzeitig ver-

22 Stephen R. Marder/John W. Hubbard/Theodore van Putten et al.: Physical health monitoring of patients with schizophrenia, in: American Journal of Psychiatry 161 (2004), S. 1334-1349.

23 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, in: Bundesgesetzblatt, 31. Dezember 2008, Teil II, H. 35, S. 1419-1457.

pflichteten sich die Staaten, die die Konvention ratifiziert haben, proaktiv Maßnahmen zu ergreifen, um die Gleichheit von psychiatrisch behandelten Menschen vor dem Gesetz herzustellen. Eine Enquête, die in deutschen psychiatrischen Einrichtungen strukturell verbüte Menschenrechtsverletzungen erfasst, steht allerdings noch aus. Sie wäre dringend notwendig. 2011 erkannte das Bundesverfassungsgericht nach einer Verfassungsbeschwerde eines in Baden-Württemberg im Maßregelvollzug Untergebrachten mit dem Beschluss zum Verfahren 2 BvR 633/11, dass (auch) in diesem Bundesland jahrzehntelang die Menschenrechte auf Selbstbestimmung und körperliche Unversehrtheit ohne Rechtsgrundlage verletzt wurden. Im Folgejahr rügte der Bundesgerichtshof mit seinem 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 psychiatrisch behandelter Menschen als Selbstverständlichkeit hingenommen und noch nicht einmal als Menschenrechtsverstöße wahrgenommen haben.

Keine 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 verbundenen 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)?«²⁴

24 Pirkko Lahti: Vorwort, in: Peter Lehmann (Hg.), *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern*, 4. aktualisierte Auflage, Berlin, Eugene und Shrewsbury 2013, S. 10-12, hier S. 11.

2015 meinte der Psychiater Asmus Finzen, 1970 Gründungsmitglied der DGSP und von 1971 bis 1975 Mitverfasser der Psychiatrie-Enquête, Ärzte würden nur lernen, wie man Psychopharmaka verordnet, nicht aber, wie man sie wieder absetzt. Das Verstoßen absetzwilliger Patientinnen und Patienten könne jedoch ein Kunstfehler sein: »Wenn ein Patient Medikamente, die er langzeitig eingenommen hat, absetzen oder reduzieren will, hat der behandelnde Arzt ihm gefälligst zu helfen – auch wenn er anderer Meinung ist.«²⁵

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 und Antidepressiva²⁶ 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 unbekannten Teil der chronisch Behandelten sei das Absetzen wegen der unerträglichen Entzugserscheinungen schwierig, wenn nicht unmöglich.²⁷ Doch ohne über Abhängigkeitsrisiken aufzuklären, verordnen Medizinerinnen und Mediziner unentwegt diese Substanzen – ein auch zivil- und strafrechtlich relevanter Tatbestand. In Einklang mit den Interessen der Pharmaindustrie und unterstützt von psychoedukativen Mitstreiterinnen und Mitstreitern leugnen sie – mit Ausnahme der Aufklärungsbroschüren Antidepressiva und Neuroleptika²⁸ – jegliches Abhängigkeitsrisiko bei Antidepressiva und Neuroleptika und bagatellisieren deren Risiken.

25 Asmus Finzen: Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht. In: Asmus Finzen/Peter Lehmann/Margret Osterfeld et al.: *Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie*, in: Soziale Psychiatrie 39 (2015) H. 2, S. 16-19, hier S. 16.

26 Peter Lehmann: Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und atypischer Neuroleptika, in: Peter Lehmann/Volkmar Aderhold/Marc Russer et al., *Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen*. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks, Berlin und Shrewsbury 2017, S. 19-174.

27 Vgl. Peter Lehmann: *Schöne neue Psychiatrie*, Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern, Berlin 1996, S. 353-456 und S. 353-456.

28 Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e.V., *Aufklärungsbogen Antidepressiva*, Trier 2017; *Aufklärungsbogen Antipsychotika*, Trier 2018.

Psychiatrisch behandelte Menschen, die sich entscheiden, ihre Psychopharmaka-Einnahme zu beenden, 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 unterstützende Tätigkeiten beim Absetzen kaum abrechnen, und es gibt auch keine Finanzierung von Rehabilitationsmaßnahmen. Die Zahl psychiatrisch behandelter Menschen, die aufgrund fehlender Hilfen beim Absetzen von Psychopharmaka zu Schaden oder gar zu Tode kommen, dürfte beträchtlich sein.

An dieser Situation wird sich vermutlich erst dann etwas ändern, wenn – ähnlich wie in den 1980er-Jahren bei Benzodiazepinen²⁹ – Hersteller und Anwender von Neuroleptika und Antidepressiva zur Zahlung von Schmerzensgeld verurteilt werden, weil 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 führt.

Logarithmen und Elektroschocks

Zum Leidwesen vieler Psychiater setzt eine große Zahl psychiatrischer Patientinnen und Patienten aus eigenem Entschluss die verordneten Antidepressiva und Neuroleptika ab. Eine Reaktion von Psychiatern stellen Absetzstudien dar, deren Ziel die Entwicklung von Logarithmen ist, mit denen man erkennen will, bei wem die Psychopharmaka abgesetzt werden können und wem sie besser weiterhin verabreicht werden sollen. Bei solchen Studien werden die Teilnehmer nicht über Entzugsprobleme informiert, auch nicht darüber, wie diese minimiert werden können, so dass das Ergebnis tendenziell vorbestimmt ist: Der Absetzversuch schlägt wegen heftiger Entzugssymptome fehl oder wird als Fehlschlag interpretiert, woraufhin weiterhin oder gar noch vermehrt Psychopharmaka oder augmentativ, das heißt wirkungsverstärkend, Elektroschocks verabreicht wer-

29 »Aufrechterhaltung der Tablettensucht durch ärztliche Tablettenverschreibung – StGB § 223«, in: Neue Juristische Wochenschrift 41 (1988), S. 2965; »Herbeiführung einer weiteren Sucht durch einen Arzt anlässlich Substitutionsbehandlung – StGB §§ 15, 223, 229«, in: Neue Juristische Wochenschrift 2003, S. 371-373.

den.³⁰ Die Verabreichung von Elektroschocks kann allerdings auch die logische Konsequenz von Toleranzbildung, Wirkungsverlust und sogenannter Behandlungsresistenz bei Antidepressiva³¹ und Neuroleptika³² darstellen. Seit Mitte der 1980er-Jahre führt das Ausbleiben der erwünschten Reaktion auf Antidepressiva und Neuroleptika zu einer langsamen, aber kontinuierlichen Wiederbelebung des Elektroschocks. Als Anlässe zur Rechtfertigung gelten unbefriedigende Wirkungen von Antidepressiva, Neuroleptika und Phasenprophylaktika, Versagen einer Behandlung mit *atypischen* Neuroleptika, insbesondere das »Nichtansprechen« auf Leponex oder gar dessen Ablehnung sowie Kontraindikationen zu Neuroleptika.

Bei Elektroschocks geht es nicht darum, dass man den Betroffenen mit Stromstößen Schocks zufügt, sondern in deren Gehirnen mit elektrischen Stromstößen Krämpfe bewirkt, die sich in epileptischen Anfällen äußern. Die Methode und ihre Bezeichnung als Elektroschock wurde 1938 von Psychiatern im faschistischen Italien unter Mussolini eingeführt. Hintergrund ist der Glaube, Epilepsie und die sogenannte Schizophrenie würden sich ausschließen. Psychiater schätzen am Elektroschock die hohe Responserate, das heißt seine Wirkung auf Knopfdruck. Der epileptische Anfall tritt sofort ein, die psychischen Probleme treten erst mal in den Hintergrund.

Psychiaterverbände in Deutschland, Südtirol (Italien), Österreich und der Schweiz riefen 2012 dazu auf, flächendeckend Elektroschock-Apparate anzuschaffen und konsequent, vorbeugend und kontinuierlich Elektroschocks zu verabreichen. Zeitgleich wurde vom Bundesministerium für Gesundheit ein Entgeltssystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen initiiert, mit dem Krankenhäuser mit Elektroschocks und deren krankenhausindividueller Abrechnung als Zusatzleistung lukrative Mehreinnahmen erwirtschaften können. Ab Januar 2018 erhält eine psychiatrische Klinik in Deutschland für jeden Tag eines stationären Aufenthalts 300 €, für den ersten Elektroschock kommen 297 € hinzu und für jeden weiteren 220 €. Sollte eine durchgehende 1:1-Betreuung nötig werden, können noch einmal 1000 € pro Tag in Rechnung gestellt werden. Hun-

30 Lehmann, Peter: (Einige) Offene Fragen Psychiatriebetroffener zum Absetzen von Psychopharmaka, in: Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatriebetroffener e.V. (Hg.), PSYCHEXIT – Auf dem Weg zum Curriculum »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«. Dokumentation, Berlin 2016, S. 15-24.

31 Vgl. Lehmann (2017), S. 94-98.

32 Vgl. ebd., S. 99-102.

derte von Kliniken haben die gewinnbringenden Apparate angeschafft und sind dabei, sie zu amortisieren.

Die Freunde des Elektroschocks begründen ihre Maßnahme mit nur geringen Nebenwirkungen und überlegener Ansprechrate. Weitere Argumente sind (1) das Ausbleiben von Muskel- und Knochenschäden durch den Einsatz muskeler schlaffender Substanzen, (2) die Verabreichung des Schocks unter Narkose, (3) angeblich tolerierbare zeitlich nur begrenzte Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit (»sofern diese überhaupt auftreten«), (4) fehlende neuere Berichte über elektroschockbedingte Hirnblutungen sowie (5) die angebliche Anregung zur Neubildung von Nervenzellen. Einzelne lediglich subjektiv belastende autobiographische Gedächtnisstörungen seien zwar zu beachten, bezüglich Häufigkeit und Ursächlichkeit jedoch unklar. Und viele Patienten würden zwangsläufig verabreichte Elektroschocks im Nachhinein befürworten.³³

Dass selbst die American Psychiatric Association informierte, Elektroschocks können zu chronischen Gedächtnisstörungen führen, stört die Freunde des Elektroschocks hierzulande nicht. Möglicherweise bedingt durch ein patientenfreundlicheres Recht auf Schadenersatz bei Behandlungsschäden, musste der US-amerikanische Psychiaterverein Anfang des 21. Jahrhunderts einräumen: »Einige Patienten erholen sich von retrograder Amnesie [Verlust des Gedächtnisses hinsichtlich zurückliegender Ereignisse] nicht vollständig, und die Befunde haben gezeigt, dass EKT [Elektrokrampftherapie] zu langanhaltendem oder dauerhaftem Gedächtnisverlust führen kann.«³⁴

Die bekanntesten Behandlungsschäden sind Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit und Gedächtnisstörungen. Manche Patienten vergessen nach Elektroschocks, dass sie Kinder haben, oder sie wissen nicht mehr, wie sie heißen, wie alt sie sind. Der US-amerikanische Neurologe Sydney Sament äußerte 1983, er habe viele Patienten nach der Verabreichung von Elektroschocks gesehen und keine Zweifel, dass die Auswirkungen des Elektroschocks mit denen einer Kopfverletzung identisch seien. Nach einer Elektroschockserie leide der Patient unter Symptomen, die denen eines ehemaligen Boxers nach mehreren Kopftreffern gleichen. In allen Fällen sei das sogenannte Ansprechen auf die Elektroschocks auf eine Art Gehirnerschütterung oder Gravierenderes zurückzuführen. Der Patient vergesse seine Symptome, weil der Hirnschaden Gedächtnis-

33 Vgl. Peter Lehmann: Die schlechende Wiederkehr des Elektroschocks, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2018, H. 4, S. 24-27.

34 American Psychiatric Association: The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging, 2. Auflage, Washington 2001, S. 71.

spuren im Gehirn zerstöre, und müsse mit einer herabgesetzten geistigen Leistungsfähigkeit dafür bezahlen.³⁵

Über lange anhaltende sowie chronische Gedächtnisschäden berichten Psychiater intern schon seit Jahrzehnten. Gegenüber einer kritischen Öffentlichkeit werden solche Schäden totgeschwiegen, bagatellisiert, mit Anekdoten erfolgreicher Elektroschocks relativiert oder mit Berichten einzelner dankbarer Elektroschockpatienten weggedreht. Manche Psychiater nennen Häufigkeitsraten von Gedächtnisschäden von über 50%.³⁶ Harold Robertson und Robin Pryor, zwei US-amerikanische Wissenschaftler, durchforschten die medizinische Literatur zu Elektroschocks. 2006 schrieben sie in den *Advances in Psychiatric Treatment*, dauerhafter Gedächtnisverlust sei eine verbreitete, ernste und häufig vorkommende Auswirkung. Für viele Menschen würden diese Auswirkungen jeglichen möglichen kurzfristigen Nutzen auf Dauer zunichte machen.³⁷

Weitere Behandlungsschäden sind Unruhezustände und delirante Zustände. Verwirrtheitszustände können über Stunden anhalten, die Patienten schlagen um sich, sie können sich verletzen oder aufstehen und stürzen. Hinzu kommen Kopfschmerzen, Sprachversagen und beeinträchtigte zentralnervöse Sinnesverarbeitung. Auch anhaltende epileptische Anfälle von mehreren Minuten (*Status epilepticus*) können auftreten, ebenso spontane Anfälle einhergehend mit Flüssigkeitsansammlung in der Lunge und Atemstillstand. Dass nach Elektroschocks auf Dauer ein bis zwei epileptische Anfälle pro Woche auftreten können, ist Ärzten schon lange bekannt. Bekannt aus medizinischen Veröffentlichungen sind auch die fünfmal erhöhte Suizidrate in der auf Elektroschocks folgenden Woche sowie ernsthaftere Suizidversuche nach Elektroschocks im Vergleich zu Antidepressiva.³⁸

Lucy Johnstone von der University Bristol in England befragte Betroffene für eine Studie und kam 1999 zum Schluss, dass die Verabreichung von Elektroschocks für einen Teil der Patienten eine tiefgreifende und dauerhaft traumatische Erfahrung bedeutet. In den Interviews sei eine Vielzahl von Themen aufgetreten, darunter Gefühle von Angst, Scham und Demütigung, Wert- und Hilf-

35 Sidney Sament: In favor of wider ECT ban, in: *Clinical Psychiatry News* 11 (1983) H. 3, S. 11.

36 Larry R. Squire/Pamela C. Slater: Electroconvulsive therapy and complaints of memory dysfunction: A prospective three-year follow-up study, in: *British Journal of Psychiatry* 142 (1983), S. 1-8.

37 Harold Robertson/Robin Pryor: Memory and cognitive effects of ECT, in: *Advances in Psychiatric Treatment* 12 (2006), S. 228-238.

38 Vgl. Lehmann (2017), S. 141-151.

losigkeit sowie das Gefühl, misshandelt und vergewaltigt worden zu sein. Einige hätten darauf hingewiesen, dass Elektroschocks qualitativ anders einzuschätzen seien als Psychopharmaka, nämlich als brutaler Angriff auf die Person an sich.³⁹

In ihren internen Publikationen nennen Psychiater als weitere Schäden Komplikationen der Lungenfunktion wie Asthmaanfälle sowie Krämpfe der glatten Bronchialmuskulatur und des Kehlkopfes, Schwindelzustände, Übelkeit, Einkotten, Einnässen, Risse in der Blasenwand, Verletzungen an der Zunge, den Lippen, den Zähnen und der Mundschleimhaut sowie – in einer Rate von 7,1% – fötale Sterblichkeit beim Schocken von Schwangeren. In Deutschland verabreicht man Elektroschocks bevorzugt Frauen sowie Patienten über 50 Jahren. Weltweit sind es typischerweise ebenfalls mehr weibliche Patienten, die mit dem Elektroschock traktiert werden.⁴⁰

Kritiker von Elektroschocks, egal ob Psychiater oder Betroffene, die auf Behandlungsschäden und wahrheitswidrige Informationen über Risiken aufmerksam machen, werden von den Freunden des Elektroschocks als »unsachlich«, »unwissenschaftlich«, »unseriös«, »kontraproduktiv«, »gefährlich« und »der Sache der Betroffenen abträglich« beschimpft.⁴¹ Am unangenehmsten ist den Freunden des Elektroschocks, wenn die Ursprünge dieser damals noch ohne Anästhesie und muskelerschlaffende Mittel vollzogenen Maßnahme geschildert werden.

Der erste Elektroschock

Der erste Elektroschock an einem Menschen wurde 1938 von dem italienischen Psychiater Ugo Cerletti und seinem Kollegen Lucio Bini verabreicht. Cerletti war nicht nur ein Schüler des Psychiaters Emil Kraepelin, eines kriegsbegeisterten, homophoben und jüdenfeindlichen Psychiaters, sondern auch ein technisch interessierter Mann. Schon 1917, im Ersten Weltkrieg, tat er sich mit derselben Kriegsbegeisterung hervor, als er einen Verzögerungszünder für Artilleriegranaten erfand, der die Geschosse Minuten und sogar Stunden nach dem Abschuss hinter den gegnerischen Linien zur Explosion bringen und dort zusätzliche Menschenleben fordern sollte. Nachdem sein Zünder 1918 in die Serienproduktion gegangen und an die Front transportiert worden war, kam er wegen des Kriegsendes nicht mehr zum Einsatz, worauf sich Cerletti enttäuscht wieder der Medi-

39 Lucy Johnstone: Adverse psychological effects of ECT, in: *Journal of Mental Health* 8 (1999), S. 69-85.

40 Vgl. Lehmann (2017), S. 127.

41 Vgl. Lehmann (2018).

zin zuwandte.⁴² 20 Jahre später, mittlerweile zum Direktor der psychiatrischen Universitätsklinik La Sapienza in Rom aufgestiegen, kam erneut die Chance, sich mit einer Neuerung hervorzuheben. Er hatte erfahren, dass man im örtlichen Schlachthaus Schweine durch Stromstoße tötete, was seine Zweifel bestätigte hinsichtlich der Gefahren elektrischer Behandlung von Menschen, die seinerzeit in der Diskussion war. Zu der Zeit suchten Cerletti und Bini nach einer nicht tödlichen Methode zur Auslösung von Krampfanfällen. Nach Versuchen an Hunden und Schweinen berichtete Cerletti:

»Meine erste Beobachtung war, dass die Tiere selten starben, und wenn, dann nur, wenn der Strom durch den Körper und nicht durch den Kopf geleitet wurde. Diejenigen Tiere, die die stärkste Dosis empfingen, erstarren während des Stromstoßes, blieben nach einem heftigen Krampfanfall manchmal minutenlang auf der Seite liegen und versuchten schließlich, sich aufzurichten. Nach vielen, zunehmend verstärkten Anstrengungen gelang es ihnen, aufzustehen, einige zögernde Schritte zu machen und schließlich davonzulaufen. Diese Beobachtungen lieferten mir den überzeugenden Beweis für die Harmlosigkeit eines 125-Volt-Stromstoßes durch den Kopf von einigen Zehntelsekunden Dauer, der mehr als ausreichend war, um einen vollständigen Krampfanfall auszulösen. Zu diesem Zeitpunkt schien es mir, dass wir unsere Experimente auf Menschen ausdehnen können, und ich gab meinen Assistenten Anweisung, nach einer geeigneten Versuchsperson Ausschau zu halten.«⁴³

Ausgewählt für den ersten psychiatrischen Elektroschock wurde schließlich der 39-jährige Maschinist Enrico, der auf dem Bahnhof verhaftet worden war, weil er ohne Fahrkarte kurz vor der Abfahrt in Zügen umherlief und nicht im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte zu sein schien.⁴⁴ Der wehrlose Mann war vom römischen Polizeipräsidium zur Beobachtung in die Psychiatrie überstellt worden, wo man ihn als schizophren diagnostizierte. Damit hatte Cerletti, ein Bewunderer des Faschistenführers Mussolini, endlich jemanden zur Verabreichung des

42 Wikipedia: Ugo Cerletti; undatierte Internet-Ressource, Link: https://de.wikipedia.org/wiki/Ugo_Cerletti (10.11.2018).

43 Ugo Cerletti: Electroshock therapy, in: Arthur M. Sackler/Mortimer D. Sackler/Raymond R. Sackler et al. (Hg.), *The great physiodynamic therapies in psychiatry: An historical reappraisal*, New York 1956, S. 91-120, hier S. 93; zitiert nach: Thomas Stephen Szasz: Wem dient die Psychiatrie?, in: Franco Basaglia/Michel Foucault/Robert Castel et al., *Befriedungsverbrechen*, Frankfurt am Main 1980, S. 237-250, hier S. 239.

44 Ebd.

ersten Elektroschocks an der Hand. Umgeben von mehreren Kollegen verabreichte er Enrico am 11. April 1938 den ersten Schock. Aufgrund der niedrigen Spannung führte dieser jedoch keinen Krampfanfall herbei. Als die Psychiater das weitere Vorgehen diskutierten, reagierte Enrico, wie Cerletti berichtete: »Plötzlich sagte der Patient, der unserer Unterhaltung offensichtlich gefolgt war, klar und bestimmt, ohne das bisher gewohnte Kauderwelsch: ›Nicht noch einmal! Es ist tödlich!‹«⁴⁵

Daraufhin ordnete Cerletti einen zweiten, stärkeren Stromschlag an. Dieser rief den erhofften Krampfanfall hervor. Das Experiment galt als erfolgreich. Zu den dramatischen Momenten seiner psychiatrischen Experimente sagte Cerletti nichts. Dies tat allerdings Lothar Kalinowsky, der spätere Mentor des US-amerikanischen Elektroschocks. Geboren 1899, hatte dieser Psychiater Deutschland 1933 in Richtung Italien verlassen, wo er schließlich mit Cerletti zusammenkam, den man damals – einem weiteren Elektroschockkollegen zufolge – als »Maestro« bezeichnete.⁴⁶ Kalinowsky verpasste das erste Elektroschockexperiment, war aber beim zweiten dabei. In einem späteren Interview äußerte er sich dazu: »Cerletti war besorgt gewesen, dass bei der ersten Behandlung irgend etwas schieflaufen könnte; sie fand daher heimlich statt. (...) Als die erste Behandlung gut verlief, gestattete man uns allen, der zweiten beizuwohnen. Ein Trompetenstoß kündigte uns die Behandlung an!«⁴⁷ Auf die Frage nach seinem Eindruck vom Elektroschock, den er zum ersten Mal gesehen hatte, antwortete Kalinowsky: »Meiner Frau zufolge – ich selbst kann mich nicht genau erinnern – war ich sehr blass, als ich nach Hause kam, und sagte: Ich habe heute etwas Furchtbares gesehen. Ich will so etwas nie wieder sehen!«⁴⁸

Kalinowsky überwand jedoch seinen anfänglichen Widerwillen gegen den Elektroschock, und in den Jahren 1939 bis 1940 half er dann bei der Einführung des Verfahrens in Frankreich, England, den Niederlanden und den USA. Cerlettis erster Eindruck vom Elektroschock war dem Kalinowskys ähnlich gewesen: »Als ich die Reaktion des Patienten sah, dachte ich: Dies sollte abgeschafft wer-

den! Seitdem habe ich immer gehofft, dass eines Tages der Elektroschock von einer anderen Behandlungsmethode abgelöst wird.«⁴⁹

Das Wirkprinzip des Elektroschocks, der epileptische Anfall, hat sich seither nicht geändert, allerdings die offizielle Bezeichnung. Freunde des Elektroschocks sprechen heutzutage von »Elektrokrampftherapie (EKT)«, »elektrischer Durchflutungstherapie«, »Elektrokonvulsionstherapie« oder »Elektrostimulation«.

Tabu: Neuroleptikabedingte Suizidalität

Suizid ist mittlerweile eine der häufigsten Todesursachen von Menschen mit der Diagnose »Psychose« oder »Schizophrenie«. Nach Einführung der Neuroleptika zu Beginn der 1950er-Jahre stieg die Suizidrate dramatisch – nicht von ungefähr. Der US-amerikanische Psychiater Frank J. Ayd schrieb schon 1975, es bestehe 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.⁵⁰ Schaut man sich Programme der Suizidprophylaxe und dort aufgelistete Risikofaktoren an, fällt das komplett 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.⁵¹

Es gibt selbstverständlich viele Umstände, die Depressivität und Suizidalität bewirken können, beispielsweise politische, soziale, ökonomische, körperliche und emotionale Faktoren.⁵² Dass Psychiater 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« er-

49 Zitiert nach: Frank J. Ayd: Ugo Cerletti, M.D. (1877-1963), in: *Psychosomatics* 4 (1963) H. 6, S. A6-A7, hier S. A7.

50 Frank J. Ayd: The depot fluphenazines: A reappraisal after 10 years' clinical experience, in: *American Journal of Psychiatry* 132 (1975), S. 491-500, hier S. 497.

51 Peter Lehmann: About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutical recklessness, in: *International Journal of Psychotherapy* 16 (2012b) H. 1, S. 30-49.

52 Martin Härtel/Harald Baumeister/Jürgen Bengel (Hg.): *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*, Berlin 2007.

45 Cerletti (1956), S. 93; zitiert nach: Szasz, (1980), S. 239f.

46 Ferdinando Accornero: An eyewitness account of the discovery of electroshock, in: *Convulsive Therapy* 4 (1988) H. 1, S. 40-49, hier S. 42.

47 Zitiert nach: Richard Abrams: Interview with Lothar Kalinowsky, M.D., in: *Convulsive Therapy* 4 (1988) H. 1, S. 24-39, hier S. 30.

48 Ebd.

gaben.⁵³ In Schweden gibt es bereits ein solches Suizidregister. Gemäß dem dortigen Gesetz zur Regelung professioneller Handlungen im Gesundheitsbereich (»Lex Maria«) müssen seit 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.⁵⁴ Es ist dringend erforderlich, auch hierzulande ein Suizidregister auf den Weg zu bringen – als unabhängiges Projekt und unter Mitwirkung unabhängiger Psychiatriebetroffener und Angehöriger, die keinem von Pharmafirmen gesponserten Verband angehören.

Traumatisierende 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, ver-

53 Aktionsprogramm gegen »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich«: 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 2005, Link: <http://www.peter-lehmann-publishing.com/articles/enusp/empfehlungen.pdf> (10.11.2018); Peter Lehmann: Das betroffenenorientierte Suizidregister als Maßnahme der Suizidprävention, in: Sabine Hahn/Michael Schulz/Susanne Schoppmann et al. (Hg.), Depressivität und Suizidalität. Prävention – Früherkennung – Pflegeinterventionen – Selbsthilfe, Unterostendorf 2010, S. 152-157; Peter Lehmann: Ein Suizidregister unter Mitwirkung von Psychiatriebetroffenen?, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, 2010, H. 3, S. 7-9.

54 Janne Larsson: Psychiatric drugs & suicide in Sweden 2007: A report based on data from the National Board of Health and Welfare, Internetveröffentlichung von 2009, Link: <http://iloapp.jannel.se/blog/psychiatricdrugs?ShowFile&doc=1273233718.pdf> (10.11.2018).

gleichbar der Erfahrung sexueller Gewalt.⁵⁵ 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 Traumatologie findet psychiatrische Gewalt als Entstehungsfaktor für Traumata nicht statt. Dabei gesteht selbst die DGPPN die potenziell traumatisierende Wirkung psychiatrischer Zwangsbefindung ein.⁵⁶

KEINE HILFEN BEI PSYCHISCHEM PROBLEMEN MASSGEBLICH SOZIALER NATUR

Bekommen Menschen aus unterschiedlichsten Gründen psychische Probleme, stehen ihnen – wie eingangs ausgeführt – gemäß den Vorgaben der Psychiatrie-Enquête 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 Behandelter 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, dagegen 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

55 Peter Lehmann: Stellungnahme zur Gewaltbereitschaft der Psychiatrie für die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Arbeitskreis »Zwangsmassnahmen in der psychiatrischen Versorgung«, in: Leuchtfeuer – Journal des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz, 2012a, Sonderausgabe, S. 9-24.

56 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2014).

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.⁵⁷

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 die Toleranz von Ungewissheit (zu der auch die Nichtverabreichung von Psychopharmaka über Wochen gehört). Ergebnis dieses Ansatzes ist die merkliche Reduzierung von Zwang und Psychopharmaka. In einem Vergleich des Behandlungsprozesses bei Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie-Diagnosen zwischen dem Offenen Dialog und der üblichen Behandlung wurden aussagekräftige Unterschiede festgestellt: Die Patientinnen und Patienten der Vergleichsgruppe hatten längere Klinikaufenthalte, allen wurde Neuroleptika verabreicht, verglichen mit nur einem Drittel der Gruppe des Offenen Dialogs. Diese erholteten sich trotzdem besser von ihren Krisen, hatten weniger Rückfälle und bleibende psychotische Symptome und einen besseren Beschäftigungsstatus.⁵⁸

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 Kontroll-

57 Volkmar Aderhold/Peter Stastny/Peter Lehmann: Soteria – Eine alternative psychosoziale Reformbewegung, in: Peter Lehmann/Peter Stastny (Hg.), *Statt Psychiatrie 2*, Berlin, Eugene und Shrewsbury 2007, S. 150-165.

58 Jaako Seikkula/Birgitta Alakare: Offene Dialoge, in: Peter Lehmann/Peter Stastny (Hg.), *Statt Psychiatrie 2*, Berlin, Eugene und Shrewsbury 2007, S. 234-249.

gruppe, 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 Kostenenkung führte, sollte angesichts der Unsummen, die der Einsatz immer neuer und teurerer Psychopharmaka verschlingt, für die Finanziers des Gesundheitssystems, das heißt Krankenkassen und Steuerzahler, äußerst interessant sein (selbst wenn die Frage der Finanzen zweitrangig sein sollte, wenn es um die Bewältigung psychosozialer Probleme geht).⁵⁹

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, die Förderung nichtstigmatisierender, das heißt nichtmedizinischer Ansätze als Eckpfeiler für eine wirksame Reform des psychosozialen Systems definiert worden. Hinzu kamen die Förderung von Selbsthilfe-Ansätzen, die aktive Einbeziehung von Psychiatriebetroffenen in psychiatriopolitische Entscheidungen und die Betonung der Freiheit zur Auswahl aus Behandlungsangeboten zwecks Stärkung der Menschenrechte.⁶⁰ 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.

GLEICHHEIT VOR DEM GESETZ FÜR ALLE

Dass die Psychiatrie als medizinisch-naturwissenschaftliche Disziplin dem Anspruch, psychische Probleme überwiegend sozialer Natur zu lösen, nicht gerecht werden kann, überrascht wenig. Hinzu kommt, dass ihre Diagnostik den Blick auf die wirklichen Probleme des einzelnen Menschen in der Gesellschaft ver-

59 Jeanne Dumont/Kristin Jones: Die Krisenherberge. Ergebnisse einer betroffenendefinierten Alternative zur stationären Psychiatrie, in: Peter Lehmann/Peter Stastny (Hg.), *Statt Psychiatrie 2*, Berlin, Eugene und Shrewsbury 2007, S. 186-194.

60 World Health Organization/European Commission: *Balancing mental health promotion and mental health care: A joint World Health Organization/European Commission meeting*, Broschüre MNH/NAM/99.2, Brüssel 1999, S. 9-10, hier S. 9.

stellt. Insofern ist es notwendig, sich 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.⁶¹ An vorderster Stelle sollte der Kampf gegen die exzessive Frühsterblichkeit psychiatrisch behandelter Menschen⁶² sowie gegen die Dominanz des reduktionistischen biomedizinischen Modells stehen, wie dies auch der Sonderberichterstatter der Vereinten Nationen, Dainius Pūras, in seinem Bericht über das allgemeine Recht auf Zugang zum höchstmöglichen Standard körperlicher und psychischer Gesundheit vom 28. März 2017 erwähnt.⁶³

Dringend erforderlich ist die Einwirkung auf die 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 psychiatrisch behandelten Menschen öffentliches Interesse und einen solchen Schritt verdient. Zumal der Prozentsatz von Personen, die im Lauf ihres Lebens mit der Psychiatrie in Kontakt kommen, rasant steigt. Gleichheit psychiatrisch behandelter Menschen vor dem Gesetz muss auch Gleichheit ihrer Behandler vor dem Gesetz nach sich ziehen. Die Kultur des Vertuschens und Verschweigens muss ein Ende haben, das Strafrecht

61 Peter Lehmann: Über humanistische Antipsychiatrie, Internetveröffentlichung vom 20. September 2015, Link: <http://www.peter-lehmann.de/hu-an-de.htm> (10.11.2018).

62 Peter Lehmann: Paradigm shift: Treatment alternatives to psychiatric drugs, with particular reference to LMICs, in: Laura Davidson (Hg.), *The Routledge handbook of international development, mental health and wellbeing*, Abingdon/New York 2019 (im Druck)

63 United Nations: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, report A/HRC/35/21 to the Human Rights Council, thirty-fifth session 6-23 June 2017, agenda item 3, Internetveröffentlichung vom 28. März 2017, Link: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/pdf/G1707604.pdf?OpenElement> (10.11.2018).

muss auch für Psychiater und ihrer Mitarbeiter gelten. Von diesen, die sich gut eingerichtet haben, und ihren Interessenverbänden ist in aller Regel keine Initiative zu erwarten, sich der Gleichheit vor dem Gesetz auszusetzen. Doch für den Rest der Gesellschaft brächte die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und die damit hoffentlich einhergehende Stärkung der Autonomie, Ressourcen und Gestaltungskraft von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen einen beträchtlichen Gewinn. Dies betrifft nicht zuletzt auch die Kosten, so die direkten Folgekosten herkömmlicher psychiatrischer Behandlung mit ihren vielfältigen Krankheitssymptomen (»Nebenwirkungen«), also zum Beispiel Kosten für Behandlung, Pflege und Rehabilitation, und die indirekten Kosten wie Produktionsausfälle, Krankschreibungen, Erwerbsminderung oder Arbeitsunfähigkeit. Diese Kosten dürften Milliarden Euro betragen; aufgebracht werden sie in ständig steigender Höhe von jedem und jeder einzelnen Krankenversicherten.

Anmerkung

Die kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern sowie die Übersetzungen aus dem Englischen stammen vom Autor.

LITERATUR

- Abrams, Richard: Interview with Lothar Kalinowsky, M.D., in: *Convulsive Therapy* 4 (1988) H. 1, S. 24-39.
- Accornero, Ferdinando: An eyewitness account of the discovery of electroshock, in: *Convulsive Therapy* 4 (1988) H. 1, S. 40-49.
- Aderhold, Volkmar: Antwort auf die Stellungnahme der Arbeitsgruppe »Biologische Psychiatrie« der Bundesdirektorenkonferenz (BDK), in: *Soziale Psychiatrie* 32 (2008) H. 4, S. 28-32.
- Aderhold, Volkmar: Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden. Ein Update zur Neuroleptika-Debatte, in: *Die Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie* 31 (2013) H. 2, S. 25-27.
- Aderhold, Volkmar/Stastny, Peter/Lehmann, Peter: Soteria – Eine alternative psychosoziale Reformbewegung, in: Peter Lehmann/Peter Stastny (Hg.), *Statt Psychiatrie* 2, Berlin, Eugene und Shrewsbury 2007, S. 150-165 (E-Book 2018).
- Aktionsprogramm gegen »Diskriminierung und Schikane von Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen im Gesundheitsbereich«: »Hier wird nicht schikaniert«, Poster, Brüssel 2005, Link: <http://www.antipsychia.com>

- trieverlag.de/images/dokument/schikane-poster-erkenntnisse.jpg (10.11.2018).
- American Psychiatric Association: The practice of electroconvulsive therapy: Recommendations for treatment, training, and privileging, 2. Auflage, Washington 2001.
- Ayd, Frank J.: Ugo Cerletti, M.D. (1877-1963), in: *Psychosomatics* 4 (1963) H. 6, S. A6-A7.
- Ayd, Frank J.: The depot fluphenazines: A reappraisal after 10 years' clinical experience, in: *American Journal of Psychiatry* 132 (1975), S. 491-500.
- BGH: Az. VI ZR 106/13 (OLG Koblenz vom 24. Februar 2014), in: *Recht und Psychiatrie* 33 (2015), S. 157-159, Link: <https://openjur.de/u/764610.html> (10.11.2018).
- Cerletti, Ugo: Electroshock therapy, in: Arthur M. Sackler/Mortimer D. Sackler/Raymond R. Sackler et al. (Hg.), *The great physiodynamic therapies in psychiatry: An historical reappraisal*, New York 1956, S. 91-120.
- Colton, Craig W. U./Manderscheid, Ronald W.: Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states, in: *Preventing Chronic Disease* 3 (2006) H. 2, S. 1-14.
- Deutscher Bundestag: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Deutscher Bundestag, 1975, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200.
- Dumont, Jeanne/Jones, Kristine: Die Krisenherberge. Ergebnisse einer betroffenendefinierten Alternative zur stationären Psychiatrie, in: Peter Lehmann/Peter Stastny (Hg.), *Statt Psychiatrie* 2, Berlin, Eugene und Shrewsbury 2007, S. 186-194 (E-Book 2018).
- Ebner, Gerhard: Aktuelles aus der Psychopharmakologie. Das Wichtigste vom ECNP-Kongress, in: *Psychiatrie (Schweiz)*, Online-Ausgabe, 2003, H. 1, S. 29-32.
- Finzen, Asmus (2015): Wie man Medikamente absetzt, lernen Ärzte nicht, in: Asmus Finzen/Peter Lehmann/Margret Osterfeld et al., *Psychopharmaka absetzen: Warum, wann und wie*, in: *Soziale Psychiatrie* 39 (2015), H. 2, S. 16-19.
- 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, in: *Bundesgesetzblatt*, 31. Dezember 2008, Teil II, H. 35, S. 1419-1457.

- Gøtzsche, Peter C.: *Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität – Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumptiert*, 2. Auflage, München 2015.
- Gothe, Lothar/Kippe, Rainer: Ausschuss – Protokolle und Berichte aus der Arbeit mit entflohenen Fürsorgezöglingen, Köln 1970.
- Härter, Martin/Baumeister, Harald/Bengel, Jürgen (Hg.): *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*, Berlin 2007.
- Helmchen, Hanfried: Aufklärung und Einwilligung bei psychisch Kranken, in: Manfred Bergener (Hg.), *Psychiatrie und Rechtsstaat*, Neuwied und Darmstadt 1981, S. 79-96.
- Janssen Pharmaceuticals, Inc.: The importance of total wellness, in: *Choices in Recovery – Support and Information for Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorder* 9 (2012) H. 2, S. 12.
- Johnstone, Lucy: Adverse psychological effects of ECT, in: *Journal of Mental Health* 8 (1999), S. 69-85.
- Lahti, Pirkko: Vorwort, in: Peter Lehmann (Hg.), *Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquillizern*, 4., aktualisierte Auflage, Berlin, Eugene und Shrewsbury 2013, S. 10-12 (E-Book 2013).
- Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.): *Aufklärungsbögen Antipsychotika*, erstellt in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik, dem Pfalzklinikum Klingenmünster, Volkmar Aderhold und Peter Lehmann, Trier 2017.
- Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.): *Aufklärungsbögen Antidepressiva*, erstellt in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik, dem Pfalzklinikum Klingenmünster, dem Krankenhaus zum Guten Hirten Ludwigshafen, Markus Kaufmann, Peter Lehmann und Anne Pesch, Trier 2018.
- Lehmann, Peter: *Schöne neue Psychiatrie*, Band 2: Wie Psychopharmaka den Körper verändern, Berlin 1996, S. 353-456 (bearbeitete E-Book-Neuausgabe 2018).
- Lehmann, Peter: Das betroffenenorientierte Suizidregister als Maßnahme der Suizidprävention, in: Sabine Hahn/Michael Schulz/Susanne Schoppmann et al. (Hg.), *Depressivität und Suizidalität. Prävention – Früherkennung – Pflegeinterventionen – Selbsthilfe*, Unterostendorf 2010, S. 152-157.
- Lehmann, Peter: Ein Suizidregister unter Mitwirkung von Psychiatriebetroffenen?, in: *Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener*, 2010, H. 3, S. 7-9.

- Lehmann, Peter: Stellungnahme zur Gewaltbereitschaft der Psychiatrie für die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, Arbeitskreis »Zwangsmäßignahmen in der psychiatrischen Versorgung«, in: Leuchtfeuer – Journal des Landesverbandes der Psychiatrie-Erfahrenen Rheinland-Pfalz, 2012a, Sonderausgabe, S. 9-24.
- Lehmann, Peter: About the intrinsic suicidal effects of neuroleptics: Towards breaking the taboo and fighting therapeutic recklessness, in: International Journal of Psychotherapy 16 (2012b) H. 1, S. 30-49.
- Lehmann, Peter: Frühe Warnzeichen für chronische oder tödlich verlaufende neuroleptikabedingte Erkrankungen, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener, 2014, H. 1, S. 16-19.
- Lehmann, Peter: (Einige) Offene Fragen Psychiatriebetroffener zum Absetzen von Psychopharmaka, in: Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener e.V. (Hg.), PSYCHEXIT – Auf dem Weg zum Curriculum »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«. Dokumentation, Berlin 2016, S. 15-24.
- Lehmann, Peter: Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und *atypischer* Neuroleptika, in: Peter Lehmann/Volkmar Aderhold/Marc Rufer et al., Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks, Berlin und Shrewsbury 2017, S. 19-174.
- Lehmann, Peter: Die schlechende Wiederkehr des Elektroschocks, in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 2018, H. 4, S. 24-27.
- Lehmann, Peter: Paradigm shift: Treatment alternatives to psychiatric drugs, with particular reference to LMICs, in: Laura Davidson (Hg.), The Routledge handbook of international development, mental health and wellbeing, Abingdon/New York 2019 (im Druck)
- Marder, Stephen R./Hubbard, John W./van Putten, Theodore et al.: Physical health monitoring of patients with schizophrenia, in: American Journal of Psychiatry 161 (2004), S. 1334-1349.
- Ösby, Urban/Correia, Nestor/Brandt, Lena et al.: Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden, in: Schizophrenia Research 45 (2000) H. 1-2, S. 21-28.
- Pape, Erwin: Es war psychiatrischer Massenmord, in: Klaus Dörner/Christiane Haerlin/Veronika Rau et al. (Hg.), Der Krieg gegen die psychisch Kranken, Bonn 1980, S. 45-46.
- Pörksen, Niels: § 100 – der Hemmschuh. Ohne Änderung läuft nichts in der Gemeindepsychiatrie, in: DGSP-Rundbrief, 1983, H. 21/22, S. 14.

- Robertson, Harold/Pryor, Robin: Memory and cognitive effects of ECT, in: Advances in Psychiatric Treatment 12 (2006), S. 228-238.
- Saha, Sukanta/Chant, David/McGrath, John: A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time?, in: Archives of General Psychiatry 64 (2007), S. 1123-1131.
- Sament, Sidney: In favor of wider ECT ban, in: Clinical Psychiatry News 11 (1983) H. 3, S. 11.
- Seikkula, Jaakko/Alakare, Birgitta: Offene Dialoge, in: Peter Lehmann/Peter Stastny (Hg.), Statt Psychiatrie 2, Berlin, Eugene und Shrewsbury 2007, S. 234-249 (E-Book 2018).
- Squire, Larry R./Slater, Pamela C.: Electroconvulsive therapy and complaints of memory dysfunction: A prospective three-year follow-up study, in: British Journal of Psychiatry 142 (1983), S. 1-8.
- Szasz, Thomas Stephen: Wem dient die Psychiatrie?, in: Franco Basaglia/Michel Foucault/Robert Castel et al., Befriedungsverbrechen, Frankfurt am Main 1980, S. 237-250.
- Weinmann, Stefan/Read, John/Aderhold, Volkmar: Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: Systematic review, in: Schizophrenia Research 113 (2009) H. 1, S. 1-11.
- World Health Organization/European Commission: Balancing mental health promotion and mental health care: A joint World Health Organization/European Commission meeting, Broschüre M NH/NAM/99.2, Brüssel 1999, S. 9-10.